

Dezernat Umwelt und Klimaschutz
- Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt -

Herausgeberin:

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

Redaktion und Ansprechpartner/in:
Dirk Cremer, Gesundheitsberichterstattung, Tel.: 0521 51-5022
Cornelia Petzold, Geschäftsstelle KGK, Tel.: 0521 51-6737
Dr. Peter Schmid, Stellv. Amtsleiter Tel.: 0521 51-2579

Unter Mithilfe von:
Laura Katenbrink (Praktikantin, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften)
Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt
Bielefeld, Mai 2016

Vorwort



Ich freue mich sehr, dass die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) wieder ein Abschlussdokument zu den Bielefelder Gesundheitszielen erarbeitet und verabschiedet hat. Die „Bielefelder Gesundheitsziele 2015“ dienten als gemeinsamer Kommunikationsrahmen der Mitglieder der KGK und ihrer verschiedenen Arbeitsgruppen. Zielformulierung, Monitoring sowie Evaluierung und ggf. Controlling der Ziele wurde dabei nicht als reines Zahlenspiel verstanden. Vielmehr soll deutlich werden, dass komplexe Sachverhalte nach wie vor auch qualitative Einschätzungen und Beschreibungen benötigen. Die Dokumentation der Teilziele zu den Leitzielen „Bürgerinnen- und Bürgerorientierung“, „Gesundheitliche Chancengleichheit“ und „Prävention und Gesundheitsförderung“ folgt dennoch einer zusammenfassenden Pragmatik.[1]
An der Erarbeitung des Berichts waren viele Personen beteiligt. Mein besonderer Dank gilt Denjenigen, die trotz des engen Zeitrahmens ihr Wissen einbrachten und für Rückfragen zur Verfügung standen. Im Einzelnen waren dies:

AG der Umweltmediziner, Herr Dr. Frieder Grosbüsch
AOK Nord-West, Herr Michael Hilbert
Büro für Sozialplanung und Prävention, Stadt Bielefeld, Frau Gisela Krutwage
Feuerwehramt, Ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes, Herr Dr. Hans-Peter Milz
Gesundheitsladen Bielefeld e.V., Herr Günter Hölling
Gleichstellungsstelle Stadt Bielefeld, Frau Ruth Löning
Initiative Bielefelder Hausärzte, Herr Roland Tillmann
Selbsthilfe Kontaktstelle Bielefeld, Herr Uwe Ohlrich
Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Frau Prof. Dr. Claudia Hornberg
Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL, Herr Uwe Borchers

Auch diesmal wieder wollen wir die Bielefelder Gesundheitsziele fortschreiben. Ich erhoffe mir davon weitere gute Impulse, damit Bielefeld im besten Sinne eine lebenswerte Großstadt bleibt!

Anja Ritschel, Vorsitzende der Kommunalen Gesundheitskonferenz

[1] Die Gliederung des Berichts folgt „Healthy People 2010. Final Review“, vgl.: http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2010/hp2010_final_review.htm, 05.2016.

Inhalt

Vorwort ..
1. Einführung ... 1
2. Hintergrund ... 1
3. Ausblick ... 1
4. Leitziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung ... 1
4.1. Reform des notärztlichen Notfalldienstes der ambulanten ärztlichen Versorgung ... 1
4.1.1. Ziele / Handlungsfelder ... 1
4.1.2. Zusammenfassung der Entwicklung ... 2
4.1.3. Daten ... 2
4.1.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen ... 2
4.2. Überleitungsmanagement ... 3
4.2.1. Ziele / Handlungsfelder ... 3
4.2.2. Zusammenfassung der Entwicklung ... 3
4.2.3. Daten ... 3
4.2.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen ... 4
4.3. Zugang für Migrantinnen & Migranten ... 4
4.3.1. Ziele / Handlungsfelder ... 4
4.3.2. Zusammenfassung der Entwicklung ... 4
4.3.3. Daten ... 5
4.3.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen ... 5
4.4. Gesundheitsinformationen ... 5
4.4.1. Ziele / Handlungsfelder ... 5
4.4.2. Zusammenfassung der Entwicklung ... 6
4.4.3. Daten ... 6
4.4.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen ... 7
5. Leitziel Gesundheitliche Chancengleichheit ... 7
5.1. Förderung der Lebenskompetenz belasteter Kinder und Jugendlicher ... 7
5.1.1. Ziele / Handlungsfelder ... 7
5.1.2. Zusammenfassung der Entwicklung ... 7
5.1.3. Daten ... 8
5.1.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen ... 8
5.2. Interkulturelle Kompetenzen im Gesundheitswesen ... 8
5.2.1. Ziele / Handlungsfelder ... 8
5.2.2. Zusammenfassung der Entwicklung ... 8

5.2.3. Daten 8
5.2.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen 8
5.3. Verringerung der Säuglingssterblichkeit 8
5.3.1. Ziele / Handlungsfelder 8
5.3.2. Zusammenfassung der Entwicklung 9
5.3.3. Daten 9
5.3.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen 10
5.4. Soziale Netzwerke für ältere Menschen 10
5.4.1 Ziele / Handlungsfelder 10
5.4.2 Zusammenfassung der Entwicklung 10
5.4.3 Daten 10
5.4.4 Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen 10
5.5. Sensibilisierung der Männer für Gesundheitsthemen 11
5.5.1. Ziele / Handlungsfelder 11
5.5.2. Zusammenfassung der Entwicklung 11
5.5.3. Daten 12
5.5.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen 12
5.6. Bericht zur häuslichen Gewalt 12
5.6.1. Ziele / Handlungsfelder 12
5.6.2. Zusammenfassung der Entwicklung 12
5.6.3. Daten 13
5.6.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen 13
5.7. Gesundheitliche Chancengleichheit in verschiedenen Planungszuständigkeiten 13
5.7.1. Ziele / Handlungsfelder 13
5.7.2. Zusammenfassung der Entwicklung 13
5.7.3. Daten 14
5.7.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen 14
5.8. Verbesserung der Chancen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern 14
5.8.1. Ziele / Handlungsfelder 14
5.8.2. Zusammenfassung der Entwicklung 15
5.8.3. Daten 15
5.8.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen 17
5.9. Projekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt - Gewinn Gesundheit“ 17
5.9.1. Ziele / Handlungsfelder 17
5.9.2. Zusammenfassung der Entwicklung 17
5.9.3. Daten 17

5.9.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen 18
6. Leitziel Prävention und Gesundheitsförderung 18
6.1. Vorsorge- und Früherkennung für Männer 18
6.1.1. Ziele / Handlungsfelder 18
6.1.2. Zusammenfassung der Entwicklung 18
6.1.3. Daten 19
6.1.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen 19
6.2. Stärkung der Selbsthilfe 19
6.2.1. Ziele / Handlungsfelder 19
6.2.2. Zusammenfassung der Entwicklung 20
6.2.3. Daten 21
6.2.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen 21
6.3. Suchtvorbeugung und Suchtbewältigung 21
6.3.1. Ziele / Handlungsfelder 21
6.3.2. Zusammenfassung der Entwicklung 21
6.3.3. Daten 22
6.3.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen 22
6.4. Multiresistente Erreger - Verringerung der Erkrankungsraten 22
6.4.1. Ziele / Handlungsfelder 22
6.4.2. Zusammenfassung der Entwicklung 23
6.4.3. Daten 23
6.4.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen 23
6.5. Reanimation - Förderung der Laienkompetenz 24
6.5.1. Ziele / Handlungsfelder 24
6.5.2. Zusammenfassung der Entwicklung 24
6.5.3. Daten 24
6.5.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen 25
6.6. Bielefeld - eine Stadt zum Gehen und Radfahren 25
6.6.1. Ziele / Handlungsfelder 25
6.6.2. Zusammenfassung der Entwicklung 25
6.6.3. Daten 26
6.6.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen 26
7. Gesundheitsberichterstattung 26
7.1. Ziele / Handlungsfelder 26
7.1.2. Zusammenfassung der Entwicklung 26
7.1.2.1. 80 Kommunal verfügbare Gesundheitsindikatoren 26

7.1.2.2. Fachplan Kindergesundheit / Kleinräumiger Gesundheitsbericht Entwicklungsstand der Einschulkinder.....27
7.1.2.3. Aufbau eines Stillmonitorings im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen .27
7.1.3. Daten 28
7.1.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen 28

1. Einführung

Die Kommunale Gesundheitskonferenz der Stadt Bielefeld legt zum zweiten Mal einen Abschlussbericht zu den Bielefelder Gesundheitszielen vor. Ihm ging wie beim ersten Bericht ein fünfjähriger Zieleprozess voraus, der hier umfassend und abschließend bewertet wird. Er steht somit am Ende des zweiten Gesundheitszieleprozesses und bietet den interessierten Leserinnen und Lesern einen Einblick in die zielorientierte Entwicklung des örtlichen Gesundheitssystems wie es in der Kommunalen Gesundheitskonferenz verhandelt wurde.

2. Hintergrund

Bielefeld hat sich bei den Vorarbeiten zur Konstituierung der Kommunalen Gesundheitskonferenz mit diesem Kommunikationsinstrument auseinandergesetzt und es bereits einmal umgesetzt, soweit es mit kommunalen Mitteln möglich ist.[2] Der Bundesgesundheitszieleprozess von Gesundheitsziele.de war dabei stets im Fokus und wurde als Partnerprozess von Akteurinnen und Akteuren vor Ort mitgetragen. Im Jahr 2015 gingen die bundesdeutschen Gesundheitsziele in das Präventionsgesetz über, welches über 10 Jahre in verschiedenen Legislaturperioden auf Bundesebene verhandelt wurde. Vor diesem Hintergrund ergeben sich erstmalig auch von der Bundesebene vorgesehene Gesundheitsziele, zu denen im vorliegenden Bericht bereits Anknüpfungspunkte bestehen. Der Bericht zeichnet wie der erste Bielefelder Gesundheitszieleberichte die Entwicklung der Zielerreichung in kompakter Form nach. Im überregionalen Rahmen sei hier auch an den Zieleprozess „Gesundheit 2020 - Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert“ der Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro Europa, erinnert, an dem wir uns in Bielefeld auch orientieren.[3] Wie während des ersten Bielefelder Gesundheitszieleprozesses war es auch beim zweiten Bielefelder Gesundheitszieleprozess so, dass weitere Maßnahmen und Projekte während der Laufzeit dazugekommen sind.

3. Ausblick

Der vorliegende Bericht beinhaltet im Anschluss an die einzelnen Ziele erste Empfehlungen, welche neuen Teilziele und Maßnahmen verfolgt werden könnten. Diese sind ein erster Aufschlag, um in die Diskussion über einen neuen Bielefelder Gesundheitszieleprozess einzusteigen. Hierzu wird es wie zu Beginn des zweiten Gesundheitszieleprozesses einen Workshop mit den Mitgliedern des Sozial- und Gesundheitsausschusses, ausgewählten Expertinnen und Experten und der Kommunalen Gesundheitskonferenz geben.

4. Leitziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

4.1. Reform des notärztlichen Notfalldienstes der ambulanten ärztlichen Versorgung

4.1.1. Ziele / Handlungsfelder

- Ziel: Die Transparenz der Notfallversorgung soll für die Bevölkerung und die Professionellen

[2] Robert-Koch-Institut, Gesundheit in Deutschland, Berlin 2015., S. 402.

