Staats- und Universitätsbibliothek Bremen
Staats-archiv Bremen
BREMISCHE BÜRGERSCHAFT

Kooperationsprojekt - Digitalisierung Drucksachen der Bremischen Bürgerschaft

Drucksache / Bremische Bürgerschaft, Stadtbürgerschaft 9. Wahlperiode: 1975-79

(5.6.1978) Drucksache 9/422

Staats-und Universitätsbibliothek Bremen - Digitale Sammlungen

Visual Library

BREMISCHE BÜRGERSCHAFT
Stadtbürgerschaft
9. Wahlperiode

Drucksache 9 / 422 S
05. 06. 78

Mitteilung des Senats

Vorschläge zur Neuordnung der Rechts- und Betriebsform und zur Neugliederung der kommunalen Krankenhäuser in der Stadtgemeinde Bremen

Die Stadtbürgerschaft beschloß am 3. November 1977:

„Der Senat wird aufgefordert, sein Konzept für eine innere und äußere Strukturreform des Krankenhauswesens im Lande Bremen — insbesondere im kommunalen Bereich — bis zum Frühjahr 1978 vorzulegen."

Der Senat ist seit geraumer Zeit darum bemüht, die notwendigen Strukturanpassungen im Bereich des Krankenhauswesens vorzunehmen. Einzelne Änderungen sind regelmäßig immer dann durchgeführt worden, sobald sich dies als notwendig erwies und sobald die sachlichen Voraussetzungen dafür geschaffen worden waren.

Die Bemühungen um eine Verbesserung der Betriebsstruktur der kommunalen Krankenhäuser sind im gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen. Einerseits ist es erforderlich, die umfangreichen Abstimmungsprozesse innerhalb der beteiligten Ressorts mit dem gebotenen Zeitaufwand im Detail zu leisten, andererseits müssen die abgestimmten Vorschläge mit den Direktionen und Personalräten der kommunalen Krankenhäuser und den betroffenen Verbänden, Gewerkschaften und sonstigen Institutionen diskutiert werden.

Die diesem Bericht beiliegenden „Vorschläge zur Neuordnung der Rechts- und Betriebsform und zur Neugliederung der kommunalen Krankenhäuser in der Stadtgemeinde Bremen" stellen einen Diskussionsentwurf des Senators für Gesundheit und Umweltschutz dar.

Diese Alternative einer neuen Rechtsform sieht folgende Struktur- und Organisationsänderungen vor, die die bestehende Rechts- und Betriebsform fortentwickeln sollen:

1. Verselbständigung der kommunalen Krankenhäuser in der Stadtgemeinde Bremen in der Rechtsform teilrechtsfähiger Anstalten des öffentlichen Rechts bei gleichzeitiger Errichtung eines Sondervermögens gem. § 26 Abs. 2 LHO.
2. Neugliederung der kommunalen Krankenhäuser in der Stadtgemeinde Bremen durch Einrichtung Medizinischer Abteilungen (bisher Kliniken), von Medizinischen Bereichen, in denen Leitende Ärzte tätig sind, und von kollegialen Beratungsgremien im Krankenhaus.

Zugleich wird eine Verselbständigung der kommunalen Krankenhäuser in privatrechtlicher Form abgelehnt, weil dadurch eine bessere Versorgung der Patienten und eine wirtschaftlichere Gestaltung des Krankenhauswesens nicht sichergestellt werden können.

Zur Zeit wird durch umfangreiche Analysen der beteiligten Ressorts geprüft, unter welchen organisatorischen und rechtlichen Bedingungen, insbesondere unter Beibehaltung der jetzigen Rechtsform, erkannte Mängel der Betriebsstruktur der Krankenhäuser abgestellt werden können. Dabei ist der Diskussionsentwurf des Senators für Gesundheit und Umweltschutz, insbesondere was die Errichtung eines Sondervermögens nach § 26 Abs. 2 LHO angeht, als eine

1903

mögliche Alternative zu verstehen. Eine Entscheidung über die Organisationsform wird letztlich auch unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten zu erfolgen haben. Die Deputation für Gesundheit und Umweltschutz hat in ihrer 25. Sitzung am 9. Mai 1978 von dem Bericht Kenntnis genommen.

Der Senat bittet die Stadtbürgerschaft, von diesem Sachstand und dem als Anlage beigefügten Diskussionsentwurf des Senators für Gesundheit und Umweltschutz als Zwischenbericht Kenntnis zu nehmen.

DER SENATOR FUR GESUNDHEIT UND UMWELTSCHUTZ

26. April 1978

Vorschläge zur Neuordnung der Rechts- und Betriebsform und zur Neugliederung der kommunalen Krankenhäuser in der Stadtgemeinde Bremen

Vorwort

Der Versorgung von Patienten im Krankenhaus kommt wegen der hier zusammengefaßten medizinischen und medizin-technischen Behandlungsmöglichkeit und angesichts des ständigen Wandels der Lebensbedingungen große Bedeutung zu. Die kommunalen Krankenhäuser der Stadtgemeinde Bremen haben schon seit langem einen Leistungsstand erreicht, der einem sehr hohen Standard entspricht. Es ist das Ziel der gesundheitspolitischen Bemühungen des Senats, diesen Standard auch bei der rasch fortschreitenden Entwicklung in der Medizin und der Medizin-Technik zu halten. Die Verwirklichung dieses Zieles erfordert den Einsatz erheblicher Mittel. Sie erfordert aber auch, daß die Bedingungen, unter denen die Krankenhäuser arbeiten, ständig den neuen Anforderungen angepaßt werden. Dazu gehört sowohl die Aufgabe, die kommunalen Krankenhäuser weiter zu „verselbständigen", damit sie noch flexibler und wirtschaftlicher arbeiten können, als auch eine Neugliederung innerhalb der Krankenhäuser. Beides dient einer bestmöglichen, patientengerechten Versorgung.

