



Antwort des Staatsrats auf einen parlamentarischen Vorstoss

Postulat Jean-Pierre Siggen / Yvonne Stempfel-Horner

P2007.12

Bericht über die mittel- und langfristige strategische Ausrichtung des HFR sowie über die Massnahmen im Rahmen des Budgets 2012

I. Zusammenfassung des Postulates

Mit ihrem am 1. Mai 2011 eingereichten und gleichentags begründeten Postulat, das vom Grossen Rat für dringend erklärt wurde, reagieren Grossrat Jean-Pierre Siggen und Grossrätin Yvonne Stempfel-Horner im Namen der Fraktion CVP/BDP auf eine Mitteilung des Verwaltungsrates des freiburger Spitals (HFR). In dieser ist von einer neuen Organisation mit Zentralisierung auf einen Akutpflege-Standort die Rede. Ebenfalls angesprochen werden eine einschlägige Machbarkeitsstudie und kurzfristige Massnahmen zur Beseitigung der Finanzierungslücke im Budget 2012. Die Postulantin und der Postulant verlangen vom Staatsrat einen Bericht über die verschiedenen strategischen Ausrichtungen, die im HFR zur Diskussion stehen. Dabei soll er sowohl auf die Aufträge des HFR als auch auf deren Finanzierung Bezug nehmen.

II. Antwort des Staatsrates

Anlässlich der Debatte vom 3. Mai 2012 darüber, dieses Postulat einem dringlichen Verfahren zu unterziehen, teilte die Regierungsvertreterin mit, dass in der Antwort des Staatsrates an den Grossen Rat für dessen Sitzung vom Juni 2012 erste Antworten auf die gestellten Fragen geliefert werden. Mit anderen Worten: Diejenigen Antworten, die zum gegebenen Zeitpunkt vorliegen. Diese Antwort ist denn auch mehr als nur die von den Postulanten angesprochene Roadmap.

Sie gliedert sich wie folgt: Als Erstes werden Zuständigkeiten und Verantwortungen der verschiedenen Organe des Staates und des HFR im Spitalwesen in Erinnerung gerufen, insbesondere infolge des Paradigmenwechsels aufgrund der neuen Spitalfinanzierung vom 1. Januar 2012. Als Zweites wird der Staatsrat die konkreten Fragen aus dem Postulat im Zusammenhang mit dem Budget 2012 beantworten. Als Drittes wird er die vom HFR-Verwaltungsrat vorgesehenen kurz- und mittelfristigen Massnahmen sowie die längerfristigen Ausblicke beschreiben; Letztere sind Gegenstand der Machbarkeitsstudie, die der Verwaltungsrat in Auftrag gegeben hat. Als Viertes nimmt der Staatsrat Stellung. Den fünften und letzten Punkt bilden die Erläuterungen zum weiteren Vorgehen.

1. Zuständigkeiten im Spitalwesen

1.1. Budget und Organisation der Standorte

Das kantonale Gesetz vom 4. November 2011 über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser ist eine Folge der neuen Bundesgesetzgebung. Im Rahmen der Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und ihrer Ausführungsverordnungen hatte der Staatsrat die Bundesparlamentarier auf die Konsequenzen hingewiesen, die sich für den Kanton abzeichneten.

Mit der neuen Spitalfinanzierung, die am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, wurden dem HFR-Verwaltungsrat einerseits mehr Verantwortungen auf Budgetebene und andererseits mehr Kompetenzen auf Führungsebene zugesprochen (s. Art. 12 Abs. 2 Bst. d, e und f und Art. 25 Abs. 1 Gesetz über das freiburger spital, HFRG; diese wurden mit Artikel 12 des Gesetzes vom 4. November 2011 über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser geändert).

1.1.1. Die neuen budgetären Kompetenzen des Verwaltungsrates

a) Laut ehemaligem Gesetz über das Freiburger Spitalnetz teilte der Grosse Rat dem HFR das Globalbudget zu und prüfte dessen Jahresrechnungen und -bericht. Ausserdem legte er die Investitionen fest. Entsprechend der neuen Spitalfinanzierung kauft der Kanton Leistungen ein; für die Investitionen ist er nicht mehr zuständig, da diese bereits im Leistungskauf einbegriffen sind. Auch die Jahresrechnungen des HFR genehmigt der Grosse Rat nicht mehr; sie werden ihm nur noch zur Information zugestellt.

b) Bei der Ausübung seiner neuen budgetären Kompetenzen muss sich der HFR-Verwaltungsrat an die gesetzlichen Vorlagen halten. So müssen z. B. die Jahresrechnungen des HFR gemäss Artikel 8 des Gesetzes über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser grundsätzlich ausgeglichen sein. Überschreiten allfällige Verluste 3 % der jährlichen Betriebskosten des letzten Geschäftsjahres, muss diese Überschreitung innert dreier Rechnungsjahre gedeckt werden.

1.1.2. Die neuen organisatorischen Kompetenzen des Verwaltungsrates

a) Laut ehemaligem Gesetz über das Freiburger Spitalnetz hatte der Staatsrat die Kompetenz, die geografische Situierung und den Auftrag der HFR-Standorte zu beschliessen. Der Verwaltungsrat war seinerseits zuständig, die Spitaltätigkeit zu organisieren und die Mittel zuzuteilen. Angesichts des neuen, vom Bund auferlegten Finanzierungssystems, war es wichtig, dass der Verwaltungsrat die Führungsautonomie bekam, die er für die Erfüllung seiner Verantwortlichkeiten braucht. Deshalb ist dieser fortan dafür zuständig, die Aufträge gemäss Spitalplanung und Leistungsmandat auf die einzelnen HFR-Standorte zu verteilen. Im Gegenzug verabschiedet der Staatsrat, nach Stellungnahme der Kommission für Gesundheitsplanung, auch weiterhin die geografische Situierung der HFR-Standorte (s. Botschaft Nr. 251 vom 17. Mai 2011 zum Entwurf des Gesetzes über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser, Erläuterung zu Art. 25 Abs. 2 HFRG).

