

**Die Senatorin für Gesundheit,
Frauen und Verbraucherschutz**

**Freie
Hansestadt
Bremen**

SGFV, Contrescarpe 72, 28195 Bremen

Beirat Obervieland
Ortsamtsleiter Herr Michael Radolla
Gorsemannstr. 26
28277 Bremen

Auskunft erteilt
Frau Madeline Dierks
Zimmer SHH 09.15
Tel. +49 421 361-55554
E-Mail
madeline.dierks@gesundheit.bremen.de
Datum und Zeichen
Ihres Schreibens

Mein Zeichen
52-1

Bremen, 14.09.2023

**Ihr Schreiben vom 17.08.2023, basierend auf dem Beiratsbeschluss des Beirats
Obervieland vom 15.08.2023**

Sehr geehrter Herr Radolla, sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantworten wir die 51 Fragen bzgl. der Verlagerung des Herzzentrums und zur Zukunft des Klinikum Links der Weser, die von ihnen in ihrer Beiratssitzung am 15.08.2023 beschlossen und darauffolgend am 17.08.2023 an uns übersendet wurden.

1. Es soll ein „Gutachten“ des Architekten Prof. Hofrichter zu den Varianten für die Restrukturierung der GeNo geben. Welche Varianten werden untersucht und verglichen?

In dem Gutachten „Variantenbetrachtung zur baulichen Restrukturierung“ von Herrn Prof. Hofrichter aus Juni 2023 werden insgesamt fünf Varianten untersucht und miteinander verglichen:

- Variante 1
KBM: Maximalversorger (Level 3)
KBN: Basisversorger (Level 1n) oder Regionalversorger (Level 2)
KBO: rein psychiatrisch / forensischer Standort
KLdW: Einstellung des Krankenhausbetriebs

- Variante 2
KBM: Maximalversorger (Level 3), Campus-Lösung mit KBO
KBN: Basisversorger (Level 1n) oder Regionalversorger (Level 2)
KLdW: Einstellung des Krankenhausbetriebs

- Variante 3.1
KBM: Maximalversorger (Level 3), Campus-Lösung mit KLdW (kleiner Neubau)
KBN: Basisversorger (Level 1n) oder Regionalversorger (Level 2)
KBO: rein psychiatrisch / forensischer Standort

- Variante 3.2
KBM: Maximalversorger (Level 3), Campus-Lösung mit KLdW (großer Neubau)
KBN: Basisversorger (Level 1n) oder Regionalversorger (Level 2)
KBO: rein psychiatrisch / forensischer Standort

- Variante 3.3
KBM: Maximalversorger (Level 3), Campus-Lösung mit KLdW (Sanierung im Bestand)
KBN: Basisversorger (Level 1n) oder Regionalversorger (Level 2)
KBO: rein psychiatrisch / forensischer Standort

Strukturen

2. **Zu den Varianten soll auch die Verlagerung des Herz-Zentrums ins KBM i.S. einer „Zentralisierung“ gehören.**
 - **Welche inhaltlichen (medizinischen, organisatorischen, versorgungsrelevanten) Begründungen werden dafür angeführt?**
 - **Erscheinen diese Begründungen angesichts der vielen eigenständigen, nichtuniversitären Herz-Zentren in der BRD nachvollziehbar? (z.B. Leipzig, Dresden, Bad Oeynhausen, München, Bad Neustadt, Bad Rothenfelde, Bad Berka, Bad Nauheim, Bad Segeberg, Karlsburg, Bad Bevensen, Coswig, Rotenburg, Bad Lahr, Konstanz, Bad Krotzingen usw.)**
 - **Werden diese Herz-Zentren jetzt auch in Kliniken der Maximal-Versorgung räumlich integriert?**
 - **Sind Pläne (z.B. KH-Pläne) der jeweiligen Landesregierungen bekannt, in denen Umstrukturierungen wie in HB vorgesehen sind?**

Das KBM soll als vollwertiger und leistungsstarker Maximalversorger der Stadt Bremen und Umgebung ausgebaut werden. Dazu sollen die derzeitigen medizinischen Schwerpunkte des KBM erhalten bleiben und um die Gebiete der Herzmedizin – derzeit angesiedelt am Standort KLdW – ergänzt werden. Dabei geht es um die Fachabteilungen Kardiologie, Angiologie und Herzchirurgie; und in Ergänzung auch um die am KLdW praktizierenden kardiologischen und elektrophysiologischen Kooperations-Praxen KAP (Kardiologisch-Angiologische Praxis) und EP (Elektrophysiologie Bremen). Die Integration des herzmedizinischen Schwerpunktes in das KBM wird zur Verbesserung der interdisziplinären Verzahnung aller notwendigen medizinischen Fachgebiete führen, ist unter medizinqualitativen Gesichtspunkten hoch sinnvoll und wird deshalb auch im Gutachten der Institute for Health Care Business GmbH (HCB) zum Thema „Krankenhausversorgung 2030 im Land Bremen“ empfohlen.

Vor allem die Zusammenführung von Herz-, Gefäß- und Thoraxchirurgie unter einem Dach kombiniert mit den intensivmedizinischen Möglichkeiten des KBM mit Extracorporaler Membranoxygenierung (ECMO) und Herz-Lungen-Maschine (HLM) sichert nicht nur eine Herzmedizin auf höchstem Niveau, es erweitert auch die Möglichkeiten des Gefäßzentrums der GeNo insbesondere um die große thorakale Aorten-Chirurgie einschließlich der Eingriffe am Aortenbogen, die derzeit in

Bremen so noch nicht angeboten werden. Durch diese Zentralisierung arbeiten alle wesentlichen hochspezialisierten Fachabteilungen der GeNo Tür an Tür und befinden sich im Haus der Maximalversorgung Bremens unter einem Dach. Davon profitiert nicht nur die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Es können auch Synergien im Bereich der High-Care-Medizin und -Pflege, der Notfallmedizin und natürlich auch in der medizintechnischen Ausstattung optimal hergestellt und genutzt werden. Es ist zu erwarten, dass sich ggf. risikoträchtige Verlegungen – sowohl von Patient:innen, die zusätzlich zu ihrer eigentlichen Erkrankung Herzprobleme haben, als auch von Herzpatient:innen, die andere gesundheitliche Probleme aufweisen, die derzeit nicht am KLdW erbracht werden können (z.B. neurologischer Art) – reduzieren lassen. Somit dürfte die Verlagerung auch einen bedeutsamen Beitrag zur Erhöhung der Patient:innensicherheit leisten. Diese angeführten Begründungen sind aus unserer Sicht unabhängig von eigenständigen, nicht-universitären Herz-Zentren, die in der BRD existieren, und Krankenhausplänen anderer Bundesländer, nachvollziehbar.

