

Veröffentlichungsreihe des  
Instituts für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld (IPW)

ISSN 1435-408X

P00-108

**Community Health Assessment  
für Bielefeld**

S. Caesar, A. Rameil, M. Schmedders,  
V. Hafner, M. Hofmann

Bielefeld, Oktober 2000

Institut für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld (IPW)  
Universitätsstr. 25  
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 3896  
Telefax: (0521) 106 - 6437  
E-Mail: [ipw@uni-bielefeld.de](mailto:ipw@uni-bielefeld.de)  
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>



## Zusammenfassung

Im Rahmen des berufsfeldorientierten Studiums (BFS) zum Studienschwerpunkt Pflegewissenschaft (Leitung: Prof. Dr. Doris Schaeffer) an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld erfolgte eine wissenschaftliche und praktische Auseinandersetzung mit dem in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) zur Ermittlung von Planungsgrundlagen für eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Gesundheitsversorgung entwickelten und erprobten "Community Health Assessment".

Ausgehend von den Beobachtungen, dass es im deutschen Gesundheitswesen an Bedarfs- und Bedürfnisorientierung mangelt, dass eine auf einem umfassenden Gesundheitsbegriff basierende Datenlage selten ist, und dass durch das Fehlen strukturierter und systematischer Informationen zum Gesundheitszustand und den Gesundheitsbedürfnissen von Bevölkerungsgruppen auch die Voraussetzungen für die Arbeit in Public Health-Handlungskreisläufen fehlen, zeigte sich, dass für die gewünschte und notwendige Informationserhebung in Deutschland keine entsprechend umfassenden Assessment-Instrumente vorliegen, wie sie u.a. in den USA für das "Community Health Assessment" konzipiert wurden.

"Community Health Assessment" ist ein Managementprozess im Rahmen eines umfassenden Public Health Handlungskreislaufs zur systematischen und im Idealfall vollständigen Sammlung und Erhebung von Fakten und Meinungen zum Gesundheitszustand und den sich aus den spezifischen Lebensbedingungen ergebenden gesundheitsbeeinflussenden Faktoren für eine Gruppe von Menschen, die sich aufgrund geopolitischer oder phänomenologischer Grenzen beschreiben lässt. Ziel des "Community Health Assessment" ist es, in Form von sach- und datenorientierten Thesen Grundlagen für zweckrationale Handlungsempfehlungen für gesundheitsförderliche Maßnahmen für die ausgewählte Gruppe von Menschen zu schaffen.

Für eine erste praktische Erprobung eines ausgewählten "Community Health Assessment"-Instrumentes wurde hier Bielefeld gewählt. Trotz einer insgesamt fragmentarischen Datenlage konnten auf der Grundlage des für die zentralen Themen Geschichte und Politik, bevölkerungsbezogene Daten und Gesundheitsversorgungssystem durchgeführten "Community Health Assessment" wichtige Aussagen formuliert werden, die als Basis für Handlungsprogramme dienen können.

Die Auseinandersetzung mit dem "Community Health Assessment" und dessen Anwendung für die "Community" Bielefeld, so wie es in dem begrenzten Rahmen des BFS durchführbar war, bestätigte dessen Erfordernis und Nützlichkeit. Eine weitere wissenschaftliche Beschäftigung mit den konzeptionellen Grundlagen des "Community Health Assessment" und die Entwicklung und Erprobung von auf die bundesdeutsche Situation hin angepassten Assessmentinstrumenten für verschiedene Einsatzzwecke erscheint daher sinnvoll und viel versprechend.



## Inhaltsverzeichnis

|   |     |
|---|-----|
| 1. Einleitung   | 3   |
| 2. Stand der wissenschaftlichen Diskussion  | 5   |
| 2.1 Pflege in den Vereinigten Staaten   | 5   |
| 2.2 Zum Verständnis von „Community“   | 7   |
| 2.3 Community im Fokus der US-amerikanischen Pflege                                     | 9   |
| 2.4 Zum Verständnis von „Health“/Gesundheit   | 13  |
| 2.5 Arbeiten in einem Handlungskreislauf: Assessment                                    | 14  |
| 2.6 Zum Verständnis von „Assessment“  | 16  |
| 2.7 „Community Health Assessment“ – Modelle   | 18  |
| 2.8 Praktische Durchführung eines „Community Health Assessment“                         | 22  |
| 2.9 Zusammenfassung   | 27  |
| 3. Methodisches Vorgehen im BFS   | 29  |
| 4. Ergebnisse   | 33  |
| 4.1 Politisches Subsystem der Stadt Bielefeld   | 33  |
| 4.1.1 Historische Einordnung  | 33  |
| 4.1.2 Charakter der Stadt   | 39  |
| 4.1.3 Politische Strukturen   | 43  |
| 4.1.4 Politische Prozesse   | 46  |
| 4.1.5 Parteipolitische Überzeugungen  | 50  |
| 4.1.6 Ortsnahe Koordinierung  | 56  |
| 4.1.7 Gesundheitsregion   | 60  |
| 4.2 Bevölkerungsbezogene Daten  | 62  |
| 4.2.1 Relevanz des Untersuchungsgegenstandes für<br>Wissenschaft und Praxis             | 62  |
| 4.2.2 Datenlage für Bielefeld   | 64  |
| 4.2.3 Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsprozess                                      | 66  |
| 4.2.4 Sozialstruktur und sozialer Wandel  | 68  |
| 4.2.5 Sterblichkeit und Lebenserwartung   | 76  |
| 4.2.6 Todesursachenspektrum und Krankheitsfälle   | 79  |
| 4.2.7 Auffälligkeiten: Anregungen für weitere Forschung<br>und Anfragen an die Politik  | 83  |
| 4.3 Gesundheitsversorgungssystem  | 85  |
| 5. Diskussion und Handlungsempfehlungen   | 101 |
| 6. „Community Health Assessment“ – gesammelte Erfahrungen und<br>grundsätzlicher Nutzen | 109 |
| 7. Literaturverzeichnis   | 111 |
| 8. Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen   | 116 |



## 1. Einleitung

Ziel des Berufsfeldorientierten Studiums (BFS) war es, das in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) entwickelte Verfahren des „Community-Health-Assessment“ beispielhaft mit Blick auf seine Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem zu erproben. Dies geschah im Bewusstsein der unterschiedlichen Systembedingungen in den USA und Deutschland. Das deutsche System ist wesentlich vom Föderalismus und Neokorporatismus geprägt, so dass es neben den politischen Instanzen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene eine Vielzahl von Organisationen gibt, die Partikularinteressen öffentlich vertreten. Die US-amerikanische Gesellschaftsordnung ist auf das einzelne Individuum und dessen Selbstverantwortung ausgerichtet. Diesem Verständnis entspricht das marktwirtschaftlich organisierte Gesundheitswesen in den USA, während das deutsche Gesundheitswesen auf einem übergreifenden Solidaritätsprinzip basiert (Kayser/Schwefing 1998).

Das Interesse an dem in den USA entwickelten Konzept des „Community-Health-Assessment“ erwuchs aus der Frage, wie die ambulante Pflege ihr Versorgungsangebot bedarfs- und bedürfnisgerecht gestalten und den regionalen Besonderheiten entsprechen kann. Viele Gesundheitsprobleme weisen eine regionenspezifische Ausprägung auf. Ihre erfolgreiche Bewältigung setzt eine ausreichende „Systemkenntnis“ voraus. Das im BFS erprobte „Community-Health-Assessment“-Instrument von Helvie (1997) basiert auf dem Modell des „Community-Assessment-Wheel“. Es bietet einen systemtheoretisch begründeten konzeptionellen Rahmen zur Beschreibung und Analyse geopolitischer oder auch phänomenologischer „Systeme“ (Trotter et al. 1995).

Das für das BFS gewählte „geopolitische System“ ist die Stadt Bielefeld, die sich aus systemtheoretischer Perspektive betrachtet, von verschiedenen Suprasystemen abgrenzt bzw. in diese eingebettet ist. Zu nennen sind hier das ostwestfälische Umland der Stadt, das Land Nordrhein-Westfalen (NRW), die Bundesrepublik Deutschland, die Europäische Union oder auch der übrige Globus. Für den Gesundheitssektor sind in erster Linie das unmittelbare Umland, das Land NRW sowie die Bundesrepublik von Interesse. Die während des BFS im Zentrum der Betrachtung stehenden Subsysteme der Stadt Bielefeld sind die Politik (verbunden mit einer historischen Einordnung), die Demographie und die Gesundheitsversorgung. Ihre Kenntnis ist für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Gestaltung ambulanter Pflege grundlegend. Die gleichermaßen als relevant zu erachtenden Subsysteme Geographie, Wirtschaft, Bildung, Kommunikation, Erholung, Religion, Schutz/Verteidigung, Wohnung und Hygiene werden weitgehend ausgespart, da eine eingehende Berücksichtigung den Rahmen des Vorhabens sprengen würde.

Anhand der ermittelten Daten sollen vorrangige Struktur- und Gesundheitsmerkmale der Bevölkerung der Stadt Bielefeld identifiziert werden, die den derzeitigen Aktivitäten im Gesundheitssektor der Stadt gegenüber gestellt werden. Zur Herausarbeitung der regionalen Besonderheiten werden die demographischen und gesundheitsbezogenen Daten Bielefelds mit denen des Suprasystems Nordrhein-Westfalen und der Stadt Münster verglichen. In dem zeitlich und personell begrenzten Rahmen des BFS kann keine absolute Vollständigkeit avisiert werden. Eine Situationseinschätzung erfolgt auf Basis der gewonnenen Systemkenntnisse, aus denen im Idealfall Wege zu einer umfas-

senden und Erfolg versprechenden Versorgungs(struktur)planung im Gesundheitssektor - und speziell in der ambulanten Pflege - der Stadt Bielefeld abzuleiten sind.

## 2. Stand der wissenschaftlichen Diskussion

Werden Arbeitstechniken in anderen Ländern erfolgreich genutzt, finden sich in Deutschland schnell Stimmen, die nach der Anwendung dieser Methoden in der Bundesrepublik fragen. Nicht immer werden die unverzichtbaren Fragen nach einer sinnvollen und einer den hiesigen Verhältnissen angepassten Übertragbarkeit gestellt. Bezogen auf das deutsche Gesundheitswesen lässt sich feststellen, dass gerade die gegenwärtigen strukturellen und finanziellen Probleme die Tendenz fördern, Lösungen vor allem aus den USA zu erwarten. Ewers (1996) stellte eine solche Entwicklung am Beispiel von Case Management dar. Dabei kommt er zu dem Schluss:

„Einzelne Bestandteile des Case Management werden aus ihrem sinnbildenden Kontext gerissen und die Bruchstücke für den marktwirtschaftlich orientierten Umbau des Sozial- und Gesundheitswesens instrumentalisiert. (...) Der innovative Charakter (...) geht auf diese Weise verloren“ (Ewers 1996, 2).

Es ist zu befürchten, dass auch ein Verfahren wie das in den USA für die Ermittlung von Planungsgrundlagen bewährte „Community Health Assessment“, von dessen Anwendung allein angesichts der zumeist rudimentären Datenlage ein Beitrag zur Verbesserung unseres Gesundheitswesens zu erwarten wäre, seine innovative und strukturierende Kraft bei einer unzureichenden Adaption verlieren wird. Deshalb steht die Darstellung der konzeptionellen Grundlagen des „Community Health Assessment“ im Mittelpunkt dieses Kapitels. Dies geschieht auf zweierlei Weise:

- Zum einen wird ausgehend vom Profil der US-amerikanischen Pflege und dem Ansatz des „Community Health Nursing“ geschildert, in welchem Rahmen pflegerische Konzepte des „Community Health Assessment“ entstanden sind. Aufgezeigt wird, warum das Interesse daran in den letzten Jahren gewachsen ist und vor welchem theoretischen Hintergrund entsprechende Assessmentinstrumente und Methoden der Durchführung entwickelt wurden.
- Zum anderen werden ausgehend von der US-amerikanischen Fachliteratur, die zentralen Begriffe „Community“, „Health“ und „Assessment“ erörtert, um den konzeptionellen Hintergrund des „Community Health Assessment“ zu erschließen.

Die abschließende zusammenfassende Definition zentraler Elemente des „Community Health Assessment“ soll das Verfahren in seinen Kernpunkten für eine Diskussion in Deutschland beschreibbar und kommunizierbar machen.

### 2.1 Pflege in den Vereinigten Staaten

Dass die Entwicklung eines Konzepts, wie das des „Community Health Assessment“ von der Pflege (mit-)getragen wurde, ist aus bundesdeutscher Sicht und dem hierzulande vorherrschenden Pflegeverständnis schwerlich vorstellbar und kann nur in Kenntnis des Selbstverständnisses der US-amerika-

nischen Pflege und ihrer Position im Kanon der dortigen Gesundheitsberufe nachvollzogen werden (Schaeffer 1995). Da sich die Situation in den Staaten deutlich von der bundesdeutschen unterscheidet, ist eine Darlegung der Bedeutung und des Aufgabenprofils der Pflege in den USA angezeigt. Bei einer Betrachtung der Situation der US-amerikanischen Pflege wird deutlich werden, dass sich bereits aus der dort vorzufindenden starken Ausrichtung auf den ambulanten Sektor und den Bereich der Gesundheitsförderung sowie aus der konsequenten Orientierung an regionalen Bedarfsstrukturen ("need-led approach") die Notwendigkeit für ein fundiertes Verfahren zur Bedarfserhebung, wie es das „Community Health Assessment“ darstellt, ableiten lässt. Kennzeichnend für die US-amerikanische Pflege sind ferner die folgenden Merkmale:

- Das **Qualifikationsniveau ist hoch**. Die Voraussetzung für die Aufnahme einer professionellen Pfl egetätigkeit ist eine dreijährige Ausbildung und/oder ein vierjähriges Studium und die darauf folgende staatliche Zulassung als „Registered Nurse“. Viele Pfl egende und alle auf mittleren und höheren Leitungsebenen tätigen Pfl egekräfte verfügen außerdem über ein Hochschulstudium der Pflege. Dies zeigt, dass die *Akademisierung* in den USA weit fortgeschritten ist.

Die **Nähe von wissenschaftlichem Denken und praktischer Arbeit** führte dazu, dass die Auseinandersetzung mit theoretischen und wissenschaftlichen Grundlagen der Pflege auch im Alltag selbstverständlich ist (Schaeffer 1999).

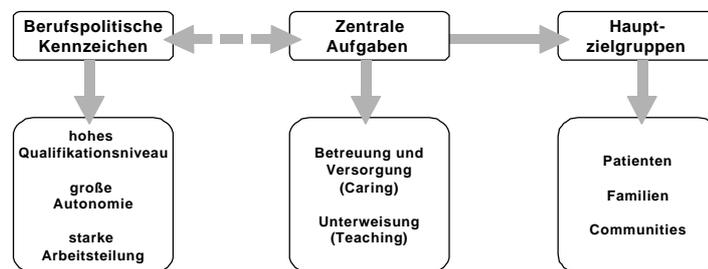
- Pflege besitzt einen **hohen gesellschaftlichen Status**. Dies ist erkennbar an der Zahl der Pfl egekräfte, ihrem Ausbildungsniveau und dem Grad ihrer **Autonomie**. In den USA gibt es zahlreiche Krankenhausabteilungen, die von Pfl egekräften selbständig geleitet werden. Auch große ambulante Pfl egedienste, die für ganze Distrikte arbeiten und zum Teil mehrere hundert Beschäftigte haben, werden von Pfl egekräften - dies sind in der Regel Frauen - verantwortlich geleitet.

Das hohe Qualifikationsniveau und die große Autonomie führten in den USA dazu, dass die Pflege hier ein **umfassendes und differenziertes Aufgabenfeld** in der Gesundheitsversorgung besitzt:

„So gehören beispielsweise gesundheitsförderliche, präventive und rehabilitative Aufgaben zum Tätigkeitsfeld der Pflege, ebenso psycho-soziale Unterstützung, versorgungsorganisatorische Aufgaben sowie eine Vielzahl von im weitesten Sinn *pädagogischen Funktionen*. Letztere machen einen zentralen Teil der Pfl egerolle aus. „Nursing is teaching“ - so das professionelle Selbst- und Aufgabenverständnis, das auf allen Ebenen pfl egerischen Handelns bekundet wird“ (Schaeffer 1995, 2).

Mit Betreuung (Caring) und Unterweisung (Teaching) können die zentralen *Aufgaben der Pflege* in den USA beschrieben werden, wobei *Betreuung* eben nicht nur die konkrete Betreuung am Krankenbett meint, sondern auch die Organisation und Koordination der Versorgung. Dies hat als zwingende Konsequenz, dass man sich in der Pflege intensiv mit den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen, mit der Bedarfsstruktur und den vorhandenen Versorgungsstrukturen auf regionaler Ebene oder mit Blick auf bestimmte Bevölkerungsgruppen befassen muss.

Zielgruppen pflegerischen Handelns sind zunächst *Patienten und Patientinnen*. Um jedoch bei einzelnen Personen erfolgreich zu sein, ist die Einbindung ihrer (Wahl-)Familien, der sozialen Netze der Betroffenen von Bedeutung. Zugleich können Bewohner und Bewohnerinnen bestimmter geopolitischer Distrikte oder durch andere Faktoren beschreibbare Bevölkerungsgruppen im Fokus der Pflege sein, beispielsweise wenn in einer Stadt die Schnittstellenkooperation zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen und Pflegediensten verbessert werden soll oder wenn es gilt, ein Informationsprogramm über Säuglingsernährung zu implementieren. Die US-amerikanische Pflege befasst sich somit traditionsgemäß auch mit der Gesundheit von und in „Communities“ (vgl. Abbildung 1).



**Pflege in den Vereinigten Staaten (Abb. 1)**

Zusammengestellt nach Schaeffer (1995, 166ff.)

## 2.2 Zum Verständnis von „Community“

Der Begriff „Community“ ist in den USA in Theorie und Praxis von „Public Health“ und „Public Health Nursing“ von zentraler Bedeutung und bildet vielfach den Ausgangspunkt für Konzepte einer umfassenden Gesundheitsförderung. Die Auseinandersetzung mit dem „Community“-Begriff findet sich denn auch in nahezu allen Praxishandbüchern. Entsprechend vielfältig sind die vorliegenden Definitionen. Bei einer systematischen Recherche zu den vorliegenden Begriffsbestimmungen von „Community“ kam Hillery bereits 1955 auf 94 verschiedene Definitionen (zit. nach Helvie 1997, 301). Angesichts der zahlreichen Veröffentlichungen zum Thema „Community Health“ seit den fünfziger Jahren kann davon ausgegangen werden, dass die Anzahl der Definitionen mittlerweile im dreistelligen Bereich liegt.

Was meint der Begriff „Community“? Der deutsche Begriff „Gemeinde“ trifft nur sehr bedingt seine Bedeutung im Rahmen von „Public Health“. Daher soll der Begriff „Community“ im Folgenden beibehalten und sein Bedeutungsgehalt im Kontext von „Public Health Nursing“ anhand zentraler Definitionen erläutert werden. Hervorzuheben ist hier die vom „Expert Committee Report on community health nursing“ der WHO (1974) vorgelegte Definition von „Community“:

“A community is a social group determined by geographic boundaries and/or community values and interests. Its members know and interact with one another. It functions within a particular social structure and ex-

hibits and creates norms, values and social institutions" (WHO 1974, 7 zitiert in Stanhope/Lancaster 1996, 290).

Eine "Community" wäre demnach eine Gruppe von Menschen, die durch geographische Grenzen und/oder gemeinsame Ziele und Interessen beschreibbar ist und deren Mitglieder sich kennen, miteinander kommunizieren, gemeinsame Werte, Normen und soziale Institutionen haben und schaffen.

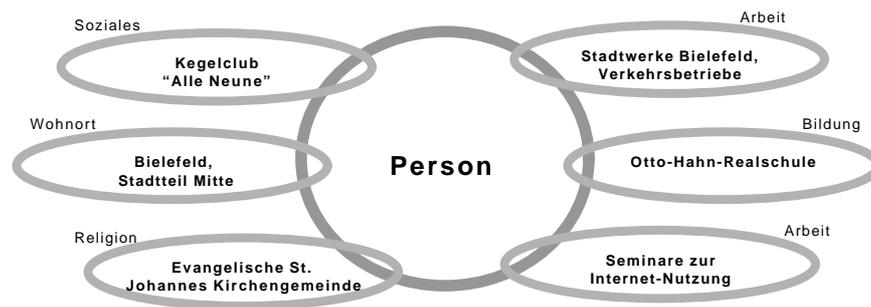
Higgs und Gustafson (1985) definieren „Community“ wie folgt: „A community is a group of people with a common identity or perspective, occupying space during a given period of time, and functioning through a social system to meet its needs within a larger social environment“, (zitiert in Helvie 1997, 301). Zwei Jahre später beschreibt Warren "Community" als „complex, interrelated structure of interaction patterns on the basis of which certain relevant functions are performed“ (Helvie 1997, 301). Für Stanhope und Lancaster ist "Community" „a locality-based entity, composed of systems of formal organisations reflecting societal institutions, informal groups, and aggregates. These components are interdependent and their function is to meet a wide variety of collective needs“ (Stanhope/Lancaster 1996, 301). 1993 nennt Swanson in ihrer Begriffsbestimmung drei Wesensmerkmale einer "Community": „The three dimensions addressed are the community as an aggregate of people, the community as a location in space and time, and the community as a social system“ (Swanson 1993, 82). Diese drei Wesensmerkmale arbeiten auch Smith und Maurer heraus: „Community is an open social system characterized by people in a place over time who have common goals“ (Smith/Maurer 1995, 301). Aus der Analyse bestehender Definitionen schließen Stanhope und Lancaster, dass der "Community"-Begriff die drei Merkmale „people, place and function“ beinhaltet. „The people are the community residents. Place refers both to geographical and time dimensions, and function refers to the aims and activities of the community“ (Stanhope/Lancaster 1996, 290).

Die zitierten Originaltexte illustrieren die Vielschichtigkeit des Begriffsverständnisses aber auch Gemeinsamkeiten, wenn es um die Bestimmung von Grundmerkmalen geht. Abschließend sei für unseren Arbeitszusammenhang festgehalten, dass eine "Community" durch Aussagen über folgende drei Punkte beschreibbar wird:

- **Geopolitische oder phänomenologische Grenzen**, d. h. Grenzen, die sich durch die Festlegung auf einen bestimmten Raum und eine bestimmte Zeit ergeben, z. B. die Beschreibung der "Community" mit Hilfe ihrer geographischen, administrativen oder politischen Grenzen oder Informationen über Bedürfnisse, Anliegen oder Lebenslagen, die die Mitglieder einer "Community" von anderen abgrenzen.
- **Dazugehörige Menschen**, z. B. Daten zu Bevölkerungsanzahl und -dichte; demographische Angaben, wie Alter, Geschlecht, Schulbildung, sozio-ökonomischer Status; Informationen über die Einbindung der Menschen in formelle Systeme wie Schulen, Kirchen, Parteien, Gesundheitswesen; Aussagen zur Zugehörigkeit zu informellen Systemen wie Nachbarschaften, Vereinen oder Freundeskreisen.

- **Beziehungen der Menschen untereinander**, d. h. die sozialen Systeme und Normen, die ein Miteinanderleben ermöglichen, z. B. Informationen über die Sozialisation und die soziale Kontrolle der Mitglieder; Daten zur Produktion, zur Verteilung und zum Konsum von Waren und Dienstleistungen; Aussagen zu Kommunikationsprozessen und zur Gestaltung von Veränderungen.

Wie in Abbildung 2 illustriert ist somit jeder Mensch gleichzeitig Mitglied in verschiedenen „Communities“.



**Gleichzeitige Mitgliedschaft in unterschiedlichen Communities (Abb. 2)**

Orientiert an Smith und Maurer (1995, 305)

## 2.3 Community im Fokus der US-amerikanischen Pflege

Wenn beschrieben wird, wie die „Community“ in den Fokus der US-amerikanischen Pflege geriet und die Bedürfnisse der „Communities“ und gesellschaftliche Strömungen die Pflege ihrerseits beeinflussten, stellt sich zunächst die Frage, nach dem Verständnis von „Community Health Nursing“. Nach der Kurzdefinition von Swanson (1993, 4) ist „Community Health Nursing“ die Synthese von Pflege und Public Health. Ausführlicher ist die Definition der „American Nurses Association“:

„Community health nursing practice promotes and preserves the health of populations by integrating the skills and knowledge relevant to both nursing and public health. The practice is comprehensive and general and is not limited to a particular age or diagnostic group; it is continual, and it is not limited to episodic care. (...) While community health nursing practice includes nursing directed to individuals, families, and groups, the dominant responsibility is to the population as a whole“ (Helvie 1997, 5).

„Community Health Nursing“ basiert auf zwei Wissensgebieten: der Pflegewissenschaft und der Gesundheitswissenschaften. „Community Health Nursing“, also Pflege, deren Handeln im Wesentlichen auf die Bedürfnisse, den Bedarf und die Versorgung von "Communities" fokussiert, entwickelte sich in den USA seit Mitte des 18. Jahrhunderts. Im Verlauf der Entwicklung lassen sich drei Phasen unterscheiden: Die *Entstehungsphase*, in der Pflege die "Community" als Herausforderung und Arbeitsfeld entdeckte, die *Wachstumsphase*, in der sich „Community Health Nursing“ in den USA verbreitete

und etablierte, und eine *Konsolidierungsphase*, in der Kosten-, Qualitäts- und Theoriediskussionen zur Schärfung des Profils von „Community Health Nursing“ beitrugen.

## Entstehungsphase

Dass die "Community" in den Fokus der Pflege gelangen konnte, lag anfänglich daran, dass sich Vereinigungen und Organisationen mit (hauptsächlich) religiös motivierten Mitgliedern dafür einsetzten, dass Mittellose und Kranke in den durch einen stetigen Zustrom von Emigranten und Emigrantinnen „belasteten“ Städten die notwendige pflegerische und gesundheitsbildende Versorgung erhielten. Für die anfallenden Planungs- und Pflegetätigkeiten wurden hauptamtlich tätige Krankenschwestern eingestellt. In Florence Nightingale und William Rathbone fand das US-amerikanische „Community Health Nursing“ zwei inhaltlich einflussreiche britische Vordenker, wie es auch Swanson (1993) hervorhebt:

„In the mid-19<sup>th</sup> and early 20<sup>th</sup> centuries, public health efforts, including the precursors of modern nursing and public health nursing, began to make progress in improving societal health. Nursing pioneers such as Nightingale in England and Wald in the United States focused on the collection and analysis of statistical data, health care reforms, home nursing, community empowerment, and nursing education and laid the groundwork for the establishment of community health nursing as it exists today“ (Swanson 1993, 37).

Die zentrale Persönlichkeit für die Entwicklung in den USA war *Lilian Wald*, deren vielfältige Aktivitäten den Handlungsraum von „Community Health Nursing“ absteckten. In der folgenden Übersicht sind die "Meilensteine" der Entstehung von Public Health Nursing" in den USA dargestellt.

### (1) Meilensteine der Entstehungsphase

(Stanhope/Lancaster 1996, Swanson 1993)

- 1850: Der „Shattuck Report“ der „Massachusetts Sanitary Commission“ fordert auf der Grundlage erster epidemiologischer Daten kommunale (town) Programme zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung. Die angeregten Programme wurden 19 Jahre später implementiert.
- 1877: Die ausgebildete Pflegerin Frances Root wird vom „Woman’s Board of the New York Mission“ angestellt, um Kranke zu Hause zu versorgen. 1878 stellt die „Ethical Culture Society of New York“ vier Krankenpflegerinnen ein, der erste ambulante Pflegedienst entstand.
- 1893: Lilian Wald und ihre Freundin Mary Brewster gründen einen Pflegedienst, der sich in Verbindung mit einem Settlementhouse („Henry Street Settlement“) um mittellose kranke Menschen in New York kümmert. „The philosophy was one of meeting the health needs of aggregates, broadly defines to include the many evident social, economic, and environmental determinants of health. This, by necessity, involved an aggregate approach, one that empowered people of the community. Helen Hall, a later director of the House at Henry Street, writes of the

settlements role as „(...) one of helping people to help themselves (...)“ (Swanson 1993, 32).

- 1902: Linda Rogers, eine aus dem Henry Street Settlement kommende Krankenpflegerin, übernimmt als erste Pflegerin eine Stelle in einer Schule.
- 1909: Um die Lebenserwartung ihrer Versicherten zu erhöhen und das eigene Image zu verbessern, stellt die „Metropolitan Life Insurance Company“ in Zusammenarbeit mit dem Henry Street Settlement erstmals eine Pflegerin ein, die sich um die Gesundheitsförderung bei der Versichertengemeinschaft kümmern soll.
- 1910: An der Columbia-Universität von New York beginnt die erste universitäre Ausbildung für „Public Health Nursing“. 1914 wurde in Zusammenarbeit mit dem Henry Street Settlement der erste Postgraduierstudiengang für „Community Health Nursing“ gegründet.
- 1912: Mit der Gründung der von Lilian Wald angeregten „National Organisation for Public Health Nursing“ schaffen sich die im Bereich „Community Health“ tätigen Pflegekräfte einen Lobbyverband.

## **Wachstumsphase**

Die Wachstumsphase von „Community Health Nursing“ wurde in den USA im Wesentlichen durch die Bundesgesetzgebung und die Folgen des zweiten Weltkrieges bestimmt. Aus beschäftigungspolitischen Gründen erfolgte in der Depressionszeit ein forcierter Ausbau insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege (zahlenmäßiges Wachstum), die Kriegsheimkehrenden sorgten in den vierziger Jahren für einen ganz neuen Bedarf an gesundheitlicher Versorgung (Spezialisierung lokaler Pflegedienste). Mitte der fünfziger Jahre existierten bereits in fast drei Viertel aller US-amerikanischen Kommunen hauptamtliche lokale Gesundheitsdienste, in denen größtenteils „Community Health Nurses“ beschäftigt waren. Mit „Medicare“ und „Medicaid“, den staatlichen Krankenversicherungsprogrammen für betagte und sozial schwache Menschen, wurden weitere finanzielle Grundlagen zur besseren Versorgung von Teilen der Bevölkerung, und damit auch für das Wachstum ambulanter Pflegedienste geschaffen (siehe Übersicht der Meilensteine der Wachstumsphase).

Während der Wachstumsphase gewann „Community Health“ insgesamt an Bedeutung. Dies fand seinen Ausdruck in der Zunahme der Beschäftigtenzahlen im ambulanten Sektor und in der Zahl derer, die im Rahmen von „Community Health Nursing“ Betreuung (Caring) oder Unterweisung (Teaching) erhielten.

### **(2) Meilensteine der Wachstumsphase**

**(Stanhope/Lancaster 1996, Swanson 1993)**

- 1935: Mit dem Ziel, die wirtschaftliche Misere der Depressionszeit zu überwinden und gleichzeitig die gesundheitliche Versorgung zu verbessern, wurde der „Social Security Act“ verabschiedet. Acht Millionen

Dollar wurden bewilligt, um staatliche und regionale Gesundheitsdienste zu fördern und Strukturen der ambulanten Versorgung durch die Finanzierung von Pflegestudiengängen zu implementieren. Weitere zwei Millionen Dollar wurden für Gesundheitsbildung, zur Bekämpfung von Krankheiten sowie zur Bezahlung von „Community Health Nurses“ bewilligt.

- 1941: Die Musterung wehrfähiger junger Männer lässt erkennen, dass 29 Prozent der Männer aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustandes nicht im zweiten Weltkrieg eingesetzt werden können. Die Regierung drängt deshalb auf weitere Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Gesundheitsbildung.
- 1945: Mit dem „Bolton Act“ und dem „Nurse Training Act“ von 1943 sollte die Pflege für Kriegsbeteiligte sichergestellt werden. Mit ihrer Betreuung waren die bestehenden ambulanten Pflegedienste angesichts der kriegsbedingten physischen und psychischen Traumata sowie hierdurch bedingte Suchterkrankungen zumeist überfordert. Die Regierung stellte deshalb für die Pflege und Betreuung der Veteranen zusätzliche Finanzmittel zur Verfügung.
- 1946: Für „Community Health Nursing“ wurden unter dem Stichwort „Desirable organisation“ Anleitungen erarbeitet, um sowohl die Arbeit der bestehenden Organisationen und Einrichtungen zu koordinieren, als auch die Aufgaben von „Community Health Nursing“ zu definieren. „These guidelines became necessary because community health nursing evolved in an unplanned fashion with sponsorship by many voluntary agencies, thereby leading to a great deal of overlap of services“ (Stanhope/Lancaster 1996, 15).
- 1965: Mit dem „Social Security Act“ wurde die Versorgung von nicht krankenversicherten Alten („Medicare“) und Armen („Medicaid“) verbessert. Dieser Schritt führte zu einer Gründungswelle von ambulanten Diensten: Von 1960 bis 1968 stieg deren Zahl von 250 auf 1328 (Stanhope/Lancaster 1996).

## Konsolidierungsphase

Seit den siebziger Jahren wurde das andauernde Wachstum und der Bedeutungsgewinn von „Community Health Nursing“ verstärkt untersucht. Aus drei unterschiedlichen Perspektiven wurden kritische Fragen gestellt: Sind die *Kosten* für „Community Health Nursing“ gerechtfertigt, sind sie zu hoch? Stimmt die *Qualität* der erbrachten Leistung? Hat „Community Health Nursing“ gültige *Zielvorstellungen*, Methoden und Organisationsformen?

Insbesondere die ersten beiden Fragen wurden und werden sehr intensiv diskutiert. Antworten auf die Frage nach zeitgemäßen Inhalten von „Community Health Nursing“, Interventionsmöglichkeiten und modernen Arbeitstechniken wurden ab Mitte der achtziger Jahre zunehmend erörtert, in deren Folge entstanden verstärkt theoretische Modelle und Anleitungen für die Praxis. Die zentralen Meilensteine der Konsolidierungsphase sind in der folgenden Übersicht zusammengefasst.

### **(3) Meilensteine der Konsolidierungsphase (Stanhope/Lancaster 1996, Swanson 1993)**

- 1988: In der vom „Institute of Medicine“ veröffentlichten Studie „The Future of Public Health“ wird überprüft, inwieweit „Community“ und „Public Health“ für das Gesundheitswesen relevant sind. Es werden Vorschläge zur verstärkten Ausrichtung an den Bedürfnissen von „Communities“ gemacht.
- 1991: Mit den Dokumenten „Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives“ und „Healthy Communities 2000: Model Standards“ wurde die Diskussion um „Community Health“ erneut belebt. Die in den Dokumenten genannten konkreten Ziele sollen umgesetzt werden.
- 1993: Rund sechzig Pflegeorganisationen fordern eine umfassende Pflegereform und äußern sich zu den drängenden Kosten- und Qualitätsfragen. Ein gewünschter politischer Aufbruch in Form des vom derzeit amtierenden Präsidenten eingebrachten, vom Kongress jedoch nicht verabschiedeten „American Health Security Act“ gelingt nicht. Unter dem Titel „A Century of Caring“ wird von der Pflege eine Brücke in die Vergangenheit zu Lilian Wald's Henry Street Settlement geschlagen: „Community Health“ in Vergangenheit und Gegenwart.

Swanson (1993) fasst die Herausforderungen, die sich heute im Rahmen von "Community Health Nursing" stellen wie folgt zusammen: „Modern community health nurses must grapple with an array of philosophical controversies that affect the way they practice. These include differences of opinion about what 'intervention' means, focus both on the individual and on the aggregate, and what steps should be taken to best solve the problem of runaway health care costs“ (Swanson 1993, 37).

Während der Konsolidierungsphase wurden, auch aufgrund des Kostendrucks, Modelle für ein effektiveres „Community Health Nursing“ und wirksame und kostengünstige Arbeitstechniken fortentwickelt und evaluiert. In diesem Zusammenhang konnte das „Community Health Assessment“ seine Berechtigung und Bedeutung für die US-amerikanische Pflege unter Beweis stellen.

#### **2.4 Zum Verständnis von „Health“/Gesundheit**

Die dem „Community Health Assessment“ zugrunde liegende Intention, ein möglichst realistisches Abbild vom Gesundheitszustand einer Gruppe von Menschen und deren Lebensumfeld, einschließlich der Bedingungen für eine positive oder negative Veränderung des Gesundheitszustands, zu schaffen, setzt zwangsläufig ein Gesundheitsverständnis voraus, dass z. B. nicht nur nach dem individuellen Verhalten fragt, sondern die Verhältnisse ins Blickfeld rückt, in denen die Menschen leben. Ferner sollte der Gesundheitsbegriff nicht nur über eine Definition von Krankheiten (vermeintliche) Defizite aufzeigen, sondern die Voraussetzungen für Gesundheit beschreiben. Als richtungsweisend ist hier die WHO-Definition zu betrachten, wonach Gesundheit „der Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Behinderung“ (WHO 1948) und „die Fähigkeit und die Motivation am Leben teilzunehmen

und einen Beitrag zum Leben der Gemeinschaft zu leisten“ (WHO-Regionalbüro Europa 1987).

Ausgehend von diesem positiven und umfassenden Begriffsverständnis wird Gesundheit ein öffentliches Thema. Gesundheit zu erhalten und zu fördern sollte eine Querschnittsaufgabe für Gesellschaft und Politik sein, denn die Lebensverhältnisse sind für die Gesundheit Einzelner ebenso von Bedeutung wie deren individuelles Verhalten. Das gegenwärtige Krankheitspanorama bestätigt dies. Der umfassende Gesundheitsbegriff geht ferner davon aus, dass die beteiligten Menschen ein aktiver Teil ihrer Lebensumwelt sind. In der praktischen Konsequenz heißt dies, dass Menschen durch Präventionsarbeit zum Gesundheitshandeln in eigener Sache befähigt werden. Menschen mit Gesundheitsbeeinträchtigungen verfügen über Betroffenenkompetenz, die es zu respektieren und konstruktiv für Heilungs- und Rehabilitationsprozesse zu nutzen gilt. Mit der Einbringung der Expertenkompetenz wird das Heilungsgeschehen, z. B. durch medizinisch-fachliche oder emotional-stützende Hilfen, gefördert. Professionelle und Laien sollten gemeinsam und partnerschaftlich an der (Wieder-)Herstellung von Gesundheit arbeiten. Bei Beratungsbedarf oder im Krankheitsfall sollte die richtige und optimale Hilfe schnell gefunden werden können. Dies setzt eine sinnvolle und für Professionelle wie auch für Laien durchschaubare Gestaltung des Gesundheitswesens voraus.

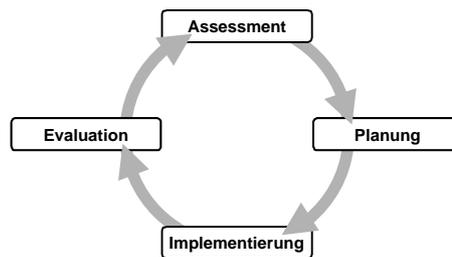
Das auf der WHO-Definition gründende Gesundheitsverständnis fragt sowohl nach dem Verhalten und Befinden des Einzelnen als auch nach den Verhältnissen im Lebensumfeld. Für das „Community Health Assessment“ bedeutet dies, dass es Aussagen zu den gesundheitlichen Bedürfnissen, zum vorhandenen Bedarf und zu den Versorgungsstrukturen zu treffen gilt.

## **2.5 Arbeiten in einem Handlungskreislauf: „Assessment“**

Zielgerichtetes Handeln zeichnet sich dadurch aus, dass beabsichtigte Maßnahmen systematisch durchgeführt werden, also sorgfältig geplant, gezielt umgesetzt und hinreichend evaluiert werden. Dies schützt vor unüberlegten Aktionen und bietet die Möglichkeit, das eigene Tun zu reflektieren und Erkenntnisse für neue Maßnahmen zu gewinnen. Für die Pflegepraxis bedeutet dies, dass auf der Grundlage eines Regelkreises zur Strukturierung von Phasen bei der Implementierung von Gesundheitsmaßnahmen gearbeitet wird (sog. „helping cycle“, siehe Abbildung 3).

Solche Handlungskreisläufe sind im Bereich von „Public Health Nursing“ und „Public Health“ unter Begriffen wie „action-cycle“, „health planning model“ (Swanson 1993, 113ff.), „basic helping cycle“ (Taylor 1993, 2ff.) oder „nursing process“ (Stanhope/Lancaster 1996, 308ff.) gefasst. In Deutschland ist in der Pflege ein Arbeiten nach dem Prinzip des Regelkreises als Pflegeprozess bekannt. Taylor (1993) unterstreicht die grundsätzliche Bedeutung und weite Verbreitung des Modells:

„This is a model fundamental to many professions. Similar processes are outlined for management (Jaycees, 1974), education (Hunt/Hitchin, 1986), nursing (Yura/Walsh, 1979), psychiatric nursing (Ward, 1985) (...).“ (Taylor 1993, 3).

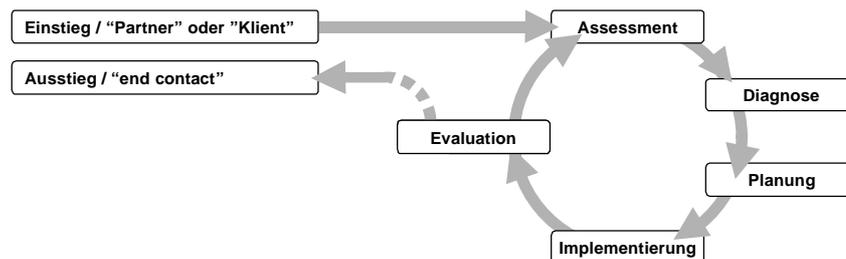


**Basic Helping Cycle (Abb. 3)**

Nach Taylor (1993)

Analog zu dem in vielen Bereichen aufzufindenden Modell des Regelkreises umfasst der „Helping cycle“ vier Bausteine: „Assessment“, das Sammeln von Informationen; „Planning“, das Planen und sich Entscheiden für bestimmte Maßnahmen; „Implementation“, deren Umsetzung, und „Evaluation“, die Überprüfung. Die Evaluation kann in eine erneute „Assessment“-Phase münden und einen neuen Regelkreis einleiten. Stanhope und Lancaster ergänzten das Modell um die sich dem „Assessment“ anschließende Pflegediagnose („nursing diagnosis“, Stanhope/Lancaster 1996, 309). Andere Autorinnen und Autoren erweitern das Grundmodell des hier skizzierten „Basic Helping Cycle“ um weitere Punkte, wie den offiziellen Beginn und den Abschluss (z.B. Taylor 1993, 3).

Bezogen auf „Public Health Nursing“ und „Community Health Nursing“ verdeutlicht der erweiterte „helping cycle“, dass eine folgerichtige Diagnose und eine erfolgreiche Planung von der Qualität des Assessments abhängen (siehe Abbildung 4).



**Handlungsreislauf für Community Nursing (Abb. 4)**

Orientiert an Taylor (1993)  
und Stanhope und Lancaster (1996, 309)

## 2.6 Zum Verständnis von „Assessment“

Das Verständnis von „Community“ und „Health“ wurde in den vergangenen Abschnitten dargelegt. Im Folgenden geht es um die Bedeutung des Begriffs des "Assessment". Auch für diesen Begriff, der zumeist ein systematisches „Kennenlernen“, „Einschätzen“ bzw. „Beurteilen“ meint, gibt es keine hinreichende deutsche Übersetzung; was sich auch daran zeigt, dass der Begriff "Assessment" als Anglizismus Eingang in die Literatur gefunden hat.

Im Rahmen des Handlungskreislaufs von „Community Health Nursing“ nimmt das Assessment eine zentrale Stellung ein: Nur wenn die tatsächlichen Lebensverhältnisse in einer Community richtig eingeschätzt und beurteilt werden, können anschließend auch positiv wirkende Handlungsstrategien geplant und umgesetzt werden:

„Assessment is a tool to aid in the planning of future work, the beginning of helping another person to identify areas for growth and change. Its purpose is the identification of needs; it is never an end in itself. From an agency perspective, the object of assessment is to make possible informed decisions about meeting client needs. For the client, 'assessment' is basically discussing the current situation with the helper“ (Taylor 1993, 7).

Zunächst weist Taylor (1993) darauf hin, dass es ein wichtiges Ziel des Assessments ist, Informationen über Bedürfnisse zu erhalten. Dann wird der Assessmentprozess aus der Sicht der Untersuchenden (Entscheidungen sollen auf der Basis von Informationen gefällt werden) und aus der Perspektive der Untersuchten (das Assessment hilft dabei, sich der eigenen gegenwärtigen Situation zu vergewissern) beschrieben. Schließlich kann ein Assessment aus der Sicht von Taylor (1993) auch dahingehend positiv wirken, als es eine lebendige und engagierte Diskussion einleiten und zum Aufbau einer konstruktiven Beziehung der beteiligten Akteure beitragen kann.

„Assessment is the beginning of forming an agreement or 'contact' to work on an area of need, the first step in forming a working relationship. Assessment should not be seen as a cold process of gathering information to put on to a form. The summarising of information for agency purposes is only one part of the process. A further vital element is engaging the client in a constructive relationship“ (Taylor 1993, 8).

