Staats- und Universitätsbibliothek Bremen
Staats-archiv Bremen
BREMISCHE BÜRGERSCHAFT

Kooperationsprojekt - Digitalisierung Drucksachen der Bremischen Bürgerschaft

Drucksache / Bremische Bürgerschaft, Landtag 8. Wahlperiode, 1971-75

(19.8.1975) Drucksache 8/1506

Staats-und Universitätsbibliothek Bremen - Digitale Sammlungen

Visual Library

BREMISCHE BÜRGERSCHAFT
Landtag
8. Wahlperiode

Drucksache 8 / 1506
19. 08. 75

Mitteilung des Senats

Entwicklungsplan des Senators für Gesundheit und Umweltschutz für das Krankenhauswesen im Lande Bremen

Der Senat übermittelt der Bürgerschaft den anliegenden Entwicklungsplan des Senators für Gesundheit und Umweltschutz für das Krankenhauswesen im Lande Bremen.

Der Bericht wird erteilt aufgrund eines Beschlusses der Bremischen Bürgerschaft (Landtag) vom 6. Dezember 1972 (Drs. 8/382).

Der Plan ist von der Deputation für Gesundheit und Umweltschutz zustimmend zur Kenntnis genommen worden.

Die Bürgerschaft wird gebeten, den vorliegenden Entwicklungsplan zur Kenntnis zu nehmen.

ENTWICKLUNGSPLAN FÜR DAS KRANKENHAUSWESEN
IM LANDE BREMEN

Thema:

Entwicklungsplan für das Krankenhauswesen im Lande Bremen

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

1. **Auftrag und Rahmenbedingungen**
   - 1.1. Der Beschluß der Bürgerschaft
   - 1.2. Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz — KHG)
   - 1.3. Die Bundespflegesatzverordnung vom 25. April 1973
   - 1.4. Das Krankenhaus als Teil der medizinischen Versorgung
   - 1.5. Weitere Zuständigkeiten

2. **Grundsätze und Ziele**
   - 2.1. Grundsätze
   - 2.2. Ziele

3. **Die Situation des Krankenhauswesens im Lande Bremen am Ende der Legislaturperiode 1971/1975**
   - 3.1. Die leistungsbezogene Bilanz
     - 3.1.1. Der Bedarf
     - 3.1.2. Der Vergleich mit der Situation in den anderen Ländern der Bundesrepublik Deutschland
     - 3.1.3 Die Finanzierungbeteiligung des Bundes nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz
   - 3.2. Die wirtschaftlichkeitsbezogene Bilanz
     - 3.2.1. Die Entwicklung der Pflegesätze
       - 3.2.1.1. Die Ausgangsposition vor Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung
       - 3.2.1.2. Der Pflegesatzabschluß 1974
       - 3.2.1.3. Der Pflegesatzabschluß 1975
     - 3.2.2. Der Vergleich mit der Situation in den anderen Ländern der Bundesrepublik Deutschland
     - 3.2.3. Die Wertung der bundesweiten Vergleichsaktivitäten zur Kostenbegrenzung
       - 3.2.3.1. Ursachenanalyse
       - 3.2.3.2. Maßnahmen des Senators für Gesundheit und Umweltschutz im Bereich der kommunalen Krankenhäuser
       - 3.2.3.3. Maßnahmen in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen bzw. Verbänden
       - 3.2.3.4. Überregionale Aktivitäten

4. **Planungen im Bereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**
   - 4.1. Krankenhausbedarfsplanung
     - 4.1.1. Der Landeskrankenhausbedarfsplan
     - 4.1.2. Wesentliche Kriterien der Krankenhausbedarfsplanung
       - 4.1.2.1. Quantitätskriterien
       - 4.1.2.2. Qualitätskriterien
     - 4.1.3. Grenzen und Probleme der Krankenhausbedarfsplanung
     - 4.1.4. Bedarfsdeterminanten und Trendperspektiven

4.2. Krankenhausinvestitionsplanung — mittelfristig — (Programme zur Durchführung des Krankenhausbaues und deren Finanzierung)

4.2.1. Landeskrankenhausbauprogramm Bremen

4.2.2. Jahreskrankenhausbauprogramm

4.2.3. Im Bau befindliche langfristige Investitionen (Investitionsmaßnahmen nach § 9 Abs. 1 und 2 KHG)

4.2.4. In der Planung befindliche langfristige Investitionen nach § 9 Abs. 1 KHG

4.2.4.1. Zentralkrankenhaus Bremen-Nord — Errichtung eines Betriebsgebäudes mit Sozialbereich

4.2.4.2. Sanierung in den kommunalen Krankenhäusern Bremens

4.2.4.3. Rotes-Kreuz-Krankenhaus — Umbau „Westhaus"

4.2.5. Mittelfristige Investitionen (Investitionsmaßnahmen nach § 9 Abs. 3 KHG)

4.2.6. Zusammenfassung

4.3. Krankenhausinvestitionsplanung — langfristig — (Planungen, die über bestehende Finanz- und Investitionspläne hinausreichen)

4.3.1. Grundsätzliches

4.3.2. Projekte

4.3.2.1. Ersatzbau für das Krankenhaus Kloster Blankenburg

4.3.2.2. Zentralkrankenhaus Bremen-Nord — Neubau Chirurgie

4.3.2.3. Klinik für Lungenkrankheiten — Holdheim — Ersatz „Gartenhaus"

4.3.2.4. Evangelische Diakonissenanstalt — Neubau der Orthopädischen Abteilung

4.3.2.5. St. Joseph-Hospital, Bremerhaven — Ersatzbau für 200 Betten

5. **Ergänzende Planungen**

5.1. Strukturplanungen

5.1.1. Die Prüfung der inneren Struktur der kommunalen Kliniken in Bremen und Bremerhaven

5.1.2. Die Prüfung der äußeren Struktur (Rechtsform) der Kliniken der Freien Hansestadt Bremen

5.2. Planungen mit anderen am Gesundheitswesen beteiligten Partnern

5.2.1. Die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen als Organe der Versichertengemeinschaft — Das Rationalisierungsabkommen

5.2.1.1. Das Programm 1975

5.2.1.2. Planung von Nachsorgekliniken

5.2.2. Die Zusammenarbeit aller Krankenhausträger im Lande Bremen — Die arbeitsteilige Koordinierung

5.2.3. Die Zusammenarbeit mit der niedergelassenen Ärzteschaft — Überlegungen zur Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

5.3. Koordinierende Planung Somatik-Psychiatrie

5.3.1. Psychiatrische und somatische Betreuung

5.3.2. Integration psychiatrischer und somatischer Disziplinen

5.4. Das Krankenhausinformationssystem (KIS)

5.5. Das Landeskrankenhausgesetz

Vorwort

Dieser Entwicklungsplan wird erteilt aufgrund eines Beschlusses der Bremischen Bürgerschaft vom 6. Dezember 1972 (Drs. 8/382).

Der Auftrag der Bremischen Bürgerschaft (Landtag) an den Senat, einen

Entwicklungsplan für das Krankenhauswesen im Lande Bremen

vorzulegen, konnte und durfte nicht in dem Sinne interpretiert werden, daß die nahezu unendliche Fülle von Einzelplanungen — sei es im Bereich der Investitionen oder der Personalausstattung — detailliert vorzulegen ist.

Die Krankenhäuser im Lande Bremen stellen zusammen einen der größten Dienstleistungsbetriebe des Landes dar. Allein die Kliniken der Freien Hansestadt Bremen sind ein „Unternehmen", das — ebenso wie die anderen Krankenhäuser — seine Dienstleistungen rund um die Uhr tagaus, tagein zum Wohle der Bevölkerung bereithalten muß, jährlich einen Leistungsumsatz von rd. DM 260 Mio. zu bewältigen hat und rd. 6000 Menschen beschäftigt. Es bedarf daher keiner weiteren Erklärung, daß ein solches Unternehmen, das nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen geführt werden soll, täglich an Detailplanungen arbeitet, um seine Aufgaben überhaupt bewältigen zu können. Würde nicht geplant werden, ginge das zu Lasten der Versicherten; bei den vergleichsweise niedrigen Pflegesätzen im Lande Bremen läßt allein die Höhe der Pflegesätze darauf schließen, daß unter Berücksichtigung des hohen Standards der Krankenhäuser im Lande Bremen versucht wird, auch wirtschaftlich optimal zu handeln. Entscheidend ist, daß von allen Seiten gesehen wird, daß Planung ein permanenter Zustand ist; Planung darf niemals als zeitpunktbezogene Aufgabe gesehen werden. Die Grenzen zwischen vergangener, gegenwärtiger und künftiger Planung sind fließend.

Eine Vielzahl in der Vergangenheit erarbeiteter Planungen ist realisiert und hat dazu beigetragen, daß das Krankenhauswesen im Lande Bremen seinen heutigen hohen Standard erhalten und gehalten hat; heutige Planungen werden umgesetzt, um diesen erreichten Standard des Krankenhauswesens auch künftig zu sichern.

Dieser Plan geht aus von seinem Auftrag und versucht, zunächst die Rahmenbedingungen für eine Entwicklungsplanung in Bremen darzustellen. Es folgen einige wesentliche Grundsätze, an denen sich Entwicklungsplanung für das Krankenhauswesen im Lande Bremen zu orientieren hat. Als drittes Kapitel folgt eine Analyse des derzeitigen Standes des Krankenhauswesens im Lande Bremen. Mit diesen ersten drei Kapiteln „Auftrag und Rahmenbedingungen, Grundsätze und Ziele sowie Analyse des Ist-Zustandes" soll die Ausgangsposition für Entwicklungsplanung in diesem Lande umrissen werden.

Die dann folgenden Kapitel zu den einzelnen Formen der Planung machen deutlich, daß es keinen Entwicklungsplan als geschlossenes System gibt, sondern daß „Entwicklungsplan" lediglich eine Zusammenfassung einer Vielzahl von Detailplanungen sein kann. Sie einmal in einer umfassenden Übersicht darzustellen, ist der eigentliche Schwerpunkt dieses Berichtes. Er kann und soll nicht die Ausführungen zum Detail, wie sie in den Einzelplänen enthalten sind, wiederholen.

Die außergewöhnliche Zeitspanne, die zwischen Erteilung des Auftrages und Erteilung des Berichtes liegt, ist im wesentlichen darauf zurückzuführen, daß der Bund in der Zwischenzeit durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz und die Bundespflegesatzverordnung wesentliche Bereiche des Krankenhauswesens gesetzlich neu geregelt hat. In dieser Neuregelung sind Planungsvorschriften ein wesentlicher Bestandteil, so daß ein sinnvoller Entwicklungsplan im Sinne der hier beabsichtigten Übersicht ohne Stellungnahme zu diesen Planungen nicht möglich war. Die Stellungnahme aber wiederum konnte erst erfolgen, nachdem die Überlegungen zur Durchführung dieser Planung abgeschlossen und erste Erfahrungen gesammelt waren.

Die Ergebnisse dieser Überlegungen — und besonders der erstmals mögliche bundesweite Vergleich — erlauben dem Senat festzustellen, daß im Lande Bremen die Zielsetzung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im wesentlichen bereits Realität ist. Die wirtschaftliche Sicherung der zur Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser ist gegeben, mit Fertigstellung der Krankenhausneubauten Bremen-Ost und Bremerhaven-Reinkenheide werden auch in den somatischen Disziplinen in Bremerhaven und in der Psychiatrie im Lande Bremen genügend Krankenhausbetten zur Verfügung stehen (vgl. dazu Tz. 3.1.). Die Krankenhäuser im Lande Bremen hatten und haben einen hohen Leistungsstandard, ihre Leistungsfähigkeit ist unbestritten. Darüber hinaus sind die Pflegesätze im Lande Bremen, insbesondere in Relation zu den beiden anderen Stadtstaaten Berlin und Hamburg, vergleichsweise niedrig (vgl. Tz. 3.2.).

Dennoch muß an dieser Stelle deutlich gemacht werden, daß diese Ergebnisse keineswegs Anlaß sein dürfen, die Bemühungen in diesem Bereich zu reduzieren. Einerseits bauen die dargestellten Ergebnisse auf ersten Erfahrungen mit den neuen Planungsinstrumenten auf, andererseits erzwingt die veränderte Wirtschaftslage — besonders der öffentlichen Hand — eine wesentliche Intensivierung der Planung, weil die bedeutenden Summen, um die es im Krankenhauswesen geht, nur noch aufgrund äußerst intensiver und sorgfältiger Planung ausgegeben werden können.

Gleichzeitig wird es um so dringlicher, die Strukturen der Versorgung den veränderten Bedürfnissen sowohl seitens der Leistung als auch seitens der Wirtschaftlichkeit anzupassen, um die notwendige Leistung zu den wirtschaftlich günstigen Bedingungen anbieten zu können.

Schließlich ist an dieser Stelle ausdrücklich anzumerken, daß die geringen Erfahrungen, auf denen die Aussagen dieses Plans aufbauen müssen, ihm den Charakter eines Zwischenberichtes geben. Es ist zu früh, um endgültig aussagen zu können, ob das durch die neuen Gesetze angebotene Planungsinstrumentarium operabel sein wird und welche Ergebnisse zu erwarten sind.

Dennoch hielt der Senat es für geboten, der Bürgerschaft noch vor Abschluß der Legislaturperiode den gewünschten Entwicklungsplan zu geben. Auf seinen provisorischen Charakter sollte aber angesichts der vorerwähnten Gründe an dieser Stelle ausdrücklich hingewiesen werden.

Zusammenfassend kann, wenn auch unter vorerwähntem Vorbehalt, festgestellt werden, daß das Krankenhauswesen im Lande Bremen dank vorausschauender Planung einen hohen Standard erreicht hat. Die Aufgabe der Zukunft wird sein, diesen im Interesse der Patienten zu erhalten und auszubauen.

1. **Auftrag und Rahmenbedingungen**
   - 1.1. Der Beschluß der Bremischen Bürgerschaft
   - 1.2. Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz — KHG)
   - 1.3. Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung — BPflV)
   - 1.4. Das Krankenhaus als Teil der medizinischen Versorgung
   - 1.5. Weitere Zuständigkeiten

1. Auftrag und Rahmenbedingungen

Ein Entwicklungsplan für das Krankenhauswesen im Lande Bremen ist naturgemäß das Ergebnis eines intensiven und umfangreichen Meinungsbildungsprozesses.

Kennzeichnend für diesen Auftrag war, daß seit Auftragsvergabe durch die Bürgerschaft der Meinungsbildungsprozeß begleitet war von der gesetzlichen Neuregelung wesentlicher Rahmenbedingungen des Krankenhauswesens durch den Bund. Als solche Rahmenbedingungen sind vor allem das Krankenhausfinanzierungsgesetz und die auf diesem Gesetz aufbauende Bundespflegesatzverordnung zu nennen.

1.1. Der Beschluß der Bremischen Bürgerschaft

Die Bremische Bürgerschaft (Landtag) hat am 6. Dezember 1972 auf Antrag der Fraktion der SPD folgende Entschließung angenommen:

> „Der Senat wird aufgefordert, möglichst innerhalb eines halben Jahres einen Entwicklungsplan für das Krankenhauswesen in Bremen der Bürgerschaft vorzulegen.
>
> Dieser Entwicklungsplan sollte kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen zur Umstrukturierung, zur Sanierung und zum Ausbau des Krankenhauswesens enthalten und die erforderlichen Kosten für die einzelnen Maßnahmen beziffern."
>
> (Drs. 8/382)

Den Entwicklungsplan „möglichst innerhalb eines halben Jahres" vorzulegen, war deshalb nicht möglich, weil zwischen den für alle Bundesländer nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom 29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009) durchzuführenden neuen Planungen und dem Planungsauftrag der Bürgerschaft Interdependenzen bestanden.

1.2. Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz — KHG)

Das KHG bekennt sich zu der Verpflichtung, daß die Vorhaltung von erforderlichen Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe ist und somit die Investitionskosten der

Krankenhäuser öffentlich zu fördern sind, dagegen vom Patienten bzw. dessen Kostenträger über den Pflegesatz nur noch die Benutzerkosten erstattet zu werden brauchen. Zweck des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (§ 1) ist

a) die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser
b) eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit
c) leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und
d) zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

1.3. Die Bundespflegesatzverordnung vom 25. April 1973

Die Bundespflegesatzverordnung enthält wesentliche Ausführungsbestimmungen zur Erreichung der Ziele des KHG.

Auf zwei Bestimmungen von gesellschaftspolitischem Rang sei an dieser Stelle eingegangen:

— Zunächst ist die Bestimmung des § 3 der Bundespflegesatzverordnung zu nennen. Hiernach sind mit Inkrafttreten dieser Verordnung sämtliche Leistungen, die ein Krankenhaus zur Behandlung des Patienten zu erbringen hat, im pauschalen Pflegesatz abgegolten. Hinter dieser nüchternen Feststellung verbirgt sich ein ganz wesentlicher gesellschaftspolitischer Ansatz, denn diese Bestimmung erklärt die Schwere der Krankheit zum alleinigen Maßstab für die anzuwendende Behandlung.

— Eine andere gesellschaftspolitisch relevante Bestimmung ist im § 6 der Bundespflegesatzverordnung enthalten. Hier geht es darum, welche Wahlleistungen im Krankenhaus noch möglich sein sollen, angesichts der ausgesprochenen Zielsetzung alle für die Behandlung der Krankheit notwendigen Leistungen im Pflegesatz pauschal abzugelten. Es wurden hierzu für die kommunalen Häuser Ausführungsbestimmungen erlassen, wobei man sich dabei für die sogenannte „kleine Entkopplung" entschieden hat, d. h., daß eine besondere Unterbringung — ohne die Wahlleistung „Arzt" als Voraussetzung — gewählt werden kann.

1.4. Das Krankenhaus als Teil der medizinischen Versorgung

Wenngleich dieser Plan ausschließlich auf die Entwicklung des Krankenhauswesens im Lande Bremen bezogen ist, darf dennoch nicht vergessen werden, daß das Krankenhauswesen als ein Teil des Gesamtsystems der medizinischen Versorgung der Bevölkerung anzusehen ist. Es gehört zu den Grundsätzen, die medizinische Versorgung als eines der wesentlichsten Gebiete der Daseinsfürsorge, als ein geschlossenes System zu betrachten. Darüber hinaus besteht die allgemeine Auffassung, daß die Einrichtungen der stationären Versorgung im Rahmen der Gesamtversorgung Spezialfunktionen auszuüben haben. Damit ist einerseits gemeint, daß anzustreben ist, daß der Krankenhausaufenthalt für den Bürger eine Ausnahmesituation darstellt, d. h. daß die Leistungen des Gesamtsystems so zu organisieren sind, daß die Inanspruchnahme dieser Spezialfunktion auf ein Mindestmaß reduziert werden kann.

Die Auffassung vom Krankenhauswesen als hochspezialisiertem Teil eines Gesamtsystems macht gleichzeitig deutlich, daß es nicht für sich existiert und nur als Teil des geschlossenen Ganzen optimal wirksam sein kann. Insoweit müssen Entwicklungsplanungen für das Krankenhauswesen über diesen Bereich hinaus die Bedingungen des Gesamtsystems mit berücksichtigen.

1.5. Weitere Zuständigkeiten

Der Ansatz, das Krankenhauswesen als Teil des Gesamtsystems der medizinischen Versorgung zu betrachten, bringt es mit sich, daß Planungen in diesem Bereich in die Zuständigkeit anderer Senatsressorts und Institutionen übergreifen. Im engeren Bereich der Landesregierung ist der Senator für Gesundheit und Umweltschutz zwar der zuständige Krankenhausträger, wesentliche Kompetenzen fallen aber in die Zuständigkeiten anderer Ressorts. Die folgende Aufzählung ist keineswegs vollständig, sondern soll lediglich auf die Vielfalt dieser Beziehungen hinweisen:

— In die Zuständigkeit des Senators für Soziales fallen wesentliche Bereiche des die Krankenhausbehandlung ergänzenden Angebotes an rehabiltierenden, pflegerischen und sozialpflegerischen Leistungen. In den Grenzbereichen zur Krankenhausbehandlung hat sich eine gemeinsame Planungsverantwortung ausgebildet.

— In die Zuständigkeit des Senators für Arbeit fallen wichtige Bereiche, wie Arbeits- und Betriebsmedizin nach dem neuen Arbeitssicherungsgesetz und die Aufsicht über die Selbstverwaltungsorgane der Versichertengemeinschaft, die Krankenkassen.

— Die Zuständigkeiten des Senators für Finanzen erstrecken sich auf wesentliche Beteiligungen sowohl an der Abwicklung der Investitionsprogramme als auch an der täglichen Ausgabenwirtschaft. Um dies zu verdeutlichen, sei daran erinnert, daß der jährliche Umsatz allein der kommunalen Kliniken DM 260 Mio. erreicht.

— Die Zuständigkeiten des Senators für das Bauwesen betreffen die Baubetreuung des kommunalen Krankenhausbereiches ganz allgemein.

— In die Zuständigkeit des Senators für Wirtschaft und Außenhandel fällt die Festsetzung der Pflegesätze gemäß der neuen Bundespflegesatzverordnung. Darüber hinaus bewirkte diese Festsetzung entsprechend der Übergangsregelung bis 1978 die Beträge für Pflegesatzstützungen nach § 19 Abs. 2 KHG.

— Die Zuständigkeiten der Senatskommission für das Personalwesen mögen durch die Feststellung, daß im Bereich der kommunalen Krankenhäuser ca. 6.000 Mitarbeiter tätig sind, ausreichend belegt sein.

— Neben den Zuständigkeiten aus dem engeren Bereich der Exekutive sind die Zuständigkeiten der Legislative zu erwähnen und hierbei sei auf die besondere Bedeutung der Deputation für Gesundheit und Umweltschutz und ihrer Ausschüsse für das Krankenhauswesen hingewiesen.

— Neben den Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Exekutive und Legislative steht gleichwertig die Mitbestimmung der Mitarbeiter, die im bremischen PVG festgeschrieben ist.

Die hier herausgehobenen Zuständigkeiten sollen die Komplexität des Abstimmungsprozesses, die die Erstellung eines Entwicklungsplanes zur Voraussetzung hat, deutlich machen.

Die Auflistung ist keineswegs vollständig. Neben anderen beteiligten Senatsressorts ist z. B. die Krankenhausgesellschaft des Landes Bremen oder der vom Krankenhausfinanzierungsgesetz vorgeschriebene Ausschuß nach § 6, 3 KHG mit je vier Vertretern der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft sowie je einem Vertreter der Ärztekammer Bremen und der Stadtgemeinden zu nennen.

2. Grundsätze und Ziele

2.1. Grundsätze
2.2. Ziele

2. Grundsätze und Ziele

2.1. Grundsätze

Die Verantwortung für die Ordnung der medizinischen Versorgung gehört als eines der wesentlichsten Gebiete der Daseinsfürsorge zu den Aufgaben des Staates. Die Gesamtverantwortung festzustellen, bedeutet jedoch nicht, daß der Staat alle sich daraus ergebenden Aufgaben selbst wahrzunehmen hätte. Bereits im einleitenden Kapitel wurde bei der Darstellung der Rahmenbedingungen auf die vielfältigen Zuständigkeiten anderer Institutionen bei Erstellung eines Entwicklungsplanes hingewiesen.

Dennoch verlangt die wesentliche Verantwortung, die der Staat für diesen Bereich trägt, daß Grundsätze und Ziele dargestellt werden, an denen sich Überlegungen für die Entwicklung des Krankenhauswesens orientieren.

Bei der Formulierung der Grundsätze und Ziele war zu beachten, daß die notwendige Flexibilität der Entwicklung nicht durch zu enge Bestimmungen beschränkt wird. In diesem Sinne sind die nachfolgenden Thesen mehr als Leitgedanken denn als starre Handlungsmaximen zu verstehen:

Das Wohl des Bürgers als Patient

muß naturgemäß im Vordergrund aller Überlegungen stehen. Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß der Senat den Krankenhausaufenthalt als Ausnahmesituation für den Bürger und als Sonderfall der medizinischen Versorgung betrachtet. Hieraus ergibt sich, daß Vorsorge getroffen werden muß, den Bürger in dieser kritischen Situation seines Daseins angemessen zu versorgen; das bedeutet, das Leistungsangebot des Krankenhauswesens so auszustatten, daß ihm möglichst alle für sein Leiden relevanten Kenntnisse und Methoden der Medizin zur Verfügung stehen.

Der Grundsatz der Leistungsfähigkeit

Der Senat hat bei Formulierung seiner Gesundheitspolitik die Leistungsfähigkeit des Krankenhauswesens in diesem Sinne stets in den Vordergrund seiner

Überlegungen gestellt. Der erreichte hohe Standard der Leistungsfähigkeit des Krankenhauswesens in Bremen ist das Ergebnis dieser konsequenten Politik.

Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit

Aus der Sorge um das Wohl des Bürgers als Patient ergibt sich aber ebenso, wenn auch nur mittelbar, der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit. Nur unter der Beachtung auch dieses Gesichtspunktes kann ein leistungsfähiges System zu einem optimalen werden, das den Bedürfnissen des Bürgers umfassend entspricht.

Die aktuelle Entwicklung der Kostensituation im Gesundheitswesen verleiht diesem Aspekt zusätzliches Gewicht.

Es muß jedoch ausdrücklich angemerkt werden, daß schon in der Vergangenheit in Bremen dem Grundsatz der Leistungsfähigkeit wie dem der Wirtschaftlichkeit gleichrangige Beachtung zugemessen wurde. Dies wird durch die Pflegesätze trotz höchster Leistungsfähigkeit eindrucksvoll belegt.

Der Grundsatz der Systemgeschlossenheit

Neben den Grundsätzen, die aus den Ansprüchen des Bürgers als Patient unmittelbar folgen, stehen solche die vom hohen Rang, der der medizinischen Versorgung als wesentlichem Gebiet der Daseinsfürsorge beigemessen wird, abzuleiten sind. An dieser Stelle sei vor allem auf den Grundsatz der Systemgeschlossenheit hingewiesen. Nur wenn alle am Gesundheitswesen Beteiligten zusammenwirken, kann das System zum Wohle des Bürgers optimal funktionieren.

2.2. Ziele

Aus den Grundsätzen seiner Krankenhauspolitik sind die Zielsetzungen des Senats abzuleiten, die der zu planenden Entwicklung im Krankenhauswesen vorgegeben sind.

Übergeordneter Gesichtspunkt bleibt, daß das Wohl des Patienten im Mittelpunkt aller Überlegungen steht.

Aus der Auffassung, den Krankenhausaufenthalt als Ausnahmesituation im Dasein des Bürgers zu betrachten, ergibt sich einerseits, daß die Fürsorge für den Bürger umfassend sein muß, ergibt sich andererseits, daß Planung der Krankenhausentwicklung nur in der Zusammenarbeit mit allen übrigen Beteiligten sinnvoll gestaltet werden kann.

Der Grundsatz der Leistungsfähigkeit — verbunden mit der Betrachtung des Gesundheitswesens als einem geschlossenen System — führt zu der Zielsetzung, die einzelnen Systemteile der medizinischen Versorgung in Aufgabenstellung und Aufgabendurchführung aller Bereiche möglichst weitgehend aufeinander abzustimmen.

Diese Zielsetzung darf nicht als Tendenz zu umfassender Verstaatlichung mißverstanden werden. Das Gegenteil ist der Fall. Aus der mehrfach betonten Auffassung, die stationäre Versorgung als besonderen, hochspezialisierten Teil der medizinischen Versorgung zu betrachten, folgt zwingend, daß der überwiegende Teil der Gesamtversorgung von den anderen wesentlich Beteiligten des Systems zu leisten ist.

Aus dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit, verbunden mit dieser Form der Systembetrachtung, ergibt sich, daß arbeitsteilig zu organisieren ist, abgestuft auch im Bereich der Krankenhausleistung. Das bedeutet, daß nicht in jedem Haus alles geleistet werden kann, sondern daß alle stationären Einrichtungen des Landes Bremen zusammen gesehen werden müssen und daß die insgesamt für notwendig erachteten Leistungen vor allem als Leistungen des Gesamtangebots vorhanden sein müssen (vgl. auch Tz. 5.3.2.).

Die staatliche Verantwortung für die Ordnung der medizinischen Versorgung einerseits und die Verantwortung der übrigen Beteiligten am Gesundheitswesen andererseits müssen schließlich zusammenwirken. Diese Zielsetzung erfordert, daß Planungen auch für einen Teilbereich nur mit Blick auf das Ganze erfolgen. Der Senator für Gesundheit und Umweltschutz versucht, seine Ziele entsprechend, d. h. in Zusammenarbeit mit den übrigen Beteiligten, zu verwirklichen. Auf die Einzelheiten dieser Planung wird noch gesondert eingegangen (siehe Tz. 5.).

Schließlich sei ausdrücklich erwähnt, daß sich diese Feststellung auch auf den freigemeinnützigen Krankenhausbereich bezieht. Der Senat hat immer eine besondere Aufgabe auch darin gesehen, zur Versorgung der Bevölkerung mit stationä-

ren Krankenhausleistungen auch die freigemeinnützigen Krankenhausträger neben den kommunalen Häusern in ganz besonderem Umfange zu unterstützen. Nur dieses Miteinander von kommunalen und freigemeinnützigen Kliniken kann die notwendigen und vielfältig differenzierten Krankenhausleistungen zu Gunsten der bremischen Bevölkerung erbringen. Bei allen Finanzdispositionen in den vorangegangenen Legislaturperioden — ebenso für die folgende — haben die verantwortlichen Gremien entsprechend dieser Auffassung und den im Einzelfall gegebenen Notwendigkeiten gehandelt.

3. **Die Situation des Krankenhauswesens im Lande Bremen am Ende der Legislaturperiode 1971/1975**

3.1. Die leistungsbezogene Bilanz
3.1.1. Der Bedarf
3.1.2. Der Vergleich mit der Situation in den anderen Ländern der Bundesrepublik Deutschland
3.1.3. Die Finanzierungsbeteiligung des Bundes nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz

3.2. Die wirtschaftlichkeitsbezogene Bilanz
3.2.1. Die Entwicklung der Pflegesätze
3.2.2. Der Vergleich mit der Situation in den anderen Ländern der Bundesrepublik Deutschland
3.2.3. Die Wertung des bundesweiten Vergleichs — Aktivitäten zur Kostenbegrenzung

3. Die Situation des Krankenhauswesens im Lande Bremen am Ende der Legislaturperiode 1971/1975

Die Krankenhäuser im Lande Bremen bilden aufgrund des Bremer Ballungsgebietes Schwerpunkte in der Versorgung der Bevölkerung des Bremer Umlandes.

Die Zahl der auswärtigen Patienten ist durch eine relative personelle Zunahme der angrenzenden Landkreise im Verhältnis zum Lande Bremen in den letzten Jahren weiter gestiegen. Ihr Anteil betrug im Bereich der stationären Versorgung (einschl. Psychiatrie) in **vom Hundert**

Bereich	**1971**	**1972**	**1973**	**1974**
Stadt Bremen	26,2	29,5	28,1	29,6
Stadt Bremerhaven	32,7	35,7	33,8	35,4
Land Bremen / Gesamt	27,7	30,9	29,4	30,9

3.1. Die leistungsbezogene Bilanz

In den Landeskrankenhausbedarfsplan, der nach den gesetzlichen Bestimmungen des KHG erstellt (vgl. auch Tz. 4) wurde, sind im Jahre 1974 insgesamt 8.467 Betten zur stationären Versorgung von Patienten aufgenommen worden, welche im Jahre 1975 um neu erstellte 10 zusätzliche Betten der Akutpsychiatrie ergänzt wurden, um das Bettendefizit in diesem Bereich zu reduzieren.

Insgesamt teilt sich die Bettenzahl auf in 1.259 Betten für die psychiatrische und neurologische Versorgung und 7.218 Betten für die Akutversorgung. Etwa ein Drittel der Gesamtbettenzahl wird von freigemeinnützigen Trägern bereitgestellt, während die übrigen in kommunalen Krankenhäusern stehen.

Die genannten Bettenzahlen ergeben umgerechnet auf die Einwohnerzahl des Landes Bremen einen sogenannten Bettenindex von 11,6 Betten pro 1.000 Einwohner (Stichtag 31. 12. 1974).

3.1.1. Der Bedarf

Um eine optimale Nutzung der Bettenkapazitäten zu erreichen, wurde in den erstellten Landeskrankenhausbedarfsplänen lediglich ein krankenhausbezogener Bedarf postuliert. In den Krankenhäusern selbst wird darüber hinaus eine Aufteilung der Bettenkapazitäten auf die bettenführenden Disziplinen vorgenommen. Diese flexibel zu gestaltende Aufteilung ist notwendig, um dem Grundprinzip des KHG nach einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung zu wirtschaftlichen und sozial tragbaren Pflegesätzen gerecht zu werden (vgl. auch Tz. 4.1.2.2.).

Es ist davon auszugehen, daß das Bettenangebot der Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven nach Fertigstellung der Neubauten in Bremen-Ost und Bremerhaven-

Reinkenheide als gut ausreichend angesehen werden kann und daß dieses Stellung die insgesamt hohe Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens in unserem Lande beispielhaft belegt.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, daß zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Krankenhausbedarfsplanes 1974 mit seiner generellen Feststellung, daß der Bettenbedarf im Bereich der allgemeinen Krankenhäuser der Stadtgemeinde Bremen gedeckt sei, eine empirische Untersuchung der Wartezeiten für eine stationäre Behandlung in den bremischen Fachkliniken aufgrund einer kleinen Anfrage der Fraktion der CDU vom 5. September 1973 (Drs. 8/596) die Feststellung des Krankenhausbedarfsplanes im wesentlichen bestätigte. Diese als Antwort des Senats vom 30. 10. 1973 (Drs. 8/642) formulierte Untersuchung führte zu dem Ergebnis, daß es unter Einbezug der bereits begonnenen Neubauten keiner weiteren Maßnahmen zur Behebung vorhandener Wartezeiten bedarf.

Bei der Beurteilung der Wartezeiten ist zu berücksichtigen, daß viele Fachdisziplinen gegenüber anderen nicht absolut abgegrenzt werden können.

Vereinzelt anfallende Wartezeiten können unterschiedliche Ursachen haben. Häufig resultieren sie aus den Wünschen der Patienten, in bestimmten Krankenhäusern und zu bestimmten Jahreszeiten aufgenommen zu werden. Es kann diesbezüglich nicht Aufgabe sein, durch ein überdimensioniertes Bettenangebot solchen Wünschen entgegenzukommen und dafür in anderen Krankenhäusern bzw. Jahreszeiten Leerkapazitäten zu finanzieren. Darüber hinaus können auch durch umweltbedingte und andere Faktoren temporär Wartezeiten entstehen, z. B. durch Grippewellen oder krankenhausinterne Gründe, wie notwendige Renovierungen.

Die gute Bettensituation, verbunden mit einem hohen Standard der Medizin-Technik und der ärztlichen Versorgung, gibt dem Lande über die Behandlung Bremer Patienten hinaus die Möglichkeit, der Bevölkerung des niedersächsischen Umlandes die erwähnte qualifizierte Nachbarschaftshilfe zu gewähren. Dieser erreichte Standard in der Versorgung mit Krankenhausleistungen wurde durch eine außergewöhnliche Anstrengung während der letzten Legislaturperiode wesentlich mit geprägt.

Der Schwerpunkt der vor uns liegenden Aufgaben wird neben der permanenten Anpassung an den medizinisch notwendigen und sinnvollen Leistungsstandard und den von der Anzahl und der Konstitution der Bevölkerung vorgegebenen Bedarf vor allem die Sanierung und Rationalisierung der vorhandenen Einrichtungen sein.

Es muß Ziel sein und bleiben, den gesetzlichen Auftrag des KHG, eine in jeder Beziehung ausreichende Krankenhausleistung zu sozial tragbaren Pflegesätzen anzubieten, soweit als irgend möglich zu erfüllen.

3.1.2. Der Vergleich mit der Situation in den anderen Ländern der Bundesrepublik Deutschland

Um das Bettenangebot im Lande Bremen mit dem anderer Bundesländer und dem Bundesdurchschnitt vergleichen zu können, bietet sich die Schlüsselzahl „Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner" an.

Der hieraus resultierende Bettenindex beläuft sich bei Berücksichtigung nur der im Krankenhausbedarfsplan aufgeführten und damit öffentlich geförderten Krankenhausbetten auf 11,5 ‰ per 31. 12. 1973 und 11,6 ‰ per 31. 12. 1974. Damit liegt Bremen nach Berlin an der Spitze aller Länder der Bundesrepublik. Bei diesen Zahlen ist jedoch zu berücksichtigen, daß die Stadtstaaten aufgrund ihres Ballungsgebietes naturgemäß einen relativ hohen Anteil der umliegenden Bevölkerung mitversorgen, so daß aufgrund der genannten Bettendichte im Vergleich zu den Flächenstaaten kein Schluß auf ein Bettenüberangebot gezogen werden darf.

Signifikant für die Aufwendungen des Landes Bremen für die stationäre Versorgung von Patienten im Rahmen des KHG ist der Pro-Kopf-Vergleich mit den anderen Bundesländern. Bezugsquelle hierfür ist die Anmeldung des Mittelbedarfs der einzelnen Bundesländer beim Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit. Die Zahlen gelten für das Jahr 1973. Das Land Bremen hat 1973 insgesamt 96,7 Mio. DM in Krankenhäuser investiert. Pro Kopf der Bevölkerung entspricht das einem Betrag von 132,70 DM. Damit liegt das Land Bremen im Vergleich mit den übrigen Bundesländern nach Berlin mit 143,50 DM und vor Hamburg mit 105,86 DM eindeutig an der Spitze. Es folgt Hessen mit einem Pro-Kopf-Aufwand von 77,64 DM.

Die Zahlen für die übrigen Länder lauten in alphabetischer Reihenfolge wie folgt:

Baden-Württemberg	50,27 DM
Bayern	57,24 DM
Niedersachsen	36,77 DM
Nordrhein-Westfalen	46,02 DM
Rheinland-Pfalz	53,28 DM
Saarland	64,35 DM
Schleswig-Holstein	42,53 DM

Bezüglich der genannten Zahlen muß der Vorbehalt gemacht werden, daß sich die Beträge durch nachträglich vorgenommene Korrekturen geringfügig verändern können.

Die absolute Spitzenstellung Berlins erklärt sich vorwiegend aus der Bevölkerungsstruktur der Stadt. Aufgrund der Überalterung in der Bevölkerung ergibt sich trotz fehlenden Umlandes eine hohe Bettendichte, die in der relativ hohen Krankenhaushäufigkeit und in der überdurchschnittlichen Verweildauer begründet ist.

3.1.3. Die Finanzierungsbeteiligung des Bundes nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz

Die Bedeutung der Krankenhäuser im Lande Bremen für die überregionale Stationärversorgung der Bevölkerungsregion wird bei der Verteilung der Finanzhilfen des Bundes lediglich teilweise durch die sogenannte „Ministerabsprache" berücksichtigt. Über diese „Ministerabsprache" wird die Finanzierungsbeteiligung des Bundes, welche grundsätzlich gemäß § 23 Abs. 1 KHG nach Einwohnerschlüssel erfolgt, im Bereich der Rechtsverpflichtungen nach dem KHG ergänzt zu einem vollen Drittel Finanzierungsbeteiligung des Bundes.

Ein Vergleich der Aufwendungen des Landes Bremen bzw. der Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven mit den entsprechenden Aufwendungen des Bundes nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz macht die besonderen Anstrengungen, die das Land nicht nur in der jüngsten Vergangenheit unternommen hat, deutlich.

Im Bereich der Neubauten beträgt die Bundesbeteiligung beispielsweise in 1974 6 % der Gesamtaufwendungen im Lande Bremen, im Jahre 1975 betrug der Bundesanteil 5 % (vgl. auch Tz. 4.2.2.).

Durch die volle Drittel-Beteiligung des Bundes im Bereich der gesetzlichen Verpflichtungen nach dem KHG, z. B. der Zins- und Tilgungshilfen für „Alte Lasten", Zuschüsse für Pflegesatzstützungen, Finanzierung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie der Anlauf- und Umstellungskosten, steigt der Bundesanteil an der gesamten Finanzierung nach dem KHG auf bis zu 20 %.

3.2. Die wirtschaftlichkeitsbezogene Bilanz

Die Entwicklung der Investitions- und Betriebskosten des Krankenhauswesens sowie die daraus resultierende Erkenntnis, daß die für Krankenhäuser zur Verfügung stehenden Finanzmittel nur beschränkt erhöht werden können, haben in Bremen frühzeitig dazu geführt, die Krankenhausversorgung verstärkt unter Wirtschaftlichkeitsaspekten zu sehen. Den Erfolg dieser Bemühungen zeigt ein Vergleich mit der Situation in anderen Bundesländern. Leider mangelt es noch an geeigneten Maßstäben zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Betriebsführung. Sowohl der interne als auch der externe Wirtschaftlichkeitsvergleich wird dadurch erschwert, daß exakte quantifizierbare Maßstäbe für die Vergleichbarkeit der Leistungsfähigkeit fehlen. Geht man jedoch, wie unter Tz. 3.1. erläutert, berechtigterweise davon aus, daß die bremischen Krankenhäuser in Bezug auf ihren Leistungsstandard einen Vergleich mit anderen Bundesländern nicht zu scheuen brauchen, erscheint eine Gegenüberstellung mit den Höchstpflegesätzen der anderen Bundesländer — wobei die Universitätskliniken außer acht gelassen werden — zulässig.

3.2.1. Die Entwicklung der Pflegesätze

Außer durch Preis- und Leistungssteigerungen sind Änderungen der Kostenbelastung der Krankenhäuser durch die schon erwähnten bundesrechtlichen Vorschriften, nämlich KHG und BPflV, bewirkt worden.

Nach dem Kostendeckungsgrundsatz des KHG ist die Deckung der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses grundsätzlich durch Fördermittel und Erlöse aus Pflegesätzen vorgeschrieben, d. h., die Investitionskosten, ausgenommen die Kosten der Instandhaltung und Instandsetzung,

werden durch Fördermittel, die Bund, Länder und Gemeinden aufbringen, gedeckt, die Benutzerkosten durch die Pflegesatzerträge.

3.2.1.1. **Die Ausgangsposition vor Inkrafttreten des KHG und BPflV**

Bis zum Inkrafttreten der neuen Gesetzgebung wurde die Pflegesatzgestaltung durch die Verordnung PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten (Bundespflegesatzverordnung) vom 31. August 1954 geregelt.

Die einseitig sozialpolitische Ausrichtung dieser Verordnung ohne ausreichende Berücksichtigung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser führte nicht zum Abbau einmal gezahlter öffentlicher Betriebszuschüsse, sondern im Gegenteil zu einer von Jahr zu Jahr steigenden Belastung der Stadtgemeinde.

Bis 1973 stieg die im Haushalt veranschlagte Kostenunterdeckung allein für den Bereich der „Kliniken der Freien Hansestadt Bremen" auf ca. 23,50 DM je Pflegetag, d. h. auf rd. ein Viertel des Pflegesatzes (bezogen auf einen Mischsatz wegen der Festsetzung zur Jahresmitte).

Die Tendenz wird deutlich bei den Anschlägen für Zuschüsse an freigemeinnützige und kommunale Krankenhäuser, wie sie von 1968—1973 im Haushalt der Stadtgemeinde veranschlagt wurden.

	TDM
1968	22.050
1969	19.000
1970	25.100
1971	27.200
1972	40.583
1973	44.702

Die Pflegesatzsituation in der allgemeinen Pflegeklasse im Bereich der kommunalen und freigemeinnützigen Krankenhäuser im Lande Bremen stellt sich wie folgt dar:

Stadtgemeinde Bremen	**1968**	**1969**	**1970**	**1971**	**1972**	**1973**
Kliniken der Freien Hansestadt Bremen	43,50	43,50/ 48,—	52,50	64,—	64,—/ 79,—	79,—/ 101,50
Ev. Diakonissenanstalt	43,50	43,50/ 48,—	52,50	64,—	64,—/ 79,—	79,—/ 93,50
St. Joseph-Stift	43,50	43,50/ 48,—	52,50	64,—	64,—/ 79,—	79,—/ 93,50
Rotes-Kreuz-Krankenhaus	43,50	43,50/ 48,—	52,50	64,—	64,—/ 79,—	79,—/ 97,—
Roland-Klinik	34,—/ 37,50	37,50/ 42,—	46,50	58,—	58,—/ 73,—	73,—/ 87,50
+ Fallpauschale	(100,—)	(100,—)	(100,—)	(100,—)	(120,—)	(120,—/ 125,—)
Bremerhaven						
Stiftung Krankenanstalten der Stadt Bremerhaven	41,—	42,50/ 43,—	48,—/ 49,50	55,—	66,—/ 75,—	75,—/ 106,—
St. Joseph-Hospital	39,—	40,50/ 41,—	45,—/ 46,50	52,—	64,50/ 75,—	75,—/ 86,—
Stiftung Krankenanstalten des DRK-Kreisverbandes Wesermünde Krankenhaus am Bürgerpark	41,—	42,50/ 43,—	48,—/ 49,50	55,—	66,—/ 75,—	75,—/ 98,—

/ = Festsetzung innerhalb des Jahres

3.2.1.2. **Der Pflegesatzabschluß 1974**

Die am 1. 1. 1974 in Kraft getretene Bundespflegesatzverordnung brachte die Umstellung der Pflegesatzermittlung auf das Prinzip der vollen Kostendeckung und führte bundesweit zu Pflegesatzfestsetzungen, deren Steigerungsraten erheblich über denen der Vergangenheit lagen.

Durch die Festsetzung eines für alle Patienten einheitlichen vollpauschalierten Pflegesatzes wurden Faktoren in den neuen Pflegesatz einbezogen, die nach altem Recht nicht darin enthalten waren. Eine gesonderte Berechnung von Nebenleistungen z. B. ist bis auf wenige Ausnahmen seit dem 1. Januar 1974 nicht mehr zulässig.

Diese Umstellung des bisher teilpauschalierten auf den vollpauschalierten Pflegesatz sowie die gerade im Jahre 1974 erheblichen Preissteigerungen — die effektiven Personalkostensteigerungen z. B. lagen noch weit über dem Tarifabschluß im öffentlichen Dienst — machten auch in Bremen einschneidende Pflegesatzerhöhungen unvermeidlich. Mit DM 133,50 lag der Pflegesatz der „Kliniken" um rd. 30 % über dem Vorjahreswert.

Bei der Beurteilung der Steigerungsrate muß allerdings die aus Haushaltsmitteln abzudeckende Pflegesatzstützung in den Vergleich mit einbezogen werden. Wurden in 1973 für die Kliniken noch rd. 40,0 Mio. DM veranschlagt, lag der Haushaltsansatz 1974 nur noch bei rd. 20,0 Mio. DM. Dieser Zuschuß ist aber nicht mehr als „herkömmlicher Betriebszuschuß" zu bezeichnen, sondern zum einen als der Ansatz für Pflegesatzstützung gem. § 19 Abs. 2 KHG, welcher den Übergang auf kostendeckende Pflegesätze erleichtern soll und zum anderen als der Zuschuß für nach dem KHG nicht förderungsfähigen Aufwand. Eine Pflegesatzstützung gem. § 19 Abs. 2 KHG erfolgte letztmalig im Jahre 1974, danach liegen die für die Pflegesatzfestsetzung maßgebenden Selbstkosten im Rahmen von § 19 Abs. 1 KHG.

Der „nach dem KHG nicht förderungsfähige Aufwand" wird auch in den nächsten Jahren noch zu Finanzierungslücken und damit zur Notwendigkeit einer Zuschußveranschlagung im Haushalt führen. Es handelt sich dabei u. a. um laufende Kosten der Personalwohnheime, der Ausbildungsstätten sowie um Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten, soweit sie nicht durch die zu knapp bemessenen Pauschalbeträge der BPflV gedeckt sind.

In Verbindung mit der Einigung über einen Pflegesatz 1974 für die „Kliniken" wurde zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Stadtgemeinde ein Rationalisierungsabkommen geschlossen, welches neue Wege in der Zusammenarbeit zwischen Krankenhausträgern und Kostenträgern weist. Diese Vereinbarung wird unter folgenden Textziffern noch näher erläutert. An dieser Stelle sei gesagt, daß aus dem Haushaltsjahr 1974 etwa 9,0 Mio. DM für Rationalisierungsmaßnahmen im Rahmen dieses Programms erwirtschaftet wurden. Für das Jahr 1974 wurden folgende Pflegesätze der kommunalen und freigemeinnützigen Krankenhäuser gem. § 3 BPflV festgesetzt:

Kliniken der Freien Hansestadt Bremen	133,50 DM
Ev. Diakonissenanstalt	117,— DM
St. Joseph-Stift	117,— DM
Rotes-Kreuz-Krankenhaus	127,— DM
Roland-Klinik	105,— DM
Stiftung Krankenanstalten der Stadt Bremerhaven	127,50 DM
Stiftung Krankenanstalten des DRK-Kreisverbandes Wesermünde	120,— DM
St. Joseph-Hospital	109,— DM

3.2.1.3 **Der Pflegesatzabschluß 1975**

Die Pflegesätze des Jahres 1975 weisen gegenüber den Vorjahreswerten erheblich reduzierte Steigerungsraten auf. Mit 151,50 DM liegt der Pflegesatz für klinische Fälle der kommunalen Kliniken um rd. 13,5 % über dem entsprechenden Vorjahreswert, bei den freigemeinnützigen Häusern der Stadtgemeinde Bremen zwischen 10,5 % und 13,8 %. Um jedoch die Kostensteigerung beurteilen zu können, muß die Selbstkostenbasis 1974 im Vergleich zugrunde gelegt werden, d. h., der Anteil für Pflegesatzstützung gem. § 19 Abs. 2 KHG hinzugerechnet werden. Bei Ist-Selbstkosten 1974 in Höhe von DM 138,— je Pflegetag bei den „Kliniken" beispielsweise beträgt die Steigerung rd. 9,8 %.

Dieser Abschluß setzt den Senator für Gesundheit und Umweltschutz mit hoher Wahrscheinlichkeit in die Lage, wieder einen Teil der mit 12,7 Mio. DM für Pflegesatzstützung bzw. Deckung der „nicht-pflegesatzfähigen" Kosten vorgesehenen Haushaltsmittel für Struktur- und Rationalisierungsmaßnahmen im Rahmen des bereits erwähnten Rationalisierungsabkommens einzusetzen, um damit die Kostenentwicklung günstig zu beeinflussen.

Die Pflegesätze gem. § 3 BPflV für 1975 wurden wie folgt festgesetzt:

Kliniken der Freien Hansestadt Bremen	151,50 DM
Ev. Diakonissenanstalt	130,— DM
St. Joseph-Stift	130,— DM
Rotes-Kreuz-Krankenhaus	144,50 DM
Roland-Klinik	116,— DM
Stiftung Krankenanstalten der Stadt Bremerhaven	140,— DM *)
Stiftung Krankenanstalten des DRK-Kreisverbandes Wesermünde	132,— DM *)
St. Joseph-Hospital	120,— DM *)

*) bis 30. 6. 1975

3.2.2. **Der Vergleich mit der Situation in den anderen Ländern der Bundesrepublik Deutschland**

Der Vergleich mit den Höchstsätzen der letzten Jahre in den anderen Bundesländern belegt anschaulich den Erfolg der Bemühungen, die Kosten im Krankenhauswesen der Freien Hansestadt Bremen positiv zu beeinflussen. Auch bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Festsetzungszeitpunkte ergibt sich dieses positive Ergebnis.

Höchste Pflegesätze der Länder (ohne Universitätskliniken)
(Stand jeweils Jahresende)

Bundesland	**1973**	**1974**	**1975**
Baden-Württemberg	119,80	169,87	*)
Bayern	116,—	129,50	145,—
Berlin	109,15	187,10	*)
Bremen	**101,50**	**133,50**	**151,50**
Hamburg	104,—	150,—	163,—
Hessen	104,60	188,77	*)
Niedersachsen	103,95	143,50	*)
Nordrhein-Westfalen	117,10	165,—	*)
Rheinland-Pfalz	95,50	158,—	175,34
Saarland	122,60	159,10	*)
Schleswig-Holstein	102,65	138,45	155,55

*) = steht noch nicht fest

Der Durchschnitt der Krankenhauspflegesätze aller staatlich gebundenen Krankenhäuser, d. h. eine Durchschnittsberechnung von Krankenhäusern der Regelversorgung bis hin zur Maximalversorgung, lag im Jahre 1974 bei 135,— DM je Berechnungstag. Berücksichtigt man, daß die „Kliniken der Freien Hansestadt Bremen", die als Einheit gesehen Leistungen des Maximalangebots erbringen, im Jahr 1974 mit DM 133,50 abrechnen konnten, wird die Leistungsfähigkeit aus wirtschaftlicher Sicht eindrucksvoll bestätigt. Auch das Ergebnis der Pflegesatzvereinbarung 1975, aufgrund derer die „Kliniken" bei klinischen Fällen mit DM 151,50 je Berechnungstag abrechnen, läßt im Vergleich mit den bisher vorliegenden Abschlüssen anderer Bundesländer darauf schließen, daß die Krankenhäuser Bremens kostenmäßig deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegen werden. Dies, obwohl die Zahl der Krankenhausärzte und der Pflegekräfte je Krankenhausbett im Lande Bremen erheblich günstiger als der Bundesdurchschnitt liegt.

3.2.3. Die Wertung des bundesweiten Vergleichs — Aktivitäten zur Kostenbegrenzung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß die Kostensteigerung im Gesundheitswesen keineswegs ein für Bremen spezifisches Problem ist. Im Gegenteil, gemessen am Bundesdurchschnitt stellt sich die bremische Situation günstig dar, weil Bremen, obwohl es ein Zentrum der medizinischen Versorgung für eine Region ist, die auch das niedersächsische Umland umfaßt und mit allen wesentlichen Einrichtungen der Maximalversorgung ausgestattet ist, dennoch einen Pflegesatz für die komunalen Krankenhäuser erreichen konnte, der im Jahre 1974 unter dem Bundesdurchschnitt lag.

Der Senator für Gesundheit und Umweltschutz hat die Entwicklung seit geraumer Zeit genau beobachtet, er hat auf allen Ebenen konkrete Maßnahmen bereits eingeleitet und Konzeptionen für weitere Aktivitäten erörtert, denn das Problem ist keineswegs neu. Es muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß die Kompetenzen vielfach verteilt sind, so daß jede Maßnahme umfassende und schwierige Meinungsbildungs- und Abstimmungsprozesse erfordert. Dabei mußte die Erfahrung gemacht werden, daß die Meinungsbildung sich keineswegs immer ausschließlich an der Problematik orientiert sondern sachfremde Überlegungen die Entscheidungsfindung störend beeinflussen können.

3.2.3.1. Ursachenanalyse

Entsprechend der Komplexität des Gesundheitswesens gibt es eine Vielzahl von Ursachen bzw. vermuteten Ursachen, die in ihrer kostenmäßigen Auswirkung nicht oder nicht hinreichend genau quantifizierbar sind.

Nachfolgend sind ausschließlich Gründe genannt, deren Kostenrelevanz gesichert ist. Ferner ist die Aussage im wesentlichen auf die Entwicklung im Krankenhauswesen beschränkt, obwohl hier nur insgesamt etwa ein Drittel der Kosten anfallen. Man kann die Ursachen unterteilen in zeitbedingte und strukturelle Gründe:

— Bei den zeitbedingten Ursachen ist zunächst und vor allem das verbesserte Leistungsangebot für die Bevölkerung insbesondere im Bereich des Krankenhauswesens hervorzuheben. Der medizinische Fortschritt, der einerseits seinen konkreten Niederschlag in der verbesserten Versorgung der Bevölkerung gefunden hat, kommt andererseits naturgemäß auch in der Kostenentwicklung zum Tragen.

— Daneben darf die gesetzliche Neuordnung und Sicherung der Krankenhausfinanzierung und ihre Folgen nicht übersehen werden. Das Gesetz schreibt vor, daß während einer Übergangsfrist bis 1978 kostendeckende Pflegesätze erreicht sein müssen. Es sei daher auch an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, daß Kostensteigerung und Pflegesatzsteigerung nicht identisch sind, wie unter Tz. 3.2.1. erläutert.

— Weiterhin ist bei den zeitbedingten Kosten auf die Personalkosten hinzuweisen, die etwa 70 % aller Kosten im Krankenhaus ausmachen. In diesem Bereich haben die linearen Erhöhungen und strukturellen Verbesserungen einschließlich Arbeitszeitverkürzung der Tarifabschlüsse 1974 beispielsweise zu einer Steigerung der Kosten von etwa 20 % geführt.

— Schließlich ist im Krankenhausbereich der Verbrauch an Medikamenten ein weiterer wesentlicher Kostenfaktor.

Nimmt man Personal- und Medikamentenkosten zusammen, sind bereits über 80 % der Gesamtkosten der Krankenhäuser erfaßt.

Damit wird einerseits der verbleibende Spielraum, werden aber andererseits auch die Schwerpunkte für denkbare Maßnahmen deutlich.

Neben den zeitbedingten sind vor allem strukturelle Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

— Als Beispiel wird hier auf die starre Trennung zwischen ambulantem und stationärem Bereich verwiesen. Diese Trennung verursacht nach Meinung des Senats nicht nur vermeidbare Kosten, sondern erschwert auch die Kommunikation zwischen beiden Bereichen.

— Daß die Kosten für Medikamente und ärztliche Leistungen einschließlich medizintechnischer Leistungen im ambulanten Bereich nahezu mit gleichen Raten steigen wie im Krankenhausbereich, sei nur am Rande erwähnt. Der Senat kann diese Bereiche jedoch nicht beeinflussen, weil die Rechtsversicherungsordnung die gesamte kassenärztliche und kassenzahnärztliche Versorgung der Bevölkerung den Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen in Selbstverwaltung übertragen hat.

3.2.3.2. Maßnahmen des Senators für Gesundheit und Umweltschutz im Bereich der kommunalen Krankenhäuser

Es ist nochmals daran zu erinnern, daß das Problem der Kostendämpfungsbegrenzung keineswegs ein für Bremen spezifisches ist, sondern ein bundes- wenn nicht weltweites. Bereits hieraus folgt, daß Einwirkungsmöglichkeiten, die zu grundlegenden Verbesserungen führen, nur in enger Zusammenarbeit und Abstimmung mit vielen anderen Betroffenen und Verantwortlichen erreicht werden können.

Dennoch kann Bremen für sich in Anspruch nehmen, das Problem besonders früh erkannt und schon seit geraumer Zeit sorgfältig und mit großer Energie alle erfolgversprechenden Ansätze im Rahmen der ihm zustehenden Kompetenzen verfolgt zu haben. Die Beispiele, die diese Aussage belegen, werden nachfolgend untergliedert in solche, die der Senat als Krankenhausträger unmittelbar beeinflussen und gestalten konnte, solche, die er für Bremen in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen verfolgt und schließlich jene, die überregional unter seiner Beteiligung oder auf seine Initiative betrieben werden.

Die Feststellung, daß das Problem früh erkannt und früh behandelt wurde, läßt sich naturgemäß in jenem Bereich am leichtesten nachweisen, den der Senat unmittelbar beeinflussen kann, d. h. an den kommunalen Kliniken:

— Bereits 1964 wurde die Einführung des kaufmännischen Rechnungswesens in den Kliniken der Freien Hansestadt Bremen beschlossen. Man kann diese Tatsache nur richtig werten, wenn man bedenkt, daß heute, im Jahre 1975, die meisten Krankenhäuser der Bundesrepublik Deutschland diese Umstellung des Rechnungswesens — die eine exakte Kostenermittlung überhaupt erst ermöglicht — noch nicht durchgeführt haben und das Krankenhausfinanzierungsgesetz bzw. die Bundespflegesatzverordnung diese Umstellung auch erst bis zum Jahre 1978 vorschreibt.

— Gleichzeitig — also auch seit etwa 1964 — wird laufend untersucht, welche Ersparnisse unter welchen Voraussetzungen durch Anwendung moderner Datenverarbeitungsmethoden auf Basis des kaufmännischen Rechnungswesens durchgeführt werden können. Diese Überlegungen sind zu einem geschlossenen System gediehen, das für den Bereich des Rechnungswesens und der Verwaltung kurz vor der Einführung in alle Krankenhäuser steht. Es soll darüber hinaus untersucht werden, wie weit diese Rationalisierungsmöglichkeiten auf den medizin-technischen Bereich ausgedehnt werden können. Die Deputation für Gesundheit und Umweltschutz wurde hierüber zuletzt am 29. Januar 1975 ausführlich informiert.

3.2.3.3. Maßnahmen in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen bzw. Verbänden

— Zunächst der Versuch des Senators für Gesundheit und Umweltschutz, gemeinsam mit der Ärztekammer im Rahmen einer Kommission die Kooperation zwischen den Krankenhäusern einerseits und den niedergelassenen Ärzten andererseits zu verbessern (vgl. Tz. 5.3.).

— In Zusammenarbeit mit den Personalräten und den Krankenhaus-Direktionen war es im Herbst vorigen Jahres möglich, durch lange intensive Überlegungen und Diskussionen die bereits von den Deputationen gebilligten Personalansätze um 50 % zu reduzieren. Die Deputation für Gesundheit und Umweltschutz nahm dieses erfreuliche Ergebnis, das den hohen Grad des Mitverantwortungsbewußtseins aller im Krankenhaus Beschäftigten eindrucksvoll unterstreicht, zum Anlaß, um Klinikleitungen und Mitarbeitern ausdrücklich zu danken.

— Gemeinsam mit allen in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommenen Krankenhäusern des Landes Bremen, d. h. einschließlich der freigemeinnützigen Krankenhäuser, versucht der Senator für Gesundheit und Umweltschutz, die Problematik einer arbeitsteiligen Koordinierung von Spezialaufgaben zwischen den Krankenhäusern im Lande Bremen zu lösen (vgl. Tz. 5.3.).

— Ergänzend sei in diesem Zusammenhang auf die Entlastung des Krankenhauswesens durch Übergänge und Vorschaltungen von Sozialeinrichtungen aus dem Bereich des Senators für Soziales, Jugend und Sport (insbes. Altenpflegeheime, Pflegedienste, Behinderteneinrichtungen und Angebote für psychisch Kranke) hingewiesen, Einrichtungen, welche durch ihre Existenz die Verweildauer positiv beeinflussen und in vielen Fällen Krankenhauseinweisungen vermeiden.

— Zum Abschluß sei ein Beispiel genannt, das von einer besonders hohen Verantwortungsbereitschaft aller Beteiligten Zeugnis gibt:

Gemeint ist die bereits angesprochene vertragliche Regelung, die der Senat mit den beteiligten Krankenkassenverbänden des Landes Bremen anläßlich der

Pflegesatzvereinbarung 1974 getroffen hat. Nach dieser Vereinbarung werden die Zuschüsse, die für die Kliniken im Haushalt der Stadtgemeinde Bremen bereitgestellt sind, soweit sie für diesen Zweck nicht oder nicht in voller Höhe benötigt werden, für Rationalisierungsinvestitionen zum Zweck der Reduzierung der Kostenprogression im Krankenhausbereich Anwendung finden (vgl. auch Tz. 5.2.).

Die Vereinbarung basiert auf der Einsicht, daß letztendlich alle Beschlüsse der Verantwortlichen auf kommunaler, Landes- oder Bundesebene nicht vollwirksam werden können, wenn es nicht gelingt, die täglich im Krankenhaus Handelnden von der Notwendigkeit sparsamen Wirtschaftens zu überzeugen.

Die Vereinbarung will dem Mitarbeiter im Krankenhaus eine Chance eröffnen zu erkennen, daß er seine Sparmaßnahmen nicht anonym leistet, sondern daß diese auch seinem Krankenhaus und damit den von ihm betreuten Patienten unmittelbar zugute kommen. Es ist in dieser Motivation eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen aller Maßnahmen und Überlegungen zu sehen, mit denen eine Tendenzwende in der Kostenentwicklung herbeigeführt werden soll. Im Einvernehmen mit den Vertragspartnern unter Zustimmung der beteiligten Deputationen ist das Rationalisierungsprogramm bereits angelaufen. Die einzelnen Maßnahmen wurden bewertet und katalogisiert, so daß die für dieses Jahr vorgesehenen Maßnahmen zügig in die Tat umgesetzt werden. Die Projektliste des Rationalisierungsprogramms wird unter Behandlung der Planungsaktivitäten aufgeführt (vgl. Tz. 5.2.).

3.2.3.4. **Überregionale Aktivitäten**

Überregionale Aktivitäten, d. h. solche, die über Bremen hinausgehen und zum Teil bundesweite Resonanz gefunden haben:

— Hierzu ist zunächst die nunmehr in regelmäßigen Abständen stattfindende Konferenz der für Gesundheit und Umweltschutz zuständigen Senatoren der drei Stadtstaaten zu erwähnen. Diese Institution ist ganz wesentlich auf Initiative des bremischen Senators für Gesundheit und Umweltschutz entstanden und ging von der Überlegung aus, daß die Probleme in diesen drei Stadtstaaten besonders ähnlich sind und daß ein Erfahrungsaustausch und eine Abstimmung der Planungsinitiativen Parallelentwicklungen vermeiden und Konzentration ermöglichen.

— Ein anderes Beispiel ist die Zusammenarbeit mit Berlin im Bereich der ADV. Hier wird versucht, die Überlegungen, wie ADV zur Kostensenkung und Rationalisierung im Krankenhauswesen Anwendung finden kann, zu koordinieren. Der Senator für Gesundheit und Umweltschutz hofft, einerseits zu einer Arbeitsteilung zu kommen und andererseits über Berlin unmittelbar die Entwicklungen des Bundesministeriums für Forschung und Technologie verfolgen zu können. Schließlich ist auf die Einladung des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit an alle zuständigen Landesminister hinzuweisen, Lösungsmöglichkeiten für das Problem auf Bundesebene zu erörtern; ebenfalls eine Initiative, an der der Senator für Gesundheit und Umweltschutz wesentlich beteiligt war. Vor allem war es sein Anliegen, daß auch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung an diesen Gesprächen beteiligt wird mit dem Ziel, auch die für die Versicherten verantwortlichen politischen Stellen mit in die Diskussion einzubeziehen. Diese Zielsetzung ist als Ergebnis der guten Erfahrungen bei der Behandlung der entsprechenden bremischen Probleme zu sehen.

4. **Planungen im Bereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

4.1. Krankenhausbedarfsplanung (§ 6 KHG)

4.1.1. Der Landeskrankenhausbedarfsplan

4.1.2. Wesentliche Kriterien der Krankenhausbedarfsplanung

4.1.3. Grenzen und Probleme der Krankenhausbedarfsplanung

4.1.4. Bedarfsdeterminanten und Trendperspektiven

4.2. Krankenhausinvestitionsplanung — mittelfristig — (Programme zur Durchführung des Krankenhausbaues und deren Finanzierung)

4.2.1. Landeskrankenhausbauprogramm Bremen

4.2.2. Jahreskrankenhausbauprogramm

4.2.3. Im Bau befindliche langfristige Investitionen (Investitionsmaßnahmen nach § 9 Abs. 1 und 2 KHG)

4.2.4. In der Planung befindliche langfristige Investitionen nach § 9 Abs. 1 KHG
4.2.5. Mittelfristige Investitionen (Investitionsmaßnahmen nach § 9 Abs. 3 KHG)
4.2.6. Zusammenfassung
4.3. Krankenhausinvestitionsplanung — langfristig — (Planungen, die über bestehende Finanz- und Investitionspläne hinausreichen)
4.3.1. Grundsätzliches
4.3.2. Projekte

4. Planungen im Bereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nach dem KHG hatten die zuständigen Landesbehörden u. a.

a) Krankenhausbedarfspläne

b) Krankenhausbauprogramme (mehrjährige Programme)

c) Jahres-Krankenhausprogramme

in der genannten Reihenfolge zu erstellen.

Abgesehen von der Tatsache, daß diese aus einer neuen Perspektive, nämlich der des KHG, aufzustellenden Krankenhausplanungen einen erheblichen Arbeits- und damit Zeitaufwand erforderten, waren die Planungen mit den sogenannten „wesentlich Beteiligten" nach § 6 KHG abzustimmen.

Die genannten Planungen konnten im 2. Halbjahr 1974 im Einvernehmen mit allen zuständigen Gremien erstmalig erstellt werden, so daß ab diesem Zeitpunkt eine Zusammenfassung aller Detail-Pläne im Rahmen des KHG sowie die entsprechende Ergänzung für den von der Bürgerschaft geforderten „Entwicklungsplan für das Krankenhauswesen im Lande Bremen" möglich wurde.

Es ist jedoch zu betonen, daß die genannten Planungen infolge sich ändernder Bedarfsdeterminanten der laufenden Fortschreibung bedürfen und darüber hinaus in den einzelnen Bedarfsdeterminanten weitere Abstimmungen unter den Bundesländern und Verfeinerungen im Instrumentarium bedürfen.

4.1. Krankenhausbedarfsplanung

Die Krankenhausbedarfsplanung — im wesentlichen eine Ermittlung der erforderlichen Krankenhausbetten, also eine Quantitätsplanung und nunmehr nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz für alle Bundesländer vorgeschrieben — war für das Land Bremen kein absolutes Neuland.

Beginnend mit dem Wiederaufbau der Krankenhäuser nach Kriegsende hatte die Gesundheitsverwaltung in regelmäßigen Abständen Bedarfsanalysen erstellt, die zur Entscheidungsgrundlage für die Bürgerschaft, die Deputation für das Gesundheitswesen und auch den Senat bei den jeweiligen Investitionsentscheidungen und den damit verbundenen Mittelbereitstellungen dienten. Aufbauend auf den vorangegangenen Bedarfsanalysen sowie den Strukturplänen wurde im Jahre 1973 nach dem Gebot des KHG eine neue, umfassende Analyse des Bedarfs an Krankenhausbetten für die Jahre 1974 und 1975 erarbeitet.

Das Ergebnis dieser Bedarfsermittlung bestätigte weitgehend die vorausgegangenen Bedarfsanalysen. Mit anderen Worten: Die Investitionsentscheidungen der Vergangenheit zu Gunsten der kommunalen Krankenhäuser und der freigemeinnützigen Krankenhäuser zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausbetten wurden bezüglich ihrer Notwendigkeit durch die Bedarfsplanung nach dem KHG bestätigt.

4.1.1. Der Landeskrankenhausbedarfsplan

Nach § 6 KHG haben die Bundesländer als Voraussetzung für Krankenhausbauprogramme Krankenhausbedarfspläne zu erstellen. Dabei „sind die Krankenhausgesellschaft sowie die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der sonstigen wesentlich Beteiligten im Lande anzuhören". Die Landesregierungen haben zu bestimmen, wer als „wesentlich Beteiligter" anzusehen ist.

Für die in den Landeskrankenhausbedarfsplan aufgenommenen Krankenhäuser, welche damit gleichzeitig in die Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz einbezogen sind, erfolgt die Förderung nur insoweit, als

„a) die aufgeführten Disziplinen je Krankenhaus vorgehalten werden,

b) ein ständiger interdisziplinärer Bettenausgleich — soweit aufgrund kranken-

hausspezifischer Gegebenheiten grundsätzlich möglich — zur optimalen Nutzung vorhandener Kapazitäten durchgeführt wird,

c) eine Tag- und Nachtaufnahmebereitschaft sichergestellt ist,

d) in Krankenhäusern mit operativen Disziplinen auch ein anästhesiologischer Dienst sichergestellt ist."

Die sich konkret ergebenden Bedarfsdaten für 1975 sind im Krankenhausbedarfsplan der Freien Hansestadt Bremen (Land) aufgeführt. Dieser Bericht wird als Anlage 1 beigefügt.

4.1.2. Wesentliche Kriterien der Krankenhausbedarfsplanung

4.1.2.1. Quantitätskriterien

Bei einer kritischen Würdigung des Bettenindexes (vgl. Tz. 3.1.) für das Land Bremen ist selbstverständlich zu berücksichtigen, daß die Krankenhäuser im Lande Bremen in einem erheblichen Umfang die Versorgung des niedersächsischen Umlandes mit sicherstellen und in einzelnen Spezialdisziplinen das Einzugsgebiet der bremischen Krankenhäuser noch ausgedehnter ist. Trotz dieser Tatsache ergibt sich für unser Land und das bremische Einzugsgebiet eine ausreichende Versorgung der Gesamtbevölkerung mit Krankenhausbetten.

4.1.2.2. Qualitätskriterien

Alle Beteiligten an der Erarbeitung des Krankenhausbedarfsplanes waren sich bewußt, daß der Bedarfsplan nicht ausschließlich ein Quantitätsproblem, losgelöst von Qualitätskriterien, sein kann und soll. Obwohl noch nicht an dieser Stelle über eine arbeitsteilige Koordinierung von Spezialaufgaben und Spezialeinrichtungen in den verschiedenen Krankenhäusern zur Maximierung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit berichtet werden soll (s. hierzu Tz. 5.2.2.), sei jedoch schon hier vermerkt, daß in dem Landeskrankenhausbedarfsplan nicht etwa nur die Zahl der Betten, die von den einzelnen Krankenhäusern vorgehalten werden sollen und demgemäß öffentlich gefördert werden, fixiert wurde, vielmehr auch — im Gegensatz zu anderen Krankenhausbedarfsplänen — die Disziplinen, die in den einzelnen Krankenhäusern vorzuhalten sind. Damit soll erreicht werden, daß — zunächst disziplinbezogen — nicht „jeder alles macht", vielmehr eine Arbeitsteilung im Sinne einer vernünftigen Abstufung der Aufgaben eines jeden Krankenhauses sicherzustellen ist. Damit wird „Wildwuchs" und der damit ohne jeden Zweifel verbundene Kostensprung bei gleichzeitiger Leistungsminderung vermieden. Eine weitere abgestufte Differenzierung in den verschiedenen Versorgungsebenen wird das Ziel bleiben.

Weitergehende Kriterien für die Krankenhausplanungen werden im Sinne der genannten arbeitsteiligen Kooperation bei Spezialeinrichtungen gemeinsam mit Krankenhäusern, die in den Bedarfsplan aufgenommen worden sind, erarbeitet.

4.1.3. Grenzen und Probleme der Krankenhausbedarfsplanung

Der Krankenhausbedarfsplan nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz ist nur insoweit abschließend, als die in den Bedarfsplan aufgenommenen Krankenhäuser einen Rechtsanspruch auf öffentliche Förderung erhalten. Damit ist die Gefahr verbunden, daß praktisch jedermann — ohne allerdings nach dem KHG gefördert zu werden — ein Krankenhaus errichten kann, wenn er nur die allgemeinen Rechtsvorschriften für den Bau und die Führung eines Krankenhauses erfüllt und auf eine öffentliche Förderung verzichtet. Weniger in Ballungszentren, mehr jedoch in kleineren Gemeinden besteht die Gefahr einer Aushöhlung der Bedarfsplanung durch die Errichtung privater, nicht öffentlich geförderter Krankenhausbauten. Da auch diese Krankenhäuser einen Anspruch auf einen Pflegesatz haben, kann so die Situation eintreten, daß das angestrebte Gleichgewicht zwischen Bedarf und Angebot erheblich gestört wird.

4.1.4. Bedarfsdeterminanten und Trendperspektiven

Die Strukturanalyse, die das Basismaterial für den Landeskrankenhausbedarfsplan liefert, erfaßt alle wesentlichen Daten für die Bettenbedarfsplanung, und zwar insbesondere:

Zahl der Einwohner,
Bevölkerungsstruktur,
Krankenhaushäufigkeit,
Durchschnittsverweildauer,
Bettennutzung.

Sie untersucht diese Daten hinsichtlich ihrer Entwicklung in der Vergangenheit, um so die Basis für die Prognose der zukünftigen Entwicklung zu bilden.

Hinsichtlich der Bevölkerungsentwicklung als einer der Bedarfsdeterminanten ist vor allem die Entwicklung der Einwohnerzahlen als auch die Entwicklung der Bevölkerungsstrukturen, wie die Altersverteilung und die Verteilung der Geschlechter, von Bedeutung. Wegen der räumlichen Entfernung ist dabei zweckmäßigerweise von einer getrennten Untersuchung der beiden Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven ausgegangen worden.

Ohne auf weitere Einzelheiten eingehen zu wollen, sei in diesem Zusammenhang erwähnt, daß die Einwohnerzahl der Stadtgemeinde Bremen, die nach Angaben des Statistischen Landesamtes Bremen von 1970 bis 1971 noch um etwa 4.000 Einwohner gestiegen war, seit 1971 jährlich um ca. 5.000 Einwohner abnimmt. Dagegen ist die Einwohnerzahl der Stadt Bremerhaven, die von 1970 auf 1971 um ca. 2.000 Einwohner gestiegen war, seit 1971 in etwa konstant geblieben.

Über die Bevölkerungsentwicklung in den niedersächsischen Landkreisen, die an die Städte Bremen und Bremerhaven angrenzen, sollen in diesem Zusammenhang keine Angaben gemacht werden.

Die Krankenhaushäufigkeit gibt das Verhältnis der in einem Jahr aufgenommenen Zahl der Patienten zur Einwohnerzahl wieder.

Aufgrund der Tatsache, daß die Krankenhäuser in den Städten Bremen und Bremerhaven von erheblicher Bedeutung für die Versorgung der Bevölkerung der angrenzenden Landkreise sind (vgl. Tz. 3.1.), liegt die Krankenhaushäufigkeit der Freien Hansestadt Bremen (Land) im Vergleich zu anderen Bundesländern mit an der Spitze in der Bundesrepublik.

Der in der Vergangenheit erkennbare Trend zu einer Steigerung der Krankenhaushäufigkeit wird auch in der nahen Zukunft anhalten.

Bereits in der Strukturanalyse 1971 ist darauf hingewiesen worden, daß einerseits insgesamt gesehen die Durchschnitts-Verweildauer im Laufe der Jahre ständig geringer geworden ist; andererseits wurde auch festgestellt, daß die Durchschnitts-Verweildauer trotz Vergleichbarkeit der Kliniken signifikant voneinander abweicht.

In der Prognose für das Jahr 1980 wurde davon ausgegangen, daß sich die Durchschnitts-Verweildauer weiterhin senken wird, weil zu erwarten ist, daß bis zu diesem Zeitpunkt die Verweildauer in den einzelnen vergleichbaren Kliniken sich weitgehend auf den Wert der kommunalen Krankenhäuser mit der überwiegend vergleichsweise niedrigeren Verweildauer reduziert haben wird.

Der Bettenindex bezeichnet die Zahl der Krankenhausbetten pro 10.000 Einwohner. In diesem Zusammenhang sei lediglich auf die Ausführungen unter Tz. 3.1. verwiesen.

Im Gegensatz zum überwiegenden Verfahren der einzelnen Bundesländer ist in den letzten Jahren in Bremen von der bisherigen Auffassung, daß eine volle Kapazitätsauslastung der Krankenhäuser bei einer Bettennutzung von 85 % gegeben sei, abgegangen worden. Für die Bedarfsermittlung ist bereits im Bedarfsplan 1974 eine Bettennutzung von 87,5 % postuliert worden. Ausgenommen hiervon wurden nur die Betten der Augenklinik und der HNO-Klinik, deren volle Ausnutzung wegen der relativ geringen Verweildauer weiterhin bei 85 % angesehen wird. Bei einer Ausnutzung von 87,5 % wäre ein Krankenhausbett pro Jahr an 320 Tagen belegt, bei einer Ausnutzung von 85 % an 310 Tagen.

Da die Bettennutzung ein Postulat ist, sollte ihre Entwicklung nicht prognostiziert werden; vielmehr müßte bei einer geringeren bzw. höheren Auslastung als gefordert das Bettenangebot entsprechend reduziert oder erhöht werden.

Zu der Feststellung, daß in Bremen keine Fehlinvestition bei der Deckung des Bedarfes an Krankenhausbetten getätigt wurde, kommt die weitere Prognose, daß in den nächsten Jahren keine Erweiterung der Krankenhaus-Bettenkapazität nicht erforderlich sein wird, so daß nunmehr alle Mittel darauf konzentriert werden können, die vorhandenen Institutionen den sich ändernden Anforderungen anzupassen. Während Bremen seine Aktivitäten auf die Sanierung und Anpassung richten kann, müssen vergleichbare Gebietskörperschaften das Problem der Kapazitätserweiterung, dessen Lösung gerade jetzt im Hinblick auf die ungünstigen Prognosen bei den Einnahmen der öffentlichen Hand problematisch erscheint, bewältigen.

Das geringe Defizit im Bereich der allgemeinen Krankenhäuser der Stadt Bremerhaven wird gemäß Bedarfsprognose mit Fertigstellung des Neubaues Bremerhaven-Reinkenheide, das Defizit im akut-psychiatrischen und neurologischen Kranken-

hausbereich im Lande Bremen mit der Fertigstellung des „Klinischen Neubaus" im zukünftigen Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, aber auch der psychiatrischen Aufnahmeklinik des Krankenhauses Bremerhaven-Reinkenheide, beseitigt sein. In diesem Zusammenhang sollte erwähnt werden, daß diese beiden Krankenhausneubauten bereits vor Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und damit vor Erstellung einer Bedarfsplanung aufgrund des Bundesgesetzes konzipiert waren.

Im Bereich der Allgemein-Krankenhäuser der Stadtgemeinde Bremen besteht kein weiterer Bettenbedarf. Einige kleinere, private Kliniken konnten mangels Bedarf nicht in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen werden. Sie erhalten somit auch keine öffentliche Förderung.

Allen an den umfangreichen Arbeiten zur Erstellung des Krankenhausbedarfsplanes für das Land Bremen Beteiligten war jedoch bewußt, daß die generelle Aussage, „das Land Bremen verfügt über eine ausreichende Zahl von Krankenhausbetten zur stationären Versorgung der Bevölkerung", bei einzelnen Bürgern auf Unverständnis stoßen und möglicherweise sogar heftigen Protest auslösen wird. Diese Reaktion kann und wird immer dann eintreten, wenn der einzelne Bürger zu einem ihm genehmen Zeitpunkt und in einem ihm genehmen Krankenhaus stationäre Aufnahme wünscht und zu eben diesem Zeitpunkt und in eben diesem Krankenhaus keine Aufnahme finden kann. Dabei ist nicht der Notfall gemeint; objektive Notfälle sind und werden von jedem Krankenhaus zu jeder Zeit aufgenommen. Im Lande Bremen stehen im Jahresdurchschnitt genügend Krankenhausbetten als Kapazitätsreserve, die selbstverständlich bei der Krankenhausbedarfsplanung zu berücksichtigen ist, zur Verfügung.

Diese Aussage sollte ergänzt werden: Trotz der ausreichend vorhandenen Krankenhausbetten im Bereich der allgemeinen Krankenhäuser der Stadtgemeinde Bremen und — demnächst — auch im Bereich der Stadtgemeinde Bremerhaven wird es auch künftig nicht zu vermeiden sein, daß dann und wann sogenannte Not- und Flurbetten in den Krankenhäusern aufgestellt werden müssen. Es ist nicht möglich, Krankenhauskapazitäten zum Beispiel für den Fall einer schweren Grippe-Epidemie vorzuhalten. Wenn in einer solchen Situation Hunderte von Mitbürgern binnen weniger Tage wegen Kreislaufversagens oder anderer bedrohlicher Krankheitsbilder im Verlauf der Grippeerkrankung stationärer Aufnahme bedürfen — im Sinne von Eil- oder Notfällen —, dann müssen Not- oder Flurbetten in Kauf genommen werden. Hier gilt das Gebot der Wirtschaftlichkeit, das neben der Leistungsfähigkeit oberster Grundsatz des Senats für das Krankenhauswesen und gleichzeitig Forderung im KHG ist.

In Zusammenhang mit der Feststellung des Bettenbedarfs 1974 und 1975 ist eine mittelfristige Planung, d. h. bis zum Jahr 1980, durchgeführt worden. Während in Bremerhaven ein leichter Zuwachs des Bettenbedarfs im Bereich der allgemeinen Krankenhäuser festzustellen ist (114 Betten, die durch den Neubau in Bremerhaven-Reinkenheide auch berücksichtigt sind), wird sich der Bedarf an Betten in allgemeinen Krankenhäusern in der Stadtgemeinde Bremen voraussichtlich um 415 reduzieren.

Da die Prämissen, auf denen diese Prognose aufgebaut ist, durch die faktische Entwicklung — zwar nicht grundsätzlich, jedoch graduell — künftig nicht mehr zutreffend sein werden (s. S. 21), ist es wie im Krankenhausbedarfsplan ausdrücklich vorgesehen, erforderlich, diese Bedarfsdaten im Zeitablauf erneut zu überprüfen und Maßnahmen zur Anpassung an veränderte Entwicklungen zu treffen. Sinngemäß gilt das gleiche für die Prognose des Bettenbedarfs 1980 für den akutpsychiatrischen und neurologischen Krankenhausbereich. Die nächste Fortschreibung auch der mittelfristigen Planung wird innerhalb des Krankenhausbedarfsplanes 1976 erfolgen.

Die Krankenhausbedarfsplanung 1974 und 1975 einschl. Prognose des Bettenbedarfes 1980 ist von den zuständigen Gremien, also den wesentlichen Beteiligten im Sinne des § 6 Abs. 3 KHG, sowie der Fachdeputation einstimmig gebilligt worden.

4.2. **Krankenhausinvestitionsplanung — mittelfristig —**

(Programme zur Durchführung des Krankenhausbaues und deren Finanzierung)
Nach § 6 KHG sind auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne Programme zur Durchführung des Krankenhausbaues und deren Finanzierung aufzustellen.

Diese Aufgabenstellung bedeutet für Bremen, Krankenhaus-Investitionspläne und -programme für die Anpassung an den medizinisch-technischen Fortschritt, zur Rationalisierung und Optimierung des Betriebsablaufes zu Gunsten der Patienten und Mitarbeiter zu erstellen. Dabei ist davon auszugehen, daß ein Krankenhaus

eben nicht nur aus „Bettenstationen" besteht, sondern aus einer Vielzahl verschiedener Funktionsbereiche, deren optimale Funktionsfähigkeit Voraussetzung für eine optimale Versorgung der Patienten ist. Um nur einige Funktionsbereiche beispielhaft zu benennen: Operationsräume, Röntgeninstitute, Apotheken, Anästhesieabteilungen, Notfall-Ambulanzen, Kreißsäle, Laboratorien, aber auch Wäschereien, Küchen, Werkstätten etc. Neben den genannten größeren Funktionsbereichen gibt es eine weitere, sehr große Zahl von einzelnen für Diagnostik und Therapie unverzichtbaren Funktionsplätzen.

Diese Bereiche und Plätze, die äußerst kapitalintensiv sind, in ihrer Leistungsfähigkeit auch künftig sicherzustellen und entsprechend dem Fortschritt der Medizin und Medizin-Technik weitere Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern im Lande Bremen zur weiteren Verbesserung ihrer Leistungsfähigkeit zu schaffen und ggfs. zu zentralisieren, muß wesentlicher Gegenstand zukünftiger Planungen sein. Daneben besteht eine wesentliche Aufgabe in der Sanierung von Altbauten. In einigen Fällen kann diese Sanierung nur durch Neubauten herbeigeführt werden.

Die Finanzierung dieser Maßnahmen ist in entscheidenden Bereichen bereits sichergestellt, so daß mit Genugtuung festgestellt werden darf, daß auch auf diesem Gebiet in Bremen bereits entsprechende Aktivitäten entwickelt worden sind.

Somit ist die Krankenhaus-Investitionsplanung für das Land Bremen, soweit es sich nicht um Baumaßnahmen handelt, die im Zusammenhang mit der Darstellung des Krankenhausbedarfsplanes als notwendig zur Befriedigung des Bettenbedarfs herausgestellt wurden (z. B. Krankenhaus Bremerhaven-Reinkenheide, Krankenhaus Bremen-Ost), im wesentlichen Planung zur Sicherung der Leistungsfähigkeit und Anpassung an die medizinische und medizinisch-technische Entwicklung, um den hohen Standard der stationären Versorgung der Bevölkerung im Lande Bremen und im niedersächsischen Umland zu garantieren. Dieses Ziel ist unter Berücksichtigung der in Bremen gegebenen guten Ausgangsposition durchaus realisierbar, wenn sich auch künftig alle Verantwortlichen dieser Aufgabe verpflichtet fühlen.

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz differenziert die Bauplanung nach dem

a) **Landeskrankenhausbauprogramm** als dem mehrjährigen Krankenhausbauprogramm (bezogen auf den jeweiligen Zeitraum der mehrjährigen Finanzplanung des Bundes) und
b) **dem Jahreskrankenhausbauprogramm.**

4.2.1. Landeskrankenhausbauprogramm Bremen

Für das Land Bremen wurde erstmals auf der Basis der neuen gesetzlichen Vorschriften für 1974 das mehrjährige Krankenhausbauprogramm (Landeskrankenhausbauprogramm) einschl. des Jahreskrankenhausbauprogrammes erstellt. Die Pläne für 1975 werden diesem Bericht als Anlage 2 beigefügt.
In die Krankenhausbauprogramme sind alle mittel- und langfristigen Investitionsmaßnahmen aufzunehmen.
An der Finanzierung der Investitionsmaßnahmen hat sich der Bund im vorgesehenen Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu beteiligen.
Die Leistungen des Bundes für die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen lassen erkennen, wie weit sich Bremen mit seinen zusätzlichen Leistungen in diesem Bereich in Verfolg gesundheits-politischer Ziele an den objektiven Investitionsnotwendigkeiten orientiert. Lt. Investitionsprogramm zum Finanzplan stehen an kurz-, mittel- und langfristigen Investitionen der Jahre 1976—1979 für Krankenhäuser insgesamt rd. 230 Mio. DM zur Verfügung.

4.2.2. Jahreskrankenhausbauprogramm

Wegen der weitgehenden Identität der Programme ist auf die Aufstellung und Verabschiedung getrennter Bauprogramme verzichtet worden, vielmehr ist das Jahreskrankenhausbauprogramm identisch mit dem entsprechenden Jahresanschlag im Landeskrankenhausbauprogramm.
In der Übersicht stellte sich die Finanzierung der bereits verabschiedeten Jahreskrankenhausbauprogramme wie folgt dar:

	1974	1975
	in Mio. DM	
Land Bremen	22,2	40,0
Stadtgemeinde Bremen	23,2	14,7
Stadtgemeinde Bremerhaven	9,4	17,7
Bund	3,5	3,7
Gesamtbetrag	58,3	76,1

Aus der Relation der finanziellen Leistungen des Landes Bremen, der Stadtgemeinde Bremen und der Stadtgemeinde Bremerhaven zu denen des Bundes ergibt sich, daß das Schwergewicht der Belastungen nach wie vor beim Land und den Stadtgemeinden liegt (vgl. auch Tz. 3.1.3.).

Zum Landeskrankenhausbauprogramm bzw. Jahreskrankenhausbauprogramm 1975 ist im einzelnen folgendes zu bemerken:

4.2.3. Im Bau befindliche langfristige Investitionen (Investitionsmaßnahmen nach § 9 Abs. 1 und 2 KHG)

Auch die bereits im Bau befindlichen Investitionsvorhaben (langfristige Investitionen) sind im Krankenhausbauprogramm mit aufgeführt:

Es sind dies:

— Neubau Krankenhaus Bremen-Ost
(Gesamtkosten ca. 116,2 Mio. DM)

— Bau eines Wirtschaftsgebäudes in der Klinik für Lungenkrankheiten
— Holdheim — (Gesamtkosten ca. 5,5 Mio. DM)

— Neubau Krankenhaus Bremerhaven-Reinkenheide einschl. Psychiatrie
(Gesamtkosten ca. 134,3 Mio. DM)

— Erweiterung der Notfallversorgung und Aufnahme in der Evangelischen Diakonissenanstalt, Bremen (Gesamtkosten 5,26 Mio. DM)

— Ersatzbau für Bettentrakt (160 Betten) im St. Joseph-Stift, Bremen
(Gesamtkosten ca. 11,8 Mio. DM)

— Neubau eines Behandlungstraktes in der Roland-Klinik, Bremen
(Gesamtkosten 5,05 Mio. DM)

Die Neubauten HNO-Klinik, OP-Trakt Kinderchirurgie und Zentralstrahleninstitut im Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße sind 1974 bzw. 1975 abgeschlossen worden. Wegen der haushaltsmäßigen Abschlußfinanzierung in 1975 bzw. mit einem geringfügigen Betrag auch noch in 1976 waren sie in das Bauprogramm noch mit aufzunehmen.

4.2.4. In der Planung befindliche langfristige Investitionen nach § 9 Abs. 1 KHG

Hinsichtlich der neuen, langfristigen Investitionsvorhaben, deren Realisierung im mittelfristigen Planungszeitraum liegen wird, ist folgendes auszuführen (Kurzbeschreibung):

4.2.4.1. Zentralkrankenhaus Bremen-Nord Errichtung eines Betriebsgebäudes mit Sozialbereich

Im Zentralkrankenhaus Bremen-Nord muß ein Wirtschaftsgebäude mit Sozialräumen aus zwingenden betriebsökonomischen Gründen errichtet werden. Die jetzige, unwirtschaftliche, dezentrale Versorgung des Krankenhauses aus den einzelnen Funktionsbereichen (Küche, Werkstätten, Lager, etc.) ist derart unbefriedigend und für die Mitarbeiter dieses Krankenhauses auf Dauer nicht mehr tragbar, daß hier aus wirtschaftlichen und arbeitspsychologischen Gründen eine Sanierung des erwähnten Dienstleistungsbereiches durch Zentralisierung in einem Neubau durchgeführt werden muß.

Diese Auffassung wird nicht nur von den Mitarbeitern des Zentralkrankenhauses Bremen-Nord und der Gesundheitsverwaltung vertreten, vielmehr auch von den Beiräten aller drei nordbremischen Ortsämter. Die Ortsämter haben gemeinsam interveniert mit dem Ziel, diesen seit Jahren geforderten und als notwendig anerkannten Bau zu realisieren.

Der Beirat nach § 6 Abs. 3 KHG sowie die Fachdeputation haben dieses Projekt durch einstimmigen Beschluß als notwendig anerkannt und in das Krankenhausbauprogramm aufgenommen.

Das Gesundheitsressort hat dieses Projekt mit seinen Gesamtkosten in Höhe von rd. 12 Mio. DM bei den ressortinternen Planungen für die Verwendung der Mittel aus der Vereinbarung mit den Krankenkassen über Rationalisierungsinvestitionen mit vorgesehen. Die Planungsmittel sind schon freigegeben, der Planungsauftrag ist erteilt (zur Vereinbarung über Rationalisierungsinvestitionen s. Tz. 5.3.1.).

4.2.4.2. Sanierung in den kommunalen Krankenhäusern Bremens

Es ist bereits ausgeführt worden, daß in den einzelnen Krankenhäusern die Funktionsbereiche hinsichtlich ihrer Funktionsfähigkeit nicht nur erhalten, sondern in der Effektivität gesteigert werden müssen. In den einzelnen kommunalen Kranken-

häusern sind die Akzente für die verschiedenen Sanierungsmaßnahmen naturgemäß unterschiedlich zu setzen. Sie betreffen Grundrenovierungen im klinischen Bereich (z. B. weitere Reduzierung der Bettenzahl in den einzelnen Krankenzimmern, gleichzeitige Installation sämtlicher noch nicht vorhandener Versorgungsanschlüsse, Erneuerung sanitärer Anlagen etc.), aber auch die Sicherung und Verbesserung der Funktionsfähigkeit der krankenhausinternen Infrastruktur im weitesten Sinne. Dies sei an einem Beispiel verdeutlicht: Im Bereich des Zentralkrankenhauses St.-Jürgen-Straße, einem Krankenhaus im sogenannten „Pavillon-System", ist ein umfangreiches Versorgungsnetz zwischen den einzelnen Kliniken und zentralen Anschlußstellen installiert worden. Im einzelnen handelt es sich um Versorgungsnetze für Wasser, Warmwasser, Heizungswasser, Heizungsdampf, Sauerstoff, Telefon, Starkstrom, Schwachstrom, Notstrom, Feuermeldeleitungen, Druckluft, Kanalisation etc. Diese Versorgungssysteme sind in Jahrzehnten gewachsen, d. h. sie sind nicht das Ergebnis einer einheitlichen Planung, vielmehr nach den jeweiligen Bedürfnissen des einzelnen Bereiches zum jeweiligen Zeitpunkt installiert worden. Bei diesen Installationen im Erdreich handelt es sich insgesamt um Millionenwerte mit zentraler Bedeutung für die Aufrechterhaltung des Krankenhausbetriebes, aber auch für die Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern. Innerhalb dieses Systems ist die begonnene Grundsanierung fortzusetzen, dabei sind die Versorgungsleitungen an den gewachsenen Verbrauch — z. B. insbesondere bei Elektrizität — anzupassen.

Es liegt auf der Hand, daß hierfür erhebliche Beträge erforderlich sind. Nach Auffassung aller in der Verantwortung für die Krankenhäuser stehenden Gremien ist mit diesem Sanierungsprogramm, das — wie schon erwähnt — in den einzelnen Krankenhäusern unterschiedliche Schwerpunkte hat, alsbald zu beginnen.

Die Finanzierung ist noch nicht sichergestellt. Es kann zur Zeit noch nicht übersehen werden, ob hierfür ausreichend Mittel im kommenden Investitions-Planungszeitraum zur Verfügung gestellt werden können. Es wird das Bestreben sein, wenigstens ein Teilprogramm in den kommenden Jahren zu finanzieren.

4.2.4.3. **Rotes-Kreuz-Krankenhaus — Umbau „Westhaus"**

Das Rote-Kreuz-Krankenhaus ist in seinem Kern durch einen Neubau, für den die Freie Hansestadt Bremen eine Bürgschaft gegenüber den Kreditinstituten sowie eine Verpflichtung zur Übernahme der Zins- und Tilgungsleistungen übernommen hat, in den zurückliegenden Jahren erneuert worden. In diesem Neubau sind rund 300 Betten untergebracht. Die Gesamtkosten beliefen sich auf über 30 Mio. DM.

Bestandteil der ursprünglichen Sanierungskonzeption war bereits ein zweiter Bauabschnitt, innerhalb dessen das sogenannte „Westhaus" umgebaut und mit rund 100 Betten wieder in Betrieb genommen werden sollte. Entsprechend wurden die zentralen Versorgungsbereiche im Neubau — also z. B. die Küche — auf eine Kapazität von 400 Betten ausgelegt. Auch die verabschiedeten Bedarfspläne berücksichtigen rd. 400 Betten für dieses Krankenhaus.

Die Finanzierung des zweiten Bauabschnittes (rd. 5,1 Mio. DM) war seinerzeit nicht mit sichergestellt worden, so daß nicht mit Fertigstellung des ersten Bauabschnittes zügig mit dem Umbau des Westhauses begonnen werden konnte. Diese Tatsache wird sich nachträglich möglicherweise als Vorteil erweisen. Während einerseits zwischen allen Beteiligten Einigkeit darüber besteht, daß dieses Krankenhaus als zur Zeit neuestes Krankenhaus im Lande Bremen eines weiteren Ausbaues bedarf, um die installierten Grundkapazitäten wirtschaftlich optimal nutzen zu können, besteht andererseits ebenfalls darüber Einigkeit, daß voraussichtlich die ursprüngliche Planungskonzeption — wenigstens in Teilbereichen — nicht realisiert werden kann, weil sie an dem zwischenzeitlich veränderten Bedarf vorbeigehen könnte.

In der Gesundheitsverwaltung wird mit den beteiligten Gremien zur Zeit die Planung für das Westhaus des RKK überprüft. Ggfs. werden Planungsalternativen erarbeitet werden. Da diese Planungen zur Zeit noch nicht beendet sind, kann innerhalb dieses Berichtes zu dem Ausbau des Westhauses des Roten-Kreuz-Krankenhauses nichts Abschließendes mitgeteilt werden. Es sei jedoch schon erwähnt, daß bei der Erörterung dieses Problemkreises die Frage der Einrichtung einer Nachsorgeklinik eine zentrale Rolle spielt.

4.2.5. **Mittelfristige Investitionen (Investitionsmaßnahmen nach § 9 Abs. 3 KHG)**

Bei den mittelfristigen Investitionen handelt es sich im wesentlichen um kleinere Investitionsmaßnahmen mit Schwergewicht im Sanierungscharakter innerhalb der

einzelnen Krankenhäuser des Landes Bremen. Auf die Beschreibung der Maßnahmen im Krankenhausbauprogramm wird verwiesen (vgl. auch Anlage 2).

4.2.6. **Zusammenfassung**

Die aufgeführten Planungen und Programme sind das Ergebnis umfangreicher Vorarbeiten, deren Ziel war, unter Berücksichtigung der finanziellen Möglichkeiten die Leistungsfähigkeit der bremischen Krankenhäuser zu erhalten und an die stetig fortschreitende Entwicklung der Medizin und Medizin-Technik im Interesse der Bevölkerung des Landes Bremen sowie die des niedersächsischen Umlandes sicherzustellen. Es wird verhindert werden, daß eines Tages in irgendeinem Bereich des bremischen Krankenhauswesens ein Nachholbedarf besteht, dessen Dimension die finanziellen Möglichkeiten des Stadtstaates Bremen übersteigt. Leitmotiv der Planung war die Erkenntnis, daß Vorbeugen besser ist als Heilen und darüber hinaus Voraussetzung für eine verantwortungsbewußte Gesundheits-Politik.

Sowohl das mehrjährige Landeskrankenhausbauprogramm als auch die Jahreskrankenhausprogramme 1974 und 1975 wurden vom Beirat nach § 6 Abs. 3 KHG als auch von der Fachdeputation einstimmig beschlossen.

4.3. **Krankenhausinvestitionsplanung — langfristig — (Planungen, die über bestehende Finanz- und Investitionspläne hinausreichen)**

Die vorliegenden Programme zur Durchführung des Krankenhausbaues und deren Finanzierung erfassen den kurzfristigen und mittelfristigen Planungszeitraum mit jeweils mittel- und langfristigen Investitionen im Sinne des KHG.

Wie schon erwähnt, erzwingt der Charakter des Planungsgegenstandes aber eine darüber hinausgehende, zumindest schwerpunktmäßige langfristige Planung.

Im Unterschied zu den finanziell zumindest in der Größenordnung bereits fixierten Krankenhausbauprogrammen im engeren Sinne des KHG ist diese Art der Langfristplanung in einem besonderen Abschnitt dieses Berichtes zusammengefaßt.

4.3.1. **Grundsätzliches**

Wie in vielen anderen Bereichen auch ist die langfristige Planung im Krankenhauswesen mit außerordentlichen Schwierigkeiten verbunden. Hierbei kann in gewissen Grenzen nur eine Einschränkung gemacht werden: sie betrifft die Quantitätsplanung, d. h. die Bettenplanung, für die aufgrund der Trends, die Bevölkerungsentwicklung, Verweildauer, Altersstruktur der Bevölkerung, Krankenhaushäufigkeit eine einigermaßen zuverlässige, auch langfristige Prognose gemacht werden kann.

Die Planungsschwierigkeiten liegen einfach in der Tatsache begründet, daß die Fortschritte der Medizin, der Pharmazie sowie der Medizin-Technik nicht voraussehbar sind. Gesichert ist lediglich die Erkenntnis, daß die Fortschritte gerade auf diesen Gebieten erheblich sind. Was heute medizinisch noch nicht möglich ist, könnte morgen schon für jeden Patienten zur Selbstverständlichkeit geworden sein. Diese Fortschritte vollziehen sich regelmäßig für die Öffentlichkeit unerkannt. Nicht jeder Fortschritt ist so sensationell, wie es die ersten Herzverpflanzungen waren, dafür jedoch möglicherweise umso wirkungsvoller. Es gibt keine Experten, die für den Bereich der Medizin eine abschließende Prognose für das nächste Jahrzehnt wagen. Die Problematik sei an einem einzigen, sehr anschaulichen, wenn auch vielleicht nicht gerade sehr wahrscheinlichen Beispiel erläutert: Würde morgen ein wirksames Medikament gegen den Krebs erfunden werden, ein Medikament, das in der Behandlung der Krebserkrankungen eine solche Wende herbeiführen könnten, wie es das Penicillin bei den Infektionserkrankungen herbeigeführt hat, wäre die gesamte langfristige Planung wegen der unbestreitbaren Korrelationen zwischen den einzelnen Disziplinen wahrscheinlich weitgehend wertlos. Im Verfolg solcher langfristigen Planungen durchgeführte Investitionen würden sich dann entsprechend als Fehlinvestitionen herausstellen. Dieses Beispiel gibt deutlich zu erkennen, daß im Bereich des Krankenhauswesens eine vernünftige Synthese zwischen mittel- und langfristiger Planung gefunden werden muß. Daß dieser Zustand nicht unbedingt befriedigend ist, bedarf keiner weiteren Erläuterung. Andererseits muß klar erkannt werden, daß Planung auch langfristig zwingend notwendig ist, damit nicht notwendiger Handlungsspielraum im wahrsten Sinne des Wortes „verbaut" wird.

Selbstverständlich gibt es auch langfristige Planungen, die zu langfristigen Planungen überwiegend deshalb werden, weil im kurz- oder mittelfristigen Bereich nicht genügend Finanzmasse zur Verfügung steht, um zwar nicht zeitpunkt-, jedoch zeitraumbezogenen Notwendigkeiten zu entsprechen.

Zu den letztgenannten Maßnahmen des längerfristigen Bereiches sind vom Gesundheitsressort eine Reihe notwendiger Projekte ins Auge gefaßt worden.

Nach dem Vorhergesagten ist es jedoch nicht möglich, Planungsdetails schon heute zu fixieren. Damit können zur Zeit auch noch keine Aussagen hinsichtlich der Investitionskosten gemacht werden. Die einzelnen Projekte werden nachstehend zur Information in **willkürlicher** Reihenfolge aufgeführt, um nicht schon jetzt Prioritäten zu fixieren, die erst nach gemeinsamer Planungsarbeit mit dem Beirat nach § 6 Abs. 3 KHG und der Fachdeputation zeitnäher, d. h. zu einem späteren Zeitpunkt, festgelegt werden können.

Auch ist der Katalog naturgemäß nicht vollständig.

4.3.2. Projekte

4.3.2.1. Ersatzbau für das Krankenhaus Kloster Blankenburg

Für den Fall, daß der Pachtvertrag mit dem Landes-Sozialhilfe-Verband Niedersachsen nicht über das Jahr 1980 hinaus verlängert werden kann — entsprechende Verhandlungen sollen spätestens 1976 aufgenommen werden —, müßte für dieses Krankenhaus ein Neubau errichtet werden. In Blankenburg sind zur Zeit 350 Patienten untergebracht.

4.3.2.2. Zentralkrankenhaus Bremen-Nord — Neubau Chirurgie

Während die Innere Medizin, die Pädiatrie und die Röntgenologie im Krankenhaus Bremen-Nord in den vergangenen Jahren Neubauten erhalten haben, befindet sich die Chirurgische Klinik in einem Altbau. Zwar ist dieser Altbau weitgehend renoviert und modernisiert, jedoch wird er, um von den äußeren Voraussetzungen zu einer höheren Leistungsfähigkeit zu kommen, aber auch um dort wirtschaftlicher arbeiten zu können, etwa in den nächsten 10 Jahren durch einen Neubau ersetzt werden müssen. In die Planung um dieses Vorhaben müssen die Überlegungen um die weitere Zukunft der Frauenklinik des Zentralkrankenhauses Bremen-Nord im Hartmannstift und um Hohehorst als Teil der Inneren Klinik des Zentralkrankenhauses Bremen-Nord einbezogen werden.

4.3.2.3. Klinik für Lungenkrankheiten — Holdheim — Ersatz „Gartenhaus"

Nach Abschluß des ersten Sanierungsabschnittes (Wirtschaftsgebäude) wird der zweite Sanierungsabschnitt, nämlich der Ersatz des sogenannten Gartenhauses, durchzuführen sein. Das Gartenhaus selber ist nicht in dem Umfange sanierungsfähig, daß eine vernünftige Relation zwischen Sanierungskosten und Sanierungserfolg unter der Annahme einer weiteren unbegrenzten Benutzung unterstellt werden könnte.

4.3.2.4. Evangelische Diakonissenanstalt — Neubau der Orthopädischen Abteilung

Die Abteilung Orthopädie der Evangelischen Diakonissenanstalt ist zur Zeit in einer Dependance innerhalb des Areals von Friedehorst untergebracht. Vieles spricht dafür, die Orthopädische Abteilung der Evangelischen Diakonissenanstalt aus medizinischen und wirtschaftlichen Gründen in der Nähe, d. h., in unmittelbarer Anbindung an das Haupthaus in Gröpelingen neu zu errichten. Für die Versorgung der Stadtgemeinde Bremen mit orthopädischen Krankenhausbetten ist diese Abteilung unverzichtbar notwendig.

4.3.2.5. St. Joseph-Hospital, Bremerhaven — Ersatzbau für 200 Betten

Innerhalb dieses Krankenhauses ist der Ersatz von 200 Betten (operative Disziplinen) in verbrauchten Altbauten durch einen Neubau erforderlich, um auch für die Zukunft die volle Funktionsfähigkeit dieses Teiles des St. Joseph-Hospitals sicherzustellen.

Weitergehende Planungen, wie z. B. der weitere Ausbau des Krankenhauses Bremen-Ost (Sanierung zweiter Bauabschnitt, extramurale Dienste), ein Ersatzbau für die Frauenklinik des Zentralkrankenhauses Bremen-Nord sowie für die Frauenklinik des Zentralkrankenhauses St.-Jürgen-Straße, schon heute in planerische Überlegungen einzubeziehen, würde nach Auffassung des Senators für Gesundheit und Umweltschutz und auch der anderen Beteiligten auf soviel Prämissen aufzubauen sein, daß sie letztendlich keine Basis für gesundheits-politische Entscheidungen des Parlamentes darstellen könnten.

Andererseits müssen diese wenigen, aus dem langfristigen Bereich genannten Projekte den Verantwortlichen erkennen lassen, daß im Bereich des Krankenhaus-

wesens auch langfristig noch erhebliche Investitionen erforderlich sein werden, um dem kranken Menschen, der der stationären Krankenhausbehandlung bedarf, einen Platz in einem leistungsfähigen Krankenhaus zu garantieren. Innerhalb der zukünftigen, fortgeschriebenen mehrjährigen Krankenhaus-Investitionsplanung werden diese langfristigen Planungen innerhalb der anderen Planungen (überlappende Planung) Schritt für Schritt aufgenommen und damit konkretisiert werden müssen. Damit ist auch sichergestellt, daß die parlamentarischen Gremien jeweils rechtzeitig voll informiert werden, um unter Berücksichtigung aller gesundheits-politischen Kriterien die erforderlichen finanziellen Entscheidungen treffen zu können.

5. **Ergänzende Planungen**
   - 5.1. Strukturplanungen
     - 5.1.1. Die Prüfung der inneren Struktur der kommunalen Kliniken in Bremen und Bremerhaven
     - 5.1.2. Die Prüfung der äußeren Struktur (Rechtsform) der Kliniken der Freien Hansestadt Bremen
   - 5.2. Planungen mit anderen am Gesundheitswesen beteiligten Partnern
     - 5.2.1. Die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen als Organe der Versichertengemeinschaft — Das Rationalisierungsabkommen —
     - 5.2.2. Die Zusammenarbeit aller Krankenhausträger im Lande Bremen — Die arbeitsteilige Koordinierung —
     - 5.2.3. Die Zusammenarbeit mit der niedergelassenen Ärzteschaft — Überlegungen zur Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung —
   - 5.3. Planungen zur interdisziplinären Koordination
     - 5.3.1. Psychiatrische und somatische Betreuung
     - 5.3.2. Integration psychiatrischer und somatischer Disziplinen
   - 5.4. Das Krankenhausinformationssystem (KIS)
   - 5.5. Landeskrankenhausgesetz

5. Ergänzende Planungen

5.1. Strukturplanungen

Wesentlicher Teil einer Entwicklungsplanung eines Systems ist dessen permanente Anpassung auch der strukturellen Bedingungen an die sich verändernden Bedingungen der Leistungserbringung und der Wirtschaftlichkeit.

5.1.1. Die Prüfung der inneren Struktur der kommunalen Kliniken in Bremen und Bremerhaven

Für die Kliniken der Freien Hansestadt Bremen liegt ein entsprechender Vorschlag, der von einer Sachverständigenkommission im Auftrage des Senators für Gesundheit und Umweltschutz erarbeitet wurde, vor. Für die kommunalen Kliniken der Stadtgemeinde Bremerhaven ist ebenfalls eine Reformkonzeption erarbeitet worden, deren Realisierung bereits Schritt für Schritt vorangetrieben wird.

Beide Reformpapiere sind, wie bereits erwähnt, für die Weiterentwicklung des Krankenhauswesens im Lande Bremen von elementarer Bedeutung, beide Reformvorschläge sind veröffentlicht, sie werden daher als bekannt vorausgesetzt. Auch aus platzökonomischen Gründen soll hier daher auf eine Wiedergabe verzichtet werden.

Abgesehen davon, daß über den Vorschlag einer Reform für die Kliniken der Freien Hansestadt Bremen noch keine abschließende Meinungsbildung herbeigeführt worden ist, und somit noch grundsätzlich jeder Dispositionsspielraum gegeben ist, wurde von einigen Seiten in den bereits durchgeführten Diskussionen über die vorliegenden Papiere bedauert, daß der Bremerhavener Vorschlag nicht identisch sei mit dem bremischen. Dieser Kritik kann nicht beigepflichtet werden. Zunächst ist festzuhalten, daß beide Vorschläge das Ziel haben, die weitere Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser im weitesten Sinne herbeizuführen. Daß die Schritte zur Realisierung dieses Zieles nicht identisch sein müssen, wird von diesen Kritikern übersehen. Wenn im gesamten Bundesgebiet lediglich die Identität der Grundkonzeption als notwendig erachtet wird — siehe bislang verabschiedete Landeskrankenhausgesetze —, so sollte im übrigen auch den Krankenhäusern in Bremen und Bremerhaven die selbstverantwortliche Detailentscheidung überlassen bleiben, zumal es zur Zeit kein erprobtes und bewährtes Patentrezept gibt.

Der Vorschlag der Sachverständigen für eine Reform der Kliniken der Freien Hansestadt Bremen ist fraktionsintern von allen in der Bremischen Bürgerschaft vertretenen Parteien und in der Fachdeputation vorberaten worden.

5.1.2. Die Prüfung der äußeren Struktur (Rechtsform) der Kliniken der Freien Hansestadt Bremen

Lediglich ein — wie es scheint — ganz wesentliches Zwischenergebnis aufgrund des Hearings der SPD-Bürgerschaftsfraktion über den Bremer Reformvorschlag muß an dieser Stelle skizziert werden.

Die Sachverständigenkommission hatte den Vorschlag gemacht, die Kliniken der Freien Hansestadt Bremen zu verselbständigen, um eine klare Trennung zwischen den Kompetenzen des Krankenhausträgers einerseits und den Kompetenzen des Krankenhauses andererseits herbeizuführen. Es geht dabei um den Grundsatz, daß die Kompetenz dort zu etablieren ist, wo die Qualifikation und die Verantwortung liegen.

Des weiteren hat die Sachverständigenkommission vorgeschlagen, innerhalb der Kliniken durch Einführung von Abteilungs-, Zentrums- und Krankenhauskonferenzen auch krankenhausintern die Kompetenz dorthin zu verlagern, wo auch die Verantwortung liegt. In dem Gutachten heißt es, daß das Fachwissen der Mitarbeiter aller Bereiche in einen institutionalisierten Willensbildungs- und Entscheidungsprozeß einzubringen sei, um optimale Ergebnisse zu erreichen.

Zwischen diesen beiden Forderungen bestehen Korrelationen. Für den Fall, daß eine Verselbständigung der Kliniken der Freien Hansestadt Bremen empfohlen und von den zuständigen Gremien beschlossen wird, könnten Modifikationen dieses Vorschlages aufgrund gesetzlich abgegrenzter Verantwortungs- und Kompetenzbereiche erforderlich werden. Diese Frage ist aber nur dann abschließend beurteilbar, wenn ein definitives Votum hinsichtlich der künftigen Rechtsform der Kliniken der Freien Hansestadt Bremen vorliegt.

Um die aus dieser Problematik resultierende notwendige Vorentscheidung herbeiführen zu können, hat die Gesundheitsverwaltung nach entsprechender Beschlußfassung im Senat eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft damit beauftragt, ein Gutachten mit dem Arbeitstitel

> „Untersuchungen über eine mögliche Verselbständigung der Kliniken der Freien Hansestadt Bremen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie der Durchsetzbarkeit gesundheitspolitischer Ziele des Krankenhausträgers"

zu erstellen. Das Gutachten wird voraussichtlich im Herbst 1975 vorliegen.
Wegen des skizzierten Sachzwanges gehen der Senat und die Gesundheitsverwaltung davon aus, daß endgültige Beschlüsse über eine Reform der Kliniken der Freien Hansestadt Bremen erst nach dem Vorliegen des genannten Gutachtens von den zuständigen Gremien gefaßt werden können. Dies wird voraussichtlich Ende 1975 der Fall sein.

5.2. Planungen mit anderen am Gesundheitswesen beteiligten Partnern

5.2.1. Die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen als Organe der Versichertengemeinschaft — Das Rationalisierungsabkommen —

Im Zusammenhang mit den Investitionsplanungen aufgrund der verabschiedeten Krankenhausbauprogramme ist bereits erwähnt worden, daß Vorbereitungen für ein Sonder-Investitionsprogramm ausschließlich für Rationalisierungsinvestitionen begonnen haben. Bei diesem Programm handelt es sich um ein Novum in der Geschichte der Finanzierung von Investitionen innerhalb der Krankenhäuser. Die Maßnahmen basieren — wie bereits unter Tz. 3.2.3.3. erwähnt — auf einem Vertrag, der im Zusammenhang mit einer Einigung über die Pflegesätze 1974 zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen im Lande Bremen einerseits und der Stadtgemeinde Bremen andererseits geschlossen werden konnte.

In der Vereinbarung kamen die Krankenkassen, handelnd für die Versichertengemeinschaft einerseits, und die Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V., letztere handelnd für die Kliniken der Freien Hansestadt Bremen andererseits, als Vertragspartner im Einvernehmen mit der Stadtgemeinde Bremen überein, die Anstrengungen nicht darauf zu beschränken, die anfallenden Kosten aufzuteilen, sondern darüber hinaus zu untersuchen, welche Kosten für welche Leistungen gemeinsam als angemessen vertreten werden sollen. Die Vereinbarung trägt im übrigen wesentlich dazu bei, den erreichten Vorsprung zu sichern, weil hier ganz gezielt über die Bedarfsdeckung als solche hinausgehend die wirtschaftlichste Form der Bedarfsdeckung angestrebt wird.

5.2.1.1. **Das Programm 1975**

Die Vorbereitungen für das Rationalisierungs-Investitionsprogramm sind abgeschlossen. Nach den abschließenden Verhandlungen mit den Krankenkassen und der Beratung in der Deputation für Gesundheit und Umweltschutz wurde ein Rationalisierungsprogramm verabschiedet und davon folgende Projekte, aufgelistet nach Prioritäten, zur Realisierung freigegeben: *)

	Geschätzte Investitionskosten in Mio. DM
1. Zentralkrankenhaus Bremen-Nord	
Neubau eines Betriebsgebäudes (Zentralküche mit zentraler Speisenverteilung, Cafeteria, Heizzentrale, Zentrallager, Werkstätten, Bettenzentrale) 1. Rate von DM 12,0 Mio.	2,0
Rationalisierungseffekt bei: Personal- und Sachkosten **Priorität:** 1	
2. Klinik für Lungenkrankheiten — Holdheim —	
a) Thermostatische Heizungsregulierung	0,025
Rationalisierungseffekt bei: Sachkosten (Energie) **Priorität:** 2	
b) Beschaffung eines Elektrophoresegerätes	
Rationalisierungseffekt bei: Sachkosten **Priorität:** 3	
c) Beschaffung einer Tageslichtentwicklungsmaschine	0,070
Rationalisierungseffekt bei: Sachkosten **Priorität:** 4	
3. Zentralkrankenhaus Bremen-Nord	
Erweiterung der Endoskopie (Raum und Gerät)	0,300
Rationalisierungseffekt bei: Benutzerkosten (Senkung der Verweildauer) **Priorität:** 5	
4. Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße	
a) Beschaffung von zwei Bügel- und Preßautomaten für die Zentralwäscherei	0,120
Rationalisierungseffekt bei: Personalkosten **Priorität:** 6	
b) Umstellung Heizung auf Thermostatensteuerung (Auflösung Heizungsüberwachungsdienst)	1,520
Rationalisierungseffekt bei: Personal- und Sachkosten **Priorität:** 7	
c) Einrichtung eines Zentralarchivs mit Mikroverfilmung	1,600
Rationalisierungseffekt bei: Personal- und Sachkosten, Freisetzen von Räumen **Priorität:** 8	

*) Für sämtliche Projekte ist die Planung in Auftrag gegeben, die Finanzierung der Investitionen ist jedoch noch nicht gesichert.

	Geschätzte Investitionskosten in Mio. DM
5. Krankenhaus Bremen-Ost	
a) Umbau Finish-Zone in Wäscherei	0,240
Rationalisierungseffekt bei: Personalkosten **Priorität:** 9	
b) Umstellung Küche Krankenhaus Sebaldsbrück auf Kühlpellets	0,031
Rationalisierungseffekt bei: Personalkosten **Priorität:** 10	
6. Klinik für Lungenkrankheiten — Holdheim —	
Lungengefäßarbeitsplatz mit Entwicklungsmaschine	0,161
Rationalisierungseffekt bei: Personalkosten **Priorität:** 11	

Außerdem wurden für die aufgeführten sowie weitere Rationalisierungs-Projekte Planungskosten in Höhe von 1,945 Mio. DM veranschlagt.

Zwischenzeitlich hat der Haushaltsausschuß die Planungsmittel über einen Nachbewilligungsantrag mit Deckung bei den nicht benötigten Pflegesatz-Zuschüssen 1974 freigegeben. Ein Teil der Planungsaufträge, so z. B. für das Betriebsgebäude im Zentralkrankenhaus Bremen-Nord, ist erteilt.

Krankenkassen und Krankenhausträger haben erkannt, daß die grundsätzliche Schwierigkeit bei allen Entscheidungen innerhalb des Krankenhauswesens in der Tatsache liegt, daß

a) das ärztlich-pflegerisch Notwendige nicht zur Diskussion bzw. Disposition gestellt werden darf,
b) die steigenden Kosten die Grenze der Belastbarkeit nicht überschreiten dürfen.

Dies ist der gegebene Handlungsspielraum, der künftig nur dadurch vergrößert werden kann, daß durch systematische Arbeit bei gleicher bzw. verbesserter medizinischer Leistung die Relation zu den Kosten insbesondere durch investive Rationalisierungsmaßnahmen, neben strukturellen und organisatorischen, verbessert wird.

Wenn dieses Sonderprogramm auch in den kommenden Jahren durchgeführt werden kann, wird es möglich sein, der sozialen Verantwortung gegenüber den Versicherten durch optimale Wirtschaftlichkeit in den Krankenhäusern nachzukommen.

5.2.1.2. Planung von Nachsorgekliniken

Eine weitere Thematik, die bereits in der Vergangenheit bundesweit oft diskutiert wurde, ist die Frage der sogenannten Nachsorge-Kliniken. Der Grundgedanke einer solchen Klinik ist folgender:

Innerhalb eines bestimmten Zeitraumes nach der Aufnahme werden die Patienten einer intensiven Behandlung zugeführt. Für diese Behandlung sind hochwertige, umfassende Spezialeinrichtungen sowie besonders qualifizierte Mitarbeiter erforderlich. An diese Periode schließt sich in der Mehrzahl der Fälle regelmäßig eine Zeit an, in der der Patient praktisch schon ein Rekonvaleszent ist, der lediglich noch der ärztlichen Kontrolle und auslaufenden Behandlung bedarf. Oft sind diese Patienten schon in der Lage, sich weitgehend selbst zu versorgen, d. h. sich selbst zu waschen, sich selbst anzuziehen, sie wären auch in der Lage, in einer Cafeteria ihre Mahlzeiten einzunehmen. Also auch die pflegerische Betreuung ist innerhalb dieser Phase der Heilung nur noch erheblich reduziert erforderlich. Wenn es also in der Mehrzahl der Fälle möglich ist, Patienten nach einer Zeit der intensiven Untersuchung und Behandlung ohne Schaden in einer sogenannten Nachsorgeklinik, die weniger kapital- und personalintensiv ist, zu versorgen, so sollte die Realisierung einer ersten Nachsorgeklinik als Versuch für das Land Bremen geplant werden. Als Versuch deshalb, weil die Aussagen über diesen Krankenhausbereich durchaus nicht einheitlich sind. Der Hinweis auf positive Ergebnisse in Nachsorgekliniken in den Vereinigten Staaten von Amerika ist zwar oft zu hören oder zu lesen, jedoch sind die dortigen Verhältnisse keineswegs auf die Realitäten in der Bundesrepublik unkritisch übertragbar.

Zur Zeit wird geprüft, — die entsprechenden Planungen sind noch nicht beendet —, ob die Schaffung einer Nachsorgeklinik in Bremen alsbald realisiert werden könnte. Möglicherweise sind gewisse Voraussetzungen für eine solche Klinik innerhalb eines Krankenhauses schon gegeben. Anhand einer solchen Nachsorge-Klinik im Sinne eines Modells für das Land Bremen könnten dann Daten und Erfahrungen gesammelt werden, um definitive Entscheidungen über weitere Planungen auf diesem Gebiet herbeizuführen.

5.2.2. Die Zusammenarbeit aller Krankenhausträger im Lande Bremen — Die arbeitsteilige Koordinierung

Der Deutsche Ärztetag hat 1974 folgenden Beschluß gefaßt:

> „Nicht jedes Akut-Krankenhaus einer Versorgungsregion muß über alle Spezialeinrichtungen verfügen. Vielmehr sollte durch eine arbeitsteilige Koordinierung von Spezialeinrichtungen in den verschiedenen Krankenhäusern eine bessere Nutzung kostspieliger Einrichtungen angestrebt werden. Das ist besonders in Ballungsgebieten mit einer größeren Zahl von Akut-Krankenhäusern zu erreichen."

Dieser Beschluß ist zu begrüßen; allerdings sollte er nicht nur auf Spezialeinrichtungen, sondern auch auf Fachkräfte, die sich für bestimmte Gebiete spezialisiert haben, ausgedehnt werden. Eine Realisierung dieses Beschlusses wäre ein weiterer Schritt innerhalb der durchzuführenden Rationalisierungsmaßnahmen bei gleichzeitiger Leistungssteigerung. Zwar kann das Land Bremen für sich in Anspruch nehmen, auch schon in der Vergangenheit dieses Postulat prinzipiell beachtet zu haben, allerdings war dabei im wesentlichen die Fachdisziplin — weitgehend parallel der ärztlichen Weiterbildung zum Facharzt — das entscheidende Kriterium.

Für den Bereich der Stadtgemeinde Bremen kann das Problem leicht verdeutlicht werden:

In relativ zentraler Lage befindet sich das Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße, ein Krankenhaus, in dem praktisch alle Disziplinen vertreten sind; einher geht eine adäquate Ausstattung. Entsprechend weit ist das Einzugsgebiet dieses Krankenhauses, insbesondere in den Disziplinen, die in anderen Krankenhäusern der Stadtgemeinde Bremen nicht vorgehalten werden. Aufgabenmäßig und standortmäßig außerordentlich günstig gestaffelt, befinden sich im gesamten Stadtgebiet, aus der Sicht der Bevölkerung ortsnahe, die weiteren allgemeinen oder Fachkrankenhäuser. Man könnte die Auffassung vertreten, daß die Leistungsfähigkeit dieser Häuser — im Vergleich zum Krankenhaus St.-Jürgen-Straße — zu hoch dimensioniert sei. Das mag zutreffen, wenn man nur die Krankenhäuser der Stadtgemeinde Bremen sowie die bremische Bevölkerung berücksichtigt. Wenn jedoch — wie bereits erwähnt — davon auszugehen ist, daß mehr oder weniger alle bremischen Krankenhäuser in ganzen Disziplinen oder in Spezialbereichen als aufnehmende Krankenhäuser für kleinere, z. B. Kreiskrankenhäuser im niedersächsischen Umland fungieren, so ergibt sich aus der Gesamtbetrachtung der Krankenhäuser Bremens und der des niedersächsischen Umlandes unter Einbeziehung der in diesem Bereich ansässigen Bevölkerung ein bedarfsorientiertes System abgestufter Leistungen.

Aus alledem ergibt sich, daß in der Vergangenheit das Prinzip der arbeitsteiligen Koordinierung von Spezialaufgaben im Lande Bremen grundsätzlich beachtet wurde.

Mit dem Fortschritt der Medizin und den damit verbundenen neuen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten ist die Aufgabenabgrenzung nach Disziplinen künftig — vielleicht heute schon — nicht mehr ausreichend. Mit der Etablierung von Spezialgebieten innerhalb der herkömmlichen Fachgebiete stellt sich das Problem neu.

Zur Verdeutlichung dieses Problems ein Beispiel:

In einer Frauenklinik wird eine Endokrinologische Abteilung eingerichtet. Wenn für diese Abteilung ein hochqualifizierter Arzt gewonnen werden kann und mit erheblichen Investitionen auch die medizinisch-technischen Voraussetzungen für ein erfolgreiches Wirken dieser Abteilung geschaffen worden sind, wäre es im Hinblick auf die Zahl der potentiellen Patienten, die einer solchen Spezialbehandlung bedürfen, unsinnig, im Lande Bremen in Konkurrenzsituation eine zweite derartige Abteilung zu etablieren.

Es geht nunmehr also darum, auch innerhalb der Fachdisziplinen die arbeitsteilige Kooperation zwischen den Kliniken des Landes Bremen durchzuführen, um auch

durch diese Maßnahme ein Optimum an Leistung und an Wirtschaftlichkeit zu Gunsten der Patienten sicherzustellen.

Die Lösung dieses Problems ist ohne jeden Zweifel schwierig und wird im Zeitablauf noch schwieriger werden. Die Ursachen liegen zum Teil — und das soll gar nicht verschwiegen werden — in subjektiven und objektiven Momenten. Mögliches Prestigedenken von Krankenhausträgern oder Mitarbeitern der Krankenhäuser wäre ein Beispiel für subjektive Schwierigkeiten. Man könnte u. U. befürchten, zum Krankenhaus „zweiter Klasse" zu werden. Solche Befürchtungen wären absolut unbegründet, da es nicht darum geht, ganze Disziplinen neu zu schaffen oder abzuschaffen, sondern bei dieser Problematik nur darum, eine Verteilung der Subspezialitäten innerhalb der einzelnen Krankenhäuser durchzuführen, um zu vermeiden, daß gerätemäßige und personelle Leerkapazitäten — und damit verbunden ein entsprechender Qualitäts- sowie Wirtschaftlichkeitsverlust — entstehen. Bereits vorhandene Kapazitäten personeller und apparativer Art sind dabei besonders zu berücksichtigen.

Objektive Schwierigkeiten könnten daraus resultieren, daß sogenannte Subspezialitäten in einem gewissen Umfange zur Weiterbildung eines Arztes zum Facharzt gehören.

Die in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommenen Krankenhäuser haben, wie eine im Mai 1975 durchgeführte gemeinsame Besprechung ergab, den Gedanken der arbeitsteiligen Koordinierung von Spezialaufgaben als notwendige Planungsaufgabe unterstützt und ihrerseits uneingeschränkte Mitarbeit zugesagt.

Allen Beteiligten war dabei bewußt, daß es sich bei diesen Planungsaktivitäten im Hinblick auf den permanenten Fortschritt der Medizin um eine dauernde Aufgabe handeln wird. Kurzfristige Ergebnisse werden nur auf Teilgebieten zu erreichen sein.

In der bereits zitierten Besprechung wurde zunächst eine umfassende Bestandsaufnahme aller Details — in qualitativer und quantatativer Hinsicht, also des gesamten Leistungsspektrums — jeder Disziplin aller Krankenhäuser vereinbart. Darauf aufbauend ist dann unter Berücksichtigung des kommenden, soweit wie möglich objektivierten Bedarfs die arbeitsteilige Koordinierung der Spezialaufgaben zu planen und durch Etablierung der entsprechenden Subspezialitäten zu realisieren.

5.2.3. Die Zusammenarbeit mit der niedergelassenen Ärzteschaft — Überlegungen zur Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Weder von den Krankenhäusern noch seitens der niedergelassenen Ärzte wird bestritten, daß hinsichtlich der Kooperation an der Nahtstelle zwischen ambulanter und stationärer Patientenversorgung „Reibungsverluste" entstehen, die durch gemeinsame Anstrengungen — mindestens weitgehend — beseitigt werden können und müssen, um auch innerhalb dieses Bereiches die Effektivität zu steigern und/oder die Wirtschaftlichkeit zu verbessern.

Um diesen Problemkreis einer möglichst umfassenden Lösung zuzuführen, wurde zwischen dem Senator für Gesundheit und Umweltschutz einerseits und der Ärztekammer Bremen unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung andererseits die Bildung einer Arbeitsgruppe vereinbart, die sich dieser Thematik angenommen hat.

Die konstituierende Sitzung dieser Arbeitsgruppe fand am 27. Februar 1975 statt. Inzwischen konnten erste positive Ergebnisse erarbeitet werden.
Konkrete Themen sind u. a.:

- Zusammenarbeit und Kommunikation Krankenhaus/Praxis
- Weiterbildung der Ärzte für Allgemeinmedizin
- Facharztgesetzgebung
- Lehrkrankenhäuser und Polikliniken
- Vermeidung von doppelter Diagnostik (ambulant und stationär)
- Verkürzung der Krankenhausverweildauer
- Vorstationäre Diagnostik — nachstationäre Versorgung
- Ärztliche Versorgung der Bevölkerung durch niedergelassene Ärzte (unterversorgte Gebiete)
- Beteiligung von Krankenhausärzten und Krankenhäusern an der kassenärztlichen Versorgung der Bevölkerung

Die Beratungen dieser Arbeitsgruppe dauern an. Sofortmaßnahmen einerseits, Ausarbeitung von mittelfristigen Planzielen andererseits werden ohne jeden Zweifel einen Beitrag zur Steigerung der Effektivität und Senkung der Kosten im Interesse der Patienten herbeizuführen.

5.2.4. **Ergänzende Planungen mit anderen Trägern**

Wie bereits mehrfach erwähnt, ist das Gesundheitswesen als Einheit anzusehen. Zwar wird im stationären Bereich, d. h. im hier behandelten Krankenhausbereich, ausgesprochene Schwerpunktmedizin betrieben. Die Gesundheitspolitik muß aber zum Ziel haben, daß die Anwendung dieser Hochleistungsmedizin im Leben des einzelnen der absolute Ausnahmefall bleibt. Das bedeutet andererseits, daß die die stationäre Versorgung ergänzenden Bereiche, wie ambulante Versorgung, Gesundheitsvorsorge und -nachsorge, in der zukünftigen Entwicklung an Gewicht zunehmen müssen. Im Zusammenhang dieses Berichtes kann hierauf nicht näher eingegangen werden. Es ist lediglich darauf hinzuweisen, daß beispielsweise die

— betriebsmedizinischen Dienste nach dem neuen Arbeitssicherungsgesetz

— sportmedizischen Dienste und die

— Möglichkeiten der von freien Trägern betriebenen Hauspflege

wesentliche Ansätze für ergänzende Planungen sind, die in das Gesamtsystem der Krankenhausentwicklung mit einbezogen werden müssen.

5.3. **Planungen zur interdisziplinären Koordination**

5.3.1. **Psychiatrische und somatische Betreuung**

Die Situation des Patienten im Krankenhaus ist in einem wesentlichen Punkt zu verbessern. Gemeint ist die psychische Betreuung der Bürger, die als Patienten ein Krankenhaus aufsuchen müssen.

Wenn unsere Patienten im Krankenhaus nicht nur hervorragend behandelt, sondern auch hervorragend betreut werden sollen — und an diesem Ziel darf es keine Zweifel geben —, dann muß festgestellt werden, daß es in diesem Bereich einen Nachholbedarf gibt.

Es darf nicht dahin kommen, daß „vor lauter Qualifikation" und Spezialisierung der einzelnen Mitarbeiter im Krankenhaus, vor lauter Sachlichkeit und Nüchternheit im Verfolg des primären Zieles der Patient zu einem „Nur-Noch-Fall" wird. Es träte sonst eines Tages möglicherweise die Situation ein, daß somatisch gesunde, aber psychisch krank gewordene Menschen aus den Krankenhäusern entlassen werden.

Die Aufnahme eines Patienten in ein Krankenhaus ist regelmäßig der erste psychisch belastende Faktor. Er wird in der Tat regelmäßig nur „aufgenommen", ähnlich einem Verkehrssünder werden seine persönlichen Daten abverlangt. Er sollte jedoch im wahrsten Sinne des Wortes „empfangen" werden und bis zu seiner Entlassung eine gewisse Betreuung auch außerhalb des engeren medizinischen Bereiches erfahren.

Die Krankenhausseelsorge, die Sozialdienste im Krankenhaus sowie der Patienten-Bibliotheksdienst erfüllen in diesem Bereich bereits große Aufgaben. Aber das Aufgabenvolumen ist insgesamt so umfangreich, daß auf diesem Gebiet in enger Zusammenarbeit mit Psychologen ein Konzept zur Erleichterung der psychischen Situation der Patienten im Krankenhaus geplant werden muß. Es ist eindeutig, daß auch für diese Aufgabe dann finanzielle Leistungen zu erbringen sind. Wahrscheinlich werden diese Leistungen nicht unmittelbar „rentabel" sein, sie werden jedoch die Probleme des Krankseins auch im Krankenhaus entscheidend verbessern können.

5.3.2. **Integration psychiatrischer und somatischer Disziplinen**

Auf dem in dieser Beziehung wohl gravierendsten Teilbereich des Krankenhauswesens wird als Ergebnis verantwortungsbewußter Planung dieses Ziel bereits bald erreicht sein: Gemeint ist die Integration der somatischen mit den psychiatrischen Disziplinen im Krankenhaus Bremen-Ost. Nach Durchführung dieser Integration wird, wie auch beim Krankenhausneubau in Bremerhaven-Reinkenheide, die zusätzliche psychische Belastung des psychiatrischen Patienten der Vergangenheit angehören und modernsten medizinischen Notwendigkeiten entsprochen sein.

Schon bei der ursprünglichen Konzeption war die Möglichkeit einer Integration planerisch vorbereitet gewesen.

Nachdem die von der Bundesregierung einberufene Sachverständigenkommission im Oktober 1973 zu dem Ergebnis kam, daß die Integration künftig Leitprinzip beim Bau neuer Krankenhäuser sein müsse, war es aufgrund der vorausschauenden flexiblen Planung möglich, entsprechend dem Votum der Sachverständigenkommission die Integration in Bremen-Ost, aber auch in Bremerhaven-Reinkenheide, zu vollziehen. Diese beiden Neubauten haben Modellcharakter für die Bundesrepublik.

Wörtlich führt die Sachverständigenkommission in ihrem Bericht aus:

> „Bei allen Plänen und Neubauten psychiatrischer Krankenhäuser, Abteilungen und Behandlungszentren ist die Herstellung einer engen Verbindung zur allgemeinen Medizin als Leitprinzip zu beachten: Zur Verfolgung dieses Zieles sind mehrere Wege gangbar. Anbindung psychiatrischer Abteilung . . . an allgemeine Krankenhäuser (britisches Modell) oder Integration eines allgemeinen Krankenhauses in ein psychiatrisches Behandlungszentrum (skandinavisches Modell)."

Mit der Anbindung der psychatrischen Abteilung an das allgemeine Krankenhaus Bremerhaven-Reinkenheide wird in Bremerhaven nach dem britischen Modell verfahren, durch die Integration von somatischen Disziplinen (des Krankenhauses Sebaldsbrück) in das Krankenhaus Bremen-Ost wird in Bremen das skandinavische Modell realisiert.

Der Senat hat der Bremischen Bürgerschaft zwischenzeitlich einen umfassenden Bericht zur Situation der psychisch Kranken und geistig Behinderten zugeleitet.

5.4. **Das Krankenhausinformationssystem (KIS)**

Die starke Zunahme diagnostischer und therapeutischer Verfahren und in der Folge die Vermehrung des ärztlichen und medizinisch-technischen Personals führten angesichts der hohen qualitativen und quantitativen Belastung zu einem starken Reformdruck. Während auf dem medizinischen Sektor die schnellere und sicherere Information durch eine flexible Dokumentation für die Patienten von lebenswichtiger Bedeutung ist, sind die Effekte auf die Krankenhausverweildauer und den Einsatz der menschlichen und medizinisch-technischen Kapazitäten bezogen von großer finanzieller Bedeutung.

Dieses Bedürfnis für ein ganzheitliches Dokumentations- und Informationssystem führte in den westlichen Ländern zur Entwicklung des sog. KIS (Krankenhaus-Informations-System). Dieses KIS erfordert den umfassenden Einsatz der Datenverarbeitung, wodurch die Belieferung mit allen benötigten Daten jederzeit auf dem schnellsten Wege gewährleistet und sofort jede Information zur bestmöglichen Versorgung des Patienten bereitgestellt wird.

Dieser funktionelle Nutzen und die wirtschaftlichen Effekte rechtfertigen die Einmal-Kosten, die für den Aufbau eines KIS entstehen. Da der umfassende Einsatz der Datenverarbeitung für die „Kliniken der Freien Hansestadt Bremen" kurzfristig nicht realisierbar ist, wurde ein Stufenplan erarbeitet. Aus ihm geht vor allem hervor, welche Einsatzmöglichkeiten bestehen und in welchen Zeitabschnitten sich der Aufbau vollziehen kann.

Erste Stufe ist die Einrichtung der Verwaltung des Zentralkrankenhauses „Links der Weser" auf Datenverarbeitung-Organisation (1968 realisiert).

Zweite Stufe ist die Einführung der medizinischen Basisdokumentation für eine Disziplin im Zentralkrankenhaus „Links der Weser" (Gynäkologie), Optimierung des Datenverarbeitungsverfahrens patientenbezogener Daten unter Berücksichtigung der Datenfernverarbeitung und Datenbanktechnik im Zentralkrankenhaus „Links der Weser".

Die Automation des kommunalen Bremer Laborwesens als Pilotstudie in einem Modellkrankenhaus kennzeichnet die dritte Stufe des KIS-Systems. Darüber hinaus sind vorgesehen die Einführung der medizinischen Basis-Dokumentation für weitere Disziplinen, die Optimierung des Datenverarbeitungsverfahrens auf der Basis der Datenfernverarbeitung und Datenbanktechnik sowie die Umstellung der Zentralapotheke.

Vierte Stufe soll die Optimierung des Verfahrens der medizinischen Basis-Dokumentation auf On-line-Basis sein. Gleichzeitig ist die Umstellung der zentralen Blutbank und die Einbeziehung des ambulanten Bereichs in die Datenverarbeitungs-Konzeption geplant. Auch die Implementierung diagnostischer und therapeutischer Bereiche wie Röntgendiagnostik, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, EKG-Auswertung u. a. ist in dieser Stufe vorgesehen.

Die fünfte Stufe beinhaltet die Einbeziehung der Menü-Planung sowie der Intensiv- und Wachpflege.

Als vorläufig letzte und sechste Stufe sind der Aufbau eines Informationssystems für das öffentliche Gesundheitswesen und die Einrichtung eines Kommunikationssystems zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten geplant.

Mit dem Aufbau des KIS und der Einbeziehung aller Krankenhäuser wachsen die Anforderungen an das Rechenzentrum. Diese Anforderungen steigen entsprechend der einzelnen in das KIS einzubeziehenden Teilbereiche und deren Übertragung auf alle Krankenhäuser. Der Stufenplan als Rahmenkonzeption für den Einsatz der ADV im Gesundheitswesen wurde vom Senat noch nicht beschlossen; er liegt zur Zeit der Geschäftskommission des Senats zur Beratung vor.

5.5. Das Landeskrankenhausgesetz

Eine wesentliche Aufgabe der Zukunft wird die Verabschiedung eines Landeskrankenhausgesetzes sein, das notwendige grundsätzliche Regelungen für das Krankenhauswesen im Lande Bremen beinhalten und — nach Beratung und Verabschiedung im Parlament — allgemein-verbindlich fixieren wird.

Bereits Mitte 1973 wurde dem Senator für Gesundheit und Umweltschutz ein Entwurf der SPD-Fraktion der Bremischen Bürgerschaft bekanntgegeben. Der Verlauf der dann folgenden Entwicklung, besonders

- im Hinblick auf das vom Senator für Gesundheit und Umweltschutz zwischenzeitlich erstellte Gutachten zur inneren Struktur der Kliniken der Freien Hansestadt Bremen (vgl. Tz. 5.1.),
- das Hearing der SPD-Fraktion zu diesem Gutachten vom 16. 1. 1974,
- die Beratung des Gutachtens in der Deputation für Gesundheit und Umweltschutz am 28. 5. 1975,

aber auch das noch ausstehende Gutachten zur Rechtsform der Kliniken der Freien Hansestadt Bremen brachte es mit sich, daß dieses Gesetzgebungsvorhaben zunächst noch zurückgestellt wurde.

6. Anlagen

6.1. Krankenhausbedarfsplan der Freien Hansestadt Bremen (Land)

6.2. Landeskrankenhausbauprogramm einschließlich Jahreskrankenhausbauprogramm 1975

Anlage 1
T 1270 B
267

AMTSBLATT DER FREIEN HANSESTADT BREMEN

1975	Ausgegeben am 25. März 1975	Nr. 25

Inhalt

Krankenhausbedarfsplan der Freien Hansestadt Bremen (Land) S. 267

➤ Dieser Nummer liegen das Titelblatt und das Register 1974 bei ◄

Krankenhausbedarfsplan der Freien Hansestadt Bremen (Land)

Vom 4. März 1975

1. Gemäß § 6 Abs. 3 Satz 3 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) vom 29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009) wird hiermit der Krankenhausbedarfsplan veröffentlicht.

   Das nach § 6 Abs. 3 KHG vorgeschriebene Anhörungsverfahren ist durchgeführt worden.

   Gleichzeitig wird der vorläufig für 1980 planerisch ermittelte Bettenbedarf bekanntgegeben. Diese Bedarfsdaten müssen im Zeitablauf regelmäßig überprüft und gegebenenfalls an sich ändernde Entwicklungen angepaßt werden.

2. Die im Krankenhausbedarfsplan zur Deckung des Bettenbedarfes aufgeführten Krankenhäuser werden im Sinne des KHG 1975 gefördert werden.

   Soweit Krankenhausbetten nicht am 1. Januar 1975 in Betrieb genommen sind oder Betten bis zum 31. Dezember 1975 aus dem Betrieb genommen werden, wird der Förderung der Jahresdurchschnitt zugrunde gelegt.

3. Im Bereich der Akut-Psychiatrie und Neurologie ist für das Land Bremen ein Bettendefizit festgestellt worden.

   Dieses Defizit könnte u. a. kurzfristig dadurch beseitigt werden, daß nicht geförderte Allgemeine Krankenhäuser mit mindestens 100 Betten sich auf die stationäre Behandlung psychiatrischer Patienten umstellen. Im Rahmen des ermittelten Bettendefizits könnte dann eine Förderung erfolgen.

4. Im übrigen erfolgt jede Förderung nur soweit, als
   a) die aufgeführten Disziplinen je Krankenhaus vorgehalten werden,
   b) ein ständiger interdisziplinärer Bettenausgleich — soweit aufgrund krankenhausspezifischer Gegegenheiten grundsätzlich möglich — zur optimalen Nutzung vorhandener Kapazitäten durchgeführt wird,
   c) eine Tag- und Nacht-Aufnahmebereitschaft sichergestellt ist,
   d) in Krankenhäusern mit operativen Disziplinen auch ein anästhesiologischer Dienst sichergestellt ist.

5. Bettenbedarf 1975 — gesamt — (Einzelheiten siehe Anlage)

   1. Allgemeine Krankenhäuser

a) Stadt Bremen *)	5 866 Betten
b) Stadt Bremerhaven **)	1 422 Betten
	7 288 Betten

   2. Akutpsychiatrische und neurologische Krankenhäuser

Land Bremen	1 620 Betten

6. Voraussichtlicher Bettenbedarf 1980

   1. Allgemeine Krankenhäuser

a) Stadt Bremen *)	5 451 Betten
b) Stadt Bremerhaven **)	1 536 Betten
	6 987 Betten

   2. Akutpsychiatrische und neurologische Krankenhäuser

Land Bremen	1 644 Betten

Bremen, den 4. März 1975

Der Senator
für Gesundheit und Umweltschutz

*) ohne Krankenhaus Brauel
**) ohne Krankenhaus „Seepark"

Anlage zum Landeskrankenhausbedarfsplan der Freien Hansestadt Bremen

Krankenhaus	Bettenbedarf 1975	Bettenführende Disziplinen
I. Allgem. Krankenhäuser		
a) Stadt Bremen		
Kliniken der Freien Hansestadt Bremen *)	4 240	Allgem. Chirurgie, Augen-Krankheiten, Dermatologie, Geburtshilfe, Gynäkologie, HNO-Krankheiten, Innere Medizin, Kiefer-Chirurgie, Kinder-Chirurgie, Lungen-Chirurgie, Lungen-Medizin, Neuro-Chirurgie, Pädiatrie, Radiologie, Unfall-Chirurgie, Urologie,
Evang. Diakonissen-anstalt	535	Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie, HNO-Krankheiten, Innere Medizin, Orthopädie,
St.-Josef-Stift	499	Augen-Krankheiten Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie, HNO-Krankheiten, Innere Medizin,
Rotes-Kreuz-Krankenhaus	412	Augen-Krankheiten, Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie, HNO-Krankheiten, Innere Medizin,
Roland-Klinik	180	Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie, Urologie,
Stadt Bremen — Gesamt —	5 866	

*) ohne Krankenhaus Brauel

Krankenhaus	Bettenbedarf 1975	Bettenführende Disziplinen
b) Stadt Bremerhaven **)		
Stiftung Krankenanstalten der Stadt Bremerhaven	618	Augen-Krankheiten, Chirurgie, Dermatologie, Geburtshilfe, Gynäkologie, HNO-Krankheiten, Innere Medizin, Radiologie,
Krankenhaus am Bürgerpark	380	Chirurgie, Innere Medizin, Pädiatrie,
St. Joseph-Hospital	354	Augen-Krankheiten, Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie, HNO-Krankheiten, Innere Medizin,
Bettendefizit	70	
Stadt Bremerhaven — Gesamt —	1 422	
II. Akutpsychiatrische und neurologische Krankenhäuser		
Land Bremen Kliniken der Freien Hansestadt Bremen	1 115	Akut-Psychiatrie, Kinder- und Jugend-Psychiatrie, Neurologie,
Privat-Klinik Dr. Heines	144	Akut-Psychiatrie,
Bettendefizit	361	
Akutpsychiatrische und neurologische Krankenhäuser — Gesamt —	1 620	
III. Zusammenfassung		
I a)	5 866	
I b)	1 422	
II	1 620	
Land Bremen — Gesamt —	8 908	

**) ohne Krankenhaus „Seepark"

Landeskrankenhausbauprogramm und Jahreskrankenhausbauprogramm 1975 der Freien Hansestadt Bremen

PROJEKTE	Gesamtkosten a) Bau b) Erstausstattung c) Planung (TDM)	Finanzierung bis einschl. 1974 (TDM)	1975 (TDM)	1976 (TDM)	1977 (TDM)	1978 (TDM)	1979 ff (TDM)	BEMERKUNGEN
1. Investitionsvorhaben nach § 9 Abs. 1 und 2 KHG								
1.1. In Bau befindliche Investitionsvorhaben								
1.1.1. Kommunale Krankenhäuser								
1.1.1.1. Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Str.								
1.1. Neubau HNO-Klinik	a) 12.293 b) 1.535 c) —	8.300 1.535	3.500 —	493 —	— —	— —	— —	Planungskosten sind in den Baukosten enthalten.
1.2. Neubau OP-Trakt Kinderchirurgie	a) 12.500 b) 1.695 c) —	8.228 1.695 —	4.272 — —	— — —	— — —	— — —	— — —	Planungskosten sind in den Baukosten enthalten.
1.1.1.2. Krankenhaus Bremen-Ost								
2.1. Sanierung I. B.A. (Klin. Neubau)	a) 109.672 b) 6.500 c) —	16.284 —	21.754 —	22.047 1.000	25.053 5.500	24.534 —	— —	Planungskosten sind in den Baukosten enthalten.
1.1.1.3. Klinik für Lungenkrankheiten Holdheim								
3.1. Sanierung I. B.A. (Wirtschaftsgebäude)	a) 5.232 b) 260 c) —	1.679 —	3.553 —	— 260	— —	— —	— —	Planungskosten sind in den Baukosten enthalten.
1.1.2. Freigemeinnützige Krankenhäuser								
2.1. Rotes-Kreuz-Krankenhaus								
1.1. Sanierung I. B.A.	a, b, c) 33.831	2.102	1.582	3.326	3.154	1.226		Finanzierung über § 5 KHG. Planungskosten sind in den Gesamtkosten enthalten.
1.1.2.2. Stiftung Krankenanstalten der Stadt Bremerhaven								
2.1. Neubau Reinkenheide	a, b, c) 122.300	55.000	36.000	28.100	3.200	—	—	Planungskosten sind in den Gesamtkosten enthalten.
1.1. In Bau befindliche Investitionsvorhaben nach § 9 Abs. 1 u. 2 KHG Gesamtbetrag:	305.818	94.823	70.661	55.226	36.907	25.760	—	

PROJEKTE	Geplanter Baubeginn	Gesamtkosten a) Bau b) Erstausstattung c) Planung (TDM)	Finanzierung bis einschließl. 1974 (TDM)	1975 (TDM)	1976 (TDM)	1977 (TDM)	1978 (TDM)	1979 ff (TDM)	Bemerkungen
1.2. Neue Investitionsvorhaben									
1.2.1. Kommunale Krankenhäuser									
1.2.1.1. Zentralkrankenhaus Bremen-Nord									
1.1. Errichtung eines Betriebsgebäudes mit Sozialbereich	1976	a) b) c) 12.000	—	—	650	1.750	—	9.600	Planungskosten sind in den Baukosten enth.
1.2.1.2. Sanierung in den kommunalen Krankenhäusern Bremens	1976	a) b) c) 17.000							Finanzierung steht noch aus
1.2.2. Freigemeinnützige Krankenhäuser									
1.2.2.1. Evangelische Diakonissenanstalt									
1.1. Erweiterung der Notfallversorgung und Aufnahme	1975	a) b) 5.000	—	250	2.600	1.400	1.000	—	Im Jahre 1975 Zwischenfinanzierung
		c) 260	260	—	—	—	—	—	
1.2.2.2. St.-Joseph-Stift									
2.1. II. BA. Ersatzbau 160 Betten	1975	a) b) 11.560	—	570	6.000	4.000	1.560	—	Im Jahre 1975 Zwischenfinanzierung
		c) 277	277	—	—	—	—	—	
1.2.2.3. Roland-Klinik									
3.1. Neubau Behandlungstrakt	1975	a) b) 4.800	—	240	3.000	1.300	500	—	Im Jahre 1975 Zwischenfinanzierung
		c) 250	250	—	—	—	—	—	
1.2.2.4. Rotes-Kreuz-Krankenhaus									
4.1. Umbau Westhaus	1975	a) b) 5.053	—	250	3.000	1.500	553	—	Im Jahre 1975 Zwischenfinanzierung
		c) 75	75	—	—	—	—	—	
1.2.2.5. Stiftung Krankenanstalten der Stadt Bremerhaven									
5.1. Neubau einer psychiatrischen Abteilung im Krankenhaus Reinkenheide	1974	a) b) c) 12.000							Planungskosten sind in den Baukosten enthalten
1.2. Neue Investitionsvorhaben nach § 9 Abs. 1 u. 2 KHG Gesamtbetrag:		68.275	862	1.310	15.250	9.950	3.613	9.600	
1. Investitionsvorhaben nach § 9 Abs. 1 u. 2 KHG Gesamtbetrag:		374.093	95.685	71.971	70.476	46.857	29.373	9.600	

	PROJEKTE	Gesamtkosten (TDM)	Finanzierung bis einschl. 1974 (TDM)	1975 (TDM)	1976 (TDM)	1977 (TDM)	1978 (TDM)	1979 ff (TDM)	Bemerkungen
2.	**Investitionsvorhaben nach § 9 Abs. 3 KHG**								
2.1.	**Kommunale Krankenhäuser**								
2.1.1.	**Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße**								
1.1.	Zentrale Intensivbehandlung Chirurgie	350		350					
1.2.	Grundrenovierung der Stationen 1 und 17 Innere Medizin	300		300					
1.3.	Erneuerung des Personenhauptfahrstuhls der Frauenklinik	150		150					
1.4.	Umbau des Verwaltungsgebäudes I — II. B.A. —	250	100	150					
1.5.	Ausbau einer Intensivstation in der Urologie — II. B.A. — *	(110)		110					
1.6.	Ausbau der Übergabestation „Tannenwald" — I. B.A. —	400		100					* Gesamtkosten noch nicht bekannt
1.7.	Ausbau des Labors der Pathologie — I. B.A. — *	(110)		110					
1.8.	Umbau der Unfallaufnahme im chirurgischen Zentralgebäude	50		50					
1.9.	Ringleitung für med. Gase zwischen Altbau Medizin und chirurgischem Zentralgebäude	40		40					
1.10.	Ausbau der Verteilungsanlage für med. Gase im Bereich Frauenklinik	40		40					
2.1.2.	**Zentralkrankenhaus Bremen-Nord**								
2.1.3.	**Zentralkrankenhaus Links der Weser**								
3.1.	Kabinen-Abschlußtür	12		12					
3.2.	Erweiterung ger Klimaanlage der Intensivpflege	80		80					
3.3.	Gleitregale für das Röntgenbildarchiv	100		100					
2.1.4.	**Klinik für Lungenkrankheiten Holdheim**								
4.1.	Labor (Herrichtung neuer Räume)	117		117					
4.2.	Leichenhalle (Erweiterung und Kühlung)	35		35					
2.1.5.	**Krankenhaus Findorff**								
5.1.	Einbau von Verbundfenstern	50		50					
5.2.	Erneuerung und Erweiterung der Sanitäranlagen	75		75					
		2.269	100	1.869					

	PROJEKTE	Gesamtkosten (TDM)	Finanzierung bis einschl. 1974 (TDM)	1975 (TDM)	1976 (TDM)	1977 (TDM)	1978 (TDM)	1979 ff (TDM)	Bemerkungen
	Übertrag:	2.269	100	1.869					
2.1.6.	**Krankenhaus Bremen-Ost**								
6.1.	Kanalanschluß (Klinik Hohenkamp)	85		85					
6.2.	Einbau eines Lastenfahrstuhls (Krankenkaus Blankenburg)	80		80					
6.3.	Einbau eines Lastenfahrstuhls in der Zentralwäscherei	90		90					
6.4.	Einbau von Fahrstuhlabschlußtüren (Krankenhaus Sebaldsbrück)	50		50					
6.5.	Erneuerung der Kessel- und Heizungsanlage (Klinik Hohenkamp)	200		200					
6.6.	Umstellung der Heizzentrale auf Erdgas (Krankenhaus Sebaldsbrück)	247		247					Gesamtkosten noch nicht bekannt
6.7.	Umbau Teilabschnitt Stat. 2 der med. Klinik zur Intensivpflegegruppe (Krankenhaus Sebaldsbrück)	100		100					
6.8.	Brandschutzmaßnahmen 2. Rate	(100)		100					
6.9.	Erfüllung von Auflagen des Gewerbeaufsichtsamtes	25		25					
6.10.	2 Gegenströmer für die Heizzentrale (Krankenhaus Blankenburg)	25		25					
6.11.	Sanierung der Stationen 3 und 4 (Krankenhaus Blankenburg)	70		70					
6.12.	Sanierung der Arbeitstherapie (Krankenhaus Blankenburg)	20		20					
6.13.	Anlage für die Bewegungstherapie (Krankenhaus Blankenburg)	12		12					
2.2.	**Freigemeinnützige Krankenhäuser**								
2.2.1.	**Rotes-Kreuz-Krankenhaus**								
2.2.2.	**St.-Joseph-Stift**								
2.1.	Ausbau von Funktionsräumen für den gynäkologischen OP	38		38					
2.2.	Erweiterung der Telefonanlage	111		111					
2.3.	Einbau einer zentralen Lachgasversorgungsanlage	9		9					
2.4.	Ausbau von Funktionsräumen für den Augen-OP-Bereich	50		50					
2.5.	Umbau von Funktionseinheiten der radiologischen Abteilung	55		55					
2.6.	Sanierung der Küche — III. B.A. —	275	155	39					
		3.911	255	3.275					

	PROJEKTE	Gesamtkosten (TDM)	Finanzierung bis einschl. 1974 (TDM)	1975 (TDM)	1976 (TDM)	1977 (TDM)	1978 (TDM)	1979 ff (TDM)	Bemerkungen
	Übertrag:	3.911	255	3.275					
2.2.3.	**Evangelische Diakonissenanstalt**								
3.1.	Sanierung des OP-Traktes der Orthopädie 2. Rate	630	130	250					
3.2.	Erweiterung der Notstromversorgung	225		225					
3.3.	Erneuerung von Fenstern	56		56					
2.2.4.	**Roland-Klinik**								
4.1.	Versorgungsanschlüsse (Erneuerung für Strom, Ferngas, Wasser)	115		115					
4.2.	Wiederbeschaffung eines Notstromaggregates 2. Rate	74	36	38					
3.	**Investitionen nach § 11 KHG (Mieten)**	243		243					
	Investitionsmaßnahmen nach § 9 Abs. 3 und § 11 KHG Gesamtbetrag:	5.254	421	4.202					
	Investitionsmaßnahmen / Jahresbauprogramm 1975			76.173					
	Investitionsmaßnahmen / Landeskrankenhausbauprogramm	379.347	96.106						
4.	KHG-Fördermittel für kurzfristige Investitionen gem. § 10 KHG	18.761		18.761					

514-40 30/3
4.2.1975
Ja/bk-