

## **Abschlussbericht zum Pilotvorhaben**

**„Erarbeitung eines Fachplanes Gesundheit  
auf Ebene der Land- und Stadtkreise  
im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz  
unter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger“**

**des Landkreises Karlsruhe**

Datum: 17.06.2016

## Inhalt

1. Projektbeschreibung und -auftrag.....	3
1.1 Handlungsfeld und Themenschwerpunkte .....	3
1.2 Auftrag der Fachplanung .....	3
1.3 Mittel- bzw. Ressourcenverwendung .....	4
1.4 Ziele.....	4
2. Darstellung der Struktur für die Fachplanung Gesundheit .....	5
3. Übersicht über den Prozess der Fachplanung Gesundheit.....	10
4. Analysephase.....	14
4.1 Land- bzw. Stadtkreisprofil.....	17
4.2 Profil von Pilotstädten und –gemeinden.....	18
5. Bürgerbeteiligung .....	20
6. Strategieentwicklung auf Kreis- und Stadt-, Gemeinde oder Stadtteilebene .....	24
6.1 Festlegung von Zielen, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen für die Land- und Stadtkreisebene.....	25
6.2 Festlegung von Zielen, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen für Stadt-, Gemeinde- und Stadtteilebene.....	27
7. Nutzen und Fazit der Fachplanung Gesundheit.....	30
8. Ausblick zur weiteren Planung der Land- und Stadtkreise .....	33

## 1. Projektbeschreibung und -auftrag

### 1.1 Handlungsfeld und Themenschwerpunkte

Nennung und Begründung des Handlungsfeldes/Themenschwerpunktes: Darstellung des Handlungsfeldes und der Themenschwerpunkte und auf welcher fachlichen Grundlage/ Datenbasis die Auswahl des Handlungsfeldes, evtl. des Themenschwerpunktes und ggf. die räumliche Eingrenzung auf Gebiete, Quartiere oder Gemeinden basiert.

Die Fachplanung Gesundheit im Rahmen des Pilotvorhabens erfolgte im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention mit dem Themenschwerpunkt „Gesund und aktiv älter werden“. Auch wenn der Schwerpunkt im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention lag, wurden in dem gewählten Handlungsfeld auch die Handlungsfelder medizinische Versorgung sowie stationäre und ambulante Pflege in der Fachplanung berücksichtigt.

Das Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention wurde vom Plenum und Lenkungskreis der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) für den Landkreis Karlsruhe als einer der Schwerpunkte festgelegt. Im Rahmen dieses Handlungsfeldes haben sich Experten neben „Gesund aufwachsen“ aufgrund der demografischen Entwicklung im Landkreis Karlsruhe, auf das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ verständigt.

Die Auswahl einer sog. Pilotgemeinde erfolgte nicht, wie ursprünglich geplant, über Ergebnisse des Landkreisprofils, da hierfür die Datengrundlage nicht ausreichend war, sondern aufgrund von Bewerbungen und Auswahlgesprächen von Kommunen zur Teilnahme an dem Pilotvorhaben.

### 1.2 Auftrag der Fachplanung

Welche Akteure/Gremien waren in dem Entscheidungsprozess zur Teilnahme an der Fachplanung Gesundheit eingebunden? Wer hat das Mandat für die Teilnahme an der Fachplanung Gesundheit erteilt?

Die Entscheidung über die Bewerbung zur Teilnahme am Pilotvorhaben Fachplan Gesundheit erfolgte zuerst im Gesundheitsamt (Mitarbeiter/-innen der Geschäftsstelle KGK, eine Ärztin, Leiter Gesundheitsamt), dann durch den ersten Landesbeamten und den Landrat. Der Dezernent des Dezernates III (Mensch und Gesellschaft) wurde in den Entscheidungsprozess über die ämterübergreifende Kooperation im Rahmen der Fachplanung Gesundheit einbezogen und erteilte seine Zustimmung zur Bereitstellung von Arbeitszeit von Mitarbeitern seines Dezernates an der Fachplanung Gesundheit (aus dem Bereich Altenhilfeplanung und bürgerschaftliches Engagement) und zur Bereitstellung von Daten. Der Dezernent des Dezernates V erteilte seine Zustimmung zur Bereitstellung von Ressourcen zur Erstellung von Karten mit dem Geoinformationssystem. Die Teilnahme am Pilotvorhaben Fachplan Gesundheit erfolgte auf Grundlage der Zustimmung des Jugendhilfe- und Sozialausschusses des Kreistages und des Lenkungskreises der kommunalen Gesundheitskonferenz für den Landkreis Karlsruhe. Entscheidungsträger für die Teilnahme als Pilotgemeinde im Rahmen des Pilotvorhabens Fachplanung Gesundheit waren der Gemeinderat und der Bürgermeister.

### 1.3 Mittel- bzw. Ressourcenverwendung

Über welche Mittel- bzw. Ressourcenverwendung wird, zusätzlich zu den Projektmitteln des Sozialministeriums, geplant und entschieden (z. B. eigenes Budget der KGK, themenbezogene Mittel, Ressourcen anderer Akteure der KGK etc.)? Wer entscheidet über die Ressourcenverwendung?

In die Fachplanung Gesundheit flossen in der Hauptsache Eigenmittel des Gesundheitsamtes insbesondere bei der Bereitstellung von Personal und Sachmitteln ein. Auch die Dezernate III (hier Altenhilfeplanung und Sozialplanung) und V (hier GIS-Zentrum) stellten Personal für die Mitarbeit an der Fachplanung Gesundheit zur Verfügung. In der Pilotgemeinde wurde Arbeitszeit insbesondere des Hauptamtsleiters der Gemeinde und des Gemeindesozialarbeiters für die Mitarbeit zur Verfügung gestellt. Die KGK des Landkreises Karlsruhe verfügt (noch) über keine eigenen Projektmittel außer denen aus der Anschubfinanzierung des Landes. Diese Mittel wurden jedoch nicht im Rahmen des Pilotvorhabens eingesetzt.

Es stehen keine finanziellen Mittel zur Verfügung, um eine Fachplanung auch in anderen LK-Kommunen in der Form durchzuführen, wie sie im Pilotvorhaben erfolgte. Abhängig auch vom Ergebnis der Erprobungsphase soll jedoch geprüft werden, ob im Landratsamt und/oder im Rahmen der KGK zukünftig personelle Mittel für bestimmte Unterstützungs-/Beratungsleistungen für die Landkreiskommunen zur Verfügung gestellt werden können. Für die Umsetzung der Maßnahmen müssten die Kommunen selbst aufkommen.

Sofern personeller Aufwand aus den vorhandenen Ressourcen des Gesundheitsamtes einfließen soll, entscheidet hierüber das Landratsamt, d.h. in erster Linie die Amtsleitung und der Dezernent. Sollten Mittel der KGK einfließen (derzeit noch ausschließlich Anschubmittel des Landes), müsste hierüber das Landratsamt im Einvernehmen mit dem Lenkungskreis entscheiden.

### 1.4 Ziele

Welche Ziele streben Sie mit der Teilnahme am „Modellvorhaben Fachplan Gesundheit“ in Ihrem Land- bzw. Stadtkreis an.

Um die gesundheitliche Chancengleichheit der Bevölkerung im Landkreis Karlsruhe zu verbessern sollen Strategien und Maßnahmen in Zukunft stärker als bislang an den sozialen und den Umweltbedingungen ansetzen. Die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen sowie eine adäquate medizinische und pflegerische Versorgung in den Kommunen steht sowohl bei der KGK des Landkreises Karlsruhe als auch bei der Fachplanung Gesundheit im Vordergrund (hier mit dem Themenschwerpunkt Gesund und aktiv älter werden). Die gegebenen räumlichen und sozialen Umwelten sind oft nicht auf die Bedürfnisse insbesondere der älteren Menschen zugeschnitten. Dabei soll ein Lebensstil mit gesunder Ernährung und regelmäßiger Bewegung gefördert werden. Bewegungsförderung soll insbesondere durch städtebauliche Maßnahmen des Wohnumfeldes ermöglicht werden, so dass dieses entsprechend gesundheitsförderlich gestaltet, sicher und attraktiv ist, und auch weiter entfernte Bewegungsmöglichkeiten bzw. Angebote erreicht werden können. Als Basis hierfür wurden im Rahmen der Fachplanung Gesundheit – soweit möglich und von den Datenhaltern zur Verfügung gestellt – Daten zur Demografie und Sozialstruktur, zum Lebensumfeld, den Versorgungsstrukturen, den gesundheitsförderlichen Angeboten der Kommune sowie gesundheitsbezogene Daten akquiriert, erfasst, strukturiert, analysiert und bewertet .

Ein langfristiges Ziel des Landratsamtes Karlsruhe war und ist deshalb die Schaffung einer integrierten Gesundheits- und Sozialberichterstattung für den Landkreis. Im Rahmen des Pilotvorhabens konnte die ämterübergreifende Erarbeitung einer Datengrundlage für die Strategiefestlegung- und Maßnahmenplanung erprobt werden, die insbesondere auch für die Kommunale Gesundheitskonferenz erforderlich ist.

## 2. Darstellung der Struktur für die Fachplanung Gesundheit

Erläuterung: Dieses Kapitel dient der Darstellung der notwendigen Voraussetzungen für die Fachplanung Gesundheit und der Struktur der Fachplanung Gesundheit, der KGK und der beteiligten Gremien

1. Nennung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Koordinationsstelle zur Erarbeitung des Fachplans Gesundheit (jeweils mit Name, Institution inkl. Dezernat und Aufgabenbeschreibung)
  - 1) Dr. Monika Grillenberger, Landratsamt Karlsruhe, Gesundheitsamt (Dezernat IV, Amt 41), zuständig für die Gesundheitsberichterstattung, Mitarbeit in der Gesundheitsförderung und bei der Koordinierung der Kommunalen Gesundheitskonferenz; Aufgaben in der Fachplanung: Koordination Pilotvorhaben, Erarbeitung des Konzeptes für die Fachplanung, Datenbeschaffung, Erstellung eines Auswertungskonzeptes, Koordination der Datenauswertung und der Zusammenarbeit mit den Ämtern des Landratsamtes, insbes. mit dem Zentrum für Geoinformation, und der Pilotgemeinde, Präsentationen, Berichterstattung (Stellenanteil 50%)
  - 2) Pirjo Pfendtner, Landratsamt Karlsruhe, Gesundheitsamt (Dezernat IV, Amt 41), Ärztin/Dipl. gerontol., Aufgaben in der Fachplanung: Mitarbeit Erarbeitung Konzept und Durchführung der Fachplanung (Stellenanteil 10%)
  - 3) Jochen Käßmann, Landratsamt Karlsruhe, Gesundheitsamt (Dezernat IV, Amt 41), Medizinische Dokumentation, Aufgaben in der Fachplanung: Datenverwaltung und -analyse (Stellenanteil 30%)
  - 4) Martin Siegl-Ostmann, Landratsamt Karlsruhe, Gesundheitsamt (Dezernat IV, Amt 41), zuständig für die Koordinierung der Kommunalen Gesundheitskonferenz für den Landkreis Karlsruhe; Aufgaben in der Fachplanung: Mitarbeit Erarbeitung Konzept und Durchführung der Fachplanung (Stellenanteil 10%)
2. Welche weiteren Ämter/Dezernate sind an der Fachplanung Gesundheit beteiligt? Welche davon sind für die kommunale Fachplanung Gesundheit von besonderer Bedeutung (für aktuelles Planungsthema bzw. allgemein)?

An der Fachplanung Gesundheit war im Rahmen des Pilotvorhabens im Landratsamt neben dem Dezernat IV (Recht und Ordnung), Gesundheitsamt als Koordinierungsstelle und erster Landesbeamte / Dezernent) insbesondere das Dezernat III (Mensch und Gesellschaft), zu dem die Sozialplanung und Altenhilfeplanung gehören, beteiligt.

Das GIS-Zentrum im Landratsamt (Dezernat V - Umwelt und Technik - Amt für Vermessung, Geoinformation und Flurneuordnung) erstellte die Karten für das Landkreisprofil und das Gemeindeprofil für die Pilotgemeinde.

Weitere Ämter des Landratsamtes wären ggf. zu einem späteren Zeitpunkt in das Pilotvorhabens einbezogen worden, sofern die Ergebnisse aus der Analysephase deren Beteiligung bei einer raumwirksamen Fachplanung notwendig gemacht hätten. Potentiell wären dies gewesen:

Dezernat II (Finanzen und Beteiligungen), hierbei insbesondere das Amt für Straßen, das u.a. für die Planung und den Entwurf von Kreisstraßen u. -wegen, Radwegeplanungen, Verkehrsuntersuchungen und den straßenbezogenen Lärm- und Immissionsschutz zuständig ist.

Dezernat IV (Recht und Ordnung), Amt für Straßenverkehr, Ordnung und Recht, das insbesondere für verkehrsbezogene Maßnahmen außerhalb der Großen Kreisstädte zuständig ist.

Dezernat V (Umwelt und Technik), hierbei insbesondere das Baurechtsamt, dem die Bauleitplanung unterliegt, das Amt für Umwelt und Arbeitsschutz mit dem Sachgebiet Naturschutz.

In der Pilotgemeinde waren das Bürgermeisteramt und das Hauptamt (Hauptamtsleiter und Sozialarbeiter) beteiligt. Ggf. wären im späteren Verlauf auch noch andere Ämter, wie z.B. das Ortsbauamt, in die Fachplanung Gesundheit involviert worden. Dem Handlungsbedarf nach zu urteilen, der innerhalb des Projektzeitraums sichtbar wurde, steht der Einbezug dieses und ggf. weiterer Ämter im Rahmen der Fortsetzung des Prozesses (Festlegung auf prioritäre Maßnahmen und Umsetzung derselben) konkret an.

Für die kommunale Fachplanung Gesundheit waren die Ämter des Landratsamtes vor allem in der Analysephase für die Bereitstellung von Daten und bei der Erstellung von Karten von Bedeutung. Für die Fachplanung Gesundheit in der Kommune waren die politischen Entscheidungsträger, insbesondere der Bürgermeister und der Gemeinderat, sowie der Hauptamtsleiter als Ansprechpartner für die Fachplanung, von Bedeutung.

3. Beschreibung und grafische Darstellung (s. Abbildung 1 und 2), wie die Fachplanung Gesundheit an die Strukturen der KGK und an weitere Gremien (z. B. Kreistag, Gemeinderat, Ausschüsse, Planungsgruppe der Fachplanung Gesundheit) angebunden ist. Wie sind das Mandat und die Kooperation der KGK zu den politisch legitimierten Gremien geklärt? Wie genau findet die Abstimmung zwischen zuständigem kommunalen Ausschuss und KGK statt?

Der Kreistag des Landkreises Karlsruhe hat der Verwaltung (Dezernat IV, Gesundheitsamt, Landratsamt) den Auftrag erteilt, die kommunale Gesundheitskonferenz einzurichten. Dies erfolgte im Januar 2012. Das für die kommunale Gesundheitskonferenz zuständige Gremium des Kreistages ist der Jugendhilfe- und Sozialausschuss. Dieser hat der Bewerbung für die Teilnahme an dem Pilotvorhaben Fachplan Gesundheit zugestimmt. Der Lenkungskreis der kommunalen Gesundheitskonferenz für den Landkreis Karlsruhe, der die laufenden Geschäfte berät und steuert, hat der Fachplanung Gesundheit ebenfalls zugestimmt und wurde regelmäßig bei seinen Sitzungen über das Vorgehen der Fachplanung Gesundheit informiert und angehört. Die Entscheidung über das Vorgehen der Fachplanung lag beim Leiter des Gesundheitsamtes, beim ersten Landesbeamten (gleichzeitig Dezernent des Dezernates IV) und als übergeordneter Instanz beim Landrat. Der Kreistag bzw. der zuständige Ausschuss wird regelmäßig über die Entwicklungen in der KGK informiert und angehört.

4. Darstellung der Zusammensetzung und Struktur der KGK – bitte nutzen Sie hierfür die beigefügte Tabelle (siehe Anhang MitgliederKGK\_RolleFG).

s. Anhang 1

5. Was lief im Rahmen des Strukturaufbaus für die Fachplanung Gesundheit bisher gut und was schlecht?

Die Bereitschaft des Dezernates III (Mensch und Gesellschaft) des Landratsamtes und des GIS-Zentrums im Landratsamt (Dezernat V - Umwelt und Technik - Amt für Vermessung, Geoinformation und Flurneuordnung) zur Mitwirkung an einer Fachplanung Gesundheit war gegeben und Daten wurden aus den unterschiedlichen Ämtern prompt zur Verfügung gestellt. Da das Pilotvorhaben zur Erarbeitung eines Fachplanes Gesundheit aus zeitlichen Gründen vor allem auf die Vorbereitungs-, Analyse- und einen Teil der Planungsphase begrenzt werden musste, beschränkte sich die Zusammenarbeit mit anderen Ämtern darauf, dass Daten zur Verfügung gestellt wurden. Die weitere Fortsetzung der Fachplanung würde hier sicherlich mehr Kooperation und Chancen für den Strukturaufbau ermöglichen.

6. Gelingt die Zusammenarbeit mit den Gremien und Akteuren der KGK in der Fachplanung? Wenn ja, wie? Wenn nein, woran liegt dies?

Die Gremien (Kreistag/Jugend- und Sozialhilfeausschuss) wurden um Befürwortung der Teilnahme am Pilotvorhaben gebeten und sollen nach Abschluss des Projektes über die Ergebnisse informiert werden.

Die Akteure der KGK, v.a. der Lenkungskreis der KGK, wurde – wie oben beschrieben – in die Entscheidung zur Teilnahme am Pilotvorhaben einbezogen. Der Lenkungskreis wurde weiterhin regelmäßig über den Projektfortschritt informiert und hat zur Fachplanung Gesundheit beraten. Zudem wurde die AG Gesund älter werden frühzeitig über den Prozess informiert und nach deren Möglichkeiten zur Mitwirkung befragt. Zur eigentlichen Zusammenarbeit kam es dann im Rahmen der Bürgerwerkstatt, bei der die Vorsitzende der AG einen Workshop moderierte, Mitglieder der AG einen Fitnesstest für Senioren durchführten oder an der Veranstaltung teilnahmen. Da im Zeitrahmen des Pilotvorhabens noch keine konkreten Maßnahmen entwickelt oder umgesetzt werden konnten, ergab sich bislang auch noch keine Möglichkeit der Mitwirkung in dieser Hinsicht, zu der die AG sich grundsätzlich bereiterklärt hatte.

7. Nachhaltigkeit: Was geschieht mit den Strukturen nach Ablauf des Pilotvorhabens? Werden die entstanden Strukturen in der KGK verankert? Werden die Kooperationen und die Gremien beibehalten und wenn ja, wie (finden weiterhin regelmäßige Sitzungen statt)?

Inwiefern die ersten Erfahrungen aus dem Pilotvorhaben für die Etablierung dauerhafter Strukturen für eine Fachplanung Gesundheit oder eine integrierte Sozial- und Gesundheitsplanung genutzt werden, hängt zunächst von der noch ausstehenden gemeinsamen Bewer-

tung durch der beteiligten Dezernate und Ämter und im weiteren Verlauf auch von der Entscheidung des Kreistages und dessen zuständigem Gremium ab.

8. Welche Strukturen werden benötigt, damit die Fachplanung Gesundheit funktionieren kann (Erfolgsfaktoren im Strukturaufbau)?

