
Audit Kantonsspital Freiburg

Bericht vom 4. Juli 2007

im Auftrag des Verwaltungsrats des
Freiburger Spitalnetzes vom 2. Februar
2007

Mario Annoni, Verfasser
Prof. Peter Suter, medizinischer Experte
Mélanie Robyr Jaques, Juristin
Astrid Abrecht, Juristin

Inhalt

I.	Einführung	4
1.	<i>Auftrag des Verwaltungsrats des Freiburger Spitalnetzes</i>	4
2.	<i>Intervenienten</i>	4
3.	<i>Sachverhalt und Arbeitsmethode</i>	4
4.	<i>Umsetzung</i>	5
5.	<i>Hinweise</i>	6
II.	Vom Beobachter vorgebrachte Kritik	7
1.	<i>Zusammenfassung der kritischen Vorwürfe</i>	7
2.	<i>Chronologie und Medienwirkung</i>	8
3.	<i>Anhörung des Journalisten</i>	8
4.	<i>Beurteilung</i>	9
III.	Organisation des Kantonsspitals	10
1.	<i>Situation im Jahr 2006</i>	10
1.1.	<i>Stellung und Tätigkeiten</i>	10
1.2.	<i>Organigramm</i>	10
1.3.	<i>Spitalorgane</i>	11
1.4.	<i>Interne Strukturen</i>	11
2.	<i>Das Freiburger Spitalnetz 2007</i>	11
2.1.	<i>Stellung und Tätigkeiten</i>	12
2.2.	<i>Organe</i>	12
IV.	Chirurgische Klinik, Neurochirurgie und Operationsabteilung	13
1.	<i>Chirurgische Klinik</i>	13
1.1.	<i>Nachfolge und Änderungen in der chirurgischen Tätigkeit seit 2002</i>	13
1.2.	<i>Probleme und Konflikte infolge der Änderung in den Operationsindikationen</i>	13
1.3.	<i>Management, Teamführung und berufliche Beziehungen</i>	14
2.	<i>Neurochirurgie</i>	14
3.	<i>Operationsabteilung</i>	15
3.1.	<i>Organisation</i>	15
3.2.	<i>Notoperationen ; Fehlen eines Operationssaals ausschliesslich für Notfälle (bis 1. März 2007)</i>	16
3.3.	<i>« Hierarchisierung » der Notfälle</i>	16
3.4.	<i>Funktion des Leiters des Operationstrakts</i>	16
3.5.	<i>Wartefristen</i>	17
4.	<i>Beurteilung</i>	19
V.	Apotheke	21
1.	<i>Inspektionsrapporte über die Apotheke des KSF</i>	21
2.	<i>Zwischenfall vom 27. Januar 2004</i>	22
3.	<i>Räumlichkeiten</i>	22
4.	<i>Beurteilung</i>	23
VI.	Direktion des KSF	24
1.	<i>Vorbemerkung</i>	24
2.	<i>Qualität der Leistungen</i>	24
3.	<i>Wahrnehmung und Akzeptanz des Managements durch die Kliniken und Dienste</i>	24
4.	<i>Direktion und Operationsabteilung</i>	24
4.1.	<i>Schaffung der Funktion eines Leiters der Operationsabteilung</i>	24
4.2.	<i>Hierarchische Beziehung</i>	25
5.	<i>Umgang mit kulturellen Unterschieden</i>	25
6.	<i>Beurteilung</i>	26
VII.	Schlussfolgerung	28
1.	<i>Antwort auf die 1. Frage</i>	28

1.1.	Wartefristen	28
1.2.	Versorgung der Patientinnen und Patienten	28
1.3.	Funktionieren des Operationstrakts	29
1.4.	Neurochirurgie	29
1.5.	Apotheke	29
1.6.	Synthese.....	29
2.	<i>Antwort auf die 2. Frage</i>	30
2.1.	Analyse	30
2.2.	Synthese.....	31

I. Einführung

1. Auftrag des Verwaltungsrats des Freiburger Spitalnetzes

Mit Brief vom 2. Februar 2007 betraute der Verwaltungsrat des Freiburger Spitalnetzes (FSN) den Unterzeichneten mit der Durchführung eines Audits am Kantonsspital Freiburg (KSF), nachdem die Zeitung « der Beobachter » (der Beobachter) in zwei Artikeln Vorwürfe erhoben hatte ; diese Artikel waren am 22. Dezember 2006 und am 3. Januar 2007 erschienen und inhaltlich von anderen Tageszeitungen sowie von den elektronischen Medien aufgegriffen worden.

Der Auftrag bezweckte eine rasche und vollumfängliche Untersuchung der vom Beobachter ausgedrückten Vorwürfe und einen entsprechenden Bericht an den Verwaltungsrat des FSN, damit dieser die öffentliche Meinung informieren könne.

Der Auftrag vom 2. Februar 2007 liegt diesem Bericht bei.

Für die Abgabe des Berichts wurde eine Frist bis Ende Juni gesetzt.

2. Intervenienten

Für die Ausführung des Auftrags wurde dem Angebot des Auftraggebers entsprechend die Mitarbeit von Prof. Peter Suter beansprucht, ehemaliger Dekan der medizinischen Fakultät der Universität Genf, früherer Chefarzt der chirurgischen Intensivpflegeabteilung der Universitätsspitaler des Kantons Genf und heutiger Präsident der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften.

Für die juristischen Abklärungen und die Abfassung der Protokolle wirkten die Juristinnen Astrid Abrecht und Mélanie Robyr Jaques am Audit mit.

3. Sachverhalt und Arbeitsmethode

Der Sachverhalt, wie er zunächst aus den Presseartikeln und den ersten geprüften Unterlagen hervorging, präsentierte sich wie folgt :

- In der Klinik für Chirurgie bestand eine Konfliktsituation. Diese betraf mehrere Punkte: die Operationskapazität und die Organisation der Operationsabteilung, das interne Arbeitsklima zwischen Chirurgen, Anästhesisten, dem Leiter der Operationsabteilung und teilweise dem Pflegepersonal, und schliesslich die chirurgischen Notfälle, wo die Verantwortlichkeiten nicht immer klar verteilt schienen.
- Die Organisation der Neurochirurgie sowie die Art der angebotenen Leistungen und Dienste riefen Kritik oder Fragen hervor. Die Tatsache, dass es an einem Neurochirurgen, der der Ärzteschaft des KSF angehört, mangelt, führte zu Zweifeln in Bezug auf die Aufträge und die wirklichen Kapazitäten in diesem Bereich.
- Die Apotheke des KSF wurde regelmässig von spitalunabhängigen Behörden inspiziert. In den entsprechenden Rapporten hiess es, sie sei personell unterdotiert. Ihr ehemaliger Leiter stellte eine direkte Verbindung her zwischen diesem Personalmangel und einem Zwischenfall in der Zubereitung eines Medikaments.
- Die Beziehungen zwischen der Direktion des KSF und dem damaligen Chefchirurgen waren besonders angespannt. Hinzu kamen anonym gehaltene Aussagen von Seiten einiger Mitglieder des Pflegepersonals, wahrscheinlich eher der Ärzteschaft, gegenüber den Medien, die dem Direktor vorwarfen, dieser habe ihre Beschwerden nicht berücksichtigt und sich in Situationen hineinziehen lassen, die in Bezug auf

Infrastrukturen, Personal (einschl. ärztliches Personal) und Management unbefriedigend seien.

Die Untersuchung diente der Überprüfung dieser Vorwürfe. Was die chirurgische Klinik und die Operationsabteilung anbelangt, so war zu überprüfen, ob deren Organisation nach den für ein Spital wie das KSF geltenden Standards optimal sei. Es sollten die Ursachen der hier bestehenden Konfliktsituation gesucht und analysiert werden. Nachdem die Zeitungen die Versorgung der Patientinnen und Patienten insbesondere in Bezug auf die Wartezeiten vor Operationen thematisiert hatten, galt eine besondere Aufmerksamkeit den zitierten Dossiers. Namentlich sollte überprüft werden, ob die Vorwürfe gerechtfertigt oder welches die Gründe für diese Wartezeiten waren.

Was die Neurochirurgie anbelangt, so erstreckte sich die Untersuchung auf deren Organisation, die Planung und die Art der am KSF praktizierten Operationen sowie die Versorgung der Notfälle (insbesondere der Schädel-Hirn-Traumen) und auf die geltenden Regeln für die Verlegung von Patientinnen und Patienten in andere Spitalzentren.

Was die Apotheke des KSF anbelangt, so galt die Untersuchung deren Organisation und den Massnahmen, die ergriffen worden waren, um den von den Inspektionsrapporten hervorgehobenen Mängeln abzuwehren. Da die allfällige Existenz eines inoffiziellen Fonds Gegenstand einer gerichtlichen Untersuchung ist, brauchte sich unsere Untersuchung nicht mit diesem Problem zu befassen.

Die Untersuchung galt auch den Beziehungen zwischen dem ehemaligen Chefchirurgen und dem Direktor, der Qualität der Beziehungen zwischen der Direktion und dem Pflegepersonal, und auch der Frage, wie letzteres die Betriebsführung durch den Direktor wahrnimmt.

4. Umsetzung

Zwecks Erhebung des für unsere Beurteilung nötigen Sachverhalts wurden die folgenden Schritte getätigt :

- Anhörung von 22 Personen, deren Aussagen protokolliert wurden (Ärzte, Pflegepersonal, Verwaltungspersonal, Mitglieder des Verwaltungsrats, spitalexterne Personen, darunter namentlich der Verfasser der besagten Artikel),
- Versendung eines Fragebogens an zwei Chirurgen, die unter dem damaligen Chefchirurg arbeiteten; zu einem Fragebogen erfolgte eine schriftliche Stellungnahme (vermerkt sei, dass einer dieser Ärzte nicht geantwortet hat),
- Untersuchung eines Teils der Korrespondenz zwischen dem Verwaltungsrat, dem Direktor und dem damaligen Chefarzt der Chirurgie, zwischen dem Verwaltungsrat und dem Leiter der Operationsabteilung, zwischen dem Verwaltungsrat und dem Ärztekollegium, zwischen dem früheren Chefapotheker und der Direktion (einschl. Inspektionsrapporte),
- Prüfung von Protokollauszügen des Verwaltungsrats im Zusammenhang mit der chirurgischen Klinik,
- Prüfung des « Audits Haudenschild »,
- Inspektion der Räumlichkeiten der Apotheke, des Operationstrakts und der Abteilung für Intensiv- und Überwachungspflege.

Das Verzeichnis der angehörten Personen und der untersuchten Dokumente befindet sich im Anhang dieses Berichts.

5. Hinweise

In Anbetracht der Schwere der vom Beobachter erfolgten Anschuldigungen gegen das KSF galt die Untersuchung vor allem den belastenden Umständen. Ziel war es, möglichst viele Verhaltensweisen oder Entscheide, die dem KSF zum Schaden gereichten, zu erfassen. In der Abwägung der Interessen überwogen diejenigen des Spitals gegenüber der objektiven Verteidigung persönlicher Interessen.

Die Autoren des Audits erhielten von den betroffenen Personen oder zuständigen Behörden die Ermächtigung zur Einsichtnahme in die medizinischen Dossiers namentlich der Personen, die in den Artikeln des Beobachters erwähnt worden waren.

Der Bericht ist so abgefasst worden, dass die persönlichen Daten und die Privatsphäre der befragten Personen geschützt bleiben, sofern die betreffende Information nicht schon notorisch bekannt ist. Wo aus der Untersuchung hervorgegangene Elemente aufgeführt werden, sind diese Gegenstand eines Protokolls oder sind einem Dokument zu entnehmen. Alle diese Beweismittel befinden sich im Anhang zum Auditbericht und werden dem Auftraggeber ausgehändigt.

II. Vom Beobachter vorgebrachte Kritik

1. Zusammenfassung der kritischen Vorwürfe

In ihren Ausgaben vom 20. Dezember 2006 und 3. Januar 2007 veröffentlichte die Zeitung « der Beobachter » zwei Artikel, die dem Kantonsspital Freiburg galten.

Im Artikel vom Dezember mit der Überschrift « Ich wurde viel zu spät operiert » berief sich der Journalist Thomas Grether auf Hinweise « aus der Bevölkerung », auf Recherchen bei fünf « Kaderärzten » und beim Pflegepersonal, um das KSF in mehrfacher Hinsicht zu kritisieren.

Die erste Kritik betrifft die Wartezeiten vor Operationen. Der Journalist behauptete, Notfallpatienten würden zu spät operiert und « fast täglich » sei das Leben von Patienten in Gefahr. Dies wegen des Leiters der Operationssäle, der Notoperationen verschiebe, ohne sich mit den Chirurgen zu beraten. Der Journalist zitierte vier Fälle, um seine Behauptung zu belegen, wobei er in einem Fall den Namen des Patienten bekannt gab. Alle diese Fälle seien dringend gewesen und hätten innert höchstens 6 Stunden operiert werden müssen statt nach 8- bis 11-stündiger effektiver Wartezeit.

Der Journalist schrieb diese Verzögerungen der Uneinigkeit zu, die zwischen dem Chefchirurg und dem Leiter der Operationssäle geherrscht habe. Im Übrigen lasse die Führung der Operationsabteilung zu wünschen übrig, vor allem was die Planung der Operationen angehe. In dem namentlich aufgeführten Fall behauptete der Journalist, wegen eines verspäteten operativen Eingriffs habe dem betreffenden Patienten der grösste Teil des Dickdarms entfernt werden müssen, und dies habe zu einer irreversiblen gesundheitlichen Beeinträchtigung geführt.

Der Journalist kritisierte ausserdem die frühere Staatsrätin, Direktorin für Gesundheit und Soziales, Präsidentin des Verwaltungsrats des KSF, und den Direktor des KSF, die den Operationstrakt des Spitals nicht mit angemessenen Infrastrukturen dotiert hätten. Im Übrigen hätten sie nicht im Konflikt zwischen dem Chefchirurg und dem Leiter des Operationstrakts interveniert, den sie hätten zur Ordnung rufen müssen - obwohl diese Konfliktsituation schon unter dem Vorgänger des fraglichen Chefchirurgen bestanden habe.

Die zweite Kritik im Artikel vom 3. Januar 2007 betrifft die Organisation der Neurochirurgie. Der Journalist schrieb :« Das Spital ist beim Kanton als eine jener Kliniken aufgelistet, die neurochirurgische Eingriffe und Notfälle – darunter heikle Kopfverletzungen – behandeln können ... ». Er fügte hinzu, das Spital habe selber keinen ausgebildeten Neurochirurgen angestellt und ziehe daher einen externen Spezialisten zu, der aber nicht immer zur Verfügung stehe. Dies habe zu « lebensgefährlichen Situationen » in Notfällen geführt.

