



Bielefelder Gesundheitsziele 2003-2007

Kurzfassung



Impressum

Herausgeber:

Stadt Bielefeld

Dezernat 3: Umwelt und 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 Holleder 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)

Bielefeld, Dezember 2009

Kurzfassung

Impressum

Vorwort

1.1.	Ausgangslage	5
1.2.	Bürgerinnen- und Bürgerorientierung	5
1.2.1.	Rahmenbedingungen für die örtliche Gesundheitsversorgung aus der Sicht von Bürgerinnen und Bürgern	6
1.2.1.1.	Zufriedenheit mit den ambulanten und stationären gesundheitlichen Diensten	6
1.2.1.2.	Zufriedenheit mit der Notfallversorgung	7
1.2.2.	Teilziele/Handlungsfelder	8
1.2.2.1.	Umsetzung des Kinder- und Jugendgesundheitsberichts 2002	8
1.2.2.1.1.	Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom	8
1.2.2.2.	„Gesunde Integration“ – Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Migrantinnen und Migranten	8
1.2.2.2.1.	Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten	8
1.2.2.2.2.	Kulturelle Verständigungsschwierigkeiten	8
1.2.2.3.	Psychosoziale Versorgung von brustkrebserkrankten Frauen	9
1.2.2.4.	Ambulant-palliativmedizinische Versorgung	10
1.2.3.	Weitere Angebote	10
1.3.	Gesundheitliche Chancengleichheit	10
1.3.1.	Rahmenbedingungen für die örtliche Gesundheitsversorgung aus der Sicht der Bürgerinnen und Bürger	10
1.3.2.	Teilziele/Handlungsfelder	11
1.3.2.1.	Umsetzung Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2002	11
1.3.2.1.1.	Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt	11
1.3.2.1.2.	Impfschutz	11
1.3.2.2.	„Gesunde Integration“ – Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Migrantinnen und Migranten	12
1.3.2.2.1.	Kinder- und jugendzahnärztliche Gruppenprophylaxe	12
1.3.2.3.	Frauen, Männer und Gesundheit	12
1.3.3.	Weitere Angebote	12

1.4.	Prävention und Gesundheitsförderung	12
1.4.1.	Rahmenbedingungen für die örtliche Gesundheitsversorgung aus der Sicht der Bürgerinnen und Bürger	12
1.4.1.1.	Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen	12
1.4.1.2.	Gesundheitsförderung	13
1.4.2.	Teilziele/Handlungsfelder	13
1.4.2.1.	Umsetzung Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2002	13
1.4.2.1.1.	Untergewicht bei Säuglingen	13
1.4.2.1.2.	Verbesserung von Früherkennungsmaßnahmen durch den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst	13
1.4.2.1.3.	Masern-, Mumps- und Röteln-Impfrate	13
1.4.2.1.4.	Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen	13
1.4.2.2.	„SchwerMobil-Bielefeld“ – Prävention von Adipositas bei Kindern- und Jugendlichen	14
1.4.2.3.	Netzwerk Bildung und Gesundheit in NRW (OPUS) für Kindertagesstätten	14
1.4.2.4.	„Gesunde Kitas – Starke Kinder“ – Ganzheitliche Gesundheits- und Bildungsförderung in Kindertagesstätten (peb)	14
1.4.2.5.	„Gesundheitsförderung in der dritten Lebensphase – Zwischen Arbeit und Ruhestand“ (ZWAR)	14
1.4.2.6.	Impfkampagnen	14
1.4.3.	Weitere Angebote	15
1.5.	Weitere Beiträge im Sinne der Bielefelder Gesundheitsziele	15
1.5.1.	Umsetzung des Kinder- und Jugendberichts 2002	15
1.5.1.1.	Reihenuntersuchungen in den Tageseinrichtungen für Kinder	15
1.5.1.2.	Erhöhte Säuglingssterblichkeit im vorletzten Beobachtungszeitraum	15
1.6.	Schlussfolgerungen zu den Bielefelder Gesundheitszielen 2003-2007	16
1.6.1.	Bürgerinnen- und Bürgerorientierung	16
1.6.2.	Gesundheitliche Chancengleichheit	16
1.6.3.	Prävention und Gesundheitsförderung	17
1.6.4.	Weitere Beiträge im Sinne der Bielefelder Gesundheitsförderung	17

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/)

1. Kurzfassung

1.1. Ausgangslage

Die 2003 von der Kommunalen Gesundheitskonferenz und dem Sozial- und Gesundheitsausschuss verabschiedeten Bielefelder Gesundheitsziele lauteten:

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

Der vorliegende Bericht gibt einen kurzen Überblick über die Projekte und Maßnahmen, die die Kommunale Gesundheitskonferenz sowie deren einzelne Mitglieder und Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner im Sinne der Gesundheitsziele verfolgten. Er stellt die im Rahmen dieser drei Gesundheitsziele formulierten konkreten Teilziele und deren Umsetzung dar. Dabei handelt es sich um eine Auswertung, die nicht den Anspruch einer wissenschaftlichen Evaluation erhebt, sondern eine Bestandsaufnahme der initiierten und umgesetzten Aktivitäten vornimmt und deren Wirkungen soweit möglich dokumentiert. Eine ausführliche Beschreibung und Auswertung der Aktivitäten, die im Rahmen des Gesundheitsziele-Prozesses stattgefunden haben, sind in der Langfassung des Berichts nachzulesen.

