

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

Bielefelder Gesundheitsziele.indd 2 08.02.11 14:38

Impressum:

Herausgeberin:

Stadt Bielefeld
Dezernat 3, Umwelt und Klimaschutz

Geschäftsführung Kommunale Gesundheitskonferenz
Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt
Postfach 33597 Bielefeld

Ansprechpartner/ -in: Dirk Cremer (Gesundheitsberichterstattung), Cornelia Petzold (Geschäftsführung Kommunale Gesundheitskonferenz),

Redaktionsschluss: Januar 2011

Bestellungen:
Telefon: 0521/51-2586
Fax: 0521/51-3406
E-Mail: gesundheitsamt@bielefeld.de
Internet: http://www.bielefeld.de

© Stadt Bielefeld 2011

Inhaltsverzeichnis

VORWORT **3**

1. LEITZIEL BÜRGERINNEN- UND BÜRGERORIENTIERUNG **5**

2. LEITZIEL GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT **8**

3. LEITZIEL PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG **12**

4. GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG **16**

ANHANG **17**

Vorwort



Im Jahr 2003 wurden erstmals die Bielefelder Gesundheitsziele **Bürgerinnen- und Bürgerorientierung – Gesundheitliche Chancengleichheit – Prävention und Gesundheitsförderung –** durch die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) und den Sozial- und Gesundheitsausschuss (SGA) der Stadt Bielefeld verabschiedet. Sie wurden zunächst für einen Zeitraum von fünf Jahren festgeschrieben. Seitdem wurden eine Reihe von Projekten und Maßnahmen initiiert, die wertvolle Beiträge zur Zielerreichung geleistet haben.

Die KGK verpflichtete sich zudem, nach Ende der Laufzeit zu überprüfen inwiefern die Gesundheitsziele auch tatsächlich erreicht werden konnten. Die Auswertung des ersten Bielefelder Gesundheitsziele- Prozesses war sehr umfassend und beinhaltete u.a. eine Wiederholung der Bevölkerungsbefragung zum Bielefelder Gesundheitssystem. Die Auswertung wurde im Dezember 2009 mit Vorlage des Abschlussberichtes „Bielefelder Gesundheitsziele 2003 – 2007“[1] abgeschlossen.

In der KGK bestand Einvernehmen darüber, dass sich die drei Oberziele „Bürgerinnen- und Bürgerorientierung“, „Gesundheitliche Chancengleichheit“, „Prävention und Gesundheitsförderung“ bewährt haben. Die im Laufe der letzten Jahre gebildeten Teilziele und daran anschließenden Maßnahmen konnten ihnen zugeordnet werden. Aus diesem Grund hat sich die KGK dafür ausgesprochen, den Gesundheitszieleprozess in dieser Form fortzuschreiben. Dazu wurde im Juni 2010 in einem Workshop mit Mitgliedern des SGA und der KGK der neue Gesundheitszieleprozess vorbereitet. Die „AG Gesundheitsziele“ der KGK hat die Ergebnisse aus dem oben erwähnten Abschlussbericht sowie dem Workshop ausgearbeitet und der KGK unter dem Titel „Bielefelder Gesundheitsziele 2015“ am 10.11.2010 präsentiert, die sie einstimmig - bei einer Enthaltung - verabschiedete.

So umfassend und bedeutsam das Thema Gesundheit für uns Alle ist, so kompakt stellt sich die Ausgestaltung der nachfolgend dargestellten „Bielefelder Gesundheitsziele 2015“ dar. Diese Kompaktheit hat im Wesentlichen drei Gründe.

Zum einen gibt es Querverbindungen zu anderen sozial- und gesundheitspolitischen Konzepten der Stadt Bielefeld. Zu nennen sind dabei insbesondere:

- Konzept „Familienfreundliches Bielefeld“, aus November 2008
- Konzept „Seniorenfreundliches Bielefeld“ aus Februar 2009

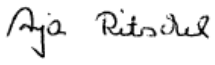
- Konzept „Behindertenfreundliches Bielefeld“ aus Februar 2009
- „Wir fördern Integration!“ – Integrationskonzept für Bielefeld“ aus September 2010[1]

Diese Konzepte beinhalten bereits Projekte und Maßnahmen, die einen wichtigen Beitrag zu den Bielefelder Gesundheitszielen leisten können und hier nicht erneut aufgeführt sind.

Zum anderen hat sich die KGK sehr bewusst dafür entschieden, nur solche Projekte und Maßnahmen aufzulisten, die auch realistisch in dem Zeitraum bis 2015 umsetzbar sind. Konkret bedeutet das, dass sich für alle dargestellten Projekte bereits einzelne Institutionen und Akteure zur Mitarbeit gefunden haben (siehe Anhang). Weitere Mitwirkende sind hier aber ausdrücklich erwünscht!

