

# Bielefeld



## Bielefelder Gesundheitsziele – für eine bessere Gesundheit



Impressum:

Herausgeberin:  
Stadt Bielefeld  
Dezernat 3, Umwelt und Gesundheit  
Stab Umwelt und Gesundheit  
Geschäftsführung Kommunale Gesundheitskonferenz  
Postfach 33597 Bielefeld

Die Gesundheitsziele haben im Auftrag der Kommunalen Gesundheitskonferenz erarbeitet:

Dirk Cremer (Gesundheitsberichterstattung, Stadt Bielefeld), Karsten Gebhardt (Ev. Johanneswerk e.V., stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes), Dr. Frieder Grosbüsch (AG der Umweltmediziner, Bielefeld), Günter Hölling (PatientInnenstelle im Gesundheitsladen Bielefeld e.V.), Dr. Claudia Kramer (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Bezirksstelle Bielefeld), Cornelia Petzold (Geschäftsführung Kommunale Gesundheitskonferenz, Stadt Bielefeld), Gabriele Sonnenberg (Gleichstellungsstelle für Frauenfragen, Stadt Bielefeld), Dr. Rudolf Welteke (Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW)

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

Redaktionsschluss: September 2002

Bestellungen:

Telefon: 0521/51-2586  
Fax: 0521/51-3406  
E-Mail: [gesundheitsamt@bielefeld.de](mailto:gesundheitsamt@bielefeld.de)  
Internet: <http://www.bielefeld.de>

© Stadt Bielefeld 2003

# ***Bielefelder Gesundheitsziele***

*- für eine bessere Gesundheit*

*Zusammenfassung*

## ***Präambel***

*Die Kommunale Gesundheitskonferenz verfolgt das Ziel für alle Bürgerinnen und Bürger der Stadt Bielefeld eine gleichberechtigte und geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, unabhängig von ethnischer Zugehörigkeit, Alter und sozialer Lage.*

## Strategie

Die Kommunale Gesundheitskonferenz verfolgt mit dem vorliegenden Strategiepapier

- **eine nachvollziehbare Ziel- und Ergebnisorientierung der Gesundheitspolitik und Strukturentwicklung im örtlichen Gesundheitswesen.**

Dazu hat sie drei strategische Gesundheitsziele formuliert, die von allen Mitgliedern der Kommunalen Gesundheitskonferenz getragen und an denen alle Handlungsempfehlungen und Maßnahmen der Konferenz ausgerichtet werden. Die Kommunale Gesundheitskonferenz verpflichtet sich darauf,

- **im Jahr 2007 zu überprüfen, inwiefern die Bielefelder Gesundheitsziele auf Grundlage der Ergebnisse der Einzelmaßnahmen und der Gesundheitsberichterstattung erreicht werden konnten.**

Die strategischen Ziele lauten:

### **„Bürgerinnen- und Bürgerorientierung“**

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

### **„Gesundheitliche Chancengleichheit“**

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

### **„Prävention und Gesundheitsförderung“**

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

## Inhaltsverzeichnis

<b>Präambel</b> .....	2
<b>Einführung</b> .....	2
Grundlagen .....	2
Strategie .....	2
Modell .....	3
<b>Das Bielefelder Gesundheitsziel „Bürgerinnen- und Bürgerorientierung“</b> .....	4
Zielformulierung .....	4
Erläuterung .....	4
Ergebnisse des Workshops 'Ziele der Kommunalen Gesundheitskonferenz' .....	5
Ergebnisse der Bevölkerungsumfrage 'Das Gesundheitssystem in Bielefeld' .....	6
Umsetzungskonzept .....	7
Beobachtung und Evaluation der Zielerreichung .....	7
<b>Das Bielefelder Gesundheitsziel „Gesundheitliche Chancengleichheit“</b> .....	8
Zielformulierung .....	8
Erläuterung .....	8
Ergebnisse des Workshops 'Ziele der Kommunalen Gesundheitskonferenz' .....	9
Ergebnisse der Bevölkerungsumfrage 'Das Gesundheitssystem in Bielefeld' .....	10
Gesundheitszustand .....	10
Behandlungsstrategien bei gesundheitlichen Problemen .....	11
Maßnahmen zur Gesundheitsförderung .....	11
Gesundheitsinformationen .....	12
Gesundheitsversorgung .....	12
Notfallversorgung .....	12
Gesundheitsvorsorge .....	12
Umsetzungskonzept .....	13
Beobachtung und Evaluation der Zielerreichung .....	13
<b>Das Bielefelder Gesundheitsziel „Prävention und Gesundheitsförderung“</b> .....	13
Zielformulierung .....	13
Erläuterung .....	13
Ergebnisse d. Workshops 'Ziele für die Kommunale Gesundheitskonferenz' .....	15
Ergebnisse der Bevölkerungsumfrage 'Das Gesundheitssystem in Bielefeld' .....	15
Umsetzungskonzept .....	16
Beobachtung und Evaluation der Zielerreichung .....	16
<b>Anhang</b> .....	17

## Präambel

Die Kommunale Gesundheitskonferenz verfolgt das Ziel für alle Bürgerinnen und Bürger der Stadt Bielefeld eine gleichberechtigte und geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, unabhängig von ethnischer Zugehörigkeit, Alter und sozialer Lage.

## Einführung

Im Jahr 1999 verständigte sich der „Runde Tisch Gesundheit“ darauf „Ziele für die zukünftige Kommunale Gesundheitskonferenz“ zu entwickeln. Dies geschah im Hinblick auf die veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, in denen Kommunale Gesundheitskonferenzen als neue Pflichtaufgaben der nordrhein-westfälischen Kommunen festgelegt wurden.<sup>i</sup> Im Zuge dieser landesweiten Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes befand sich die Stadt Bielefeld selbst mitten in einer grundlegenden Umstrukturierung ihrer Verwaltungsstrukturen, die eine Trennung von operativen und strategischen Verwaltungsbereichen insgesamt und im Öffentlichen Gesundheitsdienst insbesondere vorsah. Auch dies ein Grund, das bisherige Geschehen am Runden Tisch Gesundheit – als Landesmodellprojekt „Ortsnahe Koordinierung der sozialen und gesundheitlichen Versorgung“ in Bielefeld eingerichtet und evaluiert - strategisch neu auszurichten. Im Dezember 2000 fand die konstituierende Sitzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz statt. Das vorliegende Dokument ist das Ergebnis der Arbeiten über die Ziele der Gesundheitskonferenz.

