

**Das freiburger spital, Standort Fribourg-Freiburg,
ohne seine Intensivpflege**

Frage

Das freiburger spital, Standort Fribourg-Freiburg, für unbestimmte Zeit ohne Intensivpflege : Dieser Entscheid hat die Freiburger Bevölkerung in erheblichen Aufruhr versetzt ! Investitionen sind getätigt worden, um unserem Kantonsspital einen hohen Standard zu verleihen, der nahezu die gesamte Spitzenmedizin umfasst. Die Schliessung der Intensivpflege-Abteilung, mit der Verlegung von Kranken in andere medizinische Zentren inner- oder ausserhalb des Kantons, diese zwar vorübergehende medizinische Strategie ist auf keinen Fall dazu geeignet, Tausende von Freiburgerinnen und Freiburgern zu beruhigen.

Gewiss hat der Entscheid, Patientinnen und Patienten, die einer sehr guten Behandlung mit fortlaufender Betreuung bedürfen, in anderen Intensivpflegezentren zu hospitalisieren, den unbestreitbaren Vorzug, dass dadurch unter Umständen Leben gerettet werden, zumindest aber gewährleistet wird, dass Personen, die von der Notfallabteilung des freiburger spitals, Standort Fribourg-Freiburg, versorgt worden sind, andernorts eine angemessene intensivmedizinische Betreuung erhalten.

Im Wesentlichen betrifft meine Frage aber das « Warum » dieser Situation. Ein Spital vom Standard unseres Kantonsspitals, das nicht mehr in der Lage ist, seine Intensivpflege-Abteilung weiterzuführen : Dies zu verstehen, macht mir – und gewiss nicht nur mir ! – grosse Mühe, ungeachtet aller Erklärungen, die abgegeben worden sind.

Wir haben eine Ärzteschaft sehr hohen Niveaus, zahlreiche Spezialisten mit Qualitäten, die sie als ausgezeichnete Praktiker ausweisen. Warum anderswo suchen, was wir bei uns haben, in unserem Kanton, in der Stadt Freiburg, wo zahlreiche in der Medizin anerkannte Persönlichkeiten praktizieren ?

Ich wiederhole : der Entscheid zur Schliessung der Intensivpflege-Abteilung im freiburger spital, Standort Fribourg-Freiburg, ist keineswegs hieb- und stichfest – auch wenn man einigen Erklärungen zur Begründung dieser Massnahme Rechnung tragen kann.

Dies ist bedauerlich für unser Spital, bedauerlich auch für sein gutes Image, das es Hunderten von Ärztinnen und Ärzten und Pflegefachleuten verdankt.

Es ist auf jeden Fall zu wünschen, dass eine derartige Situation nicht wieder eintritt. Auf dem Spiel steht auch der gute Ruf eines medizinischen Zentrums, dem Zehntausende von Freiburgerinnen und Freiburgern den Vorzug geben.

8. Januar 2008

Antwort des Staatsrats –

1. Vorwort

Die Informationen, die die Runde machten und von einer Schliessung der Intensivpflege-Abteilung sprachen, waren unrichtig. Am 21. Dezember 2007 traf der medizinische Direktor zusammen mit den Chefärzten der Inneren Medizin, der Chirurgie und der Anästhesie den Entscheid, drei (intubierte und künstlich beatmete) Intensivpflegepatienten mit komplexen medizinischen Pathologien zu verlegen, um ihre optimale Versorgung unter absolut sicheren Voraussetzungen zu gewährleisten.

Die Oberärzte und das Pflegepersonal der Intensivpflege setzten ihre Tätigkeit fort. Die an das HFR gelangenden Patientinnen und Patienten wurden nach den geltenden Qualitätsverfahren versorgt, und kein schwer erkrankter Patient erfuhr Verzögerungen in der Erstbehandlung. Anschliessend wurden diejenigen, deren Zustand eine einfache fortlaufende Überwachung bedingte, in den Teil der Intensivpflege-Abteilung eingewiesen, der für die Überwachungs-pflege bestimmt ist. Patientinnen und Patienten mit komplexeren Pathologien, die eine hoch kompetente medizinische Versorgung in der Intensivpflege erfordern, wurden in andere Spitä-ler verlegt (zwei weitere zu den drei oben aufgeführten Patienten).

