





## **Kontakt:**

### **Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt**

Cornelia Petzold, Geschäftsstelle KGK, Tel.: 0521-51-6737

Dirk Cremer, Gesundheitsberichterstattung, Tel.: 0521-51-5022

Dr. Peter Schmid, Stellv. Amtsleiter, Tel.: 0521-51-2579

## **Impressum**

Herausgeberin:



**Stadt Bielefeld**

Dezernat

Umwelt / Klimaschutz

### **in Zusammenarbeit mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz**

Verantwortlich für den Inhalt:

Anja Ritschel, Erste Beigeordnete der Stadt Bielefeld

Redaktion:

Anja Ritschel

Cornelia Petzold

Dirk Cremer

Dr. Peter Schmid

unter Mithilfe von:

Lea Stommel (Praktikantin, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften)

Stand: Juni 2017

## Vorwort

Die Bielefelder Gesundheitsziele werden seit 2003 von den verantwortlichen Akteuren im Bielefelder Gesundheitswesen vereinbart, um gemeinsam für die Bevölkerung ein Mehr an Gesundheit zu erreichen. Viele dieser Akteure, insbesondere die Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenz, haben in einem Workshop am 26. Oktober 2016 neue Gesundheitsziele für Bielefeld erarbeitet.



Nach wie vor arbeiten Kommunen selten mit dem Planungsinstrument der Gesundheitsziele. In Bielefeld wurde bereits in den Jahren 2003 bis 2007 und in den Jahren 2010 bis 2015 jeweils ein Gesundheitszieleprozess verfolgt. Dabei standen in beiden Prozessen „Bürgerinnen- und Bürgerorientierung“, „Gesundheitliche Chancengleichheit“ sowie „Prävention und Gesundheitsförderung“ als Leitziele im Vordergrund, die für die einzelnen Handlungsfelder weiter ausdifferenziert wurden.<sup>1</sup>

Die neuen Bielefelder Gesundheitsziele unterscheiden sich von ihren Vorgängern durch die verstärkte Ausrichtung auf eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik. Damit verbunden ist die stärkere Hervorhebung von Gesundheitsförderung und Prävention. In der Debatte vor Ort kann auch auf das Präventionsgesetz zurückgegriffen werden, welches Gesundheitsförderung und Primärprävention als eigenständige Säule neben Kuration, Rehabilitation und Pflege im Gesundheitssystem definiert (sog. „vierte Säule“).

Ich freue mich vor allem über die deutliche Ausrichtung, die Themenfelder Umwelt und Gesundheit stärker als bisher zusammenzuführen. Und ich hoffe, dass sich viele Akteure finden, die mit uns gemeinsam diese wichtigen Themenbereiche im Sinne der Bielefelder Bevölkerung vorantreiben mit dem Ziel, Bielefeld als lebenswerte und gesundheitsförderliche Großstadt zu entwickeln.

Bei den Mitgliedern der Kommunalen Gesundheitskonferenz und des Sozial- und Gesundheitsausschusses sowie den Vertreter/innen aus den Verwaltungsbereichen Soziales und Umwelt und Gesundheit möchte ich mich für die Mitgestaltung des neuen Gesundheitszieleprozesses herzlich bedanken und setze darauf, dass wie bisher die gemeinsame Realisierung der Ziele engagiert angegangen wird.

---

<sup>1</sup> Stadt Bielefeld, Dezernat Umwelt und Gesundheit, Bielefelder Gesundheitsziele. Für eine bessere Gesundheit, 2003 und Stadt Bielefeld, Dezernat 3, Umwelt und Klimaschutz, Bielefelder Gesundheitsziele 2015, 2011. Vgl.:

[http://www.bielefeld.de/de/rv/ds\\_stadtverwaltung/gvla/kgk/zie/](http://www.bielefeld.de/de/rv/ds_stadtverwaltung/gvla/kgk/zie/), Zugriff Dezember 2016.

## Inhalt

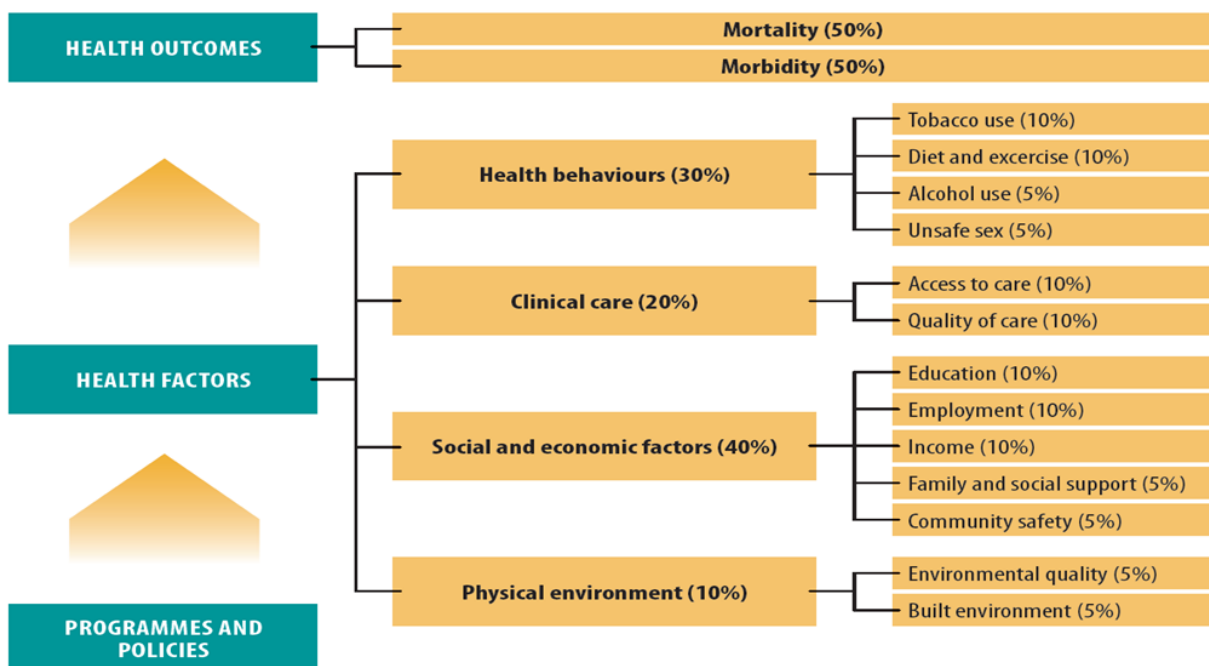
1. Einleitung .....	6
2. Umwelt und Gesundheit: Gesunde Umweltbedingungen schaffen.....	8
2.1. Umweltqualität .....	8
2.1.1. Luftqualität .....	8
2.1.2. Lärm.....	10
2.2. Bebaute Umwelt .....	12
2.2.1. Verbesserung der grünen Infrastruktur und Grünversorgung.....	12
2.2.2. Stadtklima / Klimawandel.....	13
3. Arbeit und Gesundheit: Arbeitslosigkeit, gesundheitliche und soziale Benachteiligung abbauen.....	15
3.1. Beschäftigung und Arbeitsmarkt .....	15
3.1.1. Betriebliche Gesundheitsförderung .....	15
3.1.2. Gesundheitsförderung bei Arbeitslosigkeit und SGB-II-Bezug .....	16
4. Familie und Gesundheit: Soziale Unterstützung fördern.....	18
4.1. Frühe Hilfen (Monitoring der Säuglingssterblichkeit).....	18
4.2. Alleinerziehende Mütter und Väter sowie berufstätige Mütter.....	18
4.3. Häusliche Gewalt .....	19
4.4. Menschen mit Mobilitätseinschränkungen .....	20
4.5. Gesundheitsförderung für ältere Menschen .....	21
4.6. Stärkung pflegender Angehöriger .....	22
4.7. Aktionsplan „Gleichstellung von LSBTI* in Bielefeld“ .....	23
5. Bildung und Gesundheit: Gesundheitskompetenz fördern und Prävention stärken.....	23
5.1. Konsum von Suchtmitteln - Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen.....	23
5.2. Gesundheitskompetenz.....	24
6. Ambulante und klinische Versorgung .....	26
6.1. Ambulante ärztliche Versorgung.....	26
6.2. Psychische Gesundheit und Versorgung .....	27
6.3. Notfallversorgung .....	28
6.4. Infektionsschutz – multiresistente Erreger .....	30
6.5. Überleitungsmanagement von pflegebedürftigen Menschen .....	30
7. Gesundheitsverhalten .....	31
7.1. Suchtmittelkonsum - Tabak und Alkohol .....	31
7.2. Ernährung .....	32
7.3. Zahnpflege und Ernährung bei Kindern und Jugendlichen .....	32
7.4. Körperliche Aktivität .....	33

8. Gesundheitsdaten für den Gesundheitsziele-Prozess der KGK .....	34
8.1. Einordnung des Themas / Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung.....	34

## 1. Einleitung

Gesundheit ist nicht einfach als Abwesenheit von Krankheit zu verstehen, sondern im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als ganzheitliches Konzept.<sup>2</sup> Gesundheit ist insofern nicht nur von der medizinischen Versorgung abhängig, sondern maßgeblich auch von den Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen. Neben Alter, Geschlecht und Erbanlagen sowie dem individuellen Gesundheitsverhalten spielen somit auch Faktoren wie soziale Lage, Arbeits- und Umweltbedingungen, wirtschaftliche Umstände u.a. eine wesentliche Rolle.<sup>3</sup>

Abbildung 1



Source: © University of Wisconsin Public Health Institute (2010) (<http://www.countyhealthrankings.org/>).

Die WHO schätzt, dass der Zugang zu medizinischer Versorgung und deren Qualität (nur) 20% der Gesundheit bewirkt (vgl. Abb 1.)

<sup>2</sup> Vgl. Verfassung der Weltgesundheitsorganisation von 1946, <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/index.html>, Zugriff Juni 2017.

<sup>3</sup> Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren & Whitehead, 1991.

Auf die physische Umwelt, d.h. die bebaute Umwelt und die Umweltqualität, können rd. 10% der Faktoren von Gesundheit zurückgeführt werden. Die sozio-ökonomischen Faktoren wie Sicherheit in der Kommune, familiäre und soziale Unterstützung, Einkommen, Beschäftigung und Bildung erklären rd. 40% der Faktoren (darunter die letzten drei jeweils zu 10%). Und nicht zuletzt ist es auch das Gesundheitsverhalten der Bürgerinnen und Bürger selbst, welches in einer Größenordnung von 30% Einfluss auf die Gesundheit hat, d.h. ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel (10%), Alkoholkonsum (5%), Tabakkonsum (10%) sowie unsicherer Sex (5%). Somit tragen die verschiedenen Politik-

bereiche zur Gesundheit der Bielefelder Bevölkerung bei.<sup>4</sup>

Die hier formulierten Gesundheitsziele

<sup>4</sup> „Gesundheit in allen Politikbereichen“ wurde im Laufe der Jahrzehnte verschiedentlich politisch beschlossen, vgl. z.B. Adelaide Erklärung zu Gesundheit von 2010, [http://www.who.int/social\\_determinants/german\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf](http://www.who.int/social_determinants/german_adelaide_statement_for_web.pdf), Zugriff Mai 2017.

bilden die vorrangigen Handlungsfelder aus Sicht der Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenz und Vertreterinnen/Vertreter verschiedener Verwaltungsbereiche der Stadt Bielefeld ab. Damit ist keine umfassende Aufnahme aller Aspekte eines gesundheitsbezogenen Themas verbunden, sondern der Bezug auf die örtliche Situation und die Realisierbarkeit auf der kommunalen Ebene.

Der Einsatz für gesundheitliche Chancengleichheit ist nach wie vor ein grundsätzliches Anliegen der Kommunalen Gesundheitskonferenz. Dies spiegelt sich in vielen der folgenden einzelnen Zielen und Vorschlägen für Interventionen wider.

Die Kapitel des vorliegenden Gesundheitsziele-Papiers gliedern sich wie folgt: Es gibt eine Einführung in das jeweilige Themenfeld. Im Unterabschnitt „Ziele“ werden lokale Ziele formuliert.

Diese resultieren aus dem bisherigen Gesundheitszieleprozess und den Ergebnissen der aktuell durchgeführten Workshops.

Insbesondere in vier Schwerpunktbereichen kristallisierten sich Zielsetzungen heraus:

- Umwelt und Gesundheit: Gesunde Umweltbedingungen schaffen
- Arbeit und Gesundheit: Arbeitslosigkeit, gesundheitliche und soziale Benachteiligung abbauen
- Familie und Gesundheit: Soziale Unterstützung fördern
- Bildung und Gesundheit: Gesundheitskompetenz fördern und Prävention stärken

Unter „Interventionen“ werden schlagwortartig Maßnahmen zur Zielerreichung formuliert. Die aufgelisteten Maßnahmen

beziehen sich auf die Handlungsfelder, die die beteiligten Akteure für Bielefeld sehen. Teilweise wurden im Workshop schon sehr konkrete Umsetzungsstrategien angediskutiert. Dies wird hier aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt, ist aber in der Dokumentation des Workshops festgehalten und kann jederzeit für weitere Schritte herangezogen werden.

Um den Bielefelder Prozess einordnen zu können, sei an dieser Stelle auch auf die nationalen Gesundheitsziele hingewiesen. Der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* hat seit dem Jahr 2000 zu folgenden Themenfeldern nationale Gesundheitsziele entwickelt, teilweise bereits aktualisiert und publiziert<sup>5</sup>:

- [Diabetes mellitus Typ 2](#)
- [Brustkrebs](#)
- [Tabakkonsum reduzieren](#)
- [Gesund aufwachsen](#)
- [Patient\(inn\)ensouveränität und Gesundheitskompetenz](#)
- [Depressive Erkrankungen](#)
- [Gesund älter werden](#)
- [Patient\(inn\)ensicherheit](#)
- [Alkoholkonsum reduzieren](#)
- [Gesundheit rund um die Geburt](#)

Von dieser Grundlagenarbeit wie auch von den dort bereits entwickelten Ideen und Maßnahmen kann der Bielefelder Prozess profitieren.