Der Journalist stellte in Abrede, dass die Notfälle in Bern oder Lausanne versorgt werden. Er berief sich auf die Aussagen eines Arztes des Inselspitals Bern, wonach sich keine Klinik für die neurochirurgischen Notfälle aus Freiburg zuständig fühle und es keine vertragliche Zusammenarbeit zwischen dem Inselspital und dem KSF für die Aufnahme von Freiburger Patienten in Bern gebe.

Die dritte Kritik betrifft die Spitalapotheke. Der Journalist schrieb, diese sei personell unterdotiert und dieser Mangel an Ressourcen habe zum Fehler in der Zubereitung eines Medikaments geführt, da es nicht möglich gewesen sei, die Zubereitung doppelt zu kontrollieren. In ihren Rapporten habe die für die Apotheke zuständige Aufsichtsbehörde die Direktion auf diese Probleme mehrmals hingewiesen, ohne dass letztere reagiert habe.

Die Beobachter-Artikel enthalten eine vierte Kritik am KSF, die sich an die Direktion richtet. Der Journalist warf der Direktion vor, auf die Beziehungsprobleme in der chirurgischen Klinik nicht reagiert zu haben, ferner warf er ihr eine unbesehene Unterstützung des Leiters der Operationsabteilung den Chirurgen gegenüber vor, ein mangelhaftes Krisenmanagement, die ausgebliebenen Massnahmen zur Verbesserung der Situation der Apotheke und einen zu autoritären Personalführungsstil.

2. Chronologie und Medienwirkung

Am 9. November 2006 informierte die Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) die Medien durch eine Pressemitteilung über die Entlassung des Chefapothekers des KSF.

Am 27. November 2006 erhielt die GSD eine E-Mail der Redaktion von Radio DRS, die sich auf diese Mitteilung bezog und worin mehrere Fragen über das KSF gestellt wurden. Die E-Mail spielte auf einen Brief mehrerer Chefärzte an Radio DRS an, in welchem diese behaupteten, die Entlassung des Chefapothekers sei nur ein Symptom der problematischen Situation, in der sich das KSF befinde. In der Folge nahm die Journalistin von Radio DRS noch mündlich mit der GSD Kontakt auf, um die Themen zu vertiefen, und traf am 1. Dezember 2006 mit dem Generalsekretär der GSD zusammen.

Die von Radio DRS gestellten Fragen thematisierten schon alle Probleme, die später vom Beobachter aufgegriffen wurden. Erst am 13. und 14. Dezember 2006 wandte sich der Beobachter-Journalist Thomas Grether per E-Mail und telefonisch an die Direktion des KSF und die GSD und stellte ihnen 8 (KSF) beziehungsweise 4 (GSD) Fragen, wobei er sie informierte, er bereite einen Artikel vor. Thomas Grether ersuchte das KSF und die GSD um die Beantwortung seiner Fragen bis zum 15. Dezember 2006 vor zwölf Uhr mittags. Falls er bis dahin keine Antwort auf seine Fragen erhalten habe, gehe er davon aus, das KSF und die GSD verzichteten auf eine Stellungnahme.

Unseres Wissens hat Radio DRS dem KSF keine Sendung gewidmet, bevor die Beobachter-Artikel erschienen sind. Auf jeden Fall aber scheint der Brief « einiger Chefärzte » an Radio DRS der Auslöser für die journalistischen Recherchen gewesen und wahrscheinlich auch an den Beobachter gelangt zu sein.

Nachdem der Beobachter seine Artikel veröffentlicht hatte, griffen verschiedene Medien seine Information auf, ohne weitere Quellen zu zitieren. Keines dieser Medien erwähnte den von Radio DRS erhaltenen Brief « einiger Chefärzte ». Die Tageszeitungen « La Liberté », « Berner Zeitung », « Freiburger Nachrichten », « Le Temps », « La Gruyère », « Le Matin », « Neue Zürcher Zeitung » berichteten über den Sachverhalt ; zum Teil gaben sie dem KSF oder einigen Mitgliedern des Verwaltungsrats das Wort, und diese wiesen die vom Beobachter formulierte Kritik zurück.

Im Allgemeinen riefen die von der Presse vorgebrachten Fakten viele Fragen und Zweifel an der Herkunft der Information hervor und daran, ob letztere wohl begründet sei. Das durch die Artikel vermittelte Unbehagen war deutlich spürbar, und in einigen Kommentaren wurde eine schnellstmögliche Untersuchung für die Klärung des Sachverhalts verlangt.

3. Anhörung des Journalisten

Im Rahmen der Untersuchung wurde der Verfasser der Beobachter-Artikel am 12. März 2007 in Bern angehört. Er gab an, sein Ziel sei es gewesen, die Leserschaft zu informieren. Er habe die Tatsachen objektiv dargestellt, wie sie ihm berichtet worden seien, ohne in irgendeiner Weise provozieren zu wollen. Acht bis zehn Personen hätten sich bei ihm in übereinstimmender Weise kritisch geäussert. Bei diesen Personen handle es sich um Ärzte

oder Mitglieder des Pflegepersonals. Hingegen hatte der Journalist keine Person der Spitalverwaltung befragt, abgesehen vom Spitaldirektor und der vormaligen Staatsrätin, an die er per E-Mail oder telefonisch gelangt war.

Entgegen seiner Formulierung im Artikel vom 3. Januar 2007 räumte er bei seiner Anhörung ein, nicht selber überprüft zu haben, ob eine vertragliche Zusammenarbeit zwischen dem Inselspital und dem KSF besteht. Er hat weder den Verwaltungsbericht 2005 des KSF gelesen noch das Organigramm und die Stellung der Neurochirurgie in diesem Organigramm überprüft. Er erklärte ausserdem, zwar hätten einige Kontaktpersonen positiv über die Spitaldirektion gesprochen, jedoch habe er nach einer Interessenabwägung und als Journalist einer Zeitung, die ihren Auftrag im Konsumentenschutz sieht, den Akzent auf die Funktionsstörungen gelegt.

Für ihn bestehe das grosse Problem der Chirurgie im Leiter der Operationssäle. Die Urteile über diesen seien einhellig negativ gewesen. Er habe aber nicht selber mit ihm gesprochen. Die übrigen Probleme zeigten sich im Management des Direktors und in der Neurochirurgie.

Der Journalist erklärte, keine Kritik gehört zu haben, die sich auf die Art der in Freiburg praktizierten Chirurgie bezog. Die interviewten Ärzte hatten mit ihm nicht darüber gesprochen. Es habe einige kritische Aussagen in Bezug auf den Chefchirurgen gegeben, jedoch habe er diesbezüglich keine detaillierten Recherchen angestellt.

Er fügte hinzu, nicht er habe die Situation am KSF als « lebensgefährlich » qualifiziert, sondern mehrere Kaderärzte hätten dies getan, insbesondere im Zusammenhang mit der Wartezeit vor Operationen. Aus diesem Grund habe der Leiter der Operationssäle im Zentrum der Kritik in den erschienenen Artikeln gestanden.

Der Journalist erklärte, keine Dokumentation über die Organisation des Operationstrakts erhalten, aber mit Ärzten gesprochen zu haben, die ihm berichtet hätten, was sich in Freiburg zutrug.

Im Übrigen bekräftigte er, er habe sich nicht zur Qualität der chirurgischen Eingriffe geäussert und nichts gegen diese gesagt. Seiner Meinung nach warteten die Patientinnen und Patienten zu lange, die Operationstechnik aber habe er nie in Frage gestellt.

In Bezug auf die Apotheke erklärte der Journalist, die Inspektionsrapporte nicht gelesen zu haben. Ihr Inhalt war ihm zitiert worden.

4. Beurteilung

Das Audit gilt nicht der Qualität der journalistischen Recherchen. Es sei aber unterstrichen, dass andere Journalisten als derjenige des Beobachters auch eine Untersuchung über das KSF tätigten, und zwar in sehr professioneller Weise (Rendez-vous, schriftliche Fragen, angemessene Fristen für deren Beantwortung usw.). Dem Inhalt des Auftrags entsprechend wird für die Stellungnahme zur allfälligen Stichhaltigkeit der Beobachter-Artikel auf das Kapitel mit den Schlussfolgerungen verwiesen.

III. Organisation des Kantonsspitals

1. Situation im Jahr 2006

Die Anhörungen betrafen Tatbestände, die ins Jahr 2006 fielen. Zu dieser Zeit war das Kantonsspital anders strukturiert als heute. Der vorliegende Abschnitt beschränkt sich daher auf diesen Zeitraum und bezieht sich auf das Gesetz über das Kantonsspital vom 2. März 1999 [822.1.1], das heute nicht mehr in Kraft ist.

1.1. Stellung und Tätigkeiten

Das Kantonsspital ist eine öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit. Es hat seinen Sitz in Freiburg und untersteht der Aufsicht des Staatsrates. Es ist der Direktion für Gesundheit und Soziales administrativ zugewiesen.

Der Umfang der Tätigkeiten des Kantonsspitals wird vom Staatsrat in einem Leistungsauftrag und in Übereinstimmung mit der kantonalen Spitalplanung festgelegt. Namentlich umfassen diese:

- Untersuchungen und Behandlungen für den Bedarf der Kantonsbevölkerung in den spezialmedizinischen Disziplinen;
- Prävention;
- stationäre Pflege;
- ambulante Pflege;
- Aufnahme und Versorgung der Notfälle;
- Intensivpflege;
- Unterstützung der Kranken in sozialen Belangen;
- Unterricht und Forschung.

Das Kantonsspital ist auch Bezirksspital (Saane) und deckt als solches den spitalmedizinischen Untersuchungs- und Behandlungsbedarf der Bevölkerung des Saanebezirks.

Eine Aufgabe des Kantonsspitals ist seine Funktion als Referenzspital. In dieser Funktion arbeitet das Kantonsspital mit den Universitätsspitalern, den öffentlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen, den Ärzten und Ärztinnen mit eigener Praxis und den übrigen Diensten zusammen.

1.2. Organigramm

Der zuständige Staatsrat hat das Präsidium des Kantonsspitals inne (Fr. Ruth Lüthi). Direkt unter dem Staatsrat ist der Direktor des Kantonsspitals angegliedert (Hr. Hubert Schaller). Ihm auf der gleichen Stufe angegliedert sind der Präsident des Direktionsrats (Hr. Hubert Schaller) und der Präsident der Ärztekollegiums (Dr. Dominique Meier), nach dem administrativen Organigramm des Jahresberichtes 2005 des KSF, Seite 37.

Administrativ dem Direktor unterstellt sind:

- der Direktionsrat;
- der Leiter für Projekte (M. Devaud);
- der stellvertretende Direktor (Pierre-André Kolly);
- die jeweiligen Chefärzte der spitalmedizinischen Abteilungen und der medizinisch-technischen Dienste.

Dem stellvertretenden Direktor sind die Finanzen, der technische Dienst, die Hotellerie und der Informatikdienst unterstellt.

1.3. Spitalorgane

Spitalorgane sind der Verwaltungsrat, die Direktion und das Rechnungsprüfungsorgan.

Der Verwaltungsrat: Dieser besteht aus dem Direktionsvorsteher (Staatsrat) und sechs bis acht weiteren Mitgliedern. An den Sitzungen des Verwaltungsrats können auch Personen teilnehmen, die das Spital zu vertreten vermögen. Es sind dies der Direktor, der Präsident des Ärztekollegiums, eine das Pflegepersonal vertretende Person und eine die übrigen Personalkategorien vertretende Person.

Der Direktor: Er wird vom Staatsrat auf Vorschlag des Verwaltungsrats gewählt und untersteht der Aufsicht des Verwaltungsrats. In einem Pflichtenheft sind seine Kompetenzen und Verantwortlichkeiten geregelt. Der Spitaldirektor ist zuständig für die Anstellung und Entlassung der Spitalmitarbeiter, ausser der Mitarbeiter in der medizinischen Leitung und der Dienstchefs. Unter dem Direktor vereinigt sich der Direktionsrat mit vier bis acht Mitarbeiter des Spitals. Der Direktionsrat koordiniert die Tätigkeiten der Spitalabteilungen. Der Chef der Operationsabteilung ist hierarchisch direkt dem Direktor unterstellt.

Auf die nähere Umschreibung des Rechnungsprüfungsorgans wird hier verzichtet.

1.4. Interne Strukturen

Leitung: Die ärztliche Leitung der spitalmedizinischen Abteilungen und der medizinisch-technischen Dienste werden von den Chefärzten wahrgenommen. Die Leitung der Zentralapotheke wird von einem Chefapotheker und die Laborleitung von einem Laborchef wahrgenommen. Im Jahr 2001/02 wurde eine Stelle als „Chef der Operationsabteilung“ geschaffen. Des Weiteren werden stellvertretende Chefärzte und Belegärzte angestellt.

Ärztekollegium: Es besteht ein Ärztekollegium, welches zur Aufgabe hat, für den guten Betrieb, die Kohärenz und die Entwicklung der verschiedenen spitalmedizinischen Disziplinen zu sorgen. Das Ärztekollegium soll die Direktion und den Verwaltungsrat in diesen Belangen beraten. Ferner soll es Stellung nehmen zu den Bewerbungen für die Chefarztstellen, die Stelle des Chefapothekers, des Laborchefs und die Stellen ständiger ärztlicher Kader.

Pflegeleitung: Deren Hauptaufgabe besteht darin, die Erteilung der Pflege zu überwachen und für die Weiterentwicklung ihrer Qualität zu sorgen.

Dienstchefs: Hiermit sind die Dienstchefs der übrigen Dienste gemeint, die nicht unter die Leitung fallen. Ihre Kompetenzen sind in einem Pflichtenheft und im Organisationsreglement des Spitals beschrieben.

Personalkommission: Diese ist ein Informations- und Beratungsorgan. Ihre Mitglieder vertreten die verschiedenen Spitalsektoren. Durch die Personalkommission soll der Dialog zwischen der Spitaldirektion, dem Verwaltungsrat und dem Personal insgesamt sichergestellt werden.

2. Das Freiburger Spitalnetz 2007

Heute ist das Gesetz über das Freiburger Spitalnetz vom 27. Juni 2006 [822.0.1] in Kraft. Eine Neuerung im Gesetz betrifft die Ernennung eines Generaldirektors.