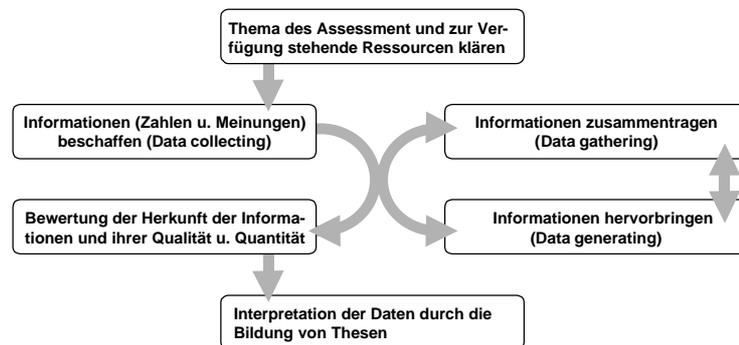
Die konkrete *Herangehensweise an ein Assessment* hängt von der Art der zu untersuchenden Community und den untersuchungsleitenden Fragestellungen ab. Trotter et al. (1995) führen hierzu aus: „Just as assessment of the individual or family can be approached in a variety of ways, so also can assessment of the community be approached in several ways. The approach taken depends on the type of community and the reason for the assessment“ (Trotter et al. 1995, 322). Drei Herangehensweisen sind hierbei nach Trotter et al. (1995) möglich:

- Beim **„Assessment“ zur umfassenden Einschätzung von Bedürfnissen** („Comprehensive needs assessment approach“) wird eine Community im Rahmen eines systematischen und umfassenden Vorgehens untersucht, um Informationen zu gewinnen bzw. bestehende Daten zu bestätigen, die Aufschluss über aktuelle und potentielle Gesundheitsprobleme geben kön-

nen. *Beispiel*: Assessment zum Gesundheitszustand und den Lebensbedingungen der Menschen in Bielefeld.

- Beim „**Assessment**“ zur **Beurteilung spezieller Gesundheitsprobleme** („Problem-oriented approach“) werden ausgehend von dem gewählten Krankheitsbild bzw. Gesundheitsproblem alle Lebensbereiche untersucht, aus denen Informationen zu dessen Vermeidung oder Verringerung gewonnen werden können. *Beispiel*: Assessment zum Vorkommen von Autoimmunkrankheiten in Bielefeld.
- Beim **gruppen-/familienbezogenen Assessmentansatz** („Familiarization Approach“, „Aggregate Approach“) werden alle Informationen gesammelt oder beschafft, die die Kenntnis über eine ausgewählte Teilgruppe aus einer (geopolitischen) Community gewinnen helfen. *Beispiel*: „Assessment“ zum Gesundheitszustand und den Lebensbedingungen der Bielefelder Kinder, bei denen mindestens ein Elternteil Sozialhilfe erhält.

Im Rahmen des Assessments sind drei Phasen unterscheidbar: (1) Festlegung des Untersuchungsgegenstandes und der für die Untersuchung zur Verfügung stehenden Ressourcen, (2) systematische Datensammlung und deren Interpretation und (3) die Ableitung von Thesen und Empfehlungen (siehe Abbildung 5).



**Ablauf eines Assessments (Abb. 5)**

(1) Bei der **Festlegung des Untersuchungsgegenstandes** werden die geopolitischen oder phänomenologischen Grenzen der betreffenden Community und das untersuchungsleitende Interesse ("Community" als Ganzes, spezielle Gesundheitsprobleme oder ausgewählte Gruppen) beschrieben. Der Umfang der für das „Assessment“ zur Verfügung stehenden zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcen wird geklärt.

(2) Für die **Informationssammlung** (data collecting) gilt, dass als Informationen nicht nur messbare Zahlen in Form von Umfragen und Statistiken aus quantitativer Forschung, sondern auch mit qualitativen Verfahren ermittelte Meinungsbilder und Situationseinschätzungen bilden. Zur Informationsbeschaffung gibt es im Wesentlichen zwei Möglichkeiten (Stanhope/Lancaster 1996, 296, Helvie 1997, 168). Zum einen können vorliegende Informationen

herangezogen werden (Sekundäranalysen/„data gathering“). Sind über diesen i. d. R. Ressourcen schonenden Weg keine hinreichenden Informationen erhältlich, können Daten und Meinungsbilder auch durch eigene Erhebungen und Befragungen gewonnen werden (Primärerhebung/„data generating“).

(3) Bei der **Interpretation** werden nach einer kritischen Bewertung der Quantität und Qualität der beschafften Daten Thesen mit konkreten Aussagen zu einer Community oder einem speziellen Gesundheitsproblem bzw. einer festgelegten Zielgruppe formuliert. Diese Thesen und daraus abzuleitende Handlungsempfehlungen sind das Ergebnis eines Assessments.

## **2.7 „Community Health Assessment“ – Modelle**

Für das „Community Health Assessment“ wurden von verschiedenen Autorinnen und Autoren theoretische Modelle zur Beschreibung der Funktionsweisen in einer „Community“ entwickelt. Sie bieten einen konzeptionellen Rahmen für die Entwicklung von Assessmentinstrumenten und die praktische Durchführung eines Assessments.

„An Assessment model is important because it provides a format for data collection. This ensures that the data are collected in a systematic way“, so beschreibt Helvie (1997, 169) den Nutzen dieser Modelle, die dazu dienen, Daten systematisch zu sammeln und zu analysieren. Wie allein die Literaturübersicht von Helvie (1997) zeigt, wurde bereits eine Vielzahl, entsprechender Modelle entwickelt. Im Folgenden werden drei, in der Fachdiskussion eine zentrale Rolle einnehmende Modelle vorgestellt:

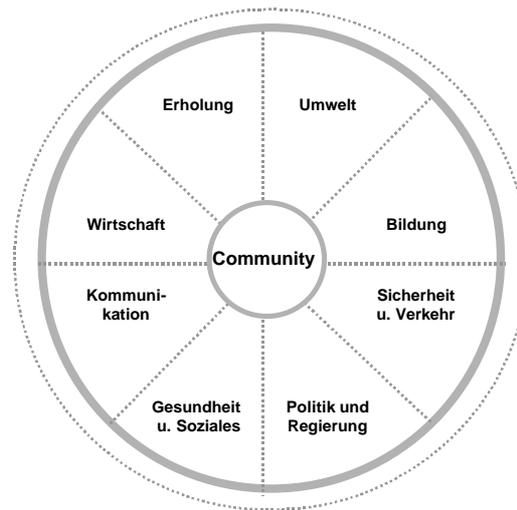
- das „Community-Assessment-Wheel“ nach Neumann (1989), das von Helvie (1997), Stanhope und Lancaster (1996) und Anderson und McFarlane (1996) aufgegriffen wurde
- das „Community-as-system“ von Smith und Maurer (1995) und schließlich
- das „Alliance-for-community-health-assessment“ von Klainberg et al. (1998).

### **„Community-Assessment-Wheel“**

Das „Community-Assessment-Wheel“ Modell wird auf die Arbeiten der Pflergetheoretikerin Betty Neumann zurückgeführt und von verschiedenen Autorinnen und Autoren rezipiert. Für Neumann stellte sich die Gesundheit einer „Community“ als die Fähigkeit dar, so mit Belastungen und Herausforderungen umzugehen, dass trotz des Wirkens von Stressoren die Menschen harmonisch miteinander leben. Während Helvie (1997) von „Neuman’s model of community assessment“ spricht, erscheint es bei Stanhope und Lancaster (1996) als „Community Assessment Wheel“ und bei Anderson und McFarlane (1995) als „Community-as-partner-model“.

Zu dem auf dieser Grundlage erarbeiteten Assessmentkonzept gehört ein anschauliches Modell der Struktur und Funktionsweise von „Communities“. In dessen Mittelpunkt stehen die zur „Community“ gehörenden Menschen, die bei einem „Assessment“ durch Zahlen zur Demographie und durch Er-

hebungen zu Werten und gemeinsamen Zielen kennen gelernt werden können. Die Verbindung zwischen den im Mittelpunkt stehenden Menschen und den Rändern besteht - im Schaubild angeordnet fast wie die Speichen eines Rades - aus acht gesellschaftlichen Subsystemen. Zwischen diesen Subsystemen (Umwelt, Bildung, Sicherheit und Verkehr, Politik und Regierung, Gesundheit und Soziales, Kommunikation, Wirtschaft und Erholung) und den Mitgliedern der „Community“ kommt es zu Wechselwirkungen.



**Community Assessment Wheel / Community-as-partner-model (Abb. 6)**

Nach Anderson und McFarlane (1995), dargestellt bei Stanhope und Lancaster (1996, 1054)

In dem Modell werden zwei Ränder, die die „Community“ und ihre Subsysteme begrenzen, unterschieden. Die durchgezogene Linie („normal line of defense“) zeigt an, wie die „Community“ im Normalfall Herausforderungen und Belastungen gewachsen ist: „This represents the community's usual coping mechanisms and the community's level of health at a point in time resulting from the usual coping methods“ (Helvie 1997, 171). Besteht z. B. die Herausforderung in einem Autounfall, ist die medizinische Versorgung in einem Krankenhaus im Normalfall gesichert.

Die gestrichelte Linie („flexible line of defense“) steht für die Fähigkeit einer „Community“, auf neue und/oder außergewöhnliche Belastungen zu reagieren: „Beyond the normal line of defense in the model is the flexible line of defense, a „dynamic level of health resulting from a temporary response of stressors“ (Helvie 1997, 171). Wenn es beispielsweise in einer geopolitischen „Community“ mehrere Großschadensereignisse gibt und vorgehaltene Rettungs- und Versorgungsstrukturen nicht ausreichen, könnten befristet Helfende und medizinisches Gerät aus einer anderen „Community“ herangezogen werden.

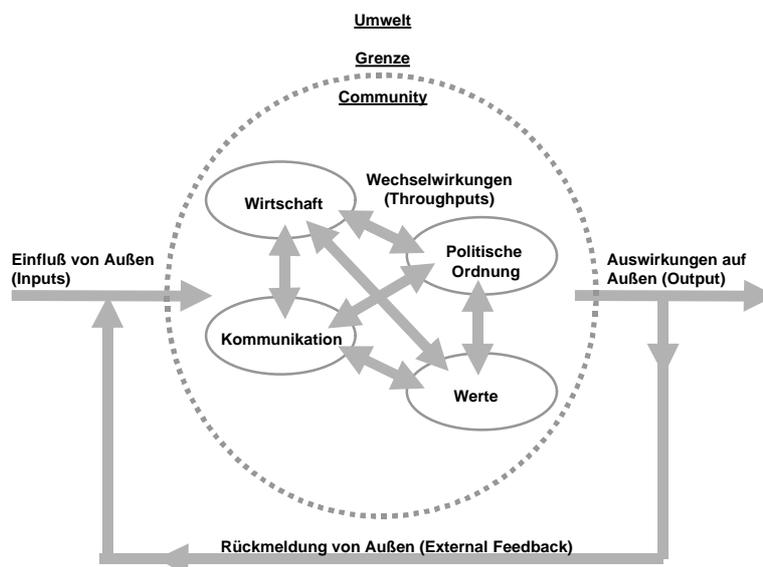
Bei einem „Community Health Assessment“ nach diesem Modell werden die Menschen der „Community“ und die Strukturen der gesellschaftlichen Subsysteme untersucht. Der Fokus der Betrachtung liegt dabei darauf, wie auf

alltägliche oder neue Belastungen reagiert werden kann. Denn für den Gesundheitszustand der Menschen sind nicht nur bestehende Strukturen relevant, sondern auch die Fähigkeit mit Veränderungen und Stressoren umzugehen.

„Community assessment is based on an evaluation of all these factors. The nurse assesses the population, the subsystems, the lines of defense, the community's resistance, the stressors, and the reaction to stressors“ (Helvie 1997, 171).

### „Community-as-system“

Trotter et al. (1995) greifen bei ihrem Modell ausdrücklich auf die Systemtheorie zurück. Die in der „Community“ ablaufenden Prozesse werden aus einer Perspektive betrachtet, die sich soziologischem Denken verpflichtet fühlt. Die Grenzen der „Community“ ergeben sich durch die Faktoren, die die „Community“ von der Umwelt abgrenzen und die gleichzeitig die Gemeinsamkeiten der Mitglieder der „Community“ beschreiben. Die Grenzen können also geopolitisch oder phänomenologisch sein. Wie in Abbildung 7 illustriert bestehen zwischen der „Community“ und der sie umgebenden Umwelt (einschließlich ggf. vorhandener Suprasysteme) Wechselwirkungen: So beeinflussen externe Vorgänge das Leben in der „Community“. Gleichzeitig wirkt die „Community“ nach außen. Da die Reaktionen der Umwelt auf Einflüsse der „Community“ auf diese zurückwirkt, entsteht eine Feedback-Schleife. Innerhalb der „Community“ bieten nach diesem Modell die vier Subsysteme Wirtschaft, politische Ordnung, Kommunikation und Werte und deren Beziehungen zueinander die für ein „Community Health Assessment“ notwendigen Informationen.



**Community-as-system-model (Abb. 7)**

Nach Smith und Maurer (1995, 308)

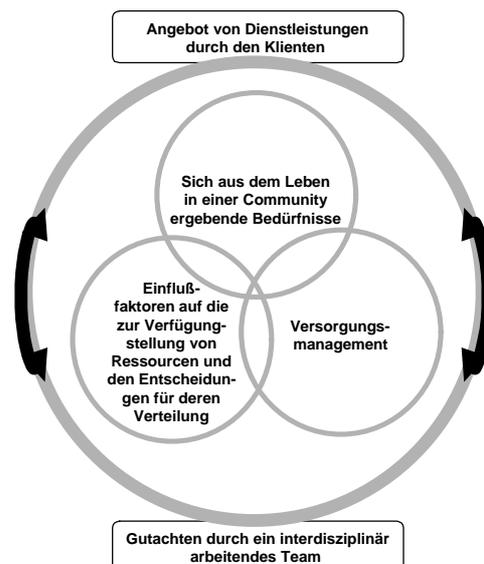
## „Alliance-for-Community-Health-Assessment“

Auch Klainberg et al. (1998) wählten für ihr Konzept einen systemtheoretischen Ansatz. Von Trotter et al. (1995) unterscheidet sich ihr Modell durch die deutliche Fokussierung auf Fragestellungen der gesundheitlichen Bedürfnisse und Versorgungsstrukturen. Dem interdisziplinär arbeitenden Team, das mit einem „Community Health Assessment“ sein Gutachten abgibt, steht die Klientin bzw. der Klient gegenüber, der bzw. die innerhalb des Systems Veränderungen ermöglichen kann. Ein Kerngedanke des Modells ist es, dass es zwischen den „Gutachtern und Gutachterinnen“ und den „Akteuren und Akteurinnen“ ein Bündnis für Gesundheit („Alliance for Health“) hergestellt wird.

„The Alliance Model for Health, a model for community health assessment, is intended to serve as a template to inform nurses and other health care providers about forces that interact, making a composite picture of health and illness in the community“ (Klainberg et al. 1998, 79).

Auf der Grundlage des Modells von Klainberg et al. (1998) werden im Rahmen des Assessments drei Bereiche beschrieben, die auf den Gesundheitszustand der Mitglieder der „Community“ wirken und in einer wechselseitigen Beziehung zueinander stehen. Zum ersten Bereich gehören die sich durch das Zusammenleben in der „Community“ ergebenden Bedürfnisse und zum zweiten Bereich die Versorgungsstrukturen einer „Community“. Die Faktoren, die Einfluss auf die zur Verfügungstellung von Ressourcen und die Entscheidungen für deren Verteilung haben, bilden den dritten Bereich.

„Community assessment involves an investigation into three interrelated areas of concern: (1) *community-based needs*, (2) *systems of care management*, and (3) *influences affecting resource allocation decisions*“ (Klainberg et al. 1998, 79).



Alliance model for community health assessment (Abb. 8)

Nach Klainberg et al. (1998, 80)

Eine „gesunde Community“. zeichnet sich nach Klainberg et al. (1997) durch ein harmonisches Gleichgewicht zwischen den drei Bereichen aus, die sich stets gegenseitig beeinflussen.

Die drei skizzierten „Assessment“-Modelle haben als **Gemeinsamkeit**, dass sie den Grad der Gesundheit einer „Community“ als Ergebnis eines Gleichgewichtes, einer Balance darstellen. Beim „Assessment-wheel-model“ entscheidet das Verhältnis zwischen auftretenden Belastungen bzw. Herausforderungen und den Fähigkeiten der „Community“, aus sich selbst heraus gezielt und angemessen darauf zu reagieren, über den Gesundheitslevel. Das bewusst systemisch angelegte „Community-as-system-model“ zeigt die Wirkungsmöglichkeiten externer (dies ist also eine Erweiterung des „Assessment-wheel-models“) und interner Faktoren auf den Gesundheitszustand. Der Grad der Gesundheit einer „Community“ wird hier durch die Fähigkeiten beschrieben, auf Veränderungen von gesundheitsrelevanten Faktoren gezielt zu reagieren. Auch im Alliance-model kann ein guter Gesundheitszustand einer „Community“ als das Ergebnis eines Gleichgewichts gesehen werden. Wenn sich die aus dem Leben in der „Community“ ergebenden Bedürfnisse mit den vorhandenen Versorgungsstrukturen decken, dann sind die Voraussetzungen für Gesundheit gegeben.

Ein wesentlicher **Unterschied** in den Modellen und den daraus abgeleiteten Instrumenten für ein Assessmentverfahren ergibt sich hinsichtlich der jeweils als zentral erachteten gesundheitsbeeinflussenden Faktoren. Beim „Assessment-wheel-model“ werden acht gesellschaftliche Subsysteme mit großer inhaltlicher Tiefe untersucht. Das „Community-as-system-model“ beobachtet beim „Assessment“ vier große Subsysteme. Im Alliance-model wird dagegen deutlich auf Einflussfaktoren fokussiert, die direkt auf die zur Verfügungstellung gesundheitsbezogener Ressourcen und den Entscheidungen für deren Verteilung wirken.

## 2.8 Praktische Durchführung eines „Community Health Assessment“

Im Zusammenhang mit der praktischen Durchführung eines „Community Health Assessment“ müssen in der Regel vorab sowohl Fragen bezüglich der Rahmenorganisation als auch Fragen bezüglich der Erarbeitung von Ergebnissen geklärt werden.

- **Fragen bezüglich der Rahmenorganisation des „Assessment“:** Wofür soll ein „Assessment“ durchgeführt werden, was ist das Ziel? Was ist das genaue untersuchungsleitende Interesse? Welche Ressourcen stehen zur Verfügung? Welche Form wird für die Präsentation der Ergebnisse erwartet? Welche Personen sollten zum „Assessment“-Team gehören? Welche Beziehung besteht zur untersuchten „Community“?
- **Fragen bezüglich der Erarbeitung von Ergebnissen:** Welche Themengebiete müssen durch Daten und Meinungen eruiert werden? Welche bestehenden Datenquellen sind nutzbar? Welche neuen Daten müssen erhoben werden? Welche Möglichkeiten bestehen zur Gewinnung neuer Informationen? Wie werden Datenlage und Datenqualität bewertet?

## Rahmenorganisation des „Assessment“

Nichts ist so wichtig, wie eine klare Zielsetzung des „Assessment“. Gleich ob für das Verfahren ein Mandat besteht oder ob es aufgrund unmittelbarer eigener Interessen durchgeführt wird, das Prinzip Verschriftlichung mit einer eindeutigen *Festlegung des „Assessment“-Thema* ist eine wichtige Voraussetzung für Ergebnisse, die als tragfähige Basis für ein weiteres Vorgehen innerhalb des oben beschriebenen Handlungskreislaufes dienen können.

Vor Beginn des „Community Health Assessment“ sollte ferner geprüft werden, welche finanziellen, personellen und zeitlichen *Ressourcen* zur Verfügung stehen. Hierzu gehört die Klärung der folgenden Fragen: Wie viel Personen führen das „Assessment“ durch? Welche Qualifikation haben die einzelnen Mitglieder des „Assessmentteams“? Wie wird die Mitarbeit vergütet? Stehen finanzielle Mittel bereit, um ggf. Primärerhebungen in Auftrag zu geben? Wie viel Zeit steht zur Verfügung? Außerdem sollte bereits zu Beginn des „Assessment“ geklärt werden, welche Form der *Ergebnispräsentation* erfolgt. Zumindest ein schriftlicher Bericht, der dann ggf. auch in einer mündlichen Präsentation vorgestellt wird, ist sinnvoll. Der Bericht sollte die „Assessment“-Ergebnisse in Form von sach- und datenorientierten Thesen beinhalten. Es soll dargelegt werden, aufgrund welcher Informationen die Thesen formuliert wurden. Schließlich soll der Assessmentprozess, unter Berücksichtigung der Erfahrungen bei der Informationssammlung, beschrieben werden.

Die meisten Autorinnen und Autoren schildern die Vorteile der Arbeit eines Teams, teilweise wird ausdrücklich ein *multidisziplinäres Assessmentteam* als Ideal herausgestellt. An einem Assessment sollten mindestens zwei Personen beteiligt sein, um einen Austausch und gegenseitige Motivation und Beratung zu ermöglichen. In den USA gehört eine „Public Health Nurse“ meistens als dessen Leitung, zum Team. Die „Public Health Nurse“ verfügt über einen akademischen Abschluss und vereinigt in ihrer Person „Public Health“ Kenntnisse und Erfahrung in pflegerischer Praxis. Die *Teamgröße* hängt jeweils von der untersuchungsleitenden Fragestellung, der Größe der „Community“ und der Verfügbarkeit von Informationen ab. In den USA wurden bereits umfangreiche Assessmentverfahren unter Beteiligung von bis zu fünfzig Personen durchgeführt.

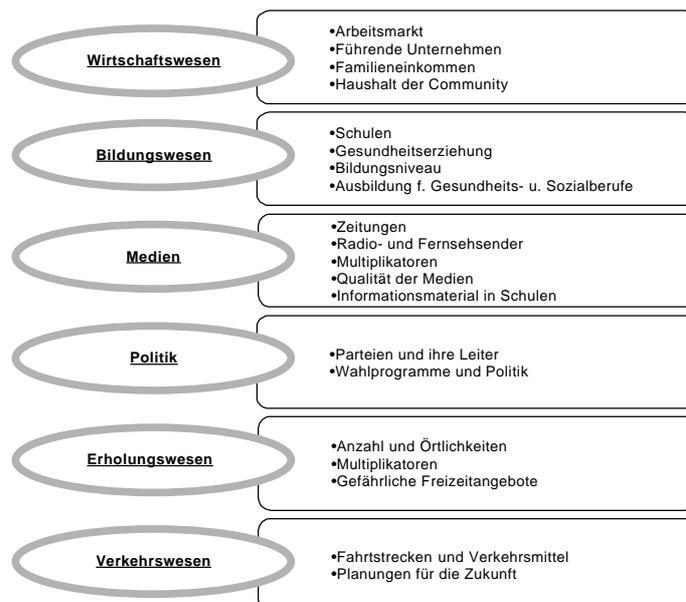
Die „Community“ kann im Rahmen des Assessments als *Partnerin* oder *Klientin* betrachtet werden. Bei einem Assessment einer komplexen „Community“ wird diese zumeist als Partnerin betrachtet. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass oftmals die Untersuchenden zugleich Teil der untersuchten „Community“ sind. Auch stellt eine partnerschaftliche Beziehung eher die Akzeptanz der Ergebnisse und daraus abgeleiteter Handlungsempfehlungen sicher. Bei einem Assessment von „Communities“ mit bestimmten Gruppen von Menschen oder für bestimmte Krankheitsbilder ist die Klientensichtweise üblich. Das „Alliance-for-Health-Assessment-Model“ überwindet die Frage „Klientin oder Partnerin“ im Wesentlichen, da ihm ein partnerschaftliches Konzept zugrunde liegt.

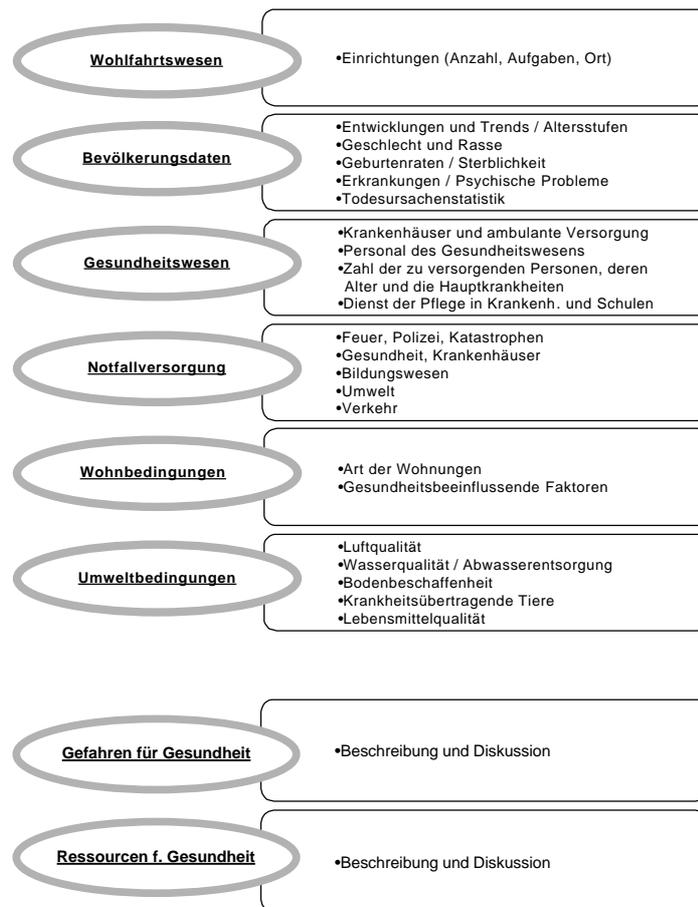
## Erarbeitung von Ergebnissen

Ausgehend vom untersuchungsleitenden Interesse gilt es, die „Community“ eindeutig zu beschreiben. Ebenso sind die geopolitischen und/oder phänomenologischen *Grenzen der "Community" festzulegen*. Für ein „Assessment“ können unterschiedliche Themengebiete relevant sein. Stets sollten jedoch die *sozio-demographischen Daten erhoben* werden. Grundlegend ist für ein „Community Health Assessment“ die Ermittlung von Informationen über Krankheiten und Behinderungen und daraus ableitbare Bedarfslagen und *Gesundheitsbedürfnisse* sowie über regionale *Versorgungserfordernisse*. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Ermittlung der Versorgungsangebote und der Analyse der Diskrepanz zwischen Bedarf/Bedürfnissen und gegebenen Strukturen zur Bedarfsdeckung, erst durch sie werden die eigentlichen Planungsvoraussetzungen geschaffen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Politikanalyse, der Klärung der Funktionsweise des politischen Systems und seiner Akteure und Akteurinnen. Dabei ist immer auch zu fragen, wer Entscheidungen im Gesundheitsbereich nach welchen Kriterien trifft und wie sich Veränderungsprozesse einleitend gestalten.

In der Literatur finden sich bereits zahlreiche Darstellungen von unterschiedlichen Instrumenten für ein „Community Health Assessment“ (Trotter et al. 1995, Kleinberg et al. 1998, Helvie 1997), so auch auf spezielle Fragestellungen hin zugeschnittene Instrumente. Boyle (1989), Herberg (1989) und Giger und Davidhizar (1995) bieten beispielsweise Hinweise und spezielle Checklisten (Herberg 1989) zum „Assessment“ im Rahmen von „Transcultural Nursing“

Um einen Eindruck über das mögliche inhaltliche Spektrum eines Assessmentverfahrens zu erhalten, werden im Folgenden die Hauptpunkte des von Helvie (1997, 161ff) entwickelte Instrumentes dargestellt. Es basiert auf dem „Community-as-wheel-modell“.





Soweit möglich sind immer genaue **Zahlen** (absolute Zahlen, Prozentzahlen, Vergleichszahlen mit anderen Communities, Zahlen verschiedener Jahre), **Namen** (Einrichtungen, Multiplikatoren, Experten) oder **Meinungen** (Einschätzungen von Qualität und Nützlichkeit, Diskussionen zur Bedeutung bestimmter Tatsachen) anzugeben.

#### Community Health Assessment Tool (Abb. 9)

Nach Helvie (1997, 163ff.)

Bei einem geopolitischen Gesamtassessment, insbesondere wenn es sich für die Untersuchenden um eine bislang unbekannte „Community“ handelt, bietet es sich an, sich einen *ersten Eindruck* zu verschaffen. Gleich der Krankenschwester die bei der Patientin bzw. bei dem Patienten ihre Sinne einsetzt, um die Beschaffenheit der Haut, Atemgeräusche oder den Puls zu erfassen, sollte die „Community Health Nurse“ ihre Sinne einsetzen, um z. B. einen Stadtteil kennen zu lernen. Mit dem „*Windshield-Survey*“ wurde dafür in der Literatur (Helvie 1997, 161) eine geeignete *Methode* vorgestellt. Bei einem Windshield-Survey wird während des Autofahrens durch die Windschutzscheibe geschaut, dabei werden mit dem Seh-, Hör- und Geruchssinn so weit möglich, Lebensbedingungen, Umweltdimensionen und zum Teil auch Lebensgewohnheiten der „Community“ erfasst und können erste Eindrücke zu Wohnverhältnissen, Treffpunkten, Einkaufsmöglichkeiten, Verkehrsanbindungen etc. gesammelt werden.

Im Rahmen einer *systematischen Informationssammlung* kann zwischen der Beschaffung und Erfassung von Sekundärmaterial („data gathering“) und der Durchführung von Primärerhebungen („data generating“) unterschieden werden.

*Sekundärdaten* sind in Form von Statistiken und Berichten meistens bei staatlichen bzw. kommunalen Einrichtungen und über Archive und wissenschaftliche Einrichtungen verfügbar. Erweist sich das Sekundärmaterial hinsichtlich der Quantität oder Qualität für das untersuchungsleitende Interesse nicht hinreichend aussagekräftig, sollte eine *Primärerhebung* durchgeführt werden. Dabei werden mit Methoden der empirischen Sozialforschung und der Epidemiologie eigenständig Daten beschafft. Eine Primärerhebung ist zumeist zeitaufwendig, personalintensiv und kostspielig, so dass sie häufig nur bei speziellen, bisher nur unzureichend untersuchten Fragestellungen durchgeführt wird.

Im Rahmen des „Community Health Assessment“ sind – je nach Fragestellung - zwei *unterschiedliche Schwerpunktsetzungen bei der Informationssammlung* denkbar: (1) die vorrangige Erfassung epidemiologischer Informationen oder (2) die Fokussierung auf die Ermittlung von Meinungsbildern und Einstellungen.

(1) So ist es beispielsweise bei „Assessments“ zu Gesundheitsproblemen sinnvoll, die wesentlichen Ergebnisse in Form von messbaren Zahlen vorzulegen. Für das Assessment empfiehlt sich dann ein *epidemiologischer Schwerpunkt*. Nach Finnegan und Ervin (1989, zitiert nach Helvie 1997, 169) steht bei einer epidemiologischen Schwerpunktsetzung die Ermittlung von Daten im Vordergrund, die die zentralen epidemiologischen Fragen nach dem „Wer“ (menschliche Faktoren), nach dem „Warum“ und „Wie“ (krankheitsbezogene Faktoren) sowie nach dem „Wo“ und „Wann“ (umweltbezogene Bedingungenfaktoren) beantworten (siehe Abbildung 10).

(2) Dient ein Assessment beispielsweise dazu, Informationen für eine bessere Kooperation der Akteure im Gesundheitswesen zu erlangen, so wird das Ergebnis größtenteils auf den in Erfahrung gebrachten Meinungsbildern und Standpunkten der Akteure basieren. Das Assessment hätte dann entsprechend einen an *Einstellungen orientierten Schwerpunkt*. Hierfür bieten sich methodisch Experteninterviews und Fokusgruppen an (Schäfer 1995). Ein effektiver Weg, Meinungsbilder in einer „Community“ zu erkunden, ist der Besuch öffentlicher Diskussionen.



**Epidemiologischer Assessment-Schwerpunkt (Abb. 10)**

Nach Finnegan und Ervin (1989), dargestellt bei Helvie (1997, 169) und Smith und Maurer (1995)

Bevor die im Rahmen der Informationssammlung ermittelten Daten und Meinungsbilder zu Thesen verdichtet werden, sollte stets die *Qualität der zur Verfügung stehenden Informationen kritisch bewertet* werden. Dabei wären beispielhaft folgende Fragen zu stellen: Reicht das Material zur Ableitung von Thesen aus? Sind die Informationen aktuell und vollständig? Sind Daten und Meinungen methodisch einwandfrei erhoben worden?

## **2.9 Zusammenfassung**

In den USA ist das „Community Health Assessment“ eine bekannte und verbreitete Managementtechnik im Rahmen von „Community Health Nursing“ und „Public Health“, um den Gesundheitszustand und die Lebensbedingungen einer Gruppe von Menschen kennen zu lernen und im Hinblick auf eine Stärkung der gesundheitsförderlichen Faktoren systematisch einzuschätzen. Ausgehend von

- einem Verständnis von „Community“, aus dem heraus Gruppen von Menschen, die über gemeinsame Interessen, Eigenschaften, Probleme oder Ziele verfügen, beschreibbar sind und somit für gesundheitsrelevante Maßnahmen erfassbar werden;
- einem umfassenden Verständnis von Gesundheit, aus dem sich das Ziel ableitet, für alle Menschen ein vollkommenes körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden zu erreichen;
- einem Verständnis von „Assessment“, dass in der systematischen Erfassung von Informationen einen wichtigen und grundlegenden Arbeitsschritt im Rahmen eines professionellen Handlungskreislaufes sieht;

wurden seit den achtziger Jahren unterschiedliche Konzepte für ein „Community Health Assessment“ und darauf aufbauend auch Modelle und Instrumente für die Praxis entwickelt. Egal, ob in ihnen die „Community“ als Partnerin oder Klientin gesehen wird, ob in ihnen die Lebenswirklichkeiten der Menschen sehr umfassend oder eher mit einem Fokus auf spezifische gesundheitliche Bedürfnisse und Versorgungsstrukturen ermittelt werden sollen, bieten sie die Grundlage für eine systematische Erfassung von Daten und Meinungsbildern. Darin liegt ihr Nutzen. Um die benötigten Informationen zu erlangen, wird im Rahmen des „Community Health Assessment“ auf bereits vorhandene Daten zurückgegriffen (Sekundärdatenanalyse), die bei Bedarf durch eigene Datenerhebungen ergänzt bzw. abgerundet werden. Dabei kommen je nach Fragestellung quantitative oder qualitative Methoden zum Einsatz.

Das „Community Health Assessment“ ist ein Verfahren, mit dessen Hilfe für unterschiedliche „Communities“, seien es geopolitisch oder phänomenologisch beschreibbare Gruppen, empirisch fundierte Aussagen zum Gesundheitszustand und zu den Lebensbedingungen gemacht werden können. Die daraus ableitbaren Thesen bilden die Grundlagen für konkrete gesundheitsfördernde Projekte und entsprechende versorgungsgestaltende Maßnahmen.

Die folgende Definition fasst die Kernpunkte des „Community Health Assessment“ zusammen.

**„Community Health Assessment“ ...**

(Einordnung)

**... ist ein Managementprozess - im Rahmen eines umfassenden „Public Health“ Handlungskreislaufs - zur ...**

(Vorgehen)

**... systematischen und im Idealfall vollständigen Sammlung und Erhebung von Fakten und Meinungen zum ...**

(Fokus)

**... Gesundheitszustand und den sich aus den spezifischen Lebensbedingungen ergebenden gesundheitsbeeinflussenden Faktoren für eine Gruppe von Menschen, die sich aufgrund geopolitischer oder phänomenologischer Grenzen beschreiben lässt, ...**

(Ergebnisform)

**... mit dem Ziel, in Form von sach- und datenorientierten Thesen ...**

(Zielsetzung)

**... die Grundlagen für zweckrationale Handlungsempfehlungen für gesundheitsförderliche und versorgende Maßnahmen für ausgewählte Gruppen von Menschen zu schaffen.**

### 3. Methodisches Vorgehen im BFS

Die Erprobung des „Community Health Assessment“ dient der Klärung, wie eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung in der ausgewählten „Community“ Bielefeld gewährleistet werden kann. Im Rahmen des BFS bot sich bei der Anwendung des „Community Health Assessment“ eine situative Einschätzung ausgewählter, für die ambulante Pflege zentraler Subsysteme an. Ausgehend von dem umfassenden von Helvie (1997) auf der Grundlage des "Community-Assessment-Wheel"-Modells entwickelten Instruments haben wir uns daher für die Konzentration auf die folgenden drei Subsysteme entschieden:

1. Politik, einschließlich eines Exkurses zur Stadtgeschichte
2. Bevölkerungsdaten
3. Gesundheitsversorgungssystem

Ziel eines „Community Assessment“ ist zunächst, Informationen über die gewählte „Community“ zu gewinnen. Wie oben bereits dargelegt, ist dabei ein zweistufiges Vorgehen sinnvoll: die Erfassung und Analyse von Sekundärdaten („data gathering“) und eine ergänzende, die vorhandenen Daten abrundende Primärdatenerhebungen („data generating“). Dies setzt in der Praxis zunächst voraus, die relevanten Informationsstellen ausfindig zu machen und das vorliegende Datenmaterial zu sichten und auszuwerten. Bei unzureichender Datenlage sind entsprechend eigene Erhebungen erforderlich.

Bei der Primärdatenerhebung („data generating“) bieten sich je nach Fragestellung unterschiedliche Vorgehensweisen an. Aufgrund des begrenzten Vorhandenseins schriftlich fixierter, für das „Community Health Assessment“ relevanter Informationen über Bielefeld war es notwendig, eigene Daten auf der Grundlage von Experteninterviews mit Schlüsselpersonen („key informants“) zu erheben, d. h. mit Personen, die durch ihre Stellung in der betrachteten „Community“ über einen guten Einblick in die Probleme und Bedürfnisse der selben verfügen. Dies können öffentliche Personen, Gesundheitsprofessionals, örtliche Politiker und Politikerinnen oder „Graue Eminenzen“ der „Community“ sein (Helvie 1997). Diese Strategie wurde in dem vorliegenden Projekt verfolgt.

#### Exkurs Experteninterview

Das Experteninterview gehört zu den qualitativen Verfahren der empirischen Sozialforschung. Dem Charakter nach ist es ein leitfadengestütztes, offenes Interview. Gegenstand des Experteninterviews sind Wissensbestände von Experten und Expertinnen im Sinne von Erfahrungsregeln, die das Funktionieren von sozialen Systemen bestimmen (Meuser und Nagel 1997, Schäfer 1995).

Der Expertenstatus wird durch den Forscher und die Forscherin verliehen, der die Wahl in Abhängigkeit von dem jeweiligen Forschungs- oder Erkenntnisinteresse trifft und die Experten als Funktionsinhaber bzw. Funktionsinhaberin und nicht als "Person" interviewt. Als Experte und Expertin kommt in Betracht, wer sich durch eine institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit auszeichnet (Hitzler et al. 1994). Die Auswahl erfolgt unter Kenntnis der Organisationsstruk-

turen, Kompetenzverteilungen und Entscheidungswege des jeweiligen Handlungsfeldes.

Nach Meuser und Nagel (1997) sollte das Experteninterview nicht ohne Leitfaden durchgeführt werden. Der Verzicht auf eine thematische Vorstrukturierung birgt die Gefahr, sich inkompetent darzustellen und somit das Wissen nicht umfassend zu erheben. Eine flexible, unbürokratische Handhabung des Leitfadens im Sinne eines Themenkomplexes und nicht im Sinne eines standardisierten Ablaufschemas trägt zum Gelingen des Experteninterviews bei. Es sollte bei der Interviewführung vermieden werden, sich an der theoretischen wissenschaftlichen Fragestellung der Untersuchung zu orientieren, um nicht in der Erwartung zu handeln, dass die Befragten nur erhoffte Ergebnisse präsentieren. Ein Experteninterview lebt von narrativen Passagen, die sich als Schlüsselstellen für die Rekonstruktion des Expertenwissens erweisen (Meuser/Nagel 1997).

Nach Schäfer (1995) liegt eine methodische Stärke des Experteninterviews in seiner vielseitigen Anwendungsmöglichkeit. „Durch die Befragung verschiedener Experten und Expertinnen über identische Sachverhalte („Mehrperspektivenansatz“) können alternative Wahrnehmungsmuster in einem sozialen System kontrastiert und so die objektiven Bedingungen in dem betreffenden System ermittelt werden“ (Schäfer 1995, 12).

## **Subsystem Politik**

### **Sekundärdatenanalyse („data gathering“)**

Um einen Überblick über die Geschichte der Stadt Bielefeld zu erhalten, erfolgten neben der Literaturanalyse zum Teil historischer Texte Besuche im Historischen Museum Bielefeld in der Ravensberger Spinnerei und in der Historischen Sammlung Bethel. Für den Überblick über das politische Geschehen in der Stadt wurden die Parteiprogramme zur Kommunalwahl 1999 der SPD, CDU, Bündnis 90/Grüne und der BfB (Bürgerbündnis für Bielefeld) analysiert und auch - einer Stichprobe gleich - exemplarisch Beiträge der lokalen Presse in der Zeit vom 17.04.99 bis 11.05.99 gesichtet und ausgewertet. Dadurch sollten Themenbereiche identifiziert werden, die im öffentlichen Interesse der Stadt stehen. Zur Erfassung des Themenkomplexes „Ortsnahe Koordinierung/Gesundheitskonferenz“ wurde in erster Linie auf Berichte aus dem wissenschaftlichen Bereich zurückgegriffen, während die Annäherung an den Bereich „Gesundheitsregion OWL“ im Wesentlichen durch publizierte Studien und Diskussionsforen der Wirtschaftsentwicklungsgesellschaft Bielefeld mbH (WEGE) geschah.

### **Ergänzende Datenerhebungen („data generating“)**

Um ein umfassendes Verständnis der politischen Strukturen und Prozesse in Bielefeld zu erlangen, erwies sich das Literaturstudium als nicht ausreichend. Daher wurden im Verlauf des BFS mit acht Experten und Expertinnen aus verschiedenen Einrichtungen der Stadt Experteninterviews durchgeführt. Bei der Auswahl der Personen für die Experteninterviews wurde u. a. darauf geachtet, dass Repräsentierende der drei kommunalpolitisch bedeutsamen Parteien befragt wurden.

Im Mittelpunkt der ersten Interviews standen Fragen, die auf den Charakter der Stadt Bielefeld sowie auf die politischen Strukturen und Prozesse abzielten. Dabei sollte auch geklärt werden, ob Bürger- und Bürgerinnenbeteiligung bei Entscheidungsprozessen in der Stadt eine Rolle spielt und wie diese aussieht. Weitere Interviews mit entsprechenden Schlüsselpersonen sollten gezielt zu einem erweiterten Verständnis des Bielefelder Gesundheitssektors beitragen. Ein besonderer Fokus wurde dazu auf die „Ortsnahe Koordination“ und die „Gesundheitsregion Ostwestfalen-Lippe“ gelenkt.

## **Subsystem Bevölkerungsdaten**

### **Sekundärdatenanalyse („data gathering“)**

Um Einblick in die Situation der Bielefelder Bevölkerung und ihrer sozialen und gesundheitlichen Lage zu erhalten, wurden vorliegende Bevölkerungsdaten gesichtet. Sie wurden mit entsprechenden Daten aus der Vergleichskommune Münster und des Landes NRW kontrastiert. Die bevölkerungsbezogenen Daten ließen sich aus den Statistiken des Ministeriums für Arbeit und Gesundheit (MAGS NRW), des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd) und dem Ausländer- und Ausländerinnenbericht der Stadt Bielefeld (1994) gewinnen. Die „Sozioökonomischen Daten“ zu Privathaushalten und Familie, Bevölkerung und Erwerbstätigen sind Ergebnisse des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik NRW (Mikrozensus) aus dem Jahr 1997. Wohnungsbezogene Informationen stammen aus der Sichtung des Jahresberichtes 1997 des Amtes für Wohnungsbauförderung und Wohnungshilfen. Weitere sozioökonomische Informationen stammen aus dem Iögd. Die vorhandenen gesundheitsbezogenen Daten sind hauptsächlich dem Datenmaterial des Iögd und des Statistischen Bundesamtes entnommen.

## **Subsystem Gesundheitsversorgungssystem**

### **Sekundärdatenanalyse („data gathering“)**

Die Analyse der Bielefelder Gesundheitsversorgung beruht auf Datenquellen der Pflegeberatungsstelle und des Gesundheitsamtes der Stadt Bielefeld, den Broschüren von Versorgungseinrichtungen, dem Informationsblatt der Barmer Ersatzkasse „Ärzte und Zahnärzte in Bielefeld“ und sonstigem allgemein zugänglichem Datenmaterial. Umfassende statistische Daten, die die Gesundheitsversorgung der Stadt Bielefeld abbilden, existieren nicht. Es wurde versucht, Informationslücken durch persönliches Nachfragen bei den entsprechenden Institutionen zu schließen.