Und abschließend sei erwähnt, dass sich die „Bielefelder Gesundheitsziele 2015“ auf Teilziele und Maßnahmen beschränken, die tatsächlich auch auf kommunaler Ebene angegangen werden können. Gerade im Gesundheitsbereich gibt es viele Vorgaben von Bundes- oder auch Landesebene, die lokal nicht unmittelbar zu beeinflussen sind. Hier kann zwar über entsprechende Öffentlichkeitsarbeit und Mitwirkung in anderen Entscheidungsgremien auf Veränderungsbedarfe hingewiesen werden – ein echter kommunaler Handlungsspielraum besteht aber meist nicht. Die „Bielefelder Gesundheitsziele 2015“ hingegen sind lokaler Natur und damit auch lokal umsetzbar.

Allen Mitgliedern der KGK und ihrer Arbeitsgruppen, die an diesem Prozess aktiv beteiligt sind, gebührt großer Dank für ihr Engagement. Nun geht es an die konkrete Umsetzung der Bielefelder Gesundheitsziele, damit wir bei der nächsten Überprüfung des Gesundheitszieleprozesses nach 2015 wiederum eine positive Bilanz dahingehend ziehen können, dass die drei großen Leitziele im Sinne der Bevölkerung weiter verbessert werden konnten. Das ist wichtig, denn Gesundheit ist und bleibt eines unserer höchsten und zentralen Güter!



Anja Ritschel
(Vorsitzende der Kommunalen Gesundheitskonferenz)

[1] Die städtischen Berichte können unter www.bielefeld.de heruntergeladen oder im Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt bestellt werden.

1. Leitziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

Zielformulierung:

Bis zum Jahr 2015 sollen die Einrichtungen des Bielefelder Gesundheitswesens eine verbesserte Bürgerinnen- und Bürgerorientierung aufweisen. Ausdruck einer solchen Verbesserung soll eine höhere Zufriedenheit der Bielefelder Bevölkerung und ausgewählter Zielgruppen mit den angebotenen Leistungen im Gesundheitssektor sein.

Das Thema Bürgerorientierung ist mittlerweile mehr als nur ein Schlagwort. Die Bürgerinnen- und Bürgerorientierung gehört seit vielen Jahren zu einem wichtigen Kriterium moderner öffentlicher Dienstleistungen.[2] Im Gesundheitswesen ist man sich ihrer Bedeutung - auch für ein demokratisches Gemeinwesen - bewusst, wie z.B. die Einrichtung von Bürgertelefonen durch das Bundesgesundheitsministerium oder durch die Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (ÄKWL und KVWL) Mitte der 2000er Jahre zeigen. Zum Trend verbesserter Bürgerinnen- und Bürgerorientierung kann auch die geplante Etablierung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) als Regeleinrichtung im Gesundheitswesen Anfang 2011 gezählt werden. Im Bielefelder „Gesundheitszieleprozess 2015“ werden über diese bundespolitischen Entwicklungen hinaus konkrete Teilziele bis 2015 verfolgt.

1.1 Reform der Notfallversorgung

Wer hilft mir in einem medizinischen Notfall bzw. außerhalb der üblichen ärztlichen Sprechzeiten? Diese Frage treibt viele Bürgerinnen und Bürger um. Die im Winter 2008/2009 durchgeführte Bielefelder Bürgerbefragung zeigte, dass die Zufriedenheit der Bürgerinnen und Bürger mit dem ärztlichen Notdienst, zum Teil aber auch mit den anderen Notdiensten noch gesteigert werden kann. In dem durchgeführten Gesundheitsziele-Workshop sowie in vielen Gesprächen wird die hohe Bedeutung der ärztlichen Notfallversorgung für die Bevölkerung deutlich. Hinzu kommt, dass eine gemeinsame Notfalldienstordnung der ÄKWL und der KVWL ab 1. Februar 2011 organisatorisch umgesetzt werden soll.

Die KGK will die Vernetzung der Notdienste untereinander weiter verbessern und das Angebot der Notdienste für die Bürgerinnen und Bürger transparenter gestalten – gerade auch im Zusammenhang mit der anstehenden Notfalldienstreform im ambulanten Bereich. Dadurch soll die Effizienz der Notfallversorgung gesteigert, die bestehenden Hilfeangebote bekannter gemacht und damit z. B. auch die Anzahl von Fehleinsätzen verringert werden.

[2] Bogumil, Jörg u.a. (2007): Zehn Jahre Neues Steuerungsmodell, Berlin

1.2 Überleitung zwischen den medizinischen Versorgungssystemen

In dem bisherigen Gesundheitszieleprozess wurde deutlich, dass sich Betroffene wie Angehörige eine bessere Vernetzung wünschen, wenn eine Überleitung zwischen den verschiedenen medizinischen Versorgungssystemen (vom ambulanten in den stationären Bereich und umgekehrt) erfolgt. Welche Aspekte hier konkret eine Rolle spielen und welche Optimierungsmöglichkeiten sich daraus ableiten lassen, soll zunächst über eine Bestandsanalyse in Bielefeld ermittelt werden. Zudem soll geprüft werden, ob es in anderen Kommunen „Gute Beispiele“ (best practice) gibt, die für Bielefeld - ggf. angepasst - übernommen werden können.