---

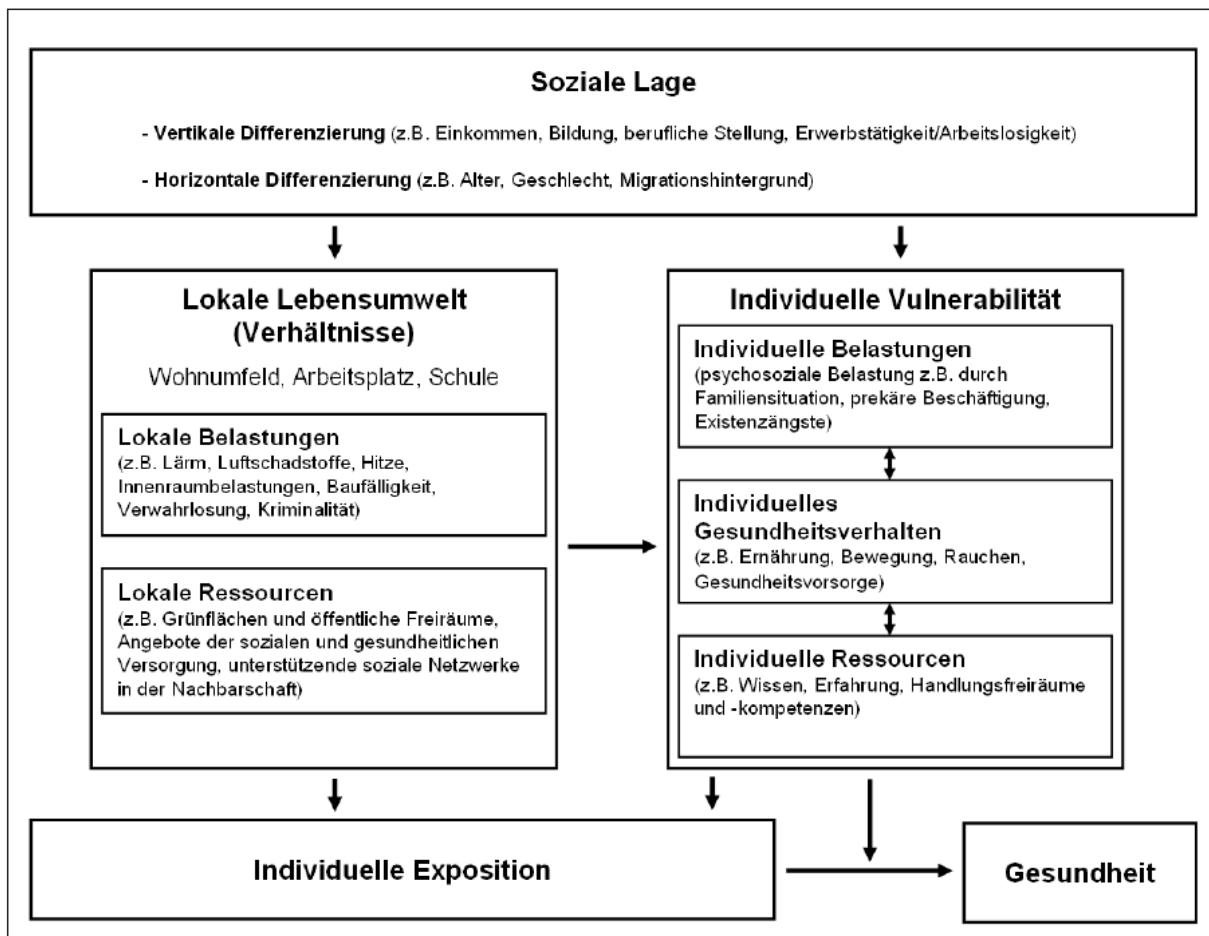
<sup>5</sup> [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de), Zugriff April 2017.



## 2. Umwelt und Gesundheit: Gesunde Umweltbedingungen schaffen

Eine lebenswerte Stadt zeichnet sich durch eine Umwelt aus, die positiv auf die Gesundheit, die Lebensqualität und das Wohlbefinden der in ihr lebenden Menschen wirkt. Hierbei sind die positiven Ressourcen (Grünanlagen, Kulturangebote etc.) und die negativ wirkenden Belastungen (Lärm, Luftverschmutzung, prekäre soziale Lage) gleichermaßen zu betrachten. Unter dem Schlagwort der „Umweltgerechtigkeit“ lässt sich dies i.d.R. treffend beschreiben (Abb. 2).

**Abbildung 2 Modell zur Beschreibung des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage, Umwelt und Gesundheit**



Quelle: Bolte et al. 2012 zitiert nach Ministerium für Klimaschutz, Umwelt, Landwirtschaft, Natur- und Verbraucherschutz des Landes Nordrhein-Westfalen Planspiel

„Lärmaktionsplanung“ im Rahmen des Masterplans Umwelt und Gesundheit NRW, Düsseldorf, März 2015, S. 19.

### 2.1. Umweltqualität

Hier stehen zunächst die gesundheitlichen Aspekte im Zusammenhang mit Luft, Lärm und dem Klimawandel im Focus. Darüber hinaus sind auch die Wasser- und Bodenqualität zu berücksichtigen, wenn sich diesbzgl. gesundheitliche Belastungen abzeichnen.

#### 2.1.1. Luftqualität

##### 2.1.1.1. Einordnung des Themas / Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung

Die Belastung der **Außenluft** durch Stickstoffdioxid, Ozon, Kohlenmonoxid,

Kohlendioxid, Benzol und Feinstaub ist für die Gesundheit der Bevölkerung schädlich. **Feinstaub**, insbesondere die

Staubfraktion mit Teilen die kleiner als 2,5 Mikrometer sind (PM<sub>2,5</sub>), ist dabei einer der derzeit schädlichsten Stoffe, der weit in der Atmosphäre getragen wird (bis 1.000 km) und ebendort eine hohe Verweildauer hat.<sup>6</sup> Er kann Sulfate, Nitrate und Ruß u.a. beinhalten. Aufgrund der geringen Teilchengröße kann PM<sub>2,5</sub> beim Einatmen tief in die Lunge und das kardiovaskuläre System eindringen und sowohl kurz- als auch langfristig wirken.<sup>7</sup> Sehr kleine Teilchen werden im Blut nachgewiesen.<sup>8</sup> Atemwegs- und kardiovaskuläre Erkrankungen können die Folge sein bis hin zu entsprechenden Sterbefällen einschließlich solcher aufgrund von Lungenkrebs.<sup>9</sup> **Stickstoffdioxid**, ein weiterer gesundheitsschädlicher Luftschadstoff, kann ebenfalls tief in die Lunge eindringen. Der gasförmige Schadstoff kann zu Atemwegbeschwerden, insbesondere zu Bronchitis auch in der chronischen Form

---

<sup>6</sup> Weltgesundheitsorganisation und Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Economic cost of the health impact of air pollution in Europe. Clean air, health and wealth, Kopenhagen 2015, S. 3 und

<http://www.umweltbundesamt.at/umweltschutz/luft/luftschadstoffe/staub/pm25/>, Zugriff März 2017.

<sup>7</sup> Weltgesundheitsorganisation, WHO releases country estimates on air pollution exposure and health impact,

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/air-pollution-estimates/en/>, Zugriff Januar 2017

<sup>8</sup> < 0,1 µm, vgl. Umweltbundesamt, Quantifizierung der Auswirkungen verschiedener Umweltbelastungen auf die Gesundheit der Menschen in Deutschland unter Berücksichtigung der bevölkerungsbezogenen Expositionsermittlung (Verteilungsbasierte Analyse gesundheitlicher Auswirkungen von Umwelt-Stressoren, VegAS), SCHRIFTENREIHE UMWELT & GESUNDHEIT 01/2013, Dessau-Roßlau, September 2013, S. 10.

<sup>9</sup> Weltgesundheitsorganisation, Health Effects of particulate matter, Kopenhagen, 2013, S. 6.

führen.<sup>10</sup> Für Asthmakranke ist Stickstoffdioxid aufgrund möglicher Bronchienverengung problematisch.<sup>11</sup> Es gibt einen Zusammenhang mit anderen Allergien und Herz-Kreislauf-Krankheiten.

Die Zusammensetzung der Luft wird durch den Menschen beeinflusst. Ursächlich für vorgenannte Luftverunreinigungen sind u.a. der Verkehr, Industrie- und Gewerbeanlagen, Heizungen, Feuerstellen, Feuerwerk. Im Bielefelder Stadtgebiet trägt maßgeblich der Straßenverkehr zur Luftschadstoffbelastung bei. Darüber hinaus bestehen zum Teil Wechselwirkungen der Schadstoffe untereinander, wie z.B. bei **Ozon**, welches aufgrund einer chemischen Reaktion von Stickstoffdioxid und intensiver Sonneneinstrahlung entsteht und seinerseits gesundheitliche Wirkungen haben kann (Kopfschmerzen, Reizungen der Schleimhäute und Atemwege, Einschränkungen der Lungenfunktion).

Die **Innenraumluf**t kann eine weitere negative Gesundheitsdeterminante sein. Die meisten Schadstoffe sind unsichtbar. Es handelt sich dabei um gasförmige Stoffe oder kaum sichtbare Stäube und Partikel, wie z. B. Formaldehyd, Holzschutzmittel, Schimmelpilze etc.<sup>12</sup> Im Falle des Asbests kann es z.B. zur Asbestose, Lungenkrebs oder Mesotheliom (bösartiger Tumor des Bauch- und Rippenfells) kommen. Die Schimmelpilze können Allergien und in seltenen Fällen auch Infektionen und toxische Reaktionen hervorrufen. Im Zuge der Umsetzung

---

<sup>10</sup> Dabei wird bei einer Zunahme der NO<sub>2</sub>-Belastung um 10 µg/m<sup>3</sup> „...mit einem Anstieg der Häufigkeit von Bronchitis-Symptomen oder des Auftretens von Bronchitis um ca. 10% gerechnet...“ Bezirksregierung Detmold, Luftreinhalteplan Stadt Bielefeld, Detmold, 2014, S.11

<sup>11</sup> umweltbundesamt.de, Zugriff Januar 2017

<sup>12</sup> Vgl.: <http://www.innenraumluftrw.de>, Zugriff Januar 2017.

des Masterplans Umwelt und Gesundheit des Landes NRW wurde das [Fachportal Innenraumlufte NRW](#) freigeschaltet, um zentral Informationen zu den schädigenden Stoffen, möglichen gesundheitlichen Folgen und den Bekämpfungsmöglichkeiten bereitzustellen.

#### **2.1.1.2. Ziele**

Die Luftqualität in Bielefeld soll so verbessert werden, dass die Anforderungen der EU-Richtlinie über Luftqualität und saubere Luft für Europa erfüllt sind (EU-Richtlinie 2008/50/EG).<sup>13</sup>

Dabei ist insb. auf eine emissionsarme bzw. -freie Mobilität hinzuwirken. Konkret soll der Anteil des Radverkehrs am Gesamtverkehrsaufkommen im Jahr 2020 20%, im Jahr 2025 25% umfassen (Ziele des Bicycle Policy Audit [Wirkungsprüfung der Radverkehrsförderung], vgl. [7.4. Körperliche Aktivität](#)).

#### **2.1.1.3. Interventionen (insb. Stichworte aus dem Workshop)**

- Entwicklung eines „Masterplan Gehen“
- Ausbau des Wegenetzes für Nahmobilität
- Reduzierung des motorisierten Individualverkehrs (MIV)
- Geschwindigkeitsbeschränkungen
- Förderung der Elektromobilität (insb. im ÖPNV)

<sup>13</sup> Bezirksregierung Detmold, Luftreinhalteplan Stadt Bielefeld, Detmold S.11. Gutachten zeigten, dass die Bielefelder überwiegend sehr kurze Strecken mit dem PKW zurücklegen. Gelingt es, einen Teil davon auf den ÖPNV und auf das individuelle Fortbewegen mit dem Fahrrad oder auf das Gehen zu verlagern, kann die Luftqualität dadurch verbessert werden, weil weniger Schadstoffe von Kraftfahrzeugen ausgestoßen werden. Darüber hinaus fördert es die körperliche Aktivität.

- Emissionsfreie Innenstadt, insb. Neuordnung des Verkehrsknotens Jahnplatz
- Freihaltung von Durchlüftungsbahnen und Weiterentwicklung durch Vernetzung untereinander und mit innerstädtischen Grünzügen
- Motivation der Bevölkerung hin zu einer umweltfreundlichen Mobilität
- Expertenvotum aus der KGK in Umweltgremien etablieren
- Unterstützung des Projektes „Mehr Freiraum für Kinder“<sup>14</sup>

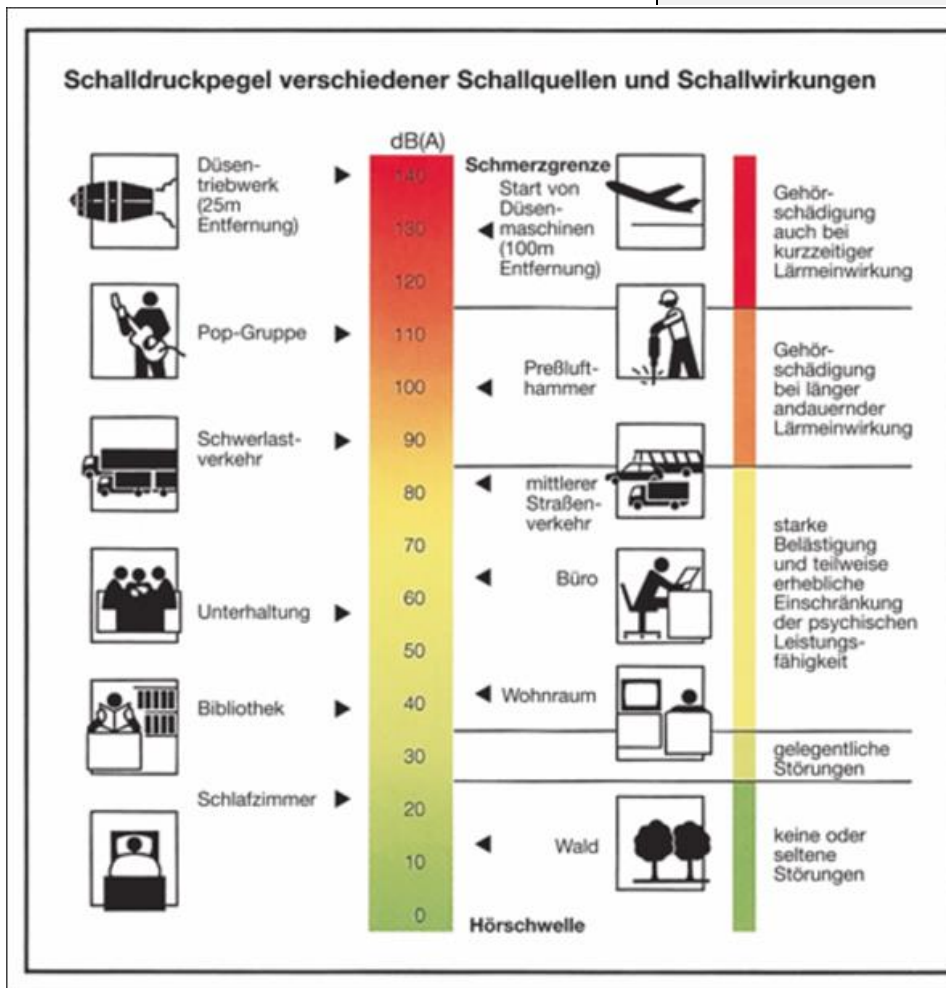
#### **2.1.2. Lärm**

##### **2.1.2.1. Einordnung des Themas / Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung**

Lärm ist die am häufigsten als störend empfundene Gesundheitsdeterminante aus der Umwelt, die unmittelbar oder bei langanhaltender Dauer gesundheitliche Folgen haben kann. Wenn Schall subjektiv als Lärm erlebt wird, kann er zur Belästigung führen. Darüber hinaus können daraus Störungen insbesondere der Kommunikation und der Aufmerksamkeit resultieren ebenso wie Schlafstörungen. Stresshormone können vermehrt freigesetzt werden und längerfristig zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt) beitragen. Laute Schallereignisse können die Zilien (feinste Sinneshärchen im Gang der Ohrschnecke) schädigen, so dass summativ eine Hörminderung eintreten kann oder auch unmittelbar durch ein einziges sehr lautes Schallereignis im Sinne einer Vertaubung.

