

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

ISSN 1435-408X

P08-138

Community Health Assessment für Bielefeld- Schildesche

Studentische Arbeitsgruppe Community Health Assessment

Patrick Brzoska
Monika Diercks
Angela Dröge
Simone Franz
Hanna Gerken
Britta Gräfe
Nina Horstkötter
Thomas Kleina
Antje Klötzler
Heidi Panhorst

Nathalie Neumann
Maja Redeker
Wiebke Sannemann
Monika Schäfer
Alexandra Schneider
Claudia Stahlhut
Eva Trompetter
Nazan Ulusoy
Sven Ziegler

unter der Leitung von:
Prof. Dr. Doris Schaeffer
Dr. Andreas Büscher
Prof. Dr. Ralf Ulrich
PD Dr. Jürgen Flöthmann

Bielefeld, Juni 2008

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

Telefon: (0521) 106 - 6880
Telefax: (0521) 106 - 6437
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

Abstract

In dem vorliegenden IPW-Paper werden die Arbeitsergebnisse einer studentischen Arbeitsgruppe dargestellt, die im Rahmen zweier Lehrveranstaltungen während ihres Public Health Studiums an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld ein Community Health Assessment durchgeführt und sich mit der Analyse des Gesundheitszustands der Bevölkerung sowie der Versorgungs- und Infrastruktur einer Region/Kommune – hier Bielefeld-Schildesche – befasst hat. Das der internationalen Diskussion entstammende und in Deutschland noch wenig verbreitete Community Health Assessment ist ein Erhebungsinstrument zur Schaffung von erforderlichen Planungsgrundlagen für eine bedarfsgerechte kommunale Versorgung.

Den Anlass zur Erprobung des Community Health Assessments bildete die Diskussion um das Pflegeweiterentwicklungsgesetz und die darin vorgeschlagene Einführung von Pflegestützpunkten. Gemeint sind wohnortnahe Anlaufstellen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, an die sie sich bei allen Fragen zu Pflegesituationen wenden können und von denen aus die Organisation einer individuell passgenauen pflegerischen Versorgung erfolgen soll. Sowohl darüber, wie die geplanten Pflegestützpunkte konzeptionell ausgestaltet werden sollen, wie aber auch darüber, wie sie umgesetzt und in die vor Ort – in der Kommune, dem Wohnquartier, der Region – bestehenden, meist langjährig gewachsenen Strukturen integriert werden sollen und so mit ihnen verknüpft werden können, dass sie zu einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung beitragen, bestehen noch wenig Vorstellungen. Um sie zu entwickeln, bedarf es erforderlicher Planungsgrundlagen. Diese exemplarisch für einen Stadtbezirk Bielefelds zu erarbeiten und dazu ein Community Health Assessment durchzuführen, war Ziel des studentischen Projekts.

Das Assessment widmet sich fünf Themenbereichen: dem Stadtbezirk Schildesche als geopolitische Einheit, seiner Infrastruktur, der demografischen und der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung (anhand verfügbarer Daten zur Mortalität, Morbidität und Pflegebedürftigkeit) sowie den Strukturen der Gesundheitsversorgung. Die Ergebnisse des Projekts zeigen, dass ein Community Health Assessment – trotz der vorgefundenen insgesamt eher fragmentarischen Datenlage – wichtige und nützliche Erkenntnisse zu Tage zu fördern vermag und geeignet ist, die nötigen Planungsgrundlagen zu erarbeiten, um neue Versorgungsmodelle – wie auch Pflegestützpunkte sie darstellen – umsetzen zu können.

Inhalt

Einleitung	1
1. Community Health Nursing	4
1.1 Community Health Assessment.....	4
1.2 Community Health Assessment in Schildesche.....	8
2. Methodisches Vorgehen.....	9
3. Schildesche als geopolitische Einheit	14
3.1 Historische Entwicklung	14
3.2 Politische Situation	16
3.3 Glaubens- und Wertegemeinschaften	18
3.4 Zusammenfassung.....	19
4. Infrastruktur	20
4.1 Ökonomische Lage	20
4.2 Wohnen	21
4.3 Mobilität	25
4.4 Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten.....	26
4.5 Bildung.....	28
4.6 Zusammenfassung.....	29
5. Demografische Lage	32
5.1 Bevölkerungsstand	32
5.2 Ausländische Bevölkerung.....	33
5.3 Bevölkerungsdichte	36
5.4 Vitalstruktur.....	37
5.4.1 Alterstruktur.....	37
5.4.2 Belastungsquotienten	38
5.5 Erwerbstätigkeit.....	40
5.6 Einkommen	42
5.7 Zusammenfassung.....	43
6. Mortalität, Morbidität und Pflegebedürftigkeit	45
6.1 Mortalität	45
6.1.1 Vermeidbare Sterblichkeit	45
6.1.2 Suizide	47
6.2 Morbidität	47
6.2.1 Behinderung.....	49
6.2.2 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand.....	50
6.2.3 Prävention und Gesundheitsförderung.....	51
6.3 Pflegebedürftigkeit in Bielefeld.....	52
6.3.1 Pflegegeldempfänger	52
6.3.2 Pflegebedürftige in professioneller ambulanter Versorgung	53
6.3.3 Pflegebedürftige in der stationären Versorgung.....	54
6.3.4 Daten zur Pflegebedürftigkeit in Schildesche.....	55
6.4 Zusammenfassung.....	56

