

Weiterentwicklung des Gesundheitsamtes Bremen 2000 – 2005

Ausgangssituation

Das Gesundheitsamt Bremen hat in den letzten 20 Jahren mehrere Reformschritte vollzogen. Ging es Anfang der 80iger Jahre um einen wirklichen Neubeginn im Sinne einer historischen und gesundheitspolitischen Aufarbeitung mit dem Ziel, in der Kommune ein zeitgemäßes Selbstverständnis von Sozialmedizin zu entwickeln, mussten in der Folge wegen der einsetzenden Haushaltsrestriktionen konzeptionelle und strukturelle Anpassungen vorgenommen werden.

Dennoch gelang es, wirksame Aufgabenprofile zu entwickeln.

Seit Mitte der 90iger Jahre nahm aufgrund des Haushaltssanierungsprogramms der Spardruck weiter zu. Obwohl sich durch die inzwischen eingeführte Budgetierung Gestaltungsräume eröffneten, war vor dem Hintergrund des vom Senat bis 2005 beschlossenen Personalentwicklungsprogramms die Notwendigkeit einer erneuten Aufgabenkritik und Strukturreform absehbar.

Als wichtigstes Instrument der notwendigen Verwaltungsreform wurde das Neue Steuerungsmodell (NSM) eingeführt, auf das sich auch der ÖGD einzustellen hatte. Hinzu kamen 1995 die Verabschiedung des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG), Veränderungen bei Kosten- und Leistungsträgern im Gesundheitswesen und neue gesundheitswissenschaftliche Impulse aus Hochschulen und Forschung.

Modellbeginn

Aus diesem Grunde erstellte die Amtsleitung des Gesundheitsamtes Bremen Ende des Jahres 1999 ein Grundsatzpapier, in der der weitere Reformbedarf skizziert wurde. Nach Abstimmung mit der Ressortspitze entschied diese, ein entsprechendes Modellprojekt einzurichten.

Zu den wesentlichen Vorgaben der senatorischen Behörde gehörte die Beachtung der Subsidiarität bei der Modifizierung des Aufgabenspektrums und die Vorlage eines mittelfristig gültigen Organisations- und Entwicklungskonzeptes.

Außerdem wurde die Einrichtung einer Begleitgruppe, d.h. die Einbeziehung externer Experten angeregt. ^[1]

Allein wegen der anstehenden Aufgabenkritik war absehbar, dass das Projekt nicht ohne externe Moderation auskommen würde. Nach überregionaler Ausschreibung fiel die Entscheidung auf die Transferstelle für Management und Organisationsentwicklung im Institut für Psychologie und Sozialforschung an der Universität Bremen (Frau Professor Volmerg und MitarbeiterInnen). Ein Angebot der zur gleichen Zeit die Verwaltungsreform der Stadtgemeinde Bremen begleitenden Unternehmensberatungsfirma Roland Berger wurde geprüft und auf eventuell notwendig werdende Wirtschaftlichkeitsanalysen begrenzt, für die es jedoch in der bisherigen Laufzeit des Projektes keine Indikation gab.

Nachdem im Frühjahr 2000 die Mitbestimmungsgremien und die Belegschaft über das Projekt informiert wurden, kam es zur Einrichtung von vier Arbeitsgruppen, die sich mit den folgenden Themen befassten:

- Weiterentwicklung des Leitbildes,

- Berichterstattung/ Bearbeitung prioritärer gesundheitlicher Problemlagen in der Stadtgemeinde Bremen,
- Stärkung der Bürger- und Betroffenenorientierung/Gesundheitsförderung und
- Zusammenführung der Fach- und Ressourcenverantwortung.

Erste Ergebnisse

Zu den wesentlichen Ergebnissen gehörte die Fortschreibung sogenannter Eckpunkte, die Anfang der 90iger Jahre im Gesundheitsamt Grundlage für die Diskussion um das spätere ÖGDG waren. Erstmals wurde ein Leitbild mit den folgenden Grundsätzen schriftlich fixiert:

- Stärkung der Gesundheitsberichterstattung
- Betonung der Aufrechterhaltung des Prinzips: Integration von Fürsorge und Kontrolle
- Übernahmbereitschaft für Fach- und Ressourcenverantwortung
- Entwicklung neuer Formen kommunaler Gesundheitsförderung
- Betonung der Qualitätssicherung eigener Dienstleistungen und
- Stärkung der Prinzipien Partizipation, Bürgerorientierung und Hilfe zur Selbsthilfe

Aufgabenkritik

Diese Grundsätze bildeten den Rahmen für die folgende Aufgabenkritik. Dieser war auch bestimmt durch die Einsparquote bis Ende 2005 und durch sogenannte strukturpolitische Vorgaben der Amtsleitung und Prüfkriterien zum aufgabenkritischen Prozess. Dabei wurden folgende Prämissen betont:

