



Bielefelder Gesundheitsziele 2003-2007

Langfassung



Impressum

Herausgeber:

Stadt Bielefeld
Dezernat 3: Umwelt/Klimaschutz
Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt
Geschäftsstelle für die Kommunale Gesundheitskonferenz
Nikolaus-Dürkopp-Str. 5-9
33602 Bielefeld

Redaktion und Ansprechpartner:

Cornelia Petzold, Geschäftsführung Kommunale Gesundheitskonferenz,
Tel.: 0521-51 67 37

Dirk Cremer, Gesundheitsberichterstattung der Stadt Bielefeld,
Tel.: 0521-51 50 22

Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

Die Berichterstellung wurde von der AG Gesundheitsziele der Kommunalen Gesundheitskonferenz begleitet; Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren:

Apl. Prof. Dr. Doris Bardehle, Prof. Dr. Claudia Hornberg und Andrea Pauli (Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften), Dr. Ruth Delius (Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt), Annegret Grewe (Amt für Integration und Interkulturelle Angelegenheiten), Dr. Rainer Pohl (Ärztekammer Westfalen-Lippe), Gudula Ward, Dr. Alfons Hollederer und Dr. Rudolf Welteke (Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit), Günter Hölling (Unabhängige Patientenberatung Deutschland), Jürgen Uppenbrock (BARMER GEK), Christiane Merfert und Hans Teschner (Amt für Stadtforschung, Statistik & Wahlen), Dr. Felix Mayser (Kassenärztliche Vereinigung WL), Dr. Michael Jährling (Kassenzahnärztliche Vereinigung/Zahnärztekammer WL)

Langfassung

Impressum

Vorwort

2.0.	Ausgangslage	7
2.1.	Bürgerinnen- und Bürgerorientierung	8
2.1.1.	Zielformulierung	8
2.1.2.	Rahmenbedingungen für die örtliche Gesundheitsversorgung aus Sicht der Bürgerinnen und Bürger	8
2.1.2.1.	Zufriedenheit mit der medizinischen Aufklärung	8
2.1.2.2.	Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung	11
2.1.2.3.	Zufriedenheit mit dem Erfolg der medizinischen Behandlungen	12
2.1.2.4.	Zufriedenheit mit den Räumlichkeiten	14
2.1.2.5.	Zufriedenheit mit den Überleitungen	15
2.1.2.6.	Zufriedenheit mit der Überleitung aus dem Krankenhaus in die häusliche Betreuung	16
2.1.2.7.	Zufriedenheit mit den Wartezeiten	17
2.1.2.8.	Zufriedenheit mit den Notfalldiensten	18
2.1.3.	Teilziele / Handlungsfelder	22
2.1.3.1.	Umsetzung Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2002	22
2.1.3.1.1.	Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere das Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-) Syndrom (AD(H)S)	22
2.1.3.2.	„Gesunde Integration“ – Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Migrantinnen und Migranten	23
2.1.3.2.1.	Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten	23
2.1.3.2.2.	Kulturelle Verständigungsschwierigkeiten	23
2.1.3.2.3.	Migrationssensible Einrichtungen	26
2.1.3.3.	Wegweiser zur psychosozialen Versorgung von brustkrebserkrankten Frauen	27
2.1.3.4.	Knotenpunkt. Veranstaltungsreihen im Rahmen des bundesweiten Brustkrebsmonat	28
2.1.3.5.	Ambulante palliativmedizinische Versorgung	29
2.1.4.	Weitere Angebote	29

2.2.	Gesundheitliche Chancengleichheit	32
2.2.1.	Zielformulierung	32
2.2.2.	Rahmenbedingungen für die örtliche Gesundheitsversorgung aus Sicht der Bürgerinnen und Bürger	32
2.2.2.1.	Subjektiver Gesundheitszustand	32
2.2.2.1.1.	Subjektiver Gesundheitszustand insgesamt	32
2.2.2.1.2.	Subjektiver Gesundheitszustand nach Alter	33
2.2.2.1.3.	Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht	34
2.2.2.1.4.	Subjektiver Gesundheitszustand nach weiteren Unterscheidungen	34
2.2.2.2.	Faktische Frage ‚Haben Sie zurzeit gesundheitliche Probleme?‘	36
2.2.2.3.	Gründe für gesundheitliche Probleme	37
2.2.2.3.1.	Gründe für gesundheitliche Probleme nach Geschlecht	37
2.2.2.4.	Behandlungsstrategien bei gesundheitlichen Problemen	38
2.2.3.	Teilziele / Handlungsfelder	39
2.2.3.1.	Umsetzung Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2002	39
2.2.3.1.1.	Lebenserwartung bei Geburt nach Geschlecht	39
2.2.3.1.2.	Unzureichende Keuchhustenimpfrate in den Schuleingangsuntersuchungen	40
2.2.3.1.3.	Polio- und Tetanusimpfrate	40
2.2.3.2.	„Gesunde Integration“ – Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Migrantinnen und Migranten	40
2.2.3.2.1.	Kinder- und jugendzahnärztliche Gruppenprophylaxe	40
2.2.3.4.	Frauen, Männer und Gesundheit	41
2.2.3.5.	Frauenberatungsstelle auch für Migrantinnen mit Brustkrebs	42
2.2.4.	Weitere Angebote	42
2.3.	Prävention und Gesundheitsförderung	44
2.3.1.	Zielformulierung	44
2.3.2.	Rahmenbedingungen für die örtliche Gesundheitsversorgung aus Sicht der Bürgerinnen und Bürger	45
2.3.2.1.	Inanspruchnahme der Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen	45
2.3.2.2.	Inanspruchnahme von Kursen zur Gesundheitsförderung	46
2.3.3.	Teilziele / Handlungsfelder	47
2.3.3.1.	Umsetzung Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2002	47
2.3.3.1.1.	Untergewicht bei Säuglingen	47
2.3.3.1.2.	Verbesserung von Früherkennungsmaßnahmen durch den kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst	47

2.3.3.1.3.	Masern-, Mumps-, Röteln-Impfraten	47
2.3.3.1.4.	Sprach-, Sprech-, Stimmstörungen	48
2.3.3.1.5.	Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U-Untersuchungen)	48
2.3.3.2.	„Schwermobil-Bielefeld“ – Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen	48
2.3.3.3.	Netzwerk Bildung und Gesundheit in NRW (Opus) für Kindertagesstätten	49
2.3.3.4.	„Gesunde Kitas – Starke Kinder“ – Ganzheitliche Gesundheits- und Bildungsförderung in Kindertagesstätten (peb)	51
2.3.3.5.	Gesundheitsförderung in der dritten Lebensphase	54
2.3.3.6.	Impfkampagnen	55
2.3.3.6.1.	Projekt zur Verbesserung des Impfschutzes in Kindergärten und Kindertagesstätten	57
2.3.3.6.2.	Info ^{PLUS} Impfkampagne – Impfschutz für Jugendliche der 8. und 9. Jahrgänge	58
2.3.3.6.3.	Help-Kampagnen, gesundheitliche Aufklärung & Hepatitis A + B Schutzimpfung für Schwule und die offene Drogenszene	59
2.3.3.6.4.	Landesimpfkampagne Masern Jugendliche 2007/2008	61
2.3.4.	Weitere Angebote	63
2.4.	Weitere Beiträge im Sinne der Bielefelder Gesundheitsziele	64
2.4.1.	Umsetzung des Kinder- und Jugendgesundheitsberichts 2002	64
2.4.1.1.	Reihenuntersuchungen in den Tageseinrichtungen für Kinder	64
2.4.1.2.	Erhöhte Säuglingssterblichkeit im vorletzten Beobachtungszeitraum	64
2.4.1.3.	Verfügbarkeit von Statistiken	65
2.4.1.4.	Klärung von Datenfragen bzgl. Früherkennungsuntersuchungen	66
3.	Schlussfolgerungen zu den Bielefelder Gesundheitszielen 2003-2007	67
3.1	Bürgerinnen- und Bürgerorientierung	68
3.1.1.	Ambulante und Stationäre Versorgung	68
3.1.2.	Zufriedenheit mit den Notdiensten	68
3.1.3.	Umsetzung Kinder- und Jugendgesundheitsbericht	68
3.1.4.	„Gesunde Integration“ - Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Migrantinnen und Migranten	69

3.1.5.	Psychosoziale Versorgung von brustkrebserkrankten Frauen und Männern	69
3.1.6.	Information und Beratung der Patientinnen und Patienten	69
3.2.	Gesundheitliche Chancengleichheit	70
3.2.1.	Frauen, Männer und Gesundheit	70
3.2.2.	Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem	70
3.2.4.	Bedarfsplanungen im stationären und ambulanten Bereich	71
3.3.	Prävention und Gesundheitsförderung	71
3.3.1.	Prävention	71
3.3.2.	Gesundheitsförderung	71
3.3.2.1.	Schwerpunktsetzung im Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung	72
3.4.	Weitere Beiträge im Sinne der Gesundheitsziele	72

Vorwort



Die Bielefelder Gesundheitsziele lauten: Bürgerinnen- und Bürgerorientierung – Gesundheitliche Chancengleichheit – Prävention und Gesundheitsförderung.

Der Verabschiedung der Gesundheitsziele durch die Kommunale Gesundheitskonferenz und den Sozial- und Gesundheitsausschuss im Jahr 2003 ist ein intensiver Abstimmungsprozess dieser beiden Gremien vorausgegangen. Mit den Gesundheitszielen sollte eine kontinuierliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bielefelder Bevölkerung bewirkt, mehr Effizienz und Effektivität im örtlichen Gesundheitswesen erreicht und ein Beitrag zu mehr Transparenz im örtlichen Gesundheitswesen verwirklicht werden. Die Gesundheitskonferenz verpflichtete sich, nach Ende der Laufzeit zu überprüfen, inwiefern die Gesundheitsziele auf Grundlage der Ergebnisse der Einzelmaßnahmen und der Gesundheitsberichterstattung erreicht werden konnten.

Die Auswertung des ersten Bielefelder Gesundheitsziele-Prozesses war sehr umfassend und beinhaltete u.a. auch eine Wiederholung der Bevölkerungsbefragung zum Bielefelder Gesundheitssystem. Mit der vorliegenden Veröffentlichung wird eine Bestandsaufnahme und Auswertung der zur Umsetzung der Bielefelder Gesundheitsziele seit Beginn des Prozesses initiierten Maßnahmen und Projekte und deren Wirkungen vorgenommen. Die Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung fließen ebenfalls ein.

Bielefeld gehörte zu den ersten Städten, die einen Gesundheitszieleprozess initiiert, konsequent umgesetzt und ausgewertet haben. Bis heute gibt es nur sehr wenige Kommunen, die solch einen Prozess nicht nur angestoßen, sondern auch fortgeführt haben.

Voraussetzung für den erfolgreichen Prozessverlauf in Bielefeld ist das funktionierende Netzwerk unterschiedlichster Akteurinnen und Akteure im örtlichen Gesundheitswesen, wie es in der Kommunalen Gesundheitskonferenz seit ihrer Gründung geknüpft werden konnte und repräsentiert ist.

Die Kommunale Gesundheitskonferenz hat sich für eine Fortführung der Arbeit mit Gesundheitszielen ausgesprochen. Diese Fortführung des Prozesses bietet auch die Chance, neue bzw. offene Themenfelder im Gesundheitswesen aufzugreifen.

Ich möchte meinen Dank gegenüber allen Mitgliedern der Kommunalen Gesundheitskonferenz und ihrer Arbeitsgruppen ausdrücken, die an diesem Prozess aktiv beteiligt waren und bereit

sind, auch künftig zum Wohl der Bielefelder Bevölkerung ihr Wissen und ihr Engagement einzubringen. Durch dieses breite Spektrum erfahren die Bielefelder Gesundheitsziele auf vielfältige Weise ihre konkrete Umsetzung für die Bevölkerung. Das ist wichtig, denn Gesundheit ist und bleibt eines unserer höchsten und zentralsten Güter!



Anja Ritschel
Beigeordnete für Umwelt und Klimaschutz und
Vorsitzende der Kommunalen Gesundheitskonferenz

(Im Internet sind sowohl die Kurzfassung als auch die Langfassung des Berichts verfügbar:
http://www.bielefeld.de/de/rv/ds_stadtverwaltung/gvla/gbgvl/)

2.0. Ausgangslage

Die Kommunale Gesundheitskonferenz und der Sozial- und Gesundheitsausschuss verabschiedeten 2003 die Bielefelder Gesundheitsziele. Sie entstanden auf der Grundlage einer Arbeitstagung mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus dem Gesundheitswesen und der Politik, einer Bevölkerungsbefragung sowie den Zielen der verschiedenen Arbeitsgruppen der Kommunalen Gesundheitskonferenz. Darüber hinaus bildeten die Gesundheitsziele, die das Land NRW und die WHO ins Leben gerufen hatten, einen Orientierungsrahmen. Die Bielefelder Gesundheitsziele lauten:

- **Bürgerinnen- und Bürgerorientierung,**
- **Gesundheitliche Chancengleichheit und**
- **Prävention und Gesundheitsförderung.**

Der vorliegende Abschlussbericht stellt die Ergebnisse des Bielefelder Gesundheitszieleprozesses zwischen den Jahren 2003 bis 2007 vor. Er steht damit am Ende des gesundheitspolitischen Regelkreislaufes, indem er die erzielten Ergebnisse von Programmen, Projekten und Maßnahmen dokumentiert.

Die Auswertung des ersten Bielefelder Gesundheitszieleprozesses fokussiert insbesondere die konkreten Teilziele, die im Rahmen der drei Gesundheitsziele formuliert wurden. Er gibt einen Überblick über die Projekte und Maßnahmen, die die Kommunale Gesundheitskonferenz sowie deren einzelne Mitglieder und Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner im Sinne der Gesundheitsziele verfolgten. Es handelt sich um eine Auswertung, die nicht den Anspruch einer wissenschaftlichen Evaluation erhebt, sondern eine Bestandsaufnahme und Darstellung der Wirkungen und Effekte der umgesetzten und initiierten Aktivitäten vornimmt soweit das möglich ist. Ein vergleichbares Vorgehen wird beim Gesundheitszieleprozess des Landes NRW gewählt, in dessen Rahmen ein Evaluationskonzept entstand, aber auch konstatiert wird, dass die Umsetzung eines solchen Konzeptes weiteren Entwicklungen vorbehalten bleibt.

Die folgenden Kapitel unterteilen sich

- in der Darstellung der in den Bürgerbefragungen 1999 und 2008 geschilderten Rahmenbedingungen,
- in der Beschreibung der konkret verfolgten Teilziele und
- in der Auflistung der von anderen Institutionen verfolgten Projekten (nicht repräsentative Bestandsanalyse).

Die oben genannten Ziele sowie die Ergebnisse der Arbeitstagung „Ziele der Gesundheitskon-

ferenz“ und Ergebnisse der Bevölkerungsumfrage „Das Gesundheitssystem in Bielefeld“ aus dem Jahr 1999 sind im damals verabschiedeten Papier „Bielefelder Gesundheitsziele – für eine bessere Gesundheit“ ausführlich dargestellt. Auch Aspekte der Umsetzung sowie der Beobachtung und Evaluation der Zielerreichung sind dem Papier zu entnehmen.

2.1. Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

2.1.1. Zielformulierung

Bis zum Jahr 2007 sollen die Einrichtungen des Bielefelder Gesundheitswesens eine verbesserte Bürgerinnen- und Bürgerorientierung aufweisen. Ausdruck einer solchen Verbesserung soll eine höhere Zufriedenheit der Bielefelder Bevölkerung und ausgewählter Zielgruppen mit den angebotenen Leistungen im Gesundheitssektor sein.

Das Ziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung wird vor dem Hintergrund verfolgt, den Einrichtungen des Gesundheitswesens eine größere Transparenz zu ermöglichen, die Patientinnen und Patienten sowie Versicherte zufriedener bei der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Dienstleistungen macht.

2.1.2. Rahmenbedingungen für die örtliche Gesundheitsversorgung aus Sicht der Bürgerinnen und Bürger

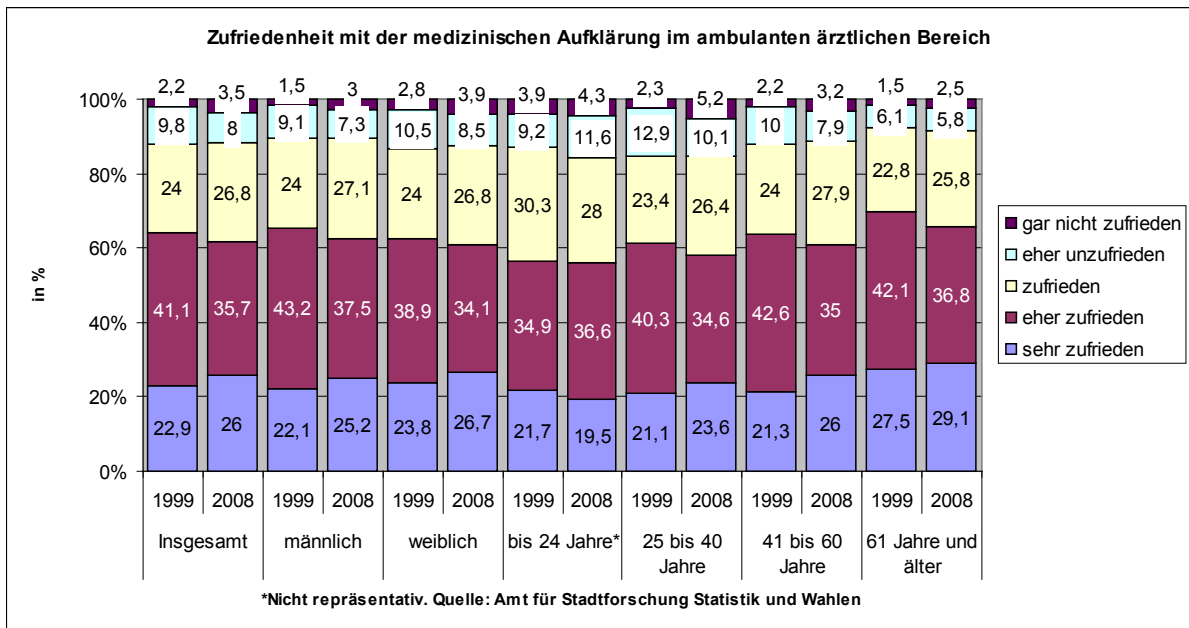
Die Fragen nach der Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung im stationären und ambulanten Bereich bezogen sich auf die Themenbereiche

- der medizinischen Aufklärung,
- der medizinischen Behandlung,
- des medizinischen Behandlungserfolges,
- des Verhaltens des Arztes/der Ärztin und des Personals,
- der Räumlichkeiten,
- der Überweisungen und Wartezeiten sowie auf
- die Frage, ob genügend Zeit vorhanden war.

2.1.2.1. Zufriedenheit mit der medizinischen Aufklärung

Die Zufriedenheit mit der medizinischen Aufklärung im ambulanten ärztlichen Bereich ist am oberen und unteren Ende der Verteilung angestiegen. So berichten 3,5% der Befragten im Jahr 2008, dass sie gar nicht mit der medizinischen Aufklärung zufrieden sind (Abbildung 1). Das sind 1,3%-Punkte mehr als 1999. Hingegen wuchs der Anteil derjenigen, die sehr zufrieden sind von 22,9% auf 26%, also um 3,1%-Punkte. Auch der Anteil der mittleren Kategorie ‚zufrieden‘ ist angestiegen (+2,8%-Punkte). Einen Rückgang gibt es um 1,8%-Punkte in der Kategorie ‚eher unzufrieden‘ und des Weiteren am größten in der zweithöchsten Bewertungsstufe ‚eher zufrieden‘, und zwar um -5,4%-Punkte. Dennoch wurde sie 2008 wie 1999 (41,1%) am häufigsten angekreuzt (35,7%).

Abbildung 1



Bei der **Zufriedenheit mit der medizinischen Aufklärung im zahnärztlichen Bereich** ist insgesamt ein durchgängiger Zuwachs zu beobachten. Zwar schrumpft auch hier die zweithöchste Kategorie ‚eher zufrieden‘ um -4,5-%-Punkte (Abbildung 2), aber der Zuwachs der Sehr-Zufriedenen in einer Größenordnung von +6,2-%-Punkte ist deutlicher und hat sogar unter anderem dazu geführt, dass sie 2008 den größten Anteil bilden (35,6%). Der Anteil der Gar-Nicht-Zufriedenen bleibt stabil bei 2%.

Abbildung 2

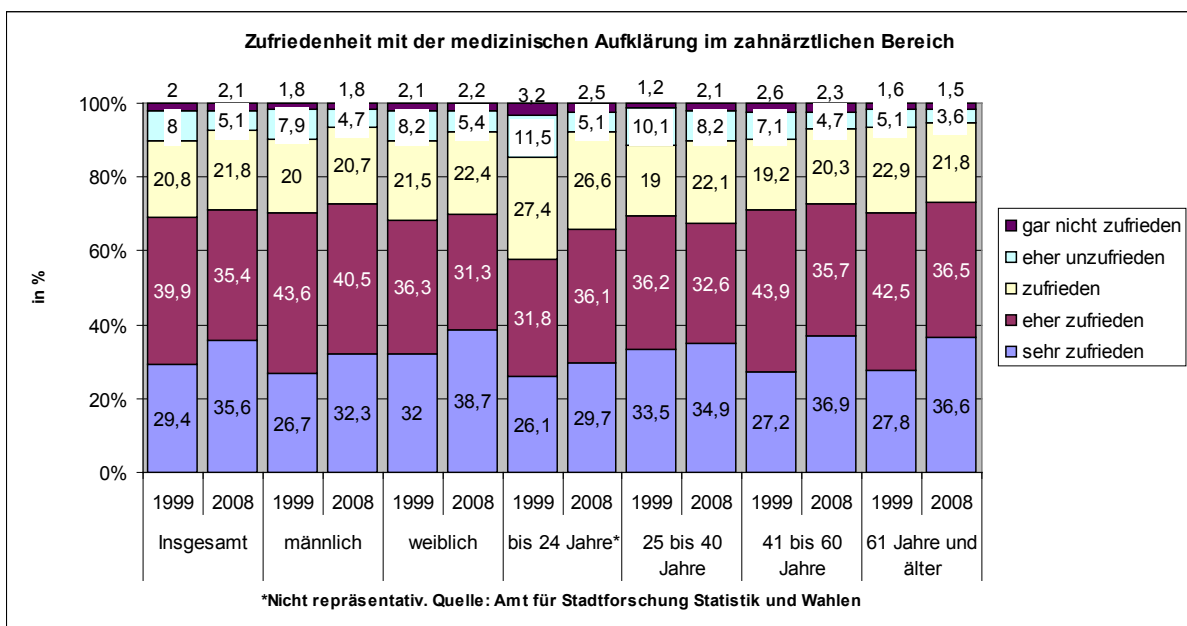
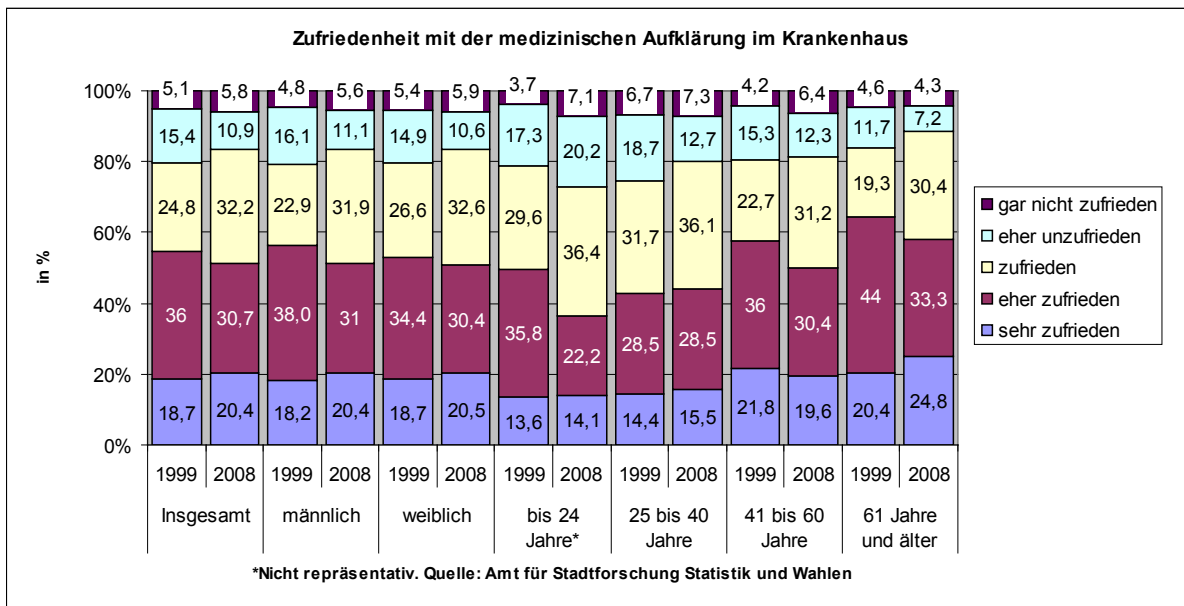
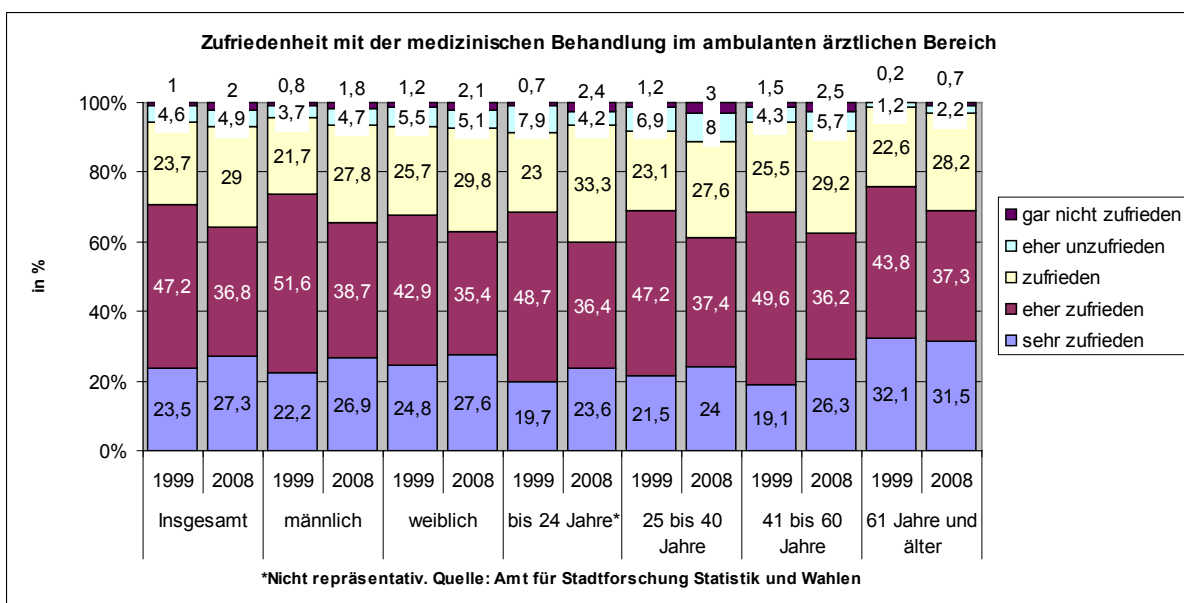


Abbildung 3



Bei der **Zufriedenheit mit der medizinischen Aufklärung im Krankenhaus** gibt es geringe Zuwächse jeweils am oberen Ende (+1,7-%-Punkte) und unteren Ende (+0,7-%-Punkte) der Verteilung (Abbildung 3). Der Anteil der ‚eher zufriedenen‘ Bürgerinnen und Bürger schrumpft um -5,3%-Punkte, allerdings auch der Anteil der Eher-Unzufriedenen um immerhin (-4,5%-Punkte), währenddessen diejenigen Bürgerinnen und Bürger lediglich der mittleren Kategorie ‚zufrieden‘ den größten Anstieg von +7,4%-Punkte ausmachen und damit zugleich den größten Anteil bilden (32,2%), der 1999 von der nächst höheren Kategorie ‚eher zufrieden‘ noch gebildet wurde (36%).

Abbildung 4

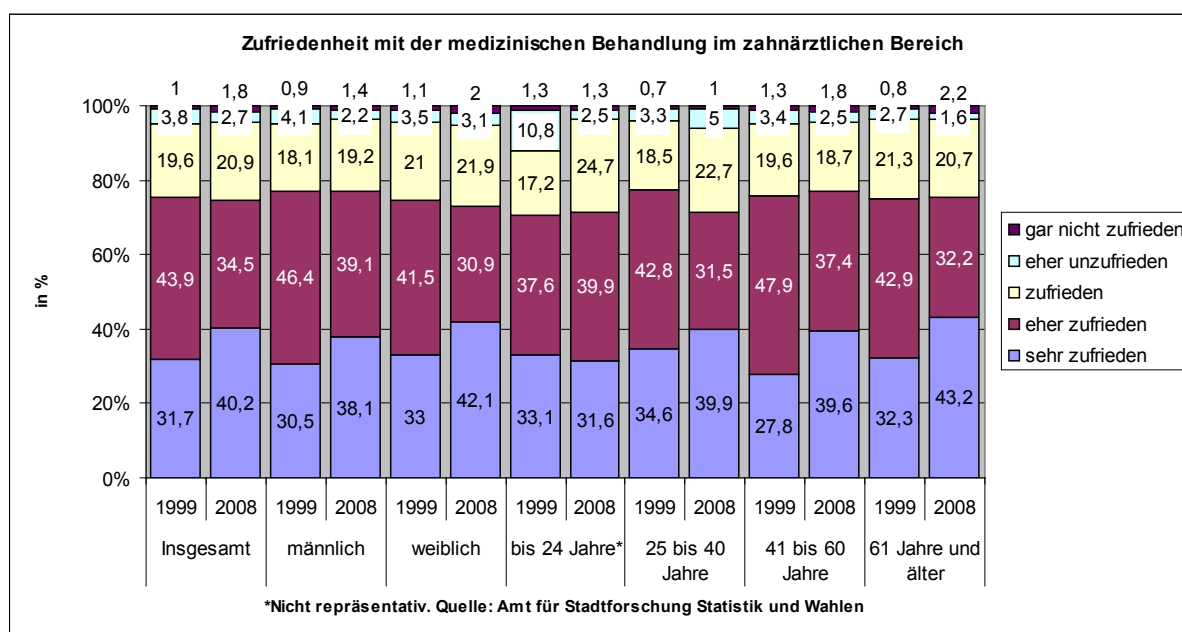


2.1.2.2. Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung

Im ambulanten ärztlichen Bereich ist die größte Veränderung in der zweithöchsten Bewertungskategorie ‚eher zufrieden‘ erfolgt (-10,4-%-Punkte) und die zweitgrößte Veränderung in der Kategorie ‚eher unzufrieden‘ (+5,3-%-Punkte). Letztere Kategorie ist mit 36,8% auch 2008 trotz Schrumpfung am häufigsten vertreten. An den Rändern der Verteilung sind jeweils Zuwächse zu verzeichnen, unter den Sehr-Zufriedenen (+3,8-%-Punkte) deutlicher als unter den Gar-Nicht-Zufriedenen (+1-%-Punkt). Dabei ist der Anteil der Letzteren mit 2% weitaus kleiner als der Sehr-Zufriedenen (27,3%). Anders ausgedrückt, kann man aber auch sagen, dass sich der Anteil der Gar-Nicht-Zufriedenen verdoppelt hat (Abbildung 4, s.o.).

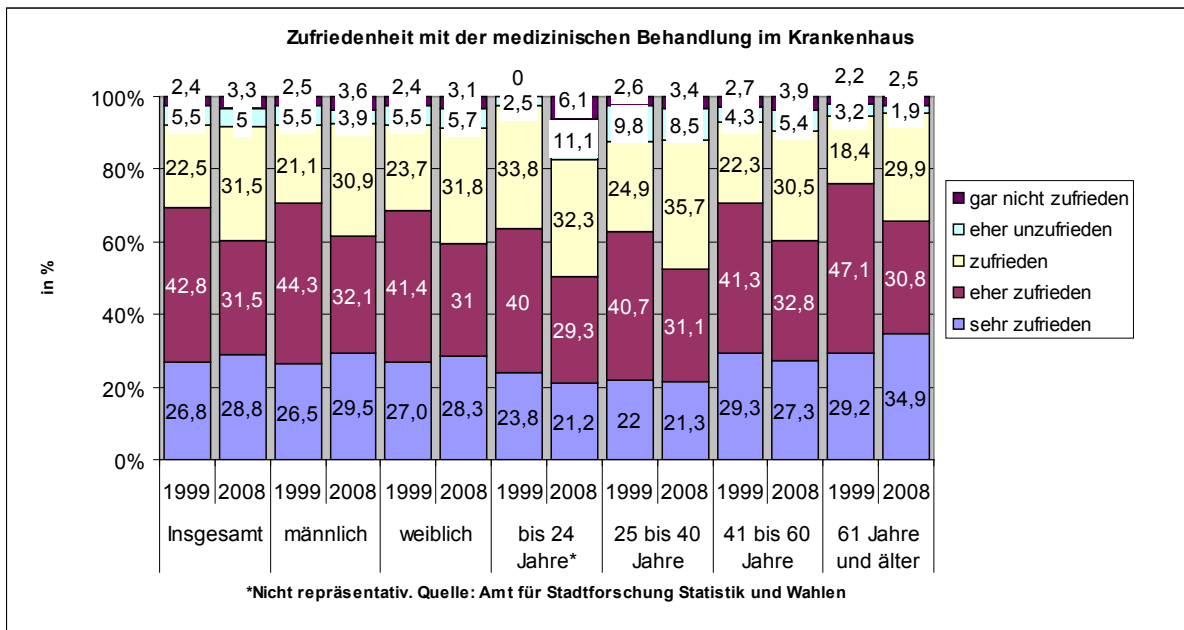
Bei der **Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung im zahnärztlichen Bereich** ist ein deutlicher Zuwachs zu positiveren Bewertungskategorien festzustellen (+8,5-%-Punkte in der Kategorie ‚sehr zufrieden‘, die seit 2008 mit 40,2% auch den größten Anteil einnimmt), allerdings mit Ausnahme der Gar-Nicht-Zufriedenen (+0,9-%-Punkte, Abbildung 5). Auch die Kategorie ‚zufrieden‘ ist 2008 etwas stärker besetzt als 1999 (+1,3%-Punkte).

Abbildung 5



Die Bewertung der **Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung im Krankenhaus** hat die größte Veränderung in der Kategorie ‚eher zufrieden‘ erfahren (-11,3-%-Punkte), die sich überwiegend in dem Zuwachs der mittleren Kategorie ‚zufrieden‘ ausgewirkt hat (+9-%-Punkte, Abbildung 6). Wurde 1999 die Kategorie ‚eher zufrieden‘ mit 42,8% noch am häufigsten besetzt, wird sie 2008 gleich auf mit der Kategorie ‚zufrieden‘ am häufigsten verwendet (jeweils 31,5%). Kleine Zuwächse gibt es im oberen und unteren Bereich der Verteilung bei den extremen Positionen (+2-%-Punkte Sehr-Zufriedene und +0,9-%-Punkte Gar-Nicht-Zufriedene).

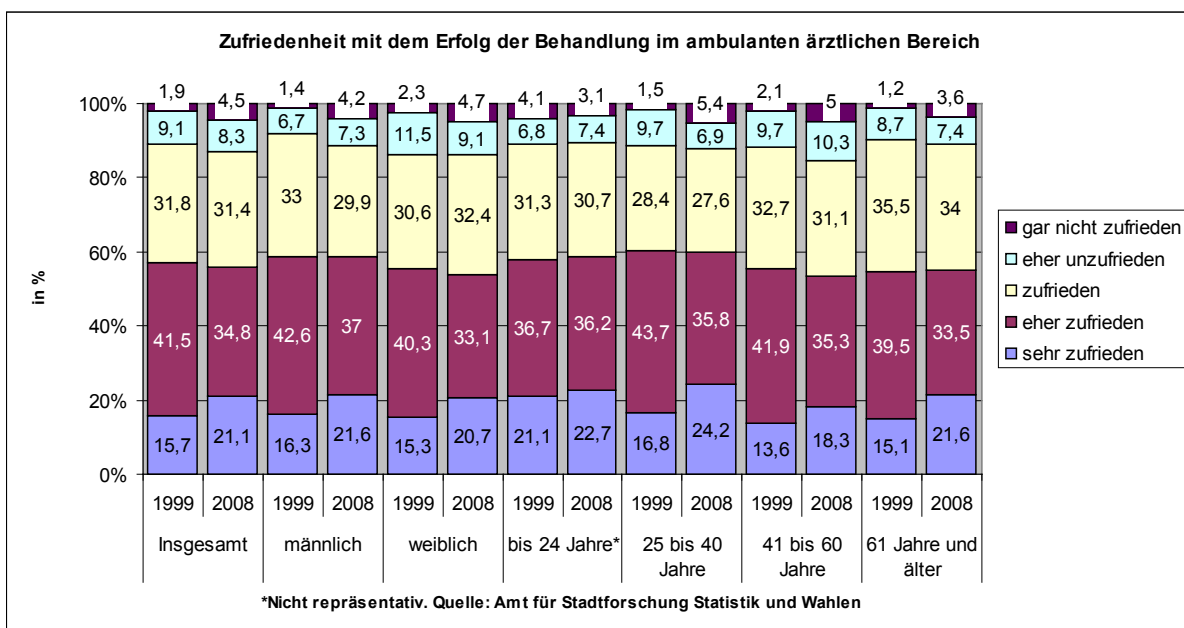
Abbildung 6



2.1.2.3. Zufriedenheit mit dem Erfolg der medizinischen Behandlungen

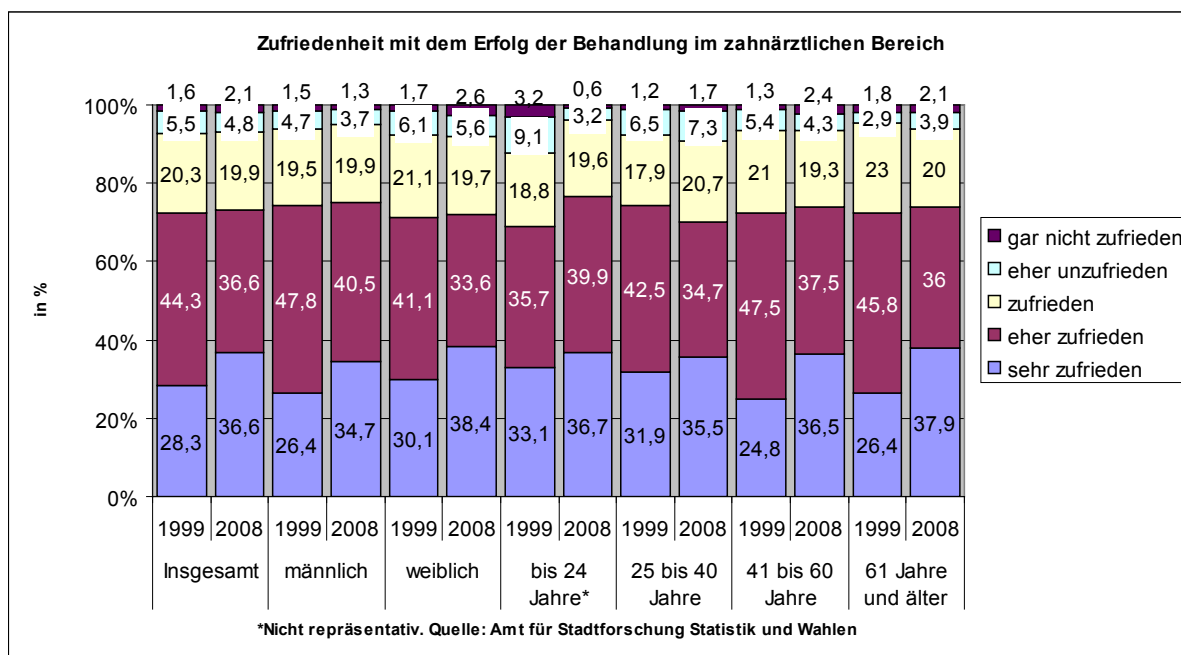
Die Zufriedenheit mit dem Erfolg der medizinischen Behandlungen im ambulant ärztlichen Bereich (Abbildung 7) ändert sich am stärksten bei den Eher-Zufriedenen (-6,7-%-Punkte). Am zweit- und drittgrößten sind die Veränderungen bei den Sehr-Zufriedenen (+5,4-%-Punkte) und den Gar-Nicht-Zufriedenen (+2,6-%-Punkte, d.h. auf 4,5%). Nach wie vor am häufigsten wird die zweithöchste Kategorie ‚eher zufrieden‘ verwendet (34,8%).

Abbildung 7



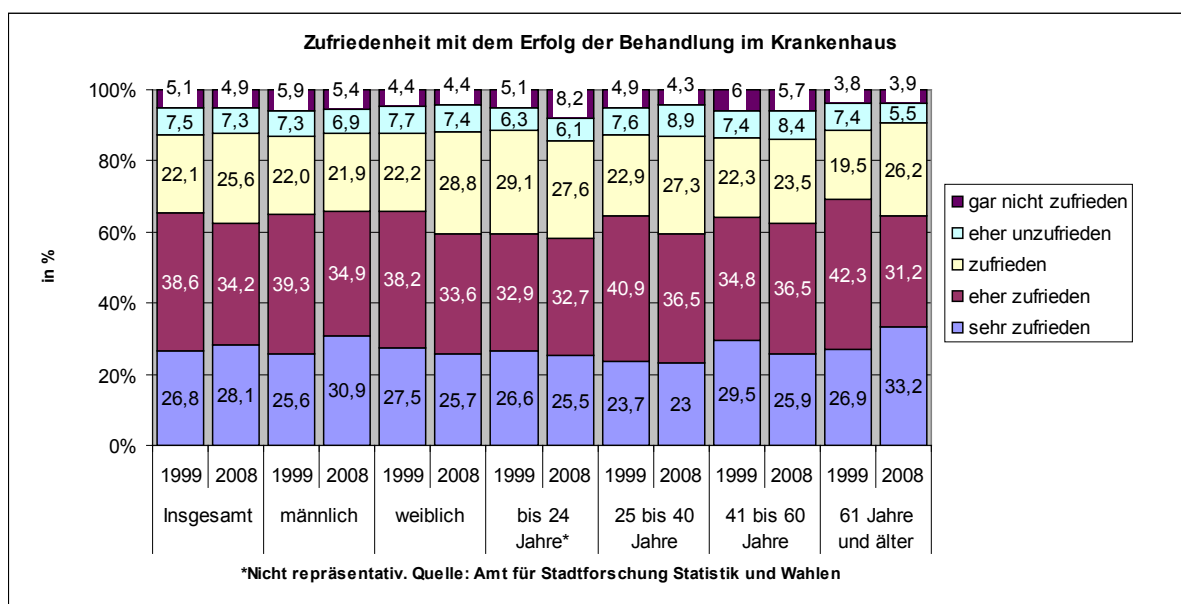
Die Zufriedenheit mit dem Erfolg der Behandlung im zahnärztlichen Bereich hat sich 2008 deutlich zugunsten der Sehr-Zufriedenen verschoben (+8,3-%-Punkte), nur bei den Gar-Nicht-Zufriedenen hat es auch einen Zuwachs gegeben (+0,5-%-Punkte, Abbildung 8). Seit 2008 liegt die Kategorie ‚sehr zufrieden‘ gleichauf mit der zweithöchste Kategorie ‚eher zufrieden‘ in Hinsicht auf den größten Anteil (je 36,6%). Im Jahr 1999 war nur die zweithöchste Kategorie am häufigsten genannt worden (44,3%).

Abbildung 8



Die Zufriedenheit mit dem Erfolg der Behandlung im Krankenhaus hat sich dahingehend verändert, dass die Kategorie ‚eher zufrieden‘, die auch 2008 den größten Anteil stellt (34,2%), um -4,4-%-Punkte geschrumpft ist, die Kategorie ‚zufrieden‘ um +3,5-%-Punkte und die Kategorie ‚sehr zufrieden‘ um +1,3-%-Punkte angestiegen ist (Abbildung 9). Der Anteil der Gar-Nicht-Zufriedenen und Eher-Unzufriedenen ist jeweils um -0,2-%-Punkte geschrumpft.

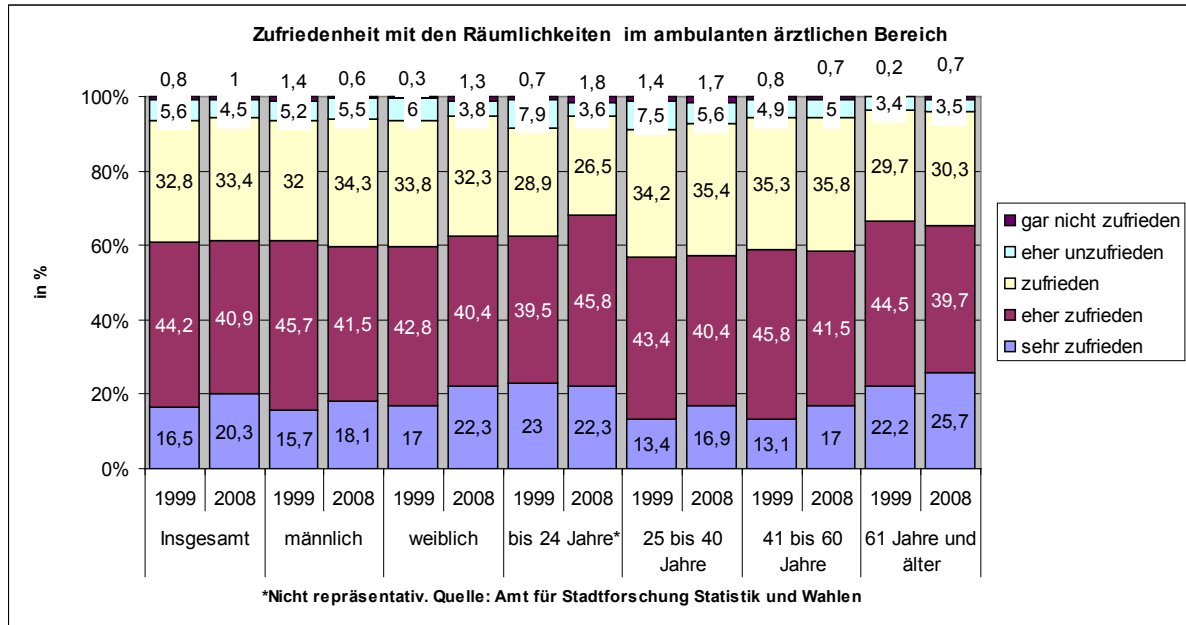
Abbildung 9



2.1.2.4. Zufriedenheit mit den Räumlichkeiten

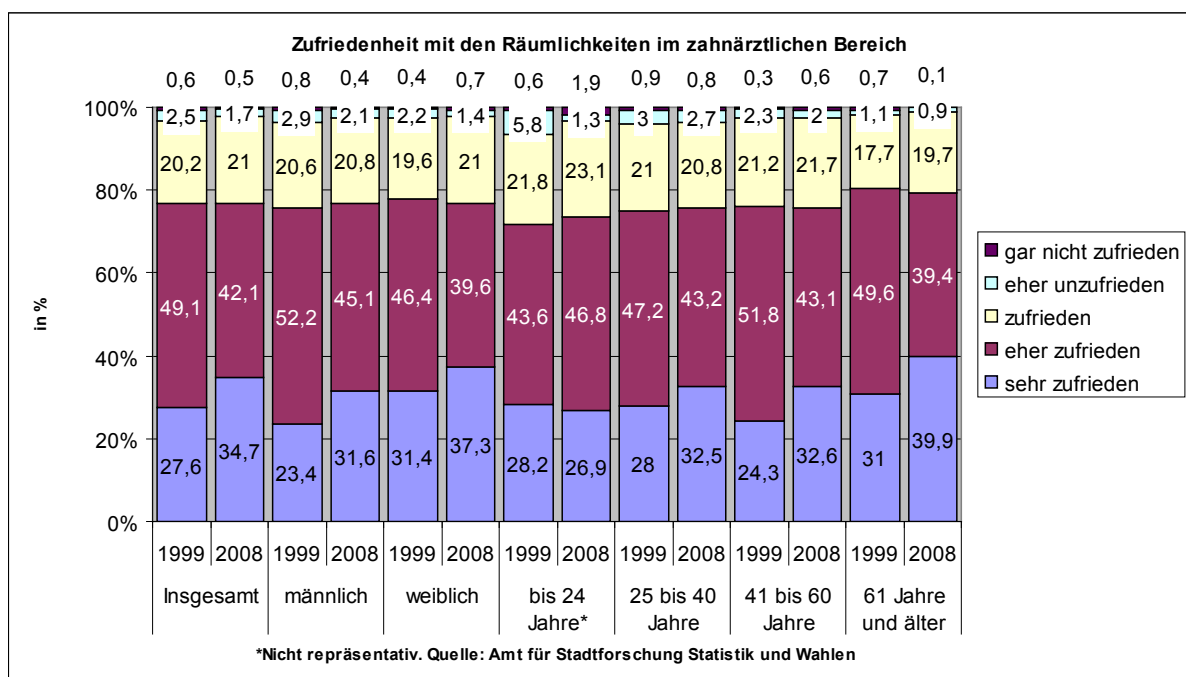
Die Bürgerinnen und Bürger bewerten die Räumlichkeiten der Haus- und Fachärztinnen und -ärzte positiver als 1999. Die meisten sind ‚eher zufrieden‘ (40,9%, Abbildung 10).

Abbildung 10



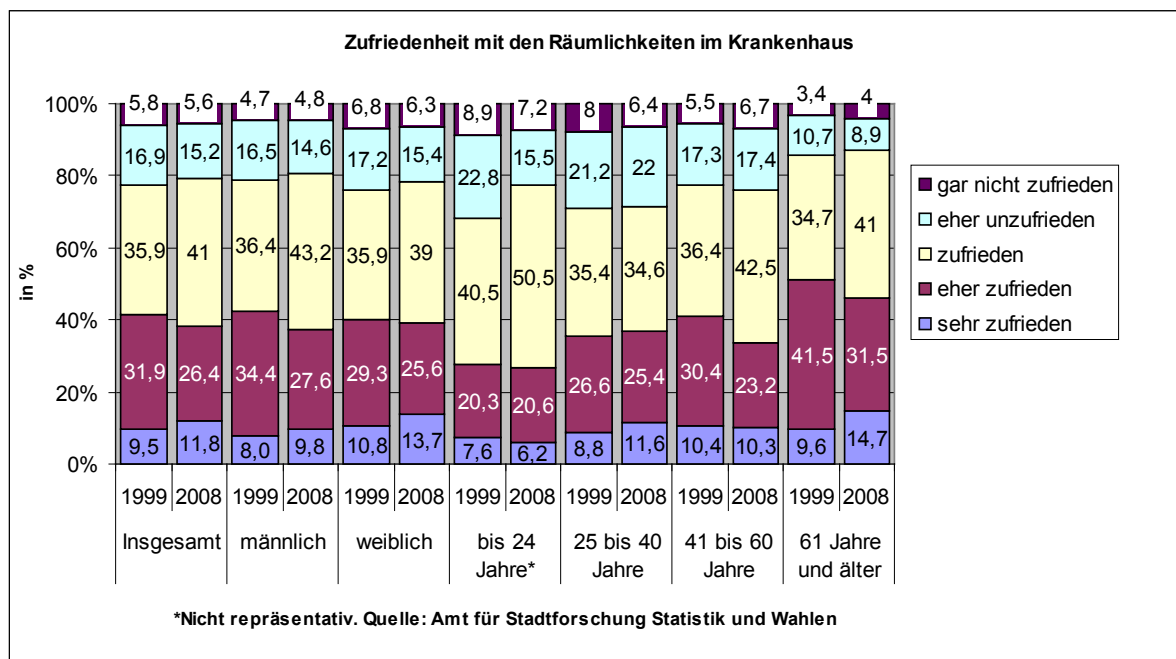
Die **Zufriedenheit mit den Räumlichkeiten im zahnärztlichen Bereich** stieg leicht an. Die Praxisräume werden 2008 eher positiver bewertet als 1999 (Abbildung 11). Überwiegend ist man ‚eher zufrieden‘ (42,1%), was auch 1999 bereits der Fall war.

Abbildung 11



Die **Zufriedenheit mit den Räumlichkeiten im Krankenhaus** hat zugenommen. Die Krankenhausräumlichkeiten erfahren in der Bewertung durch die Bürgerinnen und Bürger den größten Zuwachs in der Kategorie ‚zufrieden‘ (+5,1-%-Punkte), die auch 2008 am häufigsten genannt wird (41%). Einen Zuwachs gibt es auch unter den Sehr-Zufriedenen (+2,3-%-Punkte). Geschrumpft sind hingegen die Bewertungen in der Kategorie ‚eher zufrieden‘ (-5,5-%-Punkte), ‚eher unzufrieden‘ (-1,7-%-Punkte) und ‚gar nicht zufrieden‘ (-0,2-%-Punkte, Abbildung 12).

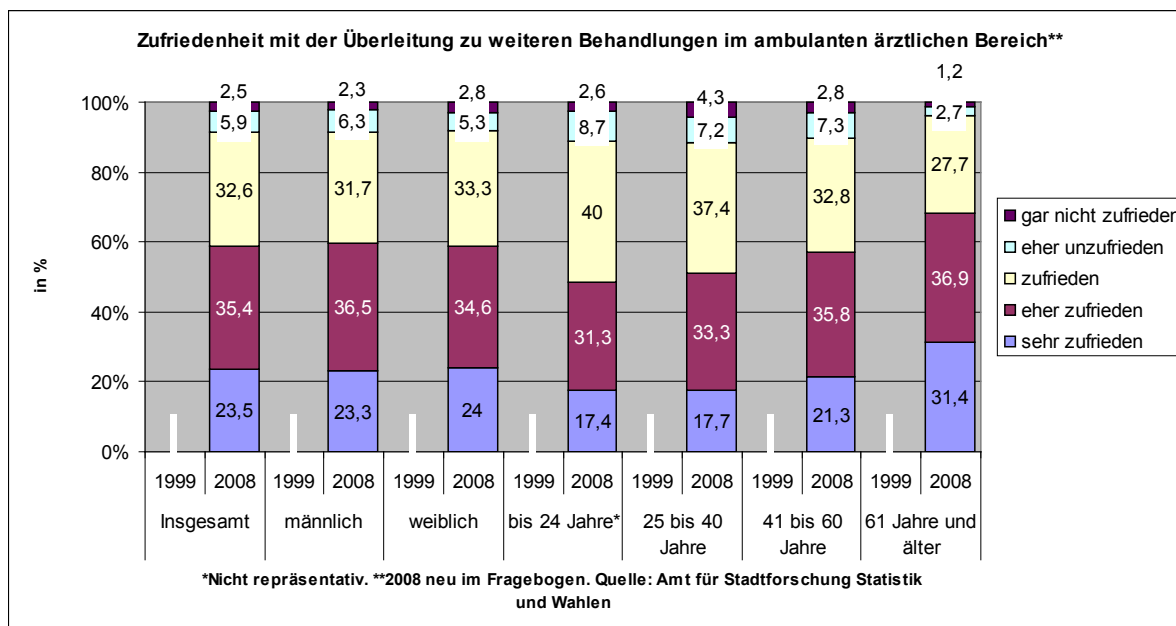
Abbildung 12



2.1.2.5. Zufriedenheit mit den Überleitungen

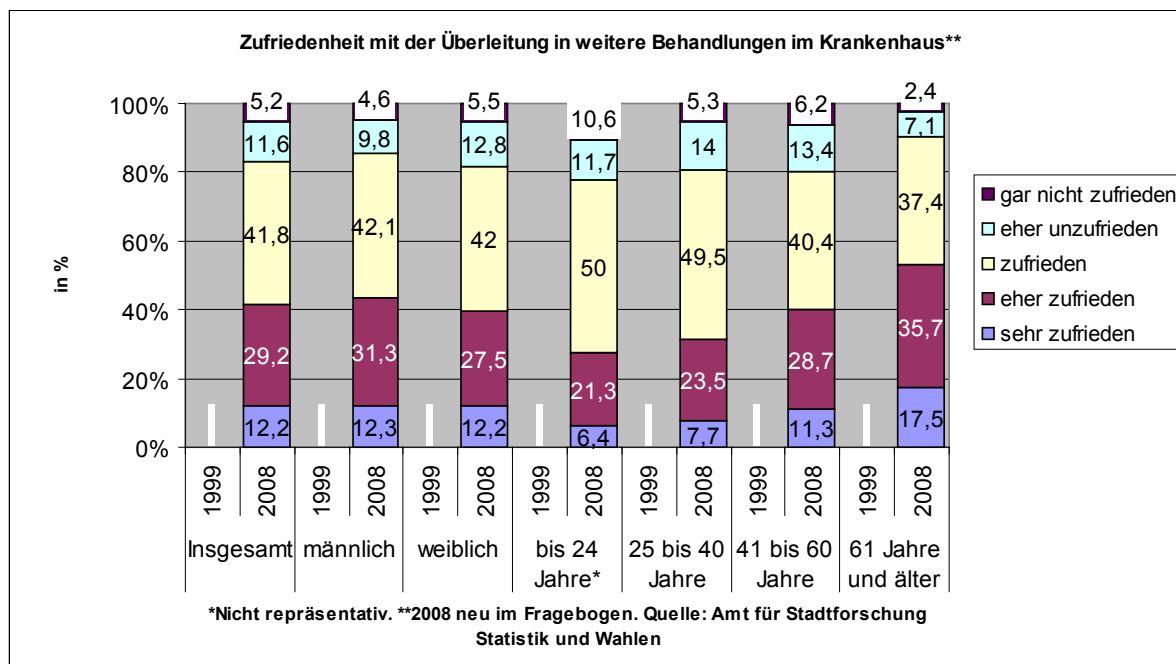
Die Überleitung zu einer weiteren Behandlung im niedergelassenen ärztlichen Bereich - diese Frage wurde 2008 erstmals gestellt - wird überwiegend als ‚eher zufrieden‘ eingestuft (35,4%)

Abbildung 13



Die Frage nach der **Zufriedenheit mit der Überleitung in weitere Behandlungen im Krankenhaus** wurde 2008 erstmalig gestellt. Die Mehrzahl kreuzte ‚zufrieden‘ an (41,8%).

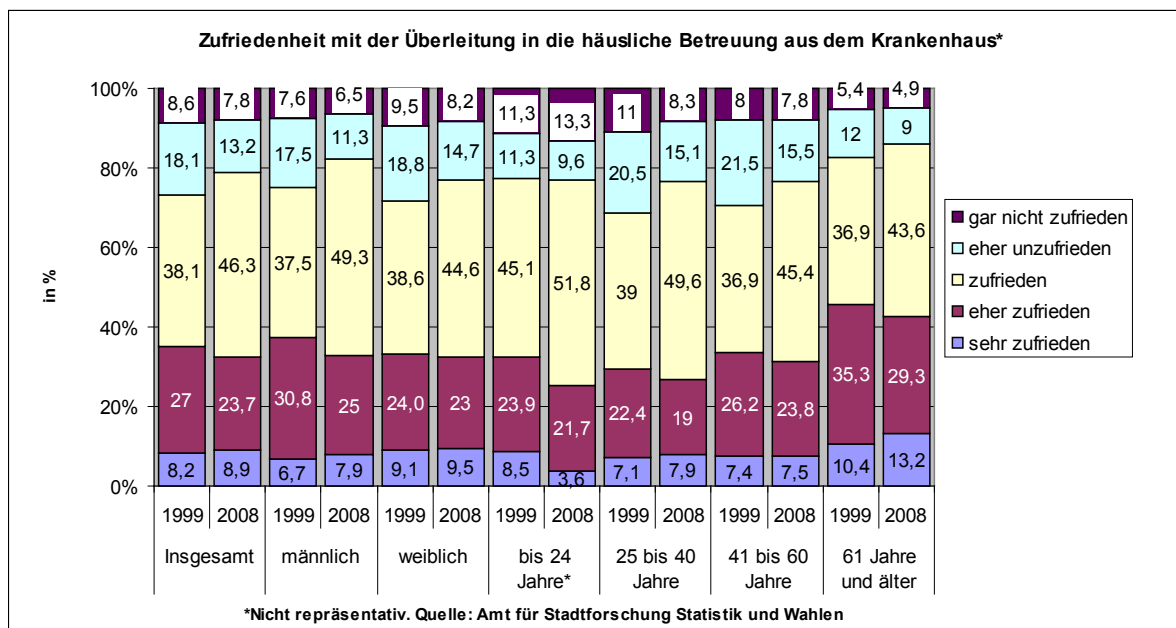
Abbildung 14



2.1.2.6. Zufriedenheit mit der Überleitung aus dem Krankenhaus in häusliche Betreuung

Die Überleitung aus dem stationären Sektor in die häusliche Betreuung wird wie 1999 überwiegend mit ‚zufrieden‘ bewertet (46,3%, Abbildung 15). Dabei gab es hier den größten Zuwachs (+8,2-%-Punkte). Nur ein anderer geringer Anstieg ist festzustellen und zwar unter den Sehr-Zufriedenen (+0,7-%-Punkte). Den größten Rückgang gibt es in der Kategorie der Eher-Unzufriedenen (-4,9-%-Punkte), darauf folgen die Eher-Zufriedenen (-3,3-%-Punkte) und in dieser Reihenfolge zuletzt die Gar-Nicht-Zufriedenen (-0,8-%-Punkte). Insgesamt gesehen hat sich somit die Zufriedenheit vor allem in die mittlere Kategorie ‚zufrieden‘ verlagert.

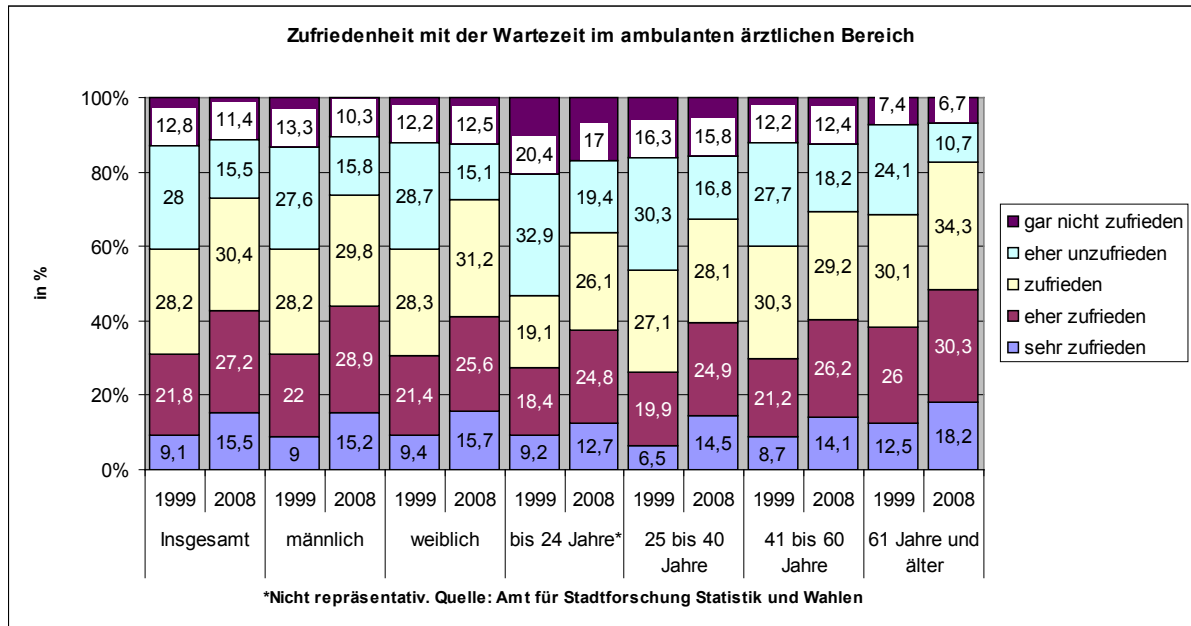
Abbildung 15



2.1.2.7. Zufriedenheit mit den Wartezeiten

Im ambulanten ärztlichen Bereich hat sich die Zufriedenheit mit der Wartezeit am größten in der Kategorie ‚eher unzufrieden‘ verändert (-12,5-%-Punkte, Abbildung 16). Auch in der Kategorie ‚gar nicht zufrieden‘ gibt es einen Rückgang (-1,4-%-Punkte). Den größten Zuwachs erfährt die Kategorie ‚sehr zufrieden‘ (+6,4-%-Punkte), danach folgen ‚eher zufrieden‘ (+5,4-%-Punkte) und ‚zufrieden‘ (+2,2-%-Punkte). Letztere bildet mit 30,4% den größten Anteil. Somit ergibt sich eine positivere Zufriedenheit mit der Wartezeit in den Arzt- und Ärztinnenpraxen.