2.1. Stellung und Tätigkeiten

Das Freiburger Spitalnetz (FSN) ist eine öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit. Es wird administrativ der Direktion für Gesundheit und Soziales zugewiesen. Es ist selbständig in den Grenzen des Gesetzes und hat seinen Sitz in Freiburg.

Das FSN soll eine bessere Nutzung der vorhandenen Ressourcen und der Zugang zu einer guten Spitalpflege sicherstellen. Ferner sollen die Kompetenzen des Spitalpersonals weiterentwickelt, die Verbesserung der Pflegequalität festgelegt und die Sicherheit der Patienten gedient werden.

Das FSN erteilt Leistungen auf den folgenden Gebieten:

- stationäre Pflege;
- ambulante Pflege;
- Notfallpflege;
- Prävention;
- Unterstützung der kranken Person in sozialen Belangen;
- Lehre und Forschung.

Das FSN übt seine Spitaltätigkeiten an mehreren Standorten aus, deren geografische Situierung und Auftrag im Rahmen der vom Staatsrat erstellten Spitalplanung beschlossen werden. Die Standorte verfügen über keine Rechtspersönlichkeit. Sie können als Betriebseinheit organisiert werden. Die Organisation und die Geschäftsführung der Betriebseinheiten werden vom Verwaltungsrat festgelegt. Die Zweisprachigkeit des Kantons muss berücksichtigt werden. Die Personaldotierung der Betriebseinheiten wird vom Verwaltungsrat in den Grenzen der Gesamtdotation festgesetzt, die im Globalbudget berücksichtigt ist.

2.2. Organe

Die Organe des FSN sind der Verwaltungsrat, die Direktion und das Rechnungsprüfungsorgan.

Generaldirektor: Neu ist die Anstellung eines Generaldirektors, welcher vom Verwaltungsrat des FSN angestellt wird. Der Generaldirektor soll den Betrieb und die Geschäftsführung des FSN sicherstellen. Unterstützt wird er von einem Direktionsrat. Die Aufgaben des Generaldirektors werden in einem vom Verwaltungsrat beschlossenen Pflichtenheft festgelegt. Der Generaldirektor stellt die Mitarbeiter an. Er untersteht der Aufsicht des Verwaltungsrats und muss ihm regelmässig Bericht erstatten.

Unter dem Generaldirektor befindet sich neu der medizinische Direktor. Der medizinische Direktor ist für die Koordination der medizinischen Tätigkeiten des FSN zuständig, um eine optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Ferner muss er die Qualität und Sicherheit der medizinischen Leistungen gewährleisten, die vom FSN angeboten werden.

IV. Chirurgische Klinik, Neurochirurgie und Operationsabteilung

1. Chirurgische Klinik

1.1. Nachfolge und Änderungen in der chirurgischen Tätigkeit seit 2002

Im Jahr 2002 nahm Prof. L. Krähenbühl seine Tätigkeit als Chefarzt der chirurgischen Klinik des KSF auf. Es handelt sich um eine grosse Abteilung, die die Versorgung von rund 2000 Patientinnen und Patienten sicherstellt und für jährlich rund 1800 chirurgische Eingriffe in ihrem Bereich zuständig ist. Die Wahl des Kandidaten erfolgte durch eine vom KSF bezeichnete Kommission, und es handelte sich um die erste Chefarztstelle von Herrn Krähenbühl. Bevor er nach Freiburg kam, hatte er als Oberarzt bei Prof. U. Bächler am Inselspital Bern gearbeitet, dann als Leitender Arzt bei Prof. P.A. Clavien am Universitätsspital Zürich.

Das Spezialgebiet von Prof. L. Krähenbühl ist die Viszeralchirurgie und insbesondere die onkologische Chirurgie. Diese Disziplinen bestanden schon vor seinem Antritt im KSF und wurden damals mit viel Kompetenz von Prof. P. Petropoulos versehen.

Hingegen änderten sich die Operationsindikationen: Prof. L. Krähenbühl praktizierte aufgrund der erweiterten Indikationsstellung eine weiter gehende « schwere » Chirurgie in onkologischen Fällen fortgeschritteneren Stadiums, zum Beispiel im Fall von Metastasen bei älteren Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Polymorbidität (= zusätzliches Vorliegen einer oder mehrerer chronischer Krankheiten) in einem labileren Zustand sind. Infolge der Häufung fortgeschrittenerer Krankheiten erschienen die Zahl der Komplikationen, die postoperative Morbidität und die Mortalität höher als früher unter der Leitung von Prof. P. Petropoulos. Jedoch war nach Prof. L. Krähenbühl und seiner Statistikuntersuchung die postoperative Morbiditätsrate nicht höher als diejenige anderer vergleichbarer Spitäler, berücksichtigt man den Schweregrad im Gesundheitszustand der Kranken und das Stadium ihrer Krebserkrankung.

1.2. Probleme und Konflikte infolge der Änderung in den Operationsindikationen

Die Erweiterung der Operationsindikationen und die manchmal schwierigen postoperativen Entwicklungen riefen lebhaftere Reaktionen der Dienste hervor, die eng mit der Chirurgie verbunden sind und mit ihr zusammenarbeiten: Anästhesiologie, Intensivpflege, Instrumentierpersonal der Operationsabteilung.

Die betroffenen Dienste hatten klar den Eindruck, sie hätten es mit häufigeren postoperativen Komplikationen, längeren Aufenthalten in der Intensivpflege, zahlreicheren Todesfällen zu tun. Eine befragte Person, Krankenpflegekader mit grosser einschlägiger Erfahrung (auch in anderen Spitälern), erklärte: « Ich habe noch nie so viele Nahtdehiszenzen gesehen ».

Diese Sorgen sowie das Problem der sehr weit gehenden Operationsindikationen, verbunden mit ethischen Fragen und der Frage einer korrekten Information der Patienten und ihrer Angehörigen, wurden praktisch von allen befragten Personen geäussert. Mehrere Ärzte- und Pflegekader hatten das Problem auch mit Prof. L. Krähenbühl diskutiert; alle hatten das Gefühl, auf kein Verständnis für ihren Wunsch nach einer Änderung der Situation zu stossen.

Die mit dem Stellenantritt von Prof. L. Krähenbühl verbundene Veränderung der Tätigkeit ist offensichtlich nicht mit entsprechenden Begleitmassnahmen einhergegangen. Die Folge waren ein Vertrauensschwund der Berufspersonen dieser verschiedenen Dienste gegenüber

Prof. L. Krähenbühl, der Eindruck, dass die Operationsindikationen ein vernünftiges Mass überstiegen, die Zahl postoperativer Komplikationen in unerträglicher Weise zunahme und die Mortalitätsrate hoch sei.

Mit den vom neuen Chefchirurgen oder von anderen Hauptverantwortlichen initiierten Änderungen hätten von Anfang an, unter Einbezug aller Betroffenen, eine vermehrte Informationsarbeit, aber auch Diskussionen und Gespräche einhergehen müssen. In dieser Problemsituation handelte es sich nicht nur darum, die medizinische Rechtfertigung eines «schwereren» chirurgischen Ansatzes zu erläutern, sondern vor allem darum, weiteren Faktoren Rechnung zu tragen, wie: Fragen der Lebensqualität und der Ethik, den Patientenrechten sowie dem Willen der Patientin oder des Patienten, eine vorgeschlagene Behandlung zu akzeptieren oder abzulehnen.

1.3. Management, Teamführung und berufliche Beziehungen

Der neue Chefchirurg – ein grosser Arbeiter, anspruchsvoll, gewillt, die Ausbildung und klinische Tätigkeit so zu entwickeln, dass sie den höchsten Standards in unserem Land und in Europa entsprächen - brachte einen spezifischen Führungsstil in die Klinik. Er erwartete viel von allen : von seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, von den übrigen Diensten, von der Operationsabteilung, von der Direktion des KSF. Sein Führungsstil war «paternalistisch», und die Mitwirkung weiterer, über eine starke Persönlichkeit verfügender Akteure in der Organisation und im Management der chirurgischen Tätigkeiten gestaltete sich schwierig und war eine Quelle von Ärger und Konflikten.

Die Reorganisation der chirurgischen Abteilungen ist ein weiteres Beispiel für die von Prof. L. Krähenbühl initiierten, manchmal problematischen Änderungen. So hatte er für die Weiterbetreuung und die Visite in den chirurgischen Abteilungen eine neue Organisation und Änderungen in der ärztlichen Verantwortung eingeführt. Dies bereitete dem Pflegepersonal viele Probleme praktischer Art, was mit einer vorgängigen Anhörung der betroffenen Akteure vermutlich hätte vermieden werden können.

Die Spannungen äusserten sich auch – und ganz besonders – in seinen Beziehungen zum Direktor des KSF und zum Leiter der Operationsabteilung (s. Kapitel «Direktion des KSF»). Im Übrigen waren die grosse Arbeitsbelastung sowie die Persönlichkeit von Prof. L. Krähenbühl nicht dazu angetan, die Kontakte und die Kommunikation mit dem Pflegepersonal des Operationstrakts, der Intensivpflege und der chirurgischen Abteilungen zu erleichtern.

Dieses Kommunikationsdefizit trug, wie gesagt, zu einem schlechten gegenseitigen Verständnis bei und zu einer schlechten Akzeptanz der weiter reichenden Operationsindikationen bei bestimmten betagten Patienten oder Patienten mit signifikanter Polymorbidität oder in einem vorgerückten Stadium ihrer Krankheit.

2. Neurochirurgie

Aus den untersuchten Dokumenten und den Anhörungen geht Folgendes hervor :

- Eine neurochirurgische Abteilung existiert im KSF nicht und hat in den letzten Jahren auch nicht existiert.
- Die relativ wenigen im KSF getätigten chirurgischen Eingriffe in diesem Fachbereich werden von einem externen gut ausgebildeten Neurochirurgen praktiziert. Im Jahr 2005 erfolgten rund 260 Eingriffe an der Wirbelsäule. Die Leistungen der Schädelchirurgie sind einfacher Art und betragen im Jahr 2005 26 Eingriffe. Diese Operationen betreffen Fälle und Patienten, für welche die Versorgungsqualität und Sicherheit ausreichend

gewährleistet sind. Die Eingriffe, die auf der Negativliste der medizinischen Leistungen des Kantons Freiburg aufgeführt sind (im Anhang der Verordnung vom 13. Dezember 2004 über das Verfahren für die finanzielle Beteiligung des Kantons Freiburg an den Behandlungskosten bei einem ausserkantonalen Spitalaufenthalt) werden – anders als in den Beobachter-Artikeln behauptet – nicht im KSF praktiziert.

- Was Notfälle anbelangt, insbesondere Unfälle mit Hirn- und Schädeltraumen, so sind die Direktiven an die Notfallabteilung des KSF und besonders die der REGA bekannten und von ihr befolgten Regeln klar und logisch: in solchen Fällen werden die Patienten ins Inselspital Bern oder ins CHUV nach Lausanne gebracht.
- Ein Vertrag zwischen der GSD und der Inselspital-Stiftung Bern regelt die Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Partnern, namentlich die Hospitalisation von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Freiburg. Mit diesem Vertrag verpflichtet sich das Inselspital formell, Freiburger Patientinnen und Patienten mit medizinisch begründeter Indikation aufzunehmen.
- Die Anzahl von Freiburger Patienten, die vom Inselspital für neurochirurgische Eingriffe aufgenommen werden, ist gering: 74 im Jahr 2006, davon 39 Notfälle. Ein Drittel dieser Notfallpatienten war vom KSF verlegt worden, die übrigen kamen entweder aus anderen öffentlichen oder privaten Freiburger Spitälern oder von der REGA oder (sehr selten) von privat praktizierenden Ärzten. Die Gesamtzahl von Freiburger Patienten entspricht 5% der neurochirurgischen Hospitalisationen im Inselspital (Brief/Statistik von Prof. A. Tobler vom 21. Mai 2007).
- Weder die befragten Ärzte des KSF noch Dr. L. Mariani von der Neurochirurgie des Inselspitals konnten uns einen Patienten nennen oder ein Ereignis beschreiben, der oder das an eine « lebensgefährliche Situation » denken liesse, wie vom Beobachter behauptet. Sie konnten auch keinen Patienten nennen, der unter dieser Praxis der Verlegung ins Inselspital oder ins CHUV gelitten hätte.

Somit entbehren die vom Beobachter erhobenen Vorwürfe der sachlichen Grundlage. Die Darstellung entspricht nicht den Regeln, die im KSF oder von der REGA befolgt werden. Auch die Aussagen von Dr. L. Mariani aus Bern haben sich nicht bestätigt. Ein Abkommen zwischen dem Staat Freiburg und dem Inselspital Bern regelt klar die Aufnahme von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Freiburg im Inselspital. Angesichts der Zahl von Patienten, die vom Inselspital behandelt werden, spielen die Freiburger Fälle statistisch gesehen eine geringe Rolle. Die befragten Ärzte, die in anderen Spitälern des Kantons Freiburg arbeiten, sind über diese Praxis auf dem Laufenden und heissen sie gut.

3. Operationsabteilung

3.1. Organisation

Die Organisation und die Betriebsführung der Operationsabteilung sind angemessen und transparent. Das Problem des Mangels an qualifiziertem Personal für die OP-Abteilung hat sich seit der Anstellung des heutigen Verantwortlichen klar verbessert. Die Mehrheit der in der Abteilung arbeitenden Fachleute (Chirurgen, Anästhesisten) sowie die Hauptverantwortlichen des KSF äussern Zufriedenheit über den Betrieb.

Die Organisation und die Präsentation des Operationsprogramms sind klar und transparent. Das Tagesprogramm kann von allen in der OP-Abteilung eingesehen werden. Änderungen können am gleichen Tag beantragt und vorgenommen werden, in Absprache mit allen Akteuren, unter der Verantwortung des Leiters der Operationssäle und unter abschliessender Mitwirkung der Sekretärin/Koordinatorin.

Jedoch wird die Persönlichkeit des Verantwortlichen, Dr. D. Thorin, von einigen kritisiert : eine gewisse Unflexibilität sowie eine nicht gerade optimale Kommunikation erschweren zuweilen die Suche nach einer Konsenslösung, wenn Schwierigkeiten oder Meinungsverschiedenheiten in Bezug auf medizinische Prioritäten auftreten.

