

Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen vom 8. August 2006

Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen im Rahmen der Umstrukturierung der Gesundheit-Nord gGmbH

Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der möglichen Auswirkungen auf die Qualität der Leistung einzelner Reform- und Umstrukturierungsmaßnahmen der Gesundheit-Nord gGmbH ist es erforderlich, die Kosten vor der Umstrukturierung, die erwarteten zukünftigen Kosten und die Kosten nach den geplanten Maßnahmen ins Verhältnis zu setzen. Dazu gehört auch das Einbeziehen der notwendigen Investitionsmaßnahmen. Es ist insbesondere erforderlich, die Auswirkungen auf einzelne Häuser und die gesamte Gesundheit-Nord zu betrachten, um zu verhindern, dass einzelne Maßnahmen nur partielle Vorteile bringen, an anderer Stelle aber neue Löcher reißen.

Von besonderer Bedeutung sind hierbei die geplanten oder schon durchgeführten Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zentralküche, dem Großlabor, der Ausgliederung der Blutbank, der Verlagerung der Stroke Unit, dem Zentraleinkauf und der Kommunalen Service-Gesellschaft. Hohe Ausgaben für öffentliche Präsentation und Corporate Design der Krankenhaus-Holding müssen auf ihre Notwendigkeit hin überprüft werden.

Wir fragen den Senat:

Zentralküche

1. Welche Krankenhäuser und welche anderen Institutionen bzw. Behörden sollen von der geplanten Großküche versorgt werden?
2. Gibt es verbindliche Absprachen oder Verpflichtungen der vier kommunalen Krankenhäuser, das Essen der Großküche einzukaufen?

Wenn ja, wann und von wem wurde das beschlossen? Warum erfolgte keine Ausschreibung der Leistung?

Wenn nein, auf welcher Basis wird die Großküche kalkuliert, wer trägt das Risiko unzureichender Auslastung?
3. Wie viel Personal soll durch die geplante Großküche in den Küchen der vier kommunalen Krankenhäuser eingespart werden? Sollen die Mitarbeiter/-innen übernommen werden? Wenn ja, hat es dazu schon Mitbestimmungsverfahren gegeben und mit welchem Ergebnis?
4. Wie hoch werden die Kosten für die Mahlzeiten pro Patient und Tag nach Inbetriebnahme der Großküche veranschlagt?
5. Wie hoch sind zurzeit die Kosten für die Verpflegung pro Patient und Tag in den vier Krankenhäusern (bitte für jede Klinik gesondert auflisten)?
6. Wie viele Mittagessen werden gegenwärtig von den einzelnen Küchen der Krankenhäuser ausgegeben (bitte für jede Klinik gesondert auflisten)?
7. Ist geplant, eine Wirtschaftlichkeitsberechnung der Großküche vorzunehmen oder wurde bereits eine angefertigt? Wenn vorhanden, zu welchem Ergebnis kommt die Berechnung?

8. Welche Berechnungen bzw. Veränderungen haben die Mehrkosten für die Investition Großküche von ca. 7 Mio. € im Jahre 2004 auf 14,9 Mio. € in der Senatsvorlage vom 21. Juni 2006 verursacht?
9. Wie soll die von den einzelnen Krankenhäusern verlangte individuelle und qualitative Profilbildung vorgenommen werden, wenn ein wichtiger Baustein dafür, die Essensversorgung, dafür in Zukunft nicht mehr zur Verfügung steht?

Großlabor im Krankenhaus Mitte

10. Wie hoch waren die Investitionskosten für das Großlabor im Krankenhaus Bremen-Mitte?
11. Sind alle kommunalen Krankenhäuser verpflichtet, für ihren Bedarf an Laborleistungen das Zentrallabor in Anspruch zu nehmen? Wenn ja, welche Vereinbarungen und/oder Verträge wurden diesbezüglich getroffen?
12. Wie viele Arbeitsplätze konnten deswegen abgebaut werden, welche Sachkosten in welcher Höhe konnten gespart werden?
13. Existiert eine Wirtschaftlichkeitsberechnung für diese Maßnahme? Welche Ergebnisse hatte die Wirtschaftlichkeitsberechnung? Gibt es Berechnungen mit dem Ergebnis, andere Labore würden kostengünstiger arbeiten?
14. Werden Leistungen anderer Labore in Anspruch genommen, wenn ja, für welche Leistungen und von welchen Krankenhäusern?
15. Welche Kosten können durch eine Vergabe an Fremdlabore jeweils gespart werden?