1.3 Zugang zum Gesundheitswesen für Bielefelderinnen und Bielefelder mit Migrationshintergrund

In Bielefeld lebten Ende 2008 30,6% Einwohnerinnen und Einwohner mit Migrationshintergrund.[3] Ziel ist es, dass diese Menschen adäquat über das Gesundheitswesen informiert sind und damit unproblematisch Zugang zu den vielfältigen Angeboten finden. Sprachbarrieren sollen durch die Mehrsprachigkeit von vorhandenen Angeboten und Informationsmaterialien überwunden werden. Manche Menschen kennen zwar das Gesundheitssystem in ihrem Herkunftsland, nicht aber die in der Regel umfassenderen Strukturen hier vor Ort. Hinzu kommt, dass die einzelnen Zuwanderungsgruppen teilweise unterschiedliche Bedarfe hinsichtlich der Inanspruchnahme des örtlichen Gesundheitswesens haben.
Ein sehr praktischer Ansatz zur Unterstützung und zum besseren Zugang stellt das Projekt MiMi dar („Mit und für Migrantinnen und Migranten“), das seit vielen Jahren erfolgreich in Bielefeld läuft. Die KGK möchte erreichen, dass das Projekt finanziell abgesichert und in die Regelversorgung des hiesigen Gesundheitssystems eingebunden wird.

1.4 Gesundheitsinformationen

Obwohl (oder gerade weil) in unserer Mediengesellschaft eine wahre Informationsflut zu fast allen Themenfeldern besteht, gibt es ein großes Bedürfnis nach leicht zugänglichen und qualitätsgesicherten Informationen. Dies gilt in besonderer Weise für alle Themen und Angebote rund um die Gesundheit.
Qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen versetzen die Bürgerinnen und Bürger in die Lage, in Gesundheitsfragen selbstbestimmt zu handeln, Verantwortung für sich zu übernehmen und als mündige Patientin bzw. Patient mit den professionellen Kräften im Gesund-

[3] it.nrw.de (2009)

heitswesen zusammen zu wirken, um z.B. weitere Behandlungsschritte gemeinsam anzugehen.

Die KGK sieht für Bielefeld einige konkrete Handlungsfelder. So wurde insbesondere im Gesundheitsziele-Workshop der Wunsch formuliert, die „Bielefelder Gesundheitstage“ in der Stadthalle in diesem Sinne weiterzuentwickeln bzw. neu aufzustellen als qualitativ hochwertige Informationsbörse für die breite Öffentlichkeit. Hierfür wurde bereits eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die gemeinsam mit dem Veranstalter ermitteln soll, welche Möglichkeiten hier bestehen (z. B. hinsichtlich der Festsetzung von Qualitätsstandards, der Gestaltung des Rahmenprogramms oder auch der Einrichtung von Bürgerforen).

Weiterhin gibt es für Gesundheitsinformationen bereits Qualitätskriterien und -siegel, die stärker publik gemacht und damit in der Öffentlichkeit sowie bei den verschiedenen Beteiligten im Bielefelder Gesundheitswesen noch besser verankert werden sollten.

Auch wird die KGK alle von ihr bearbeiteten Themenfelder immer wieder in geeigneter Form für Öffentlichkeit zugänglich machen durch Publikationen, Faltblätter und über die entsprechenden Seiten im Internet.

In Stichworten:

- **Transparenz der Notfallversorgung für alle Beteiligten verbessern**
- **Effizienz der Notfallversorgung (bedarfsorientierte Inanspruchnahme) steigern**
- **Überleitung zwischen den medizinischen Versorgungssystemen verbessern**
- **Zugang zum Gesundheitswesen für Migrantinnen und Migranten erleichtern**
- **Mehr qualitätsgesicherte Informationen und Öffentlichkeitsarbeit zu Gesundheitsthemen**

2. Leitziel Gesundheitliche Chancengleichheit

Zielformulierung:

Jeder Mensch soll in Bielefeld unabhängig von Geschlecht, Alter, Herkunft, Ausbildung, beruflichem Status, Einkommen oder Wohnort die gleiche Chance erhalten, gesund zu bleiben bzw. gesund zu werden. Gesundheitsbezogene Gesetzgebungen, Richtlinien und örtliche Versorgungsstrukturen sollen dazu beitragen, gesundheitliche Chancengleichheit zu ermöglichen.

Das gesundheitspolitische Rahmenkonzept der WHO „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert", das vom WHO-Regionalbüro für Europa angepasst und verabschiedet wurde, zielt auf gesundheitliche Chancengleichheit ab, die es allen Menschen – unabhängig von sozialen, ökonomischen, ethnischen oder Geschlechterunterschieden – ermöglicht, ihre Gesundheit zu gestalten und zu erhalten. Voraussetzung dafür ist, dass alle Menschen Zugang zu Gesundheitsressourcen haben.

