

## LAND IN SICHT.

Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention in  
ländlichen Räumen

**Satellitenveranstaltung zum Kongress Armut und Gesundheit**

Montag, den 19. März 2018, 13.00 bis 18.00 Uhr, Technische Universität Berlin

---

### Protokoll Fachforum 1: „Landvermessung“

Im Fachforum 1 „Landvermessung“ wurden Herausforderungen und Chancen einer integrierten Gesundheits- und Sozialberichterstattung als Grundlage für eine am Bedarf orientierte kommunale Gesundheitsstrategie diskutiert.

Moderation: Mario Bach, Robert Koch-Institut  
Ute Sadowski, Gesundheit Berlin-Brandenburg  
Holger Kilian, Gesundheit Berlin-Brandenburg  
Protokoll: Carola Pöhlmann, Gesundheit Berlin-Brandenburg

---

Nach der Begrüßung und einer kurzen Einführung durch die Moderation arbeiteten die Teilnehmenden in zwei Arbeitsgruppen zu unterschiedlichen Leitfragen.

#### Arbeitsgruppe A

Anhand des Modells der Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren & Whitehead (sog. Regenbogen-Modell) wurden die verschiedenen Einflussebenen auf die Gesundheit der Bevölkerung vorgestellt (siehe Abbildung 1).

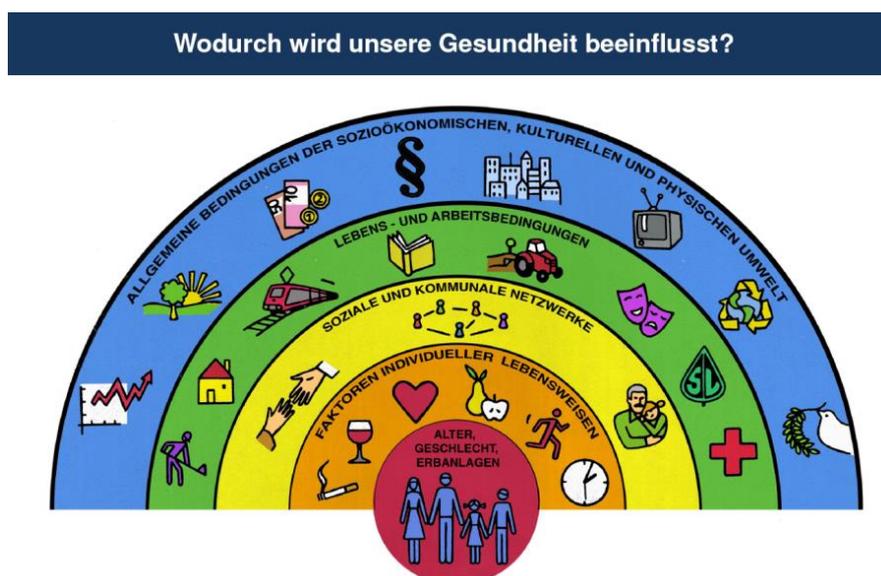


Abbildung 1: Determinanten der Gesundheit (Quelle: Dahlgren & Whitehead, 1991)

Diskussionsgrundlage war außerdem ein weiteres Modell, das die Übergänge in der Lebensphase des Kindes- und Jugendalters darstellt, die im Rahmen einer integrierten kommunalen Strategie (sog. Präventionskette) für ein gesundes Aufwachsen in den Blick genommen werden (siehe Abbildung 2).

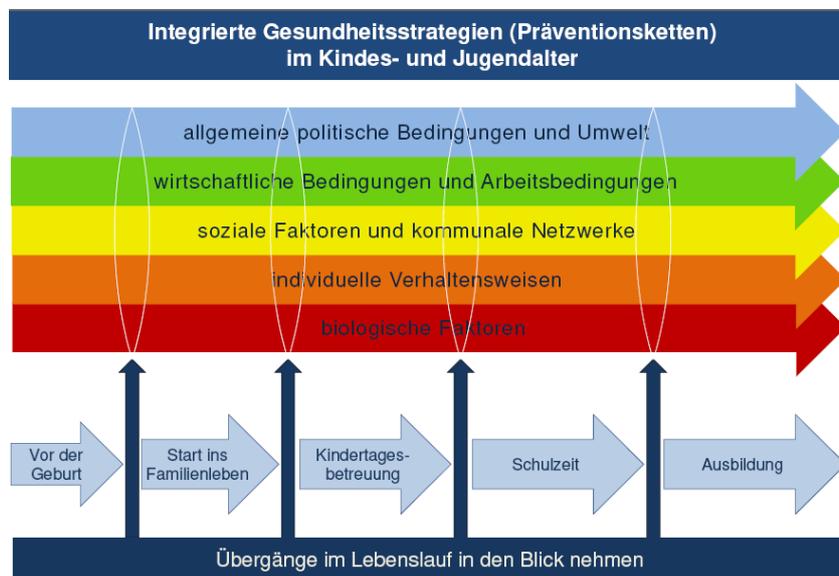


Abbildung 2: Integrierte Gesundheitsstrategien im Kindes- und Jugendalter (Quelle: eigene Darstellung von Gesundheit Berlin-Brandenburg, 2017)

In der Arbeitsgruppe wurden folgende Leitfragen diskutiert und die hier dargestellten Ergebnisse gesammelt:

**Welche Daten und Berichte als Planungsgrundlage für Maßnahmen gibt es?**

Folgende Datengrundlagen für die Lebensphase „Kindes- und Jugendalter“ wurden den verschiedenen Determinanten des Regenbogenmodells zugeordnet:

Gesundheitsdeterminanten	Datengrundlagen
Biologische Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impfdaten</li> <li>- Krebsregister</li> <li>- Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung</li> </ul>
Individuelle Lebensweisen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Daten zum Konsum, z.B. Alkohol</li> <li>- Suchtmonitoring</li> <li>- Jugendarbeitsschutzuntersuchung</li> <li>- Adipositas-Erhebung</li> </ul>
Soziale Faktoren und kommunale Netzwerke	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Daten zur Sozialstruktur/sozialen Lage</li> <li>- Übersicht über vorhandene Angebote (Angebotsstruktur)</li> </ul>
Wirtschaftliche Bedingungen und Arbeitsbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- [Keine Ergebnisse]</li> </ul>
Allgemeine politische Bedingungen und Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konzepte der Gesundheitsförderung in der Kita</li> <li>- Kriminalitätsstatistik</li> <li>- Daten zu Schadstoffen, Lärm, etc.</li> <li>- Daten zu Medienkonsum, -nutzung</li> </ul>

## Welche weiteren Daten werden darüber hinaus für eine bedarfsorientierte Gesundheitsstrategie benötigt?

Insbesondere bezüglich der Ebene der sozialen und kommunalen Netzwerke (gelb) und der Lebens- und Arbeitsbedingungen (grün) wurde von der Arbeitsgruppe ein Bedarf an weiteren Daten und Informationen festgestellt:

- qualitative Daten
- Daten, die einen Soziallagenbezug ermöglichen
- Geo-Daten (mit einheitlichem räumlichen Bezug)
- kleinräumige Daten
- Daten der gesetzlichen Krankenversicherung
- Informationen über Ernährungsverhalten/konsumierte Lebensmittel
- „Fachplanungen“
- „weiche“ Daten (z.B. bzgl. Auslastung von Sportstätten)

## Arbeitsgruppe B

Vorgestellt wurde ein vereinfachter Zyklus, wie in Lebenswelten erhobene Daten in die Planung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung einfließen können (siehe Abbildung 3). Ausgehend von der Erhebung von Daten in den Lebenswelten, werden diese beispielsweise in Form von Berichten aufbereitet und stellen anschließend eine Grundlage für Diskussions- und Planungsprozesse dar. Somit können, gemäß dem Leitsatz „Daten für Taten“, Interventionen in den Lebenswelten umgesetzt werden. Die Evaluationsergebnisse von Maßnahmen und Interventionen können wiederum in den von neuem beginnenden Kreislauf einfließen.



Abbildung 3: Von Daten zu Taten

(Quelle: eigene Darstellung von Gesundheit Berlin-Brandenburg, 2017)

Die Arbeitsgruppe diskutierte auf Grundlage dieses Impulses die folgende Leitfrage:

## Wie kommen wir von Daten zu Taten?

- Von den Teilnehmenden wurde als häufige Herausforderung identifiziert, dass Berichte zwar in politischen Gremien Eingang finden, danach jedoch keine weiteren Handlungen folgen. Es bestehen also Barrieren zwischen der Datenerhebung und -aufbereitung und der praxisorientierten Verwertung der gewonnenen Erkenntnisse.

- Voraussetzung für das Überwinden dieser Barrieren ist laut den Teilnehmenden, dass bei den Mandatsträgern eine persönliche Betroffenheit oder eine hohe Sensibilität für die jeweiligen Themen besteht. Nur so fließen die Bedarfe in die Entscheidungsfindung und Maßnahmenplanung ein.
- Eine Alternative wäre es daher, im Sinne der Wirkungsorientierung den Ablauf rückwärts zu denken. Ausgehend von der Frage, was in der jeweiligen Lebenswelt durch eine Intervention bewirkt werden soll, müssen in einem nächsten Schritt entsprechende Daten recherchiert oder erhoben werden.
- Für die Übersetzung von Daten in Taten stellt es einen Erfolgsfaktor dar, wenn Berichterstattung und Konzepterstellung aus einer Hand kommen. Als Beispiel werden die kommunalen Stabstellen für Armutsprävention genannt.
- Ein weiterer Erfolgsfaktor für die bedarfsorientierte Planung von Interventionen in Lebenswelten ist die Einbindung der Zielgruppe durch partizipative Methoden. Die Ergebnisse der Gesundheits- und Sozialberichterstattung können so mit der jeweiligen Lebenswelt abgeglichen und durch betroffene Personengruppen priorisiert werden.

## **Inputvortrag: Die Anwendung partizipativer Ansätze in epidemiologischen Studien und Gesundheitsberichten**

Mario Bach, Robert Koch-Institut

Der Impuls stellte partizipative Ansätze der Gesundheitsforschung vor, und wie diese im Rahmen des Forschungsverbundes „PartKommPlus – Forschungsverbund für Gesunde Kommunen“ angewendet und untersucht wurden.

→ Das Handout zum Vortrag finden Sie [hier](#).

### **Aus der Diskussion**

In der abschließenden Diskussion im Plenum wurden folgende Fragen diskutiert:

- **Welche Bedingungen müssten geschaffen werden, damit Daten und Berichte für Taten (Maßnahmen) in der Kommune genutzt werden können?**
- **Wie könnte eine integrierte Datennutzung/Berichterstattung, der verschiedenen Daten in Landkreisen und Kommunen gelingen?**

### **Erfahrungen aus der Praxis:**

Meistens werden Interventionen der Gesundheitsförderung in Lebenswelten nicht primär aufgrund der Ergebnisse von Berichten entwickelt. Ausschlaggebend sind das Engagement und die Ideen verschiedener Akteure, die den Impuls zur Entwicklung einer Intervention oder einer Strategie geben. Erst in einem zweiten Schritt findet eine Rückkopplung mit Daten und Berichten statt. Dies dient nicht zuletzt der Legitimierung der Aktivitäten.

### **Bestehende Herausforderungen:**

- Mangelnde Vergleichbarkeit der Daten verschiedener Ressorts im Hinblick auf den räumlichen Bezug
- Fehlende Ressourcen: Die Gesundheitsberichterstattung ist zwar in den Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) verankert, häufig fehlt jedoch Zeit und Personal, um die Daten zu verwerten.
- Dezentralisierung der Datenerhebung und Berichterstattung
- Europäische Datenschutzrichtlinie als Ursache für Einschränkungen und Unsicherheiten bezüglich Datenerhebung und Datenweitergabe

**Bedingungen für eine integrierte Datennutzung/Berichterstellung:**

- Orientierung der Berichte an den gleichen räumlichen Einheiten (Landkreisebene, Planungsregionen, etc.), damit die Zusammenführung von Daten aus unterschiedlichen Bereichen erleichtert wird
- Einheitliche Definitionen und Bezugsgrößen (z.B. Orientierung an Berichten des Robert Koch-Instituts)
- Klare politische Vorgaben für Datenerhebung und Berichterstattung
- Mit entsprechender Finanzierung untersetzte Stellen für Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler Ebene
- Qualifizierte Personen, die Gesundheitsberichterstattung mit einem integrativen Ansatz und entsprechendem Mehrwert umsetzen können
- Praktikabilität der Datenerhebung in den Lebenswelten mitdenken (z.B. Erhebung von Impfdaten in Kitas)
- Einsatz von partizipativen Methoden der Datenerhebung
- ÖGD im Sinne des Ansatzes „Health in All Policies“ in allen Lebenswelten aktiv
- Stärkere Vernetzung mit weiteren Datenhaltern (z.B. Kassenärztlichen Vereinigungen)