Blutbank

16. Wie viele Vollzeitkräfte wurden durch die Ausgliederung der Blutbank eingespart?
17. Wie hoch sind die Sachkosten pro Krankenhaus für Leistungen der Blutbank vor und nach der Ausgliederung (fünf Jahre davor bis heute)?
18. Auf welche Weise wird sichergestellt, dass die Qualität der Versorgung auf demselben Niveau erfolgt wie vor der Ausgliederung?
19. Welche Entwicklung der Preise der Leistungen der Blutbank erwartet der Senat?

Zentraleinkauf

20. Wie viele Vollzeitkräfte wurden durch die Einführung des Zentraleinkaufs eingespart?
21. Wer erbringt aus welchem Budget in Zukunft die Personalkosten für den zentralen Einkauf?
22. Werden zukünftig zusätzliche Lieferkosten entstehen?
23. Soll in Zukunft in jedem Krankenhaus ein direkter Ansprechpartner für z. B. Sonderbestellungen vorhanden sein?
24. Wie verhindert der Senat, dass Informationsverluste zwischen Besteller/-innen und Beschaffer/-innen auftreten? Wie wird eine gute Beratungsqualität gewährleistet?
25. Welche Einsparungen wurden durch den Zentraleinkauf realisiert, in welcher Höhe waren sie erwartet worden, und wie sehen die Kalkulationen für Einspar-effekte in mittel- und langfristiger Perspektive aus?

Kommunale Service Gesellschaft (KSG)

26. Sind die kommunalen Krankenhäuser verpflichtet, ihren Reinigungsdienst ausschließlich über die KSG abzuwickeln? Wenn ja, welche Vereinbarungen und/oder Verträge wurden diesbezüglich getroffen?
27. Wie hoch waren die Sachkosten pro Krankenhaus vor und nach der Einführung der KSG?
28. Welche Erfahrungen liegen in den einzelnen kommunalen Krankenhäusern derzeit mit der Qualität der Dienstleistung der KSG vor, und welche Konsequenzen wurden möglicherweise bereits durch einzelne Krankenhäuser gezogen?

29. Gibt es die Option für die Krankenhäuser, bei Nachweis der Wirtschaftlichkeit eines eigenen Reinigungsdienstes ihre Auftragserteilung an die KSG zu kündigen?

Stroke Unit

30. Wie hoch sind die Erlöse im Krankenhaus Bremen-Mitte durch die Teilverlagerung der Neurologie
- aktuell (pro Monat),
 - nach Verlagerung der post stroke?
31. Welche zusätzlichen Kosten sind durch die Verlagerung entstanden
- im Personalkostenbereich,
 - im Sachkostenbereich
- (bitte jeweils für Klinikum Bremen-Ost und Klinikum Bremen-Mitte getrennt auflisten)?
32. Wie hoch sind die zusätzlichen Einnahmen durch Privatliquidationen, und wo wurden diese Leistungen erbracht?
33. Welche Auswirkungen hat die Teilverlagerung der Neurologie auf die Versorgung der Patienten/-innen im Klinikum Bremen-Ost sowohl im somatischen als auch im psychiatrischen Bereich?
34. Wie wird die Weiterbildung der Ärzte in der Neurologie und in der Psychiatrie gewährleistet?
35. Wie hoch ist die Erlösminderung im Klinikum Bremen-Ost durch diese Teilverlagerung?

Öffentlichkeitsarbeit und Corporate Design

36. Wie viel Geld wurde von der Holding der Gesundheit-Nord seit ihrer Gründung pro Jahr für öffentliche Präsentation und die Erarbeitung eines einheitlichen Corporate Designs ausgegeben?
37. In welcher Größenordnung waren diese Ausgaben Teil des Wirtschaftsplans?
38. Welche Ausgaben wurden ausgeschrieben? Welche Ausgaben über 200.000 € wurden nicht ausgeschrieben und warum nicht?
39. Welches Konzept verfolgt die Holding mit ihrem Werbekonzept?
40. In welchem Verhältnis bewegen sich die Ausgaben für Öffentlichkeitsarbeit der Holding zu denen der vier Kliniken?
41. Welchen Anteil am Konzept der Holding müssen die Kliniken jeweils übernehmen?

Elisabeth Wargalla,
Karoline Linnert und Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

D a z u

Antwort des Senats vom 10. Oktober 2006

Zentralküche

1. Welche Krankenhäuser und welche anderen Institutionen bzw. Behörden sollen von der geplanten Großküche versorgt werden?
- Die neue Küche soll ab 2008 (Datum der Fertigstellung) das Klinikum Bremen-Mitte (KBM) (mit allen Mahlzeiten wie bisher auch), das Klinikum Links der Weser (KLdW) und das Klinikum Bremen-Nord (KBN) (jeweils mit Mittagessen) versorgen. Weiterhin ist vorgesehen, auch andere Institutionen (z. B. Schulen, Kindergärten) mit Mittagessen zu beliefern, um Kapazitäten maximal auszulasten.
2. Gibt es verbindliche Absprachen oder Verpflichtungen der vier kommunalen Krankenhäuser, das Essen der Großküche einzukaufen?
- Wenn ja, wann und von wem wurde das beschlossen? Warum erfolgte keine Ausschreibung der Leistung?

Wenn nein, auf welcher Basis wird die Großküche kalkuliert, wer trägt das Risiko unzureichender Auslastung?

In der Geschäftsführersitzung der Gesundheit-Nord ist verbindlich festgelegt worden, dass das KLdW und das KBN aus der neuen Küche des KBM beliefert werden (siehe auch Frage 1).

Nach bestehender Rechtslage ist eine Ausschreibung der Küchenbetriebsleistungen nicht erforderlich, da alle Häuser der Gesundheit-Nord von einer gemeinsamen Muttergesellschaft geführt werden und sich alle beteiligten Gesellschaften zu 100 % im Kapitalbesitz der Stadtgemeinde Bremen befinden.

3. Wie viel Personal soll durch die geplante Großküche in den Küchen der vier kommunalen Krankenhäuser eingespart werden? Sollen die Mitarbeiter/-innen übernommen werden? Wenn ja, hat es dazu schon Mitbestimmungsverfahren gegeben und mit welchem Ergebnis?

Insgesamt ist von Personaleinsparungen in Höhe von ca. 48 Vollzeitkräften (VK) auszugehen, wenn die neue Küche nach dem Cook-and-Chill-Verfahren (so genanntes Schock-Kühl-Verfahren) produziert und die Küche im Klinikum Bremen-Ost (KBO) vorerst nach dem Cook-and-Serve-Verfahren noch weiterbetrieben wird.

Im Wesentlichen erfolgt hierbei kein Personalabbau bei eigenen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen, sondern zunächst das „Insourcing“ von gegenwärtig bestehenden Drittaufträgen (besonders im KBM die Aufträge für Ausgabeband- und Spülearbeiten) mit der Klinikservice-Gesellschaft mbH (KSG). D. h. eigene Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen übernehmen diese Arbeiten, die bisher von der KSG erledigt wurden, wieder, ohne dass Neueinstellungen erforderlich sind. Darüber hinaus laufen befristete Arbeitsverträge aus. An den Projekten bezüglich des Neubaus der Küche, der Einführung eines neuen Warenwirtschafts- und Speisendispositionssystems und der Entscheidung über die planerische Realisierung von Raumanordnungen, Küchengeräten und Kücheneinrichtungen sind die örtlichen Betriebsräte permanent beteiligt worden.

Es ist nicht geplant, Mitarbeiter/-innen aus anderen Klinikstandorten zum KBM zu versetzen.

4. Wie hoch werden die Kosten für die Mahlzeiten pro Patient und Tag nach Inbetriebnahme der Großküche veranschlagt?

Die Kosten des KBM für alle Tagesmahlzeiten werden nach Inbetriebnahme der neuen Küche je Beköstigungstag mit ca. 6,10 € veranschlagt. Zusätzlich ist ein Zuschlag zur Refinanzierung der Investitionskosten zu veranschlagen, der in seiner genauen Höhe noch zwischen den Häusern verhandelt wird.

5. Wie hoch sind zurzeit die Kosten für die Verpflegung pro Patient und Tag in den vier Krankenhäusern (bitte für jede Klinik gesondert auflisten)?

Aktuell (per 31. Dezember 2005) stellen sich die Kosten (in €) für die Verpflegung pro Patient und Tag in den vier Krankenhäusern wie folgt dar:

KBM	KBN	KBO	KLdW
12,91	11,5	9,01	11,29

6. Wie viele Mittagessen werden gegenwärtig von den einzelnen Küchen der Krankenhäuser ausgegeben (bitte für jede Klinik gesondert auflisten)?

Gegenwärtig werden von den Kliniken ausgehend von jahresdurchschnittlichen Daten täglich ausgegeben:

Mittagessen Klinikum	KBM	KBO	KBN	KLdW
Anzahl täglich Patienten	823	925	425	395
Anzahl täglich Mitarbeiter	133	130	80	349
Anzahl gesamt	956	1.055	505	744

7. Ist geplant, eine Wirtschaftlichkeitsberechnung der Großküche vorzunehmen, oder wurde bereits eine angefertigt? Wenn vorhanden, zu welchem Ergebnis kommt die Berechnung?

Eine Wirtschaftlichkeitsuntersuchung wurde mittels eines Fachgutachters im Jahr 2003 erstellt. Im Ergebnis wurde eine Einsparung der laufenden Kosten von ca. 1,60 Mio. € als Basiseffekt ausgewiesen, die zur Refinanzierung der Investitionskosten herangezogen werden sollten.