Folgende Strukturen und Voraussetzungen erscheinen notwendig:

- Schlüssiges und längerfristig tragfähiges Konzept zur Umsetzung einer Fachplanung Gesundheit im Landkreis und auf Gemeindeebene.
- Ein tragfähiges Verständnis und Akzeptanz für eine Fachplanung Gesundheit im Kreistag, den Gemeinden sowie bei den tangierten Ämtern/Dezernaten im Landratsamt.
- Beschluss des zuständigen Kreisgremiums mit einem klaren Auftrag an das Gesundheitsamt sowie die tangierten Ämter/Dezernate.
- Aufbau einer (integrierten) Gesundheits- und Sozialberichterstattung, die möglichst alle verfügbaren gesundheitsrelevanten Daten (Stichwort: Determinanten für Gesundheit) einbezieht.
- Entwicklung und Etablierung verbindlicher ämterübergreifender „Routine“, Verfahren, Kommunikationsstrukturen und Instrumente der Zusammenarbeit für eine Fachplanung Gesundheit oder vergleichbar komplexe ämterübergreifende Planungsprozesse.
- Die Fachplanung Gesundheit muss aufgrund ihrer Komplexität an Themenfeldern und Zielgruppen als zeitlich unbefristete Aufgabe verstanden und umgesetzt werden, vergleichbar der Jugendhilfe- oder Altenhilfefachplanung.
- Eine Fachplanung Gesundheit auf Ebene einzelner Gemeinden, Städte oder Stadtteile bedarf langfristig mehr oder weniger ausgeprägter fachlicher Unterstützung von Seiten der Landkreisverwaltung (Gesundheitsamt und andere Ämter). Für den aufwändigen und datengestützten Fachplanungsprozess müssen im Landrats-/Gesundheitsamt ausreichende personelle Ressourcen zur Verfügung stehen.
- Seitens der Gemeinde ist strukturelle Voraussetzung ein langfristig zur Verfügung stehender Stellenanteil mit ausreichend fachlicher Kompetenz zur Unterstützung des Prozesses und Umsetzung und Begleitung der Handlungsempfehlungen und Maßnahmen.



Abbildung 1: Allgemeine Strukturen: Wesentliche Strukturen und Kooperationspartner der Kommunalen Gesundheitskonferenz und der Fachplanung Gesundheit

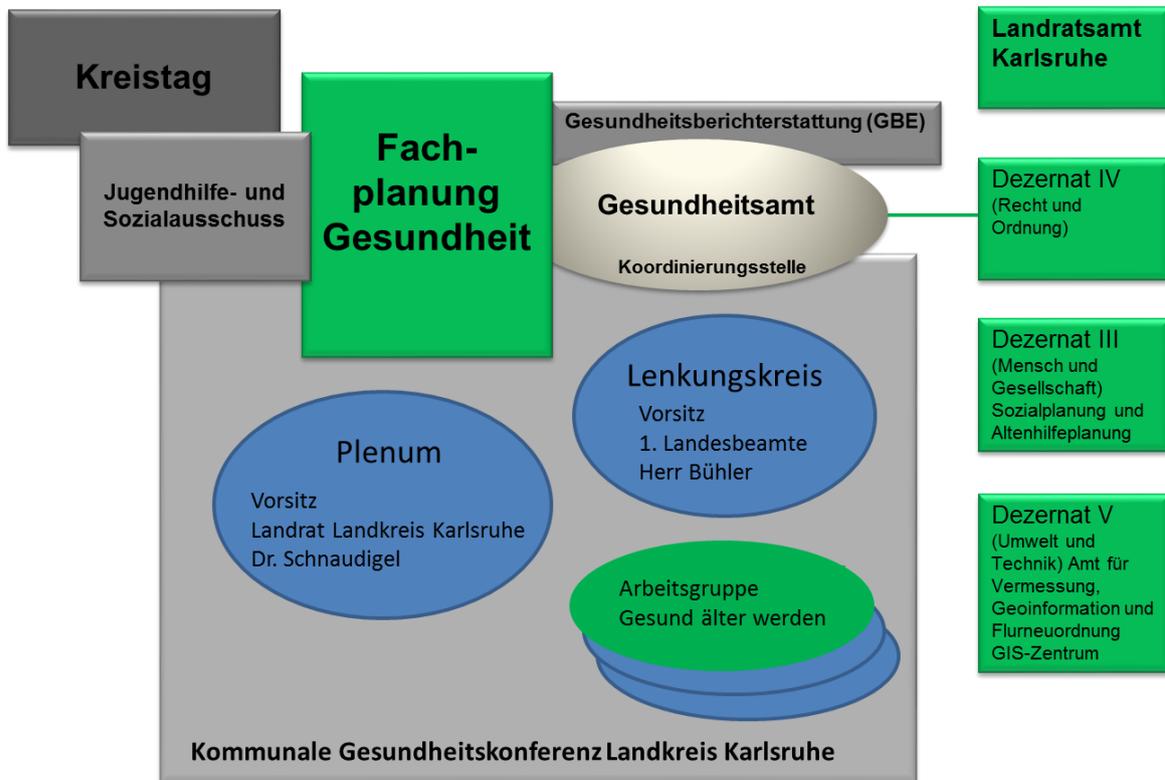


Abbildung 2, spezifische Strukturen: Wesentliche Strukturen und Kooperationspartner der Kommunalen Gesundheitskonferenz und der Fachplanung Gesundheit für das aktuell bearbeitete Fachplanungsthema (sofern abweichend von Abbildung 1)

### 3. Übersicht über den Prozess der Fachplanung Gesundheit

Erläuterung: Dieses Kapitel dient der Übersicht über alle durchgeführten und geplanten Prozessschritte der Fachplanung Gesundheit anhand einer Grafik und der Kurzbeschreibung der einzelnen Schritte anhand der aufgeführten Fragen

1. **Wer ist in welcher Reihenfolge in die Analyseprozesse der Fachplanung eingebunden (jeweils Inhalte und beteiligte Institutionen/Gremien)?**

In der Analysephase für die Fachplanung Gesundheit waren in erster Linie Mitarbeiter/-innen des Pilotvorhabens eingebunden: die Koordinatorin für das Pilotvorhaben ist verantwortlich für die GBE im Gesundheitsamt, der medizinische Dokumentationsassistent arbeitet mit ca. der Hälfte seiner Arbeitszeit (75%-Stelle) in der GBE. Eingebunden waren zudem im Landratsamt das Dezernat III (Mensch und Gesellschaft), insbesondere durch die Lieferung von Daten im Bereich Altenhilfe und von Sozialdaten, wie z.B. Grundsicherung im Alter.

2. **Wer ist in welcher Reihenfolge in Planungsprozesse eingebunden (jeweils Inhalte und beteiligte Institutionen/Gremien)? Wer ist an den Vorarbeiten zur Zielfestlegung und an der Empfehlung von Maßnahmen beteiligt?**

Die Planung erfolgte maßgeblich in der Abteilung Gesundheitsberichterstattung/Gesundheitsförderung des Gesundheitsamtes. Inhaltlich: 1) GBE: Entscheidung über relevante Indikatoren und dafür erforderliche Daten, Kommunikation mit Datenhaltern (Krankenkasse, KIVBF, andere Ämter des Landratsamtes) zur Bereitstellung der Daten, Datenmanagement und -auswertung, sowie Berichterstattung; 2) Planung bzgl. der Vorgehensweise in der Fachplanung Gesundheit: Einbezug von anderen Ämtern, Kooperationspartnern, Akteuren; Anknüpfung an die Kommunale Gesundheitskonferenz für den Landkreis, insbesondere an die AG Gesund älter werden; Auswahl einer Pilotgemeinde (in Absprache mit dem ersten Landesbeamten); Planung der Vorgehensweise in der Bedarfserhebung, Bürgerbeteiligung, Strategie- und Maßnahmenentwicklung etc. In der Pilotgemeinde erfolgte die Planung gemeinsam durch das Gesundheitsamt und den Bürgermeister und den Hauptamtsleiter. Mit diesen werden auch Ziele und Maßnahmen festgelegt.

Bei entscheidenden Planungsschritten wurde der erste Landesbeamte einbezogen, der zugleich Leiter des Dezernates IV (Recht und Ordnung, inkl. Gesundheitsamt) ist.

3. **Wer ist in welcher Reihenfolge in Entscheidungsprozesse eingebunden (jeweils Inhalte - wie Festlegung von Zielen und Maßnahmen - und beteiligte Institutionen/Gremien)?**

Entscheidungen, die die Vorgehensweise der Fachplanung Gesundheit betreffen, werden vom Gesundheitsamt getroffen. Falls als erforderlich erachtet, insbesondere wenn politische Auswirkungen erwartet werden können - werden sie auch vom ersten Landesbeamten und dem Landrat mit entschieden und auch entsprechend den zuständigen Gremien kommuniziert (z.B. Bürgermeistern). Die Entscheidungen in der Pilotgemeinde bzgl. der Vorgehensweise der Fachplanung erfolgten durch den Bürgermeister, bzw. den Gemeinderat, im Einvernehmen mit dem für die Fachplanung Gesundheit beauftragten Gesundheitsamt. Auf kommunaler Ebene werden die aus der Fachplanung abgeleiteten Ziele und Maßnahmen und deren Umsetzung von der Gemeinde selbst entschieden und verantwortet.

4. Wann und wie werden Bürgerinnen und Bürger eingebunden?

Die über 65-jährigen Bürgerinnen und Bürger der Pilotgemeinde wurden in der Analysephase der Fachplanung Gesundheit einbezogen, indem ihre Bedürfnisse und Bedarfe in einer repräsentativen schriftlichen Befragung erfasst wurden.

Auf Grundlage der Ergebnisse dieser Befragung sowie der gewünschten Schwerpunkte der Pilotgemeinde wurden für eine Bürgerwerkstatt gesundheitsbezogene Handlungsziele abgeleitet und geeignete Themenschwerpunkte festgelegt. Im Rahmen der Bürgerwerkstatt, die offen für die Teilnahme aller Altersgruppen war, wurden die Ergebnisse der Befragung in Workshops diskutiert und es wurden die bereits in der Befragung vorgeschlagenen Maßnahmen sowie weitere Maßnahmen, die in der Gemeinde umgesetzt werden sollen, konkretisiert.

5. Chronologische grafische Darstellung der einzelnen Schritte hinsichtlich **Analyse**, Planung und Entscheidung bei der **Fachplanung Gesundheit** (s. Abb. 3). **Evtl. mit Zeitplan**

Nach der Entwicklung eines Indikatorensatzes für das Ziel „Gesund und aktiv älter werden“, wurden zunächst für die Kommunen des Landkreises alle Daten, die frei verfügbar (innerhalb des Landratsamtes, des Statistischen Landesamtes etc.) sowie käuflich zu erwerben waren (Kommunale Informationsverarbeitung Baden-Franken [KIVBF], Agentur für Arbeit etc.), zusammengetragen und ein sog. Landkreisprofil erstellt.

Für eine weiterführende und kleinräumigere Analyse wurde eine sog. Pilotgemeinde ausgewählt. In der Pilotgemeinde erfolgt eine differenzierte Bedarfsanalyse und eine Strategie- und Maßnahmenentwicklung unter Beteiligung der Bürger. Zu Beginn der Zusammenarbeit mit der Pilotgemeinde wurde ein sog. Gemeindeprofil erstellt, für das alle verfügbaren Daten ausgewertet wurden. Das Gemeindeprofil wurde um weitere Ergebnisse von Analysen auf Ortsteil- bzw. Baublockebene (durch die KIVBF) und um Ergebnisse eigener Erhebungen ergänzt (detaillierte Schritte s. Abb. 3).

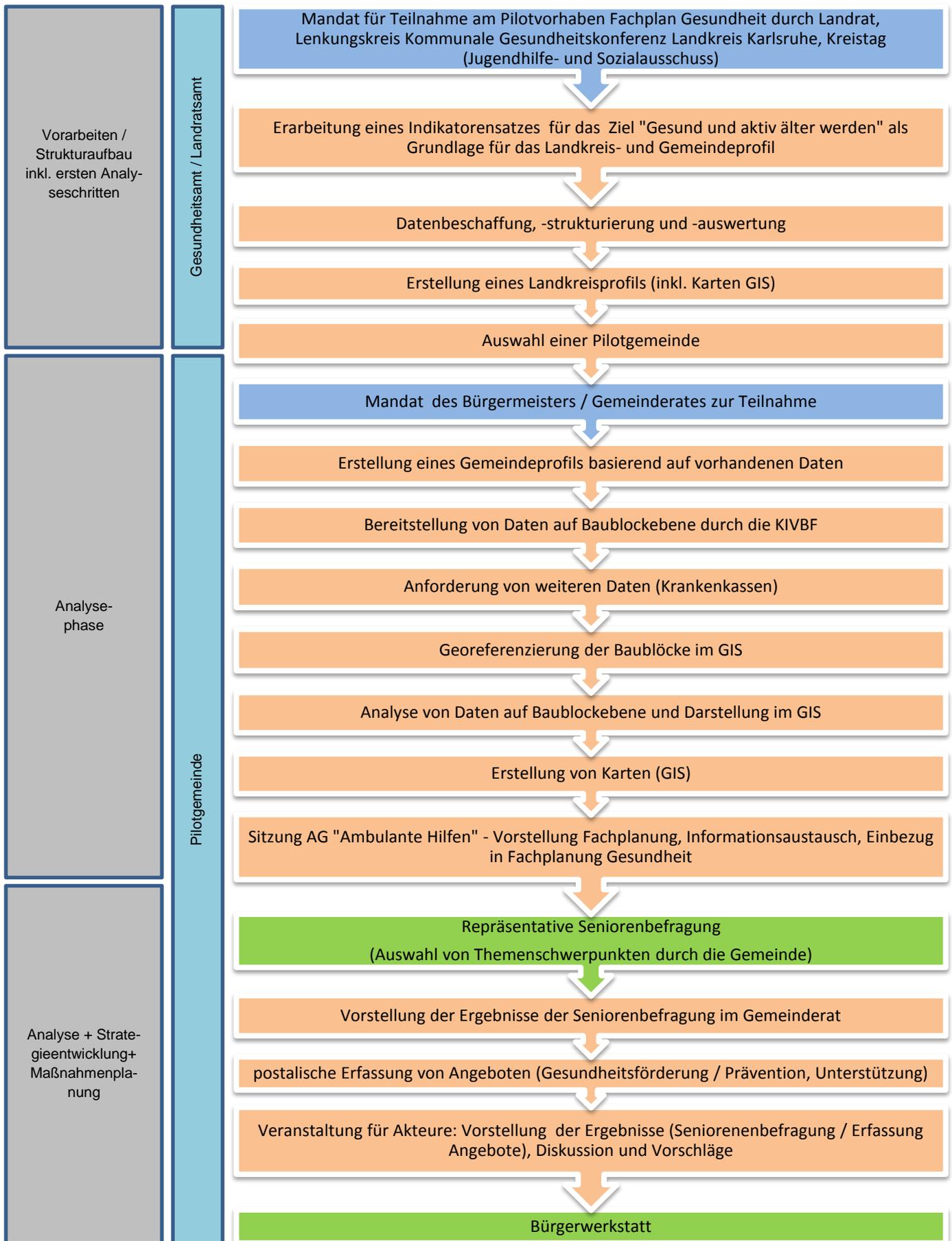


Abbildung 1a: Im Rahmen des Pilotvorhabens durchgeführte Prozessschritte der Fachplanung Gesundheit

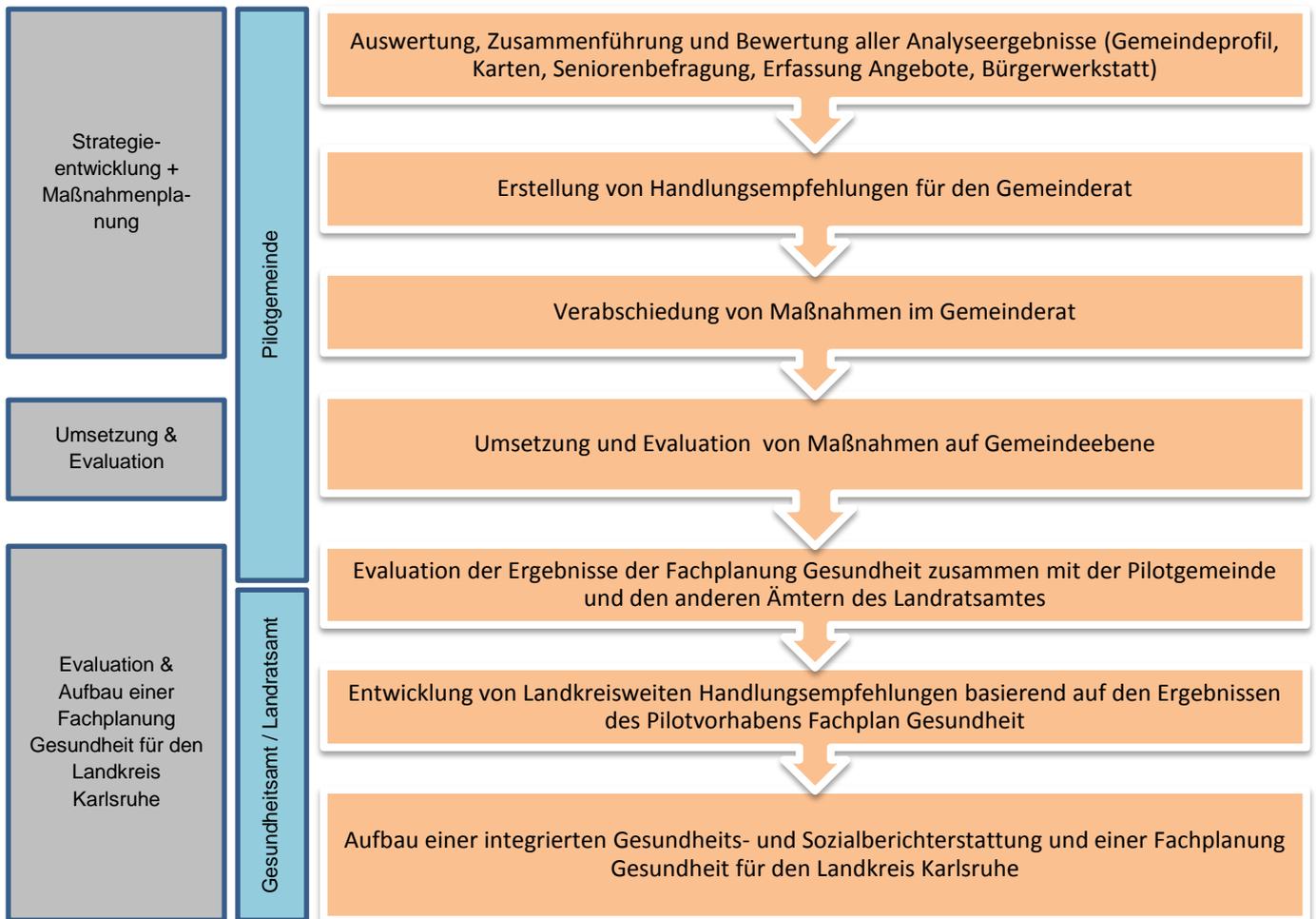


Abbildung 2b: Nach dem Pilotvorhaben Fachplan Gesundheit geplante Prozessschritte der Fachplanung Gesundheit

## 6. Was lief im Rahmen der Prozessplanung der Fachplanung Gesundheit gut und was schlecht?

Alle o.g. Planungsprozesse innerhalb des Gesundheitsamtes, mit den anderen Ämtern des Landratsamtes und mit der Hausspitze (hier in erster Linie mit dem ersten Landesbeamten) liefen sehr gut. Zeitliche Verzögerungen gab es immer dort, wo mehrere Personen in Planungen und Entscheidungen eingebunden werden mussten. Letzteres traf auch auf die Prozessplanung mit der Pilotgemeinde zu. Hier machte sich die nur begrenzt zur Verfügung stehende personelle Ressource bemerkbar.

## 4. Analysephase

Dieses Kapitel dient der Beschreibung der Ergebnisse der Analysephase. Die Ergebnisse der Bürgerbeteiligung werden im Rahmen des Prozesses zwar als Bestandteil der Analysephase betrachtet, allerdings erst in Kapitel 5 dargestellt.

1. Darstellung relevanter Daten auf Kreis- und Gemeindeebene die zum Planungsgegenstand geführt haben und die für den Prozess von Bedeutung sind.