2. Die Situation im Rückblick

2.1. Errichtung der eigenständigen Abteilung für Intensiv- und Überwachungs-pflege

Aufgrund der Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) nahm das Kantonsspital Freiburg im Laufe des Jahres 2004 Diskussionen auf, die der Errichtung einer eigenständigen Intensivpflege-Abteilung galten. Bisher befand sich die multidisziplinäre Intensivpflege-Station unter der Verantwortung der Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie, und die Verantwortung für die Behandlung der Patientinnen und Patienten lag bei zwei Ärzten mit einem Tätigkeitsgrad von je 70%. Eines der Kriterien in den Richtlinien der SGI für die Anerkennung der Intensivpflege mit Lehrbefugnis (Ausbildung von Ärzten und spezialisiertem Pflegepersonal) besteht darin, dass ein verantwortlicher Chef-arzt bezeichnet werden muss, der zu 100% in der Abteilung beschäftigt ist. 2005 fielte der Verwaltungsrat des Kantonsspitals Freiburg auf die Empfehlungen des Ärztekollegiums und des Spitaldirektors hin den Entscheid zur Errichtung einer eigenständigen Abteilung für Inten-siv- und Überwachungs-pflege unter der Verantwortung eines Chefarztes. Diese funktionale, aber nicht geografische Zusammenlegung wurde im Interesse einer optimalen Synergie zwi-schen den beiden Einheiten beschlossen, da die Patientinnen und Patienten regelmässig von der einen in die andere Einheit verlegt werden. Bisher hatte die Überwachungs-pflege der Ver-antwortung der Klinik für Innere Medizin unterstanden. Die SGI, die zu dieser Zusammenle-gung befragt worden war, hatte zugestimmt und dabei unterstrichen, wie zweckmässig eine solche Zusammenlegung sei. Zur Bekräftigung des getroffenen Entscheids sei auf einen Arti-kel verwiesen, der am 12. Dezember 2007 als Editorial der Revue Médicale Suisse erschien und von zwei Chefärzten der Intensivpflege des CHUV und der HUG unterzeichnet war. Dar-in heisst es (Originaltext in französischer Sprache) : Die erste Konsequenz besteht darin, die Bedeutung der Intensivpflege im Spital anzuerkennen und die Anfälligkeit ihres Betriebs. Dies impliziert die Schaffung einer eigenständigen Struktur für die Intensivpflege, so dass sie sich auf gleicher Ebene wie die übrigen klinischen Dienste befindet. Nur eine starke Position unter den Spitaldiensten erlaubt es den Verantwortlichen der Intensivpflege-Abteilung, den zahlreichen Akzidenzien dieser Art von Medizin gerecht zu werden, zu denen insbesondere die effiziente Triage Patientinnen und Patienten gehört, die aus den anderen Pflegeabteilungen kommen. Eine reichhaltige und gute medizinische Literatur weist die Notwendigkeit nach,

eigenständige (so genannt « geschlossene ») Intensivpflege-Abteilungen zu schaffen, die von ärztlichen Spezialisten und in diesem Bereich ausgebildetem Pflegepersonal geleitet werden. Das Ergebnis bestehe in einer höheren Überlebensrate der Patientinnen und Patienten, einem Rückgang der Komplikationen, einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer sowie einer Kostensenkung. Die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin hat Kriterien für die Anerkennung von Intensivpflege-Abteilungen aufgestellt, die dem Chefarzt der Abteilung eine gewisse Unabhängigkeit sicherstellen. In zahlreichen Spitälern aber ist der für die Intensivpflege verantwortliche Arzt nach wie vor den verantwortlichen Ärzten anderer medizinischer und chirurgischer Disziplinen unterstellt. Dies kann zu Störungen im Betrieb der Abteilung und in der Qualität der Leistungen führen, schafft Verwirrung in den Entscheidungsprozessen und begünstigt das Auftreten von Interessenkonflikten (Ende des Zitats).

Dieses Editorial gibt wieder, wie notwendig eine Professionalisierung in der Intensivpflege ist und wie hoch die beruflichen Anforderungen in diesem Bereich sind - Anforderungen, die in den letzten Jahren immer komplexer geworden sind.

Die Stelle des Chefarztes der Intensiv- und Überwachungspflege wurde ausgeschrieben, und die Beurteilung der Bewerbungen durch die Instanzen des Kantonsspitals führte zur Bezeichnung eines Chefarztes ; dieser nahm seine Tätigkeit am 1. Oktober 2006 auf.

