

Gesundheitsbericht zur „Gesunden Kommune Kaufbeuren“

Eine Analyse zu präventiven Bedarfen und Bedürfnissen
für Kinder/Jugendliche und Senioren in Kaufbeuren



*„Gesundheit ist nicht alles,
aber ohne Gesundheit
ist alles nichts.“*

Arthur Schopenhauer



Dieser Gesundheitsbericht wurde auf Grundlage von § 20a SGB V durch die AOK Bayern im Rahmen des Förderprojekts „Gesunde Kommune“ finanziell gefördert. Im Rahmen des Projekts wurde die Hochschule Kempten damit beauftragt eine Bedarfsermittlung für Kaufbeuren zu erstellen.

INHALT

Inhalt, Tabellenverzeichnis	Seite
Abbildungsverzeichnis	4
Grußwort des Oberbürgermeisters Stefan Bosse	5
Einführung in die gesunde Kommune Kaufbeuren	7
A Regionale Rahmenbedingungen	13
A 1 Demographische Entwicklung	14
A 1.1 Bevölkerungszahl, Bevölkerungsentwicklung und Bevölkerungsdichte	14
A 1.2 Altersstruktur, Bevölkerungsprognose, Alten-/Jugendquotient, Lebendgeborene, Lebenserwartung bei Geburt und Sterbefälle	17
A 1.3 Wanderungsbewegungen	26
A 2 Wirtschaftsstruktur und Arbeitsmarkt	29
A 2.1 Zentrale Rahmendaten	29
A 2.2 Pendlersaldo	30
A 2.3 Beschäftigtenstruktur	31
B Gesundheitsrelevante Bedarfe und Bedürfnisse in Kaufbeuren	32
B 1 Allgemeines Gesundheitsprofil/Gesundheitsindikatoren der Stadt Kaufbeuren	35
B 2 Präventive Bedarfe und Bedürfnisse für Kinder und Jugendliche	47
B 2.1 Allgemeine Informationen zur Zielgruppe Kinder und Jugendliche	48
B 2.2 Besonderheiten in Kaufbeuren aus Sicht der befragten Anbieter und Workshopteilnehmer	57
B 2.3 Handlungsempfehlungen Kinder/Jugendliche	61
B 3 Präventive Bedarfe und Bedürfnisse für Seniorinnen und Senioren	62
B 3.1 Allgemeine Informationen zur Zielgruppe Seniorinnen und Senioren	64
B 3.2 Besonderheiten Kaufbeuren aus Sicht von befragten Anbietern und Workshopteilnehmern	69
B 3.3 Die Handlungsempfehlungen für Seniorinnen und Senioren	75
Literaturverzeichnis	78
Ihre Ansprechpartner zum Gesundheitsbericht 2019	81
Impressum	82

TABELLENVERZEICHNIS

1 Methoden zur Ermittlung von Bedarfen und Bedürfnisse in Kaufbeuren	Seite
2 Übersicht zu gesundheitsrelevanten Indikatoren für die Stadt Kaufbeuren	33
3 Entwicklung vollstationär behandelte Kranke je 100.000 Einwohner/innen von 2011 - 2016 in Kaufbeuren	35
4 Grenzperzentile für Übergewicht und Adipositas	36
5 Universelle Präventionsmaßnahmen in Mehr-Ebenen Kampagnen	45
6 Empfehlungen für Präventionsmaßnahmen nach Zielgruppe und Alter	49
7 Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche	50
8 Vergleich von Sitzzeiten an Werktagen und Wochenende von Kindern und Jugendlichen	51
9 Tabakkonsum bei Mädchen und Jungen	53
10 Durchschnittliche Lebenszufriedenheit in Bayern von Personen ab 65 Jahren	55
11 Körperliche Aktivität bei Seniorinnen und Senioren in Bayern	65
12 Obst und Gemüseverzehr bei Seniorinnen und Senioren in Bayern	67
13 Risikoverhaltensweisen Alkohol und Rauchen bei Seniorinnen und Senioren	68

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

1 Gesundheitspolitischer Aktionszyklus zur Umsetzung von Projekten in der kommunalen Gesundheitsförderung	Seite
2 Bevölkerungszahl und Bevölkerungsentwicklung in Kaufbeuren 2003 - 2017	10
3 Anteil der nicht-deutschen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung 2003 - 2017	14
4 Bevölkerungsdichte im Vergleich mit anderen Regionen	15
5 Altersstruktur und Bevölkerungsprognose in den Jahren 1997, 2017 und 2037	16
6 Prognose der Veränderung der Altersstruktur innerhalb der Altersgruppen zwischen 2017 und 2037	17
7 Berechnung des Jugendquotienten	18
8 Jugendquotient im Vergleich mit anderen Regionen	19
9 Berechnung des Altenquotienten	20
10 Altenquotient in Kaufbeuren im Vergleich mit anderen Regionen	21
11 Anzahl an Lebendgeborenen je 1.000 Frauen im Alter von 15 - 44 Jahren, nach Wohnort, im regionalen Vergleich, 2017	22
12 Sterbefälle je 100.000 Einwohner, nach Wohnort, im regionalen Vergleich, 2017	23
13 Entwicklung der Lebenserwartung von 2009 - 2015 nach Geschlecht	24
14 Mittlere Lebenserwartung bei Geburt in Jahren (3-Jahres-Mittelwert), nach Wohnort, 2013 - 2015	24
15 Wanderungssaldo der Stadt Kaufbeuren im Zeitraum 2007 - 2017	26
16 Wanderungssaldo nach Altersgruppen im Zeitraum 2006 - 2016	27
17 Übersicht der Rahmendaten Stadt Kaufbeuren – Vergleich Schwaben/Bayern im Zeitraum 2013 - 2017	29
18 Pendlersaldo in den Jahren 2008 - 2017	30
19 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Sektoren 2016	31
20 Vollstationär behandelte Kranke je 100.000 Einwohner/innen, nach Wohnort, im regionalen Vergleich, aus dem Jahr 2017	37
21 Krankenhausfälle nach Herzinfarkt (insgesamt) je 100.000 Einwohner/innen, nach Wohnort, im regionalen Vergleich, aus dem Jahr 2018	38
22 Krankenhausfälle nach Schlaganfall je 100.000 Einwohner/innen, nach Wohnort, im regionalen Vergleich, aus dem Jahr 2017	39
23 Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen je 100.000 Einwohner/innen, nach Wohnort, im regionalen Vergleich, aus dem Jahr 2014	40
24 Anzahl pflegebedürftiger Menschen je 100.000 Einwohner/innen, nach Wohnort, im regionalen Vergleich, aus dem Jahr 2015	41
25 Verlauf der Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene im ersten Jahr (5-Jahres-Mittelwerte) in Kaufbeuren von 2004 - 2017	42
26 Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene im ersten Jahr (5-Jahres-Mittelwert 2013 - 2017), nach Wohnort, im Regionalvergleich	43
27 Verunglückte Personen (insgesamt) im Straßenverkehr je 100.000 Einwohner/innen, nach Ereignisort, im regionalen Vergleich, aus dem Jahr 2016	44
28 Body Mass Index bei untersuchten Schulanfängern, Anteil adipöser, Schuleingangsuntersuchung Schuljahr 2014/2015 im Regionalvergleich	45
29 Body Mass Index bei untersuchten Schulanfängern, Anteil übergewichtiger Kinder bei Schuleingangsuntersuchung in Kaufbeuren/Ostallgäu von 2007 - 2014 in Prozent	46
30 Bio-psychosoziales Modell der Persönlichkeitsentwicklung	47
31 Körperliche Aktivität bei Kindern	52
32 Fleisch- und Wurstverzehr bei Mädchen und Jungen	54
33 Mädchen und Jungen die einmal pro Woche alkoholische Getränke konsumieren	56
34 Einflussfaktoren bei der Entstehung von Krankheiten bei älteren Menschen	63

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit sind in dem vorliegenden Bericht die zur Gleichstellung von Frau und Mann gebräuchlichen Schreibweisen nicht durchgängig verwendet worden. Bei allen männlichen Bezeichnungen sind Frauen gleichermaßen angesprochen, auch wenn dies nicht explizit sprachlich zum Ausdruck kommt.



GRUSSWORT DES OBERBÜRGERMEISTERS STEFAN BOSSE

Liebe Leserinnen und Leser,

Kaufbeuren ist eine schöne und l(i)ebenswerte Stadt.

Menschen, die hier leben und verweilen, sollen sich wohl fühlen.



Ein wesentlicher Faktor für das Wohlbefinden ist die Gesundheit. Zwar kann eine Kommune nicht auf den einzelnen Menschen und dessen individuelles Gesundheitsverhalten einwirken, aber sie ist in der Lage die Rahmenbedingungen und Lebensverhältnisse zu gestalten, die es den Menschen erleichtert die eigene Gesundheit zu erhalten. Zu diesen Rahmenbedingungen zählt beispielsweise auch die Gesundheitsbildung.

Nicht nur in den Schulen oder Kindergärten erfolgt die Gesundheitsbildung vor Ort, sondern auch in den Familien, Vereinen und verschiedensten Institutionen. Sie betrifft nicht nur Kinder und Jugendliche. Sie sollte Teil aller Lebensabschnitte sein. Deshalb ist es wichtig, dass wir gemeinsam mit den beteiligten Partnern vor Ort den Weg zu unserer „Gesunden Kommune Kaufbeuren“ gehen.

Der vorliegende Gesundheitsbericht der Hochschule Kempten führt uns ein in die gesundheitlichen Belange der Personengruppen und gibt uns darüber hinaus einen Einblick in die Situation vor Ort.

Im nächsten Schritt wollen wir gemeinsam maßgeschneiderte Angebote und Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention planen und realisieren. Unser Ziel ist es, das Wohlbefinden unserer Bürgerinnen und Bürger zu stärken und auch Anstöße für einen gesundheitsbewussten Lebensstil zu geben.

Ich freue mich auf eine weiterhin gelungene und wertvolle Zusammenarbeit!

Ihr

Stefan Bosse
Oberbürgermeister

Einführung in die Gesunde Kommune Kaufbeuren

Hintergrund

Mit der Überarbeitung des Präventionsgesetzes haben Träger des Sozialversicherungssystems – wie die AOK Bayern – nun auch gesetzlich den Auftrag mehr in die Gesunderhaltung zu investieren. Ziel dieses Gesetzbeschlusses ist es, neben Behandlung, Rehabilitation und Pflege, die Gesundheitsförderung und Prävention auf Dauer als vierte Säule der gesundheitlichen Versorgungsstruktur im deutschen Gesundheitssystem zu etablieren. Die AOK Bayern hat daraufhin das Förderprogramm „Gesunde Kommune“ ins Leben gerufen.

Warum sich Kommunen den Themen „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ annehmen sollten

Die Kommune spielt im Bereich der Gesundheitsförderung, als sog. „Lebenswelt (Setting)“ in der die Menschen große Teile ihrer Zeit verbringen, eine wesentliche Rolle.

„Städte, Gemeinden und Landkreise gestalten die Lebensbedingungen der Bürger maßgeblich mit und besitzen dadurch einen großen Einfluss auf deren Gesundheitschancen. Aufgrund ihres verfassungsmäßigen Selbstverwaltungsrechts (Art. 28 Abs. 2 Satz 1 und 2 GG) kommt ihnen für die kommunale Gesundheitsförderung eine wichtige Funktion zu. ... Da Krankheiten und ihre Risikofaktoren in der Bevölkerung sozial bedingt ungleich verteilt sind, ist gerade Menschen in sozial benachteiligter Lage bei der Gesundheitsförderung ein besonderes Augenmerk zu widmen. In der Kommune können alle Menschen mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention ohne Stigmatisierung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden.“

(Quelle: Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune, Mai 2013)

Hier setzt auch das Förderprogramm „Gesunde Kommune“ der AOK Bayern an. In „Gesunden Kommunen“ soll Gesundheit von den Bürgerinnen und Bürgern erlebt und gelebt werden. Maßgeschneiderte Angebote sollen das Wohlbefinden der Bürger stärken und auch Anstöße für einen gesundheitsbewussten Lebensstil geben.

Gesunde Kommune Kaufbeuren

Die Stadt Kaufbeuren möchte die Gesundheit ihrer Bürgerinnen und Bürger fördern und nimmt deshalb am Förderprogramm der AOK Bayern teil. Kaufbeuren folgt damit auch der Empfehlung des Deutschen Städtetages zur Zusammenarbeit mit den Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention.

Im ersten Teil des Förderprojekts „Vorbereitungsphase – Bedarfsermittlung“ sollen zunächst die Rahmenbedingungen in Kaufbeuren genauer beleuchtet werden. Die Hochschule Kempten wurde beauftragt eine Bedarfsermittlung für Kaufbeuren zu erstellen. Es werden sowohl bestehende Zahlen und Informationen zusammengetragen, als auch die Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger durch stichpunktartige Befragungen/Workshops erhoben.

Ziele des vorliegenden Berichts

Mit vorliegendem Gesundheitsbericht soll

- der Gesundheitsstatus der Zielgruppen in Kaufbeuren über Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung, systematisch dargestellt und analysiert werden
- ergänzend Ergebnisse aus anerkannten Studien in die Betrachtung der Zielgruppen einbeziehen
- Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und (Primär-)Prävention aufzeigen und
- als Informationsbasis für weitere Entscheidungs- und Handlungsschritte dienen.

Damit diese Ziele erreicht werden können ist es wichtig, bewährte Qualitätssicherungsinstrumente zu verwenden, welche die Wahrscheinlichkeit verringern, Fehler in der Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung zu begehen. Die ersten Schritte in diesem Vorhaben orientieren sich daher an dem bewährten Prozessmodell des „Gesundheitspolitischen Aktionszyklus“ (Siehe Abbildung 1).

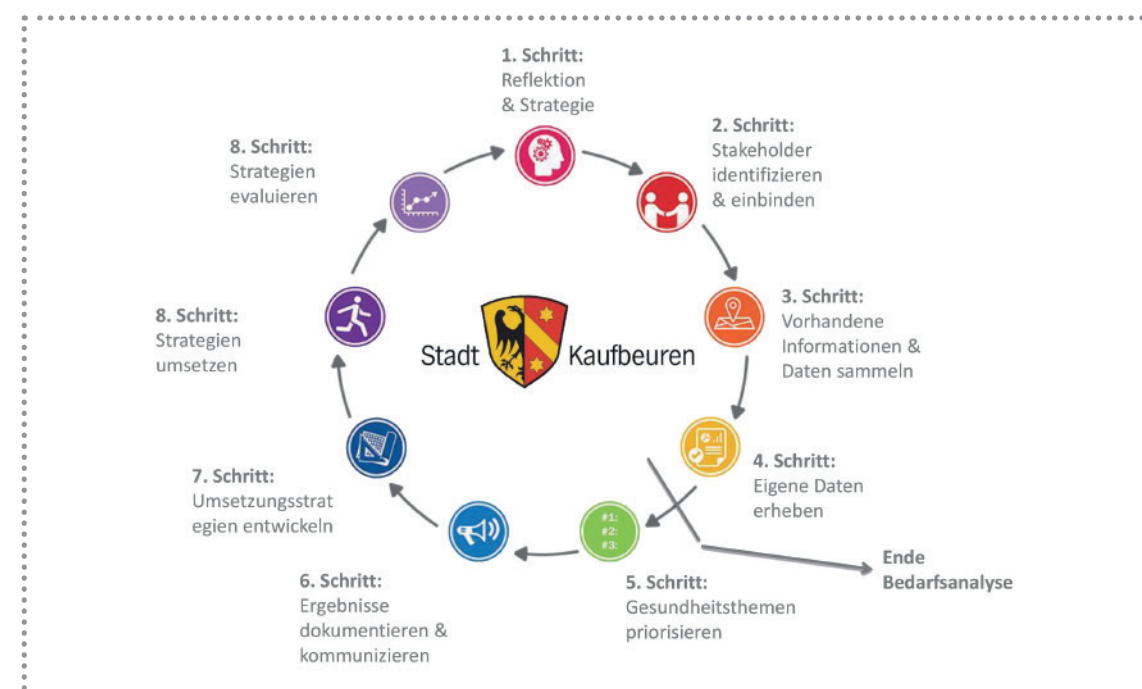


Abbildung 1: Gesundheitspolitischer Aktionszyklus zur Umsetzung von Projekten in der kommunalen Gesundheitsförderung (Kolip & Müller 2009)

Die Planungsschritte des Aktionszyklus wurden/werden wie folgt umgesetzt:

1. Schritt: Reflektion und Strategie

Das Hauptergebnis der strategischen Überlegungen, wie präventive Bedarfe und Bedürfnisse in Kaufbeuren ermittelt werden können, war ein Fragenkatalog der unter Beteiligung der kommunalen Partner bearbeitet werden sollte:

- 1 Welche Personengruppen haben den größten präventiven Handlungsbedarf?
- 2 Welche gesundheitlich relevanten Auffälligkeiten gibt es in Kaufbeuren?
- 3 Welche Möglichkeiten bestehen diesen relevanten gesundheitlichen Auffälligkeiten durch Prävention entgegenzuwirken?

2. Schritt: Wichtige kommunale Partner aktiv einbinden

Ein wesentliches Qualitätsmerkmal in der kommunalen Gesundheitsförderung ist es Entscheidungen nicht nur aus wissenschaftlicher Sicht zu treffen, sondern Stellvertreter und Betroffene aktiv mit in die Entscheidungsfindung einzubinden.

Die Ergebnisse zu den Bedarfen und Bedürfnissen im vorliegenden Bericht, basieren auf dem Verständnis der Personen, die sich am Expertenworkshop bzw. der Anbieterbefragung beteiligt haben. Ergänzend wurden Erkenntnisse der Forschung zur Lebensqualität und wissenschaftliche Studien über die jeweiligen Zielgruppen herangezogen. Aufgrund der Vielfalt der Gruppen, die sich beteiligt haben, ergab der konsultative Prozess ein differenziertes Bild der gesellschaftlichen Prioritäten der Bürgerinnen und Bürger in Kaufbeuren und der damit verbundenen Herausforderungen.

Gemeinsame Festlegung der zu betrachtenden Zielgruppen

Im Rahmen der Auftaktveranstaltung zur Teilnahme am Förderprogramm der Gesunden Kommune wurden in Kaufbeuren zusammen mit 40 Vertretern/Innen aus Politik, Bildung, Gesundheits- und Sozialwesen, Wissenschaft, Selbsthilfe, Wirtschaft und Gemein-/Vereinswesen ein gemeinsamer theoretischer Bezugsrahmen für die Analyse der Bedarfe und Bedürfnisse erarbeitet und Zielgruppen festgelegt, für die ein präventiver Handlungsbedarf ermittelt werden sollte.

Am Ende der Veranstaltung wurden die Ergebnisse aus den Diskussionsgruppen im großen Kreis vorgestellt und diskutiert. Als Ergebnis haben sich die Teilnehmer/innen darauf verständigt, präventionsbezogene Gesundheitsbedarfe für die **zwei Zielgruppen Kinder/Jugendliche und Senioren** zu ermitteln.

3. und 4. Schritt:**Kommune allgemein analysieren und eigene Daten erheben**

Hier wurden zu den zuvor ermittelten Zielgruppen zum einen Informationen und Zusammenhänge zum präventionsbezogenen Gesundheitsstatus aus vorliegenden Studien zusammengetragen. Zum anderen wurden eigene Untersuchungen durchgeführt um die präventionsbezogenen Bedarfe und Bedürfnisse zu den zwei Zielgruppen in Kaufbeuren zu ermitteln. In Kapitel B werden hierzu mehr Informationen zum methodischen Verfahren beschrieben.

5. und 6. Schritt:**Informationen aufbereiten und Ergebnisse dokumentieren und veröffentlichen**

Der vorliegende Bericht fasst die Schritte fünf und sechs zusammen und führt methodisch die Ermittlung der Bedarfe und Bedürfnisse zusammen.

7. bis 9. Schritt:**Maßnahmen planen, umsetzen und evaluieren**

Die hier aufgezeigten Handlungsmöglichkeiten dienen als Basis für weitere Entscheidungsschritte in Bezug auf Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und (Primär-) Prävention. Die bereits begonnene partizipative Strategie wird weiterverfolgt. Bei der Maßnahmenplanung, -umsetzung und -evaluierung sollen wichtige kommunale Partner und bereits bestehende Netzwerke vor Ort weiter aktiv mit eingebunden werden.

A Regionale Rahmen- bedingungen

Die Situation in Kaufbeuren ist dadurch gekennzeichnet, dass Daten aus den unterschiedlichsten Quellen vorhanden sind, sich diese aber schwer miteinander verknüpfen lassen.

Die komplexe Datenlage erforderte eine Kombination verschiedener Datenquellen und Methoden. Der vorliegende Gesundheitsbericht stützt sich auf eine Vielzahl von amtlichen und nichtamtlichen Datenquellen.

In Deutschland wird ein Großteil der Daten von der amtlichen Statistik (Statistische Ämter des Bundes und der Länder) erhoben und zur Verfügung gestellt. Für die regelmäßige Bereitstellung von Daten in kleinräumiger Gliederung (Ebene der Landkreise/kreisfreien Städte) sind grundsätzlich die Statistischen Landesämter verantwortlich.

Die Daten der amtlichen Statistik haben den Vorteil, dass diese in vergleichbarer Form für alle Kreise und kreisfreien Städte vorliegen und daher Vergleiche zwischen den Regionen sowie mit der Landes- und Bundesebene möglich sind.

A 1 Demographische Entwicklung

Die Bevölkerungssituation und die Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung, über die nachfolgend berichtet wird, sind wichtige Rahmenbedingungen welche die Gesundheitsversorgung einer Kommune maßgeblich mit beeinflussen.

Für eine bedarfsgerechte Planung sind grundlegende Daten zur Bevölkerung, wie etwa die Zahl der Einwohner/-innen, zur Altersstruktur und zum Geschlecht unverzichtbar. Angesichts des bereits einsetzenden demografischen Wandels und den damit verbundenen gesellschaftlichen Herausforderungen sind darüber hinaus auch Bevölkerungsprognosen ein besonders wichtiges Instrument, um demografische Entwicklungen und deren Bedingungen zu quantifizieren. Die sich verändernden demografischen Entwicklungen haben zur Folge, dass sich die für einen bestimmten Versorgungsbereich relevante Bevölkerungsgruppe in ihrer Anzahl verändert. Sinkende Geburtenzahlen und zunehmende Lebenserwartung lassen den Anteil der Bevölkerung über 60 Jahre weiter steigen, so dass hier von einer Veränderung in der Nachfrage von Präventionsangeboten ausgegangen werden muss. Vor diesem Hintergrund sind die folgenden Kennzahlen und Abbildungen zu verstehen.

A 1.1 Bevölkerungszahl, Bevölkerungsentwicklung und Bevölkerungsdichte

Nach den amtlichen Zahlen des Landesamtes leben zum Stichtag 31.12.2017 in der Stadt Kaufbeuren 43.475 Menschen. Davon sind 22.071 (50,8 %) weiblichen und 21.384 (49,2 %) männlichen Geschlechts. Die Entwicklung der Bevölkerungszahl im Zeitraum 2003 - 2017 kann der folgenden Abbildung 2 entnommen werden.

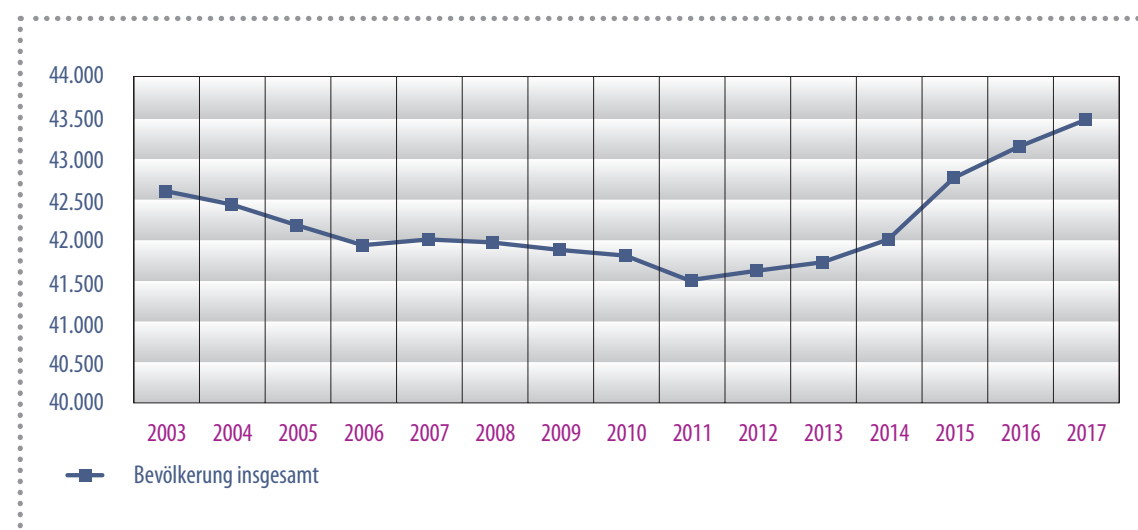


Abbildung 2: Bevölkerungszahl und Bevölkerungsentwicklung in Kaufbeuren 2003 - 2017
(Bayerisches Landesamt für Statistik, 2019)

Ein Rückblick auf die Bevölkerungsentwicklung der letzten 15 Jahre zeigt, dass von 2003 bis 2011 von einem anhaltenden Abwärtstrend gesprochen werden kann. Ein Wandel setzt ab dem Jahr 2012 ein, die Einwohnerzahlen steigen seitdem stetig an und erreichen zum Stichtag 31.12.2017 mit 43.478 Personen einen neuen Höchststand. Zu diesem Zeitpunkt leben in der Stadt Kaufbeuren 6.407 Personen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit, die Entwicklung des prozentualen Anteils an der Gesamtbevölkerung zeigt die folgende Grafik.