3.2. Notoperationen ; Fehlen eines Operationssaals ausschliesslich für Notfälle (bis 1. März 2007)

Bis 1. März 2007, als ein Saal für Notoperationen eröffnet wurde, fehlte es dem KSF an einem Operationssaal ausschliesslich für diese Tätigkeit. Wie in anderen Spitälern mussten Notoperationen entweder in einem Saal für elektive Eingriffe durchgeführt werden, indem man die Operation regulär programmierter Patienten auf den nächsten Tag verschob, oder am Ende des Tagesprogramms für elektive Eingriffe, d.h. im Allgemeinen nach 16 Uhr.

Die eine oder die andere Option wird von Tag zu Tag von den chirurgischen Fachbereichen gewählt, je nach der Dringlichkeit der anstehenden Operationen. Die Verantwortung für den Patienten liegt beim Operierenden, d.h. beim Chirurgen, der die Indikation eines Noteingriffs stellt. Er muss aber den Zeitpunkt der Operation zusammen mit den mitverantwortlichen Partnern eines Eingriffs - Anästhesist, Personal des Operationstrakts (Instrumentierpersonal usw.) - und dem Leiter der Operationsabteilung organisieren.

Das Fehlen eines solchen ausschliesslich für Notfälle bestimmten Saals im KSF hat möglicherweise eine Rolle bei den Wartezeiten für dringende Fälle gespielt. Eine solche Situation bestand – oder besteht noch immer – in einigen Spitälern mittlerer Grösse. Gegen eine solche Struktur sprechen etwa folgende Argumente :

- Die Kosten : 3 bis 4 zusätzliche Personen sind nötig, um diesen Saal über acht Stunden hinweg in Betrieb zu halten. Es muss eine gewisse Anzahl Stellen dafür aufgewendet werden, damit eine angemessene Effizienz und Bewirtschaftung möglich ist.
- Eine zu geringe Auslastung, d.h. zu wenig Patienten, die eines chirurgischen Noteingriffs bedürfen.

Das Problem der Wartezeiten in der Operationsabteilung war seit einiger Zeit inner- und ausserhalb des KSF bekannt (siehe « Jahresbericht KSF 2005 »). Die Schaffung eines Operationssaals ausschliesslich für Notfälle brauchte Zeit, dies vor allem aus Budgetgründen. Seine Eröffnung am 1. März 2007 ist gerechtfertigt.

3.3. « Hierarchisierung » der Notfälle

Bestimmte grosse Notfallzentren wenden ein System an, wonach sie Patientinnen und Patienten, die eines Noteingriffs bedürfen, nach « Prioritäten » einteilen. So wird unterschieden nach lebensbedrohlichen Notfällen, die keinen Aufschub dulden, und anderen Fällen, die eine Operation innert 3-4 oder innert 24 Stunden erfordern.

Die Untersuchung der vom Beobachter genannten Fälle führt zum Schluss, dass eine solche « Hierarchisierung » im KSF eingeführt werden könnte, um die Prioritäten zu klären, die Kommunikation zwischen den implizierten Protagonisten zu erleichtern und die Programmierung der Notoperationen zu verbessern.

3.4. Funktion des Leiters des Operationstrakts

In Anbetracht der Probleme in Führung und Betrieb des Operationstrakts (Abgänge im Pflegepersonal, Rekrutierungsschwierigkeiten und dementsprechende Kapazitätenminderung) scheint unbestritten zu sein, dass die Schaffung dieser Funktion am KSF im Jahr 2000/2001 notwendig war.

Die Wahl von Dr. D. Thorin für diese Funktion steht ausser Kritik, sind doch seine einschlägige Ausbildung und praktische Erfahrung nicht in Abrede zu stellen. Jedoch hat die Art und Weise, wie der Kandidat quasi « aufgezwungen » wurde, ohne dass vorher angemessene Diskussionen und Beratungen mit der Ärzteschaft allgemein und den Chirurgen im Besonderen stattgefunden hätten, einigen Ärger erregt. Dieses ungewöhnliche Vorgehen, aber auch die starke und wenig diplomatische Persönlichkeit von Dr. D. Thorin war der berühmte « Wassertropfen », der zum Rücktritt des früheren Chefchirurgen Professor P. Petropoulos einige Monate vor dessen Pensionierung führte und für die Intensität und Dauer der Konfliktsituation mit Prof. L. Krähenbühl mitverantwortlich war.

Es steht jedoch ausser Zweifel, dass der Betrieb, die Führung und die Kapazitäten der Operationsabteilung dank der straffen Leitung durch Dr. D. Thorin verbessert werden konnten. Es sei daran erinnert, dass es sich um eine schwierige Arbeit handelt, die auch Diplomatie, viel Kommunikation und grosse medizinische Kenntnisse erfordert.

Nicht optimal in diesem Sektor ist hingegen, dass der Leiter der Operationsabteilung direkt dem Verwaltungsdirektor des KSF unterstellt ist, der seinerseits nicht über die medizinischen Kompetenzen verfügt, die es braucht, um in Konfliktsituationen zwischen dem Leiter der besagten Abteilung und einem Operierenden die Lage analysieren und entscheiden zu können (z. B. dort, wo es um medizinische Prioritäten oder Notoperationen geht).

Idealerweise sollte der Leiter der Operationsabteilung hierarchisch einer starken medizinischen Direktion des KSF unterstellt sein, die gewillt und fähig ist, jene Entscheide zu fällen, die sich in konfliktgeladenen und/oder für Patienten potentiell gefährlichen Situationen aufdrängen (bezüglich dieses Problems s. auch das Kapitel « Direktion des KSF »).

3.5. Wartefristen

Einer der Vorwürfe in den Beobachter-Artikeln betraf die Wartefristen vor dringenden Operationen. Es sei vermerkt, dass der Begriff „Notfall“ in diesem Kontext häufig schlecht definiert und falsch verstanden wird. Die Fachleute auf diesem Gebiet unterscheiden mehrere Notfallstufen: absolute Notfälle, wo für das Überleben des Patienten und die Verhinderung von dauernden Schäden jede Minute zählt (z. B. schwere Blutung infolge der Verletzung eines grösseren Gefässes, bestimmte Komplikationen bei einer Geburt mit Notwendigkeit eines Kaiserschnitts, Herzstillstand usw.), und relative Notfälle, die einen Eingriff innert 24 Stunden erfordern (z. B. bestimmte offene Frakturen oder schwere Infektionen, Fälle von Bauchfellentzündung usw.).

Für die Untersuchung der im Beobachter genannten « Notsituationen » konnten wir die medizinischen Dossiers der betreffenden Patienten mit deren Einwilligung konsultieren.

Einschränkend sei gesagt, dass die Prüfung des medizinischen Dossiers – auch wenn dieses gut geführt ist – nicht gleich viele Informationen ergeben kann wie die klinische Untersuchung und die Beurteilung der Entwicklung durch Arzt und Pflegepersonal. Jedoch erlauben die Zusammenstellung der paraklinischen Untersuchungen (Labor, Radiologie, histologische Untersuchung von Geweben usw.) sowie die Aufzeichnungen der Ärzte und Pflegepersonen eine Beurteilung bestimmter Elemente.

Diese Untersuchung veranlasst zu folgenden Schlüssen:

- ✓ **Fall I:** Vom Beobachter namentlich zitierter Fall. Der Patient musste vom Zeitpunkt der durch den Chirurgen gestellten Indikation für eine Notoperation bis zum Beginn des Eingriffs rund 11 Stunden warten.

Lektüre des Dossiers:

Hat sich sein klinischer Zustand in dieser Zeit verschlechtert ?

Das Dossier enthält kein klinisches Element, das diese Hypothese bestätigen würde (Vitalzeichen, Laboruntersuchungen, Notizen des Pflegepersonals). Es verzeichnet keine grossen Änderungen im Verlauf der 24 Stunden vor dem Eingriff.

Hat der Patient durch die Verzögerung des Eingriffes Schäden davongetragen? Ist die notwendige Operation wegen der Wartefrist grösser gewesen, hat die Wartefrist zu vermehrter Invalidität geführt ?

Die Beantwortung dieser Frage ist schwierig. Der Chirurg vermerkte Anzeichen für eine schlechte Perfusion des Darms, und dies bedingte dessen Entfernung. Die mikroskopische Untersuchung ergab keine Anzeichen von Ischämie.

Beurteilung :

Die Wartezeit von 11 Stunden ist unzumutbar und hätte verkürzt werden können. Sie wird kontrovers begründet : Der Leiter des Operationstrakts sagt klar, es habe keine Möglichkeit bestanden, diesen schweren Eingriff in das Tagesprogramm einzuschieben, ohne die Operation eines anderen, für die elektive Chirurgie programmierten Patienten auf einen anderen Tag zu verlegen. Dies wird von Prof. L. Krähenbühl bestritten. Auf jeden Fall ätte der Chefchirurg die Situation steuern können : er hätte die elektive Operation eines seiner beiden eigenen für diesen Tag eingeplanten Patienten verschieben können, um den « Notfallpatienten » vorzuziehen. Wir wissen nicht, warum diese Lösung – die in anderen Spitälern und in anderen Kliniken des KSF häufig für Noteingriffe praktiziert wird, wenn die Kapazitäten der Operationsabteilung beschränkt sind – nicht angewandt worden ist. Alle von uns befragten Chirurgen, mit Ausnahme von Prof. L. Krähenbühl, sprachen sich für diese Lösung aus (der betreffende Chirurg muss die elektive Operation eines seiner eigenen Patienten des Tages verschieben und stattdessen den dringenden Fall vorziehen).

Die Untersuchung des medizinischen Dossiers ermöglichte aber keine Identifizierung von Elementen zur Bestätigung oder Entkräftung der Annahme, ein Leiden und/oder bleibende Schäden seien auf die Wartezeit zwischen der Indikationsstellung und der Operation zurückzuführen.

- ✓ **Fall II** : Es handelt sich um einen Fall von Verdacht auf akute Blinddarmentzündung bei einem vierjährigen Kind. Die Wartezeit nach der Indikationsstellung für eine Notoperation betrug 8 Stunden.

Lektüre des Dossiers :

Während des Spitalaufenthalts und auch in der Wartezeit vor dem Eingriff war keine Verschlechterung des klinischen Zustands oder der Ergebnisse der paraklinischen Untersuchungen zu verzeichnen. Während der Wartezeit zeichnete oder schlief das Kind (Aufzeichnung des Pflegepersonals).

Der chirurgische Eingriff und die histologische Untersuchung konnten die Verdachtsdiagnose nicht bestätigen ; die Diagnose ist unklar.

Das Kind konnte das Spital am 3. Tag nach dem Eingriff verlassen.

Beurteilung :

Aus der Anhörung der betroffenen Akteure hat sich ergeben, dass die Wartefrist auf Diskussionen und Uneinigkeiten in Bezug auf die chirurgische Methode, die Instrumentierung, die Erfahrung der Beteiligten in der spezifischen Situation

zurückzuführen ist. Das Ergebnis dieser Diskussionen war positiv. Die Verzögerung des chirurgischen Eingriffs hat sich nicht negativ auf die Gesundheit des Patienten ausgewirkt.

- ✓ **Fall III** : 90-jährige Patientin, Eintritt nach einem chirurgischen Eingriff in einer Klinik.

Lektüre des Dossiers :

Gallige Peritonitis, nach Gallenblasenoperation vom 31. Oktober, Eintritt ins KSF am 19. November. Austritt von Gallenflüssigkeit in die Bauchhöhle dokumentiert am 21. November. Notoperation am 24. November. Indikationsstellung für die Operation am Morgen des 24. November. Die Patientin hat um 9 Uhr gegessen ; nach Auffassung des Anästhesisten hat sie einen « vollen Magen ». Dieser verlangt einen zeitlichen Aufschub des chirurgischen Eingriffs. Problemlose Operation, ohne besondere Folgen. Die Patientin konnte das KSF am 3. Dezember 2006 verlassen, neun Tage nach dem Eingriff.

Beurteilung :

Nach den üblichen Standards ist eine Wartezeit vor dem Eingriff nach einer Mahlzeit angezeigt und medizinisch gerechtfertigt. Die Patientin hat unter diesem Aufschub offensichtlich nicht gelitten. In diesem Fall kann darüber diskutiert werden, ob von einem Notfall im eigentlichen Sinne zu sprechen ist. Man kann sich fragen, warum bis zum 24. mit der Operationsindikation gewartet wurde, obwohl das Gallenleck schon am 21. dokumentiert worden war.

Fall IV : Dehiszenz einer Enteroanastomose ca. 3 Wochen nach einem schweren urologischen Eingriff (vom 8. November 2006). Der Patient wird am 30. November ins KSF eingeliefert, nach 4 Tagen Erbrechen und ständigen Bauchschmerzen. Präoperative Beurteilung um 15.30 Uhr ; Eintreffen im Operationssaal um 21.40 Uhr.

Lektüre des Dossiers :

Die Wartezeit ist auf mehrere Faktoren zurück zu führen : belegte Operationssäle ; gleichzeitiges Vorliegen weiterer Notfälle ; zeitliche Auslastung des Anästhesisten. Problemlose Entwicklung nach der Operation, 13-stündiger Aufenthalt in der Intensivpflege.

Beurteilung :

Derartige Wartezeiten müssen so weit wie möglich vermieden werden. Auch in anderen Spitälern – sogar wenn ein Operationssaal ausschliesslich für Notfälle vorhanden ist – kann dieses Problem nicht voll und ganz ausgeschlossen werden (vor allem wenn mehrere Notfälle gleichzeitig anstehen). Der Patient hat offenbar nicht unter der Wartezeit gelitten.

4. Beurteilung

Der Stellenantritt des neuen Chefarztes im Jahr 2002 zeitigte eine erhebliche Änderung in den chirurgischen Tätigkeiten. Zwar verschwieg der neue Chefarzt zum Zeitpunkt seiner Anstellung seine hochgesteckten Ziele in Bezug auf die Entwicklung des klinischen und des Weiterbildungsbereichs nicht, jedoch war es schwierig, die daraus entstehenden Folgen abzusehen.

Als der neue Chefarzt seine Tätigkeit dann aufnahm, wurde auch unterschätzt, wie sich die Änderungen in den Operationsindikationen auf den guten Betrieb der Spitaldienste auswirken würden. Es wurden keine ausreichenden Begleitmassnahmen ergriffen. Zum einen legte der Chefchirurg mangelndes Gehör und Gespür für die durch seine Tätigkeit verursachten Probleme an den Tag, zum anderen begnügte sich das Ärztekollegium damit, auf diese

Probleme hinzuweisen, ohne konkrete Lösungen vorzuschlagen. Ferner wählte die Spitaldirektion keine klare Taktik für den Ausstieg aus dieser Krise.