Ergänzende Informationen zur ambulanten Pflege ließen sich aus dem Bielefelder Pflegebedarfsplan der Koordinationsstelle Altenhilfe gewinnen. Ferner wurde der Bielefelder Armuts- und Sozialbericht als erste Informationsgrundlage über die Situation von Menschen mit Behinderungen herangezogen.

### **Ergänzende Datenerhebungen („data generating“)**

Zur Ergänzung des Datenmaterials und zur Unterstützung der Interpretation der vorhandenen Daten wurden anschließend vier leitfadengestützte Interviews mit Experten und Expertinnen unterschiedlicher Versorgungsbereiche bzw. -institutionen geführt. Dazu wurden Personen aus unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen zur Situation Gesundheitsversorgung in der Stadt befragt. Ergänzend wurden sie gebeten, zu gesundheitspolitischen Fragen Stellung zu nehmen.

## **4. Ergebnisse**

Die Darstellung der Ergebnisse des im Verlauf des Jahres 1999 vorgenommenen „Community Health Assessment“ der Stadt Bielefeld beginnt mit den Resultaten zum Subsystem Politik. Diesen folgen die Ergebnisse aus den Bereichen Bevölkerungsdaten und Gesundheitsversorgungssystem.

### **4.1 Politisches Subsystem der Stadt Bielefeld**

Der deutsche Begriff „Politik“ findet in der englischen Sprache drei Übersetzungen, die die unterschiedlichen Dimensionen von Politik verdeutlichen. Voneinander abzugrenzen sind „polity“, „politics“ und „policy“. Unter „polity“ versteht man die politische Ordnung mit ihren Strukturen und unter „politics“ die Prozesse der politischen Auseinandersetzung, die zu „policy“ führen, womit politische Linien, Strategien oder Verfahren gemeint sind. Im Folgenden geht es darum, die gewachsenen politischen Strukturen sowie die politischen Prozesse und parteipolitischen Linien der kreisfreien Stadt Bielefeld zu beschreiben und zu verstehen. Dies geschieht beginnend mit Ausführungen zur Stadtgeschichte, um die heutige Situation in Zusammenschau mit der historischen Entwicklung zu verstehen, und mit einer Schilderung des Charakters der Stadt. Der Beschreibung der politischen Strukturen folgt ein Blick auf die politischen Prozesse und die Parteipolitik. Abschließend werden die Ergebnisse der Recherchen hinsichtlich der für Bielefeld im Bereich Gesundheit relevanten Themen „Ortsnahe Koordinierung/Gesundheitskonferenz“ und „Gesundheitsregion“ dargestellt.

#### **4.1.1 Historische Einordnung**

Es gehört zum „Community Health Assessment“, dass die Geschichte und die historischen Entwicklungen der zu untersuchenden „Community“ dargestellt werden. Die historische Dimension ist wichtig, weil zum Teil nur aus ihr heraus Wohn-, Arbeits-, Sozial- und politische Strukturen zu verstehen sind. Die Lebensqualität einer Stadt, ein für die Gesundheit förderlicher Punkt, kann sich z. B. aus den lokalen Traditionslinien ableiten. Es werden Grundzüge der politischen, wirtschaftlichen, sozialen und räumlichen Entwicklung mit einer anschließenden Betrachtung der Geschichte des Bielefelder Gesundheitswesens skizziert.

Bielefeld hat eine fast tausendjährige Geschichte. Erstmals wird Bielefeld als Siedlungsland zwischen 1009 und 1036 erwähnt. Die Stadtgründung erfolgte wahrscheinlich im Jahr 1214. Ihre Lage an alten Heer- und Handelsstraßen ist durch einen natürlichen Pass, der den Teutoburger Wald durchtrennt, begünstigt. Bielefeld ist eine Kaufmannsgründung, die durch ihr Stadtrecht die Belange der Kaufleute mit bedeutenden politischen und wirtschaftlichen Privilegien begünstigte. Die ursprüngliche Stadtbefestigung mit Wall und Graben sowie die alten Straßenverläufe sind noch heute in der Altstadt zu erkennen. Die Sparrenburg wurde Mitte des 13. Jahrhunderts gebaut (Engel 1952).

Zwischen Burg und an die Südseite der Altstadt angrenzend entstand um 1293 die Neustadt, in der vor allem das Handwerk siedelte und damit zur Dominanz der Kaufleute in der Altstadt ein Gegengewicht bildete. Die Neustadt war eine selbständige Gemeinde mit eigener Kirche und Verwaltung, deren Vereinigung mit der Altstadt erst nach zweihundert Jahren des Nebeneinanders zustande kam. Die Wirtschaftsstruktur im Mittelalter bestand aus Handel und Handwerk, wobei die im Handwerk Arbeitenden die größte Gruppe stellten. Durch die günstige Verkehrslage fand Bielefeld Anschluss an die Hanse. Die Bevölkerung betrug im Mittelalter etwa 3.000 Personen (Engel 1952, Vogelsang 1980).

Im 16. Jahrhundert fanden die Gedanken der Reformation zwar spät aber umso stärkere Verbreitung in Bielefeld. Auch heute noch ist die Mehrheit der Bielefelder Bevölkerung protestantisch. Ab dem 16. Jahrhundert erlebte Bielefeld eine Blütezeit durch Leinenspinnerei, -weberei und -handel. Bielefeld wurde zur „Stadt des Leinens“ (Vogelsang 1980).

Diese einseitige Wirtschaftsstruktur war besonders krisenanfällig, so dass im Zuge der Industrialisierung die Konkurrenz der mechanischen Spinnerei und Weberei aus England in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu großer Armut der Bevölkerung führte. Wirtschaftskrise und Missernten führten verbunden mit einem starken Bevölkerungsanstieg zu Hungersnot und Abwanderung der Landbevölkerung in die Stadt, gleichzeitig wanderten die ersten Familien nach Übersee aus. Die Stadt dehnte sich räumlich aus, Neuan siedlungen erfolgten außerhalb der Stadtmauern. Mit dem Bau der Köln-Mindener Eisenbahn entwickelte sich seit 1844 nördlich der Altstadt um den Bahnhof herum ein Industriegelände mit Siedlungen für Arbeiter und Arbeiterinnen. Im Westen der Stadt entstand frei vom Rauch der Eisenbahn und Fabriken ein bevorzugtes Wohngebiet mit Villen. Mit der auf etwa 10.000 Menschen gestiegenen Bevölkerungszahl veränderte sich die Sozialstruktur gravierend. Der Anteil der Unterschicht vergrößerte sich überproportional. Die Krise des Leinengewerbes wurde in Bielefeld erst überwunden, als nach langem Widerstand der Kaufleute, Spinner und Spinnerinnen 1854 mit der Ravensberger Spinnerei die erste mechanische Spinnerei ihren Betrieb aufnahm, der acht Jahre später die erste mechanische Weberei folgte (Vogelsang 1980). Neben der Textilindustrie entwickelten sich vor allem die Nähmaschinenindustrie, die Metallindustrie, Fahrzeugindustrie und die Nahrungsmittelindustrie (Engel 1975).

Während der 1848er-Revolution stellte sich Bielefeld als „Demokratenest“ dar (Vogelsang 1980, 253). Mit der Gründung des Arbeitervereins begann in Bielefeld eine bis heute fortdauernde einflussreiche sozialdemokratische Tradition. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts formierten sich die Parteien und Gewerkschaften. Die Arbeiterschaft durfte erst ab 1890 an den Wahlen teilnehmen. Seit den Stadtverordnetenwahlen 1898 waren die Sozialdemokraten stark vertreten, das bürgerliche Lager bildete ein Gegengewicht (Büschendorf 1996).

Der erste Weltkrieg führte zwar nicht zu Zerstörungen oder Besetzungen durch fremde Truppen, brachte jedoch eine erneute Wirtschaftskrise mit sich. Durch Umstellung auf Rüstungsproduktion wurde versucht, diese Krise zu bewältigen. Es kam erneut zu Lebensmittel- und Brennstoffmangel mit großer sozialer Not. Wohlfahrtsvereine bemühten sich durch Einrichtung von Volks-

küchen diese zu lindern (Matthies 1996). Mit Beginn des ersten Weltkrieges setzte erstmals kurzfristig ein Bevölkerungsrückgang ein. Die Bevölkerung betrug 1914 bereits 82.580 Personen (Vogelsang 1988).

Die Nachkriegszeit mit Umstellung der Wirtschaft auf Friedensproduktion ging mit hoher Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot und Geldentwertung einher. Eine Stabilisierung der Situation trat erst durch die Währungsreform ein, in deren Folge es durch Investitionen und Rationalisierung zu einem Modernisierungsschub in der Bielefelder Metallindustrie kam. Diese Ausgangslage führte zu einem Bündnis von fortschrittlichen bürgerlichen Kräften und den Führenden der Arbeiterbewegung mit bemerkenswerten Akzenten für die Bielefelder Stadtentwicklung. „Dieses Bündnis hat bis heute im Stadtbild tiefe Spuren hinterlassen“ (Kranzmann 1996, 77). Die Grundstrukturen einer modernen Industriegroßstadt wurden in dieser Zeit gelegt. Zahlreiche öffentliche Bauten und moderne Schwerpunkte im Wohnungs- und Straßenbau sind bis heute erhalten (Kranzmann 1996).

1930 wurde Bielefeld durch eine umfangreiche Eingemeindung Großstadt. Die Verstädterung des Umlandes, der funktionale Zusammenhang zwischen Stadt und Umland und der zunehmende Flächenbedarf der wachsenden Stadt hatten seit 1828 gegen den Widerstand der betroffenen Gemeinden immer wieder zu Eingemeindungen geführt.

Die Weltwirtschaftskrise führte zum Ende des sozial-liberalen Konsenses in Bielefeld. Die Wahlen im November 1930, die aufgrund der Eingemeindungen notwendig geworden waren, führten zu deutlichen Stimmengewinnen der NSDAP (Kranzmann 1996). Diese gingen im Wesentlichen zu Lasten der bürgerlichen Parteien; der Stimmenanteil der SPD konnte sogar noch leicht ausgeweitet werden. Mit den bürgerlichen Parteien hätte die SPD immer noch prinzipiell über eine stabile demokratische Mehrheit verfügt.

„Gleichwohl schien den bürgerlichen Kräften der Kampf gegen eine gemäßigte Sozialdemokratie wichtiger zu sein als die Abgrenzung gegenüber einer demokratiefeindlichen und radikalen NSDAP“ (Büschefeld 1996, 63).

Das Votum der bürgerlichen Mandatsträger für den nationalsozialistischen Kandidaten führte zum ersten nationalsozialistischen Vorsteher der Stadtverordnetenversammlung, erstmalig in einer größeren Stadt in Deutschland (Büschefeld 1996).

Das Verbot von KPD, SPD und den Gewerkschaften „(...) wurde auch in Bielefeld mit brutaler Härte durchgeführt“ (Schlicht 1996, 81). Wie im übrigen Reich kulminierte die Verfolgung der jüdischen Bevölkerung in Bielefeld im Brand der Bielefelder Synagoge vom 9. zum 10. November 1938. Die Deportationen der jüdischen Menschen aus Bielefeld begannen 1941. Von den 1933 etwa 1.000 Juden in Bielefeld sind wahrscheinlich 400 bis 500 ermordet worden (Schlicht 1996). Im Widerstand waren vor allem ehemalige KPD-Mitglieder organisiert. Es entstanden vor allem kleinere, betriebliche Widerstandsgruppen, die sich untereinander vernetzten. Im Widerstand Organisierte wurden zu Gefängnisstrafen verurteilt und starben im Gefängnis, im Konzentrationslager oder durch Hinrichtung (Lüpke 1996, Schlicht 1996).

Die Wirtschaftsbetriebe stellten erneut auf Rüstungsproduktion um und konnten expandieren und modernisieren. Der Arbeitskräftemangel wurde durch etwa 20.000 Zwangsarbeiter und -arbeiterinnen gedeckt. Der zweite Weltkrieg verschärfte die Versorgungssituation erneut, Mangelkrankungen traten auf. Seit 1942/43 gab es häufigen nächtlichen Luftalarm; Bombardierungen nahmen jedoch erst 1944 ein größeres Ausmaß an. Am 30. September 1944 wurde die gesamte Innenstadt zerstört, 650 Menschen starben (Lüpke 1996). In 39 Luftangriffen wurden etwa 45 Prozent des gesamten Wohnungsbestandes und 35 Prozent der Bausubstanz zerstört, die Bielefelder Altstadt lag in Trümmern (Beaugrand 1996). Das Kriegsende erlebte die Bielefelder Bevölkerung am 4. April 1945 mit dem Einmarsch amerikanischer Truppen. Sie übergaben die Kontrolle an die britische Militärregierung (Büschendorf 1996).

Nach Kriegsende übernahm die Militärregierung die Gestaltung der Kommunalpolitik mit dem Ziel, die Selbstverwaltung rasch herzustellen. Die Parteienlandschaft rekonstruierte sich mit der SPD und KPD, die auf ihre Strukturen aus der Weimarer Republik zurückgriffen, der CDU als Verschmelzung verschiedener bürgerlicher Strömungen und der FDP, die an die Tradition der Linkliberalen anknüpfte. Die ersten freien Kommunalwahlen fanden im Oktober 1946 statt. Die Wahlergebnisse entsprachen den parteipolitischen Präferenzen vor 1933. Die SPD erreichte die absolute Mehrheit, die CDU wurde zweitstärkste Kraft, der KPD gelang knapp der Einzug in den Stadtrat und die FDP scheiterte an der Fünf-Prozent-Klausel (Büschendorf 1996).

Bielefeld hatte große Herausforderungen zu bewältigen. Über 30.000 Vertriebene und Flüchtlinge aus den Ostgebieten mussten in die Stadt integriert werden, die Wohnungsnot war aufgrund der Zerstörungen groß. Die Bevölkerung war stark angewachsen. 1939 lebten 129.466 Menschen in Bielefeld, durch Evakuierung sank die Zahl bis 1945 auf 65.000, 1950 lebten bereits wieder 153.613 Menschen in Bielefeld. Durch ein städtisches Wohnungsbauprogramm und unter Beteiligung zahlreicher Wohnungsbaugesellschaften wurden Mietwohnungen im Stil des „Volkswohnungsbaus“ und Eigenheime am Stadtrand gebaut. Hochhauskomplexe und Stadtrandsiedlungen entstanden. Im Bereich der Altstadt wurden einige Gebäude rekonstruiert; im Bereich der Neustadt wurden jedoch im Sinne neuzeitlicher Architektur die noch vorhandenen Bauten abgerissen und großflächig neu gebaut. Der Autoverkehr erhielt einen großen Stellenwert (Beaugrand 1996).

Bielefeld entwickelte sich zum „Oberzentrum des östlichen Westfalen“. Gegen die Straßengroßprojekte regte sich in der Bevölkerung zunehmend Widerstand. Auf massiven Bürgerprotest hin konnte der Abriss der Ravensberger Spinnerei für ein großes Straßenkreuz verhindert werden. Der Bau des Ostwestfalendamms wurde ebenso von großen Bürgerprotesten begleitet, da zahlreiche alte Häuser abgerissen werden mussten.

„Die Stadtautobahn Ostwestfalendamm ist ein schmerzhafterer Schnitt durch das Gefüge der Stadt als es die Bahnlinie je war“ (Sax-Demuth 1996, 121).

Umweltthemen gewannen auch durch den „Braker Giftmüllskandal“ immer mehr an Bedeutung und führten zur Integration von Umweltthemen in die Stadtpolitik (Büschendorf 1996). Diese traten jedoch zunehmend in Kon-

flikt mit der „gewerbefreundlichen Stadt“, ein scheinbarer Widerspruch, der bis heute aktuell ist.

Im Zuge der Gebietsneuordnung wurde der gesamte Landkreis Bielefeld 1973 mit der Stadt Bielefeld vereinigt, die Bevölkerung stieg auf über 300.000 Personen an. Anstelle der eigenverantwortlichen Gemeinderäte traten die mit eingeschränkten Befugnissen ausgestatteten Bezirksvertretungen, die vom Rat der Stadt kontrolliert werden (Büschendorf 1996). Der Widerstand gegen die Eingemeindung war in den betroffenen Kommunen zum Teil groß (Fuhrmann/Klöne 1991).

Die Kommunalpolitik Bielefelds ist nach dem 2. Weltkrieg bis in die 80er-Jahre weitgehend von der SPD dominiert. 1979 zog die „Bunte Liste“ (die späteren Grünen) erstmals in den Rat ein. 1988 bildete sich in Bielefeld die „Bürgergemeinschaft für Bielefeld“ (BfB), die 1989 in den Rat einzog. Beide neuen politischen Gruppierungen waren an Koalitionen beteiligt (Büschendorf 1996). Wieder zehn Jahre später stellt erstmals die PDS zwei Ratsmitglieder. Die letzten Räte der Stadt hatten jeweils unterschiedliche Mehrheiten, so dass die jüngere Kommunalpolitik als wechselhaft und nicht mehr eindeutig als SPD-dominiert bezeichnet werden kann.

Die Wirtschaftsstruktur hat sich in den letzten Jahrzehnten maßgeblich verändert. Dem Untergang der Textilindustrie in den 70er-Jahren folgte die Krise in der Metallverarbeitung. Große Firmen, die in Bielefeld bestimmend waren, haben ihre Werke ausgelagert. Der Dienstleistungssektor beschäftigt inzwischen mehr Menschen als das produzierende Gewerbe. Die hohe Arbeitslosigkeit ist das Hauptproblem der Stadt.

## **Geschichte des Sozial- und Gesundheitswesens**

Durch den engen Zusammenhang von Lebensumständen und deren Auswirkung auf die Gesundheit der Bevölkerung ergab sich schon früh die Notwendigkeit, dass sich in der Stadt Bielefeld ein institutionalisiertes Sozial- und Gesundheitswesen entwickelte. Entsprechend dem Krankheitsspektrum, den wachsenden Erkenntnissen über Krankheitsursachen, ihrer Vorbeugung und Behandlung sowie den sich verändernden Lebensumständen wandelte sich auch das Sozial- und Gesundheitswesen.

In der Mitte des 14. Jahrhunderts werden in Bielefeld bereits verschiedene Einrichtungen für Kranke, Arme und Pilgerreisende erwähnt: ein Siechenhaus für Aussätzige außerhalb der Stadtmauern, ein Hospital im Kirchspiel Heepen, ein Hospital in der Neustadt für alte und mittellose Menschen und eine von einer Familie gestiftete Pilgerherberge (Vogelsang 1980).

1666 wird eine mineralhaltige Heilquelle auf dem Kesselbrink entdeckt, die Bielefeld ein kurzfristiges Badewesen mit 438 Heilungen bescherte. Ihre Heilkraft ließ jedoch nach kurzer Zeit nach. Die Quelle förderte zwar noch einige Jahre klares, gesundes Wasser, versiegte später jedoch (Wichern 1926).

Um die Mitte des 19. Jahrhunderts wurde die Versorgung der Kranken öffentliche Aufgabe. Im Gegensatz zu den Wohlhabenden konnten arme Menschen nicht in ihren schlechten Wohnverhältnissen zu Hause gepflegt

werden. Ab 1840 entstanden verschiedene Krankenhäuser: das städtische Krankenhaus, das katholische Franziskushospital, das zur Diakonissenanstalt Sarepta zugehörige Krankenhaus und das evangelische Krankenhaus Gilead, das zur Anstalt Bethel gehört. Zusätzlich gab es private Kliniken (Vogelsang 1988, Wichern 1926).

Private Stiftungen wohlhabender Bürger und Bürgerinnen waren verbreitet, so zum Beispiel Stifte für allein stehende Frauen, Männer und verwaiste oder unversorgte Kinder. Diese Einrichtungen bestehen als Altersheime noch heute (Marienstift, Wilhelm-Augusta-Stift, Lutherstift) (Vogelsang 1988, Thau 1996).

Die weit verbreitete Armut infolge der Veränderungen der Lebensgrundlagen durch Industrialisierung und Bevölkerungsanstieg erforderten 1855 Neuordnungen der Armenverwaltung. Bielefeld wurde in Distrikte aufgeteilt, die sich in mehrere Reviere gliederten. Für jedes Revier waren ehrenamtliche Armenpfleger und -pflegerinnen tätig, die nur für wenige Personen zuständig und damit wegen ihrer besonderen Orts- und Personenkenntnis sachkundig waren. Es gab zahlreiche Hilfsvereine, die sich um Ernährung, Betreuung und Erholung von Kindern aus armen Familien kümmerten (Vogelsang 1988).

1902 wurde die schulärztliche Tätigkeit eingeführt. Bei den regelmäßigen Untersuchungen standen die Früherkennung, Prävention und Behandlung von Gesundheitsschäden im Vordergrund. Unterstützung erfuhren die Schulärzte durch die Bezirksschwester, die die Familien ihrer Bezirke besuchten. Die Arbeit der Bezirksschwester trug zur Überwindung der durch den Krieg hervorgerufenen Zustände von Körperschwäche, Blutarmut und Unterernährung bei. In der 1922 etablierten Bezirksfürsorge arbeiteten neben der ärztlichen Leitung drei Ärzte, elf evangelische und zwei katholische Fürsorgeschwestern mit staatlichem Prüfungszeugnis und 250 Ehrenamtliche. Alle Bereiche der gesundheitlichen Fürsorge bemühten sich, neben ihrer Hauptaufgabe der ärztlichen und pflegerischen Einzelhilfe präventiv tätig zu sein. Diese Bemühungen wurden durch öffentliche Vorträge und Wanderausstellungen unterstützt. Zahlreiche Einrichtungen wendeten sich an besondere Zielgruppen: Die Tuberkulosefürsorge, die städtische Mütterberatungs- und Säuglingsfürsorgestelle, der Verein für Krüppelfürsorge, Fürsorge für Alkoholranke, eine Beratungsstelle für Geschlechtsranke, sowie die städtische Frauenfürsorge mit einem Verfahren der nachgehenden Fürsorge, die als „Bielefelder System“ bekannt geworden ist. Das Gesundheitsamt war ein Teil des Wohlfahrtsamtes und übte nicht nur die Gesundheitsfürsorge, sondern auch die Wohnungsfürsorge und -pflege aus (Wichern 1926).

Zwei große Einrichtungen spielen auch heute noch in Bielefeld eine bedeutende Rolle: Die von Bodelschwingschen Anstalten und das Evangelische Johanneswerk. Die von Bodelschwingschen Anstalten in Bethel entstanden 1867 aus einem Bauernhof, der von einem Gründungskomitee Bielefelder Persönlichkeiten gestiftet wurde, um eine Anstalt für an Epilepsie erkrankte Jungen zu gründen. 1872 wurde Pastor Friedrich von Bodelschwingh Leiter der sich schnell entwickelnden Anstalt, die seit 1873 den Namen Bethel trägt. Der Gedanke von Bodelschwinghs war, „dass eine ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechende Arbeit das allerbeste Heilmittel für Leib und Seele unserer Kranken sei“ (Baudissin 1926, 236).

Dieser Grundsatz führte zur Einrichtung zahlreicher landwirtschaftlicher Betriebe und Werkstätten. Ein weiterer Grundsatz war, dass die Kranken in selbständigen Hausgemeinschaften mit Hausmüttern und -vätern wie in einer Familie leben sollten. Nach kurzer Zeit öffneten sich die Anstalten auch für andere Personengruppen, die an den Rand der Gesellschaft gedrängt worden waren. Durch Spendensammlungen vergrößerte sich die Anstalt mit dem Ankauf von Grundstücken und dem Bau von Häusern. Später wendete sich von Bodenschwingh auch den sozialen Problemen von (alkoholkranken) Arbeits- und Obdachlosen zu. Er gründete mehrere Arbeiterkolonien, in denen durch Arbeitstherapie eine Integration in den Arbeitsmarkt angestrebt wurde (Sarepta, das Mutterhaus der Diakonissen, war das weltweit größte Mutterhaus). Bethel ist mit Kirchen, Krankenhäusern, Geschäften, Betrieben, Kindergärten, Alten- und Pflegeheimen sowie einer Kirchlichen Hochschule, eine Stadt für sich geworden, die heute zu Bielefeld gehört (Baudissin 1926, Bitter 1996, Engel 1975, Wille 1996).

Das Evangelische Johanneswerk mit Sitz in Schildesche wurde 1951 als Trägerverband aus verschiedenen evangelischen Stiftungen und Vereinen gegründet. Seine Entwicklungslinie geht auf das 1852 von der Minden-Ravensberger Erweckungsbewegung gegründete Johannesstift zurück, das sich der Betreuung verwahrloster Kinder und Jugendlicher widmete. Später entstand daraus ein großes Alten- und Pflegeheim. Der 1925 gegründete Ortsverband für Innere Mission Bielefeld entwickelte ein differenziertes Hilfsangebot im Bereich der offenen Fürsorge, z. B. Betreuung von Jugendlichen, Nichtsesshaften, Alkoholkranken, Erwerbslosen und Strafgefangenen. In der Nachkriegszeit wurde das Evangelische Hilfswerk Westfalen gegründet, das in der allgemeinen Nothilfe tätig war. Es war Sammelstätte für Hilfsgüter und richtete Auffanglager für Wohnungslose und Flüchtlinge ein. 1951 entstand mit dem Evangelischen Johannes-Krankenhaus ein weiteres Krankenhaus in Bielefeld. Heute ist das Johanneswerk in der Alten- und Behindertenarbeit, der Jugend- und Erziehungshilfe und der offenen diakonischen Arbeit tätig. Ausbildungsstätten und mehrere Diakoniestationen gehören zum Werk (Thau 1996).

#### **4.1.2 Charakter der Stadt**

Im Rahmen des „Community Health Assessment“ wird mit Blick auf die soziale Integrationsfähigkeit der „Community“ gefragt, wie Menschen über ihre Stadt (oder Gemeinschaft) denken, wie zugehörig sie sich zu ihr fühlen, welchen Charakter, welches Wesen die untersuchte Stadt hat. Wie ist das Lebensgefühl und welche Identität haben die Bürger und Bürgerinnen in ihr? Ist die Stadt als wesenhafte Erscheinung ein Abbild des menschlichen Daseins ihrer Bürger und Bürgerinnen, wie Sax-Demuth (1996) vermutet? In diesem Abschnitt soll der Versuch unternommen werden, basierend auf Aussagen aus den Interviews, Hinweisen aus der Literatur und eigenen Eindrücken, den Charakter und das Wesen der Stadt Bielefeld zu beschreiben.

Wurde das mittelalterliche Stadtbild vor allem durch die Luftangriffe im zweiten Weltkrieg und die nachfolgenden Abrissbagger zerstört, wandelt sich heute die Industriestadt mit ihrer räumlichen Ausdehnung, dem Auszug der Betriebe und dem Zurücklassen der Industriebrachen, die neue Nutzungsmöglichkeiten finden. Der Baustil der 50er- und 60er-Jahre mit den Kenn-

zeichen der damals verherrlichten autogerechten Stadt ist für Bielefelds Stadtbild charakteristisch (Sax-Demuth 1996). Besonders eindrucksvolle Beispiele sind der sich wie eine Narbe durch die Stadt Bielefeld ziehende Ostwestfalendamm und der Jahnplatz als stark frequentierte Hauptverkehrsstraßen.

Die Identität, die sich durch offizielle Slogans entwickelt, ist eher indifferent. Bis Ende der 60er-Jahre warb Bielefeld auf dem Stationsschild im Bahnhof mit „Leinenstadt Bielefeld“. Mit dem Ende der Textilindustrie besann man sich auf ein neues Motto: „Die freundliche Stadt am Teutoburger Wald“. Sax-Demuth bemerkt kritisch:

„Eine farblos-nichtssagende Bezeichnung, die bitterer Bürgerwitz aus kummervoller Erfahrung zur freundlichen Baustelle ummodelte. Der Wechsel des Beinamens ist keineswegs belanglos. Hinter ihm verbirgt sich die Suche nach einem Profil, das der Gegenwartsrealität Rechnung trägt“ (Sax-Demuth 1996, 120).

Bielefeld haftet das Image der Provinz an (Interviews 2, 3 und 5). Das gezeigte Understatement, („graue Maus“, Interview 2) ist typisch (Interviews 5 und 6). Bielefeld ist auch in der Bundesrepublik eher unbekannt, da es keine bekannten großen Bauwerke oder sonstige „Highlights“ hat. Das Unspektakuläre wird als das Besondere beschrieben (Interview 1). Über die Charakterisierung der mittelalterlichen Stadt wird Ähnliches geschrieben.

„So scheint es im Ganzen, als müsse man den Charakter des mittelalterlichen Bielefeld eher negativ bestimmen, nämlich durch das Fehlen hervorstechender Merkmale und aufregender Ereignisse, aber auch darin liegt eine Typisierung“ (Vogelsang 1980, 106).

Trotz des gepflegten Understatements leben die Menschen offensichtlich gerne in ihrer Stadt. Sie sind mit den kulturellen Angeboten des Oberzentrums der Region Ostwestfalen-Lippe zufrieden (Interviews 2, 3 und 6, Sax-Demuth 1996).

Die Identität der Bielefelder und Bielefelderinnen ist schwer bestimmbar. Durch die zahlreichen Eingemeindungen fühlen sich die Menschen dieser Gemeinden immer noch eher als Jöllenbecker oder Sennestädterinnen. So wird die Identität eher über den Stadtteil, die ehemalige selbständige Gemeinde bestimmt (Interviews 3 und 6, Engel 1975, Sax-Demuth 1996). Bielefeld ist eine Großstadt, in der ein gemeinsamer Identitätsbegriff noch nicht denkbar ist (Interview 3).

Typisch für Bielefeld ist auch das Soziale: Der hohe Grad der Versorgung von Kranken, Behinderten und Pflegebedürftigen aus der Region mit den beiden großen Trägern der von Bodelschwingschen Anstalten und dem Evangelischen Johanneswerk. Das Bewusstsein, mit Behinderten und Nichtbehinderten in einer Stadt zu leben, ist in Bielefeld verbreitet. Dennoch leben Menschen mit Behinderungen zum großen Teil räumlich isoliert.

Obwohl Bielefeld bereits seit den Eingemeindungen 1930 als „typische Großstadt“ (Interview 1) gelten kann, wird sie als „verkannte Großstadt“ (Interview 5) oder als „Großstadt in Führungsstrichen“ (Interview 3) beschrieben. Geschätzt wird hier die enge Verbindung von Großstadt mit eher ländlichen Bezirken und Natur. Zwei Drittel der Landschaft sind unbe-

baut, die typische Hügellandschaft, der Teutoburger Wald und die nach Süden abgeflachte Landschaft sind für Erholung, Naturerleben und Gesundheit wichtig (Interview 1). So wird Bielefeld auch als „Großstadt im Grünen“ bezeichnet (Interviews 3 und 6). Bielefeld ist eine Flächenstadt mit großer, räumlicher Ausdehnung.

Charakteristisch ist das Stadtbild der 50er- und 60er-Jahre am Ende des Industriezeitalters, ein gepflegtes provinzielles Understatement bei gleichzeitig hoher Zufriedenheit mit dem Leben in der Stadt, eine ausgeprägte stadtteilbezogene Identität, das soziale Element und die enge Verbindung von großstädtischem Leben und umgebendem ländlichen Raum mit Natur.

Abb. 11: Bielefelder Stadtbezirke



### 4.1.3 Politische Strukturen

Bielefeld ist eine kreisfreie Stadt im Nordosten des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen (NRW) und mit ca. 320.000 Einwohnern und Einwohnerinnen die größte Stadt Ostwestfalens. Bielefeld gehört zum Regierungsbezirk Detmold. Bielefeld ist in zehn Bezirke untergliedert, in alphabetischer Reihenfolge sind dies Brackwede, Dornberg, Gadderbaum, Heepen, Jöllenbeck, Mitte, Schildesche, Senne, Sennestadt und Stieghorst (siehe Abb. 11).

Die kommunale Selbstverwaltung in NRW und damit auch in Bielefeld orientiert sich an der norddeutschen Ratsverfassung und ist von der britischen Besatzungsmacht nach dem 2. Weltkrieg geprägt. Die kommunale Selbstverwaltung ist im Grundgesetz Art. 28 Abs. 2 verankert. Aus staatsrechtlicher Sicht sind die Gemeinden keine eigenständige staatliche Ebene, sondern gelten als landesunmittelbare öffentlich-rechtliche Gebietskörperschaften. Aus der Perspektive der freiheitssichernden vertikalen Gewaltenteilung hingegen bilden die Gemeinden eine dritte Ebene neben der Bundes- und Landesebene bzw. eine vierte unter Berücksichtigung der Europäischen Union (Andersen 1992).

Die Eigenverantwortlichkeit der Gemeinden und somit auch Bielefelds gliedert sich in die Personal-, Organisations-, Finanz-, Planungs- und Rechtssetzungs-Hoheitsrechte, die jedoch durch staatliche Gesetze eingeschränkt sind. Hinzu kommen grundlegende Vorgaben des Landesgesetzgebers wie etwa die kommunale Gebietsgliederung und die Kommunalverfassung. Die staatlichen Steuerungselemente umfassen gesetzliche Vorgaben, Aufsichtsrechte und Finanzen (Andersen 1992).

Das oberste Organ der Stadt Bielefeld ist der auf fünf Jahre gewählte Stadtrat, der ehrenamtlich tätig ist und neben der hauptamtlichen Verwaltung eine starke Stellung besitzt (Interview 1). Bis vor fünf Jahren standen an der Spitze der Stadt das ehrenamtliche Oberbürgermeisteramt und ein hauptamtliches Stadtdirektoramt (Verwaltungsspitze). Im Zuge der nordrhein-westfälischen Kommunalreform von 1994 wurde diese Doppelspitze verpflichtend bei den Kommunalwahlen 1999 zugunsten eines hauptamtlichen Oberbürgermeisters bzw. einer Oberbürgermeisterin abgeschafft. Durch eine Übergangsregelung des Landes war es bereits für die Legislaturperiode 1994-1999 möglich, dass von der SPD und den Grünen in Bielefeld die erste hauptamtliche Oberbürgermeisterin gewählt werden konnte. Bei den Kommunalwahlen am 12. September 1999 wurde von den Bürgern und Bürgerinnen der Stadt erstmals direkt ein Oberbürgermeister gewählt, was die demokratische Legitimation dieser Position erhöht. Bisher hat die Fraktion im Stadtrat über das Oberbürgermeisteramt entschieden und hatten damit den eigentlichen Einfluss. Der direkt gewählte Oberbürgermeister ist nun dem Bürger- und Bürgerinnenwillen stärker verpflichtet und kann sich bei Ratsentscheidungen auch auf wechselnde Mehrheiten stützen. Das neue Wahlrecht ermöglicht allerdings auch, dass der Oberbürgermeister bzw. die Oberbürgermeisterin einer anderen politischen Richtung angehört als die Ratsmehrheit.

Der bis auf den vorsitzenden Oberbürgermeister ehrenamtlich arbeitende Stadtrat ist das wichtigste Organ einer Gemeinde. Beratende Funktionen für

den Rat übernehmen Fachausschüsse, Beiräte, runde Tische und auch die Fraktionen. Der Sozial- und Gesundheitsauschuß als das wichtigste politische Gremium in Gesundheitsfragen beschäftigt sich in Bielefeld vorwiegend mit sozialen Fragen (Interview 6). Beiräte sind in der Regel unbefristet eingerichtete Gremien, die von Fachleuten und Interessenvertretern und –vertreterinnen besetzt sind. Sie formulieren fachliche Empfehlungen für den Stadtrat. Beiräte, die sich Gesundheitsfragen widmen, sind beispielsweise der Psychiatrie-, Behinderten- und Seniorenbeirat (Interviews 1 und 3). Einige Beiräte wie der Ausländer- oder Behindertenbeirat sind gesetzlich geregelt. Zu den gesetzlich geregelten Gremien gehören auch die Pflegekonferenz und Gesundheitskonferenz. Die Pflegekonferenz beschäftigt sich gemäß Vorgabe nach dem Landespflegegesetz mit der Umsetzung der Pflegeversicherung und den komplementären Maßnahmen. Die Gesundheitskonferenz ist aus dem Projekt des Landes NRW „Ortsnahe Koordinierung“ heraus entstanden und wird in Kapitel 5.1.6 näher behandelt. Zu den Strukturen, die in der Regel Bürger- und Bürgerinnenbeteiligung vorsehen, gehören runde Tische. Runde Tische sind meist zeitlich befristete und von Parteienpolitik unabhängige Gremien. In ihnen sollen Sachverstand von Bürgern und Bürgerinnen wie Fachleuten zur Entscheidungsbildung und Politikberatung gebündelt werden. Ihr Erfolg hängt meist von der Partizipation der beteiligten Politiker und Politikerinnen ab, die über die Empfehlungen im Rat abstimmen (Interview 1).

Die organisatorische Gliederung der Stadtverwaltung richtet sich nach einer sachbezogenen Ausdifferenzierung der Gemeindeaufgaben. Eine ökonomisch-soziale Grundversorgung und der Aufbau einer öffentlichen Infrastruktur bis zu einer umfassenden kommunalen Entwicklungsplanung gehören zu den Aufgaben der Stadt. Dazu zählen Aufgaben aus dem Bereich des Sozialwesens, der Bildung, der Freizeit, der Wirtschaftsförderung und –entsorgung (Andersen 1992).

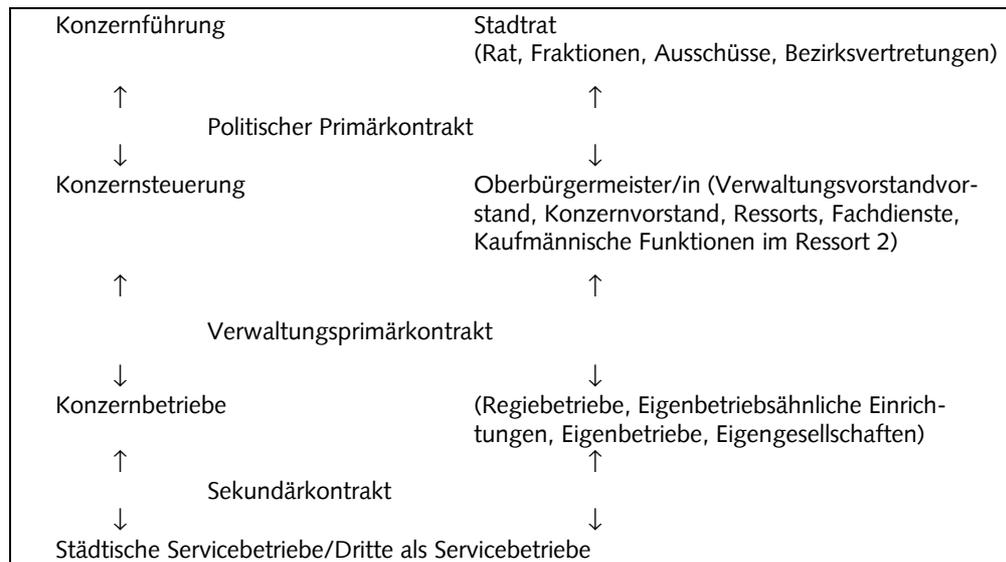
Seit 1994 arbeiten die ca. 5.000 Beschäftigten in der Stadtverwaltung unter der Leitung des hauptamtlichen Oberbürgermeisteramtes. Hinzu kommen etwa 5.000 Beschäftigte in den Eigengesellschaften der Stadt, wozu auch die Städtischen Kliniken Bielefeld gGmbH mit etwa 2.000 Beschäftigten zählen (Grabe et al. 1998). Im Zuge der Verwaltungsmodernisierung beschloss der Hauptausschuss im Oktober 1996, die Stadt Bielefeld zu einem modernen Dienstleistungsunternehmen umzustrukturieren. Dazu heißt es in dem Beschluss:

„(...) Um auch in Zukunft Dienstleistungen für die Bürgerinnen und Bürger in ausreichendem Maße erbringen und die Daseinsfürsorge und -vorsorge gewährleisten zu können, muss die Verwaltung bei effektivem Mitteleinsatz leistungsstark, flexibel, unbürokratisch und kostengünstig arbeiten. Ziel muss es sein, dass sich die Kommunalverwaltung mit ihren Dienstleistungen dem Wettbewerb stellt“ (Grabe et al. 1998, 3).

Das „Neue Organisationsmodell Konzern Stadt Bielefeld“ wird derzeit in die Praxis umgesetzt. Der sogenannte Konzern wird von der Konzernführung und der Konzernsteuerung geleitet. Die Konzernführung wird vom Stadtrat gebildet, der unter dem Vorsitz eines Oberbürgermeisters bzw. einer Oberbürgermeisterin steht, und bereitet politische Vereinbarungen, sogenannte Primärkontrakte, über gesetzlich vorgeschriebene oder kommunalpolitisch gewollte Leistungen vor. So übernimmt sie die Aufgaben des strategischen Managements. Die Konzernsteuerung besteht aus den Leitenden der insge-

samt neun Ressorts und dem Oberbürgermeisteramt. Sie stellt die oberste Managementebene dar und verantwortet die Konzernplanung im Sinne einer Unternehmensplanung. Auf operationeller Managementebene schließt die Konzernsteuerung Verwaltungsprimärkontrakte mit den Stadtbetrieben oder anderen Primärleistern, welche ihrerseits Sekundärkontrakte mit den städtischen Servicebetrieben oder anderen Servicebetrieben schließen. Die Konzernsteuerung setzt die kommunalpolitischen und unternehmerischen Entscheidungen der Konzernführung und die gesetzlichen Vorgaben um. Sie ist zuständig für die kontinuierliche Planung, Koordination und Kontrolle des Konzerns Stadt Bielefeld. Das Strukturmodell des Konzerns Stadt Bielefeld sieht demnach folgendermaßen aus (nach Weike et al. 1998):

Abb. 12: Strukturmodell des Konzerns Stadt Bielefeld (nach Weike et al. 1998)



Die folgende Übersicht gibt den Verteilungsplan der neun Ressorts wieder:

- 1: Konzernsteuerung
- 2: Finanzen, Personal, Organisation
- 3: Planung, Bauen, Einwohnerservice
- 4: Umwelt, Verkehr, Gesundheit
- 5: Kinder, Jugend, Soziales, Sport, Schule
- 6: Betrieb, Bildung, Kultur
- 7: Betriebe: Gesundheit
- 8: Immobilienservice
- 9: Betrieb Ver- und Entsorgung, Verkehr und Umwelt

Die Ressorts 4 und 7 sind für das „Community Health Assessment“ von besonderem Interesse. Zu den organisatorischen Bausteinen des Ressorts Umwelt, Verkehr, Gesundheit gehören gemäß einer Auflistung in der Lokalpresse<sup>1</sup> neben der Leitung die Fachdienste Umwelt, Natur, Gesundheit, Ordnung und Verkehr sowie die Betriebe Natur und Umwelt, Gesundheit- und Veterinärdienste, Feuerwehr und Verkehr und Ordnung, so dass auch das Ge-

<sup>1</sup> Neue Westfälische 11.02.1999

sundheitsamt dem Ressort 4 zugeordnet ist. Der Zusammenschluss von Gesundheit und Umwelt in einem Ressort bietet sich an, um Gesundheit als Argumentationshilfe für die Realisierung von Umweltzielen zu nutzen (Interview 1). Inhaltlich gibt es vor allem Berührungspunkte mit dem Ressort 5 im Bereich des Sozialwesens. Vor der Neustrukturierung der Bielefelder Stadtverwaltung gehörten das Gesundheitsamt, die Städtischen Krankenanstalten (Bielefeld-Mitte und Bielefeld-Rosenhöhe) sowie das Hygienisch-Bakteriologische-Institut in den Aufgabenbereich des Dezernates V. Das chemische Untersuchungsamt (früher Dezernat VII) und das Hygienisch-Bakteriologische-Institut unterstehen heute nach der Verwaltungsreform dem Ressort „Betriebe: Gesundheit“ unter Leitung eines Ehrenbeamten, der im Hauptamt Geschäftsführer der Städtischen Kliniken (Mitte und Rosenhöhe) ist.

Der Umbau der Stadt zu einem Konzern wird nach Aussagen der ehemaligen Oberbürgermeisterin noch einige Jahre dauern. Ziel sei es, so viel Steuergelder wie möglich als Service an die Bürger und Bürgerinnen zurückzugeben<sup>2</sup>. Im Zuge der Veränderungen treten in der Verwaltung zum Teil chaotische Verhältnisse auf. So berichtete beispielsweise die Lokalpresse<sup>3</sup> von einem Wohngeldantrag eines Bürgers, der wegen Umzugsmaßnahmen infolge der Umstrukturierung der Ämter für Jugend, Soziales, Wohnen und Soziale Dienste zu Dienstleistungszentren nach einem halben Jahr noch nicht bearbeitet war. Kritische Stimmen befürchten eine zunehmende Bürokratisierung und Undurchsichtigkeit der Verwaltung infolge der Strukturveränderungen.

Abschließend soll noch eine für den Bielefelder Gesundheitssektor relevante Struktur genannt werden. Die Wirtschaftsentwicklungsgesellschaft Bielefeld mbH (WEGE) ist eine hundertprozentige Tochtergesellschaft der Stadt, die durch die Ausgründung des früheren Amtes für Wirtschaftsförderung und des Amtes für Öffentlichkeitsarbeit und Stadtmarketing gebildet wurde (Dopheide 1996). Sie konzentriert sich u. a. auf „Gesundheit“ als Wirtschaftsfaktor für die Stadt und Region (siehe Kapitel 5.1.7).

