
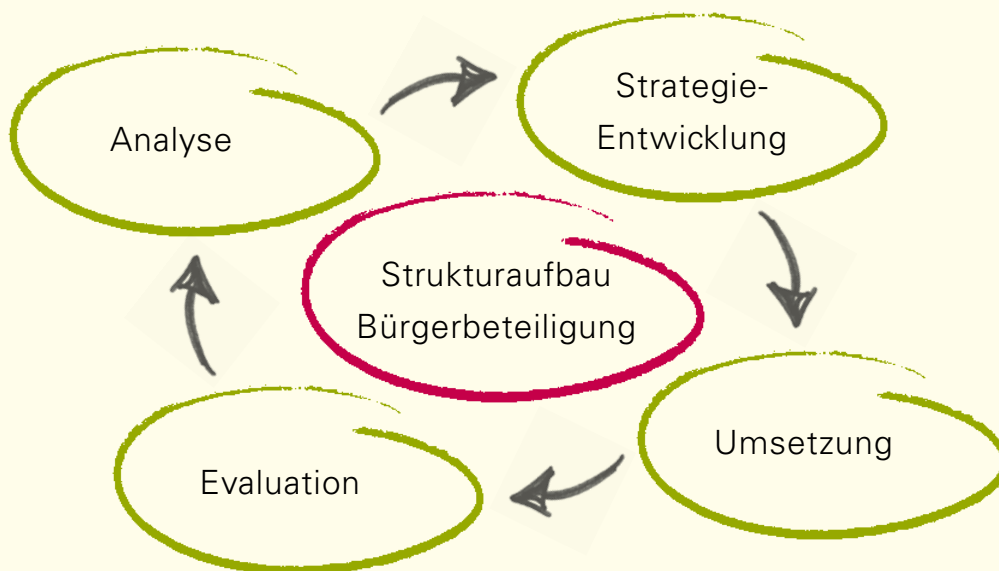



Handlungsempfehlungen für den Aufbau einer Gesundheitsplanung im Öffentlichen Gesundheitsdienst

 Ergebnisse eines Pilotvorhabens in Baden-Württemberg



Handlungsempfehlungen für den Aufbau einer Gesundheitsplanung im Öffentlichen Gesundheitsdienst

 Ergebnisse eines Pilotvorhabens in Baden-Württemberg

Die vorliegende Broschüre basiert auf den Ergebnissen des Pilotvorhabens
„Erarbeitung eines Fachplanes Gesundheit auf Ebene der Land- und Stadtkreise
im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz
unter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger“.

Impressum



Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
Nordbahnhofstraße 135 | 70191 Stuttgart
Telefon 0711 904-35000 | Fax 0711 904-35010 | abteilung9@rps.bwl.de
www.rp-stuttgart.de | www.gesundheitsamt-bw.de

ANSPRECHPARTNER

Dr. Torben Sammet
Telefon 0711 904-39407
torben.sammet@rps.bwl.de

OKTOBER 2017

AUTORINNEN UND AUTOREN (in alphabetischer Reihenfolge)

Christian Albrich
Landratsamt Enzkreis, Netzwerk Looping

Bettina Brandeis
Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis

Jodok Erb, Vanessa Hellmann und Lina Wallus
Landeshauptstadt Stuttgart

Monika Firsching und Anja Manns
Landratsamt Reutlingen

Dr. Monika Grillenberger
Landratsamt Karlsruhe

Ellen Hipp
Landratsamt Lörrach

Dr. Torben Sammet
Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

Prof. Dr. Bertram Szagun
Hochschule Ravensburg-Weingarten

SATZ | DRUCK

TYPOfactory Stuttgart GmbH, Telefon 0711 818810 | Asterion Germany GmbH, Telefon 06204 9686-8616

HAFTUNGSAUSSCHLUSS

Die Informationen in dieser Broschüre wurden nach bestem Wissen und Gewissen sorgfältig zusammengestellt und geprüft. Es wird jedoch keine Gewähr – weder ausdrücklich noch stillschweigend – für die Vollständigkeit, Richtigkeit, Aktualität oder Qualität und jederzeitige Verfügbarkeit der bereit gestellten Informationen übernommen. In keinem Fall wird für Schäden, die sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben, eine Haftung übernommen.

INTERNETSEITEN DRITTER/LINKS

Diese Broschüre enthält auch Links und Verweise auf Internetseiten Dritter. Es wird weder eine Verantwortung für die Verfügbarkeit oder den Inhalt solcher Internetseiten übernommen, noch eine Haftung für Schäden oder Verletzungen, die aus der Nutzung – gleich welcher Art – solcher Inhalte entstehen. Mit den Links zu Internetseiten Dritter wird lediglich der Zugang zur Nutzung von Inhalten vermittelt. Für illegale, fehlerhafte oder unvollständige Inhalte und für Schäden, die aus der Nutzung entstehen, haftet allein der Anbieter der Seite, auf welche verwiesen wurde.

BILDNACHWEIS

© Gemeinde Linkenheim-Hohenstetten: S. 24, 25 | © Landratsamt Lörrach: S. 30 | © Landratsamt Reutlingen: S. 37 |
© Stadt Weinheim: S. 38, 39 | © Landeshauptstadt Stuttgart: S. 46 | © Rido, fotolia.com: S. 49, 54 |
© Monkey Business, fotolia.com: S. 51 | © keki, fotolia.com: S. 56

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
1. Einführung	6
2. Inhalte des Pilotvorhabens	8
3. Zentrale Ergebnisse des Pilotvorhabens	10
3.1 Prozessschritte der Gesundheitsplanung	10
3.2 Ziele und Nutzen der Gesundheitsplanung	12
4. Einblick in die Praxis	14
4.1 Enzkreis	14
4.2 Landkreis Karlsruhe	20
4.3 Landkreis Lörrach	25
4.4 Landkreis Reutlingen	31
4.5 Rhein-Neckar-Kreis	38
4.6 Landeshauptstadt Stuttgart	42
5. Handlungsempfehlungen für den Aufbau einer Gesundheitsplanung	47
5.1 Strukturaufbau	47
5.2 Bürgerbeteiligung	51
5.3 Analyse	53
5.4 Strategieentwicklung	56
Literatur	59

Vorwort



Wir wollen in Baden-Württemberg gemeinsam mit der kommunalen Ebene das Gesundheitswesen im Sinne des Gesundheitsleitbildes Baden-Württemberg weiterentwickeln. Mit dem Landesgesundheitsgesetz und dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) haben wir den Weg für Planungs- und Steuerungsaufgaben im Gesundheitsbereich auf Kreisebene bereitet.


Das Land hat die Kommunalen Gesundheitskonferenzen durch seine Finanzierungszusage gestärkt, damit sie zukünftig noch wirksamer die Aufgaben der Steuerung und Vernetzung auf regionaler Ebene wahrnehmen können. Gleichzeitig wurden bei der Novellierung des ÖGDG die Gesundheitsplanung und Gesundheitsberichterstattung (GBE) als gesetzliche Aufgabe definiert. Damit ermöglichen wir den Gesundheitskonferenzen eine solide Basis für die Gesundheitsplanung. Die Erkenntnisse aus der GBE dienen als Grundlage für die Bestands- und Bedarfsanalyse. Auch der Gesundheitsatlas Baden-Württemberg, den wir in den letzten Jahren auf- und ausgebaut haben, trägt dazu bei, regionale Daten für Planungsaufgaben abrufen zu können.

Besonders freut es mich, Ihnen nun die Handlungsempfehlung für den Aufbau einer Gesundheitsplanung im Öffentlichen Gesundheitsdienst als Ergebnis aus dem Pilotvorhaben mit sechs Land- und Stadtkreisen vorlegen zu können. Die Handlungsempfehlung ist als Arbeitshilfe gedacht für diejenigen Land- und Stadtkreise, die jetzt mit den Planungsaufgaben beginnen. Sie sollen von den vielfältigen Erfahrungen und der wissenschaftlichen Begleitung profitieren können. Mein besonderer Dank gilt dem Landesgesundheitsamt, das als fachliche Leitstelle dieses Pilotvorhaben durchgeführt hat und Sie auch in Zukunft mit einem bedarfsgerechten Fortbildungsangebot unterstützen wird.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Manne Lucha'.

*Manne Lucha, MdL
Minister für Soziales und Integration*

1. Einführung

 Das Gesundheitswesen steht auch in Baden-Württemberg vor großen Herausforderungen. Zu nennen sind insbesondere die Alterung der Gesellschaft, die Zunahme chronischer Erkrankungen und die Begrenztheit der finanziellen Möglichkeiten.

Vor dem Hintergrund der Herausforderungen an das Gesundheitssystem wurde ein Dialogprozess mit den Bürgerinnen und Bürgern sowie den Partnern des Gesundheitswesens zu unterschiedlichen gesundheitsrelevanten Themen angestoßen.

Gesundheitsdialoge haben Fragen der medizinischen und pflegerischen Versorgung, der Versorgungsstrukturen sowie der Prävention und Gesundheitsförderung, einschließlich des Themas Arbeit und Gesundheit, zum Inhalt. Die Herausforderungen des Gesundheitswesens sollen aufgenommen werden, indem alle relevanten Akteure, Patientinnen und Patienten sowie Bürgerinnen und Bürger beteiligt werden.

Das in einem umfassenden Beteiligungsprozess entwickelte Gesundheitsleitbild dient der Orientierung für den Gesundheitsdialog auf Landesebene, Kreis- und Gemeindeebene. Als gemeinsame Ziele sind im Gesundheitsleitbild die stärkere Ausrichtung des Gesundheitswesens an den Bürgerinnen und Bürgern, eine engere Vernetzung der Akteure sowie eine bedeutendere Beteiligung der kommunalen Ebene verankert. Diese Weiterentwicklung des Gesundheitssystems in den Handlungsfeldern „Gesundheitsförderung und Prävention“, „medizinische Versorgung“ und „stationäre und ambulante Pflege“ beschreibt das Leitbild als gemeinsame Aufgabe aller Beteiligten.


Die Einbindung der kommunalen Ebene erfolgt über die Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK), die durch das am 30. Dezember 2015 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg und zur Änderung anderer Gesetze (Landesgesundheitsgesetz) gesetzlich verankert wurden (LGG § 5). Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen sind zum einen Steuerungsgremien, die über bedarfsorientierte, kommunale Analysen und Handlungsempfehlungen zur Gesundheit beraten und über deren Umsetzung entscheiden. Sie ermöglichen zudem Prozesse, in denen die relevanten Akteure gemeinsam über kommunale Stärken und Schwächen verhandeln, den kommunalen Bedarf feststellen und nach Lösungen suchen.

Unterstützt werden die Kommunalen Gesundheitskonferenzen durch die Gesundheitsplanung, die mit der Novellierung des Gesetzes über den ÖGD im Dezember 2015 als neue Aufgabe der Gesundheitsämter in Baden-Württemberg verankert wurde (ÖGDG § 6 Abs. 1). Um erste Erfahrungen zu den notwendigen Voraussetzungen und möglichen Vorgehensweisen der Gesundheitsplanung in Baden-Württemberg zu sammeln, wurde auf Grundlage des Gesundheitsleitbildes, der Erfahrungen der Gesundheitsdialoge und der Strukturen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen von Dezember 2014 bis Mai 2016 das Pilotvorhaben „Erarbeitung eines Fachplanes Gesundheit auf Ebene der Land- und Stadtkreise im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz unter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger“ durchgeführt.

Aus den Ergebnissen des Pilotvorhabens lassen sich Erkenntnisse für die Gesundheitsplanung des ÖGD ableiten, die in den nachfolgenden Kapiteln dargestellt werden. Nach einer kurzen Einführung in das Pilotvorhaben (Kapitel 2) folgt eine Übersicht zentraler Ergebnisse, die u. a. zu einer Weiterentwicklung des Verständnisses der Gesundheitsplanung und ihrer Prozessschritte, Methoden und Ziele beitragen (Kapitel 3). Daran schließen sich ein praxis-

naher Einblick in die Gesundheitsplanungen der sechs beteiligten Land- und Stadtkreise (Kapitel 4) und abgeleitete Handlungsempfehlungen für den Aufbau einer Gesundheitsplanung im ÖGD (Kapitel 5) an. Damit steht eine Orientierungshilfe für die Umsetzung der Gesundheitsplanung und deren Weiterentwicklung zur Verfügung.

2. Inhalte des Pilotvorhabens

 Das Pilotvorhaben sollte Erfahrungen generieren, wie in Stadt- und Landkreisen im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen und in Verbindung mit Gesundheitsdialogen eine systematische bedarfs- und sozialraumorientierte Gesundheitsplanung gelingen kann.

Die sechs teilnehmenden Land- und Stadtkreise erprobten jeweils den Aufbau einer Gesundheitsplanung zu mindestens einem der *Handlungsfelder des Gesundheitsleitbildes*:

- ▶ *Gesundheitsförderung und Prävention* zu den Gesundheitszielen „Gesund aufwachsen“ oder „Gesund und aktiv älter werden“
- ▶ *Medizinische Versorgung* (ambulant und stationär, kurativ und rehabilitativ, sektoren- sowie kreisübergreifend)
- ▶ *Stationäre und ambulante Pflege* und deren Vernetzung mit örtlichen Betreuungs-, Pflege- und Unterstützungsstrukturen sowie geriatrischer, kurativer und rehabilitativer Versorgung

Die Wahl eines Themenschwerpunktes innerhalb des gewählten Handlungsfeldes war möglich.

Die Erprobung der Gesundheitsplanung beinhaltete konkret:

- ▶ Ämterübergreifende Zusammenarbeit des Gesundheitsamtes mit weiteren Arbeitsbereichen der Land- bzw. Stadtkreisverwaltung, der KGK und ihren Akteuren
- ▶ Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger bei der Gesundheitsplanung

- ▶ Zusammenstellung, Auswertung und kartographische Darstellung qualitativer und quantitativer sozialräumlicher Daten zur gesundheitlichen und sozialen Lage einschließlich der medizinischen und pflegerischen Versorgung eines Land- oder Stadtkreises und evtl. auf Ebene von Städten, Gemeinden, Stadt- und Ortsteilen
- ▶ Festlegung einer Strategie mit Zielen, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen des Land- oder Stadtkreises und evtl. für einzelne Städte, Stadtteile und Gemeinden

Die Umsetzung von Handlungsempfehlungen und Maßnahmen sowie die Evaluation der Wirkung der durchgeführten Maßnahmen waren nicht Teil des Pilotvorhabens (vgl. Kapitel 3.1).


Tabelle 1 bietet eine Übersicht über die teilnehmenden Land- und Stadtkreise und deren Handlungsfelder und Themenschwerpunkte. Das Handlungsfeld *Gesundheitsförderung und Prävention* wurde in fünf Land- und Stadtkreisen aufgegriffen. Davon befassten sich vier Land- und Stadtkreise mit dem Gesundheitsziel „Gesund und aktiv älter werden“ und ein Kreis mit dem Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“. Die Handlungsfelder *medizinische Versorgung* und *stationäre und ambulante Pflege* wurden jeweils in zwei Land- bzw. Stadtkreisen aufgegriffen.

In allen Handlungsfeldern kooperierten die Land- und Stadtkreise mit Pilotstädten, -stadtteilen und -gemeinden, um eine detaillierte Analyse und Gesundheitsplanung zu ermöglichen.

LAND- UND STADTKREISE	HANDLUNGSFELDER	THEMENSCHWERPUNKTE
Enzkreis	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Medizinische Versorgung ▶ Stationäre / ambulante Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Medizinische Versorgung (ambulant und stationär, kurativ und rehabilitativ, sektoren- sowie kreisübergreifend) ▶ Stationäre und ambulante Pflege und deren Vernetzung mit örtlichen Betreuungs-, Pflege- und Unterstützungsstrukturen sowie geriatrischer, kurativer und rehabilitativer Versorgung
Landkreis Karlsruhe	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gesundheitsförderung / Prävention 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gesund und aktiv älter werden ▶ Menschen bis zu einem hohen Lebensalter, auch mit körperlichen Einschränkungen, möglichst lange ein selbstständiges, selbstbestimmtes Leben ermöglichen
Landkreis Lörrach	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gesundheitsförderung / Prävention 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gesund und aktiv älter werden ▶ Förderung von zielgruppenspezifischen Bewegungsangeboten für die Altersgruppe 60 / 65+ ▶ Erfassung der Bedürfnisse der Zielgruppe, um ein selbstständiges Leben im Alter ermöglichen zu können
Landkreis Reutlingen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gesundheitsförderung / Prävention ▶ Medizinische Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gesundheitsförderung und Prävention Fokus auf Ebene der Gemeinden ▶ Gesundheitliche Versorgung <ul style="list-style-type: none"> ▶ Themenschwerpunkt 1: Gesundheitliche Dienstleistungen im Landkreis Reutlingen mit Fokus auf den ländlichen Raum ▶ Themenschwerpunkt 2: Im Rahmen der Bürgerbeteiligung werden die Kriterien der Erreichbarkeit diskutiert ▶ Themenschwerpunkt 3: Gesundheitszentrum und Lehrpraxis Hohenstein – synergetische Fachplanung
Rhein-Neckar-Kreis	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gesundheitsförderung / Prävention 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gesund und aktiv älter werden (Generationengerecht und lange selbständig leben in der Stadt Weinheim) ▶ Gesund aufwachsen
Landeshauptstadt Stuttgart	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gesundheitsförderung / Prävention ▶ Stationäre / ambulante Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gesund und aktiv älter werden ▶ Gesundheitsförderung, Prävention inkl. Pflege in einem Stadtteil einer Großstadtkommune mit mehr als 500.000 Einwohner

Tabelle 1: Handlungsfelder und Themenschwerpunkte der teilnehmenden Land- und Stadtkreise.

3. Zentrale Ergebnisse des Pilotvorhabens

 Laut der Novellierung des Gesetzes über den ÖGD vom Dezember 2015 umfasst die den Gesundheitsämtern obliegende Gesundheitsplanung, die Bestands- und Bedarfsanalyse auf der Grundlage der Gesundheitsberichterstattung und „insbesondere das Aufzeigen von Problemfeldern in der Gesundheitsförderung und Prävention, der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowie die Definition von Schnittstellen einschließlich des Koordinierungs- und Vernetzungsbedarfs zwischen den verschiedenen Handlungsträgern und Planungsbereichen.“ (ÖGDG § 6 Abs. 1).

Als Ergebnis des Pilotvorhabens wurde diese Definition der Gesundheitsplanung im ÖGD in Baden-Württemberg durch folgendes Verständnis ergänzt:

„Die Gesundheitsplanung ist ein langfristig angelegter interdisziplinärer Planungsprozess im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz auf Ebene von Land- und Stadtkreisen und deren Städte, Gemeinden, Stadt- und Ortsteile entlang des Public-Health-Action-Cycles zu den Handlungsfeldern *Gesundheitsförderung und Prävention, medizinische Versorgung sowie stationäre und ambulante Pflege*. Die Gesundheitsplanung beinhaltet die datengestützte und bedarfsgerechte Festlegung von Handlungsempfehlungen, Zielen und Maßnahmen sowie deren Umsetzung und Evaluation in den genannten Handlungsfeldern.“

3.1 PROZESSSCHRITTE DER GESUNDHEITSPANUNG

Die Gesundheitsplanung orientiert sich am systematischen Prozess des Public-Health-Action-Cycle (PHAC) mit den vier Phasen Analyse, Strategieentwicklung, Umsetzung und Evaluation (s. Abb. 1). Die einzelnen Phasen können ineinander übergehen und der PHAC ist durch einen Kreislauf im Sinne einer kontinuierlichen Wiederholung der einzelnen Phasen gekennzeichnet. Zentrale Grundlagen der Gesundheitsplanung sind zudem die Querschnittsaufgaben *Strukturaufbau* und *Bürgerbeteiligung*. Dieser systematische Ansatz der Gesundheitsplanung hat sich während des Pilotvorhabens¹ als hilfreich erwiesen.

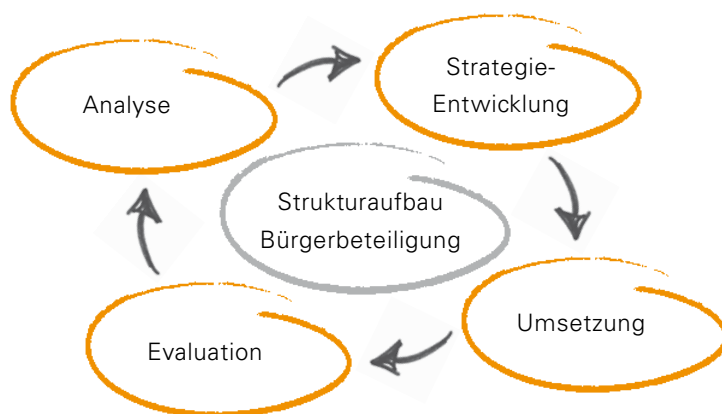


Abbildung 1: Der Prozess der Gesundheitsplanung in Anlehnung an den Public-Health-Action-Cycle.

¹ Das Pilotvorhaben bezog sich auf die Phasen Analyse und Strategieentwicklung und die Querschnittsaufgaben Strukturaufbau und Bürgerbeteiligung (s. Kapitel 2).

STRUKTURAUFBAU

Der Strukturaufbau bildet die Grundlage der Gesundheitsplanung und ist sowohl als Vorarbeit wie auch als Querschnittsaufgabe während des gesamten Prozesses der Gesundheitsplanung zu betrachten. Zum Strukturaufbau zählen:

- ▶ die Erteilung eines Mandats für die Gesundheitsplanung und die Bereitstellung der notwendigen Ressourcen,
- ▶ die ämterübergreifende Zusammenarbeit des Gesundheitsamtes mit weiteren Arbeitsbereichen der Land- bzw. Stadtkreisverwaltung, der KGK und ihren Akteuren, den Städten, Gemeinden, Stadt- und Ortsteilen und evtl. weiteren Akteuren der Bereiche Gesundheit und Soziales und
- ▶ die Festlegung der Entscheidungswege der Gesundheitsplanung des Land- bzw. Stadtkreises.

BÜRGERBETEILIGUNG

Die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger kann eine bedarfsorientierte Gesundheitsplanung während des gesamten Prozesses oder in einzelnen Phasen unterstützen.

Bürgerbeteiligung zielt darauf, die Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger einzubeziehen und diese darin zu stärken, selbstbestimmt Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit treffen zu können und ihre *Selbstwirksamkeit* zu stärken. Beteiligung ist ein zentraler Baustein der Gesundheitsförderung und Voraussetzung für die aktive Gestaltung der eigenen Lebenswelt und bietet einen Zugewinn an Freiheit und Souveränität.

ANALYSE

Ziel der Analysephase ist die Zusammenstellung und Auswertung qualitativer und quantitativer sozialräumlicher Daten zur gesundheitlichen und sozialen Lage einschließlich der medizinischen und pflegerischen Versorgung eines Land- oder Stadtkreises (Kreisprofil). Soweit möglich werden dabei Daten auf Ebene von Städten, Gemeinden, Stadt- und Ortsteilen ausgewertet und kartographisch dargestellt.

DEFINITIONEN

Unter *Bürgerbeteiligung* werden kommunikative Prozesse verstanden, „in denen Personen, die qua Amt oder Mandat keinen Anspruch auf Mitwirkung an kollektiven Entscheidungen haben, die Möglichkeit erhalten, durch die Eingabe von Wissen, Präferenzen, Bewertungen und Empfehlungen auf kollektiv wirksame Entscheidungsfindung direkten oder indirekten Einfluss zu nehmen“ (Renn, 2011).

Die *Selbstwirksamkeit* ist Ausdruck der eigenen Erwartung, gewünschte Handlungen auf Grund eigener Kompetenzen erfolgreich und selbstständig ausführen zu können (Bandura, 1997).



Weiterführende Informationen sind in der „Handlungsempfehlung zur Bürgerbeteiligung bei Gesundheitsthemen“ (LGA, 2014) enthalten:

www.gesundheitsdialog-bw.de/gesundheitsdialog/

Im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention ist zusätzlich zur Analyse qualitativer und quantitativer sozialräumlicher Daten zur gesundheitlichen und sozialen Lage, eine Analyse der Lebensbedingungen in ausgewählten Lebenswelten und der vorhandenen Angebotsstruktur auf Ebene von Städten, Stadtteilen und Gemeinden (Stadt-, Stadtteil-, Gemeinde- und Ortsteilprofile) notwendig.

STRATEGIEENTWICKLUNG

In der Phase der Strategieentwicklung werden aus den Ergebnissen der Analysephase bedarfsgerechte und wenn möglich sozialraumorientierte Handlungsempfehlungen, Ziele und Maßnahmen des Land- oder Stadtkreises und/oder für einzelne Städte, Gemeinden, Stadt- und Ortsteile abgeleitet und festgelegt.

Die fachlich begründeten Ergebnisse der Analysephase und daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen werden häufig als Zwischenschritt in Berichtsform festgehalten. Sie bilden damit eine Vorlage für die politischen Entscheidungsträger und um konkrete Ziele und Maßnahmen zu beschließen.

Abbildung 2 veranschaulicht beispielhaft den Prozess der Strategieentwicklung auf Land- und Stadtkreisebene und zeigt den Zusammenhang zur Ebene der Städte, Gemeinden, Stadt- und Ortsteile.

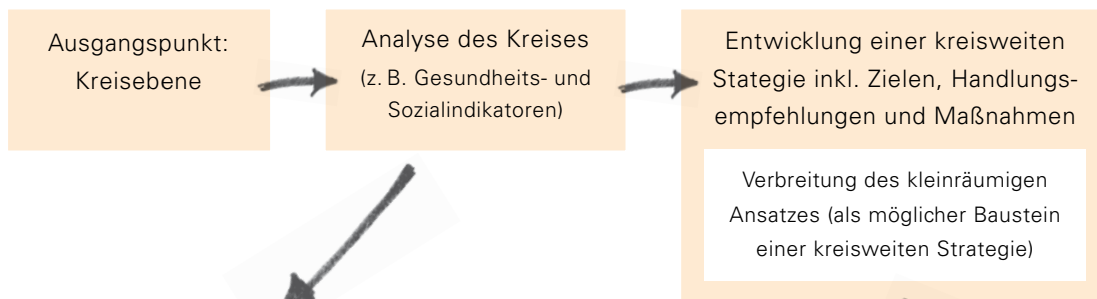
UMSETZUNG

Das Ziel dieser Phase ist die Umsetzung der zuvor festgelegten Handlungsempfehlungen, Ziele und Maßnahmen. Da der ÖGD im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen eher koordiniert und anstößt als umsetzt, ist dessen Aufgabe in dieser Phase hauptsächlich die Sicherstellung der Umsetzung von Handlungsempfehlungen, Zielen und Maßnahmen.

EVALUATION

Diese Phase beinhaltet die Bewertung des Prozesses und der Ergebnisse der durchgeführten Maßnahmen, um eine stetige Weiterentwicklung und Anpassung der Ziele und Maßnahmen zu ermöglichen.

Land- und Stadtkreisebene



Kleinräumiger Setting-Ansatz auf Ebene der Städte, Gemeinden, Stadt- und Ortsteile

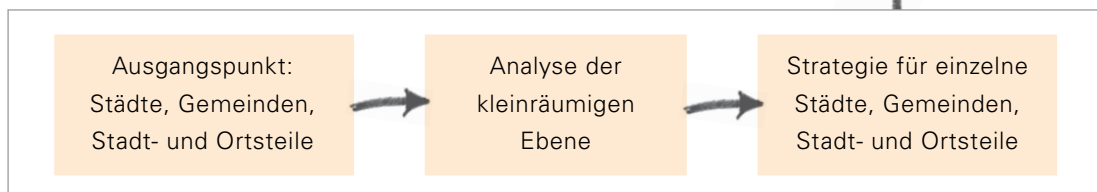


Abbildung 2: Analysephase und Strategieentwicklung der Gesundheitsplanung.

3.2 ZIELE UND NUTZEN DER GESUNDHEITSPANUNG

Während des Pilotvorhabens wurden inhaltliche und strukturelle Ziele der Gesundheitsplanung zusammengetragen und deren möglicher Nutzen erfragt. Die zentralen Ergebnisse sind nachfolgend zusammengefasst und sollen als Beispiele für mögliche Ziele und Nutzen der Gesundheitsplanung dienen.