Abbildung 16



Die Zufriedenheit mit der Wartezeit im zahnärztlichen Bereich ist ebenfalls gestiegen. Am häufigsten sind die Bürgerinnen und Bürger diesbezüglich ‚sehr zufrieden‘ (35,6%)

Abbildung 17

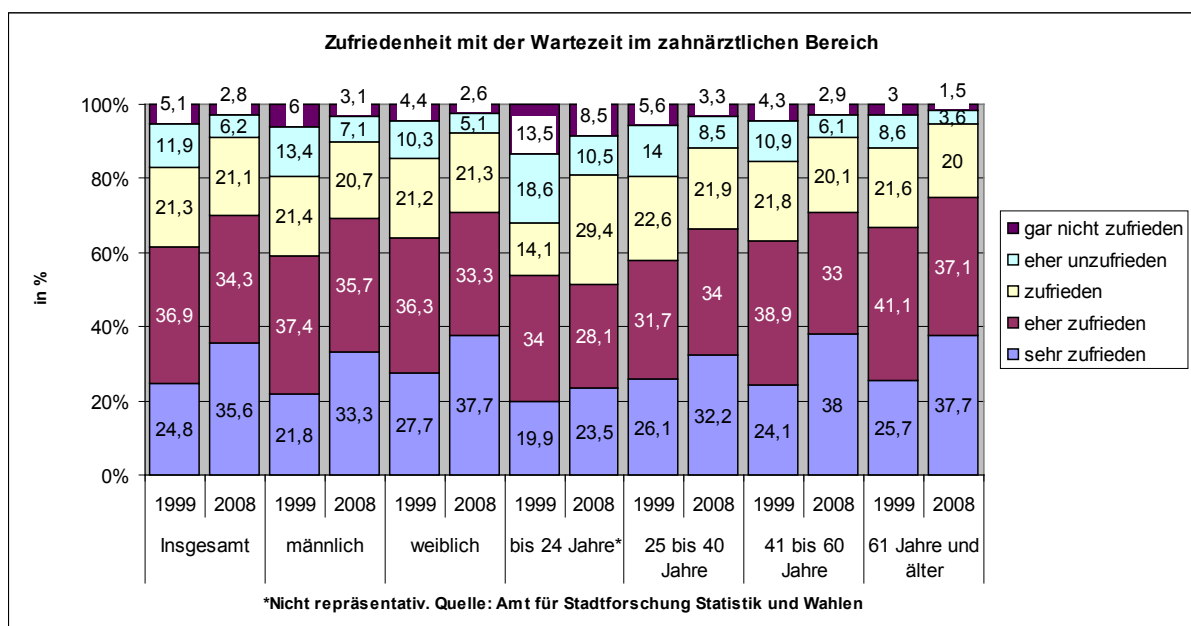
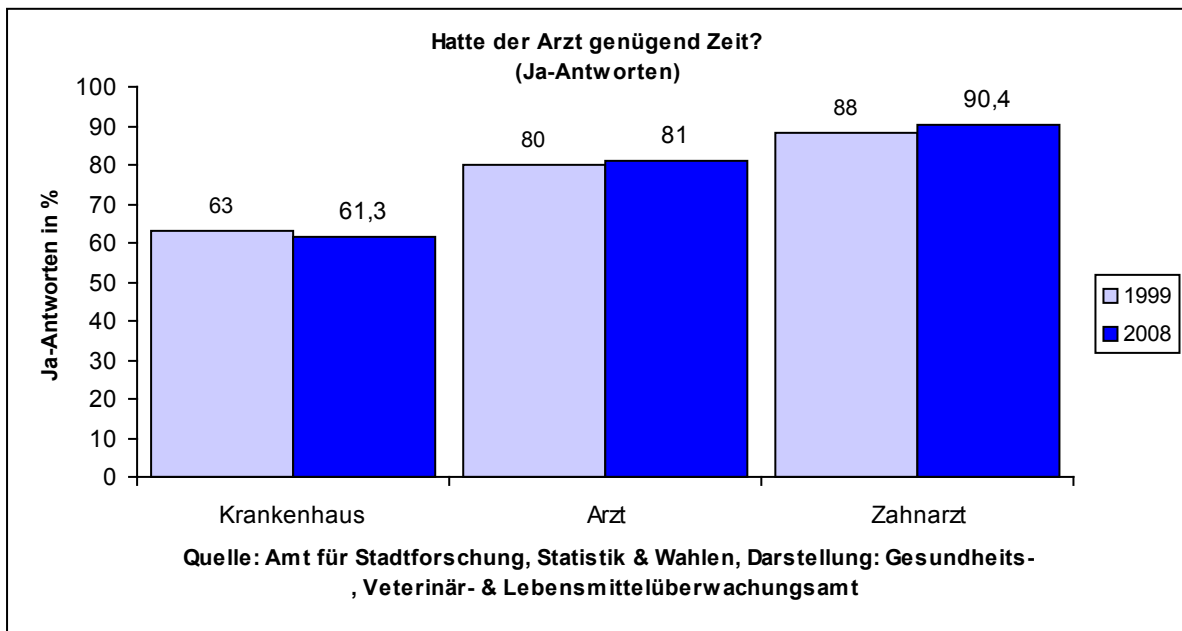


Abbildung 18

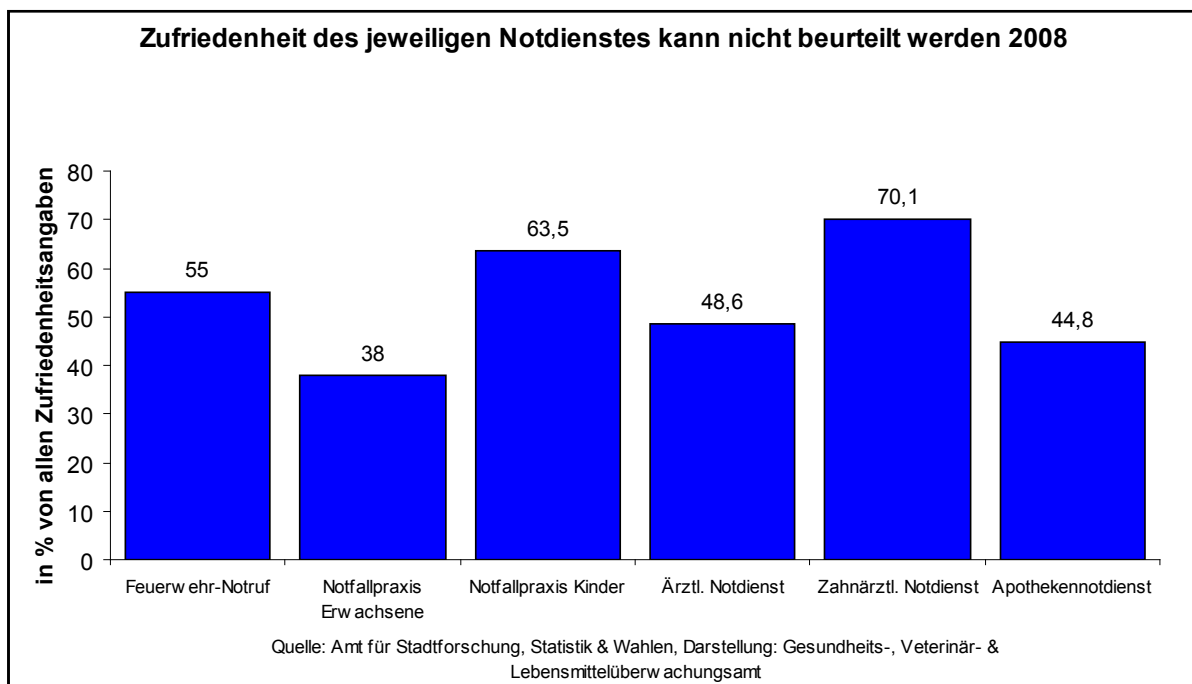


Bei der Antwort auf die Frage, ob der Arzt bzw. die Ärztin genügend Zeit hatte, sind mit Ausnahme des stationären Bereiches kleine Zufriedenheitszuwächse festzustellen (Abbildung 18). In allen Bereichen geben die Befragten mehrheitlich an, dass genügend Zeit vorhanden war.

2.1.2.8. Zufriedenheit mit den Notfalldiensten

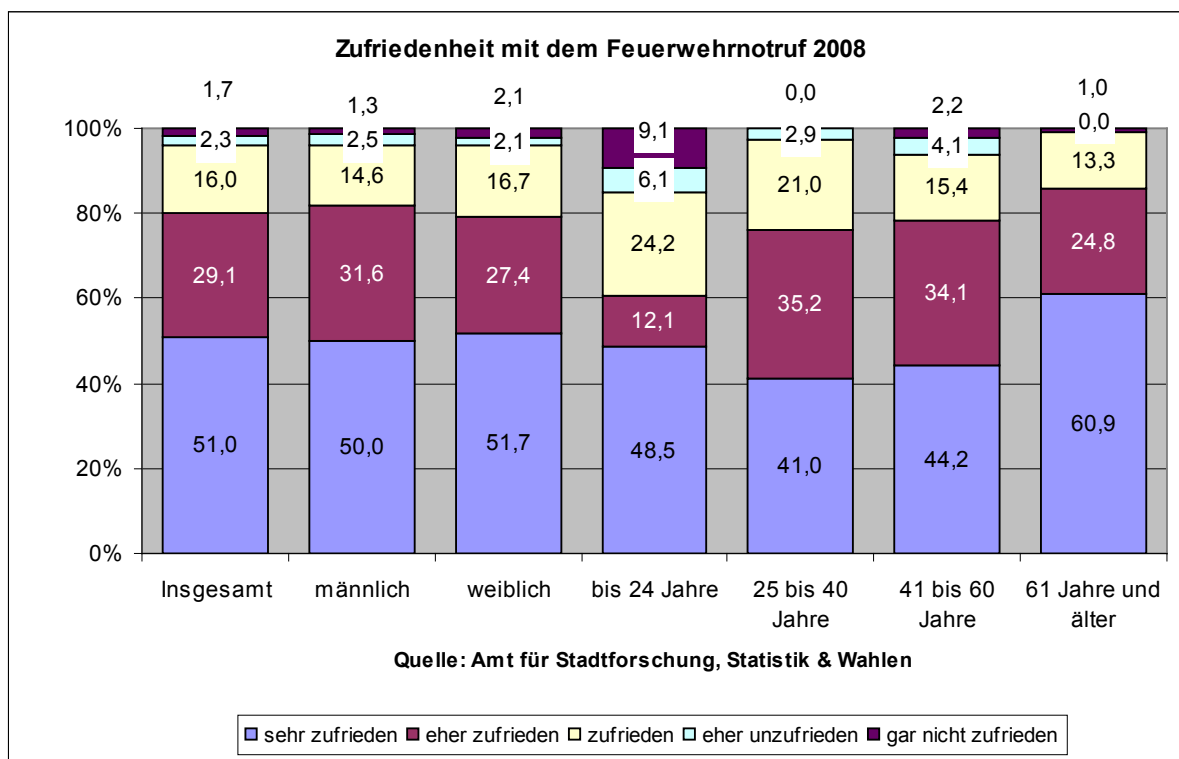
Die Zufriedenheit der Befragten mit der Notfallversorgung kann mit den Aussagen aus dem Jahr 1999 nicht verglichen werden, weil zusätzlich die Kategorie „Kann ich nicht beurteilen“ aufgenommen wurde, um genauer zu unterscheiden, wer sich ein Urteil über den jeweiligen Notdienst erlaubt. Viele Befragte geben an, dass sie die Notdienste nicht beurteilen können.

Abbildung 19



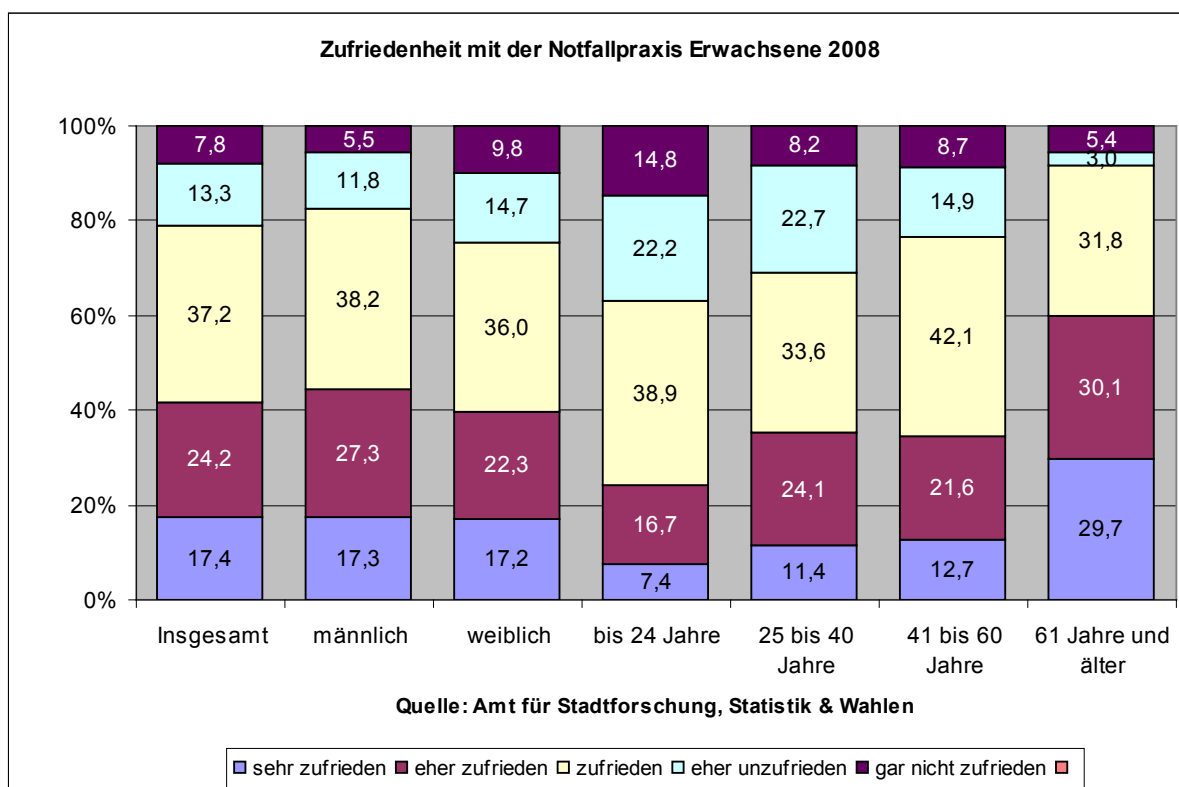
Lässt man die Kategorie ‚kann ich nicht beurteilen‘ außer acht, zeigt sich, dass die Mehrheit ‚sehr zufrieden‘ mit dem Feuerwehrnotruf ist, der nicht nur die entsprechenden Rettungsdienste umfasst (51%, Abbildung 20).

Abbildung 20



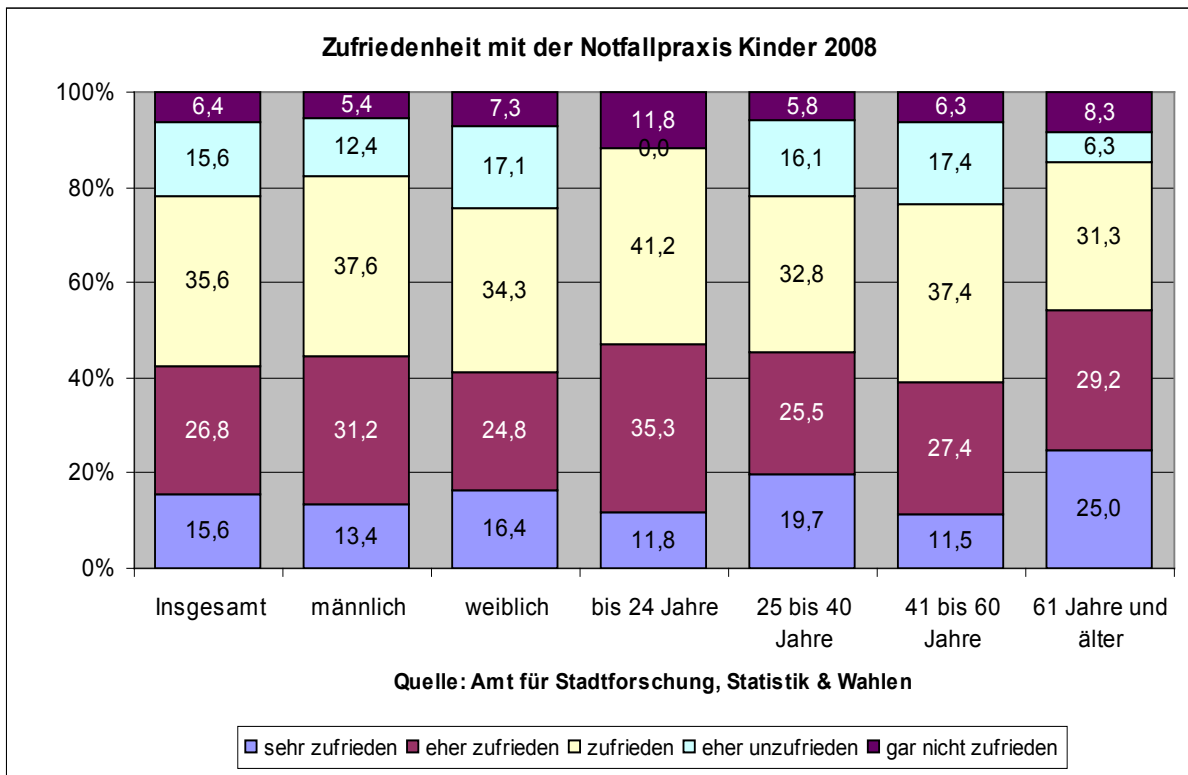
Die Notfallpraxis für Erwachsene wird am häufigsten mit ‚zufrieden‘ beurteilt (37,2%).

Abbildung 21



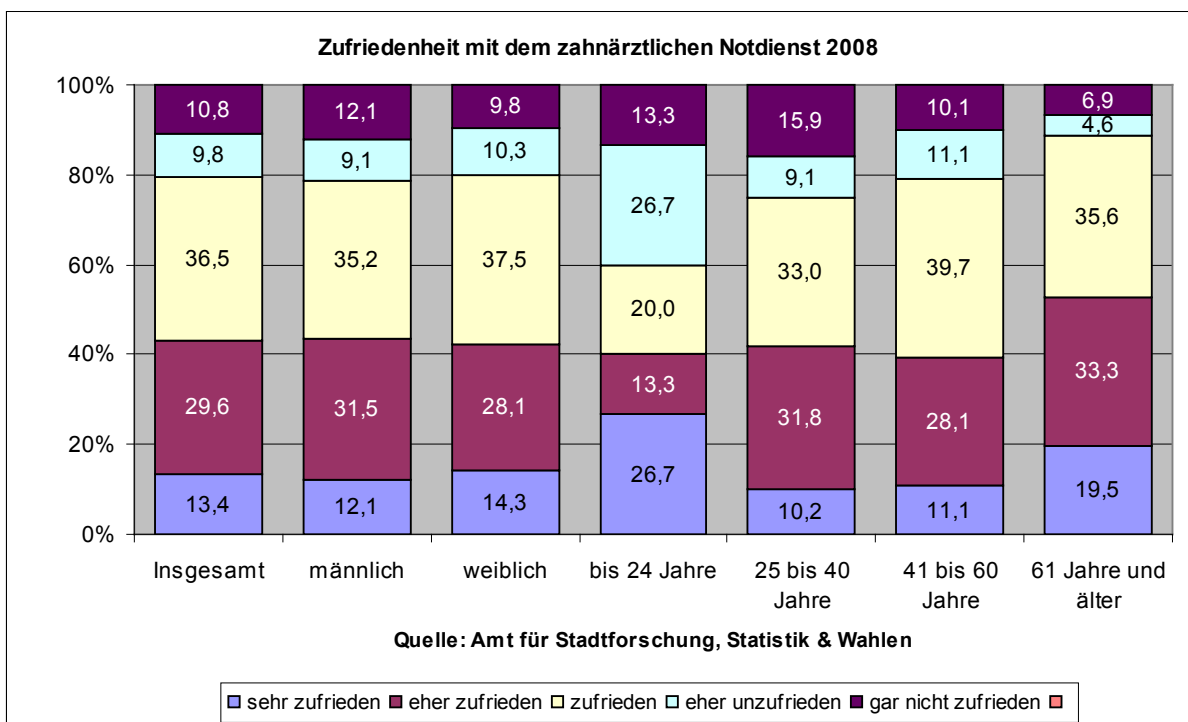
Auch die Zufriedenheit mit der Notfallpraxis für Kinder wird am häufigsten mit zufrieden bewertet (35,6%, Abbildung 22).

Abbildung 22



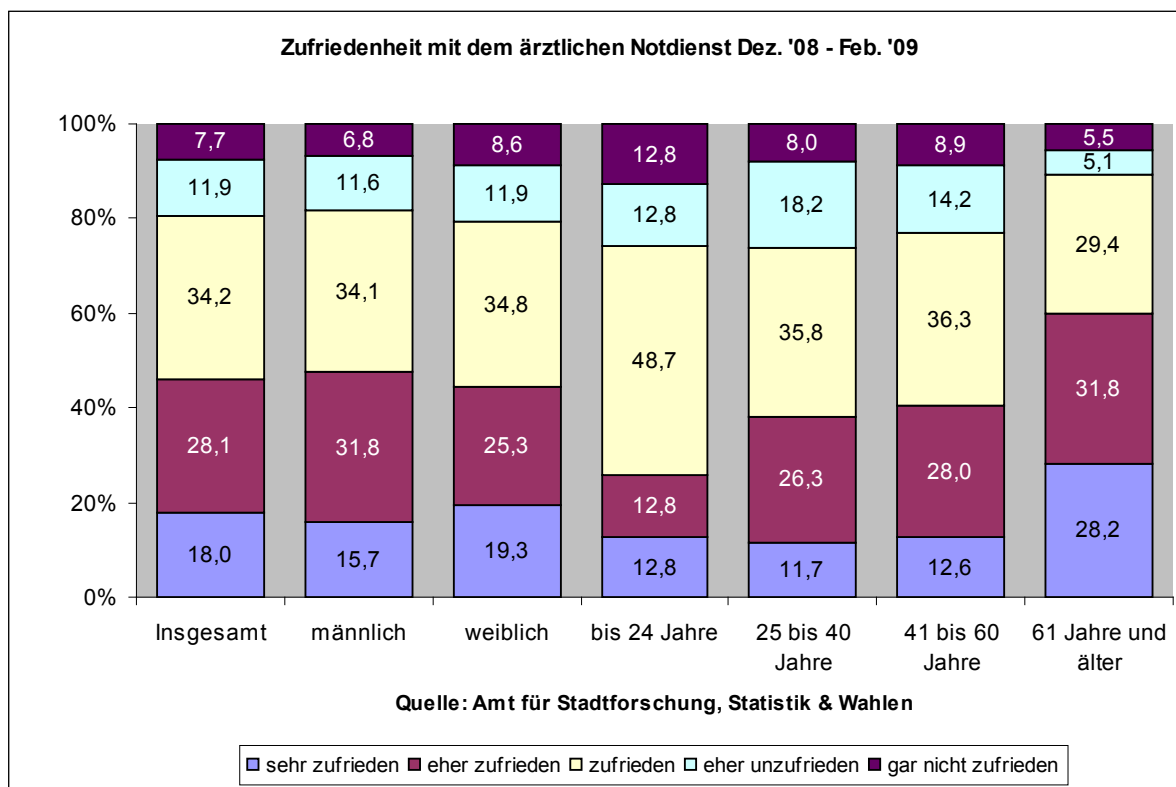
Die Zufriedenheit mit dem zahnärztlichen Notdienst bewegt sich auch überwiegend in der mittleren Kategorie (36,5%, Abbildung 23).

Abbildung 23



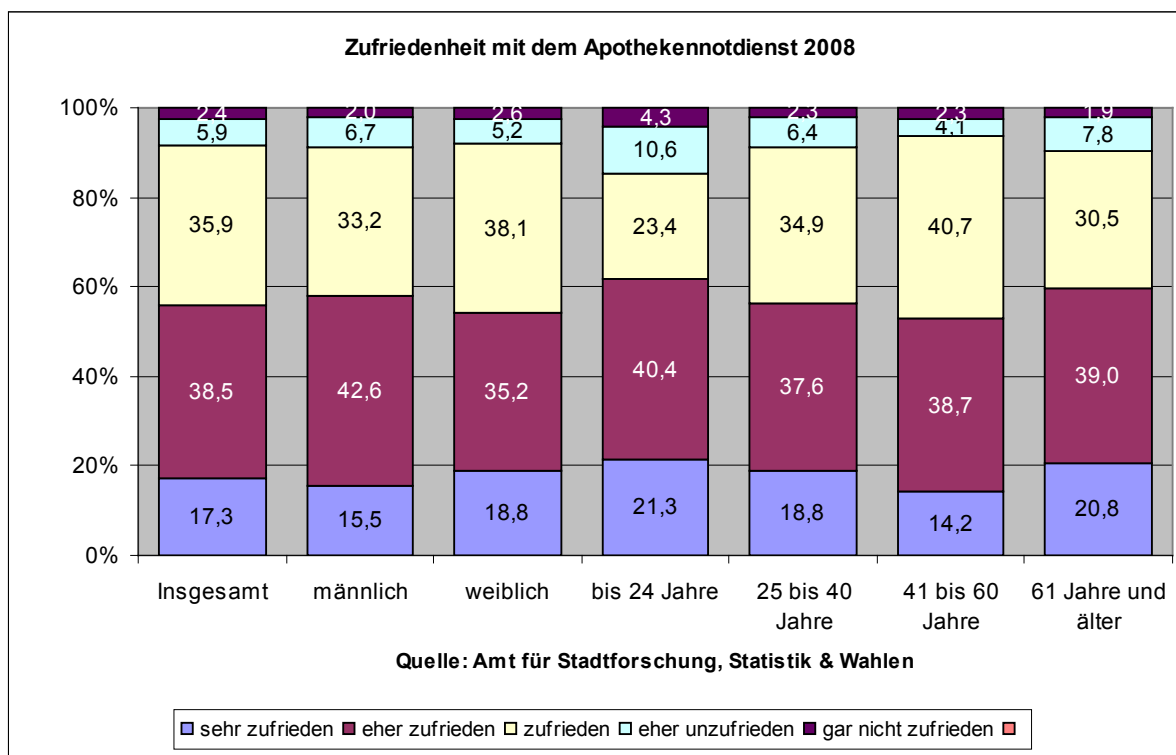
Dem ärztlichen Notdienst wird auch die mittlere Antwortkategorie am häufigsten ausgestellt (34,2%, Abbildung 24).

Abbildung 24



Die Bürgerinnen und Bürger sind mit dem Apothekennotdienst am häufigsten ‚eher zufrieden‘ (38,5%, Abbildung 25).

Abbildung 25



Nach den Rahmenbedingungen für die örtliche Gesundheitsversorgung und der Zufriedenheit mit den ärztlichen Einrichtungen geht es im folgenden Kapitel um die Umsetzung der Teilziele, die im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2002 formuliert wurden.

2.1.3. Teilziele / Handlungsfelder

2.1.3.1. Umsetzung Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2002

Der Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2002 formulierte für einzelne Projekte und Maßnahmen Teilziele im Rahmen der drei allgemeinen Bielefelder Gesundheitsziele. Hier wird auf die Teilziele Bezug genommen, die zum allgemeinen Ziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung gehören.

2.1.3.1.1. Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere das Aufmerksamkeitsdefizit- (Hyperaktivitäts-) Syndrom (AD(H)S)

Teilziel: Es gilt, alle wichtigen Kräfte zu mobilisieren, um dem dramatischen Anstieg der Verhaltensauffälligkeiten und des Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) in Bielefeld Einhalt zu gebieten. Dazu sollte im ersten Schritt eine eingehende Bewertung des Befundes durch Kinderheilkunde, Jugend- und Sozialarbeit sowie Lehrerinnen und Lehrer u. a. in Hinsicht auf die Interventionsräume erfolgen, um darauf aufbauend Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzepte weiterzuentwickeln und zu verstärken. Die AG ADHS der Kommunalen Gesundheitskonferenz kann dabei eine Schlüsselrolle übernehmen.

Eine öffentliche Veranstaltung zum Thema AD(H)S hatte bereits vor der Formulierung des Teilziels zur Gründung einer AG für das Kindes- und Jugendalter geführt. Sie initiierte folgende Maßnahmen:

- bedarfsweise wurde mit dem sogenannten Conners-Fragebogen im Rahmen der wieder eingeführten Reihenuntersuchung in den Tagesstätten für Kinder eine Screeninguntersuchung bzgl. AD(H)S durchgeführt,
- ein Wegweisers „AD(H)S“ für Betroffene und Expertinnen und Experten entstand
- die Bezirksregierung Detmold bekam die Anregung, regelmäßige Fortbildungen zum Thema AD(H)S für Lehrerinnen und Lehrer anzubieten.

Der Conners-Fragebogen zur Identifikation eines Verdachtes auf AD(H)S wird entweder von den untersuchenden Ärztinnen und Ärzten eingesetzt oder schon im Vorfeld von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kindertagestätten.

Der Wirksamkeit der Broschüre „Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom – ein Wegweiser für AD(H)S-Betroffene“ wurde mit einer Nutzerbefragung nachgegangen. Mit Nutzerinnen und Nutzern sind Multiplikatoren (z.B. Ärztinnen und Ärzte oder Beratungsstellen) gemeint, die die Broschüre in ihrem Arbeitsfeld eingesetzt haben. Sie berichteten, dass der Wegweiser gerne verwendet wird, was sich auch darin widerspiegelte, dass weitere 355 Wegweiser benötigt wurden. Die Arbeitsgruppe AD(H)S entschied, den Wegweiser in einer aktualisierten zweiten Auflage herauszubringen, die 2009 erschien.

2.1.3.2. „Gesunde Integration“ – Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Migrantinnen und Migranten

Das Programm „Gesunde Integration“ beruht auf den Handlungsempfehlungen der AG Migrantinnen und Gesundheit des Bielefelder Netzwerkes Frauen, Mädchen und Gesundheit, den Handlungsempfehlungen auf der Grundlage der Analysen des Berichts und auf Handlungsempfehlungen, die den Einsatz der interkulturellen Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren des Projektes „Mit und für Migranten“ (Mimi) vorsehen. Welche Teilziele konnten in Bezug auf das allgemeine Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung erreicht werden?

2.1.3.2.1. Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten

Teilziel 1: Qualifikation des städtischen Dolmetscherdienstes zu medizinischen Themen, um das wesentliche Versorgungshindernis – die sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten – zu minimieren.

Dieses Teilziel wurde aufgrund von personellen Verbindungen mit Teilziel 2 in geringem Umfang erarbeitet (vgl. Teilziel 2).

Teilziel 2: Qualifikation der Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren als Gemeindedolmetscherinnen und Gemeindedolmetscher, um das wesentliche Versorgungshindernis ‚Verständigungsschwierigkeiten‘ zu minimieren.

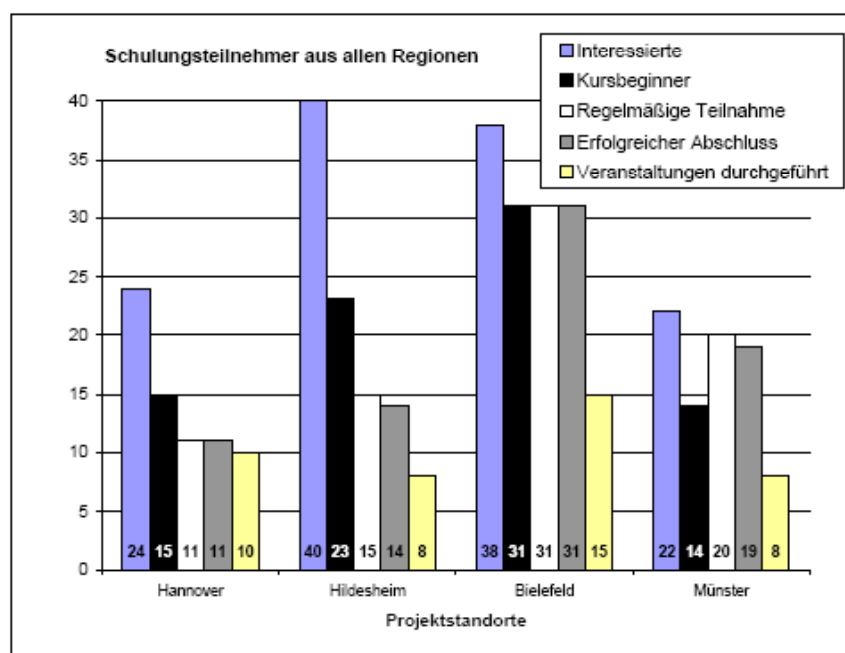
Von Dezember 2006 bis Januar 2007 fand in Kooperation mit dem Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Bielefeld e.V. und dem Ethnomedizinischen Zentrum Hannover e.V. eine Qualifizierung von 12 Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren zu Gemeindedolmetscherinnen und Gemeindedolmetschern statt. Damit kann ein Übersetzungsdienst in der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung in Bielefeld angeboten werden.

2.1.3.2.2. Kulturelle Verständigungsschwierigkeiten

Teilziel 1: Systematische Durchführung von Aufklärungskampagnen für Migrantinnen und Migranten mit Hilfe der Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren zu ausgewählten Gesundheitsthemen und –versorgungsbereichen entsprechend den jeweiligen ethnischen Besonderheiten, um das Verständnis für die Gesundheitsbegriffe und Versorgungsstrukturen in der BRD zu vergrößern.

Bielefeld gehörte zu den ersten Städten im Jahr 2003, die an dem Projekt „Mit und für Migranten“ (MiMi) des Ethnomedizinischen Zentrums Hannover e.V. im Auftrag des BKK-Bundesverbandes teilnahmen. Der BKK-Bundesverband führt bisher MiMi kontinuierlich fort, siehe folgende Abbildung 26.

Abbildung 26



Quelle: Ethnomedizinisches Zentrum e.V.

so dass die Projektfinanzierung gegeben ist. Das Projekt wurde auf der Landesebene sogar ausgeweitet, als im Jahr 2008 das Land NRW - wie bereits Hessen und andere Bundesländer zuvor - in Kooperation mit dem BKK-Landesverband NRW ein landesspezifisches MiMi initiierte. Aufgrund dieser Entwicklung konnte in Bielefeld das Themenangebot der Mediatorinnen und Mediatoren beständig erweitert werden.

In der ersten Projektphase August 2003 bis Oktober 2004 konnten in Bielefeld vergleichsweise viele Migrantinnen und Migranten an den MiMi-Qualifizierungen teilnehmen (Abbildung 24). Es schlossen 31 Personen erfolgreich die Schulung zu den folgenden Themen ab:

- Das deutsche Gesundheitssystem
- Mundgesundheit
- Ernährung und Bewegung
- Kindergesundheit
- Schwangerschaftsvor- und -nachsorge, Familienplanung
- Unfallprävention
- Umgang mit Medikamenten
- Alkoholkonsum
- Tabakkonsum und Aufgabe des Rauchens

Rund 83% waren weiblich. Sie hatten überwiegend einen hohen Sozialstatus im Vergleich zur gesamten zugewanderten Bielefelder Bevölkerung. Die 19 Gesundheitskampagnen in türkischer Sprache erreichten gemäß des Community-Ansatzes 282 Migrantinnen und Migranten in

Kindertagesstätten, Übergangsheimen, Moscheen, Vereinen und Verbänden und Migrantenvereinen.

Tabelle 1

Sprachen nach Veranstaltungsorten (n = 63 / missings = 0)							
	Türkisch	Russisch	Serbisch	Bosnisch	Kroatisch	Andere Sprachen	Gesamt
Bielefeld	8	2	0	1	1	7	19
Hannover	4	7	0	1	2	0	14
Hildesheim	3	3	0	0	0	5	11
Münster	10	5	4	0	0	0	19
Gesamt	25	17	4	2	3	12	63

Quelle: Ethnomedizinisches Zentrum Hannover e.V.

Von ihnen waren 67,1% weiblich. Meist lag das Alter der Kampagnenteilnehmerinnen und Kampagnenteilnehmer zwischen 31-40 Jahren. Der größte Anteil war in den vergangenen zehn Jahren zugewandert (32,2%), hatte einen mittleren oder niedrigen Bildungsindex (84%). Es waren 83% mit den Veranstaltungen gut oder sehr gut zufrieden, 70% erzielten Lernerfolge.

Ein großes Problem des MiMi-Projektes war jedoch seine kontinuierliche Finanzierung als auch die Verankerung im örtlichen Gesundheitswesen. Trotz prinzipieller Bereitschaft und auch Auseinandersetzung mit der Thematik in den verschiedenen Institutionen, gelang es nicht Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren besser zu institutionalisieren.

Neben der Qualifizierung von Migrantinnen und Migranten und der Organisation von Gesundheitskampagnen, stellt das MiMi-Projekt einen Wegweiser für das deutsche Gesundheitswesen zur Verfügung (Abbildung 27), der inzwischen in acht verschiedenen Sprachen vorliegt und von der Projektinternetseite heruntergeladen werden kann.

Abbildung 27

Gesundheit Hand in Hand. Das deutsche-Gesundheitssystem. Ein Wegweiser für Migrantinnen und Migranten.



Teilziel 2: Einsatz der Gesundheitsmediatorinnen in den Mütterkursen des Interkulturellen Büros zu den Themen „Mein Kind ist krank“ sowie „Kontrazeption“ und ggf. „Schwangerschaftsvorsorge“.

Das Amt für Integration und interkulturelle Angelegenheiten bietet weiterhin Mütterkurse in Tageseinrichtungen für Kinder (in städtischer und nichtstädtischer Trägerschaft) wie auch in einzelnen Migrantenselbstorganisationen an und bezieht das Thema Kindergesundheit dabei mit ein.

2.1.3.2.3. Migrationssensible Einrichtungen

Teilziel: Sensibilisierung der Beratungsstellen und –dienste für kultur- und migrationsspezifische Themen in Hinsicht auf Gesundheit, insbesondere für Mädchen und Frauen mit Gewalterfahrungen, um das weitverbreitete Problem angemessen in die Versorgung zu integrieren.

- Die AG „Migration und Beratung“ der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) veranstaltete 2005 einen Fachtag zum o. g. Themenfeld. Damit wurde der Neufassung der „Richtlinien über die Gewährung von Zuwendungen für Familienberatungsstellen aus Mitteln des Landes NRW“ Rechnung getragen.
- Darüber hinaus berief der Migrationsrat Ende 2007 eine öffentliche Sitzung mit dem Schwerpunktthema „Zwangsehen“ unter Beteiligung einer Referentin eines NRW-Bündnisses ein.
- In Bielefeld existiert ein bundesweit einmaliges Online-Beratungsangebot für betroffene Mädchen, und der Verein Psychologische Frauenberatung Bielefeld e.V. bietet eine mehrsprachige Beratung für Migrantinnen mit Gewalterfahrungen an.
- Der Bericht „Gesundheitliche Lage und Versorgung von Migrantinnen und Migranten“ umfasste unter anderem eine Befragung der Beschäftigten im örtlichen Gesundheitswesen. Diese Befragung wurde auf Initiative des Arbeitskreises Interkulturelle Frauenberatung genutzt, um zugleich eine Bestandserhebung von Mutter- und fremdsprachigen psychotherapeutischen und ärztlichen Praxen in Bielefeld zu erstellen. Aus ihr ging der Wegweiser „Interkulturelle Frauenberatung. Mutter- und fremdsprachige psychotherapeutische und ärztliche Praxen in Bielefeld“ hervor, der sich großer Beliebtheit erfreut und derzeit teilaktualisiert wird.
- Des Weiteren bietet die Psychologische Frauenberatung Bielefeld e.V. den „Wegweiser für Migrantinnen und Migranten“ an, der eine Übersicht verschiedensprachiger Angebote in Bielefeld und Umgebung umfasst.

Teilziel: Beratungsangebote sollten muttersprachlich und interkulturell ausgerichtet werden, d.h. nicht nur die Einstellung von migrationserfahrenem Personal sollte gefördert werden, sondern auch die interkulturelle Kommunikation durch entsprechende Fortbildungen, um Versorgungsschwierigkeiten für Menschen aus anderen Ländern und Kulturen zu verkleinern.

- Der Migrationsrat hat einen Beschluss zur interkulturellen Öffnung der Verwaltung durch den Finanz- und Personalausschuss initiiert. Der Beschluss beinhaltet u. a. die Einstellung von Menschen mit Migrationshintergrund sowie interkulturelle Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Verwaltung wurde mit der Umsetzung beauftragt.
- Der Rat hat die Verwaltung im Mai 2007 beauftragt, in einem Beteiligungsverfahren mit freien Trägerinnen und Trägern sowie Migrantinnenvertreterinnen und Migrantinnenvertretern ein Integrationskonzept für Bielefeld zu erarbeiten. Ausdrücklich genannt ist im Ratsbeschluss u. a. das Handlungsfeld „Interkulturelle Öffnung der Verwaltung und sozialer Dienste“. Eine Teilprojektgruppe wird sich mit dieser Thematik befassen.

Ein weiteres Aufgabenfeld neben der Verbesserung der medizinischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten ist die Betreuung von an Brustkrebs erkrankten Männern und Frauen. Die gemäß der Zielformulierung dabei erreichten Teilziele sind Thema des folgenden Abschnitts.

2.1.3.3. Wegweiser zur psychosozialen Versorgung von brustkrebserkrankten Frauen

Die Krankenhausbehandlungsraten von Brustkrebs sind in Bielefeld mit die größten in Nordrhein-Westfalen. Die Kommunale Gesundheitskonferenz konstatierte nach der Diskussion der örtlichen Versorgungsstruktur für Brustkrebserkrankte, dass die medizinische Versorgung in Bielefeld gut ausgebaut ist - es existieren zwei Brustzentren und ein weiteres in der Region. Verbesserungsbedarf bestand nach Ansicht des Gremiums in der psychosozialen Versorgung.

Eine Arbeitsgruppe formulierte zur Optimierung der Versorgung in diesem Bereich folgende Teilziele, die durch Ausarbeitung eines Wegweiser „Psychosoziale Versorgung bei der Diagnose Brustkrebs“ erreicht werden sollten:

- „Die gesundheitliche Eigenkompetenz wird durch den Zugang zu mehr Information gesteigert und es erfolgt eine Hilfestellung zur Krankheitsbewältigung.“
- „Durch die Beteiligung und Mitgestaltung durch Selbsthilfeorganisationen und einschlägige Vereine wird ein Beitrag zur Optimierung der Gesundheitsversorgung bei Diagnose Brustkrebs erreicht, der die Bürgerinnen- und Bürgerbeteiligung einbezieht.“

Der Wegweiser enthält Hinweise auf Beratungsangebote in verschiedenen Muttersprachen, so dass Migrantinnen und Migranten gezielt angesprochen werden. Die AG konnte die systematische Verteilung des Wegweisers an alle Erkrankten in den Kliniken Bielefelds erreichen. Darüber hinaus sind Vertreterinnen und Vertreter dieser Arbeitsgruppe heute Mitglied im Qualitätszirkel „Brustkrebs“ und bringen dort die Perspektive von Patientinnen und Patienten mit ein.

Abbildung 28: Aufklärung über das Mammographie-Screening in türkischer Sprache



2.1.3.4. Knotenpunkt. Veranstaltungsreihen im Rahmen des bundesweiten Brustkrebsmonat

Der Verein Knotenpunkt e.V. hat mit verschiedenen Kooperationspartnerinnen und -partnern in umfangreichen Veranstaltungsfolgen das Thema Brustkrebs in der Bielefelder Öffentlichkeit thematisiert. So fand z.B. vom 19. Oktober bis zum 24. November 2005 eine Veranstaltungsreihe mit 26 Veranstaltungen in Verbindung mit dem bundesweiten Brustkrebsmonat statt. Dies war bereits die dritte Veranstaltungsreihe in dieser Form. Die Veranstaltungen wurden überwiegend gut in Anspruch genommen und boten Einblick und Orientierung in die Veränderungen der Versorgungsstrukturen. Themen waren hier insbesondere das Disease-Management-Programm Brustkrebs sowie das Mammographie-Screening. Entsprechende Aufklärungsmaterialien werden bis heute vorgehalten (Abbildung 28).

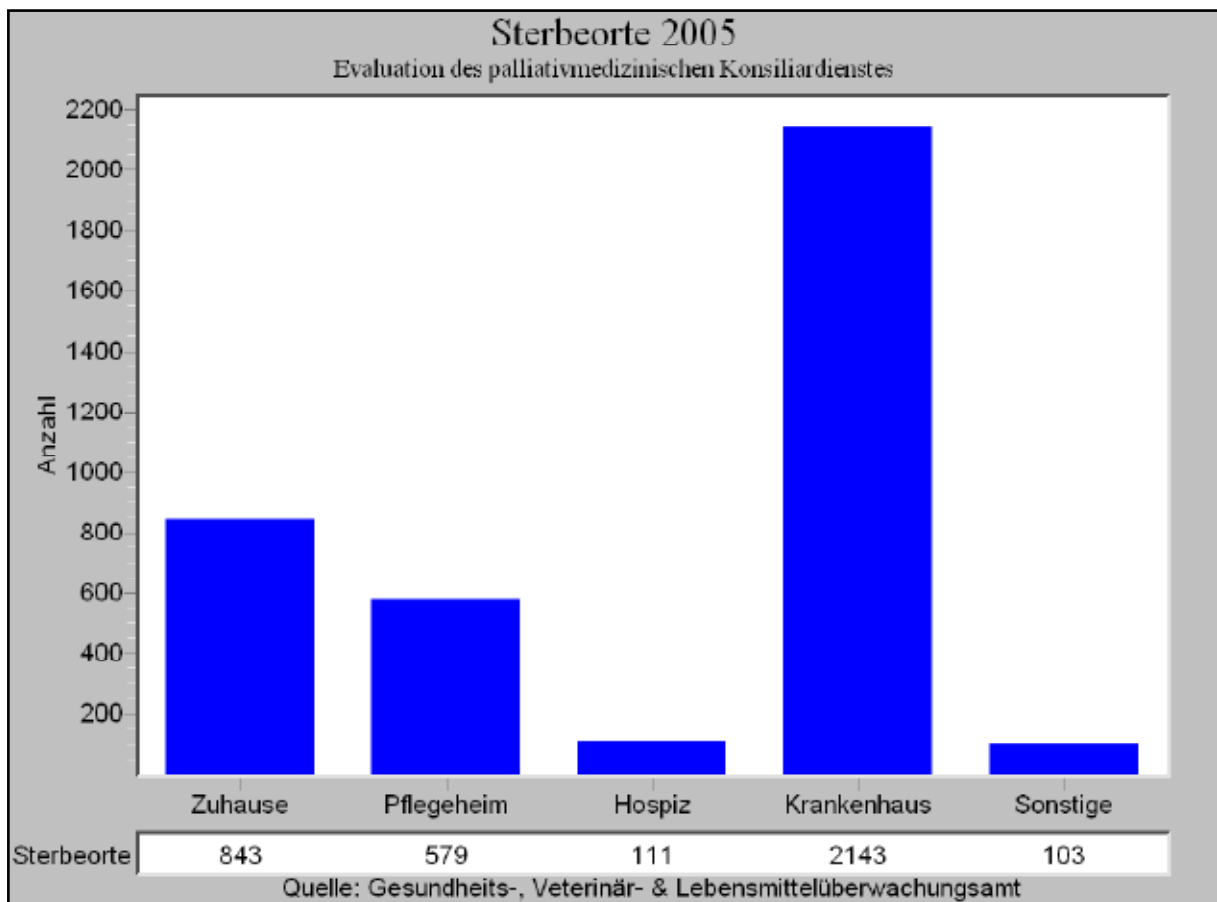
Weniger um Aufklärung und Prävention als um Bürgerwünsche geht es beim nächsten Thema. Wie ältere Menschen ihren letzten Lebensabschnitt gestalten können, hat auch mit der Bereitschaft von Hausärzten zu tun, todkranke Patienten in ihrer vertrauten Umgebung zu betreuen.

2.1.3.5. Ambulante palliativmedizinische Versorgung

Die meisten Menschen wünschen sich, im eigenen Zuhause zu sterben. Sie versterben bisher jedoch am häufigsten in einem Krankenhaus. Die Initiative Bielefelder Hausärzte (IBH) und das Ärztenetz Medi-OWL haben im April 2006 einen Vertrag zur Integrierten Versorgung mit den Krankenkassen abgeschlossen, der einen palliativmedizinischen Besuchsdienst vorsieht. Seit April 2007 gibt es entsprechende bundesgesetzliche Regelungen mit dem Ziel, mehr Menschen das Sterben zu Hause zu ermöglichen.

Die Wirksamkeit der Integrierten Versorgung wird unter anderem anhand der Todesursachenstatistik des Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamtes untersucht. Die Verteilung der Sterbeorte wurde für das Jahr 2005 bei einer Sonderauswertung in Kooperation mit der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, erhoben. Ein weiteres Jahr (in Planung sind zur Zeit 2008 oder 2009) soll entsprechend ausgewertet werden, um die weitere Entwicklung bzgl. der Sterbeorte zu beobachten.

Abbildung 29



2.1.4. Weitere Angebote

Die Bestandserhebung richtete sich an die Selbstverwaltung und Nicht-Regierungsorganisationen im Sozial- und Gesundheitsbereich. Es wurden rd. 530 Institutionen postalisch (d.h. z.T. auch per E-Mail) angeschrieben, die zentral für die gesundheitliche Versorgung sind sowie Institutionen, die vermutlich einen Bezug zu Gesundheitsthemen haben und über Leistungsver-

träge von der Stadtverwaltung finanziert werden. Es antworteten 56 Institutionen (10,7%). Die folgenden 14 Maßnahmen bzw. Projekte wurden von den befragten Einrichtungen überwiegend dem Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung zugeordnet:

- Pro Familia, Ortsverband Bielefeld – Mitbeteiligung an einem Flyer für Eltern bzgl. der HPV-Impfung sowie einer entsprechenden öffentlichen Veranstaltung.
- Gruppenplatzbörse, Psychologischer Beratungsdienst (Träger: Gesellschaft für Sozialarbeit im DPWV e.V.)
- Wegweiser - (Ambulante) Psychosoziale Einrichtungen in Bielefeld, Psychologischer Mobiler sozialer Dienst, Caritasverband Bielefeld e.V.
- Familienpflege, Caritasverband Bielefeld e.V.
- Informationen und praktische Hilfen für werdende und stillende Mütter, Beratungsstelle Stieghorst
- Patenschaft für Menschen mit Altersdepressionen, Begegnungszentrum Kreuzstraße, Ev. Johanneswerk
- Integrierte Versorgung, Sektorübergreifende Versorgung nach Amputationen, BARMER
- Integrierte Versorgung (2 mal Endoprothetik, 1 mal Neurochirurgie), DAK - Unternehmen Leben (NRW)
- Palliativnetz Bielefeld e.V., Initiative Bielefelder Hausärzte
- Hallo Baby, Ev. Krankenhaus Bielefeld, PNZ Bethel
- Blinden- und Sehbehindertenverein Bielefeld e.V.
- Qualitätszirkel "Daten", KVWL, Bezirksstelle Bielefeld
- Ethikberatung im Krankenhaus, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld gGmbH - Klinische Ethik
- Bielefelder Intensiv Depressionsprogramm, Psychiatrische Ambulanz der Klinik für Psychotherapie Bethel, EvKB
- Palliativnetz Bielefeld e.V., Evangelisches Krankenhaus Bielefeld gGmbH, Klinik für Anästhesiologie, Intensiv-, Notfall-, Transfusionsmedizin und Schmerztherapie
- Mutter- und fremdsprachige psychotherapeutische und ärztliche Praxen in Bielefeld – eine Informationsbroschüre des Arbeitskreises „Interkulturelle Frauenberatung“
- Information und Beratung von Patientinnen und Patienten, Unabhängige Patientenberatung Deutschland, Patientinnen- und Patientenberatungsstelle Bielefeld
- Vertretung der Patientinnen und Patienten im Gemeinsamen Bundesausschuss, Unabhängige Patientenberatung Deutschland, Patientinnen- und Patientenberatungsstelle Bielefeld

- Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen schwer erreichbarer Zielgruppen, Selbsthilfe-kontaktstelle Bielefeld
- In-Gang-Setzer, Qualifizierung und Beratung von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen der Selbsthilfe-Kontaktstelle, die neue Selbsthilfegruppen in der Anfangsphase begleiten und unterstützen, Selbsthilfekontaktstelle Bielefeld
- Selbsthilfefreundliches Krankenhaus NRW, Selbsthilfekontaktstelle Bielefeld
- Kompetenzentwicklung für bürgerschaftliches Engagement in der Selbsthilfe (KEBE), Selbsthilfekontaktstelle Bielefeld
- Gesundheitsinformationsreihe in türkischer Sprache, Selbsthilfekontaktstelle Bielefeld
- Kooperation Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und Selbsthilfe-Kontaktstellen, Selbsthilfekontaktstelle Bielefeld
- Beratung bei sexualisierten Gewalterfahrungen, Frauennotruf Bielefeld e.V.
- Sport für Gehörlose und Schwerhörige vom Kleinkind bis zum Senioren, Stadtverband der Hörgeschädigten Bielefeld e.V.
- Behindertenfahrdienst Bielefeld e.V.
- Andere Länder andere Wege - Transkulturelle AIDS-Prävention, AIDS-Hilfe Bielefeld e.V.
- Erzählcafé für NS-Verfolgte, v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel - Stiftungsbereich Altenhilfe, Wohnen mit Versorgungssicherheit ohne Betreuungspauschale

2.2. Gesundheitliche Chancengleichheit

2.2.1. Zielformulierung

Jeder Mensch soll in Bielefeld unabhängig von Geschlecht, Alter, Herkunft, Ausbildung, beruflichem Status und/oder Einkommen die gleiche Chance erhalten, gesund zu bleiben bzw. gesund zu werden. Gesundheitsbezogene Gesetzgebungen, Richtlinien und örtliche Versorgungsstrukturen sollen dazu beitragen, gesundheitliche Chancengleichheit zu ermöglichen. Die problematische gesundheitliche Ungleichheit soll bis zum Jahre 2007 nachweisbar reduziert werden.

Dieses Kapitel stellt allgemeine Angaben zu sozialen Unterscheidungen anhand der Bevölkerungsbefragung für die Bielefelder Bevölkerung vor. Aus sozialer Ungleichheit kann sich für einzelne belastete Bevölkerungsgruppen ein anderer, teilweise schlechterer Gesundheitszustand, ein schlechterer Zugang zur Gesundheitsversorgung und/oder ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten ergeben. Die Kommunale Gesundheitskonferenz setzt sich mit ihrer strategischen Orientierung „Gesundheitliche Chancengleichheit“ dafür ein, diese Unterschiede zu verringern.

2.2.2. Rahmenbedingungen für die örtliche Gesundheitsversorgung aus Sicht der Bürgerinnen und Bürger

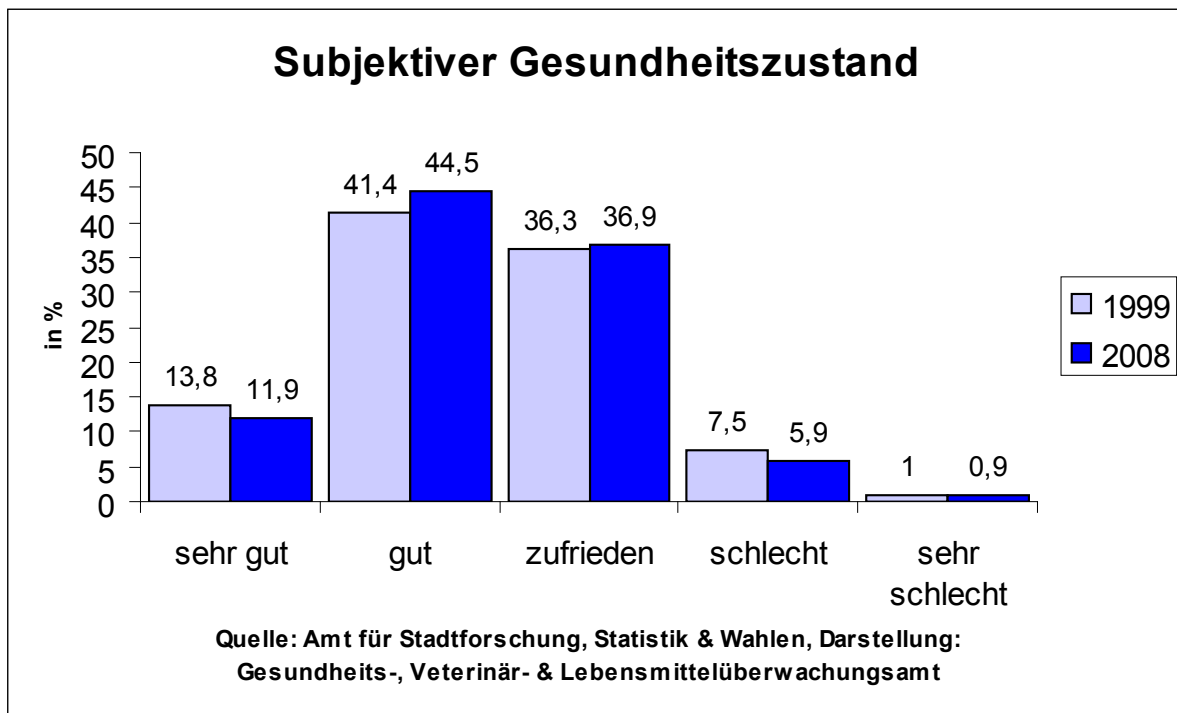
In den einzelnen Unterscheidungen nach Merkmalen sozialer Ungleichheit wie Alter, Geschlecht, Geburtsland, Schulabschluss, Einkommen, Stadtbezirk und Bebauung können sich stärkere Belastungen in einzelnen Bevölkerungsgruppen zeigen. Dabei sind allerdings Grenzen der Befragung zu berücksichtigen; besonders belastete Gruppen sind kaum mit postalischen Befragungen zu erreichen. Insbesondere die Frage, ob sich die problematische gesundheitliche Ungleichheit von 2003 bis 2007 verringert hat, könnte nur durch Hinzuziehung von entsprechenden Routinestatistiken und qualitativen Einschätzungen erfolgen. Hier muss jedoch eine Beschränkung auf die Befragungsergebnisse genügen.

2.2.2.1. Subjektiver Gesundheitszustand

2.2.2.1.1. Subjektiver Gesundheitszustand insgesamt

Die Bielefelderinnen und Bielefelder bezeichnen die Frage nach dem eigenen Gesundheitszustand überwiegend als „gut“ und „sehr gut“ (56,4%, Abbildung 27). Dieses Ergebnis ist negativer als das Ergebnis einer im Wortlaut zwar unterschiedlichen, jedoch inhaltlich vergleichbaren Frage im Bevölkerungssurvey 2008 des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit. In ihm geben 74% der nordrhein-westfälischen Bevölkerung an, dass ihr Gesundheitszustand sehr gut oder gut ist. Die Bielefelder Frage im Vergleich zu 1999 zeigt jedoch, dass sich am Gesamtbild vor Ort so gut wie nichts verändert hat (55,2% sehr gut und gut 1999). Die Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand ist also stabil. Der Vergleich mit den nordrhein-westfälischen Daten ist methodisch begrenzt, ebenso mit den regelmäßigen Befragungen auf Bundesebene, die nur zwischen „gut“, „zufriedenstellend“ und „schlecht“ unterscheiden. Demnach hatten 2006 in der BRD 47% einen guten Gesundheitszustand, ein Ergebnis, das dem Bielefelder Wert ähnelt.

Abbildung 27



2.2.2.1.2. Subjektiver Gesundheitszustand nach Alter

In der sozialen Unterscheidung nach Alter, zeigt sich, dass die Bürgerinnen und Bürger am häufigsten die Einzelkategorie „gut“ angeben, diese Angabe aber mit zunehmenden Alter sinkt, und zwar von 55,7% bei den bis 24-Jährigen auf 31,4% bei den 61-Jährigen und älteren Befragten (Tabelle 2), so dass unter den Letzteren „gut“ nunmehr die zweithäufigste Nennung ist. Im Vergleich zu 1999 kann dabei festgehalten werden, dass in allen Altersgruppen die Bewertung mit ‚gut‘ - z.T. deutlich - angewachsen ist, und zwar je jünger die Altersgruppe, desto größer.

In der höchsten Altergruppe erreicht der Anteil der ‚Zufriedenen‘ sowohl 1999 als auch 2008 den höchsten Anteil (53,3% bzw. 54,9%). In dieser Altersgruppe hat sich somit eine Vergrößerung des Anteils der ‚Zufriedenen‘ ergeben, während in allen anderen Altersgruppen der Anteil der ‚Zufriedenen‘ gesunken ist.

Der Anteil derjenigen, die 2008 ihren Gesundheitszustand als ‚schlecht‘ bezeichnen, ist kleiner als 1999. So sinkt in allen Altersgruppen der Anteil der ‚schlecht‘-Antworten. In der höchsten Altersgruppe erreicht er 1999 und 2008 die größte Ausprägung (11,5% auf 8,2%) und steht damit in beiden Jahren in dieser Altersgruppe an dritthäufigster Stelle. Dennoch ist unter den 61-Jährigen und älteren Befragten der zweitgrößte Rückgang in der Kategorie ‚schlecht‘ dokumentiert (in der jüngsten Altersgruppe ist er am größten).

Die Kategorie ‚sehr schlecht‘ ist unter den Ältesten und den 41- bis 60-Jährigen 2008 im Vergleich zu 1999 unverändert geblieben (1,3% und 0,9%). Hinzugekommen sind jedoch die bis

24-Jährigen (0,7%, 1999 keine Angaben). Außerdem ist ein kleiner Anstieg unter den 25- bis 40-Jährigen festzustellen (von 0,4% auf 0,7%).

Diejenigen, die ihren Gesundheitszustand als ‚sehr gut‘ einstufen, sind in der jüngsten Altersgruppe im Vergleich zu den anderen Altersgruppen am häufigsten vertreten. Mit ansteigendem Alter werden es weniger (mit einem z.T. entsprechenden Zuwachs in der Kategorie ‚zufrieden‘ bei steigendem Alter, s.o.). Im Vergleich zu 1999 hat sich lediglich unter den bis 24-Jährigen eine größere Veränderung ergeben, und zwar ist ihr Anteil von 32% auf 26,6% gesunken. In der altersbezogenen Betrachtung zeigen sich also deutlichere Unterscheide bei einem jedoch hinsichtlich der Positivwerte in etwa gleich gebliebenen insgesamt berichteten subjektiven Gesundheitszustand 2008 im Vergleich zu 1999.

Tabelle 2 Subjektiver Gesundheitszustand nach Alter

		bis 24 Jahre	25 bis 40 Jahre	41 bis 60 Jahre	61 Jahre und älter
1999	sehr gut	32	20,2	10,4	5
	gut	41,4	52,1	42,1	28,9
	zufrieden	20,1	23,4	38,3	53,3
	schlecht	5,9	3,6	8,2	11,5
	sehr schlecht	0,6	0,7	0,9	1,3
2008	sehr gut	26,6	23,1	10,1	4,2
	gut	55,7	54,9	49	31,4
	zufrieden	16,2	20,1	33	54,9
	schlecht	1,8	1,5	7	8,2
	sehr schlecht		0,4	0,9	1,3

Quelle: Amt für Stadtforschung, Statistik und Wahlen

2.2.2.1.3. Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht

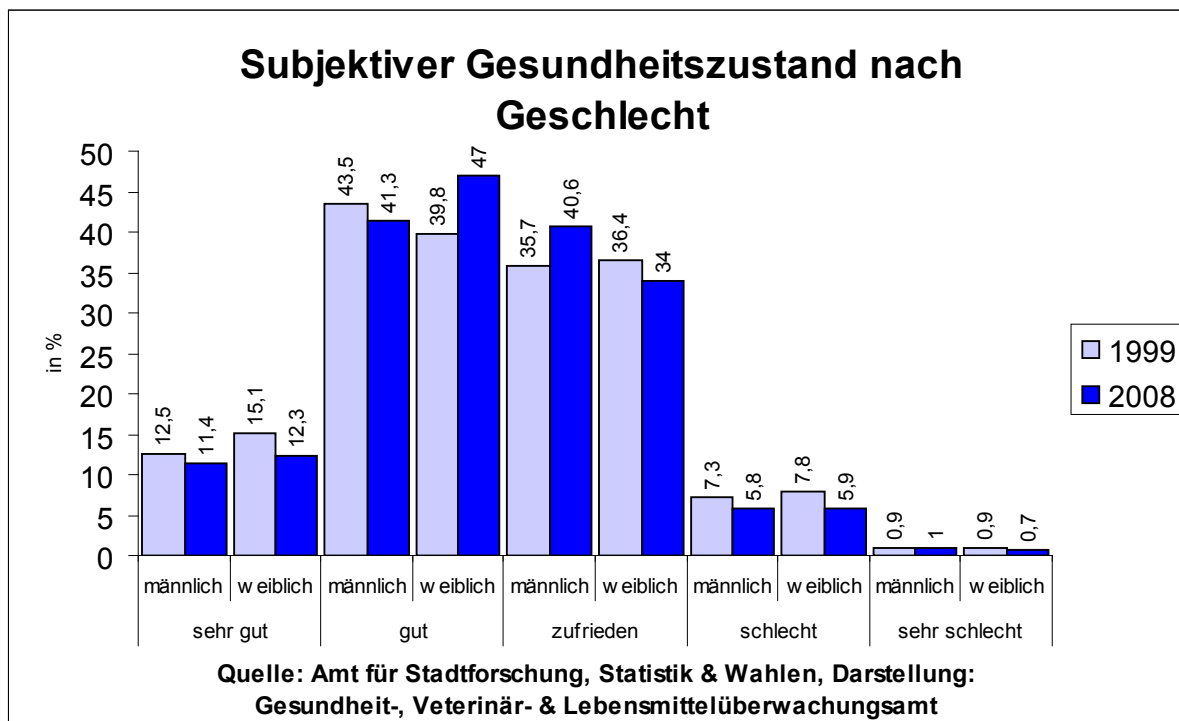
Sowohl Männer als auch Frauen berichten mehrheitlich einen „sehr guten“ und „guten Gesundheitszustand“. Anders als noch 2008 liegen heute die Männer mit ihren Einschätzungen 6,6%-Punkte unter denen der Frauen (52,7 zu 59,3%). Im Vergleich zur Erstbefragung sank der positiv berichtete Gesundheitszustand der Männer um 3,3%-Punkte, während er bei den Frauen um 4,4% anstieg. Jeweils etwas über sieben Prozent der Bürgerinnen und der Bürger bezeichnen ihren Gesundheitszustand 1999 als „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Im Jahr 2008 ist ihr Anteil geringfügig um etwas mehr als 1-%-Punkt gesunken. Dabei zeigen sich 1999 und 2008 keine größeren Unterschiede nach Geschlecht.

2.2.2.1.4. Subjektiver Gesundheitszustand nach weiteren Unterscheidungen

Personen mit einem **Haushaltsnettoeinkommen** von 500-1.500 € berichten eher einen schlechteren Positiv-Gesundheitszustand als Personen aus den anderen Einkommensgruppen, denn

weniger als die Hälfte von ihnen (41%) geben an, dass ihr Gesundheitszustand ‚sehr gut‘ und ‚gut‘ ist.

Abbildung 28



Der beste Gesundheitszustand wird 2008 aus dem **Stadtbezirk Mitte** berichtet (60,1% ‚sehr gut‘ und ‚gut‘), knapp gefolgt von Schildesche. Im Jahr 1999 wurde der beste Gesundheitszustand im Stadtbezirk Dornberg erhoben. Am wenigsten gut ist der Gesundheitszustand nach der subjektiven Einschätzung bei den Einwohnern in Sennestadt (44,4%). Das war bereits 1999 mit 41% der Fall und entspricht der größeren Anzahl an älteren Sennestädterinnen und Sennestädtern (nicht altersstandardisiert). (S. Statistischer Bericht)

In der Unterscheidung nach **Wohngegend** werden mehrheitlich sehr gute und gute Gesundheitszustände berichtet. Die "geringste" Zufriedenheit wird erwartungsgemäß in Gegenden mit 'gemischter Bebauung mit Industrie, Handwerk und Handel' erzielt (52,4%). Im Vergleich zu 1999 ist das ein Schwund von 3,1%-Punkte. Allerdings wurde damals die geringste - jedoch auch mehrheitlich - positive Zufriedenheit aus dem mehrgeschossigen 'Wohnungsbau in verdichteter Wohnlage' berichtet (52,2%), die jetzt in 'überwiegend Wohnblocks mit wenig Grünflächen' umbenannt wurde und einen Wert von 54% erreicht. Einen Zuwachs gab es in bester Wohnlage von 59,5% auf 63,9%, allerdings wurde hier auch die Kategorie von 'aufgelockerte Bebauung' in 'vorwiegend freistehende Einfamilienhäuser' geändert. Wenn auch mehrheitlich ein positiver Gesundheitszustand aus den verschiedenen Wohngegenden berichtet wird, besteht dennoch zwischen 'bestem' und 'schlechtester' Lage 2008 ein Unterschied von 11,5%-Punkten, der sich 1999 noch auf 7,3%-Punkte bezifferte.

Alles in allem zeigt sich, dass nach diesen Daten insbesondere die Personen mit 61 Jahren und älter, Personen mit einem Einkommen von 500 -1.500 € sowie die Einwohnerinnen und Einwohner von Sennestadt mehrheitlich keinen positiven Gesundheitszustand berichten und die niedrigsten Werte diesbezüglich erreichen. Hierbei kann angenommen werden, dass diese Kategorien miteinander korrespondieren, da in Sennestadt der Anteil der älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger größer ist und die Renteneinkommen überwiegend in der oben genannten Einkommenskategorie anzusiedeln wären.

2.2.2.2. Faktische Frage: ‚Haben Sie zurzeit gesundheitliche Probleme?‘

Die Frage "Haben Sie zur Zeit gesundheitliche Probleme?" beantworteten 1999 nur 43% der Bevölkerung mit "ja", das heißt, es waren 57% der Bevölkerung frei von gesundheitlichen Schwierigkeiten. Im Dezember 2008 haben die Ja-Antworten um 10%-Punkte zugenommen, so geben die Bürgerinnen und Bürger mehrheitlich an, dass sie gesundheitliche Probleme haben (56,5%). Wie es zu dieser Steigerung kommt, ist unklar. Beide Befragungen wurden im Dezember durchgeführt, so dass eine größere Schwankung durch saisonal bedingte Erkrankungen (insbesondere der Atemwege) ausgeschlossen werden kann. Das gestiegene Alter der Stichprobe mag eine Rolle spielen. Der Gesamtwert des subjektiven Gesundheitszustandes hatte sich aber kaum verändert, was in einem gewissen Widerspruch zu diesem Ergebnis steht. Möglicherweise wurde der subjektive Gesundheitszustand besser dargestellt, als er sich nach dieser Fragestellung zeigt.

Erwartungsgemäß ist der Anteil der Ja-Antworten unter den **61-Jährigen und Älteren** am größten (66,2% gegenüber 37,3% bei den 24-Jährigen). Dieses Ergebnis korrespondiert in gewisser Weise mit der Zufriedenheitsfrage, weil nur 35,6% angaben, einen ‚sehr guten‘ oder ‚guten‘ Gesundheitszustand zu haben.

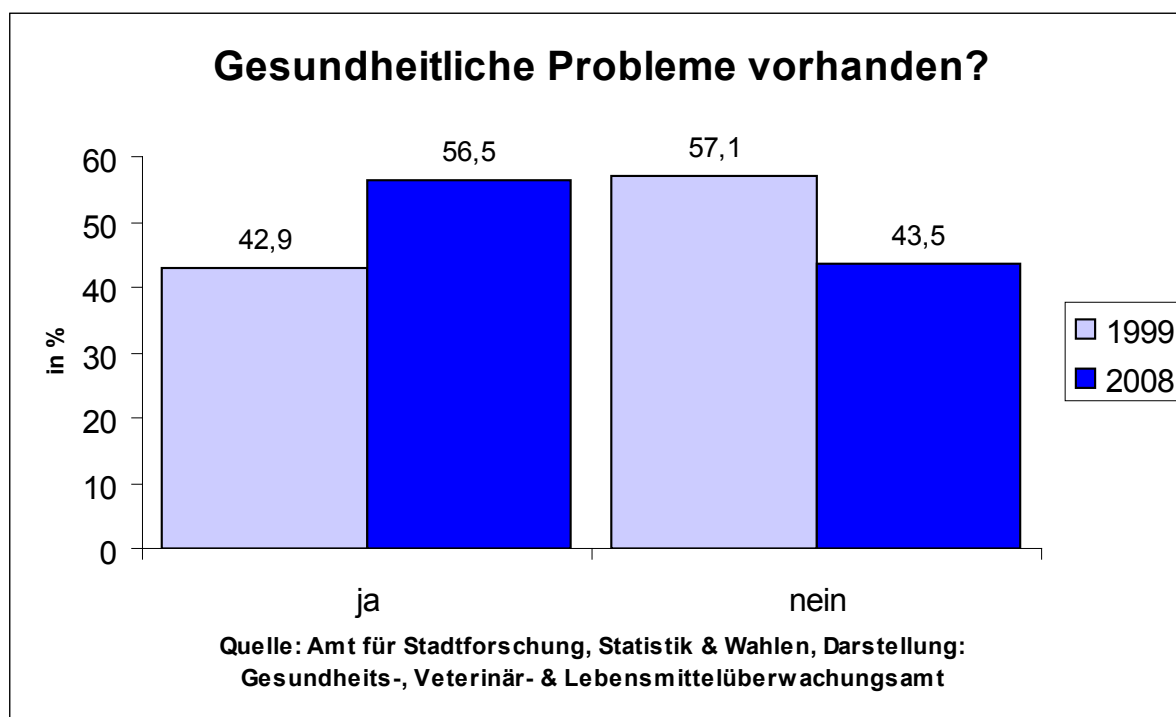
Von den befragten **Frauen und Männer** geben jeweils gut die Hälfte (56%) an, gesundheitliche Probleme zu haben. Dieser Wert ist im Vergleich zu 1999 (45%) angestiegen, bei den Männern (+ 13%) stärker als bei den Frauen (+ 9%). Frauen in den jüngeren Altersgruppen geben insgesamt häufiger als Männer an, gesundheitliche Probleme zu haben.

In Bezug auf den **Schulabschluss** zeigt sich, dass Personen mit 'anderem Abschluss' am häufigsten gesundheitliche Probleme haben (64,1%), am zweit häufigsten Personen mit Volks-, Haupt- oder Realschulabschluss.

Die Personen mit einem niedrigen **Haushaltsnettoeinkommen** (500 € bis 1.500 €) berichten, dass 68,1% von ihnen gesundheitliche Probleme haben.

Die **Wohngegend** zeigt, dass in Wohnblocks mit wenigen Grünflächen am häufigsten das Vorhandensein gesundheitlicher Probleme berichtet wird (63,9%).

Abbildung 29



2.2.2.3. Gründe für gesundheitliche Probleme

Die Gründe für gesundheitliche Probleme insgesamt werden im Anhang im Bericht der Bevölkerungsbefragung 2008 dargestellt.

2.2.2.3.1. Gründe für gesundheitliche Probleme nach Geschlecht

In der Unterscheidung nach **Geschlecht** geben beide Geschlechter chronische Erkrankungen als Gründe für gesundheitliche Einschränkungen gleich häufig an (rd. 45%). Der Vergleich mit 1999 ist nur indirekt möglich, weil damals nicht in akute und chronische Erkrankung unterschieden wurde. Summiert man diese Unterscheidung 2008, zeigt sich jedoch kein großer Unterschied zwischen den Geschlechtern (57,6% Männer, 59,3% Frauen). Im Vergleich zu 1999 ergibt sich aber ein neuer Trend, denn damals gaben 46,2% der Männer, aber "nur" 38,6% der Frauen eine Erkrankung als häufigsten Belastungsgrund an. Wie es dazu kommt, dass sich der Geschlechtsunterschied minimiert, ist nicht ohne Weiteres erklärbar. Der Gesamtanstieg der Erkrankungen als Belastungsgrund entspricht dem Anstieg der Frage danach, ob gesundheitliche Probleme überhaupt vorliegen (Gesamtanstieg von rd. 43% auf rd. 53%, s. o.). Dabei bedarf der größere Anstieg unter den Frauen derzeit noch einer Erklärung.

Das **Lebensalter** als Belastungsgrund folgt in der Rangfolge der Prozentauswertungen, allerdings mit dem Unterschied, dass 35% der Männer aber nur 30% der Frauen dieses als zweit häufigsten Grund anführen. Dies Ergebnis entspricht ziemlich genau dem Ergebnis von 1999 (36,1% vs. 30,1%), trotz des insgesamt durch den demografischen Wandel gestiegenen Alters im Fragebogenrücklauf.

Als dritt häufigster Grund wird von Männern **psychische Belastungen am Arbeitsplatz** (19,7%) genannt, was 1999 noch zu wenig körperliche Bewegung war (21,4%). Bei Frauen steht Sorgen über die Zukunft an dritter Stelle (24,8%), was 1999 noch persönliche familiäre Belastungen waren (25,9%).

Bei den Frauen folgen im Jahr 2008 an vierter Stelle **zu wenig Schlaf und Erholung** (22,8%) und annähernd gleichauf persönliche familiäre Belastungen (22,1%) und bei den Männern zu wenig körperliche Bewegung (19,3%) als Belastungsgründe. Das waren 1999 bei beiden Geschlechtern - wie bereits in Bezug auf Männer genannt die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz (21,2% vs. 22,7%).

In der Rangfolge an fünfter Stelle werden von Frauen **Sorgen über die Zukunft** (18,6%) genannt. Persönliche familiäre Belastungen rangieren bei den Männern weit hinten mit 10,8%, also weniger als die Hälfte dieser Belastung bei Frauen.

Beim Thema **gesundheitliche Belastungen** spiegeln sich wahrscheinlich einige gesellschaftliche Veränderungen der letzten zehn Jahre wieder: Die nach wie vor stärkere zeitliche Eingebundenheit der Männer im Arbeitsalltag, der zwar nicht mehr so umfangreiche körperliche Anstrengungen erfordert, aber heute größere psychische Belastungen mit sich bringt, spielt sicher eine Rolle. Frauen sind nach wie vor stärker in die Familienarbeit eingebunden und haben häufiger die Doppelbelastung als berufstätige Frau.

Bei der Unterscheidung nach **Schulabschlüssen** sind chronische Erkrankungen bei allen Abschlussformen der häufigste Belastungsgrund, am häufigsten bei Schülerinnen und Schülern (50%) der Volks-, Haupt- oder Realschule oder mit anderem Abschluss (49,7 bzw. 49%). Dies ist mit der Kategorie "Erkrankung" im Jahr 1999 vergleichbar, allerdings mit überwiegend kleineren Zahlen.

2.2.2.4. Behandlungsstrategien bei gesundheitlichen Problemen

Die Frage, welche Behandlungen bei gesundheitlichen Problemen zunächst gewählt werden, zeigt, dass die Bielefelderinnen und Bielefelder 2008 wie 1999 zuerst die Hausärztin bzw. den Hausarzt aufsuchen (47,4%). Die Häufigkeit ist seit 1999 jedoch um 4,4%-Punkte gesunken. Das Warten auf Besserung steht wie 1999 an zweiter Stelle. Mit zunehmendem Alter steigt die Inanspruchnahme der Hausärztin oder des Hausarztes, während das Warten auf Besserung bei den jüngeren Menschen am weitesten verbreitet ist (39,8%).

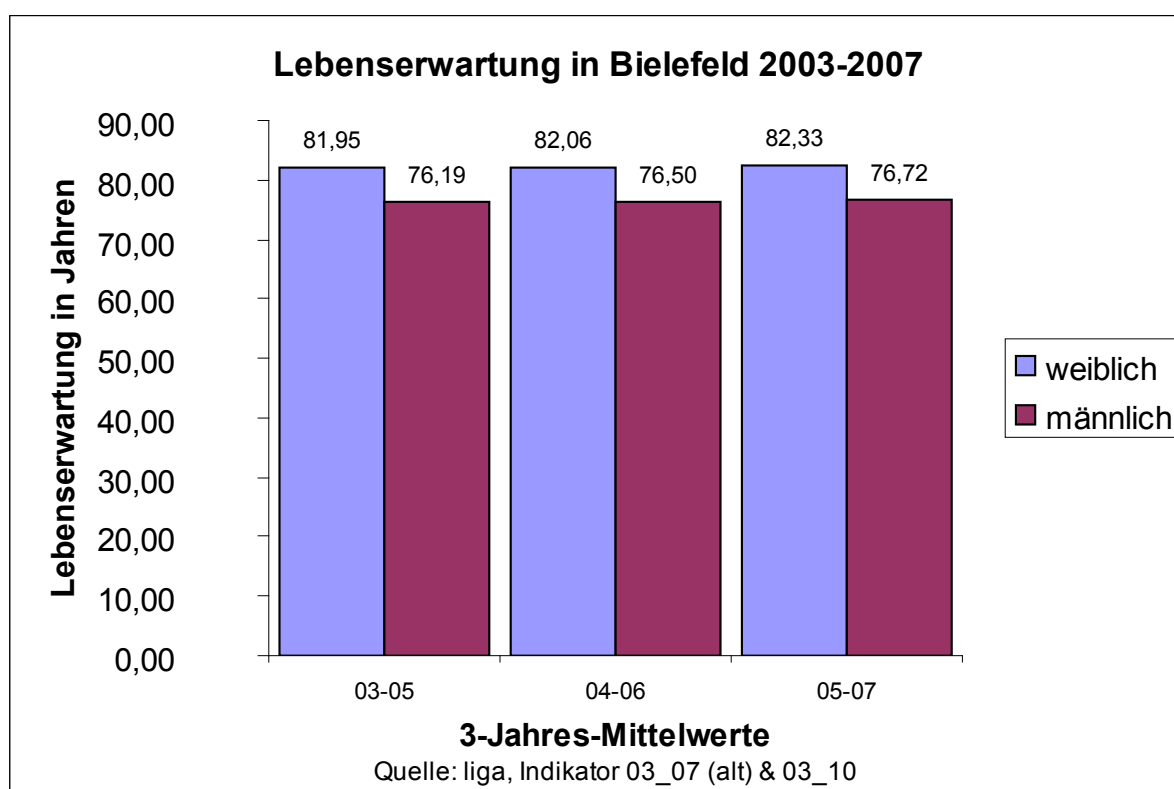
2.2.3. Teilziele / Handlungsfelder

2.2.3.1. Umsetzung Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2002

2.2.3.1.1. Lebenserwartung bei Geburt nach Geschlecht

Teilziel: Die hohe Lebenserwartung der Bielefelder Bevölkerung muss erhalten bleiben. Dazu soll ihre Entwicklung kontinuierlich beobachtet werden und es sind gemeinsame Anstrengungen aller Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenz nötig. Der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern hat sich verringert. Die Gesundheitsberichterstattung soll die wichtigsten Gründe für diesen Geschlechterunterschied in Bielefeld identifizieren und es sollen Handlungsfelder für Interventionen aufgezeigt werden.

Abbildung 30



Die hohe mittlere Lebenserwartung in Bielefeld konnte sowohl erhalten und noch gesteigert werden. Der Abstand zwischen der mittleren Lebenserwartung der Frauen und der mittleren Lebenserwartung der Männer verringerte sich weiter. Das ist darin begründet, dass die während der Weltkriege - insbesondere während des zweiten Weltkrieges - verstorbenen Bielefelder Männer bei der Berechnungsgrundlage für die mittlere Lebenserwartung, der Sterbetafel, berücksichtigt waren. Dadurch, dass diese Generation durch Versterben schrumpft, wächst derzeit die Lebenserwartung der Männer im Vergleich zu den Frauen, stärker an. In den 5 Jahren des Bielefelder Gesundheitsziele-Prozesses stieg die mittlere Lebenserwartung der Bielefelder Frauen um 0,38 Jahre, diejenige der Männer um 0,53 Jahre. Damit verringerte sich die „Übersterblichkeit“ der Männer im Vergleich zu den Frauen von 5,8 auf 5,6 Jahre (vgl. auch Abbildung 30). Männer

hatten im Dreijahresmittelwert 2005-2007 eine mittlere Lebenserwartung von 76,72 Jahren und Frauen eine mittlere Lebenserwartung von 82,33 Jahren.

2.2.3.1.2. Unzureichende Keuchhustenimpfrate in den Schuleingangsuntersuchungen

Teilziel: Eine Keuchhusten-Impfkampagne sollte im Stadtgebiet durchgeführt werden. Die vordringliche Zielgruppe sind hier geborene Kinder ausländischer Herkunft und vordringlicher Interventionsort die Stadtmitte.

Dieses Teilziel wurde in die Info^{PLUS}Impfkampagne einbezogen und im langjährigen Projekt zur Verbesserung des Impfschutzes in Kindergärten und Kindertagesstätten verfolgt. Im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht wurde bereits davon ausgegangen, dass die Keuchhustenimpfrate aufgrund des besser verträglichen Impfstoffes weiter ansteigen würde. Dies ist erwartungsgemäß eingetroffen. Dabei konnte zudem beobachtet werden, dass ab dem Jahr 2002 die Keuchhustenimpfrate der hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft kontinuierlich über derjenigen der deutschen Kinder liegt. Im Jahr 2007 wird in allen Gruppen die erforderliche Impfrate des bevölkerungsweiten Schutzes vor Keuchhusten erreicht.

2.2.3.1.3. Polio- und Tetanusimpfrate

Teilziel: Es sollte geprüft werden, wie der Durchimpfungsgrad gegen Polio und Tetanus bei den Kindern ausl. Herk. der empfohlenen Impfrate entsprechend angehoben werden kann.

Die Info^{PLUS}Impfkampagne im Juni 2005 stellte Informationsmaterial auch in ausgewählten Fremdsprachen zur Verfügung und sprach damit die Kinder und Eltern ausländischer Herkunft an. Sowohl die Polio- als auch die Tetanusimpfrate – überwiegend als Kombinationsimpfung - dieser Gruppe erreichte dann 2005 einen Höhepunkt, der jedoch 2006 nicht gehalten werden konnte. Im Einschuljahrgang 2007 stieg dann jeweils die Impfrate über den von der WHO empfohlenen Durchimpfungsgrad. Das Teilziel konnte damit erreicht werden. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass in den Auswertungen des Landesinstitutes für Gesundheit und Arbeit NRW das Kriterium von „drei Impfungen“ statt – wie nach der Empfehlung der ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) - vier Impfungen zugrunde liegt.

2.2.3.2. „Gesunde Integration“ – Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Migrantinnen und Migranten

In Bezug auf das städtische Programm „Gesunde Integration“ wurden die folgenden Teilziele unter dem allgemeinen Ziel gesundheitliche Chancengleichheit verfolgt.

2.2.3.2.1. Kinder- und jugendzahnärztliche Gruppenprophylaxe

Teilziel: Eine migrationssensible Vorgehensweise wird durch den begleitenden Einsatz von GesundheitsmediatorInnen im Rahmen der kinder- und jugendzahnärztlichen Gruppenprophylaxe angestrebt, insbesondere in den Einrichtungen, die von der niedergelassenen Zahnärzteschaft nicht gut angesprochen werden. Dadurch soll die Zahngesundheit von Migrantenkindern verbessert werden.

Der kinder- und jugendzahnärztliche Dienst führt neben den Reihenuntersuchungen in den Kindertagesstätten, Grundschulen und weiterführenden Schulen (Ausnahme Gymnasien) auch Gruppenprophylaxen durch. Im begrenzten Umfang werden Gruppenprophylaxen durch die niedergelassene Zahnärzteschaft ergänzt. Da die Gruppenprophylaxe der niedergelassenen Zahnärzteschaft jedoch nicht alle Einrichtungen anspricht, insbesondere diejenigen mit einem hohen Migrantenanteil, wird mit eigens qualifizierten Prophylaxehelferinnen diese Lücke zum Teil geschlossen. Bisher wurden die Einrichtungen nicht migrationsspezifisch angesprochen. Im Jahr 2007 nahm eine Gesundheitsmediatorin in der gruppenprophylaktischen Arbeit des kinder- und jugendzahnärztlichen Dienstes in einer Kindertagesstätte ihre Arbeit auf. Der Einsatz gestaltete sich als sehr erfolgreich, so dass weitere Einsätze geplant sind.

2.2.3.4. Frauen, Männer und Gesundheit

Seit 2002 ist das durch die Gleichstellungsstelle initiierte und koordinierte Netzwerk Frauen, Mädchen und Gesundheit als Arbeitsgruppe der KGK angeschlossen. Ziel ist es, die gesundheitliche Lage und die gesundheitliche Versorgung von Frauen und Mädchen in Bielefeld zu verbessern. Mit dieser Zielsetzung werden unterschiedliche Themen aufgegriffen und die Arbeit der KGK kontinuierlich begleitet. Ein Ergebnis der Diskussion um die psychosoziale Versorgung von Brustkrebspatientinnen ist, dass die Psychologische Frauenberatung e.V. eine Beratung für Brustkrebspatientinnen in verschiedenen Sprachen anbietet.

Die AG „Gesundheitsberichterstattung“ des Netzwerkes hat maßgeblich die Initiierung geschlechtsspezifischer Gesundheitsberichterstattung entwickelt und den Bericht „Herzinfarkt von Frauen – die längere Prähospitalphase“ verabschiedet. Das Netzwerk beteiligt sich aktiv an der Umsetzung der aus dem Kurzbericht abgeleiteten Handlungsempfehlungen.

Im Rahmen des Bielefelder Netzwerkes Frauen, Mädchen und Gesundheit hat darüber hinaus eine AG Migration und Gesundheit Handlungsempfehlungen für eine verbesserte Gesundheitsversorgung von Migrantinnen entwickelt, die in das Programm Gesunde Integration aufgenommen wurden.

Dem Bielefelder Netzwerk Frauen, Mädchen und Gesundheit angegliedert ist auch der Arbeitskreis Frauen, Mädchen und Sucht, in dem u. a. die frauenspezifischen Angebote (Treff, Beratung, Therapie, Gruppen) des Caritasverbandes, der Drogenberatung e. V., des Evangelischen Gemeindedienstes e.V. und des Sozialdienstes Bethel zusammen geschlossen sind. Der Arbeitskreis Frauen, Mädchen und Sucht hat sich u. a. mit frauenspezifischen Veranstaltungen an der Durchführung der Bielefelder Suchtwoche beteiligt. Der Wegfall der Landesförderung im Jahr 2006 hat auch in Bielefeld zu einer Reduktion der frauenspezifischen Angebote für Frauen mit Sucht- und Drogenproblemen geführt.

Das Netzwerk und die Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz haben sich weiterhin aktiv in eine Vernetzung zum Thema „OWL – Region für Frauengesundheit“ eingebracht und waren in den Jahren 2005 und 2006 an der Durchführung von zwei Vernetzungsveranstaltungen beteiligt. (vgl. www.izfg.de – Frauengesundheit OWL).

Gewalt gegen Frauen ist weit verbreitet und wirkt sich in vielfältiger Weise negativ auf die Gesundheit von Frauen aus. Ärztinnen und Ärzte sind häufig die ersten Ansprechpartnerinnen oder Ansprechpartner für von Gewalt betroffene Frauen. Vor diesem Hintergrund hat das Bielefelder Interventionsprojekt gegen Gewalt (BIG) einen Schwerpunkt auf die Sensibilisierung des Gesundheitswesens für diese Thematik gelegt und unter dem Titel „Diagnose: Gewalt“ einen Leitfaden für die ärztliche Praxis entwickelt. Auf mehreren Veranstaltungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, dem Berufsverband der Gynäkologinnen und Gynäkologen und dem Berufsverband der Hausärztinnen und Hausärzte stieß dieser Leitfaden auf das Interesse der Fachöffentlichkeit.

Der im Jahr 2007 verabschiedete Bericht „Prävention und Früherkennung ausgewählter Krebserkrankungen von Männern“ beschreibt die Strukturen und Gründe für das weniger stark ausgeprägte präventive Verhalten von Männern im Vergleich zu Frauen allgemein, aber insbesondere in Bezug auf die Inanspruchnahme ausgewählter Krebs-Früherkennungen, die im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung existieren. In Zuge der Berichtsumsetzung, die derzeit noch nicht abgeschlossen ist, konnte sich ein Netzwerk zur Jungen- und Männergesundheit in Bielefeld etablieren, das sich mit verschiedenen Aspekten der Gesundheitsbelange von Jungen- und Männern befasst. Die AG Jungen- und Männergesundheit ist eine AG der KGK.

2.2.3.5. Frauenberatungsstelle auch für Migrantinnen mit Brustkrebs

Die Psychologische Frauenberatung Bielefeld e.V. bietet eine Beratung für Brustkrebspatientinnen in verschiedenen Sprachen an.

2.2.4. Weitere Angebote

Die Bestandserhebung richtete sich an die Selbstverwaltung und Nicht-Regierungsorganisationen im Sozial- und Gesundheitsbereich. Es wurden rd. 530 Institutionen postalisch (d.h. z.T. auch per E-Mail) angeschrieben, die zentral für die gesundheitliche Versorgung sind sowie Institutionen, die vermutlich einen Bezug zu Gesundheitsthemen haben und über Leistungsverträge von der Stadtverwaltung finanziert werden. Es antworteten 56 Institutionen (10,7%). Die folgenden 10 Maßnahmen bzw. Projekte wurden von den befragten Einrichtungen überwiegend dem Gesundheitsziel Gesundheitliche Chancengleichheit zugeordnet.

- Bielefelder Gemeinnützige Wohnungsgesellschaft mbh
- Initiative Nachbarschaft, Stadt Bielefeld, Amt für soziale Leistungen - Sozialamt
- Aufbau einer Versorgungsstruktur für Erwachsene mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom AD(H)S, Psychiatrische Ambulanz der Klinik für Psychotherapie Bethel, EvKB
- Gesund und Fit, Psychiatrische Ambulanz der Klinik für Psychotherapie Bethel, EvKB

- Community reinforcement approach (CRA), Abteilung Abhängigkeitserkrankungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, EvKB
- Beteiligung an der landesweiten Kommunikationskampagne Frauen & Aids xx-elle.nrw.de, Aids-Hilfe Bielefeld e. V.,
- Beteiligung an einem Modellprojekt des Internationalen Zentrums für Frauengesundheit zu „Pflegerische Angehörige“ seit 2005, Kursangebote zu Themen wie Stressbewältigung, Wechseljahre u.a., BellZett e. V., Selbstverteidigungs- und Bewegungszentrum für Frauen und Mädchen
- Veranstaltungsreihen rund um das Thema Brustkrebs, Herausgabe von mehrsprachigen Informationsmaterial zur Entscheidungsfindung beim Mammografiescreening, Knotenpunkt e. V.
- Selbsthilfegruppen für Frauen mit sexualisierten Gewalterfahrungen, Wildwasser Bielefeld e. V.
- Wildwasser-Café für Frauen mit und ohne Psychiatrieerfahrung, Wildwasser Bielefeld e. V.
- Viva 60+ - Beratung und Selbsthilfe für Frauen ab 60 mit sexualisierten Gewalterfahrungen, Wildwasser Bielefeld e. V.,
- Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für MitarbeiterInnen aus der Alten- und Krankenpflege, BeraterInnen und MultiplikatorInnen sowie pflegende Angehörige, Wildwasser Bielefeld e. V.

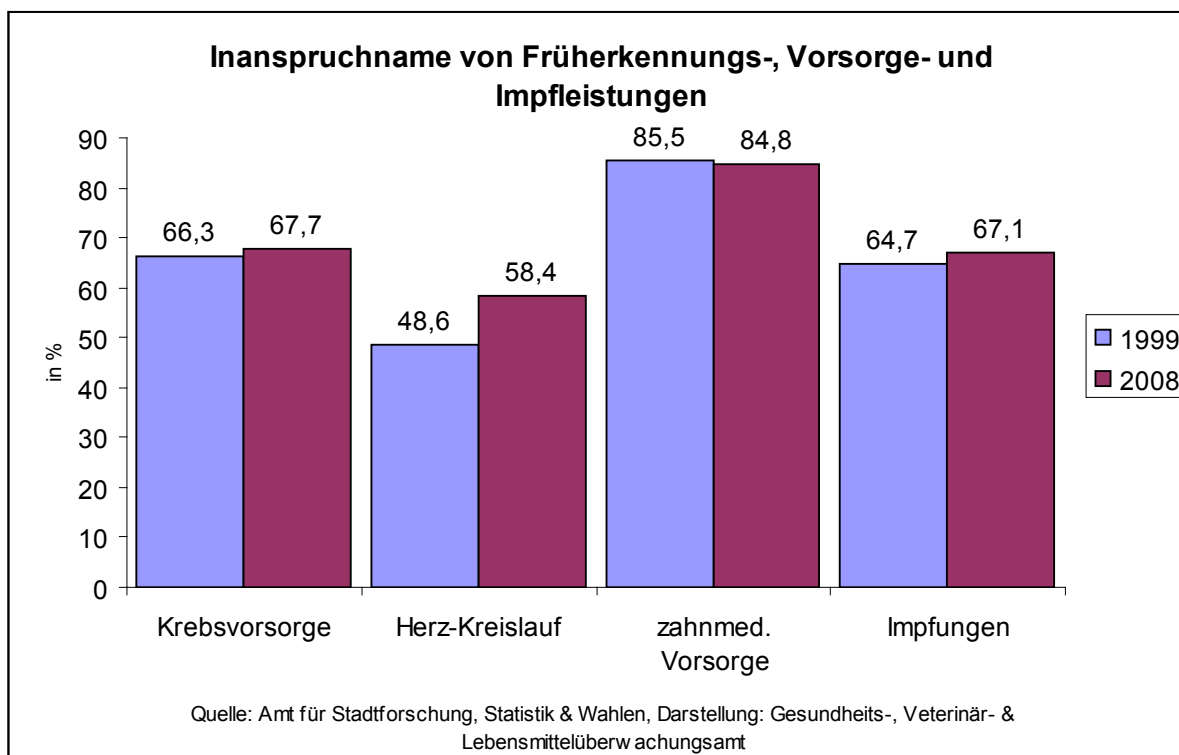
2.3. Prävention und Gesundheitsförderung

2.3.1. Zielformulierung

Bis zum Jahr 2007 sollen alle Lebens- und Tätigkeitsbereiche wie Stadt, Schule, Arbeitsplatz, Nachbarschaften und eigenes Zuhause bessere Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit bieten. Öffentliche Stellen und Organisationen aller Ebenen, die mit ihren Politiken an der Gestaltung des Rahmens der Gesundheit für die Bielefelder Bevölkerung mitwirken, sollen effektiv zur Gesundheitsförderung beitragen (Wortlaut in Anlehnung an das NRW-Gesundheitsziel 3)

Prävention und Gesundheitsförderung gelten als Zukunftsaufgaben. Verschiedene Versuche, ein Präventionsgesetz auf Bundesebene zu verabschieden, scheiterten bisher. Damit verbunden ist eine nach wie vor sehr geringe Bereitstellung von finanziellen Mitteln für Prävention im deutschen Gesundheitswesen. Auf Vorsorgeuntersuchungen liegt in unserem Gesundheitssystem bisher der Schwerpunkt der Präventionsangebote. In der Bevölkerungsbefragung zum Thema Gesundheit ging es deshalb um die Inanspruchnahme verschiedener Früherkennungsuntersuchungen durch die Bielefelderinnen und Bielefelder.

Abbildung 31



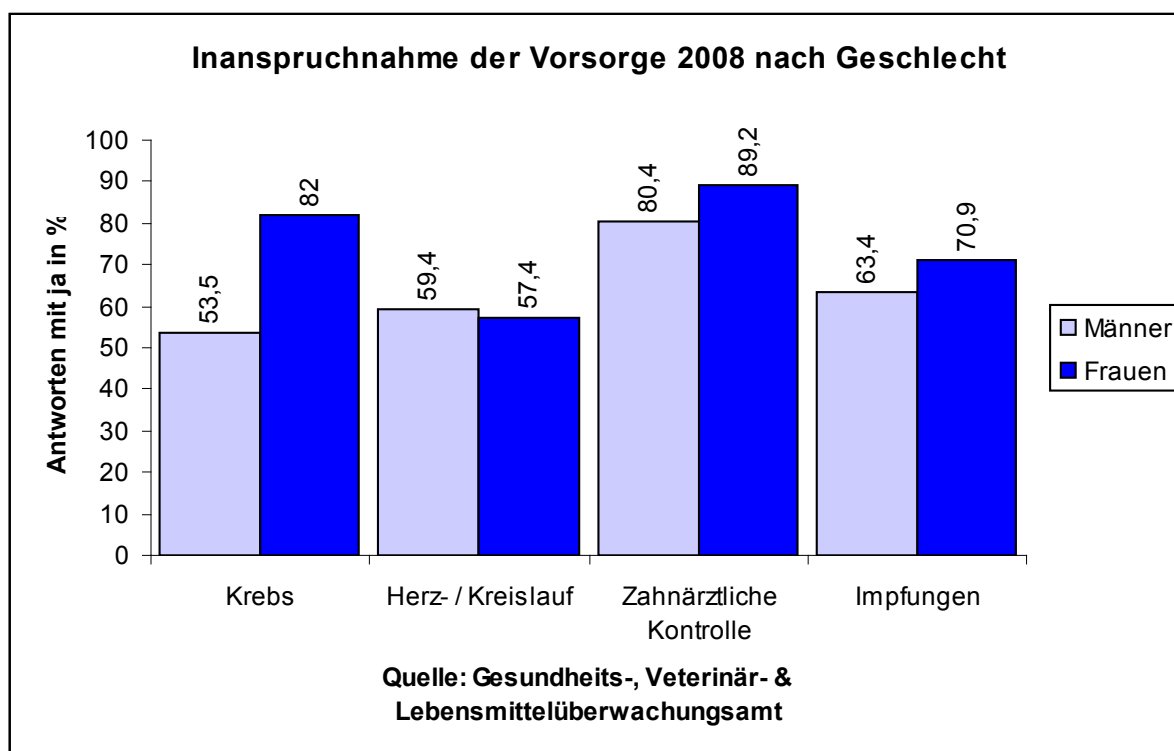
2.3.2. Rahmenbedingungen für die örtliche Gesundheitsversorgung aus Sicht der Bürgerinnen und Bürger

2.3.2.1. Inanspruchnahme der Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen

Die zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung wird 1999 und 2008 annähernd gleichbleibend am häufigsten und von über 80% der Bielefelderinnen und Bielefelder in Anspruch genommen (Abbildung 31). Das dürfte auf die seit vielen Jahren geltende Malus-Regelung in Bezug auf den Zahnersatz zurückzuführen sein. Viele Menschen gehen regelmäßig zum Zahnarzt, um Zuschüsse der Krankenkassen für Zahnersatz nicht zu riskieren.

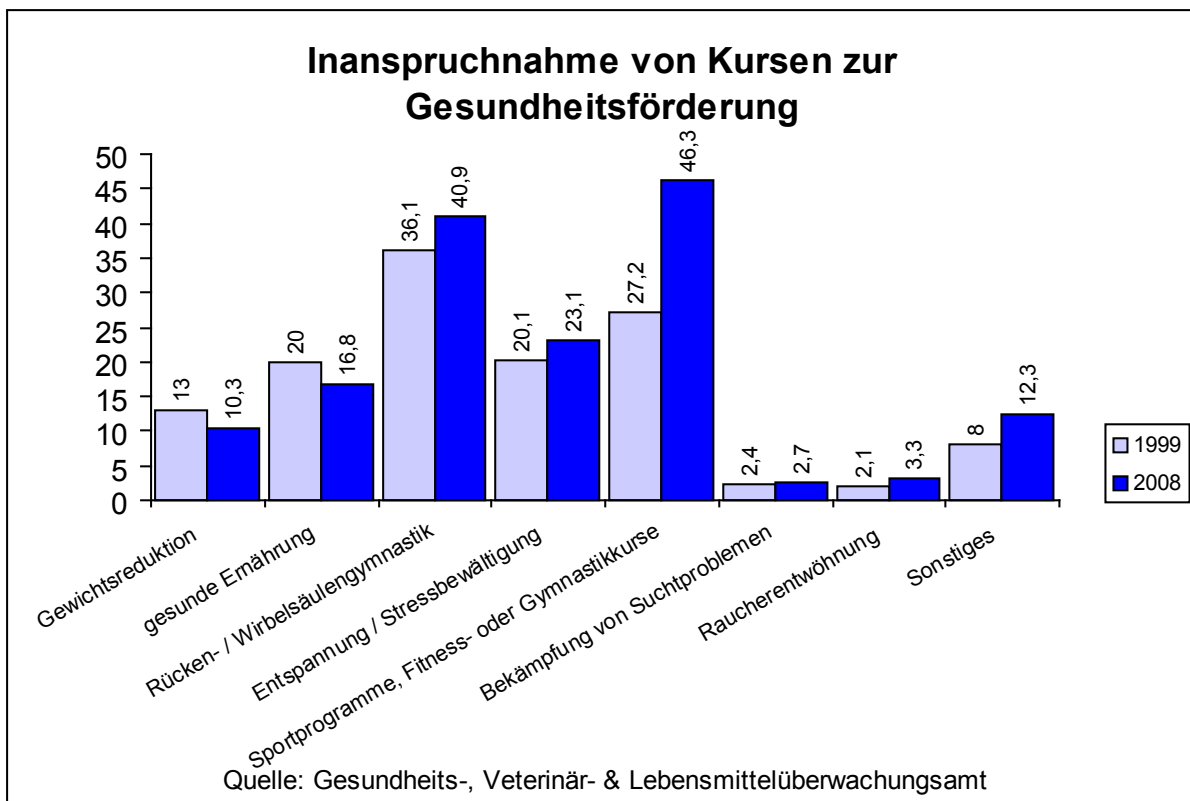
In Bezug auf die anderen Vorsorgemöglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein steigender Trend zu beobachten, insbesondere bei Vorsorgeuntersuchungen zu Herz-Kreislaufkrankungen. Sie werden zwar von allen hier abgefragten Regelungen am seltensten in Anspruch genommen, aber dennoch inzwischen von über 50% der Bevölkerung.

Abbildung 32



In der **Unterscheidung nach Geschlecht** zeigt sich 2008, dass es zum Teil einen erheblichen Unterschied in der Inanspruchnahme der Vorsorge gibt (Abbildung 32). Insbesondere in Bezug auf die Krebsfrüherkennung, die nur von rund 52% der Männer aber von über 80% der Frauen in Anspruch genommen wird, zeigt sich der größte Geschlechterunterschied. Dieser relativiert sich jedoch bei Betrachtung des Alters. Männer nehmen im hohen Alter dann häufiger die Früherkennung wahr.

Abbildung 33



Diesem Thema wird im städtischen Gesundheitsbericht „Prävention und Früherkennung ausgewählter Krebserkrankungen von Männern“ aus dem Jahre 2006 auch bezüglich verschiedener Erklärungsfaktoren ausführlich nachgegangen. Die Inanspruchnahme der zahnmedizinischen Vorsorge und der Impfungen zeigt ebenfalls einen größeren Geschlechterunterschied zuungunsten der Männer. Lediglich die Herz-Kreislauf-Vorsorge wird etwas häufiger von Männern als von Frauen beansprucht, was in gewisser Hinsicht auch mit den Erkrankungsrisiken übereinstimmt. Seitens der Frauen wäre eine größere Inanspruchnahme wünschenswert, da bei ihnen in den kommenden Jahren aufgrund des vorübergehend starken Rauchverhaltens noch größere Erkrankungszahlen zu erwarten sind.

2.3.2.2. Inanspruchnahme von Kursen zur Gesundheitsförderung

Die Inanspruchnahme von Kursen zur Gesunderhaltung ist in Bezug auf die Rückengymnastik und in Hinsicht auf den Sport angestiegen, besonders deutlich hinsichtlich des Sports (rd. + 18%-Punkte, Abbildung 33). Lediglich die Kurse zur Gewichtsreduktion und gesunden Ernährung wurden weniger in Anspruch genommen.

Im Folgenden stehen die Ergebnisse der konkreten Teilziele bzw. aus den verschiedenen Handlungsfeldern im Vordergrund, die schwerpunktmäßig dem Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung zuzurechnen sind.

2.3.3. Teilziele / Handlungsfelder

2.3.3.1. Umsetzung Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2002

2.3.3.1.1. Untergewicht bei Säuglingen

Teilziel: Hinweis auf die Gefahr durch Rauchen & Passivrauchen in der Schwangerschaft

Dieses Teilziel wurde im Zusammenhang mit der Verringerung der Säuglingssterblichkeit verfolgt, und zwar

- durch einen Fachnachmittag in Kooperation mit dem Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW für Hebammen und andere geburtshelfenden Berufe, der neben anderen Themen die Problematik des Rauchens und Passivrauchens während der Schwangerschaft aufgriff und
- durch Gesundheitskampagnen im Rahmen des Projektes „Mit und für Migrantinnen und Migranten“, die in ausgewählten Stadtgebieten angeboten wurden.

In Bielefeld wird seit Jahren eine sehr geringe Rate der untergewichtig Lebendgeborenen erreicht.

2.3.3.1.2. Verbesserung von Früherkennungsmaßnahmen durch den kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst

Teilziel: Verbesserung von Früherkennungsmaßnahmen durch niedrigschwellige Hospitations- und Beratungsangebote vor Ort durch den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst

Aufgrund begrenzter Ressourcen im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst konnte dieses Ziel nur in begrenzten Umfang verfolgt werden, und zwar bei Kindern und Jugendlichen mit Autismus.

2.3.3.1.3. Masern-, Mumps-, Röteln-Impfraten

Teilziel: Masern, Mumps, Röteln - Durchführung einer Impfkampagne unter deutschen Kindern in Stadtgebieten mit geringen sozialen Risiken.

Dieses Teilziel wurde mit

- dem langjährigen Projekt zur Verbesserung des Impfschutzes in Kindergärten und Kindertagesstätten,
- der Info^{PLUS}Impfkampagne
- sowie der Landesimpfkampagne 2007/2008 verfolgt.

Das ursprüngliche Ziel der Weltgesundheitsorganisation, die Masern bis zum Jahr 2007 in der europäischen Region der WHO zu eliminieren, konnte insbesondere in Deutschland nicht erreicht werden. Hinzu kam, dass die Masern-, Mumps- & Rötelnimpfraten in Bielefeld im

Vergleich zu den anderen kreisfreien Städten in NRW sehr gering ausfallen. Eine (auch migrationssensible) Impfkampagne an ausgewählten Schulen mit dem Impfmobil des Landes NRW half, die Impfraten zu verbessern (s.u.).

2.3.3.1.4. Sprach-, Sprech-, Stimmstörungen

Teilziel: Beobachtung der Entwicklung des Befundes Sprach-, Sprech-, und Stimmstörungen anhand der Schuleingangs- und der Kita-Untersuchungen.

Die Daten der Untersuchungen in den Tageseinrichtungen für Kinder wurden im Qualitätszirkel der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte vorgestellt und diskutiert.

2.3.3.1.5. Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U-Untersuchungen)

Teilziel: Statistische Auswertungen bzgl. des Zusammenhangs und der Signifikanz von Befunden (z. B. Verhaltensauffälligkeiten oder Auffälligkeiten der Motorik und Koordination) und fehlenden Früherkennungsuntersuchungen, um den Handlungsbedarf im Rahmen der Untersuchungen in den Tageseinrichtungen für Kinder zu präzisieren.

Dieses Teilziel wurde verfolgt, indem die fehlenden U7- und U8- Früherkennungsuntersuchungen mit dem Befund „Verhaltensauffälligkeiten“ und „Auffälligkeiten der Motorik und Koordination“ rechnerisch verglichen wurden. Es ergaben sich keine Zusammenhänge.

2.3.3.2. „SchwerMobil-Bielefeld“ – Prävention von Adipositas bei Kindern- und Jugendlichen

Hintergrund für die Entwicklung des Projektes „SchwerMobil-Bielefeld“ war eine Diskussion in der Kommunalen Gesundheitskonferenz über die Versorgungsstruktur für Familien mit adipösen Kindern, die durch die Präsentation einer Untersuchung hierzu angeregt wurde. Das Projekt umfasste ein wöchentliches Bewegungs- und Ernährungsangebot für Kinder zwischen sechs und zwölf Jahren. Das Angebot fand in einem Bielefelder Stadtteil statt und wurde dort als schulübergreifender Kurs für die Schultypen Grundschule, Realschule und Gymnasium ein Jahr lang umgesetzt.

Das Projekt SchwerMobil-Bielefeld hatte sich das Ziel gesetzt, die Gesundheitsressourcen von Kindern und ihren Familien zu stärken und zu verbessern. Die Kinder sollten Spaß und Erfolge in der Bewegung erleben und darüber eine langfristige Motivation für regelmäßigen Sport und regelmäßige Bewegungsaktivitäten im Alltag aufbauen. Durch das Stärken der Kinder auf der motorischen Ebene sollte auch eine Stärkung auf der Persönlichkeitsebene erreicht werden, da übergewichtige Kinder häufig diskriminierende Erfahrungen machen. Im Rahmen der Ernährungsschulung wurde angestrebt, dass die Kinder das Essen als bewusste, lustvolle, vollwertige und lebensnotwendige Nahrungsaufnahme erfahren und selbstverantwortlich darüber bestimmen lernen und es genießen.

Die Auswahl der Kinder und Jugendlichen geschah über die verschiedenen Schulen im Stadtteil.

Die Altersspanne betrug 7-13 Jahre. Die Gruppe der Kinder beschrieb zu Beginn des Projekts ihren körperlichen Zustand als eher gut. Ihre körperlichen Aktivitäten lagen eher im oberen Bereich. Fünfzig Prozent der Familien verfolgten gemeinsame Bewegungsaktivitäten. Die Kinder aßen am häufigsten 3 Mahlzeiten pro Tag und das gesellige Essen im Familienverbund war im Laufe der Woche jedoch eher die Ausnahme. Das konkrete Essverhalten erwies sich überwiegend als unproblematisch. Bei besonderen Schwierigkeiten in einzelnen Familien konnte ein individuelles Beratungsangebot der Ernährungsberaterin in Anspruch genommen werden. Die Teilnehmerzahl nahm aufgrund des Schuljahreswechsels und den damit verbundenen Veränderungen im Stundenplan vom ersten zum zweiten Kursteil stark ab. Das Bewegungs- sowie das Ernährungsangebot von SchwerMobil-Bielefeld wurde von den Kindern überwiegend gut bewertet. Auch den Eltern gefiel SchwerMobil-Bielefeld überwiegend gut. Die organisatorische Einbettung in den privaten und beruflichen Tagesablauf bereitete jedoch manchen Familien Schwierigkeiten.

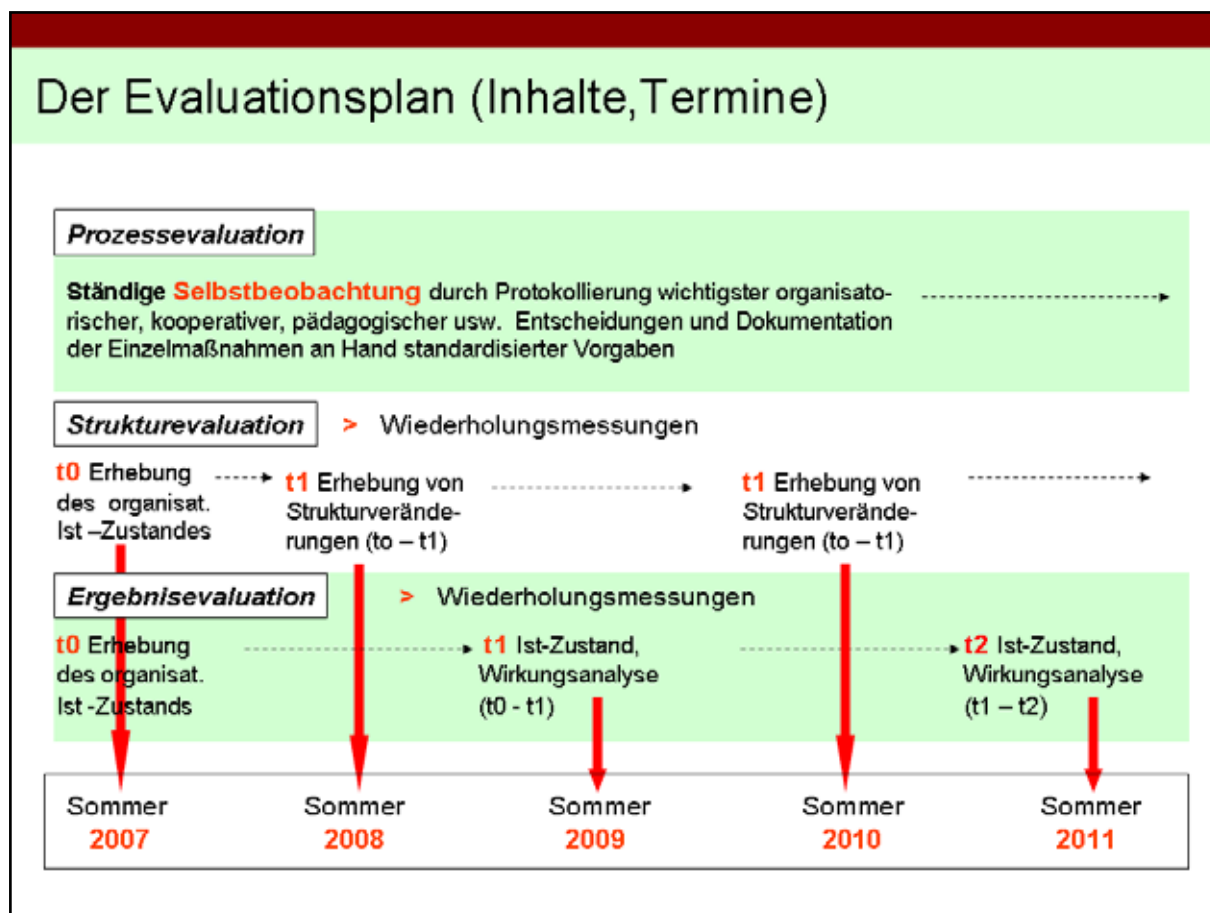
2.3.3.3. Netzwerk Bildung und Gesundheit in NRW (OPUS) für Kindertagesstätten

Im Jahr 2006 wurde das Netzwerk gesundheitsfördernder Kindertagesstätten NRW (OPUS Netzwerk) – jetzt Landesprogramm Bildung und Gesundheit (BUG) - in Bielefeld von der Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz gegründet. Ziel war es, die Aktivitäten im Rahmen der Gesundheitsförderung, die heute in fast jeder Kindertagesstätte stattfinden, in den einzelnen Einrichtungen weiter zu entwickeln. Hierbei standen sowohl die Kinder als auch die Eltern und die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen im Focus. Über den Austausch und die Zusammenarbeit in einem örtlichen Netzwerk, sollte eine Qualitätssteigerung und inhaltliche Weiterentwicklung angeregt werden. Bielefeld hat das größte kommunale OPUS- Netzwerk für Kindertagesstätten in NRW. Im OPUS-Netzwerk wurden folgende Angebote aufgebaut:

- Beratung bei der Konzeptentwicklung für Gesundheitsförderung in der Kindertagesstätte
- Fortbildungsangebote zu verschiedenen Gesundheitsthemen, medizinischen Themen sowie zu Moderation und Organisationsentwicklung
- Vermittlung von Fachreferentinnen und Fachreferenten
- Durchführung von Tagungen
- Best-Practice-Börse und Erzieherinnen- und Erzieherforum auf der Landesebene
- Finanzielle Unterstützung für Netzwerkaktivitäten und Veranstaltungen
- Regelmäßige Netzwerktreffen mit Vorstellung von örtlichen Projekten zur Gesundheitsförderung von verschiedenen Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern, wie z.B.:
 - Bewegungsförderungsprojekt („Rick und Rack“) der Sportjugend Bielefeld
 - Elternabende mit muttersprachlicher Unterstützung durch Gesundheitsmedia-

- torinnen und –mediatoren (Mimi-Projekt des DRK)
 - Mütterkurse in verschiedenen Sprachen
 - kulturspezifische Beratung der Einrichtungen (beides: Amt für Integration und interkulturelle Angelegenheiten)
 - Sprachförderprojekte (z.B. „Nati per legere“ europäisches Projekt zur Unterstützung von Migrantenfamilien)
 - Ernährungsprojekte der Krankenkassen („Tiger Kids“)
 - Elterndialog
- Themenspezifische Austauschforen (z.B. Ernährung, Bewegung, Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter)
 - Stadtteilorientierte Austauschforen
 - Schwerpunktprojekt „gesunde Kitas – starke Kinder“ der Plattform Ernährung und Bewegung (s. u.)
 - Literatur- und Informationsquellen zum Thema Gesundheit, ‚Gesund Aufwachsen‘ und Gesundheitsförderung
 - Evaluation durch die Universität Bielefeld

Abbildung 34



Ein Schwerpunkt stellte die Qualifizierung der Erzieherinnen und Erzieher dar. An Fortbildungsveranstaltungen wurden angeboten:

- Zukunftswerkstatt „Gesundheitsfördernde Kita“
- AD(H)S und Verhaltensauffälligkeiten
- Infektionskrankheiten und Impfen
- Kindliche Entwicklung und Förderbedarf
- Neue Erkenntnisse und Umgang mit dem Thema ‚Läuse in der Kita‘
- Bewegungsförderung in der Kita
- Rückenschule für Erzieherinnen und Erzieher
- Bewegungsförderung in der Kita

Die Evaluation der Veranstaltungen ergab, dass 98% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Veranstaltungen mit „gut“ bis „sehr gut“ bewerteten.

Darüber hinaus wurden verschiedene Broschüren zum Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung für die Kitas aber auch die Eltern erarbeitet und zur Verfügung gestellt:

- Mein Kind ist krank
- Hilfe bei Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom
- Sexueller Missbrauch
- Starke Kinder – starke Familie: Thema Essen, Trinken, Bewegen und Entspannen

Die Evaluation der OPUS-Netzwerkarbeit ist in Kooperation mit der Fakultät für Gesundheitswissenschaften insbesondere auf der Struktur- und Ergebnisebene zu drei Zeitpunkten vorgesehen (vgl. Abbildung 34). Die erste Struktur- und Ergebnisevaluation liegt vor. Demnach stellt sich heraus, dass bereits sehr viel für Kinder im Bereich Bewegung und Ernährung getan wird, so dass diesbezüglich nur wenig Input seitens OPUS notwendig ist. Gleichwohl werden im Hinblick auf diesen Themenbereich auch die größten Erwartungen an das Netzwerk formuliert.

2.3.3.4. „gesunde Kitas – starke kinder“ – ganzheitliche Gesundheits- und Bildungsförderung in Kindertagesstätten (peb)

„gesunde Kitas – starke kinder“ ist ein Pilotprojekt der Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb), die auf Bundesebene in verschiedenen Handlungsfeldern aktiv ist. Das Kindertagesstätten-Projekt (im weiteren Kitas) hat sich an vier Standorten in Deutschland (Mühlheim, Bielefeld, Augsburg und München) zum Ziel gesetzt, die (Weiter-)Entwicklung eines gesunden Lebensstils für Kinder, Eltern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern.

Dabei wurde ein besonderer Focus auf die enge Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Bildung der Kinder gelegt und die Themenbereiche ausgewogene Ernährung, Bewegung und Entspannung als Grundlagen für Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit Bildungs- und Entwicklungsprozessen in der Praxis umgesetzt. Das Projekt richtete sich vorrangig an die

pädagogischen Fachkräfte in den Kitas sowie Trägerinnen und Träger, Eltern und lokale Fachbehörden. In Bielefeld haben an dem Projekt 16 Kindertagesstätten in der Zeit zwischen 2007 und 2009 teilgenommen und folgende Projekt-Schritte umgesetzt:

- Fachliche Einführung
- gemeinsame Workshops im Team und mit anderen Einrichtungen zur individuellen Entwicklung von neuen Gesundheitsförderungszielen
- Beratungstermine als Kita-Team mit Fachberaterinnen von peb
- Etablierung der neuen Inhalte und Strukturen

Die Themenbereiche des Projektes beinhalteten:

- Basisanforderungen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Entspannung (z.B. ständiges Angebot einer Trinkstation, Schaffung von Bewegungs- und Entspannungsräumen in und außerhalb der Kita)
- Gesundheitsdialog zwischen Kita und Eltern
- Verbindung der Ziele in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Entspannung mit Erziehungs- und Bildungszielen
- Verankerung der Gesundheitsförderung in der Organisations- und Personalentwicklung

Die Evaluation für Bielefeld zeigte, dass

- die Kitas die Ziele aus dem ersten Workshop unterschiedlich umgesetzt haben (zwischen 60% bis 100% der Ziele).
- nach eineinhalb Jahren fast alle Kitas 80% oder mehr der Basisanforderungen nach Selbsteinschätzung ganz erfüllen.
- die Ziele gleichmäßig in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Entspannung und Elterndialog lagen.
- Entspannung der am häufigsten für die praktische Umsetzung gewählte Bereich war, der vor Projektbeginn am wenigsten entwickelt war.
- ein Zusammenhang zwischen dem Stand der Organisationsentwicklung / der Arbeitsstruktur und der Qualität / Geschwindigkeit bei der Umsetzung und Verankerung der Ziele bestand.

Abbildung 35



Qualitätsbarometer

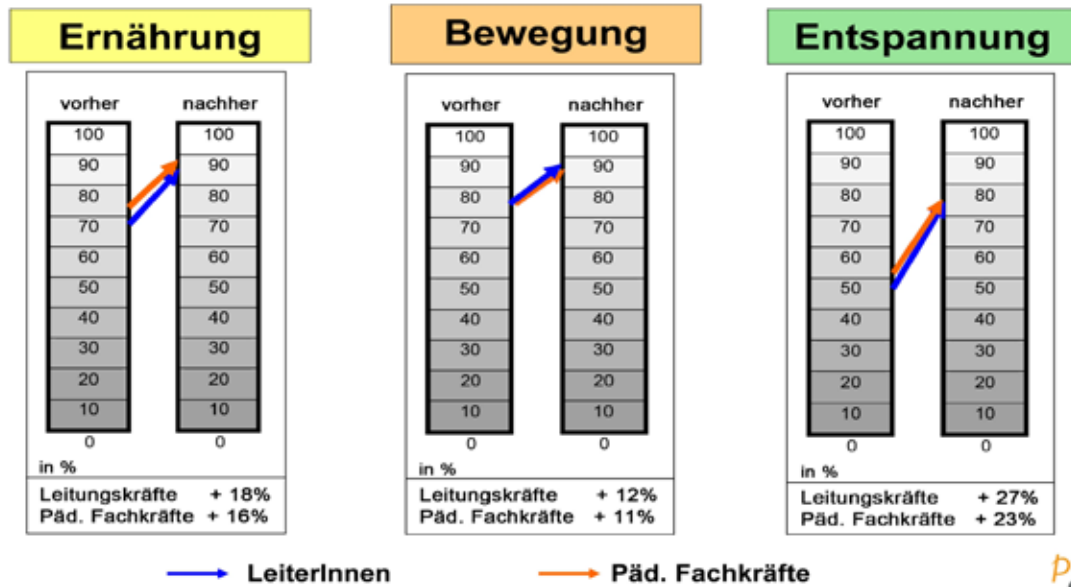


Abbildung 36



Verknüpfung von Ernährung, Bewegung, Entspannung mit anderen Bildungs- und Erziehungsbereichen

Haben Sie Ziele im Bereich Ernährung (bzw. Bewegung, Entspannung) mit kognitiven, persönlichkeitsbildenden und sozialen Zielen aus anderen Bildungs- und Erziehungsbereichen verknüpft? (Ja - Angaben in %)

	Pilot	Vergleich
Ernährung	95,9%	69,8%
Bewegung	95,7%	90,7%
Entspannung	95,5%	74,7%



Quelle Abbildungen 35 und 36: PädQUIS® gGmbH

Die beteiligten Einrichtungen an allen vier Projekt-Standorten berichteten über eine eindeutige Steigerung der Qualität in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Entspannung (Abbildung 35). Die Verknüpfung dieser drei Elemente mit Bildungs- und Erziehungsbereichen wurde von den peb-Kitas mit über 95% für alle Bereiche angegeben gegenüber 69% bis 90% bei den Vergleichs-Kitas (Abbildung 36).

Profitiert haben nach Einschätzung der Kitas in Rangfolge besonders die Kinder in den Einrichtungen, dann die Kita-Teams und die Leitung des Projekts. 14 Bielefelder Kitas wollen nach Abschluss des Projekts die Gesundheitsförderung als festen Bestandteil ihrer Einrichtung weiterführen.

Nicht nur den Jüngsten sind die Bielefelder Gesundheitsziele gewidmet, sondern auch den Älteren, die sich um den Erhalt ihrer Gesundheit beim Übergang vom Erwerbsleben zum Rentnerdasein bemühen.

2.3.3.5. Gesundheitsförderung in der dritten Lebensphase

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in Bielefeld hat die Arbeitsgruppe Ältere Menschen das Projekt „Gesundheitsförderung in der dritten Lebensphase – Zwischen Arbeit und Ruhestand“ vorbereitet.

Einschlägige Untersuchungsergebnisse bestätigen, dass eine aktive Lebensgestaltung im Sinne von aktiver Wahrnehmung gesellschaftlicher Aufgaben und Mitarbeit bei alltagspraktischen Anforderungen die Lebensqualität älterer Menschen steigert. Eine an den vorhandenen Ressourcen orientierte Aktivierung älterer Menschen fördert die Integration und hat einen präventiven Effekt:

- Soziale Isolation wird verhindert,
- die körperliche und geistige Fitness bleibt erhalten und
- es wird eine positive Lebenseinstellung gewonnen.
- Die Aktivierung älterer Menschen trägt dazu bei, den Bedarf an professioneller Hilfe zeitlich hinauszuzögern oder sogar zu verhindern.

Aus der stärkeren Einbindung (intensivere Vernetzung und Informationsaustausch) ergibt sich ein leichter Zugriff auf private Hilfeleistungen aus dem persönlichen Umfeld. Im Nebeneffekt führen Präventionsmaßnahmen außerdem gesamtgesellschaftlich und ökonomisch betrachtet zur Reduzierung von Krankheits- und Pflegekosten.

Das ZWAR-Konzept (Zwischen Arbeit und Ruhestand) des Landes NRW bot für ein entsprechendes Projekt in Bielefeld den geeigneten Rahmen. Zielgruppe des ZWAR-Projektes sind Menschen im Alter von 50 bis 65 Jahren,

- die keiner Erwerbsarbeit mehr nachgehen,
- die sich auf die nachberufliche Zeit vorbereiten wollen,
- deren erwachsene Kinder aus dem Haushalt ausgezogen sind und / oder
- die mit Gleichgesinnten neue Perspektiven entwickeln wollen.

Da jeder und jede die Umbruchsituationen in dieser Lebensphase anders erlebt und unterschiedliche Möglichkeiten hat, damit umzugehen, gibt es bei ZWAR kein Patentrezept. Deshalb ist das Kernstück der ZWAR-Idee die Hilfe zur Selbsthilfe. Hilfe zur Selbsthilfe heißt, dass die individuellen Bedürfnisse und Wünsche jedes Einzelnen im Mittelpunkt der Gruppenarbeit stehen.

ZWAR ist überparteilich und konfessionell unabhängig, d.h. das Mitmachen verpflichtet nicht zur Mitgliedschaft in einem Verband, einem Verein oder einer Partei. Die Gründung der Gruppen erfolgt stadtteilbezogen, so dass auch bei eingeschränkter Mobilität eine Teilnahme am Gruppengeschehen möglich ist. Des Weiteren fördert der Stadtteilbezug die Entstehung informeller Hilfesysteme.

Basis allen Geschehens ist die Stadtteilgruppe – die so genannte Basisgruppe. Von hier aus kann das Interesse für eine themenorientierte Gruppe oder für das Engagement in einer übergreifenden Gruppe geweckt werden, in der sich Menschen aus verschiedenen Stadtteilen oder Regionen im Rahmen von Projekten vernetzen. Das Besondere dabei ist, dass jede und jeder grundsätzlich in allen ZWAR-Gruppen aktiv werden kann und dabei immer auf Menschen trifft, die in der gleichen oder einer ähnlichen Situation sind.

ZWAR wird vom Land NRW gefördert und bietet seit 30 Jahren Gruppen für den o.g. Personenkreis an. ZWAR arbeitet in den jeweiligen Kommunen mit den Anbieterinnen und Anbietern der Offenen Altenarbeit zusammen. Seit 2001 ist ZWAR auch Kooperationspartner der Kommunalen Gesundheitskonferenz und des Ev. Gemeindedienstes in Bielefeld.

Im Oktober 2001 entstand die erste Bielefelder ZWAR – Gruppe in Stieghorst . Im Laufe der Jahre haben sich vier weitere Gruppen in Dornberg/Wellensiek, in Schildesche und der Innenstadt gebildet. Im Bielefelder Gruppennetz sind aktuell ca. 170 Frauen und Männer in 28 Interessengruppen (z.B Wandern, Computer etc.) und bei zahlreichen Einzelaktivitäten dabei. Viermal im Jahr treffen sich Vertreterinnen und Vertreter der Gruppen zum Austausch und zur Planung punktueller, gemeinsamer Aktivitäten.

2.3.3.6. Impfkampagnen

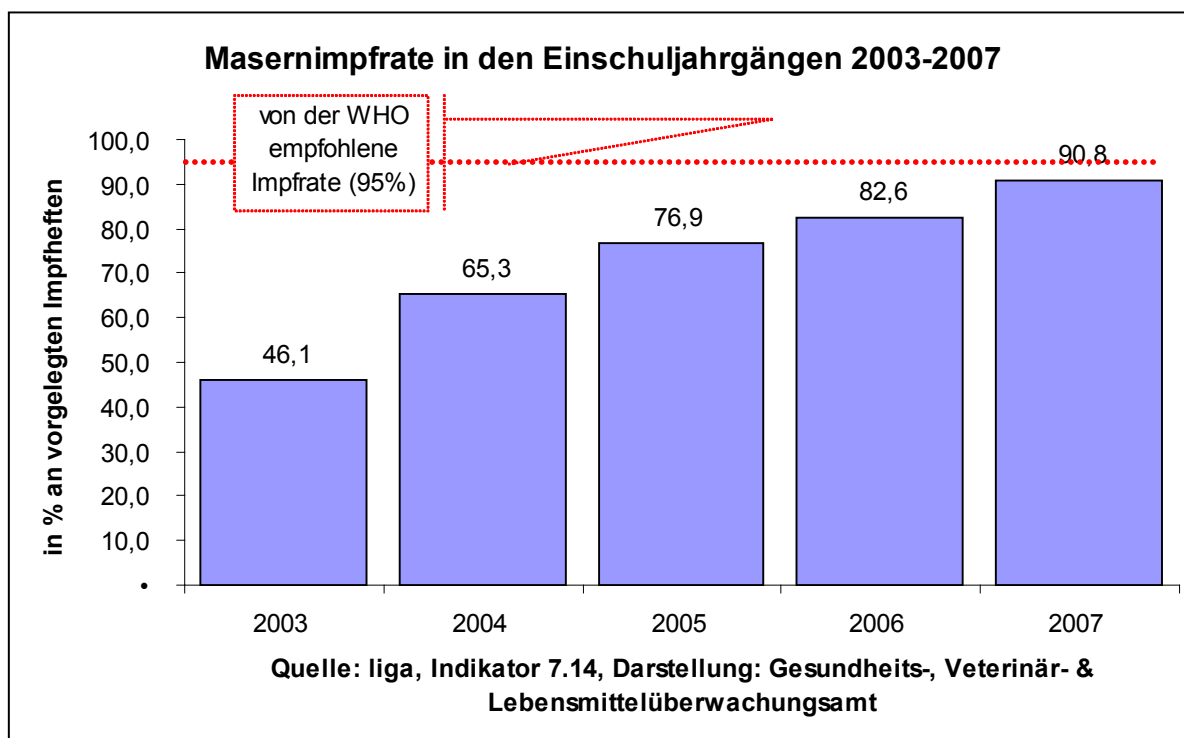
Impfen gilt als weitere wichtige Säule in Rahmen der medizinischen Präventionsangebote. Die verschiedenen Impfungen und Impfprogramme beruhen auf Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut. Sie sollen sachgerecht von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im Sinne der Aufklärungspflicht vermittelt werden. Die Grundimmunisierung beginnt im Säuglings- und Kleinkindalter und sollte durch kontinuierliche Auffrischimpfungen bis zum Lebensende fortgeführt werden. Impfungen sind freiwillig. Objektive Informationen sind öffentlich verfügbar. Impfungen sind eine effektive Maßnahme, um Infektionskrankheiten vorzubeugen und in der Bevölkerung einen Gruppenschutz aufzubauen (sog. Herdimmunität), der bis zur Ausgrenzung von Krankheitserregern führen kann. Ein vorhandener Gruppenschutz gewährleistet auch, dass Menschen, die aufgrund spezifischer Erkran-

kungen Impfungen nicht in Anspruch nehmen können, vor impfpräventablen Infektionskrankheiten geschützt sind. Der Öffentliche Gesundheitsdienst informiert die Bevölkerung über die Bedeutung von Schutzimpfungen, wirkt auf die Sicherstellung des notwendigen Impfangebotes und einer ausreichenden Impfberatung hin. Er kann Impfkampagnen auch selbst durchführen und beobachtet, dokumentiert und bewertet den Durchimpfungsgrad der Bevölkerung (§ 20 Infektionsschutzgesetz (IfSG), §§ 9 und 12 Gesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)).

Mit Blick auf die allgemeinen Empfehlungen der STIKO wurden neue Impfempfehlungen im Zeitraum 2003-2007 ausgesprochen:

- Juli 2004: Impfung gegen Windpocken (Varizellen) im Alter von zwei Jahren (Nachholen der Impfung spätestens ab dem 9. Lebensjahr maximal bis zum 13. Lebensjahr).
- Juli 2006: Impfung gegen Pneumokokken mit einem besser wirksamen Impfstoff (Konjugatimpfstoff) im 1. Lebensjahr.
- August 2006: Impfung gegen Meningokokken im 2. Lebensjahr (vier Wochen nach der Masern-, Mumps- und Röteln- sowie Windpocken-Impfung).

Abbildung 37



Der Zahl der geimpften Einwohnerinnen und Einwohner ist in den Städten und Regionen unterschiedlich groß. Der Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2002 stellte fest, dass die Masern- und Hepatitis-B-Impfrate im Vergleich zu den kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen

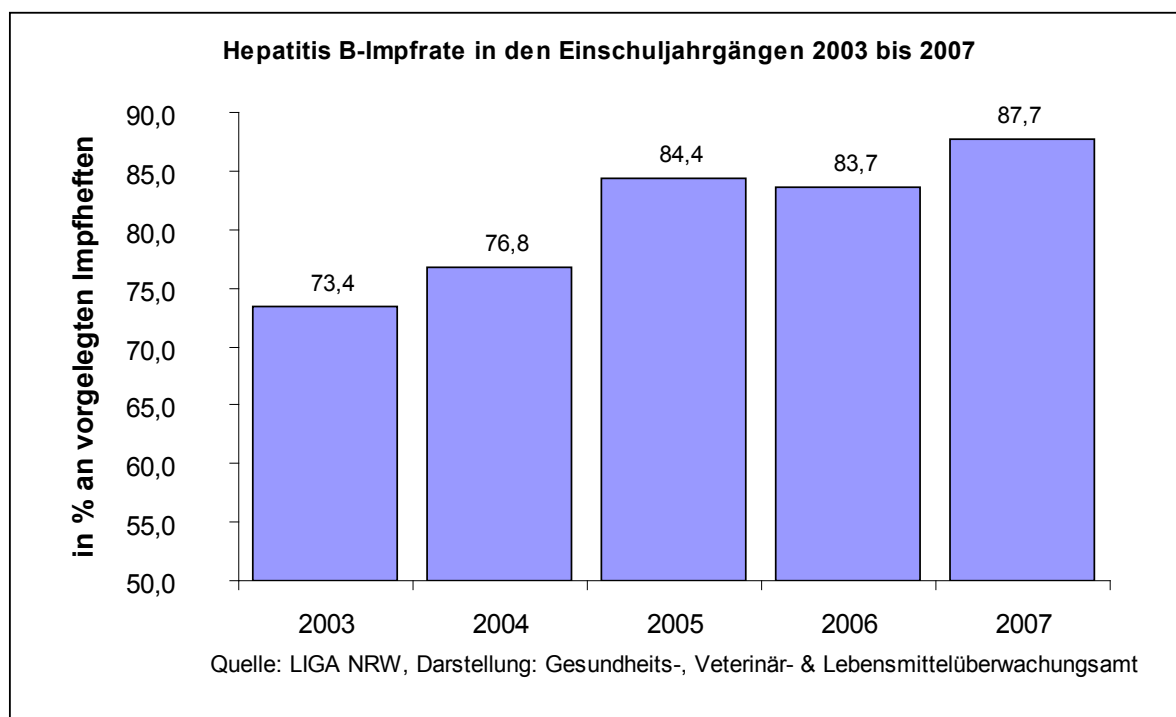
besonders gering war (vgl. auch und Abbildung 38). So beschloss die Kommunalen Gesundheitskonferenz entsprechende Impfkampagnen. Diese Kampagnen setzten sich immer aus Informations- und Aufklärungs- sowie konkreten Impfangeboten zusammen, die bei Bedarf auch für einzelne Zielgruppen (z.B. drogenabhängige Menschen) angepasst wurden.

2.3.3.6.1. Projekt zur Verbesserung des Impfschutzes in Kindergärten und Kindertagesstätten

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamtes setzte von September 2001 bis Dezember 2007 eine Maßnahme zur Verbesserung des Impfschutzes von Kindern in Kindergärten und Kindertagesstätten um. In deren Verlauf steigerte sich der Anteil der vollständigen Grundimmunisierungen vielfach. Es zeigte sich auch, dass die neueren Impfungen gegen Pneumokokken- und Meningokokken bereits gut angenommen werden und über den Projektzeitraum anstiegen.

In der Zeit von Mitte 2006 bis Anfang 2007 fand in 11 Kindergärten bzw. Kindertagesstätten mit insgesamt 715 Kindern eine Befragung statt, um zu sehen, wie diese Impfkaktion von den Bürgerinnen und Bürgern wahrgenommen wird. Es antworteten 35,8% der Eltern, davon überwiegend diejenigen, die auch ein Impfheft vorgelegt hatten. Alles in allem fanden 65,6% der befragten Eltern die Kampagne gut, 22,3% sagten, dass sie an der Aktion nicht teilgenommen hatten, da das Impfbuch von ihrer Ärztin bzw. ihrem Arzt kontrolliert wird. Nur 3,9% der Eltern gaben an, dass sie die Maßnahme ablehnten. Darüber hinaus gaben 8,2% der Väter und Mütter an, dass sie das Impfheft vergessen hatten.

Abbildung 38



Auf die Impfpfehlungen angesprochen, gaben die Befragten folgende Antworten (Mehrfachnennungen):

- Die ausgesprochenen Empfehlungen bestätigen das, was ich schon wusste (29,3%).
- Es ist für mich eine gute Erinnerung an die nächsten Impfungen zu denken (24,6%).
- Ich war überrascht, dass noch Impfungen fehlen (6,3%).
- Ich bin der Meinung, dass mein Kind nicht jede der empfohlenen Impfungen benötigt (4,7% [Hier wurde hauptsächlich die Varizellen- Impfung genannt, auch die Impfungen gegen Meningokokken, Keuchhusten sowie gegen Masern, Mumps und Röteln wurden vereinzelt von Eltern abgelehnt]).
- Eine persönliche Beratung wäre besser (4,3%).
- Ich hätte gern noch mehr Informationen erhalten (4,3%).

Es seien zuletzt die Verbesserungsvorschläge genannt:

- Informationsabende in Kindergärten sind wünschenswert.
- Im Kindergarten Plakate über Impfungen aufhängen.

Und die kritischen Bemerkungen sollen nicht außer acht gelassen werden:

- Bessere Information über Risiken und Nebenwirkungen ist nötig.
- Es wird eine hohe Durchimpfungsrate in der Bevölkerung angestrebt, dabei aber der Zusammenhang zwischen einem explosionsartigen Anstieg von Allergien und „Modekrankheiten“ ignoriert.
- Es dauert zu lange, bis die Kosten für Impfungen von den Krankenkassen übernommen werden.
- Ob ein Kind geimpft wird oder nicht, ist die freie Entscheidung der Eltern und ist nicht abhängig vom Druck der Pharmaindustrie oder der STIKO.
- Diese Aktion erreicht nur die „Impfwilligen“, nicht aber die „Impfmüden“.

2.3.3.6.2. Info^{PLUS}Impfkampagne – Impfschutz für Jugendliche der 8. und 9. Jahrgänge

Die „Info^{PLUS}Impfkampagne“ für Jugendliche wurde umgesetzt, weil in Bielefeld im Vergleich zu den kreisfreien Städten in NRW die Impfraten gegen Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln und Hepatitis B unterdurchschnittlich sind, wie der Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2002 gezeigt hatte. Die Kampagne ist somit eine weitere Umsetzung der im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht empfohlenen Maßnahmen. Die wichtigsten Teilziele der Info^{PLUS}Impfkampagne lauteten:

- Intensivierung der Information über impfvermeidbare Infektionskrankheiten für Schülerinnen und Schüler im Biologieunterricht der 8. Jahrgänge ausgewählter, weiterführender Schulen

- Beratungsangebot für Eltern durch Sprechstunden des Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamtes in den ausgewählten Schulen
- Öffentlichkeitsarbeit mit einem Update des entsprechenden Kapitels des Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes 2003
- Vorlage von Impfausweisen von 70% der Schülerinnen und Schüler
- Impfung von 50% derjenigen Schülerinnen und Schüler, die Impfücken auf Grundlage des vorgelegten Impfausweises haben. Dabei möglichst Schließung aller Impfücken.

Die Überprüfung der Zielerreichung zeigt, dass über die Intensität der Aufklärung im Biologieunterricht der achten Jahrgänge keine Aussagen gemacht werden konnten, da nicht alle Evaluationsbögen ausgefüllt wurden. Die Elternsprechstunden der Ärztinnen und der Ärzte des Gesundheitsamtes wurden insgesamt wenig besucht. Am häufigsten suchten Schülerinnen und Schüler die Sprechstunden auf. Die Öffentlichkeitsarbeit verlief erfolgreich hinsichtlich der zwei Bielefelder Tageszeitungen und hinsichtlich eines Stadtteilblattes.

Das Teilziel, dass 70% der angesprochenen 389 Schülerinnen und Schüler den Impfausweis vorlegen, konnte zu 83% erreicht werden; rund 58% der Jugendlichen brachten ihren Impfausweis mit. Dies waren mehr Impfausweise als in den regulären Schuluntersuchungen in den 9. Jahrgängen.

Das Ziel, 50% der Schülerinnen und Schüler mit Impfücken zu impfen, wurde bezüglich der Hepatitis-B-(Erst-)Impfung leicht übertroffen (53,3%, Ziel somit zu 106,6% erreicht). Hinsichtlich der Kombinationsimpfung Masern, Mumps, Röteln beträgt die Erfolgsrate 15,8% (Ziel zu 31,6% erreicht). Die Erfolgsrate für Keuchhusten beziffert sich lediglich auf 10,3% (Ziel zu 20,6% erreicht), ein Ergebnis, das sich jedoch auch aufgrund von nicht genügend vorhandenen, alleinigen (monovalenten) Impfstoff gegen Keuchhusten ergibt. Die Erfolgsrate für die Polioimpfung betrug 21,7% (Ziel zu 43,4% erreicht) und für die Kombinationsimpfung Tetanus/Diphtherie 21,6% (Ziel zu 43,2% erreicht).

Drei Schülerinnen und Schüler waren nicht im Besitz eines Impfausweises. Entsprechend wurden Impfausweise ausgestellt. Dreh- und Angelpunkt der Info^{PLUS}Impfkampagne waren die Einverständniserklärungen der Eltern - sie wurden trotz intensiver Nachfrage, z.B. durch Telefonate, seitens der kooperierenden Lehrerinnen und Lehrer nur in geringerer Zahl vorgelegt als erwartet.

2.3.3.6.3. Help-Kampagnen, gesundheitliche Aufklärung & Hepatitis A + B Schutzimpfung für Schwule und die offene Drogenszene

Die „Help-Kampagne - gesundheitliche Aufklärung & Hepatitis A + B Schutzimpfung für Schwule“ und die „Help-Kampagne – gesundheitliche Aufklärung & Hepatitis A + B Schutzimpfung für Frauen und Männer der offenen Drogenszene“, hatte das Ziel, die Hepatitis-A-, -B- und -C- Infektionsrisiken zu senken. Die Kommunale Gesundheitskonferenz hatte diese Maßnahme vor dem Hintergrund angeregt, dass bei schwulen Männern als auch bei Frauen und Männern der offenen Drogenszene die Achtsamkeit gegenüber übertragbaren Krankheiten

nachgelassen hat, und diese ungleich größeren Infektionsrisiken ausgesetzt sind. Die Help-Kampagne beinhaltete neben der gesundheitlichen Aufklärung entsprechende Impfangebote, weil Impfstoffe gegen Hepatitis A und B existieren. Außerdem existieren entsprechende Impfempfehlungen der STIKO am Robert-Koch-Institut, so dass eine Finanzierung durch die Krankenkassen gewährleistet ist.

Hepatitisserkrankungen können schwerwiegend verlaufen. Insbesondere die Hepatitis B kann zu einer chronischen Erkrankung führen. Die Hepatitis C ist eine chronische Erkrankung mit entsprechenden Konsequenzen für die Lebensqualität.

Die Help-Kampagne für schwule Männer formulierte die folgenden Teilziele:

- Verbesserung des Informationsstandes über sexuell übertragbare Infektionen, insbesondere Hepatitis A und B, durch eine szenegerechte Aufklärung mit dem Präventionsteam „Herzenslust“ der AIDS-Hilfe Bielefeld e.V.
- Exemplarische und vollständige Impfung von 100 schwulen Männern mit dem Kombinationsimpfstoff gegen Hepatitis A und B.

Die Help-Kampagne für die Frauen und Männer der offenen Drogenszene formulierte die folgenden Teilziele:

- Verbesserung des Informationsstandes über die Gefährdungen durch Infektionskrankheiten, insbesondere Hepatitis A, B und C, durch eine szenegerechte Aufklärung mittels aufsuchender sozialer Arbeit und Sozialarbeit an den niedrigschwelligen Anlaufstellen.
- Vollständige Impfung von bis zu 50 drogenabhängigen Frauen und Männern gegen Hepatitis A und B.
- Weitergehende Beratungen und möglichst Vermittlungen der Aufklärungs- und Impfinteressierten an das Hilfesystem für Drogenabhängige.

Die parallele Organisation der zwei Help-Kampagnen erleichterte erheblich deren Umsetzung. Dabei erwies sich die Vorstellung und Verabschiedung der Help-Kampagnen in der Kommunalen Gesundheitskonferenz und der Einbezug in den Bielefelder Gesundheitszieleprozess als sehr effizient, z. B. hinsichtlich der Klärung der Finanzierungsfragen.

Die schwul/lesbischen Aufklärungs-Veranstaltungen, die das Herzenslust-Team der AIDS-Hilfe Bielefeld e.V. u. a. während des Christopher-Street-Day anbot, ergaben 1.802 Infokontakte sowie 332 ausführlichere Gespräche. Die Öffentlichkeitsarbeit über die örtlichen Medien war breit gestreut (lokale Presse, webwecker-bielefeld.de sowie Radio- und Fernsehbeitrag durch das WDR-Landesstudio Bielefeld). In der Schwulenszene wurden 7 serologische Untersuchungen durchgeführt, die alle eine Impfoption ergaben. Das Teilziel, 100 schwule Männer gegen Hepatitis A und B zu impfen, wurde zu 74% erreicht.

In der offenen Drogenszene war die szenegerechte Aufklärungsarbeit ebenfalls erfolgreich. Es wurden 400 Flyer verteilt. Insbesondere zeigte sich dabei, dass Frauen in der Beschaffungsprostitution einen großen Bedarf an gesundheitlicher Aufklärung auch über den Themenbereich Infektionskrankheiten hinaus hatten. Unter den drogenabhängigen Frauen und Männern ließen sich acht serologisch untersuchen, vier von ihnen ließen sich impfen. Insgesamt wurden 24 Personen geimpft, somit wurde das Teilziel zu 48% erreicht.

2.3.3.6.4. Landesimpfkampagne Masern Jugendliche 2007/2008

Das Land NRW führte 2007 aufgrund der Erfahrungen des Masernausbruchs von 2007 im Ruhrgebiet (über 1.000 Erkrankungen) eine Impfkampagne gegen Masern, Mumps & Röteln ein, die die niedergelassene Ärzteschaft und die Gesundheitsämter umsetzten. In Bielefeld konnte die Landesimpfkampagne mit einer bereits zuvor eingeplanten Kampagne in der Martin-Niemöller-Gesamtschule beginnen. Diese war vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamtes der Stadt Bielefeld vorbereitet und schloss an vergleichbare Aktivitäten aus den vergangenen Jahren an (z.B. Einsatz des Impfmobils des Landes). Nach Kooperationsgesprächen mit der Bezirksstelle der KVWL und Abstimmungsgesprächen mit dem Schulamt, wurde eine Reihe von weiterführenden Schulen ausgewählt,

- sofern in den vergangenen Jahren nur eine niedrige Anzahl Schülerinnen und Schüler an den Reihenuntersuchungen der 9. Jahrgänge teilgenommen hatten bzw. überhaupt nicht aufgrund knapper Ressourcen aufgesucht werden konnten und
- sofern niedrige Masern-Impfraten im Median der Jahre 1998/99 bis 2006/07 (sowie in jüngster Zeit) auf Grundlage der Ergebnisse der Reihenuntersuchungen in den 9. Jahrgängen vorlagen.

Da die Reihenuntersuchungen der 9. Jahrgänge aufgrund ihrer sozialkompensatorischen Ausrichtung die Gymnasien nicht berücksichtigen und eine Impfkampagne in einem Gymnasien viele Jahre her ist, wurde zusätzlich ein Gymnasium einbezogen.

Zudem wurden auf Anregung der niedergelassenen Ärzte Berufskollegs aufgesucht, in der Hoffnung auf regere Teilnahme, da volljährige Schülerinnen und Schüler keine Einverständniserklärung ihrer Eltern benötigen, die sich als besondere Hürde in früheren Impfkampagnen erwiesen hatte. Die kooperierenden Vertragsärzte suchten in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt ein Berufskolleg, ein Gymnasium und eine Gesamtschule auf. Im Laufe der Impfkampagne traten fünf Masernfälle in Bielefeld auf, die dazu führten, dass auch die freie Rudolf-Steiner-Gesamtschule in die Impfkampagne einbezogen wurde. Die Ergebnisse der Landesimpfkampagne können in Tabelle 3 nachgesehen werden.

Tabelle 3: Ergebnisse Umsetzung Landesimpfkampagne 2007/2008 in Bielefeld

		Vorgelegte Impfhefte		Fehlender MMR-Schutz an vorgelegten Impfheften		Impfungen an Empfehlungen	
Schule	Schüler	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
HS Adolf-Reichwein-Schule	210	63	30	12	19	4	33,3
HS Brodhagen	307	184	59,9	69	37,5	11	15,9
HS Lutherschule II	140	12	8,6	2	16,7	0	0
HS Marktschule	228	143	62,7	39	27,3	6	15,4
HS Sieker	170	121	71,2	45	37,2	2	4,4
HS Vennhofschule	272	116	42,6	16	13,8	0	0
GS Martin-Niemöller	1.545	799	51,7	530	66,3	0	0
GS Rudolf-Steiner	413	187	45,3	88	47,1	6	6,8
FS-L Am Kupferhammer	158	89	56,3	28	31,5	6	21,4
FS Am Schlepperweg	75	18	24	6	33,3	0	0
Carl-Severin-Berufskolleg*	549	118	21,5	32	27,1	13	40,6
Gymnasium Heepen	1.164	527	45,3	47	8,9	4	8,5
Gesamt	5.231	2.377	45,4	914	38,5	52	5,7
Nachrichtlich Umsetzung der Landesimpfkampagne Schuljahr 2007/2009 durch Vertragsärzteschaft:							
GS Brackwede	696	65	9,3	8	12,3		
Rudolf-Rempel-Berufskolleg**	3.325	6	0,2				
Max-Planck-Gymnasium	1.056	137	13,0	11	8,0		
Gesamt	5.077	208	4,1	19	9,1	k.A.	k.A.
Umsetzung Impfkampagne insgesamt	10.308	2.585	25,1	933	36,1	52	5,7

*für Bekleidungstechnik, Biotechnik, Hauswirtschaft und Soziales. **Fünf Vormittagstermine, nur Beratung. Quelle: Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt

2.3.4. Weitere Angebote

Die Bestandserhebung richtete sich an die Selbstverwaltung und Nicht-Regierungsorganisationen im Sozial- und Gesundheitsbereich. Es wurden rd. 530 Institutionen postalisch (d.h. z.T. auch per E-Mail) angeschrieben, die zentral für die gesundheitliche Versorgung sind sowie Institutionen, die vermutlich einen Bezug zu Gesundheitsthemen haben und die die Stadtverwaltung über Leistungsverträge finanziert. Es antworteten 56 Institutionen (10,7%). Die folgenden 21 Maßnahmen bzw. Projekte ordneten die befragten Einrichtungen überwiegend dem Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung zu:

- Pro Familia, Ortsverband Bielefeld – Durchführung regelmäßiger Brustselbstuntersuchungsseminare nach der Mama-Care-Methode. Außerdem regelmäßige Vorträge zur natürlichen Familienplanung und Menopause.
- PARUS, Caritasverband Bielefeld e.V. - Suchtberatungsstelle
- BildSchöneFrauen. Bielefelder Initiative für selbstbewusste Mädchen- und Frauenbilder, Psychologische Frauenberatungsstelle e.V., Frauenberatung Bielefeld
- Kinder im Mittelpunkt. Angebote für Mütter und Väter von Neugeborenen, Familienbildungsstätte Hedwig Dornbusch-Schule e.V.
- "Mit Gummi, Gleitgel und Popo" AIDS-Prävention für schwule Männer, AIDS-Hilfe Bielefeld e.V.
- Natürlich bin ich stark, Sparkasse Bielefeld - Stiftung der Sparkasse Bielefeld
- Mein Körper gehört mir, Sparkasse Bielefeld - Stiftung der Sparkasse Bielefeld
- Arbeitsmedizinische Betreuung von Arbeitnehmern, Zentrum für Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit
- Knotenpunkt - Leben mit Brustkrebs, Knotenpunkt e.V.
- Fit von Klein auf (BKK-NRW), Stadt Bielefeld - Kita Jakobus
- Gesund und stark mit Rick und Rack, Stadt Bielefeld - Kita am Vollbruch
- Felix Fit, Stadt Bielefeld - Kita Bültmannshof
- Felix Fit, Stadt Bielefeld - Kita Stettiner Straße
- Kinder Bewegen, Stadt Bielefeld - Kita Stadtmitte
- Florina Fit, Stadt Bielefeld - Kita Butterkamp
- Interkultureller Eltern - Schule - Dialog in der Grundschule, Amt für Integration und kulturelle Angelegenheiten - RAA Bielefeld
- Medizinische Kräftigungstherapie, Ortho-Training
- Trauma-Sprechstunde in der Ambulanz für Betroffene von Überfällen, Unfällen, plötzlichen Todesfällen, Psychiatrische Ambulanz der Klinik für Psychotherapie Bethel, EvKB

- „Allergie und Schule - Was juckt mich das?“, Universität Bielefeld (Fakultät für Gesundheitswissenschaften), Bürgerstiftung Bielefeld, EvKB Kinderzentrum, Schulamt der Stadt Bielefeld

2.4. Weitere Beiträge im Sinne der Bielefelder Gesundheitsziele

Die Aktivitäten der kommunalen Gesundheitskonferenz umfassten auch Fragestellungen, die nicht den drei allgemeinen Bielefelder Gesundheitszielen zugeordnet werden konnten. Sie werden der Vollständigkeit halber hier aufgeführt.

2.4.1. Umsetzung Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2002

2.4.1.1. Reihenuntersuchungen in den Tageseinrichtungen für Kinder

Teilziel: Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen zeigen z. T. deutlich wichtige gesundheitspolitische Entwicklungen, denen frühzeitig begegnet werden sollte, wie z.B. den Auffälligkeiten von Motorik und Koordination. Aus diesem Grund sollte wiederholt die Anstrengung unternommen werden, dass die Reihenuntersuchungen in den Tageseinrichtungen für Kinder wieder durchgeführt werden können. Die Verwaltung hat dazu bereits vor 2 Jahren eine Vorlage erstellt. Diese Untersuchungen müssen nicht flächendeckend sein, sondern sollten sozialkompensatorisch ausgerichtet werden, also besonders Kindertageseinrichtungen berücksichtigen, in denen dringender Handlungs-Bedarf bekannt ist.

Dieses Teilziel konnte erreicht werden. Die Untersuchungen in den Tagesstätten für Kinder werden seit September 2003 wieder durchgeführt, wie bereits oben dargestellt.

2.4.1.2. Erhöhte Säuglingssterblichkeit im vorletzten Beobachtungszeitraum

Teilziel: Kontinuierliche Beobachtung der Säuglingssterblichkeitsfälle

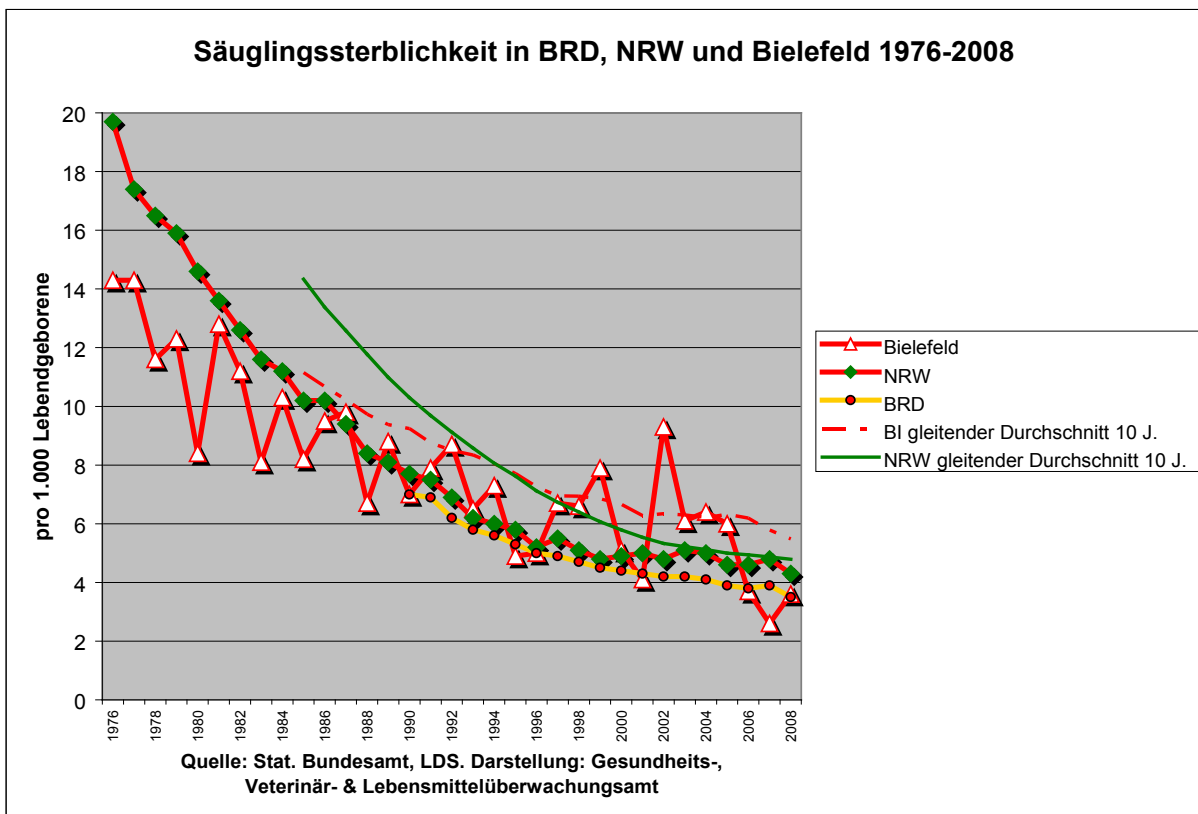
Dieses Teilziel wurde erreicht. Sämtliche Säuglingssterbefälle werden in einer Datenbank erfasst, sobald die Todesbescheinigung dem Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt vorliegt. Schwierigkeiten bereiten die in anderen Kreisen oder Städten verstorbenen Säuglinge, wenn ihr Wohnsitz Bielefeld ist. Diese werden nicht immer von dem jeweiligen Gesundheitsamt an das Bielefelder Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt übermittelt. Erst mit einer zeitlichen Verzögerung können diese Fälle über einen Abgleich mit dem Landesamt für Datenverarbeitung oder Statistik NRW erfasst werden.

Dieses Teilziel wurde formuliert, weil im letzten Berichterstattungszeitraum des Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes eine relativ große Säuglingssterblichkeitsrate auftrat, die sich später noch einmal wiederholte. Durch verschiedene Maßnahmen konnte die Säuglingssterblichkeit 2007 im zweiten Jahr in Folge in Bielefeld auf einen historischen Tiefstand von acht ver-

storbenen Säuglingen bzw. 2,8 pro 1.000 Lebendgeborene verringert werden, der viertkleinste Wert im Vergleich zu den nordrhein-westfälischen Kommunen (Abbildung 39 und Tabelle 4).

Zusätzlich zu den statistischen Aufbereitungen und Auswertungen wird seit 2007 mindestens einmal im Jahr eine Letalitätskonferenz mit allen geburtshelfenden Einrichtungen einberufen. Ziel ist, fallbezogen die Verbesserungsmöglichkeiten in der Versorgungsstruktur zu diskutieren.

Abbildung 39



2.4.1.3. Verfügbarkeit von Statistiken

Teilziel: Perinatalstatistik und Statistik über Totgeburten in Bielefeld verfügbar machen

Dieses Teilziel wurde erreicht, indem sämtliche Totgeburten in einer Datenbank erfasst werden, sobald die Todesbescheinigung vorliegt. Schwierigkeiten in der Erfassung stellen Angaben zu Totgeburten in anderen Kreisen oder Städten dar, wenn der Wohnsitz der Mutter Bielefeld ist (siehe oben). Aus der Erfassung der Totgeborenen und der in den ersten sieben Tagen verstorbenen Säuglinge wird monatlich die Perinatalstatistik generiert (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Säuglingssterblichkeit und perinatale Sterblichkeit 2007 in Bielefeld monatlich

	Lebend- geborene	Totgebo- rene	Säuglingssterblichkeit			perinatale Sterblichkeit	
			insg.	dr. in den ersten 7 Tagen	pro 1.000 Lebend- geborene	insg.	pro 1.000 Gebore- ne
Januar	199						
Februar	233	1				1	4,3
März	263		1	1	3,8	1	3,8
April	239	3				3	12,4
Mai	247	2	2	1	8,1	3	12,0
Juni	246		1	1	4,1	1	4,1
Juli	262	2	1		3,8	2	7,6
August	278						
September	262	1	1	1	3,8	2	7,6
Oktober	252	1				1	4,0
November	239		2	1	8,4	1	4,2
Dezember	331	2				2	6,0
Insg.	3.051	12	8	5	2,6	17	5,6
Median 00-06*	3.072	12	18	7,5	5,7	20	6,4

*Sonderauswertung Säuglingssterblichkeit 2000-2006. Quelle: it.nrw.de und Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt

Teilziel: Qualitätssicherung der Erfassung von Haemophilus influenzae Typ B und Hepatitis B in der Statistik der Schuleingangsuntersuchungen.

Dieses Teilziel wurde erreicht, indem die Kodierung dieser Impfung mit dem Kinder- und jugendärztlichen Dienst geklärt wurde.

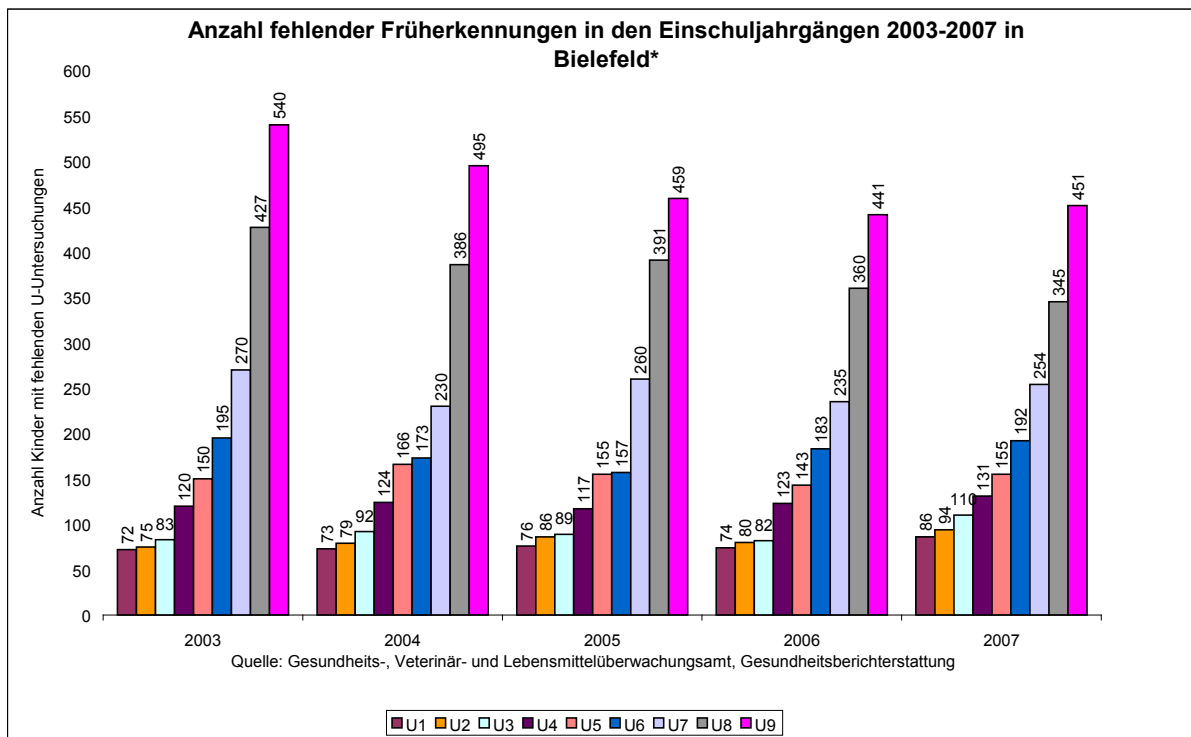
2.4.1.4. Klärung von Datenfragen bzgl. Früherkennungsuntersuchungen

Teilziel: Nach Klärung aller statistischen Fragen soll eine Analyse nach Geschlecht, Herkunft und Sozialraum erfolgen.

Dieses Teilziel wurde erreicht. Es wurden unterschiedliche Auswertungen durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen primär nach der Unterscheidung „Migration“ statistisch bedeutsam ist.

In Abbildung 40 ist jeweils die Anzahl der fehlenden Früherkennungsuntersuchungen insgesamt dargestellt. Aufgrund der Einführung einer Meldepflicht 2009 für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Rahmen von frühen Hilfen und Kinderschutz, ist mit Rückgängen in Bezug auf die fehlenden Früherkennungsuntersuchungen U5-U7 zu rechnen.

Abbildung 40



3. Schlussfolgerungen zu den Bielefeldern Gesundheitszielen 2003-2007

Die Bielefelder Gesundheitsziele

- **Bürgerinnen- und Bürgerorientierung,**
- **gesundheitliche Chancengleichheit und**
- **Prävention und Gesundheitsförderung**

verabschiedete die Kommunale Gesundheitskonferenz und der Sozial- und Gesundheitsausschuss 2002, um der Arbeit in der Kommunalen Gesundheitskonferenz einen Rahmen zu geben. Die Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ging damit in Bielefeld einen aussichtsreichen Weg, insofern die gefassten Beschlüsse der Kommunalen Gesundheitskonferenz und des Sozial- und Gesundheitsausschusses - insofern es Empfehlungen der Kommunalen Gesundheitskonferenz waren - explizit mit einer Zielformulierung verbunden waren, deren Erreichung es fortan zu überprüfen galt. Für diese Teilziele im Rahmen der drei Bielefelder Gesundheitsziele wird im vorliegenden Bericht der Grad der Zielerreichung für den Zeitraum 2003-2007 beschrieben. Bielefeld ist mit diesem Vorgehen im örtlichen Gesundheitswesen einen neuen Weg auf kommunaler Ebene gegangen, insofern nicht nur für einen Teilbereich Gesundheitsziele formuliert worden (wie z.B. Psychiatrieziele im Ennepe-Ruhr-Kreis 2002). Im Folgenden werden die Schlussfolgerungen aus der Umsetzung der drei Bielefelder Gesundheitsziele skizziert sowie ein Ausblick auf zukünftige Themen diesbezüglich vorgenommen.

3.1. Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

Bürgerinnen- und Bürgerorientierung war von Beginn an Thema in der Kommunalen Gesundheitskonferenz. Mit den zwei Bevölkerungsbefragungen 1999 und – im Sinne einer Wiederholungsbefragung – 2008 wurde unter anderem nach der Zufriedenheit mit der ambulanten und stationären Versorgung gefragt. Die Integration dieser beiden Versorgungsbereiche bzw. die gute Passage der ‚Sektorengrenze‘ für Patientinnen und Patienten betrifft Fragen der gegenwärtigen und zukünftigen Gestaltung des Gesundheitswesens.

3.1.1. Ambulante und stationäre Versorgung

Die Verknüpfung zwischen ambulanten und stationären Versorgungsangeboten im Sinne verstärkter Bürgerinnen- und Bürgerorientierung betrifft natürlich auch strukturelle Fragen des Gesundheitswesens, die auf kommunaler Ebene oftmals nicht entschieden werden können. Dennoch besteht kommunal die Möglichkeit, defizitäre Übergänge und Zusammenarbeitsstrukturen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich bedarfsgerechter zu gestalten. Good-Practice-Projekte aus anderen Städten zum Thema „Überleitung“ zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren sollten im Hinblick auf ihre Kompatibilität mit der Versorgungslandschaft in Bielefeld geprüft und in entsprechend modifizierter Form angepasst werden.

3.1.2. Zufriedenheit mit den Notdiensten

Im Rahmen der anstehenden Reform der Notfallversorgung empfiehlt die Kommunale Gesundheitskonferenz, die Ergebnisse der Bielefelder Bevölkerungsbefragung bezüglich der Zufriedenheit mit den Notdiensten zu berücksichtigen. Die vorgesehene einheitliche Telefonnummer sollte möglichst alle Notdienste umfassen. Insgesamt ist eine größere Transparenz der angebotenen Dienste für Bürgerinnen und Bürger wünschenswert.

3.1.3. Umsetzung Kinder- und Jugendgesundheitsbericht

Die Umsetzung des Gesundheitszieles Bürgerinnen- und Bürgerorientierung hinsichtlich der Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes 2002, konzentrierte auf das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) bzw. Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), in dem Aufklärung über das Erkrankungsbild auf Expertinnen- und Expertenseite und in der Bevölkerung geleistet wurde. Darüber hinaus ist eine erfolgreiche Vernetzung der versorgungsrelevanten Institutionen aus dem diagnostischen und therapeutischen Bereich zu verzeichnen. Die Kommunale Gesundheitskonferenz empfiehlt die systematische Verankerung des Themas AD(H)S im vorschulischen und schulischen Bereich (z.B. in der Lehrerbildung), um die Bildungschancen von Kindern und Jugendlichen zu stabilisieren und zu fördern.

3.1.4. „Gesunde Integration“ - Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Migrantinnen und Migranten

Im Bereich des Handlungsprogramms ‚Gesunde Integration‘ konnten wichtige Ziele realisiert werden, wie z.B. der Einsatz von Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren zur Verringerung von sprachlichen und kulturellen Verständigungsschwierigkeiten in der Gesundheitsversorgung. Die erfolgreiche Umsetzung stieß jedoch aufgrund fehlender Finanzierungssicherheit und Schwierigkeiten der Verankerung im Versorgungssystem immer wieder an ihre Grenzen und litt zum Teil unter mangelnder Kontinuität. Aus Sicht der Kommunalen Gesundheitskonferenz sind beständige Finanzierungsmöglichkeiten eine zwingend notwendige Basis, damit im Rahmen der anstehenden Qualifizierung von Menschen mit Migrationshintergrund zu Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren eine Etablierung dieses Angebotes erreicht und auch ein Beitrag zum weiter untenstehenden Gesundheitsziel ‚gesundheitliche Chancengleichheit‘ geleistet werden kann.

Da Bielefeld seit vielen Jahren eine Zuwanderungsstadt ist - im Jahr 2008 betrug der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund 30,6% - wird von der Kommunalen Gesundheitskonferenz weiterhin Bedarf an gezielt mehrsprachigen Gesundheitsinformationen und Aufklärungsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen beobachtet.

3.1.5. Psychosoziale Versorgung von brustkrebserkrankten Frauen und Männern

In der gesundheitlichen Versorgung von brustkrebserkrankten Frauen und Männern wurde neben strukturellen und qualitativen Verbesserungen, wie die Einrichtung von Brustzentren, des entsprechenden Disease-Management-Programms, des Mammographie-Screenings, zusätzlich die psychosoziale Versorgung vor Ort stärker verankert. Gleichzeitig konnte auf diesem Weg eine höhere Transparenz im Hinblick auf bestehende Beratungsangebote und Unterstützungsmöglichkeiten erreicht und das muttersprachliche Angebotsspektrum erweitert werden. Von den beteiligten Institutionen wird nachdrücklich auf den Bedarf an vergleichbaren Informationsangeboten und Vernetzungsinitiativen in Bezug auf andere häufige Krebserkrankungen verwiesen.

3.1.6. Information und Beratung der Patientinnen und Patienten

Zu den vorgenannten Bürgerinnen- und Bürger- bzw. Patientinnen- und Patienteninformationen geben die verschiedenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie Kostenträgerinnen und Kostenträger im Bielefelder Gesundheitswesen vielfältige Informationen an Patienten und Versicherte. Darüber hinaus besteht eine unabhängige Patientenberatung in Bielefeld, die den Bürgerinnen und Bürgern Orientierungshilfe und bei strittigen Fragen oder Konflikten auch Unterstützung anbietet. Ziel ist die Stärkung der Entscheidungs- und Handlungskompetenz der Patientinnen und Patienten. Durch Erfahrungsaustausch und Kooperation in der Kommunalen Gesundheitskonferenz kann die unabhängige Patientenberatung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten beitragen.

3.2. Gesundheitliche Chancengleichheit

Das strategische Ziel ‚Gesundheitliche Chancengleichheit‘ wurde durch verschiedene Maßnahmen verfolgt, die über den Settingansatz möglichst breite Bevölkerungsschichten erreichen sollten. Angebote und Projekte wurden entsprechend in die Lebenszusammenhänge der Zielgruppe integriert und in zentrale Alltagsräume verortet (z. B. Kindergärten, Schulen). Ein Schwerpunkt lag bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, z.B. in Bezug auf Impfungen und zahnärztliche Gruppenprophylaxe. Der Settingansatz der Gesundheitsförderung ist aus Sicht der Kommunalen Gesundheitskonferenz weiter auszubauen und fortzuführen, um eine gezielte Ansprache von Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien zu erreichen.

3.2.1. Frauen, Männer und Gesundheit

Die Geschlechterperspektive ist im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz fest verankert. Seit 2002 ist das durch die Gleichstellungsstelle initiierte und koordinierte Netzwerk Frauen, Mädchen und Gesundheit als Arbeitsgruppe der Kommunalen Gesundheitskonferenz angeschlossen. Ziel ist es, die gesundheitliche Lage und die gesundheitliche Versorgung von Frauen und Mädchen zu verbessern. Mit dieser Zielsetzung werden unterschiedliche Themen aufgegriffen und die Arbeit der Kommunalen Gesundheitskonferenz kontinuierlich begleitet. Auf Anregung des Netzwerks Frauen, Mädchen und Gesundheit haben die Kommunale Gesundheitskonferenz und der Sozial- und Gesundheitsausschuss sich u.a. für eine systematische Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht in der Gesundheitsberichterstattung ausgesprochen und geschlechterdifferenzierte Kurzberichte in Auftrag gegeben. Die Kommunale Gesundheitskonferenz beschloss im Zuge des Berichts „Prävention und Früherkennung ausgewählter Krebserkrankungen von Männern“ die Gründung einer AG zur Männergesundheit. Die AG Jungen- und Männergesundheit thematisiert seither – parallel zum Netzwerk Frauen, Mädchen und Gesundheit – explizit jungen- und männerspezifische Gesundheitsfragen. Die beiden Arbeitsgruppen informieren über geschlechtsspezifische Aspekte von Gesundheit, geben entsprechende Impulse in die Kommunale Gesundheitskonferenz und wirken mit, Handlungsempfehlungen umzusetzen. Diese Ansätze sollen auch künftig weiter verfolgt und intensiviert werden.

3.2.2. Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem

Im Kontext „gesundheitliche Chancengleichheit“ sind aus Sicht der Kommunalen Gesundheitskonferenz Fragen der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem mit ihren Auswirkungen auf die örtliche Gesundheitsversorgung zu thematisieren. Das Gesundheitswesen ist – ähnlich wie andere Bereiche der Sozialversicherung - mit demografischen und wirtschaftlichen Entwicklungen konfrontiert, die nach neuen Finanzierungsmöglichkeiten verlangen, um eine angemessene gesundheitliche Versorgung aller Bevölkerungsgruppen zu sichern. Bereits heute ist in verschiedenen Versorgungsbereichen Unter- und Fehlversorgung zu beklagen, so z.B. bei Menschen mit Schwerstbehinderungen.

3.2.4. Bedarfsplanungen im stationären und ambulanten Bereich

Die Kommunale Gesundheitskonferenz plädiert dafür, dass die zuständigen Selbstverwaltungskörperschaften, sowohl in der Krankenhausbedarfsplanung als auch in der Bedarfsplanung im ambulanten vertragsärztlichen Bereich, Aspekte gesundheitlicher Chancengleichheit, wie z.B. sozialräumliche (Ungleich-) Verteilungen von Krankheitslasten und Versorgungsangeboten, als Kriterien systematisch berücksichtigen.

3.3. Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung gelten auch als Zukunftsaufgaben unseres Gesundheitssystems. Die Kommunale Gesundheitskonferenz hat in ihrer Arbeit beide Bereiche berücksichtigt und sieht hier ein grundlegendes Handlungsfeld für das Gremium. Verschiedene Versuche, ein Präventionsgesetz auf Bundesebene zu verabschieden und damit einen festen Rahmen für die Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung zu setzen, scheiterten bisher. Dies hatte für die Planungen im Kommunalen Bereich z.T. Auswirkungen, da in den Gesetzentwürfen vorgesehene Finanzmittel nicht zu erwarten waren. Auf krankheitsbezogenen Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen sowie Impfungen liegt in unserem Gesundheitssystem bisher der Schwerpunkt der Präventionsangebote.

3.3.1. Prävention

Im Rahmen der Umsetzung des Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes wurden Maßnahmen in den Themenbereichen „Prävention von Untergewicht bei Säuglingen“, „Früherkennung von Autismusfolgen“ und „Impfkampagnen“ durchgeführt.

Die Einführung des Mammografiescreenings wurde im Rahmen des Netzwerks Frauen, Mädchen und Gesundheit durch die Mitwirkung am Qualitätszirkel Brustkrebs und die Herausgabe von Informationsmaterialien begleitet.

Darüber hinaus wurde von der Kommunalen Gesundheitskonferenz der Bericht „Prävention und Früherkennung ausgewählter Krebserkrankungen von Männern“ verabschiedet, der unter anderem die Handlungsempfehlung beinhaltet, eine Maßnahme zur Steigerung der Darmkrebsfrüherkennung durchzuführen.

3.3.2. Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderung im Sinne der Stärkung von Gesundheitsressourcen und damit grundlegend die nicht defizitorientierte Betrachtung von Gesundheit, soll weiter ausgebaut werden. Im Berichtszeitraum konnte insbesondere für Kinder im Setting Kindergarten mit dem OPUS-Netzwerk für gesundheitsfördernde Kitas und dem Projekt „gesunde kitas – starke kinder“ die Gesundheitsförderung mit sehr positiven Ergebnissen etabliert und weiterentwickelt werden. Die Erhaltung von Gesundheit und Lebensqualität bis ins hohe Alter ist sowohl für den Einzelnen als auch die Bevölkerung insgesamt ein nicht zu unterschätzender Wert, insbesondere vor dem Hintergrund der zu erwartenden demografischen Entwicklung (auch die volkswirtschaftliche Bedeutung wird nach Einschätzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz steigen). Die Gesundheitsförderung älterer Menschen, wie sie mit ZWAR stattfindet, ist weiterzuführen.

3.3.2.1. Schwerpunktsetzung im Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Im Rahmen des strategischen Zieles ‚Prävention und Gesundheitsförderung‘ wird der Schwerpunkt „Kinder und Jugendliche“ auch künftig von der Kommunalen Gesundheitskonferenz verfolgt, da für diese Altersgruppe die größten Chancen gesehen werden, ressourcenorientiert und im Sinne der verhaltens- und verhältnisbezogenen Gesundheitsförderung Erfolge zu setzen.

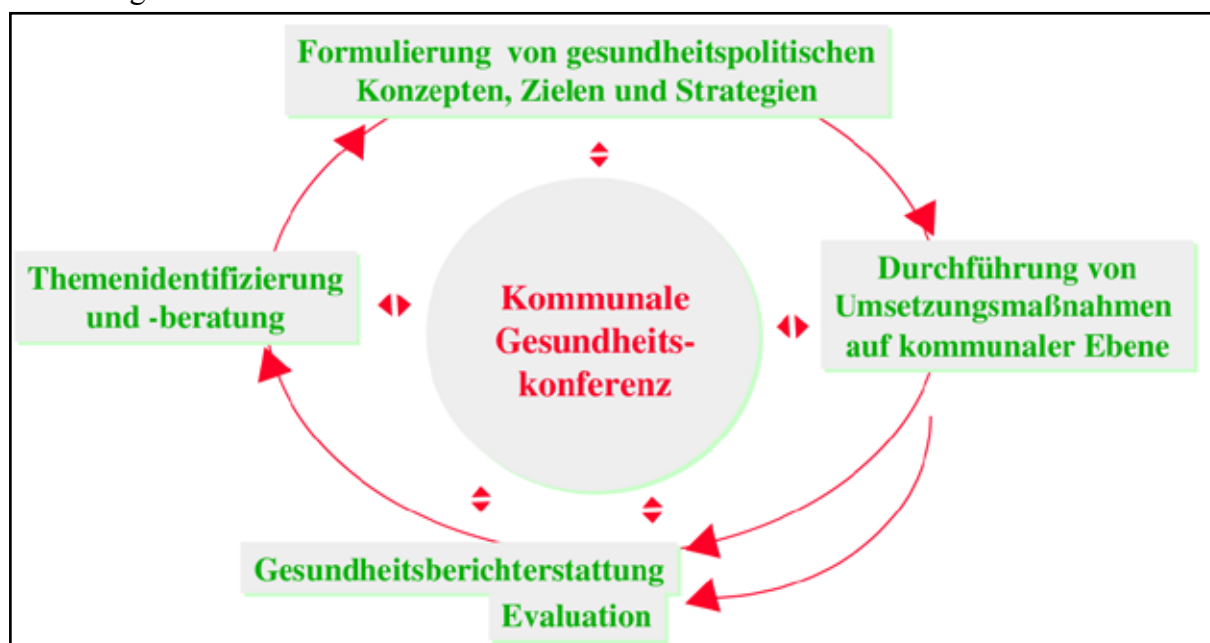
3.4. Weitere Beiträge im Sinne der Gesundheitsziele

Die verfolgten Teilziele, die nicht unter den drei allgemeinen Gesundheitszielen einzuordnen sind, bezogen sich überwiegend auf Kinder und Jugendliche. Die Wiederaufnahme der Reihenuntersuchungen in den Kindergärten sollte mit dem sozial-ausgleichenden Ansatz fortgeführt werden, also jeweils im Setting entsprechend ausgewählter Kindergärten. Die Säuglingssterblichkeit wird weiterhin beobachtet und es werden jährlich Fallkonferenzen (Letalitätskonferenzen) durchgeführt.

Die weiteren Ziele bezogen sich auf Fragen der Routinestatistiken im Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt, die zumeist geklärt werden konnten.

Die jeweils spezifische Analyse zum Bestand gesundheitlicher Leistungen, zur gesundheitlichen Lage, Krankheitslast und Versorgung sowie zu gesundheitlichen Bedarfen als auch die Evaluation von Maßnahmen gehört zum Arbeitsfeld der Gesundheitsberichterstattung. Die Bereitstellung und Abfrage von Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung in Planungsprozessen ist aus Sicht der Kommunalen Gesundheitskonferenz eine notwendige Grundlage, um Entscheidungen vorzubereiten und ihre Umsetzungen zu beobachten. Die Kommunale Gesundheitskonferenz repräsentiert mit ihren verschiedenen Arbeitsgruppen eine Struktur, in der diese informationelle Grundlage erarbeitet und abgestimmt werden kann (Abbildung 41). Insofern es in Bielefeld weitere Gesundheitszieleprozesse geben sollte, wäre die Beobachtung der jeweiligen Zielerreichung weiterhin zu standardisieren, damit der Aufwand den einsetzbaren Mitteln und zu erwartenden Ergebnissen entspricht.

Abbildung 41



Quelle: Gesundheitsberichterstattung aus der Sicht eines Landes am Beispiel Nordrhein-Westfalen, Rössler, G., Werse, W. & Brand, H., Vortrag am 4.10.1999 beim Treffen der Johann-Peter-Süßmilch-Gesellschaft für Demographie zum Thema "Gesundheitsberichterstattung und Demographie in Deutschland" im Rahmen der Statistischen Woche vom 4.-8.10.1999 in Hannover, S.4.