

1. Gesundheitsbericht des Landkreises Kulmbach

partizipativ – interdisziplinär – handlungsorientiert

Regionale Bestands- und Bedarfsanalyse im Rahmen
der Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach



gefördert durch
Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege



1. Gesundheitsbericht des Landkreises Kulmbach

partizipativ – interdisziplinär – handlungsorientiert

Regionale Bestands- und Bedarfsanalyse im Rahmen
der Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach

Kulmbach, im August 2020

Herausgeber

Landratsamt Kulmbach
Konrad-Adenauer-Straße 2
95326 Kulmbach
www.landkreis-kulmbach.de



Annekatriin Bütterich

Kontakt

Geschäftsstelle der
Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach
Frau Annekatriin Bütterich
Telefon: 09221 / 707-618
Telefax: 09221 / 70795-618
E-Mail: buetterich.annekatriin@landkreis-kulmbach.de



Dieter Jaufmann



Nina Kaufmann



Lea Rahman



Nathalie Stanczak

Zusammenstellung und Bearbeitung

Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe,
Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS)

Herr Dr. Dieter Jaufmann

Frau Nina Kaufmann

Frau Lea Rahman

Frau Natalie Stanczak

Theodor-Heuss-Platz 1

86150 Augsburg

Telefon: 0821 / 346 298-0

Telefax: 0821 / 346 298-8

E-Mail: institut@sags-consult.de

Inhalt

Vorwort des Landrats	5
Abkürzungsverzeichnis.....	7
1. Einleitung: Grundlagen, zentrale Ziele und Arbeitsschritte.....	9
2. Der Landkreis unter gesundheitsrelevanten Aspekten.....	13
2.1 Geografische, demografische und sozioökonomische Merkmale.....	13
2.1.1 Allgemeine Informationen und Demografie	13
2.1.2 Sozioökonomische Struktur	19
2.2 Gesundheitszustand der Bevölkerung.....	23
2.2.1 Mortalität	23
2.2.2 Morbidität	32
2.3 Gesundheitsverhalten	65
2.3.1 Impfraten bei Einschulungskindern	65
2.3.2 Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern (U1 bis U9)..	69
2.3.3 Teilnahme an Darmkrebs-Früherkennungsuntersuchungen bei Erwachsenen	71
2.3.4 Suchtverhalten	72
2.4 Gesundheitliche Versorgung	75
2.4.1 Ärztliche Versorgung.....	75
2.4.2 Psychotherapeutische Versorgung	81
2.4.3 Arztnahe Berufsgruppen	84
2.4.4 Apotheken.....	86
2.4.5 Krankenhaus-Versorgung	87
2.4.6 Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen	92
2.4.7 Versorgung Pflegebedürftiger	94
2.5 Gesundheitsförderung und Prävention.....	99
2.5.1 Struktureller Rahmen	99
2.5.2 Lebensphasenbezogene Handlungsfelder aus dem Bayerischen Präventionsplan	104
2.5.3 Allgemeine Indikatoren zur Gesundheitsförderlichkeit der Lebenswelt ...	113

Inhalt

2.5.4 Gesundheitliche Chancengleichheit	119
3. Empirische Ergebnisse: Sichtweisen der Bürger*innen, Gemeinden und Expert*innen	127
3.1 Bevölkerungsbefragung	127
3.2 Gemeindebefragung.....	141
3.3 Expert*innenworkshops.....	148
3.3.1 Expert*innenworkshop I: Medizinische Gesundheitsversorgung: Ärztliche Versorgung auf dem Land.....	148
3.3.2 Expert*innenworkshop II: Demografischer Wandel und Pflege: Betreuungsformen und Unterstützungsmöglichkeiten von älter werdenden Menschen	149
4. Schlussfolgerungen, Empfehlungen und Ausblick.....	151
Anhang	161
Literaturverzeichnis	161
Darstellungsverzeichnis	173

Vorwort des Landrats



**Sehr geehrte Bürgerinnen,
sehr geehrte Bürger,**

Gesundheit entsteht im Alltag. Viele Faktoren wirken auf die Gesundheitschancen der Menschen ein. Alter, erbliche Dispositionen, Lebensstil, soziales Netzwerk, Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen, all das kann Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen haben.

Im Rahmen des vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege geförderten Projektes Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach wollen wir hier

gemeinsam, multiprofessionell und handlungsorientiert ansetzen, worüber wir als Landkreis sehr stolz sind.

Die bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml verfolgt mit dem Konzept „Gesundheitsregionen^{plus}“ das Ziel, die medizinische Versorgung und Prävention im Freistaat weiter zu verbessern. Die regionalen Netzwerke sollen auf kommunaler Ebene zur Optimierung der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung in der Region beitragen.

Die Schaffung einer Plattform, wo alle Akteure des Gesundheitswesens, aber auch der Politik, Bildung und Wirtschaft im Landkreis zusammengeführt werden, ist durchaus sinnvoll und langfristig wichtig, auch wenn die Expertinnen und Experten unseres Landkreises Kulmbach und der Region bereits schon gut vernetzt sind und in zahlreichen Bereichen sowie auf verschiedenen Ebenen erfolgreich miteinander kooperieren.

Im Juli 2018 haben wir als Landkreis Kulmbach vonseiten des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege den Förderbescheid für die Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach erhalten.

Unsere Zielsetzungen sind unter anderem die Verbesserung der gesundheitlichen Gesamtsituation der Bürgerinnen und Bürger des Landkreises Kulmbach sowie eine gezielte Optimierung der kommunalen Gesundheitsförderung und medizinischen Gesundheitsversorgung.

Uns als Landkreis ist es hierbei besonders wichtig, bei der Bearbeitung unserer Ziele die Erfahrungen und Sichtweisen unserer Expertinnen und Experten vor Ort zu berücksichtigen und diese aktiv am Projekt teilhaben zu lassen. Nur so können wir gemeinsam nachhaltige Maßnahmen, Strukturen und Projekte planen, durch- bzw. einführen und letztendlich positive Ergebnisse erzielen.

Vorwort des Landrats

Deshalb freut es mich sehr, dass das Gesundheitsforum, welches ein zentrales Leitungs- und Steuerungsgremium der Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach darstellt, viele unterschiedliche Expertisen vereint.

Grundlage und Anknüpfungspunkte für die Arbeit im Gesundheitsforum und den daraus entstehenden Arbeitsgruppen sind die Ergebnisse der großen Bestands- und Bedarfsanalyse, welche in enger Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik Augsburg (SAGS) modular durchgeführt wurde. Gemeinsam mit dem Institut wurde 2010 auch das „Seniorenpolitische Gesamtkonzept“ des Landkreises Kulmbach erstellt, mit welchem der Landkreis Kulmbach den ersten Preis „Kommunale Seniorenpolitik 2010“ gewann.

Somit beste Voraussetzungen, um zusammen mit dem Team von SAGS die Bestands- und Bedarfsanalyse für unseren Landkreis anzugehen.

Zuerst erfolgte eine Analyse zentraler Daten des Landkreises. Anschließend wurde eine repräsentative schriftliche Bevölkerungsbefragung durchgeführt. Ein vierseitiger Fragebogen wurde hierbei an jede 20. Person ab 18 Jahren im Landkreis verschickt mit einem erstaunlichen Rücklauf von knapp 40 %! Nach einer schriftlichen Befragung der 22 Kommunen, an welcher sich dankenswerterweise alle unsere Gemeinden hervorragend beteiligten, fanden zwei Expertenworkshops mit Schlüsselakteuren statt.

All diese Ergebnisse münden nun letztendlich in diesem Ihnen, verehrte Bürgerinnen und Bürger, vorliegenden kleinräumigen Gesundheitsbericht.

Ein besonderer Dank gilt der Geschäftsstellenleiterin der Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach, Annekatriin Bütterich, die seit Mitte August 2018 im Landratsamt Kulmbach tätig ist, für die professionelle Herangehensweise und ihr großes Engagement.

Ich freue mich auf eine gesundheitsförderliche und für unsere Region gewinnbringende Zusammenarbeit mit allen Akteuren und wünsche Ihnen von Herzen alles erdenklich Gute, vor allem beste Gesundheit, Zufriedenheit und Freude hier in unserem Landkreis Kulmbach.

Mit freundlichen Grüßen
aus dem Herzen Oberfrankens
Ihr



Klaus Peter Söllner
Landrat

Abkürzungsverzeichnis

ADFC	Allgemeiner Deutscher Fahrradclub
AGSG	Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze
ALG	Arbeitslosengeld
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ArbMedVV	Verordnung zur altersmedizinischen Vorsorge
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BayKrG	Bayerisches Krankenhausgesetz
BayPsychKHG	Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BMI	Body Mass Index
BRK	Bayerisches Rotes Kreuz
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
DCO	Death Certificate Only
DEGS1-Studie	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, Welle 1
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DTV	Durchschnittliche tägliche Verkehrsstärke
e.V.	eingetragener Verein
FC	Fußballclub
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GDA	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GG	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th revision

Abkürzungsverzeichnis

KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KoKi	Koordinierende Kinderschutzstelle
KORA	Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
LGL	Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
LK	Landkreis
PrävG	Präventionsgesetz
PSG	Pflegestärkungsgesetz
Reg.-Bez.	Regierungsbezirk
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SK	Stadtkreis
SPGK	Seniorenpolitisches Gesamtkonzept
SSV	Spiel- und Sportverein
SvB	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte
TSV	Turn- und Sportverein
VdK	Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands
WHO	World Health Organization

1. Einleitung: Grundlagen, zentrale Ziele und Arbeitsschritte

Mit der Auflegung des **Programms „Gesundheitsregion^{plus}“** verfolgt die Bayerische Staatsregierung, federführend durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege und mit der Umsetzung sowie dem Management betraut durch das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, das Ziel, die medizinische Versorgung und Prävention im Freistaat weiter zu verbessern. Regionale Netzwerke sollen auf kommunaler Ebene zur Optimierung der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung in der Region beitragen.

Auch der **Landkreis Kulmbach** hat sich für dieses Projekt erfolgreich beworben und startete mit entsprechenden Aktivitäten im Herbst 2018. Da diese umfassende Planungsaufgabe nicht alleine von der Verwaltung und der neu geschaffenen Geschäftsstelle zu bewältigen war, wurde für die erforderliche Bestands- und Bedarfsanalyse dieses Projekts im Hinblick auf Gesundheitsdaten, den Gesundheitszustand der Bevölkerung im Landkreis sowie das Gesundheitswesen eine Ausschreibung vorgenommen. Nach dem Auswahlverfahren wurde letztendlich das Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS) beauftragt, in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle und zahlreichen weiteren Akteuren in diesen Feldern einen Gesundheitsbericht zu erstellen. Dieser wird hiermit vorgelegt.

Die erzielten **Ergebnisse des Gesundheitsberichts** werden die empirische Basis bieten und dazu dienen, konkrete und passgenaue Maßnahmen für bestimmte Zielgruppen und/oder Settings abzuleiten, Versorgungslücken zu schließen und erkannte Defizite zu beseitigen. Und natürlich ebenso, im Landkreis Kulmbach und seinen 22 Gemeinden vorhandene Potentiale zu erkennen und künftig stärker als schon bisher auch zu „wecken“ und zu fördern. Letztlich geht es um eine zukunftsorientierte Optimierung der Versorgungsrealitäten und der Präventionslandschaft direkt vor Ort, wobei mitunter ein Blick über den eigenen „Tellerrand“ – sprich Landkreis Kulmbach – durchaus hilfreich war und ist.

Im Fokus der Untersuchung standen primär **drei grundlegende Handlungsfelder** bzw. Zielsetzungen:

- Gesundheitsförderung und Prävention;
- Gesundheitsversorgung;
- Ausgleich gesundheitlicher Chancenungleichheit und damit Erhöhung der Lebensqualität der Menschen.

Wichtig zu betonen ist in diesem Kontext und an dieser Stelle, dass in allen Arbeitsschritten der Handlungsfelder der **Grundsatz der Beteiligungsorientierung** mit verschiedenen Möglichkeiten und Formaten von Anbeginn einen sehr hohen Stellenwert hatte. Gleiches gilt auch für den Gedanken und die Zielsetzung einer besseren Vernetzung und Zusammenarbeit der vielfältigen Akteure, Gruppen und Institutionen, was

Einleitung

zwar eine zeitaufwendige Tätigkeit, aber gerade auch in den untersuchten Feldern eine sehr wichtige, lohnende und auf Nachhaltigkeit zielende ist. Mittel- bis langfristig wird sich dies sicherlich in vielerlei Hinsicht auszahlen.

Die folgenden großen **Arbeitsmodule** wurden im Rahmen der Untersuchung durchgeführt und werden nun kurz skizziert.

Zunächst ging es um eine **breit angelegte Bestandsaufnahme**, also eine aktuelle „Vermessung“ des Landkreises Kulmbach zu den zahlreichen relevanten Bereichen der Handlungsfelder. Besonderes Augenmerk wurde dabei u.a. auf die demografische Entwicklung und Situation sowie ihre Betrachtung und Analyse nach sozioökonomischen Merkmalen gelegt. Natürlich wurden in diesem Arbeitsmodul auch der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung einer genaueren Betrachtung und Analyse unterzogen. Auch die gesundheitliche Versorgung – sozusagen das infrastrukturelle Gegenstück – des Landkreises spielte dabei eine zentrale Rolle. Des Weiteren wurden hier vielfältige Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention, auch bezogen auf die verschiedenen Lebensphasen der Menschen und des Weiteren im Hinblick auf gesundheitliche Chancengleichheit, in den Fokus genommen.

Dem bereits angesprochenen Primat der Orientierung folgend wurde im Dezember 2018 als weiterer Baustein der Bestands- und Bedarfsanalyse der Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach eine groß angelegte **Bevölkerungsbefragung** durchgeführt. Jede 20. Person ab 18 Jahren erhielt postalisch einen vierseitigen Fragebogen, der von knapp 40% auch beantwortet wurde. Das Interesse an diesen Thematiken war also groß und der Rücklauf entsprechend hoch, was sich auch in einem bemerkenswert guten Ausfüllverhalten der Bögen niederschlug. Themen waren u.a. Fragen zur Lebenszufriedenheit und zum Landkreis, zur psychischen Gesundheit und sozialen Unterstützung, zum allgemeinen Gesundheitszustand, zum Informationsverhalten im Hinblick auf die eigene Gesundheit und zu den präventiven Aspekten Bewegung, Ernährung und Entspannung. Auch eigene Wünsche, Anregungen und gesehene Verbesserungsbedarfe konnten dargelegt werden. Insgesamt wurden damit wertvolle Informationen und Einsichten im Hinblick auf die drei zentralen Handlungsfelder der Untersuchung gewonnen.

Einen weiteren empirischen Baustein der Studie bildete die schriftliche **Befragung der 22 Gemeinden** des Landkreises Kulmbach, die ja zentrale Akteure für die Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach sind. Es beteiligten sich alle 22 Gemeinden des Landkreises an der Befragung. Aufgrund dieser großen bzw. vollständigen Beteiligung und der guten sowie informativen Ausfüllqualität lieferte die Gemeindebefragung einen fundierten Überblick über die einschlägigen Bestände und Bedarfe der Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach aus der Perspektive der Gemeinden. Inhaltlich gliederte sich die Gemeindebefragung in die Abfrage des Vorhandenseins und der Barrierefreiheit öffentlicher Einrichtungen in der Trägerschaft der einzelnen Gemeinden. Nach Themengebieten abgefragt und erfasst wurden ferner besondere Spielplätze und Einrichtungen des

Breitensports; Sportanlagen und Sporthallen (von Vereinen oder Gemeinde); Wellnessangebote und sonstige gesundheitsförderliche Maßnahmen und Einrichtungen. Wichtig war auch die Frage nach Integrationsangeboten. Für alle diese Themenbereiche galt das besondere Interesse auch den Zielgruppen (z. B. nach Alter) und der Zugänglichkeit (öffentlich bzw. bedingt oder nicht öffentlich). Abschließend wurden bestehende Defizite und Bedarfe sowie Entwicklungsplanungen und –prognosen aus der Sicht jeder Gemeinde ermittelt. Auch diese Befragung lieferte wiederum vielfältige und wichtige Mosaiksteine und Ansatzpunkte für die zukunftsorientierte Ausgestaltung der Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach.

Erste Ergebnisse zur Demografie und ihrer künftigen Entwicklung, der Bestandsaufnahme, aus der Bevölkerungsumfrage sowie auch der Gemeindebefragung wurden bei der Konstituierenden Sitzung des **Gesundheitsforums der Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach** im April 2019 vorgestellt und diskutiert.

Auf den Ergebnissen der oben kurz dargestellten empirischen Bausteine der Untersuchung und weiteren Informationen und Gesprächen basierend, kristallisierten sich insbesondere zwei Themenbereiche heraus, die man mittels **Expert*innen-Workshops** weiter- und tiefergehend betrachten und analysieren wollte. Es waren dies einerseits der Bereich „Medizinische Gesundheitsversorgung: Ärztliche Versorgung auf dem Land“, und andererseits „Demografischer Wandel und Pflege: Betreuungsformen und Unterstützungsmöglichkeiten von älter werdenden Menschen“. Beide Workshops stießen bei den eingeladenen Expert*innen auf große Resonanz, breites Interesse und gaben hilfreiche Impulse für die weitere Arbeit. Auch mit dieser Methode konnten somit wieder wichtige und weitergehende Informationen im Hinblick auf die künftige Ausgestaltung der Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach gesammelt werden. Und nicht zuletzt dienten diese beiden Veranstaltungen auch einem der Kerngedanken des Projekts, nämlich dem gegenseitigen Kennenlernen der Expert*innen und der weitergehenden Vernetzung.

Das abschließende Kapitel dieses Berichtes bilden **Schlussfolgerungen, Empfehlungen für die künftige Ausgestaltung und entsprechende Aktivitäten** im Hinblick auf die Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach sowie ein kurzer Ausblick. Es handelt sich dabei um das mosaikförmige Zusammensetzen sowie in Beziehung stellen der vielfältigen Ergebnisse und Erkenntnisse dieser Untersuchung.

Gedankt sei abschließend an dieser Stelle ausdrücklich den Expert*innen im Landratsamt, den Gemeinden, den Teilnehmer*innen der beiden Workshops und insbesondere auch den Bürger*innen ganz herzlich für ihre kenntnisreichen Ratschläge, ihre Mitarbeit und Unterstützung. Ohne ihre tatkräftige Mitwirkung, ihr eingebrachtes Wissen und ihre Erfahrungen wäre dieser Bericht sicherlich nicht so detailliert, fundiert und aussagekräftig geworden. Unser besonderer Dank gilt Frau Annekatriin Bütterich, der Geschäftsstellenleiterin der Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach, für die fachlich sehr kompetente, konstruktive und auch persönlich angenehme Zusammenarbeit.

2. Der Landkreis unter gesundheitsrelevanten Aspekten

2.1 Geografische, demografische und sozioökonomische Merkmale

2.1.1 Allgemeine Informationen und Demografie

Geografie des Landkreises Kulmbach

Der Landkreis Kulmbach liegt im Regierungsbezirk Oberfranken und grenzt an die Nachbarlandkreise Hof, Bayreuth, Lichtenfels und Kronach. Der Landkreis hat eine Gesamtfläche von 658,34 km² (Stand 31.12.2016)¹ und besteht aus 22 Gemeinden. Die Bevölkerung des Landkreises umfasst 72.012 Einwohner*innen (Stand 31.12.2017, s. dazu Kap. 2.1.1). Die folgende Darstellung zeigt den Landkreis Kulmbach mit den Gemeinden sowie dessen Einbettung in die umgebenden Stadtkreise (SK) beziehungsweise Landkreise (LK).

Darstellung 1: Gemeinden und angrenzende Landkreise zum Landkreis Kulmbach



Quelle: SAGS 2019

¹ LfStat (2018), Statistik kommunal, Tabelle 19.

Demografische Struktur und Entwicklung

Bevölkerungsstand

Der Bevölkerungsstand wird vom Bayerischen Landesamt für Statistik ermittelt und stellt die **amtliche Einwohner*innenzahl** dar. Wachsende Bevölkerungszahlen gehen einher mit einer gesteigerten Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsversorgung und haben besonderen Einfluss auf die Bedarfsplanung. Als Einwohner*innen zählen alle Personen mit alleinigem Wohnsitz oder Hauptwohnsitz in einer betrachteten Gebietskörperschaft. Die Einwohner*innenzahlen werden durch Fortschreibung der Bevölkerungszahl ermittelt. Der fortgeschriebene Bevölkerungsstand errechnet sich aus dem im Zensus festgestellten Bestand, zuzüglich beziehungsweise abzüglich natürlicher Bevölkerungsbewegungen, d.h. Geburten und Sterbefälle sowie Zuzüge und Fortzüge jenseits der Gebietsgrenzen².

Die Bevölkerungszahl des Landkreises Kulmbach ging in den vergangenen Jahren tendenziell zurück. Zum 31.12.1960 wurden 78.075 Einwohner*innen erfasst. Trotz Schwankungen wurde auch am 31.12.2000 eine ähnliche Größe erfasst: dort lebten im Gebiet des Landkreises 78.825 Menschen. Seither nimmt Bevölkerungszahl tendenziell ab. Am 31.12.2017 wohnten im Kreisgebiet nur noch 72.012 Menschen. Gegenüber dem Ausgangsjahr 1960 ging die Bevölkerung bis 2017 um 7,8% zurück.

Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Bevölkerung im Landkreis Kulmbach in absoluten Zahlen sowie im Verhältnis zu 1960 auf.

Darstellung 2: Entwicklung der Bevölkerung im Landkreis Kulmbach, 1960-2017 (heutiger Gebietsstand)³

Jahr	1960*	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2017
LK Kulmbach	78.075	78.805	75.431	75.326	78.825	77.141	74.491	72.012
In %, 1960=100%	100,0%	100,9%	96,6%	96,5%	101,0%	98,8%	95,4%	92,2%

*) Stand jeweils zum 31.12. des entsprechenden Jahres

Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik

Mit einer Dichte von rund 110 Einwohner*innen pro Quadratkilometer liegt der Landkreis Kulmbach unterhalb der bayerischen Bevölkerungsdichte mit einem Wert von durchschnittlich 182 Einwohner*innen pro Quadratkilometer (Stand 2015)⁴.

² LfStat (2018), Bevölkerungsstand.

³ Vgl. dazu: Statistische Jahrbücher sowie die Veröffentlichungsreihen „Kreisdaten“ bzw. „Gemeindedaten“ des Bayerischen Landesamtes für Statistik.

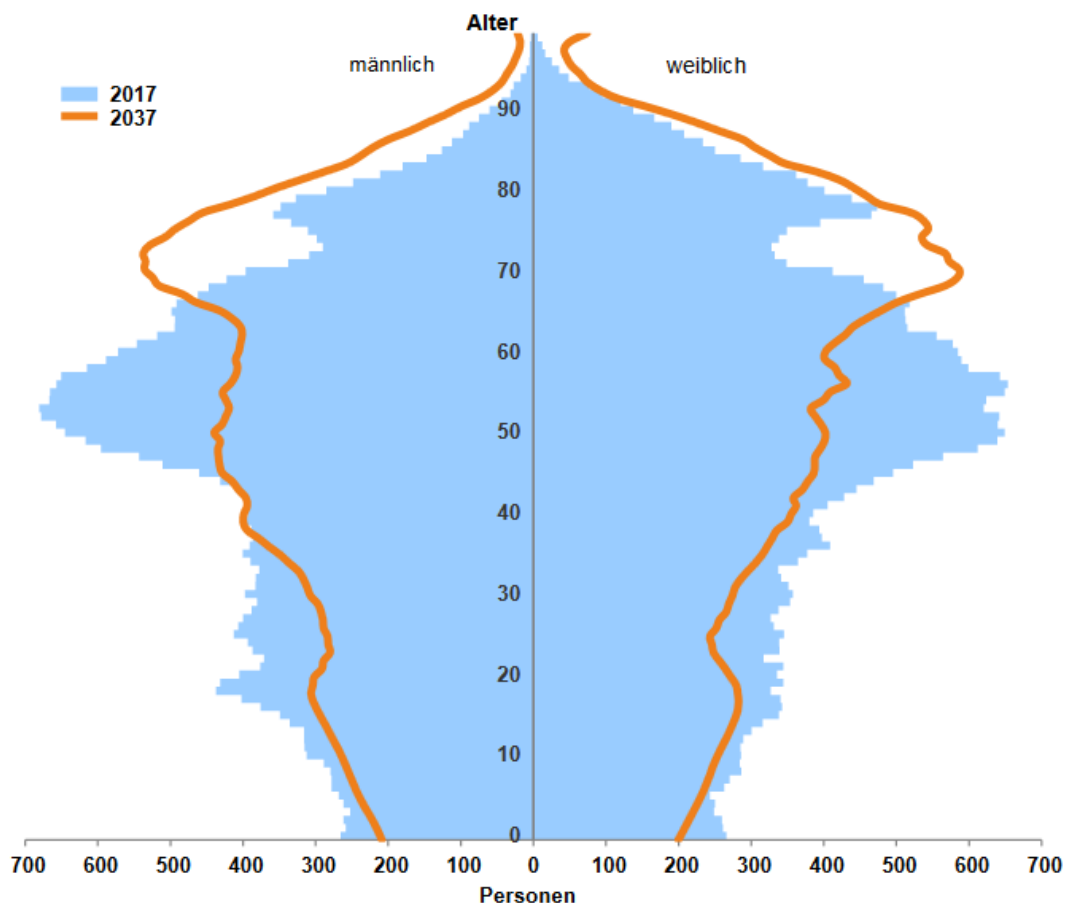
⁴ LGL (2015), Gesundheitsprofile Bayern.

Altersstruktur

Die **Altersstruktur einer Bevölkerung** und deren Entwicklung sind unverzichtbar für die Planung von Versorgungseinrichtungen, besonders der Gesundheitsversorgung. Art und Häufigkeit gesundheitlicher Ereignisse, wie beispielsweise Krankheiten oder Unfälle, wie auch die Sterblichkeit korrelieren stark mit dem Lebensalter. Verschiebungen in der Altersstruktur einer Region bedeuten auch Veränderungen im Bedarf bestimmter gesundheitlicher Versorgungseinrichtungen sowie deren Inanspruchnahme. Die regionale Altersstruktur hat daher einen wesentlichen Einfluss auf die Gestaltung der künftigen gesundheitlichen Versorgung. Mit zunehmendem Alter erhöht sich außerdem die Wahrscheinlichkeit von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sowie von Krebserkrankungen. Folglich steigt die Zahl stationärer Behandlungen sowie auch die mit dem Alter zunehmende Pflegebedürftigkeit⁵.

Die nachstehende Darstellung verdeutlicht die demografische Struktur nach Alter und Geschlecht für den Landkreis Kulmbach für die Jahre 2017 und 2037.

Darstellung 3: Bevölkerungsskizze im Jahr 2017 bzw. 2037 für den Landkreis Kulmbach



Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik⁶

⁵ Seeger, Maier (2018), S. 8f.

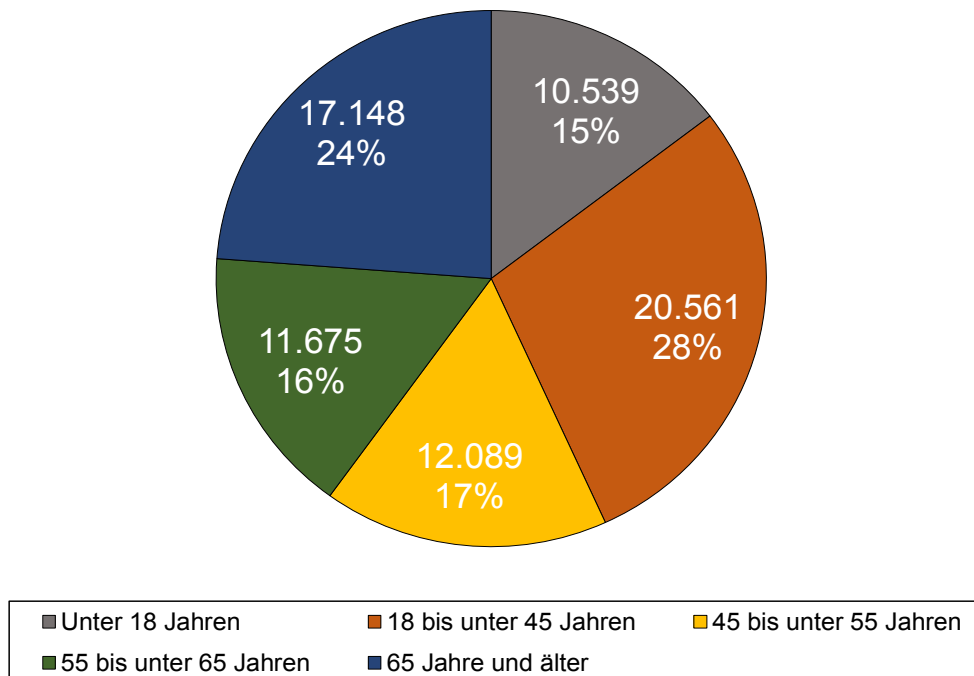
⁶ LfStat (2018), Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung.

Der Landkreis unter gesundheitsrelevanten Aspekten

Nach den Vorausberechnungen des Bayerischen Landesamtes für Statistik wird sich die Bevölkerungszahl im Landkreis Kulmbach tendenziell weiter zurück entwickeln. Die angeführte Grafik zeigt die Bevölkerung des Landkreises zum Jahr 2017 nach Alter und Geschlecht sowie die aktuelle Prognose für die weitere Entwicklung bis zum Jahr 2037. Dabei wird ausgehend von 2017 ein weiterer Bevölkerungsrückgang auf etwa 64.600 Einwohner*innen prognostiziert, was einem Bevölkerungsrückgang um 10,3% entspricht. Allgemein wird ein Sterbeüberschuss erwartet. Eine Möglichkeit zur Abschwächung dieses Trends ist **Zuwanderung** sowie auch der wachsende Anteil an ausländischer Bevölkerung (vgl. S. 15).

Die folgende Darstellung zeigt die Aufteilung der Bevölkerung auf die verschiedenen Altersgruppen zum Stichtag 31.12.2017.

Darstellung 4: Altersgruppen im Landkreis Kulmbach, Ende 2017



n= 72.012

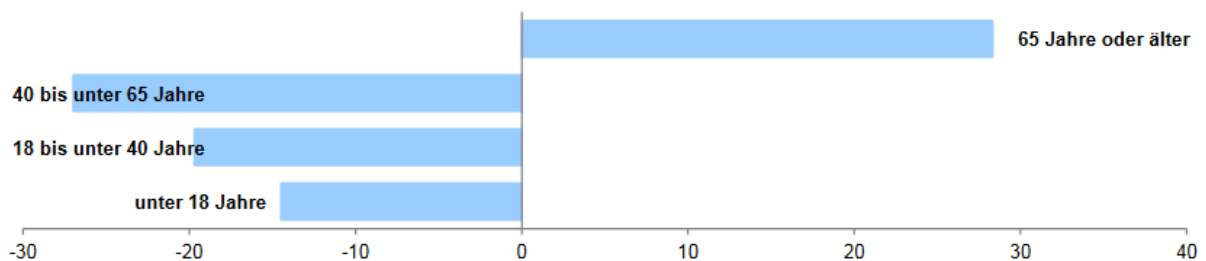
Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik

Der **Jugendquotient** beschreibt den Anteil an unter 20-Jährigen im Verhältnis zur Erwerbsgeneration, das heißt Menschen im erwerbsfähigen Alter von 20 bis 64 Jahren. Im Jahr 2017 betrug dieser Wert für den Landkreis Kulmbach 28,2, was bedeutet, dass auf 100 Menschen im erwerbsfähigen Alter im Durchschnitt 28,2 Personen unter 20 kommen. Analog dazu beschreibt der **Altenquotient** den Anteil an Menschen über 65 Jahren im Verhältnis zur Erwerbsgeneration. Dieser betrug einen Wert von 40,1⁷. Auf 100 Menschen im erwerbsfähigen Alter von 20 bis 64 Jahren kommen damit durchschnittlich 28,2 Menschen unter 20 Jahren und 40,1 Menschen über 65 Jahren. Es gibt also im Verhältnis zu 100 Menschen der Erwerbsgeneration fast 12 Menschen

⁷ LfStat (2018), Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung.

mehr aus der Generation über 65 Jahren als aus der Generation unter 20 Jahren. Der Gesamtquotient, das heißt die Summe aus Jugend- und Altenquotient, beträgt damit 68,3. Es kommen also auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter durchschnittlich 68,3 Personen im nichterwerbsfähigen Alter. Gemäß der Bevölkerungsprognose ist hier eine Verschiebung hin zu einer weiter alternden Bevölkerung zu erwarten: Der Jugendquotient wird für 2037 geschätzt auf 31,5; der Altenquotient erhöht sich auf 67,9. Der sogenannte Gesamtquotient würde demnach 99,4 betragen, was bedeutet, dass fast auf jede Person im erwerbsfähigen Alter (20-64 Jahre) eine Person im nichterwerbsfähigen Alter kommt.

Darstellung 5: Veränderung der Bevölkerung 2037 gegenüber 2017 nach Altersgruppen in Prozent



Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik⁸

Die Beachtung solcher Entwicklungstendenzen ist insbesondere für die Bedarfsplanung im Gesundheitsbereich von großer Relevanz, da das Risiko verschiedener Krankheitsbilder mit zunehmendem Alter steigt (vgl. Kap. 2.2.2).

Anteil ausländischer Bevölkerung

Auch eine Berücksichtigung der ausländischen Bevölkerung ist für die Planung der Gesundheitsversorgung in einer Region von Bedeutung. Innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe besteht eine große **Heterogenität bezüglich der geografischen Herkunft sowie des soziokulturellen und sozioökonomischen Hintergrundes**. Dies hat Folgen für den medizinischen Bedarf und den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Sprachkenntnisse, kulturelle Gepflogenheiten und sozioökonomischer Status der Personen und Untergruppen können auf Zugang und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung ausschließende oder integrative Folgen haben. Auch ist der Bedarf bezüglich der Gesundheitsversorgung in den einzelnen Untergruppen je nach Herkunft sehr unterschiedlich, so haben gut situierte Personen aus westlich geprägten Ländern andere medizinische Bedarfe als beispielsweise Menschen mit kriegs- oder fluchtbedingten Posttraumatischen Belastungsstörungen oder ernährungsbedingten Mangelerscheinungen⁹.

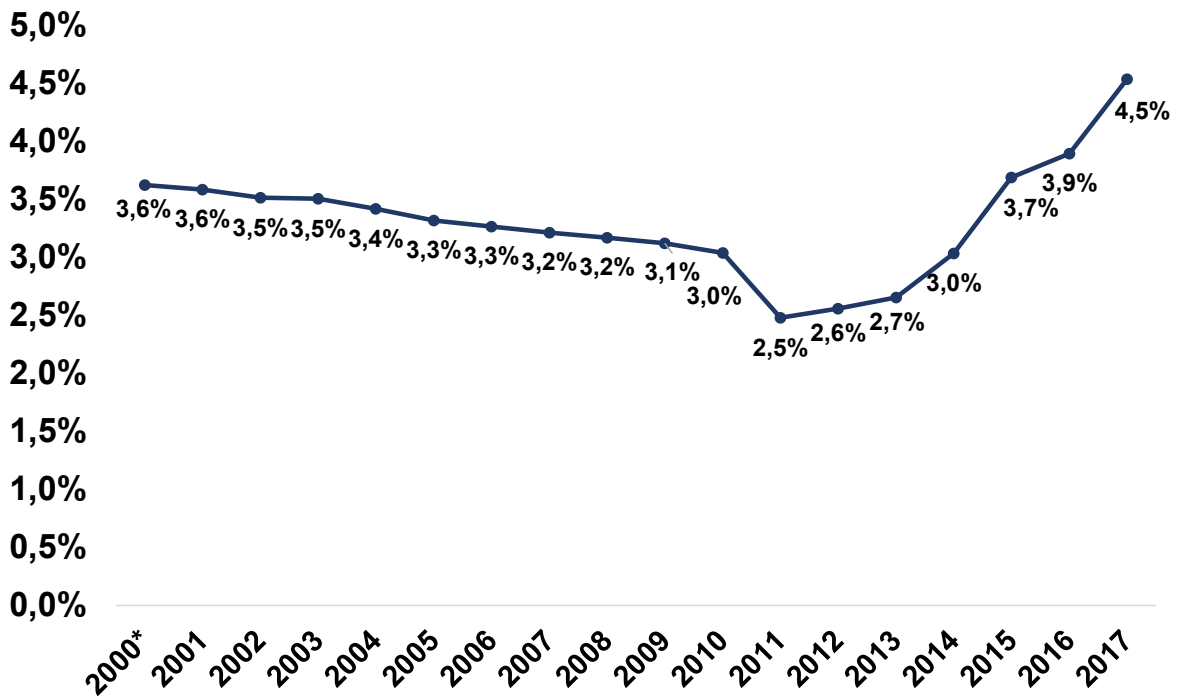
⁸ LfStat (2018), Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung

⁹ Seeger, Maier (2018), S. 13.

Der Landkreis unter gesundheitsrelevanten Aspekten

Als Ausländer*innen gelten Personen, die in Deutschland melderechtlich erfasst sind, aber keine deutsche Staatsbürgerschaft besitzen¹⁰. Am Stichtag 31.12.2017 lebten im Landkreis Kulmbach 3.268 Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Dies entspricht einem Anteil von 4,5% an der Gesamtbevölkerung. Damit liegt der Landkreis Kulmbach deutlich unter dem bayerischen Anteil der ausländischen Bevölkerung, welcher für 2017 12,5% betrug¹¹.

Darstellung 6: Anteil ausländischer Bevölkerung (in Prozent) im Landkreis Kulmbach im Zeitverlauf, 2000-2017



*) Stand jeweils zum 31.12. des entsprechenden Jahres

Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik¹²

Zu erkennen war zwischen 2000 und 2011 ein genereller Abwärtstrend des Anteils der ausländischen Bevölkerung im Landkreis Kulmbach, der mit dem Wert von 2,5% im Jahr 2011 seinen Tiefpunkt erreicht hat. Folgend stieg der Anteil wieder an. Ein besonders starker Anstieg ist im Zeitraum von 2014 bis 2017 zu erkennen, was mit den bayern- beziehungsweise deutschlandweiten Entwicklungen übereinstimmt.

Auffallend ist, dass in der ausländischen Bevölkerung der Anteil der weiblichen Bevölkerung im Durchschnitt niedriger lag als in der Gesamtbevölkerung: Während 2017 im Landkreis Kulmbach etwa die Hälfte (50,8%) der Gesamtbevölkerung weiblich war, so war das Verhältnis in der Gruppe der ausländischen Bevölkerung weniger ausgeglichen; mit einem Anteil von 44,7% Frauen waren die Männer in dieser Gruppe stärker vertreten.

¹⁰ Statista (2018), Ausländeranteil in Bayern bis 2017.

¹¹ Statista (2018), Ausländeranteil in Bayern bis 2017.

¹² LfStat (2018), GENESIS-Online, Tabelle 12411-005z.

2.1.2 Sozioökonomische Struktur

Deutschland hat das Ziel gleichwertiger Lebensverhältnisse in seiner Verfassung verankert (Art. 72, Abs. 2, und Art. 106, Abs. 3, GG) und weist grundsätzlich eine relativ breite soziale Absicherung sowie einen hohen Standard des Gesundheitssystems auf. Doch auch hier lässt sich der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit erkennen¹³. Der **Zusammenhang von Gesundheit mit individuellen sozioökonomischen Indikatoren sowie regionaler struktureller Benachteiligung** („regionale Deprivation“) wurde bereits mehrfach in wissenschaftlichen Studien gezeigt¹⁴. Auch die Wohnverhältnisse können sich negativ auf die Gesundheit auswirken: Gemäß der aktuellen EU-SILC-Erhebung wirkt sich eine große finanzielle Belastung durch Wohnkosten auf die Einschätzung der gesundheitlichen Verfassung aus¹⁵. Besonders betroffen sind Bevölkerungsteile mit hohem Grad an dauerhafter Benachteiligung, wie beispielsweise Einkommensarmut, Langzeitarbeitslosigkeit und/oder geringer Qualifikation.

In diesen Gruppen sind auch gesundheitsschädliche Verhaltensweisen, „die für einen Großteil der vermeidbaren Krankheits- und vorzeitigen Sterbefälle verantwortlich zeichnen, am stärksten verbreitet“¹⁶. Auch für die Gesundheitsprävention sind daher **kommunale Ressourcen zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Umwelt** nötig¹⁷. Auf diesen Aspekt wird in Kapitel 2.5, speziell auch Kapitel 2.5.3 genauer eingegangen.

Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte

Das **verfügbare Einkommen der privaten Haushalte** gibt Aufschluss über die potenzielle Kaufkraft der privaten Haushalte sowie im Regionalvergleich über die sozioökonomische Stellung des Landkreises. Es entspricht dem Einkommen, die den privaten Haushalten schließlich zukommen und die sie für Konsum oder Sparen verwenden können. Es ergibt sich aus dem „Primäreinkommen“ (Arbeitnehmerentgelt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit und aus Vermögen) abzüglich geleisteter Transfers (direkte Steuern, Sozialbeiträge etc.) zuzüglich empfangener Transfers (Sozialleistungen)¹⁸.

Im Landkreis Kulmbach lag für das Jahr 2016 das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte insgesamt bei rund 1.622 Millionen Euro, was einem durchschnittlichen verfügbaren Einkommen von 22.462 Euro pro Einwohner*in entspricht. Die Zahlen entwickelten sich in den letzten Jahren tendenziell nach oben, 2010 betrug das verfügbare

¹³ Vgl. z.B. Lampert et al. (2005). Ferner lässt sich für Deutschland strukturell beispielsweise ein Zusammenhang zwischen ökonomischer Ungleichheit sowie Ungleichheit bei der Gesundheitsversorgung an der Unterscheidung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung verdeutlichen.

¹⁴ Vgl. Mielck (2000); sowie Maier et al. (2012).

¹⁵ LfStat (2019), Bayern in Zahlen, S. 102f.

¹⁶ Lampert et al. (2005).

¹⁷ Mainer et al. (2014).

¹⁸ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 02.16.

Der Landkreis unter gesundheitsrelevanten Aspekten

Einkommen im Landkreis Kulmbach noch 1.482 Millionen Euro, d.h. 19.836 Euro pro Einwohner*in. Diese Entwicklung lässt bei einer stabilen wirtschaftlichen Lage einen weiteren Aufwärtstrend erwarten. Zu beachten ist jedoch, dass das Wachstum des verfügbaren Einkommens hier nicht preisbereinigt zu verstehen ist, das heißt, die leichte Inflation, die in unserer Volkswirtschaft vorhanden ist, kann auch ein Faktor für die stetig wachsenden Einkommen sein, ohne dass das höhere Einkommen auch an Wert zunimmt. Der aktuelle Wert des verfügbaren Einkommens pro Einwohner*in für den Landkreis Kulmbach ist vergleichbar mit dem des Regierungsbezirks Oberfranken (22.199 EUR), liegt jedoch unter dem Wert von Bayern (24.026 EUR)¹⁹.

Das Einkommen bestimmt über Möglichkeiten zu Konsum, Lebensführung sowie der Vermögensbildung, Vorsorge und der sozialen Absicherung. Neben den materiellen Aspekten ermöglichen oder verhindern die Grenzen des Einkommens soziale Integration und soziokulturelle Teilhabe, was einen großen Einfluss auf **psychosoziales Wohlbefinden** und auch die **gesundheitsbezogene Lebensqualität** hat. Viele Erkrankungen tauchen in armutsgefährdeten Gruppen vermehrt auf. Dazu zählen insbesondere die Krankheitsbilder Herzinfarkt, Schlaganfall, Angina pectoris (Brustschmerzen aufgrund vorübergehender Durchblutungsstörung des Herzens), Hypertonie (Bluthochdruck), Diabetes, chronische Bronchitis, chronische Lebererkrankung, Osteoporose, Arthrose und auch Depression²⁰.

Arbeitslosigkeit

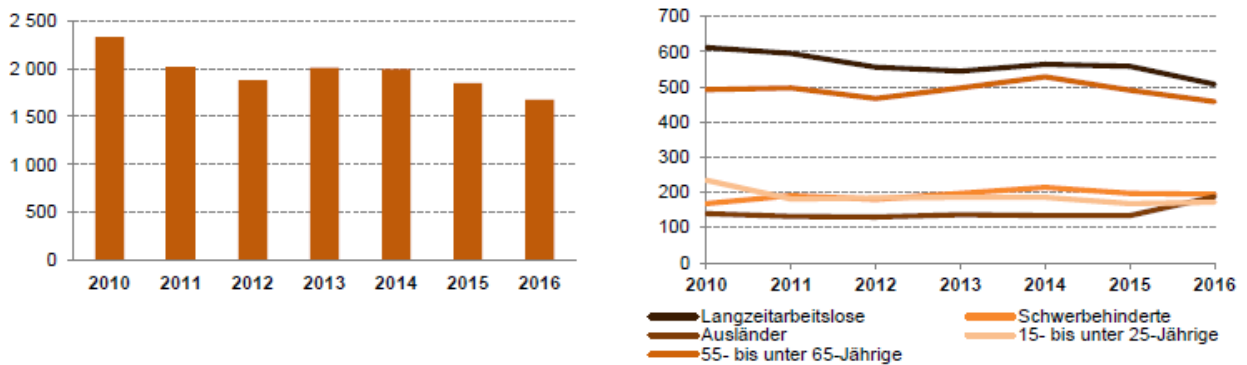
Im Landkreis Kulmbach wurden im Januar 2019 1.601 Arbeitslose verzeichnet. Dies entspricht – bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen – einer **Arbeitslosenquote von 3,9%**²¹. 25,7% davon gelten als Langzeitarbeitslose, das heißt sie sind seit mehr als einem Jahr als Arbeitslose bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldet. 48,8% aller gemeldeten Arbeitslosen sind 50 Jahre oder älter. Auch Schwerbehinderte sind mit einem Wert von 14,6% überdurchschnittlich oft arbeitslos. Insgesamt aber entwickelten sich die Arbeitslosenzahlen im Landkreis Kulmbach in den letzten Jahren von einem Jahresdurchschnitt von 2.326 verzeichneten Arbeitslosen im Jahr 2010 auf 1.674 in 2016 und 1.563 in 2017 zurück.

¹⁹ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 02.16.

²⁰ Destatis, WZB (2018), Datenreport 2018, S.302.

²¹ BA (2019), Arbeitsmarktreport

Darstellung 7: Entwicklung der Arbeitslosen insgesamt sowie nach ausgewählten Personengruppen; Landkreis Kulmbach, 2010-2016



Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik²²

Insbesondere die Langzeitarbeitslosigkeit im Landkreis Kulmbach nahm zwischen 2010 und 2017 ab (2010: 612 Pers., 2017: 472 Pers.). Auch in den Altersgruppen der 15- bis unter 25-Jährigen und der 55- bis unter 65-Jährigen ist ein leichter Abwärtstrend zu erkennen, der jedoch auch den generellen sinkenden Arbeitslosenzahlen zugerechnet werden kann. Vor diesem Hintergrund erscheint es besonders signifikant, dass die Zahl der arbeitslosen Menschen mit Schwerbehinderung zunahm (2010: 168 Pers., 2016: 195 Pers.). Auch in der ausländischen Bevölkerung, also in Deutschland (hier: im Landkreis Kulmbach) lebende Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft, nahmen die Arbeitslosenzahlen zu (2010: 140 Pers., 2016: 188 Pers.)²³. Zahlen zu Menschen mit Migrationshintergrund sind nicht vorhanden.

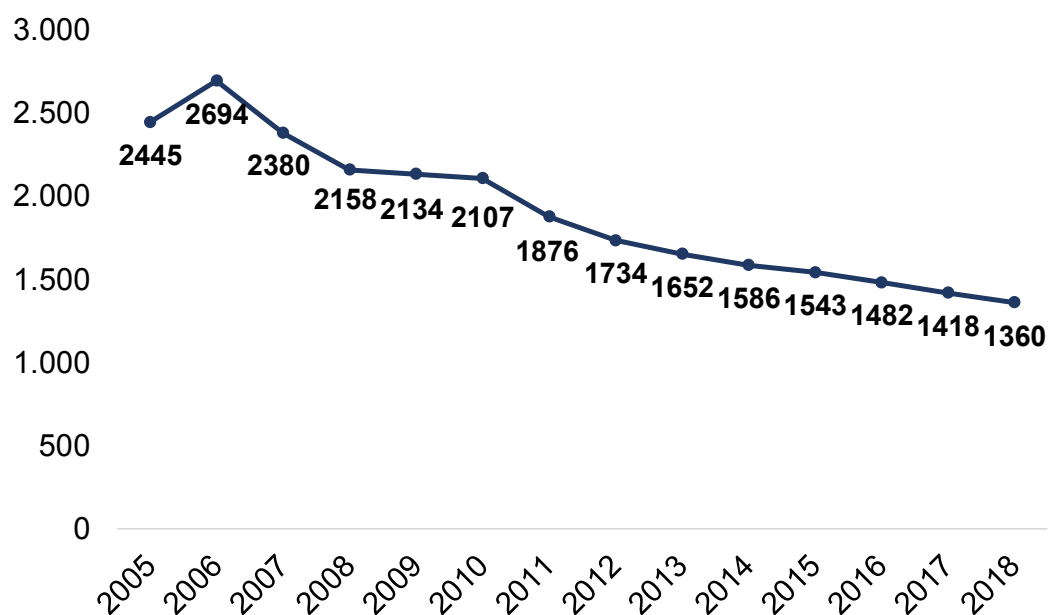
Auch die Anzahl an Bedarfsgemeinschaften (Arbeitslosengeld II, ALG II) nahm nach einem Anstieg zwischen 2005 und 2006 anschließend kontinuierlich ab. Eine Bedarfsgemeinschaft umfasst die engsten Familienmitglieder in einem Haushalt, für die das ALG II gemeinsam berechnet wird²⁴. Die folgende Grafik zeigt diese Entwicklung an.

²² LfStat (2018), Statistik kommunal.

²³ LfStat (2018), Statistik kommunal; BA (2018), Frauen und Männer.

²⁴ BA (2018), Bedarfsgemeinschaft.

Darstellung 8: Jahresmittel an Bedarfsgemeinschaften; Landkreis Kulmbach, 2005-2018



Quelle: SAGS 2019, nach Daten der Bundesagentur für Arbeit²⁵

Aufgrund zahlreicher Studien ist die **besondere gesundheitliche Belastung arbeitsloser Menschen** bekannt. Arbeitslose sind von körperlich wie psychischen Beeinträchtigungen verhältnismäßig öfter betroffen als Erwerbstätige und neigen außerdem zu einem riskanteren Gesundheitsverhalten²⁶. Auch in der aktuellen EU-SILC-Erhebung über Einkommen und Lebensbedingungen der Europäischen Union²⁷ wurde ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der gesundheitlichen Verfassung und dem Erwerbsstatus bestätigt: Arbeitslose und armutsgefährdete Personen leiden demnach häufiger unter einem schlechten Gesundheitsstand.

Arbeitslose Menschen und Sozialleistungsbezieher*innen werden weiter von Programmen zur Gesundheitsvorsorge und -förderung oftmals schwer erreicht, da sie beispielsweise von Projekten in der betrieblichen Lebenswelt nicht erfasst werden. Große Bedeutung kommt daher einer **Einbindung der Arbeitsagenturen und Jobcenter in Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme bei Arbeitslosen** zu.

Oft übersehen wird beim Thema Arbeitslosigkeit die Gruppe der geringfügig entlohnten Beschäftigten, die zwar offiziell in Beschäftigungsstrukturen eingebunden sind, oftmals aber am Rand des Existenzminimums leben müssen. Auf diese Gruppe (sowie auch die Gruppe der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten) wird in Kapitel 2.5.2 eingegangen.

²⁵ BA (2018): Eckwerte der Grundsicherung (SGB II), Tabelle 3.1 (Stand November 2018).

²⁶ Kroll, Lampert (2012).

²⁷ LfStat (2019), Bayern in Zahlen, S. 97-104.

2.2 Gesundheitszustand der Bevölkerung

2.2.1 Mortalität

Die Gruppe der Indikatoren, die sich auf das Sterbegeschehen einer Bevölkerungsgruppe beziehen, sind wesentlich für die Erfassung des Gesundheitszustandes. Nachfolgend werden daher zunächst verschiedene Indikatoren zur Sterblichkeit im Landkreis Kulmbach berichtet. Dabei besteht eine Unterscheidung zwischen allgemeiner und vorzeitiger Mortalität.

Allgemeine Sterblichkeit

Im Jahr 2017 starben im Landkreis Kulmbach insgesamt 1.007 Personen (vgl. Darstellung 9). Von den Todesfällen des Jahres 2017 ereigneten sich 151 Todesfälle im Alter unter 65 Jahren. Der Hauptteil des Sterbegeschehens ist, wie zu erwarten, in Altersgruppen ab 65 zu verzeichnen.

Darstellung 9: Anzahl Sterbefälle nach Altersgruppen, Landkreis Kulmbach 2017

Altersgruppen (u 1 - 95 m)	Anzahl Sterbefälle	
	weiblich	männlich
unter 1	1	-
1 bis unter 5	-	-
5 bis unter 10	-	-
10 bis unter 15	-	-
15 bis unter 20	2	2
20 bis unter 25	1	4
25 bis unter 30	1	1
30 bis unter 35	1	1
35 bis unter 40	-	3
40 bis unter 45	1	2
45 bis unter 50	1	11
50 bis unter 55	12	20
55 bis unter 60	9	30
60 bis unter 65	21	27
65 bis unter 70	25	44
70 bis unter 75	28	38
75 bis unter 80	69	85
80 bis unter 85	96	91
85 bis unter 90	127	70
90 bis unter 95	88	42
95 oder älter	42	11
Insgesamt	525	482

Quelle: GENESIS-Online Bayern²⁸

²⁸ LfStat (2018), GENESIS-Online, Tabelle 12613-008s.

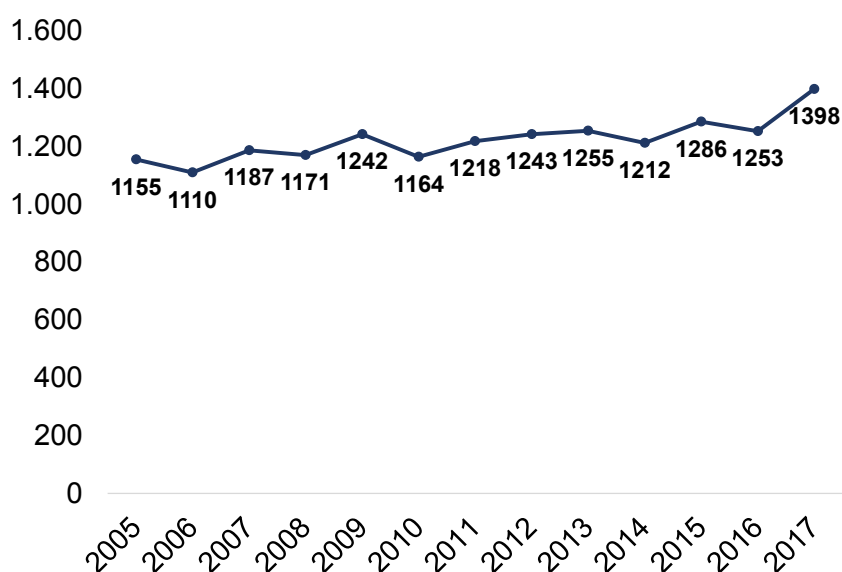
Der Landkreis unter gesundheitsrelevanten Aspekten

Das durchschnittliche Sterbealter in Kulmbach lag im Jahr 2017 bei 78,7 Jahren, wobei Frauen mit 81,9 Jahren und Männer bereits mit 75,2 Jahren im Durchschnitt verstarben. Damit liegt das Sterbealter leicht unter dem bayerischen Durchschnitt von 79,2 Jahren²⁹.

Rohe Sterberate

Die rohe Sterberate gibt die **Anzahl Gestorbene pro 100.000 Einwohner*innen** an. Die folgende Graphik zeigt die rohe Sterberate im Landkreis Kulmbach im zeitlichen Verlauf zwischen 2005 und 2017.

Darstellung 10: Rohe Sterberate im Landkreis Kulmbach, 2005-2017



Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik³⁰

Die rohe Sterberate im Landkreis Kulmbach ist einigen Schwankungen unterlegen, weist aber einen durchgehenden Aufwärtstrend auf. Im Jahr 2017 erreicht die rohe Sterberate mit 1.398 Sterbefällen pro 100.000 Einwohner*innen ihren Maximalwert im hier betrachteten Beobachtungszeitraum und liegt deutlich höher als im Vorjahr 2016 sowie im Ausgangsjahr 2005. Der Landkreis weist damit einen überdurchschnittlich hohen Wert im Bundesland Bayern auf: Insgesamt beträgt die rohe Sterberate dort 1.030.

Unterschiede der rohen Sterberate zwischen den Jahren können auf unterschiedliche Alters- und Geschlechtsstrukturen zurückzuführen sein. Daher werden im Folgenden weitere Indikatoren betrachtet, welche die Unterschiede in Alters- und Geschlechtsstruktur berücksichtigen³¹.

²⁹ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.70.

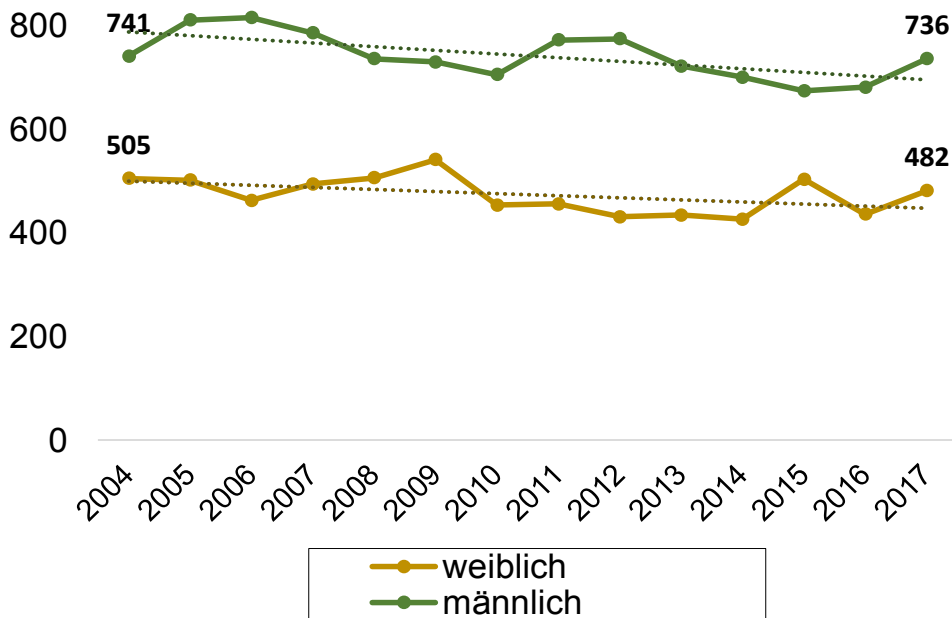
³⁰ LfStat (2018), GENESIS-Online, Tabellen 12111-101z, 12613-008s.

³¹ Seeger, Maier (2018), S. 24.

Altersstandardisierte Sterberate

Die **direkt altersstandardisierte Sterberate** zeigt auf, wie viele Sterbefälle zu erwarten wären, wenn in der untersuchten Region oder im untersuchten Jahr die Altersstruktur der betrachteten Bevölkerungsgruppe mit jener der zur Standardisierung verwendeten „**Standardbevölkerung**“ (hier: alte Europäische Standardbevölkerung) identisch wäre. Damit kann das Sterbegeschehen zwischen verschiedenen Zeitpunkten der Erhebung sowie zwischen Regionen verglichen werden, ohne dass der Vergleich durch eine möglicherweise unterschiedliche Altersstruktur der betrachteten Bevölkerungsgruppen verzerrt wird³². Darstellung 11 zeigt die direkt altersstandardisierte Sterberate im Landkreis Kulmbach nach Geschlecht im zeitlichen Vergleich.

Darstellung 11: Altersstandardisierte Sterberate; Landkreis Kulmbach, 2004-2017



Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit³³

Die direkt altersstandardisierte Sterberate weist im gesamten Betrachtungszeitraum bei den Männern deutlich höhere Werte als bei den Frauen auf. Auch ist ein tendenzieller Rückgang über den betrachteten Zeitraum zu erkennen. Beide Auffälligkeiten sind auch bayernweit zu beobachten.

Im Jahr 2017 betrug die altersstandardisierte Sterberate für den Landkreis Kulmbach etwa 598 Sterbefälle pro 100.000 Einwohner*innen. Die Werte für Bayern insgesamt sind im Betrachtungszeitraum niedriger und weisen für 2017 den Wert von etwa 514 Sterbefällen pro 100.000 Einwohner*innen – standardisiert an der alten Europabevölkerung – auf.

³² Seeger, Maier (2018), S. 24.

³³ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.07.

Lebenserwartung bei Geburt

Ein weiterer wesentlicher Indikator für die Morbidität einer Bevölkerung, der jedoch nicht von Effekten abweichender Altersstrukturen der untersuchten Regionen überlagert wird, ist die **Lebenserwartung bei der Geburt** (d.h. mittlere Lebenserwartung) in Jahren. Dieser Indikator zeigt an, wie viele Jahre ein Neugeborenes im Durchschnitt leben würde, ausgehend vom aktuellen Stand der geschlechts- und altersspezifischen Sterblichkeit. Für die Zukunft zu erwartende Veränderungen in der Sterblichkeit werden dabei jedoch nicht berücksichtigt, weshalb die Zahl mehr als allgemeiner Indikator für das Sterbegeschehen und weniger als haltbare tatsächliche Angabe der mittleren Lebenserwartung für die Neugeborenen selbst zu werten ist. Da in der Datenbasis für die Berechnung der Lebenserwartung auf kommunaler Ebene aufgrund geringer Fallzahlen große Zufallsschwankungen zu erwarten sind, werden – analog zum Vorgehen bei den altersstandardisierten Sterberaten – hierzu üblicherweise 3-Jahres-Mittelwerte berechnet.

Allgemein wurde für die durchschnittliche Lebenserwartung eines Neugeborenen in den Jahren 2013 bis 2015 für Bayern ein Alter von 83,7 und für den Landkreis Kulmbach ein Alter von 81,7 Jahren errechnet³⁴. In Deutschland **stieg die Lebenserwartung** innerhalb des vergangenen Jahrhunderts um rund 30 Jahre an. Auch in den kommenden Jahrzehnten ist ein weiterer, wenn auch weniger rasanter Anstieg zu erwarten. **Aktuelle Prognosen vermuten einen Anstieg um zusätzliche zwei Jahre pro Jahrzehnt**. Die Lebenserwartung kann als Indikator für die gesundheitliche Lage in einer Region definiert werden: Sie bildet das Ergebnis einer Vielzahl an Faktoren wie auch insbesondere die ökonomische Situation und die gesundheitliche Versorgung³⁵.

Die mittlere Lebenserwartung wird von zahlreichen komplexen und teils interagierenden Ursachen beeinflusst. Neben der Gesundheitsversorgung hat eine Vielzahl weiterer Faktoren Einfluss auf die Gesundheit und Sterblichkeit. Die Ergebnisse mehrerer Studien deuten darauf hin, dass **regionale Unterschiede der Sterblichkeit in besonderem Maße auf sozioökonomische Determinanten zurückzuführen sind**³⁶. In Bayern wurde ein Nordost-Südwest-Gefälle der Sterblichkeit, das der sozioökonomischen Situation entspricht, festgestellt³⁷.

³⁴ LGL (2018, Themenfeld 03.10.

³⁵ LGL (2018, Themenfeld 03.10.

³⁶ RKI (2011), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 20f..

³⁷ RKI (2011), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S.22.

Todesursachen

Die folgende Tabelle zeigt einen Überblick über die wichtigsten Todesursachen im Landkreis Kulmbach im Jahr 2015. Aufgelistet wurden sechs Diagnosekapitel gemäß ICD-10 („International Classification of Diseases, 10th revision“), auf welche die höchsten Anteile der Sterbefälle in Kulmbach im Betrachtungsjahr entfallen.

