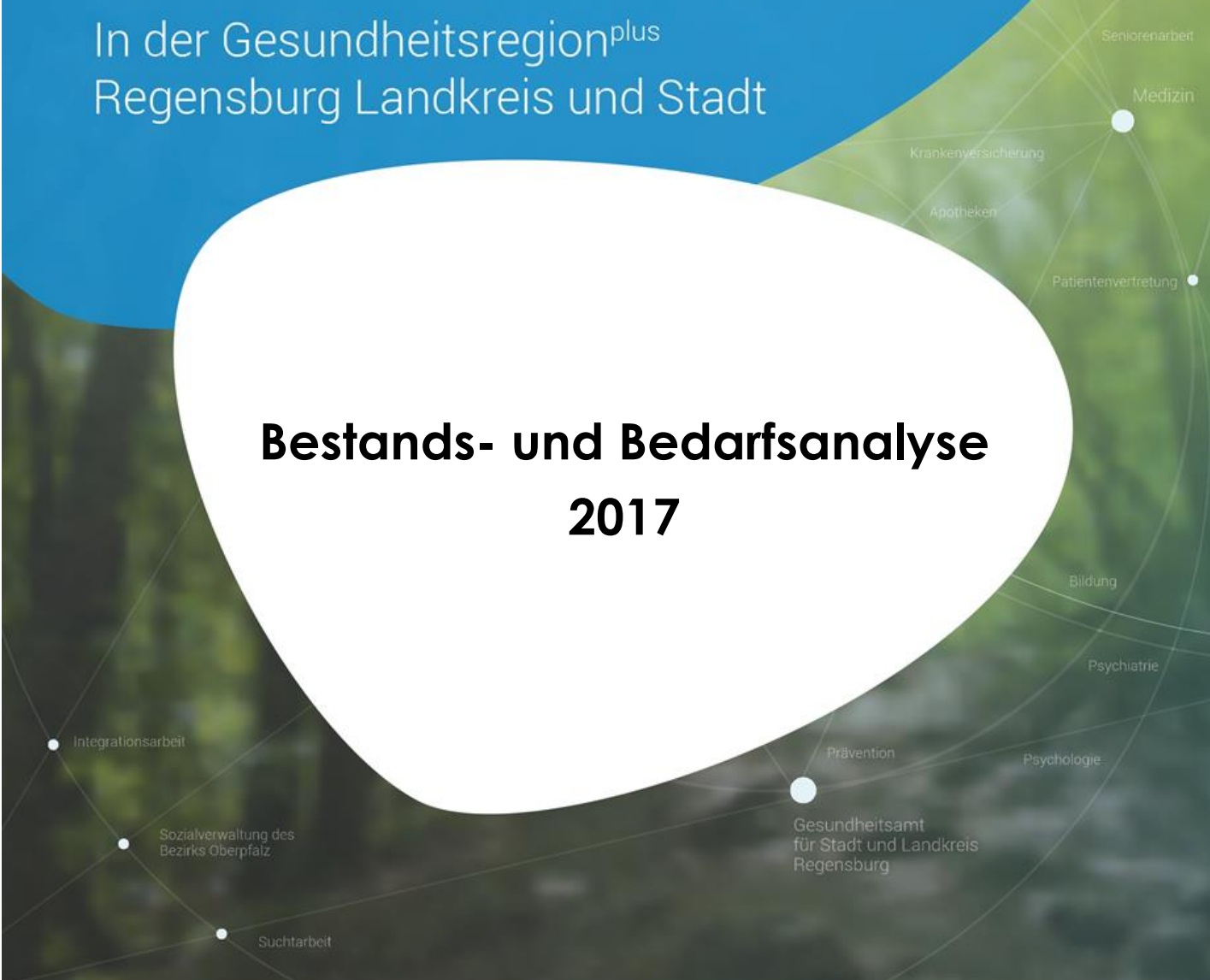


Optimal vernetzt, bestens versorgt

In der Gesundheitsregion^{plus}
Regensburg Landkreis und Stadt

Bestands- und Bedarfsanalyse 2017



Impressum

Herausgeber

Geschäftsstelle der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg

Gefördert durch

AOK - Die Gesundheitskasse Bayern



Sozialwissenschaftliche Begleitung

BASIS-Institut
Franz-Ludwig-Straße 7a
96047 Bamberg

Stand

Juli 2017

Inhaltsverzeichnis

1	Exkurs Gesundheitsdefinition - Was meint „Gesundheit“	6
2	Bestands- und Bedarfsanalyse Gesundheitsregion^{plus}	9
2.1	Zielsetzung	9
2.2	Methoden und Materialien.....	10
3	Demographische Rahmenbedingungen	12
3.1	Demographische Kennzeichen	12
3.2	Bevölkerungsentwicklung - Herausforderung der Zukunft.....	17
4	Gesundheit in Stadt und Landkreis Regensburg	22
4.1	Wie gesund fühlen sich die Regensburger?.....	22
4.2	Gesundheitsprofil Stadt und Landkreis Regensburg - Gesundheitszustand und -verhalten	24
4.2.1	Lebenserwartung und Sterbefälle.....	24
4.2.2	Säuglingssterblichkeit	26
4.2.3	Gesundheitsprofile von Stadt und Landkreis – ein Überblick	27
4.2.4	Spezifische (chronische) Krankheiten	31
4.2.5	Stress	32
4.2.6	Übergewicht.....	33
4.2.7	Suchtverhalten und Konsum.....	34
4.2.8	Sport und Bewegung	36
4.3	Einfluss von Gruppencharakteristika und soziale Ungleichheit	37
4.3.1	Alter und Geschlecht.....	37
4.3.2	Schicht/Bildung.....	42
4.3.3	Schwerbehinderung	49
4.3.4	Migration.....	53
4.4	Regionale Differenzierung	55
5	Gesundheitsversorgung	57
5.1	Versorgungsbereiche und Chancengleichheit der Regionen	57
5.1.1	Ärztliche Versorgung	57
5.1.2	Hausärztliche Versorgung	60
5.1.3	Allgemeine fachärztliche Versorgung.....	67

5.1.4	Apotheken und Medikamentenversorgung.....	73
5.1.5	Gesundheitsfachdienstleister	76
5.2	Bevölkerungsentwicklung und spezifische Herausforderungen	79
5.2.1	Kleinräumige Betrachtung der Entwicklung	80
5.2.2	Unterstützende Pflegeformen	83
5.2.3	Nachbarschaftshilfe/bürgerschaftliches Engagement	88
5.2.4	Palliativ- und Hospizversorgung	94
6	Präventionsangebote	96
6.1	Prävention: Begriff und Formen	96
6.2	Präventionsangebote: ein Überblick.....	98
6.2.1	Eine erste Annäherung: Angebote der VHS	99
6.2.2	Gesundheitsbezogenes Angebot in den Kommunen – ein Überblick.....	100
6.2.3	Ergänzende Belege: Ergebnisse einer Befragung von Bildungsträgern und Eltern	103
6.2.4	Ergänzende Belege: Informationen zur Teilnahme an Vorsorgeleistungen	104
6.3	Fazit	110
6.3.1	Präventionsangebote – Stärken und Schwächen.....	110
6.3.2	Fazit zu Zielen von Gesundheitsförderung und Prävention.....	111
7	Vernetzung.....	112
7.1	Wozu Vernetzung	112
7.2	Formen der Vernetzung	113
7.2.1	Beispiel LAGeP.....	113
7.2.2	Beispiel ZPG.....	114
7.2.3	Suchtarbeitskreis des Gesundheitsamts Regensburg	114
7.2.4	Beispiele zu Vernetzung in Handlungsfeldern und Settings	115
7.3	Übersicht über Vernetzungsforen und Arbeitskreise in der Gesundheitsregion^{plus}	116
7.4	Fazit: Vernetzung - Stärken und Schwächen	128
8	Ziele und Handlungsempfehlungen	129
8.1	Exkurs 1: Erwartungen und Wünsche der Kommunen an die Gesundheitsregion^{plus}	129
8.2	Exkurs 2: Bezugspunkte für Vernetzung und Zielfindung: best-practice-Beispiele	131

8.3	Leitideen, Akzente und Handlungsempfehlungen	134
8.3.1	Leitideen und Akzente	134
8.3.2	Problemfelder und Tätigkeitsschwerpunkte	135
8.3.3	Handlungsempfehlungen	136
9	Abbildungsverzeichnis	142
10	Tabellenverzeichnis	144
11	Quellen- und Literaturverzeichnis	145

1 Exkurs Gesundheitsdefinition - Was meint „Gesundheit“

Das Thema „Gesundheit“ - so scheint es zumindest – ist allgegenwärtig. Mensch soll sich regelmäßig sportlich betätigen, sich ausgewogen ernähren, keinesfalls zu viele Fettschichten ansetzen, Suchtmittel entweder gar nicht (Nikotin) oder nur in Maßen (Alkohol) zu sich nehmen, seine Work-Live-Balance halten, Untersuchungen zur Früherkennung von diversen Krankheiten wahrnehmen oder auch durch technische Systeme wie Gesundheits-Apps und „Selbstvermessung“ gesundheitsbezogene Verhaltensweisen generieren.¹ Das Bundesministerium für Gesundheit hat zum Beispiel bereits unter Mitwirkung der Länder, gesetzlicher Kranken- und Rentenversicherung, privater Krankenversicherung, Ärzten und weiteren Leistungserbringern im Gesundheitswesen sowie Patientenvertretern und Selbsthilfegruppen „Nationale Gesundheitsziele“² festgesetzt:

- Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln (2003)
- Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003; Aktualisierung 2011 und 2014)
- Tabakkonsum reduzieren (2003, Aktualisierung 2015)
- Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung (2003; Aktualisierung 2010)
- Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken (2003; Aktualisierung 2011)
- Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (2006)
- Gesund älter werden (2012)
- Alkoholkonsum reduzieren (2015)
- Gesundheit rund um die Geburt (2017)

Bestmögliche Gesundheit ist ein Menschenrecht und ihre Erhaltung und Sicherung eine staatliche und weltgesellschaftliche Verpflichtung.³ Jeder Mensch hat aber seine individuelle Sichtweise von Gesundheit, eine allgemein gültige Definition von „der Gesundheit“ gibt es nicht. Frühere Versuche einer Definition und Klassifikation gehen fast alle von einer reinen Opposition zum Begriff „Krankheit“ aus. Gesundheit ist aber kein eindeutig definierbares Konstrukt, sie ist schwer fassbar und nur schwer zu beschreiben.

1 Vgl. Magazin erwachsenenbildung. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs (2015): Gesundheit und Bildung (Ausgabe 24, 2015), S. 6.

2 Bundesministerium für Gesundheit (2017): Gesundheitswesen. Gesundheitsziele; online verfügbar unter <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsziele.html#c1358>

3 Vgl.: Artikel 25, Abs. 1 in: Allgemeine Erklärung der Menschenrechte 10. Dezember 1948 (A/RES/217, UN-Doc. 217/A-(III)). Online verfügbar unter <http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>

Gesundheitsvorstellungen sind soziale Konstruktionen: oft wird Gesundheit mit generellem Wohlbefinden und Glück, aber auch mit der Bewältigung von Beeinträchtigungen gleichgestellt.

„Es gibt tausend Krankheiten, aber nur eine Gesundheit“, sagt man dem deutschen Journalisten Carl Ludwig Börne nach (1786-1837): Gesundheit wird also als wertvolles Gut gesehen, aber häufig erst geschätzt, wenn Krankheit auftritt.⁴ Es bestehen aber auch die unterschiedlichsten Vorstellungen darüber, was „gesund“ bzw. „krank“ bedeutet, was gesund hält und was krankmacht. Es ist also ein schweres Vorhaben, Gesundheit zu definieren, denn Gesundheit ist einerseits ein individueller Zustand, den jeder anders empfindet und andererseits orientiert er sich nach außen durch - meistens durch die Medizin - bestimmte Befunde. Gesundheit scheint, so sind sich zumindest viele Experten einig, mehr zu sein als die Abwesenheit von Krankheit: Wohlbefinden, Wohlergehen und uneingeschränkte Handlungsfähigkeit gehören inhaltlich zum Gesundsein dazu, sie sind die subjektiv empfundenen Teile der Gesundheit.⁵ Schmerzen und körperliche Einschränkungen jeglicher Art sind eher dem Kranksein zuzuschreiben. Gesundheit wird auch als ein wesentlicher Bestandteil des täglichen Lebens verstanden, jedoch nicht als vorrangiges Lebensziel definiert. Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Gesundheit „der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens (engl.: well-being) und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen.“⁶ Der umfassende Gesundheitsbegriff der WHO betont im Gegensatz zum rein biologisch-medizinischen Verständnis von Krankheit sowie den meisten Alltagsvorstellungen die Verankerung von „well-being“ in allen Dimensionen des täglichen Lebens: gesundheitsbewusste und -förderliche Lebensweisen oder Lebensstile erfordern das Vorhandensein positiver politischer, kultureller, ökonomischer und sozial-ökologischer Grundvoraussetzungen (Determinanten von Gesundheit)⁷. Unveränderbare individuelle Faktoren (Genetik, Geschlecht, Alter), veränderbare individuelle Faktoren (z.B. Ess- und Schlafgewohnheiten, Gefühle...), soziale Faktoren (z.B. Familiennetze, Arbeitsumfeld, Bildungssysteme...) und umwelttechnische bzw. sozioökonomische, kulturelle Faktoren (z.B. sauberes Trinkwasser und Essen, Krieg...) bestimmen die Gesundheit - und die objektive Einschätzung von Gesundheit. Die Suche nach der allgemein gültigen Definition von Gesundheit gestaltet sich also auch in Hinblick auf ungleiche Lebensbedingungen, unter denen Menschen leben, oftmals schwierig bis unmöglich, egal ob die Ansätze ganzheitlich, soziologisch, philosophisch-anthropologisch oder andere sind.

4 ikon VerlagsGmbH (2017): Gesundheit und Gesundheitsbildung; online verfügbar unter http://www.redmonds.cc/23099_probe.pdf

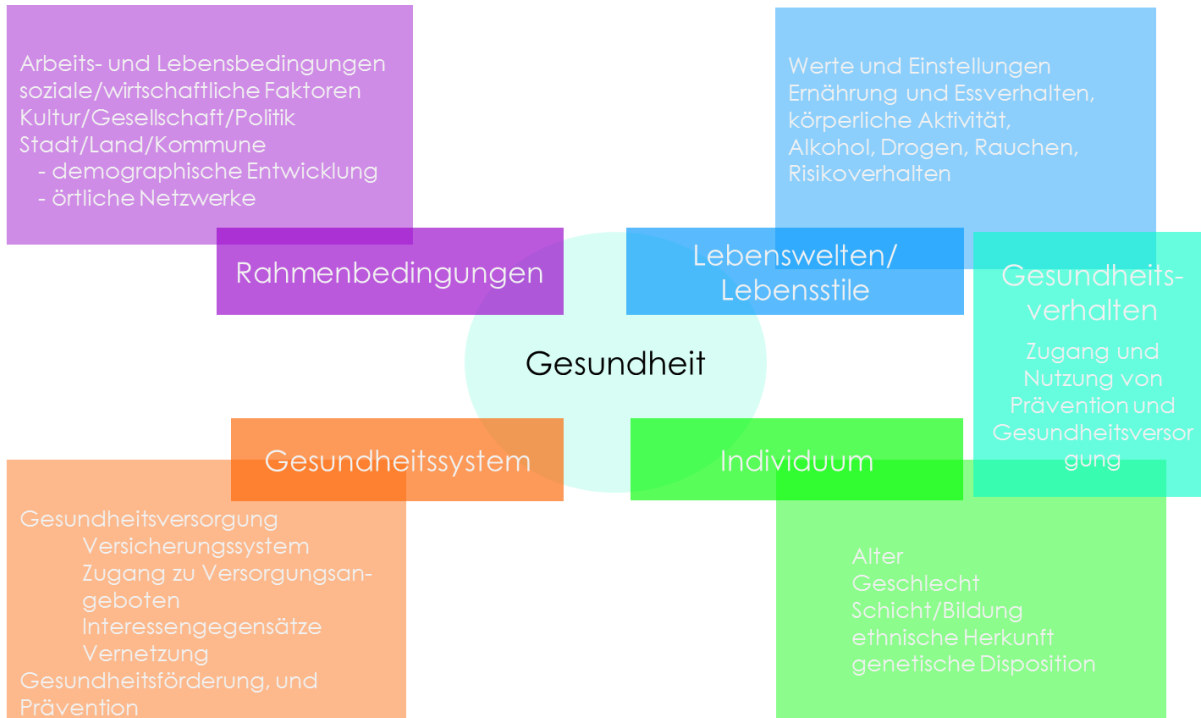
5 Die deutsche Pflegewissenschaftlerin Monika Krohwinkel definiert z.B. im pflegewissenschaftlichen Ansatz Gesundheit und Krankheit auch als dynamische Prozesse und nicht als Zustand. Vgl.: Seel, Mechthild, Hurling, Elke (2005): Die Pflege des Menschen im Alter. Ressourcenorientierte Unterstützung bei AEDL, S. 36.

6 Vgl.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.

7 Hurrelmann, Klaus, Franzkowiak Peter (2015): Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Alphabetisches Verzeichnis. Online verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit/?marksuchwort=1>

Festzuhalten bleibt, dass Gesundheit als persönlicher und gesellschaftlicher Wert definiert ist, ihre Bedeutung aber oft erst bei Krankheit oder mit zunehmendem Alter und steigenden Einschränkungen erkannt wird. Die Gesundheit und ihre Definition bewegt sich also zwischen verschiedenen Polen und wird von unterschiedlichen Determinanten beeinflusst (vgl. Abbildung 1). Auch die folgende Bestands- und Bedarfsanalyse orientiert sich zwischen diesen Polen und Determinanten.

Abbildung 1 Gesundheitsdeterminanten



Quelle: BASIS-Institut unter Einbezug des Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2017), Gesundheit in Bayern – ein Systemmodell, modifiziert nach: Lalonde M. A. New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa, Ontario, Canada: Minister of Supply and Services, 1974.

2 Bestands- und Bedarfsanalyse Gesundheitsregion^{plus}

2.1 Zielsetzung

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege hat Stadt und Landkreis Regensburg im Frühjahr 2016 in das Förderprogramm Gesundheitsregionen^{plus} aufgenommen. Durch diese regionalen Netzwerke sollen auf kommunaler Ebene die Gesundheits- und Versorgungsstrukturen sowie die Präventionsangebote unterstützt und verbessert werden. Innerhalb der Region Regensburg sind die lokalen medizinischen Versorgungsstrukturen noch sehr unterschiedlich. Besonders im Gesundheitsbereich sollen Barrieren und soziale Ungleichheiten beseitigt werden, sodass alle Menschen einen gleichen Zugang zur medizinischen Versorgung und zu gesundheitsfördernden oder präventiven Angeboten haben. Insgesamt soll die gesundheitliche Chancengleichheit in Stadt und Landkreis sowie auf kommunaler Ebene verbessert und angeglichen werden. Ein Schwerpunkt bildet also die Frage der Chancengleichheit der Regionen.

Im Fokus steht auch die Chancengleichheit sozialer Gruppen (z. B. soziale Schichten, Altersgruppen, besondere Zielgruppen): Zugang und Nutzung von Präventionsangeboten bzw. Vorsorgemaßnahmen und Krankheitsprävalenzen sowie Risikofaktoren.

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege greift jedes Jahr ein gesundheitliches Thema von besonderer Relevanz auf. 2017 wird das Thema „Gesund älter werden“ hervorgehoben und zum Schwerpunktthema des Jahres gewählt. Angesichts der demographischen Entwicklung ist die Frage gesunden Alterns auch in der Region Regensburg von besonderer Relevanz, daher auch Fokus der vorliegenden Analyse.

Insgesamt gesehen wird die Gesundheitsregion einer grundlegenden Analyse unterzogen werden. Dies soll als Arbeitsgrundlage für die Einrichtung bzw. Optimierung der Netzwerkstrukturen und Präventionsangebote in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg dienen. Dazu werden die regionalen Gesundheitsstrukturen identifiziert und die bestehenden Gesundheitsdaten und -indikatoren beleuchtet.

Diese Studie wird auch die Stärken wie die Schwächen bestehender Angebote zur Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung, Prävention und Vernetzung zu klären suchen, um daran zu ermessen, wo die Region bezogen auf Problemlagen und Herausforderungen steht und welche Potenziale vorhanden sind, um sich noch weiter in Richtung einer aktiven Gesundheitsregion zu entwickeln, mit einem klaren Profil, funktionierenden Netzwerken und zukunftsorientierten Projekten.

2.2 Methoden und Materialien

2016 wurde eine Geschäftsstelle der Gesundheitsregion^{plus} beim Gesundheitsamt angesiedelt, das für die Stadt und den Landkreis Regensburg zuständig ist. Die Geschäftsstelle soll als Anlauf- und Koordinierungsstelle zwischen dem Gesundheitsforum, dem zentralen Management- und Steuerungselement der Gesundheitsregion und verschiedenen Arbeitskreisen dienen, Informationen bündeln und Projekte begleiten. Die Geschäftsstelle und weitere Stellen des Gesundheitsamts waren wichtige Kooperationspartner, Impulsgeber und Kontaktvermittler für den vorliegenden Bericht.

Quantitative Datensammlung und -analyse

Für eine grundlegende Analyse ist die Sammlung von Daten, Fakten und die Bildung von Indikatoren zur Beschreibung der Gesundheitsregion eine zentrale Vorgehensweise.

Die quantitative Untersuchung im Rahmen der Bestands- und Bedarfsanalyse umfasste u. a. Daten von folgenden Institutionen bzw. Projekten:

- Ärztlicher Kreisverband
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit LGL
- Bayerisches Landesamt für Statistik
- Bezirk Oberpfalz
- Bundesministerium für Gesundheit
- Gesundheitsamt Regensburg
- Kassenärztliche Vereinigung
- Landratsamt Regensburg - Aktionsplan Inklusion und Demographie
- Landratsamt Regensburg - Seniorenpolitisches Gesamtkonzept
- Robert-Koch-Institut
- Stadt Regensburg - Seniorenpolitisches Gesamtkonzept

Befragung von Bürgerinnen und Bürgern

Um auf die Region Regensburg bezogene, detaillierte Daten zur Beurteilung der Gesundheitssituation, der Gesundheitsprävention und der medizinischen Versorgung durch Einwohnerinnen und Einwohner der Stadt Regensburg und des Landkreises Regensburg zu gewinnen, wurde in Abstimmung mit dem Auftraggeber ein Fragebogen zusammengestellt, der sich vor allem diesen Themenkomplexen gewidmet hat. Bei der Konstruktion des Fragebogens erfolgte eine Einbindung verfügbarer geprüfter Erhebungsinstrumentarien aus gesundheitsökonomischen Studien (z.B. EQ-5D-5L). Es wurden 3.000 Fragebögen versandt. Die Adressdaten wurden zusammen mit dem Einwohnermeldeamt der Stadt Regensburg bzw. den Einwohnermeldestellen der Kommunen des Landkreises Regensburg gewonnen. Der Rücklauf lag mit 905 Fragebögen bei (für

eine postalische Befragung guten) 30,2 Prozent. Auf allen zurückgesendeten Fragebögen befand sich eine Angabe zum Geschlecht, bei 900 Fragebögen eine Angabe zum Alter. Zum Zeitpunkt der Befragung war das Durchschnittsalter der Befragten 48,7 Jahre. Frauen und Angehörige der Altersgruppe von 40 bis 59 Jahren sind in der Stichprobe überrepräsentiert.

Tabelle 1 Fragebogenstudie: Alter und Geschlecht in der Stichprobe⁸

	unter 40	40 bis unter 60	60 und älter	Gesamt
Männlich	118	165	122	405
	29,1%	40,7%	30,1%	100,0%
	44,0%	43,5%	48,2%	45,0%
Weiblich	150	214	131	495
	30,3%	43,2%	26,5%	100,0%
	56,0%	56,5%	51,8%	55,0%
Gesamt	268	379	253	900
	29,8%	42,1%	28,1%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: Befragung Gesundheitsregion plus (2017)

Befragung der kreisangehörigen Gemeinden, Märkte und Städte

Den Kommunen als Lebensraum und soziale Nahumgebung ihrer Bürgerinnen und Bürger kommt im Bereich der Gesundheitsversorgung eine große Bedeutung zu. Um einen umfassenden Überblick über die Situation der Gesundheitsversorgung vor Ort zu gewinnen und möglichst viele Perspektiven einzubeziehen, wurde bei der Erstellung der Studie neben Datenanalysen, der Durchführung von Experteninterviews und einer Bürgerbefragung auch eine Befragung der kreisangehörigen Städte, Märkte und Gemeinden durchgeführt, um neben bestehenden Angeboten und der Verankerung der Bedarfe von Bürgerinnen und Bürgern im Bereich des Gesundheitswesens auch eine Einschätzung zu aktuellen Problemen und zukünftigen Entwicklungen in den einzelnen Gemeinden zu erfassen. Von 41 Kommunen haben sich 40 Kommunen an der Befragung beteiligt⁹.

Unser Dank gilt allen Mitwirkenden!

Interviews mit Schlüsselakteuren

Offt lässt eine alleinige Betrachtung von qualitativen Kennwerten viele Aspekte der Gesundheitsregion unbeleuchtet. Daher wurden im Zuge des Planungsprozesses leitfadengestützte Experteninterviews mit Schlüsselakteuren durchgeführt. Durch die Anzahl der Interviews ergab sich die Möglichkeit zweistufig vorzugehen: In einem ersten Durchgang (16 Interviews) wurden zentrale offene Fragen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung und Präventionsstrategien abgefragt. In einer zweiten Stufe wurden insbesondere die aufgeworfenen Fragen vertieft betrachtet.

⁸ Die Einträge in den Zellen sind: 1. Zahl = absolute Zahl, 2. Zahl = Zeilenprozent, 3. Zahl = Spaltenprozent.

⁹ Die Gemeinde Pfatter hat sich nicht an der Erhebung beteiligt.

Die Auswahl der Gesprächspersonen erfolgte somit nach regionalen und fachlichen Gesichtspunkten. Wir bedanken uns herzlich bei allen Beteiligten für ihre Auskunftsbereitschaft.

3 Demographische Rahmenbedingungen

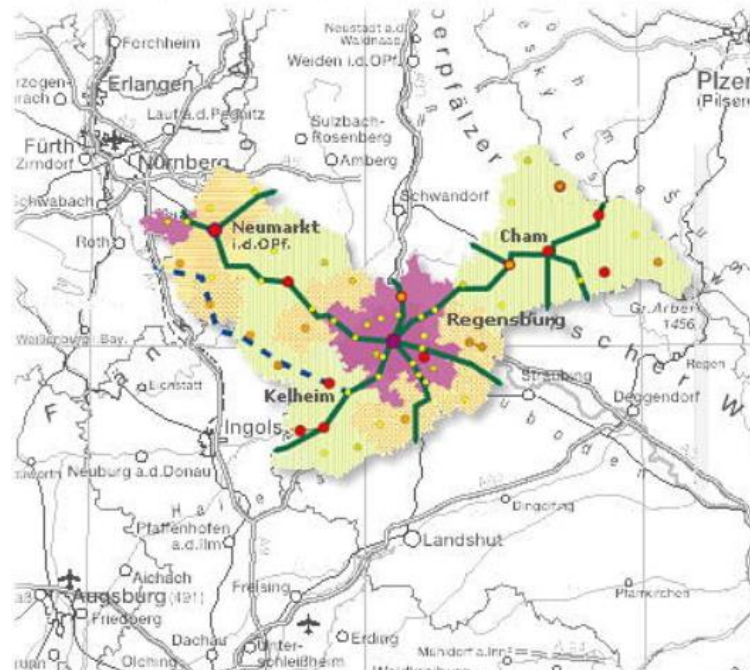
Wesentliche Themen einer Gesundheitsberichterstattung sind neben gesundheitlichen Risikofaktoren, Krankheiten sowie Gesundheitsstörungen oder der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems auch die Bevölkerung und ihre Sozialstruktur. Die in diesem Kontext ermittelten Daten und Informationen können z. B. als Grundlage für die Planung der medizinischen Versorgung oder von Gesundheitsförderung und Prävention dienen. Zum Beispiel ist Gesundheit im Alter für jeden Einzelnen, aber auch für die Gesellschaft von großer Bedeutung: Chronische Erkrankungen und das gleichzeitige Auftreten mehrerer Krankheiten (Multimorbidität) werden mit zunehmendem Lebensalter wahrscheinlicher und erfordern dann eine dauerhafte, kostenintensive Behandlung und mehr Versorgungssicherheit.¹⁰

3.1 Demographische Kennzeichen

Stadt und Landkreis Regensburg gehören zur bayerischen Planungsregion Regensburg (11). Diese erstreckt sich von der geographischen Mitte Bayerns bis an die Grenze zur Tschechischen Republik und bildet das Zentrum des Dreiecks zwischen München, Nürnberg und Pilsen. Sie umfasst neben Stadt und Landkreis Regensburg auch die Gebiete der Landkreise Cham, Neumarkt i.d.OPf. und den überwiegenden Teil des Landkreises Kelheim. Den planerischen und sozioökonomischen Verflechtungsraum bilden somit die südliche Oberpfalz sowie der niederbayerische Raum Kelheim mit einer Fläche von 5.202 qkm und rund 674.000 Einwohnern.¹¹

¹⁰ Bundesministerium für Gesundheit (2017): Früherkennung und Vorsorge. Gesundheitsförderung und Prävention für Ältere; unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/frueherkennung-vorsorge/aeltere-menschen.html>

¹¹ Vgl. Regionaler Planungsverband Regensburg <http://www.region-regensburg.de/region11.php>

Abbildung 2 Planungsregion Regensburg

Quelle: Regionaler Planungsverband Regensburg (2017)

Bei der Bevölkerungsdichte zum Stichtag 31.12.2015¹² kommt der Landkreis Regensburg auf eine Bevölkerungsdichte von ca. 136 Einwohnern pro qkm, die Stadt Regensburg auf 1.803 pro qkm.

Das Verhältnis zwischen Frauen und Männern beträgt zum Stichtag (31.12.2015) 48,1 Prozent Männer zu 51,9 Prozent Frauen in der Stadt Regensburg, was ein unausgeglicheneres Geschlechterverhältnis im Vergleich mit dem oberpfälzischen (49,6% zu 50,4%) Wert und vor allem dem Landkreis Regensburg (49,9% zu 50,1%) bedeutet.

Insgesamt leben in der Region Regensburg 35.850 Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung, im Jahr 2015 betrug ihr Anteil in der Stadt Regensburg 11,1 Prozent, im Landkreis 10,5 Prozent, d. h. aktuell lebt ca. jeder 9. bis 10. Bürger in der Region Regensburg mit einer Schwerbehinderung (Grad der Behinderung 50 oder mehr).¹³

Der Ausländeranteil an der Gesamtbevölkerung liegt nach dem bayerischen Landesamt für Statistik im Landkreis Regensburg bei rund 6,8 Prozent (in Bayern bei 11,5 Prozent), was exakt dem oberpfälzischen Durchschnittswert entspricht. Die Stadt Regensburg hat mit 13,2 Prozent Ausländeranteil einen höheren Wert als Gesamtbayern. Nach den aktuellen Daten des Statistischen Landesamts hatten 2,47 Millionen Personen in

¹² Bayerisches Landesamt für Statistik (2015): GENESIS-Online (Bayern), unter www.statistikdaten.bayern.de

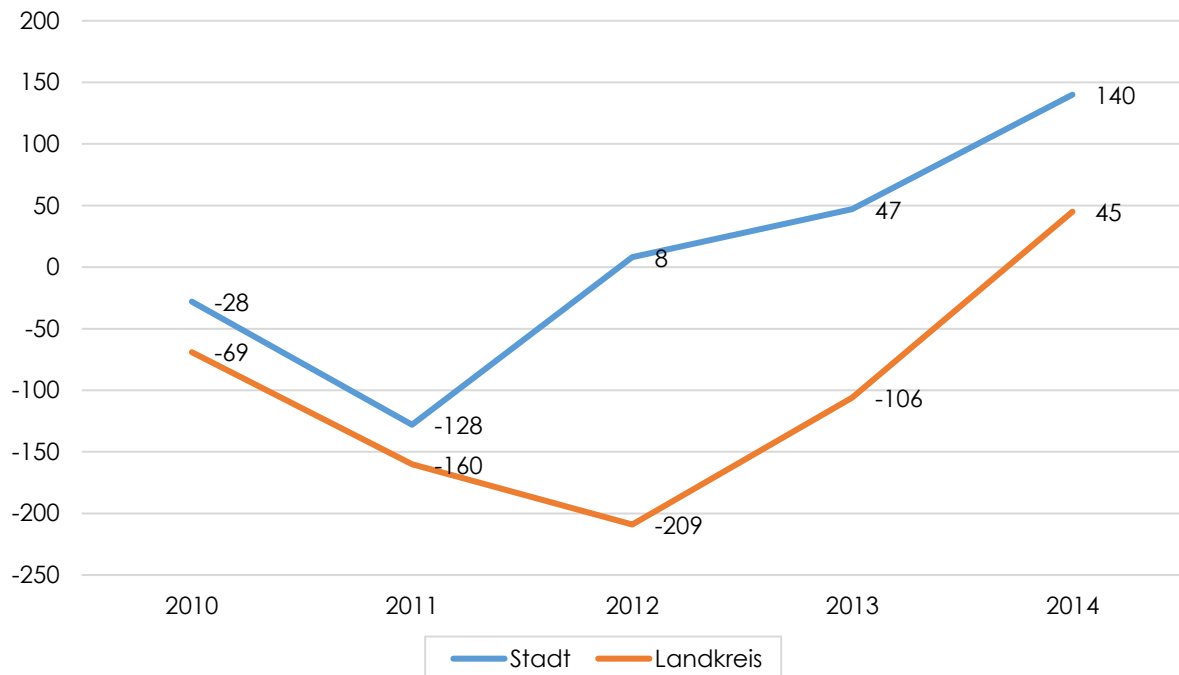
¹³ Vgl. auch Landratsamt Regensburg (2017): Aktionsplan Inklusion und Demographie.

Bayern einen Migrationshintergrund¹⁴, darunter 1,28 Millionen deutsche und 1,19 Millionen ausländische Mitbürger. Dies entspricht Anteilen von 10,2 Prozent und 9,5 Prozent an der Gesamtbevölkerung. Somit hatte zusammengenommen jeder fünfte Einwohner des Freistaats eigene Migrationserfahrung oder stammte von Zuwanderern ab, bis zum Jahr 2024 wird es ca. jeder vierte Einwohner sein.¹⁵ Laut den neuesten Auszählungen¹⁶ haben im Landkreis Regensburg 13 Prozent, in der Stadt Regensburg jeder vierte Bürger einen Migrationshintergrund (25%).

Der Anteil der Menschen mit einem höchsten Schulabschluss in Form der Mittleren Reife oder höher liegt im Freistaat aktuell ca. bei 50 Prozent. In der Stadt Regensburg wird dieser Anteil mit 61 Prozent übertroffen, im Landkreis liegt der Anteil bei knapp 48 Prozent.¹⁷ Nach den aktuellen Zahlen der Bundesagentur für Arbeit (März 2017) sind in der Region Regensburg 5.224 Personen arbeitslos gemeldet (Landkreis: 2.353; Stadt: 2.871), wobei der Anteil der Leistungsbezieher nach dem SGB II im Landkreis bei 0,7 Prozent liegt, in der Stadt bei höheren 1,7 Prozent (Bayern 1,6%). Der Anteil der Menschen im SGB III-Bezug unterscheidet sich dagegen zwischen Stadt und Land um nur 0,2 Prozentpunkte (1,7% zu 1,5%).

Die Entwicklung der Sterbefälle und Geburten folgt im Landkreis Regensburg (außer 2014) dem allgemeinen Trend: Die Zahl der Sterbefälle übersteigt die Zahl der Geburten, was einen natürlichen Bevölkerungsverlust bewirkt. Zwischen 2010 und 2014 schrumpfte die Bevölkerung im Landkreis durch die natürliche Bevölkerungsentwicklung insgesamt um ca. 500 Personen, pro Jahr also durchschnittlich um 100 Personen. Die Stadt Regensburg ist in der natürlichen Bevölkerungsentwicklung dem Trend nicht unterlegen, im Schnitt ist sie durch die natürliche Bevölkerungsentwicklung zwischen 2010 und 2014 um ca. 8 Personen im Jahr gewachsen.

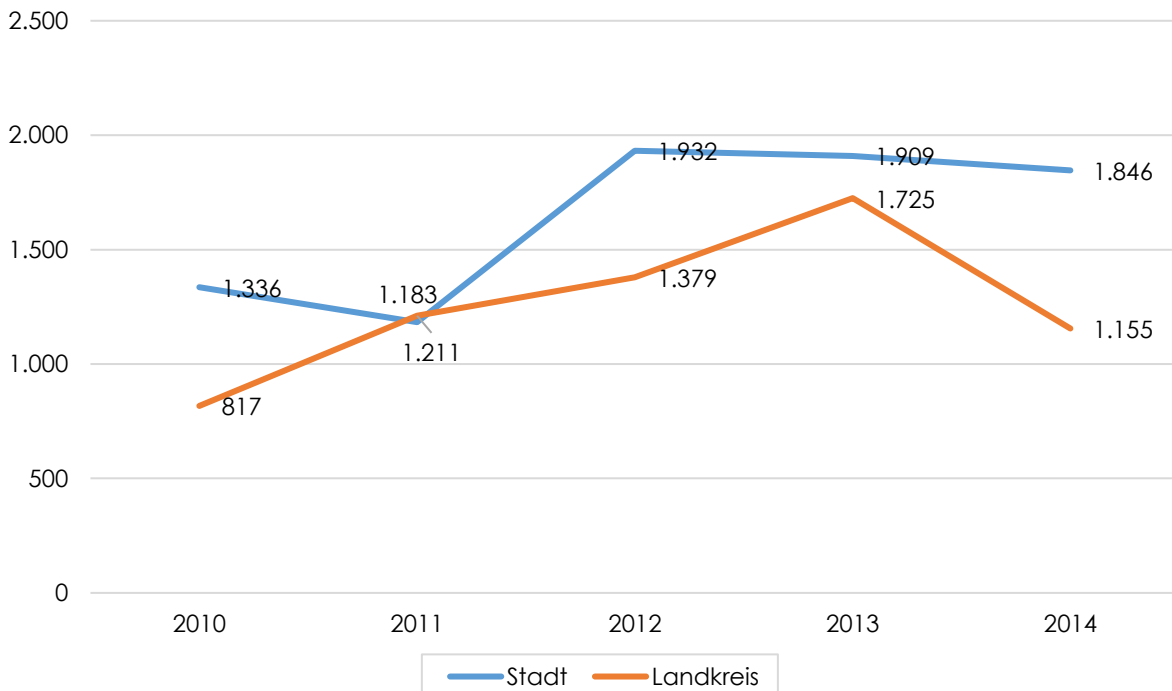
-
- 14 Im Jahr 2005 wurde der Themenkomplex Migration und Integration neu in das Erhebungsprogramm des Mikrozensus aufgenommen. Diese Kategorie ersetzt mittlerweile immer mehr die bisherige Unterscheidung nach Deutschen und Ausländern, die aufgrund der inzwischen großen Zahl von (Spät-) Aussiedlern und Eingebürgerten als immer weniger aussagekräftig angesehen wird. Die verwendete Abgrenzung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund berücksichtigt den Wunsch, den Blick bei Migration und Integration nicht nur auf die Zuwanderer selbst – das heißt die eigentlichen Migranten – zu richten, sondern auch bestimmte ihrer in Deutschland geborenen Nachkommen einzuschließen. Zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund zählen alle, die nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind, alle in Deutschland geborenen Ausländer/-innen und alle in Deutschland mit deutscher Staatsangehörigkeit Geborene mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil. Außerdem gehören zu dieser Gruppe seit dem Jahr 2000 auch die (deutschen) Kinder ausländischer Eltern, die die Bedingungen für das Optionsmodell erfüllen, das heißt mit einer deutschen und einer ausländischen Staatsangehörigkeit in Deutschland geboren wurden. Vgl. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Aktuell.html>
- 15 Bayerisches Landesamt für Statistik (2014): Vorausberechnung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Bayern bis 2024 Zusammenfassung der Ergebnisse, S. 24.
- 16 Bislang standen Informationen zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund aus dem Zensus 2011 nur für Bund, Länder, Kreise und Gemeinden mit mindestens 10.000 Einwohnern zur Verfügung. Im Gegensatz zu den bislang veröffentlichten Zahlen basieren die jetzigen Ergebnisse nicht auf der Hochrechnung von Stichprobenergebnissen, sondern es handelt sich um Auszählungsergebnisse aus dem bereinigten Registerbestand. Vgl.: Bayerisches Landesamt für Statistik (2015): Zensus 2011: Gemeindedaten Bevölkerung mit Migrationshintergrund Ergebnisse für Bayern. Statistische Berichte.
- 17 Vgl.: Statistische Ämter der Länder und des Bundes (2014): Zensusdatenbank. Personen nach Höchster Schulabschluss für Regensburg (Kreisfreie Stadt) und Regensburg, Landkreis (Landkreis).

Abbildung 3 Natürliches Bevölkerungssaldo 2010 bis 2014¹⁸

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik (2016): Statistik kommunal 2015. Stadt und Landkreis Regensburg; Graphik: BASIS-Institut (2017)

Die Betrachtung der Wanderungen nach den Daten des Landesamts für Statistik im Zeitraum 2010 bis 2015 zeigt, dass der Landkreis Regensburg in den letzten fünf Jahren durchschnittlich 1.257 Personen pro Jahr durch Wanderungsbewegungen gewinnen konnte und die natürliche negative Bevölkerungsentwicklung dadurch mehr als auffangen konnte, die Stadt Regensburg übertrifft den Landkreis mit durchschnittlich 1.641 Personen pro Jahr als Wanderungsgewinn noch.

¹⁸ Unter Berücksichtigung der kommunalen Maßstabsebene zeigen sich jedoch zum Teil deutliche Abweichungen in den Gemeinden des Landkreises in den demographischen Daten. Hierzu vgl.: Seniorenpolitisches Gesamtkonzept Landkreis Regensburg (2017).

Abbildung 4 Wanderungssaldo 2010 bis 2014

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik (2016): Statistik kommunal 2015. Stadt und Landkreis Regensburg; Graphik: BASIS-Institut (2017)

Das Durchschnittsalter gibt Aufschluss über die Alterung der Bewohnerschaft eines Gebiets und wird berechnet über die Summe aller Lebensalter geteilt durch die Anzahl der Personen. Es lag für den gesamten Landkreis Regensburg im Jahr 2014 bei 43,1 Jahren, für die Stadt bei niedrigeren 41,8 Jahren.

Der Anteil der Jüngeren (unter 18-Jährige) an der Gesamtbevölkerung liegt im Landkreis bei 17,4 Prozent, in der Stadt etwas geringer bei 14,3 Prozent, der Anteil der Älteren (65 Jahre und älter) an der Gesamtbevölkerung liegt im Landkreis bei 18,4 in der Stadt bei 17,6 Prozent. Die Einteilung der Älteren in „junge Alte“, „mittlere Alte“ und „Hochaltrige“ ist weit verbreitet. In der wissenschaftlichen Diskussion wird zunehmend auch zwischen „drittem“ und „viertem Alter“ unterschieden: im „dritten“ Alter lebt man weitgehend ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen sowie Hilfe- und Pflegebedarf, während im „vierten“ Lebensalter altersbedingte körperliche Einschränkungen zu Anpassungen des Alltagslebens zwingen. Eine chronologische Definition ist umstritten, da die hohe interindividuelle Unterschiedlichkeit zwischen älter werdenden Menschen Altersgrenzen fragwürdig macht. Aus pragmatischen Gründen wird heute oft für die Hochaltrigkeit die Grenze bei 80 oder 85 Jahren angesetzt.¹⁹ Legt man die Grenze der

¹⁹ Wirtz, Markus Antonius (Hrsg.) (2016): Dorsch - Lexikon der Psychologie. 18. Auflage. Lebensalter, drittes und viertes. Unter demographischen Gesichtspunkten kann der Beginn des vierten Alters (Hochaltrigkeit) als das Lebensalter definiert werden, bis zu dem 50 Prozent der Angehörigen eines Geburtsjahrgangs verstorben sind. Aus biologischer Sicht liegt eine klare Definition von Hochaltrigkeit bislang nicht vor. Mit Blick auf die Befunde zahlreicher Studien lässt sich das vierte Lebensalter durch die Kumulation von Risiken definieren (z.B. im Sinne der Multimorbidität).

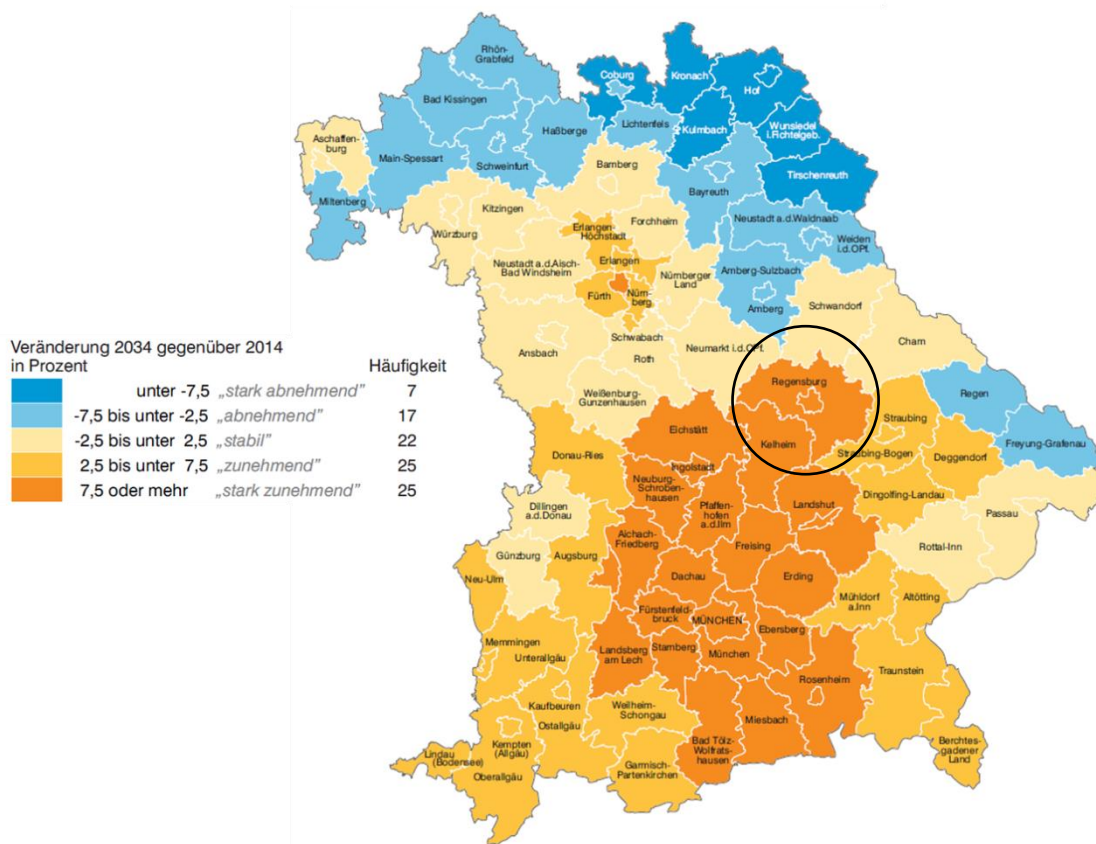
Hochaltrigkeit bei 80 Jahren an, so liegt der Anteil der Hochbetagten an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2015 in Stadt und Landkreis bei fünf Prozent

Um auch die zukünftige natürliche Bevölkerungsentwicklung und die damit verbundenen demographischen Entwicklungsmöglichkeiten abschätzen zu können, wird auch das Billeter-Maß herangezogen. Das Billeter-Maß drückt das Verhältnis der Differenz zwischen Kinder- und Großelterngeneration zur Elterngeneration aus, d. h. es setzt die "vorreproduktiven" (0 bis unter 15 Jahre) und die "nachreproduktiven" (50 Jahre und älter) Altersstufen einer Bevölkerung in Beziehung zu den "reproduktiven" Jahrgängen (15 bis unter 50 Jahre), um ausgehend von der aktuellen Bevölkerungsstruktur Wachstumspotentiale bzw. Schrumpfrisiken zu identifizieren. Da die Geburtenraten der meisten westlichen Industrienationen unter dem Ersatzniveau liegen, sind diese mit schrumpfenden Populationen konfrontiert, was das Billeter-Maß durch negative Werte anzeigt. Die Fachliteratur stellt diesen Index als eines der brauchbarsten Maße zur Quantifizierung demographischer Alterung heraus, nicht zuletzt, weil in dessen Berechnung alle Bevölkerungsgruppen einfließen. Da die Anzahl der Personen über 50 Jahre, die der Personen unter 15 Jahre deutlich übersteigt, ist das Billeter-Maß für den Landkreis -0,6, für die Stadt Regensburg -0,4.

3.2 Bevölkerungsentwicklung - Herausforderung der Zukunft

Stadt und Landkreis Regensburg gehören laut den Prognosen des Statistischen Landesamtes für Statistik zu den Regionen in Bayern, denen die höchste Wachstumsrate in den nächsten 20 Jahren vorhergesagt wird. Die stark zunehmenden Regionen und Städte in Bayern befinden sich allesamt zwischen dem Landkreis Regensburg im Norden und dem Landkreis Miesbach im Süden. Im Zentrum dieses Gebietes mit hohem Wachstum liegt die Landeshauptstadt München.

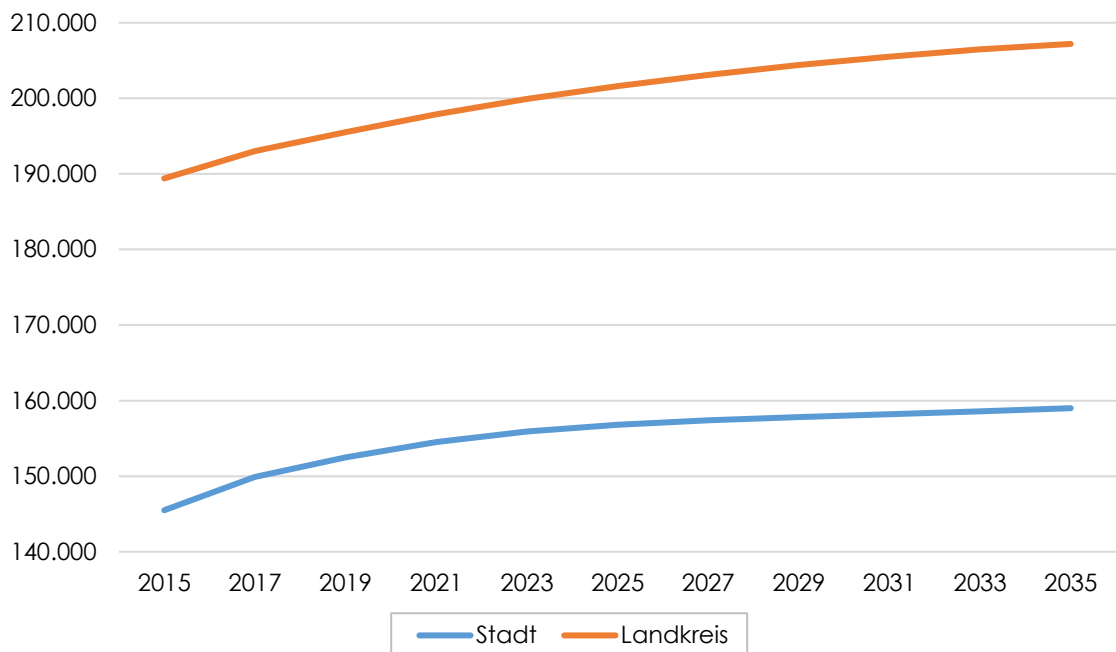
Abbildung 5 Bevölkerungsvorausberechnung für Bayern



Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik (2016): Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung. Demographisches Profil.

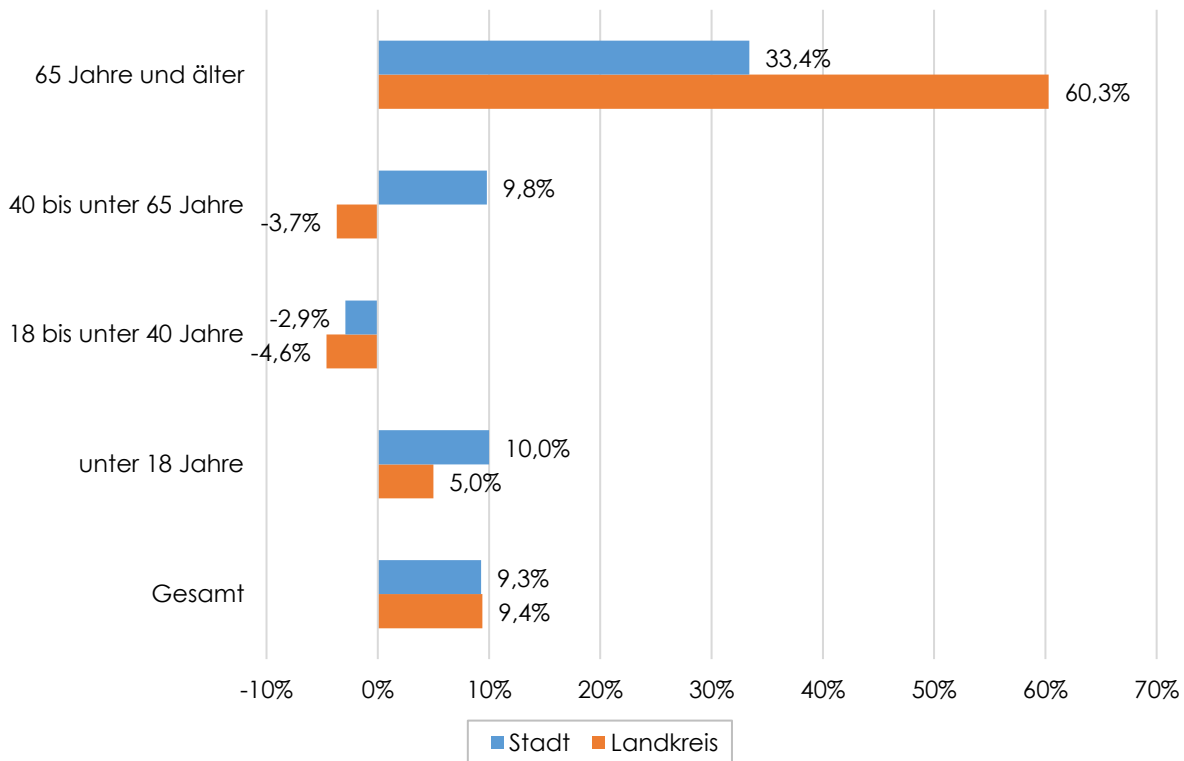
Dem Landkreis Regensburg wird ein Bevölkerungswachstum innerhalb von 20 Jahren um nahezu 10 Prozent von ca. 189.000 auf 207.000 Einwohnern vorhergesagt, genauso wie der Stadt (9,3%) auf 159.000 Einwohner im Jahr 2035.

Abbildung 6 Prognostizierte Einwohnerentwicklung Stadt und Landkreis Regensburg bis 2035



Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik (2015): Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Bayern bis 2035. Demographisches Profil; Graphik: BASIS-Institut (2017)

Ein derartiges Wachstum ist eine große Herausforderung - da die Infrastruktur und die medizinische Versorgung für die zusätzlichen Bewohner mitwachsen muss. Das Bevölkerungswachstum wird auch nicht alle Altersgruppen im gleichen Maße betreffen. Innerhalb von 20 Jahren wird die Gruppe der Einwohner, die 65 Jahre und älter sind, in der Stadt Regensburg um ein Drittel (33,4%) anwachsen, im Landkreis sogar um 60,3 Prozent. Die Altersgruppen zwischen 18 und 65 Jahren werden trotz des Bevölkerungswachstums im Landkreis sogar schrumpfen.

Abbildung 7 Veränderung der Einwohner nach Altersgruppen in Prozent

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik (2015): Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Bayern bis 2035. Demographisches Profil; Graphik: BASIS-Institut (2017)

Die Stadt und vor allem der Landkreis Regensburg müssen sich damit auf eine deutlich andere Alterszusammensetzung ihrer Bevölkerung einstellen. Viele Einschränkungen treten erst im höheren Alter auf, mit dem Alter zunehmende gesundheitliche Beeinträchtigungen führen dazu, dass mit steigendem Alter der Anteil der Menschen mit Schwerbehinderung zunimmt. So war fast ein Drittel (31 Prozent) der schwerbehinderten Menschen in Bayern 75 Jahre und älter bzw. knapp die Hälfte (45,7%) gehörte der Altersgruppe zwischen 55 bis unter 75 Jahren an. Lediglich 0,4 Prozent der Menschen mit einer Schwerbehinderung waren 2015 in Bayern in der Altersgruppe der unter 6-Jährigen zu finden.²⁰

Manche gesundheitlichen Einschränkungen lassen sich durch entsprechende Hilfsmittel zumindest teilweise ausgleichen, zum Beispiel braucht nahezu jeder Mensch über 50 Jahre eine Lesebrille oder generell eine Brille. Auch können durch moderne Hörgeräte viele Einschränkungen des Hörvermögens ausgeglichen werden. Anders sieht es aber z. B. bei den Demenzerkrankungen aus. Studien zufolge sind im Alter von 65 Jahren ca. 2 Prozent der Bevölkerung in Deutschland betroffen, aber rund 40 Prozent der über 90-Jährigen. In einer Gesellschaft des langen Lebens wird die Zahl der demenziell erkrankten Menschen also stark zunehmen. Es wird davon ausgegangen, dass sich

²⁰ Bayerisches Landesamt für Statistik (2016): Ende 2015 lebten in Bayern mehr als 1,1 Million Menschen mit einer schweren Behinderung. Pressemitteilung 115/2016/54/K 04. Mai 2016

die Zahl der Erkrankten bis zum Jahr 2050 verdoppelt, denn eine Heilung der meisten Demenzerkrankungen ist bisher nicht in Sicht. Das bedeutet, dass jede zweite Frau und jeder dritte Mann, wenn sie oder er nur alt genug wird, an Demenz erkrankt.²¹

Da auch immer mehr Menschen im Alter alleinstehend sind oder aus anderen Gründen nicht auf familiäre Hilfe zurückgreifen können (oder wollen), ist der demographische Wandel auch bezüglich der Pflege und der Selbständigkeit im Alter als zentrale Herausforderung für die Veränderung der Familien- und damit Pflegestrukturen zu nennen. Da aktuell immer noch hauptsächlich Frauen sowohl beruflich als auch privat Altenpflegeaufgaben übernehmen, berechnet man in der Demographieforschung das Pflegepotential einer Gesellschaft durch Gegenüberstellung der Zahl der 45- bis 60-jährigen Frauen und der Zahl der über 65-Jährigen. Es liegt für den Landkreis Regensburg 2015 bei einem Wert von 0,68 - auf 100 über 65-Jährige kommen also 68 potentielle Pflegekräfte aus der Töchtergeneration. Damit liegt der Landkreis Regensburg höher als der bayernweite Durchschnitt von 0,59, während sich die Stadt Regensburg mit 0,57 knapp unter dem bayerischen Durchschnitt einreicht.

Der demographische Wandel in der Region Regensburg ist trotz eines Bevölkerungswachstums unaufhaltbar und teilweise bereits heute spürbar. Dies zeigt sich vor allem auch an der aktuellen Bevölkerungszusammensetzung der Kommunen: Hochaltrigkeit ist zwar noch kein Massenphänomen in der Region, das zahlenmäßige Verhältnis der Lebensphasen wird sich aber in den nächsten 20 Jahre verändern. Die Relation zwischen Rentnern und Erwerbsfähigen (Altenquotient) wird in der Stadt Regensburg von 27 zu 100 auf 35 zu 100 und im Landkreis Regensburg von 30 auf 50 zu 100 im Jahr 2035 ansteigen und dadurch wird sich auch das Verhältnis der (noch) nicht (mehr) Erwerbsfähigen zu den potentiell Erwerbsfähigen erhöhen (Gesamtquotient): von 51 zu 100 Personen (Stadt) auf 61 zu 100 Personen bzw. von 62 auf 84 zu 100 (Landkreis). Dadurch verschiebt sich das Verhältnis der potenziell Abhängigen (jüngere und ältere Bevölkerung) zur Bevölkerung im potenziell erwerbsfähigen Alter drastisch.

Eine wichtige Komponente der Bevölkerungsentwicklung sind die Wanderungen, ein allerdings auch stark schwankender Faktor. Nettowanderungsbilanzen sind schwer prognostizierbar und von einer Vielzahl von Faktoren sozialer, wirtschaftlicher und/oder politischer Natur abhängig. Als Beispiele für die drastischen Ausschläge dieses Faktors können hier die Folgen des Bürgerkriegs im ehemaligen Jugoslawien oder der Auflösung der Sowjetunion angeführt werden, die in den 1990er Jahren eine massive Zuwanderung in die Bundesrepublik Deutschland bedingt haben – oder auch die aktuell durch die Flüchtlingssituation stark gestiegenen Zuwanderung aus der Europäischen Union sowie den arabischen und afrikanischen Krisenstaaten.²²

21 Deutsche Alzheimergesellschaft e.V. (2016): Informationsblatt 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Vgl. auch Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Gesellschaft und Demenz. Informationen Wegweiser Demenz.

22 Bayerisches Landesamt für Statistik (2015): Beiträge zur Statistik Bayerns. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Bayern bis 2034. Demographisches Profil für den Freistaat Bayern, S. 16.

4 Gesundheit in Stadt und Landkreis Regensburg

Die Messbarkeit des Gesundheitszustandes ist, wie erwähnt, verschiedenen Determinanten unterworfen, dennoch ist es unumgänglich, sich einem vergleichbaren Zustand durch eine biologisch-medizinische Darstellung zu nähern und durch die Abfrage bestimmter bekannter Einflussfaktoren ein Bild des Ist-Zustandes zu beschreiben. Gesundheitsberichte können eine gute Grundlage für Aktionen in der Gesundheitsförderung und Prävention liefern. Daraus können z. B. Rückschlüsse auf Krankheit und Gesundheitszustand der Bevölkerung gezogen werden. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung Bayerns wird z. B. ein Indikatorensetz geführt. Dieser stellt Daten für die Gesundheitsplanung, die Medien und für wissenschaftliche Zwecke bereit.²³

Die Beschreibung des persönlichen Gesundheitszustandes oder der Gesundheitszufriedenheit unterscheiden sich durch ihre subjektive Ausprägung: Die Einschätzung des Gesundheitszustandes bildet stärker die "objektive" Bewertung ab, die Aussagen zur Zufriedenheit das "subjektive" Moment. Beide Bewertungen hängen vorrangig vom tatsächlichen Krankheitsgeschehen ab, sie sind aber auch abhängig vom jeweiligen Anspruch an das gesundheitliche Wohlbefinden. Wenn z. B. die Zufriedenheit sinkt, kann dies auf eine tatsächliche Verschlechterung des persönlichen Gesundheitszustandes zurückzuführen sein aber auch auf ein gestiegenes Anspruchsniveau.²⁴

4.1 Wie gesund fühlen sich die Regensburger?

Da wie bereits erwähnt „Gesundheit“ ein vielschichtiges Spektrum hat, wurden die Bürgerinnen und Bürger der Region Regensburg durch drei verschiedene Methoden zu ihrem allgemeinen Gesundheitszustand befragt.

Zwei der eingesetzten Methoden beruhen auf dem Einsatz eines international verbreiteten Instruments zur Messung von Lebensqualität, das mittlerweile als EQ-5D-3L bezeichnet wird.²⁵ Die dritte Methode besteht darin, die Befragten ihre Zufriedenheit mit ihrem Gesundheitszustand auf einer Skala mit sieben Antwortmöglichkeiten von „äußerst unzufrieden“ bis „äußerst zufrieden“ einstufen zu lassen.

Bei beiden Methoden der Befragung, die auf dem Einsatz des EQ-5D-3L beruhen, werden unterschiedliche Komponenten dieses Instruments genutzt. Eine dieser Komponen-

23 Bei der Auswahl der Indikatoren orientiert sich Bayern am Länderindikatorensetz der Gesundheitsberichterstattung in der von der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) im Mai 2003 verabschiedeten Fassung. Dabei wurden die für Bayern besonders relevanten Gesundheitsindikatoren ausgewählt. Mit diesen Daten kann ein Monitoring der gesundheitlichen Verhältnisse vorgenommen werden und es steht ein fortschreibungsfähiger Datensatz zur Verfügung. Vgl. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2017): Gesundheitsberichterstattung; unter <http://www.lgl.bayern.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/index.htm>

24 Grabka, Markus (2016): Einschätzungen des Gesundheitszustandes und der Gesundheitszufriedenheit. In: Bundeszentrale für politische Bildung (2016): Datenreport 2016; unter <http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2016/226577/gesundheitszustandes-und-gesundheitszufriedenheit>

25 Vgl. Brooks R. EuroQol (1995): the current state of play. Health Policy. 1996 Jul;37(1), S. 53-72 und auch Rabin R, de Charro F (2001): EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. Annals of Medicine. 2001 Jul; 33 (5), S. 337-343.

ten besteht aus fünf Fragen, von denen sich jede auf eine andere Dimension von Gesundheit bezieht. Diese Dimensionen sind 1) sich fortbewegen zu können, 2) für sich selbst sorgen zu können, 3) den gewöhnlichen Tätigkeiten des alltäglichen Lebens nachgehen zu können, 4) Schmerzen zu haben und 5) unter Angst und/oder Niedergeschlagenheit zu leiden. In der Fragebogenstudie wurden die Befragten gebeten, sich auf jeder dieser Dimensionen einzustufen. Jedem Befragten kann dann aufgrund seines Antwortmusters ein Wert zugeordnet werden, der die gesamtgesellschaftliche Bewertung des diesem Antwortmuster entsprechenden Gesundheitszustands widerspiegelt. Für die meisten Länder dieser Welt liegen Zuordnungsfunktionen vor, die in eigens darauf ausgelegten Studien mit Untersuchungsteilnehmern aus der Allgemeinbevölkerung bestimmt worden sind. Für die Auswertung der Fragebogenstudie wurde eine Zuordnungsfunktion verwendet, die an die für die deutsche Allgemeinbevölkerung²⁶ angelehnt ist. Eine weitere Komponente des EQ-5D-3L besteht aus einer visuellen Analogskala, deren Endpunkte mit „best denkbarer Gesundheitszustand“ (100) und „schlechtest denkbarer Gesundheitszustand“ (0) benannt sind. In der Fragebogenstudie wurden die Untersuchungsteilnehmer auch gebeten, ihren aktuellen Gesundheitszustand auf dieser Skala einzuordnen.

Die gesamtgesellschaftlichen Bewertungen für die Gesundheitszustände der Untersuchungsteilnehmer sind sehr hoch. Der Mittelwert der Gesamtstichprobe liegt mit 0,968 nicht weit unter dem oberen Ende der Skala.

Die Selbst-Einstufungen des aktuellen Gesundheitszustandes sind vergleichsweise niedriger. Der Mittelwert der Gesamtstichprobe liegt mit 80,53 nur noch knapp im oberen Fünftel der Skala. Bei der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit liegt der Mittelwert der Gesamtstichprobe mit 0,81 sogar nur noch im mittleren Drittel der Skala (siehe Tabelle 2). Bei allen drei Variablen sinken die Werte mit dem Lebensalter.

Tabelle 2 Fragebogenstudie: Subjektiv wahrgenommene Gesundheit

	Jünger als 40	Von 40 bis 59	60 plus	Gesamt	Signifikanz ²⁷
Gesamtgesellschaftliche Bewertung (Deutscher Index für den EQ-5D-3L) (0 = Wert für Tod ; 1 = Wert für völlige Gesundheit)					
Männlich	0,988	0,973	0,969	0,977	---
Weiblich	0,981	0,968	0,968	0,972	---
Gesamt	0,980	0,965	0,960	0,968	---
Signifikanz	---	---	---	---	
Einstufung des aktuellen Gesundheitszustands (0 = schlechtest denkbarer Gesundheitszustand; 100 = best denkbarer Gesundheitszustand)					
Männlich	87,22	78,84	73,93	79,87	ja

²⁶ Greiner W, Claes C, Busschbach JJ, von der Schulenburg JM (2005): Validating the EQ-5D with time trade off for the German population. *European Journal of Health Economics*. 2005 Jun;6(2), S. 124-130.

²⁷ Bei Signifikanzen (Sig.) steht im Folgenden immer „ja“, wenn die Unterschiede zwischen den betrachteten Gruppen (Altersgruppen, Geschlecht, Bildung usw.) so groß sind, dass sie kaum noch durch zufällige Schwankungen bedingt sein können.

	Jünger als 40	Von 40 bis 59	60 plus	Gesamt	Signifikanz ²⁷
Weiblich	84,93	82,21	74,50	81,08	ja
Gesamt	85,95	80,75	74,22	80,53	ja
Signifikanz	---	---	---	---	
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit (-3 = äußerst unzufrieden; 3 = äußerst zufrieden)					
Männlich	1,24	0,68	0,66	0,84	ja
Weiblich	0,88	0,86	0,55	0,78	---
Gesamt	1,04	0,78	0,60	0,81	ja
Signifikanz	---	---	---	---	

Quelle: Befragung Gesundheitsregion plus (2017)

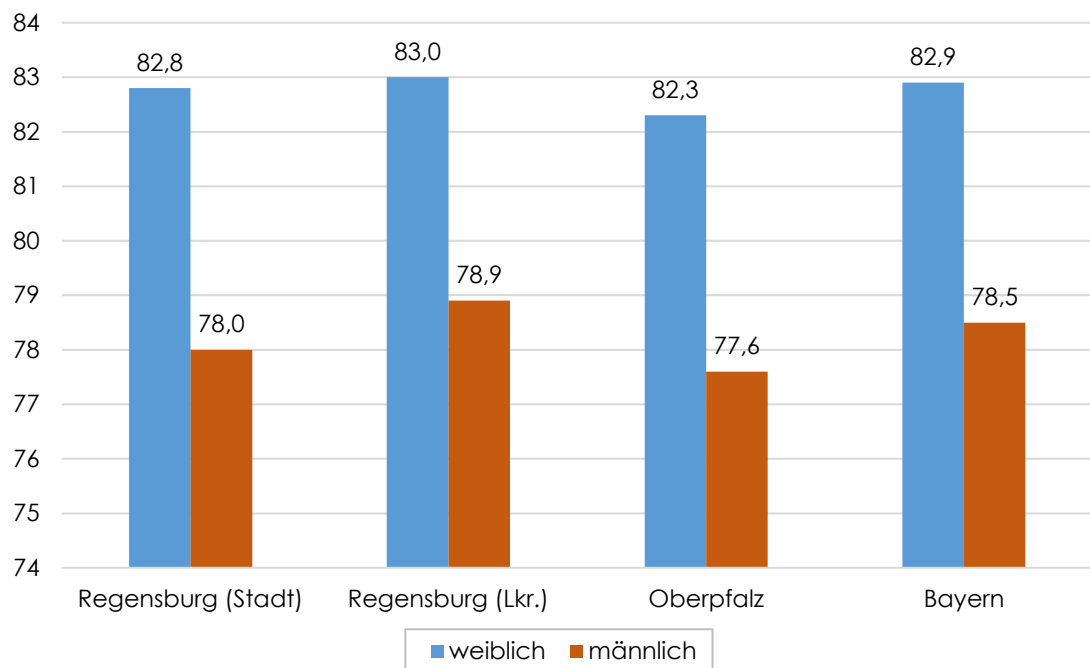
4.2 Gesundheitsprofil Stadt und Landkreis Regensburg - Gesundheitszustand und -verhalten

Der für Stadt und Landkreis Regensburg verfügbare Gesundheitsbericht (2015) gibt bereits ein ausführliches Bild der Gesundheitsprofile in beiden Regionen. Wir beschränken uns daher hier auf eine kurze Darstellung einiger wichtiger Indikatoren, einen tabellarischen Überblick über die Profile und kurze Hinweise auf besondere Unterschiede zu Bayern und Besonderheiten von Stadt und Landkreis Regensburg.

4.2.1 Lebenserwartung und Sterbefälle

Die Lebenserwartung ist der wichtigste Indikator für die Qualität der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. In der Lebenserwartung verdichten sich vielfältige Einflüsse auf die Gesundheit der Menschen – von der genetischen Disposition über die Lebens- und Arbeitsbedingungen, das Gesundheitsverhalten bis hin zur gesundheitlichen Versorgung. Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts hat sich die Lebenserwartung in Bayern mehr als verdoppelt, zunächst vor allem durch den Rückgang der Kindersterblichkeit, heute vor allem durch einen Gewinn an Lebensjahren durch gesundheitliche Vorsorge und Gesundheitsversorgung im Alter.²⁸ Die Lebenserwartung in Bayern liegt mit 82,9 Jahren bei den Frauen und 78,5 Jahren bei den Männern sowohl über dem deutschen als auch über dem europäischen Durchschnitt (Stand April 2016).

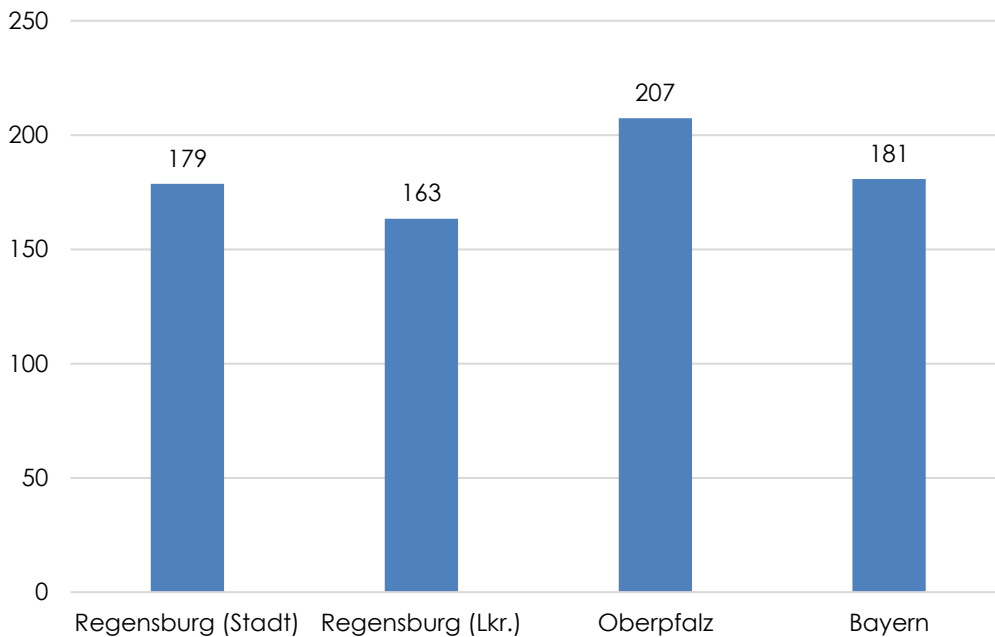
²⁸ Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2014): Gesundheitsreport Bayern 2/2014.

Abbildung 8 Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in Jahren (3-Jahres-Mittelwerte)

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, gemittelte Werte der Jahre 2011-2013 INKAR. Ausgabe 2016; Graphik: BASIS-Institut (2017)

Die Lebenserwartung in Stadt und Landkreis entspricht weitgehend der im ganzen Freistaat. Bei den Männern sind leichte Abweichungen erkennbar: Die Lebenserwartung liegt in der Stadt Regensburg mit 78,0 Jahren etwas unter dem Bayerischen Wert (78,5 Jahre), im Landkreis etwas darüber (78,9 Jahre).

Mit der gestiegenen Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten hat in Bayern die Anzahl der Gestorbenen je 100.000 Einwohner kontinuierlich abgenommen aufgrund der Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen und der Entwicklung der medizinischen Versorgung. Treten allerdings in einer Bevölkerung in einem Alter deutlich unter der durchschnittlichen Lebenserwartung gehäuft Todesfälle auf, so besteht ein Hinweis auf erhöhte Gesundheitsrisiken. Deswegen sind in den Gesundheitsberichten Sterbefälle im Alter unter 65 Jahren von besonderem Interesse, um Gesundheitsrisiken festzustellen. Hier sind auch am ehesten Interventionen, sei es in der Vorsorge oder in der Versorgung, möglich und notwendig.

Abbildung 9 Vorzeitige Sterblichkeit (bis unter 65 Jahren) auf 100.000 Einwohner

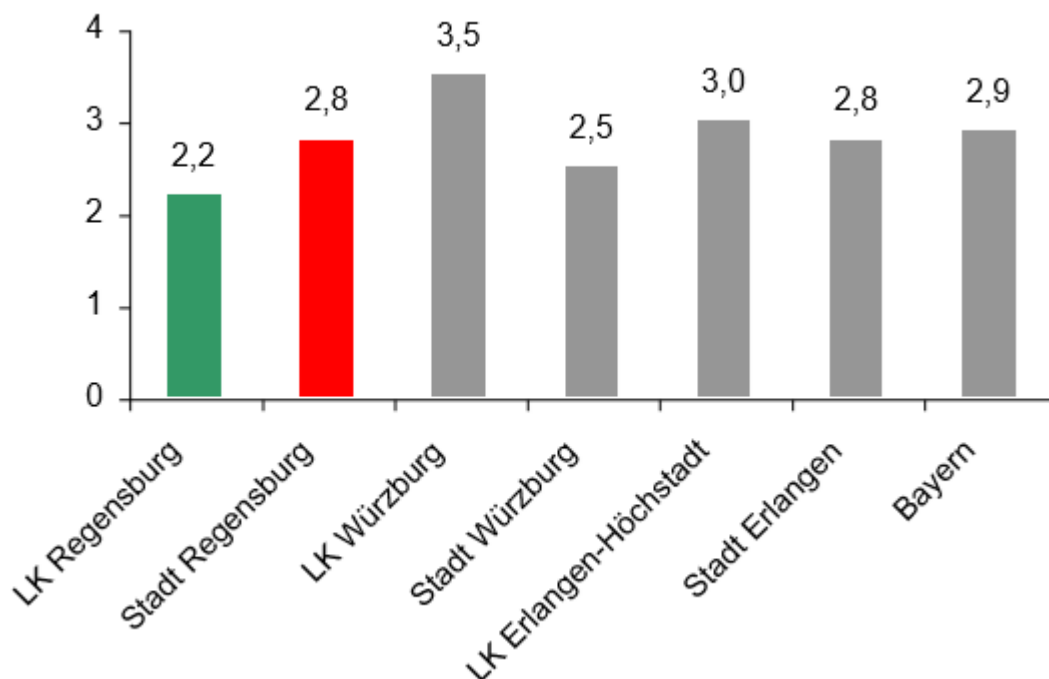
Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik (2014); Graphik: BASIS-Institut (2017)

Die Sterblichkeitsquote unter 65-Jähriger liegt in der Stadt Regensburg etwa im Bayerischen Durchschnitt, im Landkreis relativ deutlich darunter.

4.2.2 Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit spiegelt im Wesentlichen die Lebensverhältnisse eines Landes wider: Sie ist umso geringer, je größer der Wohlstand und je besser die allgemeinen Lebensumstände der Bevölkerung sind. In Deutschland ist die Lebenserwartung eines Neugeborenen seit dem Beginn der Aufzeichnungen im Jahr 1871 nahezu kontinuierlich gestiegen. Auch das Gesundheitswesen spielt hierbei eine wichtige Rolle: Die Qualität der Früherkennung und die medizinische Versorgung von Risikozuständen während der Schwangerschaft, die Geburtshilfe und Versorgung der Neu- und vor allem Frühgeborenen sowie die Früherkennungsmaßnahmen und Versorgung der Kinder im ersten Lebensjahr beeinflussen die Säuglingssterblichkeit. Sterbefälle im Säuglingsalter zählen daher zu den sogenannten vermeidbaren Sterbefällen.²⁹

²⁹ Robert-Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und destafis, S. 27.

Abbildung 10 Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene (5-Jahres-Mittelwerte)

Quelle: Landratsamt Regensburg (2015): Regionaler Gesundheitsbericht Regensburg

Nach dem regionalen Gesundheitsbericht Stadt und Landkreis Regensburg sieht man trotz des guten Abschneidens im Regionalvergleich und trotz der Fortschritte bei der Säuglingssterblichkeit immer noch Verbesserungsmöglichkeiten in der Region: Schwangere und Mütter sollen noch stärker in Vorsorgemaßnahmen einbezogen werden, z. B. um Risikoschwangerschaften wegen Tabak- und Alkoholkonsum zu minimieren.

4.2.3 Gesundheitsprofile von Stadt und Landkreis – ein Überblick

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über einige wichtige Daten zu Krankheitsfällen, Unterschieden im Gesundheitszustand der Bevölkerung in Stadt bzw. Landkreis und Besonderheiten der Region im Vergleich zu Bayern.

Tabelle 3 Auswahl Gesundheitsindikatoren

Gesundheitsindikatoren	Stadt Regensburg	Landkreis Regensburg	Bayern
Hausarztpraxis/Fälle je 100.000 GKV-Versicherte (2011)	295.152 (Mittelfeld)	294.613 (Mittelfeld)	287.237
Hausarztpraxis/Patientinnen je 100.000 GKV-Versicherte (2011)	89.697 (Tendenz =)	91.251 (Tendenz =)	89.040
Fachärztliche Praxis/ Ambulante Fälle je 100.000 GKV-Versicherte (2011)	495.919 (+)	476.635 (+)	469.012

Gesundheitsindikatoren	Stadt Regensburg	Landkreis Regensburg	Bayern
Fachärztliche Praxis/ Ambulante Patienten je 100.000 GKV-Versicherte	84.749 (Mittelfeld) (+)	84.478 (Mittelfeld) (+)	83.949
Krankenhausfälle: Vollstationär Behandelte insgesamt je 100.000 Einwohner (2014, nach Wohnort)	20.795 (unterstes Ende) (=)	19.910 (unterstes Ende) (+)	22.703
Säuglingssterblichkeit: Sterbefälle je 1.000 Lebendgeborene im 1. Jahr (2009-2013, nach Wohnort)	2,8 (Mittelfeld) (=)	2,2 (unteres Drittel) (=)	2,9
Kinder mit Adipositas (2012)	4,8 (-/=)	4,8 (-/=)	5,2
Adipositas (2013) ³⁰			
leicht (BMI 25-30)	39,2	39,2	35,9
schwer (BMI 30+)	13,3	13,3	14,8
Diabetes mellitus (je 100.000 GKV-Versicherte, 2011)	10.438 (Mittelfeld) (+)	10.485 (Mittelfeld) (+)	9.666
Krebs Neuerkrankungen insgesamt 2013 (nach Wohnort)	430 (oberes Drittel) (schwankend)	405 (oberes Drittel) (=)	368,9
Lungenkrebs Neuerkrankungen 2012 (nach Wohnort)	41,1 (oberes Drittel) (schwankend)	35,7 (Mittelfeld) (schwankend)	33,4
Hautkrebs Neuerkrankungen (2013) (nach Wohnort)	32,6 (oberes Drittel) (+)	35,4 (oberes Drittel) (+)	19,9
Gebärmutterhalskrebs Neuerkrankungen (2013 nach Wohnort)	11 (Mittelfeld)	9,8 (Mittelfeld)	8,9
Prostatakrebs Neuerkrankungen (2013) (altersstandardisiert, nach Wohnort)	112 (oberes Drittel) (schwankend)	127 (oberes Drittel) (schwankend)	95
Herzinfarkt Krankenhausfälle vollstationär (je 100.000 Einwohner, 2015)	163 (unteres Drittel) (+)	230 (Mittelfeld) (+)	239
Krankenhausfälle altersstandardisiert	119 (unterstes Ende) (=)	124 (unterstes Ende) (=)	148,5
Schlaganfälle/vollstationär Behandelte je 100.000 Einwohner (2014, nach Wohnort)	314 (unteres Drittel) (-)	344 (unteres Drittel) (-)	395
Verunglückte 2015			
Frauen	638 (oberes Drittel) (=)	460 (unteres Drittel) (=)	492

³⁰ Daten nur für den Regierungsbezirk Oberpfalz verfügbar

Gesundheitsindikatoren	Stadt Regensburg	Landkreis Regensburg	Bayern
Männer	825,4 (oberes Drittel) (=)	603 (unteres Drittel) (=)	634

Vorzeitige Sterbefälle bis unter 65 Jahre pro 100.000 Einwohner 2014

Frauen	136,6 (Mittelfeld) (insgesamt -)	126,2 (Mittelfeld) (schwankend)	128,8
Männer	221,4 (unteres Drittel) (-)	199,3 (unteres Drittel) (-)	231,3
Psychische Störungen: ambulante Patienten mit psychischen Störungen je 100.000 GKV-Versicherte (insbesondere Depressionen) 2011, nach Wohnort	15.561 (oberes Drittel) (+)	14.370 (oberes Drittel) (+)	13.503
Psychische Störungen/Psychotrope Substanzen (2011, nach Wohnort)	6.342 (oberes Drittel) (+)	4.889 (Mittelfeld) (+)	4.893
Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner (2015)	2.603 (Mittelfeld) (schwankend)	2.456 (unteres Drittel) (+)	2.727

Quelle: Regionaler Gesundheitsbericht Stadt und Landkreis Regensburg (2015)

Ausgehend von dieser Tabelle stellen wir nochmals zusammen, in welchen Bereichen sich Stadt und Landkreis unterscheiden, in welchen Bereichen sie die Vergleichswerte von Bayern unter- bzw. überschreiten bzw. dem Bayerischen Durchschnitt entsprechen.

Auffällige Besonderheiten und Unterschiede zwischen Stadt und Landkreis Regensburg:

Die Stadt weist eine höhere Zahl/Quote von Fällen auf in den Bereichen:

- Krebs-Neuerkrankungen, insbesondere Lungenkrebs
- Verunglückte im Straßenverkehr
- Suizide und Psychische Störungen/Psychotrope Substanzen
- Alkoholbedingte Krankenhausaufenthalte von Jugendlichen
- Ambulante Fälle in fachärztlichen Praxen
- Pflegebedürftige (je 100.000 Einwohner)

In diesen Bereichen liegen die Werte für die Stadt meist auch über den Bayerischen Durchschnittswerten. Ein Vergleich mit anderen Städten legt nahe, dass sich teilweise darin typische Stadt-Land Unterschiede widerspiegeln (Beispiel: Verunglückte im

Straßenverkehr oder: bedingt durch die Altersstruktur: Pflegebedürftige). Teils können Unterschiede auch durch eine (aufgrund der nahen klinischen Versorgung und auch einschlägiger Kampagnen) intensivere ärztliche Betreuung entstehen (wie im Rahmen der Expertengespräche vermutet wurde z.B. im Bereich Krebs-Neuerkrankungen, COPD oder bei der ambulanten fachärztlichen Behandlung).

In anderen Bereichen verweisen die Werte für Stadt und Landkreis auf eine weitgehend ähnliche Situation. Beispiele dafür sind:

- Zahl der Krankenhausfälle (stationär) bezogen auf 100.000 GKV-Versicherte
- Herzinfarkt bzw. Schlaganfallpatienten (altersstandardisiert)
- Fälle / Patienten in Hausarztpraxen
- Diabetes mellitus
- Sterbefälle im Alter von unter 65 Jahren

Der Vergleich zu Bayern verweist teils auf ähnliche Verhältnisse, zeigt aber häufig auch, dass die gesundheitliche Situation in der Region Regensburg günstiger ist als im Durchschnitt Bayerns.

Etwa gleich ist die Situation im Bereich:

- Lebenserwartung
- Zahl der Fälle/Patienten in Hausarztpraxen
- Patienten in Facharztpraxen
- Säuglingssterblichkeit (vor allem im Landkreis)
- Kinder mit Adipositas
- Psychische Störungen / Psychotrope Substanzen (im Landkreis)

Günstiger dürfte die Lage in Regensburg zum Beispiel in folgenden Bereichen sein:

- Krankenhausfälle/vollstationär behandelte Patienten
- Herzinfarkt und Schlaganfälle/Krankenhausfälle vollstationär (altersstandardisiert)
- Vorzeitige Sterbefälle bei Männern (insbes. im Landkreis)
- Pflegebedürftige (im Landkreis)

Als belasteter erscheint die Situation in Regensburg im Vergleich zum Durchschnitt in Bayern im Bereich:

- Krebs-Neuerkrankungen (in der Stadt insbesondere Lungenkrebs), in Stadt und Landkreis Hautkrebs, Prostatakrebs
- Verunglückte im Straßenverkehr (Stadt Regensburg)
- Suizide und psychische Störungen allgemein, Stadt auch: psychische Störungen/Psychotrope Substanzen
- Ambulante Fälle in fachärztlichen Praxen (Stadt)

4.2.4 Spezifische (chronische) Krankheiten

Die bisherigen Daten bieten Anhaltspunkte für regionale Unterschiede und aktuelle Entwicklungen bezogen auf bestimmte Bezugszeiträume wie z. B. Krankenhausfälle, Patienten, Neuerkrankungen etc. Offen bleibt die Frage, wie viele Personen an bestimmten (chronischen) Krankheiten im Verlaufe Ihres Lebens erkranken bzw. insgesamt in Stadt und Landkreis Regensburg leiden. Neben wissenschaftlicher Literatur bietet die im Rahmen der Bedarfsanalyse durchgeführte Befragung gute Hinweise zu dieser Frage.

In Bayern erkranken nach einer Studie des Robert-Koch-Instituts aus dem Jahr 2012 knapp 30 Prozent der Menschen im Verlauf ihres Lebens an Bluthochdruck (Hypertonie). Bei der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren wurde sogar bei 53,8 Prozent im Verlauf eines Jahres Bluthochdruck diagnostiziert.³¹ Neben Bluthochdruck zählen auch Störungen des Fettstoffwechsels mit den bekanntesten Ausprägungen Diabetes³² und schwerem Übergewicht (Adipositas) zu den sogenannten Zivilisations- oder auch den Volkskrankheiten in Deutschland.³³ Rückenleiden gehören ebenfalls zu den weitverbreiteten Krankheiten in Bayern und Deutschland.³⁴

Auch in der quantitativen Befragung der Bevölkerung in der Region Regensburg liegen diese Krankheitsbilder weit vorne. Es wurden 17 verschiedene Krankheiten abgefragt: Bei den Befragten zeigte sich, dass Abnutzungen der Wirbelsäule bzw. der Bandscheibe, Allergien, Arthrose und Bluthochdruck am meisten vertreten sind: bei diesen vier Krankheiten liegen die Prozentzahlen über 20,0 Prozent.³⁵

31 Vgl.: Bayerische Staatsregierung für Gesundheit und Pflege (2015): Huml ermuntert zu mehr Bewegung gegen Bluthochdruck - Bayerns Gesundheits- und Pflegeministerin zum Welt-Hypertonie-Tag 2015 Pressemitteilung Nr.: 145/GP S. 2.

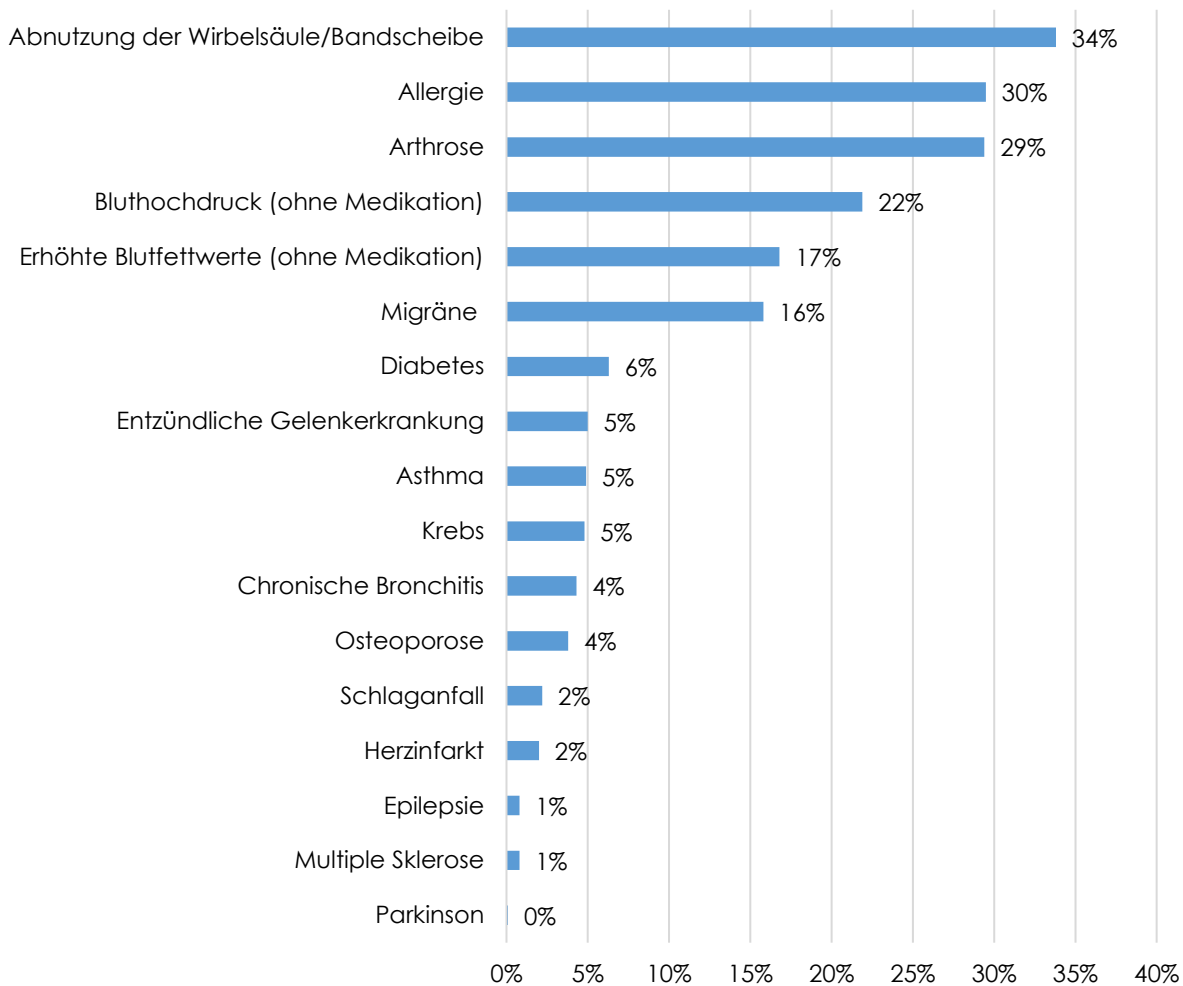
32 Vgl.: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2014): Volkskrankheit Diabetes mellitus; unter <https://www.stmgp.bayern.de/vorsorge/diabetes/>

33 Bundesministerium für Bildung und Forschung (2017): Gebündelte Erforschung von Volkskrankheiten; unter <https://www.bmbf.de/de/gebundelte-erforschung-von-volkskrankheiten-157.html>.

Als Volkskrankheiten bewertet werden nichtepidemische Krankheiten, die aufgrund ihrer Verbreitung und ihrer wirtschaftlichen Auswirkungen (Behandlungskosten, Anspruch auf Lohnausgleich bei Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung) sozial ins Gewicht fallen. In der Literatur herrscht keine Einigkeit darüber, welche Krankheiten den Zivilisationskrankheiten zuzurechnen sind.

34 Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012) Rückenschmerzen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 53. RKI, Berlin

35 Zu beachten sind im weiteren Verlauf des Berichtes die niedrigen Fallzahlen bei Parkinson (1), Epilepsie (7) und Multiple Sklerose (7).

Abbildung 11 Fragebogenstudie: Krankheitsprävalenzen

Quelle: Befragung Gesundheitsregion plus (2017); Graphik: BASIS-Institut (2017)

4.2.5 Stress

Ein weiteres Krankheitsbild ist heutzutage „Stress“. Der Stress, den viele Menschen täglich spüren, kann zu psychischen Belastungen führen. In der Europäischen Union sind Schätzungen zufolge rund 50 Millionen Menschen von Depressionen, Erschöpfung und Suchterkrankungen betroffen.³⁶ Emotionale und seelische Erkrankungen werden oft tabuisiert und den Betroffenen als Schwäche ausgelegt. Dabei sind psychische Erkrankungen immer häufiger der Grund für Fehlzeiten und den frühzeitigen Einstieg in das Rentenalter. Laut dem Bundesministerium für Gesundheit gehen in Deutschland rund zehn Prozent aller Fehltag auf Erkrankungen der Psyche zurück.³⁷ Dabei sind sämtliche

³⁶ Bundesministerium für Gesundheit (2016): Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens am Arbeitsplatz; unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/gesundheits-und-wohlbefinden-am-arbeitsplatz.html>

³⁷ Bundesministerium für Gesundheit (2016): Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens am Arbeitsplatz; unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/gesundheits-und-wohlbefinden-am-arbeitsplatz.html>

Altersgruppen der Erwerbstätigen betroffen. So nehmen auch psychische Störungen unter jungen Erwerbstätigen zu.

Auch in der Region Regensburg leiden 4 von 10 Personen an „Stress“. Dabei ist der Anteil von Personen, auf die dies zutrifft, in der Altersgruppe 60 Jahre und älter deutlich niedriger als in den ersten beiden Altersgruppen. Bei den meisten Personen, die häufig unter Stress leiden, ist dieser Stress beruflich bedingt. (vgl. Tabelle 4 Fragebogenstudie: Stress-Leiden).

Tabelle 4 Fragebogenstudie: Stress-Leiden

	unter 40	40 bis unter 60	60 und älter	Gesamt	Sig. Alter
Häufiges Leiden unter Stress					
Männlich	46,4%	53,2%	14,0%	39,5%	ja
Weiblich	57,4%	45,5%	23,1%	43,5%	ja
Gesamt	52,6%	48,8%	18,6%	41,7%	ja
Sig. Geschlecht	---	---	---	---	
Berufsbedingter Stress (bezogen auf Personen, die häufiger unter Stress leiden)					
Männlich	91,7%	91,4%	75,0%	89,7%	---
Weiblich	77,2%	78,7%	46,2%	73,9%	ja
Gesamt	82,7%	84,6%	57,1%	80,5%	ja
Sig. Geschlecht	---	ja	---	ja	

Quelle: Befragung Gesundheitsregion plus (2017)

Deshalb gewinnen Prävention und die Förderung der psychischen Gesundheit als Teil eines nachhaltigen betrieblichen Managements zunehmend an Bedeutung, denn die Gesundheit der Beschäftigten trägt maßgeblich zum wirtschaftlichen Erfolg von Unternehmen bei.

4.2.6 Übergewicht

Als Übergewicht bezeichnet man ein im Vergleich zum sogenannten Normalgewicht erhöhtes Körpergewicht, das durch einen vermehrten Körperfettanteil bedingt ist. Übergewicht, insbesondere starkes Übergewicht, gilt als ein Risikofaktor für bestimmte Erkrankungen, wie Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Gelenk- und Rückenbeschwerden.³⁸ Der Body-Mass-Index (BMI) ist ein häufig verwendetes Maß dafür, ob eine Person unter-, normal- oder übergewichtig ist. In den letzten Jahren hat sich zunehmend Kritik am BMI entwickelt, da er weder den Anteil der Muskelmasse noch die Verteilung von Fett im Körper berücksichtigt. Beispiele, die immer wieder als Kritikpunkt herangezogen werden, sind vor allem Kraft- und Leistungssportler, Schwangere oder Kinder, für die der BMI ungeeignet ist. Ein reines Fokussieren auf den Body-Mass-

³⁸ Robert-Koch-Institut (2012): Gesundheit in Deutschland aktuell. Übergewicht und Adipositas 2012, S. 116, unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Geda2010/uebergewicht_adipositas.pdf?__blob=publicationFile

Index kann natürlich in die Irre führen. Die Kritik mag in vielen Punkten berechtigt sein – als ein erster Indikator oder Warnsignal für Unter- oder Übergewicht eignet sich die Formel des BMI dennoch.

In der Befragung wurden Größe, Geschlecht, Alter und Gewicht abgefragt und in der Auswertung der BMI berechnet und die gesundheitsabträgliche Kategorie über einen Wert von 30 oder mehr definiert. Menschen in diesem Wertebereich gelten in der Medizin als schwer übergewichtig/adipös/fettleibig.³⁹

In Bayern ist ca. jeder siebte stark übergewichtig (15%)⁴⁰, in der Gesamtstichprobe der Region Regensburg gelten nach diesem Maß etwas höhere 18,3 Prozent der Befragten als schwer übergewichtig. Ausschlaggebend dafür ist der Landkreis: Seine Bewohner zeigen sich in der Befragung (sowohl ungewichtet als auch gewichtet) als etwas häufiger übergewichtig (19,3% bzw. 18,8%). Die Bewohner der Stadt Regensburg entsprechen mit einem Anteil von 15,9 Prozent (bzw. 15,3%) Übergewichtigen etwa dem Durchschnitt in Bayern.

4.2.7 Suchtverhalten und Konsum

Sucht ist in Deutschland kein Randproblem, sondern betrifft viele Menschen. Mit dem Begriff Sucht sind nicht nur die Abhängigkeitserkrankungen gemeint, sondern die Gesamtheit von riskanten, missbräuchlichen und abhängigen Verhaltensweisen in Bezug auf Suchtmittel (legale wie illegale) sowie nichtstoffgebundene Verhaltensweisen (wie Glücksspiel und pathologischer Internetgebrauch). Suchtmittel verursachen in Deutschland erhebliche gesundheitliche, soziale und volkswirtschaftliche Probleme. Nach repräsentativen Studien (insbesondere Epidemiologischer Suchtsurvey 2015⁴¹) rauchen fast 15 Millionen Menschen, ca. 1,8 Millionen Menschen sind alkoholabhängig und Schätzungen legen nahe, dass 2,3 Millionen Menschen von Medikamenten abhängig sind. Rund 600.000 Menschen weisen einen problematischen Konsum von Cannabis und anderen illegalen Drogen auf und gut 500.000 Menschen zeigen ein problematisches oder sogar pathologisches Glücksspielverhalten. Auch eine exzessive Internetnutzung kann zu abhängigem Verhalten führen: Es ist davon auszugehen, dass in Deutschland etwa 560.000 Menschen onlineabhängig sind.⁴²

Nach wie vor sind aber die „legalen“ Drogen Alkohol, Tabak und Medikamente für den größten Teil der Suchtproblematik in Deutschland verantwortlich. Es zeigt sich, dass legaler und illegaler Drogenkonsum besonders Männer und männliche Jugendliche betrifft, d. h. dass neben effektiven Präventionsmaßnahmen (wie Preiserhöhungen, Angebotsreduzierung und Werbeeinschränkungen) die unterschiedlichen Problematiken

39 World Health Organization (2017): BMI classification; unter http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

40 Bayerisches Landesamt für Statistik (2016): Die Gesundheit der Bevölkerung Bayerns – Ergebnisse des Mikrozensus 2013. Beiträge aus der Statistik – Bayern in Zahlen 04/2016, S. 196; unter https://www.statistik.bayern.de/meldungen/statistik/BIZ/die_gesundheit_der_bevoelkerung_bayerns.pdf

41 Vgl. <http://www.esa-survey.de/>

42 Vgl.: Bundesministerium für Gesundheit (2017): Gesundheitsgefahren; online verfügbar unter <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html>

von Männern und Frauen sowie die soziale Benachteiligung stärker berücksichtigt werden müssen.

Alkohol- und Tabakkonsum

Nach den Daten des Jahrbuchs Sucht 2016⁴³ bleibt der Pro-Kopf-Konsum mit 9,6 Liter reinem Alkohol pro Kopf unverändert hoch (9,7 Liter im Vorjahr), der Gesamtverbrauch an alkoholischen Getränken sank allerdings im Jahr 2014 gegenüber dem Vorjahr um 0,2%. Diese geringe Reduktion des Konsums ist jedoch kein Grund zur Entwarnung: Berücksichtigt man, dass der meiste Alkohol in Deutschland von 15- bis 65-Jährigen getrunken wird, erreicht der Durchschnittskonsum der Mehrheit der Bevölkerung 14 Liter Reinalkohol. Hochrechnungen des Statistischen Bundesamtes zufolge sind insgesamt 3,38 Mio. Erwachsene in Deutschland von einer alkoholbezogenen Störung in den letzten zwölf Monaten betroffen (Missbrauch: 1,6 Mio.; Abhängigkeit: 1,8 Mio.)⁴⁴

In Deutschland trinkt fast jeder 18- bis 64-jährige Erwachsene zumindest gelegentlich Alkohol, lebenslang abstinent sind den Ergebnissen Epidemiologischer Suchtsurvey (2012) zufolge ca. 3,5 Prozent der Bevölkerung. Rund drei Viertel der Erwachsenen in Deutschland haben in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert, etwa jeder siebte Erwachsene konsumiert Alkohol in gesundheitsriskanten Mengen. Riskanter Alkoholkonsum ist bei Männern (16%) stärker verbreitet als bei Frauen (13%). Während bei Männern deutschlandweit keine auffälligen Altersunterschiede festzustellen sind, nimmt der Anteil der Frauen mit riskantem Alkoholkonsum mit zunehmendem Alter ab.⁴⁵

In der Fragebogenstudie wurde der Alkoholkonsum als gesundheitsrelevanter Aspekt des Lebensstils betrachtet. Die Kategorienbildung für gesundheitsbelastenden Alkoholkonsum war im Vergleich anderen Variablen schwieriger. Das liegt zum einen daran, dass Männer etwa anderthalb Mal so viel Alkohol „vertragen“ wie Frauen und deshalb in Übereinstimmung mit anderen Klassifikationen für beide Geschlechter unterschiedliche Kriterien definiert werden mussten.⁴⁶ Zum anderen muss sowohl die Häufigkeit als auch die Intensität des Alkoholkonsums berücksichtigt werden.⁴⁷ Unter Berücksichtigung dieser Faktoren zeigt sich in der Gesamtstichprobe bei ca. jedem Siebten (15%) der über 18-Jährigen in der Region Regensburg ein gesundheitsbelastender Alkoholkonsum, der dem deutschlandweiten Trend entspricht.

43 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2016): Jahrbuch Sucht 2016. Daten und Fakten; online verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/PM_Daten_und_Fakten.pdf

44 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2016): Jahrbuch Sucht 2016. Daten und Fakten; online verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/PM_Daten_und_Fakten.pdf

45 Bundesministerium für Gesundheit (2016): Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Drogen- und Suchtbericht Juni 2016, S. 10.

46 Banger M. Evidenzbasierte Suchtmedizin (2006): Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen; mit 23 Tabellen. Deutscher Ärzteverlag, S. 12.

47 Bei der Definition wurde die Information von zwei Variablen zusammen verwendet: Eine Variable war die Anzahl der Tage, an denen die befragte Person innerhalb der letzten vier Wochen überhaupt Alkohol konsumiert hatte. Die andere Variable war die Anzahl der Tage, an denen die befragte Person innerhalb der letzten vier Wochen mindestens zwei Einheiten Alkohol konsumiert hatte. Eine Einheit Alkohol ist dabei entweder ein halber Liter Bier, oder 0,2 Liter Wein oder 0,05 Liter Schnaps.

Etwa seit den 1980er Jahren sind die Anteile der Raucher in der erwachsenen Bevölkerung leicht rückläufig.⁴⁸ In Deutschland rauchen ca. 28 Prozent Frauen und Männer ab 18 Jahren. Männer rauchen mit ca. 32 Prozent häufiger als Frauen, die zu ca. 25 Prozent rauchen. Bei den Jugendlichen ist ein deutlicher Rückgang in der Raucherquote zu beobachten. Bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren geht das Rauchen zurück. 2001 rauchten noch 44,5 Prozent. Im Jahr 2015 taten dies nur noch 26,2 Prozent.⁴⁹ In Bayern bezeichnete sich 2013 mehr als jeder Fünfte (22% der über 15-Jährigen) als Raucher, d. h. 78 Prozent der bayerischen Bevölkerung waren 2013 Nichtraucher.⁵⁰

In der Fragebogenstudie wurde jedwede Form von Rauchen in Abgrenzung zu völligem Nichtrauchen als gesundheitsabträglich klassifiziert, nach eigenen Angaben rauchen in der Region Regensburg somit von den über 18-Jährigen ca. 16 Prozent.

4.2.8 Sport und Bewegung

Körperliche Aktivitäten leisten einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung bzw. Wiedererlangung der Gesundheit: Der wissenschaftlich bewiesene Effekt, dass durch Sport und Bewegung bestimmte Krankheiten (z. B. Rückenschmerzen, Diabetes oder auch psychischen Erkrankungen) positiv beeinflusst werden können (im Sinne von Vermeidung oder Rehabilitation), ist unumstritten.⁵¹ Das richtige Maß an Sport und Bewegung sowie eine gesunde Alltagsbewegung tragen entscheidend zur Gesunderhaltung und Lebensqualität bei. Die Erhaltung der Gesundheit durch Sport und Bewegung erlangt auch vor dem Hintergrund der sich ändernden Altersstruktur sowie den Änderungen im Gesundheitssystem einen immer höheren Stellenwert.

Auch in der Fragebogenstudie wurde zur Abschätzung des Gesundheitszustandes das bewegungsbezogene Gesundheitsverhalten der Stichprobe abgefragt. Beim Sport wurde eine befragte Person entweder dann in die Kategorie „gesundheitsbelastender Bewegungsmangel“ eingestuft, wenn sie gar keinen Sport trieb, oder dann, wenn sie weniger als eine Stunde pro Woche Sport trieb, dabei aber keine erhöhte Herzfrequenz hatte und kaum ins Schwitzen kam. Insgesamt zeigt sich bei einem Viertel der Befragten in der Region Regensburg (24,8%) ein gesundheitsbelastender Bewegungsmangel.

48 Vgl. Lampert, Thomas Dr. (2013): Neueste Daten zum Rauchen aus den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts.

49 Bundesministerium für Gesundheit (2017): Glossar. Rauchen; online verfügbar unter: <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/r/rauchen.html>

50 Bayerisches Landesamt für Statistik (2016): Die Gesundheit der Bevölkerung Bayerns – Ergebnisse des Mikrozensus 2013. Beiträge aus der Statistik – Bayern in Zahlen 04/2016, S. 194; unter https://www.statistik.bayern.de/meldungen/statistik/BIZ/die_gesundheit_der_bevoelkerung_bayerns.pdf

51 Robert-Koch-Institut (2012): GEDA 2012. Einflussfaktoren auf die Gesundheit: Körperliche Aktivität.

4.3 Einfluss von Gruppencharakteristika und soziale Ungleichheit

Es gibt wie bereits erwähnt verschiedene Einflussfaktoren, die sich auf die Gesundheit eines Menschen auswirken. Auch in der Fragebogenstudie zur Gesundheitsregion^{plus} Regensburg wurde der Einfluss von Gruppencharakteristika auf gesundheitsrelevante Variablen untersucht. Im Folgenden werden ausgewählte Einflussfaktoren von Gruppencharakteristika betrachtet.

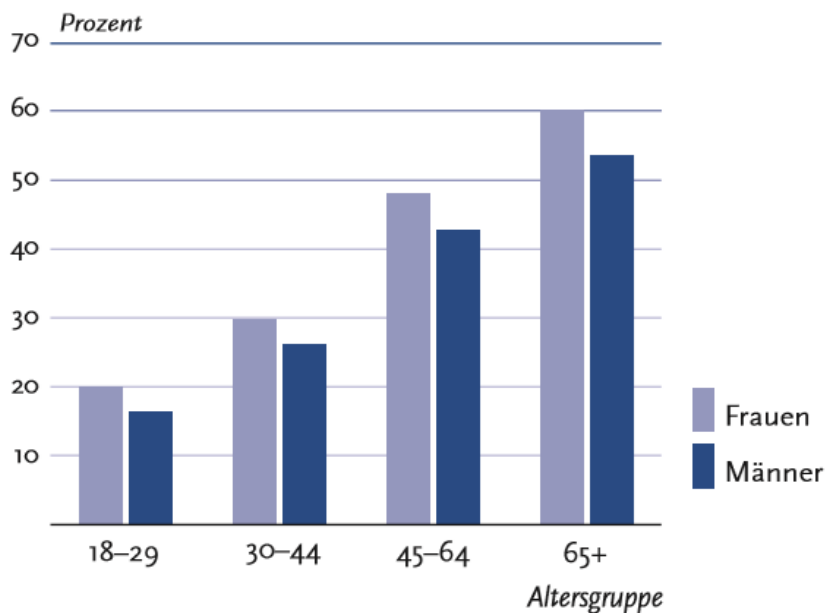
4.3.1 Alter und Geschlecht

Angesichts einer immer weiter steigenden Lebenserwartung und einer Zunahme des Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung (vgl. auch Kapitel 3.2 Bevölkerungsentwicklung - Herausforderung der Zukunft) stellt sich die Frage, ob die hinzugewonnenen Lebensjahre auch in guter Gesundheit verbracht werden können oder mit einer Zunahme gesundheitlich eingeschränkter Jahre verbunden sind. Altwerden und Altsein heißt zwar nicht zwangsläufig Krankwerden und Kranksein, jedoch steigt mit zunehmendem Lebensalter das Risiko zu erkranken. Chronische Erkrankungen, Multimorbidität, Schwerbehinderungen und Pflegebedürftigkeit nehmen zu, und erfordern dann zunehmend auch dauerhafte, kostenintensive Behandlungen und mehr Versorgungssicherheit.⁵² Ab dem Alter von 65 Jahren sind in Deutschland über die Hälfte der Menschen an (mindestens) einer chronischen Krankheit erkrankt. Auch die Prävalenz der Demenzerkrankung verdoppelt sich mit steigendem Lebensalter⁵³.

52 Bundesministerium für Gesundheit (2017): Früherkennung und Vorsorge. Gesundheitsförderung und Prävention für Ältere; unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/frueherkennung-vorsorge/aelttere-menschen.html>

53 Der Berechnung liegen die von der Dachorganisation Alzheimer Europe (Luxemburg) ermittelten mittleren Prävalenzraten (Prozentsatz der Erkrankten in einer bestimmten Altersgruppe) zugrunde. Diese Raten steigen mit dem Alter steil an: 65-69 Jahre 1,6%, 70-74 Jahre 3,5%, 75-79 Jahre 7,3%, 80-84 Jahre 15,6%, 85-89 Jahre 26,1%, 90+ 40,1%. Vgl. auch Deutsche Alzheimergesellschaft e.V. (2016): Informationsblatt 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen, S. 2.

Abbildung 12 Anteil der Menschen mit mindestens einer chronischen Krankheit nach Geschlecht und Alter

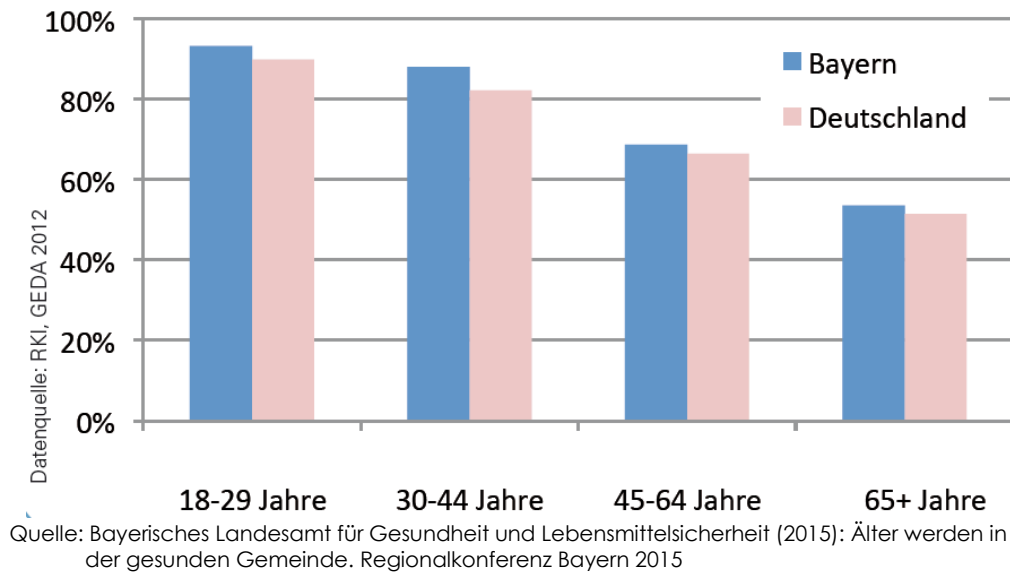


Quelle: Robert-Koch-Institut (2012): Demographische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen

Auch hat das Alter einen Einfluss auf die sportliche Aktivität und somit auch auf einen gesundheitsbelastenden Bewegungsmangel. Nach der GEDA -Studie 2012 ("Gesundheit in Deutschland aktuell") nimmt die sportliche Aktivität bei Frauen und Männern im Altersgang ab. Während im jungen Erwachsenenalter zwischen 18 und 29 Jahren ca. 85 Prozent sportlich aktiv sind, beträgt die Sportbeteiligung im höheren Lebensalter ab 65 Jahren für Männer und Frauen nur noch um die 50 Prozent.⁵⁴

Bei der Selbstbewertung der eigenen Gesundheit nimmt der Anteil derer, die ihre Gesundheit als „sehr gut“ oder „gut“ bewerten, zwar auch erwartungsgemäß mit dem Alter ab, aber auch in der Altersgruppe 65 Jahre und älter sieht noch mehr als die Hälfte der Befragten in Bayern ihre gesundheitliche Situation positiv.

⁵⁴ Robert-Koch-Institut (2012): Gesundheit in Deutschland aktuell. Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Sportliche Aktivität, S. 1; unter <http://www.geda-studie.de/deutsch/ergebnisse/ergebnisse-nach-themen/einflussfaktoren-auf-die-gesundheit.html>

Abbildung 13 Subjektive Gesundheit („sehr gut“ oder „gut“) nach Alter, Bayern 2012

Auch in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg sinken in der Befragung die Werte bei der Gesundheitszufriedenheit mit dem Alter ab, parallel dazu auch der Gesundheitszustand (vgl. Tabelle 2 Fragebogenstudie: Subjektiv wahrgenommene Gesundheit).

Alter, Geschlecht und typische Gesundheitsrisiken

Beim empfundenen **Stress** zeigt sich, dass der Anteil der Personen in der Altersgruppe 60 Jahre und älter deutlich abnimmt zu den Personen in den jüngeren Erwerbsaltersjahren. Bei den meisten Personen in der Region Regensburg, die häufig unter Stress leiden, ist der Stress denn auch beruflich bedingt (vgl. Tabelle 4 Fragebogenstudie: Stress-Leiden). In ähnlicher Weise deuten die Ergebnisse daraufhin, dass Stress bei Männern häufiger beruflich bedingt ist als bei Frauen.

In der Region Regensburg untermauert die Befragung die Unterschiede zwischen den Altersgruppen: im Alter steigt der Anteil der Personen mit **schwerem Übergewicht** signifikant an und auch der gesundheitsbelastende **Bewegungsmangel** hat in der höchsten Altersgruppe seinen höchsten Wert.

Beim **Rauchen** unterscheiden sich die beiden Geschlechter und die Altersgruppen nur so weit, dass beide Geschlechter mit steigendem Alter sinkende Raucheranteile haben, wobei bei den Frauen in allen Altersgruppen ein geringerer Anteil raucht. Beim **Alkoholkonsum** zeigt sich ein interessanter Unterschied zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen: Bei den Männern steigt der gesundheitsbelastende Alkoholkonsum mit dem Alter, bei den Frauen sinkt er.

Tabelle 5 Fragebogenstudie: gesundheitsbelastende Aspekte

	unter 40	40 bis unter 60	60 und älter	Gesamt	Sig. Alter
Schweres Übergewicht/Adipositas/Fettleibigkeit					
Männlich	9,3%	20,9%	32,0%	20,8%	ja
Weiblich	11,0%	15,4%	23,3%	16,2%	ja
Gesamt	10,3%	17,8%	27,5%	18,3%	ja
Sig. Geschlecht	---	---	---	---	
Gesundheitsbelastender Bewegungsmangel					
Männlich	17,4%	26,1%	35,9%	26,5%	ja
Weiblich	23,1%	19,9%	30,1%	23,5%	---
Gesamt	20,5%	22,6%	32,9%	24,8%	ja
Sig. Geschlecht	---	---	---	---	
Rauchen					
Männlich	22,4%	18,2%	14,4%	18,3%	---
Weiblich	13,6%	14,8%	10,4%	13,3%	---
Gesamt	17,5%	16,3%	12,3%	15,6%	---
Sig. Geschlecht	---	---	---	---	
Gesundheitsbelastender Alkoholkonsum					
Männlich	7,6%	12,7%	21,3%	13,8%	ja
Weiblich	20,7%	15,9%	9,9%	15,8%	ja
Gesamt	14,9%	14,5%	15,4%	14,9%	---
Sig. Geschlecht	ja	---	ja	---	

Quelle: Befragung Gesundheitsregion plus (2017)

Auch der internationale Vergleich zeigt, dass aktuell Frauen inzwischen ähnlich viel Alkohol trinken wie Männer. Zudem weisen Studien darauf hin, dass Frauen heutzutage deutlich mehr Alkohol konsumieren als noch Mitte des 20. Jahrhunderts. Wenn sich der reine Alkoholkonsum von Männern und Frauen annähert, ist aufgrund der geschlechtergetrennten gesundheitsabträglichen Grenzwerte auch ein Anstieg des riskanten Alkoholkonsums bei Frauen zu erwarten. Laut der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung liegt der risikoarme Alkoholgenuss bei den Grenzwerten für Frauen bei nicht mehr als 12 Gramm reinem Alkohol, bei den Männern bei nicht mehr als 24 Gramm reiner Alkohol pro Tag. Ähnlich wie in ganz Deutschland nimmt der Anteil der Frauen mit riskantem Alkoholkonsum in der Befragung in der Region Regensburg mit zunehmendem Alter ab. Bei den Männern steigt er dagegen an. Die beiden Hauptzielgruppen für etwaige Interventionen gegen übermäßigen Alkoholkonsum wären damit zum einen Männer der Generation 60plus und zum anderen Frauen unter 40 Jahren. Bei beiden Gruppen liegt der gesundheitsbelastende Alkoholkonsum bei ca. einem Fünftel.

Eine bessere Gesundheit älter werdender Menschen könnte eine geringere Inanspruchnahme von (kostenträchtigen) Kranken- und Pflegebehandlungen mit sich bringen.⁵⁵ Für Deutschland, das im Vergleich mit anderen Ländern nicht nur viel Geld für

⁵⁵ Robert-Koch-Institut (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 7f.

Gesundheit ausbitt, sondern auch von der demographischen Alterung besonders betroffen ist, ist die Gesundheit im Alter daher ein Schwerpunktthema. Der Bayerische Präventionsplan des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege hat in seinen vier Handlungsfeldern entsprechend auch „Gesundes Altern im selbstbestimmten Lebensumfeld“ als Thema und bis April 2018 als Schwerpunkt „Gesund älter werden (Seniorengesundheit)“ ausgerufen. Von Adipositas, Bewegungsmangel und Alkoholkonsum sind jeweils ein Fünftel bis mehr als ein Drittel der vielen älteren Menschen in der Region Regensburg betroffen: Dies belegt die Notwendigkeit, aber auch die Chancen von möglichst zielgenauer Prävention für die Zielgruppe der Älteren. Allerdings belegen die Ergebnisse für Regensburg auch bei jüngeren Zielgruppen spezifische Probleme: Orientiert man sich am Anteil von Personen mit Risikoverhalten, erweisen sich besonders der Bewegungsmangel (bei jüngeren wie auch bei Personen mittleren Alters), der Alkoholkonsum (bei jüngeren Frauen) und das Rauchen (bei jüngeren Männern) als (quantitativ) besonders wichtige Problemfelder.

Das Risiko, bestimmte Erkrankungen zu erleiden, ist bei Frauen und Männern unterschiedlich hoch. Geschlechtsunterschiede manifestieren sich aber nicht nur in der Entstehung, sondern auch im Verlauf von Krankheiten. Neben unterschiedlichen Erkrankungshäufigkeiten und -verläufen lassen sich auch geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Wahrnehmung und Kommunikation von Symptomen, im gesundheitsrelevanten Verhalten und bei der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten feststellen.⁵⁶ Auch bestehen bei beiden Geschlechtern Unterschiede bei der Teilnahme an Präventionsmaßnahmen. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Das Bundesministerium z. B. trägt diesem Umstand Rechnung, indem es z. B. speziell für Frauen zwei Broschüren, die jeweils von der Deutschen Sporthochschule Köln erarbeitet wurden, herausgegeben hat. Die Broschüre "Leben in Balance – Seelische Gesundheit von Frauen"⁵⁷ bietet Anregungen zur Reflexion der persönlichen Situation sowie des damit verbundenen Verhaltens und gibt Empfehlungen für mehr Bewegung und ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Belastung und Entspannung, um die seelische Gesundheit von Frauen zu stärken. Die Broschüre "Aktiv sein – für mich/Auswirkungen von Bewegung auf die psychische Gesundheit von Frauen"⁵⁸ gibt Anregungen und Tipps für mehr Bewegung in allen Lebensphasen von Frauen.

56 Vgl. auch Robert-Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und destatis.

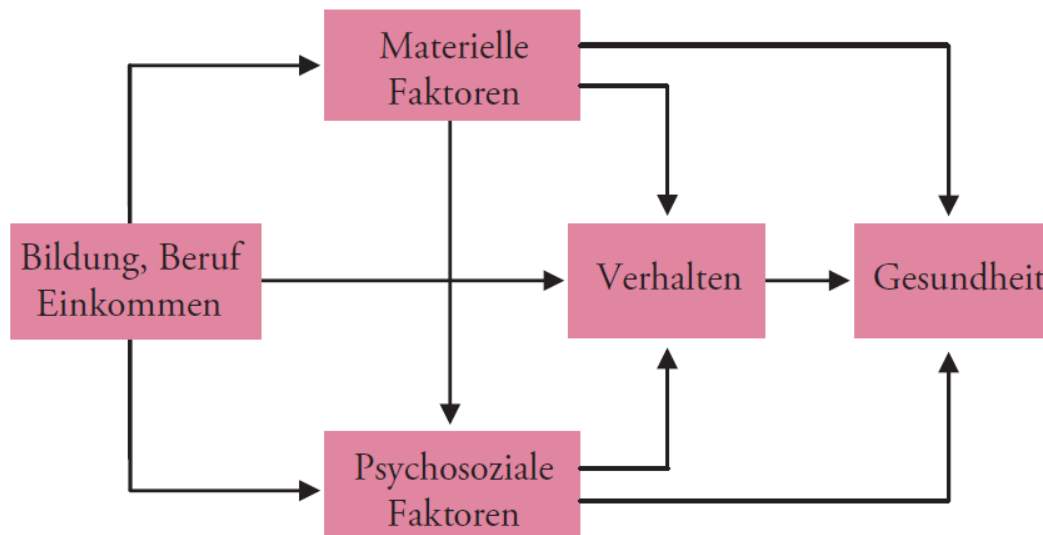
57 Bundesministerium für Gesundheit (2012): "Leben in Balance – Seelische Gesundheit von Frauen; unter http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Leben_in_Balance_-_Seelische_Gesundheit_von_Frauen_01.pdf

58 Bundesministerium für Gesundheit (2012): Aktiv gesund sein. Auswirkungen von Bewegung auf die psychische Gesundheit von Frauen; unter http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Aktiv_sein_-_fuer_mich_Gesundheit_von_Frauen.pdf

4.3.2 Schicht/Bildung

Die Forschung hat in den letzten Dekaden in Studien zum Zusammenhang zwischen sozialer Schicht, Bildung und Gesundheit Belege geliefert, dass die Sozialstruktur einen nicht unerheblichen Einfluss auf Gesundheit ausübt. Zahlreiche Modelle veranschaulichen dies mehr oder minder komplex, gemein ist ihnen, dass sie verschiedene Ebenen und Verknüpfungen berücksichtigen. Im untenstehenden Modell wird davon ausgegangen, dass gesundheitliche Ungleichheiten in erster Linie durch einen Effekt des sozioökonomischen Status auf die Gesundheit entstehen, dass ein geringer sozioökonomischer Status also eine größere Gesundheitsgefährdung verursacht und nicht umgekehrt. Dieser Status hat jedoch keinen direkten Effekt auf die Gesundheit, sondern beeinflusst sie über spezifische, ungleich verteilte "Risikofaktoren" (materiell, verhaltensbezogen und psychosozial). Diese drei Gruppen von Determinanten stehen wiederum in einer direkten und auch einer indirekten engen Beziehung (siehe Pfeile).⁵⁹

Abbildung 14 Einfaches Modell zur Klärung gesundheitlicher Ungleichheit



Quelle: Hurrelmann, Klaus; Richter, Matthias (2007): Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. In: Gesundheit und Soziale Ungleichheit (Aus Politik und Zeitgeschichte, 42/2007), hg. von der Bundeszentrale für politische Bildung, S. 8

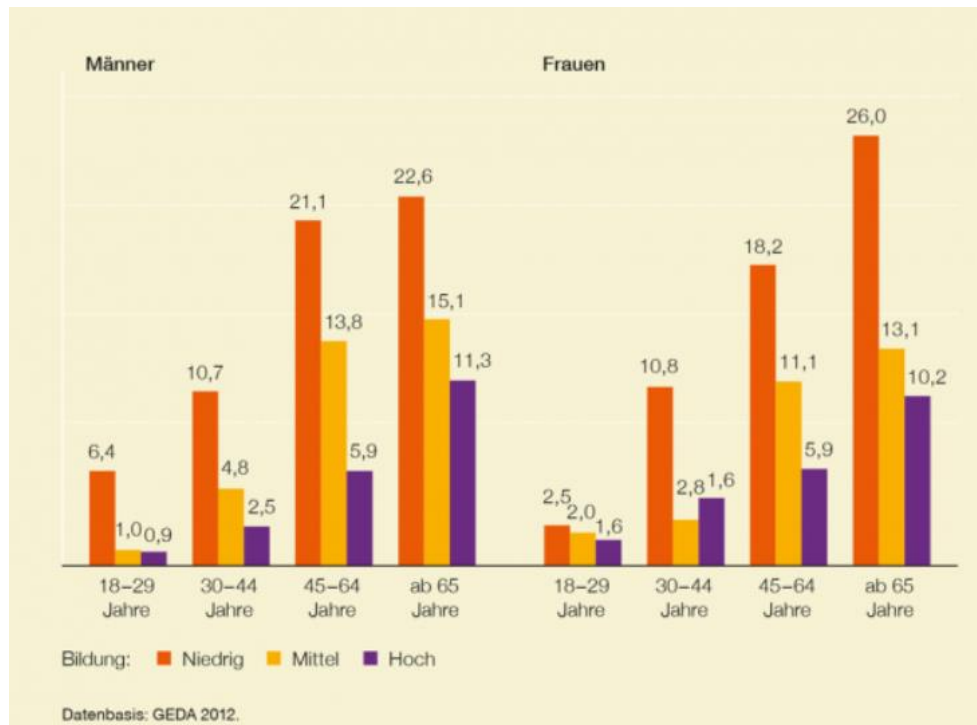
Viele Gesundheitsprogramme und Maßnahmen versuchen, das individuelle Gesundheitsverhalten zu verändern, was ein sinnvolles Ziel ist. Es darf aber nicht ausgeblendet werden, dass gesundheitsrelevante Verhaltensweisen maßgeblich eben auch durch die Lebensverhältnisse geprägt werden.⁶⁰

⁵⁹ Hurrelmann, Klaus; Richter, Matthias (2007): Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. In: Gesundheit und Soziale Ungleichheit (Aus Politik und Zeitgeschichte, 42/2007), hg. von der Bundeszentrale für politische Bildung, S. 3.

⁶⁰ Bertelsmann-Stiftung (2012): Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. Wirksame Bildungsinvestitionen, S. 31.

Nach den Daten der GEDA-Studie 2012 ("Gesundheit in Deutschland aktuell") geben Personen mit niedriger Bildung in jedem Alter vermehrt an, aufgrund einer chronischen Krankheit in der Alltagsgestaltung erheblich eingeschränkt zu sein.

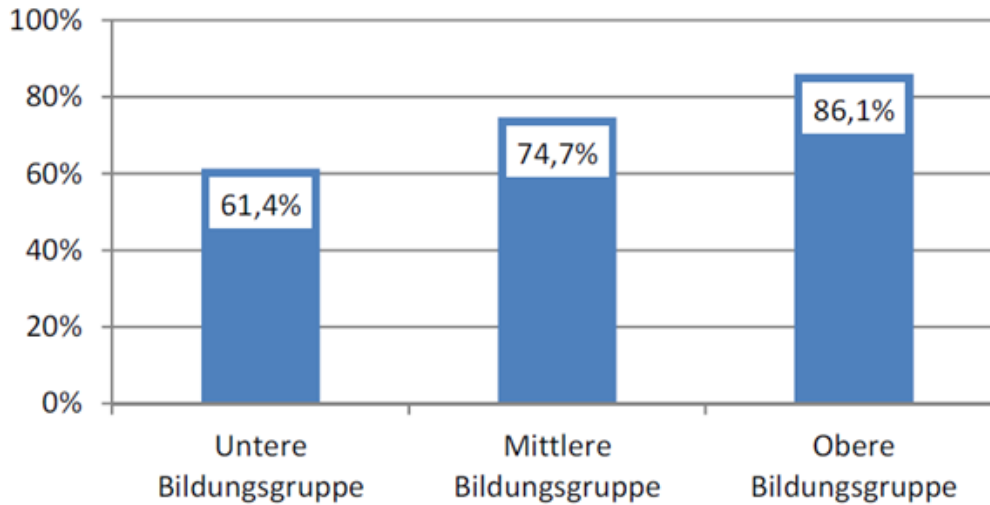
Abbildung 15 Erhebliche krankheitsbedingte Einschränkungen in der Alltagsbewältigung nach Bildung 2012 – in Prozent



Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung (2016): Bildung als Ressource für Gesundheit

Personen mit niedriger Bildung berichten auch häufiger, in den letzten vier Wochen immer oder oft unter starken Schmerzen gelitten zu haben, als Personen mit mittlerer und hoher Bildung. Auch zwischen der mittleren und hohen Bildungsgruppe sind signifikante Unterschiede im Vorkommen von Schmerzen festzustellen.

Subjektiv unterscheidet sich die Gesundheit auch nach Merkmalen der sozialen Lage deutlich: Angehörige unterer Bildungsgruppen schätzen ihre Gesundheit wesentlich schlechter ein als Angehörige der oberen Bildungsgruppe.

Abbildung 16 Subjektive Gesundheit nach Bildungsgruppen (Bayern 2012)

Datenquelle: RKI, GEDA 2012

Quelle: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2014)

Methodische Hinweise zur Analyse des Bildungseinflusses in der Gesundheitsstudie Regensburg

Bei der Gesundheitsstudie in der Region Regensburg wurden bei der Bildung zwei Gruppen unterschieden: niedrigere und mittlere/höhere Bildung. Das Kriterium für mittlere/höhere Bildung war, dass die Person mindestens einen mittleren Schulabschluss bzw. die mittlere Reife hat. In jedem Fall wurden beim Vergleich niedrigerer mit mittlere/höherer Bildung direkt Prozentzahlen bzw. Mittelwerte betrachtet. Bei der Analyse des Einflusses der Bildung wurde teils auch der Einfluss von Geschlecht und Alter neutralisiert, um die Zusammenhänge mit Bildung klarer zu erkennen. In den Tabellen wird dann zwischen „ungewichteten“ und „gewichteten“ Werten unterschieden.⁶¹

Vorweg benennen wir einschlägige Kennzeichen der Stichprobe unserer repräsentativen Umfrage: Unter den Befragungsteilnehmern mit niedrigerer Bildung sind der Anteil Älterer und der Anteil an Frauen höher als unter den Befragungsteilnehmern mit höherer Bildung.

⁶¹ Bei Variablen, die bekanntermaßen auch sehr durch das Geschlecht und/oder das Alter abhängen, wurde zum Vergleich beider Bildungsgruppen noch ein zweiter Ansatz verwendet. Bei diesem Ansatz wurden die Daten für beiden Gruppen erst so gemäß Geschlecht und Alter gewichtet, dass in beiden Gruppen dieselbe Geschlechts- und Altersverteilung bestand wie in der Gesamtstichprobe. Für die derart gewichteten Gruppen wurden dann Prozentzahlen bzw. Mittelwerte bestimmt. Durch diese Gewichtung wird der Einfluss von Geschlecht und Alter neutralisiert, so dass sich der Einfluss der Bildung deutlicher auf die Prozentzahlen bzw. Mittelwerte abbildet.

Tabelle 6 Fragebogenstudie: Alter und Geschlecht getrennt nach Bildungsstand⁶²

	unter 40	40 bis unter 60	60 und älter	Gesamt
Niedrige Bildung				
Männlich	32	57	52	141
	22,7%	40,4%	36,9%	100,0%
	53,3%	46,3%	41,6%	45,8%
Weiblich	28	66	73	167
	16,8%	39,5%	43,7%	100,0%
	46,7%	53,7%	58,4%	54,2%
Gesamt	60	123	125	308
	19,5%	39,9%	40,6%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Höhere Bildung				
Männlich	86	108	70	264
	32,6%	40,9%	26,5%	100,0%
	41,3%	42,2%	54,7%	44,6%
Weiblich	122	148	58	328
	37,2%	45,1%	17,7%	100,0%
	58,7%	57,8%	45,3%	55,4%
Gesamt	208	256	128	592
	35,1%	43,2%	21,6%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: Befragung Gesundheitsregion plus (2017)

Ergebnisse zur Analyse des Bildungseinflusses in der Gesundheitsstudie Regensburg

Innerhalb der gesamten Stichprobe haben 65,8 Prozent ein (hier definiertes) mittleres/höheres Bildungsniveau. Bei beiden Geschlechtern und damit auch in der gesamten Stichprobe sinkt der Anteil der Personen mit höherer Bildung mit dem Alter. Bei den Frauen sinkt der Anteil stärker.

Lässt man die Alters- und Geschlechtsverteilung außer Acht gibt es bei neun der 17 betrachteten Krankheiten zwischen den beiden Bildungsgruppen signifikante Unterschiede. Bei Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsverteilungen gibt es solche Unterschiede bei sechs Variablen: Niedrigere Bildung ist in der Region mit einer stärkeren Neigung zu Bluthochdruck, Diabetes, Arthrose, entzündlicher Gelenkerkrankung und Abnutzung der Wirbelsäule verbunden, höhere Bildung dagegen mit einer höheren Häufigkeit von Allergien.

Tabelle 7 Fragebogenstudie: Bildung und Krankheitsprävalenzen

Krankheit	Ungewichtet Bildungsstand			Gewichtet Bildungsstand		
	niedrig	hoch	Sig	niedrig	hoch	Sig
Herzinfarkt	3,5%	1,2%	ja	3,1%	1,3%	---
Schlaganfall	2,6%	2,0%	---	2,2%	2,3%	---
Krebs	5,2%	4,6%	---	4,1%	5,1%	---
Bluthochdruck (ohne Medikation)	31,7%	16,7%	ja	26,0%	19,0%	ja

⁶² Die Einträge in den Zellen sind: 1. Zahl = absolute Zahl, 2. Zahl=Zeilenprozent, 3. Zahl=Spaltenprozent innerhalb des Bildungsstandes

Krankheit	Ungewichtet Bildungsstand			Gewichtet Bildungsstand		
Erhöhte Blutfettwerte (ohne Medikation)	22,2%	14,0%	ja	16,6%	15,3%	---
Diabetes	11,8%	3,4%	ja	9,5%	4,0%	ja
Chronische Bronchitis	5,8%	3,6%	---	4,4%	3,8%	---
Asthma	5,3%	4,7%	---	4,1%	4,5%	---
Multiple Sklerose	1,0%	0,7%	---	1,3%	0,7%	---
Parkinson	0,0%	0,2%	---	0,0%	0,2%	---
Epilepsie	0,0%	1,2%	---	0,0%	1,2%	---
Arthrose	43,6%	22,0%	ja	35,2%	24,8%	ja
Entzündliche Gelenkerkrankung	9,7%	2,6%	ja	8,4%	2,9%	ja
Abnutzung der Wirbelsäule bzw. der Bandscheibe	42,5%	29,1%	ja	36,6%	31,4%	ja
Osteoporose	6,1%	2,6%	ja	4,5%	3,5%	---
Gelegentlich oder häufiger Migräne	13,9%	16,8%	---	14,6%	15,6%	---
Allergie	22,1%	33,4%	ja	21,1%	32,6%	ja

Quelle: Befragung Gesundheitsregion plus (2017)

Nach Ergebnissen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“ findet sich zwischen dem bekannten Bluthochdruck und dem Bildungsstatus nur bei Frauen im höheren Lebensalter ein Zusammenhang von Krankheit und Bildung: Ab einem Alter von 65 Jahren leiden Frauen der oberen Bildungsgruppe signifikant seltener an bekanntem Bluthochdruck als Frauen der unteren Bildungsgruppe.⁶³ Die Studie „Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit“ der Bertelsmann-Stiftung zeigte 2012 aber bei der einfachen Verteilung der Krankheitshäufigkeiten, dass bezogen auf die chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen am Herzen und Herzinsuffizienz) sich z. B. bei Männern unter 30 Jahren die Prävalenzen zwischen den beiden Bildungsgruppen kaum unterscheiden, allerdings in höheren Altersgruppen bei Frauen und Männern eine besonders hohe Prävalenz in der Gruppe der „unzureichenden Bildung“ zu erkennen ist:

⁶³ Bayerisches Amt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2014): Gesundheitsreport Bayern. Eckdaten zur Gesundheit in Bayern – Update 2014, S. 3.

Abbildung 17 Prävalenz von chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Bildung, Alter und Geschlecht

Angaben in Prozent

Bildung	Frauen		Männer		Frauen und Männer	
	unzureichend	ausreichend	unzureichend	ausreichend	unzureichend	ausreichend
25 - 29 Jahre	-	2,94	3,15	3,67	1,54	3,28
30 - 39 Jahre	8,74	5,11	24,13	6,42	14,74	5,74
40 - 49 Jahre	14,10	14,15	24,75	15,79	18,04	14,94
50 - 59 Jahre	30,78	31,46	39,78	34,86	33,16	33,16
60 - 69 Jahre	53,61	45,17	58,87	49,26	54,45	47,21
70 - 79 Jahre	67,62	57,72	72,07	50,00	68,10	53,95
Gesamt	42,61	24,38	35,82	26,21	40,95	25,27

Quelle: Bertelsmann-Stiftung (2012): Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. Wirksame Bildungsinvestitionen.

Die Befragungsprävalenzen in der Region Regensburg decken sich mit den Annahmen von deutschlandweiten Studien, dass bestimmte atopische Allergien in den unteren Schichten seltener „auftreten“ als in den höheren. Erwachsene mit hohem sozioökonomischen Status haben laut der GEDA-Studie 2015 insgesamt betrachtet deutlich häufiger Allergien als Erwachsene mit mittlerem oder niedrigem sozioökonomischen Status.⁶⁴ Diese höhere Prävalenz von Allergien in höheren sozialen Bildungsschichten wird aber auch durch eine frühere ärztliche Diagnosen begründet⁶⁵: Die höhere Bildung ist wohl kaum Ursache der Allergien, Menschen mit höherer Bildung scheinen aber besser informiert und können Allergien, Unverträglichkeiten und deren Symptome besser deuten, können Zusammenhänge schneller erkennen und entsprechend frühzeitig einen Spezialisten aufsuchen. Aus dieser Sicht liegt die Schlussfolgerung nahe, dass sich schichtspezifische Unterschiede in der Häufigkeit von Allergien durch die höhere Allergie-Dunkelziffer in bildungsschwächeren Bevölkerungsgruppen ergeben.

Auch beim gefühlten Stress zeigt sich bei den einfachen Vergleichen ein signifikanter Unterschied zwischen den Bildungsgruppen: Personen mit höherer Bildung in der Region Regensburg leiden häufiger unter Stress und dieser Stress ist häufiger beruflich bedingt.

⁶⁴ Robert-Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, S. 80f oder auch Bertelsmann-Stiftung (2012): Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. Wirksame Bildungsinvestitionen, S. 6

⁶⁵ Kriwy, Peter; Jungbauer-Gans, Monika (2004): Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern, S. 13.

Tabelle 8 Fragebogenstudie: Bildung und Stress sowie Kenntnis und Nutzung von Schulungen zu Stress

Frage	Bildungsstand		Sig
	niedrig	hoch	
Häufiges Leiden unter Stress	34,3%	45,6%	ja
Berufsbedingter Stress (bezogen auf Personen, die häufiger unter Stress leiden)	73,3%	83,2%	ja
Kenntnis von Schulungen (bezogen auf Personen, die häufiger unter Stress leiden)	15,6%	32,8%	ja
Teilnahme an Schulungen (bezogen auf Personen, die Schulungen kennen)	33,3%	36,7%	---

Quelle: Befragung Gesundheitsregion plus (2017)

Insgesamt wissen nur etwas mehr als ein Viertel (28%) der Personen, die häufiger unter Stress leiden, davon, dass es in ihrer Umgebung Schulungen zum Umgang mit Stress gibt. Von diesen Personen haben wiederum nur 35,5% an einschlägigen Schulungen teilgenommen (vgl. Tabelle 8), d. h. nur jeder Elfte (9,3%), der häufiger an Stress leidet, hat bereits Angebote zur Stressvermeidung und Stressreduzierung besucht. Bei höherer Bildung ist man häufiger über Präventionsangebote informiert und nutzt diese insgesamt auch häufiger.

Die Bedeutung der Bildung für das Gesundheitsverhalten lässt sich vor allem auch bei der Betrachtung des Konsums von Tabak oder den sportlichen Aktivitäten verdeutlichen. Veröffentlichungen der Bertelsmann-Stiftung und der Bundeszentrale für politische Bildung belegen:

- Personen mit niedrigerem Bildungsstand rauchen weitaus häufiger als Personen mit mittlerer oder mit hoher Bildung.
- Am Verhältnis von ehemaligen und aktuellen Rauchern wird deutlich, dass Personen mit niedriger Bildung seltener bzw. später das Rauchen wieder aufgeben.
- Auch in der sportlichen Bewegung treten Unterschiede zutage: Personen mit niedriger Bildung treiben demnach auch signifikant seltener Sport als ausreichend Gebildete.
- Personen mit niedriger Bildung haben deutlich häufiger in den letzten drei Monaten keinen Sport getrieben als Personen mit mittlerer und hoher Bildung. Dies gilt für alle betrachteten Altersgruppen.⁶⁶

Auch in der Region Regensburg zeigen sich beim Lebensstil erhebliche Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen: Niedrigere Bildung ist stark mit einer höheren Neigung zu Adipositas, gesundheitsbelastendem Bewegungsmangel und Rauchen verbunden.

⁶⁶ Bertelsmann-Stiftung (2012): Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. Wirksame Bildungsinvestitionen, S. 28 und vgl. auch Bundeszentrale für politische Bildung (2016): Bildung als Ressource für Gesundheit; unter <http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2016/226599/bildung-als-ressource-fuer-gesundheit>

Nur beim riskanten Alkoholkonsum zeigen sich keine Unterschiede zwischen den beiden Bildungsgruppen in der Region.

Tabelle 9 Fragebogenstudie: Bildung und Lebensstil

Variable	Ungewichtet Bildungsstand			Gewichtet Bildungsstand		
	niedrig	hoch	Sig	niedrig	hoch	Sig
Adipositas/Fettleibigkeit	27,6%	13,4%	ja	24,2%	13,9%	ja
Gesundheitsbelastender Bewegungsmangel	32,8%	20,8%	ja	32,5%	21,5%	ja
Rauchen	22,7%	12,0%	ja	24,2%	11,4%	ja
Gesundheitsbelastender Alkoholkonsum	13,8%	15,3%	---	15,3%	15,4%	---

Quelle: Befragung Gesundheitsregion plus (2017)

Die Bertelsmann-Studie zeigt auf, dass sich Bildungsunterschiede darüber hinaus in Bezug auf die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten zeigen. Beispielsweise nehmen Personen mit niedriger Bildung seltener Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und andere Präventionsangebote wahr, die größtenteils zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören, also ohne Zuzahlungen in Anspruch genommen werden können.⁶⁷

In der Region Regensburg hat die Fragebogenstudie ergeben, dass sich die Nutzung kassenfinanzierter Präventionsangebote in den Bildungsgruppen nur wenig unterscheidet. Allerdings unterstützen Signifikanzen bei einigen gezielten Angeboten (z. B. Test auf Gebärmutterhalskrebs bei Frauen; Test auf verborgenes Blut im Darm bei Männern) das oben genannte Ergebnis, dass Personen mit niedriger Bildung zumindest bestimmte Präventionsangebote weniger nutzen. Auch die oben beschriebenen Unterschiede bezüglich Adipositas, Rauchen und Bewegungsmangel belegen eine höhere Resistenz/geringeren Informationsgrad/seltenere Nutzung von Präventionsangeboten durch untere Bildungsschichten.

4.3.3 Schwerbehinderung

Es gibt ein breites Spektrum an seelischen, psychischen, geistigen, körperlichen und sensorischen Beeinträchtigungen. Menschen mit Behinderungen sind eine heterogene Gruppe - mit unterschiedlichsten Bedarfen für eine umfassende Teilhabe und Zugang zum Gesundheitsbereich bzw. Nutzung der Gesundheitssysteme. Dementsprechend muss diesen verschiedenen Bedürfnissen und Anforderungen an eine barrierefreie Umwelt auch auf unterschiedlichste Weise Rechnung getragen werden. Mit der UN-Behindertenrechtskonvention wurde behindertenpolitisch ein bemerkenswerter Schritt vollzogen: Das medizinische Modell von Behinderung, das auf die seelischen, psychischen,

⁶⁷ Bertelsmann-Stiftung (2012): Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. Wirksame Bildungsinvestitionen, S. 28 und vgl. auch Bundeszentrale für politische Bildung (2016): Bildung als Ressource für Gesundheit; unter <http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2016/226599/bildung-als-ressource-fuer-gesundheit>

geistigen, körperlichen oder sensorischen Beeinträchtigungen des Einzelnen abzielt und in einer Aussonderungslogik und Defizitorientierung denkt, weicht dem menschenrechtlichen Modell, das auf die äußeren, gesellschaftlichen Bedingungen gerichtet ist, welche Menschen mit Behinderungen ausschließen und diskriminieren. Nicht der Mensch mit Behinderung hat sich zur Wahrung seiner Rechte anzupassen, sondern das gesellschaftliche Leben aller muss von vornherein für alle Menschen ermöglicht werden. Im Zentrum steht der Paradigmenwechsel von der Fürsorge und Versorgung hin zur gleichberechtigten Teilhabe für Menschen mit Behinderung.⁶⁸ Nicht das negative Verständnis von Behinderung soll Normalität sein, sondern ein gemeinsames Leben aller Menschen mit und ohne Behinderungen. Dies umfasst sämtliche Lebensbereiche, von der Arbeit über Bildung, Wohnen und Mobilität, aber eben auch Pflege und Gesundheit.

Der Zugang zu Dienstleistungen im Bereich Gesundheit ist für Menschen mit Behinderung vielfach beschwerlich. Arztpraxen und Kliniken sind nicht immer barrierefrei erreichbar bzw. nutzbar. Problematisch ist auch, dass es finanziell kaum Anreize gibt, eine Arztpraxis barrierefrei zu gestalten. Auch für komplexe Behandlungsaufwände von manchen Menschen mit Behinderung gibt es keinen Vergütungsausgleich für Ärzte. Menschen mit Behinderung sind tlw. mobilitätseingeschränkt und daher auf eine gute flächendeckende (fach-)ärztliche Versorgung angewiesen. Wenn in einzelnen Kommunen des Landkreises die einzige Facharztpraxis vor Ort nicht barrierefrei erreichbar ist, ist ein guter Zugang zur Versorgung für Menschen mit Behinderung also auch nicht mehr gegeben. Aber selbst wenn keine physischen Zugangsbarrieren für mobilitätseingeschränkte Menschen bestehen, ist die Kommunikation eine weitere Hürde. Menschen mit Gehörlosigkeit oder Höreinschränkung sind z. B. vielfach auf technische Hilfen (induktive Höranlagen) oder Dolmetscherdienste angewiesen. Menschen mit kognitiven Einschränkungen benötigen evtl. Texterläuterungen oder Websites in Leichter Sprache. Und Menschen mit Seheinschränkung bzw. blinde Menschen brauchen Leitsysteme, die ihnen den Weg zur Arztpraxis weisen.

Eine besondere Notlage empfinden oft Menschen mit psychischen Einschränkungen: Sie beklagen lange Wartezeiten bei der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung und ein ungenügendes ambulantes Notfallnetz. Menschen mit psychischen Einschränkungen sieht man ihre Beeinträchtigung vielfach nicht an, weshalb es Menschen oft schwerfällt, sich auf diese einzustellen. Manchmal ist die Bandbreite der psychischen Erkrankung schwer fassbar und nicht immer ist sie medizinisch messbar. Teilweise benötigen Menschen mit psychischen Einschränkungen auch Assistenz, um teilhaben zu können. Konkret heißt das, dass z. B. Unterstützung bei Behördengängen benötigt wird. Generell ist es für Menschen mit psychischen Einschränkungen oft eine enorme Herausforderung, ihre Rechte durchzusetzen und auf ihre besonderen Bedürfnisse hinzuweisen, da das häufig ein Beharrungsvermögen voraussetzen würde, das bei

⁶⁸ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Teilhabe von Menschen mit Behinderung. <http://www.bmas.de/DE/Themen/Teilhabe-behinderter-Menschen/Politik-fuer-behinderte-Menschen/Uebereinkommen-der-Vereinten-Nationen/rechte-von-menschen-mit-behinderungen.html>

einigen nicht (mehr) gegeben ist. Gerade hier wäre eine Verfahrensassistenz nötig, die aber bisher nicht gegeben ist.

Zu beachten ist auch, dass sich bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung eine Verbesserung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustandes und eine finanziell eingeschränkte Lebenssituation gegenseitig bedingen: Einkommensarmut kann die psychische Situation der Betroffenen verschlimmern, was es ihnen wiederum erschwert Fuß zu fassen – sei es am Arbeitsmarkt oder im gesellschaftlichen Leben. Arbeit kann für Menschen mit einer psychischen Erkrankung Rhythmus und Struktur bedeuten und durch die soziale und gesellschaftliche Integration zur psychosozialen Stabilisierung beitragen.

Wie bereits erwähnt, lebt ca. jeder 9. bis 10. Bürger in der Region Regensburg mit einer Schwerbehinderung (Grad der Behinderung 50 oder mehr), wobei der größte Teil der Schwerbehinderungen nicht angeboren ist, sondern erst im Laufe des Lebens auftritt, hauptsächlich durch Krankheiten. Genau wie in Bayern und im Regierungsbezirk Oberpfalz steigt in der Region Regensburg die Anzahl der Menschen mit Behinderung in den letzten Jahren an. Als eine Ursache für den stetigen Anstieg der Menschen mit Behinderungen kann vermutet werden, dass behinderte Menschen eine steigende Lebenserwartung haben bzw. der Anteil älterer Menschen wächst, die potentiell häufiger eine Behinderung haben als junge Menschen.⁶⁹ Innerhalb der Befragung im Rahmen der Gesundheitsregion^{plus} haben 12 Prozent eine Schwerbehinderung. Auch hier steigt der Anteil Schwerbehinderter mit dem Alter stetig an, da wie erwähnt mit dem Alter zunehmende gesundheitliche Beeinträchtigungen dazu führen, dass der Anteil Behinderter mit steigendem Alter höher wird. In der Befragung gibt es bei den Männern insgesamt mehr Schwerbehinderte, was nicht verwunderlich ist, da Männer im Schnitt in Deutschland (insbesondere bei den ab 60-Jährigen) eher als schwerbehindert eingestuft sind als Frauen. Als eine Ursache hierfür wird angeführt, dass Männer häufiger erwerbstätig sind und daher eher Anträge auf Anerkennung einer Schwerbehinderung stellen, um so die Vorteile des Schwerbehindertenrechts für den Arbeitsmarkt und die Rente (Frühverrentung) nutzen zu können.⁷⁰

Tabelle 10 Fragebogenstudie: Anteil von Personen mit Schwerbehinderung

	unter 40	40 bis unter 60	60 und älter	Gesamt	Sig. Alter
Männlich	1,7%	10,3%	34,4%	15,1%	ja
Weiblich	5,3%	8,9%	16,8%	9,9%	ja
Gesamt	3,7%	9,5%	25,3%	12,2%	ja
Sig. Geschlecht	---	---	ja	ja	

Quelle: Befragung Gesundheitsregion plus (2017)

⁶⁹ Vgl. auch Landratsamt Regensburg (2017): Aktionsplan Inklusion und Demographie.

⁷⁰ Statistisches Bundesamt (Destatis): Statistik der schwerbehinderten Menschen. Kurzbericht. Wiesbaden 2012, S. 6.

Ebenso wie in Gesamtbayern ist der größte Teil der Schwerbehinderungen in der Region Regensburg nicht angeboren, sondern tritt erst im Laufe des Lebens auf, hauptsächlich durch Krankheiten. Die aktuelle Befragung untermauert dies bei der Betrachtung der Krankheitsbilder: Bei 13 der 17 betrachteten Krankheiten haben Schwerbehinderte in der Region im Vergleich zu Nicht-Schwerbehinderten überzufällig höhere Prozentzahlen. Bei Gewichtung auf Geschlecht und Alter werden die Unterschiede zwischen Schwerbehinderten und Nicht-Schwerbehinderten geringer: aber bei immer noch 11 der 17 Krankheiten haben Schwerbehinderte überzufällig höhere Prozentzahlen als Nicht-Schwerbehinderte. Bei manchen der Krankheiten sind die Prozentzahlen bei den Schwerbehinderten sogar mehr als doppelt so groß wie bei den Nicht-Schwerbehinderten.

Tabelle 11 Fragebogenstudie: Krankheiten und Schwerbehinderung

Krankheit	Ungewichtet			Gewichtet		
	Schwerbehinderung			Schwerbehinderung		
	nein	ja	Sig	nein	ja	Sig
Herzinfarkt	1,3%	7,3%	ja	1,4%	4,5%	ja
Schlaganfall	1,0%	10,9%	ja	1,1%	9,1%	ja
Krebs	2,5%	21,3%	ja	2,8%	19,3%	ja
Bluthochdruck (ohne Medikation)	18,1%	49,5%	ja	19,6%	43,1%	ja
Erhöhte Blutfettwerte (ohne Medikation)	14,7%	31,5%	ja	16,0%	24,8%	---
Diabetes	4,6%	18,5%	ja	5,1%	19,3%	ja
Chronische Bronchitis	3,4%	10,9%	ja	3,4%	6,3%	ja
Asthma	4,3%	9,4%	ja	4,2%	5,8%	---
Multiple Sklerose	0,3%	4,6%	ja	0,3%	11,0%	ja
Parkinson ⁷¹						
Epilepsie	0,6%	1,8%	---	0,6%	2,7%	---
Arthrose	26,0%	53,7%	ja	27,3%	47,7%	ja
Entzündliche Gelenkerkrankung	3,6%	14,8%	ja	3,7%	13,0%	ja
Abnutzung der Wirbelsäule bzw. der Bandscheibe	30,9%	54,6%	ja	31,8%	49,5%	ja
Osteoporose	3,0%	9,9%	ja	3,2%	10,6%	ja
Gelegentlich oder häufiger Migräne	16,1%	13,6%	---	15,6%	16,5%	---
Allergie	30,3%	24,3%	---	29,6%	29,0%	---

Quelle: Befragung Gesundheitsregion plus (2017)

Der Unterschied bei den medizinisch diagnostizierten Krankheiten schlägt sich auch bei den Maßen für die subjektive Gesundheit nieder. Bei allen drei Maßen haben Schwerbehinderte überzufällig und teilweise drastisch schlechtere Werte als Nicht-Schwerbehinderte. Bei der Zufriedenheit sind die Werte für die Behinderten sogar im negativen Bereich. Dabei sind die Ergebnisse für die gewichteten Mittelwerte nahezu identisch mit denen für die ungewichteten Mittelwerte.

71 Nur ein Fall in der Befragung.

Tabelle 12 Fragebogenstudie: Schwerbehinderung und subjektive Gesundheit

Variable	Ungewichtet			Gewichtet		
	Schwerbehinderung		Sig	Schwerbehinderung		Sig
	nein	ja		nein	ja	
Gesamtgesellschaftliche Bewertung (Deutscher Index für den EQ-5D-3L); (0 = Wert für Tod ;1 = Wert für völlige Gesundheit)	0,991	0,905	ja	0,991	0,902	ja
Einstufung des aktuellen Gesundheitszustands (0 = schlechtest denkbarer Gesundheitszustand; 100=best denkbarer Gesundheitszustand)	83,58	57,47	ja	83,35	58,88	ja
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit (-3 = äußerst unzufrieden; 3 = äußerst zufrieden)	0,98	-0,46	ja	0,98	-0,48	ja

Quelle: Befragung Gesundheitsregion plus (2017)

Schwerbehinderte sind auch signifikant häufiger übergewichtig und haben signifikant häufiger gesundheitsbelastenden Bewegungsmangel als Nicht-Schwerbehinderte.

4.3.4 Migration

Aus den Ergebnissen vorhandener Studien zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten lassen sich keine eindeutigen Schlussfolgerungen mit Blick auf besondere gesundheitliche Umstände, Pflegebedürftigkeit oder Präventionen ableiten. Der früher propagierte „healthy migrant effect“ (schützende Migrationsfaktoren), der relativ gute Gesundheitszustand in der Migrantenbevölkerung aufgrund der selektiven Anwerbung von jüngeren und gesunden Arbeiterinnen und Arbeitern in den 1950er bis 1970er Jahren ist laut den Experten seit den 1980er nicht mehr nachweisbar.⁷² Auf der anderen Seite gibt es eventuell erhöhte gesundheitliche Risikofaktoren bei Migranten: So haben vor allem viele Migranten der ersten „Gastarbeiter“-Generation in Deutschland über lange Zeiträume schwere, körperlich belastende Tätigkeiten ausgeübt, die mit einem höheren gesundheitlichen Risiko, einer vorzeitigen Erwerbsminderung und Pflegebedürftigkeit einhergehen können. Geflüchtete zum Beispiel haben während eines Asylverfahrens nur eingeschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung und das, obwohl Fluchterfahrungen immer schwer belastend sind und zu Traumatisierungen führen können.⁷³

Belegt ist, dass sich die Vorstellungen von Personen mit Migrationshintergrund über ihre gesundheitliche und pflegerische Versorgung nur unwesentlich von denen der Personen ohne Migrationshintergrund unterscheiden: Sie ziehen es überwiegend vor, von

72 Bundeszentrale für politische Bildung (2015): Migration und Pflege – Eine Einführung; online verfügbar unter <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/211005/einfuehrung?p=all> oder auch Zeman, Peter Dr. (2015): Ältere Migranten in Deutschland. Befunde zur soziodemographischen, sozioökonomischen und psychosozialen Lage sowie zielgruppenbezogene Fragen der Politik- und Praxisfeldentwicklung. Expertise im Auftrag des Bundesamtes für Flüchtlinge und Migration.

73 Bundeszentrale für politische Bildung (2009): Wie gesund sind Migranten? Focus Migration. Kurzdossier; online verfügbar unter <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/57300/flucht-migration-und-gesundheit>

Angehörigen zu Hause unterstützt und gepflegt zu werden, laut Pflegestatistik wird tatsächlich auch ein Großteil der Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt. Allerdings haben sie im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund eine größere Distanz zur Nutzung professioneller Hilfe. Dies kann zu psychischen Belastungen und Überlastungen der Angehörigen führen. Es ist auch zunehmend zu beobachten, dass nicht alle älteren Migranten Verwandte in Deutschland haben, die diese Aufgabe übernehmen können - und auch wollen, weil auch in dieser Gruppe vor allem Töchter und Ehefrauen weniger bereit sind, z. B. ihre Berufstätigkeit für die Pflege eines Angehörigen aufzugeben.⁷⁴

Im Vergleich mit Personen ohne Migrationshintergrund sind auch vor allem gering ausgebildete Migranten häufig in sozioökonomischer Hinsicht (z. B. im Hinblick auf Beruf, Einkommen und Wohnsituation) benachteiligt, was das Risiko, gesundheitlich beeinträchtigt zu werden, ebenfalls erhöht. Eine ungünstige soziale Lage sowie Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache und damit einhergehende Kommunikationsprobleme und Informationsdefizite können negative Unterschiede im Gesundheitszustand erklären. Daneben sind präventive und gesundheitsfördernde Angebote, aber auch ambulante oder stationäre Unterstützung bei Migranten wenig bekannt. Gründe hierfür sind Sprachprobleme, Vorbehalte gegenüber Institutionen, das Vertrauen auf Unterstützung und Pflege durch Kinder und Verwandte, die Unübersichtlichkeit des Gesundheits- und Pflegesystems sowie das Aufschieben einer möglichen Rückkehroption.⁷⁵

Eine reine Betrachtung der Krankheitsbilder nach Bevölkerung mit Migrationshintergrund⁷⁶ und der autochthonen Bevölkerung zeigte in der Befragung keine signifikanten Unterschiede. Auch bei der subjektiv geschätzten Gesundheit gibt es kaum Unterschiede zwischen Personen ohne und mit Migrationshintergrund.

Zugang zu medizinischer Versorgung

In der Fachliteratur wird immer wieder von spezifischen Barrieren berichtet, die den Zugang von Migranten zu medizinischen und pflegerischen Leistungen behindern. Dazu gehören z. B. sprachliche, soziale und kulturelle Verständigungsprobleme, unzureichende Informationen und mangelnde Informationsmöglichkeiten über Ansprüche und Angebote, aber eben auch Leistungskonturierungen, die nicht mit den kulturellen und sozialen Wertvorstellungen, Lebensstilen und lebensweltlichen Bedürfnissen der Migrantengruppen übereinstimmen.⁷⁷

74 Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) GmbH (2015): Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Expertise im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, S. 6.

75 Vgl.: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel; online verfügbar unter http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.html;jsessionid=A04DDA023E4456270043E951A2018E4A.1_cid286?nn=1367522

76 Das Kriterium in Befragung dafür, Migrationshintergrund zu haben, war, dass die Person keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzt oder dass mindestens ein Elternteil nicht aus Deutschland kommt. Vgl. auch Kapitel Demographische Kennzeichen

77 Zeman, Peter Dr. (2015): Ältere Migranten in Deutschland. Befunde zur soziodemographischen, sozioökonomischen und psychosozialen Lage sowie zielgruppenbezogene Fragen der Politik- und Praxisfeldentwicklung. Expertise im Auftrag des Bundesamtes für Flüchtlinge und Migration, S. 66.

Engpässe im pflegerischen Bereich gibt auch die Stadt Regensburg in Bezug z.B. auf „spezielle Wohnbedarfe für Menschen mit Migrationshintergrund (Juden, Moslems...)“⁷⁸ an und führt aus, dass für die speziellen Bedürfnisse für ältere Menschen mit einem Migrationshintergrund (...) keine Konzepte oder Angebote⁷⁹ vorhanden sind.

In der Fragebogenstudie zeigt sich eine leichte Tendenz, dass Menschen mit Migrationshintergrund etwas seltener einen Hausarzt haben (7,6% zu 4,4%), allerdings liegen bei beiden Gruppen die Versorgungsquoten mit einem Hausarzt bei über 90 Prozent. Tendenziell haben Menschen mit Migrationshintergrund in der Region Regensburg im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund das Gefühl, dass ihr Hausarzt gesundheitliche Probleme nicht immer so ausführlich bespricht, dass sie keine weiteren Fragen haben (eher/immer ausführlich 69% ohne Migrationshintergrund, 56% mit Migrationshintergrund).

In der Region schätzen lediglich bei der Verfügbarkeit von Fachärzten Personen mit Migrationshintergrund die Verfügbarkeit von Frauenärzten signifikant schlechter ein als Personen ohne Migrationshintergrund, was eventuell kultursensibel erklärt werden kann. Auch zeigen sich bei der Nutzung von kassenfinanzierten Vorsorgeleistungen (vgl. auch Kapitel 6.1) unterschiedliche Tendenzen im Nutzungsverhalten von Leistungsangeboten.

Angesichts der großen Heterogenität der Gruppe der Migranten, einer schwierigen Datenlage und eines Mangels an theoretischen Modellen zur Gesundheit von Migranten muss auch in der Region Regensburg über eher kultursensible Ansätze für Gesundheitsförderung und Prävention nachgedacht werden. Nicht der Migrationsstatus gilt als gruppenspezifisches Charakteristikum, sondern die Zugehörigkeit zu ethnischen und kulturellen Kreisen. Zur Entwicklung eines Problembewusstseins bezüglich des demographischen Wandels in den Migrantengruppen - und auch in Migrantenselbstorganisationen - müssen kontinuierliche Informations- und Einbindungsbemühungen beitragen. Mittelfristig sollte die kultursensible Organisation gesundheitlicher und präventiver Angebote beteiligungsorientiert geplant und umgesetzt werden.

4.4 Regionale Differenzierung

In Kapitel 4.2 Gesundheitsprofil Stadt und Landkreis Regensburg - Gesundheitszustand und -verhalten wurden regionalspezifische Gemeinsamkeiten und Unterschiede anhand der Gesundheitsindikatoren zwischen Stadt und Landkreis Regensburg bereits erläutert. Aus der Befragung gibt es bei Berücksichtigung der Alters- und Geschlechterverteilungen kaum nennenswerte Stadt-Land-Unterschiede bezüglich medizinisch diagnostizierter Krankheiten, außer bei chronischer Bronchitis und Multipler Sklerose.⁸⁰

78 Stadt Regensburg (2015): Qualitätsbericht für 2013/2014 der Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA/Heimaufsicht), S. 2.

79 Stadt Regensburg (2013): Tätigkeitsbericht 2011/2012. Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht, S. 47.

80 Wobei bei MS die geringere Falldichte zu berücksichtigen ist.

Tabelle 13 Fragebogenstudie: Stadt-Land-Unterschiede bei Krankheitsprävalenzen

Krankheit	Ungewichtet			Gewichtet		
	Land	Stadt	Sig	Land	Stadt	Sig
Herzinfarkt	2,1%	1,8%	---	2,2%	1,7%	---
Schlaganfall	2,3%	1,8%	---	2,2%	1,7%	---
Krebs	4,9%	5,3%	---	4,7%	6,3%	---
Bluthochdruck (ohne Medikation)	22,7%	20,6%	---	22,5%	22,2%	---
Erhöhte Blutfettwerte (ohne Medikation)	16,6%	19,0%	---	16,2%	20,7%	---
Diabetes	6,1%	6,5%	---	5,9%	6,8%	---
Chronische Bronchitis	3,9%	7,1%	---	3,6%	8,0%	ja
Asthma	5,3%	4,2%	---	5,2%	4,6%	---
Multiple Sklerose	0,4%	2,4%	ja	0,4%	2,3%	ja
Parkinson	0,1%	0,0%	---	0,1%	0,0%	---
Epilepsie	0,9%	0,6%	---	0,8%	0,6%	---
Arthrose	30,2%	24,7%	---	29,3%	28,5%	---
Entzündliche Gelenkerkrankung	4,3%	6,0%	---	4,1%	6,4%	---
Abnutzung der Wirbelsäule bzw. der Bandscheibe	33,7%	34,9%	---	33,0%	39,5%	---
Osteoporose	4,1%	2,4%	---	3,8%	2,9%	---
Gelegentlich oder häufiger Migräne	16,7%	10,7%	---	16,5%	10,4%	---
Allergie	28,6%	31,7%	---	28,3%	32,0%	---

Quelle: Befragung Gesundheitsregion plus (2017)

Auch bei den drei verwendeten Maßen zur subjektiven Unterschiede gibt es keinen überzufälligen Stadt-Land-Unterschiede.

Tabelle 14 Fragebogenstudie: Unterschiede im Landkreis bei subjektiver Gesundheit

Variable	Ungewichtet			Gewichtet		
	Land	Stadt	Sig	Land	Stadt	Sig
Gesamtgesellschaftliche Bewertung (Deutscher Index für den EQ-5D-3L); (0 = Wert für Tod ;1 = Wert für völlige Gesundheit)	0,982	0,974	---	0,982	0,973	---
Einstufung des aktuellen Gesundheitszustands (0 = schlechtest denkbarer Gesundheitszustand; 100=best denkbarer Gesundheitszustand)	80,77	79,14	---	80,90	78,21	---
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit (-3 = äußerst unzufrieden; 3 = äußerst zufrieden)	0,76	0,96	---	0,77	0,91	---

Quelle: Befragung Gesundheitsregion plus (2017)

Nur bei einer der vier Lebensstilvariablen zeigt sich ein Unterschied, der für sich betrachtet überzufällig ist. Dieser Unterschied ist so deutlich, dass er auch kaum durch Zufall zu erklären ist, wenn man berücksichtigt, dass es sich nur um einen von vier Vergleichen handelt. Das gilt sowohl für die ungewichteten als auch für die gewichteten Prozentzahlen. Unter den Städtern ist der Anteil von Personen mit gesundheitsbelastendem Alkoholkonsum deutlich höher als unter den Personen im Landkreis.

Tabelle 15 Fragebogenstudie: Stadt-Land-Unterschiede bei Lebensstil

Variable	Ungewichtet			Gewichtet		
	Land	Stadt	Sig	Land	Stadt	Sig
Schweres Übergewicht/Adipositas	19,1%	15,3%	---	18,8%	15,9%	---
Gesundheitsbelastender Bewegungsmangel	25,3%	23,4%	---	25,3%	25,3%	---
Rauchen	14,9%	17,5%	---	15,1%	16,9%	---
Gesundheitsbelastender Alkoholkonsum	12,8%	23,4%	ja	12,7%	23,7%	ja

Quelle: Befragung Gesundheitsregion plus (2017)

Weitere Betrachtungen der Stadt-Land-Unterscheide finden sich z.B. auch in anderen Kapiteln z.B. im Versorgungsbereich (vgl. Seite 63ff.)

5 Gesundheitsversorgung

Der Begriff der Gesundheitsversorgung beinhaltet alle Maßnahmen zum Erhalt, zur Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit. Hierunter fallen kurative Interventionen ebenso wie Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bis hin zur Rehabilitation und Palliativversorgung. Entsprechende Leistungen werden von unterschiedlichen Berufsgruppen und Akteuren im Gesundheitswesen erbracht. Viele Bereiche der Gesundheitsversorgung sind auf gesetzlicher Ebene oder durch untergesetzliche Normen geregelt.⁸¹

5.1 Versorgungsbereiche und Chancengleichheit der Regionen

Zu einer umfassenden Daseinsvorsorge gehört neben den Dingen für den täglichen Bedarf als wichtiger Baustein eine gesundheitliche Versorgungsstruktur. Die wohnortnahe, bedarfsgerechte und flächendeckende medizinische Versorgung ist eine der wichtigsten Leistungen unseres Gesundheitssystems.

5.1.1 Ärztliche Versorgung

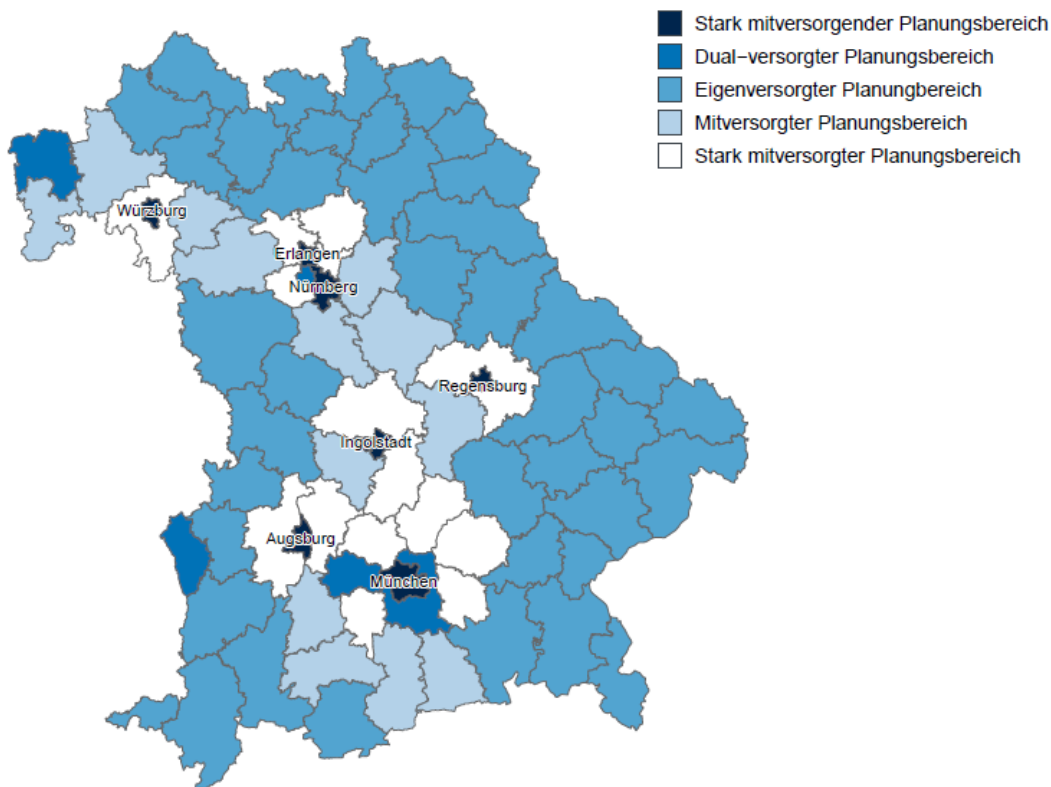
Die regionale Ärztedichte und die Erreichbarkeit von Arztpraxen entscheiden maßgeblich über den Zugang zur ärztlichen Versorgung. Im Vergleich mit anderen OECD-Ländern gibt es in Deutschland viele Ärzte. Die Ärztedichte liegt mit 3,8 praktizierenden Ärzten (Allgemeinärzte und Fachärzte zusammengenommen) pro 1.000 Einwohner im oberen Drittel. Dennoch entspricht sie nicht überall dem regionalen Bedarf.⁸²

⁸¹ Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2015): Gesundheitsversorgung in Bayern; unter <https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsversorgung/index.htm>

⁸² Bertelsmann-Stiftung (2014): Faktencheck Ärztedichte. Regionale Verteilung von Haus-, Kinder-, Frauen- und (Ärztedichte) und Bertelsmann-Stiftung (2015): Faktencheck Ärztedichte. Regionale Verteilung von Arztsitzen (HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen).

Bei der Betrachtung der aktuellen allgemeinen fachärztlichen Versorgung durch die Kassenärztliche Vereinigung zeigt der Versorgungsatlas⁸³, dass der Landkreis Regensburg als stark durch die Stadt Regensburg mitversorgtes Umland zählt.

Abbildung 18 Kreistypen der Versorgung in Bayern



Quelle: Kassenärztliche Vereinigung: Versorgungsatlas Hausärzte (2016)

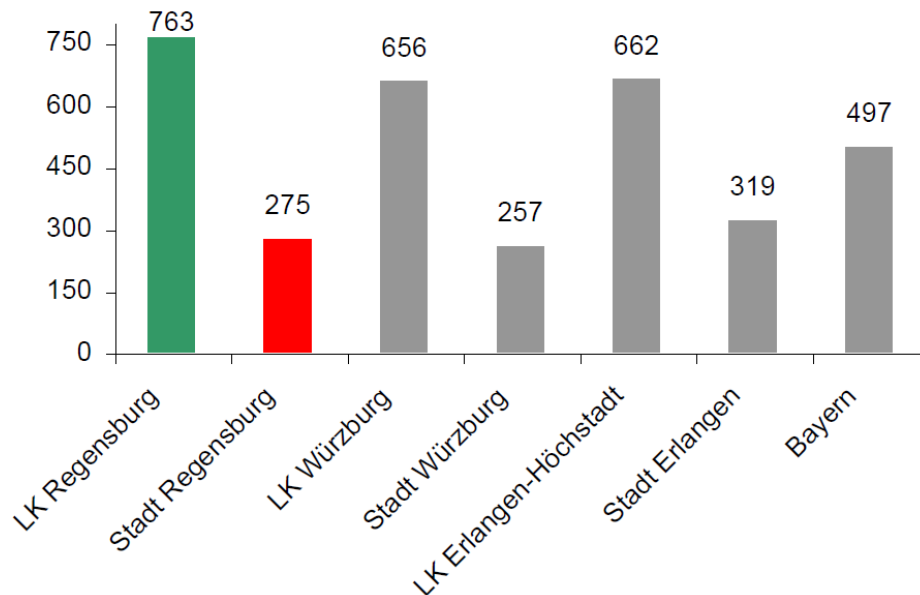
Die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, der GKV-Spitzenverband, verwies 2015 darauf, dass die Zahlen der Bundesärztekammer deutlich zeigen, dass es einen steten Zuwachs an Ärzten gibt und man nicht von einem allgemeinen Ärztemangel sprechen kann. Allerdings sind diese Ärzte oft nicht dort zu finden sind, wo sie gebraucht werden: die Überversorgung in den Ballungsgebieten und die Unterversorgung in manchen ländlichen Räumen wird selbstverständlich anerkannt.⁸⁴

83 Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2016): Hausärzte. Darstellung der regionalen Versorgungssituation sowie Altersstruktur in Bayern, S. 427.

84 GKV-Spitzenverband (2015): Bessere Verteilung der Ärzte angehen unter https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_244416.jsp

Die Anzahl der Einwohner je Arzt, der an der zuständigen Kammer als ambulant bzw. in freier Praxis tätiger Arzt registriert ist, zeigt den regionalen Umfang der ärztlichen Versorgung in ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens und spiegelt somit die regionale Versorgungsqualität wider.⁸⁵

Abbildung 19 Einwohner je Arzt in ambulanten Einrichtungen - Regionalvergleich



Quelle: Gesundheitsamt Regensburg (2015): Gesundheitsbericht Stadt und Landkreis Regensburg

Rein rechnerisch versorgte zum Stichtag (31.12.2012) im Landkreis Regensburg im Durchschnitt ein Arzt in ambulanten Einrichtungen 763 Personen, in der Stadt Regensburg waren es 275 Personen. Im Vergleich mit der Stadt kommen im Landkreis Regensburg also fast dreimal so viele Einwohner auf einen Arzt. Auch im Vergleich mit anderen Landkreisen schneidet Regensburg hier schlechter ab, die Stadt liegt annähernd auf dem Niveau der Vergleichsstädte.

Nach dem Gesundheitsmonitor 2016 der Bertelsmann-Stiftung werden die fachärztlichen Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land in Deutschland deutlich, wenn man die Entfernung der Patienten zur nächsten Facharztpraxis betrachtet: Nur sechs Prozent der Stadtbewohner, aber 25 Prozent der Bewohner auf dem Land müssen z.B. mehr als 20 Kilometer zu ihrem Hautarzt fahren. Zum Allgemeinmediziner fahren dagegen über 90 Prozent der Bewohner beider Regionen weniger als 10 Kilometer.⁸⁶

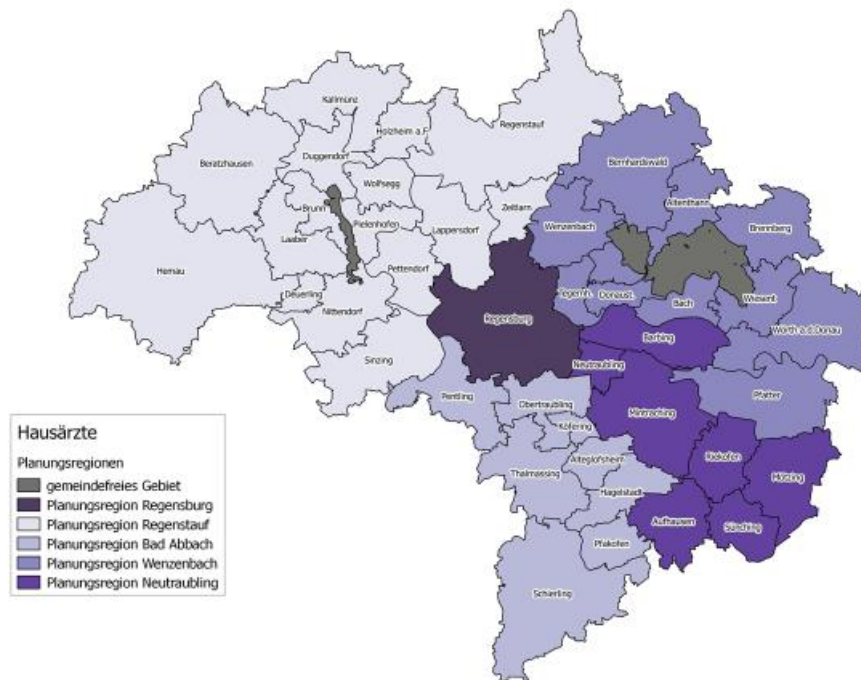
⁸⁵ Gesundheitsamt Regensburg (2015): Gesundheit in Stadt und Landkreis Regensburg. Regionaler Gesundheitsbericht 2015, S. 23.

⁸⁶ Bertelsmann-Stiftung (2016): Gesundheitsmonitor. Patienten wollen wohnortnah versorgt werden; unter <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/gesundheitsmonitor/projektnachrichten/versorgung-auf-dem-lande/>

5.1.2 Hausärztliche Versorgung

40 Prozent der niedergelassenen Ärzte sind aktuell in Deutschland als Hausärzte tätig. Gleichzeitig erfolgten z. B. 2012 nur 11 Prozent aller Facharztanerkennungen im Bereich der Allgemeinmedizin. Durch diese Entwicklung ist der Hausärztemangel von morgen bereits vorgezeichnet. Die Basis der ambulanten Versorgung bildet aber die hausärztliche Versorgung.⁸⁷

Abbildung 20 Kommuneneinteilung nach Planungsregionen für Hausärzte



Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayern (2016), Bayerisches Landesamt für Statistik (2016); Graphik: BASIS-Institut (2017)

Als Planungsgrundlage legt die Bedarfsplanungsrichtlinie die in der Abbildung wiedergegebenen Planungsregionen fest. Sie orientieren sich an den als „Mittelbereiche“ definierten Gebieten des Bundesinstituts für Bau- Stadt- und Raumforschung. Für Hausärzte gilt dabei ein Richtwert von 1 Arzt pro 1.671 Einwohner. Eine 100-prozentige Versorgung ist laut Bedarfsplanungsrichtlinie also dann gegeben, wenn in einer Planungsregion die Relation der Gesamtzahl der Ärzte zur Gesamtbevölkerung der Region 1 zu 1.671 beträgt. Dabei wird die Verteilung von Ärzten bzw. Bevölkerung innerhalb der Region vernachlässigt.

Legt man diese Annahmen zugrunde, ist die Region gut bis sehr gut mit Hausärzten versorgt, der Versorgungsgrad liegt zwischen 111 % und 128 %.

⁸⁷ GKV-Spitzenverband (2014) Hausärztemangel von morgen frühzeitig angehen unter https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_139633.jsp

Tabelle 16 Gesundheitsversorgung: Planungsregionen und Versorgungsgrad

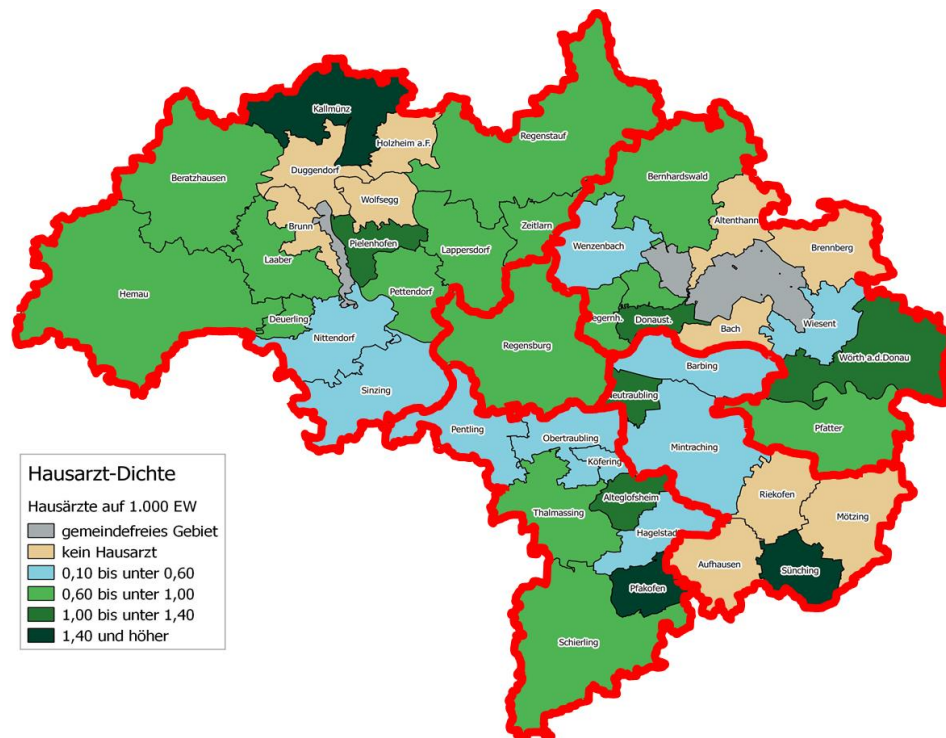
Planungsregion	Versorgungsgrad
Stadt Regensburg	128%
Regenstauf	114%
Wenzenbach	111%
Neutraubling	116%
Bad Abbach	120%

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayern (2016)

Um zu beurteilen, wie gut diese Versorgung tatsächlich „Wohnortnähe“ garantiert, sind Planungsregionen allerdings wenig geeignet. Sie würden gute Versorgung auch für Patienten z. B. in Regenstauf annehmen, wenn der Hausarzt in Hemau ordiniert. Um hier eine realitätsnähere Beurteilung zu finden, haben wir die Zahl der Hausärzte auf die Einwohner der Kommune bezogen, die Kommune also als Raumeinheit für die Beurteilung der Versorgungsdichte gewählt.

Die nachfolgende Karte zeigt, inwieweit in den Kommunen die Relation 1 Arzt auf 1.671 Einwohner über- bzw. unterschritten wird. Der Wert von 0,6 entspricht dabei einem Versorgungsgrad von 100 %, Werte darüber einer Überversorgung, Werte unter 0,6 einer Unterversorgung. Bei Verwaltungsgemeinschaften beziehen wir uns auf die Einzelkommunen, da dies eher einer „wohnortnahen“ Versorgung entspricht. Die Berechnung der Hausarzt-Dichte⁸⁸ auf kommunaler Ebene folgt der in der Bedarfsplanung angewandten Logik.

⁸⁸ Personenzählung der Ärzte (absolute Anzahl Hausarzt) bezogen auf 1.000 Einwohner. In der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung wird für jede Arztgruppe und für jeden Planungsbereich über die allgemeine Verhältniszahl das Soll-Verhältnis zwischen Ärzten und Einwohnern definiert. Diese Zahl legt fest, für wie viele Einwohner ein Arzt vorhanden sein soll. Ist dieses um die Altersstruktur der Einwohner korrigierte Arzt-Einwohner-Verhältnis genau erfüllt, liegt der Versorgungsgrad bei 100%. Die allgemeine Verhältniszahl bei Hausärzten liegt bei 1.671, d.h. auf 1.000 Einwohner müsste eine Dichte von ca. 0,60 oder mehr erreicht werden. Vgl.: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2016): Versorgungsatlas Hausärzte. Darstellung der regionalen Versorgungssituation sowie der Altersstruktur in Bayern, S. 10.

Abbildung 21 Hausarzt-Dichte Region Regensburg

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayern (2016), Bayerisches Landesamt für Statistik (2016); Graphik: BASIS-Institut (2017)

Die Karte dokumentiert: In 10 Kommunen gibt es keinen Hausarzt, weitere 10 Kommunen sind (im obigen Sinne) unterversorgt. Die übrigen 21 Kommunen sind gut bis sehr gut mit Hausärzten versorgt, ihr Versorgungsgrad liegt bei über 100%.

Legt man für die Beurteilung der wohnortnahen Hausarztversorgung Kommunen statt Planungsregionen als Bezugseinheit zugrunde, zeigt sich:

- Eine große Heterogenität innerhalb der Planungsregionen
- 20 von 41 Kommunen, also knapp die Hälfte der Kommunen liegen unter dem Versorgungsrichtwert (davon haben 10 Kommunen keinen Hausarzt)
- Zum Teil zeigt sich innerhalb der Planungsregionen eine sehr ungleichmäßige Verteilung der Ärzte und sehr hohe Konzentration in wenigen Gemeinden
- Beispiel: Neutraubling: 14 Ärzte (von 20 der Planungsregion); Bad Abbach (LK Kehlheim/Niederbayern): 13 Ärzte (von 38 der Planungsregion)

Nun lässt sich einwenden, dass es unmöglich und auch unökonomisch wäre, jede - also auch kleine - Kommunen mit einem Hausarzt auszustatten. Das Problem dann unbesehen zu übergehen, verkennt die Konsequenzen einer ungünstigen Verteilung bzw. des Fehlens einer wohnortnahen Versorgung für bestimmte Bevölkerungsgruppen. Sowohl das Seniorenpolitische Gesamtkonzept (SPGK) als auch aus der Aktionsplan Inklusion belegt für den Landkreis Regensburg nachdrücklich, dass besonders für nicht (auto-)mobile, behinderte und/oder ältere Personen Hausärzte unter den gegebenen

Bedingungen teils schwierig zu erreichen sind. Dies gilt, wie sich in den Bürgergesprächen in den Kommunen im Rahmen des SPGK vielfach zeigte, auch für Patienten aus äußeren Ortsteilen von (ansonsten gut versorgten) Kommunen. Hinzu kommt als Zusatzproblem: teils sind Ärzte nicht barrierefrei erreichbar.

Für einen Gutteil der Bevölkerung im Landkreis lässt sich das Versorgungsproblem allerdings durch individuelle Mobilität kompensieren. Dies belegt die im Rahmen dieses Projektes durchgeführte Befragung am Vergleich der Stadt- und der Landkreisbevölkerung: 95,2 Prozent gaben an, einen Hausarzt zu haben, wobei in der Stadt etwas weniger einen Hausarzt (90,6%) angeben als auf dem Land (96,3%). Sowohl in der Stadt als auch im Landkreis wird der Hausarzt in etwa gleich oft (4,6-mal/Jahr) aufgesucht, der Weg (in Kilometern) zum Hausarzt ist im Landkreis nur wenig länger als in der Stadt, aber die Dauer des Weges ist im Landkreis signifikant kürzer als in der Stadt mit ihren Verkehrsstrukturen, -aufkommen und -problemen. Auch weitere Angaben belegen, dass es – betrachtet man nur den „durchschnittlichen“ Patienten, kaum Unterschiede zwischen Stadt und Landkreis gibt. Im Durchschnitt mussten die Befragten 1,2 Tage auf einen Termin bei ihrem Hausarzt warten und die durchschnittliche Wartezeit im Wartezimmer betrug 30,3 Minuten.

Nicht einmal die Hälfte der der Befragten (41,1%) gab an, dass ihr Hausarzt mit ihnen immer ihre gesundheitlichen Probleme so ausführlich bespricht, dass sie keine weiteren Fragen haben – ein Hinweis darauf, dass Arztgespräche unter erheblichem Zeitdruck stehen.

Tabelle 17 Fragebogenstudie: Stadt-Land-Unterschiede beim Zugang zum Hausarzt

	Land	Stadt	Sig
Anzahl der Hausarztbesuche im letzten Jahr	4,68	4,13	---
Weg zum Hausarzt in Kilometern	5,63	4,94	----
Dauer des Weges zum Hausarzt in Minuten	11,61	15,07	ja
Zeit zwischen Anmeldung zu einem Termin und Termin in Tagen	1,17	1,47	---
Wartezeit im Wartezimmer in Minuten	30,11	31,32	---
Häufigkeit, mit der der Hausarzt die gesundheitlichen Probleme erschöpfend bespricht. Skala ist normiert von 0 = nie bis 1 = immer.	0,73	0,73	---

Quelle: Befragung Gesundheitsregion plus (2017)

Dann, wenn man den Vergleich zwischen Stadt und Land auf die Gemeindeebene herunterbricht, wird das Bild differenzierter: Der Weg zum Hausarzt ist im Durchschnitt 5,5 Kilometer lang und die durchschnittliche Wegzeit zum Hausarzt betrug 12,2 Minuten. Bei kleinräumiger Betrachtung liegen die Wegstrecken im Schnitt zum Hausarzt zwischen 12,2 Kilometer (z. B. Duggendorf ohne ansässigen Hausarzt) und 1,0 Kilometern zum Allgemeinarzt (z. B. Sünching mit einer Hausarztichte von über 1,4). Wohnortnähe der Versorgung zeigt also durchaus Wirkung. Die Frage bleibt, inwieweit auch hier die weitere Wegstrecke zum Arzt durch Mobilität des Patienten und gute Infrastruktur ausgeglichen bzw. auf ein akzeptables Maß reduziert wird und sich auch Wartezeiten und Terminierung des Praxisbesuchs im normalen Rahmen halten.

Tabelle 18 Fragebogenstudie: Kommunenunterschiede beim Zugang zum Hausarzt

	Mittelwertvergleich			
	ohne Haus- arzt	Hausarzt- dichte unter 0,6	Hausarzt- dichte 0,6 bis unter 1,0	Hausarzt- dichte 1,0 und höher
Anzahl Hausbesuche im letzten Jahr	4,46	4,65	4,43	5,17
Weg zum Hausarzt in Kilometern	8,45	6,01	5,27	4,31
Dauer des Weges zum Hausarzt in Minuten	11,68	12,66	12,44	10,95
Zeit zwischen Anmeldung zu einem Termin und Termin in Tagen	1,02	1,66	1,17	0,75
Wartezeit im Wartezimmer in Minuten	28,52	31,29	30,78	27,40

Quelle: Befragung Gesundheitsregion plus (2017)

5.1.2.1 Bevölkerungsgruppen und Hausarztbesuch

Wie nutzen verschiedene Bevölkerungsgruppen den Hausarzt, wie unterscheiden sie sich bzgl. der Häufigkeit und sonstiger Kennzeichen des Hausarztbesuches? Gelingt die oben beschriebene individuelle Kompensation unterschiedlicher Versorgung mit Hausärzten durchwegs, wo hat sie ihre Grenzen und führt zu Belastung und Unterversorgung einzelner Gruppen?

Personen mit niedrigerer Bildung besuchen ihren Hausarzt häufiger als Personen mit höherer Bildung (5,14 Besuche im Jahr, zu 4,30 Besuchen im Jahr). Auch Menschen mit einer Schwerbehinderung besuchen ihren Hausarzt wesentlich häufiger als Nicht-Schwerbehinderte (8,53 Besuche im Jahr zu 4,05 Besuchen im Jahr). Außerdem brauchen sie wesentlich länger für den Weg zum Hausarzt, obwohl sie nicht weiter weg vom Hausarzt wohnen als Nicht-Schwerbehinderte. Ein Grund hierfür kann sein, dass Menschen mit einer Schwerbehinderung mobilitätstechnisch oft auf den öffentlichen Nahverkehr angewiesen sind. Fehlen in den Kommunen Möglichkeiten, sich zwischen Orten oder Ortsteilen und Ortszentrum fortzubewegen und z. B. Hausärzte gut zu erreichen, hat dies einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität von Menschen mit Behinderung. Um sich selbständig versorgen zu können und am sozialen Leben teilzunehmen, ist es für diese Bevölkerungsgruppe somit wichtig, dass der Öffentliche Personennahverkehr (ÖPNV) ausreichend ausgebaut ist und zur Fortbewegung genutzt werden kann.

Wie bereits erwähnt, zeigt sich in der Fragebogenstudie auch eine leichte Tendenz, dass Menschen mit Migrationshintergrund in der Region etwas seltener einen Hausarzt haben als Menschen ohne Migrationshintergrund und im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund tendenziell das Gefühl haben, dass ihr Hausarzt gesundheitliche Probleme nicht immer so ausführlich bespricht, dass sie keine weiteren Fragen haben (vgl. auch Seite 54f).

Insgesamt gesehen werden Versorgungslücken zwar oft durch individuelle Mobilität kompensiert. Dies hat Grenzen bei wenig mobilen älteren Menschen, bei Schwerbehinderten, aber z. B. auch bei jungen Menschen ohne Fahrzeug, und allen anderen, die auf den ÖPNV angewiesen sind. Die ausreichende Versorgung durch öffentlichen Personennahverkehr und den Alternativen zum herkömmlichen ÖPNV im Bereich der Fahrdienste (zum Beispiel Anruf-Sammel-Taxi, Bürgerbusse, Fahrgemeinschaften...) kommt daher bei der Versorgung mit Hausärzten besondere Bedeutung zu.

5.1.2.2 Hausarztversorgung, demographische Entwicklung und Rollenwandel des Arztberufs

Die demographische Entwicklung würde – gelingt es nicht, gegenzusteuern - die Situation deutlich verschlechtern. Die ungünstige Verteilung von Hausärzten wird sich zukünftig nicht mehr schlicht durch individuelle Mobilität kompensieren lassen. Die Herausforderung ergibt sich dabei sowohl aufgrund der Bevölkerungsentwicklung als auch aufgrund der Altersstruktur der Hausärzte, aber auch durch den Rollenwandel, der den Arztberuf gegenwärtig kennzeichnet.

a) Die Bevölkerung wird in Stadt und Landkreis Regensburg bis 2034 um ca. 10% zunehmen (vgl. Kapitel 5.2). In der Stadt wohnen dann knapp 160.000 Menschen, im Landkreis ca. 208.000. Entscheidend ist dabei, dass der Zuwachs hauptsächlich auf ein Anwachsen der Zahl älterer Menschen zurückzuführen ist. In der Stadt Regensburg steigt die Zahl der 65-Jährigen und Älteren in diesem Zeitraum um 33%, im Landkreis um 60%. Verbunden mit dem Bevölkerungswachstum ist also eine deutliche Alterung der Menschen in der Region – mit allen Konsequenzen für Pflege, Unterstützungsleistungen, Teilhabe und natürlich gesundheitliche Versorgung von Senioren und Hochbetagten (vgl. auch Kapitel Bevölkerungsentwicklung und spezifische Herausforderungen).

b) Entscheidend für die zukünftige Entwicklung und Sicherung der medizinischen Versorgung ist auch die Altersstruktur der Mediziner: Mehr als die Hälfte der Hausärzte in Bayern ist älter als 55 Jahre. Auch in der Oberpfalz liegt das Durchschnittsalter der Hausärzte bei 54,6 Jahren, mehr als ein Drittel der Hausärzte (35,2%) ist im Regierungsbezirk über 60 Jahre alt, weitere 17% zwischen 55 und 60 Jahren.⁸⁹ Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2015. Geht man von einem Übergang in den Ruhestand im Alter von 67 Jahren aus, ist voraussichtlich etwa die Hälfte der jetzt praktizierenden Hausärzte in der Oberpfalz in den nächsten 5 bis 10 Jahren nicht mehr aktiv. Wie Tabelle 19 zeigt, ist die Situation in der Region Regensburg etwas günstiger.

⁸⁹ Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2016): Versorgungsatlas Hausärzte. Darstellung der regionalen Versorgungssituation sowie der Altersstruktur in Bayern, S. 252.

Tabelle 19 Anteil der älteren Hausärzte (55+ Jahre) je Planungsregion

Planungsregion	Anteil Hausärzte 55 Jahre und älter
Stadt Regensburg	45%
Bad Abbach	60%
Neutraubling	33%
Regenstauf	32%
Wenzenbach	31%

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayern (2016)

Besonders in der Planungsregion Bad Abbach ergibt sich eine schwierige Situation: Hier liegt der Anteil älterer Ärzte bei 60%. Die Überalterung der Ärzte ist hier deutlicher als im bayerischen Durchschnitt bzw. in der Oberpfalz. Von den 38 dort (laut Zählung der Bedarfsplanung) zurzeit tätigen Ärzten werden voraussichtlich in den nächsten 5 bis 10 Jahren 23 in den Ruhestand gehen, nur 15 weiter ordinieren. Besonders in dieser Planungsregion und ihren Kommunen bedarf es erheblicher Anstrengungen, um diese Lücke zeitnah und sicher zu schließen. In den übrigen Regionen ist das Problem zwar nicht so gravierend, die Überalterung der Hausärzte dennoch erheblich. In Neutraubling, Wenzenbach, Regenstauf ist etwa ein Drittel der Hausärzte über 55 Jahre, in der Stadt Regensburg 45%. Auch diese Gebiete stehen vor der Herausforderung, einen erheblichen Teil der wohnortnahen Versorgung mit Hausärzten innerhalb der nächsten Dekade zu ersetzen.

c) Das Rollenbild des Arztes ist – besonders beim Ärztenachwuchs – zunehmend gekennzeichnet durch eine Ablehnung des ‚alten‘ Rollenbildes des allzeit verfügbaren, flexiblen, allgegenwärtigen, aufopferungsvollen Hausarztes; gleichzeitig werden die Risiken und Belastungen der Selbstständigkeit zunehmend abgelehnt, ein Angestelltenverhältnis bevorzugt. Verstärkt wird dieser Wandel durch das Anwachsen des Anteils weiblicher Ärzte: Ihre Lebensplanung ist stärker an der Vereinbarkeit von Beruf und Familie orientiert. Generell steht life-balance wesentlich stärker im Vordergrund als bei vorangehenden Ärztegenerationen. Hinzu kommt schließlich auch eine verstärkte Tendenz, sich nicht als Allgemeinmediziner, sondern als Facharzt (in der Gemeinschaftspraxis) in anderen Bereichen zu spezialisieren, um damit auch die Möglichkeiten des Finanzierungssystems besser nutzen zu können.

Ein Fazit zur Hausarztversorgung und ihrer zukünftigen Entwicklung:

- Die Orientierung an Planungsregionen bei der Bedarfsermittlung verdeckt Versorgungslücken.
- Kommunen ohne Hausarzt oder mit Unterversorgung sehen dringenden Handlungsbedarf bezüglich der Hausarztversorgung, obwohl sie in ansonsten gut versorgten Planungsregionen liegen.
- Aktuell bestehen in ca. 40% bis 50% der Kommunen Lücken im Bereich Hausarztversorgung.

- Zusätzlich wird der Zugang zum Hausarzt auch in gut versorgten Kommunen besonders für gesundheitlich beeinträchtigte, wenig mobile Personen durch weitere Hindernisse erschwert (fehlende Barrierefreiheit, fehlender ÖPNV...).
- Der drohende Hausärztemangel wird durch demographische Entwicklungen, den Rollenwandel im Arztberuf und Nachwuchsmangel in Gesundheitsbereich verschärft.
- Die wachsende Anzahl älterer Menschen erfordert weitere Pflege- und Unterstützungsangebote sowie ein stärkeres Eingehen auf deren Bedürfnisse (vgl. auch Kapitel 5.2).
- Dringlichkeit neuer Modelle der Ausbildung zum Allgemeinmediziner (positives Beispiel: Kreiskrankenhaus Wörth a. Donau, vgl. Kapitel 6.6)
- Notwendigkeit veränderter Angebotsstrukturen, kommunaler Initiativen zur Unterstützung von Hausarztpraxen, nachbarschaftlicher Unterstützungsformen, neuer Wohn- und Betreuungsformen für Ältere und
- weiterer innovativen Lösungen zur ortsnahen gesundheitlichen Versorgung

5.1.3 Allgemeine fachärztliche Versorgung

Neben der Versorgung durch Hausärzte ist auch eine (einigermaßen) gut erreichbare Versorgung mit bestimmten Fachärzten bedeutsam. Richtschnur für die Ausstattung eines Raumes mit diesen Dienstleistungen ist auch hier die Bedarfsplanungsrichtlinie. Sie ordnet die Stadt Regensburg dem Typ 1 (stark mitversorgender Bereich), den Landkreis dem Typ 3 zu (stark mitversorgter Bereich). Entsprechend differieren die Richtwerte für die Bedarfsplanung. Bezogen auf die verschiedenen Facharztgruppen erwartet dieses Gesetz eine ausreichende Gesundheitsversorgung, wenn folgende Relationen gegeben sind:

Tabelle 20 Bedarfsplanungsrichtlinien Fachärzte

je 1 Facharzt	in der Stadt Regensburg für... (Anzahl der zu versorgenden Einwohner)	im Landkreis Regensburg für... (Anzahl der zu versorgenden Einwohner)
Kinderarzt ⁹⁰	2.405	4.372
Psychotherapeuten	3.079	9.103
Frauenarzt ⁹¹	3.733	6.606
Augenärzte	13.399	24.729
Nervenärzte	13.745	33.102
Orthopäde	14.101	26.712
HNO-Arzt	17.675	34.470
Hautärzte	21.703	42.820
Chirurgie	26.230	47.479
Urologie	28.476	52.845

Quelle: Bedarfsplanungsrichtlinie Stand 16.Juni 2016, § 12 (3)

⁹⁰ Bezogen auf Einwohner im Alter 0 bis 18 Jahre.

⁹¹ Bezogen auf weibliche Einwohner.

Zum Verständnis: In der Stadt Regensburg soll laut Richtlinie ein Kinderarzt die ärztliche Versorgung von 2.405 Kindern und Jugendlichen sicherstellen, im Landkreis von 4.372. In beiden Bereichen wird davon ausgegangen, dass Ärzte in der Stadt zusätzlich die Betreuung der Kinder und Jugendlichen des Landkreises gewährleisten. Bei den – gemäß Richtlinie – seltener benötigten Ärzten wird postuliert, dass z.B. bei Urologen im Landkreis 1 Arzt für die Versorgung von 52.845 Personen ausreicht, bei Chirurgen für 47.479, bei Hautärzten für 42.820 etc. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ausstattung von Stadt und Landkreis Regensburg mit den o. a. Fachärzten.

Tabelle 21 Kennzahlen und Altersverteilung Fachärzte Stadt und Landkreis Regensburg

	Stadt Regensburg				Landkreis Regensburg			
	Anzahl Ärzte (Be- darfspla- nung) ⁹²	Versor- ungs- grad	Anzahl Ärzte (Perso- nenzäh- lung)	Anteil Ärzte 55+ ⁹³	Anzahl Ärzte (Bedarf- spla- nung)	Versor- ungs- grad	Anzahl Ärzte (Perso- nenzäh- lung)	Anteil Ärzte 55+
Kinderärzte	15	174%	17	47%	8,5	113%	9	33%
Frauenärzte	29	140%	41	44%	17	116%	17	76%
Psychotherap.	95	196%	117	62%	35,5	166%	37	49%
Augenärzte	16	159%	18	56%	8	112%	8	38%
Nervenärzte	13	125%	20	35%	6,5	115%	8	25%
Orthopäden	18,5	184%	27	37%	8	115%	10	40%
HNO-Ärzte	15	184%	17	41%	6	110%	6	33%
Hautärzte	12	183%	13	31%	5	115%	5	0%
Chirurgen	15,5	283%	29	31%	5,5	139%	10	50%
Urologen	9	188%	14	36%	4	118%	5	80%

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayern (2016): Versorgungsatlas

Geht man von den eben genannten Richtwerten aus, ist die Stadt Regensburg (auch wenn man die Mitversorgungsfunktion für den Landkreis einbezieht) mit Fachärzten deutlich „überversorgt“. Der Versorgungsgrad mit Fachärzten liegt, je nach Gruppe zwischen 125% und 283%. Besonders im Bereich Chirurgie, Psychotherapie, Orthopädie, HNO, Hautärzte und Urologie übertrifft das Angebot in der Stadt Regensburg die in der Richtlinie erwarteten Wert deutlich.

Auch der Landkreis ist – legt man die Richtlinie zugrunde – mit allgemein fachärztlichen Dienstleistungen gut versorgt. Wie die Tabelle zeigt, liegen die Versorgungsgrade allerdings hier in der Regel „nur“ zwischen 110% und 120%. Nur im Bereich Psychotherapie und Chirurgie erreicht der Grad der Versorgung höhere Werte (166% bzw. 139%). Dieses

⁹² Gemäß Zählung nach Anrechnung in der Bedarfsplanung.

⁹³ gerundet auf volle Zahlen, Anteil der 55-jährigen und älteren, Bezug: Personenzählung

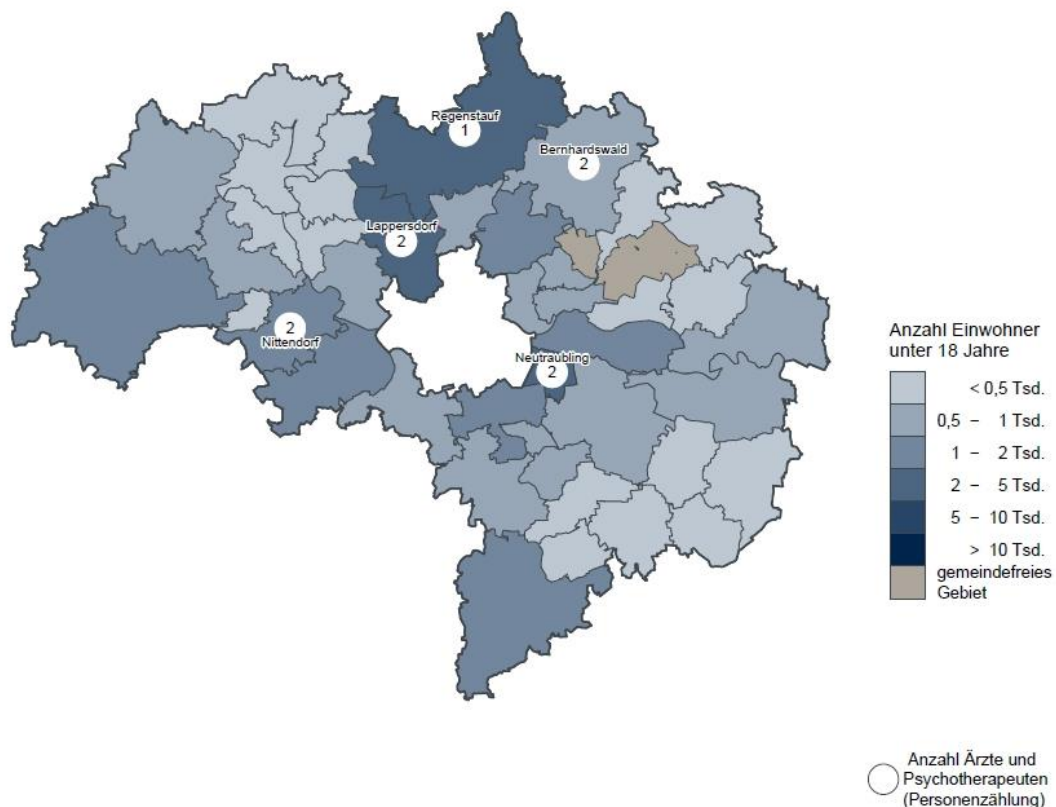
positive Bild guter fachärztlicher Versorgung ist in mehrfacher Hinsicht diskussionswürdig:

Richtwerte: Die Richtwerte werden fast durchweg übertroffen, in der Stadt (obwohl die Zusatzversorgung des Landkreises dort einbezogen ist) sogar dramatisch stark übertroffen. Dennoch scheint dies folgenlos zu sein, in verschiedener Hinsicht: in Bezug auf die Auslastung der Ärzte und ihre ökonomische Situation, in Bezug auf die Patienten und ihre Versorgung und den möglichen Zugang zu Ärzten. Dies stellt den Sinn dieser Richtwerte in Frage. Das System funktioniert offensichtlich auch bei deutlicher Abweichung von den Richtwerten.

Hohe Konzentration der Fachärzte in wenigen (oft stadtnahen) Kommunen: Es ist schwer einzusehen, welchen Sinn Verteilungsbemühungen verfolgen, wenn sich Fachärzte dann doch innerhalb des Landkreises auf einige wenige Kommunen konzentrieren. Die Planungsgrundlage (der Landkreis oder noch viel größere Gebiete) lassen dies zu. Im Interesse der Patienten wäre eine zumindest einigermaßen gleichmäßige Verteilung und damit gute Erreichbarkeit im gesamten Landkreis. Ausgeglichen wird dies meist durch die individuelle Mobilität der Patienten. Die nicht mobilen oder eingeschränkten Menschen sind die Leidtragenden.

Wir veranschaulichen das Problem in drei Beispielen:

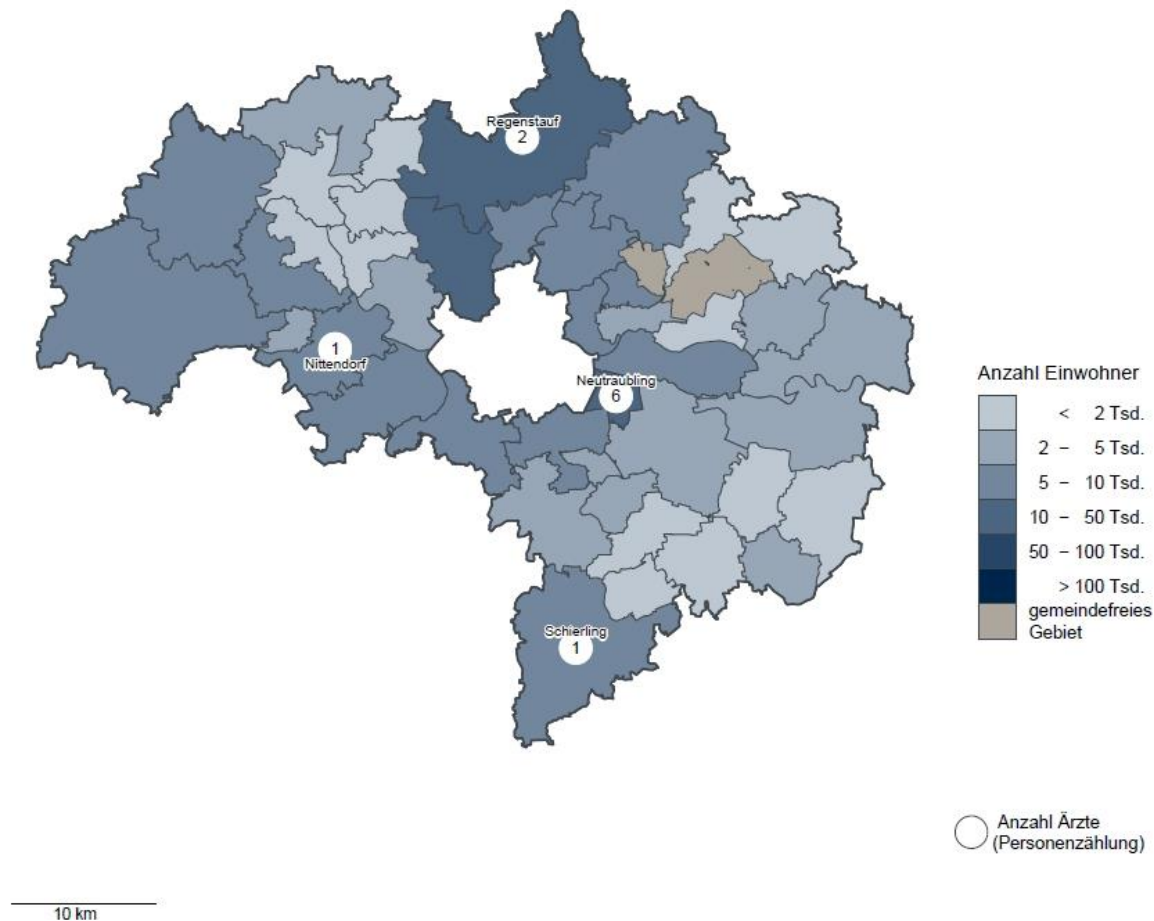
Abbildung 22 Versorgung mit Kinderärzten im Landkreis Regensburg



Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayern (2016): Versorgungsatlas Kinderärzte.

Die insgesamt 9 Kinderärzte im Landkreis praktizieren in 5 Gemeinden. Die Karte macht deutlich, dass weite Teile des Landkreises nicht versorgt sind, der Weg von Eltern mit (oft kleinen und kranken) Kindern zum Kinderarzt aus Gemeinden im Westen (Hemau, Kallmünz etc.) oder im gesamten Südwesten weit und beschwerlich sein kann.

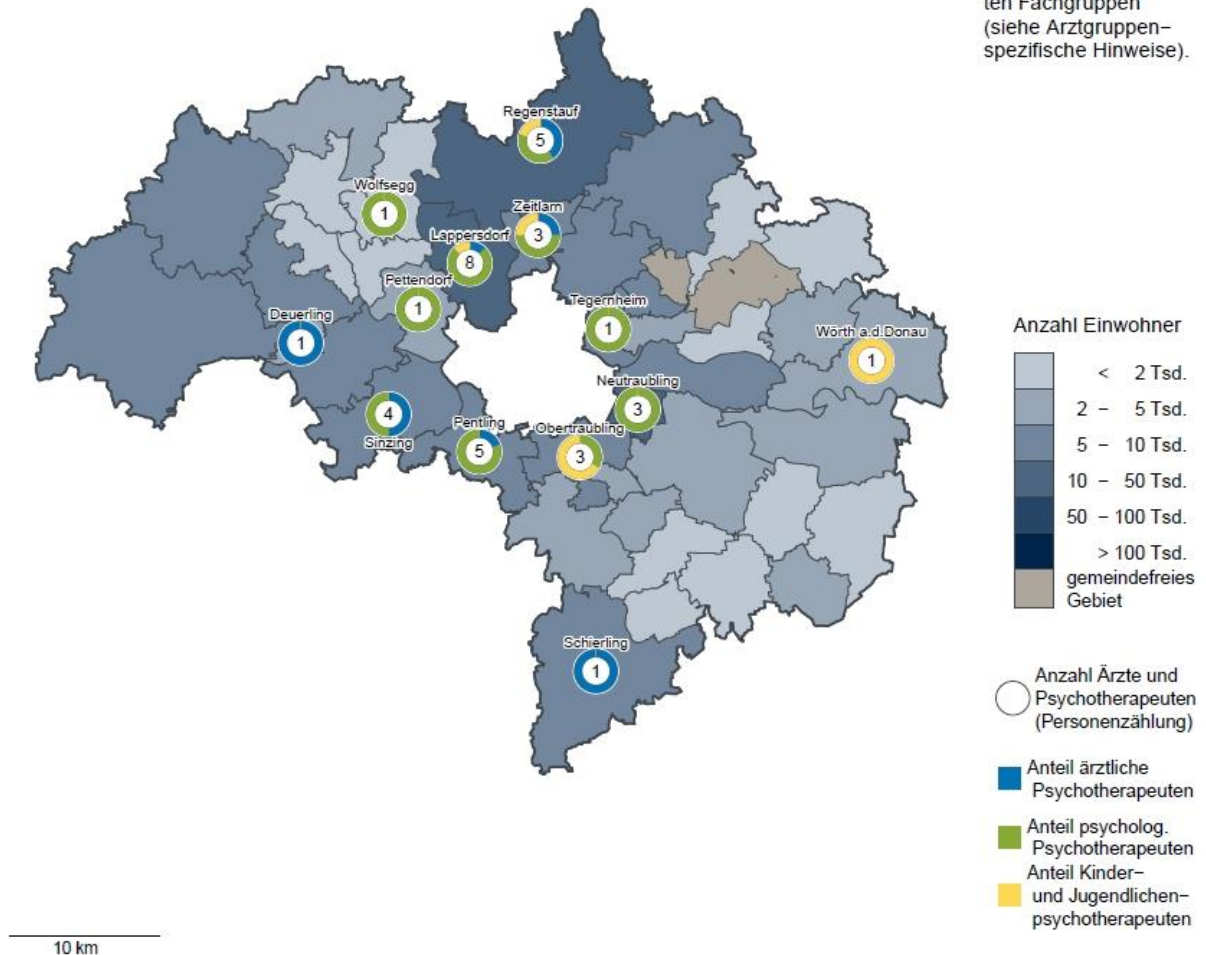
Abbildung 23 Versorgung mit Orthopäden im Landkreis Regensburg



Die insgesamt 10 Orthopäden im Landkreis praktizieren in 4 Kommunen. 6 Orthopäden von 10 sind in Neutraubling ansässig, also einer an die Stadt Regensburg direkt angrenzende Gemeinde.

Abbildung 24 Versorgung mit Psychotherapeuten im Landkreis Regensburg

In diesem Planungsbereich zählen manche Personen in mehr als einer der dargestellten Fachgruppen (siehe Arztgruppenspezifische Hinweise).



Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayern (2016): Versorgungsatlas Kinderärzte.

Räumliche Konzentration: Offensichtlich sind zwar Psychotherapeuten im Landkreis etwas „besser“ verteilt. Die 38 Psychotherapeuten des Landkreises verteilen sich auf Standorte in insgesamt 13 der 41 Kommunen. Deutlich wird aber auch hier eine Konzentration in den an die Stadt Regensburg angrenzenden Gemeinden. Zudem konzentrieren sich 22 Therapeuten (also fast 60%) auf nur 4 Standorte!

Überalterung von Fachärzten: Hier gilt ähnliches wie bei den Hausärzten. Da sich der Ärztenachwuchs stärker auf Fachärzte konzentriert, dürfte die Überalterung eher kompensierbar sein. Vorausgesetzt, es besteht Bereitschaft bei der nachwachsenden Ärztergeneration, auch Landkreisgemeinden (z. B. in Filialpraxen, mobilen Behandlungsformen oder an neuen, besser verteilten Standorten etc.) zu bedienen. Vorausgesetzt auch, es werden Praxisformen gefunden, die dem Rollenwandel des Arztes entsprechen (z. B. dem Trend zum angestellten Arzt in einer Gemeinschaftspraxis, Teilzeittätigkeit und flexible Arbeitszeit etc.). Vorausgesetzt auch, Überalterung wird in Zukunft auf

der Basis der Richtwerte der Bedarfsplanung **nicht** zum Abbau der dort angenommenen „Übersversorgung“ genutzt, Standorte nach Ausscheiden eines Facharztes aus Altersgründen also wieder besetzt.

Der Wunsch der Kommunen an die Gesundheitsregion Plus

Im Rahmen der Kommunenbefragung wurden die Kommunen gebeten, die Wünsche, die sie mit der Gesundheitsregion^{plus} verbinden, zu benennen. Gefragt wurde teils mit, teils ohne Vorgabe von Themen. Wird die Frage offen formuliert, steht die Behebung des Facharztmangels und Verbesserung der Erreichbarkeit von Fachärzten an erster Stelle. Von den 29 Kommunen, die bei dieser Frage Erwartungen geäußert haben, nennen 21 den Facharztmangel. Hier Wege zu einer besseren flächendeckenden Versorgung zu finden, ist ein Hauptanliegen der Kommunen an die Gesundheitsregion^{plus}.

Fazit und Ziele / Maßnahmen

Die Richtwerte und die räumliche Verteilung der Fachärzte sollten zur Diskussion gestellt werden. Richtwerte und die gewählten Raumeinheiten scheinen keine ausreichende Steuerungsfunktion zu besitzen; jedenfalls verhindern sie nicht, dass sich Versorgungsangebote stark konzentrieren, gleichzeitig weite Teile des Landkreises ohne Angebot auskommen müssen.

Soweit keine Korrektur möglich scheint, sollten zumindest Modelle überlegt werden, die die Konzentration der Fachärzte mildern und die Gesamtfläche des Landkreises besser bedienen. Dies gilt besonders für Fachärzte, die häufig gebraucht werden und ortsnah agieren sollten (z.B. Kinderarzt). Transportdienste und Notfallversorgung müssen Mängel der Erreichbarkeit oder eine ungünstige räumliche Verteilung kompensieren. Für nicht mobile Personen müssen ausreichend leicht nutzbare Transportmöglichkeiten angeboten werden, um kurzfristig und kostengünstig Fachärzte erreichen zu können.

Auch darf angesichts der schlechten räumlichen Verteilung die Überalterung der Fachärzte und das altersbedingte Ausscheiden von Ärzten nicht zum Abbau fachärztlicher Angebote genutzt werden. Andererseits bietet diese Fluktuation eine Chance, sich um eine bessere räumliche Verteilung der Fachärzte, eine Anpassung an den Rollenwandel im Arztberuf sowie eine Flexibilisierung der Angebotsformen (mehr Filialpraxen, mobilere Angebote etc.) zu bemühen.

Im Fokus: Zukünftige Entwicklung und Kommune

Schließlich sollten dringend auch die zukünftige demographische Entwicklung der Bevölkerung und die Altersstruktur der Fachärzte als Richtschnur für Initiativen zur Sicherung der Gesundheitsversorgung einbezogen werden. Um eine möglichst flächendeckende und patientennahe Versorgung zu sichern, sollte dabei als Bezugseinheit die Gemeinde gewählt und von den Entwicklungen auf kommunaler Ebene ausgegangen werden. Im Fokus steht dann die Zukunft der „gesunden Gemeinde“.

5.1.4 Apotheken und Medikamentenversorgung

Die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln spielt bei der Untersuchung der Gesundheitsversorgung eine fast ebenso große Rolle wie die hausärztliche oder fachärztliche Versorgung, da die beiden Bereiche sehr eng verknüpft sind: So sind Apotheken direkt abhängig von den Rezeptausstellungen der Ärzte, ohne die die Existenz vor allem ländlich gelegener Apotheken nicht mehr möglich wäre.

Laut dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege stellen rund 3.200 öffentliche Apotheken die „ordnungsgemäße Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten sicher – flächendeckend, wohnortnah, rund um die Uhr“⁹⁴ sicher. Gleichzeitig weist das Staatsministerium darauf hin, dass die Zahl der Apotheken auch in Bayern rückläufig ist und diese Tendenz vor allem im ländlichen Raum zu einer steigenden Belastung für die verbleibenden Apotheken und damit die flächendeckende Versorgung mit möglichst kurzen Wegen für die Patientinnen und Patienten gefährdet ist. Eine Apotheke in Bayern versorgt im Durchschnitt ca. 4.000 Einwohner.⁹⁵

Grundsätzlich gibt es für Apotheken keine gesetzlichen Beschränkungen bezüglich der Niederlassung. Dies ist für die ländlichen Gemeinden zwar ein Vorteil, dennoch stellt sich eine bedarfsgerechte Apothekenverteilung sehr schwierig dar. Dies liegt zum einen daran, dass es für die meisten Apotheker attraktiver ist, sich in der Stadt niederzulassen, sei es aus persönlichen Gründen oder aus der Erwartung heraus, dort einen wirtschaftlichen Vorteil zu haben. Hierzu kann jedoch gesagt werden, dass in der Stadt der Konkurrenzdruck wesentlich höher ist als auf dem Land und die entstehenden Betriebskosten eher höher ausfallen. Zum anderen ist aber auch zu berücksichtigen, dass die Apotheken in ländlichen Gemeinden einen gewissen Mindestumsatz erreichen müssen, um ihre laufenden Kosten decken zu können. In Anbetracht des demographischen Wandels und der oft schrumpfenden Gemeindegrößen liegt hier das Hauptproblem der Apotheken in ländlichen Gebieten. Für inhabergeführte Apotheken auf dem Land ist oft die Zusammenarbeit mit umliegenden Ärzten entscheidend, um rezeptpflichtige Arzneimittel verkaufen zu können. Durch den zusätzlichen Verkauf von beispielsweise Hygieneartikeln ist kein Ausgleich der entstehenden Kosten möglich, da die Apotheken in diesem Sortiment einer sehr großen Konkurrenz durch die Discounter gegenüberstehen. Ebenso kritisch ist für alteingesessenen Apotheken die Entwicklung des Marktes hin zu Filialketten von sogenannten Billigapotheken oder zu Versandapotheken im Internet zu sehen.⁹⁶ Auch die geringere Kundenfrequenz auf dem Land, die vergleichsweise hohe Belastung durch Notdienste und die Schwierigkeit, geeignetes

94 Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2017): Apotheken und Arzneimittelversorgung in Bayern; unter <https://www.stmgp.bayern.de/gesundheitsversorgung/apotheken-arzneimittelversorgung/>

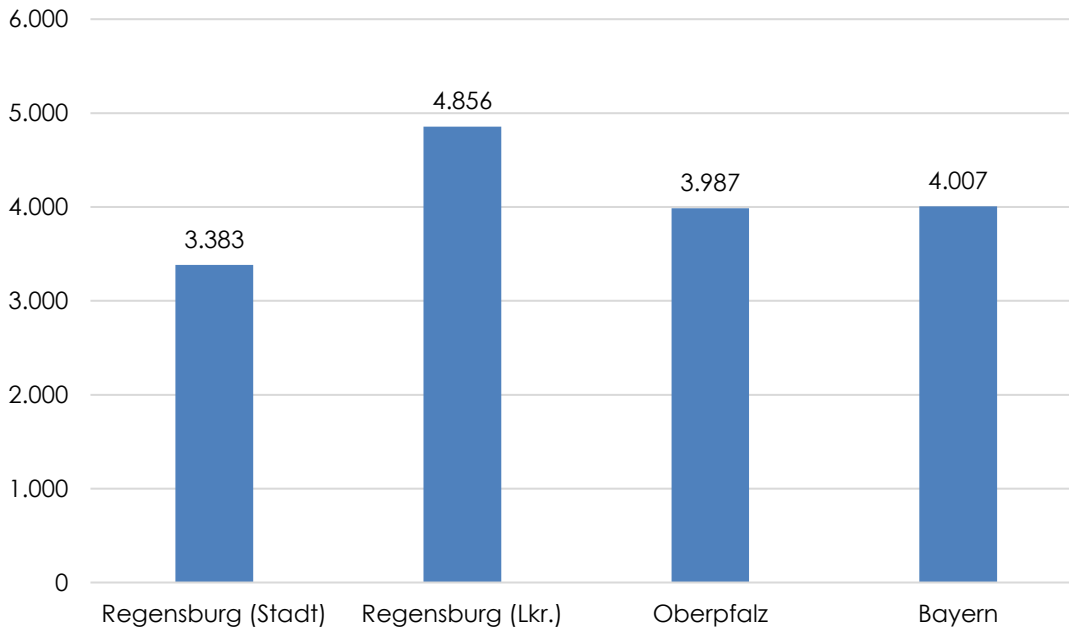
95 Bayerisches Amt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2017): Bayerische Landesapothekerkammer. Apotheken, Bayern im Regionalvergleich, 2016.

96 Institut für Geographie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (2012): Gesundheitsversorgung in der Fränkischen Schweiz - Lösungen für eine lebenswerte Zukunft - Abschlussbericht zum Lehrforschungsprojekt „Alt werden in der Fränkischen Schweiz“, S. 43.

Fachpersonal zu finden, machen es den Inhabern im ländlichen Raum immer schwerer, ihre Apotheken aufrecht zu erhalten.

Im Regionalvergleich zeigt sich, dass es in der Stadt Regensburg aktuell 43 öffentliche Apotheken gibt, im Landkreis 39 und somit im ländlichen Raum der Gesundheitsregion^{plus} diese Problematik auch deutlich zu Tage tritt.

Abbildung 25 Einwohner pro Apotheken im Regionalvergleich, 2016



Quelle: Bayerisches Amt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2017): Apotheken, Bayern im Regionalvergleich, 2016; Graphik: BASIS-Institut (2017).

Seit 2010 ist die Anzahl der Einwohner/innen je öffentlicher Apotheke in Stadt und Landkreis Regensburg gestiegen und die Versorgungsqualität in der Region stellt sich beim Blick auch auf Vergleichsregionen (Stadt und Landkreis Würzburg, Stadt Erlangen, Landkreis Erlangen-Höchstädt) als am niedrigsten dar.⁹⁷

24 Kommunen in der Region Regensburg schätzen ihre quantitative Versorgung mit Apotheken als (eher) ausreichend ein. Etwas mehr als 40% der Kommunen empfinden die Situation als unzureichend bzw. verbesserungswürdig. Hinzu kommt, dass ca. ein Drittel der Kommunen die vorhandenen Apotheken als (eher) nicht ausreichend barrierefrei einschätzen.

In der Befragung 55+ im Landkreis Regensburg im Zuge des SPGK wurde deutlich, dass sich immerhin etwa jeder Siebte mit der medizinischen Versorgung in Form von Apotheken und Allgemeinärzten unzufrieden zeigte. In 12 Kommunen wurde die Apotheke in den Top 3 (von 20 abgefragten) der fehlenden Einrichtungen im Ort gelistet.

⁹⁷ Gesundheitsamt Regensburg (2015): Gesundheit in Stadt und Landkreis Regensburg. Regionaler Gesundheitsbericht 2015, S. 21.

Abbildung 26 Kommunen mit Apotheke als benannter Infrastrukturmangel (Top 3 von 20) nach Kommunen in Prozent

Kommune (alphabetisch)	Anteil Unzufriedene in %
Aufhausen	38,5
Barbing	15,2
Deuerling	35,1
Holzheim a. Forst	34,8
Mintraching	43,8
Neutraubling	7,8
Pfakofen	56,3
Pielenhofen	32,3
Regenstauf	12,8
Thalmassing	50,0
Wiesent	18,2
Wolfsegg	52,4

Quelle: Befragung Generation 55+ LK Regensburg (2016)

Die Apothekenbetriebsordnung⁹⁸ gibt nach § 17 vor, dass „die Zustellung durch Boten der Apotheke im Einzelfall ohne Erlaubnis nach § 11a des Apothekengesetzes zulässig“⁹⁹ ist. Ein Zustellservice ist mittlerweile bei vielen Apotheken eine verbreitete und gängige Praxis. Die Apotheke Donau Wörth liefert z.B. nach Pfatter (rezeptpflichtig und nicht rezeptpflichtig). Im Zuge der Bürgergespräche des SPGK kam in Kommunen ohne eine Apotheke bzw. mit Apotheken nur im Hauptort dennoch oft zur Sprache, dass vor allem die Möglichkeiten eines Medikamentenbringdienstes bzw. der Lieferservice von Apotheken zu wenig vorhanden oder eben auch zu wenig bekannt ist.

Fazit:

Als Probleme und Defizite lassen sich bezüglich der Versorgung mit Apotheken festhalten:

- Versorgung ist schlechter als in vergleichbaren Landkreisen (Landkreis Würzburg, Landkreis Erlangen-Höchststadt)
- Rückgang der Zahl der Apotheken im Landkreis; Ausgleichsversuch durch Zustelldienste, vielfach (ca. in der Hälfte der Kommunen noch) nicht funktionsfähig
- Konkurrenzdruck durch Filialketten / Billigapotheken / Versandapotheken
- Sinkende Attraktivität von Landapotheken: geringere Kundenfrequenz auf dem Land, hohe Belastung durch Notdienste, Personalmangel

⁹⁸ "Apothekenbetriebsordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. September 1995 (BGBl. I S. 1195), die durch Artikel 42 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) geändert worden ist; unter https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/apobetro_1987/gesamt.pdf

⁹⁹ Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz - ApoG) § 11a.

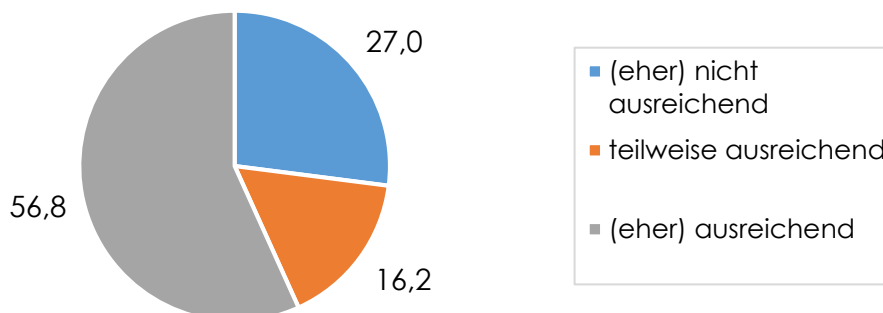
5.1.5 Gesundheitsfachdienstleister

Fachkräfte in Gesundheitsberufen - darunter fallen nichtärztliche, nichtpsychotherapeutische Berufe im Gesundheitswesen, die Tätigkeiten in der Gesundheitsförderung, in der medizinischen Therapie und Diagnostik sowie in der Rehabilitation beinhalten - leisten einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Das Bundesinstitut für Berufsbildung unterscheidet 17 nicht-akademische Gesundheitsfachberufe, in den Bereichen pflegerische Berufe, medizinisch-technische Berufe, Assistenzberufen oder (diagnostisch-)therapeutischen Berufen.¹⁰⁰

Therapeutische Gesundheitsfachdienste haben heute ihren festen Platz sowohl in der Prävention als auch in der kurativen Medizin und der Rehabilitation: Viele Menschen bedürfen in unterschiedlichsten Lebenslagen der Unterstützung von Fachkräften z. B. der Logopädie, der Physio- oder Ergotherapie. Gerade bei Kindern und bei älteren Menschen nehmen Beeinträchtigungen zu, die eine gezielte Behandlung aus diesen Gesundheitsfachberufen erfordern. Deswegen wurde trotz der schwierigen Datenlage versucht, lokale Anbieter von therapeutischen Gesundheitsfachdiensten zu erfassen und so das Vorhandensein und die Zugänglichkeit zu diesen präventiven bzw. kurativ-therapeutischen Maßnahmen in der Region Regensburg abzubilden.

Die Kommunen selbst schätzen das Angebot in mehr als der Hälfte der Fälle als (eher) ausreichend ein, was aber im Umkehrschluss auch aussagt, dass knapp die Hälfte in bestimmten Bereichen Angebote als fehlend ansehend.

Abbildung 27 Einschätzung Vorhandensein Gesundheitsfachdienste in Kommune



Quelle: Kommunenbefragung Gesundheitsregion plus (2017)

In 11 Kommunen ist kein Gesundheitsfachdienstleister der abgefragten Sparten ansässig, in drei Kommunen finden sich alle Anbieter (Wörth a.d. Donau, Regenstauf und Neutraubling).

¹⁰⁰ Bundesinstitut für Berufsbildung (2014): Gesundheitsfachberufe im Überblick. Wissenschaftliche Diskussionspapiere Heft 153, S. 9.

Tabelle 22 Vorhandensein Gesundheitsfachdienste

	Ergotherapeut	Sporttherapeut	Physiotherapeut	Diätassistent/ Ernährungsberater	Masseur/ medizinischer Bademeister	Podologe	Logopäde	Orthop- tist
Alteglofsheim	ja		ja		ja			
Altenhann								
Aufhausen								
Bach a.d. Donau								
Barbing			ja			ja	ja	
Beratzhausen		ja	ja		ja		ja	
Bernhardswald	ja		ja		ja		ja	
Brennberg								
Brunn								
Deuerling								
Donaustauf		ja	ja		ja			
Duggendorf					ja			
Hagelstadt			ja					
Hemau	ja		ja				ja	
Holzheim a. Forst								
Kallmünz		ja						
Köfering			ja	ja				
Laaber	ja		ja		ja			
Lappersdorf			ja					
Mintraching			ja		ja			
Mötzing								

	Ergotherapeut	Sporttherapeut	Physiotherapeut	Diätassistent/ Ernährungsberater	Masseur/ medizinischer Bademeister	Podologe	Logopäde	Orthop- tist
Neutraubling	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Nittendorf	ja		ja			ja	ja	
Obertraubling		ja	ja					
Pentling	ja		ja		ja		ja	
Pettendorf			ja					
Pfakofen			ja					
Pielenhofen								
Regenstauf	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Riekofen								
Schierling	ja		ja	ja	ja	ja	ja	ja
Sinzing			ja	ja	ja		ja	
Sünching			ja		ja			
Tegernheim	ja		ja				ja	
Thalmassing			ja					
Wenzenbach			ja		ja			
Wiesent			ja					
Wörth a.d. Donau	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Wolfsegg								
Zeitlarn		ja	ja		ja			

Quelle: Kommunenbefragung Gesundheitsregion plus (2017)

Auch in Gesundheitsfachberufen werden bundesweit immer weniger Menschen ausgebildet, auch hier steht also dem steigenden Bedarf ein drohender Fachkräftemangel gegenüber.

Als Fazit lässt sich bezüglich Gesundheitsfachdiensten im Landkreis Regensburg festhalten:

- Am häufigsten wird angeboten: Physiotherapie (27), Masseur (16), Logopädie (12), Ergotherapie (11), Sporttherapie (8)
- Selten/Sehr selten: Ernährungsberatung/Diätassistenz, Orthoptist, Podologe (jeweils 4 – 6)
- Problem: Die räumliche Verteilung zeigt (wie in anderen Versorgungsbereichen auch) Konzentrationstendenzen: 4 Kommunen mit (fast) Komplettangebot: Neutraubling, Schierling, Wörth a. d. Donau, Regenstauf, ihnen stehen 17 Kommunen ohne bzw. mit nur 1 Angebot gegenüber. Etwa die Hälfte der Kommunen (20) haben ein begrenztes Repertoire von nur 2 bis 4 Angeboten
- Weitere Angebotsdefizite: teils geringe Versorgungsdichte und drohender Nachwuchsmangel

5.2 Bevölkerungsentwicklung und spezifische Herausforderungen

Wie bereits in Kapitel 3.2 Bevölkerungsentwicklung - Herausforderung der Zukunft ausgeführt, muss sich die Region Regensburg im Zuge des demographischen Wandels auf eine deutlich andere Alterszusammensetzung ihrer Bevölkerung einstellen.

Das zentrale Ziel der deutschen Gesundheitspolitik ist die Sicherstellung einer umfassenden Versorgung mit medizinischen Leistungen für alle Schichten und Gruppen der Bevölkerung. Vor dem Hintergrund einer zunehmenden finanziellen Belastung für die Versicherten und Patienten, stellt sich jedoch die Frage, ob sie dieses Ziel weiterhin erreichen kann. Angesichts dieser Umbruchsituation ist die dauerhafte und detaillierte Beobachtung von Gesundheitszustand und gesundheitsbezogener Lebensqualität, von Indikatoren der Inanspruchnahme des Versorgungssystems, der Erfassung der individuellen Präferenzen von Versicherten und Patienten und auch der soziodemographischen Entwicklung mehr denn je von Bedeutung.¹⁰¹ Der deutliche Anstieg der Altersgruppe der über 65-Jährigen hat aller Wahrscheinlichkeit nach ein drastisches Anwachsen der Unterstützungsbedürftigkeit zur Folge. Ob dieser Bedarf mit den heute zur Verfügung stehenden Angeboten gedeckt werden kann, darf bezweifelt werden. Angehörige, die eine zentrale Rolle in der Pflege und Betreuung übernehmen – das sogenannte Pflegepotenzial – werden voraussichtlich nicht mehr in gleicher Zahl und Bereitschaft zur Verfügung stehen wie das heute noch der Fall ist.¹⁰² Schon jetzt leben in

101 Bundeszentrale für politische Bildung (2016): Datenreport 2016. Gesundheit, Einstellungen und Verhalten; unter: <http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2016/226575/gesundheits-einstellungen-und-verhalten>

102 Klie, Thomas; Künzel, Gerd; Hoberg, Thomas (2013): Strukturreform. Pflege und Teilhabe, S. 6.

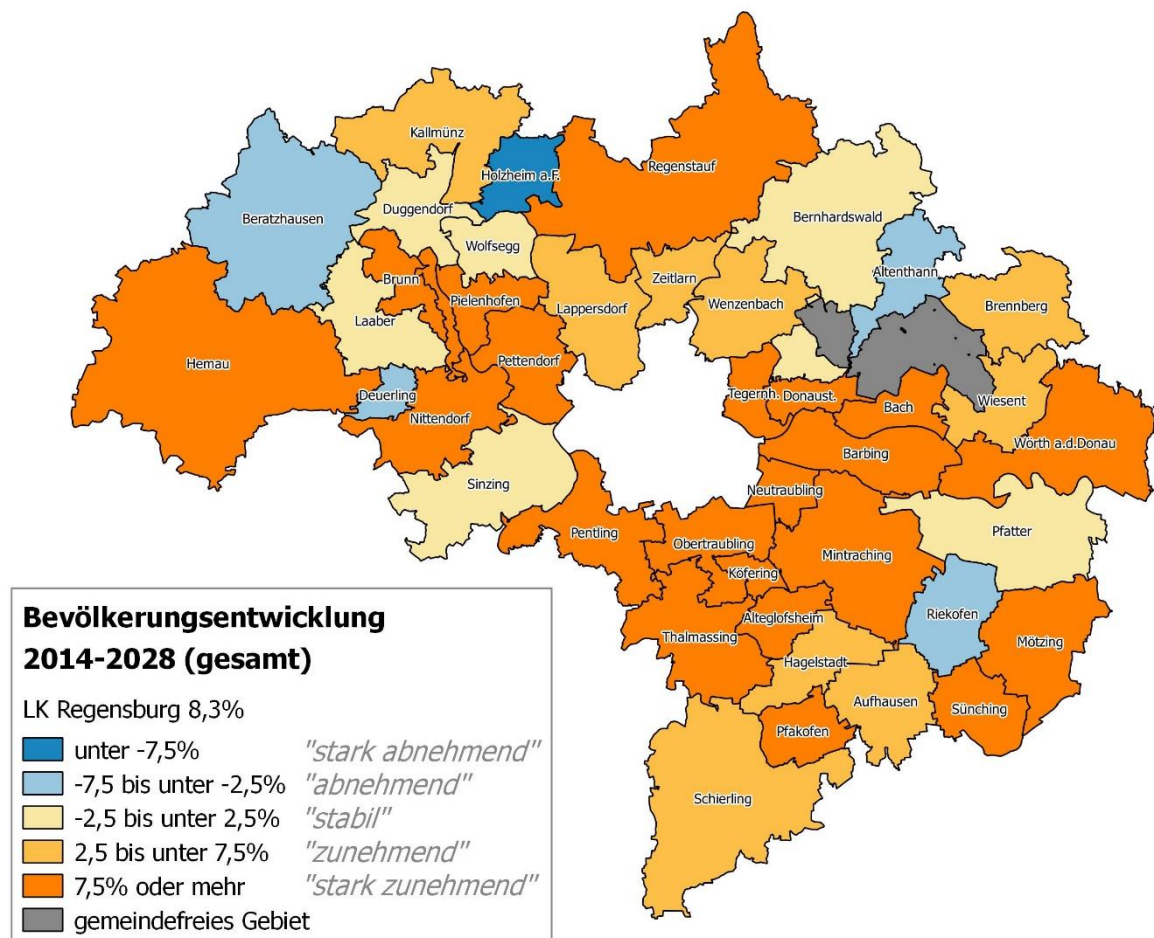
Deutschland in jedem vierten Haushalt ausschließlich Menschen im Alter 65 Jahre und älter.¹⁰³

5.2.1 Kleinräumige Betrachtung der Entwicklung

Eine kleinräumige Betrachtung der Bevölkerungsentwicklung auf Gemeindeebene oder Sozialraumebene erlaubt eine bessere räumliche Differenzierung und kann den Kommunen oder auch den Stadtgebieten ihre Ausgangslage im Wettbewerb um eine „gesunde“ Bevölkerungsentwicklung und -struktur näherbringen.

Für den Landkreis Regensburg kann - legt man die Kategorien der Veränderung des Bayerischen Landesamts für Statistik zu Grunde (vgl. Abbildung 5 Bevölkerungsvorausberechnung für Bayern) – folgendes festgehalten werden: 20 Kommunen weisen ein Wachstum von 7,5 Prozent oder mehr auf und gehören somit zu den stark zunehmenden Gemeinden im Landkreis Regensburg, weitere sechs Gemeinden haben einen Bevölkerungszuwachs zwischen 2,5 bis unter 7,5 Prozent und nehmen somit ebenfalls an Bevölkerung zu. Mit insgesamt 26 Kommunen werden also über die Hälfte der Gemeinden im Landkreis Regensburg bis zum Jahr 2028 an Bevölkerung gewinnen - und das zum Teil sehr deutlich. Allerdings gibt es auch sechs Gemeinden, in denen bis zum Jahr 2028 ein Bevölkerungsrückgang angezeigt ist. Die im nördlichen Landkreis liegende Gemeinde Holzheim am Forst muss dabei durch einen Bevölkerungsrückgang von fast 10 Prozent sogar als stark an Bevölkerung abnehmende Kommune eingeordnet werden, während die restlichen fünf Gemeinden sich im abnehmenden Bereich von -7,5 bis unter -2,5 Prozent einfinden.

¹⁰³ Bundeszentrale für politische Bildung (2012): Die soziale Situation in Deutschland. Zahlen und Fakten, S. 29 und Statistisches Bundesamt (Destatis) (2011): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Entwicklung der Privathaushalte bis 2030.

Abbildung 28 Bevölkerungsveränderung 2014 bis 2028 in den Kommunen

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik: Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung. Demographisches Profil für alle bayerischen Gemeinden (2016); Graphik: BASIS-Institut (2016)

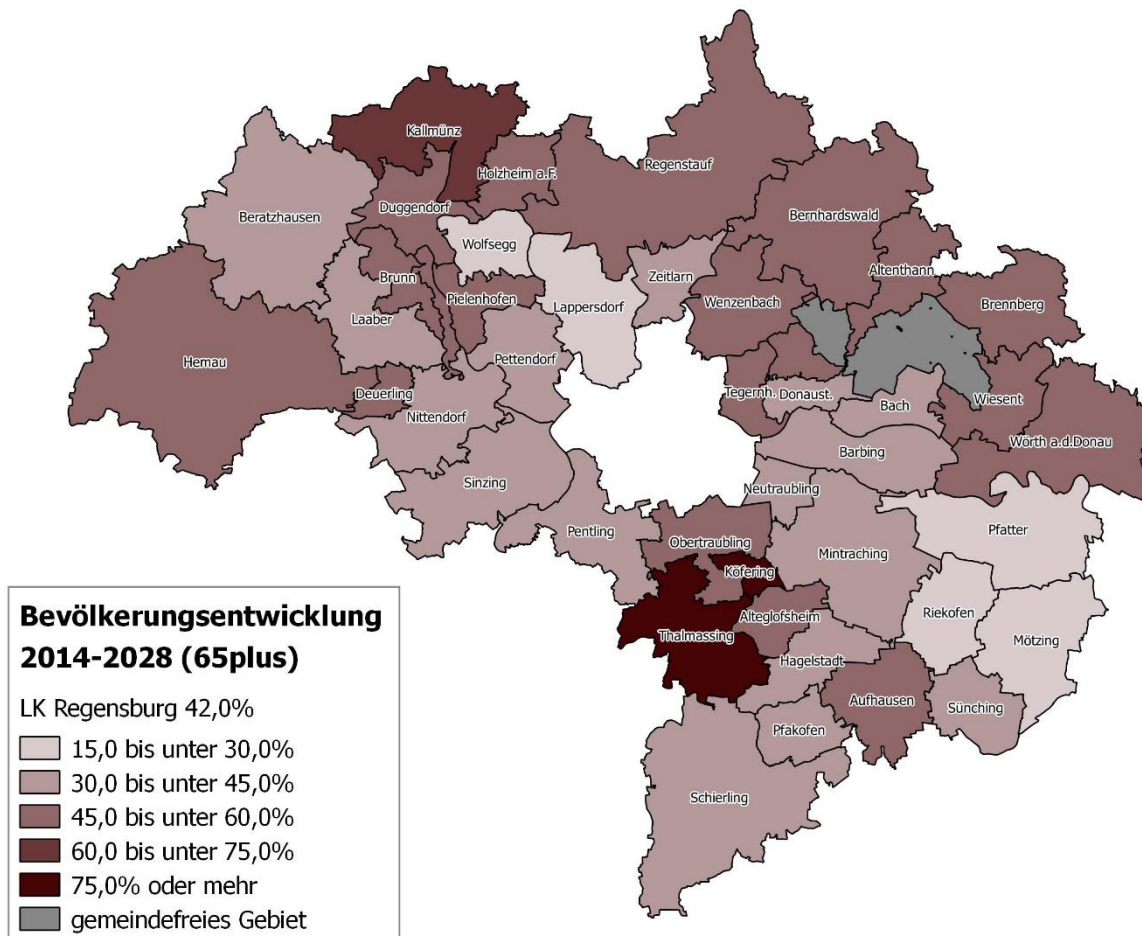
Bei einer gesamträumlichen Betrachtung der Bevölkerungsentwicklung fällt auf, dass insbesondere die Gemeinden um die kreisfreie Stadt Regensburg an Bevölkerung gewinnen. Vor allem die im Südosten an Regensburg angrenzenden Kommunen sowie deren Nachbargemeinden befinden sich ausschließlich im stark zunehmenden Bereich. Hingegen konzentrieren sich die abnehmenden Gemeinden nicht räumlich, sondern liegen im Landkreis verstreut. Allerdings grenzen diese zum Teil auch an stark zunehmende Gemeinden direkt an.

Die mit Abstand am stärksten wachsende Altersklasse im Landkreis Regensburg ist mit einem Zuwachs von 42 Prozent bis zum Jahr 2028 die der über 65-Jährigen. An dieser Stelle machen die Kategorien des Bayerischen Landesamtes für Statistik keinen Sinn mehr, da die in dieser Altersklasse am wenigsten wachsende Gemeinde Wolfsegg mit 16,0 Prozent bereits stark zunimmt. Die Spannweite reicht mit den Gemeinden Köfering bzw. Thalmassing sogar bis zu 80 bzw. 81 Prozent Zuwachs bei der Bevölkerung 65plus.

In Abbildung 29 wird deutlich, dass sich vor allem im nordöstlichen Landkreis die Gemeinden befinden, die bis zum Jahr 2028 den größten Anstieg der Bevölkerung über 65

Jahre zu erwarten haben. Lediglich die Gemeinden Pfatter (28%), Riekofen (19%) und Mötzing (18%) im südöstlichen Teil des Landkreises bzw. Wolfsegg (16%) und die angrenzende Gemeinde Lappersdorf (20%) nordwestlich von Regensburg haben im Vergleich zu den anderen Gemeinden noch eine moderatere Vorhersage der Altersklasse der über 65-Jährigen zu verzeichnen.

Abbildung 29 Bevölkerungsveränderung der über 65-Jährigen 2014 bis 2028 in den Kommunen



Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik: Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung, Demographisches Profil für alle bayerischen Gemeinden (2016); Graphik: BASIS-Institut (2016)

Insgesamt verdeutlichen die drei Karten der Bevölkerungsentwicklung der unterschiedlichen Altersklasse bis zum Jahr 2028 den voranschreitenden demographischen Wandel, der auch den wachsenden Landkreis Regensburg mit all seinen sozioökonomischen Folgen und gesundheitlichen Herausforderungen trifft.

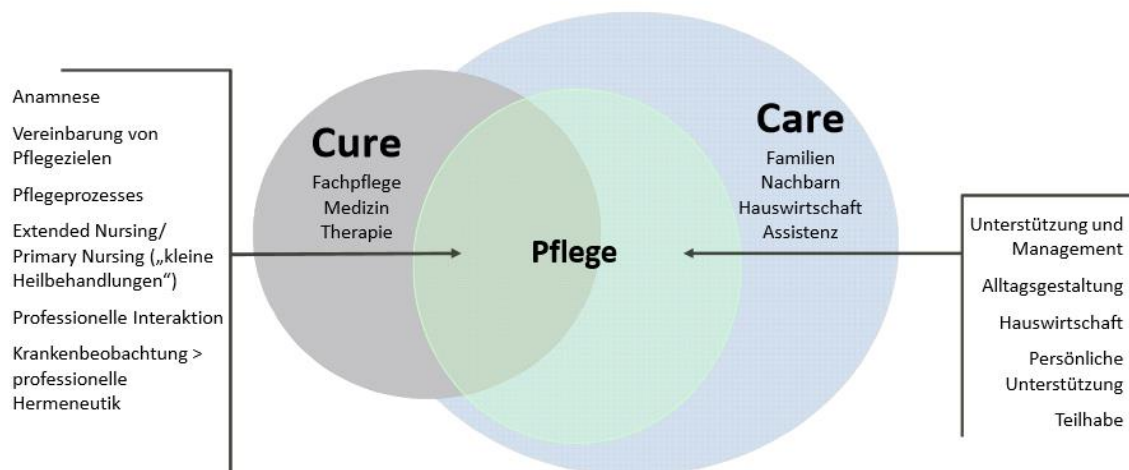
In einer Reihe von Kommunen kumulieren Alterung und Versorgungsmängel. Vergleicht man die oben gezeigte Karte zur kommunalen Hausarztversorgung (vgl. Abbildung 21 Hausarzt-Dichte Region Regensburg) und die eben präsentierten Daten zur Zunahme der Zahl älterer Menschen in den Gemeinden, zeigt sich: In den 20 mit Hausärzten nicht oder unterversorgten (Versorgung liegt unter dem Richtwert der Bedarfsplanung) wird

in 12 Kommunen die Zahl der über 65-Jährigen um mehr als die Hälfte (bis zu zwei Dritteln) ansteigen. Diese Entwicklung liegt nicht in ferner Zukunft, sondern ist bis 2028 (also in etwas mehr als 10 Jahren) zu erwarten.

5.2.2 Unterstützende Pflegeformen

Angesichts des demographischen und sozialen Wandels gehört die Frage, wie dem aktuellen und künftigen Unterstützungsbedarf der auf Pflege angewiesenen Menschen begegnet werden soll, zu den zentralen Fragen der kommunalen Daseinsvorsorge. Pflegestrukturen kontinuierlich und bedarfsgerecht weiter zu entwickeln, ist ein zentrales Thema der Gesundheitsversorgung. Nach Expertenmeinung verlangen die Herausforderungen des demographischen und sozialen Wandels nach einer Initiative für mehr Selbstbestimmung und Selbständigkeit vor Ort. Unter Betonung der familiären und zivilgesellschaftlichen Rolle als Teil einer zukunftsorientierten Pflegepolitik müssen professionelle Pflege, persönliche Hilfen und Beratung selbstbestimmtes Wohnen in der gewählten Umgebung unterstützen.

Abbildung 30 Case Management im Versorgungssetting für den häuslichen Bereich



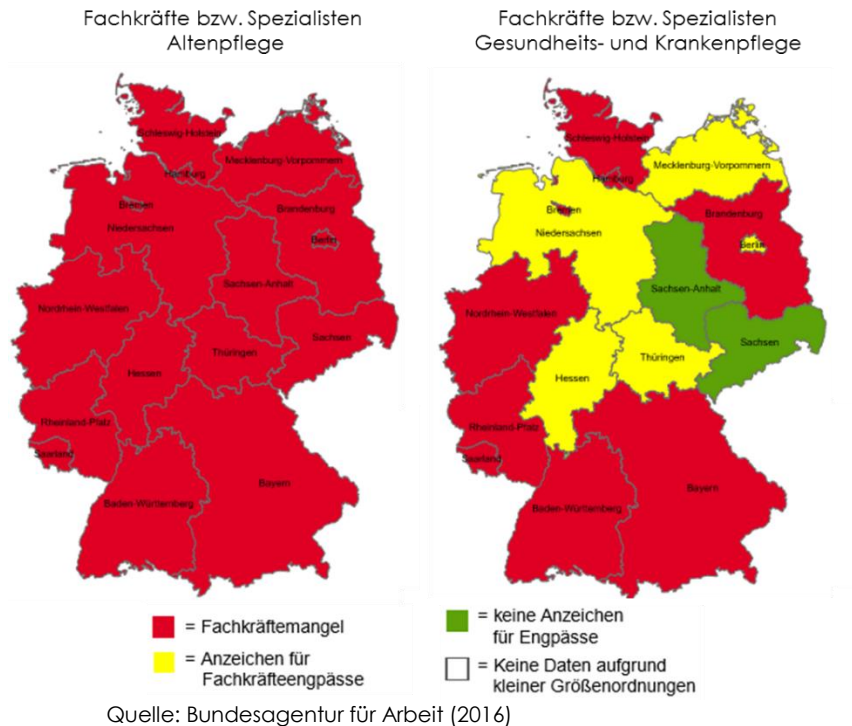
Quelle: Klie, Künzel und Hoberg (2015): Strukturreform Pflege und Teilhabe. Die Bausteine einer Strukturreform.

Die Zahl der auf Pflege angewiesenen Menschen und ihr Anteil in der Bevölkerung wird in der Gesundheitsregion^{plus} Regensburg steigen. Angehörige, die eine zentrale Rolle in der Pflege und Sorge übernehmen – das sogenannte Pflegepotential – werden voraussichtlich nicht mehr in gleicher Zahl und Bereitschaft zur Verfügung stehen wie das heute noch der Fall ist. Hinzu kommt, dass es auf dem Arbeitsmarkt nicht ausreichend Arbeitskräfte für den Bereich der Langzeitpflege geben wird, um den Rückgang der Pflege durch Angehörige zu kompensieren.¹⁰⁴ Aktuell zeigt sich laut der Bundesagentur für Arbeit zwar in Deutschland kein flächendeckender Fachkräftemangel, aber in den

¹⁰⁴ Klie, Thomas; Künzel, Gerd; Hoberg, Thomas (2013): Strukturreform. Pflege und Teilhabe, S. 6.

hier betreffenden Berufsgruppen sind aktuell gravierende Mangelsituationen bzw. Engpässe erkennbar.¹⁰⁵

Fachkräftestatus in Gesundheits- und Pflegeberufen



Die ambulanten Pflege- und Unterstützungsdienstleister im ländlichen Raum der Region Regensburg haben in einer Bestanderhebung 2016 bereits zu 95 Prozent die Fachkräfterekrutierung als sehr oder eher schwer eingeschätzt. Die Hilfskräfterekrutierung wird vor Ort im Schnitt als etwas weniger schwierig erachtet, dennoch ist dies als ernstzunehmende Gefahr für die zukünftige Versorgung in der Region anzusehen, da 85 Prozent der ansässigen Dienste in den nächsten fünf Jahren eine weitere Verschlechterung im Bereich der Pflegekraftgewinnung erwarten. Engpässe gibt es bei der Besetzung von Stellen im Pflegebereich auch in der Stadt Regensburg („Unterangebot an Fachkräften“), soweit, dass Einrichtungen im Bereich der Gerontopsychiatrie sogar gesetzlich geforderte Stellen nicht besetzen konnten und laut dem letzten Prüfbericht der Heimaufsicht befristet Ausnahmegenehmigungen erhalten haben.¹⁰⁶

Um den Bedürfnissen nach Selbstbestimmung und sozialer Integration sowie dem wachsenden Pflege- und Betreuungsbedarf bei gleichzeitig sinkendem familiären Pflegepotential in Zukunft gerecht zu werden und insbesondere um diesen finanzieren zu können, müssen sich die Hilfestrukturen also grundlegend verändern. Insbesondere ist

¹⁰⁵ Bundesagentur für Arbeit (2016): Blickpunkt Arbeitsmarkt - Fachkräftengpassanalyse Dezember 2016, S. 6 und S. 13ff.

¹⁰⁶ Stadt Regensburg (2015): Qualitätsbericht für 2013/2014 der Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA/Heimaufsicht), S. 2.

eine Gewichtsverlagerung hin zu Wohn- und Pflegeformen notwendig, die Eigeninitiative, Eigenverantwortung, Selbsthilfe und die Aktivierung sozialer Netze als Ausgleich zum Verlust familiärer Hilfpotentiale fördern.

Bei der teilstationären Versorgung ist meistens die Tages- oder Nachtpflege¹⁰⁷ gemeint: hilfebedürftige Menschen werden in Einrichtungen tagsüber oder auch nachts betreut. Das Angebot wird von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen genutzt, die zu Hause wohnen. Diese teilstationäre Betreuung ermöglicht es den Angehörigen, die Pflegebedürftigen zu versorgen, ohne jedoch den eigenen Alltag oder den Beruf aufgeben zu müssen. Tagespflege und Nachtpflege sind Leistungen der Pflegeversicherung und werden in § 41 SGB XI geregelt: Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder der Nachtpflege und zurück.

Neben speziellen Tagespflegeeinrichtungen bieten auch ambulante Pflegedienste oder Pflegeheime eine Tagespflege an. Das betreuende Personal einer Tagespflegestelle besteht in der Regel aus examinierten Alten- oder Krankenpflegekräften, Pflegehilfskräften, Hauswirtschaftskräften, Betreuungskräften nach § 43b SGB XI und nicht selten auch ehrenamtlich engagierten Helfern. Wie die jeweiligen Teams zusammengesetzt sind, kommt auf die Anzahl der Gruppen, deren Größe und den jeweiligen Angebotsumfang der Tagespflegeeinrichtung an.

Sowohl im Zuge der SPGKs für den Landkreis Regensburg und für die Stadt Regensburg wurde die Anzahl der in der Region vorhandenen genehmigten Tagespflegeplätze erhoben bzw. der steigende Bedarf an Tagespflegeplätzen analysiert. In der Stadt Regensburg geht man in der Pflegebedarfsplanung von 2011 für die nächsten Jahre als Fazit davon aus, dass der „Mindestbedarf im Bereich Tagespflege dann langfristig nur noch sehr knapp abgedeckt werden kann“¹⁰⁸. Fünf Einrichtungen listet die Heimaufsicht mit insgesamt 51 Tagespflegeplätzen im Stadtgebiet, wobei drei Tagespflegeangebote eingestreute Plätze in stationären Einrichtungen sind.¹⁰⁹ Im Landkreis wurden

107 Oft werden aufgrund der zeitlichen Begrenzung auch Einrichtungen der Kurzzeitpflege unter dem Begriff „teilstationär“ geführt, obwohl es sich hierbei um vollstationäre Einrichtungen handelt, die für einen bestimmten Zeitraum genutzt werden.

108 Modus – Institut für angewandte Wirtschaft und Sozialforschung, Methoden und Analyse (2011): Bedarfsermittlung nach Art. 69 AGSG für die Stadt Regensburg zum Stichtag 31.12.2010, S. 82.

109 Stadt Regensburg (2015): Qualitätsbericht für 2013/2014 der Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA/Heimaufsicht), S. 9.

bei einer Bestandserhebung¹¹⁰ 66 genehmigte Tagespflegeplätze im Landkreis Regensburg gemeldet: Vier Tagespflegeeinrichtungen sind im Landkreis Regensburg ansässig und zwei Pflegeheime haben genehmigte Tagespflegebetreuungsplätze.

Im Zuge der Kommunenbefragung wurde um eine Einschätzung der Tagespflegeangebote im Landkreis gebeten: 10 Kommunen sehen die Tagespflege vor Ort als eher oder vollkommen ausreichend an, im Umkehrschluss heißt das aber auch, das 27 von 37 antwortenden Kommunen teilweise (7) bis großen (8) und sogar sehr großen (12) Bedarf im Bereich der Tagespflegeangebote sehen.

Ein Angebot an Nachtpflegeplätzen ist laut der Bestandserhebung der (teil-)stationären) Einrichtungen und ambulanten Dienste von 2016 im Landkreis Regensburg nicht vorhanden, mit Blick auf die zunehmende Zahl der gerontopsychiatrisch bzw. Demenzerkrankten sollte allerdings über die Schaffung einzelner Nachtpflegeplätze in der Region nachgedacht werden. In der Stadt Regensburg wird eine explizite Nachtpflege immerhin von einer Einrichtung angeboten.¹¹¹

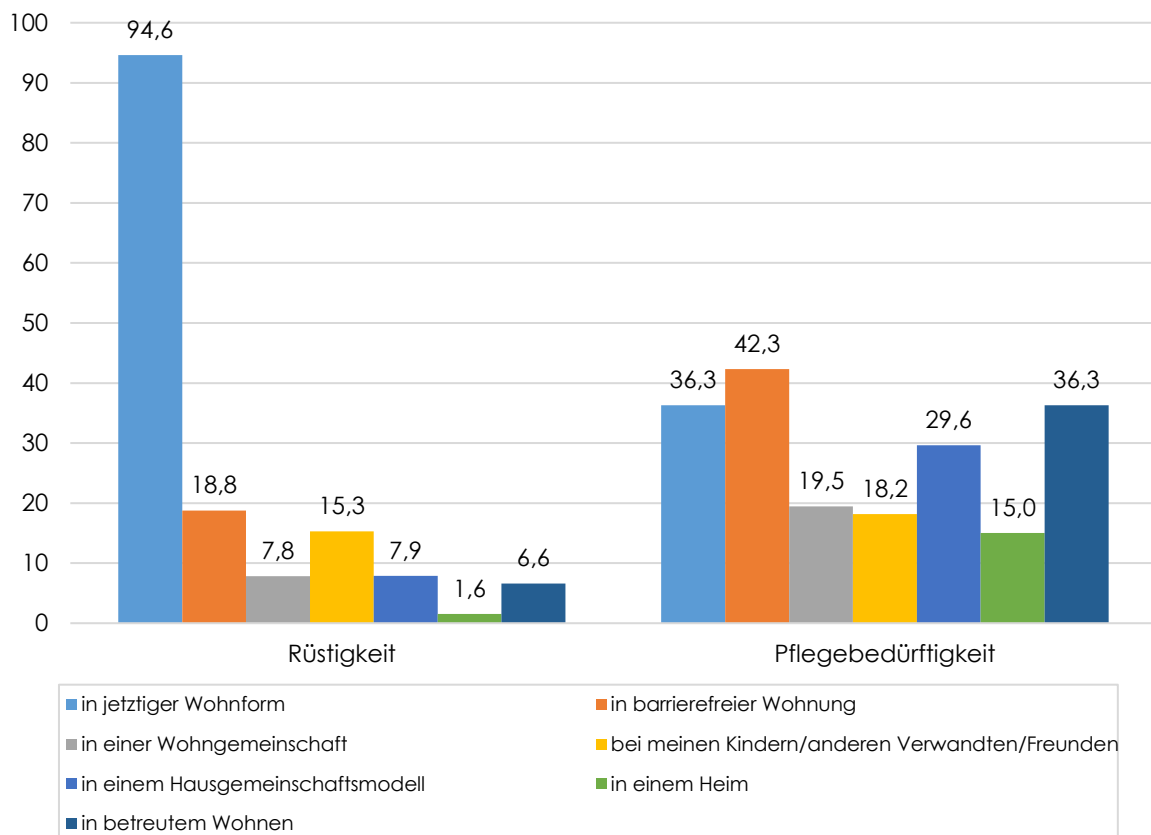
Auch im Zuge von Bürgergesprächen in 27 Gemeinden hat sich im Rahmen des SPGK für den Landkreis Regensburg gezeigt, dass ein Ausbau der Tagespflege in der ländlichen Region häufig gefordert wird, auch damit pflegende Angehörige entlastet werden können und Senioren somit länger die Möglichkeit haben, so lange wie möglich in der gewohnten Umgebung zu bleiben.

Die stationäre Versorgung, wie sie bisher gestaltet wurde, entspricht nicht mehr den Wünschen des überwiegenden Teils der älteren Generation in der Region Regensburg für ein Leben im Alter (vgl. Abbildung 31 Wunsch Wohnformen bei Rüstig- oder Pflegebedürftigkeit im Landkreis in Prozent). Auch im Bericht der FQA der Stadt Regensburg aus dem Jahr 2013 heißt es, dass „eine adäquate Antwort auf das Wohnen Rüstiger in den Pflegeheimen im Stadtgebiet (...) zurzeit noch nicht erkennbar“¹¹² ist.

¹¹⁰ In den Regionaltabellen der Pflegestatistik sind die Empfänger/-innen von Tages- und Nachtpflege in den stationären Einrichtungen nicht ausgewiesen, da sie in der Regel auch Pflegegeld oder ambulante Pflege erhalten und deswegen bei dieser Zahl erfasst sind. Vgl.: Bayerisches Landesamt für Statistik (2015): Ergebnisse der Pflegestatistik. Pflegeeinrichtungen, ambulante sowie stationäre und Pflegegeldempfänger in Bayern, S. 55ff. Es erfolgte eine schriftliche Altenhilfe-Bestandserhebung bei allen (teil-)stationären Einrichtungen und im Landkreis ansässigen ambulanten Diensten 2016.

¹¹¹ Stadt Regensburg (2015): Qualitätsbericht für 2013/2014 der Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA/Heimaufsicht), S. 9.

¹¹² Stadt Regensburg (2013): Tätigkeitsbericht 2011/2012. Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht, S. 47.

Abbildung 31 Wunsch Wohnformen bei Rüstig- oder Pflegebedürftigkeit im Landkreis in Prozent

Quelle: Befragung Generation 55+ LK Regensburg (2016); Graphik: BASIS-Institut (2016)

Des Weiteren muss sich Altenhilfe auf die soziale Nahumgebung der Menschen konzentrieren, um private bzw. solidarische Alltagshilfe, Betreuung und Pflege in der Häuslichkeit vor Ort unterstützen zu können. Schon jetzt leben in Deutschland in jedem vierten Haushalt ausschließlich Menschen im Alter 65 Jahre und älter.¹¹³

Dabei werden gemeinschaftliche¹¹⁴ Wohnformen im Alter an Bedeutung gewinnen, wengleich neue Wohnformen, wie z. B. das Mehrgenerationenwohnen, gerade im

¹¹³ Bundeszentrale für politische Bildung (2012): Die soziale Situation in Deutschland. Zahlen und Fakten, S. 29 und Statistisches Bundesamt (Destatis) (2011): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Entwicklung der Privathaushalte bis 2030.

¹¹⁴ Dem Fachbegriff der „gemeinschaftlichen Wohnform“ liegt die Idee des selbstbestimmten, individuellen Wohnens bei gleichzeitiger Erfahrung von Gemeinschaftlichkeit zugrunde (zum Beispiel im Generationenmix, Menschen mit Behinderung und Menschen ohne Behinderung usw.). Der Gemeinschaftsgedanke kann weit über das hinausgehen, was man von Nachbarschaftsverhältnissen kennt. Das bewusste Handeln der Beteiligten unterscheidet die Gemeinschaftlichen Wohnformen deutlich von den üblichen Wohnangeboten, in denen sich Gemeinschaft eher zufällig ergibt. Die Projekte leben von dem, was die Beteiligten einbringen - an Ideen, an Initiative und Engagement oder an finanziellen Mitteln und anderen Gütern. Gemeinschaft ist nicht verordnet, sie ergibt sich aus dem eigenen Tun der Beteiligten. Gemeinschaften brauchen rechtlich verbindliche Grundlagen, wenn sie auf Dauer wirtschaftlich und sozial wirksam sein wollen. Oft werden die Wohnprojekte selbst geplant und in Kooperation mit anderen Akteuren umgesetzt. Ähnlich wie in den Wohngemeinschaften aus Studentenzeit wird das gemeinschaftliche Zusammenleben selbst organisiert. Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016): Wohnen. Spezielle Wohnformen. Gemeinsam mit anderen: Gemeinschaftliche Wohnformen, unter: <https://www.serviceportal-zuhause-im-alter.de/wohnen/spezielle-wohnformen/gemeinsam-mit-anderen-gemeinschaftliche-wohnformen.html>

ländlichen Raum bisher noch eher ein Nischendasein führen.¹¹⁵ Umsetzungen gemeinschaftlicher Wohnformen im Landkreis Regensburg sind aktuell noch nicht vorhanden.¹¹⁶ Auch in der Stadt Regensburg sind alternative Wohnformen wie ambulant betreute Wohngemeinschaften noch nicht angekommen: „Obwohl diese Wohnform mehr individuellen Spielraum ermöglicht und einen höheren Grad der Selbstbestimmtheit beinhaltet, haben sich noch zu wenige Initiatoren gefunden, die eine solche Wohnform gründen.“¹¹⁷

Während der Angebotsmix heute wie in Zukunft von der häuslichen Pflege dominiert werden wird, muss sich das Gewicht innerhalb der häuslichen Pflege aufgrund des demographischen Wandels und der familiären Veränderungen von den Angehörigen auf soziale Unterstützungsnetzwerke außerhalb der Familie verschieben. Die ambulante Pflege muss ausgebaut werden, um den Verbleib Pflegebedürftiger in der häuslichen Umgebung ausweiten und professionell unterstützen zu können sowie die Entstehung kleinteiliger Wohnformen zu begünstigen. Die stationäre Pflege ist an die Wohnbedürfnisse der Bevölkerung anzupassen und in die quartiersnahen Versorgungs- und Teilhabestrukturen zu integrieren, so dass sie zur echten Alternative neben dem Wohnen zuhause und alternativen Wohnformen wird.

5.2.3 Nachbarschaftshilfe/bürgerschaftliches Engagement als Ergänzung

Im Zuge der Veränderung der sozialen Strukturen muss es darum gehen, neue Versorgungsformen zu finden bzw. bestehende Systeme Stück für Stück zu ergänzen. Ältere Menschen wünschen sich unter anderen Menschen, das heißt mit einer guten gesellschaftlichen Teilhabe, in Würde alt werden zu können. Dazu braucht es passende Wohn- und Unterstützungsangebote. Aber auch die Sicherstellung einer grundlegenden Mobilität und Infrastruktur (Einkaufen, Ärzte etc.) ist eine Herausforderung.

Als mögliche Quellen der Unterstützungsmöglichkeiten sind vor dem Hintergrund der genannten demographischen und strukturellen Veränderungen die bürgerschaftlich und nachbarschaftlich engagierten Netzwerke zu sehen, die Unterstützung im häuslichen Umfeld leisten und zum Erhalt von Sozialkontakten beitragen können: Soziale Integration gilt als ein Leitbegriff der Gesundheitsförderung im Alter.¹¹⁸

Nach einer Befragung im Rahmen des SPGK im Jahre 2016 haben im Landkreis Regensburg 24 Kommunen organisiertes bürgerschaftliches Engagement im Sinne von Nachbarschaftshilfen o. ä. angegeben.

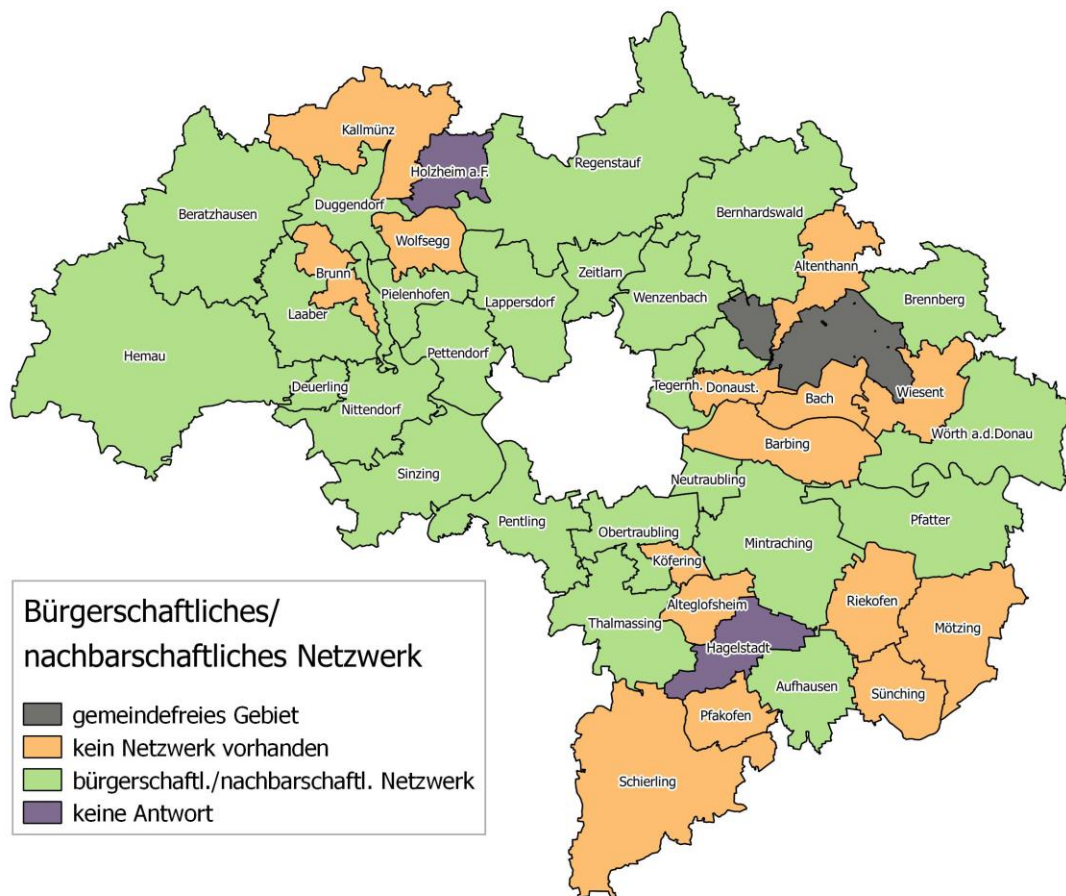
115 GdW Bundesverband deutscher Wohnungs- und Immobilienunternehmen e.V. (Hrsg.) (2014): Wohntrends 2030. Studie – Kurzfassung, S. 10.

116 Ein gutes Beispiel für die Weiterentwicklung von Wohnformen findet sich in Königsbrunn (Landkreis Augsburg), wo mit dem Generationenpark ein Wohnangebot für Menschen mit besonderen Wohnbedarfen geschaffen wurde (<http://www.gwg-angebote.de/generationenpark>). Aktuell wird in der Stadt Regensburg eine inklusive Wohnform „WIR“ (Wohnen inklusiv Regensburg, www.wir-regensburg.de) realisiert, die einen ähnlichen Anspruch hat.

117 Stadt Regensburg (2013): Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht. Tätigkeitsbericht 2011-2012, S. 48.

118 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2015): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Alter(n) und Gesundheitsförderung; unter http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-117.html

Abbildung 32 Vorhandene bürgerschaftliche/nachbarschaftliche Netzwerke nach Kommunenangaben 2016



Quelle: Befragung Kommunen LK Regensburg (2016); Graphik: BASIS-Institut (2017)

Nach einer aktuellen Liste des Landratsamts Regensburg (Stand Juni 2017) sind es 25 Kommunen (zusätzlich Gemeinde Pfakofen: Familien- und Seniorenhilfe Pfakofen/Rogging), die organisierte Nachbarschaftshilfen anbieten, wobei die einzelnen Formen der Nachbarschaftshilfe teilweise sehr unterschiedlich sind, mit unterschiedlichen Zielen und Philosophien. (vgl. auch [Freiwilligenagentur Landkreis Regensburg](#)).

Etwa die Hälfte (20 von 38) der teilnehmenden Kommunen bei der Befragung im Rahmen der Gesundheitsregion^{plus} schätzt das Unterstützungsangebot durch bürgerschaftliche/nachbarschaftliche Netzwerke als eher oder sehr ausreichend ein, d. h. im Umkehrschluss aber auch, dass explizit knapp 50% der 41 Kommunen zumindest teilweise Handlungsbedarf in diesen Bereichen sehen.

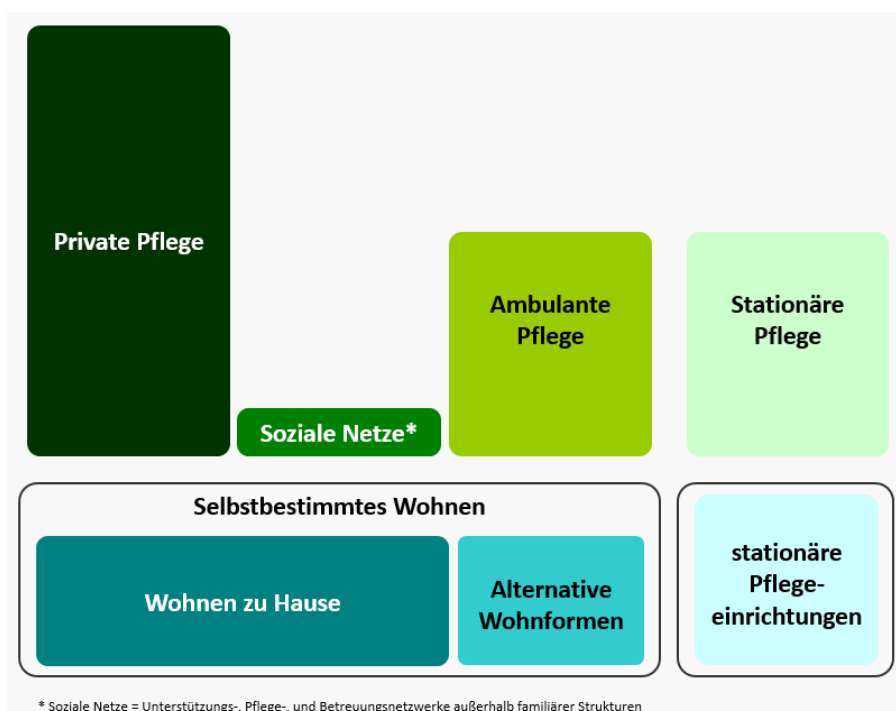
Sozialstationen in Stadt und Landkreis Regensburg leisten bezüglich der pflegerischen Versorgung gute Unterstützung. Allerdings gehören zum selbständigen und gesunden Leben im Alter Unterstützungsmöglichkeiten jenseits der pflegerischen Versorgung (Cure). So muss das Einkaufen sichergestellt sein, die Zubereitung des Essens, das Sau-

berhalten der Wohnung bis hin zur Umsetzung kleiner Reparaturen oder Wartungsarbeiten (Leuchtmittel auswechseln, Dachrinne saubermachen). Gerade bei den ergänzenden Diensten im Haushalt bieten Nachbarschaftshilfen gute Unterstützung.

Klar ist allerdings auch, dass kein Nachbarschaftsdienst auf Dauer eine Wohnung putzen und sauber halten wird. Daher stellt sich die Frage, welche Unterstützungen über die pflegerische Versorgung hinaus abgesichert und für diejenigen, die die Unterstützung brauchen, erschwinglich sind. Auch die Frage, wie verlässlich und dauerhaft Hilfen angeboten werden können muss gerade in Hinsicht auf das Angebot der Nachbarschaftshilfen gestellt werden.

Im Zuge des SPGK im Landkreis Regensburg zeigte sich auch, dass bestehende finanzielle Unterstützungen wie die „Hilfe zur Pflege“ im Landkreis bisher nur im geringen Umfang genutzt werden, um den Verbleib in der häuslichen Umgebung abzusichern. Letztlich kosten der Auf- und Ausbau engmaschiger Beratungs- und Unterstützungsangebote oder die Bereitstellung von Case-Managementangeboten, um Hilfen im Einzelfall abzustimmen und zu verknüpfen, Geld. Durch die Trennung der Zuständigkeit für die ambulante und stationäre Altenhilfe in Bayern müssen Kommunen und Landkreise für den Aufbau der ambulanten Infrastruktur Geld aufwenden, Kosten werden evtl. dadurch bei den Bezirken gespart. Andere Bundesländer mit einer Trägerschaft in der Altenhilfe in einer Hand sind daher in Bezug auf die Verwirklichung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ weiterentwickelt. Diese Entwicklungshindernisse in Bayern abzubauen, liegt aber nicht in der Hand der Stadt, des Landkreises oder dessen Kommunen.

Abbildung 33 Aktuelle Gestaltung des Angebotsmixes

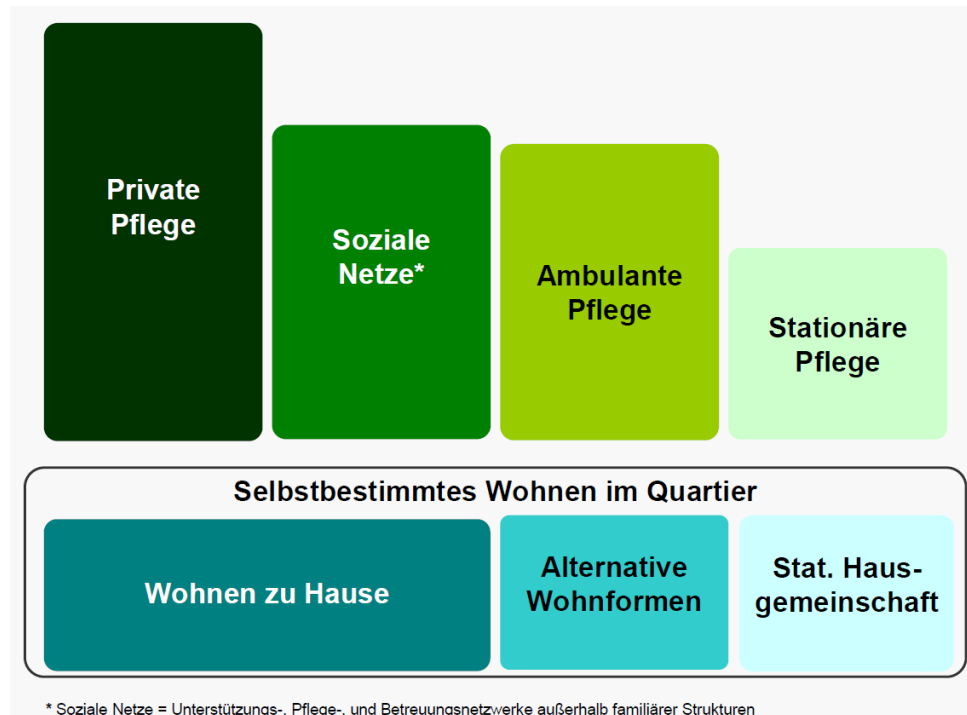


* Soziale Netze = Unterstützungs-, Pflege-, und Betreuungsnetzwerke außerhalb familiärer Strukturen

Quelle: BASIS-Institut (2013)

Dabei geht es auch darum, die in der Regel konkurrierenden ambulanten und stationären Versorgungssysteme innerhalb der Region miteinander zu verknüpfen und trägerübergreifende Kooperationen zu fördern.¹¹⁹

Abbildung 34 Zielführende Gestaltung des Angebotsmixes



Quelle: BASIS-Institut (2013)

Es müssen Unterstützung, Pflege und Betreuung auf eine Landkreisbevölkerung ausgerichtet werden, in der mehr als ein Drittel bis hin zu jedem Zweiten 65 Jahre und älter ist und in der es wahrscheinlich angesichts der steigenden Altersarmut (insb. alleinstehender Frauen mit langjähriger Hausfrauen- und Teilzeittätigkeit) weniger solvente Ältere geben wird.

Eine gute Zusammenarbeit zwischen Nachbarschaftshilfen und professionellen Diensten wird elementar sein. Beide tragenden Säulen tragen zum Beispiel zum Gelingen von Wohnmodellen von Senioren bei und sollten keine Konkurrenz darstellen. Kooperationen zwischen den beiden Akteuren sind anzustreben – existieren bisher aber eher selten.

Beispiel Seniorengenossenschaft Riedlingen: In Riedlingen, einer Kleinstadt mit knapp über 10.000 Einwohnern, wurde ausgehend von der Überzeugung, dass ein Leben in der häuslichen Umgebung für viele nur mit Hilfe bürgerschaftlichen Engagements abgesichert werden kann, bereits 1991 ein umfassendes Netzwerk von Hilfen in Form der "Seniorengenossenschaft Riedlingen" geschaffen. Die Seniorengenossenschaft ist

¹¹⁹ Vgl. Bertelsmann Stiftung (2006): Demographischer und sozialer Wandel. Zentrale Leitlinien für eine gemeinwesenorientierte Altenhilfepolitik und deren Bedeutung für soziale Organisationen.

rechtlich gesehen ein Verein, der vor allem durch mitwirkende Ältere, aber auch jüngere im Berufsleben Stehende von der Grundpflege und Unterstützung zu Hause, über Tagesstätten, Essen auf Rädern, Fahrdiensten, Telefonnotruf bis hin zu barrierefreien Wohnangeboten ein umfassendes Netz aufgebaut hat, das ermöglicht, im Alter selbstbestimmt und in hoher Lebensqualität in der häuslichen Umgebung Wohnen zu können. Ca. 800 Bürgerinnen und Bürger der Stadt Riedlingen sind mittlerweile Mitglied in der Genossenschaft, ca. 130 sind aktuell aktive Helfer. Für eine Einsatzstunde werden 10 Euro vom Leistungsnehmer verlangt und 7,50 Euro an den weitergegeben, der die Leistung erbracht hat. Aus der Differenz finanziert der Verein den weiteren Auf- und Ausbau seiner Leistungen. Es ist auch möglich, eingebrachte Leistungen "anzusparen", um bei späterer Hilfebedürftigkeit dann kostenfrei Leistungen abrufen zu können. Durch dieses Finanzierungsmodell wurde eine über alle Dienste hinweg verlässliche Angebotsstruktur geschaffen, die es durch den niedrigen Dienstleistungspreis vielen überhaupt erst ermöglicht, benötigte Leistungen abzurufen. Bei Bedürftigkeit werden die Einsatzkosten zum Teil auch vom Sozialamt getragen. Eine Besonderheit ist, dass die Leistungen nur Vereinsmitgliedern angeboten werden. Dies erleichtert die Gestaltung von Absicherungen durch Pauschalversicherungen für die Einsätze und hilft auch dabei, das Engagement gegenüber kommerziellen Diensten abzugrenzen.¹²⁰

Das Alter ist natürlich nicht nur durch Hilfsbedürftigkeit und Pflegebedürftigkeit geprägt. Immer mehr Senioren kommen in den Genuss eines "3. Lebensalters" in dem nach der Berufstätigkeit eine z.T. mehrere Jahrzehnte umfassende Zeitspanne bei guter Gesundheit gelebt werden kann. Für dieses 3. Lebensalter gilt es zunehmend Angebote zu gestalten, die eine umfassende Teilhabe, aber auch Teilgabe der älteren Generation ermöglichen und helfen, die Fähigkeiten zu entwickeln bzw. zu bewahren und diese für sich selbst und für die Gesellschaft nutzbar zu machen.

Zu einem Leben mit guter Lebensqualität im Alter müssen somit **drei Säulen** bedacht werden:

- Angemessener und gegebenenfalls barrierefreier bzw. auf die jeweilige Einschränkung abgestimmter Wohnraum.
- Verfügbarkeit von Hilfen, wenn bestimmte Dinge im Haushalt oder bei Pflegebedarf nicht mehr selbst geleistet werden können.
- Sicherstellung der Teilhabemöglichkeiten.

Es müssen Alternativen zu klassischen Angeboten erprobt werden, um die bereits bestehenden Defizite insbesondere in der Unterstützung familiärer Pflege auszugleichen und die Versorgung der zusätzlichen Pflege- und Betreuungsbedürftigen kosteneffizient zu ermöglichen. Aus einer qualitativen Perspektive müssen die Altenhilfestrukturen

¹²⁰ Der Vorstand der Seniorengenossenschaft Riedlingen, Herr Josef Martin, hat im Juli 2016 im Rahmen eines Symposiums im Landratsamt Regensburg einen Vortrag über Seniorengenossenschaft Riedlingen gehalten. Die Folien des Vortrags können Sie beim Landratsamt Regensburg unter <https://www.landkreis-regensburg.de/Landratsamt/Buergerservice/Senioren/Inklusion/SeniorenpolitischesGesamtkonzept.aspx> einsehen oder als pdf unter <https://www.landkreis-regensburg.de/Dox.aspx?docid=93cd7b5d-48f3-415a-8533-befa4fb39743> abrufen.

grundlegend verändert werden, um bisher brachliegende Potentiale zur Bewältigung der demographischen Herausforderungen freisetzen und intensiv fördern zu können. Damit solche neuen Strukturen, die vor allem auf mehr Eigenverantwortung der einzelnen Bürger und solidarisches Handeln der Bürgerschaft setzen, finanzierbar sind, können sie aber nicht einfach ohne Veränderung von etablierten Strukturen entstehen. Es gilt also ausgehend von der momentanen Situation zentralisierte und sozial desintegrierte Altenhilfestrukturen ab- und um sinnvolle Bestände herum einen kleinräumigen, stark vernetzten Angebotspluralismus aufzubauen.¹²¹ Auf die nötigen Anpassungen der rechtlichen Rahmenbedingungen der Altenhilfe ist politisch dringend hinzuwirken.

Folgende neue Akzente sind also zu setzen, um der absehbaren Entwicklung zu begegnen:

- **Modelle des selbständigen Wohnens** wie Hausgemeinschaftsmodelle und umfassend unterstütztes Wohnen zuhause etc. müssen dringend ausgebaut werden.
- Da viele Landkreisbewohner im Alter in ihren eigentlich nicht für das Alter gebauten Wohnungen bleiben wollen und bleiben werden, gilt es in vielen Fällen den Wohnraum anzupassen. Zur Unterstützung bedarf es des Ausbaus und der Unterstützung der **Beratungsstellen rund um das Leben im Alter zuhause** mit Wohnraumanpassungsberatung, deren Leistungen allen Einwohnern des Landkreises zur Verfügung stehen.
- Die Pflegelandschaft muss Stück für Stück weiterentwickelt werden, um der Formel ambulant vor stationär im Alltag (noch) mehr Gewicht zu verleihen. Dazu gilt es durch neue **Beratungsangebote** für Angehörige und Hilfe- bzw. Pflegebedürftige, **neue Pflegeangebote** (z.B. Nachtpflege und Tagesstätten für Demenzerkrankte) und **Vernetzungsstrukturen** (z.B. Pflegekonferenzen, Vernetzung von Bewohnervertretern der stationären Einrichtungen, Präventionsprojekten im Bereich Gesundheit und Bewegung) Beiträge für eine bedarfsgerechte Pflegelandschaft zu leisten.
- Da in den Familien die Unterstützung bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nicht im selben Umfang wie bisher geleistet werden kann, müssen auch **Nachbarschaftshilfe und bürgerschaftliche Hilfesysteme** zunehmend entstehende Lücken füllen. Diese (bestehenden) ergänzenden Hilfen gilt es, Zug um Zug auszubauen und zu Hilfesystemen mit umfassenden Angeboten und hoher Verlässlichkeit weiter zu entwickeln.
- Angebote der Seniorenarbeit müssen Stück für Stück der neu zusammengesetzten älteren Generation angepasst werden. Gefragt sind zunehmend **Angebote, die Sinn stiften**, aber auch **generationenübergreifende Angebote** werden verstärkt nachgefragt. Die ältere Generation zählt immer mehr zum Nutzerkreis von **Bildungs- und nicht nur von Gesundheitsangeboten**.

¹²¹ Vgl. dazu auch Bertelsmann Stiftung (2006): Demographischer und sozialer Wandel. Zentrale Leitlinien für eine gemeinwesenorientierte Altenhilfepolitik und deren Bedeutung für soziale Organisationen.

5.2.4 Palliativ- und Hospizversorgung

Gerade ab der vierten Lebensphase nehmen schwere Mehrfacherkrankungen und die Sterbewahrscheinlichkeit stark zu. In diesem Zusammenhang ist die Palliativ- und Hospizversorgung entscheidend für ein menschenwürdiges Leben und Sterben. Beide Begriffe werden jedoch vielfach als gleichbedeutend gebraucht. Zwar gehen beide Versorgungsformen häufig Hand in Hand, zur Verdeutlichung werden nachfolgend jedoch auch Begriffsabgrenzungen vorgenommen, bevor auf die Situation im Landkreis eingegangen wird.

Die Hospizversorgung folgt einem umfassenden Konzept zur psychosozialen Begleitung und Unterstützung unheilbar kranker Menschen und deren Angehöriger, das eine individuelle und würdevolle Gestaltung der letzten Lebensphase und des Trauerprozesses ermöglichen soll. Es handelt sich also nicht um eine medizinische, sondern psychosoziale Versorgung, die sowohl ambulant als auch stationär erfolgen kann. Wesentliches Merkmal der Hospizarbeit ist der Dienst ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Bis heute wächst das ehrenamtliche Hospiz-Engagement in Deutschland stetig, zurzeit engagieren sich 100.000 Menschen bürgerschaftlich, ehrenamtlich oder hauptamtlich in der Hospiz- und Palliativarbeit, eine große Zahl davon ehrenamtlich. Das Tätigkeitsfeld der ehrenamtlich Engagierten im Hospiz- und Palliativbereich ist vielfältig und facettenreich. In der psychosozialen Begleitung der Betroffenen übernehmen die Ehrenamtlichen vielfältige Aufgaben. Durch ihre Arbeit leisten sie nicht nur einen unverzichtbaren Beitrag in der Begleitung der Betroffenen, sondern sie tragen wesentlich dazu bei, dass sich in unserer Gesellschaft ein Wandel im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen vollzieht. Die Begleitung und Unterstützung endet nicht mit dem Tod, sie wird auf Wunsch der Angehörigen in der Zeit der Trauer weitergeführt.¹²²

Die Palliativversorgung ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten mit fortschreitenden unheilbaren oder lebensbedrohlichen Erkrankungen und deren Angehörigen. Schwerpunkt dieses Konzeptes ist das „Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, gewissenhafte Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“¹²³ Es handelt sich also vornehmlich um eine spezielle Form der medizinischen Versorgung, die sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt werden kann. Palliative Care ist also als Umsetzung des Hospizkonzeptes in der Praxis zu verstehen.

Im Landkreis Regensburg ist in Pentling mit dem Johannes-Hospiz der Johanniter ein Haus mit 10 Plätzen zur palliativen Pflege unheilbar Kranker angesiedelt, das in Zusammenarbeit mit dem Hospiz-Verein Regensburg e.V. umfassende Hospiz- und Palliativarbeit anbietet.¹²⁴ Eine weitere Palliativstation befindet sich im Krankenhaus Barmherzige Brüder in der Stadt Regensburg. Am Universitätsklinikum Regensburg steht der Palliativmedizinische Dienst allen Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen in den

¹²² Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2016); unter http://www.dhqv.de/themen_hospizbewegung.html

¹²³ Vgl. Definitionen der Palliativversorgung Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2016): unter <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

¹²⁴ Vgl. Bestanderhebung stationäre Einrichtungen Landkreis Regensburg (2016) und <http://www.johanneshospiz.de/>

Kliniken und Abteilungen des Universitätsklinikums und Bezirksklinikums zur Verfügung. Zusätzlich bietet das Palliativteam ABRIGO allen Palliativpatienten des Universitätsklinikums Regensburg und des Bezirksklinikums, bei denen eine schwere Symptomatik vorliegt und eine spezialisierte ambulante Mitbetreuung erforderlich ist, im Umkreis von ca. 25 Kilometer der Kliniken eine umfassende palliative Unterstützung zu Hause an.¹²⁵ Ebenso steht das Palliativteam des Krankenhauses St. Josef in Regensburg Patientinnen und Patienten aller Kliniken im Caritas-Krankenhaus St. Josef zur Verfügung. Mit der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) unter der Trägerschaft der Palliamo gGmbH ist in Stadt und Landkreis Regensburg eine allgemeine ambulante Palliativversorgung vorhanden.¹²⁶ Seit 2009 kooperieren alle Institutionen in der Region Regensburg, die sowohl in der palliativen Krankenversorgung als auch in der palliativen Lehre engagiert sind, unter dem Dach der Palliativ- und Hospizakademie Regensburg (PHA) e.V.¹²⁷

Der Äakos-Pflegedienst in Deuerling gibt als Spezialisierung „Palliative Care“ im Sinne des § 37b SGB V die Pflege von Menschen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit zugleich begrenzter Lebensdauer an.¹²⁸ Ambulante Sterbebegleitung bzw. Hospizdienste gibt nur einer der teilnehmenden ambulanten Dienste als Hauptdienstleistung an (Ambulante Kranken- und Altenpflegestation der Pfarrei Sinzing, Eilsbrunn und Kiekhausen), neun weitere geben dies als „eine neben anderen Aufgaben an“, d. h. fast die Hälfte der im Landkreis ansässigen Dienste hat keine Ressourcen für Hospizarbeit und Sterbebegleitung von Klienten.

Für die Stadt Regensburg liegen in der Pflegebedarfsplanung von 2010 keine Daten zum Angebot der in der Stadt ansässigen ambulanten Dienste hinsichtlich vorhandener Ressourcen in der Hospizarbeit und Sterbebegleitung vor. Dies gilt es zu erheben.

Im Hospiz-Verein im Raum Regensburg leisten Frauen und Männer aller Altersgruppen aus verschiedensten Berufen ambulant durch bürgerschaftliches Engagement Hospizarbeit, Schulungen und Fortbildungen sowie Vorträge in z. B. Schulen inbegriffen.¹²⁹

Langfristig muss bürgerschaftliches Engagement wie das der Hospizhelfer systematisch und auf Augenhöhe in die Betreuung schwerstkranker und pflegebedürftiger Menschen integriert werden. Die Wahrnehmung und Akzeptanz anderer medizinischer und pflegerischer Akteure ist immer noch ausbaufähig. Dies ist einzureihen in die Zukunftsaufgabe, die Vernetzung bürgerschaftlicher und professioneller Bereiche stärker zu fördern. Auch ist im Zuge einer geriatrischen Ausrichtung medizinischer Angebote über die Etablierung weiterer palliativmedizinischer Versorgung in der Region Regensburg

125 Vgl. http://www.uniklinikum-regensburg.de/kliniken-institute/haematologie-onkologie/Informationen_f__r_Patienten/ABRIGO__ambulantes_Palliativteam/index.php

126 Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2016); unter <http://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/sapv.html>

127 Vgl.: <https://www.pha-regensburg.de/>

128 Nähere Angaben sind hierzu nicht möglich, da sich diese Einrichtung nicht an der Befragung im Rahmen des Seniorenpolitischen Gesamtkonzeptes beteiligen wollte.

129 Vgl. <http://www.hospiz-verein-regensburg.de/wir-uber-uns/unser-hospiz-verein-1/>

nachzudenken. Gerade um in einer Gesellschaft, die sich in den kommenden Jahrzehnten durch ihre starke Alterung zwangsläufig auf eine intensive Konfrontation mit vielen Krankheits-, Sterbe- und Trauerfällen einstellen muss, eine effektive, nämlich menschenwürdige, unterstützende und begleitende Sterbe- und Trauerkultur zu etablieren. Auch sollte auf eine grundlegende ärztliche Palliativversorgung hingewirkt werden, zum Beispiel durch die Fortbildung von Haus- und Fachärzten.

6 Präventionsangebote

In Deutschland trat im Juli 2015 das Präventionsgesetz (PrävG), das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (zumindest teilweise) in Kraft.¹³⁰ Allgemein versteht man im Gesundheitsbereich unter Prävention das Vorbeugen, Zuvorkommen, Verhüten und Früherkennen von Krankheiten und die Förderung der Gesundheit. Nach der Definition der WHO sind unter Gesundheitsförderung alle Maßnahmen und Aktivitäten auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen zu verstehen, mit denen die Gesundheitsressourcen und -potenziale, die Gesundheit und die gesundheitlichen Lebensbedingungen der Menschen gestärkt werden sollen. Krankheiten zu vermeiden erhöht nicht nur die Lebensqualität jedes Einzelnen, sondern stärkt auch die Zukunftsfähigkeit der Gesundheits- und Sozialsysteme.¹³¹

6.1 Prävention: Begriff und Formen

In der Medizin unterscheidet man nach Abhängigkeit des Stadiums, an dem eine präventive Maßnahme ansetzt, drei Arten der Prävention: Durch Primärprävention soll Gesundheit erhalten und die Entstehung von Krankheit möglichst verhindert werden. Beispiele der Primärprävention sind Impfungen oder Maßnahmen zur gesunden Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Suchtprävention. Die Sekundärprävention dient der Früherkennung von Krankheiten. Dadurch soll das Fortschreiten einer Erkrankung eingedämmt oder deren Chronifizierung verhindert werden (z. B. Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung). Tertiäre Präventionsmaßnahmen wiederum dienen in erster Linie der Vermeidung von Rückfällen und Folgeschäden nach einer Akutbehandlung oder bei einer manifesten Erkrankung. Eine wichtige Komponente der Tertiärprävention bilden Rehabilitationsmaßnahmen.¹³²

Ein anderer Ansatz propagiert die Abgrenzung der Prävention von der Therapie, indem das Konzept der universellen, selektiven und indizierten Prävention eingeführt wurde: Alle diese Präventionsarten beziehen sich auf Personen, die keine aktuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufweisen und daher auch keine medizinischen Dienste

¹³⁰ Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PrävG), Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31; unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1368.pdf#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27%5D__1494318631146

¹³¹ Bundesministerium für Bildung und Forschung (2017): Präventionsforschung – Vorbeugen ist die beste Medizin.

¹³² Bundesministerium für Bildung und Forschung (2013): Aktionsplan Präventions- und Ernährungsforschung. Forschung für ein gesundes Leben, S. 4.

in Anspruch nehmen. Bei der universellen Prävention handelt es sich um Maßnahmen, die der ganzen Bevölkerung zugute kommen und die in vielen Fällen ohne professionelle Hilfe anwendbar sind (z. B. eine angemessene Ernährung). Der Nutzen der Maßnahmen steht hier in einem besonders positiven Verhältnis zum Aufwand. Bei der selektiven Prävention liegt ein ungünstigeres Kosten-Nutzen-Verhältnis vor, so dass diesbezügliche Maßnahmen nur selektiv empfohlen werden können. Das erfolgt dabei nach Zugehörigkeit zu einer Untergruppe mit überdurchschnittlichem Erkrankungsrisiko wie bspw. die Grippeimpfung älterer Menschen. Indizierte Prävention richtet sich an Personen, bei denen individuell gesicherte Risikofaktoren für eine bestimmte Erkrankung vorliegen (z. B. Anregung des Kondomgebrauchs bei sexuell aktiven HIV-Infizierten, Frühförderung bei Entwicklungs- und Verhaltensproblemen und Behinderungen...). Da für diese Präventionsart bezüglich der indizierten Prävention der geeignete Personenkreis zunächst mit Hilfe von Screeningmaßnahmen identifiziert werden muss (z.B. Kontrolle des Bluthochdrucks), sind entsprechende Präventionsstrategien zumeist sehr aufwendig.¹³³

Nach dem Bundesministerium für Gesundheit definieren grundsätzliche Ansätze in der Prävention auch nach „Maßnahmen der Verhaltensprävention“ und „Maßnahmen der Verhältnisprävention“: Die Verhaltensprävention bezieht sich unmittelbar auf den einzelnen Menschen und dessen individuelles Gesundheitsverhalten. Hierunter fallen beispielsweise Maßnahmen, welche die eigene Gesundheitskompetenz stärken. Das Ziel dabei ist, Risikofaktoren durch Fehl- oder Mangelernährung, Bewegungsmangel, Rauchen und übermäßigen Alkoholkonsum zu reduzieren. Die Verhältnisprävention berücksichtigt unter anderem die Lebens- und Arbeitsverhältnisse. Dazu zählen beispielsweise die Wohnumgebung, die Arbeitsbedingungen und auch andere Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen können, so etwa das Einkommen und die Bildung.¹³⁴

Den Begriff „Prävention“ zu definieren ist also nicht einfach, er offenbart unterschiedliche Grundüberlegungen zu Gesundheit und Krankheit. Im erweiterten Präventionsgedanken geht es aber weniger darum, „etwas zu verhindern“, stattdessen zielt die Prävention auf die Ermöglichung und Steigerung der Lebensqualität verschiedener Gruppen mit unterschiedlichen Kompetenzen und Stärken, Schwächen und Defiziten ab.¹³⁵

Die Definition von Prävention bzw. die Weitläufigkeit des Begriffes wurde auch von den Experten in den Interviews thematisiert, ebenso dass sich eine Realisierung von Prävention über zahlreiche Bereiche erstreckt und sich somit uferlos ausdehnen kann.

¹³³ Vgl. z.B. Weiß, Hans Prof. Dr. (2008): Was bedeutet Prävention für die HFE unter sich verändernden Lebensweltbedingungen?; unter http://www.frueherziehung.ch/uploads/1/7/9/4/17948117/was_bedeutet_prvention.pdf oder auch Deutsche Gesellschaft für Nährstoffmedizin und Prävention (DGNP) e.V. (2017): Definition der Präventionsmedizin.

¹³⁴ Bundesministerium für Gesundheit (2017): Prävention; unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html>

¹³⁵ Vgl. z.B. Weiß, Hans Prof. Dr. (2008): Was bedeutet Prävention für die HFE unter sich verändernden Lebensweltbedingungen?, S. 7f.

„Also das ist sehr breit angelegt: Es geht von der Ernährung bis hin zur ‚Wie lüfte ich richtig?‘-Frage.“

Gesundheitsfördernde beziehungsweise präventive Angebote können je nach Person sehr unterschiedlich ausfallen. So ist für den einen Menschen eine Rückenschule essenziell, für einen anderen Menschen hingegen wirkt sich das soziale Zusammenkommen mit Mitmenschen gesundheitsfördernd und entspannend aus.

„Und dann geht es ja auch um den Begriff: Was ist gesundheitsförderlich? Weil gesundheitsförderlich ist nicht nur Sport und ist nicht nur Entspannung, sondern es ist auch Zusammenkommen und soziales Engagement.“

Zur Prävention gehört auch, das Grundverständnis und Bewusstsein der Menschen anzuregen und zu erreichen.

„Also es geht praktisch um Übungen, wo den Menschen bewusst wird, mit kleinstem Aufwand könnte ich schon was tun für mich. Und dann gebe ich ihnen auch immer so ein paar Übungen mit nach Hause und sage: ‚Während der Tagesschau könnte man das vor dem Fernseher machen‘. Also wirklich so klein. Also das ist jetzt einfach aus Erfahrung heraus, weil wir eben immer wieder mit diesem inneren Schweinehund zu tun haben. Und wenn wir mit diesem inneren Schweinehund überhaupt irgendeine Chance haben wollen, dann muss das zuerst Spaß machen.“

Betrachtet man die Erfassung aller gesundheitsförderlichen, präventiven Angebote unter diesen Aspekten - nicht nur in Stadt und Landkreis Regensburg - so wird eindrücklich, dass eine komplette Auflistung kaum möglich ist. Zum einen besteht die genannte Begriffsproblematik, zum anderen ist es kaum möglich diese breite Palette darzustellen, da es zahlreiche Veranstalter (Volkshochschule, Vereine, Selbsthilfegruppen etc.) gibt und diese stets neue Angebote generieren.

6.2 Präventionsangebote: ein Überblick

Wir nutzen verschiedene Quellen um einen Überblick über Präventionsangebote in der Region Regensburg zu bieten, z.B.:

- Eine erste Annäherung zeigt die **Übersicht über einschlägige Angebote der VHS in Stadt und Landkreis**
- Die Ergebnisse der aktuellen **Kommunenbefragung** und der **Expertengespräche**, die im Rahmen der Bestandsanalyse Gesundheitsregion^{plus} durchgeführt wurden
- Die Nutzung **kassenfinanzierter Vorsorgeleistungen** durch die **Befragung der Bevölkerung**
- Weiter erinnern wir an die Ergebnisse einer **Befragung von Akteuren der Erwachsenenbildung**, die anlässlich der Beantragung der Familienzentren/Familienstützpunkte im Landkreis durchgeführt wurde.

6.2.1 Eine erste Annäherung: Angebote der VHS

Es gibt in der Region Regensburg eine sehr große Zahl von Trägern gesundheitsrelevanter Angebote: Neben der VHS bieten z.B. eine Vielzahl von Vereinen, die Familienzentren, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen, private Unternehmen, Selbständige etc. Kurse und Mitgliedschaften in Gruppen mit einschlägigem Angebot an. Eine erste Annäherung an dieses Angebot bietet ein Überblick über die Angebote der VHS Stadt und Land Regensburg im Sommersemester 2017. Das für das Thema Gesundheit relevante Angebot der VHS Stadt in diesem Zeitraum lässt sich in folgendem Ergebnis zusammenfassen:

Angebote der VHS Stadt

Schwerpunkte

- Entspannung/Körpererfahrung (Anzahl Kurse 88; Termine 902)
- Gymnastik, Fitness, Sport (Anzahl Kurse 109; Termine 1.209)
- Gesundheitsbildung (Anzahl Kurse 13; Termine 13)

Einschränkungen:

- Angebote sind naturgemäß Nachfrage orientiert: Angebote für Zielgruppen mit Gesundheitsproblemen sind u. E. ausreichend vorhanden, das Gesamtangebot folgt jedoch vielfach aktuellen Moden und Trends (z. B. „Ramba Zamba“), das Angebot im Bereich Ernährung orientiert sich an Esskulturen und Kompetenz in Sachen Wein, nur selten an gesunder Ernährung. Inwieweit diese mit vermittelt wird – Genuss und Gesundheit sind ja kein Widerspruch) lässt sich nicht beurteilen.
- Der Zugang zu sozial benachteiligten Gruppen ist (ähnlich wie auch von anderen Anbietern betont) schwierig
- Im Südosten von Regensburg ist die Zahl der Angebote gering.

Angebote der VHS Land:

Schwerpunkte

- Bewegung/Fitness (98 Kurse) und Yoga (18 Kurse)
- Ernährung, Kochkurse, Weinseminare (26 Kurse)

Einschränkungen:

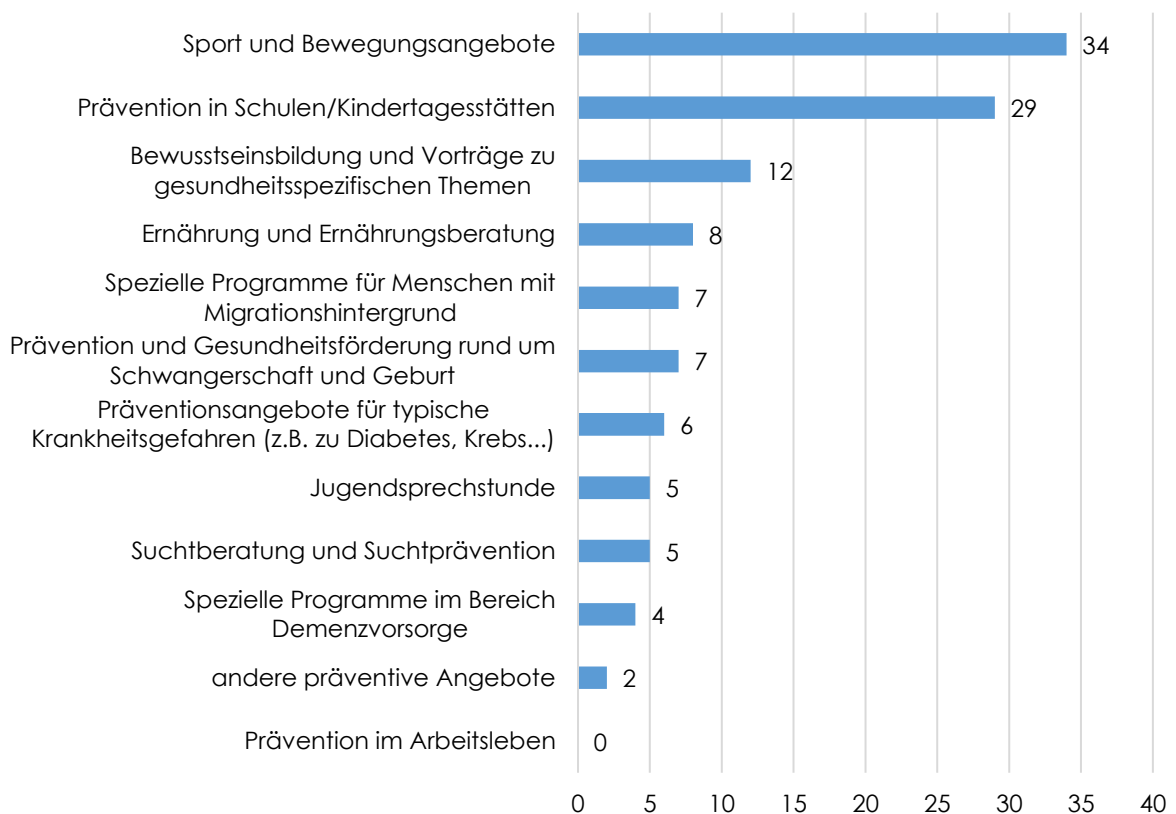
- Offenbar ist aufgrund der Kooperationsmöglichkeiten und der örtlichen Interessenlage/den örtlichen Unterstützungsmöglichkeiten kein flächendeckendes Angebot möglich.
- Es gibt 7 Kommunen mit breitem Angebot: Neutraubling (41 Kurse), Lappersdorf (22), Regenstauf (21) sowie Beratzhausen, Hemau, Schierling und Wenzelbach (10 – 12). Auf diese Kommunen konzentrieren sich ca. 90% des Angebotes im Landkreis.
- Weiter gibt es insgesamt 14 Kommunen mit mittlerem Angebot (3 – 6 Kurse) bzw. mit sehr kleinem Angebot (1-2 Kurse)

- In knapp der Hälfte der Gemeinden (20 Kommunen) bietet die VHS keine Kurse an.
- Die Arbeit der VHS ist öfter auch durch Raumnot im Landkreis eingeschränkt. Dies gilt sowohl für sportliche Betätigungen als auch für Ernährungskurse. Gerade bei Ernährungskursen wird das Angebote durch das Fehlen geeigneter Räume (Küchen, Kochmöglichkeiten) eingeschränkt.

6.2.2 Gesundheitsbezogenes Angebot in den Kommunen – ein Überblick

Das VHS Angebot wird durch zahlreiche Anbieter ergänzt. Wie vollständig dies gelingt, zeigen die Ergebnisse der Befragung der Kommunen. Im Zuge dieser Befragung wurde versucht, eine Sammlung und einen Überblick über die in den einzelnen Kommunen vorhandenen Bereiche, in denen präventiven Ansätze für Bürgerinnen und Bürger im Landkreis Regensburg angeboten werden, zu erfassen.

Abbildung 35 Kommunen mit Präventionsangeboten in folgenden Bereichen



Quelle: Kommunenbefragung Gesundheitsregion (2017); Graphik: BASIS-Institut (2017)

Sport- und Bewegungsangebote sind hier (analog zu den Vereinsstrukturen in Deutschland) in den meisten der Kommunen zu finden (85%). Auch Präventionsangebote in Kindertagesstätten und Schulen sind in 70% der Kommunen im Landkreis Regensburg zu finden, haben sich die Krankenkassen doch auch ganz im Sinne des Präventionsge-

setzes in den letzten Jahren vor allem für gesundheitsfördernde Projekte in Lebenswelten wie zum Beispiel in Wohngebieten, Kindertagesstätten und Schulen stark gemacht (Setting/Lebensweltansatz).¹³⁶ Dass sich hier 70% der Kommunen beteiligen, bedeutet aber auch, dass 30% der Kommunen nicht mit einbezogen sind, also ein durchaus nennenswertes Erweiterungspotential in diesem Bereich besteht (zusätzlich zu der Ausdehnung von Aktivitäten in den bereits einbezogenen Kindergärten und Schulen).

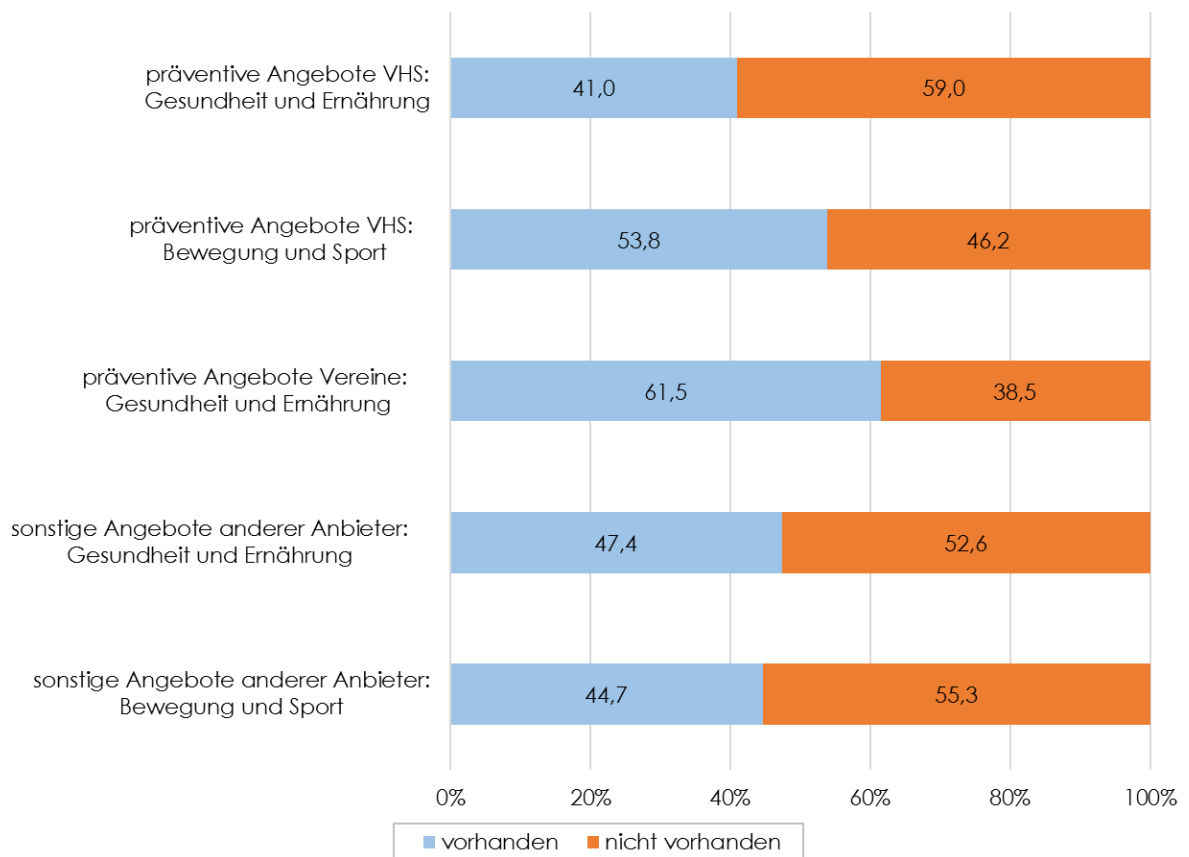
Die übrigen Bereiche von Angeboten werden nur in sehr begrenztem Umfang angeboten und aktuell nur in wenigen Kommunen präsentiert. Dies gilt lt. Kommunenbefragung für Demenzvorsorge genauso wie für Suchtprävention, spezielle Probleme Jugendlicher, typische Krankheitsgefahren oder Gesundheitsförderung von Schwangeren, Ernährungsberatung und Beratung von Migranten.

Folgt man den Ergebnissen der Kommunenbefragung erscheint das Präventionsangebot in vielen Bereichen und zahlreichen Kommunen erweiterbar und ausbaufähig. In besonderem Maße gilt dies auch für den Bereich Prävention im Arbeitsleben. Keine der Kommunen im Landkreis gibt hier das Vorhandensein von Präventionsangeboten an.

Die nachfolgenden Grafiken geben nochmals einen zusammenfassenden Überblick über Vorhandensein bzw. Fehlen von bereichsspezifischen Angeboten einzelner Anbietergruppen in Kommunen.

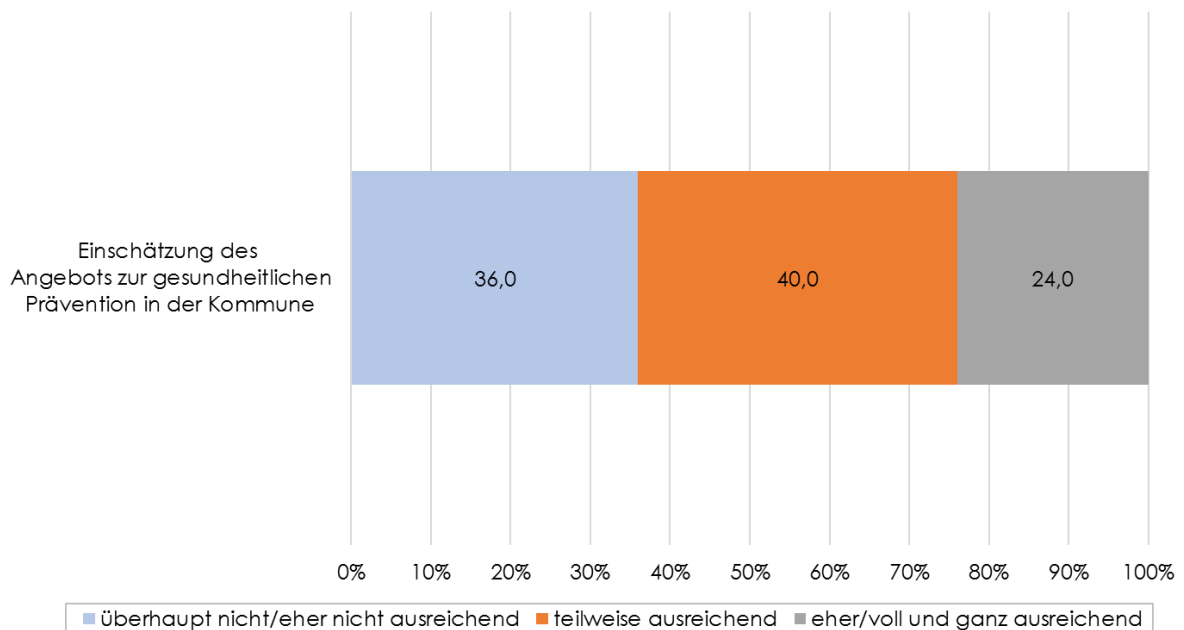
¹³⁶ Vgl.: GKV-Spitzenverband und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2016): Gemeinsame Pressemitteilung, Präventionsbericht 2016: Krankenkassen verstärken Gesundheitsförderung in Kitas, Schulen und Betrieben, unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Gm_PM_2016-11-30_Praeventionsbericht_2016.pdf. Bei Maßnahmen der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention (Setting-Ansatz) werden verhaltens- und verhältnispräventive Elemente miteinander verknüpft: Die Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen in Lebenswelten wie Kitas, Schulen, Kommunen sind in § 20a SGB V geregelt; auch die Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b Abs. 2 SGB V sind dem Setting-Ansatz zuzuordnen.

Abbildung 36 Vorhandensein von Präventionsangeboten bestimmter Anbieter in Kommunen in %



Quelle: Kommunenbefragung Gesundheitsregion (2017); Graphik: BASIS-Institut (2017)

Die Grafik zeigt das zwar breite, aber durchaus ausbaufähige Angebot der VHS Land. Es bestätigt das oben anhand des Sommersemesters gewonnen Bild des VHS Angebots in den Kommunen des Landkreises. Vereine und andere Anbieter ergänzen dieses Angebot allerdings vielfach. Inwieweit dadurch eine weitgehend flächendeckende Versorgung der Kommunen mit gesundheitsfördernden Angeboten im Bereich Ernährung und Bewegung gelingt, lässt sich an der Bewertung der Kommunen, ob präventive Angebote ausreichen, ermesen.

Abbildung 37 Einschätzungen der Kommunen zum Angebot zur gesundheitlichen Prävention

Quelle: Kommunenbefragung Gesundheitsregion (2017); Graphik: BASIS-Institut (2017)

Die Einschätzungen von Kommunenvertretern zum örtlichen Angebot im Bereich gesundheitlicher Prävention zeigt, dass mehr als ein Drittel (37%) dieses Angebot vor Ort als zu gering betrachten und Handlungsbedarf sehen. Weitere 40% halten das Angebot für „teilweise ausreichend“, sehen also Ergänzungsbedarf. Etwa ein Viertel betrachten Präventionsangebote im Ort für (weitgehend) ausreichend. Das Ergebnis ist als Ruf nach mehr Unterstützung der „Gesunden Gemeinden“ durch eine Stärkung des Angebots im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention interpretieren.

6.2.3 Ergänzende Belege: Ergebnisse einer Befragung von Bildungsträgern und Eltern

Bei der Konzeption der Familienstützpunkte im Landkreis Regensburg erfolgte 2011 eine Bestandserhebung zu den Bildungs- und Unterstützungsangeboten verschiedener Träger in Stadt und Landkreis Regensburg. Einbezogen waren verschiedene Beratungsstellen, öffentliche Stellen und klassische Träger der Erwachsenenbildung wie die VHS. Erfragt wurde u. a. die Themen und Inhalte von Angeboten. Zwei Hauptergebnisse sind hier relevant:

Der wichtigste, weil am häufigsten genannte Themenbereich war „Förderung von Gesundheit (inkl. Ernährung, Entspannung, medizinische Themen)“. Hier wurden mit Abstand die meisten Veranstaltungen (341/Jahr) angeboten. Der Bereich umfasst ein Viertel der Angebotspalette der befragten Träger. Dies ist als Hinweis auf die allgemein große Bedeutung des Bereichs im Kanon der Bildungsangebote zu sehen, ändert aber

nichts an den oben dargestellten Defiziten bei der Versorgung der Landkreiskommunen bzw. einzelner Stadtquartiere mit gesundheitsrelevanten Angeboten.

Das zweite hier interessierende Ergebnis: Bei der im Zuge der Konzeption von Familienzentren durchgeführten Elternbefragung wurde auch danach gefragt, zu welchen Themenbereichen mehr Angebote gewünscht werden. Auch hier gehört das Thema Gesundheit (neben kindlicher Erziehung/Erziehung) zu den drei am häufigsten genannten Bereichen. Beides bestätigt den hohen Stellenwert des Themas, sowohl aus der Sicht der Träger von Bildungsangeboten als auch aus der Perspektive von Eltern. Kindergarten und Schule waren dabei die am häufigsten gewünschten Orte der Angebotsvermittlung.

6.2.4 Ergänzende Belege: Informationen zur Teilnahme an Vorsorgeleistungen

Gut messbare Angebote sind die krankenkassenfinanzierten Vorsorgeleistungen und Früherkennungsuntersuchungen: Jeder gesetzlich Krankenversicherte hat ein Recht auf kostenlose Vorsorgeuntersuchungen. Vorsorgeuntersuchungen konzentrieren sich auf Krankheiten, die gut zu behandeln sind, wenn sie früh erkannt werden. Hierzu zählen die häufigsten Todesursachen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Tumore.¹³⁷ Zu den wirksamen präventiven Maßnahmen, die in der Medizin zur Verfügung stehen, zählen z. B. Impfungen. Schutzimpfungen haben nicht nur Individualschutzwirkung (z. B. bei Wundstarrkrampf), sondern gehören auch zu den effektiven Maßnahmen, um die Verbreitung von Infektionskrankheiten zu vermeiden (z. B. bei Diphtherie).

Wir können abschließend zu dieser Frage des Präventionsverhaltens die eigenen Ergebnisse der im Landkreis und der Stadt Regensburg durchgeführten Befragung vorlegen. An ihnen ist auch das Präventionsverhalten einzelner Bevölkerungsgruppen analysierbar.

6.2.4.1 Präventionsangebote, Zugangsstrategien und -chancen zur Klientel

In der Region Regensburg wurden die Ergebnisse zur Nutzung der kassenärztlichen Angebote für beide Geschlechter getrennt voneinander betrachtet. Des Weiteren wurden immer nur die Altersgruppen in die Analysen eingeschlossen, für die es dieses Präventionsangebot als Kassenleistung gibt.

¹³⁷ Dass der Nutzen einiger Vorsorgeuntersuchungen durch Studien in den letzten Jahren angezweifelt wird bzw. die Effektivität einiger Vorsorgeangebote in die Kritik geraten ist, soll hier nicht näher diskutiert werden. Auch die Diskussion um die semantische oder inhaltliche Differenzierung von Vorsorge als Primär- und Sekundärprävention von Krankheiten sowie von Früherkennung als Diagnose von bereits präformierten Morbiditäten würde hier den Rahmen sprengen.

Tabelle 23 Fragebogenstudie: Nutzung von kassenfinanzierten Präventionsangeboten bei Männern

Angebot	Altersgruppe	Prozent
Impfpass	Jünger als 40	93,0%
	Von 40 bis 59	90,6%
	60 plus	85,8%
	Gesamt	89,8%
Allgemeiner Gesundheits-Check-Up innerhalb der letzten 2 Jahre	35 bis 39	48,4%
	Von 40 bis 59	74,2%
	Gesamt	73,5%
Hautkrebsuntersuchung innerhalb der letzten 2 Jahre	35 bis 39	40,6%
	Von 40 bis 59	43,9%
	Gesamt	46,0%
Test auf verborgenes Blut im Darm innerhalb der letzten 2 Jahre	50-54	48,1%
Test auf verborgenes Blut im Darm innerhalb der letzten 2 Jahre oder Darmspiegelung innerhalb der letzten 5 Jahre	55 plus	73,6%
Untersuchung der Prostata innerhalb des letzten Jahres	45-59	44,1%
	60 plus	54,6%
	Gesamt	49,2%

Quelle: Befragung Gesundheitsregion plus (2017)

Das Präventionsangebot, das von den Männern am meisten genutzt wird, ist der Impfpass: 9 von 10 besitzen einen solchen Pass. Die beiden Präventionsangebote, die am nächsthäufigsten angenommen werden, sind Untersuchungen auf Darmkrebs in der Altersgruppe 55 plus und der allgemeine Gesundheits-Check-Up. Eine Prostata-Untersuchung haben von den älteren Befragten (60 und mehr Jahre) 55% im letzten Jahr durchführen lassen, 45% demnach nicht.

Tabelle 24 Fragebogenstudie: Nutzung von kassenfinanzierten Präventionsangeboten bei Frauen

Angebot	Altersgruppe	Prozent
Impfpass	Jünger als 40	93,2%
	Von 40 bis 59	96,2%
	60 plus	88,1%
	Gesamt	93,2%
Allgemeiner Gesundheits-Check-Up innerhalb der letzten 2 Jahre	35 bis 39	50,0%
	Von 40 bis 59	70,3%
	60 plus	82,0%
Hautkrebsuntersuchung innerhalb der letzten 2 Jahre	Gesamt	72,4%
	35 bis 39	47,2%
	Von 40 bis 59	48,8%
Test auf verborgenes Blut im Darm innerhalb der letzten 2 Jahre	60 plus	48,1%
	Gesamt	48,4%
	50-54	38,6%
Test auf verborgenes Blut im Darm innerhalb der letzten 2 Jahre oder Darmspiegelung innerhalb der letzten 5 Jahre	55 plus	69,7%
	Von 20 bis 39	63,8%
Test auf Gebärmutterhalskrebs	Von 40 bis 59	58,7%
	60 plus	46,8%
	Gesamt	57,0%
	30-39	85,7%
Brustuntersuchung durch Tasten innerhalb des letzten Jahres	Von 40 bis 59	78,7%
	60 plus	68,9%
	Gesamt	77,1%
Mammographie innerhalb der letzten 2 Jahre	50-59	70,9%
	60-70	76,9%
	Gesamt	73,9%

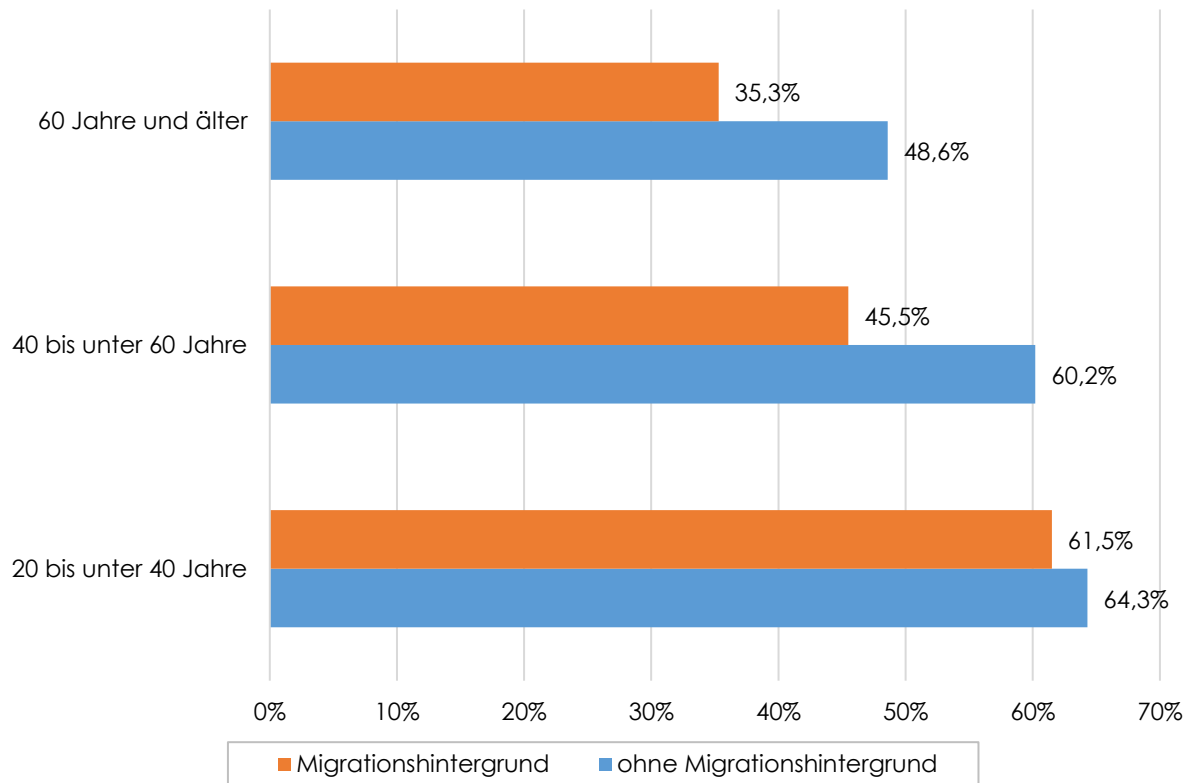
Quelle: Befragung Gesundheitsregion plus (2017)

Genau wie bei den Männern ist auch bei den Frauen der Impfpass das meistgenutzte Präventionsangebot; 93,2 Prozent der Frauen besitzen einen solchen Pass. Die nächst häufig genutzten Angebote sind die Brustuntersuchung durch Tasten, die Mammographie und der allgemeine Gesundheits-Check-Up. Hier liegt bei älteren Befragten die Quote derer, die sich hier gesundheitsbewusst verhalten, bei 70% und darüber. Insgesamt wird deutlich, dass sich Frauen – gemessen an der Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen - verantwortungsvoller um ihre Gesundheit kümmern. Es zeigen sich also hinsichtlich der Gruppencharakteristika zu erwartende Tendenzen im Nutzungsverhalten kassenfinanzierter Vorsorgeuntersuchungen.

Menschen mit Migrationshintergrund nutzen die abgefragten Leistungen prozentual meist weniger; signifikant zeigt sich das z. B. bei den Frauen: In der Altersgruppe der 40-bis unter 60-Jährigen hat nur jede zweite Frau mit Migrationshintergrund eine Brustuntersuchung durch Tasten durchführen lassen, während es bei den Frauen ohne Migrationshintergrund 8 von 10 sind. Auch den Impfpass haben bei Frauen ohne Migrations-

hintergrund je Altersklasse zwischen 89% und 98% Prozent, bei den Frauen mit Migrationshintergrund sind es zwischen 72% und 91%. Auch die Untersuchung zum Gebärmutterhalskrebs zeigt die Tendenzen zur geringere Nutzung in der weiblichen Migranten-gruppe auf, gleichzeitig auch die Abnahme der Vorsorge mit dem Alter.

Abbildung 38 Fragebogenstudie: Test auf Gebärmutterhalskrebs bei Frauen



Quelle: Befragung Gesundheitsregion plus (2017); Graphik: BASIS-Institut (2017)

Auch in den Experteninterviews wurde der Zugang von verschiedenen Personengruppen zu Gesundheits- bzw. Präventionsangeboten differenziert beleuchtet. Insbesondere die Einflussfaktoren der Schichtzugehörigkeit und des Verhaltens wurden von den Experten herausgestellt. Der Großteil der Befragten steht diesen unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen bislang eher ratlos gegenüber, da getätigte Versuche in der Vergangenheit oftmals scheiterten. Sie führen an, dass man nur die Personen erreichen kann, die ein Eigeninteresse an der Thematik Gesundheit mitbringen und bestehenden Angeboten generell offen gegenüberstehen. Einhellig berichten die Experten, dass häufig die Personen Nutzer der Präventionsaktivitäten sind, die bereits in gängigen Handlungsfeldern bürgerschaftlich engagiert und aktiv sind.

„Wir wollen die, die nicht schon irgendwo auftauchen! Die wollen wir ja erreichen. Und da sind wir alle ratlos.“

Einige Präventionsangebote sind insbesondere für bestimmte Zielgruppen sinnvoll (vgl. selektive oder indizierte Prävention). Genau diese Personenkreise zu erreichen und sie in einem nächsten Schritt zu mobilisieren, die Angebote wahrzunehmen, bereitet den

zuständigen Stellen oft Schwierigkeiten. Häufig sind diese Betroffenen in ihren Problemlagen gefangen, fürchten eine gesellschaftliche Abwertung oder möchten keine Hilfe annehmen. Demnach sollten Angebote aus Expertenperspektive stets niederschwellig aufbereitet werden, um Hemmschwellen abzubauen.

„Natürlich, wir wollen alle die haben, die da sind. Aber ich sage jetzt mal, die sozial Benachteiligten oder die es tatsächlich vielleicht nötiger hätten wegen Übergewicht oder Rauchens: da ist es immer schwierig, die Leute dazu zu bewegen, was zu tun. Ich meine, deswegen sind sie ja auch in dieser Lage - oft.“

„Je früher man etwas dagegen unternimmt, umso besser. Aber das hängt oft auch von äußeren Faktoren ab: Wie reagiert das Umfeld, der Partner, Ehepartner? Oder wie ist das Verhältnis zum Arbeitgeber? Ist da eine Reaktion da, merken die etwas? Reagieren sie gut oder eher suchtfördernd? Da muss bei den Betroffenen erst ein Niveau erreicht werden, wo sie selber einen Leidensdruck haben, um Hilfe anzunehmen.“

Eine Möglichkeit Klientel zu erreichen, das bestimmte Präventions- und Gesundheitsangebote benötigt, sehen einige Experten in aufsuchender Sozialarbeit und in der Kooperation mit Einrichtungen, die Zugang zu einer bestimmten (benachteiligten) Klientel haben. Gleichwohl führen sie an, dass dieses Zugangsproblem im selben Schritt auch ein Finanzierungsproblem darstellt und dass es hierfür an Geld- und Zeitkontingenten mangelt. Fast einhellig zeigen die Befragten auch auf, dass es an Angeboten für sozialbenachteiligte Personenkreise mangelt. Begründet wird dies mitunter damit, dass für derartige Angebote mehr Gelder benötigt werden, sodass finanzielle Zugangsbarrieren abgebaut werden können. Ferner verweisen sie aber auch darauf, dass viele Betroffene nichts von Hilfsangeboten wissen möchten oder sich ihrer Notlagen nicht bewusst sind.

„Es gibt Volkshochschulkurse, da kann man Zumba und alles Mögliche machen. Aber nur für eine bestimmte Schicht, nicht für sozial Benachteiligte, da muss ich andere Angebote haben. Da brauche ich wieder Personal und da brauche ich auch ein Stück weit Geld. Da brauche ich auch jemanden, der das unterstützt.“

Eine Expertin zeigt den Bedarf an unterschiedlichsten Kurskonzeptionen an dem Beispiel von Müttern auf: Sie erklärt, dass häufig sehr gebildete und engagierte Mütter, die bereits über Fachkenntnis verfügen und diese ausschließlich optimieren wollen, an Kursen teilnehmen. Hier müssen keine grundlegenden Informationen vermittelt werden, sondern thematische Schwerpunkte gesetzt werden. Hingegen erlebte sie, dass Mütter aus sozial schwachen Schichten bereits Unterstützung bezüglich z. B. der Ernährung ihres Kindes benötigten und es müsste grundlegend aufgezeigt werden, wie man z. B. Brei selbst herstellt anstatt Fertigprodukte zu kaufen. Es gibt seitens der Experten auch den Einwurf, dass spezialisierte Angebote, im konkreten Fall nach Altersgruppen differenziert, auch nicht immer zielführend sein können. Hier bestehen Probleme der persönlichen Identifikation.

„Wir haben uns überlegt, Angebote für 50+, für 60+, für Senioren, für Altbetagte (...) Aber wir haben festgestellt, dass die Leute das nicht brauchen. Weil ein 50-Jähriger fühlt sich vielleicht noch wie 35. Und ich habe sogar mal eine 70-Jährige am Telefon gehabt, die hat am Anfang ihr Alter noch nicht verraten und hat gesagt, sie möchte in Yoga gehen. Und ich habe dann gemerkt, dass sie eine ältere Dame ist und dann hat sie gemeint, so

ganz beweglich sei sie vielleicht nicht mehr und dann habe ich gesagt: "Wir haben auch den Kurs 60+ oder für Senioren" und dann hat sie gemeint „Naja, wie alt sind die Leute denn?“, und sage ich „So ab 60 oder auch ein bisschen drunter oder drüber, je nachdem“. Ihre Antwort: „Nein, also zu den alten Leuten gehe ich nicht“.“

Ebenfalls die Betitelung der Kurse bzw. Programme muss sorgsam erfolgen, sodass eine Stigmatisierung vermieden wird, vor der sich viele Personenkreise eventuell fürchten.

Auch ist beim bildungsfernen Klientel das Bewusstsein über bestehende Präventions- und Gesundheitsangebote zu schärfen.

„Weil es schon so ist, dass hauptsächlich zu den Angeboten natürlich Leute kommen, die schon ein gewisses Gesundheitsbewusstsein haben und wissen, was sie tun können oder dass sie etwas tun müssen. Und die Leute, die es halt nötig haben - das ist aber wie gesagt in jedem Bereich so - denen muss man letztendlich das Angebot bringen.“

Der Zugang von Menschen mit Migrationshintergrund zu bestehenden Gesundheits- und Präventionsangeboten wird in den Fachgesprächen kaum thematisiert. Im Gegenteil wird angemerkt, dass man vor Ort durch bestehende Integrationskurse häufig den Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund bereits ausgebaut hat und sie demnach leicht erreichen kann. Für Flüchtlinge werden stellenweise spezielle Kursreihen konzipiert, die sich über Informationen zu persönlichen Rechten, juristischen Sachverhalten, Haushaltsleistungen oder Kinderlebensmitteln erstrecken. Die Zugangsproblematik ist bei der Zielgruppe der Migranten teilweise also geringer, die kulturellen Barrieren dagegen teils schwieriger zu überwinden.

Resümierend betrachten einige Befragte das Thema Gesundheit unter dem Blickwinkel der Chancengleichheit: Menschen mit verschiedenen Einschränkungen, Behinderungen oder Erkrankungen, ältere oder sozial benachteiligte Menschen sind häufig auch von Armut betroffen. Hieraus resultiert oftmals auch eingeschränkte Mobilität, auch weil man auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen ist. Benachteiligungen kumulieren. Während andere Menschen Versorgungslücken durch individuelle Mobilität schließen können, gelingt dies gerade denen schwerer, die besonders auf gesundheitliche Versorgung angewiesen sind. Während andere Menschen Angebote zur gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung nutzen, auch um ihren relativen guten Gesundheitsstatus weiter zu optimieren, erreicht das Präventionsangebot gerade die, die es verstärkt benötigen, nur schwer. Mangelndes Gesundheitsbewusstsein der Klientel, Informationsdefizite, Schwierigkeiten bei der Erreichbarkeit der Angebote, gehen einher mit Problemen der Anbieter von Prävention bei der Abstimmung des Angebots auf Zielgruppen und Schwierigkeiten, den Zugang zu sozial benachteiligten Gruppen zu finden.

6.3 Fazit

6.3.1 Präventionsangebote – Stärken und Schwächen

Wir fassen die Ergebnisse in folgendem Fazit stichwortartig zusammen:

Stärken:

Große Zahl von Angeboten in „typischen“ Präventionsbereichen

- Gesunde Ernährung
- Bewegungsförderung
- Suchtvorbeugung
- Prävention/Gesundheitsförderung rund um Schwangerschaft/Geburt

Große Zahl von Trägern z. B. VHS / Stadt und Land, Gesundheitsamt, Amt für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, Kirchen, Vereine, freie Träger, Selbständige, Gesundheitsdienstleister, Kliniken, Betriebe, Selbsthilfegruppen...

Breites und wichtiges Angebot der Vereine insbes. bei Bewegung und Sport

Hoher Stellenwert von gesundheitsrelevanten Angeboten, sowohl bei Anbietern als auch bei der Bevölkerung

Einschränkungen und Defizite:

- Im Landkreis erreicht die VHS nur ca. die Hälfte der Kommunen.
- Insgesamt (bezogen auf alle Träger, also Vereine, VHS und andere Träger) empfinden 36% der Kommunen das Angebot im Gesundheitsbereich als unzureichend, weitere 40% als nur teilweise ausreichend und ergänzungsbedürftig.
- Angebote sind (nachvollziehbar) meist nachfrageorientiert konzipiert, Ernährungsangebote dementsprechend oft eher auf Genuss als auf gute Ernährung ausgerichtet.
- Vereinsangebote im Sport und Angebote in Schulen/Kiga sind auf Kinder/Jugendliche ausgerichtet: Familien und Eltern werden oft nicht erreicht, was die Wirksamkeit begrenzt und Chancen ungenutzt lässt.
- Konkurrenz der Anbieter und Wandel der Organisationsbereitschaft: Aktuelle Tendenzen wie die Abkehr vom organisierten Sport, Individualisierung von Fitnessbemühungen führen zu einer Abkehr vom Vereinssport. Dieser Entwicklung stehen die Vorteile von terminierten Sportangeboten im Verein oder im Rahmen von Kursangeboten gegenüber sowie damit verbundene Kontaktchancen, Möglichkeiten soz. Teilhabe und der Chance, durch feste Termine und Gruppendruck den „inneren Schweinehund“, der von Fitnessbemühungen abhält, zu überwinden. Die Entwicklung erfordert Anpassungs- und Aushandlungsprozesse zwischen den Konkurrenten. Jeder Anbieter muss die Vorteile seines Angebots deutlich machen und sich an den Prozess anpassen.
- Schwieriger Zugang von Präventions- und Vorsorgemaßnahmen zu bildungsfernen Familien, Migranten, teils auch zu Älteren
- Unterstützung von Präventionsangeboten durch Ärzte ist steigerungsfähig

6.3.2 Fazit zu Zielen von Gesundheitsförderung und Prävention

Aus der oben geschilderten Situation lassen sich folgende Vorschläge zur Zielsetzung für Gesundheitsförderung und Prävention ableiten:

- Verstärkung der Bemühungen um Chancengleichheit bei bestehenden Angeboten; insbesondere sollte der Zugang zu bildungsfernen Familien und Migranten gezielt verbessert werden
- Bei Angeboten in Schulen und Kitas sollten Elternkontakte intensiviert werden. Das Einbeziehen der Familien würde die Bemühungen um Gesundheitsförderung und Prävention effektiver und nachhaltiger machen.
- Angesichts der demographischen Entwicklung, wegen höheren gesundheitlichen Risiken gleichzeitig eingeschränkter Mobilität sind ältere Menschen besonders von Versorgungsdefiziten betroffen. Dem gilt es entgegen zu wirken, teils durch Ausweitung des Angebots für Ältere, bessere Unterstützungsmaßnahmen (z. B. Verbesserung der Erreichbarkeit von Angeboten), aber auch durch Aktivierung dieser Zielgruppe für Selbsthilfemaßnahmen.
- Werbung in der Ärzteschaft zur Stützung präventiver Angebote
- Ausweitung des Angebots bez. gesunde Ernährung: Integration in die „üblichen“ Kochkurse, Verbindung von Genuss und gesundheitlicher Verantwortung als Richtschnur für alle Ernährungsangebote
- Unterstützung „loser“ informeller Sportgruppen (Walking, Radfahren); die Tendenzen zur Individualisierung von Fitnessbemühungen jenseits des organisierten Sportangebots, auch jenseits des Angebots von Fitnesscentern, gilt es, aufzugreifen und zu fördern.
- Kooperation mit Sportvereinen bei der Rekrutierung von Interessenten (insbes. auch mittleren und höheren Alters) und Anpassung des Angebots, Unterstützung der Bewerbung vereinsgebundener Angebote und ihrer Vorteile (höherer Verpflichtungscharakter von termin- und gruppengebundener Sportausübung, leichtere und nachhaltigere Überwindung des „inneren Schweinehundes“, Chance auf Kontakte und soziale Teilhabe, Qualität des Angebots und höhere Betreuungsintensität, bessere Absicherung bei Unfällen etc.)
- Kooperation mit Sportvereinen /Vereinen zur Realisierung des Zugangs zu sozial benachteiligten Zielgruppen bzw. zur Initiierung von Gesundheitsförderung in schlecht versorgten Kommunen. (siehe nachfolgender Abschnitt „Vernetzung“)
- Kooperation mit Familienzentren, quartiersbezogenen Einrichtungen und anderen Institutionen, die bereits über gute Zugangsvoraussetzungen zu sozial benachteiligten, Migranten oder zu Älteren als Zielgruppen verfügen (siehe nachfolgender Abschnitt „Vernetzung“)
- Best-Practice-Beispiele, Vernetzung und Setting-nahe Angebote (siehe nachfolgender Abschnitt „Vernetzung“)

7 Vernetzung

7.1 Wozu Vernetzung

Vernetzung zu schaffen und zu stärken ist erklärtes Ziel der Gesundheitsregion^{plus}:

„Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung können zudem in vielen Fällen nicht von Einzelakteuren, sondern nur gemeinsam sektorenübergreifend mit anderen und unter Einbeziehung verschiedener Politikfelder gelöst werden... Die Kommunikation und Kooperation der regionalen Akteure des Gesundheitssystems sind somit entscheidend. Durch eine bessere Vernetzung der Versorgungsangebote und der Akteure im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich vor Ort kann dazu beigetragen werden, dass ein Mehr an Effizienz und Qualität erreicht wird. Eine zielgerichtete sektorenübergreifende Zusammenarbeit erfordert daher auch vor Ort geeignete Kommunikations- und Koordinationsstrukturen (...).“

„Regionale Gesundheitsnetze unterstützen durch entsprechende Strukturen das Zusammenspiel der Akteure, erleichtern den Austausch von Informationen und fördern aktorsübergreifende Abstimmungsprozesse. Sie fördern damit auch die Eigenverantwortung der Kreise und Kommunen, erweitern die Handlungsmöglichkeiten vor allem im kommunalen Gesundheitsmanagement u. a. durch bessere Einbindung der Kommunen. (...) Dabei geht es nicht nur um die Gestaltung der regionalen kurativen Versorgung, sondern idealerweise auch um die bessere Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege (...).“¹³⁸

Zusammengefasst und auf den Punkt gebracht bedeutet dies, in der Gesundheitsregion^{plus} sollen regionale Netzwerke geschaffen oder gestärkt werden, die über Sektorengrenzen hinweg Akteure und Institutionen zusammenbringen, um aktuelle wichtige Probleme der Gesundheitsversorgung und -förderung zu passgenauen Lösungen auf lokaler Ebene zu führen. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf den Handlungsfeldern der Akteure und den mit diesen Handlungsfeldern verbundenen Settings.

Vernetzung ist dabei zweifellos keine neue Idee, sondern lange und vielfältige Übung. Sie soll durch die Gesundheitsregion^{plus} neue Impulse erhalten.¹³⁹ Wir orientieren die nachfolgende Analyse an folgenden Fragen:

- Formen der Vernetzung
- Bereiche und Bestandteile von Vernetzung beziehungsweise alltäglicher Handlungsketten: Beispiele für Handlungsfelder und Settings
- Vernetzungslücken: Welche Lücken wurden in Regensburg bei den Expertengesprächen urgiert, welche zusätzlichen Netzwerke werden gewünscht?
- Weitere u. E. sinnvolle Schwerpunkte der Bildung von Vernetzung
- Gute Beispiele in Stadt- und Landkreis Regensburg beziehungsweise überregional
- Ziele und Vernetzungsfelder

¹³⁸ Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2016): Gesundheitsregion Plus, Konzept (Stand 9.3.2016), S. 3f.

¹³⁹ Ebd. S. 4ff.

7.2 Formen der Vernetzung

Das Anliegen der Vernetzung kann auf zahlreiche bereits bestehende Netzwerke zurückgreifen. Dabei existiert Vernetzung in sehr unterschiedlichen Formen: Es bewegt sich im Wesentlichen zwischen den Polen:

Überregionale Vernetzung relevanter Multiplikatoren (mit nur abstraktem Handlungsbezug, etwa in Form von Mitsprache bei Gesetzesinitiativen, sonstigen Regelungen, Weitergabe von Informationen oder Anweisungen an nachgeordnete Stellen/ausführende Akteure, Kontaktpflege, Erfahrungsaustausch, gegebenenfalls auch Projektanbahnung) einerseits und

handlungsfeldnahen Netzwerken konkret Handelnder andererseits.

Entsprechend reicht das Spektrum von dem relativ großen Gesprächs- und Kontaktgremium mit z. B. 80 Teilnehmern, das sich jährlich zu einer Konferenz trifft bis hin zu dem regionalen, auf Settings und Handlungsfeldern bezogenen, konkret agierenden Netzwerk mit kontinuierlichen Kontakten.

Anhand einiger Beispiele verdeutlichen wir dieses Spektrum. Dies zeigt auch, dass „Vernetzung“ in sehr unterschiedlichem Sinn gebraucht wird. Der Sprachgebrauch verdeckt die Unterschiede. So notwendig Vernetzung in Form der Zusammenschlüsse von Multiplikatoren und Lenkungsausschüssen ist, so sehr unterscheiden sie sich von der Vernetzung von konkreten Akteuren in Handlungsfeldern und Settings.

7.2.1 Beispiel LAGeP

Als Beispiel für ein solch umfassendes, großes Gesprächs- und Kontaktgremium erinnern wir an die LAGeP (Landesarbeitsgemeinschaft Prävention): Sie dient der Kooperation aller Einrichtungen, Verbände und Organisationen, die sich für Gesundheitsförderung und Prävention einsetzen. In ihr sind insgesamt ca. 80 Einrichtungen und Verbände beziehungsweise Interessenvertretungen vereint. Der Zusammenschluss wird kurz dargestellt, weil er einen Überblick über Akteure im Gesundheitswesen bietet, insofern auch potentielle Akteure handlungsfeldbezogener Netzwerke – wenn auch unvollständig – benennt. Die LAGeP umfasst:

- Vertreter der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger
- Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände (z. B. AWO, Diakonisches Werk, BRK etc.)
- Vernetzungsgremien und Interessenverbände der Ärzte
- Interessenvertreter von Berufsständen im Gesundheitswesen
- Patientenvertreter und krankheitsbezogene Einrichtungen (z. B. Krebsgesellschaft)
- Sportverbände
- Vertreter von Erwachsenenbildung
- Vertreter und Einrichtungen von Jugendverbänden und Seniorenvertretungen

- Reha-Einrichtungen
- Einschlägige staatliche Institutionen
- Vertreter von Wirtschaft und Arbeitsvermittlung
- Versicherungsgesellschaften
- Wissenschaft

7.2.2 Beispiel ZPG

Das ZPG (Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung im LGL) dient dazu, den Präventionsprozess (besonders im Bereich Suchtprävention) zu unterstützen, mit wissenschaftlichen Erkenntnissen zu fördern und das bürgerschaftliche Engagement in diesem Bereich zu aktivieren. Ziel dabei ist, Einrichtungen und sonstige Akteure einzubinden, die Kontakte und die Kooperation zwischen ihnen zu stärken, ihre Weiterbildung zu unterstützen, Informationsmaterial und die Verbreitung guter Praxis zu fördern. Das ZPG umfasst 66 Einrichtungen und Verbände beziehungsweise Personen, widmet sich bei jährlichen Treffen jeweils bestimmten Schwerpunktthemen und zeichnet gute Praxis durch Präventionspreise beziehungsweise Belobigungen aus, veröffentlicht diese auch in einer Datenbank.

7.2.3 Suchtarbeitskreis des Gesundheitsamts Regensburg

Ein Beispiel für ein auf Regensburg bezogenes, regionales Netzwerk bietet der Suchtarbeitskreis des Gesundheitsamts Regensburg. Er bildet eine Kombination von Multiplikatoren- und Handlungsfeld-Orientierung mit Vorrang bei der Vernetzung und Kommunikation mit Multiplikatoren. Auszug aus der Zielsetzung:

„Interessierte Personen aus Institutionen, Behörden, Vereinen, Verbänden etc., die zur Suchtprävention beitragen wollen und / oder ein allgemeines Interesse an der Suchtarbeit in Regensburg haben, können Ihr Engagement und ihre Ideen persönlich in den Suchtarbeitskreis einbringen und sich vernetzen. (...) Der Suchtarbeitskreis zeigt regionale Versorgungslücken auf und macht Vorschläge, um diese zu beheben. Außerdem können sich die Mitglieder und auch externe Multiplikatoren zu verschiedensten Suchtthemen regelmäßig fortbilden. (...) Der Suchtarbeitskreis besteht aus dem Plenum und themenbezogenen Arbeitsgruppen (Suchtprävention / Sucht und Arbeitswelt / Nachsorge und Rehabilitation / Illegale Drogen/ Frau und Sucht / Substitution)“¹⁴⁰

Arbeitsgrundlage sind jährliche Treffen mit aktuellen Informationen, wissenschaftlichen Vorträgen, Möglichkeiten der Kontaktpflege und Projektanbahnung (vgl. ein Beispiel dazu im folgendem Text)

¹⁴⁰ Vgl. Landratsamt Regensburg <https://www.landkreis-regensburg.de/Landratsamt/Buergerservice/Gesundheit-Vorsorge/Gesundheitsamt.aspx?view=~/custom/orgdata/default&orgid=ea6b8578-9a5f-4913-8fe6-732f1c77a52a>

7.2.4 Beispiele zu Vernetzung in Handlungsfeldern und Settings

Ein Teil der Aktivitäten des Gesundheitsamts und der eben erwähnten anderen Träger verlassen die Multiplikatorenebene und stoßen in die konkreten Handlungsfelder vor, bieten Aktivitäten in Handlungsfeldern und Settings oder stoßen diese an.

Beispiele dazu wären:

Suchtpräventionswettbewerb: Projekt Strategien guter Suchprävention in der Schule – Prämierung nachhaltiger Konzepte und Projekte in Oberpfalz

Ziel: Ein Suchtpräventionswettbewerb für alle Schulen soll die Bedeutung des Themas selbst stärken und die Vernetzung der Akteure in den sieben Landkreisen der Oberpfalz und der kreisfreien Stadt Regensburg fördern. Beispiele guter Praxis der Suchtprävention in Schulen werden prämiert und regen zur Nachahmung an.

Eingereicht wurden 34 Beiträge. Eine Jury aus Vertretern der Sieglinde Nothacker-Stiftung, der Oberpfälzer Suchtarbeitskreise, Vertreter aller Schularten und Schülersprechern ermittelte daraus 16 Siegerbeiträge. Das Projekt basiert auf einer Kooperation vom Stiftungsvorstand der Sieglinde Nothacker-Stiftung, dem Vorsitzenden des Oberpfälzer Suchtarbeitskreises, zahlreichen Schulen insbes. den Akteuren im Bereich Suchtprävention sowie den Sozialpädagogen aus den Gesundheitsverwaltungen und der Regierung.

Projekt des Gesundheitsamts Regensburg/Bereich: Gesundheit und Vorbeugung im Alter:

Informationsnachmittag für ältere türkische Migranten in ihrer Muttersprache: Ein bereits länger zurückliegendes Projekt, das aber treffgenau Anliegen des Handlungsfelds bezogenen Setting-Ansatzes dokumentiert, zwar aufgrund der Einmaligkeit nicht Nachhaltigkeitsaspekten genügt, aber aufsuchend, niederschwellig Zugang zu einer sonst sehr schwierig zu erreichenden Zielgruppe findet, insofern ein sehr gutes Beispiel für Vernetzung und das Bemühen um Chancengleichheit ist.

Projektpartner: Gesundheitsamt Regensburg in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Ausländische Arbeitnehmer, Deutsch-Türkischer Kulturverein;

Projektbeschreibung: Information der Teilnehmer über Vorsorgemöglichkeiten unter besonderem Einbezug von psychosomatischen Beschwerden durch eine türkischsprachige Ärztin. Im Anschluss an die Veranstaltung wurde den Frauen Gelegenheit gegeben, frauenspezifische Gesundheitsfragen mit der Referentin zu besprechen.

Zielgruppe: Türkische Migranten mit schlechten Deutschkenntnissen

Projektort: Moschee in Regensburg

Es gibt eine relativ große Zahl vergleichbarer Beispiele. Eine Auswahl wird weiter unten dargestellt, um Anregungen für Vernetzungsformen im Setting-Ansatz zu geben. Hier diene der Verweis auf Projekte und Institutionen vor allem der Veranschaulichung unterschiedlicher Vernetzungsformen. Vernetzung im weiteren Sinn realisieren Gremien von Multiplikatoren und Entscheidungsträgern, Vernetzung im engeren Sinn meint Aktivitäten, wie sie in den letzten Beispielen dargestellt wurden: handlungsfeld- bzw. settingbezogen und handlungsorientiert. Vor allem auf diese Form der Vernetzung beziehen wir uns in der weiteren Analyse.

7.3 Übersicht über Vernetzungsforen und Arbeitskreise in der Gesundheitsregion^{plus}

Soweit in den Expertengesprächen und sonst zugänglichen Quellen und der Befragung der Kommunen erkennbar, liegt ein Schwerpunkt vorhandener Vernetzung in Stadt und Landkreis Regensburg teils auf der Vernetzung der Multiplikatoren (wie z. B. oben beschrieben) und der Vernetzung der Akteure zwecks Interessenvertretung (wie z. B. bei Ärztekammer) bzw. zur Abstimmung gleichartiger Aktivitäten (z. B. von Sportvereinen) oder zur Optimierung/Abstimmung von Leistungen der Gesundheitsversorgung (z. B. Abstimmung Kliniken/Transportdienste/Rettungsfahrten u. ä.). Dazu zwei Beispiele:

Das Regensburger Ärztenetz:

Ziel ist, Verbesserungspotentiale sowohl in der Patientenversorgung als auch in der Wirtschaftlichkeit der Praxis zu erschließen. Unter anderem fördert das Netzwerk

- das gemeinsame Qualitätsmanagement, insbesondere auch Übernahme der Einführungskosten für das gemeinsame Netz-QM
- die Organisation von (für Mitglieder kostenfreien) Mitarbeiterschulungen,
- Teilnahmemöglichkeit an Selektivverträgen mit Kostenträgern
- kostenfreie Teilnahme an Projekten des Netzwerkwerks zur Weiterentwicklung unserer Strukturen. Aktuell: Online-Terminvermittlung
- Organisation von ärztlichen Weiterbildungsveranstaltungen und Qualitätszirkeln
- Öffentlichkeitsarbeit inkl. Patientenmagazin.

Der Bayerische Landessportverband (BLSV):

Ziele und Geschäftsfelder sind:

- Bildung & Qualifizierung
- Service & Beratung: Freiwilligendienst, Integration durch Sport, Vereinsentwicklung
- Öffentliche Mittel: Sportstättenbau, Breitensport- und Leistungssportförderung
- Marketing & Kommunikation
- Sportpolitik, insbes. Förderung der Sportjugend
- Sportentwicklung

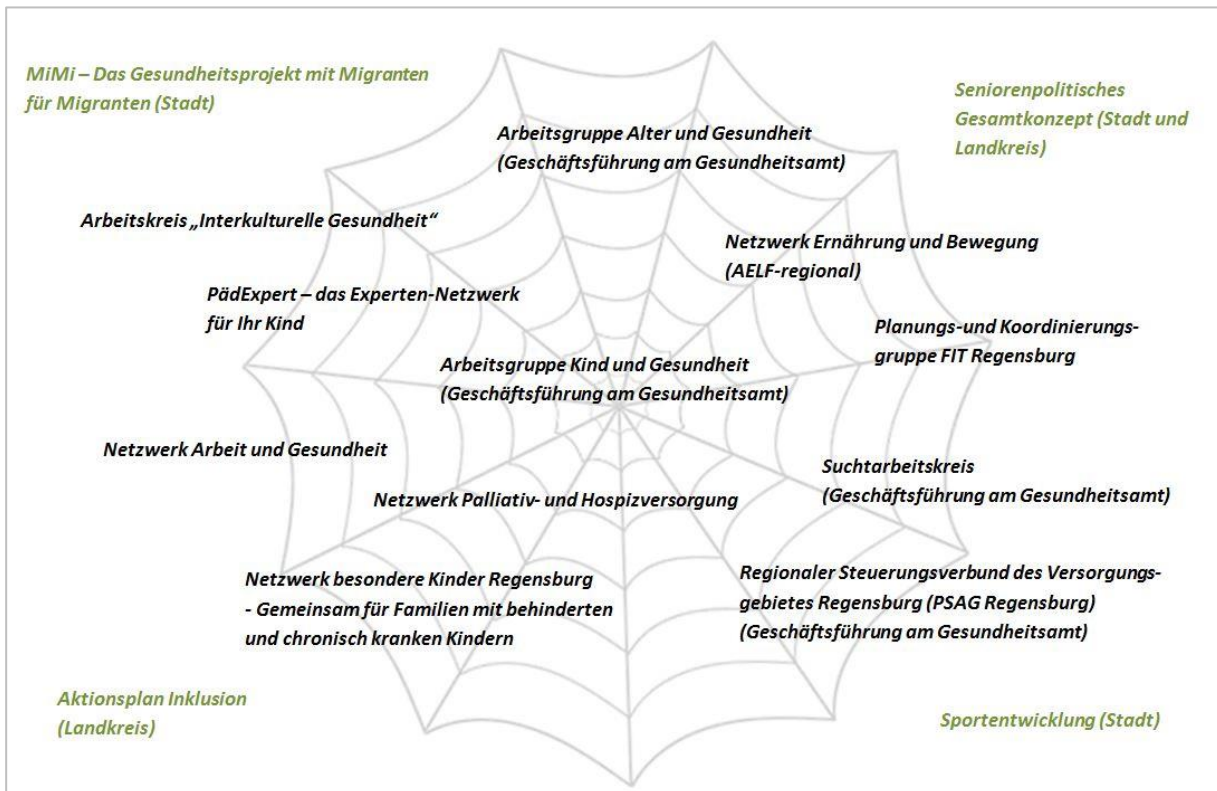
Die Akteure bzw. Mitgliedsvereine werden eingeladen, sich an Handlungsfeldern zu orientieren. Das sind neben Jugend, Schule, Leistungssport auch Themenbereiche wie „Frauen“, „Ältere“, „Kirche“, „Integration“, „Natur“, „Gesundheit“.

Insgesamt nimmt das Thema Gesundheit einen breiten Raum ein und bezieht unter anderem ein: Sportmedizinische Untersuchungs- und Beratungsstellen, Herz-Aktiv-Tag, Sport und Prävention, Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT, Rezept für Bewegung, Rehabilitation durch Herzsport, Prävention Rauchen etc.

Gesundheitssport im Verein soll dabei Mitglieder aller Alters- und Zielgruppen ansprechen und einen Beitrag zu einer flächendeckenden Gesundheitsförderung leisten. Das Angebot soll möglichst facettenreich gestaltet werden und damit Chancen für eine moderne Vereinsentwicklung eröffnen sowie Zukunftsorientierung und soziale Verantwortung dokumentieren.

Weitere Beispiele wären die weiteren Multiplikatorenkontakte und Arbeitsgruppen, die seitens des Gesundheitsamtes und des Amtes für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten geführt werden und eine Reihe von einschlägigen Arbeitsgruppen und Vernetzungsforen. Die nachfolgende Übersicht der Geschäftsstelle der Gesundheitsregion^{plus} fasst die in der Region bestehenden Einrichtungen zusammen.

Abbildung 39 Bekannte Netzwerke und Arbeitsgruppen



Quelle: Geschäftsstelle Gesundheitsregion plus (2017)

Eine Reihe von Arbeitskreisen und Vernetzungsforen sind sektorübergreifend und auf Handlungsfelder/Settings bezogen sowie auf konkretes Handeln fokussiert. Wir stellen nachfolgend Beispiele für solche Vernetzungsforen kurz zusammen. Dazu gehören:

Die bereits oben erwähnten Projektbeispiele unter Beteiligung des Gesundheitsamts Regensburg:

- Suchtpräventionswettbewerb: Projekt Strategien guter Suchtprävention in der Schule – Prämierung nachhaltiger Konzepte und Projekte in Oberpfalz
- Projekt des Gesundheitsamts Regensburg/Bereich: Gesundheit und Vorbeugung im Alter
- Gesundheitsrallye: Fit und gesund bleiben im Alter, Gesundheitsrallye in der evangelischen Gemeinde St. Markus

Ziel war, Impulse für die körperliche und seelische Gesundheit im Alter zu bieten. Eine Gesundheitsrallye mit verschiedenen Stationen sorgte für Abwechslung und Spaß. Die Referenten hatten Tipps und Tricks parat, die den Alltag im Alter erleichtern und die Angst vor dem Altwerden nehmen können.

Projektpartner: Arbeitsgemeinschaft "Gesundheit im Alter" (GIA): Eine Kooperation von Caritasverband, Gesundheitsamt, dem Malteser Hilfsdienst und dem Kneipp-Verein. Hinzu kamen für diese Rallye die beiden Pfarrgemeinden St. Bonifaz und St. Markus sowie Dr. Christa Mehlhorn.

Das Projekt ist Teil der Initiative: "Gesundheitsförderung im Quartier": Diese verfolgt das Ziel, die Lebensqualität von Senioren zu verbessern. Dies soll durch Angebote erreicht werden, bei denen die Senioren sich bewegen und gleichzeitig untereinander austauschen können. Dadurch können sie am öffentlichen Leben teilhaben und ein soziales Netzwerk pflegen.

Beispiele aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung:

Ein exzellentes Beispiel zielgerichteter, effektiver Vernetzung in einem äußerst wichtigen Bereich bietet die Initiative von Herrn **Dr. Sieber/Kreiskrankenhaus Wörth an der Donau zur Ausbildung von Allgemeinmedizinern / Hausärzten**.

Sie impliziert eine Vernetzung von auszubildenden Ärzten, Hausärzten, Fachärzten der Klinik und der am Krankenhaus angegliederten Bereitschaftspraxis von Fachärzten, Kliniken in Regensburg, örtlichen Dienstleistern für die Unterstützung von Familien (z. B. Kindergarten) und sichert - auf die Bedürfnisse und Lebensplanung des Einzelnen abgestimmt - eine Facharztausbildung ab, die den Rollenwandel von Ärzten/Ärztinnen, den zunehmenden Anteil von Frauen berücksichtigt, gleichzeitig durch gute und gewachsene Kontakte zu regionalen Hausärzten auch einen motivierenden Einstieg in den Beruf und das Leben als Hausarzt bzw. Landarzt vermittelt und zudem durch flexible Anstellungsverträge verlässliche Existenzsicherung bietet.

Die gesamte „Vernetzungsarbeit“ wird als freiwillige, ehrenamtliche Zusatzarbeit von Dr. Sieber und seinem Team geleistet.

Ein weiteres, ebenfalls auf freiwilligem Engagement beruhendes Beispiel bildet das **Comprehensive Cancer Center Ostbayern (CCCO)**, eine Initiative von Prof. Dr. med. Tobias Pukrop am Klinikum Regensburg

Die drei Säulen des CCCO sind:

- Klinische Versorgung der Patienten innerhalb des interdisziplinären Kooperationsmodells des University Cancer Center Regensburg
- Regionales Netzwerk aus Krankenhäusern, onkologischen Zentren, niedergelassenen Fach- und Hausärzten sowie Pflege- und Hospizeinrichtungen mit Schwerpunkt in der Tumorthherapie und -forschung für eine kompetente, lückenlose, ganzheitliche und wohnortnahe Patientenversorgung sowie zur Weiterbildung von Ärzten und Pflegekräften
- Exzellente klinische Forschung, deren wissenschaftliche Erkenntnisse zeitnah in klinische Behandlungskonzepte übertragen werden und von der die Patienten des CCCO unmittelbar profitieren.

Vor allem die Netzbildung zur klinischen Betreuung und wohnortnahen Nachsorge bildet ein äußerst wichtiges, innovatives Element der gesundheitlichen Versorgung, das hier zwar an Krebspatienten konzipiert und evaluiert wird, aber als Modell für eine generelle Nachsorge nach einem Klinikaufenthalt dienen kann.

KISS – Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe und ihre Träger

KISS ist Teil eines umfangreichen Netzwerks: Träger von KISS ist der Regensburger Soziale Initiativen e. V. und der PARITÄTISCHE Bezirksverband Niederbayern/Oberpfalz e.V. Basis der Arbeit der Regensburger Soziale Initiativen e. V. ist die Vernetzung von 27 Institutionen mit insgesamt 50 Haupt- und 500 ehrenamtlichen Akteuren. Noch breiter sind die Vernetzungsstrukturen des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes mit über 60 Mitgliedsorganisationen und 100 Einrichtungen und Diensten.

KISS versammelt über 200 Selbsthilfegruppen aus dem Gesundheitsbereich, weitere 18 Selbsthilfeinitiativen – vorwiegend aus dem Bereich der Behindertenhilfe, dazu knapp 70 Selbsthilfegruppen der sozialen Selbsthilfe sowie weitere 122 Selbsthilfe- und Bürgerinitiativen (Stand 2016)¹⁴¹. Vernetzung ist wichtige Arbeitsgrundlage: u. a. in Form von anlassbezogenen Kontakten zu Beratungsstellen, ambulanten und stationären Einrichtungen, und zahlreichen anderen Stellen sowie vielfältige Gremienarbeit. Die Selbsthilfegruppen von KISS sind vielfach im Stadtgebiet lokalisiert. Im Landkreis sind Gruppen in Hemau, Neutraubling, Sinzing, Nittendorf, Laaber und Beratzhausen aufgeführt.¹⁴²

Kooperation von KISS mit Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Regensburg / der Kinderklinik St. Hedwig¹⁴³

Weil eine Krankheit häufig nicht an der Kliniktür endet, arbeiten das Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg und KISS seit sechs Jahren daran, die Klinik selbsthilfefreundlicher zu gestalten. Die langjährige Kooperation erwies sich als sehr erfolgreich: Das Netzwerk für Patientenorientierung und Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen in Trägerschaft der NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) verlieh dem Krankenhaus als erstes seiner Art in Bayern 2014 den Titel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ und erneuerte diesen Titel 2017.

Nachbarschaftshilfen

Im Rahmen des SPGK im Landkreis Regensburg wurden auf Gemeindeebene **Selbsthilfepotenziale** recherchiert (vgl. auch Kapitel 5.2.3 Nachbarschaftshilfe/bürgerschaftliches Engagement als Ergänzung). Sie sind ein wesentlicher Bestandteil von Alltagsbewältigung, sozialer Teilhabe und gesundheitlicher Versorgung vor allem auch für ältere Menschen in den Kommunen des Landkreises, sind aber auch generationsübergreifend ein wichtiger Bestandteil der Daseinsfürsorge. Dies gilt vor allem auch in Zukunft bei steigender Zahl älterer Menschen und immer mehr Hochbetagten.

141 Bericht der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe für das Jahr 2016, KISS Regensburg (2016) (ohne Hrsg.), S. 4.

142 Vgl. KISS- Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (2017): Verzeichnis der Selbsthilfegruppen und Initiativen in Stadt und Landkreis Regensburg, Nr. 29. Dort auch weitere Informationen zu KISS. Stadt-Land-Unterschied: Vertreter von KISS gehen davon aus, dass die Angebote gebietsübergreifend genutzt werden.

143 Bericht der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe für das Jahr 2016, KISS Regensburg (2016) (ohne Hrsg.), S. 11.

Das Landratsamt Regensburg stellt eine Zusammenstellung der Gemeinden zur Verfügung, die in Form von Nachbarschaftshilfe aktiv sind. Sie führt die Unterstützungsformen auf, die seitens dieser meist als e.V. organisierten Selbsthilfenetzwerke in den verschiedenen Gemeinden angeboten werden. Von den 41 Gemeinden des Landkreises bieten 26 solche Unterstützungen an. Umfang, Intensität und Kosten variieren, eine gewisse Unterstützung bei gesundheitlicher Versorgung ist fast durchwegs einbezogen (insbes. Fahrdienste). Teils dürften die Angebote aber für eine ausreichende Unterstützung Älterer (insbes. auch der Haushaltsführung) nicht ausreichen.

Keine entsprechend organisierte Nachbarschaftshilfe gibt es, legt man diese vom Landratsamt Regensburg herausgegebene Liste zugrunde, in den Gemeinden Alteglofsheim, Althenthann, Bach a.d. Donau, Barbing, Brunn, Donaustauf, Hagelstadt, Holzheim, Kallmünz, Köfering, Laaber, Mötzing, Riekofen, Schierling, Sünching, Wiesent, Wolfsegg. Nach Angaben eines Teils dieser Gemeinden existiert auch in diesen Orten teilweise eine Nachbarschaftshilfe, i. d. R. aber „nur“ im traditionellen Sinn, also basierend auf den mehr oder minder guten Einzelkontakten zwischen Nachbarn, insofern eher selektiv und unorganisiert mit geringerem Grad an Verlässlichkeit und Kontinuität.

Weiter gibt es eine Reihe von Vernetzungsforen, die Zielgruppen bezogen agieren. Beispiele dazu sind:

Frauengesundheitszentrum (FGZ)

Das FGZ bietet Beratung zu frauenspezifischen Gesundheitsthemen, Kurse, Vorträge, teils als präventives Angebot, teils als Unterstützung bei Problemsituationen (z. B. Depressionen, Essstörungen, Sexualität), Stressabbau, Ernährung, Verhütung. Wichtige Zielgruppe sind dabei auch Mädchen. Bei einigen Themen kooperiert das FGZ mit weiteren Institutionen.

Fit Regensburg- Frauenintegration durch Sport und Spaß

Die Initiative fußt auf der Kooperation und Unterstützung von 17 Institutionen und ist explizit „von Frauen für Frauen, die sparsam haushalten müssen“. Sie will Frauen „günstig und nah“ Bewegungsangebote zu Verfügung stellen, Spaß und Bewegung mit Musik bieten, Fitness und Entspannung bieten, Kontakte mit Frauen aus allen Kulturkreisen ermöglichen, - ungestört, weil unterstützt durch Kinderbetreuung. Angeboten werden u. a. Gymnastikkurse, Schwimmen, Yoga, Radfahren, Tanzkurse, Fitness, Selbstverteidigung, Stressabbau für unterschiedliche Altersgruppen

Sport und Bewegung für Menschen mit seelischen Problemen

Die Initiative basiert auf einer Kooperation von Bayerischer Gesellschaft für psychische Gesundheit e. V., Diakonie Regensburg, medbo und dem Regensburger Bündnis gegen Depression. Sie bietet für ihre Zielgruppe unterschiedliche Sportangebote, Gymnastik, Tanz, Kneipp-Anwendungen, Karate, Fußball, vernetzt mit Sportvereinen, dem FGZ und dem Treffpunkt Seniorenbüro unter Verweis auf deren Angebote.

Gesundheit im Alter (GiA)

Die Angebote fußen auf dem Netzwerk der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit im Alter, einem Zusammenschluss von 19 Trägern aus Ärzteschaft, Wohlfahrtsverbänden, Ausbildungsstätten für Pflegeberufe, Erwachsenenbildung, Seniorenbeauftragten aus dem Landkreis, Wohnheimen für Senioren, Gesundheitsamt/Landkreis (federführend) und Seniorenamt/Stadt. Das Netzwerk dient zwar primär der Arbeit mit und für Multiplikatoren. Es bietet aber auch neben den bereits oben beschriebenen handlungsfeldbezogenen Aktivitäten einen (mit 30 Seiten) sehr umfangreichen, fundierten Überblick über „Gesundheitsfördernde Angebote und Adressen für Ältere“.

Quartierbezogene Initiativen, Kooperation mit Familienzentren/Familienstützpunkten

Wichtiger Ansprechpartner und potentieller Träger von Gesundheitsangeboten wären die **Familienzentren/Familienstützpunkte** in der Stadt und dem Landkreis Regensburg. Die Stadt verfügt über 9, der Landkreis über 6 Stützpunkte (Nittendorf, Lappersdorf, Regenstauf, Neutraubling, Schierling, Wörth an der Donau). Ernährung bildet im Landkreis einen Gutteil des Angebots. 29 der 68 Angebote im Sommersemester 2017 bezogen sich auf diesen Themenbereich (vielfach verbunden mit dem geselligen Aspekt „Familienfrühstück, Elternfrühstück...“).

Die Familienzentren in der Stadt bieten ein generationsübergreifendes Angebot, wollen insbes. Familien und ihren Kindern Anregungen und Möglichkeiten der Freizeitgestaltung geben, für alle, vor allem auch für Migranten da sein, Treffpunkte ermöglichen und die kreative Entwicklung der Kinder fördern, Unterstützung und Erfahrungsaustausch ermöglichen und die Erziehungskompetenz der Eltern stärken. Vielfach bieten sie dazu ein offenes Café, Spielmöglichkeit, Kurse, Kinderbetreuung, Gesprächskreise und Vorträge, (Wochenend-)Freizeiten, Aktionen (Bazare, Spielwoche, Feste), individuelle Hilfen und Beratung in schwierigen Lebenslagen.

Insgesamt sind die Angebote zu Ernährung und Gesundheit u. E. in den Programmen der Familienzentren ausbaufähig. Ein einschlägiges Beispiel, wie das gelingen kann, bietet das Netzwerk „Ernährung und Bewegung“ und seine Kooperation mit dem evangelischen Bildungswerk bzw. einzelnen Familienstützpunkten in der Stadt und dem Landkreis. Themenbereich sind Angebote im Bereich Ernährungstheorie und Ernährungspraxis und bei der Praxis die Ernährung des Kleinkindes (ab der Breikost). Die Kooperation eröffnete eine Art Win-Win Situation: Das Netzwerk „Ernährung und Bewegung“ stellt die Inhalte, Konzeption und Akteure, die Familienzentren stellen Räumlichkeiten sowie Organisation und ermöglichen den Zugang zu Interessenten, teils auch zu sozial benachteiligten Gruppen oder Personen in schwierigen Lebenslagen.

Ähnlich nützlich haben sich in diesem Bereich die Kooperation mit Mutter-Kind-Gruppen im Landkreis erwiesen, meist in Kooperationen mit Pfarrgemeinden und deren Räumlichkeiten.

Wichtige Partner und Ausgangspunkte für weitere Vernetzung sind in diesem Zusammenhang auch der Dachverband „Regensburger Soziale Initiativen e. V.“ oder das „Netzwerk Mütter- und Familienzentren in Bayern e. V.“.

Zu erwähnen ist bezogen auf die in der Region bestehenden Vernetzungsforen nochmals die (bereits oben erwähnte) **Arbeitsgruppe „Kind und Gesundheit“**: Hauptziel ist zwar die Arbeit mit und für Multiplikatoren. Sie bietet aber eine Reihe von Angeboten für die sektorübergreifende, handlungsfeldbezogene (bzw. Setting-bezogene) Gesundheitsförderung in Kindergärten und Kindertagesstätten: Beispiele sind „BAERchen“ (Spaß am Sport, Ernährungstipps, in Kooperation mit einem Sportverein), Gesund und fit im Kinder-Alltag (Ernährung und Bewegung in der KiTa und Zu Hause), JolinchenKids (ganzheitliche Gesundheitsförderung, Kooperation mit der AOK), PAKT – ein Präventionsprogramm (unterstützt gesunde Entwicklung und Ernährung, Prävention von Haltungsschäden, Bluthochdruck, Übergewicht, Kooperation mit Uniklinik Würzburg und BARMER GEK), Papilio (Stärkung sozial-emotionaler Kompetenz) und andere.

Verfügbare Informationen in Datenbanken zu guten Praxis-**Projekten in Regensburg** bieten noch weitere Beispiele. Mangels aktueller Vorhaben dokumentieren wir auch früher realisierte Projekte:

Bereich Kinder / Jugendliche

Optimierung der Mittagsverpflegung für Kinder in Stadt und Landkreis Regensburg (2015). Ein Pilotprojekt der GENIESSER Elterngruppe Lappersdorf in Zusammenarbeit mit der Abteilung Medizinische Soziologie der Universität Regensburg

Ziele: Erarbeitung von Qualitätsstandards für die Gemeinschaftsverpflegung von Kindern und Umsetzung im Rahmen eines Pilotprojektes an Schulen. Sensibilisierung und Begeisterung der Kinder für eine vollwertige und abwechslungsreiche Ernährung.

Vernetzung: Vernetzung mit „Bio für Kinder“/Tollwood GmbH München (Coaching, Controlling), Carola Petrone (Frischkoch Catering), Weßling (Coaching), Ebners Catering, Wenzelbach (Umsetzung der Standards), Sanddorf-Stiftung Regensburg (Finanzierung), Dr. Simone Eckert, Vernetzungsstelle Schulverpflegung Oberpfalz (Koordination), Medizinische Soziologie, Universität Regensburg (Evaluation).

Räuber & Gendarm im Körper: Wie unser Immunsystem funktioniert. Kindervorlesungen zur Funktion des menschlichen Immunsystems mit dem Schwerpunkt „Impfen“ für Jungen und Mädchen im Grundschulalter (2013)

Stärkung des Bewusstseins für gesundheitliche Prävention durch Impfungen, Förderung der Impfbereitschaft. Kinder erfahren Wissenswertes über die Funktion des menschlichen Immunsystems, Ängste und Vorbehalte werden abgebaut und eine positive Grundeinstellung zum Impfen gefördert, auch durch die Weitergabe der Informationen in den Familien durch die Kinder.

Einbindung und Träger: Bayerisches Immuntherapie-Netzwerk (BayImmuNet) / Universitätsklinikum Regensburg.

Bereich Arbeitswelt

„G'sund am Arbeitsplatz“ – es regt sich was in Regensburg / Ein Netzwerk forciert Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt „Arbeit“ (2006)

Ziel: Stärkung des Wissens der Beschäftigten über einen gesundheitsfördernden Lebensstil, Motivation zu gesundheitsbewusstem Verhalten, Verhaltens- und Verhältnisprävention am Arbeitsplatz. Dazu sollen weitere Kooperationspartner in Stadt und Landkreis Regensburg gewonnen werden, auch um inhaltliche und finanzielle Synergieeffekte zu nutzen.

Vernetzung und Angebote: Vielfältiges Angebot mit zahlreichen Netzwerkpartnern aus unterschiedlichen Bereichen; unter anderem: Regierung der Oberpfalz, Stadt, Landratsamt und Finanzamt Regensburg, Landesamt für Finanzen – Dienststelle Regensburg, Sparkasse, Theater Regensburg, Krones AG – Neutraubling, NL DHL Express München - HUB Regensburg, REWAG - Regensburger Energie- und Wasserversorgung, Polizeipräsidium Niederbayern/Oberpfalz, Amtsgericht und Landgericht sowie Staatsanwaltschaft Regensburg, Siemens VDO, Caritas-Krankenhaus St. Josef.

Um die Betriebliche Gesundheitsförderung nachhaltig zu gestalten, konstituierte sich in der Regierung der Oberpfalz ein Gesundheitszirkel. Die Stadt Regensburg beteiligt sich seit November 2005 am Projekt „Ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement“ des bayerischen Gesundheitsministeriums.

Von der "Betrieblichen Gesundheitsförderung" zum "Ganzheitlichen Betrieblichen Gesundheitsmanagement" (BGM) in der Stadt Regensburg (2006)

Ziel: Die Stadt Regensburg möchte mit der Implementierung des Ganzheitlichen Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) einen Beitrag zur Gesundheitsförderung und Gesunderhaltung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch Verhaltens- und Verhältnis-präventive Maßnahmen leisten. Sie geht dabei von einem ganzheitlichen Ansatz aus. Arbeitsbedingungen sollen optimiert werden.

Ressourcen und Vernetzung: Die Stadt Regensburg stellt personelle und finanzielle Ressourcen, Bezuschussung durch das Bayerische Gesundheitsministerium. Kooperation mit gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Weitere Partner sind Ärzte, Firmen u.a., hilfreich ist dabei das seit 2003 bestehende Netzwerk "Regensburger Gesundheitstag" und die "Gemeindenähe Gesundheitskonferenz".

Netzwerks „Regensburger Gesundheitstage“

Das Netzwerk Regensburger Gesundheitstage initiiert seit 2003 nach einer jährlichen Auftaktveranstaltung jeweils verschiedene Aktionen und Veranstaltungen der am Netzwerk beteiligten Betriebe und Institutionen zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Ziel der Regensburger Gesundheitstage ist die Stärkung des Wissens der Beschäftigten über einen gesundheitsfördernden Lebensstil und die Motivation zu gesundheitsbewusstem Verhalten sowie Verhaltens- und Verhältnisprävention am Arbeitsplatz. Die

Aufgaben und der Zweck des Netzwerkes sind der Austausch von Ideen und Informationen bezüglich der Planung und Durchführung der regionalen und betrieblichen Gesundheitstage.

Neben dem Landratsamt Regensburg, der Kreisklinik Wörth a.d. Donau oder der Stadt Regensburg sind aktuell 44 weitere Behörden, Institutionen, Krankenhäuser und Firmen aus der Region Mitglieder im Netzwerk. Beispiele dazu sind: Sparkasse Regensburg, Krones AG Neutraubling; REWAG Regensburger Energie- und Wasserversorgung AG & Co KG, Caritas-Krankenhaus St. Josef, Tourismus GmbH Regensburg; Bayernwerk, Siemens AG, Standort Regensburg; Continental AG, Standort Regensburg Zweigstelle Regensburg; Verbraucher Service Bayern im Katholischen Deutschen Frauenbund e.V., Schneider Electric Sachsenwerk GmbH; Barmer GEK, Geschäftsstelle Regensburg; AOK, Geschäftsstelle Regensburg, Uniklinikum Regensburg, Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. Regionalverband Ostbayern etc.

Das Netzwerk dient nicht nur der Vernetzung von Multiplikatoren und deren Erfahrungsaustausch, sondern realisiert in den einzelnen Betrieben bzw. Ämtern jeweils eine Reihe konkreter gesundheitsfördernder bzw. präventiver Maßnahmen. Als Beispiel werde hier die Initiativen zum Betriebliches Gesundheitsmanagement im Landratsamt Regensburg dargestellt.

Anfang 2016 hat das Landratsamt ein Betriebliches Gesundheitsmanagement für seine rund 600 Mitarbeiter eingeführt. Einzelne Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sind zum Beispiel: individuelle Anpassung des Arbeitsplatzes oder Beratung durch Sicherheitsingenieure und Betriebsarzt, individuelle Eingliederungsmaßnahmen, Kooperation mit den Krankenkassen und anderen Gesundheitspartnern, Teilnahme an Läufen im Landkreis mit eigenen Teams, Angebote in Zusammenarbeit mit der Volkshochschule Regensburger Land e.V. („Fit in den Frühling“), Abnehm- und Ernährungscoaching „At Work mit den Weight Watchers“, regelmäßige Infos zu Sport- und Gesundheitsangeboten oder kostenfreies Obst und Gemüse für die Mitarbeiter. Im Rahmen der Regensburger Gesundheitstage 2016 hat das Landratsamt seinen Mitarbeitern ein breites Angebot zur Stärkung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens geboten: unter anderem Vorträge zur gesunden Ernährung, Rauchentwöhnung oder Hautbelastungen im Alltag, Fitnesskurse, Entspannungskurse, Infostände und Kostproben gesunder Lebensmittel oder Gesundheitschecks.

Bewegt denken – gesund handeln (aktuell)

Ziel: An der Klinik für Neurologische Rehabilitation am Bezirksklinikum Regensburg entwickelt. Pflegende werden vertraut mit der Feldenkrais-Methode. Durch eine verbesserte Körperwahrnehmung verändern sich das persönliche Handeln und der Umgang mit Patienten. Sie können sich und die Kranken im Alltag leichter bewegen. Das Stressempfinden sinkt, die Beschäftigten erkennen ihren Regenerationsbedarf und können

sich durch das Erlernte wieder ins Gleichgewicht bringen, Ausfallzeiten werden reduziert. Verweildauer und Motivation im Beruf werden gesteigert, Arbeitgeber werden ermutigt zu nachhaltiger Mitarbeiterförderung.

Vernetzung: Pflegedienstleitung, Stationsleitungen (Abstimmung der Dienstplangestaltung), Klinikum und Chefarztsekretariat (Koordination, Bereitstellung von Übungsräumen), wissenschaftliche Begleitung und Evaluation durch das Pädagogische Institut der Universität Regensburg.

Weitere Beispiele sind dokumentiert unter

<http://www.zpg-bayern.de/gesund-aelter-werden.html>

<http://www.zpg-bayern.de/altersuebergreifende-projekte.html>

<http://www.zpg-bayern.de/suchtpraevention.html>

Ein Zwischenfazit:

Es ist hier weder Raum noch bestanden die Rahmenbedingungen, hier **alle** in Stadt und Landkreis vorhandenen guten Beispiele für *sektorübergreifende, handlungsfeldbezogene Vernetzung* erschöpfend darzustellen. Die Expertengespräche bestätigen jedoch die These, dass *diese Form der Vernetzung in der Region zwar praktiziert wird, vielfach aber noch einer gezielten Förderung bedarf.*

Beispiele für diese These bieten die VHS/Land, die unzureichende Rahmenbedingungen in den Gemeinden für Veranstaltungsangebote im Bereich Ernährung und Bewegung beklagt, oder auch die VHS/Stadt, die auf den schwierigen Zugang zu sozial benachteiligten Gruppen z. B. mit Bewegungs- und Fitnessangeboten verweist, die regionalen Vertreter des Deutschen Sportbundes, der diese Schwierigkeiten aus eigener Erfahrung genauso bestätigt wie Vertreter der VHS/Land. Dies gilt im Übrigen für alle Gesprächspartner: Mit Ausnahme der oben erwähnten Projekte beklagen alle die Schwierigkeit, Chancengleichheit zu fördern, da der Zugang zu sozial benachteiligten Zielgruppen nicht gelingt und eine Vernetzung zu Einrichtungen, die diesen Zugang fördern könnten, meist fehlt. Dass nicht mehr Vernetzung möglich ist, wird durchweg bedauert und versichert, dass bei zusätzlichen Ressourcen zweifellos mehr „Vernetzungsarbeit“ geleistet würde. Soweit die Normalsituation in „Alltagsprojekten“.

Soweit Projekte unter Alltagsbedingungen aktuell gelingen (z. B. Dr. Sieber/Ausbildungsgang Allgemeinmedizin in Wörth a.d. Donau, Prof. Dr. Pukrop / Klinikum Regensburg), wird von den Akteuren oft darauf verwiesen, dass sie neben der übrigen Arbeit freiwillig und ehrenamtlich, aus Begeisterung für die Sache und Verantwortungsgefühl sowie unter Inkaufnahme erheblicher Belastungen realisiert werden. Etwas einfacher mag dies für die erwähnten Nachbarschaftshilfen sein, da sich hier vielfach auch nicht

(mehr) berufstätige Personen beteiligen, einfacher ist es auch, wenn durch Kooperation Win-Win-Situationen entstehen, die durch Arbeit reduzieren und den Zugang zur Klientel verbessern.

Anders ist es aber vor allem in den oben dargestellten Drittmittel-Projekten: Hier ist Vernetzung aufgrund verfügbarer Ressourcen wesentlich leichter zu leisten, insofern nicht auf die Alltagssituation übertragbar. Das Problem von Drittmittelprojekten liegt oft in mangelnder Nachhaltigkeit: Bei Projektende und Wegfall der Finanzierung endet auch die Initiative.

Neben mangelnder Ressourcen für gezielte Vernetzungsbemühungen wurde im Rahmen der Expertengespräche von Cheförzten in Kliniken insbes. Probleme des Entlassungsmanagements beklagt und bessere Vernetzung zwischen Klinik und Einrichtungen zur Nachbetreuung von Patienten urgiert (Beispiel Klinikum der Barmherzigen Brüder, St. Hedwigs-Krankenhaus). Die Wünsche bezogen sich auf....

- Vernetzung zur Lösung von Problemen des Entlassungsmanagements
- Gesundheitsförderung der Mitarbeiter im Klinikum in Kooperation mit Sportvereinen
- Etablierung spezifischer Sportgruppen (Herz-/Gefäßsportgruppe)
- Vernetzung/Koordination ambulantes-stationäres Angebot; Gemeinsame Plattform Krankenhaus/Praxis
- Sicherung des medizinischen Nachwuchses (Pflegekräfte, MTA...); Vernetzung, Wohnraumsicherung, positives Image von Gesundheitsberufen

Die Sicherung des medizinischen Nachwuchses ist im Übrigen ein vielfach genanntes Problemfeld. Zur Rekrutierung und Motivierung von Interessenten wurden z. B. im St. Hedwigs-Krankenhaus Netzwerke mit Schulen aufgebaut, Kontakte zu Eltern angebahnt, eigene Ausbildungsgänge geschaffen, seitens des Trägers Rahmenbedingungen optimiert. Dennoch bleibt die Lage schwierig. Die Konkurrenz zu anderen Berufsfeldern und den dort besseren Verdienst- und Arbeitsbedingungen bilden schwer zu überwindende Hürden – ein generell von Ärzten und anderen Experten genanntes gravierendes Problem.

Für andere Problemfelder bieten sich zum Teil Lösungsmodelle wie das oben erwähnte Beispiel im CCCO am Klinikum Regensburg an.

Vernetzung wird im Übrigen von vielen Vertretern der Kommunen als Hauptanliegen der Gesundheitsregion Plus genannt. 80% der Kommunen erwarten sich von der Gesundheitsregion Plus Verbesserungen in diesem Bereich.

7.4 Fazit: Vernetzung - Stärken und Schwächen

Vernetzung bezieht sich teils auf (mehr oder minder große) Gremien zur Kontaktpflege und Kommunikation, teils auch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung, aber ohne direkten Handlungsbezug/ohne Bezug zu einem konkreten Handlungsfeld.

Vernetzung bezeichnet auch sektorübergreifende Vernetzung, die sich auf konkrete Handlungsfelder bezieht und auf Handeln in diesen Handlungsfeldern ausgerichtet ist, teils verhaltensorientiert, teils auch verhältnisorientiert. Diese Vernetzungsform stand hier (wie im Konzept der Gesundheitsregion^{plus}) im Fokus.

Eine Reihe von Beispielen belegen die erfolgreiche Umsetzung sektorübergreifender, Setting-bezogener Vernetzung in Regensburg:

- Gesundheitsamt Regensburg: Bereiche Suchtprävention, Migranten, Senioren-Gesundheit, betriebliches Gesundheitsmanagement
- Klinikum Wörth a. d. Donau: Ausbildung zum Allgemeinmediziner, Klinikum Regensburg / Comprehensive Cancer Center Ostbayern (CCCO): Kooperation und Vernetzung innerhalb klinischer Behandlung und in der Nachsorge/Entlassungsmanagement
- Projekte und Netzwerke insbes. zu Ernährung und Kindergesundheit, die den Zugang zur Klientel über Kindergärten und Schulen, teils auch über Familienzentren herstellen (Gesundheitsamt, Amt für Landwirtschaft, Ernährung und Forsten und Eltern-Initiativkreise)
- Netzwerke und Projekte im Bereich betriebliches Gesundheitsmanagement, Senioren, Frauen, Suchtprävention, Palliativ- und Hospizversorgung, Psychosoziale Versorgung...
- In vielen Kommunen des Landkreises: Nachbarschaftshilfevereine, Aktivitäten und Netzwerke der Familienzentren in Stadt und Landkreis

Probleme:

- Vernetzung ist Arbeit und zeitintensiv. Der allgemeine Wunsch nach mehr Vernetzung kann wegen Mangel an Ressourcen oft nicht realisiert werden.
- Dies reduziert auch Chancengleichheit, weil sie auf spezielle Zugänge und Kooperationen / gezielte Vernetzung angewiesen wäre.
- Besondere (von Experten benannte) Vernetzungsanliegen: Vernetzung zur Lösung von Problemen des Entlassungsmanagements bzw. zur Sicherung des medizinischen Nachwuchses (Pflegekräfte, MTA...)
- Zum Teil werden in Vernetzungs-Projekten keine nachhaltigen Strukturen geschaffen (Auslaufen der Aktivitäten nach Ende eines Drittmittelprojektes, teils nur einmalige Kurzprojekte)
- Trotz guter Beispiele und vielfältiger Initiativen ist Vernetzung und sektorübergreifende Kooperation vielfach noch selektiv und nur partiell realisiert und daher ausbaufähig und optimierbar.

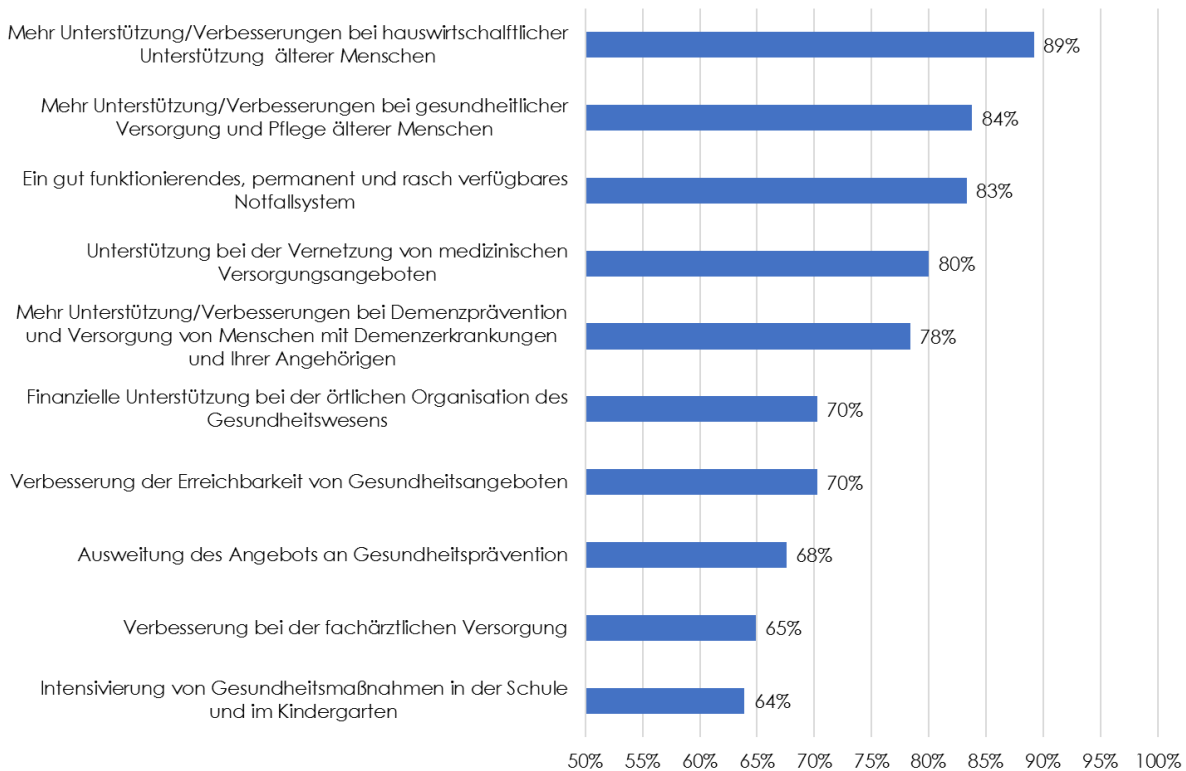
Positiva:

- Die bestehenden Initiativen beziehen sich auf sehr wichtige Bereiche (z. B. Sicherung der Hausarztversorgung, Entlassungsmanagement, kommunale Unterstützungssysteme, betriebliches Gesundheitsmanagement)
- Sie beinhalten auch Zugänge zu benachteiligten Gruppen, die genutzt und ausgeweitet werden könnten.
- Bestehende Initiativen bilden zahlreiche Anknüpfungspunkte und könnten/sollten durch Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen besser - und damit langfristig - abgesichert werden.
- Dies gilt auch für die nachhaltigere Gestaltung bisheriger und notwendiger Ausweitung in Form neuer Vernetzungsaktivitäten.
- Bei der Beschaffung notwendiger Ressourcen könnte z. B. eine intensivere Kooperation mit dem Gemeinsam eG Sozialgenossenschaft im Landkreis Regensburg genutzt werden

8 Ziele und Handlungsempfehlungen

8.1 Exkurs 1: Erwartungen und Wünsche der Kommunen an die Gesundheitsregion^{plus}

Im Rahmen der Befragung der Kommunen konnten die Erwartungen und Wünsche, die die Gemeinden mit der Gesundheitsregion Plus verbinden, in Erfahrung gebracht werden. Teils geschah dies als Reaktion auf eine vorgegebene Liste potenzieller Wünsche, teils als Antwort auf eine offene Frage. Die Antworten auf diese Fragen sollen hier als einer der Anhaltspunkte für die Ableitung von Zielen und Handlungsempfehlungen genutzt werden. Die nachfolgende Graphik gibt die als Reaktion auf die „Listenfrage“ geäußerten Erwartungen der Kommunen wieder.

Abbildung 40 Erwartungen der Kommunen an die Gesundheitsregion^{plus} (Top 10)

Quelle: Kommunenbefragung Gesundheitsregion plus (2017)

Insgesamt wird einer relativ großen Zahl von Anliegen hohe Priorität eingeräumt. Besonders bedeutsam ist in den Augen der Gemeinden die gesundheitliche Versorgung und Pflege älterer Menschen und ihre hauswirtschaftliche Unterstützung, also Zukunftsaufgaben, die im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung in noch weiter wachsendem Maße auf die Kommunen zukommen. Ebenfalls sehr wichtig erscheint in diesem Zusammenhang die Optimierung der Versorgung/Prävention im Bereich Demenzerkrankung. Ca. 80% und mehr der Kommunen erhoffen sich in diesen Bereichen von der Gesundheitsregion eine Verbesserung der Situation.

Ebenfalls (mit 80% und mehr) sehr wichtig sind ein optimales, funktionsfähiges Notrufsystem und die bessere Vernetzung medizinischer Versorgungsangebote.

Viele Hoffnungen und Erwartungen werden mit der Gesundheitsregion^{plus} in 65% bis 70% der Kommunen auch verbunden mit weiteren Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung (der finanziellen Unterstützung der örtlichen Organisation, der Verbesserung der Erreichbarkeit und der besseren fachärztlichen Versorgung). Wichtig ist weiter auch die Ausweitung der Gesundheitsprävention (Angebote allgemein und Initiativen in Schulen und Kindergärten)

Bei der offen, also ohne Vorgaben gestellten Frage nach Erwartungen an die Gesundheitsregion^{plus} verschieben sich die Prioritäten etwas: Auch hier steht zwar die ärztliche

Versorgung und die Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen im Vordergrund. Hier wird allerdings die ungünstige Verteilung der Fachärzte und die dadurch entstehenden Versorgungslücken besonders moniert.

Insgesamt haben bei dieser offenen Frage 26 Kommunen Angaben gemacht. Von diesen urgieren 21 Kommunen den Fachärztemangel, die schlechte Anbindung an Gesundheitszentren oder die Konzentration der Fachärzte in der Stadt Regensburg. Weiter wird von 8 (offensichtlich schlecht versorgten) Kommunen auf die Mängel bei der Hausarztversorgung verwiesen (kein Hausarzt, keine Hausbesuche, keine barrierefreie Erreichbarkeit). 4 weitere Gemeinden beklagen Mängel bei Gesundheitsdienstleistungen (keine Apotheke, Fehlen sonstiger Gesundheitsdienste). Die ärztliche Versorgung ist – so gesehen – in relativ vielen Kommunen vorrangiges Problem, das im Rahmen der Gesundheitsregion^{plus} möglichst angegangen werden soll.

Die Antworten auf die offene Frage belegen allerdings auch die Bedeutung der Unterstützung älterer Menschen: 16 der Kommunen, die Angaben machen betonen Probleme des Wohnens, der Pflege und Betreuung von Senioren und erhoffen sich von der Gesundheitsregion^{plus} eine Verbesserung der Situation.

Prävention und Information zu Präventionsangeboten ist deutlich seltener ein vorrangiges Thema: Eine Vermehrung von Präventionsangeboten steht bei nur bei 5 Kommunen, eine bessere Kommunikation der Angebote, eine optimalere Vernetzung und transparente, auf einer Informationsplattform zugängliche Information über Angebote steht bei 7 Kommunen auf der Wunschliste an die Gesundheitsregion^{plus}.

8.2 Exkurs 2: Bezugspunkte für Vernetzung und Zielfindung: best-practice-Beispiele

Bevor weitere Überlegungen zur Zielfindung erfolgen, erinnern wir an Bezugspunkte und vorliegende Ideen und gute Praxis zu Vernetzungsvorhaben. Vernetzung im Bereich Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung ist bislang auf folgenden Fokus gerichtet:

Themenfelder:

- Gesunde Ernährung
- Bewegungsförderung
- Suchtvorbeugung
- Prävention und Gesundheitsförderung rund um Schwangerschaft und Geburt, Frühe Hilfen
- Gesunde Lebenswelten in allen Lebensphasen
- Gesundheitliche Chancengleichheit

Zielgruppen insbes. unter dem Fokus Chancengleichheit:

- Kinder und Jugendliche
- Männer und Frauen (geschlechtsorientierter Ansatz)
- Arbeitslose
- Ältere
- Quartier/Stadtteil/Kommune
- Migranten/Geflüchtete

Die Datenbank zu den best-practice-Beispielen (Schwerpunkt gesundheitliche Chancengleichheit) bieten bei der Detailrecherche innerhalb dieser Zielgruppen eine Vielzahl von weiteren Konkretisierungen¹⁴⁴:

- Zu Lebenswelten (z. B. Kindergarten, Schule, Hochschule, VHS, zu Betrieb/Arbeitsplatz, Freizeiteinrichtungen, Seniorenfreizeit, Familien, häusliches Umfeld, usw. bis hin zu Reha-Einrichtungen, Krankenhaus, Pflegeeinrichtungen, Arztpraxis)
- Konkretisierung der Zielgruppen: Sie richtet das Augenmerk auf eine größere Auswahl benachteiligter Bevölkerungsgruppen: Z. B. Personen im Niedriglohnssektor, mit geringer Bildung, niedrigen beruflichen Status, Langzeitarbeitslose, Alleinerziehende/Schwangere in schwieriger sozialer Lage, Personen in strukturschwachen Quartieren, Isolierte/Einsame, Pflegebedürftige, Suchtkranke, Menschen mit Behinderung, etc. bis hin zu Wohnungslosen, Strafgefangenen.

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die best-practice Projekte der Datenbank und die Zahl der je Zielgruppe vorhandenen Projektbeispiele:

Tabelle 25 Datenbank Gute Praxis: Anzahl der je Zielgruppe vorhandenen Projekten

Zielgruppen	Anzahl der Angebote
Alleinerziehende in schwieriger sozialer Lage	435
Angehörige von Personen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf	240
Asylbewerber/-innen / Flüchtlinge / Menschen ohne Aufenthaltsgenehmigung	154
Chronisch kranke / mobilitätseingeschränkte und / oder kognitiv beeinträchtigte Personen in schwieriger sozialer Lage	318
Langzeitarbeitslose	306
Menschen mit Behinderung in schwieriger sozialer Lage	231
Migrant/-innen in schwieriger sozialer Lage	669
Personen in strukturschwachen Wohnregionen / Quartieren	156
Personen mit gesundheitsbelastenden und / oder prekären Arbeitsbedingungen	70

¹⁴⁴ <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/>

Zielgruppen	Anzahl der Angebote
Personen mit niedrigem beruflichen Status (z.B. ungelernte Arbeiter/-innen)	244
Personen mit niedriger Schulbildung (z.B. Personen ohne qualifizierten Schulabschluss)	348
Personen mit sehr niedrigem Einkommen (z.B. Personen im Niedriglohntor, Personen mit niedrigen Rentenbezügen)	538
Pflegebedürftige Personen in schwieriger sozialer Lage	175
Schwangere in schwieriger sozialer Lage	177
Sozial isolierte und / oder vereinsamte Personen	235
Strafgefangene, Haftentlassene	98
Suchtkranke Personen	473
Wohnungslose	142

Quelle: Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit (2017)

Die Beispiele in der Datenbank geben übersichtlich, kompakt, aber auch detailliert Auskunft über erfolgreiche Projekte. Deutlich werden dabei das Vorgehen und auch die Vorteile des Setting Ansatzes, die Kombination von verhaltens- und verhältnispräventiven Angeboten sowie die Nachhaltigkeit: die Beteiligung aller relevanten Gruppen an dauerhaften Veränderungen in der jeweiligen Lebenswelt.

Verbunden damit werden vielfach die Prinzipien: Empowerment Prozesse und Aufbau von Ehrenamtsstrukturen, interdisziplinäre Kooperation und Einbindung von Multiplikatoren, Ressourcenorientierung,

Die Verbindung dieser Datenbank und der Sammlung der Projekte zu Prävention im ZPG bietet einen reichen Fundus an Ideen für Aktivitäten und Projekte in allen einschlägigen Bereichen. Wir verzichten hier auf weitere Detailangaben und verweisen auf die dort dargestellten Beispiele.

Das Rad nicht neu erfinden: Die Vielfalt gelungener best-practice Beispiele erübrigt die Entwicklung immer wieder neuer Projekte. Es gilt also, gute Praxis nicht immer wieder neu zu erfinden, sondern vielmehr für die Verbreitung guter Praxis zu sorgen. Die Diffusion neuer, guter Ideen scheint uns vorrangig, weniger die Produktion. U. E. sollte der Leitgedanke sein, vorhandene Projektideen an die im Einzelnen vorliegenden örtlichen Gegebenheiten anzupassen, die „Kümmerer“ zu finden und zu aktivieren, Rahmenbedingungen für Vernetzung und Projektarbeit zu schaffen, insbes. Ressourcen zu erschließen und/oder Eigeninitiative zu fördern.

Auf der Metaebene der Förderung von Projekten bedeutet dies: Es sollte bei der Förderung von Projekten nicht nur immer darum gehen, neue Ideen zu entwickeln. Nötig scheint uns auch eine „**optimale Kultur der Diffusion, also der Verbreitung von guten Projektideen**“ in der eben beschriebenen Form.

Allgemein relevant sind Anleitungen und Tipps/Beispiele, die den Prozess „**Gesunde Gemeinde**“ fördern. Hier verweisen wir auf die vorliegenden Leitfäden, z. B.

- LGL / ZPG, Fünf Schritte zur gesunden Gemeinde, ein Handlungsleitfaden für die Praxis, Erlangen 2015 // http://www.zpg-bayern.de/tl_files/catalog_upload/i/id-070114.pdf
- Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit, Integrierte kommunale Strategien // <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/integrierte-kommunale-strategien/>
- oder weitere Veröffentlichungen zu kommunalen Präventionsketten bzw. dem kommunalen Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“ der BZgA bzw. Beispiele wie Erlangen oder Passau und inforo online – der Marktplatz für kommunale Strategien.

Bezogen auf die oben erwähnten **Handlungsleitfäden** geben wir zu Bedenken, dass Nutzer vor Ort knappe, pragmatisch und schnell umsetzbare Tipps brauchen. Leitfäden (wie z. B. der der LGL und Hochschule Coburg) mit einem Volumen von 41 Seiten und sehr hohem Anspruch an Beteiligung, Faktenabsicherung, Detailplanung, Mitarbeiter-schulung, umfangreicher Evaluation und Herstellung von Nachhaltigkeit schrecken eher ab als sie nützen. Postuliert werden teils Arbeitsschritte, die von durchfinanzierten Drittmittelprojekten nicht in diesem Umfang realisiert werden. Ein grober Leitfaden und das Erleben von guter Praxis andernorts sind hier oft zielführender, motivierender und haben mehr Aussicht auf Umsetzung.

8.3 Leitideen, Akzente und Handlungsempfehlungen

8.3.1 Leitideen und Akzente

Hauptfrage der Zielfindung bezieht sich auf die Akzentsetzung: In welchen Bereichen soll kurz- bzw. mittelfristig der Aufbau/Ausbau sektorübergreifender Vernetzung intensiviert werden?

Thematisch sehen wir keine Priorität. Hier sind alle oben genannten Bereiche ähnlich wichtig. Wir schlagen allerdings vor, auch Fragen der Gesundheitsversorgung (Sicherung Hausarztversorgung / Nachwuchssicherung, Entlassungsmanagement) einzubeziehen. Bezogen auf Zielgruppen schlagen wir unten angeführte Priorisierung vor.

Leitidee: an Bestehendes anknüpfen, dieses ausbauen und fördern, Diffusion und konsequente Nutzung best-practice Ideen unter Anpassung an örtliche Bedingungen, aber ohne rigide Einhaltung von best-practice Prinzipien

Wichtige Orientierungspunkte und Akzente: Chancengleichheit sozialer Gruppen und Regionen; Bewältigung des demographischen Wandels / Versorgung und Teilhabe älterer Menschen,

Hauptfunktion der Gesundheitsregion^{plus}: Ideengeber, Vernetzungen anstoßen, Ressourcen vermitteln.

8.3.2 Problemfelder und Tätigkeitsschwerpunkte

Als wichtige Problemfelder ergeben sich aus der Bestands- und Bedarfsanalyse die nachfolgend aufgeführten Bereiche. Sie sollten als Tätigkeitsschwerpunkte die Initiativen in der Gesundheitsregion^{plus} strukturieren, die Prioritäten bestimmen und Grundlage für fortgesetzte Evaluation sein.

Chancengleichheit sozialer Gruppen (insbes. soz. Benachteiligte und Migranten):

- Bei bestehenden Angeboten den Zugang zu soz. Benachteiligten verbessern, insbes. bei Angeboten in Schulen/Kitas; bei Angeboten für Erwachsene: Vernetzung mit Institutionen, die Zugang zu soz. benachteiligten Gruppen haben, unterstützen (Beispiel: Familienzentren)
- Ortsbezogene, neue, niederschwellige Angebote schaffen.
- Beispiele: Gesundes Aufwachsen in der Familie / Vilshofen; Gesundheitsteams vor Ort / Trier-Nord, Gesund Kurs halten /Hamburg-Lurup, Stadtteilmütter in Berlin-Neukölln, Präventionsketten in div. Bayer. Städten u. a.

Chancengleichheit der Regionen und Optimierung der Gesundheitsversorgung im Landkreis:

- Förderung (gegebenenfalls Ausbau) bestehender Projekte zur Sicherung der Hausarztversorgung/ Unterstützung der Bewerbung, Ausbildung und lokalen Bindung von Nachwuchskräften in Gesundheitsberufen / Pflegeberufen.
- Ausgleich von Schieflagen bei der regionalen Verteilung von Ärzten/Fachärzten (zumindest mehr Filialpraxen/Gemeinschaftspraxen, mobilen Diensten)

Gesundheitliche Versorgung und Unterstützung von Senioren:

- Förderung und Beobachtung der Gesundheitsversorgung von Senioren (insbes. auch durch flächendeckende kostenlose Fahrdienste, Verbesserungen bei der Barrierefreiheit, lokale Unterstützungssysteme und gezielten Zugang zu Senioren bei gesundheitlichen Präventionsangeboten),
- Förderung einer flächendeckenden Unterstützung von Haushaltsführung und Teilhabe insbes. auch von Hochbetagten,
- Unterstützung von Netzwerken, die neue Wohnformen für Senioren bzw. Mehrgenerationenhäuser realisieren wollen
- Auf die demographische Entwicklung abgestimmte Weiterentwicklung und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in der Region
- Unterstützung lokaler Netzwerke in Kommunen, die ehrenamtlich zu den o. a. Zielen Beiträge leisten (z. B. Nachbarschaftshilfevereine); diese sollten möglichst flächendeckend existieren, zuverlässig und umfassend unterstützen.
- Anstoßen, motivieren und fördern eines möglichst flächendeckenden Prozesses „Gesunde Gemeinde“

Optimierung der Klinischen Versorgung und der Vernetzung mit ambulanter Nachsorge

- Unterstützung eines verbesserten Überleitungs- / Entlassungsmanagements der Kliniken (Vernetzung mit einschlägigen Einrichtungen zur Reha, Nachsorge bzw. langfristigen soz. Einbindung von Patienten) sowie Optimierung der Klinik internen Vernetzung (nach Modell CCCO im Klinikum Regensburg)

Betriebliches Gesundheitsmanagement

- Projekte zur Gesundheit des Klinikpersonals und zur Sicherung des medizinischen Nachwuchses
- Weitere Projekte zur Gesundheit in Betrieben anstoßen (Vielfacher Nutzen: erschließt u. U. Zugang zu sozial benachteiligte Gruppen, nützt auch dem Betrieb, schafft u. U. Zugänge zu „Verhältnisprävention“, nicht nur Verhaltensprävention)

Sport und Bewegung:

- Förderung der Kooperation mit Sportvereinen (insbes. ihres Zugangs zu soz. benachteiligten Gruppen), Anstiftung zu guter Praxis (z. B. „Im Alter AUFLeben“ des DTB) bzw. Förderung der Kooperation der VHS/Land mit Kommunen)

Ergänzende Optimierung von Strukturen

- Möglichkeiten bestehender Kommunikations- und Entscheidungsgremien nutzen, um Projekte und eine Vernetzung der Akteure in Handlungsfeldern anzustoßen und zu fördern.
- Gegebenenfalls Ämter-interne Vernetzung stärken (z. B. Gesundheitsamt und die zuständigen Stellen in Stadt und Landkreis, insbes. die für Senioren und für Behinderte zuständigen Stellen)
- Auf der „Metaebene“ der Förderung: Diffusion von best-practice-Ideen als wichtiges Ziel vorantreiben und unterstützen, nicht nur neue best-Practice-Projekte fördern.
- Bei der Beschaffung notwendiger Ressourcen: gegebenenfalls intensivere Kooperation mit dem Gemeinsam eG Sozialgenossenschaft / Regensburg, Nutzung von Förderprogrammen (Soziale Stadt), lokale Sponsoren, Sponsoring aus dem Bereich Gesundheitswesen der Region, Eigenfinanzierung bei betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen.

8.3.3 Handlungsempfehlungen

Bestehendes stärken und optimieren, vorhandene Vernetzungen nutzen, auf sektorübergreifendes Handeln ausrichten, best-practice Ideen verbreiten, die Initiativen auf die bestehenden, wichtigen Problemfelder fokussieren und ihre nachhaltige Umsetzung fördern:

Ein Versuch, diese Leitgedanken umzusetzen, sollte u. E. in folgende Handlungsschwerpunkte münden:

1. Gesunde Ernährung

Es bestehen vielfältige Angebote und erfahrene Träger für einschlägige Initiativen. Das Gebiet gehört zu den Hauptarbeitsgebieten von Gesundheitsamt und diverser amtlicher Stellen und verfügt über tragfähige Netzwerke (Netzwerk Junge Eltern/Familien - Ernährung und Bewegung des AELF und Arbeitsgruppe Kind und Ernährung des Gesundheitsamtes). Der Ausbau der Netzwerke könnte neue Zugänge zu sozial benachteiligten Gruppen erschließen, nachhaltigere Wirkung erzielen und einen besseren, d.h. möglichst flächendeckenden Zugang zu Kommunen im Landkreis eröffnen.

- Ausgangspunkt (wie bisher) Kooperation mit Kindergärten und Schulen (möglichst flächendeckend und möglichst alle Schultypen)
- Aber: Intensivierung des Zugangs zu Eltern (allgemein und bes. bildungsferne Gruppen), gegebenenfalls Zugang zu familiären Settings
- Kombination mit Zusatzzielen / Zusatzprojekten: Migranten, Kontakt Kinder Senioren (Kinder kochen für Senioren, vgl. Projektdatenbanken) Aktivierung im Stadtquartier
- Stärkung der Kooperation mit VHS Stadt/Land, Ausbau des dortigen Kursangebots in diesem Bereich / Integration „gesunder Ernährung“ in das genussorientierte Kursangebot, Unterstützung der VHS Land bei der Beschaffung geeigneter Räume für Veranstaltungen und Kurse zwecks (flächenmäßiger) Ausdehnung des Angebots
- Ausbau der Kooperation mit den Familienzentren in Stadt und Landkreis, auch zur Stärkung des Zugangs zu bildungsfernen, sozial benachteiligten Gruppen

Die Koordination der Initiativen könnte (turnusmäßig abwechselnd) beim Netzwerk Ernährung und Bewegung des AELF und der Arbeitsgruppe Kind und Gesundheit des Gesundheitsamtes liegen.

2. Gesundheitsversorgung: Sicherung der Gesundheitsversorgung im Landkreis und Optimierung der Kooperation klinischer und ambulanter Gesundheitsdienste

Auch hier gilt: Es bestehen vielfältige Angebote und erfahrene Träger für einschlägige Initiativen. Schlüsselinitiativen könnten die in Wörth an der Donau initiierten Ausbildungsangebote für Allgemeinmediziner/Hausärzte und das Modell des CCCO im Klinikum Regensburg sein. Hauptanliegen wären:

- Beobachtung und Stärkung aller Initiativen, die der Sicherung der Versorgung mit Hausärzten, aber auch die gute Erreichbarkeit von Fachärzten, Apotheken und Gesundheitsdiensten **in allen Landkreisgemeinden** dienen, Wahrung (mindestens) der bisher gegebenen Versorgung (d. h. **kein Abbau** von Angeboten infolge altersbedingten Ausscheidens von Ärzten), vielmehr:
- Anpassung des Angebots an Gesundheitsdiensten an die wachsende Bevölkerung, insbesondere die Zunahme der Zahl älterer Menschen; qualitative Anpassung des Angebots an dadurch veränderte Nachfrage (mehr Behinderte,

Mehrfacherkrankungen, mehr Demenzerkrankungen, höherer Zeitbedarf etc.)
Abstimmung der Leistungspauschale

- Förderung bestehender Initiativen, Anerkennung und (finanzielle bzw. ideelle) Förderung bisher ehrenamtlich erbrachter Leistungen für die oben genannten Modelle, Verbreitung der Erfahrungen mit intensiverer Kooperation stationärer und ambulanter Gesundheitsdienste
- Initiativen zur Optimierung des Entlassungsmanagements an Kliniken
- Sicherung einer zuverlässigen, flächendeckend wirksamen Notfallversorgung
- Sicherung des Nachwuchses im Bereich Pflege und Gesundheitsdienste und einer leistungsgerechten, konkurrenzfähigen Bezahlung in diesem Bereich
- Anreize und neue Praxisformen, auch zum Ausgleich der räumlichen Konzentration von Gesundheitsdiensten im Landkreis,
- Mobilität der Gesundheitsdienste und
- Mobilität der Patienten (z. B. Fahrdienste: möglichst flächendeckende, allzeit verfügbar, kostengünstig, zuverlässig, leicht erreichbar...)

Die Koordination der Initiativen in diesem Bereich sollte durch Ärztevertreter (möglichst in Kooperation mit Patientenvertretungen) geleistet werden und idealerweise bei den Protagonisten der oben genannten Modellprojekte (Wörth bzw. CCCO in Regensburg) liegen.

3. Alt und Gesund am Land

Ausgangspunkt ist auch hier: Es bestehen vielfältige Angebote und erfahrene Träger für einschlägige Initiativen. Die Initiativen sollten mit der Umsetzung des Seniorenpolitischen Gesamtkonzepts verbunden werden. Hauptanliegen wären:

- Gesundheitliche Versorgung, Unterstützung der Mobilität und Erreichbarkeit von Gesundheitsdiensten, Sicherung der Pflege, Hospiz- und Palliativversorgung, aber auch der hauswirtschaftlichen Versorgung und Teilhabe Älterer
- Unterstützung neuer Wohnformen
- Stärkung von Selbsthilfepotentialen, Nutzung der großen zukünftigen Potenziale durch die wachsende Zahl **junger** Alter, flächendeckende Hilfsstrukturen, Aufbau von Netzwerken und Organisationen zu dauerhaften Sicherung dieser Unterstützungsformen
- Kombination mit anderen Zielen, die die Integration und den generationenübergreifenden Kontakt stärken
- Partner in den Gemeinden vor Ort („Kümmerer“ vor Ort, die weitere Ehrenamtliche aktivieren. Netzwerke mit/für diese Kümmerer)
- Kombination mit dem Ziel: „Gesunde Gemeinde“

Koordination: Arbeitsgruppe Alter und Gesundheit des Gesundheitsamts, möglichst in Kooperation mit den im Landratsamt und in der Stadt für Senioren zuständigen Stellen

4. Sport und Bewegung

Der Bereich kann auf ein umfangreiches Vereinsangebot und Angebote sonstiger Träger aufbauen. Ziel wäre hier vor allem, bestehende Lücken in den Zugangschancen zu sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu schließen, den Kampf gegen den „inneren Schweinehund“, der mit Faulheit alle guten Vorsätze zerfrisst, zu unterstützen und Bewegung als effektives Mittel der Prävention weiter (also auch in der ärztlichen Verordnungspraxis) zu etablieren. Hauptanliegen:

- Kooperation mit Sportvereinen, gegebenenfalls anderen Sportanbietern
- Stärkung des Zugangs zu Erwachsenen, insbes. zu bildungsfernen Gruppen, Nutzung der einschlägigen Erfahrungen von FIT Regensburg und vergleichbarer Anbieter
- Anpassung des Angebots an aktuelle Entwicklungen (informelle, zeitlich ungebunden Organisation des Angebots), Bewerbung der Vorteile der Vereinsangebote (positive Wirkung durch Kontaktförderung, zeitliche Verpflichtung, Gruppendruck)
- Ausweitung des Angebots für die ältere Generation
- Förderung von Projekt und best-practice-Beispielen
- Vernetzung der örtlichen Anbieter/Überörtliche Vernetzung und Austausch von Erfahrungen und Projektideen
- Kooperation mit Ärzten und Gesundheitsdienstleistern zur besseren Integration von Bewegungsangeboten in die „ärztliche Verschreibungspraxis“

Koordination: örtliche Geschäftsstelle des BLSV in Kooperation mit dem Gesundheitsamt/Gesundheitsregion^{plus}

5. Gesundheit im Stadtquartier / Gesunde Gemeinde

Ausgangspunkt sind hier die in der Stadt Regensburg vorhandenen Familien- bzw. Jugendzentren, die Familienzentren des Landkreises, Erfahrungen dieser Institutionen und Projekterfahrungen in einschlägigen best-practice Projekten bzw. die Leitfäden, die bei der Förderung einer „Gesunden Gemeinde“ helfen sollen.

Hauptanliegen wären:

- Zugang zu bildungsfernen /soz. benachteiligten Schichten, Kombination mit Zugang zu Älteren/ Migrant*innen
- Projekte und Vernetzung wie in der Datenbank „Chancengleichheit“ beschrieben, inklusive Verbindung von Gesundheitszielen und sonstiger z. B. Integrationsanliegen oder Bildungsanliegen

- Aufbau einer Struktur, die einen nachhaltigen Weg zu einer „Gesunden Gemeinde“ (Stadtquartier) bereitet, Bewerbung und Einsatz der „Kümmerer“ vor Ort, die das Ziel „Gesunde Gemeinde“ vorantreiben und weitere Interessenten und Akteure vor Ort um sich scharen, Benennung von Gesundheitsbeauftragten (vielleicht in Kombination mit anderen Verantwortungsbereichen, wie z. B. Senioren, Behinderte, Familie, Jugend), gegebenenfalls in Kooperation mit anderen örtlichen Institutionen (Kirche, Vereine), Kontaktpflege, Schulung und Anreize für Gesundheitsbeauftragte, Unterstützung des Erfahrungsaustausches, der Dokumentation und Evaluation der Tätigkeit/der Prozesse

Koordination: Gesundheitsamt/Geschäftsstelle Gesundheitsregion Plus in Kooperation mit Familienzentren/QuartiersmanagerInnen und Kommunen, gegebenenfalls in Verbindung mit o. a. Schwerpunkt „Alt und Gesund im Landkreis“

6. Gesunde Betriebe

Unter Nutzung des bestehenden Netzwerks zur betrieblichen Gesundheit/Gesundheitstag Regensburg wäre das Anliegen hier:

- der weitere Ausbau und die Förderung von Gesundheitsprojekten in Betrieben und Verwaltungen,
- die Förderung von Pilotakteuren,
- die Organisation des Erfahrungsaustauschs,
- vor allem auch die Ermittlung und Darstellung der Effektivität für alle Beteiligten, inkl. auch der wirtschaftlichen Vorteile für den einzelnen Betrieb.

7. Projektförderung

Vernetzung und viele der oben skizzierten Aktivitäten brauchen Personal- und Sachressourcen, teils nur in Form von Anreizen, symbolischer Anerkennung oder Sachkostenerstattung, teils aber auch in Form normal bezahlter Arbeitseinsätze. Hinzu kommt, dass die in der Geschäftsstelle vorhandenen Ressourcen begrenzt sind. Wir gehen daher davon aus, dass eine Förderung von Initiativen auch durch Vermittlung/Einwerbung von Drittmittel Sinn macht und wichtige Anreize erschließt. Daher schlagen wir vor, dass die Geschäftsstelle der Gesundheitsregion^{plus} sich auch einsetzt für die

- Vermittlung von Projektförderung, Einwerbung von Drittmittel
- Unterstützung bei Projektplanung und Vernetzung,
- Förderung und Durchführung von Veranstaltungen

Die Tätigkeit könnte in Kooperation mit der Gemeinsam eG/Sozialgenossenschaft in Regensburg erfolgen und als allgemeines Angebot alle oben geschilderten Initiativen unterstützen.

Diese Handlungsempfehlungen sind zweifellos keine erschöpfende Aufzählung notwendiger Initiativen. Sie versuchen vielmehr unter Berücksichtigung der in der Gesundheitsregion^{plus} verfügbaren Ressourcen die Aktivitäten auf die Bereiche zu fokussieren, die wichtige Problembereiche und Defizite in der Region betreffen, für die aber auch zahlreiche kompetente Partner vorhanden sind, die zur Problemlösung beitragen können.

Gemeinsam.

Das ist die Intention der Gesundheitsregion^{plus}.

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Gesundheitsdeterminanten	8
Abbildung 2 Planungsregion Regensburg	13
Abbildung 3 Natürliches Bevölkerungssaldo 2010 bis 2014	15
Abbildung 4 Wanderungssaldo 2010 bis 2014.....	16
Abbildung 5 Bevölkerungsvorausberechnung für Bayern.....	18
Abbildung 6 Prognostizierte Einwohnerentwicklung Stadt und Landkreis Regensburg bis 2035.....	19
Abbildung 7 Veränderung der Einwohner nach Altersgruppen in Prozent	20
Abbildung 8 Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in Jahren (3-Jahres- Mittelwerte)	25
Abbildung 9 Vorzeitige Sterblichkeit (bis unter 65 Jahren) auf 100.000 Einwohner	26
Abbildung 10 Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene (5-Jahres-Mittelwerte)	27
Abbildung 11 Fragebogenstudie: Krankheitsprävalenzen	32
Abbildung 12 Anteil der Menschen mit mindestens einer chronischen Krankheit nach Geschlecht und Alter.....	38
Abbildung 13 Subjektive Gesundheit („sehr gut“ oder „gut“) nach Alter, Bayern 2012	39
Abbildung 14 Einfaches Modell zur Klärung gesundheitlicher Ungleichheit.....	42
Abbildung 15 Erhebliche krankheitsbedingte Einschränkungen in der Alltagsbewältigung nach Bildung 2012 – in Prozent	43
Abbildung 16 Subjektive Gesundheit nach Bildungsgruppen, Bayern 2012)	44
Abbildung 17 Prävalenz von chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Bildung, Alter und Geschlecht.....	47
Abbildung 18 Kreistypen der Versorgung in Bayern	58
Abbildung 19 Einwohner je Arzt in ambulanten Einrichtungen - Regionalvergleich	59
Abbildung 20 Kommuneneinteilung nach Planungsregionen für Hausärzte.....	60
Abbildung 21 Hausarzt-Dichte Region Regensburg	62
Abbildung 22 Versorgung mit Kinderärzten im Landkreis Regensburg.....	69
Abbildung 23 Versorgung mit Orthopäden im Landkreis Regensburg.....	70
Abbildung 24 Versorgung mit Psychotherapeuten im Landkreis Regensburg.....	71
Abbildung 25 Einwohner pro Apotheken im Regionalvergleich, 2016.....	74
Abbildung 26 Kommunen mit Apotheke als benannter Infrastrukturmangel (Top 3 von 20) nach Kommunen in Prozent	75
Abbildung 27 Einschätzung Vorhandensein Gesundheitsfachdienste in Kommune ...	76
Abbildung 28 Bevölkerungsveränderung 2014 bis 2028 in den Kommunen.....	81
Abbildung 29 Bevölkerungsveränderung der über 65-Jährigen 2014 bis 2028 in den Kommunen.....	82
Abbildung 30 Case Management im Versorgungssetting für den häuslichen Bereich	83
Abbildung 31 Wunsch Wohnformen bei Rüstig- oder Pflegebedürftigkeit im Landkreis in Prozent	87

Abbildung 32 Vorhandene bürgerschaftliche/nachbarschaftliche Netzwerke nach Kommunenangaben 2016.....	89
Abbildung 33 Aktuelle Gestaltung des Angebotsmixes	90
Abbildung 34 Zielführende Gestaltung des Angebotsmixes.....	91
Abbildung 35 Kommunen mit Präventionsangeboten in folgenden Bereichen	100
Abbildung 36 Vorhandensein von Präventionsangeboten bestimmter Anbieter in Kommunen in %.....	102
Abbildung 37 Einschätzungen der Kommunen zum Angebot zur gesundheitlichen Prävention	103
Abbildung 38 Fragebogenstudie: Test auf Gebärmutterhalskrebs bei Frauen.....	107
Abbildung 39 Bekannte Netzwerke und Arbeitsgruppen	118
Abbildung 40 Erwartungen der Kommunen an die Gesundheitsregion Plus (Top 10)	130

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Fragebogenstudie: Alter und Geschlecht in der Stichprobe	11
Tabelle 2 Fragebogenstudie: Subjektiv wahrgenommene Gesundheit	23
Tabelle 3 Auswahl Gesundheitsindikatoren	27
Tabelle 4 Fragebogenstudie: Stress-Leiden	33
Tabelle 5 Fragebogenstudie: gesundheitsbelastende Aspekte	40
Tabelle 6 Fragebogenstudie: Alter und Geschlecht getrennt nach Bildungsstand	45
Tabelle 7 Fragebogenstudie: Bildung und Krankheitsprävalenzen	45
Tabelle 8 Fragebogenstudie: Bildung und Stress sowie Kenntnis und Nutzung von Schulungen zu Stress	48
Tabelle 9 Fragebogenstudie: Bildung und Lebensstil	49
Tabelle 10 Fragebogenstudie: Anteil von Personen mit Schwerbehinderung	51
Tabelle 11 Fragebogenstudie: Krankheiten und Schwerbehinderung	52
Tabelle 12 Fragebogenstudie: Schwerbehinderung und subjektive Gesundheit	53
Tabelle 13 Fragebogenstudie: Stadt-Land-Unterschiede bei Krankheitsprävalenzen .	56
Tabelle 14 Fragebogenstudie: Unterschiede im Landkreis bei subjektiver Gesundheit	56
Tabelle 15 Fragebogenstudie: Stadt-Land-Unterschiede bei Lebensstil	57
Tabelle 16 Gesundheitsversorgung: Planungsregionen und Versorgungsgrad	61
Tabelle 17 Fragebogenstudie: Stadt-Land-Unterschiede beim Zugang zum Hausarzt	63
Tabelle 18 Fragebogenstudie: Kommunenunterschiede beim Zugang zum Hausarzt	64
Tabelle 19 Anteil der älteren Hausärzte (55+ Jahre) je Planungsregion	66
Tabelle 20 Bedarfsplanungsrichtlinien Fachärzte	67
Tabelle 21 Vorhandensein Gesundheitsfachdienste	77
Tabelle 22 Fragebogenstudie: Nutzung von kassenfinanzierten Präventionsangeboten bei Männern	105
Tabelle 23 Fragebogenstudie: Nutzung von kassenfinanzierten Präventionsangeboten bei Frauen	106
Tabelle 24 Datenbank Gute Praxis: Anzahl der je Zielgruppe vorhandenen Projekten	132

11 Quellen- und Literaturverzeichnis

- Apothekenbetriebsordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. September 1995 (BGBl. I S. 1195), die durch Artikel 42 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) geändert worden ist; online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/apobetro_1987/gesamt.pdf
- Apothekengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), das durch Artikel 41 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) geändert worden ist; online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/apog/gesamt.pdf>
- Artikel 25, Abs. 1 in: Allgemeine Erklärung der Menschenrechte 10. Dezember 1948 (A/RES/217, UN-Doc. 217/A-(III)). online verfügbar unter <http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>.
- Banger M. Evidenzbasierte Suchtmedizin (2006): Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen; mit 23 Tabellen. Deutscher Ärzteverlag
- Bayerisches Amt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2014): Gesundheitsreport Bayern. Eckdaten zur Gesundheit in Bayern – Update 2014; online verfügbar unter: https://www.lgl.bayern.de/publikationen/doc/gesundheitsreport_2014_02.pdf
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2017): Gesundheitsberichterstattung; online verfügbar unter <http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/index.htm>.
- Bayerisches Landesamt für Statistik (2014): Vorausberechnung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Bayern bis 2024 Zusammenfassung der Ergebnisse.
- Bayerisches Landesamt für Statistik (2015): Beiträge zur Statistik Bayerns. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Bayern bis 2034. Demographisches Profil für den Freistaat Bayern.
- Bayerisches Landesamt für Statistik (2015): GENESIS-Online (Bayern); online verfügbar unter www.statistikdaten.bayern.de.
- Bayerisches Landesamt für Statistik (2015): Zensus 2011: Gemeindedaten Bevölkerung mit Migrationshintergrund Ergebnisse für Bayern. Statistische Berichte.
- Bayerisches Landesamt für Statistik (2016): Die Gesundheit der Bevölkerung Bayerns – Ergebnisse des Mikrozensus 2013. Beiträge aus der Statistik – Bayern in Zahlen 04/2016; online verfügbar unter https://www.statistik.bayern.de/medien/statistik/BIZ/die_gesundheit_der_bevoelkerung_bayerns.pdf
- Bayerisches Landesamt für Statistik (2016): Ende 2015 lebten in Bayern mehr als 1,1 Million Menschen mit einer schweren Behinderung. Pressemitteilung 115/2016/54/K 04. Mai 2016.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2014): Volkskrankheit Diabetes mellitus; online verfügbar unter <https://www.stmgp.bayern.de/vorsorge/diabetes/>.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2015): Huml ermuntert zu mehr Bewegung gegen Bluthochdruck - Bayerns Gesundheits- und Pflegeministerin zum Welt-Hypertonie-Tag 2015 Pressemitteilung Nr.: 145/GP.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2016): Gesundheitsregion Plus, Konzept (Stand 9.3.2016), online verfügbar unter https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2016/04/konzept_gesundheitsregionen_plus_2016.pdf
- Bericht der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe für das Jahr 2016, KISS Regensburg (2016) (ohne Hrsg.)

- Bertelsmann-Stiftung (2012): Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. Wirksame Bildungsinvestitionen.
- Brooks R. EuroQol (1995): the current state of play. Health Policy. 1996 Jul; 37(1).
- Bundesinstitut für Berufsbildung (2014): Gesundheitsfachberufe im Überblick. Wissenschaftliche Diskussionspapiere Heft 153.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2013): Aktionsplan Präventions- und Ernährungsforschung. Forschung für ein gesundes Leben.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2017): Gebündelte Erforschung von Volkskrankheiten; online verfügbar unter <https://www.bmbf.de/de/gebundelte-erforschung-von-volkskrankheiten-157.html>.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012): "Leben in Balance – Seelische Gesundheit von Frauen; online verfügbar unter http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Leben_in_Balance_-_Seelische_Gesundheit_von_Frauen_01.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (2012): Aktiv gesund sein. Auswirkungen von Bewegung auf die psychische Gesundheit von Frauen; online verfügbar unter http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Aktiv_sein_-_fuer_mich_Gesundheit_von_Frauen.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (2016): Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Drogen- und Suchtbericht Juni 2016.
- Bundesministerium für Gesundheit (2016): Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens am Arbeitsplatz; online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/gesundheits-und-wohlbefinden-am-arbeitsplatz.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (2017): Früherkennung und Vorsorge. Gesundheitsförderung und Prävention für Ältere; online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/frueherkennung-vorsorge/aeltere-menschen.html>.
- Bundesministerium für Gesundheit (2017): Gesundheitsgefahren; online verfügbar unter <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (2017): Gesundheitswesen. Gesundheitsziele; online verfügbar unter <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsziele.html#c1358>.
- Bundesministerium für Gesundheit (2017): Glossar. Rauchen; online verfügbar unter: <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/r/rauchen.html>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
- Bundeszentrale für politische Bildung (2016): Bildung als Ressource für Gesundheit; online verfügbar unter <http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2016/226599/bildung-als-ressource-fuer-gesundheit>
- Deutsche Alzheimergesellschaft e.V. (2016): Informationsblatt 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2016): Jahrbuch Sucht 2016. Daten und Fakten; online verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/PM_Daten_und_Fakten.pdf

- Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr 31; online verfügbar unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl115s1368.pdf#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27%5D__1494318631146
- Gesundheitsamt Regensburg (2015): Gesundheit in Stadt und Landkreis Regensburg. Regionaler Gesundheitsbericht 2015.
- Grabka, Markus (2016): Einschätzungen des Gesundheitszustandes und der Gesundheitszufriedenheit. In: Bundeszentrale für politische Bildung (2016): Datenreport 2016; online verfügbar unter <http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2016/226577/gesundheitszustandes-und-gesundheitszufriedenheit>.
- Greiner W, Claes C, Busschbach JJ, von der Schulenburg JM (2005): Validating the EQ-5D with time trade off for the German population. European Journal of Health Economics. 2005 Jun; 6 (2).
- <http://www.esa-survey.de/>
- Hurrelmann, Klaus, Franzkowiak Peter (2015): Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Alphabetisches Verzeichnis; online verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit/?marksuchwort=1>
- Hurrelmann, Klaus; Richter, Matthias (2007): Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. In: Gesundheit und Soziale Ungleichheit (Aus Politik und Zeitgeschichte, 42/2007), hg. von der Bundeszentrale für politische Bildung¹
- ikon VerlagsGmbH (2017): Gesundheit und Gesundheitsbildung; online verfügbar unter http://www.redmonds.cc/23099_probe.pdf
- KISS- Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (2017): Verzeichnis der Selbsthilfegruppen und Initiativen in Stadt und Landkreis Regensburg, Nr. 29.
- Kriwy, Peter; Jungbauer-Gans, Monika (2004): Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern.
- Lampert, Thomas Dr. (2013): Neueste Daten zum Rauchen aus den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts.
- Landratsamt Regensburg (2015): Gesundheit in Stadt und Landkreis Regensburg. Regionaler Gesundheitsbericht Regensburg.
- Landratsamt Regensburg (2017): Aktionsplan Inklusion und Demographie.
- Magazin erwachsenenbildung. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs (2015): Gesundheit und Bildung (Ausgabe 24, 2015).
- Rabin R, de Charro F (2001): EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. Annals of Medicine. 2001 Jul; 33 (5).
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012) Rückenschmerzen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 53. RKI, Berlin.
- Robert-Koch-Institut (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- Robert-Koch-Institut (2012): GEDA 2012. Einflussfaktoren auf die Gesundheit: Körperliche Aktivität.

- Robert-Koch-Institut (2012): Gesundheit in Deutschland aktuell. Übergewicht und Adipositas 2012; online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Geda2010/uebergewicht_adipositas.pdf?__blob=publicationFile
- Robert-Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.
- Seel, Mechthild, Hurling, Elke (2005): Die Pflege des Menschen im Alter. Ressourcenorientierte Unterstützung bei AEDL.
- Stadt Regensburg (2013): Tätigkeitsbericht 2011/2012. Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht. online verfügbar unter https://www.regensburg.de/fm/121/taetigkeitsbericht_fqa_stadt_regensburg_2011_2012.pdf
- Stadt Regensburg (2015): Qualitätsbericht für 2013/2014 der Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA/Heimaufsicht).
- Statistische Ämter der Länder und des Bundes (2014): Zensusdatenbank. Personen nach Höchster Schulabschluss für Regensburg (Kreisfreie Stadt) und Regensburg, Landkreis (Landkreis).
- Wirtz, Markus Antonius (Hrsg.) (2016): Dorsch - Lexikon der Psychologie. 18. Auflage. Lebensalter, drittes und viertes.
- World Health Organization (2017): BMI classification; online verfügbar unter http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html