Bei den parlamentarischen Beratungen betonte der Berichterstatter die Notwendigkeit, dem Verwaltungsrat die Führungsautonomie zuzusprechen, die er für die Erfüllung seiner Verantwortlichkeiten brauche. Die Regierungsvertreterin fügte ihrerseits hinzu, dass der Verwaltungsrat unter den einzelnen HFR-Standorten die Leistungsaufträge verteile, die ihm für das gesamte HFR anvertraut werden. Der Staatsrat hingegen bestimme auch weiterhin die geografische Situierung der Standorte (TGR 2011, S. 1408).

b) Als die Regierungsvertreterin bei der Eintretensdebatte auf eine Frage eines Grossrates antwortete, sagte sie aus, dass die kritische Masse der Geburtenabteilungen des Kantons (HFR Freiburg – Kantonsspital, HFR Riaz, Dalerspital) zwar eine qualitativ hochstehende Betreuung an den drei Standorten garantiere, das Problem jedoch an der fehlenden «Klinik A» für Gynäkologie und Geburtshilfe und der daraus entstehenden fehlenden Attraktivität des HFR für Assistenzärztinnen und Assistenzärzte sowie für Oberärztinnen und Oberärzte läge. Darüber hinaus wies sie darauf hin, dass die Schaffung einer «Klinik A» eine Fallkonzentrierung auf ein und denselben Standort bedingen könnte. Und nicht zuletzt sollten einschlägige Überlegungen gemacht und alle möglichen Varianten analysiert werden (TGR 2011, S. 1399).

1.2. Spitalplanung

a) Der Staatsrat beschliesst die kantonale Gesundheitsplanung (Art. 6 Abs. 2 Bst. a Gesundheitsgesetz, GesG), zu der auch die Spitalplanung gehört. Letztere erfüllt die Kriterien nach Bundes- (Art. 39 und 49 KVG) und Kantonsrecht (Art. 20 Abs. 2 GesG) und trägt den Überlegungen und Vorschlägen der Kommission für Gesundheitsplanung Rechnung (Art. 15 GesG). Die Spitalplanung nimmt mit der vom Staatsrat erlassenen Spitalliste und den Leistungsaufträgen der einzelnen Einrichtungen, die wiederum vom Staatsrat genehmigt werden, Gestalt an.

b) Die Kommission für Gesundheitsplanung wirkt bei der Ausarbeitung der kantonalen Gesundheitsplanung mit. Sie nimmt Stellung zum Pflegebedarf der Bevölkerung und zu den spezifischen Mitteln zu dessen Befriedigung; daneben evaluiert sie in der Regel alle vier Jahre die Gesundheitsplanung. Infolge der Motion 1005.07 Michel Buchmann / Christiane Feldmann über einen stärkeren Einbezug des Grossen Rates in die Kommission für Gesundheitsplanung entstammen nun fünf ihrer elf Mitglieder dem Grossen Rat und werden von diesem gewählt (Art. 15 Abs. 4 GesG). Dies stärkt die Teilnahme des Parlaments an den strategischen Überlegungen in diesem Bereich.

c) Die Spitalplanung wird auf kantonaler Ebene beschlossen, muss jedoch den schweizweit einheitlichen Kriterien entsprechen. Demnach muss die Freiburger Spitalplanung vom 31. März 2008 bis Ende 2014 den vom Bundesrat festgesetzten Anforderungen entsprechen. Dabei muss sie auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestützt sein (s. Abs. 3 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 [Spitalfinanzierung] im Zusammenhang mit Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG). Im Hinblick darauf müssen Szenarien ausgearbeitet werden, mit denen die Freiburger Spitäler ihre Position in der Schweizer Spitallandschaft stärken können.

1.3. Oberaufsicht

a) Gemäss Artikel 43 HFRG untersteht das HFR auch weiterhin der Oberaufsicht des Grossen Rates; dieser Artikel wurde nicht geändert. Die parlamentarische Oberaufsicht ist eine grob umrissene politische Kontrolle. Mit Ausnahme der gesetzgeberischen und budgetären Kompetenzen hat das Parlament hier keine materielle Entscheidungsbefugnis.

Neben den Routinekontrollen geht es bei der Oberaufsicht darum, Transparenz in Bezug auf das Handeln der zuständigen Behörden zu schaffen, und zwar hauptsächlich bei besonderen Ereignissen, die Misstrauen gegenüber den Behörden oder der Verwaltung aufkommen lassen.

b) Die Globalbudgets werden dem HFR nicht mehr vom Grossen Rat zugeteilt und auch dessen Jahresrechnungen und -bericht prüft dieser nicht mehr. Entsprechend der neuen Spitalfinanzierung kauft der Kanton Leistungen ein; für die Investitionen ist er nicht mehr zuständig, da diese bereits im Leistungskauf einbegriffen sind. Dies trifft auf alle Spitäler der Freiburger Spitalliste zu. Es handelt sich dabei um das vom Bundesparlament gewünschte Wettbewerbsprinzip. Somit erhält der Grosse Rat die besagten Dokumente nur noch zur Information. Er kann aber im Rahmen der Verabschiedung des Gesamtvoranschlags des Staates noch eingreifen.

c) Der Grosse Rat behält natürlich all seine politischen Einflussmöglichkeiten bei, insbesondere die parlamentarischen Vorstösse. In diesem Zusammenhang muss er zur Ausübung der Oberaufsicht über alle erforderlichen Informationen verfügen.