#### **4.1.4 Politische Prozesse**

Nachdem im vorangegangenen Kapitel der Aufbau der Stadtverwaltung und die Struktur der für die Gesundheitspolitik relevanten Gremien beschrieben wurde, werden in diesem Kapitel politische Prozesse in der untersuchten „Community“ beschrieben. Ziel ist es, auf der Grundlage dieser Kenntnisse im Sinne des „Community Health Nursing“ konkrete politische Prozesse in Bielefeld einleiten zu können. Sie beziehen sich auf für Gesundheit der Bevölkerung bedeutsame Fragen und die konkrete Versorgungsgestaltung. Aus diesem Grund wird der Fokus auf die Möglichkeiten der Bürger- und Bürgerinnenbeteiligung bei der Gestaltung politischer Prozesse gelegt.

Einflussnahme von in Bielefeld lebenden Menschen auf politische Prozesse im weitesten Sinne ist vielfältig möglich. Es gibt fünf Wege:

##### **1. Wahlen**

---

<sup>2</sup> *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 24.08.1999

<sup>3</sup> *Neue Westfälische* 04.05.1999

2. Mitgliedschaft/Mitarbeit in Parteien
3. Rechtlich geregelte Beteiligungsverfahren
4. Initiativen
5. Institutionalisierte Gremien

Es besteht die Möglichkeit, durch Wahl bestimmter Parteien politische Präferenzen für die Besetzung der Bezirksvertretungen und des Stadtrats auszudrücken. Fraktionen wirken bei der Willensbildung und Entscheidungsfindung im Rat mit. Bei der Kommunalwahl können Menschen mit deutscher Staatsbürgerschaft sowie EU-Bürger und –Bürgerinnen ab dem 16. Lebensjahr von ihrem Wahlrecht Gebrauch machen, wenn sie ihren Wohnsitz seit mindestens drei Monaten in Bielefeld haben. Menschen ausländischer Herkunft können durch unmittelbare Wahl des „Ausländerbeirats“ auf Entscheidungen des Rats Einfluss nehmen. Der Ausländerbeirat hat keine direkten Entscheidungsrechte. Seine Beschlüsse stellen Empfehlungen dar. Die Wahlen zum Landtag Nordrhein-Westfalen, zum Bundestag und zum Europaparlament bleiben an dieser Stelle unberücksichtigt.

Mit der Direktwahl des Oberbürgermeisters oder der Oberbürgermeisterin können ebenfalls politische Präferenzen ausgedrückt werden. Durch die neue Funktion des Oberbürgermeisters bzw. der Oberbürgermeisterin mit Ratsvorsitz und Leitung der Verwaltung sind Macht und Einflussmöglichkeiten stark gewachsen. Die Hemmschwelle, dass Einzelpersonen und Gruppen sich direkt an die Oberbürgermeisterin wenden, ist gesunken. Viele Anliegen können an dieser Stelle direkt gelöst werden oder Zuständige für eine Problemlösung miteinander ins Gespräch gebracht werden (Interview 2).

Parteien wirken als Orte der politischen Willensbildung mit. Sie haben eine Mittlerinnenrolle zwischen Staat und Volk, hier also zwischen Verwaltung/Rat und Einwohnern und Einwohnerinnen. Durch Mitgliedschaft und/oder Mitarbeit in Parteien können alle Einwohner und Einwohnerinnen Einfluss auf die politische Willensbildung nehmen.

Beteiligungsverfahren von Bürgern und Bürgerinnen werden in der 1994 geänderten Kommunalverfassung des Landes Nordrhein-Westfalen rechtlich geregelt. Ein Beteiligungsverfahren ist der Einwohnerantrag, der allen Einwohnern und Einwohnerinnen, die seit mindestens drei Monaten in der Gemeinde wohnen und das 14. Lebensjahr vollendet haben, die Möglichkeit gibt, den Rat zur Beratung und Entscheidung einer bestimmten Frage zu zwingen. Dazu müssen vier Prozent der Einwohner und Einwohnerinnen den Antrag unterzeichnet haben. Durch ein Bürgerbegehren und den Bürgerentscheid können Bürger und Bürgerinnen anstelle des Rates selbst entscheiden. Haben zehn Prozent der Bürger und Bürgerinnen ein Bürgerbegehren unterzeichnet, wird ein bestimmtes Problem durch Bürgerentscheid abgestimmt, sofern der Rat nicht vorher im Sinne des Begehrens eine Entscheidung getroffen hat. Interessanterweise hat keine der von uns befragten Personen diese neuen Möglichkeiten der Bürger- und Bürgerinnenbeteiligung erwähnt, stattdessen wurde die Bauleitplanung bei der Gestaltung von Bebauungsplänen als Einflussmöglichkeit beschrieben (Interviews 1, 3 und 7).

Neben den rechtlich geregelten Beteiligungsverfahren gibt es seit den 70er-Jahren zunehmend Protest- oder Bürger- und Bürgerinnenbewegungen, die durch Organisation öffentlichen Drucks für oder gegen etwas eintreten

(Interviews 2, 3 und 7). Je mehr sie es verstehen, Gleichgesinnte zu mobilisieren, bekannte Persönlichkeiten oder politische Parteien für ihre Sache zu gewinnen, umso erfolgreicher ist ihre Durchsetzungskraft. Ihr Bestehen ist mit der Erfüllung der Forderungen zeitlich begrenzt. Beispiele sind hier die Proteste gegen größere Bauvorhaben wie den Ostwestfalendamm, den Abriss der Ravensberger Spinnerei oder auch Widerstände gegen soziale Projekte, wie die Einrichtung einer Flüchtlingsunterkunft oder einer Drogenhilfeeinrichtung. Die Versorgung bestimmter Randgruppen gegen eine Gruppierung, die politischen Druck erzeugt, ist nur sehr schwer zu gestalten (Interview 3). Daher ist es aus Erfahrung erfolgsversprechender, wenn die Nachbarschaft von Anfang an in die Gestaltung eines solchen Vorhabens einbezogen und politische Einmütigkeit angestrebt wird.

Im Rahmen von institutionalisierten Gremien wie den zahlreichen Runden Tischen, Beiräten, AGen, der zukünftigen Gesundheitskonferenz (ehemaliger „Runder Tisch Ortsnahe Koordinierung“) und der Pflegekonferenz sind vor allem Vertreter und Vertreterinnen von Anbietern und Verbänden, also Fachleute vertreten. Dies ist durchaus beabsichtigt, sollen sie doch als Clearingstelle der beteiligten Akteure bzw. Akteurinnen mit selbstverpflichtendem Charakter nach dem Konsensprinzip wirken. Die Mitwirkung von Betroffenen und Patienten und Patientinnen ist jedoch wesentlich eingeschränkt. Theoretisch ist sie möglich und wird auch von einigen Beteiligten gewünscht, die Umsetzung ist jedoch problematisch und häufig konzeptlos (Interview 5). Einige Gremien werden nicht öffentlich ausgeschrieben und tagen nicht öffentlich (Interview 8). Politiker und Politikerinnen haben häufig eine Moderationsrolle in diesen Gremien. Der Erfolg, die erarbeiteten Empfehlungen in Ratsbeschlüsse umzusetzen, hängt davon ab, ob sie als Orte der fachlichen Mitwirkung von Bürgern und Bürgerinnen durch Politiker und Politikerinnen anerkannt werden (Interview 1).

Welche Kräfte üben nun in der gesundheitlichen Versorgungsgestaltung in Bielefeld einen steuernden Einfluss aus? Der Stadtrat bzw. der Sozial- und Gesundheitsausschuss haben auf die Versorgungsgestaltung der Angebote der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) keinen Einfluss. Einfluss auf die Versorgungsgestaltung besteht nur in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen, die nicht gesetzlich krankenversichert sind, die mit ihren Bedürfnissen durch dieses Sicherungssystem fallen und z. B. Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz erhalten. Dies trifft z. B. auf sozialökonomisch Benachteiligte, auf Wohnungslose, chronisch mehrfach Suchtkranke und Flüchtlinge zu. Aufgrund des Subsidiaritätsprinzips entwickeln vor allem Wohlfahrtsverbände und freie Träger Hilfen für diese Menschen. Die Kommune hat hier über die Bewilligung von Zuschüssen die Möglichkeit, steuernd Einfluss zu nehmen und Anreize zu geben. Da diese Mittel prinzipiell begrenzt sind, wurden mit den Anbietern und Anbieterinnen in der letzten Legislaturperiode erstmals Leistungsverträge abgeschlossen, die ihnen für drei Jahre finanzielle Mittel zusagen und damit Planungssicherheit geben. Im Gegenzug dazu werden die Träger und Trägerinnen verpflichtet, ein Berichts- und Controllingwesen zu etablieren, um künftig objektivierbare Entscheidungskriterien über Notwendigkeit, Umfang und Qualität von Aufgaben vorzulegen. Die Stadt versucht, mit Hilfe der Armuts- und Sozialberichterstattung sowie der Gesundheitsberichterstattung Trends festzustellen und das Angebot bedürfnisorientierter und zielgerichteter in den Stadtteilen zu entwickeln. Dieses Steuerungselement setzt voraus, dass die Träger, Trägerinnen und Verbände

dazu bewegt werden können, entsprechende Angebote umzusetzen. Angebote entstehen so im Diskurs mit Anbietern, Anbieterinnen, Fachleuten und Betroffenen (Interview 3).

Wie politische Prozesse initiiert werden und wer für die eigene Idee als Verbündete gewonnen werden kann, ist für den Erfolg eines Vorhabens bedeutend. Initiativen aus Parteien und Fraktionen haben einen hohen Stellenwert und je nach Mehrheit ein hohes Durchsetzungsvermögen (Interviews 1 und 2). Parteien gestalten durch demokratische Verfahren ihre Kommunalwahlprogramme, in denen programmatisch Ziele für die anstehende Legislaturperiode formuliert werden. Im Falle einer Mehrheit in Verbindung mit anderen Parteien werden durch Verhandlungen gemeinsame Vorhaben in Form von Koalitionsvereinbarungen konkretisiert, die in der Legislaturperiode umgesetzt werden sollen. Die regierenden Parteien wie die Oppositionsparteien können Anträge einbringen und über sie beraten und abstimmen lassen. Die Mehrheit einer Partei oder Koalition im Rat oder Ausschuss ist dabei grundsätzlich erleichternd.

Einzelpersonen oder Gruppen versuchen, durch Aufbau politischen Drucks oder Gewinnen von Parteien oder bedeutsamen Personen, ihre Vorhaben umzusetzen. Ein Beispiel hierfür ist eine Elterninitiative, in der Eltern von zwei Grundschulkassen in Eigenarbeit einen Schulneubau errichten wollten, um ihre Kinder nicht mehr in einem zwar normgerechten aber unschönen Kellerbau unterrichten zu lassen. Sie wandten sich mit ihrem Anliegen an die Oberbürgermeisterin, die in direkter Kommunikation mit dem Land, der IHK und der Kreishandwerkerschaft dieses Elternengagement ermöglichte. Charakteristisch ist auch hier, dass es eine Mischfinanzierung von Land und Elternschaft gab. Die Stadt in Vertretung der Oberbürgermeisterin trat hier vermittelnd auf, da die Stadt sich selbst nicht in der Lage sah, den Schulneubau zu finanzieren (Interview 2).

Als Beispiel einer erfolgreichen Initiative einer Gruppe von Professionellen kann die Einrichtung der Anlaufstelle für wohnungslose Frauen gelten. Es gab einen Zusammenschluss von Expertinnen, die sich um wohnungslose Frauen gekümmert haben. Sie hatten den Bedarf einer Anlaufstelle für wohnungslose Frauen festgestellt, da Frauen häufig verdeckt wohnungslos sind und in den vorhandenen Einrichtungen Männer dominieren. Dieser Zusammenschluss hat einen Entwurf entwickelt und das Vorhaben in die kommunale Politik und die Politik des Landschaftsverbandes als überörtlichen Sozialhilfeträger eingebracht. Das Vorhaben hatte Erfolg, die Anlaufstelle wurde eingerichtet. Dieser Fall wird als idealtypisch angesehen, in dem Professionelle eine Unterversorgung feststellen und einen Entwurf vorbereitet und durchgesetzt haben. Idealtypisch wiederum auch hier die finanzielle Beteiligung mehrerer Träger bzw. Trägerinnen, die als besonders erfolgversprechend angesehen wird. Exemplarisch ist hier dokumentiert, wie neue Einrichtungen trotz knapper Mittel eine Chance auf Verwirklichung haben (Interview 7).

Bürger- und Bürgerinneninitiativen haben vor allem dann Aussichten auf Erfolg, wenn sie Öffentlichkeit herstellen und politisch Verantwortliche und Parteien mobilisieren können. Es bleibt abzuwarten, wie intensiv zukünftig von den neuen Möglichkeiten des Einwohnerantrages, des Bürgerbegehrens und des Bürgerentscheides Gebrauch gemacht wird.

Welche politischen Parteien für die Umsetzung eines Vorhabens einbezogen werden, hängt nicht nur von der Machtkonstellation im Rat ab, sondern auch von den politischen Leitlinien, für die diese Parteien stehen. Im folgenden Kapitel sollen die Überzeugungen der Parteien in gesundheitsrelevanten Entscheidungsbereichen skizziert werden.

#### 4.1.5 Parteipolitische Überzeugungen

In diesem Kapitel werden parteipolitische Überzeugungen hinsichtlich der Gesundheits- und Sozialpolitik von der Bürgergemeinschaft für Bielefeld (BfB) und den Bielefelder Parteigliederungen von Bündnis 90/Die Grünen (nachfolgend „Grüne“), CDU und SPD dargestellt, wie sie von ihnen in den Wahlprogrammen für die Kommunalwahl 1999 propagiert wurden. Selbstverständlich haben auch die Wirtschafts-, Beschäftigungs- und Umweltpolitik, Stadtentwicklung, Finanzen und Schule einen Einfluss auf Gesundheit, bleiben hier jedoch aus Platzgründen unberücksichtigt. Ausgewählt wurden die in der Legislaturperiode 1994-1999 im Bielefelder Stadtrat vertretenen Parteien. FDP und PDS blieben daher unberücksichtigt.

Zur Auswertung lagen die folgenden Wahlprogramme vor:

- BfB: Broschüre „Grundsätze der Bürgergemeinschaft für Bielefeld“, zehn diese Grundsätze ausführende Flugblätter sowie ein Flugblatt „Schwerpunkte unserer Kommunalpolitik“.
- CDU: Geheftete Blätter: „Bielefeld gewinnt ... mit Eberhard David – Oberbürgermeister für Bielefeld“
- Grüne: Broschüre „Für ein tolerantes und lebendiges Bielefeld“
- SPD: Broschüre: „Schon heute das Morgen gestalten“

Zunächst soll ein Überblick Klarheit verschaffen, zu welchen Bevölkerungsgruppen die Parteien Aussagen gemacht haben, ehe auf weitere Gesundheitsthemen eingegangen wird.

| <i>Bevölkerungsgruppen</i> | <b>BfB</b> | <b>CDU</b> | <b>Grüne</b> | <b>SPD</b> |
|----------------------------|------------|------------|--------------|------------|
| Ältere Menschen            | X          | X          | X            | X          |
| Familien mit Kindern       | X          | X          |              |            |
| Flüchtlinge                |            |            | X            |            |
| Frauen                     |            |            | X            | X          |
| Kinder und Jugendliche     | X          | X          | X            | X          |
| Menschen mit Behinderungen | X          | X          | X            | X          |
| Migranten und Migrantinnen |            |            | X            | X          |
| Psychisch Kranke           |            |            | X            | X          |
| Schwule und Lesben         |            |            | X            | X          |
| Sozialhilfeberechtigte     | X          | X          | X            | X          |
| Suchtkranke                | X          | X          | X            | X          |

Tabelle 1: Aussagen der Parteien zu Bevölkerungsgruppen

Es wurde untersucht, ob die Wahlprogramme explizit Aussagen zu verschiedenen Bevölkerungsgruppen gemacht haben. Der Konkretisierungsgrad der jeweiligen Wahlprogramme zu den verschiedenen Bevölkerungsgruppen

ist sehr unterschiedlich und reicht von allgemeinen, wenigen Aussagen bis zu konkret und ausführlich formulierten Zielen. Die Grünen und die SPD machen zu den meisten Bevölkerungsgruppen Aussagen. Hingegen äußern sich BfB und CDU als einzige explizit zu Familien mit Kindern. In diesem Zusammenhang machen sie auch indirekt Aussagen zu Migranten und Migrantinnen. So soll nach dem Willen von BfB und CDU die Integration ausländischer Kinder in der Schule und die Förderung ausländischer Familien (CDU) ein Ziel sein. In den Programmen von Grünen und SPD werden Familien mit Kindern indirekt durch die Entlastung von Eltern bei der Kinderbetreuung, Förderung von allein erziehenden Frauen oder beim Thema Bauen angesprochen. Als einzige Partei machen die Grünen Vorschläge für die Verbesserung der Situation von Flüchtlingen. Alle Wahlprogramme formulieren Ziele zu älteren Menschen, Menschen mit Behinderungen, Sozialhilfeberechtigten und Suchtkranken. Ältere Menschen und Sozialhilfeberechtigte stellen große und weiter zunehmende Bevölkerungsgruppen in Bielefeld dar, die besonders von gesundheitlichen Risiken bedroht sind. Am Beispiel dieser beiden Gruppen werden die Positionen der Parteien gegenübergestellt.

### **Ältere Menschen**

Die BfB setzt sich für pflege- und hilfsbedürftige alte Menschen ein. Die Betreuungsmöglichkeiten und die Vielfalt der Hilfsangebote sollen für diese Menschen weiter ausgebaut werden. Die mobilen Sozialen Dienste und Sozialstationen sollen entsprechend den Bedürfnissen aller zur Verfügung stehen. Die Betreuung soll kompetent, fachgerecht und menschenwürdig sein.

Die CDU spricht sich für mehr Beachtung und politische Mitwirkung von älteren Menschen aus. Dazu soll der Seniorenrat direkt gewählt werden. Die Wohnsituation soll durch gemeinsame Wohnumfelder für Jung und Alt, Familien und Senioren, mehr Servicewohnungen für Senioren und Behinderte sowie ein Qualitätssiegel für betreutes Wohnen verbessert werden. Eine Qualitäts- und Leistungskontrolle wird für die ambulante und stationäre Pflege gewünscht, ebenso eine unabhängige Beschwerdestelle.

Die Grünen möchten mehr Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für ältere Menschen und ihre Lebensbedingungen weiter verbessern. Die Grünen wollen mehr Möglichkeiten zum Engagement bei gemeinschaftlichen Aufgaben schaffen. Die Integration älterer Migranten wie Aussiedlerinnen ist ein besonders förderungswürdiges Anliegen. In den Seniorenplänen soll zukünftig die Situation älterer und alter Schwuler und Lesben berücksichtigt werden. Ein selbstbestimmtes Leben im Alter wird durch die Wohnberatung, integrierte Wohnkonzepte und abgestufte Versorgungsangebote angestrebt. Die Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste sind ausreichend, das Angebot an stationären Pflegeplätzen wurde so ausgeweitet, dass durch die Pflegeberatungsstelle jederzeit ein Pflegeplatz vermittelt werden kann. Die Grünen möchten die Betreuung und Pflege altersverwirrter Menschen finanziell sicherstellen. Der zufrieden stellenden Infrastruktur stehen Verbesserungspotentiale in der Qualitätssicherung gegenüber, die durch die Pflegekonferenz verstärkt beeinflusst werden soll. Gesundheitseinrichtungen sollen für ältere Menschen besser erreichbar werden.

Die SPD setzt sich für ein „aktives Alter“ und selbstbestimmtes Leben mit gesellschaftlicher Teilhabe ein. Der Seniorenrat wird als wichtiger Bestandteil der Interessenvertretung älterer Menschen gesehen. Ältere Menschen sollen im vertrauten Umfeld alt werden können, die SPD will dazu aktiv nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ handeln. Sie will alters- und behindertengerechtes Wohnen gewährleisten, Nachbarschaftshilfen organisieren, professionelle, soziale, pflegerische und gesundheitliche Hilfen bei Bedarf im Umfeld bereithalten. Zuständigkeitsgrenzen sollen überwunden, die Zusammenarbeit der Wohnungsunternehmen mit den Wohlfahrtsverbänden gefördert werden. Die SPD will für die Modernisierung bestehender stationärer Pflegeeinrichtungen und eine bedarfsgerechte Versorgung eintreten.

Vergleicht man diese Standpunkte, fallen Widersprüche und unterschiedliche Schwerpunkte auf. Die BfB fordert einen weiteren Ausbau der Betreuungsmöglichkeiten. Dies steht im Widerspruch zur Einschätzung der Grünen, die die pflegerische Infrastruktur als ausreichend betrachten. Die Grünen streben eher eine qualitative Verbesserung der Dienste an und möchten dazu die Pflegekonferenz nutzen. Die Situation von bestimmten Gruppen älterer Menschen wie Altersverwirrte, Lesben, Schwule und Migranten nehmen die Grünen als einzige Partei in den Blick. Selbstbestimmtes Leben und gesellschaftliche Teilhabe sind den Grünen und der SPD wichtig. Sie möchten durch entsprechende Hilfen die Lebenssituation älterer Menschen verbessern, so dass diese so lange wie möglich zuhause leben können. Die SPD setzt sich als einzige Partei für die Modernisierung stationärer Pflegeeinrichtungen ein. Die CDU legt ihren Schwerpunkt auf die Förderung angemessener Wohnbedingungen für ältere Menschen, die ebenso von Grünen und SPD befürwortet werden. Diese drei Parteien setzen sich auch für politische Mitwirkung in Form des Seniorenrates ein, den die CDU gerne direkt wählen lassen möchte.

### **Sozialhilfeberechtigte**

Die BfB will im Interesse der sozial Schwachen Mißbrauch der Sozialhilfe verhindern. Dieses Ziel soll durch mehr Kontrollen und konsequente Anwendung der gesetzlichen Möglichkeiten erreicht werden. Sozialhilfeempfänger sollen in Stadtbahn und Bussen Sicherheitsdienste leisten. Außerdem soll ihr Einsatz für Sicherheit, Sauberkeit und Ordnung in öffentlichen Parks und Grünanlagen geprüft werden. Es soll keine Geschenke für „Randgruppen“ und über die gesetzlichen Ansprüche hinaus keine freiwilligen Leistungen geben.

Keine dauernde Sozialhilfebedürftigkeit ist das Ziel der CDU. Dazu sollen jungen Menschen Qualifizierungsangebote gemacht werden. Alleinerziehende mit Kindern sollen besondere Hilfen und Förderangebote erhalten. Eine verbindliche Hilfevereinbarung zwischen Sozialhilfeberechtigten und zuständigen Stellen soll die Lösung aus der Sozialhilfe bewirken.

Die Grünen beschreiben Risiken, die Menschen von Sozialhilfe abhängig machen können und prognostizieren, dass immer mehr Menschen durch längere Zeiten der Erwerbslosigkeit von Sozialhilfe abhängig sein werden. Die Grünen streben auch für diese Menschen eine aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben an. Die Fahrpreisermäßigung für öffentliche Verkehrsmittel soll weiter ausgebaut werden. Teilnahme an Beschäftigungs- und Qualifi-

zierungsprogrammen auf freiwilliger Basis kann durch Stärkung der Eigenmotivation eher zu einem dauerhaften Ausstieg aus der Sozialhilfe führen. Das Erhöhen der Freibeträge für Erwerbstätige ist ein Ziel, da der derzeitige Freibetrag im Vergleich zu anderen Städten sehr niedrig ist. Die Grünen setzen sich dafür ein, dass Studierende, die aufgrund von Betreuung und Erziehung von Kindern ihr Studium unterbrochen haben, auch dann bis zu drei Jahren Unterstützung der Stadt in Höhe der Sozialhilfe erhalten, wenn sie vorher kein Bafög bezogen haben. Dadurch soll die berufliche Perspektive verbessert und langfristig Sozialhilfebedürftigkeit verhindert werden. Über gute Wohn- und Wohnumfeldbedingungen, ein breites Beratungsangebot, Jugendarbeit, Stadtteilarbeit, Freizeitmöglichkeiten, Mobilität usw. soll die Chance zur freien Entfaltung und zur aktiven Lebensgestaltung und Integration in die Gesellschaft gegeben werden. Regelmäßiges Fortschreiben des Armuts- und Sozialberichts liefert fundierte Grundlagen für eine zielgerichtete Armutspolitik und Sozialplanung in Bielefeld. Der Gestaltungsspielraum der Sozialhilfe soll im Interesse der Berechtigten genutzt werden. Benachteiligungen von Frauen in der Sozialhilfe abbauen ist ein besonderes Anliegen. Sachbearbeiter und Sachbearbeiterinnen sollen regelmäßig fortgebildet und qualifiziert werden. Zuletzt wird eine unabhängige Beratungsstelle vorgeschlagen, um Sozialhilfeberechtigten Aufklärung über ihre Rechte sowie Hilfen und Unterstützung in Konfliktfällen mit dem Sozialamt zu bieten.

Die SPD erkennt den Zusammenhang zwischen Armut und gesundheitlichen Problemen. Deshalb sollen Menschen, die auf Sozialhilfe angewiesen sind, Hilfen erhalten, um aus eigener Kraft ihr Leben zu verbessern. Über konkrete Hilfepläne soll eigenes Engagement gefördert und gefordert werden. Initiativen der Selbsthilfe und deren Vernetzung sollen unterstützt werden. Das Ziel ist Teilhabe anstelle von Ausgrenzung.

Ein Vergleich der Parteien zeigt auch im Bereich der Sozialhilfe deutliche Unterschiede. Zur Verbesserung der Lebenssituation von Sozialhilfeberechtigten macht die BfB keinerlei Aussagen. Auch die Aussagen von CDU und SPD zur Verbesserung der Lebenssituation von Sozialhilfeberechtigten sind eher dürftig. Die differenziertesten Aussagen machen die Grünen, die nach verschiedenen Gruppen von Sozialhilfeberechtigten unterscheiden konkrete Vorschläge machen. Wird berücksichtigt, dass diese Bevölkerungsgruppe eine der sozial benachteiligten und gesundheitlichen Risiken besonders ausgesetzten Gruppe ist, ist bei den meisten Parteien der Mangel an Konzepten zur Überwindung dieser Lebenssituation beunruhigend.

### **Aussagen zu gesundheitsrelevanten Themenbereichen**

Welche Aussagen machen die Wahlprogramme explizit zu gesundheitsrelevanten Themenbereichen? Die folgende Grafik zeigt im Überblick wieder die Nennung der Themenbereiche, die auch für in diesem „Community Health Assessment“ untersuchte Fragestellungen relevant sind:

| <b>Gesundheitsthemen</b>                      | <b>BfB</b> | <b>CDU</b> | <b>Grüne</b> | <b>SPD</b> |
|---|------------|------------|--------------|------------|
| Gesundheitsberichterstattung                  |            |            |              | X          |
| Gesundheitsförderung, Prävention              |            |            |              | X          |
| Gesundheits-/Pflegekonferenz,<br>Runde Tische | X          |            | X            | X          |
| Gesundheitswirtschaft                         |            |            | X            |            |

Tabelle 2: Aussagen der Parteien zu Gesundheitsthemen

Welche Aussagen werden inhaltlich gemacht? Die BfB klärt in einem Satz ihren Standpunkt zu Runden Tischen: Sie sind nicht geeignet, kommunalpolitische Konflikte zu lösen. Die CDU macht zu keinem der genannten Bereiche Aussagen.

Die Grünen möchten mit Hilfe der Pflegekonferenz die pflegerische Qualität der ambulanten und stationären Versorgung beeinflussen. Unter der Überschrift „Zukunft der Arbeit – ökologische Wirtschaft“ wird der Ausbau der Wirtschaftsförderung um den Bereich der „Gesundheitswirtschaft“ mit Hilfe der Wirtschaftsentwicklungsgesellschaft Bielefeld mbH (WEGE) als Erfolg betrachtet. Produktion und Dienstleistungen im Gesundheitssektor prägen den Standort Bielefeld und die Region in besonderer Weise. In diesem Bereich sollen zusätzliche Arbeitsplätze geschaffen werden. Firmen und Einrichtungen werden bei der Entwicklung neuer Produkte und Dienstleistungen unterstützt und neue Wege des Informationsaustauschs und der branchenübergreifenden Kooperation organisiert sowie Marketingaktivitäten gefördert. Zur Gesundheitskonferenz werden keine Aussagen gemacht.

Die SPD möchte die Planung der Armut- und Sozialhilfe, der Behindertenhilfe, der Jugend- und Altenhilfe, der Wohnraumversorgung und der Gesundheitsberichterstattung untereinander vernetzen und koordinieren. Sie soll Bestandteil einer einheitlichen Stadtentwicklungsplanung sein. Mit der Gesundheitsberichterstattung wie mit der Gesundheitskonferenz sollen neue kommunale Ressourcen erschlossen werden und bestehende Defizite überwunden sowie die gesundheitlichen Versorgungssysteme durchlässiger gemacht werden. Die SPD strebt an, die bestehenden Gremien wie Pflegekonferenz, Psychiatriebeirat, AG Suchtkrankenhilfe, Behindertenbeirat, Seniorenrat und weitere Netzwerke in der Gesundheitskonferenz zusammenzuführen. Die gesundheitliche Versorgung ist bisher traditionell auf erkrankte Menschen ausgerichtet, Gesundheitsförderung und Prävention sollen daher mehr Gewicht erhalten. Gesundheitsförderung wird mit Umweltschutz verknüpft. Umwelt, Luft und Wasser, die Verminderung von Lärm und Emissionen haben für die SPD einen hohen Stellenwert. Die Selbsthilfe und der Bereich der Frauengesundheit sollen mit Unterstützung der Krankenkassen weiter ausgebaut werden.

Zu Gesundheitsthemen haben BfB und CDU keine Aussagen getroffen. Erstaunlicherweise ist auch die neu einzurichtende Gesundheitskonferenz kein Thema der Parteien. Ausnahme ist hier die SPD, die Vorschläge für die Arbeit der Gesundheitskonferenz und die Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung und deren Vernetzung mit anderen Daten zur integrierten Sozialplanung macht. Die Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention

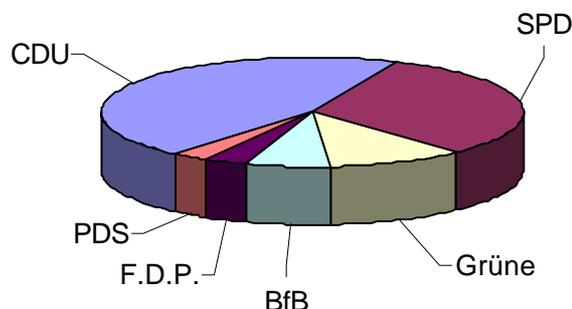
lassen jedoch konkrete Ansätze vermissen. Die Grünen betrachten Gesundheit als wirtschaftliche Ressource für Bielefeld. Welche Zukunft die gewachsenen institutionalisierten Gremien unter einer Ratsmehrheit mit der BfB haben würden, bleibt offen.

Nach diesem Überblick ausgewählter Standpunkte der Parteien soll ein abschließender Blick auf die Verteilung der Mehrheiten des im September 1999 neu gewählten Stadtrats das Bild der Parteienlandschaft abrunden. Neu gewählter Oberbürgermeister ist mit 54,3 % Eberhard David, CDU.

| Partei | Stimmen Prozent | Sitze |
|--------|-----------------|-------|
| CDU    | 45,5            | 32    |
| SPD    | 31,4            | 22    |
| Grüne  | 10,6            | 8     |
| BfB    | 6,3             | 4     |
| F.D.P. | 3,3             | 2     |
| PDS    | 2,8             | 2     |

Tabelle 3: Wahlergebnis Kreisfreie Stadt Bielefeld Kommunalwahl 1999  
(Internet, [www.wahlservice.de](http://www.wahlservice.de)) (Rundungsergebnis von 0,1 % unberücksichtigt)

Abb. 13: Wahlergebnis kreisfreie Stadt Bielefeld Kommunalwahl 1999



Die Wahlbeteiligung ist von 82,8 Prozent 1994 auf 58 Prozent drastisch zurückgegangen. Die CDU gewann im Vergleich zur Kommunalwahl 1994 acht Sitze hinzu, die SPD verlor sechs Sitze, die Grünen konnten ihre Sitze behaupten. Die BfB verlor einen Sitz. Aufgrund des Wegfalls der Fünf-Prozent-Klausel ist nach fünf Jahren Abwesenheit die FDP und erstmals in der Geschichte der Stadt Bielefeld die PDS in den Stadtrat eingezogen. Die SPD-Oberbürgermeisterin verlor ihre Mehrheit, anstelle der Koalition aus SPD und Grünen wird sich sehr wahrscheinlich eine bürgerliche Koalition aus CDU, BfB und FDP bilden.

Welchen Einfluss diese neue Mehrheit auf die Sozialpolitik und die gesundheitliche Situation von benachteiligten Bevölkerungsgruppen hat, verwendet man die Wahlprogramme der Parteien als Beurteilungsgrundlage, so ist zu erwarten, dass der Sozialbereich unter einer bürgerlichen Koalition nicht aus-

gebaut werden wird. Die gesundheitliche Situation der Bielefelder Bevölkerung und ihre gezielte Verbesserung wird in diesem Rat vermutlich eine geringere Rolle spielen. Eine „Community Health Nurse“ müsste entweder auf die politische Willensbildung der regierenden Parteien starken Einfluss nehmen, oder außerhalb dieser Parteien politische Bündnispartner suchen.

#### **4.1.6 Ortsnahe Koordinierung**

Das Land Nordrhein-Westfalen - Suprasystem der Stadt Bielefeld - sieht nach Vereinbarungen der Regierungskoalition von SPD und Bündnis 90/Die Grünen in der 12. Legislaturperiode des Landtages (1995-2000) als gesundheitspolitischen Schwerpunkt das Projekt der „Ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ vor, dessen Umsetzung von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität am Ort wissenschaftlich begleitet wird (s.u.). Nach Sandler (1996) sind die besonderen Schwerpunkte: Ortsnahe Koordinierung, Pflege, Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Krankenhaus, Psychiatrie, Geriatrie, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung. Dazu heißt es, dass „(...) grundsätzlich alle koordinations- und transparenzbedürftigen Themenfelder der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in den Kreisen und kreisfreien Städten Gegenstand der Koordinierung und damit des Rahmenkonzeptes [sind]“ (Sandler 1996, 36).

Die Erprobungsphase des Rahmenkonzeptes „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ begann 1995, was nicht nur in Bielefeld, sondern auch in zahlreichen Kreisen und anderen kreisfreien Städten des Landes zur Einrichtung eines sogenannten „Runden Tisches“ als Instrument der Koordinierung führte. Die Managementaufgaben vor Ort werden von dafür eingerichteten lokalen Geschäftsstellen übernommen, die am Gesundheitsamt oder -dezernat eingerichtet wurden. Einer der Leitgedanken des Projektes war, in Form dezentraler Verantwortung ein Gegengewicht zu den Zentralisierungstendenzen in Richtung des Suprasystems Europäische Union zu schaffen. Koordinierung und Vernetzung im Gesundheitswesen seien auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte am besten zu realisieren. Die Verantwortung für eine abgestimmte gesundheitliche und soziale Versorgung liege in der Kommune selbst (Sandler 1996). Demgegenüber steht die sehr begrenzte Einflussmöglichkeit der Kommunen bei der Gesetzgebung.

Ziele der Koordinierung sind ein bürgernahes, am gesundheitlichen Bedarf ausgerichtetes Leistungsangebot sowie das Schließen von Leistungslücken und die Vermeidung von Überangeboten (Sandler 1996). Als Voraussetzung dafür listet Sandler (1996) effiziente Formen der Zusammenarbeit, flexiblere Strukturen der regionalen Gesundheitsorganisation, Entwicklung von Verfahrenswegen sowie Methoden zur Nutzung von Bedarfs- und Bestandsdaten auf. Idealtypisch sollte die Vorgehensweise dem Modell des „Lernenden Systems“ folgen. Demnach orientieren sich die Aufgaben des Runden Tisches an dem Prozess: Situationsanalyse, Problemanalyse/Themenvorauswahl, themenspezifische Problemanalyse, Entwicklung von Lösungsansätzen/Handlungsalternativen, Alternativenauswahl und -bewertung, Formulierung von Handlungsempfehlungen, einvernehmliche Verabschiedung von Handlungsempfehlungen, Umsetzung der Handlungsempfehlungen und Evaluation der

Umsetzungsphase, erneute Situations- und Problemanalyse (Zamora et al. 1999).

Die kurzfristigen Themenschwerpunkte der Erprobungsphase sollten aus den Bereichen Gesundheitsförderung, Krankenhaus und Pflege einschließlich der Organisation von ambulanten Diensten/Sozialstationen, Geriatrie und Psychiatrie sowie aus den Leitlinien des Öffentlichen Gesundheitsdienstes stammen. Die ursprünglichen Ideen aus dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) für die Ortsnahe Koordinierung umfassten auch Themen wie Intransparenz, mangelhafte Bürgernähe und Fragmentierung des Gesundheitswesens sowie das Nebeneinander von Über- und Unterkapazitäten in der gesundheitlichen Versorgung. Auf Widerstand verschiedener Interessenvertretungen verschwanden solche Themen jedoch schon frühzeitig (Interview 4). Damit wurden zunächst gesetzte Ziele bereits zu Beginn aufgegeben.

Vor dem Projektbeginn in Bielefeld bestanden eine Vielzahl von Einzelaktivitäten im Bereich des kommunalen Gesundheitsgeschehens bei gleichzeitiger unzureichender Datenlage zur Gesundheits- und Versorgungssituation. Lediglich ein bis heute unveröffentlichter Bericht zur Gesundheitslage von Kindern und Jugendlichen lag vor. Ursprünglich bestand in Bielefeld die Absicht, im Rahmen des Modellprojektes „Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf das Gesundheitswesen“ zu bearbeiten, was aber schließlich zu Gunsten der Themen Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung nicht getan wurde (Interview 8).

Die konstituierende Sitzung des „Runden Tisches Gesundheit“ in Bielefeld fand im Dezember 1995 statt. Die Geschäftsstelle, von einer Geschäftsstellenleiterin besetzt, wurde in das Gesundheitsamt eingebunden. Der für das Ressort Gesundheit zuständige Dezernent übernahm die Moderation des Runden Tisches, so dass es durch die kommunale Verwaltungsreform während der Laufzeit des Projektes einen Moderatorenwechsel gab (siehe Kapitel 5.1.3). An den Sitzungen des Runden Tisches nahmen neben Personen aus der Kommunalverwaltung stets Vertreter und Vertreterinnen von Ärzteverbänden, Krankenkassen, Krankenhäusern und Wohlfahrtsverbänden teil. Aus der Kommunalpolitik erschien zu den Sitzungen des Runden Tisches ein einziges Mal der Vorsitzende des Sozial- und Gesundheitsausschusses (Interviews 3 und 8). Kooperationsbereitschaft seitens der Kommunalpolitik bestand offensichtlich nicht. Zwischen Runden Tisch und Pflegekonferenz gab es eine wechselseitige Entsendung von Mitgliedern. Zudem nahmen Mitarbeiter der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität mit der Aufgabe wissenschaftlicher Beobachtung als Gäste am Runden Tisch teil. Der Runde Tisch, zu dem es keine öffentlichen Ausschreibungen gab, ist ein Fachgremium, das sich auf eine Beschränkung auf kommunale Themen, die Wahrung der Selbstbestimmung der am Runden Tisch vertretenen Akteure und Akteurinnen sowie auf die Abgrenzung zu bestehenden Koordinationsgremien wie der Pflegekonferenz einigte (Interview 8). Eine Beteiligung von Bürgern und Bürgerinnen in der Rolle der das Gesundheitssystem Nutzenden fand nicht statt. Von Seiten der Betroffenen war die Patientenberatungsstelle und die Bielefelder Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen beteiligt (Interview 7). Nach Bedarf wurden Experten und Expertinnen als Beratende zu den Sitzungen hinzugezogen.

Aus den Beratungen des Runden Tisches ergaben sich mehrere Arbeitsschwerpunkte, die zur Gründung von Arbeitsgruppen führten. Das waren die AG „Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche“, AG „Gesundheitsberichterstattung für Kinder und Jugendliche“, AG „Gesundheitsdaten“ und AG „Ältere Menschen“.

An der AG „Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche“ waren ursprünglich Krankenkassen, Ärzte und Ärztinnen, Wohlfahrtsverbände, die Selbsthilfekontaktstelle, die Drogenberatung, Verbraucherberatung und die Universität Bielefeld beteiligt. Nach einem langwierigen Prozess der Themenfindung verständigte man sich schließlich auf die Durchführung eines gesundheitsfördernden Modellprojektes an einer Bielefelder Hauptschule. Trotz einer Beeinträchtigung der Arbeit in der AG infolge der Novellierung des § 20 SGB V (die Krankenkassenvertretenden schieden aus der AG aus) gelang der Gruppe eine weitgehend eigenständige und vollständige Umsetzung der von ihr formulierten Handlungsempfehlungen bezüglich des Modellprojektes.

Die von der Geschäftsstellenleiterin ausgewählten Mitglieder der AG „Gesundheitsberichterstattung für Kinder und Jugendliche“ kamen aus dem Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD), der Universität Bielefeld, der Stadtverwaltung, der AOK sowie einzelner Krankenhäuser. Zudem nahm ein Kinderarzt teil. Die AG wurde vom Leiter des Amtes für Stadtforschung und Statistik geleitet. Die Themenvorgabe des Runden Tisches führte zu der Zielformulierung „Erfassung und Beschreibung des Gesundheitszustandes der Schulkinder“. Die Handlungsempfehlungen, die über das Projekt hinaus Bedeutung für den Aufbau einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung haben, waren:

1. „Befragung von Grundschulkindern und ihren Eltern nach dem Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten“,
2. „Entwicklung von Methoden zur routinemäßigen kleinräumigen Analyse der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen“,
3. „Weiterentwicklung der Erfassung des Impfstatus bei der Schuleingangsuntersuchung“,
4. „Zusatzbefragung der Eltern während der Schuleingangsuntersuchung zum Thema 'Soziale Lage und Gesundheit'“ sowie
5. Entwicklungsarbeiten „zur Verbesserung der Analysemöglichkeiten innerhalb der Gesundheitsberichterstattung“ (Interview 8).

In der Arbeitsgruppe „Gesundheitsdaten“ kamen Vertreter und Vertreterinnen von Datenhaltern sowie an Daten interessierte Organisationen (Krankenkassen, Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer, Zahnärztekammer, Kreisvertrauensapotheker, Seniorenrat, Amt für Sozialforschung und Statistik der Stadtverwaltung und lögD zusammen. Die Arbeit war von dem Selbstverständnis der Beteiligten geprägt, ein Gremium interessierter Fachleute jenseits der Organisationsinteressen zu sein. Aufgabe der AG war, „Planungsgrundlagen für die Gesundheitskonferenz“ zu erarbeiten. Konkret wurde eine Bevölkerungsbefragung für 1999 vorbereitet, zu deren Gunsten das Nutzbarmachen vorhandener Daten der sich an der AG beteiligenden Datenhalter zunächst zurückgestellt wurde. Eine herausragende Stellung bei der Durchführung der Maßnahmen hat das Amt für Stadtforschung und Statistik der Stadt Bielefeld. Seitens der damaligen Oberbürgermeisterin bestand ein politisches Interesse an der Befragung, das mit

der Hoffnung verbunden war, noch vor der Kommunalwahl im September 1999 ein positives Ergebnis zu präsentieren. Praktisch war die Durchführung vor dem Wahltermin jedoch nicht mehr zu realisieren (Interview 8).

In der AG „Ältere Menschen“ unter der Leitung der Geschäftsstellenleiterin kamen Personen aus Krankenkassen, Wohlfahrtsverbänden, Seniorenrat, von Bodenschwinghschen Anstalten, Koordination Altenhilfe, Kassenärztliche Vereinigung, Wirtschaftsentwicklungsgesellschaft, Pflegeberatung der Stadt Bielefeld und Universität Bielefeld zusammen. In Abgrenzung zur Pflegekonferenz wurde eine präventive Ausrichtung gewählt, die auf die „Aktivierung älterer Menschen“ abzielt. Handlungsempfehlungen liegen bislang nicht vor.

