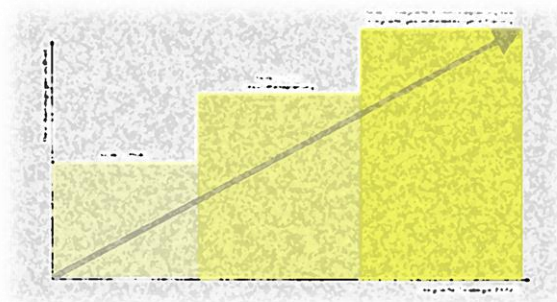


Gesundheitsplanung in Baden-Württemberg

Definition und Checkliste



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION

Gesundheitsplanung in Baden-Württemberg

Definition und Checkliste

Impressum

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.) · Nordbahnhofstr. 135 · 70191 Stuttgart
Tel. 0711/904-35000 · Fax 0711/904-35010 · abteilung9@rps.bwl.de · www.gesundheitsamt-bw.de

Ansprechpartnerin:

Dr. Maren Reyer · Tel. 0711/904-39410 · maren.reyer@sm.bwl.de

Dezember 2021

Autor:innen:

Prof. Dr. Michael Böhme

Vera Mühlbauer

Dr. Maren Reyer

Dr. Torben Sammet



Kooperation

Erstellt unter Beteiligung der Fachgruppe GF im ÖGD BW, der KGK-Sprecher:innen und Mitgliedern des AK Qualitätssicherung in der GBE.

Haftungsausschluss

Die Informationen in dieser Broschüre wurden nach bestem Wissen und Gewissen sorgfältig zusammengestellt und geprüft. Es wird jedoch keine Gewähr – weder ausdrücklich noch stillschweigend – für die Vollständigkeit, Richtigkeit, Aktualität oder Qualität und jederzeitige Verfügbarkeit der bereit gestellten Informationen Dritter bzw. Inhalte auf verlinkten Internetseiten Dritter übernommen. In keinem Fall wird für Schäden, die sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben, eine Haftung übernommen. Mit den Links zu Internetseiten Dritter wird lediglich der Zugang zur Nutzung von Inhalten vermittelt. Für illegale, fehlerhafte oder unvollständige Inhalte und für Schäden, die aus der Nutzung entstehen, haftet allein der Anbieter der Internetseite, auf welche verwiesen wurde.

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	5
2. Definition der Gesundheitsplanung.....	7
3. Verständnis von Gesundheit.....	9
4. Checkliste Gesundheitsplanung auf Stadt-/Kreisebene.....	10
4.1 Methodische Grundvoraussetzungen – Arbeiten im Public Health Action Cycle.....	11
4.1.1 Identifizieren, analysieren und festlegen von Themen.....	11
4.1.2 Ableiten von Zielen	13
4.1.3 Ableiten von Maßnahmen und Handlungsempfehlungen	13
4.1.4 Umsetzen von Maßnahmen	14
4.1.5 Evaluieren der erzielten Wirkung und strategisches Anpassen/Re- Assessment	14
4.2 Strukturelle Voraussetzungen	15
4.2.1 Arbeiten in vernetzten Strukturen	15
4.2.2 Organisation des Arbeitsbereichs	16
4.2.3 Ressourcen.....	17
4.3 Wesentliche Rahmenbedingungen	17
4.3.1 Beteiligung durch Entscheidungsträger:innen	17
4.3.2 Strategische Ausrichtung	17
Literatur	18
Anhang: Zusammenfassung der Bedarfsanalyse zur Planung von Inhalten von Qualifizierungsangeboten für die Gesundheitsplanung	19

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AK	Arbeitskreis
AG	Arbeitsgruppe
BW	Baden-Württemberg
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
ESU	Einschulungsuntersuchung
etc.	et cetera
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GF	Gesundheitsförderung
GP	Gesundheitsplanung
KGK	Kommunale Gesundheitskonferenz
LGA	Landesgesundheitsamt
LGG	Landesgesundheitsgesetz
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖGDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
PHAC	Public Health Action Cycle
s.	siehe
QE	Qualitätsentwicklung
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

Beteiligte Mitglieder der Fachgruppe GF im ÖGD, der KGK-Sprecher:innen und des AK Qualitätssicherung in der GBE (in alphabetischer Reihenfolge)

Andrea Blaser

Fachbereich Gesundheitsförderung, Landratsamt Ortenaukreis

Dr. Monika Grillenberger

Gesundheitsförderung und Gesundheitsplanung, Landkreis Karlsruhe

Kathrin Heinrich

Referatsleiterin Jugendhilfe und Gesundheitsplanung, Stadt Mannheim

Maike von Hirschhausen

Gesundheitsplanung, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung, Kommunale Gesundheitskonferenz, Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald

Dr. Karin Juchems-Hochban

Mitarbeiterin Sachgebiet Gesundheitsplanung, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung und Prävention, Landkreis Konstanz

Holger Kairies

Gesundheitsplaner, Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt, Stadt Mannheim

Heinz-Peter Ohm

Abteilungsleiter Abteilung Gesundheitsförderung und Planung, Stadt Stuttgart

Martin Siegel-Ostmann

Sachgebietsleiter Gesundheitsförderung und Gesundheitsplanung, Landkreis Karlsruhe

1. Einführung

Im Europäischen Gesundheitsbericht von 2012 unterstreicht die WHO, dass Wohlbefinden und Gesundheit mehrdimensionale und interaktive Konzepte sind, die gemeinsame Determinanten besitzen. Das gute Leben könne nicht von nur einem Sektor gesichert werden, sondern erfordere ein mehrdimensionales Konzept mit multiplen Determinanten. Der gesamte Staat und die gesamte Gesellschaft müssen daran beteiligt werden (WHO, 2012)¹. Gesundheitsplanung (GP) steuert und gestaltet diesen Prozess.