<sup>14</sup> Vgl.: <http://www.mehr-freiraum-fuer-kinder.de/>, Zugriff Mai 2017.

**Abbildung 3 Schalldruckpegel verschiedener Schallquellen und Schallwirkungen**



Quelle: Geberit: Allgemeine Planungsgrundlagen Bauphysik-Schallschutz

Lärm entsteht in Bielefeld überwiegend durch Straßenverkehr, Schienenverkehr und durch Lärm von Industrie- und Gewerbeanlagen. Lokal kann aber auch Nachbarschaftslärm, Gaststättenlärm, Sport- oder Freizeitlärm eine Beeinträchtigung darstellen. Abbildung 3 skizziert, ab welchen Stärken Schallpegel Belästigungen oder Schädigungen bewirken können.

### 2.1.3.2. Ziele

Gemäß Lärmaktionsplan der Stadt Bielefeld ist es das strategische Ziel, die Verkehrslärmbelastungen derart zu mindern, dass die Bielefelder/innen längerfristig keinen gesundheitsgefährdenden

Lärmpegeln ausgesetzt sind.<sup>15</sup> Der aktuelle Lärmaktionsplan 2015 für Bielefeld schließt auch den Schutz von ruhigen

Gebieten mit besonderer Bedeutung für die Erholung ein. Da auch beim Lärm einer der Hauptverursacher der Verkehr ist, gilt wie für die Luftqualität, dass insb. auf eine emissionsarme bzw. –freie Mobilität hinzuwirken ist.

### 2.1.3.3. Interventionen (insb. aus den Workshops)

- Umsetzung der Maßnahmen aus dem Lärmaktionsplan

- „Masterplan Gehen“
- Ausbau Wegenetz für Nahmobilität
- Elektromobilität fördern (insb. im ÖPNV)

<sup>15</sup> „Lärmprobleme im Sinne des § 47 d Abs. 1 BImSchG liegen auf jeden Fall vor, wenn an Wohnungen, Schulen, Krankenhäusern oder anderen schutzwürdigen Gebäuden ein LDEN von 70 dB(A) oder ein LNight von 60 dB(A) erreicht oder überschritten wird. Dies gilt nicht in Gewerbe- oder Industriegebieten nach §§ 8 und 9 der um Baunutzungsverordnung sowie in Gebieten nach § 34 Abs. 2 des Baugesetzbuches mit entsprechender Eigenart. Die Werte LDEN von 70 dB(A) und LNight von 60 dB(A) sind in den Lärmkarten gemäß § 4 Absatz 4 Nr. 2 kenntlich zu machen.“, Lärmaktionsplanung. RdErl. d. Ministeriums für Umwelt und Naturschutz, Landwirtschaft und Verbraucherschutz - V-5 - 8820.4.1, v. 7.2.2008, S. 2. Für Fluglärm gelten besondere Schutzziele, die jedoch in Bielefeld nicht relevant sind.

- Auswertung ausgewählter Todesursachen im Hinblick auf eine mögliche Korrelation zu besonders lärmbelasteten Quartieren
- Expertenvotum aus der KGG in Umweltgremien etablieren

## 2.2. Bebaute Umwelt

Bielefeld wächst. Die Einwohnerzahl ist infolge Zuzugs in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Gleichzeitig steigt der Wohnflächenbedarf pro Einwohner/in. Die Leerstandsquote liegt demgegenüber bei unter einem Prozent.

Das führt dazu, dass in Bielefeld dringend zusätzlicher Wohnraum ermöglicht und geschaffen werden sowie eine Anpassung der Infrastruktur erfolgen muss. Dabei wird es wichtig sein, Quartiersentwicklungen so zu gestalten, dass „gesundes Wohnen“ ermöglicht bzw. gesichert wird. Grünanlagen und Klimaschutz sind als wichtige Aspekte für gesunde Lebensqualität in der Stadt immer zu berücksichtigen.

### 2.2.1. Verbesserung der grünen Infrastruktur und Grünversorgung

#### 2.2.1.1. Einordnung des Themas / Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung

Der städtische Grünraum hat in vielerlei Hinsicht eine gesundheitliche Bedeutung. Der Aufenthalt im Grünen leistet einen Beitrag zu einer höheren Lebenserwartung und für eine bessere Lebensqualität. Er kann zudem die zwischenmenschliche Begegnung und die körperliche Aktivität für alle Bevölkerungsgruppen fördern.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Heiler, A., Die Wahrnehmung, Nutzung und gesundheitliche Bedeutung von öffentlichen Grünräumen in den Städten Bielefeld und Gelsenkirchen. Eine Querschnittuntersuchung im Kontext der gesundheitsförderli-

In Bezug auf die biologische Vielfalt (Biodiversität) kann städtischer Grünraum dem Artenschwund entgegenwirken und einen Beitrag für ein intaktes Ökosystem leisten, welches Grundlage für ein gesundes Leben ist. Er kann als Klimaregulator wirken, z.B. indem er durch schattenspendende Bäume heiße Tage mildert oder durch Renaturierungsmaßnahmen von Bächen Überschwemmungen mindert (vgl. 2.2.2. Stadtklima / Klimawandel).<sup>17</sup> Er nimmt gegenüber den Luftschadstoffen und den Lärmbelastungen eine Pufferfunktion ein. Bürgerinnen und Bürger in lärmbelasteten Wohngebieten steht er als Ausweichort zur Verfügung (vgl. 2.1.2. Lärm). Außerdem dient er als Senke des Schadstoffeintrags.

#### 2.2.1.2. Ziele

Der städtische Grünraum soll als Aufenthalts-, Bewegungs- und Lernraum sowie als Beitrag zur Klimaanpassung und sozialen Integration weiterentwickelt werden.

#### 2.2.1.3. Interventionen (insb. aus dem Workshop)

- spezifische Quartiere entwickeln, z.B. Städtebauförderungsgebiete in Sieker, Baumheide.
- Projekte zum „Lernort Natur“ verstetigen<sup>18</sup>- Unterstützung des Projektes „Mehr Freiraum für Kinder“<sup>19</sup>

chen Stadtentwicklung, Bielefeld, Februar 2016, S. 12, S. 37.

<sup>17</sup> Ein Heißer Tag ist ein Tag, an dem das Maximum der Lufttemperatur  $\geq 30$  °C beträgt.

<sup>18</sup> Vgl. hierzu auch Initiative der AOK Nord-West „Natürlich erleben“: <https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag7/projekt/nataktiv.html>, <https://www.gym-hbm.de/2016/natuerlich-erleben-ein-gesundes-outdoor-schulprojekt/> und [http://www.minden-luebbecke.de/media/custom/1891\\_3952\\_1.PDF?1473322137](http://www.minden-luebbecke.de/media/custom/1891_3952_1.PDF?1473322137)

- Expertenvotum aus der KGGK in Umweltgremien etablieren

## 2.2.2. Stadtklima / Klimawandel

### 2.2.2.1. Einordnung des Themas / Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung

Als Klima werden zusammenfassend alle meteorologischen Vorgänge wie Luftdruck, Temperatur oder Niederschlag beschrieben, die ein System über einen längeren Zeitraum prägen (dies in Abgrenzung zum Wetter).

Das Stadtklima weist aufgrund von Bebauung und Emissionen Besonderheiten auf, die sich i.d.R. von der freien Landschaft unterscheiden. Besondere Relevanz hat in diesem Kontext der Klimawandel, also die globale Erwärmung, die sich in hiesigen Breitengraden im Wesentlichen durch Hitzeperioden und Starkregenereignisse bemerkbar macht.

Die konkrete stadtklimatische Ausgangssituation der Stadt Bielefeld ist sehr heterogen. Sie wird zum einen bestimmt durch rd. 60 % eher ländlich geprägte Gebiete mit einem vergleichsweise hohen Anteil klimawirksamer Freiflächen. Andererseits gibt es die „Kernstadt“ mit ihren ausgeprägten, nur durch das vernetzte Grünsystem unterbrochenen Überwärmungsgebieten und Hitzeinseln. Diese stellt den am stärksten bioklimatisch benachteiligten Bereich Bielefelds dar. In sogenannten „Hitzeinseln“ können im Sommer Strahlungstemperaturen (Temperaturen der städtischen Oberflächen) von durchschnittlich 33 bis 36 °C auftreten. Die nicht der Hitzeinsel zugeordneten Bereiche werden als urbane Überwärmungsgebiete bezeichnet. Sie sind im Sommer mit mittleren Strahlungstemperaturen von 31 bis 33 °C mä-

ßig wärmebelastet. Bereits 1995 haben nächtliche Messfahrten in Bielefeld Temperaturdifferenzen von 6 bis 9 °C zwischen dem Stadtkern und dem Umland ergeben.

Dies hat Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Steigende Temperaturen können zu hitzebezogenen Erkrankungen und Sterbefällen führen, wie z.B. Sonnenstich, Hitzschlag oder Hitzekollaps.<sup>20</sup> Vor allem ältere Menschen sind durch diese bioklimatische Belastung gefährdet; bei Ihnen kann eine hohe Hitzebelastung auch zum Tode führen. Aber auch vulnerable Gruppen wie Menschen mit chronischen Krankheiten (z.B. des Herz-Kreislaufsystems, mit Asthma) sowie Schwangere können gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausgesetzt sein, teilweise bereits bei geringen Hitze- und Schwülebelastungen. Aus Vorsorgegründen werden Säuglinge und Kleinkinder auch als gefährdet eingestuft. Letztlich können auch gesunde Menschen beeinträchtigt sein, was sich in einer schlechteren Konzentrationsfähigkeit, in Kopfschmerzen, Erschöpfung und Kreislaufbeschwerden äußern kann.<sup>21</sup>

Steigende Außentemperaturen und auch Änderungen der Niederschlagsmuster führen möglicherweise zur Verschlechterung der Luftqualität mit entsprechenden Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit (vgl. 2.1.1. Luftqualität).

Starkregenereignisse treten häufiger auf und können auch in Bielefeld in einem gewissen Maße zu Überflutungen führen und dadurch Infrastruktur plötzlich schädigen. Denkbar sind zudem weitere Kli-

<sup>19</sup> Vgl.: <http://www.mehr-freiraum-fuer-kinder.de/>, Zugriff Mai 2017.

<sup>20</sup> <http://www.hitze.nrw.de/index.html>, Zugriff März 2017.

<sup>21</sup> LANUV-Fachbericht 27, LANUV NRW, Recklinghausen 2010 und Klimaschutzplan Nordrhein-Westfalen, MKULNV NRW, Düsseldorf 2015.

mawandelfolgen wie z.B. Sturm und Trockenheit. Mögliche Folgen können Verletzungen, ausgewählte psychische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Verdauungssystems und auch das Ertrinken sein. Besonders verletzte Bevölkerungsgruppen sind auch hier stärker gefährdet.

Die weiteren klimabedingten Einwirkungen auf die menschliche Gesundheit sind nach derzeitigem Wissensstand in Bielefeld nachrangig oder zumindest kurzfristig nicht zu erwarten. Die Ausbreitung der Zecke aufgrund steigender Temperaturen ist mittelfristig für Bielefeld nicht abzusehen. Zecken können über ihren Biss Borrelien übertragen, die beim Menschen (und Tier) zur Borreliose führen können. Das ist deutschlandweit der Fall. Die Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME), eine weitere durch Zecken übertragene Infektionskrankheit, folgt nach derzeitigem Wissen keinen wärmeren Temperaturen. Bielefeld ist kein Risikogebiet. Es existiert seit vielen Jahren zudem ein Impfstoff gegen FSME, der von den Bevölkerungen in Risikogebieten allerdings nicht ausreichend verwendet wird.

Ein Anstieg von importierten reisebedingten und zugleich klimawandelbedingten Infektionserkrankungen in Bielefeld ist aufgrund des seltenen Auftretens dieser Erkrankungen vor Ort derzeit spekulativ. Diesbzgl. sind außerdem neue Gesundheitstechnologien bereits marktfähig oder zumindest in der Entwicklung (z.B. Impfung gegen Dengue-Fieber, einer mückenübertragenen Erkrankung, die sich bereits vor dem Klimawandel in tropischen und subtropischen Regionen ausgebreitet hat).

Wie dargestellt können insbesondere die zu erwartenden Extremwetterereignisse zur Beeinträchtigung des allgemeinen

Wohlbefindens und der psychischen Gesundheit führen.<sup>22</sup> Eine umfängliche Bewertung des Einwirkens des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit in Deutschland existiert bisher nicht, wäre aber im Hinblick auf allergische Erkrankungen, UV-mitbedingte Erkrankungen sowie eine mögliche Ausbreitung von Neophyten (nicht heimische Tier- oder Pflanzenarten) sinnvoll.<sup>23</sup>

#### 2.2.2.2. Ziele

Maßgeblich für den Bereich des Stadtklimas sind zwei übergeordnete Ziele:

Zum einen muss der Klimaschutz weiter vorangetrieben werden, um die negativen Auswirkungen des Klimawandels in Grenzen zu halten. Die Ziele sind bereits im Handlungsprogramm Klimaschutz der Stadt Bielefeld klar beschrieben. Sie entsprechen den Zielen der Bundesregierung (insb. 40% weniger CO<sub>2</sub> bis zum Jahr 2020). Perspektivisch sind diese Ziele fortzuschreiben, da weitere Anstrengungen über das Jahr 2020 hinaus zwingend erforderlich sind.