2.2. Übergangsperiode

Im Laufe des Jahres 2007 erhielt die Abteilung schrittweise ihre Struktur und nahm ihren Betrieb auf. Die bis anhin zum Einsatz gelangenden Ärztinnen und Ärzte anderer Disziplinen zogen sich allmählich aus dem Betrieb der Abteilung zurück. Während dieser Zeit wurde die Stelle eines stellvertretenden Chefarztes ausgeschrieben. Die für diese Funktion bezeichnete Person sollte ihre Tätigkeit am 1. Oktober 2007 aufnehmen.

Leider erlitt der bezeichnete stellvertretende Chefarzt im Lauf des Sommers einen Unfall, was seinen Stellenantritt zum ursprünglich vorgesehenen Datum verhinderte. Da die Abteilung über drei Oberärzte verfügt, die dabei sind, ihren FMH-Titel in Intensivmedizin zu erwerben, entschloss sich der Chefarzt, für diese Übergangsperiode einen vierten erfahrenen Oberarzt zuzuziehen.

2.3. Sachlage vor Weihnachten 2007

In der Woche vom 17. Dezember hatte der Chefarzt gesundheitliche Probleme und musste hospitalisiert werden. Zum einen war es ihm wegen seiner Erkrankung nicht mehr möglich, die Verantwortung für die Abteilung wahrzunehmen, und zum anderen war unbestimmt, wie lange sein Spitalaufenthalt dauern würde. Dies hatte zur Folge, dass die Abteilung ohne Arzt mit abgeschlossener FMH-Zertifizierung in Intensivmedizin dastand und ein Arzt zu wenig da war, um ihren guten Betrieb sicherzustellen. Es ist auch darauf hinzuweisen, dass die Zahl an Ärztinnen und Ärzten mit FMH-Zertifizierung in Intensivmedizin und mit der nötigen Erfahrung für die Übernahme einer Intensivpflege-Abteilung und der dort vertretenen komplexen Pathologien verschiedener Art gesamtschweizerisch gering ist.

Auch wenn die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten zu diesem Zeitpunkt hätte gewährleistet werden können, stellte die Situation sowohl vor ein rechtliches Problem (kein Arzt mit FMH-Titel in Intensivmedizin) als auch vor ein Problem des Personalbestands (ein erfahrener Arzt weniger für unbestimmte Zeit).

Die Möglichkeit, erneut Anästhesisten des Standorts Fribourg-Freiburg mit FMH-Zertifizierung in Intensivmedizin als für die Abteilung Verantwortliche zu delegieren, ist diskutiert worden. Ausser der Zertifizierung spielt aber manchmal die Erfahrung in bestimmten Situationen eine massgebliche Rolle, so dass schlussendlich auf diese Lösung verzichtet wurde, aus der Befürchtung heraus, dass nicht alle Pathologien optimal mit der ganzen nötigen Sicherheit versorgt werden könnten.

Demzufolge wurden unverzüglich Kontakte mit den drei benachbarten Universitätsspitalern aufgenommen, um eine Stellvertretung für die kommende Zeit zu suchen. Zwei Spitäler meldeten, sie könnten diese Verantwortung ab dem 7. Januar 2008 übernehmen, und die Kontakte mit dem dritten Spital liessen auf eine Lösung vor Weihnachten hoffen. Dies war zuletzt nicht der Fall, und die entsprechende Mitteilung erfolgte am 21. Dezember um 17 Uhr.

Unter diesen Umständen traf der medizinische Direktor zusammen mit den Chefärzten der Inneren Medizin, der Chirurgie und der Anästhesie den Entscheid, die Abteilung zwar offen zu halten, aber die am schwersten erkrankten Patientinnen und Patienten (intubierte und künstlich beatmete Patienten; insgesamt drei) zu verlegen, um ihre optimale Versorgung unter absolut sicheren Voraussetzungen zu gewährleisten.

2.4. Zeit vom 21. Dezember 2007 bis 6. Januar 2008

Vom Abend des 21. Dezember an und während der folgenden Zeit blieben die Oberärzte und das Pflegepersonal der Intensivpflege-Abteilung weiterhin tätig. Die Patientinnen und Patienten des HFR wurden nach den geltenden Qualitätsverfahren versorgt, und kein schwer erkrankter Patient erfuhr Verzögerungen in der Erstbehandlung. Anschliessend wurden diejenigen, deren Zustand eine einfache fortlaufende Überwachung bedingte, in den Teil der Intensivpflege-Abteilung eingewiesen, der für die Überwachungspflege bestimmt ist. Patientinnen und Patienten mit komplexeren Pathologien, die eine hoch kompetente medizinische Versorgung in der Intensivpflege erfordern, wurden in andere Spitäler verlegt (zwei Patienten).

