



**Veränderungen in der Aufbauorganisation  
des Gesundheitsamtes**

**Mai 2009**

## **Einleitung**

Organisatorische Strukturen sind kein Selbstzweck mit Ewigkeitswert. Sie sollten laufend dahingehend überdacht werden, inwieweit sie Anforderungen des sich wandelnden Aufgabenspektrums bzw. Veränderungen bei den personellen Gegebenheiten noch entsprechen bzw. daraufhin angepasst werden müssen.

Die Grundstrukturen bei Gh (Zusammenfassung von Sachgebieten in größeren Einheiten) und Etablierung einer regelmäßig tagenden amtsinternen Koordinierungskonferenz (KoKon) zur bereichsübergreifenden Information und Abstimmung haben sich seit 2002 als „veränderungsstabiles“ Organisations- und Steuerungsprinzip bewährt.

Es stellt sich nun die Aufgabe, die Public Health – Ausrichtung des Amtes weiter zu stärken, personellen Veränderungen sowie bewährten Kooperationsbeziehungen beim Qualitätsmanagement und neuen gesundheitsplanerischen Akzentsetzungen Rechnung zu tragen. Deshalb wurden in Abstimmung mit OrgA Veränderungen in der Aufbauorganisation konzipiert, die der POA nun im nichtöffentlichen Teil der Sitzung des POA vom 19.05.2009 (TOP 18) beschlossen hat.

Die Kernpunkte der Reorganisation und die dahinter stehenden fachlichen Überlegungen werden im Folgenden dargestellt.

### **1. Ausgangslage**

#### **1.1 Kinder- und Jugendgesundheit**

Gh versucht, trotz der knappen personellen Ressourcen des Amtes einen hohen fachlichen Standard in den Sachgebieten zu sichern. Deshalb sollen Maßnahmen zum Qualitätsmanagement (QM) in der Arbeit des Amtes künftig eine noch stärkere Bedeutung erhalten. Als ein wesentlicher Aufgabenschwerpunkt wurden QM – Aufgaben der stellvertretenden Dienststellenleitung (Gh/L-stv.) zugeordnet.

Daran anknüpfend läuft z. Zt. ein von Gh/L-stv. geleitetes umfassendes QM - Projekt für die Aufgaben des Kinder- und Jugendärztlichen Gesundheitsdienstes (KJÄD) und der Zentralen Beratungsstelle für Kinder/Jugendliche mit Entwicklungsauffälligkeiten und Behinderungen, das im Sommer 2009 abgeschlossen sein wird.

Ein Ziel ist die Sicherung einer einheitlichen fachlichen „Basisqualität“ der Aufgabenerledigung. Es soll aber auch die Ablauforganisation in diesen Sachgebieten noch effizienter gestaltet werden, um die ohnehin sehr knappen Ressourcen optimal im Sinne der fachlichen Schwerpunktsetzungen nutzen zu können. Dabei hat die Berücksichtigung der Zielgruppe sozial benachteiligter Kinder einen besonderen Stellenwert.

Hieraus ergab sich auch eine stärkere Involvierung der stellvertr. Dienststellenleiterin in die konzeptionellen Planungen (v.a. zur aufsuchenden Gesundheitshilfe) im Rahmen des Projektes „Soziales Frühwarnsystem und frühe Hilfen für Eltern und Kinder in Nürnberg“ (siehe TOP 1 der Sitzung des Jugendhilfe- und Gesundheitsausschusses am 23.10.2008).

Die enge Zusammenarbeit – gerade in medizinischen Fragestellungen - zwischen der Bereichsleitung KJ bzw. Sachgebietsleitung KJÄD und Gh/L-stv. hat sich als sehr produktiv erwiesen. Mit dem vorgesehenen Aufbau aufsuchender Arbeitsansätze bei KJÄD (aufsuchende Gesundheitshilfe) entsteht zudem ein zusätzlicher Bedarf für ein langfristiges intensives Qualitätsmanagement bei KJÄD.

Auch im Rahmen des Qualitätsmanagements gutachterlicher Fragestellungen arbeiten KJ und MD schon seit längerem eng zusammen. Die 2008 erfolgte organisatorische Verlage-

rung der sozialpsychiatrischen ärztlichen Kapazitäten in den Bereich MD hat sich ebenfalls für das Qualitätsmanagement der ärztlichen Begutachtungen als vorteilhaft erwiesen.