[3] Vgl.: http://www.euro.who.int/de , Zugriff April 2016.

bei der anstehenden Reform verbessert werden

- Ziel: Verbesserung der Effizienz der Notfallversorgung (bessere bedarfsorientiertere Inanspruchnahme)

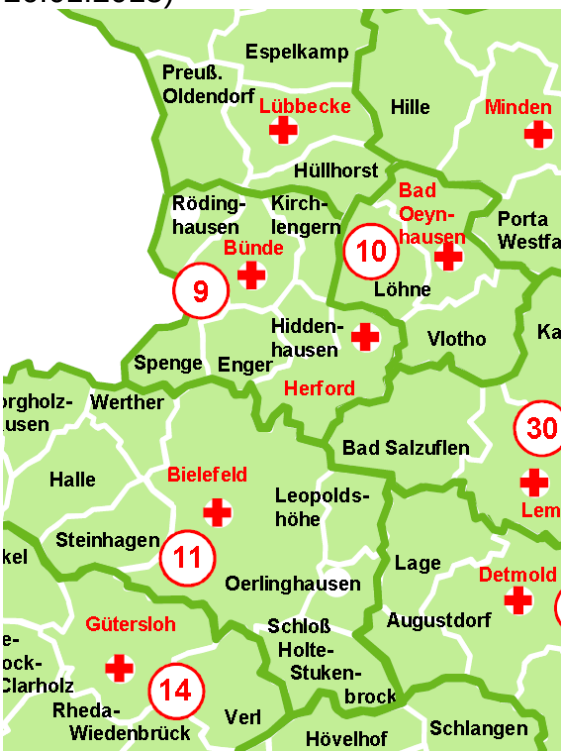
- Strategie: eine bessere Vernetzung der Notdienste untereinander

- Strategie: Zentrale Informationsstelle

4.1.2. Zusammenfassung der Entwicklung

Die Reform des ärztlichen Bereitschaftsdienstes war Anlass, eine intersektoral zusammengesetzte AG zu gründen. Es existierte die Sorge, dass die Neuvergabe des Fahrdienstes und die Zentralisierung der damals geplanten Notfallnummer 116117 in einem Callcenter im Ruhrgebiet zu einer Verschlechterung der Erreichbarkeit vor Ort führen könnte. Auch die Einführung einer vorläufigen schwierig zu kommunizierenden Notfallnummer wurde kritisiert. Die Verteilung der Notfalldienstzeiten auf alle Arztgruppen und der Neuzuschnitt der Notfalldienstbezirke wurden begrüßt. Die AG analysierte die Ist-Situation aller Notfalldienste inklusive des Krankentransports. Die seit Jahren steigende Inanspruchnahme des Rettungsdienstes wurde mit verschiedenen Faktoren in Zusammenhang gebracht: Gesundheitskampagnen, die an das zügige Rufen der 112 appellierten, die Ausbreitung des Mobilfunks und die Zunahme des Bevölkerungsanteils der Hochbetagten sowie der Rückgang der Fahrten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Unklar blieb, ob sich das Morbiditätsgeschehen entsprechend verändert hatte. Die AG erarbeitete für die Bielefelder Bürgerinnen und Bürger einen Notfall-Flyer, der eine Übersicht über alle Angebote im Notfall zusammenfasst und verteilte ihn systematisch über Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäuser, Schulen und städtische Dienststellen, um die Transparenz zu erhöhen. Der Notfall-Flyer wurde in zwei Auflagen je 10.000 Stück an die vorgenannten Einrichtungen verteilt.

Abbildung 1: Auszug Notfalldienst- und Komplementärpraxen (Stand 26.01.2015)



Quelle: KVWL

4.1.3. Daten

- entfällt, weil aus dem ambulanten Bereich keine Daten vorliegen.

4.1.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen

Die Novelle des Rettungsdienstgesetzes NRW sieht qualitätssichernde Maßnahmen vor, die ggf. zu einem Monitoring ausgewählter Diagnosen führt. Die Entwicklung sollte entweder anhand dieser Daten – falls verfügbar – oder anhand der verwendeten Indi-

katoren von der KGK regelmäßig beobachtet und bewertet werden.

4.2. Überleitungsmanagement

4.2.1. Ziele / Handlungsfelder

- Ziel: Die Überleitungen von pflegebedürftigen Menschen zwischen den verschiedenen Sektoren sollen verbessert werden

- Strategie: Bestandsanalyse für Bielefeld und Prüfung von „Guten Beispielen“ aus anderen Kommunen

4.2.2. Zusammenfassung der Entwicklung

Der Gesundheitszieleworkshop der KGK im März 2011 griff verschiedene Instrumente der Überleitung auf und gab letztlich der Kooperationsvereinbarung zwischen der Initiative der Bielefelder Hausärzte (IBH) und den Krankenhausärztinnen und –ärzten (KHÄ) die höchste Handlungspriorität. Deutlich geringer wurden Patientinnen- und Patientenbrief sowie der Pflegeüberleitungsbrief bewertet. Die in der Folge gegründete AG Überleitungsmanagement kam zum Ergebnis, dass die Digitalisierung der Kooperationsvereinbarung zwischen IBH und KHÄ zur Verbesserung der Kommunikation nicht realisierbar ist. In einer Veranstaltung der erweiterten KGK im Juli 2012 wurden in drei Arbeitsgruppen die folgenden Handlungsschwerpunkte erarbeitet:

- AG Patientenmappe: Mappe entwickeln, Finanzierung klären, Verbreitung klären, Öffentlichkeitsarbeit (10 Punkte)

- AG Entlassung: keine konkreten Handlungsempfehlungen (7 Punkte)

- AG Kommunikation: Wie werden feste Ansprechpartnerinnen und –partner in den Einrichtungen implementiert? (22 Punkte):

Die AG Überleitungsmanagement prüfte zunächst Modelle guter Praxis für den Überleitungsprozess in NRW-Kommunen und aktualisierte daraufhin den Bielefelder Pflegeüberleitungsbrief. Dieser wurde von der Kommunalen Gesundheitskonferenz und der Konferenz Alter und Pflege 2012 beschlossen und an die stationären Einrichtungen in Bielefeld verschickt. Eine praxisnahe Evaluation fand ein Jahr später im Februar 2015 statt.[4] In der Diskussion der Arbeitsgruppe blieben die Schwierigkeiten beim Ablauf ungeplanter Entlassungen aus dem stationären Sektor dringliches Thema. Im Jahr 2015 wurde das Versorgungsstrukturgesetz, das E-Health-Gesetz, Änderungen im SGB V und das Krankenhausstrukturgesetz verabschiedet, die verschiedene Verbesserungen im Entlass- und Überleitungsmanagement erwarten lassen.

4.2.3. Daten

Die repräsentative Bürgerbefragung zum Ende des ersten Bielefelder Gesundheitszieleprozesses 2008 ergab, dass die Bürger bei der Überleitung vom niedergelassenen Arzt in das Krankenhaus meist ‚eher zufrieden’ waren (35,4%) und bei der Überleitung vom Krankenhaus zum niedergelassenen Arzt meist ‚zufrieden’ (41,8%). Darüber hinaus wurde nach der Überleitung in die häusliche Betreuung aus

[4] Verwendung des Bielefelder Pflegeüberleitungsbriefes. Ergebnisse der Befragung vom Februar 2015. Unveröffentlichtes Arbeitspapier, Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt, Stadt Bielefeld

dem stationären Bereich gefragt. Es zeigte 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%). Für den aktuellen Gesundheitszieleprozess konnte diese Befragung aus Ressourcengründen nicht wiederholt werden.

Allgemein sank die Zahl der Seniorinnen und Senioren von 2010 bis 2013 um 1,2%, diejenige der Hochbetagten (80+) stieg moderat um 1,8%. Die Zahl der 75- bis 80-jährigen stieg in den letzten Jahren in Bielefeld um 16,4%, die Zahl der Krankenhausentlassungen in dieser Altersgruppe sogar um 19,2%. Dies zeigt die Bedeutung der weiteren Optimierung des Entlassmanagements.

4.2.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen

Es sollte geprüft werden, ob eine Digitalisierung des Pflegeüberleitungsbogens im Rahmen der Telematikinfrastruktur für das Gesundheitswesen möglich ist. Dazu wurde Kontakt mit dem ZIG OWL e.V. geknüpft, das unter dem Stichwort Health 4.0 ein Unterprojekt „Entlassmanagement" durchführt. Bei diesem Vorhaben sollten auch die landesweiten Bestrebungen für die Überleitung zwischen den Sektoren berücksichtigt werden (§ 90 SGB V).
Inhaltlich sollte der Pflegeüberleitungsbogen bei Veränderungen in der Gesundheitsversorgung überprüft und ggf. überarbeitet werden. Eine Kooperation mit der Konferenz Alter und Pflege in dieser Thematik sollte grundsätzlich vereinbart werden.

4.3. Zugang für Migrantinnen & Migranten

4.3.1. Ziele / Handlungsfelder

- Ziel: Verbesserung und Erleichterung des Zugangs für Migrantinnen und Migranten zum Gesundheitswesen

- Strategie: Implementation des MiMi-Projektes in die Regelversorgung

4.3.2. Zusammenfassung der Entwicklung

Seit 2003 gibt es das MiMi-Projekt in Bielefeld. Bereits in der Rückschau auf die Bielefelder Gesundheitsziele 2003-2007 konnte der umfassende Community-Ansatz geschildert werden. Zugleich musste jedoch festgehalten werden, dass die strukturelle Einbettung aufgrund des Projektcharakters nicht im gewünschten Umfang ermöglicht wurde. Nachdem im Gesundheitsziele-Prozess 2015 durch eine Förderung der AG der Betriebskrankenkassen OWL das Projekt zunächst für ein Jahr abgesichert werden konnte, wurde eine 3-Jahre-Finanzierungsstrategie entworfen. Sie soll dazu führen, dass die Fluktuation der Gesundheitslotsen minimiert wird. Im Juni 2015 gab die AG der Betriebskrankenkassen OWL ihr Einverständnis für einen 3-Jahres-Finanzierungsplan mit einer Laufzeit bis Ende 2016, der durch einen Eigenanteil des Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamtes ergänzt werden konnte. Dadurch wurde die Ausbildung von neuen Gesundheitslotsen ermöglicht und es konnten wieder Gesundheitskampagnen mit mindestens 10 Teilnehmenden durchgeführt werden. Die Kooperation mit dem Ethnomedizinischen Zentrum Hannover e.V. wurde dabei verlängert und neue, rechtlich geschützte Schulungsunterlagen verwendet.

4.3.3. Daten

Nach einem zwischenzeitlichen Rückgang der MiMi-Mediatoren konnten durch eine neue Schulung zuletzt wieder 12 Mediatorinnen und Mediatoren eingesetzt werden. Die Anzahl der durchgeführten Kampagnen schwankte entsprechend der diskontinuierlichen Finanzierung. Im Jahr 2015 nahmen 430 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Informationskampagnen des MiMi-Projektes teil. (Tab. 1)

Abbildung 2: Übergabe der Zertifikate



Migranten als Gesundheitslotsen

Freiwillige Helfer klären Zugewanderte über Gesundheitsfragen auf

VON THOMAS GÜNTTER

■ Bielefeld. Flora Rodriguez wurde in Peru geboren. Vor 14 Jahren kam sie als Au-Pair-Mädchen hierher. Inzwischen hat sich die 33-jährige Mutter von zwei Kindern zur Gesundheitsmediatorin ausbilden lassen. Sie hilft Menschen aus dem Kultur- und Sprachraum ihrer Familie, die neu in Bielefeld sind, sich im deutschen Gesundheitssystem zurechtzufinden und gesund zu bleiben.

Wie gesunde Integration geht, wird in Bielefeld mit dem bundesweiten Projekt „MiMi" (Mit Migranten für Migranten) schon seit 2003 erfolgreich gelebt. Damals wurde das Modell geboren, nach dem Migranten Landsleuten oder Menschen, die ihre Muttersprache teilen, bei der Integration zu helfen. „Viele Migranten nehmen aus Unkenntnis medizinische Versorgung weniger oder später in Anspruch", sagt Umweltdezernentin Anja Ritschel. Das habe zum Teil erhebliche Folgen für ihre Gesundheit. Ritschel: „Das MiMi-Projekt schafft hier Abhilfe und ist hervorragend geeignet, sprachliche und kulturelle Barrieren zu überwinden." Ziel sei es, die Verantwortung für das eigene Wohlergehen und für Maßnahmen zur Vorbeugung zu stärken.

Bereits zum dritten Mal haben der Kreisverband Bielefeld des Deutschen Roten Kreuzes (DRK), die Psychologische Frauenberatung, das Gesundheitsamt und das Kommunale Integrationszentrum von Bielefeld Gesundheitslotsen ausgebildet und mit einem Zertifikat ausgezeichnet.

Die vier Frauen und vier Männer mit kurdischen, arabischen, griechischen, polnischen, türkischen und spanischen Wurzeln sind selbst erfolgreich integriert, gebildet und sprechen gut deutsch. Ali Sedo Fasho, Flora Rodriguez, Gunay Mahmud und Ahmed Skol bekamen ihre Zertifikate.

Seit Oktober des vergangenen Jahres haben sie sich mit dem Gesundheitssystem und Themen wie Ernährung und Bewegung, Kindergesundheit und Krebsfrüherkennung beschäftigt. Jetzt geben sie das gewonnene Wissen in der jeweiligen Muttersprache an ihre Landsleute weiter. Die Probleme sind manchmal banal. Viele Migranten rufen einen Krankenwagen, wenn sie ins Krankenhaus müssen. Ohne jeden Notfall. In Deutschland sind Krankenwagen für Notfälle reserviert.

Beim Kontakt mit den Landsleuten werden die Helfer von Riza Selman unterstützt. Sie ist beim DRK für das MiMi-Projekt verantwortlich. Sie pflegt Kontakte zu den Vereinen, Migrantenorganisationen, Stadtteil- oder Familienzentren. Dort finden auch die Veranstaltungen statt – bis zu 40 pro Jahr, über das ganze Stadtgebiet verteilt.

Finanziert werden diese von den vier Bielefelder Betriebskrankenkassen, die das Projekt mit Ende 2016 mit derzeit rund 8.000 Euro jährlich unterstützen. „Im deutschen Gesundheitssystem gelten komplexe Regeln. Schon die Krankenversicherung ist bei Zuwanderern und Flüchtlingen unterschiedlich geregelt", sagt Klemens Klösener, Vorstandsvorsitzender der Heimat Krankenkasse. Unbekannt seien bei den meisten hier übliche Vorsorgeuntersuchungen. Klösener: „Prävention spart Kosten."

Weitere Informationen unter Telefon (0521) 44 81 21 54.

Hilfe für die Helfer: *Annegret Grewe (Integrationsbeauftragte der Stadt, von links), Anja Ritschel (Umweltdezernentin und Vorsitzende der kommunalen Gesundheitskonferenz), Ali Sedo Fasho (kurdisch, arabisch, englisch, deutsch), Koordinatorin Riza Selman, Flora Rodriguez (spanisch), Klemens Klösener (Heimat Krankenkasse) und Günay Mahmud (türkisch, englisch, bulgarisch).* FOTO WOLFGANG WIRTH

Quelle: NW.

Tabelle 1: Daten zum MiMi-Projekt

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Anzahl der Mediatorinnen und Mediatoren	16	16		6		12
Anzahl der durchgeführten Kampagnen	42	83		52	20	40
nach Sprachen	Arabisch, Kurdisch, Tamilisch, Türkisch	Arabisch, Kurdisch, Tamilisch, Türkisch		Arabisch, Kurdisch, Tamilisch, Türkisch	Arabisch, Kurdisch, Tamilisch, Türkisch	Arabisch, Kurdisch, Tamilisch, Türkisch, Polnisch Spanisch
Kampagnen-Teilnehmer	429	rd. 820		530	250	430
Geschätzter Multiplikatoreffekt (*4)	rd. 1.700	rd. 1.600		rd. 2.120	rd. 1.000	rd. 1.720

4.3.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen

Aufgrund der aktuellen Flüchtlingssituation sollte weiterhin das Ziel verfolgt werden, Migrantinnen und Migranten durch die MiMi-Mediatoren mit dem deutschen Gesundheitssystem und Einzelthemen wie Kindergesundheit, Ernährung und Bewegung, Migration und Gesundheit sowie seelische Gesundheit vertraut zu machen. Eine langfristige Finanzierung sollte aufrechterhalten werden, da sich das Angebot fachlich bewährt hat. Dabei sollte die Kooperation mit dem Ethnomedizinischen Zentrum fortgeführt werden, da es qualitativ hochwertige Schulungsmaterialien sowie Projektbegleitung anbietet.

4.4. Gesundheitsinformationen

4.4.1. Ziele / Handlungsfelder

- Ziel: Mehr Informationen und Öffentlichkeitsarbeit zu Gesundheitsthemen mit dem Ziel, die Entscheidungskompetenz bei Patientinnen und Patienten zu verbessern

- Strategie: Weiterentwicklung der Gesundheitstage (u. a. Bürgerforen)
- Strategie: Einsatz entsprechender Entscheidungshilfen

4.4.2. Zusammenfassung der Entwicklung

Die AG „Neue Bielefelder Gesundheitstage“ erarbeitete nach einer Bestandsaufnahme Vorschläge, wie die Bielefelder Gesundheitstage qualitativ gesichert werden können. Hintergrund war, dass viele teilnehmende Institutionen das Thema Gesundheit nicht mehr angemessen präsentiert sahen und sich deswegen von der Messe zurückgezogen hatten. In Gesprächen mit dem Messeanbieter zeigte sich Offenheit für entsprechende Veränderungen. In der Folge ergab sich aber eine neue Entwicklung auf der Anbieterseite: die Neue Westfälische Mediengruppe initiierte erstmals eine Messe, die auch das Themenfeld Gesundheit in ähnlicher Weise aufgriff. Aufgrund der Marktmacht der Mediengruppe zog sich der Veranstalter von der Messeaktivität „Bielefelder Gesundheitstage“ zurück. Die AG wurde aufgelöst.

Das nationale Gesundheitsziel „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ im Kontext von Gesundheitsziele.de verfolgt das Teilziel „Bürger(innen) und Patient(inn)en werden durch qualitätsgesicherte, unabhängige, flächendeckend angebotene und zielgruppengerichtete Gesundheitsinformationen und Beratungsangebote unterstützt (Transparenz erhöhen)“. Insbesondere das Teilziel 1.2. „Eine patienten- und bürgerorientierte Vermittlung und Erläuterung bereitgestellter Gesundheitsinformationen wird gewährleistet“ ist hier relevant. Es wurde eine Checkliste erstellt, mit denen Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten Gesundheitsinformationen prüfen können.[5] Das Dokument „Wie gut ist die Information, die Sie lesen? – Eine Checkliste.“ beinhaltet fünf formale Kriterien (Autoren/Anbieter, Ziel, Aktualität, Verständlichkeit, Finanzierung), die eine Gesundheitsinformation mindestens erfüllen sollte, ergänzt um fünf weitere Kriterien abhängig vom Inhalt der Gesundheitsinformation: Verlässlichkeit, Vollständigkeit, Maßnahmen, Nutzen und Risiken. Die Checkliste wurde in der Kommunalen Gesundheitskonferenz vorgestellt und zur Verwendung bei der Entwicklung von Gesundheitsinformationen empfohlen. Inwiefern dies von den Mitgliedern in ihren Einrichtungen aufgenommen wurde und letztlich zum Nutzen der Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten eingesetzt wurde, kann hier nicht überprüft werden.

Der Gesundheitsladen Bielefeld e.V. mit der Patientenstelle und der unabhängigen Patientenberatung hat sich besonders für dieses Gesundheitsziel eingesetzt. Mit jährlich über 4.000 Beratungen, mit qualitätsgesicherten und verständlichen Gesundheitsinformationen (auch im Internet) und durch die Unterstützung der Patientenbeteiligung ist nutzergerecht gesundheitliche Kompetenz vermittelt und individuelle sowie kollektive Entscheidungs- und Handlungskompetenz gestärkt worden.

Das nationale Gesundheitsziel „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(innen)ensouveränität stärken“ ging 2015 durch das Präventionsgesetz in SGB V, § 20, Absatz 3, ein.

4.4.3. Daten

- entfällt.

[5] Siehe unter http://gesundheitsziele.de

4.4.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen

Das nationale Gesundheitsziel „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(innen)ensouveränität stärken“ sollte vor Ort weiterverfolgt werden, vor allem vor dem Hintergrund, dass es im Präventionsgesetz benannt ist. Ein aktuelles Gutachten für das Landeszentrum Gesundheit NRW beziffert erstmals Bedarfe zur Förderung der Gesundheitskompetenz, insbesondere in Bezug auf vulnerable Bevölkerungsgruppen, die im Durchschnitt höheren Bedarf haben.[6]

5. Leitziel Gesundheitliche Chancengleichheit

5.1. Förderung der Lebenskompetenz belasteter Kinder und Jugendlicher

5.1.1. Ziele / Handlungsfelder

- Ziel 1: Förderung der Lebenskompetenz belasteter Kinder und Jugendlicher
- Strategie 1: Bestandsanalyse von Projekten zur Förderung der Lebenskompetenz in Bielefeld.

- Ziel 2: Entwicklung eines geschlechter- und kultursensiblen Konzepts zur Lebenskompetenzförderung.
- Strategie 2: Umsetzung im Rahmen eines setting- und stadtteilbezogenen Modellprojekts

[6] Gudrun Quenzel und Doris Schaeffer, Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen, Bielefeld, Februar 2016

5.1.2. Zusammenfassung der Entwicklung

Die Verfolgung des Ziels 1 wurde im 4. Quartal 2012 in der AG Jungen- und Männergesundheit und dem Netzwerk Frauen, Mädchen und Gesundheit diskutiert. Programme zur Förderung der Lebenskompetenz werden - wenn überhaupt - bisher überwiegend im Elementar- und Schulbereich umgesetzt. Lebenskompetenzprogramme haben ein weitaus größeres Potenzial, z.B. für den Jugend- und Sportbereich oder im Rahmen von gemeindeorientierten Vorhaben. Die zehn zentralen Kernkompetenzen zur Vermittlung von Lebenskompetenzen, wurden durch rund 4 Kompetenzen zur Prävention von Sucht ergänzt, sog. Risikokompetenzen. [7] Im Rahmen der Suchtprävention wurde daran angeknüpft (vgl. 5.3.). Allgemein bettet sich das Konzept der Förderung von Lebenskompetenzen in das Konzept der Gesundheitskompetenzen ein (vgl. 4.4.). Es findet Berücksichtigung im Bundesgesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung.“, das über das Präventionsgesetz auch in § 20 des SGB V aufgenommen wurde.

Das Ziel 2 bezieht sich auf die Weiterentwicklung des Lebenskompetenzkonzeptes in Hinsicht auf Geschlecht und Migration. Das Mimi-Projekt, das Projekt „GEWINN Gesundheit“ und die Krisenkarte für Männer waren diesbezüglich durchgeführte Maßnahmen (vgl. 4.3, 4.9), die sich eher indirekt um die Entwicklung von Lebens- und Risikokompetenzen von Kindern und Jugendlichen kümmerten.[8]

[7] Vergleiche http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/lebenskompetenzen-und-kompetenzfoerderung/ (letzte Aktualisierung am 14.04.2015)

[8] Vgl. zur Krisenkarte: http://www.bielefeld-männergesundheit.de

5.1.3. Daten

- entfällt

5.1.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen

Das Ziel 1 sollte vor dem Hintergrund der stärkeren Institutionalisierung von Gesundheitsförderung und Prävention durch das Präventionsgesetz weiterverfolgt werden. Die primäre kommunale Zuständigkeit der unteren Gesundheitsbehörden nach dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW sollte dabei berücksichtigt werden und in Kooperation mit den Krankenkassen und allen relevanten Akteuren vor Ort gemeinsam entwickelt werden. Dabei sollten auch über den Elementar- und Schulbereich hinaus andere Lebensweltbereiche beachtet sowie geschlechtsspezifische und migrationsspezifische Ausdifferenzierungen verfolgt und ggf. – z.B. mit wissenschaftlicher Begleitung – entwickelt werden. Es ist zu empfehlen, dass Bedarfe, Beobachtung und Ergebnisse dieser Maßnahmen von der Kommunalen Gesundheitskonferenz koordiniert werden.

5.2. Interkulturelle Kompetenzen im Gesundheitswesen

5.2.1. Ziele / Handlungsfelder

- Ziel: Verbesserung der interkulturellen Kompetenzen im Gesundheitssystem

- Strategie: Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte und ggf. andere Berufsgruppen

5.2.2. Zusammenfassung der Entwicklung

Die Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe bietet in der Regel einmal jährlich eine Veranstaltung zum Thema "Behandlung von Patienten mit Migrationsvorgeschichte" an. Es nahmen z.B. 2012 ca. 60 Personen teil, 4 davon aus Bielefeld.

Die Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen bietet einen drei Module umfassenden Kurs „Interkulturelle Kommunikation im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst“ (Einführungs-, Aufbau- & Abschlusskurs) an, an dem der kinder- und jugendärztliche sowie der kinder- und jugendpsychiatrische Dienst des Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamtes der Stadt Bielefeld teilgenommen hat. Im Februar 2014 fand der Abschlusskurs statt.

5.2.3. Daten

- entfällt

5.2.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen

Die Arbeit an der Verbesserung der interkulturellen Kompetenz muss angesichts der Migranten und Flüchtlinge in Bielefeld dringend ausgebaut werden. Das Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt ist hier im MiMi-Projekt besonders engagiert.