7. Strukturen der Gesundheitsversorgung.....	58
7.1 Niedergelassene Ärzte und Psychologen	60
7.2 Ambulante Pflege	62
7.3 Stationäre und teilstationäre Pflege	64
7.4 Alternative Wohnformen und niedrigschwellige Betreuungsangebote.....	65
7.5 Weitere Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen	67
7.6 Krankenhausversorgung.....	68
7.7 Gesundheits- und pflegerelevante Beratungsangebote	69
7.8 Kooperation und Vernetzung der Leistungserbringer.....	71
7.9 Zusammenfassung	72
8. Schlussfolgerungen und Empfehlungen	74
Literatur	80

Einleitung

Doris Schaeffer, Andreas Büscher

In die Entwicklung der ambulanten pflegerischen Versorgung in Deutschland ist Bewegung geraten. Neben Diskussionen um das Rollenverständnis und den Zuständigkeitsbereich der Pflege (SVR 2007), der Erprobung neuer inhaltlicher Ansätze wie der Familiengesundheitspflege (Eberl/Schnepp 2007) und präventiven Interventionen wie dem präventiven Hausbesuch (DIP 2008), sind es vor allem die Überlegungen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten, die einen deutlichen Innovationsimpuls setzen, jedoch auch zu vielfältigen Kontroversen Anlass geben.

Das Bundesministerium für Gesundheit (2007) hat im Rahmen der Reform der Pflegeversicherung durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vorgesehen, bundesweit so genannte Pflegestützpunkte einzuführen. Im Sommer 2008 ist auf Landesebene zu entscheiden, ob und in welchen Bundesländern Pflegestützpunkte eingerichtet werden. Die Stützpunkte sollen als im Stadtteil oder dem Wohnquartier verankerte Anlaufstellen für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen dienen, von denen aus bei Bedarf die Organisation, Koordination und Begleitung der pflegerischen Versorgung erfolgen kann.

Ausgangspunkt für die Einrichtung von Pflegestützpunkten ist die seit langem beklagte Intransparenz des Versorgungswesens, konkret seine Instanzenvielfalt, Komplexität, Zersplitterung und Unübersichtlichkeit. Auch in der pflegerischen Versorgung ist in den vergangenen Jahren – nicht zuletzt als unerwünschte Nebenwirkung der Einführung der Pflegeversicherung – die Fragmentierung und Unübersichtlichkeit gestiegen. Seither ist allein im ambulanten Sektor eine Vielzahl an neuen Pflegediensten und anderen Versorgungsangeboten entstanden. Menschen, die hilfe- und pflegebedürftig sind, sehen sich daher keiner klar strukturierten ambulanten Versorgungslandschaft gegenüber und haben keinen eindeutig identifizierbaren Ansprechpartner. Sie müssen suchen, auch in Notsituationen. Solche Suchbewegungen sind in der Regel aufwändig, belastend und führen zu Verunsicherungen und werden nicht selten zur Überforderung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen. Mit der Einrichtung von Pflegestützpunkten wird daher das Ziel verfolgt, die Situation Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen zu entspannen und ihnen Möglichkeiten zu eröffnen, dass sie problemlos – direkt und ohne lange Um- und Irrwege – angemessene Antworten für die sich ihnen stellenden Probleme und Fragen zum Thema Pflege finden.

Weniger die mit dieser Innovation verbundenen Chancen oder konzeptionellen Fragen stehen im Mittelpunkt des nachfolgenden Berichts. Vielmehr widmet er sich den Umsetzungsvoraussetzungen – konkret der Frage danach, wie solche wohnortnahen Pflegeanlaufstellen realisiert werden können und welche Planungsvoraussetzungen dazu zu erfüllen sind.