Zum anderen sind Anpassungsstrategien zu entwickeln, mit denen auf die oben beschriebenen (hier: gesundheitlichen) Beeinträchtigungen sinnvoll reagiert werden kann. Die Stadt Bielefeld will kurzfristig mit der Entwicklung eines Klimaanpassungskonzeptes beginnen. Welche konkreten Ziele darin formuliert werden, lässt sich aktuell noch nicht beschreiben.

<sup>22</sup> The Impacts of Climate Change on Human Health in the United States: A Scientific Assessment,

<https://health2016.globalchange.gov>, Zusammenfassung, Zugriff Februar 2017.

<sup>23</sup> Robert-Koch-Institut und Umweltbundesamt, Klimawandel und Gesundheit. Allgemeiner Rahmen zu Handlungsempfehlungen für Behörden und weitere Akteure in Deutschland, März 2013.

### 2.2.2.3. Interventionen (insb. aus dem Workshop)

#### a) Klimaschutz

- Umsetzung der Maßnahmen des Handlungsprogramms Klimaschutz
- Appell für die Verbesserung der Energieeffizienz von Krankenhäusern
- Sensibilisierung für „klimafreundlichen Konsum“, z.B. durch den neuen Ernährungsrat
- der ÖGD soll das Thema der gesundheitsbezogenen Auswirkungen des Klimawandels aufgreifen.
- Krankenhäuser und Rettungswesen krisensicher für den Fall von Extremwetterereignissen machen

#### b) Klimaanpassung

- Erarbeitung eines Klimaanpassungskonzeptes für die Stadt Bielefeld mit maßgeblichen Zielen wie:
  - ❖ *Erhaltung und Entwicklung klimatischer Ausgleichsräume (z.B. Frischluftschneisen)*
  - ❖ *Vermeidung und Verringerung der Belastung durch Hitze*
  - ❖ *Vermeidung und Verringerung von Gefährdungspotentialen durch Starkregen*
  - ❖ *Hitzetipps für Ältere Menschen, Schulungen des (ambulanten) Pflegepersonals*
  - ❖ *Generelle Sensibilisierung der Bevölkerung*

## 3. Arbeit und Gesundheit: Arbeitslosigkeit, gesundheitliche und soziale Benachteiligung abbauen

### 3.1. Beschäftigung und Arbeitsmarkt

#### 3.1.1. Betriebliche Gesundheitsförderung

Die 1986 mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung und 1989 mit der Verankerung im SGB V etablierte betriebliche Gesundheitsförderung wurde mit dem Präventionsgesetz 2015 gestärkt. 2 € pro Versicherten und Jahr sollen die Betriebe für die betriebliche Gesundheitsförderung aufwenden. Das Gesetz sieht explizit auch eine Entwicklung für kleine und mittlere Betriebe vor. Auch eine strukturbezogene Zusammenarbeit der betrieblichen Gesundheitsförderung (Krankenkassen) mit dem ‚klassischen‘ Arbeits- und Gesundheitsschutz (Unfallkassen) fand statt (§ 20c SGB V Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren). Damit hat sich einmal mehr ein umfassenderes Verständnis der Gesundheit, hier für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, durchgesetzt, das nicht nur auf das individuelle Verhalten setzt, sondern auch betriebliche Strukturen in den Blick nimmt, um *beides* im positiven Sinne zu fördern und zu verändern. Trotz der verbesserten Strukturen, setzt sich der Gedanke der betrieblichen Gesundheitsförderung nur sehr langsam durch. Auch die strukturelle Verbindung zwischen Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie betrieblicher Gesundheitsförderung steht noch in den Anfängen.

Im Workshop wurden die Ergebnisse der Zukunftswerkstatt „Lücken in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung in Biele-



feld“ des Netzwerks Frauen, Mädchen und Gesundheit der Kommunalen Gesundheitskonferenz Bielefeld vom 18.11.2015, insbesondere die Überlastung der Professionellen der Wohlfahrtsverbände durch höhere Fallzahlen bei gleicher oder weniger Arbeitszeit in allen Arbeitsbereichen, eingebracht. Lösungsansätze werden häufig nur für die individuelle Ebene gesucht und hohe Anforderungen an die Selbstfürsorge gestellt.

#### **3.1.1.1. Ziele**

Die KGK unterstützt die Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und Stärkung persönlicher Kompetenzen entsprechend der Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung laut Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union.<sup>24</sup> Sie sieht insb. Handlungsbedarf für die Professionellen im Sozial- und Gesundheitsbereich.

#### **3.1.1.2. Interventionen (insb. aus dem Workshop)**

- Verbesserung der betrieblichen Gesundheitsangebote im Bereich der Wohlfahrtsverbände (zunächst Ermittlung des aktuellen Sachstands)
- Dabei die unterschiedlichen Strukturen der Wohlfahrtsverbände berücksichtigen

<sup>24</sup> <http://www.dnbgf.de/betriebliche-gesundheitsfoerderung/>, Zugriff März 2016.

### **3.1.2. Gesundheitsförderung bei Arbeitslosigkeit und SGB-II-Bezug**

#### **3.1.2.1. Einordnung des Themas / Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung**

Arbeit ist für Menschen nicht nur ein Mittel zur Finanzierung ihres Lebensunterhalts, sondern sie gibt eine Zeitstruktur, befähigt zur gesellschaftlichen Teilhabe, prägt die persönliche Identität und stärkt das Selbstwertgefühl. Menschen erleben in der Regel eine Krise, wenn sie ihren Arbeitsplatz verlieren und länger arbeitslos sind. Einerseits ist diese Lebenslage häufiger mit einer kritischen gesundheitlichen Lage verbunden. Andererseits kann Arbeitslosigkeit zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen bis hin zu Krankheiten führen, was wiederum ein Hindernis darstellen kann, einen neuen Arbeitsplatz zu finden. Auch Angehörige können von solchen Auswirkungen betroffen sein oder Personen, die von Arbeitslosigkeit bedroht sind.<sup>25</sup> Allerdings ist die Wirkung von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit „...nicht nur vom Gesundheitszustand beim Eintritt in die Arbeitslosigkeit, von einwirkenden Stressoren und weiteren Belastungsfaktoren abhängig, sondern maßgeblich auch von den individuellen Ressourcen und Bewältigungsstrategien. Diese sind bei Arbeitslosen in der Regel geringer ausgeprägt als bei Erwerbstätigen. Umgekehrt sind die belastenden Verhaltensweisen bei Arbeitslosen stärker ausgebildet (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007). Generell gilt jedoch: Das Erleben von Arbeitslosigkeit und ihrer Stresswirkung ist individuell unterschiedlich.“<sup>26</sup>

<sup>25</sup> Stadt Bielefeld, Armuts- und Sozialbericht, 2001, S. 164.

<sup>26</sup> Landeszentrum für Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Gesundheitsverhalten und Ge-

Dabei gilt es, den negativ aufeinander-treffenden Faktoren entgegenzuwirken. Besonders soziale Netzwerke können unterstützen, aber die möglichen psychosozialen Belastungen nicht vollends auffangen. Hier kann neben den individuellen psychotherapeutischen, medizinischen und rehabilitativen Interventionen die Gesundheitsförderung und sekundäre Prävention ansetzen, um den Wiedereintritt in den Arbeitsmarkt trotz gesundheitlicher Einschränkungen zu stärken.

### 3.1.2.2. Ziele

Die Kommunale Gesundheitskonferenz strebt die Vernetzung der Akteure der Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung in Bielefeld an.

Qualitätsstandards von Gesundheitsförderungsprojekten müssen der Zielgruppe von Arbeitslosen angepasst sein. Selbsthilfe bei Arbeitslosigkeit (und Asylbewerbung [Thema später hinzugekommen, siehe 3.1.2.3.]) ist vor allem soziale und weniger gesundheitliche Selbsthilfe.

Die Versorgung von psychisch Kranken wird durch die Vernetzung von ambulanter Eingliederungshilfe und Jobcenter verbessert.

### 3.1.2.3. Interventionen (insb. aus dem Workshop)

- Zwischen Selbsthilfekontaktstelle und Jobcenter wird ein Konzept zur Ansprache von insb. Langzeitarbeitslosen entwickelt und umgesetzt (soziale Selbsthilfe). Das Konzept ist mit dem Arbeitslosenzentrum abgestimmt.
- Die Selbsthilfekontaktstelle ist bei der Entwicklung von Selbsthilfegruppen für Flüchtlinge in Koopera-

sundheitsressourcen von Arbeitslosen, [https://www.lzq.nrw.de/ges\\_foerd/ges\\_chan\\_c\\_gl/arbeitslosigkeit\\_gesundheit/gesundheit\\_sverhalten/index.html](https://www.lzq.nrw.de/ges_foerd/ges_chan_c_gl/arbeitslosigkeit_gesundheit/gesundheit_sverhalten/index.html), Zugriff Februar 2017.

tion mit den entsprechenden Einrichtungen involviert<sup>27</sup>

- Treffs für Alleinerziehende (Kinderbetreuung im Quartier, Selbsthilfeorganisationen & Jobcenter vernetzen)
- Stärkung der Gesundheitskompetenz und Patientensouveränität durch spezielle zugehende Beratungs- und Weiterbildungsangebote
- Für psychisch und abhängigkeitskranke Menschen, die im Rahmen der ambulanten Eingliederungshilfe versorgt werden, existiert ein hoher Bedarf an niedrigschwelligen tagesstrukturierenden Maßnahmen, da sie zu rd. 50% keinerlei Beschäftigungsmaßnahmen erhalten. Der Bedarf sollte mit den folgenden Interventionen minimiert werden (Studie des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Bielefeld):
  - ❖ Vernetzung von ambulant betreuten Wohnen und Jobcenter
  - ❖ Jobcenter wird wieder Mitglied der Hilfeplankonferenz
  - ❖ frühe tagesstrukturierende Maßnahmen
  - ❖ Kontaktstellenangebote (Begegnungszentren)
  - ❖ zielgenaue Weiterbildungen und Qualifizierungen
  - ❖ Patenschaften
  - ❖ Lotsenfunktion im Hintergrund

<sup>27</sup> Die Situation von Asylbewerbern ähnelt derjenigen von Langzeitarbeitslosen dahingehend, dass sie viel Zeit haben, wenig Geld und sich häufiger einsam fühlen. Hinzu kommt, dass sie Sprachprobleme haben können und auf Wohnungssuche sind.

## 4. Familie und Gesundheit: Soziale Unterstützung fördern

### 4.1. Frühe Hilfen (Monitoring der Säuglingssterblichkeit)

#### 4.1.1. Einordnung des Themas / Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung

Die Säuglingssterblichkeit gilt prinzipiell als vermeidbar und wird als Indikator für eine gute soziale und medizinische Versorgung betrachtet. In vielen Einzelfällen zeigt sich aber, dass schwere Erkrankungen - z.B. angeborene Fehlbildungen - zu Todesfällen führen, die trotz des sehr guten Versorgungsangebots in Bielefeld nicht vermeidbar sind. Ein Plötzlicher Kindstod, eine fast zu 100% vermeidbare Sterbeursache, tritt sehr selten alle paar Jahre auf. Eine hochentwickelte Stadt wie Bielefeld hat eine sehr geringe Säuglingssterblichkeit, so dass die Ziele der Weltgesundheitsorganisation seit vielen Jahren erreicht werden.<sup>28</sup> Das bedeutet aber auch, dass die „...niedrige Säuglingssterblichkeit eng mit einem höheren Anteil neonataler Sterbefälle (Eintreten des Sterbefalls zwischen 0 und 27 Lebenstagen) zusammenhängt und dass die Zahl neonataler Sterbefälle langsamer zurückgeht als die postneonataler Sterbefälle (Eintreten des Sterbefalls zwischen 28 Lebenstagen und 11 Monaten).“<sup>29</sup> Das liegt in den Erfolgen der Prävention und Geburtsmedizin begründet, die die späteren Sterbefälle oftmals vermeiden können, so dass die z.T. sehr frühen Sterbefälle heute vergleichsweise häufiger auftreten. Dennoch gibt es immer wieder, auch kleine

<sup>28</sup> Robert-Koch-Institut, Gesundheit in Deutschland, Berlin, November 2015, S. 27.

<sup>29</sup> Weltgesundheitsorganisation, Europäische Region, Der europäische Gesundheitsbericht 2015, Der Blick über die Ziele hinaus – neue Dimensionen der Evidenz, Kopenhagen 2015, S. 34.

Verbesserungsmöglichkeiten, z.B. durch neue Gesundheitstechniken oder die Verbesserung von Maßnahmen zur Primärprävention rund um Schwangerschaft und Geburt, so dass voraussichtlich auch in Zukunft eine weitere Verringerung der Säuglingssterblichkeit zu erwarten ist. Vor Ort findet jährlich eine Zusammenkunft aller geburtshelfenden Einrichtungen statt.

#### 4.1.2. Ziele

Weitere Verringerung der Säuglingssterblichkeit.<sup>30</sup>

#### 4.1.3. Interventionen (insb. aus Workshop)

- Die jährliche Letalitätskonferenz und die bisherigen Verfahren werden fortgesetzt.
- Die weitere Verringerung der Säuglingssterblichkeit soll u.a. in Zusammenarbeit mit dem Bereich Frühe Hilfen angestrebt werden.

## 4.2. Alleinerziehende Mütter und Väter sowie berufstätige Mütter

### 4.2.1. Einordnung des Themas / Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung

Die Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter unterscheidet sich nicht von der anderer Mütter und Väter, aber im Durchschnitt leben sie häufiger in sozioökonomisch angespannter sozialer Lage. Damit verbunden sind sowohl ein riskanteres Gesundheitsverhalten als auch körperliche und psychische Beeinträchtigungen. Die Lebensqualität wird niedriger angegeben als in der Vergleichsgruppe der nicht-alleinerziehenden Müt-

<sup>30</sup> Stadt Bielefeld, Abschlussbericht Bielefelder Gesundheitsziele 2010-2015, S. 7.

ter und Väter.<sup>31</sup> Frauen sind häufiger alleinerziehend als Männer (Verhältnis ca. 9:1), so dass Forschungserkenntnisse eher für alleinerziehende Mütter vorliegen. Inzwischen zeigen Auswertungen aber auch, dass alleinerziehende Väter im mittleren Alter „...ein größeres Risiko für Depressionen und einen selbst als nicht gut eingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand“ haben.<sup>32</sup>

Berufstätige Mütter tragen ein höheres Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen, wenn sie überwiegend allein für die Erziehung von Kindern zuständig sind und die Vereinbarung von Familie und Beruf eine große Herausforderung darstellt.<sup>33</sup>

#### 4.2.2. Ziele

Die Kommunale Gesundheitskonferenz setzt sich für die Vereinbarung von Familie und Beruf, eine arbeitsweltangepasste Kinderbetreuung und eine lebensweltnahe psychosoziale Unterstützung ein.