2. Fragen zum Budget 2012

2.1. Neue Spitalfinanzierung: Vorbereitung des Übergangs

Sowohl die Spitäler als auch der Staat haben sich via Amt für Gesundheit (GesA) auf die neue Spitalfinanzierung vorbereitet. So besprach man sich z. B. regelmässig mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), um bestimmte Aspekte der neuen Spitalfinanzierung zu beleuchten. Auch fanden Gespräche mit anderen Kantonen statt, um in Erfahrung zu bringen, wie diese mit bestimmten Problemen umgehen wollten. Darüber hinaus fanden Sitzungen mit den Spitälern des Kantons statt, namentlich um herauszufinden, welche Aspekte der neuen Spitalfinanzierung ihnen Sorgen bereiteten. Vor diesem Hintergrund wurden dem Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (FNPG) und dem HFR in den Jahren 2011 und 2012 zusätzliche Gelder zugesprochen, damit sie die für den Wechsel erforderlichen Arbeiten vornehmen konnten.

Das HFR hat sich wie folgt auf die neue Spitalfinanzierung vorbereitet:

- > Inbetriebnahme eines einheitlichen Patientenverwaltungssystems für alle Standorte (1. Januar 2010);
- > Einführung einer Anlagenerfassung;
- > Neuanstellung und Weiterbildung von Kodiererinnen und Kodierern;
- > Festigung der medizinischen Kodierung und einschlägiges Audit;
- > Bericht über Fehlbelegungen;
- > Aktualisierung der Vereinbarungen mit den Privatversicherern;
- > Stellungnahme zu den kantonalen Gesetzesänderungen im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung;
- > Umsetzung der Konsequenzen der im November 2011 vom Grossen Rat beschlossenen Gesetzesänderungen (neues Gesetz über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser);
- > Verhandlungen mit den zwei Krankenversicherungsgruppen über die Tarife der Akutpflege, der Rehabilitation und der ambulanten Pflege;
- > Vorbereitung des Leistungsauftrags;
- > Sensibilisierung des Personals für die Einführung der neuen Spitalfinanzierung (Schulungen und Vorträge);
- > Veranschlagung der für die Deckung der Kosten von gemeinwirtschaftlichen Leistungen erforderlichen Beträge;
- > Berechnung der Kosten und verlangten Tarife und Verhandlung mit der Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) und der Finanzdirektion (FIND).

2.2. Budget 2012: Angewandte Berechnungen

2.2.1. Das Budget

Die Budgetdiskussionen 2012 wurden wie gewohnt bereits im Vorjahr aufgenommen, genauer gesagt im März 2011. Zu diesem Zeitpunkt konnten die finanziellen Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung im Allgemeinen und die Kosten zu Lasten des Staates im Besonderen nur grob veranschlagt werden, da damals zahlreiche zentrale Parameter weder bekannt geschweige denn definiert waren. Die Freiburger Spitäler hatten seinerzeit noch keine Erfahrungen mit der Abrechnung nach AP-DRG (All Patient Diagnosis Related Groups), ansonsten hätten sie die Konsequenzen der Einführung des SwissDRG-Systems sicher besser abschätzen können (das Kantonsspital wollte diese Verrechnungsmethode schon im 2006 einführen, aber die Krankenversicherer wollten nicht darauf eingehen); die Tarifverhandlungen mit den Krankenversicherern

waren noch nicht aufgenommen worden. Ausserdem wusste man nicht, ob sich Leistungserbringer und Versicherer auf ein Modell zur Bestimmung der anrechenbaren Kosten, auf denen die Verhandlungen ja basieren, einigen können würden. Der in den anrechenbaren Kosten zu berücksichtigende Anteil an den Investitionen sowie an der Forschung und der universitären Lehre stand noch nicht fest. Der Anteil der Investitionen wurde schliesslich erst mit der Änderung der eidgenössischen Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 2. November 2011 festgelegt. Für den Anteil an Forschung und universitärer Lehre jedoch gibt es bislang nur sehr grobe Schätzungen.

Mitte März 2011 unterbreiteten *santésuisse* und *tarifsuisse ag* der GSD ihre Schätzungen für die finanziellen Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung für den Staat und die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP); weil die Zahlen der Versicherer unvollständig waren, wichen diese Schätzungen erheblich von denjenigen der GSD ab. Ausserdem war schon damals klar, dass die Krankenversicherer die Absicht hatten, bei der Tarifberechnung Abzüge auf den anrechenbaren Kosten zu berücksichtigen (Abzüge wegen mangelnder Datentransparenz, Überkapazitäten usw.). Diese Abzüge sind für die Einrichtungen nicht akzeptabel, da sie auf der Rechtsprechung vor Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung beruhen. *santésuisse* sprach zu jener Zeit bereits von Benchmarking, ohne jedoch näher darauf einzugehen.

Bei der letzten Budgetlesung des HFR waren die zuvor angesprochenen Parameter noch immer nicht bekannt. Somit verliefen die Budgetverhandlungen zwischen Staat und HFR für das Jahr 2012 in grosser Ungewissheit. Der Basispreis (Base Rate) wurde bei 10 770 Franken festgesetzt. Allerdings wurde genehmigt, dass der Staat – je nach Rechnungsergebnis – zumindest einen Teil der Einkommensbussen finanzieren würde, sollte man sich unter diesem Wert wiederfinden. Im Hinblick darauf hat der Staatsrat eine Rückstellung von 8 Millionen Franken gebildet. Schliesslich einigte man sich auf einen Totalbetrag zu Lasten des Staates in Höhe von 162 Millionen Franken. Darin enthalten sind die Beteiligung des Staates an den Leistungen zu Lasten der OKP und die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, entsprechend den Anforderungen des damals in Vorbereitung befindlichen Gesetzes über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser.