5.3. Verringerung der Säuglings-Sterblichkeit

5.3.1. Ziele / Handlungsfelder

Ziel: Verminderung der Säuglingssterblichkeit auf das aktuelle BRD-Niveau (NRW-Präventionsziel)

Strategie: Fortführung des Monitorings zur Säuglingssterblichkeit und der jährlichen Letalitätskonferenz

5.3.2. Zusammenfassung der Entwicklung

Die Landesinitiative Gesundheit von Mutter und Kind hat das Erreichen der bundesweiten Säuglingssterblichkeitsquote als Zielwert gesetzt. In NRW gibt es einzelne Städte, die eine sehr hohe Säuglingssterblichkeit haben. Dieser Indikator zeigt auch an, wie die soziale Lage und Versorgung der Schwangeren und Gebärenden aussieht und gehört damit zu den zentralen Indikatoren. In Bielefeld wird seit einigen Jahren regelmäßig eine Fallkonferenz über alle Totgeborenen und verstorbenen Säuglinge mit allen geburtshelfenden Einrichtungen durchgeführt. Ziel ist, Potenziale für Präventionsmaßnahmen zu bestimmen, die allerdings selten sind, weil die überwiegende Zahl der Sterbefälle als unvermeidlich eingestuft werden muss, insbesondere die Totgeburten. Ein Vorschlag, letztere aus der Konferenz herauszunehmen, lehnten die Mitglieder ab, weil im Zusammenspiel zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor noch minimale Verbesserungsmöglichkeiten gesehen werden. Die Konferenz wird hinsichtlich einer weiter zu verfolgenden Verbesserung der Kommunikation unter allen geburtshelfenden Einrichtungen als nützlich empfunden und ist zuletzt auch ein Baustein im Kontext der Frühen Hilfen.

5.3.3. Daten

Das vom Land übernommene Ziel der Verringerung der Säuglingssterblichkeit konnte nur zu Beginn des Gesundheitszielezeitraums erreicht werden. Im 3-Jahres-Mittelwert 2011/2013 überschritt die Sterblichkeitsrate in Bielefeld diejenige des Landes NRW (4,2 pro 1.000 Lebendgeborene vs. 3,8) und war somit auch größer als auf Bundesebene (Abb. 3). Diese Abweichung war statistisch nicht signifikant, auch wurde nicht der Maximalwert in OWL erreicht.

Abbildung 3

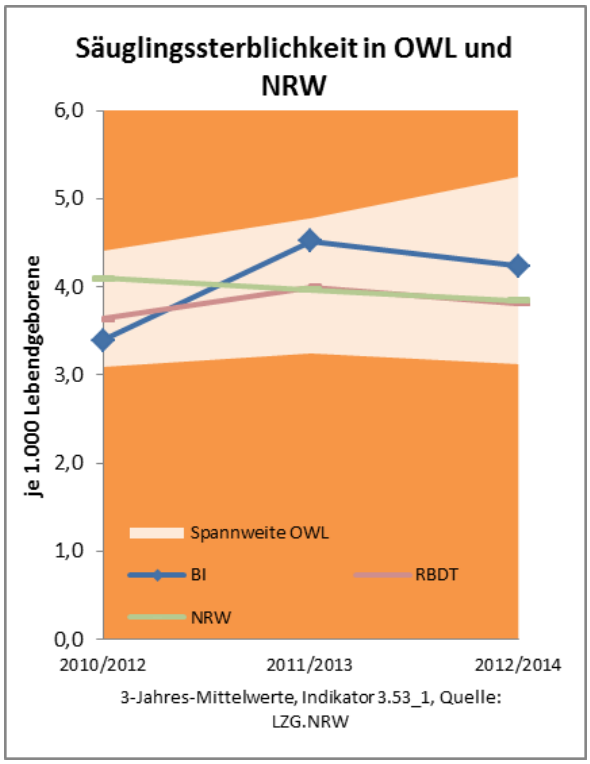
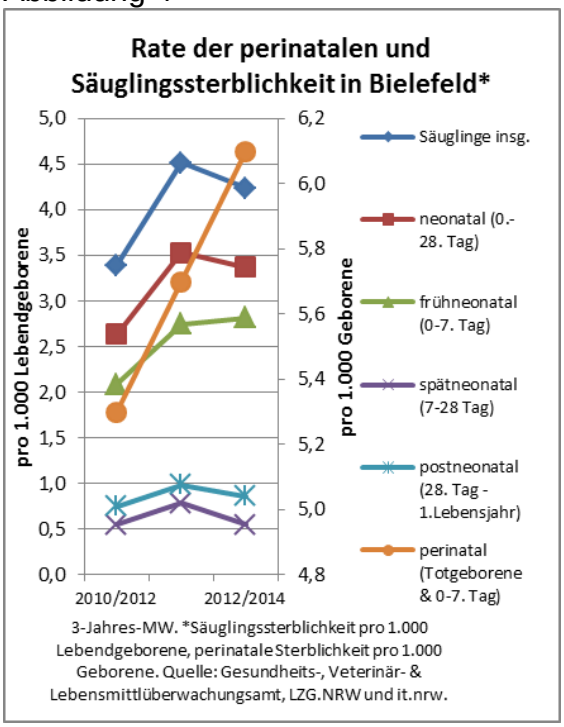


Abbildung 4



In der Unterscheidung nach perinataler Sterblichkeit und verschiedenen zeitlichen Formen der Säuglingssterblichkeit zeigte sich, dass ein durchgängi-

ger Anstieg der perinatalen Sterblichkeit und der frühen Neonatalsterblichkeit stattgefunden hat (Abb. 4).

5.3.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen

Die Mitglieder der Letalitätskonferenz haben sich für die Weiterführung des bisherigen Verfahrens ausgesprochen. Das quantifizierte Ziel, die Säuglingssterblichkeitsrate unter diejenige der BRD zu senken, soll weiterverfolgt werden.

5.4. Soziale Netzwerke für ältere Menschen

5.4.1 Ziele / Handlungsfelder

- Stärkung sozialer Netzwerke
- Strategie: Fortsetzung von ZWAR
- Strategie: Initiierung analoger Projekte unter Berücksichtigung der städt. Leistungsverträge zur Offenen Seniorinnen- und Seniorenarbeit

5.4.2 Zusammenfassung der Entwicklung

Die Stadtteilgruppen in Dornberg, Mitte, Schildesche und Stieghorst existieren weiterhin. Sie wurden bereits vor dem jetzigen Zieleprozess gegründet (vgl. Tab. 2). Das Durchschnittsalter der Mitglieder stieg entsprechend dem Gründungsjahr an. Im Stadtbezirk Mitte ging 2015 eine inklusive ZWAR-Gruppe an den Start, die weitergehende Ziele verfolgt: Kontakte zwischen Menschen mit und ohne Einschränkungen fördern und dadurch für alle Beteiligten neue Formen der informellen Unterstützung im Stadtbezirk entwickeln. Damit soll sich eine Verbesserung der Lebensqualität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und eine Belebung der Nachbarschaft entwickeln. Das Vorhaben bezieht sich zudem auf das nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ mit seinen drei Einzelzielen in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention: 1. „Die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen ist gestärkt. Mangelnde Teilhabe und Isolation werden erkannt und gemindert.“, 2. „Gesundheitliche Ressourcen und die Widerstandskraft älterer Menschen sind gestärkt, und ihre gesundheitlichen Risiken sind gemindert.“ Sowie 3. „Körperliche Aktivität und Mobilität älterer Menschen sind gestärkt“. Das nationale Gesundheitsziel fand durch das Präventionsgesetz Eingang in § 20 SGB V.

5.4.3 Daten

Im März 2015 nahmen 41 Bürgerinnen und Bürger an der ZWAR-Gruppe „Mittendrin“ teil (Tab. 4). Wie in den Anfangsphasen der ZWAR-Gruppen üblich, besteht noch eine höhere Fluktuation, es bildet sich aber bereits ein Stamm von regelmäßigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern heraus - mit und ohne Handicaps.

5.4.4 Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen

Das Durchschnittsalter in den länger existierenden ZWAR-Gruppen ist angestiegen, so dass der Bedarf nach neuen ZWAR-Gruppen theoretisch steigt. Diese benötigen jedoch Ressourcen für den Aufbau und die Begleitung. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob die bestehenden Gruppen neue Mitglieder werben können.

Tabelle 2: Daten zum ZWAR-Projekt

Zwar-Gruppen	Gründung	Teilnehmerinnen und Teilnehmer aktuell	Geschätztes Durchschnittsalter
Mittendrin im Stadtbezirk Mitte	März 2015	41	ca. 60 Jahre
Stadtbezirk Mitte	Herbst 2008	40	um die 70 Jahre
Stadtbezirk Dornberg	Herbst 2003	48	um die 70 Jahre
Stadtbezirk Schildesche	Herbst 2005	ca. 30	um die 70 Jahre
Stadtbezirk Stieghorst	Herbst 2001	26	um die 75 Jahre

5.5. Sensibilisierung der Männer für Gesundheitsthemen

5.5.1. Ziele / Handlungsfelder

- Männer für Gesundheitsthemen während der Familiengründungsphase gewinnen
- Strategie: Konzeptionelle Weiterentwicklung der Geburtsvorbereitungskurse

5.5.2. Zusammenfassung der Entwicklung

Die AG Jungen- und Männergesundheit hat den Bestand und Bedarf von

Angeboten für Männer rund um das Thema Vaterschaft in Bielefeld recherchiert. Der Übergang zur Vaterschaft wird als ‚goldene Chance für professionelle Intervention' gesehen, um Männer mehr in die Familienarbeit einzubeziehen und für ihre eigene Gesundheit zu sensibilisieren. Sie kümmern sich in der Zeit stärker um die Gesundheit ihrer Partnerin und des Neugeborenen und können in diesem Zusammenhang auch für ihre eigene Gesundheit interessiert werden – das ist die Herangehensweise. In einer Evaluation von Geburtsvorbereitungskursen in Schweden ergaben sich Hinweise darauf, „…dass auf die Geburt vorbereitete Männer die besseren Väter ausmachen: So nahmen in Schweden die Teilnehmer von ‚Väterkursen' länger Elternzeit als Nichtteilnehmer. Teilnehmer waren später kompetenter im Umgang mit ihren Kindern und kümmerten sich intensiver um sie."[9] Es nehmen rd. 70% der werdenden Väter an Geburtsvorbereitungskursen teil. Die Hebammen konnten durch Extraangebote im Rahmen der Geburtsvorbereitung Bielefelder Männer bisher nur unregelmäßig gewinnen. Ähnlich war es auch bei spezifischen Angeboten der man-o-mann Männerberatung im VSGB e.V. und der Hedwig-Dornbusch-Schule e.V. Die Ausbildungsrichtlinien für Hebammen in NRW sehen Lerneinheiten mit Bezug zu den werdenden Vätern vor. Fortbildungen zum Thema „Der schwangere Mann" fanden von Seiten des Hebammenverbandes NRW statt. Es gibt spezielle Angebote wie „Elternstart NRW", das Eltern mit Kindern von 0-1 Jahr kostenfrei begleitet und an dem die Hedwig-Dornbusch-Schule teilnahm oder die Berücksichtigung von Gewalttätern, die zugleich Väter von kleinen Kindern sind in den Täterprogrammen von man-o-mann Männerberatung im VSGB e.V. Zu diesen Angeboten vermittelt auch die Kinderschutzfachstelle der Stadt Bielefeld. Insge-

[9] Schäfer, Eberhard (2008): Vater werden ist nicht schwer? Zur neuen Rolle des Vaters rund um die Geburt (psychosozial), S. 87.

samt konnte die AG somit keinen derzeitigen Handlungsbedarf für eine Ausweitung der Angebote männerspezifischer Kurse im Rahmen der Geburtsvorbereitung erkennen. Gleichzeitig ist allerdings zu beobachten, dass auch bei egalitären Paaren oftmals eine Retraditionalisierung der Geschlechterrollen bei der Geburt eines Kindes stattfindet. Dies zeigen die Lebensläufe von Männern mit einer „kontinuierlichen Erwerbsbiografie“ und einer fast durchgehenden Vollzeitbeschäftigung, „…während Frauen ihre Berufstätigkeit häufig unterbrechen und/oder ihre Arbeitszeit zum Teil deutlich reduzieren - oftmals bis unterhalb einer Halbtagsbeschäftigung.“[10]

5.5.3. Daten

- entfällt

5.5.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen

Z. Zt. keine

Abbildung 5



Quelle: BZgA

[10] Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland, RKI, 2014, S. 168.