Einige Vorgaben für die Planung und Umsetzung von Pflegestützpunkten sieht das Gesetz bereits vor: so sollen die Stützpunkte gut in die kommunale Versorgungsstruktur integriert sein, bedarfs- und bedürfnisgerecht ausgerichtet und wohnortnah angesiedelt sein, sich also an zentralen Stellen im Wohnquartier/Stadtteil befinden. Ebenso sollen sie gut und leicht auffindbar, problemlos verkehrstechnisch erreichbar, einfach zu-

gänglich und niederschwellig ausgerichtet sein (siehe auch Schaeffer/Kuhlmey 2008).

All dies umzusetzen, ist keineswegs so einfach, wie es auf den ersten Blick erscheinen mag. Denn jede Region, jede Kommune und jedes Wohnquartier innerhalb einer Kommune (ebenso freilich jede ländliche Region) weisen geopolitische Besonderheiten und spezielle Merkmale auf, unterscheiden sich hinsichtlich der Zusammensetzung ihrer Bevölkerung, ebenso hinsichtlich des Gesundheitszustands und des Bedarfs der Bevölkerung an sozialen, medizinischen, pflegerischen und sonstigen Versorgungsmaßnahmen und -einrichtungen. Auch die regionalen bzw. kommunalen Versorgungsstrukturen sind durch große Unterschiede gekennzeichnet. Sie können etwa durch zu geringe oder aber durch Überkapazitäten charakterisiert sein oder – vor allem im Bereich der pflegerischen Versorgung – auf eine umfangreiche, überwiegend ambulante Infrastruktur oder aber eher gegenteilig vornehmlich auf stationäre Versorgungsformen setzende Strukturen schauen. Zudem zeigen sich regionale und kommunale Unterschiede, was die Innovations- und Anpassungsbereitschaft an neue gesellschaftliche Entwicklungen anbelangt: so haben beispielsweise manche Kommunen sehr frühzeitig begonnen, sich mit den Herausforderungen einer altersgewandelten Gesellschaft auseinanderzusetzen und die dazu nötigen Voraussetzungen auf infrastruktureller Ebene zu schaffen, andere sind eher zögerlich. Wieder andere versuchen, sich aktiv der Aufgabe zu stellen, nutzerfreundliche Versorgungsstrukturen zu schaffen, andere weniger.

Dies alles wird angeführt, um zu zeigen, dass die Schaffung neuer Versorgungsstrukturen – so auch die Einrichtung von Pflegestützpunkten – auf jeweils andere, sich oft erheblich unterscheidende regionale/kommunale Bedingungen trifft. Sie zu berücksichtigen und konstruktiv einzubeziehen, ist eine zentrale Voraussetzung, sollen nicht unversehens Versorgungsstrukturen geschaffen werden, die sich als inkompatibel mit den jeweils gewachsenen Bedingungen erweisen, am Bedarf und den Gegebenheiten vor Ort vorbeigehen und statt, wie intendiert zu nutzerfreundlicher Innovation schlussendlich lediglich zu inkrementaler Anpassung führen. Dass dies keineswegs selten ist, zeigt die Geschichte etlicher Reformen im bundesdeutschen Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren (Rosewitz/Webber 1990; Schaeffer 2002)

Damit aber die unterschiedlichen regionalen und kommunalen Bedingungen Berücksichtigung finden und passgenaue Planungsgrundlagen für die Umsetzung neuer Versorgungsstrukturen und -vorhaben entwickelt werden können, ist es erforderlich, die jeweiligen regionalen bzw. kommunalen Bedingungen vorab zu untersuchen und ein Assessment durchzuführen. Ein solches „Community Health Assessment“, so der Fachterminus in der US-amerikanischen Literatur (Nies/McEwan 2007), war Ziel zweier als Kooperationsprojekt angelegten Lehrveranstaltungen im Masterstudiengang Public Health der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld im WS 2007/08. Die Veranstaltungen standen unter der Leitung von Prof. Dr. Doris Schaeffer/Dr. Andreas Büscher und Prof. Dr. Ralf Ullrich/PD Dr. Jürgen Flöthmann. Mit der Intention, ein „Community Health Assessment“ (CHA) – also ein kommunales Gesundheitsassessment – durchzuführen und damit Erfahrungen mit einem Instrument für die kommunale Versorgungsplanung zu sammeln, erfolgte eine exemplarische Analyse des zur Stadt Bielefeld gehörenden Stadtbezirks Schildesche, um auf diese Weise Planungsgrundlagen und Hinweise für die Ein-

richtung von Pflegestützpunkten zu erlangen. Untersucht wurde die geopolitische Entwicklung und Beschaffenheit des Stadtbezirks, die gegebene städtische Infrastruktur, die demografische Entwicklung und Zusammensetzung der Bevölkerung, die Gesundheitssituation sowie die gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsstrukturen. Die Ergebnisse dieser studentischen Analyse sind im nachfolgenden Bericht dargelegt.