Einzelne Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung 2008/2009 zeigen, dass sich auch in Bielefeld aus sozialer Ungleichheit für einzelne Bevölkerungsgruppen ein schlechterer Gesundheitszustand, ein schlechterer Zugang zur Gesundheitsversorgung oder ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten ergeben können. Die KGK setzt sich dafür ein, diese Unterschiede zu verringern. Außerdem will sie vorbeugend daraufhin wirken, dass keine neu auftretenden, als ungerecht zu wertenden sozialen Ungleichheiten mit gesundheitlichen Folgen entstehen.

2.1 Förderung der Lebenskompetenz belasteter Kinder und Jugendlicher

Kinder stark machen für's Leben – das ist ein Ziel, das nicht nur unter dem Aspekt der Gesundheit von großer Bedeutung ist. Denn es hat sich gezeigt, dass diese in ihrer Lebenskompetenz gestärkten Kinder und Jugendlichen besser mit Suchtgefahren, Stress und Gewalt umgehen können. Unter Lebenskompetenzen (engl.: life skills) versteht man ein Zusammenspiel an psychosozialen Fähigkeiten (z.B. Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung, kritisches und kreatives Denken, Problemlösefähigkeit) die es der Person ermöglichen, mit den alltäglichen Anforderungen und Schwierigkeiten des Lebens konstruktiv und produktiv umzugehen. Sie sind somit als wesentliche Voraussetzung für ein umfassendes gesundheitliches Wohlbefinden zu betrachten.[4] Ein Konzept zur Förderung der Lebenskompetenz wurde bereits in den 90er Jahren von der WHO entwickelt.

Die Kommunale Gesundheitskonferenz möchte die in Bielefeld bereits bestehenden Projekte und Programme zur Förderung der Lebenskompetenz von belasteten Kindern und Jugendlichen aufgreifen, analysieren, auf ihre Wirkungen hin betrachten und weiterentwickeln.

[4] (Bühler, Heppekausen 2005; WHO 1994).

Insbesondere soll ein Konzept zur Lebenskompetenzförderung entwickelt werden, das Mädchen und Jungen gerecht wird und was auch die Besonderheiten anderer Kulturen angemessen berücksichtigt. Es soll dann im Rahmen eines stadtteilbezogenen Modellprojektes umgesetzt werden.

2.2 Interkulturelle Kompetenzen im Gesundheitswesen

Unsere Gesellschaft wird zunehmend bunter – für ein gutes Miteinander erfordert dies ein stärkeres Aufeinanderzugehen und das Wissen um die jeweiligen Besonderheiten. So wie Migrantinnen und Migranten sich oftmals erst in unserem Gesundheitssystem orientieren müssen, fehlt es umgekehrt den im Gesundheitswesen Beschäftigten manchmal an Wissen und Verständnis für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. Um die interkulturelle Kompetenz zu vertiefen, sollen den Professionellen im Gesundheitssystem (Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und weitere Berufsgruppen) Fortbildungen angeboten werden.

2.3 Verringerung der Säuglingssterblichkeit

Seit Mitte der achtziger Jahre zeigte sich, dass der 10-Jahres-Mittelwert der Säuglingssterblichkeit in Bielefeld höher lag als im Durchschnitt des Landes Nordrhein-Westfalen. Konkret war er vorübergehend statistisch bedeutsam nach oben abweichend im Mittelwert der Jahre 2002-2004. Durch vielfache Anstrengungen konnte dem entgegengewirkt werden, so dass die Säuglingssterblichkeitsrate in Bielefeld inzwischen deutlich gesenkt ist. Gleichwohl will man sich jetzt nicht entspannt zurücklehnen, sondern insbesondere das seinerzeit eingeführte Verfahren (kontinuierliche Beobachtung der Säuglingssterblichkeit mit jährlicher Fallkonferenz über die verstorbenen Säuglinge mit allen geburtshelfenden Einrichtungen, dem Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt und dem Amt für Jugend und Familie) soll weitergeführt werden. Ziel ist es, auch in Bielefeld das für NRW gesetzte Ziel kontinuierlich zu erreichen.[5]

2.4 Soziale Netzwerke für ältere Menschen

Der demografische Wandel, aber auch die tiefgreifende Veränderung in der Struktur von Familien (wie z.B. die zunehmende Zahl von 1-Personen-Haushalten) macht vor Bielefeld nicht Halt. Die Zahl der über 50jährigen Menschen wird in Relation zu den Jüngeren in den nächsten Jahren ansteigen. Deshalb sollen die sozialen Netzwerke für ältere Menschen, insbesondere die erfolgreichen ZWAR-Gruppen „Zwischen Arbeit und Ruhestand“ weiter

[5] Das entspricht dem Gesundheitsziel im Präventionskonzept des Landes NRW, vgl.: praeventionskonzept.nrw.de.

gefördert werden. Darüber hinaus sollen weitere Netzwerke aufgebaut und neue Projekte ins Leben gerufen werden, um Prävention und soziale Unterstützung untereinander zu fördern.[6]

2.5 Sensibilisierung der Männer für Gesundheitsthemen

Die Gesundheit, der Zugang zum Gesundheitssystem und das Gesundheitsverhalten von Männern unterscheiden sich deutlich von dem der Frauen. Die zum Teil in der frühen Kindheit z.B. in Bezug auf Emotionen erworbene unterschiedliche Umgehensweise ist später schwer zu ändern. Männer sind anderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt bzw. gehen anders damit um. Wenn Männer Väter werden und Verantwortung für ein Kind bzw. für eine Familie übernehmen müssen, denken sie öfter über eine gesicherte Zukunft nach. Eine gute Möglichkeit, Männer zu einem anderen Umgang mit Gesundheit (und darunter auch Emotionen bzw. psychischer Gesundheit) zu bewegen, wird daher in der Zeit der Familiengründungsphase gesehen. Die Kommunale Gesundheitskonferenz beabsichtigt, hier anzusetzen. Geprüft werden soll, ob Geburtsvorbereitungskurse konzeptionell so weiterentwickelt werden können, dass bei den werdenden Vätern auch die eigene Gesundheit und Gesundheitsvorsorge ins Blickfeld gerückt wird.

2.6 Bericht zur häuslichen Gewalt

Verschiedenen empirischen Studien zufolge wird jede dritte bis siebte Frau Opfer häuslicher Gewalt, je nach Art der Gewalt. Dabei sind das untere Grenzwerte, weil die Dunkelziffer sehr hoch ist. Gewalt macht krank - körperlich und seelisch. Gewalt gegen Frauen betrifft alle sozialen Schichten, unabhängig von Bildungsstand, Einkommen, gesellschaftlichem Status und Kultur oder Herkunft. Repräsentative Daten zur Gewalt gegen Männer liegen bisher nicht vor. Lediglich auf der Grundlage einer Pilotstudie von 2006 zu Letzterem wird in einem Bericht des Robert Koch-Instituts geschlechtsvergleichend das folgende, vorsichtige Fazit gezogen: „Bedeutsame Unterschiede liegen darin, dass bei Frauen häufiger schwerere Formen von Partnergewalt sowie sexuelle Gewalt vorliegen, wohingegen Männer und männliche Jugendliche vergleichsweise häufiger körperliche Gewalt im öffentlichen Raum erfahren. Psychischer Gewalt sind beide Geschlechter in hohem Maße ausgesetzt, wobei geschlechtervergleichende Aussagen noch weitere vertiefende Studien für unterschiedliche Lebensbereiche erfordern.“ Häusliche Gewalt wird fast ausschließlich von Männern ausgeübt.[7]

[6] Vgl. Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune (Kurz-Expertise) , zum Schwerpunkt: Prävention - BMG-F-10002, August 2010. Vgl. http://www.bmg.bund.de
[7] Robert-Koch-Institut (2008): "Gesundheitliche Folgen von Gewalt". Unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen, S.9 ff.

Im Rahmen der geschlechtsspezifischen Gesundheitsberichterstattung wurde bereits ein ergänzender Beschluss dahingehend gefasst, dass der örtliche Dokumentationsstand über Ausmaß und Wirkungen von häuslicher Gewalt, wie er z.B. bei der Polizei vorliegt, aufgearbeitet werden soll, um den weiteren Handlungsbedarf in diesem Themenfeld zu erfassen.

2.7 Chancengleichheit in verschiedenen Planungszuständigkeiten

Zahlreiche Institutionen befassen sich auch in Bielefeld mit dem Thema Gesundheit und mit Planungen im Gesundheitssektor. Der Aspekt der gesundheitlichen Chancengleichheit ist in der Regel überall als Ziel verankert. Die KGK verspricht sich einen noch besseren Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit, wenn es gelingt, die Planungen stärker miteinander zu verzahnen. Im Rahmen der städtischen Fachplanungen soll daher zunächst das Potential ermittelt sowie die Möglichkeiten und Grenzen betrachtet werden.

2.8 Verbesserung der Chancen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern

Dass sie gesund groß werden, das wünschen sich wohl alle Eltern für ihre Kinder. Aber nicht alle Eltern haben die Möglichkeiten, ihren Kindern die bestmöglichen Chancen für ein gesundes Aufwachsen zu bieten. Vor dem Hintergrund der Diskussionen über „Kinderarmut“ und Kindeswohlgefährdungen will die Kommunale Gesundheitskonferenz in enger Kooperation mit der Jugendhilfe die bestehenden Ansätze und Aktivitäten im Bereich der frühen Hilfen für Kinder und Jugendliche weiterentwickeln und verfestigen.