2.2.2. Tarifverhandlungen

Im Kanton Freiburg starteten die Tarifverhandlungen im Oktober 2011. Wie bereits erwähnt, haben die Krankenversicherer zur Bestimmung der anrechenbaren Kosten, anhand derer die Tarife berechnet werden, Abzüge verwendet, mit denen die Spitäler nicht einverstanden sind. Allerdings können die Versicherer aufgrund eines schweizweiten Vergleichs (Benchmarking) eine wesentliche Senkung der Freiburger Tarife fordern; dieser Vergleich wurde mit der Einführung einer in der ganzen Schweiz einheitlichen Tarifstruktur (SwissDRG) möglich. *tarifsuisse ag* hat daher beschlossen, die Grenze ihres Benchmarkings beim 25. Perzentil zu setzen. Somit sind von den 74 Spitälern, die beim Benchmarking berücksichtigt worden sind (inkl. Universitätsspitäler), nur die günstigsten 25 % in der Lage, ihre Leistungen auf wirtschaftliche Art zu erteilen. Ihren Bezugswert hat *tarifsuisse ag* bei einer Base Rate von 9386 Franken festgelegt (inkl. Investitionen). Folglich wird der Preis der teuersten Spitäler auf den Bezugswert herabgesetzt, da in den Augen der Versicherer die Beträge, die den Bezugswert überschreiten, von der OKP nicht rückerstattet werden müssen. Den Analysen von *tarifsuisse ag* zufolge wäre das HFR mit einer Base Rate von 10 770 eines der teuersten der 74 analysierten Spitäler, was bedeutet, dass die Kürzung zur Erzielung des Bezugswerts besonders gross ausfällt.

Bei den Tarifverhandlungen hat *tarifsuisse ag* diese Grenze ein bisschen gelockert und sie in einem ersten Schritt auf 9500 Franken und danach auf 9756 Franken angehoben (inkl. Investitionen). Das

HFR konnte jedoch diesen neuen Betrag nicht akzeptieren, weshalb die Verhandlungen gescheitert sind.

Die HSK-Gruppe, bestehend aus den Versicherern Helsana, Sanitas und KPT, hat ebenfalls ein Benchmarking gemacht, jedoch mit leicht anderen Daten; sie hat ihre Grenze beim 40. Perzentil festgesetzt, was einer Baserate von 9631 Franken entspricht (inkl. Investitionen). Schliesslich hat sich aber die HSK-Gruppe ein wenig vom strengen Rahmen ihres Bezugswertes entfernt und sich mit einer Base Rate von 10 150 Franken einverstanden erklärt.

2.2.3. Der provisorische Tarif

Gemäss KVG genehmigt die zuständige kantonale Behörde die Tarifvereinbarungen. Scheitern die Verhandlungen, setzt sie den Tarif fest.

Schnell einmal wurde deutlich, dass die Tarifpartner die definitiven Tarife nicht vor Ende des ersten Halbjahres 2012 kennen würden. Dies hat verschiedene Gründe: die Tarifverhandlungen hatten spät begonnen; am 1. Januar 2012 hatten zahlreiche Verhandlungen noch zu keinem Ergebnis geführt; im Genehmigungsverfahren musste auch die Preisüberwachung angehört werden. Damit keine Gesetzeslücke entsteht und die Spitaleinrichtungen nicht in einen Liquiditätsengpass geraten, während sie darauf warten, die definitiven Tarife verrechnen zu können, hat der Staatsrat für die Dauer des Genehmigungs- bzw. des Tariffestsetzungsverfahrens provisorische Tarife festgesetzt; diese haben keinerlei Auswirkungen auf dieses Verfahren.

Die provisorischen Tarife wurden in Höhe der mit der HSK-Gruppe ausgehandelten Tarife festgesetzt. Die 10 150 Franken stellen somit vorerst nur einen provisorischen Basispreis dar. Durch das Genehmigungsverfahren bzw. das Tariffestsetzungsverfahren wird der Staatsrat festlegen können, ob dieser Wert den Anforderungen nach KVG entspricht. Im Fall einer Beschwerde entscheidet das Bundesverwaltungsgericht. Sollte der definitive Tarif unter dem provisorischen liegen, so würde dies die unzureichende Finanzierung entsprechend verschlimmern; Letztere wurde für 2012 bei knapp 15 Millionen Franken veranschlagt (bestimmte Unbekannte, z. B. Case-Mix-Index oder Zunahme der Tätigkeit, vorbehalten).

2.3. Löhne und Arbeitsbedingungen

2.3.1. Vergleich mit der Romandie

Die öffentlichen Spitäler der Romandie (Genf, Waadt [CHUV und Fédération des Hôpitaux Vaudois], Neuenburg, Jura, Wallis und Freiburg) führen jedes Jahr ein Benchmarking für eine Auswahl an repräsentativen Funktionen durch. Daraus geht hervor, dass der Jahreslohn in Genf im Allgemeinen am höchsten ist.

2011 befindet sich der Durchschnittslohn des HFR in einer Auswahl von 18 Funktionen 16 Mal unter den ersten drei.

Bei den Funktionen, die im HFR am häufigsten vorkommen, befinden sich die Pflegefachpersonen auf FH- oder Bachelor-Stufe (rund 575 VZÄ diplomierte Pflegefachpersonen, 55 VZÄ Fachpersonen für medizinisch-technische Radiologie, 45 VZÄ Physiotherapeutinnen/-therapeuten, 10 VZÄ Ergotherapeutinnen/-therapeuten) auf dem zweiten Platz, hinter Genf (ca. 9000 Franken mehr pro Jahr), aber vor dem CHUV (ca. 3200 Franken weniger pro Jahr).