5.6. Bericht zur häuslichen Gewalt

5.6.1. Ziele / Handlungsfelder

- Berichtsauftrag häusliche Gewalt auf Umsetzbarkeit prüfen
- Eine Bestandsanalyse bisheriger Berichterstattungen zu diesem Themenbereich in den verschiedenen Netzwerken und Institutionen wird durchgeführt.

5.6.2. Zusammenfassung der Entwicklung

Dieser Auftrag wurde im ersten Bielefelder Gesundheitszieleprozess formuliert. Faktisch musste festgestellt werden, dass mit den verfügbaren örtlichen Routine-Gesundheitsstatistiken nur eingeschränkt eine datenfundierte Berichterstattung erfolgen kann. Im Speziellen bilden die ICD-10-Kodes R45 "Symptome, die die Stimmung betreffen", darunter die vierstellige Schlüsselnummer R45.6 "Körperliche Gewalt", und T74 „Missbrauch von Personen“ (sowie dessen Viersteller „Vernachlässigen oder Im Stich lassen“, „Körperlicher Missbrauch“, „sexueller Missbrauch“, „psychischer Missbrauch“ und sonstige nicht näher bezeichnete Formen des Missbrauchs von Personen) häusliche Gewalt ab. R45.6 wird allerdings nur dann kodiert, wenn keine psychische Erkrankung oder Verhaltensstörung vorliegt und vor der Kodierung von T74 wird die Kodierung einer akuten Verletzung empfohlen, falls dies möglich ist. Diese muss dann auch als Form häuslicher Gewalt erkannt werden. In den Routinestatistiken stehen nur die dreistelligen Schlüsselnummern zur Verfügung, d.h. insgesamt, dass die Datengrundlage eher unzureichend ist. Dies liegt aber nicht an der ICD, sondern daran, dass Ärztinnen und Ärzte wohl in der Regel nicht um die zugrundeliegenden

Prozesse Kenntnis erhalten und sich primär Zu Recht um die Verletzung kümmern und nicht um die Ursachen, die ja auch oft vom Patienten und oder Partner bzw. Familie falsch angegeben werden – wie bei der Kindesmisshandlung. Kurz: wir haben hier eine Dunkelziffer. Darüber hinaus gibt es die Schlüsselnummern X85-Y09 „Tätlicher Angriff“. Diese sind nur als Zusatz zu einer die Art des Zustandes bezeichnenden Schlüsselnummer aus einem anderen Kapitel der Klassifikation erlaubt. In der Regel werden diese Kodes nur verwendet, um ursächlich die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen gegen die Leistungspflicht Dritter abzugrenzen.

5.6.3. Daten

Im Zeitraum 2010-2013 findet sich kein einziger Fall des Missbrauchs von Personen oder eines tätlichen Angriffs in der Krankenhausentlass-Statistik für Bielefeld (seit 2000 liegt der Datensatz vor, danach wurden lediglich im Einzeljahr 2003 insg. 7 Fälle des Missbrauchs von Personen dokumentiert, darunter fünf Frauen und zwei Männer). In der Todesursachenstatistik seit 1998 zeigt sich, dass 1999 insgesamt 7 Getötete (5 Frauen, 2 Männer) und 2008 5 Getötete (3 Frauen, 2 Männer) dokumentiert waren. Darüber hinaus ist zu ergänzen, dass gerichtsfestes Dokumentieren und Ängste beim Anzeigeverhalten der Betroffenen durch das Verhalten des Gesundheitspersonals minimiert werden können. Dadurch ergibt sich die Hoffnung, dass die nach wie vor hohe Dunkelziffer in den Statistiken abgebaut werden kann.

5.6.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen

- Zurzeit keine

5.7. Gesundheitliche Chancengleichheit in verschiedenen Planungszuständigkeiten

5.7.1. Ziele / Handlungsfelder

- Einzelziel: Stärkere Verankerung der gesundheitlichen Chancengleichheit in verschiedenen Planungszuständigkeiten

- Strategie: Überprüfung städtischer Fachplanungen in Hinblick auf gesundheitliche Aspekte
- Strategie: Gesundheitliche Versorgungsstrukturen in den diversen städtischen Räumen erhalten

5.7.2. Zusammenfassung der Entwicklung

Eine systematische Prüfung städtischer Fachplanungen in Hinsicht auf die Verankerung gesundheitlicher Chancengleichheit konnte aufgrund der Ressourcensituation nicht erfolgen. Es gab Teilbereiche wie z.B. beim Projekt „Kein Kind zurücklassen“, wo auf entsprechende Entwicklungen hingewiesen werden konnte (vgl. 7.1.2.2.). Teilgenommen wurde an dem Planspiel „Lärmaktionsplanung“ im Rahmen des Masterplans Umwelt und Gesundheit NRW, das vom Deutschen Institut für Urbanistik und LK Argus durchgeführt wurde und unter dem Thema Umweltgerechtigkeit stattfand. Die daraus entstandene Idee, die Todesursachenstatistik in ausgewählten, lärmbelasteten Stadtbereichen 10 Jahre zusammenfassend auszuwerten, wurde in Anbetracht der massiven Kodierschwierigkeiten in den unteren Gesundheitsbehörden in NRW aufgrund Personalmangels zurückgestellt, kann

aber bei vorhandenen Ressourcen wieder aufgegriffen werden.[11]

Die Bedarfsplanung der ambulanten ärztlichen Versorgung oder auch die Krankenhausplanung liegen nicht in der Zuständigkeit der Kommune. Eine systematische Prüfung solcher externer Fachplanungen erfolgte nicht.

Festgehalten werden kann, dass unter dem Thema der Gesundheitlichen Chancengleichheit ein systematisches Planungsvorgehen insbesondere diejenigen Quartiere im Blick haben muss, die sozialen und umweltbezogenen Gesundheitsdeterminanten in hohem Maße ausgesetzt sind.

Abbildung 6



Quelle: LZG.NRW.

[11] „Laut Berechnung des Landkreistages ergibt sich NRW-weit ein Mehrbedarf von ca. 15,42 Stellen. Unter Bezugnahme auf EG 5 TVöD entspricht dies jährlich zusätzlichen Personalkosten von ca. 650.000 €. Da in einigen Fällen ärztlicher Sachverstand hinzuziehen ist, wird sich der Personalbedarf zusätzlich erhöhen.“ Vgl. Drucksachen-Nr. 16/7229, Landtag NRW, 4.11.2014.

5.7.3. Daten

- entfällt

5.7.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen

Vor dem Hintergrund, dass es einen starken Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit gibt, ist von Interesse, wie sich die Wohnsituation für die Bevölkerungsgruppen mit sehr unterschiedlichen Einkommen unter dem Aspekt der Umweltgerechtigkeit darstellt und welche gesundheitliche Belastung damit verbunden ist. Es sollte daher im Blick behalten werden, ob bei der nächsten Lärmkartierung (voraussichtlich 2020) in einer Zusatzauswertung ausgewählter Todesursachen in besonders lärmbelasteten Quartieren diese signifikant gehäuft auftreten und mit der Lärmbelastung in Verbindung gebracht werden können.

Insgesamt ist bei Planungsprozessen stärker darauf zu achten, dass im Rahmen der Umweltverträglichkeitsprüfungen noch stärker als bisher Gesundheitsaspekte in den Fokus genommen werden, damit die gesundheitlichen Auswirkungen von der Bevölkerung, der Politik und den Planungsverantwortlichen wahrgenommen werden können.

5.8. Verbesserung der Chancen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern

5.8.1. Ziele / Handlungsfelder

- Chancen verbessern für ein gesundes Aufwachsen von Kindern – insbesondere in den ersten Lebensjahren Verstetigung und Weiterentwicklung der Aktivitäten und Kooperationen von

Gesundheits- und Jugendhilfe im Bereich der Frühen Hilfen / des Konzeptes „Kinderschutz durch Prävention“

5.8.2. Zusammenfassung der Entwicklung

Die Konzepte „Kinderschutz durch Prävention“ und „Frühe Hilfen“ werden vom Jugendamt entwickelt und umfassen einige Maßnahmen, die auch im Gesundheitssystem verankert sind. Das Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt ist im Netzwerk Frühe Hilfen vertreten. Außerdem gibt es noch das Projekt „Kein Kind zurücklassen, ein vom Büro für Integrierte Sozialplanung und Prävention koordiniertes ämterübergreifendes Projekt, in dem auch das Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt engagiert ist.

5.8.3. Daten

Da es bei dem Thema Kinderschutz um Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen geht, kann auf einen Kernindikator der Gesundheitsberichterstattung zurückgegriffen werden, der Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern unter 15 Jahren abbildet. Diese Fälle können prinzipiell durch präventive Maßnahmen verhindert werden, denn sie treten bei sozial ungünstigen Verhältnissen häufiger auf. In NRW und OWL ging die Zahl der Krankenhausfälle in Folge von Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern zurück.[12] Dieser Rückgang war auch in Bielefeld zu beobachten, mit dem Ergebnis, dass sich die Rate zuletzt in etwa auf den OWL-Wert eingependelt hat mit 48 Fällen. Ein weiter Indikator sind die „Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls in Nordrhein-Westfalen nach der bekanntmachenden Institution oder Person“, die seit 2012 erhoben wird. Eine Gefährdungseinschätzung gemäß § 8a Absatz 1 SGB VIII liegt dann vor, wenn dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt werden, es sich daraufhin einen unmittelbaren Eindruck von der/dem Minderjährigen und ihrer/seiner persönlichen Umgebung verschafft hat und die Einschätzung des Gefahrenrisikos anschließend im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte erfolgt ist. Wenn für ein Kind im Berichtsjahr mehrere Gefährdungseinschätzungen erfolgt sind, werden diese alle zur Statistik gemeldet. Wurde für mehrere Minderjährige einer Familie eine Gefährdungseinschätzung durchgeführt, so ist für jede/jeden Minderjährige/-n eine Meldung abzugeben. Demnach sank in Bielefeld die Gesamtzahl der entsprechenden Verfahren von 2012 bis 2014 um 5,9% entgegen den Anstiegen im Regierungsbezirk Detmold (18,9%) und NRW (12,6%, Tab. 3) Bevölkerungsbezogen waren zuletzt 0,89% der 0- bis unter 18-Jährigen betroffen - weniger als in NRW, gleichauf mit der Quote in OWL (Abb. 7).

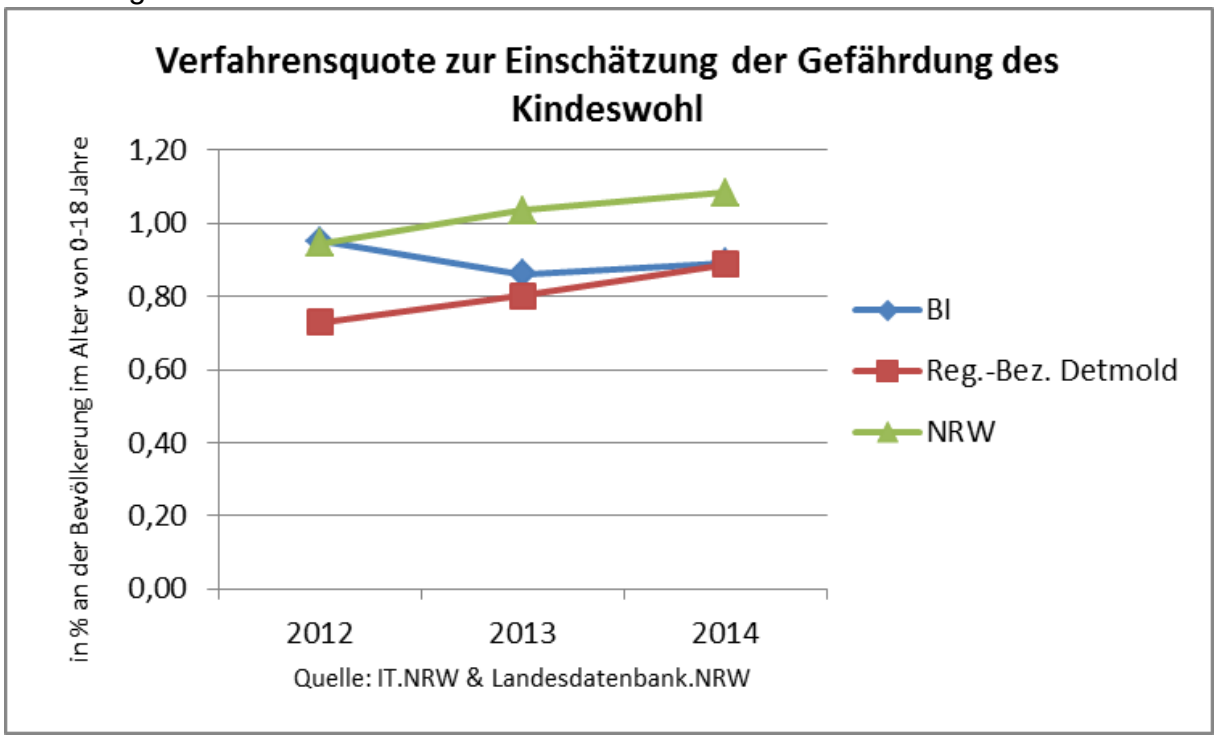
[12] Ratsinformationssystem Stadt Bielefeld, "17 Gesundheitsindikatoren für Bielefeld. Grundlagen für eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung", Drucksachen-Nr. 2715/2014-2020, S. 17.