<sup>31</sup> Robert-Koch-Institut, Gesundheit in Deutschland, Berlin, November 2015, S. 172. In einer Untersuchung gaben alleinerziehende Mütter signifikant häufiger „Unsicherheit wie eigene Zukunft weitergeht“, „finanzielle Probleme“, „zu viele Aufgaben in der Familie“, „Anforderungen nicht mehr gewachsen sein“, „nicht genug Erfolg“, „fehlende Harmonie in der Familie“, „Probleme mit der Wohnsituation“ im Vergleich zu nicht-alleinerziehenden Müttern an, was eher auf die die Gesundheit beeinträchtigende soziale Lage hinweist. Robert-Koch-Institut, Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 14, Berlin, April 2003, S. 9. Anhand des Standardfragebogens zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität geben alleinerziehende Mütter alle acht Dimensionen etwas schlechter an als Mütter mit Partner. Robert-Koch-Institut, Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 14, S. 15 ff.

<sup>32</sup> Robert-Koch-Institut, Gesundheit in Deutschland, Berlin, November 2015, S. 172.

<sup>33</sup> Robert-Koch-Institut, Gesundheit in Deutschland, Berlin, November 2015, S. 170.

#### 4.2.3. Interventionen (insb. aus dem Workshop)

- Kinderbetreuung strukturell verbessern und Platzangebot erhöhen. Flexibilität in Fällen von Krankheit und außergewöhnlichen Betreuungsbedarf verbessern.
- Freiraum und geschützte Räume im Wohnungsumfeld mit einfachem Zugang zum Spielen, Aufenthalt, Kommunikation
- Konzepte mit Wohnungsgesellschaften entwickeln – z.B. im Rahmen von integrierten Stadtentwicklungskonzepten
- Information über Gesundheitsangebote für Alleinerziehende in SGB II und ihre Kinder zusammenstellen und über Jobcenter verteilen
- Eine Selbsthilfegruppe für Alleinerziehende existiert bei der Selbsthilfekontaktstelle in Kooperation mit dem Kinderschutzbund
- Bestands- und Bedarfsanalyse durchführen (insbes. zu aufsuchenden Angeboten)
- Befragung zum Bedarf und zur Inanspruchnahme bei Alleinerziehenden im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung
- Arbeitgebersensibilisierung über Regionalstelle Frau und Beruf
- Entwicklung von Präventionsprojekten zum Thema „Burnout“ insbesondere für berufstätige Mütter ohne genügend familiäre und soziale Unterstützung

### 4.3. Häusliche Gewalt

#### 4.3.1. Einordnung des Themas / Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung

Als häusliche Gewalt wird „Gewalt zwischen erwachsenen Personen (unabhängig vom Tatort und auch ohne gemeinsamen Wohnsitz) bezeichnet, die in einer gegenwärtigen oder ehemaligen intimen

Beziehung oder Lebensgemeinschaft oder die in einem Angehörigenverhältnis zueinander stehen“.<sup>34</sup> Diese Form der Gewalt geht mit einer Vielzahl von gesundheitlichen Folgen einher. Betroffen sind überwiegend Frauen und Mädchen.<sup>35</sup> Körperliche Folgen können verschiedenste Verletzungen, funktionelle Beeinträchtigungen und dauerhafte Behinderungen sein. Aus der häuslichen Gewalterfahrung kann auch ein gesundheitsschädigendes Verhalten resultieren (Rauchen, Alkohol- und Drogengebrauch, risikoreiches Sexualverhalten, selbstverletzendes Verhalten). Darüber hinaus können (psycho-) somatische Folgen wie chronische Schmerzsyndrome, Reizdarmsyndrom, Magen-Darm-Störungen, Harnwegsinfektionen sowie Atemwegbeschwerden auftreten. Die reproduktive Gesundheit der betroffenen Frauen kann durch häusliche Gewalt schweren Schaden nehmen durch Entzündungen der Eileiter und Eierstöcke, sexuelle übertragbare Krankheiten/Infektionen, ungewollte Schwangerschaften sowie Fehlgeburten/niedriges Geburtsgewicht der Kinder. Die Folgen für die psychische Gesundheit sind umfangreich und können auch verspätet auftreten und die Betroffenen lebenslang begleiten (posttraumatische Belastungsstörungen; Depression, Ängste, Schlafstörungen, Panikattacken; Essstörungen; Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl; Suizidalität). Besonders dramatisch sind als Folge von häuslicher Gewalt tödliche Verletzungen, Mord und Suizid.<sup>36</sup>

<sup>34</sup> Landeszentrum für Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Bielefeld 2005, S.5.

<sup>35</sup> Landeszentrum für Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Planungshilfe häusliche Gewalt und Gesundheit, Bielefeld, S. 5.

<sup>36</sup> Robert-Koch-Institut, Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen, Berlin 2008, S. 14.

### 4.3.2. Ziele

Die häusliche Gewalt soll weiter eingedämmt werden. Für die Betroffenen soll eine gute Unterstützung gewährleistet werden.

### 4.3.3. Interventionen (insb. aus dem Workshop)

- Fortsetzung und ggf. Weiterentwicklung des Projektes „Gewinn Gesundheit“; die Krankenkassen sollen um finanzielle Unterstützung gebeten werden
- Gewalt frühzeitig erkennen und gezielt 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
- Weiterarbeit an der Implementierung eines Gewaltschutzkonzeptes im städtischen Klinikum
- Einbeziehung des Jobcenters in die Vernetzung der Hilfsangebote
- Wo genau ist Unterstützung nötig? Wie können die Familienhebammen zielgenau eingesetzt werden?
- Schulungen finanzieren, Fortführung der Vernetzung (Wo „andocken“, wie lange?)

## 4.4. Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

### 4.4.1. Einordnung des Themas / Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung

Es gibt vielfältige Arten der Behinderungen – im Fokus dieses Gesundheitsziele-

berichtetes stehen die Menschen mit Mobilitätseinschränkungen. Die Gesundheit von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen kann unterschiedlich beeinträchtigt sein. Körperliche Inaktivität selbst ist ein gesundheitlicher Risikofaktor für verschiedene Erkrankungen sowie ein führender Risikofaktor für Sterblichkeit (vgl. 7.4. Körperliche Aktivität). Eine Mobilitätsbehinderung kann darüber hinaus die Wahrscheinlichkeit von Erkrankungen erhöhen (z.B. Adipositas). Deshalb ist die Förderung von größtmöglicher körperlicher Aktivität trotz Bewegungseinschränkung besonders wichtig. Es ist anzustreben, in der Stadtentwicklung Anreize zur aktiven Fortbewegung für alle Menschen zu setzen. In der Auswertung der Zukunftswerkstatt „Lücken in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung in Bielefeld“ vom 18. November 2015 wurde als Problembereich der niedrigschwelligere Zugang zu Angeboten erkannt.

#### 4.4.2. Ziele

In Anlehnung an einzelne Punkte der Bundesgesundheitsziele sollen die Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – hier insbesondere mit Mobilitätseinschränkungen – gestärkt werden.

#### 4.4.3. Interventionen (insb. aus dem Workshop)

- Schaffung eines barrierefreien Wohnumfelds
- Inklusiv Gestaltung des innerstädtischen Raumes (z.B. genügend Bänke, ebene Fußwege, schattenspendende Bäume)
- Prüfung, wie Menschen mit körperlicher Mobilitätseinschränkung und gerontopsychiatrischer Einschränkung in die Lage versetzt werden, Angebote zur Freizeitgestaltung und Tagesstruktur wahrnehmen zu können:

nen: Anfrage an Seniorenrat, Psychiatriebeirat und Beirat für Behindertenfragen sowie die Inklusion-ZWAR-Gruppe.

- Übersicht über Barrierefreiheit in ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen

## 4.5. Gesundheitsförderung für ältere Menschen

### 4.5.1. Einordnung des Themas / Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung

Das chronologische Alter allein erlaubt keinen Rückschluss auf den Gesundheitszustand. Die Gesundheit von Menschen wird schon im frühesten Lebensalter geprägt und kann auch im fortgeschrittenen Alter noch verändert und verbessert werden.<sup>37</sup> Dabei kann Gesundheit im Alter nicht die Abwesenheit von Krankheit bedeuten, sondern es müssen chronische Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen sowie Behinderungen und Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden, die die Lebensqualität sehr unterschiedlich beeinflussen. In den hohen Altersgruppen ist darüber hinaus der gesundheitlichen Chancengleichheit ebenfalls Rechnung zu tragen, insbesondere den Zugang zum Gesundheitswesen betreffend.

Ältere Menschen sollen sich von allen, hier im Bericht genannten, Gesundheitszielen angesprochen fühlen. Konkret nur für diese Zielgruppe wird in Bielefeld seit vielen Jahren das Projekt „Zwischen Arbeit und Ruhestand“ (ZWAR) im Rahmen der Offenen Altenarbeit durchgeführt, das das soziale Netz im Übergang in das Rentenalter und darüber hinaus stärken soll und damit professionelle

<sup>37</sup> Bundesministerium für Gesundheit, Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“, Berlin, März 2012, S. 11.

Unterstützungsbedürftigkeit hinauszögert. In einem Bielefelder Stadtteil ist auch Inklusion ein Ziel, das umgesetzt wird. Das Durchschnittsalter in den länger existierenden ZWAR-Gruppen ist angestiegen, so dass der Bedarf nach neuen ZWAR-Gruppen wächst.

#### 4.5.2. Ziele

Die KGK unterstützt die spezifischen Ziele der ZWAR-Gruppen in Bielefeld: Aufbau von stadtteilbezogenen Netzwerken und Selbstorganisation nach Ablauf der Begleitung durch pädagogische Fachkräfte.

#### 4.5.3. Interventionen (insb. aus dem Workshop)

- Ressourcen für den Aufbau und die Begleitung neuer ZWAR Gruppen
- Prüfung, ob die bestehenden Gruppen neue Mitglieder werben können.
- Gezielte Informationen für ältere Menschen (z.B. bzgl. Prävention von Hitzeerkrankungen).
- Partizipation von Älteren an der Entwicklung eines gesunden Quartiers

### 4.6. Stärkung pflegender Angehöriger

#### 4.6.1. Einordnung des Themas / Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung

In Bielefeld wird der größte Teil aller Pflegebedarfe durch Angehörige gedeckt, und zwar mit steigender Tendenz. Pflegende sind Familienangehörige, aber auch Freunde, Nachbarn u.a. und es sind zumeist Frauen (bundesweit 64,9%).<sup>38</sup> Die Pflegenden sind dabei körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt, insbesondere wenn die

<sup>38</sup> Stadt Bielefeld, Büro für Sozialplanung, Dokumentation Woche der pflegenden Angehörigen 2015 und Robert-Koch-Institut, Gesundheit in Deutschland, Berlin, November 2015, S. 328.

Pflege lange andauert oder die/der Pflegebedürftige eine sehr schwere Erkrankung hat. Darüber hinaus kann die familiär oder kulturell bedingte Erwartung an Angehörige bzgl. der Pflege eine Belastung bedeuten. Neben dem Stressempfinden treten Depressionen und kardiovaskuläre Erkrankungen bei Pflegenden häufiger auf und z.T. kann eine negative Auswirkung auf die Lebenserwartung gegenüber den nicht pflegenden Angehörigen in derselben Altersgruppe erscheinen.<sup>39</sup> Die pflegenden Angehörigen nehmen häufig Brüche in ihrer Berufskarriere und finanzielle Risiken auf sich.<sup>40</sup>

In Zukunft werden aufgrund demografischer Effekte voraussichtlich mehr Pflegebedürftige weniger pflegenden Angehörigen gegenüberstehen und es werden auch mehr Männer zu den pflegenden Angehörigen gehören.<sup>41</sup>

#### 4.6.2. Ziele

Wertschätzung, Beratung und Unterstützung von Angehörigen und informellen Helfer/innen älterer und/oder pflegebedürftiger Menschen.

<sup>39</sup> Bundesministerium für Gesundheit, Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“, Berlin, März 2012, S. 70.

<sup>40</sup> Robert-Koch-Institut, Gesundheit in Deutschland, Berlin, November 2015, S. 327-328. Es kann aber auch sein, dass die stationäre Versorgung wg. stärkerer finanzieller Belastung vermieden wird. Oder nach Erfahrungen der Arbeitslosigkeit wird so eine Beschäftigung möglich: „Eingeschränkte finanzielle Ressourcen und/oder die Erfahrung von Beschäftigungslosigkeit kann die Bereitschaft, Familienangehörige zu pflegen, erhöhen und schränkt so den Bedarf an stationären Plätzen ein.“, Stadt Bielefeld, Büro für Sozialplanung, Verbindliche Bedarfsplanung der Stadt Bielefeld für die stationären und teilstationären Pflegeplätze 2016 bis 2018, Bielefeld, Februar 2016, S. 11.

<sup>41</sup> Robert-Koch-Institut, Gesundheit in Deutschland, Berlin, November 2015, S. 328.

#### 4.6.3. Interventionen (insb. aus dem Workshop)

- Die Woche der Pflegenden Angehörigen als öffentliche Wertschätzung der pflegenden Angehörigen wird weiterhin durchgeführt.<sup>42</sup>
- Pflegeberatung
- Angehörigenschulungen
- Transparenz über Pflegeberatungs- und Pflegeunterstützungsangebote
- ein Kontaktbüro „Pflegeselbsthilfe“ wird für Angehörige und Betroffene im Rahmen der Selbsthilfekontaktstelle eingerichtet

#### 4.7. Aktionsplan „Gleichstellung von LSBTI\* in Bielefeld“

##### 4.7.1. Einordnung des Themas / Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung

„Bis 1992 galt Homosexualität nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Krankheit. Transsexualität wird immer noch im Diagnoseschlüssel der WHO als „Störung der Geschlechtsidentität“ bezeichnet. Diskriminierung und damit verbundener Minoritätenstress verursacht gesundheitliche Chancenungleichheit. Gesundheit wird maßgeblich vom Grad der gesellschaftlichen Integration und vom Vorhandensein sozialer Netzwerke beeinflusst. Ausgrenzung macht krank.“<sup>43</sup> Das ist einer der Gründe, warum der Rat der Stadt Bielefeld im Juni 2016 die Erarbeitung eines Aktionsplans „Gleichstellung LSBTI\* in Bielefeld“ beschlossen hat. Der Aktionsplan, der in den Handlungsfeldern „Gesundheit“ und „Psychosoziale Beratung“ eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitssituation beinhaltet, soll in der Kommunalen Gesundheitskonferenz be-

<sup>42</sup> <http://www.pflegende-angehoerige-bielefeld.de>, Zugriff Februar 2017

<sup>43</sup> Drucksachen-Nr.: 4850/2014-2020, Ratsinformationssystem, Stadt Bielefeld.

raten werden. Gesundheitsbezogene Maßnahmen können in den Gesundheitszieleprozess einfließen.