Darstellung 12: Häufigste Todesursachen im Landkreis Kulmbach, 2015

ICD-10-Kapitel, Code	Diagnose	Anzahl Sterbefälle	davon Frauen n	davon Männer	Ges. Anteil
1. IX, I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	401	239	162	43,0%
2. II, C00-D48	Neubildungen	217	111	106	23,3%
3. X, J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	72	30	42	7,7%
4. V, F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	46	28	18	4,9%
5. XI, K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	38	20	18	4,1%
6. XX, V01-Y98	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	34	13	21	3,7%
Sonstige		124	72	52	13,4%
Insgesamt		932	513	419	100%

Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik³⁸

Die mit Abstand häufigste Bedeutung stellt die Diagnosegruppe **Krankheiten des Kreislaufsystems** dar, gefolgt von **Neubildungen** (Tumoren) als zweithäufigster Todesursache. Die hohe Bedeutung dieser beiden Todesursachen entspricht dem Muster in Bayern sowie Deutschland insgesamt. In Deutschland waren in 2015 Krankheiten des Kreislaufsystems die Haupt-Todesursache bei beiden Geschlechtern (41,8% der Todesfälle bei Frauen bzw. 35,1% bei Männern), gefolgt von Neubildungen als zweithäufigster Todesursache (22,6% der Todesfälle bei Frauen bzw. 28,1% bei Männern)³⁹.

Im Hinblick auf den Landkreis Kulmbach fällt beim Vergleich zwischen den Geschlechtern auf, dass Frauen deutlich häufiger an Krankheiten des Kreislaufsystems versterben (46,6% der Todesfälle bei Frauen bzw. 38,7% bei Männern), dafür deutlich seltener an Krankheiten des Atmungssystems sowie äußeren Ursachen von Morbidität und Mortalität (5,8% der Todesfälle bei Frauen, 10,0% bei Männern). Sowohl bei Frauen als auch bei Männern stellen Neubildungen als zweithäufigste Todesursache einen signifikanten Anteil dar. Auch psychische Störungen und Verhaltensstörungen zählen zu den häufigsten Todesursachen, wobei diese bei Frauen etwas höhere Werte aufweisen (5,5% der Todesfälle bei Frauen bzw. 4,3% bei Männern).

³⁸ LfStat (2018), GENESIS-Online, Tabelle 23211-002s.

³⁹ Destatis (2017), Todesursachen in Deutschland.

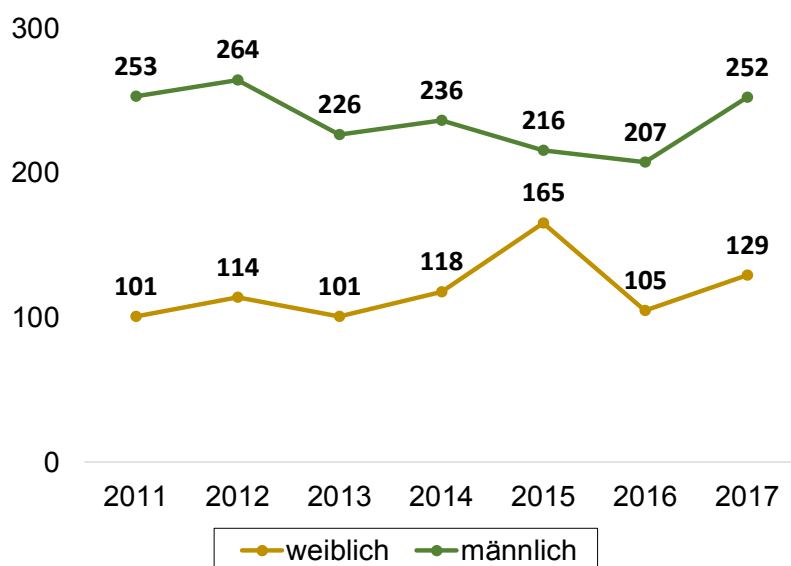
Vorzeitige Sterblichkeit

Die vorausgehenden Ausführungen zur Sterblichkeit beziehen sich auf das allgemeine Sterbegeschehen, das alle Altersgruppen miteinbezieht. Um Prioritäten für die gesundheitliche Versorgung ableiten zu können, sind insbesondere die Indikatoren zur **vorzeitigen Sterblichkeit**, d.h. die **Sterblichkeit im Alter von unter 65 Jahren**, relevant, da vorzeitige Sterbefälle ein hohes Präventionspotenzial vorweisen.

Vorzeitige Sterberate

Die folgende Grafik zeigt die **direkt altersstandardisierte vorzeitige Sterberate** (Sterbefälle im Alter unter 65 Jahre je 100.000 Einwohner*innen unter 65 Jahren, direkt altersstandardisiert) im zeitlichen Vergleich.

Darstellung 13: Vorzeitige Sterberate, direkt altersstandardisiert; Landkreis Kulmbach, 2011-2017



Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit⁴⁰

Die direkt altersstandardisierte vorzeitige Sterberate liegt im gesamten Betrachtungszeitraum des zeitlichen Verlaufs im Landkreis Kulmbach bei Männern deutlich höher als bei Frauen. Sie sank zwischen 2012 und 2016 im Landkreis Kulmbach bei den Männern tendenziell ab, während die Rate der Frauen bis 2015 eher anstieg. Beide Entwicklungstendenzen können aber in den letzten Jahren nicht mehr beobachtet werden. Ein längerer Betrachtungszeitraum wäre hier zwar sinnvoll, ist aber aufgrund der abweichenden Datenerfassung vor 2011 nicht ohne Verzerrungen möglich⁴¹.

⁴⁰ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.05A.

⁴¹ Vor 2011 liegen keine direkt altersstandardisierten Raten zur vorzeitigen Sterblichkeit vor. Weiter werden die Bevölkerungszahlen ab 2011 ausgehend vom Zensus 2011 fortgeschrieben, in

Eine bayernweite Betrachtung der zeitlichen Entwicklung der direkt altersstandardisierten vorzeitigen Sterblichkeit zeigt keine klare Entwicklungstendenz, weder in den Gesamtzahlen noch geschlechtsspezifisch: Im Zeitraum zwischen 2011 blieben die Raten ohne auffällige Abweichungen. Daraus ist auf den Landkreis Kulmbach zu schließen, dass auch hier keine klare Entwicklungstendenz vorherrscht und die Schwankungen auf die geringen Fallzahlen zurückzuführen sind. Auch bayernweit zeichnen sich jedoch klare Disparitäten zwischen den Geschlechtern ab: Die direkt altersstandardisierte Rate vorzeitiger Sterblichkeit ist bei Männern durchgehend deutlich höher. Insgesamt liegen die Werte im Landkreis Kulmbach im gesamten betrachteten Zeitraum über der bayernweiten Rate.

Todesursachen vorzeitiger Sterblichkeit

Um beurteilen zu können, welche Todesursachen das **Haupt-Potential für Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung vorzeitiger Sterblichkeit** bieten, wird im Folgenden untersucht, welchen Anteil die verschiedenen Todesursachen an den Gründen für vorzeitige Sterblichkeit beitragen.

In der folgenden Tabelle werden dabei die häufigsten Todesursachen, die im Landkreis Kulmbach im Jahr 2015 den größten Anteil zu verlorenen Lebensjahren durch vorzeitigen Tod im Alter von 1 bis 64 Jahren beitrugen, aufgezeigt.

Darstellung 14: Haupt-Todesursachen für vorzeitige Sterblichkeit im Landkreis Kulmbach, 2015

	ICD-10-Kapitel, Code	Diagnose	Anzahl Sterbefälle	Anteil in %
1.	II, C00-D48	Neubildungen	54	37,8%
2.	IX, I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	33	23,1%
3.	XX, V01-Y98	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	12	8,4%
	Sonstige		44	30,7%
	Insgesamt		143	100%

Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik⁴²

Der höchste Anteil der Ursachen vorzeitigen Todes entfällt mit einem Anteil von 37,8% auf **Neubildungen**. Bei Frauen weist dieser Anteil jedoch höhere Werte auf (42,6% der vorzeitigen Todesfälle bei Frauen bzw. 34,1% bei Männern). Mit fast 70% der Ursachen für vorzeitigen Tod sind die Mehrzahl vorzeitiger Todesfälle auf Neubildungen, Krankheiten des Kreislaufsystems sowie äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität

den Jahren zuvor erfolgte die Fortschreibung ausgehend von der Volkszählung 1987. Dementsprechend erschien nur eine Verwendung der Daten am 2011 sinnvoll.

⁴² LfStat (2018), GENESIS-Online, Tabelle 23211-002s.

lität zurückzuführen. Alle drei Bereiche bieten grundsätzlich das Potential für eine Reduzierung der Sterblichkeit durch Maßnahmen zur **Erhöhung der Versorgungsqualität** sowie durch die Einführung oder Ausweitung von Maßnahmen der **Gesundheitsförderung und Prävention in Bezug auf bekannte Risikofaktoren**.

Für eine differenzierte Betrachtung der vorzeitigen Sterblichkeit durch Neubildungen wurden die in der Todesursachenstatistik erfassten Hauptdiagnosegruppen innerhalb der Neubildungen betrachtet. Hierbei ergab sich für den Landkreis Kulmbach das folgende Bild⁴³:

Bei Frauen sind in Bezug auf vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von Neubildungen die dominierenden Diagnosegruppen bösartige Neubildungen der Larynx (Kehlkopf)/Trachea (Luftröhre)/Bronchien/Lunge, bösartige Neubildungen der Brustdrüse sowie bösartige Neubildungen der Genital- und Harnorgane. Den höchsten Anteil (30,8%) stellten 2015 Bösartige Neubildungen der Larynx/Trachea/Bronchien/Lunge.

Bei Männern sind Bösartige Neubildungen der Larynx/Trachea/Bronchien/Lunge mit einem Anteil von 25% die wichtigste Ursache für vorzeitigen Tod durch Neubildungen. Weitere wichtige Diagnosegruppen innerhalb der Neubildungen bei Männern waren im betrachteten Jahr Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, Bösartige Neubildungen der Genital- und Harnorgane sowie Bösartige Neubildungen der Leber, der Gallenwege und des Pankreas (Bauchspeicheldrüse).

Die hohe Bedeutung der Diagnosegruppe Bösartige **Neubildungen der Larynx/Trachea/Bronchien/Lunge** bei beiden Geschlechtern legt die Schlussfolgerung nahe, dass Maßnahmen zu einer **Verringerung des Nikotinkonsums** ein hohes Potential haben, um einen Beitrag zur Verminderung der vorzeitigen Sterblichkeit durch Neubildungen zu leisten.

Die Säuglingssterblichkeit im Alter von unter einem Jahr bleibt bei dieser Aufstellung jedoch unberücksichtigt, da diese von spezifischen Todesursachen geprägt ist. Das Thema Säuglingssterblichkeit wird nachfolgend behandelt.

⁴³ LfStat (2018), GENESIS-Online, Tabelle 23211-002s.

Säuglingssterblichkeit

Einen weiteren Indikator, der auch mit der Lebenserwartung zusammenhängt, bildet die Säuglingssterblichkeit. Bei der Betrachtung der Säuglingssterblichkeit auf Landkreisebene sind aufgrund sehr geringer Fallzahlen starke Schwankungen zu erwarten, weshalb eine Analyse der vorhandenen Daten kaum haltbare Schlussfolgerungen zuließe.

Innerhalb Bayerns ist über die Jahre hinweg ein **deutlicher Unterschied** in der Säuglingssterblichkeit zwischen Kindern deutscher und ausländischer **Staatsangehörigkeit** zu beobachten, wobei die Säuglingssterblichkeit bei Kindern mit ausländischer Staatsangehörigkeit mehr als doppelt so hoch ist⁴⁴. Für den Landkreis Kulmbach konnten aufgrund der geringen Fallzahlen auch keine Auswertungen zum Vergleich der Säuglingssterblichkeit zwischen Kindern mit deutscher und mit ausländischer Staatsangehörigkeit durchgeführt werden. Die Fälle im Landkreis Kulmbach schwanken im letzten Jahrzehnt zwischen einem Fall und drei Fällen (darunter 2015 ein Fall, 2016 drei Fälle und 2017 ein Fall)⁴⁵.

Seit Ende des 19. Jahrhunderts ging die Säuglingssterblichkeit in Bayern stark zurück, was vor allem auf die besseren Lebensumstände zurückzuführen ist. Gleichermäßen nahm auch die Lebenserwartung zu. Noch Ende des 19. Jahrhunderts starb jedes dritte Kind während des ersten Lebensjahres. 1960 gab es noch über 36,6 Säuglingssterbefälle pro 1.000 Lebendgeborene und 2013 nur noch etwa 2,7 auf 1.000 Lebendgeborene. Allgemein ist die Säuglingssterblichkeit in Bayern niedriger als in Deutschland (3,3 Säuglingssterbefälle auf 1.000 Lebendgeborene). Aufgrund der geringen Fallzahlen ist eine regionale Ausdifferenzierung Bayerns hierbei nicht möglich. Allgemein weisen männliche Säuglinge aber eine leicht erhöhte Sterblichkeit auf (2,9 Fälle pro 1.000 Lebendgeborenen bei den Jungen und 2,4 Fälle pro 1.000 bei den Mädchen)⁴⁶.

In Bayern war der **plötzliche Kindstod** im Jahr 2013 die dritthäufigste Todesursache für Sterbefälle im ersten Lebensjahr. Der plötzliche Kindstod bietet ein hohes **Präventionspotential**. Der auffällige Rückgang von Säuglingssterbefällen durch plötzlichen Kindstod, der in Deutschland seit den 1990er Jahren beobachtet wurde, wird vor allem auf den Rückgang bekannter äußerlicher Risikofaktoren (Schlafen des Säuglings in Bauchlage, Überwärmen des Säuglings während des Schlafens, Tabakrauchexposition während der Schwangerschaft sowie nach der Geburt) zurückgeführt⁴⁷. Doch auch der allgemeine Rückgang der Geburten (vgl. Kap. 2.1.1) wirkt leicht in den Rückgang der Säuglingssterbefälle mit ein.

⁴⁴ BStMAS (2012), Materialienband, S.116; StMGP (2015), Kindergesundheitsbericht, S.14.

⁴⁵ LfStat (2018), GENESIS-Online, Tabelle 12613-010r.

⁴⁶ StMGP (2015), Bayerischer Kindergesundheitsbericht, S. 13f.

⁴⁷ RKI (2012), GEDA 2010, S. 27f.

2.2.2 Morbidität

In Gesamtbayern betrug gemäß Mikrozensus 2017⁴⁸ der Krankenstand für das Jahr 2017 rund 14%, das heißt jede siebte Person war unfallverletzt oder krank. Unter den Unfallverletzungen entfällt dabei der größte Teil auf Freizeitverletzungen, häusliche Unfälle oder Arbeits- und Dienstunfälle. Der allgemeine Krankenstand lässt dabei bei Betrachtung ab 1992 keine klare Entwicklungstendenz erkennen. 67% der erkrankten Personen gaben an, ambulant behandelt worden zu sein, etwa 13% waren in stationärer Behandlung. Rund ein Fünftel der Erkrankten nahm keine Behandlung in Anspruch. Innerhalb Bayerns fiel der Krankenstand in Franken höher aus als im restlichen Freistaat. In Oberfranken beträgt der Krankenstand etwa 15%.

Im Mikrozensus 2017 zeigt sich auch eine deutliche Korrelation zwischen dem Krankheitsstand und dem Alter. Allgemein steigt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit für eine Erkrankung. Auffällig ist außerdem ein deutlicher Rückgang der Krankheitsdauer in den vergangenen 15 Jahren. Im Vergleich zu 2003 nahmen kurzweilige Krankheiten verstärkt zu, länger andauernde Krankheiten gingen dagegen in allen Altersklassen zurück⁴⁹.

Folgend werden verschiedene Indikatoren zur Krankheitslast im Landkreis Kulmbach aufgezeigt, um zu beurteilen, ob im Landkreis Kulmbach ein besonderer Bedarf zur Verbesserung von Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen besteht. Dabei werden Indikatoren, bei denen die Betrachtung des Versorgungsbedarfs im Vordergrund steht oder bei denen typischerweise keine deutlichen Altersabhängigkeiten zu erwarten sind, ohne Altersstandardisierung angegeben. Indikatoren mit Altersstandardisierung sind dann sinnvoll, wenn typischerweise starke Altersabhängigkeiten bestehen. Zudem ermöglichen sie einen zeitlichen und regionalen Vergleich.

Allgemeine Kennzahlen zu Morbidität

Ambulante Fälle in hausärztlichen Praxen

Die folgende Tabelle (Darstellung 15) zeigt die **Anzahl ambulanter Behandlungsfälle in hausärztlichen Praxen** aus dem Landkreis Kulmbach für die beiden verfügbaren Jahre 2011 und 2017 zusammen mit der prozentualen Veränderung auf. Die Zahlen beziehen sich dabei nur auf gesetzlich krankenversicherte Patient*innen beziehungsweise GKV-Patient*innen. Ein*e Patient*in kann in einem Jahr mit mehreren Behandlungsfällen in die Zählung eingehen. Datenbasis sind die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), d.h. Privatpatient*innen sind in den angegebenen Fallzahlen nicht berücksichtigt.

⁴⁸ LfStat (2018), Bayern in Zahlen.

⁴⁹ LfStat (2018), Bayern in Zahlen, S. 766-769.

Für die Ermöglichung regionaler Vergleiche (hier mit dem Bundesland Bayern) wäre eine Ratenbildung in Bezug auf die GKV-versicherte Bevölkerung des Landkreises notwendig. Da die Anzahl GKV-Versicherter auf Landkreisebene nicht bekannt ist, wird in den Gesundheitsindikatoren Bayern⁵⁰ näherungsweise als Bezugsbasis die Anzahl GKV-versicherter Patient*innen mit mindestens einem Arztkontakt in der ambulanten Versorgung verwendet. Aufgrund der damit verbundenen Ungenauigkeit sind kleinräumige Vergleiche – beispielsweise auf Landkreisebene – der Behandlungsfälle pro 100.000 GKV-Versicherte nicht aussagekräftig. Daher werden zunächst nur die absolute Anzahl an Patient*innen aus dem Landkreis Kulmbach in den beiden Jahren 2011 und 2017 sowie die prozentuale Veränderung dargestellt.

Darstellung 15: Ambulante Fälle in hausärztlichen Praxen; Landkreis Kulmbach, 2011 und 2017

Jahr	Anzahl Fälle	Veränderung gegenüber 2011
2011	58.865	
2017	58.195	-1,1%

Quelle: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit⁵¹

Die Anzahl Behandlungsfälle in der ambulanten hausärztlichen Versorgung lag im Jahr 2017 um etwa 1% unter der entsprechenden Anzahl in 2011. Im Vergleich dazu ist bayernweit eine gegenläufige Entwicklung zu beobachten: Insgesamt liegt die Zahl ambulanter Fälle in hausärztlichen Praxen um etwa 8% über der Anzahl im Vergleichsjahr 2011⁵². Bei Betrachtung des bayerischen Werts im Verhältnis zu 100.000 GKV-Versicherten relativiert sich der Unterschied zu 2011 jedoch auf +1,0%.

In Bezug auf den Landkreis Kulmbach kann aufgrund vorhandener Datenbasis eine weiterhin vergleichsweise geringe Schwankung in der Zahl hausärztlicher Behandlungsfälle auch in den folgenden Jahren zu erwarten sein.

Ambulante Fälle in fachärztlichen Praxen

Nachfolgende Tabelle zeigt die absolute **Anzahl ambulanter Behandlungsfälle in fachärztlichen Praxen für GKV-Patient*innen** aus dem Landkreis Kulmbach für die beiden verfügbaren Jahre 2011 und 2017 zusammen mit der prozentualen Veränderung auf. Analog zu den hausärztlichen Behandlungsfällen kann ein*e Patient*in innerhalb eines Jahres mit mehreren Behandlungsfällen in die Zählung eingehen. Datenbasis sind auch hier die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, weshalb nur Patient*innen, die im GKV-System behandelt werden, erfasst sind.

⁵⁰ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.19A.

⁵¹ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.19A.

⁵² LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.19A.

Darstellung 16: Ambulante Fälle in fachärztlichen Praxen; Landkreis Kulmbach, 2011 und 2017

Jahr	Anzahl Fälle	Veränderung gegenüber 2011
2011	49.535	
2017	49.775	+0,5%

Quelle: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit⁵³

Die ambulanten Behandlungsfälle in fachärztlichen Praxen für Patient*innen aus dem Landkreis Kulmbach stiegen von 2011 bis 2017 nur wenig an. Im Vergleich zu Bayern, wo die entsprechenden Zahlen um 6,6% anstiegen, ist auch dieser Wert unterdurchschnittlich. Interessant ist aber, dass sich die bayerische Wachstumsrate an ambulanten Fällen in fachärztlichen Praxen pro 100.000 GKV-Versicherter nicht nur relativiert, sondern sogar in den negativen Bereich wendet (-0,03%).

Für den Landkreis Kulmbach kann schließlich aufgrund vorhandener Datenbasis eine weiterhin eher geringe Schwankung auch in der Zahl fachärztlicher Behandlungsfälle erwartet werden.

Krankenhausfälle

Im Jahr 2016 wurden insgesamt **21.122 Krankenhausfälle** in der Bevölkerung des Landkreises Kulmbach verzeichnet⁵⁴. Bei der Anzahl der Krankenhausfälle können einzelne Personen mehrfach gezählt sein, wenn sie mehrmals innerhalb desselben Jahres in ein Krankenhaus stationär aufgenommen wurden.

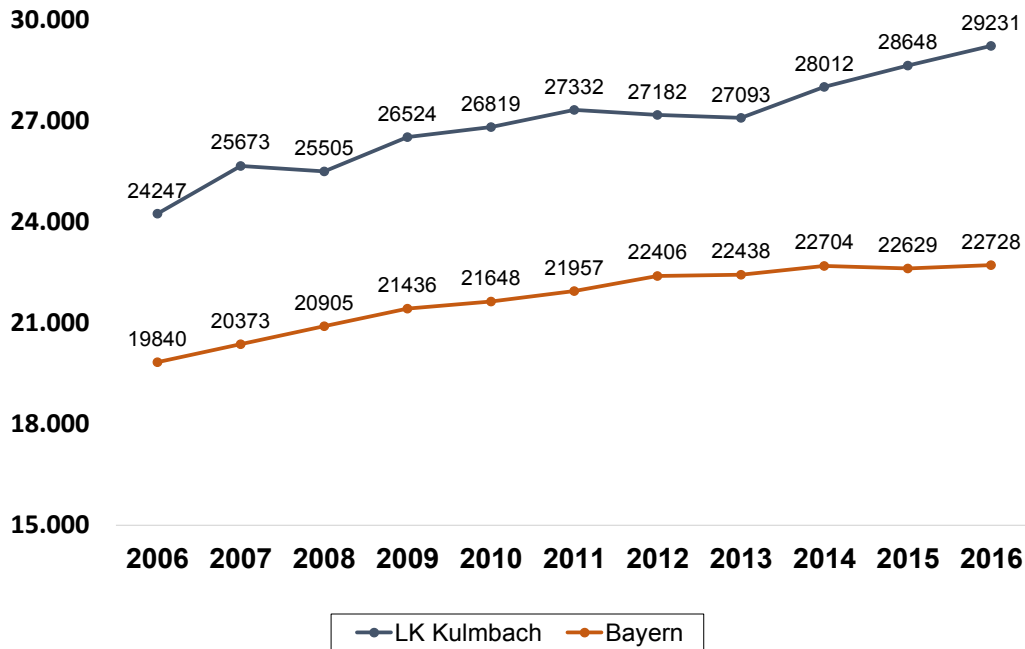
Als Indikator für Tendenzen im Bedarf an stationärer Versorgung zeigt die folgende Grafik die Anzahl **Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner*innen** (für Kulmbach ergibt diese Hochrechnung 29.231 Krankenhausfälle, vgl. Darstellung 17) im zeitlichen Vergleich für den Landkreis Kulmbach sowie Bayern.

Für den Landkreis Kulmbach ist außerdem eine im Vergleich zu Bayern **überdurchschnittlich hohe Zahl an Krankenhausfällen** pro 100.000 Einwohner*innen zu beobachten. Auch ist bezüglich der Anzahl der Krankenhausfälle im Landkreis Kulmbach über die Jahre ein deutlich steigender Trend erkennbar. Während die Zahl der Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner*innen im Jahr 2006 bei 24.247 lag, war die Zahl bis zum Jahr 2016 auf 29.231 gestiegen, was einem Anstieg von 20,6% entspricht.

⁵³ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.19E.

⁵⁴ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.27.

Darstellung 17: Krankenhaufälle pro 100.000 Einwohner*innen; Landkreis Kulmbach und Bayern, 2006-2016



Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit⁵⁵

Die steigende Zahl der Krankenhaufälle über die Zeit ist kein spezifisches Phänomen des Landkreises Kulmbach, sondern wird bayernweit beobachtet. Insgesamt stieg die Anzahl der Krankenhaufälle pro 100.000 Einwohner*innen in Bayern jedoch etwas schwächer als im Landkreis Kulmbach an (14,6%). Allerdings ist beim Vergleich zu berücksichtigen, dass die Werte nicht altersstandardisiert sind und deshalb regionale Unterschiede zumindest zum Teil durch Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur (ländlicher Raum, demografischer Wandel, verstärkte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Alter) bedingt sein können. Ein weiterer Grund hierfür kann das sich über die Landkreisgrenze hinweg erstreckende Einzugsgebiet des Klinikums Kulmbach sein.

Zu beachten ist jedoch die parallel zu den steigenden Fallzahlen sinkende durchschnittliche Verweildauer pro Krankenhausfall: Während seit 1955 die Fallzahl vollstationärer Behandlungen tendenziell stieg (über 20% im Vergleich zu 1955), sanken parallel die Tage der Verweildauer (über -30% im Vergleich zu 1955) und damit auch die Zahl der Berechnungs-/Belegungstage sowie der aufgestellten Betten⁵⁶. Auch die Zahl der Krankenhäuser nahm seit 1955 stetig ab, was insbesondere in ländlichen Gebieten ein Problem sein kann (siehe dazu Kapitel 2.4).

Veränderungen der Anzahl an Krankenhaufällen müssen außerdem nicht auf eine entsprechende Veränderung der Krankheitslast zurückzuführen sein, sondern können

⁵⁵ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.27.

⁵⁶ LfStat (2018), Gesundheitswesen.

durch unterschiedliche Determinanten mit beeinflusst werden. So kann ein Anstieg der Krankenhausfälle möglicherweise auch durch Verschiebungen zwischen unterschiedlichen Versorgungssektoren (stationäre, ambulante und/ oder pflegerische Versorgung) oder auch durch demografische Verschiebungen bedingt sein⁵⁷.

Pflegebedürftige

Als pflegebedürftig gelten diejenigen Menschen, die basierend auf Entscheidung der Pflegekasse beziehungsweise privater Versicherungen pflegebedürftig sind. Im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Personen, die aufgrund körperlicher, geistiger oder seelischer Erkrankungen mindestens sechs Monate lang nicht fähig sind, regelmäßige Alltagstätigkeiten wie Ernährung oder Körperpflege auszuführen oder in der Mobilität eingeschränkt sind, pflegebedürftig. Allgemein erfolgt eine Einstufung in fünf Grade⁵⁸.

Im Landkreis Kulmbach waren 2017 insgesamt 3.255 Menschen pflegebedürftig. Die folgende Darstellung der bisherigen Entwicklung der **Anzahl pflegebedürftiger Personen** im Landkreis Kulmbach erfolgt unter Rückgriff auf die Pflegestatistik des Bayerischen Landesamtes für Statistik. Es handelt sich hierbei um eine Vollerhebung, die in zweijährigem Rhythmus bereits zehnmal durchgeführt wurde. Eine entsprechende Analyse der Ergebnisse für den Landkreis Kulmbach findet sich folgend. Darin enthalten sind erstmals auch die amtlichen Daten auf Basis der neuen Pflegegrade (Daten für 2017).

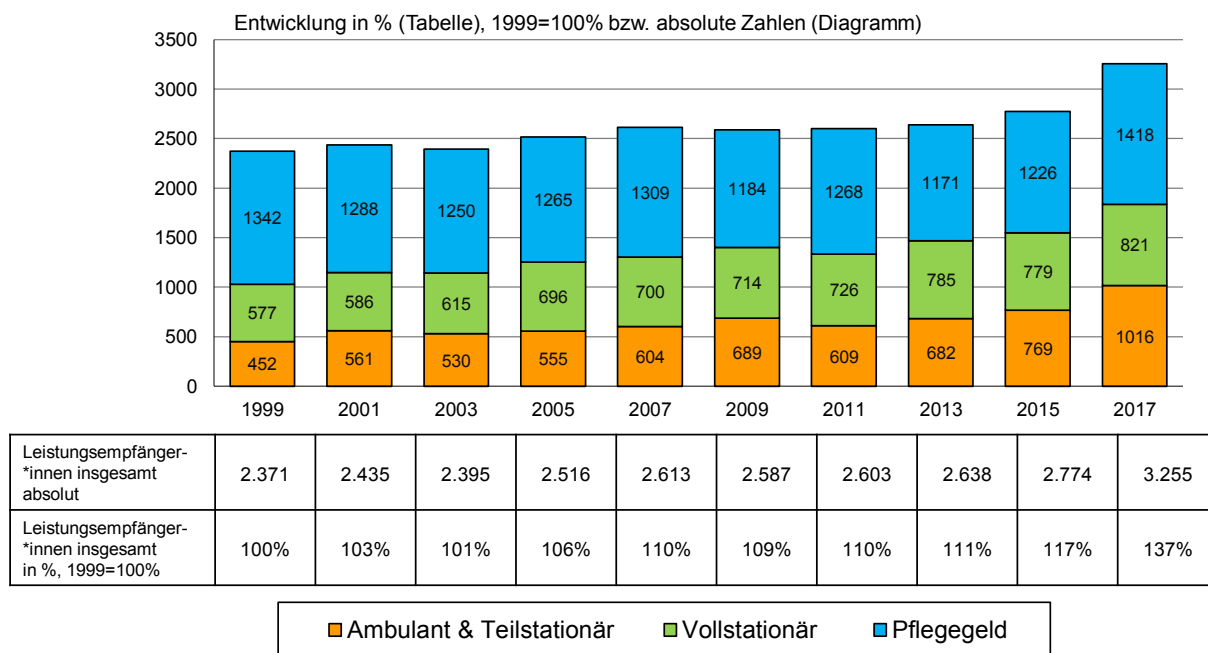
Im ersten Erhebungsjahr 1999⁵⁹ lag die Gesamtzahl der Empfänger*innen an Leistungen aus der Pflegeversicherung (ambulant und teilstationär, vollstationär sowie Pflegegeld) im Landkreis Kulmbach bei 2.763 Personen. Neben Schwankungen und zeitweisen leichten Rückgängen der Zahlen in den Jahren 2003 und 2009 stieg die Gesamtzahl der Leistungsempfänger*innen kontinuierlich an und erreichte im Jahr 2017 ihren Höchststand mit 3.255 Leistungsempfänger*innen.

⁵⁷ RKI (2012), GEDA 2010.

⁵⁸ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.49.

⁵⁹ Bei den Daten aus der Pflegestatistik handelt es sich um Stichstagszahlen jeweils zum 15.12. des entsprechenden Jahres.

Darstellung 18: Entwicklung der Zahl der Empfänger*innen von Leistungen der Pflegeversicherung im Landkreis Kulmbach, 1999-2017



*) Personen, die Pflegegrad 1 haben und teilstationäre Pflege beanspruchen, werden dem Bereich ambulant und teilstationär zugeordnet. Im Landkreis Kulmbach betraf dies 2017 allerdings niemanden.

Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik

Beachtlich ist insbesondere der jüngste Anstieg, wonach fast 500 Personen mehr als noch im Jahr 2015 Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Aus relativer Sicht entspricht dies einem Zuwachs von über 17%. Im Vergleich zum Basisjahr 1999 erhalten 2017 sogar rund 137% mehr Personen Leistungen aus der Pflegeversicherung als dies noch vor knapp 20 Jahren der Fall war (vgl. Darstellung 18). Hintergrund dieser Entwicklungen dürfte die Umstellung der drei Pflegestufen auf die fünf Pflegegrade sein, die zu einer weiteren Ausdifferenzierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs führte. Betroffene wie auch Angehörige erhalten dadurch und insbesondere durch die **verbesserte Finanzierung von ambulanten und teilstationären Pflegeleistungen** einen deutlichen Anreiz, diese Angebote verstärkt zu nutzen. Ebenso werden mittels der Pflegegrade demenziell erkrankte Menschen nochmals stärker berücksichtigt, als dies zuvor der Fall war.

Basierend auf dieser Entwicklung sowie auch aufgrund des zunehmenden Anteils älterer Bevölkerungsschichten ist auch in den folgenden Jahren eine tendenzielle Zunahme der Anzahl an Leistungsempfänger*innen zu erwarten.

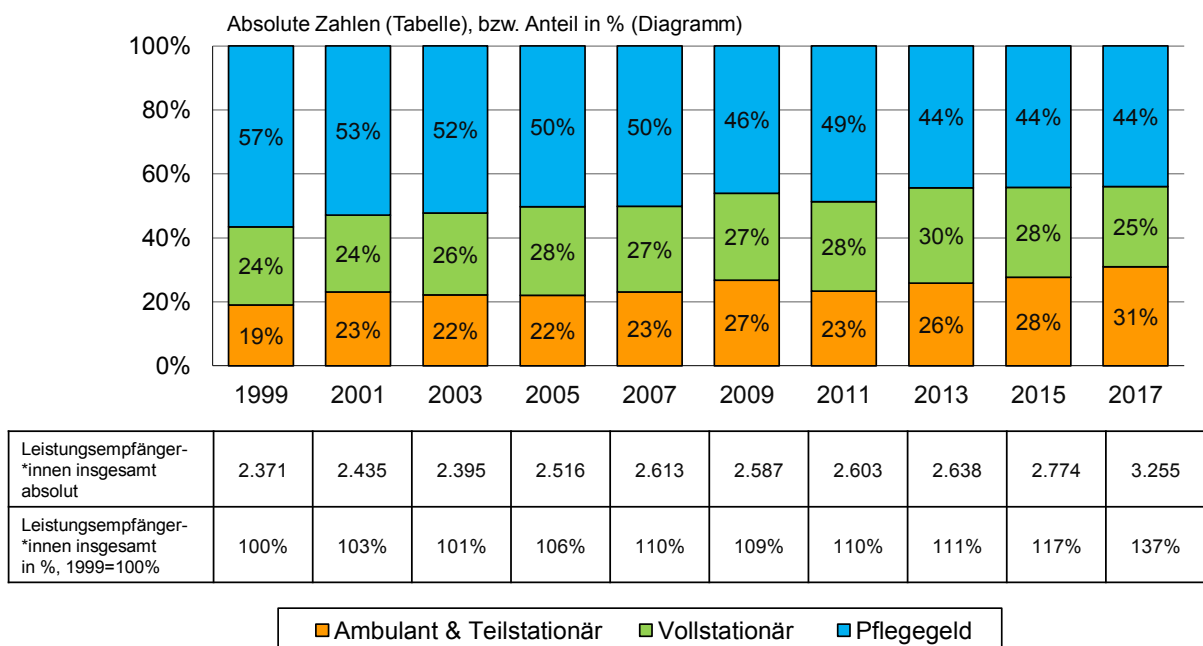
Die Verteilung der Leistungsempfänger*innen auf die verschiedenen Leistungsarten ergibt ein differenziertes Bild: Insgesamt zeigen sich über alle Leistungsarten hinweg seit 1999 schwankende Entwicklungen. Ein besonderer Blick gilt auch hierbei den aktuellsten Entwicklungen zwischen 2015 und 2017. Wie sich zeigt, nehmen die Empfänger*innen ambulanter/teilstationärer Leistungen und die Pflegegeldempfänger*innen im Landkreis Kulmbach auf Kosten der vollstationären Leistungsempfänger*innen

Der Landkreis unter gesundheitsrelevanten Aspekten

deutlich zu. Auch dies ist als Folge der jüngsten Pflegereform (Drittes Pflegestärkungsgesetz, PSG III) zu werten, die eine Stärkung der ambulanten Versorgung zum Ziel hatte. Demnach erhalten 44% der Leistungsempfänger*innen Ende 2017 Pflegegeld⁶⁰, 31% bekommen ambulante und teilstationäre Leistungen und nur noch ein Viertel wohnt im Pflegeheim.

Die folgende Darstellung zeigt die Inanspruchnahme von Leistungen aus der Pflegeversicherung des Landkreises Kulmbach – unterschieden nach Leistungsarten – für die Jahre 1999 bis 2017.

Darstellung 19: Entwicklung der Zahl der Empfänger*innen von Leistungen der Pflegeversicherung in prozentualen Anteilen; Landkreis Kulmbach, 1999-2017



*) Personen, die Pflegegrad 1 haben und teilstationäre Pflege beanspruchen, werden dem Bereich ambulant und teilstationär zugeordnet. Im Landkreis Kulmbach betraf dies 2017 allerdings niemanden.

Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik

Ein Vergleich der Anteile der einzelnen Leistungsarten miteinander zeigt jedoch, dass im Landkreis am häufigsten Pflegegeld empfangen und somit vorwiegend familiär-häuslich gepflegt wird – und das über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg. Ambulante und teilstationäre sowie vollstationäre Leistungen werden demgegenüber weitaus weniger häufig in Anspruch genommen, die Tendenz der Inanspruchnahme

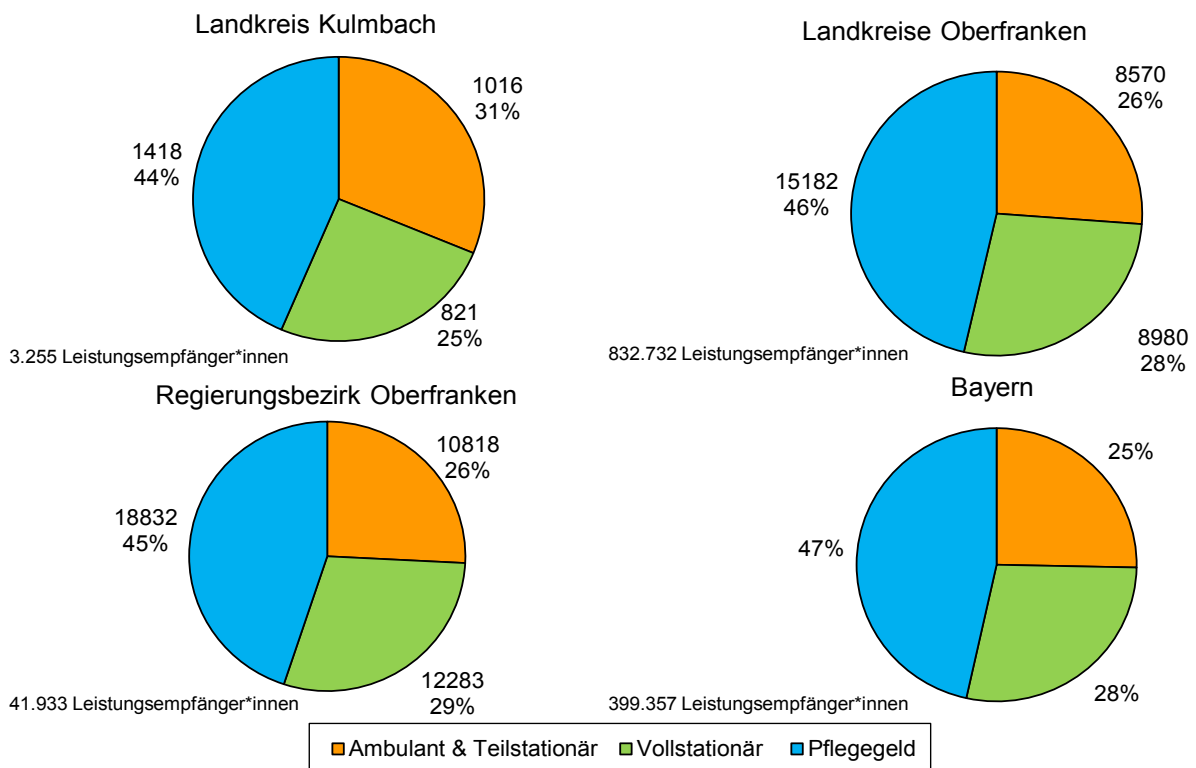
⁶⁰ Die angegebene Zahl beinhaltet ausschließlich Empfänger*innen von Pflegegeld nach SGB XI, die Zahlen der Empfänger*innen von Geldleistungen nach SGB XII (Sozialhilfe, Hilfe zur Pflege) sind hier nicht enthalten. Leistungen nach SGB XI sind Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung. Die Pflegeversicherung als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung sowie Kostenerstattung, soweit im Gesetz vorgesehen.

ambulanter und teilstationärer Pflegedienstleistungen ist aber seit einigen Jahren steigend (vgl. Darstellung 19).

Darstellung 20 zeigt die Inanspruchnahme von Leistungen aus der Pflegeversicherung des Landkreises Kulmbach – unterschieden nach Leistungsarten – für das Jahr 2017 im Vergleich zu den Landkreisen in Oberfranken, dem Regierungsbezirk Oberfranken sowie Gesamtbayern.

Im Landkreis Kulmbach erhielten Ende 2017 nach Angaben der amtlichen Pflegestatistik – wie bereits angesprochen – 31% der Pflegebedürftigen ambulante und teilstationäre Leistungen, 41% Pflegegeld und 25% nahmen vollstationäre Leistungen in Anspruch. Der Anteil an Pflegebedürftigen, die in einem Pflegeheim wohnen, ist niedriger als der Anteil in den zum Vergleich herangezogenen Gebietskörperschaften und liegt sogar unter dem Durchschnitt der Landkreise in Oberfranken. Dem hingegen nimmt ein überdurchschnittlich großer Anteil der Pflegebedürftigen ambulante und teilstationäre Leistungen in Anspruch. Trotz dem jüngsten Anstieg an Pflegegeldempfänger*innen im Landkreis Kulmbach ist der entsprechende Anteil niedriger als in den angesprochenen Gebietskörperschaften.

Darstellung 20: Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen nach Art der Leistung; Vergleich Landkreis Kulmbach, Landkreise und Regierungsbezirk Oberfranken, Bayern; Ende 2017



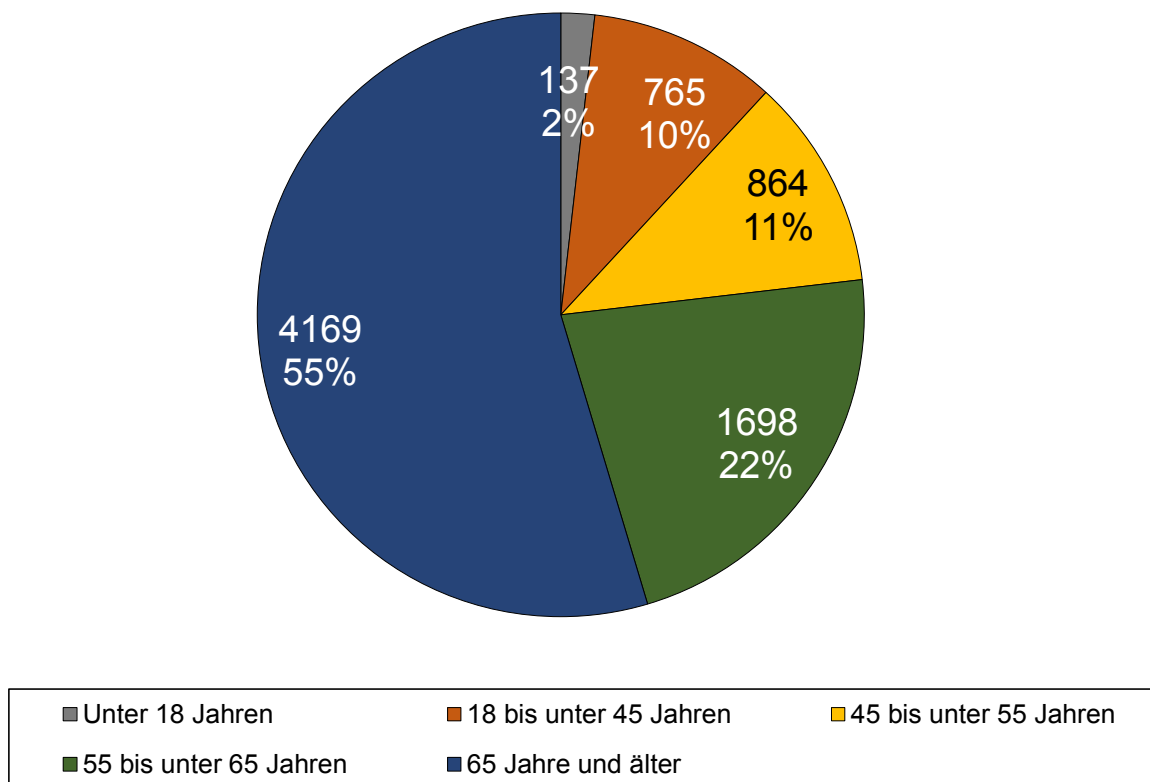
*) Personen, die Pflegegrad 1 haben und teilstationäre Pflege beanspruchen, werden dem Bereich ambulant und teilstationär zugeordnet. Im Landkreis Kulmbach betraf dies 2017 allerdings niemanden.

Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik

Schwerbehinderte

Im Landkreis Kulmbach lebten zum Stichtag 31.12.2017 insgesamt 7.633 Menschen mit schwerer Behinderung, davon 3.464 in Altersgruppen unter 65 Jahren. Der Anteil schwerbehinderter Menschen im Alter von 65 Jahren und älter bildet dabei mit einem Anteil von 55% die größte Gruppe. Die folgende Grafik veranschaulicht Daten zur Altersstruktur der schwerbehinderten Menschen.

Darstellung 21: Schwerbehinderte Menschen im Landkreis Kulmbach nach Altersgruppen, Ende 2017

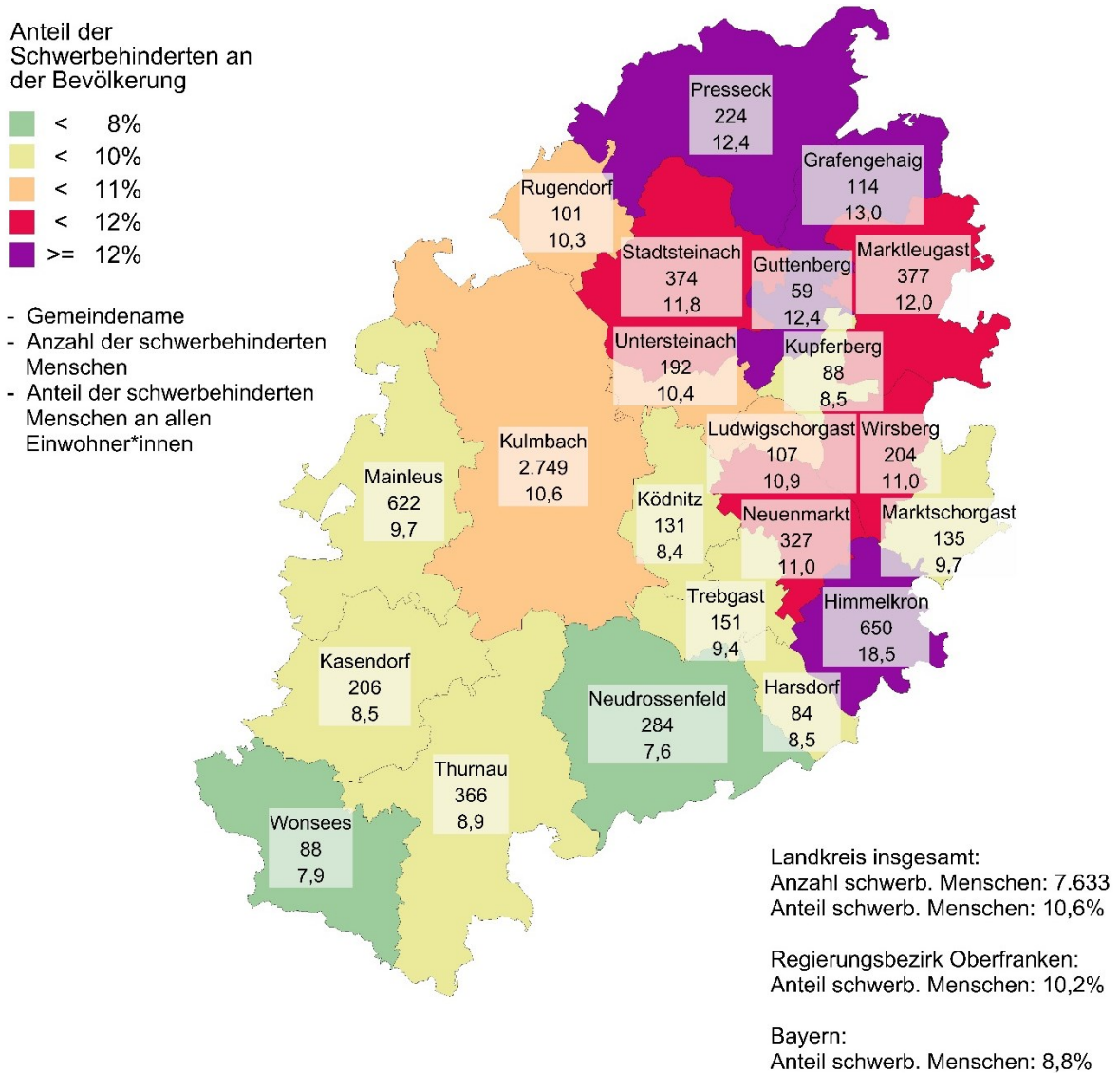


n = 7.633

Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Statistischen Bundesamtes

Der Anteil schwerbehinderter Menschen in der Bevölkerung variiert zwischen den Gemeinden des Landkreises Kulmbach teilweise sehr stark. In Himmelkron bilden 650 schwerbehinderte Menschen insgesamt einen Anteil von 18,5% an der Bevölkerung, was vor allem auf die dort verorteten Himmelkroner Heime mit Wohngemeinschaften für Menschen mit Behinderung sowie Behindertenwerkstätten zurückzuführen ist. In Neudrossenfeld hingegen gelten nur 7,6% der Einwohner*innen als schwerbehindert. Insgesamt sind 10,6% der Bevölkerung des Landkreises Kulmbach schwerbehindert. Der Landkreis weist dabei einen leicht höheren Wert auf als der übergeordnete Regierungsbezirk: 10,2% der Bevölkerung Oberfrankens sind schwerbehindert. In ganz Bayern hingegen sind nur 8,8% der Menschen schwerbehindert. Die folgende Grafik zeigt die absolute Anzahl schwerbehinderter Menschen sowie den relativen Anteil an der Bevölkerung in den einzelnen Gemeinden des Landkreises Kulmbach.

Darstellung 22: Anteil der schwerbehinderten Menschen an der Bevölkerung im Landkreis Kulmbach, Ende 2017



Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Statistischen Bundesamtes

Krankheitsgruppenspezifische Kennzahlen zur Morbidität

Body Mass Index (BMI)

Der BMI ist ein international anerkanntes Maß zur Beurteilung von Über- und Untergewicht, bei dem **Körpergröße und Körpergewicht** ins Verhältnis gesetzt werden⁶¹. Er wird auch zur Beurteilung des Gewichtes von **Kindern** insbesondere bei der Schuleingangsuntersuchung herangezogen. Das deutschlandweit gängige Wertesystem zur Beurteilung wird nach Kromeyer-Hauschild⁶² definiert und in Altersabstufungen von sechs Monaten ermittelt. Kinder mit einem BMI oberhalb des 90%-Wertes und bis einschließlich dem 97%-Wert für ihr Geschlecht beziehungsweise ihre Altersgruppe gelten als übergewichtig; Kinder mit einem BMI über dem 97%-Wert für ihr Geschlecht beziehungsweise ihre Altersgruppe zählen als adipös. Während die gesundheitliche Relevanz eines leichten Übergewichts Studien zufolge schwierig zu beurteilen ist, manifestiert sich Adipositas bereits im Kindesalter in einer höheren Krankheitslast, beispielsweise durch Störungen im Fett- und Glukosestoffwechsel, erhöhten Blutdruck sowie orthopädische Störungen⁶³.

Die aktuellsten Daten für den Landkreis Kulmbach liegen für den Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung 2015/16 vor. Von den 522 Kindern mit gültigen Angaben lagen 83,1% im Bereich des Normalgewichts (10%-Perzentil bis einschließlich 90%-Perzentil). 5,6% der Kinder waren übergewichtig und 4,4% wurden als adipös eingestuft. Im Vergleich mit den Werten für Bayern liegen die genannten Werte für den Landkreis Kulmbach leicht über dem Durchschnitt. Dort galten 5,1% der Kinder als übergewichtig und 3,4% als adipös. Als normalgewichtig galten in Bayern 82,6%⁶⁴. Im Vergleich zur Schuleingangsuntersuchung 2013/14 im Landkreis Kulmbach sind die Werte für Übergewicht und Adipositas außerdem leicht angestiegen. Zu diesem Zeitpunkt galten 4,4% der untersuchten Kinder als übergewichtig und nur 3,2% als adipös. In Bayern ist ein solcher Anstieg nicht zu beobachten⁶⁵.

Auch Untergewicht bei Kindern kann bedenkliche Folgen haben. Starkes Untergewicht, das in Deutschland meist nicht als Folge von Nahrungsmangel, sondern als Begleiterscheinung von längeren oder chronischen Erkrankungen auftritt, kann eine Störung des körperlichen Wachstums und/oder der geistigen Reifung bedingen und das Immunsystem beeinträchtigen⁶⁶. Bei der Schuleingangsuntersuchung des Landkreises Kulmbach zum Schuljahr 2015/16 wiesen 6,9% der erstuntersuchten Kinder mit gültigen Angaben zu den BMI-Ausgangsgrößen ein Gewicht unter dem Normalgewicht

⁶¹ $BMI = \frac{\text{Körpergewicht in kg}}{(\text{Körpergröße in m})^2}$, Body Mass Index.

⁶² Kromeyer-Hauschild et al. (2001).

⁶³ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 04.09A.

⁶⁴ Daten zum Schuljahr 2015/16 basieren auf Auskunft des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.

⁶⁵ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 04.09A.

⁶⁶ LGL (2016), Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern, S. 36.

auf (unterhalb des 10%-Perzentils für Geschlecht bzw. Altersgruppe). Dieser Wert sank im Vergleich zur Schuleingangsuntersuchung 2013/14: In dieser Untersuchung betrug der Wert noch 8,9%. Als stark unter Normalgewicht (unterhalb des 3%-Perzentils) galten in der Untersuchung 2015/16 im Landkreis Kulmbach 1,5%. In Bayern waren in dieser Untersuchung 2,8% der erstuntersuchten Kinder stark unter Normalgewicht. Insgesamt galten 8,9% der untersuchten Kinder als untergewichtig. Auch hier gibt es eine Verschiebung im Landkreis Kulmbach, die bayernweit nicht zu betrachten ist: Der Anteil untergewichtiger Kinder nahm im Landkreis Kulmbach im Vergleich zu 2013/14 ab. Bei Miteinbezug der übrigen Werte (s.o.) ist eine leichte Verschiebung zu einem allgemein höheren BMI der Kinder erkennbar.

Interessant ist außerdem die Betrachtung des **BMI im Zusammenhang mit Migrationshintergrund**. Bayernweit zeichnet sich ein allgemein höherer Wert von Kindern mit Übergewicht und Adipositas unter Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund (ein Elternteil gab eine andere Muttersprache als Deutsch an) und beidseitigem Migrationshintergrund (beide Elternteile gaben eine andere Muttersprache als Deutsch an) ab als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (beide Elternteile gaben Deutsch als Muttersprache an). Der Wert von adipösen Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund ist im Erhebungsjahr 2015/16 bayernweit mehr als doppelt so hoch als der Wert adipöser Kinder ohne Migrationshintergrund (6,2% im Vergleich zu 2,5%). Im Landkreis Kulmbach ist der Abstand noch größer (11,5% im Vergleich zu 3,7%), wobei die Landkreis-Werte nur auf sehr geringen Fallzahlen beruhen und deshalb keinen validen Vergleichswert darstellen. Generell sind Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund beim Zugang zu sämtlichen Lebensbereichen mit Hindernissen konfrontiert. Sie haben oft besondere Schwierigkeiten im Umgang mit öffentlichen Stellen und bezüglich gesundheitlicher Ansprüche. Dies kann bereits zu Benachteiligungen führen. Hilfreich sind oft bereits Informationsangebote in mehreren Sprachen oder der gezielte Miteinbezug der Eltern, die auch aufgrund sprachlicher Barrieren meist selbst einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung haben (siehe dazu auch Kapitel 2.5.4.).

Bei **Erwachsenen** werden gemäß Weltgesundheitsorganisation (WHO) Menschen mit einem BMI unter 18,5 als untergewichtig, zwischen 18,5 und unter 25 als normalgewichtig, zwischen 25 und unter 30 als übergewichtig und ab 30 als stark übergewichtig oder fettleibig eingestuft⁶⁷. Eine Differenzierung nach Alter und Geschlecht bleibt dabei jedoch aus. Im Mikrozensus 2017 wurden Daten zum BMI von Erwachsenen in Bayern erhoben. Für den Landkreis Kulmbach dagegen liegen keine solchen Daten vor. Bei der Erhebung wurden für Männer in Bayern im Durchschnitt 178 cm Körpergröße und 84,4 kg Körpergewicht berechnet. Frauen waren im Durchschnitt 165 cm groß und 67,6 kg schwer. Der durchschnittliche BMI für Gesamtbayern lag 2017 bei 25,7. Der Anteil **untergewichtiger Personen** in Bayern lag zum Stand 2017 bei 2%, etwa 47% galten als **normalgewichtig** und 36% galten als **übergewichtig**. Knapp jede*r Siebte

⁶⁷ LfStat (2018), Bayern in Zahlen.

(14%) galt als stark übergewichtig. Diese Werte entsprechen in etwa den Mittelwerten für Gesamtdeutschland. Innerhalb Bayerns weist der Regierungsbezirk Oberfranken den im Durchschnitt höchsten BMI-Wert auf (26,5). Mehr als 20% zählten dort als fettleibig.

In den vergangenen Jahren stieg der BMI tendenziell an. Noch im Jahr 1999 betrug der durchschnittliche BMI für Bayern 25,3. Ein Zusammenhang ist auch mit dem Alter zu erkennen. Der durchschnittliche BMI-Wert bei den 18- bis 20-Jährigen liegt für 2017 bei 22,5, bei Personen ab 65 Jahren bei 26,7. Dieser Unterschied ist geschlechtsübergreifend zu erkennen⁶⁸.

Psychische Gesundheit

Die Betrachtung der psychischen Gesundheit ist für die Beurteilung der Gesundheit in einer Region nicht unwesentlich. Ihre Relevanz tritt zunehmend in den Vordergrund. Bei der psychischen Gesundheit einer Bevölkerungsgruppe spielen zahlreiche Faktoren mit ein, die teils nicht erhoben werden können, teils noch nicht erforscht sind. Belegt jedoch ist ein bestehender Zusammenhang mit **Alter, Bildung, sozialer Unterstützung und subjektiver Gesundheit**⁶⁹. Allgemein kann gesagt werden, dass deutschlandweit knapp 14% der Frauen und 7% der Männer sich in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigt empfinden. Besonders Menschen der Altersgruppe ab 65 Jahren sind in ihrer psychischen Gesundheit gefährdet. Mit höherem Bildungsstatus nimmt die Wahrscheinlichkeit einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit ab. Auch soziale Unterstützung wirkt sich tendenziell positiv auf die psychische Gesundheit aus⁷⁰.

Die Behandlung psychischer Störungen erfolgt meist ambulant. Die Rate der stationären Behandlungen liegt in Bayern etwas unter dem deutschlandweiten Durchschnitt. Auch die Bettenzahl in Psychiatrie und Psychosomatik liegt unter dem Bundesdurchschnitt⁷¹.

Suizidrate

Im Zeitraum 2011-2015 nahmen sich im Landkreis Kulmbach im Mittel pro Jahr 1,6 Frauen und 8,8 Männer das Leben⁷². Die folgende Graphik zeigt die **Suizidsterbefälle pro 100.000 Einwohner*innen** im zeitlichen Vergleich. Aufgrund der durch die geringen Fallzahlen zu erwartenden hohen Zufallsschwankungen auf Landkreis-Ebene

⁶⁸ LfStat (2018), Bayern in Zahlen, S. 773ff.

⁶⁹ RKI (2012), GEDA 2010, S. 39.

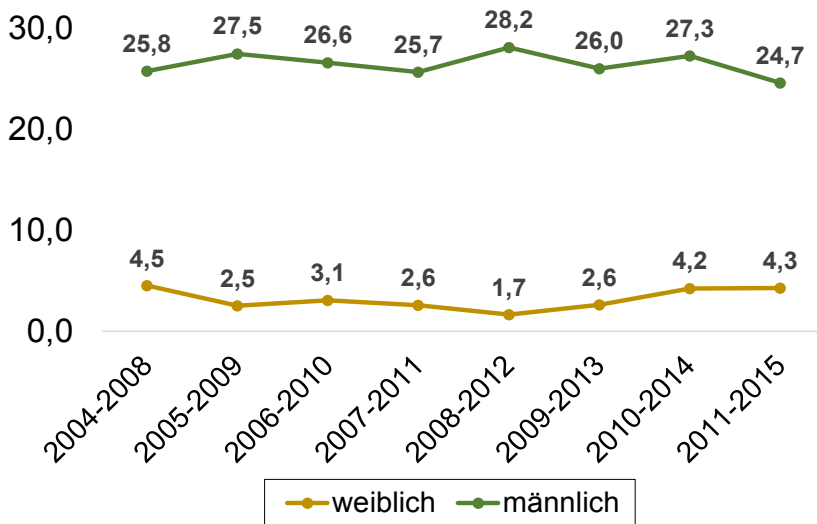
⁷⁰ RKI (2012), GEDA 2010, S. 39.

⁷¹ StMGP (2017), Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern, S. 8.

⁷² LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 3.89A.

werden 5-Jahres-Mittelwerte betrachtet, um statistisch stabilere Ergebnisse zu erhalten als bei der Betrachtung von Einzeljahren. Eine Altersstandardisierung wurde nicht durchgeführt, da die altersgruppenspezifischen Suizidraten aufgrund der sehr geringen Fallzahlen zu instabil wären.

Darstellung 23: Suizidrate pro 100.000 Einwohner*innen nach Geschlecht; Landkreis Kulmbach, 2004-2015 (5-Jahres-Mittelwerte)



Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit⁷³

Die Schwankungen der Suizidrate weisen im betrachteten Zeitraum keine eindeutige Richtungslinie auf. Zwischenzeitig sank der Wert von Frauen ab, während der der Männer anstieg, doch liegt er gegen Ende des Betrachtungszeitraumes wieder in einem ähnlichen Bereich wie zu Beginn des Zeitraums. Wobei zu beachten ist, dass Zufallschwankungen trotz der Zusammenfassung der Daten in 5-Jahresbereiche einen hohen Effekt haben können.