Neue gesetzliche  
Rahmenbedin-  
gungen

## Grundlagen

Grundlagen für die Zielformulierung bilden die Ergebnisse des Workshops „Ziele für die zukünftige Kommunale Gesundheitskonferenz“<sup>ii</sup>, die Bevölkerungsumfrage „Das Gesundheitssystem in Bielefeld“<sup>iii</sup> und die Zielsetzungen der Arbeitsgruppen der Kommunalen Gesundheitskonferenz. Ferner wurden Entsprechungen im NRW-Programm „Zehn vorrangige Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik“ und im Programm der Weltgesundheitsorganisation „Gesundheit 21 - 21 Ziele für das 21. Jahrhundert“ herausgearbeitet.<sup>iv</sup>

## Strategie

Die Kommunale Gesundheitskonferenz beabsichtigt mit den Gesundheitszielen

- **eine nachvollziehbare Ziel- und Ergebnisorientierung der Gesundheitspolitik und Strukturentwicklung im örtlichen Gesundheitswesen zu erreichen.**

Dazu hat sie drei strategische Gesundheitsziele entwickelt, die von allen Mitgliedern der Kommunalen Gesundheitskonferenz getragen und an denen alle Handlungsempfehlungen und Maßnahmen der Konferenz ausgerichtet werden.

Diese drei Gesundheitsziele lauten:

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

Die Kommunale Gesundheitskonferenz will mit den Gesundheitszielen

- eine kontinuierliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bielefelder Bevölkerung bewirken,
- mehr Effizienz und Effektivität im örtlichen Gesundheitswesen erreichen und
- einen Beitrag zu mehr Transparenz im örtlichen Gesundheitswesen verwirklichen.

Die Kommunale Gesundheitskonferenz verpflichtet sich darauf,

- im Jahr 2007 zu überprüfen, inwiefern die Bielefelder Gesundheitsziele auf Grundlage der Ergebnisse der Einzelmaßnahmen und der Gesundheitsberichterstattung erreicht werden konnten.

### Modell

Die Bielefelder Gesundheitsziele lassen sich an einem Modell veranschaulichen (Abbildung 1). Die drei strategischen Gesundheitsziele bilden den Gesamtrahmen für die Orientierung der Aktivitäten der Kommunalen Gesundheitskonferenz (A). Die jeweiligen Maßnahmen werden an ihnen ausgerichtet (B). Die Wirkungen der einzelnen Maßnahmen werden geprüft und dokumentiert (C). Im Jahr 2007 findet eine Gesamtevaluation der Einzelmaßnahmen statt.

Abbildung 1:  
Modell Gesundheitsziele



# Das Bielefelder Gesundheitsziel „Bürgerinnen- und Bürgerorientierung“

## Zielformulierung

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

## Erläuterung

Im Gesundheitswesen existiert nur eine geringe *kollektive* Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern an den Kommunikations- und Entscheidungsprozessen. Die bisherigen Aktivitäten für eine stärkere Einbindung der Stimme von Bürgerinnen und Bürgern im Gesundheitswesen betrafen vor allem die Gewährleistung *individueller* Patientenrechte.

Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten sowie Versicherte sind über Gesundheitsleistungen und -produkte nicht genügend informiert. Die Qualität und Sicherheit von Gesundheitsleistungen und -produkten und die Beteiligung an Entscheidungen und Verfahren im Gesundheitswesen sowie die Schadensregulierung sind nicht ausreichend geregelt.<sup>v</sup>

Die „Entwicklung und Pflege einer vertrauensvollen Beziehung zur Aktivierung koproduktiver Potenziale, ausreichende Information, Beratung und gegebenenfalls auch Schulung der Patientinnen und Patienten zur Mitarbeit und selbstbestimmtem Handeln sowie die angemessene und kunstgerechte Anwendung geprüfter Verfahren“, die die Wirksamkeit der gesundheitlichen Leistungserstellung kontrollieren, sind nicht gegeben.<sup>vi</sup>

Das Bielefelder Gesundheitsziel „Bürgerinnen- und Bürgerorientierung“ verfolgt den stärkeren Einbezug spezifischer Interessen und Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger, um bedarfsgerechte gesundheitliche Leistungen zu erzeugen und die Entscheidungsgrundlage für die Inanspruchnahme dieser Leistungen zu verbessern. Das Bielefelder Gesundheitsziel „Bürgerinnen- und Bürgerorientierung“ soll

- die Steigerung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Selbstbestimmung der Bürgerinnen und Bürger, Versicherten und Patientinnen und Patienten durch mehr Information und erhöhte Transparenz des Gesundheitswesens vor Ort erreichen;
- den Schutz der Bürgerinnen und Bürger, Versicherten und Patientinnen und Patienten durch ein funktionsfähiges Qualitätsmanagement sicherstellen sowie
- die Ausweitung der Beteiligungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten der Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen, damit sie besser auf Strukturen, Prozesse, Verfahren, Träger und Einrichtungen einwirken und diese mit gestalten können, verfolgen.<sup>vii</sup>

Stimme der Bürgerinnen & Bürger ist im Gesundheitswesen unzureichend vertreten

Bürgerinnen- und Bürgerbeteiligung kann erreicht werden durch Verfahren der

- Umfragebeteiligung,
- Beratungsbeteiligung,
- Verfahrensbeteiligung und
- Entscheidungsbeteiligung.

Möglichkeiten der  
Bürgerinnen- &  
Bürgerbeteiligung

Das NRW-Gesundheitsziel Nr. 8 „Bürgernahe Dienste für besondere gesundheitliche Bedürfnisse“ thematisiert nicht Verfahren der Beteiligung, sondern hat „bürgernahe Dienste“ für „besondere“ gesundheitliche Bedürfnisse im Blick, wie z.B. den Ausbau der Gesundheitsdienste für chronisch Kranke, körperlich und psychisch Behinderte sowie sozial Beeinträchtigte. Für die kommunale Ebene werden Bestandsanalysen der Angebotsstrukturen und –arten vor Ort und das Prinzip der Konsensfindung im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen als Realisierungsansätze für eine stärkere Bürgerinnen- und Bürgerorientierung vorgeschlagen. Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst bietet mit den neuen kommunalen Pflichtaufgaben „Gesundheitsberichterstattung“ und „Kommunale Gesundheitskonferenz“ (KGK) Grundlagen, um diese Lösungsansätze zu verfolgen. Die KGK Bielefeld kann:

- Prioritäten der aufzugreifenden Themen festlegen
- Ein Konzept für örtliche Informations- und Beratungsangebote erstellen
- Die Trägerinnen und Träger der Beratung vorschlagen
- Die Koordination und Abstimmung zwischen den unterschiedlichen Angeboten bzw. Anbieterinnen und Anbietern vornehmen.