Inhaltliche Ziele

- ▶ Die Gesundheit aller Bürgerinnen und Bürger, unabhängig von Alter, sozialer Lage, Herkunft, Behinderungen und Geschlecht, auf hohem Niveau erhalten und verbessern.
- ▶ Eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung gewährleisten, indem die Schnittstellen der ambulanten und stationären Versorgung, der Pflege und der Gesundheitsförderung und Prävention stärker verknüpft werden.
- ▶ Gesundheitsförderliche Angebote und Lebensbedingungen für die Bevölkerung bedarfs- und bedürfnisgerecht schaffen und ausbauen.
- ▶ Die gesundheitliche Chancengleichheit verbessern.

Strukturelle Ziele

- ▶ Gesundheitsbelange auf Ebene der Stadt- und Landkreise systematisch, langfristig und bedarfsgerecht planen, steuern und kommunizieren (*capacity building*).
- ▶ Die Zusammenarbeit zwischen behördlichen Arbeitsbereichen in Land- und Stadtkreisen in den Handlungsfeldern „Gesundheitsförderung und Prävention“, „medizinische Versorgung“ und „stationäre und ambulante Pflege“ stärken und weiterentwickeln.
- ▶ Die Gesundheitsämter und die Kommunalen Gesundheitskonferenzen beim systematischen und bedarfsgerechten Einsatz von Ressourcen und bei der Erhöhung der politischen Akzeptanz unterstützen.
- ▶ Die Integration von Beteiligungsprozessen (Fach- und Bürgerdialoge) in die Planungs- und Entscheidungsprozesse der Kommunalen Gesundheitskonferenzen sowie in die resultierende Umsetzung von Maßnahmen.

- ▶ Das Bewusstsein für das Thema Gesundheit im Land- oder Stadtkreis stärken (*advocacy*).
- ▶ Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik (*health in all policies*) durch verstärktes Berücksichtigen des Themas Gesundheit auch in den nicht unmittelbar dafür zuständigen politischen Sektoren mit ihren jeweils spezifischen Zielen und Prioritäten implementieren und stärken.

Der Nutzen einer kommunalen Gesundheitsplanung ergibt sich auf der einen Seite bereits aus ihren Zielen, denn sie ermöglicht es, systematisch etwas für die Gesundheit im Land- oder Stadtkreis zu erreichen. Dies kann durch die zentrale kommunale Verortung des ÖGD und seiner Gesundheitsplanung umfassend geschehen. Im langdauernden Prozess der Entstehung von Erkrankungen können in jeder Phase Fortschritte erzielt werden, sei es durch Verbesserung sozialer Determinanten, sei es durch Einflussnahme auf gesundheitliches Verhalten und die Lebensbedingungen in den einzelnen Lebenswelten oder sei es bei schon vorliegender Erkrankung durch eine Optimierung der ambulanten oder stationären Versorgung.


Darüber hinaus impliziert die kommunale Gesundheitsplanung quasi nebenbei, dass das Thema Gesundheit auf kommunaler Ebene deutlich mehr Gewicht erhält, ganz im Sinne der in der Ottawa Charta beschriebenen „*advocacy for health*“. Und dies stärkt nebenbei den ÖGD vor Ort, der sich dadurch nicht nur als Anwalt für die kommunale Gesundheit profilieren kann, sondern auch als kommunalpolitisch mitgestaltender Akteur, der eben nicht mehr nur als Amt und Verwaltung wahrgenommen wird.

Durch diese *advocacy* sowie durch die konkreten planerischen Kooperationen mit anderen Ämtern wird mittelfristig auch verwaltungsintern die Rolle des ÖGD deutlich gestärkt. Gleichzeitig wird die intersektorale und ämterübergreifende Zusammenarbeit nachhaltig gestärkt und es entstehen Synergieeffekte. Dem nicht ganz unerheblichen Aufwand zum Aufbau einer Gesundheitsplanung steht somit ein erheblicher Nutzen für die Gesundheit und den ÖGD vor Ort gegenüber.

4. Einblick in die Praxis

4.1 ENZKREIS

HINTERGRUND ZUR TEILNAHME AM PILOTVORHABEN

 Seit 2010 finden in Pforzheim und dem Enzkreis Kommunale Gesundheitskonferenzen zu verschiedenen Schwerpunktthemen statt. Die Konferenzen der Jahre 2012 und 2014 befassten sich mit den Themen pflegerische und medizinische Versorgung. Diese Vorarbeiten dienten auch als Grundlage für die Teilnahme am Pilotvorhaben. Die zwei Schwerpunkte sollten nochmals genauer analysiert und miteinander verknüpft werden. Die Erwartungen seitens des Gesundheitsamtes lagen hierbei auf einer genaueren Datenanalyse. Die kleinräumige Datenanalyse der Versorgungsstruktur sollte als Grundlage für das Erkennen von Bedarfen dienen. Des Weiteren wurden die quantitative Befragung der Bevölkerung und ein Bürgerbeteiligungsverfahren in einer Enzkreisgemeinde durchgeführt, um die erkannten Bedarfe mit den Bedürfnissen der Bevölkerung abzugleichen.

ZIELE DER TEILNAHME AM PILOTVORHABEN

Ein wesentliches Ziel der Gesundheitsplanung der Stadt Pforzheim und des Enzkreises war die bessere Vernetzung von verschiedenen Ämtern, Institutionen und Gremien, um Synergien zu schaffen, Doppelstrukturen zu vermindern und dem Thema Gesundheit einen höheren Stellenwert einzuräumen. Dabei sollte auch erreicht werden, dass Gesundheit als Querschnittsaufgabe wahrgenommen wird, die durch Planungen und Entscheidungen in anderen Fachressorts beeinflusst wird.

Fragestellungen hierbei waren:

- ▶ Ist die Gesundheitsplanung mit den bisherigen Strukturen des Gesundheitsamtes (personell/finanziell/strukturell) und den zusätzlichen Ressourcen durch das Pilotvorhaben umsetzbar?
- ▶ Gibt es einen Mehrwert und Synergien in anderen Ressorts?
- ▶ Wird das Gesundheitsamt als Ansprechpartner bei der Planung und Entscheidung anderer Fachressorts erkannt?
- ▶ Findet eine stärkere Bindung und Sichtbarkeit des Gesundheitsamtes bei den Bürgermeistern und Ortsvorstehern statt?
- ▶ Werden Bürgermeister für das Thema „Gesundheit als Standortfaktor“ sensibilisiert?

Ziel der Gesundheitsplanung war es, die Themenfelder und Handlungsschwerpunkte miteinander zu verknüpfen. Besondere Beachtung sollte folgenden Aspekten zukommen:

- ▶ Medizinische Versorgung älterer Menschen (v.a. kranker, behinderter und sozial benachteiligter älterer Menschen)
- ▶ Vernetzung aller beteiligten Akteure der medizinischen Versorgung sowie im Sozial- und Pflegebereich
- ▶ Informations-/Beratungsangebote für Betroffene und deren Angehörige zu medizinischen, sozialen und pflegerischen Versorgungsangeboten

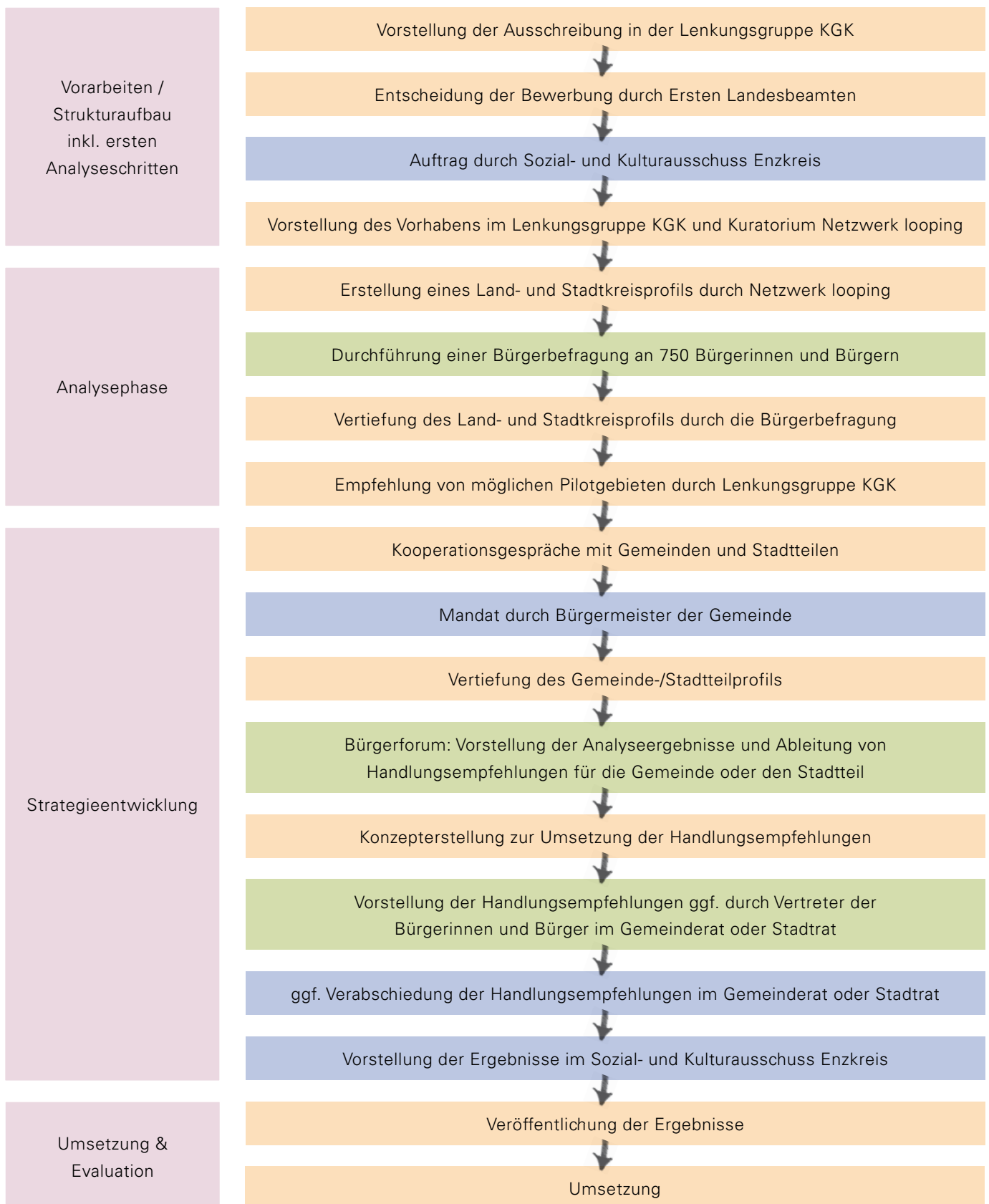


Abbildung 3: Prozessschritte der Gesundheitsplanung im Enzkreis.

- Bürgerbeteiligung
- Mandat
- Planungs- und Umsetzungsschritte

DARSTELLUNG DER PROZESSSCHRITTE

1. Vorarbeiten

- Auftrag und Mandat der Hausspitze und des Sozial- und Kulturausschusses des Enzkreises (s. Abb. 3)
- Einrichtung der Koordinationsstelle
- Festlegung der beteiligten Hauptakteure, Etablierung Lenkungsgruppe
- Auftaktveranstaltung der Lenkungsgruppe unter Einbeziehung der zusätzlichen Kooperationspartner (z.B. Geozentrum Enzkreis, Statistikstelle Stadt Pforzheim, Pressestelle, etc.)

2. Analyse I

- Grundlagen- bzw. Basiskarten zur Bestandsanalyse, kartographische Darstellung der Versorgungsstruktur/-einrichtungen wie Kliniken, Ärztehäuser/Praxen, ambulante/stationäre Versorgungseinrichtungen, Physio-/Psycho-/Ergotherapeuten, Beratungsstellen, ambulante/stationäre Pflegeeinrichtungen, Apotheken, Krankenkassen, etc. in Korrelation zu Bevölkerungsstruktur/-dichte und Erreichbarkeit mit ÖPNV (s. Abb. 4–5). Geographische Zuordnung aller im Wegweiser für ältere Menschen und Seniorenratgeber erfassten Versorgungs-, Pflege- und Sozialeinrichtungen
- Einzugsbereiche und tatsächliche Wegverbindungen

Ambulante Versorgungsstruktur

- Hausärzte
- Fachärzte
- Apotheken
- Podologen
- Logopäden
- Ergotherapeuten
- Physiotherapeuten

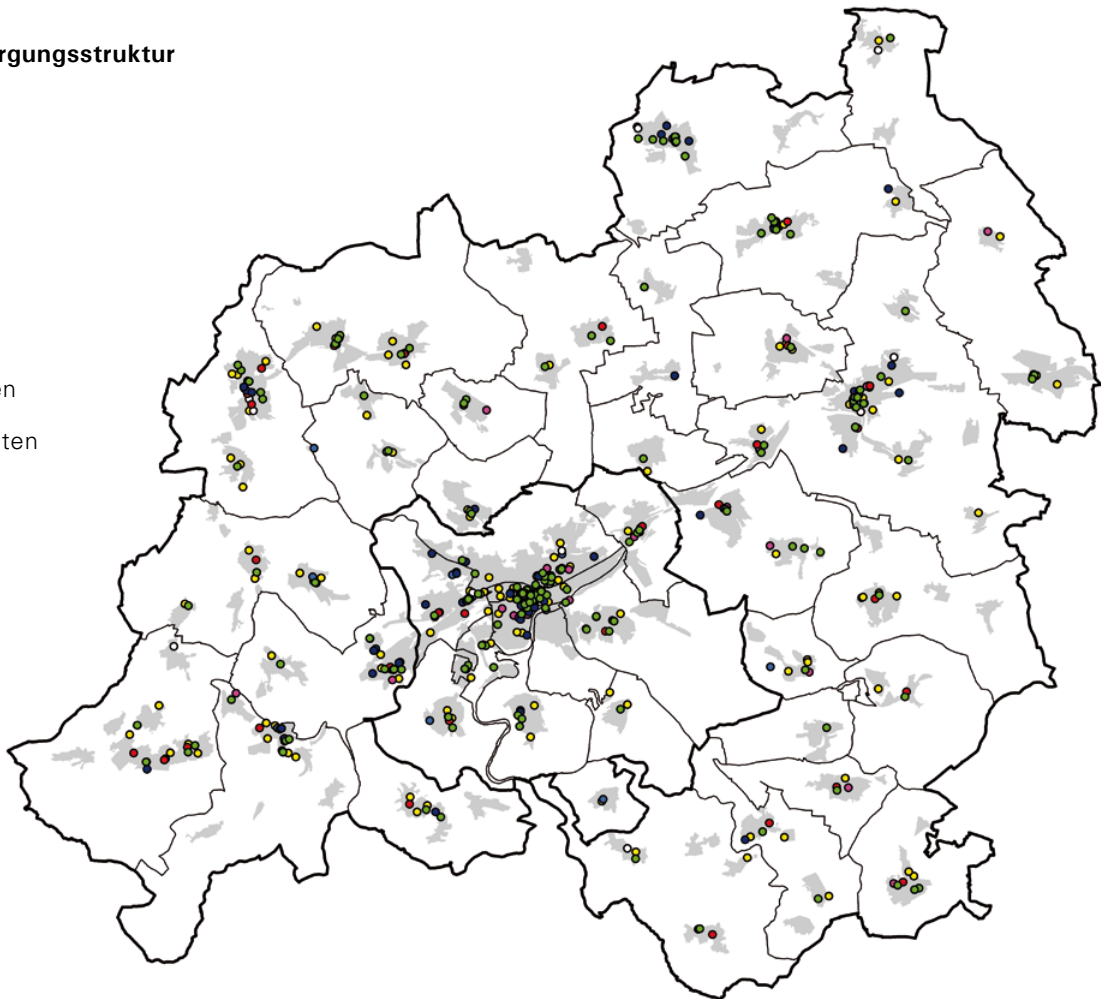
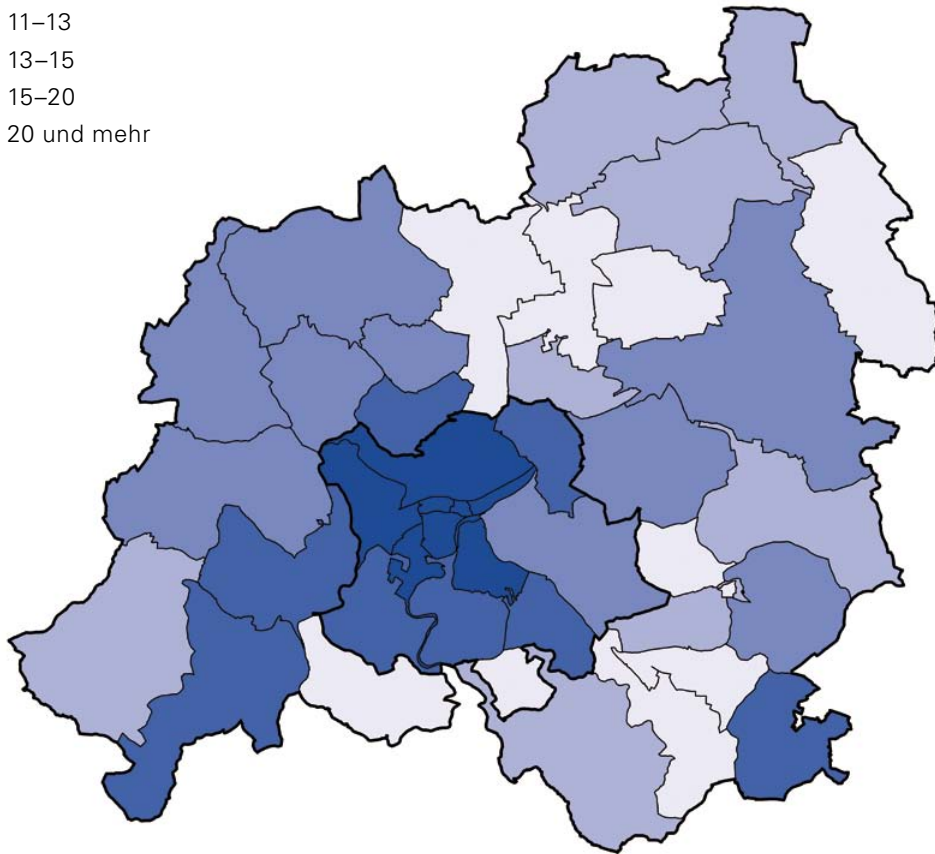


Abbildung 4: Übersichtskarte über die ambulante Versorgungsstruktur des Enzkreises und der Stadt Pforzheims 2015, Daten der Kassenärztlichen Vereinigung (Zugriff im März 2015 unter <https://www.kvbawue.de>) und Abfrage der Heilmittelerbringer über die AOK Nord-schwarzwald ebenfalls im März 2015, Apotheken über Internetrecherche und Landesapothekerkammer im März 2015 (Zugriff im März 2015 unter <https://www.lak-bw.de>).

Prozentualer Anteil der Einpersonenhaushalte an der Gesamtbevölkerung

- 0–11
- 11–13
- 13–15
- 15–20
- 20 und mehr



Gemeinde/Stadtteil	Einpersonenhaushalte in % der Gesamtbevölkerung
Wurmberg	9,6
Engelsbrand	10,1
Neulingen	10,1
Ölbronn-Dürrn	10,2
Hohenwart	10,2
Tiefenbronn	10,5
Ötisheim	10,7
Friolzheim	11,0
Illingen	11,2
Straubenhardt	11,5
Wimsheim	11,6
Kieselbronn	11,7
Neuhausen	12,0
Knittlingen	12,0
Wiernsheim	12,1
Maulbronn	12,2
Sternenfels	12,6
Remchingen	12,7
Königsbach-Stein	12,8
Eisingen	13,1
Niefern-Öschelbronn	13,4
Mönsheim	13,6
Kämpfelbach	13,7
Keltern	13,8
Mühlacker	13,9
Buckenberg	14,8
Huchenfeld	14,9
Heimsheim	15,2
Birkenfeld	15,2
Ispringen	15,7
Neuenbürg	16,4
Büchenbronn	16,7
Würm	17,4
Eutingen	18,7
Dillweißenstein	20,1
Brötzingen	21,2
Nordstadt	23,0
Südstadt	23,4
Südweststadt	26,3
Au	27,3
Oststadt	28,0
Weststadt	28,0
Innenstadt	31,3
Mittelwert Enzkreis	12,5
Mittelwert Pforzheim	21,4
Mittelwert gesamt	15,6

Abbildung 5: Prozentualer Anteil der Einpersonenhaushalte an der Gesamtbevölkerung des Enzkreises und der Stadt Pforzheims in 2013. Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2015) und der kommunalen Statistikstelle der Stadt Pforzheims (<http://www.wspforzheim.de/wsp/geschaeftsbereiche/wirtschaftsfoerderung-kommunale-statistik.html>).

- c. Auswertung der tatsächlichen Situation in der medizinischen Versorgung und Erreichbarkeit der medizinischen Einrichtungen
- d. Darstellung der Versorgungssituation und Prognose
- e. Ergänzung durch qualitative und quantitative Befragungen in Pforzheim/Enzkreis (s. Abb. 6–7)

3. Analyse II

- a. Resümee aller bisherigen Erkenntnisse und Verbesserungsmaßnahmen zu Schnittstellenarbeit, Wünsche und Bedürfnisse der Beteiligten
- b. Priorisierung der Themenbereiche und Weitergabe an entsprechende Gremien und Arbeitskreise

4. Strategiefestlegung

- a. Zieldefinition/Priorisierung von Themenfeldern und -zielen
- b. Festlegung einer Gemeinde im Enzkreis oder eines Quartiers in Pforzheim auf Basis der Daten für eine detaillierte Darstellung der Situation und für einen Bürgerbeteiligungsprozess zu den Themen „Gesundheitsversorgung und Infrastruktur“
- c. Durchführung des Bürgerforums in einer Gemeinde und Dokumentation der Ergebnisse der Bürgerforen und Entwicklung von Maßnahmen

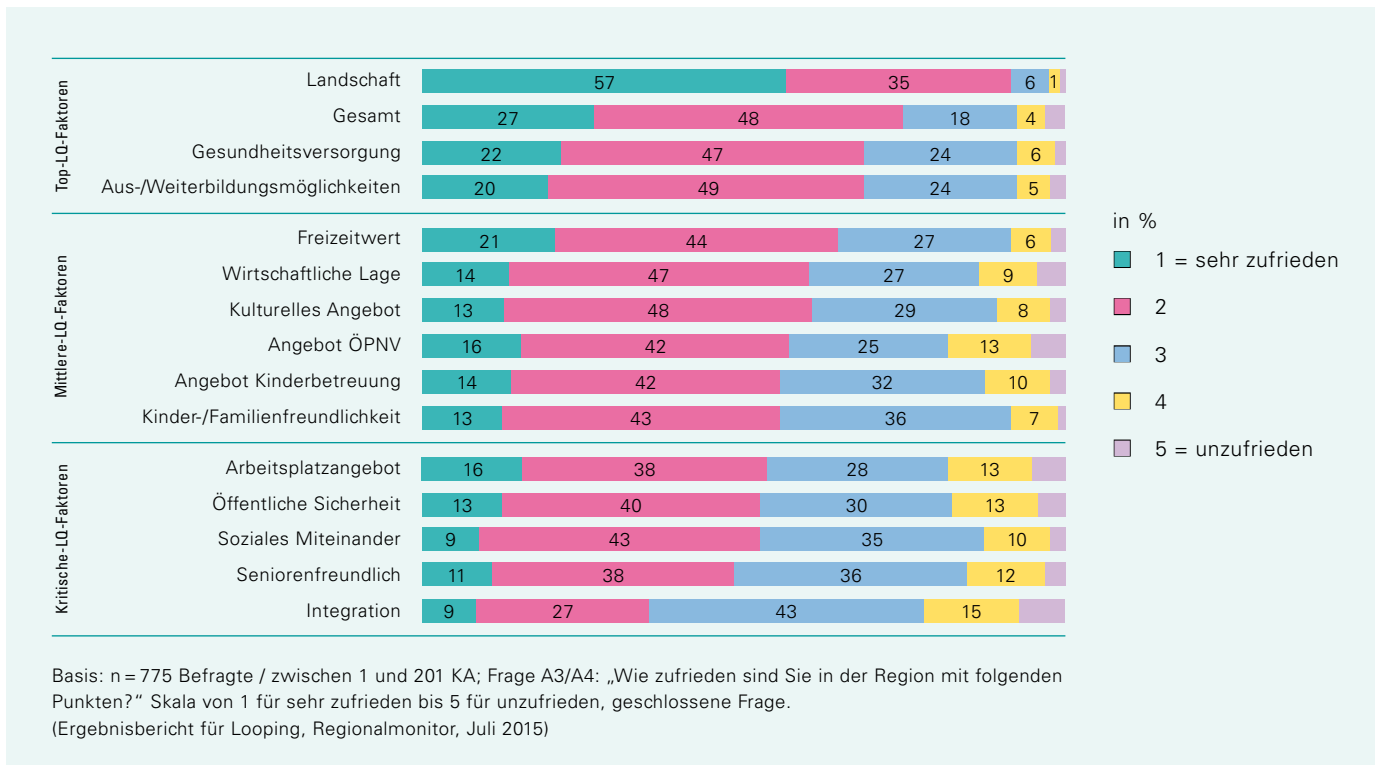


Abbildung 6: Lebensqualität im Enzkreis und der Stadt Pforzheim 2015. Repräsentative telefonische Befragung von 775 Bürgerinnen und Bürgern im Zuge des Regionalmonitors Nordschwarzwald 2015 (weitere Informationen unter: www.enzkreis.de/looping)

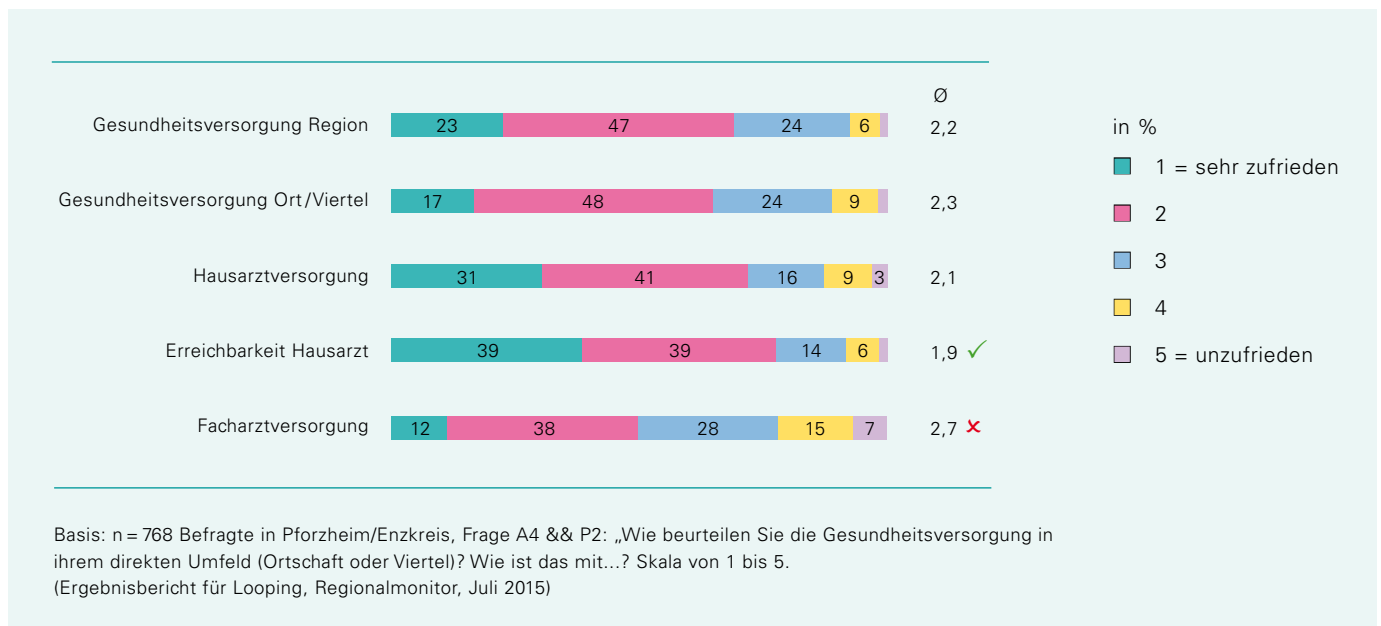


Abbildung 7: Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung im Enzkreis und der Stadt Pforzheim 2015. Repräsentative telefonische Befragung von 768 Bürgerinnen und Bürgern im Zuge des Regionalmonitors Nordschwarzwald 2015 (weitere Informationen unter: www.enzkreis.de/looping).