- Berücksichtigung der Ressortvorgaben, der Empfehlungen der Begleitgruppe und der Ergebnisse der Arbeitsgruppen,
- Weitere Einsparungen von 18 Stellen bis Ende 2005,
- Deutliche Personalreduktion in der Sozialpädiatrischen Abteilung,
- Einstellung des Medizinischen-Technischen Dienstes,
- Sukzessive Verlagerung der 5 Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (39 Stellen) in die entstehenden Behandlungszentren,
- Nutzung aller Refinanzierungsmöglichkeiten und
- Stärkung sachgebiets –bzw. abteilungsübergreifender Kooperation.

Anfang April 2001 konnte das Gesundheitsamt dem Ressort konkretisierte Zielsetzungen und Handlungsbedarfe vorlegen:

- Die Allgemeine Verwaltung des Gesundheitsamtes muss sich erheblich reorganisieren und auf ihre zukünftigen Servicefunktionen einstellen.
- Die Bereitschaft zur Übernahme der Ressourcenverantwortung in den Bereichen Sozialmedizinischer Dienst Erwachsener, Sozialpädiatrie und Sozialpsychiatrischen Dienst wird durch die Darstellung personeller Ressourcen betont.

- STD- und AIDS-Beratungsstellen werden zu einer konzeptionellen und organisatorischen Einheit zusammengelegt.
- Die Aufgaben Selbsthilfe- und Gesundheitsförderung sowie Migration und Gesundheitssicherung werden durch systemische Ansätze ergänzt und deshalb personell gestärkt.
- Eine neues Sachgebiet „Gesundheitsberichterstattung“ wird eingerichtet.
- Das Sachgebiet Infektionsepidemiologie hat sich auf das Infektionsschutzgesetz und die Übernahme der Aufgaben des Landeskompentenzentrums einzustellen.
- Das Labor und die Röntgenabteilung werden sukzessive geschlossen.
- Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst wird seine Untersuchungsprogramme in Kindertagesheimen und Schulen unter Berücksichtigung sozialer Problemlagen indikationsbezogen umstellen.
- Im Zahnärztlichen Dienst werden die Prophylaxetätigkeiten reduziert.
- Der Arbeitsansatz der Familienhebammen wird enger mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst verknüpft.
- Der 5 regionalen Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes werden in die entstehenden Behandlungszentren integriert.
- Ein neues Sachgebiet „Steuerung kommunale Psychiatrie“ wird aufgebaut.
- Die Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle (Kipsy) wird mit der Institutsambulanz des Zentralkrankenhauses Bremen-Ost für die Zielgruppe seelisch kranke Kinder und Jugendliche einen Kooperationsvertrag abschließen.

Beteiligung der Belegschaft

Alle Entscheidungen wurden mit den Mitbestimmungsgremien und der Belegschaft diskutiert, mit der Begleitgruppe erörtert, dem Ressort abgestimmt und regelmäßig der städtischen Deputation vorgestellt.

Im Juni 2001 fanden zwei jeweils zweitägige Koordinierungsworkshops statt, in denen mit der Frauenbeauftragten, dem Personalrat und nahezu allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsamtes die bisherigen Ergebnisse ausführlich diskutiert wurden.

Die Atmosphäre war konstruktiv und innovativ, die zusammengestellten Ergebnisse führten zu der Formulierung ergänzender Aufträge, die inzwischen zur Umsetzung gebracht wurden. Unter anderem wurden

- für das gesamte Amt der produktspezifische Wandel bis Ende 2005 festgelegt,
- die personalwirtschaftlichen Konsequenzen für die einzelnen Arbeitsbereiche präzise beschrieben und
- Konzepte zur Verbesserung der Erreichbarkeit, der Öffentlichkeitsarbeit und der internen Kommunikation vorgelegt.

Personal- und Organisationsentwicklung

Den Rahmensetzungen und aufgabenkritischen Entscheidungen auf Amtsebene folgten ab August 2001 analoge Erörterungen auf Abteilungs- und Sachgebietsebene mit dem Ziel, die Umsetzung der allgemeineren Vorgaben fachbezogen zu konkretisieren, eventuelle

Auswirkungen für die Organisationsentwicklung zu beschreiben und gegebene Gestaltungsspielräume zur Formulierung neuer Schwerpunkte zu nutzen. Ohne Zweifel haben die hierzu eingerichteten Arbeitsgruppen und durchgeführten Workshops, die z. T. ebenfalls extern moderiert wurden, wesentlich mit zur Akzeptanz des Umstrukturierungsprozesses und zur Aneignung sich daraus ergebender Konsequenzen beigetragen. Nach Abschluß der dezentralen Diskussionsprozesse haben die Abteilungsleitungen präzise Personalentwicklungspläne erarbeitet, die sowohl den Einsparvorgaben als auch den neuen Schwerpunktsetzungen Rechnung tragen.

Ihnen ist zu entnehmen, dass in der Verwaltung zwar die für Ende 2005 angestrebte Stellenzielzahl erreicht werden kann, dieses jedoch nur durch die Versetzung von mindestens 1 –2 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei gleichzeitiger intensiver Fort- und Weiterbildung des verbleibenden Personalkörpers und einer Straffung der Organisation.

Der personalwirtschaftliche Rahmen der Abteilung 2 – Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene – enthält 2 Stellen, die zur Ressourcensteuerung steuerfinanzierter Dienstleistungen genutzt werden können. Hier bedarf es weiterer Verhandlungen mit dem Ressort und dem Amt für soziale Dienste.

Die Stellenzielzahl der zukünftigen STD/AIDS –Beratungsstelle ist auf 6 VK festgelegt, das heißt, es wird eine Verkleinerung des Personalkörpers stattfinden.

Ausgebaut werden soll das Sachgebiet Selbsthilfe- und Gesundheitsförderung, um der Zunahme der Selbsthilfeförderungsaktivitäten und der noch konzeptionell zu unterlegenden Stärkung kommunaler Gesundheitsförderung gerecht zu werden.

Das Aufgabenfeld „Migration und Gesundheitssicherung“ wird um eine Stelle verstärkt, um über die Beratung und Betreuung einreisender Asylsuchender und Bürgerkriegsflüchtlinge hinaus einen systematischen Zugang zu prioritären Gesundheitsproblemen aller Migranten in der Stadtgemeinde zu eröffnen.

In der Abteilung 3 – Gesundheit und Umwelt – führen der konzeptionelle Wandel und die notwendige Reduzierung des Personalkörpers des Sachgebietes Infektionsepidemiologie zu einem Überhang von 2 Sozialarbeiterstellen, da es für dieses Berufsbild keine Einsatzmöglichkeiten mehr geben wird, neue Einsatzmöglichkeiten werden geprüft.

In der Umwelthygiene ist weitestgehend mit personalwirtschaftlicher Konstanz zu rechnen.

Der Medizinisch-Technische Dienst wird aufgelöst, dieses scheint mit Ausnahme von einer 0,5 MTRA–Stelle bis 2005 möglich.

Der Aufbau der Gesundheitsberichterstattungseinheit (GBE) mit insgesamt 4,5 Stellen ist eingeleitet.

In der Abteilung 4 –Sozialpädiatrie – werden die Untersuchungen im Kindergarten und der Schule indikationsbezogen durchgeführt, wobei insbesondere die gesundheitliche Situation und der soziale Hintergrund berücksichtigt werden.

Leistungen werden nach prioritärer Ordnung an niedergelassene Ärzte übergeben (z.B. Schulsportuntersuchungen) oder eingeschränkt.

Das Stellenvolumen der Familienhebammen bleibt konstant; dieses wird auch durch Verlagerung von Stellenanteilen von Schwestern aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) erreicht.

Die Verlagerung des Produktes „Zahnärztliche Gutachten und Stellungnahmen“ in den Produktbereich 2 – Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene – wird angestrebt.

Ähnlich wie in der Abteilung 2 sind der Sozialpädiatrie 2 Stellen Ressourcensteuerung zugeordnet; auch hier bedarf es intensiver Verhandlungen mit dem Ressort und dem Amt

für Soziale Dienste (AfSD).

Wegen der personalwirtschaftlichen Konsequenzen, die sich aus den Einsparvorgaben ableiten lassen, wurde der Abteilung zugesagt, dass durch Refinanzierung von Aufgaben erzielte Einnahmen zu 100 Prozent in der Abteilung verbleiben.

Die Abteilung 5 – Sozialpsychiatrischer Dienst – wird nach der in den nächsten Jahren schrittweisen Integration von 39 Stellen in die Behandlungszentren noch 10, 5 VK umfassen, die sich auf die Leitung, die Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle (KIPSY) und die Medizinische Ambulanz verteilen. Durch die angestrebte Übernahme der Institutsambulanzfunktion durch die KIPSY ist mit einer Einnahmesteigerung und damit einem Personalausbau zu rechnen.

Der vorgesehene Transfer der 5 Beratungsstellen in die Behandlungszentren bedarf einer umfassenden personalvertretungsrechtlichen Auseinandersetzung mit den Mitbestimmungsorganen. Die Möglichkeiten des Gesundheitsamtes, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die einer Umsetzung nicht zustimmen, einen alternativen Arbeitsplatz anzubieten, sind außerordentlich begrenzt.

Anfang des Jahres 2001 konnte das Modell „Steuerungsstelle Psychiatrie“ implementiert werden. Im Sinne der Zusammenführung von Fach- und Ressourcenverantwortung wird die Steuerungsstelle der Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes zugeordnet. Die schrittweise Übernahme der Budgetverantwortung für alle steuerfinanzierten Leistungen für seelisch Kranke wird angestrebt.

Weiterer Klärungs-, Verhandlungs- und Handlungsbedarf

Inzwischen liegen die abteilungsspezifischen personalwirtschaftlichen Tableaus und die modifizierten Produktkataloge für 2002 und perspektivisch für 2005 vor. Damit zeichnen sich die Umsetzungsbedarfe der nächsten Jahre ab. Darüber hinaus bleiben Fragestellungen, die weiter bearbeitet werden müssen, zum Beispiel die Fortsetzung der Diskussion um die Zuordnung von Aufgaben auf der strategischen bzw. der operativen Ebene der Stadtgemeinde. Ebenso erscheint es notwendig, die weitere Übertragung von Steuerungsaufgaben bei kommunalen Gesundheitssicherungsleistungen zu erörtern.

Zusammenfassung, abschließende Beurteilung und Ausblick

Mit dem jetzt abgeschlossenen Projekt „Weiterentwicklung des Gesundheitsamtes Bremen 2000 – 2005“ hat der hiesige ÖGD seine dritte grundlegende Strukturreform weitgehend abgeschlossen. Ging es Anfang der 80iger Jahre um die historische Aufarbeitung und die zeitgemäße Erneuerung des Aufgabenspektrums und 10 Jahre später vor dem Hintergrund zunehmender Sparzwänge um konzeptionelle und organisatorische Anpassungen, so richtete sich das jetzige Vorhaben zusätzlich an der laufenden Verwaltungsreform, den Veränderungen im Gesundheitswesen und den gesundheitswissenschaftlichen Impulsen aus Forschung und Lehre aus.

Da der personalwirtschaftliche Rahmen bis Anfang 2006 festgelegt wurde, musste der Versuch unternommen werden, mit den begrenzten Ressourcen ein zukünftiges Aufgabenprofil mit dem zugehörigen Personal- und Organisationsentwicklungskonzept zu beschreiben. Dieses Ziel konnte in weiten Teilen erreicht werden, dabei hat sich Unterstützung durch eine externe Moderation in hohem Maße bewährt. Die Moderation hat auch dazu beigetragen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kontinuierlich zu informieren und über Arbeitsgruppen und Foren in den Entwicklungsprozess einzubeziehen. Dadurch konnte ein innerbetriebliches Klima der zielgerichteten und konstruktiven Perspektive

entstehen.

Zu den wesentlichen Ergebnissen zählen:

- Die Fortschreibung des Leitbildes, hier besonders die Hervorhebung von Gesundheitsberichterstattung und die Bereitschaft zur Übernahme von Ressourcenverantwortung.
- Die Schaffung neuer und die gezielte Stärkung vorhandener Aufgabenfelder (Produkte), wie die Gesundheitsberichterstattung, die Ressourcensteuerung, die Gesundheitsförderung, die Gesundheitssicherung von Migranten.
- Die Straffung vorhandener Tätigkeitsfelder, ohne Aufgabe unverzichtbarer Kernleistungen z. B. in der Sozialpädiatrie, der Infektionsepidemiologie und den STD- und AIDS-Beratungsstellen.
- Die geplante Einstellung des Medizinisch-Technischen Dienstes.
- Die Vorbereitung des Transfers der 5 Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu den im Aufbau befindlichen regionalen Behandlungszentren.
- Der Aufbau der Steuerungsstelle „Kommunale Psychiatrie“.

Modellprojekte kommunaler Dienstleistungszentren, die neben den laufenden Alltagsverpflichtungen durchgeführt werden, können selten große Reformschritte vollziehen, sondern müssen sich meistens auf das aktuell Machbare konzentrieren. Daraus leitet sich jedoch die Verpflichtung zur konsequenten und kontinuierlichen Fortsetzung der Reform ab.

[1] neben dem Amtsleiter des Gesundheitsamtes nahmen der Abteilungsleiter Gesundheitswesen im Ressort, Herr Dr. Gruhl, die Professoren Schmacke (AOK Bundesverband) und Gardemann (AfÖG Düsseldorf) und Herr Dr. Brand, Direktor des Landesinstituts für Öffentliches Gesundheitswesen NRW teil.