In Stichworten:

- **Lebenskompetenz belasteter Kinder und Jugendlicher fördern**
- **Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitssystem verbessern**
- **Säuglingssterblichkeit vermindern**
- **Soziale Netzwerke stärken**
- **Verstärkt Bewusstsein von Männern für Gesundheitsthemen wecken**
- **Berichtsauftrag zur häuslichen Gewalt umsetzen**
- **Gesundheitliche Chancengleichheit in Planungszuständigkeiten verankern**
- **Chancen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern verbessern**

3. Leitziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zielformulierung:

Bis zum Jahr 2015 sollen alle Lebens- & Tätigkeitsbereiche wie Kindertagesstätten, Stadt, Schule, Arbeitsplatz, Nachbarschaften und eigenes Zuhause bessere Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit bieten. Öffentliche Stellen und Organisationen aller Ebenen, die mit ihren Politiken an der Gestaltung des Rahmens der Gesundheit für die Bielefelder Bevölkerung mitwirken, sollen effektiv zur Gesundheitsförderung beitragen.

„Vorbeugen ist besser als Heilen“, wusste schon Hippokrates. Krankheit zu vermeiden und Gesundheit zu verbessern, sind die zentralen Aufgabengebiete von Gesundheitsförderung und Prävention. Beides sind bislang keine eigenständigen Säulen im Gesundheitssystem. Trotzdem gibt es in Bielefeld seit vielen Jahren zahlreiche Aktivitäten und Projekte, die der Gesundheitsförderung und der Prävention dienen. Die Kommunale Gesundheitskonferenz sieht hier einen Schwerpunkt und will im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten Maßnahmen und Projekte weiter ausbauen und fördern.

3.1 Vorsorge- und Früherkennung für Männer

Männer halten sehr viel von Vorsorge – zumindest wenn es um die Autoinspektion oder notwendige Sanierungsmaßnahmen am Haus geht. Wenn es sich aber um die eigene Gesundheit dreht, dann hat speziell die Altersgruppe der 40 - 50-jährigen Männer offenbar Anderes zu tun. Die Statistiken der Krankenkassen belegen: Etwa 70 % der Männer sind wahre „Vorsorge-Muffel“. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass z. B. von den 7 Krebs-Früherkennungsuntersuchungen im Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen 3 für beide Geschlechter, 3 nur für Frauen, und 1 nur für Männer angeboten werden.

Damit das nicht so bleibt, soll durch eine kreative Informations- und Öffentlichkeitsarbeit die Inanspruchnahme von sinnvollen Früherkennungsmaßnahmen für Männer gesteigert werden. Ziel ist es, dass Männer stärker als bisher Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen. Hierbei wird besonderer Wert auf qualitätsgesicherte Informationen und Aufklärung und eine passgenauere Orientierung an der Zielgruppe gelegt (siehe auch unter 2.5).

3.2 Stärkung der Selbsthilfe

Die Selbsthilfe hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten von vereinzelten Initiativen zu einem eigenständigen Pfeiler der gesundheitlichen Versorgung etabliert, der das professionelle System ergänzt, die Ressourcen der Betroffenen durch Kommunikation untereinander er-

schließt sowie Eigenverantwortung und Teilhabe stärkt. Nicht nur im Rahmen von Gesundheit und Krankheit hat Selbsthilfe einen hohen Stellenwert – auch im sozialen Bereich hat sie zunehmend an Bedeutung gewonnen. Der Kommunalen Gesundheitskonferenz ist es sehr wichtig, dass die Selbsthilfe weiter in die Regelstrukturen des örtlichen Gesundheitswesens integriert wird und sich an gesellschaftlichen Veränderungen orientiert.
Diese Zielsetzung soll über die Umsetzung von fünf „Unterzielen“ erreicht werden:

1. Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen wird in den Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufen aller Gesundheitseinrichtungen verankert. Dazu ist es wichtig zu wissen, „wer spricht mit wem“, d.h. es muss feste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in den Gesundheitseinrichtungen geben. Selbsthilfe wird darüber hinaus als Ergänzung zu vorhandenen sozialen Diensten verstanden und in den Stadtteileinrichtungen verankert.
2. Um die Menschen mit Migrationshintergrund für die Selbsthilfe zu sensibilisieren und zu gewinnen, soll der Selbsthilfegedanke in den Vereinen mit Migrantinnen und Migranten bekannter gemacht werden.
3. Die bestehenden Konzepte und Strategien der Selbsthilfe müssen überprüft werden, ob und wie sie bei jungen Menschen ankommen / akzeptiert werden, ggf. muss hier nachgebessert werden.
4. Die Öffentlichkeitsarbeit der Selbsthilfegruppen soll weiter intensiviert werden.
5. Neue Beteiligungsformen der Selbsthilfe am Gesundheitssystem sollen geprüft werden.