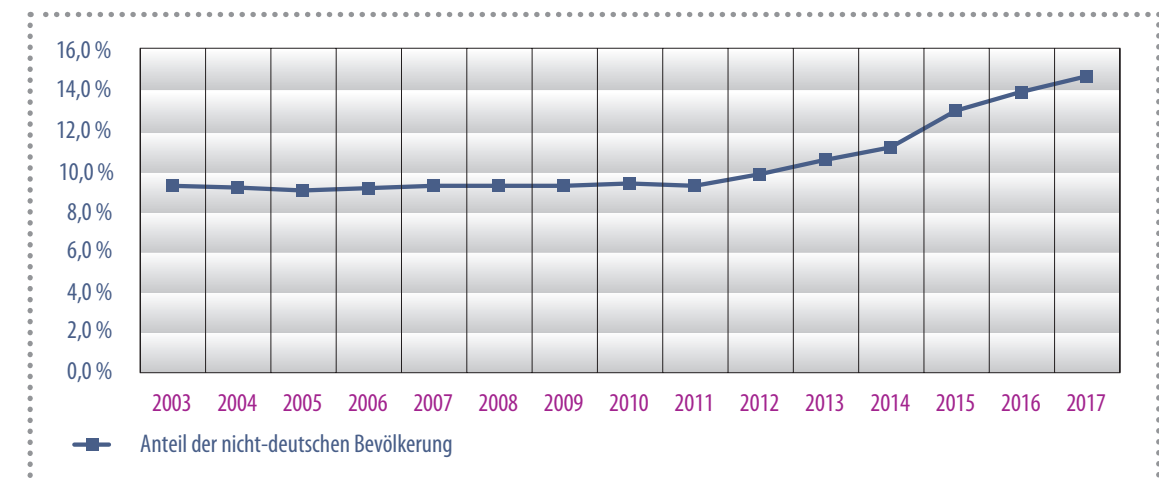


Abbildung 3: Anteil der nicht-deutschen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung 2003 - 2017
(Bayerisches Landesamt für Statistik, 2019)

Der Anteil der nicht-deutschen Bevölkerung an allen Einwohnern lag in den Jahren 2003 bis 2011 relativ schwankungsarm zwischen 9,1 % und 9,5 % und steigt seit dem Jahr 2012 stetig an. Lag der Anteil im Jahr 2012 noch bei 9,9 %, beträgt er zum Stichtag 31.12.2017 bereits 14,7 %. In absoluten Zahlen liegen die Werte zwischen 3.843 Personen im Jahr 2006 und 6.407 Personen im Jahr 2017.

Auch in Bayern und in Schwaben steigt seit dem Jahr 2013 der Anteil der nicht-deutschen Bevölkerung und liegt 2016 bayernweit bei 12,1 % und in Schwaben nicht ganz so ausgeprägt bei 11,6 %.

Die Betrachtung der Bevölkerung mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit im Vergleich zur Bevölkerung mit deutscher Staatsangehörigkeit erlaubt differenzierte Aussagen zum Gesundheitsstatus einer Bevölkerungsgruppe. Ergebnisse aus der Public Health Forschung belegen, dass Personen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit und Personen mit Migrationshintergrund hinsichtlich des Bildungserfolgs benachteiligt sind was dann dazu führt, dass diese Personen eine geringere Wahrscheinlichkeit haben einen ähnlichen sozialen Status zu erreichen wie Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit. Die soziale Lage letztendlich ist einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf den Gesundheitsstatus, da sie über Bildung und Einkommen Zugang und Nutzung des Gesundheitssystems beeinflusst.

Erwähnenswert ist an dieser Stelle auch eine Veränderung in der Geschlechterverteilung innerhalb der ausländischen Bevölkerung, im Zeitraum 2007 bis 2017 ist der Männeranteil unter der nicht-deutschen Bevölkerung von 49,5 % auf 54,2 % angestiegen. Zwischenzeitlich lag er im Jahr 2015 sogar bei 55,2 %. Betrachtet man die Gesamtbevölkerung hat dies einen Anstieg des Männeranteils von 47,6 % (2007) auf 49,2 % (2017) zur Folge. Die Geschlechterverteilung innerhalb der Bevölkerung mit deutscher Staatsangehörigkeit ist im selben Zeitraum relativ konstant geblieben. Dies kann eine Folge von Wanderungsbewegungen sein (vgl. Kapitel A 1.3 – Wanderungsbewegungen).

Bevölkerungsdichte

Der Indikator Bevölkerungsdichte gibt die mittlere Anzahl der Einwohner/innen je km² (Gebietsfläche) an. Eine hohe Bevölkerungsdichte ist einerseits tendenziell verbunden mit umweltbedingten Gesundheitsproblemen und Beeinträchtigungen der Lebensqualität. Andererseits ist die gesundheitliche Versorgungsstruktur in städtischen Gebieten meist besser als in ländlichen. Der Indikator bezieht die Einwohnerzahl (Wohnbevölkerung) der Stadt Kaufbeuren jeweils zum 31.12. eines Jahres auf die Gebietsfläche.

Die Bevölkerungsdichte in der Stadt Kaufbeuren hat im Zeitraum von 2008 bis 2017 von 1.048 auf 1086 Einwohner/innen je km² leicht zugenommen. Im Vergleich mit anderen kreisfreien Städten und Schwaben allgemein, hat Kaufbeuren die höchste Bevölkerungsdichte je km² (Abbildung 4).

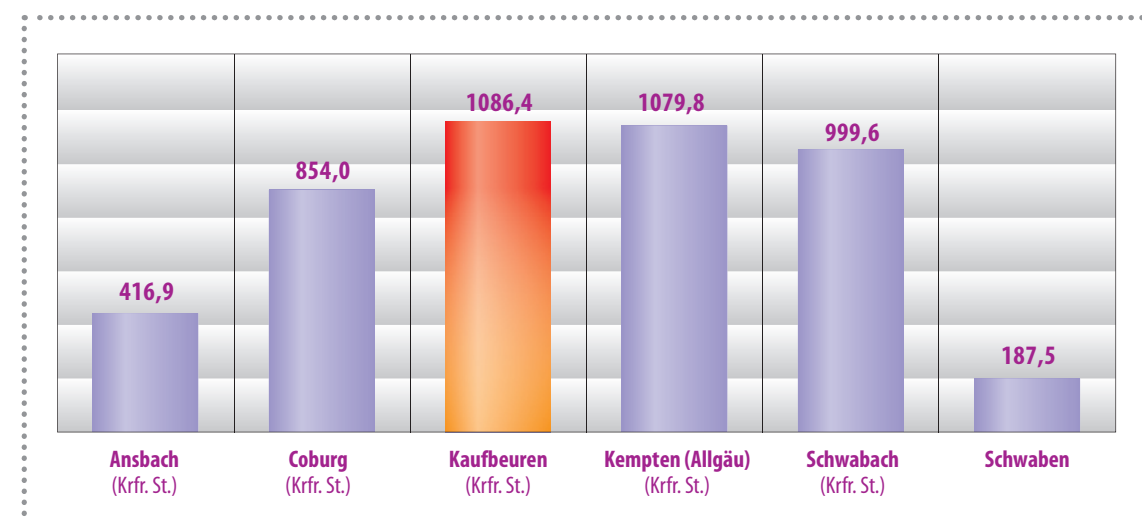


Abbildung 4: Bevölkerungsdichte im Vergleich mit anderen Regionen
(Bayerisches Landesamt für Statistik 2017)

Die Bevölkerungsdichte gibt Hinweise auf die regionalen Siedlungsstrukturen und prägen in der Regel Umfang und Qualität der medizinischen Versorgung. Oft sind Stadtgrenzen willkürlich aus historischen Entwicklungen heraus entstanden. Auch die Wohnungsbelegung, d. h. die Anzahl der Personen pro Wohnungseinheit, hat einen Einfluss auf die Bevölkerungsdichte.

A 1.2 Altersstruktur, Bevölkerungsprognose, Alten-/Jugendquotient, Lebendgeborene, Lebenserwartung bei Geburt und Sterbefälle

Ein Blick auf die Altersstruktur (Abbildung 5) gibt Auskunft über die Entwicklung von verschiedenen Altersgruppen und lässt dabei Rückschlüsse auf eine veränderte Nachfrage von Präventionsangeboten zu. So lässt die Verteilung der einzelnen Altersstufen und deren prognostische Verteilung im Jahr 2037 erkennen, welche Bevölkerungsgruppen zukünftig mehr oder weniger Präventionsangebote benötigen.

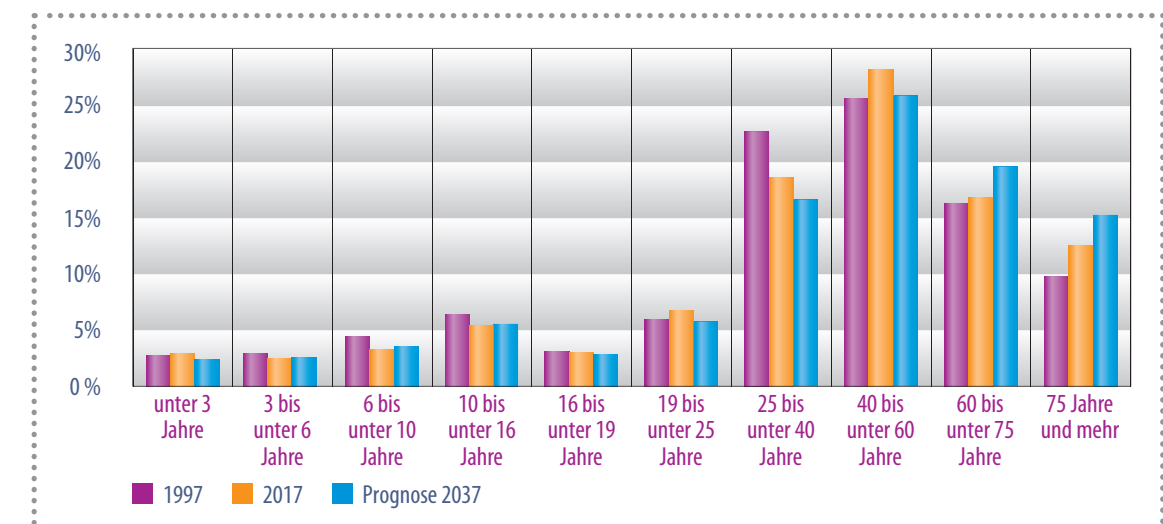


Abbildung 5: Altersstruktur und Bevölkerungsprognose in den Jahren 1997, 2017 und 2037 (in %) (Bayerisches Landesamt für Statistik. Eigene Berechnungen. Die aktuelle Prognose für das Jahr 2037 basiert zum Abfragezeitpunkt beim Bayerischen Landesamt für Statistik auf den Jahreszahlen von 2017)

Die prognostizierte Einwohnerzahl für das Jahr 2037 sieht mit 44.700 Einwohnern eine weitere Steigerung der gesamten Einwohnerschaft und prognostiziert, dass das seit dem Jahr 2012 eingesetzte Bevölkerungswachstum weiter anhält. Dies ist zunächst unabhängig von den Veränderungen zwischen den Altersgruppen.

Geht die Prognose für das Jahr 2037 in der Altersgruppe der unter 3-Jährigen noch von einem weiteren leichten Rückgang aus, so scheint der Trend zu sinkenden Anteilen in den Altersgruppen bis unter 19 Jahren gebrochen, die prognostizierenden Anteile bleiben hier im Verhältnis zum Jahr 2017 relativ stabil. In den Altersgruppen 25 bis unter 40 Jahren und

40 bis unter 60 Jahren wird dagegen von einem anteilmäßigen Rückgang ausgegangen. Die einzigen Altersgruppen, die anteilmäßig deutlich zulegen werden, sind die Einwohner, die älter als 60 Jahre sind.

Der Anteil der Bevölkerung über 60 Jahren lag im Jahr 2017 schon bei über einem Viertel (29 %) der Stadtbevölkerung. Dieser Anteil wird sich voraussichtlich bis 2037 noch weiter erhöhen und dann mit 35 % mehr als ein Drittel der Stadtbevölkerung ausmachen. Hier ist von einer Zunahme der Nachfrage bei Präventionsangeboten auszugehen, da der Anteil der potentiellen Interessenten in dieser Altersgruppe (weiter) zunimmt.

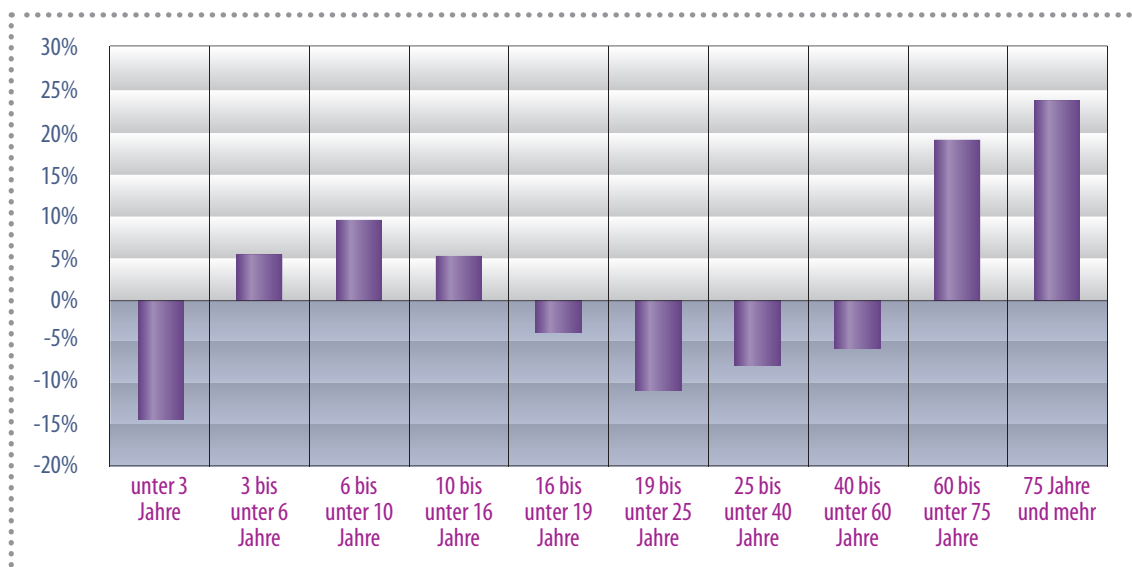


Abbildung 6: Prognose der Veränderung der Altersstruktur innerhalb der Altersgruppen zwischen 2017 und 2037 (2017 = 100%) (Bayerisches Landesamt für Statistik. Eigene Berechnungen. Die aktuelle Prognose für das Jahr 2037 basiert zum Abfragezeitpunkt beim Bayerischen Landesamt für Statistik auf den Jahreszahlen von 2017)

Eine Betrachtung der Bevölkerungsentwicklung innerhalb der jeweiligen Altersgruppen zeigt den prozentualen Rückgang der Bevölkerung in den Altersgruppen der unter 3-Jährigen und in den Altersgruppen 16 bis unter 60 Jahren. Besonders stark ausgeprägt ist die Abnahme in den Altersgruppen der unter 3-Jährigen mit 14,2 % und der 19 bis unter 25-Jährigen mit 10,7 %.

Die Bevölkerungsverluste in den mittleren Jahren (19 - 60 Jahre) werden sich auf das Arbeitskräfteangebot in der Wirtschaft auswirken. Gleichzeitig wird die Anzahl der Personen im potentiell erwerbsfähigen Alter zurückgehen. Ganz anders stellt sich die Situation für die Altersgruppen ab 60 Jahren dar. In der Altersgruppe der 60- bis unter 75-Jährigen wird eine Bevölkerungszunahme um ~ 20 % prognostiziert, sogar um fast ein Viertel für die Altersgruppe der über 75-Jährigen. Die veränderte Altersstruktur wirkt in die Betriebe hinein, da das Arbeitskräfteangebot der über 60-Jährigen weiter zunimmt.

Jugendquotient

Der Indikator Jugendquotient beschreibt das Verhältnis der jungen Bevölkerung (0 bis 20 Jahre) zur Bevölkerung im Erwerbsalter (21 bis 66 Jahre). Die Beziehung zwischen den verschiedenen Altersgruppen ist ein Charakteristikum für den Alterungsprozess einer Bevölkerung. Der Jugendquotient errechnet sich dabei aus dem Quotienten der Kinder und Jugendlichen dividiert durch Bevölkerung im Erwerbsalter (siehe Abbildung 7).

$$\text{Jugendquotient} = \frac{\text{Bevölkerung unter 20 Jahre}}{\text{Bevölkerung 21 - 66 Jahre}} * 100$$

Abbildung 7: Berechnung des Jugendquotienten

Grundlage für die Berechnung ist die Bevölkerung (Wohnbevölkerung) jeweils zum Jahresende. Bei einem Quotienten von 44 sind die Jahrgänge von 0 bis 20 im Verhältnis zu 21 - 66 im Durchschnitt gleich besetzt. Liegt der Quotient unter 44 bedeutet das, dass die nachwachsende Generation dünner besetzt ist als die derzeit erwerbsfähige Bevölkerung. Wenn dieser Schwund nicht durch Zuwanderung verringert wird nimmt das Potential der Arbeitskräfte in einer Region ab.

Der Jugendquotient ist in der Stadt Kaufbeuren von 2009 bis 2015 von 28,3 % auf 26,6 % stetig gesunken. Seit 2015 ist die Tendenz jedoch zunehmend und liegt im Jahr 2017 bei 27,1 %. Im regionalen Vergleich hat Kaufbeuren den zweithöchsten Jugendquotient (Abbildung 8).

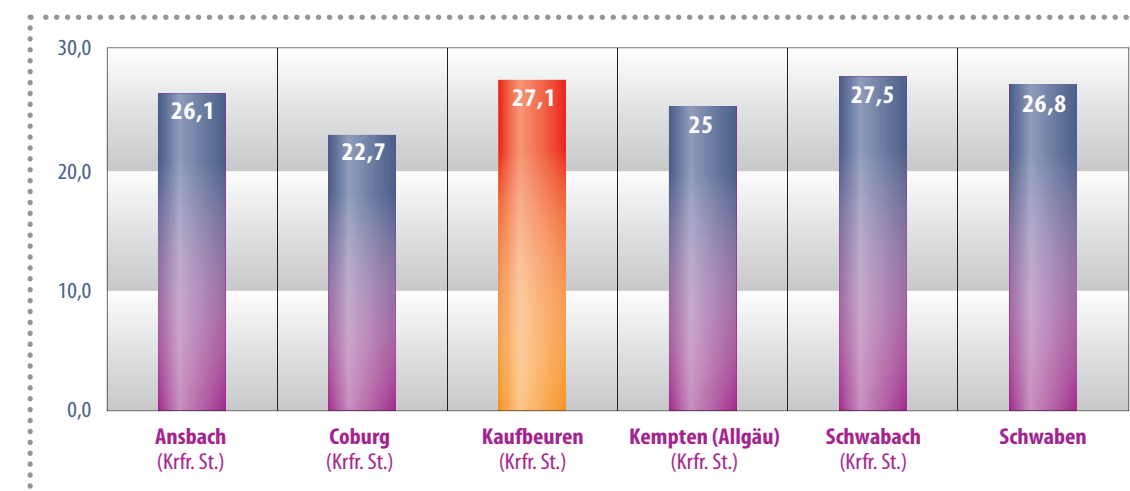


Abbildung 8: Jugendquotient im Vergleich mit anderen Regionen, 2017 (Bayerisches Landesamt für Statistik, 2018)

Dieser Quotient ist zwar nur ein relativ grobes Maß für die tatsächliche Entwicklung der Altersstruktur, er eignet sich jedoch für einen ersten Überblick über den Bevölkerungsanteil, der noch nicht bzw. nicht mehr am Erwerbsleben teilnimmt. Über die Lebensphasen hinweg verändert sich jedoch die Anfälligkeit für Krankheiten und Unfälle und somit auch der präventive Versorgungsbedarf. Veränderungen im Altersspektrum einer Region ziehen somit Veränderungen des Versorgungsbedarfs nach sich. Konkret bedeutet das, dass zukünftig eine erhöhte Nachfrage an Präventionsangeboten von Personen kommen wird, die entweder noch im Erwerbsleben stehen, oder bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind.

Altenquotient

Der Indikator Altenquotient beschreibt das Verhältnis der älteren Bevölkerung (über 67 Jahre) zur Bevölkerung im Erwerbsalter (21 bis 66 Jahre). Der Altenquotient berechnet sich dabei aus dem Quotienten der Bevölkerung über 67 Jahre dividiert durch die Bevölkerung von 21 bis 66 Jahren (Siehe Abbildung 9).

$$\text{Altenquotient} = \frac{\text{Bevölkerung 67 Jahre und älter}}{\text{Bevölkerung 21 - 66 Jahre}} \times 100$$

Abbildung 9: Berechnung des Altenquotienten

Ein hoher Altenquotient bedeutet, dass es relativ gesehen viele ältere Menschen in einer Bevölkerung gibt. 1950 zum Beispiel kamen in Deutschland 16 ältere Menschen auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter. Seither ist der Wert deutschlandweit auf 32 angestiegen. Eine Zunahme des Altenquotienten lässt sich durch zwei Faktoren erklären. Entweder die Lebenserwartung der älteren Personen nimmt zu und/oder weniger jüngere Altersgruppen kommen nach.

Der Altenquotient in Kaufbeuren ist von 2009 bis 2012 von 38 % auf 36,9 % gesunken. Seitdem ist die Tendenz wiederum steigend auf 37,8 % im Jahr 2017. Insbesondere in den Jahren 2013 und 2015 wurde in Kaufbeuren neuer Wohnraum für Seniorinnen und Senioren geschaffen. Der Anstieg könnte u. a. hierauf zurückzuführen sein. Generell ist anzumerken, dass Kaufbeuren als kreisfreie Stadt, durch die gute Versorgung an Pflegeheimen und Wohnraum für Senioren/innen Mitversorgungseffekte für das Umland leistet. Nach aktuellen Zahlen stammen rund 30 % der Bewohner/innen der Einrichtungen ursprünglich nicht aus Kaufbeuren, begründen aber in der Regel mit Einzug in die Einrichtung ihren Wohnsitz in der Stadt.

Im regionalen Vergleich (siehe Abbildung 10) zeigt sich, dass der Altenquotient in Kaufbeuren im oberen Bereich der Vergleichsstädte liegt.

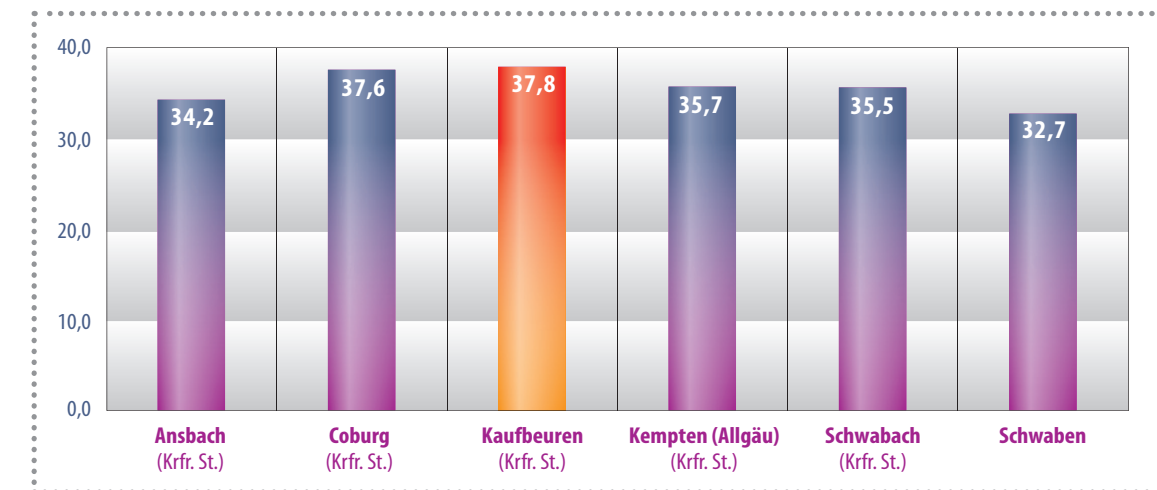


Abbildung 10: Altenquotient in Kaufbeuren im Vergleich mit anderen Regionen, 2017 (Bayerisches Landesamt für Statistik, 2018)

Bei älteren und hochbetagten Menschen sind vermehrt gesundheitliche Bedarfe zur pflegerischen Versorgung auszuweisen. Aber auch Krankheiten die in zunehmendem Alter häufiger vorkommen, wie beispielsweise Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und Neubildungen (Krebs) sind Ansatzpunkte, über die präventive Bedarfe ausgewiesen werden können. Die künftige Anzahl der zu pflegenden und stationär zu behandelnden Personen dürfte daher entscheidend von der zahlenmäßigen Entwicklung der Menschen im höheren Alter abhängen. Betrachtet man die strukturellen Veränderungen der Bevölkerung in Kaufbeuren, so zeichnet sich, dem allgemeinen demographischen Trend folgend, eine deutliche Verschiebung der Altersstruktur hin zu den höheren Altersklassen ab.

Lebendgeborene

Der Indikator Lebendgeborene beschreibt die Anzahl an Lebendgeborenen je 1.000 Frauen im Alter von 15 - 44 Jahren. Die Zahl der Lebendgeborenen gibt an, ob die jeweils aktuelle Anzahl an Geburten langfristig ausreichen würde, um die Bevölkerung zahlenmäßig auf einem gleichbleibenden Stand zu halten. Das Verhältnis der in einem Jahr lebendgeborenen Kinder zu 1.000 der 15- bis 44-jährigen Frauen (durchschnittliche weibliche Bevölkerung) ergibt die allgemeine Fruchtbarkeitsziffer (Fertilitätsrate) einer Region.

In Kaufbeuren ist die Anzahl der Lebendgeborenen je 1.000 Frauen im Zeitraum 2008 bis 2017 von 46,6 auf 60,9 gestiegen. Im regionalen Vergleich liegt Kaufbeuren damit über dem Wert von Schwaben (56,3). Auch im Vergleich mit den ausgewählten kreisfreien Städten (siehe Abbildung 11), kommen in Kaufbeuren die meisten Kinder zu Welt.

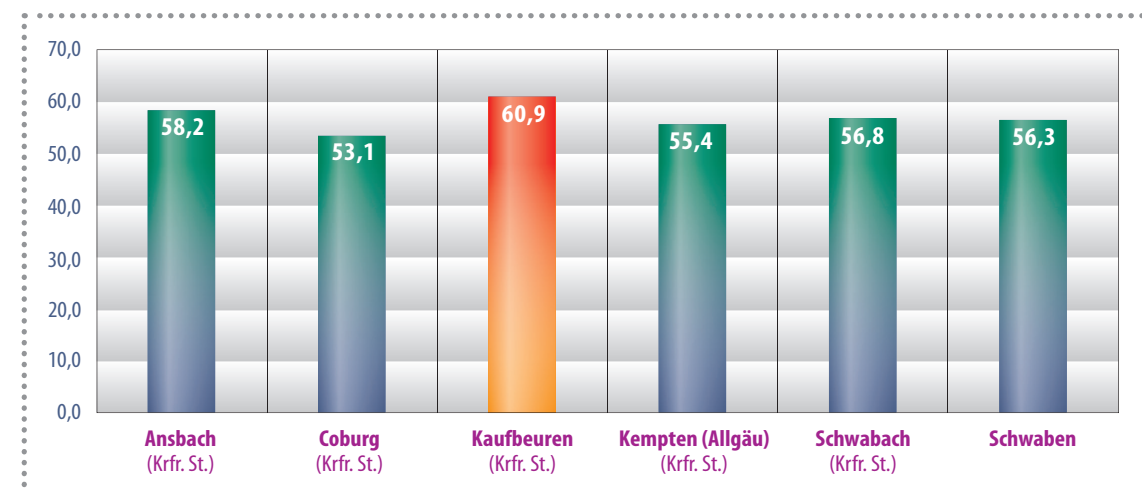


Abbildung 11: Anzahl an Lebendgeborenen je 1.000 Frauen im Alter von 15 - 44 Jahren, nach Wohnort, im regionalen Vergleich, 2017 (Bayerisches Landesamt für Statistik, 2018)

Bevölkerungsveränderungen hängen von der Geburtenhäufigkeit, der Sterblichkeit (Lebenserwartung) und von den Zu- und Abwanderungen (Migration) ab. In Bayern übersteigt die Zahl der Sterbefälle seit Jahren die Zahl der Geburten.