Von 2014 bis 2016 machten sechs Gesundheitsämter im Pilotvorhaben „Erarbeitung eines Fachplanes Gesundheit auf Ebene der Land- und Stadtkreise im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) unter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger“ die ersten Schritte in der Gesundheitsplanung. Bereits zuvor hatten vereinzelte Stadt- und Landkreise mit der Etablierung einer Gesundheitsplanung begonnen. Im Pilotvorhaben wurden erste Erfahrungen zusammengetragen und eine „Handlungsempfehlung für den Aufbau einer Gesundheitsplanung im Öffentlichen Gesundheitsdienst“² veröffentlicht. Noch während des Prozesses wurde 2015 die Gesundheitsplanung als Kernaufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) Baden-Württembergs³ gesetzlich verankert. 2019 wollte das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA BW) wissen, welchen Qualifizierungsbedarf die Fachkräfte der Gesundheitsplanung haben, um die Angebote entsprechend weiterzuentwickeln⁴. Daraus entstand ein Curriculum, welches 2021 und 2022 erstmals angeboten und evaluiert wird (s. Anhang).

Ein weiteres Ergebnis dieser Befragung war, dass Gesundheitsplanung landesweit sehr heterogen verstanden und infolgedessen auch sehr unterschiedlich dazu gearbeitet wird. Daraus hat das LGA den Arbeitsauftrag abgeleitet, zunächst den Begriff Gesundheitsplanung zu schärfen und anschließend das Gerüst für ein einheitliches methodisches Grundverständnis von Gesundheitsplanung (s. Definition der Gesundheitsplanung) zu entwickeln und in allen Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg zu etablieren. Denn mit einer sinnvoll durchgeführten und umgesetzten Gesundheitsplanung können vor Ort Themen aufgegriffen und geprägt werden. Dabei wird das LGA die Ämter in den kommenden Jahren unterstützen.

Ein erster Schritt auf dem Weg dorthin war, den Begriff Gesundheitsplanung zu schärfen. Dazu hat das LGA einen Vorschlag entworfen und mit Vertreter:innen aus dem ÖGD in einem Workshop am 16.11.2021 abgestimmt. Um den aktuellen Stand der Gesundheitsplanung im eigenen Kreis reflektieren zu können, wurden in diesem Prozess außerdem Checklisten erarbeitet. Beides findet sich in dieser Broschüre.

Ausblick: Im nächsten Schritt wird es darum gehen, die Definition zu operationalisieren und gemeinsam mit dem ÖGD für die praktische Arbeit in der Gesundheitsplanung zu übersetzen. Dies geschieht gemeinsam mit drei Pilotkreisen in einer Werkstatt Gesundheitsplanung, die

¹ WHO (2012). Der Europäische Gesundheitsbericht 2012: Ein Wegweiser zu mehr Wohlbefinden. Zugriff am 28.04.2021 unter https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/250399/EHR2012-Ger.pdf

² Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2017). Handlungsempfehlungen für den Aufbau einer Gesundheitsplanung im Öffentlichen Gesundheitsdienst: Ergebnisse eines Pilotvorhabens in Baden-Württemberg. Verfügbar unter: https://www.gesundheitsamt-bw.de/fileadmin/LGA/DocumentLibraries/SiteCollectionDocuments/03_Fachinformationen/FachpublikationenInfo_Materialien/Handlungsempfehlungen_Gesundheitsplanung_2017.pdf

³ ÖGDG §6 - Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst. Zugriff am 23.11.2021 unter <https://www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&query=GesDG+BW&psml=bsbawueprod.psml&max=true&aiz=true#jlr-GesDGBW2016pP6>

⁴ Der Bericht „Bedarfsanalyse zur Planung von Inhalten von Qualifizierungsangeboten für die Gesundheitsplanung“ steht in der BITBW-Cloud zum Download zur Verfügung unter: <https://cloud.landbw.de/index.php/s/XWGHmJ8xWSDN3xa>

Gesundheitsplanung Baden-Württemberg

im Dezember 2021 startet. Der ÖGD wird die Möglichkeit bekommen, diese Werkstatt im Sinne einer „gläsernen Werkstatt“ so oft als möglich zu beobachten, zu begleiten und zu befruchten. Das in der Werkstatt erarbeitete Gerüst (einheitliches methodisches Grundverständnis) wird im Nachgang sukzessiv vom LGA in die Kreise transportiert. Das LGA plant auch zukünftig die Zuständigen der Gesundheitsplanung noch stärker bei der Etablierung bzw. Weiterentwicklung zu unterstützen.

2. Definition der Gesundheitsplanung

Gesundheitsplanung ist ein **strategischer Gestaltungs- und Steuerungsprozess**, den der ÖGD lenkt bzw. umsetzt. Damit ist Gesundheitsplanung Teil einer integrierten Gesamtplanung⁵ (siehe auch Abb. 1: Stufen der gesundheitsbezogenen Planung). In die Gesundheitsplanung werden alle gesellschaftlichen gesundheitsrelevanten Sektoren⁶ einbezogen. So trägt Gesundheitsplanung dazu bei, **Health in All Policies (HiAP)** zu verwirklichen. Das methodische Vorgehen in der Gesundheitsplanung folgt dem **Public Health Action Cycle (PHAC)**.

Ziel der Gesundheitsplanung ist es, die gesundheitliche Versorgung⁷ der Bevölkerung sicherzustellen, gesundheitliche Chancengleichheit unter allen Bevölkerungsmitgliedern herzustellen und ihnen zu ermöglichen, ein für sie gutes Maß an Lebensqualität zu erreichen. Daher setzt Gesundheitsplanung an den Lebensverhältnissen und den Strukturen an.