Direkte, indirekte Kosten und Folgekosten, Effekte der Verlagerung des LdW

3. Welche Maßnahmen und direkte Kosten entstehen am KBM durch die Verlagerung?

Einschlägige bauplanerische Überlegungen der GeNo der letzten Monate haben ergeben, dass die Integration des Herzzentrums vom KLdW in das KBM anhand von Umbauten und Aufstockungen bis Anfang 2028 mit einem Investitionsvolumen von ca. 51 Mio. EUR möglich ist. Diese Lösung für die Verlagerung des Herzzentrums bildet den wesentlichen Bestandteil der beiden zuvor dargestellten Varianten V1 und V2 (siehe Frage 1). Mittels dieser Investitionssumme können u. a. die wesentlichen Diagnostik- und Therapiebereiche der Herzklinik, die Linksherzkathetermessplätze (LHKMs), die OPs und die Intensivüberwachungsbereiche am KBM ohne Anbau untergebracht werden. Die elektrophysiologische und die kardiologische Praxis, die sich aktuell am KLdW befinden, werden im Haus 2 verortet, das sich aktuell im Umbau befindet. Zusätzliche Normalpflegebetten werden nicht neu gebaut, da im Klinikverbund u. a. durch die Fallzahlenreduktion und die Ambulantisierung nur noch rund 60 Prozent der Kapazitäten genutzt werden. Die GeNo plant deshalb innerhalb der Restrukturierung die nicht genutzten Planbetten in der Somatik von insgesamt 2.000 auf ca. 1.500 zu reduzieren.

4. Welche Verhandlungen wurden mit den beteiligten Abteilungen geführt (wann genau und mit welchem Ergebnis)?

Es haben umfangreiche Gespräche mit den betroffenen Führungskräften stattgefunden. Unter anderem im Rahmen einer am 30. Mai stattgefundenen sogenannten „weißen Konferenz“ sowie auch im Rahmen einer ausführlichen Begehung der Räumlichkeiten mit den betroffenen Chefärzten des KLdW im KBM am 16.06.2023. Auch zukünftig ist seitens der GeNo weiterhin eine enge Einbindung aller beteiligten Akteure vorgesehen.

5. Wurden mittlerweile Anforderungen der Beteiligten (Praxen, Kardiologie, Kardiochirurgie, Intensivmed., Anästhesie) an die baulichen, strukturellen, organisatorischen Voraussetzungen für einen Umzug schriftlich niedergelegt?

Die genauen Anforderungen werden derzeit in Arbeitsgruppen erörtert und in ein Raum- und Funktionsprogramm integriert, in dem festlegt ist, welche Räume künftig wofür bereitgestellt werden. Dies entspricht somit der schriftlichen Niederlegung der Anforderungen der Beteiligten an die baulichen, strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen.

6. Sind in den vorgelegten Kalkulationen die aktuellen Anforderungen der beteiligten Abteilungen enthalten?

- **Sind diese Änderungen transparent kommuniziert?**
- **Welche Auswirkungen haben diese Änderungen auf die Planungen (bez. Zeit u. Kosten)?**

Wie in der Antwort auf Frage 5 erläutert wurde, werden die genauen Anforderungen derzeit in Arbeitsgruppen erörtert und in ein Raum- und Funktionsprogramm integriert. Die Ergebnisse fließen dann in eine Vorentwurfsplanung ein, die u.a. auch entsprechende Kostenschätzungen enthält.

7. Sind in den Kalkulationen auch die Anforderungen enthalten, die durch den enormen, geplanten Zuwachs im KBM an PatientInnen (35-50.000/J.) für Notaufnahme, allgemeine Aufnahme, Aufnahmestation, CPU, Zuwegung, Wartezone, allgemeine Diagnostik, Untersuchungsräume usw. entstehen werden?

Neben den Investitionsmitteln für die Integration des Herzzentrums in das KBM (siehe Frage 3), beinhaltet das Restrukturierungskonzept die Sanierung der Notfallaufnahme und einer zentralen Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AeMP), von der alle Standorte versorgt werden sollen, im Haus 1 am KBM. Jedoch müsste das Haus 1 mit der Notaufnahme, der Zentralsterilisation und dem OP-Zentrum auch unabhängig von der Umsetzung des Restrukturierungskonzeptes grundständig saniert werden. Für die Sanierung der Notfallaufnahme und die Errichtung der AeMP werden Investitionsmittel in Höhe von 61 Mio. EUR benötigt. Alle Anforderungen sind in den Berechnungen enthalten.

8. Wurden die zusätzlichen Leistungen, die dann im KBM anfallen, in differenzierter Weise für die Flächenkalkulationen und Kosten hinterlegt?

Wie in der Antwort auf Frage 5 erläutert wurde, werden die genauen Anforderungen derzeit in Arbeitsgruppen erörtert und in ein Raum- und Funktionsprogramm integriert. Die zusätzlichen Leistungen werden hierbei in den Flächen- und Kostenkalkulationen berücksichtigt.

9. Sind in diesen Kalkulationen auch die logistischen, organisatorischen, materiellen, personellen Anforderungen enthalten, die durch die zusätzliche Menge an Notarzwagen, sonstigen Rettungsmitteln / Hubschrauberlandungen entstehen? Sind die Mengen hinterlegt?

Wie in der Antwort auf Frage 5 bereits erläutert wurde, werden die genauen Anforderungen, u.a. auch die genannten logistischen, organisatorischen, materiellen und personellen Anforderungen, die durch die zusätzliche Menge an Notarzwagen, sonstigen Rettungsmitteln / Hubschrauberlandungen entstehen, derzeit in Arbeitsgruppen erörtert und in ein Raum- und Funktionsprogramm integriert.

10. Gibt es ein Verkehrs-, Taxi- und Parkplatzkonzept für die geplante Menge an Pat., für Angehörige und ca. 800 weitere MitarbeiterInnen des Herz-Zentrums?

Die Geschäftsführung hat in der Aufsichtsratssitzung am 07.07.2023 den Auftrag erhalten, ein Verkehrskonzept für das KBM vorzulegen, das die Komponenten ruhender Verkehr, Hubschrauberlandemöglichkeiten und Zufahrten für Rettungswagen berücksichtigt. Die Vorbereitungen der GeNo zur Erstellung eines solchen Konzeptes haben bereits begonnen. Eine AR-Befassung zu diesem Thema ist für den 15.12.2023 angedacht.

11. Wann soll dieses logistische Problem gelöst werden und welche Kosten entstehen dadurch?

Wie in der Antwort auf Frage 10 erläutert wurde, befindet sich diesbezüglich die Erstellung eines Konzeptes in Arbeit. Das Verkehrskonzept soll dem Aufsichtsrat in der Sitzung am 15.12.2023 vorgelegt werden.

12. Ist ein solches Konzept mit dem zuständigen Beirat beraten worden? Gibt es ein Lärmkonzept für das neue Hulsberg-Viertel?

SGFV wird darauf hinwirken, dass eine Beratung des Konzeptes mit dem zuständigen Beirat erfolgt. Die Erstellung eines neuen Lärmgutachtens ist derzeit nicht geplant.

13. Wie werden die Arbeitsplätze, Aufenthaltsräume, und sonstige Service-Einrichtungen für die neuen MitarbeiterInnen aussehen? Gibt es eine besondere Flächen- u. Kostenkalkulation dafür?

Die Arbeitsplätze der neuen Mitarbeiter:innen werden analog zu der dann vorherrschenden Ausstattung am KBM eingerichtet. Eine enge Beteiligung der Mitarbeiter:innen an der Ausstattung ist vorgesehen. Die Kosten dafür sind in der Gesamtkostenkalkulation berücksichtigt.

14. Welche Kosten entstehen durch die Verlagerung des Herz-Zentrums indirekt, z.B. durch notwendige Erweiterungen der Diagnostik, des Labors, der AEMP, der Zuwegungen, der Parkplätze, der Wartebereiche, der Personalbekleidung, der Logistik (AM, med. Sachbedarf, Reinigung), Hygiene, der sonstigen Dienstleistungen, die am LdW bereits bestehen und nicht neu eingerichtet werden müssen.

In der Gesamtkostenkalkulation des Restrukturierungskonzepts sind auch die Kosten für die Umstrukturierung der AeMP, Speiserversorgung, Labor etc. berücksichtigt. Die dafür benötigten Investitionsmittel sind in den Fragen 3 und 7 dargestellt.

Das Parkhaus wird in Fremdvergabe erbaut. Das Grundstück, auf dem das Parkhaus errichtet werden soll, befindet sich auf den Freimachflächen des KBM, die zum Neuen Hulsberg-Viertel entwickelt werden. Ausgenommen ist das Haus 6, das zur Bildungsakademie zählt. Die gesamten Freimachflächen befinden sich, soweit nicht bereits an einen Dritten verkauft, im zivilrechtlichen Eigentum der Grundstücksentwicklungsgesellschaft Klinikum Bremen-Mitte GmbH (GEG). Diese entwickelt und vermarktet die Grundstücke gemäß den Bestimmungen des Bebauungsplanes, des Städtebaulichen Vertrages und des Grundstückskaufvertrages zwischen GEG und GeNo. Sobald die GeNo das Grundstück, auf dem das zukünftige Parkhaus errichtet werden soll, frei gezogen hat, kann die GEG dieses verkaufen. Der Käufer wird dann verpflichtet sein, ein Parkhaus auf diesem Grundstück zu errichten und dem KBM die entsprechenden Stellplätze zur Verfügung zu stellen.

15. In welchen Haushalten/Kalkulationen sind diese indirekten Kosten enthalten?

Die Kosten sind in der Gesamtkostenkalkulation des Restrukturierungskonzepts enthalten. Gespräche darüber, ob und wenn ja, in welcher Höhe Gelder seitens der FHB zur Verfügung gestellt werden können, wurden mit den zuständigen Behörden bereits eingeleitet.

16. Welche Kosten entstehen bei einer Sanierung im Bestand und im laufenden Betrieb des LdW?

– **Stand 2021 nach Gutachten a/sh v. 15.12.2022**

Es entstehen Kosten in Höhe von 141 Mio. EUR.

– **Kalkulation 2031 nach Gutachten a/sh v. 15.12.2022**

Es entstehen Kosten in Höhe von 232 Mio. EUR.

– **Kalkulation 2033 nach Gutachten Prof. Hofrichter vom Juni 2023**

Es entstehen Kosten in Höhe von 341 Mio. EUR.

– **Gibt es in den Kalkulationen Unterschiede und worin/warum bestehen diese?**

In der Kalkulation 2021 wurde zur Vergleichbarkeit der Kosten mit den anderen Varianten der Preisindex von 2021 herangezogen.

In der Kalkulation 2031 wurden die Kosten bezogen auf 2022 indexiert bis zur Mitte der Bauzeit.

Im Gutachten 2022 wurde auftragsgemäß nur das Hauptgebäude betrachtet.

Der im aktuellen Gutachten vom Juni 2023 kalkulierte Wert schließt nun neben dem Hauptgebäude auch die weiteren sanierungsbedürftigen Gebäudeteile des KLDW ein.

17. Welche Kalkulationen werden den politischen Gremien und dem AR zur Entscheidung vorgelegt?

Dem AR wurde ein Gutachten des Architekten Prof. Hofrichter, das ihnen inzwischen vorliegt, zu den Varianten für die Restrukturierung der GeNo vorgelegt. Für die Inhalte dieses Gutachtens sei auf die Antwort auf Frage 1 verwiesen. Die Senatsbefassung zur Kenntnisnahme des Restrukturierungskonzepts, der vom Aufsichtsrat gefassten Beschlüsse und der Bereitstellung der finanziellen Mittel im nächsten Doppelhaushalt soll voraussichtlich in der Senatssitzung am 26.09.2023 erfolgen. Die finale Gremienbefassungszeitschiene ist zum Zeitpunkt der Fragenbeantwortung noch nicht abschließend geklärt. Im Anschluss daran werden sich dann die Deputation für Gesundheit und der Haushalts- und Finanzausschuss mit dem Restrukturierungskonzept der GeNo befassen.

18. Welche Kosten sollen in welcher Höhe durch die Verlagerung des Herz-Zentrums außerhalb der Investitionen effektiv eingespart werden?

Durch die Verlagerung des Herzzentrums können Infrastrukturkosten in Höhe von jährlich 9,3 Mio. EUR eingespart werden, wodurch das Ergebnis entsprechend verbessert wird. Bei Verlagerung aller Fachabteilungen an das KBM können in der Gesamtbetrachtung jährlich rund 20 Mio. EUR eingespart werden.

19. Welche Erlösverbesserungen sollen durch die Verlagerung des Herz-Zentrums effektiv erzielt werden, die nur durch die Verlagerung erzielbar sind?

Im Zuge der Verlagerung des Herzzentrums ist keine Erlösverbesserung geplant.

20. Welche „Synergie-Effekte“ werden – wie öffentlich behauptet – durch die Verlagerung des Herz-Zentrums erhofft – wann, in welcher Höhe?

Insgesamt ergibt sich nach Integration des KLdW in das KBM ein jährlicher Effekt von rund 20 Mio. EUR. Bezogen auf zu erwartende Synergie-Effekte, die aus der Zentralisierung aller wesentlichen hochspezialisierten Fachabteilungen der GeNo an einem Ort im Haus der Maximalversorgung resultieren, sei auf die Antwort auf Frage 2 verwiesen.

21. Welche Mängel in der Ergebnisqualität – wie öffentlich behauptet – sind gegenwärtig festzustellen, die künftig durch die Verlagerung des Herz-Zentrums abgestellt werden können?

Die Ergebnisqualität wurde nie in Frage gestellt. Der Trend im Krankenhauswesen geht schon seit vielen Jahren dahin, größere Behandlungseinheiten mit hochqualifizierten und interdisziplinär

agierenden medizinischen Zentren zu schaffen und Doppel- bzw. Mehrfachstrukturen abzubauen. Die GeNo hat bereits begonnen, Strukturen anzupassen und Doppelvorhaltungen abzubauen (siehe z.B. in den Bereichen Pädiatrie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Neonatologie und Thoraxchirurgie). Dieser Trend muss u.a. auch aus Gründen der Verbesserung der medizinischen Qualität fortgeführt werden. Gleichzeitig gilt es, nachhaltig wirtschaftliche Strukturen zu schaffen und auch die zwingend notwendige Konzentration von Fachkräften in zukunftsfähige Strukturen und medizinische Zentren umzusetzen.

Wie bereits in Frage 2 aufgeführt, wird die Integration des herzmedizinischen Schwerpunktes in das KBM zur Verbesserung der interdisziplinären Verzahnung aller notwendigen medizinischen Fachgebiete führen und ist unter medizinqualitativen Gesichtspunkten hoch sinnvoll, weshalb die Integration auch im hcb-Gutachten empfohlen wird. Vor allem die Zusammenführung von Herz-, Gefäß- und Thoraxchirurgie unter einem Dach, kombiniert mit den intensivmedizinischen Möglichkeiten des KBM mit Extracorporaler Membranoxygenierung (ECMO) und Herz-Lungen-Maschine (HLM) sichert nicht nur eine Herzmedizin auf höchstem Niveau, sondern erweitert auch maßgeblich die Möglichkeiten des Gefäßzentrums der GeNo. Durch diese Zentralisierung arbeiten alle wesentlichen hochspezialisierten Fachabteilungen der GeNo Tür an Tür und befinden sich im Haus der Maximalversorgung Bremens unter einem Dach. Davon profitiert nicht nur die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Es können auch Synergien im Bereich der High-Care-Medizin und -Pflege, der Notfallmedizin und natürlich auch in der medizintechnischen Ausstattung optimal hergestellt und genutzt werden.

22. Welche Mängel in der Prozessqualität sind gegenwärtig festzustellen, die künftig durch die Verlagerung des Herz-Zentrums abgestellt werden können?

Ebenso wie die Ergebnisqualität wurde auch die Prozessqualität nie in Frage gestellt. Es ist auch im Hinblick auf die Prozessqualität von einer Verbesserung auszugehen. Zum einen aufgrund der Zusammenführung leistungsverwandter Disziplinen (wie z.B. Herz-, Gefäß- und Thoraxchirurgie) kombiniert mit den intensivmedizinischen Möglichkeiten des KBM. Zum anderen dadurch, dass sich im KBM nach Verlagerung alle wesentlichen hochspezialisierten Fachabteilungen der GeNo Tür an Tür im Haus der Maximalversorgung Bremens unter einem Dach befinden, mit damit verbundenen entsprechenden prozessualen Effekten.

23. Ist beabsichtigt, künftig die Messung der Ergebnisqualität (nicht Strukturqualität oder Fall- Mengenbeschreibung) für alle Kliniken (relevante Leistungen) in Bremen verbindlich zu machen und zeitnah zu veröffentlichen?

Es bestehen bereits verbindliche und differenzierte Regelungen zur Qualitätssicherung, insbesondere für den stationären Bereich. Die Ergebnisse der einzelnen Verfahren werden u.a. jährlich in einem Qualitätsbericht zusammengefasst. Insofern wird die Ergebnisqualität für eine Vielzahl an Krankenhausleistungen bereits verbindlich erfasst und veröffentlicht; eine darüberhinausgehende Erfassung und Veröffentlichung erübrigt sich deshalb derzeit aus unserer Sicht. Nicht zuletzt auch deshalb, weil die (stationäre) Qualitätssicherung aktuell auch im Zusammenhang mit der Krankenhausreform auf Bundesebene diskutiert wird.

24. Wird dies auch für ambulante Leistungen/Operationen erfolgen?

Ambulante Leistungen fallen in die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), nicht in die Zuständigkeit der Länder.

Für eine Sicherung der Qualität von ärztlich erbrachten Leistungen gelten bundesweit dieselben Maßstäbe, die der Gemeinsame Bundesausschuss festlegt. Die Qualitätssicherung unterstützt Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen dabei, ihre Patient:innen nach aktuellen fachlichen Standards und neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu behandeln. Viele Untersuchungen und Behandlungen im ambulanten vertragsärztlichen Bereich unterliegen zusätzlichen Qualitätsanforderungen. Es bestehen somit auch in diesem Bereich bereits verbindliche und differenzierte Regelungen zur Qualitätssicherung. Eine darüberhinausgehende Erfassung und Veröffentlichung erübrigt sich somit nach unserer Einschätzung.

25. Welche Effekte hatten die Umzüge von ganzen Abteilungen der letzten 2-3 Jahre zum KBM (Ist u. Plan vorletztes Quartal vor Verlegung gg. Ist 1. Quartal 2023) für Fälle, CMP, Ärzte (VK), Pflege (VK)?

- **Wie viele der „verlorenen“ Stellen konnten nachbesetzt werden (ohne Leiharbeit)?**

Die GeNo erfasst regelhaft die externe Fluktuation in den einzelnen Dienstarten. Wie sich die Fluktuationsrate im Ärztlichen Dienst und Pflegedienst seit 2017 darstellt, zeigt die folgende Tabelle:

Externe Fluktuation in der GeNo						
Dienstart	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ärztlicher Dienst	13,4 %	14,6 %	12,9 %	11,49%	14,56%	13,25%
Pflegedienst	9,2 %	9,5 %	8,5 %	7,20%	8,02%	8,44%

Die Fluktuationsrate ist im Ärztlichen Dienst und Pflegedienst seit 2017, also auch in den Jahren, in denen Verlagerungen von Fachbereichen in das KBM stattgefunden haben, nahezu konstant geblieben. Hier sind keine Auffälligkeiten aufgrund der Verlagerungen zu verzeichnen.

Die Gründe für die externe Fluktuation sind sehr vielfältig: z.B. Renteneintritt, Wohnortwechsel, Studium, Berufswechsel aufgrund von Arbeitsbelastung (insbesondere in der Corona-Pandemie), Arbeitgeberwechsel, Unzufriedenheit oder auch Verlagerungen. Die Gründe für die externe Fluktuation werden allerdings nicht systematisch erfasst, so dass sie nicht beziffert werden können.