Tabelle 1: Daten auf Kreisebene / Kreisprofil

Daten auf Kreisebene/Kreisprofil		
Welche Daten/Indikatoren sind für die eigene Fachplanung relevant?	Datenebene (s. Legende)	Warum sind diese Daten/Indikatoren für die Fachplanung Gesundheit hilfreich/relevant?
<b>Demografische und sozial-strukturelle Daten</b>		<b>Beschreibung der Bevölkerungsstruktur; Daten ermöglichen Zielgruppendefinition (Voraussetzung von Planung, selbst nicht Gegenstand von Planung); Fortschreibung wäre wünschenswert</b>
Entwicklung Altenquotient 2030	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Hinweis auf potentielle Belastung informeller Solidarpotentiale sowie Infrastrukturbedarf hinsichtlich Pflege und Hilfe im Alltag
Entwicklung Anteil Personen nach Altersgruppen 2030	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Hinweis auf Personen, die in Zukunft verstärkt Wohnangebote und Hilfe- und Pflegeleistungen benötigen (in Pilotgemeinde auch auf Ebene der Baublöcke vorhanden, denkbar wäre eine Fortschreibung, um zu sehen in welchem Ortsteil die Anzahl der älteren Personen zunimmt („alternder Ortsteil“); Hinweis auf Potentiale („fitted Rentner“)
Familienstand	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Hinweis darauf, ob ggf. ein häusliches Pflegepotenzial zur Verfügung steht oder ob die Person allein lebt und somit eher auf Hilfe von außen angewiesen ist. Des Weiteren gibt dieser Indikator Auskunft darüber, inwieweit von einer potenziellen Isolierungsgefahr älterer Menschen auszugehen ist. Hauptinteresse gilt der Integration älterer Singles, um Vereinsamung entgegenzuwirken.
Staatsangehörigkeit/ Migrationshintergrund	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Hinweis auf Personengruppen, die ggf. früher und stärker vom Risiko der Pflegebedürftigkeit betroffen sind; Entwicklung kultursensibler Versorgungskonzepte, Berücksichtigung bei der Information und Gestaltung von Angeboten zu Gesundheitsförderung und Prävention (Berücksichtigung religiöser und kultureller Unterschiede); Integration; Flüchtlinge
Grundsicherung im Alter (nach Geschlecht, Migrationshintergrund, Familienstand)	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Hinweis auf Anteil und Struktur der Bevölkerung ab 65 Jahre, die auf Unterstützung angewiesen ist. Hinweis auf Altersarmut, örtl. Problemhäufungen. Ziel: Ermöglichung sozialer Teilhabe (gesundheitliche Chancengleichheit); Auf- und Ausbau kostengünstiger niedrigschwelliger Dienstleistungsangebote / Hilfestruktur
[wünschenswert, leider nicht verwendbar]  Bestimmte bedeutende Erkrankungen im Alter (Diagnosen ICD10 nach Geburtsjahr und Geschlecht)	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	[Versichertendaten Krankenkassen] Beschreibung der gesundheitlichen Lage der älteren Personen; Hinweis auf Gefährdung der Alltagskompetenz, bzw. der selbständigen Lebensführung; Identifikation von Risikobereichen (ggf. Vergleich mit Landkreisdaten); ggf. Verwendung zur Evaluation der Wirksamkeit von Interventionen; Planung und Gestaltung von Angeboten

Lebensbereiche / Angebote		Planungsgegenstände, auf die durch Interventionen Einfluss genommen werden => Bestandsaufnahme der zielgruppenspezifischen infrastrukturellen Gegebenheiten
Angebote der Gemeinde (GF/P, Unterstützung, Pflege, Wohnformen)	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/>	[Eigenerhebung: repräsentative schriftliche Befragung in Pilotgemeinde und schriftliche Erhebung bei den Akteuren] Bestandsermittlung; Hinweis auf Lücken und Überschneidungen im Angebot der Gemeinde / Bürgerinnen und Bürger: Nutzung der Angebote / Wünsche / Verfügbarkeit von altersgerechtem Wohnraum/alternativen Wohnformen und Hilfsstrukturen (eigener Haushalt, Nachbarschaft, Kommune) Ziel: Koordinierung und ggf. Ausweitung des Angebots; Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit (Seniorenwegweiser)
Wohnen / Mobilität	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/>	[Eigenerhebung: repräsentative schriftliche Befragung in Pilotgemeinde, Schwerpunkt der Pilotgemeinde] Im Alter nimmt neben der Wohnung das unmittelbare Wohnumfeld an Bedeutung zu, Lebensqualität wird wesentlich durch Mobilität mitbestimmt (Selbstbestimmung); Ziel: Erhalt des selbständigen und selbstbestimmten Wohnens, Unabhängigkeit, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
Infrastruktur	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/>	[Eigenerhebung, GIS] Zugänglichkeit zu Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs (Fußläufigkeit, ÖPNV) Ziel: Erhalt/Förderung von Alltagsmobilität, Selbständigkeit, Wohlbefinden und gesellschaftlicher Teilhabe

Legende

**A=** Daten/Indikatoren, die auf Kreisebene vorliegen, keine Unterscheidung einzelner Gemeinden möglich

**B=** Daten/Indikatoren, die z.B. auf Mittelbereichebene (räumlicher Planungsbereich, festgelegt durch das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung) vorliegen, keine Unterscheidung einzelner Gemeinden möglich

**C=** Daten/Indikatoren, die gemeindespezifisch vorliegen

**D=** Daten/Indikatoren, die **nur** auf Ebene von einzelnen (Pilot-)Gemeinden vorliegen

2. Was lief im Rahmen der Analysephase gut und was schlecht?

a) Datenbeschaffung für das Landkreis- und Gemeindeprofil

Die Datenbeschaffung und -auswertung und auch die Aufbereitung für das Geoinformationssystem im Rahmen des Pilotvorhabens gestaltete sich mühsam und zeitaufwändig und bis zum heutigen Zeitpunkt liegen noch nicht alle relevanten Daten vor. Eine besondere Erschwernis ist, dass nicht alle für eine Fachplanung Gesundheit erforderlichen Daten auf Gemeinde bzw. Ortsteilebene vorhanden sind. Eine Datengrundlage, auf die für eine Fachplanung Gesundheit zurückgegriffen werden könnte, ist - insbesondere für das Themenfeld „gesund und aktiv älter werden“ - bisher im Landratsamt Karlsruhe nicht vorhanden. Da es für den Landkreis Karlsruhe keine Statistikstelle oder zentrale Stelle gibt, die Landkreisdaten verwaltet, mussten im Rahmen der Erstellung des Landkreis- und Gemeindeprofils die einzelnen Ämter direkt darauf angesprochen werden, ob bestimmte Daten vorhanden sind und zur Verfügung gestellt werden können. Das Landratsamt bezieht monatlich von der Kommunalen Informationsverarbeitung Baden-Franken (KIVBF) bzw. für die Stadt Philippsburg separat, Daten zu den Bevölkerungszahlen der Gemeinden im Landkreis, die jedoch keine Altersangaben enthalten und so nicht nutzbar sind, um Aussagen über eine spezielle Altersgruppe zu machen. Im Dezernat III (Mensch und Gesellschaft) konnten Daten zur Grundversicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bezogen werden, sowie Informationen aus der Altenhilfefachplanung, wie z.B. eine Liste der Pflegeheime, die um weitere Angaben der Heimaufsicht ergänzt wurde.

Das Dezernat III, Jugendamt/Sozial- und Jugendhilfeplanung, konnte eine Tabelle der KIVBF, die einmal jährlich bezogen wird und die auch Altersangaben enthält, bereitstellen, so dass eine spezifischere Analyse möglich wurde. Da die Vereinbarungen zwischen dem Landratsamt Karlsruhe und der KIVBF vor sehr langer Zeit abgeschlossen wurden, war eine Zeitlang unklar, wie mit dem weiteren Bezug von Daten zu verfahren ist. Letztlich teilte die KIVBF mit, dass für die Weitergabe von

Daten durch sie an das Gesundheitsamt Karlsruhe eine Genehmigung aller Kommunen des Landkreises erforderlich wäre. Da dieser Prozess in der limitierten Zeit des Pilotvorhabens nicht machbar schien und auch eine Modifizierung der routinemäßig durch die KIVBF ausgewerteten Daten mit hohen Kosten verbunden gewesen wäre, wurde beschlossen, eine Reihe von Daten als Grundlage für die Fachplanung Gesundheit nur für die Pilotgemeinde zu beziehen. Hierzu wurden dann durch die KIVBF spezielle Auswertungen, sowohl auf Gemeindeebene, als auch auf Ortsteil- und Baublockebene durchgeführt. Diese wurden im Weiteren analysiert und im Geoinformationssystem des Landratsamtes dargestellt.

Bei den bezogenen Daten handelt es sich hauptsächlich um Daten zur Bevölkerungsstruktur, zur Arbeitssituation und den Bezug von staatlichen Transferleistungen. Daten zur gesundheitlichen Lage der Landkreisbevölkerung liegen bisher nicht vor. Eine Krankenkasse stellte Daten (Diagnosen der wichtigsten Daten im Alter) zur Verfügung, diese konnten jedoch aufgrund fehlender Details jedoch nicht im Rahmen des Pilotvorhabens verwendet werden. Der routinemäßige Bezug von weiteren Krankenkassendaten (Angaben zur Pflegebedürftigkeit, in der Hausarztpraxis gestellte Behandlungsdiagnosen, Anzahl Arztkontakte, Arzneverordnungen, Wahrnehmung von Vorsorgeangeboten, Hauptdiagnosen bei Krankenhausbehandlung, AU-Diagnosen bei 55-65-Jährigen) ist aufgrund der fehlenden gesetzlichen Grundlage nicht möglich. Es wurden zudem Informationen zur Pflegebedürftigkeit beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen angefragt (Anzahl der nicht in stationären Einrichtungen lebenden Menschen ab 55 Jahre mit Pflegestufen; Anzahl derer, bei denen eine Pflegestufe abgelehnt wurde; Aufschlüsselungen bzgl. der Art der Hilfeleistung). Der MDK antwortete, dass er über diese Angaben nicht verfügen würde.

In dem Konzept des Landkreises Karlsruhe zum Pilotvorhaben Fachplan Gesundheit, war angedacht, basierend auf einem sog. Landkreisprofil, eine oder mehrere Kommunen mit einem erhöhten Bedarf an Gesundheitsförderung/Prävention für das Themenfeld „gesund und aktiv älter werden“ auszuwählen. In einer sog. Pilotgemeinde sollte eine tiefergehende, kleinräumigere Analyse und eine Strategie- und Maßnahmenentwicklung unter Bürgerbeteiligung durchgeführt werden. Nach der Erstellung des Landkreisprofils war zu dem Zeitpunkt, an dem aufgrund des straffen Zeitplans, die Auswahl einer Pilotgemeinde erforderlich war, die Datenlage hierfür nicht ausreichend. Dies lag zum einen daran, dass nicht alle gewünschten Daten auf Gemeinde- und Ortsteilebene vorlagen und zum anderen, dass die verschiedenen Merkmale nicht für eine Person kombinierbar waren, bzw. gewesen wären. Zum Beispiel wäre eine vulnerable Bevölkerungsgruppe, wie hochalt-rige Personen, die alleinlebend und gleichzeitig Empfänger von staatlichen Transferleistungen und pflegebedürftig sind, nur durch Analyse der vorhanden Daten ohne eigene Erhebungen durchzuführen, nicht zu ermitteln. Die Pilotgemeinde wurde in der Folge nicht basierend auf einer objektiven Datenlage, sondern aufgrund ihres Interesses zur Teilnahme am Pilotvorhaben ausgewählt (s. Kap. 4.2.1).

Positiv bewertet werden kann im Rahmen der Datenerfassung die Kooperationsbereitschaft aller Ämter des Landratsamtes hinsichtlich der Bereitstellung der Daten für eine Fachplanung Gesundheit und auch im Hinblick auf das Ziel, eine integrierte Sozial- und Gesundheitsdatenbasis unter Nutzung des Geoinformationssystems für den Landkreis aufzubauen.

#### b) Erstellung von Karten im Geoinformationssystem

Die Zusammenarbeit mit dem GIS-Zentrum des Landratsamtes verlief sehr positiv und konstruktiv, so dass eine Reihe von Karten für das Landkreis- und Gemeindeprofil erstellt werden konnten. Diese werden nun dauerhaft im ArcGIS-WebOffice dargestellt und können auch von anderen Ämtern des Landratsamtes genutzt werden.

c) Seniorenbefragung in der Pilotgemeinde

s. 5

d) Erfassung der Angebote zur Gesundheitsförderung / Prävention und zur Unterstützung in der Pilotgemeinde

Es konnten - zusammen mit einem Anschreiben des Bürgermeisters - Fragebögen an 65 relevante Einrichtungen, Institutionen, Vereine etc. versandt werden. Der Rücklauf war mit 29 Fragebögen (entspricht 45 %) unvollständig, so dass eine Erinnerungsemail versandt werden musste. Die Auswertung erfolgte somit basierend auf einer unvollständigen Datengrundlage und muss noch ergänzt werden. Insbesondere für die Erstellung des geplanten Seniorenwegweisers müssen die Informationen vollständig vorliegen und somit müsste - nach dem Pilotvorhaben - von Gemeindeseite erneut nachgefasst werden.

e) Veranstaltung mit Akteuren in der Pilotgemeinde

Die Akteure, die auf unterschiedlichste Art mit Seniorenarbeit in der Pilotgemeinde betraut sind und / oder Angebote für ältere Menschen bereitstellen (könnten) und bei der Veranstaltung erschienen sind, waren sehr aufgeschlossen und bereit, auch zukünftig an der Entwicklung von Angeboten mitzuwirken.

f. Bürgerwerkstatt in der Pilotgemeinde

In der Bürgerwerkstatt wurden die Ergebnisse der Seniorenbefragung vorgestellt und diskutiert. Es wurden zum Teil noch weitere Probleme aufgezeigt, die nicht in der Befragung benannt wurden, bevor dann konkrete Ideen für Maßnahmen entwickelt wurden (s. 5). Die Bürgerwerkstatt stieß auf großes Interesse in der Gemeinde (90 Teilnehmer/-innen) und wurde sehr gut bewertet (Rückmeldebogen).

#### 4.1 Land- bzw. Stadtkreisprofil

1. Erstellung von raumplanungsbezogenen Karten auf Grundlage der vorhandenen qualitativen und quantitativen Daten gesundheitlicher und sozialer Indikatoren von Gemeinden und/oder Mittelbereichen des Kreises. Beschreibung in Textform sowie Nennung von Datenquelle und Erhebungsjahr.

In Tabelle 1 Anhang 2 sind die im Rahmen des Pilotvorhabens Fachplan Gesundheit verwendeten Daten und die daraus abgeleiteten Indikatoren sowie die mögliche Datenebene (Landkreis, Gemeinde, Gemarkung) und die Datenquelle aufgeführt. Ebenso vermerkt ist, welche der Daten bzw. Indikatoren exemplarisch im Geoinformationssystem (GIS) des Landratsamtes aufgenommen sind und ob Kosten für die Beschaffung der Daten entstanden sind. Die weiteren Tabellen und Abbildungen stellen beispielhaft dar, wie die Daten im Rahmen der Fachplanung aufbereitet wurden, entweder für die Erstellung eines Landkreis- oder Gemeindeprofils oder im GIS.

2. Gibt es weitere Daten, die relevant sind, die Ihnen jedoch nicht zur Verfügung stehen?

Von zentraler Bedeutung wären Daten zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, über die die Krankenkassen verfügen. Da jedoch keine rechtliche Grundlage für deren Verwendung existiert und die Daten Dritten nur zu Forschungszwecken zur Verfügung gestellt werden können, besteht derzeit keine Möglichkeit diese für eine dauerhaft angelegte Fachplanung Gesundheit zu nutzen.

3. Welche Schwierigkeiten traten bei der Datenerhebung auf? Wie haben Sie diese gelöst?

Zu Beginn existierte kein Überblick welche Daten im Landratsamt verfügbar sind. Durch persönliche Kontaktaufnahme mit Mitarbeiter/-innen anderer Ämter wurden Daten gefunden, die diese für ihre eigenen Aufgaben nutzen, die aber nicht ämterübergreifend zugänglich sind. Alle von uns angeforderten Daten wurden uns freundlicherweise zur Verfügung gestellt.

#### 4.2 Profil von Pilotstädten und –gemeinden

1. Begründung der Auswahl der Pilotstädte und -gemeinden auf Grundlage des Land- bzw. Stadtkreisprofils bzw. Beschreibung anderer Auswahlprozesse einzelner Städte und Gemeinden – sofern dies nicht bereits von Beginn an intendiert und in Kapitel 1 beschrieben wurde.

Die Pilotgemeinde Linkenheim-Hochstetten wurde folgendermaßen ausgewählt:

- Die Daten und daraus abgeleitete Indikatoren, die für die Erstellung des Landkreisprofils herangezogen wurden (demografische und sozial-strukturelle Daten), ließen keine eindeutige Identifikation einer oder mehrerer Kommunen zu, für die es Hinweise auf einen höheren Anteil an älteren Menschen mit einem erhöhten Bedarf an Gesundheitsförderung gäbe bzw. für die ein erhöhter Unterstützungsbedarf zur Erreichung des Zieles Gesund älter werden erforderlich wäre.
- Wichtig bei der Auswahl einer Kommune erschien der Koordinierungsstelle Fachplanung Gesundheit, dass die Zusammenarbeit mit einer Kommune erfolgt, die über eine hohe Motivation und ausreichend (personelle) Ressourcen verfügt, an dem Pilotvorhaben teilzunehmen.
- Beim Plenum der KGK wurde das Pilotvorhaben vorgestellt und darauf hingewiesen, dass eine engere Zusammenarbeit mit einer Gemeinde angestrebt wird.
- Vier Kommunen (drei Gemeinden und eine große Kreisstadt) signalisierten Interesse an einer Teilnahme im Pilotvorhaben, entweder bereits während des Plenums oder im Nachgang durch Kontaktierung des Gesundheitsamtes oder des zuständigen Dezernenten.
- Die Kommunen wurden unter Heranziehung von verschiedenen zu diesem Zeitpunkt bereits verfügbaren Indikatoren des Landkreisprofils verglichen (Einwohnerzahl nach Alter und Ge-

schlecht, Personen über 65 Jahren in und außerhalb von Heimen lebend, Altersdurchschnitt, Altenquotient, ALG 1- und 2-Empfänger, geringfügig Beschäftigte, Personen mit Erwerbsminderung, Personen mit Bezug von Grundsicherung, Ausländeranteil).

- Eine Gemeinde und die Stadt haben bereits während des Auswahlprozesses aufgrund mangelnder personeller Ressourcen ihre Bewerbung zurückgezogen.
- Beim Vergleich der beiden in der Bewerbung verbleibenden Gemeinden zeigte sich, dass die meisten Indikatoren nur geringfügige nicht für eine Auswahl ausschlaggebende Unterschiede aufwiesen. Lediglich der Anteil an Personen über 65 Jahre, die nicht in Heimen leben war für Linkenheim-Hochstetten mit 18,8% höher als für die andere Bewerbungsgemeinde Bad Schönborn (15,3%), während der Anteil an Personen über 65 Jahre in Heimen in Linkenheim-Hochstetten niedriger lag (4,5% bzw. 17,2%). Da es in der Fachplanung Gesundheit um Gesundheitsförderung/Prävention geht, wurde der Anteil an Personen, die nicht in Heimen leben als entscheidender angesehen. Der Unterschied wurde jedoch nicht als ausreichend angesehen, um sich aufgrund dessen für eine Gemeinde zu entscheiden.
- In den beiden Gemeinden wurden vor Ort in den Rathäusern Gespräche mit den Amtsleitern, bzw. in Linkenheim-Hochstetten zusätzlich mit dem Bürgermeister geführt, bei denen es um die Motivation/Interesse zur Teilnahme am Pilotvorhaben, die Beteiligung des Bürgermeisters/Gemeinderates bei der Bewerbung, der bisherigen Arbeit/der zukünftigen Planung für das Thema „Gesund älter werden“ in der Gemeinde, der Vorarbeiten/Gedanken zur Fachplanung Gesundheit, bisherige Bürgerbeteiligungsverfahren, vorhandene Statistikstelle/Daten/Berichte/Karten/GIS, Struktur der Gemeinde (z.B. Ortsteil/Quartier mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Personen oder älteren Menschen mit besonderem Bedarf an Gesundheitsförderung), Gesundheitsthemen in Planungsprozessen, Seniorenvertretung, Angebote für ältere Menschen in der Gemeinde etc. ging.
- Die Gründe, die letztendlich für die Auswahl von Linkenheim-Hochstetten als Pilotgemeinde führten, waren zum einen die hohe Motivation zur Teilnahme am Pilotvorhaben, das Interesse am Thema demografischer Wandel und gesund älter werden und das Engagement des Amtsleiters und des Bürgermeisters einen Prozess unter Bürgerbeteiligung durchzuführen. Ein weiteres Kriterium war, dass bisher noch keine/wenig Strukturen in der Gemeinde vorhanden waren, die für eine Fachplanung Gesundheit relevant sind, dass keine vergleichbaren Maßnahmen zum Thema gesund älter werden erfolgt sind und die Gemeinde auch bisher keine Unterstützung diesbezüglich erhalten hat. So kann zum einen die Vorgehensweise einer Fachplanung Gesundheit von Beginn an erprobt werden und anderen Gemeinden im Landkreis als Anregung dienen, die das Thema Gesundheit auch noch nicht angegangen haben. Zum anderen kann auch die Wirksamkeit der Prozesse und Maßnahmen - basierend auf einer Fachplanung Gesundheit - evaluiert werden. In der anderen Gemeinde (Bad Schönborn), die sich selbst als „Gesundheitsgemeinde“ bezeichnet, gibt es bereits - z.T. mit Unterstützung des Karlsruher Instituts für Technologie - eine große Anzahl an langfristigen Maßnahmen im Bereich Gesundheit und sie hat auch an der Landesinitiative „Gesund aufwachsen und Leben“ teilgenommen.