Die Wirtschaftlichkeitsuntersuchung wird zurzeit aktualisiert, da sich die Inanspruchnahme der Küchenleistungen durch die anderen Häuser konkretisiert hat. Das KBM geht davon aus, dass der 2003 errechnete Basiseffekt bestehen bleibt.

8. Welche Berechnungen bzw. Veränderungen haben die Mehrkosten für die Investition Großküche von ca. 7 Mio. € im Jahre 2004 auf 14,9 Mio. € in der Senatsvorlage vom 21. Juni 2006 verursacht?

Die erste Berechnung der Investitionskosten basierte auf anderen Grundlagen. Damals wurde ein „Industrieleichtbau“ vorgeschlagen, der ausschließlich die Essenproduktion für das KBM aufgrund einer vorläufigen Machbarkeitsstudie in Höhe von 1.000 Essen täglich auf Cook-and-Chill-Basis vorsah.

Die neue Summe hat sich im Wesentlichen daraus ergeben, dass die zwei Krankenhäuser KLDW und KBN in die Produktionsanforderungen zusätzlich aufgenommen wurden (u. a. Grund-, Verteil-, Kühl- und Produktionsflächen) sowie städtebauliche Anforderungen und Vorschriften eine andere Bauausführung ergeben haben (u. a. Fassade und Gebäudehöhe).

9. Wie soll die von den einzelnen Krankenhäusern verlangte individuelle und qualitative Profilbildung vorgenommen werden, wenn ein wichtiger Baustein dafür, die Essensversorgung, in Zukunft nicht mehr zur Verfügung steht?

Die individuelle und qualitative Profilbildung basiert auf der künftigen Komponenten-Wahlfreiheit für Patienten und Dritte, die das Cook-and-Chill-System zulässt und die bei der bisher praktizierten festen Menüzusammenstellung nicht gegeben ist.

Großlabor im Krankenhaus Mitte

10. Wie hoch waren die Investitionskosten für das Großlabor im Krankenhaus Bremen-Mitte?

Das jetzige Bremer Zentrum für Laboratoriumsmedizin GmbH hat die notwendigen Flächen angemietet. Investitionsmittel sind für die öffentliche Hand nicht angefallen.

11. Sind alle kommunalen Krankenhäuser verpflichtet, für ihren Bedarf an Laborleistungen das Zentrallabor in Anspruch zu nehmen? Wenn ja, welche Vereinbarungen und/oder Verträge wurden diesbezüglich getroffen?

Für mikrobiologische Untersuchungen bestehen Verträge zur Leistungsabnahme aller kommunalen Krankenhäuser. Darüber hinaus bestehen keine weiteren Verpflichtungen, Laborleistungen des Zentrallabors in Anspruch zu nehmen.

12. Wie viele Arbeitsplätze konnten deswegen abgebaut werden, welche Sachkosten in welcher Höhe konnten gespart werden?

Per 31. Dezember 2003 betrug der Personalbestand insgesamt 71,6 VK. Per 1. Juni 2006 waren dies 56,9 VK. Insgesamt wurden somit 14,7 VK eingespart.

Im Sachkostenbereich beträgt die Einsparung p. a. 719.515 €.

13. Existiert eine Wirtschaftlichkeitsberechnung für diese Maßnahme? Welche Ergebnisse hatte die Wirtschaftlichkeitsberechnung? Gibt es Berechnungen mit dem Ergebnis, andere Labore würden kostengünstiger arbeiten?

Eine Wirtschaftlichkeitsberechnung wurde durch das Controlling vor Beginn der Maßnahme durchgeführt. Die in der Berechnung ausgewiesenen Kosten von 6.213.834 € konnten bereits im Gründungsjahr durch Umstrukturierungs- und Organisationsmaßnahmen um 904.000 € reduziert werden.

Im Zusammenhang mit dem Ausschreibungsverfahren wurde ein Businessplan aufgestellt, in dem die Kosten vor der Maßnahme mit denen nach Umsetzung

der Maßnahme verglichen wurden, der eine kontinuierliche Kostenreduzierung zum Ziel hat.

In 2005/2006 wurden zur Prüfung der Frage der Zusammenlegung der Laboranalytik innerhalb des Klinikverbundes die Kosten der vier Labore gutachterlich untersucht. Ein belastbarer Vergleich war jedoch wegen der unterschiedlichen Leistungsspektren der Labore nicht möglich. Im Ergebnis wurde empfohlen, die jetzige Aufteilung der Labore beizubehalten. Ein Kostenvergleich mit nicht zum Klinikverbund gehörenden Labors war nicht Gegenstand des Gutachtens.

14. Werden Leistungen anderer Labore in Anspruch genommen, wenn ja, für welche Leistungen und von welchen Krankenhäusern?