## **1.2 Erfahrungen mit der Bildung eines Stabs „Gesundheitsförderung, Gesundheitsplanung“**

Planungs- und Koordinierungsaufgaben sowie gruppen- und lebensweltbezogene Leistungen in der Gesundheitsförderung, insbesondere für sozial Benachteiligte, werden dem bevölkerungsmedizinisch orientierten „Public Health“ – Ansatz zugerechnet: Sie sind für ein zukunftsorientiertes, modernes Aufgabenprofil des ÖGD unabdingbar. Angesichts der sich im Zuge der Weltfinanzkrise absehbar verschärfenden sozioökonomischen Problemlagen auch in Deutschland dürften sie weiter an Bedeutung gewinnen.

Die im Jahr 2006 gebildete organisatorische Einheit Gh/Stab „Gesundheitsförderung“ mit direkter Unterstellung unter die Amtsleitung sollte die besondere Bedeutung bereichsübergreifender planerisch - koordinierender Aufgabenstellungen zum Ausdruck bringen. Dabei wurde damals in Kauf genommen, dass in die Organisationseinheit auch Arbeitsgebiete (v.a. Projektaktivitäten im Gesundheitsstudio, migrationsbezogene Präventionsarbeit) eingegliedert waren, die im Grunde keine Stabsfunktionen beinhalten.

Die Erfahrungen mit Gh/Stab haben gezeigt, dass sich die Arbeitsweise dieser organisatorischen Einheit nicht grundsätzlich von denen der anderen Bereiche unterscheidet. Bereichsübergreifende Fragestellungen - ob der Impuls von Gh/Stab oder anderen Bereichen kommt - werden grundsätzlich auf der Ebene der Koordinierungskonferenz (KoKon) des Gh abgehandelt und ggf. in Projektgruppen weiter bearbeitet.

## **1.3 Künftige Wahrnehmung der kommunalen Gesundheitsplanung**

Bis zum Amtsleitungswechsel 2006 wurden die Aufgaben einer konzeptionellen kommunalen Gesundheitsplanung im Rahmen der Stabsstelle „fachliche Koordination und Gesundheitsplanung“ durch den derzeitigen Amtsleiter wahrgenommen. In Fragen einer projektorientierten Planung gesundheitsfördernder Aktivitäten bestand eine enge Kooperation mit der Leitung des damaligen Bereichs Gesundheitsförderung. Beide Stelleninhaber besaßen eine wissenschaftliche Weiterbildungsqualifikation, die den Anforderungen der heutigen Public Health - Studiengänge entspricht.

Seit dem Amtsleitungswechsel und der Ruhestandsversetzung des Leiters von Gh/Stab fehlt Gh eine Fachkraft für konzeptionelle planerische und koordinative Aufgaben mit einer Public Health - Qualifikation bzw. einer vergleichbaren Qualifikation. Um entsprechende Fachkompetenzen im Amt wieder aufbauen zu können, absolviert derzeit die Leiterin der Heimaufsicht in Verbindung mit dem „Amtsarztkurs“ ein Master – Studium Public Health. Angesichts der Aufgabenstruktur eines Gesundheitsamtes ist diese Zusatzqualifikation zusammen mit einer medizinischen Ausbildung von großem Vorteil.

## **1.4 Zukünftige Aufgaben im Hinblick auf Gesundheitsförderung / Public Health**

Im Zuge der Konsolidierungsmaßnahmen der letzten Jahre sind die personellen Kapazitäten in der Gesundheitsförderung bei Gh erheblich reduziert worden. Personelle Veränderungen in diesem Aufgabengebiet (Ruhestandsversetzungen, Realisierung von Konsolidierungsbeschlüssen) legten konzeptionelle Neuüberlegungen nahe, die insbesondere zwei Entwicklungstendenzen Rechnung tragen sollen:

- Wie schon ein KGSt-Bericht von 1998 zu „Zielen, Leistungen und Steuerung des kommunalen Gesundheitsdienstes“ dargelegt hat, werden Planungs-, Koordinierungs-, Qualitätssicherungsaufgaben einen immer größeren Stellenwert auch in der Gesundheitsförderungsarbeit der Gesundheitsämter einnehmen. Die Aufgabe von Gh in diesem Bereich wird verstärkt darin bestehen darauf hinzuwirken, dass, insbesondere für die Zielgruppe sozial Benachteiligter, geeignete Angebote anderer Akteure dort nachhaltig platziert werden, wo der Bedarf am größten ist.  
Eine umsetzungsorientierte Gesundheitsberichterstattung, Bemühungen um sozialräumliche Koordinierung gesundheitlicher, insbesondere präventiver Angebote und Unterstützung bei der Evaluierung von Maßnahmen zielen in diese Richtung. Aber auch eine kritische Öffentlichkeitsarbeit (z.B.: Was sind gesicherte Risiken? Welchen Einfluss haben soziale Lebenslagen? Welcher Nutzen ist bei welchen präventiven Maßnahmen belegt?) kann hier einen wichtigen Beitrag leisten.
- Der demographische Wandel ist durch ein rasches Wachstum des Anteils der älteren Bevölkerung bei gleichzeitig sinkender Geburtenrate gekennzeichnet. Präventive Maßnahmen gewinnen an Bedeutung: Sie sollten zum einen den Erhalt von Selbstständigkeit, Lebensqualität und Wohlbefinden bis ins hohe Alter sicherstellen, zum anderen aber auch tertiärpräventiv z.B. die Einschränkung von Mobilität verzögern bzw. Mobilitätseinschränkungen rückgängig machen können.  
Natürlich ist die Gesundheitsförderung im Kindesalter wichtig, um lebenslange Grundlagen für eine positive gesundheitliche Entwicklung zu legen. Ebenso sollte aber auch die ältere Generation - bis zu Menschen in Pflegeheimen - in präventive Konzepte miteinbezogen werden. Gesundheitsfördernde Konzepte müssen für verschiedene Alters- und Zielgruppen entwickelt und erprobt werden.  
Aufgrund der geringen personellen Ressourcen von Gh wird dies jedoch nur punktuell, impulsgebend - koordinierend, in Zusammenarbeit mit anderen städtischen (z.B. SenA) und nicht-städtischen Kooperationspartnern möglich sein.
- Im Rahmen einer am Public Health - Konzept orientierten Gesundheitsberichterstattung und kommunalen Gesundheitsplanung sollten auch Untersuchungen zu einzelnen Versorgungsaspekten eine Rolle spielen. Im Hinblick auf ältere Menschen wäre hier z.B. zu nennen: Stadtteilbezogene Untersuchungen zur Inanspruchnahme gesundheitsfördernder Angebote durch selbständig lebende Senioren oder Untersuchungen zur fachärztlichen Versorgung in Pflegeheimen.  
Auch hier gilt: Dies wird nur punktuell möglich sein. Insbesondere eignen sich Fragestellungen, für die erkennbar ist, dass aus den Ergebnissen der Untersuchung gemeinsam mit Kooperationspartnern praktische Konsequenzen gezogen werden können.
- Die begrenzten Ressourcen bei Gh legen es nahe, sich verstärkt darum zu bemühen, Projektaktivitäten, v. a. im Gesundheitsförderungs-, Public-Health-Bereich, auch über Drittmittelfinanzierungen abzusichern. Eine erfolgversprechende Antragstellung für Drittmittelprojekte (z.B. EU-Projekte, BzGA, Gesund.Leben.Bayern) ist zeitaufwändig, konzeptionell anspruchsvoll und erfordert ein systematisch aufgebautes Know - How.  
Synergieeffekte lassen sich über den Ausbau der interkommunalen Zusammenarbeit mit anderen großstädtischen Gesundheitsämtern (auch über Bayern hinaus) bis hin zu Gemeinschaftsprojekten erzielen. Kooperationen mit Universitäten und dem Bayer. Public - Health – Forschungsverbund können weitere Möglichkeiten bieten.

## **2. Änderungen in der Aufbauorganisation des Amtes**

Um die o. g. Entwicklungstendenzen und sich daraus ergebende Zielsetzungen stärker berücksichtigen zu können, wurden die organisatorischen Strukturen im Sinne einer begrenzten Reorganisation der Bereiche bei Gh verändert.

Organigramme mit der bisherigen und der veränderten Aufbauorganisation sind beigefügt (siehe Anlage).

### **2.1 Zusammenführung der „Bereiche Medizinische Dienste – MD“ und „Kinder- und Jugendgesundheit –KJ“**

Die Sachgebiete KJÄD und ZEBBEK werden in den Bereich MD integriert. Durch die Zusammenführung soll eine stärkere Bündelung medizinischer Aufgaben in einem Bereich, eine einheitliche Qualität der Aufgabenerledigung im Begutachtungswesen und eine Einbindung in langfristige Qualitätsmanagementmaßnahmen erleichtert werden. Dies ist auch im Hinblick auf die künftige Aufgabe einer aufsuchenden Gesundheitshilfe von Bedeutung.

Aufgrund der in der Projektumsetzungsphase besonders engen Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Gesundheitsdienst wird die Stelle „Koordination Frühe Hilfen“ in den Bereich „Medizinische Dienste“ (KJÄD) eingegliedert.

Der Zahngesundheitsdienst (ZGD) wird dem neugebildeten Bereich (siehe 2.2.) zugeordnet.

### **2.2 Einrichtung eines Bereichs „Gesundheitsförderung und –planung, Heimaufsicht“**

Die Einheit „Gh/Stab“ wird aufgelöst. Um die Weiterentwicklung des Public Health-Ansatzes und gesundheitsplanerische Aktivitäten zur Stärkung eines modernen Aufgabenprofils des Gesundheitsamtes organisatorisch - personell besser abzusichern, wird ein neuer Bereich „Gesundheitsförderung und -planung“ geschaffen.

Diesem Bereich wird auch die Heimaufsicht zugeordnet, um dort vorhandene fachliche Kompetenzen für die Erweiterung der Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsarbeit hinsichtlich der Zielgruppe älterer Menschen zu nutzen.

Die bisherige Leiterin der Heimaufsicht übernimmt die Leitung des neuen Bereichs und deckt aufgrund ihrer Public Health-Qualifikation mit einer Halbstelle zukünftig insbesondere folgende weitere Aufgabenschwerpunkte ab:

- gesundheitsplanerische Aufgaben einschl. Durchführung von fachlichen Untersuchungen zu Versorgungsaspekten in Nürnberg
- Sondierung von Antragsmöglichkeiten, Antragstellung von drittmittelfinanzierten Projekten und Initiierung von Kooperationsprojekten mit dem universitären Bereich
- konzeptionelle Planung und Umsetzung von Gemeinschaftsprojekten im Rahmen einer interkommunalen Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsämtern.

Die ärztliche Kapazität in der Heimaufsicht muss erhalten bleiben. Deshalb wird als Kompensation eine ärztliche Halbstelle für diesen Aufgabenbereich geschaffen, die aus dem Einzug der bisherigen Leitungsstelle Gh/Stab gedeckt wird. Die ärztliche Kapazität ist der Bereichsleitung direkt zugeordnet, ebenso wie die beiden Halbstellen für Gesundheitsberichterstattung und migrationsbezogene Gesundheitsarbeit sowie 1,5 Vollzeitstellen für gesundheitspädagogische Arbeit (Schwerpunkte Ernährung/Bewegung).

Aufgrund seiner engen fachlichen Nähe zu ernährungsbezogenen gesundheitsfördernden Aktivitäten wird auch das Sachgebiet „Zahngesundheitsdienst“ in den neuen Bereich eingegliedert.

Das Sachgebiet „Heimaufsicht“ wird künftig von einer Verwaltungsfachkraft geleitet. Die Bestimmung der fachlichen Grundlinien und zentrale Aufgaben der Öffentlichkeits – und Gremienarbeit sind der Bereichsleitung zugewiesen, die weiterhin im Rahmen einer Halbstelle auch ärztliche Aufgaben in der Heimaufsicht wahrnimmt.

### **2.3 Koordination sozialräumlicher Aktivitäten des Gesundheitsamtes**

Gh wird sich künftig verstärkt um die (stadtteilbezogene) sozialräumliche Koordinierung gesundheitsbezogener, v.a. präventiver bzw. gesundheitsfördernder Aktivitäten, bemühen. Hier ist eine enge Kooperation mit den in der Sozialverwaltung angesiedelten Stadtteilkoordinatoren und mit Projekten der „Sozialen Stadt“ geplant. Ziel ist es, aus gesundheitsbezogener Perspektive an der Erarbeitung von Sozialraumprognosen zur Bedarfsfeststellung mitzuwirken. Auf dieser Grundlage sollen dann Angebote Dritter, insbesondere für benachteiligte Stadtgebiete, erschlossen werden.

Diese Aufgabe wird von der bisherigen stellvertretenden Leitungsstelle Gh/Stab wahrgenommen, in der Stabsfunktionen für die Amtsleitung gebündelt waren. Im Rahmen dieser Stelle werden auch u.a. Aufgaben in der Öffentlichkeitsarbeit des Amtes und die Koordination migrationsbezogener Ansätze (Koordinationsstelle Migration und Gesundheit, MiMi-Projekt, siehe TOP 6 der Sitzung des Gesundheitsausschusses am 18.06.2009) wahrgenommen. Wg. ihrer Stabsfunktion wird sie organisatorisch direkt der Amtsleitung unterstellt.

### **3. Finanzielle Auswirkungen**

Im Zuge der Umsetzung der Reorganisation ergeben sich Veränderungen im Stellenplan von Gh. Dies führt zu einer rechnerischen Einsparung von jährlich ca. 11.000 €. Der Betrag wird auf die durch Gh zu erbringenden Konsolidierungsmaßnahmen, insbesondere die Umsetzung der Arbeitszeitverlängerung für Beschäftigte, angerechnet.

Mai 2009  
Gh

Dr. Beier

Anlagen: Bisheriges und künftiges Organigramm Gh