



LANDESGESUNDHEITSKONFERENZ
BADEN-WÜRTTEMBERG

AG Standortfaktor Gesundheit

Bericht der Projektgruppe
Kommunale Gesundheitskonferenzen



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN

I. Impressum

Titel: Bericht der Projektgruppe
„Kommunale Gesundheitskonferenzen“

Stand: 2010

Vorsitzender: Dr. Gottfried Roller,
Leiter des Gesundheitsamtes im Landratsamt
Reutlingen

Co-Vorsitzender: Dipl.-VerwWiss. Frank Winkler
Stellvertretender Leiter des Verbandes der
Ersatzkassen (vdek) in Baden Württemberg

Kontakt: Monika Firsching
St.-Wolfgang-Str. 13, 72764 Reutlingen
Tel.: 07121 480 4340
monika_firsching@kreis-reutlingen.de

Serpil Lutz
St.-Wolfgang-Str. 13, 72764 Reutlingen
Tel.: 07121 480 4330
serpil_lutz@kreis-reutlingen.de

Bezug: Monika Firsching/Serpil Lutz

Copyright: Nachdruck nur mit Genehmigung

Hinweis:

Der Auftrag zur Erstellung dieses Berichts erfolgte durch die AG Standortfaktor Gesundheit des Gesundheitsforums Baden-Württemberg, welches im Jahr 2013 in die Landesgesundheitskonferenz Baden-Württemberg überführt wurde.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Impressum	2
II. Vorwort	4
III. Einführung und Auftrag der Projektgruppe	5
IV. Hintergrund und Zielsetzung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen	6
V. Inhaltliche Gestaltung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen	8
V.1. Prozess der Themenfindung	8
V.2. Bearbeitung der Themen	14
V.3. Vernetzung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen mit der Landesebene	23
VI. Strukturelle Gestaltung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen	24
VI.1. Sitzungsleitung	24
VI.2. Sitzungshäufigkeit	25
VI.3. Sitzungsablauf	25
VI.4. Mitglieder	26
VI.5. Mitgliedschaft	27
VI.6. Selbstverpflichtung	27
VI.7. Einbindung bestehender Netzwerke	27
VI.8. Kreisstrukturgespräche	29
VI.9. Handlungsempfehlungen	29
VI.10. Bildung und Aufgaben von Netzwerken und Arbeitsgruppen	30
VI.11. Aufgaben und Ausstattung der Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz	32
VI.12. Finanzierung	33
VI.13. Fort- und Weiterbildung	34
VII. Fazit und Ausblick	35
VIII. Quellen	36
IX. Mitglieder der Projektgruppe	37
X. Anhang	40

II. Vorwort

Die Gesundheit der Menschen hat einen großen Anteil an der Gesamtentwicklung des örtlichen Gemeinwesens und wird mittlerweile neben der Bildung zu den wichtigsten Standort- und Wirtschaftsfaktoren gerechnet. Um sie auf einem möglichst hohen Niveau zu erhalten, müssen eine Reihe von Veränderungen in Bereichen der Gesundheitsförderung, Prävention und insbesondere im Versorgungsbereich angestoßen werden.

Besonders wichtig ist hierbei die strukturelle Verankerung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen in den verschiedenen Lebenswelten (Setting-Ansatz).

Die Gesundheitsstrategie des Landes Baden-Württemberg bietet hierfür Rahmenbedingungen, um die Zusammenarbeit der Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention als auch auf anderen Feldern gesundheitlicher Fragestellungen auf kommunaler Ebene zu intensivieren und weiter zu entwickeln. Hierbei sollen Kommunale Gesundheitskonferenzen als Kommunikations- und Koordinationsplattformen eingerichtet werden, um alle für den Gesundheitsbereich relevanten Institutionen zu vernetzen. Bestehende Netzwerke in den Stadt- und Landkreisen sollen miteinbezogen werden.

Zur Umsetzung dieser Vorgaben versammelte sich eine hochqualifizierte Expertengruppe aus verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention, deren Fachwissen und überaus konstruktive Arbeit für die Entstehung dieses Papiers verantwortlich war.

Reutlingen/Stuttgart im September 2010



Dr. Gottfried Roller



Dipl.-VerwWiss. Frank Winkler

III. Einführung und Auftrag der Projektgruppe

Für die Umsetzung der Gesundheitsstrategie des Landes ist die Einbettung der Gesundheitskonferenzen in die kommunale Ebene entscheidend. Gesundheitskonferenzen sollen als Kommunikationsplattformen in den Stadt- und Landkreisen etabliert werden. Alle relevanten Institutionen insbesondere aus dem gesundheitlichen und sozialen Bereich werden in diesen Prozess eingebunden.

Auftrag und Ziel der von der AG „Standortfaktor Gesundheit“ des Gesundheitsforums Baden-Württemberg eingesetzten Projektgruppe „Kommunale Gesundheitskonferenzen“ unter der Leitung des Landkreistages (vertreten durch Herrn Dr. Roller, Leiter des Gesundheitsamts im Landratsamt Reutlingen) ist es, einen Rahmen zur inhaltlichen und strukturellen Gestaltung der Gesundheitskonferenzen zu entwickeln und in Berichtform vorzulegen.

Der Bericht soll folgende Fragen beantworten:

- Wie und durch wen werden die kommunalen Problemlagen erfasst?
- Wie werden aus diesen Analysen strukturelle und/oder maßnahmenorientierte Interventionsstrategien entwickelt und abgestimmt?
- Wie und durch wen werden diese Strategien umgesetzt?
- Wie werden Akzeptanz und Wirksamkeit dieser Umsetzung geprüft?

Dieser allgemeine Prozess wird durch den **Public-Health-Action-Cycle** („Gesundheitspolitischer Aktionszyklus“) dargestellt (Abb. 1, S. 8).

IV. Hintergrund und Zielsetzung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen

Kommunale Gesundheitskonferenzen sind:

- Steuerungsgremien, die über bedarfsorientierte, kommunale Analysen und Handlungsempfehlungen zur Gesundheit beraten und über deren Umsetzung entscheiden.
- Prozesse, in denen die relevanten Akteure gemeinsam über kommunale Stärken und Schwächen verhandeln, den kommunalen Bedarf feststellen und nach Lösungen suchen.

Ziele des Landes Baden-Württemberg:

- Das Leitziel der Gesundheitskonferenz ist die Umsetzung der Gesundheitsstrategie des Landes Baden-Württemberg auf der kommunalen Ebene.
- Die Gesundheitsstrategie des Landes zielt darauf ab, die Gesundheit in allen Lebensphasen und Lebenswelten im Land zu fördern und damit auch den Wirtschaftsstandort Baden-Württemberg zu sichern.
- Gesundheitsförderung und Prävention sollen als vierte Säule neben Behandlung, Rehabilitation und Pflege etabliert werden.

Ziele der Stadt- und Landkreise:

- Der Gesundheitsstatus der Bürgerinnen und Bürger soll auf hohem Niveau erhalten und verbessert werden (insbesondere auch die Themenbereiche Pflege und geriatrische Rehabilitation sollen vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung besonders berücksichtigt werden).
- Bei steigender Lebenserwartung soll es möglich werden, durch gesundheitsförderliche Maßnahmen die Zahl beschwerdefreier Jahre zu erhöhen.
- Prävention und Versorgung chronischer Erkrankungen nehmen dabei die wichtigste Rolle ein.
- In den Stadt- und Landkreisen sollen Gesundheitskonferenzen eingerichtet werden.
- Die Gesundheitskonferenz versteht sich als Verbund der Akteure u.a. aus den Bereichen Gesundheit, Soziales, Bildung und Wirtschaft im Stadt- und Landkreis, mit dem Ziel, die Gesundheit in allen Lebensphasen und Lebenswelten zu fördern.
- Die Gesundheitskonferenz bearbeitet kommunale Zielsetzungen und Problemfelder.
- Die Stadt- und Landkreise befinden sich auch im Wettbewerb mit anderen Regionen. Deshalb soll das Thema Gesundheit als Standortfaktor herausgearbeitet werden.
- Das Bewusstsein für die Notwendigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention soll geschaffen und gezielt vertieft werden.

Handlungsziele der kommunalen Gesundheitskonferenz:

- Tragendes Element der kommunalen Gesundheitsvorsorge ist die Orientierung am kommunalen Bedarf (Bedarfsanalyse).
- In den Gesundheitskonferenzen werden kommunale Gesundheitsförderpläne erarbeitet und abgestimmt.
- Die Gesundheitsförderpläne werden in Arbeitsgruppen umgesetzt.
- Die Gesundheitskonferenzen arbeiten ergebnisorientiert, d.h. die Arbeit wird nicht nur bezüglich Prozess- und Strukturqualität, sondern vor allem bezüglich der Wirkung evaluiert und im Sinne eines prozesshaften Vorgehens fortgeschrieben. Dabei sollen insbesondere auch innovative Modelle Berücksichtigung finden.
- Die Akteure des Verbundes sind in themenspezifisch arbeitenden Netzwerken organisiert und bringen sich im Arbeitsprozess der Gesundheitskonferenz auf der Basis gemeinsamer kommunaler Gesundheitsvorsorge ein.
- Eine zentrale Öffentlichkeitsarbeit zu relevanten Themen der Gesundheit im Stadt- und Landkreis wird durchgeführt.

V. Inhaltliche Gestaltung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen

Die inhaltlichen Eckpunkte sind als methodische Standards zu verstehen, die die Qualität des Arbeitsprozesses vorgeben. Als solche sind sie auf alle gesundheitlichen Themen anzuwenden, die mit Hilfe des Public-Health-Action-Cycle (Abb. 1) zu bearbeiten sind.

V.1. Prozess der Themenfindung

Weitere inhaltliche Prozesse, die vorgeschaltet besprochen werden sollen, sind die Stärken-Schwächen-Analyse des jeweiligen Stadt- und Landkreises, die ein Profil des Stadt- bzw. Landkreises geben und vor diesem Hintergrund die Findung der Themen ermöglichen, die behandelt werden sollen. Diese Themenfindung ist ein wesentlicher Prozess, der im Folgenden detailliert beschreiben werden soll.



Abb. 1

Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen halten sich in ihrem Arbeitsprozess an die Schritte des Public-Health-Action-Cycle.

V.1.1. Gesundheitliche Stärken-Schwächen-Analyse eines Stadt- und Landkreises – Profilerstellung

Die Stärken-Schwächen-Analyse erstellt aus unterschiedlichen gesundheitlichen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Daten ein Profil des Stadt- bzw. Landkreises. Sie weist auf vorhandene Potentiale und Ressourcen, aber auch auf Schwachstellen und mögliche Problemlagen hin, erstellt ein Profil und gibt damit einen Überblick über die Bereiche, die bezüglich Bedarf und Bestand analysiert werden sollten (Abb. 2). Sie ist ein wichtiges Mittel zur Findung der für den Stadt- und Landkreis relevanten Themen.

Gleichzeitig zeigt sie wichtige Entwicklungsstränge und Besonderheiten des Stadt- und Landkreises auf, die in die Arbeit mit einzubeziehen und mitzudenken sind (**Beispiel: Schwarzwald-Baar-Kreis: Schwerpunkt der Analyse des Landkreises waren die wirtschaftlichen Stärken und Schwächen; siehe unter Anhang S. 40).**

Quantitative Daten

Daten werden aus unterschiedlichen Bereichen zusammengestellt. Sie werden beispielsweise durch Regionalvergleiche (insbesondere mit dem Landesdurchschnitt) oder durch Zeitreihen bearbeitet. Je nach Themenstellung können auch andere Methoden des Benchmarkings angewandt werden.

- Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen (Universität, Kreiskliniken, Kurgelände, Ärztemangel, Ärzteüberfluss etc.)
- Demografie (Bevölkerungsentwicklung, liefert z.B. auf Gemeindeniveau wichtige Planungsdaten)
- Gesundheitliche Lage (Lebenserwartung als Dachindikator, evtl. auch gesunde oder verlorene Lebensjahre, Mortalitätsstatistik, Unfallstatistik, Säuglingssterblichkeit)
- Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen (Rauchen, Verkehrsunfälle, Sozialstruktur)
- Krankheiten (Krankenhausstatistik, Mortalitätsstatistik etc.)
- Ressourcen des regionalen Gesundheitswesens (Kliniken, Selbsthilfegruppen, Gesundheitsnetzwerke)
- Inanspruchnahme der Versorgung (z.B. der Vorsorgeuntersuchungen)
- Finanzielle Ausgaben, Kosten

Angrenzende Bereiche, die einbezogen werden müssen:

- Soziale Lage (Arbeitslosigkeit etc.)
- Wirtschaftliche Ausrichtung (von was lebt der Stadt- und Landkreis?)
- Entwicklungsperspektiven des Stadt- und Landkreises
- Politisches Klima bezüglich Gesundheit
- Umwelt
- Migration/Integration
- Bildung, Kultur
- Familienstrukturen
- Sicherheit/Kriminalität
- Andere Faktoren, die sich auf Gesundheit/Lebensqualität beziehen

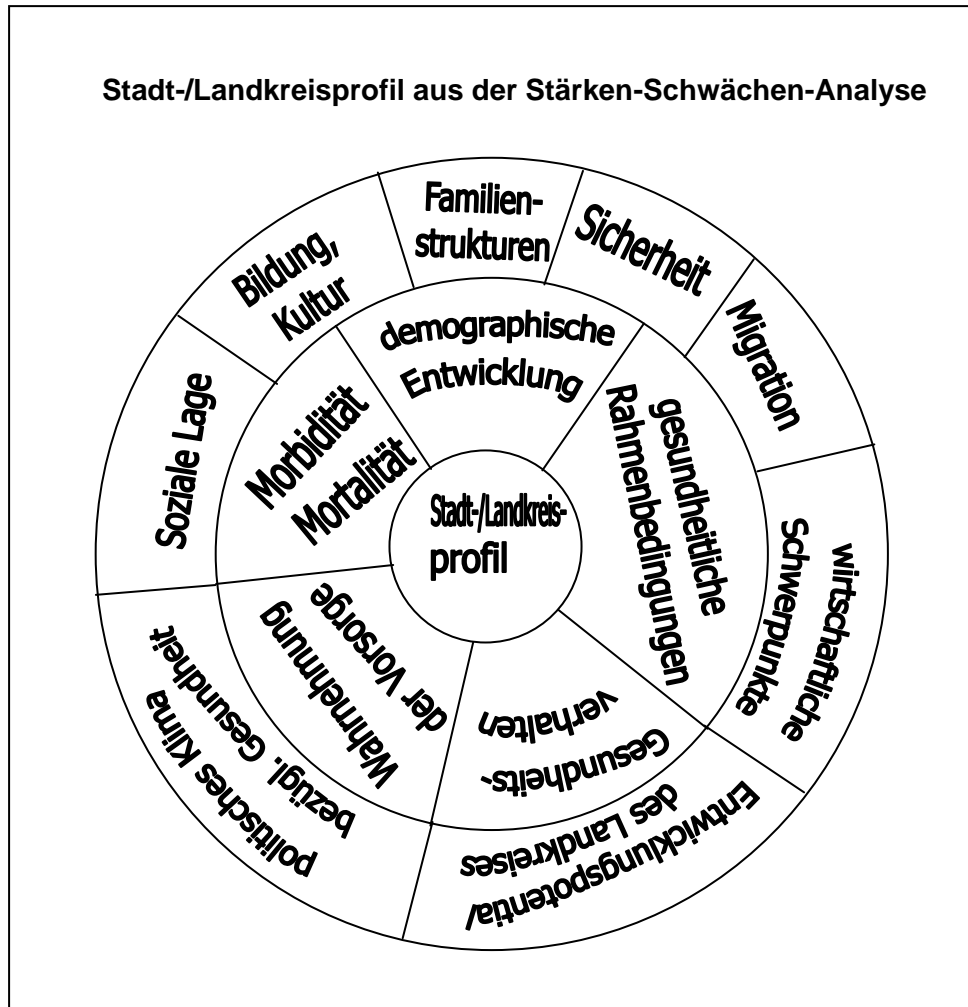


Abb. 2

Qualitative Daten

Die Analyse besteht neben der quantitativen Datenanalyse aus der Schnittmenge der Aussagen unterschiedlicher Experten:

- Schlüsselpersonen aus dem gesundheitlichen Bereich
- Bestehende gesundheitliche Netzwerke
- Schlüsselpersonen aus dem sozialen Bereich
- Schlüsselpersonen aus dem Bildungsbereich
- Selbsthilfe, engagierte Bürger etc.
- Regionale Presse
- Mitglieder politischer und sozialer kommunaler Gremien

Aus diesen qualitativen und quantitativen Datenquellen wird eine Schnittmenge gebildet, die das gesundheitliche Stadt- und Landkreisprofil bezüglich Stärken und Schwächen im Abriss darstellt.

Die Stärken-Schwächen-Analyse wird Grundlage für den gesundheitspolitischen Kurs im Stadt- und Landkreis: Welche Bereiche werden (im Sinne der Bedarfs-/Bestanderhebung) weiter vertieft, wo liegen die Ressourcen (auch wirtschaftliche).

Sie ist die Basis der Gesundheitsplanung, an der sich der Gesundheitsförderplan orientiert und fortschreibt.

Beispiel Reutlingen:

Eine qualitative und quantitative Stärken-Schwächen-Analyse wird derzeit erstellt.

Beispiel Tübingen:

Tübingen verfügt über eine gute gesundheitliche und soziale Infrastruktur.

Einige Beispiele:

Stärken: Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV-Stellen) sind an fünf verschiedenen Standorten angesiedelt. Das gerontopsychiatrische Zentrum befindet sich in Tübingen. Die Stadt Tübingen und der Landkreis verfügen über jeweils eine Koordinationsstelle "Alter".

Sportinstitut und Sportmedizin der Universität haben einen Schwerpunkt im Präventionssport.

Die Stadt Tübingen will eine demenzfreundliche Stadt werden und bringt entsprechende Angebote ans Laufen. Es gibt vielfältige Anbieter und Angebote speziell für Seniorinnen und Senioren.

Handlungsbedarf: Im Landkreis ist ein deutlicher Anstieg der Hochaltrigkeit zu verzeichnen. Es musste daher im Landkreis ein besonderer Schwerpunkt auf diese Zielgruppe gelegt werden (Abb. 3).

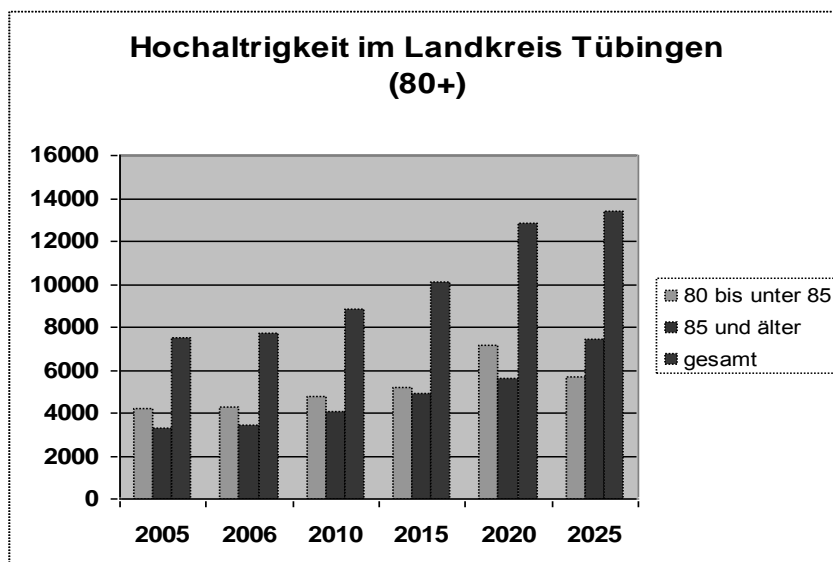


Abb. 3

V.1.2. Schlüsselbotschaften der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg

Die Gesundheitsstrategie hat konkrete Schlüsselbotschaften. Aus der kommunalen Bedarfsanalyse, die sich an diesen Schlüsselbotschaften orientiert, ergibt sich der jeweilige Themenschwerpunkt im Stadt- und Landkreis.

- Gesunde Umgebungen schaffen
- Früh und ganzheitlich ansetzen
- Gesundheitliche Benachteiligung verringern
- Chronische Erkrankungen früh erkennen
- Mit chronischen Erkrankungen besser umgehen
- Chronisch erkrankte Menschen besser versorgen
- Patientenrechte und Fähigkeit zum Selbstmanagement stärken
- Selbsthilfegruppen stärker einbinden

Außerdem werden die Handlungsfelder der Gesundheitsförderung und Prävention entlang der verschiedenen Lebensphasen vorgegeben.

- Gesunder Start – Kindheit und Jugend
- Gesund bleiben – Erwachsenenalter
- Gesundes Alter

Beispiel Reutlingen:

Im Landkreis Reutlingen sind, analog zur Gesundheitsstrategie, chronische Erkrankungen das zentrale Thema der ersten Gesundheitskonferenz im Landkreis Reutlingen.

Die einzelnen Schritte der Herangehensweise werden hier beispielhaft beschrieben.

► **Rahmenthema der Gesundheitsstrategie: Chronische Erkrankungen**

- **Vermeiden**
- **Ggf. früher erkennen**
- **Ggf. besser versorgen**

Beispiel Tübingen:

Alter und Gesundheit sind für jeden Stadt- und Landkreis Schlüsselthemen. Dem trägt die Gesundheitsstrategie des Landes durch das Rahmenthema „**Gesundes Alter**“ Rechnung.

Im Landkreis Tübingen wurde dieser Themenkomplex für den Landkreis analysiert und bearbeitet.

V.1.3. Beobachtung aktueller Themen

Eine wichtige Frage innerhalb der Projektgruppe „Kommunale Gesundheitskonferenzen“ war, wie neue Entwicklungen und Innovationen in den Arbeitsprozess eingespeist werden können.

Diese Frage bezieht sich auf

- aktuelle gesundheitliche Themen
- neue soziale und gesellschaftliche Entwicklungen
- auf innovative Ideen und Maßnahmen, wie mit Problemen umgegangen werden kann

Beispiel Reutlingen:

Verschiedene Datenquellen zur Erhebung von Prävalenz und Inzidenz chronischer Erkrankungen, die auf Landkreisebene verfügbar sind, wurden zusammengestellt und bewertet.

Die bisher gebräuchlichste Datenquelle, die Rückschlüsse auf chronische Erkrankungen zulässt, ist die Todesursachenstatistik, die vom Statistischen Landesamt aufgrund der von ihm vorgenommenen Auswertung der Todesbescheinigungen erstellt wird.