2.5. Situation seit 7. Januar 2008

Am 27. und 28. Dezember 2007 erzielte der medizinische Direktor mit Hilfe der Chefärzte der Intensivpflegeabteilungen des CHUV und der HUG eine Zusammenarbeitsvereinbarung zur Sicherstellung eines normalen Betriebs der Intensivpflege-Abteilung des freiburger Spitals ab 7. Januar 2008.

Diese Zusammenarbeitsvereinbarung besteht darin, dass ein auf Intensivmedizin spezialisierter Leitender Arzt eines der beiden Universitätsspitäler zur Verfügung gestellt wird. Eine Ablösung am Wochenende wird von einem spezialisierten Leitenden Arzt des jeweils anderen Universitätsspitals sichergestellt.

Ausserdem konnte am 21. Januar 2008 der schon ernannte neue stellvertretende Chefarzt seine Tätigkeit in der Intensivpflege-Abteilung des freiburger Spitals aufnehmen.

3. Patientenverlegungen

Jedes Glied der Behandlungskette muss seine eigenen Grenzen anerkennen und so handeln, dass die Patientin oder der Patient eine Behandlung erhält, die der Art ihrer oder seiner Erkrankung bestmöglich entspricht. Aus diesem Grund werden regelmässig Patientinnen und Patienten von einem Spital in ein anderes verlegt. Solche Verlegungen erfolgen unterschiedslos zwischen privaten und öffentlichen Spitalern, Universitätsspitaler inbegriffen, je nach:

- dem Auftrag des Spitals,
- der Krankheit der Patientin oder des Patienten,
- den verfügbaren Spitalkapazitäten,
- der von der Patientin oder dem Patienten getroffenen Wahl.

Was die Spitalkapazitäten anbelangt, so hängen sie von Verfügbarkeiten verschiedener Art ab: ärztliche und spezialärztliche Kapazitäten, Kapazitäten an Pflegepersonal und spezialisiertem Pflegepersonal, Verfügbarkeit von medizinischer Ausrüstung oder von Betten. Der zeitweilige Mangel an auf Intensivpflege spezialisiertem Pflegepersonal zum Beispiel führte zu einer vorübergehenden Schliessung von Intensivpflege-Betten. Die Revision bestimmter medizinischer Ausrüstungen wie Scanner oder IRM bedingt gelegentlich die Verlegung von Patientinnen und Patienten.

Die Verlegungen erfolgen stets, sobald sich der Zustand der Patientin oder des Patienten stabilisiert hat. Je nach den Umständen wird die Person bei ihrer Verlegung von einer Ärztin oder einem Arzt begleitet. Die Qualität der Patientenversorgung hängt nur selten von der Schnelligkeit des Transportes ab. In der grossen Mehrheit der Fälle geben allein die Schnelligkeit und die Qualität der **Erstversorgung** den Ausschlag.

Patientenverlegungen erfordern eine vorgängige Information des Zielspitals, um sicherzustellen, dass dieses in der Lage ist, den für die Behandlung des Patienten erforderlichen Qualitäts- und Sicherheitskriterien zu entsprechen.

Die Verlegung der fünf Intensivpflege-Patienten erfolgte in vollständiger Einhaltung aller angesprochenen Voraussetzungen in Bezug auf Qualität und konnte in aller Sicherheit durchgeführt werden.

4. Grund für den Entscheid vom 21. Dezember 2007

Der Entscheid vom 21. Dezember 2007, der vom medizinischen Direktor zusammen mit den Chefärzten der Inneren Medizin, der Chirurgie und der Anästhesie gefällt wurde, hatte somit zum Ziel, eine absolute Sicherheit in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexen medizinischen Pathologien zu gewährleisten. Der Entscheid, mit benachbarten Spitälern zusammenzuarbeiten, die über eine Intensivpflegeabteilung verfügen, wurde als beste Lösung erachtet, um eine optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, und er erfolgte in einem Sinne, der nichts mit der Absicht einer Rationierung zu tun hat: Die Patienten mit komplexen medizinischen Pathologien zu behalten, wäre möglich gewesen, hätte aber dazu führen können, dass eine absolute Qualität und Sicherheit in der Versorgung dieser Patienten nicht gewährleistet gewesen wäre (s. der unter Kapitel 2.1 zitierte Artikel: Eine reichhaltige und gute medizinische Literatur weist die Notwendigkeit nach, eigenständige (so genannt « geschlossene ») Intensivpflege-Abteilungen zu schaffen, die von ärztlichen Spezialisten und in diesem Bereich ausgebildetem Pflegepersonal geleitet werden. Das Ergebnis bestehe in einer höheren Überlebensrate der Patientinnen und Patienten, einem Rückgang der Komplikationen, einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer sowie einer Kostensenkung.).

Die herungereichten Informationen, die von einer Schliessung der Intensivpflege-Abteilung sprachen, sind somit unrichtig gewesen.

5. Ergriffene Massnahmen und zu prüfende Massnahmen

- a) Obwohl die Intensivpflege-Abteilung des HFR nicht geschlossen wurde, machte diese Information die Runde und wurde von einem Teil der Bevölkerung in dieser Weise aufgefasst. Von daher muss von einem bedauerlichen Kommunikationsproblem gesprochen werden. Dieses Problem ist umso bedauerlicher, als es Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen in einer schwierigen Situation betrifft und die irreführende, von den Medien weitergereichte Information (völlige Schliessung der Intensivpflege – Schliessung der Notfallabteilung) grosse Verwirrung in der Bevölkerung gestiftet hat. In diesem Zusammenhang sei bemerkt, dass die Stelle der für die Kommunikation verantwortlichen Person gerade zum Zeitpunkt dieser Ereignisse vakant war. Der Staatsrat erwartet von den Verantwortlichen des HFR, dass sie die getätigten Kommunikationsschritte analysieren und Verbesserungen durchführen.
- b) Seit der Einsetzung der eigenständigen Abteilung für Intensiv- und Überwachungspflege am 1. Oktober 2006 ist diese Abteilung ordnungsgemäss geführt worden, und dass ein derartiges Ereignis eintreten könnte, war schwer vorhersehbar. Wahrscheinlich hätte ein System für das Management klinischer Risiken das potenzielle Risiko in der Abteilung für Intensiv- und Überwachungspflege schärfer an den Tag gebracht.

Noch aber verfügt das freiburger Spital über kein einheitliches Risikomanagement-System. Mit der Anstellung eines medizinischen Direktors am 1. September 2007 und eines Qualitätsverantwortlichen im Jahr 2008 (neue Stelle) wird das HFR ein solches System für das Management klinischer Risiken einsetzen. Das Management klinischer Risiken bezieht alle Strukturen ein, alle Prozesse, alle Instrumente und alle Tätigkeiten, die es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, medizinische, therapeutische und pflegegebundene Risiken zu erkennen, zu vermindern und mit ihnen umzugehen.

Der Staatsrat erwartet vom HFR, dass es ihm die Schlussfolgerungen mitteilt, zu denen es in Bezug auf die Einsetzung eines einheitlichen Systems für das Management klinischer Risiken gelangt. Das HFR und der Staatsrat werden diese Schlussfolgerungen anschliessend daraufhin prüfen, ob die Sicherheit und die Qualität der Pflege von Patientinnen und Patienten gewahrt bleiben.

- c) Aus den Reaktionen in den Medien anlässlich dieser Ereignisse ist hervorgegangen, dass einige ein direktes Eingreifen der Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) beziehungsweise des Staatsrats erwartet hätten. Seit dem Inkrafttreten des Gesetzes über das Freiburger Spitalnetz (FSNG) ist der Verwaltungsrat des HFR für den guten Betrieb der verschiedenen Spitalstandorte verantwortlich (Art. 12 FSNG). Der Staatsrat erwartet jedoch vom Verwaltungsrat des HFR die Prüfung der Frage, ob es angebracht ist, eine Krisenzelle HFR aufzustellen mit der Aufgabe, besondere Situationen zu bewältigen. In diesem Rahmen wäre auch zu prüfen, ob die GSD dieser Zelle angehören beziehungsweise wie weit und zu welchem Zeitpunkt die GSD als Aufsichtsbehörde gemäss FSNG (Art. 44) und Gesundheitsgesetz (Art. 7) informiert werden muss.

Nach Untersuchung der Umstände stellt der Staatsrat fest, dass der Entscheid vom 21. Dezember 2007, das heisst die Verlegung der am schwersten erkrankten Personen (intubierte und künstlich beatmete Patienten) in andere Spitäler, die am besten geeignete Lösung war, eine optimale Versorgung der betroffenen Personen zu gewährleisten.

Freiburg, den 29. Januar 2008