

Mitteilung des Senats vom 30. Mai 2006

Krankenhausplanung nach dem Fallpauschalensystem

Die Fraktionen der CDU und der SPD haben unter Drucksache 16/1008 eine Große Anfrage zu obigem Thema an den Senat gerichtet.

Der Senat beantwortet die vorgenannte Große Anfrage wie folgt:

1. Welche Krankenhäuser im Land Bremen haben zur Verbesserung der Wettbewerbsposition Veränderungen des Leistungsangebotes vorgenommen, und wie sehen die Veränderungen konkret aus?

Die folgenden Ausführungen basieren auf den eingegangenen Antworten zu einer ad-hoc-Umfrage. Danach steht der Ausbau spezieller Versorgungsformen wie der integrierten Versorgung und die Schärfung des medizinischen Leistungsprofils im Vordergrund der Veränderungen. Im Einzelnen:

- Klinikum Bremen-Mitte: Schaffung von interdisziplinären Kompetenzzentren (Abdominalzentrum, Kopfzentrum mit Akutneurologie . . .), Zusammenführung der Urologie, Integrationsverträge zur Endoprothetik, Onkologie, Bindung von Vertragsärzten ans Klinikum,
- Klinikum Bremen-Ost: Entwicklung sektorübergreifender Konzepte, Etablierung Lungenzentrum Norddeutschland, Aufbau von Wahlleistungsbereichen,
- Klinikum Bremen-Nord: Ansiedlung von Vertragsärzten, Ausbau des gefäßchirurgischen Zentrums mit überregionaler Bedeutung, Einrichtung eines Diagnostikzentrums in Anknüpfung an das Zentrum für ambulantes und kurzzeitstationäres Operieren,
- Klinikum Bremen LdW: Ausbau des Herzzentrums, der Kinderkardiologie, Integrationsverträge, Integration von Reha- und ambulanten Leistungen,
- DIAKO – ev. Diakonie-Krankenhaus: Integrationsverträge Orthopädie,
- St. Joseph-Stift: Veränderungen entsprechend der Absprachen zur Neuausrichtung des Hauses (Bauchzentrum, Naturheilkunde, Ausbau der Geriatrie),
- AMEOS-Klinik Dr. Heines: Aufbau der Traumastation,
- Roland-Klinik: Schwerpunktbildung in der Orthopädie (Schulterchirurgie, Arthroskopische Chirurgie, Sporttraumatologie), Zusammenführung der Handchirurgie,
- Paracelsus-Kurfürstenklinik: Schwerpunktbildung in der Orthopädie (Rückenzentrum, Bewegungsapparat), Integrationsverträge,
- Rotes Kreuz Krankenhaus: Einrichtung eines Bremer Gefäßzentrums mit Angiologie, Gefäßchirurgie, interventioneller Radiologie; Vervollständigung des Rheumazentrums Bremen, neue Verfahren in der Darmchirurgie, Ambulantes Operationszentrum mit Beteiligung niedergelassener Ärzte, ambulantes und stationäres Schmerzzentrum,

- Klinik Am Bürgerpark: keine Änderungen, kurzfristig aber im Rahmen der Umsetzung der Fortschreibung des Krankenhausplans (Schlichtungsergebnis Bremerhaven),
- St. Joseph Hospital: Eine Verbesserung wird in der geplanten Konzentration der Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe gesehen (Schlichtungsergebnis Bremerhaven),
- Klinikum Bremerhaven Reinkenheide: Profilierung der Leistungen im Bereich der Allgemein Chirurgie und Neurologie, Aufbau des Diabetologie- und Brustzentrums, Neustrukturierung der Inneren Medizin als medizinisches Zentrum mit Kardiologie und Geriatrie, Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease Management – DMP –).

2. Welches Krankenhaus hält welche Fachdisziplinen vor, und wie werden die Betten fachbezogen zugeordnet?

Die nachstehende Übersicht stellt die Fachdisziplinen inklusive Betten und Plätze (teilstationär) in den Krankenhäusern im Land Bremen dar. Die Grundlage bilden die Feststellungsbescheide mit Wirkung ab 1. Januar 2006. Nicht berücksichtigt sind noch laufende Ein- und Widersprüche.

Anlage 1: Geförderte Betten im Land Bremen nach dem Landes-Krankenhausplan am 31.12.2005

	ZKH St.-Jürgen-Str.	ZKH Bremen-Ost	ZKH Bremen-Nord	ZKH Links d. Weser	Ev. Diakonissenanstalt	St.-Joseph-Stift	Rotes-Kreuz-Krkh.	Roland-Klinik	Klinik Dr. Heines	Paracels.-Kufürst.-Klinik	Stadt Bremen gesamt	ZKH Reinkenheide	KH "Am Bürgerpark"	St.-Joseph-Hospital	Diakonisches Werk	Bremerhaven gesamt
Somatik vollstationär																
Innere Medizin incl. Subd.	220	204	179	157	119	135	146				1.160	125	121	154		400
ohne Subdisz.	220	82	179	99	119	135	94				928	125	121	148		394
Rheumatologie							40				40					
Pneumologie		122									122					
Kardiologie				58							58					
Schmerztherapie							12				12			6		6
Geriatrie (vollstat.)		50	60			90					200	50				50
Pädiatrie	105		49	45							199		55			55
Chirurgie incl. Subdiszpl.	154	106	131	150	73	40	146	40		3	843	151	107	96		354
ohne Subdisz.	82	63	73	76	73	40	84			3	494	62	107	96		265
Unfallchirurgie	72		58								130	89				89
Thoraxchirurgie		43									43					
Kardiochirurgie				74							74					
Handchirurgie								40			40					
Rheumachirurgie							30				30					
Gefäßchirurgie							32				32					
Kinderchirurgie	36										36					
Orthopädie					100			160			61					
Urologie	88										88					
Neurochirurgie	50									14	64	52				52
Mund-Kiefer-Gesichtschir.	36										36	21				21
Gynäkologie	40		20	30	41	54					185	35		25		60
Geburtshilfe	30		27	25	15	26					123	25		16		41
HNO-Heilkunde	62				34	50					19	165	22			22
Augenheilkunde	27					39					3	69		19		19
Dermatologie (vollstat.)	26											26				26
Strahlenheilkunde	19											19				19
Nuklearmedizin	4											4		3		3
Neurologie		103									103	56				56
Somatik gesamt	897	463	466	407	382	434	292	200	574	100	3.641	573	283	313		1.169
Erwachs.-Psychiatrie		250	34						164		448	77				77
Psychosomatik/Psychother.		18									18					
Ki.- u. Jugendpsychiatrie		39									39					
Psychiatrie gesamt		307	34						164		505	77				77
gesamt vollstationär	897	770	500	407	382	434	292	200	738	100	4.720	650	283	313		1.246
Teilstationäre Bereiche																
Onkologische Tagesklinik	17	6	2	10	23	9						67	16			16
Gastroenterol. Tagesklinik	12		6									18				
Rheumatologie Tagesklinik							10					10				
Pneumologie Tagesklinik		5									5					
Dialyse Tagesklinikplätze	8				11			10			29	11				11
Geriatrie Tagesklinik		20	20			40					80	15				15
Pädiatrie Tagesklinik	20		1	10							31					
Gynäkologie Tagesklinik			2								2					
Dermatologie Tagesklinik	10										10	5				5
Tagesklinik Psychiatrie		126	28								154	15				15
TK Kind.- u. Jug.-Psych.		8									8					10
gesamt teilstationär	67	165	59	20	34	49	20				414	62			10	72
GESAMT	964	935	559	427	416	483	312	200	738	100	5.134	712	283	313	10	1.318

3. Wie verteilen sich die Betten derzeit auf die drei Versorgungsstufen: Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung in den einzelnen Krankenhäusern? Werden diese Versorgungsstufen in Zukunft auch im Land Bremen eingruppiert?

Nach dem Landeskrankenhausplan Bremens werden die Krankenhäuser im Unterschied insbesondere zu Flächenländern nicht nach den drei genannten Versorgungsstufen eingruppiert. Dies soll auch in Zukunft nicht erfolgen. Ob hier z. B. im Zuge des noch zu regelnden ordnungspolitischen Rahmens ab 2009 und der Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems ein Bedarf zu einer Neuorientierung besteht, kann heute noch nicht gesagt werden.