Es werden nur Leistungen von anderen Laboren in Anspruch genommen, die die Labor GmbH aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht erbringen kann. Speziell trifft dies für Analysen zu, die spezielle Laborgeräte oder speziell geschultes Personal erfordern und teilweise bundesweit vergeben werden.

15. Welche Kosten können durch eine Vergabe an Fremdlabore jeweils gespart werden?

Eine Fremdvergabe hätte keine Einsparungen zur Folge, da eine Verlagerung zu anderen Laboren die Auslastung des Großlabors verringern und somit zu einer Kostensteigerung pro Untersuchung führen würde.

Blutbank

16. Wie viele Vollzeitkräfte wurden durch die Ausgliederung der Blutbank eingespart?

Im Rahmen eines Betriebsübergangs nach § 613 a BGB sind im KBM 22 VK eingespart worden. Die entsprechenden Personen sind im Wesentlichen vom DRK neu eingestellt worden.

17. Wie hoch sind die Sachkosten pro Krankenhaus für Leistungen der Blutbank vor und nach der Ausgliederung (fünf Jahre davor bis heute)?

Die Sachkosten der Verbundhäuser können nicht herangezogen werden, da Blutprodukte auch von anderen Anbietern bezogen wurden und werden.

Für das KBM sind nicht allein die Sachkosten entfallen. Insgesamt sind die Kosten (Personal- und Sachkosten) zum Zeitpunkt des Übergangs um 500 T€ p.a. gesunken. Dieser Betrag kann seit 1996 als jährliche Einsparung fortgeschrieben werden. Einem Vergleich der Sachkosten von heute zu früheren Jahren kommt wegen der zwischenzeitlich erfolgten Qualitätsverbesserung im Zuge der gesetzlichen Anforderungen sowie durch die Veränderung des Leistungsspektrums keine Aussagekraft zu.

18. Auf welche Weise wird sichergestellt, dass die Qualität der Versorgung auf demselben Niveau erfolgt wie vor der Ausgliederung?

Die Qualität entspricht den Anforderungen der Kliniken, Bestandteil dieser Anforderungen sind die allgemeinen gesetzlichen hohen Standards für Blutkonserven/Blutbanken. Zusätzliche und ergänzende Anforderungen werden im Rahmen der Kooperationsvereinbarung durchgesetzt. Für die Leistung der Hochdosisstammzelltherapie wurde eine spezielle Einheit eingerichtet, um den Qualitätsanforderungen zu entsprechen.

19. Welche Entwicklung der Preise der Leistungen der Blutbank erwartet der Senat?

Die Kosten für die laufend benötigten Produkte sind marktgerecht. Die Kostenentwicklung richtet sich nach den allgemeinen Preisentwicklungen, wobei eine vertragliche Absprache mit dem DRK besteht, dass für neue Produkte keine Preise oberhalb des Marktpreises zu bezahlen sind. Das gleiche gilt für Preissteigerungen laufend benötigter Produkte.

Zentraleinkauf

20. Wie viele Vollzeitkräfte wurden durch die Einführung des Zentraleinkaufs eingespart?

Seit der zentralen Ansiedlung des Zentraleinkaufs (ZEK) am Standort des Klinikums Bremen-Mitte mit Wirkung ab 2. Mai 2006 werden im ZEK fünf Vollzeitkräfte weniger im Vergleich zu früher bei dezentraler Ansiedelung beschäftigt.