Sterbefälle

Der Indikator Sterbefälle beschreibt wie viel Personen je 100.000 Einwohner pro Jahr gestorben sind. Die Anzahl der Gestorbenen je 100.000 Einwohner/innen liefert einen Überblick über das Sterbegeschehen und dokumentiert bei einer weiteren Differenzierung die Ursachen der Sterblichkeit in einer Region. Die Zahl der Gestorbenen enthält nicht die Totgeborenen; auch einige besondere Gruppen unter den Todesfällen werden nicht erfasst (z. B. Gestorbene der im Bundesgebiet stationierten ausländischen Streitkräfte). Für die Registrierung der Sterbefälle ist die letzte Wohngemeinde, bei mehreren Wohnungen die Hauptwohnung des Gestorbenen maßgebend. Bewohner/innen von Pflegeeinrichtungen begründen in der Regel ihren Wohnort in der Einrichtung. Bezugsgröße ist jeweils die durchschnittliche Bevölkerung.

Die Anzahl der Gestorbenen je 100.000 Einwohner/innen hat in Kaufbeuren über den Zeitraum von 2009 bis 2015 kontinuierlich abgenommen. 2009 lag die Sterberate bei 1312,1 Personen. 2017 lag die Sterberate bei 1213,5 Verstorbenen je 100.000 Einwohner. Im regionalen Vergleich liegt Kaufbeuren zwar über dem Wert von Schwaben (1024,8) ansonsten aber im Mittelfeld.

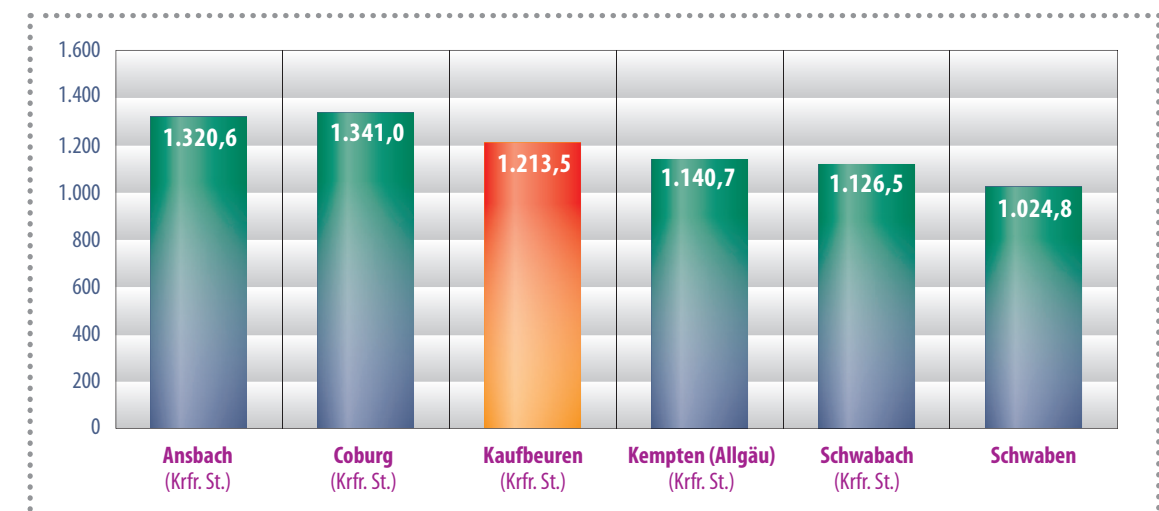


Abbildung 12: Sterbefälle je 100.000 Einwohner, nach Wohnort, im regionalen Vergleich, 2017 (Bayerisches Landesamt für Statistik, 2018)

In den letzten Jahren hat in Bayern die Anzahl der Verstorbenen je 100.000 Einwohner/innen kontinuierlich ab- und die Lebenserwartung zugenommen. Die wichtigste Ursache ist hierfür die Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen. Hinzu kommt die Entwicklung der medizinischen Versorgung. Die hier dargestellten Sterbeziffern (Gestorbene pro 100.000 Einwohner/innen) hängen vom Altersaufbau der Bevölkerung ab. Das heißt, dort, wo es mehr alte Menschen gibt, ist tendenziell auch die Anzahl der Gestorbenen höher.

Lebenserwartung bei Geburt

Der Indikator Lebenserwartung bei Geburt gibt an wie hoch die durchschnittliche Lebenserwartung eines Menschen von Geburt an ist. Aus der mittleren Lebenserwartung lassen sich allgemeine Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage, die medizinische Versorgung und den Lebensstandard einer Bevölkerung ziehen. Die Lebenserwartung entspricht der um die Alterseffekte bereinigten Sterblichkeit und eignet sich deshalb besonders für eine vergleichende Analyse von regionalen Unterschieden. Da Zufallsschwankungen auf der kommunalen Ebene nicht zu vernachlässigen sind, sind hier 3-Jahres-Mittelwerte gebildet worden. In Kaufbeuren steigt die Lebenserwartung bei Geburt seit 2006 bei beiden Geschlechtern kontinuierlich an.

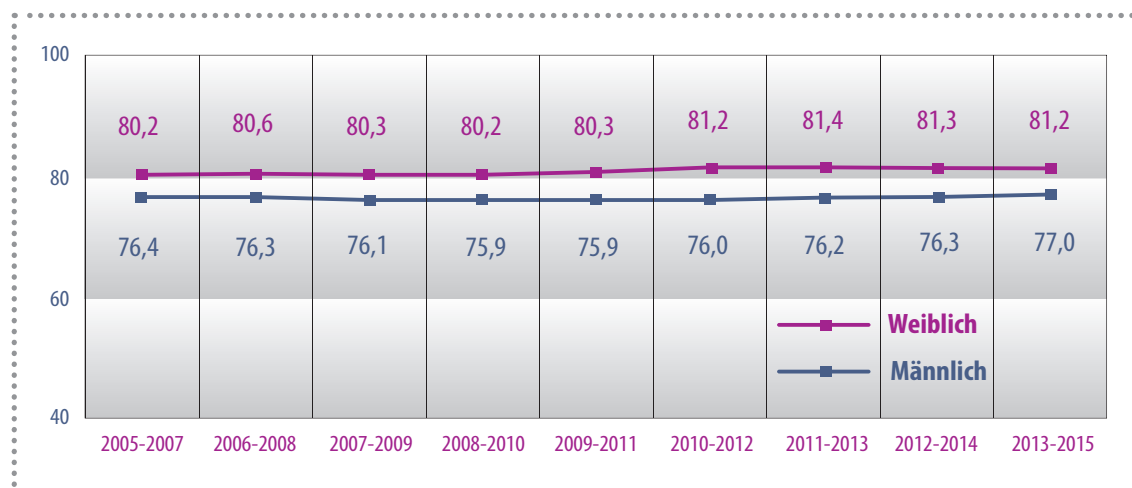


Abbildung 13: Entwicklung der Lebenserwartung von 2009 - 2015 nach Geschlecht
(Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, 2018)

Im regionalen Vergleich liegt die durchschnittliche Lebenserwartung in Kaufbeuren für die Jahre 2013 bis 2015 sowohl bei den Männern (77,0) als auch bei den Frauen (81,2) im breiten Mittelfeld.

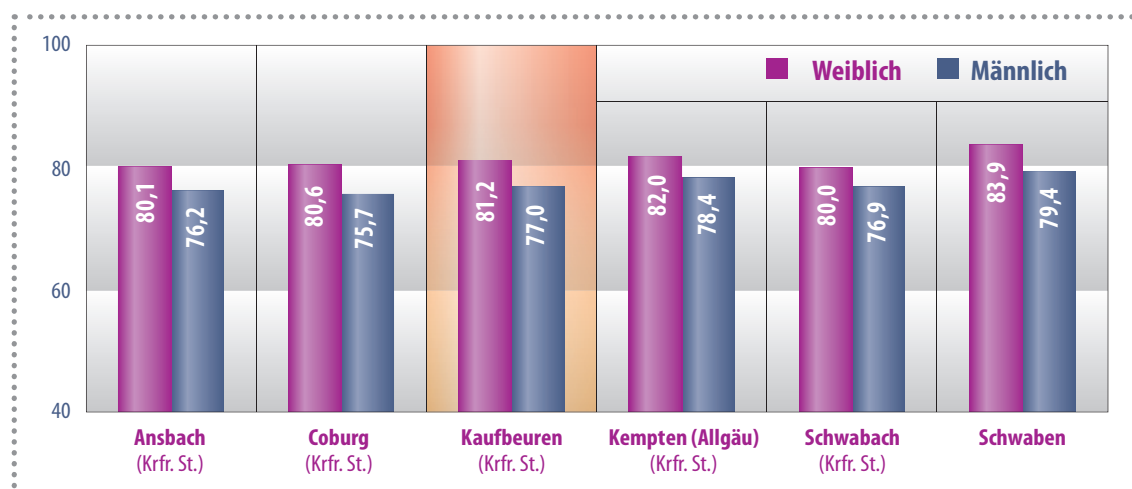


Abbildung 14: Mittlere Lebenserwartung bei Geburt in Jahren (3-Jahres-Mittelwert), nach Wohnort, 2013 - 2015 (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, 2018)

Die Lebenserwartung hat sich in Bayern im letzten Jahrhundert etwa verdoppelt und weist auch in den letzten Jahrzehnten noch einen kontinuierlichen Zugewinn von mehr als zwei Jahren pro Jahrzehnt auf. Die stetig steigende Lebenserwartung ist unter anderem auf die deutlich verringerte Säuglingssterblichkeit seit den 1970er Jahren zurückzuführen. Im höheren Alter hat die Sterblichkeit aufgrund der verbesserten gesundheitlichen Vorsorge und Gesundheitsversorgung beträchtlich abgenommen. So positiv sich die allgemeine Lebenserwartung in den letzten Jahren verbessert hat, ist es wichtig, die allgemeine Lebenserwartung differenziert nach in Gesundheit und in Krankheit verbrachten Lebensjahren zu betrachten. Der aktuelle Wirtschaftsbericht der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zeigt, dass die Zahl der zu erwartenden gesunden Lebensjahre im Alter von 67 Jahren in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern mit vergleichbarer Lebenserwartung niedriger ist. In Deutschland können gesunde Bürger mit Eintritt in das Rentenalter statistisch gesehen durchschnittlich noch sieben Jahre in Gesundheit verbringen. Der nationale Gesundheitsbericht des Robert-Koch-Instituts (2012) belegt, dass in Bayern insgesamt 32 % der Männer und 38,5 % der Frauen unter chronischen Krankheiten leiden. Nach der Kompressionsthese ist es möglich, durch eine systematisch angelegte Präventionsarbeit die Anzahl an Jahren, die in Krankheit verbracht werden zu reduzieren und die Anzahl an Jahren die in Gesundheit verbracht werden auszudehnen. Wenn mehr in Prävention investiert wird, um Bürger darin zu unterstützen gesund zu bleiben, können diese zum einen im Alter mehr qualitativ hochwertige Lebensjahre in Gesundheit verbringen. Zum anderen kann eine systematisch angelegte Präventionsarbeit allerdings auch einen kommunalwirtschaftlichen Mehrwert bilden. Denn Bürger im erwerbsfähigen Alter, die mehr Lebensjahre in Gesundheit verbringen, werden bei den in der Region ansässigen Unternehmen weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten verursachen.

A 1.3 Wanderungsbewegungen

Die Bevölkerungsentwicklung wird neben dem Verhältnis der Geburten- und Sterbefälle (natürliche Bevölkerungsentwicklung) auch durch Wanderungsbewegungen bestimmt. Wanderungsbewegungen stehen in einem Zusammenhang mit der wirtschaftlichen und strukturellen Situation einer Stadt und der sie umgebenden Region.

Definition: Unter Wanderungssaldo versteht man die Zuzüge abzüglich der Fortzüge über die Stadtgrenzen hinaus. Ist die Anzahl der Zuzüge höher als die Anzahl der Fortzüge, so spricht man von einem positiven Wanderungssaldo. Ist die Anzahl der Fortzüge höher als die Anzahl der Zuzüge, so spricht man von einem negativen Wanderungssaldo.

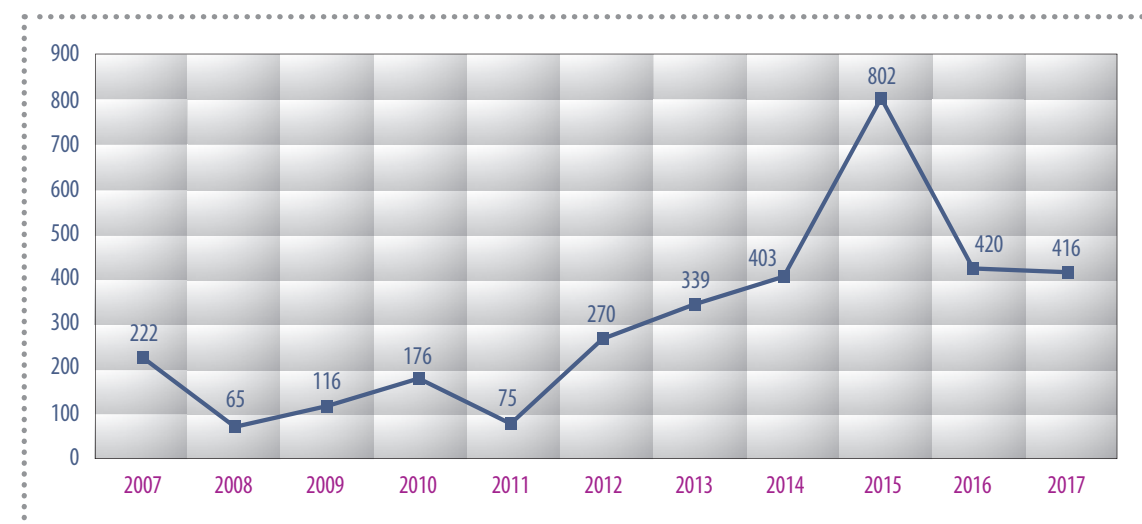


Abbildung 15: Wanderungssaldo der Stadt Kaufbeuren im Zeitraum 2007 - 2017
(Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2019)

In den Jahren 2012 bis 2015 ist die Zahl der Menschen, die nach Kaufbeuren ziehen, jedes Jahr deutlich gestiegen, erst mit dem Jahr 2016 ist erstmals wieder ein leichter Rückgang zu erkennen. Die Zuwanderung insgesamt trägt maßgeblich dazu bei, dass die Bevölkerungszahlen in der Stadt seit dem Jahr 2012 wieder steigen.

Eine Betrachtung des Wanderungssaldos nach Staatsangehörigkeit lässt erkennen, dass eine große Mehrheit der gewanderten Personen eine nicht-deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. Im Jahr 2015, dem Jahr mit dem höchsten Wanderungssaldo, haben 95 % der zugewanderten Personen keine deutsche Staatsangehörigkeit. Betrachtet man die Geschlechterverteilung der gewanderten Personen, so findet man auch den Grund für die in Kapitel A1.1 – Bevölkerungszahl und Bevölkerungsentwicklung erwähnte Verschiebung in der Geschlechterverteilung der Gesamtbevölkerung und der ausländischen Bevölkerung. In den Jahren 2009 bis 2015 sind jedes Jahr deutlich mehr Männer als Frauen nach Kaufbeuren zugewandert, jeweils zwischen 57 % und 124 %¹. Erst mit dem Jahr 2016 ändert sich dies wieder, in diesem Jahr sind nur 43 % der zugewanderten Personen männlich, 2017 sind es 41 %.

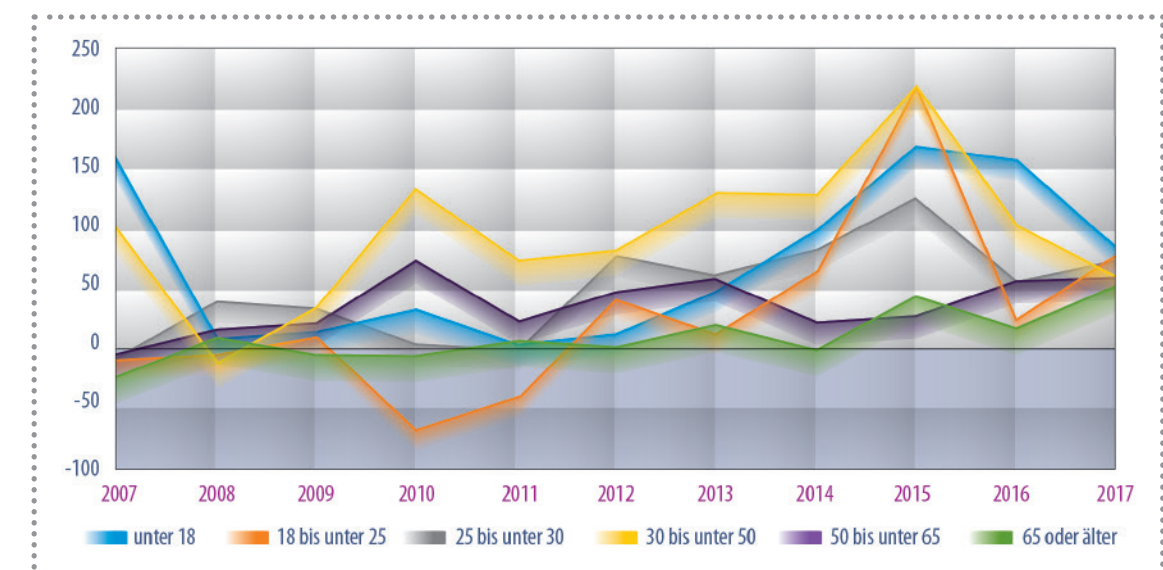


Abbildung 16: Wanderungssaldo nach Altersgruppen im Zeitraum 2006 - 2016
(Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2019)

Eine Betrachtung nach Altersgruppen des Wanderungssaldos lässt erkennen, dass die Bevölkerungsentwicklung in ausnahmslos allen Bevölkerungsgruppen eine Steigerung erfährt. Dies gilt auch für die Altersgruppen, die im letzten Betrachtungszeitraum bis 2011 noch ein durchgehend negatives Wanderungssaldo aufwiesen, wie die Gruppe der 18- bis unter 25-Jährigen.

Für die Bevölkerungsgruppe der unter 18-Jährigen ist nach jahrelangem leicht positivem Zuzug seit dem Jahr 2013 ein sprunghafter Anstieg erkennbar. Die stete Zuwanderung der unter 18-Jährigen, die in der Regel mit ihren Eltern in die Stadt ziehen, kann auf ein aus

¹ Ein Wert mehr als 100 % ergibt sich daraus, dass Frauen in diesem Jahr einen negativen Wert haben, also mehr Frauen aus der Stadt Kaufbeuren verzogen sind, als nach Kaufbeuren gezogen sind.

A large sheet of graph paper with a grid of small squares. The top-left corner has a purple header area with the word 'NOTIZEN' in white capital letters. The grid is composed of small squares, with the header area being a solid purple rectangle.

	Stich-tag	Gebiets-einheit	2013	2014	Saldo	2015	Saldo	2016	Saldo	2017	Saldo
Bevölkerung (Anzahl)	31.12.	Kaufbeuren	41.759	42.014	+	42.731	+	43.134	+	43.478	+
		Schwaben	1.806.025	1.821.271	+	1.846.020	+	1.857.991	+	1.873.368	+
		Bayern	12.604.244	12.691.568	+	12.843.514	+	12.930.751	+	12.997.204	+
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (am Wohnort) (Anzahl)	31.12.	Kaufbeuren	15.724	15.942	+	16.658	+	17.060	+	17.459	+
		Schwaben	705.293	718.729	+	736.709	+	756.447	+	777.482	+
		Bayern	4.914.415	5.017.912	+	5.160.354	+	5.290.768	+	5.423.523	+
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (am Arbeitsort) (Anzahl)	31.12.	Kaufbeuren	16.787	17.041	+	17.536	+	18.020	+	18.676	+
		Schwaben	668.591	680.929	+	698.293	+	715.052	+	723.628	+
		Bayern	4.984.066	5.091.086	+	5.235.113	+	5.374.930	+	5.518.809	+
Anteil der sozialversicherungs-pflichtig Beschäftigten (am Wohnort) an der erwerbsfähigen Bevölkerung (15- bis unter 65-Jährige) (Prozent)	31.12.	Kaufbeuren	58,8 %	59,2 %	+	60,8 %	+	61,9 %	+	63,1 %	+
		Schwaben	59,1 %	59,7 %	+	60,4 %	+	61,8 %	+	63,1 %	+
		Bayern	58,4 %	59,3 %	+	60,3 %	+	61,6 %	+	63,0 %	+
Anteil der sozialversicherungs-pflichtig Beschäftigten (am Arbeitsort) an der erwerbsfähigen Bevölkerung (15- bis unter 65-Jährige) (Prozent)	31.12.	Kaufbeuren	62,8 %	63,3 %	+	64,0 %	+	65,4 %	+	67,5 %	+
		Schwaben	56,0 %	56,6 %	+	57,2 %	+	58,4 %	+	58,8 %	+
		Bayern	59,2 %	60,2 %	+	61,2 %	+	62,6 %	+	64,1 %	+

28

Es wird deutlich, dass auf allen drei Betrachtungsebenen von einer positiven wirtschaftlichen Entwicklung gesprochen werden kann. Hinsichtlich der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen verhält sich die Stadt Kaufbeuren insgesamt betrachtet konform zu den wirtschaftlichen Entwicklungen auf der Regierungsbezirks und Landesebene.

Die Bundesagentur für Arbeit führte im August 2014 eine Revision der Beschäftigungsstatistik durch, dadurch kommt es zu Abweichungen in den Zahlen im Vergleich zum Bildungsbericht 2014. Im Rahmen dieser Revision wurde u. a. der Kreis der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten definitorisch erweitert. Die bedeutendsten neu hinzugekommenen Gruppen sind die behinderten Menschen in anerkannten Werkstätten sowie Personen, die ein freiwilliges soziales, ökologisches Jahr oder einen Bundesfreiwilligendienst leisten. Die Bundesagentur für Arbeit revidierte die Daten der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten rückwirkend bis 1999.

A 2.2 Pendlersaldo

Der Pendlersaldo ergibt sich inzwischen aus der Differenz der Anzahl der Einpendler in die Stadt Kaufbeuren und der Anzahl der aus der Stadt Kaufbeuren auspendelnden Beschäftigten. Dieser wird nicht mehr aus der Differenz zwischen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Arbeitsort und sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Wohnort gebildet. Hier fließt auch eine Berücksichtigung der Fälle „ohne Angabe“ mit ein.

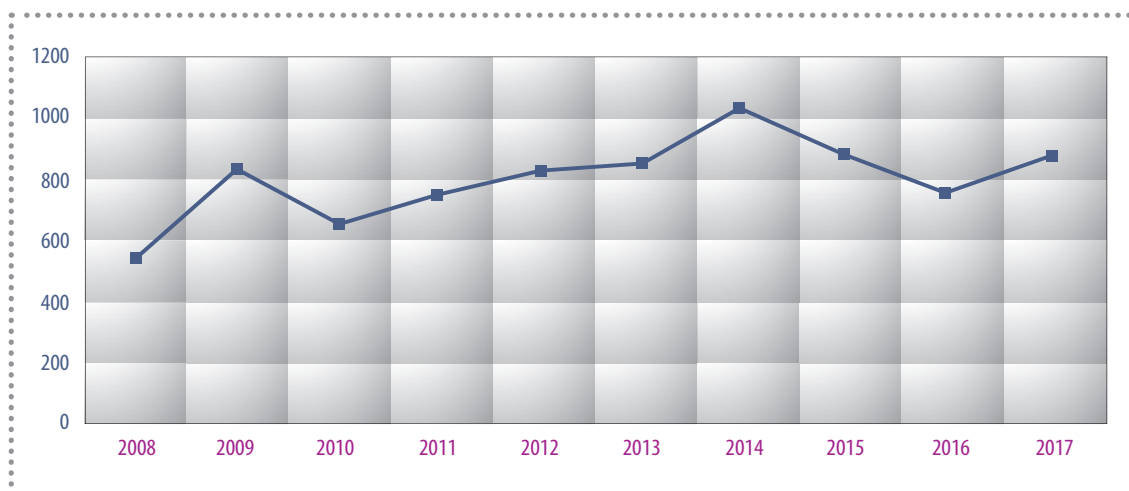


Abbildung 18: Pendlersaldo in den Jahren 2008 - 2017
(Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2019)

Der Blick auf die Pendlerquote zeigt trotz gewisser Schwankungen eine stete Zunahme bei den einpendelnden Arbeitnehmern, damit ergibt sich in den letzten 10 Jahren ein positiver Trend beim regionalen Pendlersaldo. Waren es im Jahr 2008 noch 539 mehr einpendelnde als auspendelnde Personen, so sind es im Jahr 2014 bereits 1041 Personen mehr. In den letzten 3 Jahren sind es zwischen 750 und 877 Personen. Dies spricht für eine positive Entwicklung des Arbeitsmarkts in Kaufbeuren.

A 2.3 Beschäftigtenstruktur

Die Beschäftigtenstruktur vermittelt einen Überblick über die wirtschaftliche Struktur einer Region und ermöglicht Hinweise auf die Verteilung der Arbeits- und Ausbildungsplätze.

Definition: Wirtschaftliches Handeln wird in drei Sektoren eingeteilt. Der Primäre Sektor umfasst alle Tätigkeiten in der Land- und Forstwirtschaft, im Bergbau und bei der Gewinnung von Steinen und Erden. Zum Sekundären Sektor werden alle Prozesse in der Weiterverarbeitung von gewonnen Rohstoffe gezählt, z. B. Industrie, Handwerk und Energiewirtschaft. Dem Tertiären Sektor sind alle Dienstleistungen zuzurechnen, z. B. Handel, Banken, Versicherungen und Verwaltung (vgl. Statistisches Bundesamt 2003 und 2008).