ZENTRALE ERGEBNISSE AUF KREISEBENE

Da der Schwerpunkt der letzten beiden KGKs im Bereich medizinische Versorgung und Pflege lag, wurde das Instrument der Gesundheitsplanung dazu genutzt, das Thema unter einer detaillierteren Fragestellung zu beleuchten. Die Sicherstellung der wohnortnahen ärztlichen und pflegerischen Versorgung ist Teil der Daseinsvorsorge, einer Aufgabe der kommunalen Verwaltung. Ein weiterer Schwerpunkt lag in der Entwicklung und Unterstützung gesundheitsförderlicher Maßnahmen für ältere Menschen in der Kommune. Diese Themenschwerpunkte bestanden schon im Vorfeld des Pilotvorhabens, doch erst in Zuge dieses Vorhabens konnte die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Umgebung konkret in einer Kommune erprobt werden.

Da der Enzkreis als ländlicher Kreis in naher Zukunft von einem Mangel an Hausärzten bedroht ist und im Wesentlichen die Gruppe der älteren Menschen aufgrund eingeschränkter Mobilität auf eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung angewiesen ist, wurden kreisweite Ziele festgelegt. Auch das starke Interesse anderer Akteure an diesem Thema, wie der Ärzteschaft, der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Gemeinden und der Bürgerinnen und Bürger bekräftigte die Verwaltung, diese Fragestellung anzugehen.

Im Rahmen der Gesundheitsplanung sind folgende Maßnahmen entstanden:

- ▶ Informationsveranstaltungen für medizinische Fachangestellte zu Pflegeangeboten und Beratungsstellen in Pforzheim und dem Enzkreis, da sie primär Ansprechpartner von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen sind
- ▶ Eine Kampagne für angehende Ärztinnen und Ärzte, Wiedereinsteigerinnen und Wiedereinsteiger sowie Klinikärztinnen und Klinikärzte (<http://www.docs4pfenz.de>)
- ▶ Informationen und Vorstellung der Gesundheitsplanung und der Landesinitiative *Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg* in einer Bürgermeisterversammlung
- ▶ Vorstellung der Ergebnisse des Pilotvorhabens in der Kommunalen Gesundheitskonferenz 2016

ERGEBNISSE AUF GEMEINDEEBENE

Durch die Datenanalyse und -interpretation auf Gemeindeebene konnten Stärken und Schwächen der medizinischen und pflegerischen Versorgungsstruktur in dieser Gemeinde beurteilt werden. Außerdem wurde dargestellt, welche gesundheitsförderlichen Aktivitäten für Senioren vor Ort bestehen. Akteure und Schlüsselpersonen in der Gemeinde konnten für die Thematik sensibilisiert und für eine Zusammenarbeit mit dem Netzwerk looping gewonnen werden.

Im Rahmen der Bürgerbeteiligung wurden von Vertreterinnen und Vertretern der Gemeinde das Thema hausärztliche und pflegerische Versorgung sowie Bewegungsangebote für ältere Menschen priorisiert.

Folgende konkrete Ziele, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen sollen im Laufe des Prozesses erarbeitet werden:

- ▶ Sicherung der hausärztlichen Versorgung und der Versorgung des Pflegeheims, da der Hausarzt in absehbarer Zeit in den Ruhestand geht
 - ▶ Handlungsempfehlung: Beratung des Hausarztes durch die Kassenärztliche Vereinigung über Möglichkeiten der Nachbesetzung
 - ▷ Maßnahme: Kontakt zur KV herstellen
 - ▶ Handlungsempfehlung: Teilnahme an der Veranstaltung zur Ärztegewinnung
 - ▷ Maßnahme: Präsentation der Gemeinde
- ▶ Verbesserung der medikamentösen Versorgung (Apotheke)
 - ▶ Handlungsempfehlung: Prüfung der Möglichkeit einer Zweigniederlassung durch einen städtischen Apotheker
 - ▷ Maßnahme: Gespräch des Apothekers mit der zuständigen Kammer und Einbindung des Bürgermeisters
- ▶ Verbesserung der gesundheitsförderlichen Landschaft in der Gemeinde
 - ▶ Handlungsempfehlung: Teilnahme an der Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“

- ▷ Maßnahme noch keine, da Finanzierung noch nicht geklärt
- ▶ Handlungsempfehlung von Vereinen gewünscht: eine Analyse der Bewegungsangebote für ältere Menschen
 - ▷ Maßnahme: Analyse und Kontakt zu badischem Rehabilitationssportverband
- ▶ Integration des Pflegeheims in das Gemeindeleben
 - ▶ Handlungsempfehlung: Verbesserung der ehrenamtlichen Tätigkeit im Heim
 - ▶ Handlungsempfehlung: bessere Auslastung und Bekanntheit der Tagespflege, um die Selbstständigkeit älterer Menschen zu verbessern und pflegende Angehöriger zu entlasten
 - ▷ Maßnahme: verbesserte Öffentlichkeitsarbeit und die Einbindung des Pflegeheimes in Aktivitäten der Gemeinde, Tag der offenen Tür

Weiterführende Information

Seniorenratgeber 2017 der Stadt Pforzheim:

<http://www.pforzheim.de/buerger/rat-hilfe/lebensbereiche/senioren.html>

Wegweiser für ältere Menschen im Enzkreis:

<https://www.enzkreis.de/Kreis-Verwaltung/Familie-Soziales-und-Integration/Sozial-und-Versorgungsamt/Sozialplanung>

<http://www.docs4pfenz.de>

<http://www.enzkreis.de/looping>

4.2 LANDKREIS KARLSRUHE

HINTERGRUND ZUR TEILNAHME AM PILOTVORHABEN

Der Landkreis Karlsruhe hat am Pilotvorhaben Gesundheitsplanung teilgenommen, um die Bereiche Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung des Gesundheitsamtes zu befördern und um eine systematische (Gesundheits-)Planung zu ergänzen, die es bisher in dieser Form noch nicht gibt. Es wurde als Chance gesehen, im Rahmen des Pilotvorhabens die personellen und finanziellen Mittel konzentriert über den Projektzeitraum einzusetzen, um unter Zusammenarbeit mit anderen Ämtern des Landratsamtes, insbesondere mit dem GIS (Geoinformationssystem)-Zentrum die schon länger angestrebte integrierte Gesundheits- und Sozialberichterstattung für den Landkreis voranzubringen. Insbesondere wurde von der fachlichen Begleitung durch das Landesgesundheitsamt sowie dem Austausch mit den weiteren teilnehmenden Stadt- und Landkreisen ein Benefit i.S. eines Wissens- und Erfahrungszuwachses erwartet. Die Teilnahme am Pilotvorhaben zur Gesundheitsplanung erfolgte auf Grundlage der Zustimmung des Landrates, des Jugendhilfe- und Sozialausschusses des Kreistages und des Lenkungskreises der KGK für den Landkreis Karlsruhe.

ZIELE DER TEILNAHME AM PILOTVORHABEN

- ▶ Ermittlung der Bedarfe und Bedürfnisse älterer Menschen im Landkreis bzw. exemplarisch in einer Pilotgemeinde und Erarbeitung von Handlungsempfehlungen und Maßnahmen unter Beteiligung der Akteure sowie der Bürgerinnen und Bürger
- ▶ Erhöhung der Zielgenauigkeit und Überprüfbarkeit der gesundheitsförderlichen Maßnahmen durch eine verbesserte planungs- und steuerungsrelevante Datengrundlage für die KGK
- ▶ Aufbau einer integrierten Gesundheits- und Sozialberichterstattung für den Landkreis
- ▶ Bedarfsorientierter und systematischer Einsatz von Ressourcen für die KGK

DARSTELLUNG DER PROZESSSCHRITTE

Im Landkreis Karlsruhe wurde der Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention und das Handlungsfeld „Gesund und aktiv älter werden“ ausgewählt. Die Prozessschritte der Gesundheits-

planung sind in Abb. 8 dargestellt. Um eine Datenbasis für die Entwicklung einer Strategie und Maßnahmen zu schaffen, wurden verfügbare soziodemografische und gesundheitsbezogene Daten aller Landkreis-Kommunen in einem Landkreisprofil dargestellt (z.B. Abb. 9).

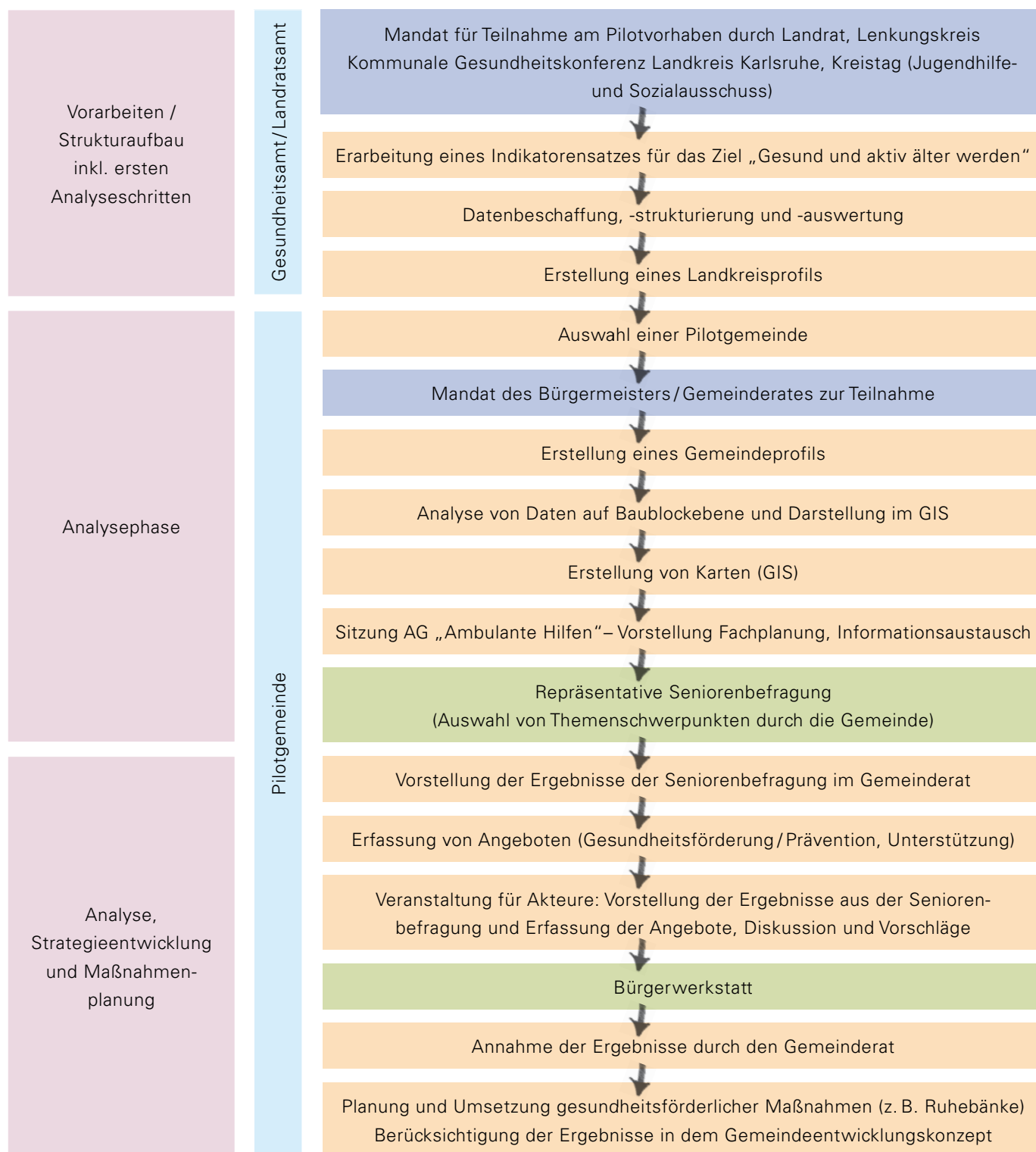


Abbildung 8: Prozessschritte der Gesundheitsplanung im Landkreis Karlsruhe.

■ Bürgerbeteiligung ■ Mandat ■ Planungs- und Umsetzungsschritte

Um eine Fachplanung konkret vor Ort zu erproben, wurde als sog. Pilotgemeinde Linkenheim-Hochstetten ausgewählt. Es wurde ein Gemeindeprofil erstellt (z.B. Abb. 10), eine repräsentative Seniorenbefragung durchgeführt (siehe z.B. Ergebnisse in Abb. 11-12), die Angebote zur Gesundheitsförderung, Prävention und Unterstützung erfasst sowie eine Bürgerwerkstatt durchgeführt. Die Ergebnisse wurden vom Gemeinderat und der Gemeindeverwaltung angenommen und fließen in das sich zurzeit in der Erarbeitung befindende integrierte Gemeindeentwicklungskonzept ein. Einige konkrete Maßnahmen wurden aufgrund der Vorschläge von Akteuren und Bürgerinnen und Bürgern bereits in der Gemeinde umgesetzt, wie z.B. die Erstellung eines Seniorenwegweisers und die Beseitigung von Straßenverschmutzung durch die Aufstellung von Hundekot-tüten-Spendern.

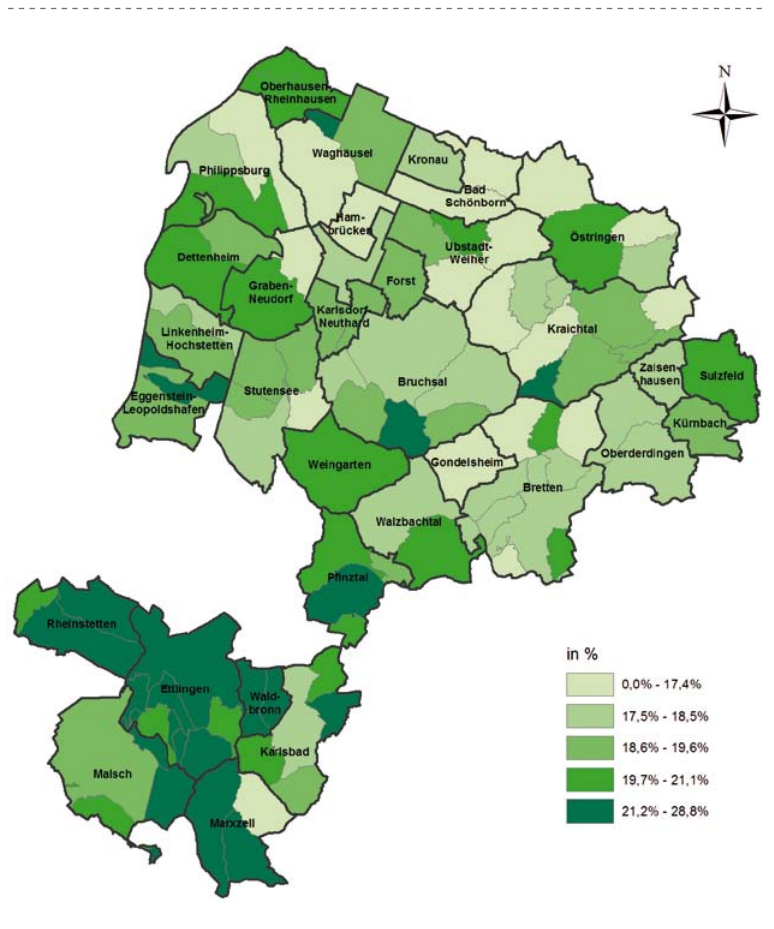


Abbildung 9: Anteil Personen ab 65 Jahre, die nicht in Heimen leben, in den Gemarkungen des Landkreises Karlsruhe (aus dem Landkreisprofil); Karte des Geoinformationssystems des Landkreises Karlsruhe. ▶

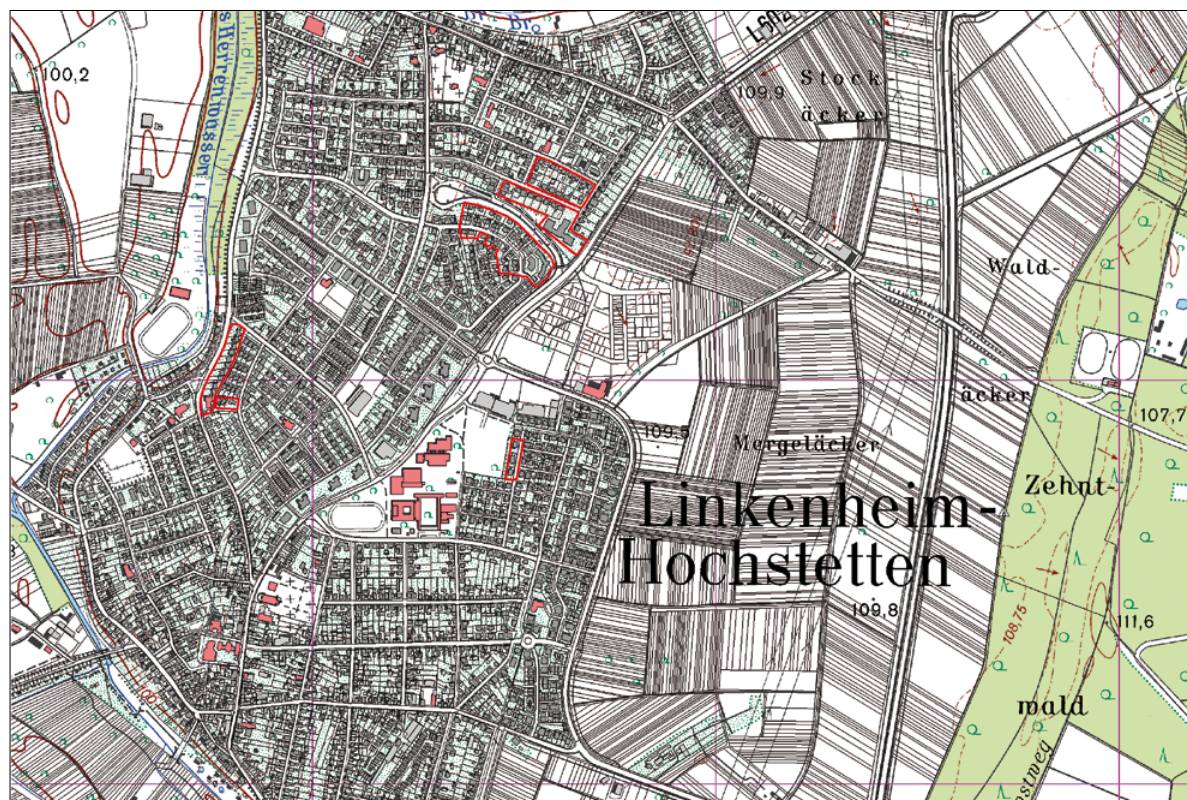


Abbildung 10: Pilotgemeinde des Landkreises Karlsruhe: Baublöcke mit höchsten Anteilen an Personen über 85 Jahre (rot markiert, aus dem Gemeindeprofil); Karte des Geoinformationssystems des Landkreises Karlsruhe.

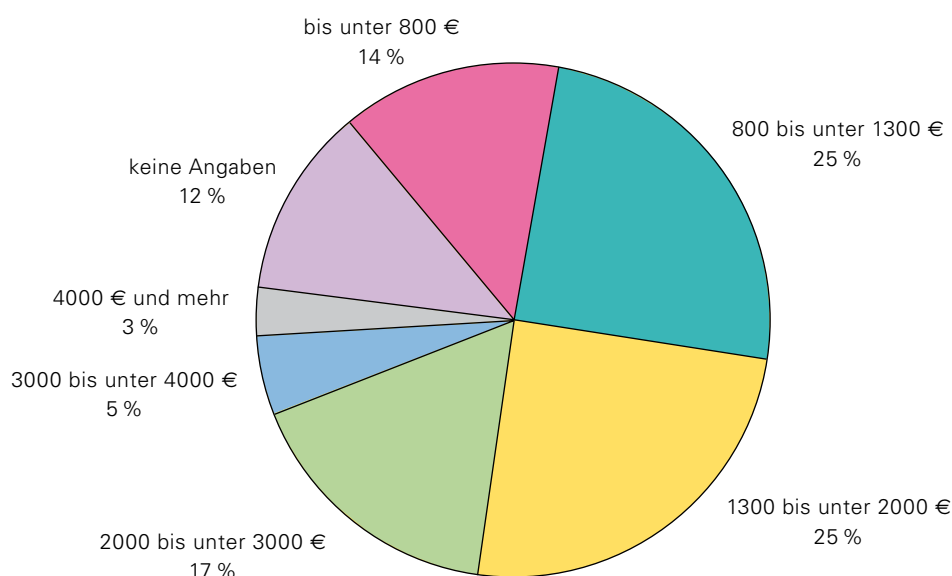


Abbildung 11: Einkommenshöhe von Personen über 65 Jahre: Ergebnis aus der Seniorenbefragung in der Pilotgemeinde des Landkreises Karlsruhe.

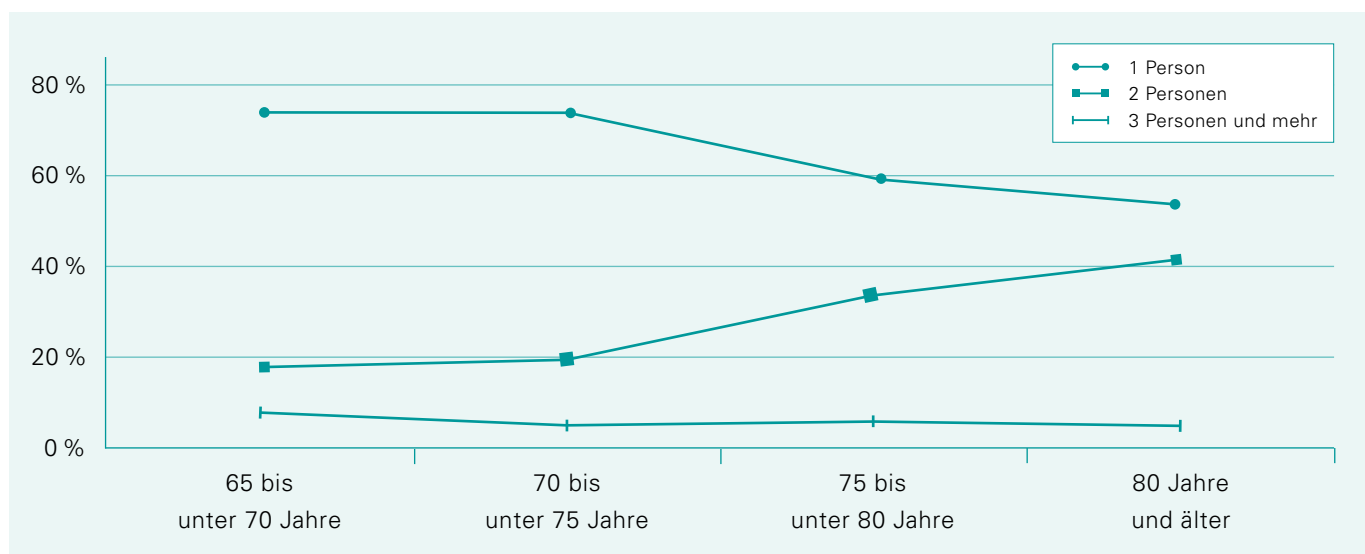


Abbildung 12: Haushaltsgröße nach Alter von Personen über 65 Jahre: Ergebnis aus der Seniorenbefragung in der Pilotgemeinde des Landkreises Karlsruhe.

ZENTRALE ERGEBNISSE AUF LANDKREISEBENE

- ▶ Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Ämtern im Landratsamt und den Gemeinden durch eine Gesundheitsplanung.
- ▶ Aufbau einer tragfähigen Kooperation mit dem GIS-Zentrum (Dezernat V – Umwelt und Technik – Amt für Vermessung, Geoinformation und Flurneuordnung) und der Anlage einer dauerhaften kartographischen Erfassung von Landkreis- und Gemeindedaten im Landratsamt.
- ▶ Schaffung einer Datengrundlage für die Gesundheitsplanung (Landkreisprofil, Gemeindeprofil, Erfassung von Angeboten, Bürgerbefragung, GIS-Karten).
- ▶ Beginn des Aufbaus einer integrierten Gesundheits- und Sozialberichterstattung im Landratsamt Karlsruhe.
- ▶ Die Rolle der KGK bei der Gesundheitsplanung ist bisher

eher gering: Sie bildet den Rahmen für die Hauptakteure Gesundheitsamt/LRA und die betreffende (Pilot-) Gemeinde (und künftig evtl. weitere Gemeinden). Die KGK, vertreten durch den Lenkungskreis, unterstützt die Gesundheitsplanung ideell; erhofft werden dort positive Erfahrungen sowie die Aussicht auf Übertragbarkeit / Nutzung auch in weiteren Gemeinden und eine Datengrundlage der KGK insgesamt.

- ▶ Eine kleinräumige Vorgehensweise (Gemeinde, Ortsteil, Quartier, Baublöcke) ist sinnvoll, aber sehr aufwändig und erfordert einen hohen Einsatz an Personalressourcen.
- ▶ Gesundheitsplanung – wie im Pilotvorhaben durchgeführt – erfordert deutlich höhere personelle und finanzielle Ressourcen als regulär oder auch künftig bereitstellbar.

Daten:

- ▶ Generierung von Wissen für die GBE über Datenbeschaffung auf Landkreisebene und kleinräumiger Ebene (Gemeinde, Ortsteile, Baublöcke) und Möglichkeiten der Datenbereitstellung durch unterschiedliche Datengeber (KIVBF, Agentur für Arbeit, Krankenkassen etc.).
- ▶ Wichtigkeit einer kleinräumigen Datenerfassung (mindestens Gemeindeebene) zur Gesundheitsplanung.
- ▶ Die Datenlage ist verbesserungswürdig, da
 - ▶ bestimmte Daten nicht kleinräumig vorhanden sind;
 - ▶ bestimmte Daten nicht zur Verfügung gestellt werden dürfen (Krankenkassen);
 - ▶ Daten z. T. nur in einzelnen Ämtern des LRA, aber nicht ämterübergreifend (z.B. in GIS) verfügbar sind bzw. ggf. nicht genutzt werden dürfen.



- ▶ Noch weiter zu bearbeiten / klären: welche Daten / Indikatoren sind als Grundlage für die KGK und für eine Gesundheitsplanung erforderlich, insbesondere auf Landkreisebene. Nach wie vor fehlt ein anerkannter kommunaler Indikatorensetz.
- ▶ Die Erhebung von kleinräumigen Daten auf Gemeindeebene ist zeit- und kostenintensiv und sollte daher soweit irgend möglich zentral und einheitlich / vergleichbar auf Landesebene erfolgen.
- ▶ Daten, die auf Landkreisebene erhoben werden, müssen teils

auf lokaler Ebene unter Bürgerbeteiligung verifiziert werden (sind sonst mitunter nicht aussagekräftig genug).



ZENTRALE ERGEBNISSE AUF GEMEINDEEBENE

- ▶ Gute Zusammenarbeit der Gemeinde mit dem Gesundheitsamt bzw. Landratsamt.
- ▶ Die Gemeinde hat sehr von der umfangreichen fachlichen Unterstützung und dem systematischen Vorgehen, das mit der Gesundheitsplanung verbunden ist, profitiert.
- ▶ Ein aktiver Part der Kommunen bei der Gesundheitsplanung und das Erbringen von personeller und finanzieller Eigenleistung sind unabdingbar.
- ▶ In der Pilotgemeinde konnten unterschiedliche Bürgerbeteiligungsformate (Bürgerbefragung und Bürgerwerkstatt) erprobt werden, mit fundierten Ergebnissen und positiven Erfahrungen sowohl für die Gemeinde als auch für das Gesundheitsamt und die KGK.
- ▶ Bürgerbeteiligung ist hilfreich für politische Entscheidungen, jedoch ist es schwierig auch sozial benachteiligte Bürgerinnen und Bürger zu erreichen.
- ▶ Das Gesundheitsamt konnte weitere wichtige Erfahrungen mit einer Gesundheitsplanung im Hinblick auf die geplante Ausrichtung auf kommunale Gesundheitsförderung sammeln.

 Weiterführende Informationen und

Dokumente sind unter

www.landkreis-karlsruhe.de/Gesundheitskonferenz

(Rubrik „Weitere Themen und Aktivitäten“ unter

Pilotvorhaben Fachplan Gesundheit) einsehbar.