### **Ergebnisse des Workshops „Ziele der Kommunalen Gesundheitskonferenz“**

Im Zieleworkshops wurden besonders an die Gesundheitsberichterstattung (GBE) Erwartungen gerichtet, verstärkt Information, Transparenz und Beteiligung im örtlichen Gesundheitswesen herzustellen. Im einzelnen waren dies die Punkte:

Gesundheitsberichterstattung soll Information, Transparenz & Beteiligung sicherstellen

- Modulare GBE unter Beteiligung der verschiedenen Mitglieder der KGK
- Verbesserter Informationsstand über gesundheitliche und soziale Einrichtungen
- Verbesserte Transparenz für Versicherte/Patienten
- Berücksichtigung von alters- und geschlechtsspezifischen Aspekten
- Systematische Information
- Gesamtversorgung als Gesamtübersicht

Aber auch das Thema Beratung wurde aufgegriffen und stärker beachtet. So wurde

- eine finanzielle Förderung und eine Professionalisierung der unabhängigen Patientinnen- und Patientenberatung vorgeschlagen

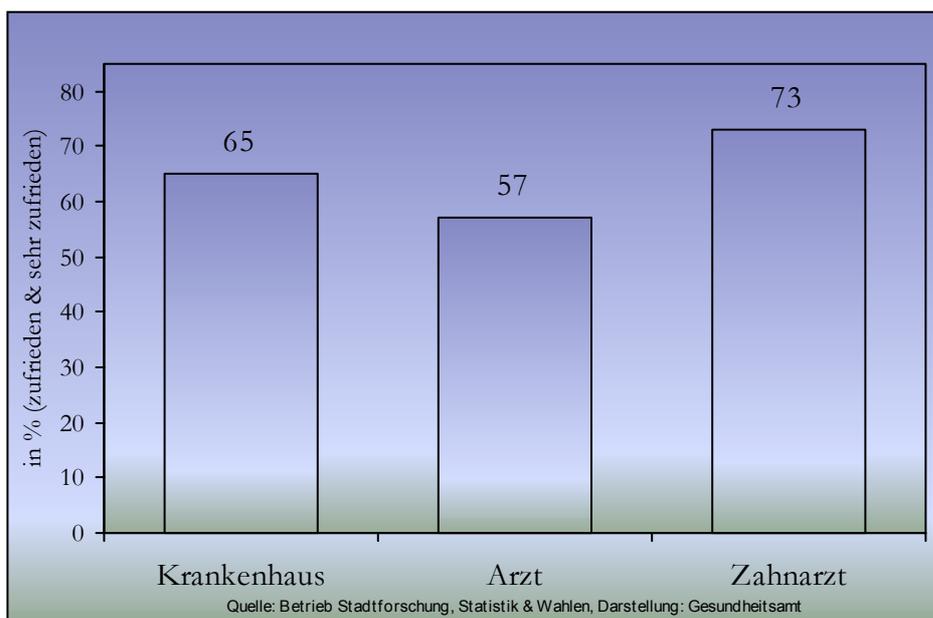
- eine unabhängige Beratungsstelle für Behinderte und chronisch Kranke angedacht
- mehr „Verbraucherschutz“ im Gesundheitswesen gefordert
- mehr Rückmeldungsmöglichkeiten von Missständen im Gesundheitswesen an die Verantwortlichen gewünscht.

In bezug auf die Versorgung wurde mehr Bürgerinnen- und Bürgerorientierung zu den folgenden Themen verlangt:

- Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient
- Einrichten von Frauenstationen in Krankenhäusern und der Psychiatrie
- Ausbau der Drogenberatung und entsprechender Unterstützungskonzepte
- Weiterentwicklung der Versorgung im Alter
- Wohnortnahe psychiatrische Versorgung
- Psychosoziale Betreuung krebskranker Menschen
- Palliative Betreuung chronisch Kranker (u.a. Krebs)
- Stärkung der Hospizbewegung, der humanen Sterbebegleitung

### Ergebnisse der Bevölkerungsumfrage „Das Gesundheitssystem in Bielefeld“

In Hinsicht auf die Krankenhausversorgung fällt auf, dass die Räume in den Krankenhäusern und die Überleitung in die ambulante oder häusliche Pflege im Vergleich zu den anderen Fragen im Urteil der Bürgerinnen und Bürger lediglich „zufriedenstellend“ bewertet werden. Ein deutlich negatives Urteil fällt die Bürgerinnen und Bürger über die langen Wartezeiten bei der niedergelassenen Ärzteschaft. Die Versorgung durch die Zahnärzteschaft beurteilen die Bürgerinnen und Bürger deutlich besser, gleichwohl sind auch die Wartezeiten im Vergleich zu den anderen Versorgungsaspekten am schlechtesten bewertet.



**Abbildung 2:**  
Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg

Der Vergleich der Versorgungsbereiche Krankenhäuser, niedergelassene Ärzteschaft und Zahnärzteschaft zeigt, dass die Krankenhäuser am schlechtesten, die Zahnärzte am besten abschnitten, unter Ausnahme der Frage nach der Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg (Abbildung 2). Da sind die Bürgerinnen und Bürger über die Versorgung durch die Krankenhäuser zufriedener als über den Behandlungserfolg durch die niedergelassenen Ärzte. Die Zufriedenheit über die Notfallversorgung ist am geringsten hinsichtlich des sozialpsychiatrischen Dienstes. Am zweit geringsten ist die Zufriedenheit über den zahnärztlichen Notdienst.

### **Umsetzungskonzept**

Die Gesundheitsziele sind bereits als ein Schritt zu mehr Bürgerinnen- und Bürgerorientierung im örtlichen Gesundheitswesen zu verstehen, stellen sie doch trotz der Verschiedenheit der Akteure des Gesundheitswesens einen gemeinsamen Ausrichtungsrahmen ihrer Maßnahmen zumindest im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz dar, insbesondere das hier beschriebene Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung. Die Bevölkerungsumfrage „Das Gesundheitssystem in Bielefeld“ wurde bereits ausdrücklich unter dem Gesichtspunkt der Bürgerinnen- und Bürgerorientierung durchgeführt. In Zukunft ist u.a. an weitere Umfragebeteiligungen zu denken, wie z.B. von Migrantinnen und Migranten, die in der Bürgerbefragung nicht repräsentativ erfasst werden konnten. Weitere Verfahren der Bürgerinnen- und Bürgerbeteiligung sind im Rahmen der Einzelprojekte auszuprobieren.

Bürgerinnen- und  
Bürgerbefragung als  
Beteiligungsverfahren

### **Beobachtung und Evaluation der Zielerreichung**

Indikatoren zur Überprüfung der Zielerreichung „Bürgerinnen- und Bürgerorientierung“ (Monitoring):

- Differenzierte Fortschreibung der Bevölkerungsumfrage „Das Gesundheitssystem in Bielefeld“ von 1999 hinsichtlich der Fragenbereiche:
  - Versorgung durch Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte- Zahnärzteschaft, Pflege, Apotheken, Physiotherapeuten, Öffentlicher Gesundheitsdienst
  - Notfallversorgung
  - Aufklärung, Vorsorge & Politik,

die auch die Bevölkerung ausländischer Herkunft einschließt.

- Aufbereitung verschiedener Qualitätsdaten der Einrichtungen im Gesundheitswesen und der Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten u.a. an die Patientenstelle im Gesundheitsladen Bielefeld e.V.
- Ergebnisse und Wirkungen der Einzelmaßnahmen (Evaluation)

# Das Bielefelder Gesundheitsziel „Gesundheitliche Chancengleichheit“

## Zielformulierung

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

## Erläuterung

Einkommen, Ausbildung, Beruf, Geschlecht, Alter und Herkunft sind zentrale (sog. vertikale und horizontale) Merkmale, um soziale Ungleichheit zu betrachten. Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheitszustand wird als gesundheitliche Ungleichheit beschrieben. Ergebnisse der Untersuchungen über gesundheitliche Ungleichheit zeigen, dass fast alle Indikatoren des Gesundheitszustandes darauf hinweisen, „dass die Morbidität in den unteren Statusgruppen erheblich höher ist als in den oberen Statusgruppen, und zwar sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern. Wie schon bei der Sterblichkeit, so zeigt sich auch bei der Morbidität zumeist ein ‚Gradient‘ der gesundheitlichen Ungleichheit, d.h. die Morbidität nimmt mit zunehmendem sozio-ökonomischen Status stufenweise ab. Dabei ist die Morbidität in der unteren Statusgruppe häufig 2-3mal so groß wie in der oberen Statusgruppe.“<sup>cvi</sup>

Erkrankungsausmaß in unteren Statusgruppen 2-3mal so groß.

Das Ziel „gesundheitliche Chancengleichheit“ wird vor dem Hintergrund hoher Arbeitslosen- und Sozialhilfebezieherinnen- und Sozialhilfebezieherzahlen formuliert. Zur Verdeutlichung dieser u.a. in den achtziger und neunziger Jahren entstandenen Entwicklung seien einige Ergebnisse aus dem Armuts- und Sozialbericht der Stadt Bielefeld genannt. Die Zahl der Arbeitslosen steigt in Bielefeld von 11.421 im Jahr 1991 auf 21.101 im Jahr 2001.<sup>ix</sup> Damit sind zuletzt 11,1% aller Erwerbsfähigen ohne Arbeit. Die Anzahl der Bezieherinnen und Bezieher von Sozialhilfe außerhalb von Einrichtungen (und seit 1995 der Bezieherinnen und Bezieher nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, welche vorher in die Sozialhilfe integriert waren) - ein Indikator für relative Armut - steigt von 5.185 Personen im Jahr 1980 auf 21.278 Personen im Jahr 1997. Dies ist ein Anstieg von 410%! Somit beziehen 1997 6,6% der Bielefelderinnen und Bielefelder Sozialhilfe.

Die Betroffenheitsquote an der in Bielefeld lebenden deutschen Bevölkerung beträgt 4,4% und die an den Nichtdeutschen 15,8%. Nichtdeutsche sind somit häufiger auf den Bezug von Sozialhilfe angewiesen. Überproportional sind 1997 des weiteren vor allem kleine Kinder und Jugendliche beiderlei Geschlechts betroffen. Rund 14% aller Kinder unter 15 Jahren wachsen in Bielefeld unter den Bedingungen der Sozialhilfe oder dem materiell noch schlechter gestellten Asylbewerberleistungsgesetz - dieses sieht Leistungen in Höhe von nur 80% des Sozialhilferegelsatzes vor - auf.

Die Betrachtung der Dauer der Armut zeigt allerdings, dass Armut eine Phase von begrenzter Dauer ist. Allgemein kann gesagt werden, dass sich die Zahl der von Armut betroffenen Personen in den 90er Jahren vergrößert hat, bei gleichzeitiger Verkürzung ihres Verbleibs in Armut. Armut ist somit keine lebenslange Karriere, sie erscheint zeitlich entgrenzt und „individualisiert“.<sup>xi</sup>

Große Dunkelziffer relativer Armut

Die Entwicklung der Sozialhilfezahlen gibt lediglich Auskunft über die Personen, die Sozialhilfe auch beziehen. Hauptsächlich aufgrund von Scham, aber auch anderen, weniger gewichtigen Gründen, z.B. Unwissenheit, gibt es jedoch einen sehr großen Anteil von Personen die Sozialhilfe trotz Anspruchsberechtigung nicht wahrnehmen. Diese sog. Dunkelziffer der Armut ist zwischen 1991 und 1995 in Westdeutschland leicht, d.h. von 53,3% auf 48,5% zurückgegangen. Ein Vergleich zu den Studien, die Mitte und Ende der 70er Jahre durchgeführt wurden, zeigt aber, dass sie sich nicht nennenswert reduziert hat. Immer noch leben fast genauso viele Menschen in verdeckter Armut, wie es Personen gibt, die Sozialhilfe beziehen. Dies verdeutlicht auch die Diskrepanz zwischen den geschätzten rund 42.200 Einkommensarmen 1995 in Bielefeld und den im Vergleich dazu „nur“ 21.278 Bezieherinnen und Bezieher von Sozialhilfe außerhalb von Einrichtungen und Bezieherinnen und Bezieher von Hilfen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz 1997.

Für eine konkretisierte Beobachtung ungleicher Gesundheit sind die folgenden Themen von Interesse:

- Ernährung
- Sozialhilfebezug und Gesundheit
- Arbeitslosigkeit und Gesundheit
- Armut, Arbeitslosigkeitsbetroffenheit und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter
- Gesundheit und Migration
- Armut und psychische Erkrankungen
- Menschen mit Behinderungen
- Armut und Abhängigkeit von legalen und illegalen Suchtmitteln
- Pflegebedürftigkeit
- Sozialräumliche Verteilung von gesundheitlichen Befunden

### **Ergebnisse des Workshops „Ziele der Kommunalen Gesundheitskonferenz“**

Der Workshop formulierte bereits gesundheitliche Chancengleichheit als ein oberstes Ziel. Dies hieß:

- Eine verstärkte Betrachtung des Zusammenhangs von sozialer Lage und Gesundheit.
- In der Gesamtplanung sollen geschlechtsspezifische Konzepte berücksichtigt werden.

- In den ambulanten und stationären Versorgungskonzepten sollen die verschiedenen Facetten gesellschaftlicher Benachteiligung mitgedacht werden.

Die Schnittstellen zwischen Soziale Lage und Gesundheit und speziell die Schnittstellen von Sozialberichterstattung und Gesundheitsberichterstattung sollen aktiviert werden.

### **Ergebnisse der Bevölkerungsumfrage „Das Gesundheitssystem in Bielefeld“**

In der Bürgerumfrage wurden systematisch Merkmale sozialer Ungleichheit über alle Fragebereiche erfasst. Dazu gehört Nettoeinkommen, Geschlecht, Alter, Bildung und Sozialraum (auf der Ebene der Stadtbezirke). Gleichwohl ist davon auszugehen, dass nur wenige Einwohnerinnen und Einwohner, die in prekären sozialen Lagen leben, geantwortet haben; ein allgemeines Problem in postalischen Umfragen. Die bereits im Ziel Bürgerorientierung genannte, fehlende Integration der Einwohnerinnen und Einwohner ausländischer Herkunft in der Stichprobe ist auch bei den folgenden Aussagen zu berücksichtigen. Es werden im weiteren nur die sehr auffälligen Ergebnisse gesundheitlicher Ungleichheit geschildert.

#### Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand wird überwiegend als gut beurteilt, 57% der Bürgerinnen und Bürger sind frei von gesundheitlichen Problemen. Aber die verschiedenen Merkmale der sozialen Ungleichheit lassen unter denjenigen, die nicht frei von gesundheitlichen Problemen sind, besondere Gruppen erkennen, die stärker mit ihrem gesundheitlichen Zustand unzufrieden sind als andere Gruppen. So sinkt ganz allgemein mit steigendem Alter die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand. Im Stadtgebiet ist die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand am höchsten in Dornberg ausgeprägt, am geringsten in Sennestadt.

Als *Gründe für gesundheitliche Probleme* werden von den Bürgerinnen und Bürgern mit einem Nettoeinkommen von unter 1000 DM mit Abstand zu den Bürgerinnen und Bürger der anderen Einkommenskategorien am häufigsten

Geringes Nettoeinkommen und Gesundheit

- Sorgen über die Zukunft (35,9%),
- die finanzielle Situation (28,2%),
- wenig Schlaf und Erholung (23,1%),
- Rauchen (23,1%)
- Umwelteinflüsse (20,5%) und
- dritte Zähne (10,3%)

genannt. Die Bürgerinnen und Bürger mit einem Nettoeinkommen von 7000 DM und mehr nennen im Vergleich dazu das Lebensalter, psychische Belastungen und Ess- und Trinkgewohnheiten am häufigsten als Gründe für ihre gesundheitlichen Belastungen.

Auffällige Unterschiede bei den Gründen für gesundheitliche Probleme zeigen sich auch zwischen Frauen und Männern. Die Bielefelder Frauen

Deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen

geben zwar nur etwas häufiger an, dass sie unter gesundheitlichen Problemen leiden. Aber dabei heben sie als Gründe im deutlichen Unterschied zu den Männern zu wenig Schlaf und Erholung sowie persönliche und familiäre Belastungen hervor. Die Männer fügen hingegen Erkrankungen, körperliche Belastungen am Arbeitsplatz, zu wenig körperliche Bewegung und Rauchen als die Gründe für ihren gesundheitlich problematischen Zustand an.

„Noch Schüler“  
am stärksten  
belastet

Der Bildungsabschluss erweist sich als Unterscheidungsmerkmal besonders in Bezug auf die „noch Schüler“ bedeutsam: so leiden sie zu 43,8% unter zu wenig Schlaf und Erholung, zu 37,3% unter psychischen und persönlichen/familiären Belastungen und zu 25% unter Sorgen über die Zukunft. Auch führen sie ihre Ess- und Trinkgewohnheiten als Grund für ihren problematisch eingeschätzten Gesundheitszustand an (18,8%). Bürgerinnen und Bürger mit Hochschulabschluss geben dagegen das Lebensalter (34,5%), zu wenig körperliche Betätigung und Umwelteinflüsse als Faktoren an, die ihre Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand beeinträchtigen.

#### Behandlungsstrategien bei gesundheitlichen Problemen

Die Wahl der jeweiligen Erstbehandlungsmethode im Falle eines körperlichen oder seelischen Unwohlbefindens ist ebenfalls abhängig von den Merkmalen sozialer Ungleichheit.

Personen mit ge-  
ringem Nettoein-  
kommen warten  
am häufigsten auf  
Besserung

Das Nettoeinkommen als Unterscheidungsmerkmal zeigt, dass die Personen, die das Krankenhaus aufsuchen, am häufigsten die Personen mit 7000 DM und mehr Nettoeinkommen sind (6,0%). Hingegen ist der Anteil derjenigen Personen, die auf eine Besserung warten unter den Personen mit einem Nettoeinkommen von unter 1000 DM am stärksten ausgeprägt (23,8%). Die Ergebnisse zeigen auch, dass von den Bielefelderinnen und Bielefeldern in höheren Einkommensklassen häufiger der Facharzt als der Hausarzt aufgesucht wird.

Der Hausarzt wird von beiden Geschlechtern am häufigsten besucht, allerdings mit dem Unterschied, dass Frauen ihn seltener im Vergleich zu den Männern in Anspruch nehmen. Sie setzen stattdessen stärker auf Selbstbehandlung oder warten auf eine Besserung.

Mit steigendem Alter wird das Krankenhaus deutlich häufiger aufgesucht, umgekehrt warten die bis 24-jährigen meist auf Besserung und ist auch ihr Anteil bei der Selbstbehandlung am größten. Am allerhäufigsten gehen die 61-jährigen und Älteren zum Hausarzt, und zwar 71,3%.

#### Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

Frauen verhalten  
sich deutlich häufi-  
ger gesundheitsför-  
derlich

Alle Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung werden von Frauen deutlich stärker in Anspruch genommen, ausgenommen Maßnahmen die Suchtproblematiken betreffen. Diese werden jedoch insgesamt sehr wenig frequentiert (Männer 2,8%, Frauen 2,0%). Somit besuchen Frauen deutlich häufiger Maßnahmen zur Gewichtsverminderung, gesunden Ernährung, Rückengymnastik und Stressbewältigung und nehmen deutlich häufiger an Sportprogrammen und Fitnesskursen teil.

Das Alter zeigt, dass die Nennung von Gewichtsreduktion, gesunder Ernährung und Rückengymnastik mit höherem Alter ansteigt und am häufigsten von den 61jährigen und Älteren ausgeübt wird. Die Sportprogramme werden hingegen in umgekehrter Weise wahrgenommen; am häufigsten von den bis 24jährigen (30,3%). Stressbewältigung, Fitnesskurs, Suchtprobleme und Raucherentwöhnung sind dagegen Maßnahmen, die überwiegend von Personen ausgeübt werden, die im Berufsleben bzw. mittleren Alter stehen.

#### Gesundheitsinformationen

Die Mittel, um Informationen über das Gesundheitswesen zu erhalten, werden von beiden Geschlechtern in etwa gleich benutzt bis auf die Nutzung des Internets als Informationsquelle. Dieses nehmen nur 3,5% der Frauen entgegen 10,8% der Männer in Anspruch.

#### Gesundheitsversorgung

Die Zufriedenheit in allen Teilaspekten oder Leistungsbereichen der Krankenhäuser steigt mit dem Alter und dem Einkommen der Befragten. Lediglich bei der Beurteilung der Krankenhausräume nimmt die Zufriedenheit mit steigendem Einkommen ab.

Die Gesundheitsversorgung im Krankenhaus wies keine deutlich geschlechtsspezifischen Unterschiede auf, hingegen Aspekte der Versorgung durch die niedergelassene Ärzteschaft. Da waren Frauen deutlich weniger zufrieden mit dem Behandlungserfolg als Männer.

#### Notfallversorgung

Frauen haben gegenüber Männern ein positiveres Urteil übrig für den Apothekennotdienst und kinderärztlichen Notdienst, während Männer sich positiver zum Krankenhausnotdienst und ärztlichen Notdienst äußern.

Mit steigendem Alter wird die Zufriedenheit mit allen Notdiensten größer.

#### Gesundheitsvorsorge

Krebsvorsorge und Impfungen werden von Angehörigen von Haushalten mit höherem Einkommen stärker angenommen, während die restlichen Vorsorgemaßnahmen unter den Einkommensgruppen gleichverteilt sind; allerdings mit der Einschränkung, dass Befragte mit sehr niedrigem Einkommen (unter 1000 DM) deutlich weniger diese restlichen Maßnahmen (Herz-Kreislauf-Untersuchung, Gesundheitscheck, zahnmedizinische Vorsorge) in Anspruch nehmen.

Wenig Gesundheitsvorsorge mit geringem Nettoeinkommen

Sehr deutliche Geschlechtsunterschiede zeigen sich bei der Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen. So nehmen 81,3% der Frauen, aber nur 50,1% der Männer an den Krebsvorsorgeuntersuchungen teil. Hier zeigt sich besonders bei den Männern ein recht hohes Präventionspotenzial.

Männer nehmen Vorsorge wenig in Anspruch

Ältere Befragte nehmen die Vorsorgemöglichkeiten stärker in Anspruch als

die jüngeren Befragten; Ausnahme sind Impfungen, bei denen die jüngeren Menschen die Nase vorn haben und bei Senioren die zahnmedizinische Vorsorge, die gegenüber den mittleren Altersgruppen nicht weiter an Bedeutung gewinnt, aber auch nicht vernachlässigt wird.

### **Umsetzungskonzept**

Die Landesgesundheitskonferenz empfiehlt in ihrer 10. EntschlieÙung „Soziale Lage und Gesundheit“ eine ganze Reihe von Maßnahmen, die die Minimierung der ungleichen Gesundheit von Frauen, Männern, sozialen Schichten und Zuwanderinnen und Zuwanderern betreffen. Sie können u.a. als Umsetzungsrahmen für Aktivitäten in Bielefeld verwendet werden.<sup>xii</sup>

### **Beobachtung und Evaluation der Zielerreichung**

Indikatoren zur Überprüfung der Zielerreichung „gesundheitliche Chancengleichheit“ (Monitoring):

- Daten der Schuleingangsuntersuchungen, ausgewählte Befunde nach Geschlecht, Herkunft, Sozialraum
- Todesursachenstatistik, Geschlecht, Herkunft
- AOK-Daten zur Arbeitsunfähigkeit, Geschlecht, Herkunft
- Differenzierte Fortschreibung der Bevölkerungsumfrage „Das Gesundheitssystem in Bielefeld“ von 1999
- Ausgewählte Indikatoren der Pflegestatistik
- Ausgewählte Indikatoren aus der Basisdokumentation Gilead
- Ausgewähltes aus der Statistik des Kinder- und Jugendpsychiatrischen und des Sozialpsychiatrischen Dienstes
- Ausgewählte Indikatoren aus dem Indikatorensetz der Länder
- Ergebnisse und Wirkungen der Einzelmaßnahmen (Evaluation)

## **Das Bielefelder Gesundheitsziel „Prävention und Gesundheitsförderung“**

### **Zielformulierung**

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

### **Erläuterung**

Ein Schwerpunkt der Arbeit der Kommunalen Gesundheitskonferenz war und ist die Förderung der Gesundheit Bielefelder Bürgerinnen und Bürger und eine dementsprechende Sicherstellung einer angemessenen Gesundheitsversorgung. Die Kommunale Gesundheitskonferenz orientiert sich

dabei an den Grundsatzprogrammen der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung, die sich auf Gesundheit als Menschenrecht beziehen und insbesondere die gesundheitliche Chancengleichheit in ihren Umsetzungsprogrammen in den Blick nehmen.

Gesundheitsförderung wird im Gesundheitsversorgungssystem häufig synonym mit Prävention verwendet. Für die praxisorientierte Maßnahmeplanung ist es wichtig, eine deutliche Abgrenzung dieser beiden Begriffe zu vollziehen – nicht zuletzt auf dem Hintergrund verschiedener Finanzierungsmöglichkeiten.

Im Sinne der Ottawa-Charta bedeutet *Gesundheitsförderung*, den Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Damit wird der Eigenverantwortlichkeit der Menschen und der Teilhabe an gemeinschaftlichem Handeln zur Förderung von Gesundheit eine besondere Bedeutung beigemessen. Gesundheitsförderung bezeichnet alle vorbeugenden Aktivitäten und Maßnahmen, die die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und Lebensweisen von Menschen beeinflussen können. Hierbei sind sowohl medizinische als auch hygienische, psychische, psychiatrische, kulturelle, soziale, ökonomische und ökologische Ansätze im Blick.

Der Begriff Gesundheitsförderung

Die Adressaten von Gesundheitsförderung sind einzelne oder die ganze Bevölkerung. Der Begriff Gesundheitsförderung ist gesundheitsorientiert und nicht krankheitsorientiert wie der Begriff der Prävention. Seine Adressaten sind somit potenziell alle, während der Begriff Prävention auf Menschen mit Erkrankungen zielt (insbesondere die Begriffe Sekundär- und Tertiärprävention). Ziel ist die Erhaltung der Gesundheit und Verbesserung von Gesundheitspotenzialen. In diesem Sinne schließt die Gesundheitsförderung natürlich den präventiven Ansatz ein. Gesundheitsförderung setzt auf die Prinzipien der Partizipation und Vernetzung. Gesundheitsförderliche Bedingungen für die Bürgerinnen und Bürger einer Stadt können nicht von einer Handlungsebene oder gar einer Institution entwickelt werden, sondern müssen multisektoral angegangen werden. Die Strategien von Gesundheitsförderung in diesem Sinne zielen auf folgende Ebenen ab:

- Einrichtung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste
- Unterstützung von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftshandeln
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen.

Die *Prävention* umfasst alle Interventionshandlungen, die sich auf Risikogruppen mit klar erkennbaren und zu erwartenden bzw. schon eingetretenen Störungen der Gesundheit und Krankheiten beziehen. Die Interventionen lassen sich je nach dem Zeitpunkt des Eingriffs in einer Abfolge von Entwicklungsstufen der Störung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterscheiden.

Der Begriff Prävention

Zur Frage, welche Bedingungen im einzelnen Gesundheit fördern oder beeinträchtigen, hat die Public Health Forschung dargelegt, dass es große Unterschiede in den Möglichkeiten zu einem „gesunden Leben“ gibt. Als Ein-

flussfaktoren sind anerkannt: Alter, Geschlecht, Bildung, berufliche Position, Einkommen und psychosoziale Einbindung. Daraus ergeben sich unterschiedliche Lebensweisen, die zu verschiedenen Gesundheitsrisiken führen bzw. sich in einer unterschiedlichen Nutzung von Unterstützungsmöglichkeiten niederschlagen.

Die Erfahrungen in der europäischen Region haben gezeigt, dass es sinnvoll ist, wenn Menschen den Kontext, in dem sie Gesundheit erleben, auch aktiv beeinflussen können. Dort wo sie größeren Einfluss auf ihre Lebenswelt erhalten, übernehmen sie offensichtlich auch mehr Verantwortung für ihre eigene Gesundheit. Auf diesem Hintergrund ist die Ausrichtung von Gesundheitsförderungsprogrammen auf spezifische Zielgruppen und innerhalb überschaubarer Settings erfolgversprechend.

Das Gesundheitsziel 3 des Landes NRW

In der Formulierung des Gesundheitszieles 3 des Landes NRW „Rahmenbedingungen zur Förderung der Gesundheit“ werden verschiedene mögliche Handlungsebenen für Gesundheitsförderung konkretisiert:

- In der Gesundheitsberichterstattung sollen zunächst die gesundheitsbezogenen Ausgangslagen und bestehenden Defizite transparent gemacht werden.
- Grundsätzlich geht es um die Förderung von Zusammenarbeit von Institutionen des Gesundheitssystems, die Beiträge zur Gesundheitsförderung leisten.
- Die Mitwirkung von Bürgerinnen und Bürger soll sicher gestellt werden und Selbsthilfe unterstützt werden.
- Die Öffentlichkeitsarbeit und Gesundheitskommunikation soll verbessert werden.
- Die Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung soll einen Schwerpunkt der Arbeit in diesem Themenfeld darstellen.
- Gemeinsame Finanzierungsmöglichkeiten sind für die Umsetzung wirksamer umfassender Gesundheitsförderungsprogramme notwendig und sollten aus der Kooperation entwickelt werden.
- Besonderes Augenmerk liegt in der Stärkung von Multiplikatoren von Gesundheitsförderung, die eine besondere Verantwortung tragen.

#### **Ergebnisse des Workshops „Ziele für die Kommunale Gesundheitskonferenz“**

Eigeninitiativen der Gesundheitsförderung sollen gestärkt und Gesundheitsförderungsaktivitäten des „Gesunde-Städte-Netzwerkes“ aufgegriffen werden. Die Prävention soll hinsichtlich der folgenden Aspekte gestärkt werden: Förderung der Primärprävention, Förderung des Selbsthilfedankens, Schaffung von zusätzlichen Bewegungsräumen, Aufklärung über Ernährung, Sicherstellung psychosozialer Prävention und Selbsthilfeförderung.

#### **Ergebnisse der Bevölkerungsumfrage „Das Gesundheitssystem in Bielefeld“**

Bewegungsangebote am beliebtesten

Spitzenreiter in der Gunst der Gesundheit fördernden oder erhaltenden Maßnahmen sind offenbar Bewegungsprogramme; an erster Stelle Rücken- und Wirbelsäulengymnastik, gefolgt von Fitness- und Gymnastikkursen

sowie Sportprogrammen. Mit deutlichem Präferenzgefälle folgen Angebote zur gesunden Ernährung sowie zur Entspannung oder Stressbewältigung.

### **Umsetzungskonzept**

Die Ottawa-Charta betont, dass Gesundheit von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt wird, „dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“<sup>ca</sup> Die Betonung des Lebensalltags legt eine sozialraumorientierte Gesundheitsförderung, speziell in der Kommune nahe. Gleichzeitig bietet diese Ebene aufgrund der überschaubaren Strukturen gute Voraussetzungen, die vor Ort vorrangigen Bedürfnisse und Interessen in die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensumwelt im privaten und gesellschaftlichen Rahmen einzubeziehen. Die WHO steckt in ihrem Setting-Ansatz Rahmenbedingungen dafür ab:

- Die Handlungsebene liegt vorrangig dort, wo Gesundheit gefördert und erhalten werden kann, neben der Gesundheitsversorgung in den Lebens- und Arbeitszusammenhängen, in Schulen und im Freizeitbereich.
- Die Maßnahmen sollten deutlich erkennbare Grenzen haben.
- Die Zusammenarbeit mit anderen Partnern sollte angestrebt werden.
- Die Möglichkeit zur Beobachtung und Messung wie sich Interventionen zum Vorteil der Gesundheit auswirken, sollte gegeben sein
- Der Rahmen für Pilotprojekte muss ermöglicht werden und
- Ziel sollte der Impuls zu einem nachhaltigen gesellschaftlichen Wandel sein.
- Die Handlungsempfehlung „MultiplikatorInnenschulung“ der AG Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche hat die Schaffung gesundheitsfördernder Institutionen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten zum Ziel. Dabei sollen die TeilnehmerInnen vom Ist-Zustand der jeweiligen Institution ausgehend, ein dem Bedarf ihrer jeweiligen Institution angemessenes Gesundheitsförderungskonzept erarbeiten. Dabei sollen konkrete Ideen und Projekte zur Gesundheitsförderung entwickelt und durchgeführt werden. Bei der Arbeit ist auf einen ganzheitlichen Gesundheitsförderungsbegriff zu achten. Bei der Umsetzung und Reflexion sollen die Institutionen von den Mitgliedern der AG Gesundheitsförderung beraten und begleitet werden.

### **Beobachtung und Evaluation der Zielerreichung**

Indikatoren zur Überprüfung der Zielerreichung „Prävention und Gesundheitsförderung:

- Die differenzierte Fortschreibung der Bevölkerungsumfrage insbesondere hinsichtlich der Fragenbereiche
  - Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung
  - Inanspruchnahme von Maßnahmen gesundheitlicher Vorsorge
- Ausgewählte Indikatoren aus dem Indikatorensetz der Länder:
- Ergebnisse und Wirkungen der Einzelmaßnahmen (Evaluation)

## Anhang

**Tabelle: Die Bielefelder Gesundheitsziele und entsprechende NRW- und WHO-Gesundheitsziele**

Ziel Nr.	Bielefelder Gesundheitsziele	Ziel Nr.	NRW-Gesundheitsziel	Ziel Nr.	Health21 WHO 2000	Ziel Nr.	Health for all 1991 WHO
./.	Bürgerinnen- und Bürgerorientierung	8	Bürgernahe Dienste für besondere gesundheitliche Bedürfnisse	u.a. 20	Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange	30	Bürgernahe Dienste für besondere gesundheitliche Bedürfnisse
./.	Gesundheitliche Chancengleichheit	./.	./.	2	Gesundheitliche Chancengleichheit	1	Chancengleichheit im Gesundheitsbereich
./.	Prävention und Gesundheitsförderung	3	Rahmenbedingungen zur Förderung der Gesundheit	u.a. 11 13	Gesünder leben Settings zur Förderung der Gesundheit	u.a. 13 14	Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik Rahmen zur Förderung der Gesundheit

<sup>i</sup> Gesetzes- und Versordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen (1997): Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst vom 17. Dezember 1997, Artikel 3, S. 431 ff. und GV. NRW (1999): Ausführungsverordnung zum Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (AV-ÖGDG) vom 20. August 1999, S. 542ff.

<sup>ii</sup> Stadt Bielefeld, Fachdienst Umwelt, Verkehr & Gesundheit (1999): Ortsnahe Koordination, „Ziele für die zukünftige Kommunale Gesundheitskonferenz“. Dokumentation des Workshops vom 26.05.1999.

<sup>iii</sup> Stadt Bielefeld (2000): Das Gesundheitssystem in Bielefeld. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung des Runden Tisches Gesundheit, Betrieb Stadtforschung, Statistik und Wahlen..

<sup>iv</sup> Ministerium für Arbeit, Gesundheit & Soziales des Landes NRW (Hrsg.) 1995: Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik, Düsseldorf, Bielefeld. Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (1999): Gesundheit21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO, Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6, Kopenhagen.

<sup>v</sup> Badura, Hart, Schellschmidt (Hrsg.) (1999): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung, S. 26, Baden-Baden.

<sup>vi</sup> Badura, Hart, Schellschmidt (Hrsg.) (1999): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung, S. 16, Baden-Baden.

<sup>vii</sup> Badura, Hart, Schellschmidt (Hrsg.) (1999): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung, S. 15, Baden-Baden

<sup>viii</sup> Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, S. 361.

<sup>ix</sup> Aus Stadt Bielefeld (2001): Statistik aktuell, Amt für Stadtforschung, Statistik & Wahlen. Die Zahlen beziehen auf den Hauptamtsbezirk, jeweils September.

<sup>x</sup> Aus Stadt Bielefeld (2001): Statistik aktuell, Amt für Stadtforschung, Statistik & Wahlen. Die Zahlen beziehen auf den Hauptamtsbezirk, jeweils September.

<sup>xi</sup> Andreß, Hans-Jürgen (1994): Steigende Sozialhilfefzahlen. Wer bleibt, wer geht und wie sollte die Sozialverwaltung darauf reagieren?, in: Zwick, Michael M. (Hrsg.): Einmal arm, immer arm?, Campus, F.a.M.

<sup>xii</sup> Ministerium für Arbeit, Gesundheit & Soziales des Landes NRW (Hrsg., 2001): Entschließung der 10. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen am 31. August 2001 „Soziale Lage und Gesundheit“, Düsseldorf, S. 41ff.

<sup>xiii</sup> Franzkowiak, Peter und Sabo, Peter (Hrsg., 1993): Dokumente der Gesundheitsförderung: internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Mainz: Sabo.



# Bielefelder Gesundheitsberichterstattung

Bisher erschienen:

Das Gesundheitssystem in Bielefeld  
im Urteil der Bürgerinnen und Bürger, 1999

Berichtsmodul:  
Umwelt, Verkehr & Gesundheit  
2000, revidierte Fassung Dezember 2001

Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, 2003

Alle Berichte können auch als PDF-Dateien unter [www.bielefeld.de](http://www.bielefeld.de)  
heruntergeladen werden.