2. Erstellung von raumplanungsbezogenen Karten auf Grundlage der relevanten qualitativen und quantitativen Daten auf Gemeindeebene sowie Beschreibung in Textform. Nennung von Datenquelle und Erhebungsjahr.

s. 4.1.1

## 5. Bürgerbeteiligung

### Beschreibung der durchgeführten Bürgerbeteiligung

#### 1. Welches Thema verfolgt/e das Beteiligungsverfahren?

Im Rahmen des Pilotvorhabens Fachplan Gesundheit wurden die Bürger/-innen der Pilotgemeinde durch zwei Verfahren beteiligt:

- a) eine repräsentative schriftliche Seniorenbefragung
- b) eine Bürgerwerkstatt

zu a) Die Befragung hatte das bewusst global formulierte Thema „Gut leben im Alter in Linthenheim-Hochstetten“.

zu b) In der Bürgerwerkstatt standen die folgenden drei Themenkomplexe im Mittelpunkt, für die sich aus den Ergebnissen der Seniorenbefragung und der anderen Analyseergebnisse ein erhöhter Handlungsbedarf ableiten ließ:

- Angebote zur Gesundheitsförderung / Prävention
- Mobilität im Wohnumfeld
- Wohnen im Alter

#### 2. Welches Ziel (z. B. Ermittlung von Bedarf und Bedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger) verfolgt/e das Beteiligungsverfahren?

a) Die Befragung diente der Ermittlung der Bedürfnisse und Bedarfe der über 65-Jährigen für ein „gesundes und aktives Älter werden“ in der Pilotgemeinde und bot ihnen die Möglichkeit, zu ausgewählten relevanten Faktoren ihre Einschätzung abzugeben sowie konkrete Maßnahmen vorzuschlagen.

b) Die Bürgerwerkstatt hatte die Ziele

- Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse der Seniorenbefragung
- Ergänzungen, Präzisierungen und Konkretisierung bereits in der Befragung benannter und weiterer Bedarfe, Maßnahmen und Ideen
- Eröffnung von Beteiligungsmöglichkeiten und Raum für das eigene bürgerschaftliche Engagement bei den weiteren Schritten in der Pilotgemeinde

**3. Wer hat das Mandat für die Beteiligung erteilt?**

Bürgermeister und Gemeinderat der Pilotgemeinde.

**4. Welche Beteiligungsmethode wird/wurde angewandt? Warum wurde diese gewählt?**

a) Repräsentative schriftliche Befragung, um eine möglichst breite Beteiligung der „Betroffenen“ zu ermöglichen und belastbare Ergebnisse zu erhalten.

b) Bürgerwerkstatt mit Präsentation der Ergebnisse der schriftlichen Befragung und Workshops zu schwerpunktmäßigen Themenkomplexen (s. 1.). Workshops wurden als Methode gewählt, um den Teilnehmenden eine möglichst aktivierende Beteiligungsform zu bieten.

**5. Welche Zielgruppen wurden beteiligt? Auf welchem Weg und von wem wurde diese jeweils eingeladen?**

a) Die Befragung richtete sich an Personen ab einem Alter von 65 Jahren (Geburtsjahrgänge 1950 und früher) in der Pilotgemeinde. Die Untersuchung basierte auf einer schriftlich-postalischen Befragung einer quotierten Zufallsstichprobe auf Grundlage der Einwohnermeldedatei der Gemeinde Linkenheim-Hochstetten. Die Einladung zur Befragung erfolgte durch eine Ankündigung im Amtsblatt der Gemeinde und den versandten Fragebögen lag ein persönliches Anschreiben des Bürgermeisters bei.

b) Zur Bürgerwerkstatt wurden alle Bürgerinnen und Bürger per Veröffentlichung im Amtsblatt sowie per Auslage von Flyern mit dem Programm eingeladen. Es wurde darauf hingewiesen, dass sich die Veranstaltung vor allem an Personen über 55 Jahren richtet, jedoch auch jüngere Interessierte willkommen sind. Für mobilitätseingeschränkte Personen wurde ein Fahrdienst angeboten, der auch in Anspruch genommen wurde.

**6. Wurden Menschen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen beteiligt?**

a) Da die Befragung repräsentativ für die gesamte Bevölkerung der Gemeinde war, war potentiell auch die o.g. Personengruppe einbezogen.

b) Für die Bürgerwerkstatt wurde ein Fahrdienst angeboten, der u.a. auch für die o.g. Personengruppe gedacht war.

**7. Wie war/ist die Zusammensetzung der Teilnehmenden?**

An der Befragung haben 562 Personen über 65 Jahre teilgenommen (von 1436 angeschriebenen der insgesamt 2502 Personen über 65 Jahre). Die Stichprobe wurde - um leichte unproportionale Verteilungen auszugleichen - nach Alter, Geschlecht und Familienstand gewichtet. Soziodemografische Merkmale der Teilnehmenden in der Auswertung entsprechen demnach denen der Bevölkerung.

An der Bürgerwerkstatt haben ca. 90 Personen teilgenommen. Über deren soziodemografischen Merkmale gibt es keine genauen Angaben. Von den bis zum Anmeldeschluss angemeldeten 77 Personen waren 41 Frauen (53%) und 27 Männer (35%) (von 9 Personen (12%) ist das Geschlecht nicht bekannt, da sie als Begleitperson angemeldet waren). Es

waren vorwiegend ältere Personen, da in der Einladung darauf hingewiesen wurde, dass sich die Veranstaltung vor allem an Personen über 55 Jahren richtet.

**8. Wurden die Bürgerinnen und Bürgern bei der Entwicklung von Zielen, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen beteiligt?**

Die vorab festgelegten Themenschwerpunkte und Ziele (s. Kap. 6.2.1) wurden bei der Beteiligung der Bürger/-innen (Befragung und Bürgerwerkstatt) berücksichtigt und die Bedürfnisse und Bedarfe der Personen über 65 Jahren diesbezüglich abgefragt. In der Befragung gab es zudem einige offene Fragen, in denen die Befragten Wünsche und Verbesserungsvorschläge an die Gemeinde, z.B. zu Unterstützungsangeboten oder Möglichkeiten der Bewegung oder zu gemeinsamen Aktivitäten für ältere Menschen äußern konnten. In der Bürgerwerkstatt wurden (weitere) Ideen und Vorschläge gesammelt und konkrete Handlungsempfehlungen für die Gemeinde und Maßnahmen erarbeitet.

**9. Welchen Entscheidungsspielraum über Ziele, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen haben Bürgerinnen und Bürger?**

Da die Oberziele und auch schon Teilziele bereits bei der Bewerbung für das Pilotvorhaben und durch die Wahl der Schwerpunkte durch die Gemeinde vorgegeben waren (s. Kap. 5.8), wurden die Bürgerinnen und Bürger bisher nicht an einer systematischen Zielentwicklung beteiligt. Der Entscheidungsspielraum beschränkte sich bisher auf das Vorschlagen von Handlungsempfehlungen und Maßnahmen im Rahmen der bereits definierten Ziele. Inwieweit diese zukünftig vom Gemeinderat aufgegriffen und die Bürgerinnen und Bürgern an der Konkretisierung und Umsetzung beteiligt werden, liegt im Ermessen des Bürgermeisters und des Gemeinderates.

**10. Wie fließen die Ergebnisse der Bürgerbeteiligung in die weiteren Planungen ein?**

Die Ergebnisse der Befragung und der Bürgerwerkstatt wurden in Berichten dokumentiert und werden im nächsten Schritt von der Gemeinde, ggf. in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt, aufbereitet, priorisiert und z.B. in Form von Handlungsempfehlungen dem Gemeinderat zur Entscheidung präsentiert.

**11. Welche Ämter haben die Bürgerbeteiligung geplant und durchgeführt? Gab es eine externe Beratung zur Vorbereitung der Beteiligung? Wer hat die Bürgerbeteiligung moderiert (Institution und Name)?**

Beide Bürgerbeteiligungsverfahren (Seniorenbefragung und Bürgerwerkstatt) wurden von der Koordinierungsstelle Fachplanung Gesundheit im Gesundheitsamt in Zusammenarbeit mit der Gemeindeverwaltung der Pilotgemeinde geplant. Die Durchführung der Befragung lag federführend bei einem Marktforschungsinstitut (LQM Marktforschung, Mainz), wobei die Methode der Befragung und die Themen und Fragen des Fragebogens zusammen mit den Mitarbeiter/-innen des Gesundheitsamtes entwickelt wurden. Die Bürgerwerkstatt wurde vom Gesundheitsamt vorbereitet und durchgeführt (unter Mithilfe der Mitarbeiter/-innen der Gemeindeverwaltung der Pilotgemeinde). Die Gesamtmoderation der Bürgerwerkstatt übernahm ein externer Moderator (Rainer Steen, Mannheim). Die Moderation der Workshops und die Durchführung des Senior Fitness Testes wurde von Mitarbeiter/-innen des Gesundheitsamtes, der Vorsitzenden und eines Mitgliedes der Arbeitsgruppe „Gesund älter wer-

den“ der kommunalen Gesundheitskonferenz sowie Herrn Dr. Kortmann (LQM Marktforschung, Mainz) durchgeführt.

## **12. Welche Ergebnisse hatte die Bürgerbeteiligung?**

Bei der repräsentativen Befragung wurden Daten zur aktuellen Situation, Bedürfnisse und Bedarfe und Wünsche der über 65-Jährigen in der Pilotgemeinde zu folgenden Themen generiert:

- Lebensgefühl und Wohnen
- Kontakte und Unterstützung
- Gesundheit und Mobilität (hier insbesondere mögliche Einschränkungen im Wohnumfeld)

Des Weiteren wurden Kenntnisse gewonnen zu Vorstellungen der Senioren zum Wohnen im Alter, die der Gemeinde zur Sicherung einer bedarfsgerechten Wohnungsversorgung und der in Zukunft benötigten Unterstützungsleistungen hilfreich sein können.

Bei der Bürgerwerkstatt wurden - basierend auf der Schwerpunktsetzung der Gemeinde und den Ergebnissen der Befragung - in drei Workshops die Themen

- Angebote zur Gesundheitsförderung / Prävention
- Mobilität im Wohnumfeld und
- Wohnen im Alter (Wohnformen, Barrierefreiheit, Unterstützungsbedarf)

bearbeitet. Die Bürger/-innen brachten eine Reihe von Ideen und Vorschlägen zu konkreten Maßnahmen ein, die dokumentiert wurden und im Weiteren von der Gemeindeverwaltung aufzugreifen sind.

Die Dokumentation der Bürgerwerkstatt wird aufgrund des Umfangs dem Abschlussbericht als separates Dokument beigelegt.

## **13. Wie werden die beteiligten Bürgerinnen und Bürger über die Ergebnisse der Beteiligung informiert und in den weiteren Prozess eingebunden?**

Zu den Bürgerbeteiligungsverfahren gab es Artikel im Amtsblatt der Pilotgemeinde und der Tageszeitung. Zur Seniorenbefragung wurde ein umfangreicher Bericht erstellt, der über das Rathaus sowohl digital als auch in gedruckter Form bezogen werden kann. Zudem wurden Exemplare bei den unterschiedlichen Veranstaltungen in der Pilotgemeinde (Gemeinderatssitzung, Veranstaltung für Akteure, Bürgerwerkstatt) ausgegeben. Zur Bürgerwerkstatt wurde eine Dokumentation erstellt, die auf der Website der Gemeinde veröffentlicht wurde. Gedruckte Exemplare sind bei der Gemeindeverwaltung verfügbar.

Ob und wie die Bürger/-innen zukünftig auch weiterhin in den Prozess der Fachplanung Gesundheit eingebunden werden, obliegt der Entscheidung des Bürgermeisters, bzw. des Gemeinderates.

**14. Wie sind die Rückmeldungen von Seiten der Bevölkerung über das Verfahren der Bürgerbeteiligung?**

Die Rückmeldungen von Seiten der Teilnehmenden über die Bürgerbeteiligungsverfahren waren durchweg positiv. In der Befragung gaben 40% der Personen an, dass sie Interesse an der Teilnahme an einer Bürgerwerkstatt hätten (12% machten hierzu keine Angabe). Die Teilnehmerbefragung der Bürgerwerkstatt, bei der 53 der ca. 90 Personen einen Fragebogen ausfüllten, ergab, dass 43 der Antwortenden (82,7%) es sehr gut und 9 (17,3%) es gut fanden, dass eine Bürgerbefragung durchgeführt wurde. Jeweils 24 (64,2%) gaben an, dass sie sich sehr gut oder gut in einem der Workshops der Bürgerwerkstatt beteiligen konnten. 31 (59,6%) bzw. 21 (40,4%) fanden die Veranstaltung insgesamt sehr gut bzw. gut. 86,5% würden auch an zukünftigen Veranstaltungen zur Bürgerbeteiligung teilnehmen.

**15. War die Bürgerbeteiligung innerhalb der Fachplanung Gesundheit ein sinnvolles Instrument (mit Begründung)?**

Die Bürgerbeteiligung wurde von Seiten des Gesundheitsamtes wie auch Seiten der Akteure der Gemeinde als sinnvolles Instrument angesehen. Durch die Befragung konnten fundierte Kenntnisse über die Situation der älteren Menschen in der Pilotgemeinde sowie deren Bedürfnisse und Bedarfe gewonnen werden und bestimmte Problemlagen aufgezeigt werden (s. auch Kap. 5.12). Durch die vorgeschlagenen Wünsche, Anregungen und (Verbesserungs-) Vorschläge - insbesondere auch aus der Bürgerwerkstatt - gibt es ganz konkrete Anhaltspunkte, die in der Folge von der Gemeindeverwaltung aufgenommen und umgesetzt werden können. Hierdurch kann der Gesamtprozess zusätzlich an Motivation und Nachhaltigkeit gewinnen.

**16. Welche Schwierigkeiten traten bei der Bürgerbeteiligung auf? Wie wurden diese gelöst?**

Es traten keine Schwierigkeiten auf. Lediglich der Aufwand für die Beteiligungsverfahren konnte – wie zu erwarten war – nur durch substantielle personelle und finanzielle Ressourcen bewältigt werden, die die Gemeinde nicht selbst aufbringen konnte.

## **6. Strategieentwicklung auf Kreis- und Stadt-, Gemeinde oder Stadtteil-** **ebene**

Erläuterung: Dieses Kapitel dient der Beschreibung wie aus den Analyseergebnissen relevante Themen, Ziele und empfohlene Maßnahmen/ Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

Im Rahmen der Fachplanung Gesundheit ist die Entwicklung einer kreisweiten Strategie vorgesehen, die Ziele und Maßnahmen auf Ebene der Land- und Stadtkreise festhält. In Anbetracht dessen, dass sich im Laufe des Vorhabens gezeigt hat, dass eine Betrachtung und Fokussierung auf eine Stadt, Gemeinde oder einen Stadtteil (als Setting) vor allem im Handlungsfeld Gesundheitsförderung notwendig ist, sollte die Frage geklärt werden, wie von der kleinräumigen settingorientierten Strategie eine kreisweite Strategie abgeleitet bzw. entwickelt werden kann und wie das Vorgehen der Kommunalen Gesundheitsförderung auf weitere Kommunen übertragen werden kann.

Die folgende Abbildung 4 veranschaulicht die Ableitung und Entwicklung einer kreisweiten Strategie und zeigt den Zusammenhang zwischen den verschiedenen Ebenen:

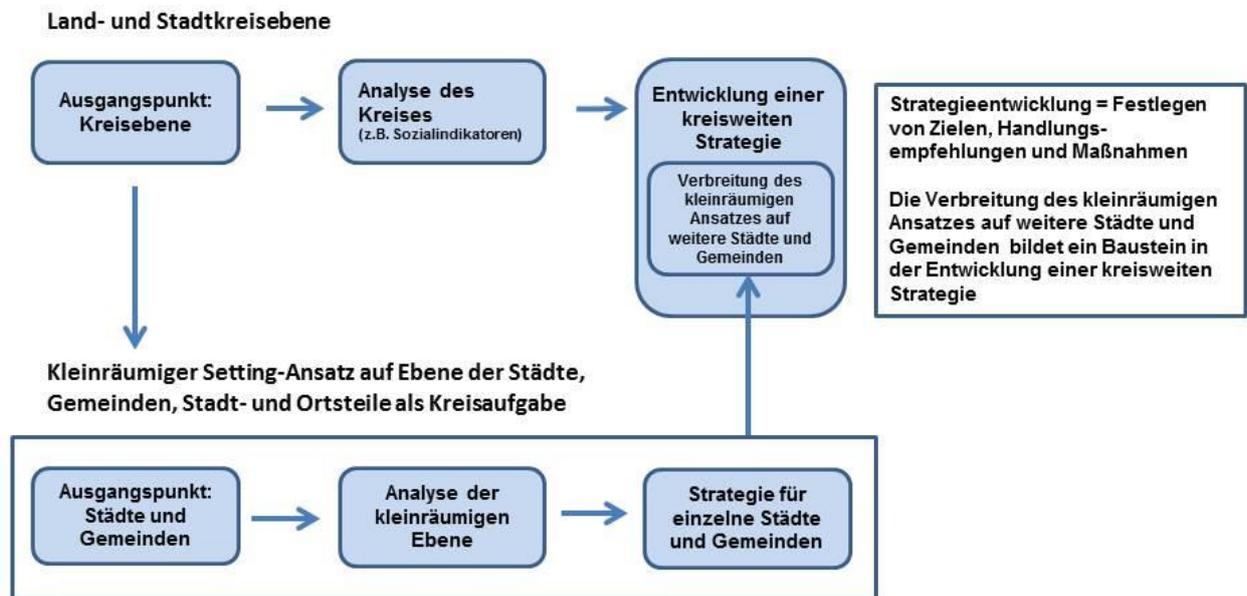


Abbildung 3: Entwicklung einer kreisweiten Strategie

Wurden im Rahmen des Pilotvorhabens mehrere Ebenen analysiert, sind die nachfolgenden Fragen für beide Ebenen zu beantworten.

## 6.1 Festlegung von Zielen, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen für die Land- und Stadtkreisebene

1. Welche thematischen Schwerpunkte werden für den Kreis festgelegt bzw. sollen festgelegt werden?

Für den Landkreis Karlsruhe wurden im Vorfeld der Bewerbung zum Pilotvorhaben als Themenschwerpunkt „Gesund und aktiv älter werden“ gewählt (s. Kap. 1.1). Da es um Gesundheitsförderung/Prävention geht, liegt der Fokus nicht nur auf den Menschen über 65 Jahren, sondern es wurden ebenso die über 55-Jährigen in die Fachplanung einbezogen, da auch diese insbesondere von längerfristig angelegten Maßnahmen profitieren sollen. Für die Fachplanung Gesundheit wurde als Oberziel festgelegt, dass Menschen die Möglichkeit haben so lange wie möglich - auch in einem hohen Lebensalter oder mit körperlichen Einschränkungen - ein selbstständiges, selbstbestimmtes Leben zu führen und die Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich herausgezögert wird. Da aus dem Landkreisprofil bislang keine weiteren Ziele, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen festgelegt werden konnten und es als entscheidend erachtet wurde eine kleinräumige Datenbasis unter Bürgerbeteiligung auf kommunaler Ebene zu erarbeiten, wurde der Fokus im Pilotvorhaben auf eine Fachplanung Gesundheit in einer sog. Pilotgemeinde gelegt (s. Kap. 6.2).

2. Bestanden die Themenschwerpunkte bereits vor dem Pilotvorhaben oder wurden diese erst im Rahmen der Fachplanung Gesundheit festgelegt?

Das Thema „Gesund älter werden“ wurde bereits im Jahr 2012 als einer von drei Schwerpunkten in der Kommunalen Gesundheitskonferenz für den Landkreis Karlsruhe festgelegt (neben „Gesund aufwachsen“ und „Ambulante ärztliche Versorgung“) und es wird seither in

einer Arbeitsgruppe bearbeitet. Bei den Zielen der Fachplanung Gesundheit im Rahmen des Pilotvorhabens gibt es Überschneidungen mit den Handlungsempfehlungen und Zielen der Arbeitsgruppe „Gesund älter werden“, so dass diese berücksichtigt wurden.

3. Welche Ziele wurden bzw. werden zu diesen Themen festgelegt?

s. Kap. 6.1.2

4. Warum wurden diese Schwerpunkte und Ziele ausgewählt?

s. Kap. 1.1

5. Welche Handlungsempfehlungen wurden festgelegt bzw. werden festgelegt

Für den Landkreis Karlsruhe wurden bisher aus der Fachplanung Gesundheit im Rahmen des Pilotvorhabens noch keine Handlungsempfehlungen und Maßnahmen entwickelt. Das Vorgehen einer Fachplanung Gesundheit wie es im Rahmen des Pilotvorhabens in einer Pilotgemeinde erprobt wurde, sowie die Ergebnisse hieraus sollen evaluiert und auf eine Übertragbarkeit auf andere Kommunen des Landkreises geprüft werden. Ob eine Fachplanung Gesundheit in der Form, wie sie in der Pilotgemeinde durchgeführt wurde, auch in anderen Gemeinden und Städten im Landkreis durchgeführt werden kann, ist offen. Derzeit stehen für ein ähnliches Vorhaben sowohl in personeller als auch die finanzieller Hinsicht nur sehr begrenzte Mittel zur Verfügung.

6. Welche Maßnahmen wurden festgelegt bzw. werden festgelegt?

s. Kap. 6.1.5

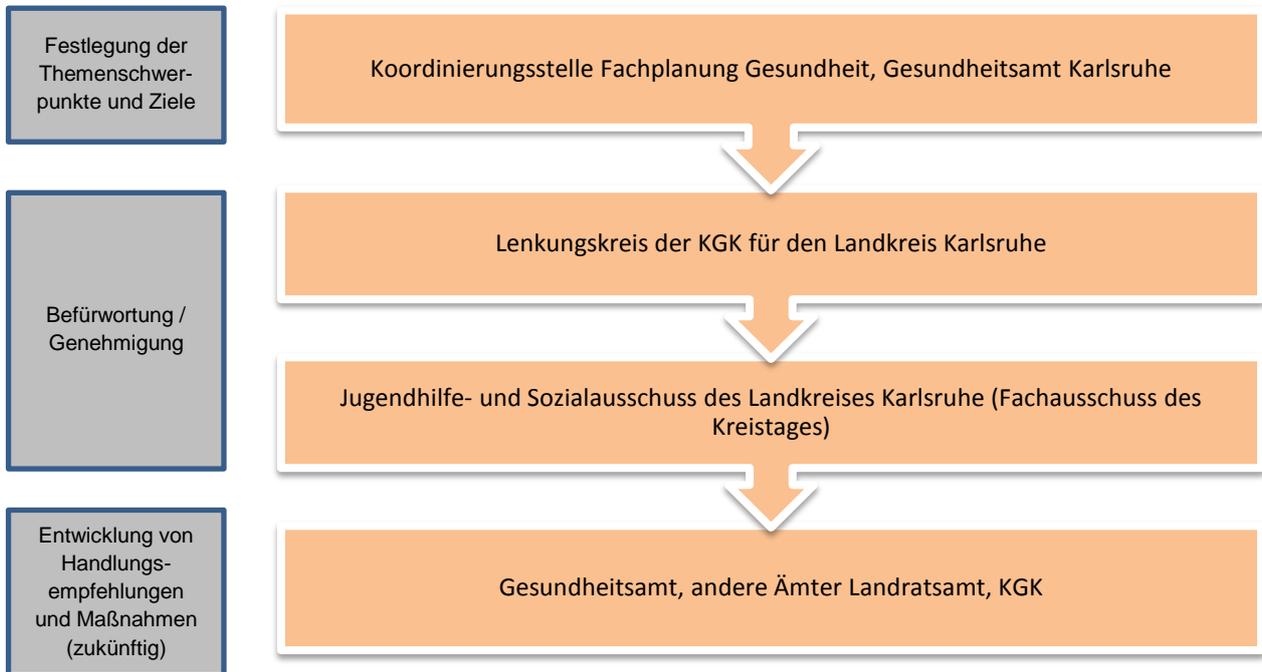
7. Wie werden diese Maßnahmen (voraussichtlich) finanziert?

Die Maßnahmen wären von den Kommunen des Landkreises selbst zu finanzieren. Im Falle einer Beteiligung durch die Gesundheitskonferenz bzw. Arbeitsgruppen der Gesundheitskonferenz könnten auch von dort Ressourcen mit einfließen.

8. Bitte stellen Sie in aufeinander folgenden Schritten dar, wer (z.B. Gremien) an der Entwicklung und Festlegung von Zielen, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen beteiligt ist bzw. war (Abbildung und Beschreibung in Textform)

Das Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention und das Ziel „Gesund und aktiv älter werden“ mit dem Unterziel „Menschen bis zu einem hohen Lebensalter und auch mit körperlichen Einschränkungen soll möglichst lange ein selbstständiges, selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden.“ wurde von den an der Fachplanung Gesundheit beteiligten Personen und dem Amtsleiter des Gesundheitsamtes vorgeschlagen und vom Lenkungskreis der Kommunalen Gesundheitskonferenz sowie vom Jugendhilfe- und Sozialausschuss des Landkreises Karlsruhe (Fachausschuss des Kreistages) befürwortet. Die zukünftige Entwicklung von konkreten Zielen, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen für den gesam-

ten Landkreis wird durch das Gesundheitsamt ggf. in Zusammenarbeit mit anderen Ämtern des Landratsamtes und den Arbeitsgruppen der KGK erfolgen.



9. Bitte beschreiben Sie, ob Ziele, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen gleichzeitig oder nacheinander entwickelt und festgelegt wurden/werden

Über die Vorgehensweise gibt es zum Zeitpunkt der Abgabe des Abschlussberichtes noch keine Festlegung.

10. Werden die Landesgesundheitsziele berücksichtigt?

s. vorheriger Punkt

11. Welche Schwierigkeiten traten bei der Entwicklung und Festlegung von Zielen, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen auf? Wie wurden diese gelöst?

s. vorherige Punkte Kap. 6 (bisher noch keine Ziele, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen auf Landkreis-Ebene)

Die folgenden Fragen 6.2 müssen nur beantwortet werden, wenn im Pilotvorhaben Pilotstädte/ -gemeinden/ -stadtteile analysiert und betrachtet wurden.

## 6.2 Festlegung von Zielen, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen für Stadt-, Gemeinde- und Stadtteilebene

1. Welche thematischen Schwerpunkte werden für die Pilotgemeinde/ -städte/ -stadtteil/ festgelegt?

Aus den in Kap. 6.1.1 genannten Themenschwerpunkten und Oberzielen in der Gemeinde folgende Teilziele festgelegt: gesundheitsförderliche Lebensbedingungen in der Gemeinde sind geschaffen, die einen Lebensstil mit gesunder Ernährung und regelmäßiger Bewegung ermöglichen. Die Gemeindeverwaltung der Pilotgemeinde wählte hier zum einen den Schwerpunkt, dass Bewegungsförderung insbesondere durch städtebauliche Maßnahmen des Wohnumfeldes ermöglicht wird mit dem Ziel, dass dieses entsprechend gesundheitsförderlich, sicher und attraktiv gestaltet ist, und auch weiter entfernte Bewegungsmöglichkeiten bzw. Angebote erreicht werden können. Zum anderen lag der Fokus auf der Gestaltung von Angeboten der Gesundheitsförderung / Prävention und Unterstützung und der Erhöhung des Bekanntheitsgrades der bereits bestehenden Angebote.

2. Welche Ziele wurden bzw. werden zu diesen Themen festgelegt?

s. Kap. 6.2.1

3. Welche Handlungsempfehlungen wurden festgelegt bzw. werden festgelegt?

Bisher wurden von / mit der Gemeinde noch keine Handlungsempfehlungen festgelegt. Am 21.06.2016 ist ein Treffen mit dem Bürgermeister und dem Hauptamtsleiter der Pilotgemeinde geplant, bei dem es um die nächsten Schritte in der Fachplanung Gesundheit gehen wird. Aus den Ergebnissen des Gemeindeprofils, der Seniorenbefragung, der Bürgerwerkstatt und der Abfrage der Angebote der Gesundheitsförderung / Prävention und Unterstützung sollten nun in der Gemeinde Ziele, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen erarbeitet bzw. festgelegt und durchgeführt werden. Von der Koordinierungsstelle Fachplanung Gesundheit im Gesundheitsamt wurde der Gemeinde mehrmals empfohlen ein Gremium zu berufen, das aus den Akteuren der Seniorenarbeit, der Ärzteschaft, Vereinen, religiösen Gemeinschaften etc. und aus Vertreter/-innen der Gemeindeverwaltung sowie interessierten Bürger/-innen besteht. Wenn die Gemeinde dies wünscht, könnten ggf. auch Mitarbeiter/-innen der Sachgebiete Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung des Gesundheitsamtes beratend involviert werden. Idealerweise - dies wurde auch bei der Bürgerwerkstatt gefordert - würde in der Gemeinde ein Seniorenrat oder Seniorenbeirat einberufen. Dies wurde jedoch bisher bzw. bis vor der Bürgerwerkstatt vom Gemeinderat abgelehnt. Ein entsprechendes Gremium, das durch einen Gemeinderatsbeschluss legitimiert sein sollte, könnte die Ergebnisse, die im Rahmen des Pilotvorhabens Fachplan Gesundheit erarbeitet wurden, zusammenführen, strukturieren, weiter priorisieren und ggf. wenn erforderlich zusätzliche Erhebungen initiieren (wie z.B. eine Ortsteilbegehung). Aus den Ergebnissen könnten Vorschläge erarbeitet werden, die dem Gemeinderat präsentiert und zur Entscheidung vorgelegt werden. Konkret geplant ist bislang die Erstellung eines Seniorenwegweisers.

4. Welche Maßnahmen wurden festgelegt bzw. werden festgelegt?

s. 6.2.3

5. Wie werden diese Maßnahmen (voraussichtlich) finanziert?

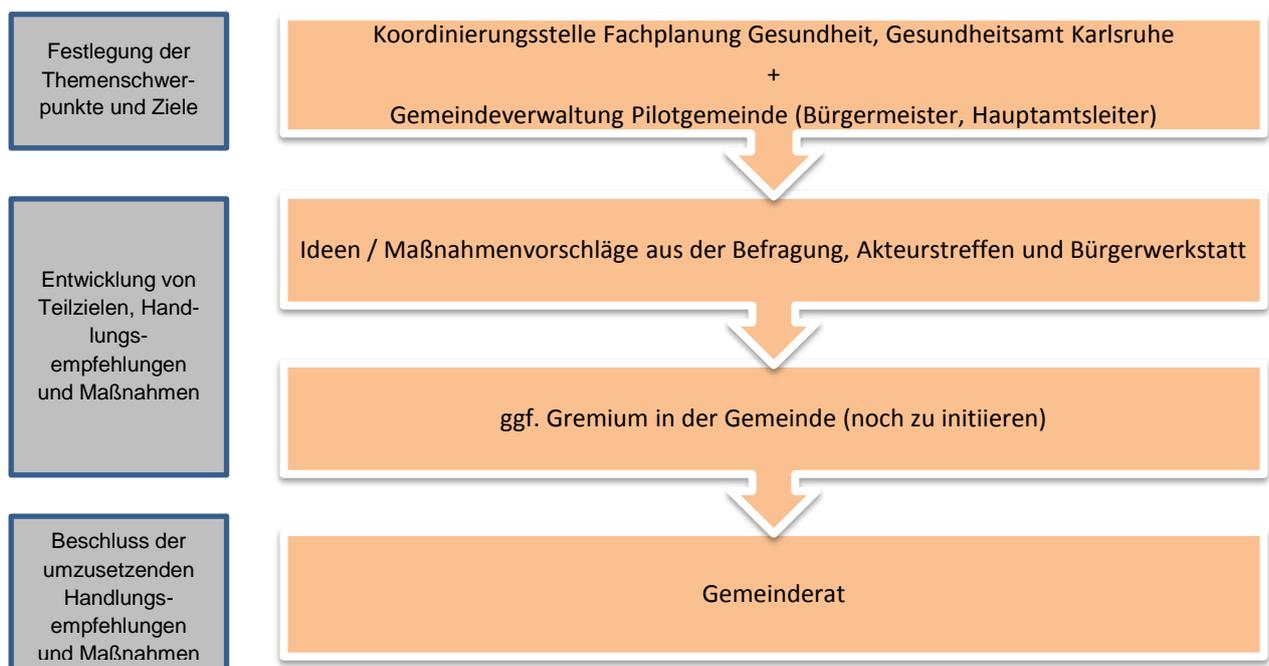
Die nun nach der Pilotphase folgenden Maßnahmen müssten durch die Gemeinde selbst finanziert werden. Unterstützung ist im Falle von Kooperationen mit Arbeitsgruppen der Gesundheitskonferenz denkbar.

6. Bitte stellen Sie in aufeinander folgenden Schritten dar, wer (z.B. Gremien) an der Entwicklung und Festlegung von Zielen, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen beteiligt ist bzw. war (Abbildung und Beschreibung in Textform)

s. 6.2.3

An der Entwicklung und Festlegung von Zielen, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen beteiligt sind folgende Gremien und Personen der Gemeinde:

- der Bürgermeister und Mitarbeitende der Gemeindeverwaltung
- der Gemeinderat
- die Fachleute / Akteure der Gemeinde
- die Bürgerinnen und Bürger



7. Bitte beschreiben Sie, ob Ziele, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen gleichzeitig oder nacheinander entwickelt und festgelegt wurden/werden

s. 6.2.3

8. Welche Schwierigkeiten traten bei der Entwicklung und Festlegung von Zielen, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen auf? Wie wurden diese gelöst?

s. 6.2.3

## 7. Nutzen und Fazit der Fachplanung Gesundheit

1. Was sind zentrale Ergebnisse des Gesamtprozesses? (z.B. Synergien wurden geschaffen, Kooperationsbeziehungen wurden aufgebaut, Schwachstellen konnten identifiziert werden etc.)?
- Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Ämtern im Landratsamt durch eine Fachplanung Gesundheit
  - 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
  - Beginn des Aufbaus einer integrierten Gesundheits- und Sozialberichterstattung im Landratsamt Karlsruhe
  - Die Rolle der KGK bei der Fachplanung 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 Fachplanung ideell; erhofft werden dort positive Erfahrungen sowie die Aussicht auf Übertragbarkeit / Nutzung auch in weiteren Gemeinden und eine Datengrundlage der KGK insgesamt.
  - Pilotgemeinde:
    - gute Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt bzw. Landratsamt
    - hat sehr von der umfangreichen fachlichen Unterstützung und dem systematischen Vorgehen, das mit der FPG verbunden ist, profitiert und wenig Eigenleistung erbracht.
    - Ein aktiverer Part der Kommunen bei der Fachplanung und das Erbringen von personeller und finanzieller Eigenleistung werden zukünftig unabdingbar sein.
  - Bürgerbeteiligung: Das Interesse hieran in den Gemeinden scheint gegeben. 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.
  - Das Gesundheitsamt konnte weitere wichtige Erfahrungen mit einer Fachplanung Gesundheit im Hinblick auf eine ggf. zukünftig verstärkte Ausrichtung auf kommunale Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitsplanung (ÖGDG) sammeln.
  - 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 Fachplanung Gesundheit erforderlich, insbesondere auf Landkreis-Ebene. Nach wie vor fehlt ein anerkannter kommunaler Indikatorensatz.
- 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).

2. **Unterstützt die Teilnahme am Pilotvorhaben die bisherige Arbeitsweise der KGK?**

Die bisherige Arbeitsweise der KGK wird durch die Teilnahme am Pilotvorhaben nicht unterstützt.

3. **Ist der gesamte Prozess der Fachplanung Gesundheit geeignet, um Bürgerbeteiligung dauerhaft in Ihrer KGK zu integrieren?**

Bisher wurden die Bürger im Rahmen der Arbeit der Arbeitsgruppen der KGK noch wenig beteiligt. Die im Rahmen des Pilotvorhabens erprobten Bürgerbeteiligungsformate (Bürgerbefragung und Bürgerwerkstatt) wurden bisher noch nicht im Rahmen der KGK angewandt. Nicht zuletzt dadurch, dass die Erfahrungen in der Pilotgemeinde hiermit sehr positiv waren und die Mitglieder der AG Gesund älter werden durch ihre Teilnahme an der Bürgerwerkstatt (Workshop-Moderation, Durchführung des Senior Fitness Testes oder Zuhörer) auch persönlich Erfahrungen hiermit sammeln konnten, ist durchaus denkbar, dass ähnliche Bürgerbeteiligungsprozesse in Zukunft in die Arbeit der KGK integriert werden. Dies ist abhängig von den bearbeiteten Themen, da nicht bei jedem Thema Bürgerbeteiligung geeignet ist (manche Maßnahmen richten sich z.B. an Multiplikatoren). Voraussetzung für Bürgerbeteiligung sind zudem ausreichend Ressourcen in der KGK bzw. der Kommune.

4. **Sind die erarbeiteten Prozessschritte (z. B. systematische Datenanalyse inkl. Bürgerbeteiligung, Ableitung von Ziel- und Maßnahmenempfehlungen) der Fachplanung Gesundheit ein geeignetes Instrument für die Politikberatung in Ihrem Land- oder Stadtkreis?**

Die systematische Datenanalyse und -aufbereitung für den Landkreis und exemplarisch für eine Pilotgemeinde sowie die Ergebnisse der Bürgerbeteiligungsverfahren sind sicherlich für die Politikberatung nützlich. Für den Landkreis bzw. die Kreispolitik insgesamt müssen die hierfür notwendigen Strukturen und Verfahren jedoch noch weiter erprobt und etabliert werden. Mit Blick auf die Pilotgemeinde bleibt abzuwarten, wie die Ergebnisse dort verwendet werden um Ziele, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen abzuleiten.

5. **Entstanden durch die Erarbeitung der Fachplanung Gesundheit neue, relevante Partnerschaften und/ oder Netzwerke? Wenn ja, welche?**

Durch die Fachplanung Gesundheit wurde der Kontakt zwischen dem Gesundheitsamt und anderen Ämtern im Landratsamt hergestellt bzw. intensiviert (Dezernat III (Mensch und Gesellschaft), Sozialplanung und Altenhilfeplanung und GIS-Zentrum (Dezernat V - Umwelt und Technik - Amt für Vermessung, Geoinformation und Flurneuordnung)). Eine Darstellung der Fachplanung Gesundheit wurde in den Kreispflegeplan 2020 aufgenommen. Weitere Partnerschaften oder ein Netzwerk sind nicht entstanden.