Tabelle 3:

Tab. 5 Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohl				
Bielefeld				
	2012	**2013**	**2014**	**2012'-2014'**
insgesamt	525	475	494	-5,9
akute Kindeswohlgefährdung	75	70	60	-20,0
latente Kindeswohlgefährdung	51	56	48	-5,9
keine Gefährdung aber Hilfebedarf	237	193	226	-4,6
keine Gefährdung und kein Hilfebedarf	162	156	160	-1,2
Reg.-Bez. Detmold				
	2012	**2013**	**2014**	**2012'-2014'**
insgesamt	2664	2901	3168	18,9
akute Kindeswohlgefährdung	400	437	432	8,0
latente Kindeswohlgefährdung	429	440	421	-1,9
keine Gefährdung aber Hilfebedarf	923	950	1131	22,5
keine Gefährdung und kein Hilfebedarf	912	1074	1184	29,8
NRW				
	2012	**2013**	**2014**	**2012'-2014'**
insgesamt	28.075	30546	31612	12,6
akute Kindeswohlgefährdung	3.919	3528	3903	-0,4
latente Kindeswohlgefährdung	4903	4659	4529	-7,6
keine Gefährdung aber Hilfebedarf	8672	9831	10472	20,8
keine Gefährdung und kein Hilfebedarf	10581	12538	12709	20,1

Quelle: it.nrw.de

Abbildung 7



5.8.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen

Die Reduktion der Säuglingssterblichkeit (vgl. 5.3.) sollte im Zusammenhang mit den o.g. Konzepten und Maßnahmen gestellt werden. Die in 5.8.2. genannten Projekte sollten fortgeführt werden.

5.9. Projekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt - Gewinn Gesundheit“

5.9.1. Ziele / Handlungsfelder

- Gewalt frühzeitig zu erkennen – gezielt zu versorgen
- Berücksichtigung spezifischer Zielgruppen, z. B. Frauen mit Behinderungen
- Aufbau praxisrelevanter Kooperationsstrukturen
- Entlastung der alltäglichen Arbeit durch ein praxisnahes Handlungskonzept
- Implementierung gerichtsverwertbarer und zeitökonomischer Dokumentation
- Gezielte Weitervermittlung vor Ort

5.9.2. Zusammenfassung der Entwicklung

„Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen - GEWINN Gesundheit“ sensibilisierte Fachkräfte aus dem medizinischen Bereich für das Erkennen, Informieren, Dokumentieren und eine passgenaue Weitervermittlung bei allen Formen von Gewalt gegen Frauen und den daraus resultierenden Trauma-Folgestörungen. In zertifizierten Basis- und Aufbaufortbildungen sowie durch Fachtage wurden Ärztinnen und Ärzte sowie Hebammen und Medizinische Fachangestellte, des weiteren Pflegefachkräfte aus dem ambulanten wie dem klinischen Bereich geschult und der Einsatz mehrsprachiger Informationsmaterialien für Patientinnen (Patientinnenkarten, Informationsplakate) und kurze effektive Arbeitshilfen für die ärztliche Praxis (Med- Doc-Karte) erprobt. Neben den Schulungen wurde ein Netzwerk „Medizinische Intervention gegen Gewalt“ zum Fachaustausch zwischen medizinischer Versorgung und den Bielefelder Opferschutzeinrichtungen aufgebaut. Im Städtischen Klinikum Bielefeld wurde ein Gewaltschutzteam aufgebaut, das sich mit Standards bei Gewaltbetroffenheit befasst. Das Projekt wurde in der Region Bielefeld von der Psychologischen Frauenberatung Bielefeld e.V. in Kooperation mit der Gleichstellungsstelle der Stadt Bielefeld, der Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz Bielefeld und dem Städtischen Klinikum durchgeführt. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe und die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe unterstützten das Projekt.
Eine Förderung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen von April 2013 bis April 2014 mit einer Verlängerung bis 2016 ermöglicht mit Eigenanteil die intersektorale Umsetzung. Insgesamt wurde das Projekt in fünf Regionen in NRW durchgeführt und auf Landesebene vom Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW in Bochum koordiniert.

5.9.3. Daten

Das Projekt wurde in allen Regionen durch das Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW in Kooperation mit der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften evaluiert. Die Evaluationsergebnisse liegen dem MGEPA vor, sind aber zum Zeitpunkt der Niederschrift noch nicht freigegeben.

5.9.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen

Das Programm GEWINN Gesundheit soll in der Region im ambulanten und klinischen Bereich fortgeführt werden. An der Implementierung eines Gewaltschutzkonzeptes im städtischen Klinikum soll weiterhin gearbeitet werden. Mit in den Blick genommen wird in der Folgeperiode die medizinische Versorgung gewaltbetroffener geflüchteter Frauen.
Krankenkassen und Organe der Selbstverwaltung sollen aufgefordert werden, sich an Lösungen zur Finanzierung des GEWINN Gesundheit Programms in der Region Bielefeld zu beteiligen.

Abbildung 8



Quelle: Kompetenzzentrum NRW Frauen & Gesundheit

6. Leitziel Prävention und Gesundheitsförderung

6.1. Vorsorge- und Früherkennung für Männer

6.1.1. Ziele / Handlungsfelder

Teilziel: Steigerung der Inanspruchnahme der Krebs-Früherkennung bei Männern

Strategie: Kreative Informations- und Öffentlichkeitsarbeit, die über Nutzen und Risiken von Früherkennungsuntersuchungen aufklärt und eine informierte Entscheidung unterstützt.

6.1.2. Zusammenfassung der Entwicklung

Die AG Jungen- und Männergesundheit setzte den Fokus auf die Darmkrebsfrüherkennung, weil die Prostatakrebs-Früherkennung als weniger sensitiv und spezifisch eingestuft wurde und die Hautkrebs-Früherkennung zum damaligen Zeitpunkt erst kurze Zeit eine Kassenleistung war. Der Auftrag eine Darmkrebsfrüherkennungskampagne durchzuführen, wurde allerdings an die Kommunale Gesundheitskonferenz zurückgegeben, weil Frauen in etwa gleich häufig betroffen sind und sich deswegen die Frage einer männerspezifischen Kampagne nicht stellte. Darüber hinaus wichen die Darmkrebs-Krankenhaus- und Sterberaten in Bielefeld nicht stark von denjenigen des Landes und vergleichbarer Kommunen ab. Im weiteren Verlauf initiierte die FH der Diakonie in Kooperation mit der BARMER GEK die Kampagne „1.000 mutige Männer“ der Krebsgesellschaft NRW in Bielefeld. Ihre Ziele waren die „Früherkennungs-Darmspiegelung“ aus der Tabuzone herauszuholen und in die Öffentlichkeit zu bringen, die Darmkrebsvorsorge zum Stadtthema zu machen und die

Inanspruchnahme der Früherkennungs-Darmspiegelungen bei Männern ab 55 Jahren zu erhöhen. Die Kampagne fand in der zweiten Jahreshälfte 2013 und der ersten Jahreshälfte 2014 statt. Sie umfasste eine Sensibilisierung für das Thema Darmkrebsfrüherkennung über eine persönliche Ansprache im sozialen Umfeld, vielfache Einbindung von Multiplikatoren (Unternehmen, Sportvereine, Schützenvereine, öffentliche Institutionen), umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit und Aktionen auf öffentlichen Veranstaltungen in Bielefeld letztlich mit dem Ziel, in ganz Bielefeld auf das Thema aufmerksam zu machen. Mitte Mai 2015 war das Ziel erreicht ‚1.000 Männer für die Darmkrebsfrüherkennung zu gewinnen.

Abbildung 9



Quelle: http://mutige-maenner.de

6.1.3. Daten

Die Inanspruchnahme des Darmkrebs-Früherkennungsprogramms durch Männer schrumpfte anhand der Rate des Tests auf Okkultblut von 2010 bis 2011 (keine jüngeren Daten vorhanden) von 10,9% auf 10,5%, ein Trend, der auch auf Landesebene beobachtet werden konnte, allerdings auf höherem Niveau (13,1% auf 12,3%).[13] In der bundesweiten Zusammenschau stand Bielefeld im zweithöchsten Wertebereich. Die Rate der Früherkennungs-Koloskopie stieg auf deutlich niedrigeren Niveau im Zeitraum um 0,2-%-Punkte auf 2,3% an. Bundesweit stand sie im mittleren Wertebereich. Die Neuerkrankungszahlen schwankten in Bielefeld ohne klar erkennbaren Trend (zuletzt 137 Männer), deren Rate war zuletzt höher als in NRW und stand im zweithöchsten Wertebereich (59,8 vs. 56,3 pro 100.000).[14] Somit zeigt sich bei allen Daten, dass es in Bielefeld keine auffälligen Entwicklungen gab. Spannend bleibt für die Zukunft die Frage, inwiefern sich die Aktion„1.000 Mutige Männer“ auf diese Raten ausgewirkt haben wird.

6.1.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen

- Die Entwicklung des Darmkrebs-Früherkennungsprogramms sowie die entsprechenden Statistiken sollten bis einschließlich 2015 beobachtet werden, um die Wirkung der stadtweiten Kampagne „.1000 Mutige Männer“ einschätzen zu können (in Bezug auf die Sterblichkeit müsste allerdings im Durchschnitt bis zum Jahr 2030 für eine Erstauswertung beobachtet werden).

6.2. Stärkung der Selbsthilfe

6.2.1. Ziele / Handlungsfelder

- Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und Anre-

[13] Quelle: versorgungsatlas.de, der bundesweite Referenzahlen u.a. vorhält, 03.2016.
[14] Quelle: http://www.krebsregister.nrw.de/, 03.2016

gungen von Selbsthilfegruppen werden in den Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufen aller Gesundheitseinrichtungen verankert, ebenso die Verbesserung und Steigerung der Zusammenarbeit von Professionellen und Selbsthilfegruppen
- Sensibilisierung der Menschen mit Migrationshintergrund für die Selbsthilfe
- Sensibilisierung der jungen Menschen für die Selbsthilfe
- Verbreitung des Selbsthilfegedankens in der Öffentlichkeit
- Partizipation der SH wird gestärkt
- Aktivierung der Selbsthilfepotenziale bei älteren und pflegebedürftigen Menschen
-

6.2.2. Zusammenfassung der Entwicklung

Das Klinikum Bielefeld wurde als selbsthilfefreundliches Krankenhaus erneut ausgezeichnet. Zusammen mit dem Patienteninformationszentrum bestehen Kontakte zu fast allen Selbsthilfegruppen, die in Bielefeld aktiv sind. Im Rahmen des Qualitätsmanagements konnten die Selbsthilfegruppen regelmäßig in die Qualitätszirkel eingebunden werden zwecks kontinuierlicher Fortschrittskontrolle der Qualitätskriterien „Selbsthilfefreundlichkeit". Das Franziskushospital bietet verschiedenen Selbsthilfegruppen in ihrem Bildungszentrum Räumlichkeiten an und darüber kann dann auch Kontakt zum Versorgungsgeschehen gehalten werden. Ähnlich gestaltet sich die Zusammenarbeit im Ev. Krankenhaus Bielefeld.
Die Selbsthilfe-Kontaktstelle hat am Runden Tisch Ostmannturmviertel und am Arbeitskreis Demenz im Bielefelder Westen sowie an der Stadtteilkonferenz West teilgenommen.

Abbildung 10



Quelle: www.selbsthilfefreundlichkeit.de

Darüber hinaus wurden die Selbsthilfegruppen in Brackwede auf die dortige Stadtteilkonferenz hingewiesen. Die Selbsthilfe-Kontaktstelle beteiligt sich an dem Arbeitskreis „Selbsthilfe und Behinderung" der Stadt Bielefeld, der Arbeitsgemeinschaft „Migration und psychosoziale Versorgung" der PSAG sowie der Arbeitsgruppe „Männergesundheit" der Kommunalen Gesundheitskonferenz. Die Selbsthilfe-Kontaktstelle ist Mitglied der AG Suchtselbsthilfe Bielefeld. An den Sitzungen des Netzwerkes Essstörungen sowie den Sitzungen der PSAG Untergruppe „Therapie und Beratung" nimmt die Selbsthilfe-Kontaktstelle sporadisch teil.

Im Gesundheitszielezeitraum kam es regelmäßig zu Treffen von Selbsthilfegruppen im FFZ Stieghorst. Die Kontaktstelle nimmt zudem regelmäßig am AK Beratung und Selbsthilfe des Sozialamtes teil, wo unter anderem auch das Begegnungszentrum Bültmannshof vertreten ist. Zudem fand ein Austausch der Selbsthilfe-Kontaktstelle mit dem seit 2011 geöffneten Begegnungs- und Beratungsbüro der Diakonischen Stiftung Ummeln statt.

Die Sensibilisierung von Menschen mit Migrationshintergrund für die Selbsthilfe wurde bereits im Umsetzungsbericht zum Integrationskonzept beschrieben.[15] Seit Januar 2016 ist die Selbsthilfe-Kontaktstelle Modellstandort im Projekt „Migration und Selbsthilfeaktivierung“. Partner sind das MGEPA, die AOK NORD-WEST sowie der DPWV NRW mit dem Schwerpunkt auf russischsprachige Zuwanderer.

Durch das Projekt Familienselbsthilfe 2014/2015 konnte durch Veranstaltungen wie „menschenskind“ auch auf jüngere Menschen zugegangen werden, um sie für den Selbsthilfegedanken zu gewinnen.

Die Selbsthilfe-Kontaktstelle Bielefeld beteiligt sich an dem Projekt „In-Gang-Setzer®“, d.h. ehrenamtliche Selbsthilfegruppenmitglieder und engagierte, speziell geschulte Personen unterstützen Selbsthilfegruppen in der Startphase.[16] Die Selbsthilfe-Kontaktstelle führt regelmäßige Supervisionstreffen für die „In-Gang-Setzer“ durch, organisiert und führt in Abstimmung mit der BIGS, Bürgerinformation Gesundheit und Selbsthilfekontaktstelle, überregionale Treffen mit „In-Gang-Setzern“ aus dem Kreis Gütersloh durch und akquiriert Teilnehmende für die Weiterqualifizierung als In-Gang-Setzer für bestehende Gruppen. Im Oktober und November 2016 wird eine Schulung von neuen „In-Gang-Setzern“ durchgeführt.

Über den gesamten Zeitraum wurde Öffentlichkeitsarbeit betrieben.

[15] Umsetzung des Integrationskonzeptes - Maßnahmenbezogenes Controlling - Zeitraum 2010- 2013, Drucksache 0567/2014-2020, S. 88 ff.

[16] Vgl.: http://www.in-gang-setzer.de/, 05.2016

6.2.3. Daten

- Die Anzahl der Selbsthilfegruppen hat sich im Zeitraum um rd. 220 bewegt. Auflösungen und Neugründungen hielten sich dabei die Waage.

6.2.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen

- keine

6.3. Suchtvorbeugung und Suchtbewältigung

6.3.1. Ziele / Handlungsfelder

- Das in Entwicklung befindliche „Präventionskonzept Alkohol Bielefeld“ wird umgesetzt.
- Familien mit Migrationshintergrund wird eine spezifische Suchtvorbeugung angeboten (Projekt Familientreff).

6.3.2. Zusammenfassung der Entwicklung

Im Gesundheitsziele-Zeitraum konnte das Projekt/Netzwerk „Gemeinsam initiativ gegen Alkoholmissbrauch“ (GigA) ins Leben gerufen werden, welches verschiedene Projekte und Maßnahmen unter einem Dach bündelte.[17] Dies waren z.B. das Projekt „Hart am Limit“ (HaLt), welches Jugendlichen und ihren Eltern nach einem Komatrinken in der Klinik ein spezifisches Beratungsangebot macht. Darüber hinaus entwickelte das Netzwerk auch neue Bausteine wie den „Wegweiser für Hilfsangebote bei Alkoholproblemen“ für Bielefelder Ärztinnen und Ärzte, eine Ausweitung des Angebotes alkoholfreier Cocktails in der Gastronomie und bei Stadtfesten, Zusammenarbeit mit den Tankstellen zum Thema Jugendschutzgesetz u.a. mehr. Projekt-

[17] Vgl. Drucksache-Nr. 7012/2009-2014

übergreifende Ziele waren dabei: der Aufbau einer vernetzten Alkoholprävention, Sensibilisierung der politisch Verantwortlichen, der Behörden sowie Vereine und Verbände für GigA, Schärfung des Bewusstseins, insbesondere der Eltern im Hinblick auf ihre Vorbildfunktion, Erhöhung des Einstiegsalters beim Alkoholkonsum und Verringerung der konsumierten Menge von Alkohol.

6.3.3. Daten

Das Projekt HaLT suchte im Jahr 2013 85 in eine Klinik eingelieferte Jugendliche auf (Vorjahr: 117 Fälle), davon nahmen 76 Jugendliche an einem Beratungsgespräch teil (88,4%).

Abbildung 11



Quelle: LZG.NRW

Tabelle 4: Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene in der Klinik wg. ICD-10 F10

	2010	2011	2012	2013	2014	2010-2014 in %
10 - 14 Jahre	14	15	20	14	8	-42,9
15 - 19 Jahre	99	94	105	104	79	-20,2
20 - 24 Jahre	80	71	92	74	92	15,0
Insgesamt	193	180	217	192	179	-7,3

Bei 55 Jugendlichen ließen sich auch die Eltern einbinden (64%). Das Durchschnittsalter der aufgesuchten Jugendlichen betrug 15,4 Jahre (Vorjahr: 15,0 J.), 53% von ihnen waren männlich. Zumeist wurden sie am Samstag aufgenommen und hatten im Durchschnitt eine Blutalkoholkonzentration von 1,64 ‰. Die Anzahl der hospitalisierten Kinder aufgrund Komatrinkens schrumpfte zwischen 2010 und 2014 um 42,9%, wobei es einen Höhepunkt im Jahr 2012 gab (20 Fälle). Die Anzahl der Jugendlichen schrumpfte um 20,2% auf 79, diejenige der jungen Erwachsenen stieg hingegen um 15% auf 92 (mit 2012 die höchsten Ausprägungen). Insgesamt war für den beobachteten Zeitraum ein Rückgang der Krankenhauszahlen erkennbar (-7,3%, Tab.4).

6.3.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen

- Das Monitoring der ICD-10 Diagnose F10 sollte fortgesetzt werden. Dabei sollte auch das ambulante Geschehen betrachtet werden, soweit Daten hierzu vorliegen.

6.4. Multiresistente Erreger - Verringerung der Erkrankungsraten

6.4.1. Ziele / Handlungsfelder

- Ziel: Verringerung der Erkrankungsraten multiresistenter Erreger in den verschiedenen Einrichtungen
- Strategie: Intersektorale Vernetzung der Akteure untereinander,

um Kommunikationsstörungen, Reibungsverluste oder gar Behandlungsabbrüche an den Schnittstellen zu vermeiden
- Strategie: Risikokommunikation gegenüber der Öffentlichkeit

6.4.2. Zusammenfassung der Entwicklung

Der „stillen Seuche“ wurde in OWL vor dem Hintergrund eines Beschlusses der Gesundheitsministerkonferenz von 2006 mit der Etablierung eines MRE-Netzwerkes begegnet, bestehend aus den regionalen Gesundheitsämtern in OWL in Kooperation mit der Arbeitsgruppe 7 „Umwelt und Gesundheit“, der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld. Die definierten Ziele sind: Akteurübergreifende einheitliche Konzeptentwicklung zur Reduzierung der Ausbreitung von MRSA und anderen multiresistenten Erregern; die Förderung und Sicherung der sektorenübergreifenden Versorgung; die Weiterentwicklung der Qualität und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems; die Vermeidung hoher finanzieller Belastungen durch Infektionen und Verbreitung der Erreger sowie die Verbesserung der Handlungskompetenz im Umgang mit MRE. Das örtliche Netzwerk in Bielefeld ist intersektoral ausgerichtet.[18] Das OWL-weite Netzwerk hat zur Kommunikation der regionalen Akteure und für die Öffentlichkeit den Internetauftritt www.mre-owl.net entwickelt, der verschiedene Informationen bereithält. Es bietet auf den Bedarf in OWL zugeschnittene Fortbildungsveranstaltungen an. Das Netzwerk vergibt zudem nach einem abgestuften Verfahren ein Qualitätssiegel für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen (ursprünglich das Qualitätssigel MRSA des MRE-Netzwerkes Nordwest, welches durch das Euregionale Qualitäts- und Transparenzsiegel abgelöst wurde). Seit Oktober 2014 wird es durch das „Qualitätssiegel MRE für Senioren- und Pflegeheime sowie neue Wohnformen“ ergänzt.

Die Verringerung bzw. Vermeidung von MRE-Erkrankungen ist aber nicht nur auf der professionellen Ebene der Gesundheitsdienste ein wichtiges Ziel. Um die Perspektive der Patientinnen und Patienten einzubeziehen, wurde vom Gesundheitsladen Bielefeld e.V. zusammen mit der AG der BKK‘n in OWL und mit Unterstützung der Universität Bielefeld eine Befragung von Versicherten über ihre klinischen Erfahrungen im Umgang mit MRE durchgeführt. In der Auswertung wurden kritische Situationen in den Kliniken in OWL und Empfehlungen aus Patientensicht dargestellt.

6.4.3. Daten

In Bielefeld haben alle vier Krankenhäuser eines der Qualitätssigel ausgestellt bekommen. Darunter erreichten drei Krankenhäuser eine Verstetigung (Abb. 12). Qualitätssigel für Senioren- und Pflegeeinrichtungen sowie neue Wohnformen wurden in Bielefeld noch nicht vergeben.

6.4.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen

Es sollten die bevölkerungsbezogenen Infektionsraten auf örtlicher Ebene beobachtet werden, wie sie laut der letzten Novelle des IfSG demnächst dokumentiert werden.

[18] Krankenhäuser, Hygiene-Arbeitskreis, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Alten- und Pflegeheime, Pflegedienste, Krankentransport, Infektions-AG, Laboratorien (auch Krankenhäuser), Apotheken, Gesundheitsamt, Universität.

Abbildung 12

Die Siegel sind nach Erwerb für 2 Jahre gültig. Danach erlischt die Gültigkeit. Es erfolgt keine automatische Re-Evaluation zur Überprüfung, ob die zugrundeliegenden Qualitätskriterien weiter erfüllt sind.

Stadt/ Kreis	Ort	Klinik	gültig bis	Siegel	Verstetigt/ EQS-1 seit	Versteti-gungs-siegel beantragt
Bielefeld	Bielefeld	Evangelisches Krankenhaus Bielefeld gGmbH	06/2017	SIEGEL	Verstetigt 07/2015	
Bielefeld	Bielefeld	Franziskus Hospital Bielefeld, Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover	06/2017	SIEGEL	Verstetigt 07/2015	
Bielefeld	Bielefeld	Klinikum Bielefeld		mre		Muster
Bielefeld	Bielefeld	Krankenhaus Mara gGmbH	06/2017	SIEGEL	Verstetigt 07/2015	

Quelle: LZG.NRW

6.5. Reanimation - Förderung der Laienkompetenz

6.5.1. Ziele / Handlungsfelder

- Förderung der Laienreanimation
- Bildung einer intersektoral zusammengesetzten Arbeitsgruppe, die zur Woche der Wiederbelebung September 2015 eine entsprechende Kampagne durchführt

6.5.2. Zusammenfassung der Entwicklung

Es wurde eine intersektoral besetzte AG gegründet. Sie führte zur Woche der Wiederbelebung eine Kampagne mit folgenden Einzelaktivitäten durch:

- eine öffentliche Aktion auf dem Jahnplatz zur Förderung der Laienreanimation (mit praktischer Reanimationsschulung) für alle Bielefelder Bürgerinnen und Bürger
- Unterrichtung von Schülerinnen und Schülern der 7./8. Klassen der Laborschule, der Martin-Niemöller-Gesamt-schule und der Bodelschwingh-Schule durch das EvKB in Reanimation
- Unterrichtung von Lehrerinnen und Lehrern verschiedener Bielefelder Schulen in Theorie und Praxis der Reanimation in der Stadthalle durch das Franziskus-Hospital

6.5.3. Daten

Insgesamt konnten rd. 1.200 Personen in der Laienreanimation geschult werden. Darunter waren 710 Bürgerinnen und Bürger, die auf dem Jahnplatz angesprochen wurden, 250 Schülerinnen und Schüler der oben genannten Schulen sowie 140 Lehrerinnen und Lehrer. Hinzuzurechnen sind noch (~ 80–100) Schulungen im Rahmen des Leistungsnachweises der Freiwilligen

Feuerwehr Bielefeld auf dem Kesselbrink am 26.09.2015 (betreut durch die Berufsfeuerwehr Bielefeld).