Nach Abschluss der Modellphase „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ in Bielefeld wird von der Geschäftsstellenleiterin ein positives Resümee gezogen (Intervs. 7 und 8). Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung hat der Runde Tisch in Bielefeld nicht nur modellhaft, sondern auch beispielhaft gearbeitet (Interview 8). Es wurden Kooperationen zwischen kommunalen Akteuren und Akteurinnen des Gesundheitssektors möglich und es konnten Themen bearbeitet werden, die ohne den Runden Tisch nicht behandelt worden wären (Interview 5). Die Fortführung der Arbeit in Form einer Gesundheitskonferenz soll gemäß der gesetzlichen Vorgabe nach der Kommunalwahl 1999 durch einen Beschluss des Rates sichergestellt werden (Interview 7). Trotz der Skepsis seitens der Bielefelder Politik, die während der Projektphase festgestellt wurde, wird vermutet, dass diese die Bedeutung der Gesundheitskonferenz nicht leugnen kann, da kompetente Bielefelder Fachleute am Runden Tisch saßen bzw. an der Gesundheitskonferenz teilnehmen werden (Interview 8). Da anscheinend erwartet wird, dass die künftige Gesundheitskonferenz mehr Entscheidungsbefugnisse erhalten wird, ist das Interesse an einer Teilnahme an der Konferenz gestiegen (Interviews 5 und 8), was wiederum deren Bedeutung erhöht (Interview 5).

Die bisherige Arbeit der aus dem Bielefelder Runden Tisch hervorgegangenen Arbeitsgemeinschaften wird auch in Zukunft fortgeführt. Eine Erweiterung ist durch die Einführung einer AG „Migration und Gesundheit“ und einer AG „Frauen und Gesundheit“ bereits geschehen (Interview 8). Ein Problem der Arbeit am Runden Tisch bzw. an der zukünftigen Gesundheitskonferenz ist, dass die behandelten Themen Konsensthemen sind und nicht solche, bei denen sich die unterschiedlichen Interessenvertretungen in der Konkurrenz sehen, was wiederum einen Einfluss auf die Relevanz der behandelten Themen hat (Interview 5). Es wird vermutet, dass Vorschläge erarbeitet werden, die letztendlich nicht umgesetzt werden. Als Grund wird angeführt, dass die Gesundheitskonferenz selbst nicht über Mittel verfügt und somit auf Unterstützung von Bielefelder Institutionen angewiesen ist, die aber nur bereit seien, etwas zu geben, wenn sie eigene Vorteile daraus ziehen könnten (Interview 12). Zudem wird kritisiert, dass neben den bereits bestehenden Beiräten in Bielefeld, die sich mit Gesundheitsfragen beschäftigen, eine weitere Struktur geschaffen wurde, bei der unklar ist, was als Ziel herauskomme. Im Gegensatz dazu habe beispielsweise die Pflegekonferenz den konkreten Auftrag der Pflegebedarfsplanung (Interview 3).

#### 4.1.7 Gesundheitsregion

Das Bestreben der nordrhein-westfälischen Landespolitik seit den 80er-Jahren, die Regionen des Landes zu fördern, führte in den Regionen zu einer Stärkendefinition. Im Regierungsbezirk Detmold wurde eine Regionalkonferenz einberufen, die zwischen 1989 und 1991 viermal tagte und ein Stärken-Schwächen-Profil der Region erstellte. Dies geschah unter der Beteiligung von Politikern und Politikerinnen aus der Region, von Verbänden, Lobbyisten/Lobbyistinnen und anderen Fachleuten demnach über die politische Ebene ohne direkte Beteiligung von Bürgern und Bürgerinnen. Inhaltlich zielte die Regionalkonferenz auf die Bereiche Verkehr, Energie, Müllversorgung, dörfliche Struktur und Gesundheit ab. Die Gesundheitsinfrastruktur weist in der Region (v.a. durch die Kurorte) eine Dichte wie sonst nirgends in Nordrhein-Westfalen auf (Interview 5). Ergebnis der Stärkendefinition war die Konstruktion eines Leitbildes für die über 70 Kommunen der Region: Ostwestfalen-Lippe als „Gesundheits-, Freizeit- und Fremdenverkehrsregion“. Seit Anfang der 90er-Jahre läuft ein Prozess in den Kommunen der Region, sich diesem Leitbild zuzuordnen, was nicht bei allen Kommunen problemlos vonstatten geht. Zu diesem langwierigen Prozess gehört auch, Verständnis für die Notwendigkeit der Profilierung als Region an sich zu erzeugen, denn im Kontext eines europäischen und globalen Marktes scheint man nur als Region im Wettbewerb um Existenzgründungen bestehen zu können (Interview 5).

Im Auftrag der Wirtschaftsentwicklungs- und Marketinggesellschaft der Stadt Bielefeld erstellte das Institut Arbeit und Technik Wissenschaftszentrum NRW eine Studie, in der die Gesamtregion Ostwestfalen-Lippe als *die Gesundheitsregion* in Nordrhein-Westfalen bezeichnet wird (Bandemer et al. 1997). Aus ihrer Analyse skizzierten Bandemer et al. (1997) ein in Stärken, Schwächen und Chancen gegliedertes Profil für die Stadt Bielefeld, das hier in der Übersicht wörtlich wiedergegeben ist:

##### „Stärken

- Hervorragender Ruf als Gesundheitsregion
- Optimale Grundversorgung bei starker Präsenz wohlfahrtsverbandlicher Träger
- Bedeutende Spezialisierungen in Medizin und Qualifizierung
- Innovative Gesundheitswissenschaften

##### Schwächen

- Schwache Wachstumsambitionen
- Vermarktung der Gesundheitswissenschaften kann besser werden
- Begrenztes Angebot an überregional ausstrahlenden Aktivitäten
- Schwache Präsenz von Zuliefer- und Nachbarbranchen
- Defizite in der medizinischen Forschung

##### Chancen

- Entwicklung von Beratungsangeboten
- Aus- und Weiterbildungsangebote für Gesundheitsberufe
- Kooperation zwischen Herstellern und Anwendern bei der Produktentwicklung
- Profilierung im Bereich der integrativen Medizin

- Beratungs- und Versorgungskonzepte für gesunde Ernährung in Großküchen
- Zusammenarbeit mit der Region Ostwestfalen-Lippe (Bandemer et al. 1997, 48).“

Das Hauptziel, das hinter der Definition als Gesundheitsregion oder auch als „Heilgarten OWL“ (Interview 11, AG Regionale Gesundheitskonferenz<sup>4</sup> 1998) steht, ist der Erhalt und die Schaffung von Arbeitsplätzen in der Region, die von der „Kurkrise“, d. h. den Auswirkungen der gesetzlichen Restriktionen besonders getroffen ist (AG Regionale Gesundheitskonferenz 1998). Bei den Ideen zur Gesundheitsregion handelt es sich um ein Standortmarketing, bei dem gezielt Maßnahmen und Strategien seitens der Wirtschaftsförderung eingeleitet werden (Interview 5). Die frühere Oberbürgermeisterin Dopheide (1996) formulierte, dass es aus der Sicht der Wirtschaftsförderung und des Marketings darum ginge, für den Gesundheitssektor Informations- und Wissenstransfer zu organisieren, Kooperation und Vernetzung herzustellen sowie Impulse und Projektideen zu geben und zu unterstützen. Zudem sollen Unternehmen in die Region geholt und der Naherholungs- und Tourismus-Bereich ausgebaut werden - dies wird für die Kureinrichtungen als besonders wichtig angesehen (Interview 5). Das heißt, dass die Kurorte deutlich auf Gesundheitsurlauber bzw. -urlauberinnen und Wellness setzen (AG Regionale Gesundheitskonferenz 1998). Dabei spielt auch der Gedanke eine Rolle, durch steigende Attraktivität der Dienstleistungen und „mehr Qualität“ (AG Regionale Gesundheitskonferenz 1998) Privatkunden und -kundinnen anzusprechen (Hilbert 1996).

Vor dem Hintergrund der sehr heterogenen und konkurrenzträchtigen Gesundheitslandschaft wurde seit Anfang der 90er-Jahre diskutiert, wie eine konkrete Förderung der Region aussehen kann. Trotz wichtiger Beiträge der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld war diese nicht in der Lage, wie es wohl überlegt wurde, als Metaebene in der Gesundheitsregion zu fungieren. Überlegungen hinsichtlich eines Gesundheitszentrums für die Region scheiterten zunächst an der Finanzierungsfrage und aufgrund von Uneinigheiten über den Standort eines solchen Zentrums zwischen den Kommunen Bielefeld und Bad Oeynhausen.

Im Kontext der regionalen Aktivitäten zur Expo 2000 wurde neben den Bereichen Energie und Kultur auch Gesundheit als Themenschwerpunkt ausgewählt. Auf der Suche nach Innovationen im Gesundheitsbereich entstand ein Konzept für das inzwischen gegründete „Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL“, das auf regionaler wie Landesebene positive Resonanz erhielt (Interview 5). Die Idee der Initiatorin dieses Zentrums ist, dass es sich bei diesem Zentrum um eine Entwicklungsagentur handelt, die die Region in ihrem Potential bei Erprobungsprojekten fördert und Marketing für die Region in Sachen Gesundheit macht. Die Hoffnung auf eine Finanzierung durch das Land Nordrhein-Westfalen (Suprasystem) wurde jedoch aus landespolitischen Überlegungen enttäuscht. Um das Zentrum doch zu realisieren, wurde eine Brancheninitiative in der Rechtsform eines Vereins gegründet. Diesem „Verein zur Förderung von Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL“ gehören die von Bodelschwingschen Anstalten Bethel, das evangelische Johanneswerk, die städtischen Kliniken, (Kur-)Kliniken aus

<sup>4</sup> Die AG Regionale Gesundheitskonferenz ist eine AG der 1992 gegründeten „Kommunalen Arbeitsgemeinschaft OWL“, der alle 76 Kreise, Städte und Gemeinden in Ostwestfalen-Lippe angehören.

Bad Oeynhausen, drei Industrieunternehmen sowie eine im Gesundheitsbereich tätige Multimediagesellschaft an. Nach dem Start (1999) des an die Wirtschaftsentwicklungsgesellschaft Bielefeld mbH (WEGE) gekoppelten Zentrums, das mit einer wissenschaftlichen Mitarbeiter- bzw. Mitarbeiterinnenstelle besetzt ist, ist dieses zunächst nur für die Vereinsmitglieder zuständig (Interview 5).

Mit dem Leitbild der Gesundheitsregion sind auch kritische Stimmen verbunden. So ist zu vernehmen, dass „Gesundheitsregion“ nur ein Schlagwort sei, mit dem kein Inhalt verbunden werden kann (Interview 8) oder dass die Gesundheitsregion noch sehr abstrakt sei (Interview 1). An anderer Stelle heißt es, dass Bielefeld nur marginal von der Gesundheitsregion profitieren könne, da die Stadt Industriestadt sei und aufgrund der überwiegenden öffentlichen Finanzierung des Gesundheitsbereiches kein Markt entstehen könne, aus dem heraus sich Arbeitsplätze entwickeln (Interview 6). Andere wiederum sehen die Gesundheitsregion in ihrer historischen Entwicklung und schätzen die Gesundheitswirtschaft als ein Standbein der Wirtschaftsstruktur positiv ein (Interviews 2 und 7). Allerdings werden auch Begriffserweiterungen formuliert, die über die „marketingmäßige Definition“ der Gesundheitsregion hinausgehen und auf die Zusammenarbeit von Anbietenden und Nutzenden im Gesundheitssektor abzielen (Interview 10).

## **4.2 Bevölkerungsbezogene Daten**

Nachdem im vorangegangenen Kapitel das politische Subsystem beschrieben wurde, wird im zweiten Teil auf die bevölkerungsbezogenen Daten näher eingegangen. Unter bevölkerungsbezogenen Daten werden hier die Informationen verstanden, die über Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsprozesse, Sozialstruktur und sozialen Wandel, Sterblichkeit und Lebenserwartung sowie über Todesursachen und Krankheitsfälle einer Population Aufschluss geben. Die Kenntnis bevölkerungsbezogener Daten ist von besonderem Interesse, denn diese Informationen beschreiben wichtige Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens und erlauben Aussagen zu heutigen bzw. Prognosen zu zukünftigen mutmaßlichen Gesundheitsbedürfnissen und zum Bedarf an Leistungen, die in einem umfassenden Sinn gesundheitsförderlich sind und im Konkreten versorgungsorientiert Heilung oder Hilfe bei Krankheit oder Behinderung ermöglichen sollen.

### **4.2.1 Relevanz des Untersuchungsgegenstandes für Wissenschaft und Praxis**

Die im Rahmen von Gesundheitsberichterstattung erhobenen bevölkerungsbezogenen Daten sind, da sie Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens beschreiben, in mehrfacher Hinsicht interessant. Hier sei die Relevanz des Untersuchungsgegenstandes durch zwei Überlegungen begründet: Der Absicht, mehr Bedürfnis- und Bedarfsorientierung in der Versorgungsgestaltung zu erreichen und dem Ziel, mit der Minderung erkannter sozialer Ungleichheiten die Chancengleichheit für ein gesundheitsorientiertes Leben zu erhöhen.

Gerade die Analyse des Bevölkerungsprozesses und die Beschäftigung mit den Krankheitsdaten ist für die Versorgungsgestaltung besonders wichtig, denn aus gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Sicht gilt es, eine „(...) bedarfsgerechte Versorgung herzustellen, in der Fehl-, Unter- und Überversorgung vermieden werden und die damit einen Beitrag zur Kostenbegrenzung leistet und zugleich - das ist besonders hervorzuheben - den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der Nutzer Rechnung trägt, also Konsumenten- bzw. Patientenorientierung gewährleistet“ (Schaeffer 1999, 233). Von der Realisierung dieser Zielvision ist das Gesundheitswesen weit entfernt. Bedarfsorientierung ist seit langem angemahnt und nicht realisiert. Mehr noch gilt dies für Bedürfnisorientiertheit.

Der demographische Wandel, der für Deutschland auch als „demographische Alterung“ (Statistisches Bundesamt 1998, 18) beschrieben wird, stellt für die Pflege eine große Herausforderung dar: Die Anzahl der Pflegebedürftigen wird steigen. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass informelle Solidarpotentiale in Form von Pflegetätigkeit durch Familienangehörige aufgrund sich auch zukünftig ändernder Familien- und Wohnstrukturen weiter reduzieren werden.

Liegt die Relevanz der Daten zum Bevölkerungsprozess, zur Sterblichkeit und zum Gesundheitszustand darin, dass sie Aussagen zur Inanspruchnahme und zur zukünftigen Ausgestaltung von Versorgungssystemen ermöglichen, sollen auf der Grundlage von Daten zum sozialen Wandel, Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie Gesundheitsbeeinträchtigungen und Krankheiten vermieden werden können.

„Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit ist eines der zentralen Themen der Gesundheitswissenschaften“ (Mielck/Helmert 1998, 521), da Gesundheit und Krankheit ganz wesentlich mit den sozialen Gegebenheiten zusammenhängen. Soziale Ungleichheit führt durch unterschiedliche gesundheitliche Belastungen, unterschiedliche Bewältigungsstrategien und Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung zu Unterschieden im Gesundheits- und Krankheitsverhalten, schließlich dann zu Unterschieden in Morbidität und Mortalität. Es ist unbestritten, dass soziale Ungleichheit gesundheitliche Ungleichheit bedingt („health inequalities“) und zu problematischen gesundheitlichen Ungleichheiten („health inequities“) führen kann. Zur Illustration dieses bereits in den Anfängen der „Sozialhygiene“ betonten Sachverhaltes sei hier das pointierte Fazit von Hanauer (1911) wiedergegeben: 'Dass die Sterblichkeit mit den Wohlstandsverhältnissen in Beziehung steht, ist durch die Statistik längst erwiesen. (...) Die Gründe der erhöhten Sterblichkeit der Minderbemittelten und Armen gegenüber den Reichen und Wohlhabenden sind teils sozialer, teils hygienischer Art. Die Armut zwingt sie zu ungenügender Ernährung, ihre Wohnungen sind unzureichend, dadurch wird die Widerstandskraft gegen Krankheiten herabgesetzt. (...) Schließlich kommen noch die Berufsschädigungen in Betracht“ (zitiert nach Mielck/Helmert 1998, 523).

Zur Feststellung von sozialer Ungleichheit werden unterschiedliche Sozialindikatoren herangezogen. Die Indikatoren Ausbildung, Beruf und Einkommen können zu einem weiteren Indikator, der Schichtzugehörigkeit, verdichtet werden (Heinrich et al. 1998). Ausbildung, Beruf, Einkommen und Schicht sind Aspekte einer vertikalen sozialen Ungleichheit. Mielck und

Helmert (1998) legen dar, „dass auch Geschlecht, Alter, Familiengröße, Wohnort, Generation und Nationalität eng verknüpft sind mit ungleichen Lebenschancen (Hradil 1994, 383). Diese zusätzlichen Indikatoren der sozialen Ungleichheit stehen quer zur *vertikalen* Unterscheidung auf Grundlage der klassischen Indikatoren Ausbildung, Beruf und Einkommen; sie werden daher als Ausdruck einer *horizontalen* sozialen Ungleichheit bezeichnet“ (Mielck/ Helmert 1998, 519). Mielck und Helmert vermuten, dass die wachsende Wichtigkeit der Indikatoren horizontaler sozialer Ungleichheit Ausdruck eines Perspektivenwechsels ist: Innerhalb der modernen Wohlfahrtsgesellschaft habe die vertikale Ungleichheit an Bedeutsamkeit verloren.

Indikatoren selbst tragen keine Aussage und keinen Wert in sich. „Weder erlauben sie ohne weiteres, planerische Konsequenzen zu ziehen, noch begründen sie überhaupt Handlungsbedarf. Nur dem zeigen statistische Zahlenreihen und regionale Querschnittsvergleiche unmittelbar Probleme und Handlungsbedarf an, der eine theoretisch, weltanschaulich, normativ, politisch oder wie auch immer begründete Vorstellung davon hat, (...)“ (Bardehle/Annuß 1997, 12) wie die Daten „eigentlich“ aussehen sollten. Konkret bedeutet dies, dass die Indikatorenwerte für Bielefeld nur auf der Basis von Vorstellungen über „gewünschte“ Zahlen, z. B. dass die Arbeitslosenquote unter sieben Prozent liegt, Sinn machen. Nur auf einer solchen Grundlage wäre dann auch eine Nutzung von Indikatoren als Gradmesser für Effektivität und Effizienz sozial- und gesundheitspolitischen Handelns möglich.

Ausgehend von einem Gesundheitsverständnis, in dem Gesundheit eine Querschnittsaufgabe von Politik und Gesellschaft ist, muss es Ziel politischen Handelns sein, gesundheitliche Ungleichheiten durch spezifische Angebote auszugleichen oder besser weil es nicht nur ein „reparieren“ darstellt soziale Ungleichheiten zu mindern. Dies bedeutet, dass die Politik konkrete Angaben darüber benötigt, wo soziale Ungleichheiten die Chancengleichheit auf ein gesundheitsorientiertes Leben mindern.

Die Politik - hier die Verantwortlichen der Stadt Bielefeld - sollten mit Daten, zum Beispiel zu Einkommensverhältnissen, Familiengrößen, Nationalitäten, Bildungsstand etc., die Existenz und Bedeutung der Indikatoren vertikaler und horizontaler sozialer Ungleichheit dargestellt bekommen, damit so weit möglich, soziale Ungleichheiten gemindert werden können, bzw. damit durch zielgerichtete Maßnahmen in Größe und Ausrichtung geeignete Versorgungsstrukturen bei manifester gesundheitlicher Ungleichheit implementiert werden. „Gesundheitspolitikern soll durch die Darstellung demographischer und sozialer Indikatoren die Möglichkeit gegeben werden, sich über die Situation in der eigenen Region zu informieren. Chancengleichheit für alle Bürger und Bürgerinnen zu garantieren setzt voraus, dass Daten über ungleiche Zugangsvoraussetzungen zur gesundheitlichen Versorgung und zu Präventionsmaßnahmen verfügbar sind und auch genutzt werden“ (Brand 1997, 9).

#### **4.2.2 Datenlage für Bielefeld**

Eine systematische und umfassende Erhebung und Pflege von Daten zu bevölkerungsbezogenen Fragestellungen gibt es in Bielefeld nicht. Während die Basisdaten zur Bevölkerungsstruktur für die Stadt als Ganzes brauchbar

sind, kann die Datenlage zu Sozialstruktur und Gesundheitszustand mit Ausnahme der Dokumente „Ausländerbericht“ und „Armut- und Sozialbericht“, die ihrerseits zum Teil auch auf die unzureichende Datenlage hinweisen, nur als porös charakterisiert werden. Poröse Datenlage meint, dass Informationen fehlen oder nur lückenhaft vorliegen, amtliche mit nichtamtlichen Daten kaum systematisch verknüpft werden, die Validität der Daten unzureichend ist und dass prognostische Aussagen nur in Ansätzen vorhanden sind (Bardehle/Annuß 1998). Die Ziele einer regionalen Gesundheitsberichterstattung „die Verbesserung gesundheitlicher Versorgungsnetze, die Analyse von Versorgungslücken und die Gestaltung neuer Versorgungsstrukturen, die stärkere Hinwendung zu sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, die Intensivierung der Gesundheitsförderung“ (Bardehle/Annuß 1998, 344) sind so nur schwerlich zu erreichen.

Im Verlauf einer mehrwöchigen Recherche haben vier Studierende die verwendeten bevölkerungsbezogenen Daten zusammengetragen und dabei zahlreiche Gespräche mit Gesundheitsamt, Krankenkassen und Ärztekammer geführt. Sollten in Bielefeld systematische und umfassende bevölkerungsbezogene Daten vorgehalten werden, die nicht in diesem Bericht verwendet werden, so müsste dann auch die aus fehlender Bekanntheit resultierende Nichtnutzbarkeit der Daten als Bestätigung für eine schlechte Datenlage gewertet werden.

Der Datenpool des „Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ (lögD) ist eine wesentliche Informationsquelle. In Veröffentlichungen zur Gesundheitsberichterstattung und mit der Präsenz im Internet werden Verknüpfungen von Indikatoren und Interpretationsansätze angeboten. In der Datensammlung „Gesundheitsberichterstattung“ weist das lögD darauf hin, dass „Demographische Daten zur Gesundheitspolitik (...) nur dann aus sich heraus bedeutsam“ für die Gesundheitspolitik sein können, „wenn ihre Veränderung in der Zeit und die regionalen Unterschiede zugleich Unterschiede der Nachfrage nach spezifischen Leistungen des Gesundheitswesens oder sozialen Diensten ausdrücken“ (Bardehle/Annuß 1997, 11). Im Hinblick auf die Datenlage von Bielefeld bedeutet dies, dass für diesen Bereich des „Community Health Assessment“ jeweils die Zahlen Berücksichtigung fanden, mit denen sich für die Stadt Bielefeld Trends beschreiben lassen, bzw. die bei Vergleichen mit der Stadt Münster (siehe auch Kapitel 3 dieser Arbeit) signifikante Unterschiede oder Gemeinsamkeiten zeigen.

Leider sind kaum Daten für einzelne Stadtteile erhältlich. Da auch seitens der Stadt Bielefeld wenig statistisches Material - bezogen auf Stadtteile - vorliegt, müssen sich die folgenden Aussagen im Wesentlichen auf Bielefeld als Ganzes beziehen, obwohl durch die Stadtentwicklung angenommen werden kann, dass es deutliche soziale Unterschiede gibt.

### 4.2.3 Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsprozess

#### Entwicklung der Bevölkerungszahl

1995 lebten 324.067 Menschen in Bielefeld (lögd Indikator 2.2.), darunter 182.695 Frauen, das sind 56 Prozent. Bis zum Jahr 2015 wird ein Bevölkerungswachstum prognostiziert, wobei es mit 0,9 Prozent etwas geringer als in Münster (1,5 Prozent) sein soll (lögd Indikator 2.2).

„Die Bevölkerungsentwicklung einer Region hat eine sogenannte natürliche Komponente, die sich aus dem Verhältnis von Geburten (Fertilität) und Sterbefällen (Mortalität) ergibt, und eine regionale, die durch die Relation von Zuwanderungen und Fortzügen bestimmt wird“ (Bardehle/Annuß 1997, 17). Sowohl in Bielefeld, als auch in NRW gesamt zeigt die Auswertung des generativen Verhaltens (lögd Indikator 2.6) für die Zeit von 1993 bis 1995, dass die Geburtenzahl sinkt. Die Nettoerproduktionsrate (lögd Indikator 2.7) liegt seit 1970 unter eins.

Obwohl die verbesserten Überlebenschancen von Neugeborenen und die abnehmende Sterblichkeit älterer Menschen seit rund vierzig Jahren insgesamt zu einem Anstieg der Lebenserwartung führten, wirkte sich die verminderte Geburtenhäufigkeit derart aus, dass das Bevölkerungswachstum in Deutschland nur auf der Basis von Zuwanderung möglich ist (Statistisches Bundesamt 1998, 18). Wesentlich für den Zuzug in die Städte sind neben Menschen aus dem Ausland vor allem die sogenannten „Bildungswanderer“, d. h. Menschen zwischen 18 und 25 Jahren, die für Ausbildung und Studium vom Land in die Stadt ziehen. Ausgehend von Bielefelds Universität ist auch künftig ein hoher Anteil von Bildungswanderern und Bildungswanderinnen zu erwarten.

#### Bevölkerungsentwicklung: Alter

Bielefeld wird wahrscheinlich weniger wachsen als die Gesamtbevölkerung in NRW, dies trifft besonders auf die Gruppe der über 65-jährigen zu: Insgesamt wird für diese Gruppe ein Zuwachs von 22,7 Prozent prognostiziert, für Bielefeld jedoch nur 9,7 Prozent. Zum Vergleich auch hier die Prognose für Münster. Für diese Stadt wurde ein Wachstum von 18,7 Prozent errechnet (lögd Indikator 2.4).

Die Veränderungen bei den Altersgruppen bis zum Jahr 2015 können auch als Veränderungen im Generationenverhältnis bewertet werden. Die Verschiebungen bei den Altersgruppen könnten demnach bewirken, dass z. B. Kinder mehr Betreuungspersonen in Großeltern finden, dass die auf dem Generationenvertrag basierenden Renten nicht mehr sicher sind oder dass eine insgesamt ältere „mittlere Generation“ sich weniger an der Pflege alter Menschen beteiligt. „Hier (...) wirken sich die absehbaren Veränderungen im Generationen- und Geschlechterverhältnis, die das Ergebnis des demographischen Strukturbruchs in den sechziger Jahren sind, in Gestalt von künftigen Überlastungen der bislang gewissermaßen unauffällig funktionierenden informellen Solidarpotentiale direkt auf die Politik aus. Wenn künftig weitere Leistungen der Familien (...) wegfallen, sind es die Kommunen, die einspringen müssen“ (Bardehle/Annuß 1997, 35).

Eine Kurzdarstellung der gesundheitsrelevanten Aspekte der demographischen Alterung findet sich im Gesundheitsbericht für Deutschland (Statistisches Bundesamt 1998, 21). Danach fordert die steigende Anzahl von alten Menschen und der damit verbundene steigende Bedarf von altersabhängigen Gesundheitsleistungen deutliche Veränderungen in der Gesundheitsförderung, im Angebot stationärer und ambulanter medizinischer Leistungen, in der Pflege und auf dem Arbeitsmarkt.

Dass vom Landesdurchschnitt krass abweichende Wachstum der Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen klärt sich mit einem Blick auf die gegenwärtige Zugehörigkeit der Bevölkerung zu Altersgruppen (lögd Indikator 2.3.). In Bielefeld sind 18 Prozent der Bevölkerung älter als 65 Jahre, das sind 58.271 Menschen. Zur Gruppe der Hochbetagten, das sind die Menschen die älter als 80 Jahre alt sind, gehören 5,2 Prozent der Bielefelderinnen und Bielefelder. Damit gehören zu dieser Gruppe 16.748 Personen, wobei auffällt, dass die Frauen an dieser Gruppe einen Anteil von 73 Prozent haben. In Münster wiederum sind nur 15,1 Prozent der Bevölkerung älter als 65 Jahre, in NRW gesamt sind es 15,9 Prozent. Eben weil Bielefeld jetzt schon als überaltert gelten kann, wird ein Ansteigen bei der Gruppe der Älteren bis zum Jahr 2015 langsamer als im Landesdurchschnitt stattfinden.

| Bereich          | 00 - 14 Jahre         | 15-64 Jahre            | 65 u. m. Jahre        | 80 u. m. Jahre     |
|------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|--------------------|
| <b>Bielefeld</b> | 15,1 %<br>(49.076)    | 66,9 %<br>(216.719)    | 18,0 %<br>(58.271)    | 5,2 %<br>(16.748)  |
| <b>Münster</b>   | 13,9 %<br>(36.808)    | 71,1 %<br>(188.341)    | 15,1 %<br>(39.912)    | 4,2 %<br>(11.068)  |
| <b>NRW</b>       | 16,3 %<br>(2.910.379) | 67,8 %<br>(12.134.601) | 15,9 %<br>(2.848.065) | 4,0 %<br>(707.664) |

Tabelle 4: Anteil der Altersgruppen in Prozent (in absoluten Zahlen)  
lögd Indikator 2.4; Stand: 1995; Datenquelle: Landesinstitut für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Wanderungsstatistik (lögd 1997, 79)

Die Strukturmerkmale zeigen im Hinblick auf die Gruppe der Kinder (0 bis 14 Jahre), dass diese mit einem Anteil von 15,1 Prozent an der Bielefelder Bevölkerung, dies entspricht 49.076 Personen, zwar einen Prozentpunkt geringer ist als für NRW-Gesamt, aber immer noch 1,2 Prozent größer als in Münster.

### Bevölkerungsentwicklung: Geschlecht

Die Mehrzahl der in Bielefeld lebenden Menschen besteht aus Frauen. Ein Frauenüberschuss ist in Deutschland üblich, wobei es bei den Personen bis etwa zum 55. Lebensjahr einen leichten Männerüberschuss gibt, bei den Menschen jenseits des 60. Lebensjahres einen deutlichen Frauenüberschuss (Statistisches Bundesamt 1998).

## Familienstand und Haushalte

Die Zahl der verheirateten Paare in Bielefeld sinkt. Diese Entwicklung entspricht dem Bundestrend. Von 1970 bis 1996 sank die Zahl der verheirateten Bielefelderinnen und Bielefelder von 51,3 Prozent auf 45,1 Prozent, dies entspricht 146.757 Personen. Gleichzeitig wuchs die Zahl lediger Personen von 37,5 auf 41,7 Prozent, 135.655 Menschen in 1996. Die Zahl der Geschiedenen stieg, die der Verwitweten sank (Armut- und Sozialbericht 1998).

1997 gab es in Bielefeld 125.000 Familien, davon rund 46.000 mit einem oder mehreren Kindern, sowie 10.000 mit einem allein erziehenden Elternteil (Mikrozensus 1997).

| Jahr | Ein-Personenhaushalte          | Zwei-Personenhaushalte         | Drei- und Mehr-Personenhaushalte |
|------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 1970 | 26,1 %<br>(31.074 Haushalte)   | 29,3 %<br>(34.871 Haushalte)   | 44,6 %<br>(53.054 Haushalte)     |
| 1997 | 42,2 %<br>(≈ 68.000 Haushalte) | 31,7 %<br>(≈ 51.000 Haushalte) | 26,1 %<br>(≈ 42.000 Haushalte)   |

Tabelle 5: Veränderungen in Privathaushalten von 1970 bis 1997  
Armut- und Sozialbericht der Stadt Bielefeld, 1998

Individualisierungstendenzen der Menschen und eine umfassende Pluralisierung der Lebensstile veränderten vor allem in den Städten die Wohnstrukturen. Die Zahl der Ein- und Zwei-Personenhaushalte wuchs in Bielefeld von 1970 bis 1997 rasant von 55,4 auf 73,9 Prozent (Armut- und Sozialbericht 1998). Bezogen auf eines der untersuchungsleitenden Interessen, in diesem Fall die Auswirkungen des soziodemographischen Wandels für die Pflege und das Gesundheitssystem, bedeuten diese Zahlen, dass „der Wandel in den Familienformen mit dem wachsenden Anteil individualisierter Lebensformen (...) in Zukunft dazu führen, dass die gesundheitliche Betreuung Älterer in höherem Maße außerfamiliär erfolgen muss“ (Statistisches Bundesamt 1998, 21).

### 4.2.4 Sozialstruktur und sozialer Wandel

Für die Aussagen zur Sozialstruktur wird zunächst auf Indikatoren vertikaler sozialer Ungleichheit, also auf Daten zu Bildung, Erwerbsbeteiligung und Einkommensverhältnissen zurückgegriffen. In einem zweiten Schritt werden Zahlen zu den horizontalen Indikatoren sozialer Ungleichheit - wie Nationalität oder Wohnverhältnisse - analysiert.

Allerdings werden in dieser Arbeit die genannten Themenbereiche nicht in der inhaltlichen Tiefe behandelt und ausgewertet, wie dies nach den wissenschaftlichen Standards der Gesundheitsberichterstattung möglich wäre. Dies ist darin begründet, dass viele Themen, die in der Gesundheitsberichterstattung eher quantitativ erfasst werden, z. B. der Aspekt Einkommensverhältnisse, im Rahmen eines umfassenden „Community Health Assessment“ ausführlicher quantitativ und qualitativ beschrieben werden. Wenn hier nur

überblicksartig einige Daten zu Indikatoren sozialer Ungleichheit dargestellt werden, so ist dies gleichzeitig als Einladung zu verstehen, die Komplexität der Inhalte in einem „Community Health Assessment“ für Bielefeld umfassend und nicht nur in Teilbereichen wie im Rahmen dieser BFS-Arbeit darzustellen.

Bevor jedoch die Verhältnisse in Bielefeld anhand einzelner Daten beschrieben werden, soll ein Verfahren vorgestellt werden, mit dem seitens des Iögd einzelne Indikatoren so verbunden wurden, dass ausgehend von einem Vergleich aller 31 Kreise und 23 kreisfreien Städte, Typisierungen für die einzelnen Kreise und Städte möglich wurden. Im Iögd-Bericht „Gesundheitsberichterstattung“ wurden 1997 elf verschiedene Merkmale (z. B. Prognose zur Gesamtbevölkerung, Anteile der Altersgruppen, Anteil von Arbeitslosen an der Bevölkerung, verfügbares Einkommen pro Person etc.) mit einer Faktorenanalyse so aufbereitet, dass mit zwei errechneten „Faktorladungen“ *„latente Strukturdimensionen regionaler ausgeprägter sozialer Ungleichheit“* (Bardehle/Annuß 1997, 50) ermittelt wurden. Diese „beiden Faktoren sind gewissermaßen zwei unabhängige Messlatten, anhand derer die Position jedes Kreises und jeder kreisfreien Stadt eindeutig bestimmt werden kann“ (Bardehle/Annuß 1997, 50). Das Ergebnis dieses Verfahrens ist eine Clusterstruktur, innerhalb der Bielefeld wie auch Münster zur ersten Gruppe gehört. Bei einem Vergleich der Städte und Kreise in NRW erscheint Bielefeld, wie alle anderen Städte des ersten Cluster, als

- wohlhabend urban mit wenig ausgeprägter Armut,
- wenig familiengeprägt, vom Typus eher Dienstleistungszentrum.

## **Bildung / Schulausbildung**

Zwischen dem Bildungsniveau einerseits und Sterblichkeit, Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten andererseits besteht ein direkter Zusammenhang. „Personen mit niedrigerem Bildungsniveau weisen im Durchschnitt eine höhere Sterblichkeit auf als Gebildete; sie bezeichnen ihren Gesundheitszustand i. d. R. als schlechter und nehmen seltener an Vorsorgeuntersuchungen teil“ (Statistisches Bundesamt 1998, 23). Dass sich in den letzten dreißig Jahren das Bildungsniveau, zumindest auf statistischer Ebene, in Deutschland erheblich gehoben hat (der Anteil der Jugendlichen, der die Hauptschule besucht, sank von 1970 bis 1995 von 63 Prozent auf 31 Prozent), wird deshalb nicht ohne positive Einflüsse auf die Gesundheit der Menschen geblieben sein. Nach Angaben des Armuts- und Sozialberichtes (1998) hatten 1995 40,4 Prozent der Menschen in Bielefeld einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss, 19,7 Prozent einen Realschul- bzw. gleichwertigen Abschluss und 17,6 Prozent hatten die Hochschul- bzw. Fachhochschulreife. Die letzte Zahl liegt deutlich über dem NRW Durchschnitt: In 1995 hatten 14,4 Prozent der Bevölkerung die Hochschul-/Fachhochschulreife. Zwischen Bielefeldern und Bielefelderinnen gibt es bei den schulischen Bildungsabschlüssen Unterschiede. Während mehr Männer als Frauen einen Hauptschulabschluss hatten, überwogen bei Realschul- oder gleichwertigen Abschlüssen sowie bei Fachhochschul- und Hochschulabschlüssen die Frauen (Mikrozensus 1997). Beim Mikrozensus 1997 machten 78.000 Bielefelderinnen und Bielefelder keine Angaben zum Schulabschluss. Es ist zu vermuten, dass darunter zahlreiche Menschen ohne einen schulischen Bildungsabschluss sind.

| Schulabschluss                     | insgesamt      | weiblich       | männlich       |
|------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Hauptschulabschluss                | 131.000        | 69.000         | 62.000         |
| Realschule / gleichwert. Abschluss | 57.000         | 32.000         | 25.000         |
| Fachhoch-/Hochschulabschluss       | 59.000         | 28.000         | 31.000         |
| Keine Angaben                      | 78.000         | 41.000         | 36.000         |
| <b>Bevölkerung</b>                 | <b>324.000</b> | <b>170.000</b> | <b>154.000</b> |

Tabelle 6: Einwohnerschaft Bielefelds nach Schulabschlüssen  
Mikrozensus 1997

### Bildung / Berufsausbildung

Bei den Berufsabschlüssen ergab sich folgendes Bild (Armut- und Sozialbericht 1998): 24,6 Prozent hatten keinen Berufsabschluss, 46,9 Prozent der Bielefelder Bevölkerung hatten eine Lehre bzw. Anlernausbildung. Die Zahl der Menschen mit einem Meister- oder Technikerabschluss wurde auf 3 Prozent geschätzt, 8,3 Prozent hatten einen Fachhochschul- bzw. Hochschulabschluss. Obwohl Frauen in der Summe höhere Schulabschlüsse als Männer haben, stehen bei den Berufsabschlüssen Männer besser da. Dies ist ein Indikator für soziale und ökonomische Benachteiligung von Frauen.

| Ausbildungsabschluss         | insgesamt      | weiblich       | männlich       |
|------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Lehre                        | 143.000        | 76.000         | 67.000         |
| Meister / Techniker          | 13.000         | -              | -              |
| Fachhoch-/Hochschulabschluss | 29.000         | 12.000         | 17.000         |
| Ohne Ausbildung              | 80.000         | 49.000         | 31.000         |
| Keine Angaben                | 59.000         | 30.000         | 29.000         |
| <b>Bevölkerung</b>           | <b>324.000</b> | <b>170.000</b> | <b>154.000</b> |

Tabelle 7: Einwohnerschaft Bielefelds nach Ausbildungsabschlüssen  
Mikrozensus 1997

### Erwerbsbeteiligung

Erwerbsbeteiligung ist für den Gesundheitszustand einzelner Menschen aber auch für das gesamte Gesundheitssystem ein wesentlicher Faktor: Bei Erwerbstätigkeit bestehen durch berufstypische Belastungen, Berufserkrankungen und Arbeitsunfälle erhebliche Einflüsse auf den Bedarf an medizinischen Leistungen. Doch auch die von der Erwerbstätigkeit ausgeschlossenen Menschen wirken in mehrfacher Hinsicht auf das Gesundheitssystem. Arbeitslosigkeit geht einher mit gesundheitlichen Problemen psychosozialer und physischer Art. Bei „Opfern-durch-Nähe“ (Armut- und Sozialbericht 1998), den Partnerinnen, Partnern und Kindern von Arbeitslosen, wurden mit zeitlicher Verzögerung häufig die gleichen psychosomatischen Erkrankungen

beobachtet, wie bei den Arbeitslosen selbst. Arbeitslosigkeit betrifft immer die ganze Familie, dies meist auch ökonomisch in Form von Verarmung. Schließlich wirkt sich Arbeitslosigkeit durch ausbleibende Zahlungen in das Sozialversicherungssystem auch bedeutend auf die Finanzierbarkeit der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland aus.

Bielefeld ist „besonders nachteilig von der Entwicklung der Arbeitslosigkeit betroffen“ (Armut- und Sozialbericht 1998), so stieg die Arbeitslosenquote von September 1991 bis September 1997 von 7,2 Prozent auf 13,5 Prozent. Fünf Prozent der abhängigen Erwerbspersonen galten am 30.09.97 als Langzeitarbeitslose, dies waren 6.819 Menschen. Besonders von Arbeitslosigkeit betroffen sind Frauen und die nicht in Deutschland geborenen Personen. So stieg beispielsweise der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer unter den Arbeitslosen von September 1990 bis September 1997 von 12,6 Prozent auf 23,3 Prozent. Etwa die Hälfte der ausländischen Arbeitslosen ist türkischer Herkunft.

Auch wenn sich Arbeitslosigkeit in Bielefeld als drängendes gesellschaftliches und soziales Problem darstellt, so zeigen doch die Erwerbstätigenquoten in NRW im Vergleich, dass in Bielefeld mehr Männer und Frauen erwerbstätig sind als im Landesdurchschnitt.

| Region                                | Quote | Anzahl  | Frauen Quote | Frauen Anzahl | Männer Quote | Männer Anzahl |
|---------------------------------------|-------|---------|--------------|---------------|--------------|---------------|
| <b>Bielefeld</b>                      | 43,4  | 141000  | 34,4         | 59000         | 53,4         | 82000         |
| <b>Münster, Coesfeld u. Warendorf</b> | 43,3  | 318000  | 35,3         | 134000        | 51,8         | 184000        |
| <b>NRW</b>                            | 41,0  | 7300000 | 31,5         | 2894000       | 51,0         | 4405000       |

Tabelle 8: Erwerbstätigenquote in NRW nach Regionen  
 lögd Indikator 2.10; Stand: 1995; Datenquelle: Landesinstitut für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Mikrozensus (lögd 1997, 110)

Zu den Erwerbstätigen sind unter dem Aspekten „Stellung im Beruf“, „Beschäftigungsverhältnis“ und „Ausländer“ auf der Datengrundlage „Mikrozensus 1997“ differenzierte Aussagen für Bielefeld möglich. Auffallend ist der sehr hohe Anteil von Beamten und Angestellten. Fast 60 Prozent aller erwerbstätigen Bielefelderinnen und Bielefelder gehören zu einer dieser beiden Gruppen. 113.000 Vollzeit-Beschäftigungsverhältnisse standen rund 30.000 Teilzeitstellen gegenüber. Die Teilzeitstellen wurden im Prinzip ausschließlich von Frauen besetzt. Ausländische Frauen treten, laut Mikrozensus, als Erwerbstätige nicht in Erscheinung, was jedoch angezweifelt werden muss.

| Kriterium                                | insgesamt | weiblich | männlich |
|--|-----------|----------|----------|
| <b>Erwerbstätige gesamt</b>              | 143.000   | 64.000   | 79.000   |
| <b>davon Ausländer/Ausländerinnen</b>    | 17.000    | -        | 11.000   |
| <b>Selbständige</b>                      | 13.000    | -        | -        |
| <b>Beamte/Beamtinnen</b>                 | 10.000    | -        | -        |
| <b>Angestellte</b>                       | 73.000    | 40.000   | 32.000   |
| <b>Arbeiter/Arbeiterinnen</b>            | 47.000    | 16.000   | 31.000   |
| <b>Vollzeit-Beschäftigungsverhältnis</b> | 113.000   | 39.000   | 74.000   |
| <b>Teilzeit-Beschäftigungsverhältnis</b> | 30.000    | 25.000   | -        |
| <b>Bevölkerung</b>                       | 324.000   | 170.000  | 154.000  |

Tabelle 9: Erwerbstätige in Bielefeld  
Mikrozensus 1997

### Einkommensverhältnisse

Als sozialer Indikator ist das Einkommen aus zwei Gründen gut geeignet. „(...) Einkommen repräsentiert (...) den zentralen gesellschaftlichen Wertmaßstab“ (Heinrich et al. 1998, 17) und „Armut ist der sichtbarste Ausdruck von sozialer Ungleichheit“ (Heinrich et al. 1998, 17). Doch bei welchem Einkommen kann von Armut gesprochen werden? Und von welcher Armut? Absoluter, relativer, bekämpfter oder verdeckter Armut?

Leider ist das vorliegende Datenmaterial zu den Einkommensverhältnissen in Bielefeld wenig geeignet, um eine im wissenschaftlichen Sinn differenzierte Darstellung von Reichtum und Armut in der Stadt zu geben. Deshalb erfolgt an dieser Stelle im Wesentlichen eine Beschränkung auf Zahlen, die die Verhältnisse in Bielefeld anhand von Vergleichen mit den Landeszahlen bzw. mit Zahlen der Stadt Münster beschreiben.

Das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte in Bielefeld lag 1994 mit 31.120,- DM deutlich über Landes- und Bundesdurchschnitt (Iögd Indikator 2.19). Bei den Personen, die außerhalb von Einrichtungen leben und Sozialhilfe erhalten, lag Bielefeld 1993 unter Landesdurchschnitt (Iögd Indikator 2.8). Bei den Wohngeldempfängerinnen und -empfängern kam Bielefeld im selben Jahr, genau wie das Land, auf einen Prozentsatz von 3,8 Prozent der Bevölkerung (Iögd Indikator 2.13). Allerdings ist die Zahl der Sozialhilfe- und Wohngeldempfängerinnen und -empfänger seit 1993 gestiegen. Werden diesen Zahlen kontrastierend die Veränderungen bei den Menschen mit hohen und höchsten Einkommen von 1989 bis 1992 gegenübergestellt, so stieg die Zahl der Lohn- und Einkommenssteuerpflichtigen, die mehr als DM 100.000,- zahlen mussten von 3.546 auf 11.667 Personen, gleichzeitig stieg die Zahl der Einkommenssteuermillionäre und -millionärinnen in Bielefeld von 155 auf 181 Personen so liegt die Vermutung sehr nahe, dass sich auch in Bielefeld die Schere zwischen Arm und Reich in

den letzten Jahren weiter geöffnet hat, dass mithin die hohe Durchschnittszahl des verfügbaren Einkommens der Privathaushalte allein wenig Aussagekraft hat.

### Wohnverhältnisse

Mit zahlreichen Redewendungen und Sprichwörtern wie z. B. „Eigener Herd ist Goldes wert“ drückt der Volksmund u. a. die Bedeutung der Wohnverhältnisse für das eigene Wohlbefinden aus. Seitens der Gesundheitswissenschaften wurde solches Erfahrungswissen inzwischen deutlich untermauert: „Auch die Wohnungsversorgung hat unmittelbaren Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung. Eine insgesamt belastende Wohnungssituation kann Krankheiten des psychiatrischen Formenkreises verstärken, unzureichende Wohnbedingungen können Atemwegserkrankungen und Infektionen der oberen Luftwege fördern, und lärmbelastete Wohnungen können Schlafstörungen hervorrufen. Ein hohe Mietbelastung engt den finanziellen Spielraum für andere Grundbedürfnisse wie etwa die Ernährung ein“ (Statistisches Bundesamt 1998, 25). Dass beengte Wohnverhältnisse oder gar Wohnungslosigkeit zu besonderen bis extremen gesundheitlichen Belastungen führen, ist unstrittig.

In Bielefeld hat von 1970 bis 1996 die Anzahl der Privathaushalte um 35,3 Prozent von 119.000 auf 161.000 Einheiten zugenommen. Der Anteil der Sozialwohnungen ist (seit 1983 dokumentiert) gesunken. Betrug 1983 der Anteil der sozial gebundenen Wohnungen noch 27,3 Prozent, so lag er 1997 mit 23.371 Einheiten nur noch bei 15,5 Prozent (alle Zahlen: Armuts- und Sozialbericht 1998). Dass bezahlbarer Wohnraum fehlt, zeigt sich unter anderem durch die Zahl der Wohnungssuchenden unter den Minderverdienenden, Migrantinnen und Migranten, alten Menschen und Aussiedlerinnen und Aussiedlern. Der Mangel an bezahlbarem bzw. überhaupt finanzierbarem Wohnraum wird durch die Zahl der Wohngeldempfangenden Personen bestätigt. Obwohl Bielefeld im Landesdurchschnitt als wohlhabend urban gilt und das verfügbare Durchschnittseinkommen der privaten Haushalte, wie bereits dargelegt, deutlich über dem NRW-Durchschnitt liegt, übertraf die Zahl der Wohngeldempfängerinnen und -empfänger in Bielefeld mit 4,1 Prozent der Bevölkerung den Landesdurchschnitt mit seinen 3,9 Prozent (Zahlen von 1995, lögd Indikator 2.13). Die Analyse der Wohnverhältnisse scheint die bereits beim Indikator „Einkommensverhältnisse“ formulierte These über die sich in Bielefeld öffnende Schere zwischen Armen und Reichen zu bestätigen.

| Bereich   | 1993               | 1995               |
|-----------|--------------------|--------------------|
| Bielefeld | 3,8 %<br>(12.309)  | 4,1 %<br>(13.245)  |
| Münster   | 4,0 %<br>(10.620)  | 4,1 %<br>(10.986)  |
| NRW       | 3,8 %<br>(668.212) | 3,9 %<br>(705.946) |

Tabelle 10: Wohngeldempfängerinnen und -empfänger in Bielefeld in Prozent der Bevölkerung (und in absoluten Zahlen) lögd Indikator 2.13

Von 1987 bis 1997 hat sich die Zahl der städtisch untergebrachten wohnungslosen Menschen von 1.645 auf 3.131 verdoppelt, allerdings mussten 1994 noch 6.125 Personen in bereitgestellten Unterkünften (Wohnheimen, Sammelunterkünften, Wohnwagen, Obdachlosenunterkünften und sogenannten Notunterkünften) leben. Neben den Menschen, die in den von der Stadt bereitgestellten Unterkünften wohnen, gibt es eine wachsende Anzahl Obdachloser, so dass die Wohnraumprobleme in Bielefeld inzwischen im Stadtbild sichtbar sind.

| Personengruppe | 1987        | 1988        | 1989        | 1990        | 1991        | 1992        | 1993        | 1994        | 1995        | 1996        | 1997        |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Einheimische   | 795         | 906         | 968         | 1085        | 1264        | 1494        | 1735        | 1779        | 1648        | 1332        | 1030        |
| Aussiedler     | 554         | 2303        | 2919        | 2765        | 3468        | 2955        | 2161        | 1860        | 1771        | 1509        | 898         |
| Flüchtlinge    | 296         | 522         | 601         | 1194        | 985         | 1394        | 2173        | 2486        | 2237        | 1835        | 1203        |
| <b>Gesamt</b>  | <b>1645</b> | <b>3731</b> | <b>4488</b> | <b>5044</b> | <b>5717</b> | <b>5843</b> | <b>6069</b> | <b>6125</b> | <b>5656</b> | <b>4676</b> | <b>3131</b> |

Tabelle 11: Öffentlich untergebrachte Personen in Bielefeld  
 Armuts- und Sozialbericht der Stadt Bielefeld. Datenquelle: Amt für  
 Wohnungsbauförderung und Wohnungshilfe, Stadt Bielefeld

Eine Betrachtung der Wohnverhältnisse in Bielefeld wäre unvollständig, würde sie nicht auf die hohe Zahl der in Einrichtungen lebenden Menschen mit Behinderungen eingehen. Bei einer Auslastung von 98 Prozent kamen Ende 1997 auf je 1.000 Bielefelderinnen und Bielefelder 9,03 stationäre Wohnheimplätze. Von den insgesamt 2.926 stationären Wohnraumplätzen stammen 2.638 von den von Bodelschwingschen Anstalten (siehe auch Kapitel 5.3 „Gesundheitsversorgungssystem“)

Mit dem Modellprojekt „Wohnberatung für Senioren und Behinderte“, das in Bielefeld als Modellprojekt des ehemaligen NRW Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) initiiert wurde, versucht die Stadt durch Wohnungstausch, Wohnungsanpassungen und Wohnungsvermittlungen, die Wohnraumprobleme von älteren Personen und Menschen im Rollstuhl zu verbessern. Die beiden Ziele, Erhalt des selbständigen Wohnens und die Wiederherstellung von Selbständigkeit, konnten vielfach erreicht werden, auch wenn 1997 noch immer 93 Bielefelderinnen und Bielefelder eine rollstuhlgerechte Wohnung suchten (Amt für Wohnungsbauförderung und Wohnungshilfen, Jahresbericht 1997).

## Nationalität

Von 1973 bis 1997 stieg der Anteil der Bielefelder Wohnbevölkerung ausländischer Herkunft um 4,4 Prozentpunkte auf 12,5 Prozent. Laut Melderegister gab es Ende 1997 40.767 Bielefelderinnen und Bielefelder ausländischer Herkunft. 43,7 Prozent der Menschen kommen aus der Türkei, 17,9 Prozent aus dem früheren Jugoslawien, 8,6 Prozent aus Griechenland. Der Zuzug aus dem Ausland hat sich in den letzten Jahren verringert. Lediglich aus der Türkei, Griechenland, Polen und den Staaten des GUS kommen noch größere Menschengruppen.

Die Migrantinnen und Migranten wohnen hauptsächlich in bestimmten Stadtteilen. Prozentual sind die Ausländerzahlen in den Stadtbezirken Mitte (19,4 Prozent), Brackwede (17,5 Prozent) und Senne (11,6 Prozent) am höchsten (Zahlen von 1995, Quelle: Melderegister der Stadt Bielefeld). „Ungleiche Verteilung der Migranten auf die Stadtteile und hohe Konzentrationen in wenigen Stadtteilen im Sinne einer Ghettoisierung sind weltweite Erscheinungen, die auch in Bielefeld festzustellen sind“ (Ausländerbericht 1994, 15). Die überdurchschnittlich hohe Arbeitslosigkeit unter den Migrantinnen und Migranten bzw. deren Arbeitsplätze mit meist geringem Sozialprestige und oftmals geringeren Grundlohnsummen führen dazu, dass die materiellen Ressourcen der Migrantinnen und Migranten deutlich unter denen der deutschen Bevölkerung liegen.

Auch in der Sozialstruktur unterscheidet sich die Gruppe der Migrantinnen und Migranten von der deutschen Bevölkerung. „Die ausländische Bevölkerung weist im Gegensatz zur deutschen einen Männerüberschuss auf und ist im Durchschnitt deutlich jünger als die deutsche Bevölkerung. In der Altersgruppe von 18 bis 21 ist der Ausländeranteil mehr als doppelt so hoch wie in der Gesamtbevölkerung, so dass fast jeder vierte heranwachsende Bielefelder Bürger keine deutsche Staatsangehörigkeit hat“ (Ausländerbericht 1994, 10).

Unter den Bielefelderinnen und Bielefeldern ausländischer Herkunft gibt es mehr Ledige als unter den Deutschen, allerdings gibt es auch deutlich geringere Scheidungsraten und weniger Verwitwete. Dies mag neben den festeren Familienstrukturen damit zusammenhängen, dass die Gruppe der Migrantinnen und Migranten strukturell jünger ist als die Gruppe der deutschen Bevölkerung.

| Altersgruppen | Deutsche       |            | Ausländer     |            | Gesamtbevölkerung |                     |
|---------------|----------------|------------|---------------|------------|-------------------|---------------------|
|               | Anzahl         | in Prozent | Anzahl        | in Prozent | Anzahl            | darunter Ausl. in % |
| 00-06         | 15.761         | 5,5        | 3.993         | 9,8        | 19.754            | 20,2                |
| 06-10         | 11.004         | 3,9        | 2.595         | 6,4        | 13.599            | 19,1                |
| 10-15         | 13.132         | 4,6        | 2.798         | 6,9        | 15.930            | 17,6                |
| 15-18         | 7.504          | 2,6        | 1.984         | 4,9        | 9.488             | 20,9                |
| 18-21         | 7.753          | 2,7        | 2.204         | 5,4        | 9.957             | 22,1                |
| 21-30         | 34.441         | 12,1       | 8.183         | 20,1       | 42.624            | 19,2                |
| 30-60         | 118.892        | 41,8       | 16.634        | 40,8       | 135.526           | 12,3                |
| 60 und älter  | 75.889         | 26,7       | 2.376         | 5,8        | 78.265            | 3,0                 |
| <b>Summe</b>  | <b>284.376</b> | <b>100</b> | <b>40.767</b> | <b>100</b> | <b>325.143</b>    | <b>12,5</b>         |

Tabelle 12: Deutsche und ausländische Bevölkerung in Bielefeld nach ausgewählten Altersgruppen am 31.12.96  
Datenquelle: Melderegister der Stadt Bielefeld

Die medizinische Versorgung von Migrantinnen und Migranten ist in Bielefeld, wie auch bundesweit, nicht ausreichend. „Indikatoren für eine unzureichende Gesundheitsversorgung sind u. a.: Die geringe Zahl ausländischer Fachkräfte im Gesundheitswesen, Mängel in der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung, Defizite bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens“ (Ausländerbericht 1994, 43).

#### 4.2.5 Sterblichkeit und Lebenserwartung

##### Sterblichkeit

Im Laufe der letzten Jahre sank die Sterblichkeit (lögd Indikator 3.1). Im Mittelwert der Jahre 1991 bis 1993 verstarben in Bielefeld je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, 1.057,4 Männer und 1.137,1 Frauen. Die Sterblichkeit bei Frauen war damit leicht höher als bei Männern. Im Vergleich mit dem NRW-Durchschnitt war die Sterblichkeit der Bielefelderinnen und Bielefelder ganz leicht erhöht. Werden jedoch die Daten aus Münster miteinbezogen, so fällt auf, dass dessen Einwohnerinnen und Einwohner mit Werten von 862,3 bei den Männern und 896,8 bei den Frauen eine erheblich geringere Sterblichkeit hatten. Wenn die Sterblichkeitsdaten an der standardisierten Europabevölkerung (neu) standardisiert werden, so zeigt sich dennoch, dass Bielefeld und Münster in NRW zu den zehn Städten und Kreisen mit der geringsten Sterblichkeit gehören.

| Verwaltungsbezirk | je 100.000 Einwohner |         | standardisiert<br>an der Europabevölkerung neu |        |
|-------------------|----------------------|---------|--|--------|
|                   | Männer               | Frauen  | Männer   | Frauen |
| <b>Bielefeld</b>  | 1.057,4              | 1.137,1 | 881,0  | 798,4  |
| <b>Münster</b>    | 862,3                | 896,8   | 866,7  | 786,9  |
| <b>NRW</b>        | 1.053,5              | 1.129,3 | 1.1014,8                                       | 924,5  |

Tabelle 13: Sterbefälle je 100.000 Einwohner nach Geschlecht, NRW nach Verwaltungsbezirken, Mittelwert 1991 - 1993 lögd Indikator 3.3; Datenquelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW

##### Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit ist ein allgemeiner und umfassender Indikator zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung. Nachdem in Deutschland in den sechziger Jahren die Säuglingssterblichkeit noch erheblich höher war als in anderen westlichen Industriestaaten, haben die in den siebziger Jahren eingeführten Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen sowie die besondere Betreuung von Risikoschwangerschaften dazu geführt, dass die Säuglingssterblichkeit in Deutschland erheblich gesunken ist. Im Jahre 1993 gab es pro 1.000 Lebendgeborene in Bielefeld 6,5 Säuglingssterbefälle. In Münster liegt diese Zahl bei 4,1, im NRW-Durchschnitt bei 6,2 (lögd Indikator 3.5a). Ausgehend von den Mittelwerten der Jahre 1991 - 1993 lässt sich fest-

stellen, dass Bielefeld in NRW zu den 11 Kreisen und Städten mit der höchsten Säuglingssterblichkeit gehört.

Bei Angaben über die Säuglingssterblichkeit ist zu beachten, dass Sterbefälle nach dem Wohnortprinzip erfasst werden, „die Geburten finden jedoch häufig in Kliniken eines benachbarten Kreises statt. Beim Rückschluss auf regionale Versorgungsqualität bei der Geburt ist dieser Umstand zu beachten“ (Iögd 1996, 65).

### **Vermeidbare Sterblichkeit**

Es ist interessant, Aussagen über die gesamtgesellschaftliche und präventiv-medizinische Wirksamkeit des Gesundheitssystems zu erhalten. Deshalb lohnt sich bei der Analyse von Sterblichkeit besonders ein Blick auf die Krankheiten, bei denen Prävention oder bessere Versorgung zu einer Zunahme der Lebensjahre führen würden. Methodisch wird dabei so vorgegangen, dass für bestimmte Krankheiten, z. B. Brustkrebs oder koronare Herzerkrankungen, erfasst wird, wie viele Lebensjahre durch ein Versterben vor dem 65. Lebensjahr „verloren“ gehen. „Der Begriff, Vermeidbare Sterbefälle bezieht sich auf Todesursachen, die bei optimalen Versorgungsverhältnissen hinsichtlich Früherkennung und Behandlung, bei gesundheitsbewusster Lebensweise oder bei der Reduktion von Risiken aus der Umwelt als vermeidbar angesehen werden. Vermeidbarkeit gilt hier natürlich in erster Linie für vermeidbare Sterblichkeit, daher werden vermeidbare Sterbefälle in der Regel auf definierte Altersgruppen der unter 65-jährigen Bevölkerung bezogen. Im Vordergrund steht hier die Frage nach der Effektivität und Qualität der gesundheitlichen Versorgung“ (Bardehle/Annuß 1996, 76).

Seitens des Iögd werden die Todesursachen dargestellt, die aufgrund ihrer Häufigkeit von besonderem Interesse sind: Brustkrebs, Hypertonie und Schlaganfall, Ischämische Herzkrankheiten, bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge, chronische Leberkrankheit und -zirrhose sowie Kraftfahrzeugunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs. Ausgehend von der standardisierten Mortalitäts-Verhältniszahl (SMR) ergibt sich bei der Analyse der vermeidbaren Sterblichkeit für den Mittelwert der Daten von 1989 bis 1993, folgendes (Iögd Indikator 3.13): Im NRW-Vergleich liegen die Bielefelder Daten bei Brustkrebs, Hypertonie und Schlaganfall, Ischämischen Herzkrankheiten und bösartigen Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge deutlich unter dem Landesdurchschnitt. So ist die SMR für bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge in Bielefeld 25 Prozent geringer als im NRW-Mittel. Dies mag an der Lage der Stadt „im Grünen“ liegen. Für chronische Leberkrankheit und -zirrhose sowie Kraftfahrzeugunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs liegt die SMR leicht über dem NRW-Mittel.

| Verwaltungsbezirk | Brustkrebs             | Hypertonie und Schlaganfall | Ischämische Herzkrankh. | Bösartige Neubild. der Luftröhre, Bronchien u. Lunge | Chronische Leberkrankheiten und -zirrhose | KFZ-Unfälle innerhalb u. außerhalb des Verkehrs |
|-------------------|------------------------|-----------------------------|-------------------------|--|---|---|
|                   | 25-64 Jahre (weiblich) | 35-64 Jahre                 | 35-64 Jahre             | 15-64 Jahre  | 15-74 Jahre                               | 00-99 Jahre                                     |
| Bielefeld         | 0,88                   | 0,95                        | 0,89                    | 0,75   | 1,03                                      | 1,04  |
| Münster           | 1,06                   | 0,83                        | 0,72                    | 0,95   | 0,69                                      | 0,95  |
| NRW               | 1,00                   | 1,00                        | 1,00                    | 1,00   | 1,00                                      | 1,00  |

Tabelle 14: „Vermeidbare Sterbefälle“ im Regionalvergleich, SMR-Werte, NRW nach Verwaltungsbezirken, Mittelwert 1989 bis 1993  
 lögd Indikator 3.13; Datenquelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik  
 NRW: Statistik der Sterbefälle

### Länge des Lebens

Wenn es um Aussagen zur Sterblichkeit geht, wird häufig „(...) hierfür die *mittlere Lebenserwartung* verwendet; sie sagt aus, wie viele Lebensjahre ein Neugeborener beim derzeitigen Sterberisiko der Bevölkerung in den einzelnen Altersgruppen erwarten kann“ (GBE 1998, 43). Im Laufe dieses Jahrhunderts ist die mittlere Lebenserwartung ganz erheblich gestiegen. „1995 lag sie in Deutschland für Männer bei 73,3 und für Frauen bei 79,8 Jahren; zu Beginn des Jahrhunderts hatte sie erst 44,8 bzw. 48,3 Jahre betragen“ (GBE 1998, 43). Die mittlere Lebenserwartung von Frauen war und ist größer als die von Männern. In Bielefeld ist, für einen Mittelwert der Jahre 1991 bis 1995, die mittlere Lebenserwartung der Männer mit 73,9 Jahren bzw. die der Frauen mit 80,4 Jahren höher als in Bund oder Land (lögd Indikator 3.7A).

Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass die Bundesrepublik bei der Lebenserwartung im internationalen Vergleich nur im Mittelfeld liegt. „Innerhalb der EU-Länder steht Deutschland bei der Lebenserwartung auf dem 10. Platz, unter den sieben führenden Industrieländern (G7) auf dem sechsten. Die von den anderen Ländern erreichten Fortschritte zeigen, dass sich die Sterblichkeit senken lässt, wenn quantitativ bedeutsame und vermeidbare Todesursachen wirksam angegangen werden“ (Statistisches Bundesamt 1998, 52).

| Verwaltungsbezirk | Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren |        | Abweichung vom Landesdurchschnitt in Jahren |        |
|-------------------|---|--------|---|--------|
|                   | Männer  | Frauen | Männer                                      | Frauen |
| Bielefeld         | 73,9  | 80,4   | 1,0   | 1,0    |
| Münster           | 74,4  | 80,8   | 1,5   | 1,4    |
| NRW               | 73,0  | 79,4   | -   | -      |

Tabelle 15: Mittlere geschlechtsspezifische Lebenserwartung in Jahren  
 lögd Indikator 3.7A; Stand: 1995; Datenquelle: Landesinstitut für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Statistik der Sterbefälle; lögd-Berechnungen mit Mittelwerten der mittleren Lebenserwartung der Jahre 1991 bis 1995

#### **4.2.6 Todesursachenspektrum und Krankheitsfälle**

Da Mortalitäts- und Morbiditätsdaten nur in Ausnahmefällen für die Stadt Bielefeld erhältlich waren, zumeist bezogen sich die Zahlen auf das Land NRW bzw. auf den Verwaltungsbezirk Bielefeld, beziehen sich die folgenden Ausführungen in der Regel auf Daten für das Land. Dieses Verfahren ergibt sich zum einen aus datenschutzrechtlichen Überlegungen; bei kleinräumiger und detailorientierter Gesundheitsberichterstattung sei, so die juristische Sichtweise, die Gefahr von Reidentifizierungen zu groß. Zum anderen spricht aber auch der potentiell große Einfluss der Zufallsvariabilität bei regionalen Vergleichen für einen vorsichtigen Umgang mit Daten über kleinräumige Einheiten.

Bei der Betrachtung von Erkrankungen und Krankheitshäufigkeiten zeigt sich, dass sich das Krankheitspanorama verändert hat. Dies findet seinen Ausdruck am deutlichsten in der Todesursachenstatistik. „Standen zu Beginn des Jahrhunderts noch infektiöse Krankheiten im Vordergrund, so sind es heute vornehmlich bösartige Neubildungen, vor allem aber Herz-Kreislauf-Krankheiten. 1995 verursachten alle infektiösen und parasitären Krankheiten zusammen 0,9 Prozent aller Sterbefälle, 1900 waren es allein für die Tuberkulose schon 10,2 Prozent gewesen“ (Statistisches Bundesamt 1998, 48). Das Todesursachenspektrum kann über das Verhältnis der 17 ICD-Hauptgruppen beschrieben werden. Dabei fällt auf, dass besonders bösartige Neubildungen, ischämische Herzkrankheiten, zerebrovaskuläre Krankheiten, KFZ-Unfälle im Verkehr, Suizide und Selbstschädigungen sowie alkoholbedingte Sterbefälle (Statistisches Bundesamt 1998) wichtige Todesursachen in Deutschland sind, bei denen außerdem deutliche regionale Unterschiede auftreten können. Seit 1980 (Statistisches Bundesamt 1998) haben bösartige Neuerkrankungen, psychiatrische Krankheiten und Erkrankungen des Nervensystems und der Sinnesorgane an Bedeutung gewonnen. Die Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems sowie an Verletzungen und Vergiftungen sank leicht.

#### **Todesursachenspektrum**

Hier sei nur auf die beiden wichtigsten Todesursachen eingegangen: Immerhin entfielen 1995 73,3 Prozent aller Todesfälle auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bösartige Neubildungen.

An der Spitze der Todesursachen stehen die Sterbefälle aufgrund von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, d. h. vor allem Herzinfarkt, plötzlicher Herztod und Schlaganfall. „Krankheiten des Kreislaufsystems stehen mit einem Anteil von 50 Prozent an der Spitze der Todesursachenliste in Deutschland wie auch in den meisten anderen Industrienationen“ (Bardehle/Annuß 1996, 273). Von Todesfällen durch Herz-Kreislauserkrankungen sind Ältere überproportional betroffen.

„1995 verursachten sie bei den 80-84-Jährigen 53,9 Prozent der männlichen und 59,6 Prozent der weiblichen Sterbefälle. Bei den über 89-Jährigen waren es sogar 60,5 bzw. 67,2 Prozent. Aus diesem Grund war das durchschnittliche standardisierte Sterbealter auch besonders hoch, 76,9 Jahre bei den Männern und 80,2 Jahre bei den Frauen“ (Statistisches Bundesamt 1998,

50). Doch auch bei den Jüngeren, den 35- bis 64-Jährigen, sterben 33 Prozent der Männer und 24 Prozent der Frauen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

In NRW nahm die Sterblichkeit an Herz-Kreislauferkrankungen in den letzten Jahren leicht ab. Wenn die SMR-Auswertung und die Daten zu Herzinfarkten verallgemeinerbar sind, dann ist die Sterblichkeit an Herz-Kreislauferkrankungen im Verwaltungsbezirk Bielefeld unterdurchschnittlich: Bezogen auf je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner gab es im Mittel der Jahre 1995 bis 1997 66,0 Sterbefälle im Verwaltungsbezirk Bielefeld, 59,4 im Verwaltungsbezirk Münster und 77,9 in NRW. Im Vergleich mit dem Landesdurchschnitt, also bei einer Betrachtung der Stadt von außen, können die Daten für Bielefeld so interpretiert werden, dass es keinen erhöhten Handlungsbedarf gibt. Aus einer Innensicht betrachtet entbinden die Zahlen die Verantwortlichen jedoch nicht davon, Maßnahmen zur Senkung der Sterblichkeit durchzuführen.

In der Todesursachenstatistik stehen bösartige Neubildungen, d. h. Krebserkrankungen, an der zweiten Stelle. Da das Sterberisiko bei bösartigen Neubildungen mit zunehmendem Alter steigt, ist bei einer alternden Gesamtbevölkerung von einer steigenden Sterblichkeit auszugehen. In 1993 entfielen in NRW auf Krebs 25,6 Prozent, auf Bundesebene 1995 24,1 Prozent aller Sterbefälle. Die häufigste Todesursache bei den Männern ist der Lungenkrebs: 1995 starben in Deutschland 26,7 Prozent aller Männer daran. Von den Frauen starben in Deutschland 1995 17,9 Prozent an Brustkrebs. Zur Beschreibung der Bielefelder Situation wird erneut auf die standardisierten Mortalitäts-Verhältniszahlen zurückgegriffen. Die SMR-Werte für den Verwaltungsbezirk Bielefeld für bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge bzw. Brustkrebs liegen deutlich unter dem NRW-Mittel. Für Bielefeld wäre demnach, unter Berücksichtigung der defizitären Datenlage, kein erhöhter Handlungsbedarf ableitbar.

## **Krankheitsfälle**

Ließ sich aus der Datenlage zur Mortalität noch für Bielefeld ableiten, dass es wahrscheinlich keinen größeren Handlungsbedarf (mit Ausnahme bei der Säuglingssterblichkeit) gibt, sind die Daten zur Morbidität so unzureichend, dass sich auch über Hilfskonstruktionen keine seriösen Aussagen für die Stadt Bielefeld treffen lassen. Auch für den Verwaltungsbezirk Bielefeld liegen keine verwertbaren Daten vor, aus denen tatsächlich differenzierte Aussagen zum Gesundheitszustand ableitbar sind.

„Es fehlen (...) genauere Daten zur allgemeinen - auch subjektiven - Morbidität in der Bevölkerung. Diese Daten können nur durch Gesundheitsbefragungen (Surveys) erhoben werden. Eine verstärkte Förderung dieses Informationsinstruments wäre daher wünschenswert“ (Brand 1996, 17).

Auch ob Aussagen zu Krankenhausfällen in Zusammenhang mit chronischen Krankheiten für Bielefeld sinnvoll sind, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden, da zu den Auswirkungen der zahlreichen stationären Heimplätze für die Statistik nur Vermutungen angestellt werden können.

An dieser Stelle sei die These aufgestellt, dass die zahlreichen Heimplätze ausschlaggebend für die hohe Zahl an Krankenhausfällen z. B. für Suchterkrankungen und psychiatrische Erkrankungen sind. Für die über dem NRW-Durchschnitt liegende Zahl an Krankenhausfällen z. B. bei Parkinson und Krankheiten des Nervensystems könnte allerdings eher die Überalterung der Bevölkerung sprechen, darauf weisen in diesem Zusammenhang zumindest die Vergleichszahlen aus Münster hin.

| Verwaltungsbezirk | Krankenhausfälle je 100.000 Menschen |      |      |
|-------------------|--------------------------------------|------|------|
|                   | 1994                                 | 1995 | 1996 |

|           | Krankenhausfälle durch Alkoholabhängigkeit (ICD-9: 303)<br>je 100.000 Menschen |        |        |
|-----------|--|--------|--------|
| Bielefeld | 420,51   | 439,42 | 473,01 |
| Münster   | 270,18   | 300,79 | 308,97 |
| NRW       | 227,94   | 231,08 | 235,75 |

|           | Krankenhausfälle durch schizophrene Psychosen (ICD-9: 295)<br>je 100.000 Menschen |        |        |
|-----------|---|--------|--------|
| Bielefeld | 232,76  | 287,29 | 296,21 |
| Münster   | 189,39  | 204,93 | 256,97 |
| NRW       | 158,03  | 166,27 | 165,23 |

|           | Krankenhausfälle durch psychiatrische Krankheiten (ICD-9: 290-319)<br>je 100.000 Menschen |          |          |
|-----------|---|----------|----------|
| Bielefeld | 1.362,04  | 1.516,69 | 1.554,48 |
| Münster   | 1.241,92  | 1.392,62 | 1.543,32 |
| NRW       | 1.022,80  | 1.055,30 | 1.065,65 |

|           | Krankenhausfälle durch Medikamenten- u. Drogenabhängigkeit (ICD-9:<br>304)<br>je 100.000 Menschen |        |        |
|-----------|---|--------|--------|
| Bielefeld | 109,75  | 120,35 | 128,05 |
| Münster   | 102,21  | 124,17 | 130,75 |
| NRW       | 66,05   | 74,09  | 77,96  |

|           | Krankenhausfälle durch Parkinson-Syndrom (ICD-9: 332)<br>je 100.000 Menschen |       |       |
|-----------|--|-------|-------|
| Bielefeld | 53,03  | 46,6  | 46,59 |
| Münster   | 63,88  | 47,18 | 49,74 |
| NRW       | 37,97  | 36,42 | 37,06 |

|           | Krankenhausfälle durch Krankheiten des Nervensystems u. der<br>Sinnesorgane (ICD-9: 320-389)<br>je 100.000 Menschen |          |          |
|-----------|---|----------|----------|
| Bielefeld | 1.150,55  | 1.209,34 | 1.311,34 |
| Münster   | 1.208,47  | 1.215,61 | 1.297,28 |
| NRW       | 1.132,69  | 1.175,11 | 1.200,09 |

Tabelle 16: Krankenhausfälle, NRW nach Verwaltungsbezirken, 1994-1996  
Datenquelle LDS/lögd

#### **4.2.7 Auffälligkeiten: Anregungen für weitere Forschung und Anfragen an die Politik**

Insbesondere das Fehlen aussagekräftiger Morbiditätsdaten ist zu beklagen. Ein Ausgleich zwischen Bedürfnis- und Bedarfsorientierung auf der einen Seite und den konkreten Versorgungsstrukturen auf der anderen Seite ist nur dann sinnvoll, wenn auch subjektive Morbiditätsdaten erhoben werden. Eine repräsentative Gesundheitsbefragung, ein Survey für Bielefeld ist nötig. Auf der Basis eines Surveys könnten dann auch Daten über vulnerable Gruppen zur Verfügung gestellt werden.

#### **Der wachsende Anteil älterer Menschen und die demographische Alterung**

Der überdurchschnittlich hohe Anteil der in Bielefeld lebenden über 65-Jährigen ist ein Indiz für eine strukturelle Überalterung der Stadt. Bis zum Jahr 2015 wird der Anteil der älteren Menschen, besonders auch der Hochbetagten, wahrscheinlich weiter steigen. Dies bleibt nicht ohne Einfluss auf den Bedarf an medizinischer Versorgung und ambulanter und stationärer Pflege. Altersgruppenspezifische Wanderungsbewegungen verstärken die Veränderung der Generationenverhältnisse weiter und führen möglicherweise in Verbindung mit brüchiger werdenden Familienstrukturen, einer zunehmenden Individualisierung der Gesellschaft und veränderten Wohnformen zur Minderung bisheriger familiärer informeller Hilfpotentiale.

„Die drohende Überlastung dieser Solidarbeziehungen weist besonders den Kommunen Aufgaben in einem Maße zu, von dem sie gegenwärtig vielfach noch keine Vorstellung haben. Dabei spielt es keine Rolle, ob man den Gemeinden nur die Aufgabe der Sicherung von Restrisiken oder die der Grundsicherung ansinnt“ (Lögd 1997, 31).

#### **Die sich weiter öffnende Schere zwischen Arm und Reich**

Auch wenn Bielefeld im statistischen Vergleich mit anderen Städten und Kreisen in Nordrhein-Westfalen als wohlhabend urban gilt, weil es rechnerisch wenig ausgeprägte Armut gibt, so deutet eine Analyse der Indikatoren sozialer Ungleichheit darauf hin, dass sich auch in Bielefeld die Schere zwischen Arm und Reich weiter öffnet. Gewiss, im Vergleich mit Ruhrgebietsstädten wie Dortmund oder Duisburg erscheint Bielefeld als wohlhabend, doch gibt es innerstädtisch wahrnehmbare Bevölkerungsgruppen, deren Größe im Verlauf der letzten Jahre gewachsen ist, bei denen als Begleiterscheinung von relativer oder verdeckter Armut negative gesundheitliche Folgen sehr wahrscheinlich sind.

#### **Die angespannte Lage auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt**

Arbeitslosigkeit führt bei den Betroffenen häufig zu Krankheiten und mindert gleichzeitig aber auch die finanzielle Grundlage des Gesundheitssystems. Arbeitslosigkeit verstärkt die Ausgrenzungen ohnehin sozial benachteiligter Gruppen, das Fehlen finanzieller Ressourcen fördert dann die Entstehung sozialer Brennpunkte. Arbeitslosigkeit ist für die Betroffenen ein Armuts-

risiko und über die Armut wiederum Auslöserin für gesundheitliche Ungleichheit. Für Bielefeld bedeutet dies, dass die gewachsene Arbeitslosigkeit in der Stadt und die Sorge der Beschäftigten angesichts der angespannten Lage auf dem Arbeitsmarkt aus der Sicht der Gesundheitswissenschaften so eindeutig negativ auf das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand der Bevölkerung wirken, dass die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit auch unter dem Blickwinkel „Gesundheitspolitik“ die gegenwärtig wichtigste Herausforderung für die Verantwortlichen darstellt.

Auch zur Verbesserung der Lage auf dem Wohnungsmarkt wären Maßnahmen notwendig. Einerseits fehlt bezahlbarer Wohnraum, die begrenzten finanziellen Möglichkeiten einiger Bielefelderinnen und Bielefelder dürften Folge von Arbeitslosigkeit bzw. dem Mangel an Vollzeitstellen sein, andererseits mangelt es an behindertengerechten Wohnungen.

### **Die Verbesserungsbedürftigkeit der Integration von Migranten unterschiedlichster Herkunft**

Für ein dauerhaft gutes und nachbarschaftliches Zusammenleben in Bielefeld ist es wenig förderlich, wenn eine Bevölkerungsgruppe, der immerhin 12,5 Prozent der Bielefelderinnen und Bielefelder angehören, Ausgrenzungen erlebt, bzw. das Gefühl hat, ausgegrenzt zu sein. Vorausgesetzt, es besteht politischerseits an einer Integration Interesse, sind durch gestaltende Maßnahmen auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt erkennbare Verarmungen und Ghettoisierungen zu stoppen. Notwendig für eine Integration wäre auch eine stärkere Öffnung des Gesundheitswesens sowohl für Fachpersonal ausländischer Herkunft als auch für Ratsuchende und Erkrankte.

### **Die im Landesvergleich auffallenden Extreme bei der Sterblichkeit**

Bei einem Vergleich der Sterblichkeit in Bielefeld mit den Durchschnittszahlen des Landes fällt auf, dass Bielefeld bei der allgemeinen Sterblichkeit zu den 10 Städten und Kreisen in NRW gehört, in der es die niedrigste Sterblichkeit gibt. Die mittlere Lebenserwartung in Bielefeld ist höher als im NRW-Durchschnitt. Zugleich gehört Bielefeld aber auch zu den 11 Städten und Kreisen, in denen es die höchste Säuglingssterblichkeit gibt. Bei Maßnahmen zur Verringerung der Sterblichkeit wäre deshalb die Senkung der Säuglingssterblichkeit prioritär.

### **Die unterdurchschnittliche Sterblichkeit an Herz-Kreislaufkrankungen und Krebs**

Die standardisierten Mortalitäts-Verhältniszahlen für ischämische Herzerkrankungen, Hypertonie und Schlaganfall sowie für bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge bzw. Brustkrebs liegen für den Verwaltungsbezirk Bielefeld deutlich unter dem NRW-Mittel.

## **Der Einfluss auf die Krankenhausfälle durch die Bielefelder Menschen, die in Einrichtungen leben**

Für bestimmte Krankheitsarten ist für den Bezirk Bielefeld die Zahl der Krankenhausfälle ganz erheblich höher als im NRW-Mittel. Es müsste geprüft werden, ob die Vielzahl der Bielefelder Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen die Datenlage so sehr verändert, dass die Zahlen für die „Allgemeinbevölkerung“ keine Aussagekraft mehr haben.

### **4.3 Gesundheitsversorgungssystem**

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln auf die Subsysteme Politik und Bevölkerung eingegangen wurde, wird im dritten Teil das Gesundheitsversorgungssystem näher beschrieben.

Im „Community Assessment“ des Gesundheitsversorgungssystems geht es unter anderem um die Analyse der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Generell lassen sich diese Ressourcen in die folgenden Teilbereiche unterteilen (GBE 1998):

- Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung
- Ambulante Gesundheitsversorgung
- Stationäre und teilstationäre Gesundheitsversorgung
- Industrie, Forschung und Verwaltung
- Erwerbstätige

Der Gesundheitsschutz als Teil des öffentlichen Gesundheitswesens wird vor allem von den Gesundheitsämtern wahrgenommen. Sein Aufgabengebiet umfasst beispielsweise die Lebensmittelüberwachung, den gesundheitlichen Umweltschutz sowie die Verhinderung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten durch ausreichenden Impfschutz. Unter anderem möchte die Gesundheitsförderung Bürger und Bürgerinnen motivieren, eigenes Interesse an Ihrer Gesundheit zu entwickeln. Unterstützt werden sie hierbei durch ein soziales Netzwerk bestehend aus großen Institutionen und einer Vielzahl von Laien- und Selbsthilfegruppen (GBE 1998).

Zu der ambulanten Gesundheitsversorgung zählen Ärzte und Ärztinnen, Apotheken, alle ambulanten Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen nichtärztlicher medizinischer Berufe und Einrichtungen des Gesundheitshandwerks. Den stationären und teilstationären Versorgungsbereich decken Krankenhäuser, Kur-, Spezial-, Vorsorge- und Rehaeinrichtungen, Alteneinrichtungen, Rettungsdienste und das Krankentransportwesen ab.

Eher im Hintergrund wirken die Ressourcen Industrie, Forschung und Verwaltung. Sie bleiben bis auf administrative Vorgänge der Leistungsgewährung für den Bürger und die Bürgerinnen unsichtbar. Die notwendigen Waren für die Gesundheitsversorgung liefern hierbei die pharmazeutische und medizinische Industrie. Die Qualität des Gesundheitswesens wird von dem Wissen und der Innovationsfähigkeit der Forschung beeinflusst. Die institutionelle Basis der finanziellen Absicherung ist die Krankenversicherung, vertreten durch die Krankenkassen. Die menschliche Arbeitskraft, als zentrale

Ressource der Gesundheitsversorgung, fließt in alle genannten Bereiche mit ein.

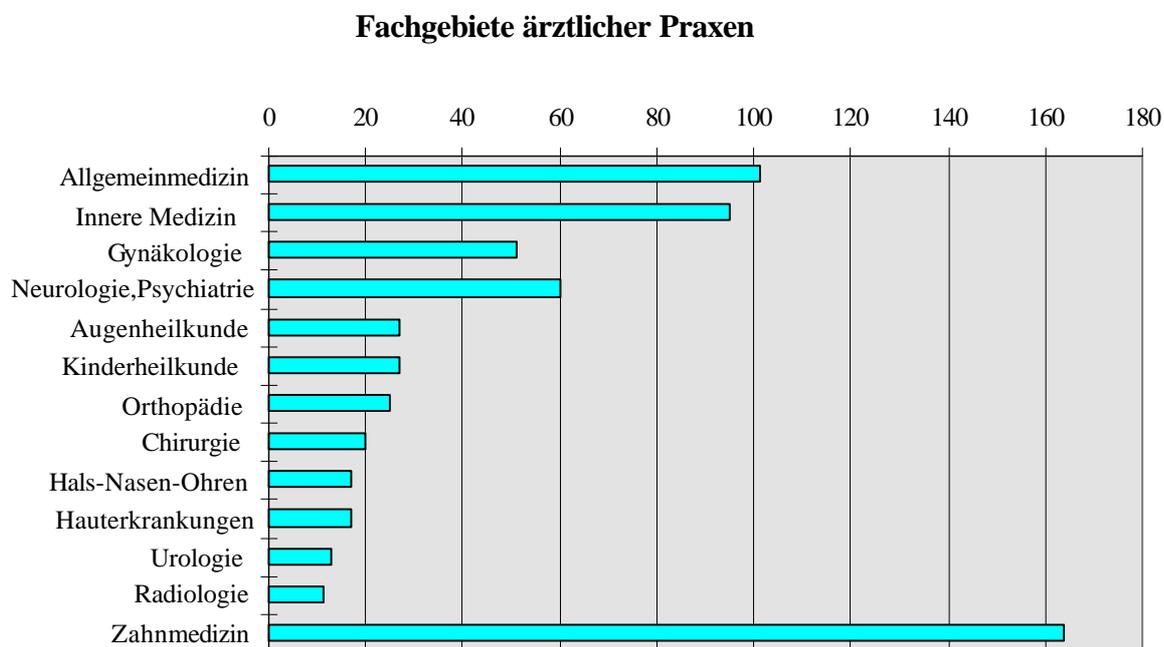
In diesem Kapitel geht es darum, über die Anzahl und geographische Verteilung der Bielefelder Einrichtungen und Anbieter bzw. Anbieterinnen in der Gesundheitsversorgung einen Überblick zu erhalten. Deshalb liegt der Fokus auf der institutionellen Versorgungsstruktur und orientiert sich an der Frage nach einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung. Im Kern werden deshalb die Ressourcen „ambulante und stationäre Einrichtungen“ im Gesundheitswesen hervorgehoben und ein Teil ihrer Vernetzungen aufgezeigt. Die Bereiche Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung (einschließlich dem Bereich der Selbsthilfe), Industrie, Forschung und Verwaltung werden eher vernachlässigt. Aus Zeitgründen konnten nicht alle Einrichtungen freier Träger erhoben werden.

Einen eigenen Gesundheitsbericht mit Daten über das Gesundheitsversorgungssystem für die Stadt Bielefeld gibt es nicht. Einzelne Informationen müssen aus den verschiedenen Ämtern zusammengetragen werden. Vorbildfunktion nimmt hierbei die Koordinationsstelle Altenhilfe in Bielefeld ein. Ihr ist es in Zusammenarbeit mit Vertretern und Vertreterinnen von Pflegeeinrichtungen gelungen, einen aussagekräftigen „Pflegebedarfsplan“ für Bielefeld zu entwickeln. Der Pflegebedarfsplan dokumentiert Bestandszahlen pflegebedürftiger Menschen und enthält Maßnahmen, mit denen eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung erreicht werden könnte. Die Fazite dieses Plans werden an entsprechender Stelle zitiert. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, ist auch der Bielefelder Armuts- und Sozialbericht als Bereicherung für die Bielefelder Gesundheitsberichterstattung anzusehen. Ihm sind die Daten zu „stationären Wohnformen für Menschen mit Behinderungen“ entnommen worden. Als Ergänzung zur quantitativen Erhebung wurden Experteninterviews durchgeführt.

## **Ambulante Versorgung**

**Ärztliche Praxen** nehmen eine zentrale Funktion in der ambulanten Versorgung von Patienten und Patientinnen ein, da hier zumeist die erste professionelle Versorgung stattfindet. Anfang 1998 gab es in Bielefeld 464 niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, woraus sich eine Arztdichte von 145 pro 100.000 Einwohnern ergibt. Da 1995 die Vertragsarztdichte in NRW bei 122 lag, kann von einer Gewährleistung der ärztlichen Versorgung in Bielefeld ausgegangen werden (GBE 1998). Die folgende Grafik gibt an, wie viele niedergelassene Ärzte und Ärztinnen der einzelnen Fachgebiete es in Bielefeld gibt (Barmer Krankenkasse 1998).

Abb. 14: Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen in Bielefeld gegliedert nach Fachgebieten (Barmer Krankenkasse 1998)



Eine weitere wichtige Säule der Gesundheitsversorgung ist die **Apotheke**. Ihre Aufgabe ist es, die Grundversorgung der Bevölkerung mit Medikamenten sicherzustellen. Nach Auskünften des Bielefelder Gesundheitsamtes ist Bielefeld mit 90 Apotheken auch in diesem Bereich ausreichend versorgt und liegt mit ca. 3.500 Einwohnern und Einwohnerinnen je Apotheke genau im Durchschnitt von NRW (Interview 13; lögd).

Eine Vielzahl unterschiedlicher Einrichtungen werden unter dem Begriff „**Praxen nichtärztlicher Einrichtungen**“ zusammengefasst (GBE 1998):

- Beschäftigungstherapie und Arbeitstherapie
- Geburtshilfe
- Heilpraktik
- Physiotherapie
- Kinder- und Jugendpsychotherapie
- Psychotherapie
- Logopädie
- Sprach-, Stimm- und Atembehandlung
- Medizinische Fußpflege
- Gesundheitsberatung
- Diätassistenten
- Heileurythmus
- Musiktherapie

In Bielefeld ist besonders die hohe Zahl der 87 Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen auffällig, die zu den 60 bereits unter „Ärzte“ aufge-

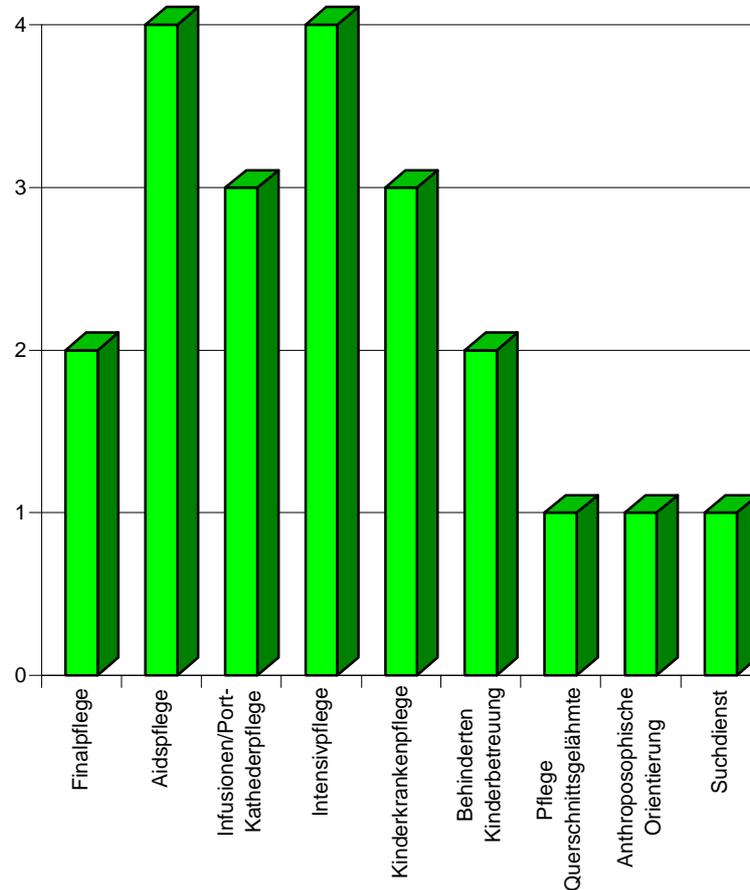
fürten Bereiche ärztliche Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapeutik und Psychoanalyse kommen.

Zum Leistungsspektrum der **ambulanten Pflegeeinrichtungen** zählen die sogenannte Grundpflege, medizinische Behandlungspflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Zur Grundpflege werden allgemeine pflegende Maßnahmen gezählt, wie z. B. Unterstützung bei der Körperpflege und bei der Nahrungsaufnahme. Die medizinische Behandlungspflege umfasst u. a. Injektionen, Verbandwechsel, Wundversorgung und Blutdruckkontrolle. Zur hauswirtschaftlichen Versorgung gehören Tätigkeiten wie Einkaufen, Wäschewaschen und Nahrungszubereitung. Vom Leistungsangebot der ambulanten Pflegedienste profitieren vor allem ältere und pflegebedürftige Menschen, die in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben und so ihre Selbständigkeit wahren können.

Im März 1999 gab es 52 ambulante Pflegedienste in Bielefeld. 46 der Pflegedienste bieten Grund- und Behandlungspflege an, davon 19 zusätzlich Mobile Soziale Dienste. Drei bieten ausschließlich Mobile Soziale Dienste an, d. h. Dienste, die den hauswirtschaftlichen Hilfebedarf umfassen, wie Reinigung der Wohnung, Einkauf und Essenszubereitung. Inbegriffen sind auch Hilfen im Bereich der Kommunikation und Hilfen im Umgang mit Behörden bis hin zu den Hilfen bei Schwierigkeiten der Alltagsstrukturierung sowie Hilfen, die die Mobilität innerhalb und außerhalb der Wohnung betreffen (Begleithilfen, Fahrdienste,...) (MAGS 1995). Ferner gab es eine Familienpflegeeinrichtung und eine mit dem Angebot Kurzzeitpflege zu Hause. In der folgenden Abbildung findet sich eine Übersicht der Spezialgebiete, die darüber hinaus von Bielefelder Pflegediensten abgedeckt werden (Pflegeratungsbüro 1999):

Abb. 15: Spezialisierungen ambulanter Pflegedienste (Interview 14)

### Spezialisierungen ambulanter Pflegedienste



Die Zahl der ambulanten Pflegedienste hat sich seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 fast verdoppelt, wobei sich insbesondere private Träger und Trägerinnen angesiedelt haben. 25 der Dienste und somit fast 50 Prozent haben sich in Bielefeld Mitte, fünf in dem Stadtgebiet Heepen und je drei in Brackwede und Schildesche angesiedelt. In Gadderbaum, Dornberg, Jöllenbeck und Stieghorst gibt es je zwei und in den Stadtteilen Senne und Senne-stadt je einen ambulanten Pflegedienst.

Zum 31. März 1997 gab es bei den Diensten der freien Wohlfahrtspflege 397,84 und bei den privaten Trägern und Trägerinnen 148,91 Vollzeitbeschäftigte (hochgerechnet). Umgerechnet auf die einzelnen Dienste liegt der durchschnittliche Personalbestand bei den privaten Trägern und Trägerinnen um ca. 61 Prozent unter dem der freien Wohlfahrtspflege. Nur 23 Prozent der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen waren als Vollzeitbeschäftigte eingestellt. Die überwiegende Mehrheit arbeitet als Teilzeitbeschäftigte, was auf einen hohen Frauenanteil hinweist. Der Fachkräfteanteil liegt bei 42,8 Prozent.

Damit gemeint sind ausgebildete Krankenschwestern und -pfleger, Kinderkrankenschwestern und -pfleger und Altenpfleger und Altenpflegerinnen.

Zum Stichtag 31. März 1997 wurden in Bielefeld 1.418 Personen durch ambulante Pflegedienste versorgt. 863 durch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Dienste der freien Wohlfahrtspflege und 555 durch private Anbieter und Anbieterinnen (Krutwage/Linnenbürger 1998).

Fazit des Bielefelder Pflegebedarfsplans:

- „Die in Bielefeld ansässigen ambulanten Pflegedienste sind ausreichend, um den Bedarf an ambulanter Pflege im Stadtgebiet zu decken.
- Eine bessere infrastrukturelle Anbindung des Bielefelder Nordens ist anzustreben.
- Damit die ambulante Pflege „bedarfsgerecht“ genutzt, weiter vermittelt und weiterentwickelt werden kann, sind die Informationsgrundlagen sowohl auf der Angebots- als auch auf der Nachfrageseite („Kundenbefragung“) nachhaltig zu verbessern.
- Dem Bedarf vieler Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger nach Betreuungs- und Entlastungsangeboten trägt das SGB XI nicht Rechnung. Die Akzeptanz entsprechender Angebote hängt davon ab, wie hoch der Preis ist, so dass es entscheidend darauf ankommt, geeignete Organisationsformen zu entwickeln.“ (Krutwage/Linnenbürger 1998, 12)

Zu den ambulanten Einrichtungen Bielefelds zählen auch zwei **ambulante Hospizdienste**, deren Aufgabe in der ehrenamtlichen, psychosozialen Begleitung von Schwerkranken, Sterbenden und deren Angehörigen liegt.

Zur Ergänzung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen, die zu Hause leben, gibt es die Möglichkeit der Tagespflege. Hierbei werden Betreuungsleistungen stundenweise an fünf Tagen in der Woche angeboten. Zum Leistungsspektrum gehören beispielsweise Hol- und Bringdienste, Mahlzeiten, pflegerische Versorgung und Beschäftigungsangebote. In Bielefeld gibt es fünf **Tagespflegeeinrichtungen** mit insgesamt 76 Plätzen, darunter sind 16 gerontopsychiatrische Plätze. Drei der Tagespflegeeinrichtungen sind im Bereich Stadtmitte, eine in Heepen und eine in Stieghorst angesiedelt. Die Aufnahme richtet sich nicht nach dem Einzugsgebiet, sondern wird im Einzelfall entschieden. Die Öffnungszeiten der Einrichtungen gleichen sich annähernd und liegen montags – freitags zwischen 7.30 Uhr und 16.30 Uhr. Eine der Einrichtungen bietet an zwei Wochenendtagen im Monat zusätzlich ihre Dienste an.

Fazit des Bielefelder Pflegebedarfsplans:

- „Der Bedarf an Tagespflegeplätzen in der Stadt liegt bis zum Jahr 2002 bei 80 Plätzen als unterem Wert und 90 Plätzen als oberem Wert.
- Der erforderliche Ausbau der Platzkapazität muss die regionale Verteilung berücksichtigen, d. h. die Schaffung einer Einrichtung im Bielefelder Süden hat zum gegenwärtigen Zeitpunkt Priorität.
- Aufgrund der Zunahme dementieller Erkrankungen ist die Ausrichtung der Tagespflegeeinrichtung im Bielefelder Süden als gerontopsychiatrische Tagesstätte angezeigt.

- Weitergehende Planungen für Tagespflegeeinrichtungen sind an der regionalen Verteilung auszurichten und müssen sich auf die Nord-West-Region beschränken.“  
(Krutwage/Linnenbürger 1998, 12)

In Bielefeld gibt es bisher keine Einrichtung, die **Nachtpflege** anbietet.

Für die vorübergehende stationäre Ganztagsbetreuung pflegebedürftiger Menschen bietet sich die Kurzzeitpflege an. **Kurzzeitpflegeeinrichtungen** sind Solitäreinrichtungen oder selbständige Institutionen, die an größeren Pflegeeinrichtungen angeschlossen sind. Oftmals stehen zusätzlich in größeren stationären Pflegeeinrichtungen vorübergehend Einzelplätze für die Kurzzeitpflege zur Verfügung (GBE 1998). Eine wichtige Funktion der Kurzzeitpflege ist die Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten sowie die Entlastung pflegender Angehöriger zu Erholungszwecken.

Ende März 1997 boten in Bielefeld 25 vollstationäre Pflegeeinrichtungen insgesamt 27 feste und 24 „eingestreute“ Kurzzeitpflegeplätze an. Feste Plätze werden ganzjährig für die Kurzzeitpflege vorgehalten. Eingestreute Plätze sind Dauerpflegeplätze, die für die Kurzzeitpflege genutzt werden können. Für 19 der 27 festen Plätze besitzt die Stadt Bielefeld ein Belegungsrecht. Die Platzvergabe erfolgt ausschließlich über die zentrale Vermittlungsstelle für Kurzzeitpflege im Sozialamt. Die Auslastung dieser Plätze liegt bei über 90 Prozent. Neun der 27 festen Kurzzeitpflegeplätze sind im Stadtbezirk Schildesche, fünf in Mitte, jeweils vier in Stieghorst und Sennestadt, drei in Heepen und zwei in Brackwede. Keine Kurzzeitpflegeplätze gibt es in Jöllenbeck, Dornberg und Senne. Die Aufnahme von somatisch Pflegebedürftigen ist in allen Einrichtungen möglich. Für die Versorgung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Menschen stehen im Ganzen vier Plätze zur Verfügung. Die Hauptgründe für die Nutzung des Kurzzeitpflegeangebotes liegen in der Betreuung während der Urlaubszeit der Pflegenden (52 Prozent) und im krankheitsbedingten Ausfall der Hauptpflegeperson (23 Prozent). Die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege unterliegt saisonalen Schwankungen. Der Schwerpunkt der Auslastung ist die Haupturlaubszeit im Sommer (Krutwage/Linnenbürger 1998, Pflegeberatungsbüro 1999).

Fazit des Bielefelder Pflegebedarfsplans:

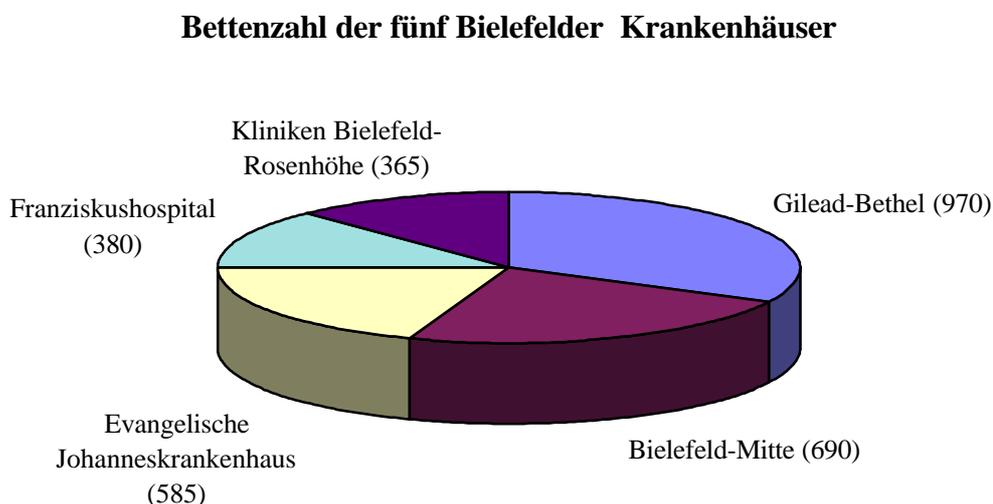
- „Der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen in der Stadt Bielefeld wird durch das bestehende Angebot bei ganzjähriger Betrachtung grundsätzlich gedeckt.
- Die Nachfrage nach Kurzzeitpflegeplätzen unterliegt starken saisonalen Schwankungen, die jedoch nicht eine Ausweitung des Bestandes an festen Plätzen rechtfertigen.
- Zur Verbesserung der wohnortnahen Versorgung mit Kurzzeitpflegeplätzen ist mit den Bielefelder Pflegeeinrichtungen abzuklären, ob für einen begrenzten Zeitraum des Jahres Plätze für die Kurzzeitpflege bereit gestellt werden können.
- Bei der Vermittlung zwischen Angebot und Nachfrage hat sich das von der Stadt Bielefeld aufgebaute Platzmanagement bewährt. Der Nutzen der Vermittlungsstelle liegt bei Pflegebedürftigen, Pflegenden und Pflegeeinrichtungen gleichermaßen.“ (Krutwage/Linnenbürger 1998, 12)

## Stationäre Gesundheitsversorgung

Die Hauptniederlassungen der zwei größten europäischen Träger diakonischer Einrichtungen von Bodelschwingsche Anstalten Bethel sowie Evangelisches Johanneswerk – befinden sich in Bielefeld. Diese stellten 1995 ca. 10.500 sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze. Das Landeszentrum für Epilepsie der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel besitzt eine überregionale Bedeutung, die bis in das angrenzende Ausland reicht (Bandemer et al. 1997).

In Bielefeld gibt es fünf Krankenhäuser mit insgesamt 2.990 stationären Plätzen. **Krankenhäuser** sind nach § 39 des Sozialgesetzbuches V stationäre Einrichtungen, in denen Patienten ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Unterkunft und Verpflegung erhalten, sofern das Behandlungsziel nicht ambulant oder teilstationär erfolgen kann. Sie stehen unter ständiger ärztlicher Leitung und verfügen über diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, die ihrem Versorgungsauftrag entsprechen (SGB V § 107 (1)). Drei der Krankenhäuser befinden sich im Zentrum von Bielefeld, das Krankenhaus Bielefeld Mitte, das Franziskushospital und das Evangelische Johannes-Krankenhaus. Im angrenzenden Ortsteil Gadderbaum liegen die Krankenanstalten Gilead-Bethel. Diese vier Einrichtungen stehen in einem Umkreis von nur zwei Kilometern dicht beieinander. Nur eines der fünf Krankenhäuser, das Krankenhaus Bielefeld Rosenhöhe liegt etwas außerhalb im Stadtteil Bielefeld Brackwede.

Abb. 16: Bettenzahl Bielefelder Krankenhäuser



Alle Krankenhäuser halten Betten im Bereich Allgemeinmedizin und Gynäkologie vor. Ansonsten variieren die Schwerpunkte ihrer Leistungsangebote. Die Krankenanstalten Gilead-Bethel sind mit 970 Betten die größte Bielefelder Gesundheitseinrichtung. Ihre Fachgebiete sind die Psychiatrie mit 306 Betten und die Neurologie mit 71 Betten. Das Evangelische Johannes-Krankenhaus verfügt über 50 psychosomatische und über 80 geriatrische

stationäre Betten. Die 50 psychosomatischen Betten sind zum größten Teil für sexuell traumatisierte Frauen vorgesehen. In diesem Bereich sind Wartezeiten von bis zu einem halben Jahr keine Seltenheit (Interview 9). Das Krankenhaus Bielefeld-Mitte (gesamt 690 Betten) hebt sich mit 32 Betten in seiner Hautklinik und 80 Betten in der Unfallchirurgie von den anderen Krankenhäusern ab.

Das Franziskushospital und die Kliniken Bielefeld-Rosenhöhe sind verhältnismäßig kleine Krankenhäuser in Bielefeld. Als besondere Abteilung führt das Franziskushospital eine Belegabteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Die Kliniken Bielefeld-Rosenhöhe verfügen über eine Augenklinik mit 14 Belegbetten.

Verglichen mit der Bundesrepublik oder NRW ist die Krankenhaus-Dichte in Bielefeld überdurchschnittlich hoch. Nach Meinung von Experten und Expertinnen liegt das daran, dass Bielefeld im Krankenhausesektor eine Oberzentrum-Funktion einnimmt und die umliegenden Kreise mitversorgt. Diese Aussage steht im Gegensatz zu der Studie des Instituts Arbeit und Technik Wissenschaftszentrum NRW, die im Auftrag der Wirtschaftsentwicklungs- und Marketinggesellschaft der Stadt Bielefeld erstellt wurde und besagt, dass aufgrund einer ausreichenden stationären Versorgungsstruktur im Umland die Bielefelder Krankenhäuser eine geringe Funktion über die Stadtgrenzen hinaus haben (Bandemer et al. 1997). Der Bielefelder Einzugsgebiete-Statistik ist zu entnehmen, dass ein Drittel der Patienten und Patientinnen nicht aus Bielefeld stammen. In den sogenannten „Monopolkliniken“ kommen 50-60 Prozent der Patienten und Patientinnen nicht aus Bielefeld (Interview 6), dabei steht der psychiatrische Versorgungsbereich mit 70 Prozent überregionaler Auslastung an der Spitze (Interview 9).

Im März 1999 gab es in Bielefeld 3.077 Plätze für Senioren und Seniorinnen in **Altenwohnheimen, Altenheimen und Altenpflegeheimen** (Krutwage/Linnenbürger 1998). Als „Altenwohnheime“ werden Wohnanlagen bezeichnet, die den besonderen Bedürfnissen älterer Menschen entsprechen (z. B. Fahrstühle für Gehbehinderte) und sie in die Lage versetzen, ihr Leben möglichst lange eigenständig zu führen. Diese Wohnform ist in erster Linie ein Angebot für nichtpflegebedürftige ältere Menschen. Ebenfalls für nichtpflegebedürftige ältere Menschen gibt es in Deutschland die Wohneinrichtungen der Altenheime. Hier leben Senioren und Seniorinnen, die nicht mehr in der Lage sind, ihren Haushalt selbständig zu führen. Dagegen werden in Altenpflegeheimen pflegebedürftige ältere Menschen versorgt, die aufgrund ihrer körperlichen und/oder psychischen Konstitution kontinuierlicher Pflege bedürften. In der Praxis gleichen sich jedoch die verschiedenen stationären Versorgungsformen zunehmend an, da in allen Einrichtungen der Anteil der Pflegebedürftigen kontinuierlich steigt (MAGS 1995). Diese Wandlung ist auch in Bielefelder Einrichtungen erkennbar. Hier werden beispielsweise in den „Altenheimen“ St. Laurentius, Quellenhof und St. Pius auch Senioren und Seniorinnen der Pflegestufen I - III aufgenommen und versorgt. Allgemein verteilen sich die Betten der Bielefelder Senioreneinrichtungen auf 35 Heime mit Größen von 18 bis 180 Plätzen. Das Beckhof-Altenheim (41 Plätze) wirbt mit der Aufnahme von Menschen unterschiedlicher Kulturen und Nationalitäten. Als „Spezialeinrichtungen“ für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen bezeichnen sich das Jochen-Klepper-Haus (109 Plätze) und das Haus Elim (98 Plätze). In beiden Einrichtungen werden Personen auf-

genommen, die einen geschlossenen, beschützenden Rahmen benötigen und/oder ein ausgeprägtes (geronto)psychiatrisches Krankheitsbild haben. Fast 80 Prozent der Bewohner und Bewohnerinnen waren Frauen, die zum überwiegenden Teil verwitwet waren. Ca. 2.150 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind in diesen Einrichtungen beschäftigt, wovon 43,28 Prozent vollzeitbeschäftigt sind. 80 Prozent der Beschäftigten sind Frauen (Krutwage/Linnenbürger 1998).

Die regionale Verteilung der Einrichtungen ballt sich in der Nähe der großen Träger: in Bethel die von Bodelschwingschen Anstalten, in Schildesche das Johanneswerk und in Sennestadt die Anstalt Eckardtsheim. Im Gegensatz zu den anderen Stadtteilen gibt es in Dornberg keine stationäre Pflegeeinrichtung (Krutwage/Linnenbürger 1998).

Das Versorgungsangebot der stationären Einrichtungen ist umfassend und bietet neben der Sicherstellung des hauswirtschaftlichen Hilfebedarfs, wie Zimmerreinigung, Wäschereinigung usw. pflegerische Leistungen, wie aktivierende und/oder versorgende Pflege, medizinische Pflege, therapeutische Angebote, kommunikative und psychosoziale Angebote an (Krutwage/Linnenbürger 1998).

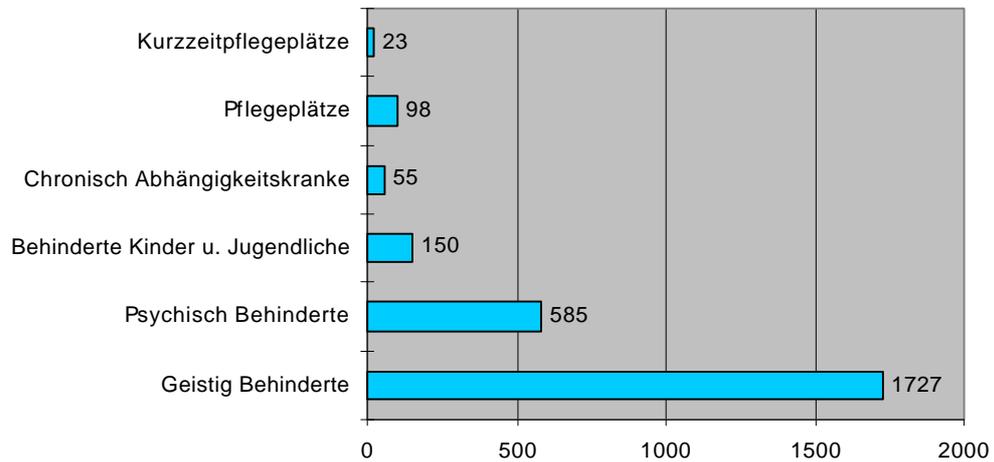
Fazit des Bielefelder Pflegebedarfsplans:

- „Die vorhandenen Kapazitäten sind zahlenmäßig ausreichend, um den Bedarf an stationärer Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu decken.
- Die veränderten Bedarfslagen der Nutzer erfordern eine konzeptionelle und organisatorische Weiterentwicklung der stationären Pflege. Insbesondere geht es darum, zusätzliche Einzelzimmer zu realisieren und der wachsenden Zahl psychisch beeinträchtigter und dementer älterer Menschen gerecht zu werden.
- Die Versorgung von Pflegebedürftigen der Pflegestufen 0 und I wird von den stationären Einrichtungen zukünftig nur noch in geringem Umfang geleistet. Da die vorgelagerten Hilfssysteme nicht zwingend diesen Personenkreis auffangen, ist über alternative Versorgungsformen nachzudenken.
- Das stationäre Pflegeangebot ist dahingehend zu hinterfragen, ob es dem Grundsatz der wohngebietsnahen Versorgung Rechnung trägt.“ (Krutwage/Linnenbürger 1998, 12)

Nach Auskünften des Pflegeberatungsbüros hält Bielefeld ein **stationäres Hospiz** mit zehn Plätzen in Gadderbaum (Bethel) vor. Aufgenommen werden Menschen mit einer fortgeschrittenen, unheilbaren Erkrankung, die nur noch eine begrenzte Lebenserwartung von höchstens sechs Monaten haben und damit einverstanden sind, dass sich ihre Pflege und Behandlung auf die Linderung ihrer Beschwerden konzentriert. Zusätzlich werden psychosoziale und seelsorgerische Begleitung angeboten.

Abb. 17: Wohnformen für Menschen mit Behinderungen

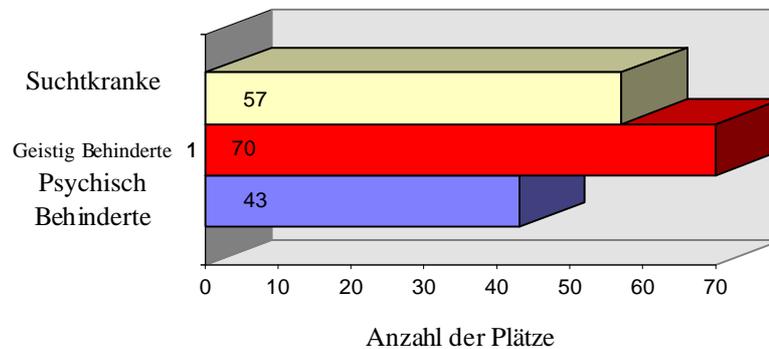
### Plätze stationärer Wohnformen für Menschen mit Behinderungen in den von Bodelschwingschen Anstalten



Ende 1997 gab es in Bielefeld 2.926 Plätze in **stationären Wohnformen für Menschen mit Behinderungen**. 90,5 Prozent dieser Plätze stellten die Teilanstalten Eckardtsheim und Bethel der von Bodelschwingschen Anstalten. Die Pflege- und Kurzzeitpflegeplätze sind hierbei nicht nur für behinderte Menschen, sondern auch für psychisch beeinträchtigte ältere Menschen zugänglich. Die restlichen 9,5 Prozent der stationären Plätze für Behinderte verteilen sich auf viele kleine (<50) und viele mittlere (>50) Einrichtungen in Bielefeld. Die Auslastung der Heimplätze für behinderte Menschen lag Ende 1997 bei 98 Prozent. 9,03 stationäre Wohnheimplätze kommen demnach auf 1.000 Bielefelder Einwohner und Einwohnerinnen (Bielefelder Armuts- und Sozialbericht 1998).

Abb. 18: Plätze im Betreuten Wohnen für Menschen mit Behinderungen

### Plätze im Betreuten Wohnen für Menschen mit Behinderungen (in Bielefeld)



Nach Bandemer (1997) bieten Bielefelder Einrichtungen ein breites Spektrum von **Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten** im Pflegesektor (Kinderkranken-, Kranken-, Alten- und Heilerziehungspflege, Sozial- und Milieupädagogik, Diätlehre, Fachpflegefortbildung, Kurse zur Pflegeleitung). Allein die diakonischen Einrichtungen Bielefelds bieten etwa 750 Aus- und Fortbildungsplätze an, womit Bielefeld eine überregionale Funktion wahrnimmt. An der Fachhochschule sowie der Universität Bielefeld bestehen akademische Fortbildungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen. Die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität kooperiert mit regionalen Akteuren des Gesundheitswesens. Neben der Kompetenzhäufung im Pflegesektor findet sich in Bielefeld und der Region Ostwestfalen-Lippe ein Defizit in der medizinischen Forschung. Es gibt an der Bielefelder Universität keine medizinische Fakultät.

### **Versorgungsangebote für bestimmte Personengruppen**

Es gibt in Bielefeld zahlreiche **Anlaufstellen für Hilfesuchende**, im psychosozialen Bereich. Die Kommune bietet Beratungsstellen u. a. für Frauen, Mädchen, ältere Menschen, Menschen mit geistigen Behinderungen, Menschen mit Familien- und Erziehungsproblemen, Krisenberatung, Vernachlässigung und Gewalterfahrungen von Kindern, Autismus, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Drogenabhängige, Aidskranke, Menschen mit Epilepsie und Hirnfunktionsstörungen usw. an. Es ist ein ausgedehntes Netz an Hilfs- und Versorgungsangeboten für chronisch psychisch kranke Menschen und für drogenabhängige Menschen vorhanden. Das Angebot umfasst Beratungsstellen, niedrigschwellige offene Angebote, ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote (Interview 15).

In den Bereich der Gesundheitsförderung, der in dieser Analyse vernachlässigt wird, fallen auch Einrichtungen der Selbsthilfe. An dieser Stelle soll dennoch die wichtigste Bielefelder Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen „BIKIS“ erwähnt werden, die mit 1.868 Anfragen im Jahr 1998 von Selbsthilfeinteressierten, Selbsthilfegruppen und Fachleuten aufgesucht wurde. BIKIS informiert und berät bei allen Fragen zur Selbsthilfe, vermittelt Selbsthilfegruppen und berät Ratsuchende bei der Suche nach Hilfsmöglichkeiten. Zurzeit existieren in Bielefeld und Umgebung 125 Selbsthilfegruppen beispielsweise für Aids, Behinderungen, Bi-nationale Familien und Partnerschaften, Dementiell Erkrankte, Drogenabhängige, Frauen mit Therapieerfahrung, Frauen nach Übergriffen in der Therapie, Gesundheitsgruppe türkischer Frauen, Männer, psychisch Kranke usw.

### **Chronisch psychisch kranke Menschen**

Die Betreuung, Beratung und Begleitung chronisch psychisch kranker Menschen findet im Rahmen der kommunalen Pflichtaufgaben im Amt für soziale Dienste und im sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes statt. Über den Gemeindepsychiatrischen Verbund wird die Vernetzung „niedrigschwelliger“ offener Angebote (Kontaktstellen für psychisch kranke

Menschen) mit ambulanten Angeboten über Betreuungsverträge (Betreutes Wohnen) und teilstationäre Angebote (Tagesstätten) koordiniert.

Seit dem 1. März 1984 hat die Psychiatrische Klinik der Krankenanstalten Gilead die psychiatrische Pflichtversorgung für das gesamte Gebiet der Stadt Bielefeld übernommen. Die Heimversorgung dieser Patientengruppe wird gewährleistet im „Altenheim Jochen Klepper Haus“ mit 111 Plätzen und in den Teilanstalten „Eckardtsheim“ und „Bethel“ der von Bodelschwingschen Anstalten mit insgesamt 585 Plätzen für psychisch Behinderte und 55 Plätzen für chronisch Abhängigkeitskranke. Allgemein ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie unterversorgt (Interview 11).

Die Versorgung Drogenabhängiger erfolgt überwiegend in den Strukturen der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel. Als Tochtergesellschaften arbeiten in diesem Bereich die Krankenanstalten Gilead gGmbH mit den stationären Suchteinrichtungen Gilead III und IV und der psychiatrischen Ambulanz, ferner das Krankenhaus Mara II gGmbH in Bethel, das sich der Versorgung von Randgruppen verpflichtet hat (Nichtseßhafte, Alkoholranke, illegalisierte Drogenabhängige). In Bielefeld bieten 20 niedergelassene Ärzte bzw. Ärztinnen die Substitutionsbehandlung an und zwar Allgemeinmediziner und -medizinerinnen, praktische Ärzte und Ärztinnen, Internisten und Internistinnen und 2 Gynäkologinnen, die speziell für drogenabhängige schwangere Frauen zuständig sind. Die substituierenden Ärzte und Ärztinnen sind mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Drogenberatung sowie von Gilead IV und Mara in der Arbeitsgemeinschaft Methadon vertreten (Interview 15). Die Versorgung von drogenabhängigen Minderjährigen stößt im stationären Bereich an Grenzen. In Bielefeld gibt es keine Entgiftungsmöglichkeiten für jugendliche Drogenabhängige.

## **Frauen**

In Bielefeld gibt es ein Frauenbüro und eine Gleichstellungsstelle. Ferner existiert seit einem Jahr ein aus 60 Mitgliedern bestehender Arbeitskreis „Frauengesundheit“, der sich in Zusammenarbeit mit der Gleichstellungsstelle aufbauend auf den Bielefelder Gesundheitswochen gebildet hat. Mitglieder sind u. a. Drogenberatungsstelle, Aidshilfe, VHS, Mädchenhaus, Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Johanneswerk. Aus diesem Arbeitskreis heraus hat sich im Mai diesen Jahres eine Unterarbeitsgruppe „Frauen und Sucht“ gebildet, die Aufklärungsarbeit leisten möchte und eine bessere Vernetzung der Leistungsanbieter anstrebt. Es ist angedacht, ein Faltblatt als Orientierungshilfe zu erarbeiten, das alle Suchtinstitutionen mit ihren entsprechenden Angeboten enthält. Ferner sollen Versorgungslücken aufgedeckt und Vernetzungsstrukturen entwickelt werden. Eine weitere frauenbezogene Arbeitsgruppe für den Bereich Bielefelder Gesundheitsberichterstattung ist in Planung. Im stationären Versorgungsbereich für Frauen soll es neben dem Angebot des Johannes-Krankenhauses für sexuell traumatisierte Frauen und Frauen mit Gewalterfahrungen zukünftig in den Krankenanstalten Gilead IV eine Station nur für suchtkranke Frauen geben.

## **Migranten und Migrantinnen**

Bielefeld ist eine multikulturelle Stadt, in der „mehr als 15 Prozent der lokalen Bevölkerung aus Menschen besteht, die hier ihren Lebensmittelpunkt haben und die aus über 50 Ländern hierher gekommen sind“ (Interview 9). Ein kulturell auf die Bedürfnisse angepasstes Gesundheitsversorgungsnetz für Migranten und Migrantinnen existiert in Bielefeld nicht. Es existieren jedoch Zugangsbarrieren, wie beispielsweise Sprachschwierigkeiten, Krankheitsvorstellungen, die die Akzeptanz und die Inanspruchnahme der Angebote erschweren. Spezielle Gesundheitseinrichtungen für Ausländer und Ausländerinnen, Migranten und Migrantinnen und Aussiedler und Aussiedlerinnen gibt es nicht. Offiziell sind alle Bielefelder Versorgungseinrichtungen für Patienten und Patientinnen dieser Personengruppen offen (Interview 10). Mit dem Ziel, dass sich alle Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens verantwortlich für die angemessene Versorgung von Migranten und Migrantinnen zeigen, setzt sich der Gesundheitsladen für eine intersektorale Vernetzung, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine tatsächliche Interkulturalität in Bielefeld ein. Es finden diesbezüglich regelmäßig Veranstaltungen und Aktionen statt. Ferner wird eine Informations- und Kontaktstelle errichtet, die die Gesundheit der Migranten und Migrantinnen fördern will.

Als Anlaufstellen für Migranten und Migrantinnen hält die Stadt Bielefeld ein interkulturelles Büro (ehemaliges Ausländerbüro), eine Beratungsstelle für Flüchtlinge und eine psychologische Beratung für Migranten und Migrantinnen vor. In Fragen bezüglich des Gesundheitsversorgungssystems berät die Patientenstelle des Gesundheitsladens. In Zusammenarbeit mit der Barmer Ersatzkasse und der Ärztekammer entwickelt der Gesundheitsladen einen Ärzte-, Zahnärzte- und Heilpraktikerführer für Bielefeld, in dem es detaillierte Auskünfte über Leistungsangebote, Ausbildung und Sprachkenntnisse dieser Berufsgruppen geben wird (Interview 10).

## **Arme und Obdachlose**

Als Ansprechpartner für die Personengruppe der Armen und Obdachlosen hält die Stadt Bielefeld das Amt für Soziale Dienste und die Beratungsstelle für Wohnungslose vor. Daneben existiert in Bethel die Beratungsstelle „Gebal GmbH“, die unter anderem Arme und Obdachlose betreut. Ihr angeschlossen ist beispielsweise die aufsuchende Gesundheitshilfe „Street-Med“, eine ambulante Versorgungseinrichtung, zuständig für die medizinische Betreuung und Versorgung der „Szene“. „Street-Med“ (auch bekannt als Notfallbus) betreut und versorgt als niedrigschwelliges Angebot die Personen medizinisch, die nicht bereit und/oder in der Lage sind, sich in das übliche System medizinischer Versorgung zu integrieren (Drogenbericht 1997). In vielen Fällen besteht ein Zusammenhang zwischen Armut, Gesundheit und Drogenabhängigkeit, denn zur Beschaffung von Drogen sind immense finanzielle Mittel nötig, die in der Regel dazu führen, dass Betroffene sich verschulden und verarmen (Armut- und Sozialbericht 1998). Einer Befragung zu Folge sind 65,5 Prozent der Besucher und Besucherinnen des ehemaligen Bielefelder Drogenpavillons arbeitslos. Ca. 500 Frauen sind in Bielefeld von Drogen abhängig, davon sind 80 Prozent zur Prostitution gezwungen (Drogenbericht 1997). „Diese Frauen befinden sich in einem verheerenden Kreislauf: Sie be-

nötigen das Geld, um die Drogen zu finanzieren, sie benötigen Drogen, um Ekel und Abscheu, Scham- und Schuldgefühle zu betäuben“ (Drogenbericht 1997, 2).

### **Informationen zum Gesundheitsversorgungssystem aus Expertensicht**

Das Miteinander der verschiedenen Einrichtungen in Bielefeld wird aus Expertensicht allgemein als gut und offen empfunden (Interviews 9, 10, 11 und 12). Besonders der „Runde Tisch Gesundheit“ trägt dazu bei, dass der Bekanntheitsgrad unter den Akteuren und Akteurinnen wächst und Berührungsängste abgebaut werden (Interview 10).

Die gesundheitliche Versorgung könnte durch ein strukturierteres Orientierungssystem verbessert werden. Es sollte Patienten und Patientinnen ermöglicht werden, schnell und unkompliziert eine Ansprechperson zu finden, die den Informationsbedarf deckt (Interview 10). Bielefelder Patienten und Patientinnen haben einen Bedarf nach Gesundheitsinformationen und Auskünften über das Gesundheitswesen, beispielsweise Anfragen, „wo finde ich einen guten Arzt“, „mit welcher Erkrankung, welcher Diagnostik muss ich in welches Krankenhaus“, „wer kann mir helfen wenn der Schulmediziner nicht mehr weiter weiß“ und „wo kann ich mich informieren über Impfungen von Kindern“ (Interview 10).

Handlungsbedarf zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung sehen die Befragten im Bereich Gesundheitsförderung und Gesundheitsaufklärung. Dies gilt besonders für sozial schwächere Einwohner und Einwohnerinnen. Gewerbliche Beschäftigte sind im Vergleich zu Angestellten immer noch von einem erhöhten Krankheitsrisiko betroffen. So treten beispielsweise in den sozial schwachen Vierteln Bielefelds mehr Fälle von Karies und Stoffwechselerkrankungen auf (Interview 12).

Nach Expertenmeinung wird sich die Gesundheitsversorgung in Zukunft auch unter Berücksichtigung einer immer älter werdenden Gesellschaft durch neue, innovative Behandlungsmöglichkeiten verbessern (Interview 12).

### **Auffälligkeiten im Bielefelder Gesundheitsversorgungssystem**

Nach einem „Community Health Assessment“ im Gesundheitsversorgungsbereich unter dem Schwerpunkt „Strukturaspekte“ ergeben sich folgende Anregungen.

- **Zentrierte Erfassung aller Gesundheitsversorgungseinrichtungen.** Alle Gesundheitsversorgungseinrichtungen sollten zentriert, systematisch und unter Erwähnung des zuständigen Ansprechpartners bzw. der Ansprechpartnerin aufgelistet werden. Die gewonnenen Daten können anschließend als Grundlage für ein strukturiertes Orientierungssystem für Patienten und Patientinnen, Interessenten und Interessentinnen, Anbieter und Anbieterinnen sowie Beratungsstellen dienen.
- **Entwicklung eines strukturierten Orientierungssystems in der Gesundheitsversorgung.** Besonders zur Unterstützung Hilfe suchender Patienten

und Patientinnen sollte es in einer Kommune bzw. in den Stadtteilen einer größeren Stadt eine öffentliche Orientierungsstelle geben. Diese Anlaufstelle sollte über alle Gesundheitsversorgungseinrichtungen und ihre Vernetzungsstrukturen informiert sein und als kompetente Ansprechpartnerin für Fragen des Gesundheitsversorgungssystems und Gesundheitsfragen allgemein fungieren.

- **Erarbeitung eines eigenen Bielefelder Versorgungsbedarfsplans** unter Berücksichtigung der geographischen Struktur. Bielefeld wird mit 320.000 Einwohnern und Einwohnerinnen als Großstadt bezeichnet, wobei im eigentlichen „städtischen“ Zentrum nur knapp 40 Prozent der Bevölkerung lebt. Dazu kommen die vielen ländlichen Bereiche und Grünflächen der Randbezirke. Bedenkt man, dass Bedarfspläne generell bei der Stadtgrenze „Kommune“ enden und nicht separat für einzelne Stadtteile erhoben werden können, ergeben sich speziell in Bielefeld Schwierigkeiten bei der Ermittlung der bedarfs- und bedürfnisgerechten, „wohnortnahen“ Gesundheitsversorgung. Ansätze hierzu gibt es im Rahmen des Runden Tisches „Ortsnahe Koordinierung“. Die Arbeitsgruppe „Gesundheitsberichterstattung“ führt beispielsweise zur Aufdeckung von Versorgungslücken eine Bevölkerungsbefragung in Bielefeld durch (Interview 11).
- **Verbesserung der interdisziplinären Vernetzung** ambulanter, stationärer und teilstationärer Versorgungseinrichtungen. Chronisch Kranke befinden sich in einer Versorgungskette, in der die gesundheitlichen Beschwerden der jeweiligen Art und Schwere angepasst behandelt werden: ambulante und stationäre Versorgung, ambulante und stationäre Rehabilitation, Pflege. Die einzelnen Versorgungsglieder müssen noch systematischer und patientenbezogener ineinander greifen (GBE 1998).

## 5. Diskussion und Handlungsempfehlungen

Ausgehend von der Frage, wie ambulante Pflege ihr Versorgungsangebot in Bielefeld bedarfs- und bedürfnisgerecht steuern und gestalten kann, wurde im Rahmen des BFS Pflegewissenschaften das US-amerikanische Verfahren des „Community Health Assessment“ beispielhaft für die Stadt Bielefeld erprobt. Bei dem aus dem Bereich „Community Health Nursing“ stammenden Verfahren geht es im dem hier präsentierten und diskutierten ersten Schritt eines umfassenden Handlungskreislaufes um eine Informationssammlung und Bestandsaufnahme bezüglich der für das Gesundheitswesen relevanten Faktoren. Idealtypisch müssten dem Assessment und daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen die Phasen der Planung entsprechender Maßnahmen, ihrer Implementierung und Evaluation im Bielefelder Gesundheitswesen folgen (siehe Kapitel 2.5).

Im Folgenden werden die sich aus der Untersuchung der Bereiche Politik/Geschichte, bevölkerungsbezogene Daten sowie Gesundheitsversorgungssystem des „Community Health Assessment“ mit Blick auf eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Gestaltung der ambulanten Pflege ergebenden Befunde für die Stadt Bielefeld stichpunktartig diskutiert. Der Präsentation der Ergebnisse folgt die Darlegung der aus ihnen ableitbaren Handlungsempfehlungen. Da im Rahmen der Erprobung des Verfahrens eine Beschränkung auf die drei genannten, wenn auch zentralen genannten Subsysteme erfolgte, muss Bestandsaufnahme im Sinne eines umfassenden "Community Health Assessment" zwangsläufig unvollständig bleiben.