6. **Was sind Erfolgsfaktoren für eine Fachplanung Gesundheit?**

s. Kap. 2.8 (Erfolgsfaktoren im Strukturaufbau)

zusätzlich

- ausreichend Zeit, um alle kommunalen Akteure angemessen einzubeziehen und um Verschränkungen mit laufenden Prozesse auf Gemeindeebene zu ermöglichen
- gute Zusammenarbeit intern im Gesundheitsamt zwischen Geschäftsstelle KGK, GBE und Gesundheitsförderung und extern im Landratsamt mit anderen Ämtern
- Offenheit bei allen Beteiligten für Bürgerbeteiligung

7. **Was würden Sie im Nachhinein beim Planungsprozess im Rahmen der Fachplanung Gesundheit anders machen?**

- Zusammenarbeit mit anderen Ämtern im Landratsamt: Möglichkeiten für die Zusammenarbeit stärker ausloten, gemeinsamen Nutzen herausarbeiten, präzisere Kooperationsvereinbarungen treffen und verschriftlichen, mehr Verbindlichkeit zur aktiven Teilnahme an der Fachplanung Gesundheit herstellen (durch Beschlüsse der entsprechenden Gremien, Landrat, Dezernenten), regelmäßige Treffen zum Austausch
- mehr / ausreichend Zeit einplanen, um alle relevanten Akteure sowohl im Landratsamt, der KGK als auch in der Kommune adäquat von Anfang an und auf allen Stufen des Prozesses einzubeziehen (war des
- Die Gemeinde, in der die Fachplanung Gesundheit durchgeführt werden soll, stärker dahingehend zu beraten oder von vornherein als Teilnahmevoraussetzung zu definieren, ein Gremium und ggf. eine Lenkungsgruppe o.ä. einzurichten, die den Prozess begleiten, so dass die Planung nicht ausschließlich auf bzw. in Zusammenarbeit mit der Gemeindeverwaltungsebene abläuft und mehr Nachhaltigkeit erzielt wird.

- Einen stärkeren Fokus auf die kleinräumige Fachplanung Gesundheit legen, zumindest so lange bis erprobt ist, wie verfügbare Landkreis-Daten sinnvoll für eine Gesundheitsplanung genutzt werden können.
8. Welche Unterstützungsleistungen wünschen Sie sich vom Sozialministerium Baden-Württemberg zur Etablierung/Verbreitung der Fachplanung Gesundheit?
- Klärung der Datenbereitstellung durch die Krankenkassen und ggf. andere Datenhalter, die für die GBE und Gesundheitsplanung erforderlich sind.
  - Bereitstellung von ausreichend Ressourcen für die Durchführung einer Fachplanung Gesundheit.
  - Ausbau z.B. des Gesundheitsatlas BW zur Bereitstellung differenzierterer und kleinräumiger, gemeindebezogener Daten orientiert an anerkannten Indikatorensätzen.
  - Eine Verbreitung des Ansatzes muss mit einem systematischen und für alle Gesundheitsämter realistischen bzw. leistbaren Ausbau der notwendigen Ressourcen und fachlichen und administrativen Kompetenzen einhergehen. Die Verknüpfung mit der noch zu etablierenden, neu hinzugekommenen Aufgabe „Gesundheitsplanung“ ist dabei unabdingbar.

## 8. Ausblick zur weiteren Planung der Land- und Stadtkreise

Bitte beschreiben Sie das weitere Vorgehen anhand folgender Fragen:

1. Welche weiteren Schritte stehen in der Fachplanung Gesundheit an?

In der Pilotgemeinde: s. Kap. 6.2.3

Evaluation des Prozesses der Fachplanung Gesundheit

- Treffen mit den Mitarbeiter/-innen der beteiligten Ämter des Landratsamtes Karlsruhe
- Treffen mit dem Bürgermeister und dem Hauptamtsleiter der Pilotgemeinde (21.06.2016)
- internes Treffen mit den beteiligten Mitarbeiter/-innen des Gesundheitsamtes

Fertigstellung / Auswertung / Überarbeitung von bestimmten Datenauswertungen, Erhebungen, Karten für den Landkreis bzw. die Pilotgemeinde

Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für die anderen Gemeinden und Städte im Landkreis, basierend auf dem Landkreisprofil und den Ergebnissen der Fachplanung Gesundheit in der Pilotgemeinde unter Bürgerbeteiligung

Ausbau einer integrierten Gesundheits- und Sozialberichterstattung, basierend auf den bereits im GIS erstellten Karten

Bekanntmachung der Ergebnisse / Handlungsempfehlungen der Fachplanung Gesundheit:

- Lenkungskreis KGK
- Mitglieder der KGK (Newsletter, Plenum Frühjahr 2017)
- Pressegespräch im Landratsamt zu den Ergebnissen (Herbst 2016)
- Bürgermeister des Landkreises (Bürgermeisterversammlung)
- Kreistag (Jugendhilfe- und Sozialausschuss)

2. Welche Maßnahmen werden bereits umgesetzt bzw. ist eine Umsetzung geplant und ab wann?

Bisher sind noch keine Maßnahmen geplant (s. auch Kap. 6.2.3), jedoch teilte der Bürgermeister der Pilotgemeinde am 13.06.2016 der Geschäftsstelle der Fachplanung Gesundheit im Gesundheitsamt mit, dass die Anregungen aus der Bürgerbefragung und -werkstatt von der Gemeindeverwaltung in die Entwicklung des integrierten Gemeindeentwicklungskonzeptes einfließen. Der Bürgermeister wird die Ergebnisse der Bürgerwerkstatt am 24.06.2016 im Gemeinderat präsentieren. Konkrete Maßnahmen, die kurzfristig umgesetzt werden sollen, sind z.B. die Aufstellung von Bänken (hierzu gibt es bereits eine Ruhebänkkonzeption), die Bündelung der Angebote zur Gesundheitsförderung / Prävention und Unterstützung, Erstellung eines Seniorenwegweisers, die Eröffnung eines Treffpunktes für Senioren. Zudem wird der Bürgermeister die Initiierung eines Seniorenbeirates anregen.

3. Wer setzt diese Maßnahmen um?

Noch unklar, in der Pilotgemeinde voraussichtlich vorwiegend die Gemeindeverwaltung.

4. Wie wird die Umsetzung der Maßnahmen voraussichtlich finanziert und wer entscheidet über die Finanzierung?

Die Maßnahmen in der Pilotgemeinde müssten von dieser selbst finanziert werden. Die Entscheidung über die Finanzierung obliegt dem Bürgermeister und dem Gemeinderat.

5. Wie werden die gewonnenen Ergebnisse und Erfahrungen der Fachplanung Gesundheit nachhaltig im Land- oder Stadtkreis berichtet, verbreitet und weiterentwickelt? Wie verläuft der Erfahrungsaustausch mit und die Berichterstattung an die KGK?

s. Kap. 8.1

6. Wie könnten die gewonnenen Ergebnisse und Erfahrungen des kleinräumigen Ansatzes aus einzelne Pilotgemeinden nachhaltig im Land- oder Stadtkreis verbreitet werden?

Unter der Voraussetzung vorhandener Ressourcen ähnlich wie im Pilotvorhaben und / oder wenn ausreichend Ressourcen (insbes. personelle und finanzielle Mittel) in der Gemeindeverwaltung zur Verfügung stehen, könnte der kleinräumige Ansatz oder bestimmte Teile der Fachplanung, wie sie im Pilotvorhaben durchgeführt wurden, auch von anderen Kommunen übernommen werden. Die Ergebnisse aus dem Pilotvorhaben inkl. daraus abgeleiteter

Empfehlungen werden der KGK, bei der auch alle Bürgermeister/-innen der Landkreis-Kommunen vertreten sind, vorgestellt (s. Kap. 8.1). Wiederum unter der Voraussetzung ausreichender Ressourcen könnte längerfristig ggf. auch eine Begleitung / Beratung der Kommunen im Landkreis durch das Gesundheitsamt (ggf. - je nach Thema - auch in Zusammenarbeit mit anderen Ämtern im Landratsamt) erfolgen.

Die Fachplanung in und mit der Pilotgemeinde könnte den anderen Landkreiskommunen als „good practice“ Beispiel und Anreiz für ein entsprechendes Vorgehen dienen (hierzu wird voraussichtlich das Vorgehen der Fachplanung in der Pilotgemeinde beim nächsten Plenum der Gesundheitskonferenz für den Landkreis Karlsruhe vorgestellt).

7. **Wie könnte zukünftig eine kleinräumige Ressourcenverteilung (Konzentration auf einzelne Städte, Gemeinden und Stadtteile) legitimiert werden?**

Eine kleinräumige Ressourcenverteilung ließe sich in erster Linie über die Handlungsebenen der Themen der KGK legitimieren: Für bestimmte eingegrenzte Themen im Bereich Gesundheitsförderung, wie z.B. Resilienzförderung von Kindern, kann eine Fachplanung (Bedarfserhebung, Entwicklung von Handlungsempfehlungen und Maßnahmen etc.) kreisweit durchgeführt werden (z.B. mit dem Ergebnis Multiplikatorenschulungen für Erzieher/-innen in allen Kitas im Landkreis anzubieten). Für bestimmte Themen der KGK, wie z.B. die ambulante ärztliche Versorgung ist nur eine kreisweite Bearbeitung sinnvoll. Geht es jedoch um bestimmte Settings, wie z.B. das Quartier, städtebauliche Aspekte oder gesundheitsfördernde Angebote, ist eine kleinräumige Fachplanung (auf Basis einer kleinräumigen GBE) unabdingbar, da eine Erhebung der Bedürfnisse und Bedarfe, der Strukturen, der Angebote etc. und eine entsprechende Entwicklung von Handlungsempfehlung und Maßnahmen sowie deren Umsetzung aufgrund der unterschiedlichen Gegebenheiten vor Ort nur Gemeinde- bzw. Städtenspezifisch erfolgen kann. Zudem sind bei einer Fachplanung immer die Interessen und Schwerpunktsetzungen einer Kommune zu berücksichtigen und alle Akteure vor Ort sowie die Bürgerinnen und Bürger zu beteiligen, was kreisweit nicht zu leisten ist.

## Anhang 1

### Aufstellung der Mitglieder der kommunalen Gesundheitskonferenz und ihrer Rolle bei der Fachplanung Gesundheit (FG)

<b>Mitglied der KGK</b>  <i>Nennung der Institution oder bei <u>Privatpersonen</u> Kennzeichnung als Bürgerin/Bürger oder Patientin/Patient</i>	<b>Bedeutung für die Fachplanung Gesundheit</b>  <i>sehr wichtiger Akteur = (++) wichtiger Akteur = (+)  weniger wichtiger Akteur = (o)</i>	<b>Rolle des Akteurs bei der FG/Begründung ihrer Bedeutung bei der FG</b>  (z. B. eigener Planungsauftrag, eingebrachtes Budget)
AG Frühförderung im Stadt- und Landkreis Karlsruhe / Landratsamt Karlsruhe, Gesundheitsamt	(o)	
Agentur für Arbeit Karlsruhe	(+)	Bereitstellung von Daten zu Beschäftigung, ALG I und II etc.
AGJ Suchtberatung	(o)	
AOK Mittlerer Oberrhein	(+)	Bereitstellung von Daten zur gesundheitlichen Situation (Pilotgemeinde)
Arbeiter-Samariter-Bund	(o)	
Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege im Stadt- und Landkreis Karlsruhe	(o)	
Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendärzte Karlsruhe	(o)	
Arbeitskreis Gesamtelternbeirat Landkreis Karlsruhe	(o)	
Arge B52-Verbändeoperation	(+)	Ggf. Bereitstellung von Daten
AWO Arbeiterwohlfahrt	(++)	Mitarbeit als „Akteur“ an der FG in der Kommune

Badischer Landesverein für Innere Mission	(++)	Mitarbeit als „Akteur“ an der FG in der Kommune
BARMER GEK	(+)	Ggf. Bereitstellung von Krankheitsdaten
Bezirksärztekammer Nordbaden, Kreisärzteschaft Karlsruhe	(o)	
BKK Landesverband Baden-Württemberg	(+)	Ggf. Bereitstellung von Krankheitsdaten
bwlv Zentrum Karlsruhe	(o)	
Caritasverband für den Landkreis Karlsruhe	(++)	Mitarbeit als „Akteur“ an der FG in der Kommune
DAK	(+)	Ggf. Bereitstellung von Krankheitsdaten
Deutsche Rentenversicherung	(o)	
Deutscher Kinderschutzbund e.V. Ortsverband Karlsruhe	(o)	
DGB Baden-Württemberg	(o)	
Diakonisches Werk im Landkreis Karlsruhe	(++)	Mitarbeit als „Akteur“ an der FG in der Kommune
DRK-Kreisverband Karlsruhe e.V.	(++)	Mitarbeit als „Akteur“ an der FG in der Kommune
Evang. Dekanat Alb-Pfinz	(o)	
Evang. Dekanat Kirchenbezirk Bretten	(o)	
Evang. Dekanat Kirchenbezirk Karlsruhe-Bruchsal	(o)	
Förderverein für caritativ-diakonische Dienste e.V.	(o)	
Fürst-Stirum-Klinik	(o)	
32 Städte und Gemeinden des Landkreises	(++)	Durchführung der FG in der Kommune
Handwerkskammer Karlsruhe	(o)	
Hebammenverband Baden-Württemberg	(o)	

IGS Interessengemeinschaft der Selbsthilfegruppen im Stadt- und Landkreis Karlsruhe	(o)	
IHK Karlsruhe	(o)	
IKARUS Arbeit und Soziales e.V.	(o)	
IKK classic	(+)	Ggf. Bereitstellung von Krankheitsdaten
Internationaler Bund Bildungszentrum	(o)	
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Bezirksdirektion Karlsruhe	(+)	Ggf. Bereitstellung von Krankheitsdaten
Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg	(+)	Ggf. Bereitstellung von Krankheitsdaten
Katholisches Dekanat Bruchsal	(o)	
KIT, Institut für Sport und Sportwissenschaft / FoSS	(o)	
KKH-Allianz	(+)	Ggf. Bereitstellung von Krankheitsdaten
Kliniken des Landkreises Karlsruhe gGmbH	(o)	
Kreishandwerkerschaft Region Karlsruhe	(o)	
Kreisjugendring e.V. Landkreis Karlsruhe	(o)	
Kreissenorenrat	(++)	Mitarbeit an der FG zum Thema „Gesund älter werden“
Kreistagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen	(o)	
Kreistagsfraktion CDU	(o)	
Kreistagsfraktion FW	(o)	
Kreistagsfraktion SPD	(o)	
Landesapotheker-Verband	(o)	

Landespsychotherapeutenkammer BW	(o)	
Landratsamt Karlsruhe, Dezernat III	(++)	Bereitstellung von „Sozialdaten“, Altenhilfefachplanung
Landratsamt Karlsruhe, Ernährungszentrum	(o)	
Lebenshilfe Bezirk Bruchsal-Bretten e. V.	(o)	
Liga der freien Wohlfahrtsverbände Karlsruhe	(++)	Ggf. Mitarbeit als „Akteur“ an der FG in der Kommune
Pädagogische Hochschule Karlsruhe	(o)	
Polizeipräsidium Karlsruhe	(o)	
pro familia	(o)	
Psychologische Beratungsstelle Östringen e.V.	(o)	
Regierungspräsidium Karlsruhe, Abteilung 7 - Schule und Bildung	(o)	
Regierungspräsidium Karlsruhe, Ref. 25 - Ärztliche und pharmazeutische Angelegenheiten	(o)	
Rehazentrum Südwest für Behinderte gGmbH	(o)	
SBK Region Südwest	(+)	Ggf. Bereitstellung von Krankheitsdaten
Selbsthilfebüro, Paritätische Sozialdienste gGmbH Karlsruhe	(o)	
Sozialverband VdK Kreisverband Karlsruhe	(o)	
Sportkreis Bruchsal e.V.	(o)	
Staatliches Schulamt Karlsruhe	(o)	
Staatliches Schulamt Karlsruhe, Schulpsychologische Beratungsstelle	(o)	
Städtisches Klinikum Karlsruhe, Klinik für Kinder-	(o)	

und Jugendmedizin		
Städtisches Klinikum Karlsruhe, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	(o)	
Techniker Krankenkasse	(+)	Ggf. Bereitstellung von Krankheitsdaten
Unabhängige Patientenberatung / Verbraucherzentrale Baden-Württemberg e.V., Karlsruhe	(o)	
Unfallkasse Baden-Württemberg	(o)	
Verband der privaten Krankenversicherung e.V.	(o)	
Vereinsinitiative Gesundheitssport e.V.	(++)	Ggf. Mitarbeit an der FG in der Kommune
VHS im Landkreis Karlsruhe e.V.	(++)	Ggf. Mitarbeit an der FG in der Kommune
Wildwasser und Frauennotruf e.V.	(o)	

## **Anhang 2**

In Tabelle 1 sind die im Rahmen des Pilotvorhabens Fachplan Gesundheit verwendeten Daten und daraus abgeleiteten Indikatoren sowie die mögliche Datenebene (Landkreis, Gemeinde, Gemarkung) und die Datenquelle aufgeführt. Ebenso vermerkt ist, welche der Daten bzw. Indikatoren exemplarisch im Geoinformationssystem (GIS) des Landratsamtes aufgenommen sind und ob Kosten für die Beschaffung der Daten entstanden sind.

Die folgenden Tabellen und Abbildungen stellen beispielhaft dar, wie die Daten im Rahmen der Fachplanung aufbereitet wurden, entweder für die Erstellung eines Landkreis- oder Gemeindeprofils oder im GIS.

### **Tabellen**

- Tabelle 1: Übersicht über Daten, Indikatoren, Datenebene, GIS, Datenquelle und Kosten im Pilotvorhaben Fachplan Gesundheit
- Tabelle 2: Beispiel einer Tabelle aus dem Landkreisprofil - Darstellung eines Indikators nach Gemeinden
- Tabelle 3: Beispiel für die Auswertung nach Baublöcken
- Tabelle 4: Auswertung Soziodemografie für die Gesamtgemeinde
- Tabelle 5: Beispiel für die Auswertung Soziodemografie eines Wohnviertels

### **Abbildungen**

- Abbildung 1: Themen, die im Rahmen des Pilotvorhabens Fachplan Gesundheit in das Geoinformationssystem (GIS) aufgenommen wurden
- Abbildung 2: Beispiel für eine GIS-Karte: Einrichtungen
- Abbildung 3: Beispiel für eine GIS-Karte: Landkreis Karlsruhe mit Gemeinden und Gemarkungen
- Abbildung 4: Beispiel für eine GIS-Karte: Infrastruktur
- Abbildung 5: Beispiel für eine GIS-Karte: Infrastruktur (Ausschnitt)
- Abbildung 6: Beispiel für eine GIS-Karte: Baublöcke
- Abbildung 7: Beispiel für eine GIS-Karte: Baublöcke (Ausschnitt)
- Abbildung 8: Beispiel für eine GIS-Karte: höchste Anteile eines Indikators nach Baublöcken

**Tabelle 2: Übersicht über Daten, Indikatoren, Datenebene, GIS, Datenquelle und Kosten im Pilotvorhaben Fachplan Gesundheit**

Daten	berechnete Indikatoren	Datenebene					GIS		Datenquelle	Kosten
		Landkreis	Kommunen (für alle Landkreis-Kommunen vorhanden)	Stadtteil- Ortsteilebene	nur Pilotgemeinde	Pilotgemeinde Baublockebene	im GIS (Gemeinde)	im GIS (Gemarkung)		
<b>Bevölkerungsstruktur</b>										
Geschlecht		x	x	x		x			KIVBF (über Dezernat 3)	Nein
Alter		x	x	x		x			KIVBF (über Dezernat 3)	Nein
	Durchschnittsalter	x	x	x		x				Nein
	Altersmedian	x	x	x						Nein
	Altenquotient (berechnet aus Alter und Geschlecht)	x	x	x				x		Nein
	Personen über 65 Jahre (gesamt)	x	x	x		x		x		
	Personen über 65 Jahre (nicht in Heimen)	x	x	x		x		x		
	Personen über 85 Jahre	x	x	x		x		x		
Staatsangehörigkeit (deutsch / nicht deutsch)		x	x	x		x			KIVBF	Ja
	Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit					x	x	x		
Nationalität		x	x	x		x			KIVBF	Ja
Wohndauer		x	x	x		x			KIVBF	Ja
Familienstand		x	x	x		x			KIVBF	Ja
Bevölkerungsvorausberechnung		x	x						Stat. Landesamt	Nein
Alterswanderung		x	x	x					Wegweiser Kommune	Nein
<b>Bezug von staatlichen Transferleistungen</b>										
ALG1 Empfänger		x	x						Agentur für Arbeit	Ja
ALG2 Empfänger		x	x						Agentur für Arbeit	Ja
Empfänger Grundsicherung im Alter		x	x					x	Dezernat 3	Nein
Empfänger Erwerbsminderung		x	x						Dezernat 3	Nein