6.5.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen

Die AG und ihre Aktionen zur Woche der Wiederbelebung sollten auch 2016 fortgeführt werden, um die Laienreanimation weiter zu fördern. Insbesondere die Etablierung von Reanimationsschulungen an den Bielefelder Schulen sollte befördert werden.

Abbildung 13: Jahnplatzaktion



6.6. Bielefeld - eine Stadt zum Gehen und Radfahren

6.6.1. Ziele / Handlungsfelder

- Stärkung der Bewegungsförderung durch Gehen und Radfahren
- Gestaltung des öffentlichen Raums in Bielefeld derart, dass Menschen sich beim Radfahren und Gehen subjektiv sicher fühlen, es als attraktiv empfinden, sich hier zu bewegen und sie auf effiziente Weise ihre Ziele (Bewegung oder örtliches Ziel) erreichen können.
- Zum sicheren Bewegen gehört eine sichere Infrastruktur, die Zunahme des Radverkehrs („Safety-in-number-Effekt“) und eine besondere Rücksichtnahme der motorisierten gegenüber nicht motorisierten Verkehrsteilnehmern.
- Zwischenziel: spätestens im Jahre 2020 einen Radverkehrsanteil von 25% erreichen. Mindestens 40% aller Wege sollten dann zu Fuß oder mit dem Fahrrad erfolgen und eine weitere Steigerung des Rad- und Fußverkehrsanteils in der Folgezeit ist anzustreben. Angesichts der Erfahrungen aus vergleichbaren Städten ist dieses Ziel erreichbar.

6.6.2. Zusammenfassung der Entwicklung

Die Kommunale Gesundheitskonferenz setzte sich ausführlich mit Themen im Spektrum „Umwelt und Gesundheit“ während der Laufzeit der Bielefelder Gesundheitsziele auseinander, so unter anderem auch mit der alltagsnahen Bewegungsförderung in den Städten entsprechend der Toronto-Charta für Bewegung.[19] Eine Initiative von adfc Bielefeld, medi-owl, der Kinder- und Jugendärzte, der Initiative der Bielefelder Hausärzte sowie die Universität Bielefeld entwickelte dabei das Positionspapier „Bielefeld – eine Stadt zum Gehen und Radfahren“, welches in verschiedenen politischen Gremien und der Kommunalen Gesundheitskonferenz vorgestellt wurde. Es wurde 2015 in das Auditverfahren BYPAD ("Bicycle-Policy-Audit") der Stadt Bielefeld eingebracht, welches darauf zielt, im Frühjahr 2016 mit einem Konsens zur Radverkehrsförderung abzuschließen.[20]

[19] Vgl.: http://www.world-heart-federation.org/publications/heart-beat-e-newsletter/heart-beat-january-2011/in-this-issue/the-toronto-charter/, 04.2016

[20] Drucksachen-Nr. 1473/2014-2020

Darüber hinaus wird das EU-Projekt STARS zur Förderung des "Bewegten Schulweges" begleitet, welches darauf zielt, die Zahl der Schülerinnen und Schüler, die mit dem Fahrrad zur Schule fahren zu erhöhen und dadurch den Transport mit dem Auto zu verringern. Auch dieses Projekt wird voraussichtlich 2016 abgeschlossen und ausgewertet.[21]

6.6.3. Daten

- entfällt

6.6.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen

Das Ziel Bewegungsförderung durch Gehen und Radfahren wird in Bielefeld weiter verfolgt. Das Positionspapier „Bielefeld – eine Stadt zum Gehen und Radfahren“ sollte in den neuen Bielefelder Gesundheitszieleprozesses Eingang finden. Die im BYPAD-Verfahren erarbeiteten Ziele werden einem formalen politischen Beschlussverfahren zugeführt. Der durch STARS angestoßene Prozess sollte in einem ganzheitlichen und nachhaltigen Konzept schulischer Bewegungsförderung münden.

7. Gesundheitsberichterstattung

7.1. Ziele / Handlungsfelder

- Ziel: Die Gesundheitsberichterstattung stellt der Kommunalen Gesundheitskonferenz und ihrer Arbeitsgruppen bzw. Netzwerken sowie der Öffentlichkeit regelmäßig Informationen über die gesundheitliche Lage und Versorgung insbesondere der Bielefelder Bevölkerung zur Verfügung
- Strategie 1: Die rd. 80 kommunal verfügbaren Indikatoren des Indikatorensatzes der Länder sollen für Bielefeld im Vergleich zu den vergleichbaren Kreisen und kreisfreien Städten in NRW in ihrer Aussagekraft für das örtliche Gesundheitswesen geprüft werden.
- Strategie 2: Der Fachplan Kindergesundheit soll ausgewählte Daten zur Kindergesundheit kleinräumig abbilden.

7.1.2. Zusammenfassung der Entwicklung

7.1.2.1. 80 Kommunal verfügbare Gesundheitsindikatoren

Die städtische Gesundheitsberichterstattung bereitete die rd. 80 kommunal verfügbaren Indikatoren des o.g. Indikatorensatzes in Kooperation mit dem Arbeitskreis der Geschäftsführungen Kommunaler Gesundheitskonferenzen in OWL und dem LZG.NRW in einem Arbeitspapier auf. Hier werden die Daten in Form von Zeitreihen ab 2005 und in Karten zum zuletzt verfügbaren Zeitpunkt sowie anhand von Referenzwerten für OWL und NRW dargestellt. Die Auswertung erwies sich hinsichtlich einiger Indikatoren als überaus fruchtbar, um die Determinanten von Gesundheit, die gesundheitliche Lage und die gesundheitliche Versorgung in Bielefeld mit Routinedaten einzuordnen. Das umfangreiche nichtöffentliche Arbeitspapier wurde der Kommunalen Gesundheitskonferenz vorgestellt und mündete in eine zusammenfassende öffentliche Informationsvorlage für den Sozial- und Gesundheitsausschuss. Hier wurden die vorgenannten Aspekte des gesundheitlichen Geschehens anhand von 17

[21] Vgl. http://starseurope.org/bielefeld.php, 04.2016.STARS steht für „Sustainable Travel Accreditation and Recognition for Schools”.

Kernindikatoren zusammenfassend beschrieben.[22]

7.1.2.2. Fachplan Kindergesundheit / Kleinräumiger Gesundheitsbericht Entwicklungsstand der Einschulkinder

Das Konzept „Fachplan Kindergesundheit“ konnte im vorgesehenen Zeitraum nicht umgesetzt werden, weil Ressourcen für viele Aspekte eines vertieften kleinräumigen Vorgehens, z.B. die Analyse eines Quartiers hinsichtlich gesundheitlicher Belange, nicht realisierbar war. Der Fachplan wurde in einen kleinräumig orientierten Gesundheitsbericht umgewidmet, der Daten nach den statistischen Bezirken auswertet. Die Fachplanidee wurde nicht aufgegeben, wird aber entsprechend der vorhandenen Ressourcen weiterverfolgt. Eine verbesserte Kleinräumigkeit soll unter Beachtung des Datenschutzes schrittweise in die Datenerfassung des Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamtes implementiert werden, um eine Grundlage für einen späteren Fachplan zu erzielen.[23]

Der Gesundheitsbericht „Der Entwicklungsstand der Einschulkinder 2010-2012 nach statistischen Bezirken“ wurde in der zweiten Sitzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz 2013 verabschiedet und zur Lesung im Jugendhilfe- und Sozial- und Gesundheitsausschuss vorgestellt, bevor er zur Lesung in den Bezirksvertretungen Jöllenbeck, Schildesche, Senne, Dornberg und Sennestadt gegeben wurde (den Bezirksvertretungen oblag die Berücksichtigung des Berichts in ihren Tagesordnungen).[24] Er mündete im Zeitraum des Gesundheitszieleprozesses in folgende Umsetzung der Handlungsempfehlungen: im statistischen Bezirk Heeper Fichten, wo eine große Zahl von Einschulkindern mit auffälligen Befunden bzgl. des Mengenvorwissens und Neubefunden des Zahlen- und Mengenvorwissens beobachtet wurden, wurde in Folge mit den Kindertagesstätten im Jahr 2014 das Projekt „Schnecke – Bildung braucht Gesundheit“ initiiert. Das Projekt „Schnecke – Bildung braucht Gesundheit“ setzt passgenau an, in dem es sich mit drei Wahrnehmungssystemen beschäftigt, die für das Lernen und die Leistung der Einschulkinder (und späteren Erwachsenen) eine große Bedeutung haben: Hören und Lärmprävention, Sehen, Gleichgewicht.[25] Insbesondere durch die Förderung des Gleichgewichtssinns können bessere Ergebnisse in Deutsch und Mathematik erreicht werden.

Ein zweiter kleinräumig orientierter Gesundheitsbericht zum Thema Adipositas erschien. Trotz umfangreicher Datensätze konnte kein statistischer Bezirk anhand der verwendeten statistischen Kriterien identifiziert werden, der stark abwich. Die eher auf gesamtstädtischer Ebene angesiedelten Handlungsempfehlungen konnten noch keiner systematischen Umsetzung zugeführt werden.[26]

7.1.2.3. Aufbau eines Stillmonitorrings im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen

Im Rahmen der Babi-Studie der Universität Bielefeld (Fakultät Gesundheitswissenschaften) wird am Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt im Rahmen der

[22] Drucksachen-Nr. 2715/2014-2020.
[23] Drucksachen-Nr. 2582/2009-2014 sowie Mitteilung an den Sozial- und Gesundheitsausschuss in der Sitzung 026/2012 am 19.06.2012, TOP 2.1. Die Mitteilung erfolgte auch an den Jugendhilfeausschuss.
[24] Drucksachen-Nr. 6436/2009-2014.
[25] Vgl.: http://www.bildung-kommt-ins-gleichgewicht.de/, 01.2016
[26] Drucksachen-Nr. 1650/2014-2020.

Schuleingangsuntersuchung ein Stillmonitoring aufgebaut. Hintergrund ist, dass dies bereits seit vielen Jahren von der Nationalen Stillkommission am Bundesinstitut für Risikoforschung gefordert wird, um die Umsetzung von Stillförderungskampagnen besser beobachten zu können. Dieses Ziel konnte im Rahmen der Dokumentation im Mutterpass und auch nicht bei der Dokumentation der Früherkennungsuntersuchungen etabliert werden, so dass jetzt eine gewisse Hoffnung für eine Einbindung des Themas im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen gesetzt wird. Ein erster Vortest in Kooperation mit der Universität Bielefeld, dem LZG.NRW und der nationalen Stillkommission verlief positiv.

7.1.3. Daten

- entfällt

7.1.4. Empfehlung für neue Teilziele und Maßnahmen

- Die Beobachtung der Entwicklung der Gesundheitsdeterminanten, der gesundheitlichen Lage und Versorgung sollte anhand der Kernindikatoren regelmäßig fortgeschrieben werden.
- Bei einer Neuformulierung von Bielefelder Gesundheitszielen sollte verstärkt eine Quantifizierbarkeit einbezogen werden, so dass ein Monitoring mit den Routinedaten ermöglicht wird.
- Das Konzept eines Fachplanes Gesundheit sollte in Kooperation mit der Wissenschaft weiterverfolgt werden.
- Die kleinräumigen Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen sollten zum Teil wiederholt werden, um Erfolge von Maßnahmen in stärker belasteten Stadtteilen beobachten zu können. Außerdem sollten thematische Schwerpunkte ergänzt werden (z.B. Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen).