



Vorarbeiten zum lokalen Fachplan Gesundheit.

LIGA.Praxis 9

Impressum

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen
(LIGA.NRW)
Ulenbergstraße 127 – 131
40225 Düsseldorf
Telefon 0211 3101-0
Telefax 0211 3101-1189
www.liga.nrw.de
poststelle@liga.nrw.de

Autoren

Prof. Dr. med. Rainer Fehr MPH Ph. D. , LIGA.NRW
Manfred Dickersbach, LIGA.NRW
Dr. med. Rudolf Welteke, LIGA.NRW
unter Mitarbeit von Dipl.-Ing. Martin Enderle, Enderle Beratung, Bielefeld

Redaktion und Bearbeitung

LIGA.NRW

Namensbeiträge geben die Meinung der
Verfasser wieder. Sie entsprechen
nicht unbedingt der Auffassung des
Herausgebers.

Layout und Verlag

LIGA.NRW

Das LIGA.NRW ist eine Einrichtung des
Landes Nordrhein-Westfalen und gehört
zum Geschäftsbereich des Ministeriums
für Arbeit, Integration und Soziales.

Nachdruck und Vervielfältigung, auch
auszugsweise, nur mit Genehmigung
des LIGA.NRW.

Düsseldorf, Dezember 2011

ISBN 978-3-88139-186-3

Vorarbeiten zum lokalen Fachplan Gesundheit.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	9
Zusammenfassung/Abstract	11
1. Ausgangslage und Motivation	13
2. Fachplanung anderer Sektoren.....	15
3. Bestehende Planungsansätze im Gesundheitssektor	23
3.1 Gesundheitsplanung und „ Mitwirkung an Planung“	23
3.2 Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitskompetenz	26
3.3 Gesundheitsbezogene Kartographie und GIS-Anwendungen.....	27
3.4 Vorarbeiten zu Kommunalen Fachplänen „Gesundheit“	28
4. Fachgespräche zum Thema „Fachplan Gesundheit“, 2009	41
5. Erste Pilotphase zum Thema „Fachplan Gesundheit“, 2010.....	45
5.1 Arbeitsergebnisse Kreis Unna	47
5.2 Arbeitsergebnisse Stadt Solingen.....	53
5.3 Arbeitsergebnisse Stadt Bielefeld.....	59
6. Resümee und Ausblick.....	69
7. Literatur	71

Abbildungsverzeichnis und Quellennachweis

Abbildung 1:

Ablauf der Spielleitplanung nach dem Konzept in Rheinland-Pfalz
(Quelle: Land Rheinland Pfalz) 19

Abbildung 2:

Projektübersicht Telli-Quartier in Aarau/Schweiz
(Quelle: Stadt Aarau, Schweiz) 25

Abbildung 3:

Beteiligte in der Fachplanung Gesundheit
(Quelle: Enderle Beratung, Bielefeld) 30

Abbildung 4:

Stadt Wolfsburg – Schul- und KITA-Standorte
(Quelle: Stadt Wolfsburg) 31

Abbildung 5 a:

Luftbelastung durch Feinstaub und Stickoxide hinterlegt mit dem
Entwicklungsindex der Sozialen Stadtentwicklung (Monitoring 2009) in Berlin
(Quelle: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz – zitiert nach
UMID 2/2011 des Umweltbundesamtes, Beitrag Kleinschmit, B. et al., S. 31-32) 33

Abbildung 5 b:

Bioklimatische Bewertung hinterlegt mit dem Entwicklungsindex
der Sozialen Stadtentwicklung (Monitoring 2009) in Berlin
(Quelle: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
– zitiert nach UMID 2/2011 des Umweltbundesamtes, Beitrag Kindler, A. et al. S. 33-35) 34

Abbildung 6:

Versorgung mit wohnungsnahen Grünanlagen im Stadtgebiet Berlin
(Quelle: Umweltatlas der Stadt Berlin. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung
Abt. Geoinformation, Informationssystem Stadt und Umwelt) 35

Abbildung 7:

Trinkwasserversorgungsgebiete und Wasserwerke im Stadtgebiet Düsseldorf und Umgebung
(Quelle: Landesamt für Natur-, Umwelt- und Verbraucherschutz des Landes Nordrhein-Westfalen -
LANUV NRW/IT.NRW) 36

Abbildung 8:

„Wärmeinseln“ in Stuttgart – dargestellt durch die
Anzahl der Tage mit Wärmebelastung im Jahr 2008
(Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Amt für Umweltschutz, Abt. Stadtklimatologie) 37

Abbildung 9:

Ablaufschema Fachplan Gesundheit
(Quelle: Enderle Beratung, Bielefeld) 38

Abbildung 10 a:

Einzugsbereiche (1-km-Radien) der vorhandenen KITAs verschnitten mit den Standorten von Haus-
halten mit Kindern dargestellt durch sternförmige Symbole (grün: innerhalb; rot: außerhalb der
Einzugsbereiche) – Ausschnitt der Originalkarte für den Landkreis mit Kern und Umgebung des
Stadtgebiets Unna
(Quelle: Kreis Unna) 50

Abbildung 10 b:

Schritt 7 im Aufbau der Basiskarten Kreis Unna: raumbezogene Auswertung durch
Verschneidung der KITA-Einzugsbereiche mit tatsächlichen und potentiellen Wohnbauflächen
(Quelle: Kreis Unna)..... 51

Abbildung 11:

Infrastruktur Gesundheit für ältere Menschen in der Solinger Nordstadt –
Kartendarstellung als Produkt aus der Pilotphase 2010 zum Projekt Fachplan Gesundheit
(Quelle: Stadt Solingen)55

Abbildung 12:

Pilotphase Stadt Bielefeld, hier beispielhaft die Frühförderfälle mit umschriebenen Entwicklungs-
störungen der motorischen Funktion 2009 (Karte differenziert das Stadtgebiet Bielefelds grob nach
7 Postleitzahlbezirken), (Quelle: Stadt Bielefeld).....62

Vorwort

Um das Bewusstsein für das Thema Gesundheit im intersektoralen Dialog zu stärken und die Arbeit der unteren Gesundheitsbehörden zu unterstützen, bemüht sich LIGA.NRW darum, die Entwicklung lokaler Fachpläne Gesundheit zu fördern.

Die hier vorliegende Langfassung gibt detailbezogene Ergänzungen zu der bereits als Online-Exzerpt veröffentlichten Kurzfassung über die Vorarbeiten auf dem Weg zu einem Konzept kommunaler Fachpläne Gesundheit. Die Langfassung wendet sich insbesondere an Akteure vor Ort, die sich mit dem konkreten Aufbau kommunaler Fachpläne Gesundheit auseinandersetzen und dazu eine detailreiche Darstellung der bisherigen Vorarbeiten benötigen.

Wir danken an dieser Stelle allen, die sich an den bisherigen Schritten beteiligt haben, unter anderem an den vorbereitenden Fachgesprächen im Jahre 2009 und an einer ersten Pilotphase (Kreis Unna, kreisfreie Städte Solingen und Bielefeld) im Jahre 2010. Durch ihr Engagement haben sie den jetzigen Stand der Projektarbeiten ermöglicht und einen Grundstein für die weiteren Arbeitsschritte gelegt.

Besonderer Dank gilt an dieser Stelle Herrn Dipl.-Ing. Martin Enderle, der im Auftrag des LIGA.NRW an der Erarbeitung der fachlichen Grundlagen wesentlich mitwirkte sowie die Pilotphase 2010 organisierte und begleitete und dem wir vielfältige Anregungen für das gesamte Vorhaben verdanken.

Weiterhin sei Herrn Ch.-D. Rösgen von der Bezirksregierung Detmold gedankt, welcher als Experte für Regionalplanung seinerzeit in einem Referat zum Beitrag des Gesundheitssektors zu Planungsvorhaben angemerkt hatte, es fehle „so etwas wie ein Fachplan Gesundheit“.

Rainer Fehr, Rudolf Welteke, Manfred Dickersbach

Zusammenfassung/Abstract

Zusammenfassung

Das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) entwickelt ein Konzept für innovative lokale Fachpläne Gesundheit mit dem Ziel, die Arbeit der unteren Gesundheitsbehörden zu unterstützen. Insbesondere soll das Bewusstsein für das Thema Gesundheit im intersektoralen Dialog gestärkt sowie ein stärkerer Rückhalt für gesundheitspositive Maßnahmen innerhalb und außerhalb des Gesundheitssektors aufgebaut werden. Mit einem solchen Fachplan kann die untere Gesundheitsbehörde wichtige Teile ihres Leistungsspektrums wirkungsvoll darstellen. Des Weiteren besteht die Option, auf moderne technikgestützte Elemente zurückzugreifen, die eine raumbezogene Darstellung gesundheitlicher Themen und Belange ermöglichen.

Die Zukunftsaufgaben, denen sich der Gesundheitssektor gegenüber gestellt sieht, betreffen in vergleichbarer Form auch andere Sektoren. Daher wurden entsprechende Fachplanungen exemplarisch untersucht, um sich informieren und inspirieren zu lassen. Ferner wurden bestehende Planungsansätze im Gesundheitssektor ausgewertet. Im Jahre 2009 erfolgte zum Thema „Fachplan Gesundheit“ eine Serie von Fachgesprächen, insbesondere mit lokalen Akteuren. Im Jahre 2010 wurde ein Pilotprojekt in Gang gesetzt, um das neue Instrument in einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten zu erproben. Hieran beteiligten sich die Gesundheitsbehörden des Kreises Unna sowie der Städte Solingen und Bielefeld.

Als Ergebnis werden Fachpläne Gesundheit als geeignet angesehen, die Wirksamkeit lokaler Gesundheitspolitik für die Gesundheit der BürgerInnen zu stärken. Deutlich wurde, dass mehrere Teilaspekte weiterer Diskussion bedürfen, darunter die Kooperation mit der lokalen Gesundheitskonferenz und mit kommunalpolitischen Gremien. Gleiches gilt für umfangreichere Partizipation sowie auch für konsequente Behandlung des Themas „vulnerable Gruppen“. Angesichts des Potenzials zur Unterstützung regionaler und lokaler Gesundheitspolitik verdienen es sowohl der Gesamtansatz als auch seine möglichen Ausdifferenzierungen, weiter erkundet zu werden.

Abstract

The NRW Institute of Health and Work (LIGA.NRW) develops a concept for innovative local health plans, in order to support the work of local health authorities. In particular, this is meant to strengthen the awareness of health issues in the intersectoral dialogue, and to support health-positive measures within and outside the health sector. Based on such health plans, the local health authorities can effectively demonstrate important parts of their work. An additional option refers to the deployment of advanced technologies for spatial representation of health-related topics and concerns.

Challenges in other societal sectors are similar to those of the health sector. Departmental planning approaches of other sectors therefore were analysed for informing and inspiring the health sector. A variety of existing „planning“ approaches within the health sector was identified and analysed, too. In 2009, a series of discussions on local health plans was held with (local) health professionals. In 2010, a pilot project was launched to test the concept in a small number of city and county administrations. The health departments of the cities of Bielefeld and Solingen and the department of the county of Unna in NRW participated in this pilot.

As a result, departmental health plans are recognised as supporting the work of local health departments. Clearly, several aspects are in need of further discussion, including the collaboration with local “health conferences” and other political bodies. This also refers to more comprehensive participation, and to effectively covering the topic of “vulnerable groups”. Given the potential to promote regional and local health policy, both the overall approach and its potential differentiations deserve further exploration.

1. Ausgangslage und Motivation

In Nordrhein-Westfalen und seinen Kommunen existiert eine verlässliche Basis für gute lokale Praxis zum Thema „Gesundheit“. Hierzu tragen örtliche wie auch übergreifende Faktoren bei, wobei je nach Ausgangssituation unterschiedliche Akzente im Gesundheitssektor bestehen. So bieten verbesserte Datenerhebung und Gesundheitsberichterstattung die Grundlage für eine stärker evidenzbasierte Praxis im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Als vorbildlich werden auch immer wieder die mit dem ÖGD-Gesetz NRW 1997 gestarteten Kommunalen Gesundheitskonferenzen gesehen. Gelingt es doch vielerorts darüber, Impulse der örtlichen Gesundheitsbehörde durch ein verlässliches und kontinuierlich arbeitendes Akteurskonsortium auf eine breitere Basis zu stellen.

Damit sind in vielen Kommunen die Bemühungen erfolgreich, eine zeitgemäße kommunale Gesundheitspolitik und -verwaltung zu gestalten und Gesundheitsbelange durchzusetzen: mit abgestimmten thematischen Gewichtungen und Priorisierungen, mit einem größeren Maß an Transparenz sowie mit fachlich erörterten und auf Kooperation und Partizipation bauenden Ziel- und Handlungskonzepten.

Gleichzeitig bestehen auch in Nordrhein-Westfalens Kommunen unübersehbare Herausforderungen. Komplexer werdende Aufgabenstellungen und Aufgabenerweiterungen im Gesundheitssektor erfordern eine innovative Grundeinstellung. Das bedeutet im fachlichen, technischen und auch sozialen Bereich stetige Anpassung an geänderte Anforderungen. Dazu gehören der systematische Erwerb erweiterter Kompetenzen bei ÖGD-MitarbeiterInnen sowie konsequente Aneignung neuer fachlicher Perspektiven.

Für solche zukunftsfähigen Fertigkeiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst stehen nur eng begrenzte Ressourcen zur Verfügung. Trotzdem werden Entwicklungsbemühungen fortgesetzt; diese bringen immer wieder beachtliche Erfolge hervor. So präsentiert z.B. der jährliche Wettbewerb „Gesundes Land NRW“ immer wieder neue, anregende Projekte. Auch stellen die Internet-Auftritte verschiedener Kommunen die besondere Kompetenz und Leistungsfähigkeit der lokalen Gesundheitsbehörden dar – meist mit ausgeprägten Schnittstellen zu anderen Diensten und kommunalen Angeboten.

Sowohl in den im Wettbewerb ausgezeichneten kommunalen Projekten wie auch im bürger- und bürgerrinnenorientierten Behördenangebot wird deutlich, dass in Zeiten ungünstiger Haushaltslage ein Innovationspotenzial überwiegend durch Kooperationen freigesetzt wird. Häufig kommen Partnerschaften zwischen öffentlichen Trägern und Stiftungen zustande. Ferner entstanden vielerorts durch Verwaltungsreformen übergreifende Strukturen, die auch das Gesundheitsressort in einen größeren Kontext einbeziehen.

In dieser „Gemengelage“ des kommunalen Gesundheitssektors lassen sich sowohl Chancen wie auch Risiken für den Stellenwert des Themas „Gesundheit“ sowie für die Entwicklung des ÖGD ausmachen. Es erscheint wünschenswert und machbar, das Thema Gesundheit deutlicher und wirksamer darzustellen und in die intersektorale Diskussion einzubringen. Hier setzen die Bemühungen um einen lokalen Fachplan Gesundheit an. Ziel ist es, mit Hilfe dieses innovativen Instrumentes das Bewusstsein für das Thema Gesundheit zu stärken sowie einen stärkeren Rückhalt für spezifische Maßnahmen innerhalb und außerhalb des Gesundheitssektors aufzubauen.

Mit einem Fachplan Gesundheit kann die untere Gesundheitsbehörde wichtige Teile ihres Leistungsspektrums übersichtlicher und wirkungsvoller darstellen. Des Weiteren besteht die Option, auf moderne technikgestützte Elemente zurückzugreifen, die eine raumbezogene Darstellung gesundheitlicher Themen und Belange ermöglichen. Letzteres ist von besonderer Bedeutung für die Professionalisierung gesundheitsbezogener Mitwirkung an Planungen, beinhaltet aber auch für weitere Aufgaben im Gesundheitssektor beträchtliches Entwicklungspotenzial, wie beispielsweise für quartier- und zielgruppenbezogene Aktivitäten der Gesundheitsförderung¹.

Ein der kommunalen Fachöffentlichkeit zugänglicher Fachplan Gesundheit kann, auch über die damit verbundene größere Planungssicherheit und -transparenz, einen Kooperationsimpuls gegenüber anderen (nicht-)behördlichen Akteuren transportieren. Bei geeigneter Entwicklung kann dieses Instrument für die gesundheitsbehördliche Praxis in hohem Maße nützlich werden. Zu denken ist dabei beispielsweise an:

¹ Bär, G. et al. (2009)

- Unterstützung der Präsenz von „Gesundheit“ im Konzept kommunaler Politik, Verwaltung und Entwicklungsplanung
- nachdrückliche Vertretung von Gesundheitsbelangen in der räumlichen Planung und in Stadtentwicklungsszenarien
- größere Harmonie zwischen der allgemein akzeptierten Bedeutung des Themas Gesundheit einerseits und der Sichtbarkeit konkreter gesundheitsbezogener Themen und Aktivitäten vor Ort.

LIGA.NRW ist daher bemüht, mit dem Konzept zu einem Fachplan Gesundheit ein neues Instrument kommunaler Gesundheitspolitik und -verwaltung aufzubauen und für eine Übernahme in den kommunalen Alltag serienreif zu machen. Auf dem Weg dahin galt und gilt es, sich von den in anderen Sektoren vorliegenden Ansätzen inspirieren und informieren zu lassen, relevante Ansätze im Gesundheitssektor heranzuziehen und zu prüfen, den Dialog mit lokalen Akteuren zu dokumentieren, die erste Pilotphase auszuwerten und die Vorbereitungen für eine weitere Pilotphase zu treffen.

2. Fachplanung anderer Sektoren

Die Herausforderungen und Zukunftsaufgaben, denen sich der Gesundheitssektor vor allem in seinem Arbeitsauftrag zur Prävention und Gesundheitsförderung gegenüber gestellt sieht, betreffen in vergleichbarer Form auch andere Sektoren und deren behördliche Strukturen. Für kommunale Gesundheitsbehörden eröffnet ein Blick über die Ressortgrenze die Chance, von anderen Sektoren zu lernen. Daher die Frage: Welche Ansätze sind in Nachbarressorts vorzufinden?

Zunächst sei festgehalten, dass wir auf eine doppelte Bedeutung des Begriffes (Fach-)Plan stoßen. Zum einen bezeichnet der Begriff die Darstellung einer Region als Kartenwerk, Landkarte oder Stadtplan, mit Eintragung relevanter Größen und Objekte als Punkte, Linien und Flächen. Zum anderen bezeichnet er das Substrat von „Planung“: er benennt ein Ziel oder Zielebündel sowie eine systematische Abfolge geplanter Teilschritte, um gewünschte Veränderungen herbeizuführen.

Pläne der erstgenannten Art werden insbesondere in Planungsämtern, Bauämtern, Ämtern für Statistik, Umweltämtern sowie Behörden der Stadtentwicklung, der Verkehrsplanung und des Denkmalschutzes verwendet. Weitere kommunale Ressorts warten auf mit differenziert ausgearbeiteten Fachplänen im letzteren Sinne, so beispielsweise Ämter für Jugend, für Senioren, für Kultur, für Sport. Die zwei genannten Arten von (Fach-)Plänen schließen sich nicht etwa aus, sondern ergänzen sich häufig.

Unabhängig von der spezifischen Ausgestaltung der Fachplanungen in den verschiedenen Ressorts lassen sich auch Gemeinsamkeiten ausmachen. Insbesondere zielen die Fachpläne darauf ab, die sektoralen Themen und Belange für breite Kreise – darunter auch die allgemeine Öffentlichkeit – systematisch deutlich zu machen. Dargestellt werden Sachstand, Zielvorstellungen, Akteure und ihre jeweiligen Aktionsbeiträge, spezielle Problemlagen sowie in der Regel auch eine Abfolge geplanter Teilschritte zur Weiterentwicklung und Problemlösung.

Dabei unterscheiden sich kommunale Fachressorts deutlich im Einsatz kartographischer Technik. Insbesondere hat der Einsatz von Geo-Informationssystemen (GIS) zu einer Differenzierung geführt².

Viele Ressorts, die ihre Aufgaben zum großen Teil mit Kartenmaterial hinterlegen, haben hier seit geraumer Zeit eine für ihren Bedarf gut geeignete Technik gefunden. GIS-Technologien und der inzwischen übliche Online-Austausch GIS-basierter Darstellungen haben Planungs-, Kataster-, Bau- und Umweltämter und andere Behörden in ihrem Verwaltungshandeln im Rahmen der Stadtentwicklung entscheidend geprägt. Oft bietet sich eine auf Kartendarstellungen basierende „Fachplanung“ als Grundgerüst für Verwaltungshandeln an.

Der Blick auf einige typische Fachplanungen lässt verschiedene funktionale Aspekte erkennen, die dieses Instrument unter unterschiedlichen Anforderungen entwickeln kann. Eine große Variabilität der Ausformung solcher Fachpläne ist zu beobachten; je nach Thema weisen sie mehr oder weniger ausgeprägten Raumbezug auf.

Fachpläne können als Steuerungsinstrument für das eigene Handlungsfeld wirken. So versteht sich der Fachplan „Kinder- und Jugendförderung“ des Jugendamtes der Stadt Leipzig als strategisches Steuerungsinstrument der Sozialverwaltung; er weist Schwerpunkte folgender Art auf:

- Festlegung fachlicher Grundpositionen der Leipziger Jugendhilfe
- Entwicklung von Leitlinien der Kinder- und Jugendförderung
- Erarbeitung fachlich-sozialräumlicher Erfordernisse für anstehende und zu bewältigende Aufgaben und Anforderungen
- Aufbereitung planungsrelevanter soziodemografischer Entwicklungen
- sozialräumlich orientierte Bestandsermittlung, -bewertung und Maßnahmenplanung.

Die fachlichen Schutzgutbetrachtungen in räumlichen Planungsverfahren rekrutieren sich oft aus jeweils eigenen Fachplänen wie Landschaftsplänen, Freiraumplänen, wasserwirtschaftlichen Rahmenplänen, Lärminderungsplänen, Bodenschutzplänen. Dies erleichtert die Handhabung für gesamtäumliche Planungen. In diesem Sinne dürften auch entsprechende Fachpläne Gesundheit im kommunalen wie übergeordneten regionalen Zusammenhang eine systema-

² vgl. hierzu u. a. Dehrendorf, M. et al. (2004)

tische Wahrung von Gesundheitsbelangen der Bevölkerung („Schutzgut Mensch und menschliche Gesundheit“) unterstützen.

Als Fachplanung im Sinne der Raumplanung werden solche Bereiche angegeben, die sich auf einzelne Fachaufgaben konzentrieren und die – anders als die auch als Querschnittsplanung bezeichneten Bereiche Landesplanung und Bauleitplanung – nicht alle räumlichen Nutzungsansprüche gleichermaßen behandeln. Fachplanungen sind in der Regel durch Spezialgesetze geregelt. Für eine gesundheitliche Betrachtungsweise sind folgende Instrumentarien von besonderer Bedeutung: Verkehrsplanung; Landschaftsplanung (Naturschutz); Lärminderungsplanung (Lärmvorsorge); Luftreinhalteplanung; wasserwirtschaftliche Planung; Abfallwirtschaftspläne³.

Fachpläne entfalten auf sehr unterschiedlichem Wege Bindungswirkung oder Rechtsverbindlichkeit:

- Der Bundesverkehrswegeplan als Investitionsrahmenplan und Planungsinstrument der Bundesregierung wird vom Kabinett beschlossen und für die Bereiche Straße, Schiene und Wasserstraße in Gesetzesform gebracht wie beispielsweise das Bundes schienenausbaugesetz 2004.
- Der Abfallwirtschaftsplan für eine Region kann in Nordrhein-Westfalen nach einem förmlichen Verfahren gemäß Abfall- und Kreislaufwirtschaftsgesetz von der Bezirksregierung für verbindlich erklärt werden.
- Der Landschaftsplan als Instrument des örtlichen Naturschutzes und der Landschaftspflege wird in Nordrhein-Westfalen als Satzung beschlossen. Er wird in der Planungspraxis auch als „Bebauungsplan des Außenbereichs“ bezeichnet, was seine rechtliche Bedeutung parallel zum Bebauungsplan verdeutlichen soll.
- In den meisten anderen Bundesländern hat der Landschafts- oder Grünordnungsplan gutachterlichen Charakter und erlangt erst dann rechtliche Verbindlichkeit, wenn er ganz oder teilweise in die räumliche Gesamtplanung, insbesondere in Bebauungspläne integriert wird. Ähnliches gilt für Lärminderungspläne.
- Im Rahmen seiner örtlichen Planungshoheit kann der Stadt- oder Gemeinderat bestimmte Fachpläne, beispielsweise den Entwicklungsplan für einen Ortsteil oder ein Naturschutzkonzept im Rahmen eines Selbstbindungsbeschlusses für sein eigenes Handeln herausheben.

- In den Bereichen Verkehrsplanung und Wasserwirtschaft dienen die dort verankerten Fachpläne im Wesentlichen dazu, Bauprojekte vorzubereiten. Diese werden dann im Rahmen separater, auf die jeweilige Maßnahme zugeschnittener Planfeststellungsverfahren rechtsverbindlich. Handelt es sich um eine überörtlich bedeutende Planung, kann ein so genanntes Raumordnungsverfahren mit rein gutachterlichem Charakter vorgeschaltet werden.

Jedoch geht nicht nur von formell verbindlichen Plänen ein wichtiger Einfluss auf Entscheidungen aus. Wie eine Vielzahl von Beispielen zeigt, können Fachpläne mit rein informellem oder gutachterlichem Charakter durchaus eigene Bedeutung entfalten. Zu nennen wäre hier das Zielkonzept Naturschutz der Stadt Bielefeld oder zahlreiche Rahmen-, Stadtteil- oder Quartiersplanungen, die ihren Wert vor allem aus der Qualität, Verständlichkeit und öffentlichen Wirkung ihrer Informationen beziehen.

³ Löhr, Enderle (2005)

Fachpläne – Praxisbeispiele

Fachpläne werden zahlreich und in sehr unterschiedlichen, gesellschaftlich relevanten Arbeitsfeldern entwickelt. Hierzu folgen einige Praxisbeispiele.

Denkmalpflegeplan Stadt Gütersloh: Beschlossen vom zuständigen Ausschuss, enthält der Fachplan Texte und Fotodokumentationen mit historischen Karten und nennt schützenswerte Gebäude. Der Plan stellt die Stadtentwicklung in einen historischen Zusammenhang und enthält ein Maßnahmen- und Handlungskonzept für die Fachbehörde des Denkmalschutzes. Er soll in digitalisierter Form in der Verwaltung genutzt und in Form einer Publikation der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. – Denkmalpflegepläne, die nach § 25 DenkSchG NRW erstellt werden können, liegen beispielsweise auch in den Städten Bonn (für den Ortsteil Beuel) und Burscheid vor.

Ein Beispiel interaktiver GIS-gestützter Online-Dokumentation der kommunalen Denkmalpflegeplanung findet sich etwa für den Kreis Recklinghausen („Geoatlas Denkmal“). Intuitiv nachzuvollziehen ist die dort integrierte Ansteuerung identifizierbarer Einzelobjekte mit hinterlegten Stadtplänen der einzelnen Gemeinden.

Die betreffende, für NRW geltende gesetzliche Regelung lautet:

§ 25 DSchG(Gesetz) - Landesrecht Nordrhein-Westfalen Denkmalpflegeplan

- (1) Die Gemeinden sollen Denkmalpflegepläne aufstellen und fortschreiben.
- (2) Der Denkmalpflegeplan gibt die Ziele und Erfordernisse des Denkmalschutzes und der Denkmalpflege sowie die Darstellungen und Festsetzungen in der Bauleitplanung nachrichtlich wieder.

Er enthält

1. die Bestandsaufnahme und Analyse des Gebietes der Gemeinde unter siedlungsgeschichtlichen Gesichtspunkten,
2. die Darstellung der Bau- und Bodendenkmäler, der Denkmalsbereiche, der Grabungsschutzgebiete sowie - nachrichtlich - der erhaltenswerten Bausubstanz und
3. ein Planungs- und Handlungskonzept zur Festlegung der Ziele und Maßnahmen, mit denen der Schutz, die Pflege und die Nutzung von Denkmälern im Rahmen der Stadtentwicklung verwirklicht werden sollen.⁴

Der Denkmalpflegeplan enthält im Einzelnen:

- den siedlungsgeschichtlichen Begründungszusammenhang des Denkmalschutzes und der Denkmalpflege,
- die denkmalpflegerische Bewertung von Sachen (Siedlungsgrundrisse, Straßen, Plätze, Gebäude und Details),
- Hinweise auf den Einsatz der Instrumente des Denkmalschutzes und der Denkmalpflege (Listen, Satzungen etc.),
- Leitlinien für besondere Fachplanungen durch Hinweise auf städtebauliche Erhaltungsgebiete; Aussagen über Umnutzungsmöglichkeiten einzelner Standorte (in Abstimmung mit der STEP),
- Verträglichkeitsgesichtspunkte mit allen Aussagen und Festsetzungen der Bauleitpläne (soweit erstellt).

Der Denkmalpflegeplan verbindet rein denkmalpflegerische Festsetzungen mit den Belangen einer erhaltenden Stadterneuerung und enthält insoweit Maßnahmen, Dringlichkeit der Förderung schützenswerter Bereiche, Straßenabschnitte, Gebäude mit Angabe eines Zeit- und Finanzierungsrahmens⁵.

Online-Quellen (Denkmalschutzplanung)

- Beschlussvorlage Bürgermeisterin Stadt Gütersloh 268/2009
https://ratsinfo.guetersloh.de/.../Beschlussvorlage_268-2009.pdf
- Bonn-Beuel Denkmalpflegeplan 2004 (Broschüre nur noch als Druckexemplar zugänglich)
http://www.bonn.de/umwelt_gesundheit_planen_bauen_wohnen/stadtplanungsamt/denkmalpflege/denkmalpflegeplaene/02345/index.html?lang=de
- Pressemitteilung 2010 zum Denkmalpflegeplan der Stadt Troisdorf
<http://www.troisdorf.de/troisdorf/pressemitteilungen/2010/2010-532.htm>
- „Geoatlas Denkmal“ Kreis Recklinghausen
<http://www.kreis-re.de/default.asp?asp=vdb&zaehler=56&DBTAB=geoatlas&DBN=geoatlas&amtmenu=97>

⁴ Zitiert nach URL: http://www.lexsoft.de/cgi-bin/lexsoft/justizportal_nrw.cgi?t=131013868360476941&xid=166852.26

⁵ Zitiert nach der Dokumentation aus dem Fachbereich Raumplanung der Universität Dortmund unter URL: <http://www.raumplanung.tu-dortmund.de/slg/pdf/Unterschutzstellung%20von%20Denkmalsbereichen.pdf>, die zahlreiche weitere Literaturverweise enthält

Fachpläne des Jugendamtes der Stadt Leipzig: Das Jugendamt der Stadt Leipzig verfolgt einen erheblichen Teil seiner Pflichtaufgaben mithilfe von Fachplänen, die in der Regel von kommunalpolitischen Gremien förmlich beschlossen werden. Sie sind Teil der so genannten Jugendhilfeplanung, einer Pflichtaufgabe nach SGB VIII. Herauszuheben sind:

- der bereits erwähnte Fachplan ‚Kinder- und Jugendförderung‘ (2007), der sich als Instrument zur systematischen Entwicklung der Handlungsfelder Kinder- und Jugendarbeit, Jugendverbandsarbeit, Jugendsozialarbeit, Kinder- und Jugendschutz sowie Familienbildung versteht. Der Plan hat das Ziel, „positive Lebensbedingungen für junge Menschen und deren Familien zu erhalten oder zu schaffen und ein qualitativ sowie quantitativ bedarfsgerechtes Jugendhilfeangebot rechtzeitig und ausreichend bereit zu stellen“.
- der Fachplan ‚Erziehungs- und Familienberatungsstellen‘ (2007), der als familienpolitischer Wegweiser für die Bürger der Stadt fungiert. Der Plan definiert die fachlichen Anforderungen der Stadt Leipzig an die institutionelle Erziehungs- und Familienberatung nach § 28 SGB VIII, beschreibt die Inanspruchnahme der vorhandenen Beratungsstellen nach Schwerpunkten und Tendenzen, zeigt eine Angebotsübersicht auf und benennt erkennbaren Handlungsbedarf.
- der Fachplan ‚Hilfen zur Erziehung‘ (2005) richtet sich an die Fachkräfte des öffentlichen Trägers und der freien Träger der Jugendhilfe. Er beschäftigt sich mit „Grundsätzen der steuernden Einflussnahme

des öffentlichen Trägers der Jugendhilfe im Bereich der Hilfen zur Erziehung“. Hier werden „Fachpositionen der Stadt Leipzig und dementsprechende qualitative Aspekte für die Gewährung und Ausgestaltung erzieherischer Hilfen“ benannt. Der Fachplan gründet sich auf die Planungsverantwortung der Stadt Leipzig gemäß §§ 79 und 80 SGB VIII; der Fachplan ‚Förderung von Kindern in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege in Leipzig‘ (2005) setzt auf den bundes- und landesgesetzlichen Vorgaben des Leistungsbereiches „Kita“ auf.