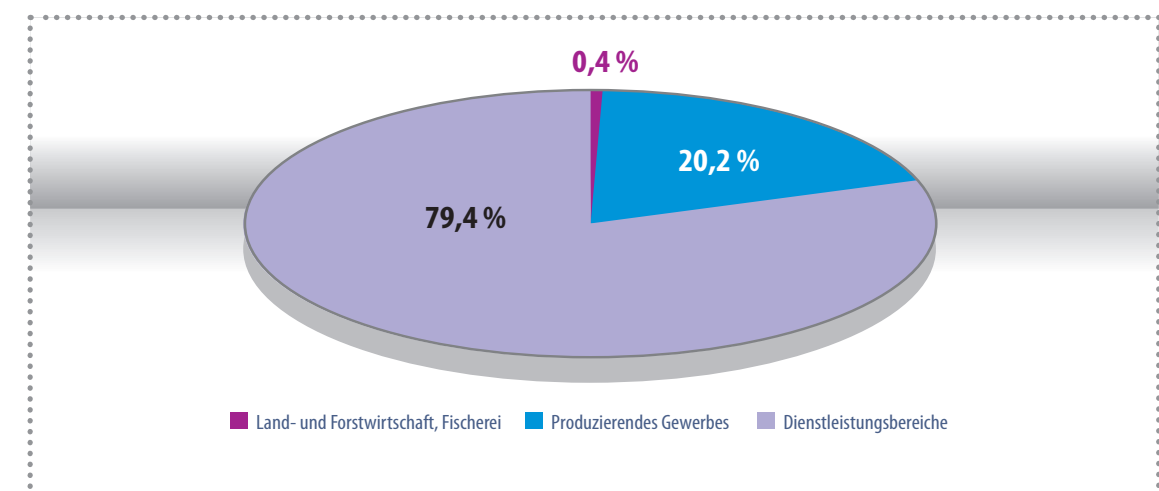


Abbildung 19: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Sektoren 2016
(Bayerisches Landesamt für Statistik, 2017)

Abbildung 19 zeigt die Verteilung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten auf die jeweiligen Wirtschaftssektoren. Auffallend ist der stark erhöhte Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Dienstleistungsbereich, schwabenweit liegt der Anteil nur bei 65,8 %. Der Sekundäre Sektor mit dem produzierenden Gewerbe ist hingegen im Vergleich mit Schwaben (31,8 %) leicht unterrepräsentiert.

B Gesund- heitsrelevante Bedarfe und Bedürfnisse in Kaufbeuren

Bevor begonnen wird Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu planen, oder gar gleich um zu setzen, sollte man sich klarmachen wo man momentan steht bzw. man sollte sich einen umfassenden Überblick über die vorliegenden Bedarfe und Bedürfnisse machen. Bedarf und Bedürfnis benennen dabei unterschiedliche Sachverhalte. Ganz allgemein ist ein Bedarf objektiv bestimmt und ein Bedürfnis erfasst subjektive Sachverhalte.

Ein Bedarf ergibt sich genauer betrachtet aus einer Beobachtung, dass gesundheitliche Werte wie zum Beispiel eine auffällige Anzahl bestimmter Erkrankungen/ Unfälle in einer Bevölkerungsgruppe auftreten.

Ein Bedürfnis im gesundheitlichen Kontext beschreibt das subjektive Verlangen oder Begehren einer Person ihren Gesundheitszustand ändern zu wollen. Die Person knüpft an Ihr Begehren jedoch gewisse Bedingungen, die erfüllt sein müssen damit sie das notwendige Verhalten initiiert um Ihren Gesundheitszustand zu ändern oder damit er/sie an einem Präventionsangebot auch gerne und regelmäßig teilnimmt (z. B. Preis, zeitlicher Aufwand, Veranstaltungsort, andere Teilnehmer/Innen, Kursleiter etc.).

Um Maßnahmen für Prävention und Gesundheitsförderung effektiv planen und umsetzen zu können ist die Einschätzung von Bedarfen und Bedürfnissen sehr wichtig. Sonst ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass angebotene Maßnahmen von den Personen für welche die Maßnahmen gedacht sind, nicht gut angenommen werden, weil sie nicht den Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechen.

Ziel des vorliegenden Berichts ist es, eine Auswahl an Themen zur kommunalen Gesundheitsförderung vorzustellen. Die hier präsentierten Ergebnisse dienen als mögliche Vorlage um die Entwicklung einer kommunalen Gesundheitsförderung in Kaufbeuren voran zu bringen.

In der ersten Förderphase der Gesunden Kommune Kaufbeuren wurden Bedarfe und Bedürfnisse, unter Berücksichtigung der vorhandenen finanziellen und personellen Ressourcen der Hochschule Kempten innerhalb des Projekts, über verschiedene Methoden ermittelt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Methoden zur Ermittlung von Bedarfen und Bedürfnisse in Kaufbeuren

		Was	Wie
Bedarf	1	Allgemeine Beschreibung der Zielgruppen aus vorliegenden Informationen	Aufbereiten von Informationen aus aktuellen Studien
	2	Allgemeines Gesundheitsprofil der Stadt Kaufbeuren	Systematische Recherche und Analyse der öffentlich zugänglichen Datenbanken (z. B. Gesundheitsatlas, Statistik Bayern)
Bedürfnisse	3	Zielgruppenspezifische Bedürfnisse aus Sicht von Experten	Expertenworkshop
	4	Zielgruppenspezifische Bedarfe aus Sicht der Anbieter von gesundheitsrelevanten Dienstleistungen	Interviews von Anbietern / Dienstleistern in Kaufbeuren

- 1) Bei der allgemeinen Beschreibung der Zielgruppe wurden Zahlen, Daten und Fakten zur Prävention aus aktuellen wissenschaftlichen Studien und Berichten zusammengetragen und auf die Zielgruppen bezogen dargestellt. Eine Herausforderung war dabei möglichst regionalspezifische Informationen zu bekommen. Dies war nicht immer möglich, so dass die Informationen hier eher als allgemeine Tendenzen und Trends zu bewerten sind.
- 2) Informationen mit einem stark regionalspezifischen Bezug konnten über die standardisierte Gesundheitsberichterstattung der Kommunen und des Landes aus öffentlichen Datenbanken, wie zum Beispiel Statistik Bayern oder dem Gesundheitsatlas, gewonnen werden. Hier wurden auf Basis einer standardisierten Berichtsschablone des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) Indikatoren mit Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung eingegrenzt und interpretiert. Über einen Regionalvergleich mit ähnlichen Kommunen in Bayern wurde dann ein allgemeines Gesundheitsprofil von Kaufbeuren entwickelt. Aus diesem Gesundheitsprofil lassen sich dann zukünftig konkrete Handlungsbedarfe für die Planung von Maßnahmen ableiten.
- 3) Eine Einschätzung zur Versorgungsstruktur von Präventionsangeboten wurde direkt über teilstandardisierte Interviews mit einer Auswahl von Dienstleistern und Anbietern (z. B. Vereine und freie Träger) erhoben.
- 4) Die subjektiven Bedürfnisse der Bürger wurden indirekt über einen sog. Expertenworkshop erhoben. Repräsentative Informationen über eine Bürgerbefragung zu bekommen war aufgrund personeller und finanzieller Ressourcen der Hochschule Kempten innerhalb des Projektzeitraums nicht möglich. Zum Expertenworkshop wurden Vertreter (z. B. von Vereinen, freien Trägern, Ämtern und Beratungsstellen) eingeladen, welche die subjektiven Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppen aus Sicht ihrer beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit wiedergeben können. Die Teilnehmer des Workshops erarbeiteten über vorformulierte Fragen verschiedene Handlungsempfehlungen die den Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechen.

B 1 Allgemeines Gesundheitsprofil/Gesundheitsindikatoren der Stadt Kaufbeuren

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung ist Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (z. B. die Gesundheitsämter, die jeweils für einen Land- oder Stadtkreis zuständig sind oder das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit). Ziel der Gesundheitsberichterstattung ist es, die gesundheitliche Lage und Versorgung der Bevölkerung in einer Region zu beschreiben und dabei nach Möglichkeit den vordringlichen Handlungsbedarf aufzuzeigen. Die ausgewiesenen Handlungsbedarfe ermöglichen einer Kommunalen Verwaltung und den Bürgerinnen und Bürgern, sich einen Überblick über den gesundheitlichen Status und die gesundheitliche Versorgung Ihrer Kommune zu verschaffen und sich auf dieser Grundlage an einer Diskussion zu regionalen Fragen der Gesundheitsversorgung zu beteiligen.

Wesentliche Themen der Gesundheitsberichterstattung sind Informationen zur Bevölkerungs- und Sozialstruktur, gesundheitlichen Risikofaktoren, Krankheiten und Gesundheitsstörungen, sowie die Nachfrage von Angeboten und Dienstleistungen im Gesundheitssystem. Die erfassten Informationen in dem vorliegenden Bericht bilden die Grundlage in Kaufbeuren weiterführende Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu planen und umzusetzen. In diesem Bericht werden ausschließlich Daten zu gesundheitlichen Risikofaktoren, Krankheiten und Gesundheitsstörungen dargestellt.

In der Regel greift die Gesundheitsberichterstattung auf regionale vorhandene Daten- und Informationsquellen zu. Gängige Informationsquellen für gesundheitliche Belange sind in Bayern neben der amtlichen Statistik, der Gesundheitsindikatorensatz des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit oder der Gesundheitsatlas Bayern.

Zur Darstellung der gesundheitlichen Bedarfe wurde hier eine standardisierte Berichtsschablone des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) verwendet. Durch die gängigen Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung kann ein grober Überblick über die Situation vor Ort erstellt werden. Die Daten zur Herleitung der Bedarfe stammen aus dem „Gesundheitsatlas Bayern“. Hier werden öffentlich zugängliche Regionaldaten in Form von Gesundheitsindikatoren zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in Bayern zur Verfügung gestellt. Aus den Gesundheitsindikatoren können dann über einen Regionalvergleich zu ähnlichen Kommunen objektiv Bedarfe abgeleitet werden.

Folgende Indikatoren wurden für einen Regionalvergleich ausgewählt (siehe Tabelle 1):

Tabelle 2: Übersicht zu gesundheitsrelevanten Indikatoren für die Stadt Kaufbeuren

1) Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner/innen	5) Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner/innen
2) Herzinfarkt: Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner/innen	6) Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene (5-Jahres Mittelwerte)
3) Schlaganfall: Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner/innen	7) Verunglückte im Straßenverkehr je 100.000 Einwohner/innen
4) Krebs-Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner/innen	8) Body Mass Index bei Schulanfängern: Anteil Adipöser (%)

Um einen Eindruck zu erhalten, wie die eigenen Indikatoren einzuordnen sind, ist es sinnvoll die Werte mit den Werten anderer Städte zu vergleichen. Da die verschiedenen Städte nie die gleichen Voraussetzungen haben (geografische Lage, Infrastruktur, Arbeitsmarkt, Art und Anzahl der Kliniken/Betten, Bevölkerung etc.) dienen die Vergleichszahlen lediglich zur groben Orientierung.

Für den Regionalvergleich in diesem Bericht wurden folgende kreisfreien Städte ausgewählt: Ansbach, Coburg, Kempten und Schwabach. Zudem werden auch informativ die schwabenweiten Werte mit angeführt. Die genannten kreisfreien Städte haben eine ähnliche Einwohnerzahl wie Kaufbeuren.

Gesundheitsindikator: Krankenhausfälle

Der Indikator Krankenhausfälle gibt an wie viel Kranke je 100.000 Einwohner/innen, vollstationär in einem Krankenhaus behandelt werden. Die Daten über stationäre Behandlungen ermöglichen eine Einschätzung, wie hoch der Anteil der stationären Versorgung am gesamten medizinischen Versorgungssystem ist und ob es im Zeitverlauf zu Veränderungen in der Häufigkeit der Neuerkrankungsrate (Morbidität) kommt. Da in der Regel nur schwerere Erkrankungen einen stationären Aufenthalt erfordern, lassen sich darüber auch Informationen über die Gesundheit der Bevölkerung ableiten. Ferner sind sie wichtige Strukturdaten für die Planung und Gestaltung der Krankenhausversorgung. Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, vollstationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden. Dabei sind Stunden- und Sterbefälle enthalten. Bezugsgröße ist die bayerische Wohnbevölkerung.

Die Entwicklung der Krankenhausfälle lässt durch den Bezug auf jeweils 100.000 Einwohner an der vollstationären Behandlungshäufigkeit des Landes einen Vergleich der Kreise, kreisfreien Städte und Regierungsbezirke in Bayern zu. Betrachtet man die Entwicklung, nahm die Anzahl der vollstationär behandelten Kranken in Kaufbeuren je 100.000 Einwohner/innen im Vergleichszeitraum zu (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Entwicklung vollstationär behandelte Kranke je 100.000 Einwohner/innen von 2011 - 2017 in Kaufbeuren (Bayerisches Landesamt für Statistik 2018)

Jahr	Anzahl vollstationär behandelter Patienten je 100.000 Einwohner/innen in Kaufbeuren
2011	25.016,1
2012	23.924,5
2013	26.604,1
2014	27.389,6
2015	27.783,7
2016	27.700,2
2017	26.951,1

Im aktuell letzten Jahr der Erhebung sank die Zahl jedoch auf 26951,1 Fälle je 100.000 Einwohner/innen. Änderungen in der Häufigkeit von Krankenhausfällen können nicht zwangsläufig auf eine Veränderung der Neuerkrankungsrate zurückgeführt werden. Sie sind auch Ausdruck von Verschiebungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungssektor und dem Pflegebereich. Ferner sollte bei der Interpretation der Fallzahlen beachtet werden, dass Personen, die innerhalb eines Jahres mehrfach in ein Krankenhaus eingewiesen wurden, auch mehrfach als Krankenhausfall zählen. Gerade in den höheren Altersklassen sind Mehrfacheinweisungen unter anderem auch aufgrund von Mehrfacherkrankungen nicht selten.

Im Vergleich zu Schwaben und anderen Vergleichsstädten hat Kaufbeuren momentan die höchste Anzahl an vollstationär behandelten Patienten (Abbildung 20).

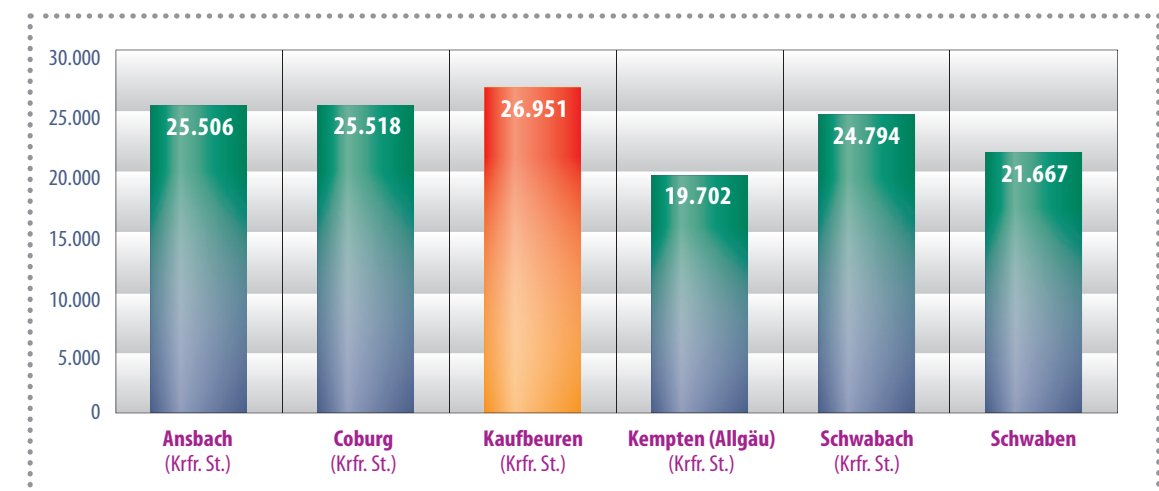


Abbildung 20: Vollstationär behandelte Kranke je 100.000 Einwohner/innen, nach Wohnort, im regionalen Vergleich, aus dem Jahr 2017 (Bayerisches Landesamt für Statistik 2018)

Die nächsten zwei Indikatoren „Krankenhausfälle nach Herzinfarkt“ und „Schlaganfall“ sind krankheitsspezifisch und haben für die Planung von Präventionsmaßnahmen eine sehr hohe Relevanz, da Präventionsmaßnahmen bei diesen beiden Krankheitsbildern eine sehr hohe Wirksamkeit haben.

Gesundheitsindikator: Krankenhausfälle nach Herzinfarkt

Der Indikator „Krankenhausfälle nach Herzinfarkt je 100.000 Einwohner/innen pro Jahr“ gibt Auskunft über die Häufigkeit dieser Erkrankung, die in den westlichen Industriestaaten zur häufigsten Todesursache gehört. Der Herzinfarkt bildet dabei bei der Entlassung des Patienten die Hauptdiagnose und beeinflusst damit maßgeblich die vollstationäre Behandlungsdauer bzw. verursacht den größten Anteil an medizinischen Leistungen. Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenom-

men, vollstationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden. Darin sind Stunden- und Sterbefälle enthalten. Bezugsgröße ist die bayerische Wohnbevölkerung.

Die Anzahl der Krankenhausfälle nach Herzinfarkt hat sich in den letzten zehn Jahren in einem Rahmen von 165 bis 207 Fällen je 100.000 Einwohner/innen pro Jahr bewegt. 2013 gab es einen Ausreißer mit 266 Fällen je 100.000 Einwohner/innen.

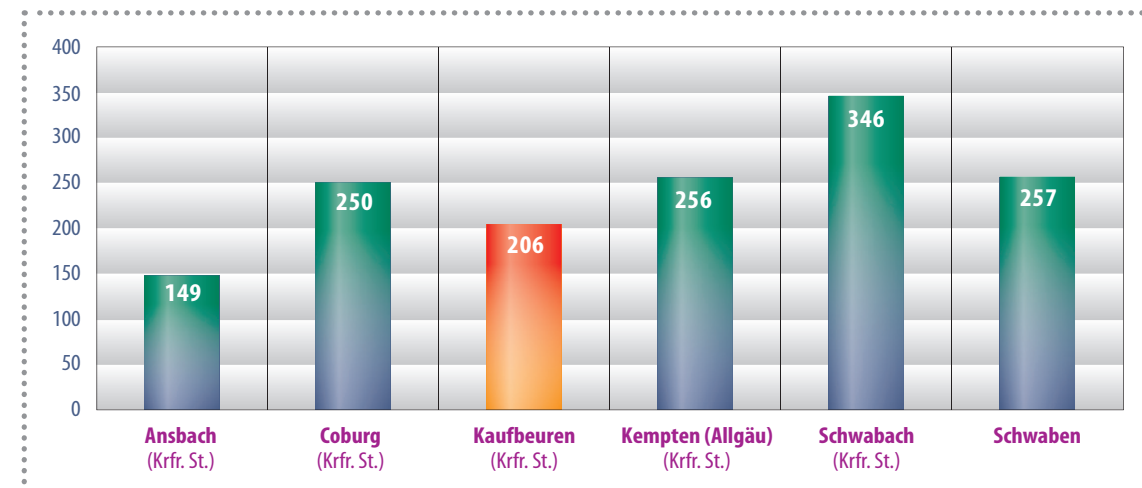


Abbildung 21: Krankenhausfälle nach Herzinfarkt (insgesamt) je 100.000 Einwohner/innen, nach Wohnort, im regionalen Vergleich, aus dem Jahr 2018 (Bayerisches Landesamt für Statistik, 2018)

Herz-Kreislauf-Krankheiten, vor allem die koronaren Herzkrankheiten, sind die häufigsten Todesursachen im Erwachsenenalter. Bei diesen Erkrankungen kommt es infolge verengter Herzkranzgefäße zu einer Mangel durchblutung des Herzens. Als akute Komplikation einer koronaren Herzkrankheit spielt der akute Myokardinfarkt (Herzinfarkt) eine vorrangige Rolle. Männer sind häufiger von einem Herzinfarkt betroffen als Frauen. Bei Männern tritt der Herzinfarkt nicht nur öfter, sondern auch wesentlich früher auf.

Die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist mittlerweile sehr gut belegt.

Gesundheitsindikator: Krankenhausfälle nach Schlaganfall

Der Indikator „Krankenhausfälle nach Schlaganfall je 100.000 Einwohner“ gibt Auskunft über die Häufigkeit dieser Erkrankung, die in Deutschland zur dritthäufigsten Todesursache gehört. Der Schlaganfall bildet bei der Entlassung des Patienten die Hauptdiagnose und beeinflusst damit maßgeblich die vollstationäre Behandlungsdauer bzw. verursacht den größten Anteil an medizinischen Leistungen. Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, vollstationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden. Stunden- und Sterbefälle sind bei den Krankenhausfällen mit enthalten. Bezugsgröße ist die bayerische Wohnbevölkerung.

Die Anzahl der Krankenhausfälle nach Schlaganfall je 100.000 Einwohner/innen zeigt im Zeitraum von 2008 bis 2016 im gesamten Verlauf starke Schwankungen. 2017 lag die Fallzahl je 100.000 Einwohner/innen bei 521,5 Fällen.

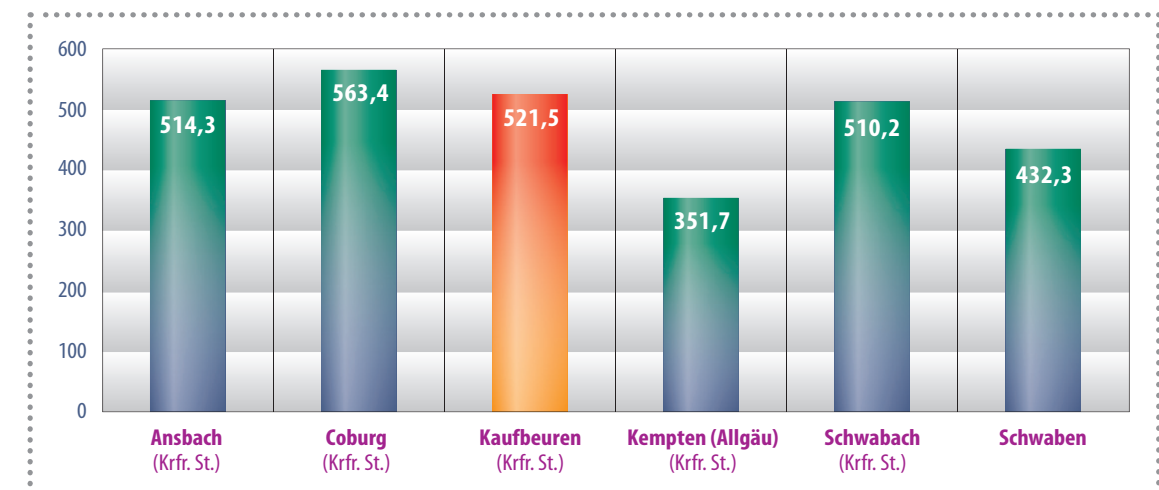


Abbildung 22: Krankenhausfälle nach Schlaganfall je 100.000 Einwohner/innen, nach Wohnort, im regionalen Vergleich, aus dem Jahr 2017 (Bayerisches Landesamt für Statistik, 2018)

Schlaganfall ist in Deutschland die dritthäufigste Todesursache und der häufigste Grund für erworbene Behinderungen im Erwachsenenalter. Selbstständigkeit und allgemeine Teilhabe sind daher durch einen Schlaganfall häufig sehr stark eingeschränkt. Die Schlaganfall-Häufigkeit steigt mit zunehmendem Lebensalter an. Die allgemeine demografische Entwicklung wird daher in den nächsten Jahrzehnten dazu führen, dass die Anzahl an Krankenhausfällen mit der Diagnose Schlaganfall zunehmen wird. Es gilt zu überlegen inwiefern dem Zuwachs dieses Indikators präventiv begegnet werden kann. Wie bei den Herz-Kreislauf-Krankheiten liegen auch hier mittlerweile sehr fundierte Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prävention von Schlaganfällen vor.

Gesundheitsindikator: Krebs-Neuerkrankungen

Der Indikator Krebs-Neuerkrankungen gibt an, wie viel bösartige Neubildungen je 100.000 Einwohner/innen pro Jahr diagnostiziert und gemeldet werden. Die Neuerkrankungsrate (Inzidenz) an bösartigen Neubildungen (Krebs) bildet eine wichtige Grundlage für die zeitliche Beurteilung des Krankheitsgeschehens in der Bevölkerung. Sie kann zur frühzeitigen Aufdeckung neuer Krebsgefahren beitragen oder Effekte von Präventions- oder Früherkennungsprogrammen bewerten. Nicht eingeschlossen ist hier der sogenannte weiße Hautkrebs, da dieser aufgrund seines meist nicht metastasierenden Verlaufs nur unzureichend gemeldet wird.

Erfreulicherweise ist in Kaufbeuren der Trend in der Krebs-Neuerkrankungsrate rückläufig. Über den Verlauf von 2010 bis 2014 hat sich die Neuerkrankungsrate von 425 Fällen je 100.000 Einwohner/innen auf 362 Fälle je 100.000 Einwohner/innen reduziert. Im Vergleich liegt Kaufbeuren im breiten Mittelfeld (Abbildung 23).

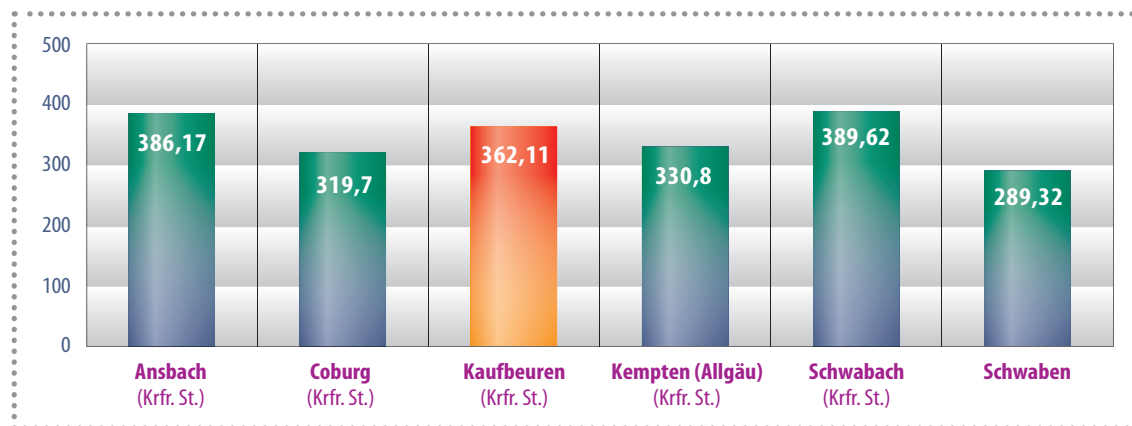


Abbildung 23: Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen je 100.000 Einwohner/innen, nach Wohnort, im regionalen Vergleich, aus dem Jahr 2014 (Bevölkerungsbezogenes Krebsregister Bayern, 2018)

Bösartige Neubildungen stellen nach den Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems die zweithäufigste Todesursache dar. Kenntnisse über die Neuerkrankungsraten sind daher wichtige Planungshilfen für eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung.

In den letzten Jahrzehnten zeichnet sich nicht nur in Bayern bei Erkrankungen bösartiger Neubildungen im Hinblick auf die Sterblichkeit ein positives Bild ab. Für Frauen ist bereits seit den 1970er Jahren, für Männer seit Ende der 1980er Jahre ein kontinuierlicher Rückgang der Sterblichkeit zu beobachten. Dieser Rückgang der Sterblichkeit bei einer gleichzeitig zunehmenden Erkrankungshäufigkeit ist im Wesentlichen auf die frühzeitigere Entdeckung und Behandlung von Krebs sowie auf therapeutische Fortschritte zurückzuführen. Neben der verbesserten Diagnostik und Therapie gibt es mittlerweile auch sehr gute Erkenntnisse

darüber, wie ein gesunder Lebensstil dazu beiträgt um Krebs präventiv vorzubeugen. Auch in der Nachsorge von Krebspatienten/innen liegen mittlerweile gute Erkenntnisse vor die belegen, wie wirksam Nachsorgemaßnahmen sind um eine Neuerkrankung zu verhindern.