Die großen Unterschiede zwischen den Geschlechtern mit deutlich höheren Suizidraten bei Männern als bei Frauen, die bei der Betrachtung des zeitlichen Verlaufs im Landkreis Kulmbach durchgängig zu erkennen sind, passen zu dem Muster, das auch in Bayern beobachtet werden kann: Hier beträgt die geschlechtsspezifische Suizidrate für den Zeitraum 2011-2015 einen Wert von 7,3 Frauen je 100.000 Einwohnerinnen und 20,9 Männern je 100.000 Einwohner. Die geschlechtsunabhängige Suizidrate in Kulmbach liegt für diesen Zeitraum bei 14,2 Suizidfällen pro 100.000 Einwohner*innen und liegt damit nahe dem bayernweiten Wert von 14,0. Folglich stechen im Landkreis Kulmbach die überdurchschnittlich großen Disparitäten zwischen den Suizidraten der Geschlechter besonders hervor: **Die Suizidsterbefälle sind überwiegend männlich.** Eine Erklärung für die geschlechtsspezifischen Unterschiede ist das seltenere Aufsuchen von professioneller Hilfe bei psychischen Problemen von Männern sowie eine

⁷³ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 3.89A.

möglicherweise seltenere Diagnose von psychischen Erkrankungen wie Depressionen aufgrund des gesellschaftlich verankerten Bildes und der damit einhergehenden Erwartungshaltung zu ‚Männlichkeit‘. Diese Beobachtung stimmt mit den Diagnosefällen von Depressionen überein: Die Zahl an weiblichen diagnostizierten Fällen ist deutlich höher als die Zahl der männlichen Patienten (vgl. S. 42). Beim Hinblick auf die Raten der *Suizidversuche* wird jedoch ein differenzierteres Bild bezüglich der geschlechtsspezifischen Unterschiede ersichtlich: Gemäß einer WHO-Studie zum Suizidverhalten in Europa wurde deutlich, dass **Frauen öfter Suizidversuche begehen als Männer**. Die verwendeten Methoden sind bei Männern jedoch häufiger tödlich als bei Frauen⁷⁴.

Das Thema Suizid verdient besondere Beachtung, zumal **einzelne Altersgruppen besonders gefährdet** sind und erkennbar höhere Suizidraten als die Durchschnittswerte aufweisen. Suizidraten nehmen im Allgemeinen mit steigendem Alter zu und nehmen in **der Altersgruppe über 75 Jahren** die höchsten Werte an⁷⁵. In höheren Altersgruppen stellen vor allem sozial isolierte und schwer kranke Männer eine Hochrisikogruppe dar. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind Suizide bayernweit nach Verkehrsunfällen die zweithäufigste Todesursache⁷⁶.

Es wird angenommen, dass die meisten Suizidfälle durch psychische Erkrankungen, darunter vielfach Depressionen, oder akute psychische Krisensituationen bedingt sind. Der in den letzten Jahrzehnten sinkende Trend der bayernweiten Suizidrate wird zumindest zum Teil auf die Verbesserung der Diagnosestellung und Versorgung von Depressionen sowie auf die bessere Betreuung von Risikogruppen wie Drogenabhängigen zurückgeführt⁷⁷. Um die positive Entwicklung im Sinne eines Absinkens der Suizidraten zu stützen, kommt der Weiterführung beziehungsweise dem Aufbau **geeigneter Präventionsprogramme** sowie der Gewährleistung einer **bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung** eine große Bedeutung zu. Dabei sollten insbesondere die **stärker suizidgefährdeten Altersgruppen und Risikogruppen wie Personen mit psychischen Erkrankungen (inkl. Suchterkrankungen)** beachtet werden⁷⁸.

Psychische Störungen und Verhaltensstörungen

Als Kennziffer für die Verbreitung psychischer Erkrankungen im Landkreis Kulmbach werden nachfolgend die Krankenhausfälle infolge psychischer Störungen sowie Verhaltensstörungen abgebildet. Die Grafik zeigt die Entwicklung der Anzahl der Krankenhausfälle wegen psychischer und Verhaltensstörungen im zeitlichen Verlauf.

⁷⁴ Schmidtke et al. (2004), Suicidal Behaviour in Europe;
Vörös et al. (2004), Gender differences in suicidal behaviour.

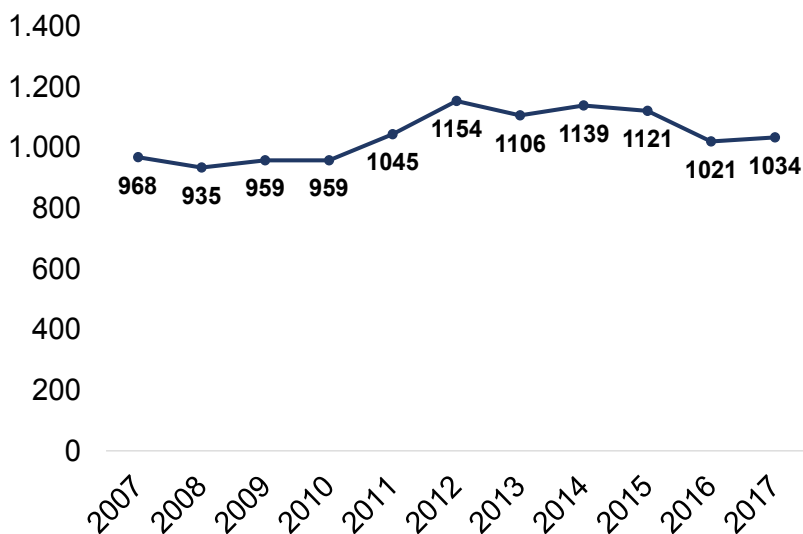
⁷⁵ RKI (2012), GEDA 2010, S. 114.

⁷⁶ StMGP (2017), Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern.

⁷⁷ LGL (2010), Gesundheitsreport Bayern.

⁷⁸ Seeger, Maier (2018), S. 45f.

Darstellung 24: Zeitliche Entwicklung der Krankenhausfälle wegen psychischer Störungen und Verhaltensstörungen; Landkreis Kulmbach, 2007-2017



Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik⁷⁹

Im zeitlichen Verlauf deuten die Daten im Landkreis Kulmbach auf einen Anstieg der Krankenhausfälle wegen psychischen oder Verhaltensstörungen hin. Im Jahr 2017 lag die Fallzahl um etwa 6,8% höher als in 2007. Dies muss nicht zwangsläufig mit einem Anstieg der dahinterstehenden Krankheitsfälle einhergehen, sondern kann auch auf eine ansteigende Zahl von Diagnosestellungen und weitere Aspekte wie die zunehmende Enttabuisierung des Themas psychische Gesundheit sowie eine zunehmende Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Versorgung bei unveränderten Prävalenzen zurückzuführen sein.

Affektive Störungen

Affektive Störungen, darunter insbesondere Depressionen, machen einen großen Teil psychischer Störungen aus. In ganz Bayern waren im Jahr 2014 ein Drittel der ambulanten Diagnosen zu psychischen Störungen bei Erwachsenen auf affektive Störungen zurückzuführen⁸⁰. Affektive Störungen gehören außerdem zu den häufigsten psychischen Erkrankungen bei Jugendlichen⁸¹.

2017 wurden insgesamt 8.460 GKV-Versicherte mit Wohnort im Landkreis Kulmbach aufgrund von affektiven Störungen (ICD-10 Code F30-F39) ambulant behandelt⁸². Datenbasis sind auch hier die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, weshalb nur Patient*innen, die im GKV-System behandelt werden, erfasst sind.

⁷⁹ LfStat (2018), GENESIS-Online, Tabelle 23131-012z.

⁸⁰ StMGP (2017), Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern, S.15.

⁸¹ StMGP (2016), Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern, S. 62.

⁸² LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.82C.

Der Landkreis unter gesundheitsrelevanten Aspekten

Für eine Ratenbildung ist aufgrund der Einschränkung der Daten auf GKV-Versicherte eine Bezugnahme auf die GKV-versicherten Einwohner*innen des Landkreises notwendig. Aufgrund der bereits im Zuge der Aufarbeitung der ambulanten Fälle in hausärztlichen Praxen erläuterten Ungenauigkeiten, die hierbei entstehen können (vgl. S. 26f.), wird auf einen Vergleich mit Bayern verzichtet. In Darstellung 25 werden die absoluten Anzahlen von Patient*innen sowie die näherungsweise Raten für den Landkreis Kulmbach für die beiden Jahre 2011 und 2017, zu denen entsprechende Zahlen verfügbar sind, dargestellt.

Darstellung 25: Ambulante GKV-Patient*innen mit affektiven Störungen; Landkreis Kulmbach, 2011 und 2017

Jahr	Insgesamt ^a	je 100.000 ^b	Frauen	je 100.000 ^b	Männer	je 100.000 ^b
2011	8.312	13.303	5.829	17.435	2.330	8.323
2017	8.460	13.655	5.864	17.517	2.585	9.098

a) Anzahl insgesamt kann aufgrund von Fällen mit fehlenden Geschlechtsangaben von Summe geschlechtsspezifischer Werte abweichen

b) Bezugsbasis: GKV-Versicherte mit mindestens einem Arztkontakt in der ambulanten Versorgung (Ersatzgröße für die Landkreisebene nicht vorliegende Zahl der GKV-Versicherten)

Quelle: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit⁸³

In den beiden betrachteten Jahren haben Frauen einen Anteil von rund 70% an den ambulant behandelten Patient*innen mit affektiven Störungen. Der **hohe Anteil an Frauen** passt in das weltweit beobachtete Bild, dass psychische Störungen generell bei Frauen häufiger auftreten als bei Männern und dass innerhalb der psychischen Störungen bei Frauen affektive Störungen und Angststörungen die größte Bedeutung haben⁸⁴. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern kann jedoch, gleichermaßen wie der zwischen 2011 und 2017 verzeichnete Anstieg der Behandlungsfälle, neben Ursachen der Erkrankungshäufigkeit auch auf Differenzen bei der Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychischen Erkrankungen zwischen den Geschlechtern zurückzuführen sein. Neben Frauen sind auch **Menschen der unteren Sozialstatusgruppe** häufiger als die der oberen betroffen.

Speziell an akuten **Depressionen** leiden bayernweit etwa 8% der Erwachsenen. Depressionen sind ernstzunehmende Erkrankungen, jedoch nicht jede Traurigkeit ist einer Depression gleichzusetzen. Als zeitlich begrenzte Reaktionen auf bestimmte Ereignisse sind Anzeichen für Depressionen ganz natürlich. Halten Symptome wie beispielsweise gedrückte Stimmung, Interessenlosigkeit und Antriebsminderung jedoch über einen längeren Zeitraum an, kann es sich um eine ernsthafte Erkrankung handeln. Eine Depression geht mit hohem Leidensdruck für die Betroffenen einher. Schwere Depressionen können bis zum Suizid führen⁸⁵. Etwa **jede zehnte Frau leidet**

⁸³ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.82C.

⁸⁴ StMGP (2017), Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern.

⁸⁵ StMGP (2017), Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern, S. 30f.

nach der Geburt an einer Wochenbettdepression, die allgemein gut behandelbar ist und selten bleibende Folgen für die Familie hat. Mit dem **Alter** zeigt sich ein Anstieg der Diagnosehäufigkeit, was jedoch auch darauf zurückzuführen sein kann, dass mit dem Alter auch andere Erkrankungen einhergehen.

Depressionen sind grundsätzlich gut behandelbar, wenn sie rechtzeitig erkannt und leitliniengemäß therapiert werden. Alarmierend ist dabei die Feststellung, dass zum Stand 2011 nur rund die Hälfte der behandlungsbedürftigen Depressionen leitliniengerecht behandelt wurde. Rund ein Viertel wurde gar nicht behandelt. Insbesondere bei schweren Depressionen gibt es bayernweit eine Unterversorgung, weshalb Fachleute vielfach für ein gestuftes Therapiemodell plädieren. Bei der Früherkennung und Diagnosestellung von Depressionen nehmen insbesondere die **Hausärzt*innen** eine zentrale Rolle ein, weshalb eine **ausreichende Schulung bezüglich der Diagnostik sowie der leitliniengerechten Behandlung** für die umfassende Versorgung von Depressionen vonnöten ist⁸⁶.

Ursachen von Depressionen können biologische Faktoren sein, aber auch psychologische, biografische sowie soziale bzw. gesellschaftliche Faktoren spielen eine Rolle. Häufige Beispiele sind Sozialisationserfahrungen, familiäre Vorbelastungen, Beziehungsprobleme sowie auch Migration, Arbeitslosigkeit und Stress. **Präventiv** kann Depressionen beispielsweise durch **Reduktion von Belastungen** sowie eine **Stärkung von Widerstandskräften und Lebenskompetenzen** vorgebeugt werden. Besonders in bestimmten Lebenssituationen ist die Prävention bedeutsam: **Kinder depressiver Eltern** sind beispielsweise besonders gefährdet, im Laufe ihres Lebens selbst an Depressionen zu erkranken, weshalb hier eine besondere Unterstützung sinnvoll ist. Auch beispielsweise bei **Schwangerschaft, Scheidung oder dem Verlust nahestehender Menschen** ist eine besondere Unterstützung zur Prävention von Depressionen hilfreich. Auch **Selbsthilfegruppen** können hier eine zentrale Rolle einnehmen⁸⁷.

Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

2017 wurden 3.443 GKV-Versicherte des Landkreises Kulmbach wegen psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 Code F10-F19) ambulant behandelt⁸⁸. Diese Zahl gibt die im GKV-System versorgten Patient*innen mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen aufgrund von Substanzmissbrauch, beispielsweise durch Alkohol oder Drogen, an.

Wie bei den ambulanten Fällen in hausärztlichen Praxen dargelegt (vgl. S. 26f.), sind die in Bezug zu 100.000 Einwohner*innen gesetzten Raten keine validen Bezugsgrößen auf Landkreisebene. Bayernweit sind diese jedoch verwendbar. In der folgenden

⁸⁶ StMGP (2017), Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern, S. 37ff.

⁸⁷ StMGP (2017), Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern, S. 45f.

⁸⁸ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.82A.

Der Landkreis unter gesundheitsrelevanten Aspekten

Tabelle sind die absoluten Anzahlen an behandelten Patient*innen sowie die näherungsweise Raten im Landkreis Kulmbach für die beiden verfügbaren Jahre 2011 und 2017 dargestellt.

Darstellung 26: Ambulante GKV-Patient*innen mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; Landkreis Kulmbach, 2011 und 2017

Jahr	Insgesamt ^a	je 100.000 ^b	Frauen	je 100.000 ^b	Männer	je 100.000 ^b
2011	2.600	4.161	1.075	3.215	1.478	5.280
2017	3.443	5.557	1.493	4.460	1.944	6.842

a) Anzahl insgesamt kann aufgrund von Fällen mit fehlenden Geschlechtsangaben von Summe geschlechtsspezifischer Werte abweichen

b) Bezugsbasis: GKV-Versicherte mit mindestens einem Arztkontakt in der ambulanten Versorgung (Ersatzgröße für die Landkreisebene nicht vorliegende Zahl der GKV-Versicherten)

Quelle: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit⁸⁹

Insgesamt erhöhte sich die Zahl der ambulant behandelten GKV-Patient*innen mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen im betrachteten Zeitraum um 32,4% im Vergleich zu 2011. Bayernweit ist eine ähnliche Entwicklung zu beobachten: Insgesamt vergrößerte sich die absolute Zahl hier um 35,5%. Bei Betrachtung der Rate relativiert sich der Wert für Bayern auf 26,7%.

In absoluten Zahlen lag im Landkreis Kulmbach in beiden Betrachtungsjahren die Anzahl der ambulant behandelten GKV-Patient*innen mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen bei Männern um mehr als ein Drittel höher als bei Frauen: Im Jahr 2011 gab es 37,8% **mehr Fälle männlicher Patienten**, 2017 beträgt dieser Unterschied nur noch 33,6%. Bei der Interpretation der Raten sind die Limitationen der Bezugsbasis zu beachten: So könnten die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der Rate auch mit einer unterschiedlich genauen Abschätzung der Bezugsgröße zusammenhängen. Beispielsweise haben laut der DEGS1-Studie (von 2008 bis 2011 durchgeführte erste Erhebungswelle der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ des Robert-Koch-Instituts) 82,0% der Frauen gegenüber 76,7% der Männer mindestens einen Arztkontakt im Jahr in einer Praxis der Allgemeinmedizin⁹⁰. Der vergleichsweise große Unterschied zwischen den Geschlechtern im Landkreis Kulmbach lässt aber auf einen realen Unterschied schließen. Auch bayernweit ist ein vergleichbarer Unterschied zwischen den Geschlechtern zu beobachten: Bei Betrachtung der Raten ist diejenige der männlichen ambulant behandelten GKV-Versicherten mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Jahr 2017 um 43,8% höher als die Rate der entsprechenden weiblichen Patientinnen.

⁸⁹ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.82A.

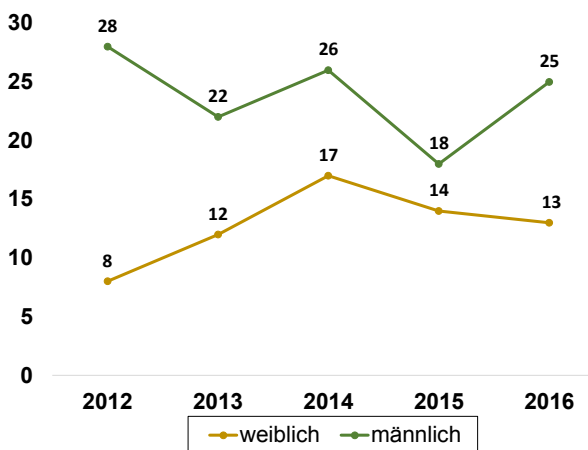
⁹⁰ RKI (2012), GEDA 2010, S. 307.

Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch akute Alkohol-Intoxikationen bei Jugendlichen

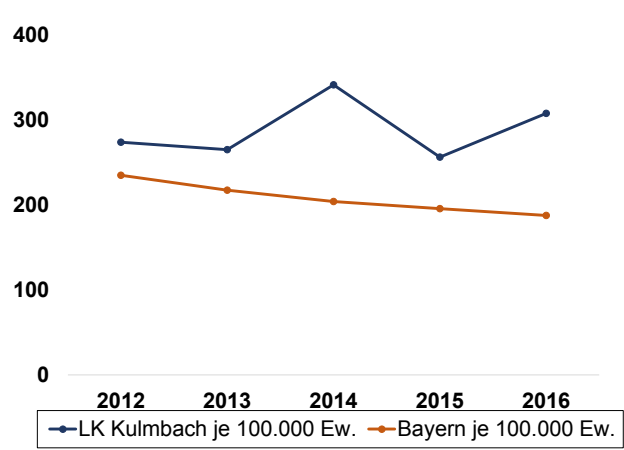
Bei den 15- bis 20-Jährigen in Bayern sind Störungen durch Konsum psychotroper Substanzen, darunter besonders durch Alkohol, noch vor den affektiven Störungen der häufigste Grund für eine stationäre Behandlung aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensstörungen⁹¹. Daten zu Krankenhausfällen bei unter 20-Jährigen infolge einer **akuten Alkohol-Intoxikation** (akuter Rausch) sind auf Kreisebene für die Jahre seit 2012 verfügbar. In der folgenden Darstellung sind die Zahlen für die **Krankenhausfälle** männlicher und weiblicher Patient*innen unter 20 Jahren infolge von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch akute Alkoholvergiftung sowie der Vergleich der Raten (Fälle pro 100.000 Einwohner*innen unter 20 Jahren) für Kulmbach sowie für Bayern dargestellt.

Darstellung 27: Krankenhausfälle infolge von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch akute Alkohol-Intoxikation (akuter Rausch) bei unter 20-Jährigen, im zeitlichen, geschlechtsspezifischen und regionalen Vergleich

Zeitliche Entwicklung, geschlechtsspezifisch; LK Kulmbach, 2012-2016



Raten pro 100.000 Einwohner*innen unter 20; LK Kulmbach und Bayern, 2012-2016



Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit⁹²

Während sich **bayernweit ein deutlich sinkender Trend** zeigt, ist eine solche Entwicklung im Landkreis Kulmbach aufgrund der Schwankungen wegen den geringen Fallzahlen nicht zu beurteilen. Auffällig ist, dass die Fallzahl männlicher Jugendlicher im betrachteten Zeitraum durchgehend höher als die der weiblichen Patientinnen ist. Bei Betrachtung der Gesamtrate fällt auf, dass die Fallzahlen im Landkreis Kulmbach im Vergleich zu Bayern im gesamten Zeitraum überdurchschnittlich hoch sind.

⁹¹ StMGP (2016), Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern, S. 62, 77.

⁹² LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.83A.

Die Raten für Kulmbach schwanken dabei zwischen Werten, die um 17% (2012) bis 67% (2014) höher als die bayernweiten Raten sind (vgl. Darstellung 27, Raten pro 100.000 Einwohner*innen unter 20, LK Kulmbach und Bayern, 2012-2016). Auch diese Schwankungen sind jedoch den geringen Fallzahlen im Landkreis Kulmbach geschuldet. Eine weitere Beobachtung der Entwicklung scheint deshalb ratsam.

Demenzerkrankungen

In höheren Altersgruppen sind Demenzerkrankungen die häufigste psychische Störung. Sie gehören aufgrund des Zusammenhangs mit dem Alter zu den schwerwiegendsten Krankheiten der Zukunft. Im Zuge von Demenzerkrankungen werden Gehirnzellen zerstört, was schließlich in komplette Abhängigkeit führen kann. Die häufigste Form von Demenz ist die Alzheimer-Erkrankung⁹³.

Gemäß einer Studie des Rostocker Zentrums zu Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland⁹⁴ steigen die altersspezifischen Raten von Demenz in einer Bevölkerung von unter 1% in der Altersklasse von 60- bis 64-Jährigen auf 42% bei über 100-Jährigen, was klar auf eine **steigende Anzahl demenzieller Erkrankungen mit zunehmendem Alter** hindeutet. Die Studie aus dem Jahr 2009 bezieht sich auf einen Datensatz der gesetzlichen Krankenkassen aus dem Jahr 2002. Aufgrund der besonders hohen Stichprobe (Auswertung von 2,3 Millionen Fällen) stellt sie jedoch einen bisher unübertroffenen Meilenstein in der Forschung zu Demenz in Deutschland dar. Allgemein sind demnach Frauen mehr von demenziellen Erkrankungen betroffen, nur im Alter von 60-70 Jahren sind die Raten für Männer geringfügig höher (die Prävalenz in Westdeutschland im Alter von 60-64 Jahren liegt bei 0,6% bei Frauen und 0,8% bei Männern, im Alter ab 95 liegt die Prävalenz bei Frauen bei 37,7%, bei Männern bei 28,3%). Die Inzidenzraten, das heißt die Neuerkrankungsraten, steigen von 2,9 Fällen pro 100 gelebten Personenjahren in der Altersgruppe von 65 bis 69 Jahren auf 10,7 im Alter von 95 Jahren und älter. Auch die Auswertung der Inzidenz zeigt eine allgemein höhere Erkrankungsrate bei Frauen auf. Im Jahr 2007 sind etwa 256.000 Personen neu an Demenz erkrankt, darunter 244.000 im Alter von über 65 Jahren. Alter ist demnach der größte Risikofaktor für Demenz. Aufgrund der absehbaren demografischen Entwicklung wird daher mit einem **Anstieg der Fallzahlen** gerechnet.

Die vorhandenen Prognoserechnungen für Deutschland unterscheiden sich in Prognosetechnik und Abschätzung der Fallzahlen des jeweiligen Basisjahres, da die vorhandene Datenbasis noch unvollständig ist. Die für 2050 vorhergesagten Fallzahlen schwanken je nach Studie zwischen 1,5 und 3,5 Millionen Demenzkranken, wobei die Mehrzahl eine Zahl zwischen zwei und drei Millionen Demenzkranken schätzt. Insbesondere aufgrund von Erfolgen in Therapie und Prävention kardiovaskulärer und zerebrovaskulärer Erkrankungen gibt es erste Hinweise aus aktuellen Forschungen auf

⁹³ Ziegler, Doblhammer (2009).

⁹⁴ Ziegler, Doblhammer (2009).

eher sinkende altersspezifische Demenz-Prävalenzen. Trotzdem wird angesichts der demografischen Verschiebung erwartet, dass dies den prognostizierten Anstieg der Demenzfälle nur in geringem Maße abbremsen wird⁹⁵. Für den Landkreis Kulmbach sind keine genaueren Prognosedaten zu Demenzerkrankungen verfügbar. Zu einer Erleichterung der Last der Betroffenen und ihren Angehörigen auf Landkreisebene wird empfohlen, die **Öffentlichkeit zu informieren** und einhergehend damit **gegen Tabus zu kämpfen**. Bestehende **Einrichtungen und Organisationen können zudem in eine bessere Versorgung mit eingebunden werden**. In **Diskussionsforen** können sich Bürger*innen mit dem Thema auseinandersetzen und Wünsche und Anregungen teilen. Bei der Orts- oder Stadtteilplanung zum Beispiel können Demenzerkrankungen mitbedacht werden und die **Schaffung alternativer Wohnformen** unterstützt werden. Auch eine **Stärkung und Anerkennung ehrenamtlichen Engagements** allgemein wie auch in diesem Bereich kann nützlich sein. Wichtig ist dabei auch, dass Menschen mit Demenz nach Möglichkeit das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben erhalten bleibt⁹⁶.

Subjektive Gesundheit

In Bevölkerungsstudien findet die **Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes** zur Erfassung der subjektiven Gesundheit international Verwendung. Die subjektive Gesundheit bezieht dabei speziell persönliche und soziale Dimensionen des eigenen Befindens mit ein. Sie hat Einfluss nicht nur auf die reale wie insbesondere die psychische Gesundheit, sondern auch auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie auf die Sterblichkeit⁹⁷. Die subjektive Selbsteinschätzung hat womöglich auch Auswirkungen auf das individuelle Gesundheitsverhalten.

Deutschlandweit schätzen rund 65,2% der Menschen ihre Gesundheit mindestens als ‚gut‘ ein. Dabei scheint der subjektive Gesundheitszustand in Bayern leicht überdurchschnittlich zu sein (ca. 69%) und auch lang andauernde Gesundheitsprobleme sowie chronische Erkrankungen werden hier etwas seltener angegeben (Deutschland 42%, Bayern 38%), was insbesondere auf den sozioökonomischen Status von Bayern zurückgeführt wird⁹⁸. Mit steigendem Alter nimmt die positive Selbsteinschätzung der Gesundheit ab. Während im Alter von 18 bis 29 Jahre noch etwa 90% ihren Gesundheitszustand als mindestens ‚gut‘ einschätzen, nimmt dieser Wert mit dem Alter stetig ab und liegt in der Gruppe ab 75 Jahren nur noch bei etwa 40% (Werte für Bayern). Die Unterschiede unter den Geschlechtern sind jedoch nur gering: Männer schätzen ihren Gesundheitszustand etwa 1,5% häufiger als mindestens ‚gut‘ ein.

⁹⁵ RKI (2012), GEDA 2010, S. 415 und S. 442ff.

⁹⁶ Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2011), Demenz-Report, S. 7.

⁹⁷ RKI (2014), GEDA 2012, S. 37.

⁹⁸ LfStat (2019), Bayern in Zahlen, S. 97-104.

Interessant ist der **Zusammenhang mit Bildung**: In höheren Bildungsgruppen schätzen Befragte ihre Gesundheit tendenziell besser ein. Bayern weist deutschlandweit vor allem bei den Männern überdurchschnittliche Werte auf⁹⁹. Genaue Daten für den Landkreis Kulmbach wurden hierzu nicht erhoben.

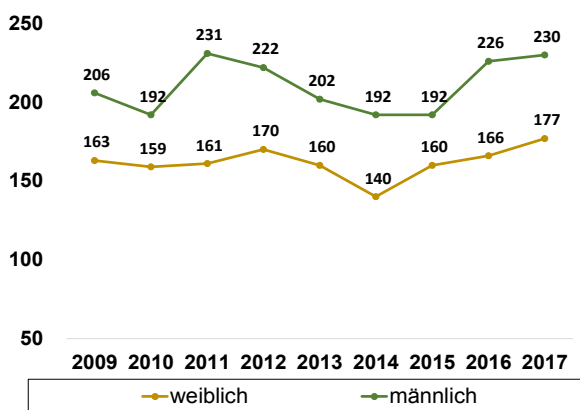
Äußere Ursachen

Verunglückte im Straßenverkehr

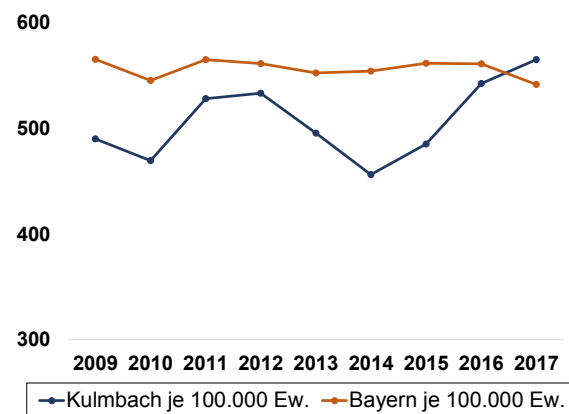
2017 verunglückten im Landkreis Kulmbach insgesamt 407 Personen im Straßenverkehr¹⁰⁰. Dabei wurden verletzte und getötete Personen, die bei Unfällen im Fahrverkehr, auf öffentlichen Wegen und Plätzen Körperschäden erlitten, erfasst¹⁰¹. Insbesondere bezüglich der bayernweiten Betrachtung ist bei diesem Indikator zu beachten, dass nur Verunglückte mit gültiger Geschlechtsangabe (männlich bzw. weiblich) ausgewertet werden. Die Grafiken in Darstellung 28 zeigen die Verunglückten im Straßenverkehr für den Landkreis Kulmbach geschlechtsabhängig in absoluten Zahlen sowie einen Vergleich der Raten Verunglückter pro 100.000 Einwohner*innen zwischen dem Landkreis Kulmbach und Bayern.

Darstellung 28: Verunglückte im Straßenverkehr im zeitlichen, geschlechtsspezifischen und regionalen Vergleich

Zeitliche Entwicklung, geschlechtsspezifisch; LK Kulmbach, 2009-2017



Raten pro 100.000 Einwohner*innen; LK Kulmbach und Bayern, 2009-2017



Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit¹⁰²

⁹⁹ RKI (2014), GEDA 2012, S. 37.

¹⁰⁰ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.118.

¹⁰¹ Dazu zählen auch Bahnunfälle; ausgenommen sind hingegen Unfälle, die Fußgänger betrafen sowie Unfälle, die sich auf Privatgrundstücken ereigneten

¹⁰² LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.118.

Der geschlechtsspezifische Vergleich zeigt im betrachteten Zeitraum eine durchgehend **höhere Anzahl im Straßenverkehr verunglückter Männer** im Landkreis Kulmbach. Bayernweit ist ein ähnliches Verhältnis wie im Landkreis Kulmbach zu beobachten.

Bei Betrachtung der Rate kann für Kulmbach aufgrund größerer Schwankungen keine eindeutige Entwicklungstendenz herausgestellt werden. Auch bayernweit lässt sich ein Abwärtstrend nur erahnen. In den Jahren 2009 bis 2016 lag die Rate für den Landkreis Kulmbach unter der für ganz Bayern. Im Jahr 2017 hingegen überstieg der Wert des Landkreises Kulmbach die Rate der bayernweit im Straßenverkehr verunglückten Menschen pro 100.000 Einwohner*innen. Auch die absolute Zahl ist für den Landkreis Kulmbach im Jahr 2017 verhältnismäßig hoch: Während die absoluten Zahlen für Verunglückte im Straßenverkehr 2009 bis 2016 den Wert 400 nicht überschritten, war dies 2017 der Fall.

Krebsneuerkrankungen

Neubildungen stellen wie in Kapitel 2.2.1 dargestellt die zweithäufigste Todesursache im Landkreis Kulmbach wie auch in ganz Deutschland sowie die häufigste Ursache vorzeitiger Sterbefälle (unter 65 Jahren) dar. Im Jahr 2014 erkrankten im Landkreis Kulmbach 140 Frauen und 218 Männer neu an einer bösartigen Neubildung (Krebs)¹⁰³. Bei Frauen ist die häufigste Krebs-Diagnose **Brustkrebs**, gefolgt von Tumoren an Darm, Trachea/Bronchien/Lunge, Gebärmutterkörper sowie dem malignen Melanom der Haut. Bei Männern ist die häufigste Krebsdiagnose **Prostatakrebs**, gefolgt von Tumoren an Darm, Trachea/Bronchien/Lunge, Harnblase sowie dem malignen Melanom der Haut, wie folgend dargestellt.

¹⁰³ LGL (2017), Bayerisches Krebsregister, Fallzahlen (inkl. DCO).

Darstellung 29: Die häufigsten Krebs-Neuerkrankungen im Landkreis Kulmbach nach Geschlecht, 2014

Frauen:

	ICD-10- Code	Diagnose	Anteil in %
1.	C50	Brust	21,4%
2.	C18-C21	Darm	17,1%
3.	C33-C34	Trachea, Bronchien und Lunge	8,4%
4.	C54-C55	Gebärmutterkörper	3,6%
5.	C43	Malignes Melanom der Haut	3,6%

Männer:

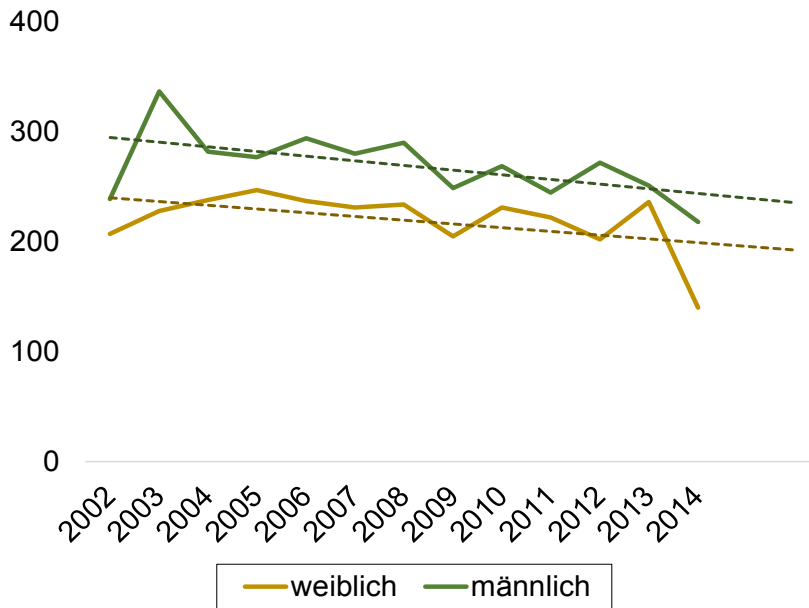
	ICD-10- Code	Diagnose	Anteil in %
1.	C61	Prostata	17,4%
2.	C33-C34	Trachea, Bronchien und Lunge	15,1%
3.	C18-C21	Darm	12,8%
4.	C67, D09.0, D41.4	Harnblase	4,6%
5.	C43	Malignes Melanom der Haut	4,1%

Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Krebsregisters¹⁰⁴

Die folgende Grafik zeigt die Entwicklung der Fallzahlen von Krebsneuerkrankungen im Landkreis Kulmbach, bei zusammengefasster Betrachtung aller bösartigen Neubildungen. Im Jahr 2014 sind 358 Menschen im Landkreis Kulmbach neu an Krebs erkrankt, was einem Wert von 494 Krebsneuerkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen entspricht.

¹⁰⁴ LGL (2017), Bayerisches Krebsregister, Fallzahlen (inkl. DCO).

Darstellung 30: Krebsneuerkrankungen im Landkreis Kulmbach nach Geschlecht, 2002-2014



Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Krebsregisters¹⁰⁵

Der zeitliche Verlauf im Landkreis Kulmbach entspricht dem generellen Trend in Bayern: Bei Männern wird seit 2005, bei Frauen seit 2008, eine **rückläufige Tendenz der Krebsneuerkrankungsraten** beobachtet¹⁰⁶. Das auffällig starke Absinken der Krebsneuerkrankungszahlen zwischen 2012 und 2014 könnte zumindest teilweise durch ausstehende Nachmeldungen erklärbar sein. Doch auch Zufallsschwankungen sind aufgrund der geringen Fallzahlen nicht zu vernachlässigen.

Die Krebsneuerkrankungsrate des Landkreises Kulmbach liegt über dem bayernweiten Durchschnitt, was in das Bild der regionalen Unterschiede innerhalb Bayerns passt, wie im Jahresbericht 2014 des Bayerischen Krebsregisters für die Inzidenzen in Bezug auf den Zeitraum 2008-2012 berichtet wurde: Bei Männern sowie in geringerem Umfang auch bei Frauen, wurden höhere Neuerkrankungsraten in Nord- und Nordostbayern berichtet. Diese regionalen Unterschiede innerhalb Bayerns wurden vorrangig auf Lungen- und Dickdarntumoren zurückgeführt, während bei Brust- und Prostata-Tumoren keine vergleichbaren räumlichen Muster festgestellt wurden¹⁰⁷. Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen regionaler Deprivation und Gesundheit sind für Lungen- und Dickdarntumoren signifikante Zusammenhänge gezeigt worden¹⁰⁸.

¹⁰⁵ LGL (2017), Bayerisches Krebsregister, Fallzahlen (inkl. DCO).

¹⁰⁶ Vgl. LGL (2015), Jahresbericht 2014 des bevölkerungsbezogenen Krebsregisters Bayern, S. 11.

¹⁰⁷ Vgl. LGL (2015), Jahresbericht 2014 des bevölkerungsbezogenen Krebsregisters Bayern, S. 11.

¹⁰⁸ Kuznetsov et al. (2012).

Herz-/Kreislaufkrankungen

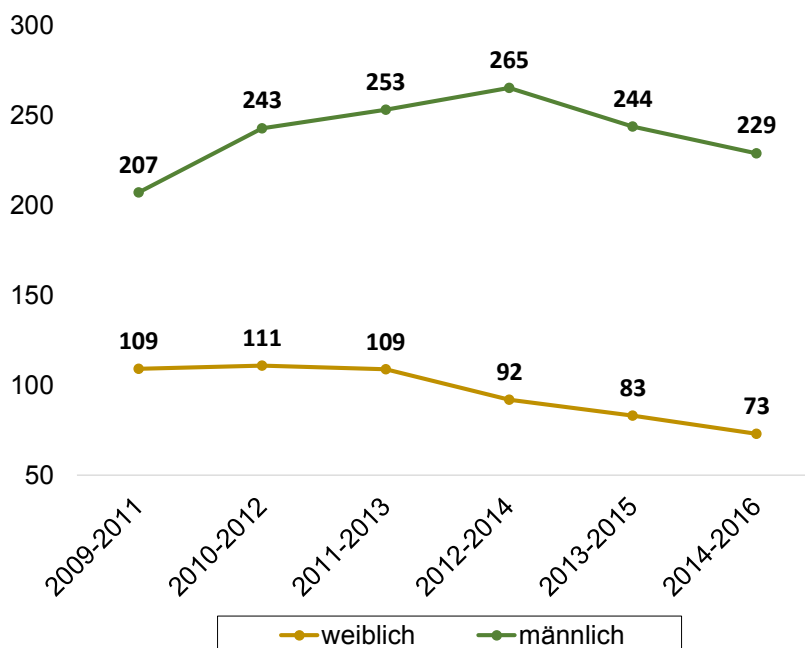
Herzinfarkte

Krankheiten des Kreislaufsystems stellen im Landkreis Kulmbach, wie auch in Deutschland insgesamt, die häufigste Todesursache dar (vgl. Kap 5.1.1). Darunter haben vor allem die koronare Herzkrankheit, der Herzinfarkt und der Schlaganfall aufgrund ihrer weiten Verbreitung eine hohe Relevanz. Aufgrund des demografischen Wandels mit einem zunehmenden Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung (vgl. Kap. 2.1.1) ist mit erhöhten Prävalenzen solcher Erkrankungen zu rechnen.

Herz-Kreislaufkrankungen bieten aufgrund der beeinflussbaren Risikofaktoren, wie beispielsweise Hypertonie, Rauchen, Adipositas, körperliche Inaktivität sowie ungesunde Ernährung, ein **hohes Potential für Präventionsmaßnahmen**¹⁰⁹.

Im Durchschnitt der drei Jahre 2014 bis 2016 wurden 197 Menschen mit Wohnort im Landkreis Kulmbach wegen eines Herzinfarkts stationär behandelt, darunter 66 Frauen und 131 Männer. Die folgende Darstellung zeigt die direkt altersstandardisierten Raten der Krankenhausfälle aufgrund von Herzinfarkten pro 100.000 Einwohner*innen nach Geschlechtern im zeitlichen Verlauf. Die Fälle berechnen sich aus der Zahl der Patient*innen, die in einem Krankenhaus vollstationär behandelt wurden.

Darstellung 31: Krankenhausfälle wegen Herzinfarkt pro 100.000 Einwohner*innen, direkt altersstandardisiert; Landkreis Kulmbach, 2009-2016 (3-Jahres-Mittelwerte)



Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit¹¹⁰

¹⁰⁹ Vgl. RKI (2014), GEDA 2012, S. 72; sowie Seeger, Maier (2018), S. 55.

¹¹⁰ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.91A.

Auffallend sind die im Betrachtungszeitraum durchgehend **höheren Raten** der Krankenhausfälle aufgrund von Herzinfarkten **bei Männern** als bei Frauen. Ein eindeutiger Entwicklungstrend ist nicht zu beobachten. Im zeitlichen Verlauf aber lässt sich bei den Frauen eine tendenziell sinkende Entwicklung der Zahlen erkennen. Nach anfänglichen steigenden Raten ist im Zeitraum ab 2012 auch bei den Männern ein sinkender Trend zu beobachten.

Im Jahr 2016 wurden im Landkreis Kulmbach insgesamt 181 Krankenhausfälle wegen Herzinfarkt verzeichnet, darunter waren 120 männliche Patienten und 61 weibliche Patientinnen. Pro 100.000 Einwohner*innen ergibt das einen Wert von 250,5 Fällen bezogen auf das Jahr 2016. Dieser Wert ist etwas höher als der entsprechende Wert für Bayern (238,0 Fälle). Interessant ist, dass dagegen die altersstandardisierte Rate für Kulmbach *unter* dem für ganz Bayern liegt (im Landkreis Kulmbach 139,8 und in Bayern 147,6 Fälle je 100.000 Einwohner*innen, altersstandardisiert, im Jahr 2016).

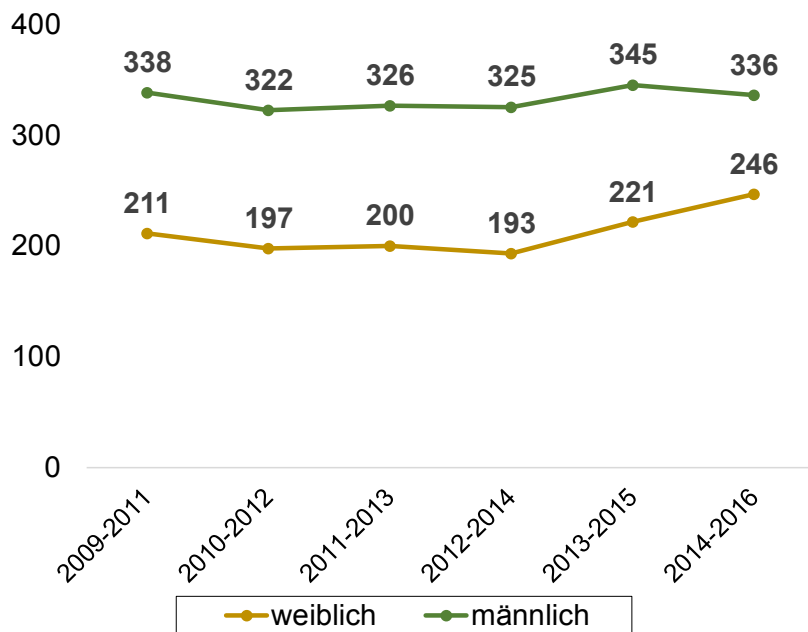
Schlaganfälle

Aufgrund eines Schlaganfalls wurden im Durchschnitt der Jahre 2014-2016 198 Frauen und 190 Männer mit Wohnort im Landkreis Kulmbach pro Jahr stationär behandelt¹¹¹. Da Schlaganfälle jedoch stark mit dem Alter korrelieren, wird auch hier die altersstandardisierte Rate je 100.000 Einwohner*innen für den Wert herangezogen, damit Vergleiche, wie zum Beispiel zwischen den Geschlechtern möglich sind. Im Durchschnitt der Jahre 2014-2016 wären die altersstandardisierten Werte pro 100.000 Einwohner*innen der Krankenhausfälle wegen Schlaganfall damit für Frauen 246 und für Männer 336. Dass der Unterschied zwischen Männern und Frauen hier höher liegt als in den absoluten Zahlen könnte beispielsweise daran liegen, dass Männer tendenziell in jüngerem Alter zu Schlaganfällen neigen und/oder die weibliche Bevölkerungsgruppe etwas größer ist und damit die Zahlen im Verhältnis weiter auseinander gehen. Die folgende Grafik zeigt die direkt altersstandardisierten Raten der Krankenhausfälle aufgrund von Schlaganfällen pro 100.000 Einwohner*innen nach Geschlechtern im zeitlichen Verlauf.

¹¹¹ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.91A.

Der Landkreis unter gesundheitsrelevanten Aspekten

Darstellung 32: Krankenhausfälle wegen Schlaganfall, direkt altersstandardisiert und pro 100.000 Einwohner*innen; Landkreis Kulmbach, 2009-2016 (3-Jahres-Mittelwerte)



Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit¹¹²

In Relation zu der Rate der Krankenhausfälle wegen Herzinfarkten erscheint die direkt altersstandardisierte Rate der Krankenhausfälle aufgrund von Schlaganfällen eher unauffällig. Die Rate liegt im Betrachtungszeitraum durchgehend bei Männern höher als bei Frauen, wobei ein leichter Anstieg der Fälle bei Frauen in den vergangenen Jahren bemerkbar ist. 2015 und 2016 waren die absoluten Zahlen für Krankenhausfälle wegen Schlaganfällen im Landkreis Kulmbach bei Frauen sogar erstmals höher als die bei Männern (208 weibliche und 207 männliche Fälle 2015, 205 weibliche und 180 männliche Fälle 2016). Eine tendenzielle Entwicklung der Gesamtzahlen ist nur in den ersten Jahren des beobachteten Zeitraums zu erkennen. Nach einer anfänglich leichten Abnahme stieg der Wert ab 2012 insbesondere bei den Frauen wieder leicht an, weshalb im betrachteten Zeitraum die Raten keine großen Abweichungen aufzeigen.

Aufgrund der Verschiebung der Altersstruktur in der Bevölkerung kann in den folgenden Jahrzehnten – wie bereits erläutert – ein tendenzieller Anstieg von altersbedingten Krankheitsbildern, wie auch Herzinfarkt und Schlaganfall, erwartet werden.

¹¹² LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.91A.

Krankheiten des Atmungssystems

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

Die chronische obstruktive Lungenerkrankung (Chronic obstructive pulmonary disease, COPD) ist eine Lungenerkrankung, die insbesondere durch Rauchen, aber auch durch beruflich bedingte Belastung an Stäuben, verursacht werden kann. Ärztliche Hilfe wird oft erst bei fortgeschrittener Krankheit in Anspruch genommen, wenn nur noch eine Minderung der Symptome möglich ist. COPD ist somit eine Erkrankung, bei der sowohl die **frühzeitige ärztliche Versorgung** sowie die **Prävention** neuer Krankheitsfälle besonders wichtig sind¹¹³.

2017 wurden insgesamt 3.307 GKV-Versicherte mit Wohnort im Landkreis Kulmbach wegen COPD ambulant behandelt. Wie bei den Daten zu den ambulanten Fällen in hausärztlichen Praxen (vgl. S. 26f.) gelten auch hier die Limitationen bezüglich der Bezugsgröße der GKV-versicherten Bevölkerung des Landkreises. In der folgenden Tabelle sind hierzu die absoluten Zahlen an Patient*innen sowie die näherungsweise Raten für den Landkreis Kulmbach in den beiden Jahren 2011 und 2017, zu denen entsprechende Zahlen verfügbar sind, dargestellt.

Darstellung 33: Ambulante GKV-Patient*innen mit COPD; Landkreis Kulmbach, 2011 und 2017

Jahr	Insgesamt ^a	je 100.000 ^b	Frauen	je 100.000 ^b	Männer	je 100.000 ^b
2011	2.906	4.651	1.409	4.214	1.445	5.162
2017	3.307	5.338	1.657	4.950	1.645	5.790

^a) Anzahl insgesamt kann aufgrund von Fällen mit fehlenden Geschlechtsangaben von Summe geschlechtsspezifischer Werte abweichen

^b) Bezugsbasis: GKV-Versicherte mit mindestens einem Arztkontakt in der ambulanten Versorgung (Ersatzgröße für die Landkreisebene nicht vorliegende Zahl der GKV-Versicherten)

Quelle: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit¹¹⁴

Die Anzahl ambulanter COPD-Patient*innen im Landkreis Kulmbach liegt im Jahr 2017 etwa um 400 höher als noch 2011. Dies entspricht einer Steigerung um rund 14%. Im Vergleich zu ganz Bayern sind die Raten für den Landkreis Kulmbach überdurchschnittlich hoch (Insgesamt 4.378 ambulante Patient*innen mit COPD pro 100.000 GKV-Versicherte in Bayern, 2017). Eine steigende Tendenz der ambulanten Fälle von GKV-Patient*innen mit COPD, wie sie im Landkreis Kulmbach zu beobachten ist, kann bayernweit nicht eindeutig beobachtet werden. Bei Betrachtung der bayernweiten Raten kann zwischen 2011 und 2017 keine deutliche Veränderung festgestellt werden (unter 1%).

¹¹³ Vgl. LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.96C; Seeger, Maier (2018), S. 57.

¹¹⁴ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.96C.

Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind ausgehend von den absoluten Zahlen zunächst nicht zu erkennen. Die geschätzten Raten pro 100.000 GKV-Versicherten liegen bei Männern höher, wobei dies auch hier mit einer unterschiedlich genauen Abschätzung der Bezugsgröße zusammenhängen könnte (vgl. S. 26f.).

Asthma

Wegen Asthma wurden im Jahr 2017 insgesamt 3.786 GKV-Versicherte mit Wohnort im Landkreis Kulmbach ambulant behandelt. Die folgende Tabelle zeigt die absoluten Anzahlen sowie die näherungsweise Raten für den Landkreis Kulmbach in den beiden Jahren 2011 und 2017, zu denen entsprechende Daten verfügbar sind.

Darstellung 34: Ambulante GKV-Patient*innen mit Asthma; Landkreis Kulmbach, 2011 und 2017

Jahr	Insgesamt^a	je 100.000^b	Frauen	je 100.000^b	Männer	je 100.000^b
2011	3.512	5.621	1.893	5.662	1.568	5.601
2017	3.786	6.111	2.106	6.219	1.667	5.905

^a) Anzahl insgesamt kann aufgrund von Fällen mit fehlenden Geschlechtsangaben von Summe geschlechtsspezifischer Werte abweichen

^b) Bezugsbasis: GKV-Versicherte mit mindestens einem Arztkontakt in der ambulanten Versorgung (Ersatzgröße für die Landkreisebene nicht vorliegende Zahl der GKV-Versicherten)

Quelle: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit¹¹⁵

Die absolute Anzahl ambulant versorgter Asthma-Patient*innen lag im Jahr 2017 insgesamt 7,8% höher als in 2011, wobei der Anstieg bei Frauen mit 11,3% etwas höher lag als der bei Männern (6,3%). Generell ist bei Frauen eine höhere Anzahl ambulant versorgter Asthma-Patientinnen zu erkennen. Diese Tendenzen stimmen mit den bayernweiten überein. Bei Betrachtung der Raten ist für den Landkreis Kulmbach eine im Vergleich zu Bayern unterdurchschnittliche Anzahl ambulant behandelter Asthma-Patient*innen im Verhältnis zu 100.000 GKV-Versicherten erkennbar (Insgesamt 7.109 ambulante Patient*innen mit Asthma pro 100.000 GKV-Versicherte in Bayern, 2017). Bei dieser Interpretation sind jedoch ebenfalls die Limitationen zu beachten, die aus der Näherung der Bezugsbasis für die Ratenermittlung resultieren (vgl. S. 26f.).

¹¹⁵ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.96A.

Stoffwechselerkrankungen

Ambulante Patient*innen mit Diabetes mellitus

Diabetes mellitus ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, die bei unzureichender Behandlung oder dadurch, dass sie unerkannt bleibt, langfristig eine Schädigung der Blutgefäße und der peripheren Nerven bewirken kann¹¹⁶. Folgen von Diabetes können Herz-Kreislauferkrankungen, Nierenfunktionsstörungen, Schädigungen der Netzhaut, Sensibilitäts- und Durchblutungsstörungen an Extremitäten (bis hin zum diabetischen Fußsyndrom) als Begleit- und Folgeerkrankungen sein¹¹⁷.

Zu den häufigsten Formen von Diabetes mellitus gehört der Typ-1, bei dem aufgrund einer Zerstörung insulinproduzierender Zellen der Bauchspeicheldrüse ein Insulinmangel im Blut besteht. Bei dem vielmals mit dem Alter korrelierenden Typ-2 bildet sich eine Insulinresistenz im Körper. Der Typ-2-Diabetes ist neben dem Alter auch oft bedingt durch den persönlichen Lebensstil und bietet dadurch ein besonderes **Präventionspotential**. Neben Typ-1 und Typ-2 gibt es jedoch noch weitere Formen von Diabetes mellitus wie beispielsweise das durch eine Schwangerschaft bedingte Gestations- bzw. Schwangerschaftsdiabetes und seltenere Formen, die beispielsweise auf Folgen von anderen Erkrankungen, genetischen Defekten oder Nebenwirkungen von Medikamenten zurückzuführen sind¹¹⁸.

Bei Erwachsenen in Deutschland wird die Prävalenz von Diabetes ausgehend von den Daten der von 2008 bis 2011 durchgeführten Erhebungswelle der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1-Studie) des Robert-Koch-Instituts auf ca. 7,2% der Erwachsenen im Alter 18-79 Jahre geschätzt, was der Gesamtzahl von etwa 4,6 Mio. Erwachsenen entspricht¹¹⁹. Da die **Prävalenz** speziell des im Erwachsenenalter vorwiegend auftretenden Typ-2-Diabetes **in höheren Altersgruppen deutlich höher** liegt als in jüngeren Altersgruppen, wird für die Zukunft aufgrund der demografischen Alterung der Gesellschaft mit einem Anstieg der Behandlungsfälle an Typ-2-Diabetes gerechnet. Zwischen dem Bundesgesundheitsurvey von 1998 und der DEGS1-Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2008-2011 wurde ein Anstieg der (diagnostizierten) Diabetes-Fälle festgestellt, der zu rund einem Drittel auf die demografische Verschiebung der Bevölkerungsstruktur zurückgeführt wird. Teils wird der Anstieg auch auf die optimierte Früherkennung und auf eine Änderung der diagnostischen Kriterien zurückgeführt. Die **demografische Alterung der Gesellschaft, die veränderten diagnostischen Kriterien sowie die bessere Früherkennung** reichen jedoch noch nicht aus, um den Anstieg der Fälle bekannter Diabetes-Erkrankungen ausreichend zu erklären. Eine mögliche weitere Ursache für den Anstieg ist die

¹¹⁶ Vgl. dazu auch RKI (2015), Gesundheit in Deutschland, S. 62-66, 141, 195, 202, 441f.

¹¹⁷ Seeger, Maier (2018).

¹¹⁸ DDZ 2019, Diabetes-Typen

¹¹⁹ Hierbei handelt es sich ganz überwiegend um Typ-2-Diabetes. Der Anteil von Typ-1-Diabetes an der Gesamtprävalenz des bekannten Diabetes bei Erwachsenen wird auf 1,1% geschätzt. Der Anteil der Schwangerschaftsdiabetes an der Gesamtprävalenz des bekannten Diabetes bei Frauen wird auf 16,3% geschätzt (vgl. Heidemann et al. 2013).

Zunahme **lebensstilbedingter Risikofaktoren** für Typ-2-Diabetes, wie beispielsweise **Bewegungsmangel, ungünstiges Ernährungsverhalten und starkes Übergewicht** (Adipositas), die neben einer genetischen Veranlagung die Entstehung von Diabetes begünstigen¹²⁰.

Die folgende Tabelle zeigt die absoluten Anzahlen sowie die geschätzten Raten ambulanter GKV-Versicherter mit Diabetes mellitus (Typ 1, Typ 2 und sonstige Formen) aus dem Landkreis Kulmbach für die beiden verfügbaren Jahre 2011 und 2017.

Darstellung 35: Ambulante GKV-Patient*innen mit Diabetes mellitus; Landkreis Kulmbach, 2011 und 2017

Jahr	Insgesamt ^a	je 100.000 ^b	Frauen	je 100.000 ^b	Männer	je 100.000 ^b
2011	7.247	11.599	3.674	10.989	3.482	12.438
2017	7.891	12.737	4.069	12.155	3.811	13.413

^a) Anzahl insgesamt kann aufgrund von Fällen mit fehlenden Geschlechtsangaben von Summe geschlechtsspezifischer Werte abweichen

^b) Bezugsbasis: GKV-Versicherte mit mindestens einem Arztkontakt in der ambulanten Versorgung (Ersatzgröße für die Landkreisebene nicht vorliegende Zahl der GKV-Versicherten)

Quelle: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit¹²¹

Die Patient*innenzahl mit Diabetes mellitus ist relativ ausgewogen auf beide Geschlechter verteilt. Die absolute Anzahl ambulant versorgter Fälle mit Diabetes lag im Jahr 2017 um rund 9% höher als in 2011. Auch bayernweit ist diese Entwicklung zu beobachten: Hier wurden im Jahr 2017 6,1% mehr Patient*innen aufgrund von Diabetes mellitus ambulant versorgt als noch im Jahr 2011. Bei Betrachtung der Raten relativiert sich diese Entwicklung aber zumindest im Hinblick auf Bayern. Für den Landkreis Kulmbach kann die Rate aufgrund der Limitationen, die, wie auch in Bezug auf die Asthma-Patient*innen geschildert, aus der Näherung der Bezugsbasis für die Ratenermittlung resultieren, nicht unreflektiert zur Interpretation herangezogen werden.

Eine weitere Einschränkung bei der Betrachtung der zeitlichen Entwicklung ergibt sich hier, wie auch bei den anderen Auswertungen zu ambulant behandelten GKV-Versicherten einzelner Krankheitsgruppen (vgl. S. 26f.) aus der geringen Datenbasis von nur zwei Jahren. Bei der Interpretation der Daten zu den ambulant versorgten GKV-Versicherten mit Diabetes mellitus ist zudem zu beachten, dass in diesen Zahlen nur diagnostizierte Diabetes-Fälle abgebildet sind. Für die Anzahl von Personen mit unerkannter Diabetes in Deutschland gibt es stark schwankende Schätzungen: Aufbauend auf den Ergebnissen der DEGS1-Studie wurde die deutschlandweite Anzahl von Personen mit unerkanntem Diabetes auf etwa 1,3 Mio. Personen geschätzt, das heißt auf

¹²⁰ RKI (2015), Gesundheit in Deutschland.

¹²¹ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 03.96C.

knapp 30% der Zahl bekannter Diabetes-Fälle¹²². In einer Studie basierend auf Untersuchungen der KORA-Studienplattform¹²³, bei der ein anderes Messverfahren zur Identifizierung nicht erkannter Diabetes-Fälle zum Einsatz kam, wurde geschätzt, dass je diagnostiziertem Fall eine weitere Person mit unentdecktem Diabetes mellitus in Deutschland lebt¹²⁴.

2.3 Gesundheitsverhalten

Zum Gesundheitsverhalten auf Kreisebene sind allgemein nur sehr wenige Daten verfügbar. Zu Impfdaten und Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9) können insbesondere Daten von den jährlichen Schuleingangsuntersuchungen, bereitgestellt vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), herangezogen werden. Zu Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchungen sind die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) vorhanden, weshalb jedoch Privatpatient*innen nicht mit eingerechnet sind. Zum Konsum legaler Suchtmittel konnten jedoch keine genauen Daten für den Landkreis Kulmbach ermittelt werden. Zu einer etwaigen Abschätzung der Häufigkeiten wurden hierzu vorhandene Daten zum Regierungsbezirk Oberfranken beziehungsweise zu Deutschland herangezogen.

2.3.1 Impfdaten bei Einschulungskindern

Impfungen zählen zu den wirksamsten medizinischen Maßnahmen und werden allgemein von der Bevölkerung gut angenommen. Impflücken gehen oft aus fehlendem Wissen um die Relevanz wie die individuelle Verantwortung für die Gesellschaft hervor. Oft spielen dabei jedoch auch unwillentliche Versäumnisse eine Rolle¹²⁵.

Europaweit gilt als wichtiges aktuelles Impfziel die Elimination der **Masern**. Denn noch immer kommt es auch in Bayern zu Todesfällen aufgrund von Masern-Erkrankungen oder Spätfolgen, die auch Jahre nach einer Maserninfektion noch auftreten können (die sogenannte Sklerosierende Panenzephalitis, SSPE)¹²⁶. Langfristig zeigen die Bemühungen vor allem im Kindesalter Erfolg, doch gibt es hier noch Handlungsbedarf.

Im Folgenden sollen die Impfquoten, also der Anteilswert geimpfter Kinder bezogen auf die Gesamtzahl der Kinder mit vorgelegtem Impfdokument, für den Landkreis Kulmbach aufgezeigt werden.

¹²² Vgl. RKI (2015), Gesundheit in Deutschland, S. 62; sowie Heidemann et al. (2016).

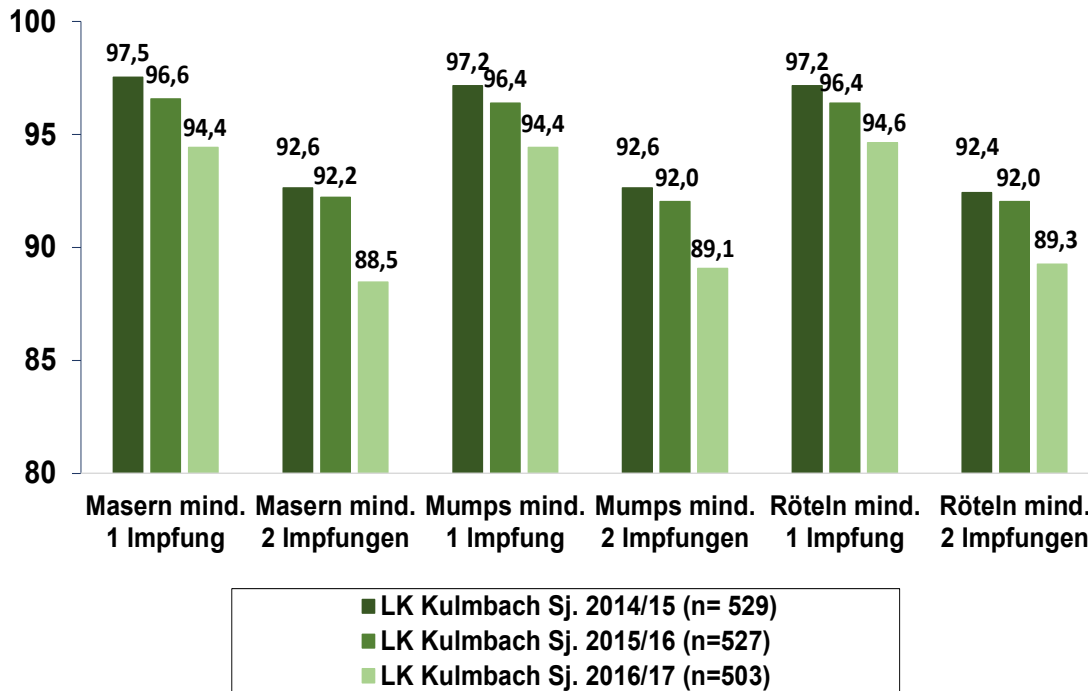
¹²³ KORA= Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg.

¹²⁴ RKI (2015), Gesundheit in Deutschland, S. 62.

¹²⁵ LGL (2018), Impfstatus der Kinder in Bayern.

¹²⁶ LGL (2017), Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern.