Kulturentwicklungsplan Stadt Leipzig:

Die Stadt Leipzig hat darüber hinaus im zuständigen Kulturamt 2005 einen Kulturentwicklungsplan erarbeitet und zwischenzeitlich fortgeschrieben. Die Kulturentwicklungsplanung ist Teil eines Prozesses geworden, der zu einer verbesserten Kommunikation der Kultureinrichtungen untereinander und zu einer fundierten wie transparenten Leistungsbewertung führt. Die Ratsversammlung hat mit dem Beschluss zum Kulturentwicklungsplan auch seine regelmäßige Fortschreibung zu folgenden Themen beauftragt: Entwicklungskonzept für die Eigenbetriebe Kultur und die städtischen Museen, Konzept Kulturelle Bildung, Entwicklungskonzept Soziokultur.

Aus Leipzig liegen weiterhin einige interessante Fachpläne zum Verkehrskonzept vor, die insbesondere bei den Themen „Fußgänger“ und „Radfahren“ den Menschen und den Gesundheitsschutz direkt ansprechen, von daher auch Themen berühren, die im Kontext lokaler Fachpläne Gesundheit eine Rolle spielen werden.

Online-Quellen (Leipzig)

- Fachplan Kinder- und Jugendförderung 2002
http://www.leipzig.de/imperia/md/content/51_jugendamt/fachplan_kinder_jugendfoerderung.pdf
- Fachplan Kinder- und Jugendförderung 2007
http://www.leipzig.de/imperia/md/content/51_jugendamt/fachplan_kinder_jugendf_rderung_2007.pdf
- Fachplan Erziehungs- und Familienberatungsstellen 2007
http://www.leipzig.de/imperia/md/content/51_jugendamt/broschueren_praesentationen/fachplan_erz_u_beratung.pdf
- Fachplan Hilfen zur Erziehung 2004
http://www.leipzig.de/imperia/md/content/51_jugendamt/fachplan_hilfen_zur_erziehung.pdf
- Fachplan Förderung von Kindern in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege in Leipzig 2005
http://www.leipzig.de/imperia/md/content/51_jugendamt/fachplan_foerderung_von_kindern_in_kitas_und_tagespflege.pdf
- Kulturentwicklungsplan für die Stadt Leipzig von 2008 – 2015
http://www.leipzig.de/imperia/md/content/41_kulturamt/kulturentwicklungsplanung/iv-ds-1581-anlage.pdf
Stadtentwicklungsplan Verkehr und öffentlicher Raum
http://www.leipzig.de/imperia/md/content/90_verkehrsplanung/step_pdf.pdf
- Radverkehrsentwicklungsplan 2010 – 2020 (Entwurf 2010)
http://www.leipzig.de/imperia/md/content/90_verkehrsplanung/radverkehrsentwicklungsplan_entwurf.pdf
(vgl. hierzu auch Stadtentwicklungsplan Verkehr und öffentlicher Raum Abschnitt 2.7 – S. 34 ff.)
- Fußgängerverkehr (vgl. hierzu auch Stadtentwicklungsplan Verkehr und öffentlicher Raum Abschnitt 2.6 – S. 31 ff.)
<http://www.leipzig.de/de/buerger/stadtentw/verkehr/fuss/>

Schulentwicklungsplan Stadt Bonn: Schulentwicklungsplanung ist Aufgabe der Schulträger, also der Kreise und kreisfreien Städte. Gesetzliche Grundlage sind die Schulgesetze der Länder, beispielsweise § 80 SchG NRW. Schulentwicklungsplanung wird flächendeckend auf der kommunalen Ebene vorgenommen. Der Fachplan Schulentwicklung der Stadt Bonn dient der Sicherung des benötigten Schulraums und der Bereitstellung der sachlichen Ressourcen für die schulpädagogische Arbeit. Der Schulentwicklungsplan gibt eine Prognose der Schülerzahlen ab und verbindet diese mit spezifischen raumstrukturellen Daten. Er entwickelt daraus bedarfsorientierte Betreuungsangebote; auch die offene Ganztagschule als Angebot gehört beispielsweise hierzu.

Online-Quelle (Bonn)

- http://www.bonn.de/familie_gesellschaft_bildung_soziales/schulen/bildungsberater/04900/index.html?lang=de

Spielleitplanung: Das Land Rheinland-Pfalz hat im Jahr 2004 das Konzept für eine kommunale Spielleitplanung veröffentlicht und mit 7 Kommunen erfolgreich erprobt⁶. Inzwischen wird Spielleitplanung auch außerhalb von Rheinland-Pfalz praktiziert, (Modellprojekt Pankow-Weißensee); in Dortmund, in der Stadt Rheine und im Kreis Steinfurt (jeweils in Westfalen) sowie in verschiedenen Kommunen in Hessen.

Unter Spielleitplanung verstehen die Autoren ein neues strategisches Instrument auf dem Weg zu mehr „Kinderfreundlichkeit“. Die Anwendung soll gewährleisten, dass bei allen Planungs-, Entscheidungs- und Umsetzungsschritten die Bedürfnisse und Inte-

ressen von Kindern und Jugendlichen Berücksichtigung finden. Spielleitplanung geht, wie Abb.1 zeigt, systematisch in mehreren Schritten vor. Die Betroffenen (Kinder/Jugendliche) führen gemeinsam mit Fachkräften eine Bestandsaufnahme durch. Der gemeindliche Bestandsplan ist Grundlage der Spielleitplanung. Er enthält eine Vielzahl von Vorschlägen für die Praxisumsetzung. Der Spielleitplan soll vom Stadt-/Gemeinderat für verbindlich erklärt werden.

Abbildung 1: Ablauf der Spielleitplanung nach dem Konzept in Rheinland-Pfalz

▼	Ratsbeschluss zur Durchführung der Spielleitplanung Benennung der/des Hauptverantwortlichen
▼	Beauftragung von Planer/in und pädagogischer Fachkraft
▼	Beteiligung von engagierten Personen
▼	Auftaktveranstaltung auf Ortsebene/Stadtebene
▼	Bildung einer Arbeitsgruppe Spielleitplanung auf Ortsebene / Stadtebene
▼	Bestandserhebungen
▼	Aufstellung des Spielleitplans
▼	Ratsbeschluss zu Spielleitplan inklusive örtlicher Qualitätszielkonzeption
▼	Umsetzung von Projekten und Vorhaben
▼	Weiterentwicklung/Fortschreibung der Spielleitplanung

Online-Quellen

- Rheinland-Pfalz: www.spielleitplanung.de
- Dortmund: Übersicht http://www.kinderfreundliche-stadtgestaltung.de/best_practice/inhalte.php?page_id=dortmund
- Verwaltungsvorlage 2007 http://www.kinderfreundliche-stadtgestaltung.de/downloads/Verwaltungsvorlage_dortmund.pdf
- Kreis Steinfurt: Übersicht http://www.unternehmen.zdf.de/fileadmin/files/Download_Dokumente/DD_Das_ZDF/Veranstaltungsdokumente/kann_darf_will/Steckbriefe_Spielleitplanung.pdf
- Dokumentation 2009 http://steinfurt.active-city.net/city_info/display/dokument/show.cfm?region_id=125&id=336122&design_id=1796&type_id=0&titletext=2
- Stadt Rheine: Übersicht <http://www.rheine.de/staticsite/staticsite.php?menuid=1126&topmenu=673&keepmenu=inactive>
- Dokumentation 2010 http://www.rheine.de/pics/medien/1_1267715728/Dorenkamp_Dokumentation_mit_Anhang_ohne_Plaene.pdf

⁶ Ministerium für Bildung, Frauen, Jugend, Rheinland-Pfalz (2004)

‚Fachplan Seniorinnen und Senioren in Erlangen‘ vorgelegt. Der Plan zeigt eine Gesamtschau der demografischen Entwicklung in der Stadt auf, gibt Hinweise zu künftig notwendigen Pflegekapazitäten, regt ein Konzept für die Bildung stadtweiter Hausgemeinschaften an, legt eine Bedarfsermittlung psychogerontologischer Versorgung vor, bearbeitet einen Schwerpunkt Altenhilfe für Migrantinnen und Migranten und beschreibt den Bedarf an barrierefreien Seniorenwohnungen.

Fachplan Wohnen der Stadt Zittau: Der Fachplan Wohnen in Zittau ist Teil der dort beschlossenen Leit-

Online-Quelle (Erlangen)

- http://www.erlangen.de/Portaldata/1/Resources/030_Leben_in_ER/Dokumente/50_Altenhilfplan_2002.pdf

linien für die Wohnungspolitik.

Der Plan konkretisiert

- die städtische Grundstückspolitik
- den Neubau, die Modernisierung und Instandhaltung von Wohnungen
- die Wohnungsversorgung der Bevölkerung
- die Gestaltung von Wohngebieten.

Sportentwicklungsplan der Stadt Sindelfingen:

Neben zahlreichen weiteren Kommunen hat auch Sin-

Online-Quellen (Zittau)

- Leitlinien Wohnen
http://www.zittau.de/2_rathaus/buergerservice/stadtrecht/pdf5/5.01_Wohnungspolitik.pdf
- Stadtentwicklungskonzept 2009
http://www.stadtsanierung-zittau.de/download/Broschue-re_Stadtentwicklung_SEKo_2009_2.pdf

delfingen einen Sportentwicklungsplan aufgestellt. Der Plan enthält Zieldefinitionen, Ansatzpunkte für Arbeitsfelder, Hinweise auf ein Methodenspektrum, die Beschreibung des Arbeitsverfahrens und einen Maßnahmenteil, der sich vor allem auf die vorhandene und künftig notwendige Sportinfrastruktur bezieht.

Online-Quelle (Sindelfingen)

- Sportentwicklungsplan 2002
http://www.sindelfingen.de/servlet/PB/show/1206185_11/sportentwicklungsplan.pdf

Fachplan Öffentlicher Raum und Verkehr – Teilplan Radverkehr des Berliner Bezirks Treptow-Köpenick:

Der Bezirk Treptow-Köpenick erarbeitet einen Radverkehrsplan, der Teil des Fachplans Öffentlicher Raum und Verkehr ist. Der Entwurf basiert auf einer Bestandsaufnahme der Radverkehrsanlagen im Bezirk und einer Zusammenstellung der relevanten Quellen und Ziele des Radverkehrs. Aus den Quellen und Zielen werden ein Wunschliniennetz und ein Zielroutennetz aus Haupt- und Nebenrouten erarbeitet. Die Überlagerung des Zielnetzes mit dem Bestand an Radverkehrsanlagen führt zu einem Maßnahmenkatalog als Grundlage für die weitere Arbeit des Bezirksamtes.

Online-Quelle (Berlin; Treptow-Köpenick)

- Pressemitteilung 2009 <http://www.berlin.de/ba-treptow-koepenick/presse/archiv/20090422.1325.126100.html>

Landwirtschaftlicher Fachplan Südhessen des Regierungspräsidiums Darmstadt: Dieser Fachplan

als umfassende Basis zur Wahrnehmung landwirtschaftlicher Belange bei raumbeanspruchenden Planungen wurde als Modellprojekt des Landes Hessen erstellt. Schwerpunkt ist neben der Analyse der aktuellen Situation der Landwirtschaft insbesondere die Ableitung und Bewertung von Feldflur-Funktionen wie Ernährungs-/Einkommens-/Arbeitsplatz- oder Erholungsfunktion. Auch einzelne Schutzfunktionen wie Landschafts-Biotop, Artenschutz/Bodenschutz/Klimaschutz und Wasserschutz werden analysiert. Dieser Plan ist fachliche Basis für die Ableitung von Planungsaussagen wie Festlegung von Vorrang- und Vorbehaltsflächen für die Landwirtschaft bei der Regionalplanaufstellung sowie bei der Wahrung landwirtschaftlicher Belange bei Einzelvorhaben. Er ist damit Arbeitsgrundlage für die landwirtschaftlichen Fachbehörden und den Berufsstand.

Online-Quelle (Südhessen)

- Übersicht mit Downloadfunktionen http://www.hessen.de/irj/RPDA_Internet?cid=ff34af1cececa86c06f364b909f47c71

Im Unterschied zu einer Reihe der oben aufgeführten Planarten sind bestimmte Fachpläne in Deutschland verankert, die über einen unmittelbaren Bezug zur Bodennutzung verfügen bzw. ein spezielles Bodenrecht vertreten. Diese Fachpläne mit eigenem Bodenrecht spielen in der gesamträumlichen Planung eine besondere Rolle. Sie lassen sich vereinfacht in raumbelastende Infrastrukturplanungen und schutz- oder vorsorgeorientierte Pläne unterscheiden.

Solche Infrastrukturpläne betreffen die Aufgabenfelder Abfall; Bergbau, Rohstoffabbau; Energie- und Rohstofftrassen; Verkehr (Schiene, Straße, Wasserstraße, Luftverkehr); Wasserwirtschaft (Gewässer ausbau, künstliche Wasserspeicher). Schutzorientierte Planungen gibt es für folgende Aufgabenfelder: Bodenschutz; Forstwirtschaft; Immissionsschutz (Luft, Lärm); Landwirtschaft (als Flurbereinigung mit Drainierung auch eingreifend); Natur- und Landschaftsschutz; Wasserwirtschaft (Wasserversorgung, Abwasserbeseitigung, Gewässerschutz, Hochwasserschutz).

Die für den Bereich Gesundheit besonders relevanten Fachpläne aus diesem Zusammenhang sind ausführlich in einem Berichtsband des ehemaligen Iögd NRW (2004) beschrieben⁷. Deutlich wird in der Zusammenschau, dass für zentrale gesellschaftlich bedeutende Handlungsfelder Fachpläne aufgestellt werden, die jeweils Wegweiser des betreffenden Fachgebietes darstellen.

Regelmäßig enthalten sie folgende Komponenten:

- Bestandsanalyse und -bewertung
- Zieldefinition
- Planungs- und Maßnahmenkonzept.

Die Fachpläne haben Wirkung nach innen, indem sie für das Fachpersonal der zuständigen Dienststelle in ihrer Arbeit eine innere Struktur vorgeben. Durch Gremienbeschlüsse (Fachausschuss, Stadt- oder Gemeinderat) erzielen sie häufig auch einen politischen Leitliniencharakter und wirken damit zusätzlich nach außen. Sie sind in aller Regel Teil einer öffentlichen Debatte vor Beschlussfassung und können dort, wo dies planungssystematisch möglich ist (wie bei der bodenordnenden Bauleitplanung), Eingang in Abwägungsentscheidungen der Gesamtplanung finden. Solche Fachpläne können auch helfen, die Belange eines Sektors in die gesellschaftlich etablierten „offiziellen“ Planungsprozesse einzubringen, die auf verschiedenen Ebenen (lokal, regional, Landesplanung) laufend stattfinden.

Auffallend ist, dass das gesellschaftliche Handlungsfeld des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsvorsorge solche Fachpläne im engeren Sinne in seiner Praxis bisher nicht kennt. Dies obwohl der Öffentliche Gesundheitsdienst – wie andere Verwaltungssegmente auch – über definierte Mitwirkungsrechte in Planungsverfahren verfügt, sei es als anzuhörende bzw. zu beteiligende Fachbehörde bei innerkommunalen Planungen oder als Träger Öffentlicher Belange bei der Mitwirkung an Planungen beispielsweise. nach § 8 ÖGDG NRW⁸. Eine Übersicht zu diesen Mitwirkungsoptionen und zur behördlichen Praxis liefert der anschließende Abschnitt 3.

⁷ Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (2004)

⁸ ÖGDG NW 1997 (2009)

3. Bestehende Planungsansätze im Gesundheitssektor

Wie in Abschnitt 2 ausgeführt, sind für den Begriff „Plan“ zwei Bedeutungen zu unterscheiden. Die Interpretation als „Ablaufplan“ spielt für praktisch alle Aufgabenbereiche der unteren Gesundheitsbehörden eine Rolle. Es gibt dort jeweils Zielsetzungen, die sich an gesetzlichen Vorgaben und fachlichem Bedarf ausrichten, und ein Aufgabenspektrum, das in der Regel planvoll abgearbeitet wird.

Die andere, kartographische Interpretation von „Plan“ ist relevant in Aufgabenfeldern mit mehr oder minder ausgeprägtem Raumbezug, darunter Trinkwasserhygiene; Gesundheitsberichterstattung; quartierorientierte Prävention und Gesundheitsförderung; Seuchenhygiene und Impfschutz; Planung der gesundheitlichen Versorgung und Notdienste; Mitwirkung an räumlicher Planung und Kommunal- bzw. Stadtentwicklung.

Nicht alle genannten Aufgabenfelder mit Raumbezug erfordern aufwändige, koordinatengetreue GIS-Anwendungen; vielfach sind sie mit flächenbezogenen Daten und Informationen besser bedient als etwa mit wohnadressenscharfen Angaben. Andererseits wachsen die Forderungen gerade in der Zusammenarbeit von Gesundheitsbehörden mit den anderen sozialen Diensten im kommunalen Bereich nach kleinräumiger Berichterstattung und sozialräumlichen Datenerhebungen.

Soweit für uns erkennbar greift der Gesundheitssektor – im Gegensatz zu zahlreichen anderen Sektoren – bisher kaum auf explizite Fachpläne zurück. Eine entsprechende Internet-Recherche fördert lediglich einen einzigen Fund zutage, nämlich einen Fachplan Gesundheit im Rahmen der Stadtentwicklungsplanung der Stadt Erlangen aus dem Jahr 1986⁹. Dieser befasst sich als Teil einer umfassenden Sozialplanung mit der stationären, ambulanten und gesundheitsdienstlichen Versorgung der heutigen und künftigen Bevölkerung Erlangens. Angestrebt wird dort ein qualitativ und quantitativ ausreichendes Angebot an gesundheitsgerechten medizinischen Einrichtungen, das allen Bürgern bei tragbaren Belastungen eine optimale Versorgung garantiert. Somit fokussiert dieser Erlanger Fachplan auf einen ausgewählten – wichtigen – Aspekt des Gesamtthemas.

Jedoch gibt es in den unteren Gesundheitsbehörden mehrere Bereiche, die teilweise enge Bezüge zum Konzept eines Fachplans Gesundheit aufweisen. Hierzu zählen Ansätze der „Gesundheitsplanung“, „Mitwirkung an Planung“, Gesundheitsberichterstattung, kommunale Gesundheitskonferenzen sowie auch Produkthaushalte. Diese Bereiche werden nachfolgend skizziert.

3.1 Gesundheitsplanung und „Mitwirkung an Planung“

Im Gesundheitssektor ist „Gesundheitsplanung“ ein eingeführter Begriff, der allerdings unterschiedlich ausgelegt wird, was einen Rückgriff auf eine gesundheitsbezogene „Planungskultur“ erschwert. Häufig verbindet man mit „Gesundheitsplanung“ einen Bezug auf eine Planung und vorsorgliche Organisation gesundheitlicher Versorgungsleistungen und -einrichtungen. Ein anderes verbreitetes Begriffsverständnis richtet sich auf Beobachtung und empirische Erfassung des Krankheitsgeschehens (Gesundheitsberichterstattung) und einen entsprechend planvollen Ressourceneinsatz, um Prävention und Versorgung in ausreichendem Maße zur Verfügung zu stellen.

Durch das föderale System sind in Deutschland Planungskompetenzen auf (mindestens) drei Planungs- und Handlungsebenen verteilt und Zuständigkeiten für einzelne gesundheitsbezogene Versorgungssegmente (beispielsweise die kassenärztliche Versorgung) an speziell entwickelte Organisationsstrukturen delegiert. Daher ist im deutschen Gesundheitswesen eine „Gesundheitsplanung“ in einem generalisierten Sinne schwer erkennbar und bleibt begrifflich unscharf.

Für die Situation in den Kommunen bedeutet das unter anderem Folgendes: der gesetzlich vorgegebene Auftrag für die örtliche Gesundheitsbehörde richtet sich überwiegend auf konkrete Teilaufgaben (Regelaufgaben nach Weisung), wobei der ebenfalls übertragene allgemeine Gesundheitsschutz für die Bevölkerung (etwa nach § 2 ÖGDG NRW) in manchen Aspekten unterschiedlich interpretierbar bleibt. Diese Konstellation trägt nicht zur Stärkung der Gesundheitsbehörde im Zusammenspiel kommunaler Ämter bei.

⁹ Heidenreich, F. (1986)

Der Öffentliche Gesundheitsdienst verfügt über definierte Mitwirkungsrechte in Planungsverfahren, sei es als anzuhörende beziehungsweise zu beteiligende Fachbehörde bei innerkommunalen Planungen oder als Träger Öffentlicher Belange bei der Mitwirkung an Planungen beispielsweise nach § 8 ÖGDG NRW. Sowohl das Baugesetzbuch¹⁰ als auch die einschlägigen Fachgesetze (wie das Bundesimmissionsschutzgesetz¹¹) heben Gesundheitsaspekte bei Projekten und Planungen als abwägungsrelevant hervor.

LIGA.NRW (vormals lögd NRW) hatte sich in früheren Studien mit der Problematik der Wahrnehmung von Gesundheitsbelangen durch kommunale Gesundheitsbehörden in Planungsverfahren auseinandergesetzt, welche über einen relevanten Bezug zum Schutzgut menschliche Gesundheit verfügen. Im Jahr 2005 wurde eine Reihe von detaillierten Fallbeispielen aus der örtlichen Praxis von zwölf nordrhein-westfälischen Gesundheitsämtern dokumentiert¹².

Ein Ansatz, um auf lokaler Ebene im Gesundheitssektor vermehrt Planungsmöglichkeiten zu eröffnen, ist die Aufgabenübertragung zur ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung (§ 6.1 ÖGDG) und die Einführung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen durch § 24 des ÖGD-Gesetzes NRW 1997. Die vorgegebene Teilnehmerkonstellation dieser Konferenzen soll sicherstellen, dass Vertreter gerade auch solcher Versorgungssegmente an der örtlichen Koordinierung gesundheitlicher Versorgungsleistungen beteiligt werden, in denen die Planungshoheit nicht auf kommunaler Ebene liegt. Aufgrund dieser zusätzlichen Präsenz (planungs-)relevanter Akteure sind die Kommunalen Gesundheitskonferenzen vielerorts zu einem wichtigen Gremium der konkreten kommunalen Gesundheitsplanung geworden.

Sowohl in Österreich als auch in der Schweiz und Norditalien sind Ansätze zu einer verstärkt strategisch-planerischen Ausrichtung der Gesundheitsvorsorge unter dem Stichwort „Gesundheitsplanung“ zu finden.

Im benachbarten Österreich haben das Land Oberösterreich, eine Gebietskrankenkasse sowie die Städte Linz und Kels eine Partnerschaft gebildet, um gemeinsam Fragen der Gesundheitsplanung zu behandeln¹³. Daraus ist als eingetragener Verein das Institut für Gesundheitsplanung entstanden, welches die folgenden Aufgaben wahrnimmt:

- Koordination und Betreuung der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz;
- Unterstützung der Förderer bei der Entwicklung und Umsetzung sowie der Evaluierung des Gesundheitszielekonzeptes;

- Durchführung und Fortentwicklung der Gesundheitsberichterstattung in Oberösterreich.

Gerade die inhaltliche Gestaltung der Gesundheitskonferenzen wird durch das Institut so gesteuert, dass sie zu einer strategischen Ausrichtung und Schwerpunktbildung beitragen. Insoweit zeigen sich hier Ansätze einer jedoch noch sektoral stark aufgesplitterten (gesundheits-) planerischen Vorgehensweise. Dies lässt sich anhand der Papiere zur Gesundheitskonferenz 2008 recht gut belegen. So weisen insbesondere die Beiträge unter den Titeln

- „Eine gesunde und sichere natürliche Umwelt“;
- „Settings zur Förderung der Gesundheit“;
- „Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit“

relativ konkrete Planungsansätze auf. Die Beiträge sind auf der genannten Homepage des Institutes abrufbar.

Das Bundesamt für Gesundheit der Schweiz fördert seit 2001 über das Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit¹⁴ vor allem Planungen mit gesundheitlichem Schwerpunkt in drei Modellregionen:

Bei dem Aarauer Ortsteil Telli handelt es sich um eine dicht bebaute Großsiedlung, in welcher etwa 2500 Menschen leben. Das Projekt unter dem Titel „Allons y Telli“ unterstützt Maßnahmen, um die seit einigen Jahren einsetzende soziale Entmischung abzdämpfen¹⁵. Es wurden unter Beteiligung der Betroffenen Pläne zur Quartiersaufwertung erarbeitet und in einzelnen Planungsschritten und Projekten einschließlich regelmäßiger Berichterstattung umgesetzt. Die folgende Abbildung zeigt hierzu die Projektübersicht der Jahre 2001 bis 2006. (s. Abbildung 2)

Auslöser für ein weiteres Projekt waren erhebliche gewerblich-industrielle Restrukturierungen in der ländlichen Juraregion des Kantons Solothurn. Das Projekt „Gesundes Thal“ fördert die Pläne der Region zur verstärkten Ausrichtung im Bereich Natur und Erholung. Mit einem umfassenden Programm wird z. B. auf Nahrungsmittelproduzenten und -konsumenten zugegangen, um eine gesunde Ernährung aus der Region zu fördern und eine nachhaltige Landwirtschaft in Gang zu setzen.

Der Erholungsort **Crans-Montana**, bisher bekannt für seine gute Luft, drohte in den vergangenen Jahren an den Folgen des Verkehrs zu ersticken. Das Projekt unterstützt Maßnahmen vor Ort unter dem Slogan „Der Verkehr muss zur Kur“¹⁶. Die Lokale Agenda Gruppe 21 arbeitet mit dem Bundesamt für Gesundheit zusammen. Ziel ist die Vereinbarkeit von Mobilität und Wohl-

¹⁰ BauGB 2004 (2011) online; Druckausgabe: Runkel (Hrsg.): BauGB u. a. 2009
¹¹ BImSchG 2002 (2011)

¹² Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (2005)

¹³ Näheres unter www.gesundheitsplanung.at

¹⁴ Näheres unter APUG Schweiz www.apug.ch

¹⁵ URL: <http://www.telli.ch/allonsy>

¹⁶ Quelle: Zeitschrift Umwelt (CH); Heft 1/2003, S. 16-18

Abbildung 2: Projektübersicht Telli-Quartier in Aarau/Schweiz

Projektübersicht allons-y Telli!							Handlungsfeld	
2001	2002	2003	2004	2005	2006			
			Soziokulturelle Animation Kinder und Jugendliche			1	Gemeinwesenarbeit	
Gemeinwesenarbeit / TelliRat 2001 - 2003						2		
			Projektfonds Gemeinwesenarbeit			3		
			Integration			4		
Aufwertungen Uferbereich Sengelbach							5	Siedlungsentwicklung
Siedlungsentwicklung / TelliPark 2001 - 2003						6		
			Grundeigentümervertrag			7		
Spiel-, Sport- Langsam- Programm/ Vision Aufwertungs-			und Freizeit - verkehr ÖV	Gesund und umweltgerecht		8		
			Massnahmen	im öffentlichen Raum		9		
						10		
Schulentwicklung 2001 - 2002						11	Schule	
Integrierte Mundartunterricht								12
Schule und anders-		sprachiges	Elternhaus					13
Schulsozialarbeit								14
Gesundheit, Ernährung, Bewegung								15
Znüni-Projekt						16	Umwelt & Gesundheit	
Schulzyklus Gesundheit						17		
Rauchfreie Zonen								18
Guet und Gsund						19		
			Aufbau	Aktionsgruppe Abfall, Littering		20		
			Gesünder und ökologisch wohnen			21		
Partizipation / TelliRat 2001 - 2003						22	Partizipation	
			Empowerment Quartierverein			23		
Netzwerk Monitoring Telli							24	Monitoring

befinden in der Gemeinde. Ein Verbot des Individualverkehrs, wie in anderen bekannten Schweizer Touristenorten, ist nicht geplant. Der entworfene, gesundheitsverträgliche Mobilitätsplan sieht Maßnahmen vor wie

- verstärkte Touristenanreise mit dem öffentlichen Verkehr,
- Zonierung von Bereichen für Fußgänger,
- attraktivere und sichere Schulwege für Radfahrer und Fußgänger und
- Aufhebung verkehrsbehindernder Parkplätze.

Fachplan Kleinkinder (und weitere) der Gemeinde Bozen, Italien

In ihrem Vorwort zum Fachplan Kleinkinder hebt die zuständige Stadträtin für Sozialpolitik und Chancengleichheit¹⁷ auf folgende Aspekte ab: der Plan soll die Behörde von einer verwaltenden zu einer steuernden Tätigkeit führen, er soll Planungsprozesse in Gang setzen und strategische Entscheidungsfindung untermauern und transparent machen. Der Fachplan Kleinkinder analysiert die aktuellen Standards, wählt als künftige Strategie die Diversifizierung der Dienste und zeigt neue Kriterien zur sachgerechteren Verteilung der finanziellen Ressourcen auf.

Die norditalienische Gemeinde Bozen hat darüber hinaus Fachpläne zu den folgenden gesellschaftspolitischen Handlungsfeldern vorgelegt:

- Menschen mit Behinderung
- Senioren
- Soziopsychiatrie
- soziale Eingliederung
- Frauen in Gewaltsituationen
- Suchtkrankheiten.

¹⁷ URL: http://www.gemeinde.bozen.it/UploadDocs/2806_PrimalInfanzia_de.pdf

Ein frühes Beispiel aus **Deutschland** zur Gesundheitsplanung entstand Anfang der 1990er Jahre im Rahmen des EU-geförderten Projektes „Small area planning for the elderly“ (SAPE) und fokussierte auf Versorgungsstrukturen, Bürgerbeteiligung sowie Koordination und Vernetzung der Strukturen im Bereich Seniorenpolitik¹⁸. Aus der SAPE-Modellregion Hamburg-Harburg erfolgte ein Beitrag „Gesundheitsplanung für ältere Menschen in Harburg“¹⁹, worin – außer von ambulanter und stationärer Versorgung sowie Öffentlichem Gesundheitsdienst – auch von der Mitwirkung an Stadtplanung die Rede ist. Auch das Gesundheitsamt war „als selbstverständlicher gleichberechtigter Partner“ eingebunden; besonderes Augenmerk galt den Belangen behinderter Menschen.

Im nordrhein-westfälischen Institut für Dokumentation und Information, Sozialmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen (idis) wurde im Jahre 1989 eine Stabsstelle Gesundheitsplanung eingerichtet. – In Nordrhein-Westfalen regelt das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG NW, 1997) unter anderem bestimmte Beteiligungsrechte und Aufgabenschwerpunkte der unteren Gesundheitsbehörde, die für Planungs- und Genehmigungsprozesse relevant sind:

- **§ 8 Mitwirkung an Planungen:** „Die vom Kreis oder von der kreisfreien Stadt abzugebenden Stellungnahmen zu Planungs- und Genehmigungsverfahren werden unter der Beteiligung der unteren Gesundheitsbehörde erstellt, wenn gesundheitliche Belange der Bevölkerung berührt werden, um Feststellungen zur gesundheitlichen Verträglichkeit des Vorhabens zu treffen.“ Diese Beteiligungsregelung legt ihren Schwerpunkt zwar auf Stellungnahmen zu externen Planungen und Vorhaben, lässt aber nicht den Umkehrschluss zu, dass ein Beteiligungserfordernis bei internen Fällen (etwa bei der Bauleitplanung in kreisfreien Städten) entfällt.
- **§ 2 Absatz 2:** „Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind hierbei insbesondere (...) der Schutz und die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung, die Mitwirkung bei der Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten und die Hinwirkung auf ihre angemessene gesundheitliche Versorgung; dies gilt insbesondere für sozial schwache und besonders schutzbedürftige Personen (...).“ Der Öffentliche Gesundheitsdienst kann daraus die Möglichkeit ableiten, seinen Blick insbesondere auf vulnerable Gruppen im Planungsprozess zu richten.

Von Vertretern örtlicher Gesundheitsämter wird immer wieder darauf hingewiesen, dass federführende Stellen sie oft nur rudimentär an Planungsverfahren beteiligen. Hierfür lassen sich mehrere Ursachen erkennen. Wiederholt benannt als potentielle Gründe der Nichtbeteiligung wird Folgendes:

- wesentliche Daten zum Thema Gesundheit werden aus anderen Ämtern, insbesondere auch aus dem Umweltamt, beigesteuert.
- das Gesundheitsamt liefert keine planungsrelevanten Daten oder Hinweise, die über bodenrechtliche Festsetzungen in Bebauungsplänen umzusetzen wären.
- die Gesundheitsbehörde ist aus Gründen wie fehlende fachliche Kompetenz oder Personalmangel zu einer Mitwirkung nicht imstande.

In ihrer Forderung nach Beteiligung an externen wie auch internen Planungs- und Genehmigungsverfahren kann sich die untere Gesundheitsbehörde in Nordrhein-Westfalen auf das Bauplanungs-, das UVP-Recht²⁰ und auf das Landesgesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst berufen: die fachliche Zuständigkeit und Kompetenz zur Einschätzung „gesunder Wohn- und Arbeitsverhältnisse“ (gemäß BauGB) bzw. die Betrachtung des „Schutzgutes Mensch“ (gemäß UVP-Gesetz) und die differenzierte Betrachtung benachteiligter Gruppen (gemäß ÖGDG NRW) liegen bei der unteren Gesundheitsbehörde, sofern diese Aufgaben nicht verwaltungsintern ausdrücklich durch Organisationsverfügung lokal abweichend geregelt werden.

3.2 Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitskonferenz

Zu den Instrumenten des geltenden Rechtes, welche die unteren Gesundheitsbehörden für die Erarbeitung und Fortschreibung eines Fachplans Gesundheit nutzbar machen können, zählen im nordrhein-westfälischen ÖGD-Gesetz auch die kommunale Gesundheitsberichterstattung²¹ und die Handlungsoptionen der Kommunalen Gesundheitskonferenz. Die gesetzliche Regelung zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung nach § 21 ÖGD-Gesetz NRW lautet: „Die untere Gesundheitsbehörde erstellt zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 6 regelmäßig Gesundheitsberichte (...)“. Zu den hier relevanten Aufgabenbereichen gehören insbesondere die Mitwirkung an der Gesundheitsförderung, Prävention und am Gesundheitsschutz und die ortsnahe Koordinierung²² der gesundheitlichen Versorgung.

¹⁸ Döhner, H. (1993)

¹⁹ Grieve, P. (1993)

²⁰ Welteke R. et al. (2007)

²¹ Reintjes, R. et al. (2007)

²² Francke, R. (2000)

Schwerpunkthemen der Gesundheitsberichte legt die Kommunale Gesundheitskonferenz fest. Die örtlichen Gesundheitsberichte zeigen in ihrer Ausgestaltung deutliche Parallelen zu den planungsbezogenen Datenbanken und Informationssystemen der kommunalen Umweltbehörden, die als Grundlage für die Naturschutz- und Landschaftsplanung dienen und bei Stellungnahmen zu Plan- und Genehmigungsverfahren herangezogen werden.

Gesundheitsberichterstattung gemäß § 6, Absatz 1 ÖGDG NRW weist bereits wesentliche Grundelemente für einen Fachplan auf. Laut Definition des LIGA. NRW „informiert sie über die gesundheitliche Lage und die gesundheitliche Versorgung einer Bevölkerung. GBE stellt die bestehende Situation dar, analysiert sie und leitet gesundheitspolitischen Handlungsbedarf ab. Damit bildet sie Grundlage und Ausgangspunkt des gesundheitspolitischen Regelkreises²³. Doch auch der weitere Gang der Gesundheitspolitik: Ableitung von Strategien und Maßnahmen sowie deren Umsetzung wird durch Gesundheitsberichterstattung begleitet. Mit der Bewertung des Erfolgs gesundheitspolitischer Maßnahmen (Evaluation) innerhalb der GBE schließt sich der Kreis.“²⁴

Die gesetzlichen Regelungen zur **Kommunalen Gesundheitskonferenz**²⁵ finden sich in § 24 ÖGD-Gesetz NRW und lassen sich wie folgt charakterisieren: „Der Rat oder der Kreistag beruft die Kommunale Gesundheitskonferenz von Vertretern und Vertreterinnen der an der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Beteiligten, der Selbsthilfegruppen und der Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge und Patientenschutz ein. (...) Die Kommunale Gesundheitskonferenz wirkt an der Gesundheitsberichterstattung mit. Der Gesundheitsbericht wird mit den Empfehlungen und Stellungnahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz dem Rat oder dem Kreistag zugeleitet.“

Die Kommunale Gesundheitskonferenz weist damit in gewissem Umfang Parallelen zu den im Naturschutzrecht NRW eingesetzten Landschaftsbeiräten²⁶ auf, die sich paritätisch aus „Naturnutzern und -schützern“ zusammensetzen und Beratungsaufgaben gegenüber der unteren Landschaftsbehörde wahrnehmen. Diese Beiräte bei den unteren Landschaftsbehörden werden nach den Regelungen des Landschaftsgesetzes NRW²⁷ in Planungs- und Genehmigungsverfahren beteiligt.

Kommunale Gesundheitskonferenzen und kommunale Gesundheitsberichterstattung können im Verfahren eines Fachplans Gesundheit entscheidende Aufgaben wahrnehmen, indem die Kommunale Gesundheitskonferenz die Schwerpunkte der Gesundheitsberichterstattung so ausrichtet, dass diese schrittweise die wesentlichen Datengrundlagen für den Fachplan Gesundheit bereitstellen kann; und indem die kommunale Gesundheitsberichterstattung ihre Arbeit planungs- sowie verstärkt handlungs- und maßnahmeorientiert auslegt und entsprechende operationalisierbare Ergebnisse liefert im Sinne von Analyse, Diagnose, Planung und Interventionsansatz.

3.3 Gesundheitsbezogene Kartographie und GIS-Anwendungen

Im Gesundheitswesen wird auch auf kommunaler Ebene häufig mit Ansätzen der Visualisierung im Dienste einer verbesserten Kommunikation gearbeitet. Gerade für die Analyse bestehender und künftiger Situationen (etwa beim Krankheitsgeschehen) wird häufig eine kleinräumige Darstellung mit kartographischer Unterlegung verlangt. Die diesbezüglichen Dienstleistungen der Landesebene enden in der Regel bei der Kreis- beziehungsweise Stadtebene. Dies trifft für die wöchentlichen Infektionsberichte des LIGA.NRW²⁸ zu, wie auch für die Landesgesundheitsberichterstattung und die Schulärztlichen Untersuchungen.

Vielerorts ist inzwischen – insbesondere auch in der Kooperation mit anderen Ämtern (wie Jugendämtern, Sozialämtern) – der Bedarf nach kleinräumigen Analysen bezogen auf definierte Teilflächen eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt aufgekommen. Sozialräumliche Analysen, die in anderen Amtsbereichen teilweise bereits seit über zehn Jahren existieren²⁹, erhalten besonders in städtischen Gebieten auch für Gesundheitsbehörden wachsende Bedeutung, um ihre zielgruppenbezogenen Aufträge (insbes. § 2.2, § 4, §§ 14-16 ÖGDG NRW) in den Bereichen Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Gesundheitshilfe professionell ausüben zu können.

Das Thema „Gesundheit und soziale Lage“ wird immer mehr zu einem Fokus des ÖGD und erfordert eine entsprechende Differenzierung im kleinräumigen Bereich der kommunalen Berichterstattung mit einer angemessenen Hinterlegung durch feingerasterte Kartographie.

Wie erwähnt verlangen die gegenwärtigen Anwendungen der Gesundheitsberichterstattung nicht zwangsläufig nach GIS-Anwendungen. Andererseits

²³ Vgl. hierzu: Gesundheitspolitischer Regelkreis (2009)

²⁴ MAGS NRW, LIGA.NRW (2007)

²⁵ Werse, W. (2010)

²⁶ Vgl. hierzu: Funktion der Landschaftsbeiräte: Münster (2011) und Bochum (2005/2011)

²⁷ Landschaftsgesetz NW (2000)

²⁸ URL: www.liga.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/infektionsschutz/landesmeldestelle/infektionsreport/index.html

²⁹ ILS (2003); Riege et al. (2005); Strohmeyer, K.P. et al. (2001) sowie URL: www.sozialraum.de/die-sozialraeumliche-gliederung-der-stadt-duesseldorf.php

sind in vielen kommunalen Ämtern GIS-Anwendungen seit Jahren im professionellen Alltagseinsatz³⁰.

3.4 Vorarbeiten zu kommunalen Fachplänen „Gesundheit“ (LIGA.NRW)

Vor dem in den voran stehenden Abschnitten dargestellten Hintergrund wurde im Herbst 2009 im Auftrag das LIGA.NRW zunächst ein Initialkonzept zu einem Fachplan Gesundheit vorbereitet und formuliert.

● Raumplanungsbezug

Dieses Initialkonzept sah zunächst einen raumplanungsorientierten Kernbereich des Fachplans Gesundheit vor, der – vergleichbar mit Fachplänen in anderen Bereichen und Verwaltungssektoren – im Hinblick auf eine fachgerechte, planmäßige und konsistente Einbringung von Gesundheitsbelangen in räumliche Planungsverfahren aufgestellt wird. Dieser Fachplankern sollte überwiegend Fakten in kartographierter Form enthalten, daneben aber auch einen Textteil aufweisen.

Welche Komponenten ein solcher Kernbereich hinsichtlich einer Beteiligung der Gesundheitsbehörde an der räumlichen Planung letztendlich aufweisen wird, würde in der Praxis verschiedenen Einflüssen unterliegen: Bedarfslage und Machbarkeitsgesichtspunkte werden dazu führen, dass kommunale Gesundheitsbehörden je nach Gegebenheiten und Erfordernissen vor Ort abweichende Vorstellungen über die Essentials entwickeln werden, die ihr „individueller“ Fachplan Gesundheit enthalten sollte. Bei der technisch etwas aufwändigeren Arbeit des Kartographierens von gesundheitsrelevanten Fakten und Daten im kommunalen Setting wird eine wesentliche Rolle spielen, auf welcher lokalen technischen Ausgangslage aufgebaut werden kann und wie weit sich eine produktive Kooperation mit den bisher für diese technischen Anwendungen verantwortlichen kommunalen Ämtern vor Ort herstellen lässt.

Interessanterweise sind in der Pilotphase 2010 zum Punkt der kommunalen Ämterzusammenarbeit bereits einige aufschlussreiche Praxiserfahrungen gemacht worden – in Solingen war dieses Thema beispielsweise ein ausdrücklich benannter Schwerpunkt der eingeleiteten Vorarbeiten. Aber auch im Kreis Unna und in Bielefeld war die Ämterzusammenarbeit ein Thema der dortigen Erkundungsphase auf dem Weg zu einem späteren Fachplan Gesundheit: im Kreis Unna ist – ähnlich wie in Solingen – mit dem auf Geodaten basierenden Online-Bürgerportal bereits eine

³⁰ GIS: Geoinformationssysteme Informationssysteme zur Erfassung, Bearbeitung, Organisation, Analyse und Präsentation geografischer Daten. Vgl hierzu u. a. Bayerisches Staatsministerium für Finanzen et al. (2003)

definierte ämterübergreifende Plattform gegeben, an die der Gesundheitssektor Anschluss suchen muss. In Bielefeld deutet sich über einen Bezug auf sozialräumliche Daten ebenfalls eine Ämterzusammenarbeit bei Datenerhebung, Datenhaltung und –interpretation an.

● Multilayer – Konstrukt

Der Kernbereich eines künftigen kommunalen Fachplans Gesundheit wird in seinen kartographierbaren Anteilen voraussichtlich ein Multilayer-Konzept verfolgen, wie es nachstehend (S. 32ff.) ansatzweise dargestellt wird. Über Elemente eines aus anderen kommunalen Ämtern bereitgestellten Grundkartensatzes (unter anderem verwaltungspolitische Karte, topographische Karte, kommunaler Flächennutzungsplan, kommunaler Bebauungsplan, Karte der Bevölkerungsdichte, Verkehrswegekarten, Versorgungsstrangkarte [Wasser, Gas, Elektrizität], Erholungsgebiets- und Grünflächenausweisung) werden für Gesundheitsbelange spezifische Karten zu legen sein:

Das Initialkonzept geht bei diesem spezifischen gesundheitsbezogenen Kartensatz von einer Basiskarte (a) mit kartographisch dargestellten Einrichtungen mit Bedeutung für sog. vulnerable Gruppen³¹ aus, die ergänzt wird durch eine Basiskarte (b), die Stadtteile und Quartiere ausweist, welche einen erhöhten Bedarf für gesundheitsfördernde Maßnahmen aufweisen (vergleiche hierzu Abb. 9 auf S. 38). Aufbauend auf der Grundlage eines solchen zu erarbeitenden Basiskartensatzes (1) wird ein zunächst aus drei weiteren Karten bestehender Ergänzungskartensatz beschrieben, der die Situation im Feld Gesundheit präzisiert: mit einer Karte (2) zu gesundheitsrelevanten Potentialen, mit einer Karte (3) zu gesundheitsbezogenen Gefährdungen und Risiken sowie mit einer Karte (4) zu gesundheitsrelevanten Versorgungsstrukturen im kartographisch erschlossenen kommunalen Bereich.

Im Multilayer-Verfahren ist es dann möglich, eine Karte aus dem Grundkartensatz (etwa die topographische Karte) mit einer weiteren Karte aus dem gesundheitspezifischen Kartensatz (etwa der Karte mit der räumlichen Verteilung von Einrichtungen mit Gesundheitsdienstleistungen) zu kombinieren bzw. zu verschneiden. So wird es möglich, eine Kartendarstellung zu erzeugen, die eine gewünschte Koppelung von Informationen in sich vereinigt und als detailhaltiges Präsentationsmaterial für den jeweiligen Zweck dienen bzw. aufbereitet werden kann. Wie auch sonst im Planungswesen üblich, gehört zu der jeweiligen

³¹ Vulnerable Gruppen: Bevölkerungsgruppen, die im gesundheitsbezogenen Sinne als verletzlich, vulnerabel angesehen werden. Konkret geht es in diesem Zusammenhang um Kinder und Jugendliche, ältere Menschen, Kranke und Behinderte, Schwangere, zum Teil sind auch sozial Benachteiligte gemeint, die aufgrund ihrer speziellen Situation im Vergleich zum Bevölkerungsmittel in verstärktem Ausmaß gesundheitlichen Risiken und Unfallgefahren ausgesetzt sind. Vergleiche hierzu: Stamm H. et al. (2003); Streich, W. (2006); Bencic, W. (2009); Fässler, S. et al. (2011)

Kartendarstellung ein Begleittext, der eine eindeutige und nachvollziehbare Deutung des kartographischen Materials und der dort verzeichneten Sachverhalte sicherstellt. Natürlich ist es auch möglich, die in den gesundheitspezifischen Karten gekennzeichneten Objekte mit einem Satz entsprechender Auflagen zu versehen, die mit der Kartendarstellung verbunden werden. Zum Beispiel die Ausweisung bestimmter Ruhezeiten um sensible Objekte wie Krankenhäuser und Altersheime. Wie sich beispielsweise solche planerischen Bindungen technisch im Multilayer-Modus realisieren lassen, ist ein im Alltag der kommunalen Planungsämter, Vermessungs- und Katasterämtern liegendes Know-how, das partiell für geeignete Anwendungen auch auf die Gesundheitsbehörden zu übertragen wäre.

Ein Beispiel für eine partielle Realisierung der Darstellung von Einrichtungen unter anderem des Gesundheitswesens liefert die Region Bonn. Die entsprechende, ins Internet eingestellte interaktive Karte enthält Ortsangaben unter anderem zu den in der Region vorhandenen Krankenhäusern, Arztpraxen und Apotheken³².

Soviel einleitend zur Kernzielsetzung des Fachplan-Gesundheit-Konzepts, die eine Verwendung des aufzubauenden Kartenmaterials im Anwendungsbereich der Mitwirkung der kommunalen Gesundheitsbehörden an räumlichen Planungen vorsieht. In den ersten Überlegungen zu einem solchen Konzept war klar, dass bei der gegenwärtig ungünstigen Haushaltslage im Landesbereich wie besonders auch auf kommunaler Ebene eine öffentlich finanzierte Förderung der Entwicklung und der Einführung eines solchen bisher fehlenden planerischen Instruments als wenig realistisch angesehen werden muss. Neben der Überlegung, für ein solches Entwicklungsvorhaben den Versuch zu unternehmen, Stiftungsgelder einzuwerben, entstand die Vorstellung, über mögliche Synergieeffekte Aufbau und Realisierung eines Fachplans Gesundheit attraktiv für den kommunalen Gesundheitssektor zu gestalten.

- **Rückkopplung mit vorhandenen Strukturen – beispielsweise mit kommunalen Produktplänen Gesundheit**

Leitgedanke war dabei zum einen, bereits auf kommunaler Ebene vorhandene Strukturbildner in die Fachplan-Entwicklung mit einzubeziehen und zum anderen, im Sinne einer positiven Wechselwirkung, die über die Fachplanentwicklung angestrebte zusätzliche Strukturbildung in positiver Weise mit den vorhandenen Strukturen und Organisationssystemen rückzukoppeln. Konkret entstand die Vorstellung, dass

die im Bereich kommunaler Gesundheitsverwaltung bestehende breit gefächerte Organisationsstruktur, nach der sich Aufgaben und Leistungen gliedern, bereits vieles von dem determiniert, was auch auf planerischer Ebene von Bedeutung bzw. maßgeblich ist. Das heißt, dass das vielfältige Regelwerk und die Verwaltungsroutinen einer Gesundheitsbehörde zu zahlreichen gesundheitsbezogenen Sachfragen viele Details eines Fachplans Gesundheit bereits festlegen.

Zahlreiche Kommunen arbeiten inzwischen mit Produkthaushalten, die einen teilweise erheblichen, aufgabenbezogenen Planungsaufwand voraussetzen und eine Systematisierung der gesamten Aufgabenbreite und -erledigung erfordern. Über die für Controlling-Funktionen einsetzbare Grundform des Produkthaushalts-Instruments hinaus ergeben sich – bei Vorliegen einer solchen systematisierten Aufgabenbasis einer Gesundheitsbehörde – gegebenenfalls Möglichkeiten zur sinnvollen Nutzung dieser arbeitsintensiven Vorarbeiten für den Aufbau eines künftigen Fachplans Gesundheit. Sind doch über die Definition von Produktgruppen die großen Aufgabenbereiche bezeichnet (wie: Maßnahmen der Gesundheitspflege) und über die Benennung von Produkten vorrangig zu behandelnde Aufgaben abgegrenzt worden (beispielsweise Gesundheitsförderung/Prävention; Gesundheitsberichterstattung; Schulärztliche Untersuchungen³³; Epidemiologische Aktivitäten; Infektionsschutz). Die einzelnen Produkte sind dabei in der Regel bereits mit Zielsetzungen und Maßnahmen unterlegt, zum Teil mit Kennzahlen³⁴.

In einem solchen Sinne überträgt sich der vielerorts bereits vorhandene „Strukturplan“ einer Gesundheitsbehörde gewissermaßen auf die Gestalt des Fachplans Gesundheit. Ein Fachplan Gesundheit erfindet sich also nicht neu, sondern bündelt überwiegend bereits vorhandene Vorgaben, Regeln und Informationen. Er führt sie in einer allerdings bisher nicht vorhandenen schlüssigen und transparenten Weise zusammen. Dieser über eine solche nach außen deklarierbare „Fachplanung“ entstehende Effekt stärkerer Transparenz der eigenen Aufgaben und Zielsetzungen einer Gesundheitsbehörde hat wiederum eine Rückwirkung auf die innere Stringenz und Handlungsfähigkeit dieser Behörde.

Hier wird ein deutlicher Synergieeffekt erwartet, der sich letztlich als zusätzliches positives Motiv zum Aufbau eines Fachplans Gesundheit erweisen soll. Eine entsprechend positive Wechselwirkung wird auch für die Arbeit der kommunalen Gesundheitskonferenz erwartet. Dies wäre sozusagen eine „Wirkung nach

³² Interaktive Karte mit kommunalen Einrichtungen URL: http://region-bonn.de/cms/cms.pl?Amt=RAK2009&set=0_0_0_0&act=0

³³ LIGA.NRW (2011) Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen NRW
³⁴ Muster für einen Produkthaushalt im Bereich kommunaler Gesundheitsbehörden unter URL: http://www.nkhr-bw.de/servlet/PB/show/1178154/Kommunaler_Produnktplan_Baden-Wuerttemberg.pdf (S. 248ff.) sowie aus Nordrhein-Westfalen unter URL: <http://www.akademie-oegw.de/Programm/Public/Mayer%20Vom%20Output%20zum%20Outcome.pdf>

innen“, die der Aufbau eines Fachplans Gesundheit mit sich bringt. In der nachfolgenden Abbildung 3 sind diese erwarteten Effekte durch horizontale Doppelpfeile symbolisiert.

● **Fachplan und „Wirkung nach außen“**

Ein weiterer zu erwartender positiver Effekt liegt in der „Wirkung nach außen“. Eine positive Außenwirkung war bereits im Kernanliegen zum Aufbau eines Fachplans Gesundheit auf kommunaler Ebene enthalten: eine nennenswerte strukturelle und qualitative Verbesserung bei der Mitwirkung der Gesundheitsbehörde an räumlichen Planungen. Hier geht es in erster Linie um die Aufhebung eines vielerorts seit längerer Zeit bestehenden, den Gesundheitssektor betreffenden strukturellen Defizits und eine Angleichung der fachlichen Möglichkeiten zum Vertreten gesundheitlicher Belange an jene Standards, die andere (teilweise konkurrierende) Träger öffentlicher Belange über ihre meist sehr differenzierten und technisch ausgezeichneten Fachpläne in planerische Abwägungssituationen einbringen.

Zusätzlich besteht die Möglichkeit, über einen Fachplan Gesundheit eine Grundstruktur zu schaffen, die für Öffentlichkeitsarbeit und auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtete Aktivitäten eine wesentliche Unterstützung darstellen kann: im Extrem – der Anschaulichkeit wegen einmal in dieser Form erwähnt – hat der Fachplan Gesundheit nach außen eine Entsprechung in einem „Aktionsplan Gesundheit“. Das heißt, dass die im Fachplan Gesundheit verarbeiteten Regeln und Daten sich nicht nur für die Umsetzung im planerischen Bereich konkret – in der Fläche – abbilden und sich in der kommunalen Gestaltung materiell niederschlagen, sondern dass sich darüber hinaus auch Arbeit und Kommunikation mit der Bevölkerung über

eine solche Fachplanung besser definieren und ausgestalten lassen.

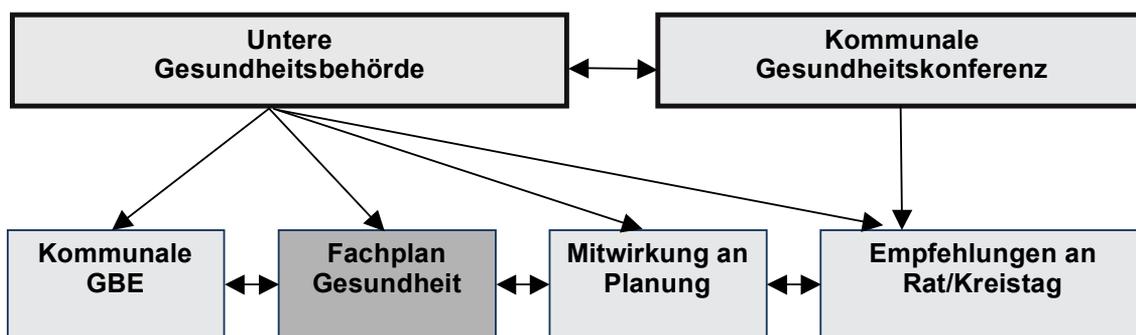
Stellt der Fachplan Gesundheit in der Raumplanung eine wesentliche Argumentationshilfe für die Vertreter der Gesundheitsbehörde dar, so könnte er – bei entsprechender Ausdifferenzierung – auch für bevölkerungs- und zielgruppenspezifische Aktivitäten des Gesundheitssektors und für deren Darstellung gegenüber anderen Verwaltungsteilen und letztendlich in der Bevölkerung eine ähnliche, fachlich-begründende Funktion übernehmen. Die Vorstellung, in der Praxis einen das ganze Handlungsspektrum einer Gesundheitsbehörde abdeckenden „Aktionsplan Gesundheit“ aufstellen und umsetzen zu können, wirkt allerdings aufgrund der Aufgabenfülle und der gegenwärtig allseits knappen Ressourcen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes etwas utopisch. Diese Vorstellung wird hier nur als Orientierungsgedanke eingeführt, der in konstruktiver Weise die Gestaltung besonders geeigneter Mustersegmente des Handelns einer Gesundheitsbehörde leiten soll.

● **Fachplan Gesundheit: Einbettung in bestehende rechtliche Strukturen**

Zur Konstruktion eines Fachplans Gesundheit war zunächst zu prüfen, welches Instrumentarium das geltende Recht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Nordrhein-Westfalen bereithält, das die untere Gesundheitsbehörde für Erarbeitung und Fortschreibung eines Fachplans Gesundheit nutzbar machen kann. Wie bereits im Textabschnitt auf S. 22 ausgeführt, finden sich im nordrhein-westfälischen ÖGD-Gesetz in diesem Zusammenhang verwertbare Angaben zur Aufgabenstruktur der kommunalen Gesundheitsberichterstattung und zu den Handlungsoptionen der Kommunalen Gesundheitskonferenz.

Kommunale Gesundheitskonferenzen und kommunale Gesundheitsberichterstattung können also im

Abbildung 3: Beteiligte in der Fachplanung Gesundheit



Verfahren eines Fachplans Gesundheit entscheidende Aufgaben wahrnehmen, indem

- die Kommunale Gesundheitskonferenz die Schwerpunkte der Gesundheitsberichterstattung so ausrichtet, dass diese schrittweise die wesentlichen Datengrundlagen für den Fachplan Gesundheit bereitstellen kann,
- die kommunale Gesundheitsberichterstattung ihre Arbeit planungs- und verstärkt handlungs- bzw. maßnahmenorientiert auslegt und hierfür brauchbare, operationalisierbare Ergebnisse liefert.

Aus Abbildung 3 wird ersichtlich, dass der Fachplan Gesundheit im unmittelbaren Zusammenhang zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung (GBE) steht. Man kann – deutlicher pointiert – auch sagen, dass die GBE gemäß § 6, Abs. 1 ÖGDG NRW bereits wesentliche Grundelemente für einen Fachplan aufweist.

Der Fachplan Gesundheit stellt, wie Abbildung 3 ebenfalls zeigt, ein eigenständiges, rechtlich nicht verankertes Instrument der unteren Gesundheitsbehörde dar. Erst die sich aus einem solchen Fachplan ergebenden Maßnahmen, Stellungnahmen etc. basieren ggf. auf einer spezialgesetzlichen Grundlage. Dies gilt insbesondere für die Mitwirkung an Planungs- und Genehmigungsverfahren. Denn sowohl das Baugesetzbuch als auch die einschlägigen Fachgesetze (wie beispielsweise das Bundesimmissionsschutzgesetz) heben Gesundheitsaspekte bei Projekten und

Planungen als abwägungsrelevant hervor. § 8 ÖGDG NRW (Mitwirkung an Planungen) weist den unteren Gesundheitsbehörden eindeutig die Aufgabe zu, sich in Stellungnahmen zu gesundheitsrelevanten Planungs- und Genehmigungsverfahren fachlich zu äußern.

● Zielgruppen und inhaltlicher Fokus künftiger Fachpläne Gesundheit

Der Träger des Fachplans Gesundheit muss entscheiden, auf welche Zielgruppe(n) oder inhaltlichen Themen er den Fokus seiner Arbeit richtet. Aus den Aufgaben der Umweltbehörde ist erkennbar, dass dort der Blick auf die Gesamtbevölkerung gerichtet wird. Ausgangsüberlegung bezüglich der Zielgruppenentscheidung des Gesundheitssektors ist es dagegen, dass sich der Fachplan Gesundheit insbesondere mit der Situation so genannter „vulnerabler Gruppen“ auseinandersetzt und seinen Schwerpunkt auf solche räumlichen Bereiche legt, wo sich - bezogen auf diese Gruppen - eine Nutzungsverdichtung auffinden lässt. Daraus lässt sich folgendes Zielgruppenspektrum beschreiben:

- bezogen auf die **Gesamtstadt bzw. den Landkreis**: Einrichtungen für Kinder/Jugendliche, alte Menschen und kranke bzw. behinderte Menschen, insbesondere Kindergärten, Schulen, Jugendfreizeitzentren, Senioreneinrichtungen, Krankenhäuser und ambulante Kliniken,

Abbildung 4: Stadt Wolfsburg – Schul- und KITA-Standorte (rot= Schulen, grün= KITAs)



- bezogen auf bestimmte **Stadtteile/Quartiere**: Sozialräume, die der schwerpunktorientierten Gesundheitsförderung bedürfen³⁵ (vgl. hierzu auch S.24 und Abb. 2 zur Gesundheitsplanung im Telli-Quartier der Stadt Aarau); hierzu können auch im planungsrechtlichen Sinne „reine Wohngebiete“³⁶ und solche Stadtbereiche gehören, die über einen Wohnanteil verfügen.

● Elemente künftiger Fachpläne Gesundheit

(1) Grundlagenerarbeitung

Für die Grundlagenerarbeitung (1)³⁷ des Fachplans Gesundheit ergibt sich aus der oben genannten Zielgruppenbestimmung der Bedarf zur Erstellung von **zwei Basiskarten**:

- **Basiskarte (a): Einrichtungen für vulnerable Gruppen**³⁸, d. h. für Kinder/Jugendliche, alte Menschen und kranke beziehungsweise behinderte Menschen;

Kriterien der Vulnerabilität sind:

- geringe Mobilität,
- gesundheitliche Beeinträchtigung.

- **Basiskarte (b): Stadtteile/Quartiere**, die der schwerpunktorientierten Gesundheitsförderung bedürfen;

Kriterien für die Ausweisung dieses Bedarfs sind:

- Bereiche mit hohem Anteil einkommensschwacher Bewohner,
- Gebiete mit hohem Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund,
- reine Wohngebiete (gem. Baunutzungsverordnung),
- sonstige Gebiete mit Wohnanteil über 80 %.

Grundsätzlich steht in Kommunen mit gut ausgebauter Gesundheitsberichterstattung alternativ auch eine andere Vorgehensweise zur Auswahl: ein an inhaltlichen Themen orientiertes Vorgehen beim Aufbau von Fachplan und Karten. Dies setzt voraus, dass die Gesundheitsberichterstattung bereits wesentliche Vorarbeiten geliefert hat und über bestimmte Indikatoren besondere Interventionsschwerpunkte in der Kommune bereits identifiziert worden sind. Wenn eine solche datengestützte Defizitanalyse vorliegt, erleichtert dies die präzise Anlage der Basiskarten (1), und auch die Datengrundlagen für die Karten zu Potenzialen, Risiken und Versorgungsanalyse/-strukturen (2a - c) lassen sich mit wenig(er) Aufwand für eine Kartografie bereitstellen.

(2) Kartierung zu den Potentialen der lokalen „Situation Gesundheit“

Die Karte (2) zur gesundheitlichen Situation/Potentiale dient als Arbeitsplan des Bereichs Gesundheit zur Ersteinschätzung der lokalen gesundheitlichen Bedingungen. Sie trägt die verschiedenen sektoralen Sachverhalte und Potentiale überlagernd zusammen, zum Beispiel

- bewegungsfördernde Infrastruktur wie Sport-, Spiel- und Bolzplätze, Hallen- und Freibäder und andere Einrichtungen
- Freiraum- und Grünversorgung
- lärmarme Ruhebereiche
- gering belastete Stadträume bzgl. Schall- und Schadstoffimmissionen
- Wegebeziehungen (Fahrrad-/Fußwege) zu Schulen, Freizeitzentren etc.
- bioklimatisch günstige Zonen und bioklimatische Ausgleichsräume
- Trinkwasserversorgungsstruktur.

³⁵ vgl. hierzu auch die Plattform Gesundheitliche Chancengleichheit (URL: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)

³⁶ gemäß Baunutzungsverordnung zum Baugesetzbuch

³⁷ Eingeklammerte Zahlenangaben auf dieser und den beiden folgenden Seiten beziehen sich auf Abb. 9 auf S. 38 Ablaufschema Fachplan Gesundheit

³⁸ Vulnerable Gruppen: Definition siehe Fußnote 31 auf Seite 28

Abbildung 5 a: Luftbelastung durch Feinstaub und Stickoxide hinterlegt mit dem Entwicklungsindex der Sozialen Stadtentwicklung (Monitoring 2009) in Berlin

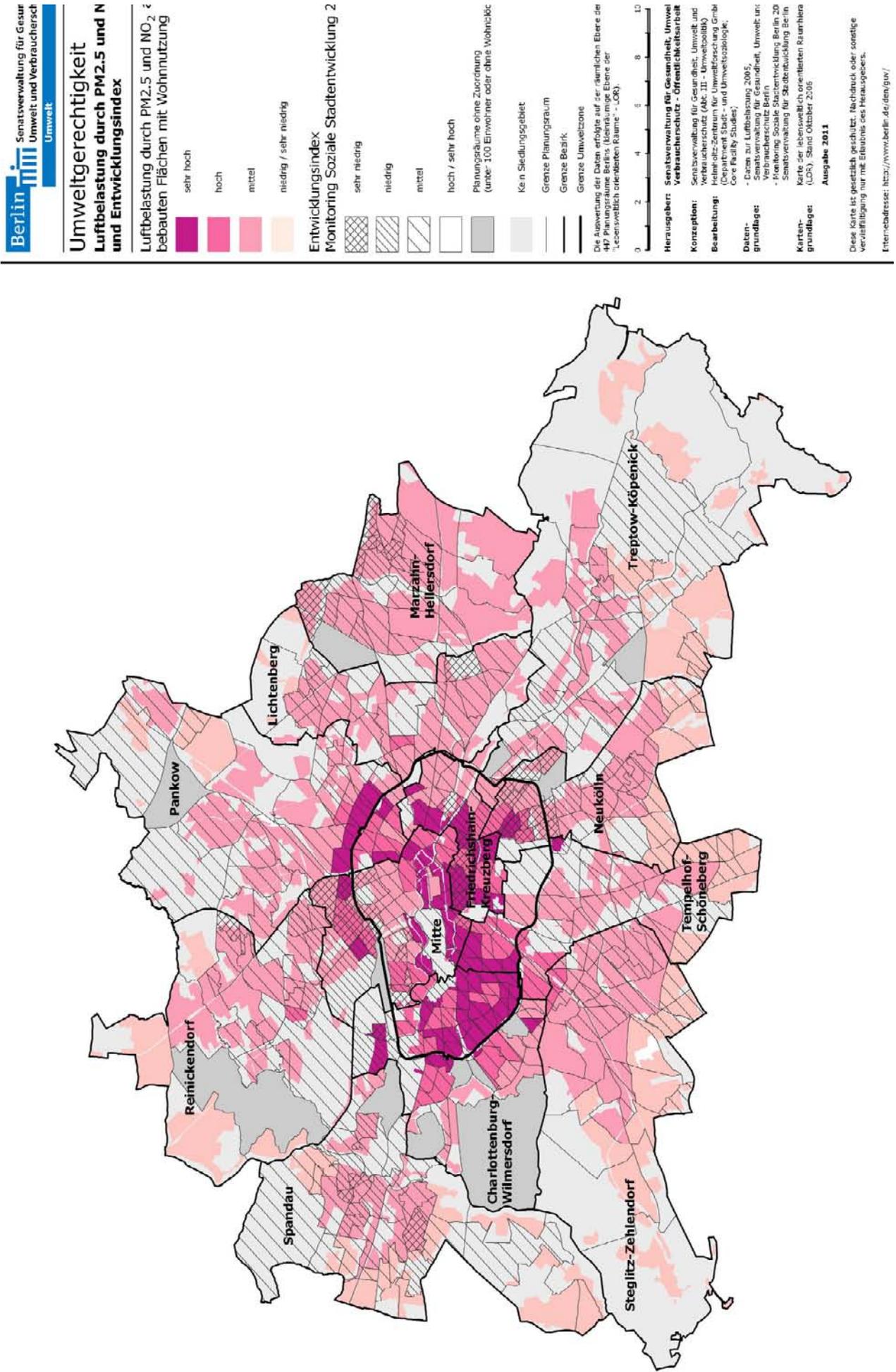


Abbildung 5 b: Bioklimatische Bewertung hinterlegt mit dem Entwicklungsindex der Sozialen Stadtentwicklung (Monitoring 2009) in Berlin

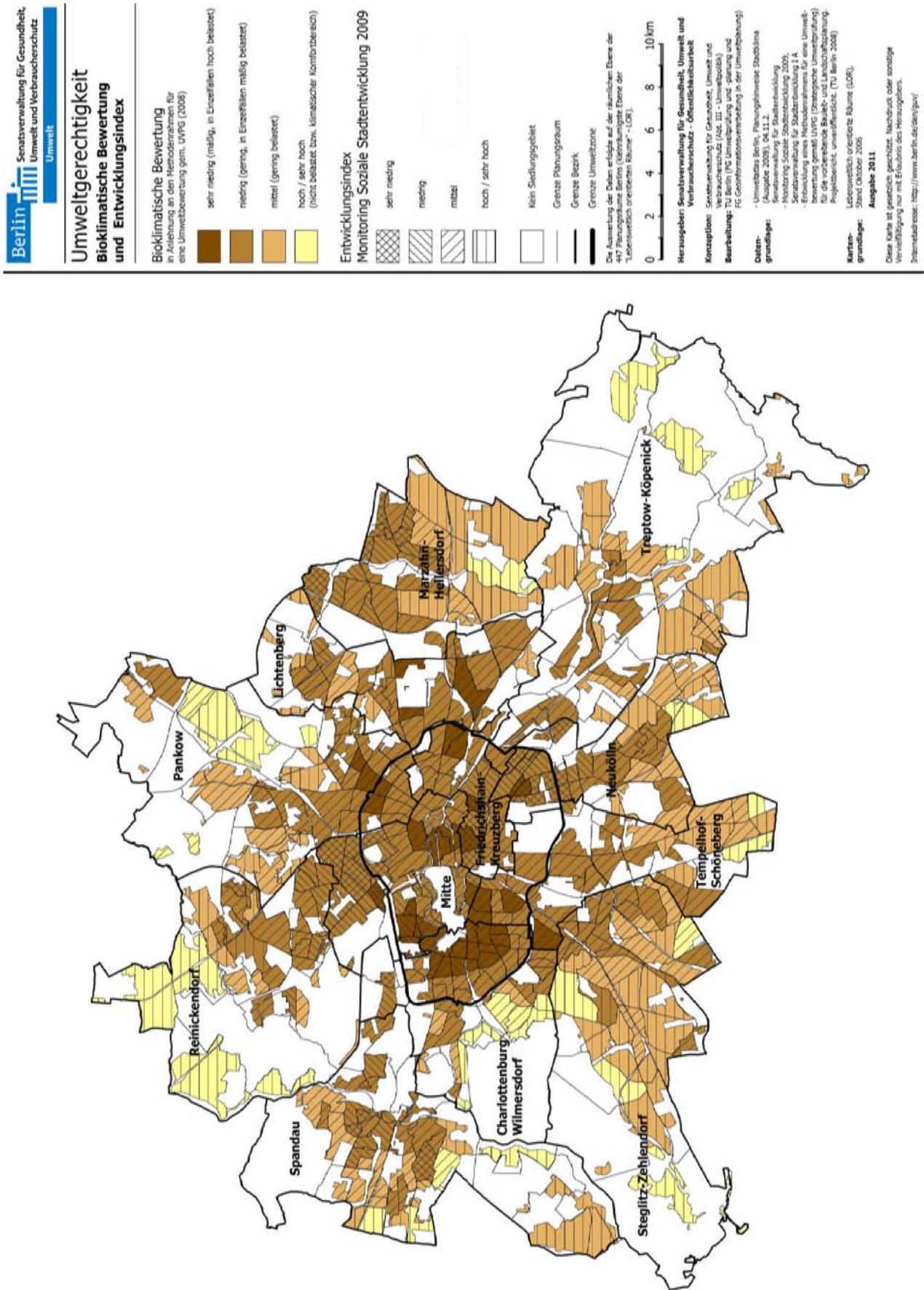


Abbildung 6: Versorgung mit wohnungsnahen Grünanlagen im Stadtgebiet Berlin

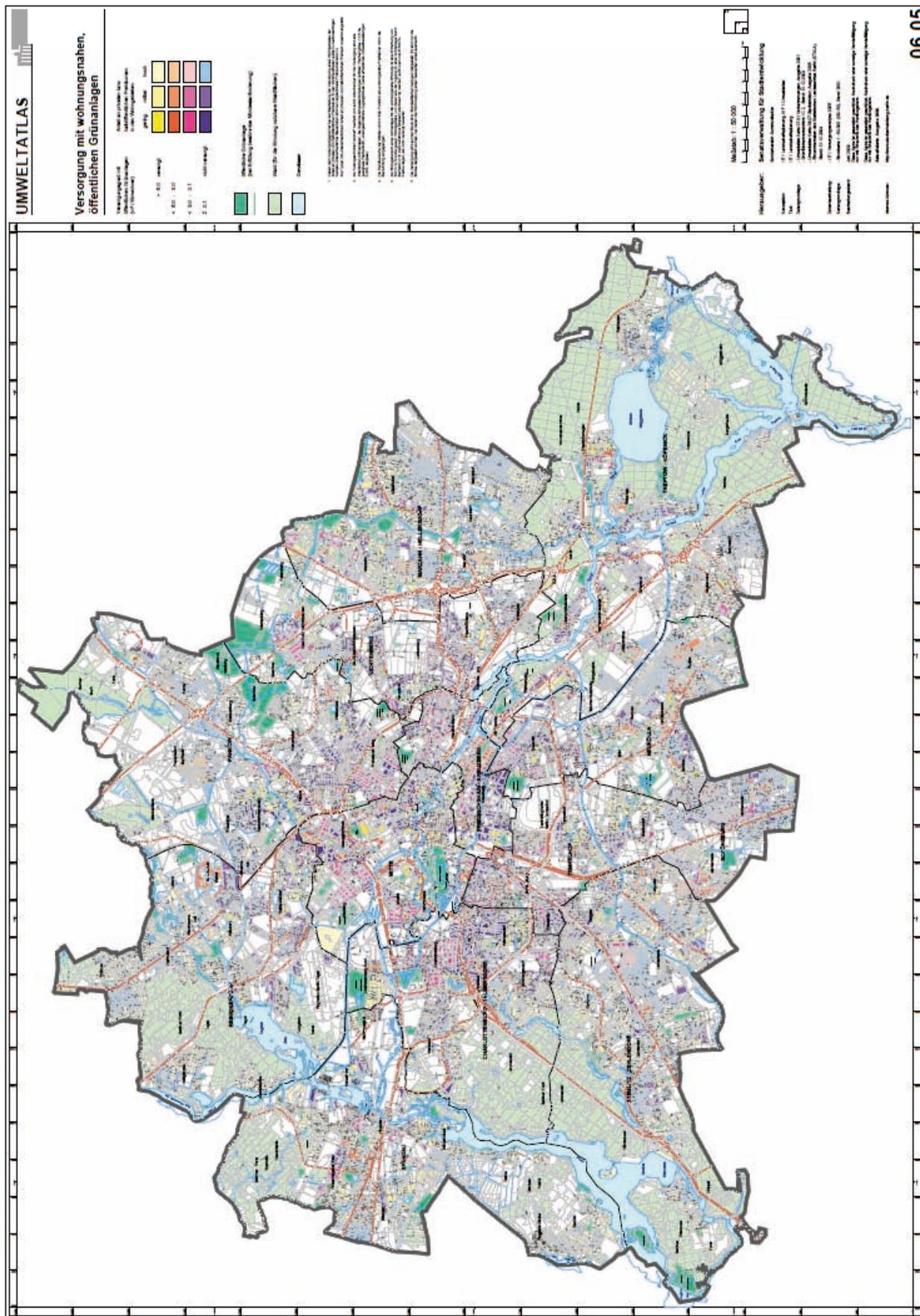
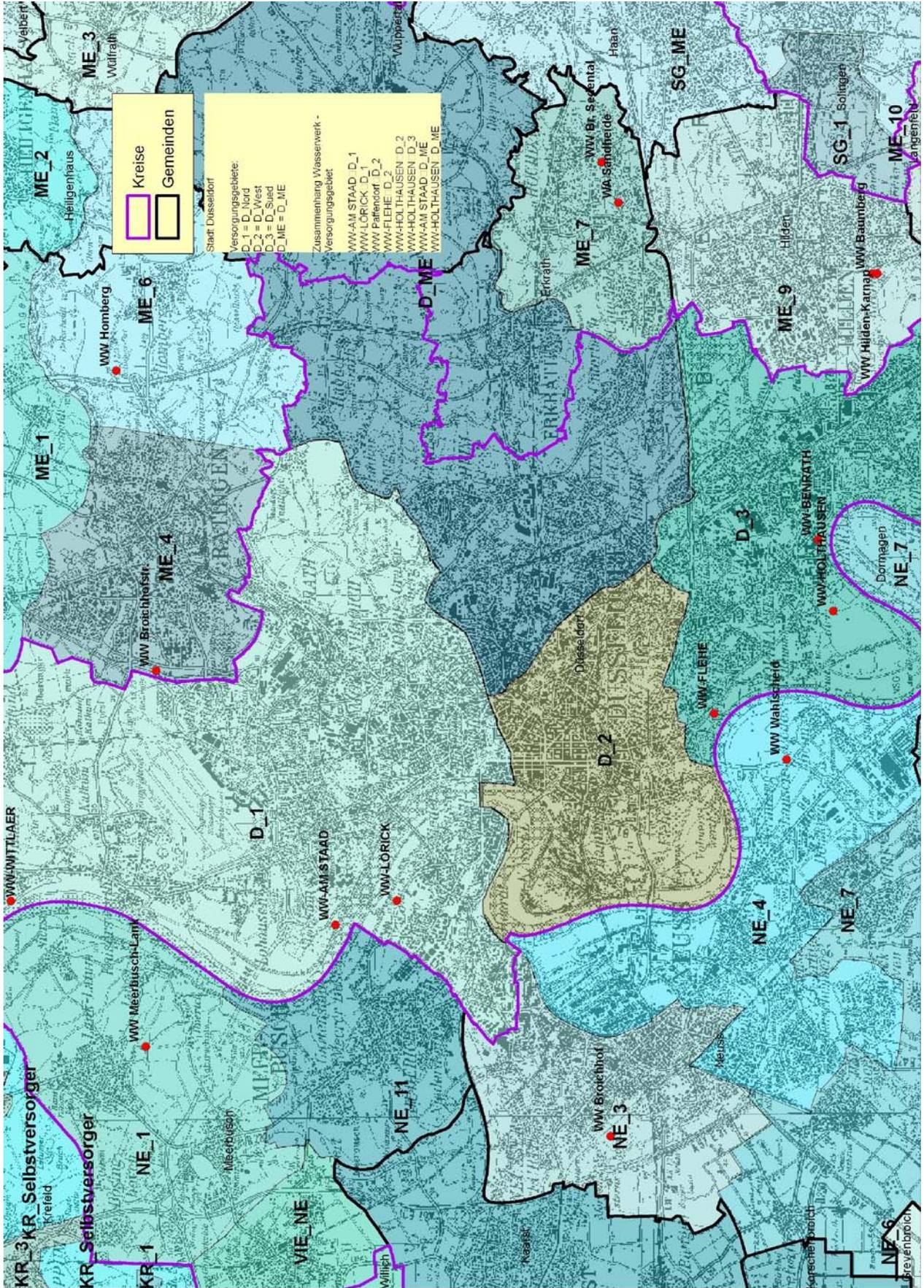


Abbildung 7: Trinkwasserversorgungsgebiete und Wasserwerke im Stadtgebiet Düsseldorf und Umgebung



(3) Kartierung zu Gefährdungen und Risiken innerhalb der lokalen „Situation Gesundheit“

Die Karte (3) zur gesundheitlichen Situation/Gefährdungen, Risiken ist eine wesentliche Ergänzung der vorgenannten Karte (2). Sie dient ebenfalls als Arbeitsplan des Fachbereichs Gesundheit und stellt die wesentlichen Informationen zu gesundheitlich belastenden Faktoren zusammen, zum Beispiel:

- Sozialräumliche Kartierungen (beispielsweise resultierend aus den Schuleingangsuntersuchungen) bezüglich Übergewicht und ähnlichen Parametern
- Bereiche mit auffälliger Kriminalitätsrate
- Sicherheit: Verteilung von Unfallhäufigkeiten
- Trinkwasser: Kartierung noch vorhandener Bleileitungen/andere Schadstoffe bzw. Auffälligkeiten in der Trinkwasserüberwachung
- kartierte Wärmeinseln
- Summenschallpegel im Bereich der Lärmimmissionen
- Flächen mit hoher Schadstoffbelastung
- Altlastenflächen und Altlastenverdachtsflächen, die entweder bewohnt sind, als Spielplätze genutzt werden oder einer gärtnerischen Nutzung unterliegen.

(4) Erfassung der gesundheitlichen Versorgungsstruktur

Inhalte des Arbeitsplanes (4) zur gesundheitlichen Versorgungsstruktur sind vor allem:

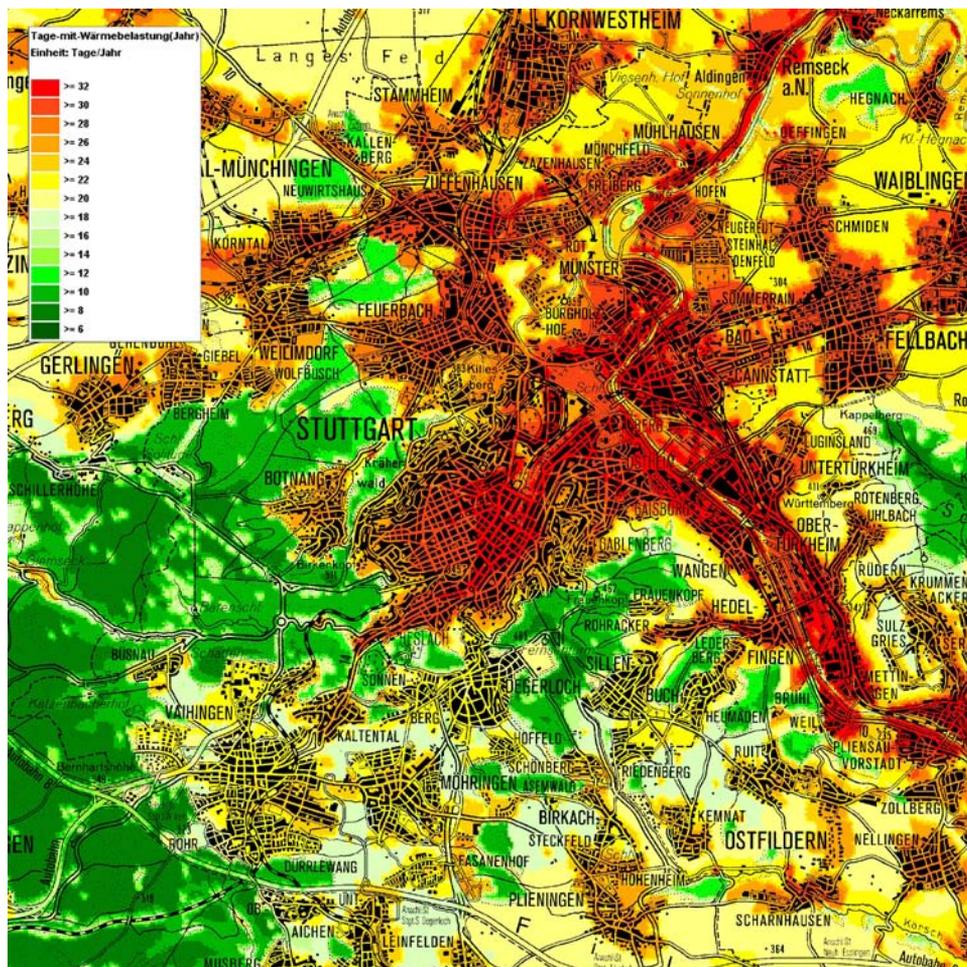
- Gesundheitliche Einrichtungen wie Kliniken, Ärztehäuser, ambulante Versorgungseinrichtungen einschließlich der Anbindung über den öffentlichen Nahverkehr
- Lage und Erreichbarkeit von Notdiensten; Rettungsdienstnetzichte
- Lage von Katastrophenschutzeinrichtungen (einschließlich Evakuierungsplänen nach Seveso-II-Richtlinie)
- Verteilung von Notbrunnen.

(5) Leitmodell Gesundheit

Das Leitmodell Gesundheit fasst die wesentlichen Analyseergebnisse aus der Fachplanung Gesundheit zusammen und bündelt die grundlegenden Aussagen für eine Zieldiskussion. Es enthält

- die Entwicklung von Gesundheitszielen

Abbildung 8: „Wärmeinseln“ in Stuttgart – dargestellt durch die Anzahl der Tage mit Wärmebelastung im Jahr 2008



- die Darstellung sektoraler Zielaussagen (zum Beispiel für den Bereich Lärmimmissionen)
- Verortung des Leitmodells in einer groben räumlichen Darstellung (5) mit Hinweisen auf Bereiche mit besonderem Schutzerfordernis, gegebenenfalls Ausgleichsräumen im Nahbereich belasteter Flächen und weiteren räumlichen Handlungsprioritäten.

(6) Maßnahmenschwerpunkte

Die oben beschriebenen Grundlageninformationen und die daraus entwickelten Gesundheitsziele führen idealerweise zu einem Bündel an Maßnahmen, Prioritäten und Schwerpunkten. Die Karte der Maßnahmenschwerpunkte (6) sollte eine überschaubare, das heißt vor allem handhabbare Anzahl solcher Schwerpunkte darstellen.

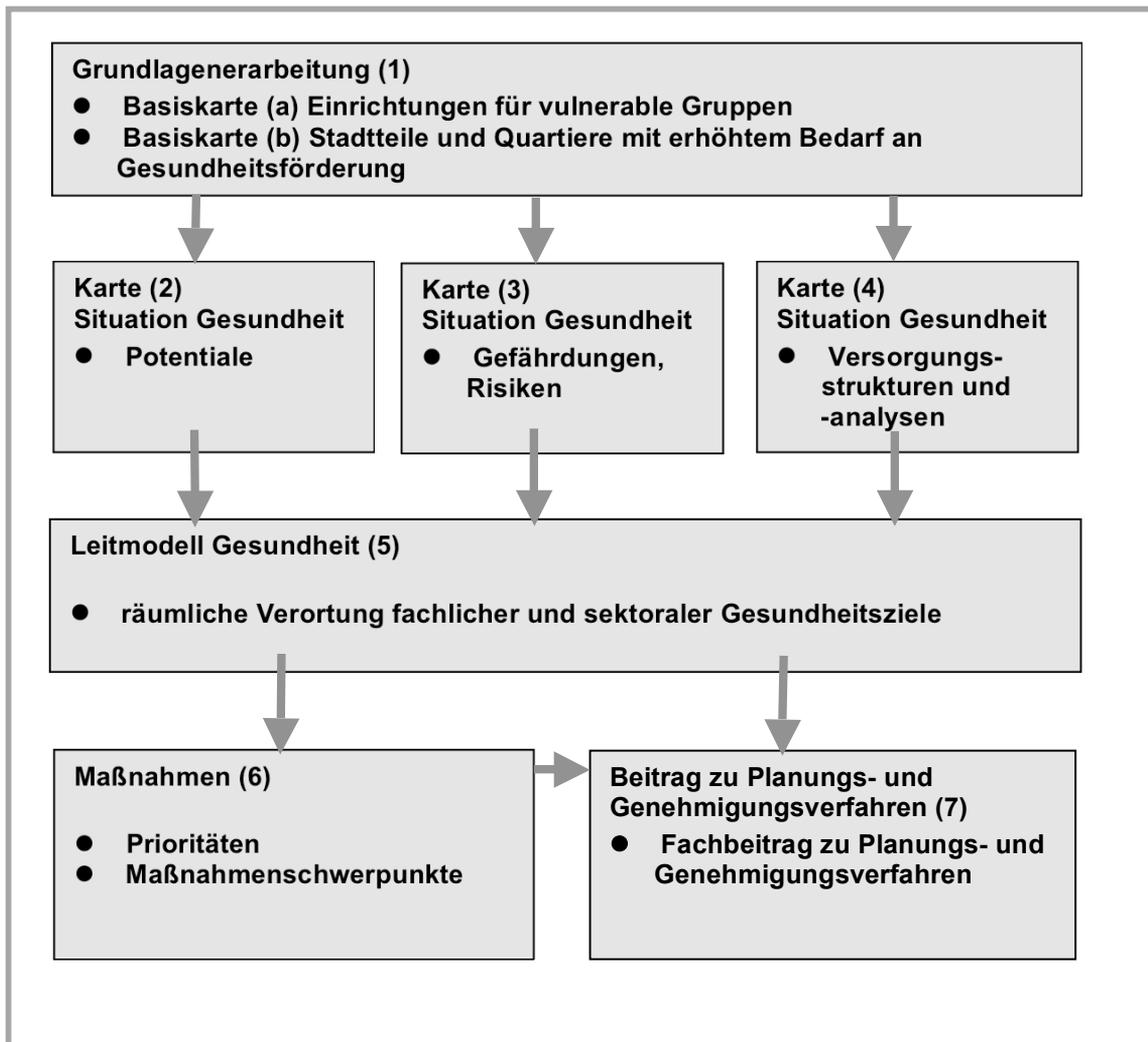
(7) Mitwirkung an Planungs- und Genehmigungsverfahren

Resultierend aus den Ergebnissen von Analyse, Ziel-diskussion und räumlicher Verortung von Räumen mit Handlungsbedarf kann der Fachplan Gesundheit entweder fallbezogen (beispielsweise innerhalb eines Planfeststellungsverfahrens für ein Straßenprojekt) oder als eigener Fachbeitrag (beispielsweise für eine künftige Novellierung des Flächennutzungsplanes oder als Beitrag zur Regional- oder Gebietsentwicklungsplanung) angelegt werden.

● **Adaptation eines Fachplans Gesundheit an die Haushaltssituation der Kommune**

Beim Aufbau eines Fachplans Gesundheit und bei der Entscheidung über seine lokalen Prioritäten wird neben einer politisch bzw. inhaltlich geprägten Sicht immer auch die Ressourcenfrage im Vordergrund stehen: die Personaldecke in den verantwortlichen Behörden ist generell eng; für den Arbeitsbereich der Mitwirkung an Planungsprozessen gilt dies insbeson-

Abbildung 9: Ablaufschema Fachplan Gesundheit



dere. Zahlreiche Kommunen befinden sich im Verfahren der Haushaltssicherung, was ihren Spielraum bei der Bearbeitung zusätzlich einengt. Die gegenwärtig in vielen Kommunen laufende Aufgabenkritik führt zu weiterem Bedarf nach überzeugender Argumentation: neue Aufgaben können danach, wenn überhaupt, nur dann übernommen werden, wenn sie entweder gesetzlich verpflichtend sind oder an anderer Stelle zu Entlastungen führen. Der Fachplan Gesundheit soll und wird an verschiedenen Stellen zur Verwaltungsvereinfachung beitragen und somit die verlangten Synergieeffekte aufweisen, die seine Einführung ermöglichen. Entsprechende Analysen und Berechnungen im Sinne von Aufwand-Nutzen-Bewertungen sind für die Pilotphase 2 vorgesehen.

Der Fachplan Gesundheit bezieht sich unter anderem auf die Paragraphen 8 (Mitwirkung an Planungen), 21 (Gesundheitsberichterstattung) und 2 (u.a. Gesundheitsschutz und -förderung) des ÖGDG NRW als gesetzliche Grundlage. Seine Einführung wird in der endgültigen Ausgestaltung deutlich über das Aufgabenfeld der Mitwirkung an Planungs- und Genehmigungsverfahren und den vorstehend erläuterten raumplanungsbezogenen Kernbereich des Initialkonzepts hinausreichen und damit zusätzlich wesentliche Teile der behördlichen Gesundheitsaufgaben abbilden. Hieraus kann auf eine verstärkte Effizienz bei der künftigen Aufgabenerledigung der Gesundheitsbehörde geschlussfolgert werden.

● Empfehlungen zum weiteren Vorgehen (Stand: Dezember 2009)

(a) Der im Bericht beschriebene Aufbau eines Fachplans Gesundheit erscheint für den Bereich Gesundheit in Kreisen und kreisfreien Städten aus mehreren Gründen unbedingt erwägenswert:

- Die Analyse der kommunalen Aufgabenwahrnehmung hat gezeigt, dass wesentliche gesellschaftsrelevante Handlungsfelder, wie z. B. Jugend, Kultur, Soziales und Umwelt, durch Fachpläne gesteuert werden.
- Ein Fachplan Gesundheit kann „nach innen“ wirken und als Steuerungsinstrument der örtlichen Gesundheitsaufgaben dienen; er kann darüber hinaus „externe Wirkung“ entfalten, indem er beispielsweise als Fachbeitrag zu Genehmigungsverfahren beziehungsweise zur kommunalen und regionalen Gesamtplanung fungiert. Für diese Doppelfunktion gibt es in der kommunalen Planungspraxis erprobte Beispiele (beispielsweise die Landschaftsplanung).

(b) Das Konzept eines örtlichen Fachplans Gesundheit ist innovativ. Sein Aufbau sollte deshalb mit zumindest einer kreisfreien Stadt und einem Landkreis

erprobt werden. Diese etwa zweijährige Pilotphase bedarf der externen Steuerung und Koordination.

(c) Sinnvoll erscheint ein modularer Aufbau, beginnend mit dem Bereich „Mitwirkung an Planungs- und Genehmigungsverfahren“, jedoch mit dem Ziel, mittelfristig möglichst alle wesentlichen Arbeitsfelder des Bereichs Gesundheit im Fachplan abzubilden.

(d) Die Pilotphase des Projekts Fachplan Gesundheit sollte von einem Fachbeirat begleitet werden.

(e) Die Pilot- und Aufbauphase zum Fachplan Gesundheit sollte sich neben den im Bericht dargelegten fachlichen Arbeitsschritten mit der Frage beschäftigen, in welcher Form und in welchem Umfang partizipatorische Ansätze verfolgt werden. Dies gilt sowohl intern (Verwaltung, Ausschüsse, Kommunale Gesundheitskonferenz) wie auch extern (interessierte Bürger, Einrichtungen).

(f) Ein besonderer Fokus des Fachplans Gesundheit liegt insbesondere auf den so genannten vulnerablen Gruppen³⁹. Dies ergibt sich bereits aus § 2, Abs. 2 ÖGDG NRW, wo der Schutz insbesondere von sozial schwachen und schutzbedürftigen Personen angesprochen wird.

(g) Eine mit der jeweiligen Haushaltssituation der Kommune, in der ein Fachplan Gesundheit eingeführt werden soll, verträgliche Strategie muss gefunden werden: zum einen geht es um mehr Effizienz bei den über § 8 ÖGDG NRW aufgetragenen behördlichen Aufgaben bei der gesundheitsbezogenen Mitwirkung an Planungen, zum anderen wird bei den über den reinen Planungsaspekt hinausgehenden Funktionen des künftigen Fachplans von einer gesteigerten Effizienz bei der Ausübung des Aufgabenspektrums der Gesundheitsbehörde ausgegangen.

³⁹ Definition Vulnerable Gruppen s. S. 28 Fußnote 31

4. Fachgespräche zum Thema „Fachplan Gesundheit“, 2009

Zur Vorbereitung eines Konzepts für einen Fachplan Gesundheit wurden im Jahre 2009 Fachgespräche durchgeführt. Der Teilnehmerkreis setzte sich zusammen aus planungserfahrenen PraktikerInnen aus nordrhein-westfälischen Gesundheitsämtern, aus KoordinatorInnen kommunaler Gesundheitskonferenzen sowie weiteren ExpertInnen mit kommunaler Verwaltungserfahrung. Das erste dieser Gespräche fand als Arbeitsgruppe „Fachplan Gesundheit“ der Tagung „Gesundheit im Setting Stadt/Stadtquartier“ am 08.9.2009 in Bielefeld statt; die weiteren Fachgespräche folgten am 05.10. und 03.11.2009 in Bielefeld sowie am 03.12.2009 in Mettmann.

Die Fachgespräche machten deutlich, dass sich die im Aufgabenbereich „Mitwirkung an Planungen“ tätigen MitarbeiterInnen kommunaler Gesundheitsbehörden häufig mehr **Rückhalt** für ihre Arbeit wünschen. Die Entwicklungsbedingungen für den Aufbau von Fachplänen Gesundheit wurden öfter als schwierig eingeschätzt: Machbarkeitsgesichtspunkte, Realisierungsaspekte, Fragen zur praktischen Umsetzbarkeit eines Fachplans Gesundheit in Kommunen prägten größere Passagen der Gespräche. Gleichzeitig wurden die Schwächen des Status quo deutlich gesehen.

Vor diesem Hintergrund gab es unterschiedliche Reaktionen auf den Entwicklungsgedanken eines künftigen Fachplans: Die besondere Rolle einer **Landesinitiative** zur Verbesserung der kommunalen Situation über eine strukturelle Hilfe bei der Einführung von Fachplänen Gesundheit wurde begrüßt. Gleichzeitig wurde betont, dass eine Mittelzuweisung hilfreich wäre, um ein solches Instrument erfolgreich umzusetzen. Ein Fachplan Gesundheit könnte das oft ausgeprägte Übergewicht einer rein umweltbezogenen Denkweise, die häufig das kommunale Planungsgeschehen dominiere, auf ein angemessenes Maß reduzieren helfen und damit die originären Anliegen einer Gesundheitsbehörde in Planungszusammenhängen besser zur Geltung bringen.

Weiterhin wurde ausgeführt, die Einführung eines Fachplans Gesundheit müsse die **Leitungsebene** der Gesundheitsbehörde, insbesondere auch den ärztlichen Dienst mit einschließen. Die Einbeziehung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen und ihrer KoordinatorInnen bzw. Geschäftsstellen in die Entwicklungsbemühungen für einen Fachplan Gesundheit könnte strategisch sinnvoll sein.

In einigen Regionen Nordrhein-Westfalens finden Gebiets- bzw. Organisationsstrukturreformen statt (Städteregion Aachen; Städteregion Ruhr; Remscheid/ Solingen/ Wuppertal), die teilweise die den Gesundheitssektor strukturierende Rollenverständnisse auflösen und innovative Organisationsformen benötigten. Ein ergebnisorientierter Fachplan Gesundheit könnte hierbei hilfreich werden. Eine ausreichende Operationalisierung könnte die Realisierungschancen eines solchen Instruments erhöhen: zu viel „kreative Freiheit“ könnte die örtliche Umsetzung eher behindern.

Durch das Gespräch mit einem auf die KoordinatorInnen nordrhein-westfälischer Kommunalen Gesundheitskonferenzen und MitarbeiterInnen anderer kommunaler Behörden erweiterten Kreis wurde deutlich, dass die mit räumlicher Planung befassten Amtsbereiche in ihrer eigenen Logik und mit ihren spezifischen Problemen bereits in ihrer unmittelbaren „Behördennachbarschaft“ häufig kaum verstanden werden. Das bedeutet, dass das räumliche Planungswesen, die planerischen Verfahrensabläufe und die darin zu erbringenden Spezialaufgaben in anderen Segmenten des Gesundheitssektors und der kommunalen Behördenlandschaft oft nur unzureichend nachvollzogen werden können.

In diesem Dilemma scheint es notwendig, **verbindende Arbeitsinstrumente** wie die Gesundheitsberichterstattung gezielt einzusetzen. In gewisser Hinsicht ist die sachgerechte Beteiligung des Gesundheitssektors an räumlicher Planung ein weiteres Anwendungsgebiet der kommunalen Gesundheitsberichterstattung. Eine verstärkte Nutzung entsprechender Daten in planerischen Zusammenhängen fördert die Anreicherung von Argumentationen aus dem Gesundheitssektor mit Daten und Fakten; deren Umsetzung in geeignetes Kartenmaterial wiederum fördert Verständlichkeit und Transparenz.

Weitere Hinweise aus Perspektive der Kommunalen Gesundheitskonferenzen:

- Ein als Landesinitiative ausgewiesenes Pilotprojekt Fachplan Gesundheit könnte die Zusammenarbeit kommunaler Ämter positiv beeinflussen und den Nutzen für die Kommune(n) insgesamt verdeutlichen.

- Die Pilotierung eines Fachplans Gesundheit sollte nicht zu eng an ein rein planerisches Instrument angebunden werden.
- Ein Fachplan Gesundheit könnte auch die interne Vernetzung behördlicher Arbeitsbereiche mit Gesundheitsbezug in der Kommune verbessern.
- Anzustreben wäre die Zielvorstellung einer „Interventionskarte“ für erforderliche gesundheitspolitische kommunale Aktivitäten. Die Realisierung der sich darin ausdrückenden Aktivitäten würde im Idealfall zu einem behördenübergreifenden Anliegen.
- Karten sind zwar wichtig, geben häufig aber auch Anlass zu ausgeprägten Fehlinterpretationen. Der Kartenteil eines künftigen Fachplans Gesundheit bedarf daher einer auch für Planungslaien verständlichen Textkomponente.
- Koordinierungsprozesse zu einem Fachplan-Gesundheit-Konzept könnten gegebenenfalls aus den Geschäftsstellen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen anteilig betreut werden.

Träger des Fachplans Gesundheit müssen entscheiden, auf welche Zielgruppe(n) sie den Fokus der Arbeit ausrichten wollen. In den Aufgaben der Umweltbehörde wird der Blick häufig auf die Gesamtbevölkerung gerichtet. Für einen Fachplan Gesundheit können so genannte „**vulnerable Gruppen**“ in den Mittelpunkt rücken; der Fachplan kann seinen Schwerpunkt auf diejenigen räumlichen Bereiche legen, in denen – bezogen auf diese Gruppen – eine Nutzungsverdichtung vorliegt.

Daraus lässt sich folgendes **Zielgruppenspektrum** beschreiben: bezogen auf die Gesamtstadt (bzw. den Landkreis): Einrichtungen für Kinder/Jugendliche, alte Menschen und kranke bzw. behinderte Menschen, insbesondere Kindergärten, Schulen, Jugendfreizeitzentren, Senioreneinrichtungen, Krankenhäuser und ambulante Kliniken; bezogen auf bestimmte Stadtteile/Quartiere: Sozialräume, die der schwerpunktorientierten Gesundheitsförderung bedürfen; hierzu können auch im planungsrechtlichen Sinne „reine Wohngebiete“ und solche Stadtbereiche gehören, die über einen Wohnanteil verfügen⁴⁰.

Besondere Bedeutung wird den Darstellungen der **Gefährdungspotenziale** und Risiken zuerkannt. Dabei könne ein Verpflichtungsaspekt dazu beitragen, dass aufgedeckten Problemen auch Maßnahmen zur Problemminderung folgen. Empfohlen wird, für einen Fachplan Gesundheit zunächst diejenigen gesundheitsbezogenen Themen aufzugreifen, die im kommunalen Alltag eine besondere Rolle spielen⁴¹ – beispielsweise Infektionsrisiken, Lärmkarten, Informationen

über soziale Gegebenheiten sowie die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken⁴². Eine Komplettierung dürfte sich im Lauf der Zeit ergeben.

Bei der Priorisierung möglicher Themen für einen Fachplan können vorliegende Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung wie auch Meinungsbildungsprozesse und Gewichtungen im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz entscheidende Hinweise liefern. Weitere Kriterien für die **Auswahl prioritärer Themen** könnten sein: Größe der jeweiligen Zielgruppe; örtliche Belastungsspitzen; Verbesserungsansätze in sozial besonders benachteiligten Quartieren⁴³; Milderung gesundheitsrelevanter räumlicher Benachteiligungen im Stadtgebiet, wie beispielsweise Mangel an öffentlichen Grünflächen oder an Spielplätzen⁴⁴.

Zahlreiche Kommunen befinden sich im Verfahren der **Haushaltssicherung**, was ihren Spielraum bei der Bearbeitung einengt. Die gegenwärtig in vielen Kommunen laufende Aufgabenkritik führt zu weiterem Bedarf nach besonders überzeugender Argumentation: neue Aufgaben können nur dann übernommen werden, wenn sie entweder gesetzlich verpflichtend sind oder an anderer Stelle zu Entlastungen führen. Der Fachplan Gesundheit bezieht sich unter anderem auf die ÖGDG-Paragraphen 8 (Mitwirkung an Planung), 21 (Gesundheitsberichterstattung) sowie 2 (Gesundheitsschutz und -förderung) als gesetzliche Grundlage. Seine Einführung wird in seiner endgültigen Ausgestaltung deutlich über das Aufgabenfeld der Mitwirkung an Planungs- und Genehmigungsverfahren hinausreichen und wesentliche Teile der behördlichen Gesundheitsaufgaben abbilden. Hieraus kann auf eine verstärkte Effizienz bei der künftigen Aufgabenerledigung der Gesundheitsbehörde geschlussfolgert werden.

⁴⁰ siehe hierzu auch die Plattform „Gesundheitliche Chancengleichheit“ URL: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

⁴¹ Fehr, R. et al. (2005)

⁴² Ulbig, E. et al. (2010)

⁴³ Böhme, C. (2007)

⁴⁴ Hornberg, C. et al. (2010)

Resümee der Fachgespräche 2009

(1) Zusatzaufwand vermeiden, derzeitigen Arbeitsaufwand vermindern

Es kann aufgrund des dauerhaften Problems des Ressourcenmangels mit dem Fachplan Gesundheit ausschließlich ein solches Instrument geschaffen werden, das zusätzlichen Aufwand vermeidet oder im besten Fall durch gezielten EDV-Einsatz und verbesserte Abrufbarkeit bestimmter Grundinformationen den derzeitigen Aufwand vermindert.

(2) Alle Fachsegmente der Gesundheitsbehörde einbeziehen und beteiligen

Die Heterogenität der Aufgaben in der Gesundheitsbehörde ist erheblich. Ein Fachplan Gesundheit muss dies berücksichtigen, indem er seine Grundstruktur modular anlegt und so schrittweise die wesentlichen Gesundheitsaufgaben abbildet: Schritt für Schritt sollte der Fachplan Gesundheit nacheinander alle wesentlichen Aufgaben der Gesundheitsbehörde aufnehmen. Dazu muss das Konzept so attraktiv und partizipativ angelegt sein, dass sich Mitarbeiter/-innen aus allen Tätigkeitsfeldern der Gesundheitsbehörde positiv und aktiv an der Erstellung des Fachplans und am Aufbau ihrer arbeitsfeldspezifischen Module beteiligen.

(3) Mit einer Pilotphase starten, die vorhandene lokale Vorarbeiten und Stärken nutzt

Es wird für dringend notwendig gehalten, in einer Pilotphase mit der Erarbeitung eines möglichst landesgeförderten „Musterplans“ zu beginnen. Dieser sollte bereits vorhandene kommunale Ansätze (z. B. Gesundheitsrahmenbericht Münster, Gesundheitsziele Bielefeld etc.) einbeziehen.

(4) Bekannte Gesundheitsdefizite bei einzelnen Zielgruppen prioritär aufgreifen

Jede Kommune hat ihre spezifischen Themen, Brennpunkte und Defizite im Gesundheitsbereich. Damit besteht auch unabhängig von einem Fachplan Gesundheit an bestimmten Schnittpunkten und hinsichtlich der Lage bestimmter Personengruppen Handlungsbedarf. Für eine Pilotphase bzw. einen Start in ein Fachplan-Projekt bietet es sich an solche Brennpunkte aufzugreifen und anzugehen: damit stehen definierte gesundheitlich vulnerable bzw. benachteiligte Gruppen im Stadt- bzw. Kreisgebiet im Fokus eines Fachplans Gesundheit.

(5) Keine Absichtserklärungen, sondern konkrete Maßnahmen

Ein Fachplan Gesundheit muss zwingend konkrete Maßnahmen ansprechen und veranlassen. Hilfreich ist hierfür der Aufbau einer Interventionskarte.

(6) Kleinräumigkeit anstreben, Diskriminierung von Gruppen und Quartieren vermeiden

Ein Fachplan Gesundheit benötigt kleinräumige Daten und liefert eine damit verbundene Darstellung sozialräumlicher Probleme. Damit entsteht eine erhöhte Verantwortung zur Vermeidung von Stigmatisierung von Einrichtungen, Wohngebieten, Quartieren und ihren Bewohnern. Mit einem Fachplan Gesundheit sollte und kann auch die Kompetenz einer Kommune wachsen, mit vorhandenen sozialen Problemgruppen und -zonen solidarisch, angemessen und zukunftsorientiert umzugehen. Der Fachplan Gesundheit muss geltenden Datenschutzbestimmungen genügen.

(7) Planerische Erfordernisse zwecks effektiverer „Mitwirkung an Planungen“ erfüllen

Der Fachplan Gesundheit soll in der Endstufe sämtliche Tätigkeitsbereiche einer kommunalen Behörde abbilden. Darüber darf nicht aus dem Blickfeld geraten, dass das ein Modul entwickelt werden sollte, das sich als professioneller Fachbeitrag zur Bauleitplanung, insbesondere zur vorbereitenden Bauleitplanung (Flächennutzungsplan) eignet und herangezogen werden kann.

(8) Kommunalen Gesundheitskonferenzen eine relevante und aktive Rolle zuordnen

Das Miteinander von Gesundheitsbehörde und Gesundheitskonferenz vor Ort stellt in Nordrhein-Westfalen eine besondere strukturelle und politische Chance dar. Das Konzept eines Fachplans Gesundheit sollte örtliche vorhandene Stärken dieser Beziehung aufgreifen, nutzen und entwickeln. Dies erfordert, dass ein lokales Fachplankonzept Gesundheit ausdrücklich der Kommunalen Gesundheitskonferenz eine aktive Rolle zuordnet.

(9) Differenzierte Anforderungsprofile: lokale Vielfalt beachten und nutzen

Es ist gerade in der Aufbauphase dieses Instruments zu bedenken, dass Kreise (v.a. stark ländlich geprägte Kreise) und kreisfreie Städte teilweise recht unterschiedliche Bedingungen und Schwerpunkte besitzen. Eine Konzeptentwicklung zu einem Fachplan Gesundheit sollte dies beachten und geeignete Optionen und Module bereitstellen, die in den verschiedenen, in Nordrhein-Westfalen vorhandenen Szenarien zum Einsatz kommen können.

(10) Mit einem Fachplan Gesundheit keine Türen zuschlagen

Gesundheit wird im kommunalen Handeln in zahlreichen Teilbereichen als Querschnittsaufgabe verstanden, zu der es vielerorts gut funktionierende interdisziplinäre und behördenübergreifende Routinen gibt. Diesen Wechselbeziehungen zwischen Ressortdenken und der gewachsenen „guten Nachbarschaft“ muss ein Fachplan Gesundheit unbedingt Rechnung tragen. Kontraproduktive und damit zu vermeidende Effekte einer Einführung eines solchen Instruments wären neues „Domänendenken“ und Abschottung.

Zusammenfassend ergaben sich aus den Fachgesprächen folgende wichtige Grundsätze für die künftige Fachplanentwicklung:

- Zusatzaufwand vermeiden, wo möglich: derzeitigen Arbeitsaufwand vermindern
- Alle Fachsegmente der Gesundheitsbehörde einbeziehen und beteiligen
- Mit einer Pilotphase starten, die vorhandene lokale Vorarbeiten und Stärken nutzt
- Differenzierte Anforderungsprofile bilden, die lokale Vielfalt beachten und nutzen
- Bekannte Gesundheitsdefizite bei einzelnen Zielgruppen prioritär aufgreifen
- Nicht nur Absichtserklärungen abgeben, sondern konkrete Maßnahmen veranlassen
- Kleinräumigkeit anstreben, aber Diskriminierung von Gruppen und Quartieren vermeiden
- Planerische Erfordernisse zwecks effektiverer „Mitwirkung an Planungen“ erfüllen
- Kommunalen Gesundheitskonferenzen eine relevante und aktive Rolle zuordnen
- Weiterhin kooperativ handeln: mit einem Fachplan Gesundheit keine Türen zuschlagen.

5. Erste Pilotphase zum Thema „Fachplan Gesundheit“, 2010

Aufbauend auf Vorarbeiten einschließlich der im Jahre 2009 durchgeführten Fachgespräche erfolgte in 2010 eine erste Pilotphase. Dieser Abschnitt beschreibt Zielsetzung und Konzept der Pilotphase, deren Durchführung und Arbeitsergebnisse.

Zielsetzung und Konzept der Pilotphase⁴⁵

Der Pilotphase 2010 lag das in Abschnitt 3 beschriebene mehrstufige Ablaufschema zugrunde. Ausgangsbasis ist dabei die Erarbeitung der fachlichen Grundlagen und -daten. Es folgen Darstellungen der Situation, insbesondere der gesundheitlichen Potenziale, der Gefährdungen und Risiken sowie der Versorgungsstrukturen. Hierauf aufbauend entsteht ein so genanntes Leitmodell Gesundheit, sodann Maßnahmen und, fallweise, Beiträge zu Planungs- und Genehmigungsverfahren. Soweit möglich, sollten alle diese Komponenten auch kartographisch dargestellt werden, beispielsweise als Basiskarte(n) und Situationskarten (siehe hierzu Abbildung 9, S. 38).

Zu den fachlichen Grundlagen und -daten gehören einerseits Einrichtungen für vulnerable Gruppen, also für Kinder/Jugendliche, alte Menschen und kranke beziehungsweise behinderte Menschen. Kriterien der Vulnerabilität sind unter anderem gesundheitliche Beeinträchtigung und geringe Mobilität. Zum zweiten zählen hierzu Ortsteile und Quartiere, die der schwerpunktorientierten Gesundheitsförderung bedürfen. Kriterien sind beispielsweise Bereiche mit hohem Anteil einkommensschwacher Bewohner, Gebiete mit hohem Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund, reine Wohngebiete (gemäß Baunutzungsverordnung) sowie sonstige Gebiete mit Wohnanteil über 80 %.

Die Karte zur gesundheitlichen Situation/Potentiale dient als Arbeitsplan des Bereichs Gesundheit zur Ersteinschätzung der gesundheitlichen Bedingungen. Sie trägt die verschiedenen sektoralen Sachverhalte und Potentiale überlagernd zusammen, wie Trinkwasserversorgungsstruktur, Freiraum- und Grünversorgung, lärmarme Ruhebereiche, bewegungsfördernde

Infrastruktur wie Sport-, Spiel- und Bolzplätze, Hallen- und Freibäder, Wegebeziehungen (Fahrrad-/Fußwege) zu Schulen, Freizeitzentren, bioklimatisch günstige bzw. bioklimatische Ausgleichsräume sowie hinsichtlich Schall- und Schadstoffimmissionen gering belastete Stadträume.

Die Karte zur gesundheitlichen Situation/Gefährdungen, Risiken ist eine wesentliche Ergänzung der vorgenannten Karte. Sie dient ebenfalls als Arbeitsplan des Fachbereichs Gesundheit und stellt die wesentlichen Informationen zu gesundheitlich belastenden Faktoren zusammen, z. B. Summenschallpegel im Bereich der Lärmimmissionen, Flächen mit hoher Schadstoffbelastung, kartierte Wärmeinseln, Bereiche mit auffälliger Kriminalitätsrate, Altlastenflächen und Altlastenverdachtsflächen, die entweder bewohnt sind, als Spielplätze genutzt werden oder einer gärtnerischen Nutzung unterliegen, Trinkwasser: Kartierung noch vorhandener Bleileitungen/andere Schadstoffe bzw. Auffälligkeiten in der Trinkwasserüberwachung, Sicherheit: Verteilung von Unfallhäufigkeiten sowie sozialräumliche Kartierungen (etwa resultierend aus Daten der Schuleingangsuntersuchungen) beispielsweise bezüglich übergewichtiger Kinder.

Inhalte des Arbeitsplanes zur gesundheitlichen Versorgungsstruktur sind beispielsweise Lage von Notdienststandorten und Katastrophenschutzeinrichtungen (einschließlich Evakuierungsplänen nach Seveso-II-Richtlinie), Verteilung von Notbrunnen, Versorgungseinrichtungen wie Kliniken, Ärztehäuser und -praxen, ambulante Versorgungseinrichtungen einschließlich deren Anbindung über den öffentlichen Personennahverkehr.

Das Leitmodell Gesundheit bündelt die grundlegenden Aussagen für eine Zieldiskussion. Es enthält Aussagen zu übergreifenden Gesundheitszielen sowie zu sektoralen Zielaussagen (beispielsweise für den Bereich Lärmimmissionen). Soweit möglich, werden diese Aussagen in einer räumlichen Darstellung verortet und mit Hinweisen auf Bereiche mit besonderem Schutzerfordernis sowie gegebenenfalls erforderlichen Ausgleichsräumen versehen.

Die Grundlageninformationen und Gesundheitsziele führen zu einem Bündel von Maßnahmen, Prioritäten und Schwerpunkten. Die Aufstellung (und gegebenenfalls kartographische Darstellung) der Maßnah-

⁴⁵ Die Pilotphase 2010 basierte auf den in den vorigen Abschnitten dargestellten Vorarbeiten. Von daher beinhaltet diese zusammenfassende Beschreibung einige Wiederholungen zu den vorangehenden Textteilen, insbesondere zu den Abschnitten 3 und 4

men sollte zu einer überschaubaren und in der Umsetzungspraxis realistisch handhabbaren Anzahl von Handlungsschwerpunkten führen.

Mitwirkung an Planungs- und Genehmigungsverfahren: als Resultat aus den Ergebnissen von Analyse, Zieldiskussion und Identifizierung von Räumen mit Handlungsbedarf kann ein bestehender lokaler Fachplan Gesundheit künftig für bestimmte Verwendungsmöglichkeiten als Grundlage dienen, präsentiert und akzentuiert werden: modifiziert etwa als eigener Fachbeitrag für eine künftige Novellierung des Flächennutzungsplanes oder als Beitrag zur Regional- oder Gebietsentwicklungsplanung. Auch eine fallbezogene, selektive Anwendung in einem Planfeststellungsverfahren für ein Straßenbauprojekt ist denkbar.

Durchführung der Pilotphase

Die erste Pilotphase zum Fachplan Gesundheit erfolgte in Kooperation mit drei Gebietskörperschaften und lag in der zweiten Jahreshälfte 2010. Über Kontakte aus früheren Kooperationen und über die Fachgespräche des Jahres 2009 ergab sich eine fachliche Basis zur Zusammenarbeit mit drei kommunalen Gesundheitsbehörden, und zwar mit dem Kreis Unna und den beiden kreisfreien Städten Solingen und Bielefeld:

Wie für eine erste Orientierung wünschenswert, wiesen die drei Kommunen unterschiedliche Ausgangssituationen und Zielsetzungen auf. – Die wichtigsten Ergebnisse aus der Pilotphase geben erste Anhaltspunkte für eine mögliche weitere Implementierung von „Fachplänen Gesundheit“.

5.1 Arbeitsergebnisse Kreis Unna

Basisangaben zum Kreis Unna und zu seiner Gesundheitsbehörde

Regierungsbezirk: Arnsberg

Fläche: 542,71 qkm

Einwohner (2010⁴⁶): 412.000

Ew. pro qkm: 763

Der Kreis Unna bildet gemeinsam mit der Stadt Hamm den östlichen Rand des Ruhrgebietes. Das Kreisgebiet umfasst zehn Städte und Gemeinden und weist sowohl stark industriegeprägte als auch ländliche Räume auf. Innerhalb der Kreisverwaltung Unna ist der Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz Teil des Dezernats IV und gliedert sich seit dem 01.08.2008 in sieben Sachgebiete:

- 53.1 Koordination und Planung
- 53.2 Gesundheitsschutz und Umweltmedizin
- 53.3 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
- 53.4 Amtsärztlicher Dienst
- 53.5 Zahnärztlicher Dienst
- 53.6 Sozialpsychiatrischer Dienst
- 53.7 Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung

Aktuell sind 136 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz beschäftigt. Diese verteilen sich auf 108,55 vollzeitverrechnete Stellen.

Dem Sachgebiet 53.1 (Koordination und Planung) ist der Bereich zugeordnet, der sich mit strategischen Planungen (Gesundheitsberichterstattung, Kommunale Gesundheitskonferenz, psychosoziale Entwicklungsplanung usw.) beschäftigt. Neben der Sachgebietsleitung werden auf 2,78 Stellen Planungsaufgaben (neben anderen Tätigkeiten wie Projekt- und Veranstaltungsmanagement, „Gesundheitstelefon“, Begleitung psychosozialer Arbeitsgruppen usw.) wahrgenommen.

Die an der Pilotphase mitwirkenden Mitarbeiter waren:

- Dr. Jochen Hartlieb, MPH, Dipl. Sozialpädagoge, Dipl. Gesundheitswissenschaftler, Aufgabenbereich: Gesundheitsförderung, Gesundheitsplanung, Geschäftsführer Kreisgesundheitskonferenz
- Roland Quentmeier, Dipl. Gesundheitsingenieur, Aufgabenbereich: Bauleitplanung, Krankenhausplanungen, Luftreinholdungen, Trinkwasserhygiene, Um-

welthygiene, Umwelttechnik, Wohnungshygiene, umweltmedizinische Beratungen

- Andreas Fischer, Dipl.-Ing. Fachrichtung Landschafts- und Freiraumplanung, Aufgabenbereich: Allgemeine Datenverarbeitung, DV-Organisation, Geodatenmanagement, GIS Koordination, Anwendungsprogrammierung
- Christian Scholz (Projektleiter), Dipl. Verwaltungswirt, Dipl. Betriebswirt (VA), Aufgabenbereich: Sachgebietsleiter 53.1 Koordination und Planung

Der Fachbereich gewährleistet im Rahmen seiner Zuständigkeit eine bedarfsgerechte, wirtschaftliche, in der Wirksamkeit und Qualität dem allgemein anerkannten Stand der gesundheitswissenschaftlichen sowie medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Bevölkerung und schließt neben allen gesundheitlichen Belangen auch (sonder-)ordnungsrechtliche Aspekte, insbesondere in der Lebensmittel- und Bedarfgegenständeüberwachung, aber auch im Bereich der Tiermedizin, ein. Damit bietet der Fachbereich eine erhebliche Leistungsbreite und ein vielfältiges Nebeneinander von hoheitlichen Leistungen und ausschließlich beratend-unterstützenden Angeboten, über deren Inanspruchnahme allein die Bürgerinnen und Bürger entscheiden. Alle Aufgaben werden auch weiterhin in partnerschaftlicher und ergänzender Kooperation mit anderen Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens, mit Behörden und Organisationen, Betroffenen und Interessierten durchgeführt. Die unterstützenden Angebote basieren in der Regel auf aktuellen Notwendigkeiten. Dabei beraten und informieren die Expertinnen und Experten des Fachbereiches unabhängig von wirtschaftlichen Interessen.

Offenkundig ist, dass die Themenfelder Gesundheit und Verbraucherschutz untrennbar mit den Bereichen Kreisentwicklung, Jugend, Soziales etc. verbunden sind. Im Rahmen der Gesundheitsstrategie des Kreises Unna müssen die Themen auch weiterhin als wesentlicher Teil einer kommunalen Gesamtpolitik begriffen und realisiert werden.

Die gesundheitliche Lage der Bevölkerung ist wesentlich durch die Altersstruktur und die soziale Lage bestimmt, da die Gesellschaft maßgeblich durch die zunehmende Lebenserwartung und den steigenden Anteil älterer Menschen geprägt wird. Es gilt diesen demografischen Wandel auch in gesundheitlicher Hinsicht zu bewältigen. Dabei will der Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz im Kreis Unna einen Beitrag dazu leisten, bei der heutigen Generation ein verbessertes Gesundheitsbewusstsein zu schaffen, um so Krankheiten insgesamt und auch im Alter wirksamer vorzubeugen. Da Krankheit und Invalidität häufige Ursachen für den Bezug von Sozialleistungen sind, stellt eine aktive kommunale Gesundheitspoli-

⁴⁶ Quelle: <http://www.it.nrw.de/statistik/a/daten/amtlichebevoelkerungszahlen/index.html> (aufgerundet - Stand: 31. Dezember 2010)

tik auch in Zukunft eine wichtige und zentrale Aufgabe dar. Im Rahmen seiner sozialkompensatorischen Ausrichtung versucht der Kreis Unna bei allen Maßnahmen und Projekten einen Beitrag zur Verringerung sozial ungleich verteilter Gesundheitschancen zu erbringen und vornehmlich die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen insbesondere in den benachteiligten Bevölkerungsschichten zu erreichen. Prävention und Gesundheitsförderung sollen helfen, die mit der benachteiligten Situation in dieser Lebensstufe verbundenen Probleme und Risiken zu bewältigen. Auch mit Verweis auf die Verantwortung und die Leistungen der ambulanten und stationären Regelversorgung im Gesundheitswesen ist ein Rückzug des kommunalen Gesundheitsdienstes auf einen stark eingeschränkten Kernbereich öffentlicher Pflichtleistungen nicht angezeigt. Vielmehr muss gerade mit Blick auf die Grenzen der Regelversorgung und auf die Eigeninteressen der Kommunen ein zur Regelversorgung komplementäres Leistungsangebot im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung durch den Kreis Unna angestrebt werden.

2011 wird das im Auftrag des Ausschusses für Gesundheit und Verbraucherschutz entwickelte Gesundheitskonzept „Besser GesUNd“, welches Maßnahmen der Gesundheitsförderung, der Prävention und der Gesundheitserziehung für Kinder im Kreis Unna aufzählt, weiter umgesetzt. Auf Grundlage des Gesundheitsberichtes „zur gesundheitlichen Lage der Einschulungskinder im Kreis Unna 2006“ werden konkrete gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten des Fachbereiches dargestellt. Kernelemente des Konzeptes bilden „kommunale Netzwerke“ in den Städten und Gemeinden des Kreises Unna. Wie im durch die Techniker Krankenkasse auch finanziell geförderten - Umsetzungskonzept „Netzwerke Kindergerechtigkeit“ beschrieben, sind Workshops für Erzieher und Grundschullehrer zur Kompetenzerweiterung vorgesehen.

Durch das Gesetz zur frühen Bildung und Förderung von Kindern (Kinderbildungsgesetz - KiBiz) erfuhren die Aufgabenwahrnehmung im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, aber auch im Zahnärztlichen Dienst in 2009 einen nachhaltigen Wandel. Entsprechend der gesetzlichen Regelung arbeitet das Jugendamt mit den für die Durchführung ärztlicher und zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen zuständigen Stellen zusammen und hat für jährliche ärztliche und zahnärztliche Untersuchungen der Kinder in den Tageseinrichtungen Sorge zu tragen. Durch Kooperationsvereinbarungen des Fachbereiches Gesundheit und Verbraucherschutz mit den Jugendämtern im Kreis Unna wird den gesetzlichen Erfordernissen Rechnung getragen. Im Jahr 2010 haben sich die Kreis Zahnärzte an der bundesweiten DAJ-Studie, die gemäß § 21 SGB V ungefähr alle fünf Jahre durchgeführt wird, beteiligt.

Die jetzt veröffentlichten Ergebnisse zeigen, dass der Kreis Unna bei der Zahngesundheit seiner Kinder und Jugendlichen erneut im kommunalen Vergleich ganz vorn liegt. Wie es von der Sozialstruktur der Kreisbevölkerung her nicht zu erwarten wäre, haben die 12-jährigen Kinder im Kreis bessere Zähne als die Gleichaltrigen im Bundesdurchschnitt und auch die 15-Jährigen zeigen gesündere Zähne als ihre Altersgenossen in ganz Westfalen-Lippe.

Das Jahr 2009 hat mit Auftreten der so genannten „Schweinegrippe“ deutlich gemacht, dass dem öffentlichen Gesundheitswesen und damit auch dem örtlichen Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz im Bevölkerungsschutz, wie er im Infektionsschutzgesetz und in den Internationalen Gesundheitsvorschriften verankert ist, eine besondere Bedeutung zukommt. Bei der Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten jeglicher Art sind seuchenhygienische Maßnahmen, koordinierende Aufgaben und Öffentlichkeitsarbeit unabdingbar. Darüber hinaus sind vorbereitende Schritte zur Verminderung des Risikos in öffentlichen Einrichtungen und in Heimen zu ergreifen. Die hierzu angewendeten Maßnahmen ähneln denen, die bei Impfkampagnen gegen neue Erreger durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst zum Einsatz kommen.

Der Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz hat in den zurückliegenden Jahren ein Qualitätsmanagementsystem eingeführt, um der immer größer werdenden Bedeutung von Zuverlässigkeit, Verständlichkeit, Transparenz, Vergleichbarkeit und Glaubwürdigkeit staatlichen Handelns gerecht werden zu können. Diesem Anspruch soll ein zertifiziertes Qualitätsmanagement Rechnung tragen. Bereits in 2008 und 2009 sind im Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz Prozesse der Optimierung von Kommunikationsstrukturen, der Erhaltung oder Steigerung der Zufriedenheit von Kunden und Klienten sowie der Motivation der Belegschaft eingeleitet worden. In 2010 ist die weitere Standardisierung bestimmter Handlungs- und Arbeitsprozesse, die Dokumentationen und die Entwicklung professioneller Lösungsstrategien umgesetzt worden. Die Erstzertifizierung nach DIN EN ISO 9001 für Teile des Fachbereiches ist im November 2010 erfolgt. Ziel bleibt die umfassende und systematische Überprüfung aller Tätigkeiten und Prozesse mit der Feststellung möglicher Verbesserungspotentiale und Umsetzung konkreter Verbesserungen.

Die folgenden **Hauptmotive** waren für den Kreis Unna für die Projektteilnahme handlungsleitend:

- Leistungsspektrum abbilden, Transparenz erhöhen, Außendarstellung verbessern
- Zielgerichtete Planung als wesentlichen Teil des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (QM) etablieren

- Strategische und operative Planungsgrundlagen schaffen bzw. optimieren
- Verbesserungspotentiale erkennen, Interventionsnotwendigkeiten herausstellen
- Schnittstellenprobleme beheben (Verbesserung der organisationsinternen und interkommunalen Zusammenarbeit auf Kreisebene)
- Ausbau vorhandener Angebote
- interne und externe Orientierung durch die Bindungswirkung des Fachplans erleichtern
- Stellenwert der GBE/Kreisgesundheitskonferenz heben, Rolle des ÖGD stärken
- Anschauliche Karten zur Vorbereitung von oder als Grundlage für Entscheidungen („Ein Bild sagt mehr als tausend Worte“)
- Auswirkungen des Demographischen Wandels⁴⁷ begegnen („Zukunftsdialog“ Kreis Unna).

Hinzu kommt, dass durch die optimierte Datenaufbereitung und -bereitstellung bereits jetzt Auswirkungen mit praktischer Relevanz spürbar sind: so konnte beispielsweise bei der Erstellung von Wegweisern und Flyern sowie der Vorbereitung von Gesundheitsberichten eine deutliche Reduzierung des Aufwands bei gleichzeitiger Verbesserung der Ergebnisdarstellung festgestellt werden.

Strukturbezogener Ansatz im Kreis Unna

Wie vorstehend ausgeführt ergaben sich Motive zur Mitwirkung an der Pilotphase zum Fachplan Gesundheit beim Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz des Kreises Unna vor allem

- aus der notwendigen Suche nach einem geeigneten Instrument, um das eigene, sehr heterogene Leistungsspektrum qualifiziert abzubilden und transparent zu machen sowie
- aus der Erkenntnis, dass der Fachbereich als untere Gesundheitsbehörde in Fällen des akuten Seuchen- und Infektionsschutzes seine Arbeitsprozesse optimieren muss.

Ein Instrument/Werkzeug, das hier maßgebliche Verbesserungen ermöglicht, wurde in dem Fachplan Gesundheit gesehen. Es ging dabei u.a. darum,

- zielgerichtete Planung als wesentlichen Teil des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (im Sinne des bereits eingeführten Qualitätsmanagements) zu etablieren,

- strategische und operative Planungsgrundlagen zu schaffen bzw. zu optimieren,
- Verbesserungspotentiale zu erkennen, Interventionsnotwendigkeiten herauszustellen,
- Schnittstellenprobleme zu beheben (Verbesserung der organisationsinternen und interkommunalen Zusammenarbeit),
- vorhandene Angebote auszubauen,
- interne und externe Orientierung durch die Bindungswirkung des Fachplans zu erleichtern,
- den Stellenwert der GBE/Kreisgesundheitskonferenz zu heben (und damit die Rolle des ÖGD zu stärken),
- anschauliche Karten zur Vorbereitung von oder als Grundlage für Entscheidungen zu schaffen und
- Auswirkungen des Demographischen Wandels zu begegnen.

Für den Kreis Unna war der Einstieg zum Fachplan Gesundheit vor allem strukturspezifisch von Interesse. Ziel war es, zunächst die notwendigen Basiskarten gemäß dem Grundlagenteil des Fachplankonzepts zu erarbeiten, wie er im Textabschnitt ab S. 32 beschrieben wird. Die Zielsetzungen der Pilotphase im Einzelnen:

- Erarbeitung von Grundlagen- bzw. Basiskarten zur Bestandsanalyse (Übersicht lokal vorliegender Daten, Unterlagen, Gesundheitsberichte, Beschlüsse, Programme etc.),
- Integration des erarbeiteten Materials in den Geo-Service des Kreises Unna mit Nachweis der (technischen) Machbarkeit, d. h. mit dem technischen Ansatz dynamischer Karten sowie einer ressortübergreifenden Nutzbarkeit,
- Herausstellen des Mehrwertes für den Fachbereich, (Transparenz und Darstellung des Erkenntnisgewinns im Fachbereich, Beleg des Nutzens im Bereich der fachlichen Stellungnahmen zu Planungsverfahren, effiziente Erstellung von Flyern, Wegweisern und Berichten, Aufzeigen der Möglichkeiten zur Unterstützung der Zielplanung/Zielvereinbarungen im Fachbereich definiert durch die ISO 9001:2008,
- Aufdecken von Schnittstellenproblemen und rechtlichen/tatsächlichen Hindernissen bei der Umsetzung.

Als Zielgruppe (vulnerable Gruppe) wurden für das Pilotprojekt gemäß Politikschwerpunkt im Kreis Unna Kinder- und Jugendliche im Sinne des Jugendschutzrechts⁴⁸ ausgewählt. Dabei wurde eine Differenzierung nach folgenden Altersklassen vorgenommen: 0 bis

⁴⁷ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009)

⁴⁸ Kinder sind Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind, Jugendliche sind Personen, die 14, aber noch nicht 18 Jahre alt sind

unter 3, 3 bis unter 6, 6 bis unter 10, 10 bis unter 14, 14 bis unter 18.

Im Weiteren wurde in den unten aufgeführten sieben Arbeitsschritten beispielhaft dargelegt, wie für einen umfassenden Fachplan Gesundheit des Kreisgebietes eine Bestandsanalyse mit Hilfe von Basiskarten (vergleiche Text auf Seite 32ff. sowie Abbildung 9 auf Seite 38) erfolgen kann. Dieses Vorgehen geht zunächst von der grundsätzlichen Annahme aus, dass die Nutzbarkeit von Versorgungseinrichtungen für vulnerable Gruppen infolge der eingeschränkten Mobilität der adressierten Personen und der Verortungssituation der Einrichtungen (Verteilung im Raum/ Kapazitäten) Einschränkungen unterliegen und somit einer raumbezogenen Analyse zugänglich gemacht werden sollte. Für Kinder unter sechs Jahren auf der einen Seite und für Kindergärten/Kindertagesstätten auf der anderen Seite wird dieser Zusammenhang beispielhaft unterstellt und an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt (z. B. eingeschränkter Aktionsradius von Kindern dieser Altersgruppe bei selbständiger Bewältigung des Weges). Es wurde wie folgt vorgegangen:

Schritt 1:

Geografische Zuordnung aller im Gesundheitswegweiser des Kreises Unna erfassten Einrichtungen (Zuordnung einer Koordinate auf der Grundlage der Adresse einer Einrichtung). Insgesamt handelt es sich um ca. 1900 Einrichtungen, die im Anschluss an diesen Arbeitsschritt kartografisch dargestellt und aufbereitet werden können. Dieser Arbeitsschritt ist die Voraussetzung für zahlreiche weitergehende Darstellungen und Auswertungen.

Schritt 2:

Zielgruppenspezifische Selektion von Einrichtungen - Im Hinblick auf die Versorgungssituation der Kinder

unter sechs Jahren wurden auf der Grundlage des Arbeitsschrittes 1 beispielhaft Kindergärten und Kindertagesstätten selektiert.

Schritt 3:

Festlegung der Zielgruppe durch Auswertung der Einwohnermelderegister der Städte und Kommunen.

Schritt 4:

Geografische Zuordnung der Zielgruppenangehörigen anhand von Gemeindegemeinschaften/Straßenschlüssel/Hausnummer. Dieser Arbeitsschritt ist die Grundlage für die kartografische Darstellung der Zielgruppe und Voraussetzung für weitergehende raumbezogene Auswertungen.

Schritt 5:

Bestimmung von Einzugsbereichen – zur Verdeutlichung der Methode wurden zunächst 1 km Radien um die Einrichtungen ohne Berücksichtigung von tatsächlichen Wegeverbindungen und Barrieren gezogen. Dieser Arbeitsschritt bedarf der Konkretisierung auf der Grundlage einer Methoden- und Wertebestimmung (Zeit vs. Entfernung, Größenbestimmung des Grenzwertes, Berücksichtigung tatsächlicher Wegeverbindungen etc.).

Schritt 6:

Auswertung der Erreichbarkeit durch Verschneidung von Einzugsbereichen und Wohnstandorten der Zielgruppenangehörigen. Gegenwärtig wurden die Größe der Einrichtungen und etwaiger Zugangsbeschränkungen nicht in die Betrachtung einbezogen. Darstellung der Versorgungssituation (Erkenntnisgewinn) als Grundlage für Zieldefinitionen und Darstellung von Zielgruppenmitgliedern mit Mangelversorgung als Grundlage für Maßnahmenplanung und anderes.

Abbildung 10 a: Einzugsbereiche (1-km-Radien) der vorhandenen KITAs verschnitten mit den Standorten von Haushalten mit Kindern dargestellt durch sternförmige Symbole (grün: innerhalb; rot: außerhalb der Einzugsbereiche) – Ausschnitt der Originalkarte für den Landkreis mit Kern und Umgebung des Stadtgebiets Unna

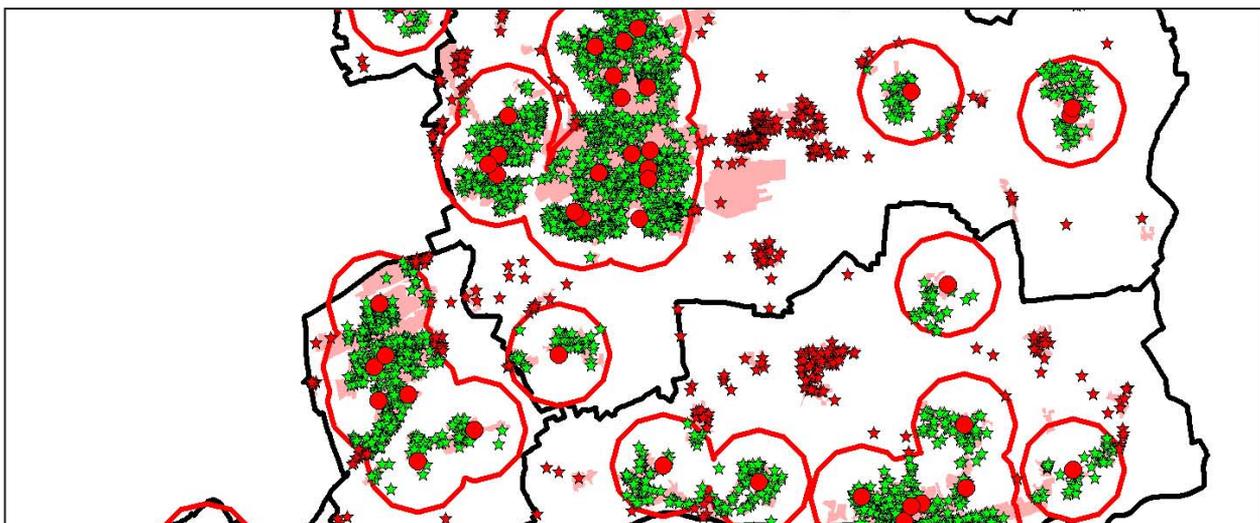
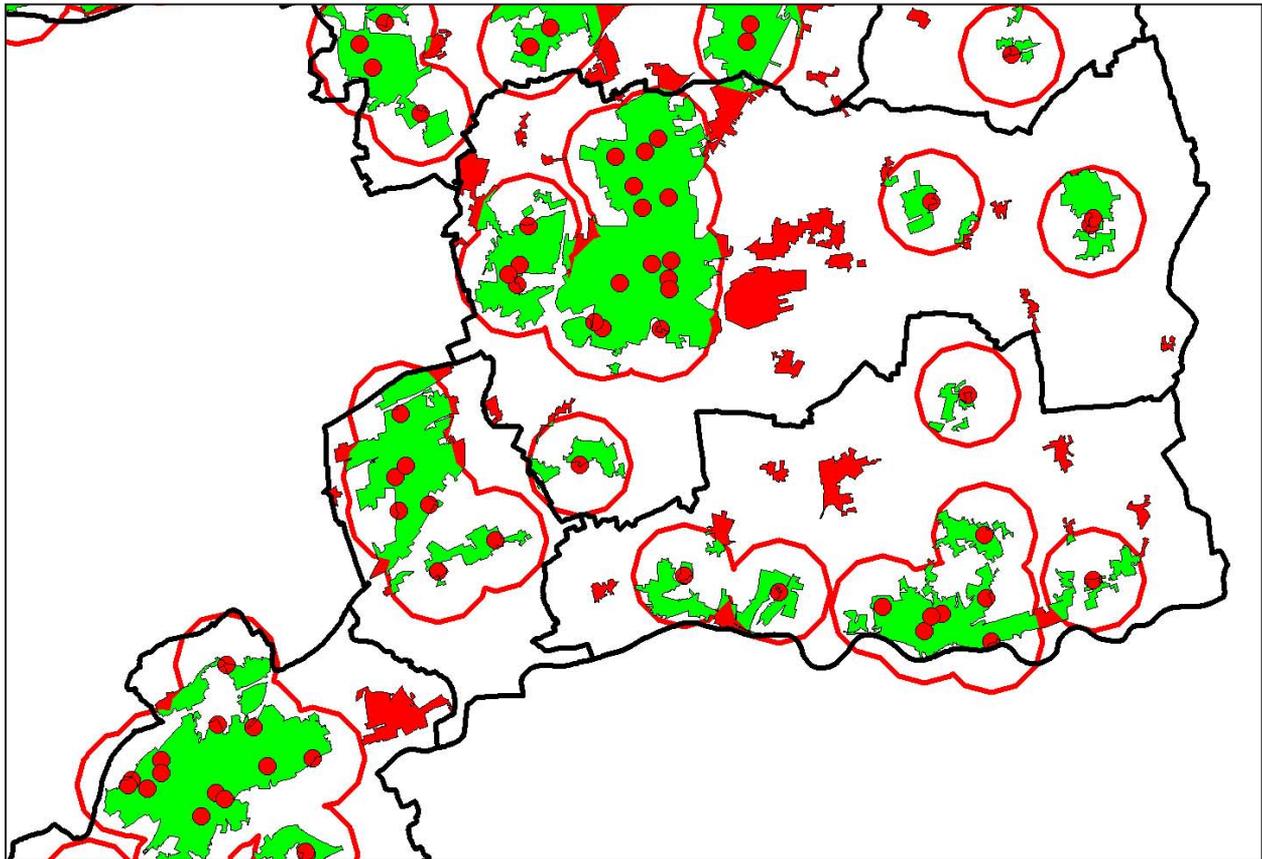


Abbildung 10 b: Schritt 7 im Aufbau der Basiskarten Kreis Unna: raumbezogene Auswertung durch Verschneidung der KITA-Einzugsbereiche mit tatsächlichen und potentiellen Wohnbauflächen (Kartenausschnitt)



Schritt 7:

Raumbezogene Auswertung durch Verschneidung der Einzugsbereiche mit tatsächlichen und potentiellen Wohnbauflächen.

Zur Verdeutlichung dieses Arbeitsschrittes wurden zunächst die Ortsteile der einzelnen Kommunen im Kreisgebiet herangezogen. Dieser Arbeitsschritt war durch die Berücksichtigung tatsächlicher und geplanter Wohnstandorte (Innenbereiche, Bebauungspläne, Flächennutzungspläne etc.) zu konkretisieren. Hieraus ergab sich die Grundlage für die Ableitung räumlicher Entwicklungspotentiale, d.h. Räume guter zielgruppenspezifischer Abdeckung mit Versorgungsstrukturen und anderem.

Der Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz zog die folgenden Schlussfolgerungen aus der Pilotphase:

Im Rahmen der Pilotphase sind als Grundlage für weitere Entscheidungen Basiskarten mit den Einrichtungen für vulnerable Gruppen erstellt worden sowie Karten, welche die Situation der gesundheitlichen Versorgung (Potentiale, Gefährdungen/Risiken, Versorgungsstrukturen) darstellen. Diese Kernaufgabe des Projekts wurde sehr zügig und mit verhältnismäßig geringem Aufwand bewältigt. Eine zeitgemäße Präsentation der Beratungsangebote setzte die Nutzung bzw. Weiterentwicklung eines einheitlichen,

EDV-gestützten Informationssystems (so genannter GeoService) im Kreis voraus. Neben diesem Online-dienst wurde die Herausgabe der Informationen in elektronischer und gedruckter Form als unerlässlich wichtig angesehen und im Probetrieb auch gewährleistet. Gelungen sind die automatisierte und damit sehr schnelle Herstellung von Flyern zum Thema Gesundheit und die Vorbereitung von lokalen Wegweiser. Eine Abbildung des Leistungsspektrums des Gesundheitswesens im Kreis Unna im Sinne einer Erhöhung der Transparenz der einzelnen Leistungen sind bereits möglich. Die Grundlagen für anschauliche Karten zur Vorbereitung von oder als Grundlage für Entscheidungen („Ein Bild sagt mehr als tausend Worte“) sind geschaffen. Weiterer Vorteil ist eine optimale Informationsweitergabe an den Bürger bezüglich der Erreichbarkeit des bedarfsgemäßen Hilfs- und Unterstützungsangebotes. Dieser Service ist via Internet technisch bereits umsetzbar.

Denkbare weitere Schritte in der Arbeit an einem Fachplan Gesundheit sind zunächst die Komplettierung der Basis- und Analysekarten, im Weiteren die Entwicklung eines Leitmodells sowie das Herausarbeiten konkreter Maßnahmeschwerpunkte. Darüber hinaus kann der Fachplan als Gesamtprojekt zur Mitwirkung des Fachbereichs an Planungs- und Genehmigungsverfahren herangezogen werden.

Kreis Unna

Im Kreis Unna stand die Zielsetzung im Vordergrund, über einen Fachplan Gesundheit einen deutlichen Zuzug an Darstellbarkeit des eigenen Leistungsspektrums im Gesundheitssektor zu erreichen. Ferner bestand die Zielsetzung einer Optimierung von Arbeitsprozessen im akuten Seuchen- und Infektionsschutz. Der hier verfolgte Ansatz hatte daher in diesem Sinne einen Schwerpunkt bei der Strukturentwicklung des Dienstleistungsangebots.

Der Ergebnisbericht führt an, dass im Kreis Unna die mit dem Kernbereich des Fachplans Gesundheit verbundene Entwicklung von Basiskarten zur Bestandsanalyse (im Gesundheitssektor) weitgehend unproblematisch und mit weniger Aufwand durchführbar war als erwartet. „Im Rahmen der Pilotphase sind als Grundlage für weitere Entscheidungen sehr zügig und mit verhältnismäßig geringem Aufwand Basiskarten mit den Einrichtungen für vulnerable Gruppen sowie Karten, welche die Situation der gesundheitlichen Versorgung (Potentiale, Gefährdungen/Risiken, Versorgungsstrukturen) darstellen, erstellt worden.“ (Enderle 2010, S. 24) Man muss bei dieser Einschätzung allerdings in Ansatz bringen, dass der Kreis Unna beim systematischen Kartographieren bereits auf einen relativ fortgeschrittenen Stand von Professionalisierung zurückgreifen kann.

Ziele der Pilotphase	<ul style="list-style-type: none"> a) Leistungsspektrum der Behörde abbilden b) Transparenz und Außendarstellung verbessern c) Rolle von ÖGD, GBE und KMK stärken d) Beitrag zur Zukunft (demograf. Wandel begegnen) e) Schnittstellen zwischen Behörden verbessern f) Anschauliche Karten herstellen
Zielgruppe der Aktivität	Kinder und Jugendliche (differenziert in 5 Altersklassen)
Aktivitätsschwerpunkte	<p>Erstellung von Basiskarten...</p> <ul style="list-style-type: none"> a)... unter Nutzung der Geoservice-Kartengrundlagen des Kreises Unna und des zu diesem Online-Instrument bestehenden Know-how b)... unter Anlehnung an eine erarbeitete 7-stufige Arbeitsschritte-Vorgabe u. a. zur Verbesserung der Bürgerinformation und zur Darstellung des ÖGD-Leistungsspektrums
Themenschwerpunkt	Optimierung des Arbeitsmanagements der lokalen Gesundheitsbehörde speziell zum Seuchen- und Infektionsschutz

5.2 Arbeitsergebnisse Stadt Solingen

Basisangaben zur Stadt Solingen und zum Stadtdienst Gesundheit

Regierungsbezirk: Düsseldorf

Fläche: 89,45 qkm

Einwohner (2010⁴⁹): 160.000

Ew. pro qkm: 1.800

Die kreisfreie Stadt Solingen ist (nach Wuppertal) die zweitgrößte Stadt im Bergischen Land. Solingen ist ein Mittelzentrum. Die Stadt gilt seit dem Mittelalter als Zentrum der Schneidwarenindustrie („Klingensstadt“). Heute wird Solingen u.a. auch geprägt durch Zulieferbetriebe der Automobilindustrie.

Die Stadt Solingen hat als Besonderheit einen Jugendstadtrat mit 21 Mitgliedern eingerichtet. Das Gremium befasst sich z. B. mit einem Integrationsprogramm für Migrantinnen und Migranten.

Die untere Gesundheitsbehörde ist dem Ressort 3 (Gesundheit, Soziales, Ordnung) zugeordnet. Ihre genaue Amtsbezeichnung lautet Stadtdienst Gesundheit. Mit strategischen Fragestellungen befassen sich zwei Vollzeitstellen:

- Frau Dr. Tobis, Geschäftsführung der Kommunalen Gesundheitskonferenz, Gesundheitsberichterstattung
- Frau Seiffert-Petersheim, Gesundheitsplanung/Psychiatrie-Koordination.

Beide Mitarbeiterinnen wirken an der Pilotphase 2010 des Fachplans Gesundheit mit.

Schwerpunkte in der Arbeit des Stadtdiensts Gesundheit sind vier Strukturziele:

- Ausbau von gesundheitlicher Prävention und Gesundheitsförderung
- Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit
- Verbesserung von Hygiene- und Umweltbedingungen
- Weiterentwicklung bedarfsgerechter psychosozialer und gesundheitsbezogener Dienstleistungen.

Kernhandlungsfelder der Kommune Solingen, mit denen sich die Gesundheitsbehörde befasst oder befassen wird:

(a) vom Verwaltungsvorstand priorisierte Handlungsfelder: Finanzen, Bildung, Wirtschaft/Arbeit, Kinder/Jugend/Familie, Integration, Gesundheit,

(b) von den Führungskräften priorisierte Handlungsfelder: Bildung, Wirtschaft/Arbeit, Kinder/Jugend, Wohnen, Integration, Finanzen, Kultur, Umwelt/Klima, Senioren, Gesundheit,

(c) von der Politik priorisierte Handlungsfelder: Bildung, Wirtschaft/Arbeit, Finanzen, kommunale Daseinsvorsorge⁵⁰, Familie.

(Quelle: Strategieworkshop Führungskräfte Stadtverwaltung, Strategische Ziele für Solingen 2025, Stand 5/2010)

Hauptmotive zur Mitwirkung der Stadt Solingen am Pilotprojekt

- Kooperation mit anderen Bereichen der Verwaltung
- Verbesserung der Datengrundlage durch Entwicklung von gesundheitlichen Indikatoren, die Sozialräume beschreiben können
- Aufbereitung einer gesundheitsbezogenen Informationsstruktur als Hintergrund für Planungs- und Beteiligungsprozesse sowie als Grundlage für zielgruppenspezifische Bedarfsermittlung.

Psychosoziale und gesundheitsbezogene Dienstleistungen müssen auch zukünftig bürgernah vernetzt und sozial gerecht erbracht werden. Hierzu müssen sozialräumliche Informationen von der Verwaltung in beteiligungsorientierten Planungsverfahren zur Verfügung gestellt werden können. Dies setzt voraus, dass der Stadtdienst Gesundheit entsprechende Daten zusammenstellen und aufbereiten kann. Zukunftsweisende Themen sind Demographischer Wandel, Integration von Menschen mit Migrationshintergrund (Integrationskonzept 2020 in Vorbereitung, Integrationsbeauftragte), Inklusion⁵¹ behinderter Menschen, Gender- und Umweltaspekte wie Fortschreibung des Aktionsprogramms „Nachhaltige Entwicklung“, Weiterführung der Agenda-Geschäftsstelle.

Quartieransatz für einen Fachplan Gesundheit: Solinger Nordstadt

Der Stadtdienst Gesundheit der Stadt Solingen verfolgte einen integrativen Ansatz. Für das Pilotprojekt wählte er mit der Nordstadt einen Bezirk aus, der bereits über das bundesweite Programm „Soziale Stadt“ gefördert wird und verfolgt das Ziel, hier verstärkt

⁴⁹ Quelle: <http://www.it.nrw.de/statistik/a/daten/amtlichebevoelkerungszahlen/index.html> (aufgerundet - Stand: 31. Dezember 2010)

⁵⁰ kommunale Daseinsvorsorge umfasst in der Regel Dienstleistungen städtischer Betriebe wie Lieferung von Wasser, Elektrizität, Gas frei Haus, Organisation der Kranken- und Behindertenversorgung, des Öffentlichen Personennahverkehrs, der Stadtreinigung etc.

⁵¹ Inklusion bedeutet Einbeziehung, Einschluss

und beispielhaft gesundheitsplanerische Aspekte einzubringen. Als zu untersuchende, vulnerable Gruppe entschied man sich für die der älteren Menschen im Quartier Nordstadt.

Es wurden gesundheitsbezogene Angebote aus bereits vorhandenen Informationsquellen zusammengestellt. Die Angebote wurden in einer Karte dargestellt, die 2011 unter Einbeziehung der Bewohnerinnen und Bewohnern des Quartiers und anderer Akteure fortentwickelt werden soll (vgl. Abb. 11).

Zur Beschreibung gesundheitsbezogener Belange von Quartieren und Stadtbezirken werden Kennzahlen benötigt, um den Ist-Stand beschreiben zu können. Es wird im Weiteren zu klären sein, welche gesundheitsbezogenen Kennzahlen für die Zielgruppe ältere Menschen auf Ebene der Gesamtstadt, stadtteil- und quartiersbezogen vorliegen.

Durch die Teilnahme an dem Projekt macht der Stadtdienst Gesundheit beispielhaft an einem Quartier gesundheitlich relevante Infrastrukturen transparent und verbindet sie mit sozialen Infrastrukturparametern. An diesem Beispiel wird klar, welche weiteren Schritte erforderlich sind, um sozialräumliche Daten zum Thema Gesundheit zu erstellen. Es wird deutlich, welche Ressourcen der Stadtdienst Gesundheit verwaltungsintern nutzen kann, um sich in Planungs- und Beteiligungsprozessen fachkompetent einzubringen.

Im Pilotprojekt wurde die Kooperation mit einer Reihe für einen künftigen Fachplan Gesundheit wichtiger Dienststellen aufgebaut. Mit dem Stadtdienst Statistik wurde geklärt, welche bevölkerungsbezogenen Daten dort auf der Ebene der gesamten Stadt, auf der Ebene der Bezirke und auf der der Quartiere vorliegen bzw. perspektivisch vorliegen werden. Mit dem Stadtdienst Stadtentwicklung wurde vereinbart, dass die bisher zur Solinger Nordstadt veröffentlichten Materialien für das Fachplanprojekt nutzbar gemacht werden können. Mit dem Geodatenmanagement⁵² wurde verabredet, welche Technikunterstützung bei der Erstellung quartiersbezogener Karten möglich ist. Die technischen Möglichkeiten wurden anhand einer Infrastrukturkarte Gesundheit erprobt.

Der Stadtdienst Gesundheit konzentrierte sich in der Pilotphase auf die Erarbeitung von Basisdaten (vgl. nachfolgende Abb. 11) zur Infrastruktur bzw. zu Einrichtungen für ältere Menschen in der Solinger Nordstadt. Dieser Stadtteil ist ein innenstadtnahes Quartier mit einer Bevölkerung von 4.503 Einwohnern (Stand: 31.12.2009). In der Altersgruppe der 60- bis

⁵² Um die vorhandenen Geodaten und Geoinformationen besser verfügbar zu machen und sie effizient zu verknüpfen, wurde im Rahmen des „Virtuellen Rathauses“ der Stadt Solingen ein Geodatenmanagement eingerichtet. Das Geodatenmanagement soll eine Verbindung zwischen Anbietern und Nachfragern bzw. Nutzern von Geodaten schaffen. Zu diesen Geodaten gehören sowohl die Geobasisdaten des Stadtdienstes Vermessung und Kataster als auch die Geofachdaten der fachlich zuständigen Stellen.

74-Jährigen ist der Anteil in der Nordstadt geringer als in Solingen gesamt. Im Alter ab 75 Jahre ist der Anteil der Frauen in der Nordstadt höher als im übrigen Stadtgebiet Solingens. Der Anteil der Frauen im Alter ab 75 Jahre beträgt in der Nordstadt 16,4 % im Vergleich zu einem Anteil von 13,2 % in Solingen gesamt.

In den anderen Altersgruppen gibt es keine vergleichbar gravierenden Auffälligkeiten zwischen der Bevölkerung der Nordstadt zur Gesamtbevölkerung von Solingen.

Nach Vorüberlegungen innerhalb des Stadtdienstes Gesundheit und Gesprächen mit dem Stadtdienst Stadtentwicklung, dem Stadtdienst Statistik sowie mit Mitarbeitern der Kartographie im Stadtdienst Vermessung und Kataster wurde eine erste Karte zur Darstellung der gesundheitlichen Infrastruktur für ältere Menschen erstellt. Grundlage hierfür bildete das amtliche Stadtkartenwerk Ruhrgebiet – Rheinland – Bergisches Land, Stand 2010. Konkret bearbeitet wurde die Karte durch den Stadtdienst Vermessung und Kataster.

Die vorhandenen gesundheitsrelevanten Einrichtungen und Angebote in der Nordstadt sollten möglichst plakativ in der Karte aufgeführt werden, so dass nur wenige ergänzende textliche Erläuterungen notwendig sind.

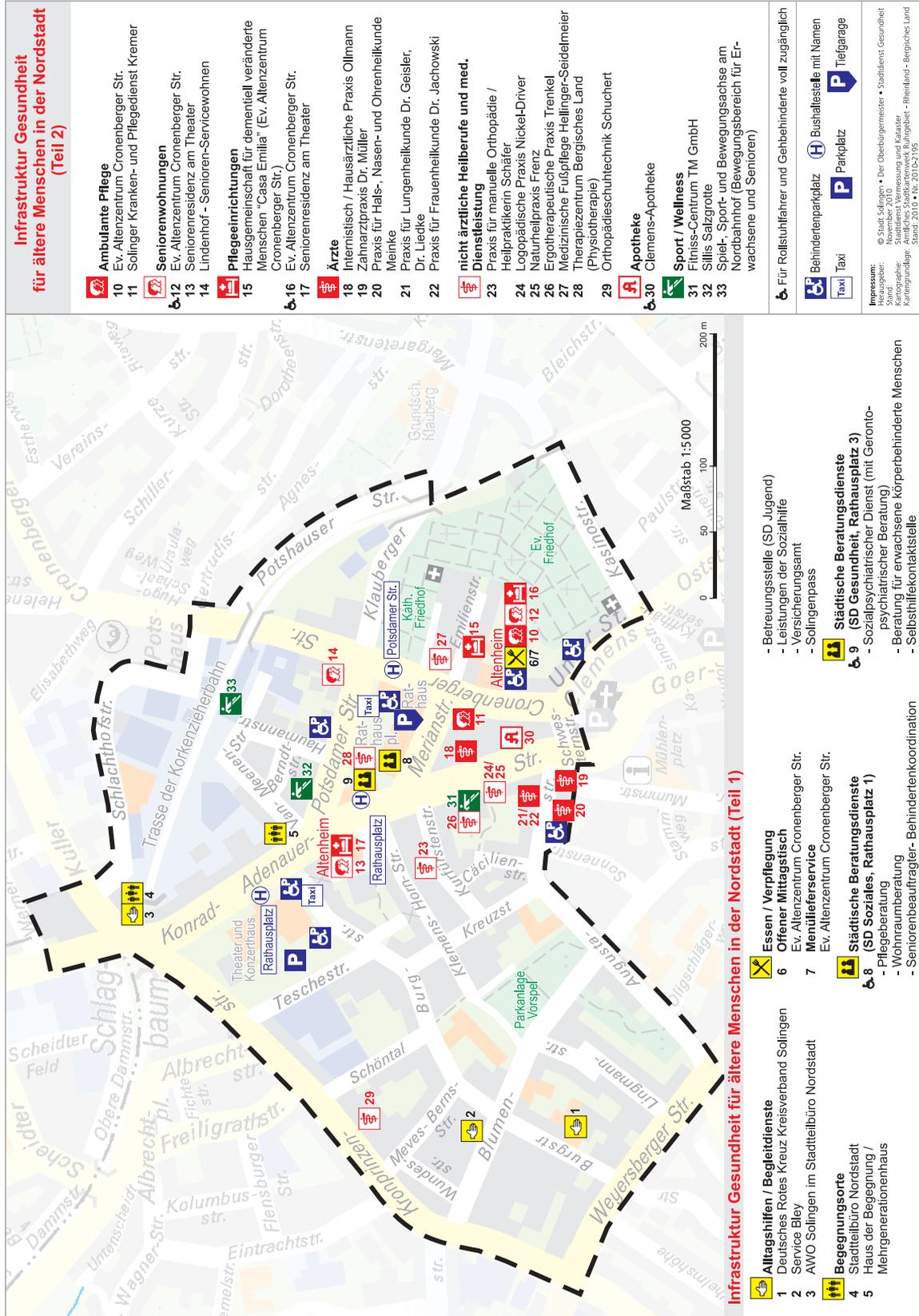
Die benutzten Piktogramme und die farbliche Darstellung der Piktogramme sollen die Übersichtlichkeit verbessern und das gezielte Auffinden bestimmter Angebote erleichtern.

Als Quellen zur Erstellung der Karte wurden verwendet:

- Listen des Stadtdienstes (SD) Gesundheit
- Ärzteverzeichnis der Ärztekammer Solingen
- Verzeichnis der Psychologischen Psychotherapeuten der Kassenärztlichen Vereinigung
- Flyer Demenzkette in Solingen, SD Gesundheit
- Haushaltsnahe Dienstleistungen, SD Soziales
- Pflegeverbund, SD Soziales
- Behindertenwegweiser, SD Soziales
- ÖPNV, Parkplätze, Taxistände

Die gesundheitsbezogenen Angebote und Leistungen wurden im ersten Schritt zunächst insgesamt erfasst, d. h. ohne Berücksichtigung des Kriteriums, ob es sich dabei um ein auf ältere Menschen spezialisiertes Angebot handelt. Die einzelnen Angebote und Leistungen sind unter den nachfolgend aufgelisteten Kategorien zusammengefasst, in der Karte mit nummerierten Piktogrammen verzeichnet und in der Le-

Abbildung 11: Infrastruktur Gesundheit für ältere Menschen in der Solinger Nordstadt – Kartendarstellung als Produkt aus der Pilotphase 2010 zum Projekt Fachplan Gesundheit



gende mit den entsprechenden Kategorienbezeichnungen und den darunter gelisteten namentlichen Bezeichnungen der betreffenden Angebote/Leistungen/Einrichtungen ausgewiesen worden:

- Alltagshilfen/Begleitdienste
- Begegnungsorte
- Essen/Verpflegung
- Städtische Beratungsangebote, unterteilt in Angebote des SD Soziales und des SD Gesundheit
- Pflegeeinrichtungen
- Seniorenwohnungen
- Ambulante Pflege
- Arztpraxen
- Angebote nichtärztlicher Heilberufe/medizinische Dienstleistungen
- Apotheken
- Sport/Wellness.

Weiter enthält die Karte Angaben über barrierefreie Zugänge zu Einrichtungen. Darüber hinaus wurden Parkplätze und Behindertenparkplätze ausgewiesen, sowie Haltestellen der öffentlichen Verkehrsmittel und Taxisstände. Die Darstellung derjenigen öffentlichen Gebäude, die auch für die ältere Bevölkerung von Bedeutung sind oder als Orientierungspunkte in der Stadtumgebung dienen, wurden aus der Originalkarte übernommen, Schulen und Kollegs dagegen in der Kartendarstellung zurückgenommen.

Die bisher erarbeitete Darstellungsform der Infrastrukturkarte soll im nächsten Schritt älteren Menschen vorgestellt werden, um eine Rückmeldung zu bekommen, wie die Darstellung zielgruppenorientierter Angebote und Leistungen weiterentwickelt werden kann (zum Beispiel in die Richtung eines Stadtplans für Senioren).

Neben der beschriebenen Infrastrukturkarte steht eine räumliche Bestandsaufnahme der Grün- und Wegebeziehungen zur Verfügung. Bei deren Prüfung wurde deutlich, dass die Nordstadt über ein großes Wegenetz auch für ältere Menschen verfügt. Als Risiken sind schwierige Straßenquerungen, Gefährdungspunkte mit hohem Verkehrsaufkommen, unattraktive Zugänge sowie Schwächen in der Gestaltung des Wohnumfeldes erkennbar. Das Kartenmaterial ist auf dem Stand von April 2009. Eine Aktualisierung bietet sich für 2011 an und könnte die Potentiale und Risiken – gerade bezogen auf die in Rede stehende vulnerable Gruppe – verstärkt herausarbeiten.

Denkbare nächste Schritte in Solingen

Der Stadtdienst Stadtentwicklung hat Interesse, vorhandene Karten zum Grün- und Wegenetz in der Nordstadt zu aktualisieren, um sie als Grundlage für die Stadtteilarbeit zu nutzen. Zu diesen Aspekten wird auch der Stadtdienst Umwelt und Natur einbezogen, wenn es um die Verwendung raumbezogene Kennzahlen geht. Die zwischenbehördliche Zusammenarbeit zum Thema Gesundheit wird positiv gesehen.

Für ein fortgeführtes Projekt im Jahr 2011 bietet sich eine zielgruppenspezifische Weiterentwicklung der Karte zur Infrastruktur des Stadtteils an, ebenso die Übertragung der in der Nordstadt gewonnenen Erkenntnisse und erzielten Zwischenergebnisse auf weitere Quartiere. Für das Quartier Nordstadt ist überdies die Erstellung weiterer Karten geplant, die gesundheitsbezogene Risiken und Potentiale darstellen. Als Grundlage für solche weiterführenden Arbeiten wird die bereits existierende, durch den Stadtdienst Stadtentwicklung erstellte Karte „Grün- und Wegebeziehungen in der Nordstadt“ mit der Bestandsaufnahme aus dem Jahr 2009, dienen. Für Anfang 2011 ist die Aktualisierung dieser Karte geplant in Kooperation mit dem Stadtdienst Stadtentwicklung und der Agenda-Geschäftsstelle.

Die bereits in der Anfangsphase des Projekts vorhandene Schwierigkeit, an relevante Daten zu gelangen, hat deutlich gemacht, dass in einem nächsten Schritt die Schaffung einer Datenbasis mit allen gesundheitsrelevanten Anbietern und Einrichtungen für die Weiterführung der Projektarbeit erforderlich ist. Dies trifft insbesondere auf die Erarbeitung weiterer Karten als Planungsgrundlage zu. Zum Aufbau einer solchen Datenbasis sollte eine detaillierte Beschreibung der gesundheitsrelevanten Einrichtungen und Angebote erfolgen, wobei neben der Ersterfassung auch die Aktualisierung und Pflege der Daten gewährleistet sein muss. In einem weiteren Schritt ist die Übertragung der bisherigen Darstellungen auf das gesamte Stadtgebiet geplant, d.h. Infrastruktur Gesundheit für ältere Menschen, sowie entsprechende Karten zu Risiken und Potentialen. Dazu ist eine Absprache zwischen den Stadtdiensten Soziales und Gesundheit erforderlich, um eine solche gemeinsame Infrastrukturdatei aufbauen zu können. Beide Stadtdienste haben grundsätzliches Interesse geäußert, dieses Vorhaben kurzfristig zu realisieren.

Mit dem Stadtdienst Statistik ist seitens des Stadtdienstes Gesundheit eine Zusammenarbeit zur Entwicklung von bevölkerungsbezogenen Kennzahlen vorgesehen. Ausgewählte gesundheitsbezogene Indikatoren, wie sie vom LIGA.NRW zur Verfügung gestellt werden, sollen ebenfalls in die kartographische Darstellung einbezogen werden, um Vergleichbarkeit

mit anderen Kommunen oder Kreisen zu gewährleisten. Wünschenswert wäre, wenn in Zukunft gesundheitliche Indikatoren auch kleinräumiger erfasst und ausgewertet werden können, als dies durch den Landesdienst derzeit angeboten wird, um konkretere Planungsgrundlagen für die Kommune zu erhalten. Eine Indikatorengruppe, die in die Darstellung der gesundheitlichen Lage von Stadtteilen einbezogen werden könnte, betrifft die Pflegebedürftigkeit von Personen, differenziert nach Pflegestufen und nach Versorgungsart. Hier soll der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Nordrhein angefragt werden, ob differenziertere Daten verfügbar sind, die eine für den angestrebten Stadtteilbezug geeignete kleinräumigere Darstellung möglich machen. Weitere relevante Indikatoren sind Sterblichkeit und Lebenserwartung bezogen auf Geschlecht und Altersgruppen sowie Morbiditäts- und Mortalitätsdaten zu ausgewählten Erkrankungen.

Das Vorgehen ist pragmatisch auf die Übertragbarkeit auf weitere Quartiere ausgerichtet, d. h. auf die Erstellung von entsprechenden Karten zur Infrastruktur Gesundheit einzelner Quartiere, um auf diesem Weg längerfristig eine gesamtstädtische Darstellung zu erreichen. Ebenso sollen Indikatoren zur Bevölkerung in einzelnen Quartieren und zur Beschreibung von gesundheitlicher Infrastruktur systematisiert werden. Die Zusammenarbeit mit dem Geodatenmanagement

bietet sich besonders dort an, wo die technischen Möglichkeiten bereits vorhanden sind, um gesundheitliche Fragestellungen sozialraumbezogen darzustellen. Das Geodatenmanagement hat dem Stadtdienst Gesundheit eine Mitarbeiterfortbildung angeboten, um den Aufbau von gesundheitsbezogenen Daten zu erreichen. Die Informationen aus vorhandenen Listen und gesamtstädtischen Broschüren (u. a. aus dem Gesundheitssektor) könnten eingebracht werden, um behördenübergreifend einen geeigneten Informationspool aufzubauen, der sich für die gewünschte kartographische Aufarbeitung gesundheitsrelevanter Daten und Fakten und deren Aktualisierung/Pflege verwenden lässt. Durch Verschneiden von Karten wird die stadtbezirks- oder quartiersbezogene Darstellung technisch vereinfacht.

Die Ergebnisse aus Solingen zeigen, welche Möglichkeiten und Potenziale für eine Kommune in dem Ansatz des Fachplan-Gesundheit-Projektes liegen. Insbesondere entsteht über die durch die Erarbeitung eines solchen Fachplans in greifbare Nähe rückende Entwicklung von sozialräumlichen Gesundheitszielen für Solingen eine besonders hochwertige Option für die Begründung zukünftiger Maßnahmenplanung im Gesundheitsbereich. Der Austausch mit Projektbeteiligten aus anderen Städten kann den lokalen Prozess wirksam unterstützen.

Stadt Solingen

In der kreisfreien Stadt Solingen fügte sich die Pilotphase zum Fachplan Gesundheit in ein bereits bestehendes quartierbezogenes Projekt aus dem Förderprogramm „Soziale Stadt“ ein. Bei dem seit 2007 geförderten Quartier handelt es sich um die Solinger Nordstadt. Das Stadtteil-Projekt sieht in seinem Kern vielfältige Gestaltungsvorhaben für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche vor. Für die Pilotphase zum Konzept Fachplan Gesundheit wurde seitens der Solinger Verwaltung dagegen die Zielgruppe „Ältere Menschen“ ausgewählt. Informationen über gesundheitsbezogene Angebote wurden aus bereits vorhandenen Angaben in einer Karte dargestellt. Deren Weiterentwicklung wurde für 2011 unter Beteiligung von Bewohnern des Quartiers und anderer Akteure in Aussicht genommen. Exemplarisch wurde am konkreten Beispiel der Prozess mit seinen einzelnen Schritten erkundet, welcher zur Erhebung sozialräumlicher Daten zum Gesundheitsthema für eine bestimmte Zielgruppe erforderlich ist. Die Pilotphase wurde zur Kontaktaufnahme mit anderen Dienststellen genutzt, deren Kooperation zum Aufbau eines solchen Segments eines Fachplans Gesundheit erforderlich sein wird.

Ziele der Pilotphase	<ul style="list-style-type: none"> a) Verbesserte Kooperation mit anderen Verwaltungsbereichen b) Entwicklung von gesundheitlichen Indikatoren für bestimmte Sozialräume c) Erfassung zielgruppenspezifischer Angebotsstrukturen für Planungs- und Beteiligungsprozesse
Zielgruppe der Aktivität	Ältere Menschen
Aktivitätsschwerpunkte	Erstellung von Basiskarten zur Bürgerinformation sowie Optimierung des Arbeitsmanagements durch Kooperation mit anderen Behörden
Themenschwerpunkt	Erarbeiten einer bedarfsgerechten Angebotsstruktur für Senioren in der Solinger Nordstadt

5.3 Arbeitsergebnisse Stadt Bielefeld

Basisangaben zur Stadt Bielefeld

Regierungsbezirk: Detmold

Fläche: 257,91 qkm

Einwohner (2010⁵³): 323.000

Ew. pro qkm: 1.253

Bielefeld übernimmt als kreisfreie Stadt oberzentrale Funktionen für die Region Ostwestfalen-Lippe. Historisch ist die Kommune Mittelpunkt der Leinenindustrie. Sie wird heute stark durch Nahrungsmittel-, Maschinenbau- und Textilunternehmen geprägt. Weltweit bekannt sind die von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel.

Die untere Gesundheitsbehörde:

- zählt zum Dezernat 3, Umwelt und Klimaschutz
- Amtsbezeichnung: Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt mit insgesamt 83 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- zuständige Abteilung: Gesundheitsschutz, Hygieneüberwachung, Medizinalaufsicht
- Abschnitt: Geschäftsführung Kommunale Gesundheitskonferenz, Gesundheitsberichterstattung und -förderung.

Stellenanteile, die sich mit strategischen Fragen/Planungsfragen befassen:

1,7 Stellenanteile (2 Mitarbeiter/innen)

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die an der Pilotphase mitwirkten:

- Dirk Cremer, Diplom Soziologe, wissenschaftlicher Angestellter
- Katja Pauly, Diplomverwaltungswirtin, Stadtoberinspektorin (im Rahmen einer dienstlichen Fortbildung)
- Nico Rocktäschel, Praktikant, Student der Sozialwissenschaften.

Gesamtschwerpunkte in der Arbeit der Dienststelle:

- Apotheken- und Arzneimittelüberwachung
- medizinische und zahnmedizinische Dienste, Gesundheitshilfen, amtsärztliche Untersuchungen und Begutachtungen
- Sozialpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Kinder- und Jugendgesundheit,

- zahnärztlicher Dienst, Kinder- und Jugendzahngesundheits-, zahnärztliche Gruppenprophylaxe
- Gesundheitsschutz, Hygieneüberwachung, Medizinalaufsicht, Infektionsschutz
- Geschäftsführung Kommunale Gesundheitskonferenz, Gesundheitsberichterstattung und -förderung
- Lebensmittelüberwachung und Veterinärwesen.

Bielefeld hat früh damit begonnen, die neueren Aufgabenbereiche Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) und Gesundheitsberichterstattung (GBE) des ÖGD in einen Zieleprozess einzubetten. Noch während der Erprobungsphase „Runder Tisch Gesundheit“, dem Pilot der Gesundheitskonferenz, wurde in einem Workshop mit Vertreterinnen und Vertretern der Politik und des örtlichen Gesundheitswesens damit begonnen, Ziele für die künftige Gesundheitskonferenz⁵³, deren gesetzliches Inkrafttreten abzusehen war, zu entwickeln. Zwischenzeitlich befand sich die Stadtverwaltung in einem organisatorischen Umbauprozess größeren Ausmaßes, der nach vielen Jahren der Vorbereitung zwei Jahre verfügt war, jedoch von veränderten politischen Mehrheiten in großen Teilen rückgängig gemacht wurde. Dies betraf die beiden Planungsaufgaben KGK und GBE, die zwischenzeitlich in einen Fachdienst (Umwelt, Gesundheit, Verkehr) ausgelagert waren (bzw. wurde die Stelle GBE erst während dieser Zeit geschaffen). In einem Synergieprozess waren in etwa in dieser Zeit auch die Ämter Lebensmittelüberwachung und Veterinärwesen zum Gesundheitsamt hinzugekommen, so dass es zum Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt wurde.

Die allgemeinen Bielefelder Gesundheitsziele lauten „Bürgerinnen- und Bürgerorientierung“, „Gesundheitliche Chancengleichheit“ und „Prävention und Gesundheitsförderung“. Im ersten Durchgang 2003-2007, der in einem Abschlussbericht 2009 dokumentiert wurde, hat sich die thematische Auswahl dieser drei allgemeinen Gesundheitsziele insofern bewährt, als ihnen zahlreiche, im kommunalen Alltag verfolgten Teilziele zugeordnet werden konnten. Allerdings war es aufgrund der vorgenommenen Fokussierung auf spezielle Fragestellungen kaum möglich, resümierende Aussagen zur Gesamtheit der Zielerreichung zu formulieren, z. B. inwiefern das Bielefelder Gesundheitswesen in seiner Gesamtheit ein Plus in der Bürgerinnen- und Bürgerorientierung tatsächlich erreicht hat. Es wurden verschiedene Möglichkeiten einer gründlicheren Evaluation der Zielerreichung eruiert, es fand sich aber keine praktikierbare Methode, die mit den vorhandenen Ressourcen in der Gesundheitsberichterstattung, die für das Monitoring und Evaluieren der Gesundheitsziele zuständig ist, vereinbar gewesen wäre.

⁵³ Quelle: <http://www.it.nrw.de/statistik/a/daten/amtlichebevoelkerungszahlen/index.html> (abgerundet - Stand: 31. Dezember 2010)

Im November 2010 verabschiedete die Gesundheitskonferenz die „Bielefelder Gesundheitsziele 2015“. Vorbehaltlich eines positiven politischen Abstimmungsprozesses, der derzeit noch nicht entschieden ist, werden die drei allgemeinen Gesundheitsziele im Sinne von Leitlinien fortgeschrieben, um den „Zwang“ des Beobachtens, Evaluierens und ‚Controllings‘ auf dieser Makroebene herauszunehmen. Ein Katalog von möglichst konkreten Einzelzielen – wiederum in einem Workshop mit Vertreterinnen und Vertretern der Politik und des örtlichen Gesundheitswesens vorbereitet und von der AG Gesundheitsziele nachbereitet – umfasst den neuen Prozess. Neue Teilziele können je nach Bedarf zu diesem Prozess hinzukommen. **Im Einzelnen umfasst der neue Gesundheitszielektatalog die folgenden Teilziele** (die in verschiedener Hinsicht auch für den ÖGD relevanten Teilziele sind mit * markiert):

Bürgerinnen- & Bürgerorientierung:

- Reform der Notfallversorgungsstrukturen mit dem Ziel, sie transparenter zu gestalten und noch effizienter zu organisieren
- Die Überleitungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und umgekehrt sollen verbessert werden.
- Verbesserung und Erleichterung des Zugangs für Migrantinnen und Migranten zum Gesundheitswesen*
- Mehr Informationen und Öffentlichkeitsarbeit für Bürgerinnen und Bürger über Gesundheitsthemen mit dem Ziel, die Entscheidungskompetenz im Umgang mit Gesundheitsinformationen und Angeboten zu verbessern*.

Gesundheitliche Chancengleichheit:

- Stärkung der Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen*
- Verbesserung der interkulturellen Kompetenzen im Gesundheitssystem*
- Verminderung der Säuglingssterblichkeit auf das aktuelle BRD-Niveau (NRW-Präventionsziel)*
- Stärkung sozialer Netzwerke, insbesondere älterer Menschen*
- Männer für eigene Gesundheitsthemen während der Familiengründungsphase gewinnen
- Berichtsauftrag zur häuslichen Gewalt auf Umsetzbarkeit prüfen*
- Stärkere Verankerung der gesundheitlichen Chancengleichheit in verschiedenen Planungszuständigkeiten*
- Chancen verbessern für ein gesundes Aufwachsen von Kindern – insbesondere in den ersten Lebensjahren*.

Prävention und Gesundheitsförderung:

- Steigerung der Inanspruchnahme von sinnvollen Früherkennungsmaßnahmen für Männer
- Stärkung der Selbsthilfe*
- Suchtvorbeugung und Suchtbewältigung*
- Verringerung der Infektionsraten von multiresistenten Erregern in den verschiedenen Einrichtungen*.

Im Aufgabenbereich Gesundheitsberichterstattung wurden dem Teilziel – „GBE stellt der KGK und ihren Arbeitsgruppen bzw. Netzwerken sowie der Öffentlichkeit regelmäßig Informationen über die gesundheitliche Lage und Versorgung zur Verfügung“ – zwei Strategien zugeordnet:

- Die rund 80 kommunal verfügbaren Indikatoren des Indikatorensetzes der Länder sollen für Bielefeld im Vergleich zu den vergleichbaren Kreisen und kreisfreien Städten in NRW in ihrer Aussagekraft für das örtliche Gesundheitswesen geprüft werden.
- „Der Fachplan Kindergesundheit⁵⁴ soll ausgewählte Daten zur Kindergesundheit kleinräumig abbilden“.

Außerdem berücksichtigt das Konzept der „Bielefelder Gesundheitsziele 2015“ Schnittstellen insbesondere zum Bielefelder Integrationskonzept, welches verschiedene Ziele auch im Bereich Gesundheit, Pflege, psychosoziale und sozialpsychiatrische Versorgung sowie Menschen mit Behinderungen und Selbsthilfe verfolgt, und zu den Konzepten für ein familien-, senioren- und behindertenfreundliches Bielefeld.

Darüber hinaus ist der ÖGD in Bielefeld in das Programm „Soziale Stadt“ (Programmgebiet Sieker), im Stadtentwicklungsprozess „Ostmannturmviertel“ sowie im Sport- und LernPark Heeper Fichten einbezogen.

Hauptmotive zur Mitwirkung der Stadt Bielefeld am Pilotprojekt:

- Entwicklung eines Planungskonzeptes für Säuglings-, Kleinkinder- und Kindergesundheit
- Stärkung des ÖGD im vorgenannten Bereich
- Festlegung relevanter Indikatoren zu einzelnen Bereichen der Kindergesundheit
- Ziel, bereits vorhandene Daten auszuwerten, auch in Hinsicht auf gegenwärtige und künftige Handlungsfelder
- Kleinräumige Auswertung der vorhandenen Daten, um möglichst konkrete Aussagen in Bezug auf Kindergesundheit und Stadtentwicklung treffen zu können

⁵⁴ Die Kommunale Gesundheitskonferenz der Stadt Bielefeld hat am 16.03.2011 diesen Fachplan Kindergesundheit verabschiedet

- Darstellung zentraler Ergebnisse der Auswertungen anhand von anschaulichen Karten
- Methoden- und Organisationsberatung durch das Projekt.

Thematischer Ansatz der Stadt Bielefeld auf Basis kommunaler Gesundheitsberichterstattung

Das Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt der Stadt Bielefeld hat sich in der Pilotphase zum Fachplan Gesundheit thematisch auf Ausschnitte des Bereichs Kindergesundheit konzentriert und geprüft, inwieweit sich aus der vorhandenen Datenlage für das Stadtgebiet Bielefeld planungsbezogene Schlussfolgerungen ziehen lassen. Die Schwerpunktbildung und Vorgehensweise wird wie folgt begründet:

- PraktikerInnen stellen über die Schlagworte „Bewegung“ und „Ernährung“ einen Alltagsbezug her, der ggf. über räumlich-planungsbezogene Maßnahmen beeinflussbar sein könnte, und zwar z. B. über die Spielraumbedarfsplanung oder die Grünflächenplanung.
- Es liegen hierzu Ergebnisse standardisierter Reihenuntersuchungen (zur Kindergesundheit) vor.
- Im Bereich der Frühförderung allgemein ist seit Jahren die Zahl der Inanspruchnahmen ansteigend, speziell auch die von Störungen der Motorik.
- Die Perspektive der Förderung von Gesundheitsressourcen kann auf diese Weise berücksichtigt werden („Bewegungsförderung“).
- Es wird die Möglichkeit gesehen, als Ergebnis ggf. einen Anstoß für eine Bestandsanalyse von Gesundheitsförderungsprojekten in Kindertagesstätten (oder Grundschulen) zu geben.

Auf Grundlage der Planungshilfe „Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung in NRW“⁵⁵ wurden die folgenden sozialraumbezogenen Indikatoren genutzt:

- Anteil der Leistungsbezieher nach SGB II
- Anteil der nichtdeutschen Bevölkerung
- Bevölkerungsdichte.

Zusätzlich wurden Haushaltsbildungsindex des einzuschulenden Kindes und Angaben über die Zahl der Alleinerziehenden in den einzelnen statistischen Bezirken berücksichtigt, da sie als eine Gruppe mit höherem relativem Einkommensarmutsrisiko (überwiegend lebensphasenbezogen) anzusehen sind.

Als Gesundheitsindikatoren aus den Schuleingangsuntersuchungen wurden die folgenden Indikatoren ausgewertet:

- Übergewicht und Adipositas
- Körperkoordination
- Visuomotorik⁵⁶.

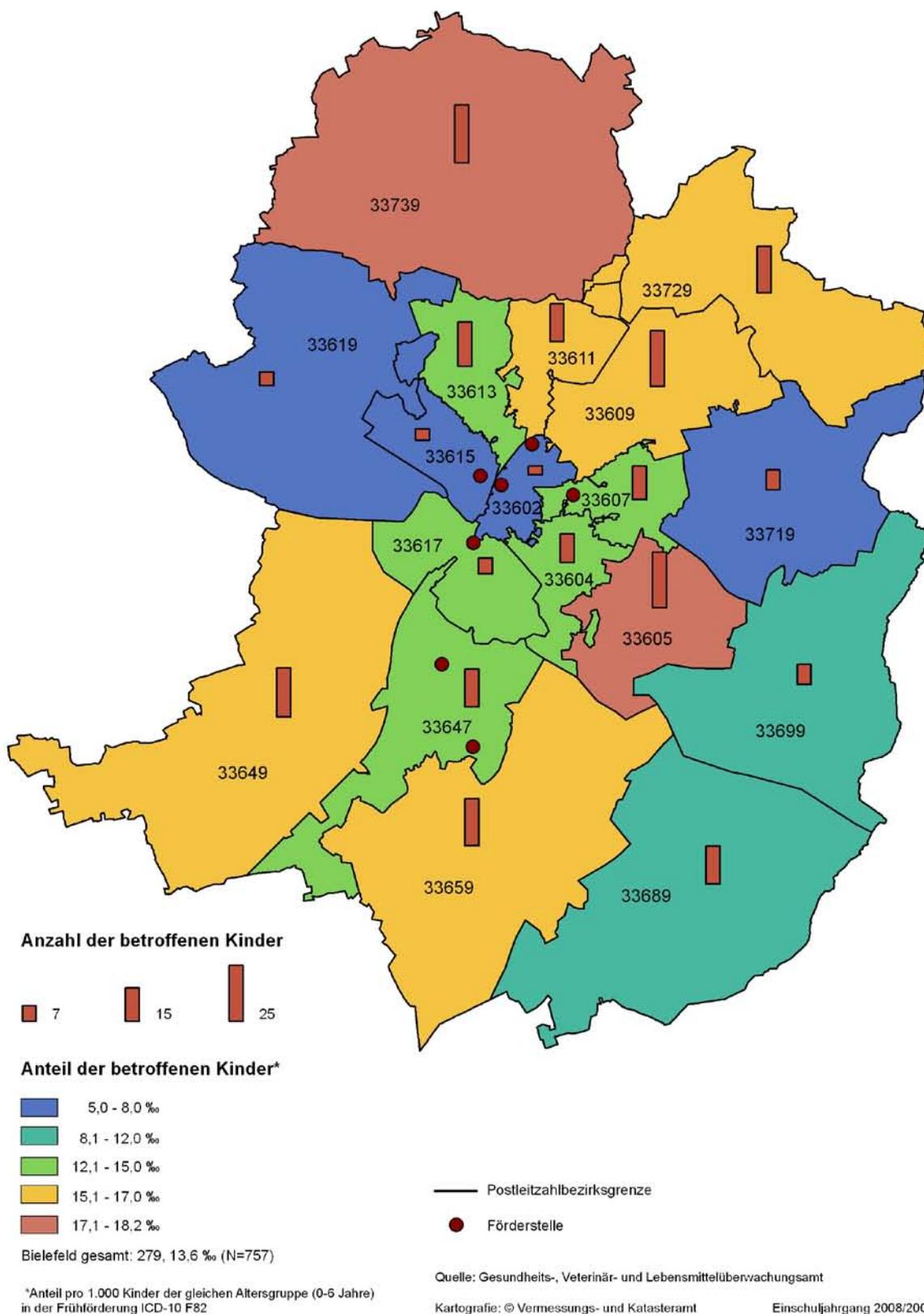
Die Auswertung erfolgte stadtweit auf Ebene der 92 statistischen Bezirke.

⁵⁵ Amon, J. et al. (2008)

⁵⁶ Visuomotorik ist die Koordination von visueller Wahrnehmung und Bewegungsapparat. Sie ist Teil der Sensomotorik und umfasst unter anderem die Auge-Hand-Koordination. Die Überprüfung der Visuomotorik dient in der Schuleingangsuntersuchung als Test des individuellen sensomotorischen Potenzials bezüglich des Erlernens des Schreibens im Schulunterricht.

Abbildung 12: Pilotphase Stadt Bielefeld, hier beispielhaft die Frühförderfälle mit umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktion 2009 (Karte differenziert das Stadtgebiet Bielefelds grob nach 17 Postleitzahlbezirken)

Frühförderfälle mit umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktion 2009* in Bielefeld



Schlussfolgernd kann aus dem Verlauf der Bielefelder Pilotierung festgehalten werden, dass die Betrachtung auf Ebene der 92 statistischen Bezirke geeignet ist, um einen detaillierten gesamtstädtischen Überblick zu erhalten. Planungsbezogen hieße das: die Vorgehensweise richtet sich in der Mitwirkung an Planungsverfahren an die maßstäbliche Ebene des Flächennutzungsplans.

Die fachlichen Ergebnisse waren im Einzelnen nicht immer plausibel, was einerseits auf die eingeschränkten Bearbeitungsmöglichkeiten in der Pilotphase zurückgeführt werden kann. Andererseits ergab sich jedoch auch Bedarf, die Auswahl der zum Einsatz gebrachten Indikatorensätze zu prüfen, was in der Weiterführung des Projekts erfolgen soll. Diese Prüfung wird unter anderem die Frage behandeln, inwieweit sehr spezielle Auswertungen (z. B. zur Moto-

rik) mit entsprechend geringen zahlenmäßig erfassten Auffälligkeiten überhaupt auf gesamtstädtischer Ebene berücksichtigungsfähig sind bzw. ob solche Ergebnisse nicht ausschließlich auf der kleinräumigen Ebene interpretiert und mit entsprechend differenzierten Maßnahmen angegangen werden müssen.

Stadt Bielefeld

In Bielefeld hat man sich in der Pilotphase auf das Themengebiet der Kindergesundheit konzentriert. Gegenstand der Arbeit war eine Prüfung vorhandener Datenbestände zu diesem Thema hinsichtlich ihrer Verwertbarkeit in planerischen Zusammenhängen. Ein thematischer Schwerpunkt lag dabei auf den Aspekten „Bewegung“ und „Ernährung“, zu denen drei Indikatoren der schulärztlichen Untersuchung (Übergewicht und Adipositas; Körperkoordination; Visuomotorik) auf der Ebene der für das Stadtgebiet gebildeten 92 statistischen Bezirke zur Auswertung verwendet wurden. Ein weiterer Indikator zur räumlichen Differenzierung war die Verteilung der Inanspruchnahme von Leistungen der Frühförderung von Kindern im Stadtgebiet. Weiterhin wurde ein Satz sozialraumbezogener Indikatoren verwendet (Anteil Leistungsbezieher nach SGB II; Anteil nichtdeutscher Bevölkerung; Bevölkerungsdichte; Bildungsschicht; Haushalte mit alleinerziehenden Elternteilen). Aus einer solchen gesundheitsberichterstattenden Datenbasis heraus ließe sich in einem nächsten Schritt eine Defizitanalyse erstellen, die – unter Berücksichtigung bereits vorhandener Ressourcen – im Ergebnis Räume definiert, wo im Stadtgebiet ein besonderes Bewegungsangebot geschaffen werden müsste, um Gesundheitsrisiken im Sinne von wohngebietsnaher Bewegungsförderung zu mindern. Planerische Mittel liegen dabei beispielsweise bei einer entsprechenden Ausrichtung der stadtquartiersbezogenen Spielraumbedarfsplanung und Grünflächenplanung.

Ziel der Pilotphase	Entwicklung eines Fachplans Gesundheit aus Anliegen der Gesundheitsberichterstattung heraus
Zielgruppe der Aktivität	Kinder und Jugendliche
Aktivitätsschwerpunkt	Aufbereitung der vorhandenen Datenbasis zur gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung im Hinblick auf eine räumliche Identifizierung von Gesundheitsrisiken, die durch entsprechende planerische Interventionen gemindert werden können.
Themenschwerpunkt	Kinder- und Jugendgesundheit – insbesondere in den Aspekten „Bewegung“ und „Ernährung“

Akzentuierte Zusammenfassung der Arbeitsergebnisse der Pilotphase

Für die Gestaltung der Pilotphase in ihrer Kommune wählten die beteiligten Einrichtungen die folgenden Herangehensweisen. Der Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz des **Kreises Unna** wählte einen strukturbezogenen Ansatz. Sein Ziel ist es einerseits, mit Hilfe des Fachplankonzepts das heterogene Leistungsspektrum des Gesundheitsbereichs darzustellen und andererseits ein Instrumentarium aufzubauen, das auch die ordnungsbehördlichen Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörde z. B. im Rahmen der akuten Infektionsbekämpfung unterstützt. Die Pilotphase diente deshalb insbesondere dazu, die IT-gestützte Möglichkeit der räumlichen Datenaufbereitung und ihre Vernetzung exemplarisch zu entwickeln.

In eigener Aussage des **Kreises Unna**: „Im Rahmen der Pilotphase sind als Grundlage für weitere Entscheidungen ... mit verhältnismäßig geringem Aufwand Basiskarten mit den Einrichtungen für vulnerable Gruppen sowie Karten, welche die Situation der gesundheitlichen Versorgung (Potenziale, Gefährdungen/Risiken, Versorgungsstrukturen) darstellen, erstellt worden. Eine zeitgemäße Präsentation der Beratungsangebote setzte die Nutzung bzw. Weiterentwicklung eines einheitlichen, EDV-gestützten Informationssystems (GeoService) voraus. ... Gelingen sind die automatisierte ... Herstellung von Flyern zum Thema Gesundheit und die Vorbereitung von Wegweisern. Eine Abbildung des Leistungsspektrums des Gesundheitswesens im Kreis Unna und eine Erhöhung der Transparenz sind bereits möglich. Die Grundlagen für anschauliche Karten zur Vorbereitung von oder als Grundlage für Entscheidungen ... sind geschaffen. ...“

Der Stadtdienst Gesundheit der **Stadt Solingen** legte sein Konzept quartiersbezogen an. Ziel war es, den im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“ geförderten Bezirk Nordstadt mit planungsbezogenen Aussagen zur gesundheitlichen Situation älterer Menschen zu unterlegen.

Hierzu der Stadtdienst: „Das Vorgehen ist pragmatisch auf die Übertragbarkeit auf weitere Quartiere ausgerichtet, d.h. Karten zur Infrastruktur Gesundheit einzelner Quartiere, um auf diesem Weg längerfristig eine gesamtstädtische Darstellung zu erreichen. Ebenso sollen Indikatoren zur Bevölkerung in einzelnen Quartieren und zur Beschreibung gesundheitlicher Infrastruktur systematisiert werden. Die Zusammenarbeit mit dem Geodatenmanagement bietet sich an, da dort die technischen Möglichkeiten vorhanden sind, um gesundheitliche Fragestellungen sozialraumbezogen darzustellen. ... Durch Verschneiden von Karten wird die stadtbezirks- oder quartiersbezogene Darstellung technisch vereinfacht. Die Ergebnisse zeigen, welche Möglichkeiten in dem Ansatz

des Projektes liegen. Insbesondere die Entwicklung von sozialräumlichen Gesundheitszielen ist für die Begründung zukünftiger Maßnahmenplanung von hoher Bedeutung. ...“

Das Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt der **Stadt Bielefeld** wählte als Arbeitsbasis die lokale Gesundheitsberichterstattung und versuchte, mit Hilfe ausgewählter Sozialraum- und Gesundheitsindikatoren auf der Ebene der 92 Bielefelder statistischen Bezirke Daten zum Aspekt Kindergesundheitsplanung relevant aufzubereiten.

Hier wurde resümiert: „Die sehr speziellen Auswertungen zur Motorik und ihren sozialräumlichen Kontexten anhand weniger Daten sind nicht robust genug, um gute Aussagen und Schlussfolgerungen bzw. bereits Maßnahmeempfehlungen auf der Ebene der statistischen Bezirke zu folgern. ... [Es] sollte noch einmal konzeptuell über die Auswahl der Gesundheitsthemen nachgedacht werden. Es macht Sinn, Auffälligkeiten der Entwicklung insgesamt zu betrachten. In speziellen Auswertungen der Frühförderzahlen zeigt sich, dass Mehrfachdiagnosen im Bereich der Teilleistungsstörungen häufiger vorkommen. ...“

In allen beteiligten Pilotkommunen zeigte sich, dass der Fachplan Gesundheit als eigenständiges Instrument des Gesundheitsamtes sinnvoll eingesetzt und die Arbeit der Dienststelle stärken kann. Die Pilotphase machte jedoch auch deutlich, dass weitere Schritte notwendig sind, um das Fachplaninstrument vor Ort zu implementieren. Dazu gehören u.a. Aspekte wie Partizipation; Kooperation mit der Gesundheitskonferenz und politischen Gremien; Verzahnung mit der Gesundheitsberichterstattung. Unter anderem wurden folgende Rahmenbedingungen angesprochen:

- Ressourcenfrage: Die Personaldecke in den Behörden ist generell dünn; ganz besonders gilt dies für den Bereich „Mitwirkung an Planungsprozessen“. Zahlreiche Kommunen befinden sich im Verfahren der Haushaltssicherung, was ihren Spielraum bei der Bearbeitung einengt.
- Aufgabenkritik: Diese gegenwärtig in vielen Kommunen laufende Überprüfung führt dazu, dass neue Aufgaben nur dann übernommen werden, wenn sie entweder gesetzlich verpflichtend sind oder an anderer Stelle zu Entlastungen führen.
- Gesamtspektrum der Aufgaben: Der Fachplan Gesundheit sollte in künftiger Ausgestaltung über das Aufgabenfeld der Mitwirkung an Planungs- und Genehmigungsverfahren hinausreichen und wesentliche Teile der behördlichen Gesundheitsaufgaben abbilden.

Wie die Pilotphase belegte, determiniert die im Bereich kommunaler Gesundheitsverwaltung bestehen-

de breit gefächerte Organisationsstruktur, nach der sich Aufgaben und Leistungen gliedern, bereits vieles von dem, was auch auf planerischer Ebene maßgeblich ist. Das heißt, dass das vielfältige Regelwerk und die Verwaltungsroutinen einer Gesundheitsbehörde zu gesundheitsbezogenen Sachfragen zahlreiche Details eines Fachplans Gesundheit bereits festlegen.

Zu den Kernideen für Fachpläne Gesundheit gehört die enge Verbindung zur lokalen **Gesundheitsberichterstattung**. Ein Teil der Arbeiten in der Pilotphase knüpft eng an die Gesundheitsberichterstattung samt Synergieeffekten an. Künftig ergibt sich für die Gesundheitsberichterstattung als Pflichtaufgabe der Gesundheitsbehörde gemäß § 6, Absatz 1, Punkt 5, ÖGD-Gesetz NRW (1998) hieraus möglicherweise eine Qualitätsverbesserung, weil sich über einen Fachplan Gesundheit der Bewertungs- und Handlungsansatz der Gesundheitsberichterstattung systematischer darstellen lässt.

Diskussion und Verabschiedung von Gesundheitszielen finden in den Gebietskörperschaften des Landes mit unterschiedlicher Intensität statt. Wo örtliche **Gesundheitsziele** bereits explizit oder implizit formuliert sind, bilden diese einen wesentlichen Startpunkt für einen lokalen Fachplan Gesundheit. Im Umkehrschluss kann der Fachplan Gesundheit auch eine Hilfe werden, um zu lokalen Gesundheitszielen zu gelangen.

Im Zusammenhang mit Fachplänen Gesundheit kommt den **Kommunalen Gesundheitskonferenzen** eine wichtige Rolle zu. Hier besteht Ähnlichkeit zu der Funktion von Naturschutzbeiräten bei den staatlichen Landschaftsbehörden. Angesichts der Kürze der Pilotphase ließen sich zunächst noch keine ausdrücklichen Verbindungen zu den jeweiligen Kommunalen Gesundheitskonferenzen herstellen. Das Thema Gesundheit lädt dazu ein, die örtliche Bevölkerung in Diskussions- und Partizipationsprozesse einzubeziehen. Auch wird es sinnvoll sein, Fachpläne Gesundheit öffentlich zu machen, wenn sie für Planungsverfahren genutzt werden sollen, die ebenfalls öffentlichen Charakter haben, beispielsweise im Rahmen der kommunalen Bauleitplanung⁵⁷.

Hinsichtlich technischer (unter anderem: kartographischer) Aspekte ergaben sich in der Pilotphase Fragen zur **Raumdifferenzierung** und zum **Maßstab** von zu entwickelnden Kartendarstellungen. Zu berücksichtigen waren dabei unter anderem Aspekte der Datenverfügbarkeit, des Datenschutzes und der mit einem künftigen Fachplan Gesundheit verfolgten Aussageziele. Die für den Fachplan Gesundheit wünschenswerte relativ hohe Maßstabsgenauigkeit wirft

Fragen des Datenschutzes und der möglichen Stigmatisierung von Stadträumen auf. Hier bieten sich verschiedene Möglichkeiten, diese Problematik zu lösen. So können beispielsweise bestimmte Daten, Karten oder Pläne nur amtsintern bereitgestellt werden. Eine solche, nach internen und externen Informationen gestaffelte Umgangsweise mit Daten ist eine auch in anderen Behörden geübte Praxis. Darüber hinaus können Daten anonymisiert oder so zusammengefasst werden, dass sich daraus keine persönlichen Einzeldaten ableiten lassen.

Als relevantes technisches Detail sei das **Multilayer-Konzept** erwähnt, das in allen drei an der Pilotphase 2010 beteiligten Kommunen bereits eine Rolle spielte. Die Elemente eines aus anderen kommunalen Ämtern bereitgestellten Grundkartensatzes (wie verwaltungspolitische Karte, kommunaler Flächennutzungsplan, Verkehrswegekarten, Grünflächenausweisung) lassen sich mit gesundheitspezifischen Daten (wie räumliche Verteilung von Einrichtungen mit Gesundheitsdienstleistungen) kombinieren. So wird es möglich, Kartendarstellungen zu erzeugen, die bestimmte Informationen im Detail verkoppeln und sich auch als Präsentationsmaterial für unterschiedliche Zwecke aufbereiten lassen. Wie im Planungswesen üblich gehört zu der jeweiligen Kartendarstellung ein Begleittext, der eine nachvollziehbare Deutung des kartographischen Materials sicherstellt.

Die Pilotphase gab bereits ersten Aufschluss über **erwartbare Wirkungen** von Fachplänen Gesundheit nach „innen“ und nach „außen“. Ein Fachplan Gesundheit bündelt überwiegend bereits vorhandene Vorgaben, Regeln und Informationen; er führt sie in einer schlüssigen und transparenten Weise zusammen. Die **entstehende Transparenz** der eigenen Aufgaben und Zielsetzungen einer Gesundheitsbehörde dürfte positive Rückwirkungen auf die innere Stringenz und Handlungsfähigkeit der Behörde haben.

Ein weiterer erwarteter positiver Effekt liegt in der Wirkung nach „außen“, so bei der **Mitwirkung der Gesundheitsbehörde an räumlichen Planungen**. Hier geht es unter anderem um die Aufhebung eines vielerorts bestehenden strukturellen Defizits und um die Angleichung der fachlichen Möglichkeiten zum Vertreten gesundheitlicher Belange an jene Standards, die andere (teilweise gewissermaßen konkurrierende) Träger öffentlicher Belange über ihre oft differenzierten und technisch fortgeschrittenen Fachpläne in planerische Abwägungssituationen einbringen.

Zusätzlich schafft ein Fachplan Gesundheit eine **Grundstruktur**, die die **Öffentlichkeitsarbeit** und auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtete Aktivitäten wesentlich unterstützt. So kann ein Fachplan Gesundheit – bei entsprechender Ausdifferenzierung – auch für bevölkerungs- und zielgruppenspezifische **Aktivitäten**

⁵⁷ Auszug aus § 3, Absatz 1, BauGB: „Die Öffentlichkeit ist möglichst frühzeitig über die allgemeinen Ziele und Zwecke der Planung, sich wesentlich unterscheidende Lösungen, die für die Neugestaltung oder Entwicklung eines Gebiets in Betracht kommen, und die voraussichtlichen Auswirkungen der Planung öffentlich zu unterrichten; ihr ist Gelegenheit zur Äußerung und Erörterung zu geben.“

täten des Gesundheitssektors und deren **Darstellung** gegenüber anderen Verwaltungsteilen und in der Bevölkerung eine fachlich-begründende Funktion übernehmen. Diese Funktion der Darstellung bereits vorgesehener Aktivitäten der Gesundheitsbehörde nach „außen“ war in allen drei Pilotkommunen ein führendes Motiv, sich an der Pilotphase zu beteiligen.

Von den beteiligten Kommunen kritisch gesehen wurde der enge zeitliche Rahmen der Pilotphase. Man verständigte sich darauf, die Arbeitsergebnisse ausdrücklich als vorläufig und ohne jeden Anspruch auf Vollständigkeit anzusehen.

Gesamtergebnis der Pilotphase und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

Das Grundkonzept eines Fachplans Gesundheit wurde in allen drei an der Pilotphase beteiligten Kommunen als sinnvoll angesehen. Die Pilotphase zeigte kommunal bestehende Ansatzpunkte auf, verdeutlichte den für weitere Ausgestaltung erforderlich werdenden Aufwand und demonstrierte auch, wie unterschiedlich sich das Grundkonzept interpretieren lässt. Welche Komponenten ein Fachplan Gesundheit in der kommunalen Praxis aufweisen wird, dürfte verschiedenen Einflüssen unterliegen. **Bedarfslage** und Aspekte der **Machbarkeit** werden dazu führen, dass kommunale Gesundheitsbehörden je nach Gegebenheiten und Erfordernissen vor Ort variierende Vorstellungen entwickeln werden, was „ihr“ Fachplan Gesundheit zu enthalten hat. Beim Kartographieren gesundheitsrelevanter Fakten wird eine wesentliche Rolle spielen, auf welcher lokalen technischen Ausgangslage aufgebaut werden kann.

Zur **Ämterzusammenarbeit** wurden in der Pilotphase 2010 bereits aufschlussreiche Praxiserfahrungen gemacht. So war dieses Thema in Solingen ein Schwerpunkt der dortigen Arbeiten, spielte aber auch im Kreis Unna und in Bielefeld eine Rolle.

Aus der Pilotphase ergab sich zusammenfassend eine Reihe von **Folgerungen und Empfehlungen** für die Weiterentwicklung des Konzeptes zum Fachplan Gesundheit:

- Fokus des Fachplans Gesundheit sollte auf Förderung der Situation vulnerabler Gruppen liegen
- Eine wesentliche Unterstützungsfunktion liegt bei der kommunalen Gesundheitsberichterstattung
- Der Kommunalen Gesundheitskonferenz kommt eine wichtige Rolle bei Aufbau und Umsetzung zu
- Vorrangig sollten partizipatorische Ansätze verfolgt werden, die direkte Bürgerbeteiligung vorsehen
- Effizienz: es gilt, eine mit der Haushaltssituation der Kommune verträgliche Strategie zu finden
- Sinnvoll ist ein modularer Aufbau für Fachpläne Gesundheit, zentriert auf prioritäre lokale Themen
- Weitere Erprobung dieses innovativen Konzeptes wünschenswert, unterstützt durch einen Fachbeirat.

6. Resümee und Ausblick

Das Umfeld für Gesundheitspolitik, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung unterliegt laufendem Wandel. Der Gesundheitssektor wird zunehmend auch als Wirtschaftssektor interpretiert. Nicht zuletzt unter diesem Blickwinkel ändern sich Spielregeln, Erfolgskriterien und Rollenverteilung zwischen den beteiligten Akteuren. Der Öffentliche Gesundheitsdienst sieht sich immer wieder vor neuem Anpassungs- und Bewältigungsbedarf.

Vor diesem Hintergrund entstand das Projekt, sowohl das Thema Gesundheit als auch den Gesundheitssektor samt Öffentlichem Gesundheitsdienst zu stärken, um auch für die Zukunft Gesundheitsschutz, -förderung und -versorgung sicherzustellen. Wie die bisherigen Diskussionen zeigen, stößt die Idee eines Fachplans Gesundheit durchweg auf großes Interesse. Allem Anschein nach existiert ein entsprechender Bedarf an Bündelung und prägnanter Darstellung, mit möglichen günstigen Wirkungen sowohl nach innen wie auch nach außen.

Die Frage nach dem tatsächlichen Stellenwert eines Fachplans Gesundheit lässt sich zur Zeit noch nicht abschließend beantworten. Selbstverständlich können solche Fachpläne nur einen Baustein im Gesamtgefüge vieler Entwicklungen darstellen. Die Entwicklung solcher Fachpläne wird durchweg als sinnvoller Entwicklungsschritt angesehen, wenn der Aufwand begrenzt bleibt, das Instrument nicht zu komplex ausfällt und die lokale Handlungsfreiheit sich nicht ungebührlich einengt.

Wie wir feststellten, variieren allerdings die Vorstellungen über die Ausgestaltung solcher Fachpläne in hohem Maße. Dies hatte sich bereits in den Fachgesprächen im Jahre 2009 gezeigt. Aus Gründen der Praktikabilität lag der Pilotphase 2010 dann ein auf bestimmte Elemente zugespitztes Konzept zugrunde. Gleichwohl zeigte sich auch hier wieder, wie unterschiedlich sich das Grundkonzept interpretieren lässt. Diese unterschiedlichen Auslegungen sollten nicht als Schwäche des Konzeptes angesehen werden, sondern vielmehr als ein Beleg fortbestehender Kreativität.

Für die weitere Entwicklung scheint es sinnvoll, einerseits eine Hauptlinie zu verfolgen, welche Fachpläne Gesundheit in einer nicht zu komplexen Weise in der Breite möglich macht. Andererseits verdienen zusätzliche Bedarfe, Anregungen und Lösungsansätze Aufmerksamkeit. Möglicherweise spiegelt schon der beobachtete Pluralismus von Fachplan-Interpretationen wider, dass hier unterschiedliche Bedarfe vorliegen. Die weiteren Entwicklungsschritte dürften hierüber Klarheit bringen. Bei entsprechendem Bedarf kann die Konzeption von Fachplänen Gesundheit durch modulare Ausdifferenzierung und Standardisierungsprozesse hierauf reagieren.

7. Literatur

- Amon, J. et al. (2008): Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung in NRW. Anregungen für die kommunale Praxis am Beispiel Kindergesundheit (Schriftenreihe LIGA. Praxis Nr.1, Düsseldorf) URL: http://www.praeventionskonzept.nrw.de/_media/pdf/O_Allgemein/Planungshilfe_kleinr__GBE.pdf
- Babisch, W.: Quantifizierung des Einflusses von Lärm auf Lebensqualität und Gesundheit. Sonderdruck aus UMID 1/2011. S.28-36. URL: http://www.umweltbundesamt.de/umid/archiv/umid_11_04_01_sonderdruck_laerm.pdf
- Bär, G., Böhme, C., Reimann, B. (2009): Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. DIFU-Arbeitshilfe. Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin 230 S.
- Baugesetzbuch Bund - BauGB online (Erich Schmidt Verlag) URL: <http://www.umwelt-digital.de/nd/2800/vorschrift.html>
- Bayerisches Staatsministerium für Finanzen et al. (2003): Geoinformationssysteme. Leitfaden für kommunale GIS-Einsteiger. München. 76 S. URL: <http://www.gis-leitfaden.de/GIS-Leitfaden-www.pdf>
- Bencic, W., Kastner, K., Reif, M. (2009): Inanspruchnahme von Krankenversorgung durch vulnerable Gruppen. Dokumente Gesundheitswissenschaften der Universität Linz und der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, Band 22. Linz. 27 S. URL: https://www.oogk.at/mediaDB/619268_Dokument%2022%20mit%20Deckblatt.pdf
- Böhme, C. (2007): Gesundheitsförderung in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf. Soziale Stadt - info 20, Der Newsletter zum Bund-Länder-Programm Soziale Stadt, Deutsches Institut für Urbanistik (Difu), Berlin. URL: <http://www.sozialestadt.de/veroeffentlichungen/newsletter/07-1-gesunder-stadtteil.phtml>
- Bundesimmissionsschutzgesetz 2002/2011 - Gesetz zum Schutz vor schädlichen Umwelteinwirkungen durch Luftverunreinigungen, Geräusche, Erschütterungen und ähnliche Vorgänge (Bundes-Immissionsschutzgesetz - BImSchG) URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bimschg/gesamt.pdf>
- Dehrendorf, M., Heiß, M. (2004): Geo-Informationssysteme in der kommunalen Planungspraxis. Points-Verlag, Norden.
- Döhner, H. (Hrsg.) (1993): Sozial- und Gesundheitsplanung für ältere Menschen in Europa. Versorgung – Bürgerbeteiligung – Vernetzung. Lit Verlag, Münster und Hamburg.
- Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen NRW (LIGA.NRW-online). URL: <http://www.liga.nrw.de/service/downloads/pub-gesundheit/pub-dsu/index.html>
- Fässler, S. et al. (2011): Evaluation Erreichung vulnerabler Schweizer Gruppen im Programm „Gesundes Körpergewicht“ im Kanton Zug. Bericht zuhanden des Gesundheitsamtes des Kantons Zug. Luzern. 69 S. URL: <http://www.bag.admin.ch//themen/gesundheitspolitik/07685/07689/07828/10655/index.html>
- Fehr, R., Neus, H. & Heudorf, U. (Hrsg.) (2005): Gesundheit und Umwelt. Ökologische Prävention und Gesundheitsförderung. Hans Huber Verlag, Bern.
- Francke, R. (2000): Kommunale Gesundheitskonferenzen und ortsnahe Koordinierung. Verfassungs-, sozial- und kommunalrechtliche Fragen, dargestellt am Beispiel des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen. URL: <http://www.igmr.uni-bremen.de/deutsch/projekte/ortsnahe.htm>
- Gesundheit Österreich GmbH (2009) im Auftrag der Bundesagentur Gesundheit: GBE als Grundlage für gesundheitspolitische Maßnahmen (Public Health Action Cycle). Wien (Bericht, 49 Seiten). URL: http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10039771_21212/6244ab57/GBE%20als%20Grundlage%20f%C3%BCr%20gesundheitspolitische%20Massnahmen.pdf

- Grieve, P. (1993): Gesundheitsplanung für ältere Menschen in Harburg, S.53-57 in: Döhner H. (Hrsg.) (1993): Sozial- und Gesundheitsplanung für ältere Menschen in Europa. Versorgung – Bürgerbeteiligung – Vernetzung. Lit Verlag, Münster und Hamburg.
- Heidenreich, F. (1986): Fachplan Gesundheit. Stadtentwicklungsplanung (Erlangen) Selbstverlag. Abstractquelle: cp/difu.
URL: <http://www.irb.fraunhofer.de/literaturbeschaffung.jsp?id=1987089400821&from=rss>
- Helmert U, Bammann K, Voges W et al. (2001) Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Juventa, Weinheim München.
- Hornberg, C. & Brei, B. (2010): Stadtgrün – Natur und naturnahe Räume in ihrer Bedeutung für Gesundheit und Lebensqualität. In: Bundesamt für Naturschutz (BfN) (Hrsg.), Konferenzdokumentation: Naturschutz & Gesundheit – Allianzen für mehr Lebensqualität. Bonn - Bad Godesberg, S. 61-67.
- Hornberg, C., Heiler, A., Brei, B. & Claßen, T. (2010): Gesundheitliche Bedeutung von Stadtgrün. In: Natur- und Umweltschutz-Akademie des Landes Nordrhein-Westfalen (NUA) (Hrsg.), Tagungsdokumentation: Die Bedeutung von Stadtgrün für die Gesundheit. Recklinghausen, S. 31-39.
- Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung des Landes Nordrhein-Westfalen – ILS (2003): Sozialraumanalyse – Soziale, ethnische und demografische Segregation in den nordrhein-westfälischen Städten. Gutachten für die Enquetekommission „Zukunft der Städte in NRW“ des Landtags Nordrhein-Westfalen.
- Kindler, A., Weiland, U., Franck, U. (2011): Sozialräumliche Verteilung der Luftbelastung in Berlin. UMID 2/2011: 29-32
- Kleinschmit, B., Geißler, G., Ahrberg, R. (2011): Sozialräumliche Verteilung der bioklimatischen Bewertung in Berlin. UMID 2/2011: 33-35
- Klimeczek, H. J. (2010): Umweltgerechtigkeit in Berlin. Entwicklung und Umsetzung einer praxistauglichen Konzeption zur Untersuchung der (stadt-)räumlichen Verteilungen von Umweltbelastungen (Vortrag). Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin.
URL: http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/umweltgerechtigkeit/pa2_klimeczek.pdf
- Konzept der Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW-online) URL: http://www.liga.nrw.de/themen/ge-sundheit_berichte_daten/gesundheits-in-nrw/konzept_gbe/index.html
- Landeshauptstadt Stuttgart (2011, fortlaufend aktualisiert): Stadtklima. Bioklimakarte mit Erläuterung online. Amt für Umweltschutz/Stadtklimatologie. URL: http://www.stadtklima-stuttgart.de/index.php?klima_solaratlas_grundlagen_6.5
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (2005): Fallbeispiele zu Planungsverfahren mit Relevanz für den kommunalen umweltbezogenen Gesundheitsschutz. (Materialien „Umwelt und Gesundheit Nr. 61, Bielefeld)
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (2004): Planungsverfahren mit Relevanz für den kommunalen umweltbezogenen Gesundheitsschutz. (Materialien Umwelt und Gesundheit Nr. 43, Bielefeld)
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.). (2011): Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LIGA.Fokus 12. online via Portal des Zentrums für Bewegungsförderung: URL: http://www.liga.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/zentrum_bewegungsfoerd/publikationen/index.html
- Landschaftsbeiräte nach § 11 Landschaftsgesetz NW
(a) Münster
http://www.muenster.de/stadt/umwelt/natur_landschaft.html
(b) Bochum
[http://www.bochum.de/C125708500379A31/CurrentBaseLink/W2775AQ2159BOLDDE/\\$FILE/Landschaftsbeirat.pdf](http://www.bochum.de/C125708500379A31/CurrentBaseLink/W2775AQ2159BOLDDE/$FILE/Landschaftsbeirat.pdf)
- Landschaftsgesetz NW (2000) online via bo-deonline.de: <http://home.pages.at/bode/landschaftsgesetz-nrw.htm>
- Löhr, R.-P., Enderle, M. (2005): Fachplanungen und ihre Bedeutung für den Gesundheits- und Umweltschutz; in: Fehr, R. et. al. (Hrsg.) (2005): Gesundheit und Umwelt. Ökologische Prävention und Gesundheitsförderung. Hans Huber Verlag, Bern.
- Mielck, A. (2001): Soziale Ungleichheit und Gesundheit - Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle.

- Ministerium für Bildung, Frauen, Jugend, Rheinland-Pfalz. (Hrsg.) (2004): Spielleitplanung - ein Weg zur kinderfreundlichen Stadt. Eigenverlag, Mainz.
- ÖGDG NRW 1997/2009 - online via Justizportal Nordrhein-Westfalen URL: http://www.lexsoft.de/lexisnexis/justizportal_nrw.cgi?xid=146870,9
- Produkthaushalte**
- (a) Muster für einen Produkthaushalt im Bereich kommunaler Gesundheitsbehörden URL: http://www.nkhr-bw.de/servlet/PB/show/1178154/Kommunaler_Produnktplan_Baden-Wuerttemberg.pdf (S. 248ff) sowie
- (b) aus Nordrhein-Westfalen URL: <http://www.akademie-oegw.de/Programm/Public/Mayer%20Vom%20Output%20zum%20Outcome.pdf>
- Reintjes, R., Klein, S. (Hrsg.) (2007): Gesundheitsberichterstattung und Surveillance. Messen, Entscheiden, Handeln. Hans Huber Verlag, Bern.
- Riege, M., Schubert H. (Hrsg.) (2005). Sozialraumanalyse. Grundlagen - Methoden - Praxis. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. 331 S.
- Runkel, P. (Hrsg.) (2009): Baugesetzbuch: Textausgabe mit BaunutzungsVOen - PlanzeichenVO - ImmoWertV - BNatSchG - Raumordnungsg - RaumordnungsgVO - ... - Verwaltungsgerichtlichen Regelungen. Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft, Köln.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten, Bonn. 904 S.
URL: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Uebersicht/GA2009-LF.pdf>
- Schatzl, P. (2010): Bioklima (Vortrag) FHS Salzburg, Studiengang BMA.
URL: <http://www.medint.at/fhs/10/bioklima10.pdf>
- Stadt Leipzig, Dezernat Stadtentwicklung und Bau (Hrsg.) (2004): Stadtentwicklungsplan Verkehr und Öffentlicher Raum. Eigenverlag, Leipzig.
- Stamm H. et al. (2003): Retrospektive Literaturstudie zum Begriff Vulnerabilität. Herchen + Herchen, Frankfurt am Main.
- Streich, W. (2006): Vulnerable Gruppen: Verwundbarkeit als politik-sensibilisierende Metapher in der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Theorien, Konzepte und Methoden, VS-Verlag, Wiesbaden. S. 289-295.
- Strohmeier, K.-P. et al. (2001) Sozialraumanalyse Gelsenkirchen. Stadträumliche Differenzierungen von Lebenslagen und Lebensformen der Bevölkerung, Armut und politischer Partizipation. Materialien und Analysen zur Begründung der Auswahl eines Stadtteils mit besonderem Erneuerungsbedarf. Abschlussbericht 67 S. URL: <http://edoc.difu.de/edoc.php?id=ALYFBO5U>
- Ulbig, E., Hertel, R. F., Böl, G.F. (Hrsg.) (2010): Kommunikation von Risiko und Gefährdungspotenzial aus Sicht verschiedener Stakeholder. Abschlussbericht. Bundesinstitut für Risikobewertung, BfR Wissenschaft, Berlin. 158 S. URL: http://www.bfr.bund.de/cm/350/kommunikation_von_risiko_und_gefaehrdungspotenzial_aus_sicht_verschiedener_stakeholder.pdf
- Umweltbundesamt (Hrsg.) (2011 a): Umwelt und Mensch Informationsdienst UMID 1/2011. Themenheft Dioxine
- Umweltbundesamt (Hrsg.) (2011 b): Umwelt und Mensch Informationsdienst UMID 2/2011. Themenheft: Umweltgerechtigkeit. URL: <http://www.umweltbundesamt.de/umid/archiv/umid0211.pdf>
- Welteke, R., Sierig, S. & Hornberg, C. (2007): Gesundheitsbelange in Planungsverfahren – künftig verbesserte Einbringung über geänderte rechtliche Vorgaben? Immissionsschutz 1, 18-22.
- Werse, W.: Kommunale Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen Erfahrungen und Perspektiven, Gesundheitswesen 2010; 72: 146-149.

Präsentationen zu Fachplan Gesundheit

http://www.liga.nrw.de/_media/pdf/service/veranstaltungen/090908_setting_stadt/Arbeitsgruppe_Fachplan_Gesundheit_-_Ergebnisdokumentation.pdf?pi_t=true (2009)

http://www.liga.nrw.de/_media/pdf/service/vortraege/fehr_100920_Fachplan_G_UVP_Kongress_2010.pdf?pi_t=true (2010)

http://www.liga.nrw.de/_media/pdf/service/vortraege/AG_Mensch_Fachplan_G_Pr_sentation_Welteke_Fehr_www.pdf?pi_t=true (11.10.2011)

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen

Ulenbergstraße 127-131, 40225 Düsseldorf
Fax 0211 3101-1189
poststelle@liga.nrw.de

www.liga.nrw.de