Seniorenwegweiser der Gemeinde
Linkenheim-Hochstetten:

[http://linkenheim-hochstetten.de/
index.php/fachplan-gesundheit.html](http://linkenheim-hochstetten.de/index.php/fachplan-gesundheit.html)

4.3 LANDKREIS LÖRRACH

HINTERGRUND ZUR TEILNAHME AM PILOTVORHABEN (ALLGEMEIN)

Die Idee, ausgehend von qualitativen und quantitativen Daten zur gesundheitlichen und sozialen Lage, einschließlich der Versorgung mit räumlichem Bezug, Handlungsziele und Maßnahmen abzuleiten, um die Gesundheit aller Einwohnerinnen und Einwohner zu erhalten, stieß im Landkreis Lörrach auf großes Interesse. Die Geschäftsstelle der KGK hat in ihrer bisherigen Arbeitsweise ebenfalls Daten zur gesundheitlichen Lage als Handlungsgrundlage verwendet, aber nicht unter Einbezug von Bürgerinnen und Bürger in einem gemeinsamen Prozess. Hier versprach sich die Geschäftsstelle KGK im Rahmen des Pilotvorhabens Unterstützung bei der Umsetzung. Zudem ist insbesondere die geforderte intersektorale Zusammenarbeit, gerade auch innerhalb des Landratsamtes, Anreiz gewesen sich an der Ausschreibung zu beteiligen.

HINTERGRUND ZUR TEILNAHME AM PILOTVORHABEN (INHALTLICH):

Das Thema „Gesund älter werden“ rückt im Zuge des demografischen Wandels, auch im Landkreis Lörrach, in den Fokus der Aufmerksamkeit. Die Überlegungen hierzu stützen sich beispielsweise auf die aktuellen Statistiken der Bertelsmann Stiftung, welche besagen, dass es bis zum Jahr 2030 zu einer deutlichen Zunahme in der Altersgruppe 65+ Jahre kommen wird (s. Abb. 13).

Aus diesem Grund wurde innerhalb des Pilotvorhabens im Handlungsfeld *Gesundheitsförderung und Prävention* der Themenschwerpunkt „Gesund und aktiv älter werden“ festgelegt. Zentrale Anliegen waren die „Förderung von zielgruppenspezifischen Bewegungsangeboten für die Altersgruppe 60/65+“, sowie die „Erfassung der Bedürfnisse dieser Zielgruppe, um ein selbständiges Leben im Alter ermöglichen zu können“.

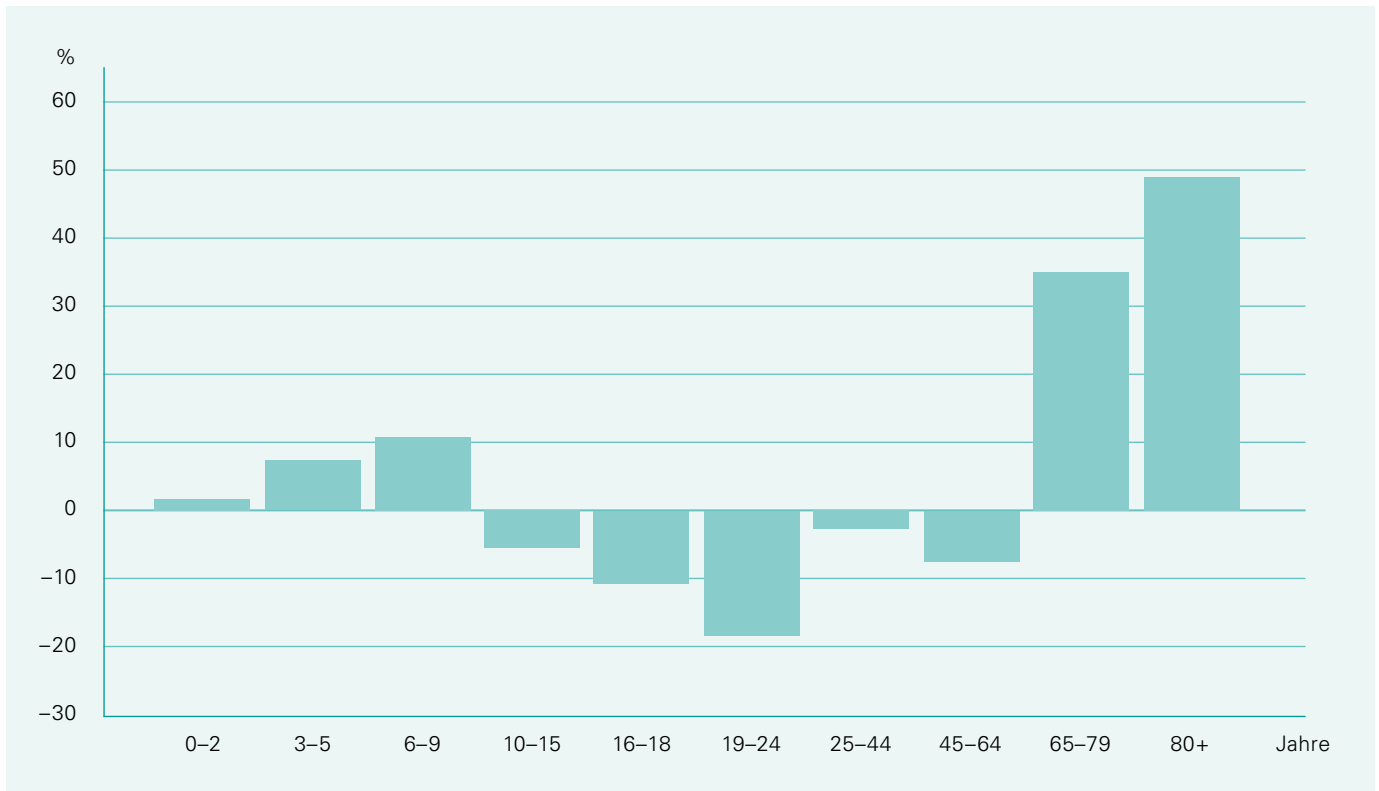


Abbildung 13: Altersstruktur im Landkreis Lörrach von 2012–2030. Bertelsmann Stiftung (2016). Wegweiser Kommune. Zugriff am 18. 5. 2014 unter: <http://www.wegweiser-kommune.de/>

ZIELE DER TEILNAHME AM PILOTVORHABEN

Im Rahmen des Pilotvorhabens verfolgte der Landkreis Lörrach dabei folgende Ziele:

- ▶ Bessere Vernetzung der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen (intern sowie extern).
- ▶ Berücksichtigung und Einbindung von vorhandenen Strukturen.
- ▶ Bedarfsorientierter Einsatz von personellen und finanziellen Ressourcen.
- ▶ Den Auswirkungen des demografischen Wandels entgegenzutreten.
- ▶ Interpretation und Vermittlung von gesundheitsbezogenen Daten, um gesundheitspolitisches Handeln zielgerichtet ausführen zu können.
- ▶ Stärken- und Schwächenanalyse der gesundheitlichen Situation im Landkreis. Daraus abgeleitet Ermittlung des Handlungsbedarfes und Entwicklung von Handlungsempfehlungen.

- ▶ Einbindung der Bürgerinnen und Bürger beim Thema „Gesund älter werden“ mit Hilfe von Bürgerdialogen.
- ▶ Ausbau und Förderung von Bewegungsangeboten für die Zielgruppe 60/65+, welche niedrigschwellig, offen (auch für sozial benachteiligte Menschen) und professionell (mit geschultem Personal) betreut sind.

DARSTELLUNG DER PROZESSSCHRITTE

Das Mandat für die Beteiligung an dem Pilotvorhaben erteilte die KGK des Landkreises Lörrach in ihrer 4. Sitzung am 28.6.2014 (s. Abb. 14). Die Antragstellung erfolgte daraufhin im Herbst 2014 durch die Geschäftsstelle der KGK, welche auch die Federführung der Gesundheitsplanung übernahm.

Um das Vorhaben bekannt zu machen und Pilotgemeinden/-städte zu gewinnen, wurde die Gesundheitsplanung im Bürgermeisterforum des Landkreises vorgestellt. Erfreulicherweise fand sich daraufhin eine interessierte Pilotgemeinde, welche mit ihrem Gemeindeprofil zum geplanten Vorhaben passte.

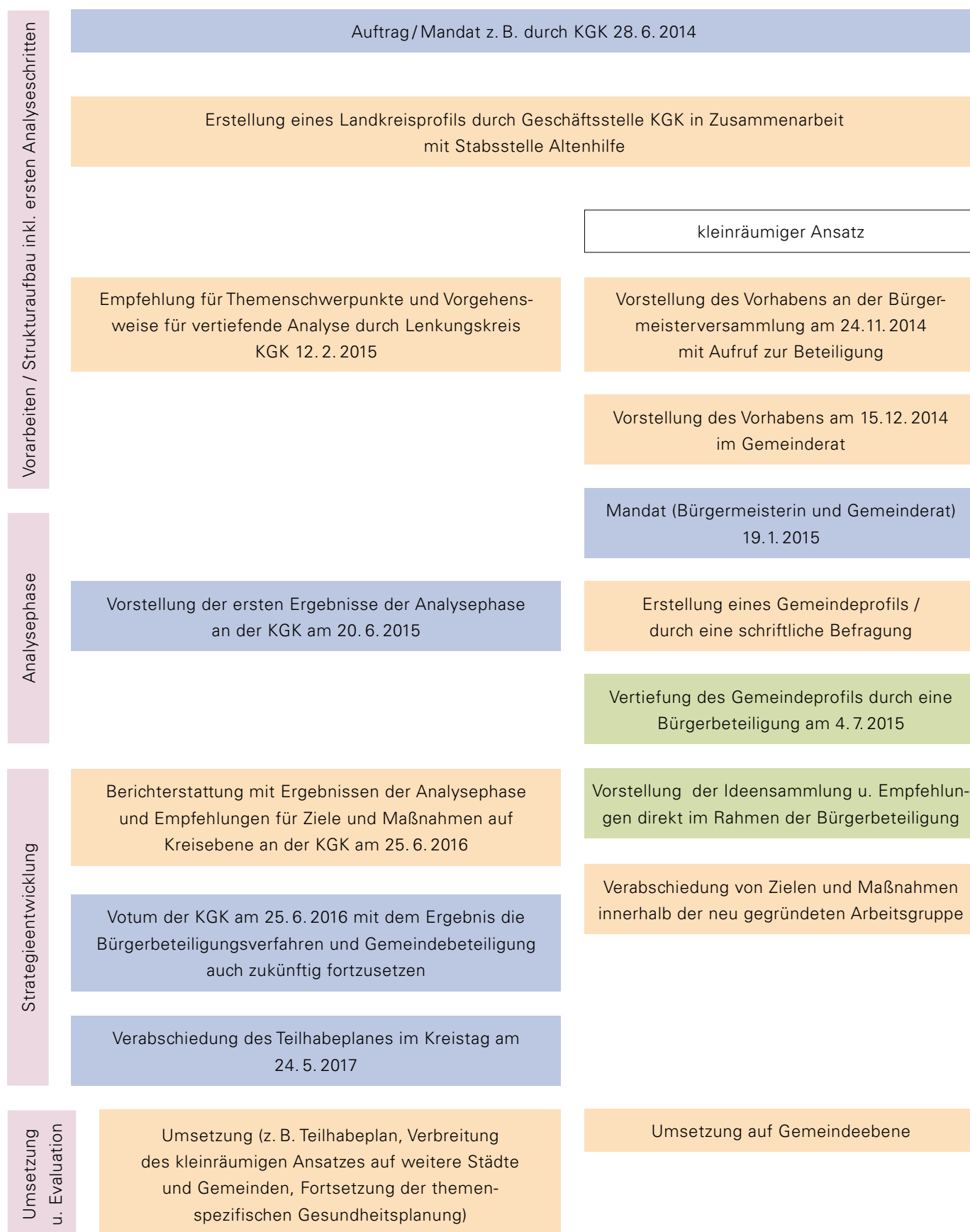


Abbildung 14: Prozessschritte der Gesundheitsplanung im Landkreis Lörrach.

■ Bürgerbeteiligung ■ Mandat ■ Planungs- und Umsetzungsschritte

Das Kooperationsgespräch mit der Gemeinde Aitern fand Ende 2014 statt. Da sich die Bürgermeisterin, sowie der Gemeinderat, für die Beteiligung aussprachen, konnte die Zusammenarbeit 2015 umgesetzt werden.

In Kooperation mit der Pädagogischen Hochschule Freiburg wurde zu Beginn eine schriftliche Befragung der Einwohner Aiterns über 60 Jahre durchgeführt. Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung bildeten die Grundlage der Bürgerbeteiligung, welche im Juli durchgeführt wurde. Die Ideen und Empfehlungen aus dem Beteiligungsverfahren wurden der Bürgermeisterin und dem Gemeinderat vorgestellt.

Die Datenanalyse auf Landkreisebene erfolgte ab Herbst 2014 und wurde auch noch im folgenden Jahr fortgesetzt. Innerhalb der Analysephase fand eine enge Zusammenarbeit mit der Stabsstelle Planung und Steuerung Altenhilfe statt. Im Rahmen der Analyse wurden u. a. themenspezifische Landkreiskarten (z. B. Abb. 15–16) erstellt, welche beispielsweise einen Überblick über die Verteilung der vorhandenen Senioreneinrichtungen im Landkreis Lörrach geben.

Die Ergebnisse auf Landkreisebene, sowie die Resultate des kleinräumigen Ansatzes, wurden an der KGK am 25.6.2016 vorgestellt.

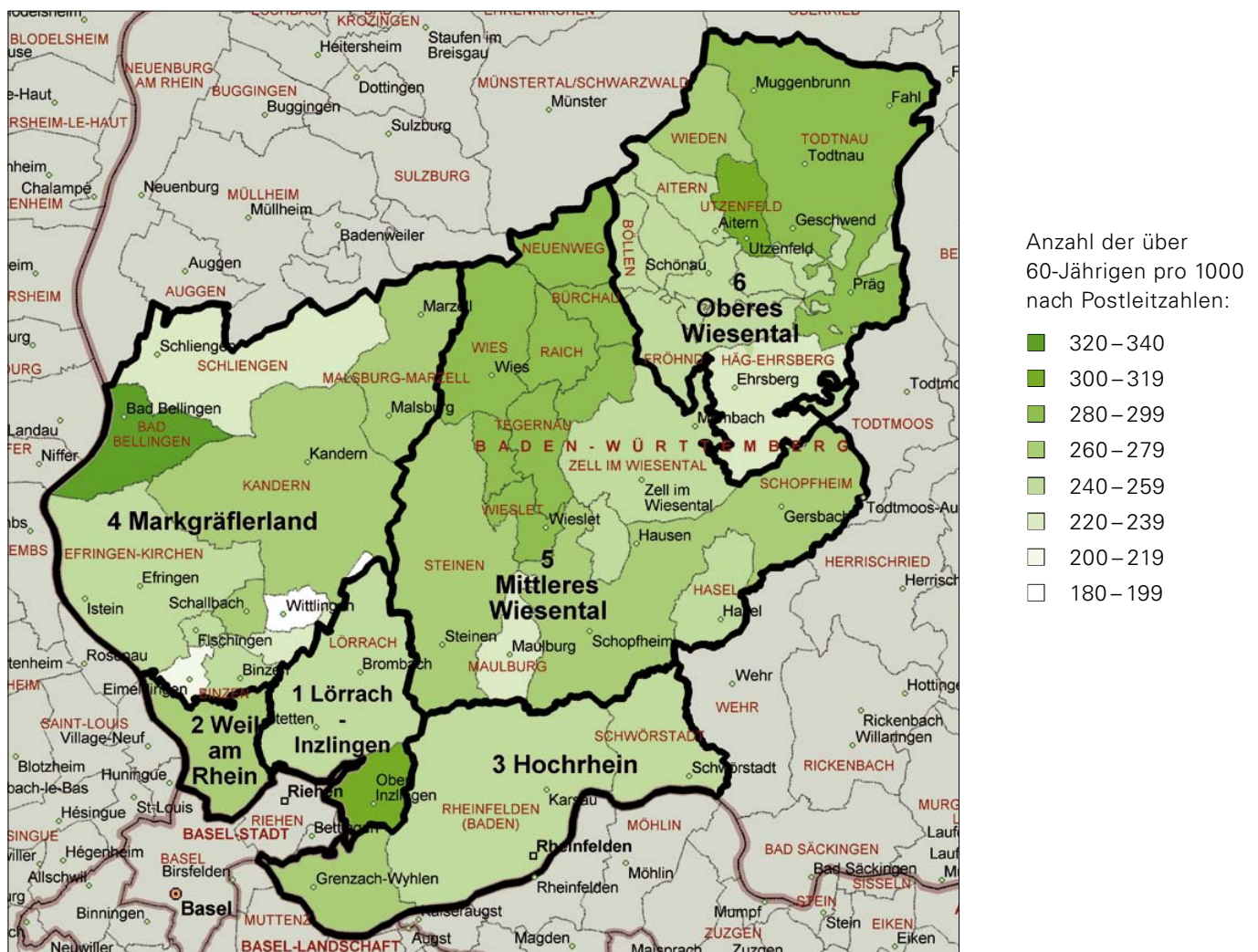


Abbildung 15: Darstellung der über 60-Jährigen pro 1000 in Gemeinden (Stand: 31.12.2014).

© 1988–2010 Microsoft Corporation und/oder Lieferanten. Aller Rechte vorbehalten. <http://www.microsoft.com/germany/mappoint/>. © 1984–2010 Tele Atlas. Aller Rechte vorbehalten. Data Source © 2010 Tele Atlas N.V. dieses Produkt beinhaltet Kartendaten lizenziert von Ordnance Survey® mit Genehmigung des Controller of Her Majesty's Stationery Office. © Crown Copyright und/oder Datenbankrechte 2010. Alle Rechte vorbehalten. Lizenznummer 100025324. © 2010 NAVTEQ. Alle Rechte vorbehalten. NAVTEQ ON BOARD ist eine eingetragene Marke von NAVTEQ.

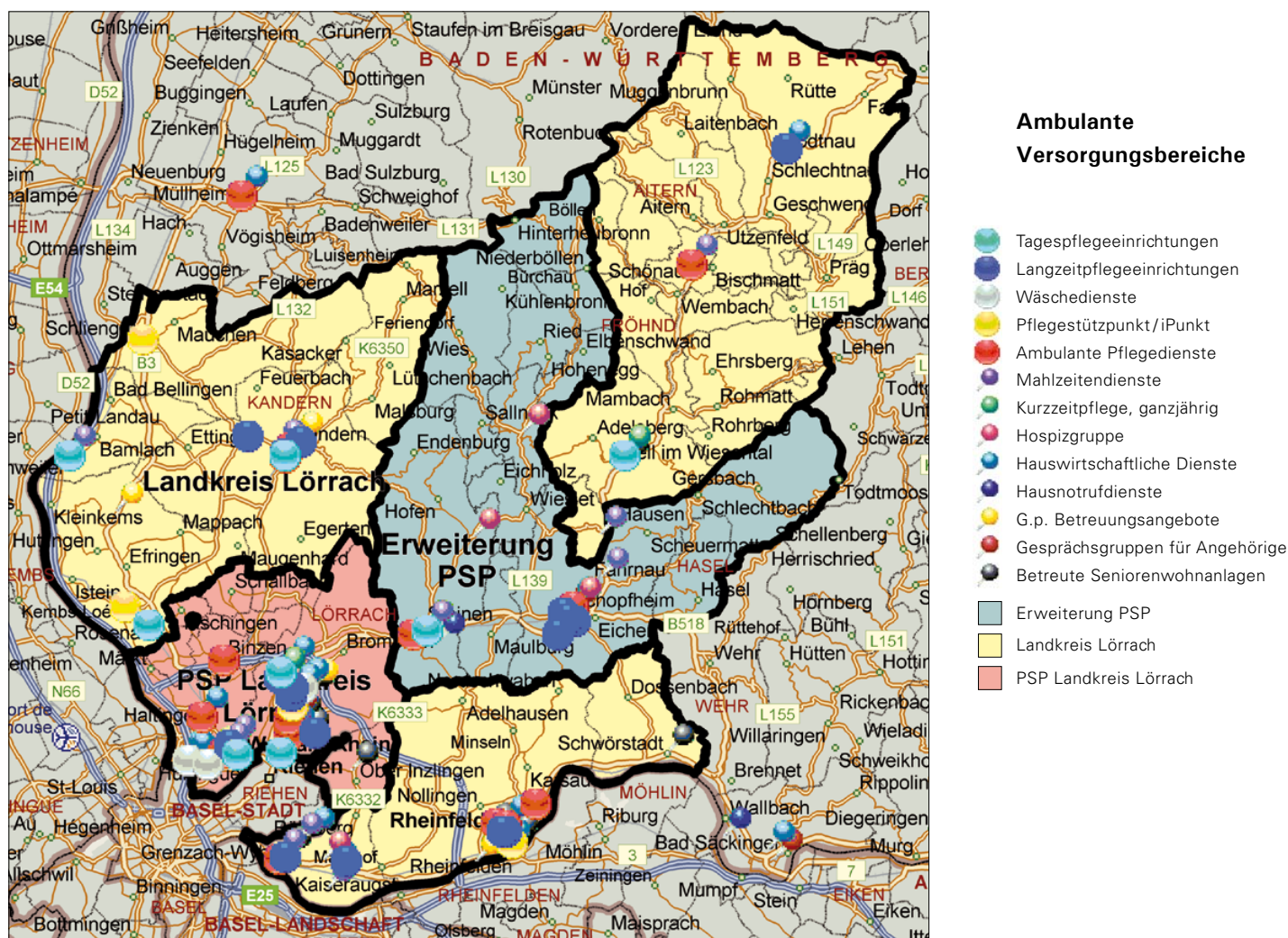


Abbildung 16: Gesamtüberblick der „Versorgungssituation“ in der Altenhilfe im Landkreis Lörrach (Stand: 20. 3. 2015).

© 1988–2010 Microsoft Corporation und/oder Lieferanten. Alle Rechte vorbehalten. <http://www.microsoft.com/germany/mappoint/>. © 1984–2010 Tele Atlas. Alle Rechte vorbehalten. Data Source © 2010 Tele Atlas N.V. dieses Produkt beinhaltet Kartendaten lizenziert von Ordnance Survey® mit Genehmigung des Controller of Her Majesty's Stationery Office. © Crown Copyright und/oder Datenbankrechte 2010. Alle Rechte vorbehalten. Lizenznummer 100025324. © 2010 NAVTEQ. Alle Rechte vorbehalten. NAVTEQ ON BOARD ist eine eingetragene Marke von NAVTEQ.

ZENTRALE ERGEBNISSE AUF LANDKREISEBENE

Die erprobte Vorgehensweise der Gesundheitsplanung mit den Schritten Datenanalyse, Strategieentwicklung und Umsetzung, sowie Evaluation unterstützt die bisherige Arbeitsweise der KGK. Erfahrungswerte, die innerhalb des Pilotvorhabens gesammelt wurden, sollen zukünftig dabei helfen, die Planung noch effektiver zu gestalten.

Innerhalb der Strukturen des Landratsamtes konnte eine Verbesserung in der Zusammenarbeit erzielt werden. So wurde die Be-

ziehung zur Stabsstelle Planung und Steuerung Altenhilfe vertieft. Dabei konnte die Geschäftsstelle KGK von den vorhandenen Daten des Sozialdezernats profitieren. Die Stabsstelle wiederum zog aus den Erhebungen im Rahmen des Pilotvorhabens Erkenntnisse, welche in den Teilhabeplan für Senioren einfließen konnten. Damit konnten beiden Seiten von der Zusammenarbeit profitieren. Ebenfalls reibungslos verlief die Zusammenarbeit mit dem Geoinformationsportal aus dem Dezernat für Ländlichen Raum. Beide dezernatsübergreifende Kooperationen sollen auch über das Pilotvorhaben hinaus fortgesetzt werden.

Im Rahmen des Pilotvorhabens konnte erstmalig die Zusammenarbeit mit der Pädagogischen Hochschule in Freiburg erprobt werden. Eine Studentin des Masterstudiengangs Gesundheitspädagogik ist dabei in die Datenerhebung involviert gewesen. Diese Kooperation wurde ebenfalls als gewinnbringend gesehen.

Durch die verstärkte Netzwerkarbeit wurde das Thema „Gesund älter werden“ von verschiedenen Akteuren, wie beispielsweise den Kooperationspartnern, dem Kreistag, den Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern usw. verstärkt wahrgenommen. Dieses Vorgehen soll auch weiterhin fortgesetzt werden.



Weiterführende Informationen

Teilhabeplan IV – Senioren:

<http://www.loerrach-landkreis.de/altenhilfeplanung>

ZENTRALE ERGEBNISSE AUF GEMEINDEEBENE

Im Beteiligungsverfahren entwickelten die Bürgerinnen und Bürger aus Aitern konkrete Ideen und Empfehlungen zu drei vorgegebenen Handlungsfeldern. Beim Themenfeld „Bewegung in Aitern“ wurde u. a. gefordert, Wanderwege um die Gemeinde Aitern herum seniorengerecht zu erweitern und auch im Winter begehbar zu machen. Im Bereich „Geselligkeit in Aitern“ kam der Vorschlag, bestehende Vereinsangebote mit Angeboten für Seniorinnen und Senioren zu verbinden und gemeinsame Aktionen durchzuführen. Beim Themenfeld „Chancen in Aitern“ wurde die Einrichtung einer Nachbarschaftshilfe gefordert. Insgesamt wurde angeregt, eine Gruppe einzurichten, die Aktionen für Seniorinnen und Senioren in Aitern plant. Frau Wist vom Zentrum für Interdisziplinäre Risiko- und Innovationsforschung (Zirius), welche die Moderation der Veranstaltung übernahm, erstellte in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle einen Gesamtbericht der Beteiligung, welcher im Nachgang zur Veranstaltung der Bürgermeisterin und dem Gemeinderat überreicht wurde.

In der Gemeinde konnte ein Gremium, bestehend aus der Bürgermeisterin, Vertretern des Gemeinderats, sowie einigen Senioren und Seniorinnen, gegründet werden. Dieses befasst sich mit der Umsetzung der in der Bürgerbeteiligung entwickelten Ideen und setzt sich auch zukünftig für die Belange der Seniorinnen und Senioren in Aitern ein.

Abschließend lässt sich sagen, dass sich die Zusammenarbeit mit der Gemeinde bewährt hat. Dabei waren vor allem der enge Austausch mit der Bürgermeisterin und dem Gemeinderat im Vorfeld der Bürgerbeteiligung wichtig. Diese Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Zusammenarbeit mit der Gemeinde Aitern stehen für zukünftige Kooperationen und Bürgerbeteiligungen der Geschäftsstelle der KGK zur Verfügung.



Weiterführende Informationen

<http://www.loerrach-landkreis.de/de/Rat+Hilfe/Gesundheit/Gesundheitskonferenz/Fachplan>

4.4 LANDKREIS REUTLINGEN

ZIELE

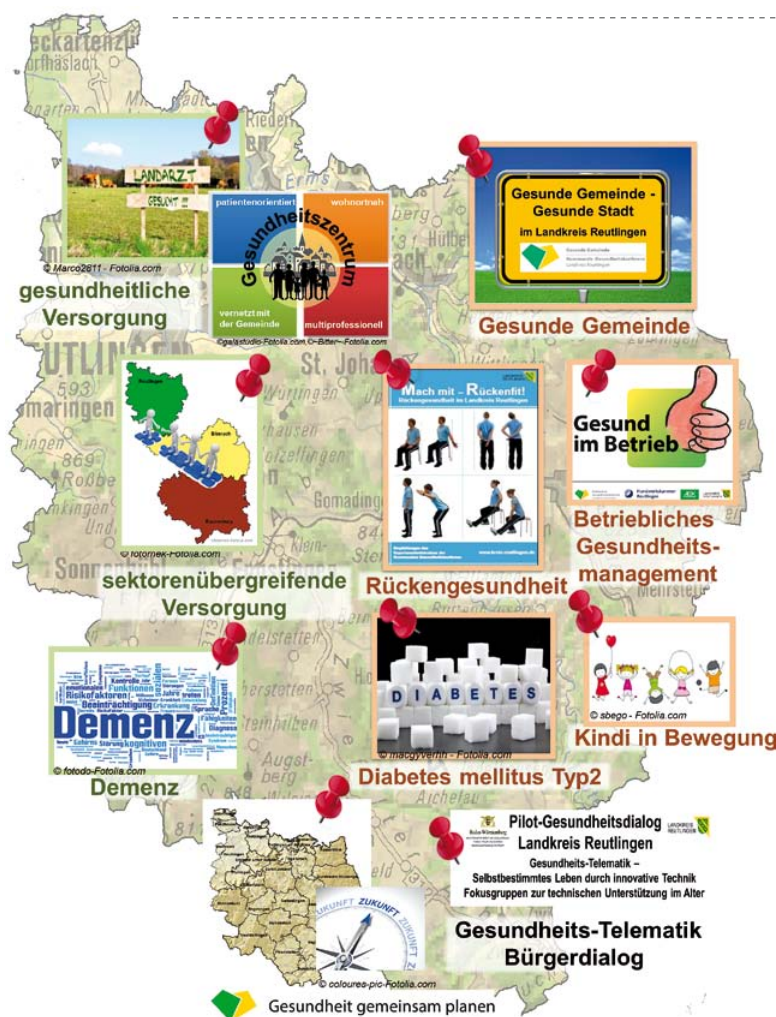
HINTERGRUND ZUR TEILNAHME AM PILOTVORHABEN

Im Jahr 2010 wurde im Landkreis Reutlingen unter Leitung von Landrat Thomas Reumann die Kommunale Gesundheitskonferenz gegründet. Die KGK versteht sich als Verbund aller im Gesundheitsbereich Wirkenden im Landkreis Reutlingen. Sie ist ein Instrument, um die gesundheitlichen Bedingungen auf kommunaler Ebene bedarfsgerecht auszurichten und zu stärken und ist damit eine kommunale Antwort auf die gesundheitlichen Herausforderungen.

Die Arbeitsweise der KGK orientiert sich methodisch am Public-Health-Action-Cycle. Die Gesundheitsplanung ist ein wesentliches Tool zur Unterstützung der KGK.

Leitziel ist zum einen, den Gesundheitsstatus aller Bürgerinnen und Bürger auf hohem Niveau zu erhalten und zu verbessern und zum anderen die Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung und Prävention, der medizinischen Versorgung sowie der Pflege zu optimieren. Im Rahmen der Gesundheitsplanung soll eine systematische und langfristige bedarfs- und sozialraumorientierte Planung, Steuerung und Kommunikation zur Erkennung von Problemstellungen durch kleinräumige Analysen auf Ebene des Landkreises Reutlingen aufgebaut werden. Die Gesundheitsplanung als bedarfsorientiertes Planungsinstrumentarium, dient als Orientierungsrahmen und Entscheidungsgrundlage für die KGK im Landkreis Reutlingen.

Abbildung 17 zeigt die bislang bearbeiteten Schwerpunktthemen der KGK im Landkreis Reutlingen. Weiterführende Informationen zu den Vorarbeiten und dem aktuellen Stand dazu können unter www.kreis-reutlingen.de/KGK eingesehen werden.



VERSORGUNG, GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION ZUSAMMEN DENKEN

Abbildung 17: Themen der Kommunalen Gesundheitskonferenz im Landkreis Reutlingen (Stand: 3.5.2017).

DARSTELLUNG DER PROZESSCHRITTE DER GESUNDHEITSPANUNG


HANDLUNGSFELD I GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Vorgehensweise Gesunde Gemeinde – Gesunde Stadt im Landkreis Reutlingen

Zu Beginn des Zertifizierungsprozesses steht der Beschluss des Gemeinderates, Gesundheit als hohen Wert und Standortfaktor anzusehen (vgl. Abb. 18). Ein Arbeitskreis Gesunde Gemeinde wird ins Leben gerufen, in dem Bürgerinnen und Bürger, Politik und Verwaltung zusammen mit der Geschäftsstelle der KGK ein Gemeindeprofil erarbeiten. Das Gemeindeprofil basiert auf quantitativen Daten zur sozialen und natürlichen Umwelt, Versorgung, Arbeit und Wohlstand und einer qualitativen Bewertung der Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken der Gemeinde durch den Arbeitskreis. Grundlage hierfür ist die Bestandsanalyse (Ist-Analyse), das vom Arbeitskreis entwickelte Gesundheits-Leitbild (Visionen der Gemeinde) und ggf. Umfragen in der Gemeinde. Gemeinsam werden Entwicklungsperspektiven für die Gemeinde erarbeitet. Daraus ergeben sich erste Ansätze für mögliche Projekte und Maßnahmen für die Zukunft.

Der Arbeitskreis steht in engem Austausch mit dem Gemeinderat. Im Arbeitskreis sind ein Vertreter der Gemeindeverwaltung und meist zumindest auch ein Gemeinderatsmitglied vertreten. Die Entscheidung über die Empfehlungen und die daraus abgeleiteten Maßnahmen erfolgt im Gemeinderat, die Umsetzung erfolgt durch den Arbeitskreis mit gemeindeeigenen Ressourcen. Die Arbeitskreisleiter berichten in regelmäßigen Abständen im Gremium der KGK. Die Geschäftsstelle der KGK begleitet den Prozess in der Kommune. Sind die für das Zertifikat erforderlichen Kriterien erfüllt, wird innerhalb des Gremiums der KGK eine Jurorengruppe gebildet, die sich vor Ort einen Eindruck verschafft und über die Vergabe des Zertifikates entscheidet.

Die erarbeiteten Gemeindeprofile fließen direkt in die Gesundheitsplanung ein. Sie liefern durch den kleinräumigen Ansatz und die aktive Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger und der Politik von Ort einen wesentlichen Beitrag zur sektorenübergreifenden Planung der Gesundheitsförderung und Prävention.

 Der Bericht der Arbeitsgruppe Zertifikatsentwicklung *Gesunde Gemeinde - Gesunde Stadt im Landkreis Reutlingen* kann unter


www.kreis-reutlingen.de/KGK

eingesehen werden.

HANDLUNGSFELD II GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG

Auf der Grundlage einer vom Kreisgesundheitsamt im Jahr 2010 durchgeführten Umfrage konnte gezeigt werden, dass bereits ab 2020 im ländlichen Raum, aber auch in den Städten wie beispielsweise Reutlingen, für zahlreiche Praxen niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte, kein Nachfolger zu erwarten ist. Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe erarbeitete sechs Handlungsempfehlungen, u.a. die Etablierung innovativer Kooperationsmodelle, wie das Gesundheitszentrum Hohenstein.

Dieses Zentrum wird von der Gesundheitsplanung fachlich begleitet. In die Planung mit einbezogen sind neben Gemeinde und Kreisgesundheitsamt auch Gesundheitsversorger und bürgerschaftliche und ehrenamtliche Initiativen vor Ort. Im Rahmen des Pilotvorhabens wurde auf Basis der bereits geschaffenen Planungsstrukturen eine kleinräumige Darstellung der gesundheitlichen Versorgung vor allem im ländlichen Raum erarbeitet. Die Planungs- und Entscheidungsprozesse im Handlungsfeld „Gesundheitliche Versorgung – Gesundheit auf der Alb“ sind in Abbildung 19 dargestellt.

 Der Bericht der Arbeitsgruppe Hausärzteversorgung im Landkreis Reutlingen kann unter

www.kreis-reutlingen.de/KGK

eingesehen werden.

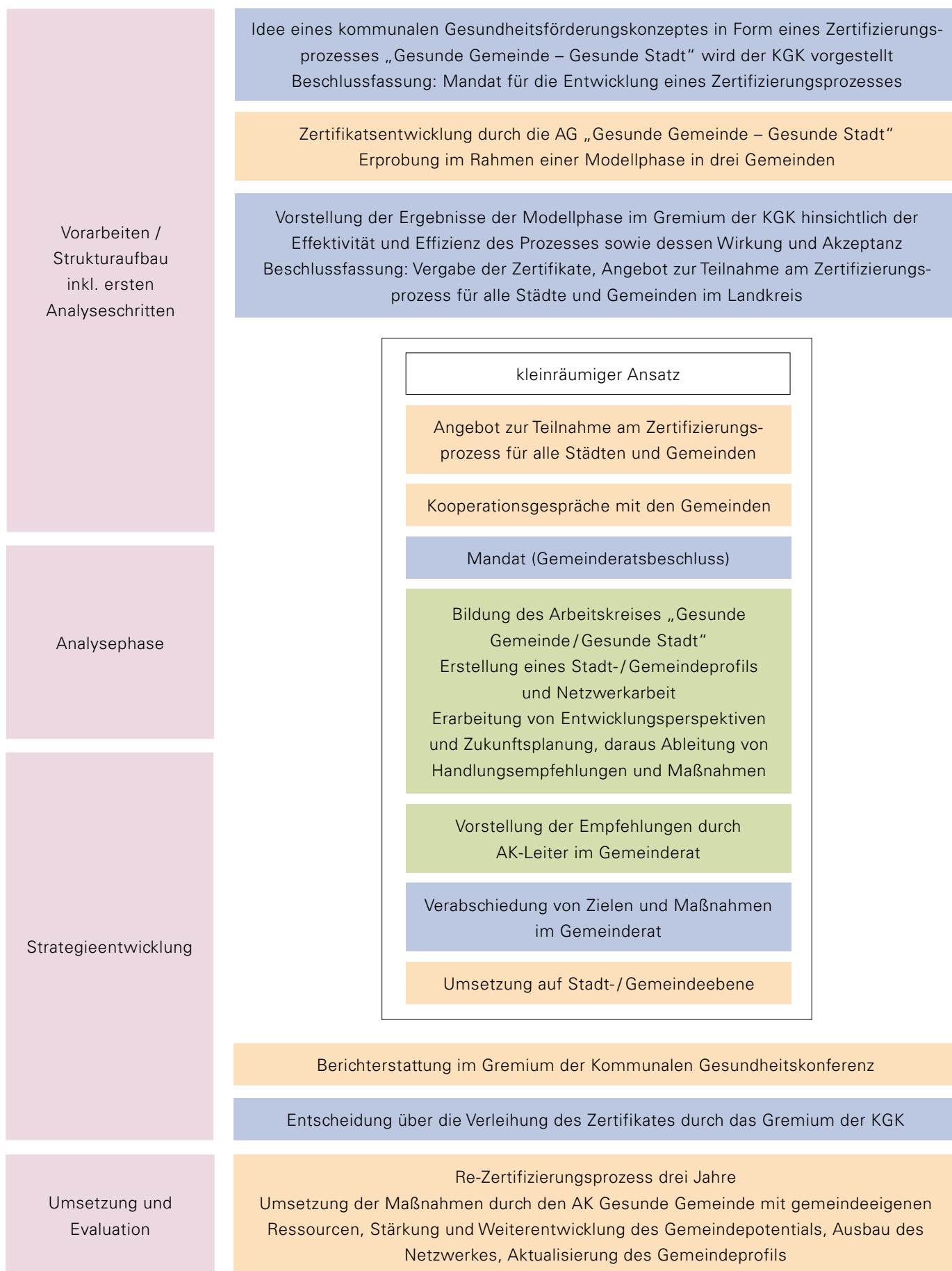


Abbildung 18: Planungs- und Entscheidungsprozesse im Zertifizierungsprozess zur Gesunden Gemeinde – Gesunden Stadt im Landkreis Reutlingen.

■ Bürgerbeteiligung ■ Mandat ■ Planungs- und Umsetzungsschritte

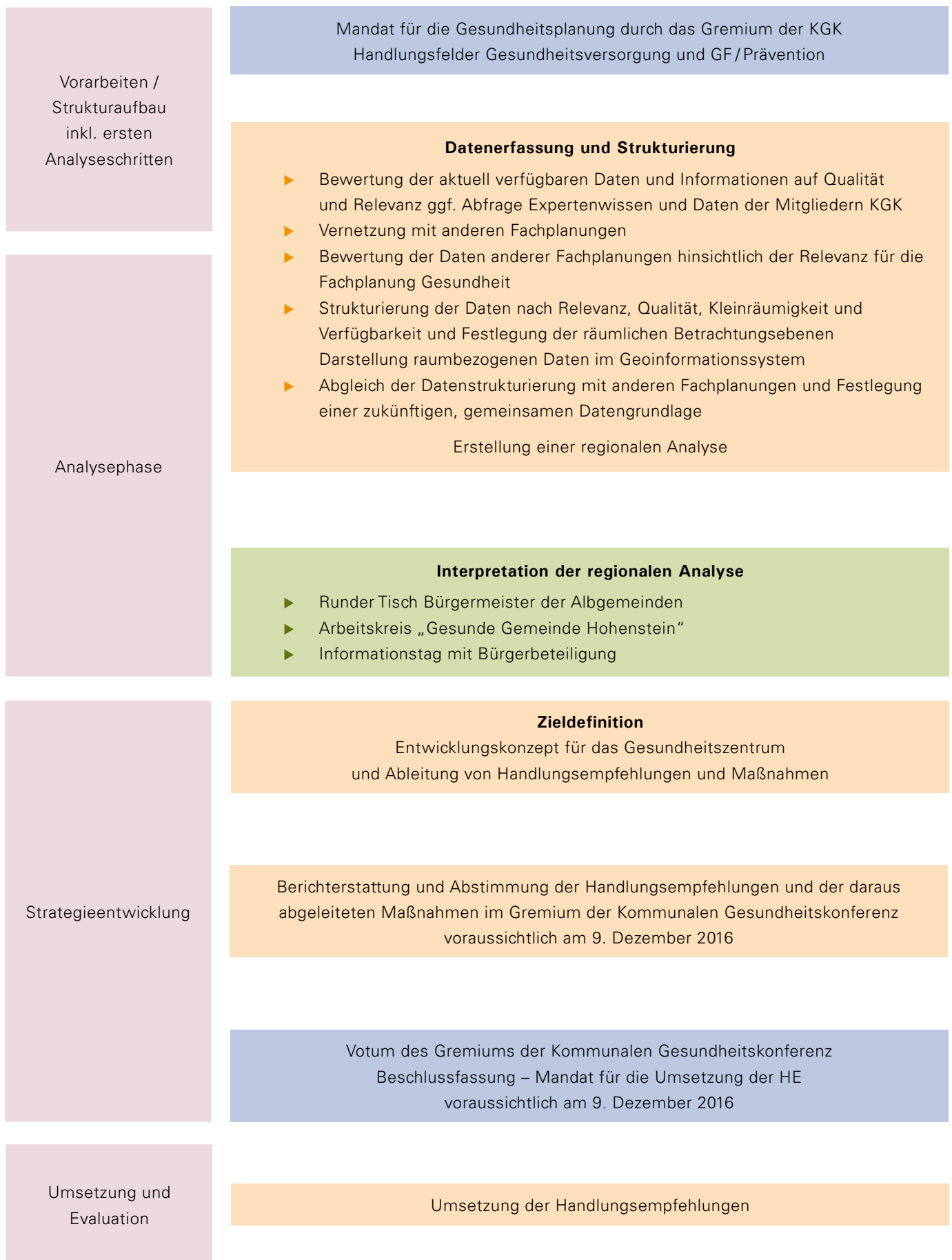


Abbildung 19: Planungs- und Entscheidungsprozesse im Handlungsfeld Gesundheitliche Versorgung – Gesundheit auf der Alb.

■ Bürgerbeteiligung ■ Mandat ■ Planungs- und Umsetzungsschritte

So zeigt beispielsweise Abbildung 20 die regionale Verteilung der Hausarzt-Praxen im Landkreis Reutlingen und die Standorte der Kliniken.

Es ist eine Konzentration der Hausarzt-Praxen vor allem im städtischen und stadtnahen Gebiet zu erkennen, während im ländlichen Raum deutlich weniger Praxen vorhanden sind. Zu dem Verbund der Kreiskliniken Reutlingen GmbH gehören das Klinikum am Steinberg Reutlingen, die Ermstaklinik Bad Urach sowie die Albklinik Münsingen mit insgesamt 770 Planbetten, 16 Fachabtei-

lungen und drei Instituten unter hauptamtlicher Leitung, mehreren Belegabteilungen und einer Zentralapotheke.

Im Landkreis Reutlingen nehmen insgesamt etwa 260 Medizinerinnen bzw. Mediziner an der fachärztlichen Versorgung teil. Die Facharztpraxen sind überwiegend in der Stadt Reutlingen und den stadtnahen Städten und Gemeinden angesiedelt. In 17 der insgesamt 26 Städte und Gemeinden, v. a. im ländlichen Raum des Landkreises, haben sich keine Fachärzte niedergelassen. In Abbildung 21 sind exemplarisch die Standorte einiger ausgewählter Facharztgruppen dargestellt.

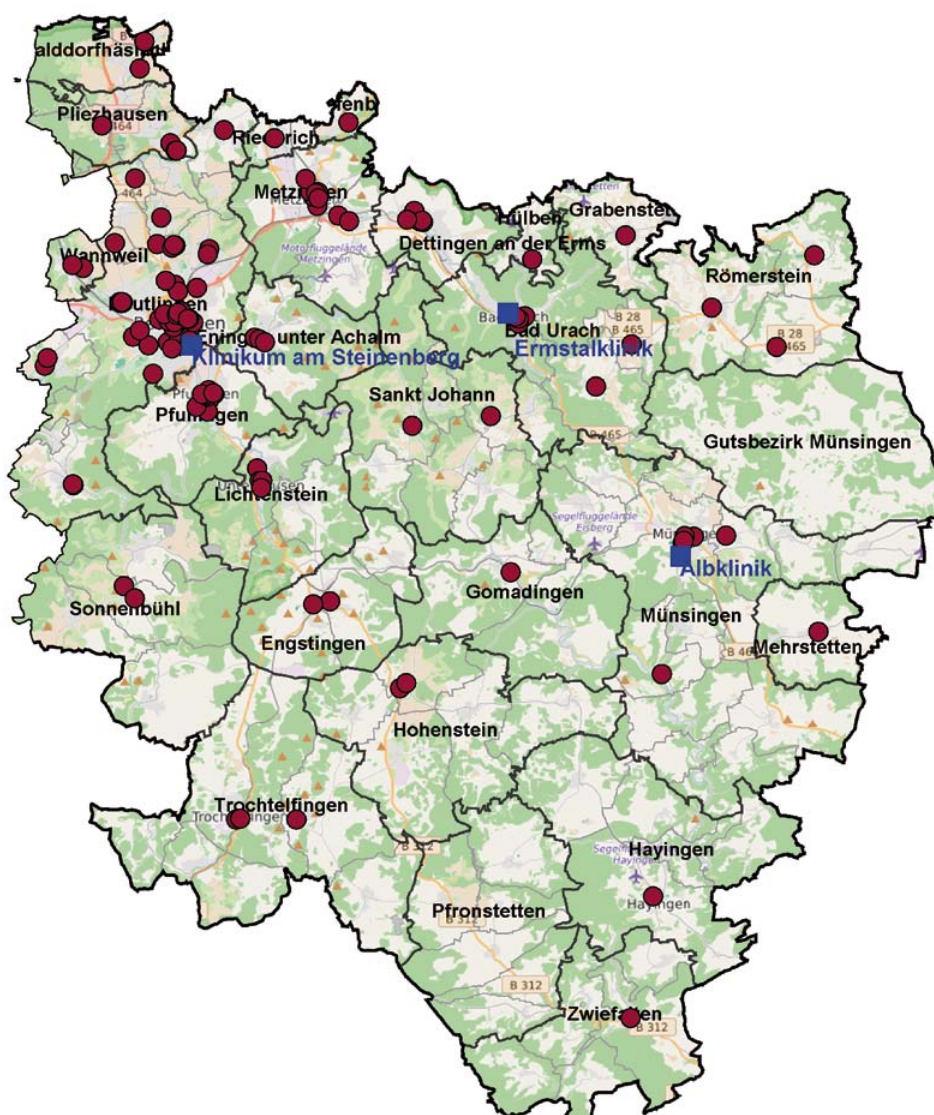


Abbildung 20: Standorte der Kliniken und Hausarztpraxen im Landkreis Reutlingen. Quelle: KV Baden-Württemberg (Zugriff im Oktober 2015 unter www.arztsuche-bw.de; eigene Darstellung).

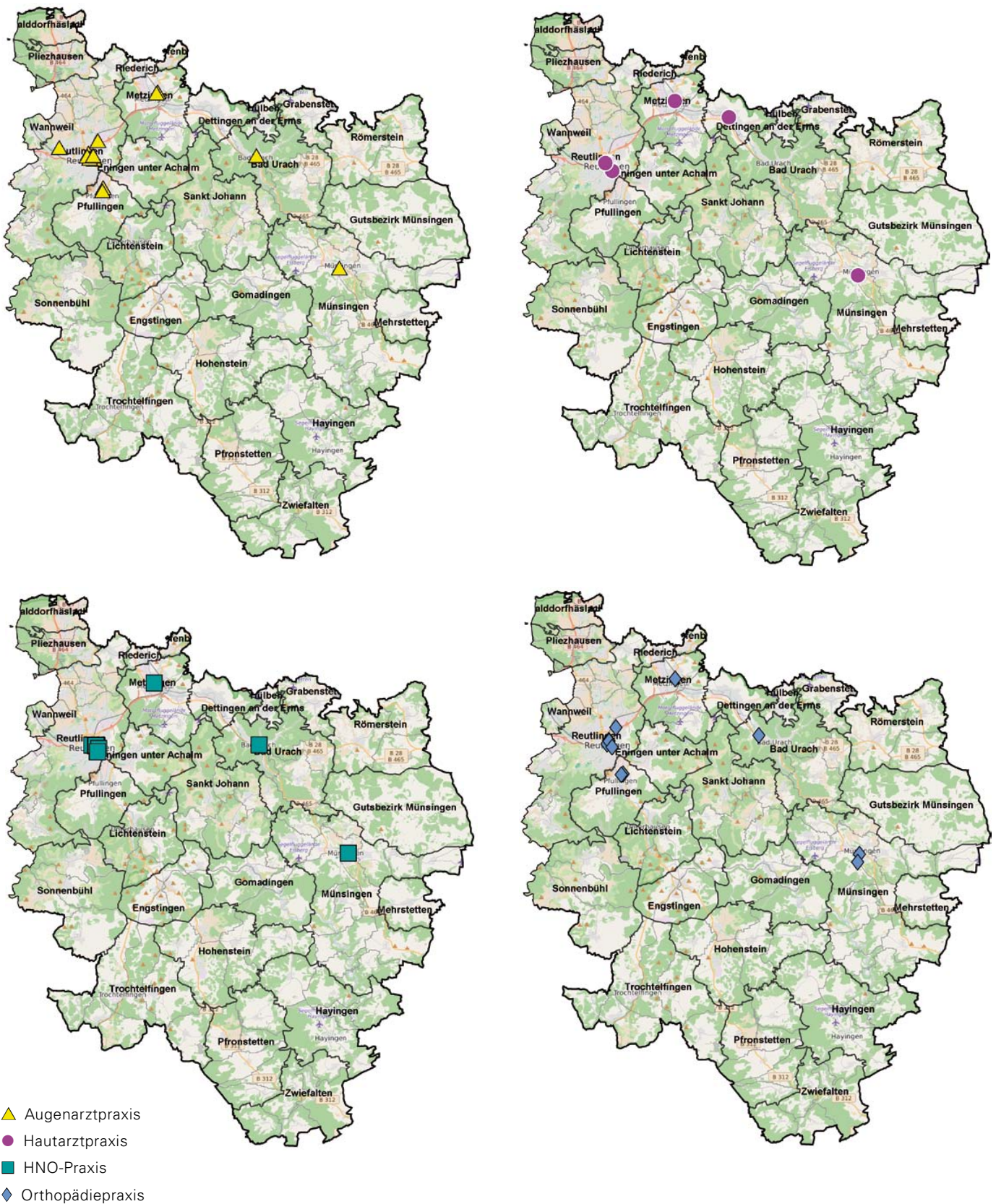


Abbildung 21: Praxis-Standorte ausgewählter Facharztgruppen. Quelle: KV Baden-Württemberg (Zugriff im Mai 2015 unter www.arztuche-bw.de; eigene Darstellung).

ERGEBNISSE

Die KGK im Landkreis Reutlingen arbeitet seit ihrem Beginn mit Elementen von Planung bei der Bearbeitung der einzelnen Themen. Durch die Teilnahme am Pilotvorhaben und den damit verbundenen Abstimmungsprozessen nahm die KGK, auch im Hinblick auf die aktuelle Gesetzgebung, noch einmal explizit Stellung zur Notwendigkeit von Planung als inhaltliche und methodische Grundlage der Arbeit. Es konnte eine Datengrundlage eingerichtet werden, die sich an den speziellen Bedingungen des Landkreises ausrichtet. Die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Planungsabteilungen der Ämter des Landratsamtes hat sich intensiviert.

Eine systematische Bearbeitung von Gesundheitsthemen auf Basis einer gut aufgearbeiteten und belastbaren Datengrundlage, ergänzt durch Experten- und Bürgersicht, unterstützt die Arbeit der KGK, vor allem auch auf politischer Ebene. Die transparente und fachlich fundierte Vorgehensweise mit dem gezielten Einsatz von Ressourcen fördert die Akzeptanz und die Bereitschaft zur Mitarbeit aller Beteiligten. Die Gesundheitsplanung kann dazu beitragen, dass Gesundheit als kommunale Aufgabe erkannt und wahrgenommen wird.

HANDLUNGSFELD I GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Themenschwerpunkt Gesunde Gemeinde – Gesunde Stadt im Landkreis Reutlingen

Im Prozess der Gesundheitsplanung wurden die in den Gemeindepfeilen erhobenen qualitativen Daten und die quantitativen Daten zusammengeführt. In einer Planungswerkstatt wurden die Ergebnisse den Bürgerinnen und Bürgern der Gemeinde Hohenstein an unterschiedlichen Themeninseln präsentiert und zur Diskussion gestellt. Die Bevölkerung bewertete diese Planungsvorlagen aus Nutzersicht. Dabei wurde darauf Wert gelegt, die Präsentationsform zu finden, die für die Zielgruppe passt. Die Daten wurden in Grafiken und Texte verständlich und anregend für die Bürgerinnen und Bürger aufbereitet. Auf diese Weise ist gewährleistet, dass Ziele, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen eine breite Akzeptanz bei der Bevölkerung finden.

Die Bürgerinnen und Bürger konnten für Mitgestaltung des Gesundheitszentrums sensibilisiert und motiviert werden. Die Ergeb-

nisse der Planungswerkstatt werden an die Bevölkerung zurückgespielt. Die Geschäftsstelle der KGK vertritt diese Ergebnisse advokatisch in den relevanten Gremien und verfolgt die Umsetzung.

HANDLUNGSFELD II GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG

Im Handlungsfeld gesundheitliche Versorgung wurden, ausgehend vom Gesundheitszentrum Hohenstein und seinem Einzugsbereich, die momentan existierenden gesundheitlichen Strukturen und Dienstleistungen erfasst. Dazu wurden die aktuell verfügbaren, belastbaren Daten und Informationen zur gesundheitlichen Infrastruktur und bevölkerungsbezogene Basisdaten zusammengestellt, geprüft, strukturiert und mit anderen Fachplanungen abgestimmt. Dabei spielt auch die Einschätzung der Erreichbarkeit der gesundheitlichen Einrichtungen und Dienstleistungen eine Rolle. Gemeinsam mit den Bürgerinnen und Bürgern vor Ort wurden die Ergebnisse der Bestandsanalyse im Rahmen einer Planungswerkstatt abgeglichen. Die Bevölkerung bewertete die regionale Analyse aus Nutzersicht und lieferte essentielle Einschätzungen zum Status quo in der gesundheitlichen Versorgung und zur zukünftigen Gestaltung. Diese Ergebnisse wurden wieder in die Gesundheitsplanung aufgenommen. Handlungsempfehlungen und die daraus abgeleiteten Maßnahmen werden im Gremium der KGK abgestimmt und in den Gestaltungsprozess des Gesundheitszentrums eingespeist.



Unter <http://www.gemeinde-hohenstein.de/buergerservice/gesunde+gemeinde/gesunde+gemeinde.html> ist die Auswertung des Bürgerinformationstages veröffentlicht.

4.5 RHEIN-NECKAR-KREIS

HINTERGRUND ZUR TEILNAHME AM PILOTVORHABEN

Von Anfang 2013 bis Ende 2014 wurde die erfolgreiche „Stadtteilanalyse Weinheim-West“ vom Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis in Kooperation mit dem Amt für Soziales, Jugend, Familie und Senioren, Weinheim, durchgeführt. Diese war aus der KGK des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg 2012 (Thema „Alter[n] und Gesundheit“) hervorgegangen und wurde von einer dafür gegründeten Arbeitsgruppe begleitet. Die Stadtteilanalyse Weinheim-West enthielt bereits viele Elemente, die auch in der Gesundheitsplanung gefordert werden, wie die Erstellung kartographischer Darstellungen und die Bürgerbeteiligung. Daher erschien es eine logische Konsequenz, mit dem Pilotvorhaben an diese Erfahrungen anzuknüpfen. Die Gesundheitsplanung zu „Generationengerecht und lange selbständig leben in der Stadt Weinheim“ greift zusätzlich mit „Kindergesundheit“ ein weiteres Thema der KGK des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg auf. Die Verbindung der beiden Themen „Alter(n) und Gesundheit“ sowie „Kindergesundheit“, die sich auch mit den Landesgesundheitszielen „Gesund und aktiv älter werden“ und „Gesund aufwachsen“ decken, erscheint hinsichtlich des demographischen Wandels, mit dem sich alle Kommunen auseinandersetzen müssen, sinnvoll.

ZIELE DER TEILNAHME AM PILOTVORHABEN

In den Kommunen sollte ein Bewusstsein dafür entstehen, dass vorhandene Infrastruktur, Unterstützungsangebote, Barrieren im Wohnumfeld und soziale Austauschmöglichkeiten Einfluss darauf haben, ob ein selbständiges Leben im Alter möglich ist. Gleichzeitig ist auch der „Generationenblick“ wichtig: Verfügt die Kommune über eine attraktive Infrastruktur für junge Familien? Findet das Thema „Gesundes Aufwachsen von Kindern“

kommunalpolitisch Berücksichtigung? Gibt es bspw. Bewegungsangebote und Bewegungsräume für Kinder? Gibt es Bereiche, in denen sich getroffen und gemeinsam gespielt werden kann – bestenfalls sogar intergenerativ? All diese Facetten des demographischen Wandels sollten in der Kommunalpolitik ankommen und eine entsprechende Berücksichtigung in der Stadtplanung finden.

Die Gesundheitsplanung „Generationengerecht und lange selbständig leben in der Stadt Weinheim“ bearbeitete die oben genannten Aspekte und hatte das Ziel, mit seinen Ergebnissen auch andere Kommunen des Rhein-Neckar-Kreises zu einer Auseinandersetzung mit dem demographischen Wandel zu ermutigen. In der Gesundheitsplanung wurden drei Schwerpunkte gewählt, die Teilaspekte der gewählten Thematik sind:

- ▶ „Altersfreundliche Kommune – wie muss ein Stadtteil gestaltet sein, damit gesundes und selbständiges Leben im Alter möglich ist?“ Im Rahmen der Gesundheitsplanung wurde deshalb für alle Weinheimer Stadtteile ein Profil erstellt, das folgende Aspekte berücksichtigt: Wie gut ist die Versorgung mit Dienstleistern (Pflegedienst, Essen auf Rädern) und Einkaufsmöglichkeiten? Wie ist die Infrastruktur? Gibt es genug Ärzte und Apotheken vor Ort? Gibt es genug Kindergärten, Kinderbetreuungseinrichtungen und Spiel-/Bolzplätze? Das Ergebnis wurde kartographisch aufbereitet und dokumentiert (siehe z.B. Abb. 22).



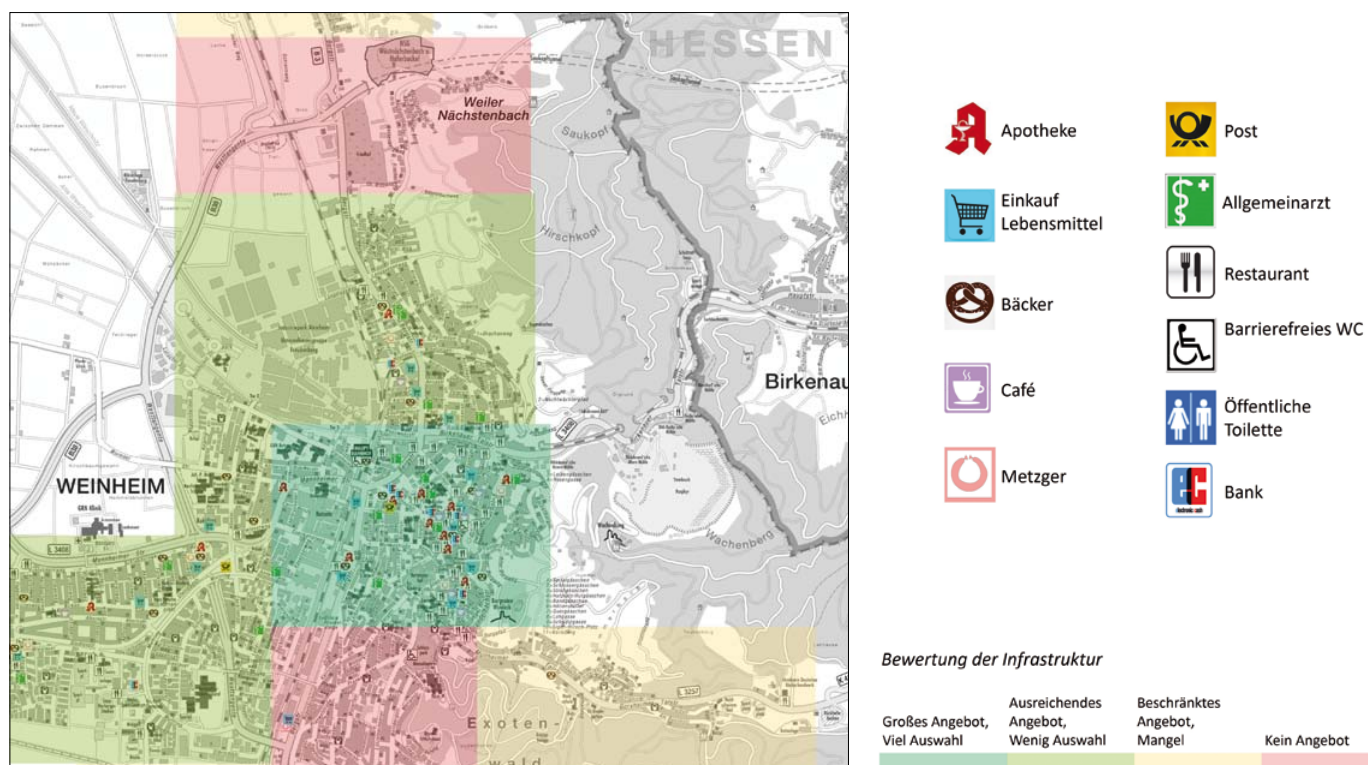


Abbildung 22: Bewertung der Infrastruktur in Weinheim.

- „Teilhabe am sozialen Leben für zurückgezogene lebende ältere Menschen“. „Zurückgezogene lebende ältere Menschen“ wurden in der Gesundheitsplanung als Zielgruppe mit besonderem Gesundheitsbedarf berücksichtigt. Bereits die Stadtteilanalyse Weinheim-West hatte sich mit dieser Zielgruppe auseinandergesetzt. Damals wurden 17 zurückgezogene lebende ältere Menschen kontaktiert und ausführlich zu den Gründen ihrer Nichtteilnahme am sozialen Leben befragt. Die Ergebnisse dieser Interviews sollten nun im Rahmen der Gesundheitsplanung genutzt werden, um ein konkretes Angebot auch dieser Zielgruppe zugänglich zu machen und soziale Teilhabe zu ermöglichen.
- Für den Themenschwerpunkt „Kinder und Bewegung – welche Bewegungsmöglichkeiten bietet ein Stadtteil?“ wurde ein Schulprojekt durchgeführt. Beteiligt waren eine dritte Klasse der Grundschule sowie zwei sechste Klassen der Realschule. Es wurden bewusst zwei verschiedene Altersgruppen gewählt, da diese verschiedene Ansprüche an die Bewegungsräume ihres Wohnumfelds haben. Die Schülerinnen



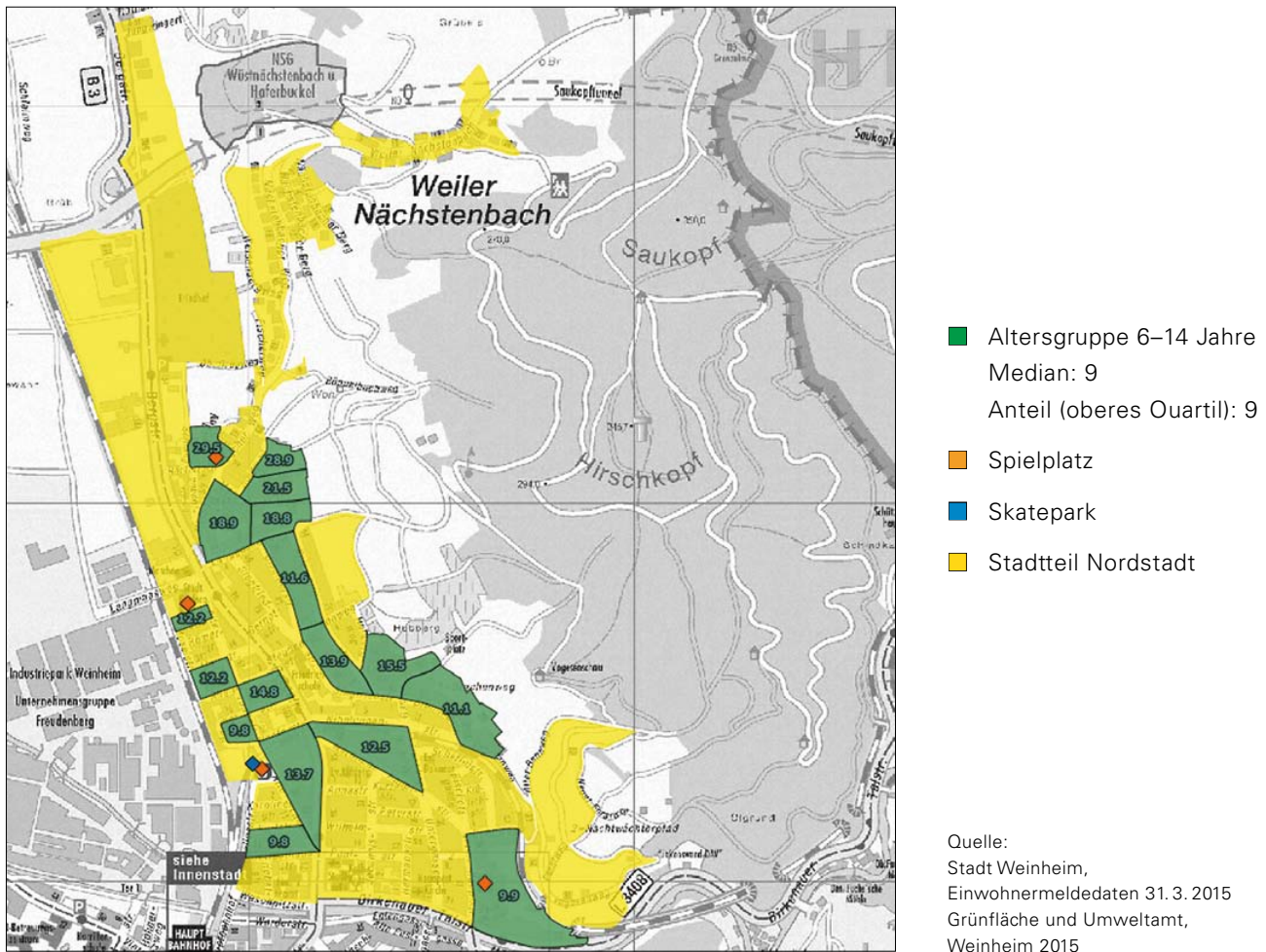


Abbildung 23: Stadtteil Nordstadt in Weinheim: Baublöcke mit Anteil der 6- bis 14-Jährigen und Spielplätze.

und Schüler wurden im Rahmen des Projektes gebeten, die in ihrem Stadtteil vorhandenen Bewegungsräume zu untersuchen. Dies sind vornehmlich Spielplätze, Bolzplätze aber auch sonstige Bewegungsräume, wie bspw. bestimmte verkehrsberuhigte Straßen, freie Grundstücke, Parkplätze etc. Am Ende des Projektes durften die Schülerinnen und Schüler ihre Ergebnisse in der Stadthalle Weinheim präsentieren. Langfristiges Ziel ist, dass die Ergebnisse des Schulprojektes aufgegriffen werden und zu Veränderungen im Stadtteil führen.

ZENTRALE ERGEBNISSE

Aus den während des Prozesses der Gesundheitsplanung entstandenen Ergebnissen leiten sich Maßnahmen ab. Insbesondere für

die Pilotkommune Weinheim sind konkrete Maßnahmen-Ideen entstanden, die nun mit Sozialausschuss und Verwaltung weiter abgestimmt werden müssen.

Im Rahmen einer Abschlussveranstaltung wurde den Gemeinden des Rhein-Neckar-Kreises dargelegt, wie sinnvoll die Vorgehensweise der Gesundheitsplanung ist. Beispielsweise führt die Auswertung von Bevölkerungsstruktur-, Sozialstruktur-, und Infrastrukturdaten für Kommunen zu wichtigen Erkenntnissen und bietet eine gute Planungsbasis. Auch Netzwerkbildung, ämterübergreifende Zusammenarbeit sowie die Beteiligung der betroffenen Bürger vor Ort sind eine gewinnbringende Herangehensweise von der alle Kommunen profitieren können.

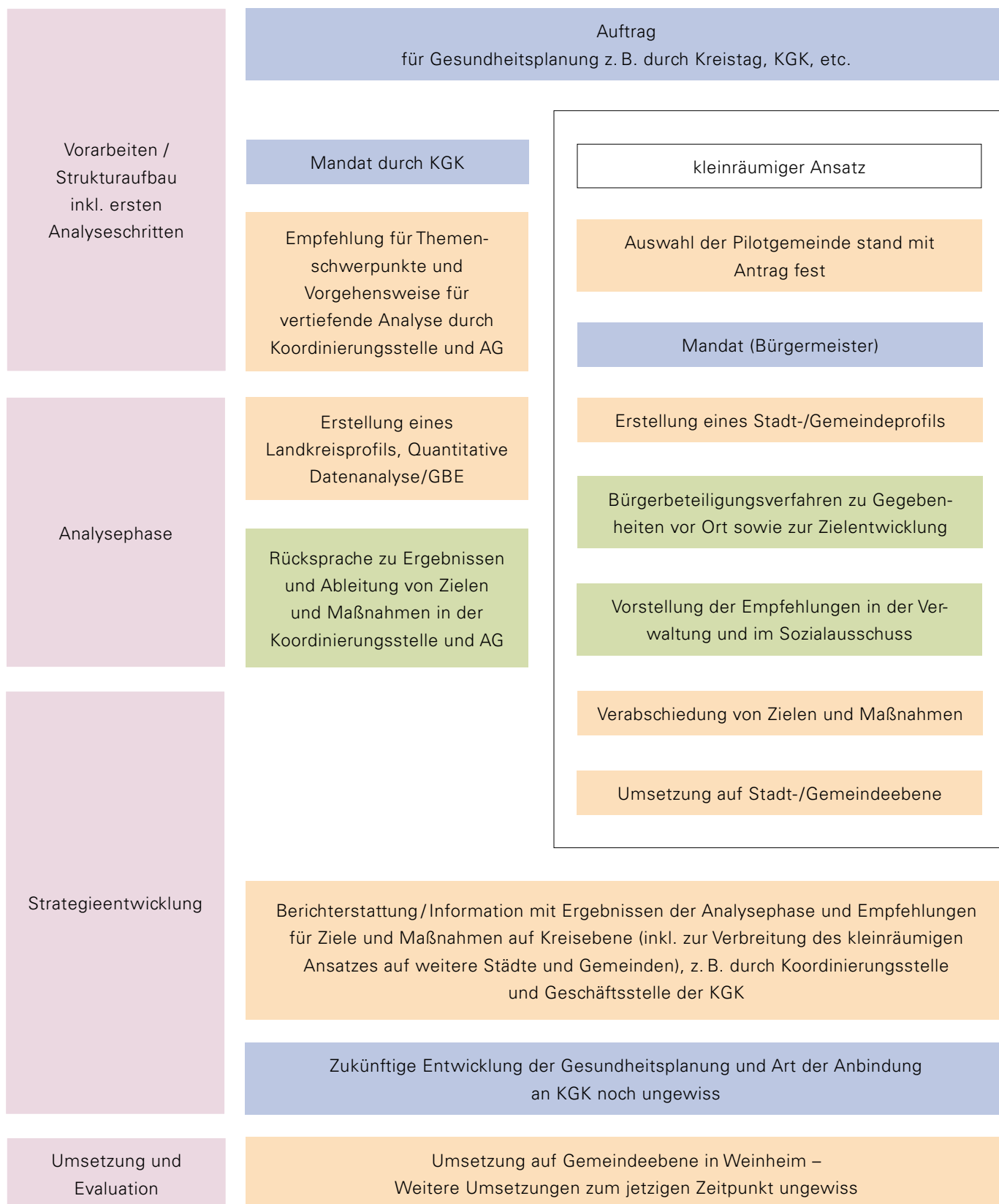


Abbildung 24: Prozessschritte der Gesundheitsplanung im Rhein-Neckar-Kreis.

- Bürgerbeteiligung
- Mandat
- Planungs- und Umsetzungsschritte

4.6 LANDESHAUPTSTADT STUTT GART

HINTERGRUND ZUR TEILNAHME AM PILOTVORHABEN

Hintergrund zur Teilnahme am Pilotvorhaben war die Stuttgarter Gesundheitskonferenz zum Thema „Gesund älter werden“. Auf Basis des Stuttgarter Alterssurveys 2012 (vgl. Abb. 25) und der Planung, Durchführung und Nachbearbeitung des Themas „Gesund älter werden“, haben sich zahlreiche Kontakte und Schnittmengen zu anderen Ämtern wie auch zu Trägern der Wohlfahrtspflege und weiteren Organisationen ergeben. Bislang gab es viele kleinere und größere Verbindungen in der Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsamt und weiteren Ämtern, die einen „Projektstatus“ haben. Basierend auf einer gut abgestimmten Gesundheitsplanung soll es darum gehen, die begonnenen Einzelfäden zu analysieren, zu bewerten und ggf. in feste Strukturen zu überführen mit dem Ziel, in eine nachhaltige, fachlich fundierte Planung zur Gesundheitsförderung im Alter in Stuttgart zu kommen.

Außerdem wurde bislang nur „stadtweit“ das Thema Gesundheitsförderung im Alter betrachtet. Eine notwendige Detailplanung auf Stadtteilebene, die auf Basis einer eingehenden Gesundheitsberichterstattung und unter Beteiligung von Fach- und Bürgerdialogen stattfindet, wurde bislang noch nicht durchgeführt (Ausnahme: Speziell das Thema Bewegungsförderung im Stadtteil Mönchfeld im Rahmen der Gesundheitsdialoge). Dies ist ein nächster Schritt zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung, von der die Stadt Stuttgart nach derzeitigem wissenschaftlichem Kenntnisstand eine besonders nachhaltige Wirkung erwartet. Eine gezielt thematisierte und festgelegte Gesundheitsplanung hätte eine Wirkung sowohl nach innen (systematisierte, verbesserte und abgestimmte Gesundheits- und Sozialplanung, verbesserte Ressourcen- und Einsatzplanung, verbesserte Zusammenarbeit verschiedener Ämter und Trägerorganisationen) sowie eine Wirkung nach außen durch eine strukturierte und planerische Vorgehensweise unter Einbeziehung der Bedarfe und Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger und der vor Ort tätigen Institutionen.

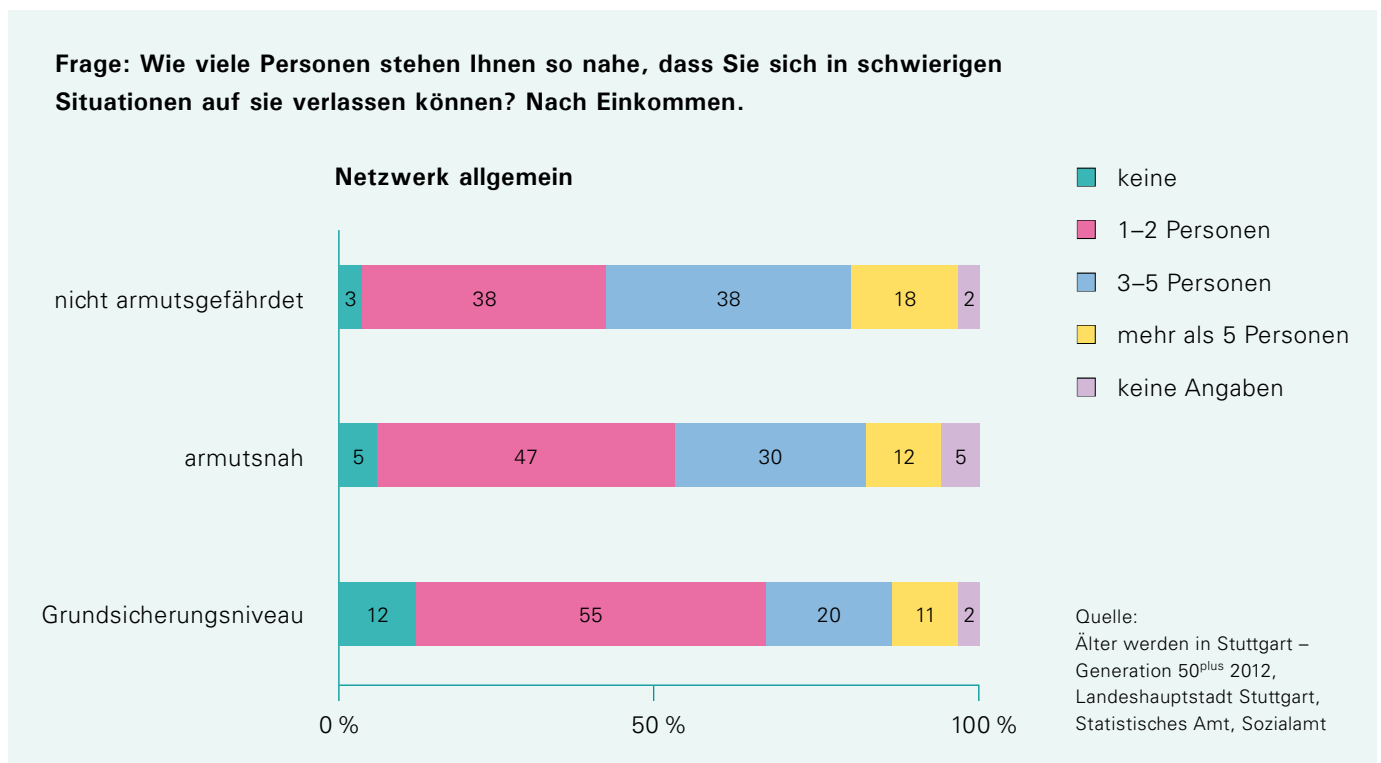


Abbildung 25: Ein Ergebnis aus dem Stuttgarter Alterssurvey: Einkommenshöhe und die Größe sozialer Netzwerke hängen zusammen.

ZIELE DER TEILNAHME AM PILOTVORHABEN

Ziele nach innen:

- ▶ Strategische und operative Planungsgrundlagen schaffen bzw. die Zusammenarbeit optimieren
- ▶ Verbesserungspotentiale erkennen, Interventionsnotwendigkeiten herausstellen, Schnittstellenprobleme beheben
- ▶ Zielgerichtete Planung als wesentlichen Teil des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses über den Projektstatus hinaus etablieren
- ▶ Zusammenführung und Darstellung der Datenlage zur gesundheitlichen Lage der älteren Menschen in einem Stadtteil optimieren (z. B. durch anschauliche Karten) sowie den Ausbau der Gesundheitsberichterstattung, stadtteilorientiert, als Planungsgrundlage etablieren
- ▶ Einbindung der Aspekte von Gesundheitsförderung und Prävention in bestehende oder neu zu schaffende (räumliche) Planungsverfahren
- ▶ Ausbau von Fach- und Bürgerdialogen zu Gesundheitsthemen in bestehende oder neu zu schaffende Planungsverfahren
- ▶ Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen der Gesundheitsförderung (z. B. sozial Benachteiligte, Menschen mit Migrationshintergrund) erhöhen

Ziele nach außen:

- ▶ Auswirkungen des demografischen Wandels begegnen
- ▶ Vorhandene Maßnahmen und Angebote zur Gesundheitsförderung im Stadtteil ausbauen bzw. neu installieren
- ▶ Mit Hilfe der Beteiligungsverfahren das Bewusstsein für das Thema Gesundheit in der Bevölkerung stärken sowie spezifische Maßnahmen innerhalb und außerhalb des Gesundheitssektors aufbauen und nachhaltig verankern
- ▶ Überprüfung, inwieweit die pflegerische Versorgung im Stadtteil für die Bürgerinnen und Bürger ein Thema ist
- ▶ Bekanntmachen der vor Ort bestehenden Einrichtungen, Überprüfung der Öffnung von Pflegeeinrichtungen für die Bewohner des Stadtteils
- ▶ Aufbau von Netzwerken im Stadtteil zur nachbarschaftlichen Unterstützung bei beginnendem Hilfebedarf im Vorfeld der Nutzung von professionellen Hilfs- und Pflegeleistungen

DARSTELLUNG DER PROZESSCHRITTE

(s. Abb. 26)

- ▶ Auf Basis des vorhandenen Datenmaterials für die Gesundheitsberichterstattung: Auswahl eines Pilotstadtteils (s. Abb. 27–28; vgl. Wallus et al., 2016)
- ▶ Kontinuierliche Einbeziehung der beteiligten Abteilungen/Ämter durch Bildung einer Begleitgruppe
- ▶ Analyse und Identifizierung von Schwerpunktthemen mittels Befragung von Schlüsselpersonen, Institutionen der Gesundheitsversorgung, schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen
- ▶ Vorbereitung und Durchführung von Fach- und Bürgerdialogen: Marktstandbefragung und Durchführung einer Stadtteil-Gesundheitskonferenz
- ▶ Evaluation und Dokumentation der Bürgerbeteiligungsverfahren
- ▶ Unterstützung des Pilotstadtteils bei der Umsetzung der erarbeiteten Zielsetzungen, Maßnahmen und Projekte
- ▶ Zusammenfassung der Analyse- und Arbeitsergebnisse in einem Stadtteil-Gesundheitsbericht unter Einbezug von Stadtteilkarten
- ▶ Auswertungsklausur in Bezug auf die Ämterkooperation
- ▶ Prüfung der Integration der erhobenen Daten in die bereits bestehende interaktive Datenbank des Stuttgarter Sozialmonitorings: <http://www.stuttgart.de/item/show/515355/1>

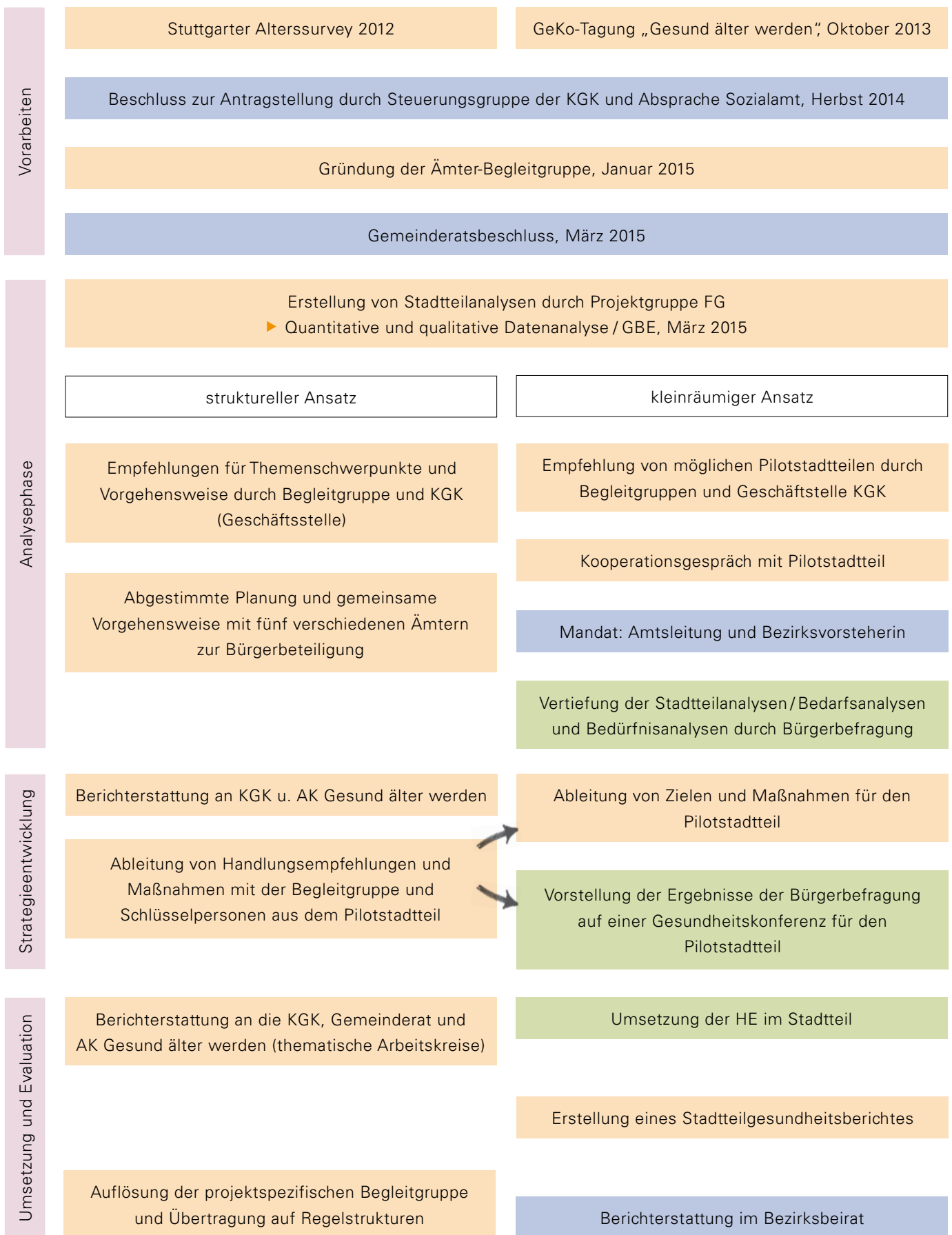
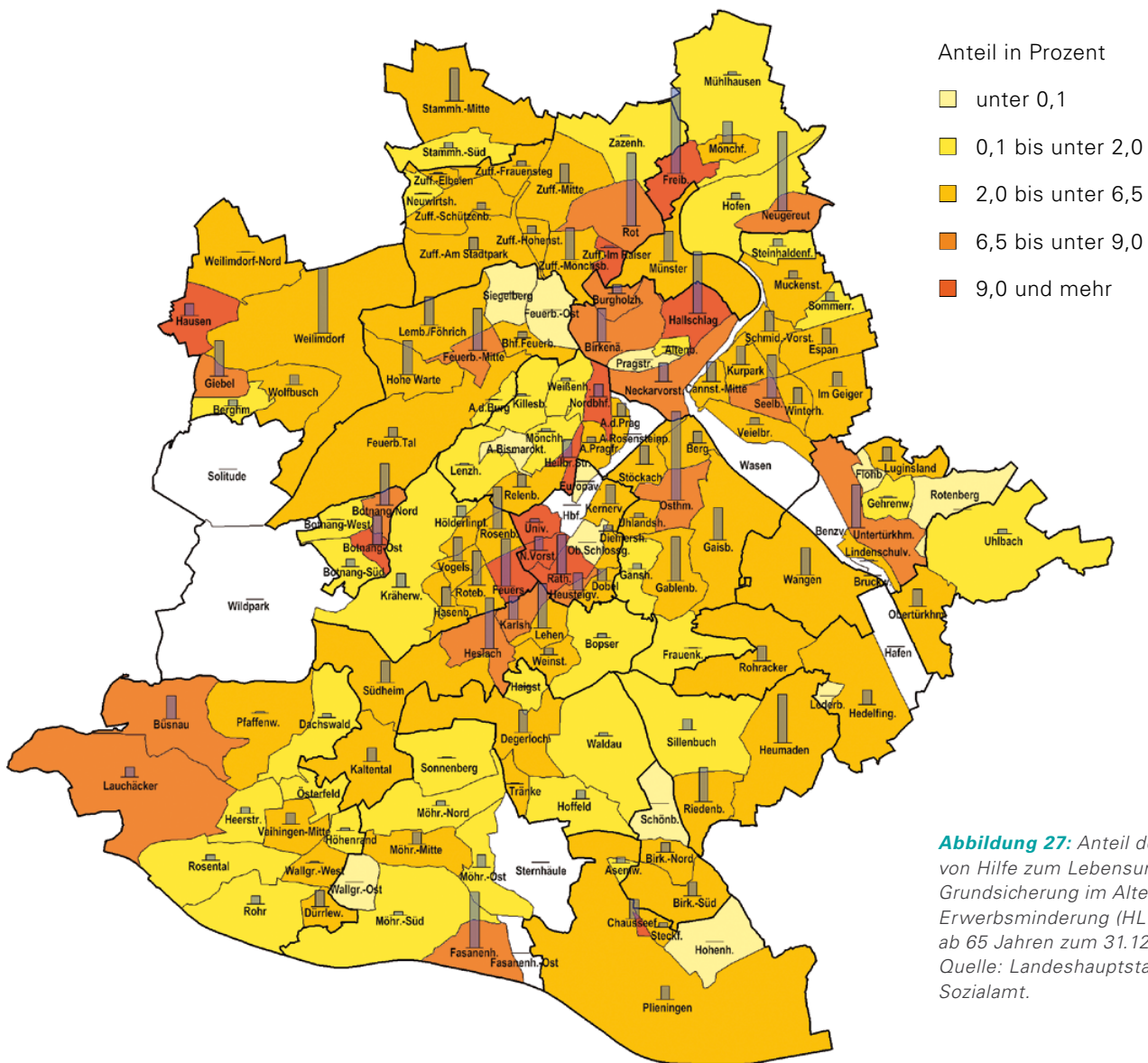


Abbildung 26: Prozessschritte der Gesundheitsplanung der Landeshauptstadt Stuttgart.

■ Bürgerbeteiligung ■ Mandat ■ Planungs- und Umsetzungsschritte



ZENTRALE ERGEBNISSE

- ▶ Bewusstsein für die vielfältigen Aspekte der Gesundheit im Alter wurde bei politisch Verantwortlichen, Vereinen und Institutionen im Stadtteil geschaffen
- ▶ Aktive Bürgerbeteiligung im Nachgang der Stadtteil-Gesundheitskonferenz im Rahmen von vier themenbezogenen Arbeitsgruppen: „Leben und Wohnen“, „Soziale Kontakte und Begegnungsmöglichkeiten“, „Bewegungsförderung“ und „Informationsdefizite abbauen“
- ▶ Ausbau der Arbeit von Begegnungsstätten
- ▶ Installation von zusätzlichen niederschweligen Bewegungsangeboten für Ältere
- ▶ Entwicklung eines Gesundheitswegweisers für Ältere <http://www.stuttgart.de/img/mdb/item/576376/120374.pdf>
- ▶ Erstellung eines Stadtteil-Gesundheitsberichts <http://www.stuttgart.de/img/mdb/item/388090/121907.pdf>
- ▶ Verbesserung der Ämterkooperation durch regelmäßige Absprachen über Planungsvorhaben
- ▶ Fortführung der Arbeiten zur Infrastruktur in einem „Masterplan für Untertürkheim“ im Auftrag des Gemeinderats

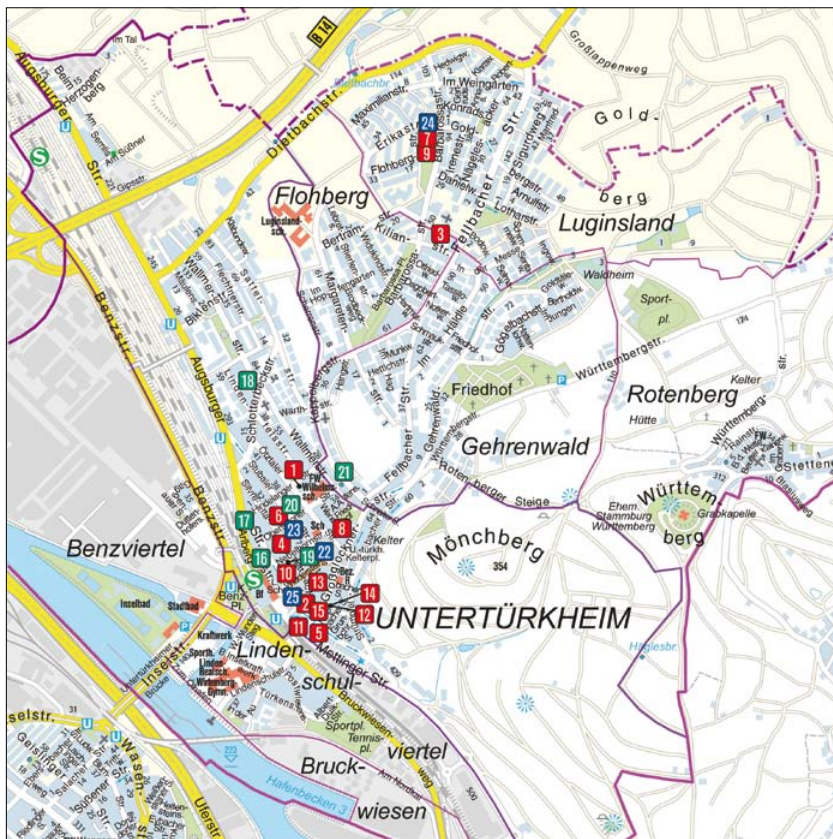


Abbildung 28: Ärzte und Apotheken in Untertürkheim. Karte: Stadtmessungsamt, Stand Nov. 2016.



Weiterführende Literatur


Wallus, L., Geyer, V. & Erb, J. (2016). Wo beginnen bei begrenzten Ressourcen? Auswahl eines Stadtteils für die Gesundheitsförderung älterer Menschen anhand von Indikatoren aus der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung. Das Gesundheitswesen 78, S. 250

Landeshauptstadt Stuttgart, Gesundheitsamt (2016a). Gesundheitswegweiser Untertürkheim – Informationen, Anregungen und Tipps für ein gesundes Älterwerden.

Landeshauptstadt Stuttgart, Gesundheitsamt (2016b).

Gesund älter werden in Untertürkheim, Stadtteil-Gesundheitsbericht.

5. Handlungsempfehlungen für den Aufbau einer Gesundheitsplanung

 Die Gesundheitsplanung ist ein systematischer und sich kontinuierlich wiederholender Prozess entlang der Phasen Analyse, Strategieentwicklung, Umsetzung und Evaluation (s. Kapitel 3.1). Zentrale Grundlagen und Querschnittsaufgaben der Gesundheitsplanung sind der Aufbau der relevanten Strukturen sowie die Bürgerbeteiligung. Beide Querschnittsaufgaben sind in allen Phasen der Gesundheitsplanung von Bedeutung. Der Strukturaufbau stellt schon vorab eine wichtige Grundlage dar, er sollte daher vor dem eigentlichen Planungsprozess begonnen und parallel zum Prozess weiterverfolgt werden.

Aus den Ergebnissen des Pilotvorhabens wurden gemeinsam mit den beteiligten Land- und Stadtkreisen Handlungsempfehlungen abgeleitet, die als Orientierungshilfe für den Aufbau einer Gesundheitsplanung im ÖGD und deren Weiterentwicklung dienen können. Die einzelnen Planungs- und Umsetzungsschritte einer Gesundheitsplanung sind stets an die vorhandenen Rahmenbedingungen, Strukturen und Kooperationen des betreffenden Land- bzw. Stadtkreises anzupassen.

Gesundheitsplanung hat sich während des Pilotvorhabens sowohl für das Handlungsfeld *Gesundheitsförderung und Prävention*, als auch die Handlungsfelder *medizinische Versorgung* und *stationäre und ambulante Pflege* als geeigneter interdisziplinärer und institutionenübergreifender Prozess erwiesen. Den Schwerpunkt des Pilotvorhabens bildete das Handlungsfeld *Gesundheitsförderung und Prävention*, das in fünf Land- und Stadtkreisen aufgegriffen wurde (vgl. Kapitel 2). Die Handlungsfelder *medizinische Versor-*

gung und *stationäre und ambulante Pflege* wurden jeweils in zwei Land- bzw. Stadtkreisen aufgegriffen.

Inhalte des Pilotvorhabens zur Gesundheitsplanung (s. Kapitel 2) waren die Querschnittsaufgaben *Strukturaufbau* und *Bürgerbeteiligung* sowie die Phasen *Analyse* und *Strategieentwicklung*. Die Umsetzung von Maßnahmen und deren Evaluation waren nicht Teil des Pilotvorhabens (vgl. Kapitel 3.1). Dementsprechend gliedern sich die nachfolgenden Handlungsempfehlungen in die Kapitel Strukturaufbau, Bürgerbeteiligung, Analyse und Strategieentwicklung.

5.1 STRUKTURAUFBAU

MANDAT

„Der gesetzliche Auftrag stellt das übergeordnete Mandat für die kommunale Gesundheitsplanung dar. Er leitet sich direkt aus dem Auftrag zur Gesundheitsplanung (ÖGDG § 6) und indirekt aus den Aufträgen zur Einrichtung einer KGK (LGG § 5) und zur Gesundheitsberichterstattung ab (ÖGDG § 6). Unabdingbare Voraussetzung für die Etablierung einer Gesundheitsplanung ist, dass diesem gesetzlichen Auftrag auch entsprechende Ressourcen und Zuständigkeiten innerhalb des ÖGD zugeordnet werden und dies auch in der kommunalen Verwaltungsstruktur mandatiert wird.

Die gesetzlichen Aufträge des ÖGD (LGG § 5; ÖGDG § 6) lassen sehr viele Freiheitsgrade, d.h. sie regeln weder die Planungsthemen noch die Budgetverantwortung oder Kooperation zu anderen Planungsträgern. Um eine Planung effizient zu gestalten und nachhaltig zu etablieren, ist daher eine darüber hinausgehende Mandatierung sinnvoll.

Für den Aufbau der Gesundheitsplanung als kreisweite unbefristete Planungsaufgabe ist ein *Mandat* durch den zuständigen Kreistag bzw. Gemeinderat, die kommunale Spitze oder mindestens auf Dezernatsebene fördernd. Darin sollten das federführende Amt sowie je nach Planungsvorhaben ggf. auch die weiteren verantwortlichen Ämter und Dezernate benannt und beauftragt werden (vgl. Abb. 29).

Die kommunale Gesundheitsplanung durch den ÖGD entwickelt ihren Mehrwert v.a. auch durch die vielen potentiellen Schnittstellen zu verschiedenen gesundheitsrelevanten Akteuren und Planungsfeldern. Die Vermittlung dieses Mehrwertes im Sinne einer ämterübergreifenden Gesundheitsplanung erleichtert den politischen Rückhalt und das erstrebte Mandat sowie die Etablierung eines interdisziplinären Planungsprozesses.

Die möglichst frühzeitige und umfassende Einbeziehung der politisch Verantwortlichen und der Sachkundigen vor Ort trägt maßgeblich zum Gelingen des Prozesses bei. Diese Stakeholder zeichnen sich durch ein tiefes Wissen über die Strukturen und Lebensbedingungen vor Ort aus, vermitteln relevante Kontakte und können die Umsetzung von Maßnahmen und die Nachhaltigkeit gewährleisten.

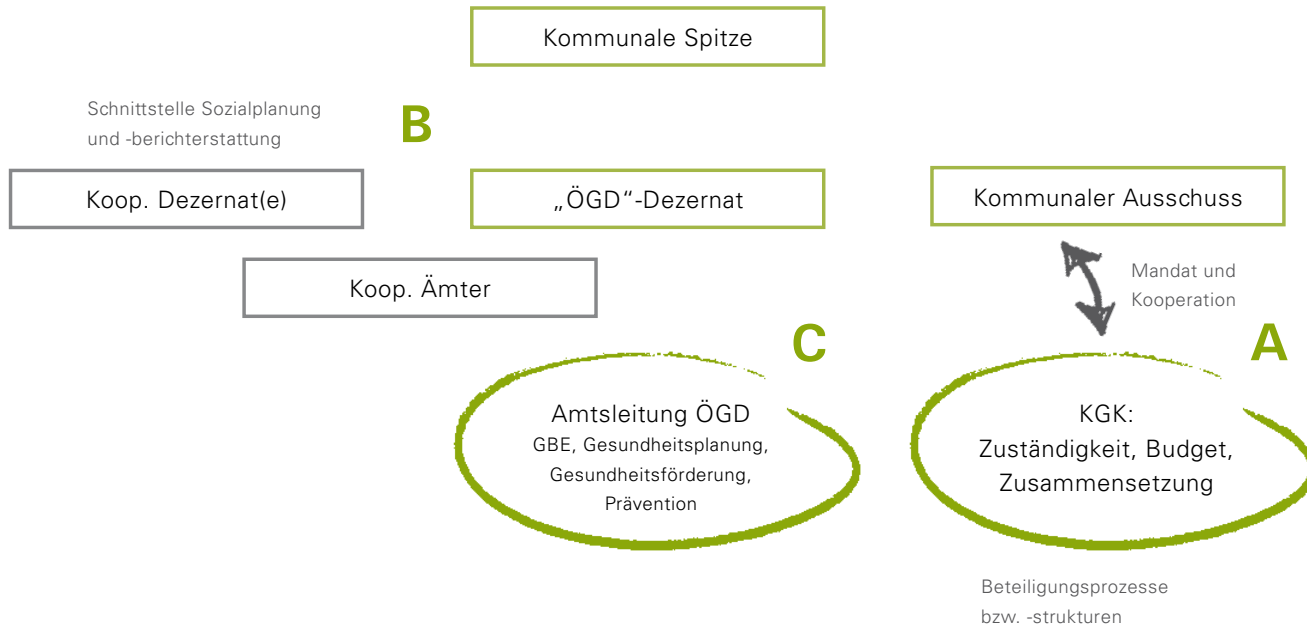


Abbildung 29: Wichtige Rahmenbedingungen und Fragen für eine erfolgreiche kommunale Gesundheitsplanung des ÖGD erweitert nach Szagun et al. (2016).

Die Abbildung zeigt wichtige Rahmenbedingungen und Fragen für eine erfolgreiche kommunale Gesundheitsplanung des ÖGD, dargestellt an einer KGK in einer beispielhaften Verwaltungsstruktur.

A: Zuständigkeit, Zusammensetzung und Budget der KGK, Mandat und Kooperation gegenüber welchen kommunalpolitischen Ausschüssen, Form und Ausmaß partizipativer Planungsprozesse.

B: Einordnung des ÖGD in die kommunale Verwaltung (z.B. Sozialdezernat, Sozialbürgermeister), eng davon abhängig Qualität der Schnittstellen zu anderen Dezernaten und Ämtern sowie Möglichkeiten für eine integrierte Sozial- und Gesundheitsberichterstattung.

C: Interne ÖGD-Struktur, personelle Ausstattung und hierarchische Zuordnung von GBE und Koordination inkl. struktureller Qualität der Kooperation.

AUFBAU VON PLANUNGSSTRUKTUREN

Der Aufbau von Strukturen und Kooperationen ist zeitintensiv, bildet jedoch die Basis einer effizienten und nachhaltigen Gesundheitsplanung. Der Aufbau endet nicht etwa mit der Etablierung einer Planungsstruktur, sondern kann sich über lange Zeiträume erheblich weiterentwickeln und damit zum nachhaltigen Erfolgsfaktor werden. Neben dem Werben und Aktivieren von Kooperationspartnern, gilt es verbindliche Arbeitsstrukturen (z.B. ämterübergreifende AG, Einrichtung eines Steuerungsgremiums durch ein Mandat der Verwaltungsspitze) und verbindliche Regelungen (z.B. regelmäßige Treffen) festzulegen. So wird ein effektives Handeln im Prozessablauf möglich.

Für das *Aktivieren von Kooperationspartnern* ist es wichtig, vorab den Mehrwert der Zusammenarbeit für die Partner und das gemeinsame Ziel herauszuarbeiten. Kooperationen gelingen nur dann nachhaltig, wenn die Kooperation für die Planungsbeteiligten als vorteilhaft empfunden wird. Es ist nicht selbstverständlich, dass die potentiellen Kooperationspartner diesen Mehrwert für ihre eigenen Anliegen von Anfang an sehen, daher muss gerade anfangs häufig aktiv um die Kooperation geworben werden. Dieses aktive Werben um Kooperationsmöglichkeiten umfasst bspw. die relevanten Ämter, die Städte, Stadtteile und Gemeinden und die Mitglieder der KGK.

Die Gesundheitsplanung benötigt eine *Koordinierung* (vgl. Abb. 29), die an einer Stelle fest verortet ist (z.B. Geschäftsstelle der KGK, im Tätigkeitsbereich Gesundheitsförderung und Prävention etc.) und über ausreichend Ressourcen und eine hohe Fachkompetenz verfügt. Diese Koordinierung sollte möglichst in enger und direkter Abstimmung mit der Amtsleitung erfolgen, da Planungsaufgaben meist übergeordnete Relevanz haben (z.B. in kommunalen Ausschüssen). Darüber hinaus sollte eine enge Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsplanung und Gesundheitsberichterstattung bestehen, damit Letztere in direkter Abstimmung mit den Planungsaufgaben erfolgen bzw. die Planung auf der Berichterstattung basieren kann. Die Anbindung der Koordinierung ist von den Strukturen des Land- bzw. Stadtkreises abhängig.



Die Einrichtung einer *Lenkungsgruppe* kann der Abstimmung der beteiligten Ämter hinsichtlich strategischer und finanzieller Entscheidungen dienen.

Die Gesundheitsplanung basiert auf der ämterübergreifenden Zusammenarbeit verschiedener Professionen in einer *Arbeitsgruppe*. Bei Bedarf können auch mehrere themenspezifische Arbeitsgruppen gebildet werden. Für die Koordination und Moderation der Arbeitsgruppe(n) ist die Koordinierungsstelle der Gesundheitsplanung zuständig.

Um Ressourcen zu schonen und die weiteren verantwortlichen Ämter langfristig in den Prozess miteinzubinden, sollten bereits bestehende Strukturen und Kooperationen genutzt werden (z.B. der KGK, der Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Versorgung).

In den Arbeitsgruppen sollten die relevanten Tätigkeitsbereiche der Kommunalverwaltung vertreten sein. Diese sind u. a.:

- ▶ Altenhilfe-Fachplanung, Kreispflegeplanung, Altenberatung
- ▶ Bildung
- ▶ Geoinformationssysteme, Geodatenzentrum, Stadtmessungsamt
- ▶ Gesundheitsberichterstattung
- ▶ Gesundheitsförderung und Prävention
- ▶ Jugendhilfe
- ▶ Sozialplanung, Sozialarbeit
- ▶ Sport
- ▶ Stadtplanung, Stadtentwicklung

Zentrale Aufgaben der Arbeitsgruppe(n) sind:

- ▶ Sammlung, Analyse, Aufbereitung und Darstellung planungsrelevanter Daten (Gesundheitsberichterstattung)
- ▶ Ableitung von Empfehlungen für Ziele und Maßnahmen unter Beteiligung der relevanten Entscheidungsträger, der KGK und bei Bedarf der Bürgerinnen und Bürger im Land- bzw. Stadtkreis
- ▶ Information des Lenkungskreises, der relevanten Gremien und der Entscheidungsträger im Land- bzw. Stadtkreis
- ▶ Sicherstellung der Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen in Zusammenarbeit mit Akteuren der KGK und weiteren Partnern
- ▶ Planung und Umsetzung von Bürgerbeteiligung
- ▶ Öffentlichkeitsarbeit

Im ÖGD sollten schon im Vorfeld des Strukturaufbaus auch die *Verantwortlichkeiten* (z.B. zwischen Geschäftsstelle KGK, GBE, Gesundheitsförderung und Prävention) festgelegt werden. Interne Abstimmungshürden erschweren die Planungsprozesse und damit auch den Aufbau einer Gesundheitsplanung. Aufgrund der hohen Relevanz von Wissen über Strukturen, Zuständigkeiten und Kooperationen spielt die Amtsleitung und ihr Selbstverständnis eine zentrale Rolle für Planungsaufgaben. Die genannten Planungskompetenzen sollten auch deswegen möglichst nah an der Amtsleitung angesiedelt werden (Sachgebietsleitung oder Stabsstelle).

Von zentraler Bedeutung ist es, frühzeitig die für die Planungsprozesse wesentlichen Verantwortlichkeiten und *Entscheidungswege* in und außerhalb der kommunalen Verwaltung zu klären. Dabei gilt es u.a. folgende Fragen zu beantworten:

- ▶ Welche Entscheidungsbefugnis steht der KGK zu und wie sind ihre Zuständigkeiten gegenüber den politisch legitimierten Ausschüssen definiert?
- ▶ Wie werden die politischen Gremien (z.B. Kreistag und Gemeinderat) in Planungsprozesse eingebunden?
- ▶ Wer entscheidet im Planungsprozess über die Umsetzung von Maßnahmen und den Einsatz von Ressourcen?
- ▶ Welche Zuständigkeiten und Entscheidungsspielräume besitzen die beteiligten Ämter im Planungsprozess?

Nachhaltig etablieren lässt sich eine bedarfsgerechte Gesundheitsplanung nur auf Basis einer qualifizierten, langfristig angelegten *Gesundheitsberichterstattung*.

Die Planung auf Basis der Gesundheitsberichterstattung verbessert einerseits die Zielgenauigkeit und damit Qualität der Planungsprozesse, wirkt sich aber auch sehr positiv auf die Akzeptanz derselben aus. Durch eine fundierte Gesundheitsberichterstattung können die (begrenzten) Ressourcen bestmöglich und transparent eingesetzt werden. Gesundheitsberichterstattung dient somit als Entscheidungsgrundlage zur Verteilung der Ressourcen.

Aufgrund der engen Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage, ist eine integrierte und kleinräumige Gesundheits- und Sozialberichterstattung als optimal anzusehen, die möglichst alle verfügbaren gesundheitsrelevanten Daten einbezieht und in einer zentralen Datenschnittstelle auf Kreisebene zusammengefasst wird.

KOOPERATION MIT STÄDTEN, GEMEINDEN, STADT- UND ORTSTEILEN

Um kleinräumige Analysen der Lebenswelten vorzunehmen und bedarfsgerechte Strategien zu entwickeln, bedarf es der Zusammenarbeit mit Städten, Gemeinden, Stadt- und Ortsteilen.


Die Gesundheitsplanung in Kooperation mit der Kreisverwaltung und die damit verbundene fachbereichsübergreifende Zusammenarbeit sollte durch einen Gemeinderatsbeschluss kommunalpolitisch legitimiert werden. Dieser bildet auch die Grundlage für die notwendigen Lenkungs- und Arbeitsstrukturen der Gesundheitsplanung vor Ort. Der Aufwand, der für die kooperierende Kommune in diesem Zusammenhang zu erwarten ist, wie auch der zu erwartende Nutzen, sollten bereits im Vorfeld möglichst transparent vermittelt werden.

Eine hohe Präsenz der Verantwortlichen der Gesundheitsplanung der Kreisverwaltung in den Städten, Gemeinden, Stadt- und Ortsteilen stärkt den Prozess vor Ort. Ergänzend stärkt die frühe Einbeziehung von Akteuren, Schlüsselpersonen, Bürgerinnen und Bürgern in den Städten, Gemeinden, Stadt- und Ortsteilen den politischen Rückhalt der Gesundheitsplanung und die Akzeptanz der Bevölkerung.

5.2 BÜRGERBETEILIGUNG

Bürgerbeteiligung zielt darauf, dass die Bürgerinnen und Bürger (z. B. Kinder, Jugendliche, Ältere, Bewohnerinnen und Bewohner in einem Stadtquartier) nicht nur befragt werden, sondern auch bei Entscheidungen und deren Umsetzung mitwirken können, die ihr Leben und dessen Gestaltung betreffen.

Für den Prozess der Gesundheitsplanung bedeutet dies, dass durch eine Bürgerbefragung, als Baustein der Analysephase, wichtige Informationen über Bedürfnisse, Wünsche, Präferenzen und Werte innerhalb der Bevölkerung gewonnen werden können. In diesem Sinne können bei einer Vorstellung der Ergebnisse der Analysephase die vorhandenen Daten mit den Bürgerinnen und Bürgern diskutiert und um deren Erfahrungen und Wahrnehmungen ergänzt werden.

 Weiterführende Informationen zu kommunalen Lenkungs- und Arbeitsstrukturen und eine gesundheitsförderliche Stadt- bzw. Gemeindeentwicklung bietet das Handbuch zur Kommunalen Gesundheitsförderung (LGA, 2015):

www.gesundheitsamt-bw.de/lga/DE/Themen/Gesundheitsfoerderung/gesundleben/Seiten/Arbeitsmaterialien.aspx

Bürgerbeteiligung reicht jedoch über die reine Informationssammlung hinaus und besitzt auch für die Planung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit eine besondere Bedeutung. Bürgerinnen und Bürger sollten die Möglichkeit haben, die Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen und ihre Lebensverhältnisse (z. B. in Kindertagesstätten und im Wohnumfeld), z. B. mittels eigener




Vorschläge und Entscheidungsbeteiligung, aktiv mitzugestalten. Werden auf diesem Weg Veränderungen mit der Bürgerschaft gemeinsam erarbeitet, können nachhaltige gesundheitsförderliche Lebenswelten entstehen und die Zustimmung und Unterstützung der Bürgerschaft gesichert werden.