Gesundheitsplanung ist...	Beschreibung
bedarfsorientiert	Themen werden vom regionalen Bedarf abgeleitet. Dieser ergibt sich aus einer sorgfältigen Bestands- und Bedarfsabschätzung (Daten, Experten- und Laienwissen).
datenbasiert	Die Bedarfsabschätzung erfolgt datenbasiert (Gesundheitsberichterstattung [GBE]). Daten können entweder aus Routineuntersuchungen der Gesundheitsämter vorliegen (z. B. Einschulungsuntersuchung [ESU]), zusätzlich erhoben werden (z. B. quantitative oder qualitative Zielgruppen- oder Expert:innenbefragung) oder von Dritten stammen (z. B. Statistisches Landesamt, Krankenkassen).
strategisch	Aus den Bedarfen werden Handlungsbedarfe sowie Ziele und Maßnahmen abgeleitet und verfolgt. Damit ist GP als übergeordnete strategische Aufgabe auch Führungsaufgabe.
partizipativ	Bei allen Phasen des PHAC werden Zielgruppen und Akteur:innen einbezogen.
evidenzbasiert	Maßnahmen sollen soweit möglich aufgrund bestehender Evidenz und Wirksamkeit ausgewählt und umgesetzt werden.
integriert und sektorenübergreifend	Als ressortübergreifende Querschnittsaufgabe arbeitet GP sektoren-, dezernats- und planungsbereichsübergreifend. Die Arbeit in Netzwerken ist dabei obligatorisch.
interdisziplinär	In den Gesundheitsplanungsprozess sollen Expert:innen aus allen für das Thema relevanten Fachrichtungen einbezogen werden (z. B. in der KGK).
systematisch	Der Prozess ist entlang dem PHAC strukturiert.
langfristig und nachhaltig	Der Prozess ist dauerhaft angelegt. Er benötigt daher eine definierte, nachhaltig verankerte Struktur.
lebensweltbezogen	GP berücksichtigt spezifische Bedarfe mit räumlichem Bezug, um Maßnahmen zielgerichtet umsetzen zu können.
dynamisch	GP ist ein Prozess, der sich fortlaufend weiterentwickelt und anpasst.
ressourcenorientiert	GP fokussiert die vorhandenen Ressourcen der Bevölkerung. Dabei gilt der Grundsatz: Gesundheitsförderung und Prävention vor Kuration.

⁵ Hinweis: Durch den ÖGD können verschiedene Themen aufgegriffen und vielfältige Zugänge zu anderen Ämtern und Planungsbereichen geschaffen werden. Gleichzeitig ist der ÖGD aber auch auf die Mitarbeit anderer Planungsbereiche angewiesen, die eigene Rahmenbedingungen, gesetzliche Regelungen und Zuständigkeiten haben.

⁶ Der Begriff „Sektoren“ umfasst sowohl Planungsbereiche als auch Akteur:innen. Er wird in dem Kontext sehr weitfassend verstanden.

⁷ Gesundheitliche Versorgung wird hier sehr breit verstanden und umfasst medizinische (stationäre und ambulante) Versorgung, Rehabilitation und Pflege sowie die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention.