3.3 Suchtvorbeugung und Suchtbewältigung

Sucht ist Krankheit und unterliegt damit der besonderen Fürsorge von Staat und Gesellschaft. Sucht- und Drogenprobleme sind leider auch nicht das Problem einer Minderheit - viele Menschen aus allen Gesellschaftsschichten und Kulturkreisen in Deutschland sind betroffen und es gibt viele Arten von Sucht.
Der Stellenwert von Suchtprävention in der Gesellschaft hat zugenommen. Es ist von großer Bedeutung, dass alles getan wird, damit es gar nicht erst zu einem Missbrauch oder einer Suchterkrankung kommt.
Ein Leitsatz der Drogenpolitik lautet "Sucht hat immer eine Geschichte - und diese fängt nicht mit der Einnahme einer Substanz an und hört nicht mit deren Ab- oder Ersetzen auf."
Was heißt das bezogen auf die Prävention? Eine Suchterkrankung ist nicht plötzlich und ohne Grund da, ihr liegen oftmals vielfältige Ursachen zugrunde - wie besondere oder schwierige Lebensumstände, Arbeitslosigkeit, Einsamkeit oder Gruppenzwang – und vielfach gibt es Wechselwirkungen zwischen diesen Faktoren.

Suchtvorbeugung muss also an den vielschichtigen und komplexen Ursachenbündeln orientiert sein und deshalb früh, kontinuierlich und langfristig angelegt und Bestandteil einer allgemeinen Gesundheitsförderung sein. Sie zielt auf Stärkung der Eigenverantwortung und Konfliktfähigkeit sowie auf soziale Kompetenz ab. Suchtprävention ist zielgruppen- und situationsbezogen und bezieht Menschen aller Altersstufen ein. Sie stellt eine Querschnittsaufgabe von Erziehung und Bildung, Jugend- und Sozialhilfe, Gesundheits- und Altenhilfe dar. Und Suchtprävention will möglichst frühzeitig ansetzen, so z.B. auch ganz allgemein über die Stärkung der Lebenskompetenz (siehe auch unter 2.1).

In Bielefeld gibt es gerade im Suchtbereich viele Institutionen und Selbsthilfegruppen, die sich mit legalen und illegalen Drogen und den Betroffenen und deren Angehörigen beschäftigen. Die KGK fördert besonders die Umsetzung des in der Entwicklung befindlichen Konzeptes „Alkoholprävention Bielefeld“. Das Konzept beinhaltet u.a. das Projekt „Hart am Limit“ (HaLT) für Kinder und Jugendliche.[8] Das Projekt Familientreff bietet speziell für Familien mit Migrationshintergrund Hilfe und Beratung zum Thema Suchtvorbeugung und Erziehungsfragen - insbesondere während der Pubertät von Kindern.

3.4 Multiresistente Erreger - Verringerung der Erkrankungsraten

Krankheitserreger, die auf herkömmliche Antibiotika nicht mehr reagieren, sind der große Schrecken für Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten. Multiresistente Erreger sind ein gravierendes Problem in der Patientenbehandlung. Jedes Jahr verursacht allein der sog. MRSA (Methillicin-Resistenter Staphylococcus aureus) bundesweit um die 20.000 Infektionen im Krankenhaus. Die Problematik dieser multiresistenten Erreger taucht in den verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens auf.

Die Gesundheitsministerkonferenz hat beschlossen, die Problematik zusätzlich in regionalen Netzwerken anzugehen, um die Infektionsrate zu senken sowie alle dafür erforderlichen Fragen und Koordinationen zu bewältigen. In Ostwestfalen wurde ein MRSA- Netzwerk- OWL gegründet. Die Stadt Bielefeld sowie die Kreise Gütersloh, Herford, Höxter, Lippe, Minden-Lübbecke und Paderborn stellen entsprechende Mittel zur Verfügung, um als weiteren Partner im Netzwerk die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld zu gewinnen und einzubinden. Deren Dekanin hat die wissenschaftliche Begleitung und die Leitung des Projektes übernommen. Wichtigstes Standbein für das Netzwerk ist der eigene Internetauftritt, der kontinuierlich am Bedarf der Nutzer weiterentwickelt wird. Unter der Adresse „www.mrsa-owl.net“ werden umfassende Informationen und allgemeine Empfehlungen für

[8] http://www.halt-projekt.de/

unterschiedliche Einrichtungen, Fachpersonal und die Öffentlichkeit ebenso angeboten wie die beliebte Rubrik „Häufig gestellte Fragen“ und ein Downloadbereich. Die Verringerung der Erkrankungsrate ist als Teilziel in den Bielefelder Gesundheitszieleprozess aufgenommen worden und wird auch in den nächsten Jahren einen Schwerpunkt der Arbeit für das Teilziel Prävention darstellen.