Während des Pilotvorhabens wurden zentrale Erfolgsfaktoren der Bürgerbeteiligung bestätigt (vgl. LGA, 2014):

- ▶ Die umfassende Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger und der örtlichen Akteure sowie die gemeinsame Planung und Umsetzung von Maßnahmen erfordert einen langen Zeitraum und einen intensiven Einsatz an Personalressourcen der Kommunalverwaltung. Im Vorfeld sollte sorgfältig geprüft werden, inwieweit eine Bürgerbeteiligung bei der jeweiligen Thematik und Fragestellung sinnvoll ist und ob die notwendigen Ressourcen vorhanden sind.
- ▶ Bürgerbeteiligung ist dann besonders erfolgreich, wenn sie möglichst frühzeitig im Planungsverlauf einsetzt und über die Entscheidung bis zur Umsetzung von Maßnahmen andauert.
- ▶ Die Entscheidungstragenden, die später auch über das Ergebnis des Beteiligungsprozesses beschließen, müssen den beteiligten Bürgerinnen und Bürger zu Beginn ein klares Mandat erteilen, aus dem Ziel und Handlungsspielraum der Beteiligung hervorgehen (z.B. Empfehlungen für eine Entscheidung zu formulieren).
- ▶ Damit das Ergebnis des Beteiligungsprozesses auch umsetzbar ist, sollten Schlüsselpersonen, Akteure und Betroffene vor Ort frühzeitig eingebunden werden. Es lohnt sich zu überlegen, wer ein Interesse haben könnte, an dem Prozess beteiligt zu sein und wer später die Entscheidung mittragen oder von ihr betroffen sein wird.
- ▶ Art und Methodik der Bürgerbeteiligung müssen individuell und passgenau auf die jeweilige Thematik und Fragestellung zugeschnitten werden. Das Format der Bürgerbeteiligung und die Einladung sollten adressatenspezifisch erstellt werden. Eine Stigmatisierung der Adressaten ist zu vermeiden.

- ▶ Für den Erfolg einer Bürgerbeteiligung ist es hilfreich, wenn die kommunalen Akteure externe und qualifizierte Personen beauftragen, die das Verfahren beraten und moderieren.
- ▶ Große Zeitspannen zwischen den Beteiligungsverfahren, der Beschlussfassung über die Ergebnisse und deren Umsetzung sind zu vermeiden, da die Gefahr besteht, dass die Beteiligten den Prozess nicht mehr nachvollziehen können.
- ▶ Die transparente Bereitstellung aller Informationen ist Voraussetzung einer erfolgreichen Bürgerbeteiligung. Bürgerinnen und Bürger können sich nur dann konstruktiv an einer Ideenfindung oder an einer Entscheidung beteiligen, wenn Ihnen alle vorhandenen Informationen zur Fragestellung vorliegen, sie wissen wie die Beteiligung erfolgt, welche Entscheidungsmacht ihnen zusteht, was mit den Ergebnissen geschieht und wie sie in den weiteren Verlauf des Vorhabens einbezogen werden.
- ▶ Für das Gelingen eines Beteiligungsverfahrens ist die offene und wertschätzende Haltung der Initiatoren, der Politikerinnen und Politiker (z.B. Landrätinnen und Landräte, Bürgermeisterinnen und Bürgermeister), der kommunalen Gremien (z.B. Kreistag und Gemeinderat) und der Beschäftigten der öffentlichen Verwaltungen, ein wichtiger Erfolgsfaktor.

 Weiterführende Informationen zu Formaten, Empfehlungen und Erfolgsfaktoren zur Bürgerbeteiligung sind in der *Handlungsempfehlung zur Bürgerbeteiligung bei Gesundheitsthemen* (LGA, 2014) enthalten:

www.gesundheitsdialog-bw.de/gesundheitsdialog/

5.3 ANALYSE

Im Rahmen der Analysephase ist sowohl die Erstellung eines Land- bzw. Stadtkreisprofils als auch von Stadt(teil)-, Gemeinde- und Ortsteilprofilen empfehlenswert. Dabei stellt eine fundierte Gesundheitsberichterstattung eine wichtige Datenbasis für die Analyse dar.

Um möglichst relevante Daten auf Kreis-, Stadt(teil)- oder Gemeindeebene für die jeweiligen Fragestellungen und Handlungsfelder zu gewinnen, ist oft die Kooperation verschiedener Ämter und Datenhalter erforderlich. Auf Grundlage der Interpretation der Daten sollte der kommunale Bedarf so eindeutig wie möglich dargestellt werden, um darauf aufbauend bedarfsgerechte und realistische Ziele formulieren zu können. Eine kartografische Datenaufbereitung durch Geoinformationssysteme erleichtert die schnelle und übersichtliche Informationsaufnahme der Daten und Indikatoren und macht diese verständlicher. Geoinformationssysteme dienen der Visualisierung von abstrakten Daten und stellen diese in einem räumlichen Zusammenhang in Form von Karten dar.

Eine mögliche Datenquelle stellt der *Gesundheitsatlas Baden-Württemberg* dar, der Daten zur Gesundheit in Form von Tabellen, Grafiken und interaktiven Karten enthält.

LAND- UND STADTKREISPROFIL

Die übergeordneten Planungsthemen eines Stadt- oder Landkreises sollten wenn möglich von einem Kreisprofil abgeleitet werden. Dies ermöglicht zielgenaueres Handeln und legitimiert den kommunalen Planungsprozess. Die konkreten Planungsprozesse beziehen sich dann jedoch häufig nicht auf den ganzen Stadt- oder Landkreis, sondern auf Städte, Stadtteile, Gemeinden oder Ortsteile.

DER GESUNDHEITSATLAS BADEN-WÜRTTEMBERG

Der Gesundheitsatlas Baden-Württemberg stellt Daten und Informationen zu den vier Hauptthemenfeldern *Bevölkerung - Medizinische Versorgung - Gesundheitszustand der Bevölkerung - Gesundheitsförderung und Prävention* bereit.

Mehr als 70 Indikatoren, die sich an dem Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder (AOLG, 2003) orientieren, sind derzeit im Gesundheitsatlas verfügbar. Datenhalter sind unter anderem der Öffentliche Gesundheitsdienst (z.B. Daten aus den Einschulungsuntersuchungen), das Statistische Landesamt Baden-Württemberg, das Statistische Bundesamt, die Kassenärztliche Vereinigung und die Deutsche Rentenversicherung Bund.

Nach Auswahl eines der angebotenen Themen werden Zahlen zur Gesundheit und zu gesundheitsrelevanten Themen auf Landes- und auf Kreisebene in Form von Tabellen, Grafiken und einer Karte gezeigt. Auch können Tabellen und Grafiken zu einem bestimmten Thema in Form eines Berichts auf Kreisebene zusammengestellt und exportiert werden. Außerdem stehen den Benutzern weiterführende Verknüpfungen, zusätzliche Tabellen und Dokumente sowie ergänzende Karten oder Berichte zur Verfügung.

Der Gesundheitsatlas entwickelt sich fortlaufend. Neben dem weiteren Ausbau der Indikatoren und Themenbereiche werden auch weitere Darstellungsmöglichkeiten von Daten erarbeitet. Dazu wird unter anderem die Nutzung von doppelten Karten als auch die fachliche Begleitung bei der Entwicklung eines Gesundheitsbarometers für den Gesundheitsatlas gehören.

www.gesundheitsatlas-bw.de



Mögliche Indikatoren eines Land- bzw. Stadtkreisprofils lassen sich aus den für die GBE entwickelten Indikatorensätzen sowie Fachveröffentlichungen ableiten (s. Tab. 2). Es gibt dabei nicht „den Indikator“, die Auswahl relevanter Kennzahlen sollte stark vom jeweiligen Planungsgegenstand abhängig gemacht werden. Bezieht sich die Gesundheitsplanung ganz oder teilweise auf Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, hat sich eine integrierte Betrachtung von gesundheitlichen und sozialen Indikatoren bewährt, die schließlich auch zu integrierten kommunalen Indikatorensätzen führen kann (Galante-Gottschalk et al., 2016; Süß et al., 2005).

Um Städte, Stadtteile, Gemeinden und Ortsteile systematisch auszuwählen, empfiehlt es sich, einen themenspezifischen Kriterienkatalog zugrunde zu legen. So können im Idealfall Städte, Stadtteile, Gemeinden und Ortsteile mit besonderem Bedarf identifiziert und für alle Beteiligten transparent gestaltet werden. Diese systematische Vorgehen soll sicher stellen, dass alle Informationen und Interessen bedacht werden.

In gleichem Maße kann jedoch auch ein Bedarf aus einer Stadt, Gemeinde oder einem Stadtteil aufgezeigt und Interesse an einer kleinräumigen und detaillierten Analyse signalisiert werden.

Es wäre zwar sinnvoll, die lokale Prioritätensetzung der Gesundheitsplanung stets von der oben genannten kleinräumigen Bedarfsbestimmung auch innerhalb des Kreises oder der Stadt, abzuleiten (z.B. Kindergesundheit gezielt dort zu stärken, wo sich aufgrund der Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen ein erhöhter Bedarf zeigt). Dieses aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht idealtypische Vorgehen lässt sich praktisch jedoch nicht immer realisieren. Es ist aufgrund der Planungsstrukturen und Zuständigkeiten in einem Stadtkreis leichter umsetzbar als in einem Landkreis, da in Letzterem die Entscheidungsbefugnisse der Gemeindegipfeln und deren Position im Kreistag eine entscheidende Rolle spielen. So kann das Herausheben einer spezifischen Gemeinde aufgrund einer besonderen Bedarfslage leicht entweder als stigmatisierend erlebt werden, oder aber die bevorzugte Verwendung von kommunalen Ressourcen für eine einzelne Gemeinde wird als nicht legitim angesehen und deswegen kritisch diskutiert. Beides kann Planungsprozesse empfindlich stören bzw. eine nachhaltige Implementierung behindern. Diese Schwierigkeiten müssen daher berücksichtigt werden und nicht selten verhindern sie ein streng bedarfsanalytisches Vorgehen auf Basis eines Land- oder Stadtkreisprofils. Unter enger Abstimmung mit den kommunalpolitischen Gremien kann und sollte dennoch versucht werden, bedarfsorientiert kleinräumig Prioritäten zu setzen.

BEISPIELE FÜR WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN ZUR GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG

- ▶ Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder www.gbe-bund.de/pdf/Indikatorensatz_der_Laender_2003.pdf
- ▶ KGSt (2009). KGSt-Materialien 4/2009. Sozialmonitoring. Köln: KGSt.
- ▶ Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2011). AG Standortfaktor Gesundheit. Bericht der Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung. Stuttgart: Ministerium für Arbeit und Soziales, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg. <http://gesundheitsdialog-bw.de/zukunftsplan-gesundheit/grundlagen/gesundheitsstrategie/>
- ▶ LGL (2006). Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns. Handlungshilfe: GBE-Praxis 3. Erlangen: LGL. www.lgl.bayern.de/publikationen/
- ▶ Sozialmonitoring der Landeshauptstadt Stuttgart: www.stuttgart.de/item/show/515355/1
- ▶ Süß, W., Glismann, W., Trojan, A. (2005). Integrierte nachhaltigkeitsorientierte Berichterstattung – Kernindikatoren für Kommunen und Städte. Ergebnisse eines Forschungs- und Entwicklungsprojektes. Gesundheitswesen 67(2): 150–154.

BEISPIELE FÜR DATENQUELLEN

- ▶ Agentur für Arbeit
- ▶ Gesundheitsatlas Baden-Württemberg: www.gesundheitsatlas-bw.de/
- ▶ Kommunale Informationsverarbeitung Baden-Franken: www.kivbf.de
- ▶ Kreisämter
- ▶ Landesamt für Geoinformation und Landentwicklung Baden-Württemberg: www.lgl-bw.de
- ▶ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: www.statistik.baden-wuerttemberg.de/

Tabelle 2: Beispiele für weiterführende Informationen zur Gesundheitsberichterstattung und Datenquellen.

STADT(TEIL)-, GEMEINDE- UND ORTSTEILPROFIL

Vor allem im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention ist eine kleinräumige und detaillierte Analyse notwendig, da in diesem Handlungsfeld große Unterschiede (z. B. bezüglich den Bedarfen und Angeboten) zwischen verschiedenen Städten, Stadtteilen, Gemeinden und Ortsteilen vorliegen.

Ist eine Stadt, Gemeinde oder auch ein Stadt- bzw. Ortsteil identifiziert, gilt es für die detaillierte Analyse vor Ort, die notwendige Kooperation herzustellen und die erforderlichen Strukturen zu entwickeln (s. Kapitel 5.1). Der erste Schritt gilt hierbei dem persönlichen Kontakt mit der Bürgermeisterin bzw. dem Bürgermeister. Besondere Bedeutung für eine Kooperation besitzt die Unterstützung durch den Gemeinderat.



Weiterführende Informationen zu einer kleinräumigen Analyse und der darauf aufbauenden Strategieentwicklung und Umsetzung bietet u. a. das *Handbuch zur Kommunalen Gesundheitsförderung* (LGA, 2015):

www.gesundheitsamt-bw.de/lga/DE/Themen/Gesundheitsfoerderung/gesundleben/Seiten/Arbeitsmaterialien.aspx

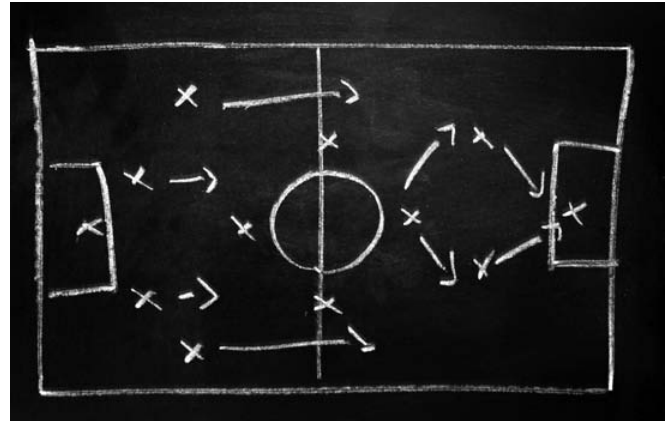
5.4 STRATEGIEENTWICKLUNG

In der Phase der Strategieentwicklung sollen, um von „Daten“ zu „Taten“ zu gelangen, von den Ergebnissen der Analysephase Handlungsempfehlungen, Ziele und Maßnahmen abgeleitet werden. Die dafür notwendigen Strukturen, Prozessschritte und die Entscheidungswege sind zu planen und transparent darzustellen.

Für den Prozess der Gesundheitsplanung werden ab der Phase der Strategieentwicklung die Strukturen außerhalb des ÖGD deutlich relevanter, denn es geht um den gezielten Einsatz von Ressourcen, manchmal ausschließlich Personal, häufig aber auch finanzielle Mittel. Damit treten Personen oder Gremien, die über den Einsatz von finanziellen Mitteln entscheiden, ins Zentrum der Planung. Das können zwar je nach Planungsgegenstand unterschiedliche Gremien oder Personen sein, eine große Rolle spielen aufgrund der organisatorischen Nähe zur Gesundheitsplanung des ÖGD aber natürlich häufig die KGK, der kommunalpolitische Ausschuss, der sich mit Gesundheitsfragen befasst, in Landkreisen die Dezernatsleitung sowie Landrätin oder -rat oder aber in Stadtkreisen die zuständige Bürgermeisterin oder der zuständige Bürgermeister.

Die Strategieentwicklung im Rahmen der Gesundheitsplanung stellt damit deutlich andere und letztlich insgesamt höhere Anforderungen an die Planerinnen und Planer als die Analysephase. Dies hat folgende Gründe:

1. Während die Analyse der gesundheitlichen und sozialen Situation zwar eine methodische Herausforderung darstellt, die aber bei entsprechender wissenschaftlicher Qualifikation überschaubar und im Sinne guter Praxis auch übertragbar ist, hängt die Strategieentwicklung in hohem Maße von den Entscheidungsstrukturen und Akteuren in den Land- und Stadtkreisen ab.
2. Die Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung sowie die Struktur der KGK sind gesetzlich vorgegeben, nicht aber, wer wann über wie viele Ressourcen zu welchem Planungsgegenstand entscheiden soll. Die oben schon erwähnten Freiheitsgrade, die das Gesetz dem ÖGD lässt, werden somit zu einer Herausforderung, da es gilt, genau diese Fragen teils vorab, teils im Rahmen des Planungsprozesses selbst zu klären.



Das bedeutet für die Gesundheitsplanung, dass ein erhebliches Wissen über die lokalen Strukturen notwendig ist, um den Daten auch Taten folgen lassen zu können. Dieses Wissen speist sich aus der spezifischen Erfahrung und den Kenntnissen des Land- bzw. Stadtkreises, d.h. es gilt hier, das Erfahrungswissen im eigenen Amt wie auch das der Netzwerke, in denen gearbeitet wird, zu nutzen. Besonders hilfreich ist hierbei die verlässliche Zusammenarbeit mit kenntnisreichen Akteuren vor Ort. Eine besondere Rolle spielt spätestens in dieser Phase die Amtsleitung, da sie über die nötige Erfahrung mit der Kommunalverwaltung und wichtigen Mitgliedern der kommunalpolitischen Ausschüsse verfügt.

Die Entscheidungswege der Gesundheitsplanung sind meist nicht vorgebahnt, sie müssen daher weitgehend selbst gestaltet werden. Dies sollte teilweise schon vor dem ersten Planungsprozess geschehen (s. Kapitel 5.1, Abbildung 29), zu einem erheblichen Teil entwickeln sich die Strukturen erfahrungsgemäß aber im Rahmen der Planungsprozesse aus und weiter, da sich dadurch meist Netzwerke und etablierte und vertrauensvolle Kooperationen ergeben. Ein zentrales Gremium für die Gesundheitsplanung stellt die KGK dar. Ihr Mandat bzgl. Ressourcenentscheidungen sollte daher schnellstmöglich nach ihrer Einrichtung geklärt werden. Meist hat die Kommunale Gesundheitskonferenz als Expertinnen- und Expertengremium eine sehr eingeschränkte Befugnis bezüglich Ressourcenentscheidungen, da sie im Gegensatz zu den kommunalpolitischen Ausschüssen nicht politisch dafür legitimiert ist. Daher verfügt die KGK meist nur über ein geringes Budget für Maßnahmen. Sie ist im Normalfall eher beratend tätig und die finanzrelevanten Entscheidungen treffen die dafür zuständigen Ausschüsse dann etwa auf die Empfehlungen der KGK hin. Während der Gesundheitsplanung sollte möglichst frühzeitig, d.h. vor und auch während der Analysephase, im eigenen Amt und in

den prozessbegleitenden fachlichen Arbeitsgruppen thematisiert werden, welche Ressourcenentscheidungen aus fachlicher Sicht für sinnvoll und welche davon wiederum für realisierbar gehalten werden. Dann sollte unter Zuhilfenahme allen Erfahrungswissens und der Netzwerke versucht werden die Wege zu bahnen, wie die entsprechenden Entscheider über die Ressourcen in den Prozess eingebunden werden sollen. Die zuständige Arbeitsgruppe wird wahrscheinlich teils aus anderen Arbeitsbereichen und Ämtern stammen, in denen die planerischen Entscheidungswege schon länger etabliert sind und teils regelmäßig über erhebliche Ressourcen entschieden wird (etwa Sozial- oder Jugendhilfeplanung). Dies kann schon deswegen hilfreich sein, da die Erfahrungen für den eigenen Strukturaufbau in der Gesundheitsplanung genutzt werden können. Es kann aber auch ganz direkt beim aktuellen Planungsgeschehen weiterführen, da oft durch gesundheitsbezogene Analysen und Planungen Ressourcenentscheidungen in anderen Zuständigkeitsfeldern, gerade im Sozialbereich, vorbereitet und angestoßen werden.

Ähnlich verhält es sich, wenn die Planungsentscheidungen auf der Gemeindeebene stattfinden, dann liegt auch die Budgetverantwortung in der Gemeinde selbst. Die Gesundheitsplanung stößt die dortigen Entscheidungen lediglich an, sie finden aber nicht in den Strukturen der Gesundheitsplanung im eigentlichen Sinne statt. Oben genannte Freiheitsgrade und die damit einhergehende Verantwortung, selbst geeignete Planungsstrukturen zu etablieren, führen zwar dazu, dass sich die Bedingungen nur eingeschränkt von Kommune zu Kommune übertragen lassen. Dennoch lassen sich zusammenfassend einige Empfehlungen aussprechen, was sich im Pilotvorhaben als sinnvoll bewährt hat:

- ▶ Für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen sind ein klares Mandat und ausreichende Ressourcen notwendig. Insbesondere die Entscheidungskompetenzen und das Mandat der KGK sollten möglichst frühzeitig geklärt werden.
- ▶ Es muss nicht nur fachlich, sondern auch politisch gedacht werden. Die Gesundheitskonferenz etwa ist v. a. ein Fachgremium, die wesentlichen Entscheidungen fallen jedoch in den politisch dafür legitimierten Fach-

gremien, die im Wesentlichen auch fachpolitisch besetzt sind. Gesundheitsplanung beinhaltet demnach nicht nur fachliche Analysen und Handlungsempfehlungen sondern auch die Sicherstellung deren Umsetzung durch die Beteiligung der relevanten Entscheidungsträger und die Planung der einzelnen Entscheidungsschritte.

- ▶ Netzwerkaufbau ist von größter Bedeutung. Genutzt werden sollten diese Netzwerke nicht etwa nur für die fachliche Diskussion, sondern auch mit ihrem Erfahrungswissen über Entscheidungsstrukturen und Wege.
- ▶ Politisch legitimierte Vertreter der entscheidenden Gremien sollten frühzeitig in den Prozess einbezogen werden.
- ▶ Bewährt hat sich die Arbeit auf Basis einer Bedarfsanalyse (etwa Gesundheitsbericht o. ä.). Die Analysen sollten auch formal so präsentiert werden, dass sie verschiedenste wichtige Akteure, nicht etwa nur die Fachwelt, überzeugen können.
- ▶ Es ist davon auszugehen, dass Analysen und Planungen, sofern es um größere Ressourcen geht, auch öffentlich diskutiert werden. Die Öffentlichkeit sollte daher über die Öffentlichkeitsarbeit bzw. auch durch die Bürgerbeteiligung aktiv mit einbezogen werden.

Abhängig von den Planungsstrukturen und dem Planungsgegenstand ist zudem, ob und was von Strategieentwicklung und Zielen dann in Maßnahmen mündet und umgesetzt wird. Da die Planungszuständigkeit des ÖGD nicht näher festgelegt ist, kann diese direkte Umsetzung durch verschiedene Entscheidungsträger angestoßen und von Akteuren umgesetzt werden. Nicht selten bleibt das „ob“ und „wie“ der Umsetzung im Planungsprozess deswegen lange unsicher. Der Erfolg hängt entscheidend davon ab, wie gut einerseits formal der Strukturaufbau und andererseits inhaltlich die Überzeugungskraft im jeweiligen Planungsgegenstand ist. Ein erfolgreicher Planungsprozess ist – gerade anfangs – nicht etwa garantiert, daher gilt es sowohl im wie auch nach dem Planungsprozess die Erfahrungen gemeinsam zu analysieren und die eigenen Strategien entsprechend anzupassen.

Literatur

- Baden-Württemberg (2015a). *Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst – ÖGDG*.
- Baden-Württemberg (2015b). *Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg und zur Änderung anderer Gesetze. Landesgesundheitsgesetz – LGG BW*.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- BertelsmannStiftung (2016). *Wegweiser Kommune*. Zugriff am 18.5.2014 unter: <http://www.wegweiser-kommune.de/>
- Galante-Gottschalk, A., Pott, S., Fischer, C., Erb, J., Ohm, H., Reichardt, G., Ehehalt, S., Spatz, S. & Tropp, H. (2016). Integrierte Gesundheits- und Sozialberichterstattung. Das Sozialmonitoring der Landeshauptstadt Stuttgart. *Das Gesundheitswesen 78*.
- KGSt (2009). *KGSt-Materialien 4/2009*. Sozialmonitoring. Köln: KGSt.
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2015). *Handbuch zur Kommunalen Gesundheitsförderung. Städte und Gemeinden gesundheitsförderlich, lebenswert und generationenfreundlich gestalten*. Stuttgart: LGA. Zugriff am 22.9.2016 unter: www.gesundheitsamt-bw.de/lga/DE/Themen/Gesundheitsfoerderung/gesundleben/Seiten/Arbeitsmaterialien.aspx
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2014). *Handlungsempfehlung zur Bürgerbeteiligung bei Gesundheitsthemen aus den Pilotgesundheitsdialogen im Rahmen des Zukunftsplans Gesundheit*. Stuttgart: LGA. Zugriff am 22.9.2016 unter: <http://gesundheitsdialog-bw.de/gesundheitsdialog/>
- Landeshauptstadt Stuttgart, Gesundheitsamt (2016a). *Gesundheitswegweiser Untertürkheim – Informationen, Anregungen und Tipps für ein gesundes Älterwerden*. Stuttgart: Landeshauptstadt Stuttgart. Zugriff am 3.5.2017 unter: <http://www.stuttgart.de/img/mdb/item/576376/120374.pdf>
- Landeshauptstadt Stuttgart, Gesundheitsamt (2016b). *Gesund älter werden in Untertürkheim, Stadtteil-Gesundheitsbericht*. Stuttgart: Landeshauptstadt Stuttgart. Zugriff am 3.5.2017 unter: <http://www.stuttgart.de/img/mdb/item/388090/121907.pdf>
- LGL (2006). *Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns. Handlungshilfe: GBE-Praxis 3*. Erlangen: LGL. Zugriff am 22.9.2016 unter: www.lgl.bayern.de/publikationen/
- Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (2009). *Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg*. Stuttgart: Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg. Zugriff am 22.9.2016 unter: <http://gesundheitsdialog-bw.de/zukunftsplan-gesundheit/grundgrundlagen/gesundheitsstrategie/>
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2014). *Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg*. Stuttgart: Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg. Zugriff am 22.9.2016 unter: <http://gesundheitsdialog-bw.de/leitbild/>
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2011). *AG Standortfaktor Gesundheit. Bericht der Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung*. Stuttgart: Ministerium für Arbeit und Soziales, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg. Zugriff am 22.9.2016 unter: <http://gesundheitsdialog-bw.de/zukunftsplan-gesundheit/grundlagen/gesundheitsstrategie/>
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2010). *AG Standortfaktor Gesundheit. Bericht der Projektgruppe Kommunale Gesundheitskonferenzen*. Stuttgart: Ministerium für Arbeit und Soziales, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg. Zugriff am 22.9.2016 unter: <http://gesundheitsdialog-bw.de/zukunftsplan-gesundheit/grundlagen/gesundheitsstrategie/>
- Renn, O. (2011): Bürgerbeteiligung- Aktueller Forschungsstand und Folgerungen für die praktische Umsetzung. In: Hilpert, Jörg (Hrsg.): Nutzen und Risiken öffentlicher Großprojekte: Beteiligung als Voraussetzung für eine größere gesellschaftliche Akzeptanz. In: *Stuttgarter Beiträge zur Risiko- und Nachhaltigkeitsforschung 19*, 19–41.
- Süß, W., Glismann, W., Trojan, A. (2005). Integrierte nachhaltigkeitsorientierte Berichterstattung – Kernindikatoren für Kommunen und Städte. Ergebnisse eines Forschungs- und Entwicklungsprojektes. *Gesundheitswesen 67* (2): 150–154.
- Szagon, B., Kuhn, J. & Starke, D. (2016). Lebenswelt-/Settingansatz – Umsetzung und Perspektiven aus Sicht des öffentlichen Gesundheitsdienstes. In: *Prävention & Gesundheitsförderung 4*.
- Wallus, L., Geyer, V. & Erb, J. (2016). Wo beginnen bei begrenzten Ressourcen? Auswahl eines Stadtteils für die Gesundheitsförderung älterer Menschen anhand von Indikatoren aus der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung. *Das Gesundheitswesen 78*, S. 250.

Notizen



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION
REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTT GART