Darüber hinaus beinhaltet der Bericht zentrale Ergebnisse der Bevölkerungsbefragungen 1999 und 2008 zur Zufriedenheit der Bielefelder Bürgerinnen und Bürger mit dem örtlichen Gesundheitswesen und der Inanspruchnahme ausgewählter Versorgungsangebote. Hieraus ergeben sich aus der Sicht der Bürgerinnen und Bürger relevante Hinweise auf die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Gestaltung der Gesundheitsversorgung. Die Ergebnisse der Bevölkerungsbefragungen stehen jeweils am Kapitelanfang. Gesundheitsindikatoren und andere Gesundheitsstatistiken werden an den Stellen des Berichtes verwendet, wo sich ein sinnvoller Bezug zu den Bielefelder Gesundheitszielen ergibt. Außerdem enthält der Bericht die Ergebnisse einer Bestandserhebung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen und Projekten, die die verschiedenen Institutionen (z.B. Selbstverwaltungskörperschaften und Nichtregierungsorganisationen) im Zeitraum der ersten Bielefelder Gesundheitsziele umgesetzt haben. Sie sind Bestandteile des örtlichen Gesundheitswesens, die z. T. zusätzlich zu den umfassenden und vielfältigen Leistungen der gesundheitlichen Regelversorgung angeboten werden. Diese Befragung vom September 2008 erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Ihre Ergebnisse stehen jeweils am Ende eines Kapitels.

1.2. Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

Das Ziel der Bürgerinnen- und Bürgerorientierung bezieht sich auf mehr Mitsprachemöglichkeiten von Versicherten, Patientinnen und Patienten sowie Bürgerinnen und Bürgern im Gesundheitswesen. Diesen Bestrebungen ist gemein, ein Mehr an Transparenz zu erreichen und den gewachsenen Autonomiebestrebungen in der Lebensführung entgegenzukommen. Die Be-

völkerungsbefragung „Das Gesundheitssystem im Urteil der Bürgerinnen und Bürger“ ist eine Methode der Bürgerinnen- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen (sog. Umfragebeteiligung). Eine andere ist die Mitgliedschaft und Mitarbeit der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands, Bezirksstelle Bielefeld und die Selbsthilfe-Kontaktstelle Bielefeld (ehemals BI-KIS) in der Kommunalen Gesundheitskonferenz, die jeweils die Stimme der Patientinnen und Patienten repräsentiert. Die konkreten Ziele werden weiter unten genannt.

1.2.1. Rahmenbedingungen für die örtliche Gesundheitsversorgung aus der Sicht von Bürgerinnen und Bürgern

1.2.1.1. Zufriedenheit mit den ambulanten und stationären gesundheitlichen Diensten

In der Bielefelder Bürgerinnen- und Bürgerbefragung zeigt sich, dass die **Zufriedenheit** mit den allgemeinen gesundheitlichen Diensten 2008 im Vergleich zu 1999 in etwa gleich geblieben ist. Vor dem Hintergrund sich verschärfender Rahmenbedingungen wird dies von den verschiedenen Vertreterinnen und Vertretern des örtlichen Gesundheitswesens als positiv gewertet. In einzelnen Bereichen ist die Zufriedenheit im Vergleich geringfügig geschrumpft. Sich hieraus ggf. ergebende Handlungsoptionen sind zu prüfen.

Die Teilnehmer der Befragung konnten auf einer Rating-Skala den Grad ihrer Zufriedenheit ankreuzen: Von ‚sehr zufrieden‘ über ‚eher zufrieden‘ und ‚zufrieden‘ bis ‚eher unzufrieden‘ und ‚gar nicht zufrieden‘. Dabei bewerteten sie die Zufriedenheit mit der **medizinischen Aufklärung** im ambulant-ärztlichen Bereich am häufigsten mit der zweithöchsten Stufe ‚eher zufrieden‘. Dies war bereits 1999 der Fall. Allerdings ist der Anteil der ‚eher Zufriedenen‘ um -5,4%-Punkte gesunken, von 41,1% auf 35,7%. Im zahnärztlichen Bereich wird 2008 am häufigsten die Kategorie ‚sehr zufrieden‘ in Hinsicht auf die medizinische Aufklärung angegeben (35,6%). Diesbezüglich hat sich eine Verschiebung von der zweithöchsten Stufe ‚eher zufrieden‘ (1999 39,5%) zur höchsten Bewertungsstufe ergeben. Die medizinische Aufklärung in den Krankenhäusern wird 1999 am häufigsten mit ‚eher zufrieden‘ beurteilt (36%), im Jahr 2008 allerdings am häufigsten in der nächst niedrigeren Kategorie ‚zufrieden‘ (32,2%).

In Bezug auf die **medizinische Behandlung** im ambulant ärztlichen Bereich, sind die Bielefelderinnen und Bielefelder 2008 (36,8%) wie 1999 (47,2%) überwiegend ‚eher zufrieden‘. Die gleiche Behandlung wird im zahnärztlichen Fach von den Bürgerinnen und Bürgern inzwischen meist als ‚sehr zufrieden‘ (40,2% 2008) anstatt wie 1999 als ‚eher zufrieden‘ bewertet (43,9%). Im stationären Bereich, also in den Krankenhäusern mit ihren spezialisierten Kliniken, tendiert die Bielefelder Bevölkerung vorwiegend zur Mitte (‚zufrieden‘) und zweithöchsten Antwortmöglichkeit (‚eher zufrieden‘). Beide Kategorien werden gleichauf zu 31,5% angekreuzt. Im Jahr 1999 dominierte die Kategorie ‚eher zufrieden‘ (42,8%).

Neben der Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung an sich wurde auch nach der Zufriedenheit mit dem **Erfolg der Behandlung** gefragt. Diesbezüglich geben die Einwohnerinnen und Einwohner an, dass sie im ambulant-ärztlichen Bereich am häufigsten ‚eher zufrieden‘ sind. Der Anteil ist allerdings von 41,5% auf 34,8% geschrumpft. Die Zahnärztinnen und Zahnärzte schneiden in den zwei höchsten Antwortmöglichkeiten gleich häufig gut ab (jeweils 36,6%; 1999 nur ‚eher zufrieden‘ mit 44,3%). Im Bereich der Krankenhäuser zeigt sich, dass der medizinische Behandlungserfolg wie 1999 als ‚eher zufrieden‘ eingestuft wird (38,6% 1999, 34,2% 2008).

Neben den Dienstleistungsaspekten im gesundheitlichen Bereich war auch die Zufriedenheit mit den **Räumlichkeiten** Thema der Befragung. Dabei ergab sich in keinem der drei Bereiche eine Änderung in der am häufigsten angeführten Kategorie. In beiden ambulanten Bereichen ist man am häufigsten ‚eher zufrieden‘, im stationären Bereich ‚zufrieden‘.

Die Zufriedenheit mit den **Überleitungen** vom ambulanten zum stationären Bereich und umgekehrt wurde 2008 erstmals erhoben. Im ambulanten ärztlichen Bereich ist man meist ‚eher zufrieden‘ (35,4%), im Krankenhaussektor meist ‚zufrieden‘ (41,8%).

Die Frage nach der **Überleitung in die häusliche Betreuung** aus dem stationären Bereich heraus konnte wiederholt werden. Es zeigt sich, dass diesbezüglich wie 1999 die Befragten am häufigsten ‚zufrieden‘ angaben, und zwar 2008 mit einer deutlichen Steigerung in dieser mittleren Kategorie (38,1% auf 46,3%).

Die meisten Bielefelderinnen und Bielefelder sind mit der **Wartezeit** im ambulant ärztlichen Bereich ‚zufrieden‘ und im zahnärztlichen Bereich ‚eher zufrieden‘.

Die Frage nach genügend ärztlicher und zahnärztlicher **Zeit** ergab in den zwei ambulanten Bereichen kleine Zuwächse, im stationären Bereich einen geringfügigen Rückgang. In allen Bereichen antworteten die Bürgerinnen und Bürger mehrheitlich mit ‚ja‘.

1.2.1.2. Zufriedenheit mit der Notfallversorgung

Bei den Antwortmöglichkeiten zur Zufriedenheit mit den unterschiedlichen Notdiensten kam 2008 die Kategorie ‚kann ich nicht beurteilen‘ hinzu, so dass die Ergebnisse nicht mehr mit 1999 vergleichbar sind. Es zeigte sich, dass viele Bürgerinnen und Bürger von dieser Kategorie Gebrauch machten. Betrachtet man die Ergebnisse ohne Berücksichtigung dieser Kategorie, also die Ergebnisse derjenigen, die sich ein Urteil erlauben, zeigt sich, dass 2008 mit dem Feuerwehrnotruf, der bekanntermaßen nicht nur die Rettungsdienste vorhält, 51% der Bevölkerung sehr zufrieden sind. Die anderen Dienste erzielen andere häufigste Zufriedenheitswerte, sind aber nicht unmittelbar vergleichbar: Notfallpraxis Erwachsene ‚zufrieden‘ (37,2%), Notfallpraxis Kinder ‚zufrieden‘ (35,6%), ärztlicher Notdienst ‚zufrieden‘ (34,2%), zahnärztlicher Notdienst (36,5%) und der Apothekennotdienst in der etwas höheren Bewertungsmöglichkeit ‚eher zufrieden‘ (38,5%).

1.2.2. Teilziele / Handlungsfelder

1.2.2.1. Umsetzung des Kinder- und Jugendgesundheitsberichts 2002

1.2.2.1.1. Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndroms AD(H)S

Im Rahmen einer öffentlichen Veranstaltung zum o. g. Thema und im Zuge der Umsetzung des Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes standen folgende Teilziele bei der Verbesserung der AD(H)S Versorgungssituation im Mittelpunkt:

- Ein Screening-Fragebogen zur Erfassung eines Verdachtes auf AD(H)S wird bei den medizinischen Untersuchungen in den Tageseinrichtungen für Kinder verteilt,
- ein inzwischen aktualisierter Wegweiser gibt Eltern, Beratungsstellen, Schulen, Kindertagesstätten, Ärztinnen und Ärzte und anderen Interessierten Orientierung - eine Nutzerbefragung hatte zuvor eine hohe Zustimmung ergeben.
- Darüber hinaus bekam die Bezirksregierung Detmold die Anregung, Fortbildungen für Lehrerinnen und Lehrer anzubieten.

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

1.2.2.2.1. Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten

Im Zuge des Handlungsprogramms „Gesunde Integration“ bildeten sich zwölf Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren des Projektes „Mit und für Migranten“ (MiMi) - s.u. - zu Gemeindedolmetscherinnen und Gemeindedolmetschern weiter. Dieser Fortbildung lag das Ziel zu Grunde, das zentrale Versorgungshindernis ‚sprachliche Verständigungsschwierigkeiten‘ zu minimieren.

1.2.2.2.2. Kulturelle Verständigungsschwierigkeiten

Bielefeld gehört zu den ersten Städten, die seit 2003 am Projekt „Mit und für Migranten“ (MiMi) teilnehmen. Ziel des Projektes ist die Vermittlung von Gesundheitsinformationen in der Muttersprache. In Bielefeld konnten in der ersten Projektphase 31 Personen Qualifikationen zu 9 verschiedenen Gesundheitsbereichen erwerben und entsprechende Informationsveranstaltungen in ihrer jeweiligen Herkunftssprache für ihre Landsleute in verschiedenen Settings anbieten. Diese Veranstaltungen erreichten 282 Migrantinnen und Migranten. Das Projekt gehörte zum Programm „Gesunde Integration“ der Stadt Bielefeld. Große Schwierigkeiten bereiteten die finanzielle Absicherung des Projekts wie auch die Verankerung im örtlichen Gesundheitswesen.

Im Rahmen des Mimi-Projektes entstand ein Wegweiser über die Organisation des deutschen Gesundheitswesens, der inzwischen in acht verschiedenen Sprachen vorliegt und im Stadtgebiet verteilt wird.

Das Thema Kindergesundheit fand Aufnahme in den Mütterkursen des Amtes für Integration

und interkulturelle Angelegenheiten, wobei auch eine Gesundheitsmediatorin des MiMi-Projektes über das Thema referierte.

Die weiteren Teilziele des Programms „Gesunde Integration“ bezogen sich auf die Sensibilisierung von Einrichtungen hinsichtlich der Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten. Das Teilziel, die Beratungsstellen und –dienste für kultur- und migrationspezifische Themen zu sensibilisieren, wurde in verschiedener Hinsicht verfolgt:

- Die AG „Migration und Beratung“ der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) traf sich 2005 zu einem Fachmittag.
- Ende 2007 initiierte der Migrationsrat eine öffentliche Sitzung mit dem Schwerpunktthema „Zwangsehen“.
- Darüber hinaus existiert in Bielefeld ein bundesweit einmaliges Online-Beratungsangebot für betroffene Mädchen.
- Die Psychologische Frauenberatung Bielefeld e.V. bietet eine mehrsprachige Beratung für Migrantinnen mit Gewalt-Erfahrungen an.

Das weitere Teilziel ‚Beratungsangebote interkulturell durch entsprechende Fortbildungen auszurichten‘, bekräftigte der Migrationsrat mit einem Beschluss. Er empfiehlt die Einstellung von Menschen mit Migrationshintergrund bei Stellenausschreibungen der Stadtverwaltung als auch interkulturelle Schulungen. Darüber hinaus berücksichtigt das Integrationskonzept für Bielefeld den Bereich Gesundheit.

Die Erstellung des Berichts „Gesundheitliche Lage und Versorgung von Migrantinnen und Migranten“ umfasste eine Befragung der Bielefelder Beschäftigten. Diese Befragung wurde auch dazu verwendet, 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.

1.2.2.3. Psychosoziale Versorgung von brustkrebserkrankten Frauen

Die AG „**Psychosoziale Versorgung bei Brustkrebs**“ verfolgte verschiedene Teilziele für eine Optimierung der Versorgungsstruktur für an Brustkrebs Erkrankte:

- Es entstand eine Informationsbroschüre für Brustkrebspatientinnen und –patienten, die einen Überblick über die Bielefelder Beratungsangebote bietet.
- Diese Broschüre wird in Krankenhäusern und Praxen systematisch an alle Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Brustkrebs verteilt.
- Darüber hinaus ergab sich eine stärkere Abstimmung der Beratungsstellen bzgl. der Versorgung, und

- Vertreterinnen und Vertreter des psychosozialen Versorgungsbereiches arbeiten heute im Qualitätszirkel „Brustkrebs“ der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer Bielefeld mit.
- Weitere Aktivitäten entwickelte der Verein Knotenpunkt e.V. mit verschiedenen Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern. Es gab große Veranstaltungsreihen zum Thema „Brustkrebs“, zumeist im bundesweiten Brustkrebsmonat Oktober.

1.2.2.4. Ambulant-palliativmedizinische Versorgung

Ein ganz anderes Thema betrifft die **ambulante palliativmedizinische Versorgung**. Sie verbesserte sich in Bielefeld und Umgebung durch den Ausbau der ambulanten Versorgung. So kam es zu Verträgen zwischen der Initiative Bielefelder Hausärzte und dem Ärztenetz Medi-OWL einerseits und den Krankenkassen andererseits. Damit wird in kleinen Schritten dem Bürgerinnen- und Bürgerwunsch entsprochen, Zuhause zu versterben. Ein Teil der Evaluation mit Sonderauswertungen der Todesursachenstatistik nimmt das Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt vor.

1.2.3. Weitere Angebote

Die Bestandserhebung ergab darüber hinaus eine Vielzahl von Maßnahmen und Projekten, die unter das allgemeine Ziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung fallen. Sie sind in der Langfassung des Berichts berücksichtigt.

1.3. Gesundheitliche Chancengleichheit

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

Die Bevölkerungsbefragung verdeutlicht, dass die Bielefelderinnen und Bielefelder ihren **Gesundheitszustand** wie 1999 in gleicher Größenordnung überwiegend als „sehr gut“ oder „gut“ mit 56,7% bezeichnen. Am häufigsten wird die Kategorie ‚gut‘ verwendet.

In der **sozialen Unterscheidung** sinkt diese Angabe aber mit zunehmendem Alter, und zwar von 55,7% bei den bis 24-Jährigen auf 31,4% bei den 61-Jährigen und älteren Befragten. Im Vergleich zu 1999 kann dabei festgehalten werden, das in allen Altersgruppen die Bewertung mit ‚gut‘ - z. T. deutlich - angewachsen ist, und zwar je jünger die Altersgruppe, desto größer.

Die **Männer** attestieren sich 2008 zwar überwiegend einen „sehr guten“ und „guten Gesundheitszustand“ (52,7%), liegen aber mit ihren Einschätzungen 6,6%-Punkte unter denen der Frauen (59,3%). Im Vergleich zu 1999 hat sich der subjektive Gesundheitszustand der Frauen etwas verbessert, derjenige der Männer etwas verschlechtert.

Die Frage „**Haben Sie zur Zeit gesundheitliche Probleme?**“ beantworteten 2008 53,8% der Bevölkerung mit ja; 1999 waren es 43%. Der Anteil bei den 61-Jährigen und älteren Befragten ist mit 66,2 % am größten.

Die „**Gründe für gesundheitliche Belastungen**“ sind in allen Gruppen am häufigsten ‚chronische Erkrankungen‘. In der geschlechtsspezifischen Betrachtung zeigt sich nach wie vor, dass die größere zeitliche Eingebundenheit der Männer im Arbeitsprozess und die nach wie vor stärkere Eingebundenheit der Frauen in die Familienarbeit mit entsprechenden Belastungsgründen in der Häufigkeit übereinstimmen.

1.3.2. Teilziele / Handlungsfelder

1.3.2.1. Umsetzung Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2002

1.3.2.1.1. Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt

Der Kinder- und Jugendgesundheitsbericht verfolgte die Frage, weshalb derzeit in Bielefeld die **Lebenserwartung** der Männer stärker ansteigt als diejenige der Frauen und sich dadurch die Geschlechterdifferenz verkleinert. Es geht also um die mittlere Lebenserwartung bei der Geburt. Die Klärung der Frage ergab, dass die Generation der in den Zweiten Weltkrieg involvierten Männer, die einen beträchtlichen Ausfall im Bevölkerungsbaum zeigt, nach und nach kleiner wird aufgrund ihres Versterbens. Die (unnatürlich) geringe Lebenserwartung dieser Generation wird dadurch für die Berechnung der mittleren Lebenserwartung insgesamt bei Geburt nicht mehr berücksichtigt. Deshalb steigt die mittlere Lebenserwartung der Männer (76,72 Jahre im Mittelwert 2005-2007) bei Geburt derzeit mehr an als bei den Frauen (82,33 Jahre im Mittelwert der Jahre 2005-2007).

1.3.2.1.2. Impfschutz

Die unzureichende **Keuchhustenimpfrate** bei den Einschülerinnen und Einschülern zum Zeitpunkt der Erstellung des Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes 2002-2003 stieg erwartungsgemäß an. Im Einschuljahrgang 2007 wurde in allen Gruppen der Einschülerinnen und Einschülern die erforderliche bevölkerungsbezogene Impfrate erreicht.

Die **Polio- und die Tetanusimpfraten** waren bei den Kindern ausländischer Herkunft kritisch, gemessen an den Empfehlungen der WHO. Im Einschuljahrgang 2007 gelang es jedoch, den empfohlenen Durchimpfungsgrad der WHO in Bielefeld zu übertreffen, so dass in allen Bielefelder Einschulgruppen ein ausreichender Impfschutz besteht.

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

1.3.2.2.1. Kinder- und jugendzahnärztliche Gruppenprophylaxe

Das Handlungsprogramm „Gesunde Integration“ sah den begleitenden Einsatz einer Gesundheitsmediatorin im Rahmen der **kinder- und jugendzahnärztlichen Gruppenprophylaxe** vor. Im Jahr 2007 wurde eine Gesundheitsmediatorin in einer Kindertagesstätte mit einem großen Anteil von Kindern mit Migrationsgeschichte eingesetzt. Der Einsatz gestaltete sich als sehr erfolgreich.

1.3.2.3. 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 KGK 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 KGK kontinuierlich begleitet. Auf Anregung des Netzwerks Frauen, Mädchen und Gesundheit haben die KGK 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. Darüber hinaus hat die KGK eine AG Jungen- und Männergesundheit gegründet und sie beauftragt – parallel zum Netzwerk Frauen, Mädchen und Gesundheit – sich explizit mit männerspezifischen Gesundheitsfragen zu beschäftigen. In den geschlechtsspezifischen Netzwerken werden die Empfehlungen aus den Kurzberichten aufgegriffen und umgesetzt. Diese Ansätze sollen auch künftig weiter verfolgt und intensiviert werden.

1.3.3. Weitere Angebote

Die Bestandserhebung im Rahmen der Bielefelder Gesundheitsziele hat darüber hinaus eine Vielzahl von Maßnahmen und Projekten aufgelistet, die dem allgemeinen Ziel “Gesundheitliche Chancengleichheit“ dienen (vgl. Langfassung).

1.4. Prävention und Gesundheitsförderung

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

1.4.1.1. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

Die Bevölkerungsbefragung zeigt, dass die **zahnmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen** gleichbleibend zu 80% von den Bürgerinnen und Bürgern in Anspruch genommen werden. Leichte Zuwächse gab es von 1999 bis 2008 bei den Krebsvorsorgeuntersuchungen und der Inanspruchnahme einer Impfung. Den größten Zuwachs gab es in Bezug auf die Herz-Kreislauf-Vorsorge.

In Bezug auf die **Krebsfrüherkennung** gibt es einen größeren Unterschied zwischen den Geschlechtern: nur rund 52% Männer nehmen diese wahr, jedoch 80% der Frauen. Es gilt dabei aber zu berücksichtigen, dass es für Frauen neun Früherkennungsuntersuchungen gibt und für Männer lediglich vier. Andere Aspekte zu dieser Diskussion unter Männern wurden im Bericht „Prävention und Früherkennung ausgewählter Krebserkrankungen von Männern“ nachgegangen. Auch die **zahnärztliche Kontrolle** und die Impfungen nehmen Männer seltener in Anspruch als Frauen.

1.4.1.2. Gesundheitsförderung

Die **Kurse zur Erhaltung der Gesundheit** werden 2008 in Bezug auf Rückengymnastik (+3,4 %-Punkte) und Sport (+18%-Punkte) im Vergleich zu 1999 häufiger wahrgenommen. Zurückgegangen ist die Inanspruchnahme von Kursen zur Gewichtsreduktion (-2,1%-Punkte) und zur gesunden Ernährung (-3,2%-Punkte).

1.4.2. Teilziele / Handlungsfelder

1.4.2.1. Umsetzung Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2002

1.4.2.1.1. Untergewicht bei Säuglingen

Der Kinder- und Jugendgesundheitsbericht empfahl Anstrengungen im Bereich der **Prävention von Frühgeburten bzw. Untergewicht bei Säuglingen**, insbesondere in Hinsicht auf die Gefährdung durch Rauchen und Passivrauchen in der Schwangerschaft. Bielefelder Hebammen trafen sich zu einem Fachnachmittag. Er galt der Verringerung der Säuglingssterblichkeit in Bielefeld insgesamt, thematisierte dabei insbesondere die Problematik des Rauchens. Darüber hinaus wurden Gesundheitskampagnen im Rahmen von MiMi umgesetzt.

1.4.2.1.2. Verbesserung von Früherkennungsmaßnahmen durch den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst

Eine **Verbesserung von Früherkennungsmaßnahmen** wurde im Setting der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung angestrebt; aber nur teilweise erreicht. Allerdings gelang es in Bezug auf Kinder & Jugendliche mit Autismus, Verbesserungen zu erreichen.

1.4.2.1.3. Masern-, Mumps- und Röteln-Impfrate

Die **Masern-, Mumps- und Röteln-Impfrate** - im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht als unterdurchschnittlich im Vergleich zu den 23 kreisfreien Städten in NRW festgehalten - konnte durch verschiedene Impfkampagnen im Vergleich zu den genannten Städten deutlich verbessert werden.

1.4.2.1.4. Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen

Im Qualitätszirkel der Kinder- und Jugendmediziner wurde ein Erfahrungsaustausch zum Umgang mit Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen initiiert.

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

Das Projekt „SchwerMobil-Bielefeld“ verfolgte die **Prävention von Adipositas** bei Kindern und Jugendlichen im Alter von sechs bis zwölf Jahren im Setting Schule. Das Programm beinhaltete regelmäßige Bewegung und die Möglichkeit zu sportlicher Betätigung sowie eine genussorientierte Ernährungsschulung. Es wird heute landesweit angeboten und stellt einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung eines weit verbreiteten Gesundheitsproblems dar.

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

In Bielefeld existierte das größte nordrhein-westfälische Netzwerk „Bildung und Gesundheit“– OPUS zur Unterstützung der **Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten** mit über siebenzig teilnehmenden Einrichtungen (vgl. Langfassung). Ziel war, die gesundheitsfördernden Aktivitäten der Kitas zu stärken und neben der Kindergesundheit auch die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Zusammenarbeit mit den Eltern in den Blick zu nehmen und den Einrichtungen hierfür Unterstützung anzubieten.

1.4.2.4. „Gesunde Kitas – Starke Kinder“ – Ganzheitliche Gesundheits- und Bildungsförderung in Kindertagesstätten (peb)

„Gesunde Kitas – Starke Kinder“ ist ein Pilotprojekt der Plattform ‚Ernährung und Bewegung‘ (peb), an dem vier Städte teilnahmen u. a. Bielefeld. Es beteiligten sich 16 Kindertagesstätten in Bielefeld. Profitiert haben nach Einschätzung der Kitas besonders die Kinder in den Einrichtungen, dann die Kita-Teams und die Kita-Leitungen von dem Projekt. 14 Bielefelder Kitas wollen nach Abschluss des Projektes die Gesundheitsförderung als festen Bestandteil in ihrer Einrichtung weiterführen.

1.4.2.5. „Gesundheitsförderung in der dritten Lebensphase – Zwischen Arbeit und Ruhestand“ (ZWAR)

In Zusammenarbeit mit der ZWAR-Zentralstelle NRW und dem Ev. Gemeindedienst e.V. des Ev. Johanneswerkes e.V. sind in verschiedenen Bielefelder Stadtteilen **Gruppen für Menschen ab 55 Jahren** zur gemeinsamen Lebensgestaltung etabliert worden.

Im Oktober 2001 entstand die erste Bielefelder ZWAR–Gruppe in Stieghorst. Inzwischen gibt es vier weitere Gruppen in Dornberg/Wellensiek, in Schildesche und in der Innenstadt. Im Bielefelder Gruppennetz sind aktuell ca. 170 Frauen und Männer in 28 Interessengruppen und bei zahlreichen Einzelaktivitäten dabei. Viermal im Jahr treffen sich Vertreterinnen und Vertreter der Gruppen zum Austausch und zur Planung stadtteilübergreifender Aktivitäten.

1.4.2.6. Impfkampagnen

Wie bereits angedeutet, lagen bei den vier Impfkampagnen im Rahmen des Gesundheitsziele-Prozesses 2003-2007 die Schwerpunkte auf den **Impfungen gegen Masern und Hepatitis A + B**. Auf die Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden, es ist jedoch eine deutliche

Steigerung der Masern-Impfrate unter Einschülerinnen und Einschülern insbesondere im Vergleich zu den kreisfreien Städten festzustellen (von 46,1% auf 90,8%). Die von der WHO und STIKO empfohlene Impfrate von 95% konnte noch nicht ganz erreicht werden. Dies würde einen bevölkerungsbezogenen Schutz mit sich bringen und die Masern eliminieren. Die Hepatitis-B-Impfrate ist hingegen im Vergleich zu den kreisfreien Städten unter den einzuschulenden Kindern in Bielefeld eher gering. Auch diese Impfrate ist im Betrachtungszeitraum allerdings angestiegen, von rund 61% auf rund 83%.

1.4.3. Weitere Angebote

Es wurden auch in Bezug auf das Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung einige Maßnahmen und Projekte im Rahmen der Bestandserhebung zusammengestellt (vgl. Langfassung).

1.5. Weitere Beiträge im Sinne der Bielefelder Gesundheitsziele

1.5.1. Umsetzung des Kinder- und Jugendgesundheitsberichts 2002

1.5.1.1. Reihenuntersuchungen in den Tageseinrichtungen für Kinder

Ein Teilziel des Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes bezog sich auf die Wiederaufnahme der Reihenuntersuchungen in den Tageseinrichtungen für Kinder, die eine Gesetzesänderung erleichterte. Seit September 2003 werden die Reihenuntersuchungen in Kindertagesstätten mit besonderem Bedarf vorgenommen.

1.5.1.2. Erhöhte Säuglingssterblichkeit im vorletzten Beobachtungszeitraum

Ein weiteres Teilziel des Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes forderte die kontinuierliche **Beobachtung der Säuglingssterblichkeit**. Dieses Ziel wurde erreicht. Sämtliche Säuglingssterbefälle werden in einer eigenen Datenbank erfasst, sofern die Todesbescheinigung dem Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt vorliegt. Darüber hinaus entstand die Perinatalstatistik und die Statistik der Totgeburten in Bielefeld.

Eine jährliche Fallkonferenz über die verstorbenen Säuglinge mit allen geburtshelfenden Einrichtungen und dem Amt für Jugend und Familie - Jugendamt – fördert die Vernetzung der Institutionen in Bezug auf die Versorgung von Säuglingen.

1.6. Schlussfolgerungen zu den Bielefelder Gesundheitszielen 2003-2007

1.6.1. Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

- Die Passage der Sektorgrenze zwischen ambulanten und stationären Bereich sollte verbessert und Überleitungen auch künftig optimiert werden - Good-Practice-Projekte aus anderen Städten könnten für Bielefeld geprüft werden.
- Die Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung sollten bei der anstehenden Reform der Notfallversorgung Berücksichtigung finden. Die anstehende Einrichtung einer einheitlichen Telefonnummer, die möglichst alle Notdienste berücksichtigt, wird diskutiert. Die Transparenz über die verschiedenen Notfalldienste soll für Bürgerinnen und Bürger verbessert werden.
- Das Thema AD(H)S sollte in die Erzieherinnen- und Lehrerausbildung integriert werden, um Bildungschancen von Kindern und Jugendlichen offen zu halten.
- Es wird angestrebt, das Projekt „Mit und für Migrantinnen und Migranten“ finanziell abzusichern und besser im örtlichen Gesundheitswesen zu verankern.
- Im Zuge der im Berichtszeitraum entwickelten Information und Aufklärung zeigte sich, dass ein Bedarf an systematisch verankerter gesundheitlicher Information und Aufklärung in verschiedenen Bereichen vor Ort gesehen wird, so z.B. in Hinsicht auf die Mehrsprachigkeit vorhandener Angebote und in Bezug auf häufig auftretende Krebserkrankungen (außer Brustkrebs).

1.6.2. Gesundheitliche Chancengleichheit

- Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung ist weiter zu verfolgen, um auch schwer erreichbare Bürgerinnen und Bürger anzusprechen.
- Die geschlechtsspezifische Arbeit entsprechender Arbeitsgruppen der Kommunalen Gesundheitskonferenz und die geschlechtsspezifische Gesundheitsberichterstattung soll fortgeführt werden.
- Eine offene Debatte über die begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen ist in Bielefeld notwendig, um Unterversorgung (z.B. von Menschen mit Schwerbehinderungen) und Fehlversorgung zu vermeiden.
- Kriterien der ‚Gesundheitlichen Chancengleichheit‘ sollen in die stationäre und ambulante Bedarfsplanung einfließen.

1.6.3. Prävention und Gesundheitsförderung

- Die Entscheidung zur Inanspruchnahme von einzelnen krankheitsbezogenen Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen sowie Impfungen wurde jeweils durch entsprechende zielgruppen- und versorgungsnetzspezifische Informationen sachgerecht gesteigert. Dies soll auch künftig geschehen, wie z.B. für die große Zielgruppe der Männer in Bezug auf die Darmkrebs-Früherkennung.
- Die ressourcenorientierte Gesundheitsförderung wurde mit Projekten für Kinder (OPUS und peb) und ältere Menschen (ZWAR) verfolgt. Diese Ansätze sind weiter zu verfolgen, weil sie mit ihren Settingansätzen verschiedene soziale Schichten der jeweiligen Zielgruppe ansprechen und Gesundheit zu stärken, um Krankheiten zu vermeiden.

1.6.4. Weitere Beiträge im Sinne der Bielefelder Gesundheitsziele

- Die Reihenuntersuchungen in den Kindergärten und die Beobachtung und Diskussion der Säuglingssterblichkeit waren weitere Beiträge, die außerhalb der drei Bielefelder Gesundheitsziele lagen. Für beide Bereiche wird weiterhin Bedarf gesehen, um kontinuierlich auf einem hohen Niveau zu bleiben.
- Die Gesundheitsberichterstattung wird weiterhin als informationelle Grundlage für Entscheidungen in der Kommunalen Gesundheitskonferenz betrachtet.