##### 4.7.2. Ziele

Gleichstellung von LSBTI\* in Bielefeld auch in den Politikbereichen Gesundheit und psychosoziale Beratung.

### 5. Bildung und Gesundheit: Gesundheitskompetenz fördern und Prävention stärken

#### 5.1. Konsum von Suchtmitteln - Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen

##### 5.1.1. Einordnung des Themas / Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung

Alkohol bedeutet für Kinder und Jugendliche eine doppelte Herausforderung: Zum einen müssen sie Lebens- und Risikokompetenzen ausbilden, um verantwortlich mit Alkohol umgehen zu können und zum anderen befinden sie sich im Wachstumsprozess, so dass das Zellgift Alkohol sie körperlich (und psychisch) besonders beeinträchtigen kann.<sup>44</sup> Während der Konsum von geringen Mengen Alkohol bei Erwachsenen unbedenklich ist (täglich 0,1 Liter Wein oder 0,25 Liter

<sup>44</sup> Robert-Koch-Institut, Gesundheit in Deutschland, Berlin, November 2015, S. 225. „Verschiedene Enzyme in der Leber sind größtenteils für den Abbau des Alkohols verantwortlich. Diese sind bei Jugendlichen aber in deutlich geringerer Menge vorhanden als bei Erwachsenen. Das im Wachstum befindliche Gehirn reift zwischen dem 12. und dem 16. Lebensjahr besonders stark und reagiert auf Zellgifte wie Alkohol sehr empfindlich. Folgen sind eine verminderte Denk- und Gedächtnisleistung. Erst mit ca. 20 Jahren ist die körperliche Entwicklung abgeschlossen.“ Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Lexikon der Süchte, Düsseldorf, 2016, S.13.



Bier bei Frauen, 0,25 Liter Wein oder 0,5 Liter Bier bei Männern mit mindestens 2-3 Tagen pro Woche ganz ohne Alkohol), sollten Kinder keinen Alkohol trinken und „...Jugendliche – wenn überhaupt – nur in Ausnahmefällen und wesentlich geringere Alkoholmengen...“<sup>45</sup> Darüber hinausgehender Alkoholkonsum ist als riskant anzusehen und kann in missbräuchlichen Alkoholkonsum übergehen mit der Folge von Abhängigkeit und Organschäden. Riskanter und missbräuchlicher Alkoholkonsum steht an zweiter Stelle der Risikofaktoren von behinderungsfreien Lebensjahren und an 9. Stelle der führenden Risikofaktoren von Sterblichkeit.<sup>46</sup> Zudem ist das sog. „Komatrinken“ von Heranwachsenden seit einigen Jahren ein öffentlich thematisiertes Gesundheitsproblem.

### 5.1.2. Ziele

Ziel ist es, den Alkoholkonsum, insbesondere von Kindern und Jugendlichen zu verringern. Zudem setzt sich die kommunale Gesundheitskonferenz für eine umfassende Suchtprävention ein.

### 5.1.3. Interventionen (insb. aus dem Workshop)

- Bisherige Leistungsangebote und Maßnahmen zur Suchtprävention werden fortgeführt
- Jährliches Monitoring des Alkoholmissbrauchs bei Kindern und Jugendlichen

<sup>45</sup> Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Lexikon der Süchte, Düsseldorf, 2016, S.14.

<sup>46</sup> Weltgesundheitsorganisation, GLOBAL HEALTH RISKS. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks, Genf, 2009, S. 11-12.

## 5.2. Gesundheitskompetenz

### 5.2.1. Einordnung des Themas / Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung

Der Begriff Gesundheitskompetenz (engl. Health Literacy) bezeichnet die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu verstehen und umzusetzen. Das setzt voraus, dass ein Grundwissen über Gesundheit vorhanden ist sowie die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen finden, lesen und verstehen zu können und dieses Wissen dann auch im Alltag anzuwenden. Das betrifft auch die Patientensicherheit mit vielen Aspekten. In den Bielefelder Gesundheitszielen werden vor allem der Aspekt des Schutzes vor multiresistenten Erregern und der Aspekt der Notfallversorgung beschrieben. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Patientensicherheit erhöht werden kann durch mehr Transparenz über die Abläufe im Gesundheitssystem und durch aktivere Beteiligung der Patientinnen und Patienten an ihrer Diagnostik, Behandlung und Genesung. Das gilt auch für die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention, Reha und Pflege.

In Deutschland weisen 54,3% der Bevölkerung Schwierigkeiten mit dem richtigen Umgang von Gesundheitsinformationen auf.<sup>47</sup> In besonders vulnerablen Gruppen (Menschen mit niedrigem Bildungshintergrund und Sozialstatus, Menschen mit Migrationshintergrund, ältere Menschen und insbesondere chronisch Erkrankte) sind es noch deutlich höhere Anteile.<sup>48</sup>

<sup>47</sup> Doris Schaeffer, et. al., Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland, Bielefeld, Dezember 2016, S. 97.

<sup>48</sup> Stadt Bielefeld, Integrationskonzept. Diversität, Partizipation und Integration, Bielefeld 2016, S. 48, beruhend auf dem repräsentativen NRW-Gutachten Gudrun Quenzel und Doris Schaeffer, Health Literacy – Gesund-

Im Bundesgesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ wird von *gesundheitsbezogenen Lebenskompetenzen* gesprochen, die ein Thema in den verschiedenen Bildungsbereichen sind.<sup>49</sup> *„Gesundheitsbezogene Lebenskompetenzen sind Teil dieser umfassenderen Lebenskompetenzen. In den Bildungssettings Kindertagesstätten und Schulen muss dieser Zusammenhang immer wieder hergestellt und gesichert werden, um deutlich zu machen, dass gesundheitliche Kompetenzen zum Bildungserfolg beitragen, wie auch Bildungskompetenzen zum Gesundheitserfolg bei Kindern und Jugendlichen beitragen können... Gesundheitsbildung kann somit als eine auf den Bildungs- und Erziehungskontext bezogene Umsetzungsmethode von Gesundheitsförderung und Prävention verstanden werden. Andere sind Gesundheitsaufklärung, -beratung oder auch Gesundheitsarbeit und -selbsthilfe.“*<sup>50</sup>

Die Förderung von Gesundheitskompetenz schon im Kindes- und Jugendalter hat vermutlich eine hohe Bedeutung für ein psychisch gesundes Aufwachsen und ein psychisch stabiles Erwachsenenleben, also z.B. die Ausbildung von Stressbewältigungsfähigkeiten oder der Resilienz. Entsprechende Kompetenzen werden nicht nur im bestehenden Schulsystem, sondern insbesondere auch durch non-formale Lerngelegenheiten (z. B. Kultur- und Sportangebote) vermittelt.

---

heitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen, Bielefeld, Februar 2016

<sup>49</sup> Bundesministerium für Gesundheit, Nationales Gesundheitsziel *Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung*, Berlin, Januar 2010, S. 17.

<sup>50</sup> Bundesministerium für Gesundheit, Nationales Gesundheitsziel *Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung*, Berlin, Januar 2010, S. 17.

### 5.2.2. Ziele

Jeder Mensch soll in Bielefeld unabhängig von Geschlecht, Alter, Herkunft, Ausbildung, beruflichem Status und/oder Einkommen und Wohnort die gleiche Chance erhalten, gesund zu bleiben bzw. gesund zu werden. Örtliche Versorgungsstrukturen sollen dazu beitragen, gesundheitliche Chancengleichheit zu ermöglichen und Gesundheitskompetenz zu entwickeln.<sup>51</sup>

### 5.2.3. Interventionen (insb. aus dem Workshop)

- Selbstkompetenz stärken:
- ❖ *Gesundheitsführerschein an Grundschulen: Bereitschaft der Schulen zur verbindlichen Vernetzung vorab abfragen; Finanzierung über Krankenkassen; Klären der Zuständigen für die Konzepterstellung: Aufklärung direkt in den Arztpraxen (Gynäkologie, Kinderärzte, Hausärzte), z.B. über die Qualitätszirkel der Ärzte initiieren*
- ❖ *Fortführung MiMi-Projekt (bis Ende 2019 durch die BKK'n realisiert)*
- Weiterführung und Ausbau von Beratungs-/Unterstützungsangeboten für vulnerable Zielgruppen in ausgewählten Quartieren in Kooperation mit Multiplikatorinnen/Multiplikatoren zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, der gleichberechtigten Wahrnehmung gesundheitlicher Versorgung, passgenauer Inanspruchnahme von Leistungen der Kranken-/Pflegeversicherung
- Bereitstellung von fundierten Gesundheitsinformation:
- ❖ *Informationen über Krankenkassen: in der KGK Informationen sammeln, zusammenstellen und an Zielgruppen vermitteln, z.B. über das Kommunale Integrationszentrum*
- ❖ *Gesundheits- & Krankheitsinformationen in verschiedenen Sprachen: in der KGK Informationen sammeln, zusam-*

---

<sup>51</sup> Die Formulierung entspricht weitgehend dem bisherigen Bielefelder Gesundheitsziel „Gesundheitliche Chancengleichheit“, vgl.: [http://www.bielefeld.de/de/rv/ds\\_stadtverwaltung/gvla/kgk/zie/](http://www.bielefeld.de/de/rv/ds_stadtverwaltung/gvla/kgk/zie/), Zugriff Mai 2017.

menstellen und an Zielgruppen vermitteln, z.B. über das Kommunale Integrationszentrum

- ❖ *Gesundheits-App spezifisch für Bielefeld: Kosten, Nutzen, klären, dabei Kooperation mit der Fakultät für Gesundheitswissenschaften prüfen*
- Schulung des richtigen Verhaltens bei Notfällen:
- ❖ *Angebote werden kontinuierlich von den Krankenkassen angeboten/Konzertierte Aktion aller*
- ❖ *Öffentlichkeitsarbeit, Information zur Frage: „Was ist ein Notfall?“*
- ❖ *Stärkung der Laienkompetenz (z.B. Woche der Wiederbelebung)*
- ❖ *Weitere Verbreitung des Bielefelder Notfall-Flyers*
- ❖ *Informationen speziell für Menschen mit Migrationshintergrund: in der KGK Informationen sammeln, zusammenstellen und an Zielgruppen vermitteln, z.B. über das Kommunale Integrationszentrum*
- Verbesserung der interkulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen
- Systematische Erhebung der Gesundheitskompetenz in Bielefeld

## 6. Ambulante und klinische Versorgung

### 6.1. Ambulante ärztliche Versorgung

#### 6.1.1. Einordnung des Themas /Bedeutung für die Gesundheit

Die ambulante ärztliche Versorgung wird von etwa 90% der Bevölkerung pro Jahr wahrgenommen und stellt somit den zentralen gesundheitlichen Versorgungsbereich dar. In Bielefeld droht allerdings in absehbarer Zeit ein Hausärztemangel. Viele Hausärztinnen und Hausärzte in Bielefeld sind über 60 Jahre und gehen in den nächsten Jahren in den Ruhestand. Nachfolgerinnen und Nachfolger werden dringend gesucht und kaum gefunden. In manchen Stadtgebieten können die Kassenarztsitze bereits

jetzt schon nicht mehr nachbesetzt werden. Ein ausreichend dichtes Netz an Haus- und auch an Fachärztinnen/-ärzten ist aber erforderlich, um eine gute ambulante ärztliche Versorgung für die älter werdende Bevölkerung weiterhin zu gewährleisten.

Hinweis: Primär zuständig für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung ist die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL). Es werden bereits umfangreiche Maßnahmen durch die KVWL, die Ärztekammer und die Hausärzteinitiative in Bielefeld in die Wege geleitet, um die drohende Lücke zu füllen, z. B. Nachwuchskampagnen, Weiterbildungsverbände, finanzielle Starthilfen, Verbesserung der Rahmenbedingungen.

#### 6.1.2. Ziele

Eine haus- und fachärztliche Unterversorgung gilt es entsprechend der Bedarfsplanungs-Richtlinie für die ambulante ärztliche Versorgung in Bielefeld zu verhindern.<sup>52</sup>

#### 6.1.3. Interventionen (insb. aus dem Workshop)

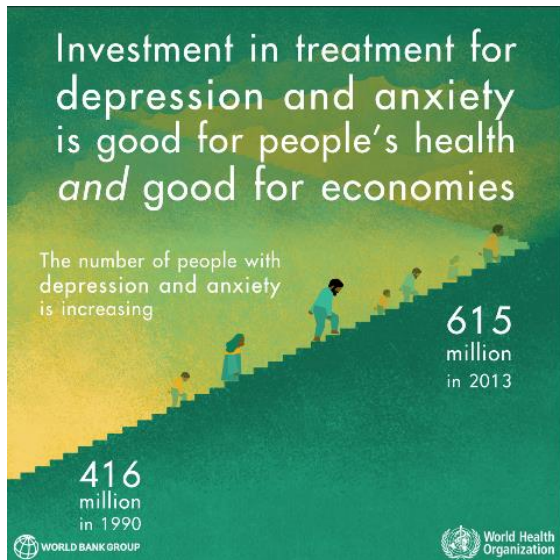
- intensiver Austausch in Bielefeld zwischen KVWL, Ärztekammer, der Hausärzteinitiative und der Kommune zur Prüfung, welche gemeinsamen Strategien entwickelt werden können, um junge Mediziner/innen an Bielefeld zu binden und sie für das Fach Allgemeinmedizin und für die Laufbahn als niedergelassener Arzt/niedergelassene Ärztin zu interessieren.

<sup>52</sup> Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/4/>, Zugriff Mai 2017.

## 6.2. Psychische Gesundheit und Versorgung

### 6.2.1. Einordnung des Themas / Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung

Abbildung 4



„Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und etwas zu ihrer Gemeinschaft beitragen kann.“ - so lautet die Definition der psychischen Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation. Bei den psychischen Störungen handelt es sich um eine ganze Reihe von Symptomen und Problemen, deren Gemeinsamkeit darin besteht, dass sie eine Verknüpfung von gestörten Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen sind.<sup>53</sup> Psychische Beeinträchtigungen werden zunehmend diagnostiziert, darunter vor allem Depressionen, Angststörungen, Schlafstörungen (vgl. auch 2.1.2. Lärm) und die Alkoholabhängigkeit.<sup>54</sup> Insgesamt gesehen ist jährlich ein größerer Teil der er-

<sup>53</sup> Weltgesundheitsorganisation, Regionalkomitee für Europa, Faktenblatt.

<sup>54</sup> Robert-Koch-Institut, Gesundheit in Deutschland, Berlin, November 15, S. 112.

werbsfähigen Bevölkerung von psychischen Störungen in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt und häufiger führen sie auch zu Frühberentungen und Behinderungen. In Deutschland zeigt sich, dass neben den klassischen Gründen für eine Arbeitsunfähigkeit in den letzten Jahren allgemein vermehrt „Psychische und Verhaltensstörungen“ auftreten, von denen Frauen (nur) in etwa 2:1 häufiger betroffen sind.<sup>55</sup> Dies wird mit gestiegenen Arbeitsanforderungen und psychosozialen Belastungen begründet, aber primär damit, dass diese Erkrankungen häufiger diagnostiziert und therapiert werden. Sie führten seit 2004 u.a. auch zu einem Anstieg der Erwerbsminderungsrenten. In Bezug auf die unipolare Depression, nur eine Form der sehr verschieden ausgeprägten Erkrankung „Depression“, spricht die Weltgesundheitsorganisation von einer Volkskrankheit, die bis 2030 möglicherweise weltweit an erster Stelle der das Leben beeinträchtigenden oder verkürzenden Erkrankungen stehen wird.<sup>56</sup> Für den Anstieg der psychischen Erkrankungen in den Hocheinkommens-Ländern werden gesellschaftliche Entwicklungen diskutiert wie das durchschnittlich höhere Lebensalter, Enttraditionalisierungen und damit verbundener Sinnverlust,

<sup>55</sup> „Krankheiten des Atmungssystems“ (am häufigsten, aber von kurzer Dauer, Frauen etwas häufiger betroffen als Männer), „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ (erzeugt die meisten AU-Tage, Männer häufiger betroffen als Frauen) sowie „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte Folgen äußerer Ursachen“, Männer deutlich häufiger betroffen als Frauen sind die häufigsten Gründe für Arbeitsunfähigkeit deutschlandweit 2007 und 2013. Es folgen dann neuerdings die psychischen Erkrankungen. Vgl. Robert-Koch-Institut, Gesundheit in Deutschland, Berlin, November 2015, S. 159.

<sup>56</sup> S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie, Unipolare Depression, Langfassung, 2015, S. 22.

Wandel der Familienformen, wirtschaftliche Unsicherheiten.<sup>57</sup> Epidemiologische Studien zeigen aber auch, dass die Prävalenzen nicht angestiegen sind (z.B. der unipolaren Depression), sondern die Daten aus den verschiedenen Versorgungsbereichen, so dass Unterversorgungsquoten vermutlich minimiert werden konnten. Es existiert eine Reihe von Komorbiditäten zwischen den psychischen Erkrankungen (z.B. zwischen Angststörungen und Depressionen sowie Depressionen und suizidalem Verhalten) und zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen. Und es existieren natürlich auch vielfach andere Ursachen unabhängig von den vorgenannten Aspekten. Einige psychische Erkrankungen sind gut behandelbar.

### 6.2.2. Ziele

Ziel ist eine möglichst gemeindenahere adäquate Versorgung bei psychischen Erkrankungen.

Die Ziele der Fachstelle „Trauma und Leben im Alter“ des Landes NRW, alte Frauen und Männer in ihrer Selbstbestimmung und Autonomie zu fördern, zu begleiten und zu unterstützen, werden unterstützt.<sup>58</sup>

Die Kommunale Gesundheitskonferenz unterstützt die Ziele des Europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit der WHO und das Bundesgesundheitsziel „Depressive Erkrankungen verhindern, früh erkennen & behandeln“.<sup>59</sup>

<sup>57</sup> Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., 6. nationales Gesundheitsziel

Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln, März 2006, S. 2.

<sup>58</sup> <http://www.trauma-leben-alter.de/ziele-und-aufgaben/>, März 2017.

<sup>59</sup> WHO Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit, Regionalkomitee für Europa, 63. Tagung, 16.-19. September 2013,

Darüber hinaus setzt sich die KGG Bielefeld für eine weitere Destigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ein. Die Entwicklung von Lebens- und Risikokompetenzen zur Primärprävention von psychischen Erkrankungen stellt ein weiteres wichtiges Handlungsfeld dar (vgl. 5.2. Gesundheitskompetenz).

### 6.2.3. Interventionen (insb. aus dem Workshop)

- Prophylaxe im Hinblick auf Überforderung und Stressbewältigung
- Frühe Angebote für Kitas/Schulen
- Gezielte Angebote im Berufsleben
- (Verbesserte) Informationen über Angebote und Anlaufstellen
- Umsetzung der Empfehlungen aus der Zukunftswerkstatt „Lücken in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung in Bielefeld“ des Netzwerks Frauen, Mädchen und Gesundheit
- Teilhabeorientierte Beschäftigungspolitik des Jobcenters zur Vermeidung von Frühverrentung; weiterhin gute Vernetzung zwischen Jobcenter und Hilfesystem als gelebte Praxis
- Förderung eines möglichst eigenständigen und würdevollen Lebens im Alter durch eine adäquate und traumasensible Beratung, Pflege und Betreuung von Menschen mit traumatischen Erfahrungen durch die Landesfachstelle „Trauma und Leben im Alter“
- Resilienz-Förderung und Selbsthilfe

## 6.3. Notfallversorgung

### 6.3.1. Einordnung des Themas / Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung

Die Notfallversorgung unterteilt sich in den ambulanten und stationären Bereich.

Der ärztliche Notfalldienst mit seinem Fahrdienst und seinen Notfallpraxen ist außerhalb der Sprechstundenzeiten bei allen normalen Notfällen zuständig, die nicht außergewöhnlich oder lebensbedrohend sind. Diese Aufgabe erfüllen auch die Arztpraxen tagsüber während ihrer normalen Sprechzeiten. Ist ein Notfall außergewöhnlich oder gar lebensbedrohend, ist der staatliche Rettungsdienst (in Kooperation mit anderen Trägern) zuständig. Er schickt im Rahmen der Rettungskette den Rettungswagen ggf. mit Notarzt/Notärztin zum Notfallort. Diese Struktur ist vielen Bürger/innen oftmals nicht verständlich.

#### Die Bielefelder Versorgungsstruktur:

- Alle Arztpraxen als erste Anlaufstelle für Notfallbehandlungen während ihrer Sprechstundenzeiten
- Die Notfallpraxis der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Erwachsene und Kinder am Klinikum Bielefeld Mitte als erste Anlaufstelle für alle Notfallbehandlungen außerhalb der Sprechstundenzeiten bis 22 Uhr
- Die Arzttrufzentrale gibt Auskünfte außerhalb der Sprechstunden über den allgemeinen ärztlichen Notfalldienst, der Hausbesuche durchführen kann oder über die vorgenannten Notfallpraxen informiert (inkl. Augen- und HNO-Ärzte)
- Der Rettungsdienst, die Feuerwehr und der Notarzt zu allen Zeiten bei allen Notfallsituationen, die außergewöhnlich und lebensbedrohlich sind
- der zahnärztliche Notdienst außerhalb der Sprechstundenöffnungszeiten- der Apothekennotdienst außerhalb der üblichen Öffnungszeiten<sup>60</sup>

<sup>60</sup> <http://www.bielefeld.de/de/gs/notfall/>, Zugriff Juni 2017.

Dies zeigt sich in einer kontinuierlich ansteigenden Inanspruchnahme des Rettungsdienstes, was sich teilweise auch durch die Alterung der Bielefelder Bevölkerung, die Ausweitung des Mobilfunks und eine höhere Sensibilität der Bevölkerung durch Gesundheitskampagnen erklärt. Hier ist eine enge Zusammenarbeit der Notfallversorgung zwischen ambulanten und stationären Bereich erforderlich. In jüngerer Zeit wird vor dem Hintergrund des Sicherstellungsauftrags der KVWL für die ambulante ärztliche Notfallversorgung die faktische Versorgung von ambulanten Diagnosen in den Krankenhausambulanzen, also dem stationären Bereich, diskutiert.<sup>61</sup> Ein Problem auf der Handlungsebene der verschiedenen Notfalldienste ist die Gewaltanwendung gegenüber den Notfallhelfer/innen in jüngster Zeit.

#### 6.3.2. Ziele

Ziel ist es, dass die Bevölkerung in adäquater Weise die Notfallversorgung in Anspruch nimmt.

#### 6.3.3. Interventionen (insb. aus dem Workshop)

- Fortführung der AG Notfallversorgung insb. zu folgenden Themen:
  - ❖ *Auswertung vorhandener Daten und Monitoring (inkl. Ursachen)*
  - ❖ *Entwicklung von Ideen zur „Steuerung von Notfällen“*
  - ❖ *offensive Bevölkerungsinformation*
  - ❖ *Neuaufgabe des Flyers „Bielefelder Notfallnummern“*

<sup>61</sup> Vgl. AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH im Auftrag des vdek e.V., Ambulante Notfallversorgung. Analyse und Handlungsempfehlungen Berlin, September 2016 und IGES Institut im Auftrag des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Ambulantes Potential in der stationären Notfallversorgung, Berlin, März 2015.

❖ *Transparenz für die Bevölkerung verbessern*

## 6.4. Infektionsschutz – multiresistente Erreger

### 6.4.1. Einordnung des Themas / Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung

Infektionen spielen im Krankheitsgeschehen eine wesentliche Rolle. Besonders relevant sind behandlungsinduzierte Infektionsfälle, die sog. nosokomialen Infektionen. Sie treten immer häufiger auf und ihre Bekämpfung wurde bereits im letzten Gesundheitszieleprozess verfolgt. Die Deutsche Antibiotika-Resistenz-Strategie enthält die Etablierung praxisnaher Antibiotika-Therapieempfehlungen in Krankenhäusern und lokal für die ambulante Medizin. In Bielefeld werden z.Z. Leitlinien für die ambulante Medizin entwickelt (AnTiB 2017 - Antibiotische Therapie in Bielefeld). Die kinderärztlichen Empfehlungen wurden bereits verabschiedet und vermittelt.<sup>62</sup> Die Bereiche Allgemeinmedizin, HNO, Gynäkologie und Urologie sind noch in der Entwicklungsphase.

### 6.4.2. Ziele

Die Kommunale Gesundheitskonferenz schließt sich den Zielen des MRE-Netzwerk in OWL ([www.mre-owl.net](http://www.mre-owl.net)) an, d.h.:

- Bekämpfung multiresistenter Erreger
- Prävention von Infektionen mit MRE
- Verbesserung der Handlungskompetenz im Umgang mit MRE
- Verhinderung von Übertragungen
- Adäquate Versorgung Betroffener

<sup>62</sup> Siehe <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2/antib/praxis.html>, Zugriff Mai 2017.

### 6.4.3. Interventionen (insb. aus Workshop)

- Pilotprojekt zur Entwicklung fachgruppen- und sektorübergreifender Empfehlungen für die gesamte Stadt Bielefeld
- Fortführung des MRE-Netzwerkes
- Beobachtung der bevölkerungsbezogenen Infektionsraten auf örtlicher Ebene, wie sie gemäß der letzten Novelle des IfSG demnächst dokumentiert werden.

## 6.5. Überleitungsmanagement von pflegebedürftigen Menschen

### 6.5.1. Einordnung des Themas / Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung

Das Überleitungsmanagement von pflegebedürftigen Menschen bezieht sich auf verschiedene Sektoren und betrifft im Einzelfall die gute Zusammenarbeit zwischen zwei Sektoren gleichermaßen (z.B. Krankenhaus und Rehabilitation, ambulante oder stationäre Pflege und umgekehrt). Es ist eng verknüpft mit dem weiterentwickelten Entlassmanagement, denn zur „...Krankenhausbehandlung gehört seit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 auch das Entlassmanagement zur Unterstützung einer *sektorenübergreifenden* Versorgung.“<sup>63</sup> In Bielefeld wurde bereits vor längerer Zeit ein Pflegeüberleitungsbrief etabliert und mehrfach aktualisiert, der aber lediglich ein Baustein im Überleitungs- und Entlassmanagement sein kann.<sup>64</sup> Ein gut funkti-

<sup>63</sup> [http://aok-bv.de/lexikon/e/index\\_14120.html](http://aok-bv.de/lexikon/e/index_14120.html), Zugriff, März 2017.

<sup>64</sup> Kommunale Gesundheitskonferenz, Verwendung des Bielefelder Pflegeüberleitungsbriefes. Ergebnisse der Befragung vom

onierendes Entlass- inkl. Überleitungsmanagement mit all seinen Bausteinen mindert

- Frühe/vermeidbare Wiederaufnahme ins Krankenhaus
- Schwerwiegende gesundheitliche Krisen
- Übersiedlung in ein Heim
- Verlust von Fähigkeiten, Pflegebedürftigkeit
- Körperliche und psychische Belastungen
- Überforderung der Angehörigen / des sozialen Umfeldes.<sup>65</sup>

### 6.5.2. Ziele

Ziel ist die Etablierung eines Überleitungsmanagements ohne Informationsverluste im Sinne der betroffenen Menschen.

### 6.5.3. Interventionen

- Digitalisierung des Pflegeüberleitungsbogens im Rahmen der Telematikinfrastruktur (Prüfauftrag)
- Regelmäßige Überprüfung/Überarbeitung des Pflegeüberleitungsbogens
- Hinweis auf Kopie des Überleitungsbogens für Patientin/Patient bzw. deren Angehörige
- Kooperation mit der Konferenz Alter und Pflege zu dieser Thematik

## 7. Gesundheitsverhalten

„Als Gesundheitsverhalten („health behavior“) werden alle Verhaltensweisen von gesunden Menschen verstanden, die nach wissenschaftlichen (epidemiologischen) Erkenntnissen die Wahrchein-

lichkeit erhöhen, dass Krankheiten vermieden werden oder die Gesundheit erhalten wird. Der Begriff wird damit vielfach als Gegenbegriff zum Risikoverhalten verwendet, der alle Verhaltensweisen oder Gewohnheiten umfasst, die wissenschaftlich belegt die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine spezifische Krankheit zu entwickeln.“<sup>66</sup> Das Gesundheitsverhalten hinsichtlich mäßigen bzw. keinem Tabak- und Alkoholkonsum, gesunder Ernährung, körperlicher Aktivität sowie sicheren Sex ermöglicht einen gesunden Lebensstil, der zur Vermeidung bestimmter schwerer und chronischer Krankheiten führt. Das Gesundheitsverhalten wird hier kurz angerissen, da an verschiedenen Stellen im vorliegenden Bericht schon darauf Bezug genommen wurde. Der Workshop für die neuen Bielefelder Gesundheitsziele setzte einen Fokus in der verhältnisbezogenen Prävention körperlicher Inaktivität (vgl. auch 7.4. Körperliche Aktivität).

### 7.1. Suchtmittelkonsum - Tabak und Alkohol

In den „17 Gesundheitsindikatoren für Bielefeld“ wurden die alle 5 Jahre erhobenen Gesundheitsdaten im Rahmen des Mikrozensus (sowie des Body-Mass-Indexes) der erwachsenen Bevölkerung beschrieben.<sup>67</sup> Danach zeigte sich, dass die Raucherquote in OWL zwar immer unter dem Landeswert lag, aber in Bielefeld leicht darüber, und zwar 2013 bei 23%. Im Trend geht die Raucherquote zurück. Ein Monitoring anhand dieser Daten sollte weiterhin erfolgen.

Februar 2015. Unveröffentlichtes Arbeitspapier, Bueren, B., Cremer, D., Petzold, C., Twittenhoff, B. und Wingenfeld, K.

<sup>65</sup> Wingenfeld, Klaus, Vortrag Sondersitzung Überleitungsmanagement der Kommunalen Gesundheitskonferenz, Bielefeld, 4. Juli 2012.

<sup>66</sup>

<http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsverhalten-krankheitsverhalten-gesundheitshandeln/>, Zugriff Juni 2017.

<sup>67</sup> Drucksachen-Nr.2715/2014-2020, Ratsinformationssystem, Stadt Bielefeld.



## 7.2. Ernährung

Gemäß o.g. Mikrozensus bestand Übergewicht in OWL bei 52,1% der erwachsenen Bevölkerung, in Bielefeld waren geringfügig weniger Erwachsene betroffen (49,2%, 2013). Die freiwilligen Angaben zum Body-Mass-Index im Mikrozensus sind allerdings meist kleiner als bei Untersuchungen, in denen Menschen gewogen und ihre Körpergröße gemessen werden. Insofern sind eher noch etwas höhere Werte anzunehmen.

Im Bereich der Kindergesundheit konnte festgestellt werden, dass die Adipositasrate der Bielefelder Einschulkinder in den letzten Jahren deutlich angestiegen ist, so dass nach einer langen Zeit unterhalb des Landeswertes diese nun in etwa dem Landeswert entspricht (4,2% im Mittel der Jahre 2012/2016).<sup>68</sup> Besonders die niedrige Bildungsschicht ist häufiger betroffen (7,5%). Bielefeld hat sich zum Ziel gesetzt, die Adipositasrate der Einschulkinder bis 2020 wieder auf 3,4% zu senken, da dieser Wert lange Zeit in Bielefeld erreicht wurde.

## 7.3. Zahnpflege und Ernährung bei Kindern und Jugendlichen

### 7.3.1. Einordnung des Themas / Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung

Die Mundgesundheit und damit auch die Gesundheit der Zähne werden durch Ernährung und Pflege beeinflusst. Es geht zumeist um die Kariesbekämpfung. Karies zerstört Zahnschmelz, Zahnbein und Zahnzement, da die Mundhöhlen-Bakterienflora aus dem Gleichgewicht gekommen ist. Verschiedene Einflussfaktoren, vor allem häufiger Zuckerkonsum bei Kindern und Jugendlichen führen zu einer schädlichen Säurebildung.

<sup>68</sup> Drucksachen-Nummer 4279/2014-2020 und älter 2582/2009-2013, Ratsinformationssystem, Stadt Bielefeld.

Eine gute Zahnpflege und zusätzliche Fluoridierung beugen der Karies vor. Diesbezüglich konnten einige Erfolge insbesondere bei Schulkindern im langen zeitlichen Trend erreicht werden, aber nach wie vor stellt frühkindliche Karies ein Problem dar. Das betrifft die Milchzähne und zwar zumeist aufgrund von Nuckeln zuckerhaltiger Getränke aus Saugerflaschen (Saugerflaschen-Karies, 7% bis 20% der 1- bis 6-Jährigen sind davon betroffen).<sup>69</sup> Während in den nachfolgenden Altersgruppen der Index der kariösen, fehlenden und gefüllten Zähne (DMF-T-Index) weitgehend soweit gesenkt werden konnte, dass die Ziele der WHO und der FDI (World Dental Federation) erreicht wurden (vgl. 7.3.2. Ziele), zeigt sich unter den 15-jährigen Mädchen eine signifikant höhere Kariesbelastung (DMF-T 2,0). Dies wird allerdings mit einer veränderten Speichelsammensetzung aufgrund der hormonellen Umstellungen in der Pubertät erklärt. Es gibt zudem einen deutlichen Zusammenhang mit der sozialen Schicht, der sich insbesondere dort zeigt, wo Erfolge der Kariesbekämpfung allgemein eingetreten sind (besonders schwer von Karies betroffene Gruppen vereinen inzwischen einen größeren Anteil der Gesamtkarieshäufigkeit auf sich).

### 7.3.2. Ziele

Stabilisierung des erreichten Status und weitere Reduktion der Anzahl der Kinder mit sehr hohem Kariesbefall.<sup>70</sup>

### 7.3.3. Interventionen (insb. aus dem Workshop)

- Bielefelder Plädoyer für die Einführung einer Zuckersteuer auf zuckerhaltige Getränke<sup>71</sup>

<sup>69</sup> Robert-Koch-Institut, Gesundheit in Deutschland, Berlin, November 2015, S. 95.

<sup>70</sup> Robert-Koch-Institut, Gesundheit in Deutschland, Berlin, November 2015, S. 96.

- Zahnmedizinische Prävention für Kinder 0-3; insb. unter Einbeziehung der Eltern
- Überprüfung der bestehenden Prophylaxe-Konzepte für Kitas und Schulen hinsichtlich Zahnpflege und Ernährung

#### 7.4. Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität ist jede körperliche Bewegung, „...die durch die Skelettmuskulatur produziert wird und den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt.“<sup>72</sup> Körperliche Inaktivität ist im 21. Jahrhundert ein eigenständiger gesundheitlicher Risikofaktor, den die WHO nach Tabakkonsum, Alkoholkonsum, Übergewicht und Adipositas, Bluthochdruck und hohem Blutzuckerspiegel an sechster Stelle in Bezug auf behinderungsfreie Lebensjahre in den Hoch-Einkommens-Ländern einordnet. Gleichzeitig gilt körperliche Inaktivität als viertgrößter Risikofaktor für Sterbefälle.<sup>73</sup>

Die vielen Maßnahmen zur Bewegungs- und Sportförderung sprechen nicht alle Menschen gleichermaßen an. Die soziale Schicht (insbesondere Männer der niedrigen Bildungsschicht), eine Nachbarschaft, in der wenige zu Fuß oder mit dem Fahrrad unterwegs sind, eine für Bewegung ungünstig bebaute Umwelt (Dichte, Nutzungsmischung, Straßen-

raumgestaltung, Angebot an öffentlichen Verkehrsmitteln und Freiraumplanung), wenig Fahrrad- und Fußgängerfreundlichkeit, sind einer körperlich aktiven Lebensweise abträglich.<sup>74</sup> Eine regelmäßige körperliche Aktivität entsprechend den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation bedeutet ein deutliches Mehr an Gesundheit: „So liegt die Risikoreduktion für eine Reihe von Krebserkrankungen bei im Mittel 25 %, für Herz-Kreislaufkrankungen bei 40–50 % und für die Stoffwechselerkrankungen, zum Beispiel bei Diabetes, sogar bei 80 %. Auch die Einflüsse auf die Mortalität bewegen sich in nahezu ähnlichen Dimensionen.“<sup>75</sup>

Auf der Grundlage von großen Studien in den USA empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation ein Mindestmaß an körperlicher Aktivität: für Kinder und Jugendliche mindestens 60 Minuten am Tag und dabei auch etwas „aus der Puste“ kommen, für Erwachsene mit mittlerer Intensität (z.B. zügig Gehen) 150 Minuten und mit hoher Intensität (z.B. Jogging) 75 Minuten pro Woche und für ältere Menschen ebenfalls mit mittlerer Intensität 150 Minuten und mit höherer Intensität 75 Minuten pro Woche. Die Zeiten können über den Tag oder die Woche zusammengerechnet werden, wobei Aktivitäten ab 10 Minuten zählen.<sup>76</sup>

<sup>71</sup> Seit Oktober 2016 empfiehlt die WHO ihren Mitgliedsländern die Einführung einer mindestens 20% erhöhten Steuer auf zuckerhaltige Getränke, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/curtail-sugary-drinks/en/>, Zugriff März 2017.

<sup>72</sup> Robert-Koch-Institut und Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Körperliche Aktivität, Heft 26, Berlin Juli 2005, S.7.

<sup>73</sup> Weltgesundheitsorganisation, GLOBAL HEALTH RISKS. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks, Genf, 2009, S. 11-12.

<sup>74</sup> Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW), Leitfaden Gesunde Stadt. Hinweise für Stellungnahmen zur Stadtentwicklung aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, Bielefeld, August 2016, S. 105.

<sup>75</sup> Landeszentrum für Gesundheit NRW, Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LI-GA.Fokus 12, Düsseldorf 2011, S. 10.

<sup>76</sup>

[https://www.lzg.nrw.de/ges\\_foerd/beweg\\_fo-](https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/beweg_fo-)

### 7.4.1. Ziele

Verbesserung des Gesundheitsverhaltens der Bielefelder Bevölkerung – s. auch Einzelziele der vorangegangenen Kapitel.

### 7.4.2. Interventionen

Die Kommunale Gesundheitskonferenz unterstützt in diesem Zusammenhang die Aktivitäten im Rahmen des Projekts:

- „Fit für das Leben“ im Rahmen des Landesmodellprojektes „Kein Kind zurücklassen“
- Die Radverkehrsförderung durch das Bicycle Policy Audit (BYPAD)
- Unterstützung des Projektes „Mehr Freiraum für Kinder“<sup>77</sup>

Im Workshop zur Fortschreibung der Gesundheitsziele wurden gerade zu diesem Themenfeld viele Anregungen gegeben, die in die weiteren Prozesse der Stadtplanung und konkret der Radfahrförderung eingespeist werden sollen.

## 8. Gesundheitsdaten für den Gesundheitsziele-Prozess der KGK

### 8.1. Einordnung des Themas / Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung

Die Kommunale Gesundheitskonferenz und der Sozial- und Gesundheitsausschuss der Stadt Bielefeld haben sich im Jahr 2016 für eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung auf der Grundlage der Gesundheitsindikatoren des Landes NRW ausgesprochen.<sup>78</sup> Dabei wurden 17 Kernindikatoren aus rd.

[erd/faktenblaetter/grundlagen/bewegungsempfehlungen/index.html](http://erd/faktenblaetter/grundlagen/bewegungsempfehlungen/index.html), Zugriff Juni 2017

<sup>77</sup> Vgl.: <http://www.mehr-freiraum-fuer-kinder.de/>, Zugriff Mai 2017.

<sup>78</sup> Drucksachen-Nr. 2715/2014-2020, Ratsinformationssystem, Stadt Bielefeld.

80 kommunal verfügbaren Gesundheitsindikatoren ausgewählt, die Auskunft über die Gesundheitsdeterminanten, die gesundheitliche Lage und das Gesundheitsverhalten der Bielefelder Bevölkerung geben. Darüber hinaus stehen für die kommunale Gesundheitsberichterstattung die Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen (und z.T. KiTa-Untersuchungen) zur Verfügung, aus denen sich Erkenntnisse zur gesundheitlichen Lage, ihrer Determinanten und Einzelaspekte der gesundheitlichen Versorgung der Kinder in Bielefeld anzeigen lassen, wie in Berichten zum Entwicklungsstand und der Adipositas dokumentiert.<sup>79</sup> Auch die Daten nach PsychKG werden vorgehalten. Die nordrhein-westfälischen Gesundheitsämter verfügen außerdem über die gesamte Krankenhausdiagnose-Statistik der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser und der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (letztere > 100 Betten, it.nrw), über die gesamte Todesursachen-Statistik (it.nrw), die medizinischen Daten der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (DRV) sowie über die Daten der medizinischen und sonstigen Leistungen zur Rehabilitation (DRV). Auch die Daten der Pflegebegutachtungen des MDK (Erstgutachten nach Pflegeart und Pflegestufe), der amtlichen Pflegestatistik (it.nrw.de, Bestandsstatistik) sowie die Daten der Schwerbehindertenstatistik (it.nrw) sind über ein Daten-Tool, das aufgrund eines Vertrages mit it.nrw nur den Gesundheitsämtern zur Verfügung steht, verfügbar. Darüber hinaus sind auch sämtliche Daten des Krebsregisters NRW und Daten über die meldepflichtigen Infektionskrankheiten auswertbar. In der Entwicklung befindet

<sup>79</sup> Drucksachen-Nummer 4279/2014-2020 und älter 2582/2009-2013 sowie 6436/2009-2014, Ratsinformationssystem, Stadt Bielefeld.

sich ein ausgewählter Datensatz aus dem ambulanten, vertragsärztlichen Bereich (KVWL), z.T. liegen für diesen Bereich Daten bereits vor. Das Gesundheitsgeschehen in Bielefeld kann damit weitgehend anhand von Routinedaten und Gesundheitsindikatoren auf gesamtstädtischer Ebene abgebildet werden, vorausgesetzt es liegen entsprechende Aufträge der Kommunalen Gesundheitskonferenz oder der politischen Fachausschüsse vor.

### 8.2. Ziele

Im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses bis 2022 soll ein Gesundheitsmonitoring etabliert werden, welches regelmäßig den Mitgliedern der Kommunalen Gesundheitskonferenz, den politischen Fachausschüssen und der Öffentlichkeit Auskunft über die Entwicklung der Gesundheit der Bielefelder Bevölkerung gibt.

### 8.3 Interventionen

Einberufung einer AG Gesundheitsdaten mit den Zielen:

- Festlegung, Auswertung und Interpretation von geeigneten Gesundheitsindikatoren und Gesundheitsdaten für die Beobachtung der Bielefelder Gesundheitsziele 2022
- prüfen, ob Einzelziele von Gesundheit 2022 detailliert quantifiziert werden können, um ihre Erreichung mit den verfügbaren Daten abzubilden

Der Datensatz zur Beobachtung der Bielefelder Gesundheitsziele 2022 sollte möglichst klein sein. Er könnte z.B. in einen Satz leitender Gesundheitsindikatoren und -daten und in einen Satz zusätzlicher Gesundheitsindikatoren und -daten unterteilt werden.

- Beobachtung der Entwicklung der Gesundheitsdeterminanten, gesundheitlichen Lage und des Gesund-

heitsverhaltens anhand der 17 „Kernindikatoren“ der Gesundheitsberichterstattung wie in der Drucksache 2715/2014-2000 begonnen

- Weiterverfolgung des Konzepts eines Fachplanes Gesundheit in einem ausgewählten Stadtteil
- Wiederholung der kleinräumigen Auswertung des Entwicklungsstands der Einschulkinder im Winter 2017/2018, wie in Drucksache 6436/2009-2014 festgelegt
- Regelmäßiges Monitoring der Säuglings- und Perinatalsterblichkeit