Auch wird hier nicht die interne Fluktuation mitbetrachtet. Diese umfasst beispielweise auch Fälle, wenn Mitarbeiter:innen bei der Verlagerung nicht mitgehen, aber dem Standort und somit dem Klinikverbund erhalten bleiben.

- **Pädiatrie (Summe LdW + KBM alt und KBM neu)**
- **Neonatologie und päd. Intensiv (Summe LdW + KBM alt und Summe KBM neu)**

Die Zusammenführung der Pädiatrien des KLdW und KBM sowie der Kinderchirurgie im Neubau des Eltern-Kind-Zentrums Prof. Heß (EIKi) am KBM wurde im Zuge der Medizinstrategie im Jahr 2015 beschlossen. 2016 hatte der Senat der FHB zusätzlich beschlossen, dass das EIKi und Teile des Neubaus aufgestockt werden, um die Geburtshilfe am KBM wiederzueröffnen und die Neonatologie am KBM zu konzentrieren.

Die Zusammenführung der Kinderkliniken wurde im Zuge eines Beteiligungsprozess der Mitarbeiter:innen unter der Federführung eines Lenkungsausschusses mit langer Vorlaufzeit umfassend vorbereitet.

Die stationären Leistungsdaten der Pädiatrie und Neonatologie zeigen seit dem Jahr 2021 einen Rückgang von 13 % (abs. 588 CMP, Vgl. 2021 zu WP 2023) bei nahezu steten VK-Zahlen (ÄD und PD 98 % im Vgl. 2021 zu WP 2023). Im gleichen Zeitraum steigt die Anzahl der pädiatrischen Fälle, die ambulant versorgt werden. Demnach gibt es seit 2021 eine relevante Verschiebung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich. Dies entspricht dem bundesweiten Trend im Kontext der Corona-Pandemie und der Ambulantisierung.

– **Gynäkologie (Summe LdW + KBM und KBM)**

– **Geburtshilfe-Verlagerung (LdW alt, KBM neu)**

Die Verlagerung der Geburtshilfe und der Gynäkologie des KLdW und Zusammenführung am KBM war in erster Linie keine ökonomische Entscheidung, sondern wurde durchgeführt, weil nicht genug Personal zum Betrieb für eine weitere Geburtshilfe vorhanden war. Letztlich haben 93 % der Mitarbeiter:innen einer Versetzung an das KBM zugestimmt. Sie sind mit den neuen Räumlichkeiten der Geburtshilfe sehr zufrieden.

Die stationären Leistungsdaten weisen im Vergleich zum Jahr 2021 einen leichten Rückgang von 5 % auf (abs. 189 CMP, Vgl. 2021 zu WP 2023). Auch im Bereich des ärztlichen Dienstes (5 %) und der Pflege (7 %) ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Die personelle Entwicklung im Kreißsaal erweist sich als konstant (FD: 100 %).

Die Fachabteilung der Geburtshilfe erreicht aktuell nach einem Leistungsrückgang im Verlagerungsjahr 2022 in etwa wieder das Leistungsniveau des Jahres 2021. Dabei muss berücksichtigt werden, dass im Land Bremen die Geburtenzahlen seit 2016 jährlich rückläufig sind. Diese Entwicklung der Geburten entspricht dem Bundestrend, der ebenfalls rückläufig ist. So wurden im Jahr 2022 in Deutschland 5,6 % weniger Kinder geboren als im Durchschnitt der Jahre 2019 bis 2021.

In der Gynäkologie zeigt sich wie in der Pädiatrie ein ähnlicher Trend hin zur Ambulantisierung.

– **Unfallchirurgie (Summe KBO + KBM alt und KBM neu)**

Am KBM zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr eine Steigerung der Leistung (+220 CMP). Am KBO werden keine unfallchirurgischen Leistungen mehr erbracht.

– **Thoraxchirurgie (Summe KBO + KBM alt und KBM neu – Monatsvergleich)**

In der Thoraxchirurgie konnte 2 Monate nach Verlagerung das Leistungsniveau, welches im KBO erbracht wurde, auch im KBM wieder erreicht werden.

– **Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus dem Datenvergleich entnehmen?**

Eine zunehmende Ambulantisierung ist sichtbar, gleichwohl müssen die personellen Kapazitäten im OP und Stationsbereich weiterhin gestärkt werden.

Welche Effekte im Zuge der Verlagerung entstanden sind, lässt sich zusammenfassend nicht seriös beantworten, da diese durch weitere Faktoren in nicht seriös bestimmbarer Maße beeinflusst werden. Weitere Faktoren stellen insbesondere Effekte durch die Corona-Pandemie und der allgemeine Fallzahlverlust in Krankenhäusern in Deutschland dar. Daneben existieren noch weitere externe Faktoren wie Konkurrenzangebote im Umland.

26. Gibt es eine plausible Risikoeinschätzung zum erwarteten Personalverlust in Folge der Verlagerung des LdW?

Jede Verlagerung von Leistungen geht auch mit dem Risiko einher, dass nicht das gesamte Personal die Verlagerung mitträgt und sich umorientiert. Die bisherigen Verlagerungen haben gezeigt, dass ein Großteil des Personals die Umstrukturierungen akzeptiert. Bei der Verlagerung der Pädiatrie vom KLdW an das KBM lag der Prozentsatz beispielsweise bei 75 %.

27. Wieviel Teilzeit- und Vollzeitkräfte aus Niedersachsen sind gegenwärtig am Klinikum Links der Weser beschäftigt?

Nachfolgend ist die Anzahl an Teilzeit- und Vollzeitkräfte aus Niedersachsen, die gegenwärtig am KLdW beschäftigt sind, aufgeführt.

Nicht berücksichtigt wurden dabei Mitarbeiter:innen, die zum Stichtag 31.07. unter einem der folgenden Unterbrechungsgründe geführt wurden:

- Elternzeit/ Mutterschutz
- Langzeitkrank/ Erwerbsunfähig
- Unbezahlter Urlaub

Köpfe Wohnort	Teilzeit		Gesamtergebnis
	ja	nein	
anderer Wohnort	201	202	403
Bremen	254	282	536
Gesamtergebnis	455	484	939

28. Gibt es eine plausible Risikoeinschätzung zu den möglichen Patientenverlusten durch die Verlagerung des Herz-Zentrums und der deutlichen Reduktion der Leistungen der anderen LdW-Abteilungen?

Jede Verlagerung ist auch mit dem Risiko verbunden, dass nicht alle Patient:innen gehalten werden können, sondern sich für ein anderes Klinikum entscheiden. Es besteht aber auch die Chance, dass neue Patient:innen gewonnen werden können. Nach dem Vorsichtsprinzip ist ein Risikoabschlag von 14 % (3.500 CMP) eingerechnet. Im Zuge der Verlagerung ist somit (siehe hierzu auch die Beantwortung der Frage 19) keine Erlösverbesserung geplant, sondern es wurde von der GeNo im Gegenteil eher ein vorsichtiger Ansatz verfolgt.

29. Gibt es eine plausible Risikoeinschätzung mit hinterlegter Kalkulation für den Fall, dass sich die Pläne verzögern, verändern, Prognosen nicht eintreten?

Sollte es Verzögerungen bei der Umsetzung der geplanten Maßnahmen geben, werden die geplanten Effekte nicht bzw. entsprechend später eintreten. Alle Maßnahmen sind mit Effekten hinterlegt, so dass die finanziellen Auswirkungen von Verzögerungen jeweils sichtbar sind.

Fall- / Personalverluste der GeNo und Gegenmaßnahmen

30. Wesentlicher Grund für die Verlagerung des Herz-Zentrums ist der enorme Fallverlust seit 2016 (vor Corona, noch in Zeiten der Personaleinsparung), den die GeNo hinnehmen musste.

- **Hat dieser Fallverlust die GeNo überproportional zu den frei-gemeinnützigen Kliniken in Bremen getroffen?**
- **Welche Kliniken der GeNo waren besonders betroffen?**
- **Wie teilt sich der Fallverlust auf Pat. mit Bremer Wohnort und außerhalb Bremens auf?**
- **Welche Projekte wurden angestoßen, um dem Fallverlust entgegenzuwirken?**

Der Grund für die Verlagerung des Herzzentrums ist nicht der Fallzahlverlust der vergangenen Jahre, sondern die Sicherung der Versorgung komplexer Leistungen in der Herz-Medizin vor dem Hintergrund der Krankenhausreform, stetig steigender Struktur- und Qualitätsanforderungen und zunehmenden Fachkräftemangels.

Der Fallzahlverlust seit 2017 beträgt bei der GeNo rund 20 % und verteilt sich auf alle Standorte in etwa gleich. Eine ähnliche Entwicklung lässt sich in ganz Bremen feststellen. Der Markt für ganz Bremen ist im selben Zeitraum um 18 % geschrumpft. Die hypothetische Frage, woher die Patient:innen gekommen wären, wenn sie behandelt worden wären, lässt sich nicht seriös beantworten. In der Vergangenheit wurden mit sämtlichen Sanierungsmaßnahmen versucht, dem Fallzahlenverlust entgegenzuwirken.

31. Woraus speist sich die Hypothese, dass der Fallverlust (ca. -18% von 2018 auf 2020 u. aktuell ca. 28%) persistieren wird? Sind Ihnen dazu Studien z.B. der Krankenkassen, aus Bevölkerungsbefragungen bekannt?

Das durch die senatorische Behörde in Auftrag gegebene hcb-Gutachten hat sich mit dieser Thematik beschäftigt und kommt zu dem Ergebnis, dass davon auszugehen ist, dass der Trend zur Spezialisierung in der Medizin weiter anhalten und die Ambulantisierung der Medizin zu einer Verringerung der Zahl an stationären Fällen führen wird. Technologische Veränderungen, insbesondere die Digitalisierung, werden neue Behandlungsmöglichkeiten eröffnen, um die sich auftuende Lücke zwischen Angebot und Nachfrage abzumildern. Damit kann sich die Systemeffizienz verbessern. Außerdem kann sie sich durch eine stärkere Schwerpunktbildung verbessern, indem sich die bestehenden Krankenhäuser jeweils auf weniger Leistungsgebiete, dafür aber mit höherer Fallzahl, konzentrieren.

32. Wurden die “verlorenen“ Pat. in anderen Strukturen behandelt (z.B. ambulant, Notfallsprechstunden, Ausland, Privatkliniken)? Gibt es dort eine entsprechende Fallvermehrung?

Ob, ggf. wo und in welchen Strukturen Patient:innen behandelt wurden, die nicht in den Häusern der GeNo angelangt sind, ist nicht bekannt.

33. Welche Art von Krankheiten und welche Gruppe von Pat. wurden nicht mehr in Krankenhäusern Bremens/ der GeNo behandelt?

Welche Art von Krankheiten und welche Gruppe von Patient:innen nicht mehr in Krankenhäusern Bremens behandelt wurden, ist nicht bekannt.

34. Könnte es sein, dass die “verlorenen“ Patienten in absehbarer Zeit in die Krankenhäuser zurückkommen?

Wie in Frage 32 erläutert, ist nicht bekannt, ob, ggf. wo und in welchen Strukturen Patient:innen behandelt wurden, die nicht in den Häusern der GeNo angelangt sind. Deshalb kann keine Aussage dazu getroffen werden, ob Patient:innen in absehbarer Zeit in die Krankenhäuser zurückkommen.

35. Ist auf der Basis dieser datengestützten Erkenntnisse eine Reduktion der somatischen Betten um > 500 in der GeNo gerechtfertigt? Hat die Bettenreduktion eine eher ökonomische, betriebsinterne Begründung? Könnte damit der Auftrag der GeNo zur kommunalen Daseinsvorsorge u.U. verletzt werden?

Aufgrund der geringen Auslastung an allen vier Standorten von etwa 60-65 % spiegelt der Abbau von rund 500 Betten die aktuelle Belegungssituation wider. Mit dem Abbau der Betten können Flächen reduziert und damit Kosten gespart werden. Im KBM werden die freien Kapazitäten genutzt, um die Fachabteilungen des KLdW aufzunehmen. Gleichzeitig kann das Personal effizienter eingesetzt werden. Eine Grundannahme des Restrukturierungskonzepts ist die Sicherung des Versorgungsauftrags. Die Daseinsvorsorge wird demnach nicht gefährdet.

36. Ein weiterer wesentlicher Grund für den Fallverlust ist der Personalmangel/-ausfall im Pflegebereich.

- **Seit wann ist der Personalmangel/-ausfall auffällig?**
- **Bis wann wurden seitens der GF Maßnahmen angestoßen, das Pflegepersonal zu reduzieren?**
- **Wie setzt sich der Personalmangel/-ausfall seit 2020 zusammen (Kündigungen, Teilzeitarbeit, Berentung, Krankheit, sonst. Ausfälle, reduzierte Einstellungen, mangelnde Bewerbungen) - möglichst bezogen auf die Standorte.**

Der Personalmangel deutet sich bereits seit vielen Jahren an und hat sich bundesweit in den vergangenen fünf Jahren, insbesondere durch die Corona-Pandemie, deutlich zugespitzt. Durch den Renteneintritt der Baby-Boomer-Generation wird sich die Situation in den kommenden Jahren absehbar weiter verschärfen. Zu keinem Zeitpunkt hat die aktuelle Geschäftsführung Maßnahmen ergriffen, das Pflegepersonal zu reduzieren. Auch bei allen zukünftigen Maßnahmen, die eine Personalreduktion vorsehen, ist der Pflegerische Dienst explizit ausgenommen. Zu der Zusammensetzung des Personalmangels/-ausfall seit 2020 liegt derzeit keine Auswertung vor. Die Erstellung einer entsprechenden Auswertung ist für die GeNo mit viel (Zeit)aufwand verbunden und nicht ad hoc möglich bzw. verfügbar.

37. Welche Projekte wurden wann angestoßen, um dem Personalmangel/-ausfall entgegenzuwirken und wie wirksam sind sie?

2021 wurde das internationale Fachkräfteprojekt (3x 50 Pflegekräfte mit einem Zeithorizont von drei Jahren) mit einer umfassenden Ausschreibung aufgesetzt. Ende 2023 werden insgesamt 100 Pflegefachkräfte eingereist sein, die unter enger Begleitung von Integrationsbeauftragten in ihre fachliche und sprachliche Anerkennung begleitet werden.

2022 wurde das digitale Bewerbermanagementsystem Softgarden ausgeschrieben. Es wird voraussichtlich im Herbst 2023 flächendeckend nutzbar sein. Für schnelle Bewerbungen wurde die Bewerbung per Whatsapp ermöglicht und erfreut sich seither großer Beliebtheit.

2022 wurde eine Pflegekampagne und im Jahr 2023 eine Altenpflegekampagne gestartet. Aus Letzterer konnten z.B. 60 Bewerbungen rekrutiert werden.

Die Übernahmequote der Auszubildenden konnte von der GeNo seit 2020 von ca. 60 % bis 2023 auf zuletzt 73 % gesteigert werden. Bewerbungstage für die Auszubildenden, gezielte Übernahmeprozesse und eine stärkere Bindungsarbeit während der Ausbildung haben u.a. hierzu beigetragen.

Die Ausbildungsplätze und die Aufnahme zusätzlicher unterjähriger Ausbildungskurse wurden seit 2017 kontinuierlich gesteigert. Aktuell verfügt die GeNo über mehr als 1000 Ausbildungsplätze.

Mit der Etablierung von zentralen und dezentralen Springerpools und einer auf die Flexibilität zugeschnittenen Bezahlung hat die GeNo ein alternatives Angebot zur Arbeitnehmerüberlassung ermöglicht. Als Vergütungsbestandteil wurden für die Flexibilität des Einspringens sogenannte Einspring-Prämien in Höhe von 100 € zzgl. zu allen Zuschlagskomponenten vereinbart.

Seit 2023 besteht die Möglichkeit unter finanzieller Förderung an einem Firmenfitnessprogramm teilzunehmen. Auszubildende werden hierbei anteilig höher bezuschusst. Binnen kürzester Zeit lagen hierzu mehrere hundert Anmeldungen vor.

In 2023/2024 wird das Projekt Employer Branding initiiert, um die GeNo als Arbeitgebermarke sachgerecht aufzustellen.

38. Hat sich die GeNo an dem Projekt der Arb.-nehmerkammer „ich pflege wieder – wenn...“ beteiligt? Wenn ja, in welcher Form und mit welchem Effekt?

Die Studie der Arbeitnehmerkammer „ich pflege wieder – wenn ..“ hat die Bereitschaft ausgestiegener und in Teilzeit beschäftigter Pflegekräfte, in die Pflege zurückzukehren bzw. ihre Arbeitsstunden zu erhöhen und die dafür notwendigen Arbeitsbedingungen untersucht. Aus der Studie hat die Arbeitnehmerkammer ein Modellprojekt entwickelt. An der Ausschreibung des Modellprojektes hat die GeNo sich mit dem Standort KBN beteiligt. Die Effekte können noch nicht dargestellt werden, da das Verfahren noch läuft und die Ausschreibung noch nicht ausgewertet ist.

39. Wie hat sich die Ausbildungssituation für Pflegeberufe entwickelt?

- **Entw. der Ausbildungsverträge seit 2016**
- **Entw. der Ausbildungsabschlüsse seit 2016**
- **Entw. der „Abbrecher“: Anteil seit 2016**

Die Daten können von der GeNo nicht weiter zurück ermittelt werden, da es im Jahr 2017 einen Wechsel im Schulverwaltungsprogramm gab. Das alte Schulverwaltungsprogramm WinCIDS ist für die GeNo nicht mehr zugänglich. Die Daten für die Absolventenzahlen ab den Jahrgängen

2015 sind im aktuellen Schulverwaltungsprogramm ersichtlich und folgender Tabelle zu entnehmen.

Ausbildungsbeginn	Abschlüsse	Abschlussjahr	Abbrüche
2015 GKP	101	2018	17
2016 GKP	87	2019	38
2017 GKP	97	2020	37
2018 GKP	82	2021	35
2019 GKP	79	2022	34
2020 GPA	44 /6 müssen Wiederholungsprüfung machen	2023 (Stand Juli 23)	21
2015 GKI	18	2018	
2016 GKI	13	2019	3
2017 GKI	21	2020	2
2018 GKI	28	2021	11

* GKP = Gesundheits- und Krankenpfleger/-pflegerin, GPA = Gesundheits- und Pflege-Assistenz, GKI = Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

40. Seit wann beteiligt sich die GeNo an den Projekten der Ag. f. Arbeit, Beschäftigte in der Pflege unterhalb einer 3-jährigen Ausbildung zu qualifizieren? Wie viele Auszubildende wurden bereits qualifiziert oder sind im laufenden Prozess?

Seit dem Jahr 2020 bildet die GeNo Gesundheits- und Krankenpflegehelfer:innen (GKPH) aus. Diese generalistische Ausbildung dauert zwei Jahre und schließt mit einem Staatsexamen ab. Die GeNo bietet jährlich 20 Ausbildungsplätze für die GKPH an und es gelingt diese Plätze seit 2021 zu 100 % zu füllen. Zusammengefasst bedeutet das, dass sich durch den einmaligen jährlichen Start in der Regel 40 Auszubildende der GKPH in den GeNo-Kliniken in der Ausbildung befinden. Diese berufliche Qualifizierungsmaßnahme ist aufgrund des bundesweiten Personalmangels an dreijährig qualifizierten Pflegefachpersonen aufgebaut worden und ist ein voller Erfolg für die GeNo. Die Pflegefachpersonen begrüßen diese fachkompetente Unterstützung bei pflegerischen Handlungen der Grundpflege, weshalb aus dem 1. Kurs, der als Startkurs mit 12 Personen noch nicht voll besetzt war, 8 GKPH in die GeNo übernommen wurden. Zudem haben sich 25 % der Absolvent:innen entschieden, die dreijährige Ausbildung zur Pflegefachkraft nachfolgend anzuschließen. Derzeit gibt es Überlegungen seitens der GeNo, die Ausbildungsplätze für GKPH auszuweiten.

41. Welche Effekte haben bisher die Bemühungen gehabt, ausländische Absolventen zu gewinnen? Welche Kosten sind dafür bisher angefallen? Gibt es dafür Förderungen durch Bund, Land, Ag f. Arbeit?

Bis zum Jahresende werden bis zu 100 ausländische Fachkräfte in den Kliniken der GeNo im Einsatz sein. Die Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Abstimmung mit den zuständigen Behörden (z.B. Migrationsamt, Anerkennungsstelle usw.) zeitnah und problemlos erfolgt. Dies hat in

der Vergangenheit häufig zu Verzögerungen geführt. Die Kosten bewegen sich pro Vermittlungsfall zwischen 10 und 15 TEUR.

Krankenhausplanung

42. Der Bremer KH-Plan ist z.Zt. noch ein kurzfristiger Rahmenplan. Wenn die Senatorin i.R. der neuen KH-Planung den Plan verfolgt, die Kostenerstattung nach Leistungsgruppen analog der Vorstellungen der „Regierungskommission“ oder nach dem hcb-Gutachten auszurichten, welche Leistungsgruppen müssen dann noch aus anderen Kliniken Bremens ins KBM (Maximalversorgung, Level 3) verlegt werden (Katalog)?

Der mit der Krankenhausreform einhergehende strukturelle Anpassungsbedarf ist noch nicht absehbar. Erst wenn die vorgesehene Leistungsgruppensystematik abschließend definiert und mit Qualitätskriterien versehen worden ist, können belastbare Folgenabschätzungen vorgenommen werden. Aktuell entsprechen weder die einzelnen Leistungsgruppen noch die dazugehörigen Qualitätskriterien sowie die Möglichkeiten zur Kooperation unter den Kliniken einem Reifegrad, der verlässliche Aussagen zu den Anpassungsnotwendigkeiten in den Krankenhausstrukturen ermöglicht.

43. Ist das KBM zur Aufnahme dieser Leistungsgruppen in der Lage, wenn das Herz-Zentrum und ggf. weitere Abteilungen aus dem KBO bereits dorthin verlagert wurden – oder wird absehbar ein größerer Anbau am KBM erforderlich?

Wie in Frage 42 erläutert, ist der mit der Krankenhausreform einhergehende strukturelle Anpassungsbedarf noch nicht absehbar. Deshalb ist nicht vorauszusagen, ob basierend auf der endgültigen Krankenhausreform zukünftig auch Leistungen aus anderen Kliniken Bremens am KBM zu integrieren sind und daraufhin bauliche Veränderungen am KBM erforderlich sein werden.

44. Welche Gruppe von Kliniken mit welcher Größe ist erfahrungsgemäß wirtschaftlich am erfolgreichsten (vgl. Klinik-Reports von Prof. Augurzky)?

Erfahrungsgemäß sind Krankenhäuser mit einer Kapazität von 500 bis 900 Betten wirtschaftlich am erfolgreichsten. Auch die Trägerschaft spielt bei der Wirtschaftlichkeit eine Rolle. Nach wie vor erwirtschaften private Klinikbetreiber die besten Ergebnisse, gefolgt von frei-gemeinnützigen Trägern und Kliniken in kommunaler Trägerschaft.

Weitere Detailplanung KLdW

45. Welches Konzept liegt zur Zukunft des Restbestandes des LdW vor?

- Soll dort eine regionale Basisversorgung stattfinden?
- Wie soll eine regionale Basisversorgung faktisch aussehen (Personal, Org.-Form, Räume, mit/ohne Notaufnahme 365/24, Facharztstandard, mit/ohne Operationsbereich, Betten, mit/ohne Infrastruktur – Diagnostik, Labor, Bildung usw.)?

- **Wie soll der privilegierte (!) Hubschrauberlandeplatz nach Aufgabe der Anästhesie u. Intensivmedizin besetzt werden (Personal, Standort)?**

In der Aufsichtsratssitzung am 07.07.2023 hat die Geschäftsführung den Auftrag erhalten, ein Nachnutzungskonzept für die Sicherstellung der Vor-Ort-Versorgung der Bevölkerung im Stadtteil vorzulegen und dabei insbesondere auch die dann vorliegenden Ergebnisse der Krankenhausreform der Bundesregierung entsprechend zu berücksichtigen. Das Nachnutzungskonzept wird derzeit erstellt und soll dem Aufsichtsrat zum 4. Quartal 2023 vorlegt werden.

Der Hubschrauberlandeplatz ist der Heimatstandort der Luftrettungsstation. Der zukünftige Standort und die Besetzung befinden sich in Klärung. Diese Klärung befindet sich in der Zuständigkeit des Innenressorts.

46. Welches Konzept wird für die Palliativstation verfolgt?

Die genaue Konzeption wird derzeit mit der Leiterin der Palliativstation besprochen.

47. Welches Konzept wird für die Ambulante Reha verfolgt?

Die Verortung der Ambulanten Reha hängt mit dem zu konkretisierenden Nachnutzungskonzept zusammen und wird derzeit geprüft.

48. Welches Konzept wird für das gerade neu erstellte kardiologische Forschungszentrum verfolgt?

Für das kardiologische Forschungszentrum - dem Cardiologicum – werden die Möglichkeiten der Verortung im KBM gegenwärtig geprüft.

49. Welches Konzept wird für die übrigen ambulanten Institute verfolgt?

Geplant ist, die Kardiologische-Angiologische Praxis und die Praxis für Elektrophysiologie am KBM unterzubringen. Der weitere Umgang mit der Gemeinschaftspraxis für Pränatalmedizin und die Praxis für Hals-Nasen-Ohren Heilkunde und Allergologie werden derzeit in dem Nachnutzungskonzept für das KLdW, wie in Frage 45 erläutert, erarbeitet.

50. Welches Konzept wird für die rel. neuen OP-Einrichtungen am LdW verfolgt?

Der weitere Umgang mit den relativ neuen OP-Einrichtungen am KLdW hängt mit der zu konkretisierenden Nachnutzung des KLdWs und der Ausgestaltung der Vor-Ort-Versorgung zusammen.

51. Welches Konzept wird mit den ggf. nicht mehr benötigten Gebäudeanteilen verfolgt?

Auch die Nachnutzung der Gebäude des KLdWs ist Inhalt des Nachnutzungskonzepts und der Vor-Ort-Versorgung. Welche Gebäudeanteile benötigt und wie mit den nicht benötigten Gebäudeanteilen umgegangen wird, wird derzeit erarbeitet.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Claudia Bernhard', written in a cursive style.

Claudia Bernhard