Sie erscheint zur Planung von Gesundheitsförderung und Prävention im Landkreis wenig geeignet

- Diese Statistik gibt Auskunft darüber, welche Krankheit letztlich zum Tode führte, ist also eindimensional angelegt.
- Sie ist von den Todesursachen der älteren, in der Regel multimorbiden Menschen geprägt.
- Chronische Erkrankungen, die nicht zum Tode führen werden durch die Todesursachenstatistik nicht abgebildet.

Daten zur Erhebung chronischer Krankheiten liegen auf Landkreisebene nicht in ausreichender Qualität vor. Deshalb wurden die Daten aus den Schwerbehindertengutachten des Gesundheitsamtes Reutlingen zusammengestellt und analysiert. Diese Datenquelle ist allerdings primär zu andern Analysezielen eingerichtet worden: In dieser Statistik wird aufgeführt, wie viele Menschen aufgrund ihrer schweren chronischen Erkrankung Leistungen beantragen und bewilligt bekommen.

Diese Datenquelle erscheint für Präventions- und Gesundheitsförderungszwecke besser geeignet als die bisher vorliegenden Daten.

Die Daten des Gesundheitsamtes wurden für ein Quartal (IV.Quartal 2009) in leichter zu interpretierende ICD-Codes (International Classification of Diseases) umcodiert.

Aufgrund dieser so gewonnenen Daten, die mit anderen Sekundärstatistiken abgeglichen werden, kann die Verteilung chronischer Erkrankungen im Landkreis besser abgebildet werden.

Beispiel Tübingen:

Der Landkreis Tübingen hat eine vergleichsweise junge Bevölkerung. Die Menschen im Landkreis haben die durchschnittlich höchste Lebenserwartung des Landes. Das führt zu einem Anstieg vor allem der Hochaltrigkeit. Im Landkreis Tübingen war dieser besondere Umstand als wesentliche neue Entwicklung genau zu beobachten.

V.2. Bearbeitung der Themen

Die Bearbeitung der Themen erfolgt nach dem methodischen Raster des Public-Health-Action-Cycle (Abb. 1, S. 8).

Inhaltliche Eckpunkte

1. Tragendes Element der kommunalen Gesundheitsvorsorge ist die Orientierung der Arbeit am kommunalen Bedarf.
2. In den Gesundheitskonferenzen werden kommunale Gesundheitsförderpläne erarbeitet, abgestimmt und langfristig fortgeschrieben.
3. Die Gesundheitsförderpläne werden von den jeweiligen fachlich zuständigen Netzwerken in Arbeitsgruppen umgesetzt.
4. Die Gesundheitskonferenzen arbeiten ergebnisorientiert, d.h. sie werden nicht nur auf ihre Prozess- und Strukturqualität, sondern auch auf ihre Wirkungen hin evaluiert.
5. Die Akteure des Verbundes sind in themenspezifisch arbeitenden Netzwerken organisiert und bringen sich im Arbeitsprozess der Gesundheitskonferenz auf der Basis gemeinsamer kommunaler Gesundheitsvorsorge ein.
6. Eine zentrale Öffentlichkeitsarbeit zu relevanten Themen der Gesundheit im Stadt- und Landkreis wird von den Beteiligten durchgeführt.

Diese inhaltlichen Eckpunkte werden in jedem Stadt- und Landkreis nach speziellen Bedingungen vor Ort, unter Einbeziehung der Stärken-Schwächen-Analyse bearbeitet.

V.2.1. Orientierung der kommunalen Gesundheitsvorsorge am kommunalen Bedarf

Der Bedarf ist die Schnittmenge von Analysen in folgenden Teilbereichen (Abb. 4).

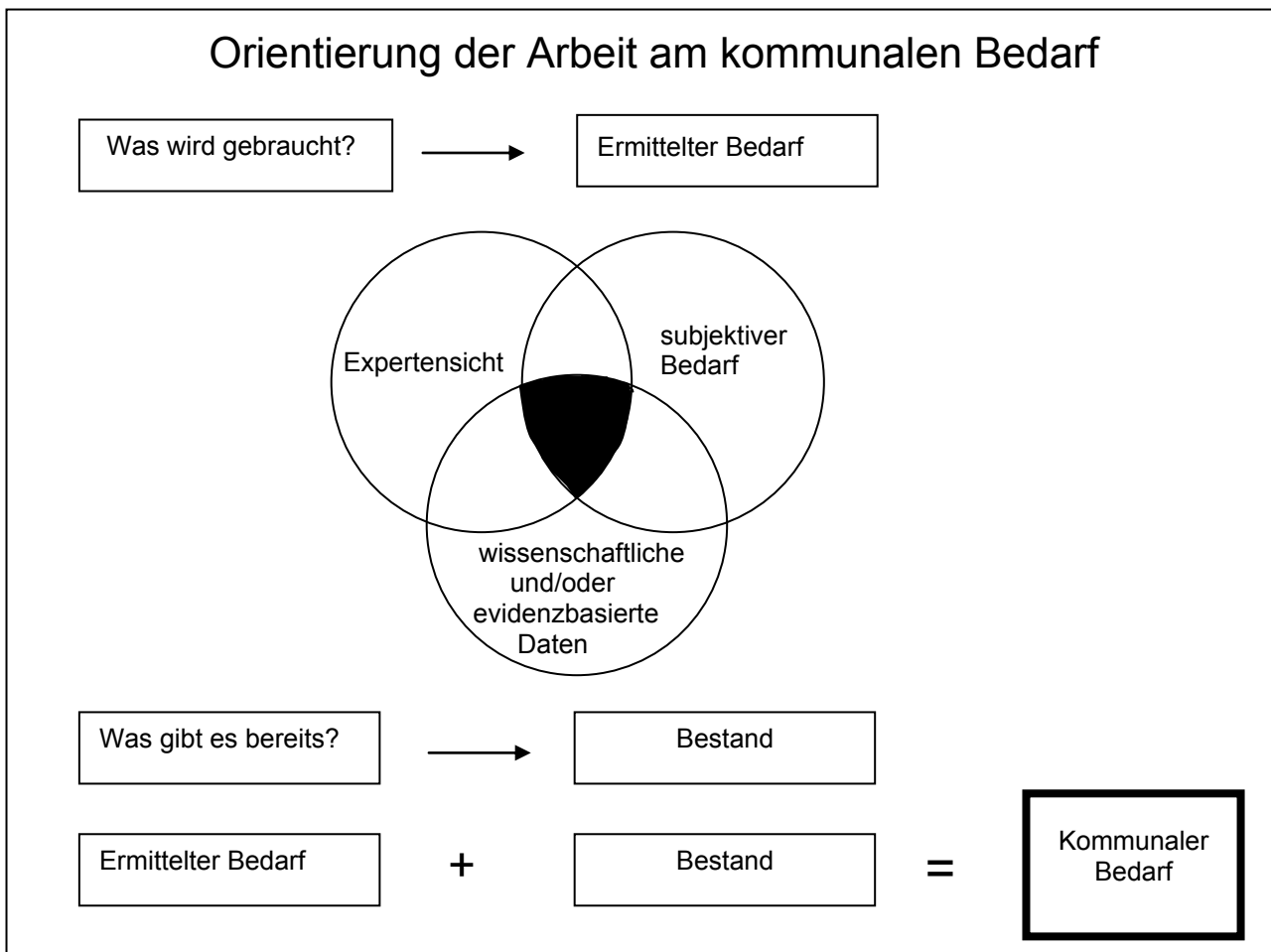


Abb. 4

- **Bedarfseinschätzung aus vorhandenen Sekundärstatistiken, wissenschaftlichen und/oder evidenzbasierten Daten**
Die Einteilung wissenschaftlicher Ergebnisse in evidenzbasierte Stufen hat sich derzeit als „Goldener Schnitt“ durchgesetzt. Für die meisten Problemlagen liegen Metastudien vor, bzw. werden gerade erstellt. Es empfiehlt sich für eine Verwaltung in der Regel nicht, eigene Studien durchzuführen, sondern den wissenschaftlichen Stand des jeweiligen Themas sorgfältig zu recherchieren.
Die auf kommunaler Ebene in Baden-Württemberg vorliegenden quantitativen Daten sind für Analysezwecke nicht ausreichend. Die dazu benötigten Daten der Sozialversicherungsträger liegen (noch) nicht auf

dem Niveau der Stadt- und Landkreise vor. Häufig werden auf Bundes- oder Landesebene vorliegende Daten deshalb auf Stadt- und Landkreisebene „heruntergebrochen“, d.h. den Bevölkerungszahlen in den Stadt- und Landkreisen angepasst.

Diese Methode ist fehlerbehaftet und wird dem Anspruch auf genaue Darstellung der Situation vor Ort nicht gerecht. Deshalb sollten die Daten der Sozialversicherungsträger transparent gemacht werden, um eigene Datenerhebungen, die sehr zeitaufwändig sind, auf ein Minimum zu begrenzen.

Beispiel Reutlingen:

Die Verteilung der chronischen Erkrankungen wird derzeit aus dem verfügbaren Datenmaterial bestimmt. Da kommunale Morbiditätsdaten nicht vorliegen, wurden die Daten aus den Schwerbehindertengutachten des Gesundheitsamtes anonymisiert und analysiert.

Die weitere Vorgehensweise wird im folgenden konstruiert werden am Beispiel der Erkrankungen der Wirbelsäule. Sie spielen in den Schwerbehindertengutachten eine große Rolle.

Sekundärstatistiken werden zu Vergleichszwecken herangezogen. Wissenschaftliche und/oder evidenzbasierte Literatur wird recherchiert.

Beispielsweise liegen zu „Rückenschmerzen“ einige evidenzbasierte Studien vor, die gute Einblicke in die Wirksamkeit der neuen Therapieansätze geben.

Beispiel Tübingen:

Die wichtigsten Daten stammen aus den vorliegenden Bevölkerungsvorausrechnungen, die bis auf Gemeindeniveau vorliegen.

Gesundheit im Alter ist seit einigen Jahren ein viel erforschtes Thema. Prävention und Gesundheitsförderung gelten als wesentliches, noch nicht ausgeschöpftes Mittel, Lebensqualität zu erhalten und Kosten zu reduzieren.

Insbesondere moderate körperliche Aktivierung wird als zuverlässiger Protektor gesehen. Die Bedeutung von körperlicher Bewegung für Körper und Geist ist wissenschaftlich sehr gut belegt. Studien auf den unterschiedlichsten Evidenzstufen liegen vor. Die Wirkung von moderater Bewegung selbst im hohen Alter ist gut belegt. Immer mehr Studien verweisen auf den positiven Zusammenhang zwischen körperlicher und geistiger Aktivität.

Auch die Empfehlungen zu Häufigkeit und Intensität von körperlicher Aktivität sind relativ gleichlautend und von daher für Präventionszwecke gut geeignet.

Körperliche Aktivierung als wirksames Mittel zum Erhalt von Selbständigkeit und Lebensqualität konnte aus den Studien eindeutig abgeleitet werden.

- **Bedarfseinschätzung aus professioneller Sicht**

Die Menschen, die in den betreffenden Bereichen arbeiten, sind gleichzeitig die Experten für die konkrete Situation im Stadt- und Landkreis und bilden die Basis für ein Netzwerk. Sie wissen, was konkret gebraucht wird (Bedarf), was es schon gibt (Bestand) und welche Formen und Inhalte Maßnahmen oder/und strukturelle Veränderungen haben sollten, um von der Bevölkerung angenommen zu werden.

Beispiel Reutlingen: geplante Schritte

Geplant ist die Gründung eines Netzwerkes zur Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung chronischer Erkrankungen in Reutlingen.

In diesem Netzwerk wird (z.B. durch Expertengespräche) eine Analyse der Verteilung und Versorgung chronischer Erkrankungen erstellt. Es wird aufgenommen, was im Landkreis vorhanden ist und was noch benötigt wird.

Dieses Netzwerk setzt sich aus gesundheitlichen Versorgern, aus Vertretern der Selbsthilfegruppen, Patientenberatungen, Bildungsträger etc. zusammen.

Beispiel Tübingen:

In der Abteilung Gesundheit des Landratsamtes Tübingen beschäftigte sich ein Arbeitskreis „Alter und Gesundheit“ mit der inhaltlichen Recherche und der Analyse. Dieser Arbeitskreis bestand aus zwei Ärztinnen, einer Sportmedizinerin, der Gesundheitsplanerin und dem Kreissenorenrat als beratendes Mitglied. Dieser Arbeitskreis führte eine leitfadengestützte Expertenbefragung durch. Befragt wurden Ärzte, IAV-Stellen, Pfarrer, Krankengymnasten, soziale Dienste, Heimleitungen etc..

Die Gespräche mit den Experten ergaben vielschichtige Ergebnisse.

Einige Beispiele

- Notwendigkeit und der Nutzen von Prävention wurde von den meisten Experten deutlich gesehen.
- Körperliche Aktivierung wurde in seiner besonderen Bedeutung bestätigt.
- Einsamkeit und Isolation wurden von allen Experten als größtes Krankheitsrisiko im Alter angesehen.
- Prävention braucht besondere Bedingungen um angenommen zu werden, wie die Bereitschaft zur wertschätzenden Kontaktaufnahme und Beziehung.
- Die Gruppe der Hochaltrigen wurde als stark anwachsende Gruppe mit hohem Versorgungsbedarf gesehen.
- Als zentrale Zielgruppe wurden die Menschen gesehen, die ihre Wohnungen gar nicht mehr oder nicht mehr selbständig verlassen können.

- **Bedarfseinschätzung aus subjektiver Sicht (Bedürfnis)**

Es ist sorgfältig zu prüfen, ob und wie die empfohlenen Maßnahmen und Strukturen auch mit dem „gefühlten“ Bedarf oder den Bedürfnissen der Zielgruppe zusammenpassen und wie hier eine „Annäherung“ stattfinden könnte.

Beispiel Reutlingen:

Die Akzeptanz der Zielgruppe bzw. die Bereitschaft der Zielgruppe zur Prävention ist wichtig für die Diskussion geeigneter Maßnahmen und struktureller Veränderungen. Bei den Expertengesprächen wird versucht, herauszufinden wie diese Akzeptanz erreicht werden kann. Die vorhandene wissenschaftliche Literatur wird auf entsprechende Hinweise geprüft.

Beispiel Tübingen:

Aus Sicht des Arbeitskreises Gesundheit war die wichtigste Frage: Wie muss ein Angebot beschaffen sein, das den Bedürfnissen der Seniorinnen und Senioren entspricht und sie zum Mitmachen motiviert?

Zur Frage der Motivation wurden die Experten befragt. Die zusammengetragenen Informationen gingen in das Projekt: „Der Aktivierende Hausbesuch“ ein. Es wurde ein Angebot für Seniorinnen und Senioren entwickelt, die ihre Wohnung nicht mehr selbständig verlassen können, also auf ein aufsuchendes Angebot angewiesen sind. Der Aktivierende Hausbesuch besteht aus einer Mischung von angeleiteter Bewegung und gesundheitsförderlichem Gespräch.

Im Verlauf des Projektes zeigte sich, dass der Wunsch nach Erhalt der eigenen Selbständigkeit und damit verbunden der Wunsch, in der eigenen Wohnung zu verbleiben Seniorinnen und Senioren motiviert, sich auf ein solches Angebot einzulassen. Es entspricht vielleicht nicht dem „gefühlten Bedarf“, aber der „gefühlten“ Notwendigkeit.

- **Problemabschätzung**

Aus dem Abgleich von Bedarf und Bestand ergibt sich eine differenzierte Problemabschätzung. Sie ist die Basis für eine Ausrichtung gesundheitlicher Themen im Stadt- und Landkreis.

Daraus werden Vorschläge zu Handlungsempfehlungen abgeleitet und in die Gesundheitskonferenz zu diesem Thema eingebracht.

Beispiel Reutlingen:

Der Bestand präventiver und gesundheitsförderlicher Angebote im Bereich einzelner chronischer Erkrankungen wird zusammengestellt und mit dem erhobenen Bedarf abgeglichen.

Beispiel Tübingen:

Durch die Expertenbefragung war ein Überblick über die gesundheitliche und soziale Situation im Alter in Tübingen erstellt worden.

Es wurde deutlich, dass speziell im Bereich Bewegung zwar eine Vielzahl von Angeboten in Tübingen vorhanden, aber nur begrenzt bekannt ist.

Die Arbeitsgruppe Alter und Gesundheit erhob daraufhin die Daten für einen Bewegungswegweiser, um dieses Defizit zu beheben. Dabei wurde deutlich, dass es keine niedrigschwelligen, aufsuchenden Angebote gibt.

Daraus ergab sich in der Konsequenz die Forderung nach einem aufsuchenden, bezahlbaren Bewegungsangebot. Der Aktivierende Hausbesuch schien notwendig zu sein.

V.2.2. Erarbeitung und Abstimmung kommunaler Gesundheitsförderpläne in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen

Zur Erläuterung des Begriffes: Kommunaler Gesundheitsförderungsplan/kommunale Gesundheitsförderungsplanung

1. Kommunale Gesundheitsförderung

Die Kommunen, Stadt- und Landkreise sind die zentralen Akteure, um gesunde Umgebungen zu schaffen und zu erhalten. Gesundheitsförderung in den kommunalen Lebenswelten wird in Zukunft zum wichtigen Bestandteil attraktiver Kommunalentwicklung.

Zentrale Ansätze sind

- Schaffung einer gesunden physikalischen und psychosozialen Umwelt
- Integration der Gesundheitsförderung, Bildung und Erziehung in die Alltagsprozesse der Lebenswelten
- Verknüpfung der Lebenswelten durch Netzwerke
- Sicherung der Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Versorgung unabhängig von den materiellen Möglichkeiten. Der kommunale Raum ist der Ort, an dem diese Prozesse stattfinden. Hier sind fördernde Bedingungen aufzugreifen und zu bündeln, zu planen und zu installieren.

2. Unter kommunaler Gesundheitsförderungsplanung werden die Planungsprozesse verstanden, die die Schaffung und Erhaltung gesunder Umgebungen zum Ziel haben. Sie werden in einem Gesundheitsförderplan festgeschrieben. Der kommunale Gesundheitsförderplan wird in einzelnen gesundheitsrelevanten Bereichen erarbeitet. Die einzelnen Bereiche ergeben sich insbesondere aus der Stärken-Schwächen-Analyse und der Bedarfserhebung des Stadt- und Landkreises. Nach den beschriebenen Methoden wird die Erstellung von Zielen und Handlungsempfehlungen vorbereitet und der Kommunalen Gesundheitskonferenz vorgelegt. Die dort abgestimmten Ziele und Handlungsempfehlungen bilden die Basis des kommunalen Gesundheitsförderungsplanes.

Aus den thematischen Handlungsempfehlungen und Zielformulierungen ergibt sich im Laufe der Arbeit der Gesundheitskonferenzen ein übergreifender, schriftlich fixierter kommunaler Gesundheitsförderplan (vgl. Abb. 1, S. 8).

Beispiel Reutlingen:

In Reutlingen werden entsprechende Handlungsempfehlungen und kommunale Gesundheitsziele zum Thema Erkrankungen der Wirbelsäule eingebracht. Falls sich aus den Expertengesprächen und dem Abgleich Bedarf-Bestand schon konkrete Maßnahmenempfehlungen ergeben, werden auch sie in die Gesundheitskonferenz eingebracht und abgestimmt. In der Gesundheitskonferenz wird das künftige Vorgehen beschlossen.

Beispiel Tübingen:

In Tübingen gibt es (noch) keine Gesundheitskonferenz. Gesundheitsförderpläne werden (noch) nicht erstellt. Die oben beschriebene Analyse wäre eine gute Grundlage einer Gesundheitskonferenz „Alter und Gesundheit“ gewesen. Kernaussagen der Analyse wurden in den Altenhilfeplan des Landkreises aufgenommen.

Beispiele:

- Durch Prävention und Gesundheitsförderung lässt sich Lebensqualität verbessern.
- Einsamkeit ist ein Krankheitsrisiko.
- Körperliche Aktivierung ist ein besonders wichtiger Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention.
- Eine Risikogruppe sind multimorbide und/oder hochbetagte Menschen, die ihre Wohnung nicht mehr ohne Hilfe verlassen können.
- Diese Personengruppe wird nicht in angemessener Form politisch mitberücksichtigt. Sie hat einen hohen Unterstützungsbedarf.
- Für diese Gruppe wird ein aufsuchendes aktivierendes Angebot entwickelt.

V.2.3. Umsetzung der Gesundheitsförderpläne in Arbeitsgruppen (gebildet durch die fachlich zuständigen Netzwerke)

Die Akteure, die an der Umsetzung beteiligt sind, organisieren sich in themenspezifischen Arbeitsgruppen. Die Organisation kann von der Geschäftsstelle übernommen werden. Die Steuerung erfolgt durch die Ausrichtung an den beschlossenen Zielen und Handlungsempfehlungen.

Beispiel Reutlingen:

Die Gesundheitskonferenz entscheidet über das weitere Vorgehen und gibt entsprechende Aufträge an die Arbeitsgruppe(n) zur Umsetzung.
Die Arbeitsgruppe(n) bringen die Ergebnisse der Umsetzung in die nächste Gesundheitskonferenz ein.

Beispiel Tübingen:

Da die Struktur Kommunale Gesundheitskonferenz nicht zur Verfügung stand, wurde zumindest die Umsetzung auf Projektebene durchgeführt.

V.2.4. Ergebnisorientierte Arbeitsweise der Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Evaluation von Prozess-, Struktur und insbesondere Wirkungsqualität

Die Evaluation ist praktisch gehalten. Entscheidend ist, ob die Zielgruppen die Maßnahmen annehmen, ob deren Umsetzung auf effektive und effiziente Art und Weise geschieht und welche Wirkungen, strukturell und/oder individuell, direkt beobachtbar sind.

Beispiel Reutlingen:

Umsetzung und Wirkung dieser durchgeführten Maßnahmen und/oder strukturellen Veränderungen werden auf Wirkung und Akzeptanz bei der Zielgruppe hin gemessen.

Beispiel Tübingen:

Das Projekt: "Der Aktivierende Hausbesuch" wurde begleitend evaluiert und seine Wirksamkeit und Akzeptanz bei der Zielgruppe gemessen. Der Evaluationsbericht liegt vor.

Obwohl die Ergebnisse der Untersuchung in die Altenhilfeplanung einfließen, haben sich bisher keine strukturellen Veränderungen gezeigt. Ohne ein Gremium wie die Kommunale Gesundheitskonferenz war nur die Maßnahmenebene zu bedienen.