Diese Gruppierung dient derzeit vorrangig der Einstufung im Rahmen der Pauschalförderung und erfolgt nicht nach bundeseinheitlichen Maßstäben. Im Land Bremen ist eine derartige Eingruppierung kein Kriterium für die Förderung durch Pauschalmittel. Nach der Novellierung der Bremer Pauschalverordnung stellt sich

diese Förderart verstärkt leistungsbezogen dar, überwiegend orientiert an Fallzahlen und besonderen Leistungsbereichen; geringfügig gewichtet sind dabei nach wie vor die vorgehaltenen Bettenkapazitäten. So zählt die am einzelnen Planbett orientierte Grundförderung derzeit 511 €, ein Betrag, der am Wiederbeschaffungswert ausgerichtet ist und bei einem Bettenabbau entsprechend reduziert wird. In diesem Kontext werden darüber hinaus drei Leistungsstufen unterschieden, die sich primär an der Krankenhausgröße (Bettenzahlen) ausrichten. Sie sind Grundlage für eine Leistungspauschale, die unverändert bleibt, so lange die Fallzahlen nicht um mehr als 5 % zurückgehen (§ 3 Abs. 2 Verordnung über die pauschale Förderung). Insgesamt werden ca. 80 % der pauschalen Fördermittel p. a. fall- bzw. leistungsbezogen vergeben und damit unabhängig von einem möglichen Bettenabbau. Es gelten folgende Versorgungsstufen: Versorgungsstufe 1 bis 350 Betten, Versorgungsstufe 2 von 350 bis 650 Betten und Versorgungsstufe 3 über 650 Betten. Betten der Psychiatrie werden grundsätzlich der 1. Stufe zugeordnet.

Unter Zugrundelegung dieser Stufung sind die Krankenhäuser im Land Bremen folgendermaßen zuzuordnen:

1. Versorgungsstufe:

Rotes-Kreuz-Krankenhaus,
Roland-Klinik,
AMEOS-Klinik Dr. Heines,
Paracelsus-Kurfürstenklinik,
Klinik Am Bürgerpark,
St.-Joseph-Hospital,
Tagesklinik Virchowstraße.

2. Versorgungsstufe:

Klinikum Bremen-Ost (Psychiatrie 1. Versorgungsstufe),
Klinikum Bremen-Nord (Psychiatrie 1. Versorgungsstufe),
Klinikum Links der Weser,
DIAKO ev. Diakonie-Krankenhaus,
St.-Joseph-Stift.

3. Versorgungsstufe:

Klinikum Bremen-Mitte,
Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide (Psychiatrie 1. Versorgungsstufe).

4. Wie wird die Notfallversorgung geregelt?

Die Versorgung von Notfallpatienten gehört zum Versorgungsauftrag der Krankenhäuser im Land Bremen. Das Bremische Hilfeleistungsgesetz vom 18. Juni 2002 verpflichtet darüber hinaus die Krankenhäuser in § 29 Abs. 2, nach Vorgaben des für das Gesundheitswesen zuständigen Senators die Aufnahme von Notfallpatienten so zu organisieren, dass diese im Regelfall ohne zeitliche Verzögerung aufgenommen werden können. Die Vorgaben regeln die grundsätzliche Verpflichtung eines Krankenhauses, Notfallpatienten vorrangig aus dem regionalen Umfeld medizinisch zu versorgen und gegebenenfalls stationär aufzunehmen. Dies gilt auch für die Behandlung auf einer Intensivpflegestation. Lediglich bei der besonders aufwändigen Behandlung von Notfallpatienten zum Beispiel mit künstlicher Beatmung wird im Einzelfall bei aktueller Vollbelegung einer Intensivstation in Absprache mit dem Rettungsdienst der Transport sowie die Aufnahme in einem anderen Krankenhaus in Bremen organisiert.

5. Wie sind die pflegerischen und ärztlichen Ausbildungs- und Weiterbildungsstätten verteilt?

Die Verteilung der pflegerischen Ausbildungsstätten ist der Tabelle zu Frage 5. a) – Auslastung der Ausbildungsplätze –, die der ärztlichen Ausbildungsstätten der Tabelle zu Frage 5. c) – Anteil der Ärzte in Weiterbildung – zu entnehmen.

- a) Wie ist die derzeitige Auslastung der Ausbildungsplätze in den einzelnen Schulen?

Siehe nachstehende Tabelle.

Schule	Beruf	31.03.2006		
		Genehmigte Plätze	Zahl	Auslastung (in %)
Integratives Bildungszentrum am Klinikum Bremen Mitte	Kranken- und Kinderkrankenpflege	240	214	89,2
Integratives Bildungszentrum am Klinikum Bremen Ost	Krankenpflege	210	157	74,8
Zwischensumme		450	371	82,4
Krankenpflegeschule am Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide	Krankenpflege	120	79	65,8
Summe komm. Träger		570	450	78,9
Bremer Krankenpflegeschule der freigemeinnützigen Krankenhäuser	Krankenpflege	207	169	81,6
Krankenpflegeschule am St. Joseph-Hospital Bremerhaven	Krankenpflege	60	46	76,7
Summe Kranken- und Kinderkrankenpflege Stadt Bremen		657	540	82,2
Summe Kranken- und Kinderkrankenpflege Stadt Bremerhaven		180	125	69,4
Summe Kranken- und Kinderkrankenpflege Land Bremen		837	665	79,5
MTA-Schule am Klinikum Bremen Mitte, Bereich Radiologie	MTA	60	53	88,3
MTA-Schule am Klinikum Bremen Mitte, Bereich Labor	MTA	60	49	81,7
Summe MTA		120	102	85,0
BLIPHT (Bremer Lehrinstitut für Physiotherapie)	Physiotherapie	104	88	84,6
Fachschule für Physiotherapie der Bremer Heimstiftung	Physiotherapie	76	73	96,1
Summe Physioth.		180	161	89,4
Schule für Hebammen ... am Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide	Hebammen	16	15	93,8
Schule für Logopädie	Logopäden	50	42	84,0
Summe Stadt Bremen gesamt		1007	845	83,9
Summe Stadt Bremerhaven gesamt		196	140	71,4
Summe Land Bremen gesamt		1203	985	81,9

- b) Wie wird zukünftig die Ausbildung finanziert?

Die Regelungen zur wettbewerbsneutralen Finanzierung der mit den anerkannten Plankrankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG – finden sich in § 17 a KHG.

Danach wurde im Jahr 2005 erstmals das krankenhausesindividuelle Ausbildungsbudgets aus dem bisherigen Krankenhausbudget ausgegliedert. Das betrifft in Bremen insgesamt Kosten in Höhe von ca. 13 Mio. €.

Im Jahr 2006 sollen erstmals Richtwerte für die pauschalierte Finanzierung von Ausbildungsstätten durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene vereinbart werden mit Richtwerten für Beträge je Ausbildungsplatz und Ausbildungsberuf, für Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen sowie nach Bundesländern bzw. Regionen differenziert.

In den Jahren 2006 bis 2008 sollen Krankenkassen und Krankenhäuser über die schrittweise Angleichung der einzelnen Ausbildungsbudgets an die regionalen Richtwerte verhandeln. Soweit erforderlich sollen Ausbau, Schließung oder Zusammenlegung von Ausbildungsstätten z. B. über Strukturverträge unterstützt werden. Durch die Zusammenlegung von Krankenpflege-

schulen wurde in Bremen ein erster Schritt getan, der in Zukunft weiter entwickelt werden soll.

Ab dem Jahr 2009 erhalten die Richtwerte den Status von Pauschalen (regionale Festpreise). Das Ausbildungsbudget wird dann allein auf der Grundlage dieser Pauschalbeträge vereinbart. Die Ausbildungsstätten müssen ab 2009 mit diesen Pauschalen auskommen. Zur Sicherstellung der Ausbildung in der Region kann unter den engen Voraussetzungen nach § 17 b Abs. 1 Satz 6 und 7 KHG in Verbindung mit § 5 Abs. 2 KHEntgG – Krankenhausentgeltgesetz – ein Sicherstellungszuschlag für die Ausbildungsstätte vereinbart werden.

Ziel ist durch eine wettbewerbsneutrale Ausbildungsstättenfinanzierung mittelfristig wirtschaftliche und im Bundesgebiet vergleichbare Ausbildungsstrukturen zu schaffen. Krankenhäuser, die ausbilden, sollen keine Nachteile haben. Die dargestellten rechtlichen Vorgaben sehen eine Stufenlösung vor mit einem Ausbildungsfonds ab 2006 bei der Landeskrankengesellschaft. Hier ist es in Bremen, wie in anderen Bundesländern auch, Ende 2005 zu keiner rechtzeitigen Einigung der Selbstverwaltungspartner gekommen. Vorgesehen ist nun eine entsprechende Lösung ab 2007. In 2006 bleibt es bei der in 2005 eingeführten Ausgliederung der Kosten für die Ausbildungsstätten.

- c) Wie ist die Leistungsfähigkeit der Kliniken im Land Bremen in der ärztlichen Weiterbildung (Facharztweiterbildung, Schwerpunktausbildung)?

Die Fortschreibung des Krankenhausplans erfolgt auf der Grundlage der Gebiete/Schwerpunkte der Ärztlichen Weiterbildungsordnung. Damit ist eine wesentliche Voraussetzung für eine leistungsfähige ärztliche Weiterbildung geschaffen.

Die Anerkennung der Ausbildungsstätten und der persönlichen Befugnis zur Weiterbildung regelt die Ärztekammer Bremen. Nach Angaben der Ärztekammer Bremen wurden 180 Fachärzten die Befugnis zur Weiterbildung in Gebieten/Schwerpunkten der Ärztlichen Weiterbildungsordnung erteilt, 51 Fachärzten die Befugnis zur Zusatzweiterbildung und 151 Zulassungen als Weiterbildungsstätte ausgesprochen.

Daten über die Anzahl der sich in Weiterbildung befindenden Ärzte finden sich erstmals in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser für das Jahr 2004. Danach befinden sich im Landesdurchschnitt etwa 44 % der Krankenhausärzte in einer gebietsbezogenen ärztlichen Weiterbildung. Vergleichsdaten liegen nicht vor. Es kann damit von einer hohen Leistungsfähigkeit der Kliniken im Land Bremen in der ärztlichen Weiterbildung ausgegangen werden.

Die nachstehende Tabelle zeigt den Anteil der Ärzte in Weiterbildung bezogen auf die Gesamtzahl der Ärzte krankenhause- und gebietsbezogen:

	Anteil der Ärzte in Weiterbildung an der Gesamtzahl der Ärzte in % - 2004																
	KBM	KBO	KBN	KLdW	DIAKO	St.-Jo-Stift	RKK	Roland Klinik	AMEOS-Klinik	Parac. Kurf.	Stadt Bremen	Kl. Rein-kenheide	Kl. Am Bürgerp.	St.-Jo. Hospital	TK Virchow	Bremerhaven	Land Bremen
Somatik vollstationär																	
Innere Medizin incl. Subd.	51,7	41,2	66,7	55,0	54,8	76,5	50,0			100,0	55,5	30,4	47,1	62,5		46,9	53,7
ohne Subdisz.	51,7	50,0	66,7	55,0	54,8	76,5	50,0			100,0	57,6	30,4	47,1	62,5		46,9	55,0
Rheumatologie											50,0						50,0
Lungen- u. Bronchialh.		28,6									28,6						28,6
Kardiologie				55,0							55,0						55,0
Geriatric (vollstat.)		50,0	66,7			0,0											
Pädiatrie	55,8		46,7	42,3							50,5			73,3		73,3	53,7
Chirurgie incl. Subdiszipl.	45,0	26,3	41,7	50,0	26,7	53,3	44,0	0,0			41,3	32,0	35,3	47,1		37,3	40,3
ohne Subdisz.	58,8	18,2	46,2	50,0	26,7	53,3	61,5				46,1	45,5	35,3	47,1		42,2	44,9
Unfallchirurgie	29,4		36,4								32,1	21,4				21,4	28,6
Thoraxchirurgie		37,5									37,5						37,5
Kardiouchirurgie				50,0					0,0		50,0						50,0
Handchirurgie	50,0										27,3						27,3
Rheumachirurgie							25,0				25,0						25,0
Gefäßchirurgie							25,0				25,0						25,0
Kinderchirurgie	87,5										87,5						87,5
Orthopädie					56,3			38,5		0,0	35,0						35,0
Urologie	41,2							33,3			40,0						40,0
Neurochirurgie	38,5									0,0	29,4	33,3				33,3	30,8
Mund-Kiefer-Gesichtschir.	41,7										41,7	25,0				25,0	37,5
Frauenheilkunde u. Geburtsh.	68,2		37,5	50,0	45,0	50,0					51,1	54,5		66,7		60,0	52,7
HNO-Heilkunde	37,5				66,7	36,4					0,0	36,4	66,7				66,7
Augenheilkunde	41,7					63,6					0,0	48,0					48,0
Dermatologie (vollstat.)	75,0										75,0	60,0					60,0
Strahlenheilkunde/Radiologie	0,0	63,6	28,6	50,0		25,0	16,7				39,5	42,9				42,9	40,0
Nuklearmedizin	0,0										0,0	33,3		50,0		38,5	33,3
Neurologie		66,7									66,7	41,7					41,7
Zentrale Intensiv *	32,8	42,3	52,0	14,3	46,2	26,3	25,0			0,0	31,8	43,5		0,0		26,3	31,0
Somatik gesamt	48,5	47,2	50,8	40,2	48,7	45,5	39,7	28,6		11,8	45,0	39,6	51,0	44,9		43,3	44,6
Erwachs.-Psychiatrie		27,4	53,3							71,4	42,9	50,0				50,0	43,6
Psychosomatik/Psychother.		16,7									16,7						16,7
Kl.- u. Jugendpsychiatrie		42,9									42,9				0,0	0,0	33,3
Psychiatrie gesamt		28,0	53,3							71,4	41,5	50,0			0,0	42,9	41,7
gesamt vollstationär	48,5	39,9	51,1	40,2	48,7	45,5	39,7	28,6	71,4	11,8	44,6	40,4	51,0	44,9	0,0	43,2	44,4

Quelle: Qualitätsberichte der Krankenhäuser für 2004

6. Wie schätzt der Senat eine Leistungsplanung ein, in der die Planungsbehörde die Leistungszahlen verbindlich für einzelne Krankenhäuser festlegt?

Der Gesetzesrahmen für die Krankenhausplanung und -finanzierung (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG, Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG, Sozialgesetzbuch – SGB V etc.) schließt eine verbindliche Festlegung und Planung von Leistungszahlen für einzelne Krankenhäuser aus. Dies ist Aufgabe der jährlichen Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über ein Erlösbudget, in dem Leistungsmengen festgelegt werden. Grundlage hierfür ist der über den Krankenhausplan und die Bescheide festgelegte Versorgungsauftrag der Krankenhäuser. Eine detaillierte Leistungsplanung widerspricht zudem den gesetzgeberischen Intentionen des wettbewerblich ausgerichteten neuen Vergütungssystems über Fallpauschalenpreise. Es kommt deshalb darauf an, als Planungsbehörde einen Rahmen vorzugeben, der den einzelnen Krankenhausunternehmen in Abstimmung mit Krankenkassen eigenverantwortliche Entscheidungen zu ihrer betrieblichen Weiterentwicklung ermöglicht.

Dennoch enthalten die Materialien zum Krankenhausplan eine zuvor nicht mögliche Fülle von Leistungsdaten, die der Planungsbehörde wichtige, objektivierte Entscheidungsgrundlagen für die auch weiterhin primär kapazitätsorientierte Planung bereitstellen. Die Kenntnis der Leistungsdaten wird auch helfen, die durch das DRG-System initiierte eigendynamische Entwicklung der Angebotsstrukturen zu beobachten und bei Fehlentwicklungen (gemessen an dem Versorgungsziel der „bedarfsgerechten Versorgung“ und hieraus resultierenden Versorgungsaufträgen) regulierend einzugreifen. Von zunehmender Bedeutung ist dabei die krankenhauplanerische Kenntnis der Nutzung von Krankenhauskapazitäten im Rahmen von Integrationsverträgen. Hilfreich wäre eine Regelung für ein entsprechendes Meldesystem zur besseren Bewertung der Kapazitätsauslastung.

7. Wie und wer beurteilt die landesweit bedarfsnotwendigen stationären und teilstationären Kapazitäten für die einzelnen Krankenhäuser, und wie werden die Versorgungsstrukturen optimiert?

Die landesweit bedarfsnotwendigen Kapazitäten werden – getrennt für die beiden Versorgungsregionen Bremen und Bremerhaven – von der Landesbehörde prognostiziert. Die nach dem Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetz – BremKHG – benannten wesentlichen Beteiligten und der Landesplanungsausschuss, in dem die Beteiligten wiederum vertreten sind, begutachten und beraten die sich aus den Prognosen ergebenden und in einem „Bettenkorridor“ dargestellten Ergebnisse (Stufe 1 des Planungsverfahrens). Die Umsetzung dieser globalen Vorgaben in krankenhausbetrefende „bedarfsnotwendige“ Kapazitäten erfolgt über Vereinbarungsempfehlungen, die die Krankenhäuser und die Krankenkassen gemeinsam erarbeiten und möglichst einvernehmlich der Landesbehörde vorlegen (Stufe 2).

Werden in diesem Verfahren Versorgungsdefizite oder Möglichkeiten einer Optimierung von Versorgungsstrukturen bekannt, die die allgemeine und auch krankenhausergreifende Versorgung der Bevölkerung im Land Bremen betreffen und in die Planungskompetenz der Behörde fallen, werden diese Themen in den Rahmenplan – z. T. auch als Schwerpunkte – aufgenommen. Die Selbstverwaltung ist gehalten, diese Themen dann in der 2. Stufe, den Vereinbarungsgesprächen, aufzunehmen und entsprechende Empfehlungen vorzulegen.

8. Welche Krankenhäuser sind mit welcher Disziplin von der Einhaltung der Mindestmengen betroffen (§ 137 SGB V)?

Die Selbstverwaltung hat sich am 3. Dezember 2003 auf Vereinbarung über Mindestmengen bei planbaren Leistungen geeinigt. Danach greifen seit 2004 Mindestmengen, bei deren Unterschreitung diese Leistungen nicht mehr erbracht werden dürfen. Diese gilt allerdings nicht, sofern Ausnahmetatbestände zur Anwendung kommen oder die Landesbehörde die Nichtanwendung in diesem Krankenhaus auf Antrag zur Sicherstellung der Versorgung beschließt. Derartige Anträge liegen für das Land Bremen nicht vor. Der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 91 Abs. 7 SGB V passt die Liste der Leistungen, die der Mindestmenge unterliegen, in regelmäßigen Abständen an. Im Jahr 2006 gelten die in der Tabelle dargestellten Mindestmengen.

Mindestmengen in 2006	je Krankenhaus
Lebertransplantation (inkl. Teileber-Lebendspende)	20
Nierentransplantation (inkl. Lebendspende)	25
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10
Stammzellentransplantation	25
Kniegelenk Totalendoprothese (Knie-TEP)	50

Im Jahr 2004 wurden nach den Qualitätsberichten folgende Mindestmengen in den nachstehend aufgelisteten Krankenhäusern erreicht, wobei disziplinübergreifend insbesondere Innere Medizin und Chirurgie betroffen sind:

Stand 2004:

	Nierentransplantation	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	Stammzellen Transplantation
Klinikum Br.-Mitte	46	18	35	25
Klinikum Br.-Ost	-	13	20	-
Klinikum Br.-Nord	-	5	15	-
Klinikum LdW	-	5	-	-
DIAKO	-	6	12	20
St. Joseph-Stift	-	3	7	-
RKK	-	13	11	-
Klinikum Bremerhaven	-	8	15	-
St. Joseph-Hospital	-	-	6	-

Insbesondere bei komplexen Eingriffen an der Speiseröhre (Ösophagus) und Bauchspeicheldrüse (Pankreas) gibt es nach den Daten Hinweise für eine mögliche Leistungsproblematik. Die Einhaltung der Mindestmengen wird durch die Krankenkassen geregelt. Entsprechende Vereinbarungen werden ab 2006 in den jährlichen Budgetverhandlungen getroffen, die von der zuständigen Landesbehörde zu genehmigen sind.

9. Welche Qualitätskriterien – z. B. Anforderungen an die räumliche und apparative Ausstattung, Einhaltung von Mindestmengen, Spezialangebote innerhalb von Schwerpunkten – gehen in die Krankenhausplanung mit ein?

Die Krankenhausplanung des Landes Bremen berücksichtigt Qualitätsanforderungen durch die systematische Orientierung des Krankenhausplans an den Gebieten und Schwerpunkten der Ärztlichen Weiterbildungsordnung. Bereits mit der Fortschreibung des Plans 1995 wurde festgelegt, dass bei medizinischen Schwerpunkten nach der Arbeitsteiligen Koordinierung wie z. B. internistische Onkologie und Kardiologie bestimmte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren vorzuhalten sind.

Besondere Qualitätsvorgaben sowohl baulicher als auch konzeptioneller Art werden im Bereich der Frührehabilitation umgesetzt. Grundsätzlich werden bei der fachlichen Prüfung von geförderten Bauvorhaben Arbeitshilfen zur Standardisierung der Bau- und Ausstattungsplanung zugrunde gelegt. Sie sollen beim Krankenhausbau und -umbau sparen helfen, ohne qualitative Standards in Frage zu stellen.

Im Übrigen werden die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung berücksichtigt. Aktuell hat der Senat der Freien Hansestadt Bremen die Fortschreibung des Krankenhausplans Bremerhaven mit der Einrichtung eines Mutter-Kind-Zentrums nach den entsprechenden Qualitätsvorgaben beschlossen.

Grundsätzlich gilt, dass in der Umsetzung des Krankenhausplans durch die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser die Vorgaben des § 137 SGB V einzuhalten sind. Diese bundesgesetzliche Vorgabe ist in die entsprechenden Festsetzungsbescheide aufgenommen worden. Dies gilt auch für die Einhaltung der Hygieneverordnung.

10. Inwieweit gibt es unbesetzte Arztstellen und fehlende Pflegekräfte?

Die folgenden Ausführungen basieren auf den Antworten der Krankenhäuser zu einer ad-hoc-Umfrage: Zwölf von 13 Krankenhäuser haben geantwortet. In neun Krankenhäusern bestehen aktuell keine gravierenden Wiederbesetzungspro-

bleme im ärztlichen Bereich, acht dieser Krankenhäuser beschreiben diese Situation auch für das pflegerische Personal. Einige der Krankenhäuser haben diese Information mit dem Zusatz versehen, dass vorübergehend unbesetzte Stellen maximal durch die natürliche Fluktuation entstehen. Drei Krankenhäuser haben ihre Rückmeldungen darüber hinaus mit der Erwartung versehen, dass die Situation sich zukünftig verschlechtern wird.

Aktuelle Probleme in der Wiederbesetzung von Arztstellen und Pflegepersonal werden genannt vom

- Klinikum Bremen-Mitte: je eine Arztstelle Urologie und Pathologie (Pflegepersonal ohne Probleme),
- Klinikum Bremen-Ost: zehn Vollkräfte im ärztlichen und pflegerischen Bereich nicht besetzt,
- Klinikum Links der Weser: Schwierigkeiten in der Besetzung im OP-Funktionsdienst (OP-Pfleger, vermutlich ein bundesweiter Mangel), keine Probleme im ärztlichen Bereich.

11. Gibt es ein Anreizsystem zur Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern?

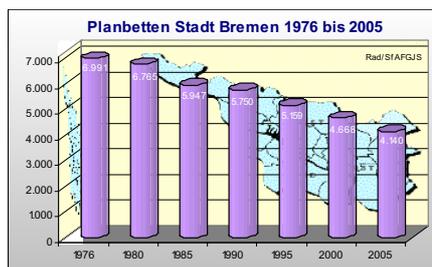
Ein spezielles Anreizsystem gibt es nicht. Insgesamt wird das Krankenhauswesen mit der Einführung von bundeseinheitlichen Preisen (DRG) ausgehend von der Selbstkostendeckung über die Budgetierung nun in einen Wettbewerb um Leistungsmengen (Erlöse) und Leistungsqualität überführt. Damit entstehen marktähnliche Kooperationsoptionen zwischen Krankenhäusern, die z. B. zu Zusammenschlüssen bei bestimmten Fragen der Vorhaltung medizinischer Leistungen führen kann. Im Übrigen kann im Einzelfall auch die Förderung von Baumaßnahmen in Zusammenhang mit Kooperationen stehen, die für notwendig erachtet werden.

Darüber hinaus können Zentren und Schwerpunkte nach dem Krankenhausentgeltgesetz (§ 2 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG) mit Zuschlägen bedacht werden, wenn sie übergreifende Aufgaben erfüllen.

12. Wie ist die Veränderung der Krankenhausplanung im Vergleich zu den letzten Jahren, heruntergebrochen auf die einzelnen Fachdisziplinen, in Zukunft einzuschätzen?

Die Krankenhausplanung im Land Bremen geht bereits seit langem von tendenziell sinkenden Kapazitäten aus. Über die Krankenhauspläne der Vergangenheit wurden die Planbetten entsprechend deutlich reduziert (vergleiche als Beispiel die Grafik zur Planbettenentwicklung in der Stadt Bremen 1972 bis 2005). Diese Entwicklung wird sich aus Sicht der Planungsbehörde auch weiterhin fortsetzen.

Insgesamt wird vor allem bewirkt durch die umfassende Einführung von Fallpauschalen in das deutsche System der Krankenhausfinanzierung von einer erreichbaren, deutlichen Verweildauerreduzierung ausgegangen. Sie führt insgesamt zu einer weiteren Kapazitätsreduzierung im vollstationären Bereich. Dabei ist die Fallzahlentwicklung insgesamt relativ stabil, bei zunehmend demographisch bedingter stärkerer Nachfrage durch die höheren Altersgruppen. Vorausgesetzt wird, dass die Krankenhäuser im Land Bremen in Zukunft weiterhin eine unverändert hohe Attraktivität für niedersächsische Patienten haben werden.



Diese Annahmen sind in den Arbeitsentwurf des Rahmenplans eingegangen, der sich zurzeit in der Abstimmung mit den wesentlich Beteiligten befindet. Erst nach Abschluss des laufenden Abstimmungsverfahrens und der Vorlage eines möglichst konsensualen Rahmenplans wird es möglich sein, eine Einschätzung der zukünftigen fachabteilungsbezogenen Kapazitätsentwicklung zu geben.

Eine konkrete Einschätzung der zukünftigen Entwicklung, heruntergebrochen auf die einzelnen Fachabteilungen und hinterlegt mit konkreten Kapazitätsdaten ist somit zurzeit noch nicht möglich.

13. Wie ist die Gesamtzahl der Fallzahlentwicklung in 2005, heruntergebrochen auf die im Krankenhausplan verankerten Fachabteilungen, inklusive Bewertungsrelationen, im Vergleich zu 2004, in bremischen Krankenhäusern?

Die Krankenhausdaten 2005 befinden sich zurzeit in der Abstimmung zwischen den Krankenhäusern und der Landesbehörde. Es wird deshalb auf die Fallzahlen des Jahres 2004 – und zum Vergleich auf 2003 – zurückgegriffen. Die ersten, noch nicht endgültigen Auswertungen der Daten des Jahres 2005 lassen erwarten, dass die Fallzahlen sich gegenüber 2004 nur unwesentlich verändern.

Die Fallzahlen für 2003 und 2004 sind in der Übersicht unten dargestellt. Für 2003 ist die Einbeziehung von Bewertungsrelationen nicht möglich, da noch nicht alle Krankenhäuser ihre DRG-Daten vollständig geliefert hatten. Für das Jahr 2004 sind zwar die Bewertungsrelationen (über den Case-Mix-Index – CMI – als Maß für den durchschnittlichen Behandlungsaufwand) aufgeführt, aber auch sie sind unter dem Vorbehalt zu sehen, dass drei Krankenhäuser die DRG-Daten noch nicht vollständig übermittelt hatten. Eine erstmalige umfassende Auswertung der Bewertungsrelationen ist erst ab dem Berichtsjahr 2005 möglich. Zur Verfügung stehen jedoch die verhandelten Werte.

Die Tabelle geht von den vollstationären somatischen Fachdisziplinen aus. Für die Psychiatrie und die teilstationären Einrichtungen können keine Bewertungsrelationen ausgewiesen werden, da die Leistungen dieser Bereiche nicht über das DRG-Vergütungssystem abgebildet werden.

Insgesamt ergibt sich bei ca. 190.000 Aufnahmen eine leicht über dem Durchschnitt liegende „Fallschwere“ mit einem Case-Mix-Index – CMI – von 1,04 im Jahr 2004 auf der Basis der Ist-Daten dieses Jahres.

Nach den im Jahr 2004 vereinbarten Zahlen beträgt der CMI in Bremen 1,07. Im Vergleich liegt Bremen damit hinter Hamburg (1,12) und Berlin (1,085) an dritthöchster Stelle noch vor Niedersachsen mit 1,021. In diesem Wert drückt sich die oberzentrale Funktion Bremens in der Krankenhausversorgung aus mit einer über dem Durchschnitt liegenden Anzahl besonders schwerer und komplex zu behandelnder „Fälle“.

**Aufnahmeentwicklung 2003 und 2004 und CMI-Index 2004 nach Fachdisziplinen
- Somatik vollstationär (incl. Interner Verlegungen) -**

	Stadt Bremen			Stadt Bremerhaven			Land Bremen		
	Aufnahmen 2003	Aufnahmen 2004	CMI-Index 2004	Aufnahmen 2003	Aufnahmen 2004	CMI-Index 2004	Aufnahmen 2003	Aufnahmen 2004	CMI-Index 2004
Somatik vollstationär									
Innere Medizin incl. Subdisz.	47.298	46.459	1,11	16.462	16.562	0,97	63.760	63.021	1,07
ohne Subdisz.	36.833	36.682	1,13	16.462	16.443	0,97	53.295	53.125	1,08
Rheumatologie	897	31	0,93				897	31	0,93
Pneumologie	3.670	3.639	0,85				3.670	3.639	0,85
Kardiologie	5.898	6.107	1,15				5.898	6.107	1,15
Schmerztherapie		0	0,76		119	0,95		119	0,95
Geriatric	1.990	2.819	1,97	663	786	1,92	2.653	3.605	1,96
Pädiatrie	10.727	10.869	0,83	3.055	2.848	0,75	13.782	13.717	0,81
Chirurgie incl. Subdisziplinen	31.697	30.543	1,26	12.126	11.536	1,08	43.823	42.079	1,21
ohne Subdisz.	18.893	17.660	1,13	8.971	8.470	1,09	27.864	26.130	1,12
Unfallchirurgie	4.830	5.039	1,20	3.155	3.066	1,07	7.985	8.105	1,15
Thoraxchirurgie	550	727	2,75				550	727	2,75
Kardiochirurgie	2.381	2.438	3,04				2.381	2.438	3,04
Handchirurgie	3.061	2.610	0,43				3.061	2.610	0,43
Rheumachirurgie	762	821					762	821	
Gefäßchirurgie	1.220	1.248	1,60				1.220	1.248	1,60
Kinderchirurgie	3.158	3.169	0,76				3.158	3.169	0,76
Orthopädie	7.611	7.469	0,97				7.611	7.469	0,97
Urologie	5.223	4.624	0,99				5.223	4.624	0,99
Neurochirurgie	1.962	1.952	1,57	1.557	1.386	1,64	3.519	3.338	1,60
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1.455	1.614	1,09	887	827	1,09	2.342	2.441	1,09
Gynäkologie	10.531	8.532	0,89	2.418	1.948	0,94	12.949	10.480	0,90
Geburtshilfe	7.229	7.582	0,61	1.940	2.123	0,51	9.169	9.705	0,59
HNO-Heilkunde	8.675	9.033	0,81	1.472	1.414	0,82	10.147	10.447	0,81
Augenheilkunde	4.544	4.462	0,72	1.482	1.049	0,53	6.026	5.511	0,69
Dermatologie	1.294	1.356	1,04	696	740	0,96	1.990	2.096	1,01
Strahlenheilkunde	779	1.044	1,09	481	490	1,24	1.260	1.534	1,14
Nuklearmedizin	268	300	1,09	30	23	0,83	298	323	1,07
Neurologie	3.615	3.656	1,13	1.997	2.101	0,97	5.612	5.757	1,07
Stroke Unit	981	978	1,17				981	978	1,17
Somatik gesamt	149.037	146.461	1,06	45.266	43.833	0,99	194.303	190.294	1,04

Für das Klinikum Links der Weser, die Roland-Klinik und die Paracelsus-Kurfürsten-Klinik basieren die Bewertungsrelationen / der CMI-Index nur auf einem Teil der Fälle, da die Übermittlung der DRG-Daten 2004 dieser Häuser noch unvollständig war

14. Wie bewertet man am Beispiel der Gynäkologie, Urologie und Augenheilkunde die Tendenz, stationäre Leistungen in Zukunft vermehrt ambulant zu erbringen, und wie wird diese Entwicklung im Landeskrankenhausplan berücksichtigt?

Die Zahl der ambulanten Operationen in Krankenhäusern des Landes Bremen ist in den vergangenen Jahren um fast 90 % deutlich angestiegen (vergleiche Tabelle unten). Die Auswirkungen auf die stationäre Versorgung wurden bereits im Krankenhausplan 2002 bis 2005 im Rahmen der Fallzahlprognosen – insbesondere für die Augenheilkunde (Kataraktoperationen) und die HNO-Heilkunde (Tonsillen-Behandlungen) – berücksichtigt.

Auch der aktuelle Arbeitsentwurf des Rahmenplans unterstellt in den Prognosen weitere Verschiebungen von der stationären Versorgung hin zu stationärsersetzenden Maßnahmen, insbesondere zum ambulanten Operieren. Diese Entwicklung wird auch durch immer schonendere Anästhesie- und Operationsmöglichkeiten begünstigt.

Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V in den Krankenhäusern des Landes Bremen 2002 bis 2004

Krankenhaus	2002	2003	2004	Veränderung 2002->2004
Klinikum Bremen-Mitte	1.797	2.118	2.909	1.112
Klinikum Bremen-Ost	184	52	273	89
Klinikum Bremen-Nord	461	515	1.156	695
Klinikum Links der Weser	685	685	1.233	548
Diako	395	528	1.529	1.134
St.-Joseph-Stift	1.641	2.136	2.218	577
Rotes-Kreuz-Krankenhaus	530	841	1.186	656
Roland-Klinik	682	1.003	1.682	1.000
Klinik Dr. Heines	0	0	0	0
Paracelsus-Kurfürstenklinik	0	0	0	0
Stadt Bremen gesamt	6.375	7.878	12.186	5.811
Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide	644	636	908	264
Krankenhaus Am Bürgerpark	169	171	159	-10
St.-Joseph-Hospital	22	413	429	407
Stadt Bremerhaven gesamt	835	1.220	1.496	661
Land Bremen gesamt	7.210	9.098	13.682	6.472

Herausragendes Beispiel ist der Einsatz und die Optimierung der Laser-Technologie z. B. in der Augenheilkunde, die es erlaubt, auch zunehmend ältere Menschen ohne größere Risiken zu operieren. Ähnlich wird die Entwicklung in der Gynäkologie eingeschätzt. Allerdings gehört die Gynäkologie wie auch die Urologie zu den Fachbereichen, die ein eingeschränktes Potential für stationärsersetzende Maßnahmen aufweisen. Ein weiterer diese Entwicklung limitierender Faktor ist insbesondere in der Urologie der hohe Anteil älterer multimorbider Menschen, für die auch weiterhin eine vollstationäre Krankenhausbehandlung ohne Alternative ist. Dennoch werden aus diesen Fachrichtungen zukünftig mehr Patienten ambulant behandelt und operiert werden können. So wurden in der Augenheilkunde im Jahr 2004 nach den vorliegenden Qualitätsberichten ca. 1.500 Operationen (Glaskörper-OP) ambulant durch die Krankenhäuser mit Augenheilkunde durchgeführt. Darüber hinaus liegen keine Einzeldaten vor.

Die Auswirkungen des ambulanten Operierens für die Kapazitätsplanung werden am Beispiel der Augenheilkunde besonders deutlich: bereits mit dem auslaufenden Landeskrankenhausplan wurde die Bettenzahl in der Stadt Bremen von 83 in 2002 auf 64 Betten in 2005, also um 17 % verringert. Die Verschiebungen zum ambulanten Operieren bildeten hierfür das wichtigste Argument. In Fortführung dieser – auch argumentativen – Entwicklung geht der im Entwurf vorliegende Rahmenplan bis 2009 von einem weiteren Rückgang bis auf ca. 50 Betten aus.

15. Gibt es ein Gesamtkonzept für die Allgemeine Chirurgie im Land Bremen? Wie sieht dies konkret aus, aufgeteilt nach Subdisziplinen (Visceralchirurgie, Gefäßchirurgie, Unfallchirurgie etc.)?

Das Land Bremen besteht aus den Versorgungsregionen Bremen und Bremerhaven, die weitgehend getrennt voneinander in der Krankenhausplanung betrach-

tet werden. In diesem Sinne gibt es kein Gesamtkonzept für das Land Bremen. Es gibt aber strukturbildende Vorgaben des Krankenhausplans, die für beide Regionen vom Grundsatz her identisch sind. Hierzu gehören die gesonderte Ausweisung von chirurgischen Teilbereichen (Subdisziplinen), angelehnt an die Ärztliche Weiterbildungsordnung, und die Zuordnung chirurgischer Schwerpunkte im Rahmen der arbeitsteiligen Koordinierung.

Die allgemeinchirurgischen Abteilungen an den zehn mittleren und großen somatischen Krankenhäusern, die zur Sicherstellung einer regionalen Notfallversorgung die Basis der chirurgischen Versorgung im Land Bremen darstellen, werden schwerpunktbildend ergänzt durch die

- unfallchirurgischen Abteilungen am Klinikum Bremen-Mitte, Klinikum Bremen-Nord und Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide,
- Thoraxchirurgie am Klinikum Bremen-Ost und – als medizinischer Schwerpunkt – am Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide,
- Handchirurgie an der Roland-Klinik,
- Kardiouchirurgie am Klinikum Links der Weser,
- Rheumachirurgie am Rotes-Kreuz-Krankenhaus,
- Gefäßchirurgie am Rotes-Kreuz-Krankenhaus.

Diese Auflistung schließt aber nicht grundsätzlich aus, dass bestimmte chirurgische Leistungen (z. B. der Unfall- und der Gefäßchirurgie) in einem geringeren Umfang auch in allgemein-chirurgischen Abteilungen von Krankenhäusern erbracht werden, die nicht über die entsprechende Spezialdisziplin verfügen.

Bei der Zuweisung chirurgischer Versorgungsaufträge und deren Weiterentwicklung folgt die Krankenhausplanung auch der Prämisse, dass für eine gleichwohl umfassende wie spezialisierte Patientenversorgung krankenhausbezogen ein fachlicher und interdisziplinärer Kontext zu den anderen Leistungsschwerpunkten besteht: so werden am Klinikum Bremen-Mitte und am Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide konzentriert chirurgische Fachgebiete vorgehalten (Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie, MKG-Chirurgie, Neurologie), die eine Maximalversorgung von z. B. Schwerunfallverletzten ermöglichen. Die Bildung eines Kopfzentrums am Klinikum Bremen-Mitte ist hier beispielhaft. Auf der anderen Seite werden organ- und morbiditätsbezogene Profilbildungen durch die Vorhaltung sich ergänzender chirurgischer und konservativer Angebote gefördert (Beispiele: Klinikum LdW mit Kardiouchirurgie und Kardiologie, RKK mit Rheumachirurgie und Rheumatologie, Klinikum Bremen-Ost mit Thoraxchirurgie und Pneumologie).

Zu den Planungsgrundlagen der chirurgischen Versorgung im Land Bremen gehört weiterhin, dass wegen der besonderen Anforderungen (z. B. Personal) und Rahmenbedingungen die Kinderchirurgie in Bremen schon sehr frühzeitig als eigenes Fachgebiet mit einem entsprechenden Versorgungsauftrag ausgewiesen wurde.

Darüber hinausgehende Festlegungen zwischen den Häusern z. B. für Behandlungsmöglichkeiten bei besonders seltenen, kostenträchtigen oder aufwändigen Erkrankungen wurden vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit Jugend und Soziales mehrfach der Bremischen Krankenhausgesellschaft angeraten, von dieser aber bislang nicht aufgegriffen.

16. Gibt es ein Konzept, in dem Anreize zur Weiterentwicklung der Hochleistungsmedizin deutlich werden?

Ein Anreiz zur Weiterentwicklung der Hochleistungsmedizin ist durch die Ausweisung von medizinischen Schwerpunkten der arbeitsteiligen Koordinierung und Spezialdisziplinen nach der Ärztlichen Weiterbildungsordnung gegeben. Damit ist ein Versorgungsauftrag festgelegt, der die Krankenhäuser in die Lage versetzt, mit den Krankenkassen entsprechende Vereinbarungen z. B. über Leistungsmengen zu treffen. Problematisch ist beim derzeit geltenden Fallpauschalenkatalog 2006, also in der Einführungsphase bundeseinheitlicher Preise, dass nach jüngsten Berechnungen der Medizinischen Hochschule Hannover einzelne Leistungen der Spitzenmedizin nicht leistungsgerecht bepreist sind und zu teilweise erheblichen Verlusten führen. So wurde in 249 selektierten Einzelleistungen der

Spitzenmedizin eine Unterdeckung von ca. 7 Mio. € verursacht¹⁾). Dieses Beispiel zeigt, dass der wesentliche Anreiz zur Weiterentwicklung der Hochleistungsmedizin durch die Überarbeitung des DRG-Systems gefunden werden muss. Ansonsten wird eine kontraproduktive Entwicklung eingeleitet, in der insbesondere die betroffenen Maximal- und Schwerpunktversorgerkrankenhäuser in eine Unterdeckung geraten und ihre Patienten nicht mehr versorgen können.

- a) Gibt es ein Konzept für die Versorgung von Tumorpatienten im Land Bremen?

Die Versorgung von Tumorpatienten in den Krankenhäusern Bremens ist geprägt durch eine konzeptionelle, planerisch festgelegte Schwerpunktbildung in der Hochleistungsmedizin und Pflege in den Krankenhäusern Klinikum Bremen-Mitte, Klinikum Bremen-Ost, DIAKO, Joseph-Hospital und Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide mit entsprechenden stationären und teilstationären Angeboten. Sie kooperieren in der Weiterversorgung teilweise mit anderen Krankenhäusern, z. B. Palliativmedizin im Klinikum Bremen Links der Weser. Wichtige Kooperationspartner sind darauf spezialisierte Vertragsärzte, Pflegedienste und Hospizhilfen.

Zur Verbesserung der Kooperation wurde Anfang 2005 das „Integrative Bremer Hämatologie/Onkologie Netzwerk“ (iBON) gegründet. Es ist ein Kooperationsprojekt des zum Klinikverbund Gesundheit Nord gGmbH gehörenden Klinikums Bremen-Mitte (Zentrum für Innere Medizin), des Zentrums für angewandte Kommunikations-Technologien (ZAIT), des Unternehmens T-Systems, des Bremischen Krebsregisters und des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Vier Arztpraxen und 13 Ärzte waren anfangs im Pilotnetz beteiligt. Mittlerweile sind es 23 Arztpraxen und insgesamt ca. 47 Ärzte, die etwa 80 im Netzwerk eingeschriebene Patienten betreuen. Zudem wurde ein Integrationsvertrag zwischen dem KBM und Krankenkassen abgeschlossen, an dem insgesamt 34 Arztpraxen teilnehmen mit 60 Ärzten.

- b) Welche Kliniken werden welche Leistungen in welchem Fachgebiet erbringen?

Wie bereits zur Frage 6 ausgeführt, werden über den Krankenhausplan für die Krankenhäuser im Land Bremen keine Leistungen vorgegeben. Die prognostische Festlegung der Leistungen erfolgt über die Budgetvereinbarungen und obliegt somit den Krankenhäusern und den Kostenträgern. Hierbei sind die durch den Krankenhausplan vorgegebenen Versorgungsaufträge und – für die Leistungserbringung in den einzelnen Fachgebieten – die Ärztliche Weiterbildungsordnung sowie für bestimmte Leistungen die Einhaltung von Mindestmengen (vergleiche Antwort zu Frage 8) zu beachten.

Eine Übersicht über die zukünftig zu erbringenden Leistungen nach Fachgebiet kann folglich von der Landesbehörde nicht erstellt werden.

17. Nach einer Umfrage in bremischen Krankenhäusern ergibt sich, dass nach Einschätzung der befragten Krankenhäuser innerhalb der nächsten drei bis vier Jahre Investitionen im Zusammenhang mit notwendigen Anpassungsmaßnahmen erforderlich werden. Wie ist diese Notwendigkeit mit den tatsächlichen Finanzierungsmöglichkeiten des Landes zu vereinbaren, und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die zukünftige medizinische Versorgung der Patienten im Land Bremen?

Ein Investitionsbedarf in Zusammenhang mit Anpassungsmaßnahmen an den durch die umfassende Einführung eines Preissystems – Fallpauschalen – ausgelösten Wettbewerb wird vor allem dort gesehen, wo durch Baumaßnahmen

1. die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser und Effizienz der Leistung erheblich verbessert werden kann, wie z. B. bei der Einrichtung von Aufnahmestationen und Durchführung von Neubaumaßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsabläufe,
2. die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Facharztpraxen und anderen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Gesundheitsdienstleistern im Sinne eines Gesundheitszentrums verbessert werden kann,

1) F&W Nr. 2, 2006.

3. integrierte Diagnostik-, Behandlungs- und Therapieabläufe etabliert werden mit dem Ziel, z. B. ergänzende Rehabilitationsangebote ortsnah einzurichten.

Die zu 1. genannten Bereiche sind grundsätzlich durch Zuschüsse des Landes nach den Kriterien des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes förderfähig und können entsprechend der Haushaltslage in ein Krankenhausbau- und mittelfristiges Investitionsprogramm aufgenommen werden. So wurden zum Bauprogramm 2006/2007 integrierte Aufnahmestationen, ein Diagnostikzentrum und ein Funktionsanbau zur Verbesserung der Abläufe im Krankenhaus angemeldet. Die Fördermöglichkeiten sind nicht bedarfsdeckend.

Die anderen Bereiche sind frei zu finanzieren, z. B. über eine Refinanzierung über Pflegesätze im Bereich der Rehabilitation.

Hierzu zählen die zu 2. genannten Gesundheitszentren. Sie werden bzw. sind mit entsprechenden Baumaßnahmen bereits bei fast allen Krankenhäusern eingerichtet.

Die Abschlüsse von Verträgen zu 3. über integrierte Diagnostik-, Behandlungs- und Therapieabläufe und der Ausbau rehabilitativer Angebote sind in der Vorbereitung. Mit Stand vom 31. März 2006 waren z. B. in Bremen 28 Verträge zur integrierten Versorgung abgeschlossen, an denen ca. 1.800 Patienten teilnehmen. Vor einem Jahr waren es elf Verträge mit ca. 800 Patienten. Auch damit sind in der Regel Baumaßnahmen verbunden, die frei zu finanzieren sind.

18. Wie viele auswärtige Patienten/-innen werden in den einzelnen Kliniken im Land Bremen versorgt?

In den Krankenhäusern im Land Bremen betrug der Anteil auswärtiger Patienten bezogen auf die Gesamtaufnahmen (voll- und teilstationär inklusive Psychiatrie) im Jahr 2004 37,4 %.

In Bremerhaven lag diese Quote mit 46,7 % vergleichsweise höher als in Bremen (34,8 %). In Bremerhaven liegen die krankenhausbezogenen Auswärtigenquoten zwischen 38,6 % im St.-Joseph-Hospital und 52,1 % im Klinikum Reinkenheide.

In der Stadt Bremen sind krankenhausbezogen deutliche Unterschiede erkennbar: überproportional viele Auswärtige werden im Klinikum Bremen Links der Weser, in der Roland-Klinik und in der Psychiatrie der AMEOS-Klinik Dr. Heines versorgt. Vergleichsweise wenige Patienten aus dem Umland werden im Klinikum Bremen-Ost, im DIAKO und im St.-Joseph-Stift behandelt.

Diese Verteilung ist vorrangig geprägt durch den Fachabteilungsmix – insbesondere das Angebot von Schwerpunkten – und die regionale Lage der Krankenhäuser mit der möglichen Konkurrenzsituation zu Krankenhäusern im Umland.

Krankenhaus	Aufnahmen gesamt	Aufnahmen Ausw ärtige	Ausw ärtige in %
Klinikum Bremen-Mitte	46.857	17.697	37,8
Klinikum Bremen-Ost	22.639	5.517	24,4
Klinikum Bremen-Nord	20.042	6.604	33,0
Klinikum Links der Weser	25.603	13.484	52,7
DIAKO ev. Diakonie-Krankenhaus	15.630	3.774	24,1
St. Joseph-Stift	18.158	4.878	26,9
Rotes-Kreuz-Krankenhaus	9.478	2.470	26,1
Roland-Klinik	5.665	2.686	47,4
AMEOS-Klinik Dr. Heines	2.194	1.001	45,6
Paracelsus-Kurfürstenklinik	3.764	1.138	30,2
Stadt Bremen gesamt	170.030	59.249	34,8
Klinikum Reinkenheide	24.161	12.586	52,1
Klinik Am Bürgerpark	12.169	5.283	43,4
St. Joseph-Hospital	11.175	4.316	38,6
Tagesklinik Virchow strasse	36	16	44,4
Stadt Bremerhaven gesamt	47.541	22.201	46,7
Land Bremen gesamt	217.571	81.450	37,4

- a) Wie viele direkte und indirekte Arbeitsplätze sichern die Kliniken im Land Bremen, und wie viele Arbeitsplätze generieren die auswärtigen Patienten/-innen?

Die direkte Beschäftigtenzahl des Krankenhaussektors (Vollkräfte) liegt im Jahr 2004 mit 9.700 Vollkräften – VK – leicht unter dem Stand von 1991. Mit etwa 13.000 Personen liegt die Zahl der Voll- und Teilzeitbeschäftigten des Krankenhaussektors in Bremen etwa auf dem Niveau der Beschäftigtenzahl des Ernährungsgewerbes (vergleiche BAW/BASYS-Gutachten). Unter Einbeziehung von Extrawachen kann man von ca. 14.500 Beschäftigten ausgehen, also einem Beschäftigungsfaktor von ca. 1,5 zur Vollkräftezahl.

Unter Berücksichtigung, dass

- die Gesamtkosten des bremischen Krankenhaussektors im Jahr 2004 ca. 769 Mio. € betragen (Statistisches Bundesamt),
- mit ca. 68 % der Großteil der Ausgaben auf Personalkosten entfällt,
- und ca. 236 Mio. € Erlöse unter Zugrundelegung des aktuellen Landesbasisfallwerts für Bremen über niedersächsische Patienten erwirtschaftet werden (etwa 44 % der Personalkosten),

kann man bei durchschnittlichen Personalkosten pro VK von ca. 50.000 € schätzungsweise etwa von 4.300 durch auswärtige Patienten generierte Vollkräfte im unmittelbaren Krankenhaussektor Bremens ausgehen. Das entspricht unter Zugrundelegung des obigen Beschäftigtenfaktors einer Anzahl von etwa 6.400 Beschäftigten.

Die wirtschaftlichen Aktivitäten des Krankenhaussektors führten zur Sicherung von zusätzlichen ca. 14.000 Arbeitsplätzen außerhalb dieses Bereichs, hiervon entfallen ca. 7.000 auf die Städte Bremen und Bremerhaven und 7.000 Arbeitsplätze vor allem auf das niedersächsische Umland. Somit können im Land Bremen einschließlich der Beschäftigung bei den Vorleistungsbranchen ca. 20.000 Arbeitsplätze direkt oder indirekt dem Krankenhaussektor zugeordnet werden.

Von den oben genannten 7.000 indirekt Beschäftigten im Land Bremen entfallen geschätzt ca. 2.500 bis 3.000 Beschäftigte auf die Auswärtigenversorgung. Insgesamt werden danach durch die Krankenhausversorgung auswärtiger Patienten im Land Bremen zwischen 9.000 und 10.000 Arbeitsplätze generiert.

19. Wie werden die oberzentralen Leistungen in der Gesundheitsversorgung bei der Finanzverteilung der Länder berücksichtigt?

Der bundesstaatliche Finanzausgleich nach Artikel 107 GG berücksichtigt die oberzentralen Leistungen in der Gesundheitsversorgung, die in den Stadtstaaten bereit gehalten werden, nicht direkt.

In der Ermittlung der Bandbreiten zulässiger Einwohnerwertungen der Stadtstaaten im bundesstaatlichen Finanzausgleich wurden nach dem Gutachten des IFO-Instituts (München) aus dem Jahre 1986 u. a. die realen staatlichen Leistungen in den Großstädten (ohne die Stadtstaaten) der Jahre 1980 bis 1984 erfasst. Zu den realen staatlichen Leistungen in den Großstädten gehörte auch der Bereich „Krankenhäuser“. Eine direkte Zurechnung dieser realen staatlichen Leistungen auf die im Endergebnis vom Gesetzgeber festgelegte Einwohnerwertung für die Stadtstaaten von 135 % ist nicht möglich.

Das Gutachten des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (2001) „Abstrakte Mehrbedarfe im Länderfinanzausgleich“, das der Entscheidung des Gesetzgebers zur Einwohnerwertung bei der letzten Finanzausgleichsreform im Jahre 2001 zugrunde lag, berücksichtigt die oberzentralen Leistungen der Stadtstaaten bei der Aufgabe „Einrichtungen des Gesundheitswesens“ nicht, „da der statistische Zusammenhang zwischen den Mehrausgaben je Einwohner in diesen Aufgabenbereichen und den entsprechenden Bedarfsindikatoren nicht signifikant war“ (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, „Abstrakte Mehrbedarfe im Länderfinanzausgleich“, Bonn, 2001, S. 72 f. und 81 f.).

20. Welche steuerlichen Effekte erbringen die Kliniken inklusive ihrer Zulieferer im Land Bremen?

Für die Betrachtung der unmittelbaren steuerlichen Effekte der Krankenhäuser werden die vom Aufkommen her bedeutsamen bremischen Steuerquellen betrachtet, nämlich die Gewerbesteuer, die Lohnsteuer/veranlagte Einkommenssteuer, die Körperschaftsteuer und die Umsatzsteuer.

Das Lohn- und Einkommenssteueraufkommen der direkt Beschäftigten des Krankenhaussektors kann nach einer Erhebung des Progressinstituts für Wirtschaftsforschung (PIW) von 1993 und einer Studie des BAW/BASYS – Institut für Wirtschaftsforschung – von 2002 auf etwa 27 Mio. € bis 30 Mio. € geschätzt werden. Es liegt damit auf einem mit dem Ernährungsgewerbe im Land Bremen vergleichbaren Niveau (ca. 25 Mio. €²⁾).

Bei der Lohnsteuer gilt als Modifikation vom Grundsatz des örtlichen Aufkommens das so genannte Wohnortprinzip, d. h., die Steuern der in Bremen beschäftigten Umlandbewohner fließen in vollem Umfang an deren Wohnortgemeinden. Dieser Verteilungsmechanismus verursacht für Bremen und Bremerhaven hohe Steuerabflüsse, denn beide Städte weisen aufgrund der Suburbanisierungstendenzen der letzten Jahrzehnte einen hohen Anteil an Berufspendlern aus Niedersachsen auf. Dieser Effekt ist in der obigen Schätzung berücksichtigt.

Die Körperschaftsteuer fällt kaum ins Gewicht, da die Krankenhäuser nur zum Teil Körperschaftsteuer entrichten und in der Regel nicht steuerpflichtig sind bzw. davon befreit sind. Ähnliches gilt für die Gewerbesteuer und die Umsatzsteuer. Nach Auskunft des Statistischen Landesamtes sind von 14 Krankenhäusern im Land Bremen nur fünf umsatzsteuerpflichtig mit einer Umsatzsteuervorauszahlung von 62 T€.

2) Die regionalwirtschaftliche und arbeitsmarktpolitische Bedeutung der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen; Gutachten BASYS, S 34, 57, 94 ff.