Einige Wartezeiten für Notoperationen, sogar für elektive Eingriffe, waren zu lang. Dieses seit einigen Jahren wohl bekannte Problem war im Tätigkeitsbericht 2005 klar aufgezeigt worden. In den vier untersuchten und vom Beobachter zitierten Fällen war die Wartezeit bei 3 Patienten medizinisch gerechtfertigt. Im vierten Fall (untersuchter Fall I) hat der Chirurg seine Verantwortung nicht korrekt wahrgenommen und hat die Unstimmigkeit zwischen ihm und dem Leiter des Operationstrakts zur Funktionsstörung beigetragen. In keinem der vier Fälle liegen klare und unumstössliche Elemente für den Nachweis eines Leidens oder bleibender Schäden vor, die durch die Wartezeit verursacht worden wären.

Die Spannungen und Konflikte zwischen Prof. L. Krähenbühl, dem Direktor H. Schaller und dem Leiter der Operationsabteilung Dr. D. Thorin haben zu lange andauert. Der Institution, d.h. dem Ärztekollegium und der Direktion, gelang es nicht, die implizierten Personen zur Vernunft zu bringen und Massnahmen zu ergreifen, mit denen eine Eskalation hätte verhindert werden können. Zuletzt war ein irreversibles Stadium erreicht: Der Chirurg und der Leiter des Operationstrakts hatten sich auf ihren jeweiligen Standpunkt versteift und waren unfähig, sich in ihrer Sichtweise einander anzunähern.

Die Behauptung im Beobachter, wonach es Probleme in der Versorgung neurochirurgischer Patienten gegeben habe, konnte durch keine Tatsachen untermauert werden. Die Verlegung solcher Patienten ins Insepsital ist reglementiert : es besteht ein Vertrag zwischen der GSD und der Insepsital-Stiftung Bern, der die Einzelheiten der Versorgung präzisiert und regelt. Die REGA wendet explizite und zweckmässige Direktiven an. Die Ärzte der Freiburger Spitäler kennen die Praxis und die bestehenden Regeln und heissen sie gut.

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten im KSF, insbesondere in der Chirurgie, ist immer korrekt gewesen. Die Behandlungen und die Pflege waren von guter Qualität.

V. Apotheke

1. *Inspektionsrapporte über die Apotheke des KSF*

Die Apotheke des KSF erfährt in der Regel einmal jährlich eine Inspektion (2003 und 2005 fand keine statt). Die Inspektion erfolgt durch das Westschweizer Inspektorat für die Aufsicht über die Herstellung von Heilmitteln, dessen Sitz sich in Lausanne befindet.

Die Inspektion ist Gegenstand eines Rapports, der immer gleich aufgebaut ist und eine Zusammenfassung der Anträge enthält, Namentlich listet er die festgestellten Abweichungen von den Inspektionskriterien auf und nennt eine Frist für deren Behebung. Je nach Art der Abweichungen werden diese als „kritisch“ qualifiziert (gefährlich für den Benutzer), als „gross“ (erhebliches Risiko, dass das Produkt den Spezifikationen nicht genügt) oder als „andere“ (geringes Risiko, dass das Produkt den Spezifikationen nicht genügt).

Im Rapport vom 2. Mai 2001 werden 14 Abweichungen aufgezeigt : 1 kritische, 8 grosse und 5 andere.

Im Rapport vom 21. August 2002 werden 5 Abweichungen aufgezeigt : keine kritische, 3 grosse und 2 andere.

Im Rapport vom 12. Oktober 2004, werden 17 Abweichungen aufgezeigt : keine kritische, 5 grosse und 12 andere.

Im Rapport vom 1. Dezember 2006, werden 14 Abweichungen aufgezeigt : keine kritische, 11 grosse und 3 andere.

Jeder Bericht äussert sich zur Behebung der im Vorjahr festgestellten Abweichungen oder übernimmt die nicht behobenen in die neue Liste.

Im Beobachter-Artikel vom 3. Januar 2007 hiess es, ein im Januar 2004 passierter Fehler in der Zubereitung eines Medikaments sei auf Personalmangel zurückzuführen und die Inspektionsrapporte der interkantonalen Behörde verlangten seit mehreren Jahren eine Aufstockung der Personalressourcen der Apotheke. Der Artikel zieht eine Kausalverbindung zwischen dem Personalmangel und dem Zubereitungsfehler und beschuldigt die Spitaldirektion, die Ressourcen der Apotheke nicht erhöht und somit ein Hauptrisiko für die Patientinnen und Patienten geschaffen zu haben.

An erster Stelle sei vermerkt, dass die im Rapport vom 2. Mai 2001 festgestellte kritische Abweichung die Sterilitätstests betraf und inzwischen behoben wurde. Die Tests werden heute von einem externen Labor durchgeführt.

Im Rapport vom 2. Mai 2001 heisst es tatsächlich, für die zu erbringende Arbeit sei zu wenig Personal vorhanden (Abweichung 1). Der Rapport enthält auch diesen Kommentar : « Il est apparu aux inspecteurs que, vu le travail à fournir, le personnel est vraisemblablement en nombre insuffisant, trop de travail reposant sur un nombre restreint de personnes ». Diese Abweichung wird als « gross » qualifiziert.

Im Rapport vom 21. August 2002 heisst es im Kapitel über die Behebung der im Vorjahr festgestellten Abweichungen : « Une analyse exacte des besoins est à faire, le personnel occupé étant en nombre similaire comparé aux autres pharmacies d'hôpital de Suisse romande. Les volumes plus importants traités ne sont par contre pas connus ».

Der Rapport vom 1. Dezember 2006 erwähnt das Problem des Personalmangels nicht mehr. Als Abweichung meldet er die fehlende Zusatzausbildung eines Mitarbeiters, ein Mangel, der im März 2007 behoben ist.

Die im Rapport vom 1. Dezember 2006 festgestellten Abweichungen sind behoben worden oder die interkantonale Aufsichtsbehörde hat in die von der Chefapothekerin a.i. vorgeschlagenen Korrekturmassnahmen und die Fristen für deren Durchführung eingewilligt.

Heute und aufgrund der uns verfügbaren Unterlagen entspricht die Spitalapotheke den Inspektionsrapporten.

2. Zwischenfall vom 27. Januar 2004

Der Beobachter-Artikel vom 3. Januar 2007 bezieht sich auf den Zwischenfall vom 27. Januar 2004 (datiert ihn aber fälschlicher Weise auf den 24. Januar 2004). Eine korrekt abgefasste ärztliche Verordnung war von einer Präparatorin falsch interpretiert worden, und die zubereitete Dosis entsprach nicht der Verschreibung. Im Endeffekt erhielt der Patient das Doppelte der verschriebenen Dosis.

Aus den Befragungen ist hervorgegangen, dass dieser Zubereitungsfehler keine Auswirkung auf die Gesundheit des Kindes hatte und auch keine juristischen Folgen zeitigte.

Die Meinungen über die Ursache des Fehlers gehen auseinander. Einige sagen, die Ursache des Fehlers sei in den ungenügenden Personalressourcen zu suchen, andere denken, es habe sich um menschliches Versagen gehandelt. Zum Zeitpunkt des Zwischenfalls war es üblich, eine doppelte Kontrolle durchzuführen. Eine Präparatorin hatte das Protokoll vorbereitet, eine andere das Produkt zubereitet, und der Apotheker hatte das Ganze kontrolliert. Einer Präparatorin mangelte es an Erfahrung, was den begangenen Fehler erklären mag.

Innerhalb der Apotheke sind Massnahmen ergriffen worden, um zu verhüten, dass sich ein solches Vorkommnis wiederholt. So arbeiten die Präparatorinnen heute für die Kontrolle zu zweit.

Ein anderer Fall ergab sich in der Zubereitung einer Chemotherapie wegen einer gefaxten handschriftlichen, schlecht empfangenen Verordnung. Der Fehler wurde gemeldet und rechtzeitig korrigiert.

Im Jahr 2001 wurden die Morphinzubereitungen für Säuglinge aus Gründen der Vereinfachung und Sicherheit geändert. Während mehrerer Jahre war ihre Dosierung nicht konform. Damals wurde der Kantonsapotheker informiert. Keine nachteiligen Folgen für die Patienten sind gemeldet worden.

Weitere Zwischenfälle (falsche Etikettierung, Fehler in einer Methadonzubereitung) sind uns gemeldet worden. Gemäss dem Kaderpersonal der Apotheke sind diese Fehler berichtigt worden und wirkten sich nicht auf die Patienten aus. Erfahrungsgemäss können derartige Fehler in allen Apotheken dieser Art auftreten.

3. Räumlichkeiten

Es erfolgte eine Begehung der Räumlichkeiten der Apotheke. Diese befinden sich im Untergeschoss des KSF. Subjektiv gesehen sind die Flächen klein und die Räume ziemlich unbequem. Der vorherrschende Eindruck ist, dass man in einem Keller arbeitet. Unter objektivem Gesichtspunkt genügten die Räume den Kriterien der letzten Inspektion, und das KSF hat die Errichtung eines Neubaus ausgeschrieben, von dem ein Stockwerk für die Apotheke bestimmt ist. Die Bauzeit dürfte bis 2009 dauern.

4. Beurteilung

Die Apotheke des KSF erbringt gute Leistungen. Diese sind übrigens auf weitere Spitäler des Kantons ausgedehnt worden. Der Dienst funktioniert gut und wird von den Benützern geschätzt.

Der Chefapotheker, der heute nicht mehr im Amt ist, geriet in Konflikt mit der Spitaldirektion. Der ziemlich aggressive Ton des Apothekers der Direktion gegenüber hat vermutlich zur Verschlechterung der Beziehungen beigetragen ; dies gilt auch für das Anhörungs- und Informationsdefizit von Seiten der Direktion dem Apotheker gegenüber.

Die Personaldotation der Apotheke ist heute zufrieden stellend, wenn auch nicht optimal. Berücksichtigt man die Fachliteratur, so ist die Apotheke personell unterdotiert. Jedoch haben das zugeteilte Personal und die beschlossenen Reorganisationen eine bessere Ressourcenverteilung ermöglicht, so dass die Apotheke die heutige Arbeitsbelastung bewältigt.

Die vom Beobachter hergestellte Kausalverbindung zwischen dem Zwischenfall vom 27. Januar 2004 und dem Personalmangel hat sich nicht bestätigt. Dieser Zwischenfall ist auf menschliches Versagen zurückzuführen.

VI. Direktion des KSF

1. Vorbemerkung

Die Organisation, die Strukturen und Managementinstrumente sind ähnlich, wenn auch nicht gleich, wie in anderen Spitalern dieses Typs.

2. Qualität der Leistungen

Die Untersuchung der vom Verwaltungsrat ausgehenden Dokumente sowie die Befragung einiger Vertreter dieses Organs erlauben eine Beurteilung der Rolle und der Leistungen des Direktors dem Verwaltungsrat gegenüber.

In der Regel wird der Verwaltungsrat durch den Direktor gut dokumentiert; dieser übergibt ihm fundierte Berichte und Unterlagen. Besonders bedacht ist der Direktor auf eine seriöse Führung seines Spitals. In finanziellen Belangen ist er sehr strikt, und er sorgt für einen guten Spitalbetrieb, indem er sich bis ins Detail um das Management kümmert. Er leitet ein Spital mit 1400 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, und dies bedeutet eine grosse Arbeitsbelastung. Er fürchtet sich nicht vor unliebsamen Entscheiden und steht zu ihnen. Er überschreitet nie den Rahmen seiner Zuständigkeiten und weist seine Partner oder Mitarbeiter sehr klar auf die Grenzen seiner eigenen Entscheidungsmacht hin. Er versteckt sich aber auch nicht hinter den Entscheiden des Verwaltungsrats, sondern tritt für sie ein und verteidigt sie Dritten gegenüber. Er identifiziert sich voll und ganz mit dem Spital, das er leitet, und unterstützt alle, die für die Interessen des KSF eintreten.

3. Wahrnehmung und Akzeptanz des Managements durch die Kliniken und Dienste

Die Befragungen ergaben zum Teil ein differenzierteres Bild davon, wie die Tätigkeit des Direktors wahrgenommen wird. Einerseits sind sich mehrere Vertreter des Pflege- und des ärztlichen Personals einig in der Anerkennung der Effizienz des Direktors. Andererseits erscheint der Direktor den gleichen Personen als kühl abwägende Persönlichkeit, sozusagen ohne Kontakt zum Personal, als Mann, dem einzig und allein an der strikten Einhaltung des Budgets gelegen ist und der gewisse Schwierigkeiten hat, sich für Neuerungen, die zu Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten führen könnten, zu begeistern beziehungsweise die Tendenz hat, entsprechende Vorschläge abzuweisen. Man sieht ihn wenig in den Gängen des Spitals, und seine Art und Weise, die von ihm gewünschten Auskünfte einzuholen, wird von der Ärzteschaft nicht immer geschätzt.

4. Direktion und Operationsabteilung

4.1. Schaffung der Funktion eines Leiters der Operationsabteilung

Die Frage der Schaffung der Stelle eines Leiters der Operationssäle und die Anstellung eines solchen beschäftigten seinerzeit den Verwaltungsrat. Dieser entschied die Frage aufgrund eines eingehenden und begründeten Berichts im Jahr 2001, indem er die besagte Stelle in der Person von Dr. D. Thorin besetzte.

Dieser Entscheid hatte seinen Grund in der problematischen Situation, in der sich der Operationstrakt seit einiger Zeit befand: Unterbelegung der Operationssäle infolge eines erheblichen Mangels an spezialisiertem Personal (trotz Rekrutierungsbemühungen und auch infolge einer hohen Absenzenrate), fehlende Planung, fehlende Wirtschaftlichkeit, unrationeller Betrieb.

Das Pflichtenheft für die Funktion sieht einen Tätigkeitsgrad vor, der sich aufteilt auf die ärztliche Leitung des Operationstrakts (50%) und die Arbeit als Leitender Arzt in der Anästhesiologie (50%).

Die Schaffung der Stelle und die Ernennung des Leiters der Operationsabteilung riefen lebhaftere Reaktionen hervor. Die Folgen waren zum einen der Abgang des damaligen Chefarztes der chirurgischen Klinik und zum anderen die Beschwerde des Ärztekollegiums, es habe sich nicht in Kenntnis der Sachlage zu dieser Ernennung äussern können.

4.2. Hierarchische Beziehung

Der Leiter der Operationsabteilung ist hierarchisch direkt dem Direktor unterstellt. Wenn dieses System einige Kader gleichgültig lässt, so ist diese hierarchische Beziehung doch mehrmals kritisiert worden: sie veranlasse den Direktor, den Leiter des Operationstrakts als ein Element der Verwaltung zu betrachten, das im Fall von Konflikten mit den Ärzten an ihn gelangt. Die im Operationstrakt zu regelnden Fragen sind aber nicht nur administrativer Art, die medizinische Auffassung spielt dort ebenfalls eine wichtige Rolle. Der Direktor aber hat nicht die nötigen ärztlichen Kenntnisse, um in medizinisch schwierigen Situationen entscheiden zu können.

Die Autoritätsstellung des Direktors gegenüber dem Leiter des Operationstrakts wird deshalb von einigen Ärzten als Einmischung der Verwaltung in den medizinischen Bereich empfunden. Darüber hinaus hat sich zumindest in einem Fall der Leiter des Operationstrakts wegen eines medizinischen Problems an seinen hierarchischen Vorgesetzten gewandt, ohne sich vorher mit den Chirurgen zu beraten. Dies bestätigte die Meinung der Ärzte, wonach das bestehende System ungesund sei und dazu geeignet, Spannungen zwischen den Chirurgen und den übrigen im Operationstrakt arbeitenden Spezialisten zu erzeugen.

5. Umgang mit kulturellen Unterschieden

Im Verlauf einiger Befragungen ergab sich zufällig, dass die Kommunikation zwischen Deutsch- und Französischsprachigen – sowohl auf Patientenebene als auch unter den Mitarbeitenden des KSF – durch sprachliche Fragen kompliziert wird und einigen Verwechslungen oder Missverständnissen zugrunde liegen mag.

Zum Beispiel stellte sich heraus, dass sich Patientinnen und Patienten deutscher Sprache beklagen, nicht von Personal betreut zu werden, das ihre Sprache versteht. Es scheint effektiv so zu sein, dass die « Amtssprache » am KSF Französisch ist und dass die deutschsprachigen Freiburger davor zurückscheuen, sich im KSF behandeln zu lassen, weil man dort nicht oder nur wenig Deutsch spreche.

Innerhalb des KSF selber, wo die Sprachenfrage wichtig ist, insbesondere für das Verständnis der Informationen im Rahmen der Arbeit, stehen die Französischsprachigen dem Thema sehr unterschiedlich gegenüber, angefangen bei denen, die sagen, die Sprachenfrage sei eine sensible Angelegenheit, bis zu denen, die sagen, es bestehe wohl ein Sprachenproblem, es sei aber kein wirkliches, denn deutschsprachige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Ärzteschaft und im Pflegepersonal seien erwünscht.

Die Behörden und die Direktion sind sich des Problems bewusst und haben Massnahmen ergriffen, wobei es allerdings noch nicht gelungen ist, die Wahrnehmung des KSF in der deutschsprachigen Bevölkerung als eines vor allem französischsprachigen Spitals zu ändern.

6. **Beurteilung**

Entgegen den Behauptungen des Beobachters ist der Direktor des KSF ein Mann der Entscheidung. Er packt die Probleme an, die sich in seinem Spital stellen, und nimmt rasch, manchmal sehr rasch, Stellung für das, was er als positiv für sein Spital erachtet. Zum Beispiel im Konflikt zwischen dem Chefarzt der Chirurgie und dem Leiter der Operationsabteilung unterstützte er den letzteren rasch, aus der Überzeugung heraus, dass Ordnung und Effizienz im Operationstrakt nur dann gewährleistet seien, wenn die Prinzipien des Verantwortlichen der Operationsabteilung befolgt werden. Die Ratlosigkeit des Direktors gegenüber den Ideen des Chefchirurgen, dann deren Ablehnung, sind nachvollziehbar insofern als die Umsetzung der Ideen den Alltag des (auf eine solche Änderung der Indikationen in der Chirurgie schlecht vorbereiteten) Spitals und die Beziehungen innerhalb der Chirurgie beträchtlich komplizierte.

Die Probleme gehen vielmehr aus dem Organigramm hervor. Den Leiter des Operationstrakts hierarchisch dem Verwaltungsdirektor des Spitals zu unterstellen ist keine zweckmässige Lösung. Sie schafft auch nicht die besten Voraussetzungen für ein gutes Einvernehmen zwischen den verschiedenen Kliniken und dem Operationstrakt. Umgekehrt hätte der Direktor an Glaubwürdigkeit gewonnen, wenn seine Stellungnahmen nicht den Verdacht hervorgerufen hätten, er unterstütze einen Mitarbeiter, der ihm hierarchisch untergeordnet ist, und erst noch in einem Bereich, in dem er selber nicht die nötigen Kenntnisse hat, um sich selber ein Bild von den anfallenden Problemen machen zu können. Das Ärztekollegium, das die Probleme der Führung der Operationsabteilung gerne geregelt hätte, ohne dass die Direktion unverzüglich darüber informiert werde, sah sich einem Hindernis gegenüber, das sich aus dem Organigramm ergibt.

Mit der Errichtung des Freiburger Spitalnetzes (FSN) sind die Probleme der «kritischen Grösse» beseitigt worden, die gegen die Ernennung eines medizinischen Direktors als des Vorgesetzten des Leiters der Operationsabteilung sprachen; somit kann diese schwierige Situation endgültig geregelt werden.

Der Direktor ist zwar eine intelligente und strategisch denkende Person, doch gelingt es ihm nicht, andere durch seine Kontakt- und Kommunikationsqualitäten für seine Sache zu gewinnen. Er wird nicht immer als Chef geschätzt. Seine Autorität stützt sich auf seine Kompetenzen und sein Netz innerhalb des Spitals. Demzufolge besteht ein Kommunikationsdefizit zwischen der Direktion und dem Ärzte- und Pflegepersonal des Spitals. Das Fehlen einer vorgängigen Konzertierung unter den direkt betroffenen Personen anhand dokumentierter und diskutierter Stellungnahmen ist ein Vorwurf, der sich immer wieder gegen die Direktion richtet. Die mangelhafte Kommunikation lässt vermuten, dass das Ziel – abgesehen von der Respektierung der finanziellen und budgetären Sachzwänge – nicht klar genug definiert ist und dass erst recht keine Strategie besteht, um es zu erreichen. Dieser letzte Hinweis richtet sich auch an den Verwaltungsrat, der sich darum bemühen muss, eine klare und verständliche Strategie zu schaffen und sie zu kommunizieren, namentlich auf dem Weg über die Direktion. Letztere verfügt übrigens über eine Analyse von Mercury Urval, die vom 14. November 2003 datiert, der Krankenpflege galt und den aufgeworfenen Problembereich erfasst. Mutatis mutandis müssen die Schlussfolgerungen dieser Analyse auf das Spital insgesamt ausgeweitet werden.

Das KSF, Standort Freiburg des FSN, ist das wichtigste Element des Netzes. Seine Führung muss den Ton angeben. Derzeit aber besteht eine zu ausgeprägte Abschottung unter den verschiedenen Bereichen (Verwaltung, medizinischer Bereich, Pflegebereich), und dies trägt dazu bei, ein ziemlich statisches Bild des Spitals zu vermitteln. Jeder Bereich beklagt sich, verlangt ihn betreffende Massnahmen, ohne danach zu fragen, was anderswo läuft. Es liegt

klar bei den Verantwortlichen im Verwaltung-, Ärzte- und Pflegebereich, im Auftrag des Verwaltungsrats die fehlenden Führungsinstrumente zu erarbeiten, zum Beispiel die Einführung eines auf Partizipation angelegten Vorgehens im strategischen Entscheidungsprozess und die Antizipation künftiger Bedürfnisse.

Im Übrigen vereinigt die Funktion des Direktors viele Kompetenzen in einer einzigen Person, die effizient delegiert werden könnten. Dies hätte den Vorzug, das Verantwortungsbewusstsein der verschiedenen Dienste zu schärfen, ihre Identifikation mit dem Spital und seinen Herausforderungen zu vermehren und eine echte Kultur des Dialogs zu schaffen.

VII. Schlussfolgerung

Das Audit sollte es ermöglichen, zu zwei zentralen Fragen Stellung zu nehmen, die von den Beobachter-Artikeln aufgeworfen worden waren :

- Gab es Situationen, die das Leben von Patientinnen und Patienten im KSF gefährdet haben und die auf eine schlechte Organisation der Spitaldienste oder auf professionelle Mängel zurückzuführen sind ?
- Besteht ein effizientes Konfliktmanagement am KSF ?

1. Antwort auf die 1. Frage

1.1. Wartefristen

In Bezug auf die Wartefristen hat sich aus der Untersuchung der vom Beobachter genannten Fälle und weiterer Fälle, die sich bei den Abklärungen herausstellten, klar ergeben, dass in keiner Situation das Leben von Patientinnen und Patienten bedroht war. Unter den untersuchten Fällen sei indikationshalber derjenige genannt, in dem Diskussionen zwischen Chirurgen und Anästhesisten über die Art des Eingriffs die Wartefrist verlängert haben. Diese Diskussion war medizinisch notwendig und gefährdete den Patienten nicht. Um einen andersartige Situation handelt es sich dort, wo die Untersuchung des Dossiers ergibt, dass es um keinen Notfall ging, der einen unverzüglichen Eingriff erfordert hätte, und dass auch in diesem Fall die Wartezeit das Leben des Patienten nicht gefährdete. In dem vom Beobachter namentlich aufgeführten Fall war die Wartezeit zu lang. Potenziell hatte dies Folgen für den Patienten, es gefährdete jedoch nicht sein Leben. Die erste Verantwortung für diese Wartezeit lag beim Chirurgen, der die Indikation für einen Noteingriff gestellt hatte, der seinen Patienten hätte beobachten und allenfalls die Änderung seines Programms für elektive Eingriffe beschliessen müssen, um den Fall vorzuziehen, den er selbst für dringend erklärt hatte. Es lag auch am Leiter des Operationstrakts, den Chirurgen auf die eine oder andere Art darauf hinzuweisen, dass der « dringende » Fall nicht ohne eine Änderung seines Programms für elektive Eingriffe operiert werden könne.

Die fehlende Kommunikation lässt sich nur aus den schlechten Beziehungen zwischen den beiden Personen erklären. Sie ist unannehmbar, und auch der Leiter des Operationstrakts trägt dafür Verantwortung, wenn auch in geringerem Masse als der Chirurg.

1.2. Versorgung der Patientinnen und Patienten

Die Neueinführung einer so genannt « schweren » Chirurgie wirkte sich auf das ganze Pflege- und ärztliche Personal aus. Die Anästhesisten, die Intensivpflege und der Operationstrakt sahen sich mit einer grossen Arbeitsbelastung konfrontiert. Obwohl sie sich manchmal schwierigen Situationen gegenüber sahen – waren sie doch nicht ausreichend darauf vorbereitet, polymorbide Patientinnen und Patienten wiederholt zu übernehmen und zu versorgen – wurden sie mit ihren Aufgaben fertig.

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgte in professioneller Weise. Es sei unterstrichen, dass die Probleme, welche die Personen der verschiedenen betroffenen Dienste hatten, ethischer Art gewesen sind (« Warum operiert man einen Fall wie diesen ? », « Warum geht man so weit ? ») und keinesfalls auf mangelnde Berufskennntnisse zurückzuführen sind. Auf der Versorgungsebene waren die Patienten nicht gefährdet.

1.3. Funktionieren des Operationstrakts

Der Betrieb der Operationsabteilung des KSF ist effizient und professionell. So wie er konzipiert ist, stellt er eine rationelle Nutzung der Räume und eine intelligente Rendite der Investitionen sicher und entspricht dem System, das zahlreiche andere Spitäler gewählt haben. Lange litt die Operationsabteilung unter dem Fehlen eines Saals für Notoperationen. Ein solcher wurde seit 2002 von der Ärzteschaft verlangt. Die Änderung im Chirurgie-Typus akzentuierte die Notwendigkeit eines Saals für Notoperationen, zumal die viszeralchirurgischen Eingriffe von 2001 bis 2006 um 65% zunahmen, was auch die Wartezeit für die anderen Operationen verlängerte. Im Tätigkeitsbericht 2005 des KSF wies der Präsident des Ärztekollegiums auf das Problem der Wartezeiten hin und informierte darüber, dass es einem Spital von der Grösse des KSF wirklich und wahrhaftig an einem Saal für Notoperationen mangle. Am 1. März 2007 schliesslich hatte das KSF endlich einen Saal für Notoperationen. Auch wenn die Investition hierfür erheblich ist, ist sie angemessen. Die Untersuchung des Betriebs der Operationsabteilung sowie die Inspektion der Abteilung ergaben eine klare Logik in der Organisation und Führung der Abteilungstätigkeiten sowie in der Versorgung der Patientinnen und Patienten.

1.4. Neurochirurgie

Bezüglich der Neurochirurgie ergab unsere Untersuchung, dass es am KSF keine spezifische Abteilung für Neurochirurgie gibt. Die Verantwortlichen der übrigen Freiburger Spitäler wissen dies. Die seltenen im KSF getätigten Eingriffe in diesem Fachbereich betreffen Fälle und Patienten, für die die Behandlungsqualität und die Sicherheit gewährleistet werden können.

Andere kantonale Spitäler haben uns schriftlich bestätigt, dass sie gleich vorgehen.

Verunfallte mit Schädel-Hirn-Verletzungen werden von den Ambulanzdiensten oder der REGA nicht ins KSF gebracht. Von Seiten der Vereinigung der Gesellschaften für Chirurgie liegt ein Verzeichnis von Spitälern vor, die Fälle von Schädel-Hirn-Trauma aufnehmen; das KSF befindet sich nicht in diesem Verzeichnis.

Erwähnt sei ferner ein Vertrag vom Oktober 2006 zwischen der GSD und dem Inselehospital Bern, in dem sich das Inselehospital verpflichtet, Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Freiburg mit medizinisch begründeter Indikation aufzunehmen. Mit einer solchen Verlegung sind somit keine besonderen Risiken für den Patienten verbunden.

Entgegen den Behauptungen des Beobachters hat die Untersuchung keinen einzigen Fall ergeben, in dem das Leben eines Patienten bedroht gewesen wäre.

1.5. Apotheke

Die Untersuchung der Inspektionsrapporte des Westschweizer Inspektorats für die Aufsicht über die Herstellung von Heilmitteln sowie die Befragungen haben ergeben, dass die Apotheke des KSF korrekt funktioniert. Die Organisation und die Personalkapazitäten sind zwar nicht optimal, jedoch gefährden sie die Patientinnen und Patienten des KSF nicht, und es kann keine Kausalverbindung zwischen dem Zwischenfall vom 27. Januar 2004 und einem Personalmangel hergestellt werden.

1.6. Synthese

Die Untersuchungen haben insgesamt ergeben, dass das Leben von Patientinnen und Patienten in der chirurgischen Klinik und in Neurochirurgie praktisch und medizinisch gesehen nicht gefährdet war. Was die Apotheke anbelangt, so hat die Untersuchung ergeben,

dass der Zwischenfall vom 27. Januar 2004 sich nicht auf den Patienten ausgewirkt hat und dass Massnahmen ergriffen worden sind, damit ein solcher sich nicht wiederholt.

2. Antwort auf die 2. Frage

2.1. Analyse

Die Untersuchung über die chirurgische Klinik ergab, dass die Anstellung eines neuen Chefarztes im Jahr 2002 erhebliche Änderungen im Spital zeitigte. Nach einigen Monaten Zusammenarbeit zeigte sich, dass die bisher praktizierte Chirurgie in eine schwerere Chirurgie übergang, die polymorbiden Patienten in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium galt. Diese Änderung des Chirurgietyps erfolgte ohne besondere Vorbereitung der übrigen Dienste des KSF. Die Intensivpflege, der Operationstrakt, die Anästhesiologie, das Personal in den verschiedenen Abteilungen sahen sich schwierigen Situationen gegenüber, die ernsthafte Komplikationen beinhalteten und ethische Fragen aufwarfen, auf die es keine Antwort gab.

Zu diesem Grundproblem kam ein persönlicher Konflikt zwischen dem Chefarzt der Chirurgie und dem Leiter der Operationsabteilung. Dieser Konflikt griff auf weitere Personen über, die sich, ob sie wollten oder nicht, im einen oder anderen Lager wieder fanden. Er störte das Klima in der chirurgischen Klinik empfindlich, und seine Ausläufer reichten über das Spital hinaus. Es erging sogar eine Verwarnung des Verwaltungsrats an den Leiter der Operationsabteilung.

Der Verwaltungsrat hat diese Änderung sehr wohl bemerkt. Einigermassen erstaunt über den Umfang der Änderung und die dadurch verursachten Konflikte, schickte er dem Chefarzt einen Brief vom 2. September 2004 mit dem Ersuchen, er möge auf seine « Vision in Bezug auf die Entwicklung und die Ziele einer Klinik für spezialisierte Chirurgie » verzichten. Er liess ihn wissen, dass der Auftrag des KSF in Frage gestellt werde durch die Entwicklung, die er anstrebe und « deren Auswirkungen in der Tätigkeit des Spitals schon spürbar » seien. Es sei nicht in seinem Sinne, dass aus dem KSF eine « Klinik A » werden solle, die überwiegend der Ausbildung diene.

In den Jahren 2004 und 2005 sprach das Ärztekollegium mehrmals die Frage der « schweren Chirurgie » an. Die Lektüre seiner Sitzungsprotokolle zeigt die grossen Besorgnisse der Ärzteschaft über die Ausweitung der Operationsindikationen durch den Chefarzt und darüber, wie diese inner- und ausserhalb des KSF wahrgenommen werden. Diese Protokolle zeigen aber auch die Unfähigkeit des Ärztekollegiums, einen Ausweg aus dieser Situation zu bestimmen. Mehrmals sogar verteidigte das Ärztekollegium schriftlich oder mündlich den Chefchirurgen in seinem Konflikt mit dem Leiter des Operationstrakts oder gegen die Kritik des Verwaltungsrats.

Schlussendlich, als der Verwaltungsrat beschloss, sich von seinem Chefchirurgen zu trennen, war es wiederum das Ärztekollegium, das seine ganze Autorität geltend machte, damit man auf eine Kündigung verzichte und es mit einem Coaching versuche. Die Haltung des Ärztekollegiums hat die Aufgabe des Verwaltungsrats nicht erleichtert, denn die Signale, die dieser vom Ärztekollegium empfing, waren widersprüchlich.

Ab dem Moment, als der Verwaltungsrat dem Chefchirurgen mitteilte, er wünsche nicht die Entwicklung einer solchen Spitzenchirurgie am KSF, zeigte dieser nacheinander zwei Reaktionen: zuerst erinnerte er seinerseits den Verwaltungsrat daran, er sei in Freiburg angestellt worden, um diese neue « moderne » Chirurgie einzuführen, daher seine Überzeugung, er werde nicht verstanden und alles beruhe auf einem Missverständnis. Die zweite Reaktion war der Versuch, auf seinem Weg weiterzufahren und zu beweisen, dass

dieser für das KSF der richtige sei, indem er internationale Vergleichsstatistiken vorbrachte, um seine Ergebnisse zu verteidigen, Diskussionen im Ärztekollegium organisierte, im Operationstrakt intervenierte (in der Absicht, dessen Funktionsweise zu ändern) und den Vorwurf äusserte, er fühle sich als Mobbingopfer. Diese Reaktionen führten zu einer völligen Polarisierung der Beziehungen im KSF.

Überzeugt davon, der vom neuen Chefchirurgen eingeführte Chirurgetyp sei dem KSF nicht angemessen, hatte der Verwaltungsrat beschlossen, sich von ihm zu trennen. Nach der Intervention von Seiten des Ärztekollegiums wurde eine Mediation versucht, die schliesslich von allen, auch dem Chefchirurgen erwünscht war. Als der erste Bericht des Mediators bekannt wurde, kündigte der Chefarzt seine Stelle.

2.2. Synthese

Aus dem Bisherigen geht hervor, dass der Verwaltungsrat bei der Wahl eines neuen Chefarztes für die chirurgische Klinik den Empfehlungen der Kommission des Ärztekollegiums gefolgt war. Rasch stellte der Verwaltungsrat fest, dass diese Wahl den Alltag des KSF vor Probleme stellte. Diese Probleme waren schwer vorhersehbar, auch wenn der neue Chefarzt seine Absichten schon vor seiner Wahl geäussert hatte. Wenn der Verwaltungsrat sein Möglichstes getan hat, um den Konflikt zu regeln, so hat das Ärztekollegium nicht entschlossen und klar genug eingegriffen, um die in diese Konflikte implizierten Akteure zur Vernunft zu bringen. Die Direktion hatte nicht die nötige Überzeugungskraft, um das Ärztekollegium zur Suche nach einer echten Konfliktlösung zu motivieren.

Wie gesagt bestand der Auftrag darin, die Vorwürfe des Beobachters an das KSF zu prüfen und die diesbezüglichen Informationen und Schlussfolgerungen dem Verwaltungsrat des Freiburger Spitalnetzes zu berichten. Infolge der Untersuchung hat das Audit aufgezeigt, dass die Aussagen des Beobachters ungenau waren, wo er behauptete, im KSF ereigneten sich Situationen, die für die Patientinnen und Patienten bedrohlich seien. Dieses Audit war somit eine notwendige und verhältnismässige Massnahme für die genaue Feststellung des Sachverhalts.

Zum anderen hat der Beobachter Kritik am Krisenmanagement im KSF geübt. Das Audit befasste sich daher auch mit diesem Punkt. Die Untersuchung hat ergeben, dass diese Kritik zwar nicht völlig unbegründet, jedoch stark übertrieben ist. An und für sich wäre kein Audit vonnöten gewesen, um sie zu überprüfen. So wären die Organe des KSF in der Lage gewesen, diese Kontrollen im Rahmen der ordentlichen Führung des Spitals vorzunehmen. Unter dieser Einschränkung werden die folgenden Empfehlungen abgegeben :

- Entscheide des Verwaltungsrats von allgemeiner Tragweite für das Spital müssen organisiert und unter Einbezug des ganzen betroffenen Personals weiter gezogen werden.
- Das Ärztekollegium und die Direktion müssen klare Aufträge des Verwaltungsrats in der Ausführung derartiger Entscheide erhalten.
- Das Ärztekollegium bedarf einer Struktur, die es ihm ermöglicht, dort effizient zu handeln, wo der ärztliche Standpunkt von überwiegender Bedeutung ist.
- Die Direktion muss Managementmethoden entwickeln, mit denen signifikante Probleme rasch gelöst werden können, wobei eine Mitwirkung der betroffenen Dienste sicherzustellen ist.
- Die externe Kommunikation des KSF (heute FSN) muss professionell organisiert werden.

Mario Annoni, alt Regierungsrat

Audit Kantonsspital Freiburg

Bericht vom 4. Juli 2007

im Auftrag des Verwaltungsrats des
Freiburger Spitalnetzes vom 2. Februar
2007

Anhänge

Inhalt

I.	Verzeichnis der befragten Personen	35
II.	Stellungnahmen	35
III.	Geprüfte Unterlagen	36
1.	<i>Vom Ärztekollegium (AK) stammende und von der Direktion ausgehändigte Dossiers</i>	36
2.	<i>Von der Direktion ausgehändigte Dossiers über die chirurgische Klinik</i>	36
3.	<i>Von der Direktion ausgehändigte Protokollauszüge</i>	38
4.	<i>Von der Direktion ausgehändigte Dokumente über die Notfallabteilung</i>	38
5.	<i>Von der Direktion ausgehändigte Dokumente über den Operationstrakt</i>	38
6.	<i>Von der Direktion ausgehändigte Dokumente über das Coaching in der chirurgischen Klinik</i>	39
7.	<i>Die Apotheke betreffende Dokumente</i>	39
7.1.	<i>Von Frau Helena Jenzer (HJ), ehemalige Chefapothekerin, ausgehändigte Dokumente</i>	39
7.2.	<i>Von der Direktion ausgehändigte Dokumente</i>	40
8.	<i>Von Dr. med. Dominique Thorin bei seiner Befragung ausgehändigte Dokumente</i>	41
9.	<i>Von der Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) gelieferte Dokumente</i>	41
IV.	Anderes	41

Verzeichnis der befragten Personen

- Anhörung vom 2. März 2007, Dr. med. Luigi Mariani, Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Inselspital, Bern
- Anhörung vom 5. März 2007, Dr. pharm. Helena Jenzer, ehemalige Chefapothekerin
- Anhörung vom 5. März 2007, Frau Sophie Maillard, Chefapothekerin a.i.
- Anhörung vom 12. März 2007, Thomas Grether, Journalist bei der Zeitung « der Beobachter »
- Anhörung vom 13. März 2007, Frau Ruth Lüthi, alt Staatsrätin und Direktorin für Gesundheit und Soziales
- Anhörung vom 13. März 2007, Herr Hubert Schaller, früher Direktor des KSF, heute Generaldirektor des FSN
- Anhörung vom 13. März 2007, Dr. med. Dominique Thorin, Leiter des Operationstrakts und Anästhesist
- Anhörung vom 13. März 2007, Dr. med. Christof Haudenschild, consultant
- Anhörung vom 14. März 2007, Dr. med. Philippe Otten, Neurochirurg
- Anhörung vom 14. März 2007, Dr. med. Dominique Meier, Chefarzt der ORL-Klinik und der Hals- und Gesichtschirurgie
- Anhörung vom 14. März 2007, Dr. med. Jean-Marie Michel, stellvertretender Chefarzt der chirurgischen Klinik
- Anhörung vom 14. März 2007, Prof. Dr. med. Panayotis Petropoulos, ehemaliger Chefarzt der chirurgischen Klinik,
- Anhörung vom 14. März 2007, Frau Henriette Monnier, Pflegedienstleitung
- Anhörung vom 21. März 2007, Prof. Dr. med. Lukas Kraehenbuehl, ehemaliger Chefarzt der chirurgischen Klinik
- Anhörung vom 10. April 2007, Dr. med. Wenceslao Garcia, Chefarzt der Anästhesiologie
- Anhörung vom 10. April 2007, Dr. med. Gerhard Fankhauser, Chirurg FMH im Bezirksspital Tafers
- Anhörung vom 17. April 2007, Herr André Sudan, ehemaliges Mitglied des Verwaltungsrats des KSF
- Anhörung vom 17. April 2007, Herr Claude Burgy, ehemaliges Mitglied des Verwaltungsrats des KSF und Mitglied des Verwaltungsrats des FSN
- Anhörung vom 17. April 2007, Dr. med. Alain Froidevaux, Chefarzt der Chirurgie des Spitals des Freiburger Südens
- Anhörung vom 17. April 2007, Dr. med. Anne Delaschaux, Chefärztin der Anästhesiologie
- Anhörung vom 17. April 2007, Dr. med. Benoît Quartenoud, Chefarzt der Abteilung für Intensiv- und Überwachungspflege
- Anhörung vom 17. April 2007, Frau Isabelle Becker, Pflegeleitung des Instrumentierpersonals im Operationstrakt

Stellungnahmen

- Brief des Kantonsspitals Olten vom 2. April 2007
- Brief der Schweizerischen Rettungsflugwacht (REGA) vom 5. April 2007
- Brief von Dr. med. Urs Giger, ehemals Assistenzarzt in der chirurgischen Klinik, vom 18. April 2007
- Briefe des Inselspitals, Bern, vom 21. Mai und 25. Juni 2007

Geprüfte Unterlagen

Vom Ärztekollegium (AK) stammende und von der Direktion ausgehändigte Dossiers

- Geschichte der chirurgischen Klinik, Dr. med. Dominique Meier (DM), undatiert
- Brief Prof. Dr. med. L. Kraehenbuehl (LK) vom 16. April 2002 an Hubert Schaller (HS)
- Brief des Verwaltungsrats (VR) vom 2. September 2004 an LK
- Brief LK vom 30. September 2004 an den VR
- Brief HS vom 18. April 2002 an LK
- Dokument vom 18. Oktober 2004, AK
- Protokoll vom 10. November 2004, Vorstand des AK
- Protokoll vom 16. November 2004, VR und AK
- Brief DM vom 10. November 2004 an HS
- Brief LK vom 30. November 2005 an den VR
- Brief LK vom 5. Januar 2006 an den VR
- Bericht LK vom 30. Dezember 2005 (Struktur und Entwicklung der chirurgischen Klinik)
- Protokoll vom 16. Januar 2006, AK
- Protokoll vom 16. Januar 2006, Sitzung Chefärzte
- Brief Dr. med. Dominique Thorin (DT) vom 27. Februar 2006 an HS
- Brief LK und Dr. med. Jean-Marie Michel (JMM) vom 15. März 2006 an HS
- Brief JMM vom 28. März 2006 an DM
- Brief Staatsrätin Ruth Lüthi (RL) vom 1. Mai 2006 an DT
- Brief DM vom 4. April 2006 an RL
- Brief LK vom 27. März 2006 an HS
- Bericht HS, undatiert
- Brief DM Chefärzte vom 11. Mai 2006 an RL
- Brief DM vom 23. Mai 2006 an RL
- Brief LK vom 10. Mai 2006 an RL
- Rundschreiben LK vom 27. November 2006 an die Hausärzte
- Brief HS vom 27. November 2006 an LK
- Brief JMM vom 21. November 2006 an DM
- Brief LK vom 20. Dezember 2006 an HS
- Brief DM vom 28. November 2006 an Prof. Mickael Heberer