Daten	berechnete Indikatoren	Datenebene						GIS		Datenquelle	Kosten
		Landkreis	Kommunen (für alle Landkreis-Kommunen vorhanden)	Stadtteil- Ortsebene	nur Pilotgemeinde	Pilotgemeinde Baublockebene	im GIS (Gemeinde)	im GIS (Gemarkung)			
<b>Beschäftigung</b>											
Geringfügig entlohnte Beschäftigte		x	x							Agentur für Arbeit	Nein
Sozialvers.pfl. Beschäftigte		x	x							Agentur für Arbeit	Nein
<b>Gesundheitliche Lage</b>											
bestimmte Erkrankungen (Diagnosen ICD10 nach Geburtsjahr und Geschlecht)					x					AOK	Nein
Anzahl Pflegeeinrichtungen		x	x				x	x		Dezernat 3	Nein
Pflegebedürftige Leistungsempfänger/-innen		x	x							Stat. Landesamt	Nein
ärztliche Versorgung in freier Praxis		x	x							Stat. Landesamt	Nein
Entwicklung hausärztliche Versorgung			x							eigene Erhebung KGK	Nein
	vorzeitige Sterblichkeit	x	x							Stat. Landesamt, eigene Berechnung	Nein
Verunglückte im Straßenverkehr		x	x							Stat. Landesamt	Nein
Apothekenversorgung		x	x				x	x		Stat. Landesamt	Nein
Schwerbehinderung (GdB 50+, "G" und "aG")		x	x							Informatikzentrum Landesverwaltung Baden-Württemberg (IZLBW)	Nein

**Tabelle 3: Beispiel einer Tabelle aus dem Landkreisprofil - Darstellung eines Indikators nach Gemeinden**

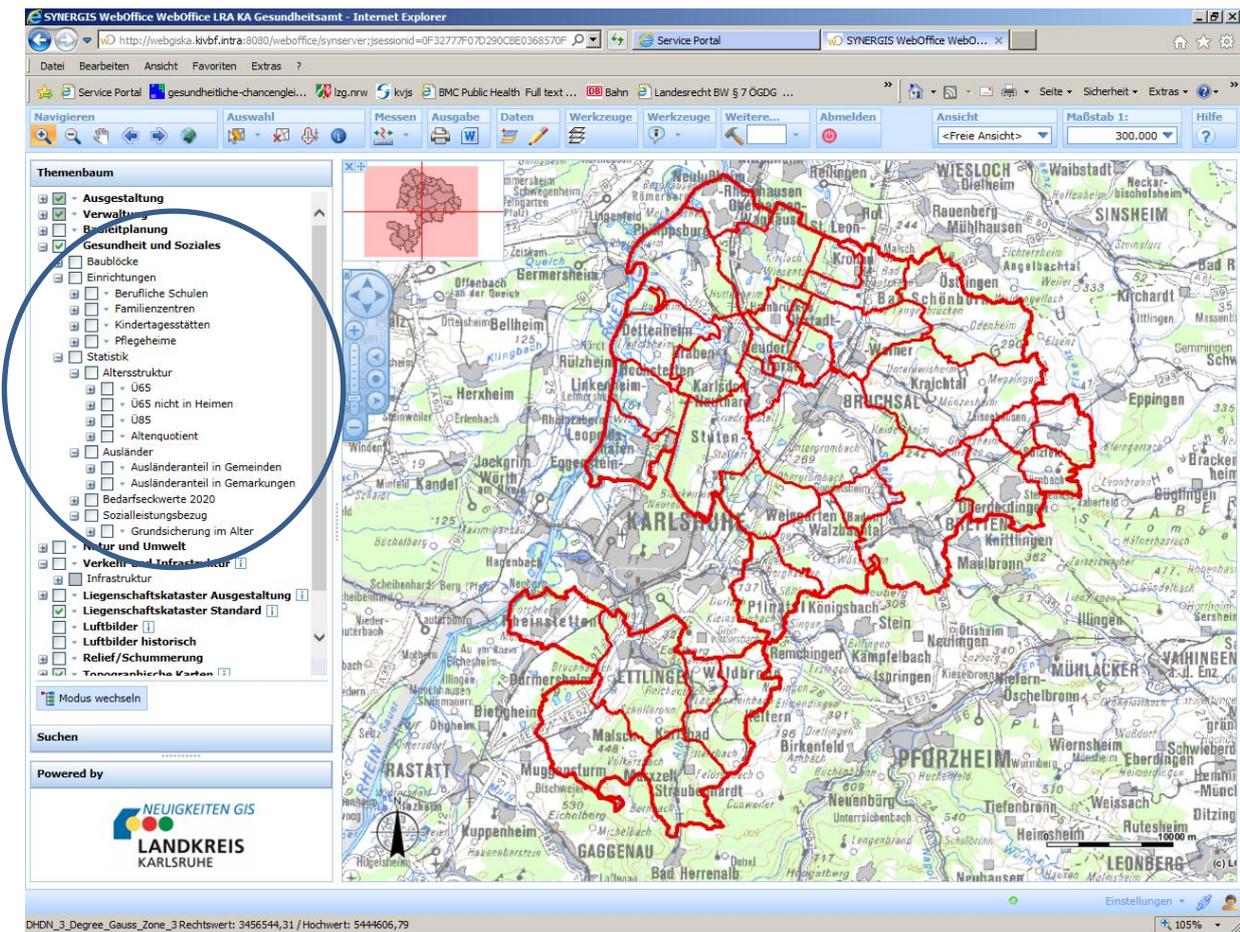
(hier: Altenquotient)

Bad Schönborn	30,2	Ettlingen	44,3
Bretten	30,6	Waldbronn	42,8
Bruchsal	31,7	Rheinstetten	39,0
Dettenheim	31,8	Marxzell	38,4
Eggenstein-Leopoldshafen	35,8	Kürnbach	38,0
Ettlingen	44,3	Pfinztal	36,5
Forst	31,6	Eggenstein-Leopoldshafen	35,8
Gondelsheim	24,9	Weingarten	35,2
Graben-Neudorf	29,7	Sulzfeld	33,7
Hambrücken	26,4	Oberhausen-Rheinhausen	33,6
Karlsbad	33,3	Landkreis	33,4
Karlsdorf-Neuthard	31,2	Karlsbad	33,3
Kraichtal	30,9	Malsch	33,0
Kronau	28,1	Linkenheim-Hochstetten	31,9
Kürnbach	38,0	Dettenheim	31,8
Linkenheim-Hochstetten	31,9	Bruchsal	31,7
Malsch	33,0	Forst	31,6
Marxzell	38,4	Stutensee	31,6
Oberderdingen	30,8	Karlsdorf-Neuthard	31,2
Oberhausen-Rheinhausen	33,6	Walzbachtal	31,0
Östringen	30,4	Kraichtal	30,9
Pfinztal	36,5	Oberderdingen	30,8
Philippsburg	29,1	Bretten	30,6
Rheinstetten	39,0	Waghäusel	30,5
Stutensee	31,6	Östringen	30,4
Sulzfeld	33,7	Bad Schönborn	30,2
Ubstadt-Weiher	29,2	Graben-Neudorf	29,7
Waghäusel	30,5	Ubstadt-Weiher	29,2
Waldbronn	42,8	Zaisenhausen	29,2
Walzbachtal	31,0	Philippsburg	29,1
Weingarten	35,2	Kronau	28,1
Zaisenhausen	29,2	Hambrücken	26,4
Landkreis	33,4	Gondelsheim	24,9

### Abbildung 4: Themen, die im Rahmen des Pilotvorhabens Fachplan Gesundheit in das Geoinformationssystem (GIS) aufgenommen wurden

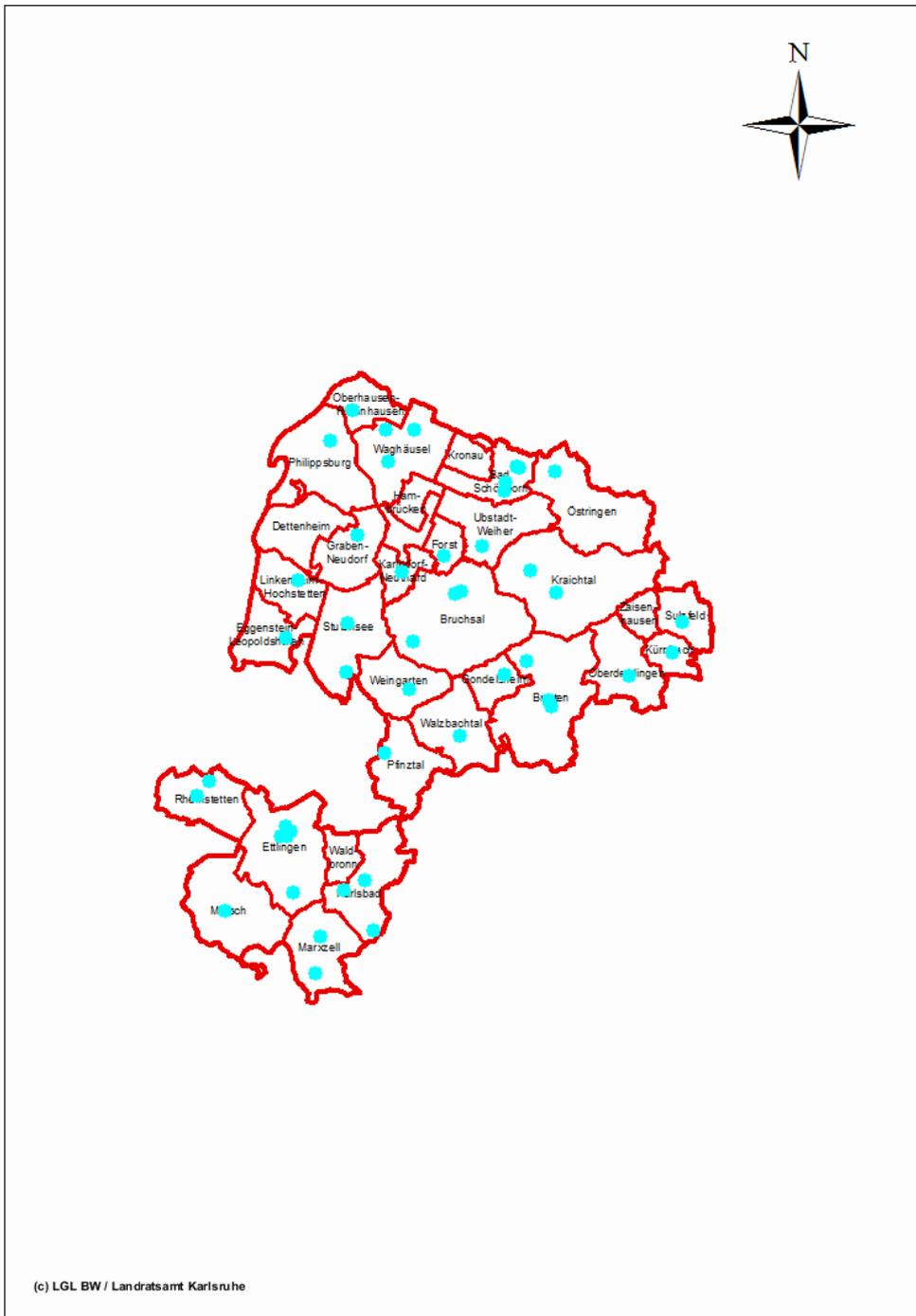
#### Gesundheit und Soziales

- Einrichtungen
  - Pflegeheime
- Statistik
  - Altersstruktur
    - Ü65
    - Ü65 nicht in Heimen
    - Ü85
  - Altenquotient
- Ausländer
  - Ausländeranteil in Gemeinden
  - Ausländeranteil in Gemarkungen
- Sozialleistungsbezug
  - Grundsicherung im Alter
- Verkehr und Infrastruktur
- Infrastruktur



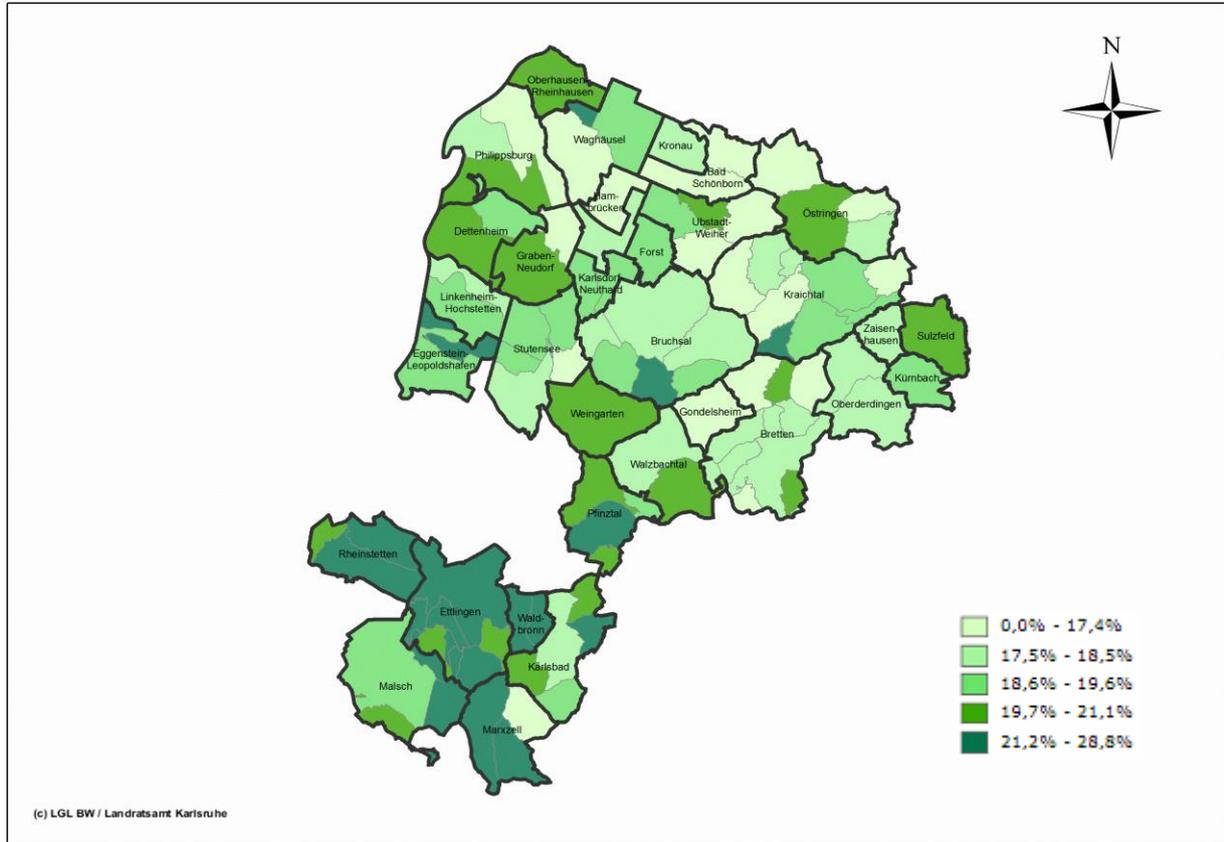
### Abbildung 5: Beispiel für eine GIS-Karte: Einrichtungen

(hier: Pflegeheime im Landkreis Karlsruhe)



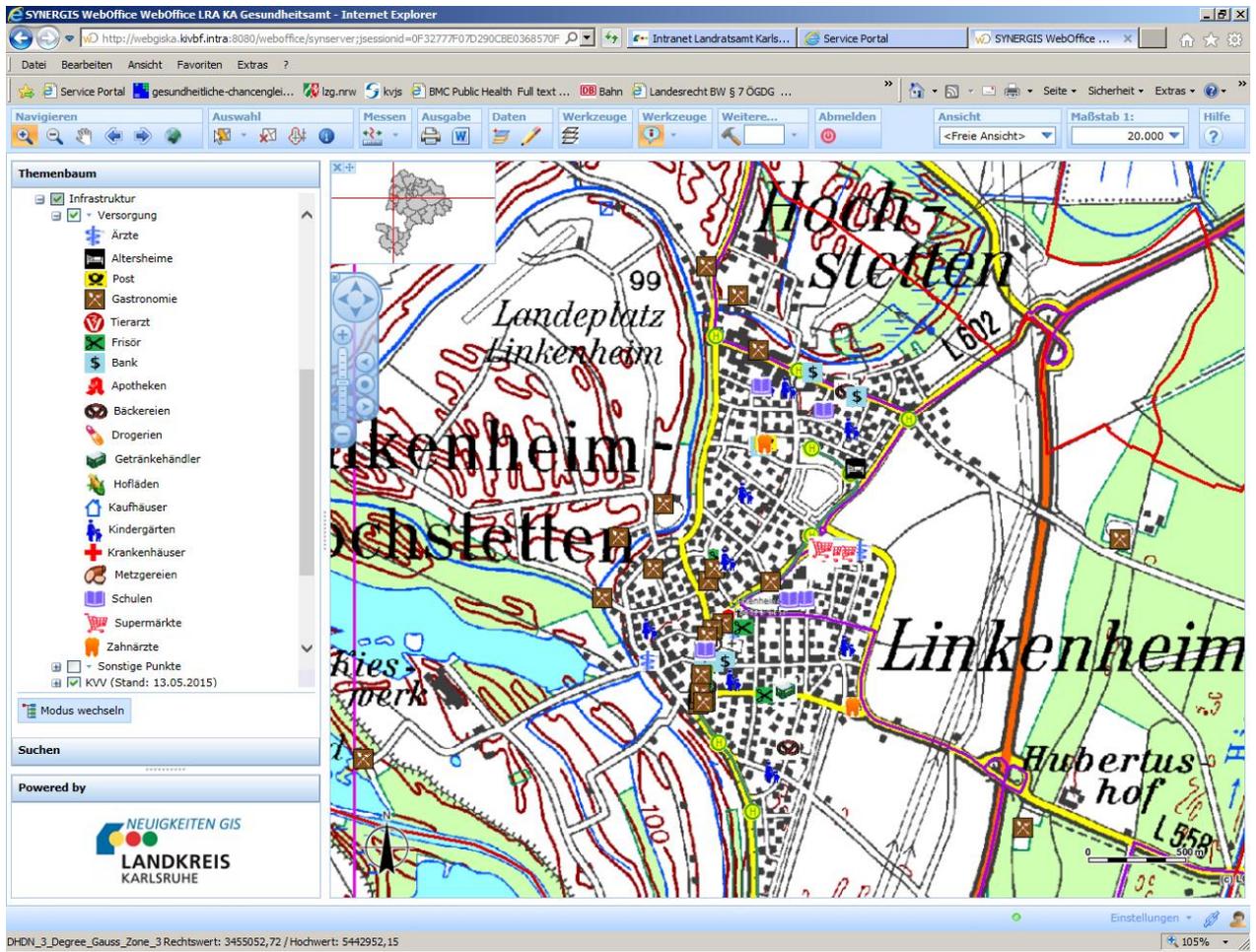
### Abbildung 6: Beispiel für eine GIS-Karte: Landkreis Karlsruhe mit Gemeinden und Gemarkungen

(hier: Anteil Personen über 65 Jahre, die nicht in Heimen leben, farblich markiert nach einer Einteilung in Quintilen)



