

# Projekt zur strategischen Entwicklung des HFR 2013-2022



24. Mai 2013

## Inhalt

DEFINITIONEN.....	3
EINLEITUNG.....	5
1. NEUE SPITALFINANZIERUNG.....	6
1.1. Wirtschaftliche Anforderungen.....	7
1.2. Weitere Anforderungen (Qualität, Sicherheit, Attraktivität usw.).....	7
2. ORGANISATION DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG .....	7
2.1. Typologie der medizinischen Versorgung .....	7
2.2. Art des Spitaleintritts.....	8
2.3. Zukünftige Entwicklungen in der Praxis und der voraussehbare Mangel an medizinischem Personal .....	9
3. WELCHES SPITALMODELL FÜR DAS HFR? .....	10
3.1. Voraussehbares Tätigkeitsvolumen .....	10
3.2. Standorte nach Fachbereichen.....	12
3.2.1. Die Kompetenzzentren .....	12
3.2.2. Handlungsfelder .....	13
4. NOTFALLSTATIONEN, PERMANENCEN UND POLIKLINIKEN.....	14
5. GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE .....	15
6. TRANSFER VON INSTABILEN PATIENTEN ZWISCHEN DEN STANDORTEN (BIS MOBILER DIENST FÜR DIE NOTFALLMEDIZIN UND REANIMATION – SMUR – IM KANTON AUFGEBAUT IST) .....	18
7. ZWEISPRACHIGKEIT .....	18
8. AUFTRÄGE DER STANDORTE.....	19
8.1. HFR Châtel-St-Denis.....	20
8.2. HFR Billens .....	20
8.3. HFR Freiburg – Kantonsspital.....	21
8.4. HFR Meyriez-Murten .....	21
8.5. HFR Riaz .....	21
8.6. HFR Tafers.....	21
8.7. Medizintechnische Infrastruktur (2022).....	22
9. BAULICHE MASSNAHMEN FÜR DIE ZUKÜNFTIGEN AUFGABEN EINES REFERENZSTANDORTS IN AKUTPFLEGE .....	22
9.1. Allgemeine Überlegungen .....	23
9.1.1. Planungsgrundsätze.....	23
9.1.2. Gebäudetechnik Bertigny .....	24
9.1.3. Betriebskosten Bertigny.....	25

9.2.	Vorgeschlagene Varianten .....	25
9.2.1.	Variante Bertigny .....	25
9.2.2.	Variante "Pré Vert" .....	27
9.3.	Schlussfolgerung über die beiden Varianten .....	29
9.4.	Bauvorhaben am HFR Riaz .....	29
10.	STELLUNGNAHME DES HFR-VERWALTUNGSRATS .....	30
10.1.	CHIRURGISCHE TÄTIGKEIT (OPERATIONSSÄLE, ENDOSKOPIE UND INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE) .....	31
10.1.1.	Ab 2022 .....	31
10.1.2.	Übergangsperiode 2013-2022 .....	31
10.2.	MEDIZINISCHE UND GERIATRISCHE AKUTPFLEGE .....	31
10.2.1.	Ab 2022 .....	31
10.2.2.	Übergangsperiode 2013-2022 .....	32
10.3.	REHABILITATIONSPFLEGE .....	32
10.3.1.	Ab 2022 .....	32
10.3.2.	Übergangsperiode 2013-2022 .....	32
10.4.	PALLIATIVPFLEGE .....	32
10.5.	FÜHRUNG DER NOTFALLSTATIONEN, PERMANENCEN UND POLIKLINIKEN .....	32
10.5.1.	Ab 2022 .....	32
10.5.2.	Übergangsperiode 2013-2022 .....	33
10.6.	GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE .....	33
10.7.	TRANSFER VON INSTABILEN PATIENTEN ZWISCHEN DEN STANDORTEN .....	33
10.8.	ÜBERSICHTSTABELLE .....	34
10.9.	BAUOPTIONEN FÜR DIE ZENTRALISIERUNG DER AKUTMEDIZIN .....	35
10.9.1.	Per 2022 .....	35
10.9.2.	Übergangsperiode 2013-2022 .....	35
11.	KOSTEN DER VERSCHIEDENEN SZENARIEN .....	36
	DIE ZAHLEN IM ÜBERBLICK .....	37
	FINANZIERUNG DER INVESTITIONEN .....	37
	DOTATIONSKAPITAL .....	37
	FAZIT .....	38
	ABKÜRZUNGEN .....	39
	BEILAGEN .....	40

## Definitionen

**Akutflege:** Medizinische, medizinisch-technische, medizinisch-therapeutische und/oder pflegerische Massnahmen für Patienten in der akuten Phase einer Erkrankung oder für solche, bei denen grosse Untersuchungen, ständige Pflege und Überwachung, Operationen, gewichtige und fortlaufende Behandlungen nötig sind.

**Rehabilitationspflege (Reha):** Medizinische, medizinisch-technische, medizinisch-therapeutische und/oder pflegerische Massnahmen für Patienten in einer stabilisierten Phase der Erkrankung, die auf die Wiedererlangung wichtiger Körperfunktionen und auf erhöhter Lebensqualität abzielen, in der Regel mit dem Ziel einer Rückkehr nach Hause.

**Patientennahe Akutmedizin:** Medizinische Behandlung, Pflege oder Betreuung im Bereich der allgemeinen inneren Medizin, die nicht zu Hause erfolgen kann und daher entweder ambulant und/oder während eines "einfachen" kurzzeitigen Spitalaufenthalts erfolgt (es kommt keine komplexe medizintechnische Infrastruktur zum Einsatz).

**Akutgeriatrie:** Patientennahe Akutmedizin, die sich mit den körperlichen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der Betreuung von Menschen befasst, die in der Regel 65 oder älter sind. Die geriatrische Medizin bietet eine interdisziplinäre Behandlung, die darauf abzielt, dass die Personen in ihren Körperfunktionen weniger eingeschränkt sind und eine höhere Lebensqualität sowie ihre Selbstständigkeit wiedererlangen.

**Ambulante Konsultationen / Eingriffe:** Medizinische, medizinisch-technische, medizinisch-therapeutische und/oder pflegerische Behandlung/Betreuung, die weniger als 24 Stunden dauert. Dies kann auch chirurgische Interventionen beinhalten (ambulante Eingriffe).

**Bett in der Akutflege:** Physische Einheit/Behandlungsplatz für den Spitalaufenthalt mitsamt der nötigen Infrastruktur, die für die Akutflege eingesetzt wird. Bislang galt die Bettenanzahl als das wichtigste Instrument der Spitalplanung. Über die Bettenanzahl wird das Maximum an stationärer medizinischer Versorgung bestimmt. Sein Pendant ist das Bett in der Rehabilitationspflege.

**Stationäres Bett:** Physische Einheit/Behandlungsplatz für den Spitalaufenthalt mitsamt der nötigen Infrastruktur, die entweder für die Akutflege oder die Rehabilitation eingesetzt wird. Zur Erinnerung: Im ambulanten Bereich spricht man nicht von Betten, sondern eher von "ambulanten Behandlungsplätzen".

**Notfallstation:** Ort für Konsultationen betreffend unerwartete und dringende Gesundheitsprobleme, das heisst in Situationen, in denen ohne sofortige Hilfeleistung erhebliche gesundheitliche Schäden oder der Tod des Patienten zu befürchten sind. Der Begriff "Notfall" im eigentlichen Sinne bezieht sich auf lebensbedrohliche Notfälle (Lebensgefahr/Erwachsene und Kinder/Säuglinge), auf Fälle, die innerhalb von sechs Stunden versorgt werden müssen und auf Fälle, bei denen eine Hospitalisierung für die weiterführende Behandlung notwendig ist. Zur Erinnerung: Eine Notfallstation ist rund um die Uhr in Betrieb.

**Permanence:** Ort für Konsultationen betreffend unerwartete Gesundheitsprobleme, die mit grosser Wahrscheinlichkeit ambulant behandelt werden können (Notfall Typ 4). Eine Permanence bietet in der Regel Konsultationen ohne Voranmeldung und während ausgedehnter Öffnungszeiten an. Sie ist mit einer ähnlichen Infrastruktur ausgestattet wie die Praxis von Hausärzten (Allgemeinmediziner).

**Poliklinik:** Ort für geplante ambulante Konsultationen (mit Voranmeldung). In einer Poliklinik werden die Patientinnen und Patienten nach Spitalaufenthalten nachversorgt. Darüber hinaus bietet eine Poliklinik patientennahe ambulante Sprechstunden an und übernimmt die Behandlung von Personen mit chronischen Erkrankungen, die nur schwer von den frei praktizierenden Ärzten versorgt werden können. Eine Poliklinik ist zu normalen Arbeitszeiten geöffnet.

## **EINLEITUNG**

Das Schweizer Gesundheitssystem, das sich im Wandel befindet, gibt Anlass zur Sorge. Bei den meisten grundsätzlichen Aspekten, wie der Planung, Organisation, Führung, Finanzierung usw. gehen die Meinungen auseinander. Nur in einem Punkt herrscht Einigkeit: Es braucht dringend Reformen.

Der Verwaltungsrat des HFR teilt diese Sorgen und sieht angesichts der finanziellen Lücken durch die neue Spitalfinanzierung und des drohenden Mangels an Spitalpersonal dringenden Handlungsbedarf. Deshalb wurde der Direktionsrat im Mai 2012 damit beauftragt, die Sachdienlichkeit eines Spitalmodells mit nur einem Akutstandort zu prüfen. Bei der Ausführung hat die Projektleitung im Juli 2012 entschieden, den Auftrag zu erweitern und eine vergleichende Studie durchzuführen. Zum Szenario, das im Mandat vorgegeben wurde, kamen drei weitere mögliche Organisationsmodelle für das HFR hinzu. Das Spektrum an projizierten Möglichkeiten reicht somit von einer komplett dezentralisierten Organisation bis hin zur Konzentration auf einen Standort.

Am 15. November 2012 hat der Verwaltungsrat die ersten Informationen zur Strategie des HFR zur Kenntnis genommen. Der Abschlussbericht zur Zentralisierung der Akutpflege wurde dem Verwaltungsrat am 26. November vorgelegt und einen Tag lang ausführlich diskutiert. Seitdem wurden weitere Analysen durchgeführt und zwar über das bauliche Konzept, über die Permanenzen, über die Geburtenabteilung und über den Transfer von instabilen Patienten zwischen den Standorten. Der vorliegende Bericht stützt sich auf all diese Dokumente.

Der Verwaltungsrat hat nun zu entscheiden, ob die Akutpflege im Kanton zentralisiert werden soll. Wenn ja, muss er ausserdem festlegen, auf welche Weise die Zentralisierung umgesetzt werden soll. Diesem Entscheid muss ein kohärentes medizinisches Konzept zugrunde liegen. Dieses muss den Zugang zu medizinischer Versorgung für die gesamte Kantonsbevölkerung gewährleisten und festhalten, welche Standorte des HFR für welche Aufgaben zuständig sind. Die fünf Universitätsspitäler in der Schweiz unterliegen den gleichen finanziellen Sachzwängen und haben die gleichen Probleme bei der Rekrutierung wie die nicht-universitären Spitäler. Universitätsspitäler haben aber ein höheres Patientenaufkommen, was sie auf dem „Markt“ der medizinischen Ausbildung attraktiver macht. Die Privatkliniken versuchen ihrerseits vor allem Akutpatienten anzuziehen, die keine komplexe oder stark spezialisierte Versorgung brauchen und die daher rentabel oder zumindest kostendeckend behandelt werden können. Ein zukunftsgerichtetes medizinisches Konzept für den Kanton Freiburg ist der beste Weg für das HFR, um zwischen den Universitätsspitalern Bern und Lausanne zu bestehen und sich in einem Spitalumfeld zu behaupten, in dem sich andere private und öffentliche Akteure ebenfalls positionieren wollen.

Nicht ausser Acht zu lassen sind ausserdem die Zentralisierungsbestrebungen betreffend die hochspezialisierte Medizin. Werden die Zentralisierungsbestrebungen in die Tat umgesetzt und können diese Entscheide erst einmal ihre Wirkung entfalten, so wird das für gewisse Referenz- und Zentrumsspitäler das Todesurteil bedeuten.

Das Wohl des Patienten steht im vorliegenden Strategievorschlag stets im Vordergrund. Die Sicherheit und Qualität der medizinischen Versorgung sind die Hauptanliegen des HFR. Auch die Zweisprachigkeit wird fest in die Überlegungen des HFR eingebunden.

Die vorliegende Strategie sieht vor, die Akutpflege auf den Standort Freiburg zu konzentrieren, am Standort Riaz weiterhin ambulante Operationen durchzuführen, an den Standorten Riaz und Tafers patientennahe Akutmedizin und Akutgeriatrie anzubieten und am Standort Meyriez-Murten so weiterzufahren, wie dies im bereits angelaufenen Projekt (Um- und Neubau) beabsichtigt ist. Der Spitalbetrieb am Standort Billens muss noch weiter überdacht werden, dabei sind die zukünftigen Entwicklungen in der Rehabilitation zu berücksichtigen.

Die vorliegende Strategie gilt nicht für das Interkantonale Spital der Broye, da es eine vom HFR unabhängige Institution ist. Es liegt beim Interkantonalen Spital der Broye, eine Zukunftsstrategie zu entwickeln. Die Langzeitstrategie des HFR hingegen, die sich durch Flexibilität und Anpassungsfähigkeit auszeichnet, sollte falls nötig ohne Weiteres auf die zukünftige Entwicklung des Interkantonalen Spital der Broye abgestimmt werden können.