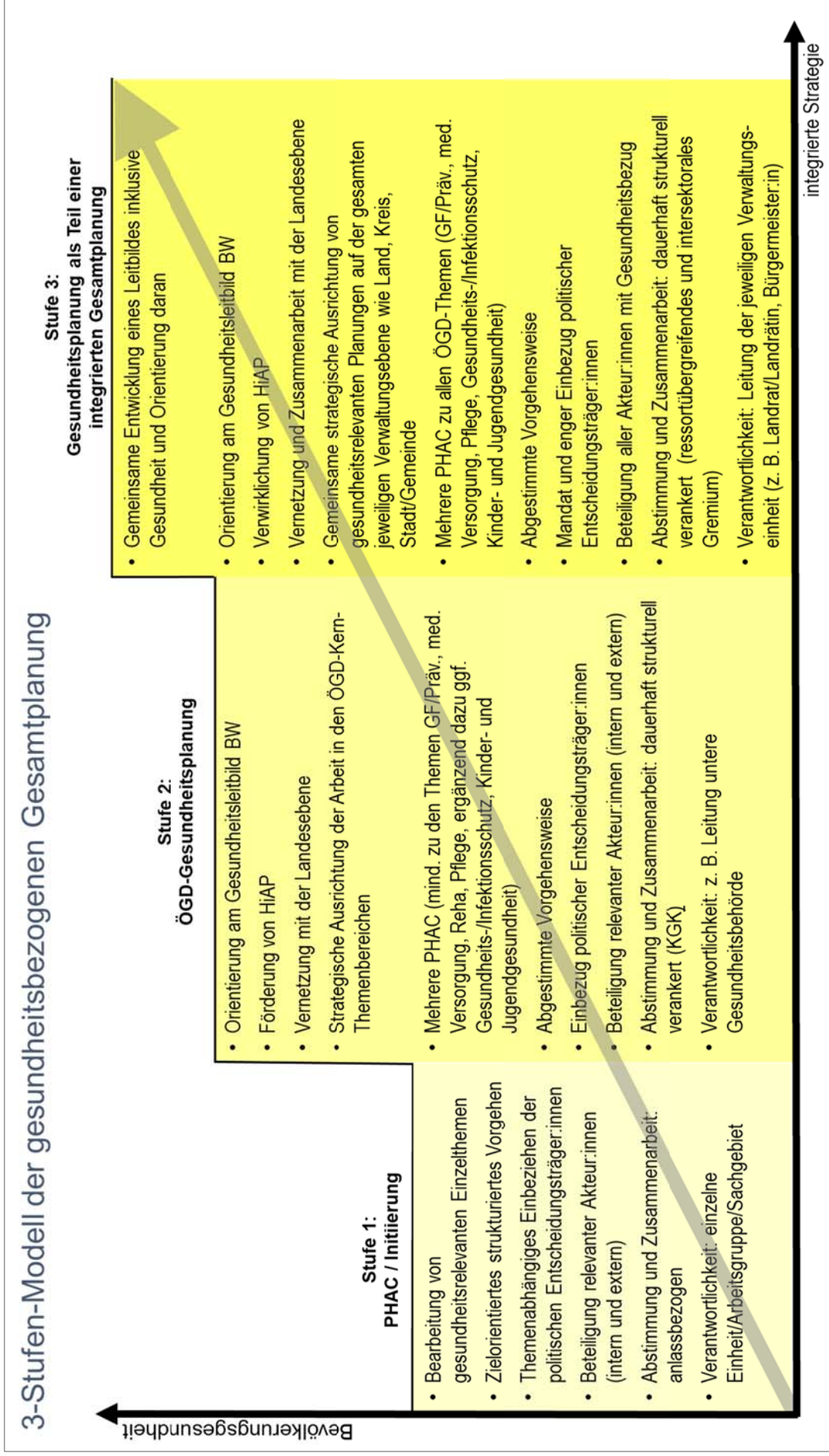


Abbildung 1: Stufen der gesundheitsbezogenen Planung (In den Stufen 2 und 3 sind im unteren Teil der Abbildung die Themen der Vorstufe aufgegriffen und weiterentwickelt dargestellt. Darüber sind ergänzende Punkte aufgeführt.)

3. Verständnis von Gesundheit

Für die interdisziplinäre Arbeit ist ein einheitliches Verständnis von Gesundheit sinnvoll, weswegen das hier vorliegende Verständnis im Folgenden kurz skizziert wird:

Gesundheit wird heute **keineswegs einheitlich** definiert. Gesundheit ist **mehrdimensional** und wird wesentlich durch

- physische
- psychische
- soziale und
- ökologische

Aspekte bestimmt.

Lange dominierte ein pathogenetischer Blick das Verständnis von Gesundheit, der das Entstehen von Krankheiten und Gebrechen fokussierte. Mitte der 1970er Jahre prägte der Soziologe Aaron Antonovsky den Begriff der Salutogenese. Mit dem salutogenetischen Ansatz erfolgte eine Perspektivenerweiterung. In den Vordergrund rückte die Gesundheit und die Frage: „Was hält den Menschen gesund?“⁸. Das Gesundheitsverständnis wurde, insbesondere auch seit der Ottawa-Charta der WHO (1986), um sozial-ökologische Elemente erweitert.

Nach Hurrelmann & Richter (2013)⁹ bezeichnet Gesundheit einen **dynamischen Zustand des Wohlbefindens** einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich physisch, psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten, eigenen Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist damit das dynamische Stadium des **Gleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren**, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (physischen und psychischen) als auch äußeren sozialen und materiellen Anforderungen gelingt (Vermittlung von Wohlbefinden und Lebensqualität).

⁸ Faltermaier, T. (2020). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „Leitbegriffe der Gesundheitsförderung“. Zugriff am 22.11.2021 unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/salutogenese/>

⁹ Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). Gesundheits- und Medizinsoziologie, Weinheim: Beltz-Verlag. WHO (2012). Der Europäische Gesundheitsbericht 2012: Ein Wegweiser zu mehr Wohlbefinden. Zugriff am 28.04.2021 unter https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/250399/EHR2012-Ger.pdf

4. Checkliste Gesundheitsplanung auf Stadt-/Kreisebene

Die folgende Checkliste dient als Arbeitshilfe und soll die Fachkräfte in der Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung, Prävention und den Geschäftsstellenleitenden der Kommunalen Gesundheitskonferenzen bei der Gesundheitsplanung unterstützen.

1. Mit der Checkliste kann der Status quo der Gesundheitsplanung vor Ort eingeschätzt werden.
2. Die Checkliste soll zur kritischen Reflexion genutzt werden und Stellschrauben identifizieren, um die Gesundheitsplanung zu einer integrierten gesundheitsbezogenen kommunalen Gesamtplanung weiterzuentwickeln.
3. Die Checkliste dient dazu, Gesundheitsplanung zu strukturieren und Anregungen für weitere notwendige Schritte zu bekommen.

Auf dieser Grundlage können vor Ort Handlungsmöglichkeiten abgeleitet und weitere Maßnahmen ausgearbeitet werden.

Diese Checkliste geht davon aus, dass Gesundheitsplanung nicht von einer einzigen Fachkraft, sondern von einem Team bearbeitet wird. Das können z. B. die Fachkräfte aus der Gesundheitsberichterstattung, der Gesundheitsförderung, der Prävention oder der KGK-Geschäftsstelle sein.

Mit der Checkliste wird ein „Idealzustand der Gesundheitsplanung“ abgefragt. Um diesen zu erreichen, ist eine kontinuierliche Weiterentwicklung in verschiedenen Bereichen nötig. Deshalb ist es bei vielen Fragen so, dass je häufiger „JA“ angekreuzt werden kann, desto vorangeschrittener befindet man sich im (sich fortlaufend entwickelnden) Prozess Gesundheitsplanung.

Diese Checkliste ist ein erster Entwurf und kann nur im Dialog und dem stetigen Austausch Aller, die in der Gesundheitsplanung arbeiten, verbessert, weiterentwickelt und angepasst werden. Konstruktive Hinweise, Ergänzungen und Anregungen richten Sie bitte an das [Postfach Gesundheitsplanung](#).

4.1 Methodische Grundvoraussetzungen – Arbeiten im Public Health Action Cycle

4.1.1 Identifizieren, analysieren und festlegen von Themen¹⁰

1. In unserem Kreis kommen die Impulse für Gesundheitsplanung (Themenvorschläge) aus...		
• ...dem Gesundheitsamt (z. B. durch Basisbericht oder einen bereits laufenden PHAC-Zyklus)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...der Kommunalen Gesundheitskonferenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...anderen Ämtern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...der Politik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...der Bevölkerung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...anderen Bereichen (Lokalberichte, Gremien,...)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Bei der Entscheidung, ob ein Impuls aufgegriffen wird, beziehen wir folgende Akteur:innen mit ein:		
• Kolleg:innen aus anderen Ämtern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Expert:innen außerhalb der Verwaltung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• relevante Gremien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Bürger:innen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Thematisch greifen wir Impulse aus folgenden Handlungsfeldern auf:		
• Gesundheitsförderung/Prävention	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Medizinische Versorgung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Pflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Infektions-/Gesundheitsschutz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Kinder-/Jugendgesundheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Umwelt und Gesundheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• weitere Themenfelder	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Wenn Themen politisch vorgegeben werden, analysieren wir zunächst die Daten- und Faktenlage dazu ¹¹ .	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Für die Analyse eines Themas...		
• ...nutzen wir Daten und Fakten aus unserem eigenen Fachbereich/Amt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...nutzen wir Daten und Fakten aus anderen Fachbereichen/Ämtern aus dem Kreis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...nutzen wir Daten und Fakten von Landesämtern (z. B. Statistisches Landesamt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...nutzen wir Zahlen, Daten und Fakten von Dritten (z. B. Krankenkassen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...erheben wir, wenn nötig, selbst Daten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...lassen wir, wenn nötig, Daten durch Dritte (Marktforschungsinstitut oder Hochschulen) erheben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...ziehen wir Expert:innen hinzu (Fachdialog)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...beteiligen wir Bürger:innen (Bürgerdialog)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

¹⁰ Hinweis: Impulse sollten immer aus fachlicher Sicht relevant und daher auch fachlich motiviert sein. Außerdem gilt es stets die Daten- und Faktenlage dazu zu analysieren um die wirklich relevanten Themen zu identifizieren und zu bearbeiten.

¹¹ Hinweis: aus der Praxis ist bekannt, dass Themen relativ häufig politisch vorgegeben werden. Bei einem „Idealzustand der Gesundheitsplanung“ würde die Frage danach, wie häufig das der Fall ist, mit „nie“ beantwortet werden, weil die systematische und umfassende Analyse der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung im Kreis die drängendsten Themen offenlegen würde.

Gesundheitsplanung Baden-Württemberg

6. Wir ermitteln die Bedürfnisse der Zielgruppe zu einem Thema.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7. Wir ermitteln die Bedarfe zu einem Thema.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8. Wir ermitteln den Bestand zu einem Thema.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9. Wenn wir ein Thema durch die Gesundheitsberichterstattung als relevant identifizieren...	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> • ...stimmen wir mit einem fachbereichsinternen Gremium ab, ob es bearbeitet wird. 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> • ...stimmen wir mit einem fachbereichsübergreifenden verwaltungsinternen Gremium ab, ob es bearbeitet wird. 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> • ...stimmen wir mit einem Gremium aus fachbereichsinternen und externen Akteur:innen ab, ob es bearbeitet wird. 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> • ...holen wir uns dafür ein politisches Mandat. 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10. Unsere Gesundheitsberichterstattung lässt sich auf der Stufenleiter der Integration nach Süß, Schäfer & Trojan* auf einer der folgenden acht Stufen verorten ¹² :		
<ul style="list-style-type: none"> • Stufe 1: Bericht aus einem Bereich ohne Verweise auf andere Sektoren (z. B. Sozialbericht) 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> • Stufe 2: Bereichsspezifischer Bericht mit gegenseitigem Verweisen auf Berichte in andere Sektoren (z. B. Umweltbericht verweist auf Gesundheitsberichterstattung und umgekehrt) 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> • Stufe 3: Bereichsspezifischer Basis-Bericht mit Indikatoren aus mindestens einem anderen Bereich (Gesundheitsbericht mit Sozialdaten) 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> • Stufe 4: Bereichsspezifischer Basis-Bericht mit einem Kapitel aus einem anderen Bereich (z. B. Gesundheitsbericht mit Umweltkapitel) 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> • Stufe 5: Bereichsspezifischer Basis-Bericht mit Kapiteln aus zwei oder mehreren Bereichen (z. B. Sozialbericht mit Umwelt- und Gesundheitskapitel) 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> • Stufe 6 : Basis-Bericht aus einem Bereich mit Datenverknüpfung zu anderen Bereichen auf individueller oder sozialräumlicher Ebene (z. B. Verknüpfung von sozialer Lage und Gesundheit) 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> • Stufe 7: Verknüpfung der Daten und Beteiligung der Akteur:innen Gesundheit (G)+Soziales (S); G+Umwelt (U); U+S; G+S+U (z. B. im Rahmen von integrierten Programmen wie Soziale Stadt¹³) 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> • Stufe 8: Verknüpfung der Daten aller drei Bereiche G+S+U; Beteiligung aller Akteur:innen; kleinräumige Analysen; nachhaltigkeitsorientierte Indikatoren; Vorschläge für Maßnahmen und Ziele aus und in mehreren Bereichen 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

¹² Hinweis: *Trojan, A. (2020). Integrierte Gesundheitsberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene: Initiativen und Ansätze der letzten 20 Jahre. Bundesgesundheitsbl 2020 · 63:1084–1093. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03196-7>.

Stufe 8 stellt den Idealfall dar.

¹³ Weitere Informationen zu dem Programm „Sozialen Stadt“ sind zu finden auf der Seite des Bundesministeriums des Inneren, für Bau und Heimat unter: https://www.staedtebauforderung.info/DE/ProgrammeVor2020/SozialeStadt/sozialestadt_node.html sowie der Bundeszentrale für politische Bildung unter: <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/stadt-und-gesellschaft/64443/soziale-stadt>

4.1.2 Ableiten von Zielen

11. Für unser festgelegtes Thema formulieren wir Ziele.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12. Die Ziele, die wir für unser festgelegtes Thema formulieren, leiten wir aus den Ergebnissen der Analyse ab.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13. Es liegt ein Zielekatalog (Leitbild) für den Kreis vor, aus dem wir Ziele für unsere Handlungsfelder ableiten können.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14. Unsere Ziele orientieren sich an den SMART-Kriterien und sind		
• Spezifisch, d. h. die Ziele sind eindeutig definiert.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Messbar, d. h. die Ziele sind erfassbar.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Akzeptiert, d. h. die Ziele sind erstrebenswert.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Realistisch, d. h. die Ziele sind möglich und realisierbar.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Terminiert, d. h. die Ziele sind zeitlich festgelegt.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
15. Die formulierten Ziele...		
• ...stimmen wir mit einem fachbereichsinternen Gremium ab.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...stimmen wir mit einem fachbereichsübergreifenden verwaltungsinternen Gremium ab.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...stimmen wir mit einem Gremium aus fachbereichsinternen und externen Akteur:innen ab.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...werden vom Kreistag oder Gemeinderat (inkl. Ausschüsse) verabschiedet.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
16. Wir definieren gesundheitsrelevante Ziele, die verschiedene Ressorts betreffen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4.1.3 Ableiten von Maßnahmen und Handlungsempfehlungen

17. Die Maßnahmen zu unserem festgelegten Thema...		
• ...wählen wir auf Basis unserer Erfahrungen aus.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...wählen wir auf Basis qualitätsgesicherter Datenbanken aus.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...wählen wir basierend auf bestehender Evidenz aus.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...entwickeln wir selbst.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ... wählen/entwickeln wir gemeinsam mit den Akteuren.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ... wählen/entwickeln wir gemeinsam mit der Zielgruppe.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...wählen wir passend zu den formulierten Zielen aus.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...zielen immer darauf, die Strukturen/Verhältnisse nachhaltig zu verbessern.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
18. Die Maßnahmen werden abgestimmt durch...		
• ...ein fachbereichsinternes Gremium.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...ein fachbereichsübergreifendes verwaltungsinternes Gremium.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...ein Gremium aus fachbereichsinternen und -externen Akteur:innen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...ein politisches Gremium (Kreistag/Gemeinderat inkl. Ausschüsse).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Gesundheitsplanung Baden-Württemberg

19. Handlungsempfehlungen formulieren wir...		
• ...möglichst kreis-/gemeinde-/quartiersspezifisch.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...gemeinsam mit einem fachbereichsinternem Gremium.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...gemeinsam mit einem fachbereichsübergreifenden verwaltungsinternen Gremium.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...gemeinsam mit einem Gremium aus Fachbereichsinternen und -externen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
20. Handlungsempfehlungen werden verabschiedet durch...		
• ...unseren Fachbereich.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...ein fachbereichsinternes Gremium.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...ein fachbereichsübergreifendes verwaltungsinternes Gremium.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...ein Gremium aus fachbereichsinternen und -externen Akteur:innen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...ein politisches Gremium (Kreistag oder Gemeinderat inkl. Ausschüsse).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4.1.4 Umsetzen von Maßnahmen

21. Wir setzen Einzelmaßnahmen um.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
22. Mehrere parallellaufende Maßnahmen sind aufeinander abgestimmt.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
23. Die Maßnahmen werden umgesetzt durch...		
• ...den zuständigen Fachbereich.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...mehrere Fachbereiche des Amtes gemeinsam.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...Dritte. Wir koordinieren die Umsetzung.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
24. Wir überprüfen regelmäßig die Umsetzungsschritte der Maßnahmen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
25. Wir gleichen regelmäßig die Maßnahmen mit der Gesamtzielerreichung ab.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
26. Wir passen ggf. Maßnahmen im Verlauf an, um die Zielsetzung zu erreichen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
27. Wir werden durch ein Gremium der Dezernate/Ämter des Kreises bei der Umsetzung der Einzelmaßnahmen begleitet.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
28. Wir werden durch ein interdisziplinäres Gremium gesundheitsrelevanter Akteur:innen bei der Umsetzung von Maßnahmen begleitet.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4.1.5 Evaluieren der erzielten Wirkung und strategisches Anpassen/Re-Assessment

29. Wir dokumentieren den Prozess zum ausgewählten Thema.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
30. Wir reflektieren den Prozess zum ausgewählten Thema.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
31. Wir passen den Prozess zum ausgewählten Thema basierend auf unserer Reflexion ggf. an.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Gesundheitsplanung Baden-Württemberg

32. Wir sorgen dafür, dass...		
• ...Maßnahmen anhand vorab festgelegter Kriterien evaluiert werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...die Maßnahmen nachhaltig implementiert werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...Strukturen nachhaltig angelegt werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...die Evaluationsergebnisse in einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess einfließen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
•		
33. Die erzielte Wirkung der Maßnahmen berichten wir...		
• ...unserem Fachbereich.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...einem fachbereichsübergreifenden Gremium.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...einem Gremium aus Fachbereichsinternen und -externen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...einem politischen Gremium (Kreistag oder Gemeinderat inkl. Ausschüsse).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
34. Die erzielte Wirkung der Maßnahmen berichten wir...		
• ...unserem Fachbereich.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...einem fachbereichsübergreifenden Gremium.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...einem Gremium aus Fachbereichsinternen und -externen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...einem politischen Gremium (Kreistag oder Gemeinderat inkl. Ausschüsse).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4.2 Strukturelle Voraussetzungen

4.2.1 Arbeiten in vernetzten Strukturen

35. Der Vernetzung zwischen Gesundheitsförderung-Prävention-Gesundheitsberichterstattung-Gesundheitsplanung-Kommunale Gesundheitskonferenz ist bei uns geregelt (z. B. in Form eines gemeinsamen Arbeitsbereichs, einer Kooperationsvereinbarung oder einer koordinierenden Stelle).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
36. Der Austausch mit anderen Akteur:innen...		
• ...ist strukturell verankert (Gremium, AG etc.).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...findet regelmäßig/dauerhaft statt.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...ist ressortübergreifend (z.B. Jugenddezernat, Stadtplanung).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...ist intersektoral (z. B. Krankenkassen, Vereinen usw.).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
37. Die Akteure, mit denen wir uns austauschen...		
• ...entstammen unserem Fachbereich.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...entstammen anderen verwaltungsinternen Fachbereichen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...sind externe Schlüsselpersonen aus dem Gesundheitsbereich.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...sind politische Entscheidungsträger:innen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
38. Wir tauschen uns regelmäßig mit anderen kreisinternen Gremien aus. Wenn ja, in Form von...	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...Runden Tischen, reguläre Sitzungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...E-Mail-/Informationsaustausch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...regelmäßigen Jours Fixes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...Sonstiges	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Gesundheitsplanung Baden-Württemberg

39. Die Gesundheitsplanung ist folgendermaßen strukturell verankert:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...feste Verantwortlichkeit bei der Leitung (z. B. Landrätin/Landrat, Bürgermeister:in)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...ressortübergreifendes und intersektorales Gremium	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...konsequente Einbeziehung der KGK	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...feste Strukturen zur Beteiligung aller Akteur:innen mit Gesundheitsbezug	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• ...Leitbild mit Gesundheit als Baustein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
40. Bürger:innen beteiligen wir auf den Stufen der Partizipationsstufen ¹⁴ nach Wright (2020) folgendermaßen:		
• Vorstufen der Partizipation (Information, Anhörung, Einbeziehung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Mitbestimmung, Entscheidungskompetenz, Entscheidungsmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Selbstorganisation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4.2.2 Organisation des Arbeitsbereichs

41. Bei uns gibt es ein festes Abstimmungsgremium (z. B. Plenum der KGK, Steuerungskreis o. ä.), das zu folgenden ÖGD-Handlungsfeldern arbeitet:		
• Gesundheitsförderung/Prävention	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• medizinische Versorgung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Pflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Infektions- und Gesundheitsschutz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Kinder- und Jugendgesundheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
42. Bei uns gibt es ein festes Abstimmungsgremium (z. B. Plenum der KGK, Steuerungskreis o. ä.), das bei folgenden Prozessschritten beteiligt wird:		
• Analyse der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung über alle Sektoren hinweg.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Ableitung gemeinsamer Ziele und Maßnahmen (Strategieableitung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Umsetzung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Entwicklung von Handlungsempfehlungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Evaluation der erzielten Wirkung und strategische Anpassung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
43. Bei uns im Kreis gibt es eine feste, verwaltungsinterne Vernetzungsstruktur mit regelmäßigen Abstimmungsprozessen zu allen gesundheitsbezogenen Themen (ressortübergreifendes intersektorales Gremium aus verwaltungsinternen und -externen Akteur:innen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
44. Wenn ja, hat das Gremium eine/n feste/n Koordinator:in/Zuständige:n?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

¹⁴ Stufen der Partizipation nach Wright (2020) u.a. zu finden in den Leitbegriffen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/partizipation-mitentscheidung-der-buergerinnen-und-buerger/>

4.2.3 Ressourcen

45. Bei uns im Kreis haben wir eine festgelegte Leitung/Koordinator:in, die/der die Federführung für die Gesundheitsplanung innehat.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
46. Wenn ja, hat diese Person ausreichende Kapazitäten, sich kontinuierlich der Gesundheitsplanung zu widmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
47. Uns stehen im Team ausreichend zeitliche Ressourcen zur Verfügung, um uns dem Thema Gesundheitsplanung anzunehmen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
48. Wir haben bei uns im Kreis fest zugeordnete Stellenanteile für GF-Präv-GBE-GP-KGK.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
49. Es stehen ausreichend finanzielle Ressourcen zur Verfügung, um Gesundheitsplanung im Kreis umzusetzen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
50. Die Mitarbeitenden in der Gesundheitsplanung verfügen über alle notwendigen Kompetenzen für diese Tätigkeit.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4.3 Weitere Rahmenbedingungen

4.3.1 Beteiligung durch Entscheidungsträger:innen

51. Folgende Entscheidungsträger:innen werden von uns bei der Gesundheitsplanung beteiligt:		
• Gesundheitsamts-Leitung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Landrätin/-rat bzw. Bürgermeister:in	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• andere verwaltungsinterne Organisationseinheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Gemeinderat/Kreistag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• weitere politische Mandatsträger:innen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• weitere Entscheidungsträger:innen wie Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung, usw.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4.3.2 Strategische Ausrichtung

52. Unsere Arbeit ist strategisch entlang des Public Health Action Cycle ausgerichtet.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
53. Wir sorgen für eine integrierte gesundheitsbezogene Planung, d. h. für die Analyse, Planung, Umsetzung und Evaluation arbeiten wir mit mehreren Fachbereichen/ Ämtern/ Behörden zusammen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
54. Die Arbeit unseres Gesundheitsamtes ist in folgenden Handlungsfeldern strategisch ausgerichtet:		
• Gesundheitsförderung/Prävention	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Medizinische Versorgung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Pflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Infektions-/Gesundheitsschutz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• sowie Kinder-/Jugendgesundheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
55. Wir haben im Kreis eine integrierte gesundheitsbezogene Kommunalplanung (gemeinsame strategische Ausrichtung von allen gesundheitsrelevanten Planungen auf Kreisebene).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Literatur

Faltermaier, T (2020). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Zugriff am 22.11.2021 unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/salutogenese/>

Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie*. Weinheim: Beltz-Verlag.

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2017). *Handlungsempfehlungen für den Aufbau einer Gesundheitsplanung im Öffentlichen Gesundheitsdienst: Ergebnisse eines Pilotvorhabens in Baden-Württemberg*. Zugriff am 22.11.2021 unter: https://www.gesundheitsamt-bw.de/fileadmin/LGA/ DocumentLibraries/SiteCollectionDocuments/03_Fachinformationen/FachpublikationenInfo_Materialien/Handlungsempfehlungen_Gesundheitsplanung_2017.pdf

ÖGDG §6 - Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst <http://www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&query=GesDG+BW&psml=bsbawueprod.psml&max=true>

Trojan, A. (2020). Integrierte Gesundheitsberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene: Initiativen und Ansätze der letzten 20 Jahre. *Bundesgesundheitsblatt* · 63, 1084–1093. Zugriff am 08.11.2021 unter: <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03196-7>.

WHO (2012). *Der Europäische Gesundheitsbericht 2012: Ein Wegweiser zu mehr Wohlbefinden*. Zugriff am 28.04.2021 unter https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/250399/EHR2012-Ger.pdf

Wright, M. T. (2020). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). *Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger*. Zugriff am 09.12.2021 unter [BZgA-Leitbegriffe: Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger](#)

Anhang:

Zusammenfassung der Bedarfsanalyse zur Planung von Inhalten von Qualifizierungsangeboten für die Gesundheitsplanung

Im Rahmen einer Bedarfsanalyse wurden 2019/2020 Expert:innen für Gesundheitsplanung des ÖGDs Baden-Württembergs für Telefoninterviews angefragt. Es wurden insgesamt 23 Telefoninterviews geführt, welche gemeinsam mit einer schriftlichen Rückmeldung nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet wurden. Es stellte sich heraus, dass die Interviewten ein sehr heterogenes Verständnis von Gesundheitsplanung haben. Außerdem zeigte sich, dass für viele unklar ist, wie die verschiedenen Aufgabengebiete und Zuständigkeiten voneinander abgegrenzt werden können. Das gilt insbesondere für die Rolle der Kommunalen Gesundheitskonferenzen in der Gesundheitsplanung. Insgesamt wurde Gesundheitsplanung aber als Querschnittsaufgabe dargestellt.

Basierend auf der ausführlichen Bedarfsanalyse konnten wichtige Informationen über das Verständnis von und die Qualifizierungsbedarfe zur Gesundheitsplanung erhoben werden.

Die aus dem methodischen Material gewonnenen Informationen zum Verständnis sowie zu Qualifizierungsbedarfen von Gesundheitsplanung weisen zum einen verstärkten Bedarf an einer hinreichenden Definition von Gesundheitsplanung auf. Zum anderen zeigen sie einen Bedarf nach einem umfassenden Schulungskonzept, das sowohl Angebote zum Erwerb von Methoden- als auch Fachwissen beinhaltet. Inhaltlich äußerten die Befragten ein großes Interesse an Grundlagen zur Gesundheitsplanung, Datenerfassung und -aufbereitung, Strategieentwicklung, Bürgerbeteiligung, Kommunikation und Moderation. Indirekt konnte ein Bedarf an Qualifizierungsangeboten zu Netzwerk-, Projekt- und Qualitätsmanagement sowie zur Präsentation der eigenen Arbeit abgeleitet werden. Dazu braucht es kein eigenständiges Qualifizierungsangebot für die Gesundheitsplanung, sondern ein modulares, in sich stimmiges Curriculum, welches die Bedarfe inhaltlich aufgreift. Das Lehr-Lern-Konzept sollte Präsenz- und Onlineveranstaltungen miteinander kombinieren und vorwiegend mit Dozierenden und Referierenden aus Wissenschaft und Praxis arbeiten.

Insgesamt besteht also ein spezifischer Bedarf, Fachkräfte im Öffentlichen Gesundheitsdienst weiterzubilden und bereits bestehende, teilweise fundierte Kenntnisse zu sichern und zu vertiefen.

Aus den Ergebnissen kann abgeleitet werden, dass mit modular aufgebauten Fortbildungen ein attraktives und bedarfsgerechtes Angebot geschaffen werden kann, welches die Akteur:innen der Gesundheitsplanung sachdienlich dabei unterstützt, die ÖGD-Kernaufgabe Gesundheitsplanung wahrzunehmen. Auf dieser Basis sollen zeitnah ursprüngliche Schulungsplanungen revidiert, Inhalte zusammengefasst und ergänzt und in eine neue Modulstruktur überführt werden. 2021 wurde das Curriculum ausgearbeitet, das 2021/2022 einmal komplett durchlaufen und evaluiert wird (s. Abb. 2: Modulübersicht Curriculum).

Mit der Bedarfsanalyse wird aufgezeigt, dass es Zeit ist, sich auf Landes- und Kreisebene mit dem Begriff der Gesundheitsplanung differenzierter auseinanderzusetzen. Nur so kann die Kernaufgabe der Gesundheitsplanung im ÖGD künftig zielführender und erfolgreicher bearbeitet werden.

Gesundheitsplanung Baden-Württemberg

Module		Veranstaltungen
Basismodul	1	1.1 Wer, Wie, Was? Grundlagen des ÖGD in Baden-Württemberg
		1.2 Wirkungen, Effekte, Evidenzen: gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wissenschaftlich geprüft
Kooperieren, kommunizieren und beteiligen		2.1 Netzwerke aufbauen und koordinieren
		2.2 Kommunikation in Netzwerken
		2.3 Moderation in Netzwerken
		2.4 Ich bin dabei! Bürgerbeteiligung und Partizipation.
		2.5 Danke für die Info! Professionelle Informationsaufbereitung für Entscheidungsgremien und Presse
	2	2.6 Daten für Taten! Gesundheitsberichte ansprechend und informativ gestalten
Public Health Action Cycle: systematisch beobachten, beschreiben, bewerten, planen und umsetzen		3.1 Fundament schaffen. Einführung in die GBE
		3.2 Wo liegt das Problem? Bestands- und Bedarfsanalyse
		3.3 Vom Problem zur Strategie
		3.4 Los geht's! Maßnahmen umsetzen
	3	3.5 Reine Zeitverschwendung? Prozess- und Ergebnisevaluation
Gesundheitsförderliche Stadt- und Gemeindeentwicklung		4.1 Arbeit auf Gemeindeebene: Gesundheitsförderliche Stadt- und Gemeindeentwicklung
	4	4.2 Arbeit auf Kreisebene: Der ÖGD als Berater in der gesundheitsförderlichen Stadt- und Gemeindeentwicklung
Qualitätsentwicklung	5	5.1 Lernwerkstatt Good Practice

Abbildung 2: Modulübersicht Curriculum



www.gesundheitsamt-bw.de