21. Wer erbringt aus welchem Budget in Zukunft die Personalkosten für den zentralen Einkauf?
- Das Kostenbudget des ZEK soll von den vier gGmbH nach dem üblichen Umlageschlüssel von 30 (KBM), 30 (KBO), 20 (KLdW), 20 (KBN) getragen werden.
22. Werden zukünftig zusätzliche Lieferkosten entstehen?
- Es entstehen zukünftig keine zusätzlichen Lieferkosten, da Anlieferung, Kommissionierung und Verteilung von Stamm-Material und Durchlaufartikeln bis auf Weiteres über die „dezentralen Zentrallager“ erfolgt.
23. Soll in Zukunft in jedem Krankenhaus ein direkter Ansprechpartner für z. B. Sonderbestellungen vorhanden sein?
- Es soll künftig keinen direkten Ansprechpartner mit Dauerarbeitsplatz vor Ort im KBN, KBO und KLdW geben.
24. Wie verhindert der Senat, dass Informationsverluste zwischen Besteller/-innen und Beschaffer/-innen auftreten? Wie wird eine gute Beratungsqualität gewährleistet?
- Die Praxis hat bereits erwiesen, dass die Kommunikation gut per Fax, E-Mail und Telefon abgewickelt werden kann. Erforderliche Gespräche/Meetings in Sonderfällen bzw. Großbeschaffungen werden je nach Bedarf vor Ort bzw. zentral im KBM vom jeweiligen Sachbearbeiter/von der jeweiligen Sachbearbeiterin durchgeführt bzw. terminiert.
25. Welche Einsparungen wurden durch den Zentraleinkauf realisiert, in welcher Höhe waren sie erwartet worden, und wie sehen die Kalkulationen für Einspar-effekte in mittel- und langfristiger Perspektive aus?
- Es werden in der Planung/Prognose von Ende 2003 bis Ende 2007 Einsparpotentiale von kumuliert 5.000.000 € für realistisch angesehen. Dieser Betrag enthält alle monetären Effekte aus Produktstandardisierungen, Lieferantenbündelung, Preissenkungen durch größere Mengengerüste bei der Beschaffung von Produkten und Dienstleistungen ausgenommen für Apothekenprodukte. Ferner sind in dieser Summe die Personalkosten-Senkungseffekte infolge nicht zu ersetzender Fluktuationsfälle enthalten.
- Ende 2005 lag die erreichte kumulierte Einsparsumme nach dem neu gestalteten Controlling-Bericht der Holding-Leitung auf „Material-Fallkostenbasis“ im Vergleich zur Basis von 2003 bei kumuliert 2.439.150 € (ca. 115.000 stationäre Fälle); die vorläufige Prognose per 31. Dezember 2006 liegt bei kumuliert ca. 4.000.000 €. Diese Einsparungen werden langfristig fortgeschrieben.

Kommunale Service Gesellschaft (KSG)

26. Sind die kommunalen Krankenhäuser verpflichtet, ihren Reinigungsdienst ausschließlich über die KSG abzuwickeln? Wenn ja, welche Vereinbarungen und/oder Verträge wurden diesbezüglich getroffen?
- Es besteht der Beschluss der Geschäftsführung der Gesundheit Nord, Reinigungsdienstleistungen grundsätzlich bei der KSG zu zentralisieren. Die Kliniken KBM und KBN und für Teilbereiche auch das KBO haben mit der KSG entsprechende Verträge abgeschlossen.
27. Wie hoch waren die Sachkosten pro Krankenhaus vor und nach der Einführung der KSG?
- Ein Kostenvergleich ist nicht über die Sachkosten, sondern über die absoluten Einsparungen nachweisbar.
- Im KBN wurde durch die Übertragung dieser Dienstleistungen auf die KSG wegen der steuerlichen Organschaft der KSG die auf die Sachkosten entfallende Mehrwertsteuer in Höhe von jährlich ca. 310.000 € eingespart. Der für das KBM durch die Auftragserteilung an die KSG eingesparte Betrag beläuft sich auf jährlich ca. 800.000 €.
- Durch die aktuelle Entwicklung im KBO konnte bisher noch keine abschließende Vergleichsberechnung zwischen Fremd- und Eigenreinigung vorgelegt werden. Sie wird für die nächste Aufsichtsratssitzung zusammengestellt. Daraus sich ableitende Veränderungsbedarfe werden zwischen dem KBO und der KSG geklärt.

28. Welche Erfahrungen liegen in den einzelnen kommunalen Krankenhäusern derzeit mit der Qualität der Dienstleistung der KSG vor, und welche Konsequenzen wurden möglicherweise bereits durch einzelne Krankenhäuser gezogen?

Die Qualität der Dienstleistungen der KSG wird im KBM, im KBN und inzwischen auch vom KBO mit „gut“ bewertet.

29. Gibt es die Option für die Krankenhäuser, bei Nachweis der Wirtschaftlichkeit eines eigenen Reinigungsdienstes ihre Auftragserteilung an die KSG zu kündigen?

Ja, unter Einhaltung der bei der Auftragserteilung vereinbarten Konditionen.

Stroke Unit

30. Wie hoch sind die Erlöse im Krankenhaus Bremen-Mitte durch die Teilverlagerung der Neurologie

- a) aktuell (pro Monat)?

Ca. 280 T€ pro Monat (streikbedingt noch nicht als dauerhaft aussagefähiger Wert belastbar).

- b) nach Verlagerung der post stroke?

Da die Verlagerung der post stroke zum 1. August 2006 erfolgte, stehen hierfür noch keine gesonderten Daten zur Verfügung.

31. Welche zusätzlichen Kosten sind durch die Verlagerung entstanden?

Für die Bewertung zusätzlicher Kosten ist maßgebend, welche Ausgangssituation zugrunde gelegt wird. Im Falle der Verlagerung der stroke unit sind hier folgende Zeiträume zu unterscheiden:

September 2004 bis März 2006: Abrechnung KBO, Budget KBO.