Bei den ärztlichen Funktionen liegt Genf mit den Assistenzärztinnen und -ärzten weit vor den anderen Kantonen (ca. 23 000 Franken mehr als der Zweitplatzierte); das HFR (ca. 170 VZÄ)

belegt den 4. Rang, jedoch nur mit einem geringen Unterschied zum zweiten Platz (knapp 1000 Franken pro Jahr). Für die Oberärztinnen und -ärzte mit oder ohne FMH-Titel (ca. 75 VZÄ) befindet sich das HFR im Durchschnitt; in dieser Kategorie «tanzt» aber keiner der Kantone «aus der Reihe», wie dies bei den Assistenzärztinnen und -ärzten der Fall ist.

In der Verwaltung (Arztsekretärinnen, ein wenig mehr als 100 VZÄ) liegt das HFR ungefähr auf derselben Höhe wie Genf (800 Franken Unterschied pro Jahr).

Somit lässt sich sagen, dass die Löhne des HFR-Personals im Vergleich zur restlichen Romandie tatsächlich hoch sind.

2.3.2. Vergleich mit der Schweiz

Das HFR nimmt auch an der Lohndatenerhebung des Spitalpersonals von H+ teil, dem Verband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Die Vergleiche zwischen den Durchschnittslöhnen werden nach Region angestellt (Mittelland, Ostschweiz, Zürich, Zentralschweiz, Romandie und Tessin); Freiburg gehört zur «Romandie».

Bei den wichtigsten Funktionen lässt sich feststellen, dass der jährliche Durchschnittslohn einer Pflegefachperson auf FH-/Bachelorstufe im HFR rund 3000 Franken über dem Schweizer Durchschnitt liegt.

Auch bei der Ärzteschaft fällt der Lohn höher aus als der Schweizer Durchschnitt (3000 Franken mehr für Assistenzärztinnen/-ärzte und 5000 Franken mehr für Oberärztinnen/-ärzte mit FMH-Titel pro Jahr).

Dieser Trend ist auch auf der Verwaltungsebene wiederzufinden: Dort sind die Arztsekretärinnen besser entlohnt als der Schweizer Durchschnitt (ca. 3500 Franken pro Jahr).

Im Weiteren werden in der Region Zürich die höchsten Löhne erteilt, dicht gefolgt vom HFR. Einzige Ausnahme: In der Kategorie der Oberärztinnen und Oberärzte liegt die Region Tessin vorne (ca. 5000 Franken pro Jahr), danach kommt das HFR.

Diese zweite Lohnerhebung untermauert somit die Ergebnisse der Vergleichsstudie über die Spitäler der Romandie: Die Löhne des Spitalpersonals des Kantons Freiburg liegen über dem Schweizer Durchschnitt.

Dem ist hinzuzufügen, dass die Einreihungen mit dem Multi-Kriterien-Bewertungsinstrument EVALFRI gemacht wurden und die Höhe der Löhne für den Kanton Freiburg einen Attraktivitätsfaktor darstellt. Dies ist umso wichtiger, als sich derzeit ein Mangel an Pflege- und Ärztespersonal abzeichnet.

2.4. Löhne und «Finanzierungsverweigerung der Krankenversicherer»

Laut Analysen der Krankenversicherer im Rahmen der Tarifverhandlungen gehören die Leistungskosten des HFR zu den höchsten in der Schweiz. Bei den Verhandlungen werden aber nicht die einzelnen Bestandteile (Löhne, Nahrungsmittel, pharmazeutische Produkte, Heizung usw.) sondern die Gesamtkosten analysiert und mit dem Bezugswert verglichen. Somit tragen die im Kanton Freiburg besonders hohen Personalkosten zur Überschreitung des Bezugswerts teil. Doch auch andere Elemente, namentlich die Verteilung auf mehrere Standorte oder die Zweisprachigkeit, haben einen Einfluss auf die Leistungskosten.

3. Überlegungen des HFR-Verwaltungsrates: mittel- und langfristige Strategien, Aufträge der einzelnen Standorte

3.1. Zusammenhänge und Auflagen

Die Überlegungsarbeiten, die im HFR-Verwaltungsrat seit mehreren Monaten im Gange sind, betreffen die gesamte Spitalorganisation. Ziel ist es, ein Organisationsmodell zu entwickeln, das den verschiedenen Anforderungen entspricht. Grundvoraussetzung ist ausserdem, dass alle Aufträge, die dem HFR gemäss Spitalplanung und Leistungsauftrag zufallen, auch weiterhin ausgeführt werden. Somit sind die Erwägungen im Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung der Leistungen gegenstandslos: Alle Leistungen bleiben erhalten.

Die Fragen im Zusammenhang mit der Beibehaltung der einzelnen Standorte sind von einem umfassenderen Gesichtspunkt aus anzugehen, wobei diverse Auflagen und Überlegungen berücksichtigt werden müssen. Der Verwaltungsrat prüft derzeit im Lichte der nachfolgenden Erwägungen eine Neuverteilung der Aktivitäten auf die verschiedenen Standorte.

Die Frage der Aufrechterhaltung eines Standorts bzw. der Reorganisation der Tätigkeiten – egal ob Akutpflege oder Rehabilitation – bedarf einer Antwort, die auf der Analyse mehrerer Faktoren beruht, darunter namentlich: Qualität und Sicherheit der Pflege, Platz des Standorts innerhalb der Spital- und Pflegeorganisation, ärztliche Nachfolge und Zertifizierung der Kliniken, Patientenkomfort, Betriebskosten.

Folglich trägt der Verwaltungsrat den folgenden Auflagen und Tatsachen Rechnung:

- > Die neue Spitalfinanzierung verlangt für die Akutpflege eine rasche und engmaschige Betreuung. Was die stationäre Pflege anbelangt, so wird das Akutspital zu einem Ort, an dem die Patientinnen und Patienten so wenig Zeit wie möglich verbringen; sie sollen nämlich möglichst rasch in ein **Rehabilitations-** oder Palliativspital verlegt werden, das sich – wenn möglich – in der Nähe ihres Wohnorts befindet. Der Cursor zwischen Akut- und Rehabilitationspflege verschiebt sich dahingehend, dass Letztere «akutere» Fälle aufnehmen können als bisher. Was die ambulante Pflege betrifft, so funktioniert das Akutpflegespital in der Nähe einer leistungsstarken technischen Infrastruktur und in Gegenwart aller medizinischen Fachgebiete, sodass eine optimale Betreuungssicherheit gewährleistet werden kann.
- > Die Aufrechterhaltung der Akutpflege an mehreren Standorten ist mit Kosten verbunden. Es braucht dafür nämlich nicht nur eine medizinisch-technische Infrastruktur (z. B. Operationstrakte und Räume für **Eingriffe**, Intensivstation oder Neonatologie), sondern auch verschiedene, im Bedarfsfall einsatzbereite Teams (Chirurginnen, Anästhesisten, spezialisiertes Pflegepersonal, Radiologinnen usw.), was äusserst viel kostet.
- > Die Investitionskosten wurden **Ende** 2010 mit einem Masterplan eingehend analysiert. Unter Berücksichtigung der Bettenentwicklung gemäss Gesundheitsplanung konnte dabei ans Licht gebracht werden, welche Investitionen für die Instandhaltung der bestehenden Gebäude getätigt werden müssen. Die Zahlen sprechen für sich: Für fünf Standorte braucht es einen Gesamtbeitrag von 262 Millionen Franken, wobei darin weder die 55,5 Millionen für die Arbeiten am Standort Meyriez-Murten (Kofinanzierung Staat–Seebezirk) noch der Betrag für eine allfällige Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung am Standort Tafers enthalten sind. Auch die Kosten für die Verlegung der Aktivitäten oder die provisorischen Infrastrukturen während der Arbeiten wurden nicht berücksichtigt.

> **Genaue Aufteilung der Investitionskosten:**

	Infrastruktur	Medizinaltechnik	Insgesamt
HFR Freiburg – Kantonsspital	174 350 000	30 630 000	204 980 000
HFR Riaz	23 315 000	7 358 000	30 673 000
HFR Châtel-Saint-Denis	20 062 000	1 350 000	21 412 000
HFR Tavers	3 560 000	1 016 000	4 576 000
HFR Billens	733 000	-	733 000
HFR Meyriez-Murten	-	-	-
Total	222 020 000	40 354 000	262 374 000
HFR Meyriez (Finanzierung Seebezirk & Kanton)	55 500 000		55 500 500

- > Die Frage des Ärztlnachwuchses bereitet schon seit langer Zeit Sorge – und es wird nicht besser. Im Gegenteil: Eine Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan aus dem Jahr 2009 brachte zum Vorschein, dass in den Schweizer Spitälern 30 bis 50 % der Ärztinnen und Ärzte ausländischer Herkunft sind. An den Schweizer Universitäten werden jährlich rund 700 Ärztinnen und Ärzte ausgebildet, nötig wären aber rund 1300 (alle Fachbereiche zusammen).

In Zukunft wird es immer mehr Spezialistinnen und Spezialisten brauchen. Auch müssen sich die verschiedenen Spezialisierungen untereinander ergänzen, um den immer komplizierteren Fällen Rechnung zu tragen. Durch die vermehrte Spezialisierung wird auch die Rekrutierung von hoch qualifiziertem Personal immer schwieriger. Je höher die Spezialisierung, desto weniger qualifizierte Fachpersonen gibt es. Darüber hinaus sind die Spezialistinnen und Spezialisten auf entsprechend viele und abwechslungsreiche/unterschiedlich komplexe Fälle angewiesen, wenn sie stets Spitzenleistungen erreichen sollen. Diesbezüglich muss darauf hingewiesen werden, dass die Qualifizierung des Kaderpersonals nicht nur aus medizinischen Kompetenzen, sondern auch aus Kompetenzen in klinischer Forschung und Lehre besteht; Letztere ist u. a. am Erlangen eines akademischen Grades zu erkennen (Privatdozent/in oder Professor/in).

- > Die Frage des ärztlichen Nachwuchses ist zudem am Masstab des Schweizerischen Institutes für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) und der Ärztesgesellschaften zu messen. Sie legen die Kriterien für die Zertifizierung der Kliniken und ihre Anerkennung für die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte fest. Wie lange eine Assistenzärztin oder ein Assistenzarzt in einem Spital bleibt, hängt davon ab, wie viele Kriterien erfüllt sind (Menge der behandelten Fälle, spezialisierte Abteilungen wie z. B. Intensivpflege, ärztliches Team aus erfahrenen Ärztinnen und Ärzten, welche die Ausbildung betreuen). Je höher das Zertifizierungsniveau, desto länger die Anstellung und desto höher die Kompetenzen der jeweiligen Assistenzärztin bzw. des jeweiligen Assistenzarztes.

- > Was die Sicherheit der Pflege betrifft, ist allseits bekannt, dass ein Eingriff umso besser gelingt, je öfter er praktiziert wird. Kommt also bei der Studie des HFR in manchen Bereichen ein geringes Tätigkeitsvolumen zum Vorschein, muss man sich die Frage stellen, ob diese nicht in eine andere Tätigkeitsgruppe mit höherem Volumen integriert werden sollten.

Im Bereich der Pflegesicherheit geht es darum, Ereignisse, die zu Risikosituationen führen könnten, aus dem Weg zu räumen; darunter fällt z. B. der Transfer von instabilen Patientinnen und Patienten oder aber Anfragen für externe Untersuchungen, bei denen der Auftraggeber lange auf die Ergebnisse warten muss. Der Spitalbetrieb wird auf verschiedene Indikatoren geprüft, darunter auch der Bettenbelegungsgrad in den einzelnen Abteilungen. Aus dieser Analyse geht hervor, dass die Organisation des stationären Betriebs in Abteilungen mit geringem Belegungsgrad neu überdenkt werden muss.

- > In Bezug auf den Patientenkomfort ist zu beachten, dass die Patientinnen und Patienten sowohl in der Akut- als auch in der Rehabilitationsphase nach den bestmöglichen Methoden behandelt werden müssen. Zudem sollte die längste Hospitalisierungsphase – diejenige im Rehabilitationshospital – in der Nähe des Wohnorts der Patientinnen und Patienten erfolgen. Nicht zuletzt bedeuten Entfernung und/oder Streuung der einzelnen Leistungen nicht nur ein Risikofaktor, sondern auch weniger Komfort für die Patientenschaft.

3.2. Technische und strukturelle Massnahmen

Da die Überlegungen des Verwaltungsrates des HFR zu einer Lösung für die langfristige Spitalorganisation (mehr als zwei Jahre) führen sollen, müssen verschiedene Faktoren berücksichtigt werden. Angesichts der vorangegangenen Ausführungen ist der HFR-Verwaltungsrat der Ansicht, dass eine Zusammenlegung der Akutpflege-tätigkeit unumgänglich scheint.

In diesem Zusammenhang erinnert er daran, welche zentrale Rolle die Rehabilitationskrankenhäuser spielen: Ob das System gut «fließt» hängt nämlich von ihrem Betrieb und von ihrer Betreuungskapazität ab. Das Akutpflegespital wird seinerseits Effizienz und Effektivität verbessern müssen.

Aus diesen Gründen hat der Verwaltungsrat beim Direktionsrat eine Machbarkeitsstudie in Auftrag gegeben, bei der für eine Zehnjahresfrist ein Szenario mit einem einzigen öffentlichen Akutpflegespital und mehreren Standorten für Rehabilitation und Geriatrie analysiert werden soll, unter Berücksichtigung der allfälligen Schaffung von Permanence-Betrieben. Die Ergebnisse dieser Studie, die von der Boston Consulting Group in Zürich durchgeführt wird, werden zum Jahresende erwartet.

Die sofortigen und die kurzfristigen Massnahmen (bis 18 Monate) wiederum sollen zum einen das vorgesehene Defizit im Budget abschwächen und zum anderen die Grundlagen für ein Vorgehen für mehr Effizienz, aber auch für mehr Qualität und Sicherheit bei den Pflegeleistungen auf lange Sicht schaffen. Diese Massnahmen werden wie folgt aussehen:

- > Die technischen Sofortmassnahmen bestehen in den Massnahmen zur Verbesserung der Effizienz im Alltag; dazu gehört eine umfassende Leistungsfakturierung, das gezielte Erkennen von Möglichkeiten zur Senkung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer, das Verringern von Fehlbelegungen und das Verhindern von unnötigen Eingriffen.
- > Die weiteren kurz- und mittelfristigen Massnahmen betreffen die Schliessung von Betten und die Zusammenlegung von Aktivitäten, im Hinblick auf eine angemessene Ressourcennutzung;

sie beruhen auf der Analyse des ärztlichen Nachwuchses, der Risikofaktoren in Bezug auf die Pflegesicherheit, der baulichen Möglichkeiten und der Betriebsstatistiken.

In einem ersten Schritt hat sich der Verwaltungsrat für die folgenden Massnahmen entschieden:

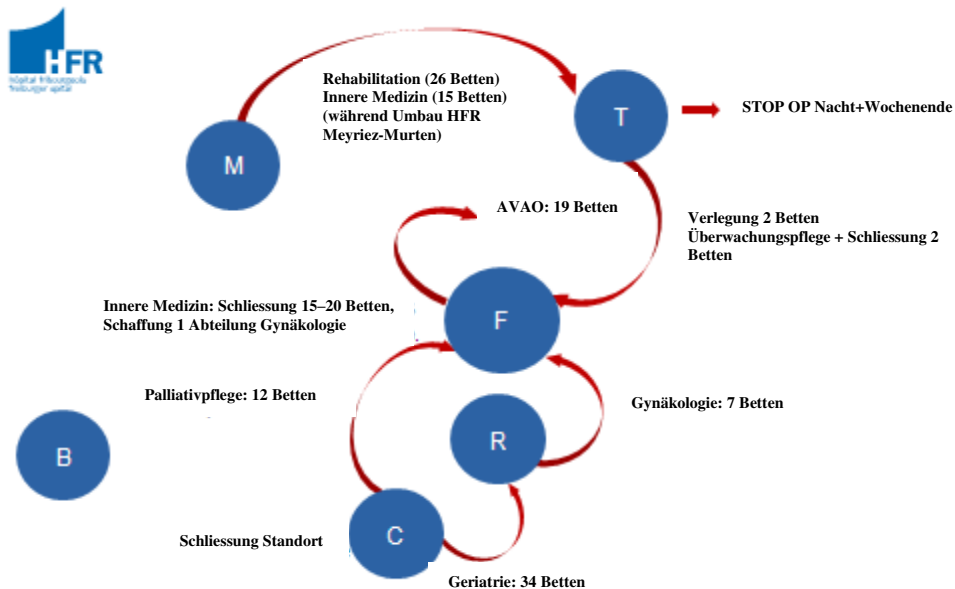
- > Bettenschliessung in der Abteilung für innere Medizin am Standort Freiburg (die Betten werden für andere Bereiche genutzt):
 - mit der Schaffung der Abteilung zur vorübergehenden Aufnahme und Orientierung (AVAO) ausserhalb des HFR können dank Patientinnen und Patienten, die auf einen Pflegeheimplatz oder auf die Rückkehr nach Hause warten, jedoch keine Akutpflege mehr benötigen, freie Kapazitäten in der Abteilung für innere Medizin geschaffen werden. Diese können dann anderweitig verwendet werden.
- > Schliessung des Operationstrakts an den Wochenenden und in der Nacht am Standort Tafers: der Betrieb in der Nacht und an den Wochenenden am Standort Tafers ist nur sehr schwach, weshalb die Beibehaltung der Öffnungszeiten nicht gerechtfertigt ist.
- > Verlegung der Betten der Überwachungspflege vom Standort Tafers nach Freiburg: diese Betten sind nur sehr geringfügig ausgelastet, die Art der Betreuung erfordert jedoch spezialisierter Ressourcen, die nur selten zum Einsatz kommen. Diese Pflegedichte ist besser geeignet für ein Team, das sich um eine grosse Anzahl Fälle kümmert.
- > Verlegung der Gynäkologie vom Standort Riaz nach Freiburg: der Bettenbelegungsgrad in der gynäkologischen Abteilung ist gering. Diese planbaren Eingriffe werden nach Freiburg verlegt. Die Betten sowie das dafür zuständige Personal werden ebenfalls verlegt.

Die Frage der Verlegung der Geburtshilfe von Riaz nach Freiburg kann nicht sofort geklärt werden; sie wird unter Berücksichtigung der klinischen Anforderungen sowie der Anforderungen im Zusammenhang mit der ärztlichen Nachfolge einer zusätzlichen Analyse unterzogen. Vor diesem Hintergrund soll auch die Schliessung des Operationstrakts an den Wochenenden und in der Nacht am Standort Riaz in Erwägung gezogen werden.

Der HFR-Verwaltungsrat hat zu diesen Massnahmen bereits Stellung genommen; in Kürze wird er sich zu den genaueren Aspekten im Hinblick auf ihre Umsetzung äussern.

- > Der Verwaltungsrat wird sich ausserdem über die kurz- und mittelfristigen Einsparungen und Vorteile äussern, namentlich unter dem Gesichtspunkt der Pflegequalität und -sicherheit im Zusammenhang mit der Verlagerung der Aktivitäten und der Schliessung des Standorts Châtel-Saint-Denis. In der Folge würde dem Staatsrat ein entsprechendes Gesuch unterbreitet, da die Schliessung eines Standortes in seinen Zuständigkeitsbereich fällt.

Zusammenfassung der kurz- und mittelfristigen Massnahmen (HFR-Szenario):



Legende:

B: HFR Billens

C: HFR Châtel-Saint-Denis

F: HFR Freiburg - Kantonsspital

M: HFR Meyriez-Murten

R: HFR Riaz

T: HFR Tafers

AVAO: Abteilung zur vorübergehenden Aufnahme und Orientierung

4. Standpunkt des Staatsrates

Auch der Staatsrat möchte die Position des HFR vor dem Hintergrund der neuen Spitalfinanzierung und der Problematik des Nachwuchses bei den medizinischen Berufen in der Schweizer Spitallandschaft stärken. In Anbetracht der finanziellen Aussichten teilt er auch die Sorgen des HFR-Verwaltungsrates; Letzterer muss betriebliche Massnahmen treffen, mit denen die gesetzlich vorgeschriebenen ausgeglichenen Jahresrechnungen erzielt werden können.

Der Staatsrat hat die Massnahmen, die der HFR-Verwaltungsrat analysiert hat, zur Kenntnis genommen. Er hat beschlossen, sich mit dem Verwaltungsrat zu treffen, um die Angemessenheit der Massnahmen, die in den Zuständigkeitsbereich des Staatsrates fallen, zu besprechen. Sollte der Verwaltungsrat einen formellen Antrag stellen, wird sich der Staatsrat versichern, dass die Zusammenlegung der Akutpflege-tätigkeit und die allfällige Schliessung des Standorts Châtel-Saint-Denis dem Spitalpflegebedarf der Bevölkerung optimal entsprechen. Bevor er sich äussert, möchte er ausserdem ein umfassendes Argumentarium und genaue Zahlen zu diesen Massnahmen zur Hand haben. Darüber hinaus erwartet der Staatsrat, dass die angesprochene Machbarkeitsstudie (Punkt 3.2) nicht nur die wirtschaftlichen und medizinischen Aspekte untersucht, sondern auch die Übereinstimmung der HFR-Projekte mit den Grundsätzen der Spitalplanung, soll heissen: Gewährleistung von qualitativ hochstehenden Pflegeleistungen für die gesamte Bevölkerung. In

diesem Sinne wird der Staatsrat auch weiterhin darauf achten, dass diese grundlegende Aufgabe des Staates erfüllt wird.

Es muss daran erinnert werden, dass der HFR-Verwaltungsrat bei der Ausübung seiner neuen budgetären Kompetenzen die vom Gesetz über die Finanzierung der Spitäler und Geburtshäuser auferlegten Grenzen für die ausgeglichenen Jahresrechnungen einhalten muss. Sollte indes für die Ausarbeitung der zukünftigen Organisation ein weiteres Jahr notwendig sein, wird der Staatsrat angesichts der grossen Unsicherheiten im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung – je nach Ergebnissen der Jahresrechnung – im Rahmen des Voranschlagsentwurfs 2013 eine Übernahme der unzureichenden Finanzierung des HFR prüfen, wie er dies bereits 2012 getan hat.

5. Schluss

Angesichts dieser Erläuterungen schlägt der Staatsrat die Erheblicherklärung dieses Postulates vor.

Um die Fragen der Postulanten so gut wie möglich zu beantworten, hat der Staatsrat mit der vorliegenden Antwort ein Maximum an Informationen geliefert. Bei der Erheblicherklärung bestätigt oder widerruft der Grosse Rat die Dringlichkeit und zieht die Konsequenzen für die weitere Behandlung (Artikel 175 Abs. 3 Grossratsgesetz). Weil die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie für Ende 2012 erwartet werden, schlägt der Staatsrat ihm vor, die Frist für den Bericht zu diesem Postulat auf das erste Halbjahr 2013 festzusetzen.

30. Mai 2012