V.2.5. Organisation der Akteure des Verbundes in themenspezifisch arbeitenden Netzwerken. Zusammenarbeit im Arbeitsprozess der Kommunalen Gesundheitskonferenz auf der Basis gemeinsamer kommunaler Gesundheitsvorsorge

Netzwerke können im Sinn einer Stufenleiter auf mehreren Ebenen angesiedelt sein. Aus dem Netzwerk werden themenspezifisch arbeitende Netzwerke gebildet, die auch in konkret aufgabenbezogenen Arbeitsgruppen arbeiten können (vgl. VI.10. Bildung und Aufgaben von Netzwerken und Arbeitsgruppen, S. 30).

Beispiel Reutlingen:

Alle Personen, die in ihrer Arbeit mit der Gesundheitsförderung und Prävention von chronischen Erkrankungen beschäftigt sind, werden in ein Netzwerk eingeladen und dort um Mitarbeit gebeten.

Dieses Netzwerk ist gleichzeitig ein Pool von Sachverständigen. Daraus können sich immer neue themenspezifische Netzwerke/Arbeitsgruppen bilden.

Außerdem wird durch die Adressenerfassung und -aktualisierung der Netzwerkpartner gleichzeitig eine Datenbank erstellt.

Beispiel Tübingen:

Bereits aus den Kontakten der Expertenbefragung ergab sich ein informelles Netzwerk von Menschen, die am Thema Gesundheit und Alter arbeiten.

Dieses informelle Netzwerk ist jederzeit aktivierbar. So wurde die Mitarbeit am Altenhilfeplan des Landkreises von den Mitgliedern geleistet. Die AG Gesundheit im Alter hat sich in ihrer Zusammensetzung (abhängig von der zu bearbeitenden Thematik) immer wieder verändert und beschäftigt sich derzeit mit körperlicher und geistiger Aktivierung in Pflegeheimen.

V.2.6. Eine zentrale Öffentlichkeitsarbeit zu relevanten Themen der Gesundheit im Stadt- und Landkreis wird von den Beteiligten durchgeführt

Die Akteure gestalten rund um die Kommunalen Gesundheitskonferenzen eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit. Dabei soll auf die Bedeutung von Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung hingewiesen werden. Zu einzelnen Themen können wissenschaftlich fundierte Informationen gegeben oder/und auf die Angebote im Stadt- und Landkreis hingewiesen werden.

Beispiel Reutlingen:

Das Netzwerk leistet gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit. Generell informiert es über Arbeit der Gesundheitskonferenz, über die Ergebnisse der Analysen und die Beschlüsse.

Falls es sinnvoll ist, können auch gemeinsame Medienkampagnen durchgeführt werden.

Beispiel Tübingen:

Über die Aktivitäten des Arbeitskreises Gesundheit wurde immer wieder berichtet. Der Aktivierende Hausbesuch ist im Landkreis und in Fachkreisen auf Landesebene bekannt. Es finden immer wieder öffentliche Veranstaltungen dazu statt.

V.3. Vernetzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz mit der Landesebene

Die Verantwortung für die Umsetzung der Gesundheitsstrategie liegt beim Land Baden-Württemberg. Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen verstehen sich als wichtige Partner der Gesundheitsstrategie. Die enge Vernetzung der Gesundheitskonferenzen auf Stadt- und Landkreisebene mit der Landesebene ist deshalb notwendig.

Von Landesseite soll 1-2 x jährlich ein Gremium einberufen werden, angesiedelt beispielsweise am Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, zu der die Vertreter der jeweiligen Gesundheitskonferenzen eingeladen werden sollen und über die Arbeit in den Stadt- und Landkreisen beraten. Hier können wesentliche Sachfragen eingebracht werden.

Die Landesebene wird bei diesen Veranstaltungen über die kommunalen Abläufe informiert. Bei der Sitzung können Sachstände aktueller Forschungen zu relevanten Themen, Innovationen aus dem In- und Ausland etc. zur Information der Beteiligten eingebracht werden.

Von Landesseite sollte ein Ansprechpartner für die Geschäftsstellen der Gesundheitskonferenzen benannt werden.

VI. Strukturelle Gestaltung der Kommunalen Gesundheitskonferenz

Die Organisationsstruktur einer Kommunalen Gesundheitskonferenz ist der Abb. 5 zu entnehmen.

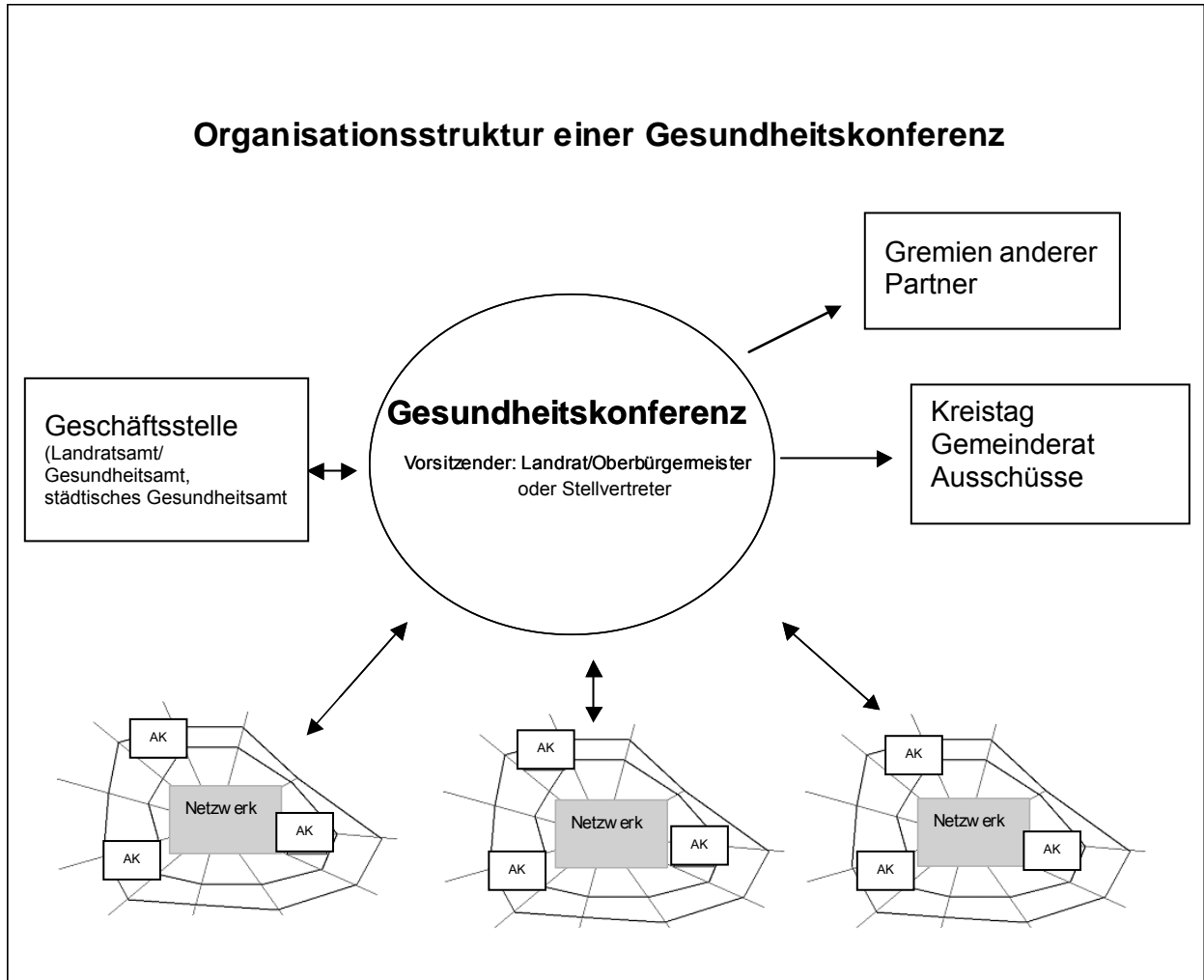


Abb. 5

VI. 1. Sitzungsleitung

Der Vorsitz der Kommunalen Gesundheitskonferenz soll vom Landrat (Landkreis) oder Oberbürgermeister (Stadtkreis) oder einem jeweils benannten Stellvertreter als politischem Entscheidungsträger wahrgenommen werden (Abb. 5).

Der Vorsitzende leitet und moderiert die Sitzungen der Gesundheitskonferenz.

VI. 2. Sitzungshäufigkeit

Die Sitzungen der Gesundheitskonferenz sollen 1-2x pro Jahr stattfinden. Weitere Sitzungen können nach Bedarf einberufen werden.

VI. 3. Sitzungsablauf

Für den Sitzungsablauf wird folgende Struktur empfohlen:

1. Jede Gesundheitskonferenz hat ein zentrales Thema. Dieses Thema ist in der Regel dem Themenkatalog der Gesundheitsstrategie entnommen und entspricht einem ermittelten Bedarf auf Stadt- und Landkreisebene.
2. Alle Mitglieder der Gesundheitskonferenz können Themenvorschläge für die Gesundheitskonferenz einbringen. Sind verschiedene Themen bezüglich fachlicher und kommunaler Dringlichkeit vergleichbar, entscheidet das Gremium.
3. Der Auftrag für die Bearbeitung eines Themas wird in der jeweils vorangegangenen Gesundheitskonferenz vergeben.
4. Der Auftrag zur Bearbeitung umfasst die Erarbeitung begründeter Zielvorschläge und Vorschläge zu Handlungsempfehlungen.
5. Diese Vorschläge werden in der Sitzung abgestimmt.
6. Die Handlungsempfehlungen gelten als abgestimmt, wenn die Mehrheit der Konferenzmitglieder für sie stimmt.
7. Aus den Netzwerken werden themenspezifische Arbeitsgruppen zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen gebildet.
8. Aus bereits bestehenden Arbeitsgruppen wird dem Gremium berichtet (Stand der Arbeit bzw. Evaluation).
9. Das nächste zentrale Sitzungsthema wird vorgestellt, begründet und abgestimmt.
10. Aus der gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit wird berichtet.

Die Sitzungen können, je nach Anlass, öffentlich oder nicht öffentlich stattfinden.

VI.4. Mitglieder

Die Gesundheitskonferenz setzt sich zusammen aus delegierten Vertretern der örtlichen Institutionen und Einrichtungen aus Gesundheitsförderung und Prävention, der gesundheitlichen Versorgung, der Selbsthilfe, des Patientenschutzes und aus den Institutionen und Einrichtungen aus dem Sozialbereich, die mit den jeweiligen zu bearbeitenden Themen große Schnittmengen haben (z.B. Schulumt, Jugendamt, Kreissenorenrat). Die delegierten Vertreter werden im Folgenden genannt.

Es gibt einen festen „Stamm“ an Mitgliedern aus dem gesundheitlichen Bereich und andere beratende Mitglieder, die hinzugezogen werden.

Diese Mitglieder werden je nach Umfeld des jeweiligen Themengebietes eingebunden.

Es wird grundsätzlich empfohlen, Expertenwissen und die Sicht engagierter Bürger einzubeziehen. Die regionalen Bedingungen vor Ort und die thematischen Schwerpunkte bestimmen die Teilnehmerliste. Einen guten Orientierungsrahmen bieten hier bereits bestehende Gremien.

Ständige Mitglieder sind:

- Sozialversicherungsträger
Krankenkassen (z.B. AOK, BKK, LKK, IKK, Ersatzkassen/vdek, Knappschaft), Berufsgenossenschaften, DRV
- Vertreter der Arbeitsgemeinschaften der Selbsthilfe
- weitere Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Prävention (z.B. Sportkreise, -verbände, -vereine)
- Ärztekammer/Kreisärzteschaft
- Bildungseinrichtungen (z.B. VHS, Ausbildungsstätten)
- Landratsamt (Gesundheitsamt/Geschäftsstelle)

Unter Berücksichtigung der Thematik können hinzugezogen werden:

- verschiedene Koordinationsstellen
- Beratungsstellen
- Landratsamt (Sozialamt, Jugendamt, Landwirtschaftsamt)
- Schulbehörde/Schulträger
- Gemeinde- und Kreisräte
- Stadt- und Kreissenorenrat
- Patientenvertreter/Patientenfürsprecher
- Stiftungen
- Hochschule/Universität
- Einrichtungen z.B. Unternehmensvertreter, die in den jeweiligen Bereichen Angebote vorhalten
- Industrie- und Handelskammern/Innungen
- Handwerkskammer/Kreishandwerkskammer
- Wirtschaftsförderer
- Kliniken
- REHA-Einrichtungen

- Ärztenetzwerke
- Zahnärztekammer (Kreis Zahnärzteschaft)
- Apothekerkammer
- Psychotherapeutenkammer

Im Interesse der Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit wird eine Mitgliederzahl von maximal 20 Mitgliedern empfohlen.

VI.5. Mitgliedschaft

Die Mitglieder werden von den jeweiligen Organisationen zur Wahrnehmung dieser Aufgabe benannt. In der konstituierenden Sitzung wird eine Geschäftsordnung etabliert.

Die in die Gesundheitskonferenz delegierten Vertreterinnen und Vertreter verfügen über Entscheidungskompetenz, d.h. sie sollen sich zu den Themen für ihre Einrichtung verbindlich äußern.

Zusätzlich zu den benannten Mitgliedern kann die Gesundheitskonferenz Sachverständige hinzuziehen.

VI.6. Selbstverpflichtung

Die Mitglieder der Gesundheitskonferenz sind für die zeitnahe Weiterleitung der Ergebnisse der Konferenz und die Kommunikation dieser Ergebnisse in ihren Einrichtungen verantwortlich.

Sie unterstützen die Arbeit der Geschäftsstelle nach ihren Möglichkeiten und bringen ihr Expertenwissen und ggf. vorhandenes Datenmaterial ein.

Die Mitglieder richten die für sie nutzenbringende Arbeit in Prävention und Gesundheitsförderung an der Gesundheitsstrategie und an der Arbeit der Gesundheitskonferenzen aus.

Eine Verbindlichkeit der Entscheidungen soll dadurch erreicht werden, dass die Handlungsempfehlungen der Gesundheitskonferenz von den Mitgliedern und ihren Organisationen/Einrichtungen als bindend angesehen werden.

VI.7. Einbindung bestehender Netzwerke

Bestehende Netzwerke oder Gremien werden in die Gesundheitskonferenz und/oder die Arbeitsgruppen der Gesundheitskonferenz eingebunden.

Die „**Regionale Arbeitsgemeinschaft Gesundheit**“ (**RAG**) wurde vor ca. 25 Jahren eingeführt und ist in einigen Stadt- und Landkreisen immer noch aktiv.

Die Geschäftsführung lag/liegt in der Regel bei den Gesundheitsämtern.

Diese Arbeitsgemeinschaften können eine gute Basis für die Gesundheitskonferenz darstellen.

Die Gesundheitskonferenzen können in gewisser Weise als Weiterentwicklung der Regionalen Arbeitsgemeinschaften betrachtet werden. Es vollzieht sich allerdings ein Paradigmenwechsel von der vorwiegend individuell ausgerichteten Projektentwicklung zur geplanten Steuerung gesundheitsförderlicher

und präventiver Maßnahmen. Sie unterscheiden sich in folgenden Punkten von der alten Form.

- Einbettung in das Gesamtkonzept Gesundheitsstrategie
- Ein Schwerpunkt der Arbeit liegt in einer geplanten Steuerung gesundheitsfördernder und präventiver Strukturen und Maßnahmen
- Die Gesundheitskonferenz bearbeitet ein Thema in der Methodik des Public-Health-Action-Cycle
- Themen werden durch regionale Analysen und unter Berücksichtigung der Schlüsselbotschaften der Gesundheitsstrategie festgelegt
- Die Netzwerke und Arbeitskreise bestehen aus „Experten“, die in diesem Themengebiet arbeiten
- Die Arbeit der Gesundheitsämter besteht künftig nicht mehr allein in Prozesskoordination/-moderation, sondern bekommt neue Schwerpunkte in der Analyse der kommunalen Problemlagen und Strukturen
- Das Gremium leitet der Landrat/Oberbürgermeister oder ggf. ein Stellvertreter
- Die Gesundheitskonferenzen orientieren sich an der Gemeinwohlverpflichtung der Stadt- und Landkreise. Diese Verpflichtung ist den jeweiligen Partikularinteressen ihrer Mitglieder übergeordnet

In fast allen Stadt- und Landkreisen gibt es **Gesundheitsnetzwerke** (Gesunde Städte-Netzwerke in Stuttgart und Heidelberg etc.).

Exemplarisch wird auf zwei erfolgreiche Gesundheitsnetzwerke (Gesundheitsnetzwerk Schwarzwald-Baar und Gesundes Kinzigtal) aus Baden-Württemberg hingewiesen, die sich auf der Basis von gemeinsamen, wirtschaftlichen Interessen und öffentlichkeitswirksamer Arbeit zusammengeschlossen haben (siehe unter X. Anhang, S. 40/41). Daneben gibt es noch viele andere Netzwerke, gerade aus den Bereichen der Selbsthilfe und der Patientenvertretung.

Hier gilt: Haben diese Netzwerke vergleichbare Ziele und ähnliche inhaltliche und methodische Vorgehensweisen wie die Gesundheitskonferenz, sollte nach Möglichkeiten der Integration oder zumindest der Kooperation gesucht werden.

Denkbar wäre eine Gesundheitskonferenz gemeinsam mit dem bestehenden Netzwerk zu planen und zu veranstalten. Die Vertretung kommunaler Interessen erleichtert dies (wenn Bedarfs- und Ergebnisorientierung handlungsleitende Komponenten sind).

Sind die Netzwerke zur Vertretung und Durchsetzung partikularer Interessen eingerichtet, empfiehlt sich ein Angebot zur Kooperation und Mitarbeit in der Gesundheitskonferenz.

Weitere **Netzwerke mit Gesundheitsbezug** gibt es zudem auf Städte- und Gemeindeebene. Zu nennen sind hier insbesondere die kommunalen Netzwerke, die sich an der Initiative „Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg“

beteiligen. Dabei handelt es sich um eine Landesinitiative zur Förderung der Gesundheit in Städten und Gemeinden, unterstützt von der Robert Bosch Stiftung, bei der sich jede Kommune in Baden-Württemberg beteiligen kann (siehe unter X. Anhang, S.41/42).

VI.8. Kreisstrukturgespräche

Im Bedarfsfall (insbesondere bei Versorgungsengpässen) sollen in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen unter Leitung des Landrats bzw. Oberbürgermeisters (oder Vertreters) auch Kreisstrukturgespräche für eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung geführt werden.

Die Organisation der ambulanten und stationären Versorgung, des vertragsärztlichen Notdienstes zu den sprechstundenfreien Zeiten, der notärztlichen und rettungsdienstlichen Versorgung sowie die stationäre Notfallversorgung könnten Themen dieser Kreisstrukturgespräche sein. Hierbei könnte der Landrat/Oberbürgermeister (oder Vertreter) als Moderator fungieren. Die Verantwortung der jeweiligen örtlichen Gewährleistungsträger für die Versorgungsbereiche bleibt hiervon unberührt (Kassenärztliche Vereinigung, Bereichsausschuss sowie Krankenhausträger).

Als Beispiel sei das „Konversionsprogramm Krankenhäuser im ländlichen Raum“ genannt. Bei Bedarf kann zur Stabilisierung der Gesundheitsinfrastruktur vor allem in ländlichen Räumen in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen die Umstrukturierung kleiner, für die Akutversorgung nicht mehr benötigter Krankenhausstandorte in ambulant ausgerichtete Gesundheitszentren/medizinische Versorgungszentren beraten und unterstützt werden.

VI.9. Handlungsempfehlungen

Vor dem Hintergrund der vom Land vorgegebenen Gesundheitsziele werden Handlungsempfehlungen von der Gesundheitsplanung (Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung/Prävention) des jeweiligen Landratsamtes/Gesundheitsamtes, bzw. Stadtkreises/Gesundheitsamtes in Zusammenarbeit mit den jeweiligen „Experten“ der Netzwerke erarbeitet. Handlungsempfehlungen können Veränderungen im strukturellen Bereich und/oder konkrete Maßnahmen betreffen.

In der Praxis gibt es unterschiedliche Komplexitätsgrade von Handlungsempfehlungen

- Handlungsempfehlungen, die aus Datenquellen zu erschließen sind und als Berichtsvorlage von der Geschäftsstelle zur Abstimmung eingebracht werden
- Handlungsempfehlungen, die strukturelle Veränderungen und/oder Maßnahmen mit höherem Beratungsbedarf beinhalten und dementsprechend durch eine Arbeitsgruppe vorbereitet werden müssen

So wird z.B. aus der Analyse verschiedener Datenquellen im Landkreis Reutlingen eine Verteilung der chronischen Erkrankungen herausgefiltert. Diese Datenauswertung wird von einer kleinen Expertengruppe geleistet und vorgelegt. Es wird dann der Gesundheitskonferenz vorgeschlagen, sich dem Gesamtkomplex „chronischer Erkrankungen“ anhand dieser Verteilung zu nähern, die vorkommenden Krankheiten prioritär zu behandeln.

Die weitere Umsetzung wird dann an Arbeitsgruppen aus dem Netzwerk delegiert.

Die Handlungsempfehlungen zum jeweils zentralen Thema der Gesundheitskonferenz werden bei der Gesundheitskonferenz beraten und beschlossen. Dabei werden auch Verantwortlichkeiten festgelegt und die Arbeitsgruppen, die die Umsetzung begleiten, gebildet.

Handlungsempfehlungen sollen in jedem Fall enthalten:

- Kommunaler Bedarf/Bestand-Abgleich
- Ableitung der Handlungsempfehlung aus dem Abgleich von Bedarf und Bestand
- Ziele (darunter solche, die messbar sind)
- Vorschläge für eine realistische Durchführung
- Regelung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten
- Finanzierungsplan
- Kriterien einer Wirkungsmessung
- Zeitrahmen

VI.10. Bildung und Aufgaben von Netzwerken und Arbeitsgruppen

Die Mitglieder der Gesundheitskonferenz unterstützen die Geschäftsstelle bei der Erstellung der notwendigen Analysen und Handlungsempfehlungen.

Das Konzept der Kommunalen Gesundheitskonferenz sieht Vernetzung als zentrale Grundlage kommunaler Arbeit im Gesundheitsbereich an.

Sie führt allerdings eine zusätzliche Komponente in die Netzwerkarbeit ein, um den Diskurs nicht nur an Einzelinteressen auszurichten und damit neu zu gestalten.

Ausrichtung der gemeinsamen Arbeit am konkreten Bedarf: Das verbindende Element des Prozesses der Kommunalen Gesundheitskonferenz ist neben der Erstellung eines Stadt- und Landkreisprofils (Stärken-Schwächen-Analyse) eine themenspezifische, fundierte Bedarfserhebung als Grundlage des Diskurses. Einzelinteressen sind normal und erwünscht, die Orientierung des Prozesses soll jedoch über diese einzelnen Interessen hinausgehen. Bedarfserhebung wird verstanden als mehrdimensionales Konstrukt, das aktuellen Wissensstand, Daten, Aspekte der Nachhaltigkeit und Zukunftsfähigkeit mit sozialen Gesichtspunkten und der kommunalen Aufgabe der Daseinsfürsorge verbindet.

**Stufenleiter der Vernetzung und ihre Anwendung im Prozess der Kommunalen Gesundheitskonferenz Modell „Gesund.Leben.Bayern.“
Anpassung dieses Modells an das Konzept der Kommunalen Gesundheitskonferenz (Tabelle 1)**

Arbeitsform	Kommunale Gesundheitskonferenz	Inhalte
Stufe 1 Vernetzung	Gesamtnetzwerk zur Kommunalen Gesundheitskonferenz	<ul style="list-style-type: none"> • Gegenseitiger und regelmäßiger Erfahrungs- und Informationsaustausch • Expertenpool
Stufe 2 Koordination	Themenspezifische Netzwerke Alle Akteure sollten hier vertreten sein	Es werden gemeinsame Ziele festgelegt, Handlungsempfehlungen erstellt und in die Kommunale Gesundheitskonferenz eingebracht
Stufe 3 Kooperation	Themenspezifische Arbeitskreise Aus dem themenspezifischen Netzwerken werden Arbeitskreise gebildet, die ein Thema kleinräumig behandeln können	<ul style="list-style-type: none"> • Aktionen werden gemeinsam geplant und durchgeführt • Die für die gemeinsamen Aktionen anfallenden Ressourcen werden geteilt
Stufe 4 Verbund	Verbindliche Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Engste Form der Zusammenarbeit • Man entwickelt mit der Zeit ein „Wir-Gefühl“ • Ausbau der Leistungsfähigkeit des Verbunds

Tabelle 1

Die erste Stufe der Vernetzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz besteht aus einem Gesamtnetzwerk der Menschen, die Gesundheit im kommunalen Raum in irgendeiner Weise gestalten und beeinflussen (Tabelle 1). Dieses Netzwerk tauscht Informationen aus und bündelt die Erfahrungen und Kenntnisse der einzelnen Partner. Die Mitglieder werden durch die Geschäftsstelle auf Wunsch von den Aktivitäten im Stadt- und Landkreis informiert, Kontakte werden vermittelt und geschaffen. Dieses Gesamtnetzwerk ist der Pool für alle anderen Netzwerkaktivitäten. Aus ihm stammen die Mitglieder des Gremiums der Kommunalen Gesundheitskonferenz.

Dieses Gesamtnetzwerk unterteilt sich in themenspezifische Netzwerke (Stufe 2) und themenspezifische Arbeitskreise (Stufe 3) genannt. Diese themenspezifischen Netzwerke sind in die Erstellung der regionalen Analysen und in die Erstellung von Zielen sowie Handlungsempfehlungen methodisch eingebunden.

Die Handlungsempfehlungen werden nach Abstimmung umgesetzt. Die Umsetzung dieser definierten Aufgabe wird jeweils von einer themenspezifischen Arbeitsgruppe begleitet, die aus dem themenspezifischen Netzwerk gebildet wird.

Kommunale Gesundheitskonferenzen streben idealerweise die Arbeit im kommunalen Verbund an.

VI.11. Aufgaben und Ausstattung der Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz

Die Geschäftsführung der Gesundheitskonferenz und der Arbeitsgruppen soll dem Landratsamt/Gesundheitsamt und in den Stadtkreisen dem städtischen Gesundheitsamt in Form der Führung einer Geschäftsstelle als eigenständige Aufgabe obliegen.

Die Geschäftsstelle übernimmt die Organisation, Vor- und Nachbereitungen der Sitzungen der Gesundheitskonferenz sowie die Organisation und inhaltliche Begleitung der Arbeitsgruppen.

Die Geschäftsstelle ist Koordinierungsstelle zwischen der Gesundheitskonferenz und den verschiedenen Netzwerkebenen. Sie nimmt Planungs-, Netzwerk- und Umsetzungsaufgaben wahr. Die Geschäftsstelle sollte zu einem Mix aus verschiedenen Fähigkeiten und Methoden Zugriff haben bzw. idealerweise darüber verfügen.

- Wissenschaftlich fundierte Analysen erstellen
- Bedarfs- und Bestanderhebungen durchführen
- Ergebnisse darstellen und fundiert vertreten
- Wirkung evaluieren
- Netzwerkkoordination
- Projektmanagement
- Kenntnisse des gesetzlichen Rahmens

Dazu müssen in den Gesundheitsämtern Methoden der Gesundheitsplanung (Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung/Prävention) etabliert werden. Die Geschäftsstelle sollte über sehr gute Kenntnisse sozialwissenschaftlicher und epidemiologischer Methoden, sowie über die Fähigkeit verfügen, sich schnell und gründlich in verschiedene Themenbereiche einzuarbeiten und sie aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten. Das ist eine unabdingbare Voraussetzung für das Gelingen der Gesundheitskonferenzen. Die ideale Voraussetzung wäre ein Studium (Medizin, Medizinsoziologie/Soziologie, Politik, Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik, Pflegewissenschaften, Gesundheitsmanagement, Sozialmanagement) und ein Masterstudium in Public Health.

VI.12. Finanzierung

Die Umsetzung der Gesundheitsstrategie im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Daher sollen sich alle relevanten Akteure bei der Finanzierung einbringen.

1) Land Baden-Württemberg

Mit der Entwicklung der Regionalen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheit hin zu Gesundheitskonferenzen vollzieht sich ein Wechsel innerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes von der überwiegend individuell ausgerichteten Projektentwicklung zur geplanten Steuerung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen innerhalb der kommunalen Gesundheitsvorsorge. Dies gelingt nur mit einer funktionierenden Gesundheitsplanung (Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung). Von Seiten des Landes soll gewährleistet werden, dass allen Ämtern diese Methoden zur Verfügung stehen. Hierfür sind entsprechende Mindest-Ressourcen zu definieren.

Gemäß §§ 7 und 11 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) stellen Gesundheitsförderung und Prävention sowie Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie Aufgaben der Gesundheitsämter dar. Sie sind auch eine entscheidende Grundlage der Kommunalen Gesundheitskonferenz und deshalb der Arbeit der künftigen Geschäftsstelle.

Die Neuausrichtung und Schwerpunktbildung der genannten bevölkerungsmedizinischen Aufgaben kann beispielsweise durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

- Anstellung von Ärzten mit Public-Health-Kompetenz
- Umwidmung von Arztstellen durch Entlastung der Gesundheitsämter im amtsärztlichen Bereich (siehe hierzu die Ergebnisse der AG „10 Jahre ÖGDG“ zum Abbau amtsärztlicher Gutachten)
- Kooperationen und fachliche Unterstützung zwischen einzelnen Gesundheitsämtern untereinander, zwischen den Gesundheitsämtern und dem Landesgesundheitsamt sowie universitären Einrichtungen

Beim Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren wurde auf Initiative von Frau Ministerin Dr. Stolz MdL eine Stiftung gegründet, um die gesundheitliche Prävention in Baden-Württemberg weiter zu fördern (Stiftung für gesundheitliche Prävention). Der Stiftung gehören profilierte baden-württembergische Vertreter der Gesundheitswirtschaft und der Sozialversicherungsträger an.

Die Stiftung soll in ihrer Mittelvergabe die Zielsetzung von Gesundheitskonferenzen umfassend berücksichtigen.

2) Stadt- und Landkreise:

Die Geschäftsstellen sollen bei den Stadt- und Landkreisen angesiedelt sein. Aktuell vorhandenes Personal in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung/Epidemiologie sind für die Geschäftsstellen zuständig.

3) Sozialversicherungsträger:

Die Sozialversicherungsträger beteiligen sich im Rahmen der gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V.

Den Rahmen für Aktivitäten der Krankenkassen und somit gemeinsamer und einheitlicher Handlungsempfehlungen bietet der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils aktuellen Fassung.

Die Verantwortung für die Umsetzung der Gesundheitsstrategie liegt beim Land Baden-Württemberg.

Die Sozialversicherungsträger unterstützen die Arbeit der Geschäftsstelle im Rahmen ihrer Möglichkeiten und bringen ihre fachliche Kompetenz bei der strukturellen Weiterentwicklung ein.

4) Weitere Mitglieder/weitere Partner:

Die in den jeweiligen Themenbereichen engagierten Partner und Institutionen sollen sich ebenfalls an der Finanzierung der Öffentlichkeitsarbeit und von Maßnahmen zur strukturellen Weiterentwicklung (beispielsweise Datenmaterial zur Verfügung stellen) beteiligen.

VI.13. Fort- und Weiterbildung

Durch geplante Steuerung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen innerhalb der kommunalen Gesundheitsvorsorge werden Kompetenzen im Bereich Netzwerk- und Projektmanagement sowie weitere sozialwissenschaftliche und epidemiologische Methodenkompetenzen gebraucht.

Außerdem werden planerische und kommunikative Methodenkompetenzen sowie Bedarfsanalysen und Wirkungsmessung benötigt.

Da diese Qualifikationen nicht in allen Gesundheitsämtern verfügbar sind, werden entsprechende Fort- und Weiterbildungen und fachliche Beratung notwendig.

VII. Fazit und Ausblick

Die Projektgruppe „Kommunale Gesundheitskonferenzen“ liefert mit ihrem Bericht ein umsetzbares Konzept zur künftigen Einrichtung und Umsetzung von Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg.

Sie hat einen strukturellen Rahmen festgelegt, der die Vergleichbarkeit der Kommunalen Gesundheitskonferenzen sicherstellt. Die Arbeitsmethoden sind ebenfalls verbindlich festgelegt, aber so beschaffen, dass sie die Analyse und Erfassung von regionalen Schwächen und Stärken (Stadt- und Landkreisprofil), konkreten Bedarf und Erfassung des Vorhandenen zur Grundlage haben. Die Stadt- und Landkreise besitzen somit genügend Gestaltungsraum, um für sie passende Arbeitsfelder zu finden und sie in individueller Form zu bearbeiten.

Da mit den Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg aufgrund der hiesigen Rahmenbedingungen Neuland betreten wird, sind wissenschaftliche Begleitungen der Realisierung vor Ort, eine Zwischenbewertung nach spätestens 3 Jahren sowie eine sich daran anschließende Fortschreibung des vorliegenden Papiers notwendig.

Die methodischen Ansätze der Kommunalen Gesundheitskonferenz setzen jedoch eine Verfügbarkeit von quantitativen Daten auf Stadt- und Landkreisebene voraus, die derzeit nicht möglich ist. Es fehlen insbesondere Daten zur Morbidität und zum Gesundheitsverhalten der Bevölkerung. Die Qualität und Differenziertheit insbesondere der Stadt- und Landkreisprofile, aber auch der Bedarfserhebung, wird von der Verfügbarkeit und Qualität der regionalen Datenlage entscheidend beeinflusst.

Gesundheit bekommt nicht zuletzt aufgrund der demographischen Entwicklung eine immer höhere Bedeutung für Lebensqualität und Prosperität in einem Gemeinwesen.

Auch die kommunale Daseinsvorsorge wird sich künftig verstärkt mit Gesundheit, gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen und gesunden Verhaltensweisen befassen müssen. Die Stadt- und Landkreise sind die Handlungsträger mit ausdrücklicher Gemeinwohlverpflichtung.