Gesundheitsindikator: Pflegebedürftige

Der Indikator Pflegebedürftige gibt an wie viel Menschen pro 100.000 Einwohner/innen pflegebedürftig sind. Pflegebedürftigkeit bezeichnet hierbei einen Zustand, in dem ein Mensch dauerhaft nicht in der Lage ist, alltäglichen Aktivitäten und Verrichtungen wie zum Beispiel Einkaufen oder Körperpflege selbstständig nachzugehen. Die Anzahl der pflegebedürftigen Einwohner spiegelt somit wider, wie viele Personen aufgrund einer Krankheit oder Behinderung Hilfe zur Bewältigung der daraus resultierenden Defizite benötigen. Darüber hinaus gibt die Anzahl der pflegebedürftigen Personen Auskunft über die Nachfrage nach pflegerischer Versorgung. Als pflegebedürftig gelten hierbei alle Personen, die aufgrund der Entscheidung der Pflegekasse bzw. privater Versicherungsunternehmen eine Pflegestufe (einschließlich Härtefälle) haben. Der Bezug erfolgt auf die Wohnbevölkerung mit Stichtagsdaten zum 31.12. eines Jahres. Datengrundlage ist die seit 1999 zweijährlich durchgeführte Pflegestatistik.

Die Anzahl der Pflegebedürftigen je 100.000 Einwohner/innen hat sich in Kaufbeuren in den letzten zehn Jahren kaum verändert und schwankte immer um 2.800 Personen. Im letzten dokumentierten Erhebungsjahr 2015 wurden in Kaufbeuren 2.814 Personen je 100.000 Einwohner/innen als pflegebedürftig eingestuft. Im Vergleich zu den herangezogenen Vergleichsstädten liegt Kaufbeuren im Mittelfeld (Abbildung 24).

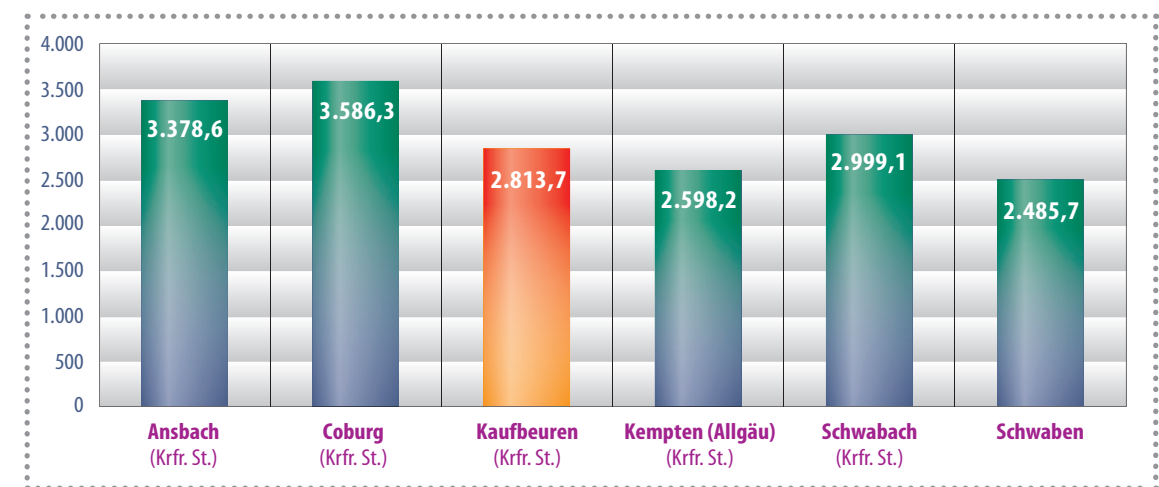


Abbildung 24: Anzahl pflegebedürftiger Menschen je 100.000 Einwohner/innen, nach Wohnort, im regionalen Vergleich, aus dem Jahr 2015 (Bayerisches Landesamt für Statistik, 2018)

Dem allgemeinen demographischen Trend folgend wird auch in Bayern die Anzahl älterer und hochbetagter Menschen zunehmen. Infolgedessen wird zukünftig damit zu rechnen sein, dass die Anzahl an pflegebedürftigen Menschen auch in Kaufbeuren zunehmen wird. In diesem Zusammenhang spielt der Anstieg der Lebenserwartung eine besondere Rolle. Entweder erhöht sich das Pflegerisiko, weil die Menschen zwar Lebensjahre hinzugewinnen, sich aber nur die Krankheits- und Pflegezeiten verlängern. Es ist aber auch möglich, dass sich die Krankheits- und Pflegejahre hinausschieben und die Menschen mit der Verlängerung der Lebenszeit relativ gesunde Jahre hinzugewinnen. Ob sich nun insgesamt das Pflegerisiko, durch die hinzugewonnenen Lebensjahre erhöht, oder erniedrigt lässt sich momentan nicht zuverlässig vorhersagen. Interventionen zur Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen können jedoch einen wertvollen Beitrag dazu leisten die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre bei älteren Menschen zu erhöhen und damit das Pflegerisiko zu senken.

Gesundheitsindikator: Säuglingssterbefälle

Die „Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene im ersten Jahr“ drückt den gesundheitlichen Standard der Bevölkerung und insbesondere die Qualität der medizinischen Versorgung aus. Neben dem Geschlecht beeinflussen auch soziale Faktoren die Säuglingssterblichkeit. Die Säuglingssterblichkeit beinhaltet lebend geborene Kinder, die nachgeburtlich verstorben sind. Totgeborene Kinder sind darin nicht eingeschlossen. Die Säuglingssterblichkeit bezieht sich auf im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1.000 Lebendgeborene. Da Zufallsschwankungen bei der Säuglingssterblichkeit auf der kommunalen Ebene wegen der geringen Raten sehr hoch sind, werden in der Gesundheitsberichterstattung 5-Jahres-Mittelwerte gebildet, um bessere Abschätzungen zu erhalten.

Die Zahl der Säuglingssterbefälle ist in Kaufbeuren in den letzten zehn Jahren stetig von 7,3 auf aktuell 0,5 gesunken (siehe Abbildung 25 und 26).

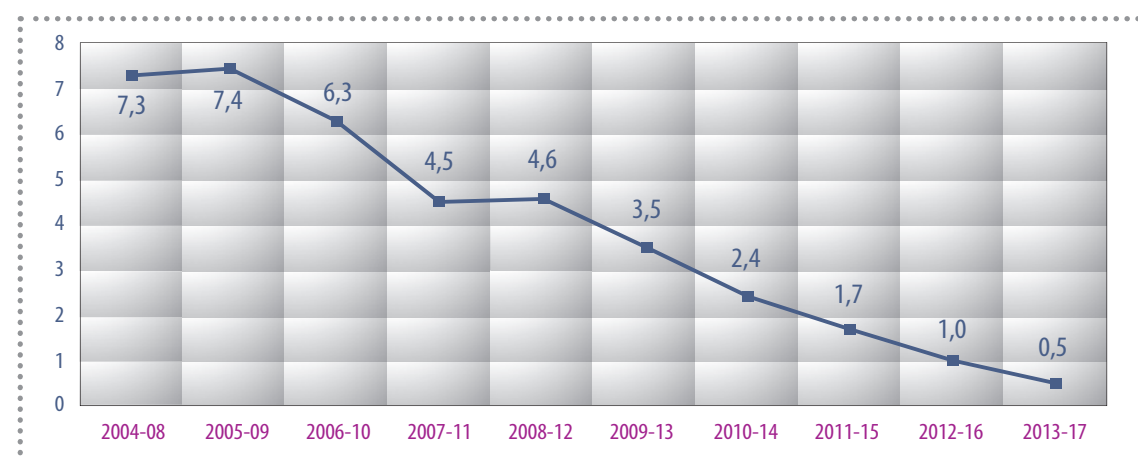


Abbildung 25: Verlauf der Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene im ersten Jahr (5-Jahres-Mittelwerte) in Kaufbeuren von 2004 - 2017 (Bayerisches Landesamt für Statistik 2018)

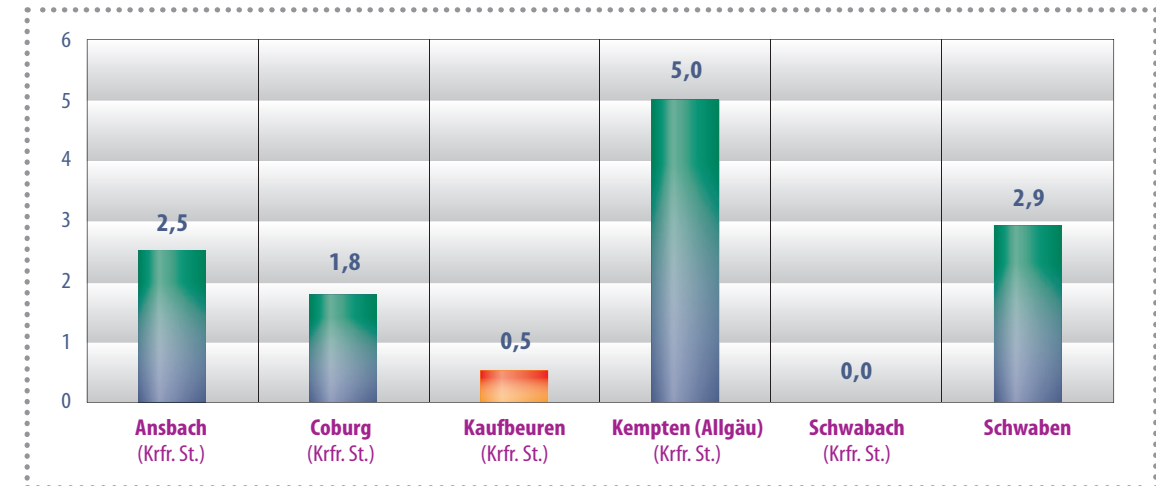


Abbildung 26: Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene im ersten Jahr (5-Jahres-Mittelwert 2013 - 2017), nach Wohnort, im Regionalvergleich (Bayerisches Landesamt für Statistik 2018)

Ein Ausbau der Präventionsarbeit und der Gesundheitsförderung könnte dabei helfen Schwangere und Mütter noch stärker in Vorsorgemaßnahmen einzubeziehen.

Gesundheitsindikator: Verunglückte im Straßenverkehr

Der Indikator Verunglückte im Straßenverkehr gibt an wie viel Personen je 100.000 Einwohner/innen im Straßenverkehr am Ereignisort verunglücken. Die Fallzahlen beinhalten jedoch auch Personen die nicht in Kaufbeuren leben. Der Indikator vermittelt Erkenntnisse über Art und Umfang der Gefährdung des Lebens und der Gesundheit der Bevölkerung durch Straßenverkehrsunfälle. Der Indikator beinhaltet Personen die im Straßenverkehr verunglückt sind und Personen, die bei Unfällen im Fahrverkehr (inkl. Eisenbahn), auf öffentlichen Wegen und Plätzen Körperschäden erlitten haben. Unfälle die sich ohne Fremdeinwirkung ereignen, zum Beispiel Sturz eines Fußgängers oder Unfälle, die sich auf Privatgrundstücken ereignen, werden nicht als Straßenverkehrsunfälle erfasst. Personen, die innerhalb von 30 Tagen an den Unfallfolgen sterben, rechnen nicht zu den Verletzten, sondern zu den Getöteten Personen.

Die Anzahl der im Straßenverkehr verunglückten Personen je 100.000 Einwohner/innen hat von 2009 - 2016 tendenziell zugenommen. 2009 verunglückten in Kaufbeuren 501 Personen je 100.000 Einwohner/innen im Straßenverkehr, 2016 waren es 559. In den Jahren dazwischen gab es immer Ausreißer nach oben. Der Höchststand wurde 2013 mit 600 Personen erreicht.

Im regionalen Vergleich verunglücken in Kaufbeuren 2016 am wenigsten Personen im Straßenverkehr (Abbildung 27). Auch bezogen auf den Wert von Schwaben schneidet Kaufbeuren im Vergleich besser ab.

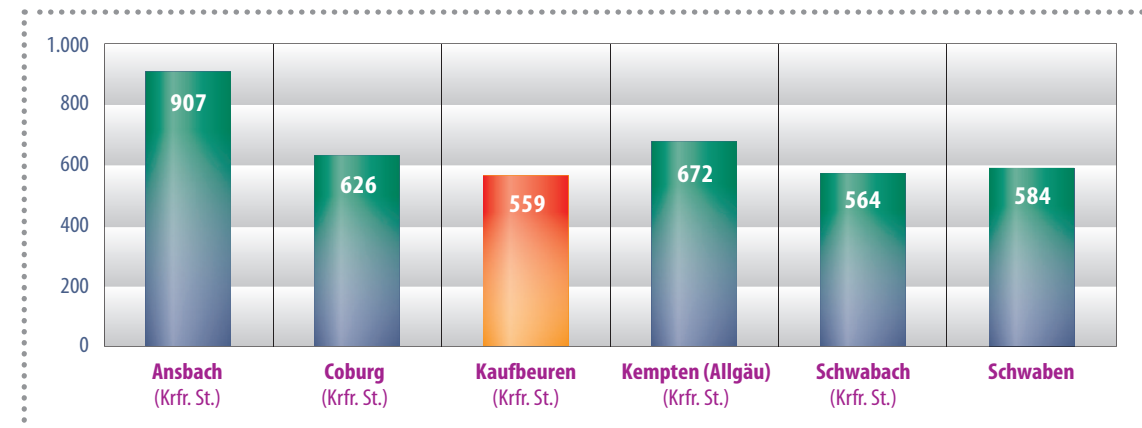


Abbildung 27: Verunglückte Personen (insgesamt) im Straßenverkehr je 100.000 Einwohner/innen, nach Ereignisort, im regionalen Vergleich, aus dem Jahr 2016 (Bayerisches Landesamt für Statistik, 2018)

Viele Verkehrsunfälle lassen sich vermeiden. So steigt das Unfallrisiko um ein Vielfaches z. B. beim Fahren unter Alkohol oder Drogen. Im Trend ist die Zahl der im Straßenverkehr in Bayern Verunglückten rückläufig. Allerdings verunglücken in Bayern im Bundesvergleich überdurchschnittlich viele Menschen im Straßenverkehr.

Die Straßenverkehrsunfallstatistik der verunglückten Personen ist nach dem Ereignisprinzip (Unfallort) einem Kreis oder einer kreisfreien Stadt zugeordnet. Es ist davon auszugehen, dass Unfälle bei Fußgängern und in eingeschränktem Umfang bei Fahrradfahrern häufiger am Wohnort passieren, dagegen können die Raten bei Berufspendlern in den Kreisen bzw. Städten systematisch gegenüber dem Umland erhöht sein. Das ist bei der Interpretation mit zu berücksichtigen.

Gesundheitsindikator: Body Mass Index (BMI) bei Schulanfängern

Besonderheit bei diesem Indikator: Die Schuleingangsuntersuchungen werden vom Gesundheitsamt Ostallgäu-Kaufbeuren durchgeführt. Da die Stadt Kaufbeuren und der Landkreis Ostallgäu ein gemeinsames Gesundheitsamt haben, erfolgt hier keine getrennte Datenerhebung. Die angegebenen Zahlen aus dem Gesundheitsatlas Bayern beziehen sich also auf Kaufbeuren und das Ostallgäu.

Der BMI kann als Indikator verwendet werden um auf eine gesundheitliche Gefährdung durch Übergewicht und Adipositas hinzuweisen. Der BMI wird berechnet, indem das Körpergewicht in Kilogramm durch die quadrierte Körpergröße in Metern dividiert. Bei Erwachsenen haben sich weltweit folgende BMI Grenzwerte durchgesetzt. Für Übergewicht ab einem BMI > 25 und Adipositas ab einem BMI > 30. Bei Kindern und Jugendlichen werden wegen alters-, entwicklungs- und geschlechtsbedingten Veränderungen der

Körpermaße keine festen Grenzwerte, wie im Erwachsenenalter angelegt, sondern alters- und geschlechtsabhängige Perzentile (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Grenzperzentile für Übergewicht und Adipositas

Übergewicht	Größer 90. Bis 97. Perzentil
Adipositas	Größer 97. Perzentil

Die Welt-Gesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet Adipositas als eines der aktuell größten, chronischen Gesundheitsprobleme. Als Folge von Adipositas kann es bereits bei Kindern und Jugendlichen zu kardiovaskulären, orthopädischen und psychischen Erkrankungen kommen. Es handelt sich dabei also nicht nur um ein „Gewichtsproblem“, sondern um eine bereits im Kindes- und Jugendalter auftretende ernstzunehmende Gesundheitsstörung, welche maßgeblich die zukünftige gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen beeinflussen kann. Da Adipositas zu den nicht übertragbaren Krankheiten zählt und verschiedene Lebensstilfaktoren zu Ihrer Entstehung beitragen, bietet es sich an umfassend mit gesundheitsfördernden Maßnahmen bei den Kindern und Jugendlichen und im engen sozialen Umfeld zu intervenieren.

Im Regionalvergleich hat Kaufbeuren/Ostallgäu mit 2,4 % nach Kempten den geringsten Anteil an adipösen Kindern (Abbildung 28).

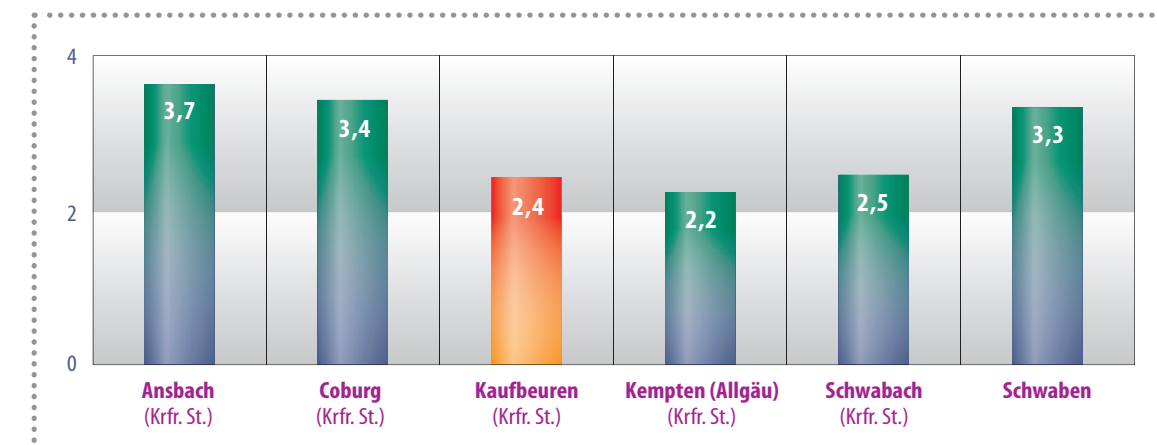


Abbildung 28: Body Mass Index bei untersuchten Schulanfängern, Anteil adipöser, Schuleingangsuntersuchung Schuljahr 2014/2015 im Regionalvergleich (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, 2018)

Der Anteil übergewichtiger Kinder schwankt seit 2007 (Abbildung 29). In den Jahren 2009 und 2012 lag der Anteil bei unter 5 %.

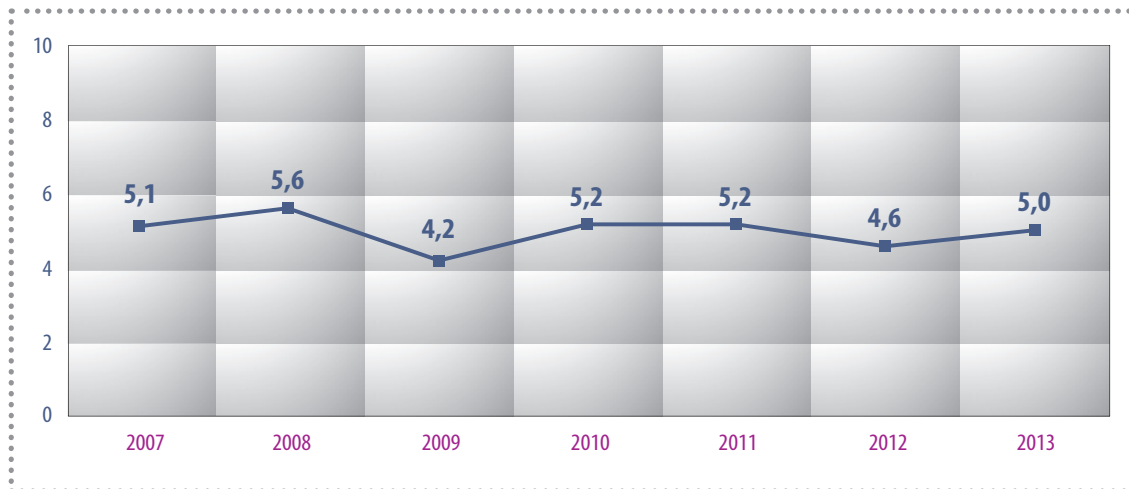


Abbildung 29: Body Mass Index bei untersuchten Schulanfängern, Anteil übergewichtiger Kinder bei Schuleingangsuntersuchung in Kaufbeuren/Ostallgäu von 2007 - 2014 in Prozent (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, 2018)

NOTIZEN

B 2 Präventive Bedarfe und Bedürfnisse für Kinder und Jugendliche

In diesem Hauptkapitel werden zunächst allgemeine Informationen aus vorliegenden Erkenntnissen zur Zielgruppe dargestellt. Im Anschluss daran werden dann die Ergebnisse aus den Interviews der befragten Anbieter und der Workshopteilnehmer berichtet.

Der Ergebnisbericht der KIGGS Studie (RKI 2018, S.19) hält zur allgemeinen Kindergesundheit fest: „In den letzten Jahrzehnten haben sich die allgemeinen Lebensbedingungen und die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland erheblich verbessert. Aus Public-Health-Sicht lässt sich dies unter anderem an einer historisch niedrigen Säuglings- und Kindersterblichkeit, einer deutlich gesunkenen Verbreitung ehemals häufiger „Kinderkrankheiten“, einer verbesserten Mund- und Zahngesundheit sowie einem hohen Niveau der gesundheitlichen Versorgung festmachen.“

Dem allgemeinen Trend der Industrienationen folgend ist auch in Deutschland bei Kindern und Jugendlichen die Anzahl an durch Infektion übertragbare Krankheiten (communicable diseases) deutlich zurückgegangen. Die Erfolge sind hier hauptsächlich dem klassischen Gesundheitsschutz zuzuschreiben, der durch Impfkampagnen die meisten Infektionskrankheiten in Deutschland mittlerweile sehr gut kontrolliert. Eine gegenläufige Entwicklung ist jedoch bei den sogenannten nicht übertragbaren Krankheiten (non-communicable diseases) zu verzeichnen. Im Kindesalter manifestieren sich zwar meistens noch keine der vier Hauptkrankheiten (Herz-Kreislauf, Krebs etc.) jedoch entscheidet diese sensible Lebensphase maßgeblich darüber, ob sich über den weiteren Lebensverlauf riskante oder gesundheitsfördernde Verhaltensweisen entwickeln (Abbildung 30).

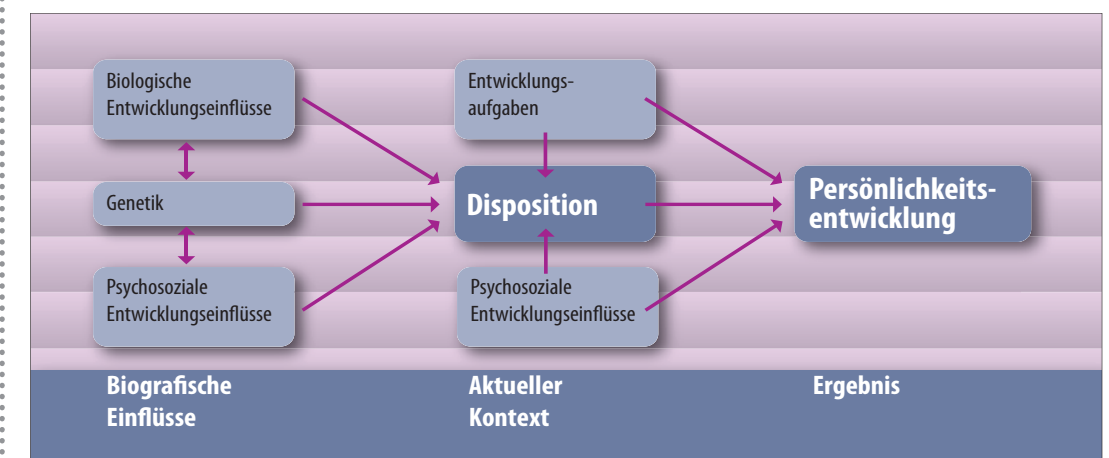


Abbildung 30: Bio-psychosoziales Modell der Persönlichkeitsentwicklung (nach Thun-Hohenstein 2005, S. 292)

Das biopsychosoziale Modell nach Thun-Hohenstein stellt diesen Zusammenhang noch einmal deutlich dar. Die Persönlichkeit eines Kindes entsteht aus einer Interaktion seines genetisch-biologischen Entwicklungspotentials mit der sozialen Umwelt in der es lebt. Risikofaktoren wie Belastungen in der Familie oder ein niedriger sozioökonomischer Status, aber auch Schutzfaktoren wie ein sicheres Bindungsverhalten, positive Schulerfahrungen oder gesundheitsfördernde Verhaltensweisen nehmen maßgeblich Einfluss. Deshalb sollten „Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bereits früh im Lebenslauf ansetzen und auch sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche erreichen“ (ebd., S. 143, Datenreport 2018)

B 2.1 Allgemeine Informationen zur Zielgruppe Kinder und Jugendliche

Informationen mit einem regionalen oder bayernweiten Bezug, die, wie bei den Senioren, einen Überblick zu gesundheitsfördernden Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen liefern, lagen zum Zeitpunkt der Recherche leider nicht vor. Einen umfassenden Überblick über den allgemeinen Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland geben vor allem zwei Studien. Die KIGGS Studie, eine Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (BZGA & RKI 2018) und die HBSC Studie (WHO 2014), eine europaweit durchgeführte Studie welche Gesundheitsverhaltensweisen von Kindern im schulfähigen Alter untersucht. Beide Studien erheben in regelmäßigen Abständen Gesundheitsdaten für Kinder und Jugendliche.

Ergebnisse aus vorliegenden Studien

Die Ergebnisse der KIGGS Studie belegen, dass in Deutschland die meisten der insgesamt 14,2 Millionen Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 - 17 Jahren einen sehr guten bis guten Gesundheitszustand haben. Ihren eigenen Gesundheitszustand (Subjektive Gesundheit) bewertet der Großteil der Kinder und Jugendlichen ebenfalls als gut.