Darstellung 36: Impfraten Masern, Mumps, Röteln; Landkreis Kulmbach; Schuleingangsuntersuchungen*, Schuljahre 2014/15, 15/16, 16/17



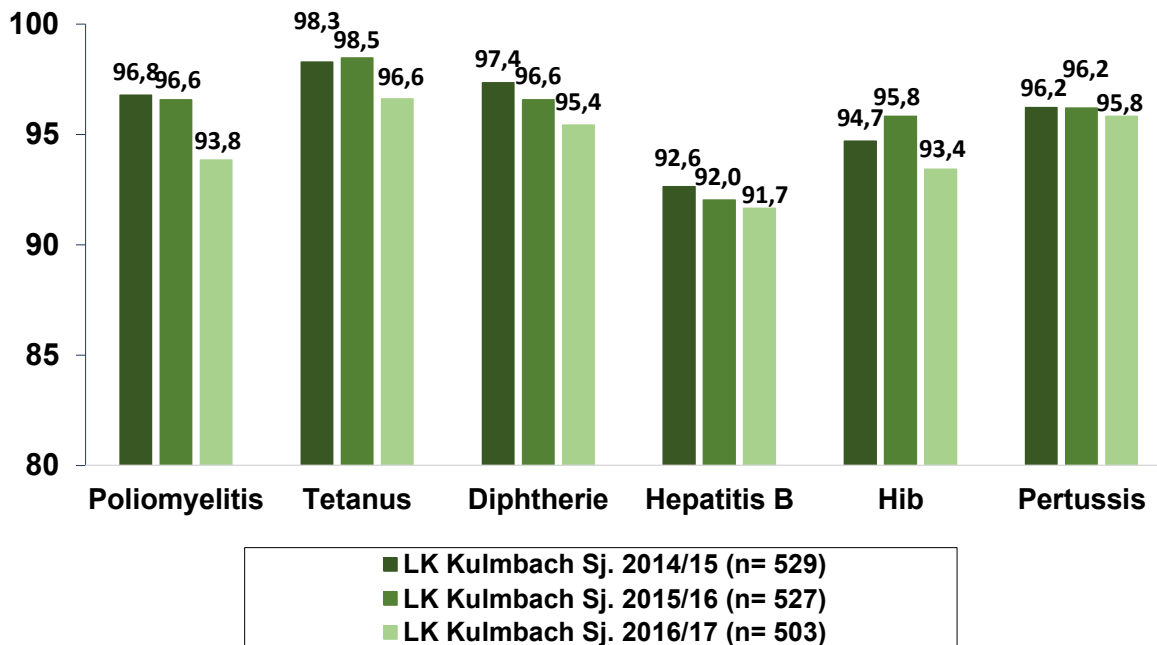
*) Erstuntersuchte Kinder mit Vorlage Impfbuch

Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit¹²⁷

Bei den Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln war in den vergangenen Jahren im Landkreis Kulmbach ein **leichter Abwärtstrend** zu erkennen. Im Vergleich zu Bayern weist der Landkreis außerdem verhältnismäßig niedrige Werte bei den Impfraten auf: Im Schuljahr 2016/17 konnten in Bayern 92,2% mindestens zwei Masernimpfungen, 91,9% mindestens zwei Mumpsimpfungen und ebenfalls 91,9% mindestens zwei Röteln-Impfungen vorweisen (Vergleichswerte LK Kulmbach 2015/16 für jeweils mindestens zwei Impfungen: Masern 88,5%, Mumps 89,1% Röteln 89,3%).

¹²⁷ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 07.14.

Darstellung 37: Impfraten Poliomyelitis, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Hepatitis influenzae Typ b (Hib), Pertussis; Landkreis Kulmbach; Schuleingangsuntersuchungen*, Schuljahre 2014/15, 15/16, 16/17



*) Erstuntersuchte Kinder mit Vorlage Impfbuch

Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit¹²⁸

Auch bei den aufgezeigten Impfraten kann ein leichter, wenn auch nicht genauso klarer Abwärtstrend wie bei den Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln beobachtet werden. Bei der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2016/17 lagen die Impf-raten bei den dargestellten Impfungen im Landkreis Kulmbach größtenteils unter den bayernweiten Impf-raten, wo beispielsweise im Schuljahr 2016/17 die Impf-raten von Poliomyelitis bei 95,6% und von Tetanus bei 97,0% lagen. Aufgefallen ist jedoch die überdurchschnittlich **hohe Impf-rate gegen Hepatitis B** im Landkreis Kulmbach (2016/17 bei 91,7%, bayernweit betrug die entsprechende Rate 91,7%).

Nur die Impf-raten gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis lagen bei der Schulein-gangsuntersuchung über dem WHO-Ziel von 95%. Doch muss aufgrund des Aus-schlusses von Kindern ohne vorgelegtem Impfdokument eine Relativierung des realen Werts vermutet werden.

Schutzimpfungen sind wichtige und besonders effektive medizinische Präventions-maßnahmen. Sie zielen auf die Stärkung des körpereigenen Abwehrsystems gegen-über Erregern und die Verhinderung einer Erkrankung. Die modernen Impfstoffe zei-gen allgemein eine hohe Verträglichkeit auf. Hohe Impf-raten sind deshalb wichtig, da sie Infektionsketten unterbrechen und einzelne Krankheitserreger regional eliminiert

¹²⁸ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 07.13.

und schließlich flächenübergreifend ausgerottet werden. Der **Kosten-Nutzen-Effekt für das Gesundheitssystem** ist bei Impfungen deutlich positiv¹²⁹.

Eine **Steigerung der Impfrate** scheint damit als besonders wichtige **medizinische Präventionsmaßnahme**. Insbesondere unwissentliche Versäumnisse sowie fehlendes Wissen bei der Bevölkerung können durch Information und Kommunikation vermindert werden. Das Robert-Koch-Institut empfiehlt dazu eine offensive Vermittlung des individuellen sowie gesellschaftlichen Nutzens von Schutzimpfungen sowie mögliche Gefahren bei fehlendem Impfschutz, einen offensiven Umgang mit möglichen Angstpotentialen in der Bevölkerung durch **verstärktes Aufklären** über die Sicherheit moderner Impfstoffe sowie auch die offensive Auseinandersetzung mit den Argumenten von Impfgegnern. Empfohlen werden dazu **Aktionstage, jährliche Impftage und Pilotprojekte in Abstimmung mit informationspolitischen Maßnahmen**.

Neben der Stärkung der Motivation der Allgemeinbevölkerung können auch **Menschen in Gesundheits- und Erziehungsberufen verstärkt motiviert werden und in Aktionen einbezogen** werden. Hilfreich ist auch eine Bereitstellung von umfassenden Informationsmaterialien¹³⁰.

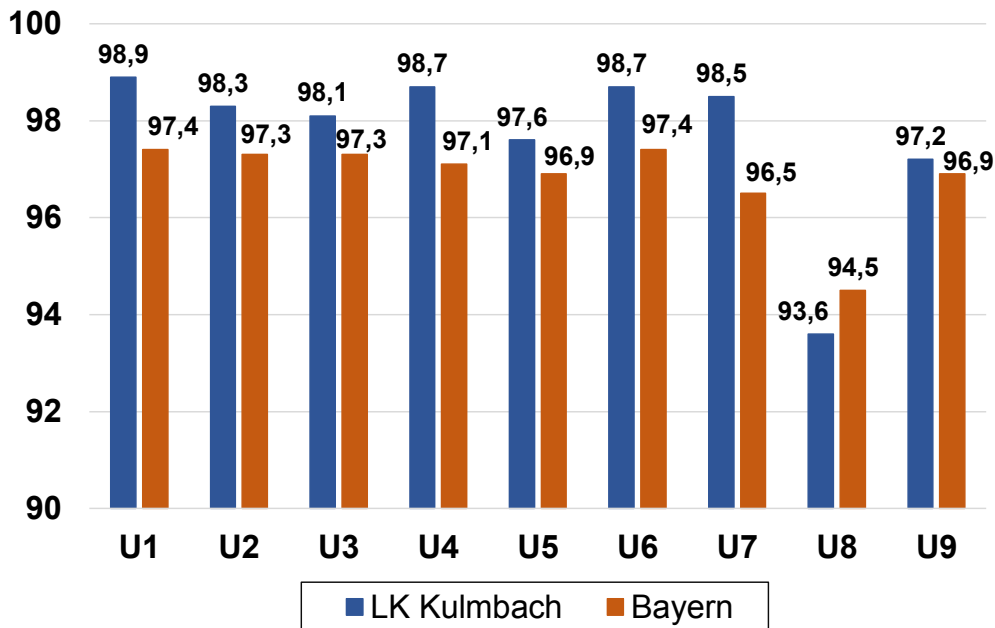
¹²⁹ RKI (1999), 10-Punkte-Programm zur Erhöhung der Impfbereitschaft und zur Steigerung der Durchimpfungsraten in Deutschland.

¹³⁰ RKI (1999), 10-Punkte-Programm zur Erhöhung der Impfbereitschaft und zur Steigerung der Durchimpfungsraten in Deutschland.

2.3.2 Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern (U1 bis U9)

Im Schuljahr 2015/16 wurden im Landkreis Kulmbach insgesamt 566 Schulanfänger*innen untersucht. Die folgende Darstellung zeigt für alle erstuntersuchten Kinder die Teilnahmeraten an den einzelnen U9-Untersuchungen.

Darstellung 38: Teilnahmeraten von Früherkennungsuntersuchungen in Prozent*; Landkreis Kulmbach und Bayern, Schuleingangsuntersuchung 2015/16, Altersgruppen U1-U9



*) Details zu Bezugsgrößen:

Teilnahmeraten bei U1-U8 bezogen auf die Kinder mit vorgezeigtem Vorsorgeheft (n=566 insgesamt), Teilnahmerate U9 bezogen auf alle Kinder mit vorgezeigtem Vorsorgeheft, Blatt U9 oder ärztlicher Bescheinigung

Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Die Teilnahmeraten im Landkreis Kulmbach liegen bei den Vorsorgeuntersuchungen U1-U7 und U9 über den bayernweiten Raten. Die Teilnahme an allen Untersuchungen ist dagegen in Bayern mit 88,6% etwas höher als im Landkreis Kulmbach (88,0%). Die Raten der Altersgruppe U9 weisen höhere Werte als die der vorausgehenden Altersgruppen (U7, U8) auf, was vermutlich auf die seit dem Schuljahr 2009/10 geltende Verpflichtung von Eltern, einen Nachweis über die durchgeführte U9 vorzulegen, zurückzuführen ist¹³¹.

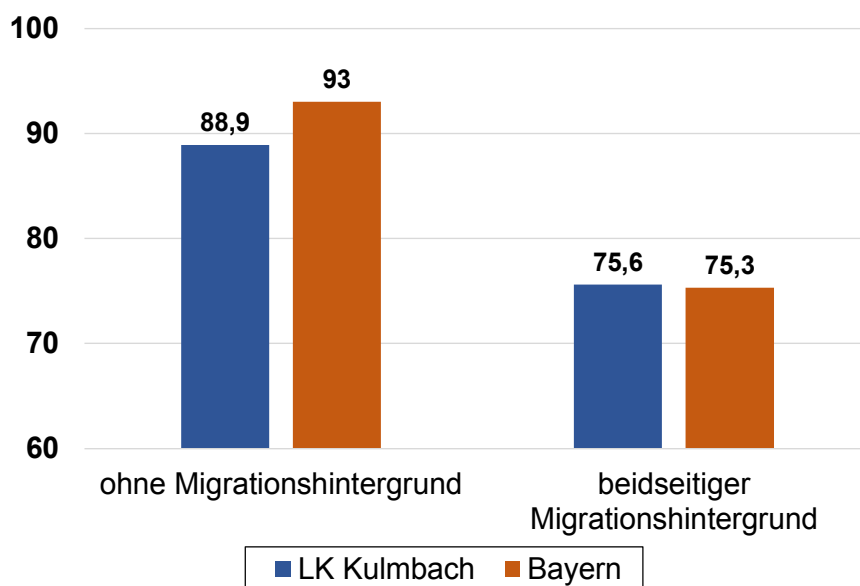
Bei zusammenhängender Betrachtung mit dem **Migrationshintergrund** zeigt sich, dass die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund (beide Elternteile gaben eine andere Muttersprache als

¹³¹ LGL (2016), Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern, S. 68.

Der Landkreis unter gesundheitsrelevanten Aspekten

Deutsch an) weniger oft vollständig (alle U-Untersuchungen) als bei Kindern ohne Migrationshintergrund ist. Dies kann in Bayern und in Kulmbach gleichermaßen beobachtet werden.

Darstellung 39: Vollständigkeit der U-Untersuchungen nach Migrationshintergrund, Landkreis Kulmbach und Bayern, 2015/16



Quelle: SAGS 2019, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

In Bezug auf den Landkreis Kulmbach ist hierbei jedoch die teilweise geringe Fallzahl der Kinder mit Migrationshintergrund zu beachten, weshalb auch die Werte für Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund (ein Elternteil gab eine andere Muttersprache als Deutsch an) nicht ausgewiesen werden. Bayernweit liegt der Wert zur Vollständigkeit der U-Untersuchungen bei Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund bei 83,2%. Ein wesentliches Problem bei der Gesundheitsversorgung bzw. -vorsorge bei Kindern mit Migrationshintergrund ist der **fehlende Zugang zu Gesundheitsangeboten und notwendigen Maßnahmen**. Grund dafür ist **fehlende Information aufgrund sprachlicher und kultureller Hürden**, der sich von den Eltern auf die Kinder übertragen kann. Auch fehlt teils Verständnis für das deutsche Gesundheitssystem (vgl. dazu Kapitel 2.5.4). Das Ergebnis zeichnet sich auch hier in der Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen der Kinder ab.

Bei Blick auf die **Befundhäufigkeiten** zeigt sich, dass die Ergebnisse bayernweit besser ausfallen als im Landkreis Kulmbach. Bayernweit wurde 2015/16 bei 62,2% der erstuntersuchten Kinder ein unauffälliges Screening (Visus Ferne, Sprachentwicklung und Visuomotorik) sowie ein unauffälliger BMI¹³² festgestellt. Bei Hinzunahme der Vollständigkeit der Untersuchungen (U1-U9) und vollständiger Impfungen beträgt der Wert noch 47,1%. Im Landkreis Kulmbach sind diese Werte entsprechend 45,6% und 37,7%

¹³² Die spezifischen Ergebnisse zum BMI sowie weitere Erläuterungen finden sich in Kapitel 2.2.2.

und damit deutlich niedriger. Dazu lässt sich ein **geschlechtsspezifischer Unterschied** identifizieren: Die Werte für ein unauffälliges Screening und unauffälligen BMI sind für Mädchen höher als bei Jungen. Diese Beobachtung zeigt sich im Landkreis Kulmbach (Mädchen 54,2% und Jungen 37,2%) sowie in Bayern (Mädchen 68,2% und Jungen 56,7%). Auch zeigt sich ein Unterschied bei Betrachtung des **Migrationshintergrundes** der Kinder. Ein unauffälliges Screening und ein unauffälliger BMI wurden häufiger bei Kindern ohne Migrationshintergrund festgestellt. Auch diese Tendenz wurde im Landkreis Kulmbach (46,3% ohne bzw. 37,5% mit beidseitigem Migrationshintergrund) sowie in Bayern (65,4% ohne bzw. 50,5% mit Migrationshintergrund) beobachtet¹³³.

2.3.3 Teilnahme an Darmkrebs-Früherkennungsuntersuchungen bei Erwachsenen

Darmkrebs ist im Landkreis Kulmbach eine der häufigsten Ursachen für Krebs-Neuerkrankungen (vgl. Kapitel 2.2.2).

Darstellung 40: Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung für Darmkrebs (Darmspiegelung); Altersgruppe ab 55 Jahre; Landkreis Kulmbach, 2011 und 2017

Jahr	Insgesamt ^a	je 100.000 ^b	Frauen	je 100.000 ^b	Männer	je 100.000 ^b
2011	581	2.508	295	2.233	281	2.924
2017	492	1.960	250	1.737	241	2.256

^a) Anzahl insgesamt kann aufgrund von Fällen mit fehlenden Geschlechtsangaben von Summe geschlechtsspezifischer Werte abweichen

^b) Bezugsbasis: GKV-Versicherte mit mindestens einem Arztkontakt in der ambulanten Versorgung (Ersatzgröße für die Landkreisebene nicht vorliegende Zahl der GKV-Versicherten)

Quelle: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit¹³⁴

Im Jahr 2017 nahmen insgesamt über 15% weniger Menschen im Alter ab 55 Jahren im Landkreis Kulmbach an einer Darmspiegelung teil als im Jahr 2011. Auch bei der geschätzten Rate pro 100.000 GKV-Versicherte dieser Altersgruppe kam es zwischen 2011 und 2017 zu einer deutlichen Abnahme (um knapp 22% bei Betrachtung beider Geschlechter zusammen). Diese Entwicklung kann bei beiden Geschlechtern etwa gleichermaßen betrachtet werden. Insbesondere bei Betrachtung der geschätzten Raten kann jedoch eine verhältnismäßig höhere Teilnahme von Männern an Darmkrebs-Früherkennungsuntersuchungen beobachtet werden.

¹³³ Daten zum Schuljahr 2015/16 basieren auf Auskunft des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.

¹³⁴ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 07.16C.

Datenbasis sind die Abrechnungsdaten der KVB, d.h. Privatpatient*innen sind in den angegebenen Fallzahlen nicht berücksichtigt. Zwar kann ein Vergleich mit Bayern aufgrund der nur geschätzten Raten nicht ohne weiteres herangezogen werden, doch lassen die Raten für 2017 auf vergleichbare Werte schließen.

Ab Juli 2019 soll ein neues Screeningprogramm mehr Menschen zu einer Früherkennungsuntersuchung bewegen. Im Rahmen dessen sollen Menschen zwischen 50 und 65 alle fünf Jahre von ihrer Krankenkasse eine postalische Einladung zur Darmkrebsfrüherkennung mit Informationen zu Untersuchungen, Datenschutz, Programmbeurteilungen und Widerspruchsrechten erhalten. Dazu wurde die Altersgrenze für den Anspruch auf eine Untersuchung auf Kassenkosten von 55 auf 50 gesenkt¹³⁵. Nach Inkrafttreten dieser Reform ist wieder mit höheren Untersuchungszahlen zu rechnen. Jedoch muss insbesondere darauf geachtet werden, dass die nicht von den Krankenkassen informierten Altersgruppen auch miteinbezogen werden. Dazu zählt insbesondere die Gruppe der Menschen über 65, die aufgrund ihres Alters besonders gefährdet sind, an Darmkrebs zu erkranken. Hier kann auf kommunaler Ebene versucht werden, umfassendes **Informationsmaterial** auszusenden und bereitzustellen. Auch **Menschen in Pflegeberufen und Hausärzt*innen** können eingebunden werden, um **Betroffene und Angehörige zu informieren**. Jedoch sollte immer auch darauf geachtet werden, dass das Recht auf Selbstbestimmung älterer Menschen nicht verletzt wird.

2.3.4 Suchtverhalten

Raucherquoten

Das **Rauchen von Tabakwaren ist höchst gesundheitsschädlich**: Es fördert die Erkrankung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Krankheiten der Atmungsorgane. Es gilt als das Risikoverhalten mit den deutlichsten Auswirkungen auf die Gesundheit einer Bevölkerung. Im Mikrozensus 2017¹³⁶ wurde ein Zusammenhang zwischen Rauchgewohnheiten und dem Anteil der Kranken erfasst. In den Altersklassen 15-39 Jahre bzw. 40-64 Jahre war der Krankenstand der Raucher*innen um etwa fünf Prozent (15-39) bzw. vier Prozent (40-64) höher als der der Nichtraucher*innen. Interessant ist, dass bei Senior*innen der Krankenstand der Raucher*innen leicht niedriger als der der Nichtraucher*innen war¹³⁷. Über alle Altersklassen hinweg ist der Krankenstand der Nichtraucher*innen mit über 13% etwas niedriger als der Krankenstand von etwa 16% bei Raucher*innen.

¹³⁵ Laschet (2018), GBA-Beschluss.

¹³⁶ LfStat (2018), Bayern in Zahlen, S. 771ff.

¹³⁷ Eine wissenschaftliche Erklärung gibt es für diese Zahlen nicht. Möglich ist jedoch, dass unter den nichtrauchenden Senior*innen viele ehemalige Raucher*innen sind, die nicht zuletzt aufgrund von aufgetretenen Folgeerkrankungen mit dem Rauchen aufhörten.

Allgemein ging der Anteil an Raucher*innen in der Bevölkerung in den letzten Jahren merkbar zurück. Während nach Daten des Statistischen Bundesamtes 2003 im Regierungsbezirk Oberfranken noch 23,7% der Bevölkerung als regelmäßige Raucher*innen galten, waren dies 2013 nur noch 19,6%. Insgesamt aber liegt der Regierungsbezirk über den Werten des bayerischen Durchschnitts: Im Mittel rauchten in Bayern im Jahr 2013 18,8% der Bevölkerung regelmäßig. Auch hier kann die Entwicklung gleichermaßen beobachtet werden: 2003 noch galten 21,8% der Bevölkerung in Bayern als regelmäßige Raucher*innen¹³⁸. Genaue Daten für den Landkreis Kulmbach liegen hier nicht vor.

Raucherquoten sind nicht nur deshalb interessant, weil eine zurückgehende Raucherquote auch einen Rückgang von Folgeschäden bewirkt, sondern auch, weil das Rauchverhalten eine **Folge mehrerer sozioökonomischer Faktoren** sein kann. Es ist allgemein geschlechts-, alters- und sozialschichtabhängig¹³⁹. Beispielsweise rauchen in der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen bayernweit 27,6% der Männer und 22% der Frauen, was einen Unterschied von 5% in der jeweiligen Gruppe ausmacht. Der Zusammenhang mit Bildung ist noch deutlicher: Während in der oberen Bildungsgruppe 19,6% rauchten, sind 36% der unteren Bildungsgruppe Raucher*innen. Dabei ist zu beachten, dass auch der Bildungsgrad oft mit anderen sozioökonomischen Determinanten einhergeht¹⁴⁰.

Alkoholkonsum

Besonders langfristiger, regelmäßiger **Alkoholkonsum** kann sich gesundheitsschädlich auf die **Leber** auswirken. Auch Herzmuskel-Erkrankungen, Pankreatitis, Gastritis und Krebserkrankungen in Leber, Mundhöhle, Speiseröhre, Enddarm und Brustdrüse sind mögliche Folgeerkrankungen. Zudem beeinträchtigt Alkohol Gedächtnisleistungen und Konzentrationsvermögen¹⁴¹.

Zum Stand 2013 weisen in Bayern durchschnittlich 15,6% der 18- bis 64-Jährigen riskanten Alkoholkonsum auf, was bei Männern mehr als 20g Reinalkohol pro Tag und bei Frauen mehr als 10g Reinalkohol pro Tag entspricht. Als Rauschtrinker galten 32,6%. Deutschlandweit waren diese Werte leicht höher (16,3% bzw. 35,4%). Interessant ist, dass grundsätzlich Frauen der oberen Bildungsgruppe vermehrt einen riskanten Alkoholkonsum als Frauen der unteren Bildungsgruppe aufweisen. Rauschtrinken ist dagegen bei Frauen jeder Altersgruppe sowie Männern ab 45 Jahren mit höherem Bildungsgrad seltener¹⁴². Die geschlechtsspezifischen Unterschiede können jedoch teilweise auch auf die unterschiedliche Einstufung der Menge des konsumierten Reinalkohols zurückzuführen sein. Genaue Daten für den Landkreis Kulmbach liegen

¹³⁸ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 04.01A.

¹³⁹ LGL (2018), Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 04.01A.

¹⁴⁰ LGL (2018), Präventionsberichterstattung, S. 21.

¹⁴¹ BZgA (2019), Gefahren und Folgen.

¹⁴² LGL (2018), Präventionsberichterstattung, S. 21.

Der Landkreis unter gesundheitsrelevanten Aspekten

hierzu nicht vor. Zahlen zum Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen in Bayern sind in Kapitel 2.5.2 dargestellt. In Kapitel 2.2.2 wurde außerdem die Anzahl an Krankenhausfällen aufgrund von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch akute Alkohol-Intoxikationen bei Jugendlichen aufbereitet.

2.4 Gesundheitliche Versorgung

In Anbetracht demografischer Verschiebungen sowie mit Blick auf den Verfassungsauftrag der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse (Art. 72 GG) und die zukünftige Sicherstellung einer regionalen medizinischen Grundversorgung kann die **Beschreibung räumlicher Ungleichheiten der medizinischen Versorgung** hilfreich sein¹⁴³. Wie bereits in Kapitel 2.1.1 dargestellt, wird die Bevölkerung im Landkreis Kulmbach in den kommenden Jahrzehnten im Durchschnitt älter. Ein signifikanter Anteil der Gesamtbevölkerung wird über 65 Jahre alt sein und nicht mehr in die Erwerbsarbeit eingegliedert sein. Ältere Menschen nehmen häufiger Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch als jüngere. Außerdem ist davon auszugehen, dass in höheren Altersgruppen größere Einschränkungen in der Mobilität auftreten als in Gruppen jüngeren und mittleren Alters. Daher ist eine wohnortnahe Erreichbarkeit besonders von Einrichtungen der Daseinsvorsorge wie Allgemeinärzt*innen oder Apotheken besonders wichtig¹⁴⁴.

Gemäß einer aktuellen forsa-Umfrage¹⁴⁵ stellt die Gesundheitsversorgung für die Bürger*innen Deutschlands die wichtigste Infrastruktur. Eine Erreichbarkeit von Hausärzt*innen ist demnach im Durchschnitt noch wichtiger als Einkaufsmöglichkeiten und Internet. Ein Unterschied dieser Präferenzen zwischen Stadt und Land ist dabei nicht vorhanden, jedoch sind Einwohner*innen ländlicher Gebiete viel weniger zufrieden mit dem Angebot an Krankenhäusern und Fachärzt*innen, da diese vor allem in Städten konzentriert sind. Besonders in kleineren und mittleren Städten wird von den Befragten zunehmend eine Verschlechterung der allgemeinen und fachspezifischen Ärzt*innenversorgung wahrgenommen. Die AOK will darauf basierend zunehmend bestehende Angebote ausbauen sowie in neue Projekte investieren, um einen guten Zugang zur Gesundheitsversorgung in Stadt und Land zu schaffen. Dabei wird aber auch ein Einsatz neuformatiger Angebote wie beispielsweise Videosprechstunden (‘Telemedizin’) erwogen¹⁴⁶. Wie im folgenden Unterkapitel aufgezeigt wird, bemüht sich auch der Landkreis Kulmbach darum, einer drohenden ärztlichen Unterversorgung auf dem Land entgegenzuwirken.

2.4.1 Ärztliche Versorgung

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist eine wichtige Aufgabe für die Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung und beschreibt den Grad der Anpassung zwischen den Bedürfnissen der Patient*innen und dem Gesundheitssystem. Um die Versorgungssituation im Landkreis Kulmbach zu veranschaulichen, wurden auch kartografische Darstellungen der Verteilung ausgewählter Gesundheitsanbieter*innen erstellt.

¹⁴³ Kistemann et al. (2011).

¹⁴⁴ Seeger, Maier (2018).

¹⁴⁵ AOK-Bundesverband (2019), Pressemitteilungen.

¹⁴⁶ AOK-Bundesverband (2019), Stadt. Land. Gesund.

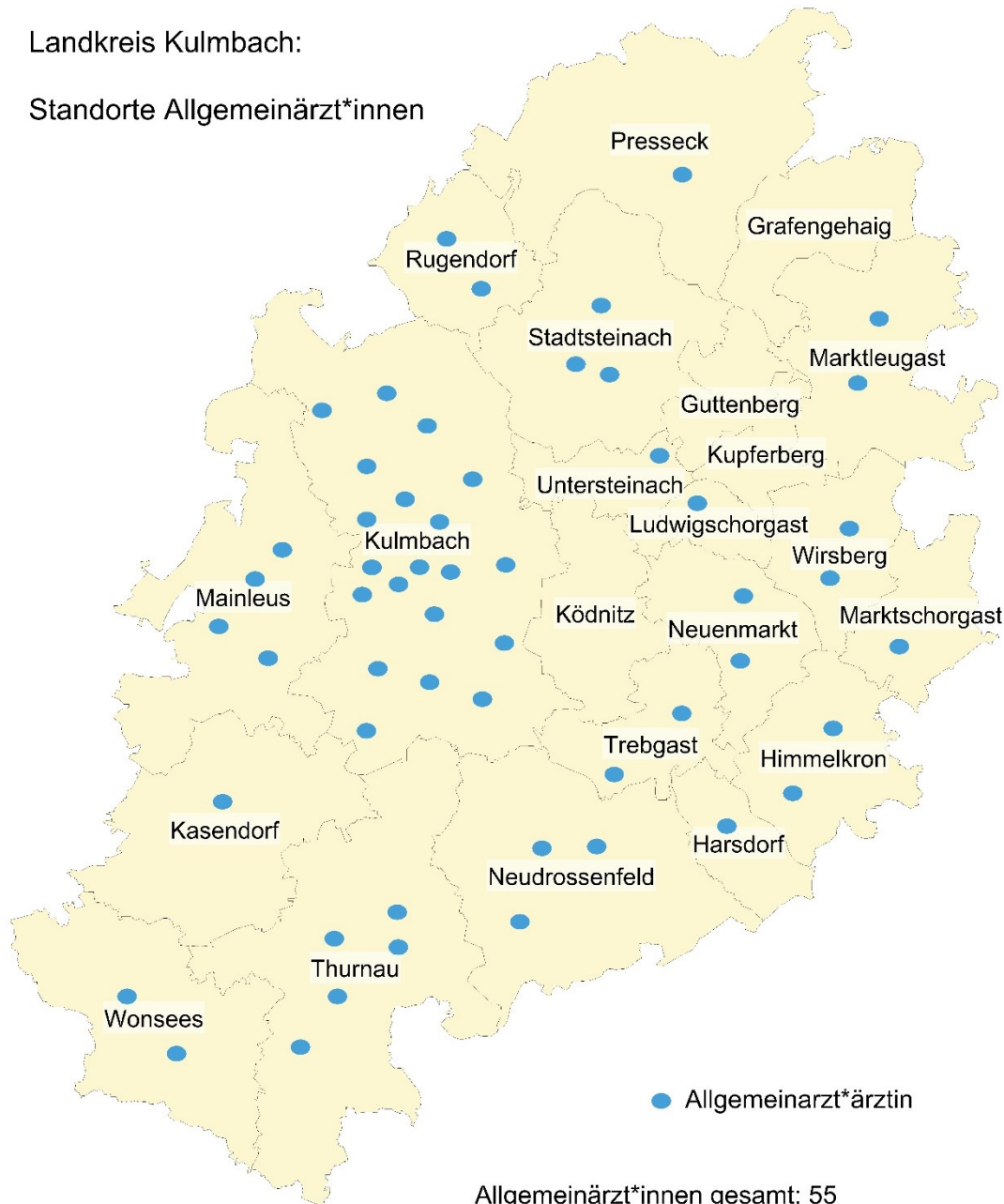
Der Landkreis unter gesundheitsrelevanten Aspekten

Gemäß der dargestellten forsa-Umfrage ist die Verfügbarkeit von Hausärzt*innen den Menschen besonders wichtig. Insgesamt wurden von der KVB für den Landkreis Kulmbach 55 **Praxisstandorte für Allgemeinmedizin** verzeichnet, was in etwa einer Praxis pro 1.309 Einwohner*innen entspricht (vgl. Darstellung 41).

Darstellung 41: Standorte Allgemeinmedizin (Anzahl Praxen);
Landkreis Kulmbach, Stand August 2018

Landkreis Kulmbach:

Standorte Allgemeinärzt*innen



Quelle: SAGS 2019, nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns¹⁴⁷

Im Landkreis Kulmbach ist der Versorgungsgrad an Allgemeinärzt*innen bereits sehr hoch (über 110% gemäß KVB). Deutschlandweit ist jedoch eine zunehmende Alterung

¹⁴⁷ KVB (2018), Versorgungsatlas.

von Landärzt*innen zu beobachten¹⁴⁸: Der Altersdurchschnitt der Allgemeinärzt*innen im Landkreis Kulmbach liegt bei etwa 56,1 Jahren, womit er leicht über dem bayernweiten Durchschnitt von 55,3 Jahren liegt¹⁴⁹. Von den insgesamt 55 Hausärzt*innen sind außerdem bereits 17 über 60 Jahre alt.

Dementsprechend ist es wichtig, dass bestehende Praxen in ländlicheren Gegenden von jüngeren Ärzt*innen übernommen werden, damit nach dem Renteneintritt der aktuellen Praxisinhaber*innen keine Versorgungslücke entsteht. Eine Konzentration darauf ist auch insofern sinnvoll, da sich Allgemeinärzt*innen bei Eröffnung neuer Praxen mit hoher Wahrscheinlichkeit vermehrt in der Stadt Kulmbach als in den übrigen Teilen des Landkreises niederlassen werden.

Insgesamt kann jedoch eine gute Verteilung der Standorte für Allgemeinmedizin im Landkreis Kulmbach beobachtet werden. Anders verhält sich dies jedoch bei den **Standorten der Fachärzt*innen im Landkreis.**

¹⁴⁸ Albrecht (2015), Landarzt.

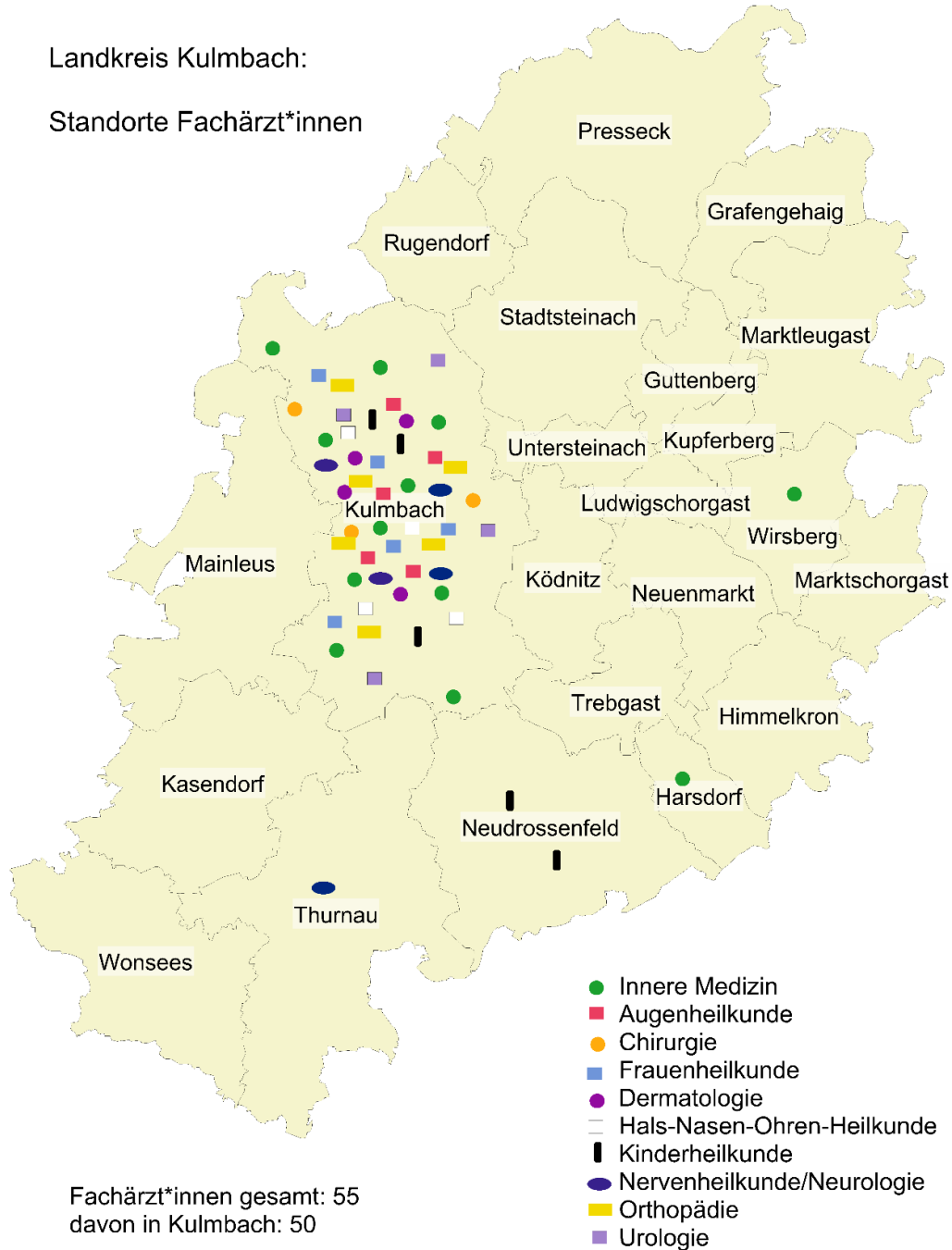
¹⁴⁹ Daten beruhen auf eigenen Angaben des Landkreises.

Der Landkreis unter gesundheitsrelevanten Aspekten

Darstellung 42: Standorte von Fachärzt*innen (Anzahl Personen);
Landkreis Kulmbach, Stand August 2018

Landkreis Kulmbach:

Standorte Fachärzt*innen



Quelle: SAGS 2019, nach eigener Recherche und Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns¹⁵⁰

Diese kartografische Aufarbeitung umfasst die aufgeführte Auswahl an Fachärzt*innengruppen zur Veranschaulichung der Verteilung über den Landkreis. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden weitere Bereiche wie auch die Zahnmedizin nicht miteinbezogen. Die aufgezeigten Gruppen aber lassen eine eindeutige Tendenz beobachten: Von den insgesamt 55 Standorten befinden sich mehr als 90% in der Gemeinde

¹⁵⁰ KVB (2018), Versorgungsatlas.

Kulmbach. Die Gemeinde kann hier als klares Zentrum der Fachärzt*innen-Standorte identifiziert werden.

Im Sinne einer Herstellung gleichwertiger Möglichkeiten zur Gesundheitsversorgung über den gesamten Landkreis hinweg wäre die **Förderung einer wohnortnahen Erreichbarkeit medizinischer Versorgung**. Bei eingeschränkter Mobilität lassen sich verschiedene Fachärzt*innen von Gemeinden, die der Stadt Kulmbach weiter entfernt liegen, nicht mehr alleine erreichen. Dies bestätigt die Ergebnisse der bereits genannten forsa-Umfrage¹⁵¹ zur Gesundheitsinfrastruktur, die besagt, dass insbesondere in ländlichen Gebieten eine starke Unzufriedenheit bezüglich der Verfügbarkeit von Fachärzt*innen besteht. Vor allem ältere Menschen sind hier auf Angehörige angewiesen. Gerade im Hinblick auf die zunehmende demografische Alterung ist eine Schaffung von wohnortnaher Erreichbarkeit auch von Fachärzt*innen besonders brisant. Dazu müsste jedoch auch ein Anreiz für Ärzt*innen geschaffen werden, um sich auch in kleineren Gemeinden niederzulassen. Das 2015 in Kraft getretene **GKV-Versorgungsstärkungsgesetz** zielte bereits darauf ab, die medizinische Versorgung auch im ländlichen Raum sicherzustellen. Dabei wurden unter anderem die Gründungsmöglichkeiten medizinischer Vorsorgezentren weiterentwickelt sowie die Förderungsmöglichkeiten für Niederlassungen erweitert¹⁵². Vielfach gibt es bereits besondere Investitionszuschüsse der Bundesländer für Ärzt*innen, die sich in Gegenden mit einem besonders starkem Ärzt*innenmangel niederlassen. Auch in Bayern gibt es ein Programm zur Niederlassungsförderung im ländlichen Raum, das sich an Allgemein- und Fachärzt*innen sowie Psychotherapeut*innen und Jugendpsychiater*innen richtet. Bei Ärzt*innen kann dabei eine einmalige Zuwendung von bis zu 60.000 bewilligt werden¹⁵³. Wichtig ist zudem das **soziale Umfeld**. In eine kleine Gemeinde zu ziehen, birgt für viele junge Ärzt*innen allgemein keine besondere Attraktivität. Auch Einkaufsmöglichkeiten und erreichbare Apotheken können eine Rolle spielen. Dazu wünschen sich jüngere Ärzt*innen zunehmend die Möglichkeit nach geregelten Arbeitszeiten oder beispielsweise einer Teilzeitstelle¹⁵⁴. Ein anderer Ansatz ist das Gründen einer **Gemeinschaftspraxis** in einer Gemeinde, in der mehrere Ärzt*innen angestellt sind. Die Ärzt*innen sind dadurch nicht mehr vollständig an die Praxis gebunden und haben die Möglichkeit, nur nach bestimmten Zeiten zu arbeiten. Zudem wird den Ärzt*innen ein großer Anteil an Bürokratie, der in einer eigenen Praxis anfällt, erspart¹⁵⁵. Teilweise

¹⁵¹ AOK-Bundesverband (2019), Pressemitteilungen.

¹⁵² BMG (2017), GKV-Versorgungsstärkungsgesetz.

¹⁵³ LGL (2015), Förderung der Niederlassung von Ärzten und Psychotherapeuten im ländlichen Raum.

¹⁵⁴ Albrecht (2015), Landarzt.

¹⁵⁵ Die Verwirklichung einer solchen Gemeinschaftspraxis ist nicht ohne Hürden, aber möglich. So regelt in der Gemeinde Büsum (LK Dithmarschen, Schleswig-Holstein), die das erste kommunale Ärztezentrum Deutschlands eröffnete, eine speziell dafür gegründete Betreibergesellschaft das Tagesgeschäft. Die Lizenzen („Sitze“) für die Ärzt*innen erwirbt auch die Gemeinde von der KV. (Vgl. dazu Albrecht (2015), Landarzt).

setzen Kommunen mit großem Ärzt*innenmangel auch auf eine **Begleitung von Medizinstudent*innen aus ihrer Region** während des Studiums, um die Motivation, sich anschließend wieder in der Heimat niederzulassen, zu erhöhen.

Auch der Landkreis Kulmbach bemüht sich bereits darum, dem Ärzt*innenmangel im ländlichen Raum entgegenzuwirken. In dem **Förderprogramm „Beste Landpartie Allgemeinmedizin“ (BeLA)** werden Medizinstudent*innen mit einem monatlichen Stipendium gefördert und begleitet, wenn sie nach Abschluss ihres Studiums eine Facharztweiterbildung in der Region absolvieren¹⁵⁶. Kulmbach/Stadtsteinach ist dabei eine der vier Modellregionen. Im Rahmen des Programms wurde das Klinikum Kulmbach als akademisches Lehrkrankenhaus anerkannt und auch hausärztliche Praxen können in den Weiterbildungsverbund eintreten. Studierende können dort einen Teil ihrer Ausbildung wie beispielsweise ihr praktisches Jahr (zu zwei Dritteln im Klinikum und zu einem Drittel in einer hausärztlichen Praxis) absolvieren. Sie werden ab dem 5. Semester konsequent mit 600€ pro Monat unterstützt und an die Allgemeinmedizin herangeführt. Dadurch soll eine langfristige Bindung an die ländliche Region über das Studium hinaus erreicht werden. Der Start des Programmes sollte noch 2019 erfolgen. Aufgrund des aktuell hohen Versorgungsgrades an Allgemeinärzt*innen im Landkreis Kulmbach konzentriert sich das BeLA-Programm hier wegen der zunehmenden Alterung der Ärzt*innen vor allem auf die Übernahme bestehender Praxen.

Auch die Einrichtung des **Medizincampus am Klinikum Bayreuth**, die 2017 vom bayerischen Kabinett beschlossen wurde und in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Erlangen ab 2021/2022 erste Medizinstudent*innen annehmen will, könnte zukünftige Ärzt*innen in den nächstgelegenen Landkreis Kulmbach locken. Die Zahl an Studierenden soll mit 50 beginnen und sich pro Semester um weitere 50 erhöhen, sodass nach aktueller Planung im Jahr 2026 Vollbetrieb am Medizincampus stattfinden kann. Im selben Jahr sollen bereits erste Mediziner*innen ihre ärztlichen Zulassungen erhalten. Von 600 Studierenden sollen 200 den vorklinischen Teil, also die theoretische Ausbildung der ersten vier Semester, an der Friedrich Alexander Universität in Erlangen durchlaufen. 400 Studierende sollen ihre klinisch theoretische Ausbildung sowie ihr Praxisjahr in Bayreuth absolvieren. Die Einrichtung des Standortes für die Ausbildung von zukünftigen Ärzt*innen entsteht auch mit dem Ziel, dem drohenden Ärzt*innenmangel auf dem Land entgegenzuwirken¹⁵⁷. Auch hier könnte mit Stipendien wie dem BeLA-Programm speziell in Studierende am Medizincampus Bayreuth investiert werden.

Eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung kann der Einsatz von **Patient*innenlotsen** insbesondere bei Menschen mit besonderen Bedarfen wie einer eingeschränkten Gesundheitskompetenz bieten. Denn gemäß einer Studie

¹⁵⁶ TUM (2019), Beste Landpartie Allgemeinmedizin.

¹⁵⁷ Eschenbacher (2018), Medizincampus Bayreuth; Universität Bayreuth (2019), Pressemitteilung 011/2019.

im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz zur Gesundheitskompetenz (*German Health Literacy Survey*) soll sich mehr als jede*r Zweite schwierig damit tun, gesundheitsbezogene Informationen zu verstehen oder auf ihrer Basis Entscheidungen zu treffen. Dies kann erhebliche Folgen für Gesundheit und Lebensqualität haben. Solche speziell qualifizierten Gesundheitslotsen begleiten die Patient*innen durch den Prozess der medizinischen Versorgung vom Akutereignis bis hin zu häuslicher Nachsorge auch im Alltag sowie bei der Koordination von Therapien¹⁵⁸. Zielgruppen sind demnach schwer oder chronisch erkrankte Menschen oder multimorbide, d.h. von mehreren Krankheiten betroffenen, Patient*innen. Durch die zunehmende Zahl an älteren Menschen (demografischer Wandel) wird sich die Zielgruppe solcher Angebote vergrößern. Aufgrund der sich zusätzlich aufweichenden Familienverhältnisse, die auch mit der andauernden Modernisierung gesellschaftlicher Strukturen einhergehen, werden ältere Menschen zunehmend auf die Hilfe außenstehender Menschen angewiesen sein. Gesundheitslotsen sollen Patient*innen über ihre Krankheit(en) informieren, die Versorgung organisieren und kontinuierliche Ansprechpartner*innen sein¹⁵⁹. Aktuell gibt es solche Patient*innenlotsen jedoch nur im Rahmen von Modellprojekten, als allgemeine Kassenleistung sind diese nicht institutionalisiert. Beispielsweise auf Landkreisebene könnten jedoch spezielle Beratungsstrukturen etabliert werden.

2.4.2 Psychotherapeutische Versorgung

In Deutschland leidet in der Altersgruppe 18 bis 79 Jahre mehr als jede*r vierte Erwachsene im Laufe eines Jahres an einer **klinisch relevanten psychischen Störung**. Auf die gesamte Lebenszeit bezogen soll nach Studien des Robert Koch-Instituts sogar jede*r Zweite betroffen sein¹⁶⁰.

Im Landkreis Kulmbach gibt es eine **Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie**. Diese befindet sich in Wirsberg. Beratungsstellen, die sich besonders Themen der psychischen Gesundheit widmen, gibt es im Landkreis sieben. Von diesen befindet sich eine in Trebgast, alle anderen sind in der Gemeinde Kulmbach.

Im Landkreis gibt es eine **Selbsthilfegruppe** für Menschen mit Autismus. Für andere psychische Erkrankungen wie beispielsweise Depressionen gibt es keine.

Insgesamt sind im Landkreis Kulmbach von der KVB 19 Psychotherapeut*innen verzeichnet. Bezüglich der geografischen Verteilung der **Standorte für Psychotherapie** verhält es sich ähnlich wie mit den bereits aufgezeigten Versorgungsgruppen: Von den 19 Psychotherapeut*innen befinden sich 14 in der Gemeinde Kulmbach, was einem Anteil von etwa 74% entspricht. Östlich der Gemeinde Kulmbach wird im gesamten

¹⁵⁸ VDI/VDE Innovation + Technik GmbH (2017), Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen.

¹⁵⁹ IGES Institut GmbH (2018), Patientenlotsen.

¹⁶⁰ StMGP (2017), Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern.

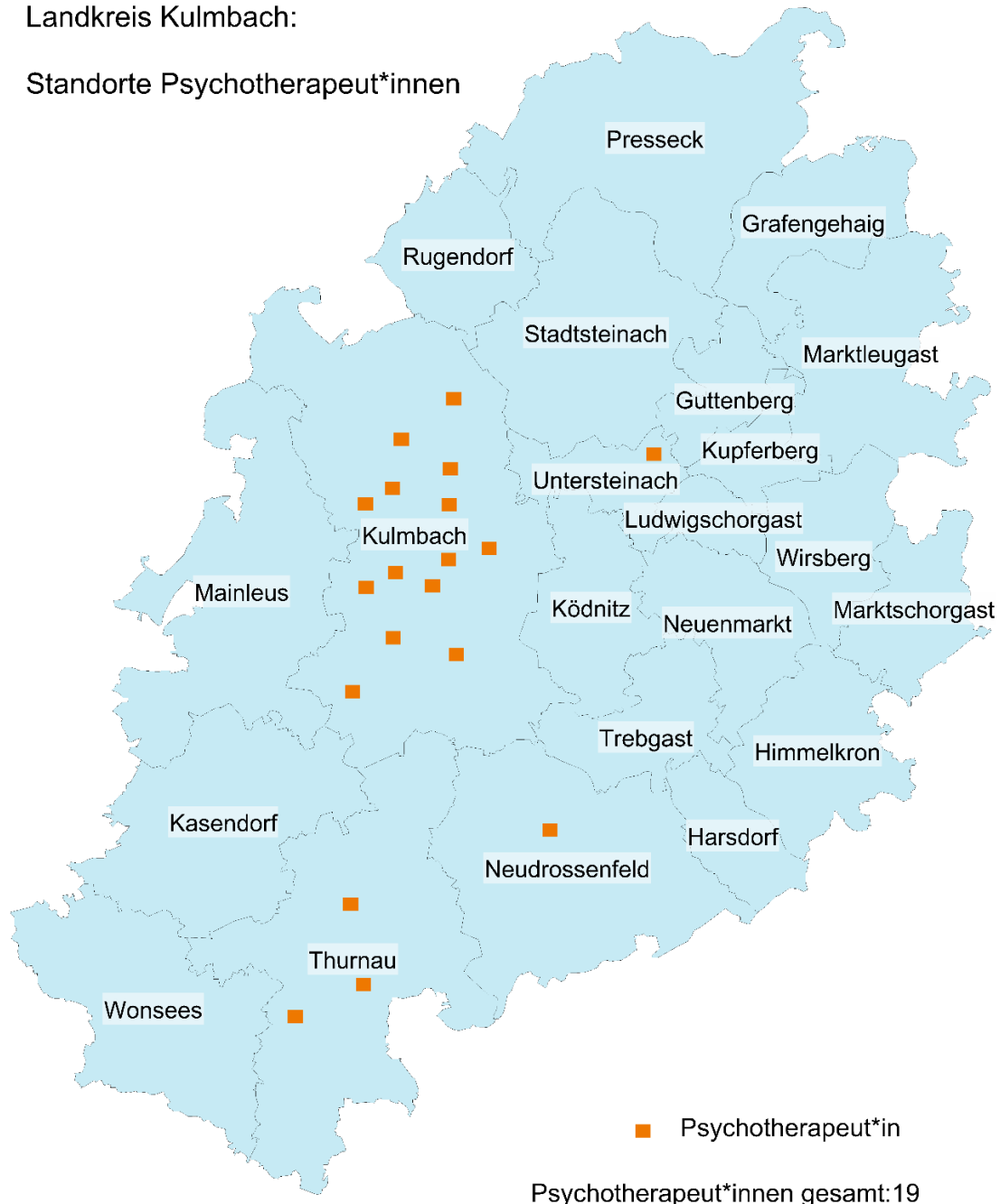
Der Landkreis unter gesundheitsrelevanten Aspekten

Landkreis zum Stand August 2018 nur ein Psychotherapie-Standort verzeichnet. Auffällig ist auch die ausschließliche Verteilung der Psychotherapeut*innen über die Gemeinden Kulmbach, Thurnau, Neudrossenfeld und Untersteinach.

Darstellung 43: Psychotherapie-Standorte (Anzahl Personen);
Landkreis Kulmbach, Stand August 2018

Landkreis Kulmbach:

Standorte Psychotherapeut*innen



Quelle: SAGS 2019, nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns¹⁶¹

Psychische Erkrankungen treten in den jüngeren Jahren vermehrt in den Vordergrund und scheinen allmählich sichtbarer zu werden. Ein wichtiger Punkt hierbei ist gewiss, dass die **gesellschaftliche Stigmatisierung diesbezüglich tendenziell zurückging**.

¹⁶¹ KVB (2018), Versorgungsatlas.

In der Versorgung jedoch gibt es dementsprechend teilweise Engpässe; Therapieplätze sind nicht immer einfach zu finden. Im Hinblick auf diese Entwicklung und in der Verantwortung, psychisch erkrankten Personen die Möglichkeit für eine Therapie zu bieten, scheint es daher relevant, sich auf den Zugang zu Therapieangeboten sowie eine allgemein wohnortnahe Erreichbarkeit zu bemühen.

Im Jahr 2018 wurde das Bayerische Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG) vom Landtag verabschiedet. In diesem wurden die Regierungsbezirke damit beauftragt, jeweils eine Leitstelle sowie auch ein flächendeckendes Netzwerk von Krisendiensten aufzubauen. Dazu soll auch die Selbsthilfe gestärkt werden¹⁶².

Im Rahmen des bundesweit gültigen GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes von 2015 wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zudem mit einer Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie beauftragt, die 2017 neue Versorgungselemente wie beispielsweise die Akutbehandlung oder die psychotherapeutische Sprechstunde einführte. Damit sollen eine bessere Versorgung und eine kürzere Wartezeit erzielt werden¹⁶³. In dem Gutachten des G-BA wurde auch auf einen deutschlandweiten Mehrbedarf an Psychotherapeut*innen hingewiesen. Die Richtwerte, mit denen der Versorgungsgrad von Psychotherapie-Standorten beurteilt wird, werden allgemein vielfach kritisiert: Sie seien den neueren Entwicklungen nicht angemessen. Eine neue Bedarfsplanung des G-BA ist noch im Jahr 2019 zu erwarten¹⁶⁴. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) dagegen hält die Versorgungssituation für ausreichend. Für den Landkreis Kulmbach errechnete die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) 2018 einen Versorgungsgrad von rund 128%, was eine deutliche Überversorgung darstellt. Dementsprechend gilt es, sich auf Landkreisebene vor allem darauf zu konzentrieren, dass aufgrund der Konzentration von Psychotherapeut*innen in der Gemeinde Kulmbach neue Praxen nach Möglichkeit in anderen Teilen des Landkreises niederlassen. Falls von Psychotherapeut*innen eine Unterversorgung festgestellt werden sollte, kann durch **Selbsthilfegruppen** oder spezielle Angebote für leichte psychische Erkrankungen die Nachfrage entlastet werden. Doch sollte dies nur in Absprache mit Psychotherapeut*innen geschehen und von geschultem Personal begleitet werden, damit schwierige Fälle beziehungsweise eine Verschlechterung der Lage erkannt werden können und auf ausgebildete Psychotherapeut*innen verwiesen werden kann.

¹⁶² Vgl. BayPsychKHG sowie PTK (2018), Psychotherapeutenjournal, S. 276.

¹⁶³ BMG (2018), GKV- Versorgungsstärkungsgesetz.

¹⁶⁴ Bundesärztekammer, KBV (2018), Bedarfsplanung.

2.4.3 Arztnahe Berufsgruppen

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über das **Versorgungsangebot in arztnahen Berufsgruppen** im Landkreis Kulmbach. Die Adressen der Anbieter*innen wurden im Rahmen einer breiten allgemeinen Internetrecherche ermittelt und sind damit auch abhängig von der Auffindbarkeit im World Wide Web oder der Selbstauskunft und können daher unvollständig sein.

Darstellung 44: Arztnahe Berufsgruppen; Landkreis Kulmbach, Stand November 2018

Berufsgruppe	Anzahl*
Hebammen	13
Heilpraktiker*innen	43
Osteopath*innen	7
Physiotherapie, Krankengymnastik	42
Ergotherapie	6
Logopädie	8
Podologie	4
Masseur*innen und medizinische Bademeister*innen	12
Orthopädiemechanik, Orthopädieschuhmacherei	3
Hörgeräteakustik	3
Optiker*innen	9

*) bei Hebammen, Heilpraktiker*innen, Osteopath*innen Anzahl Personen, sonst Anzahl Praxen bzw. Filialen

Quelle: SAGS 2019

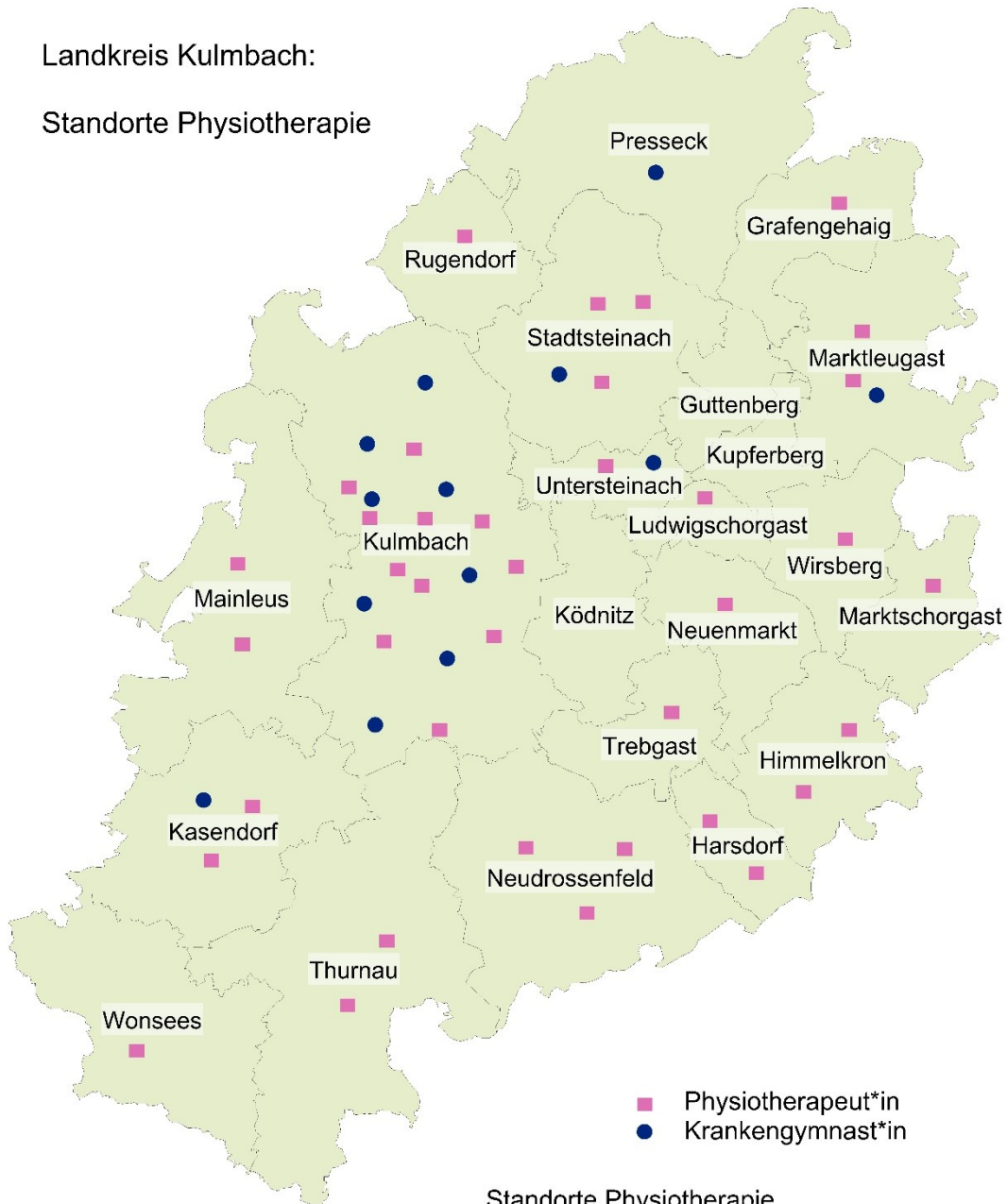
Von den 51 **Physiotherapie-Standorten** definieren sich 13 als Krankengymnast*innen und 38 als Physiotherapeut*innen, wobei letztere in der Regel auch Krankengymnastik anbieten. Davon liegen insgesamt 19 in der Gemeinde Kulmbach, was einem Anteil von etwa 37% entspricht.

Das entspricht einer durchschnittlichen Dichte von 1.412 Einwohner*innen pro Standort. Die Verteilung über den Landkreis ist dabei relativ ausgeglichen. Innerhalb der Gemeinde Kulmbach kommen 1.369 Einwohner*innen auf einen Standort, in den übrigen Teilen des Landkreises beträgt diese Dichte 1.211 (Bevölkerungszahlen zum Stand 31.12.2017). Auffällig jedoch ist, dass sich die meisten spezialisierten Krankengymnast*innen in der Gemeinde Kulmbach niederließen, während sich die Physiotherapeut*innen mehr über den gesamten Landkreis verteilen.

Darstellung 45: Standorte Physiotherapie (Anzahl Praxen); Landkreis Kulmbach, Stand März 2019

Landkreis Kulmbach:

Standorte Physiotherapie



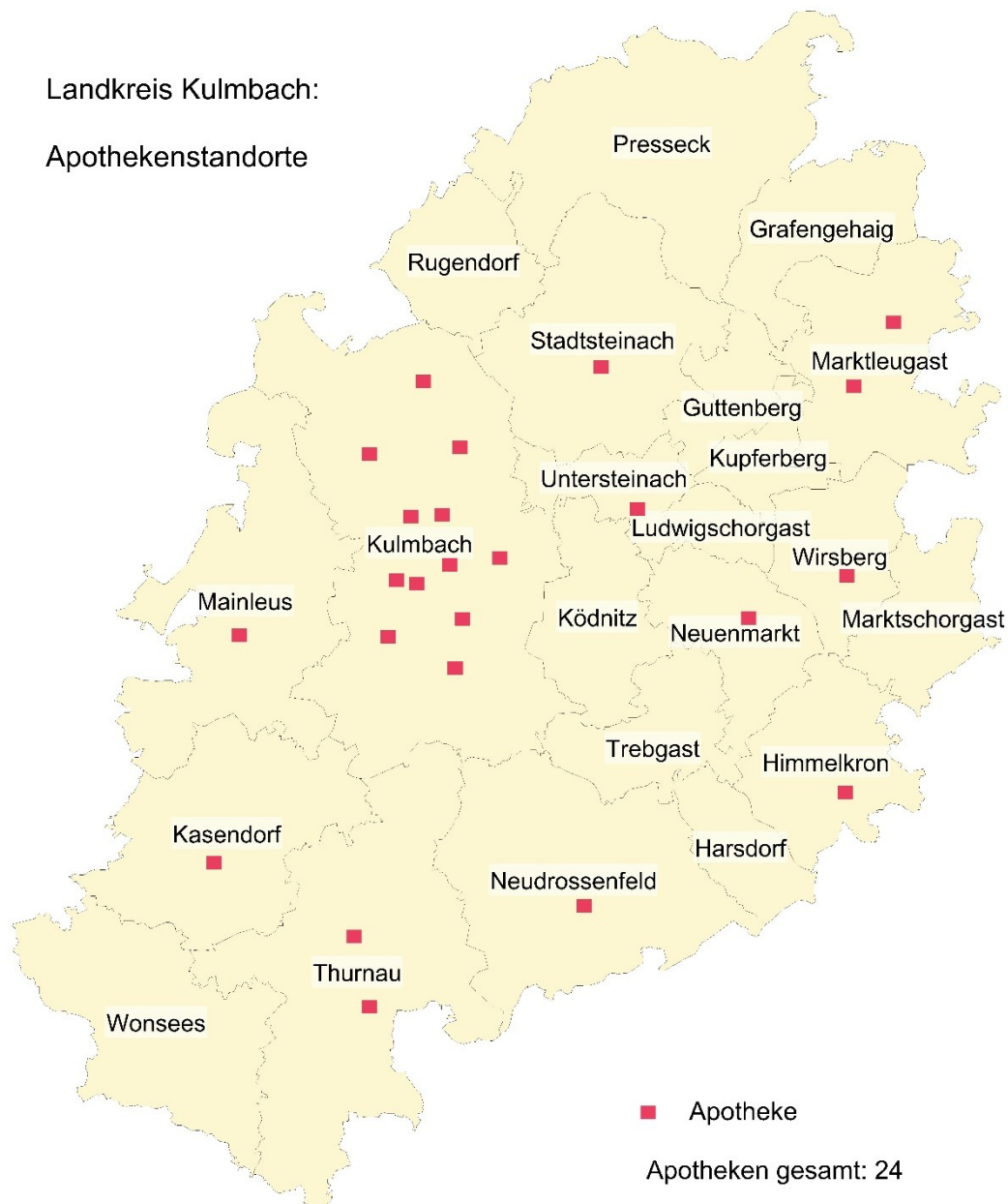
Standorte Physiotherapie
und Krankengymnastik gesamt: 51

Quelle: SAGS 2019, nach eigener Recherche und Selbstauskunft der Gemeinden

2.4.4 Apotheken

Im Landkreis Kulmbach wurden 24 öffentliche **Apotheken** gezählt (Stand November 2018). Das entspricht etwa einer Apotheke pro 3.000 Einwohner*innen. Mit 12 davon befindet sich exakt die Hälfte der Apotheken in der Stadt Kulmbach, was etwa einer Apotheke pro 2.258 Einwohner*innen entspricht. Die Apothekendichte im Landkreis ausgenommen der Stadt Kulmbach erhöht sich damit auf durchschnittlich 3.743 Einwohner*innen pro Apotheke.

Darstellung 46: Apothekenstandorte (Anzahl Filialen); Landkreis Kulmbach, Stand November 2018



Quelle: SAGS 2019

Der Landkreis Kulmbach weist im regionalen Vergleich eine relativ hohe Apothekendichte auf. Im Vergleich zur Apothekendichte von 4.057 Einwohner*innen pro Apotheke in ganz Bayern¹⁶⁵ ist der Wert des Durchschnitts im gesamten Landkreis Kulmbach um 26,1% höher.

2.4.5 Krankenhaus-Versorgung

Grundstruktur der Krankenhausplanung

Der Bayerische Krankenhausplan, der jährlich vom Bayerischen Gesundheitsministerium unter Mitarbeit des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses (zusammengesetzt aus Vertreter*innen der Krankenhausträger, Ärzt*innenschaft und Krankenkassen) fortgeschrieben wird, enthält Festlegungen zu Standorten, Versorgungsstufen, Fachrichtungen und der Anzahl an Betten sowie teilstationärer Plätze der Krankenhäuser¹⁶⁶. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan aufgenommen sind (**Plankrankenhäuser**) können gemäß §8 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) eine öffentliche Investitionskostenförderung, also eine der beiden Komponenten der dualen Krankenhausfinanzierung, beantragen.

Eine weitere Komponente der dualen Krankenhausfinanzierung besteht in der Vergütung der gesetzlichen Krankenkassen für die im Krankenhaus erbrachten Leistungen. Gemäß §108 SGB V dürfen die Krankenkassen Krankenhausleistungen nur in Krankenhäusern erbringen lassen, die entweder ein Plankrankenhaus, eine Hochschulklinik oder ein Krankenhaus mit Versorgungsvertrag sind¹⁶⁷.

Im Krankenhausplan für Bayern¹⁶⁸ sind gemäß Art. 4, Abs. 2 Bayerisches Krankenhausgesetz (BayKrG) Festlegungen zu **Allgemeinkrankenhäusern und Fachkrankenhäusern** enthalten. Bei den Allgemeinkrankenhäusern steht keine bestimmte Fachrichtung im Vordergrund, während Fachkrankenhäuser nur auf Patient*innen spezieller Krankheitsarten oder Altersstufen ausgelegt sind und in der Regel überwiegend in einer Fachdisziplin Leistungen erbringen.

¹⁶⁵ Die Apotheke (2017), Apothekenzahl nach Bundesländern.

¹⁶⁶ StMGP (2018), Die Krankenhausplanung in Bayern.

¹⁶⁷ Seeger, Maier (2018), S. 112.

¹⁶⁸ StMGP (2017), Krankenhausplan des Freistaates Bayern.

Der Landkreis unter gesundheitsrelevanten Aspekten

Die Allgemeinkrankenhäuser sind in drei Versorgungsstufen unterteilt¹⁶⁹:

- I. Versorgungsstufe: Grundversorgung
- II. Versorgungsstufe: Erfüllung überörtlicher Schwerpunktaufgaben in Diagnose und Therapie
- III. Versorgungsstufe: Nach Bedarf Vorhalten eines umfassenden und differenzierten Leistungsangebots und entsprechender medizinisch-technischer Einrichtungen

Bei der Bedarfsermittlung für Plankrankenhäuser wird die Versorgung durch Hochschulkliniken sowie durch Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag miteinbezogen. Die **Planungsbereiche** für die Krankenhausplanung der Allgemeinkrankenhäuser sind abhängig von der Versorgungsstufe des Krankenhauses folgendermaßen definiert¹⁷⁰:

- I. Versorgungsstufe: Landkreise, kreisfreie Städte
- II. Versorgungsstufe: (Sozioökonomisch) zusammenhängende Gebiete mehrerer Landkreise und kreisfreier Städte
- III. Versorgungsstufe: Regierungsbezirk

Bei der Bedarfsplanung für Krankenhäuser wird in der Akutversorgung meist ein Bettenutzungswert von 80% angesteuert, wobei eine Berücksichtigung von Einzelfall-Besonderheiten offen gehalten wird. In einzelnen Fachrichtungen gelten davon abweichende Zielwerte für die Nutzung¹⁷¹.

Neben den Festlegungen zu den Standorten und Anzahlen an Betten beziehungsweise teilstationären Plätzen der einzelnen Krankenhäuser enthält der Krankenhausplan für Bayern drei Fachprogramme mit spezifischen Anforderungen zur stationären Versorgung von Risiko-Neugeborenen, zur Palliativversorgung in Krankenhäusern sowie zur Akutgeriatrie.

Versorgungssituation im Landkreis Kulmbach

Krankenhäuser im Landkreis Kulmbach

Im Landkreis Kulmbach gibt es zum aktuellsten Stand nach Angaben des Klinikum Kulmbach insgesamt 587 Krankenhausbetten in zwei Krankenhäusern, wobei ein Aufstocken über weitere 40 Betten für die nächsten vier Jahre geplant ist¹⁷²

¹⁶⁹ BayKrG.

¹⁷⁰ StMGP (2017), Krankenhausplan, Teil I, Abs. 5.5.2 – 5.5.4.

¹⁷¹ StMGP (2017), Krankenhausplan, Teil I, Abs. 6.4.

¹⁷² Klinikum Kulmbach (2019), Wir über uns;

Bayerische Rundschau (2018), 59 Millionen Euro für Klinikum Kulmbach.

Das **Klinikum Kulmbach** ist zusammen mit der **Fachklinik Stadtsteinach** in kommunaler Trägerschaft. Der Träger ist der Zweckverband Klinikum Kulmbach, in dem der Landkreis Kulmbach und die große Kreisstadt Mitglied sind.

Der Zweckverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Das Klinikum Kulmbach ist ein fortschrittliches und erfolgreich geführtes kommunales Krankenhaus der Versorgungsstufe II mit 500 Betten und 13 bettenführenden Abteilungen sowie Zentren für Alterstraumatologie, Brustkrebs, Darmkrebs, Endoprothetik und Erkrankungen mit der Wirbelsäule (Stand 2019).

Die Einrichtung verfügt ebenso über ein zertifiziertes regionales Traumazentrum sowie ein Thoraxzentrum. Im Bereich der Notaufnahme ist eine durch die DGK zertifizierte Chest Pain Unit etabliert. Die ebenfalls zertifizierte Stroke Unit ist der Intermediate Care Station angeschlossen.

Die **Entbindungsklinik** ist nach den Regeln von WHO und UNICEF als „babyfreundlich“ zertifiziert.

Die dem Klinikum angebotenen medizinischen Versorgungszentren ergänzen das Leistungsangebot.

In Kapitel 2.4.1 wurde überdies auf den neuen Status des Klinikums Kulmbach als Lehrkrankenhaus im Rahmen des **BeLA-Programms** eingegangen. Die Vorteile für das Klinikum sind sowohl die emotionale Verankerung der Medizinstudierenden in der Region sowie auch die frühe medizinisch-fachliche Verankerung in der Region. Außerdem kann das praktische Jahr der Ärzt*innenausbildung zu zwei Dritteln im Klinikum abgeleistet werden.

Auswirkungen der demografischen Entwicklung

Wie bei der ambulanten ärztlichen Versorgung wird die demografische Entwicklung auch auf den Bereich der stationären Versorgung Folgen haben. Durch die für den Landkreis Kulmbach prognostizierte sinkende Bevölkerungszahl ist die Entwicklung nicht ganz einfach abzusehen. Die demografische Alterung lässt jedoch eine verhältnismäßig höhere Inanspruchnahme der stationären Versorgung vermuten.

In einer Vorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder aus dem Jahr 2010¹⁷³ wurden die Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Anzahl der Krankenhausfälle in Deutschland untersucht. Demnach wurde **für Deutschland insgesamt ein Anstieg um 8%** zwischen 2008 und 2030 prognostiziert. Die Schätzungen für Bayern liegen sogar bei 14%. Der prognostizierte Anstieg betrifft vor allem Krankheiten, die vermehrt in höheren Altersgruppen auftreten, insbesondere **Herz-/Kreislaufkrankungen** (Bayern: +32,8%) und **Neubildungen** (Bayern: +23,5%). Besonders deutlich von dem demografisch bedingten steigenden Bedarf dürften daher die Fachabteilungen für **Innere Medizin**, in geringerem Ausmaß auch diejenigen für **Chirurgie**, betroffen sein.

Neben höheren Fallzahlen sind durch die demografische Veränderung auch zunehmend neue Herausforderungen durch die Behandlung multimorbider, gegebenenfalls pflegebedürftiger oder demenzkranker Patient*innen zu erwarten.

Palliativmedizinische Versorgung im Krankenhaus

Nach dem Krankenhausplan für Bayern ist eine Einrichtung von Palliativstationen vorrangig an Krankenhäuser der Versorgungsstufe II und III, in besonderem Maße an Krankenhäuser mit onkologischen Abteilungen, vorgesehen. Bei Krankenhäusern, in denen aus Gründen des fehlenden Bedarfs keine Palliativstation anerkannt werden kann (Palliativstationen sind laut Krankenhausplan mit einer Größe von 6-12 Betten zu bemessen), kommt laut Krankenhausplan die Einrichtung palliativmedizinischer Dienste in Frage, sofern die Krankenhäuser mit der Behandlung und Begleitung Sterbender konfrontiert sein sollten¹⁷⁴.

Im Landkreis Kulmbach gibt es eine Palliativstation im allgemeinen Klinikum Kulmbach mit 6 Betten (Stand 1.1.2017).

¹⁷³ Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010), Demografischer Wandel in Deutschland.

¹⁷⁴ StMGP (2017), Krankenhausplan, Abschnitt D.

Akutgeriatrie

Nach dem Programm zur Akutgeriatrie im Bayerischen Krankenhausplan ist es ein Ziel, die akutgeriatrischen Angebote an Krankenhäusern, auch der Allgemeinkrankenhäuser, in Bayern auszubauen. Als akutgeriatrische Strukturen in Krankenhäusern sind sowohl interdisziplinär ausgerichtete akutgeriatrische Hauptabteilungen sowie auch akutgeriatrische Behandlungseinheiten innerhalb einer Hauptabteilung, mit interdisziplinärer Ausrichtung oder fachlichem Schwerpunkt, vorgesehen. Als Mindestgröße für eine akutgeriatrische Hauptabteilung beziehungsweise Orientierungsgröße für eine akutgeriatrische Behandlungseinheit sind 20 Betten vorgegeben¹⁷⁵.

Im Landkreis Kulmbach gibt es die **Fachklinik Stadteinach**, welche eine spezielle akutgeriatrische Einrichtung ist. Zum Stand 1.1.2017 gab es hier 25 Betten.

Schlaganfall-Versorgung

Das Klinikum Kulmbach ist als **Kooperationsklinik** an das „**SchlaganfallNetzwerk mit Telemedizin in Nordbayern – STENO**“ angeschlossen. Ziel der Schlaganfall-Netzwerke ist die telemedizinische Anbindung von speziellen Schlaganfalleinheiten in den Kooperationskliniken an das spezialisierte Fachwissen der jeweiligen überregionalen „Stroke Units“. Im Falle des STENO-Netzwerks bilden die drei überregionalen Stroke Units am Universitätsklinikum Erlangen, am Krankenhaus Hohe Warte Bayreuth und am Klinikum Nürnberg (Betriebsstätte Süd) die Netzwerkzentren.

Die HELIOS-Frankenwaldklinik in Kronach, Teil der Helios Kliniken Gruppe und kein Plankrankenhaus gemäß Bayerischem Krankenhausplan, ist als Kooperationsklinik an das „**TRAnsregionale Netzwerk für Schlaganfallintervention mit Telemedizin – TRANSIT**“ angeschlossen. Die überregionalen Stroke Units des TRANSIT-Netzwerks sind das Universitätsklinikum Würzburg, das Klinikum Aschaffenburg, das Leopoldina Krankenhaus Schweinfurt und die Neurologische Klinik Bad Neustadt¹⁷⁶.

Versorgung von Risiko-Neugeborenen

Im Programm „**Stationäre Versorgung von Risiko-Neugeborenen in Bayern**“ des Bayerischen Krankenhausplans¹⁷⁷ werden die Anforderungen an neonatologische Intensivbehandlungsplätze zur bedarfsgerechten Versorgung Risiko-Neugeborener festgelegt. Die höchste Versorgungsstufe innerhalb dieses Konzepts (Kategorie I) stellen die Perinatalzentren dar, die prinzipiell in Krankenhäusern der Maximalversorgung oder in solchen, die ortsübergreifende Schwerpunktaufgaben erfüllen, angesiedelt

¹⁷⁵ Vgl. StMGP (2017), Krankenhausplan, Teil II, Abschnitt E; sowie Seeger, Maier (2018), S. 121.

¹⁷⁶ StMGP (2017), Krankenhausplan, Teil II, Abschnitt G.

¹⁷⁷ StMGP (2017), Krankenhausplan, Teil II, Abschnitt C.

sind. Die Kategorie II bilden Kinderkliniken mit neonatologischen Intensivbehandlungsplätzen, die zusätzlich durch eine Beteiligung am Neugeborenen-Notarzteinsatz Geburtskliniken mit mindestens 3.000 Geburten pro Jahr für einen Umkreis von bis zu 50 Kilometern mitbetreuen. Die Kategorie III der Kliniken mit einer Versorgung von Risiko-Neugeborenen bilden Kinderkliniken mit neonatologischen Intensivbehandlungsplätzen, die sich jedoch nicht am Neugeborenen-Notarzteinsatz beteiligen, sondern hauptsächlich für die Versorgung der Geburtsklinik desselben Allgemeinkrankenhauses sowie für Verlegungen aus naheliegenden Geburtskliniken zuständig sind¹⁷⁸.

Am Klinikum Kulmbach gibt es zum Stand des Bayerischen Krankenhausplans 2017 keine neonatologischen Intensivplätze. Die **nächstgelegene Kinderklinik** mit neonatologischen Intensivbehandlungsplätzen, jedoch ohne Durchführung des Neugeborenen-Notarzteinsatzes (Kategorie III) ist das Sana Klinikum in **Hof**. Nächstgelegene **Perinatalzentren** (Kategorie I) gibt es in den Kliniken **Bamberg** und **Bayreuth**.

2.4.6 Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen

Im Klinikum Kulmbach, Stadt Kulmbach, befindet sich ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ Klinikum Kulmbach). Eine geriatrische Rehabilitationsklinik befindet sich in Stadtsteinach. Die Fachklinik Haus Immanuel als Einrichtung für suchtkranke Menschen liegt in Thurnau und hat eine Außenstelle in der Gemeinde Kulmbach. In Wirsberg befindet sich eine Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

Im Landkreis Kulmbach gibt es 10 Selbsthilfe- und Präventionsgruppen, 8 davon in der Gemeinde Kulmbach. Darunter befinden sich insbesondere Selbsthilfegruppen für Suchtkranke sowie für an Krebs erkrankte Menschen.

Weiter wurden 15 Beratungsstellen zu gesundheitsrelevanten Themen gezählt. Auch diese befinden sich vorwiegend in der Gemeinde Kulmbach. Nur zwei Beratungsstellen befinden sich im Landkreis außerhalb dieser. Im Besonderen tritt hier die Häufigkeit der Ansprechpartner für psychische Probleme hervor: Insgesamt sieben der 15 Beratungsstellen bieten unter anderem psychologische Beratung an. Drei Beratungsstellen bieten auch oder ausschließlich Schwangerenberatungen an.

Für die Zukunft ist ein **Mehrbedarf an geriatrischer Rehabilitation** abzusehen, einerseits ausgehend von den demografischen Veränderungen, andererseits durch die in den letzten Jahren in Kraft getretenen Pflegekräftegesetze PSG I und PSG II. Durch die gesetzlichen Neuerungen wurden die Grundsätze „häusliche Pflege vor stationärer Pflege“ sowie „Rehabilitation vor Pflege“ gestärkt. Mit dem PSG II wurde eine Berichtspflicht der Pflegekassen über „die Anwendung eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung“ eingeführt (Art.1, Abs. 14, PSG II in Verbindung mit §18a, SGB XI). Dadurch erfolgt eine

¹⁷⁸ StMGP (2017), Krankenhausplan, Teil II, Abschnitt C

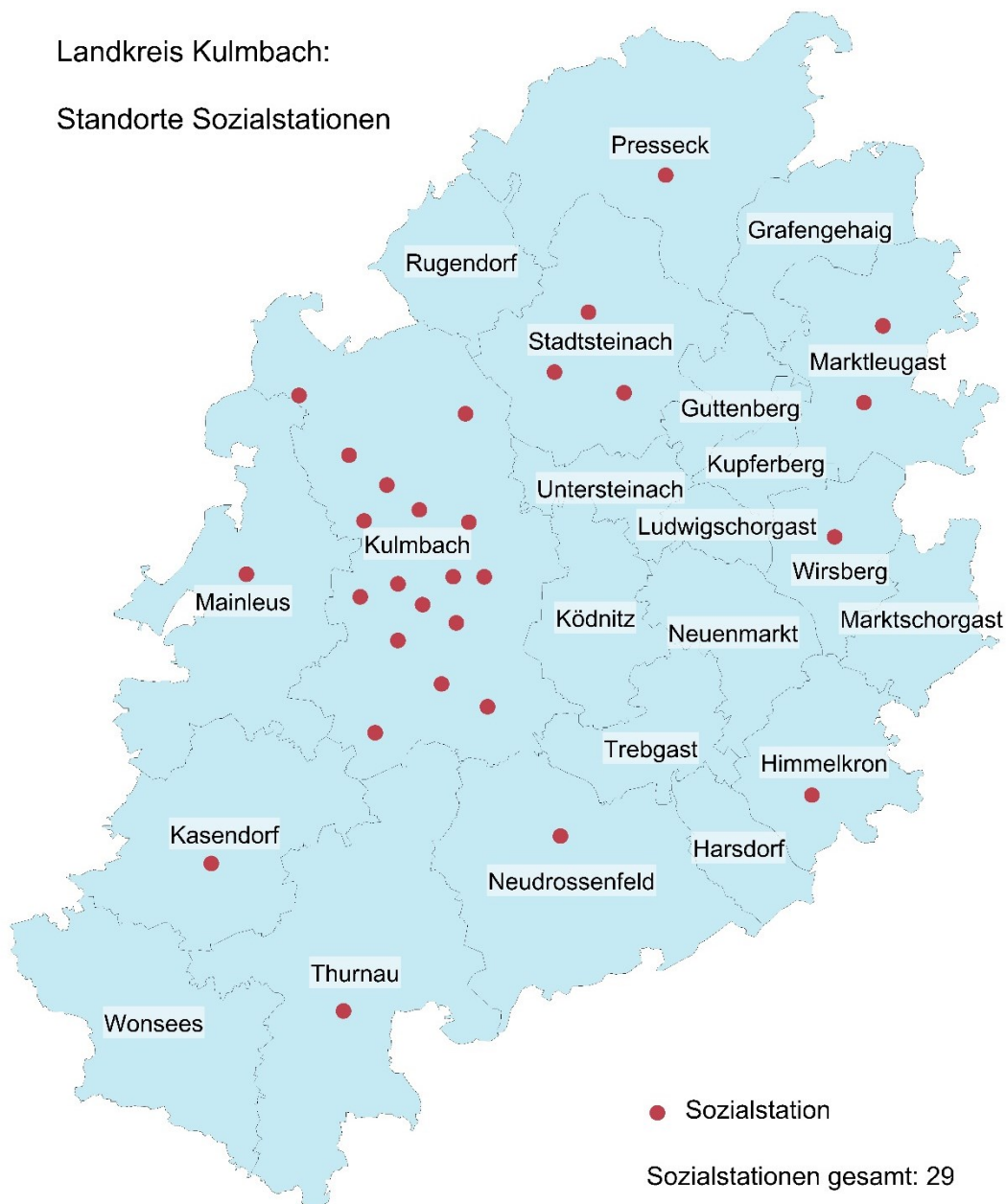
Stärkung des Ansatzes, durch Rehabilitationsmaßnahmen nach Möglichkeit eine absehbare Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder hinauszuzögern. Im April 2016 trat zudem eine überarbeitete Rehabilitations-Richtlinie des G-BA in Kraft. Darin wurde das Verfahren zur Verordnung von Rehabilitationsmaßnahmen für Ärzt*innen erleichtert und der Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen vereinfacht¹⁷⁹.

¹⁷⁹ Vgl. BMG (2015), Praxisseiten Pflege; sowie Seeger, Maier (2018), S. 123.

2.4.7 Versorgung Pflegebedürftiger

In Kapitel 2.2.2 wurden bereits allgemeine Kennzahlen zu pflegebedürftigen Personen im Landkreis Kulmbach aufgezeigt. Eine wichtige Rolle bei der Versorgung Pflegebedürftiger spielen **Sozialstationen**. Im Landkreis Kulmbach wurden insgesamt 29 Sozialstationen¹⁸⁰ gezählt (Stand November 2018). Auch hier lässt sich die mehrfach beobachtete Zentrumsbildung in der Gesundheitsversorgung erkennen: Rund zwei Drittel (17 Sozialstationen) befinden sich innerhalb der Stadt Kulmbach.

Darstellung 47: Standorte Sozialstationen im Landkreis Kulmbach, Stand November 2018



Quelle: SAGS 2019, nach eigener Recherche und ,Seniorenratgeber 2016'¹⁸¹

¹⁸⁰ Mit inbegriffen sind neben ambulanten Pflegediensten auch Heime mit Kurzzeitpflegediensten.

¹⁸¹ Landratsamt Kulmbach et al. (2016), Ratgeber für Senioren im Landkreis Kulmbach.

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen befinden sich im Landkreis Kulmbach insgesamt zwölf, darunter fünf in der Stadt Kulmbach. Andere befinden sich jeweils in Mainleus, Marktleugast, Neuenmarkt, Neudrossenfeld, Stadtsteinach, Thurnau und Wirsberg¹⁸².

Im ‚Seniorenratgeber 2016‘¹⁸³ des Landkreises Kulmbach befinden sich außerdem vier Angebote für **Betreutes Wohnen** im räumlichen und organisatorischen Verbund mit Seniorenheimen. Zwei davon befinden sich in der Stadt Kulmbach, die anderen befinden sich in Thurnau und Neuenmarkt. Außerdem gibt es die Möglichkeit, in eine spezielle Wohngemeinschaft für Senior*innen in der Stadt Kulmbach (‚Wohnen am Park‘ unter Trägerschaft des BRK) zu ziehen. Derartige Angebote richten sich an Senior*innen, die nicht mehr im Eigenheim leben können bzw. wollen, ihr Leben jedoch möglichst selbstbestimmt fortführen wollen. Die mietbaren Appartements sind barrierefrei und schließen Betreuung (und Organisation) derjenigen Alltagsaufgaben mit ein, die nicht mehr selbst zu bewältigen sind.

Gemäß den aktuellsten verfügbaren Daten der amtlichen Pflegestatistik zum Stand Dezember 2017¹⁸⁴ waren im Landkreis Kulmbach in damals 19 **ambulanten Pflegediensten** insgesamt 715 Personen tätig, die insgesamt 973 Pflegebedürftige betreuten. Die Pflegestatistik auf Landkreisebene beinhaltet keine Unterscheidung nach Voll- und Teilzeitkräften oder nach Tätigkeitsbereich und Berufsabschluss.

Die folgende Tabelle zeigt die zeitliche Entwicklung der ambulanten Pflegedienste im Landkreis Kulmbach seit der erstmaligen Erfassung in der amtlichen Pflegestatistik im Dezember 1999 bis zum aktuellsten verfügbaren Datenstand der amtlichen Pflegestatistik (Dezember 2017).

¹⁸² AOK-Bundesverband (2019), AOK-Pflege-Navigator.

¹⁸³ Landratsamt Kulmbach et al. (2016), Ratgeber für Senioren im Landkreis Kulmbach.

¹⁸⁴ LfStat (2018), GENESIS-Online, Tabelle 22400-003z.

Darstellung 48: Zeitliche Entwicklung ambulanter Pflegedienste im Landkreis Kulmbach, 1999-2017

Stichtag ^a	Anzahl Pflegedienste	Personal	Pflegebedürftige der Pflegedienste
12/1999	17	161	445
12/2001	18	206	533
12/2003	16	286	498
12/2005	18	183	539
12/2007	18	235	579
12/2009	19	468	665
12/2011	18	353	581
12/2013	18	425	654
12/2015	18	474	747
12/2017	19	715	973

^{a)} Datenerhebung erfolgt im Zwei-Jahres-Rhythmus

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik¹⁸⁵

Gegenüber dem Stand von Dezember 1999 **stieg die Zahl der ambulant gepflegten Personen** bis Dezember 2017 **um fast 120%** an.

Ein Vergleich mit der Entwicklung des Personals wäre wenig aussagekräftig, da sich die Angaben hierzu auf Personenzahlen und nicht auf Vollzeitäquivalente beziehen. Zudem umfasst die Personenzahl aus der Pflegestatistik sämtliches Personal der Pflegedienste und ist nicht auf Pflegepersonal beschränkt. Auch hier ist jedoch prinzipiell ein deutlicher Anstieg zu erkennen.

Die Inanspruchnahme der verschiedenen Arten von Pflegedienstleistungen gemäß den aktuellen Zahlen der Pflegestatistik wurde bereits in Kapitel 2.2.1 aufgezeigt.

Künftige Entwicklung der personellen Versorgungssituation

In einer bundesweiten Studie aus dem Jahr 2016¹⁸⁶ wurde auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte aufbauend auf dem Datenstand zum Jahr 2013 die zukünftige Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger sowie der personellen Versorgungssituation in der ambulanten und stationären Pflege bis zum Jahr 2030 geschätzt¹⁸⁷.

Ausgehend von 2.638 Pflegebedürftigen im Landkreis Kulmbach wird hier für 2030 eine Anzahl von 3.184 Pflegebedürftigen prognostiziert, was einem **Anstieg von über 20%** entspricht¹⁸⁸.

¹⁸⁵ LfStat (2018). GENESIS-Online, Tabelle 22400-003z.

¹⁸⁶ Rothgang et al. (2016).

¹⁸⁷ Vgl. dazu auch Seeger, Maier (2018), S. 128.

¹⁸⁸ Bertelsmann-Stiftung (2019), wegweiser-kommune.

Zur Prognose der Versorgungssituation in der Pflege wird in dieser Studie angenommen, dass das aktuell geltende Verhältnis zwischen der Zahl der Beschäftigten in der Pflege (in Vollzeitäquivalenten) zur Zahl der erwerbsfähigen Bevölkerung über den Projektionszeitraum hinweg konstant bleibt. Ausgehend von der geschätzten Entwicklung der Bevölkerungszahl im erwerbsfähigen Alter auf Kreisebene (gemäß kleinräumiger Bevölkerungsvorausberechnung auf Basis des Zensus 2011) wird unter dieser Annahme eine Prognose für die im Jahr 2030 zu erwartende Zahl der Beschäftigten in der Pflege berechnet. Für den Landkreis Kulmbach wird hierbei ein **Rückgang des Personals in Vollzeitäquivalenten um 19,6%** zwischen 2013 und 2030 prognostiziert.

In kombinierter Sicht mit der prognostizierten Zahl der Pflegebedürftigen ergibt sich eine Schätzung, welche Lücken in der pflegerischen Versorgung in Relation zum Stand der Versorgung des Jahres 2013 zu erwarten sind. Laut Ergebnissen der Studie werden die größten Versorgungslücken für Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und im Umkreis von Metropolen wie München vorhergesagt. Aufgrund des prognostizierten Rückgangs des Pflegepersonals (in Vollzeitäquivalenten) und des gleichzeitigen Anstiegs an Pflegebedürftigen Menschen, kann auch im Landkreis Kulmbach auf eine **pflegerische Versorgungslücke** im Jahr 2030 geschlossen werden.

Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen

Mit dem 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden die Krankenkassen verpflichtet, sogenannte **Pflegestützpunkte** zu errichten, wenn die zuständige oberste Landesbehörde eine entsprechende Bestimmung erlässt¹⁸⁹. In Bayern wurde 2009 die „Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Bayern“¹⁹⁰ erlassen, wonach die Pflege- und Krankenkassen in Bayern für die Einrichtung von Pflegestützpunkten zuständig sind. Bei der Einrichtung der Pflegestützpunkte sollen vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen eingebunden werden, insbesondere die bestehenden staatlich geförderten Fachstellen für beratende Angehörige. Die Aufgaben der Pflegestützpunkte umfassen laut §7c SGB XI neben einer wohnortnahen, unabhängigen **Beratung** von Pflegebedürftigen auch die **Koordinierung** verschiedener Hilfs- und Unterstützungsangebote, **Hilfestellung** bei der Inanspruchnahme entsprechender Leistungen sowie eine **Vernetzung** aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

In der „Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Bayern“ wurde die Errichtung von 60 Pflegestützpunkten in Bayern bis Ende 2010 vorgesehen. Zum Stand März 2019 bestehen bayernweit erst 9 Pflegestützpunkte. Der dem Landkreis Kulmbach nächst gelegene Pflegestützpunkt befindet sich in Coburg (weitere befinden

¹⁸⁹ BStMAS, (2009), Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Bayern, Abs. II. 5.

¹⁹⁰ BStMAS, (2009), Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Bayern.

Der Landkreis unter gesundheitsrelevanten Aspekten

sich in Haßberge, Neuburg-Schrobenhausen, Nürnberg, Rhön-Grabfeld, Roth, Schwabach, Schweinfurt und Würzburg)¹⁹¹.

Stärkung der Kommunen

In der Bund-Länder-Arbeitsgruppe mit dem Ziel der **Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege**, die im September 2014 eingerichtet wurde, verpflichteten sich die beteiligten politischen Akteure (darunter der Deutsche Landkreistag und das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege) zur Realisierung der Empfehlungen¹⁹². Die erarbeiteten Handlungsanleitungen sind insbesondere auf eine Ausarbeitung angemessener **Steuerungsmöglichkeiten der Angebotsstrukturen vor Ort** sowie auf die Ausgestaltung effizienter **Kooperations- und Koordinationsstrukturen** ausgerichtet. Dazu soll die kommunale Beratung im Rahmen der Daseinsvorsorge und Sozialleistungen besser mit den Beratungsangeboten der Pflegekassen verknüpft werden.

Im dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) ging diese Handlungsanleitung bereits ein: Dabei erhielten die Kommunen ein zeitlich bis Dezember 2021 befristetes Initiativrecht zur **Einrichtung von Pflegestützpunkten**. Auch wurde ihnen ermöglicht, eigene **Beratungsstellen** zur Pflegeberatung, in denen Beratungsgutscheine der Pflegekassen eingelöst werden, gemäß §7a SGB XI einzurichten. Die strukturierte **Kooperation in regionalen Netzwerken** kann zur Unterstützung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen sowie des Ehrenamts seit 2017 gemäß §45c, Abs. 9, SGB XI gefördert werden. Bis zum 31.12.2019 können sich Kommunen per Antragstellung um eine Förderung als **Modellprojekt** bewerben, um neue Modelle zur Optimierung von Kooperation und Koordination bei der Pflegeberatung zu erproben¹⁹³.

Auch der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes sieht für den Zeitraum 2019-2021 einen stärkeren Miteinbezug der Kommunen in die Prävention und Gesundheitsförderung vor (vgl. Kap. 2.5.1).

¹⁹¹ StMGP (2019), Pflegestützpunkte.

¹⁹² BMG (2014), Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe.

¹⁹³ Deutscher Caritasverband (2017), SGB XI – Soziale Pflegeversicherung nach dem PSG III.

2.5 Gesundheitsförderung und Prävention

2.5.1 Struktureller Rahmen

Die **Prävention** zielt darauf ab, durch Maßnahmen zu Vermeidung oder Verringerung spezieller Risikofaktoren die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Erkrankung zu verringern. Es geht somit primär um eine Belastungssenkung im Gesundheitssystem.

1986 fand die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung statt. Dort wurde die **Ottawa Charta**¹⁹⁴ verabschiedet. Spätestens ab diesem Zeitpunkt hat sich die Erweiterung dieses Ansatzes um das Konzept der **Gesundheitsförderung** etabliert. Gesundheitsförderung meint „Prozesse, die Individuen oder Zielgruppen zu mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit verhelfen“¹⁹⁵. Neben der Vermeidung von gesundheitsbelastenden Faktoren tritt hier die **Stärkung von gesundheitsförderlichen Ressourcen in den Fokus**¹⁹⁶. In der Ottawa Charta werden die folgenden fünf Handlungsbereiche zur Gesundheitsförderung dargestellt¹⁹⁷:

- „Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten
- Förderung persönlicher Kompetenzen zur gesunden Lebensweise
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste
- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik“

Hierin wird der breit angelegte Fokus der Gesundheitsförderung erkennbar, der über eine reine Betrachtung individueller Faktoren hinausgeht und soziale sowie **umwelt-bezogene Determinanten** (Einflussfaktoren) von Gesundheit miteinbezieht¹⁹⁸. Die Verortung der Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe aller Politikbereiche, wie es sich bereits in der Ottawa Charta widerspiegelt, wurde später explizit verankert im sogenannten **Health in all Policies-Ansatz**. Ziel dessen ist es, die Gesundheit der Bevölkerung sowie die gesundheitliche Chancengleichheit zu optimieren, indem ein übergreifender Ansatz verfolgt wird, der in allen Politikbereichen die gesundheitlichen Implikationen von Entscheidungen berücksichtigt und negative gesundheitliche Folgen zu vermeiden versucht¹⁹⁹.

¹⁹⁴ WHO Europe (1986), Ottawa Charter for Health Promotion.

¹⁹⁵ Vgl. Rosenbrock et al. (2004), S. 28; sowie Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (2014), S. 3.

¹⁹⁶ LGL (2004), Evidenzgestützte Strategieentwicklung, S. 12.

¹⁹⁷ LGL (2004), Evidenzgestützte Strategieentwicklung, S. 53.

¹⁹⁸ WHO Europa (2004), Soziale Determinanten von Gesundheit.

¹⁹⁹ WHO (2013), The 8th Global Conference on Health Promotion.

Der Gesundheitszustand wird nach Dahlgren und Whitehead²⁰⁰ nicht nur durch unabänderliche Determinanten wie **Alter, Geschlecht und genetische Faktoren** beeinflusst, sondern durch eine Vielzahl von ineinandergreifende Einflussfaktoren, die inhaltlich vier verschiedenen Ebenen zugeordnet werden können²⁰¹:

- Individuelle Lebensstilfaktoren
- Soziale Netzwerke
- Lebens- und Arbeitsbedingungen
- Allgemeine sozioökonomische sowie kulturelle Bedingungen und physische Umweltbedingungen

Verhaltensprävention umfasst Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, das gesundheitsrelevante Verhalten von Einzelpersonen zu verändern, beispielsweise durch Kurse zur Bewegungsförderung oder zur Rauchentwöhnung. Während in der Vergangenheit vermehrt Maßnahmen zur Verhaltensprävention dominierten (meist ohne Rücksicht auf Kontextverhältnisse), besteht inzwischen weitgehende Übereinstimmung darüber, dass rein verhaltensbezogene Maßnahmen oftmals keinen ausreichenden Effekt erzielen und oft nicht die Zielgruppen erreichen, die einen besonderen Bedarf aufweisen²⁰².

Die **Verhältnisprävention** dagegen versucht, die Kontextfaktoren zu verändern, welche die Gesundheit von Menschen – direkt oder indirekt durch Auswirkungen auf das gesundheitsrelevante Verhalten – beeinflussen (mögliche Beispiele sind das Anlegen ausreichender Erholungsflächen zur Bewegungsförderung oder gesetzliche Regelungen wie Nichtraucherschutzgesetzgebung).

Die Ottawa Charta rückte als zentralen Aspekt der Gesundheitsförderung die Lebenswelt, das sogenannte Setting, in den Fokus. Gemeint ist hiermit das Lebensumfeld, in dem Menschen einen großen Teil ihres Alltags verbringen (Schule, Wohnumfeld, Arbeitsplatz, etc.). Der sogenannte **Lebenswelt-Ansatz** (Setting-Ansatz) hat sich seither als ein zentrales Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung etabliert.

Der Lebenswelt-Ansatz kann darin bestehen, Angebote zur **Gesundheitsförderung im Setting** durchzuführen. Hierbei wird der direkte Zugang zu den Zielgruppen innerhalb eines Settings genutzt: Zum Beispiel können durch gesundheitliche Förderungsmaßnahmen in der Schule Kinder und Jugendliche verschiedener sozialer Schichten erreicht werden. Durch Maßnahmen in Betrieben können auch Menschen, die nicht von selbst Angebote der Gesundheitsförderung aufsuchen würden, erreicht werden. Idealerweise sind Maßnahmen der Verhaltensprävention, die im Setting durchgeführt

²⁰⁰ Dahlgren, Whitehead (2007), S. 20.

²⁰¹ Vgl. Dahlgren, Whitehead (2007); sowie Seeger, Maier (2018), S. 138f..

²⁰² Vgl. GKV-Spitzenverband (2018); sowie Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (2014); sowie Rosenbrock (2008).

werden, durch einen entsprechenden Kontextbezug gekennzeichnet. Eine Veränderung der Kontextfaktoren ist bei einer reinen Nutzung des Settings als Zugang zur Zielgruppe jedoch kein explizites Ziel.

Bei Leistungen, die auf die **Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings** abzielen, besteht eine wesentliche Zielsetzung darin, durch strukturelle Weiterentwicklungen eine andauernde Verbesserung der Gesundheitsförderlichkeit des entsprechenden Settings zu erreichen. Maßgebliche Elemente sind dabei **Teilhabe** und **Selbstbestimmung**, also die Einbindung der Mitglieder des Settings in Konzipierung und Durchführung von Interventionen und Veränderungsprozessen sowie die Befähigung dieser Menschen (insbesondere auch derer in sozial benachteiligten Situationen) zur aktiven Mitgestaltung eines gesundheitsförderlichen Settings. Dazu wird üblicherweise ein integrierter Ansatz von Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention hinzugezogen.

Weiterführende Informationen zum Lebenswelt-Ansatz finden sich insbesondere in Heft 1 der Reihe „Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung“ des bundesweiten Kooperationsverbands Gesundheitliche Chancengleichheit²⁰³ und im Gutachten 2005 „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen²⁰⁴.

Präventionsgesetz, Bayerischer Präventionsplan

Im Jahr 2015 wurde das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ (**Präventionsgesetz**, PräVG) verabschiedet. Das Präventionsgesetz verpflichtet die gesetzlichen Krankenkassen in den Regelungen des §20 SGB V, jährlich Mittel für Gesundheitsvorsorge und -förderung aufzubringen, welche einem Betrag in Höhe von sieben Euro pro Versichertem entsprechen. Hiervon ist ein Betrag in Höhe von zwei Euro pro Versichertem für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung speziell in Lebenswelten (§20a SGB V) sowie ein Betrag in Höhe von zwei Euro pro Versichertem für Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Betrieben (§20b SGB V) vorzusehen. Im Präventionsgesetz wird der **Spitzenverband Bund der Krankenkassen** dazu verpflichtet, Handlungsfelder und Kriterien für die Angebote der Gesundheitsvorsorge und -förderung sowie Anforderungen und außerdem ein einheitliches Verfahren zur Zertifizierung der Leistungen festzulegen. Speziell für die Maßnahmen im Setting wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen per Gesetz dazu beauftragt, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit der Entwicklung kassenübergreifender Leistungen sowie deren Implementierung und wissenschaftlichen Evaluation zu beauftragen. Gemäß §20d SGB V entwickeln die Krankenkassen zusammen mit den Trägern der übrigen wichtigen Sozialversicherungsträger

²⁰³ Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (2014).

²⁰⁴ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005).

eine **Nationale Präventionsstrategie**, die aus bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen sowie einem alle vier Jahre zu erstellenden Präventionsbericht besteht, und gewährleisten deren Umsetzung sowie Fortschreibung. Bei der Ausarbeitung solcher Rahmenempfehlungen, die im Benehmen mit den entsprechenden Bundesministerien festgesetzt werden, sind neben der Bundesagentur für Arbeit sowie deren Leistungsbehörden für Arbeitsschutz auch die Landes- beziehungsweise Bundesverbände der kommunalen Träger der Jugendhilfe beziehungsweise der Grundsicherung für Arbeitsuchende zu beteiligen²⁰⁵.

Bei der Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie sind nach §20f SGB V Landesrahmenvereinbarungen auf Ebene der Bundesländer abzuschließen, im Zuge derer auch die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe zu regeln ist. Die **Landesrahmenvereinbarung** in Bayern wurde zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie 2017 verabschiedet, aufbauend auf den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz 2016²⁰⁶.

Die Zielsetzungen in den Bundesrahmenempfehlungen sind orientiert an den verschiedenen Lebensphasen „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ und „Gesund im Alter“. Wesentlich sind hierbei insbesondere die **vier zentralen Handlungsfelder des Bayerischen Präventionsplans**²⁰⁷:

- Gesundes Aufwachsen in Familie, Kindertageseinrichtungen, sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und in der Schule
- Gesundheitskompetenz in der Arbeitswelt und betriebliche Präventionskultur
- Gesundes Altern im selbstbestimmten Lebensumfeld
- Gesundheitliche Chancengleichheit

Weitere staatliche Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention in Bayern ergeben sich aus den jeweiligen **Jahresschwerpunktthemen** des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege. Der aktuelle Themenschwerpunkt (2018/19) ist die **Senior*innengesundheit**²⁰⁸.

Im Zuge des Präventionsgesetzes werden die Pflegekassen dazu verpflichtet, Leistungen zur **Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen** zu erbringen, mit dem Ziel, die gesundheitliche Situation der Pflegebedürftigen zu verbessern und die gesundheitlichen Ressourcen sowie Fähigkeiten zu stärken (Art. 6, Abs. 1, PräVG).

²⁰⁵ Vgl. dazu auch Seeger, Maier (2018), S. 141.

²⁰⁶ GKV-Spitzenverband (2018), Leitfaden Prävention.

²⁰⁷ StMGP (2015), Bayerischer Präventionsplan.

²⁰⁸ ZPG (2019), Gesundheitsförderung und Prävention.

Leitfaden Prävention

Wegen der durch das Präventionsgesetz gestärkten Rolle der gesetzlichen Krankenkassen bei der Finanzierung von Vorsorge- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen werden zunächst die vom GKV-Spitzenverband festgelegten Ziele und Handlungsfelder näher dargestellt. Im **Leitfaden Prävention** des GKV-Spitzenverbands sind spezifische Handlungsfelder und Kriterien festgelegt, die für die Erbringung von Leistungen der Gesundheitsvorsorge und -förderung vor Ort verbindlich sind²⁰⁹.

Im Rahmen der **lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung** sind Aktionen der Krankenkassen gemäß Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands als zeitlich befristete Hilfen zur Selbsthilfe zu konzipieren²¹⁰. Als besondere Zielgruppen im Setting Kommune werden die folgenden vier Gruppen herausgestellt (s. Kap. 2.5.4):

- werdende, junge Familien und Alleinerziehende;
- Ältere Menschen;
- Arbeitslose Menschen
- Kinder und Jugendliche, insbesondere mit Suchtgefährdung bzw. aus suchtblasteten oder psychisch belasteten Familien

Für den Zeitraum 2019-2024 sollen bei der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung eine höhere Zahl an Kommunen mit Unterstützung der Krankenkassen entsprechende Steuerungsgremien für die Gesundheitsförderung und Prävention unter Beteiligung der Zielgruppen der Maßnahmen etabliert haben. Auch sollen in die Leistungen für **arbeitslose Menschen** auch Beiträge der in den Kommunen politisch verantwortlichen Stellen integriert werden. Ein weiteres Ziel ist eine Erhöhung der Zahl der von solchen Maßnahmen erreichten **Kindern und Jugendlichen** in Kindertagesstätten und Schulen. Dabei sollen insbesondere soziale Brennpunkte mit speziellem Entwicklungsbedarf mit kombiniert verhaltens- und verhältnisbezogener Ausrichtung erreicht werden. Dabei soll die Zielgruppe partizipativ miteinbezogen werden. Bei der Planung und Umsetzung sollen auch kommunale Ämter beziehungsweise die Steuerungsgremien mitwirken. Generell soll versucht werden, besonders **vulnerable Zielgruppen**, wie ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen, Alleinerziehende, Menschen mit Migrationshintergrund sowie Kinder aus suchtkranken oder psychisch belasteten Familien, besser zu erreichen.

Zu den **arbeitsweltbezogenen Präventionszielen** zählt auch eine höhere Zahl an betrieblichen Steuerungsgremien für die Gesundheitsförderung. Dazu sollen mehr Betriebe eine aktive Mitarbeiterbeteiligung (beispielsweise durch Gesundheitszirkel, Zu-

²⁰⁹ GKV-Spitzenverband (2018), Leitfaden Prävention, Kapitel 1.

²¹⁰ GKV-Spitzenverband (2018), Leitfaden Prävention, Kapitel 4.

kunftswerkstätten, Arbeitssituationsanalysen und vergleichbare Formate) fördern. Insbesondere die Verhütung von **Muskel-Skelett-Erkrankungen** sowie die Verhütung von **psychischen Störungen** und **Verhaltensstörungen** mithilfe verhaltens- und verhältnisbezogener Maßnahmen im Vordergrund²¹¹.

Bei der **individuellen, verhaltensbezogenen Prävention** können von den Krankenkassen, sofern die Angebote von der Krankenkasse oder dafür beauftragten Dritten zertifiziert wurden, Gruppenkurse zu folgenden vier Handlungsfeldern gefördert werden: **Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum**²¹².

Möglich sind zum Beispiel verhaltenspräventive Kurse und Informationsveranstaltungen sowie Selbsthilfegruppen zu den Handlungsfeldern. Auch Fitnessstudios, Physiotherapiepraxen, Volkshochschulen oder Schwimmbäder bieten entsprechende Präventionskurse an.

2.5.2 Lebensphasenbezogene Handlungsfelder aus dem Bayerischen Präventionsplan

Präventionsmaßnahmen, die auf die verschiedenen Lebensphasen bezogen sind, auf welche sich die Ziele der Nationalen Präventionsstrategie beziehungsweise die Handlungsfelder des Bayerischen Präventionsplans beziehen, sind teilweise bereits im Rahmen anderer gesetzlicher und regulatorischer Bestimmungen mit inbegriffen.

Gesundes Aufwachsen

Kinderschutz

Zusätzlich zu den gesetzlichen Regelungen zur Jugendhilfe ist zum Beispiel zur Verbesserung des **Kinderschutzes** in §1, Abs. 4 des 2012 in Kraft getretenen „Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz“ (KKG) „die Vorhaltung eines möglichst frühzeitigen, koordinierten und multiprofessionellen Angebots im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern vor allem in den ersten Lebensjahren für Mütter und Väter sowie schwangere Frauen und werdende Väter (**Frühe Hilfen**)“ als Aufgabe der staatlichen Gemeinschaft genannt²¹³. Gemäß §3, Abs. 3, KKG soll die verbindliche Kooperation der unterschiedlichen Leistungsträger und Institutionen im Kinderschutz als Netzwerk durch den örtlichen Träger der Jugendhilfe organisiert werden. In Bayern begann der flächendeckende Aufbau derartiger Netzwerke mit Beginn der Förderung der **Koordinierenden Kinderschutzstellen – Netzwerk frühe Kindheit (KoKi)** durch das Bayerische Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales (StMAS) ab 2009.

²¹¹ GKV-Spitzenverband (2018), Leitfaden Prävention.

²¹² GKV-Spitzenverband (2018), Leitfaden Prävention, Kapitel 5.

²¹³ KKG, §1.

Allgemein befinden sich diese im Verantwortungsbereich der Jugendämter. Die koordinierenden Kinderschutzstellen dienen der schnellen Beihilfe für Eltern in individuellen Belastungssituationen durch die systematische Vernetzung der Angebote Früher Hilfen²¹⁴.

Auch im Landratsamt Kulmbach gibt es eine solche Koordinierende Kinderschutzstelle mit dem Ziel der präventiven Sicherstellung des Kinderschutzes durch Frühe Hilfen und des Aufbaus, der Weiterentwicklung sowie der Pflege eines Kooperationsnetzwerkes im Bereich der Frühen Hilfen. Im Voraus wurde dazu ein „Runder Tisch im Netzwerk Frühe Kindheit“ im Jahr 2012 ins Leben gerufen, der über die Vertreter der KoKi hinaus von mehreren Einrichtungen und Institutionen des Gesundheitswesens, der Jugendhilfe, der Frühförderung sowie der Schwangerenberatung teilnehmen. Im Zuge dessen wurde ein Kooperationsleitfaden entworfen und 2016 beschlossen. Offizielle Netzwerkpartner befinden sich im Klinikum Kulmbach/Geburtsklinik sowie im Klinikum Bayreuth GmbH/Klinik für Kinder und Jugendliche²¹⁵.

Kindertageseinrichtungen und Schulen im Landkreis Kulmbach

Im Rahmen einer Internetrecherche wurden zum Stand Oktober 2018 im Landkreis Kulmbach 52 Kindertageseinrichtungen (d.h. Kinderkrippe, Kindergarten oder Hort) gezählt. An Schulen gibt es im Landkreis 13 reine Grundschulen, 7 Grund- und Mittelschulen, eine reine Mittelschule in der Gemeinde Kulmbach, eine Realschule in der Gemeinde Kulmbach sowie zwei Gymnasien und eine Fach- und Berufsoberschule, die auch in der Gemeinde Kulmbach liegen. Dazu gibt es drei Förder- bzw. Inklusionsschulen (Grund- bzw. Mittelschulen in Stadtsteinach, Kulmbach und Mainleus). Berufsschulen und Berufsfachschulen gibt es im Landkreis insgesamt 9. Die nächste Universität befindet sich in Bayreuth. Davon ausgehend befindet sich eine der Universität Bayreuth zugehörige Fakultät für *Life Sciences: Food, Nutrition and Health* mit Standort in der Stadt Kulmbach in Planung²¹⁶. Vorlesungen und Forschungen sollen ab Herbst 2020 beginnen.

Gesundheitsbezogenes Verhalten der Schwangeren

Um die Gesundheit von Kindern aufrecht zu erhalten, ist auch das gesundheitsbezogene Verhalten bereits der schwangeren Mutter von Bedeutung. Teilnahme an einer **Schwangerschaftsvorsorge** ist für eine Früherkennung gesundheitlicher Beeinträchtigungen sowie der Beurteilung der Entwicklung des Kindes unersetzlich. Genaue Da-

²¹⁴ StMASFI, (2019), Gesamtkonzept Kinderschutz.

²¹⁵ Koordinierende Kinderschutzstelle Kreisjugendamt Kulmbach (2017).

²¹⁶ Universität Bayreuth (2017), Pressemitteilung 075/2017.

ten für den Landkreis Kulmbach liegen hier nicht vor. Deutschlandweit nahmen im Berichtsjahr 2016 89,5% der Schwangeren bei einer Erstuntersuchung vor der 13. Schwangerschaftswoche teil. In Bayern ist dieser Wert etwas höher (91,3%)²¹⁷.

Ein besonders verheerendes Risikoverhalten stellt das **Rauchen während einer Schwangerschaft** dar. In Deutschland rauchten nach offiziellen Daten im Jahr 2016 5,5% der Schwangeren. Auch dieser Wert ist in Bayern etwas besser: Hier rauchten im selben Jahr nur 3,6% der Schwangeren²¹⁸. Um Rauchen in der Schwangerschaft vorzubeugen, ist vor allem eine **umfassende Aufklärung insbesondere der Schwangeren über mögliche Folgen** des Rauchverhaltens auf die Gesundheit der Kinder ein zentraler Ansatzpunkt. Solche **Angebote können sich auch gezielt an die Lebenspartner*innen der Schwangeren richten**. Zusätzlich können **Programme zur Raucherentwöhnung** hilfreich sein.

Gesundheitsbezogenes Verhalten der Kinder und Jugendlichen

Das **Rauchen im Jugendalter** kann die Entwicklung der Kinder stark negativ beeinflussen. Eine mögliche Sucht kann sich über das gesamte Leben ziehen und ist daher ein für die Gesundheit sehr gefährliches Risikoverhalten. Besonders Jugendliche sind gefährdet, oft bedingt durch Identitätssuche und den Wunsch nach sozialer Anerkennung, mit dem Rauchen zu beginnen. Insbesondere der elterliche Rat hat in solchen Phasen wenig Wirkung. Deshalb ist eine umfassende Aufklärung über gesundheitliche Folgen und Gefahren des Rauchens beispielsweise an Schulen hier besonders wichtig. Auch **sozioökonomische Einflussfaktoren** spielen hier mit ein: Gemäß der Präventionsberichterstattung des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit²¹⁹ gaben bei einer Erhebung des Rauchverhaltens von Schüler*innen aus der 9. und 10. Klasse in Bayern im Jahr 2015 55,3% aller Schüler*innen an, bereits einmal geraucht zu haben. Der Wert unter den männlichen Befragten ist etwas höher (57,5%) als der der Schülerinnen (53,0%). Interessant ist hier der Unterschied zwischen den verschiedenen Schularten: In der Mittelschule beträgt dieser Wert 71,7%, am Gymnasium nur 43,9%, was einen Unterschied von 27,8% ausmacht. In den letzten 30 Tagen geraucht zu haben, gaben 26,4% der Schüler*innen an, darunter 38,7% der Mittelschüler*innen und 18,4% der Gymnasiast*innen. Hier konnte kein eindeutiger geschlechtsspezifischer Unterschied beobachtet werden. Das Mittlere Einstiegsalter liegt bei 13,4 Jahren.

Auch **Alkoholkonsum** ist höchst schädlich für Kinder und Jugendliche im Entwicklungsalter. Hier jedoch sind weniger eindeutige Unterschiede zwischen den Schularten und den Geschlechtern zu beobachten. Allgemein liegt das Alter der ersten Rauscherfahrung in Bayern etwa bei 14,5 Jahren. Etwa 8,1% der befragten Schüler*innen der

²¹⁷ LGL (2018), Präventionsberichterstattung, S. 12.

²¹⁸ LGL (2018), Präventionsberichterstattung, S. 12.

²¹⁹ LGL (2018), Präventionsberichterstattung, S. 12.

9. und 10. Klassen gaben an, in den letzten sieben Tagen ‚riskant‘ konsumiert zu haben, d.h. bei Jungen 24-60g Reinalkohol/Tag und bei Mädchen 12-40g Reinalkohol/Tag. Die Werte für Mädchen sind hier höher (10,7% der Mädchen und 5,5% der Jungen), was auf die unterschiedliche Verträglichkeit von Alkohol zurückzuführen sein kann. Bei beiden Geschlechtern gaben 0,6% an, in den letzten sieben Tagen mehr als 60g (Jungen) bzw. 40g (Mädchen) Reinalkohol konsumiert zu haben, was als gefährlicher bzw. Hochkonsum gilt. Etwa 19,3% der Schüler*innen gaben an, in den letzten 30 Tagen eine (subjektiv wahrgenommene) Rauscherfahrung gemacht zu haben²²⁰.

Ein eher neueres Phänomen stellt die **Internetsucht** dar. Nach derselben Erhebung, in der die Jugendlichen nach Rauch- und Alkoholkonsum befragt wurden, wurde 9,3% der Schüler*innen eine problematische Internetnutzung unterstellt, was einem Wert von über 30 gemäß der Compulsive Internet Use Scale (CIUS)²²¹ entspricht. Darunter zählte die Internetnutzung von 11,7% der Mädchen und nur von 6,9% der Jungen als problematisch. Eine problematische Internetnutzung kann vor allem psychische Folgen für die Jugendlichen haben, wird aber auch oft durch bereits im Voraus bestehende problematische Lebensumstände induziert.

Um Suchtverhalten bei Kindern und Jugendlichen vorzubeugen, sollte bereits im Kindesalter mit **Aufklärungsarbeit** begonnen werden. Dazu können **Aktionstage oder Projekte an Schulen** hilfreich sein. Bei einer Sucht spielt oft auch die Persönlichkeit mit ein. Um auf dieser Ebene Sucht vorzubeugen, spielt auch die **Förderung von Selbstständigkeit sowie Unabhängigkeit, Stärkung der Eigenverantwortung sowie Konfliktfähigkeit und allgemein der sozialen Kompetenz** eine Rolle²²². Jedoch gibt es bei Kindern und Jugendlichen keine allgemeingültige Anweisung für die Prävention von Suchterkrankungen. Wichtig sind hier immer eine **pädagogische Begleitung** und der **Einbezug der Eltern**.

Gesundheit in der Arbeitswelt

Arbeitsschutz

Die Gesundheit betreffend unterliegt die Arbeitswelt ebenfalls mehreren gesetzlichen Regelungen sowie den nach §15 SGB VII von den Unfallversicherungsträgern als sogenanntes Autonomes Recht erlassenen Unfallverhütungsvorschriften. Wesentlich sind hier zum Beispiel die Pflichten **der Arbeitsschutzgesetze und -verordnungen** (Arbeitsschutzgesetz ArbSchG, Verordnung zur altersmedizinischen Vorsorge ArbMedVV, etc.) und die **Grundsätze der Prävention** aus der **DGUV-Vorschrift 1** der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)²²³. Während in den zuvor ge-

²²⁰ LGL (2018), Präventionsberichterstattung, S. 13.

²²¹ Vgl. dazu Meerkerk et al (2009); sowie LGL (2018), Präventionsberichterstattung, S. 13.

²²² Jakob-Pannier (2015), Sucht vorbeugen.

²²³ DGUV (2013), DGUV Vorschrift 1.

nannten Verordnungen und Grundsätzen der übliche Arbeitsschutz die arbeitsmedizinische Vorsorge zur Vorbeugung und Früherkennung arbeitsbedingter Erkrankungen sowie die Unfallverhütung im Zentrum stehen, umfasst das Konzept der **Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie** (GDA), welches von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern erlassen wurde, eine Ausweitung auch auf betriebliche Gesundheitsförderung: „Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten sind durch einen präventiven und systemorientierten betrieblichen Arbeitsschutz ergänzt durch Maßnahmen einer betrieblichen Gesundheitsförderung zu erhalten, zu verbessern und zu fördern“²²⁴. Vornehmliche Ziele der GDA-Strategie für den Zeitraum 2019-2021 umfassen neben der Verbesserung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung die Verminderung arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen im Muskel-Skelett-Bereich sowie den Schutz und die Stärkung der Gesundheit bei psychischer Belastung und Verhaltensstörungen²²⁵.

Das im Jahr 2015 verabschiedete **Präventionsgesetz** zielt auf eine Verbesserung der Rahmenbedingungen betrieblicher Gesundheitsförderung ab. Dabei sollen insbesondere auch kleine und mittlere Unternehmen erreicht werden²²⁶. Aufgrund der Verabschiedung des Präventionsgesetzes erhielten die gesetzlichen Krankenkassen den Auftrag, Beratungsstrukturen für Unternehmen zur **Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)** zu errichten²²⁷.

Ein Punkt, der beim Thema Arbeitsschutz nur selten betrachtet wird, aber in gesundheitlicher Hinsicht einen nicht unwesentlichen Einfluss haben kann, ist das **arbeitsbedingte Pendeln**, was einerseits ein hoher Stressfaktor für die Pendelnden selbst sein kann sowie durch erhöhtes Straßenverkehrsaufkommen potentielle gesundheitliche Folgen für alle Verkehrsteilnehmer*innen sowie die Anwohnenden bewirken können (vgl. Kap. 2.5.3).

²²⁴ GDA (2007): Fachkonzept und Arbeitsschutzziele 2008-2012, S. 3.

²²⁵ GKV-Spitzenverband (2018), Leitfaden Prävention.

²²⁶ Deutscher Bundestag (2015), Drucksache 18/4282, S.25.

²²⁷ SGB V, §20b Abs. 3.

Beschäftigungsstruktur innerhalb des Landkreises

Zum Stand Juni 2018 arbeiteten im Landkreis Kulmbach 27.704 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte. Die folgende Tabelle (siehe Darstellung 49) zeigt auf, wie sich diese Beschäftigten nach verschiedenen Berufsabschlüssen verteilen.

Darstellung 49: Berufsabschlüsse der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (SvB) am Arbeitsort nach Geschlecht; LK Kulmbach, Stand Juni 2018

Berufsabschluss	Insgesamt N (%)	Frauen N (%)	Männer N (%)
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte gesamt	27.704	12.772	14.932
ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	2.551 (9,2)	1.070 (41,9)	1.481 (58,1)
mit anerkanntem Berufsabschluss	20.985 (75,7)	9.938 (46,9)	11.147 (53,1)
mit akademischem Abschluss	2.375 (8,6)	1.106 (46,6)	1.269 (53,4)
Ausbildung unbekannt	1.793 (6,5)	758 (42,3)	1.035 (57,7)

Quelle: Bundesagentur für Arbeit²²⁸

Zu erkennen ist, dass der überwiegende Großteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Landkreis Kulmbach über einen anerkannten Berufsabschluss (75,7%) verfügt. Interessant sind die durchgehend höheren Zahlen männlicher Beschäftigter.

Darstellung 50 zeigt die Verteilung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Arbeitsort im Landkreis Kulmbach auf die drei Wirtschaftszweige Land-/Forstwirtschaft und Fischerei, Produzierendes Gewerbe sowie Dienstleistungssektor. Innerhalb der Dienstleistungen sind die Bereiche Gesundheitswesen sowie Heime und Sozialwesen separat aufgeführt, weil es in diesen Berufszweigen tendenziell vermehrt Schichtarbeit gibt, was mit zusätzlichen Gesundheitsbelastungen einhergehen kann.

²²⁸ BA (2018), Regionalreport über Beschäftigte.

Der Landkreis unter gesundheitsrelevanten Aspekten

Darstellung 50: Verteilung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (SvB) am Arbeitsort auf Wirtschaftszweige; LK Kulmbach, Stand Juni 2018

Wirtschaftszweig	SvB N (%)
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte gesamt	27.704
Land-, Forstwirtschaft und Fischerei	125 (0,5)
Produzierendes Gewerbe	11.693 (42,2)
Dienstleistungssektor	15.886 (57,3)
<i>darunter</i>	
<i>Gesundheitswesen</i>	2.090 (7,5)
<i>Heime und Sozialwesen</i>	3.237 (11,7)

Quelle: Bundesagentur für Arbeit²²⁹

Nur ein kleiner Teil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist in Land-, Forstwirtschaft und Fischerei tätig (0,5%). Die überwiegende Mehrheit ist im **Dienstleistungssektor** beschäftigt (57,3%). Aber auch im produzierenden Gewerbe sind 42,2% der betrachteten Gruppe tätig.

Neben den 27.704 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten waren zum Stichtag 30.6.2018 6.304 geringfügig Beschäftigte im Landkreis Kulmbach tätig. Die folgenden Tabellen (Darstellungen 51 und 52) zeigen die geringfügig Beschäftigten auf Berufsabschlüsse und Wirtschaftszweige

Darstellung 51: Berufsabschlüsse der geringfügig entlohnten Beschäftigten am Arbeitsort nach Geschlecht, LK Kulmbach, Stand Juni 2018

Berufsabschluss	Insgesamt N (%)	Frauen N (%)	Männer N (%)
Geringfügig entlohnte Beschäftigte gesamt	6.304	3.912	2.392
ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	975 (15,5)	614 (63,0)	361 (37,0)
mit anerkanntem Berufsabschluss	3.952 (62,7)	2.465 (62,4)	1.487 (37,6)
mit akademischem Abschluss	338 (5,4)	179 (53,0)	159 (47,0)
Ausbildung unbekannt	1.039 (16,5)	654 (62,9)	385 (37,1)

Quelle: Bundesagentur für Arbeit²³⁰

²²⁹ BA (2018), Regionalreport über Beschäftigte.

²³⁰ BA (2018), Regionalreport über Beschäftigte.

Darstellung 52: Verteilung der geringfügig Beschäftigten am Arbeitsort auf Wirtschaftszweige; LK Kulmbach, Stand Juni 2018

Wirtschaftszweig	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte N (%)
Geringfügig entlohnte Beschäftigte gesamt	6.304
Land-, Forstwirtschaft und Fischerei	72 (1,1)
Produzierendes Gewerbe	1.056 (16,8)
Dienstleistungssektor	5.176 (82,1)
<i>darunter</i>	
<i>Gesundheitswesen</i>	346 (5,5)
<i>Heime und Sozialwesen</i>	310 (4,9)

Quelle: Bundesagentur für Arbeit²³¹

Im Vergleich zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zeigt sich eine leichte Tendenz hin zu einem höheren Anteil Beschäftigter mit niedriger oder unbekannter Berufsqualifikation. Besonders hoch ist der Anteil der im Dienstleistungssektor arbeitenden geringfügig entlohnten Beschäftigten (82,1%). Entgegen der Beobachtung in der Gruppe der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sind unter den geringfügig entlohnten Beschäftigten Frauen überrepräsentiert.

Bei den sozialversicherungspflichtig sowie geringfügig entlohnten Beschäftigten sind die Gruppen der Beamten, Berufs-/Zeitsoldaten und Selbstständigen sowie ihrer mit-helfenden Familienangehörigen nicht enthalten. Auch die **arbeitslosen Menschen**, welche einer besonderen **Beachtung im Handlungsfeld Gesundheitskompetenz in der Arbeitswelt** bedürfen, sind hierbei nicht beachtet (vgl. Kapitel 2.1.2).

Gesundheit im Alter

Das dritte Handlungsfeld, auf das die Präventionsmaßnahmen nach bayerischem Präventionsplan zielen sollen, betrifft die auf die Erwerbsarbeit folgende Lebensphase mit der Zielsetzung, ein Älterwerden in **Gesundheit und Lebensqualität** zu ermöglichen. Außerdem gilt die Aufrechterhaltung eines **eigenverantwortlichen und selbstständigen Lebens** nach Möglichkeit als Ziel. Dazu sollen auch soziale Integration und gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen unterstützt werden. Große Bedeutung haben dabei auch die Teilziele des Handlungsfeldes, welche auf die Berücksichtigung

²³¹ BA (2018), Regionalreport über Beschäftigte.

der Diversität älterer Menschen wie auch die Nutzung der Chancen und Potentiale einer alternden Gesellschaft ausgerichtet sind²³².

Auch die Gesundheit im Alter wird von mehreren gesetzlichen Bestimmungen direkt oder indirekt mit erfasst. Neben den auf Pflegebedürftige bezogenen Regelungen des SGB XI ist hierbei insbesondere der Bereich der Altenhilfe von Bedeutung. Nach §71 SGB XII soll die Altenhilfe „dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten [sic] Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken“²³³. Dazu gehört neben Leistungen zur Beratung und Unterstützung im Zusammenhang mit altersgerechtem Wohnen, altersgerechten Diensten und Pflege auch die Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die Ermöglichung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie die Aufrechterhaltung sozialer Interaktion ist in der Gesundheitsförderung als wichtige Voraussetzung für die Förderung der Gesundheit im Alter anerkannt²³⁴.

Nach Artikel 69 des „Gesetzes zur Ausführung der Sozialgesetze“ (AGSG) sind Landkreise und kreisfreie Städte in Bayern – sowie im Falle der vollstationären Pflegeeinrichtungen die Bezirke – verpflichtet, integrative, regionale „**Seniorenpolitische Gesamtkonzepte**“ zu erstellen. Im ‚Seniorenpolitischen Gesamtkonzept‘ ist zum einen der längerfristige Bedarf an ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie an Einrichtungen der Kurzzeitpflege festzustellen. Außerdem soll im ‚Seniorenpolitischen Gesamtkonzept‘ nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ die Lebenswelt älterer Menschen erfasst werden, mit besonderem Fokus auf den notwendigen Versorgungsstrukturen sowie neuen Wohn- und Pflegeformen im ambulanten Bereich.

Auch für den Landkreis Kulmbach wurde ein solches ‚Seniorenpolitisches Gesamtkonzept‘ erstellt und 2010 vom Kreistag verabschiedet, mit dem Ziel, anhand der festgelegten Leitlinien Defizite auszugleichen und die Lebensbedingungen im Landkreis Kulmbach den Bedürfnissen und Wünschen älterer Menschen anzupassen²³⁵.

Außerdem gibt es im Landkreis Kulmbach auch spezielle Gesundheitsangebote für Senior*innen, die bei der Gesundheitsvorsorge im Alter eine Rolle spielen können. Im ‚Seniorenratgeber 2016‘²³⁶ sind diese zu entnehmen. An präventiven Angeboten gibt es demnach folgende: Seniorentanz bei der AWO in der Stadt Kulmbach, Tanz und Gymnastik in Mainleus, Seniorengymnastik des BRK in Rugendorf sowie einen Kurs zu Gehirnjogging – Gedächtnistraining in Wonsees. Außerdem bieten die Sportvereine TSV Harsdorf, TSV Himmelkron, SSV Kasendorf, TSV 08 Kulmbach, VfB Kulmbach, TSV Neudrossenfeld, FC Neuenmarkt, TSV Stadtsteinach sowie die Koronarsport-

²³² Seeger, Maier (2018).

²³³ SGB XII, §71, Abs. 1, S. 2.

²³⁴ Vgl. z. B. LGL (2015), Schriftenreihe des ZPG.

²³⁵ Landratsamt Kulmbach (2019), Seniorenpolitisches Gesamtkonzept für den Landkreis Kulmbach.

²³⁶ Landratsamt Kulmbach et al. (2016), Ratgeber für Senioren im Landkreis Kulmbach.

gruppe in Neudrossenfeld und die AWO Stadtsteinach, Kreisverband Kulmbach Seniorenturnen an. Spezielle Angebote zur Erholung für Senior*innen bieten das Diakonische Werk der Dekanate Kulmbach und Thurnau e.V., der BRK Kreisverband Kulmbach, die AWO Kulmbach, der Caritasverband Kulmbach sowie außerdem speziell für Kriegsbeschädigte und –hinterbliebene sowie Einkommensschwache der Sozialverband VdK Kreisverband Kulmbach.

2.5.3 Allgemeine Indikatoren zur Gesundheitsförderlichkeit der Lebenswelt

Eine wichtige Rolle bei der Gesundheitsförderung spielt neben individuellen Maßnahmen auch die gesamte Gesundheitsförderlichkeit der Lebenswelt. So beeinflussen die verfügbare Erholungsfläche, Vorhandensein und Erreichbarkeit von Schwimm- und Bademöglichkeiten sowie Sportvereinen, die allgemeine Verkehrsstärke sowie auch Fahrradnutzung bzw. Möglichkeiten zur Fahrradnutzung die Gesundheit der Bevölkerung einer Lebenswelt auf natürliche Art. Eine **bessere Gesundheitsförderlichkeit der Lebenswelt bietet ein großes Potential für politische Zielsetzungen** beispielsweise auf Landkreisebene.

Gesamtfläche zur Erholung

Eine wesentliche Voraussetzung für eine gesundheitsförderliche Lebensumwelt ist die Verfügbarkeit von ausreichenden Flächen zur Nutzung für Erholungszwecke im Freien. Als ein Indikator für die allgemeine Gesundheitsförderlichkeit der Lebenswelt Landkreis Kulmbach soll daher im Folgenden der Flächenanteil betrachtet werden, der für Zwecke der Erholung zur Verfügung steht.

In der Flächenerhebung nach Art der tatsächlichen Nutzung in Bayern zum Stichtag des 31. Dezember 2016 wird als Sport-, Freizeit- und Erholungsfläche eine „baulich geprägte Fläche einschließlich der mit ihr im Zusammenhang stehenden Freifläche, die der Ausübung von Sportarten, der Freizeitgestaltung oder der Erholung dient“²³⁷. Auch Grünanlagen, also Parks, Gärten, Schrebergärten, Wochenendplätze, Spielplätze sowie Bolzplätze dienen der Erholung. Beide bestehen nur innerhalb von Ansiedlungen. Grünflächen außerhalb von Ansiedlungen gelten als Vegetation.

Im Landkreis Kulmbach gab es zum Stand 2016 eine Fläche von 333 Hektar, die als Sport-, Freizeit und Erholungsraum angelegt war. Dazu kommen 84 Hektar angelegte Grünflächen. Außerdem sind im Landkreis Kulmbach über 23.660 Hektar bewaldet²³⁸.

Eine große Fläche, die den Einwohner*innen Möglichkeiten zu Sport und Erholung bietet, kann sich allgemein förderlich für die Gesundheit auswirken. Insbesondere in

²³⁷ LfStat (2018), Flächenerhebung nach Art der tatsächlichen Nutzung, S. 6f.

²³⁸ LfStat (2018), Flächenerhebung nach Art der tatsächlichen Nutzung.

bebauten Gebieten sollte deshalb mit Hinblick auf die nachhaltige Verbesserung der Gesundheit einer Bevölkerung für **ausreichende Erholungsflächen sowie Grünanlagen** gesorgt sein.

Öffentliche Schwimmbäder und Badezugang zu Gewässern

Auch das Vorhandensein von ausreichend Bade- und Schwimmmöglichkeiten können eine positive Auswirkung auf die Gesundheit einer Bevölkerung haben. Im Landkreis Kulmbach gibt es ein Hallenbad in der Stadt Kulmbach. In den Sommermonaten gibt es zusätzlich sechs Freibäder: Diese liegen in der Stadt Kulmbach und in der Gemeinde Himmelkron sowie das solarbeheizte Hornschuchbad in Mainleus, das Familien-Freibad in Stadtsteinach sowie die beheizten Freibäder in Thurnau und Wirsberg. Ferner gibt es den Badensee Oberauhof in der Gemeinde Kulmbach sowie den Badensee Trebgast. Zwei weitere Naturbäder finden sich in Rugendorf und Marktschor-gast²³⁹. Schwimmhallen befinden sich außerdem in Wirsberg (2), Mainleus und der Stadt Kulmbach (jeweils 1)²⁴⁰.

Sportvereine

Einen großen Einfluss spielt bei der Gesundheitsvorsorge die sportliche Betätigung. Dadurch kann vielen Krankheitsbildern vorgebeugt werden: Insbesondere bei der **Vermeidung wie auch der Rehabilitation von Herzerkrankungen, Schlaganfällen, Adipositas, Diabetes Typ II, Osteoporose sowie Rückenschmerzen** spielt körperliche Betätigung eine Rolle²⁴¹. Auch auf Vorbeugung verschiedener Krebsarten soll Sport einen Einfluss haben. Außerdem soll er sich positiv auf **psychische und subjektive Gesundheit** auswirken²⁴².

Eine wesentliche Bedeutung bei der körperlichen Betätigung der Bevölkerung spielt dabei das Vorhandensein und die Erreichbarkeit verschiedener Möglichkeiten zur sportlichen Betätigung. Dabei spielen **Turn- und Sportvereine** vor Ort aufgrund ihres Freizeit- und Vereinscharakters eine wichtige Rolle. Die folgende Darstellung zeigt die Verteilung der Turn- und Sportvereine im Landkreis Kulmbach.

²³⁹ Landratsamt Kulmbach (2019), Schwimmbäder, Badeseen und Naturbäder im Kulmbacher Land.

²⁴⁰ Die Anzahl an Schwimmhallen ergibt sich aus der Gemeindebefragung.

²⁴¹ Lampert et al. (2005), S. 1357.

²⁴² Lampert et al. (2005), S. 1357, 1362.

Darstellung 53: Standorte Turn- und Sportvereine im Landkreis Kulmbach, Stand November 2018

Landkreis Kulmbach:

Turn- und Sportvereine



Der Landkreis unter gesundheitsrelevanten Aspekten

Von den insgesamt 102 Turn- und Sportvereinen²⁴³ im Landkreis Kulmbach haben rund ein Drittel ihren Standort in der Gemeinde Kulmbach. Interessant ist hier, dass entgegen der bereits aufgezeigten Verteilung der Standorte anderer Anbieter*innen und Berufsgruppen im Gesundheitsbereich in der Gemeinde Kulmbach die Dichte der Turn- und Sportvereine in der Gemeinde Kulmbach geringer ist als im übrigen Landkreis: In der Gemeinde Kulmbach kommen auf einen Turn- oder Sportverein durchschnittlich circa 765 Einwohner*innen, im übrigen Landkreis beträgt dieser Wert 713. Allgemein sind die Turn- und Sportvereine im Landkreis Kulmbach sehr gut verteilt.

Ein weiterer Faktor beim Angebot sportlicher Freizeitaktivitäten spielen auch **Volks-hochschulen**. Im Landkreis Kulmbach gibt es davon insgesamt sieben: Diese befinden sich in den Gemeinden Marktkeugast, Kulmbach, Neudrossenfeld, Stadtsteinach, Thurnau, Mainleus und Trebgast.

Weniger verteilt ist das Angebot an **Fitnesscentern**: Von den insgesamt 15 Fitness-einrichtungen befinden sich mit 9 Stück 60% in der Stadt Kulmbach. Andere befinden sich in Thurnau und Stadtsteinach (jeweils 2) sowie Wirsberg und Ludwigschorgast (jeweils 1).

Verkehrsstärke

Ein die Gesundheit möglicherweise negativ beeinflussendes Kennzeichen im Landkreis Kulmbach ist die **Verkehrsstärke auf den Straßen**, welche auf unterschiedliche Weise mit direkten und indirekten Gesundheitsfolgen einhergehen kann (Unfallgefahr, Stress für Pendler*innen, Lärm- und Schadstoffbelastung für Anwohnende, etc.).

Von der Obersten Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Innern, für Bau und Verkehr werden, gewöhnlich im 5-Jahres-Rhythmus, Daten zur Verkehrsstärke auf Landkreisebene, getrennt nach Bundesstraßen, Staatsstraßen und Kreisstraßen, veröffentlicht. Die Daten basieren auf manuellen Verkehrszählungen und geben die **durchschnittliche tägliche Verkehrsstärke (DTV)**, ausgedrückt als mittlere Anzahl Kraftfahrzeuge (in beide Richtungen) an einem Tag, für die einzelnen Straßentypen an. Zusätzlich erfolgt eine Unterscheidung nach Leichtverkehr und Schwerverkehr. Die aktuellsten verfügbaren Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2015.

Darstellung 54 zeigt die durchschnittliche tägliche Verkehrsstärke auf den Bundesstraßen im Jahr 2015 sowie die zeitliche Veränderung für den Landkreis Kulmbach, den Regierungsbezirk Oberfranken sowie für Bayern.

²⁴³ Ausgenommen sind Kegel-, Schützen-, Auto-/Motorsport-, Tischtennis- und Kickervereine, da das hauptsächliche Augenmerk auf der körperlichen Betätigung liegt. Dies soll jedoch eine mögliche Gesundheitsförderlichkeit der anderen Freizeitaktivitäten nicht ausschließen.

Darstellung 54: Bundesstraßen: Durchschnittliche tägliche Verkehrsstärke (DTV) im Jahr 2015, im zeitlichen und regionalen Vergleich

Region		Kfz Insgesamt	Leicht- Verkehr	Schwer- verkehr
LK Kulmbach	DTV 2015 ^{a,b}	8.617	7.954	663
	Veränderung 2010 bis 2015	-9,1%	-9,3%	-6,4%
Reg.- Bez. Oberfranken	DTV 2015	7.397	6.739	658
	Veränderung 2010 bis 2015	-2,4%	-2,1%	-5,5%
Bayern	DTV 2015	9.977	9.091	886
	Veränderung 2010 bis 2015	+3,5%	+3,7%	+0,9%

a) DTV: Durchschnittliche tägliche Verkehrsstärke, gemessen in Kfz/24h

b) Herleitung und Aufteilung auf aktuelle Kategorien aus 2005-Daten:

Leichtverkehr = Personenverkehr + Güterverkehr – Schwerverkehr

Quelle: SAGS 2019, nach Daten der Obersten Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Innern, für Bau und Verkehr²⁴⁴

Auf den **Bundesstraßen** weist der Landkreis Kulmbach in 2015 sowohl beim Leicht- als auch beim Schwerverkehr höhere DTV-Werte auf als der Regierungsbezirk Oberfranken. Die Werte für den Landkreis Kulmbach sind jedoch geringer als die Werte für Gesamtbayern, wo zwischen 2010 und 2015 ein positiver Zuwachs der Verkehrsstärke erkennbar ist. Anders verhält es sich im Regierungsbezirk Oberfranken sowie insbesondere im Landkreis Kulmbach: **Die Zuwachsraten in der Verkehrsstärke sind hier im betrachteten Zeitraum gesunken.**

Darstellung 55: Staatsstraßen: Durchschnittliche tägliche Verkehrsstärke (DTV) im Jahr 2015, im zeitlichen und regionalen Vergleich

Region		Kfz Insgesamt	Leicht- Verkehr	Schwer- verkehr
LK Kulmbach	DTV 2015 ^{a,b}	1.967	1.869	98
	Veränderung 2010 bis 2015	-4,5%	-4,3%	-7,4%
Reg.- Bez. Oberfranken	DTV 2015	3.084	2.939	145
	Veränderung 2010 bis 2015	-2,5%	-1,6%	-18,4%
Bayern	DTV 2015	3.817	3.611	206
	Veränderung 2010 bis 2015	-0,8%	0,0%	-13,3%

a) DTV: Durchschnittliche tägliche Verkehrsstärke, gemessen in Kfz/24h

b) Herleitung und Aufteilung auf aktuelle Kategorien aus 2005-Daten:

Leichtverkehr = Personenverkehr + Güterverkehr – Schwerverkehr

Quelle: SAGS 2019, nach Daten der Obersten Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Innern, für Bau und Verkehr²⁴⁵

²⁴⁴ BAYSIS (2017), SVZ, DTV-Mittelwerte 2015 und 2010.

²⁴⁵ BAYSIS (2017), SVZ, DTV-Mittelwerte 2015 und 2010.

Der Landkreis unter gesundheitsrelevanten Aspekten

Bei den **Staatsstraßen** liegen die DTV-Mittelwerte des Jahres 2015 im Landkreis Kulmbach sowohl im Leicht- als auch im Schwerverkehr unter den Werten des Regierungsbezirks Oberfranken sowie den Werten Gesamtbayerns. Allgemein ist ein tendenzieller Rückgang der Verkehrsstärke auf den Staatsstraßen zu erkennen. Während der **Rückgang der DTV-Werte im Leichtverkehr im Landkreis Kulmbach** stärker als in Oberfranken und Bayern ausfällt, ist der Rückgang der Werte im Schwerverkehr im Landkreis Kulmbach verhältnismäßig schwach.

Ein allgemein starker Rückgang kann bayernweit im Schwerverkehr auf den **Kreisstraßen** beobachtet werden, also bei dem Straßentyp, der üblicherweise dem überörtlichen Verkehr innerhalb des Landkreises beziehungsweise zwischen benachbarten Landkreisen dient und somit auch kleinere Ortschaften durchquert (vgl. Darstellung 56).

Darstellung 56: Kreisstraßen: Durchschnittliche tägliche Verkehrsstärke (DTV) im Jahr 2015, im zeitlichen und regionalen Vergleich

Region		Kfz Insgesamt	Leicht- Verkehr	Schwer- verkehr
LK Kulmbach	DTV 2015 ^{a,b}	1.106	1.060	46
	Veränderung 2010 bis 2015	-6,0%	-5,5%	-16,4%
Reg.- Bez. Oberfranken	DTV 2015	1.439	1.376	63
	Veränderung 2010 bis 2015	-5,1%	-4,5%	-17,9%
Bayern	DTV 2015	1.755	1.666	89
	Veränderung 2010 bis 2015	-1,6%	-0,7%	-15,9%

a) DTV: Durchschnittliche tägliche Verkehrsstärke, gemessen in Kfz/24h

b) Herleitung und Aufteilung auf aktuelle Kategorien aus 2005-Daten:

Leichtverkehr = Personenverkehr + Güterverkehr – Schwerverkehr

Quelle: SAGS 2019, nach Daten der Obersten Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Innern, für Bau und Verkehr²⁴⁶

Im Vergleich zu Oberfranken und Bayern ist die Verkehrsstärke auf Kreisstraßen im Landkreis Kulmbach geringer. Bayernweit ist ein deutlicher Rückgang der DTV-Mittelwerte für den Schwerverkehr auf den Kreisstraßen zu beobachten. Der Landkreis Kulmbach liegt dabei im Rahmen der Werte für Bayern und Oberfranken.

Insgesamt ist im Landkreis Kulmbach durchgehend ein **Rückgang der Verkehrsstärke** auf Bundes-, Staats- und Kreisstraßen bei den DTV-Werten sowohl im Leicht- als auch im Schwerverkehr zu erkennen. Besonders der Rückgang der Werte im Leichtverkehr ist vergleichsweise hoch. Allgemein liegen die Werte aber in etwa im Rahmen der Vergleichswerte.

²⁴⁶ BAYSIS (2017), SVZ, DTV-Mittelwerte 2015 und 2010.

Fahrradnutzung

Fahrradfahren fördert nicht nur aufgrund der sportlichen Betätigung den Gesundheitszustand einer Bevölkerung, sondern kann auch bei entsprechender Förderung zu einer schwächeren Verkehrsbelastung sowie einer Abmilderung der damit einhergehenden gesundheitlichen und umweltbezogenen Folgen führen. Die Folgen einer hohen Verkehrsstärke wurden bereits beschrieben.

Um das Fahrradfahren zu fördern, können Radwege (aus-)gebaut und für einen sicheren Radverkehr auch im allgemeinen Verkehr gesorgt werden. Tendenziell gilt, dass ein Vorhandensein entsprechender Möglichkeiten sowie die Verkehrssicherheit für Fahrradfahrer*innen bewirken, dass die Menschen diese auch in Anspruch nehmen. In ländlicheren Gebieten sind **zusätzliche Fahrradwege** möglich. In Städten gilt es besonders, für **Verkehrssicherheit und ausreichende Seitenstreifen** für Fahrradfahrer*innen zu sorgen: Es bedarf einer allgemein **stärkeren Ausrichtung der Verkehrsplanung auf Fahrräder**. Hier ist das Potenzial für vom Auto auf das Fahrrad umsteigende Menschen aufgrund der relativ kurzen Strecken (beispielsweise zur Arbeit oder um Erledigungen zu machen) besonders hoch. Möglich ist zudem auch eine **Zusammenarbeit mit nächstgelegenen Fahrradclubs** beziehungsweise einem örtlichen ADFC (Allgemeiner Deutscher Fahrradclub). Auch **Betriebe können sich für ein Fahrrad-freundliches Klima (Duschen, Fahrradstellplätze, etc.) einsetzen**²⁴⁷.

2.5.4 Gesundheitliche Chancengleichheit

Allgemein gilt ein hoher sozioökonomischer Status (d.h. allgemein ein hoher Status bezüglich Einkommen, Bildung, Beruf) als protektiver Faktor in Bezug auf gesundheitliche Risiken²⁴⁸. Besonders deutlich sind sozioökonomische Unterschiede an der Lebenserwartung zu erkennen: Vor allem auf internationaler Ebene sind klare Differenzen zu erkennen, doch bereits innerhalb Deutschlands zeigen sich Unterschiede: Daten aus dem Sozioökonomischen Panel (SOEP) liegen für Deutschland nach fünf Einkommensgruppen unterschieden vor (Stand 2005). Dabei ergibt sich ein Unterschied von bis zu 8,4 Jahren bei Frauen und 10,8 Jahren bei Männern (jeweils zu Ungunsten der niedrigsten Einkommensgruppe)²⁴⁹.

Besonders **vulnerable Gruppen**, also Menschen die zum Beispiel in schwierigen sozioökonomischen Bedingungen leben sowie auch Menschen, die krankheitsbedingt eine andere Ausgangsbasis in Bezug auf gesellschaftliche Teilhabe und weitere Einflussfaktoren auf die Gesundheit haben, gilt es besonders in **Maßnahmen zur Gesundheitsprävention** einzubinden. Folgend werden stellvertretend einige vulnerable Gruppen benannt.

²⁴⁷ Vgl. Seeger, Maier (2018), S. 148.

²⁴⁸ Vgl. z. B. WHO Europa (2004), Soziale Determinanten von Gesundheit; sowie Mielck (2005).

²⁴⁹ RKI (2015), Gesundheit in Deutschland.

*Sozialleistungsbezieher*innen, Armutsgefährdete und ihre Kinder*

Das Einkommen bestimmt wie bereits in Kapitel 2.1.2 dargelegt neben materiellen Aspekten die Möglichkeit zu gesellschaftlicher Integration und Teilhabe, was einen großen Einfluss auf psychosoziales Wohlbefinden sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat. Viele Erkrankungen tauchen bei Armutsgefährdeten vermehrt auf. Dazu zählen insbesondere Herzinfarkt, Schlaganfall, Angina pectoris, Hypertonie, Diabetes, chronische Bronchitis, chronische Lebererkrankung, Osteoporose, Arthrose und auch Depression²⁵⁰. In Kapitel 2.1.2 wurde außerdem dargelegt, dass arbeitslose Menschen und Sozialhilfeempfänger*innen häufiger als Erwerbstätige unter psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen leiden und vermehrt zu **riskantem Gesundheitsverhalten** neigen. Umgekehrt erschweren gesundheitliche Beeinträchtigungen auch die Arbeitssuche. Dazu werden arbeitslose Menschen teils **schwer durch gesundheitsfördernde Maßnahmen oder Präventionsmaßnahmen erreicht**. Eine besondere Einbindung der **Arbeitsagenturen und Jobcenter** in entsprechende Programme ist daher ein wichtiger Schritt, um dem tendenziell schlechteren Gesundheitszustand in dieser Gruppe entgegenzuwirken.

Alleinerziehende und ihre Kinder

Alleinerziehende Mütter leiden verschiedenen Studien zufolge vermehrt unter körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen und neigen zu riskanteren gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen als Mütter, die in einer Partnerschaft leben. Alleinerziehende Väter haben ein allgemein höheres Risiko für Depressionen als Väter, die in einer Partnerschaft leben. Außerdem schätzen sie ihren Gesundheitszustand häufiger als „nicht gut“ ein. Die **schlechtere Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter** lässt sich den Ergebnissen zufolge nur begrenzt auf die schlechtere sozioökonomische Lage zurückführen²⁵¹.

Die Belastungen greifen auch auf die Kinder der Alleinerziehenden zurück: Beispielsweise durch das Miterleben von Konfliktsituationen in Zusammenhang mit der Trennung der Eltern sowie durch zeitliche oder materielle Belastungen des alleinerziehenden Elternteils. Insbesondere bei der **psychischen Gesundheit sind die Kinder und Jugendlichen höheren Beeinträchtigungen ausgesetzt**²⁵².

²⁵⁰ Destatis, WZB (2018), Datenreport 2018, S.302.

²⁵¹ RKI (2015), Gesundheit in Deutschland, S. 172.

²⁵² RKI (2015), Gesundheit in Deutschland, S. 171.

Psychisch Kranke und ihre Kinder

In den Kapiteln 2.2.2 und 2.4.7 wurde auf die Thematik der psychischen Gesundheit sowie der Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen eingegangen. Neben den dargestellten Punkten gilt auch eine besondere Beachtung der **Kinder psychisch erkrankter Eltern**. Diese leiden oftmals unter Desorientierung, Schuldgefühlen sowie eingeschränkten Möglichkeiten der Förderung und Zuwendung durch die Eltern. Oftmals können sie das Verhalten der Eltern nicht einordnen und müssen früh elterliche Rollen übernehmen, was sie zudem in ihrer natürlichen Entwicklung beeinträchtigen kann. Die gesellschaftliche Tabuisierung der elterlichen Erkrankung erschwert den Zugang zu Unterstützung²⁵³. Solche Kinder weisen ein besonders hohes Risiko auf, im Laufe ihres Lebens selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Sie bedürfen daher besonderer Rücksicht sowie einem bedarfsgerechten Angebot im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Eine wichtige Aufgabe besteht darin, die **Inanspruchnahme vorhandener Angebote durch die Betroffenen zu fördern**²⁵⁴. Auch die KoKi-Stelle im Landratsamt kann hier einen großen Beitrag leisten (vgl. Kap. 2.5.2).

Schwerbehinderte und mobilitätseingeschränkte Personen

Wie in Kapitel 2.2.2 dargestellt, leben im Landkreis Kulmbach zum Stand 2017 mehr als 7.500 Menschen mit schwerer Behinderung. Mit Bezug auf den demografischen Wandel ist aufgrund des besonders hohen Anteils schwerbehinderter Personen in älteren Bevölkerungsgruppen eine weitere Zunahme schwerbehinderter Menschen zu erwarten.

Hauptanliegen bei der Gesundheitsversorgung schwerbehinderter Personen ist das Thema **Barrierefreiheit** für mobilitätseingeschränkte Personen nicht nur beim Zugang zu medizinischen Einrichtungen, sondern grundsätzlich in allen Bereichen des Lebens, damit mobilitätseingeschränkten Personen die **Teilhabe am öffentlichen Leben** als Voraussetzung für ein gesundes und weitestgehend selbstbestimmtes Leben gewährleistet werden kann. Gleichmaßen ist bei Maßnahmen der individuellen Gesundheitsförderung auf eine gute Erreichbarkeit für mobilitätseingeschränkte Personen zu achten.

Neben Einschränkungen der Gehfähigkeit sind auch andere Zugangshindernisse möglich: Seh-/Hörbehinderungen sowie geistige Einschränkungen erschweren ebenfalls den Zugang zu Gesundheitsversorgung, zu sozialer Teilhabe oder Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung²⁵⁵.

²⁵³ StMGP (2016), Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern.

²⁵⁴ Seeger, Maier (2018), S. 174f.

²⁵⁵ Vgl. Seeger, Maier (2018), S. 175.

Pflegebedürftige und pflegende Angehörige

Im Landkreis Kulmbach zählen zum Stand 2017 3.255 Menschen als pflegebedürftig. Eine genaue Darstellung der Kennzahlen im Landkreis erfolgte bereits in Kapitel 2.2.2. Auf die Versorgungssituation wurde in Kapitel 2.4.7 eingegangen. Durch das Präventionsgesetz werden die Pflegekassen dazu angehalten, in stationären Pflegeeinrichtungen Leistungen zu Prävention und Gesundheitsförderung für die Versicherten zu erbringen, „indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung fördern“²⁵⁶.

Eine wichtige, jedoch schwer zu erreichende Zielgruppe für gesundheitliche Vorsorge und Förderungsleistungen stellen die **zu Hause lebenden Pflegebedürftigen** dar. Auch die pflegenden Angehörigen leiden oftmals unter psychischem und körperlichem Stress und vernachlässigen teilweise auch den eigenen Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung.

Alleinlebende ältere Menschen

In Bezug auf alleinlebende ältere Menschen ist besonders die **Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe** zur Vermeidung von Vereinsamung und sozialer Isolation ein wichtiges Handlungsfeld. Gesellschaftliche Einbindung ist ein wichtiger Faktor in Bezug auf die Sterblichkeit älterer Menschen und bewirkt zudem eine Verbesserung der Lebensqualität, eine Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und der Widerstandsfähigkeit auch in Bezug auf gesundheitsrelevante Bereiche²⁵⁷. Die Gruppe alleinlebender älterer Menschen ist in ihrer psychischen Gesundheit besonders gefährdet²⁵⁸. Auch ihr tendenziell schlechterer sozioökonomischer Status lässt sie als vulnerable Gruppe mit besonderem Handlungsbedarf einordnen²⁵⁹.

Alleinlebende Pflegebedürftige sind vermehrt auf die Inanspruchnahme professioneller Pflegedienstleistungen angewiesen und benötigen auch für häusliche Tätigkeiten oftmals zusätzliche Unterstützung.

²⁵⁶ PräVG, Art. 6.

²⁵⁷ WHO (2015), World Report on Ageing and Health.

²⁵⁸ WHO (2017), Fact Sheet 381.

²⁵⁹ Shaw et al. (2017).

Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Fluchterfahrung

Allgemein ist die Gesundheit von Zugewanderten aufgrund der vermehrt von jungen Menschen geprägten Altersstruktur in einem besseren Zustand als bei Menschen ohne Migrationshintergrund („healthy migrant effect“²⁶⁰). Mit zunehmender Dauer des Aufenthaltes werden hingegen gesundheitliche Beeinträchtigungen bei der zugewanderten Bevölkerung deutlich, was zum Teil auch auf den schlechteren sozioökonomischen Status zurückzuführen ist. Grundsätzlich neigen Menschen mit Migrationshintergrund auch unter tendenziell **schlechterer psychischer Gesundheit**. Außerdem nehmen sie Gesundheitsleistungen weniger in Anspruch²⁶¹. Dazu kommen auch sprachliche und kulturelle Barrieren, die den Zugang zu Gesundheitsversorgung, entsprechenden Informationen sowie Maßnahmen erschweren können. Der Ausbau **kultur- und geschlechtssensibler Angebote** ist deshalb als ein Ziel im Präventionsplan für Bayern²⁶². Ferner zu beachten ist, dass die Bevölkerungsgruppe von Menschen mit Migrationshintergrund zunehmend pflegerrelevante Altersstufen erreichen wird.

Im Landkreis Kulmbach lebten zum Stand Dezember 2017 3.268 Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Dies entspricht einem Anteil von 4,5% an der Gesamtbevölkerung. Weiteres hierzu wurde bereits in Kapitel 2.1.1 erläutert. Innerhalb der Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund herrscht eine große **Heterogenität** bezüglich der geografischen Herkunft wie auch des soziokulturellen und –ökonomischen Hintergrundes. Dementsprechend gibt es deutliche Unterschiede in Bezug auf gesundheitliche Belastungen und Ressourcen.

Besonderen Belastungen ausgesetzt ist darunter auch die Gruppe der Menschen mit **Fluchterfahrung**. Aus der Zeit der Flucht und aus den Herkunftsländern nehmen sie oft körperliche und psychische Belastungen mit, oft haben diese Menschen auch traumatische Erfahrungen durchlebt. Ein unsicherer Aufenthaltsstatus und oftmals fehlende Arbeitsmöglichkeiten erschweren die Situation zusätzlich.

Bei **unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten** fehlt außerdem eine Einbindung in familiäre Strukturen als eine wichtige Stütze zur Bewältigung solcher Probleme. Diese Kinder und Jugendlichen sind besonders oft von posttraumatischen Belastungsstörungen und depressiven Episoden betroffen²⁶³. Bei einer Studie zum Gesundheitszustand syrischer geflüchteter Kinder und Jugendlicher in der Erstaufnahmeeinrichtung Bayernkaserne in München konnte bei 82% der untersuchten Geflüchteten eine körperliche Krankheit, bei 10% ein akuter Behandlungsbedarf festgestellt werden. Bei mehr als einem Drittel der Kinder und Jugendlichen wurde eine psychische Störung diagnostiziert, darunter waren 22% mit einer posttraumatischen Belastungsstörung und 16% mit einer Anpassungsstörung. Da sich posttraumatische Belastungsstörungen oft

²⁶⁰ RKI (2015), Gesundheit in Deutschland, S. 178.

²⁶¹ RKI (2015), Gesundheit in Deutschland, S. 175.

²⁶² StMGP (2015), Bayerischer Präventionsplan, S. 31.

²⁶³ Walg et al. (2016).

erst zu einem späteren Zeitpunkt entwickeln, wurde damit gerechnet, dass sich bei weiteren Kindern noch eine Posttraumatische entwickeln werde²⁶⁴.

Grundsätzlich weisen **Kinder mit Migrationshintergrund** einen verhältnismäßig niedrigen Konsum von Nikotin und Alkohol, geringere Raten an atopischen Krankheiten (genetisch veranlagte allergische Erkrankungen mit Überempfindlichkeiten auf eigentlich harmlose Umweltstoffe²⁶⁵) außer Asthma sowie eine höhere Stillfrequenz auf, was sehr positive Voraussetzungen für einen stabilen Gesundheitszustand sind. Dagegen sind Kinder mit Migrationshintergrund jedoch verhältnismäßig öfter von Adipositas und Anämie betroffen und weisen häufiger Merkmale psychischer Störungen auf. Sie nehmen außerdem gesundheitliche Präventionsmaßnahmen weniger häufig wahr²⁶⁶.

Diese Tendenzen wurden auch in den Schuleingangsuntersuchungen 2015/16 im Landkreis Kulmbach sowie bayernweit beobachtet. Bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund (beide Elternteile gaben eine andere Muttersprache als Deutsch an) kann eine deutlich geringere Vollständigkeit der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9) als bei Kindern ohne Migrationshintergrund beobachtet werden (vgl. Kapitel 2.3.2). Auch zeigt sich bei Betrachtung der Befundhäufigkeiten, dass bei Kindern mit Migrationshintergrund bei den Schuleingangsuntersuchungen häufiger gesundheitsrelevante Auffälligkeiten erkannt werden. Dazu weisen prozentual betrachtet weitaus mehr Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund einen BMI stark über dem Normalgewicht (Adipositas) auf als es bei Kindern ohne Migrationshintergrund der Fall ist (vgl. Kapitel 2.2.2).

Eine Schwierigkeit stellt dabei oft auch fehlende Kenntnis und Information im Umgang mit öffentlichen Stellen und bezüglich gesundheitlicher Ansprüche innerhalb der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund dar. Dies kann bereits zu Benachteiligungen führen. Generell sind Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund beim Zugang zu sämtlichen Lebensbereichen mit Hindernissen konfrontiert. Kulturelle und sprachliche Barrieren sowie auch soziale Ausgrenzung können den Zugang zu gesundheitsrelevanten Maßnahmen und Informationen erschweren.

Viele der Probleme, die Menschen mit Migrationshintergrund haben, lassen sich nur im gesamtgesellschaftlichen Rahmen lösen. Mögliche Erfahrungen mit **Rassismus, Diskriminierung und Armut** erschweren solche Problemlagen zudem. Im Gesundheitssystem muss auf die Einbindung der Menschen mit Migrationshintergrund geachtet werden. Dabei spielt die **transkulturelle Öffnung der beteiligten Einrichtungen** eine zentrale Rolle zur Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund. Um Sprachbarrieren zu vermindern, kann **Informationsmaterial in mehreren Sprachen** bereitgestellt werden. Wichtig sind auch kulturelle Kompetenzen der

²⁶⁴ TUM (2015), Seeger, Maier (2018), S. 177f.

²⁶⁵ BMASGK (2019), atopische Erkrankung.

²⁶⁶ DGSPJ e.V. (2009), Positionspapier des Fachausschusses Transkulturelle Pädiatrie.

Fachkräfte sowie eine spezielle **Sensibilisierung** für die psychischen Gesundheitsprobleme bei Kindern mit Migrationshintergrund. Auch muss auf eine **bessere Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund** geachtet werden, damit sie ihre Gesundheitschancen ungeachtet der kulturellen und sprachlichen Barrieren gleichberechtigt wahrnehmen können²⁶⁷.

Projekte zur Gesundheitlichen Chancengleichheit

Der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiierte bundesweite **Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit** basiert auf einem Zusammenschluss von 67 Organisationen. Der Verbund ist darauf ausgerichtet, eine bessere gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland herzustellen und dabei insbesondere die Gesundheitsförderung in schwächeren sozialen Lagen zu unterstützen. Schwerpunkte liegen dabei auf der Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen, bei Arbeitslosen, bei Älteren, im Quartier (d.h. die Lebenswelt, wie sie in der Ottawa Charta definiert ist²⁶⁸) und bei Geflüchteten²⁶⁹.

Der kommunale Partnerprozess „**Gesundheit für alle**“ zielt dabei insbesondere auf den Aufbau und die Umsetzung integrierter kommunaler Strategien – sogenannten Präventionsketten – zur Koordinierung der Angebote und Ansätze verschiedener öffentlicher Träger. Insgesamt nehmen mehr als 50 Kommunen aus ganz Deutschland teil, darunter zwölf aus Bayern. Der Landkreis Kulmbach ist bisher nicht an diesem kommunalen Partnerprozess beteiligt²⁷⁰.

Unabhängig von der Teilnahme am Partnerprozess „Gesundheit für alle“ können Gesundheitsinstitutionen in der **Praxisdatenbank** des Kooperationsverbunds Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung, die sich im Besonderen an Menschen in schwierigen sozialen Lagen richten, eintragen²⁷¹. Einträge von Projekten in der Praxisdatenbank können die Angebote sichtbar machen und fachliche Anregungen zu erhalten. Zum Stand Januar 2019 sind in der Praxisdatenbank keine Projekte – auch keine abgeschlossenen – im Landkreis Kulmbach zu finden.

²⁶⁷ DGSPJ e.V. (2009), Positionspapier des Fachausschusses Transkulturelle Pädiatrie.

²⁶⁸ Vgl. dazu WHO Europe (1986), Ottawa Charter for Health Promotion; sowie Kapitel 2.5.1.

²⁶⁹ Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (2019), Startseite.

²⁷⁰ Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (2019), Das Vorhaben.

²⁷¹ Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (2019), Über die Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit.

3. Empirische Ergebnisse: Sichtweisen der Bürger*innen, Gemeinden und Expert*innen

3.1 Bevölkerungsbefragung

Die Bevölkerungsbefragung stellt einen Baustein der Bestands- und Bedarfsanalyse der Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach dar. Am 11. Dezember 2018 wurden vierseitige Fragebögen mit Rücksendeumschlag an eine Stichprobe von 3.051 Bürgerinnen und Bürger des Landkreises Kulmbach verschickt (an jede 20. Person ab 18 Jahren, ausgenommen der Himmelkroner Heime und stationären Pflegeeinrichtungen für Senior*innen). Hiervon waren 23 Fragebögen aufgrund von Adressänderungen nicht zustellbar. Bis zu dem Einsendeschluss, der auf den 21.12.2018 datiert war, sind insgesamt **1.132 ausgefüllte Fragebögen** eingegangen und anschließend in die Auswertung eingeflossen. Damit beträgt die Rücklaufquote 37,4%.

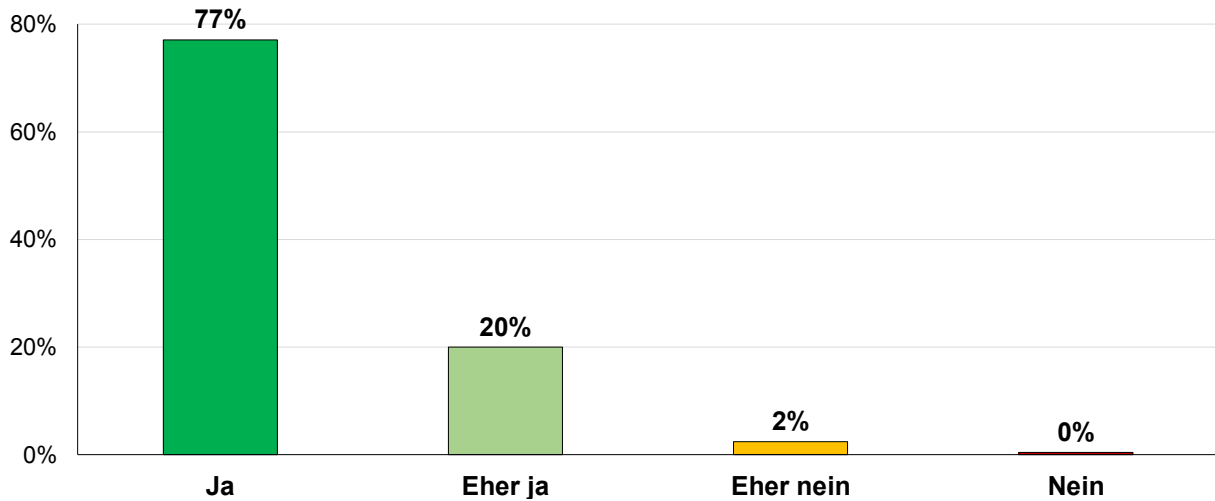
Die Auswertungsergebnisse wurden zunächst in tabellarischer Form aufbereitet. Ausgewählte Ergebnisse werden folgend mithilfe von graphischen Darstellungen aufgezeigt. Dabei ist vorab einschränkend zu betonen, dass die Konzentration auf die „zentralen“ und wesentlichen Ergebnisse immer als Resultat eines bestimmten Blickwinkels und der aktuellen Interessen gelten muss. Eine ausführliche tabellarische Aufarbeitung der Ergebnisse der Befragung ist in dem zusätzlich angefertigten Tabellenband zur Bürger*innenbefragung einzusehen.

Im Zuge der Befragung wurde unter anderem erhoben, ob sich die Bürger*innen allgemein im Landkreis Kulmbach wohlfühlen. Auf diese Frage antwortete mit rund 77% der 1.129 Antwortenden der Großteil der Befragten mit einem klaren „Ja“. Weitere 20% gaben an, sich eher wohl zu fühlen. Nur 27 Personen gaben an, sich eher nicht wohl zu fühlen (2,4%), fünf Personen gaben an, sich nicht wohl zu fühlen (0,4%)²⁷².

²⁷²Der 0%-Wert in Darstellung 57 ist dabei auf die vorgenommene Rundung der Werte zum Zweck der Vereinfachung der Grafik zurückzuführen.

Empirische Ergebnisse

Darstellung 57: Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach;
Frage 8: Fühlen Sie sich im Landkreis Kulmbach wohl? (in %)

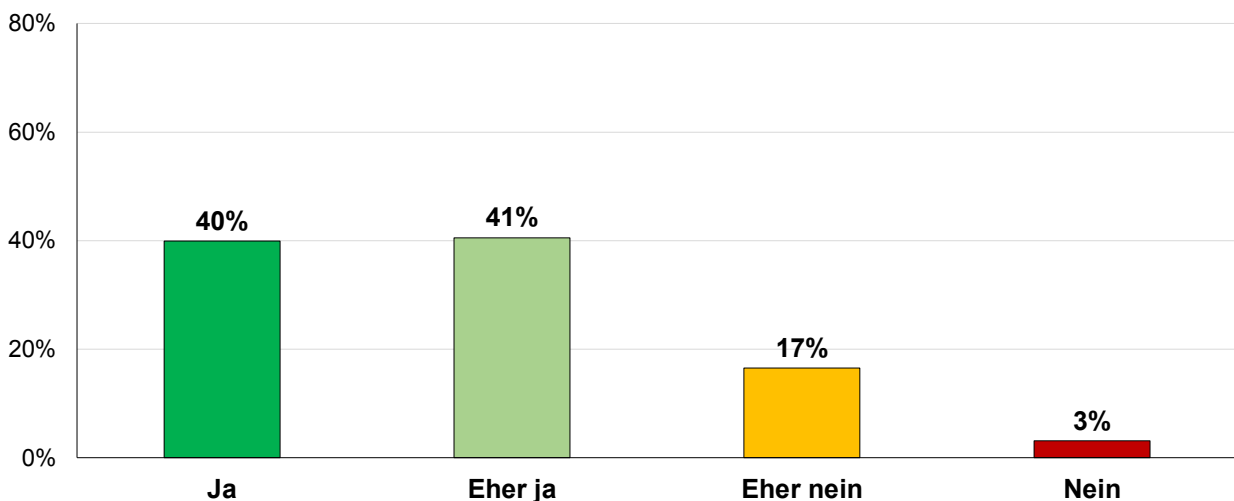


n=1.129; keine Angaben: 3

Quelle: SAGS 2019

Etwas weniger zufrieden sind die Befragten mit der medizinischen Versorgungssituation: Auf die Frage, ob sich die Bürger*innen im Landkreis Kulmbach medizinisch gut versorgt fühlen, antworteten rund 40% der Befragten mit „Ja“ und wiederum 41% mit „Eher ja“, das heißt über 80% gaben hier eine (eher) positive Rückmeldung. Unter den 1.114 Antwortenden auf diese Frage gaben aber auch 17% (184 Personen) „Eher nein“ und 3% (35 Personen) „nein“ an (vgl. Darstellung 58). Auf konkrete Wünsche zur Verbesserung wird nachfolgend noch eingegangen (vgl. S. 137ff.)

Darstellung 58: Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach;
Frage 9: Fühlen Sie sich medizinisch gut versorgt? (in %)

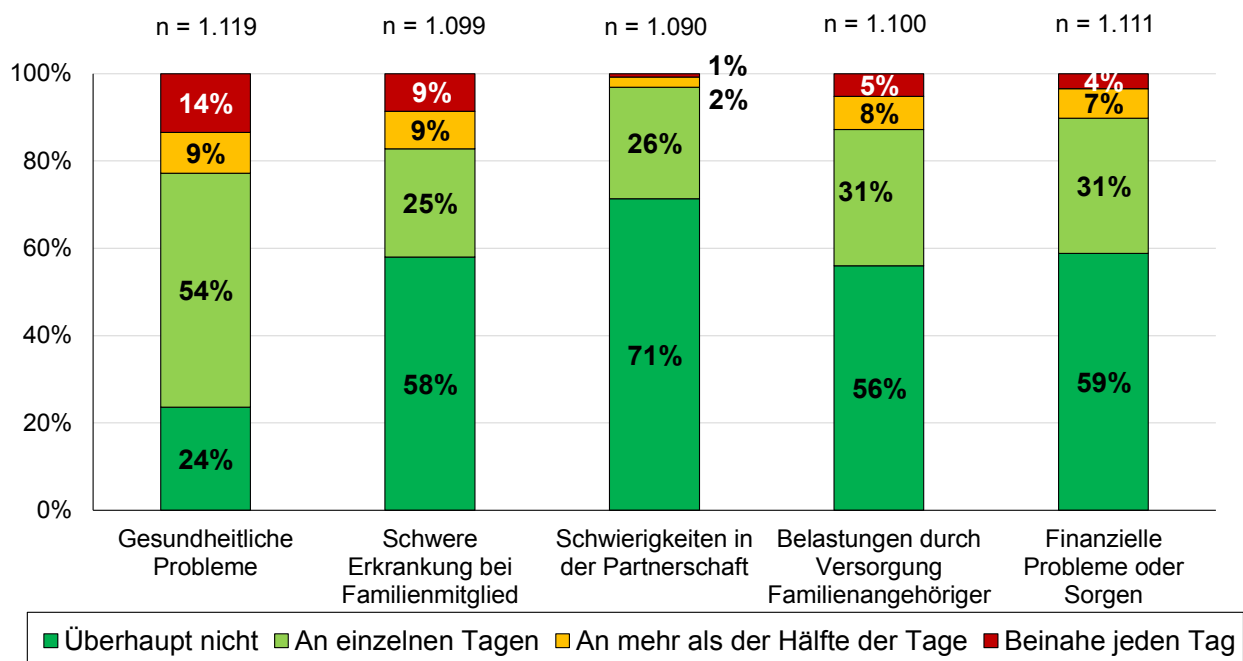


n=1.114; keine Angaben: 18

Quelle: SAGS 2019

In der Frage 11 der Bürger*innenbefragung wurde nach danach gefragt, wie oft sich die Befragten in den vergangenen vier Wochen durch bestimmte Arten von Beschwerden beeinträchtigt fühlen. Neben eigenen gesundheitlichen Problemen wurde auch auf das Vorhandensein einer schweren Erkrankung bei einem Familienmitglied, Schwierigkeiten in der Partnerschaft, Belastungen durch die Versorgung Familienangehöriger sowie auf finanzielle Probleme oder Sorgen eingegangen. Hier zeigt sich bereits deutlich, dass **gesundheitliche Probleme eine zentrale Rolle als Belastungsfaktor im Privatleben der Bürger*innen einnehmen**: Denn während die Antwortmöglichkeit „überhaupt nicht“ bei den vier weiteren Beschwerden nie unter 50% liegt (58%, 71%, 56% und 59%), wurde diese bei „Gesundheitliche Probleme“ nur von 24% der 1.119 Befragten, die hierzu eine Angabe machten, gewählt (vgl. Darstellung 59).

Darstellung 59: Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach;
Frage 11: Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt? (in %)



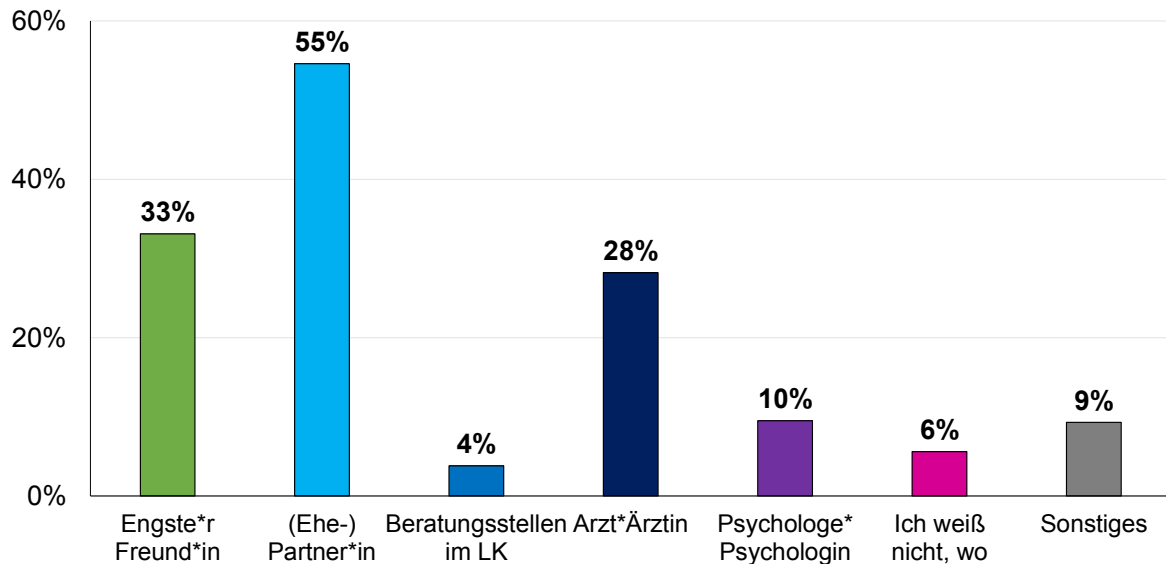
Quelle: SAGS 2019

Die folgende Darstellung veranschaulicht die Antworten auf die Frage, an wen sich die Bürger*innen wenden würden, wenn diese seelische Probleme haben und Hilfe benötigen. Hier waren auch Mehrfachnennungen möglich. Die **erste Wahl sind bei dem Großteil der Befragten nahestehende Menschen**: Am meisten wurde hier die*der eigene (Ehe-)Partner*in angegeben (55% der 1.117 Antwortenden), direkt gefolgt von der*dem engsten Freund*in. Doch **auch Ärzt*innen scheinen eine wichtige Rolle als Vertrauenspersonen einzunehmen**: 28% der Befragten gaben an, sich bei seelischen Problemen an ihre Ärztin oder ihren Arzt zu wenden. Beratungsstellen im Landkreis wurden zu 4% (43 Personen) erwogen; rund 6% (62 Personen) gaben an, nicht zu wissen, wohin sie sich wenden sollen. Eine verbesserte Informationsbasis über Ansprechpartner*innen und Beratungsstellen auf Gemeinde- oder Landkreisebene

Empirische Ergebnisse

könnte hier hilfreich sein. Die Auflistung der Sonstiges-Nennungen finden sich bei dieser wie bei allen anderen Fragen mit einer Sonstiges-Kategorie im Tabellenband zur Bevölkerungsbefragung auf der Homepage (siehe hierzu Tabellenband, S. 30).

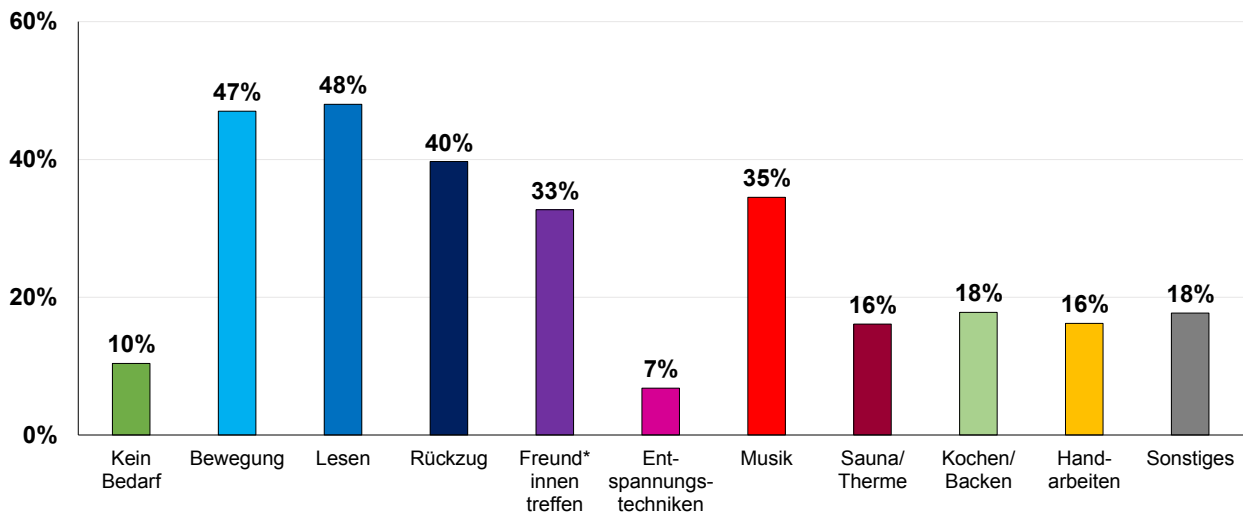
Darstellung 60: Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach;
Frage 12: An wen würden Sie sich wenden, wenn Sie seelische Probleme haben und Hilfe benötigen? (in %)



n=1.117; keine Angaben: 15
Mehrfachnennungen möglich
Quelle: SAGS 2019

Ferner wurden die Bürger*innen gefragt, womit sie sich an einem anstrengenden Tag typischerweise erholen. 48% der Befragten gaben an, zur Entspannung zu lesen, gefolgt von Bewegung (47%) und Rückzug (40%). 10% gaben an, sie hätten keinen Bedarf an Erholung. Interessant war, dass unter den 200 Sonstiges-Nennungen 60 Bürger*innen angaben, sich beim Fernsehen zu erholen (vgl. Tabellenband, S. 35).

Darstellung 61: Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach;
Frage 13: Was machen Sie an einem anstrengenden Tag
typischerweise, um sich zu erholen? (in %)



n=1.127; keine Angaben: 5

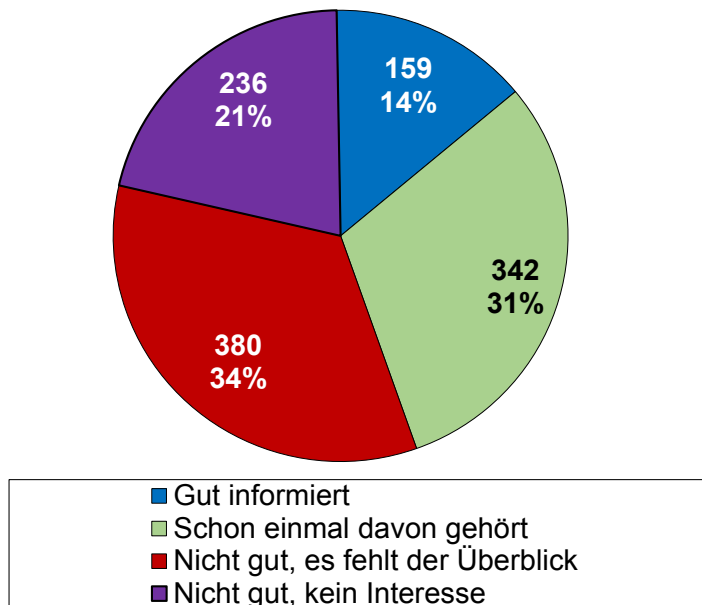
Mehrfachnennungen möglich

Quelle: SAGS 2019

Im Zuge der Erhebung wurde außerdem abgefragt, wie gut die Bürger*innen über Unterstützungsmöglichkeiten im Landkreis Kulmbach bei psychischen Problemen informiert sind. Nur 14% der Antwortenden gaben an, gut informiert zu sein. 55% gaben an, nicht gut informiert zu sein, wobei 21% angaben, auch kein Interesse daran zu haben. Insbesondere die 34%, die angaben, dass der Überblick über die Angebote fehle, gilt es also mit **zusätzlichen Informationsangeboten** zu erreichen.

Empirische Ergebnisse

Darstellung 62: Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach;
Frage 14: Wie gut sind Sie über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression im Landkreis informiert?

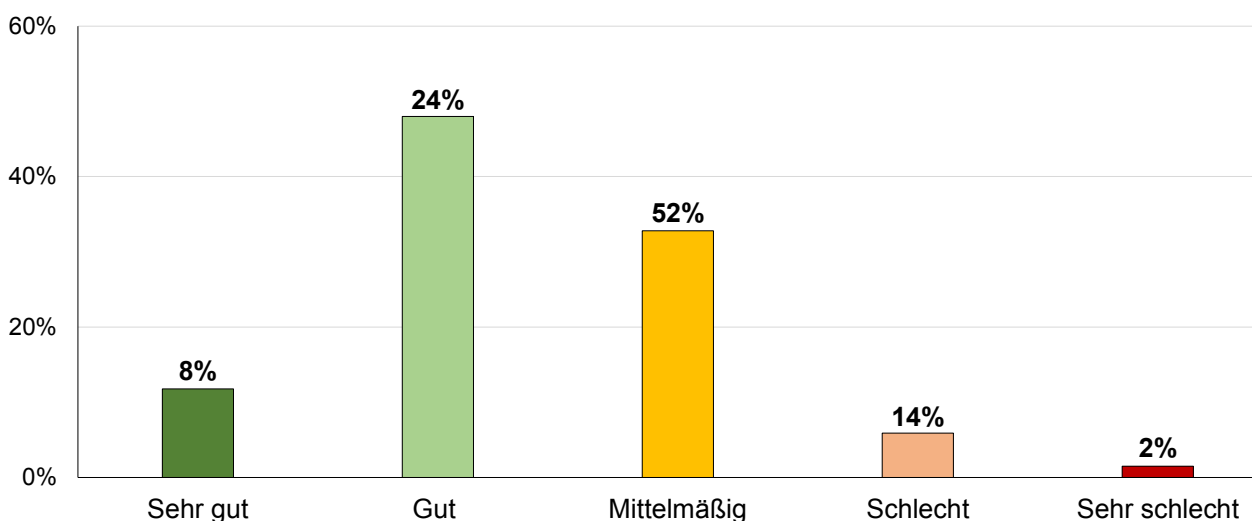


n=1.117; keine Angaben: 15

Quelle: SAGS 2019

Im Allgemeinen beschreiben gemäß der Befragung etwa 60% der Bürger*innen des Landkreises Kulmbach ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. 33% beschreiben ihren Zustand als mittelmäßig und 8% als schlecht bzw. sehr schlecht. Insgesamt scheint also die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes durchaus positiv zu sein.

Darstellung 63: Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach;
Frage 15: Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? (in %)

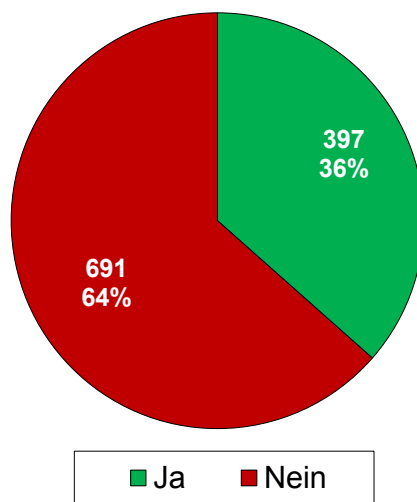


n=1.121; keine Angaben: 11

Quelle: SAGS 2019

In der Befragung wurde auch nach dem Vorhandensein einer chronischen Krankheit, Behinderung oder körperlichen Beeinträchtigung gefragt: Die Frage wurde von 1.088 Personen beantwortet; 397 davon (36%) beantworteten diese Frage mit „Ja“ (vgl. Darstellung 64). Die Frage ist daher relevant, da sie Rückschlüsse auf den Anteil der Bevölkerung, der unter einer andauernden bzw. schwerwiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigung leidet, zulässt. Für diesen Teil der Bevölkerung ist es besonders wichtig, medizinische Versorgungsstrukturen zu schaffen, da gesundheitliche Einschränkungen schnell zu einem Verlust an Lebensqualität führen können.

Darstellung 64: Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach;
Frage 17: Haben Sie eine chronische Krankheit, Behinderung oder körperliche Beeinträchtigung?



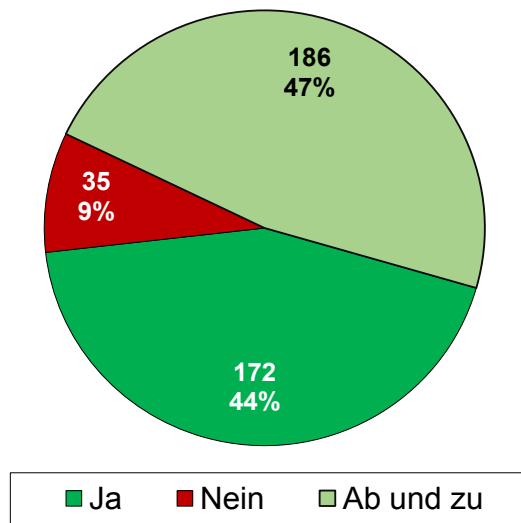
n=1.088; keine Angaben: 44

Quelle: SAGS 2019

Vertiefend wurde an die Menschen mit einer solchen gesundheitlichen Einschränkung die Frage gerichtet, ob diese sich durch ihre chronische Krankheit, Behinderung oder körperliche Beeinträchtigung eingeschränkt fühlen. Auf diese Frage antworteten 393 der 397 Personen, die bei Frage 17 (vgl. Darstellung 64) angaben, eine entsprechende Beeinträchtigung zu haben. 44% davon gaben an, sich durch ihre Beeinträchtigung eingeschränkt zu fühlen und weitere 47% fühlen sich nach eigener Aussage gelegentlich beeinträchtigt. Insbesondere für diese Gruppen sind gesundheitliche Maßnahmen notwendig. Doch auch für die 9%, die angaben, sich nicht von ihrer Erkrankung o.ä. beeinträchtigt zu fühlen, sind präventive Maßnahmen wichtig, um ein weiteres Ausbleiben von einschränkenden Folgen aufrecht zu erhalten. (vgl. Darstellung 65)

Empirische Ergebnisse

Darstellung 65: Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach;
Frage 18: Fühlen Sie sich durch Ihre chronische Krankheit,
Behinderung oder körperliche Beeinträchtigung eingeschränkt?

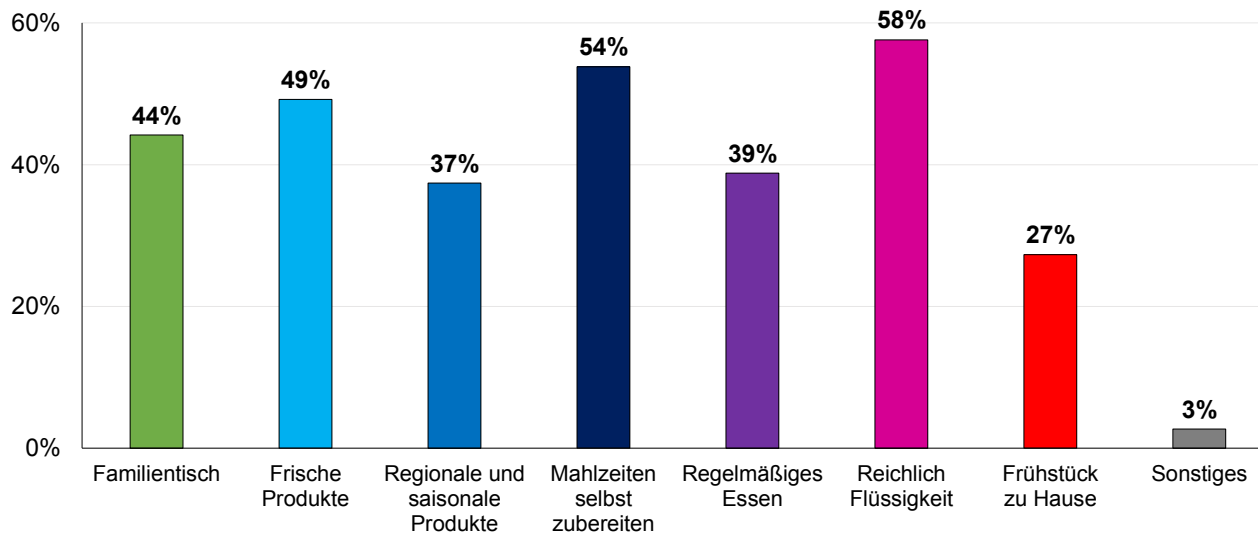


n=393; keine Angaben: 4
Quelle: SAGS 2019

Ferner wurde noch nach Art und Grad der Behinderung gefragt. Die genauen Angaben hierzu können dem Tabellenband zur Bevölkerungsbefragung auf der Homepage des Landkreises entnommen werden (siehe Tabellenband, S. 38ff.)

Die Befragten sollten außerdem angeben, was für sie zu einer gesunden Ernährung zählt. 58% gaben dabei an, auf reichlich Flüssigkeit zu setzen. Weiter wurden das eigene Zubereiten der Mahlzeiten (54%) und frische Produkte (49%) häufig genannt. 44% setzen außerdem auf den gemeinsamen Familientisch als Garant gesunder Ernährung.

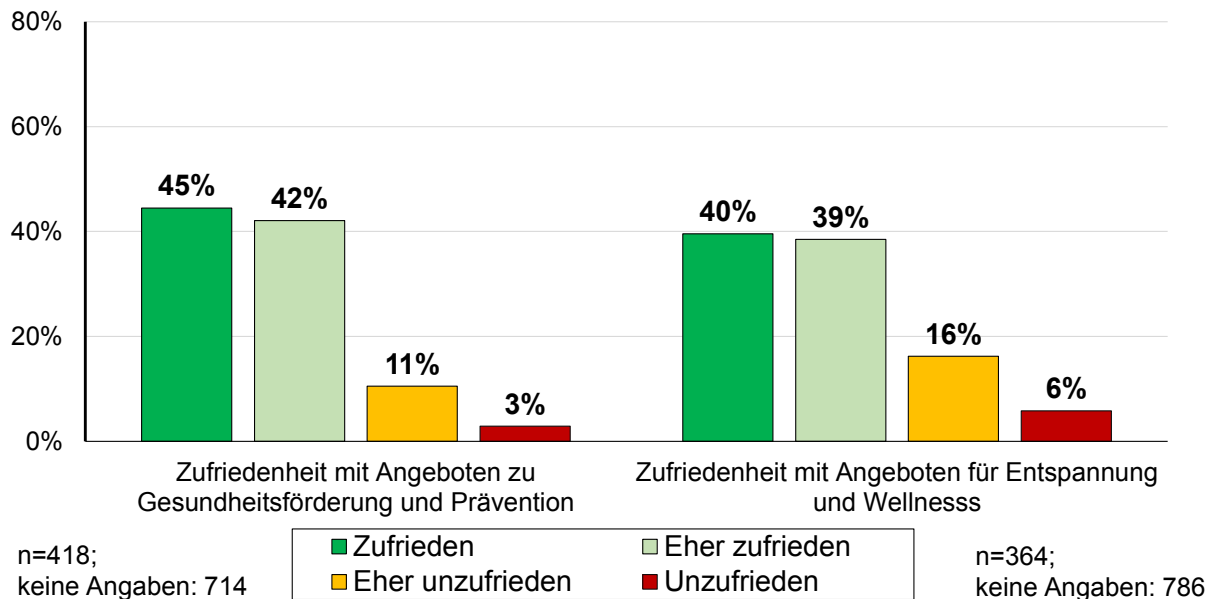
Darstellung 66: Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach;
Frage 21: Was zählt für Sie zu einer gesunden Ernährung? (in %)



n=1.130; keine Angaben: 2
Mehrfachnennungen möglich
Quelle: SAGS 2019

Weiter wurde abgefragt, ob die Befragten mit den vorhandenen Angeboten zu Gesundheitsförderung und Prävention sowie den Angeboten zu Entspannung und Wellness im Landkreis Kulmbach zufrieden seien. Beantwortet wurde diese Frage von 418 (Gesundheitsförderung und Prävention) bzw. 364 (Entspannung und Wellness) Personen. Die weniger rege Beteiligung kann darauf zurückzuführen sein, dass sich einige der Befragten noch nie mit den Angeboten im Landkreis Kulmbach auseinandergesetzt haben, da beispielsweise kein Interesse besteht oder die Information über vorhandene Angebote fehlt. Die Antwortenden sind zu einem Großteil mit den Angeboten (eher) zufrieden. Etwa 14% gaben an, mit den Angeboten zu Gesundheitsförderung und Prävention nicht bzw. eher nicht zufrieden zu sein; 22% gaben an, mit den Angeboten für Entspannung und Wellness nicht bzw. eher nicht zufrieden zu sein. Obwohl jeweils die Minderheit der Antwortenden angab, (eher) nicht zufrieden zu sein, ist das Ergebnis dennoch relevant, da es darauf hinweist, dass es trotz einer weitgehend ausreichenden Angebotsstruktur noch Lücken gibt. Bei einer Ausfüllung dieser könnten noch mehr Menschen zur Wahrnehmung gesundheitsförderlicher Maßnahmen gebracht werden.

Darstellung 67: Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach;
Frage 22: Zufriedenheit mit Angeboten? (in %)

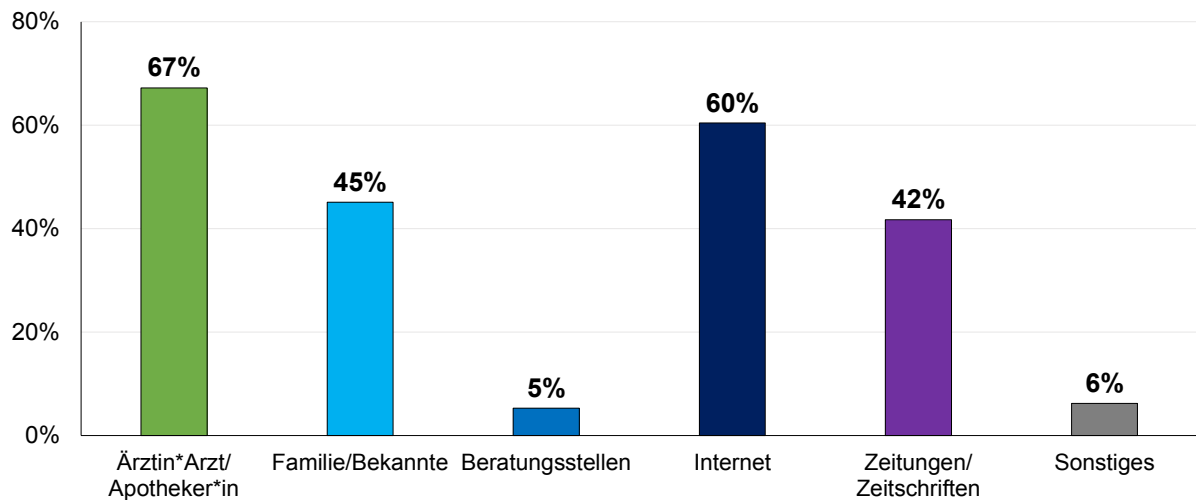


Quelle: SAGS 2019

Auf die Frage, wo sich die Befragten über Themen zur Gesundheitsförderung und/oder über verschiedene Krankheitsbilder informieren, gaben etwa 67% der 1.130 Antwortenden an, sich an Ärztin*Arzt oder Apotheker*in zu wenden. Dicht folgt die eigene Auskunft über das Internet (60% der Angaben). **Im Hinblick auf gesundheitliche Themen sind also Arztpersonen und Apotheker*innen noch vor nahestehenden Menschen die favorisierten Ansprechpersonen** für die Bürger*innen im Landkreis Kulmbach. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass bei dieser Frage Mehrfachnennungen möglich waren, einige der Befragten informieren sich über mehrere Quellen.

Auch bei dieser Frage wurden – wie schon bei Frage 12 (vgl. Darstellung 60) – die Beratungsstellen verhältnismäßig wenig in Betracht gezogen: Nur 5% gaben an, sich bei gesundheitlichen Fragen an solche Stellen zu richten. **Ein möglicher Grund dafür ist die fehlende Information der Bürger*innen über die vorhandenen Beratungsstellen und deren Dienstleistungen.**

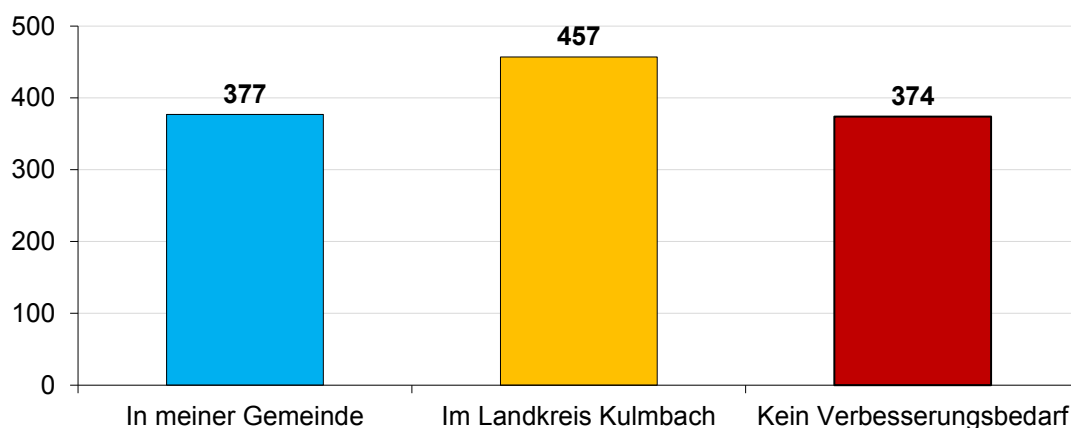
Darstellung 68: Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach;
Frage 25: Wo informieren Sie sich über Themen zur Gesundheitsförderung und/oder über verschiedene Krankheitsbilder? (in %)



n=1.130; keine Angaben: 2
Mehrfachnennungen möglich
Quelle: SAGS 2019

Abschließend wurde in der Befragung nach dem Verbesserungsbedarf im Hinblick auf Gesundheit in der jeweiligen Gemeinde sowie auf Landkreisebene gefragt. Hier konnten die Befragten frei eingeben, was sie sich wünschen. Die Antworten wurden bei der Auswertung kategorisiert, sodass die Häufigkeit der Nennung bestimmter Themenpunkte leicht erkennbar ist. Insgesamt gaben 377 Personen an, sich Verbesserungen in ihrer jeweiligen Gemeinde zu wünschen. Dass es Bedarfe auf Landkreisebene gibt, kreuzten 457 Personen an. Außerdem setzten 374 der 1.132 Befragten ihr Kreuz bei der Option „Kein Verbesserungsbedarf“ (vgl. Darstellung 69).

Darstellung 69: Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach;
Frage 26: Verbesserungsbedarf im Hinblick auf Gesundheit auf Gemeinde- bzw. Landkreisebene

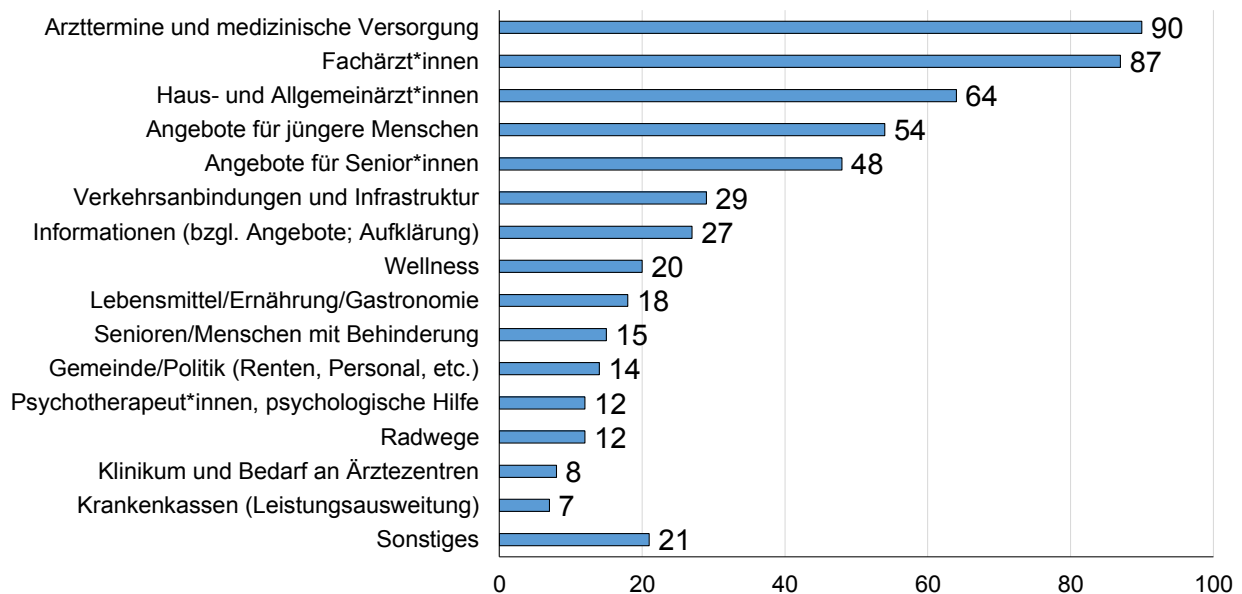


Mehrfachnennungen möglich
Quelle: SAGS 2019

Im Folgenden wird die Auswertung der Angaben zum Verbesserungsbedarf aufgliedert nach Gemeinde- und Landkreisebene ausdifferenziert und graphisch nach den meistgenannten Kategorien dargestellt.

Dass es in der jeweiligen Gemeinde Verbesserungsbedarf gibt, kreuzten insgesamt 377 der befragten Personen an. 317 davon führten die Defizite und Bedarfe genauer aus. Auf Gemeindeebene ist die ärztliche Versorgung das zentrale Thema: 90 der 317 Befragten gaben an, dass es **Verbesserungsbedarf in Bezug auf Arzttermine und medizinische Versorgung** gibt. Darunter fallen der Wunsch nach schnellerer Terminvergabe, längeren Sprechzeiten, Anpassung/Ausweitung der Öffnungszeiten, Verkürzung der Wartezeiten sowie eine allgemein bessere Kommunikation und Rezeptausstellung, mehr Apotheken, Verfügbarkeit von Bereitschaftspraxen bzw. einem Notdienst und der Wunsch nach ärztlichen Hausbesuchen. Auch die zweit- und dritthäufigsten Antwortkategorien drehten sich um das **Thema der ärztlichen Versorgung**: 87 gaben an, sich Änderungen bei der fachärztlichen Versorgung zu wünschen; 64 wünschen sich eine verbesserte Versorgung im Hinblick auf Haus- und Allgemeinärzt*innen. Insgesamt wurden also 241 Angaben in die ersten drei Kategorien und damit in den Bereich der ärztlichen Versorgung eingeordnet. Die beiden Kategorien zu Fach- und Allgemeinärzt*innen beziehen sich vor allem auf die Anzahl der Arztpersonen, das Problem der Abwanderung einhergehend mit dem Wunsch nach dem Anwerben von neuen Fachkräften. Aber auch die Qualität der Behandlungen bzw. Sprechstundentermine sowie die Patient*innenaufnahme sind Kritikpunkte. Weitere wichtige Wünsche der Bürger*innen sind **Angebote für junge Menschen wie auch für Senior*innen**, eine Optimierung von **Verkehrsanbindungen und der Infrastruktur**. Auch wird vermehrt der Wunsch nach mehr **Informationen über gesundheitsrelevante Themen und Angebote** geäußert. Dies ist gemeint in Bezug auf vorhandene Angebote (Kurse/Sport etc.) und deren Öffnungszeiten, aber auch im Sinne einer allgemeinen Aufklärung über gesundheitliche Themen und verschiedene – auch alternative – Behandlungen beispielsweise in Form von öffentlichen Vorträgen. Ferner besteht ein Wunsch nach einem **größeren Wellnessangebot**. Weitere Kategorien im Hinblick auf den Verbesserungsbedarf auf Gemeindeebene sind der Darstellung 70 zu entnehmen.

Darstellung 70: Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach;
Frage 26: Verbesserungsbedarf in der Gemeinde

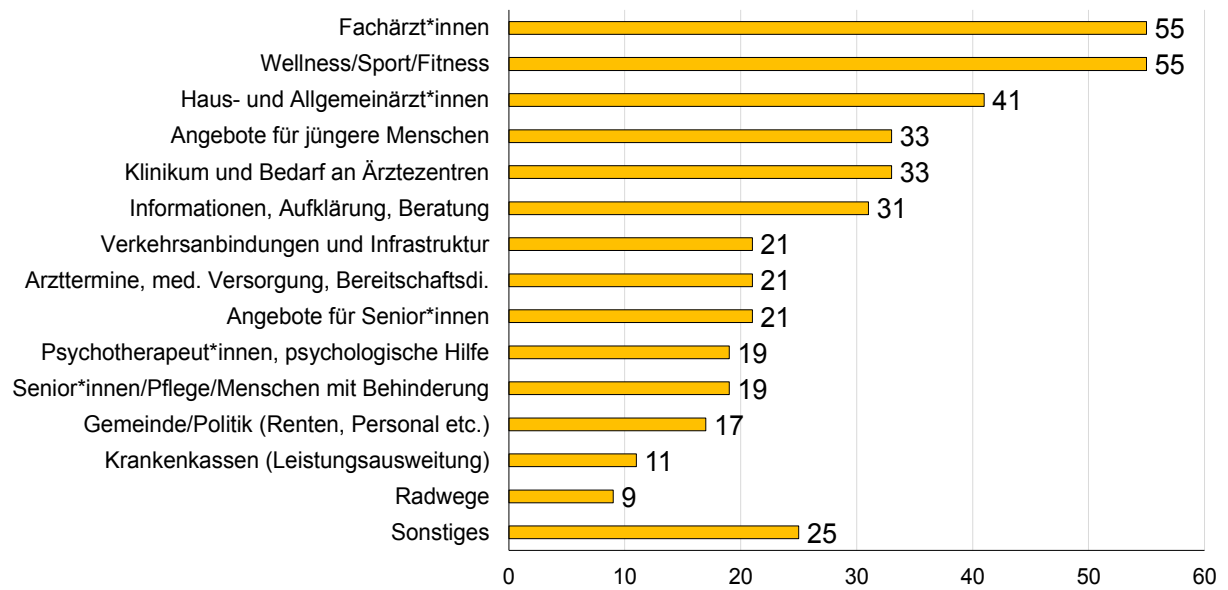


Quelle: SAGS 2019

Insgesamt 457 der Befragten gaben an, dass es Verbesserungsbedarf im Landkreis Kulmbach insgesamt gibt. 365 davon führten ihre Wünsche genauer aus. Hier waren sich die Antwortenden jedoch weniger einig: Auf Landkreisebene ist die ärztliche Versorgung ein weniger dringendes Thema als auf Gemeindeebene. Die drei dort am häufigsten genannten Kategorien sind im Hinblick auf den Landkreis mehr verteilt und von insgesamt 117 Befragten genannt. Doch auch auf Landkreisebene ist der **Wunsch nach Fachärzt*innen** neben dem **Bedarf an Wellness- Sport- und Fitnessangeboten** der meistgenannte (jeweils 55 Angaben). Darauf folgt die Nennung des Defizits in Bezug auf **Haus- und Allgemeinärzt*innen** (41 Angaben). Die Kategorien werden hier jeweils genauso ausdifferenziert wie die gleichen Kategorien auf Gemeindeebene (s.o.). Auch hier sind **Angebote für jüngere Menschen** ein wichtiges Thema (33 Angaben). 33 Befragte wünschen sich aber auch Verbesserungen im Hinblick auf das **Klinikum** und äußern einen **Bedarf an Ärztezentren**. Darunter fallen qualitative Aspekte wie auch die Anerkennung des Pflegepersonals und die Schaffung von Bereitschaftskapazitäten. Einen **Bedarf an Information, Aufklärung und Beratung** im Hinblick auf gesundheitsrelevante Themen und Angebote identifizierten auf Landkreisebene 31 befragte Bürger*innen. Jeweils 21 Menschen gaben an, es gäbe Bedarfe in Bezug auf **Verkehrsanbindungen und Infrastruktur**, in Bezug auf **Arzttermine, medizinische Versorgung und die Schaffung von Bereitschaftsdiensten** sowie in Bezug auf **Angebote für Senior*innen**. Weitere Kategorien zum Verbesserungsbedarf auf Gemeindeebene sind der folgenden Darstellung zu entnehmen.

Empirische Ergebnisse

Darstellung 71: Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach;
Frage 26: Verbesserungsbedarf im Landkreis Kulmbach



Quelle: SAGS 2019

3.2 Gemeindebefragung

Die Gemeindebefragung stellt einen weiteren zentralen Baustein der Bestands- und Bedarfsanalyse der Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach dar. Der Befragungszeitraum erstreckte sich von Mitte Januar bis Ende Februar 2019. Es beteiligten sich **alle 22 Gemeinden des Landkreises Kulmbach** an der Befragung. Aufgrund der großen bzw. vollständigen Beteiligung und der guten sowie informativen Ausfüllqualität liefert die Gemeindebefragung einen fundierten Überblick über den einschlägigen Bestand und Bedarf der Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach aus der Perspektive der Gemeinden.

Inhaltlich gliedert sich die Gemeindebefragung in die **Abfrage des Vorhandenseins und der Barrierefreiheit öffentlicher Einrichtungen** in der Trägerschaft der einzelnen Gemeinden, welche in Rathaus, Gemeindesaal, Schulen, Kindergärten/ Kindertagesstätten/ Kinderkrippen und kulturelle Einrichtungen gegliedert sind.

Es folgt eine Erfassung vorhandener Angebote, die nach Themengebieten abgefragt und erfasst wurden:

1. Besondere Spielplätze und Einrichtungen des Breitensports;
2. Sportanlagen und Sporthallen (von Vereinen oder Gemeinde);
3. Wellnessangebote und sonstige gesundheitsförderliche Maßnahmen und Einrichtungen;
4. Integrationsangebote.

Dabei galt besonderes Interesse auch den Zielgruppen (z. B. nach Alter), der Zugänglichkeit (öffentlich bzw. bedingt oder nicht öffentlich), vorhandenen Parkmöglichkeiten und der Barrierefreiheit der jeweiligen Angebote. Abschließend werden bestehende Defizite und Bedarfe sowie Entwicklungsplanungen und –prognosen der Gemeinden erfasst.

Auch die Auswertungsergebnisse dieser Befragung wurden zunächst in tabellarischer Form aufbereitet. Die detaillierte Auflistung der Ergebnisse der Befragung ist in dem zusätzlich angefertigten Tabellenband zur Gemeindebefragung einzusehen. Ausgewählte relevante Ergebnisse werden folgend aufgezeigt. Dabei ist auch hier zu betonen, dass die Konzentration auf die „zentralen“ und wesentlichen Ergebnisse immer als Resultat eines bestimmten Blickwinkels und der aktuellen Interessen gelten muss. Auch sei darauf hingewiesen, dass die Angaben auf der Auskunft der Gemeinden und des Landkreises beruhen und daher teilweise unvollständig sein können.

Vorhandensein und Barrierefreiheit öffentlicher Einrichtungen

In allen 22 Gemeinden ist ein Rathaus vorhanden. Davon gaben 9 Gemeinden (Kasendorf, Ködnitz, Kulmbach, Ludwigschorgast, Mainleus, Neuenmarkt, Trebgast, Untersteinach und Wirsberg) an, über ein barrierefreies Rathaus zu verfügen, weitere 10

Empirische Ergebnisse

Gemeinden (Guttenberg, Himmelkron, Kupferberg, Marktleugast, Marktschorgast, Neudrossenfeld, Presseck, Stadtsteinach, Thurnau und Wonsees) verfügen über ein bedingt barrierefreies Rathaus und in 3 Gemeinden (Grafengehaig, Harsdorf und Ruggendorf) gibt es ein nicht barrierefreies Rathaus.

Dass ein Gemeindesaal vorhanden sei, gaben 16 Gemeinden an. Dazu befindet sich in Wirsberg ein (barrierefreier) Gemeindesaal in Planung. Die Mehrzahl (12) der vorhandenen Gemeindesäle ist barrierefrei. Nicht barrierefrei sind die in Kasendorf und Presseck, bedingt barrierefrei sind die in Marktschorgast und Neudrossenfeld.

Schulen wurden in der Gemeindebefragung insgesamt 46 Stück erfasst, die meisten davon liegen in der Stadt Kulmbach. Die Angaben zur Barrierefreiheit sind nur sehr unvollständig gemacht worden, der Großteil der Schulen mit gültiger Angabe ist jedoch nicht oder nur bedingt barrierefrei. Keine Schulen gibt es in Grafengehaig, Ködnitz, Kupferberg, Wirsberg und Wonsees.

Im Rahmen der Befragung wurden 54 Kindergärten, Kindertagesstätten und Kinderkrippen angegeben, 22 davon in der Stadt Kulmbach. Keine solche Einrichtung gibt es gemäß der Befragung in der Gemeinde Guttenberg. Hier wurden die Angaben zur Barrierefreiheit bis auf eine Einrichtung vollständig gemacht. 23 der Einrichtungen sind nicht barrierefrei, 22 sind bedingt barrierefrei und 8 sind barrierefrei. **Insgesamt scheint es demnach bei Schulen und Kindergärten/-krippen/-tagesstätten noch einen Bedarf für Nachbesserungen bezüglich der Barrierefreiheit zu geben.**

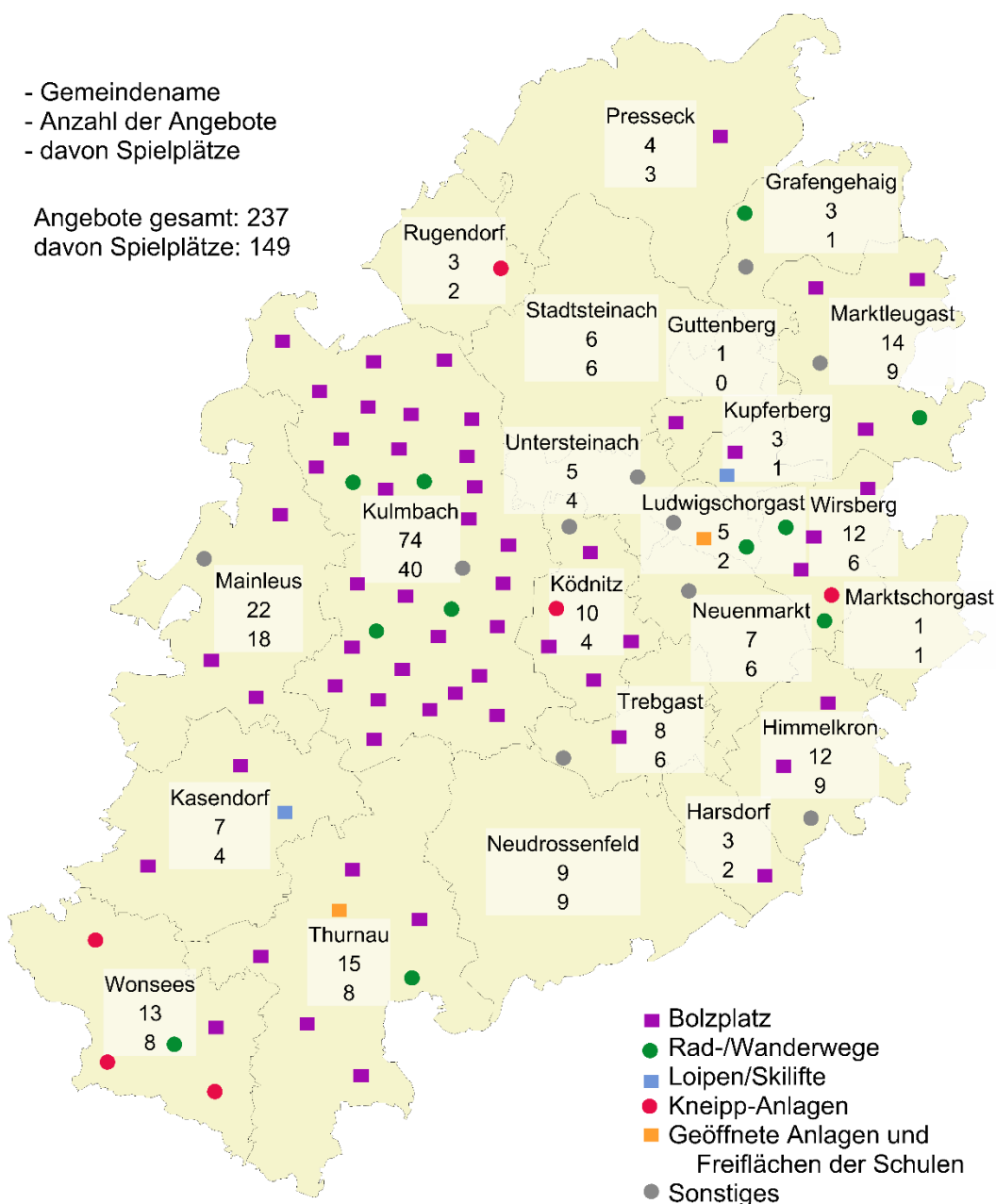
Kulturelle Einrichtungen wurden nur 16 Stück im ganzen Landkreis angegeben. Davon gaben nur 5 an, barrierefrei zu sein. Weitere 5 sind bedingt, 6 sind nicht barrierefrei. Keine kulturellen Einrichtungen gibt es in den 12 Gemeinden Guttenberg, Harsdorf, Kasendorf, Ködnitz, Kupferberg, Ludwigschorgast, Mainleus, Marktschorgast, Neuenmarkt, Presseck, Wirsberg und Wonsees.

Spielplätze und Einrichtungen des Breitensports

Die Gemeinden gaben insgesamt 237 Spielplätze und Einrichtungen des Breitensports an, von denen 74 Stück in der Stadt Kulmbach liegen. Zu dieser Kategorie von Angeboten wurden verschiedene Spielplätze (z. B. Abenteuerspielplätze, Mehrgenerationensspielplätze, etc.), Bolzplätze sowie Skateranlagen, ferner Bewegungsparks für Senior*innen und geöffnete Anlagen bzw. Freiflächen von Schulen, aber auch Rad- und Wanderwege, Walkingstrecken, Naturlehr- und Trimm-Dich-Pfade, Kneipp-Anlagen, Loipen und Eisstockbahnen gezählt. Solche Angebote dienen einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt und erleichtern es den Bürger*innen, Bewegung in den Alltag zu integrieren. Sie können die Gesundheit der verschiedenen angesprochenen Altersgruppen oder auch generationenübergreifend fördern und dies mit einer ansprechenden Freizeitbeschäftigung kombinieren. Von solchen gesundheitsförderlichen Freizeitangeboten werden außerdem meist verschiedene gesellschaftliche Schichten

angesprochen. Es fördert damit nicht nur den gesellschaftlichen Austausch der Bürger*innen sondern auch die Gesundheit von Menschen, die auf spezielle Maßnahmen und Einrichtungen ansonsten nicht eingehen. Besonders positiv ist hier, dass jede der 22 Gemeinden über solche Angebote zur aktiven Freizeitgestaltung (Spielplätze und Einrichtungen des Breitensports) verfügt. In der nachfolgenden Darstellung wurden die Angebote kategorisiert und in verschiedenen Symbolen kartographisch dargestellt. Dabei wurden die Spielplätze verschiedener Art aufgrund der Häufigkeit (insgesamt 149 Stück) in Zahlen ausgewiesen.

Darstellung 72: Gemeindebefragung Landkreis Kulmbach;
Spielplätze und Einrichtungen des Breitensports;
Standortverteilung, Stand Februar 2019

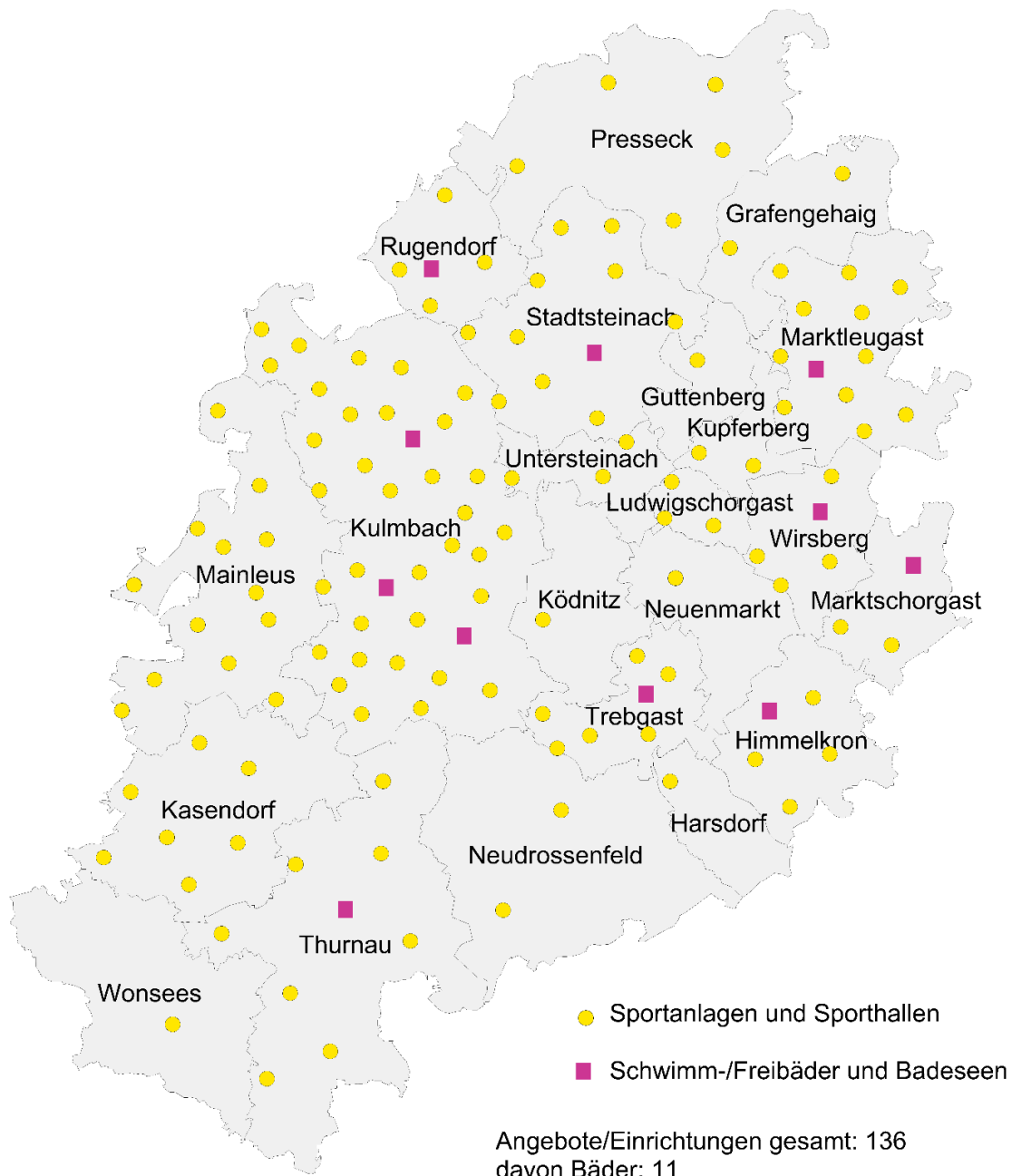


Quelle: SAGS 2019

Sportanlagen und Sporthallen (von Vereinen oder Gemeinden)

Weiter wurden Sportanlagen und Sporthallen erhoben. Insgesamt wurden hier im Landkreis Kulmbach 136 Angebote erfasst, davon befinden sich 37 in der Stadt Kulmbach. Zu dieser Angebotsgruppe zählen Schulsporthallen, Vereinssporthallen, Gemeindesporthallen, Sportanlagen für sämtliche Sportarten sowie Schwimmhallen, Freibäder und Badeseen. Sportanlagen und Sporthallen ermöglichen es den Bürger*innen, aktiv Sport auszuüben. Wie auch in Kapitel 2.5.3 erwähnt, spielt die sportliche Betätigung eine große Rolle zur Vorbeugung gesundheitlicher Risiken. Ein großes Angebot sorgt dafür, dass durch die verschiedenen Sportarten eine breite Auswahl zur Art des Sports vorhanden ist und damit viele Bürger*innen anspricht. Auch über Sportanlagen und Sporthallen verfügt jede der 22 Gemeinden. Es folgt eine kartographische Darstellung der Standortverteilung der Sportanlagen und Sporthallen im Landkreis Kulmbach. Dabei wird unterschieden zwischen Bädern (Schwimmhallen, Freibäder, Badeseen) und andere oben genannte Sporthallen/-anlagen.

Darstellung 73: Gemeindebefragung Landkreis Kulmbach;
Sportanlagen und Sporthallen (von Vereinen oder Gemeinde);
Standortverteilung, Stand Februar 2019



Quelle: SAGS 2019

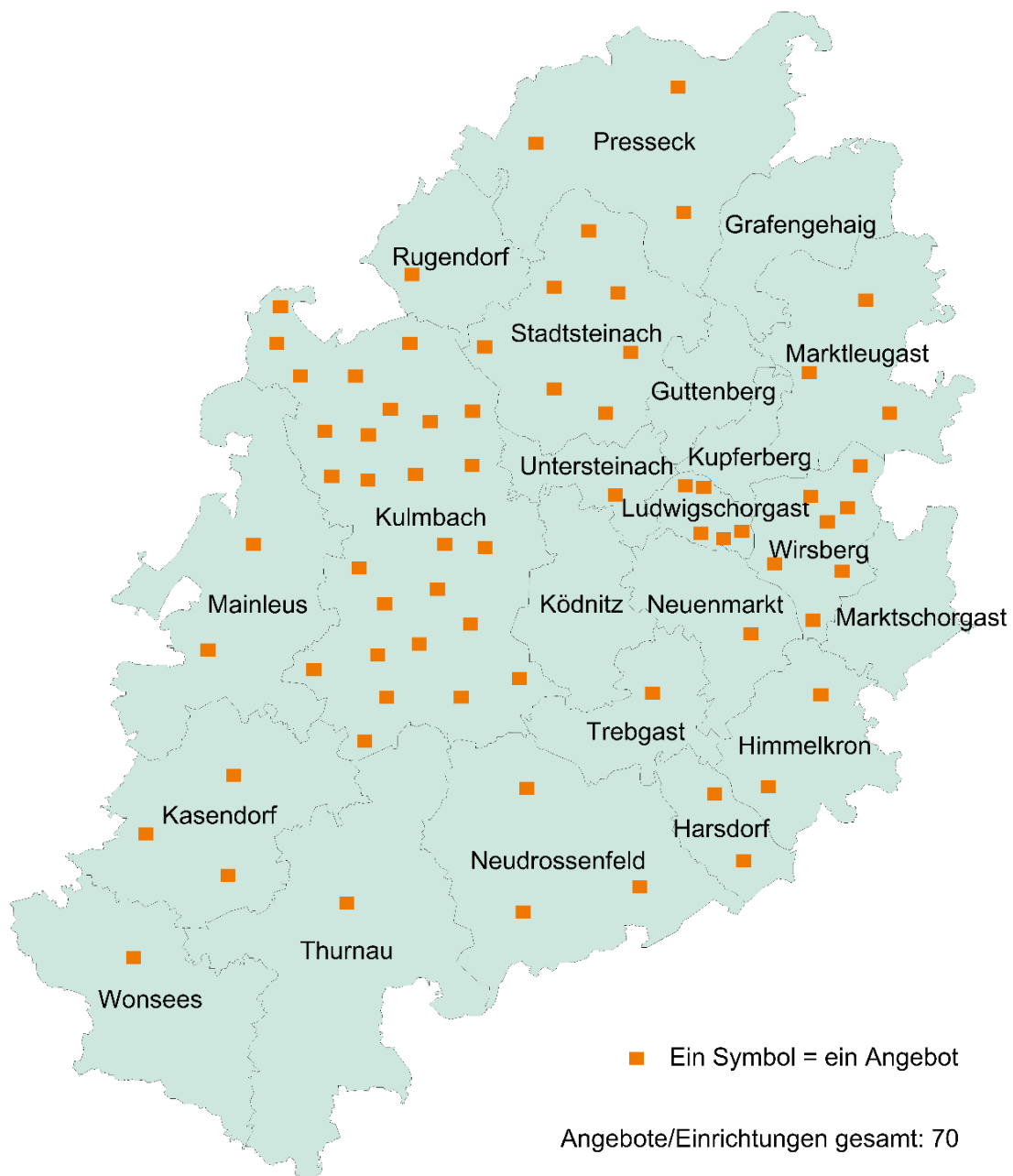
Wellnessangebote und sonstige gesundheitsförderliche Maßnahmen oder Einrichtungen

Außerdem wurden in der Gemeindebefragung Wellnessangebote und sonstige gesundheitsförderliche Maßnahmen oder Einrichtungen abgefragt. Insgesamt wurden 70 solche Angebote bzw. Einrichtungen erfasst. 27 davon befinden sich in der Stadt Kulmbach (vgl. Darstellung 66). Zu dieser Kategorie zählen Praxen für Physiotherapie und

Empirische Ergebnisse

Krankengymnastik sowie Einrichtungen zur Rehabilitation, Ergotherapie und Osteopathie und ferner Fitness- und Bewegungskurse wie beispielsweise Yoga und Gymnastik. Weiter werden hier Saunen und Bäder sowie Angebote für Massagen und Entspannungskurse mitgezählt. Keine solchen Maßnahmen bieten nach Auswertung der Befragung die fünf Gemeinden Grafengehaig, Guttenberg, Ködnitz, Kupferberg und Marktschorgast an.

Darstellung 74: Gemeindebefragung Landkreis Kulmbach;
Wellnessangebote und sonstige gesundheitsförderliche
Maßnahmen oder Einrichtungen; Standortverteilung,
Stand Februar 2019

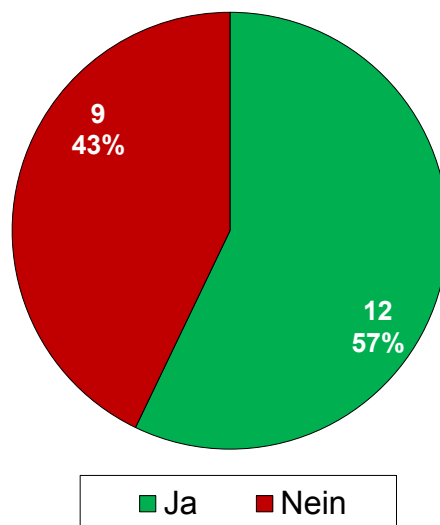


Quelle: SAGS 2019

Planungen, Defizite und Bedarfe

Zum Schluss wurde außerdem danach gefragt, ob es bereits Planungen für zukünftige Angebote in der Gemeinde gibt. Die Frage wurde von 21 Gemeinden (ausgenommen Wirsberg) beantwortet, 12 davon antworteten mit „Ja“ (vgl. Darstellung 75). Bei den Planungen handelt es sich vor allem um Spielplätze und Angebote für Senior*innen. Aber auch die Suche von Ärzt*innen spielt eine Rolle.

Darstellung 75: Gemeindebefragung Landkreis Kulmbach;
Gibt es bereits Planungen für zukünftige Angebote
in Ihrer Gemeinde?



nach Angaben von 21 Gemeinden

Quelle: SAGS 2019

Identifiziert als Defizite bzw. Bedarfe wurden die **Altersstruktur der Ärzt*innen** bzw ein genereller **Bedarf an Allgemeinärzt*innen** (Grafengehaig, Kupferberg, Stadtsteinach), der **Bedarf an (zusätzlichen) Pflege- und Wohnangeboten für Senior*innen** in der Gemeinde (Ludwigschorgast, Stadtsteinach, Untersteinach, Harsdorf) sowie der **Bedarf an präventiven Gesundheitsangeboten** (Sport, Gymnastik, Rückenschule) zur Vermeidung schwerwiegender Erkrankungen (Stadtsteinach).

3.3 Expert*innenworkshops

Im Mai 2019 wurden im Landkreis Kulmbach zwei Workshops mit Expert*innen zu zwei zentralen Themenstellungen, die im Landkreis Kulmbach in den folgenden Jahren zu bewältigen sind. Der erste Workshop fand am 8. Mai statt und drehte sich im weiteren Sinne um das Thema der medizinischen Gesundheitsversorgung. Speziell wurde hier die ärztliche Versorgung auf dem Land in den Blick genommen. Am folgenden Tag, dem 9. Mai, fand der zweite Expert*innenworkshop statt. Dieser beschäftigte sich mit der Thematik des demografischen Wandels und der Pflege. Genauer wurde hier über Betreuungsformen und Unterstützungsmöglichkeiten von älter werdenden Menschen diskutiert. Ziel der Workshops war es zum einen, Menschen mit unterschiedlichem Bezug zu den jeweiligen Themen zusammen zu bringen und zu vernetzen und gemeinsame Ansätze zur Bewältigung aktueller Problemlagen zu entwickeln. Diese bunte Zusammensetzung der Expert*innen funktionierte gut und führte zu einem regen Austausch mit vielen gewinnbringenden Einbringungen. Zudem konnte durch die Workshops eine Vernetzung zwischen Schlüsselakteur*innen erreicht werden.

Einen Ausgangspunkt für die Workshops bildeten insbesondere die bereits aufbereiteten Daten aus der Recherche (Kapitel 2) und den Befragungen (Kapitel 3.1 und 3.2) zur Gesundheitsberichterstattung. Folgend werden die zentralen Diskussionspunkte und –ergebnisse getrennt nach den Workshops aufgezeigt. Zusätzlich wurden detaillierte Dokumentationen der Workshops erstellt. Diese finden sich auf der Homepage des Landkreises Kulmbach.

3.3.1 Expert*innenworkshop I: Medizinische Gesundheitsversorgung: Ärztliche Versorgung auf dem Land

An dem Workshop zum Thema „Medizinische Grundversorgung: Ärztliche Versorgung auf dem Land“ am 8. Mai 2019 beteiligten sich insgesamt 15 Expert*innen. Dabei konnten folgende zentrale Handlungsempfehlungen schlussfolgernd aus dem Workshop zusammengefasst werden: Aktuell ist die Versorgung der Ärzt*innen im Landkreis Kulmbach noch ausreichend, doch aufgrund deren hoher Altersstruktur muss für eine **Sicherstellung der Übernahme von bestehenden Praxen** gesorgt werden. Oft wird jedoch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns nicht oder zu spät über Abgabeüberlegungen informiert, weshalb keine Übernahme der Praxis stattfindet. Um dem entgegenzuwirken, können Informationsveranstaltungen organisiert werden, die niedergelassene Ärzt*innen für das Thema sensibilisieren sowie zur Kooperation ermutigen. Ein weiterer Vorschlag ist die Schaffung Runder Tische mit Ärzt*innen – aber auch unter Beteiligung der KVB – mit dem Ziel, über Anstellungsmöglichkeiten von Ärzt*innen in Einzelpraxen zu diskutieren. Hilfreich könnte auch eine Befragung der Allgemeinärzt*innen sein, um weitere Schritte und Handlungsempfehlungen für den Landkreis abzuleiten.

Um junge Menschen für ländliche Praxen zu gewinnen, scheint insbesondere eine **Konzentration auf die Rekrutierung angehender Ärzt*innen**, die im Landkreis Kulmbach aufgewachsen sind, vielversprechend. Bereits in der Schule können junge Aspirant*innen auf dem Weg bis hin zum Arztberuf begleitet werden. Dazu sollte ein spezielles Standortmarketing auf Landkreisebene entwickelt werden. Es könnten verschiedene Initiativen geschaffen werden, die die Ausbildung zu Arzt oder Ärztin mit Entertainment verknüpfen, beispielsweise eine Kombination aus Workshops und anschließendem Abendprogramm²⁷³. Auch ist das BeLa-Programm (vgl. Kapitel 2.4.1) eine große Chance, doch wäre eine größere Beteiligung von hausärztlichen Praxen dafür wichtig. Ferner wird eine **Differenzierung zwischen Stadt- und Landärzt*innen** gefordert: Insbesondere Ärzt*innen in der Peripherie haben größere Unsicherheit und sind dennoch häufiger überlastet. Da besonders Ärzt*innen im ländlichen Raum wichtig sind, sind hier spezielle Unterstützungsinitiativen denkbar.

Eine weitere wichtige Forderung ist die **bessere Integration von Politik und Bürgermeister*innen in die Thematik**. Zum Beispiel wäre eine Sondersitzung für die Bürgermeister*innen der Gemeinden im Rahmen der Gesundheitsregion^{plus} mit dem Ziel, ein schlüssiges System aufzubauen und auch gemeindeübergreifend besser handeln zu können, denkbar. Anschließend könnte ein Zusammenführen von Ärzt*innen und Bürgermeister*innen stattfinden, um gemeinsam weitere Vorgehensweisen zu diskutieren.

3.3.2 Expert*innenworkshop II: Demografischer Wandel und Pflege: Betreuungsformen und Unterstützungsmöglichkeiten von älter werdenden Menschen

An dem darauffolgenden Workshop zum Thema „Demografischer Wandel und Pflege: Betreuungsformen und Unterstützungsmöglichkeiten von älter werdenden Menschen“ am 9. Mai 2019 beteiligten sich insgesamt 23 Expert*innen. Dabei konnten folgende zentrale Handlungsempfehlungen schlussfolgernd zusammengefasst werden: Zum einen können im Bereich der stationären Einrichtungen Veranstaltungen wie zum Beispiel Sommerfeste abgehalten werden, die die **Pflegeheime zugänglicher bzw. vertrauter für die Senior*innen machen und falsche Vorstellungen aus dem Weg räumen**. Auch Angebote wie das Probewohnen sind dafür sinnvoll. Zudem sollten **mehr Informationen sowie ein Handlungsleitfaden für die Überleitung von Krankenhäusern an stationäre Einrichtungen** bereitgestellt werden, um dies einfacher für alle Beteiligten zu machen.

Eine weitere Herausforderung ist die zusätzliche Versorgung älterer Menschen ohne Angehörige, die sie bei der Finanzierung und auch bei anderen Aufgaben (z.B. Bürokratie) unterstützen. Hier gilt es, die **Identifizierung solcher hilfsbedürftiger oder**

²⁷³ Mehr Beispiele finden sich in der entsprechenden Dokumentation des Expert*innenworkshops.

auch einsamer Senior*innen zu verbessern, indem Bürgermeister*innen, Kirchen und Ärzt*innen sensibilisiert werden. Auch müssen **Ansprechpersonen für entsprechende Senior*innen** gefunden werden. Generell besteht ein Potential, dass **Bedarfe im ländlichen Raum aufgrund der Bekanntheit über Ärzt*innen, Kirchengemeinden und Bürgermeister*innen schneller eruiert werden.**

Um der begrenzten Zahl an Pflegefachkräften entgegenzuwirken, kann **gezielt an Schulen aufgeklärt werden, um das Thema Pflege bereits hier zu platzieren und die jungen Menschen zu sensibilisieren.** Beispiele zur Umsetzung sind Informativonstage oder Besuche in Einrichtungen.

Allgemein ist eine **bessere Netzwerk- und Informationsarbeit notwendig.** Hilfreich wären hier Informationsveranstaltungen mit Impulsvorträgen, die vorhandenes Wissen an Bürgermeister*innen/Gemeinderät*innen vermitteln. Die Gesundheitsregion^{plus} kann hier eine Plattform für den Austausch von Erfahrungen und Informationsweitergabe zu den Themen Wohnformen und ärztliche Versorgung darstellen. Im nächsten Schritt können dann wiederum die **Expert*innen und die Bürgermeister*innen zusammengeführt werden.**

4. Schlussfolgerungen, Empfehlungen und Ausblick

Die Gesundheit der Menschen ist nicht nur ein privates, sondern auch ein öffentliches Gut. Länder und Kommunen nehmen deshalb in besonderem Maße Steuerungs- und Aufsichtsfunktionen über das Gesundheitswesen im Sinne der Daseinsfürsorge wahr. Die Befürchtung, den hohen Standard der wohnortnahen medizinischen Versorgung künftig nicht aufrechterhalten zu können, in Verbindung mit den Auswirkungen einer immer älter werdenden Gesellschaft, beschäftigen die Menschen und gesundheitspolitischen Entscheidungsträger auf allen Ebenen. Jede Region hat aber andere Voraussetzungen und sieht sich spezifischen Herausforderungen gegenüber.

Insbesondere im Bereich der gesundheitlichen Versorgung sind die Handlungsoptionen auf der Ebene eines Landkreises und seiner Kommunen, nicht zuletzt durch gesetzliche Rahmenvorgaben, zumindest bislang deutlich eingeschränkt. Das Konzept der Gesundheitsregion^{plus} im Landkreis Kulmbach eröffnet erstmals breitere Gestaltungsmöglichkeiten in diesem Bereich auf kommunaler Ebene und ergänzt damit die vielfach bereits vorhandenen guten Netzwerkstrukturen der Gesundheitsförderung um einen aus kommunaler Sicht notwendigen und sinnvollen Baustein.

Wichtig ist aber dabei stets ein **breiter, partizipativer Ansatz** unter Beteiligung einer Vielzahl ehrenamtlicher Akteur*innen, der Bürger*innen sowie Vereinen und Verbänden, wie er auch in dieser Bestands- und Bedarfsanalyse zur Anwendung kam.

Eine zentrale Hintergrundfolie für die zu ergreifenden Maßnahmen, die es dabei stets mitzudenken gilt, stellen die **demografischen Entwicklungen und Veränderungen** im Landkreis Kulmbach dar. Dabei ist einerseits darauf zu verweisen, dass die Bevölkerung des Landkreises im Laufe der nächsten zwanzig Jahre schrumpfen wird, von heute rund 72.000 auf knapp 65.000 Einwohner*innen. Andererseits ist damit auch eine starke Veränderung im Bevölkerungsaufbau verbunden: Alle Altersgruppen werden – z.T. sehr deutlich – abnehmen, die der 65 Jahre und älter wird hingegen um fast 30 % zunehmen. Mitzudenken ist in diesem Kontext stets auch das **Thema Mobilität** in seinen vielfältigen Dimensionen und Ausprägungen.

Sieht man nun die Ergebnisse der verschiedenen Arbeitsmodule dieser Bestands- und Bedarfsanalyse in der Gesamtschau, so ergeben sich **Handlungsbedarfe** auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Bereichen für die Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach. Dies betrifft insbesondere die folgenden großen **Themenfelder**:

- Hausärztliche Versorgung;
- Psychische Erkrankungen und Hilfen;
- Information, Aufklärung, Beratung;
- Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung;
- Pflege, neue und traditionelle Wohnformen;
- Angebote für Jüngere und Ältere;
- Migrant*innen und Integrationsangebote.

Derzeit ist die **hausärztliche Versorgung mit Allgemeinärzt*innen** im Landkreis noch als gut zu bezeichnen, auch im Hinblick auf die räumliche Verteilung auf die Gemeinden des Landkreises. Allerdings ist – wie in deutlich ausgeprägterer Art und Weise bei den Fachärzt*innen, wo dann das Thema Mobilität und ÖPNV wieder eine wichtige Rolle spielt – auch hier eine Konzentration auf die Stadt Kulmbach festzustellen. In der Gemeindebefragung bezeichneten rund zwei Drittel der Gemeinden das Angebot als eher ausreichend. Bedenkt man aber den relativ hohen Altersdurchschnitt von über 56 Jahren, so besteht schon heute bzw. in naher Zukunft Handlungsbedarf, was die Nachfolge und auch Neuansiedlung von Ärzt*innen betrifft. Dies war auch das übereinstimmende Ergebnis des Expert*innen-Workshops zur ärztlichen Versorgung auf dem Land. Auch die Bürger*innen-Befragung ergab bei den beiden offen gestellten Abschlussfragen hinsichtlich gesehener Verbesserungsbedarfe auf der Ebene der eigenen Gemeinde als auch des Landkreises (wenn man selbst etwas ändern könnte) entsprechende Ergebnisse. In beiden Fällen lagen die Nennungen für Haus- und Allgemeinärzt*innen in der Spitzengruppe. Häufig genannt wurden allerdings auch Kategorien wie Arzttermine und generell medizinische Versorgung. Gefragt wurde aber auch danach, ob man sich im Landkreis Kulmbach medizinisch gut versorgt fühle – mit dem Ergebnis, dass dies für rund 80 % zutrifft, etwas weniger für die Jüngeren, aber noch deutlicher für die Altersgruppen ab 60 Jahren.

Entsprechende **Handlungsempfehlungen** wurden dann insbesondere beim Expert*innen-Workshop entwickelt. Diese lassen sich zusammenfassend den folgenden drei Oberthemen zuordnen:

- Thema Nachfolge (speziell Informationsveranstaltungen für Ärzte; frühzeitige Information und Einbeziehung der KV; Runde Tische mit den Beteiligten; eine direkte Befragung der Allgemeinärzt*innen);
- Thema Rekrutierung junger Ärzt*innen für ländliche Praxen (besonders Initiativen um die jungen Menschen wieder dafür zu begeistern und gewinnen, durch entsprechende Workshops und bereits in der Schule; Standortmarketing auf Landkreisebene etc.);
- Politik und Bürgermeister in die Thematik integrieren (insbesondere Organisation einer Sondersitzung für Bürgermeister durch die Gesundheitsregion^{plus} zur Information, und dann zusammenführen von Ärzt*innen und Bürgermeistern, um eine gemeinsame Strategie zu entwerfen; Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach als Vermittler, Motor und Moderator für entsprechende Informationen, Veranstaltungen, Runde Tische usw.).

Auch der noch für das Jahr 2019 vorgesehene Start des Förder- und Ausbildungsprogramms „Beste Landpartie Allgemeinmedizin“ (BeLa) im Landkreis Kulmbach kann wohl zur Lösung der Problematik beitragen. Ferner ist die Bayerische Staatsregierung dabei, die sogenannte „Landarztquote“ auf den Weg zu bringen. Dafür sind ab dem

Wintersemester 2020/21 bis zu knapp 6 % der Medizinstudienplätze pro Wintersemester in Bayern für Student*innen reserviert, die sich verpflichten nach ihrem Studium und Weiterbildung mindestens 10 Jahre in einer Region zu arbeiten, die unterversorgt bzw. von Unterversorgung bedroht ist. Für den Studienbeginn ist die Abiturnote nicht mehr allein entscheidend und es erfolgt eine Unterstützung in Form eines Stipendiums von 600 Euro pro Monat für maximal 4 Jahre.

Ein weiteres zukünftig von größerer Bedeutung für die Arbeit der Gesundheitsregion^{plus} im Landkreis Kulmbach Themenfeld werden **psychische Erkrankungen und Hilfen** sein, und zwar sowohl unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung als auch der -versorgung. Diese Krankheiten stellten in den letzten ca. 20 Jahren die am stärksten wachsende Gruppe der Krankheiten dar und es ist nicht zu erwarten, dass dieser Trend gebrochen würde. Bezogen auf die gesamte Lebenszeit soll nach verschiedenen einschlägigen Studien jede*r Zweite betroffen sein. Von den 19 Psychotherapeut*innen im Landkreis sind 14 in der Stadt Kulmbach niedergelassen. Beratungsstellen, die sich besonders Themen der psychischen Gesundheit bzw. Erkrankungen widmen, gibt es im Landkreis 7, wovon wiederum 6 in der Stadt Kulmbach angesiedelt sind. Darüber hinaus gibt es im Landkreis eine Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Auf die Frage, wie gut man über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, hier im Landkreis informiert ist, bekundete jede*r Siebte darüber gut informiert zu sein; gut 30 % sagten, davon schon einmal gehört zu haben, über ein Drittel meinten, sie wären nicht gut informiert und ihnen fehle der Überblick sowie ein Fünftel sagte aus, sie wären nicht gut informiert, aber es interessiere sie auch nicht. Auch die Ergebnisse für die Frage, an wen man sich wende bzw. anvertraue, wenn man selbst seelische Probleme habe und Hilfe benötige, deuten in eine ähnliche Richtung: Spitzenreiter waren dabei die*der (Ehe-)Partner*in und die*der engste Freund*in. Ärzt*innen spielten mit fast 30 % ebenfalls eine wichtige Rolle. Nur 10 % nannten eine*n Psycholog*in. Beratungsstellen als Anlaufstelle wurden von rund 4 % gewählt und stellten die am geringsten genannte Alternative dar, wobei sogar Mehrfachnennungen bei dieser Frage zulässig waren. In der Befragung der Gemeinden gaben jeweils rd. die Hälfte an, über ausreichende Beratungsangebote im Gesundheitsbereich in verschiedenen Sektoren und für spezielle Nutzergruppen zu verfügen. Nicht vergessen sei an dieser Stelle auch noch die große Gruppe derjenigen Personen, die angaben eine chronische Krankheit, Behinderung oder körperliche Beeinträchtigung zu haben, da diese häufiger auch mit psychischen Problemen einhergeht. Über ein Drittel der Befragten bezeichneten sich hiervon als betroffen. Verbesserungsbedarfe hinsichtlich Psychotherapeut*innen und bei psychologischen Hilfen und Unterstützung wurden deshalb bei den beiden offen gestellten Fragen nach Verbesserungsbedarf im Landkreis und der eigenen Gemeinde klar genannt.

Die folgenden **Handlungsempfehlungen** lassen sich daraus ableiten (wobei teilweise Überlappungen zu denjenigen des nächsten Themenfelds durchaus gegeben sind):

- Unterstützung beim Aufbau von entsprechenden Selbsthilfegruppen durch die Geschäftsstelle und das Gesundheitsamt;
- Positive Berichterstattung in den Medien über Menschen mit psychischen Erkrankungen – Entstigmatisierung;
- Gespräche und Verhandlungen mit der KVB über die rechnerische Überversorgung des Landkreises mit Psychotherapeut*innen, die ja vor allem durch deren Konzentration auf die Stadt Kulmbach zustande kommt;
- Breitere, differenziertere und bessere Aufklärung und Information über die Arbeit der Beratungsstellen mittels verschiedener Kanäle;
- Regelmäßige Außensprechstunden der Beratungsstellen in den Gemeinden des Landkreises und deren Bekanntmachung;
- Werbung der Gemeinden für die Niederlassung von neuen Psychotherapeut*innen – Schaffung von „guten“ Bedingungen.

Ein nahezu „klassisches“ Themen- und Handlungsfeld ist das weite Feld von **Information, Aufklärung und Beratung**. Diese Daueraufgabe kontinuierlich, kreativ und vielfältig im Blick zu haben und zu bearbeiten gilt selbstverständlich auch für die Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach. Zwar gibt es - wie die empirische Bestandsaufnahme und die verschiedenen Arbeitsmodule gezeigt haben - viele Angebote und Materialien in diesem Bereich, aber viele erreichen ihre Zielgruppe(n) nicht bzw. sind diesen nicht bekannt oder aber für den Verbraucher verwirrend. Dies hängt natürlich auch mit dem Faktum zusammen, dass meist nicht proaktiv nach solchen Informationen gesucht wird, sondern in der überwiegenden Zahl der Fälle erst dann, wenn der Bedarf direkt entsteht. Im Sinne von Gesundheitsförderung und Prävention gilt es diese Informationen aber schon deutlich vorher an die Bürger*innen zu bringen. Wie bereits angesprochen, informiert sich die Bevölkerung über Belange der Gesundheitsförderung und/oder verschiedene Krankheitsbilder nur in einem sehr geringen Umfang bei oder über Beratungsstellen. Zentral sind hier Ärzt*innen und Apotheker*innen (67 %) und das Internet (60 %), gefolgt von Familien- und Bekanntenkreis (45 %) und Zeitungen, Zeitschriften, Broschüren (42 %). 70 % sagten denn auch, dass es ihnen mit Hilfe der von ärztlicher Seite gegebenen Informationen sehr einfach bzw. einfach falle, Entscheidungen bezüglich ihrer Krankheit zu treffen. Verbesserungsbedarfe im Bereich Informationen, Aufklärung und Beratung nannten bei dieser offen gestellten Frage sowohl auf der Ebene der eigenen Gemeinde als auch des Landkreises insgesamt dann auch jeweils um die 30 %. Skeptisch zeigten sich ebenfalls die Gemeinden, wenn es um die Frage ging, ob die Beratungs-, Informations- und präventiven Angebote im Gesundheitsbereich bei ihnen ausreichen.

Für diesen Themenbereich lassen sich die folgenden **Handlungsempfehlungen** herleiten:

- Zielgruppenspezifische Aufbereitung von Informationsmaterial, Differenzierung z. B. nach Alter, Geschlecht und Bildung;
- Gewinnung von Ärzt*innen und Apotheker*innen – aufgrund ihrer herausragenden Stellung für die Information, Aufklärung und Beratung – nicht nur für das Auslegen von Material, sondern auch für „niedrigschwellige Beratung“;
- Presse und Medien generell auch künftig durch die Geschäftsstelle und das Gesundheitsamt stark einbinden;
- Messen, Informations- und Gesundheitstage und einschlägige Veranstaltungen und Vorträge;
- Gesundheitsbezogene Themen und Informationen auch in die Gemeindeblättern regelmäßig aufnehmen;
- Krankenkassen sollten ihren Verpflichtungen zur Information, für Präventionsarbeit etc. stärker nachkommen und entsprechende Gespräche dafür geführt werden;
- Setzung von Schwerpunktthemen innerhalb eines gewissen Zeitraums;
- Regelmäßige Außensprechstunden der Beratungsstellen in den Gemeinden des Landkreises und deren Bekanntmachung;
- Schaffung einer Internetplattform mit allen relevanten Informationen (Wer macht was? Wo gibt es was?), um schnelle Zugänge zu ermöglichen und deren kontinuierliche Aktualisierung und Pflege.

Ein ebenfalls klassischer Bereich ist die – bessere – **sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung** der vielfältigen Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung. Auch dies ist eine kontinuierliche Aufgabe, die Zeit und Ressourcen erfordert. Sie schafft dabei aber sowohl nach innen als auch nach außen Transparenz, bündelt Informationen, ermöglicht Absprachen und verhindert Doppelarbeiten. Regionale Gesundheitsnetze unterstützen durch entsprechende Strukturen das Zusammenspiel der Akteure, erleichtern den Austausch von Informationen und fördern akteursübergreifende Abstimmungsprozesse bei der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten. Den Arbeitsgruppen der Gesundheitsregionplus Kulmbach kommt dabei eine wichtige und zentrale Rolle zu.

Für diesen Themenbereich lassen sich folgende **Handlungsempfehlungen** benennen:

- Runde Tische der einschlägigen Akteure auf Gemeindeebene in regelmäßigen Abständen (aber nicht zu häufig);
- Organisation von Treffen auf Landkreisebene, wobei die Federführung für solche Veranstaltungen bei der Geschäftsstelle der Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach liegen sollte;
- Engere Verzahnung zwischen ambulantem, stationärem und pflegerischem Bereich schaffen (auch um Überleitungen zu erleichtern);

Schlussfolgerungen, Empfehlungen und Ausblick

- Gemeinsames (Jahres-)Treffen der drei bzw. vier Arbeitsgruppen zum Informationsaustausch und um auf den gleichen Informationsstand zu kommen;
- Evtl. auch eine geschützte Seite auf der Internet-Homepage des Landratsamts zur Berichterstattung und zum gegenseitigen Informationsaustausch.

Das nächste große Themenfeld betrifft die Bereiche **Pflege und neue bzw. traditionelle Wohnformen**. Vor dem Hintergrund der bereits heute vorhersehbaren demografischen Veränderungen im Landkreis, sprich die starke Zunahme der älteren Generationen ab 65 Jahren in den nächsten zwanzig Jahren, ist dies ein Bereich, dem in Zukunft stärkere Beachtung zukommen wird und muss. So bemängelten in der Befragung aller 22 Gemeinden aktuell bereits jeweils rund zwei Drittel ein nicht ausreichendes Angebot in den Bereichen Tagespflegeangebote, Kurzzeitpflege, stationäre Pflege und hauswirtschaftliche Hilfen in ihrer Gemeinde. Auch der zweite Expert*innen-Workshop widmete sich speziell dem Thema „Demografischer Wandel und Pflege“. Schwerpunkte in der Diskussion waren vor allem alternative Wohnformen, der Grundsatz „Ambulant vor Stationär“, (Unterstützung) pflegender Angehöriger, Mobilität und weitere Herausforderungen.

Die folgenden **Handlungsempfehlungen** konnten bei dieser Veranstaltung und in der Folge herausgearbeitet werden:

- Einen Runden Tisch „Pflege“ organisieren und/oder eine Veranstaltung der Arbeitsgruppen zu diesem Thema ansetzen;
- Eine zusätzliche Säule „Pflege“ im Rahmen der Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach wäre wünschenswert und sinnvoll, eventuell auch Schaffung einer Untergruppe;
- Tag der offenen Tür und Sommerfeste der Seniorenheime, organisiert von den Trägern. Veranstaltungen für Senior*innen abhalten mit dem Ziel, attraktiver zu werden. Türen öffnen, um das Ganze vertrauter zu machen und falsche Vorstellungen aus dem Weg zu räumen, z. B. Probewohnen anbieten, um die Angst davor zu nehmen;
- Zum Thema Überleitung: Handlungsleitfaden, Infoblatt oder Flugblatt in den Arbeitsgruppen erarbeiten;
- Aufklärungstag bei der AOK und anderen Krankenkassen mit Schüler*innen, Platzierung des Themas Pflege in der Schule (z. B. Besuche einer Einrichtung) zur Sensibilisierung der jüngeren Menschen;
- Ansprechpartner*innen bekannt machen, da der Unterstützungsbedarf wächst (wenn sich z. B. kein Angehöriger kümmert);
- Möglichkeiten, Bedarfe im ländlichen Raum aufgrund der Bekanntheit über Ärzt*innen, Kirchengemeinden und Bürgermeister*innen schneller zu eruieren. Es besteht Potenzial, die Identifizierung einsamer und hilfsbedürftiger Senior*innen zu verbessern, indem Bürgermeister*innen, Kirchen und Ärzt*innen sensibilisiert werden. Dieser Themenkomplex könnte beispielsweise in einer Bürgermeisterdienstbesprechung kurz angerissen werden und in diesem Rahmen eine

Terminbekanntgabe mit Einladung für einen umfangreichen Thementag hierzu erfolgen;

- Netzwerk- und Informationsarbeit:
- Informationsveranstaltung mit Impulsvorträgen: Wissen an Bürgermeister*innen/Gemeinderät*innen vermitteln, inklusive Best-Practice-Beispielen;
- Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach als Plattform für den Austausch von Erfahrungen und Informationsweitergabe zu den Themen Wohnformen, Arztversorgung auf dem Land etc.;
- In einem nächsten Schritt Expert*innen und Bürgermeister*innen zusammenführen.

Wie verschiedene Ergebnisse aus den empirischen Erhebungen der Bestands- und Bedarfsanalyse zeigen, ist ein weiterer großer Bereich, dem zukünftig verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte, die **Schaffung von Angeboten sowohl für Jüngere als auch Ältere**. Dies zielt insbesondere auf das Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention und umfasst auch den Bereich Wellness. Die Gemeindebefragung hat gezeigt, dass die Ausstattung mit Sportanlagen/Sporthallen, besonderen Spielplätzen und Einrichtungen des Breitensports, Wellnessangeboten und sonstigen gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Einrichtungen der Gemeinden im Landkreis schon recht gut und vielfältig ist. Auch die Bürger*innen-Befragung verdeutlichte, dass sowohl die Nutzung als auch die Zufriedenheit mit diesen Angeboten bereits relativ hoch ist. Nichtsdestotrotz ergab sich bei der ohne Vorgaben gestellten Abschlussfrage nach Verbesserungsbedarfen eine vergleichsweise hohe Anzahl an Nennungen für die Bereiche Wellness/Sport/Fitness sowie spezielle Angebote für jüngere Menschen als auch für Senior*innen. Bei Ersterem lag der Schwerpunkt auf der Landkreisebene, bei Letzterem auf der Gemeindeebene.

Für diesen Themenbereich lassen sich folgende **Handlungsempfehlungen** benennen:

- Runde Tische auf Gemeindeebene organisieren, um zu eruieren, wie denn die geäußerten Bedarfe konkret beschaffen sind;
- Einbeziehung der Sportvereine sowie auch kommerzieller Anbieter in diesem Bereich in den Prozess;
- Verbesserte und verstärkte Außendarstellung der Sportvereine hinsichtlich ihrer Angebote und Leistungen;
- Befragung der Mitglieder und Teilnehmer*innen innerhalb der Sportvereine hinsichtlich ihrer Wünsche und Prioritäten;
- Mehr spezielle Angebote für die älteren Generationen und deren Bewerbung nach außen;
- Tag des Sports – sowohl auf Gemeinde- als auch Landkreisebene;
- Diskussion der Thematiken im Rahmen sowohl der Arbeitsgruppe „Gesundheitsförderung und Prävention“ als auch der Arbeitsgruppe „Gesundheitsversorgung“.

Eine Zielsetzung der Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach ist explizit auch die Reduzierung gesundheitlicher Chancenungleichheit. Dazu zählen sicherlich **Menschen mit Migrationshintergrund und mit Fluchterfahrung**. Wie die Ergebnisse der Befragung der 22 Gemeinden des Landkreises zeigte, gibt es bislang in nur wenigen Gemeinden einzelne Integrationsangebote – am ehesten sind dies noch Sprachangebote. Eine Schwierigkeit für diese sehr heterogene Gruppe stellen dabei oft die fehlende Kenntnis und Informationen im Umgang mit öffentlichen Stellen und bezüglich gesundheitlicher Ansprüche innerhalb der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund dar. Dies kann bereits zu Benachteiligungen führen. Generell sind Kinder, Jugendliche und ihre Familien mit Migrationshintergrund beim Zugang zu sämtlichen Lebensbereichen mit Hindernissen konfrontiert. Grundsätzlich leiden Menschen mit Migrationshintergrund auch unter tendenziell schlechterer psychischer Gesundheit. Außerdem nehmen sie Gesundheitsleistungen weniger in Anspruch. Kulturelle und sprachliche Barrieren sowie auch soziale Ausgrenzung können den Zugang zu gesundheitsrelevanten Maßnahmen und Informationen zumindest erschweren.

Folgende **Handlungsempfehlungen** lassen sich für diesen Themenbereich benennen:

- Transkulturelle Öffnung der in den verschiedenen Bereichen tätigen Einrichtungen, Institutionen und Ämtern;
- Einschlägige Kurse und Anleitungen zur Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen;
- Beschäftigung von Mitarbeiter*innen, die die Sprachen der Menschen mit Migrationshintergrund sprechen;
- Aktivierung von Ehrenamtlichen, die z. B. Patenschaften und Lotsenfunktionen übernehmen;
- Bereitstellung von Informationsmaterial in mehreren Sprachen;
- Aufsuchendes Arbeiten, um diese Menschen besser zu erreichen.

Die oben benannten und kurz skizzierten Handlungsfelder und –bedarfe sind sicherlich nicht allumfassend. Gleiches gilt auch für die aufgeführten Empfehlungen. Die Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach ist zweifelsohne **ein Feld in Bewegung**, wo sich kontinuierlich Neues entwickelt sowie Veränderungen erfolgen. Darauf gilt es dann sowohl zu reagieren, als auch – so dies möglich ist - schon vorab vorausschauend proaktiv tätig zu werden. Ein jährlicher Bericht im Kreistag des Landkreises über die Aktivitäten, den Stand der Umsetzung und die weiteren Planungen wäre hierzu sicherlich hilfreich.

Wie einleitend bereits angemerkt, ist das **Projekt als ein Prozess** zu verstehen, bei dem schon während der Arbeiten an dieser Bestands- und Bedarfsanalyse weitergehende Aktivitäten entfaltet werden sollten und auch wurden. Dies trägt einerseits dazu bei, den Bekanntheitsgrad schon währenddessen deutlich zu erhöhen, und andererseits den Wirkungsgrad der Umsetzung und Aktivitäten zu steigern. Im Folgenden sollen dazu **einige Beispiele** angeführt werden:

- Das Fazit des Expert*innen-Workshops zur ärztlichen Versorgung auf dem Land wurde weiterentwickelt und mündete in einer Antragstellung auf Förderung beim LGL, die inzwischen auch bewilligt wurde. Das damit verbundene Ziel ist eine Umsetzung und Durchführung der weiterführenden Ideen und generierten Maßnahmen;
- Auch auf der Basis des anderen Workshops zum demografischen Wandel und Pflege entstand eine Projektskizze, die eine analoge Zielrichtung hat;
- Zusammen mit den Netzwerkpartner*innen wurde das Thema „Generalistische Pflegeausbildung“ angegangen;
- Die Geschäftsstelle der Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach arbeitet eng mit anderen Projektstellen im Landkreis zusammen, so z. B. der Bildungskoordination für Neuzugewanderte und Integrationslotsin. Viele lokale Netzwerkpartner*innen sind ebenfalls involviert und es wurden bereits einige konkrete Projektideen gemeinsam entwickelt;
- Der im Mai dieses Jahres erstmals stattgefundene Runde Tisch Hygienemanagement wird fortgeführt. Ziel dieses Formats ist neben Vernetzungsaspekten die medizinische Versorgung und die Herstellung von Synergieeffekten;
- Die Vorarbeiten für den Beitritt des Landkreises Kulmbach zum Partnerprozess „Gesundheit für Alle“ sind bereits weit gediehen;
- In Zusammenarbeit mit der Hochschule Coburg und der AOK Bayern startet noch im Jahr 2019 das Programm „AOK-GeWinn – Gemeinsam aktiv und gesund älter werden“ für Menschen ab 60 Jahren im Landkreis Kulmbach.

Es gilt sich nun weiter und nachhaltig auf den Weg zu machen, um die gewonnenen Ergebnisse und Erkenntnisse umzusetzen. Gerade auch durch die aktive Einbeziehung der Bürger*innen ist eine hohe Akzeptanz der Maßnahmen von Beginn an zu erwarten. Als besonders positiv hat sich dabei die Beschäftigung der Bürger*innen mit der je eigenen Lebenssituation und Gesundheit herausgestellt. Ebenso war das Interesse der Gemeinden des Landkreises groß. Das Projekt Gesundheitsregion^{plus} Kulmbach ist zweifelsohne eine Daueraufgabe für alle Beteiligten und es gilt nun diesen Schwung mit in die Zukunft zu nehmen.

Anhang

Literaturverzeichnis

Albrecht, Harro (2015): Landarzt. Lockruf der Provinz. In DIE ZEIT 32/2015. URL: <https://www.zeit.de/2015/32/landarzt-aerztemangel> (letzter Zugriff: 5.3.2019).

AOK-Bundesverband (Hg.) (2019): AOK-Pflege-Navigator. URL: <https://www.pflege-navigator.de/> (letzter Zugriff: 23.04.2019).

AOK-Bundesverband (Hg.) (2019): Pressemitteilungen. Umfrage zeigt Relevanz der Gesundheitsinfrastruktur. AOK-Initiative für eine bessere ländliche Versorgung startet. URL: https://aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2019/index_21784.html (letzter Zugriff: 26.2.2019).

AOK-Bundesverband (Hg.) (2019): Stadt. Land. Gesund. Projekte und Initiativen zur Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen. URL: https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/engagement/stadt_land_gesund/aok_pk_laendliche_versorgung_projektsteckbriefe_a4_vs_10.pdf (letzter Zugriff: 26.2.2019).

Arbeitsschutzgesetz (*ArbSchG*) vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1246), zuletzt geändert durch Artikel 427 der Verordnung vom 31.8.2015 (BGBl. IS. 1474). URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/ArbSchG.pdf> (letzter Zugriff: 10.1.2019).

BA, Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2018): Lexikon. Bedarfsgemeinschaft. URL: <https://www.arbeitsagentur.de/lexikon/bedarfsgemeinschaft> (letzter Zugriff: 11.12.2018).

BA, Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2018): Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Eckwerte der Grundsicherung SGB II (Zeitreihe Monatszahlen ab 2005), Nürnberg, November 2018.

BA, Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2018): Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Regionalreport über Beschäftigte. URL: https://statistik.arbeitsagentur.de/nn_4236/SiteGlobals/Forms/Themenauswahl/themenauswahl-Form.html?view=processForm&re-sourceId=210342&input_=&pageLocale=de®ionInd=09477&year_month=201806&topicId=746728&topicId.GROUP=1&search=Suchen (letzter Zugriff: 17.1.2019).

BA, Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2018): Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Frauen und Männer. Jahreszahlen Kulmbach 2017. URL: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Statistik-nach-Themen-Nav.html> (letzter Zugriff: 31.1.2019).

BA, Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2019): Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Arbeitsmarktreport (Monatszahlen) Kulmbach. URL: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Statistik-nach-Themen-Nav.html> (letzter Zugriff: 5.2.2019).

Bayerische Rundschau (Hg.) (2018): 59 Millionen Euro für Klinikum Kulmbach. In: inFranken.de. Mediengruppe Oberfranken – Redaktionen GmbH & Co. KG. URL: <https://www.infranken.de/regional/kulmbach/59-millionen-euro-fuer-klinikum-kulmbach;art312,3563497> (letzter Zugriff: 15.05.2019).

Anhang

Bayerisches Krankenhausgesetz (*BayKrG*) in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. März 2007 (GVBl. S. 288, BayRS 2126-8-G), zuletzt geändert durch § 2 des Gesetzes vom 13. Dezember 2016 (GVBl. S. 362). URL: <http://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayKrG>true> (letzter Zugriff: 11.1.2019).

Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG) vom 24. Juli 2018, zuletzt geändert durch Art. 38a des Gesetzes vom 24. Juli 2018. URL: <http://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayPsychKHG?AspxAutoDetectCookieSupport=1> (letzter Zugriff: 5.3.2019).

BAYSIS, Oberste Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Innern, für Bau und Verkehr (Hg.) (2017): Verkehrsdaten. Straßenverkehrszählungen (SVZ). Kennwerte und Daten. URL: <https://www.baysis.bayern.de/web/content/verkehrsdaten/SVZ/kennwerteundkarten.aspx> (letzter Zugriff: 10.1.2019).

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hg.) (2011): Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. Berlin. URL: https://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Demenz/Demenz_online.pdf (letzter Zugriff: 31.1.2019).

Bertelsmann-Stiftung (Hg.) (2019): wegweiser-kommune.de. Statistische Daten. URL: <http://www.wegweiser-kommune.de/statistik/kulmbach-ik+basisdaten-pflegevorausberechnung+2013-2030+tabelle> (letzter Zugriff: 11.1.2019).

BMASGK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hg.) (2019): atopische Erkrankung. URL: <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/a/atopie1> (letzter Zugriff: 7.2.2019).

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2014): Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf (letzter Zugriff: 15.1.2019).

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2015): Praxisseiten Pflege. Wir stärken die Pflege. Gemeinsam. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Praxisseiten_Pflege/160909_BMG_Ordner_gesamt_Screen_Praxisseiten_Pflege.pdf (letzter Zugriff: 29.11.18).

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2017): GKV-Versorgungsstärkungsgesetz.Glossar. Begriffe A-Z. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gkv-versorgungsstaerkungsgesetz.html> (letzter Zugriff: 5.3.2019).

BStMAS, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hg.) (2012): Materialienband. Weitere Materialien zum Dritten Bericht der Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern. URL: https://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_internet/sozialpolitik/20120813materialien.pdf (letzter Zugriff: 4.12.2018).

BStMAS, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hg.) (2009): Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Bayern. Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen vom 22. Oktober 2009. Az.: III3/022/4/09. URL: <https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2016/03/pflegestuempunkte.pdf> (letzter Zugriff: 11.1.2019).

Bundesärztekammer, KBV, Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hg.) (2018), Bedarfsplanung. Gutachten schlägt neue Verhältniszahlen vor. In: Deutscher Ärzteverlag GmbH: Deutsches Ärzteblatt. URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/98473/Bedarfsplanung-Gutachten-schlaegt-neue-Verhaeltniszahlen-vor> (letzter Zugriff: 5.3.2019).

BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2019): Gefahren und Folgen. Wenn zu viel Alkohol Ihr Leben prägt. URL: <https://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/schaedlicher-konsum/gefahren-und-folgen/> (letzter Zugriff: 24.1.2019).

Dahlgren G., Whitehead M. (2007): European Strategies for tackling inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. URL: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf (letzter Zugriff: 3.1.2019).

DDZ, Deutsches-Diabetes-Zentrum (Hg.) (2019): Diabetes- Typen. URL: <https://diabetesinformationsdienst.de/ueber-diabetes/diabetes-typen/> (letzter Zugriff: 5.3.2019).

Destatis, Statistisches Bundesamt (Hg.) (2017): Gesundheit. Todesursachen in Deutschland. Fachserie 12 Reihe 4. Erschienen am 19.01.2017, korrigiert am 10.03.2017 Korrekturlieferung eines Bundeslandes). URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400157004.pdf?blob=publicationFile> (letzter Zugriff: 4.12.2018).

Destatis, Statistisches Bundesamt, WZB, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hg.) (2018): Datenreport 2018. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2018.pdf;jsessionid=2BB00BD04AE100A04C2641AC3BF3BE11.InternetLive2?blob=publicationFile> (letzter Zugriff: 5.2.2019).

Deutscher Bundestag (2015): Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – *PrävG*). 18. Wahlperiode. Drucksache 18/4282. Bundesanzeiger Verlag GmbH, Köln. URL: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/042/1804282.pdf> (letzter Zugriff: 17.1.2019).

Deutscher Caritasverband (Hg.) (2017): SGB XI – Soziale Pflegeversicherung nach dem PSG III inkl. „Hilfe zur Pflege“ (SGB XII, 7. Kapitel). Gesetzestext mit gekennzeichneten Änderungen und Überblick. Stand 1. Januar 2017. Freiburg im Breisgau.

DGSPJ e.V., Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (2009): Positionspapier des Fachausschusses Transkulturelle Pädiatrie. Transkulturelle Pädiatrie - aktuelle Perspektiven und Handlungsoptionen. URL: <https://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahmen-transkulturell-oktober-2009.pdf> (letzter Zugriff: 22.1.2019).

DGUV, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2013). DGUV Vorschrift 1. Unfallverhütungsvorschrift. Grundsätze der Prävention. Berlin. URL: <https://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/1.pdf> (letzter Zugriff: 10.1.2019).

DGUV, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (o.J.): Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA). URL: <https://www.dguv.de/de/praevention/gda/index.jsp> (letzter Zugriff: 10.1.2019).

Die Apotheke (Hg.) (2017). Apothekenzahl nach Bundesländern. URL: https://www.abda.de/fileadmin/assets/ZDF/ZDF_2017/ZDF_17_11_Apothekenzahl_nach_BL.pdf (letzter Zugriff: 27.11.2018).

Anhang

Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – *PSG III*) vom 1. Januar 2017. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestaerkungsgesetz-drittes-psg-iii.html> (letzter Zugriff: 3.1.2019).

Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – *PSG I*) vom 17. Dezember 2014. URL: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%40attr_id%3D%27bgbl114s2222.pdf%27%27#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl114s2222.pdf%27%5D_1549531862219 (letzter Zugriff: 7.2.2019).

Eschenbacher, Ute (2018): Medizincampus Bayreuth. Vollbetrieb ab Sommersemester 2025 geplant. URL: <https://www.nordbayerischer-kurier.de/inhalt.medizincampus-bayreuth-vollbetrieb-ab-sommersemester-2025-geplant.e04d84a5-f7d4-4f6b-80c5-30946816bf81.html> (letzter Zugriff: 18.3.2019).

GDA, Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (Hg.) (2007): Fachkonzept und Arbeitsschutzziele 2008-2012. Stand 12. Dezember 2007. URL: <http://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/GDA-Fachkonzept-gesamt.pdf?blob=publicationFile&v=2> (letzter Zugriff: 29.1.2019).

Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze (*AGSG*) vom 8. Dezember 2006 (GVBl. S. 942, BayRS 86-7-A/G), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 31.7.2018 (GVBl. S. 670). URL: <http://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayAGSG/true?AspxAutoDetectCookieSupport=1> (letzter Zugriff: 10.1.2019).

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (*KKG*) vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2975), zuletzt geändert durch Artikel 20 Absatz 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234). URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/kkg/KKG.pdf> (letzter Zugriff: 10.1.2019).

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – *PrävG*) vom 17. Juli 2015. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31. Bonn: Bundesanzeiger-Verlag; 2015: 1367-1379.

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – *KHG*) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991, zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394). URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/khg/KHG.pdf> (letzter Zugriff: 10.1.2019)

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hg.) (2014): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 1: Gesunde Lebenswelten schaffen. Berlin. URL: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=3abab20c1dc8bd62df749f5ff208e36d> (letzter Zugriff: 3.1.2019).

GKV-Spitzenverband (Hg.) (2018): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach §20 Abs. 2 SGB V. Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach §5 SGB XI. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf (letzter Zugriff: 15.1.2019).

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch den Artikel 1 des Gesetzes vom 13. Juli 2017 (*BGBl. I S. 2347*). URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/gg/GG.pdf> (letzter Zugriff: 27.11.2018).

Heidemann C, Du Y, Paprott R, Haftenberger M, Rathmann W, Scheidt-Nave C (2016): Temporal changes in the prevalence of diagnosed diabetes, undiagnosed diabetes and prediabetes: findings from the German Health Interview and Examination Surveys in 1997-1999 and 2008-2011. *Diabet. Med.* 2016; 33: 1406-1414.

Heidemann C, Du Y, Schubert I, Rathmann W, Scheidt-Nave C (2013): Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt* 2013; 56: 668-677. URL: <https://e-doc.rki.de/handle/176904/1486> (letzter Zugriff: 20.12.2018).

IGES Institut GmbH (Hg.) (2018): Patientenlotsen. Konzept für Patientenlotsen soll Versorgung chronisch Kranker verbessern. URL: https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2018/patientenlotsen/index_ger.html (letzter Zugriff: 18.3.2019).

Jakob-Pannier, Andrea (2015): Sucht vorbeugen. URL: <https://www.barmer.de/gesund-heit/praevention/suchtpraevention/sucht-verhindern/sucht-verhindern-3740> (letzter Zugriff: 7.3.2019).

Kistemann T., Schweikart J., Claßen T, Lengen C (2011): Medizinische Geografie: Der räumliche Blick auf Gesundheit. *Deutsches Ärzteblatt* 2011; 108(8): A 386-7.

Klinikum Kulmbach (Hg.) (2019): Wir über uns. URL: <https://www.klinikum-kulmbach.de/wir-ueber-uns.html> (letzter Zugriff: 15.05.2019).

Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (Hg.) (2019), Startseite. URL: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/> (letzter Zugriff: 22.1.2019).

Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (Hg.) (2019): Das Vorhaben: Partnerprozess „Gesundheit für alle“. URL: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?id=Seite17774> (letzter Zugriff: 22.1.2019).

Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (Hg.) (2019): Über die Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit. URL: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/ueber-die-praxisdatenbank/> (letzter Zugriff: 22.1.2019).

Koordinierende Kinderschutzstelle Kreisjugendamt Kulmbach (Hg.) (2017): Netzwerkbezogene Kinderschutzkonzeption. Stand Dezember 2017. URL: https://www.landkreis-kulmbach.de/fileadmin/user_upload/Jugend_Familie_Soziales/KoKi/Kinderschutzkonzeption_2017_mit_Logos.pdf (letzter Zugriff: 29.1.2019).

Kroll L. E., Lampert T. (2012): Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. Hg. Robert-Koch-Institut Berlin. *GBE Kompakt* 3(1). URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_1_Arbeitslosigkeit_Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff: 17.1.2018).

Kromeyer-Hauschild M., Wabitsch M., Kunze D. (Hg.) (2001): Perzentile für Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde*; 149 (8): 807-818.

Kuznetsov L., Maier W., Hunger M., Meyer M., Mielck A. (2012): Regional deprivation in Bavaria, Germany: linking a new deprivation score with registry data for lung and colorectal cancer. *Int J Public Health* 2012; 57 (5): 827-35.

KVB, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (Hg.) (2018): Versorgungsatlas – Analyse aus erster Hand. URL: https://www.kvb.de/ueber-uns/versorgungsatlas/#kvbmaskexport_content-1 (letzter Zugriff: 7.3.2019).

Anhang

Lampert T., Mensink G.B.M., Ziese T. (2005): Sport und Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. Springer Medizin Verlag. URL: <https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/1078/2818ilosOjrSc.pdf?sequence=1> (letzter Zugriff: 6.12.2018).

Lampert T., Saß A.-C., Häfelinger M., Ziese T. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.

Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß §20f SGB V im Freistaat Bayern (LRV Bayern). Unterzeichnet am 26.6.2017. München. URL: <https://www.stmgb.bayern.de/wp-content/uploads/2017/07/landesrahmenvereinbarung-lrv.pdf> (letzter Zugriff: 3.1.2019).

Landratsamt Kulmbach (Hg.) (2018): Pack die Badehose ein: Ab ins kühle Nass! Schwimmbäder, Badeseen und Naturbäder im Kulmbacher Land. URL: <https://tourismus.landkreis-kulmbach.de/freizeit/pack-die-badehose-ein-ab-ins-kuehle-nass/> (letzter Zugriff: 10.1.2019).

Landratsamt Kulmbach (Hg.) (2019): Landkreis Kulmbach (Homepage). URL: <https://www.landkreis-kulmbach.de/home/aktuelles/?L=3> (letzter Zugriff: 11.1.2019).

Landratsamt Kulmbach (Hg.) (2019): Seniorenpolitisches Gesamtkonzept für den Landkreis Kulmbach. URL: <https://www.landkreis-kulmbach.de/jugend-familie-soziales/senioren/> (letzter Zugriff: 29.1.2019).

Landratsamt Kulmbach, Ingrid Ott Verlag Rödental (Hg.) (2016): Ratgeber für Senioren im Landkreis Kulmbach. Wer hilft im Alter? URL: <https://www.landkreis-kulmbach.de/jugend-familie-soziales/senioren/seniorenratgeber-2016/> (letzter Zugriff: 18.3.2019).

Laschet, Helmut (2018): GBA-Beschluss. Einladung zum Screening kommt 2019. Springer Medizin Verlag GmbH. URL: https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/praevention/article/968555/gba-beschluss-einladung-screening-kommt-2019.html (letzter Zugriff: 5.3.2019).

LfStat, Bayerisches Landesamt für Statistik (Hg.) (2018). GENESIS-Online Bayern. URL: <https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online> (letzter Zugriff: 22.11.2018).

LfStat, Bayerisches Landesamt für Statistik (Hg.) (2018). Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Bayern bis 2037. Demografisches Profil für den Landkreis Kulmbach. Beiträge zur Statistik Bayerns, Heft 550. URL: <https://www.statistik.bayern.de/statistik/kreise/09477.pdf> (letzter Zugriff: 5.2.2018).

LfStat, Bayerisches Landesamt für Statistik (Hg.) (2018). Statistik kommunal 2017. Landkreis Kulmbach 09 477. Eine Auswahl wichtiger statistischer Daten. URL: <https://www.statistik.bayern.de/statistikkommunal/09477.pdf> (letzter Zugriff am 27.11.2018).

LfStat, Bayerisches Landesamt für Statistik (Hg.) (2018). Statistik. Bevölkerungsstand. URL: <https://www.statistik.bayern.de/statistik/bevoelkerungsstand/00044.php> (letzter Zugriff am 27.11.2018).

LfStat, Bayerisches Landesamt für Statistik (Hg.) (2018): Bayern in Zahlen. Ausgabe 11/2018. URL: https://www.statistik.bayern.de/veroeffentlichungen/advanced_search_result.php?keywords=Z1000G (letzter Zugriff: 26.2.2019).

LfStat, Bayerisches Landesamt für Statistik (Hg.) (2018): Bildung, Soziales, Gesundheit, Rechtspflege. Gesundheitswesen. Ausgewählte Statistiken. URL: <https://www.statistik.bayern.de/statistik/gesundheitswesen/> (letzter Zugriff: 13.12.2018).

LfStat, Bayerisches Landesamt für Statistik (Hg.) (2018): Statistische Berichte. Flächenerhebung nach Art der tatsächlichen Nutzung in Bayern zum Stichtag 31. Dezember 2016. URL: https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/BYHeft_derivate_00005591/A5111C%20201600.pdf (letzter Zugriff: 10.1.2019).

LfStat, Bayerisches Landesamt für Statistik (Hg.) (2018): Statistische Berichte: Flächenerhebung nach Art der tatsächlichen Nutzung in Bayern zum Stichtag 31. Dezember 2016. URL: https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/BYHeft_derivate_00005591/A5111C%20201600.pdf (letzter Zugriff: 15.1.2019).

LfStat, Bayerisches Landesamt für Statistik (Hg.) (2019): Bayern in Zahlen. Ausgabe 02/2019. URL: https://www.statistik.bayern.de/veroeffentlichungen/index.php?cat=c1_Zeitschrift-Bayern-in-Zahlen.html (letzter Zugriff: 18.3.2019).

LGL, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.) (2018): Impfstatus der Kinder In Bayern: Fokus Pertussis – Update 2018. Gesundheitsreport Bayern.; 2/2018.

LGL, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.) (2018): Gesundheitsberichterstattung. Gesundheitsindikatorensetz. URL: <https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/index.htm> (letzter Zugriff: 11.12.2018).

LGL, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.) (2015): Gesundheitsprofile Bayern. URL: <https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsatlas/profile/atlas.html?indicator=i4&select=562> (letzter Zugriff: 11.12.2018).

LGL, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.) (2016): Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. URL: https://www.lgl.bayern.de/publikationen/gesundheits/doc/schuleingangsuntersuchung_2013_2014.pdf (letzter Zugriff: 3.1.2019).

LGL, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.) (2017): Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. URL: https://www.lgl.bayern.de/publikationen/gesundheits/doc/schuleingangsuntersuchung_2014_2015.pdf (letzter Zugriff: 24.1.2019).

LGL, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.) (2010): Gesundheitsreport Bayern. Ausgabe 3/2010. Suizide in Bayern. Erlangen. URL: <https://www.lgl.bayern.de/publikationen/index.htm#gesundheitsberichterstattung> (letzter Zugriff: 11.12.2018).

LGL, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.) (2017): Bayerisches Krebsregister – Datenbankabfrage. URL: http://www.krebsregister-bayern.de/lgl_abfrage_d.php (letzter Zugriff: 20.12.2018).

LGL, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.) (2015): Jahresbericht 2014 des bevölkerungsbezogenen Krebsregisters Bayern. Krebs in Bayern in den Jahren 2011 und 2012. Band 1 der Schriftenreihe Krebsregister Bayern. Erlangen. URL: <https://www.lgl.bayern.de/publikationen/index.htm#gesundheitsberichterstattung> (letzter Zugriff: 3.1.2019).

Anhang

LGL, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.) (2004): Evidenzgestützte Strategieentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung. Eine praxisorientierte Einführung. Erlangen. URL: <https://www.lgl.bayern.de/publikationen/> (letzter Zugriff 3.1.2019).

LGL, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.) (2015): Schriftenreihe des Bayerischen Zentrums für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG). Band 3. Älter werden in der gesunden Gemeinde. Angebote gestalten, Potenziale nutzen. Dokumentation der Regionalkonferenz für Bayern. München. URL: https://www.zpg-bayern.de/tl_files/catalog_upload/i/id-010909.pdf (letzter Zugriff: 10.1.2019).

LGL, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.) (2018): Präventionsberichterstattung in Bayern. Daten zur Prävention und Gesundheitsförderung in Bayern 2018. URL: https://www.lgl.bayern.de/publikationen/doc/daten_praevention_bayern_2018.pdf (letzter Zugriff: 24.2.2019).

LGL, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.) (2015): Förderung der Niederlassung von Ärzten und Psychotherapeuten im ländlichen Raum. URL: https://www.lgl.bayern.de/gesundheits/bayerische_gesundheitsagentur/foerderung/niederlassungsfoerderung/index.htm (letzter Zugriff: 14.3.2019).

Maier W., Fairburn J, Mielck A. (2012): Regionale Deprivation und Mortalität in Bayern. Entwicklung eines ‚Index Multipler Deprivation‘ auf Gemeindeebene. Gesundheitswesen 2012; 74(07): 416-425.

Mainer W., Scheidt-Nave C., Holle R., Kroll L. E., Lampert T., Du Y, Heidemann C., Mielck A. (2014): Area Level Deprivation Is an Independent Determinant of Prevalent Type 2 Diabetes and Obesity at the National Level in Germany. Results from the National Telephone Health Interview Surveys ‘German Health Update’ GEDA 2009 and 2010. PloS one 2014; 9(2):e89661.

Meerkerk, G.-J., Van Den Eijnden R. J. J. M., Vermulst A. A., Garretsen H.F.L. (2009): The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some Psychometric Properties. URL: https://www.researchgate.net/publication/23652985_The_Compulsive_Internet_Use_Scale_CIUS_Some_psychometric_properties (letzter Zugriff: 24.1.2019).

Mielck A, (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Verlag Hans Huber.

Mielck A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Verlag Hans Huber.

PTK, Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Hg.) (2018): Psychotherapeutenjournal 3/2018. URL: [https://www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/A2B0BC510D2795F1C125830800297D71/\\$file/PTJ_3_2018_Onlinefassung.pdf#04_PTJ_3_2018_Inhalt_13_K3.indd%3A.166883%3A1091](https://www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/A2B0BC510D2795F1C125830800297D71/$file/PTJ_3_2018_Onlinefassung.pdf#04_PTJ_3_2018_Inhalt_13_K3.indd%3A.166883%3A1091) (letzter Zugriff: 5.3.2019).

RKI, Robert- Koch-Institut (Hg.) (1999): 10-Punkte-Programm zur Erhöhung der Impfbereitschaft und zur Steigerung der Durchimpfungsraten in Deutschland. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/10_punkte_programm.html (letzter Zugriff. 3.1.2019).

RKI, Robert Koch-Institut (Hg.) (2011): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 52. Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Berlin. URL:

<http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBE-DownloadsT/sterblichkeit.pdf?blob=publicationFile> (letzter Zugriff: 4.12.2018).

RKI, Robert-Koch-Institut (Hg.) (2012): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“ (GEDA 2010). Berlin. URL: http://www.gbe-bund.de/pdf/GEDA_2010_Gesamtausgabe.pdf (letzter Zugriff: 20.12.2018).

RKI, Robert-Koch-Institut (Hg.) (2014): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“ (GEDA 2012). Berlin. URL: http://www.gbe-bund.de/pdf/GEDA_2012_Gesamtausgabe.pdf (letzter Zugriff: 20.12.2018).

RKI, Robert-Koch-Institut (Hg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin. URL: <https://e-doc.rki.de/handle/176904/3248> (letzter Zugriff: 20.12.2018).

Rosenbrock R. (2004): Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des §20 Abs. 1 SGB V durch die GKV. In: Rosenbrock R., Bellwinkel M., Schröer A. (Hg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Gesundheitsförderung und Selbsthilfe. Band Nr. 8. Essen: Bundesverband der Betriebskrankenkassen.

Rosenbrock R. (2008): Primärprävention – Was ist das und was soll das? Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health. Schwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). URL: <https://bibliothek.wzb.eu/pdf/2008/i08-303.pdf> (letzter Zugriff: 3.1.2019).

Rothgang H., Kalwitzki T., Unger R., Amsbeck H. (2016): Pflege in Deutschland im Jahr 2030 – regionale Verteilung und Herausforderungen. Analysen und Konzepte aus dem Programm „LebensWerteKommune“. Ausgabe 4/2016. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/89_Kommunen_der_Zukunft/Policy_LebensWK_4_2016_final.pdf (letzter Zugriff: 11.1.2019).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hg.) (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Kurzfassung. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2005/Kurzfassung.pdf (letzter Zugriff: 3.1.2019).

Schmidtke A., Bille-Brahe U., Kerkhof A.J.F.M., De Leo D. (2004): Suicidal Behaviour in Europe. Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. URL: <https://www.hogrefe.de/shop/suicidal-behaviour-in-europe-67248.html> (letzter Zugriff: 14.3.2019).

Seeger K., Maier W. (2018): Bestands- und Bedarfsanalyse für die Gesundheitsregion^{plus} Landsberg am Lech. Im Auftrag des Landratsamts Landsberg am Lech. München.

Shaw B. A., Fors S., Fritzell J., Lennartsoon C., Agahi N. (2017): Who Lives During Old Age? Trends in the Social and Functional Disadvantages of Sweden’s Solitary Living Older Adults. Research on Aging. DOI: 10.1177/0164027517747120.

Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2587). URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html (letzter Zugriff: 11.1.2019).

Anhang

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477,2482), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394). URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html (letzter Zugriff: 10.1.2019).

Sozialgesetzbuch (SGB) Siebtes Buch (VII) – Gesetzliche Unfallversicherung) – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 11.12.2018 (BGBl. I S. 2387). URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_7/SGB_7.pdf (letzter Zugriff: 10.1.2019).

Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 10.7.2018. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/SGB_12.pdf (letzter Zugriff: 10.1.2019).

Statista (Hg.) (2018): Gesellschaft. Demographie. Ausländeranteil in Bayern bis 2017. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/254959/umfrage/auslaenderanteil-in-bayern/> (letzter Zugriff: 4.12.2018).

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg.) (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/DemografischerWandel/KrankenhausbehandlungPflegebeduerf-tige5871102109004.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff: 11.1.2019).

StMASFI, Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales (Hg.) (2019): Gesamtkonzept Kinderschutz. KoKi – Netzwerk frühe Kindheit. URL: <https://www.stmas.bayern.de/kinderschutz/koki-netzwerke/index.php> (letzter Zugriff: 29.1.2018).

StMGP, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hg.) (2015): Bayerischer Präventionsplan. München. URL: [https://www.bestellen.bayern.de/application/applstarter?APPL=eshop&DIR=eshop&ACTIONxSETVAL\(artdtl.htm,APGxNO-DENR:332601,AARTxNR:stmgp_gesund_026,AARTxNODENR:339842,USERxBO-DYURL:artdtl.htm,KATALOG:StMGP,AKATxNAME:StMGP,ALLE:x\)=X](https://www.bestellen.bayern.de/application/applstarter?APPL=eshop&DIR=eshop&ACTIONxSETVAL(artdtl.htm,APGxNO-DENR:332601,AARTxNR:stmgp_gesund_026,AARTxNODENR:339842,USERxBO-DYURL:artdtl.htm,KATALOG:StMGP,AKATxNAME:StMGP,ALLE:x)=X) (letzter Zugriff: 10.1.2019).

StMGP, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hg.) (2016): Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern. URL: <https://www.bestellen.bayern.de/> (letzter Zugriff: 13.12.2018).

StMGP, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hg.) (2017): Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern. Schwerpunkt Depression. Tiefenbach: Druckerei Schmerbeck GmbH.

StMGP, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hg.) (2017): Krankenhausplan des Freistaates Bayern. Stand 1. Januar 2017 (42. Fortschreibung). URL: https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2017/03/20170101_bay_krankenhausplan.pdf (letzter Zugriff: 10.1.2019).

StMGP, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hg.) (2018): Die Krankenhausplanung in Bayern. URL: <https://www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-krankenhausbetreiber/krankenhausplanung/> (letzter Zugriff: 10.1.2019).

StMGP, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hg.) (2019): Pflege. Pflegestützpunkte. <https://www.stmgp.bayern.de/pflege/> (letzter Zugriff: 11.1.2019).

StMGP, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hg.) (2015): Bayerischer Kindergesundheitsbericht. URL: [https://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/gfx/714707BE-DCFC0505C1257E89004C27D9/\\$file/Bayerischer_Kindergesundheitsbericht_StMGP_2015.pdf](https://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/gfx/714707BE-DCFC0505C1257E89004C27D9/$file/Bayerischer_Kindergesundheitsbericht_StMGP_2015.pdf) (letzter Zugriff: 31.1.2019).

TUM, Technische Universität München (Hg.) (2015): Studie in Erstaufnahmeeinrichtung: viele Kinder mit Belastungsstörungen. URL: <https://www.tum.de/die-tum/aktuelles/pressemitteilungen/detail/article/32590/> (letzter Zugriff: 22.1.2019).

Universität Bayreuth (Hg.) (2017): Pressemitteilung Nr. 075/2017. Beschlossen und verkündet: Universität Bayreuth bald mit Hochschulcampus in Kulmbach. URL: <https://www.uni-bayreuth.de/de/universitaet/presse/pressemitteilungen/2017/075-ubt-erweiterung-um-unicampus-kulmbach/index.html> (letzter Zugriff: 17.1.2019).

Universität Bayreuth (Hg.) (2019): Pressemitteilung Nr. 011/2019. Grünes Licht aus München: Die Projektpartner – die Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), die Klinikum Bayreuth GmbH, das Universitätsklinikum Erlangen und die Universität Bayreuth – begrüßen die vom Bayerischen Kabinett beschlossene Einrichtung des Medizincampus Oberfranken. URL: <https://www.uni-bayreuth.de/de/universitaet/presse/pressemitteilungen/2019/011-Medizincampus-Oberfranken-PM-Klinikum-BT/index.html> (letzter Zugriff: 18.3.2019).

VDI/VE Innovation + Technik GmbH (Hg.) (2017): Studie zum Versorgungsmanagement durch Patienten-lotsen. Das deutsche Gesundheitssystem ist komplex und vielschichtig. URL: <https://forschung-bundesgesundheitsministerium.de/foerderung/ausschreibungen/studie-zum-versorgungsmanagement-durch-patientenlotsen> (letzter Zugriff: 18.3.2019)

Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (*ArbMedVV*) vom 18. Dezember 2008 (BGBl. I S. 1246), zuletzt geändert durch Artikel 3 Absatz 1 der Verordnung vom 15. November 2016 (BGBl. I S. 2549). URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/arbmedvv/ArbMedVV.pdf> (letzter Zugriff: 10.1.2019).

Vörös V., Osváth P., Fekete S. (Hg.) (2004): Gender differences in suicidal behaviour.. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/15787203/#> (letzter Zugriff: 14.3.2019).

Walg M., Fink E., Großmeier M., Temprano M., Hapfelmeier G. (2016): Häufigkeit psychischer Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Deutschland. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 44: 1-9.

WHO Europa (Hg.) (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit: die Fakten. Redaktion Wilkinson R., Marmot M. Kopenhagen. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98441/e81384q.pdf (letzter Zugriff: 3.1.2019).

WHO Europe (Hg.) (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1 (letzter Zugriff: 3.1.2019).

WHO, World Health Organization (Hg.) (2015): World Report on Ageing and Health. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=03E0E8D9596209E9B9020C3AD0089C53?sequence=1 (letzter Zugriff: 17.1.2019).

WHO, World Health Organization (Hg.) (2017): Fact Sheet 381. Mental health of older adults. URL: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults> (letzter Zugriff: 17.1.2019).

Anhang

WHO, World Health Organization, Ministry of Social Affairs and Health Finland (Hg.) (2013): The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013. The Helsinki Statement on Health in All Policies. URL: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf?ua=1 (letzter Zugriff: 3.1.2019).

Ziegler, Doblhammer (2009): Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. URL: https://www.rostockerzentrum.de/content/publikationen/rz_diskussionpapier_24.pdf (letzter Zugriff: 31.1.2019).

ZPG, Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (Hg.) (2019): Gesundheitsförderung und Prävention. StMGP-Schwerpunkte. Die Themen. URL: <https://www.zpg-bayern.de/jahresschwerpunkte.html> (letzter Zugriff: 10.1.2019).

Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – *PSG II*) vom 21. Dezember 2015. URL: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//%5B@attr_id=%2527bgbl115s2424.pdf%2527%5D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s2424.pdf%27%5D_1549532063163 (letzter Zugriff: 7.2.2019).

Darstellungsverzeichnis

Darstellung 1:	Gemeinden und angrenzende Landkreise zum Landkreis Kulmbach	13
Darstellung 2:	Entwicklung der Bevölkerung im Landkreis Kulmbach, 1960-2017 (heutiger Gebietsstand).....	14
Darstellung 3:	Bevölkerungsskizze im Jahr 2017 bzw. 2037 für den Landkreis Kulmbach.....	15
Darstellung 4:	Altersgruppen im Landkreis Kulmbach, Ende 2017.....	16
Darstellung 5:	Veränderung der Bevölkerung 2037 gegenüber 2017 nach Altersgruppen in Prozent.....	17
Darstellung 6:	Anteil ausländischer Bevölkerung (in Prozent) im Landkreis Kulmbach im Zeitverlauf, 2000-2017	18
Darstellung 7:	Entwicklung der Arbeitslosen insgesamt sowie nach ausgewählten Personengruppen; Landkreis Kulmbach, 2010-2016.....	21
Darstellung 8:	Jahresmittel an Bedarfsgemeinschaften; Landkreis Kulmbach, 2005-2018	22
Darstellung 9:	Anzahl Sterbefälle nach Altersgruppen, Landkreis Kulmbach 2017	23
Darstellung 10:	Rohe Sterberate im Landkreis Kulmbach, 2005-2017.....	24
Darstellung 11:	Altersstandardisierte Sterberate; Landkreis Kulmbach, 2004-2017	25
Darstellung 12:	Häufigste Todesursachen im Landkreis Kulmbach, 2015	27
Darstellung 13:	Vorzeitige Sterberate, direkt altersstandardisiert; Landkreis Kulmbach, 2011-2017	28
Darstellung 14:	Haupt-Todesursachen für vorzeitige Sterblichkeit im Landkreis Kulmbach, 2015.....	29
Darstellung 15:	Ambulante Fälle in hausärztlichen Praxen; Landkreis Kulmbach, 2011 und 2017	33
Darstellung 16:	Ambulante Fälle in fachärztlichen Praxen; Landkreis Kulmbach, 2011 und 2017	34
Darstellung 17:	Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner*innen; Landkreis Kulmbach und Bayern, 2006-2016.....	35
Darstellung 18:	Entwicklung der Zahl der Empfänger*innen von Leistungen der Pflegeversicherung im Landkreis Kulmbach, 1999-2017	37

Anhang

Darstellung 19:	Entwicklung der Zahl der Empfänger*innen von Leistungen der Pflegeversicherung in prozentualen Anteilen; Landkreis Kulmbach, 1999-2017	38
Darstellung 20:	Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen nach Art der Leistung; Vergleich Landkreis Kulmbach, Landkreise und Regierungsbezirk Oberfranken, Bayern; Ende 2017	39
Darstellung 21:	Schwerbehinderte Menschen im Landkreis Kulmbach nach Altersgruppen, Ende 2017	40
Darstellung 22:	Anteil der schwerbehinderten Menschen an der Bevölkerung im Landkreis Kulmbach, Ende 2017	41
Darstellung 23:	Suizidrate pro 100.000 Einwohner*innen nach Geschlecht; Landkreis Kulmbach, 2004-2015 (5-Jahres-Mittelwerte)	45
Darstellung 24:	Zeitliche Entwicklung der Krankenhausfälle wegen psychischer Störungen und Verhaltensstörungen; Landkreis Kulmbach, 2007-2017	47
Darstellung 25:	Ambulante GKV-Patient*innen mit affektiven Störungen; Landkreis Kulmbach, 2011 und 2017	48
Darstellung 26:	Ambulante GKV-Patient*innen mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; Landkreis Kulmbach, 2011 und 2017	50
Darstellung 27:	Krankenhausfälle infolge von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch akute Alkohol-Intoxikation (akuter Rausch) bei unter 20-Jährigen, im zeitlichen, geschlechtsspezifischen und regionalen Vergleich	51
Darstellung 28:	Verunglückte im Straßenverkehr im zeitlichen, geschlechtsspezifischen und regionalen Vergleich	54
Darstellung 29:	Die häufigsten Krebs-Neuerkrankungen im Landkreis Kulmbach nach Geschlecht, 2014	56
Darstellung 30:	Krebsneuerkrankungen im Landkreis Kulmbach nach Geschlecht, 2002-2014.....	57
Darstellung 31:	Krankenhausfälle wegen Herzinfarkt pro 100.000 Einwohner*innen, direkt altersstandardisiert; Landkreis Kulmbach, 2009-2016 (3-Jahres-Mittelwerte)	58
Darstellung 32:	Krankenhausfälle wegen Schlaganfall, direkt altersstandardisiert und pro 100.000 Einwohner*innen; Landkreis Kulmbach, 2009-2016 (3-Jahres-Mittelwerte)	60
Darstellung 33:	Ambulante GKV-Patient*innen mit COPD; Landkreis Kulmbach, 2011 und 2017	61

Darstellung 34:	Ambulante GKV-Patient*innen mit Asthma; Landkreis Kulmbach, 2011 und 2017	62
Darstellung 35:	Ambulante GKV-Patient*innen mit Diabetes mellitus; Landkreis Kulmbach, 2011 und 2017	64
Darstellung 36:	Impfraten Masern, Mumps, Röteln; Landkreis Kulmbach; Schuleingangsuntersuchungen*, Schuljahre 2014/15, 15/16, 16/17.....	66
Darstellung 37:	Impfraten Poliomyelitis, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Hepatitis influenzae Typ b (Hib), Pertussis; Landkreis Kulmbach; Schuleingangsuntersuchungen*, Schuljahre 2014/15, 15/16, 16/17.....	67
Darstellung 38:	Teilnahmeraten von Früherkennungsuntersuchungen in Prozent*; Landkreis Kulmbach und Bayern, Schuleingangsuntersuchung 2015/16, Altersgruppen U1-U9.....	69
Darstellung 39:	Vollständigkeit der U-Untersuchungen nach Migrationshintergrund, Landkreis Kulmbach und Bayern, 2015/16.....	70
Darstellung 40:	Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung für Darmkrebs (Darmspiegelung); Altersgruppe ab 55 Jahre; Landkreis Kulmbach, 2011 und 2017	71
Darstellung 41:	Standorte Allgemeinmedizin (Anzahl Praxen); Landkreis Kulmbach, Stand August 2018	76
Darstellung 42:	Standorte von Fachärzt*innen (Anzahl Personen); Landkreis Kulmbach, Stand August 2018	78
Darstellung 43:	Psychotherapie-Standorte (Anzahl Personen); Landkreis Kulmbach, Stand August 2018	82
Darstellung 44:	Arztnahe Berufsgruppen; Landkreis Kulmbach, Stand November 2018	84
Darstellung 45:	Standorte Physiotherapie (Anzahl Praxen); Landkreis Kulmbach, Stand März 2019.....	85
Darstellung 46:	Apothekenstandorte (Anzahl Filialen); Landkreis Kulmbach, Stand November 2018	86
Darstellung 47:	Standorte Sozialstationen im Landkreis Kulmbach, Stand November 2018	94
Darstellung 48:	Zeitliche Entwicklung ambulanter Pflegedienste im Landkreis Kulmbach, 1999-2017	96
Darstellung 49:	Berufsabschlüsse der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (SvB) am Arbeitsort nach Geschlecht; LK Kulmbach, Stand Juni 2018	109

Anhang

Darstellung 50:	Verteilung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (SvB) am Arbeitsort auf Wirtschaftszweige; LK Kulmbach, Stand Juni 2018	110
Darstellung 51:	Berufsabschlüsse der geringfügig entlohnten Beschäftigten am Arbeitsort nach Geschlecht, LK Kulmbach, Stand Juni 2018	110
Darstellung 52:	Verteilung der geringfügig Beschäftigten am Arbeitsort auf Wirtschaftszweige; LK Kulmbach, Stand Juni 2018	111
Darstellung 53:	Standorte Turn- und Sportvereine im Landkreis Kulmbach, Stand November 2018	115
Darstellung 54:	Bundesstraßen: Durchschnittliche tägliche Verkehrsstärke (DTV) im Jahr 2015, im zeitlichen und regionalen Vergleich	117
Darstellung 55:	Staatsstraßen: Durchschnittliche tägliche Verkehrsstärke (DTV) im Jahr 2015, im zeitlichen und regionalen Vergleich	117
Darstellung 56:	Kreisstraßen: Durchschnittliche tägliche Verkehrsstärke (DTV) im Jahr 2015, im zeitlichen und regionalen Vergleich	118
Darstellung 57:	Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach; Frage 8: Fühlen Sie sich im Landkreis Kulmbach wohl? (in %)...	128
Darstellung 58:	Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach; Frage 9: Fühlen Sie sich medizinisch gut versorgt? (in %).....	128
Darstellung 59:	Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach; Frage 11: Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt? (in %)	129
Darstellung 60:	Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach; Frage 12: An wen würden Sie sich wenden, wenn Sie seelische Probleme haben und Hilfe benötigen? (in %).....	130
Darstellung 61:	Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach; Frage 13: Was machen Sie an einem anstrengenden Tag typischerweise, um sich zu erholen? (in %).....	131
Darstellung 62:	Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach; Frage 14: Wie gut sind Sie über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression im Landkreis informiert?	132
Darstellung 63:	Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach; Frage 15: Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? (in %).....	132
Darstellung 64:	Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach; Frage 17: Haben Sie eine chronische Krankheit, Behinderung oder körperliche Beeinträchtigung?	133

Darstellung 65:	Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach; Frage 18: Fühlen Sie sich durch Ihre chronische Krankheit, Behinderung oder körperliche Beeinträchtigung eingeschränkt?	134
Darstellung 66:	Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach; Frage 21: Was zählt für Sie zu einer gesunden Ernährung? (in %)	135
Darstellung 67:	Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach; Frage 22: Zufriedenheit mit Angeboten? (in %)	136
Darstellung 68:	Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach; Frage 25: Wo informieren Sie sich über Themen zur Gesundheitsförderung und/oder über verschiedene Krankheitsbilder? (in %)	137
Darstellung 69:	Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach; Frage 26: Verbesserungsbedarf im Hinblick auf Gesundheit auf Gemeinde- bzw. Landkreisebene	137
Darstellung 70:	Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach; Frage 26: Verbesserungsbedarf in der Gemeinde	139
Darstellung 71:	Bevölkerungsbefragung Landkreis Kulmbach; Frage 26: Verbesserungsbedarf im Landkreis Kulmbach.....	140
Darstellung 72:	Gemeindebefragung Landkreis Kulmbach; Spielplätze und Einrichtungen des Breitensports; Standortverteilung, Stand Februar 2019	143
Darstellung 73:	Gemeindebefragung Landkreis Kulmbach; Sportanlagen und Sporthallen (von Vereinen oder Gemeinde); Standortverteilung, Stand Februar 2019	145
Darstellung 74:	Gemeindebefragung Landkreis Kulmbach; Wellnessangebote und sonstige gesundheitsförderliche Maßnahmen oder Einrichtungen; Standortverteilung, Stand Februar 2019	146
Darstellung 75:	Gemeindebefragung Landkreis Kulmbach; Gibt es bereits Planungen für zukünftige Angebote in Ihrer Gemeinde?	147