Die Gesundheitsstrategie ist ein viel versprechender Ansatz zur Etablierung von Gesundheitsförderung und Prävention als 4. Säule des Gesundheitssystems. Sie arbeitet die Wichtigkeit von Gesundheit für die Lebensqualität der Bevölkerung genauso heraus wie die Bedeutung von Gesundheit als Standort- und Wirtschaftsfaktor.

Mit der Etablierung von Kommunalen Gesundheitskonferenzen in den Stadt- und Landkreisen bestärkt sie den kommunalen Raum als den Ort, an dem Gesundheit „stattfindet“. Allerdings lässt sich diese Aufgabe nur in tragfähigen Netzwerken lösen. Deshalb misst das Konzept der Projektgruppe der Vernetzung und der Organisation der Vernetzung einen hohen Stellenwert zu.

Die Verantwortung, aber ebenfalls die Möglichkeiten des Einzelnen für den Erhalt seiner Gesundheit nehmen ebenfalls immer mehr an Bedeutung zu.

Die Gesundheitsstrategie des Landes trägt dieser Gesamtentwicklung zunehmender politischer und individueller Verantwortung Rechnung.

Das vorliegende Konzept ist aus unserer Sicht der Baustein zur Wahrnehmung gesamtgesellschaftlichen Verantwortung auf der kommunalen Ebene.

VIII. Quellen

- Gesundheitsamt Düsseldorf (Hrsg.) (2000):
Geschäftsordnung der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz
- GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit dem Verband der Ersatzkassen et al. (Hrsg.) (2010):
Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.) (2004):
10 Jahre Gesundheitsdienstgesetz Baden-Württemberg
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2010):
Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg. Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung.
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD) NRW (Hrsg.) (2001):
Handbuch: Ortsnahe Koordinierung, Planungs- und Arbeitshilfen
- Landratsamt Reutlingen/Kreisgesundheitsamt (Hrsg.) (2010):
Der gesunde Landkreis Reutlingen
- Landratsamt Schwarzwald-Baar-Kreis
Gesundheits- und Sozialpolitik 5/6 (2006), Konzept:
Gesundheitsnetzwerk Schwarzwald-Baar
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2009):
Präventionsbericht 2009, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung
- Ministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2009):
Gesundheitsstrategie Baden Württemberg
- Winkler, Frank, „Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg“ in:
Die Ersatzkasse, Ausgabe Juni 2010, Berlin, S. 231ff.

IX. Mitglieder der Projektgruppe (Institutionen alphabetisch)

Frau Jutta Ommer-Hohl
(Vertretung: Herr Michael Clement)
AOK Baden-Württemberg

Herrn Dr. Bernhard Kiß
(Vertretung: Frau Daniela Krämer)
Ärzteverband Öffentlicher Gesundheitsdienst Baden-Württemberg

Herr Matthias Einwag
(Vertretung: Frau Sigrid Dräger)
Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft

Herr Viktor Hartl
Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg

Herr Dr. Volker Ball
Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. –
LV Baden-Württemberg

Herr Ulrich Hartschuh
(Vertretung: Herr Dieter Meschenmoser)
Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Herr Martin Siegl-Ostmann
Fachkräfte für Gesundheitsförderung der Gesundheitsämter Baden-
Württemberg

Frau Dr. Monika Roth
Netzwerk „Gesundes Kinzigtal“

Herr Dr. Dr. Hans Tropp
(Vertretung: Frau Dr. Eva Hungerland)
Gesundheitsamt Stadt Stuttgart

Herr Dr. Burghardt Ehler
Gesundheitsnetzwerk Schwarzwald-Baar

Frau Ruth Wagner
(Vertretung: Herr Frank Klinger)
IKK classic

Herr Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Frau Yvonne Motzer
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Herr Dr. Udo-Frank Gundel
(Vertretung: Herr Dr. Franz Ailinger)
Kreisärzteschaft Reutlingen

Herr Frank Kissling
LAG Selbsthilfe Baden-Württemberg

Herr Thomas Krohm
Landesapothekenverband Baden-Württemberg

Herr Prof. Dr. Michael Böhme
(Vertretung: Herr Rolf Seltenreich)
Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

Frau Barbara Leykamm
Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

Frau Birgit Faigle
Landessenorenrat Baden-Württemberg

Herr Stefan Anderer
Landessportverband Baden-Württemberg

Frau Birgit Pfitzenmaier
Landesstiftung Baden-Württemberg

Herr Dr. Gottfried Roller
Landratsamt Reutlingen

Frau Monika Firsching
Landratsamt Reutlingen

Frau Serpil Lutz
Landratsamt Reutlingen

Frau Regina Steinkemper
Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg

Frau Sabine Aichholz
Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg
(Vertretung: Frau Ulla Seitz
Landesinstitut für Schulsport, Schulkunst und Schulmusik
im Auftrag des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport)

Frau Doreen Seifert
Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren
Baden-Württemberg

Herr Manfred Votteler
Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren
Baden-Württemberg

Frau Edelgard Fiess-Heizmann
Ministerium für Ländlichen Raum, Ernährung und Verbraucherschutz
Baden-Württemberg

Herr Dr. Peter Maier
(Vertretung: Herr Andrej Hänel)
Ministerium für Ländlichen Raum, Ernährung und Verbraucherschutz
Baden-Württemberg

Frau Dr. Almut Satrapa-Schill
Robert Bosch Stiftung GmbH Stuttgart

Herr Dipl.-VerwWiss. Frank Winkler
Verband der Ersatzkassen (vdek) Baden-Württemberg

Herr Dr. Ulrich Bausch
Volkshochschule Reutlingen

X. Anhang

1. Beispiel: Gesundheitsnetzwerk Schwarzwald-Baar

Die Ziele des Gesundheitsnetzwerkes sind klar definiert.

- Kooperationen zwischen Gesundheitsdienstleistern fördern
- Standortpositionierung
- Transparenz des Gesundheitsstandortes
- Bindung der Leistungsinanspruchnahme im Kreis
- Defizite im Leistungsbereich erkennen, Stärken ausbauen

Die Leitidee des Gesundheitsnetzwerkes Schwarzwald-Baar ist die Verbesserung der Vermarktung der „Gesundheitswirtschaft“ mit dem Ziel, Wirtschaftswachstum und Beschäftigung zu fördern.

Dieses Gesundheitsnetzwerk hat einiges mit dem vorliegenden Konzept der Gesundheitskonferenzen gemeinsam, insbesondere die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention.

Tragender Unterschied ist allerdings die primäre Ausrichtung des Netzwerkes auf die Gesundheitswirtschaft (was aus der IST-Analyse der Strukturen im Landkreis nachvollziehbar ist). Daraus ergeben sich Unterschiede in Methode und Herangehensweise. Das Netzwerk ist ein bereits bestehendes Netzwerk zu einem relevanten Thema: „Gesundheitswirtschaft fördern“ und könnte daher auch als ein eigenständiger Teil der Gesundheitskonferenz begriffen werden.

2. Beispiel: Gesundes Kinzigtal

Das Netzwerk „Gesundes Kinzigtal“ ist ein regionales Gesundheitsunternehmen, das eine Gemeinschaftsgründung der auf integrierte Versorgung spezialisierten

OptiMedis AG, Hamburg und dem Medizinischen Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. ist.

Hintergrund und Leitidee ist hier die generelle Ausrichtung an der Verbesserung der Gesundheit im Sinn der Salutogenese. Ziel ist, durch eine verbesserte Versorgung die Anzahl der Krankheiten zu reduzieren, dadurch die Lebensqualität der Patienten zu steigern und somit die Ausgaben zu reduzieren. Die Evaluation erfolgt durch Abbildung und Messung des Gesundheitsgewinns.

Ziele des Netzwerkes

- Mit den Patienten, den anderen lokalen Gesundheitspartnern und den Krankenkassen zusammen eine besser organisierte Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung des Kinzigtals entwickeln.
- Die neuesten Erkenntnisse für Vorsorge und Behandlung nutzen um ein „Gesundes Kinzigtal“ zu schaffen.
- Die Attraktivität des Kinzigtals für den medizinischen Nachwuchs steigern, die Berufszufriedenheit der Ärzte erhöhen und zusätzliche Angebote entwickeln.

Hier sind deutliche Parallelen zum Konzept der Gesundheitskonferenzen sichtbar, insbesondere der salutogene Ansatz und die Ausrichtung des Projektes auf Gesundheitsförderung und Prävention.

Daneben gibt es tragende Unterschiede zum Konzept der Gesundheitskonferenzen. Das „Gesunde Kinzigtal“ hat die Organisationsstruktur eines Unternehmens: Es tätigt im Rahmen eines Einsparcontractingvertrages mit zwei Sozialversicherungsträgern Investitionen und muss seine Rentabilität nachweisen.

Die Mitgliedschaft bei einem der beiden Sozialversicherungsträger ist zur Teilnahme bei den Angeboten notwendig. Die angestrebten Verbesserungen in der Versorgung zielen zunächst auf individualmedizinische Angebote und Versorgung.

Die gesundheitliche Gesamtanalyse der Region im Rahmen einer Stärken-Schwächen Analyse liegt nicht vor.

Das Gesundheitsnetzwerk ist ein bereits bestehendes Netzwerk zum Thema: „Gesundheitsförderung und Versorgung“ mit den Kernkompetenzen medizinische Erfahrung und Gesundheitsmanagement. Ob sich die unterschiedlichen

Organisationsformen kompatibel gestalten lassen oder ob eine enge Vernetzung gewünscht und sinnvoll wäre, müsste im Kinzigtal entschieden werden.

3. Beispiel: Initiative „Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg“

Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg ist eine Gemeinschaftsinitiative des Gesundheitsforums Baden-Württemberg, die von der Robert Bosch Stiftung gefördert und vom Landesgesundheitsamt BW koordiniert wird. Seit August 2010 wird für den Zeitraum von drei Jahren eine Weiterführung der Initiative von der Robert Bosch Stiftung zusammen mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren gefördert, die eine Verbreitung der bisherigen erfolgreichen Ansätze beinhaltet und die Initiative auch auf ältere Menschen erweitert.

Das Ziel der Initiative ist es, die Gesundheit aller Kinder, Jugendlichen und deren Eltern sowie älterer Menschen zu fördern und die Lebensräume in Kommunen so zu gestalten, dass diese 'gesunde' Entscheidungen ermöglichen und fördern. Die Initiative unterstützt Städte und Gemeinden darin, Kooperation und Vernetzung mit den Akteuren vor Ort aufzubauen, damit die vielfältigen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung abgestimmt und Ressourcen gebündelt werden können.

Ziele der Gesundheitsnetzwerke in den beteiligten Städten und Gemeinden:

- Nachhaltige Vernetzung kommunaler Akteure mit Bezug zu Gesundheit und Gesundheitsförderung
- Ressourcenbündelung und Verhinderung von Parallelstrukturen
- Beteiligung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, mit und ohne soziale Benachteiligung, bei der Gestaltung ihrer Lebensbedingungen

- Bestands- und Bedarfserhebung sowie Planung von Angeboten der Gesundheitsförderung
- Erhöhung der Nachfrage von Angeboten
- Schaffung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen
- Imagebildung als familienfreundliche und „gesunde“ Kommune

„Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg“ kann sich gut in das Konzept der Kommunalen Gesundheitskonferenz integrieren.

Denkbar wäre, die methodische Vorgehensweise der Kommunalen Gesundheitskonferenz in der Arbeit in den Kommunen ergänzend zu berücksichtigen.

Eine andere Möglichkeit wäre, das Thema „Gesund aufwachsen“ zum Thema einer Kommunalen Gesundheitskonferenz auf Stadt- oder Landkreisebene zu machen.