Ab April 2006: Abrechnung KBM, Budget KBM.

- a) Im Personalkostenbereich:

KBO: Keine zusätzlichen Kosten.

KBM: Es wurde eine halbe Stelle (40 T€) zusätzlich im ärztlichen Dienst geschaffen. Damit kann die 24-stündige Präsenz eines/r Arztes/Ärztin auf der stroke unit sowie das Arbeitszeitmodell im Rahmen des Arbeitszeitgesetzes erfüllt werden.

- b) Im Sachkostenbereich:

KBO: In der Übergangszeit (bis Ende März 2006) sind dem KBO jährlich ca. 550 T€ zusätzliche Kosten (z. B. Transporte, NMR-Untersuchungen, Laboruntersuchungen) entstanden. Diese zusätzlichen Kosten entfallen mit der Verlagerung (ab 1. April 2006).

KBM: Im Rahmen der Verlagerung wurden bis zum 31. März 2006 vom KBM in Anspruch genommene Leistungen vom KBO gezahlt. Ab dem 1. April 2006 erfolgte eine Budgetverlagerung. Zusätzliche Betriebskosten sind bisher nicht entstanden.

32. Wie hoch sind die zusätzlichen Einnahmen durch Privatliquidationen, und wo wurden diese Leistungen erbracht?

Aus Gründen des Datenschutzes können hierzu keine Angaben gemacht werden, da die Liquidationseinnahmen nur einer Person zugerechnet werden können.

33. Welche Auswirkungen hat die Teilverlagerung der Neurologie auf die Versorgung der Patienten/-innen im Klinikum Bremen-Ost sowohl im somatischen als auch im psychiatrischen Bereich?

Das Klinikum Bremen-Ost geht davon aus, dass auch nach Verlagerung der „Akutneurologie“ ins KBM eine neurologische, neuroradiologische und neurophysiologische Fachversorgung im KBO uneingeschränkt möglich sein wird und somit in diesen Bereichen für die Patientinnen und Patienten im KBO keine Auswirkungen resultieren.

34. Wie wird die Weiterbildung der Ärzte in der Neurologie und in der Psychiatrie gewährleistet?

Es ist geplant, dass die in der Neurologie im KBO bzw. KBM beschäftigten Ärztinnen/Ärzte in der Facharztweiterbildung je nach Weiterbildungsbedarf zwischen den neurologischen Bereichen der beiden Häuser rotieren werden. Ebenso wird es weiter möglich sein, in die Neurophysiologie bzw. Psychiatrie zu rotieren. Umgekehrt sollen die Assistenzärztinnen/-ärzte in der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie im Rahmen ihrer Facharztweiterbildung Gelegenheit erhalten, wie bisher in die Neurologie zu rotieren.

35. Wie hoch ist die Erlösminderung im Klinikum Bremen-Ost durch diese Teilverlagerung?

Die Erlösminderung im KBO bei einer ganzjährigen Verlagerung der stroke unit einschließlich Akutneurologie beträgt ca. 4,9 Mio. €. Die Erlöse basieren auf bundeseinheitlichen, kostendeckenden Fallpauschalen, so dass eine Aufgabe von entsprechenden Leistungen durch entsprechende Kostenreduzierungen kompensiert werden kann.

Öffentlichkeitsarbeit und Corporate Design

36. Wie viel Geld wurde von der Holding der Gesundheit-Nord seit ihrer Gründung pro Jahr für öffentliche Präsentation und die Erarbeitung eines einheitlichen Corporate Designs ausgegeben?

Die vier Klinika des Klinikverbunds Bremen haben für die erforderlichen Maßnahmen ihrer öffentlichen Präsentation und eines einheitlichen Corporate Designs (CD) 472.686 € ausgegeben.

Im Detail pro Jahr:	2004	4.640 €
	2005	218.911 €
	2006	249.135 € (bis einschließlich 8/2006).

Die Ausgaben sind mit denen entsprechender Krankenhausverbünde in Deutschland vergleichbar.

37. In welcher Größenordnung waren diese Ausgaben Teil des Wirtschaftsplans?

Im Wirtschaftsplan der Gesundheit-Nord sind Kosten für Öffentlichkeitsarbeit und Corporate Design unter Sachaufwand bei den Positionen

6.2 Bezogene Leistungen¹⁾ und

6.5 Sonstiger betrieblicher Aufwand²⁾

aufgeführt.

Wirtschaftsplan	2004	2005	2006
6.2	25.948 €	86.300 €	316.700 €
6.5	33.500 €	72.600 €	111.400 €
Summe	59.448 €	158.900 €	428.100 €

Eine Überbuchung im Jahr 2005 wurde im Budget der Gesundheit-Nord aufgefangen.