Solche Strukturverbesserungen sind eine permanente Aufgabe und auch in den vergangenen Jahren dort vorgenommen worden, wo dies nötig war, z. B.:

— Konsequenter Ausbau zu Zentralkrankenhäusern mit ortsnaher Versorgung

— Umstellung auf die kaufmännische Buchführung

— Einführung der automatischen Datenverarbeitung

— Verbesserung der Leitungsstruktur in mehreren Kliniken

— Anpassung des Bettenangebots an den Krankenhausbedarfsplan

— Einrichtung einer Zentralapotheke für alle kommunalen Krankenhäuser

— Verbesserung der Arzneimittelversorgung der Kliniken und Erhöhung der Arzneimittelsicherheit

— Verbesserung der Leitungsstruktur der Krankenhäuser durch Aufnahme des Pflegedirektors in die Direktionen

— Ausbau von Fächerschwerpunkten an einzelnen Kliniken (arbeitsteilige Koordinierung).

Über die möglichen und nötigen Veränderungen der Krankenhausstrukturen ist schon seit einiger Zeit diskutiert worden. Es ist jetzt erforderlich, die Diskussion so weit abzuschließen, daß weitere Verbesserungen durchgeführt werden können. Die Bremische Bürgerschaft hat den Senat aufgefordert, sein Konzept für eine innere und äußere Strukturreform des Krankenhauswesens im Lande Bremen — insbesondere im kommunalen Bereich — bis zum Frühjahr 1978 vorzulegen. Diesem Zweck dient der anliegende Konzeptionsentwurf, der nach der Vorlage in der Deputation für Gesundheit und Umweltschutz im Senat und in der Stadtbürgerschaft auf breiter Basis mit allen Beteiligten diskutiert werden soll, um die Verbesserungen im Bereich der „äußeren" Struktur — ggfs. in Teilschritten — und die Verbesserungen der „inneren" Struktur — ggfs. mit Übergangsregelungen — möglichst bald in Kraft zu setzen.

Neuordnung der Rechts- und Betriebsform der kommunalen Krankenhäuser in der Stadtgemeinde Bremen

Einleitung

Den Krankenhäusern und ihren Trägern ist durch das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) aufgegeben, ihre Leistungsfähigkeit und ihre sparsame Wirtschaftsführung in den Vordergrund ihres Handelns zu stellen. Die Verwirklichung dieses Auftrages ist eine permanente Aufgabe. Sie ist sinnvoll nur lösbar, wenn dabei auch der humanitäre Zweck der Krankenhäuser voll berücksichtigt wird. Jede Strukturverbesserung muß also notwendigerweise beide Elemente im Blick behalten. Die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit darf nicht dazu führen, daß die Patienten Rationalisierungsobjekt werden. Bei eindeutigem Vorrang der Qualität der Patientenversorgung muß gleichwohl die Wirtschaftlichkeit das Ziel der Arbeit in den Krankenhäusern sein.

Durch die Neuordnung der Rechts- und Betriebsform der kommunalen Krankenhäuser in der Stadt Bremen soll den Krankenhäusern in einem weiteren Schritt ein größerer Handlungsspielraum eingeräumt werden, der es ihnen ermöglicht, dieses Ziel besser zu verwirklichen.

Die Diskussion über die Notwendigkeit und Möglichkeit weiterer Strukturverbesserungen bei der Rechts- und Betriebsform der Kliniken der Freien Hansestadt Bremen läuft schon geraume Zeit. Sie läßt sich an folgenden Punkten ablesen:

— „Gutachten über die bei den Kliniken der Freien Hansestadt Bremen durchgeführten Untersuchungen über eine mögliche Verselbständigung der Kliniken der Freien Hansestadt Bremen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie der Durchsetzbarkeit gesundheitspolitischer Ziele des Krankenhausträgers", erarbeitet von der Treuarbeit AG, Hamburg, 5. Februar 1976

— Begleitende Stellungnahme des Senats anläßlich der Veröffentlichung des Gutachtens zur Frage einer Verselbständigung der Kliniken der Freien Hansestadt Bremen, 5. April 1976

— Stellungnahmen zum Gutachten der Treuarbeit AG zur Frage einer Verselbständigung der Kliniken der Freien Hansestadt Bremen, abgegeben in der Zeit von September 1976 bis März 1977 durch die dazu aufgeforderten Institutionen

— Einsetzung einer Arbeitsgruppe unter Federführung des Senators für Gesundheit und Umweltschutz mit Vertretern der Behörde der Senatskommission für das Personalwesen, des Senators für die Finanzen und des Senators für das Bauwesen, „welche die vom Gutachter gemachten Vorschläge unter Berücksichtigung der Stellungnahmen prüfen, die aufgezeigten Mängel untersuchen und entsprechend dem Auftrag des Senats in der begleitenden Stellungnahme außerdem feststellen soll, ob nicht hinreichend genügend Möglichkeiten bestehen, vom Gutachter aufgezeigte Mängel innerhalb der bestehenden Organisationsform zu beseitigen", 26. September 1977

— Beschluß der Stadtbürgerschaft vom 2./3. November 1977: „Der Senat wird aufgefordert, sein Konzept für eine innere und äußere Strukturreform des Krankenhauswesens im Lande Bremen — insbesondere im kommunalen Bereich — bis zum Frühjahr 1978 vorzulegen".

Ziel der Strukturveränderungen

Durch die Neuordnung der Rechts- und Betriebsform der kommunalen Krankenhäuser soll in erster Linie eine klare Kompetenzabgrenzung zwischen dem Krankenhausträger und dem Krankenhaus erreicht werden. Die Krankenhäuser sollen grundsätzlich alle diejenigen Tätigkeiten abschließend und selbständig bearbeiten, für die eine Bearbeitung beim Träger weder aus gesetzlichen noch zwingenden pragmatischen Gründen erforderlich ist. Gleichzeitig soll dafür gesorgt werden, daß die bisherige Mehrstufigkeit des Entscheidungsganges in der Weise auf nur noch zwei Stufen reduziert wird, daß die vier Zentralkrankenhäuser zu eigenständigen Betrieben gemacht werden und eine einzige zielbestimmende Instanz auf der Behördenebene zugleich die unerläßlichen Koordinierungsaufgaben übernimmt.

Ferner ist zu beachten, daß die Neuordnung der Kompetenzabgrenzungen die gesetzliche Aufgabenstellung der Deputation für Gesundheit und Umweltschutz gewährleistet.

Schließlich muß bei der Wahl der geeignetsten Rechts- und Betriebsform beachtet werden, daß ein System gewählt wird, welches seinerseits offenbleibt für weitere Entwicklungen.

Wenn erreicht werden soll, daß die Krankenhäuser bei der Durchführung der ihnen gesetzten Ziele selbständig handeln, so ist es erforderlich, die zielbestimmenden Aufgaben des Krankenhausträgers klar zu formulieren. Dieses sind:

— Festlegung der Krankenhausaufgaben (u. a. durch Vorgabe entsprechender Qualitäts- und Quantitätsdaten)

— Festlegung des Finanzvolumens (einschließlich Personal-, Bau- und Investitionsrahmen)

— Berufung/Bestätigung leitender Mitarbeiter des Krankenhauses

— Entscheidung über Organisationsprinzipien (einschließlich Rechtsform)

— Erlaß von Richtlinien über Nebentätigkeiten

— Überwachung der Aufgabendurchführung

— Koordination zwischen den einzelnen Krankenhäusern.

Mögliche Rechtsformen und Betriebsformen

Die Frage nach der bestmöglichen Rechts- und Betriebsform kommunaler Krankenhäuser ist in den letzten Jahren in den einschlägigen Kreisen und im Fachschrifttum sehr stark diskutiert worden, ohne daß sich dominierende Formen dabei herausgeschält haben. Dies ist nicht sonderlich überraschend, wenn man bedenkt, daß die Wahl der Rechts- und Betriebsform nur zu einem Teil von krankenhausspezifischen Aufgaben, sondern von einer weiteren Reihe von Faktoren bestimmt wird; insbesondere von der Verfassungs- und Rechtsstruktur der Trägerorganisation, sowie von lokalen und historischen Gegebenheiten.

Prinzipiell sind sowohl privatrechtliche wie öffentlich-rechtliche Lösungen möglich.

Privatrechtliche Modelle

Unter den privatrechtlich organisierten Betriebsformen hat die Gesellschaft mit beschränkter Haftung eine gewisse bevorzugte Stellung erhalten. Auch die Treuarbeit AG hat diese Betriebsform zur Realisierung in Bremen vorgeschlagen. Dies kann aber für Bremen nicht akzeptiert werden. Die Errichtung einer privatrechtlichen Gesellschaft würde einen außerordentlich starken Eingriff in die gewachsene Struktur der Kliniken bedeuten und mit derartig viel personalrechtlichen, personalvertretungsrechtlichen, steuerlichen und gesundheitspolitischen Belastungen verbunden sein, daß ganz außergewöhnlich starke Gründe vorhanden sein müßten, um einen solchen schwerwiegenden Schritt zu gehen. Von mehreren zum Gutachten gehörten sachverständigen Institutionen ist darauf hingewiesen worden, daß die Wahl einer Rechtsform, die ansonsten für marktwirtschaftliche und im Wettbewerb stehende Betriebe bevorzugt gewählt wird, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die Handlungsfähigkeit der Kliniken kaum verbessern könnte. Dieser Gedanke ist insofern naheliegend, als die Krankenhäuser — wie schon ausgeführt — in erster Linie soziale Aufgaben haben, die es ihnen aus in der Sache liegenden Gründen verwehren, so zu wirtschaften, wie dies von einem gewinnorientierten Privatunternehmen erwartet wird. Andererseits bleibt es das Ziel, die betriebswirtschaftlich effektiven Handlungsspielräume der Krankenhäuser zu erweitern; dieses Ziel wird nicht in erster Linie von der Rechtsform bestimmt.

Es kann davon ausgegangen werden, daß andere privatrechtliche Betriebsformen wie z. B. die Aktiengesellschaft und der eingetragene Verein als ungeeignete Rechts- und Betriebsform angesehen werden müssen. Angesichts der betrieblichen und ökonomischen Eigenarten der Kliniken wäre die GmbH-Form den anderen Formen dann immer noch überlegen.

Öffentlich-rechtliche Rechts- und Betriebsformen

Bei den öffentlich-rechtlichen Modellen sind grundsätzlich zu unterscheiden

— die Körperschaft,

— die Stiftung,

— die Anstalt.

Bei der Prüfung, welcher öffentlich-rechtliche Typ als Betriebsform der Kliniken geeignet ist, müssen aus grundsätzlichen Überlegungen sowohl die Körperschaft als auch die Stiftung als ungeeignet für eine Betriebsform der kommunalen Krankenhäuser ausscheiden; die Körperschaft, weil eines ihrer wichtigsten Merkmale die mitgliedschaftliche Verfassung ist, auf die es bei den Krankenhäusern überhaupt nicht ankommt; die Stiftung, weil wichtigstes Merkmal die endgültige Übergabe eines Vermögens zur Erfüllung des Stiftungszweckes ist, wobei der Stifter in der Regel über die Konstituierung hinaus keinen weiteren Einfluß nehmen kann.

Die Rechts- und Betriebsform einer Anstalt öffentlichen Rechts erweist sich bei der Neuordnung der Rechts- und Betriebsform der kommunalen Krankenhäuser als besonders geeignet. Sie ist eine historisch gewachsene Form öffentlicher Verwaltung, die geschaffen wurde, um in Bereichen kommunaler Leistungsverwaltung eine unbürokratische Handlungsweise zu ermöglichen. Sie weist damit für die bevorstehende Aufgabe eine Reihe von Vorzügen aus, von denen insbesondere zu erwähnen sind

— Regelungen sind in nahezu beliebiger Weise möglich;
es besteht keine Beschränkung auf bestimmte Anstaltstypen;

— bei allen anstaltlichen Regelungen bleibt der Dienstherr des Personals in den Krankenanstalten die Freie Hansestadt Bremen, Dienstvorgesetzter der Senat (die Ausübung der Personalhoheit [= Recht auf die freie Auswahl, Anstellung, Beförderung und Entlassung der Bediensteten] bleibt nicht notwendigerweise an die gegenwärtige Geschäftsverteilung im Senat gebunden);

das bremische Personalvertretungsgesetz ist uneingeschränkt anwendbar; ferner ist zu erwähnen, daß das Problem der Privatliquidation der leitenden Ärzte in keiner der möglichen anstaltlichen Betriebsform besser oder schlechter gelöst werden kann.

Die Anstalt öffentlichen Rechts läßt sich in drei (variablen) Grundtypen darstellen:

1. die nichtrechtsfähige Anstalt mit den drei Hauptvarianten

— Regiebetrieb als Teil der übergeordneten Dienststelle,

— verselbständigter Regiebetrieb,

— Eigenbetrieb nach Eigenbetriebsrecht;

2. die teilrechtsfähige Anstalt,

3. die vollrechtsfähige Anstalt.

Bei der Frage, welcher Anstaltstyp sich für eine Neuordnung im Bereich der kommunalen Krankenhäuser am besten eignet, kann man von vornherein den Regiebetrieb als Teil der übergeordneten Dienststelle aus der Betrachtung ausscheiden, weil es sich dabei um eine Form handelt, die ein geringeres Maß an Selbständigkeit enthält, als sie die kommunalen Krankenhäuser jetzt schon haben.

Der verselbständigte Regiebetrieb (nach § 26 Abs. 1 LHO) ist die für die kommunalen Krankenhäuser z. Zt. maßgebende Betriebsform.

Der Eigenbetrieb nach Eigenbetriebsrecht hat in der bisherigen Diskussion eine etwas größere Rolle gespielt, die ihm wahrscheinlich nicht zukommt, weil er keine wesentlich andere Rechtsqualität aufzuweisen hat als der verselbständigte Regiebetrieb. Üblicherweise ist die Einrichtung von Eigenbetrieben an die Voraussetzung geknüpft, daß in dem betreffenden Bundesland ein Eigenbetriebsgesetz erlassen worden ist. Ein Eigenbetriebsgesetz ist für die Krankenhäuser nicht notwendig. Das gewünschte Ziel kann auch durch flexiblere Regelungen erreicht werden.

Aus der weiteren Betrachtung kann die vollrechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts ausgeschlossen werden, für deren Einrichtung es ebenfalls eines gesetz-

geberischen Aktes bedürfte, um eine solche Anstalt mit folgenden notwendigen Merkmalen auszustatten:

— juristische Person öffentlichen Rechts,

— eigener Haushalt,

— Selbständigkeit gegenüber Dritten und dem Anstaltsträger.

Durch diese wesensnotwendigen gesetzgeberischen Vorgaben würde sich die Einflußnahme des Trägers im wesentlichen auf den Akt der jährlichen Zuschußgewährung beschränken, könnte allerdings dadurch erweitert werden, daß Aufsichts- oder Verwaltungsräte aus Gremien gebildet werden, denen bestimmte Entscheidungsgegenstände vorbehalten werden könnten. Eine solche rechtliche Regelung hätte aber erkennbar verschiedene Nachteile. Insbesondere wäre die eindeutig erhobene Forderung, die zielbestimmende gesundheitspolitische Einflußnahme des Trägers auf die Krankenhäuser zu gewährleisten, zu stark eingeschränkt oder nur durch aufwendige Konstruktionen zu erreichen.

Diese Rechtsform würde nicht die Zusammenfassung von Trägeraufgaben und Koordinierungsaufgaben in einer Hand ermöglichen.

Geht man davon aus, daß es in jedem Falle untunlich wäre, die einzelnen Krankenhäuser zu vollrechtsfähigen Anstalten zu machen, so müßte ein Gesamtbetrieb, bestehend aus den einzelnen Krankenhäusern, unter einer einheitlichen Leitung gebildet werden. Damit würden die einzelnen Krankenhausleitungen von einer Instanz abhängig, die ortsfern tätig ist und doch nicht die Wahrnehmung der Trägeraufgaben entbehrlich macht. Die Folge wäre eine Überorganisation, die in keinem Verhältnis zu dem angestrebten Zweck stünde.

Die teilrechtsfähige Anstalt

Gemessen an den vorstehend beschriebenen Zielen der beabsichtigten Strukturveränderungen hat die Bildung einer teilrechtsfähigen Anstalt viele Vorzüge, wenn sie in Verbindung mit § 26 Abs. 2 LHO in der Form der Errichtung eines Sondervermögens vor sich geht:

— Durch die Bildung des Sondervermögens wird in organisationsrechtlicher Hinsicht aus dem Regiebetrieb ein dezentralisiertes, eigenständiges Organ des Trägers, welches in den vorbehaltenen Angelegenheiten dem zielorientierten Willen des Trägers unterworfen bleibt.

— Im Rahmen des Sondervermögens können die zu seiner Verwaltung eingesetzten Personen gegenüber den Vertragspartnern im Namen des Krankenhauses, insoweit also rechtlich selbständig, handeln (Teilrechtsfähigkeit). Die Übertragung von Zuständigkeiten in allen privatrechtlichen Vertragsangelegenheiten (also insbesondere für Einkauf und Beschaffung, Vertragsverhältnisse mit den „Nutzern") auf die Krankenhäuser ist problemlos möglich.

— In das Sondervermögen wären im Sinne der LHO nicht nur die Sachmittel, sondern auch die Personalmittel einzubeziehen, was den entscheidenden Vorzug hätte, daß diese etwa 70 Prozent des Gesamtetats der Krankenhäuser ausmachenden Mittel noch wirtschaftlicher und flexibler bewirtschaftet werden könnten.

— Die Voraussetzung für eine weitgehende Verselbständigung der Krankenhäuser wird erfüllt, ohne daß es zu einer unerwünschten „Abkoppelung" kommt.

— Die Entscheidung von zentralen Angelegenheiten auf der Trägerebene ist möglich, ohne daß Zwischenebenen geschaffen werden müssen.

— Die Befassung der Deputation für Gesundheit und Umweltschutz in gesundheitspolitischen Fragen ist sichergestellt.

— Die beschriebene Rechts- und Betriebsform bietet die vielseitigsten Gestaltungsmöglichkeiten, auch in dem Sinne, daß künftig Fortschreibungen und Verbesserungen möglich sind.

— Verbesserungen hinsichtlich der Kompetenzabgrenzung zwischen den Krankenhäusern und den beteiligten Ressorts außerhalb des Bereichs des Senators für Gesundheit und Umweltschutz sind bei der Neuordnung der Rechts- und Betriebsform in der hier geschilderten Weise besonders gut zu realisieren.

Aus den dargestellten Gründen sollte den kommunalen Krankenhäusern in der Stadt Bremen durch eine Neuordnung die Rechts- und Betriebsform von teilrechtsfähigen Anstalten in Verbindung mit der Errichtung eines gemeinsamen Sondervermögens entsprechend § 26 Abs. 2 LHO verliehen werden.

Neugliederung der kommunalen Krankenhäuser in der Stadtgemeinde Bremen

Einleitung

Die Neugliederung — auch im organisatorischen Bereich — ist an dem Ziel einer bestmöglichen, patientengerechten Krankenhausversorgung ausgerichtet. Dies erfordert auch eine Fortentwicklung der funktionsgerechten Arbeitszusammenhänge. Durch eine Neugliederung im ärztlichen Bereich soll erreicht werden, daß eine größere Anzahl qualifizierter Ärzte unmittelbar Verantwortung übertragen erhält, und zwar ungeteilt auf ihren Spezialgebieten und kollegial für den Gesamtbereich der Abteilungen. Dieser Schritt ist notwendig, weil sich mit der zunehmenden Spezialisierung in der Medizin und der Medizintechnik eine Wandlung hinsichtlich der Art und des Umfangs ärztlicher Sachkompetenz entwickelt hat.

Auch die dem Pflegepersonal bei der Patientenbetreuung zukommende Verantwortung soll in den Bestimmungen ihren ausdrücklichen Niederschlag finden.

Der in den Nummern 2.7 ff. und 3.2 ff. enthaltene Vorschlag, Abteilungskonferenzen und eine Krankenhauskonferenz einzurichten, gibt die Möglichkeit, durch Einbeziehung der Mitarbeiter in die Prozesse der Willensbildung deren Motivation und Verantwortungsbereitschaft zu stärken, die patientenorientierte und zugleich auf Effizienz bedachte Arbeitsweise zu fördern und die Verantwortung der Abteilungsleitungen und der Krankenhausdirektionen zu ergänzen.

Die mit den Personalräten der Krankenhäuser über den Vorentwurf geführte Diskussion hat erkennen lassen, daß die Meinungsbildung bei den Personalräten und ihren Gewerkschaften über die Frage der Mitarbeiterkonferenzen noch nicht abgeschlossen ist. Entscheidungen über ihre Einrichtung sollen deshalb erst getroffen werden, wenn der Diskussionsprozeß innerhalb der Personalräte und Gewerkschaften beendet ist. In jedem Fall bleibt es die Absicht des Senators für Gesundheit und Umweltschutz, die Rechte der Personalräte nach Bremischem Personalvertretungsgesetz unberührt zu lassen.

Neugliederung der kommunalen Krankenhäuser in der Stadtgemeinde Bremen

1. Gliederung des Krankenhauses
2. Medizinische Abteilungen
2.1. Größe und Bettenzahl
2.2. Stationen
2.3. Funktionsbereiche
2.4. Geschäftsführender Direktor
2.5. Abteilungspflegeleitung
2.6. Ärztliches Kollegium
2.7. Abteilungskonferenz
3. Krankenhausbereich
3.1. Krankenhausdirektorium
3.2. Krankenhauskonferenz
4. Schlußbestimmungen

1. **Gliederung des Krankenhauses**

1.1. Das Krankenhaus gliedert sich in

— Medizinische Abteilungen,

— Medizinisch-technische Abteilungen,

— Abteilungen, die als besondere Organisationseinheiten unter selbständiger Leitung stehen (z. B. Zentralapotheke) und

— Abteilungen im Bereich von Wirtschaft, Technik und Verwaltung.

1.2. Die Einrichtung und Aufgabenstellung der Abteilungen, insbesondere die Festlegung von Schwerpunkten in medizinischen Abteilungen, wird auf Vorschlag des Krankenhauses durch den Senator für Gesundheit und Umweltschutz festgelegt.

1.3. Für die

— medizinisch-technischen Abteilungen,

— Abteilungen, die als besondere Organisationseinheiten unter selbständiger Leitung stehen und

— Abteilungen im Bereich von Wirtschaft, Technik und Verwaltung

werden besondere Regelungen erlassen.

2. **Medizinische Abteilungen**

2.1. Die Größe einer medizinischen Abteilung richtet sich nach der Art der Aufgabenstellung.

Die Bettenzahl einer Abteilung wird unter Berücksichtigung abteilungsspezifischer Voraussetzungen durch den Krankenhausbedarfsplan bestimmt.

2.2. Die organisatorische Grundeinheit der ärztlichen und pflegerischen Versorgung des Krankenhauspatienten ist die Station.

2.2.1. Die Station wird von der Stationspflegeleitung und dem Stationsarzt geführt.

2.2.2. Die Stationspflegeleitung ist für die Grund- und Behandlungspflege, der Stationsarzt für Diagnostik und Therapie sowie für die Einleitung und Durchführung der angeordneten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen verantwortlich.

2.3. In den Abteilungen werden vom Senator für Gesundheit und Umweltschutz Medizinische Bereiche nach fachlichen Gesichtspunkten für Spezialgebiete eingerichtet.

2.3.1. Als Leiter der Medizinischen Bereiche werden vom Senator für Gesundheit und Umweltschutz nach öffentlicher Ausschreibung und nach Anhörung der Abteilungskonferenz leitende Ärzte mit besonderer Qualifikation für das Spezialgebiet bestellt.

2.3.2. Die leitenden Ärzte sind für die stationäre ärztliche Versorgung der Patienten der Abteilung, für die Weiterbildung der Stationsärzte und für die Koordinierung und Sicherung der Zusammenarbeit der ihnen unterstellten Ärzte verantwortlich; sie sind insoweit untereinander zur Kooperation verpflichtet.

2.3.3. Innerhalb ihres Verantwortungsbereiches sind die leitenden Ärzte gegenüber anderen Mitarbeitern in der Abteilung weisungsberechtigt.

2.3.4. Den leitenden Ärzten kann nach Maßgabe der Bremischen Nebentätigkeitsverordnung im Rahmen der vom Senator für Gesundheit und Umweltschutz vorgegebenen Bettenzahl für ärztliche Wahlleistungen ein Liquidationsrecht gewährt werden.

2.3.5. Zur Vertretung eines leitenden Arztes in seinem Medizinischen Bereich wird durch den Senator für Gesundheit und Umweltschutz aus dem Kreis der Stationsärzte ein Stellvertreter bestellt, der die dazu erforderliche Qualifikation besitzen muß.

2.4. Aus dem Kreis der leitenden Ärzte bestellt der Senator für Gesundheit und Umweltschutz auf Vorschlag der Abteilungskonferenz einen geschäftsführenden Direktor und seinen Stellvertreter für die Dauer von vier Jahren; eine erneute Bestellung ist zulässig.

2.4.1. Der geschäftsführende Direktor leitet die Abteilung und koordiniert die Arbeit in der Abteilung unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Abteilungskonferenz. Er ist in allen organisatorischen Angelegenheiten gegenüber den Mitarbeitern der Abteilung weisungsberechtigt. Der geschäftsführende Direktor ist in allgemeinen medizinischen Fragen und

für die Hygiene der Abteilung verantwortlich. Eine Delegation von Einzelaufgaben ist möglich.

2.4.2. Zwischen den Sitzungen der Abteilungskonferenz entscheidet der geschäftsführende Direktor im Einvernehmen mit der Abteilungspflegeleitung in Angelegenheiten der Abteilung, die keinen Aufschub dulden, ohne Befassung der Abteilungskonferenz; die Abteilungskonferenz ist in ihrer nächsten Sitzung zu unterrichten.

2.5. Als Abteilungspflegeleitung werden vom Senator für Gesundheit und Umweltschutz nach öffentlicher Ausschreibung und nach Anhörung der Abteilungskonferenz geeignete Krankenpflegekräfte bestellt.

2.5.1. Die Abteilungspflegeleitung ist für die ordnungsgemäße Krankenpflege in der Abteilung verantwortlich; sie ist gegenüber den anderen Krankenpflegepersonen weisungsberechtigt. Die ärztliche Verantwortung bleibt unberührt.

2.6. Die Ärzte der Abteilung bilden ein Kollegium, welches unter der Leitung des geschäftsführenden Direktors regelmäßig zusammentritt, um die im Interesse der Patientenversorgung erforderlichen medizinischen Maßnahmen zu besprechen.

2.6.1. Die Abteilungspflegeleitung ist berechtigt, an den Sitzungen des Ärztekollegiums teilzunehmen.

2.6.2. Bei Bedarf sind zu den Sitzungen des Kollegiums leitende Ärzte aus anderen Abteilungen zum Konsilium hinzuzuziehen.

2.7. In allen medizinischen Abteilungen werden Konferenzen eingerichtet.

2.7.1. Der Abteilungskonferenz gehören folgende Mitglieder an:

1. der geschäftsführende Direktor,
2. die Abteilungspflegeleitung,
3. je ein Mitglied der in 2.7.2. genannten Gruppen der Krankenhaus-Mitarbeiter, welches aus dem Kreis seiner Gruppe gewählt wird.

2.7.2. Mitglieder der Konferenz sind die in die folgenden Gruppen eingeteilten Mitarbeiter:

1. Ärzte und andere Fachberufe des Gesundheitswesens mit abgeschlossener wissenschaftlicher Hochschulbildung, die in medizinischen und medizinisch-technischen Abteilungen tätig sind;
2. Medizinalfachberufe des Gesundheitswesens, die in medizinischen oder medizinisch-technischen Abteilungen tätig sind, insbesondere Pflegepersonal im stationären Betrieb und im Funktionsdienst; Krankenpflegehilfspersonal, Apothekenfachpersonal, Arzthelfer (-innen) und Zahnarzthelfer (-innen), Audiometristen (-innen), Beschäftigungstherapeuten (-innen), Zytologieassistenten (-innen), Gesundheitsingenieure, Hebammen, Krankengymnasten (-innen), Laboranten (-innen), Logopäden (-innen), Masseure, Masseure und medizinische Bademeister, med.-techn. Gehilfen, med.-techn. Laborassistenten (-innen), med.-techn. Röntgenassistenten (-innen), medizinisch-technisches Personal in med.-techn. Behandlungsbereichen (z. B. EKG, EEG, EMG, Grundumsatz, Bäder- und Massageeinrichtungen, elektrophysikalischen Einrichtungen, Sehschulen, Sprachschulen, Hörprüfeinrichtungen, usw.), Orthoptisten (-innen), Personal für die medizinische Dokumentation, physikalisch-technische Assistenten (-innen), Psychagogen, Sektionsgehilfen.
3. Mitarbeiter, die in Verwaltung, Wirtschaft und Technik sowie in sonstigen nichtmedizinischen oder medizinisch-technischen Abteilungen tätig sind.

2.7.3. Bei Abteilungen mit mehr als 30 Mitarbeitern tritt je ein weiteres Mitglied aus den unter 2.7.2. Nummern 1. und 2. genannten Gruppen hinzu.

2.7.4. Die Krankenhausdirektion und der Personalrat sind berechtigt, je einen Vertreter ohne Stimmrecht zu den Sitzungen der Abteilungskonferenz zu entsenden.

2.7.5. Die Abteilungskonferenz tritt regelmäßig mindestens alle zwei Monate unter dem Vorsitz des geschäftsführenden Direktors in nichtöffentlicher Sitzung zusammen.

Auf Verlangen von mindestens drei Mitgliedern ist eine außerordentliche Konferenz einzuberufen.

2.7.6. Die Abteilungskonferenz ist beschlußfähig, wenn die Hälfte ihrer Mitglieder anwesend ist.

Die Konferenz beschließt mit einfacher Mehrheit.

2.7.7. Die Abteilungskonferenzen beraten über die organisatorischen Angelegenheiten der Abteilung. Die Beratungsergebnisse stellen Empfehlungen gegenüber dem geschäftsführenden Direktor und/oder der Abteilungspflegeleitung dar.

Zu den Beratungsgegenständen der Abteilungskonferenz gehören u. a. folgende Angelegenheiten:

— Maßnahmen der Planung, Organisation und Rationalisierung,

— Entwurf des Wirtschaftsplans einschließlich des Stellenplans,

— Entwurf des Investitionsplans,

— beabsichtigte Um- und Neubauten,

— Grundzüge der Betriebsstruktur und ihre Fortentwicklung, des Betriebsablaufs und der Geschäftsverteilung,

— Ausbildungs-, Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen,

— Hausordnung,

— Koordinierung der Arbeitsabläufe, insbesondere Dienstplangestaltung,

— Personaleinsatz und Urlaubsplanung.

2.7.8. Die Abteilungskonferenz hat ein Vorschlagsrecht bezüglich der Bestellung des geschäftsführenden Direktors; sie ist anzuhören bei der Bestellung der leitenden Ärzte und der Abteilungspflegeleitungen.

2.7.9. Der geschäftsführende Direktor und die Abteilungspflegeleitung unterrichten die Abteilungskonferenz über anstehende Fragen.

3. **Krankenhausbereich**

3.1. Das Krankenhaus wird durch eine Direktion geleitet, dem der ärztliche Direktor, der Pflegedirektor und der Verwaltungsdirektor angehören.

3.1.1. Die Aufgaben der Krankenhausdirektionen werden durch den Senator für Gesundheit und Umweltschutz durch eine Dienstanweisung geregelt (Anmerkung: Z. Zt. gilt die „Dienstanweisung für die Direktionen der Kliniken der Freien Hansestadt Bremen" vom 1. November 1977).

3.1.2. Aus dem Kreis der leitenden Ärzte bestellt der Senator für Gesundheit und Umweltschutz nach Anhörung der Krankenhauskonferenz den ärztlichen Direktor für die Dauer von 6 Jahren. Eine erneute Bestellung ist zulässig.

3.1.3. Der Krankenpflegedirektor und der Verwaltungsdirektor werden nach Ausschreibung und nach Anhörung der Krankenhauskonferenz vom Senator für Gesundheit und Umweltschutz bestellt.

3.1.4. Zwischen den Sitzungen der Krankenhauskonferenz entscheidet die Krankenhausdirektion in Angelegenheiten, die keinen Aufschub dulden, ohne Befassung der Krankenhauskonferenz; die Krankenhauskonferenz ist in ihrer nächsten Sitzung zu unterrichten.

3.1.5. Die Krankenhausdirektion unterrichtet die geschäftsführenden Direktoren und die Abteilungspflegeleitungen regelmäßig in geeigneter Weise über alle die Abteilungen betreffenden Angelegenheiten.

3.2. Für den Bereich eines Krankenhauses wird eine Krankenhauskonferenz eingerichtet.

3.2.1. Der Krankenhauskonferenz gehören folgende Mitglieder an:

1. Die Mitglieder der Krankenhausdirektion,
2. je drei Mitglieder der in 2.7.2. genannten Gruppen der Krankenhaus-Mitarbeiter, die aus dem Kreis ihrer Gruppe gewählt werden.

3.2.2. Der Personalrat ist berechtigt, einen Vertreter ohne Stimmrecht zu den Sitzungen der Krankenhauskonferenz zu entsenden.

3.2.3. Die Krankenhauskonferenz tritt regelmäßig mindestens alle zwei Monate unter dem Vorsitz eines Direktionsmitglieds in nichtöffentlicher Sitzung zusammen. Auf Verlangen von mindestens fünf Mitgliedern ist eine außerordentliche Konferenz einzuberufen.

3.2.4. Die Krankenhauskonferenz ist beschlußfähig, wenn mindestens sieben ihrer Mitglieder anwesend sind.

Die Krankenhauskonferenz beschließt mit einfacher Mehrheit.

3.2.5. Die Krankenhauskonferenz berät über die organisatorischen Angelegenheiten des Krankenhauses. Die Beratungsergebnisse stellen Empfehlungen gegenüber der Krankenhausdirektion dar.

Zu den Beratungsgegenständen der Krankenhauskonferenz gehören u. a. folgende Angelegenheiten:

— Maßnahmen der Planung, Organisation und Rationalisierung einschließlich ADV,

— Entwurf des Wirtschaftsplans einschließlich des Stellenplans,

— Entwurf des Investitionsplans,

— beabsichtigte Um- und Neubauten,

— Gliederung des Krankenhauses,

— Veränderung der Betriebsstruktur und ihre Fortentwicklung, des Betriebsablaufs und der Geschäftsverteilung,

— Ausbildungs-, Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen,

— Hausordnung,

— Kooperation und Koordination.

3.2.6. Die Krankenhauskonferenz ist anzuhören bei der Bestellung der Mitglieder der Krankenhausdirektion.

3.2.7. Die Krankenhauskonferenz kann zur Vorbereitung einzelner Beschlüsse Kommissionen einsetzen.

3.2.8. Die Mitglieder der Krankenhausdirektion unterrichten die Krankenhauskonferenz über anstehende Fragen.

4. Schlußbestimmungen

4.1. Der Senator für Gesundheit und Umweltschutz behält sich vor, von diesen Bestimmungen abweichende Regelungen zu treffen.

4.2. Die Bestimmungen stehen unter dem Vorbehalt vorgehender Rechte. Rechtsvorschriften, insbesondere des Beamtenrechts, des Arbeitsrechts und des Bremischen Personalvertretungsgesetzes, bleiben unberührt.

4.3. Die Entscheidungen im Krankenhausbereich stehen unter dem Vorbehalt der Kompetenzen des Krankenhausträgers entsprechend der „Neuordnung der Rechts- und Betriebsform der kommunalen Krankenhäuser in der Stadtgemeinde Bremen“ (z. B. Richtlinienkompetenz und Aufsichtsrecht hinsichtlich der Einhaltung von Grundsatzentscheidungen).

4.4. Der Senator für Gesundheit und Umweltschutz erläßt eine Wahlordnung und eine Geschäftsordnung für die Krankenhauskonferenzen und die Abteilungskonferenzen.

4.5. Der Senator für Gesundheit und Umweltschutz wird nach einer angemessenen Frist die Wirksamkeit der durch diese Bestimmungen geschaffenen Struktur überprüfen.

Druck: Hans Krohn, Bremen