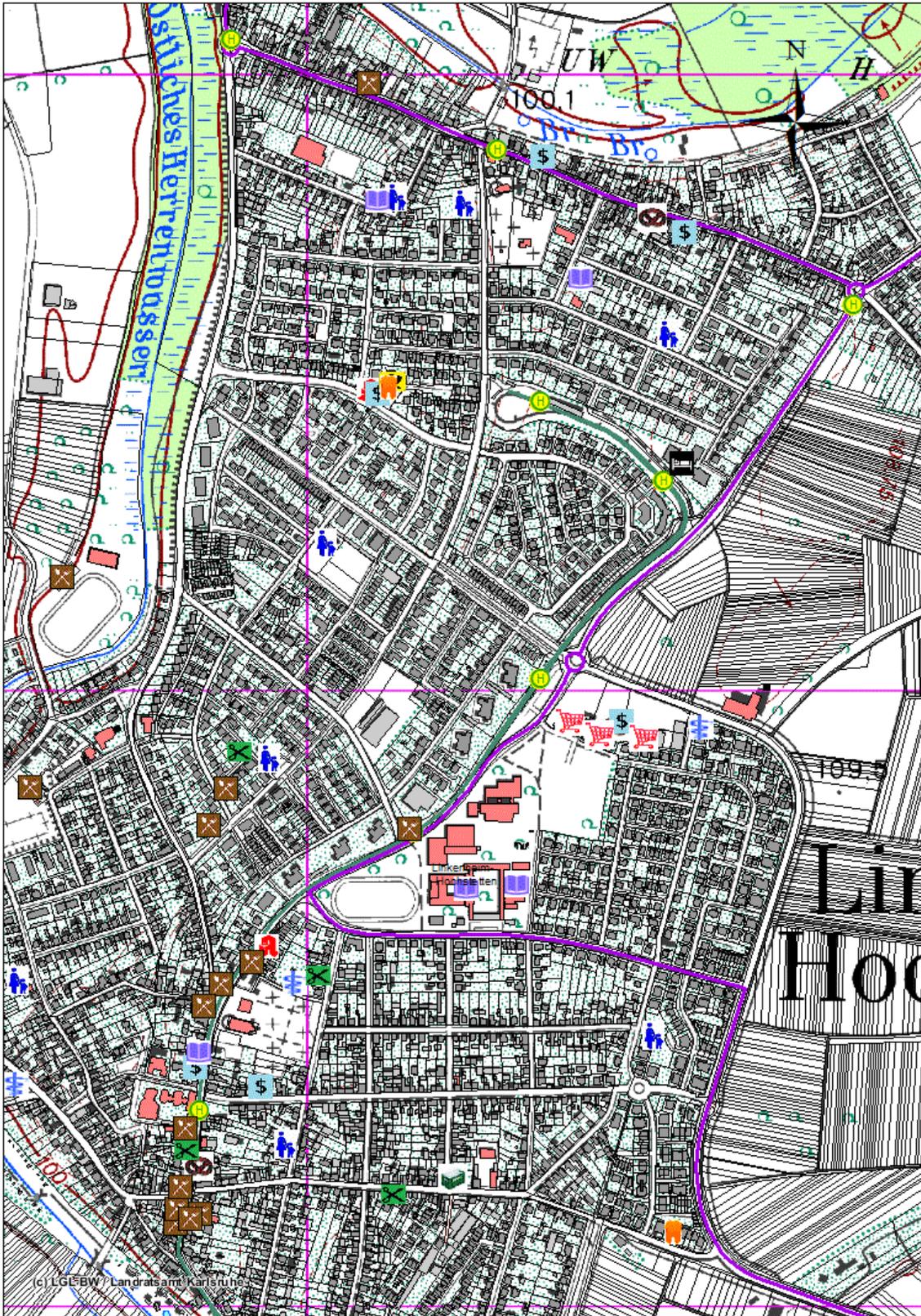
### Abbildung 7: Beispiel für eine GIS-Karte: Infrastruktur

(hier: Infrastruktur in der Pilotgemeinde Linkenheim-Hochstetten, Gesamtgemeinde)



**Abbildung 8: Beispiel für eine GIS-Karte: Infrastruktur (Ausschnitt)**

(hier: Infrastruktur in der Pilotgemeinde Linkenheim-Hochstetten, Ausschnitt)



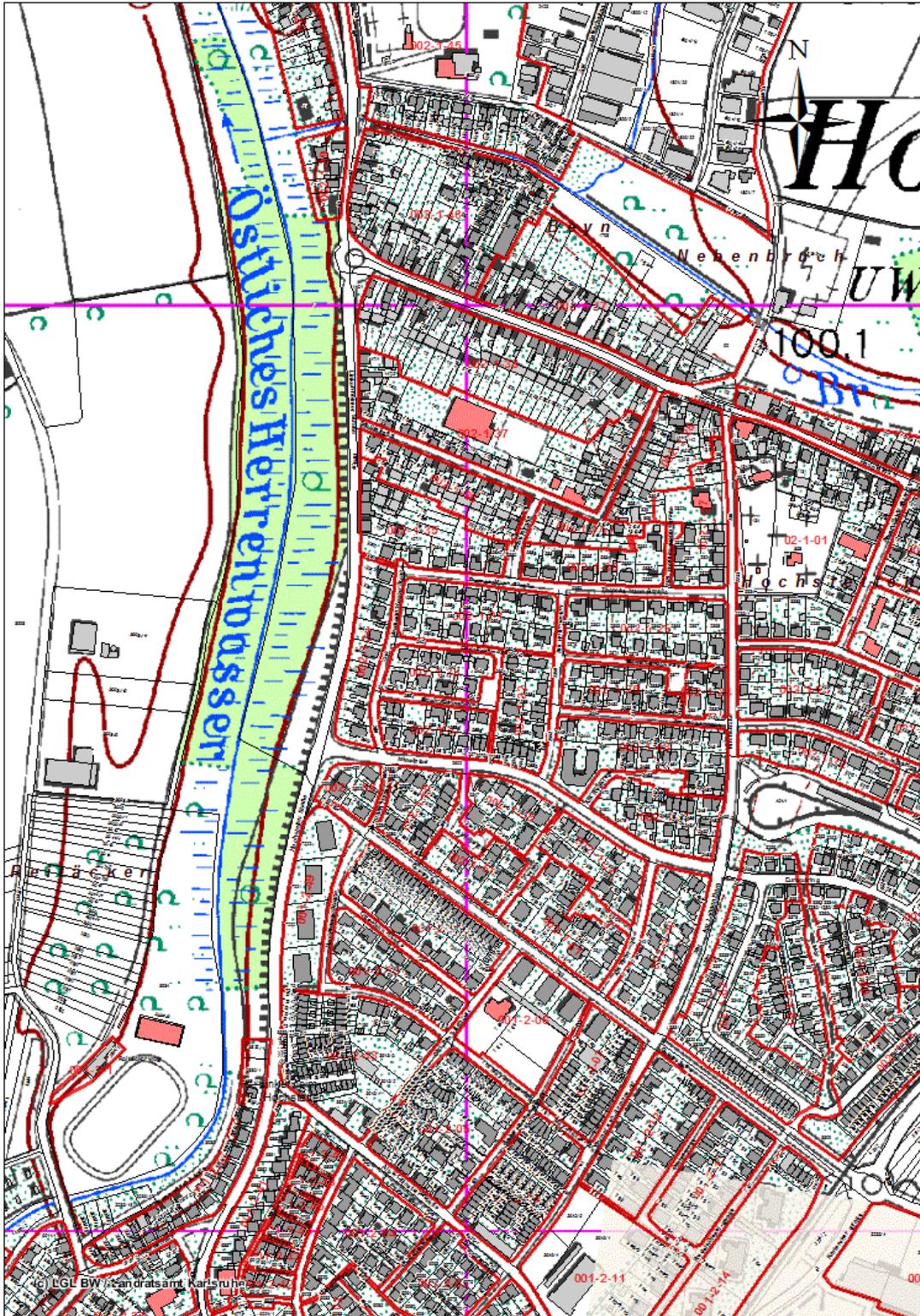
**Abbildung 9. Beispiel für eine GIS-Karte: Baublöcke**

(hier: Pilotgemeinde Linkenheim-Hochstetten - Darstellung der Baublöcke gesamte Gemeinde)



**Abbildung 10: Beispiel für eine GIS-Karte: Baublöcke (Ausschnitt)**

(hier: Pilotgemeinde Linkenheim-Hochstetten - Darstellung der Baublöcke für einen Ausschnitt)



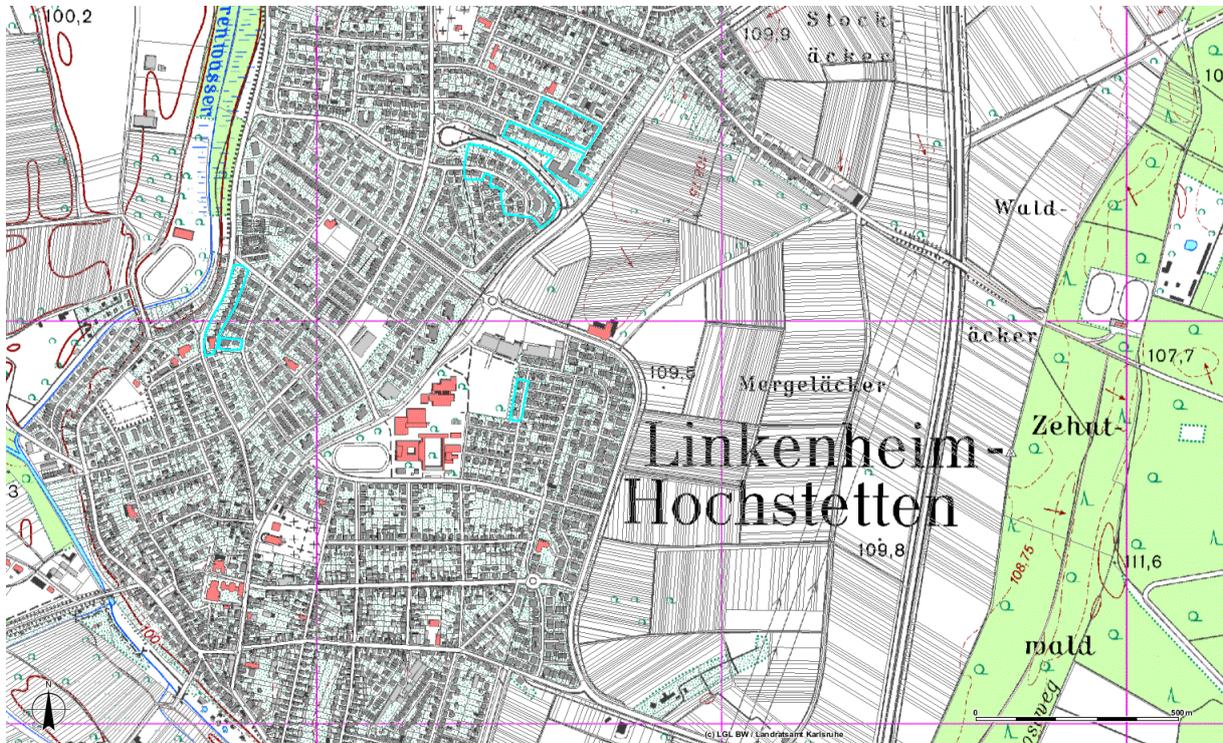
**Tabelle 4: Beispiel für die Auswertung nach Baublöcken**

(hier: Anzahl und Anteil an ausländischen Personen 75 Jahre und älter in der Pilotgemeinde Linkenheim-Hochstetten)

Baublock	Anzahl AL75+	Alle Einwohner	Anteil Ausländer 75+ an allen Einwohnern	Anzahl 75+	Anteil AL75+ an allen 75+	Anteil 75+ an Gesamteinwohnern
1130	2	19	10,5%	5	40%	26%
2132	2	38	5,3%	2	100%	5%
1234	1	21	4,8%	2	50%	10%
1232	6	159	3,8%	20	30%	13%
2120	4	107	3,7%	72	6%	67%
1202	1	28	3,6%	6	17%	21%
2155	2	58	3,4%	2	100%	3%
2118	2	59	3,4%	7	29%	12%
1248	4	138	2,9%	9	44%	7%
1203	2	71	2,8%	7	29%	10%
1209	2	72	2,8%	7	29%	10%
1219	2	102	2,0%	16	13%	16%
2137	1	54	1,9%	6	17%	11%
1235	1	56	1,8%	15	7%	27%
1128	2	117	1,7%	19	11%	16%
1159	3	185	1,6%	4	75%	2%
1143	1	63	1,6%	6	17%	10%
1228	1	66	1,5%	22	5%	33%
1214	5	337	1,5%	36	14%	11%
2151	1	72	1,4%	6	17%	8%
1225	1	79	1,3%	5	20%	6%
1155	2	163	1,2%	7	29%	4%
2117	1	90	1,1%	7	14%	8%
2110	1	94	1,1%	9	11%	10%
1201	1	113	0,9%	13	8%	12%
1227	1	127	0,8%	22	5%	17%
1222	1	143	0,7%	11	9%	8%
1156	1	143	0,7%	4	25%	3%
1215	1	192	0,5%	19	5%	10%
2146	1	222	0,5%	4	25%	2%
Summe	32	982	3,3%	176	18%	18%

**Abbildung 11: Beispiel für eine GIS-Karte: höchste Anteile eines Indikators nach Bau-**  
**blöcken**

(hier: höchste Anteile Personen über 85 Jahren in der Pilotgemeinde Linkenheim-  
Hochstetten, blau markiert)



**Tabelle 5: Auswertung Soziodemografie für die Gesamtgemeinde**

	alle		männlich			weiblich		
	Anzahl	prozentual	Anzahl	prozGeschl	prozPeergroup	Anzahl	prozGeschl	prozPeergroup
Häuser								
Bewohner	12125		6071	50,1%		6054	49,9%	
davon deutsch	10832	89,3%	5356	49,4%	88,2%	5476	50,6%	90,5%
ausländisch	1293	10,7%	715	55,3%	11,8%	578	44,7%	9,5%
Durchschnittsalter	43,54							
Median	45							
00-54	8073	66,6%	4173	51,7%	68,7%	3900	48,3%	64,4%
55-59	901	7,4%	473	52,5%	7,8%	428	47,5%	7,1%
60-64	770	6,4%	358	46,5%	5,9%	412	53,5%	6,8%
65-69	591	4,9%	293	49,6%	4,8%	298	50,4%	4,9%
70-74	567	4,7%	280	49,4%	4,6%	287	50,6%	4,7%
75-79	601	5,0%	251	41,8%	4,1%	350	58,2%	5,8%
80-84	350	2,9%	165	47,1%	2,7%	185	52,9%	3,1%
85 u. älter	272	2,2%	78	28,7%	1,3%	194	71,3%	3,2%
		0,0%						
unter 18	1994	16,4%	1031	51,7%	17,0%	963	48,3%	15,9%
verheiratet	6108	50,4%	3098	50,7%	51,0%	3010	49,3%	49,7%
ledig	4469	36,9%	2494	55,8%	41,1%	1975	44,2%	32,6%
geschieden	810	6,7%	353	43,6%	5,8%	457	56,4%	7,5%
verwitwet	726	6,0%	120	16,5%	2,0%	606	83,5%	10,0%
getr. Lebenspartnerschaft	1	0,0%	0	0,0%	0,0%	1	100,0%	0,0%
Lebenspartnerschaft	11	0,1%	6	54,5%	0,1%	5	45,5%	0,1%
alleinstehend incl. Kinder	6006	49,5%	2967	49,4%	48,9%	3039	50,6%	50,2%
zweisam	6119	50,5%	3104	50,7%	51,1%	3015	49,3%	49,8%
alleinstehend 55-59	197	21,9%	111	56,3%	23,5%	86	43,7%	20,1%
alleinstehend 60-64	196	25,5%	75	38,3%	20,9%	121	61,7%	29,4%
alleinstehend 65-69	126	21,3%	43	34,1%	14,7%	83	65,9%	27,9%
alleinstehend 70-74	145	25,6%	45	31,0%	16,1%	100	69,0%	34,8%
alleinstehend 75-79	234	38,9%	53	22,6%	21,1%	181	77,4%	51,7%
alleinstehend 80-84	135	38,6%	30	22,2%	18,2%	105	77,8%	56,8%
alleinstehend ab 85	195	71,7%	29	14,9%	37,2%	166	85,1%	85,6%
Mittelwert	175,4	34,8%						
Wohndauer alle								
> 14 Jahre	6424	53,0%						
10-14 Jahre	1223	10,1%						
8-9 Jahre	592	4,9%						
5-7 Jahre	1128	9,3%						
1-4 Jahre	1932	15,9%						
unter 1 Jahr	826	6,8%						
Wohndauer über 80-Jährige								
> 14 Jahre	539	86,7%						
10-14 Jahre	12	1,9%						
8-9 Jahre	5	0,8%						
5-7 Jahre	19	3,1%						
1-4 Jahre	29	4,7%						
unter 1 Jahr	18	2,9%						
Wohndauer über 75-Jährige								
> 14 Jahre	1067	87,2%						
10-14 Jahre	32	2,6%						
8-9 Jahre	10	0,8%						
5-7 Jahre	37	3,0%						
1-4 Jahre	48	3,9%						
unter 1 Jahr	29	2,4%						

**Tabelle 6: Beispiel für die Auswertung Soziodemografie eines Wohnviertels**

Blumenviertel (Gemeindeteil 1,1 Baublock 26-35)

	alle		männlich			weiblich		
	Anzahl	prozentual	Anzahl	prozGeschl	prozPeergroup	Anzahl	prozGeschl	prozPeergroup
Häuser	226							
Bewohner	675		330	48,9%		345	51,1%	
davon deutsch	629	93,2%	311	49,4%	94,2%	318	50,6%	92,2%
ausländisch	46	6,8%	19	41,3%	5,8%	27	58,7%	7,8%
Durchschnittsalter	46,06							
Median	48							
00-54	396	58,7%	193	48,7%	58,5%	203	51,3%	58,8%
55-59	53	7,9%	28	52,8%	8,5%	25	47,2%	7,2%
60-64	53	7,9%	20	37,7%	6,1%	33	62,3%	9,6%
65-69	49	7,3%	25	51,0%	7,6%	24	49,0%	7,0%
70-74	55	8,1%	29	52,7%	8,8%	26	47,3%	7,5%
75-79	44	6,5%	20	45,5%	6,1%	24	54,5%	7,0%
80-84	21	3,1%	14	66,7%	4,2%	7	33,3%	2,0%
85 u. älter	4	0,6%	1	25,0%	0,3%	3	75,0%	0,9%
unter 18	110	16,3%	58	52,7%	17,6%	52	47,3%	15,1%
verheiratet	391	57,9%	194	49,6%	58,8%	197	50,4%	57,1%
ledig	211	31,3%	111	52,6%	33,6%	100	47,4%	29,0%
geschieden	39	5,8%	19	48,7%	5,8%	20	51,3%	5,8%
verwitwet	31	4,6%	6	19,4%	1,8%	25	80,6%	7,2%
getr. Lebenspartnerschaft	1	0,1%	0	0,0%	0,0%	1	100,0%	0,3%
Lebenspartnerschaft	2	0,3%	0	0,0%	0,0%	2	100,0%	0,6%
alleinstehend incl. Kinder	282	41,8%	136	48,2%	41,2%	146	51,8%	42,3%
zweisam	393	58,2%	194	49,4%	58,8%	199	50,6%	57,7%
alleinstehend 55-59	6	11,3%	4	66,7%	14,3%	2	33,3%	8,0%
alleinstehend 60-64	12	22,6%	4	33,3%	20,0%	8	66,7%	24,2%
alleinstehend 65-69	7	14,3%	2	28,6%	8,0%	5	71,4%	20,8%
alleinstehend 70-74	8	14,5%	2	25,0%	6,9%	6	75,0%	23,1%
alleinstehend 75-79	11	25,0%	5	45,5%	25,0%	6	54,5%	25,0%
alleinstehend 80-84	5	23,8%	2	40,0%	14,3%	3	60,0%	42,9%
alleinstehend ab 85	3	75,0%	0	0,0%	0,0%	3	100,0%	100,0%
Mittelwert		26,7%						
Wohndauer alle								
> 14 Jahre	366	54,2%						
10-14 Jahre	81	12,0%						
8-9 Jahre	33	4,9%						
5-7 Jahre	78	11,6%						
1-4 Jahre	83	12,3%						
unter 1 Jahr	34	5,0%						
Wohndauer über 80-Jährige								
> 14 Jahre	23	92,0%						
10-14 Jahre	2	8,0%						
8-9 Jahre	0	0,0%						
5-7 Jahre	0	0,0%						
1-4 Jahre	0	0,0%						
unter 1 Jahr	0	0,0%						
Wohndauer über 75-Jährige								
> 14 Jahre	65	94,2%						
10-14 Jahre	3	4,3%						
8-9 Jahre	0	0,0%						
5-7 Jahre	0	0,0%						
1-4 Jahre	1	1,4%						
unter 1 Jahr	0	0,0%						