Ein Detailansatz der Beträge für Öffentlichkeitsarbeit und CD erfolgte nicht.

38. Welche Ausgaben wurden ausgeschrieben? Welche Ausgaben über 200.000 € wurden nicht ausgeschrieben und warum nicht?

Bis 2005 wurden keine Aufträge über 200.000 € geplant. Erst im Verlauf der Aktivitäten wurde der obige Wert erreicht. Deshalb wurden in 2004 und 2005 keine Leistungen ausgeschrieben, jedoch wurden gemäß Vergaberecht Preis-

¹⁾ Die Position „Bezogene Leistungen“ enthält die Kosten der Raumreinigung, der Rechts- und Beratungskosten, einschließlich der Kosten der Beratung des Konzernbetriebsrates sowie Kosten für Öffentlichkeitsarbeit.

²⁾ Diese Position setzt sich wie folgt zusammen: Kfz-Betriebskosten, Kfz-Versicherung, Jahresabschlussprüfung, Fortbildung, Beiträge zu Organisationen, Abonnements, Literatur, Dienstreisen, Repräsentation, sonstige Versicherungen, Wasser, Strom, sonstige Kosten.

anfragen durchgeführt. In 2006 werden die Leistungen ausgeschrieben, nachdem Budget und Leistungen für 2006 und die Folgejahre definiert werden konnten und Einzelaufträge oberhalb des Schwellenwertes vergeben werden sollen.

39. Welches Konzept verfolgt die Holding mit ihrem Werbekonzept?

Das übergeordnete Konzept Konzern-Marketing mit der auf die Leistungspalette der einzelnen Klinika differenziert zugeschnittenen Öffentlichkeitsarbeit verfolgt die vorgegebene Zielsetzung, die vier Klinika unter dem Dach der Gesundheit-Nord zukunftsfähig auf- und in der Öffentlichkeit überzeugend darzustellen. Besonders betont werden die Stärken des Verbundes in Hinblick auf das breite Leistungsspektrum, die hohe Qualität und die gute Positionierung im regionalen Wettbewerb.

40. In welchem Verhältnis bewegen sich die Ausgaben für Öffentlichkeitsarbeit der Holding zu denen der vier Kliniken?

	GN	KBM	KBO	KBN	KLdW
2004	4.640,00 €	240.893,72 €	160.000,00 €	63.800,00 €	100.855,97 €
2005	218.911,96 €	247.434,15 €	70.000,00 €	42.000,00 €	69.126,15 €
8/2006	249.135,20 €	108.030,85 €	42.000,00 €	16.000,00 €	24.253,60 €

Aus den Zahlen ist ersichtlich, dass eine Verlagerung der Öffentlichkeitsarbeit von den Einzelklinika auf die Holding erfolgt ist.

Die Ausgaben umfassen im Jahr 2006 z. B.:

- Broschüren und sonstige eigene Medien (z. B. insbesondere eine einheitliche Mitarbeiterzeitschrift),
- Imagewerbung (Anzeigenkampagnen, Onlinewerbung, Außenwerbung an Haltestellen u. ä.),
- Entwicklungskosten (Konzept/Planung der Imagewerbung und des CD),
- Anzeigen zu bestimmten Themen oder bestimmten Inhalts (z. B. im Telefonbuch, in den Gelben Seiten usw.),
- Veranstaltungen (Messen inklusive Standgebühren, Transport, Messestand, Patientenveranstaltungen),
- Internetauftritt sowie die
- Förderung des Betriebssports.

41. Welchen Anteil am Konzept der Holding müssen die Kliniken jeweils übernehmen?

Direkt zuzuordnende Kosten werden von den Kliniken getragen (Beträge siehe Antwort zu Frage 40). Ansonsten gilt der allgemeine Verteilerschlüssel (30 [KBM], 30 [KBO], 20 [KBN], 20 [KLdW]).

42. Wie werden die Konzepte für Öffentlichkeitsarbeit zwischen Holding und den vier Kliniken abgestimmt?

- a) Seit August 2004 wöchentliche Abstimmung im „Jour Fixe Öffentlichkeitsarbeit“ (Besprechung aller öffentlichkeitsrelevanten Termine und Aktionen mit Vertretern aus allen vier Klinika und der Holding).
- b) Seit Januar 2005 regelmäßige Sitzungen der AG Marketing (strategische Ausrichtung des Marketing für die Gesundheit-Nord und die Einzelklinika).
- c) Kontinuierliche Information der GF Holding zwecks Abstimmung und gemeinsamer Entscheidung anstehender Maßnahmen.
- d) Informationsangebot an den Konzernbetriebsrat.
- e) Regelmäßige Informationen der Belegschaft über die Mitarbeiterzeitung „Leuchtfener“ sowie über News-Letter.