- Eine entscheidende Arbeitsgrundlage für ein „Community Health Assessment“ ist eine umfassende, lückenlose und zugängliche *Datenlage* hinsichtlich bevölkerungs- und versorgungsbezogener Parameter. Bezogen auf Bielefeld bedeutet dies, dass die Vorhaltung entsprechender Daten in Form einer modernisierten Gesundheitsberichterstattung optimierbar ist. Es zeigte sich, dass nur unzureichende Daten für Bielefeld vorliegen, so das Fehlen detaillierter Morbiditätsstatistiken. Zudem erwies sich der Zugang zu vorhandenen Daten als schwierig. Dies liegt einerseits an ungeklärten Zuständigkeiten der Akteurinnen bzw. Akteure im Bielefelder Gesundheitswesen und andererseits an nicht öffentlich zugänglichen Informationen, wie etwa der Bericht zur Gesundheitslage von Kindern und Jugendlichen. Nach Rosenbrock (1998) befindet sich die Gesundheitsberichterstattung in der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich zu anderen Industrieländern in einem jahrzehntelangen Rückstand. Die dadurch entstandene Lücke in der wissenschaftlichen Beratung der Gesundheitspolitik wurde bisher nur teilweise von der klinischen Medizin gefüllt (Rosenbrock 1998), wodurch andere Perspektiven bis heute weitgehend ausgespart blieben. Zu den Aufgaben der Kommunen gehört jedoch, eine eigenständige Gesundheitsberichterstattung neben der Berichterstattung auf den Ebenen der Suprasysteme Land, Bund und Europa (Brand/Schmacke 1998). Erste Anstrengungen zum Aufbau einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung sind in den Arbeitsgruppen „Gesundheitsberichterstattung für Kinder und Jugendliche“ und „Gesundheitsdaten“ des Bielefelder Runden Tisches der „Ortsnahen Koordinierung“ zu sehen, in denen u.a. zahlreiche Interessenvertreterinnen und -vertreter der Krankenkassen, Krankenhäuser und der Ärzteschaft vertreten sind. Dies steht allerdings im Gegensatz zu

Aussagen von Brand und Schmacke (1998), die das Gesundheitsamt als geeigneten Ersteller regionaler Gesundheitsberichte ansehen, da es keine ökonomischen Interessen verfolgt und eher eine neutrale Sachwalterposition inne hat.

Zusammenfassend:

***Neben dem häufig geforderten Aufbau einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung sollte in Bielefeld insgesamt die Datenlage für vulnerable Gruppen verbessert werden. Die Kenntnisse über vorhandene Daten in der Stadt sollten an einer allgemein bekannten Stelle nachgefragt werden können oder von dieser vorgehalten werden.***

Welche Aussagen über Bielefeld können nun aufgrund der vorliegenden Daten getroffen werden? Die Betrachtung der zusammengetragenen Informationen kann aus zwei Perspektiven erfolgen. Zum einen kann beispielsweise die Haltung des Suprasystems Nordrhein-Westfalen eingenommen werden, aus dessen Perspektive Bielefeld insgesamt gut dasteht, wenn einmal von der relativ hohen ungeklärten Säuglingssterblichkeit abgesehen wird. Zum anderen kann man eine Binnenhaltung einnehmen, aus deren Sicht differenziertere Hinweise zur Beantwortung der hier im Vordergrund stehenden Fragestellung zu erwarten sind:

- Bielefeld ist geprägt von großen *Heterogenitäten* – Heterogenitäten werden hier mit Blick auf die Bevölkerungsstruktur im Sinne von Gegensätzlichkeiten verstanden bei gleichzeitiger Wertschätzung von Vielfalt – die, betrachtet man die Geschichte der Stadt, zum Teil durch nachholende Integrationsbemühungen überwunden wurden. In der Gegenwart findet man jedoch neue Heterogenitäten, deren Bewältigung nach wie vor aussteht.
- *Identitätsprobleme* stehen in Zusammenhang mit den bestehenden Heterogenitäten. Wenig Bezugnahme aufeinander bzw. fehlende Kooperationen zeugen von einem Mangel an gemeinsamen Zielen. Betrachtet man die Eingemeindungspolitik Bielefelds in diesem Jahrhundert, so ist es nicht gelungen, ein gemeinsames "Stadtverständnis" zu entwickeln. Es besteht eine stark ausgeprägte Identifikation mit dem jeweiligen Stadtteil bei gleichzeitig geringer Identifikation mit der Stadt Bielefeld. Identifikationsprobleme können ein positives Lebensgefühl beeinträchtigen. Das Phänomen der Identitätsprobleme hat im Rahmen des „Community Health Assessment“ zur Folge, dass sich ein nur unscharfes Bild der gewählten „Community“ abbilden lässt.
- Die Reform der kommunalen Verwaltung zielt auf die Entwicklung zum „Konzern Stadt Bielefeld“ ab. Dabei wird sich eines Begriffes bedient, der nicht aus dem politischen sondern aus dem Wirtschaftssektor stammt. Die Umgestaltung der Stadtverwaltung zu einem marktwirtschaftlich geprägten Dienstleistungsunternehmen liegt zwar im Trend der Zeit, fördert jedoch in der noch andauernden Umgestaltungsphase bisher weder die angestrebte Transparenz noch die Identifikation der Bürgerinnen und Bürger mit „ihrer“ Stadtverwaltung. Hinzu kommen Intransparenzen in kommunalpolitischen Strukturen und Prozessen.

- Bielefeld hat kein Leitbild, und es fehlt ein Wahrzeichen, das Integrationsfunktion hätte und einen Beitrag zu einer kollektiven Identität leisten könnte. Der Versuch, über den konstruierten Begriff der „Gesundheitsregion“ Gemeinnutzen in der Region Ostwestfalen-Lippe (OWL) zu stiften, scheint problematisch, da sich einige Gemeinden dieser Vision nicht zuordnen können, und es zudem inhaltlich eher um die Arbeitsmarktregion OWL als um „Gesundheit an sich“ geht.
- *Integrationsbemühungen* hinsichtlich der heterogenen Bevölkerungsstruktur sind in Bielefeld in der Wohnraumbeschaffung für Behinderte, psychisch Kranke sowie ältere Menschen zu sehen, durch die diesen Personengruppen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erleichtert werden soll. Behindertengerechter Wohnraum ist jedoch nach wie vor nicht in ausreichendem Maße vorhanden und die räumliche Ausgrenzung von Menschen mit körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen ist nicht überwunden.

Zusammenfassend:

- ***Bielefeld sollte dem Aufbau eines Identitätsgefühls Beachtung schenken. Dazu sollte u. a. die Transparenz kommunalpolitischer Strukturen und Prozesse erhöht werden.***
- ***Neben den arbeitsmarktpolitischen Aktivitäten in der sogenannten „Gesundheitsregion OWL“ sollten Ideen entwickelt und Maßnahmen ergriffen werden, die die Gesundheitsverbesserung in der Gesamtbevölkerung zum Ziel haben.***
- ***Die Entwicklung und Implementierung stadtteilbezogener Angebote für vulnerable Gruppen sollte vorangetrieben werden.***

- *Gesundheit* ist in Bielefeld ein *Sattelthema* von Wirtschafts- und Umweltpolitik. In der Wirtschaftsentwicklungspolitik wird „Gesundheit“ im Sinne einer Arbeitsmarktpolitik instrumentalisiert und liegt damit im Trend der Diskussion um den nächsten, sechsten Kondratjeff-Zyklus, der nach der Informationstechnologie die „psychosoziale Gesundheit“ als treibende Wirtschaftskraft betrachtet. In der Kommunalpolitik werden unpopulärer gewordene Umweltthemen über Gesundheitsthemen den Bürgern und Bürgerinnen näher gebracht. Dies wird auch am Zusammenschluss von Umwelt, Verkehr und Gesundheit in einem Ressort der Stadtverwaltung deutlich, wobei bewusst ist, dass Umweltpolitik implizite Gesundheitspolitik sein kann.
- Obwohl in Bielefeld eine Tradition von sozialem Engagement mit besonderem Einsatz der evangelischen Kirche zu finden ist, scheinen heute monetäre Gesichtspunkte wichtiger zu sein als gemeinnützige. Bei gesundheitlichen Fragen scheint es eher um Vergütung als um Versorgung zu gehen. Die Finanzkrise der öffentlichen Hand lenkt die Aufmerksamkeit der Anbieter und Anbieterinnen im Gesundheitssektor zunehmend auf finanzstarke Privatzahlerinnen und -zahler, wie es an den Ideen zur Gesundheitsregion OWL abzulesen ist. Zu befürchten ist, dass die Wellness-Welle nur die ohnehin privilegierten wohlhabenden Bevölkerungsschichten erfasst, wobei zu bedenken ist, dass die zunehmende Individualisierung des Gesundheitsgeschehens die Bewältigungschancen gesellschaft-

licher Probleme durch primärpräventive Maßnahmen verschlechtert. Eine aktive Lebenslagenpolitik in Bielefeld fehlt.

- Dennoch gibt es Ansätze wie das NRW-Projekt „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“, das in Bielefeld zur Etablierung der Gesundheitskonferenz führen wird. Das dadurch noch ausgedehntere Spektrum und Nebeneinander an Gremien in der Bielefelder Gesundheitspolitik sowie die bisherigen Aktivitäten, die aus dem „Runden Tisch“ erwachsen sind, zeugen von eher zufälligen Schwerpunktsetzungen sowie Mehrfachzuständigkeiten und Lücken.

Zusammenfassend:

***Es sollte in Bielefeld eine integrierte Gesundheitspolitik entwickelt werden. Die Kommunalpolitikerinnen und -politiker sollten der Gesundheit und Gesundheitssicherung der Bielefelder Bevölkerung mehr Aufmerksamkeit widmen.***

- Die Schere zwischen Arm und Reich öffnet sich in Bielefeld deutlich wie an den gestiegenen Raten der Sozialhilfe- und Wohngeldbezieher bei gleichzeitig gestiegener Personenzahl mit hohen Einkommen abzulesen ist.

Soziale Ungleichheit erhöht die Gefahr einer zunehmenden Chancenungleichheit bei der Nutzung gesundheitsbezogener Dienstleistungen, auch wenn die bundesdeutsche Politik formal gleiche Zugangschancen zu sozialpolitischen Leistungen sicherzustellen versucht.

- Am Beispiel des Themenkomplexes „Gesundheitsregion OWL“ werden Bemühungen der Stadt Bielefeld für einen Erhalt von Arbeitsplätzen in der Region deutlich, um die wirtschaftliche Situation der Stadt zu verbessern. Im Sinne einer „impliziten Gesundheitspolitik“ (Rosenbrock 1998, 709) könnte über eine erfolgreiche Arbeitsmarktpolitik ein positiver Einfluss auf die Verringerung der sozialen Ungleichheit und somit auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung stattfinden. Paradoxer Weise baut die Idee der Gesundheitsregion auf der Hoffnung auf, finanzstarke Privatzahler und -zahlerinnen in die Region holen zu können. Dies schließt die Teilnahme der ärmeren Bevölkerungsgruppen von möglicherweise innovativen und gesundheitsfördernden Angeboten aus, was das Phänomen der sozialen Ungleichheit manifestiert. Hinzu kommt, dass die aktuellen Bestrebungen mit der christlich-diakonischen Tradition Bielefelds brechen, obwohl die daraus erwachsenen Trägerinnen der freien Wohlfahrtspflege nach wie vor wichtig für das Image Bielefelds sind.

Zusammenfassend:

- ***Es sollten in Bielefeld gesundheitsfördernde und präventive Angebote für vulnerable Gruppen implementiert werden.***
- ***Eine stärkere Verknüpfung von Sozial- und Wirtschaftspolitik sollte angestrebt werden.***

- Die Situationsanalyse der kulturell vielfältigen Gruppe der Ausländerinnen und Ausländer in Bielefeld, die immerhin einen Anteil von 12,5 Prozent an der Gesamtbevölkerung ausmacht, zeigt, dass sie weitestgehend isoliert zu sein scheinen. Es gibt zwar eine Reihe von Beratungsangeboten für Mi-

grantinnen und Migranten, es mangelt jedoch an einer aktiven Integrationspolitik. Das Bielefelder Gesundheitssystem bietet keine Versorgung, die auf die besonderen Lebenslagen sowie auf die kulturelle und religiöse Andersartigkeit der ausländischen Bevölkerungsgruppen im Vergleich zu der deutschen Bevölkerung angemessen reagiert. Es bleibt abzuwarten, ob Bemühungen der geplanten Arbeitsgruppe „Migration und Gesundheit“ der Bielefelder Gesundheitskonferenz in der Lage sein wird, dieses drängende Problem zu lindern oder sogar zu beseitigen.

- Ebenso ist zu hoffen, dass das geplante Informationsmaterial zum Bielefelder „Gesundheitsangebot“ für die Zielgruppe der Ausländerinnen und Ausländer sowohl Informationen über ambulante Versorgungsmöglichkeiten und Kliniken als auch über Pflegeeinrichtungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung enthalten wird.

Zusammenfassend:

***Es sollten in Bielefeld kulturell angepasste Gesundheitsangebote für Migrantinnen und Migranten etabliert werden.***

- Bielefeld ist heute bereits strukturell überaltert und der Anteil vor allem an hochbetagten Menschen wird weiterhin zunehmen. Parallel zu der Zunahme der älteren Bevölkerungsgruppen ist in Bielefeld ein Anwachsen der Zahl der Einpersonenhaushalte bei gleichzeitigem Rückgang der Drei- und Mehrpersonenhaushalte zu verzeichnen. Dieser Trend deutet auf Veränderungen der Familienstrukturen und damit auf „(...) abnehmende intrafamiliale Pflegemöglichkeiten für alte Menschen (...)“ (Schwartz/Walter 1998, 128) hin.
- Betrachtet man das Bielefelder Versorgungsangebot angesichts der sich abzeichnenden Veränderungen, so sind zwar eine Vielzahl von Altenwohnheimen, Altenheimen und Altenpflegeheimen vorhanden, jedoch fehlen noch Konzepte - wie es auch der Bielefelder Pflegebedarfsplan konstatiert - die auf die veränderten Bedarfslagen reagieren. Defizitäre Versorgungssituationen bestehen vor allem in der ambulanten Versorgung demenzkranker und schwerstpflegebedürftiger Menschen. Außerdem sollten zukünftig verstärkt Angebote entwickelt werden, die auch bei intensiver Pflegebedürftigkeit einen Verbleib in der häuslichen Umgebung ermöglichen. Dieser Mangel unterstreicht die Relevanz von differenzierten bevölkerungs- und versorgungsbezogenen Daten, die, wären sie in der Vergangenheit vorhanden gewesen, ein frühzeitiges Handeln hinsichtlich der aktuellen Situation ermöglicht hätten. Angesichts der weiterhin bestehenden unzureichenden Datenlage erscheint es fraglich, wie bei dem weiteren Anwachsen der Anzahl hochbetagter Menschen ein bedarfs- und bedürfnisgerechtes Versorgungsangebot in Zukunft sichergestellt werden soll. Zu beklagen ist insgesamt ein mangelndes Kontinuitätsdenken, was sich an der geringen Berücksichtigung vergangener und zukünftiger Entwicklungen zeigt.

Zusammenfassend:

***In Bielefeld sollten innovative und abgestimmte Pflegeangebote für ältere Menschen geschaffen werden, die einen möglichst dauerhaften Verbleib in der häuslichen Umgebung ermöglichen.***

- Sowohl in der stationären Akutversorgung als auch in der stationären Rehabilitation ist der Versorgungsbedarf in Bielefeld hinsichtlich der Quantität der angebotenen Leistungen gedeckt. Die Krankenhausedichte in Bielefeld ist im Vergleich zur Landes- oder Bundessituation überdurchschnittlich hoch. Im Bereich der stationären Rehabilitation befindet sich Bielefeld im Kontext der Landes- als auch der Bundesebene in einer besonderen Lage, da neben zahlreichen stationär-medizinischen Rehabilitationseinrichtungen in der Region OWL in Bielefeld die stationäre Rehabilitation für psychisch beeinträchtigte Menschen möglich ist, die überregionale Bedeutung hat. Insgesamt ist in Deutschland die stationäre Krankenversorgung bezogen auf die Bevölkerung stärker ausgebaut als in anderen Industriestaaten (Klein-Lange 1998). Diese Feststellung verschärft nochmals das im Bundes- bzw. Landesvergleich hohe quantitative Angebot in Bielefeld. Die stationäre Überlast in Bielefeld ist zum Teil historisch bedingt. Um die Mitte des 19. Jahrhunderts entstanden viele Krankenhäuser, da eine angemessene Versorgung der Kranken aufgrund der schlechten Wohnverhältnisse zu Hause nicht gewährleistet war. Unter den heutigen Rahmenbedingungen der verbesserten Wohnverhältnisse und der vielfältigen Möglichkeiten einer ambulanten Versorgung ist eine derart hohe Bettenkonzentration nicht mehr angemessen.
- Ebenso wie im stationären Sektor findet man in Bielefeld ein sehr großes ambulantes Angebot zumindest in Teilbereichen. Sowohl die ambulante medizinische Versorgung als auch die ambulante Pflege sowie das medizinisch-psychiatrische Angebot sind überdurchschnittlich ausgeprägt. Fraglich ist jedoch, ob die derzeitige ambulante Versorgung ausreicht, um die Versorgung im Zuge eines Abbaus der stationären Überlast zu gewährleisten. Bereits heute ist die ambulante Versorgung von schwerstkranken Menschen unzureichend gewährleistet.
- Fragt man hingegen nach der qualitativen Bedürfnisgerechtigkeit des Versorgungsangebotes, so muss konstatiert werden, dass Initiativen zur Überbrückung der Schnittstelle stationär-ambulant in Bielefeld erst in den Anfängen stecken. So nahm beispielsweise das Klinikum Mitte als erstes Bielefelder Krankenhaus niedergelassene Fachärzte aus rechtlichen Gründen erst im April 1999 auf<sup>5</sup>. Kooperationen im Gesundheitswesen gibt es insgesamt nur in wenigen Ausnahmen, wie etwa im Drogensektor. In diesem Kontext wird von Bielefelder Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen das Zusammenkommen am Runden Tisch gepriesen, das ein Kennenlernen ermöglicht, welches eventuellen Kooperationen vorausgehen müsse. Fraglich bleibt jedoch, wie in der sich als reines Fachgremium verstehenden Gesundheitskonferenz als Fortführung des Runden Tisches wirkliche Bedürfnisgerechtigkeit geschaffen werden soll, solange eine Einbindung von Bürgerinnen und Bürgern nicht vorgesehen ist. Offen bleibt, ob die geplante Durchführung einer Umfrage der Arbeitsgruppe „Gesundheitsdaten“, in der ein hoher Anteil von Personen mit medizinischem Hintergrund vertreten ist, in der Bielefelder Bevölkerung im Herbst 1999 Lücken in der Versorgungssituation aufdecken und als Planungsgrundlage für die Gesundheitskonferenz dienen kann. Aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten wird zunehmend eine Prozessbewertung als wichtig erachtet. Dies geht mit dem veränderten Krank-

---

<sup>5</sup> Neue Westfälische vom 28.04.1999

heitsspektrum einher, d. h. mit der Zunahme an chronischen Erkrankungen und an älteren Patientinnen und Patienten. Eine Studie von 1995 ermittelte in sogenannten „Fokusgruppen-Diskussionen“ eine Bedürfnisliste von Patienten und Patientinnen für Arztpraxen, die in abnehmender Wichtigkeit folgende Aspekte umfasst: „Zeit, Persönlichkeit, Information, fachliche Kompetenz, Erreichbarkeit, Empathie, eigene Grenzen kennen, Autonomie, Sorgfalt, Wirksamkeit“ (Dierks et al. 1995 zit. nach Schwartz/Busse 1998, 401). Die Planung und Implementierung eines auf diesen Erkenntnissen beruhenden Leistungsangebots in der medizinischen Versorgung ist nach wie vor überfällig.

- Der ambulante Bereich ist in Bielefeld insgesamt undurchsichtig, was die Orientierungsschwierigkeiten von Patienten und Patientinnen in diesem Sektor verdeutlichen. Ein Wegweiser durch das Bielefelder Gesundheitssystem befindet sich erst in der Erstellung. Dieser Wegweiser sollte die Arztzentrierung des Krankenversorgungssystems nicht manifestieren. Nach wie vor herrscht die Dominanz des individuell-kurativen medizinischen Denkens vor, was auch daran zu erkennen ist, dass auf dem Gebiet der Primärprävention insgesamt zu wenig geschieht, während für die Sekundärprävention infolge der „(...) kassenarztgetragene(n) Früherkennung zur Vorverlagerung des Zeitpunkts individualmedizinischer Intervention (..)“ (Rosenbrock 1998, 729) gesundheitspolitisch günstige Bedingungen bestehen. Ein „Public Health“ Ansatz, wie er auch dem „Community Health Assessment“ zugrunde liegt, wird in Deutschland kaum berücksichtigt.
- Während in der qualitativen Verbesserung der Gesundheitsversorgung Personen und Einrichtungen auf kommunaler Ebene herausgefordert sind, besitzen die Länder bei der Beeinflussung der stationären Strukturen die Handlungskompetenzen. Somit hat etwa die Bielefelder Gesundheitskonferenz kaum die Möglichkeit, die quantitative Überlast im stationären Bereich zu reduzieren. Die föderale Struktur der Bundesrepublik schränkt somit die Möglichkeiten ein, die mit Hilfe eines „Community Health Assessment“ aufgedeckten Fehlallokationen auf kommunaler Ebene zu verändern. Notwendig sind erweiterte Entscheidungsbefugnisse der Kommune, um strukturelle Schief lagen im Gesundheitssektor ortsnahe zu korrigieren. Dabei geht es auch darum, innerhalb des neokorporatistischen Systems derartige Strukturveränderungen in Gang zu bringen.

Zusammenfassend:

- ***Kooperationen zwischen dem stationären und ambulanten Sektor des Bielefelder Gesundheitssystems sollten intensiviert und verbessert werden.***
- ***Es sollten zielgruppenspezifische Gesundheitsangebote in Bielefeld geschaffen werden. Dies schließt die Schaffung nutzerfreundlicher Wegweiser und einer öffentlichen Informationsanlaufstelle durch das Gesundheitssystem ein, um die Orientierungsmöglichkeiten im Bielefelder Gesundheitswesen auszubauen.***

Die dringendste Aufgabe für den Bielefelder Gesundheitssektor ist die Erstellung einer umfassenden und differenzierten Gesundheitsberichterstattung. „Entscheidend für die Zukunft der Gesundheitsberichterstattung ist“, so

Brand und Schmacke (1998), „ob es gelingt, die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung im kommunalen Raum der Gesundheitspolitik und der Öffentlichkeit so nahe zu bringen, dass aufgrund dieser Berichte konkrete Maßnahmen getroffen werden“ (Brand/Schmacke 1998, 265). Ein geeignetes Instrumentarium dafür bietet das hier präsentierte „Community Health Assessment“, da es epidemiologische Erkenntnisse in den Gesamtkontext der Kommune einbindet und so die notwendige Wissensgrundlage für Gesundheitsförderung, Primärprävention, Organisation und Koordination einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung bereitstellen kann.

## **6. „Community Health Assessment“ – gesammelte Erfahrungen und grundsätzlicher Nutzen**

Im vorliegenden Projektbericht wurde die theoretische Auseinandersetzung mit dem US-amerikanischen Konzept des „Community Health Assessment“ und dessen beispielhafte praktische Durchführung für die Stadt Bielefeld dokumentiert. In diesem abschließenden Kapitel sollen die Erfahrungen beschrieben werden, die mit dem Verfahren gemacht wurden. Gleichzeitig werden Handlungsempfehlungen für mögliche zukünftige Anwendungen des Verfahrens in Deutschland gegeben. Im letzten Abschnitt erfolgt die Bewertung des „Community Health Assessment“ auf der Basis der im Rahmen des BFS gesammelten Erfahrungen und der Kenntnisse der Gesundheitswissenschaften.

Im deutschen Gesundheitswesen werden immer wieder Über-, Unter- und Fehlversorgungen beklagt. Mit einer Optimierung der Versorgung könnte der Gesundheitszustand und die Lebensqualität der beteiligten Menschen verbessert, die Effektivität und Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert werden. Dem dient in den USA die Ermittlung der hierfür erforderlichen Planungsgrundlagen im Rahmen des „Community Health Assessment“. Mit der Übertragung und Erprobung eines ausgewählten Erhebungsinstruments des „Community Health Assessment“ konnten auf der Basis eines umfassenden Gesundheitsbegriffs sachbezogene Aussagen zur Optimierung der gesundheitlichen Versorgungssysteme getroffen werden, die sich an den Bedarf und Bedürfnissen der „Community Bielefeld“ orientieren.

Das „Community Health Assessment“ erwies sich als geeignetes Verfahren für die Entwicklung sach- und datenorientierter Thesen zur Lebens- und Gesundheitssituation, sowie zur Versorgungsstruktur bzw -optimierung. Es dient der systematischen und im Idealfall vollständigen Sammlung und Erhebung von Fakten und Problemen zur Gesundheitssituation und den sich aus den spezifischen Lebensbedingungen ergebenden gesundheitsbeeinflussenden Faktoren für eine Gruppe von Menschen, die sich aufgrund geopolitischer oder phänomenologischer Grenzen beschreiben lässt. Ziel des Verfahrens ist es, in Form von sach- und datenorientierten Thesen die Grundlagen für zweckrationale Handlungsempfehlungen für gesundheitsförderliche Maßnahmen für die ausgewählte Gruppe von Menschen zu erarbeiten.

Die bei der Durchführung des „Community Health Assessment“ in Bielefeld gesammelten Erfahrungen sind positiv, so dass wir von seinem grundsätzlichen Nutzen überzeugt sind. Dennoch wirft die Erprobung des Verfahrens einige Fragen auf, die im Hinblick auf die - aus unserer Sicht – anzustrebende weitere Auseinandersetzung, gegebenenfalls sogar dessen Implementierung, kritisch erörtert werden müssen. Deshalb geht es im Folgenden um die mit dem hier erprobten Assessmentinstrument gesammelten Erfahrungen, wobei diese prozessevaluierenden Reflexionen nur als notwendige Zwischenschritte gesehen werden, um weiterreichende Aussagen zum mutmaßlichen Nutzen des „Community Health Assessment“ in Deutschland zu ermöglichen.

Schon der Begriff „Community Health Assessment“ lässt sich schwerlich ins Deutsche übertragen. Neben diesen auf der sprachlichen Ebene gelagerten

Problemen waren auch inhaltliche Hürden zu überwinden. Schwierigkeiten wirft bei dem Versuch der Anwendung des „Community Health Assessment“ in Deutschland vor allen Dingen das unterschiedliche Verständnis von Pflege auf, das auch in einen - im Vergleich zu den USA - anderen Statusgefüge der Gesundheitsberufe zum Ausdruck kommt.

In den USA wird das „Community Health Assessment“ im Rahmen von "Community/Public Health Nursing" angewandt. Es handelt sich vielmehr um ein grundlegendes Verfahren zur Ermittlung der erforderlichen Informationsbasis für die zur Einleitung systematischer an den jeweiligen Bedarfs- und Bedürfnislagen orientierten Planungs- und Gestaltungsprozessen im Gesundheitswesen. Das „Community Health Assessment“ kann im Rahmen von Politikberatung Anwendung finden und Informationen für unternehmerisches Handeln liefern. Zu diesem Zweck können aus - je nach Fragestellung - einzelne Bausteine des hier erprobten Assessmentinstrumentes ausgewählt werden, um spezifische Daten und Informationen zu gewinnen.

Die Durchführung eines „Community Health Assessment“ wird – wie die Erfahrungen im vorliegenden Projekt zeigen – durch die in Deutschland defizitäre Datenlage zu gesundheitsrelevanten Fragen erschwert. Dabei zeigte sich im Rahmen des BFS, dass die vorliegenden Daten nicht nur zumeist rudimentärer sind und qualitativen Ansprüchen nicht genügen, sondern auch ihre Zugänglichkeit verbesserungswürdig ist.

Das US-amerikanische „Community Health Assessment“ ermöglicht die Ermittlung grundlegender Informationen für eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Gesundheitsplanung auf einer übergeordneten Gestaltungsebene. Eine solche systematische Datenerhebung und Gesundheitsplanung wird aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive auch für Deutschland befürwortet.

Die Auseinandersetzung mit dem „Community Health Assessment“ und dessen Erprobung, bestätigte die Nützlichkeit des ausgewählten Instruments für die hier im Vordergrund stehende Fragestellung. Eine weitergehende wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem „Community Health Assessment“, den grundlegenden theoretischen Konzepten sowie die Entwicklung und Erprobung von adäquaten Erhebungsinstrumenten für den Einsatz im deutschen Gesundheitswesen, scheint uns deshalb sinnvoll und viel versprechend.

## 7. Literaturverzeichnis

- AG Regionale Gesundheitskonferenz (1998): Fortschreibung des mittelfristigen Entwicklungskonzeptes für Ostwestfalen-Lippe. Bielefeld: Geschäftsstelle der Kommunalen Arbeitsgemeinschaft Ostwestfalen-Lippe.
- Andersen, U. (1992): Gemeinden. In: Andersen, U./Woyke, W. (Hg.): Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung. Opladen: Leske + Budrich GmbH, 163-171.
- Anderson, E.T./McFarlane, J. (1996): Community as partner: Theory and practice in nursing. Philadelphia: Lippincott
- Armut- und Sozialbericht (1998): Ausgewählte Daten zur Vorbereitung auf die Fachkonferenz „Perspektiven der Sozialen Stadt“ 21.10.1998. Bielefeld: Sozialplanung
- Ausländerbericht (1994): Bielefeld: Statistisches Amt und Wahlamt
- Bandemer, S.V./Hartmann, A./Hilbert, J./Langer, D. (1997): Marktbeobachtung und Produktentwicklung: Entwicklungspotentiale der Gesundheitswirtschaft in Bielefeld. Studie im Auftrag der WEGE mbH
- Bardehle, D./Annuß, R. (1996): Gesundheitsberichterstattung (Band 8). Bielefeld: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd).
- Bardehle, D./Annuß, R. (1997): Gesundheitsberichterstattung (Band 9). Bielefeld: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd).
- Bardehle, D./Annuß, R. (1998): Gesundheitsberichterstattung. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa, 329-356
- Barmer Krankenkasse (1998): Ärzte und Zahnärzte Bielefeld. Gelsenkirchen: Rüter/Dietrich
- Baudissin, L. Graf von (1926): Die Bodelschwingschen Anstalten bei Bielefeld. In: Magistrat der Stadt Bielefeld (Hg.): Bielefeld. Das Buch der Stadt. (Unveränderter Nachdruck 1978). Frankfurt: Weidlich, 234-238
- Beaugrand, A. (1996): Aufschwung in die fünfziger Jahre. Bielefelds Weg zum „Oberzentrum“. In: Beaugrand, A. (Hg.): Stadtbuch Bielefeld. Tradition und Fortschritt der ostwestfälischen Metropole. Bielefeld: Westfalen-Verlag, 90-95
- Bitter, B. (1996): Ein Lebensraum für behinderte und nicht-behinderte Menschen. Die von Bodelschwingschen Anstalten Bethel. In: Beaugrand, A. (Hg.): Stadtbuch Bielefeld. Tradition und Fortschritt der ostwestfälischen Metropole. Bielefeld: Westfalen-Verlag, 164-167
- Boyle, J.S. (1989): Transcultural concepts in nursing care. USA: Boyle and Andrews
- Brand, H. (1996): Einführung. In: D. Bardehle/R. Annuß (Hg.): Gesundheitsberichterstattung (Band 8). Bielefeld: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd)
- Brand, H. (1997): Einführung. In: D. Bardehle und R. Annuß (Hg.): Gesundheitsberichterstattung (Band 9). Bielefeld: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd)
- Brand, H./Schmacke, N. (1998): Der öffentliche Gesundheitsdienst. In: Schwartz, F.W./Badura, B./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J. (Hg.): Das Public Health Buch. München: Urban & Schwarzenberg, 259-268

- Büschfeld, J. (1996): Stadtverfassung und Stadtverwaltung. Kommunale Strukturen im Zeitwandel. In: Beaugrand, A. (Hg.): Stadtbuch Bielefeld. Tradition und Fortschritt der ostwestfälischen Metropole. Bielefeld: Westfalen-Verlag, 56-69
- Dopheide, A. (1996): Veranstaltungseröffnung. In: Meier, B. (Hg.): Wirtschaftsfaktor Gesundheit: Chancen für den Standort Bielefeld. Dokumentation zur Veranstaltung am 25.10.1996. Bielefeld: WEGE, 3-5
- Drogenbericht 1997: Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für drogenabhängige Frauen. Bielefeld: Drogenberatung e.V. und Jugendamt
- Engel, G. (1952): Die Stadtgründung im Bielefelde und das münstersche Stadtrecht. (5. Sonderveröffentlichung). Bielefeld: Historischen Vereins für die Grafschaft Ravensberg e.V.
- Engel, G. (1975): Bielefeld. Gesicht und Wesen einer Stadt. (2. veränderte und vermehrte Auflage). Bielefeld: Pfeffersche Buchhandlung
- Ewers, M. (1996): Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung, P96-208, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin
- Finnegan, L./Ervin, N. (1989): An epidemiological approach to community assessment. *Public Health Nursing* 6, 147-151
- Fuhrmann, H. U./Klöne, H. (Hg.) (1991): Jöllenbeck. Heimat im Wandel der Zeit. O. Ort und Verlag
- Gesundheitsladen Bielefeld e.V. (1999): Infobrief Nr. 3: Migration und Gesundheit, Stand 10/99. Bielefeld: Gesundheitsladen e.V.
- Giger, J.N./Davidhizar, R.E. (1995): *Transcultural nursing: assessment and intervention* (2<sup>nd</sup> ed.). St. Louis: Mosby-Year
- Grabe, E./Spengemann, F./Weike, M. (1998): Entwicklung zum Konzern Stadt Bielefeld. Projektbüro Stadt Bielefeld (10.07.1998)
- Helvie, C.O. (1997): *Advanced Practice Nursing in the Community*. California: Sage.
- Heinrich, J./Mielck, A./Schäfer, I./Mey, W. (1998): Soziale Ungleichheit und umweltbedingte Erkrankungen in Deutschland. Landsberg: Ecomed
- Herberg, P. (1989). *Theoretical Foundations of Transcultural Nursing*. In: Boyle, J.S. (Hg.): *Transcultural concepts in nursing care*. USA: Boyle and Andrews
- Higgs, Z./Gustafson, D. (1985): Community as a client: Assessments and diagnosis. In: Smith, C.M./Maurer, F.A. (Hg.): *Community Health Nursing. Theory and practice*. Philadelphia: Saunders
- Hilbert, J. (1996): Marktbeobachtung und Produktentwicklung: Entwicklungschancen für die Gesundheitswirtschaft. In: Meier, B. (Hg.): Wirtschaftsfaktor Gesundheit: Chancen für den Standort Bielefeld. Dokumentation zur Veranstaltung am 25.10.1996. Bielefeld: WEGE
- Hitzler, R.A./Honer, C./Maeder, C. (1994): Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Hradil, S. (1994): Neuerungen der Ungleichheitsanalyse und die Programmatik künftiger Sozialepidemiologie. In: Mielck, A. (Hg.): *Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland*. Opladen: Leske & Budrich
- Kayser, B./Schwefing, B. (1998): Managed Care und HMO's - Lösung für die Finanzkrise der Krankenversicherung? Bern: Huber, 43-50

- Klainberg, M. et al. (1998): Community Health Nursing: An alliance for health. USA: McGraw-Hill
- Klein-Lange, M. (1998): Stationäre Krankenversorgung. In: Schwartz, F. W./Badura, B./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J. (Hg.): Das Public Health Buch. München: Urban & Schwarzenberg, 227-239
- Kranzmann, G. (1996): Auf dem Weg zur modernen und sozialen Großstadt. Bielefeld in der Weimarer Republik. In: Beaugrand, A. (Hg.): Stadtbuch Bielefeld. Tradition und Fortschritt der ostwestfälischen Metropole. Bielefeld: Westfalen-Verlag, 74-79
- Krutwage, G./Linnenbürger, A. (1998): Stadt Bielefeld „Pflegebedarfsplan“. Bielefeld: Koordinationsstelle Altenhilfe
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögD) (1996): Gesundheitsberichterstattung Band 8: Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens. Bielefeld: lögD
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögD) (1997): Gesundheitsberichterstattung Band 9: Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen. Bielefeld: lögD
- Lüpke, R. (1996): Rüsten für den Krieg. Rüstungsproduktion und Widerstand in Bielefeld. In: Beaugrand, A. (Hg.): Stadtbuch Bielefeld. Tradition und Fortschritt der ostwestfälischen Metropole. Bielefeld: Westfalen-Verlag, 86-89
- MAGS (1995): Bedarfsplanung in der kommunalen Altenpolitik und Altenarbeit in NRW (Band I und II). Dortmund: Bericht der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. & Institut für Gerontologie
- Matthies, W. (1996): Zwischen „Burgfrieden“ und Revolution. Bielefeld im Ersten Weltkrieg. In: Beaugrand, A. (Hg.): Stadtbuch Bielefeld. Tradition und Fortschritt der ostwestfälischen Metropole. Bielefeld: Westfalen-Verlag, 70-73
- Meuser, M./Nagel, A. (1997): Das ExpertInneninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, B./Preugel, A. (Hg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim: Juventa, 481-491
- Mielck, A./Helmert, U. (1998): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: K. Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa, 519-535
- Mikrozensus (1997) – Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW
- Neumann, B. (1989): The Neuman systems model. Norwalk, CT: Appleton & Lange
- Rosenbrock, R. (1998): Gesundheitspolitik. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa, 707-751
- Sax-Demuth, W. (1996): Die Realität der Gegenwart. Nachdenken über „Bielefeld heute“. In: Beaugrand, A. (Hg.): Stadtbuch Bielefeld. Tradition und Fortschritt der ostwestfälischen Metropole. Bielefeld: Westfalen-Verlag, 120-125
- Schaeffer, D. (1995): Community Health Nursing - Entwicklung, Probleme, Lehren aus der US-amerikanischen Situation. Argument. Jahrbuch für kritische Medizin 25, (Weltgesundheit) Seitenangaben
- Schaeffer, D. (1999): Care Management - Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 3, 233-251

- Schaeffer, D. et al. (1999): Pflgetheorien - Beispiele aus den USA. Bern: Huber
- Schäfer, J. (1995): Glossar qualitativer Verfahren. Veröffentlichungsreihe des Berliner Forschungsverbundes Public Health
- Schlicht, U. (1996): Wie eine Ideologie von einer Stadt Besitz ergreift. Bielefelder Leben in nationalsozialistischer Zeit. In: Beaugrand, A. (Hg.): Stadtbuch Bielefeld. Tradition und Fortschritt der ostwestfälischen Metropole. Bielefeld: Westfalen-Verlag, 80-85
- Schwartz, F.W./Busse, R. (1998): Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In: Schwartz, F.W./Badura, B./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J. (Hg.): Das Public Health Buch. München: Urban & Schwarzenberg, 385-411
- Schwartz, F. W./Walter, U. (1998): Altsein - Kranksein?. In: Schwartz, F.W./Badura, B./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J. (Hg.): Das Public Health Buch. München: Urban & Schwarzenberg, 124-140
- Sendler, H. (1996): Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Arbeit und Sozialpolitik 1-2, 33-38
- Smith, C.M./Maurer, F.A. (1995): Community Health Nursing. Theory and practice. Philadelphia: Saunders
- Stanhope, M./Lancaster, J. (1996): Community health nursing: promoting health of aggregates, families, and individuals (4<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Mosby-Year
- Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland – Gesundheitsberichterstattung des Bundes / Statistisches Bundesamt. Stuttgart: Metzler-Poeschel
- Swanson, J.E. (1993): Community health nursing: promoting the health of aggregates. Philadelphia: Saunders
- Taylor, B.J. (1993): Assessing Needs and Lanning Care in Social Work. England: Arena
- Thau, B. (1996): Vom Rettungshaus zum diakonischen Unternehmen. Das Evangelische Johanneswerk e. V. In: Beaugrand, A. (Hg.): Stadtbuch Bielefeld. Tradition und Fortschritt der ostwestfälischen Metropole. Bielefeld: Westfalen-Verlag, 158-159
- Trotter, J.O./Smith, C.M./Maurer, F.A. (1995): Community Assessment. In: Smith, C.M./Maurer, F.A. (Hg.): Community Health Nursing. Theory and Practice. Philadelphia: Saunders, 299-339
- Vogelsang, R. (1980): Geschichte der Stadt Bielefeld. Von den Anfängen bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts. Band I. Bielefeld: Winkel
- Vogelsang, R. (1988): Geschichte der Stadt Bielefeld. Von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zum Endes des Ersten Weltkrieges. Band II. Bielefeld: Verlag für Druckgrafik
- Weike, M./Grabe, E./Spengemann, F. (1998): Konzern Stadt Bielefeld. Stand der Umsetzung. Projektbüro Stadt Bielefeld (13.07.1998)
- Wichern, H. (1926): Das Gesundheitswesen. In: Magistrat der Stadt Bielefeld (Hg.): Bielefeld. Das Buch der Stadt. (Unveränderter Nachdruck 1978). Frankfurt: Weidlich, 215-225
- Wille, H. (1996): Bethel bei Bielefeld. Von der Krankenkolonie zum eigenen Stadtteil. In: Beaugrand, A. (Hg.): Stadtbuch Bielefeld. Tradition und Fortschritt der ostwestfälischen Metropole. Bielefeld: Westfalen-Verlag, 160-163
- Zamora, P./Knesebeck, O. v.d./Büchner, J./Münch, E./Rugulies, R./Schnabel, M./Wilking, P. (1999): „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen

und sozialen Versorgung“ - Ein Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 1, 18-22

## 8. Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

### Abbildungen:

|          |  |    |
|----------|--|----|
| Abb. 1:  | Pflege in den Vereinigten Staaten  | 7  |
| Abb. 2:  | Gleichzeitige Mitgliedschaft in unterschiedlichen Communities  | 9  |
| Abb. 3:  | Basic Helping Cycle  | 15 |
| Abb. 4:  | Handlungskreislauf für Community Nursing   | 15 |
| Abb. 5:  | Ablauf eines Assessments   | 17 |
| Abb. 6:  | Community assessment wheel / Community-as-partner-model  | 19 |
| Abb. 7:  | Community-as-system-model  | 20 |
| Abb. 8:  | Alliance model for community health assessment   | 21 |
| Abb. 9:  | Community Health Assessment Tool   | 25 |
| Abb. 10: | Epidemiologischer Assessment-Schwerpunkt   | 26 |
| Abb. 11: | Bielefelder Stadtbezirke   | 42 |
| Abb. 12: | Strukturmodell des Konzerns Stadt Bielefeld  | 45 |
| Abb. 13: | Wahlergebnis kreisfreie Stadt Bielefeld Kommunalwahl 1999  | 55 |
| Abb. 14: | Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen in Bielefeld gegliedert nach Fachgebieten (Barmer Krankenkasse 1998) | 87 |
| Abb. 15: | Spezialisierungen ambulanter Pflegedienste   | 89 |
| Abb. 16: | Bettenzahl Bielefelder Krankenhäuser   | 92 |
| Abb. 17: | Wohnformen für Menschen mit Behinderungen  | 95 |
| Abb. 18: | Plätze im Betreuten Wohnen für Menschen mit Behinderungen  | 95 |

## Tabellen:

|          |   |    |
|----------|---|----|
| Tab. 1:  | Aussagen der Parteien zu Bevölkerungsgruppen  | 50 |
| Tab. 2:  | Aussagen der Parteien zu Gesundheitsthemen  | 54 |
| Tab. 3:  | Wahlergebnis Kreisfreie Stadt Bielefeld Kommunalwahl 1999   | 55 |
| Tab. 4:  | Anteil der Altersgruppen in Prozent (in absoluten Zahlen)   | 67 |
| Tab. 5:  | Veränderungen in Privathaushalten von 1970 bis 1997   | 68 |
| Tab. 6:  | Einwohnerschaft Bielefelds nach Schulabschlüssen  | 70 |
| Tab. 7:  | Einwohnerschaft Bielefelds nach Ausbildungsabschlüssen  | 70 |
| Tab. 8:  | Erwerbstätigenquote in NRW nach Regionen  | 71 |
| Tab. 9:  | Erwerbstätige in Bielefeld  | 72 |
| Tab. 10: | Wohngeldempfängerinnen und –empfänger in Bielefeld in Prozent der Bevölkerung   | 73 |
| Tab. 11: | Öffentlich untergebrachte Personen in Bielefeld   | 74 |
| Tab. 12: | Deutsche und ausländische Bevölkerung in Bielefeld nach ausgewählten Altersgruppen am 31.12.96                            | 75 |
| Tab. 13: | Sterbefälle je 100.000 Einwohner nach Geschlecht, NRW nach Verwaltungsbezirken, Mittelwert 1991 – 1993                    | 75 |
| Tab. 14: | „Vermeidbare Sterbefälle“ im Regionalvergleich, <u>SMR-Werte</u> , NRW nach Verwaltungsbezirken, Mittelwert 1989 bis 1993 | 78 |
| Tab. 15: | Mittlere geschlechtsspezifische Lebenserwartung in Jahren   | 78 |
| Tab. 16: | Krankenhausfälle, NRW nach Verwaltungsbezirken, 1994 – 1996   | 82 |