In Stichworten:

- **Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen für Männer steigern**
- **Selbsthilfe stärken**
- **Suchtvorbeugung und Suchtbewältigung verbessern**
- **Erkrankungsraten durch multiresistente Erreger verringern**

4. Gesundheitsberichterstattung

Die Gesundheitsberichterstattung dient dazu, der KGK und ihren Arbeitsgruppen bzw. Netzwerken, der interessierten Öffentlichkeit und nicht zuletzt den Ratsgremien regelmäßig Informationen über die gesundheitliche Lage und Versorgung in Bielefeld zur Verfügung zu stellen. Selbstverständlich soll auch über die verschiedenen Projekte der KGK berichtet und zu Einzelthemen konkrete Informations- und Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden. Dies ist als begleitende Daueraufgabe für die Bielefelder Gesundheitsziele zu verstehen.

Die Identifizierung von Über-, Unter- oder Fehlversorgung im Gesundheitssektor ist eine Aufgabe der kommunalen Gesundheitsberichterstattung. Zahlen und Daten der Gesundheitsberichterstattung sind hilfreich, um die Situation in Bielefeld konkreter einschätzen zu können, aber auch um auszuwerten, inwieweit Projekte zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation auch tatsächlich greifen (Evaluation). Von besonderem Interesse ist hierbei der Vergleich mit anderen Kommunen.

Um den größtmöglichen Nutzen aus der Gesundheitsberichterstattung ziehen zu können, hat die Kommunale Gesundheitskonferenz zwei Strategien formuliert, um den Standardisierungsprozess im Bereich der Gesundheitsberichterstattung weiter zu entwickeln.

Zum einen soll der hochgradig systematisierte und standardisierte Gesundheitsindikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder herangezogen werden – zumal dieser in NRW schon sehr weit entwickelt ist. Das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA) stellt einen großen Teil davon auch für die kommunale Ebene zur Verfügung. Eine Auswertung für Bielefeld möglichst im Vergleich mit ausgewählten Kommunen sowie NRW- und Bundeswerten soll hinsichtlich Aussagekraft und Informationsbedarf geprüft werden. Die KGK erhofft sich daraus vertiefende Erkenntnisse für ihre Arbeit.

Zum anderen soll weiter an dem sogenannten Fachplan Kindergesundheit gearbeitet werden. Dieser bietet die Möglichkeit, kleinräumig anhand ausgewählter und noch aufzubauender Datensätze Schwerpunkte der Kindergesundheit zu verorten. Dabei werden z. T. auch Indikatoren des bereits erwähnten Gesamt-Indikatorensatzes kleinräumig differenziert. Solche Daten können eine gute Grundlage für stadtteilbezogene Gesundheits- als auch Sozialprojekte sein.

Anhang

Die beschriebenen Ziele und Teilziele lassen sich nur mit Hilfe einer Vielzahl von Organisationen, Institutionen, Arbeitsgruppen, Netzwerken und Einzelpersonen umsetzen. Bisher haben sich zur Mitarbeit die nachfolgend aufgeführten Akteurinnen und Akteure bereit erklärt. Die Beteiligung weiterer Mitwirkender ist ausdrücklich erwünscht.

Teilziel	**Zuständigkeit und Umsetzung**
1.1	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL), Arbeitsgruppe Notfallversorgung der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK)
1.2	Bielefelder Krankenhausträger (Ev. Krankenhaus Bielefeld, Franziskushospital, Städtisches Klinikum Bielefeld), Krankenhausärztinnen und –ärzte, Pflegeheime, KVWL, Initiative Bielefelder Hausärzte, Medi-OWL
1.3	Deutsches Rotes Kreuz (DRK), Psychologische Frauenberatung Bielefeld e.V. , Amt für Integration und interkulturelle Angelegenheiten der Stadt Bielefeld, Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt der Stadt Bielefeld
1.4	Veranstalter der Bielefelder Gesundheitstage, Selbsthilfe-Kontaktstelle
2.1	Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt, Netzwerk Frauen, Mädchen und Gesundheit, Arbeitsgruppe Männergesundheit der KGK, bezogen auf das Kanu-Projekt: Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Universität Duisburg-Essen, Amt für Jugend und Familie – Jugendamt,
2.2	ÄKWL, Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt
2.3	Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt , alle geburtshelfenden Einrichtungen
2.4	Evangelischer Gemeindedienst, Wohlfahrtsverbände, Amt für soziale Leistungen – Sozialamt
2.5	Arbeitsgruppe Männergesundheit der KGK
2.6	Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt in Kooperation mit dem Netzwerk Frauen, Mädchen und Gesundheit
2.7	Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt , KVWL
2.8	Amt für Jugend und Familie – Jugendamt, Krankenhäuser, Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt
3.1	Arbeitsgruppe Männergesundheit der KGK
3.2 u. w.	Selbsthilfe-Kontaktstelle, KOSA bei der KVWL, Krankenhäuser
3.3	Netzwerk Suchtprävention, Drogenberatung Bielefeld e.V., Fachstelle für Suchtvorbeugung
3.4	MRSA- Netzwerk OWL, örtliche Leistungserbringer aus verschiedenen Sektoren
4	Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt