

***Mitteilung des Senats vom 14. Juni 2005***

***Strategische Neuausrichtung der Klinika der Gesundheit Nord gGmbH***

***Klinikverbund Bremen***

Das öffentliche Gesundheitswesen steht auch in Bremen vor großen Herausforderungen. Aufgrund der gesetzlichen Änderungen in der Betriebskostenfinanzierung für Krankenhäuser wird das Prinzip „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ sukzessive umgesetzt. Zukünftig spielt die Kostensituation eines Hauses dabei keine Rolle mehr, weil ein einheitlicher Preis gezahlt wird.

Der Senat informiert die Stadtbürgerschaft mit dieser Mitteilung im Folgenden über den derzeitigen Stand der bisherigen Beratungen im Aufsichtsrat der Gesundheit Nord gGmbH (im Folgenden: Holding oder Gesundheit Nord) über eine Umstrukturierung der Klinika der Gesundheit Nord. Dem Aufsichtsrat lag dazu im Februar 2005 ein „Konzept zur strategischen Neuausrichtung der Klinika der Gesundheit Nord“ vor (Anlage 1). Die Beratungen hierüber sind im Aufsichtsrat nicht beendet, eine abschließende Bewertung steht aus. Für die finanzielle Bewertung der in diesem Konzept gemachten Umstrukturierungsvorschläge liegt ein entsprechendes Gutachten vor (Anlage 2), ebenso die Ergebnisse der so genannten Konsensgespräche zwischen der Geschäftsführung der Gesundheit Nord und der Arbeitnehmer/-innen-Vertretung zu diesem Konzept (Anlage 3).

Der Aufsichtsrat wird seine Prüfungen nach der parlamentarischen Sommerpause abschließen und diese Bewertungen voraussichtlich im Herbst vornehmen.

Der Senat selbst hat sich noch nicht inhaltlich mit dem Strategiekonzept und den Ergebnissen der Konsensgespräche befasst. Er wird sich vor einer abschließenden Beschlussfassung des Aufsichtsrates der Gesundheit Nord mit der strategischen Neuausrichtung der Klinika der Gesundheit Nord gGmbH Klinikverbund Bremen befassen.

Der Aufsichtsrat der Holding hat am 21. Februar 2005 zu dem Konzept folgenden Beschluss gefasst:

Der Aufsichtsrat der Gesundheit Nord gGmbH nimmt das vorgelegte Konzept „Strategische Neuausrichtung der Klinika des Klinikverbundes Bremen“ zur Kenntnis. Er stimmt den darin ausgewiesenen standortübergreifenden Zentrumsbildungen mit einheitlichen medizinischen Qualitätsstandards und einheitlicher medizinischer Leitungsstruktur zu.

Der Aufsichtsrat bittet die Gesundheit Nord gGmbH zur abschließenden Entscheidung bis zur nächsten Aufsichtsratsitzung folgende Klärungen herbeizuführen und vorzulegen:

- Auswirkungen auf die Landeskrankenhausplanung,
- Darstellung der wesentlichen personellen Auswirkungen,
- Steigerung der Qualitäts- und Leistungsentwicklung,
- Ergebnisentwicklung der Einzelbetriebe und der Holding bis 2009 und damit verbundene Finanzierungsplanungen auf Grundlage von Status-quo-Einflussgrößen,
- Zeit-Maßnahmen-Plan.

Danach haben die Aufsichtsräte der Klinikum Bremen-Ost gGmbH, der Klinikum Bremen-Nord gGmbH, der Klinikum Links der Weser gGmbH und der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH den Beschluss des Aufsichtsrates der Holding zur Kenntnis genommen. Einheitlich wurden die Geschäftsführungen der Klinika gebeten, gemeinsam mit den Betriebsräten einen beteiligungsorientierten Prozess zu organisieren und klinika-spezifische Klärungen zu den im Strategiepapier aufgezeigten Konzeptvorschlägen vorzunehmen.

Die städtische Deputation für Arbeit und Gesundheit wurde auf ihrer Sitzung am 10. März 2005 über das Konzept und die Beschlüsse der Gremien der Gesundheit Nord gGmbH informiert.

Die von den Aufsichtsräten erbetene betriebswirtschaftliche Prüfung wurde durch die Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH vorgenommen. In dem Beteiligungsprozess wurden am 24. und 25. Mai Konsensgespräche geführt (siehe Anlage 3).

Der Aufsichtsrat der Holding hat am 7. Juni 2005 folgenden Beschluss gefasst:

- Unter Bezugnahme auf den Beschluss des Aufsichtsrates vom 21. Februar 2005 zu der im Strategieplan aufgezeigten Neuausrichtung der Klinika der Gesundheit Nord nimmt der Aufsichtsrat die Ergebnisse der Konsensgespräche zur Kenntnis. Er beauftragt die Geschäftsführung, die sich unter Einbeziehung der Ergebnisse der Konsensgespräche ergebenden wirtschaftlichen Effekte ergebnisoffen bis zur nächsten Sitzung zu prüfen und einen Zeit-Maßnahmen-Plan vorzulegen.
- Der Aufsichtsrat bittet die notwendigen Abstimmungen mit der Landeskrankenhausplanung und den Kostenträgern aufzunehmen und mit dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales die notwendigen politischen Abstimmungsprozesse einzuleiten.

Den Aufsichtsräten der Klinika gGmbH wird auf ihren Sitzungen am 14., 16., 20. und 27. Juni 2005 berichtet.

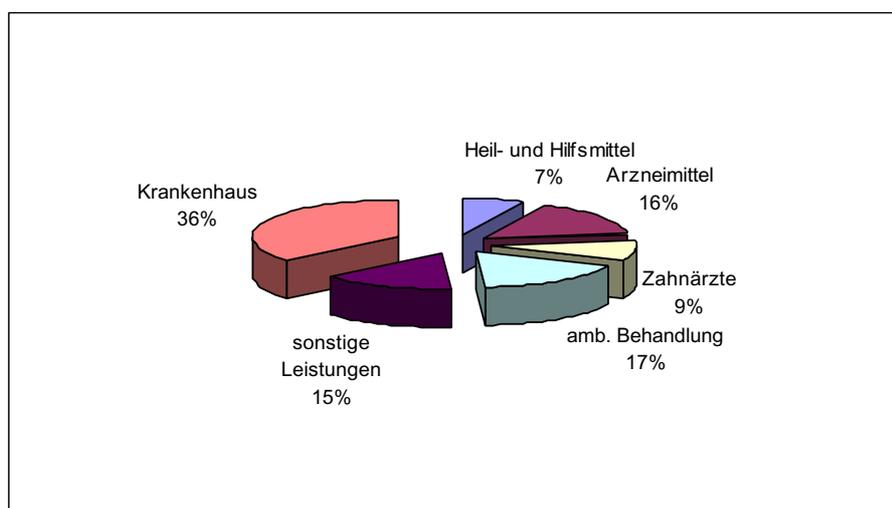
**Konzept zur strategischen Neuausrichtung  
der Klinika  
der GesundheitNord gGmbH; Klinikverbund Bremen**

**Inhaltsverzeichnis:**

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Entwicklung des Risikopotenzials u. Notwendigkeit zum Handeln .....</b>	<b>7</b>
<b>4. Strategisch - operative Positionierung.....</b>	<b>11</b>
4.1 Darstellung der aktuellen Situation .....	11
4.2 Medizinische Kompetenzzentren („MKZ“).....	11
4.2.1 Idealtypischer Aufbau eines MKZ.....	12
4.2.2 Hierarchische Eingliederung und Personalstruktur .....	13
4.3 Darstellung der Einzelmaßnahmen .....	14
4.3.1 Kernleistungsbereich Medizin: Zentrenbildung .....	14
4.3.1.1 Kopfzentrum .....	15
4.3.1.2 Lungenzentrum .....	17
4.3.1.3 Gefäßzentrum .....	19
4.3.1.4 Zentrum für Altersmedizin .....	20
4.3.1.5 Bauchzentrum .....	21
4.3.1.6 Zentrum für Geburtshilfe, Perinatalmedizin und Pädiatrie .....	24
4.3.1.7 Onkologisches Zentrum.....	26
4.3.1.8 Zentrum für Psychiatrie, Psychosomatik u. Psychotherapie.....	28
4.3.1.9 Zentrum für Ästhetische– u. Wiederherstellungschirurgie .....	28
4.3.1.10 Herzzentrum .....	30
4.3.1.11 Kompetenzzentrum für Prävention und Früherkennung .....	31
4.3.2 Entwicklung in der Chirurgie.....	32
4.3.3 Zentrum für Transsektorale Notfallmedizin auf Krankenhausebene .....	33
4.3.4 Sekundärleistungsbereich: Wo liegen weitere Synergiepotenziale .....	35
<b>5. Nächste Schritte .....</b>	<b>38</b>

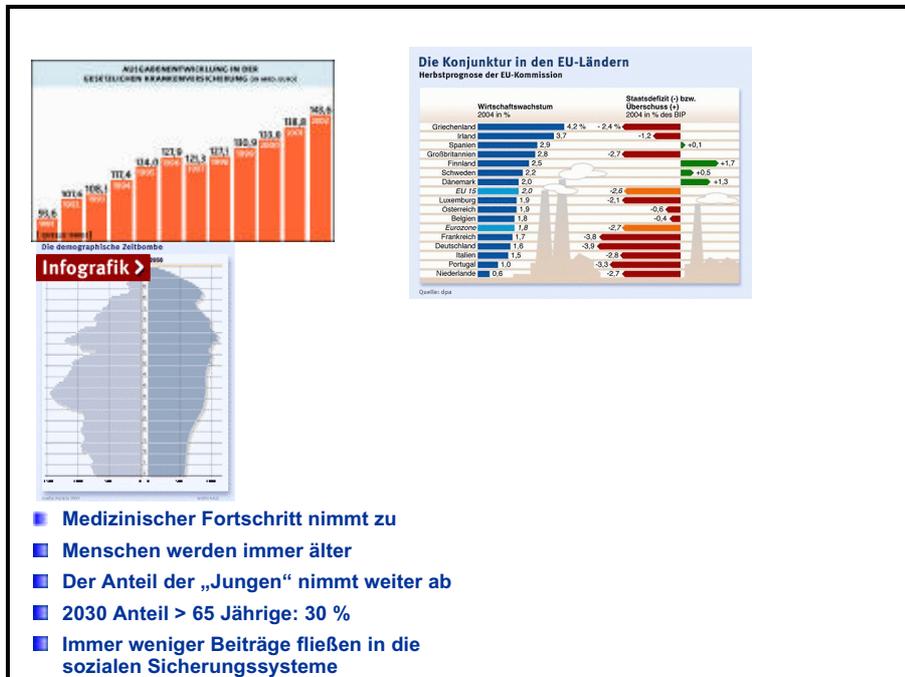
## 1. Einleitung und Ausgangssituation

Das öffentliche Gesundheitswesen steht, wie in allen anderen Bundesländern, auch in Bremen vor großen Herausforderungen. Schlagwörter wie Investitionsstau, steigende Sozialversicherungsbeiträge und Kostenexplosion prägen die Diskussion. Immer wieder wird dabei eine Assoziation zwischen dem Stichwort Kostenexplosion und der stationären Krankenhausversorgung hergestellt, die mit einem Ausgaben volumen von ca. 72 Mrd. Euro (Jahr 2001) knapp 40% der Gesamtausgaben den größten Kostenblock in der Ausgabenstruktur der GKV ausmacht.



Insofern nehmen die Entwicklungen im Krankenhauswesen einen erheblichen Einfluss auf das deutsche Gesundheitswesen. Ebenso wird deutlich, dass die Sozialleistungsträger ein enormes Interesse an der Ausgabendämpfung in diesem Sektor haben. Diesem Interesse steht jedoch die sich verändernde Demographie entgegen, so dass sich das Krankenhaus heute mehr denn je im Spannungsfeld zwischen steigendem Bedarf an akutstationären Leistungen und immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen befindet. In den nächsten Jahrzehnten wird der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung weiter zunehmen. Da ein kausaler Zusammenhang zwischen Alter und Multimorbidität sowie zwischen Multimorbidität, Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthalts und Verweildauer als erwiesen gilt, ist auch für die nächsten Jahre mit einem steigenden Bedarf an Krankenhausleistungen zu rechnen, der die Ausgabenseite der Gesetzlichen (GKV) wie auch der Privaten Krankenversicherungen (PKV) weiter strapazieren wird. Bedingt durch die nur verhaltene gesamtwirtschaftliche Entwicklung und die weiterhin hohe Arbeitslosenquote

bleibt die Einnahmeseite der Sozialleistungsträger hinter der Ausgabenseite zurück, wie die folgende Abbildung deutlich zeigt.



Diese Tatsache führt dazu, dass der Kostendruck auf die Krankenhäuser weiter zu nehmen wird. Die gesetzgeberischen Aktivitäten wie z.B. das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (GMG) spiegeln dies eindeutig wider. Die „Scharfschaltung“ der DRGs wird bereits in der Konvergenzphase zu drastischen Erlösrückgängen für die GesundheitNord führen, so dass die Notwendigkeit einer optimierten und wirtschaftlichen Betriebsführung immer bedeutsamer wird.

Mit dem nachfolgenden Konzept sollen Lösungsvorschläge auf die sich ändernden Rahmenbedingungen gefunden werden, um die wirtschaftliche Existenz der Klinika der GesundheitNord gGmbH dauerhaft zu sichern. Als inhaltliche Rahmenvorgabe wurde die Sicherstellung des Leistungszugangs und die Qualität der Versorgung der Bevölkerung formuliert.

## 2. Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen

Die Entwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland wird in den nächsten Jahren darauf ausgerichtet sein, sektorale Grenzen abzubauen und integrierte Versorgungs- und Behandlungskonzepte zu etablieren. Dabei wird die Entwicklung medizinisch-strategischer Konzepte wesentlich durch folgende zentrale Trends im Gesundheitswesen beeinflusst:

- **Gesetzgebung**

Wesentliche Initiativen des Gesetzgebers, so auch das GMG, zielen auf die Einführung integrierter, sektorübergreifender Versorgungsformen sowie die Kostensenkung im Gesundheitswesen. Die Leistungen sind entsprechend wirtschaftlich und bedarfsgerecht zu erbringen. Diese Thesen finden ihre neuerliche Bestätigung in Ziffer 3 des GSG, wo es heißt: *„Eine an den Patientenbedürfnissen orientierte Gestaltung der Versorgung muss das Sektorendenken überwinden ...“* und *„Ein Wettbewerb zwischen den unterschiedlichen Versorgungsformen kann außerdem Innovationen beschleunigen und Effizienzreserven erschließen“*.

- **Patient**

Auf Grund der Überalterung der Gesellschaft in Westeuropa, die durch den ständigen Fortschritt in der Medizin/Medizintechnik unterstützt wird, kommt es zu einer starken Zunahme der Multimorbidität. Weiterhin kennzeichnen steigende Ansprüche den Patienten der Zukunft.

- **Medizin**

Krankheiten werden künftig besser und früher zu diagnostizieren sein. Herz-Kreislaufkrankungen, chronisch-degenerative Erkrankungen und psychisch-psychosomatische Erkrankungen werden in Prävalenz und Inzidenz weiter stark zunehmen, wohingegen die Häufigkeit bösartiger Neubildungen in etwa gleich bleiben wird. Präventionsmaßnahmen werden eine zunehmend wichtigere Rolle spielen. Dies wird beispielsweise durch die stärkere gesetzliche Forderung nach besserer Finanzierung von Früherkennungsprogrammen (Check-ups) für jüngere Patienten umgesetzt werden. Therapeutisch werden Individualtherapien stark an Bedeutung gewinnen. Auch diese These bestätigt sich in den gesetzgeberischen Aktivitäten.

- **Mitarbeiter**

An Weiterbildung und Spezialisierung der Mitarbeiter werden bei der rasant wachsenden Wissensentwicklung immer höhere Anforderungen gestellt mit der Folge, dass die qualifizierten Arbeitskräfte knapp werden.

- **Kostenträger**

Neben der Sicherung der Beitragssatzstabilität werden die Kostenträger verstärkt in die Leistungssteuerung eingreifen. Eindeutige Umsetzungs- und Legitimations-Hinweise (§ 116a SGB V, § 116b Abs. 2 SGB V, § 106b Abs. 6 SGB V, u.a.) hierauf finden sich ebenfalls im Entwurf zum GMG bzw. werden dort wieder aufgegriffen.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Entwicklungstendenzen und Trends und unter Würdigung der daraus abzuleitenden Implikationen entstanden die Grundsäulen unserer Unternehmensstrategie, die sich schlagwortartig wie folgt beschreiben lässt:

- Wirtschaftliche Patientenversorgung auf höchstem medizinischen und technischen Niveau;
- Innovationsführerschaft in Medizin und Technik;
- Sicherstellung der medizinischen Versorgung in der Region Bremen und umzu;
- Ausbau medizinischer Schwerpunkte und Stärkung der Leistungsfähigkeit;
- Langfristige und gezielte Personalentwicklung;
- Generieren von Ertragskraft, um die Zukunftsinvestitionen sicher aus eigenen Mitteln finanzieren zu können.

### **3. Entwicklung des Risikopotenzials und Notwendigkeit zum Handeln**

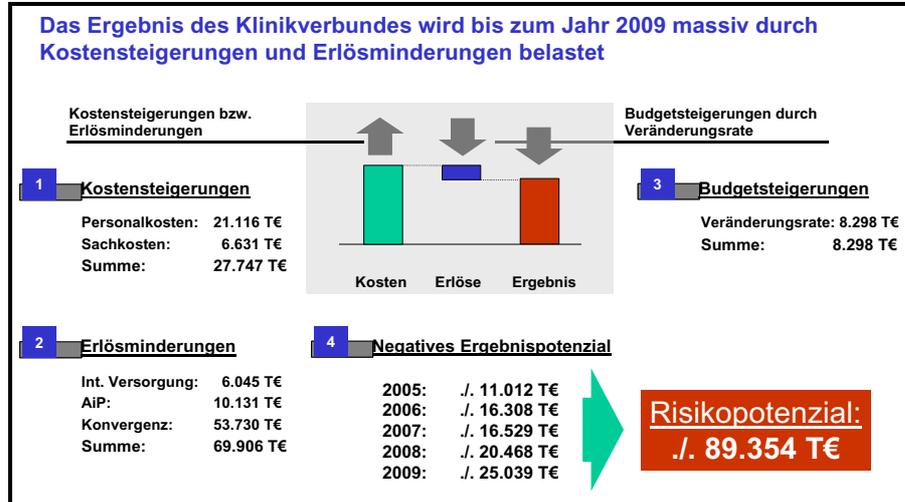
Aufgrund der gesetzlichen Änderungen bei der Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser, die mit dem Start der Konvergenzphase im Jahr 2005 beginnt, wird das Prinzip „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ sukzessive umgesetzt. Unabhängig von Struktur, Versorgungsstufe und mit den Kostenträgern vereinbartem Leistungsumfang soll zunächst landesweit für gleiche Leistungen (DRG) ein einheitlicher Preis gezahlt werden; die individuelle Kostensituation des Einzelhauses spielt dabei keine Rolle mehr und wird dementsprechend bei der Vergütungsfindung nicht mehr mit berücksichtigt.

Im Zuge der Konvergenzphase werden hausindividuelle Kostensituationen auf einen landeseinheitlichen Wert angepasst (konvergiert) und letztendlich normiert. Somit ist in der Theorie und nach dem Willen des Gesetz- und Verordnungsgebers gleich, was in der Realität nicht gleich sein kann.

Für Häuser, die mit ihrer hausindividuellen Kostensituation über der festgelegten Landesbaserate liegen, resultiert aus dieser Anpassung ein Erlösrisiko, dass je nach ursprünglicher Differenz zum Einheitswert erhebliche Dimensionen annehmen kann. Für die Holdinghäuser beträgt dieses Erlösrisiko in den nächsten vier bis fünf Jahren und nach jetzigem Kenntnisstand ca. 50 Mio. Euro; das Gesamtrisiko für den Unternehmensverbund liegt unter Berücksichtigung künftiger Kostensteigerungen bei ca. 89 Mio. Euro. Hieraus wird ersichtlich, dass dringend Kostenanpassungen durch Strukturänderungen umzusetzen sind, um die Klinika der GesundheitNord wirtschaftlich in ihrem Bestand nicht zu gefährden und langfristig zu sichern.

Eine Kostenanpassung ist auch vor dem Hintergrund des Wegfalls bzw. Auslaufens des Kontrahierungszwanges dringend erforderlich. Den Kostenträgern wird künftig die Möglichkeit der selektiven Kontrahierung gegeben, was bedeutet, dass Kostenträger Leistungen künftig in dem Krankenhaus einkaufen werden, das die „besten“ Konditionen bietet, wobei sich dann die Kontrahierung auf mindestens die Fachabteilungsebene beziehen wird. Klinika, die aufgrund schlechter Kostenstrukturen nicht in der Lage sind, auch unterhalb des festgelegten DRG-Erlöses Leistungen anzubieten, werden auch auf der Leistungs- bzw. Erlösseite mit zusätzlichen angebotsinduzierten Risiken rechnen müssen. Die folgende Grafik zeigt noch einmal exemplarisch das erwartete Erlös-, Kosten und Ergebnisrisiko, dass sich aus der Änderung der

Betriebskostenfinanzierung zum einen und aus der antizipierten Kostensteigerung im Personal- und Sachkostenbereich zum anderen ergibt:



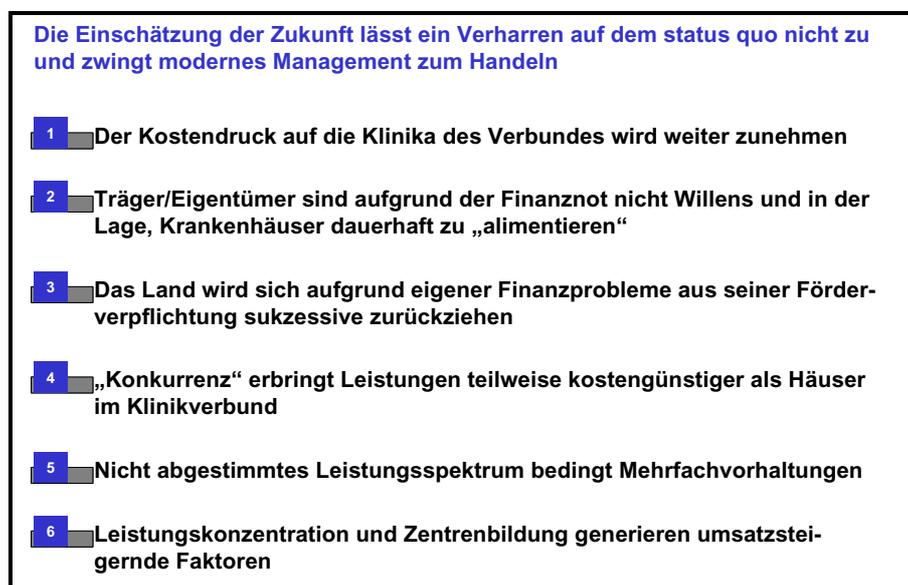
Ein weiteres Risiko bzw. eine weitere Handlungsaufforderung ergibt sich daraus, dass die öffentlichen Träger/Eigentümer aufgrund der Finanznot weder Willens noch in der Lage sein werden, defizitär arbeitende Krankenhäuser dauerhaft zu „alimentieren“. Da der Sinn und Zweck eines Wirtschaftsunternehmens nicht darin begründet sein kann, Defizite zu erwirtschaften, kann dieser Forderung nur schwerlich mit Sachargumenten begegnet werden. Die wesentliche Aufgabe des Managements besteht also darin, die Krankenhäuser so aufzustellen, dass eine finanzielle Unterstützung durch die (öffentlichen) Eigentümer nicht notwendig ist. Hier wird es jedoch darauf ankommen, inwieweit Eigentümer, Politik und Kostenträger bereit sind, notwendige Änderungen mit zu tragen und durch ihr aktives Tun zu beschleunigen.

Als ebenso risikobehaftet bewertet die Geschäftsführung der GesundheitNord die Förderproblematik. Es ist davon auszugehen, dass sich das Land aufgrund eigener Finanzprobleme sukzessive aus seiner Förderverpflichtung zurückziehen wird. Dementsprechend müssen Krankenhäuser - sofern sie auch künftig in moderne Medizintechnik und Personal investieren wollen - eigene Finanzmittel für diese Investitionen erwirtschaften. Um nicht zu sehr in die Abhängigkeit des freien Kapitalmarktes zu gelangen, müssen Rücklagen (aus Gewinnen) für Zukunftsinvestitionen gebildet werden. Aber auch für den Fall, dass sich eine Fremdfinanzierung/Teilfremdfinanzierung nicht in allen Fällen ausschließen lässt, spielt die Wirtschaftlichkeit bei der Frage der Bonitätsbewertung durch die Kreditinstitute eine gro-

ße Rolle (Basel II). Diese wiederum hat unmittelbaren Einfluss auf die Risikoeinschätzung der Banken und somit auf Finanzierungskosten (Zinssatz).

Als zumindest mittelfristig risikobewährt muss die Tatsache eingestuft werden, dass Mitbewerber in Bremen Krankenhausleistungen teilweise kostengünstiger erbringen als Verbundhäuser. Sollte der Kontrahierungszwang tatsächlich entfallen, so besteht das theoretische Risiko, dass Kostenträger Leistungen in den Häusern „einkaufen“, wo sie aus Sicht der Kostenträger zu (primär gesehen) geringeren Ausgaben führen (Bremer Patienten). Aber auch vor dem Hintergrund einer 30%-igen niedersächsischen Belegungsquote sollte uns bewusst sein, dass durchaus das Risiko besteht, dass niedersächsische Patienten auch in niedersächsische Häuser gesteuert werden. In Anbetracht der Differenz in den Landesbaserates von ca. 300 Euro ist dieses Ansinnen durchaus nachvollziehbar.

Die folgende Grafik zeigt auszugsweise Risiken und Einschätzungen, die die Geschäftsführung des Verbundes als Handlungsaufforderung versteht:



Vor den geschilderten Auswirkungen des DRG Systems und der daraus abgeleiteten Risikoprognose wird deutlich, dass moderne Krankenhäuser leistungsfähige, prozess- und ergebnisorientierte Strukturen benötigen, um die Herausforderungen der Zukunft dauerhaft zu meistern. Nur die Abkehr von tradierten, durch Inflexibilität gekennzeichneten Strukturen und die Einführung einer zeitgemäßen Organisation kann

einem so komplexen System die notwendige Dynamik verleihen, um dauerhaft am „Markt“ bestehen zu können.

Die Geschäftsführung der GesundheitNord ist sich sicher, mit dem Modell der medizinischen Kompetenzzentren eine solche Organisationsform gefunden zu haben, wobei die strategische Neuausrichtung sich auf vier wesentliche Grundthesen stützt und ihnen folgt:

- Leistungskonzentration;
- Spezialisierung und Differenzierung;
- Aufbau und Angebot integrativer Versorgungskonzepte;
- Ständige und nachhaltige Prozessoptimierung.



#### 4. Strategisch - operative Positionierung

##### 4.1 Darstellung der aktuellen Situation

Die derzeitige Situation ist unter anderem historisch geprägt durch eine Vielzahl von Mehrfachvorhaltungen von Fachabteilungen innerhalb des Unternehmensverbundes. Weiterhin sind in den Fällen, in denen die angesprochenen Redundanzen auf Ebene der Fachabteilung vorliegen, nur selten klare Schwerpunkt- oder Spezialitätenbildungen vorgenommen worden, so dass eine Außen- und Binnendifferenzierung nur teilweise stattfand. Eine Leistungskonzentration auf einen bestimmten Standort innerhalb des Klinikverbundes fand ebenfalls nur in wenigen Einzelfällen (Kardiologie) statt. Der „Patientenpfad“ durch das Krankenhaus ist in solchen Organisationsformen verschlungen, häufig von Diskontinuitäten geprägt und oftmals ineffizient. Da diese Organisationsform wie bereits dargelegt unter der Ägide immer knapper werdender Leistungsentgelte nicht mehr adäquat ist, soll diese Form der Aufbau- und Ablauforganisation in großen Teilen durch eine den Anforderungen an die Zukunft Rechnung tragende Struktur ersetzt werden.

##### 4.2 Medizinische Kompetenzzentren („MKZ“)

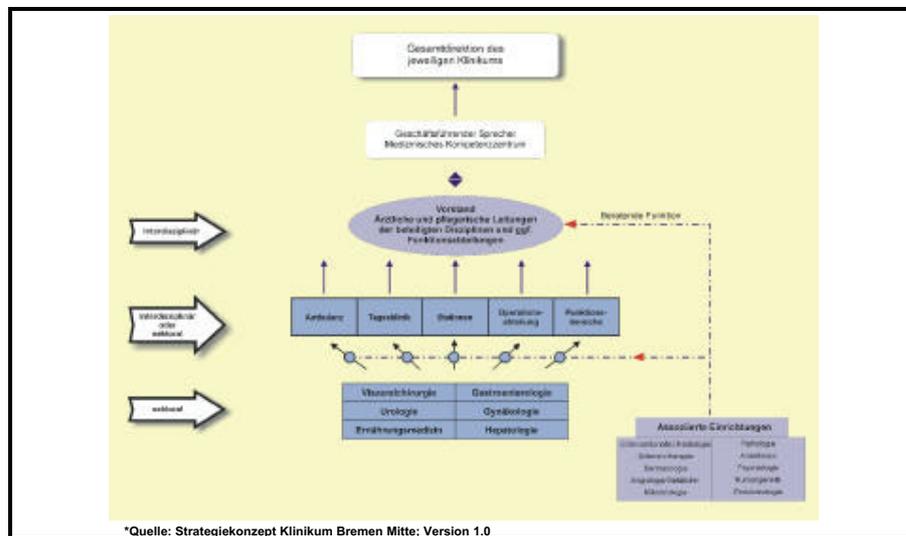
Gesucht wurde eine Organisationsform, die in der Lage ist, auch unter begrenzten finanziellen Mitteln eine qualitativ hochwertige Medizin anzubieten. Gleichzeitig sollte die Forderung nach Leistungskonzentration und/oder einem hohen Grad an Spezialisierung als weiteres Strukturmerkmal umgesetzt werden. Die Geschäftsführung des Klinikverbundes Bremen ist sich sicher, eine solche Organisationsform mit dem Konzept der „Medizinischen Kompetenzzentren“ gefunden zu haben. Mit ihr wird die alt hergebrachte und den ökonomischen Herausforderungen der Gegenwart nicht mehr gewachsene Aufbauorganisation mit starrem Fachabteilungsbezug abgelöst. Ein Medizinisches Kompetenzzentrum definiert sich als **interdisziplinäre, funktionale und interprofessionelle Einheit**, die losgelöst von strikt autonomer Fachabteilungs-zuordnung organ- bzw. organgruppenbezogen Patienten behandelt und medizinische Probleme löst.

Die Grundüberlegungen, die zur Entwicklung medizinischer Kompetenzzentren führten, war unter anderem die folgende Erkenntniskaskade:

1. **Wenn** die Bezahlung eines Behandlungsfalls der Lösung eines medizinischen Problems folgt, **dann**
2. **müssen** Strukturen und Prozesse so organisiert sein, dass die Problemlösung möglichst effizient und ressourcenneutral erfolgt.
3. Hierzu müssen vorhandene Schnittstellen in Diagnostik und Therapie aufgehoben und beseitigt werden,
4. was zu einer Auflösung von Fachabteilungsstrukturen führt und substitutiv zur Bildung von interdisziplinären/interprofessionellen Zentren, die organ- oder organgruppenbezogen arbeiten.
5. Quasi organisationsform-immanent werden die qualitätssichernden Faktoren „Leistungskonzentration und Spezialisierung“ umgesetzt.

#### 4.2.1 Idealtypischer Aufbau eine MKZ

Zum besseren Verständnis zeigt die folgende Abbildung den schematischen und idealtypischen Aufbau eines Medizinischen Kompetenzzentrums am Beispiel des Bauchzentrums:



Die Sektion stellt die kleinste Einheit innerhalb der neuen Organisationsform dar und ist nach „alter“ Terminologie einer Klinik, einer Fachabteilung, einem Institut oder einer Subspezialisierung gleichzusetzen. Verschiedene und im logischen Sachzusammenhang (meist Organbezug) stehende Sektionen bilden dann gemeinsam auf sektoraler Ebene als „Kernsektionen“ das Kompetenzzentrum im engeren Sinne.

Regelhaft in den Behandlungsprozess eingebundene komplementäre medizinische, therapeutische oder diagnostische Einrichtungen unterstützen die Kernsektionen; sie werden als assoziierte Einrichtungen oder assoziierte Sektionen bezeichnet. Gemeinsam mit den Kernsektionen bilden sie das medizinische Kompetenzzentrum im weiteren Sinne. Das Kompetenzzentrum betreibt verschiedene Einrichtungen und Funktionsbereiche wie zum Beispiel Ambulanzen, Stationen und tagesklinische Plätze sowie weitere Funktionsbereiche (interdisziplinär oder sektoral).

#### *4.2.2 Hierarchische Eingliederung und Personalstruktur*

Ein solch weitreichendes Reengineering betrieblicher Abläufe führt zwangsläufig auch zu Änderungen in bezug auf die hierarchische Eingliederung von Stelleninhabern sowie auf die Personalstruktur allgemein. Aufgabe dieses Abschnitts ist es, diese Änderungen kurz zu beschreiben.

Die jeweiligen ärztlichen und pflegerischen Leiter der im Zentrum zusammengeschlossenen Sektionen bilden in ihrer Gesamtheit den Vorstand des Zentrums. Die Leitungen der assoziierten Einrichtungen und Sektionen beraten den jeweiligen Zentrumsvorstand in Sach- und Fachfragen. Sie sind nicht dauerndes und ordentliches Mitglied des Zentrumsvorstandes, sondern haben ein ausschließlich beratendes Mandat inne.

Aus dem Kreis des Zentrumsvorstandes wird im turnusmäßigen (ein- oder zweijährig) Wechsel der geschäftsführende Sprecher des medizinischen Kompetenzzentrums gewählt, der das Zentrum offiziell nach außen und gegenüber der Geschäftsführung des Gesamtklinikums vertritt. Der geschäftsführende Sprecher des Zentrums verfügt insbesondere über folgende Aufgaben und Verantwortlichkeiten:

- Organisationsverantwortung für das MKZ;
- Budgetverantwortung;
- Öffentlichkeitsarbeit;
- Kooperation mit niedergelassenen Ärzten/Einweisern;
- Organisation der interdisziplinären Fortbildung;
- Organisation der Qualitätssicherung.

#### 4.3 Darstellung der Einzelmaßnahmen

Nach den deskriptiven und einleitenden Abschnitten ist der weitere Verlauf des Konzepts der Darstellung der Einzelmaßnahmen vorbehalten. Entsprechend ihrer „Wertigkeit“ bzw. ihrer Patientennähe ist das Gesamtleistungsgeschehen aufgeteilt in die beiden Bereiche:

- Kernleistungsbereich Medizin sowie
- Sekundärleistungsbereich Infrastruktur.

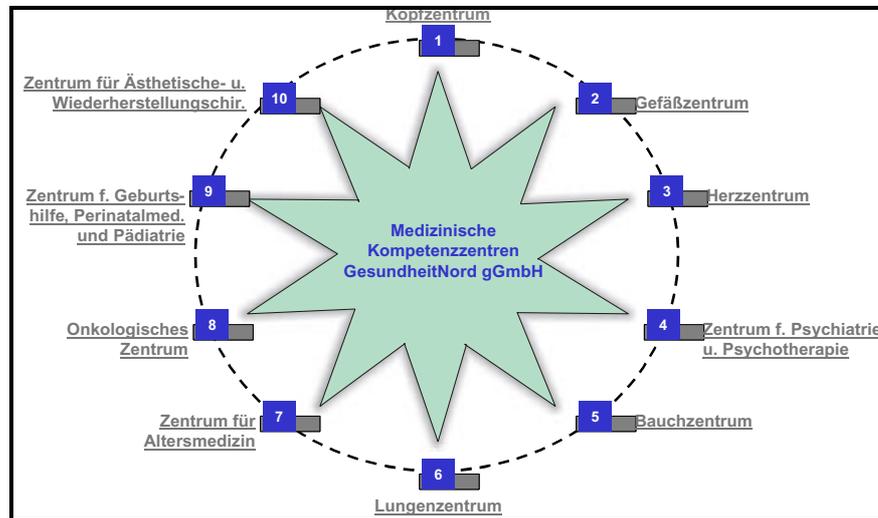
##### 4.3.1 Kernleistungsbereich Medizin: Zentrenbildung

Das medizinische Leistungsgeschehen der Klinika der GesundheitNord wird aus Gründen der Profilschärfung und einer eindeutigen Außen- und Binnendifferenzierung neu ausgerichtet. Kernelement hierbei ist die Neuorganisation des Leistungsgeschehens in Medizinischen Kompetenzzentren mit einem eindeutigen Organ- bzw. Organgruppenbezug. Die GesundheitNord plant insgesamt 11 Kompetenzzentren auf Klinikverbund-Ebene zu etablieren. Hierbei handelt es sich um folgende Zentren:

1. Kopfzentrum;
2. Lungenzentrum;
3. Herzzentrum;
4. Bauchzentrum;
5. Gefäßzentrum;
6. Zentrum für Altersmedizin;
7. Zentrum für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie;
8. Zentrum für Geburtshilfe, Perinatalmedizin und Pädiatrie;
9. Onkologisches Zentrum;
10. Zentrum für Ästhetische- und Wiederherstellungschirurgie;
11. Zentrum für Prävention und Früherkennung.

Neben der eindeutigen Differenzierungsfunktion werden durch die Änderung unnötige Mehrfachvorhaltungen innerhalb des Klinikverbundes weitestgehend abgebaut. Sofern Mehrfachvorhaltungen aus Gründen der Sicherstellung des (wohnortnahen) Leistungszugangs für die Bevölkerung nicht abgebaut werden können, werden die betroffenen Klinika/Fachabteilungen o.ä. als Mindestvoraussetzung perspektivisch unter einheitliche Leitung gestellt. So ist es möglich, Behandlungsstandards und qualitätssichernde Maßnahmen standortübergreifend einzuführen und dauerhaft zu ge-

währleisten. Die folgende Abbildung zeigt die beabsichtigten Medizinischen Kompetenzzentren auf GesundheitNord-Ebene im Überblick<sup>1</sup>:



#### 4.3.1.1 Kopfzentrum am Klinikum Bremen Mitte

Am Klinikum Bremen Mitte wird ein Medizinisches Kompetenzzentrum Kopf („Kopfzentrum“) etabliert, da eine optimierte und schnittstellenbereinigte Versorgung von Patienten mit Erkrankungen im Bereich des Kopfes nur im Kopfzentrum möglich ist. Das Zentrum besteht im Wesentlichen aus folgenden Kernsektionen:

- Neurologie;
- Neurochirurgie;
- Neuro (Radiologie);
- HNO;
- MKG;
- Ophthalmologie.

Die Kernsektionen arbeiten eng und arbeitsteilig mit den assoziierten Bereichen zusammen, die ebenso wie ein großer Teil der Kernsektionen bereits am Klinikum Bremen Mitte vorgehalten werden. Mit der Verlagerung der Schlaganfalleinheit („Stroke Unit“) vom Klinikum Bremen Ost an das Klinikum Bremen Mitte, wurde eine richtungsweisende Entscheidung getroffen und bereits umgesetzt. Die Verlagerung kennzeichnet jedoch lediglich einen von mehreren Schritten, die zur vollständigen

<sup>1</sup> Anm.: Das Kompetenzzentrum für Prävention und Früherkennung wurde nachträglich in das Konzept aufgenommen. Aus diesem Grund ist es in der graphischen Darstellung nicht vorhanden.

Umsetzung des Kopfzentrums notwendig sind. Die wesentlichen, noch umzusetzen Schritte sollen hier kurz beschrieben werden.

Nach Auswertung der Leistungsdaten der Jahre 2003 und 2004 (Januar bis September) muss die Stroke Unit um sieben Betten auf dann insgesamt 14 Betten erweitert werden. Die ursprünglich mit den Kostenträgern vereinbarte Leistungsmenge (ca. 700 Fälle pro Jahr) wurde bereits ein Jahr nach Errichtung der Einheit übertroffen. Im Jahr 2003 wurden weit mehr als 1.000 Patienten in der Stroke Unit behandelt. Seit der Verlagerung der Einheit an das Klinikum Bremen Mitte ist nochmals eine deutliche Leistungszunahme zu beobachten, so dass sowohl die ärztliche Leitung als auch die Geschäftsführung von einer perspektivischen Leistungsmenge von ca. 1.500 Patienten ausgehen. Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 4 Tagen (entspricht dem Bundesdurchschnitt) muss die Kapazität der Stroke Unit für ca. 6.000 Belegungstage dimensioniert sein. Dies bedeutet, eine durchschnittlich erwartete Auslastung von 85% im Jahresmittel unterstellt, dass 14 Betten benötigt werden.

Die derzeit noch am Klinikum Bremen Ost vorgehaltenen neurologischen Betten (#118 plus 14 neurologische Frühreha) werden vollumfänglich an das Klinikum Bremen Mitte verlagert. Diese Verlagerung ist notwendig, da mindestens 40 dieser Betten als neurologische Akutbetten in das Kopfzentrum einfließen, um sowohl eine logische, in sich geschlossene und an den Patientenbedürfnissen orientierte Behandlungskette für Schlaganfallpatienten fortführen zu können als auch Patienten mit akut-neurologischen Erkrankungen adäquat im Kopfzentrum zu behandeln.

Weiterhin erfolgt eine Umwidmung von insgesamt 21 vollstationären Betten in teilstationäre Betten, die im Wesentlichen planbaren/chronischen Fällen zugeordnet werden, so z.B. Parkinson Patienten (8 Betten), Multiple Sklerose Patienten (8 Betten) und 5 Betten für Patienten mit Demenz unklarer Ätiologie.

Der Betrieb einer Kurzzeittherapiestation (Montag bis Freitag) soll der allgemeinen Entwicklung weiter sinkender Verweildauern Rechnung tragen und die Ressourcenallokation optimieren. Die Station wird nach den jetzigen Planungen 21 vollstationäre Betten umfassen.

Die neurologische Frührehabilitation mit ihren 14 ausgewiesenen Betten der Phase B und C wird künftig im Klinikum Bremen Mitte stattfinden. Die verbleibenden 29 voll-

stationären neurologischen Betten werden für Patienten mit planbaren Aufenthalten vorgehalten.

#### 4.3.1.2 Lungenzentrum am Klinikum Bremen Mitte

Mit knapp 30% der erbrachten DRGs im Jahr 2003 repräsentieren die bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane den größten Teil des Behandlungsspektrums. Laut Expertenprognose wird die Inzidenz dieser Erkrankungen auch weiterhin stark wachsen, so dass der Behandlung von Tumorerkrankungen auch künftig besondere Bedeutung geschenkt werden muss. Um einen höchstmöglichen Grad an Effektivität und Qualitätssicherung für die betroffenen Patienten gewährleisten zu können, sollten diese Erkrankungen in speziellen **Zentren** behandelt werden. Zielsetzung dieser Zentren ist die effektive interprofessionelle Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten auf den Gebieten:

- Epidemiologie;
- Prävention;
- Früherkennung;
- Diagnostik; und
- Therapie.

Die Interdisziplinarität und Interprofessionalität der im Lungenzentrum tätigen Fachkräfte gewährleisten einen ständigen Wissenstransfer, der zu einer optimalen Patientenversorgung wesentlich beiträgt. Da am Klinikum Bremen Mitte wesentliche assoziierte Einrichtungen, wie z.B. Strahlentherapie, Pathologie/Histologie, onkologische Tagesklinik, Zentralapotheke etc. bereits zur Verfügung stehen, hat sich die Geschäftsführung der GesundheitNord dazu entschlossen, das Lungenzentrum am Klinikum Bremen Mitte zu betreiben.

Mit der Schaffung des Lungenzentrums am Klinikum Bremen Mitte wird die GesundheitNord ein „Center of Excellence“ etablieren, dessen Kernziel die integrierte Versorgung aller Patienten mit Erkrankungen der Thoraxorgane (ohne Herz) ist. Da es eine vergleichbare weitere Einrichtung im Umkreis von bis zu 150 Kilometern in dieser Form nicht gibt, hat die GesundheitNord auf diesem Spezialgebiet eine „Monopolstellung“ inne. Das Lungenzentrum setzt sich aus folgenden Hauptsektionen zusammen:

- Pneumologie;
- Thoraxchirurgie;
- Onkologie;
- Strahlentherapie;
- Beatmungs- und Schlafmedizin.

Weitere assoziierte Bereiche wie z.B. Klinische Psycho(onko)logie, Schmerztherapie, Bronchoskopie, Infektionsmedizin und Kardiologie unterstützen die Kernsektionen.

Ein weiteres strategisch zu besetzendes Feld stellt der Bereich der Entwöhnungstherapie beatmungspflichtiger Patienten („Weaning“) dar, da in diesem Geschäftsfeld mit starken Zuwachsraten zu rechnen ist. Die Gründe dafür sind mannigfaltig und reichen von nicht ausreichend dimensionierten Intensivkapazitäten in den abgebenden Häusern über nicht vorhandenes Know How der Ärzte in den verlegenden Einrichtungen bis hin zu ökonomischen Aspekten. Das Lungenzentrum verfügt bereits heute über die notwendige Expertise diesen Patienten schnell (und somit effizient) die notwendige Therapie und Behandlung zukommen zu lassen. Vor diesem Hintergrund ist das Zentrum heute und künftig in der Lage, Betroffene zu übernehmen und seine herausragende Position weiter zu untermauern und zu stärken.

Um das Lungenzentrum am Klinikum Bremen Mitte aufzubauen, werden folgende Maßnahmen umgesetzt:

Die Kliniken für Pneumologie und Thoraxchirurgie werden an das Klinikum Bremen Mitte verlagert; sie bilden den Nukleus für das künftige Lungenzentrum. Für Patienten die einer (dauerhaften) vollstationären Behandlung nicht bedürfen, wird eine Pneumologisch Onkologische Tagesklinik (POT) am KBM betrieben.

Das Lungenzentrum wird zum Zwecke der Qualitätssicherung in das Tumorboard bzw. in die regelmäßig stattfindenden Tumorkonferenzen des Klinikums Bremen Mitte eingebunden. Einen weiteren Schritt zur Qualitätssicherung wird der Aufbau einer Mortalitäts- und Letalitätskonferenz mit sich bringen.

Die pflegerisch-medizinische Betreuung erfolgt, an den Gesundheitszustand der Patienten angepasst, in einem Dreistufen Modell, das sich in folgende Stufen untergliedert:

- Normalstation;

- Intermediate Care Station (IMC); und
- Intensivstation (ICU).

Sofern umsetzbar und erwünscht können Patienten, die sich im finalen Stadium einer Erkrankung befinden, palliativmedizinisch betreut werden.

#### 4.3.1.3 Gefäßzentrum am Klinikum Bremen Nord

Gemessen an der Mortalitätsrate bei degenerativen Erkrankungen des Gefäßsystems steht die Bundesrepublik bei einem Vergleich der WHO auf einem der vordersten Plätze. Im nationalen Vergleich der Todesursachen entspricht die Mortalität der Patienten, die an Schlaganfall, Raucherbein, Aneurysmaruptur und anderen nicht kardialen Kreislauferkrankungen versterben, sogar demjenigen der durch Krebs verursachten Todesfälle. Als Hauptursachen für diese chronisch degenerativen Arterienkrankungen werden genannt:

- Nikotinkonsum;
- Hypertonie;
- Erhöhte Blutfette als Folge ungesunder Ernährung;
- Diabetes mellitus; sowie
- Chronischer Bewegungsmangel.

In Bezug auf die Venen muss konstatiert werden, dass ca. ein Drittel der Erwachsenen in Deutschland eine mehr oder minder ausgeprägte Erkrankung der Beinvenen verfügt. Auch diese Erkenntnis nimmt Einfluss auf den künftigen Bedarf im Bereich der Gefäßchirurgie und darf somit nicht unberücksichtigt bleiben.

Aufgrund der dargelegten Zahlen muss geschlussfolgert werden, dass von einem steigenden Bedarf an gefäßchirurgischer Krankenversorgung auszugehen ist und diese Disziplin - unbeschadet der Versorgungsform - ein Wachstumssegment bleibt. Dieser Ansicht sind auch die Experten, die bis zum Jahr 2010 im Bereich der Gefäßchirurgie eine erhebliche Zunahme der vollstationären Fälle prognostizieren.

Vor dem Hintergrund des geschilderten Szenarios und der sich daraus entwickelnden Zukunftschancen sowie der Tatsache, dass die Klinika Bremen Nord und Mitte über hinreichende gefäßchirurgische Kompetenz verfügen, wird die GesundheitNord ein interdisziplinär organisiertes Gefäßzentrum am Klinikum Bremen Nord gründen. Kernziel dabei ist die Zusammenführung von Prävention, Diagnostik und Therapie in

einem Zentrum, um die Prozess- und Ergebnisqualität ständig zu verbessern. Das am Klinikum Bremen Nord angesiedelte Gefäßzentrum wird über eine Dependence am Klinikum Bremen Mitte verfügen. Diese Entscheidung basiert auf folgenden Überlegungen:

- Neurologische und Neurochirurgische Eingriffe benötigen oftmals gefäßchirurgische Unterstützung;
- Die GesundheitNord möchte den strategisch wichtigen „Markt“ im Zentrum Bremens weiter ausbauen, um wichtige Patientenströme bzw. Marktanteile nicht zu verlieren;
- Die am Klinikum Bremen Mitte befindliche Expertise wird in diesem Bereich als „Brückenkopf-Funktion“ genutzt.

Das Gefäßzentrum wird in seinen Kernfunktionen aus Gefäßchirurgie, Innerer Medizin (Diabetes), interventioneller Radiologie, Dermatologie sowie Ernährungsmedizin bestehen. Benötigte assoziierte Bereiche wie Ernährungsberatung, Nephrologie und Innere Medizin (Hochdruckkrankheiten) sind bereits am Klinikum Bremen Nord vorhanden und müssen nicht verlagert werden. Da Gefäßerkrankungen sehr häufig mit Hautmanifestationen (offenes Bein, ...) einhergehen, ist es sinnvoll, die Klinik für Dermatologie vom Klinikum Bremen Mitte an das Klinikum Bremen Nord zu verlagern. Die Betten werden dann teilweise integrativer Bestandteil (Kernsektion) des Gefäßzentrums.

Parallel zu diesen Maßnahmen wird zur Sicherung von Qualität, Kooperation mit den Einweisern und Verbesserung der intersektoralen Patientenversorgung ein angiologisches Netzwerk gegründet und aufgebaut. In diesem Netzwerk wird die qualitätsgesicherte (KV-Bereich - Krankenhaus - Nachsorge/Rehabilitation) Versorgung von Patienten mit angiologischen Erkrankungen sektorübergreifend sichergestellt. Der Aufbau des Netzwerks kann analog zum bereits etablierten Projekt iBON (integratives Bremer Onko-Hämatologisches Netzwerk) erfolgen und die vorhandenen technischen Ressourcen mit nutzen.

#### 4.3.1.4 Medizinisches Kompetenzzentrum für Altersmedizin am Klinikum Bremen Ost

Die im Klinikverbund Bremen betriebenen geriatrischen Betten stellen in der Versorgungskette für ältere Menschen einen wichtigen Baustein dar. Die geriatrischen Abteilungen stellen hierbei die wohnortnahe, fachspezifische Krankenhausbehandlung

sicher, wobei rehabilitativen Aspekten in der Behandlung eine große Bedeutung beigemessen wird. Nach Meinung der Experten nehmen die vollstationären Fälle in der Geriatrie bis zum Jahr 2010 zu. Die Experten schätzen die Zunahme der vollstationären Fälle zwischen 16% und 66%.

Die Gründe, die zur prognostizierten Entwicklung beitragen liegen zum einen im Sozialstatus der Patienten. Die seltener werdende Einbindung älterer Menschen in eine Familie bringt mit sich, dass diese, oftmals multimorbiden Patienten nicht zu Hause behandelt werden können und ins Krankenhaus eingewiesen werden. Zum anderen ist die Veränderung der Leistungsvergütung im ambulanten Bereich dieser Entwicklung zuträglich. Seitdem der Hausbesuch pauschal vergütet wird, ist eine vermehrte Einweisung von multimorbiden älteren Patienten in die Kliniken zu beobachten.

Um mit einer an einheitlichen Behandlungspfaden orientierten Altersmedizin den Behandlungserfolg geriatrisch Erkrankter zu sichern und eine schnelle Wiedereingliederung in das private Umfeld zu ermöglichen, wird ein Kompetenzzentrum für Altersmedizin am Klinikum Bremen Ost gegründet. Dies geschieht durch organisatorische Zusammenführung der geriatrischen Betten des Klinikums Bremen Ost sowie der geriatrischen Betten des Klinikums Bremen Nord. Gleichzeitig werden die Geriatrien im Klinikum Bremen Nord und Ost unter einheitliche personelle Leitung gestellt, um einheitliche und standardisierte Behandlungsabläufe zu gewährleisten. Die geriatrischen Betten am Klinikum Bremen Nord bleiben zur Wahrung der wohnortnahen Versorgung physisch vor Ort erhalten und werden in der Organisationsform einer Dependence bzw. einer ausgelagerten Betriebsstätte und unter der Organisationshoheit des Zentrums geführt. Die Verlagerung und organisatorische Zusammenführung ist ein krankenhauplanerischer Akt und muss dementsprechend von den verantwortlichen Behörden genehmigt werden.

#### 4.3.1.5 Bauchzentrum am KBM

Die internistisch-gastroenterologische Versorgung der Bevölkerung Bremens wird derzeit im Klinikverbund Bremen durch alle vier „Holdinghäuser“ sichergestellt. In jedem der Verbundhäuser wird mindestens jeweils eine internistische Abteilung durch einen Gastroenterologen geleitet. Das eindeutig breiteste diagnostische und therapeutisch interventionelle Spektrum im Bereich der Gastroenterologie bieten die Klinika Bremen Ost und Bremen Mitte an. Weiterhin halten drei weitere Krankenhäuser in

Bremen ebenfalls ein internistisch-gastroenterologisches Angebot vor, so dass die Kliniken der GesundheitNord in direktem Wettbewerb mit folgenden „Nicht-Holding-Häusern“ stehen:

- DIAKO;
- St. Joseph-Stift;
- RKK.

Vor diesem Hintergrund und zur eindeutigen weiteren Differenzierung zur Konkurrenz, die sowohl mengenbezogen als auch spektrumbezogen erfolgen muss, erfordert die Bildung eines interdisziplinären Bauchzentrums, das aus den folgenden Kernsektionen besteht:

- Gastroenterologie und Gastroonkologie;
- Viszeralchirurgie;
- Hepatologie;
- Urologie und Gynäkologie.

Die Kern-/Hauptsektionen müssen aufgrund des breiten Behandlungsspektrums auf eine Vielzahl assoziierter Sektionen zurückgreifen, die im folgenden auszugsweise und ohne den Anspruch auf Vollständigkeit genannt werden sollen. Ähnlich wie beim Kopfbereich zeigt sich, dass das Klinikum Bremen Mitte bereits über alle notwendigen Bereiche verfügt. Folgende assoziierten Sektionen geben Unterstützungsleistungen an das Bauchzentrum ab:

- Strahlentherapie und Radiologie;
- Pathologie und Labor;
- Ernährungsmedizin;
- Schmerztherapie;
- Humangenetik und Reha.

Folgende Maßnahmen und Schritte sind zur Umsetzung des Bauchzentrums notwendig:

Die Klinik für Gastroenterologie am Klinikum Bremen Ost wird an das Klinikum Bremen Mitte verlagert. Da ein Großteil des behandelten Spektrums im Bauchzentrum gastroenterologischer bzw. gastroonkologischer Natur ist, werden dem Bauchzentrum Teile der Betten der verschiedenen „Inneren“ folgender Klinika zugeordnet:

- KBO (Gastroenterologie und Gastroonkologie);

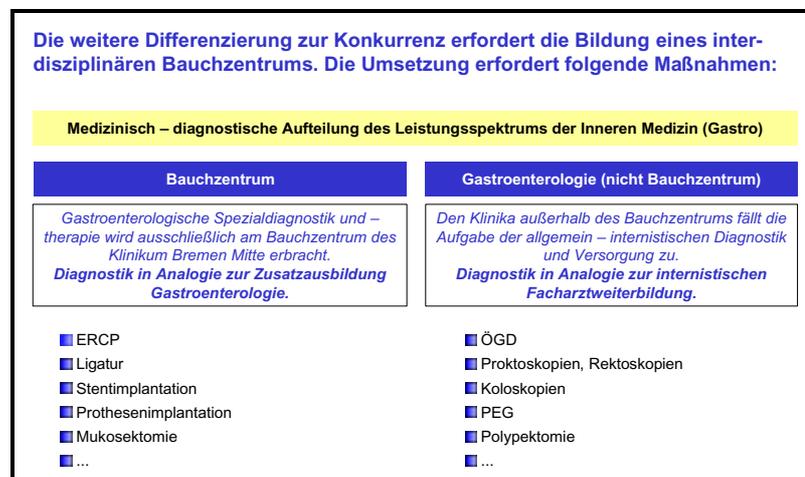
- KBM (Gastroenterologie);
- KLdW (Gastroenterologie).

Die Innere Medizin des Klinikums Bremen Nord wird aufgrund der besonderen regionalen Lage und Stellung als Regionalversorger nicht mit in das Bauchzentrum einbezogen. Am Zentrum entwickelte Behandlungsstandards und Leitlinien gelten jedoch auch für den Bereich der Inneren Medizin am KBN.

Diese Organisationsänderung und Zusammensetzung hat zur Folge, dass (erstmalig) eine eindeutige Differenzierung der Kliniken für Innere Medizin sowohl im Innen- als auch im Außenverhältnis stattfindet. Demzufolge wird gastroenterologische Spezialdiagnostik und –therapie ausschließlich am Bauchzentrum erbracht. Die folgende Aufzählung stellt einen Auszug dar, der lediglich deskriptiven Charakter hat. Mindestens folgende Diagnostik/Therapie sollte ausschließlich am Zentrum erbracht werden:

- ERCP;
- Ligatur;
- Stent- und Prothesenimplantation;
- Mukosektomie;
- u.a.

Generell kann eine Festlegung des Diagnostik- und Therapiespektrums in Analogie zur Zusatzausbildung Gastroenterologie gebracht werden. Den Kliniken für Innere Medizin, die nicht dem Bauchzentrum zugeordnet werden, fällt die Aufgabe der allgemein-internistischen Diagnostik und Versorgung (Basis- und Grundversorgung) zu. Die folgende Abbildung zeigt nochmals die Differenzierungsmethodik:



Neben dem Bauchzentrum, dem die gastroonkologische und gastroenterologische Spezialdiagnostik und Therapie zukommt, wird am Klinikum Bremen Mitte auch eine allgemein internistisch tätige Innere Medizin vorgehalten, um entsprechendes Patientenkontinuum nicht zu verlieren.

Um auch schon kurzfristig einheitliche Behandlungsstandards zu gewährleisten, wird die Gesamtleitung aller gastroenterologischen und gastroonkologischen Betten unter einheitliche Leitung gestellt. Im Zeitablauf nachzubesetzende Chefarztpositionen werden disziplinarisch übernommen.

Eine weitere große Kernsektion am Bauchzentrum ist die Gynäkologie, die sich neben den rein gynäkologischen Erkrankungen auch mit Erkrankungen der weiblichen Brust beschäftigt. Die Gynäkologie am Klinikum Bremen Mitte wird Bestandteil des Bauchzentrums, wobei die Gynäkologien an den Standorten Links der Weser und Nord aufrecht erhalten bleiben; es erfolgt jedoch eine Beschränkung bei Diagnostik und Therapie. Sämtliche Mamma CA assoziierten Eingriffe sowie die große Brustchirurgie werden am Brustzentrum erbracht, das integrativer Bestandteil des onkologischen Zentrums am Klinikum Bremen Mitte ist. Die bereits bestehenden Brustzentren werden organisatorisch am Brustzentrum Bremen Mitte akkreditiert, bleiben jedoch (zunächst) physisch vor Ort erhalten. Weiterhin werden gynäkologische Erkrankungen im onkologischen Zentrum erbracht.

#### 4.3.1.6 Zentrum für Geburtshilfe, Perinatalmedizin und Pädiatrie am KBM

Die vorhandene und heute schon am Klinikum Bremen Mitte vorhandene Expertise bildet faktisch bereits jetzt den Zentrumsgedanken vollständig ab. Aus diesem Grund wird am Klinikum Bremen Mitte ein Zentrum für Geburtshilfe, Perinatalmedizin und Pädiatrie gegründet, in dem alle medizinischen und sozialpädiatrischen Fragestellungen zentriert beantwortet werden. Kernsektionen dieses Zentrums sind unter anderem:

- Geburtshilfe;
- Neonatologie;
- Pädiatrie;
- Kinderchirurgie;
- Kinderanästhesie;
- Sozialpädiatrisches Zentrum.

Die mit Neuorganisation verbundenen und umzusetzenden Schritte werden im folgenden dargestellt:

A) Geburtshilfe:

Die durchgehend hohen Geburtenzahlen in den geburtshilflichen Abteilungen der GesundheitNord Krankenhäuser spiegeln die hohe Wertschätzung dieser Einrichtungen in der Bevölkerung wider. Aus diesem Grund bleiben die Geburtshilfen an den Standorten Nord, Mitte und Links der Weser (zunächst) erhalten. Sie werden jedoch untereinander in Konkurrenz gestellt, so dass die Klinik, die an zwei aufeinander folgenden Jahren weniger als 800 Geburten erbringt, zur Disposition gestellt wird. Die geburtshilflichen Betten des Klinikums Bremen Mitte werden organisatorisch in das Zentrum eingebracht.

B) Neonatologie

Die Versorgung extrem kleiner Frühgeborener, die zwischen der 23. und 25. Schwangerschaftswoche geboren werden, stellt besondere Anforderungen an die Qualifikation des medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Personals. Weiterhin sind für eine adäquate Behandlung dieser extrem gefährdeten Frühgeborenen spezielle technische Voraussetzungen zu erfüllen. Insgesamt stimmen die Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin und Gesellschaft für Pädiatrische Intensivmedizin) darin überein, dass die Versorgung dieser Risikopatienten in speziell ausgerüsteten **Zentren** stattfinden soll. Die GNPI (Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin) formuliert in ihrer *Empfehlung für strukturelle Voraussetzungen der neonatologischen Versorgung von Früh- und Neugeborenen in Deutschland*, Strukturmerkmale für folgende unterschiedliche Versorgungsstufen, nach denen die neonatologische Versorgung im Klinikverbund organisiert wird:

1. KBM: Neonatologisches Zentrum;
2. KBN: Neonatologische Grundversorgung;
3. KLdW: Neonatologischer Schwerpunkt

Ein wesentliches Merkmal für Einrichtungen der Maximalversorgung (Zentrum) stellt die behandelte Fallzahl Frühgeborener dar, die nach der Empfehlung **mind. 50 VLBW-Fälle** (< 1.500 g Geburtsgewicht) nicht unterschreiten sollte.

Entsprechend dieser Aufteilung werden Geburten mit

- einem erwarteten Geburtsgewicht **kleiner 1.500** Gramm sowie
- einem (erwarteten) Geburtstermin **zwischen der 23. und 25. SSW**

am Zentrum erbracht.

Neonatologische Fälle mit **kardiologischer Fragestellung** werden im Klinikum **Links der Weser** behandelt, das gem. letzter Fortschreibung des Krankenhausplans als neonatologischer Schwerpunkt ausgewiesen ist.

### C) Pädiatrie

Einleitend zu diesem Thema ist zunächst festzuhalten, dass die pädiatrische Versorgung für die Stadtgemeinde Bremen generell neu zu überdenken ist. Die Vorhaltung von drei Pädiatrien erscheint weder sinnvoll noch notwendig zu sein.

Aus diesem Grund werden mittel- bis langfristig zwei der drei pädiatrischen Kliniken/Abteilungen des Klinikverbunds Bremen analog der Geburtshilfe zur Disposition gestellt.

Um auch im Bereich der Pädiatrie schnell zu einheitlichen Behandlungsstandards, Verfahrensweisen und qualitätssichernden Strukturen zu kommen, werden die Pädiatrien kurz- bis mittelfristig insgesamt unter einheitliche organisatorische Leitung gestellt.

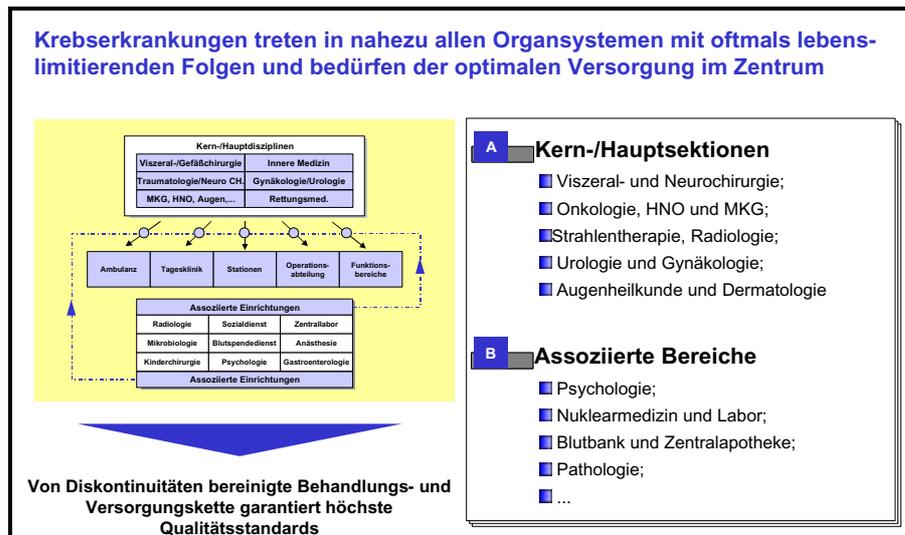
Beim Ausscheiden eines Chefarztes für Pädiatrie aus dem Unternehmensverbund übernimmt das Zentrum für Geburtshilfe, Perinatalmedizin und Pädiatrie die Versorgungsaufgaben. Die entsprechende Klinik wird dann an das Zentrum überführt.

#### 4.3.1.7 Onkologisches Zentrum am KBM

Krebserkrankungen treten in nahezu allen Organsystemen mit oftmals lebenslimitierenden Folgen auf und bedürfen wegen der Schwere der Erkrankung einer speziellen Versorgung. Eine von Diskontinuitäten bereinigte Behandlungs- und Versorgungskette ist unabdingbare Voraussetzung für höchste Qualitätsstandards, die nur im Zentrum auf dem maximalen Leistungslevel erbracht werden können. Aus diesem Grund wird am Klinikum Bremen Mitte ein onkologisches Zentrum gegründet, da das

Klinikum bereits als Schwerpunkt für Hämatologie und internistische Onkologie ausgewiesen ist. Die Inbetriebnahme des Projekts „iBON“ zur Sicherstellung einer optimalen und sektorübergreifenden Versorgung onkologisch Erkrankter macht die Vorreiterstellung des Klinikums Bremen Mitte in diesem Bereich mehr als deutlich und bestätigt dessen Anspruch auf die Etablierung eines Zentrums.

Dementsprechend verfügt das Klinikum Bremen Mitte bereits über alle notwendigen Kern- bzw. Hauptsektionen, die zum Betrieb eines solchen Kompetenzzentrums erforderlich sind. Ebenso befinden sich die häufig eingebundenen assoziierten Sektionen bereits auf dem Gelände des Klinikums; diese sind unter anderem: Nuklearmedizin und Strahlentherapie, Psychoonkologie, Blutbank und Zentralapotheke, Pathologie usw.. Die folgende Grafik zeigt den schematischen Aufbau des onkologischen Zentrums am Klinikum Bremen Mitte.



Da wie bereits beschrieben alle notwendigen Kernsektionen und assoziierten Bereiche „vor Ort“ sind, steht einer zügigen Gründung des Zentrums nichts entgegen. Von Seiten der Geschäftsführung der GesundheitNord wird sichergestellt, dass die operative und konservative Versorgung aller Patienten mit onkologischen Erkrankungen hier erfolgt. Das Zentrum für Senologie wird integrativer Bestandteil des onkologischen Zentrums. Da onkologische Erkrankungen trotz aller Bemühungen und ärztlicher Kunst in der Rangfolge der Todesursachen mit führend sind, ist der Bedarf an palliativmedizinischer Betreuung im finalen Stadium, das oftmals von unerträglichen Schmerzen begleitet wird, groß. Aus diesem Grund und um die Versorgungskette für die Betroffenen an einem Ort anbieten zu können, muss darüber nachgedacht wer-

den, die Palliativmedizin aus dem KLdW an das onkologische Zentrum zu verlagern oder alternativ dazu, den Aufbau weiterer Palliativbetten am Klinikum Bremen Mitte zu beantragen.

#### 4.3.1.8 Zentrum für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Klinikum Bremen Ost

In der Psychiatrie wie auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gilt das Pflichtversorgungsprinzip, das über den stationären Bereich hinausgeht und den ambulanten Bereich mit einbezieht. Insgesamt gesehen und der demographischen Entwicklung folgend, ist auch künftig mit einem weiteren Anstieg psychiatrischer Fälle zu rechnen, wobei diese Entwicklung krankheitsspezifisch durchaus unterschiedlich ausfallen wird. Wachstumsbereiche sind unter anderem die Behandlungsfelder Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauch, senile und präsenile organische Psychosen sowie Ess- und Persönlichkeitsstörungen.

Zur Bündelung der im Klinikverbund vorhandenen Expertise im Bereich der Psyche und ihrer Erkrankungen wird am Klinikum Bremen Ost ein Zentrum für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie entstehen.

Die Betten am Klinikum Bremen Nord verbleiben physisch vor Ort, werden jedoch dem Zentrum krankenhausesplanerisch und disziplinarisch zugeordnet. Die Gesamtsteuerung des Zentrums für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie wird dabei vom Klinikum Bremen Ost wahrgenommen.

Zur abschließenden Umsetzung der in Regierungserklärung verabschiedeten Regionalisierung der Psychiatrie werden folgende weitere Maßnahmen umgesetzt:

- BHZ Mitte und West: Verlagerung von ca. 100 Betten an das KBO;
- BHZ Süd: Verlagerung von ca. 80 Betten an das KLdW.

Das Behandlungszentrum Mitte und West (Horner Straße) wird aus organisatorischen und ökonomischen Gründen auf das Gelände des Klinikums Bremen Mitte verlagert.

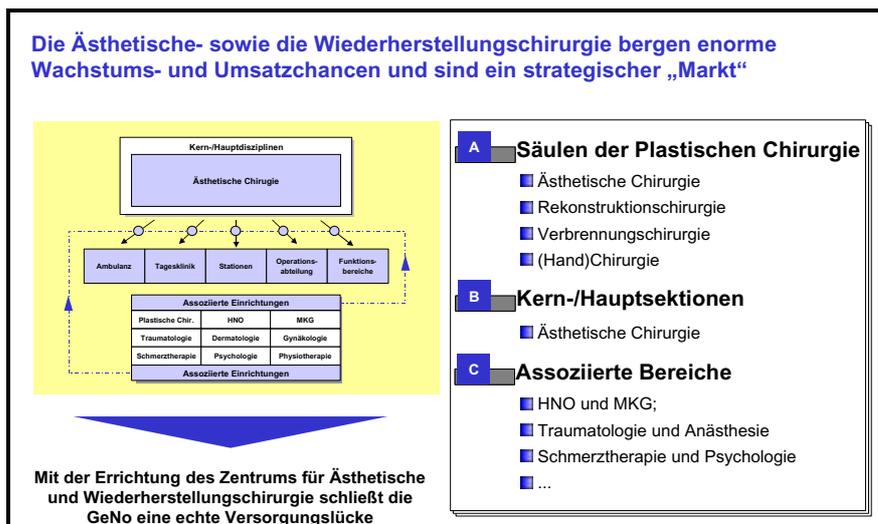
#### 4.3.1.9 Zentrum für Ästhetische- und Wiederherstellungschirurgie am KBM

Entsprechend der neuen Weiterbildungsordnung ist die Plastische Chirurgie heute ein selbstständiges Gebiet und setzt sich aus den vier Säulen ästhetische Chirurgie, re-

konstruktive Chirurgie, Verbrennungschirurgie sowie (Handchirurgie) zusammen. Ästhetische Chirurgie befasst sich mit Eingriffen/Operationen, die nicht der Beseitigung einer Erkrankung, sondern der Verbesserung des äußeren Erscheinungsbildes dienen. Unter rekonstruktiver Chirurgie hingegen versteht man die Wiederherstellung der Körperoberfläche. Dies kann insbesondere nach Tumoroperationen oder Unfällen notwendig sein. Ein weiteres Betätigungsfeld ist aber auch die Schaffung normaler Formen und Funktionen bei angeborenen oder krankheitsbedingt erworbenen Fehlbildungen und/oder Fehlstellungen (Kontrakturen).

Sowohl die Ästhetische als auch die rekonstruktive Chirurgie haben in den letzten Jahren einen erheblichen Nachfragezuwachs erfahren. Experten gehen davon aus, dass das Fachgebiet plastische Chirurgie (insbesondere die Ästhetische Chirurgie) weiter enorme Zuwachsraten generieren wird, so dass diese Fachdisziplin ein erhebliches strategisches Potenzial birgt.

Da in der Region Bremen aktuell kein adäquates und qualifiziertes Angebot bezüglich der Ästhetischen Chirurgie besteht und die Zukunftsperspektiven so chancenreich sind, ist es strategische Aufgabe der GesundheitNord, diesen „Markt“ zu besetzen und die Angebots- und Versorgungslücke zu schließen. Aus diesem Grund wird am Klinikum Bremen Mitte ein Zentrum für Ästhetische- und Wiederherstellungschirurgie eingerichtet, das nach dem folgenden Schema aufgebaut sein kann.



#### 4.3.1.10 Herzzentrum am Klinikum Links der Weser

Mit der Gründung des Herzinfarktzentrums am Klinikum Links der Weser wurde ein weiterer wesentlicher Schritt der GesundheitNord in Richtung Profilschärfung, Spezialisierung und Leistungskonzentration beschrieben. Dabei fügt sich das Herzinfarktzentrum als logischer Baustein in das Herzzentrum am Klinikum Links der Weser ein. Ebenso wird damit eindeutig dokumentiert, dass auch die Kostenträger den von der GesundheitNord eingeschlagenen Weg der Schwerpunktbildung mit tragen.

Das Herzzentrum am Klinikum Links der Weser besteht im Wesentlichen aus folgenden Kern- bzw. Hauptsektionen:

- Kardiologie
- Kardiochirurgie
- Kinderkardiologie
- Kardio- und Kinderanästhesie
- Radiologie
- Anästhesie
- Intensivmedizin

Folgende assoziierten Bereiche erbringen Unterstützungsleistungen für die Kernsektionen und tragen somit gleichermaßen zum Behandlungserfolg der Betroffenen bei:

- Schmerztherapie,
- Assist Device;
- Kardiologisches Institut;
- Labor;
- Notaufnahme;
- Ambulanzen;
- Intermediate Care Station
- und weitere

Bedingt durch die gute Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, den Rettungsdiensten und den einweisenden Krankenhäusern entstand eine intersektorale lückenlose Versorgungskette, die den Patienten bei chronischen oder akuten kardialen Erkrankungen die bestmögliche und schnelle Hilfe garantiert.

#### 4.3.1.11 Kompetenzzentrum für Prävention und Früherkennung am KLdW

Nach Meinung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung ist das deutsche Gesundheitswesen zu einseitig auf die Behandlung und Linderung bereits eingetretener Erkrankungen ausgerichtet<sup>2</sup>. Weiterhin wird antizipiert, dass gerade auch aufgrund der demographischen Entwicklung und der veränderten Lebensumstände der Bevölkerung mit einer erhöhten Krankheits- und Pflegelast insbesondere im Hinblick auf chronische Erkrankungen zu rechnen ist, wenn keine geeigneten Gegenmaßnahmen getroffen werden<sup>3</sup>. Ziel ist, die „Krankheitslast“ durch frühzeitige Diagnose, Therapie oder Hinwirken auf Änderung der Lebensweise zu reduzieren bzw. einzudämmen. Vor diesem Hintergrund sind Prävention und Früherkennung zwei wichtige Bausteine der Gesundheitsvorsorge, die explizit durch das neue Präventionsgesetz gestärkt werden.

Die GesundheitNord ist der Auffassung, dass der Bereich Prävention/Früherkennung ein hohes Entwicklungspotenzial birgt. Aus diesem Grund wird am Klinikum Links der Weser das Kompetenzzentrum für Prävention und Früherkennung entstehen, das sich insbesondere mit der primären, sekundären und tertiären Prävention folgender Erkrankungsbilder befasst:

- Gefäß-, Herz- und Kreislauferkrankungen;
- Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie der Gelenke;
- Diabetes und Folgeerkrankungen von Hormonerkrankungen;
- Adipositas;
- Tumorerkrankungen (Krebs- und Krebsrisiko-Früherkennung);
- Nierenerkrankungen bei Kindern;
- Gastroenterologische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen;
- Psychosoziale Probleme bei Kindern und Jugendlichen.

Die bereits vorhandenen baulichen und organisatorischen Voraussetzungen am Klinikum Links der Weser (z. B. Visit Hotel, Academy,...) im Zusammenspiel mit der nachgewiesenen Erfahrung auf diesem Gebiet prädestinieren das Klinikum als Standort für dieses Kompetenzzentrum besonders.

---

<sup>2</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung; Erster Entwurf Eckpunkte f. ein Präventionsgesetz

<sup>3</sup> ebenda

#### 4.3.2 Entwicklung in der Chirurgie

Bedingt durch die in den Abschnitten 4.3.1.1 bis 4.3.1.10 beschriebenen strategisch - organisatorischen Maßnahmen und die Bildung diverser organbezogener Kompetenzzentren kommt es auch in der Disziplin Allgemeine Chirurgie zu Veränderungen, die im weiteren Verlauf stichpunktartig beschrieben werden sollen.

Neben den eingangs genannten Maßnahmen muss die Entwicklung in den allgemeinchirurgischen Kliniken und Abteilungen vor Hintergrund mindestens folgender erschwerend wirkender Rahmenbedingungen gesehen werden:

1. Es wird zu Verschiebungen bisher stationär erbrachter Operationen in den ambulanten Bereich in nicht unerheblichem Umfang kommen (Substitutionsrisiko);
2. Die Mindestmengen-Verordnung für elektive Eingriffe ist insbesondere auf den Bereich der Chirurgie fokussiert und wirkt sich in kleinen chirurgischen Einheiten mit breitem Spektrum (aber geringen Fallzahlen je erbrachter Leistung) besonders drastisch aus. Kann eine vorgeschriebene Mindestmenge nachweislich nicht erbracht werden, so können die Kostenträger diese Leistung aus der Vereinbarung streichen. Das entsprechende Haus ist dann nicht mehr berechtigt, die Leistung zu erbringen.

Folgende Strukturmaßnahmen für die allgemeinchirurgischen Kliniken/Abteilungen sind geplant:

- Die Klinik für Chirurgie am Klinikum Bremen Ost wird kurz- bis mittelfristig aufgegeben und an das Klinikum Links der Weser überführt;
- Viszeralchirurgische Leistungen, die der Mindestmengen- Verordnung unterliegen, werden zur Sicherung der Mindestmenge künftig am Klinikum Bremen Mitte erbracht;
- Elektive Bauchaorteneingriffe (OPS: 5-384.5-7) werden ausschließlich vom Gefäßzentrum (inkl. Dependence) erbracht;
- Kniegelenk-Totalendoprothesen werden perspektivisch an einem Zentrum erbracht (KBN oder KBM);
- Das Klinikum Bremen Mitte beantragt die Anerkennung/Zertifizierung des Bauchzentrums bzw. der Viszeralchirurgischen Sektion des Zentrums zum „Schwerpunkt Viszeralchirurgie“. Die Anerkennung ist eine Voraussetzung, um

der Mindestmengen- Verordnung unterliegende viszeralchirurgische Eingriffe künftig erbringen zu dürfen.

Mit Ausnahme dieser Veränderungen und der Maßnahmen, die aus der Zentrenbildung resultieren, verbleiben die chirurgischen Abteilungen an den Kliniken Bremen Nord, Mitte und Links der Weser unverändert bestehen. Jede dieser angesprochenen Kliniken sollte sich jedoch hausintern darauf vorbereiten, dass der Trend weiter in Richtung tagesklinischer Betreuung und ambulanten Operieren geht. Entsprechende Planungen und Maßnahmen sollten frühzeitig bedacht und eingeleitet werden.

#### *4.3.3 Zentrum für Transsektorale Notfallmedizin auf Krankenhausebene<sup>4</sup>*

Der Erfolg der medizinischen Behandlung im akuten Notfall hängt ganz entscheidend davon ab, dass sich in einem geregelten Versorgungsablauf den notwendigen diagnostischen die erforderlichen therapeutischen Sofortmassnahmen folgen.

Da der Notfallpatient anders als der vom Einweiser „gefilterte“ Elektivpatient ohne (Verdachts-)Diagnose ins Krankenhaus kommt, stellt die Notfallversorgung die klassische Situation interdisziplinärer Zusammenarbeit dar. Die Organisation im herkömmlichen Ablauf sieht dennoch nach der Erstvorstellung bei einer Disziplin bei Bedarf zeitlich und räumlich versetzt die konsiliarische Beurteilung durch eine andere Disziplin vor; Zeit- und Informationsverluste sind evident.

Gerade für den Bereich der Notfallmedizin muss eine andere Organisationsform gefunden werden, in der Patienten, die oftmals in kritischem Zustand eingeliefert werden, schnelle, zielgerichtete und sinnvolle Hilfe erfahren. Ein solcher Bereich kann in Form einer interdisziplinären Notfallaufnahme/-behandlung etabliert werden. Hier werden alle wesentlichen medizinischen Disziplinen gemeinsam Notfallpatienten diagnostizieren, erstversorgen und dann friktionsfrei in das entsprechende Kompetenzzentrum verlegen. Polytraumatisierte Patienten, bei denen mehrere Organe bzw. Organgruppen betroffen sind und die dementsprechend nicht in ein spezielles Kompetenzzentrum weitergeleitet werden können, werden solange intensivmedizinisch im Transsektoralen Notfallzentrum behandelt, bis sie in ein entsprechendes Kompetenzzentrum verlegt werden können.

Die folgende Abbildung zeigt eine mögliche Organisationsstruktur auf Ebene des einzelnen Krankenhauses:



<sup>4</sup> Tw. Entnommen aus Strategiekonzept Klinikum Bremen Mitte

#### 4.3.4 Sekundärleistungsbereich: Wo liegen weitere Synergiepotenziale

Die Kernleistung bzw. das Kerngeschäft eines Krankenhauses besteht in der Versorgung von Patienten um eine Statusänderung des Gesundheitszustandes zum positiven hin zu erreichen. Dieses Ziel ist aus Sicht des Patienten, des Krankenhauses und der Kostenträger das Leitziel (Kernziel). Ein Ziel, dem alle anderen Teilziele untergeordnet sind und das durch das Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen erreicht wird, die in der Regel unmittelbar, d.h. am Patienten, arbeiten. Hierbei handelt es sich um:

- Medizinische Leistungen;
- Pflegerische Leistungen; und
- Therapeutische Leistungen.

Unterstützt wird dieser Prozess von Sekundärleistungsbereichen wie (Technik, Küche, Administration, usw.). Im Zusammenhang mit dem finanziellen Druck, der auf den Krankenhäusern auch künftig lasten wird, stellt sich zwangsläufig die Frage, ob und in wie weit Sekundärleistungen durch das Krankenhaus erbracht werden sollen. Die Auslagerung von Leistungen an externe Anbieter, die in diesem Bereich ihrer Kernkompetenz haben, ist eine Entscheidung von maßgeblicher strategischer Bedeutung für das Krankenhaus. Sie bietet die Chance, sich auf das Kerngeschäft zu konzentrieren und Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren. Andererseits werden jedoch auch vorhandene Strukturen, Ablaufschemata und Einflussmöglichkeiten zugunsten einer teilweise ungewissen Zukunft aufgegeben.

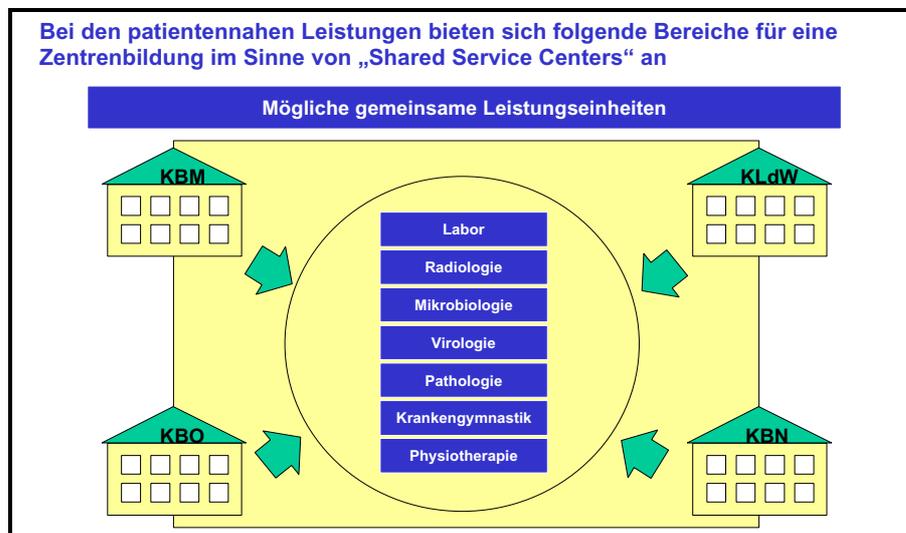
Neben der Möglichkeit, sekundäre Leistungsbereiche auszugliedern und/oder fremd zu vergeben, kann es in speziellen Fällen sinnvoll sein, Sekundärleistungen selbst zu erbringen. Dies kann immer dann der Fall sein, wenn das benötigte Ergebnis bestimmten Qualitätskriterien genügen muss oder zeitsensitiv ist (Laborwerte, Bakteriologie, Pathologie,...). In solchen Fällen kann es wie bereits eingangs erläutert sinnvoller sein, die Leistungen selbst zu erbringen. In diesen Fällen müssen jedoch Maßnahmen getroffen werden, die sowohl den qualitativen Vorgaben gerecht werden als auch den ökonomischen Rahmenbedingungen Rechnung tragen.

Ein sinnvolles Abgrenzungskriterium bei der Beantwortung der Frage nach „Ausgründung in Tochtergesellschaften oder Zentralisierung“ stellt grundsätzlich die Pati-

entennähe dar. Die Ausgründung von Betriebsteilen in Tochtergesellschaften bietet sich bei patientenfernen Leistungen an. Hier kann zum Beispiel an folgende Bereiche gedacht werden:

- Catering;
- Wäscheversorgung;
- Sterilisation;
- (Gebäude)Technik;
- Reinigung;
- Einkauf;
- Apotheke;
- u.a.

Bei patientennahen Bereichen, in denen Qualität– und/oder Zeitkriterien eine Ausgründung nicht sinnvoll erscheinen lassen, bieten sich Zentralisierungen im Sinne von „Shared Service Centers“ an. Durch Reduktion von mehrfach vorhandenem Personal und Infrastruktur werden Fixkosten gesenkt und Kapazitäten besser ausgelastet; beides führt zu entsprechenden Effekten auf der Kostenseite.



Die obige Abbildung zeigt beispielsweise und in Auszügen mögliche Bereiche, die sich für „Shared Service Centers“ anbieten.

Im Zusammenhang mit den Restrukturierungsaufgaben ist die Geschäftsführung der GesundheitNord der Auffassung, dass es sinnvoller ist, in einem Entgeltsystem mit limitierten Erlösen pro Leistung die Kosten der Sekundärdienstleitungen so gering

wie möglich zu halten, um mehr Freiräume für die Entwicklung des primären Leistungsbereichs zur Verfügung zu haben. Aus diesem Grund werden alle Bereiche die dem Sekundärleistungsbereich zuzuordnen sind, auf Wirtschaftlichkeit und Produktivität geprüft. Im Falle von Unwirtschaftlichkeiten wird über weitere einzuleitende Maßnahmen je Einzelfall entschieden.

## 5. Nächste Schritte

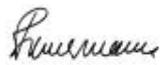
Nach der Genehmigung des Konzepts durch den Aufsichtsrat der GesundheitNord gGmbH sind zunächst folgende weitere Schritte geplant:

- Gespräche bzw. Verhandlungen mit der Krankenhausplanung
- Durchführung von Machbarkeitsstudien mit Fokus auf:
  - ⇒ ökonomische Aspekte u. Auswirkungen (Interdependenzen)
  - ⇒ technische Aspekte
  - ⇒ arbeitsrechtliche Aspekte
- Abstimmungsgespräche mit Kostenträgern
- Detailplanungen der Einzelschritte

Bremen, im Februar 2005



Wolfgang Tissen



Walter Bremermann



Uwe Schmidt



Peter Stremmel

---

Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH



**Prognose der Betriebskostenreduktion  
durch geplante Strukturmaßnahmen der  
Bremer Krankenhausholding *Gesundheit  
Nord GmbH***

Gesundheit Nord GmbH

15. Mai 2005



Projektleitung: Dr. Christoph Bischoff-Everding

Projektbearbeitung: Manuel Feldmann

Stand: 15. Mai 2005

Anschrift: Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH  
Borsteler Chaussee 53  
22453 Hamburg  
Telefon: 040 – 5148 55-0  
Telefax: 040 - 5148 55-14  
E-Mail: [hgc@gesundheitsconsult.de](mailto:hgc@gesundheitsconsult.de)  
Website: <http://www.gesundheitsconsult.de>

Urheberrecht: Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Firma Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Im Fall der Zuwiderhandlung muss mit Strafantrag gerechnet werden.



## Auftrag

Die 2003 gegründete Bremer Krankenhaus-Holding *Gesundheit Nord* gGmbH plant die Konzentration und fachliche Zentralisierung von Leistungen auf der Grundlage eines im Februar 2005 veröffentlichten „Konzept zur strategischen Neuausrichtung der Klinika der GesundheitNord gGmbH, Klinikverbund Bremen“, das zu öffentlichen und unternehmensinternen Diskussionen geführt hat.

Eine fachlich begründete, in den wirtschaftlichen Effekten nachvollziehbare und in sich geschlossene Darstellung der Folgewirkungen auf die Holding sowie auf die einzelnen Standorte liegt bislang als Zahlenwerk nicht vor. Das Konzept stellt bislang die einzige Entscheidungs- und Diskussionsgrundlage für die Aufsichtsgremien der Holding dar.

Durch die beiden bereits abgeschlossenen Arbeiten für das Klinikum Bremen Mitte im Rahmen des Masterplanes/Konzeptes der Medizinischen Kompetenzzentren (Dezember 2004) sowie Ermittlung der Betriebskostenwirkungen von Bettenintegration in das Klinikum Bremen Mitte (KBM) aus anderen Holding-Standorten (April 2005) sind Kenntnisse der Ausgangslage und zur grundsätzlichen Fragestellung bei HGC vorzusetzen.

Zum weiteren Hintergrund und zur Vorgeschichte werden auf das von Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH – im Folgenden auch HGC genannt - und am 14.01. 2004 an KBM ausgelieferte Zweitmeinungsgutachten verwiesen. Die vorliegende Arbeit soll nach Vorgabe durch den Auftraggeber auf dem genannten Zweitmeinungsgutachten aufsetzen und dieses ergänzen.

Die Geschäftsführung der Krankenhausholding *Gesundheit Nord* gGmbH - im Folgenden auch GN genannt – erteilte HGC mit Schreiben vom 24.03.2005 auf den Grundlage des Angebotes vom 22.04.2005 den Auftrag, die gesamten Kostenwirkungen einer Umsetzung der im Konzept beschriebenen Maßnahmen darzustellen.

Es soll durch eine quantifizierende Prognose der Wirkungen der geplanten Maßnahmen auf die Betriebskosten eine Bestätigung oder korrigierende und ergänzende Kritik des Konzeptes, vornehmlich als Zahlenwerk, tabellarisch erstellt werden.

## 1 Vorgehensweise

Es wurden die im Angebot als für die Arbeiten notwendige Unterlagen genannten Daten gesichtet, die durch GN (Herr E. Knoche) bis 12. Mai 2005 bereitgestellt wurden. Darüber hinaus fanden mündliche Abstimmungen statt, die auf Grund des Datenmaterials und des Planungsstandes notwendig waren.

Die bereits gelieferten o. g. Arbeitsergebnisse von HGC für das KBM wurden für die vorliegenden Arbeiten mit herangezogen und berücksichtigt, Ergebnisse daraus konnten verwendet werden.

Die durch HGC von GN erbetenen Unterlagen wurden vollständig bereitgestellt. Diese waren speziell:

- Kostenstellenbezogen Brutto-Personalkosten 2003, 2004, 2005 (1.Q.) und jahresdurchschnittliche Vollkräfte nach Dienstarten, komplett alle Häuser
- Pflegebetten (aufgestellte/betriebene, nach Krankenhausplan), komplett alle Häuser



- Stationäre Fallzahl im DRG-Erlösbereich, aufgeschlüsselt nach DRG-Fallgruppen, komplett alle Häuser
- Stationäre Fälle der Psychiatrie mit durchschnittlichem Fallerlös (alternativ: Pflegesatz und durchschnittliche Verweildauer), diese mit aktueller PsychPV-Einstufung (Stichtagserhebungen), komplett für KBN und KBO
- Ambulante Fallzahl (Ambulanzen, Notfallversorgung) mit durchschnittlichem Fallerlös, komplett alle Häuser
- Leistungszahlen der einzelnen Funktionsbereiche (OP, Röntgen, Labor, Endoskopie, Therapeuten (Physio-, Ergotherapie, etc), Strahlentherapie., Funktionsdiagnostik (EKG, EEG, Herzkatheter etc.), komplett alle Häuser

Grundsätzlich erfolgte die Orientierung bei der Berichterstattung an der „Konzeption der strategischen Neuausrichtung“ mit den darin ausgewiesenen Zentren und den Kern- bzw. Hauptsektionen und den assoziierten Bereichen für die Unterstützungsleistungen.

Die Leistungen (Fallzahl), die zur Verlagerung von einem Klinikum zum anderen entsprechend der in GN abgestimmten, fachabteilungsspezifischen „Verschiebematrix“ gemäß Konzept der strategischen Neuausrichtung vorgesehen sind, wurden vollständig und unverändert übernommen. Da eine Kostenstellenzuordnung dieser Leistungen immer nur als Teilleistung der jeweiligen Kostenstelle gelingen konnte, wurden Annahmen für die diesen Leistungen zuzuordnenden Kosten gebildet, die vom Casemix dieser Leistungen (aus Verschiebematrix) abgeleitet wurden. Die Verlagerung von Leistungen folgt in ihrer Personalkostenwirkung der standortindividuellen Produktivität des empfangenden Standortes, sodass diese dann für den neuen Personalbedarf rechnerisch maßgeblich ist.

Die Personal- und Kostendaten des Jahres 2004 aus KBM, KBO, KBN und LDW wurden der Ermittlung der Potenziale zu Grunde gelegt, die Daten des Jahres 2003 und des 1. Quartals 2005 lagen als Information vor und konnten bei Bedarf zur Plausibilisierung herangezogen werden.

Anschließend wurden für die Ermittlung der wirtschaftlichen Potenziale bei Verlagerung der Kapazitäten in das jeweilige aufnehmende Klinikum Einsparungspotentiale für die einzelnen Dienstarten zu Grunde gelegt und ggf. Sondereffekte in Form von Schließungen von Bereichen oder von dienststartspezifische Personalanpassungen bei Über- und Fehlbesetzung ausgewiesen.

Für das KBM wurden diese analog aus o.g. Zweitmeinungsgutachten mit der Annahme einer baulich-organisatorischen Umsetzung des Zentrumskonzeptes gemäß Masterplan (2004) übernommen. Dabei wurde unterstellt, dass das Konzept der Medizinischen Kompetenzzentren im KBM umgesetzt werden wird.

Für die anderen Standorte wurden diese baulich-organisatorischen Potenziale nicht kalkulatorisch berücksichtigt, da in diesen Klinika die Effizienzgewinne durch einen Neubau vergleichbar wie im KBM nicht eintreten werden, andererseits an den Standorten durch die bereits realisierten moderneren Baustrukturen (Riegelbauweise) diese Effizienz bereits als teilweise gegeben angenommen werden kann.

Um für die je Standort und Abteilung veränderten Leistungsmengen in einer optimierten Pflegeorganisation Anpassungen vornehmen zu können, werden auf der Basis von durchschnittlichen Stationsgrößen Szenarien für Sondereffekte z.B. in Form von Stationsschließungen dargestellt, ohne dass Investitionen in nennenswertem Umfang dafür nötig werden. Für das KBN kann - von



Ausnahmen (z. B. Intensiv) abgesehen, welche in der Tabelle nicht mit dem Zeichen „1“ versehen sind - , von einer durchschnittlichen Stationsgröße von 27 Betten ausgegangen werden, für das KLDW von 28 Betten und für das KBO für die Psychiatrie von 16 Betten.

In den Berechnungen wurde pro zu schließender Pflegestation mit einem Potenzial von zwei Pflegevollkräften durch Wegfall des Stationsmanagements als Nettoeffekt ausgegangen. Die Reduktion von Pflegekräften durch rückläufige Pfl egetage bei verkürzter Verweildauer oder Fallzahlrückgang bleibt davon unberührt.

Die Potenziale aus Verlagerung von Psychatriebetten nach KBM und KLDW ergeben sich lediglich aus einer Anpassung an die üblichen bundesdeutschen Umsetzungsgrade der Psychiatrie Personal Verordnung (PsychPV von 1991), die hier in der Rechnung mit 85 % statt 95 % angenommen wurde. Daher wurde hier mit einer Kürzung der Personalkosten der klinisch-therapeutischen Dienstarbeiten gerechnet.

Durch Wegfall von Leistungen der klinischen Bereiche, hier als Primäre Bereiche (Erlöse abrechnend oder Betten führend) benannt, ergeben sich auch Auswirkungen auf die Funktionsbereiche (Sekundäre Bereiche, nicht Fallerlöse abrechnend und nicht Betten führend) sowie die Wirtschafts- und Versorgungsbereiche (Tertiäre Bereiche).

Für die Sekundären Bereiche (Therapeuten, Funktionsbereiche wie OP, Kreißsaal, Labor, Pathologie) wurden auf Basis der Casemix-Punkte abteilungsspezifisch die Verlagerungsvolumina ermittelt und daraus Veränderungen der Betriebskosten pro Standort rechnerisch ermittelt.

Werden vorhandene Strukturen im aufnehmenden Klinikum für Leistungen, die verlagert werden sollen, nutzbar sein ohne Verschiebung der Betriebskosten in das aufnehmende Klinikum, ergeben sich wirtschaftliche Synergiepotenziale. Beispielhaft ist die Laborverlagerung von KBO nach KBM mit den zu verlagernden Leistungen genannt. Die vorhandenen Strukturen und die Organisation des KBM sind in der Lage, die anfallenden Mehrleistungen zu erbringen mit nur einem geringen, leistungsvariablen Effekt auf die Personalkosten. Die überwiegenden Betriebskosten des Labors in KBO können dann entfallen bis auf ggf. einen geringen Rest (hier 10%), der zur Erbringung von Notfalllaboruntersuchungen nötig sein wird.

Für die Tertiären Bereiche wurde eine an Fallzahlen oder Belegungstagen ausgerichtete Veränderung der Betriebskosten ermittelt. So wurden die Personalkosten des Verwaltungsdienstes fallzahlabhängig, die Personalkosten für Speisenversorgung/Küche verweildauerabhängig berechnet.

Fehlten Angaben oder Annahmen durch den Auftraggeber, wurden diese unter dem Gebot der kaufmännischen Vorsicht durch HGC vorgenommen auf Basis von Erfahrungen vergleichbarer Aufgabenstellungen und Expertenwissen.

Konsolidierte Ergebnisse und Effekte wurden sowohl für die einzelnen Standorte als auch als Gesamtwirkung auf Holdingebene in einer übersichtlichen Tabellenform als Anlage 1. dargestellt.

Die Ist-Daten auf Basis von Kosten- und Erlösdaten werden aus Ausgangsdaten des Bezugsjahres 2004 präsentiert und hierzu die Einsparpotenziale ermittelt. Die rechnerischen Ergebnisse der Leistungsveränderungen werden in drei Szenarien (nach Bildung von Soll 0, 1 und 2, dann Vergleich von Soll 0, Soll 1 und Soll 2 zum Ist) dargestellt.



Soll 3 dient lediglich einer Einschätzung der langfristigen Leistungsentwicklung für die Primärbereiche (Fachgebiete) und wird in der Rechnung nicht weiter berücksichtigt.

Die Sollbildung erfolgte folgendermaßen:

- Soll 0: Leistungsverschiebung unter Beibehaltung der Ist-Produktivitätsziffern
- Soll 1: Leistungsverschiebung unter Anwendung von relativen Optimierungs-Produktivitätsziffern, die unter Heranziehung von Vergleichswerten anderer Träger, vor allem privater Klinikträger gebildet wurden
- Soll 2: wie Soll 1 und zusätzlich Bereinigung um das ambulante Shift-Potenzial (Kurzliegerfälle, ambulante Operationen), das durch GN ermittelt und durch HGC rechnerisch berücksichtigt wurde
- Soll 3: basierend auf Soll 1 als Zukunftsszenario 2010 unter Annahme von fachgebietsspezifischen, epidemiologischen Entwicklungen (analog des Gutachtens „Zukunftsorientierte Praxisstudie für die Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen“, BASYS und I+G-Gesundheitsforschung, Dezember 2000)

## **2 Die Maßnahmen im Überblick**

### **2.1 Konzentration somatischer Kapazität**

Durch die geplante Verlagerung von Leistungen und damit auch stationärer Bettenkapazität wird eine Konzentration von fallgruppenspezifischen Leistungen in den insgesamt 11 zukünftigen Zentren erzielt, die in der Holding allgemein und speziell ausgeprägt im KBM bei Durchführung der Neubaumaßnahme und Umsetzung des Konzeptes Medizinischer Kompetenzzentren (MKZ) die Wirtschaftlichkeits- und gleichzeitig die Qualitätseffekte weiter erhöhen.

Durch vollständige Aufgabe und holdinginternen Verlagerung der Somatik im KBO und Wandlung dieses Klinikums in ein rein psychiatrisch und altersmedizinisch ausgerichtetes Klinikum mit den Zentren für Psychotherapie und Psychosomatik sowie für Altersmedizin werden dort betriebskostenintensive Strukturen und Leistungen für die Somatik überflüssig, deren Abbau die Gesamtwirtschaftlichkeit auf Holding-Ebene steigern. Gleichzeitig können dadurch sonst anstehende Instandhaltungsinvestitionen am KBO vermieden werden.

Durch Verlagerung der Thoraxchirurgie von KBO nach KBM wird dem Umstand Rechnung getragen, dass diese vornehmlich onkologischen Fälle eine interdisziplinäre Versorgung mit multimodalen Therapieansätzen unter Nutzung bereits vorhandener Strukturen mit den Kern- und Hauptsektionen des Onkologischen Zentrums im KBM erhalten werden und dadurch die Qualität der Behandlung durch Kompetenzbündelung in interdisziplinären Expertenteams erhöhen können. Die operativen räumlichen Kapazitäten sind bei der Planung durch zusätzliches OP-Aufkommen planerisch und organisatorisch z. B. durch Neuorganisation der Betriebszeiten (Mehrschicht-Betrieb) zu berücksichtigen, ebenso Intensivmedizin/Intermediate Care durch abgestufte Pflegekonzepte.

Die Verlagerung von internistischen (gastroenterologischen) Betten von KLDW nach KBM erfolgt aus denselben fachlichen Gründen, da die Fälle in der Überzahl onkologische Fälle sind und einer



umfassenden interdisziplinären Versorgung des Onkologischen Zentrums zugeführt werden, ohne Doppelvorhaltungen auf Holding-Ebene und zusätzliche Investitionen zur Umsetzung von medizintechnischer Innovation zu verursachen.

Die Verlagerung von 75 hoch aufwändigen neonatologischen Fällen aus KBN (38 Fälle/Jahr) und KLDW (37 Fälle/Jahr) mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm in das KBM ist fachlich, medizinisch-qualitativ und wirtschaftlich sinnvoll. Durch die bereits existierende umfassende Kindermedizin im KBM wird den zukünftigen Restriktionen durch Mindestmengenerfordernisse zuvor gekommen und eine zentrierte Versorgungsstruktur mit hohen Fallzahlen eines Neonatalzentrums für Bremen geschaffen. Dieses entspricht modernen Versorgungsplanungen, z. B. wird Berlin mit über drei Millionen Einwohnern in Zukunft zwei solcher Zentren haben (Charite, Klinikum Neukölln).

Auch die Verlagerung von großen gefäßchirurgischen Eingriffen, die nicht am Herzen oder herznah durchgeführt werden, in das Gefäßzentrum im KBN folgt diesen fachlichen Grundsätzen der Kompetenzbündelung an einem Standort, sodass diese Spezialchirurgie ohne Herz-Lungen-Maschineneinsatz in den unterschiedlichen herzfernen Gefäßprovinzen (z. B. Bauchaorta, Beinarterien) eine deutliche Stärkung erfahren wird. Hinsichtlich der Behandlungsabläufe und -erfordernisse dieser Fallgruppe ist es auch aus organisatorischen Gründen sinnvoll, eine Konzentration im Gefäßzentrum und Herauslösung aus der hoch standardisierten Herzchirurgie des Herzzentrums im KLDW vorzunehmen.

## **2.2 Verlagerung psychiatrischer Kapazität**

Durch eine geplante Verlagerung von 100 psychiatrischen Betten in das KBM und 80 Betten in das KLDW soll eine wohnortnahe lokale Versorgung gewährleistet werden.

Unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten läuft eine derartige Differenzierung und Regionalisierung der Versorgung entgegen den sonstigen Bemühungen um Konzentration und Wirtschaftlichkeit. Aufgrund der ausbleibenden Skalen- und Synergieeffekte einer Verlagerung psychiatrischer Versorgungseinheiten nach KBM sind die wirtschaftlichen Konsequenzen in der Konzernbetrachtung als negativ einzustufen.

Alternativ könnten ausschließlich tagesklinische oder ambulante Angebote von KBM und KLDW dezentral für die psychiatrische Versorgung gemacht werden, die die leichteren Fälle ohne hochaufwändige Infrastruktur von Bettenstationen kompetent versorgen können, die komplexen, stationäre Behandlung erforderlichen Fällen würden im KBO sachgerecht behandelt.

## **2.3 Auswirkungen auf die Standorte**

Die einzelnen Klinika werden eine Spezialisierung analog des Konzeptes der strategischen Neuausrichtung erfahren, die die fachlich bereits bestehenden Schwerpunkte verstärkt. Dennoch sollen zur Sicherung der wohnortnahen Notfallversorgung Strukturen der Basisversorgung am KBO bestehen bleiben, die für einfache und mittelschwere Erkrankungen sowie für die Akutversorgung und ggf. anschließende Verlegung ausreichend sind.

Im KBO werden umfangreiche Veränderungen durch Verlagerung der gesamten Somatik sowie der dafür notwendigen Sekundärstrukturen notwendig. Es resultiert dann ein Standort mit einem Zentrum



für Psychiatrie, Psychoanalyse und Psychosomatik sowie einem Zentrum für Altersmedizin. Damit wird ein Fächerspektrum angeboten, das den epidemiologischen Entwicklungen Rechnung trägt. Gleichzeitig wird es möglich, investitions- und betriebskostenintensive Bereiche wie Intensivmedizin oder Operationsbereiche komplett zu verlagern.

Gleichzeitig wird durch die Konzentration somatischer Fachgebiete in KLDW, KBN und KBM ein wirtschaftlicher Effekt erzielt, der durch die Organisation in Medizinischen Kompetenzzentren verursacht wird. Ein qualitativer Effekt durch Spezialisierung und Erfahrung in komplexen Behandlungsabläufen wird sich in verbesserten Ergebnisqualitäten und entsprechender Berichterstattung für die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung (Outcome-Qualität) niederschlagen. Darüber hinaus kann durch eine moderne Pflegeorganisation in interdisziplinären Teams unter Konzentration auf das medizinische Problem (s. Konzept der Medizinischen Kompetenzzentren, KBM) die subjektive Wahrnehmung der Versorgung durch den Patienten und seine Angehörigen sowie die zuweisenden Ärzte verbessert werden.

### **3 Zusammenfassende Bewertung**

Die Verlagerung und Konzentration von Leistungen, ausgerichtet an den Versorgungserfordernissen von Krankheitsbildern, wie im Konzept für Medizinische Kompetenzzentren dargestellt, ist eine sachlich richtige, medizinisch vertretbare und die Versorgungsqualität sowie die Wirtschaftlichkeit steigernde Maßnahme, die die Synergien und optimierte Ressourcennutzung in der Holding unterstützt.

Das Konzept zur strategischen Neuausrichtung der Krankenhäuser der GN ist grundsätzlich schlüssig und für die wirtschaftliche Positionierung im Wettbewerb der Bremer Krankenhaus-Holding *Gesundheit Nord* gGmbH ein wesentlicher Schritt.

### **4 Schlussbetrachtung**

Die Integration von Bettenkapazitäten und Konzentration von Leistungen aus anderen Klinika der Holding stellt sowohl unter wirtschaftlichen als auch unter medizinisch-qualitativen Gesichtspunkten eine Maßnahme dar, die die medizinische Versorgungssituation in Bremen erheblich verbessern kann.

Die Ergebnisse im Einzelnen:

- Es ergibt sich für die Holding durch Verlagerung von Bettenkapazitäten im Szenario Soll 1 (Vergleich von Soll 1 zu Ist 2004) ein Betriebskostenvorteil von jährlich ca. 58,8 Mio. EUR.
- Es ergibt sich für die Holding durch Verlagerung von Bettenkapazitäten im Szenario Soll 2 (Vergleich von Soll 2 zu Ist 2004) ein Betriebskostenvorteil von jährlich ca. 79,5 Mio. EUR.
- Die Fokussierung auf Spezialisierung der einzelnen Standorte durch medizinische Kompetenzzentren fördert die Qualitätssteigerung in der Patientenversorgung und steigert durch Skaleneffekte und Nutzung von Synergien die Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung.



Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH bedankt sich für die Beauftragung und steht gern für weitere Unterstützungsleistungen bei den folgenden Planungsschritten und bei der Realisierung zur Verfügung.

Dangast, 25.05.2005

### **Die an den Dangaster Gesprächen beteiligten Interessenvertretungen erklären:**

Die Gespräche haben gezeigt, dass in vielen Punkten ein Konsens gefunden werden kann. Nach einem kritischen Diskurs haben die TeilnehmerInnen an den Gesprächen zu einigen für die Interessenvertretungen existenziellen Fragen, u.a. Masterplan I, Kinderkliniken/ Geburtshilfen, Bremen-Ost, Komplementärbereiche neue konstruktive Antworten erarbeitet. Diese Antworten müssen nun durch die Gremien der Interessenvertretungen und Betriebsgruppen unter Hinzuziehung unseres Sachverständigen geprüft werden. Sollte diese Prüfung ergeben, dass weiter Konsens besteht, werden diese Punkte gemeinsam in den Aufsichtsrat eingebracht. Ansonsten werden die abweichenden Prüfungsergebnisse arbeitnehmerseitig dem Aufsichtsrat zur Überprüfung vorgelegt.

Die Konsensfindung erfolgte auf Grundlage des bekannten Holding Strategiepapiers und dem Standpunktepapier des KBR vom April 2005.

Die folgenden Seiten zeigen die Ergebnisse des Verhandlungsgespräches in tabellarischer Form auf.

Punkt	Originaltext Standpunkte aus „KBR-Info“	Veränderung/Konsens/...	Arbeitsaufträge/Bemerkungen/...
B1)	„Die KollegInnen sind die Experten für eine Neuorientierung. Ihre Information und Beteiligung sind im Prozess unverzichtbar. Die Beteiligung wird in einer Vereinbarung geregelt.“	Die KollegInnen werden an den Veränderungen und der Umsetzung beteiligt. Die Beteiligung wird in einer Vereinbarung geregelt. Der Betriebsrat erarbeitet einen Vereinbarungsentwurf.	Vereinbarungsentwurf vom BR zu erarbeiten.
B2)	Die vorhandenen Arbeitsbedingungen dürfen sich nicht noch weiter verschlechtern, da sie jetzt schon von sehr hoher Arbeitsdichte geprägt sind. Weitere Rationalisierungen und weiterer Personalabbau gefährden die Versorgungsqualität der PatientInnen und die Gesundheit der MitarbeiterInnen.		Grundsätzliche Deklaration des BR
B3)	Um die ökonomische Existenz zu sichern muss der hohe Versorgungsstandard der Kliniken an den jetzigen Standorten erhalten bleiben.	Konsens	
B4)	Alle Arbeitsplätze müssen erhalten bleiben. Der weitere Verlust qualifizierter Arbeitsplätze ist für die Region eine Katastrophe. Dieses führt zu noch mehr Personalengpässen in den Krankenhäusern.		Grundsätzliche Deklaration des BR

B5)	Die Ausbildung und die Anzahl der Ausbildungsplätze sind auf hohem Niveau zu sichern.	Konsens		
B6)	Kündigungen sind auszuschließen			Grundsätzliche Deklaration des BR
B7)	Die vier Standorte sollen unter Berücksichtigung ihrer rechtlichen Eigenständigkeit gesichert werden auf der Basis betriebswirtschaftlicher Überlebensfähigkeit sowie stadtteilbezogener Notfall- und Standardversorgung.			Der Eigentümerentscheidung vorbehalten
B8)	Alternativen zum Strategiepapier sind zu entwickeln, detailliert darzustellen und zu prüfen.	Konsens		Die konsentiertere Alternative ist hinsichtlich der Betriebskostenreduzierung zu berechnen
B9)	Ein Konzept zur Personalplanung und -entwicklung ist unverzüglich zu erarbeiten und darzustellen. Bei Einführung von neuen Organisations- und Führungsstrukturen sind MitarbeiterInnen entsprechend zu schulen.	Konsens		Maßnahmenbezogene Umsetzung nach Entscheidung durch den Aufsichtsrat
B10)	Der Prozess der Neugestaltung kann gelingen, wenn die Beschäftigten bei der Entwicklung und Darstellung zukünftiger Arbeitsorganisationen einbezogen werden.	Konsens		
B11)	Es muss Angebote der Arbeitgeber zur Förderung der Mobilität zwischen den Kliniken geben.			Grundsätzliche Deklaration des BR

B12)	Die wirtschaftlichen Risiken des Prozesses sind durch die Geschäftsführung zu belegen und darzustellen.	Konsens	
B13)	Erfolgsgefährdende Faktoren sind unabhängig von der zukünftigen Strategie aufzuzeigen und zu ändern.	Konsens	
B14)	Die Neuausrichtung der Kliniken und die Umsetzung dieses Prozesses ist durch einen Lenkungsausschuss unter MitarbeiterInnenbeteiligung zu begleiten.	Konsens	Siehe Punkt B1)
B15)	Synergien sind vorrangig durch Kooperationen zu erzeugen. Notwendige Dienstleistungen werden durch eigene MitarbeiterInnen erbracht.	Synergien sind vorrangig durch Kooperationen, ggf. durch Zentralisierung zu erzeugen. Vor der Entscheidung über Ausgliederungen von Dienstleistungen werden Nutzwertanalysen unter den Gesichtspunkten: <b>a) Qualität,</b> <b>b) Wirtschaftlichkeit und</b> <b>c) Know How Verlust</b>	Die Interessenvertretungen erwarten, dass den betroffenen Bereichen die Möglichkeit gegeben wird, ihre Wettbewerbsfähigkeit zu beweisen. Dafür sollte ein angemessener Erprobungszeitraum vereinbart werden.
B16)	Für die Kliniken ist ein offensives Marketing ihrer Leistungen und ihrer Qualität zu realisieren.	im Benehmen mit dem BR geprüft. Für die GesundheitNord ist ein offensives Marketing ihrer Leistungen und ihrer Qualität unter einem einheitlichen Erscheinungsbild zu realisieren	

B17)	Gesundheitspolitische Zielsetzungen müssen als Rahmen gewollter Veränderungen formuliert und finanziert werden	Konsens	
B18)	Die Kliniken sind zu Mittelpunkten von regionalen Gesundheitszentren weiter zu entwickeln. Sie übernehmen eine aktive Rolle in der Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen. Die integrierte Versorgung ist auszubauen. Neue Geschäftsfelder sind zu erschließen.	Konsens	
C1)	Die Konzeption medizinischer Kompetenzzentren erscheint als eine geeignete interdisziplinäre Ablauforganisation, um eine medizinische Behandlung unter der Finanzierungsform der DRGs (Fallpauschalensystem) zu strukturieren. Die Bildung von Kompetenzzentren ist allerdings in einem Stadtstaat wie Bremen nicht zwingend standortübergreifend gebunden notwendig, d.h. die bereits heute dezentral entwickelten medizinischen Schwerpunkte der vier Klinika können vor Ort zu Kompetenzzentren weiter entwickelt werden.	Konsens	

C2)	<p>Unabhängig vom Strategiepapier der Holding ist die Umsetzung des Masterplans im KBM für die wirtschaftliche Sicherung des Standortes Mitte notwendig. Eine Verzögerung der geplanten Umsetzung, bzw. Gefährdung durch Auswirkungen des Strategiepapiers sind existenzgefährdend und auszuschließen.</p>	Konsens	
C3)	<p>Der Standort Bremen Ost mit seinen dezentralen Schwerpunkten muss erhalten bleiben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Psychiatrie soll nicht weiter dezentralisiert werden, sondern in Ost und Nord angesiedelt bleiben;</li> <li>• Lunge, Intensiv, Chirurgie, Innere bleiben im KBO, da sie unverzichtbare Voraussetzungen für Psychiatrie, Forensik, Geriatrie und/oder stadtteilbezogener Notfall- und Standardversorgung sind;</li> <li>• Das Hauptgebäude des KBO präsentiert sich in einem hervorragenden baulichen und technischen Zustand mit einem hohen Automatisierungsgrad und geringen Betriebskosten. Deshalb muss eine Planung entwickelt werden, die eine</li> </ul>	<p><u>Erster Spiegelstrich:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aus fachlichen und betriebswirtschaftlichen Gründen soll die Psychiatrie in Ost und Nord angesiedelt bleiben. Wegen negativer wirtschaftlicher Auswirkungen soll eine Fortführung der Dezentralisierung nicht erfolgen. Die organisatorische und krankenhauplanerische Anbindung der Psychiatrien in Ost und Nord bleiben erhalten.</li> <li>• Die Geriatrie wird krankenhauplanerisch dem KBO zugeordnet unter Beibehaltung des Standortes in Bremen Nord.</li> </ul> <p><u>Zweiter Spiegelstrich:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innere Medizin und Allgemeinchirurgie bleiben im Rahmen der Grund- und Notfallversorgung organisatorisch am KBO.</li> <li>• Die Leitung der Allgemeinen Chirurgie wird analog des Strategiepapiers hausübergreifend (KLdW und KBO) organisiert.</li> </ul>	<p>Definition des Begriffs „Grund- und Notfallversorgung“</p>

	<p>weiter Nutzung ermöglicht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dem KBO wird eine bedarfsgerechte Intensivstation zugesagt</li> <li>• Zusätzlich sollen folgende Angebote etabliert werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ IMC Station</li> <li>○ Behandlungskapazitäten zur Betreuung von „Weaning Patienten“</li> <li>○ Langzeitbeatmungsplätze</li> </ul> </li> <li>• Das Lungenzentrum verbleibt unter der Voraussetzung der Wirtschaftlichkeit am KBO. Sollte dies nicht der Fall sein, behält sich die Geschäftsführung der GeNo vor, das Lungenzentrum zu verlagern. Um gegenüber anderen Abteilungen in Bezug auf die Ausgangsvoraussetzungen nicht benachteiligt zu sein, wird das Wahlleistungsangebot am KBO ausgebaut.</li> <li>• Die neurologische Frühreha (Phase B und C) sowie die chronischen neurologischen Indikationsbereiche verbleiben am KBO.</li> <li>• Die Akutneurologie einschl. der Stroke Unit werden krankenhaushausplanerisch und organisatorisch dem Kopfzentrum am KBM zugeordnet.</li> </ul> <p><u>Dritter Spiegelstrich:</u></p>	<p>Der Zustand des Hauptgebäudes wurde nicht weiter diskutiert, da eine weitere Nutzung durch die Konsenslösung erreicht wird.</p>
--	-----------------------------------	--	--

C4)	<p>Regionale Kompetenzen in anderen Disziplinen in Nord und LdW müssen gestärkt, erhalten und wo es die Fallzahlen ermöglichen, ausgebaut werden. Die Schwerpunkte Herz und Präventionsmedizin im LdW und der Schwerpunkt Gefäße im KBN werden Kompetenzzentren.</p>	<p>Die Schwerpunkte Herz und Präventionsmedizin im LdW und der Schwerpunkt Gefäße im KBN werden Kompetenzzentren.</p> <p><u>Neonatologie:</u> Die Chefsärzte der Kliniken für Kinder- und Intensivmedizin setzen fachliche Mindeststandards für die neonatale Intensivmedizin, insbesondere für Risikogeburten kleiner 1.500 Gramm Geburtsgewicht mit externem Sachverstand fest. Wenn diese Standards durch Mindestmengenregelungen oder ähnlich objektivierbare Kriterien nicht mehr zu erfüllen sind, sind die PatientInnen in einem diese Voraussetzungen erfüllenden Neonatologischen Zentrum zu behandeln. Die Daten der externen vergleichenden Qualitätssicherung sind zugrunde zu legen.</p> <p><u>Palliativmedizin:</u> Die palliativmedizinischen Betten verbleiben am KLdW</p> <p><u>Onkologie:</u> Die onkologische Grundversorgung verbleibt in den Klinika</p>	<p>Der begriff „Grundversorgung“ ist noch zu definieren</p>
-----	--	---	---

Die erreichten Übereinstimmungen spiegeln das Ergebnis der so genannten „Konsensgespräche“ vom 24. und 25. Mai 2005 in Dangast wider.

**TeilnehmerInnen:**

Herr Wilfried Sulimma

Herr Dietmar Segger

Frau Hanna Laser

Herr Peter Erlanson

Frau Heidemarie Helmke

Herr Lothar Schröder

Herr Ralf Krüger

Herr Thomas Hollnagel

Herr Jochen Killing

Frau Annette Feldmann

Frau Petra Kraenzke

Herr Walter Bremermann

Herr Dr. Peter Stremmel

Herr Uwe Schmidt

Herr Andreas Lindner

Herr Jürgen Götsche

Herr Elmar Knoche

Herr Wolfgang Tissen

Frau Anja Kenzler, a.k.demie für Mediation und Training

Dangast, den 25. Mai 2005