Dennoch erreichen 1,5 Millionen Kinder und Jugendliche aus diesen Zielgruppen zum Beispiel nicht den Umfang an täglicher körperlicher Bewegung den die nationalen Leitlinien zur Bewegungsförderung empfehlen. Dabei belegen wissenschaftliche Studien, dass hohe körperliche Aktivität neben einem geringen Konsum elektronischer Medien und dem Verzicht auf Tabak einer der wesentlichen Faktoren ist um subjektive Gesundheit positiv zu beeinflussen. Kinder aus sozial benachteiligten Familien und Kinder mit Migrationshintergrund haben jedoch im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund und Kindern

mit einem höheren sozialen Status, einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand. Das Maß zur subjektiven Gesundheit dieser beiden Gruppen liegt ebenfalls signifikant unter dem bundesweiten Durchschnittswert. Daher werden Kinder aus sozial benachteiligten Familien und Kinder mit Migrationshintergrund in der Studie auch als Hauptzielgruppen für Präventionsmaßnahmen ausgewiesen.

Es wird daher empfohlen diese Zielgruppe durch *selektive Präventionsmaßnahmen* besonders zu unterstützen.

Selektiv bedeutet dabei, dass die Maßnahmen möglichst genau den Bedürfnissen der Zielgruppen entsprechen. Maßnahmen dazu sind:

- Stärkung der Kompetenzen der Eltern
- Verbreitung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils
- Vermehrte Angebote von Bewegungsräumen und -aktivitäten in unmittelbarer Umgebung der Kinder schaffen

Da die Grundlagen für die Entwicklung eines gesunden Lebensstils bereits in der Kindheit und Jugend gelegt werden empfiehlt die Studie auch verstärkt *universelle Präventionsmaßnahmen* für alle Kinder und Jugendliche sowie deren Bezugspersonen umzusetzen. Universelle Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche sollen dabei systematisch auf mehreren Ebenen gleichzeitig umgesetzt werden, um möglichst viele Personen zu erreichen (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Universelle Präventionsmaßnahmen in Mehr-Ebenen Kampagnen

Ebene 1	Gesamte Bevölkerung: • Durch massenkommunikative Maßnahmen sollen Lernprozesse für einen gesünderen Lebensstil initiiert werden • Verhältnispräventive Maßnahmen: Maßnahmen welche die Lebensumwelt der Personen gesundheitsfördernd verändert wie zum Beispiel Tabakwerbeverbot oder Lebensmittelkennzeichnung
Ebene 2	Lebenswelten in denen sich Kinder und Jugendliche aufhalten (Kindertagesstätte, Schule, Freizeiteinrichtungen, direkte Lebensumfeld) sollen gesundheitsförderlich gestaltet werden
Ebene 3	Einzelne Personen oder Gruppen wie zum Beispiel Eltern von Kindern aus sozial schwachen Familien werden mit Präventionsmaßnahmen unterstützt um gesundheitsrelevante Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erwerben

Die Studie gibt, strukturiert nach Lebens- und Entwicklungsphasen von Kindern, auch konkrete Empfehlungen für Präventionsmaßnahmen vor. Die Empfehlungen sind in Auszügen in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Empfehlungen für Präventionsmaßnahmen nach Zielgruppe und Alter (Nach Rütten, A. & Pfeifer, K., 2018)

Zielgruppe	Empfohlene Präventionsmaßnahmen
Werdende Eltern	- Motivation zur frühzeitigen und regelmäßigen Teilnahme an Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen - Vorbereitung auf Elternschaft (Grundbedürfnisse Säugling, Eltern-Kind Interaktion)
Eltern von Säuglingen / Kleinkinder bis 3 Jahre	- Verbreitung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils bei Eltern (Nichtrauchen, Umgang mit Alkohol, Ernährung, Bewegung, Stressreduktion) - Mundhygiene/ Kariesprophylaxe
Kleinkinder, Eltern und Erziehende	- Einschränkung Medienkonsum - Steigerung Früherkennungsuntersuchungen - Unfallprävention im häuslichen Umfeld
Kinder 6 - 10 Jahre, Eltern, Lehrerinnen und Lehrer, Multiplikatoren in der Freizeit	- Elternkompetenz und Lebenskompetenz von Kindern stärken - Entwicklung und Stärkung der Medienkompetenz - Weiterentwicklung der Qualität von Programmen zur Gewichtsreduktion bei Kindern - Integration von Kindern mit Migrationshintergrund in Sportvereine
Kinder 11 - 17 Jahre, Eltern, Gleichaltrigengruppen, Betreuungspersonen	- Sensibilisierung auf Hinweise von Essstörungen - Verbreitung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils bei Jugendlichen (Nichtrauchen, Umgang mit Alkohol, Ernährung, Bewegung, Stressregulation)

Da in der Gesundheitsförderung und Prävention im Vergleich zur kurativen Gesundheitsversorgung kein bestehendes Versorgungskonzept existiert, ist es wichtig, dass in den Kommunen Träger (Kita, Schulen), vermittelnde Gruppen (Sportvereine, Freizeitgruppen) und Bezugspersonen (Eltern, Erzieher, Lehrer) sich je nach Lebensphase untereinander abstimmen und vernetzen. Nur dann wird es möglich sein, Kinder und Jugendliche über die Lebensphasen hinweg mit Präventionsmaßnahmen zu erreichen. Um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen effektiv zu fördern ist es vor allem auf kommunaler Ebene wichtig, mit den Personen und Organisationen, die in direktem Kontakt mit der Zielgruppe stehen, eine gemeinsame Strategie zu entwickeln.

Als zentrale Präventionsaufgaben auf kommunaler Ebene weist die KIGGS Studie folgende Angebote aus:

- Qualitätsgesicherte Beratungs- und Unterstützungsangebote (Schwangerenberatung, Geburtsvorbereitung und -begleitung)
- Entwicklungspsychologische Beratungsstellen
- Schreiambulanzen

- Elternschulen
- Elterncafés
- aufsuchende Hebammenhilfe
- Suchtberatungsstellen
- Weiterentwicklung von Betreuungs- und Bildungseinrichtungen zu gesunden Kindertagesstätten und gesunden Schulen.

Mögliche Ansatzpunkte zur Präventionsarbeit bei Kindern und Jugendlichen

Förderung körperlicher Aktivität

Auf Grund der mittlerweile erdrückenden Evidenzlage zur gesundheitsförderlichen Wirkung körperlicher Aktivität hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) 2016 auf Grundlage aktueller Forschungsergebnisse zum ersten Mal nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung für verschiedene Zielgruppen erstellen lassen (siehe Tabelle 7). Die Empfehlungen geben an, wie viel (Umfang in Minuten) und wie intensiv (Intensität) sich Kinder und Jugendliche mindestens bewegen müssen um eine gesundheitsförderliche Wirkung zu erzielen.

Tabelle 7: Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche (Nach Rütten, A. & Pfeifer, K. 2018)

Zielgruppe	Bewegungsempfehlungen
Säuglinge und Kleinkinder (0 bis 3 Jahre)	Säuglinge sollen sich so viel wie möglich bewegen und so wenig wie möglich in ihrem natürlichen Bewegungsdrang gehindert werden; dabei ist auf sichere Umgebungsbedingungen zu achten
Kindergartenkinder (4 bis 6 Jahre)	Angeleitete und nicht angeleitete Bewegungszeit von 180 Minuten pro Tag und mehr
Grundschulkinder (6 bis 11 Jahre)	Tägliche Bewegungszeit von 90 Minuten und mehr in einer moderaten bis hohen Intensität. 60 Minuten davon können durch Alltagsaktivitäten wie z. B. 12.000 Schritte pro Tag gesammelt werden
Jugendliche (12 bis 18 Jahre)	Tägliche Bewegungszeit von 90 Minuten und mehr in einer moderaten bis hohen Intensität. 60 Minuten davon können durch Alltagsaktivitäten wie z. B. 12.000 Schritte pro Tag gesammelt werden
Spezifische Aspekte	Ab dem Grundschulalter soll je nach Entwicklungsstand an zwei bis drei Tagen pro Woche eine höher-intensive Beanspruchung der großen Muskelgruppen erfolgen Besonderheiten, Neigungen, Bedürfnisse und mögliche Barrieren sollen berücksichtigt werden Bewegungsarme Kinder und Jugendliche sollen schrittweise an das Ziel herangeführt werden
Sitzende Tätigkeiten und Nutzung von Bildschirmmedien	Vermeidbare Sitzzeiten (z. B. motorisierter Transport, unnötig im Haus verbrachte Zeiten) sollten auf ein Minimum reduziert werden.
Bildschirmmedienkonsum	Sollte generell auf ein Minimum reduziert werden Säuglinge und Kleinkinder: 0 Minuten Kindergartenkinder: so wenig wie möglich, maximal 30 Minuten pro Tag Grundschulkinder: so wenig wie möglich, maximal 60 Minuten pro Tag Jugendliche: so wenig wie möglich, maximal 120 Minuten pro Tag

Daten zum Bewegungs- und Sitzverhalten von Kindern und Jugendlichen

Die Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) ist aktuell die einzige Studie, die erfasst hat, wie viele Kinder und Jugendliche sich in Deutschland ausreichend gesundheitswirksam körperlich aktiv bewegen (siehe Abbildung 31).

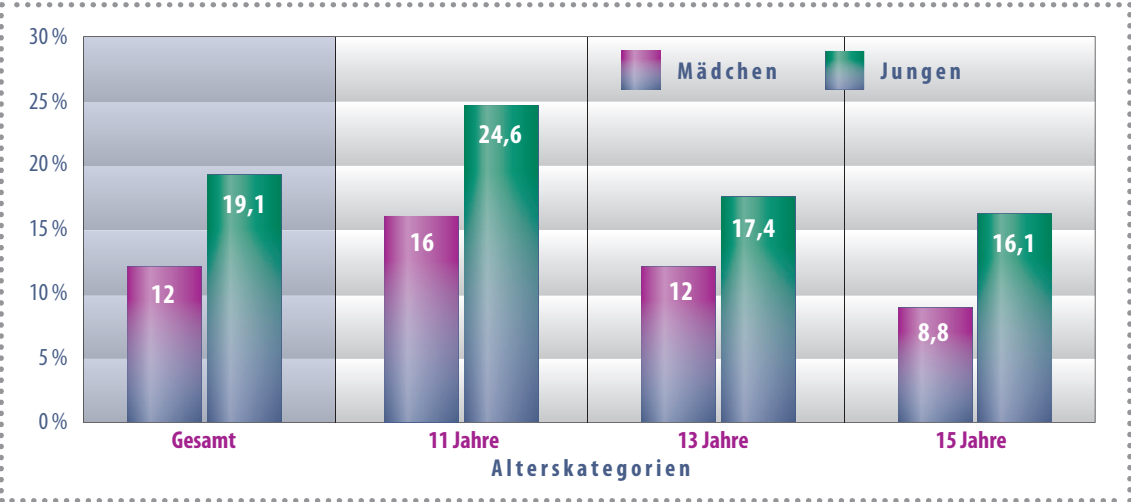


Abbildung 31: Körperliche Aktivität bei Kindern (HBSC-Studienverbund Deutschland 2015)

Die Hauptergebnisse zum Themenfeld körperliche Aktivität lassen sich wie folgt zusammenfassen:

12 % der Mädchen und 19,1 % der Jungen erfüllen die Vorgaben für eine gesundheitsförderliche körperliche Aktivität von täglich mindestens 60 Minuten moderat-intensiver körperlicher Aktivität.

Im Alter von 11 Jahren ist der Anteil der Jungen (24,6 %) und Mädchen (16 %) an moderat-intensiver körperlicher Aktivität am größten. Mit zunehmendem Alter nimmt die körperliche Aktivität bei beiden Geschlechtern ab.

Als weitere moderierende Faktoren der körperlichen Aktivität wurden Migrationshintergrund, soziale Lage und Geschlecht untersucht. Für Migrationshintergrund zeigen sich nur geringfügige Unterschiede innerhalb der Geschlechtergruppen. Soziale Lage dagegen beeinflusst Umfang und Intensität körperlicher Aktivität dagegen sehr stark. Je höher der soziale Status, desto höher das Aktivitätsniveau. Zwischen den Geschlechtern bestehen folgende Unterschiede: Jungen sind deutlich aktiver als Mädchen. Der größte Anteil an Jungen ist an 5 bis 7 Tagen pro Woche mindestens 60 Minuten moderat-intensiv körperlich aktiv. Die meisten Mädchen dagegen sind an 3 bis 4 Tagen mindestens 60 Minuten moderat-intensiv körperlich aktiv.

Huber, G. und Köppel, M. (2017) haben in einer umfangreichen Untersuchung die Sitzzeiten von 4385 Kindern und Jugendlichen zwischen 4 und 20 Jahren untersucht (Tabelle 8)

Tabelle 8: Vergleich von Sitzzeiten an Werktagen und Wochenende von Kindern und Jugendlichen (Huber & Köppel 2017)

Domäne	Mittelwert	Standardabweichung	Anteil an Gesamtwachzeit in %
Werktags			
Schlaf	9,11	1,38	-
Essen	1,26	0,60	8,5
Schule	4,86	1,24	32,6
Lernen	1,14	0,79	7,7
Wegzeit	0,56	0,61	3,8
Freizeit	1,85	1,27	12,4
Sonstige	0,93	0,97	6,2
Gesamt	10,58	2,68	71,1
Wochenende			
Schlaf	10,03	1,25	-
Essen	1,47	0,69	10,5
Lernen	1,06	0,98	7,6
Wegzeit	0,69	0,78	4,9
Freizeit	3,07	1,96	22,0
Sonstige	1,31	1,55	9,4
Gesamt	7,52	2,20	53,8

An Werktagen verbringen Kinder und Jugendliche 71,1 % der Wachzeit im Sitzen. Am Wochenende sitzen Kinder und Jugendliche 53,8 % ihrer Wachzeit. Die Sitzzeiten, die in der Schule verbracht werden, fallen dabei mit 32,6 % besonders schwer ins Gewicht. Zudem lässt sich festhalten, dass mit zunehmendem Alter die Zeit zunimmt die im Sitzen verbracht wird. Weitere signifikante Unterschiede zwischen Werk- und Wochenendtagen sind festzuhalten: Gesamtsitzzeit ist an Werktagen (10,58 h) größer als an Wochenendtagen (7,52 h). An den Wochenenden ist der Zeitaufwand für sitzende Freizeitaktivitäten dagegen größer als an Werktagen. Schüler schlafen am Wochenende länger (10,03 h) als unter der Woche (9,11 h). Für Essen nehmen sich Kinder und Jugendliche am Wochenende (1,47 h) mehr Zeit als an Werktagen (1,26 h).

Um bei Kindern und Jugendlichen die Sitzzeiten in Anlehnung an die nationalen Empfehlungen zur Bewegung und Bewegungsförderung zu reduzieren, weisen die Autoren Schule, Schulweg und Mediennutzung als primäre Handlungsfelder aus.

Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen

Die EsKiMo-Studie (Mensink, G.; Heseker, H.; Richter, A. et al 2007), ein Teilmodul der KIGGS-Studie und die HBSC Studie, haben das Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen untersucht. Relevante Ergebnisse werden hier auszugsweise berichtet. Eine umfassende Darstellung der Ernährungsempfehlungen ist hier aus Platzgründen nicht möglich. Informationen können jedoch direkt bei der Deutschen Gesellschaft für Ernährung abgerufen werden.

Die Verzehrempfehlungen von Fleisch, Fleischwaren und Wurst werden durchgehend von den meisten Kinder und Jugendlichen überschritten (Abbildung 32). Mädchen konsumieren im Vergleich zu Jungen durchgehend weniger Fleisch- und Wurstwaren. Am höchsten ist der Konsum von tierischen Lebensmitteln bei Jungen im Alter von 12 bis 17 Jahren. In diesem Altersbereich verzehren 87 % der Jungen mehr als die empfohlene Menge für diese Altersgruppe bei 200 g pro Tag liegt (Abbildung 32).

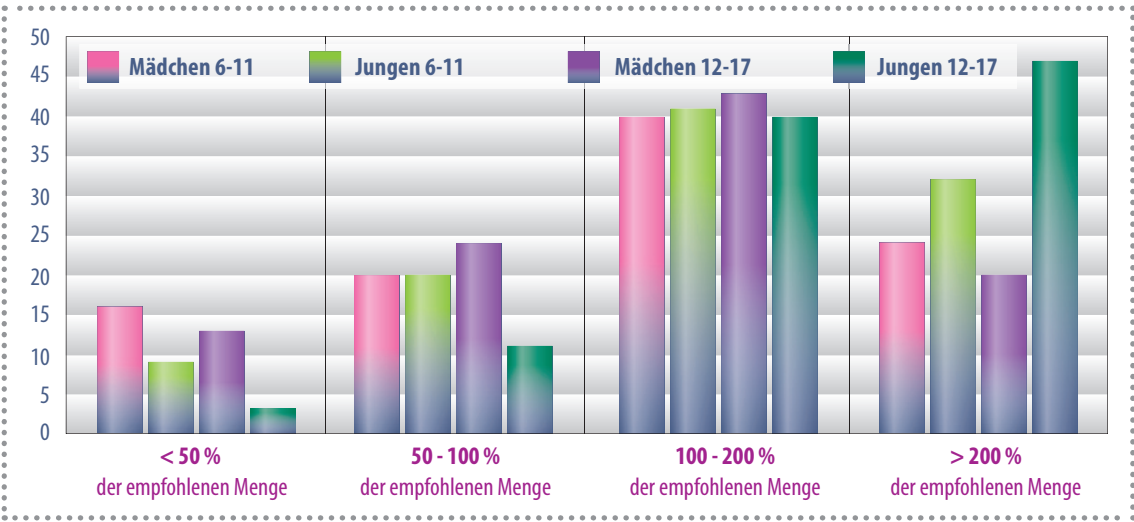


Abbildung 32: Fleisch- und Wurstverzehr bei Mädchen und Jungen (RKI 2013)

Kinder und Jugendliche konsumieren zu wenig pflanzliche Lebensmittel. Beim Verzehr von Gemüse und Obst erreichen bei den 6 bis 11jährigen 33 % der Mädchen und 27 % der Jungen die empfohlenen Mengen. Bei den 12 bis 17jährigen erreichen 47 % der Mädchen und 29 % der Jungen die Empfehlungen.

Die Empfehlungen zum Verzehr von kohlenhydratreichen Lebensmitteln (Brot, Kartoffeln, Nudeln, Reis) werden von der heranwachsenden Altersgruppe (6 bis 11 Jahre) fast überhaupt nicht erreicht. Bei den Mädchen essen gerade einmal 2 % die empfohlene Menge von ca. 350 Gramm pro Tag. Auch bei den 12 bis 17jährigen Jungen erreichen gerade einmal 10 % die empfohlene Menge von ca. 500 Gramm. Die bevorzugten Lebensmittel um Kohlenhydrate zu konsumieren sind bei Kindern und Jugendlichen hauptsächlich Brot und Kartoffeln.

Deutlich mehr als empfohlen werden Süßwaren, Knabberartikel, Cerealien und Limonade verzehrt. Viele Kinder und Jugendlichen decken wesentlich mehr als 10 % der empfohlenen Energiemenge pro Tag durch diese Lebensmittel ab.

Alkohol- und Tabakkonsum

Generell ist der Konsum von Tabak in den Industrienationen rückläufig. Trotzdem ist Rauchen immer noch die führende Ursache für eine frühzeitige Sterblichkeit. Ob Kinder und Jugendliche mit dem Rauchen beginnen hängt von mehreren Faktoren ab. Interpersonelle Faktoren wie rauchende Eltern, Geschwister oder Freunde in der peer group unterstützen die Aufnahme dieses Risikoverhaltens. Aber auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen wie Exposition gegenüber Tabakwerbung, leichte Verfügbarkeit, niedrige Preise oder gesellschaftliche Akzeptanz haben einen starken Einfluss. Insgesamt hat sich die Anzahl an Kindern und Jugendlichen die rauchen über die letzten 15 Jahre stark reduziert. Laut einer Studie der BZgA (Orth 2016) ging der Anteil der 12 bis 17jährigen Mädchen und Jungen die rauchen im Zeitraum von 2003 bis 2015 von 22,5 % auf 7,5 % zurück. Auch KIGGS Studien belegen über ihre Erhebungen der letzten 15 Jahre hinweg einen ähnlich starken Rückgang. Aktuelle Daten zum Rauchverhalten (siehe Tabelle 9) von Mädchen und Jungen zeigen, dass zwischen Mädchen und Jungen in den Altersgruppen fast kein Unterschied besteht. In der Altersgruppe 11 bis 13 rauchen allerdings fünfmal so viel mehr Jungen als Mädchen. Rauchen wird auch sehr stark durch den sozioökonomischen Status beeinflusst. Je höher der soziale Status desto weniger Kinder und Jugendliche rauchen. Bei den Jungen ist bei den aktuellen Daten jedoch ein Bruch im Verlauf zu verzeichnen.

Tabelle 9: Tabakkonsum bei Mädchen und Jungen (Zeiher, J; Starker, A.; Kuntz, B. 2018)

	Aktuelles Rauchen Täglich oder gelegentlich	Tägliches Rauchen
Mädchen (gesamt) N = 2.996	7,4 %	3,6 %
Altersgruppen		
11 - 13 Jahre	0,6	0,1
14 - 17 Jahre	11,9	5,9
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	9,2	5,8
Mittel	7,6	3,4
Hoch	4,3	1,5
Jungen (gesamt) N = 2.751	7,0	3,9
Altersgruppen		
11 - 13 Jahre	0,9	0,5
14 - 17 Jahre	11,1	6,1
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	6,7	2,7
Mittel	8,2	4,9
Hoch	3,7	1,9
Gesamt (Mädchen und Jungen)	7,2	3,7

Neben dem Rauchen gehört auch der Alkohol zu den sehr bedeutsamen Risikofaktoren die eine hohe Krankheitslast und eine frühzeitige Sterblichkeit verursachen. Nicht umsonst wurde „Verringerung des Alkoholkonsums“ als eines der dringlichsten Gesundheitsziele in den nationalen Zielvorgaben verankert. Allgemein ist fest zu stellen, dass der Alkoholkonsum bei Kindern in Jugendlichen seit 2000 fast durchgängig rückläufig ist (Richter, M.; Pförtner, T.-K.; Lampert, T. 2012). Aktuelle Daten aus der HBSC Studie (HBSC-Studienverbund

Deutschland 2015b) zeigen, dass 4,2 % der Mädchen und 8,8 % der Jungen mindestens einmal pro Woche ein alkoholisches Getränk konsumieren (siehe Abbildung 33).

	Gesamt	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
Mädchen	4,2 %	0,3 %	3,4 %	8,3 %
Jungen	8,8 %	2,0 %	4,2 %	19 %

Abbildung 33: Mädchen und Jungen die einmal pro Woche alkoholische Getränke konsumieren (HBSC-Studienverbund Deutschland 2015b)

Weitere Erkenntnisse der Studie zeigen:

- Mit zunehmendem Alter erhöht sich der Anteil der Kinder und Jugendlichen die mindestens einmal pro Woche Alkohol trinken.
- Mehr Jungen als Mädchen trinken mindestens einmal pro Woche Alkohol.
- Mädchen trinken gerne Biermixgetränke, Jungen trinken am häufigsten Bier. Andere alkoholische Getränke (Wein, Sekt, Alkopops) werden von Jungen und Mädchen gleich häufig getrunken.

Bayerische Landesgesundheitsziele

Kinder und Jugendliche sind auch als Hauptzielgruppen für Präventionsmaßnahmen in den bayerischen Landesgesundheitszielen (www.gesundheitsziele.de) festgelegt worden.

Die bayerischen Landesgesundheitsziele sind landesbezogene Vereinbarungen von verantwortlichen Akteuren im Gesundheitssystem. Das übergeordnete Ziel dieser Vereinbarungen ist es, die Gesundheit in definierten Bereichen oder für bestimmte Gruppen zu verbessern und die Strukturen zu optimieren, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben. Die vereinbarten Landesgesundheitsziele dienen dabei als Steuerungsinstrument, da sie das Handeln der einzelnen Akteure im Gesundheitssystem bündeln und auf gemeinsame Ziele ausrichten um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu optimieren.

Für Kinder und Jugendliche in Bayern wurden drei Gesundheitsziele vereinbart:

- 1 Verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol
- 2 Gesunde Ernährung und Bewegung
- 3 Rauchfrei leben

B 2.2 Besonderheiten in Kaufbeuren aus Sicht der befragten Anbieter und Workshopteilnehmer

Die Ergebnisse zu den Bedarfen und Bedürfnissen im vorliegenden Bericht, basieren auf dem Verständnis der Personen, die sich am sog. Expertenworkshop und der Anbieterbefragung beteiligt haben. Sie zeigen Meinungen und Vorschläge aus Sicht der Beteiligten auf und können als Diskussionsgrundlage für die weitere Planung von Maßnahmen herangezogen werden.

Dabei ist es wichtig, dass sowohl auf Seiten der Kommune als auch auf Seiten der Anbieter die Aussagen reflektiert und mögliche Lösungsansätze erörtert werden.

Die Befragung der Anbieter und Workshopteilnehmer ergab aufgrund der Vielfalt der Gruppen und Einzelpersonen, die sich beteiligt haben, einen differenzierten – nicht repräsentativen – Eindruck der Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger in Kaufbeuren und der damit verbundenen Herausforderungen.

B 2.2.1 Präventive Bedürfnisse für Kinder und Jugendliche aus Sicht der befragten Anbieter

Die Auslastung der Angebote und die Angebotsvielfalt über die Altersgruppen (0 bis 21 Jahre) ist für Kinder und Jugendliche zufriedenstellend. Ein zunehmendes Interesse sehen die Anbieter für Angebote wie Babyschwimmen, Yogakurse, Selbstverteidigungskurse, Eltern-Kind Sport, Bewegungsspiele sowie diverse Angebote für gesunde Ernährung.

Für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund geben die Anbieter an, dass mehr Angebote im Themenbereich Bewegung und Ernährung nachgefragt werden. Die befragten Anbieter gehen dabei davon aus, dass unter dem Gedanken der Integration ein größerer gesellschaftlicher Mehrwert entsteht, wenn die Angebote nicht Zielgruppen spezifisch sondern schicht- und herkunftsübergreifend angeboten werden.

Generell bewerteten die Anbieter die Preisstruktur der Angebote für Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien als angemessen. Eine Analyse um weitere Preisermäßigungen und Unterstützungsmöglichkeiten zu ermöglichen schließen die Anbieter jedoch nicht aus.

Vereinzelt haben die befragten Anbieter darauf hingewiesen, dass in Kaufbeuren mehr Angebote für den Themenbereich „Konsum von Suchtmitteln und neue Medien“, für Personen mit Migrationshintergrund in wohnortnahen Begegnungszentren (Eltern-/ Familientreff) mit Kinderbetreuung benötigt werden.

Die meisten Anbieter gaben an, dass sie generell mehr Ressourcen benötigen. Vor allem die finanzielle Unterstützung der Angebote wurde sehr häufig als Schlüsselressource benannt um Angebote für Kunden auf Dauer kostengünstig/-los anbieten zu können. Ein weiterer, oft genannter Aspekt, waren Räumlichkeiten um quartiersbezogene und wohnortnahe Angebote anbieten zu können.

Manche befragten Anbieter gaben an, dass Personelle Ressourcen fehlen würden um neue Angebote entwickeln zu können. Auch für bereits bestehende Angebote mangle es häufig an ausreichend qualifiziertem Personal (Trainer/innen, Übungsleiter/innen), so dass immer häufiger nicht, oder nur gering qualifizierte Übungsleiter/innen die Umsetzung der Angebote begleiten. Der Mangel an personellen Ressourcen sei mittlerweile nicht nur in der operativen Umsetzung der Angebote vorhanden, auch für verwaltungsbezogene Tätigkeiten und organisatorische Aufgaben sei es für die befragten Anbieter zunehmend schwierig qualifiziertes Personal zu finden.

Die Vermarktung der Angebote betreiben die meisten der befragten Anbieter über Printmedien wie Flyer, Zeitungsartikel, Programmhefte oder Plakate. Anbieter, die ihre Angebote aktiv bewerben, haben stets auch immer darauf verwiesen, dass Empfehlungsmarketing bzw. die sogenannte „Mundpropaganda“ eine sehr wichtige Rolle in der Vermarktung Ihrer Angebote spielt. Eine konkrete Strategie um ein Empfehlungsmarketing systematisch und nachhaltig aufzubauen verfolgt jedoch keiner der Anbieter. Digitale Medien (Newsletter, Homepage, Facebook, Instagram) zur Vermarktung der Angebote werden noch nicht durchgängig bei allen Anbietern benutzt. Die Hälfte der befragten Anbieter gab an digitale Medien regelmäßig zu nutzen um Präventionsangebote aktiv zu bewerben.

B 2.2.2 Präventive Bedürfnisse für Kinder aus Sicht der Workshopteilnehmer

Die hier aufgeführten Ansatzpunkte spiegeln aus Sicht der Workshopteilnehmer die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen zur Gesundheitsförderung in Kaufbeuren wieder. Im Rahmen der strukturierten Diskussion konnten sich die Teilnehmer auf insgesamt fünf Punkte einigen.

Informationen zu Präventionsangeboten online verfügbar machen

Um auf die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen einzugehen ist es wichtig, dass die Informationen über verfügbare Angebote leicht zugänglich sind. Der Wunsch der Workshopteilnehmer ist es, die Informationen gebündelt Online zugänglich zu machen. Da bei der Zielgruppe eine sehr große Affinität zu digitalen Kommunikationsmedien besteht, gehen die Teilnehmer davon aus, dass Präventionsangebote besser von der Zielgruppe angenommen werden, wenn sie digital kommuniziert werden. Eine digital gesammelte Aufbereitung der Präventionsangebote würde den potentiellen Teilnehmern einen sehr niederschweligen Zugang zu Präventionsangeboten ermöglichen.

Mit Blick auf die bereits dargestellten Marketingmaßnahmen der befragten Anbieter in Kaufbeuren, besteht hier Verbesserungspotential. Viele von ihnen vermarkten ihre Maßnahmen hauptsächlich noch mit Printmedien und nur die Hälfte verwendet digitale Medien.

Spaß an gesundheitsfördernden Veranstaltungen

Grundsätzlich gehen die Workshopteilnehmer davon aus, dass es für die Zielgruppe ein Bedürfnis sei mit Spaß ihre Aufgaben und Situationen zu meistern. Kinder hätten selbst nicht das grundlegende Bedürfnis an präventiven und gesundheitsfördernden Veranstaltungen teilzunehmen. Deshalb sei es umso wichtiger, dass ihre Eltern (gesetzlichen Vertreter) individuelle Fördermaßnahmen für das Kind recherchieren und in die Wege leiten.

Damit eine hohe Teilnahmequote erreicht werden könne, sei es wichtig den für das Kind zentralen Faktor Spaß nicht außer Acht zu lassen. Wenn es gezwungen wird oder sich unwohl fühlt, sei die Nachhaltigkeit des jeweiligen Angebotes aus Sicht der Workshopteilnehmer nicht von Dauer.

Individuelle Bewegungsangebote ausbauen

Die Workshopteilnehmer waren sich eins darüber, dass es wichtig sei die Angebote im Themenbereich Bewegung weiter zu differenzieren um mehr den individuellen Bedürfnissen der Zielgruppe zu entsprechen. Es wurde vorgeschlagen ergänzend zu den bestehenden sportartspezifischen Angeboten (Fußball, Handball etc.) mehr sportartübergreifende und integrierende Bewegungsangebote zu entwickeln und anzubieten, wie zum Beispiel eine Ballschule. Hier können ohne Leistungsorientierung bewegungsbezogene Kompetenzen und Erfolgserlebnisse vermittelt werden.

Orientierung an Vorbildern und Multiplikatoren

Um die Teilnahmequote an Angeboten zu erhöhen und die Inhalte noch nachhaltiger an Kinder und Jugendliche vermitteln zu können, schlugen die Teilnehmer vor, verstärkt kommunale und regionale Vorbilder und Multiplikatoren aktiv in die Präventionsarbeit einzubinden. Dadurch bestünde aus Sicht der Teilnehmer die Chance, zielgruppenrelevante Inhalte leichter und effektiver zu vermitteln. Eine Option wäre, beispielsweise durch ältere Jugendliche oder lokale Vorbilder (z. B. Eishockeyspieler), Kindern gesundheitsfördernde Inhalte zu verdeutlichen. Durch den Effekt der Nachahmung und Identifikation, so die Teilnehmer, würden die Kinder die Inhalte schneller aufnehmen und diese nachhaltiger umsetzen.

Probestunden unterschiedlicher Sportarten

Um Bewegungsmangel und Übergewicht vorzubeugen sei es nach Meinung der Workshopteilnehmer sehr wichtig, dass Kinder und Jugendliche ein grundlegendes Profil zur körperlichen Aktivität entwickeln. Kinder und Jugendliche würden an einem Tag unterschiedliche Settings durchlaufen in denen es jeweils unterschiedliche Möglichkeiten gäbe körperlich aktiv zu werden. Es sei möglich, dass in der Schule viel Wert auf Bewegung gelegt wird, jedoch im häuslichen Lebensraum der Aspekt keinerlei Beachtung fände. Durch persönlichen Kontakt mit den Kindern bestünde nach Ansicht der Teilnehmer die größte Wahrscheinlichkeit die Zielgruppe zu erreichen und für ein bewegungsförderndes Angebot zu begeistern.

B 2.3 Handlungsempfehlungen Kinder/Jugendliche

Aus den Besonderheiten, die in Kaufbeuren basierend auf den Bedürfnissen aus Sicht der befragten Anbieter und Workshopteilnehmer beschrieben wurden, lassen sich zusammenfassend verschiedene mögliche Handlungsempfehlungen für Prävention und Gesundheitsförderung ableiten.

- 1) **Digitale Medien zur Vermarktung der Präventionsangebote stärker nutzen.** Viele der befragten Anbieter vermarkten Ihre Maßnahmen hauptsächlich noch mit klassischen Printmedien wie Flyer, Broschüren oder Anzeigen. Aus Kundensicht sei allerdings zunehmend der Wunsch vorhanden über digitale Medien informiert zu werden. Bedarf und Bedürfnisse legen es daher nahe, zu überlegen, wie Präventionsangebote zukünftig digital vermarktet werden können. Wie von Workshopteilnehmern angedacht, bietet sich hier an die Präventionsangebote auf einer Webseite zu sammeln und an die Zielgruppe zu kommunizieren. Da die Zielgruppe eine sehr hohe Affinität für digitale Medien besitzt können dadurch die Zugangshürden reduziert werden, da die Information jederzeit online abrufbar ist.
- 2) Um einen gesunden Lebensstil bei der Zielgruppe entwickeln zu können sei es zum einen wichtig **mehr Zeit für Präventionsarbeit** einzurichten, was bedeutet den zeitlichen Umfang an Präventionsarbeit in den betreffenden Settings zu erhöhen. Zum anderen sind **hemmende Faktoren** wie zum Beispiel bewertende und leistungsorientierte Vorgaben zu **reduzieren**. Im schulischen und erzieherischen Kontext würde es sich daher anbieten bewertende curriculare Vorgaben zu überdenken. Da die Handlungshoheit je nach Setting (Schule, Kita) bei verschiedenen Zuständigkeiten liegt bietet es sich als Kommune an die Akteure mit Entscheidungsbefugnissen (Kultusministerium) aktiv mit einzubinden um Lösungen anzuregen.
- 3) Das Thema **Förderung der körperlichen Aktivität** nimmt aus Sicht der Bedürfnisse einen großen Stellenwert ein. Besonders für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund und Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien sollten hier mehr Angebote geschaffen werden. Die befragten Anbieter weisen aber auch auf einen Mangel an Räumlichkeiten hin. Dies sollte zunächst genauer analysiert werden. Aus Sicht der Zielgruppe werden zum einen mehr sportartübergreifende aber auch mehr spezifische Sportangebote zum Ausprobieren gefordert. Maßgeblich sollten dabei die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (Rütten & Pfeiffer, 2016) sein, in denen für Kinder und Jugendliche für die jeweiligen Settings Empfehlungen gegeben werden wie effektiv Einfluss auf das Bewegungsverhalten genommen werden kann.
- 4) Die Empfehlung **Vorbilder und Patenschaften für die Präventionsarbeit** in der Kommune zu gewinnen um bei Kindern und Jugendlichen Überzeugungsarbeit für einen gesunden Lebensstil zu entwickeln lässt sich mit den entsprechenden Akteu-

ren (Sportvereine, einzelne bekannte lokale/regionale Personen) in einem gewissen Rahmen realisieren. Denkbar sind hier Informationsveranstaltungen oder Besuche von Vorbildern und Paten in den jeweiligen Settings (Schule, Kita).

B 3 Präventive Bedarfe und Bedürfnisse für Seniorinnen und Senioren

In diesem Hauptkapitel werden zunächst allgemeine Informationen aus vorliegenden Erkenntnissen zur Zielgruppe dargestellt. Im Anschluss daran werden dann die Ergebnisse aus den Interviews der befragten Anbieter und der Workshopteilnehmer berichtet.

Bevor jedoch ausgewählte Informationen über Seniorinnen und Senioren berichtet werden, ist es wichtig, zunächst den Präventionsbegriff für Seniorinnen und Senioren zu erläutern, da die Anforderungen für die Präventionsarbeit hier komplexer sind als bei anderen Zielgruppen. Bei Kindern und Jugendlichen zum Beispiel zielt Prävention hauptsächlich darauf ab junge und gesunde Menschen so lange wie möglich gesund zu erhalten. Das primäre Präventionsziel bei Kindern und Jugendlichen ist es daher, dem Entstehen von Krankheiten entgegenzuwirken.

Bei der Zielgruppe Seniorinnen und Senioren ist der Präventionsbegriff weiter zu fassen, da andere Ausgangsbedingungen vorliegen. So unterscheidet sich zum Beispiel die inhaltliche Bedeutung von Gesundheit. Junge Menschen interpretieren Gesundheit hauptsächlich als Abwesenheit von Krankheit, wohingegen ältere Menschen bedingt durch altersphysiologische Veränderungen Gesundheit für sich eher als Beschwerdefreiheit und Abwesenheit von körperlichen Einschränkungen definieren. Das bedeutet, dass beim Präventionsbegriff für ältere Menschen neben unveränderlichen genetischen Veranlagungen und den veränderlichen Faktoren (Umwelt und Verhalten) nun auch bestehende altersphysiologische Veränderungen bei der Vorbeugung eines Krankheitsgeschehens mit einkalkuliert werden müssen. (Siehe Abbildung 34).

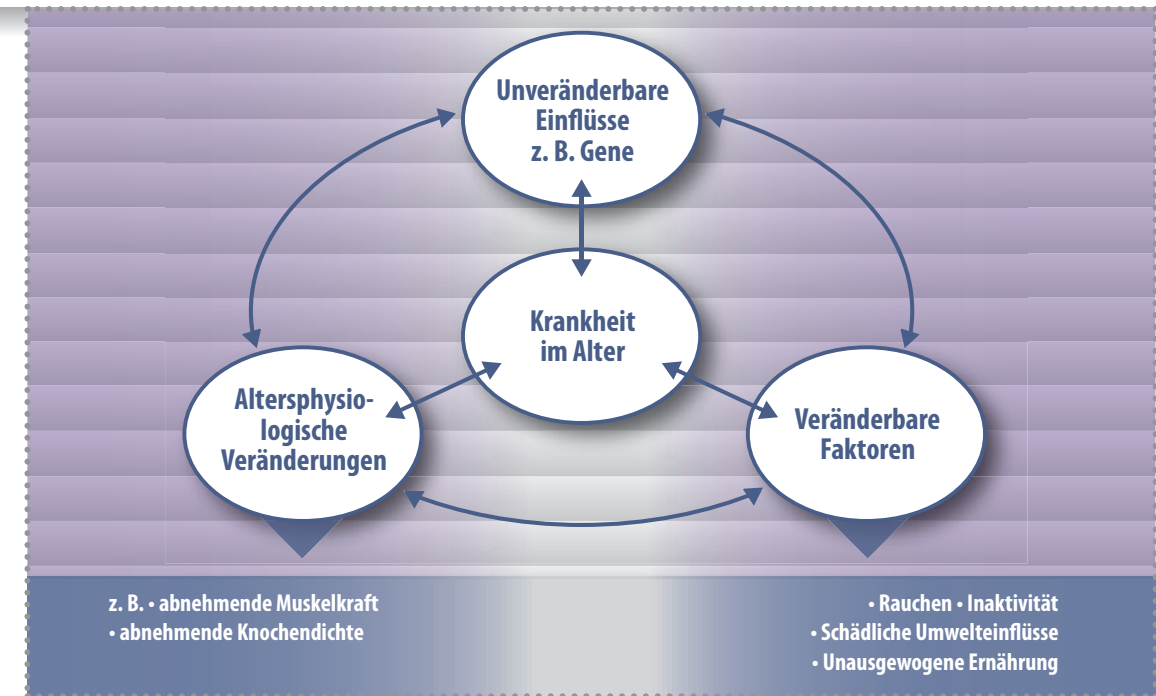


Abbildung 34: Einflussfaktoren bei der Entstehung von Krankheiten bei älteren Menschen

Wie Abbildung 34 zeigt, interagieren die Einflussfaktoren bei der Krankheitsentstehung untereinander. So kann eine altersphysiologische Veränderung, wie zum Beispiel abnehmende Knochendichte, gepaart mit einem veränderbaren Faktor zum Beispiel unausgewogene Ernährung dazu führen, dass Osteoporose entsteht. Bei älteren Menschen muss also der Präventionsbegriff weiter als „nur“ die Vorbeugung von Krankheiten verstanden werden. Ältere Menschen sind meistens multimorbide und leiden bereits an einer, oder mehreren chronischen Erkrankungen. Eine generelle Krankheitsvermeidung wird also in dieser Zielgruppe nicht zu erreichen sein. Wenn es allerdings darum geht der Entwicklung spezifischer Krankheiten bei älteren Menschen zu vermeiden ist der grundlegende Präventionsgedanke – gesund zu bleiben – immer noch gültig. Für eine ältere Person mit Osteoporose, Schwindel und Schwerhörigkeit ist es z. B. durchaus empfehlenswert mit dem Rauchen aufzuhören um die negativen gesundheitlichen Auswirkungen des Rauchens auf das Herz-Kreislauf-System zu verringern, um dadurch der Entstehung von Krankheiten wie Schlaganfall oder Herzinfarkt entgegenzuwirken. Aus diesen Anforderungen heraus lassen sich bei älteren Menschen vier Präventionsziele ableiten:

- 1 Vorbeugung/Verzögerung spezifischer altersbedingter Veränderungen (z. B. Demenz)
- 2 Vorbeugung von nicht unbedingt altersbedingten Erkrankungen die aber im Alter mit hoher Wahrscheinlichkeit auftreten (Gelenkerkrankungen, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen)
- 3 Verringerung krankheitsbedingter Probleme
- 4 Vorbeugung von einer Verschlechterung des Allgemeinzustands

Mit einem erneuten Blick auf die Abbildung 34 ist zu erkennen, dass die Reduktion verhaltensbezogener Risikofaktoren der einzige Weg ist die vier Präventionsziele zu erreichen. Nun ist die Veränderung von verhaltensbedingten Faktoren nicht nur im Alter eine erfolgreiche Präventionsstrategie, sondern über alle Zielgruppen hinweg. Neben den fast allseits bekannten Verhaltensstrategien wie körperliche Aktivität, ausgewogene Ernährung, nicht rauchen, moderater Alkoholkonsum und regelmäßige Einnahme von Medikamenten ist bei älteren Menschen auch der Besuch von Therapie- und Vorsorgemaßnahmen ein elementarer verhaltensbezogener Risikofaktor.

Die Gesundheit von älteren Menschen wird maßgeblich von zwei Faktoren beeinflusst, der Lebenslage und dem individuellen Lebensstil, womit wir wieder bei den zuvor besprochenen verhaltensbedingten Risikofaktoren wären. Die Lebenslage wird dabei über die soziale Schichtzugehörigkeit beschrieben, welche sich wiederum über Bildung, Einkommen, Vermögen und Merkmale der (ehemaligen) beruflichen Tätigkeit ermitteln lässt. Allgemein lässt sich festhalten, dass je besser die Lebenslage und höher die soziale Schichtzugehörigkeit einer Person ist, desto besser sind die Voraussetzungen auch im Alter gesund zu bleiben. **Soziale Ungleichheiten sind also auch bei älteren Menschen ein wesentlicher gesundheitlicher Einflussfaktor.**

Der individuelle gesundheitliche Lebensstil beschreibt die individuellen Wahlmöglichkeiten einer Person. Es liegt unter anderem auch in der Verantwortung der einzelnen Person, ob sie raucht, sich gesund ernährt und ausreichend bewegt. **Beim Einflussfaktor Lebensstil ist jedoch darauf zu achten, dass auch stets die Lebenslage einer Person bei der Entscheidungsfreiheit mitberücksichtigt werden muss.** Zu behaupten, dass jede Person stets die Wahl hat etwas für seine Gesundheit zu tun kann zur Diskriminierung und Stigmatisierung von sozial benachteiligten Gruppen führen. Personen mit geringer Bildung und niedrigem Einkommen bringen eben nicht die gleichen Voraussetzungen mit wie Personen aus höheren sozialen Schichten. Unter Voraussetzungen sind dabei nicht nur finanzielle Mittel, sondern auch bildungs- und wertbezogene Voraussetzungen gemeint auf die eine einzelne Person nur teilweise selbst Einfluss nehmen kann. So kann es zum Beispiel sein, dass Kompetenzen wie gesund kochen können, oder wissen wo ich mich über Präventionsangebote informieren kann, bei Personengruppen mit einem niederen Sozialstatus außerhalb des eigenen Verantwortungsbereichs liegen.

B 3.1 Allgemeine Informationen zur Zielgruppe Seniorinnen und Senioren

Für einen Überblick zum allgemeinen präventionsbezogenen Gesundheitsstatus von Seniorinnen und Senioren werden hier in Auszügen Ergebnisse aus zwei Studien berichtet: Der Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes zur Gesundheit und Krankheit im Alter (Statistisches Bundesamt; Deutsches Zentrum für Altersfragen; Robert Koch-Institut, 2009) und der Bericht zur Seniorengesundheit in Bayern „Gesundheit im Alter“ (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2017).

Daten zur subjektiven Gesundheit aus dem Bundesgesundheitssurvey zeigen, dass über neunzig Prozent der Männer und Frauen im Erwerbsalter ihre eigene Gesundheit als sehr gut bis gut einschätzen. **Mit Eintritt in die dritte Lebensphase nimmt die positive Einschätzung der subjektiven Gesundheit stetig ab.** Nur knapp die Hälfte der befragten Männer und Frauen ab 65 Jahre bewertete den eigenen Gesundheitszustand als sehr gut bis gut. Der Einfluss der Gesundheit auf die Lebenszufriedenheit lässt sich sehr gut aus den Daten des Seniorenberichts in Bayern erfassen (siehe Tabelle 10). Hier sinkt die durchschnittliche Lebenszufriedenheit stark, wenn die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit gering, oder der aktuelle Gesundheitszustand als schlecht/sehr schlecht bewertet wird. Auch die zunehmenden Einschränkungen im Alltag beeinflussen die Lebenszufriedenheit negativ.

Tabelle 10: Durchschnittliche Lebenszufriedenheit in Bayern von Personen ab 65 Jahren (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2017)

Zufrieden mit der eigenen Gesundheit (Abfrage der Lebenszufriedenheit über eine Skala von 0 „ganz und gar unzufrieden“ bis 10 „vollkommen zufrieden“)			
Nicht zufrieden	4,8	Einschränkungen im Alltag aufgrund von Gesundheit	
Teils/ teils	7,1	Stark eingeschränkt	5,9
Sehr zufrieden	8,4	Etwas eingeschränkt	7,2
Gegenwärtiger Gesundheitszustand		Nicht eingeschränkt	8,0
(sehr) schlecht	5,7	Einfluss von diagnostizierten Krankheiten auf die Lebenszufriedenheit	
Zufriedenstellend	7,6	Demenzkrankungen	5,2
(sehr) gut	8,2	Migräne	5,7
Grad der Behinderung		Krebserkrankungen	6,7
80 - 100 %	5,9	Chronische Rückenbeschwerden	6,8
50 - 70 %	6,2	Bluthochdruck	7,0
1 - 49 %	6,4	Keine diagnostizierte Krankheit	8,1
0 %	7,5		

Bei einem genaueren Blick auf den Zusammenhang von verschiedenen Krankheiten auf die Lebenszufriedenheit zeigt sich, dass eine chronische Krankheit nicht immer zwangsläufig eine reduzierte Lebenszufriedenheit verursacht. Chronische Krankheiten wie zum Beispiel Asthma oder Bluthochdruck beeinflussen die Lebenszufriedenheit wesentlich weniger negativ als Demenz oder Migräne. **Wir können also nicht pauschal behaupten, dass Krankheiten generell die Lebenszufriedenheit negativ beeinflussen, sondern müssen zwischen den einzelnen Krankheitsbildern genau differenzieren.**

Die gesundheitliche Lage zu den dominierenden Krankheitsbildern von älteren Personen in Bayern lässt sich hier nicht umfassend beschrieben. Da im bayerischen Seniorenbericht sehr gute Daten zum Gesundheitsverhalten von Seniorinnen und Senioren aufgeführt sind, werden hier in aller Kürze die Krankheitsbilder ihrer Häufigkeit nach genannt. Die Informationen zu den Gesundheitsverhaltensweisen haben einen größeren Informationsgehalt für die kommunale Gesundheitsförderung. Im Überblick lässt sich für Bayern festhalten, dass bei älteren Menschen folgende Krankheitsbilder am häufigsten diagnostiziert werden:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Muskel-Skelett Erkrankungen
- Diabetes Mellitus
- Krebserkrankungen
- Depressionen
- Demenz

Knapp ein Drittel der Seniorinnen und Senioren ab 85 Jahren muss innerhalb eines Jahres aufgrund eines Sturzes zum Arzt.

Diese Krankheitsbilder haben ein hohes Präventionspotential, da viele Risikofaktoren, die zur Entstehung dieser Krankheiten beitragen, durch entsprechende gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, auch bei älteren Menschen, sehr erfolgreich reduziert werden können.

Mögliche Ansatzpunkte zur Präventionsarbeit bei Seniorinnen und Senioren

Um eine Einschätzung vornehmen zu können wie groß das Präventionspotential bei Seniorinnen und Senioren in Kaufbeuren ist, werden hier Daten aus dem bayerischen Seniorengesundheitsbericht zu verschiedenen gesundheitsförderlichen Aktivitäten berichtet.

Körperliche Aktivität

Das Präventionspotential für körperliche Aktivität wird hier an den Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung für ältere Menschen ab 65 Jahren abgeleitet (Rütten & Pfeifer, 2016). Die Empfehlungen sehen folgendermaßen aus:

- Mindestens 150 Minuten mäßige körperliche Aktivität oder 75 Minuten anstrengende körperliche Aktivität in der Woche, die einzelnen Bewegungseinheiten sollten mindestens 10 Minuten betragen.
- An mindestens zwei Tagen die Woche muskelstärkende Übungen machen
- Bei Mobilitätseinschränkungen sollten an mindestens drei Tagen Gleichgewichtsübungen zur Sturzprävention durchgeführt werden

Die dargestellten Empfehlungen sind die Mindestempfehlungen. Der gesundheitliche Nutzen kann vergrößert werden, wenn die Personen sich mehr bewegen.

Die Daten in Bayern (Tabelle 11) zeigen, dass bei älteren Menschen im Verhaltensbereich körperliche Aktivität **großes Präventionspotential** steckt. Die Mindestempfehlungen (Ausdauer und Muskelkräftigung) erreichen aktuell ein Viertel der Männer und 17 % der Frauen.

Tabelle 11: Körperliche Aktivität bei Seniorinnen und Senioren in Bayern (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2017)

Körperliche Aktivität	Männer in %	Frauen in %
Ausdaueraktivität • min. 2,5 h / Woche	51	37,3
Muskelkräftigungsaktivität • min. 2 x / Woche	34,2	24
Ausdauer und Muskelkräftigung entsprechend Empfehlung	24,9	17

Daten zur Häufigkeit der Durchführung von Übungen zur Sturzprävention liegen momentan nicht vor. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich der Anteil an Seniorinnen und Senioren welche die Bewegungsempfehlungen erreichen erhöht, wenn die Empfehlungen zur Sturzprävention noch mit einkalkuliert werden, ist allerdings sehr gering.

Wie die Daten zeigen, wird körperliche Aktivität auch durch das Geschlecht beeinflusst. Männer sind in allen Aktivitätsformen (Ausdauer-, Muskeltraining und Ausdauer und Muskeltraining zusammen) aktiver als Frauen.

Obst- und Gemüseverzehr

Die deutsche Initiative für gesunde Ernährung und Bewegung INFORM (2018) empfiehlt Seniorinnen und Senioren **pro Tag mindestens 2 bis 3 Portionen Gemüse und Obst zu verzehren**. Als individuelles Portionsmaß empfiehlt INFORM die Größe der eigenen Hand zu nehmen. Eine Portion Gemüse/Obst kann dabei auch durch jeweils ein Glas Obst/Gemüsesaft ersetzt werden.

Im Vergleich zur körperlichen Aktivität erreichen zwar mehr ältere Menschen (41,6 % der Frauen und ein knappes Drittel der Männer) die Mindestempfehlungen, aber das Verbesserungspotential ist dennoch sehr groß. Über beide Gruppen hinweg erreichen mehr als die Hälfte der älteren Menschen nicht die Ernährungsempfehlungen. Im Vergleich Männer und Frauen erreichen weniger Männer die Ernährungsempfehlungen als Frauen.

Tabelle 12: Obst und Gemüseverzehr bei Seniorinnen und Senioren in Bayern
(Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2017)

Gemüse und Obstverzehr		Männer in %	Frauen in %
Gemüseverzehr	(mehrmals) täglich	32,4	41,6
	1x / Woche	62,9	55,1
	< 1x / Woche	4,7	3,3
Obstverzehr	(mehrmals) täglich	53,3	67,1
	1x / Woche	40,7	26,2
	< 1x / Woche	6	6,7

Unzureichende körperliche Aktivität und ein ungünstiges Ernährungsverhalten sind zwei wichtige Risikofaktoren für die Entstehung von Übergewicht. Aus den vorherigen Ergebnissen schließend ist es daher nicht verwunderlich, dass auch speziell für die Krankheit Übergewicht ein entsprechendes Präventionspotential besteht. Die aktuellen Zahlen zu Adipositas bei Personen über 65 Jahren zeigen, dass in Bayern aktuell fast 45 % mit einem BMI > 25 kg/m² leicht übergewichtig sind und 21 % mit einem BMI > 30 kg/m² stark übergewichtig sind. In Summe sind also fast drei Viertel der Personengruppe über 65 Jahre in Bayern übergewichtig.

Alkohol- und Tabakkonsum

Männer tendieren beim Konsum von Alkohol und Tabak zu einem ungesünderen Verhalten als Frauen.

Bei fast einem Viertel der Männer und 15 % der Frauen liegt der tägliche Alkoholkonsum über den Grenzwerten. Bei den Männern liegt der Grenzwert bei 20 g reinem Alkohol/Tag und bei Frauen bei 10 g reinem Alkohol/Tag (siehe Tabelle 13). Im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt in dieser Altersgruppe, der bei Männern bei 17,9 % und bei Frauen bei 12,2 % liegt (Alkoholatlas, 2017), schneiden Seniorinnen und Senioren schlechter ab. Auffallend ist, dass die Zahl der Krankenhausfälle aufgrund akuter Alkoholvergiftung von 2000 bis 2015 in dieser Personengruppe stark zugenommen hat. Waren es 2000 bayernweit noch 436 Fälle hat sich bis 2015 die Fallzahl mit 1629 vervierfacht.

Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil an Rauchern stetig ab. 9,4 % der Männer und 6,5% der Frauen rauchen noch. Der gering wirkende Prozentsatz sollte allerdings nicht dazu verleiten das Präventionspotential zu vernachlässigen, da die Erkrankungen die sich aus diesem Risikoverhalten ergeben können (Krebs und Herz-Kreislauserkrankungen) zu starken andauernden Beeinträchtigungen an der alltäglichen Teilhabe führen können.

Tabelle 13: Risikoverhaltensweisen Alkohol und Rauchen bei Seniorinnen und Senioren
(Alkoholatlas, 2017)

Risikoverhaltensweisen		Männer in %	Frauen in %
Alkohol	Risikokonsum	22,8	15,5
	Männer: ab 20g Reinalkohol/ Tag = ca. 1 Bier (0,5 l)		
	Frauen: ab 10g Reinalkohol/ Tag = ca. 1 halbes Bier (0,25 l)		
Rauchen	Ehemaliger Raucher	50,5	24,9
	Raucher (täglich, gelegentlich)	9,4	6,5

Landesgesundheitsziele Bayern

In den Landesgesundheitszielen von Bayern wurde 2008 allgemein das Präventionsziel Gesundheit im Alter für Bayern ausgegeben. Im bayerischen Präventionsplan (StMGP, 2015) wurde dann daraus das Handlungsfeld „Gesundes Altern im selbstbestimmten Lebensumfeld“ mit folgenden Teilzielen entwickelt:

- Älterwerden in Gesundheit und bei guter Lebensqualität
- Berücksichtigung der Diversität älterer Menschen
- Aufrechterhaltung eines eigenverantwortlichen und selbständigen Lebens
- Unterstützung der sozialen Integration und gesellschaftlichen Teilhabe älterer und pflegebedürftiger Menschen
- Nutzung der Chancen und Potentiale einer älterwerdenden Gesellschaft

B 3.2 Besonderheiten Kaufbeuren
aus Sicht von befragten Anbietern und Workshopteilnehmern

Die Ergebnisse zu den Bedarfen und Bedürfnissen im vorliegenden Bericht, basieren auf dem Verständnis der Personen, die sich am sog. Expertenworkshop bzw. der Anbieterbefragung beteiligt haben. Sie zeigen Meinungen und Vorschläge auf und können als Diskussionsgrundlage für die weitere Planung von Maßnahmen herangezogen werden. Dabei ist es wichtig, dass sowohl auf Seiten der Kommune als auch auf Seiten der Anbieter die Aussagen reflektiert und mögliche Lösungsansätze erörtert werden.

Die Anbieter-/Expertenbefragung ergab aufgrund der Vielfalt der Gruppen, die sich beteiligt haben, einen differenzierten Eindruck der Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger in Kaufbeuren und der damit verbundenen Herausforderungen.

Präventive Bedarfe für Seniorinnen und Senioren aus Sicht der befragten Anbieter

Insgesamt gibt es in Kaufbeuren sehr viele unterschiedliche Angebote für Seniorinnen und Senioren. Ein Drittel der befragten Anbieter war allerdings nicht umfassend zufrieden mit der Auslastung der Angebote. Als Grund für eine nicht vollständige Auslastung der Angebote gaben die befragten Anbieter an, dass es schwierig sei die Vermarktung der Angebote auf die Zielgruppe abzustimmen und es hier wichtig wäre neue Kommunikationskanäle zu erschließen.

Die befragten Anbieter haben durchgehend angemerkt, dass die Teilnahmequote von Männern an den Präventionsangeboten sehr gering sei. Nach ihrer Auskunft wird mehr als die Hälfte der Angebote ausschließlich von Frauen besucht. Die andere Hälfte der Angebote wird sowohl von Männern und Frauen besucht. Angebote die ausschließlich von Männern besucht werden gäbe es nach Aussage der interviewten Anbieter nicht. Die Erkenntnis, dass Präventionsangebote hauptsächlich von Frauen angenommen werden deckt sich altersübergreifend mit dem bundesweiten Trend. Folglich ist zu überlegen welche Präventionsangebote vermehrt Männer ansprechen und wie diese Angebote für diese Zielgruppe beworben werden können.

Um Angebote zu bewerben benutzt die Hälfte der befragten Anbieter klassische Printmedien wie Programmhefte, Flyer oder Kurzanzeigen um ihre Angebote zu bewerben. Digitale Medien wie Homepage oder Newsletter werden vereinzelt eingesetzt um ihre Angebote zu vermarkten. Portale wie Facebook, Twitter, Instagram werden nicht verwendet. Auffällig ist, dass ein Viertel der befragten Anbieter ihre Angebote nicht aktiv bewerben, sondern Kunden nur über Empfehlungen Dritter gewinnen.

In Anbetracht des demographischen Wandels und der Bevölkerungsprognose für Kaufbeuren sei mit einer zunehmenden Nachfrage an Präventionsangeboten für die Altersgruppen „60 bis 74“ und „75 und älter“ zu rechnen. Die befragten Anbieter nehmen dabei war, dass generationsübergreifende Angebote sich sehr gut dafür eignen würden um Seniorinnen und Senioren zu gewinnen, die weniger motiviert sind an Präventionsangeboten teilzunehmen. Zudem registrieren die Befragten, dass Angebote, die zusätzlich zur Vermittlung theoretischer Inhalte auch einen direkten Praxisbezug für die Teilnehmer ermöglichen, sehr gut angenommen werden. Hier bekommen Teilnehmer die Möglichkeit gleich selbst erste Erfahrungen zu sammeln und mögliche Barrieren vorwegzunehmen welche einer praktischen Umsetzung eventuell entstehen.

Bei der Frage nach Ressourcen gaben die Anbieter an, dass finanzielle Ressourcen im Gegensatz zur Zielgruppe Kinder und Jugendliche weniger eine Rolle spielen. Ihrer Einschätzung nach fehle es zum Teil jedoch an qualifiziertem Personal und Räumen. Im Personalbereich sei es besonders schwierig an Trainer und Übungsleiter zu kommen. Außerdem sprachen sich die Anbieter dafür aus, die bestehenden Räume in Bezug auf die speziellen Anforderungen (barrierefrei, wohnortnah, ausreichend Park- und Anfahrtsmöglichkeiten) für Senioren und Seniorinnen zu prüfen.

Andere Befragte waren dagegen der Meinung, es bestünden ausreichend räumliche Ressourcen (z. B. Generationenhaus, Seniorentreffs in den Stadtteilen, Haus St. Martin etc.). Daher sollte diese Aussage gesondert analysiert werden.

Präventive Bedürfnisse von Seniorinnen und Senioren aus Sicht der Workshopteilnehmer

Die hier aufgeführten Ansatzpunkte zeigen die Bedürfnisse von Seniorinnen und Senioren zur Gesundheitsförderung und Prävention in Kaufbeuren aus Sicht der Workshopteilnehmer auf. Im Rahmen der strukturierten Diskussion konnten sich die Teilnehmer auf insgesamt fünf Punkte einigen.

Bedürfnis nach mehr Informationen über bestehende Angebote

Bei der Diskussion über die Frage, wie die momentan bestehenden Präventionsangebote von Senioren angenommen werden, kam immer wieder das Thema der Information dieser Zielgruppe über aktuelle Angebote zur Sprache. Den Teilnehmern ist bewusst, dass die erfolgreiche Nutzung eines jeden Angebots in erster Linie von einer adäquaten Informationsvermittlung abhängt. Für die Zielgruppe Seniorinnen und Senioren besteht hier aus Sicht der Workshopteilnehmer Handlungsbedarf. Sie erarbeiteten dazu folgende Vorschläge:

1) Vermarktung von Präventionsangeboten

Um die bestehenden Präventionsangebote effektiver an die Zielgruppe zu kommunizieren wurde vorgeschlagen eine Kommunikationsstrategie zur Vermarktung der Angebote zu entwickeln in dem die verschiedenen Kommunikationskanäle wie Anschlagtafeln und Schaukästen, Zeitungsartikel aufgelistet und zusammengefasst werden. Zudem sollte auch überprüft werden über welche Kommunikationskanäle sich die Kunden informiert haben um herauszufinden welche Kanäle gut funktionieren und welche die Zielgruppe nicht erreichen. Dies könnte durch Befragungen der Kunden bei der Anmeldung/Registrierung erfasst werden.

2) Die Vermarktung der Präventionsangebote über digitale Medien intensivieren

Es wurde auch angeregt Präventionsangebote zukünftig verstärkt über digitalen Medien zu bewerben, da sowohl die Anzahl der älteren Bürger als auch die digitale Medienaffinität in den kommenden Jahren stark zunehmen wird und Informationen zunehmend digital abgefragt werden. Ein weiterer Vorteil in der Digitalisierung der Vermarktung der Präventionsangebote sehen die Workshopteilnehmer darin, dass unabhängig von Öffnungszeiten einzelner Geschäftsstellen ergänzend zur Beschreibung der Angebote auch Anmeldeoptionen und Informationen zur Anfahrt eingestellt werden können. Dadurch können potentielle Kunden/innen gleich alle notwendigen Informationen zu einem Angebot erfragen und sich für Ihre Wunschangebote anmelden. Trotz zunehmender Digitalisierung ist es momentan noch wichtig die klassischen Printmedien wie z. B. den Wertachboten weiterhin zu nutzen

3) Multiplikatoren gewinnen um persönliche Ansprache zu den Kunden/innen zu intensivieren

Empfehlungsmarketing über Multiplikatoren war ein weiterer Ansatz der intensiv von den Workshopteilnehmern diskutiert wurde. Sie sahen es als eine überaus wirksame Vorgehensweise an, die Präventionsangebote direkt an der Zielgruppe in ihren jeweiligen Lebenswelten zu kommunizieren. Die Teilnehmer machten den Vorschlag, über Multiplikatoren Präventionsangebote an relevanten Schnittstellen (wie z. B. Seniorentreffs, Arztpraxen und Wohnheime) zu bewerben. In einem ersten Schritt sollten dazu die relevanten Schnittstellen in Kaufbeuren identifiziert werden um dann gemeinsam mit den jeweiligen Einrichtungen ein Konzept zu entwickeln um die Angebote in den jeweiligen Settings über Multiplikatoren direkt an die Zielgruppe Seniorinnen und Senioren zu vermitteln.

Dabei bietet es sich an theoretische Ansätze aus dem Marketing, wie zum Beispiel das „Cross Selling“ aufzugreifen. So könnten Personen, die im direkten Kontakt mit der Zielgruppe stehen (z. B. Ärzte, Apotheker) den Kunden zusätzlich Informationen zu Präventionsangeboten vermitteln. Die Teilnehmer wiesen darauf hin auch geschlechtsspezifische Merkmale der Kundengruppe mit zu berücksichtigen. Wie die Befragung der Anbieter ergeben hat nehmen überwiegend Frauen an Präventionsangeboten teil wohingegen Männer, dem allgemeinen Trend entsprechend, eher „Präventionsmuffel“ sind. Um die Anzahl männlicher Kunden in den Präventionsangeboten zu erhöhen ist es daher wichtig, bei der Vermarktung auch kunden-spezifischer Merkmale zu berücksichtigen.

Zudem raten die Workshopteilnehmer Ansätze aus dem Empfehlungsmarketing zu integrieren. Seniorinnen und Senioren die sich nicht grundlegend für Prävention und Gesundheitsförderung interessieren vertrauen häufig Empfehlungen nahestehender sozialer Kontakte. Dieser Zusammenhang könnte dafür genutzt werden bereits bestehende Kunden aktiv in die Gewinnung von Neukunden für Präventionsangebote einzubinden. Vor allem für den potentiellen männlichen Kundenstamm könnte

das nach Meinung der Workshopteilnehmer ein vielversprechender Ansatz sein. Ein weiterer Ansatz der von Teilnehmern diskutiert wurde und ganz im Sinne des Präventionsgedankens ist, war Bürger, die kurz davor stehen vom aktiven Erwerbsleben in den Ruhestand überzutreten, über bestehende Angebote zu informieren und auch Angebote zu entwickeln welche diese Übergangsphase aktiv begleiten. Der Zugang zu diesem zukünftigen Kundenstamm könnte hauptsächlich über Arbeitgeber erfolgen, die im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements Ihre Mitarbeiter aktiv auf den Ruhestand vorbereiten.

Angebotsvielfalt zur körperlichen Aktivität und sozialem Miteinander ausbauen**1) Sportartbezogene Angebote für ältere Bürger beibehalten und ausbauen**

Kontinuität und gewohnte Abläufe sind nach Meinung der Workshopteilnehmer sehr wichtig um das Wohlbefinden älterer Menschen zu steigern. So werden im fortgeschrittenen Lebensalter Aktivitäten und Angebote bevorzugt, welche bereits während den vorangegangenen Lebensphasen in Anspruch genommen wurden. Wenn eine Person ihr Leben lang schon gerne eine Sportart betrieben hat möchte sie das auch im fortgeschrittenen Alter noch tun. Dieses durchgängige Angebot über mehrere Lebensphasen hinweg sahen vor allem die Workshopteilnehmer aus den Sportvereinen als unabdingbar. Daraus ergab sich die Forderung sportartbezogene Angebote für ältere Menschen unbedingt aufrechtzuerhalten und auch sportartübergreifend auszubauen.

2) Über gesundheitsfördernde Wirkung körperlicher Aktivität informieren

Nach Meinung der Workshopteilnehmer sind sich viele Menschen den positiven Folgen von Bewegung nicht bewusst. Somit steht das Bedürfnis nach sozialer Integration oftmals über dem Bedürfnis nach Bewegung. Ein verbesserter Wissensstand könnte hier die Inanspruchnahme noch weiter steigern.

3) Möglichkeit generationsübergreifender Angebote analysieren

In der Ausschreibung der Angebote würde häufig eine Stigmatisierung älterer Personen stattfinden. Das bedeutet, dass zum Beispiel durch eine Ausschreibung eines Bewegungsangebots für Ältere sich viele Seniorinnen und Senioren nicht angesprochen fühlen, da sie sich selber nicht als alt wahrnehmen. Ein Vorschlag um die Teilnahmequote zu erhöhen wäre generationsübergreifende Präventionsangebote anzubieten, in denen sich Teilnehmer aus verschiedenen Altersgruppen zusammenfinden. Bei der Bewerbung der Präventionsangebote sei dann aber auch wichtig, so die Workshopteilnehmer, die richtige Ansprache zu der Zielgruppe zu finden und Wörter wie zum Beispiel „alt“ und „Senioren“ zu vermeiden. Die bisherigen Erfahrungen würden

zeigen, dass generationsübergreifende Angebote bis jetzt am besten von Kindern für Senioren funktionieren und nicht umgekehrt. Hier wäre es wünschenswert zukünftig auch zu überlegen wie gemeinsame, generationsübergreifende Angebote entwickelt werden können an denen sich alle aktiv beteiligen.

4) Niederschwellige, unbürokratische, spontane Angebote in den Lebenswelten

Die Workshopteilnehmer berichteten, dass die Zielgruppe besonders gerne an spontanen und unbürokratischen Aktivitäten teilnehmen würde. Daher wurde vorgeschlagen mehr offene Bewegungsangebote und Angebote zum sozialen Austausch direkt in den Lebenswelten der Zielgruppe anzubieten. Solche Angebote können zum Beispiel über Spaziergänge oder offene Bewegungsangebote auf öffentlichen Plätzen realisiert werden.

Beförderungsmöglichkeiten zu den Präventionsangeboten analysieren

Die Entfernung zu einem Präventionsangebot kann darüber entscheiden, ob es angenommen wird oder nicht. Ist der Aufwand groß (Anfahrtskosten, -dauer) wird ein Angebot eher nicht angenommen. Positiv wurde hervorgehoben, dass Senioren/innen in Kaufbeuren bereits nur den halben Preis für Busfahrten bezahlen.

Eine Besonderheit der Zielgruppe ist, dass sich die Personen sehr stark hinsichtlich ihrem Mobilitätsvermögen unterscheiden. Es gibt Seniorinnen und Senioren die noch völlig selbstständig ihren Alltag gestalten können und es gibt potentielle Teilnehmer deren Mobilität so stark eingeschränkt ist, dass Sie ohne entsprechende Unterstützung nicht an Präventionsangeboten teilnehmen können. Um diese Barriere zu reduzieren haben die Workshopteilnehmer folgende mögliche Vorschläge ausgearbeitet.

1) Anfahrts- und Beförderungsmöglichkeiten im Angebot mit kommunizieren

Aus der Literatur ist bekannt, dass Personen in städtischen Gebieten eher ihre Bedürfnisse befriedigen können als in ländlichen Gebieten, weil mehr Transportmöglichkeiten zur Verfügung stehen um eine Wegstrecke zu überbrücken. Um potentiellen Teilnehmern den Aufwand zu ersparen selber die Beförderungsmöglichkeiten herauszufinden, wurde vorgeschlagen die Wegemöglichkeiten und Anbindungen bei den Angebotsinformationen mit zu hinterlegen.

2) Dezentrales Angebot für Teilnehmer aus den Stadtgebieten erörtern

Im Workshop wurde angemerkt, dass die Zugangsmöglichkeiten zu bestehenden Angeboten für ältere Bürger aus anderen Stadtteilen (als dem in dem das Angebot statt findet) nicht immer einfach seien. Deshalb müsse die Erreichbarkeit von Angeboten (Angebotsort, Anbindung an den ÖPNV, Barrierefreiheit, Parkmöglichkeiten etc.)

analysiert werden. Eine bessere Erreichbarkeit könne beispielsweise durch dezentral angebotene Maßnahmen in den verschiedenen Stadtteilen erzielt werden.

Bedürfnis nach altersübergreifendem sozialem Miteinander

Einsamkeit im Alter und das Bedürfnis älterer Menschen nach sozialem Miteinander war ebenfalls ein Thema welches im Workshop diskutiert wurde.

1) Zentrale und dezentrale Vernetzung der Generationen

Besonders sinnvoll empfanden die Teilnehmer des Workshops die Vernetzung der Generationen bei Aktivitäten beispielsweise im Mehrgenerationenhaus in Kaufbeuren. So kann z. B. durch gemeinsames (Vor-)Singen oder Bastelveranstaltungen ein generationenübergreifendes Miteinander gefördert werden.

2) Möglichkeiten Seniorinnen und Senioren zu aktivieren

Auch durch ehrenamtliches Engagement in sozialen Einrichtungen oder Vereinen werden persönliche Kontakte gepflegt und geben älteren Menschen das Gefühl gebraucht zu werden. Momentan gibt es in Kaufbeuren bereits viele Möglichkeiten ehrenamtlich aktiv zu werden. Die bestehenden Optionen werden jedoch nur von wenigen Personen angenommen. Die Workshopteilnehmer haben vorgeschlagen zu überlegen wie die ehrenamtlichen Tätigkeiten gestaltet sein müssen, so dass mehr Senioren/innen sich bereit erklären ehrenamtlich aktiv zu werden.

Begegnungszentren und barrierefreie Zugangsmöglichkeiten analysieren

Die Workshopteilnehmer führten auch eine Diskussion zu Räumlichkeiten und Barrierefreiheit im öffentlichen Raum mit kontroversen Aussagen: Zum einen fehle es in der Kommune an zentralen multifunktionalen Begegnungszentren, die gleichermaßen für Freizeit, Kultur und Bewegungsangebote genutzt werden können. Auf der anderen Seite wurde angegeben, dass es bereits ausreichend Räumlichkeiten gäbe (z. B. Generationenhaus, Seniorentreffs, Familienstützpunkte).

Auf Grund der gegensätzlichen Aussagen empfiehlt es sich deshalb die Situation vor Ort näher zu analysieren.

B 3.3 Die Handlungsempfehlungen für Seniorinnen und Senioren

Aus den Besonderheiten, die in Kaufbeuren basierend auf den Bedürfnissen aus Sicht der befragten Anbieter und Workshopteilnehmer beschrieben wurden, lassen sich zusammenfassend verschiedene mögliche Handlungsempfehlungen für Prävention und Gesundheitsförderung ableiten.

LITERATURVERZEICHNIS

Badura, B. ; Ducki, A.; Schröder, H. et al (2018): Fehlzeiten Report 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit. Springer Verlag. Heidelberg.

BZGA (2018): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Merkmale der Zielgruppenentwicklung unter:
<https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/zielgruppen-multiplikatorinnen-und-multiplikatoren/>

BZGA & RKI (2018): KIGGS-Studie, verfügbar unter:
<https://www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html>

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege StMGP (2017): Bericht zur Seniorengesundheit in Bayern „Gesundheit im Alter“

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege StMGP (2015): Bayerischer Präventionsplan

Deutsches Krebsforschungszentrum (2017): Alkoholatlas Deutschland 2017, unter:
http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Alkoholatlas-Deutschland-2017_Doppelseiten.pdf

Fries, James (1980): Aging, natural death and the compression of morbidity. In The New England Journal of Medicine. 303, S. 130 - 136.

HBSC-Studienverbund Deutschland (2015). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen“.

Mensink, G.; Hesecker, H.; Richter, A. et al (2007): EsKiMo: Ernährungsstudie als KIGGS-Modul, unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/Eskimo/eskimo_node.html

Huber, G. & Köppel, M. (2017): Analyse von Sitzzeiten von Kindern und Jugendlichen zwischen 4 und 20 Jahren, in Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 2017, 68, S.101 - 106.

Kolip Petra & Müller Veronika (2009): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, Bern 2009

Master, Rebecca; Anwar, Elspeth; Collins, Brendan et al (2017): Return in invest of public health interventions: a systematic review in Journal of Epidemiology of Community Health, Aug: 71(8), S. 827 - 834

Orth, Benjamin (2016): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Bräunig, Dietmar, Kohstall, Thomas; Pieper, Claudia et al (2015): iga report 28: Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. Verfügbar unter:
https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_28_Wirksamkeit_Nutzen_betrieblicher_Praevention.pdf

Richter, M., Pförtner, T.-K. & Lampert, T. (2012). Veränderungen im Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum von Jugendlichen im Zeitraum von 2002 bis 2010 in Deutschland. Gesundheitswesen, 74, 42 - 48.

RKI (2018) Ergebnisbericht der KIGGS Studie in Journal Health Monitoring, S.19

RKI (2013): Body Mass Index (BMI), Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS), unter:
<https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBE-DownloadsB/referenzperzentile/bmi.html>

RKI (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin Grafik/Satz Gisela Winter, Kerstin Möll

Rommel, A.; von der Lippe, Elena; Plaß, Dietrich et al (2018): BURDEN 2020 – Burden of disease in Germany at the national and regional level, in Bundesgesundheitsblatt 2018: 61, S. 1159 - 1166.

Rütten, Alfred; Pfeifer, Klaus (2018): Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung.

Statistisches Bundesamt; Deutsches Zentrum für Altersfragen; Robert Koch-Institut (2009): Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes Gesundheit und Krankheit im Alter

WHO (2018): HBSC Studie, verfügbar unter: <http://www.hbsc.org/>

Zeher, Johannes; Starker, Anne; Kuntz, Benjamin (2018): Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KIGGS Welle 2 und Trends, in Journal of Health Monitoring 2018, 3 (1), S. 40 - 46.

80

81

81

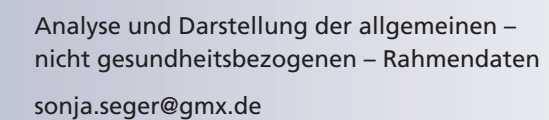
81

81



Bildungsbüro
Kaufbeuren

Bildungsbüro Kaufbeuren,
Projektleiterin „Gesunde Kommune Kaufbeuren“
julia.mergler@kaufbeuren.de



Impressum

Herausgeber:	Stadt Kaufbeuren, Bildungsbüro Bürgerstraße 2 87600 Kaufbeuren Internet: www.kaufbeuren.de • www.kaufbeuren-aktiv.de
Gesamtleitung:	Alfred Riermeier (Referatsleiter, Stadt Kaufbeuren) Julia Mergler (Bildungsbüro, Stadt Kaufbeuren)
Verfasser:	Prof. Dr. Marcus Zinsmeister (Hochschule Kempten) Sonja Seger-Scheib M. A. Julia Mergler, Diplom-Verwaltungswirtin (FH)
Diagramm-Daten / -Vorlagen:	Prof. Dr. Marcus Zinsmeister Sonja Seger-Scheib M. A. Schöfer-Consult, Günzburg
Grafik, Layout, Diagramme:	grafikwerk.de , Kaufbeuren
Bildquellen:	Titelseite Kaufbeuren Tourismus- und Stadtmarketing e.V., AOK Bayern, Bildungsbüro Seite 6 Kaufbeuren Tourismus- und Stadtmarketing e.V.
Druck:	flyeralarm.de , Würzburg
Auflage:	1. Auflage 500 Exemplare, Mai 2019

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr.



Dieser Gesundheitsbericht wurde auf Grundlage von § 20a SGB V durch die AOK Bayern im Rahmen des Förderprojekts „Gesunde Kommune“ finanziell gefördert. Im Rahmen des Projekts wurde die Hochschule Kempten damit beauftragt eine Bedarfsermittlung für Kaufbeuren zu erstellen.