## **1. NEUE SPITALFINANZIERUNG**

Seit dem 1. Januar 2012 gilt die neue Spitalfinanzierung. Dies hat starke Auswirkungen auf die Organisation des Spitals; das HFR muss seinen Betrieb überdenken und dabei die Behandlungsdauer vermehrt beachten. Der Zeitfaktor ist nun entscheidend und beeinflusst sowohl die Dauer eines Spitalaufenthalts als auch die Vergütung der Pflegeleistungen. Heute werden ambulante Behandlungen nach Anzahl Leistungen vergütet (Tarmed), hospitalisierte Akutpatienten werden nach Fallpauschalen vergütet (SwissDRG diagnosis related groups) und bei Rehabilitationsaufenthalten gibt es Tagesansätze. Die Fallpauschalen wurden anhand schweizerischer Durchschnittswerte und für durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauern festgelegt. Ist ein Spitalaufenthalt zu lang, kann das Spital folglich seine Kosten nicht mehr decken. Das Gleiche gilt für kürzere Aufenthalte als in der Fallpauschale vorgesehen, welche eine Kürzung der Zahlungen der Versicherungen zur Folge haben. Rehabilitationspatienten werden ab 2015 auch nach einem Tarifsysteem à la SwissDRG vergütet werden, was bedeutet, dass auch diesbezüglich dieselben Erfordernisse wie für den akutstationären Bereich bestehen werden. Mit der neuen Spitalfinanzierung wurde ein Paradigmenwechsel herbeigeführt, der für die Patientenversorgung zusätzliche Zwänge bedeutet. Insbesondere für die öffentlichen Spitäler, die in der Regel Patienten mit schwerwiegenderen Pathologien und fragilere Patienten behandeln, ist die Verkürzung des Spitalaufenthalts eine delikate Angelegenheit. Deshalb braucht es eine gute Organisation der Verlegung solcher Patienten an die Orte, an denen sie von ausreichend zur Verfügung stehendem Personal fachgerecht weiterversorgt werden können.

So gelten für den Gesundheitsbereich nun wirtschaftliche Kriterien: Ein Spital muss effizient arbeiten, die Entscheidungsfindung modernisieren, gut mit anderen Akteuren vernetzt sein, Betriebsabläufe festlegen, mit denen die Effizienz gesteigert und gleichzeitig die Qualität gewährleistet wird. Vernetzung ist das A und O und bedarf einer auf den ersten Blick gegensätzlichen Entwicklung von Dezentralisierung und Zentralisierung. Ziel dabei ist es sicherzustellen, dass der richtige Patient am richtigen Ort fachgerecht medizinisch versorgt wird. Zentralisierung der kostspieligen und komplexen Akutpflege, Dezentralisierung der weniger kostspieligen, aber häufigeren und länger dauernden Akutpflege.

Als das freiburger spital (HFR) 2007 gegründet wurde, hat die Zusammenlegung der sechs Standorte nicht zugleich zu einer Neukonzipierung der Institution geführt – weder im Hinblick

auf die Spitalorganisation, noch im Hinblick auf die finanziellen Anforderungen, mit denen die Spitäler seit dem 1. Januar 2012 konfrontiert sind.<sup>1</sup> Dieser Schritt muss nun nachgeholt werden: Die Standorte müssen ein eng verwobenes Spitalnetzwerk sein und das bedeutet, dass die Aufgabenverteilung anders gestaltet werden muss, als bisher.

### **1.1. Wirtschaftliche Anforderungen**

Finanziell gesehen bedeuten die Quervergleiche, die zwischen den Schweizer Spitälern gezogen werden und auf die sich die Versicherer bei den Tarifverhandlungen berufen, für das HFR eine Verschlechterung seiner Position: Das HFR ist das drittteuerste Spital der Schweiz (Quelle Spitalbenchmark 16.11.2012). Die hohe Preislage plus die Versicherer, die sich weigerten, dafür auch nur provisorisch aufzukommen, hatten im Budget 2012 eine Finanzierungslücke in der Höhe von 65 Millionen Franken zur Folge. Glücklicherweise wurde die Lücke über öffentliche Mittel gefüllt. Eine Finanzierungslücke dieses Ausmasses wird weiter bestehen bleiben, wenn nicht tief greifende Reformen durchgeführt werden.

### **1.2. Weitere Anforderungen (Qualität, Sicherheit, Attraktivität usw.)**

Das HFR, wie jedes andere Spital, steht aber vor weiteren Herausforderungen:

1. Die steigende Nachfrage an medizinischer Versorgung seitens der Patienten.
2. Die Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen (Standardisierung). Die Vorschriften auf Kantons- und Bundesebene (Finanzierung, Reglementierung).
3. Die Entwicklungen in der öffentlichen Gesundheit (Überalterung der Bevölkerung, Patienten mit Mehrfacherkrankungen).
4. Die Notwendigkeit mit Partnern zusammenzuarbeiten, die vor oder nach einem Spitalaufenthalt zum Einsatz kommen (frei praktizierende Ärzte, Pflegeheime, Spitex, usw.).
5. Die Schwierigkeit neue Fachärzte zu rekrutieren. Daher die notwendige Gruppierung von Abteilungen, um für die Patienten rund um die Uhr die Versorgung zu gewährleisten und damit den Ärzten und generell den Pflegenden eine akzeptable Lebensqualität geboten werden kann.

## **2. ORGANISATION DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG**

### **2.1. Typologie der medizinischen Versorgung**

Es sind fünf Typen der medizinischen Versorgung zu unterscheiden. Diese spielen bei der Gestaltung der zukünftigen Spitalstrukturen eine wichtige Rolle.

2.1.1. Behandlungen im Bereich der hochspezialisierten Medizin: Hier handelt es sich um Fälle der hochspezialisierten Medizin (HSM), die gemäss der Vereinbarung über die

---

<sup>1</sup> Zuerst mussten die Wogen geglättet werden, die es am Anfang verständlicherweise aufgrund dieser Fusion gab. Denn die Fusion wurde an manchen Standorten als auferzungen wahrgenommen. Bereits im Jahr 2011 wurden im Verwaltungsrat die ersten Überlegungen zu einer Zentralisierung gewisser medizinischer Aufgaben gemacht.

hochspezialisierte Medizin unter der Federführung der GDK (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren) den Universitätsspitälern zugewiesen werden. Zu den komplizierten HSM-Fällen, die in den Universitätsspitälern behandelt werden, zählen zum Beispiel Transplantationen, schwere Brandverletzungen oder Mehrfachtraumaversorgung. Das HFR bietet keine solchen Behandlungen an.

2.1.2. Spezialtherapien: Hierbei handelt es sich um Behandlungen, für die modernste technische Infrastruktur zum Einsatz kommt, Spezialuntersuche vorgenommen oder, technisch hochstehende Operationseingriffe durchgeführt werden, die qualifizierter Fachkenntnisse und/oder fachgerechter Ausrüstung und/oder einer sehr innovativen Vorgehensweise bedürfen. Diese Spezialtherapien fallen sowohl in den Bereich der Akutpflege als in den Bereich der Rehabilitationspflege. Das HFR bietet diese Spezialtherapien an.

2.1.3. Geläufige Therapien: Dies sind Behandlungen, die sehr komplex sein können, weil Akteure aus verschiedenen Fachbereichen beteiligt sind, sie gehören aber nicht zur hochspezialisierten Medizin. Sie betreffen die Mehrheit der Fälle und können mit hoher Qualität und mit grosser Sicherheit durchgeführt werden, da sie sehr häufig sind (Tätigkeitsvolumen). Für diese Therapien kommt Standardausrüstung zum Einsatz, die festgesetzten Behandlungsabläufe sind bekannt und geläufig, und es braucht die in der alltäglichen Zusammenarbeit gut gefestigten Fachkompetenzen von Spezialisten. Geläufige Therapien gibt es sowohl in der Akut- als auch in der Rehabilitationspflege. Das HFR bietet geläufige Therapien an.

2.1.4. Therapien für ältere Personen und/oder Personen mit Mehrfacherkrankung: Hierbei handelt es sich um interdisziplinäre Therapien für Personen, die an mehreren Erkrankungen leiden und sich allgemein in einem schlechteren Gesundheitszustand befinden. Diese Therapien können in den Akut- und/oder in den Reha-Bereich fallen, je nach Krankheitsverlauf. Das HFR bietet Therapien für ältere Personen und/oder Personen mit Mehrfacherkrankung an.

2.1.5. Therapien für Personen mit chronischen Erkrankungen: Diese Therapien haben in erster Linie das Ziel, Komplikationen oder Verschlechterungen des Gesundheitszustands vorzubeugen und Akutphasen, bei denen ein Spitalaufenthalt nötig wird, zu verhindern. Diese Therapien können in den Akut- und/oder in den Reha-Bereich fallen. Sie werden meist ambulant und anhand von Standardpflegeprotokollen durchgeführt. Für diese Therapien müssen jeweils alle Gesundheitspartner miteinbezogen werden. Das HFR bietet Therapien für chronische Erkrankungen an.

## **2.2. Art des Spitaleintritts**

Für alle eben erwähnten Typen der medizinischen Versorgung gibt es zwei verschiedene Arten des Spitaleintritts: die Notfallaufnahme und der elektive (oder geplante) Spitaleintritt.

2.2.1. Die Notfallbetreuung teilt sich in vier Patientenkategorien auf, für die eine jeweils andere Infrastruktur zum Einsatz kommt:

- Notfall 1: lebensbedrohliche Notfälle (jede Minute zählt)
- Notfall 2: Notfälle, die innerhalb von sechs Stunden behandelt werden müssen

- Notfall 3: Notfälle, bei denen für die weitere Behandlung ein Spitalaufenthalt nötig wird
- Notfall 4: Notfälle/Konsultationen ohne Termin

Bei jeder dieser Kategorien kommen andere medizinische oder pflegerische Kompetenzen zum Einsatz und wird eine andere medizintechnische Infrastruktur benötigt: Notfallstation, Permanence oder Poliklinik.

2.2.2. Auch bei elektiven (planbaren) Akut- oder Reha-Behandlungen kommen je nach Typ der medizinischen Versorgung (wie oben erwähnt) eine andere technische und logistische Infrastruktur und andere medizinische Kompetenzen zum Einsatz. Für den Reha-Bereich braucht es eine grosse Vielfalt medizinisch-technischer Kompetenzen und Mittel (Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Logopädie, ...). Zusätzlich steigen die Anforderungen an all diese Bereiche laufend: Grund dafür ist das erhöhte Alter der Patienten, die Mehrfacherkrankungen, aber auch die verkürzte Aufenthaltsdauer in der Akutpflege.

### **2.3. Zukünftige Entwicklungen in der Praxis und der voraussehbare Mangel an medizinischem Personal**

Es gibt zwei wichtige Tendenzen im medizinischen Bereich:

- Bei den kostspieligen und komplexen Fällen findet eine immer stärkere Spezialisierung auf einzelne Aspekte der Versorgung statt.
- Die grundlegende Akutpflege, die die grosse Mehrheit der Patienten betrifft, wird in deren Nähe geboten.

Im Allgemeinen folgen auf die persönliche klinische Untersuchung des Patienten stets auch medizintechnische Untersuchungen. Die Untersuchungsergebnisse werden von den Fachärzten diskutiert, die an der Entscheidungsfindung teilhaben. Diese Zusammenarbeit im Team findet rund um die Uhr 365 Tage im Jahr statt. Die Nähe zu Spezialisten ist also für die effiziente Betreuung des Patienten elementar. Aus dieser Logik heraus wurde der Standort Châtel-St-Denis geschlossen und die Abteilung Geriatrie ist an den Standort Riaz umgezogen.

Die Nähe zu den Spezialisten ist nicht nur für die Behandlung der Patienten von Bedeutung. Durch die Zusammenlegung der Spezialisten kann auch der Pikett- und Bereitschaftsdienst besser verteilt werden und auf das Anliegen der jungen Generation eingegangen werden, für die der Ausgleich zwischen Arbeit und Freizeit/Familie zu den zu respektierenden Grundwerten gehört.

Zu alledem kommt hinzu, dass sich ein Mangel an medizinischem und pflegerischem Personal abzeichnet (insbesondere aufgrund der starken Spezialisierung in der medizinischen Ausbildung). Deshalb muss das HFR eine vorausschauende Strategie entwickeln. Wenn die jungen Ärzte, die eine Nachdiplomausbildung zum Facharzt absolvieren, sich sicher sind, dass das Leistungsvolumen gross genug ist, um die Quotenanforderungen des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF), das der FMH (Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte) angehört, zu erfüllen, dann sind sie eher geneigt, ihre Ausbildung oder einen Teil der Ausbildung am HFR zu

absolvieren. Das HFR braucht diese jungen Ärztinnen und Ärzte, um den Betrieb aufrechtzuerhalten.

Schliesslich stellen die technischen Installationen eines Spitals einen bedeutenden Teil seines Betriebsaufwandes dar. Darum sollen diese so gut wie möglich ausgelastet werden.

### **3. WELCHES SPITALMODELL FÜR DAS HFR?**

In verschiedenen Ländern macht eine globale Vision der Patientenbetreuung Schule, bei der die Betreuung im Spital nur einen Teilaspekt eines umfassenden Betreuungskonzepts darstellt. Denn mit einem solchen Modell kann die Effizienz aller Partner – vor, nach und während eines Spitalaufenthalts – gesteigert werden. Das HFR muss sich auf eine stärker koordinierte Organisation der Patientenbetreuung vorbereiten.

Die Tendenz geht zu einer stetigen Erhöhung der ambulanten Tätigkeit (<24 Std.) und zu einem Rückgang der stationären Spitaltätigkeit. Diese Entwicklung hat zur Folge, dass in Zukunft anders mit dem Patientenfluss zwischen den Standorten und mit dem Tätigkeitsvolumen an jedem Standort umgegangen werden muss. Die Bettenanzahl, bis anhin der standardmässige Referenzwert, ist nicht mehr sachdienlich. Vielmehr wird das Tätigkeitsvolumen zum neuen Referenzwert. In diesem Zusammenhang ist zuzugeben, dass die in unserem Projekt enthaltenen Zahlen (insbesondere die Bettenanzahl) eine gewisse Unschärfe aufweisen, da sie sich, je nachdem wie schnell sich medizinische Techniken weiterentwickeln, ändern könnten. Aus diesem Grund muss bei jeder neuen Organisation und/oder neuem Bau die Möglichkeit vorgesehen werden, architektonische Elemente hinzuzufügen oder abzuändern, damit die Bettenanzahl bzw. die Anzahl ambulanter Behandlungsplätze noch während der Umsetzungsphase und innerhalb kurzer Frist angepasst werden können.

Die neue Organisation und/oder neuen Gebäude müssen zudem erlauben, angemessen auf die zukünftigen Entwicklungen der medizinischen Tätigkeit reagieren zu können.

#### **3.1. Voraussehbares Tätigkeitsvolumen**

StrateGO heisst der Abschlussbericht zur strategischen Neuausrichtung des HFR, der auch das medizinische Konzept des HFR (genannt "Projet médical") umfasst und für den uns die Boston Consulting Group zur Seite stand.

In diesem Bericht werden auf Grundlage der heutigen Situation des HFR die Betriebskosten in vier verschiedenen Szenarien auf zehn Jahre hinaus projiziert. Diese vier Varianten widerspiegeln das ganze Spektrum an organisatorischen Möglichkeiten; an einem Ende befindet sich die Dezentralisierung, so wie sie heute der Fall ist (Szenario Status Quo), am anderen Ende befindet sich die Zentralisierung der Akutpflege auf einen Spitalstandort (Mandatsszenario). Die mittleren beiden Varianten bilden weniger extreme Ausgestaltungen einer Zentralisierung ab. In Szenario 2 sind an zwei Standorten operative Eingriffe vorgesehen und in Szenario 3 wird die Anzahl Rehabilitationsstandorte reduziert.

Bei der Berechnung der voraussichtlichen Bettenanzahl stützt sich der Bericht auf die Daten des Bundesamts für Statistik (BFS) bezüglich der zukünftigen Entwicklungen im medizinischen Bereich. Das heisst, Faktoren wie Bevölkerungswachstum, Überalterung und Hospitalisierungsraten werden berücksichtigt. Nach diesen Berechnungen wird das HFR am Ende dieser zehn Jahre 650 Betten betreiben müssen, wovon 400 bis 450 in der Akutpflege und entsprechend 200 bis 250 in der Rehabilitationspflege, um die Nachfrage an medizinischer Versorgung zu decken. Nicht eingerechnet ist der Bedarf, der heute über das Interkantonale Spital der Broye gedeckt wird. Man sieht also, dass die Anzahl Betten in der Akutpflege im Vergleich zur heutigen Situation nicht steigen, sondern sogar ein wenig sinken wird. Grund dafür ist die verkürzte durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer und die steigende Tätigkeit im ambulanten Operationsbereich. Sollte die jetzige Organisation beibehalten werden (Szenario "Status Quo"), so müssten im Jahr 10 der Projektion 720 Betten bereitgestellt werden. Der StrateGO-Bericht schätzt die notwendige Bettenanzahl der verschiedenen Szenarien auf:

- 720 im Szenario "Status Quo" (= aktuelle Struktur und Aufgabenverteilung wird beibehalten),
- 670 im Mandatsszenario (= Zentralisierung),
- 675 im Szenario 2 (begrenzte Zentralisierung).

Bei der Betrachtung dieser Zahlen müssen jedoch folgende Elemente berücksichtigt werden:

- Die Studie geht von einer Bettenauslastung von 81 % für die Akutpflege und 85 % für die Rehabilitationspflege aus (die Auslastung sollte aber höher liegen, nämlich bei 90 % bzw. 95 %).
- Als Ausgangswert wurde eine Bettenanzahl von 614<sup>2</sup> angenommen, aber schon im Jahr 2013 betrug diese nur noch 598.
- Die durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer verkürzt sich stetig (-0.5 Tage im Jahr 2012).
- Die stationäre Tätigkeit nimmt ab, die ambulante Tätigkeit dafür zu.

Im Klartext bedeutet das, dass von den insgesamt 600 bis 650 projizierten Betten der Anteil an Betten in der Akutpflege abnehmen dürfte.

Wie schon erwähnt, müssen wir in einem sich ständig verändernden Umfeld planen, was eine Komponente der Unsicherheit mit sich bringt. Der einzige Weg, um mit dieser Unsicherheit umzugehen, ist ein Projekt gutzuheissen, dessen Absichten klar sind, das zukünftige Entwicklungen mit einbezieht, aber bei dem verschiedene Elemente angepasst werden können, wenn sich gewisse Parameter anders entwickeln sollten, als erwartet. Wir dürfen nicht vergessen, dass zwischen der Planung und der Umsetzung eines solchen Grossprojektes ein Jahrzehnt verstreichen kann. Ein Teil der ursprünglich als für die Akutpflege gedachten Betten könnte in Betten für die Nachbehandlung oder Rehabilitationspflege umgewandelt (insbesondere am Standort Freiburg) oder gar nicht erst "gebaut" werden. Das Gleiche gilt für alle weiteren Aufgabenbereiche der verschiedenen Standorte; verändern sich wichtige Parameter, so müssen auch dort erneut Überlegungen angestellt werden.

---

<sup>2</sup> Diese Bettenanzahl berücksichtigt die kurz- und mittelfristigen Massnahmen, die im zweiten Halbjahr 2012 umgesetzt wurden.

### **3.2. Standorte nach Fachbereichen**

Die neue Spitalfinanzierung, die Organisation der Versorgung sowie die verschiedenen Arten der Spitaleintritte haben grossen Einfluss darauf, wie verschiedene Tätigkeitsbereiche aufgeteilt werden, um auf die Bedürfnisse der Patienten einzugehen. Organisiert sich das HFR nach Fachbereichen, so kann es der Freiburger Bevölkerung garantieren, dass der richtige Patient zur richtigen Zeit am richtigen Ort von Personal betreut wird, das spezifisch für seine Aufgabe geschult wurde. Dabei ist es uns ein stetes Anliegen, in den beiden Amtssprachen des Kantons für die Patienten da zu sein.

Sich nach Fachbereichen zu organisieren, verhindert Doppelspurigkeiten. Es sind folgende Kompetenzzentren vorgesehen:

- ein Referenzspital für Akutpflege und ambulante Konsultationen (Freiburg),
- zwei Spitäler für patientennahe Akutmedizin und ambulante Konsultationen (Riaz, Tafers), wobei in einem davon ambulante Eingriffe vorgenommen werden (Riaz),
- zwei Spitäler für Rehabilitationspflege (Meyriez-Murten, Billens).

Dies entspricht Szenario 2 des StrateGO-Berichts in einer leicht abgeänderten Form (patientennahe Akutmedizin wird an den Standorten Riaz und Tafers beibehalten).

Die Vorschläge, die formuliert wurden, beinhalten keine völlig neuartigen Projekte oder diagnostischen und therapeutischen Techniken, die auf eine Expansion der Tätigkeit abzielen oder sehr ehrgeizig wären. Das einzige Ziel dieser Reorganisation ist eine umfassende und adäquate Versorgung der Patienten des Kantons. Es muss hingegen gesagt werden, dass die Reorganisation eine notwendige Voraussetzung für jegliche zukünftige Entwicklung ist.

#### **3.2.1. Die Kompetenzzentren**

Mit der Zentralisierung respektive Dezentralisierung gewisser Bereiche und der gleichzeitigen Schaffung von Kompetenzzentren soll für jede Erkrankung oder jeden Behandlungsbereich eine kritische Masse an Fällen erreicht werden können. Mit einem gewissen Tätigkeitsvolumen wird es nicht nur einfacher, Fachpersonal zu rekrutieren und auszubilden, sondern auch den Patienten eine fachlich hochstehende Behandlung zu garantieren.

Das Kompetenzzentrum für Akutpflege muss über eine leistungsfähige medizintechnische Infrastruktur verfügen, zu der Apparate der medizinischen Bildgebung, ein zentrales Labor, das Analysen in grossen Mengen durchführen kann, Operationssäle mit Aufwachraum, in denen rund um die Uhr notfallmässige Eingriffe jeglicher Art durchgeführt werden können, und Abteilungen der Intensiv- und Überwachungspflege gehören.

Die Kompetenzzentren in patientennahe Akutmedizin sollen eng mit den frei praktizierenden Ärzten zusammenarbeiten und helfen, Engpässe am zentralen Akutstandort zu vermeiden, weil zu viele Fälle, bei denen eigentlich keine hochspezialisierten Fachkenntnisse und auch keine hochtechnische Infrastruktur benötigt wird, dort behandelt werden (einfache medizintechnische Infrastruktur mit einem kleinen Labor und den gängigen Radiologie-Geräten inklusive Computertomograf). Diese Kompetenzzentren stellen für gewisse akute Fälle die Eingangstür des HFR zur komplexen medizintechnischen Infrastruktur dar, aber in der Mehrheit der Fälle kümmern sie sich um die patientennahe Versorgung.

Mit der Effizienz und den Qualitätsprozessen, die den Kompetenzzentren für Akutpflege abverlangt werden, nimmt die durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer in der Akutpflege ab und folglich sinken auch die Kosten, wie aus der internationalen Literatur hervorgeht. Die Zentralisierung und die verkürzte Dauer der Akutpflege bedeuten eine Zunahme in der ambulanten Versorgung vor und nach einem Spitalaufenthalt. Die ambulante Tätigkeit der Diagnosestellung oder Nachkontrolle kann an den dezentralen Standorten des HFR vorgenommen werden, an denen es eine Notfallstation und/oder eine Permanence und/oder eine Poliklinik-Sprechstunde gibt. Diese Verlagerung hin zum ambulanten Bereich wird sich in Zukunft noch verstärken.

Die Bevölkerungsentwicklung lässt vermuten, dass die ambulante Tätigkeit in den Bereichen Geriatrie, Respiratorische Rehabilitation, Onkologie usw. stark zunehmen wird.

Die Reha-Kompetenzzentren, in denen auch eine grosse Anzahl an paramedizinischem Personal tätig ist, werden für die weiterführenden Behandlungen und Langzeitbetreuung zuständig sein. Die Reha-Zentren müssen sich jeweils in der Nähe der Wohnorte der Patienten befinden. Sie sind für die Patientenversorgung von elementarer Bedeutung; die Aufenthaltsdauer in der Akutpflege wird kürzer und daher braucht es eine grosse Verfügbarkeit von Orten für die weiterführende Behandlung.

### **3.2.2. Handlungsfelder**

Die Analyse, die im Rahmen des StrateGO-Berichts angefertigt wurde, hat ergeben, dass der grösste Kostenpunkt bzw. potenzielle Einsparungspunkt – ohne Überraschung – der Personalaufwand ist. Gemäss dem Bericht (Ausgangspunkt: 2209 VZÄ per 31.12.2011), gestaltet sich die Personalentwicklung ausgehend von der heutigen Situation bis in zehn Jahren folgendermassen:

- Szenario "Status Quo": Anstieg um circa 200 VZÄ
- Szenario 2 (begrenzte Zentralisierung): Reduzierung um circa 250 VZÄ
- Mandatsszenario: Reduzierung um circa 350 VZÄ

Die Stelleneinsparung wird über eine bessere Organisation der Tätigkeit nachts und tagsüber (Skaleneffekte, Bereitschafts- und Pikettdienste) und dank einer neuen Aufgabenverteilung möglich. Diese Zahlen müssen im Laufe des Projekts immer wieder neu berechnet werden, aber die grundsätzliche Tendenz zeichnet sich klar ab.

Ob und wie schnell das HFR wieder ein ausgeglichenes Budget präsentieren kann, hängt davon ab, welches Szenario gewählt wird.

Da das HFR auch eine Ausbildungsstätte ist, kann die Zahl der Ärzte nur in einem sehr kleinen Mass reduziert werden. Zur Erinnerung: Die Personalkosten für Ärzte in Ausbildung und auszubildende Ärzte werden nur teilweise über das geltende Vergütungssystem getragen (gemeinwirtschaftliche Leistungen und Anteil der Versicherer); somit verursacht die geringere Effizienz von Personal in Ausbildung unausweichlich Mehrkosten.

#### 4. NOTFALLSTATIONEN, PERMANENCEN UND POLIKLINIKEN

Die grosse Problematik auf den Notfallstationen sind Konsultationen ohne Termin, von denen ein Grossteil nicht am Spital stattfinden müsste.

Im Jahr 2012 haben sich fast 20 Prozent der Kantonsbevölkerung an die Notfallstationen des HFR gewendet, um medizinisch versorgt zu werden. Diese ständig steigende Zahl nimmt stärker zu, als die Bevölkerung im Kanton wächst. Das HFR übernimmt mehr und mehr Aufgaben, die früher in den Aufgabenbereich der frei praktizierenden Hausärzte fielen.

Das HFR muss nicht nur den Mangel an Hausärzten auffangen (zurzeit entfallen 0,6 Hausärzte, inklusive Kinderärzte, auf 1000 Einwohner), sondern sich auch um die Rentabilität dieser Tätigkeit sorgen. Es ist also notwendig, richtig mit dem Patientenfluss umzugehen und die wirklichen Notfälle von Konsultationen ohne Termin zu unterscheiden, die entweder in einer medizinischen Permanence betreut werden könnten oder für die ein Termin in einer Poliklinik vereinbart werden müsste. Jede dieser Tätigkeiten muss kostendeckend erfolgen, das heisst ein genügendes Tätigkeitsvolumen aufweisen, oder im Rahmen der gemeinwirtschaftlichen Leistungen gedeckt werden.

Hier nochmals die Erklärung der wichtigsten Begriffe.

- Der Begriff "Notfall" im eigentlichen Sinne bezieht sich auf lebensbedrohliche Notfälle (Lebensgefahr/Erwachsene und Kinder/Säuglinge), auf Fälle, die innerhalb von sechs Stunden versorgt werden müssen und auf Fälle, bei denen eine Hospitalisierung für die weiterführende Behandlung notwendig ist. Eine Notfallstation ist rund um die Uhr in Betrieb.
- Eine "Permanence" ist ein Behandlungsort für unerwartete Gesundheitsprobleme, die mit grosser Wahrscheinlichkeit ambulant behandelt werden können. Die Permanenzen bieten Konsultationen, ohne dass vorher ein Termin vereinbart werden muss. Die Permanence in Meyriez-Murten erfüllt zurzeit genau diese Aufgabe im provisorischen Gebäude. Sie ist von 7.30 bis 21.30 Uhr geöffnet.
- Polikliniken sind Orte, an denen Konsultationen durchgeführt werden, für die zuvor ein Termin vereinbart wurde. In einer Poliklinik werden die Patientinnen und Patienten nach Spitalaufenthalten nachversorgt, gibt es patientennahe ambulante Sprechstunden und werden Personen mit chronischen Erkrankungen behandelt, die nur schwer von den frei praktizierenden Ärzten versorgt werden können. Polikliniken sind zu regulären Arbeitszeiten geöffnet (8-12/14-17 Uhr).

In der neuen Organisation des HFR mit klar nach Fachbereichen definierten Kompetenzzentren muss also ganz genau festgehalten werden, wo welche Patienten medizinisch versorgt werden, um die „echten“ Notfallstationen zu entlasten. Zur Lösung dieses Problems tragen die Permanenzen wie auch die Polikliniken ihren Teil bei.

Permanenzen nach dem Vorbild von Meyriez-Murten scheinen das passendste Konzept für die patientennahe Versorgung. Doch es gibt mehrere Faktoren, die analysiert werden müssen, um die Umsetzbarkeit einschätzen zu können: die Öffnungszeiten, nach denen sich der Personalbedarf in der Medizin und der Pflege richtet, das Vorhandensein eines Labors

und einer Radiologieabteilung, die dafür benötigte Infrastruktur und Betriebsdauer. Danach ist es möglich, den Aufwand und den Ertrag je nach Patientenaufkommen zu schätzen.

Unsere Analyse hat ergeben, dass eine Permanence, die:

- 10'000 Patienten im Jahr behandelt, ein Defizit von 1,3 Millionen Franken aufweist,
- 20'000 Patienten im Jahr behandelt, ein Defizit von 1,8 Millionen Franken aufweist,
- 40'000 Patienten im Jahr behandelt, ein Defizit von 3,1 Millionen Franken aufweist.

Unsere Studie über medizinische Permanenzen zeigt auf, dass eine solche Struktur, betrieben von einem Spital, sich zwischen folgenden zwei Angeboten bewegt: nämlich zwischen der (privaten) Hausarztpraxis, die mit relativ wenig Mitteln die grundlegende Patientenversorgung rentabel betreiben kann, und der umfassenden Notfallstation eines Spitals, die für alle Eventualitäten ausgerüstet sein muss. Eine solche Notfallstation funktioniert zwar nicht kostendeckend, kann aber mit der Unterstützung der anderen Abteilungen des Spitals rechnen. Um das Ziel maximaler Effizienz und einer vollständigen Kostendeckung zu erreichen, gilt es, die besten und rentabelsten Organisationsmodelle zu finden. Nebenbei über Permanenzen und Polikliniken zu verfügen, um Behandlungen in gewissen Fachbereichen abzudecken, wäre eine Lösung, mit der die Kosten besser gedeckt werden könnten.

## **5. GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE**

Im Kanton Freiburg gibt es vier Geburtenabteilungen. Diese Geburtenabteilungen liegen höchstens 30 km voneinander entfernt. Die grösste Abteilung mit mehr als 1'100 Geburten im Jahr gehört einer Privatklinik an, dem Dalerspital. Das HFR empfing an den Standorten Freiburg und Riaz im Jahr 2011 insgesamt 1326 Patientinnen und im Jahr 2012 waren es 1221 Patientinnen. Das Interkantonale Spital der Broye betreute im Jahr 2012 seinerseits 472 Geburten. Hinzu kommt ein Geburtshaus im Saanebezirk.

Diese Verteilung der Kompetenzen fördert den Wettbewerb zwischen den Standorten und hat zur Folge, dass längerfristig niemand fähig sein wird, die Akkreditierungsanforderungen für die komplizierteren Tätigkeiten in der Gynäkologie und Geburtshilfe zu erfüllen. So sind beispielsweise die Anforderungen, um Brustkrebs behandeln zu können, so hoch, dass bei einer Versprengung der Tätigkeit auf die vier Freiburger Spitäler, keiner der Standorte offiziell anerkannt werden kann. Es muss also ein öffentlich-privates Freiburger Netzwerk geschaffen werden, das sich ausserdem noch dem Netzwerk wie jenem im Mittelland oder im Kanton Waadt anschliesst, um die wissenschaftlichen Forschungskriterien zu erfüllen. Dasselbe gilt für potenziell risikoreiche Geburten. Ärzte mit den nötigen Fachkompetenzen, um Notfälle im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe zu behandeln, müssen zudem auch auf die passende medizintechnische Infrastruktur zugreifen können. Dazu gehören Geburtshelfer und Anästhesisten, die auf diesem Bereich geschult wurden, sowie Kinderärzte für Neonatologie, die über die richtigen Spezialbetten für Säuglinge in Lebensgefahr verfügen. Die kompliziertesten Fälle sowie Geburten vor der 32. Schwangerschaftswoche werden, entsprechend den geltenden Qualitätskriterien, immer an eines der Universitätsspitäler transferiert.

Die Verteilung der Tätigkeit am HFR auf die beiden Standorte Freiburg und Riaz hat zur Folge, dass mehr Kaderärzte und Pflegepersonal benötigt werden. Die Ereignisse von 2011 haben aufgezeigt, wie schwierig es ist, Kaderärzte einzustellen, die fähig sind, an beiden

Standorten die risikoreichen Fälle anzunehmen und zu überwachen (siehe Krise in der Gynäkologie und Geburtshilfe von 2010/2011). Ohne kompetente Kaderärzte und ohne ein ausreichendes Tätigkeitsvolumen wird ein Spital vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung, das zur FMH gehört, nicht als Weiterbildungsstätte im Bereich Nachdiplom-Ausbildung für junge Ärzte anerkannt. In einem solchen Kontext wird es für das HFR immer schwieriger, weiterhin das öffentliche Referenzspital zu sein.

Legt man die Tätigkeit in der Geburtshilfe von den Standorten Riaz und Freiburg zusammen, so ist ein Tätigkeitsvolumen zwischen 1250 und 1400 Geburten zu erwarten. Das ergibt im Schnitt etwa drei bis vier Geburten pro Tag. In der Geburtshilfe steht manchmal extrem wenig Zeit zur Verfügung, zum Beispiel bei einem notfallmässigen Kaiserschnitt. Die Zeit, die zwischen einer Entscheidung und dem Griff zum Skalpell verstreicht, kann über Leben und Tod der Mutter und des Kindes entscheiden. Von der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) und der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR) wurde ein Minimum von 1000 Geburten festgelegt, damit ein Anästhesiearzt und eine Anästhesiepflegefachperson gerechtfertigt sind, die sich rund um die Uhr der Gynäkologie und Geburtshilfe widmen. Mit der Menge von 1250 bis 1400 Geburten pro Jahr an einem Standort kann das HFR diese Normen erfüllen und den Patientinnen die beste Qualität und Sicherheit bieten.

Einzig das HFR Freiburg – Kantonsspital kann das Referenzspital werden, da sich dort die Intensivpflege für Erwachsene und Neugeborene befindet; darum wird vorgeschlagen, die stationäre Geburtshilfetätigkeit auf diesen Standort zu konzentrieren. Da Geburtshelfer und Kinderärzte schon täglich zusammenarbeiten, gibt es auch die Möglichkeit, ein Mutter-Kind-Zentrum zu schaffen.

Mit der Konzentration der medizinischen und pflegerischen Fachkompetenzen an einem Standort kann auch in Bezug auf die medizinische Infrastruktur und Leistungen mehr geboten werden.

Im ersten Quartal 2014 wird das HFR Freiburg – Kantonsspital die Renovationsarbeiten für die Geburten- und Gynäkologieabteilung abgeschlossen haben. Dank der frisch renovierten Räumlichkeiten können die Patientinnen besser aufgenommen (Ein- und Zweibettzimmer) und mehr Patientinnen behandelt werden. Auch die vier Geburtssäle werden völlig erneuert. Somit können die Geburten persönlicher gestaltet werden (natürliche Geburt möglich, gleichzeitig aber Sicherheitskriterien erfüllt im Fall von Komplikationen). Das Angebot an medizinischen Leistungen wird erweitert (vorgeburtliche Diagnostik, Tumorerkrankungen, ...). Ein Mutter-Kind-Zentrum soll geschaffen werden, das alle Frauen und werdenden Mütter empfängt und den Neugeborenen, den Schwangeren, den Kindern und den Müttern medizinische Leistungen von hoher Qualität bietet.

Die Geburten auf den Standort Freiburg zu konzentrieren bedeutet, dass die Geburtenabteilung am HFR Riaz geschlossen wird. Die vor- und nachgeburtlichen Konsultationen werden aber weiterhin auch am HFR Riaz durchgeführt. Die Möglichkeit, in den Räumlichkeiten des HFR Riaz ein Geburtshaus zu beherbergen wurde untersucht, jedoch nicht aufrecht erhalten.

Im Jahr 2011 erfolgten in Riaz insgesamt 680 Entbindungen. 487 davon waren vaginale Entbindungen (1,31 Geburten pro Tag). Wiederum etwa die Hälfte dieser Anzahl waren

natürliche Geburten (0,68 Entbindungen pro Tag). Im Jahr 2012 waren von den insgesamt 567 Entbindungen in Riaz, 453 vaginale Entbindungen und von dieser Anzahl wiederum etwa die Hälfte natürliche Geburten.

Eine natürliche Entbindung bedeutet, dass in keinsten Weise medizinisch eingegriffen wird (weder Einleitung der Geburt noch eine peridurale Schmerzbehandlung).

Beide Geburtsabteilungen (in Riaz und in Freiburg) um jeden Preis zu erhalten würde die weitere Entwicklung dieses Fachbereichs am HFR behindern. Denn die Zahl der Entbindungen ging in Riaz zwischen 2011 und 2012 um 16 Prozent zurück. Die Prognosen für 2013 (die im ersten Quartal 2013 erstellt wurden) zeigen, dass die Zahl in Riaz um weitere 16 Prozent und in Freiburg um 4 Prozent sinken wird. 2010 gab es am HFR 1359 Entbindungen, 2011 waren es 1326 und 2012 schliesslich nur noch 1220. Es scheint also angebracht, diese zwei "schwachen" Standorte besser durch einen einzigen dafür aber "starken" Standort zu ersetzen.

Gäbe es in Riaz ein Geburtshaus in der Verantwortung des HFR, das sich hauptsächlich um Frauen kümmert, die nach fachlicher Einschätzung natürlich gebären sollten, müsste das Team der Hebammen – gestützt auf die Daten von 2011 und 2012 – aus acht VZÄ bestehen, zu denen weitere sechs VZÄ für den reibungslosen Betrieb hinzukommen (Pflegeassistenten, Personal der Verwaltung, der Logistik usw.). Für die schwache Geburtenrate (0,6/Tag) ist das ein relativ grosser Personalaufwand. Hinzu kommt ein junger Arzt, der vor Ort sein muss, um je nach Gesundheitszustand der werdenden Mutter Entscheide zu fällen. Sollte die werdende Mutter ins HFR Freiburg transferiert werden müssen, nachdem sie schon am HFR Riaz eingetreten ist, so könnte wertvolle Zeit verloren gehen.

Die Erfahrung hat uns gezeigt, dass auch bei Frauen, bei denen es vorerst scheint, als würden sie natürlich gebären, sich die Situation sehr schnell ändern kann und ein chirurgischer Eingriff, wie zum Beispiel ein Kaiserschnitt, durchgeführt werden muss. In der Schweiz kommt heute rund ein Drittel der Neugeborenen per Kaiserschnitt zur Welt. Kommt es zu solch einer Situation, müssen alle vermeidbaren Risikofaktoren möglichst gering gehalten werden.

Es wurde untersucht, ob ein Geburtshaus oder Ähnliches eingerichtet werden soll, aber das HFR kam zum Schluss, auf den Betrieb einer solchen Behandlungsstruktur zu verzichten. Grund dafür ist die Qualität und Sicherheit der medizinischen Versorgung, die schwer zu gewährleisten sind, wenn keine Strukturen für operative Eingriffe und Intensivpflege im Falle von Komplikationen in unmittelbarer Nähe sind. Am HFR Riaz kann diese Art von Einrichtung nicht geboten werden.

Dank der Umbauarbeiten können am HFR Freiburg aber eben genau diese werdenden Mütter optimal betreut werden, die natürlich gebären, für die aber bei Komplikationen die nötige Infrastruktur zur Hand ist.

## **6. TRANSFER VON INSTABILEN PATIENTEN ZWISCHEN DEN STANDORTEN (BIS MOBILER DIENST FÜR DIE NOTFALLMEDIZIN UND REANIMATION – SMUR – IM KANTON AUFGEBAUT IST)**

Der Transfer von instabilen Patienten zwischen den Standorten, meist zum HFR Freiburg – Kantonsspital und manchmal auch zu den Universitätsspitalern (Bern und Lausanne), muss sehr gut organisiert werden, damit man gerade in diesen dringenden Fällen schnell an die hochspezialisierte Infrastruktur gelangt. Innerhalb des HFR verlaufen acht bis neun Prozent der Transfers an die Intensivpflegestation des Standorts Freiburg nicht unter optimalen Bedingungen.

Für die Übergangszeit bis zur Einrichtung eines kantonalen SMUR schlagen wir vor, die Organisation dieser Transfers zu übernehmen. Die Transfers müssen in einer Ambulanz stattfinden und mindestens eine Anästhesiepflegefachperson muss den Patienten begleiten (Kontrolle der Atemwege, Narkose, Überwachung, Versorgung bei Versagen von Körperfunktionen, bei gleichzeitiger medizinischer Versorgung vor und unmittelbar nach dem Transport, gegebenenfalls auch während des Transports). Bei komplexen Fällen kann sich die Begleitung durch einen Anästhesie- oder Notfallarzt als nötig erweisen.

In einer ersten Phase kann diese Aufgabe mit ungefähr sechs VZÄ an Anästhesiepflegefachpersonen rund um die Uhr erfüllt werden. Hierzu müssen mit Ambulanzunternehmen Vereinbarungen getroffen werden, um günstigere Tarife zu erhalten. Dieses Angebot muss vom Kanton im Rahmen der gemeinwirtschaftlichen Leistungen finanziert werden, da ein sicheres Transfersystem nötig ist, bis ein SMUR im Kanton eingeführt wird, der diese Leistungen abdeckt.

## **7. ZWEISPRACHIGKEIT**

Seit seiner Gründung widmet das HFR der Zweisprachigkeit grosse Aufmerksamkeit. Das HFR versteht sich als zweisprachige Institution: Als Spital eines zweisprachigen Kantons empfängt es Patienten je nach Standort auf Deutsch, Französisch oder in beiden Sprachen. Ausserdem trägt das HFR der Sprachenfrage auch in der Kommunikation gegenüber den Mitarbeitenden Rechnung.

Eine Reihe von Massnahmen wurde seit der Gründung am HFR eingeführt, um die Verständigung nach innen und aussen und die Sprachkompetenz der Mitarbeitenden zu verbessern:

- Die ganze institutionelle Kommunikation (intern / extern) erfolgt zweisprachig Deutsch und Französisch.
- Das HFR bietet Sprachkurse für Mitarbeitende: Seit 2009 haben rund 400 Mitarbeitende – davon 80 Prozent französischer Muttersprache – an Sprachkursen teilgenommen.
- Die Sprachenfrage spielt ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Anstellung von neuem Personal, insbesondere an den zweisprachigen Standorten des HFR.
- Die Verlegung der Abteilung Innere Medizin vom HFR Meyriez-Murten an das HFR Freiburg – Kantonsspital (April 2013) wird als Pilotprojekt genutzt, um zu prüfen, ob mit diesem Modell die deutschsprachige Bevölkerung am HFR Freiburg –

Kantonsspital künftig besser in ihrer Muttersprache betreut werden kann. Mit dieser Verlegung wurde am HFR Freiburg – Kantonsspital erstmals eine deutschsprachige Abteilung für Innere Medizin eingerichtet: Patienten deutscher Muttersprache, welche Leistungen der Medizin benötigen, werden in dieser Abteilung hospitalisiert und Deutsch angesprochen. Dieses Modell könnte künftig vermehrt eingesetzt werden, angesichts der Schwierigkeit, zweisprachiges Personal zu rekrutieren.

Die Sprachkompetenz ist ein entscheidender Faktor, wenn es um die Patientenbetreuung geht. Das HFR ist sich bewusst, dass es für das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten wichtig ist, verstanden zu werden und sich in ihrer Muttersprache (Deutsch oder Französisch) ausdrücken zu können. Das HFR hat deshalb soeben ein Projekt „Zweisprachigkeit“ lanciert. Ziel des Projektes ist die Verbesserung der Sprachkompetenz der Mitarbeitenden, welche an zweisprachigen Standorten arbeiten. Im Rahmen des Projektes werden einerseits die aktuelle Situation analysiert und andererseits weitere Massnahmen geprüft und schliesslich umgesetzt. Ein spezielles Augenmerk gilt dem HFR Freiburg – Kantonsspital: Dieser Standort wird künftig gemäss Strategie als Akut- und Referenzspital mit umfassendem Leistungsangebot eine zentrale Rolle spielen. Die Behandlung der Patienten, welche an diesem Standort hospitalisiert werden oder ambulante Pflege in Anspruch nehmen, soll deshalb in Zukunft in den beiden offiziellen Sprachen Deutsch und Französisch möglich sein. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass bereits heute zahlreiche Mitarbeitende deutscher Muttersprache am HFR Freiburg – Kantonsspital arbeiten, darunter viele Kaderärzte.

Trotz zusätzlicher Massnahmen, um die Zweisprachigkeit zu fördern und Patienten künftig noch besser in ihrer Sprache betreuen zu können, wird es nicht möglich sein, alle Patientinnen und Patienten jederzeit in ihrer Muttersprache auf Deutsch oder Französisch anzusprechen. Grund dafür ist die Schwierigkeit bei der Rekrutierung des Personals. Die Schweiz ist von einem akuten Mangel an Fachkräften im Gesundheitswesen betroffen, insbesondere an Pflegepersonal und Ärzten. Auch das HFR hat zunehmend Mühe, Personal zu finden. In einigen Fachbereichen der Medizin ist der Markt fast ausgetrocknet; dies betrifft insbesondere die Gynäkologie & Geburtshilfe und die Radiologie. In dieser Situation ist es noch schwieriger, zweisprachiges Personal zu finden. Deshalb ist und bleibt die oberste Priorität die Fach- und Sozialkompetenz des Personals. Ausserdem erwarten Patienten an erster Stelle die Schnelligkeit, Sicherheit und Qualität der medizinischen Leistungen.

Das HFR hat demnach bereits viel zur Förderung zur Zweisprachigkeit getan und beabsichtigt, dieses Engagement in Zukunft noch zu verstärken.

## **8. AUFTRÄGE DER STANDORTE**

Der allgemeine Auftrag des HFR ist, die Bevölkerung medizinisch zu behandeln, Fachpersonal auszubilden sowie klinische Forschung zu betreiben. Das HFR versorgt alle Patienten rund um die Uhr das ganze Jahr. Angesichts dieser Gegebenheiten wurde die heutige Aufgabenverteilung analysiert und für die nächsten zehn Jahre beurteilt. Denn es wird erwartet, dass es zehn Jahre dauert, bis die neue Struktur einer zentralisierten Akutpflege umgesetzt wird. In der Übergangszeit wird es Aufgabe des HFR sein, Optimierungsmassnahmen zu treffen, um die Effizienz zu steigern und somit das Defizit zu verringern.

Fünf HFR-Standorte (die Schliessung des HFR Châtel-St-Denis ist bereits entschieden) befinden sich alle in einem Umkreis von 40 km voneinander; im Jahr 2013 befinden sich zwei von den Standorten, an denen geplante Akutmedizin angeboten wird, auf der gleichen Autobahnachse. Die Verbindungen mit dem öffentlichen Verkehr zwischen den verschiedenen Standorten und Kantonsteilen sind ein wichtiger Faktor, der berücksichtigt werden muss.

Sobald der zentrale Akutstandort in Betrieb ist, gestalten sich die Aufgaben der Standorte wie folgt:

### **8.1. HFR Châtel-St-Denis**

Die Abteilung Palliativpflege, die sich zurzeit am HFR Châtel-St-Denis befindet, wird bis Ende 2013 in ein Zentrum für Palliativpflege transferiert. Das Zentrum bietet das richtige Umfeld für Patienten in Palliativpflege und befindet sich in unmittelbarer Nähe eines Akutstandorts. Da Akutmedizin und Palliativmedizin eng zusammenarbeiten, um die Patienten bestmöglich betreuen zu können, ist die Nähe zum Referenzspital mit einer Fachabteilung für Krebsbehandlung unabdingbar. Die "Villa St. François", mit der Ende April 2013 ein Vertrag unterzeichnet wurde, erfüllt diese Kriterien.

Im Rahmen des Gesundheitszentrums, das vom "Réseau santé de la Veveyse" betrieben wird, werden weiterhin Konsultationen vor oder nach einem Eingriff am HFR (Orthopädie, Chirurgie) angeboten.

### **8.2. HFR Billens**

Das HFR Billens kann zu einem späteren Zeitpunkt zu einem Zentrum werden, das sich ausschliesslich der osteoartikulären Rehabilitation und der Lungenrehabilitation widmet (stationär und ambulant). Dabei sind die zukünftigen Entwicklungen in der Rehabilitation aber zu berücksichtigen. Die kardiovaskuläre Rehabilitation würde an den Hauptstandort, also das HFR Freiburg – Kantonsspital transferiert werden, damit Fachärzte möglichst in der Nähe sind (Kardiologen, operierende Ärzte usw.). Seit die neue Spitalfinanzierung in Kraft ist, muss das HFR auch Patienten aus dem Kanton Freiburg annehmen, die am Lausanner Universitätsspital oder am Inselspital in Bern am offenen Herzen operiert wurden. Diese Patienten, sowie jene, die an Herzinsuffizienz leiden oder einen Infarkt erlitten, sind stark geschwächte Patienten und müssen oftmals an andere Standorte transferiert werden, wo sich die Spezialisten und die passende Infrastruktur befinden, um diese Patienten in instabilen Situationen behandeln zu können. Es ist schon mehrere Male vorgekommen, dass sich die Distanz zwischen dem HFR Billens und dem HFR Freiburg – Kantonsspital bei unerwarteten Komplikationen als Gefahr für die Gesundheit des Patienten erwies.

Eine Permanence ist keine Option für den Standort Billens, weil die kritische Masse an Patienten bei Weitem nicht erreicht wird. Wir möchten die Bezirksbehörden dazu einladen, ein Gesundheitszentrum einzurichten, das junge Ärzte anziehen kann, die sich in "Gruppenpraxen" niederlassen wollen. In diesem Zusammenhang muss sich das HFR aber überlegen, ob es nicht vor- und nachoperative Konsultationen (Orthopädie, Chirurgie) an diesem Standort anbieten will und den Standort als eine Eingangstür des HFR gestalten.

Ausserdem gilt es, die Aufgaben dieses Standorts bis ins Jahr 2022 zu überdenken.

### **8.3 HFR Freiburg – Kantonsspital**

Das HFR Freiburg – Kantonsspital ist der Referenzstandort des Spitalnetzes. Sein Aufgabenbereich umfasst die medizinische Versorgung, Weiterbildung und Forschung. An diesem Standort werden sämtliche Notfälle behandelt, auch die lebensbedrohlichen. Ausserdem stehen am Standort Freiburg rund um die Uhr voll ausgestattete Operationssäle und ein Reanimationsraum sowie Abteilungen für Intensiv- und Überwachungspflege und eine vollumfängliche medizintechnische Infrastruktur zur Verfügung. Am HFR Freiburg werden alle Erkrankungen behandelt, die eines Spitalaufenthaltes bedürfen, und sämtliche ambulanten Behandlungen angeboten. Das HFR Freiburg ist das Kompetenzzentrum bei komplexen Fällen, übernimmt aber auch die medizinische Versorgung im Bereich der patientennahen Akutmedizin.

### **8.4. HFR Meyriez-Murten**

2016 öffnet das HFR Meyriez-Murten wieder seine Türen und wird folgende Aufgaben erfüllen: die geriatrische Rehabilitation, die neurologische Rehabilitation, eine geringe Kapazität im Bereich der patientennahe Akutmedizin, eine Permanence, die sich um gewisse nicht lebensbedrohliche Notfälle kümmert (lebensbedrohliche Notfälle werden stabilisiert und mit einem sicheren medizinischen oder paramedizinischen Transport an den Referenzstandort gebracht) und ambulante Sprechstunden für Patienten mit chronischen Erkrankungen, um den Ärztemangel in jener Region aufzufangen. Am HFR Meyriez-Murten wird zudem eine Abteilung für Palliativpflege eingerichtet.

### **8.5. HFR Riaz**

Das HFR Riaz konzentriert sich auf patientennahe Akutmedizin und verfügt über stationäre Betten zu diesem Zweck. Als Eingangstür des HFR kümmert sich das HFR Riaz rund um die Uhr um Notfälle (ausgenommen lebensbedrohliche Notfälle, die wie heute stabilisiert und mit einem sicheren medizinischen oder paramedizinischen Transport an den Referenzstandort gebracht werden). Der Standort Riaz wird zum Kompetenzzentrum für ambulante Chirurgie (Operationssäle bleiben nachts und übers Wochenende geschlossen). Im ambulanten Bereich werden Patienten mit invasiven Techniken behandelt. Am Standort Riaz gibt es stationäre Abteilungen für kurze Spitalaufenthalte im Bereich der allgemeinen Medizin sowie für Aufenthalte im Bereich Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation. In Zusammenarbeit mit den frei praktizierenden Ärzten wird eine Permanence eingerichtet. Eine Poliklinik kümmert sich um die ambulanten Sprechstunden.

### **8.6. HFR Tafers**

Das HFR Tafers konzentriert sich auf patientennahe Akutmedizin und verfügt über stationäre Betten zu diesem Zweck. Als Eingangstür des HFR kümmert sich das HFR Tafers rund um die Uhr um Notfälle (ausgenommen lebensbedrohliche Notfälle, die wie heute stabilisiert mit einem sicheren medizinischen oder paramedizinischen Transport an den Referenzstandort gebracht werden). Am Standort Tafers werden Patienten der allgemeinen Medizin und der Geriatrie stationär behandelt. Während der Übergangsphase werden weiterhin chirurgische

Eingriffe durchgeführt. In Zusammenarbeit mit den frei praktizierenden Ärzten wird eine Permanence eingerichtet.

### 8.7. Medizintechnische Infrastruktur (2022)

Ausstattung	Billens	Châtel	Freiburg	Meyriez	Riaz	Tafers
Operationstrakt		-	X (12-14 Säle)		X (2 ambulante Säle)	
Kostspielige technische Ausstattung (Labor, Apotheke, funktionelle Untersuchungen, ...)		-	X			
Einfache technische Ausstattung (kleines Labor und konventionelle Radiologie inklusive Computertomograf)				X	X	X
Intensivpflege		-	X			
Überwachungspflege für Erwachsene und Kinder		-	X			
Entbindungssaal		-	X (4 bis 6 Säle)			
Konventionelle Radiologie		-	X	X	X	X
Radiologie Computertomograf		-	X	X	X	X
Radiologie MRI		-	X		X	
Radioonkologie		-	X			
Nuklearmedizin			X			

## 9. BAULICHE MASSNAHMEN FÜR DIE ZUKÜNFTIGEN AUFGABEN EINES REFERENZSTANDORTS IN AKUTPFLEGE

Die medizinische Tätigkeit hat sich gewandelt und somit auch die Organisation des Patientenflusses. Dies hat wiederum grossen Einfluss auf die Architektur der Spitäler. Das Baukonzept des Standorts Bertigny, also des HFR Freiburg – Kantonsspital, stammt aus den 60er Jahren und wird den Anforderungen des Patientenflussmanagements des 21. Jahrhunderts nicht mehr gerecht. In den letzten vierzig Jahren, d. h., seitdem das Gebäude Bertigny steht, hat die Technologie in der Diagnostik und in der Behandlung so schnell Fortschritte gemacht, wie noch nie zuvor, und somit die Arbeitsabläufe stark

verändert. Nebst der Problematik des Patientenflussmanagements ist ein solch altes Gebäude schlichtweg sanierungsbedürftig. Beim Gebäude Bertigny betrifft das die Heizungsinstallationen, die Lüftung, die Isolierung, die Verteilung der Medizinalgase. Aufgrund von Bundesvorschriften müssen gewisse Renovierungsarbeiten bald in die Tat umgesetzt werden (z. B.: ab 2014 Verbot des Kühlmittels R22, das im ganzen Gebäude verwendet wird).

Anfang 2013 besprach der Direktionsrat den Bericht über die baulichen Optionen, der von der Emch+Berger AG verfasst wurde. Dieser Bericht enthält zwei Vorschläge:

1. Bau neuer Gebäude rund um den jetzigen Standort mit Beibehalt des Hauptgebäudes für so lange wie möglich und mit schrittweiser Umsetzung der notwendigen Renovationen (Variante Bertigny)
2. Bau eines von Grund auf neuen Standorts auf einem Grundstück ausserhalb von Bertigny (Variante Pré Vert).

## 9.1. Allgemeine Überlegungen

Der Richtplan für Investitionen, der im Jahr 2010 ebenfalls von der Emch+Berger AG ausgearbeitet wurde, untersuchte den Investitionsbedarf an allen HFR-Standorten unter Berücksichtigung der Bedingungen, die in der kantonalen Spitalplanung von 2008 festgelegt wurden. Zusammengefasst kam der Richtplan zum Schluss, dass in den nächsten zehn Jahren Investitionen in der Höhe von 239 Millionen Franken getätigt werden müssen, wenn die Ziele der Spitalplanung erreicht werden sollen.

Die Studie zu den baulichen Optionen, die hier diskutiert wird, stützt sich auf die Ergebnisse des StrateGO-Berichts sowie auf den Richtplan, um die Grösse festzulegen, die nötig ist, damit die gesamte Akutpflege an einem Standort erfolgen kann. Die zukünftigen Räumlichkeiten sollen im Grossen und Ganzen 400 bis 450 stationäre Betten bieten und im ambulanten Bereich so gestaltet sein, dass der Standort der im "Projet médical" projizierte Nachfrage gerecht werden kann.

### 9.1.1. Planungsgrundsätze

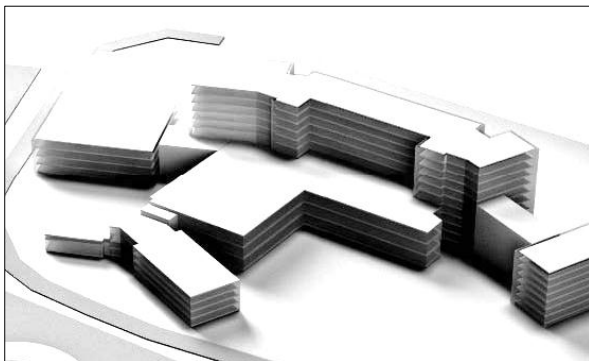
Folgende Planungsgrundsätze wurden berücksichtigt:

- Flexibilität: Die Medizin ist rasanten Entwicklungen unterworfen, ein Gebäude hingegen ist etwas sehr Stetes und hat eine lange Lebensdauer. Das heisst, die Räumlichkeiten müssen ständig an die Neuerungen im medizinischen Betrieb angepasst werden.

Bereich	Elemente	Lebensdauer
Primärstruktur	Rohbau, Statik, Fundament, Decken, Gebäudehülle	50 – 100 Jahre
Sekundärstruktur	Technische Gebäudeinstallationen, Heizungs-, Lüftungs-, Sanitär- und Klimaanlage, Gas, Strom, Böden	< 20 Jahre
Tertiärstruktur	Medizintechnik, Informatik, Wandverkleidung, Mobiliar, Ausstattung, Bodenbeläge	< 10 Jahre

Da die verschiedenen Strukturen nicht die gleiche Lebensdauer haben, muss die Gebäudestruktur sehr flexibel sein. Da der Umbau eines Spitals, in dem gearbeitet wird, zahlreiche Probleme mit sich bringt und Risiken birgt (Lärm, Hygiene, Provisorien ...), müssen die verschiedenen Gebäudeteile unabhängig voneinander funktionieren.

- Flache Bauten: Heutzutage sind die wenigsten neuen Spitäler als Wolkenkratzer konzipiert. Nebst der Übereinanderstellung der verschiedenen Abteilungen gibt es bei einer vertikalen Anordnung auch immer wieder Engpässe.
- Trennung verschiedener Arbeitsabläufe: Die neue Infrastruktur soll berücksichtigen, dass die Abläufe betreffend Patienten, Personal und Logistik getrennt sein sollten.
- Schaffung von Zentren innerhalb des Gebäudekomplexes: Mögliche Synergien, beispielsweise die Schaffung verschiedener Zentren (z. B. Mutter-Kind), sollen in die Planung der Arbeitsbereiche einfließen.



Auf der linken Grafik ist die Gebäudestruktur des Standorts Freiburg zu sehen. Es ist zu erkennen, wie sich die Struktur in die Höhe entwickelt hat und neue Teile auf alte aufgesetzt wurden. Auf dem rechten Bild ist ein Spitalmodell zu sehen, das in die Breite wächst und somit eine flexiblere Gebäudestruktur darstellt.

### 9.1.2. Gebäudetechnik Bertigny

Die Gebäudetechnik ist zum grossen Teil gleich alt wie der Bau an sich. Das heisst, die Gebäudetechnik, die im Einsatz ist, ist 30 oder 40 Jahre alt. Dank einer sehr guten Instandhaltung und mancher sehr kreativen Lösung, wenn eines der alten Aggregate eine Panne hatte, konnte das Personal des HFR Freiburg den Betrieb stets aufrecht erhalten. In den nächsten Jahren werden sich die Fälle häufen, bei denen Komponenten kaputt gehen, die nicht mehr repariert werden können, und es somit immer schwieriger wird, den Wert der Technik zu erhalten.

In diesen Fällen müssen immer öfter neue Komponenten in ein veraltetes und überholtes System eingefügt werden. Eine Totalsanierung der Gebäudetechnik, die aus den Baujahren stammt, käme aber besonders teuer. Ausserdem würde der Spitalbetrieb dadurch stark eingeschränkt. Eine teilweise technische Erneuerung, die jedoch nicht alle Probleme des Gebäudeunterhalts löst, wurde mit etwa 50 Millionen Franken beziffert.

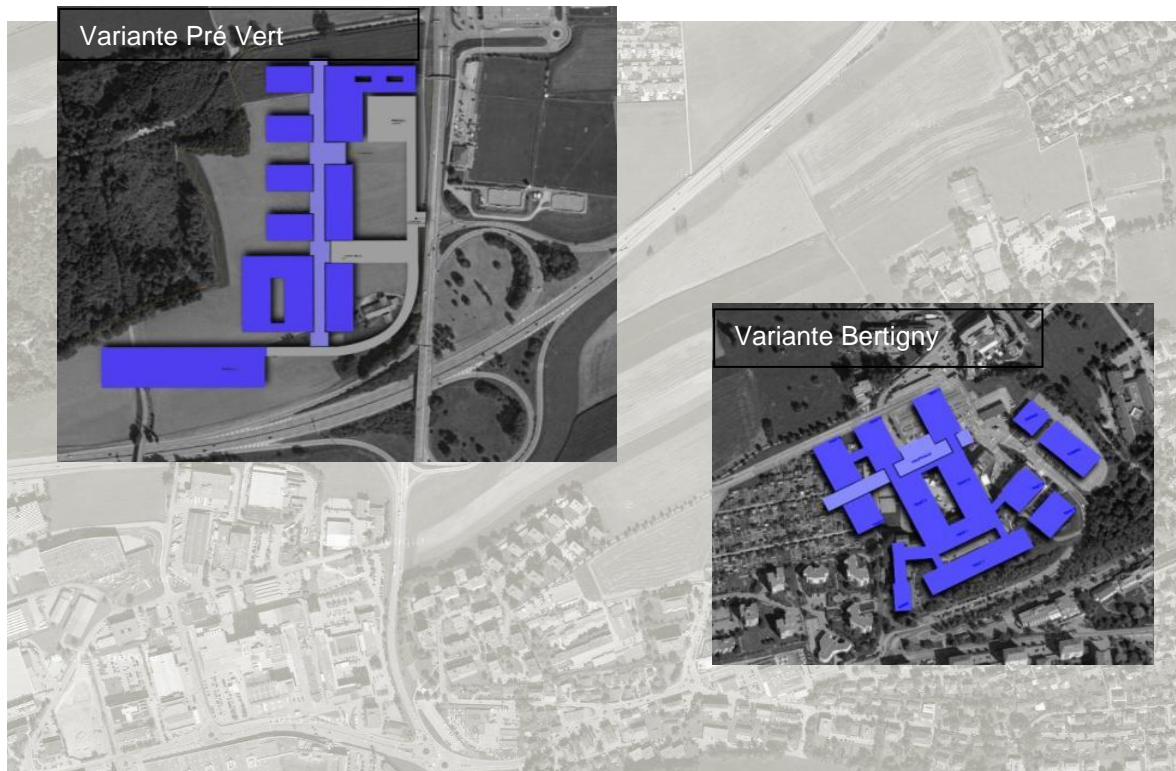
### 9.1.3. Betriebskosten Bertigny

Die Energiekosten belaufen sich derzeit auf vier Millionen Franken pro Jahr (Strom, Kochgas, Heizungsgas, Flüssigbrennstoff, Wasser, Abwasserreinigungssteuer, Fernwärme).

Die Heizungskosten des Spitals sind derzeit sehr hoch. Eine Totalrenovation der Gebäudetechnik und der Gebäudehülle würde die Heizungskosten massiv senken. Es könnten somit 1,5 bis 2 Millionen Franken Heizungskosten eingespart werden.

## 9.2. Vorgeschlagene Varianten

Bei den präsentierten Varianten handelt es sich um Vorentwürfe; dies bedeutet, dass es am Inhalt dieses Kapitels noch Änderungen geben kann. Dies trifft insbesondere auf die Variante Bertigny zu, in der die Nutzung der Fläche der Schrebergärten zu diesem Zeitpunkt noch nicht optimiert wurde.



### 9.2.1. Variante Bertigny

Der Ansatz der Variante „Erweiterung des Standorts Bertigny“ ist, so lange wie möglich noch die bestehende Infrastruktur zu nutzen, um somit Kosten zu reduzieren. Der Standort soll schrittweise in eine moderne Spitalstruktur umgewandelt werden.

Für die Spitalerweiterung ist das Terrain der Schrebergärten (ca. 30'000 m<sup>2</sup> – gemäss der "Convention réglant le transfert des Services hospitaliers de la Bourgeoisie et de la Commune de Fribourg du Charitable Grand Hôpital des Bourgeois au nouvel Hôpital cantonal" vom 9. April 1972, Art. 2 Abs. 3) vorgesehen.

Die Folge dieser Variante ist, dass das Spital seinen Betrieb während 10 bis 12 Jahren neben einer Baustelle führen muss. Es kann nicht vollständig vermieden werden, provisorische Gebäude und provisorische technische Installationen zu erstellen. Die ersten Schritte können hingegen schnell umgesetzt und aktuelle Probleme gelöst werden (Notfall, Technikräume, Parkplätze, Zufahrten).

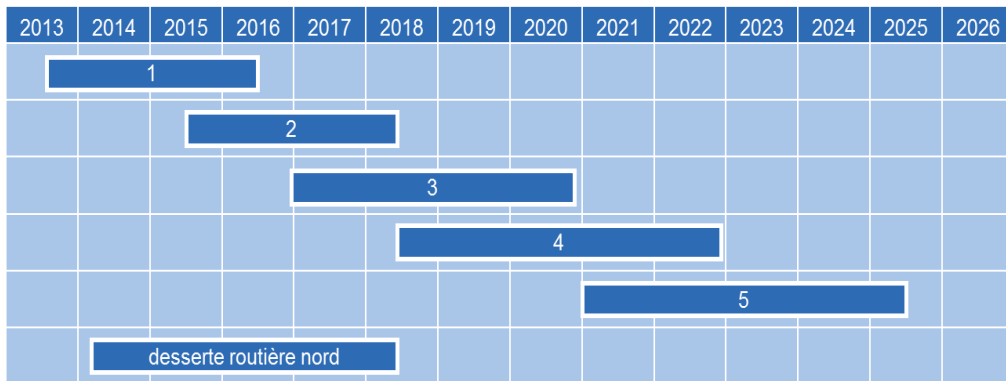
Die Grafik unten illustriert ein mögliches Konzept. Es gäbe aber auch die Möglichkeit von Anfang an weiter in die Zone der Schrebergärten vorzudringen. Auf der Karte ist ein zentraler Haupttrakt zu erkennen, um den sich verschiedene Gebäudeflügel scharen. Die Gebäude werden nicht höher als etwa vier bis fünf Stockwerke sein.



Karte des Standorts Bertigny nach dem Umbau

Der heutige Zugang ist ungenügend. Steigt die Spitaltätigkeit weiter, so reicht der eine Südzugang alleine nicht mehr aus. Die Baustelle zur Spitalerweiterung wird zusätzlichen Verkehr verursachen. Folglich muss der Standort als Erstes direkt an die Autobahnausfahrt Freiburg Süd angeschlossen werden (siehe Projekt "Autobahnanschluss Freiburg-Süd/Zentrum" der Raumplanungs-, Umwelt- und Baudirektion) oder sogar eine provisorische Strasse als Baustellenzufahrt gebaut werden. Diesbezüglich wurden schon Kontakte geknüpft, denn der Zugang zum Spital ist elementar. Es muss alles in Bewegung gesetzt werden, damit möglichst schnell eine Zufahrtsstrasse gebaut wird, auch wenn nur eine provisorische.

Das Projekt entfaltet sich über mehrere fakultative Etappen. In der Machbarkeitsstudie werden die fünf Hauptetappen beschrieben. Deren Umsetzung dauert etwa drei bis fünf Jahre und umfasst Investitionen zwischen 32 und 168 Millionen Franken. Jeder Etappe geht eine Planungsphase voraus, die etwa ein bis zwei Jahre dauert. Für die Umsetzung und Inbetriebnahme wird mit einer Dauer von zwei bis drei Jahren gerechnet. Je nach Konzept können sich gewisse Etappen auch überschneiden.



Mögliche Umsetzung in sieben Etappen

Die Investitionskosten berechnen sich auf der Grundlage neu geschaffener oder wiederhergestellter Geschossfläche. Je nach Installationsdichte und Installationsnormen der jeweiligen Flächen wurden die Investitionskosten anders veranschlagt. Am Standort Bertigny wurden die bereits existierenden allein stehenden Gebäude berücksichtigt. Ein Grossteil der Infrastruktur wird aber neu gebaut werden. Die Kostenexaktheit liegt bei +/- 30 Prozent. Der Anteil der Investitionskosten, der auf die Medizintechnik entfällt, entspricht 15 Prozent der veranschlagten Kosten für die gesamte Fläche des Spitals. In der Kostenaufstellung eingerechnet sind ebenfalls die Kosten für den Abriss der bestehenden Gebäude sowie die Kosten für vorübergehende und provisorische Ausstattung für die Gebäudetechnik.

#### Investitionskosten +/- 30% (CHF)

- |           |             |   |
|-----------|-------------|---|
| 1. Etappe | 74'000'000  | Neue Gebäude A und B, Notfall, Labor, Garage, Mikrolabor                                    |
| 2. Etappe | 32'000'000  | Neue Energiezentrale  |
| 3. Etappe | 168'000'000 | Neue Bettenabteilung, Verteilung, Küche, Eingang  |
| 4. Etappe | 162'000'000 | Umbau / Neubau der OP-Säle, Ambulatorium, Radiologie  |
| 5. Etappe | 88'000'000  | Neubau Intensiv- und Überwachungspflege, Aufwachräume, Ambulatorium, Radiologie, Orthopädie |

**Total**     **524'000'000**

**nicht inbegriffen:**     Neue Zufahrtsstrasse Nord

#### 9.2.2. Variante "Pré Vert"

Wenn man sich vor Augen hält, dass die Erweiterung des Standorts Bertigny einem Neubau ziemlich nahe kommt, so ist es unabdingbar, die Möglichkeit eines wirklichen Neubaus auf einem noch nicht bebauten Terrain zu untersuchen. Für die Untersuchung wurde eine Fläche nordöstlich der Autobahnausfahrt Freiburg Süd in Betracht gezogen. Dieses Terrain ist gross genug und erfüllt mit der Nähe zur Autobahn eines der wichtigsten Kriterien.

Der Standort wurde bis anhin noch nicht genau in Augenschein genommen, aber die Gemeinde, die Eigentümer des Terrains ist, hat beim HFR sein Interesse an solch einem Projekt bekundet.



Karte des fertiggestellten Standorts Pré Vert

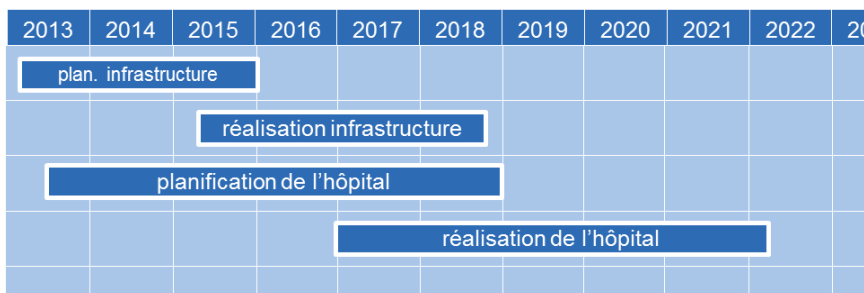
Das Terrain befindet sich unmittelbar neben der Autobahnausfahrt. Eine direkte Zugangsstrasse müsste noch gebaut werden. Es besteht kein Anschluss an den öffentlichen Verkehr.

Das Terrain ist nicht erschlossen. Alle Leitungen (Kanalisation, Wasser, Fernheizung, Strom, Gas, ...) müssten erst noch gelegt werden. Dies hätte nicht nur hohe Kosten zur Folge, sondern würde auch geraume Zeit beanspruchen. Es stellt sich zudem die Frage, ob die Fläche des Grundstücks ausreicht oder ob diese erhöht werden müsste.

Heute steht auf dem Terrain eine Starkstromleitung, die verlegt werden müsste.

Das Terrain befindet sich nicht in einer Bauzone, deshalb müsste ein Bewilligungsverfahren eingeleitet werden.

### Planungsphasen



Damit diese Variante all ihre Vorteile entfalten kann, muss sie in einem Schritt umgesetzt werden. Das Projekt kann in mehreren Bauschritten umgesetzt werden, aber eine schrittweise Inbetriebnahme sollte unserer Meinung nach vermieden werden.

Wir schätzen, dass trotz der nötigen Vorbereitung des Terrains die Dauer der Arbeiten insgesamt kürzer wäre. Bei einer Baustelle dieses Ausmasses kann es vorkommen, dass ein Teil der Gebäude betriebsbereit wäre, aber noch nicht für den Spitalbetrieb eingesetzt wird.

Die Investitionskosten berechnen sich auf der Grundlage neu geschaffener oder wiederhergestellter Geschossfläche. Je nach Installationsdichte und Installationsnormen der

jeweiligen Flächen wurden die Investitionskosten anders veranschlagt. Die Kostenexaktheit liegt bei +/-30 Prozent. Der Anteil der Investitionskosten, der auf die Medizintechnik entfällt, entspricht 15 Prozent der veranschlagten Kosten für die gesamte Fläche des Spitals.

<b>Investitionskosten +/- 30 % (CHF)</b>		
Gebäude	480'000'000	Spitalneubau
Parkplätze	23'000'000	Neubau Parkplatz
Medizintechnik	72'000'000	vollständige Medizintechnik des Spitals (15%)
Grundstückwerb	7'200'000	120'000 m <sup>2</sup> zu 60 Franken (provisorisch)
Vorbereitung Grundstück	10'000'000	
Bertigny-Investitionen	50'000'000	Ersatz der Gebäudetechnik, Erweiterung des Notfalls usw., damit es noch 10 Jahre hält
<b>Total</b>	<b>642'200'000</b>	

### 9.3. Schlussfolgerung über die beiden Varianten

Wir sind der Meinung, dass der schrittweise Ersatz der Infrastruktur, so wie er in der Variante Bertigny vorgesehen ist, die bessere Lösung darstellt.

Bei dieser Variante sind die Risiken und Kosten weniger hoch (20-25 % weniger). Auch wenn die Störungen, die die Arbeiten am Standort verursachen werden, nicht unterschätzt werden dürfen, so wird diese Unannehmlichkeit mehr als aufgehoben, weil prekären Situationen sofort entgegengewirkt werden kann und sich die Verbesserungen auch unmittelbar in der Bilanz des Spitals niederschlagen werden.

Die Variante „Erweiterung des Standorts Bertigny“ bringt noch weitere Vorteile mit sich. So bestärkt diese Variante den Sinn der kürzlich beschlossenen Investitionen und den dringend und bald umzusetzenden Investitionen: Vergrößerung der Notfallstation, unterirdische Parkgarage, Erneuerung der technischen Installationen und nicht zu vergessen den Bau einer Zufahrtsstrasse Nord.

### 9.4. Bauvorhaben am HFR Riaz

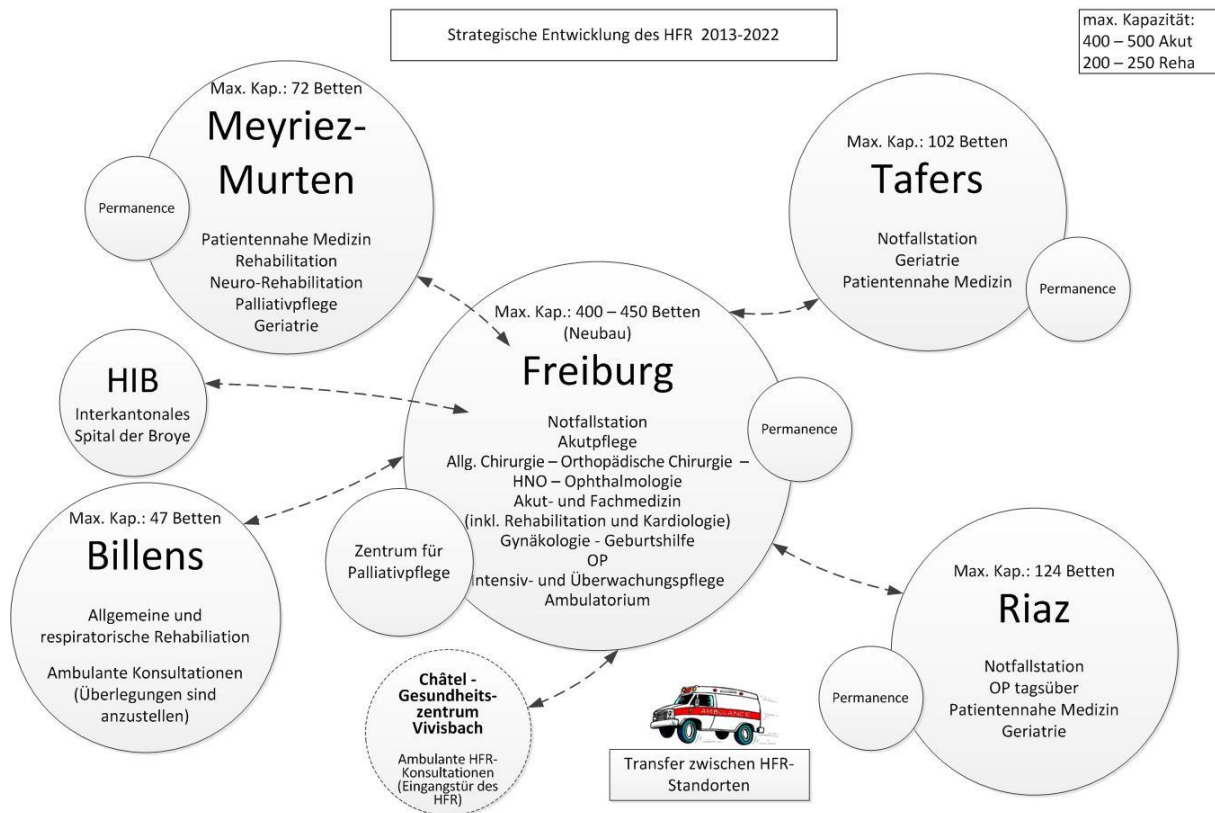
Mit unserem Vorschlag könnten sich auch zusätzliche Bauten am Standort Riaz als notwendig erweisen. Diese würden die Operationssäle betreffen, die für die ambulante chirurgische Tätigkeit notwendig sind (die heutigen Operationssäle erreichen bald ihre maximale Lebensdauer), und alle weiteren benötigten Anlagen. Der Vollständigkeit halber, nachstehend eine Kostenaufstellung betreffend Bauvorhaben am HFR Riaz.

Hotellerie – Vergrößerung Cafeteria	CHF 250'000
Zusätzliche Büroräume	CHF 1'300'000
2 Operationssäle	CHF 3'000'000
Andere Anlagen	CHF 2'000'000
<b>Total</b>	<b>CHF 6'550'000</b>

## 10. STELLUNGNAHME DES HFR-VERWALTUNGSRATS

Der Verwaltungsrat bevorzugt Szenario 2 des StrateGO-Berichts in einer leicht abgeänderten Form:

- Ein Referenzspital für Akutpflege am Standort Freiburg – Kantonsspital;
- Zwei Spitäler für patientennahe Akutmedizin an den Standorten Riaz und Tafers;
- Zwei Spitäler für Rehabilitationspflege an den Standorten Meyriez-Murten und Billens.



## **10.1. CHIRURGISCHE TÄTIGKEIT (OPERATIONSSÄLE, ENDOSKOPIE UND INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE)**

### **10.1.1. Ab 2022**

- Standort Freiburg – Kantonsspital:
  - Zentralisierung sämtlicher chirurgischer Tätigkeit und Eingriffe der Akutmedizin auf einen Standort (vor allem stationär aber auch ambulant).
  - Die technische Infrastruktur genügt den Anforderungen für hochtechnische Operationstrakte (Intensivpflege, Überwachungspflege, medizinische Bildgebung, Labor, Apotheke, Zusatzuntersuchungen, ...).
- Standort Riaz:
  - Beibehalt der planbaren ambulanten chirurgischen Tätigkeit.
  - Beibehalt der Behandlungsräume (nichtchirurgische Behandlungen, Onkologie, Pneumologie, ...).
- Standort Tafers:
  - Einstellung der Operationstätigkeit.
  - Beibehalt der Behandlungsräume (nichtchirurgische Behandlungen, Onkologie, Pneumologie, ...).

### **10.1.2. Übergangsperiode 2013-2022**

- Betrieb aller Operationssäle des HFR (Standorte Freiburg, Riaz, Tafers) mit gleichzeitiger Effizienzsteigerung.
- Renovation von zwei Operationssälen am Standort Riaz.
- Beibehalt der Behandlungsräume an den Standorten Riaz und Tafers (nichtchirurgische Behandlungen, Onkologie, Pneumologie, ...).

## **10.2. MEDIZINISCHE UND GERIATRISCHE AKUTPFLEGE**

### **10.2.1. Ab 2022**

- Der Standort Freiburg bietet die medizinische Akutpflege an (stationär und ambulant). Ausserdem bietet er auch patientennahe Akutmedizin an.
- Der Standort Tafers bietet patientennahe Akutmedizin (stationär und ambulant) und Akutgeriatrie an.
- Der Standort Meyriez-Murten bietet patientennahe Akutmedizin (stationär und ambulant) und Akutgeriatrie an.
- Der Standort Riaz bietet patientennahe Akutmedizin (stationär und ambulant) und Akutgeriatrie an.

## **10.2.2. Übergangsperiode 2013-2022**

- Schrittweise Anpassung der Aufgaben und der dafür benötigten Strukturen.

## **10.3. REHABILITATIONSPFLEGE**

### **10.3.1. Ab 2022**

- Erhöhung der Kapazität im Bereich allgemeine Rehabilitation an den Standorten Meyriez-Murten und Riaz.
- Nur die kardiovaskuläre Rehabilitation wird sich am Standort Freiburg befinden.

### **10.3.2. Übergangsperiode 2013-2022**

- Schrittweise Erhöhung der Kapazität in der Rehabilitationspflege an den Standorten Meyriez-Murten (ab 2016) und Riaz.
- Es werden Überlegungen zum Aufgabenbereich der Rehabilitation von Billens (allgemeine und respiratorische Rehabilitation) angestellt.

## **10.4. PALLIATIVPFLEGE**

- Der Standort Châtel-St-Denis wird Ende 2013 geschlossen. Die Abteilung Palliativpflege wird in die Nähe eines Standorts für Akutpflege transferiert (Villa Saint François).
- Ab 2016 behandelt der Standort Meyriez-Murten Palliativpatienten.

## **10.5. FÜHRUNG DER NOTFALLSTATIONEN, PERMANENCEN UND POLIKLINIKEN**

### **10.5.1. Ab 2022**

- An den Standorten Freiburg, Riaz, Tafers gibt es Notfallstationen, die rund um die Uhr in Betrieb sind.
- Der Standort Freiburg behandelt alle Arten von Notfällen.
- Der Standort Tafers behandelt alle Notfälle mit Ausnahme der lebensbedrohlichen Notfälle (die stabilisiert und mit einem sicheren medizinischen oder paramedizinischen Transport an den Referenzstandort gebracht werden).
- Der Standort Riaz behandelt alle Notfälle mit Ausnahme der lebensbedrohlichen Notfälle (die stabilisiert und mit einem sicheren medizinischen oder paramedizinischen Transport an den Referenzstandort gebracht werden).
- An den Standorten Freiburg, Riaz und Tafers werden Permanenzen geschaffen.

- Die Permanence am Standort Meyriez-Murten wird beibehalten.
- Die Standorte Freiburg und Riaz verfügen über Polikliniken.
- Im Rahmen des Gesundheitszentrums, das vom "Réseau santé de la Veveyse" betrieben wird, werden am Standort Châtel-St-Denis weiterhin Konsultationen vor oder nach einem operativen Eingriff am HFR (Orthopädie, Chirurgie) angeboten.
- Es müssen Überlegungen dazu angestellt werden, ob am Standort Billens vor oder nach einem operativen Eingriff (Orthopädie, Chirurgie) Konsultationen angeboten werden sollen.

#### **10.5.2. Übergangsperiode 2013-2022**

- An den Standorten Riaz und Tafers werden Permanenzen geschaffen.
- Entscheidet man sich für die Bauvariante Bertigny, so wird als Erstes das Notfallgebäude erweitert.

#### **10.6. GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE**

- Ab Anfang 2014 finden die Entbindungen am Standort Freiburg statt.
- Das HFR wird selbst keine Geburtshäuser schaffen, stellt sich aber privaten Strukturen nicht entgegen.
- Am HFR Riaz werden die ambulanten Konsultationen im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe sowie ambulante Eingriffe im Bereich Gynäkologie beibehalten.
- Am Standort Tafers werden die ambulanten Konsultationen im Bereich Gynäkologie beibehalten.

#### **10.7. TRANSFER VON INSTABILEN PATIENTEN ZWISCHEN DEN STANDORTEN**

Bis ein kantonaler SMUR eingeführt ist, wird das HFR ab 1. Januar 2014 einen Transferservice zwischen den Standorten anbieten. Der Transport findet in Ambulanzen statt und die Patienten werden von einer Anästhesiepflegefachperson oder sogar von einem Anästhesie- oder Notfallarzt begleitet.

## 10.8. ÜBERSICHTSTABELLE

Aufgaben der Standorte im Jahr 2022	Billens	Châtel	Freiburg	Meyriez-Murten	Riaz	Tafers
Operationssäle			X		X (ambulant)	
Intensivpflege			X			
Überwachungs- pflege für Erwachsene und Kinder			X			
Notfall (1 bis 4) <sup>3</sup>			X			
Notfall (3 bis 4) <sup>4</sup>				X	X	X
Permanence			X	X	X	X
Polikliniken			X		X	
Akutmedizin			X			
Patientennahe Akutmedizin und Akutgeriatrie				X	X	X
Orthopädie			X		Ambulant und Sprech- stunden	Sprech- stunden
Chirurgie			X		Ambulant und Sprech- stunden	Sprech- stunden
Geburtshilfe			X			
Gynäkologie			X		Sprech- stunden	Sprech- stunden
Pädiatrie			X	Sprech- stunden	Sprech- stunden	
Allgemeine Rehabilitation	X			X	X	
Kardiovaskuläre Rehabilitation			X			
Palliativpflege			X	X		
Neuro- rehabilitation				X		

In der Übergangsperiode 2013 – 2022 werden die Änderungen schrittweise umgesetzt. Dabei kommt es vor allem auf die Notwendigkeit und die Möglichkeit von Investitionen an (Renovierung der Strukturen); berücksichtigt werden natürlich Zwänge in der

<sup>3</sup> S. Kap. 2.2.1.

<sup>4</sup> S. Kap. 2.2.1. Die lebensbedrohlichen Notfälle werden stabilisiert und mit einem sicheren medizinischen oder paramedizinischen Transport an den Hauptstandort gebracht.

Personalrekrutierung und betreffend die nötige medizinische Abdeckung, damit die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung gewährleistet bleibt.

Der Standort Châtel-St-Denis stellt keinen HFR-Standort mehr dar. Im Rahmen des Gesundheitszentrums, das vom "Réseau santé de la Veveyse" betrieben wird, werden weiterhin Konsultationen vor oder nach einem Eingriff am HFR (Orthopädie, Chirurgie) angeboten.

## **10.9. BAUOPTIONEN FÜR DIE ZENTRALISIERUNG DER AKUTMEDIZIN**

### **10.9.1. Per 2022**

- Abschluss der vollständigen Renovierung des Standorts Bertigny und Ausbau auf dem sogenannten Schrebergarten-Terrain (Les Esserts).

### **10.9.2. Übergansperiode 2013-2022**

- Schrittweise Umsetzung der Bauprojekte (Zufahrtsstrasse, Parkgarage, Vergrößerung der Notfallstation ab 2014, usw.).

## 11. KOSTEN DER VERSCHIEDENEN SZENARIEN

<b>StrateGO: finanzielle Aspekte</b>				vorgeschlagenes Szenario	
(Situation im Jahr 10)					
		<b>Status quo</b>	<b>Mandat</b>	<b>Szenario 2</b>	<b>Szenario 3</b>
		Situation HFR 2013	ein einziger Akutstandort vier Reha-Spitäler	ein Standort für stationäre Akupflege, ein Standort für ambulante Akupflege und stationäre Rehapflege, zwei Reha-Standorte	ein Standort für stationäre Akupflege, ein Standort für ambulante Akupflege, zwei Reha-Standorte
<b>Betriebsrechnung (BCG)</b>					
Ertrag		461.0	448.0	456.0	440.0
Aufwand (inkl. Kosten für Ersatzinvestitionen)		-480.0	-406.0	-421.0	-404.0
Betriebsergebnis ( - = Verlust, + = Gewinn)		-19.0	42.0	35.0	36.0
<b>Bauoptionen</b>					
Investition für Sanierung des Standorts Bertigny	[1]	-205.0			
Investitionsaufwand (Variante Bertigny)			-524.0	-524.0	-524.0
Investitionsaufwand (Variante Pré Vert), ohne Grundstück			-592.2	-592.2	-592.2
Grossrenovation des Standorts Bertigny (Variante Pré vert)			-50.0	-50.0	-50.0
Renovation der Standorte ausserhalb von Freiburg		-36.0	-30.0	-30.0	-30.0
<b>Wirkung auf die Betriebsrechnung (Variante Bertigny) :</b>					
Jährliche Abschreibungen (jedes Jahr durchschn. 3,5 %)	3.50%	-8.4	-19.4	-19.4	-19.4
Schuldzinsen (jedes Jahr durchschn. 1,5 %)	1.50%	-3.6	-8.3	-8.3	-8.3
Geschätzte Einsparung an Heizungs- und Energiekosten		-	2.0	2.0	2.0
<b>Wirkung auf die Betriebsrechnung (Variante Pré Vert):</b>					
Jährliche Abschreibungen (jedes Jahr durchschn. 3,5 %)	[2] 3.50%	-	-23.5	-23.5	-23.5
Schuldzinsen (jedes Jahr durchschn. 1,5 %)	1.50%	-	-10.1	-10.1	-10.1
Geschätzte Einsparung an Heizungs- und Energiekosten		-	2.0	2.0	2.0
Betriebsergebnis, Bertigny		-12.0	-25.7	-25.7	-25.7
Betriebsergebnis, Pré Vert		-12.0	-31.6	-31.6	-31.6
<b>Internes Transportsystem</b>					
Ertrag		1.0	1.0	1.0	1.0
Aufwand		-2.0	-3.0	-3.0	-3.0
Betriebsergebnis		-1.0	-2.0	-2.0	-2.0
<b>Medizinische Permanenzen</b>					
	Anz.				
Ertrag (1,5 Mio.)	3	1.5	4.5	4.5	4.5
Aufwand (3 Mio.)	3	-3.0	-9.0	-9.0	-9.0
Betriebsergebnis		-1.5	-4.5	-4.5	-4.5
<b>ZUSAMMENFASSUNG (Betriebsergebnis) Bertigny</b>					
		-33.5	9.8	2.8	3.8
<b>ZUSAMMENFASSUNG (Betriebsergebnis) Pré Vert</b>					
		-33.5	3.9	-3.1	-2.1
[1] : Schätzung gemäss HFR-Masterplan 2010					
[2] : Abschreibungen gemäss Rekole (75 % Gebäude zu 3% und 25 % Anlagen zu festen 5 %)					

## **Die Zahlen im Überblick**

Aus dem StrateGO-Bericht gehen klare Unterschiede zwischen den verschiedenen Szenarien bezüglich des Betriebsergebnisses hervor. Die Ergebnisse variieren zwischen einem Fehlbetrag von 19 Millionen Franken im Szenario "Status Quo" (im Jahr 10) und einem Ertragsüberschuss von 42 Millionen Franken im Mandatsszenario.

Zu diesen Ergebnissen kommen in jedem Szenario die Betriebskosten hinzu, die sich aus den Investitionen ableiten. Die Investitionen in Bauprojekte würden sich beim Szenario "Status Quo" auf 230 Millionen Franken belaufen und sich in der Betriebsrechnung jährlich mit mehr als 11 Millionen Franken niederschlagen. Bei den anderen Szenarien betragen die Investitionskosten für Bauprojekte zwischen 550 und 660 Millionen Franken, je nach gewähltem Standort. Auf das Betriebsergebnis wirken sich diese Investitionen also mit jährlich 25 bis 31 Millionen Franken aus (Abschreibungen und Zinsen eingerechnet).

In allen Szenarien wurden die Kosten für die Einführung eines internen Transportsystems und von Permanenzen mit eingerechnet.

Die Simulationsergebnisse (siehe obenstehende Tabelle), die sich auf die Ergebnisse des StrateGO-Berichts und auf die Kosten der zu tätigen Investitionen stützen, zeigen auf, dass die Betriebsergebnisse für das Mandatsszenario, das Szenario 2 und das Szenario 3 praktisch identisch sind. In Szenario "Status Quo" wird hingegen ein Defizit von mehr als 33 Millionen Franken erwartet (und das ohne Einbezug zukünftiger Tarifriskos).

Aus der Analyse geht hervor, dass die Auswirkungen der Investitionskosten auf das Betriebsergebnis im Mandatsszenario und in geringerem Ausmass in den Szenarien 2 und 3 die Zentralisierung der Tätigkeiten nahelegen.

Die Variante, die wir vorschlagen, ist dem Szenario 2 sehr ähnlich, wird aber durch patientennahe Akutmedizin an den Standorten Riaz und Tafers ergänzt. Dieser Zusatz könnte die Projektion etwas schlechter ausfallen lassen, ohne diese jedoch radikal zu beeinflussen.

## **Finanzierung der Investitionen**

Die Investitionen fallen nicht unter die Entscheidungshoheit des Staatsrats oder des Grossen Rats. Ein Referendum oder eine Initiative zu den Investitionen, die das HFR bestimmt, ist nicht möglich.

## **Dotationskapital**

Für eine bessere Kostendeckung, insbesondere über die Reduzierung des Zinsaufwands, kann das HFR mit einem Dotationskapital ausgestattet werden (Eigenkapital; s. Art. 62 HFRG über die ersten Kassenmittel).

Um dies zu erreichen, müsste der Kanton auf seine früheren Forderungen, die er gegenüber dem HFR hat (Darlehen), verzichten und das HFR mit Dotationskapital (flüssigen Mitteln) versehen, sodass das HFR über genügend flüssige Mittel verfügt und sich nicht bei Dritten finanzieren müsste. Somit könnten in der Betriebsrechnung jährlich zwei bis drei Millionen Franken eingespart werden.

Der Betrag dieses Dotationskapitals dürfte nicht weniger hoch sein als der Umlauffonds, welcher etwa 60 bis 70 Millionen Franken beträgt.

	Bilanz per 1.1.2013	Desinvestition / jährliche flüssige Mittel	Wirkung auf Betriebsergebnis (2013)
Zurückzuerstattendes Darlehen beim Kanton [1]	59'460'000	2'050'000	900'000
Laufende Rechnung des Kantons Freiburg	60'870'000		1'500'000
<b>Total</b>		<b>2'050'000</b>	<b>2'400'000</b>
[1] Nicht abgeschriebener Restanteil von 35 % per 31.12.2011 umgewandelt in Anlagedarlehen (CHF 175'741'251)			

## Fazit

Gestützt auf das vorliegende Dokument und die ausführlichen Studien, die durchgeführt wurden, befürwortet der Verwaltungsrat des HFR die Annahme der in diesem Dokument formulierten Vorschläge.

Er unterbreitet diesen Bericht dem Staatsrat zur Stellungnahme.

## Abkürzungen

- BCG: Boston Consulting Group
- VZÄ: Vollzeitäquivalent
- SIWF: Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
- FMH: Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte
- HFR: freiburger spital
- HSM: hochspezialisierte Medizin
- HFRG: Gesetz vom 27. Juni 2006 über das freiburger spital
- SMUR: mobiler Dienst für Notfallmedizin und Reanimation

## **Beilagen**

1. StrateGO-Bericht (Deutsche Version Dezember 2012 / Französische Version März 2013)
2. Baustudie für einen zentralisierten Akutstandort (Version vom 27.02.2013)
3. Medizinische Permanence. Konzept für eine vom HFR getragene Permanence (Version vom 10.12.2012)
4. Transfer von instabilen Patienten zwischen Standorten (Version vom 14.02.2013)