Von der Direktion ausgehändigte Dossiers über die chirurgische Klinik

- Bericht der AK-Kommission vom 11. April 2001 für die Ernennung eines neuen Chefarztes der chirurgischen Klinik
- Öffentlich rechtlicher Arbeitsvertrag LK vom 25. April 2002
- Brief LK vom 26. April 2002 an HS
- Brief LK vom 16. April 2002 an HS
- Brief HS vom 31. Januar 2006 an LK
- Brief LK vom 28. April 2004 an HS
- Brief LK vom 30. April 2004 an HS
- Brief HS vom 7. Mai 2004 an LK
- Brief HS vom 6. Juni 2004 an LK
- Brief LK vom 13. Mai 2004 an HS

- Brief HS vom 9. Juni 2004 an LK
- Brief HS vom 22. Juni 2004 an LK
- Brief HS vom 25. Juni 2004 an LK
- Brief HS vom 8. Juli 2004 an LK
- Brief HS vom 26. August 2004 an RL
- Dokument der chirurgischen Klinik an den VR über das Projekt der Entwicklung der chirurgischen Klinik im KSF, undatiert
- Brief des VR vom 2. September 2004 an LK
- Brief LK vom 30. September 2004 an den VR
- Protokoll vom 16. November 2004, AK
- E-Mail LK vom 19. November 2004 an HS
- Brief Prof. P. Petropoulos (PP) vom 14. Dezember 2005 an LK
- Brief PP vom 14. Dezember 2005 an HS
- Brief LK vom 28. Dezember 2005 an PP
- Brief LK vom 30. November 2005 an RL
- Bericht LK vom 30. Dezember 2005 über die Struktur und die Entwicklung der chirurgischen Klinik an RL
- Brief LK vom 5. Dezember 2005 an HS
- Protokoll vom 26. Januar 2006, Sitzung Chefärzte
- Brief LK und JMM vom 23. Februar 2006 an HS
- Brief HS vom 24. Februar 2006 an LK und JMM
- Brief LK vom 6. März 2006 an HS
- Brief HS vom 13. März 2006 an LK
- Brief JMM vom 17. März 2006 an Dr. med. Michel Erne
- Brief LK vom 17. März 2006 an HS
- Brief Dr. med. Schaefer vom 22. März 2006 an LK
- E-Mail DM vom 20. März 2006 an HS
- E-Mail Frau Henriette Monnier (HM) vom 21. April 2006 an HS
- Protokoll vom 27. April 2006, VR
- Brief HS vom 10. Mai 2006 an den VR
- Brief LK vom 10. Mai 2006 an RL
- Brief AK vom 11. Mai 2006 an RL
- Brief Rechtsanwalt Clerc vom 17. Mai 2006 an RL
- Brief des AK vom 23. Mai 2006 an RL
- Brief Rechtsanwalt Clerc vom 7. Juni 2006 an RL
- Brief des VR vom 29. Mai 2006 an LK
- Brief des Eidg. Departements für auswärtige Angelegenheiten (EDA) vom 28. Juli 2006 an RL
- Brief RL vom 9. August 2006 an das EDA
- E-Mail LK vom 31. August 2006 an HS
- Brief RL vom 6. September 2006 an LK
- Brief LK vom 31. August 2006 an RL
- Konvention vom 13. September 2006 betreffend den Rücktritt von LK, unterzeichnet von RL und LK
- E-Mail LK vom 11. September 2006 an HS
- Brief LK vom 19. September 2006 an RL
- Brief HS vom 28. September an LK
- Rundschreiben LK vom 27. November 2006 an alle ÄrztInnen des Kantons
- Brief HS vom 27. November 2006 an LK
- Brief DM und JMM vom 28. November 2006 an alle ÄrztInnen des Kantons

- Brief LK vom 1. Dezember 2006 an HS
- Brief des AK vom 28. Dezember 2006 an Prof. Dr. med. Mickael Haeberer
- E-Mail DM vom 23. Dezember 2006 an HS und Chefärzte
- Brief Rechtsanwalt Clerc vom 25. Januar 2007 an DM

Von der Direktion ausgehändigte Protokollauszüge des Verwaltungsrats

- Protokoll Nr. 19 vom 25. April 2002
- Protokoll Nr. 24 vom 5. Dezember 2002
- Protokoll Nr. 28 vom 28. April 2003
- Protokoll Nr. 31 vom 28. August 2003
- Protokoll Nr. 33 vom 4. Dezember 2003
- Protokoll Nr. 36 vom 22. April 2004
- Protokoll Nr. 37 vom 28. Mai 2004
- Protokoll Nr. 38 vom 1. Juli 2004
- Protokoll Nr. 51 vom 15. November 2005
- Protokoll Nr. 53 vom 9. Januar 2006
- Protokoll Nr. 54 vom 30. Januar 2006
- Protokoll Nr. 55 vom 6. März 2006
- Protokoll Nr. 56 vom 24. April 2006
- Protokoll Nr. 57 vom 19. Mai 2006
- Protokoll Nr. 62 vom 9. Oktober 2006
- Protokoll Nr. 63 vom 6. November 2006
- Protokoll Nr. 64 vom 7. Dezember 2006

Von der Direktion ausgehändigte Dokumente über die Notfallabteilung

- Brief HS vom 2. Juni 2003 an LK
- Brief Dr. med. Lehmann vom 22. November 2003 an LK
- Briefe LK vom 3. Februar 2004 an Lehmann, Kocian und das AK
- Anstellungsvertrag Lehmann vom 18. Oktober 2004
- Staatsratsbeschluss vom 26. Oktober 2004
- Brief Lehmann vom 14. Dezember 2004 an LK
- Brief LK vom 21. Dezember 2004 an Lehmann
- Brief LK vom 29. Dezember 2004 an HS
- E-Mail Lehmann vom 21. Januar 2005 an HS
- Brief Lehmann vom 7. Februar 2005 an HS
- E-Mail LK vom 15. Februar 2005 an HS
- E-mail Claude Regamey vom 15. Februar 2005 an HS
- E-Mail HS vom 16. Februar 2005 an Lehmann

Von der Direktion ausgehändigte Dokumente über den Operationstrakt

- Protokoll vom 5. Juni 2001, Arbeitsgruppe Struktur Operationstrakt
- Brief des AK vom 25. Juni 2001 an HS
- Brief HS vom 26. Juni 2001 an das AK
- Dokument vom 22. August 2001, Führung des Operationstrakts, Dr. O. Despond, stellvertretender Chefarzt
- Pflichtenheft des für den Operationstrakt verantwortlichen Arztes vom 25. Juni 2001

- Brief HS vom 25. Juni 2001 an den VR
- Pflichtenheft des für den Operationstrakt verantwortlichen Arztes vom 11. Juli 2001
- Brief HS vom 11. Juli 2001 an das AK
- Brief DT vom 9. Dezember 2002 an das AK
- Protokoll vom 30. Dezember 2002, Sitzung Kommission Operationstrakt
- Protokoll vom 9. Januar 2003, Sitzung Kommission Operationstrakt
- Bericht vom 10. November 2005, Studie über die Auswirkung der Notfalltätigkeit im Jahr 2005, Versammlung des Operationstrakts
- Protokoll vom 13. Juni 2005, Versammlung des Operationstrakts
- Protokoll vom 24. Oktober 2006, Sitzung Kommission Operationstrakt
- Brief RL vom 1. Mai 2006 an DT

Von der Direktion ausgehändigte Dokumente über das Coaching in der chirurgischen Klinik

- Offerte Dr. med. C. Haudenschild vom 24. Mai 2006
- Brief HS vom 14. Juni 2006 an Haudenschild
- Offertenbeschrieb Haudenschild vom 19. Juni 2006
- Check-list, Haudenschild, Führungsinstrumente, undatiert
- Bericht Haudenschild vom 14. Juni 2006
- Rundbrief HS vom 25. September 2006 an das ganze Spital
- Ergebnis der Interviews, 13. November 2006, Haudenschild

Die Apotheke betreffende Dokumente

Von Frau Helena Jenzer (HJ), ehemalige Chefapothekerin, ausgehändigte Dokumente

- Brief HJ vom 28. August 1998 an HS
- Brief HJ vom 10. März 1998 an HS (mit Beilagen)
- Brief HJ vom 29. November 2000 an die Universität Freiburg (mit Beilagen)
- Brief HJ vom 5. Februar 2001 an den Kantonsapotheker (mit Beilagen)
- Brief HJ vom 20. April 2001 an die Gesundheitskommission
- Brief HJ vom 27. August 2001 an den VR
- Brief HJ vom 3. September 2001 an RL
- Brief HJ vom 30. August 2001 an den Kantonsapotheker
- Brief HJ vom 15. März 2002 an die Freiburger Spitäler
- Brief HJ vom 20. August 2003 an HS
- Brief HJ vom 4. Februar 2004 an HS
- Brief HJ vom 13. Juli 2001 an das Westschweizer Inspektorat
- Brief HJ vom 11. September 2001 an HS
- Brief HJ vom 20. November 2001 an HS
- Brief HJ vom 14. Dezember 2001 an das Westschweizer Inspektorat
- Brief HJ vom 17. Dezember 2001 an Novartis
- Brief HJ vom 19. Februar 2002 an das Westschweizer Inspektorat
- Brief HJ vom 26. Juni 2002 an HS
- Brief HJ vom 19. September 2002 an HS
- Brief HJ vom 4. Oktober 2002 an das Westschweizer Inspektorat
- Brief HJ vom 16. Mai 2004 an HS
- Brief HJ vom 16. Februar 2005 an das Westschweizer Inspektorat
- Brief HJ vom 6. Februar 2005 an HS und Konsorten

- Brief HJ vom 27. Januar 2005 an die Chefärzte des KSF
- Brief HJ vom 27. Februar 2001 an HS (mit Beilagen)
- Brief HJ vom 17. Februar 2002 an HS
- Brief HJ vom 24. Juni 2004 an HS
- Brief HJ vom 23. November 2004 an HS
- Brief HJ vom 26. Januar 2005 an HS
- Brief HJ vom 16. Januar 2005 an HS
- Brief HJ vom 27. September 2005 an Kohli
- Brief HJ vom 25. Februar 2002 an HS
- Brief HJ vom 25. Februar 2000 an HS
- Brief HJ vom 11. Februar 2000 an HS
- Brief HJ vom 24. Mai 2000 an HS
- Brief HJ vom 4. Juli 2000 an den Kantonsapotheker
- Brief HJ vom 1. Januar 2002 an HS
- Brief HJ vom 4. Januar 2004 an HS
- Brief HJ vom 18. Januar 2000 an RL
- Brief HJ vom 21. Januar 2000 an das AK
- Brief HJ vom 30. Oktober 1997 an HS
- Brief HJ vom 17. März 1998 an RL (mit Beilagen)
- Brief HJ vom 24. März 2000 an den Informatikdienst
- Brief HJ vom 21. Dezember 2000 an HS
- Brief HJ vom 18. Januar 2002 an HS
- Brief HJ vom 15. Februar 2001 an Dr. med. Bosson
- Brief HJ vom 15. Februar an den Kantonsapotheker
- Brief HJ vom 14. Mai 2001 an die GSD
- Brief HJ vom 14. Mai 2001 an HS
- Brief HJ vom 23. Mai 2001 an HS
- Brief HJ vom 23. Januar 2002 an die Informatikkommission
- Brief HJ vom 27. November 2002 an HS
- Brief HJ vom 6. Dezember 2002 an RL
- Brief HJ vom 12. Dezember 2003 an HS
- Brief HJ vom 1. Juni 2004 an Perritaz
- Brief HJ vom 28. Juni 2004 an VR Sudan
- Brief HJ vom 30. Juni 2004 an HS
- Brief HJ vom 4. Januar 2005 an Kohli

Von der Direktion ausgehändigte Dokumente

- Inspektionsrapport über die Apotheke vom 2. Mai 2001
- Brief HS vom 10. Dezember 2001 an HJ
- Brief HJ vom 14. Dezember 2001 an das Westschweizer Inspektorat
- Beschluss der GSD vom 28. Dezember 2001
- Inspektionsrapport über die Apotheke vom 21. August 2002
- Inspektionsrapport über die Apotheke vom 12. Oktober 2004
- Brief HJ vom 16. Februar 2005, HJ an das Westschweizer Inspektorat
- Brief des Westschweizer Inspektorats vom 3. Mai 2005 an HS
- Inspektionsrapport über die Apotheke vom 1. Dezember 2006
- Brief Sophie Maillard (SM) vom 2. Februar 2007 an das Inspektorat SO
- Brief SM vom 12. Mai 2007 an SO (mit Beilagen)
- Brief Inspektorat SO vom 12. April 2007 an das KSF
- Brief SM vom 9. März 2007 an das Inspektorat SO (mit Beilagen)

Von Dr. med. Dominique Thorin bei seiner Befragung ausgehändigte Dokumente

Kommentar vom 27. Februar 2007 zum Artikel in der Zeitung Beobachter und Beilagen über die Organisation des Operationstrakts

Von der Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) gelieferte Dokumente

Brief der GSD vom 15. Dezember 2006 an Thomas Grether, Redaktion Beobachter

Anderes

- Protokoll der Besichtigung des KSF vom 1. Mai 2007 (Operationstrakt, Abteilung für Intensiv- und Überwachungspflege, Apotheke)
- Auftrag des FSN für das Audit zum KSF
- Brief von Prof. A. Tobler vom 21. Mai 2007 zur Statistik der neurochirurgischen Eingriffe
- Vertrag zwischen der Direktion für Gesundheit und Soziales des Kantons Freiburg und l'Inselhospital-Stiftung Bern (Insel) über die Hospitalisation von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Freiburg mit medizinisch begründeter Indikation gemäss Artikel 41 Absatz 3 des KVG