Für die Durchführung des CHA (Einarbeitung in das Konzept und Instrument, Datenerhebung, -auswertung und Berichterstellung) stand nur ein sehr knapper Zeitrahmen, nämlich ein Semester, zur Verfügung¹. Allen beteiligten Studierenden sei an dieser Stelle ausdrücklich gedankt – vor allem für das hohe gezeigte Engagement, mit dem sie sich beteiligt und die vor Ort nötigen Datensammlungen für das CHA durchgeführt haben, doch auch für die Eigenständigkeit, mit der sie dieses Vorhaben bis hin zur Berichterstellung realisiert haben. Unser Dank gilt aber auch ebenso all denjenigen, die diese Analyse unterstützt haben, sei es dadurch, dass sie Daten zur Verfügung gestellt haben, für Interviews oder sonstige Auskünfte zur Verfügung standen, als Gäste in die Lehrveranstaltung kamen und mitdiskutierten oder in anderer Weise die dazu erforderlichen Recherchen unterstützt haben.

¹ Es konnte allerdings an Arbeitsergebnisse einer im vorangegangenen Semester durchgeführten Literaturrecherche angeknüpft und zudem auf ein „Community Health Assessment für Bielefeld“ zurückgegriffen werden, das bereits vor einiger Zeit durch Studierende an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld durchgeführt wurde (Caesar et al. 2000).

1. Community Health Nursing

Nina Horstkötter, Eva Trompetter, Angela Dröge

„Community Health Nursing“ stellt ein breit angelegtes gesundheitliches Versorgungskonzept dar, bei dem der ambulanten Pflege eine wesentliche Rolle zukommt. Dabei wird der hierzulande vorherrschende Blick auf den Pflegebedarf Einzelner erweitert, um im Sinne von Public Health den Bedarf einer Bevölkerung oder bestimmter Bevölkerungsteile in den Mittelpunkt zu stellen. Die „American Nurses Association“ definiert „Community Health Nursing“ wie folgt: „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 a 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“² (Helvie 1997: 5). Zusammengefasst kann unter dem Begriff also eine Pflege verstanden werden, deren Handeln im Wesentlichen auf die Bedürfnisse, den Bedarf und die Versorgung von „Communities“ abzielt (Caesar et al. 2000). Dabei wird nach dem so genannten „aggregate approach“ gehandelt, bei dem das Individuum als Teil eines sozialen Aggregats (einer Bevölkerungsgruppe, z.B. die Bewohner eines bestimmten Stadtteils) gesehen und einbezogen wird (Schaeffer 1995).

1.1 Community Health Assessment

Beim „Community Health Assessment“ handelt es sich um ein Erhebungsinstrument, das Teil des Public Health Regelkreises ist. Es dient zunächst dazu, die Versorgungssituation, den Gesundheitszustand und die Lebensqualität von Menschen einer „Community“ zu erfassen. Dazu werden systematisch und umfassend quantitative und qualitative Daten zu gesundheitsrelevanten Größen und Einflussfaktoren, die sich aus den spezifischen Lebensbedingungen einer Bevölkerungsgruppe ergeben, erhoben. Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse sollen die Versorgung der „Community“ optimiert sowie die Effektivität und Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert werden (Caesar et al. 2000). Dazu werden in Form von sach- und datenorientierten Thesen Handlungsempfehlungen zur Versorgungsgestaltung in der ausgewählten Population erarbeitet (Caesar et al. 2000).

Für das „Community Health Assessment“ gelten die WHO-Definitionen des Gesundheitsbegriffs von 1948 und 1987 als richtungweisend. So wird hier Gesundheit als „Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen

² „Community Health Nursing“ fördert und erhält die Gesundheit der Bevölkerung, indem es die Fertigkeiten und das Wissen der Pflege und der Gesundheitswissenschaften vereint. Das Vorgehen ist umfassend und allgemein und ist nicht auf Personen eines bestimmten Alters oder mit einer bestimmten Diagnose begrenzt. Es ist dauerhaft und nicht begrenzt auf eine episodische Versorgung. (...) Obwohl die Praxis des „Community Health Nursing“ pflegerische Leistungen sowohl für einzelne Personen, als auch Familien und Gruppen umfasst, liegt die Hauptverantwortung auf der Bevölkerung als Ganzes (Eigene Übersetzung in Anlehnung an Helvie 1997: 5).

und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als die Abwesenheit von Krankheit und Behinderung" definiert (WHO 1948, zitiert nach Caesar et al. 2000: 13), aber auch als „die Fähigkeit und die Motivation am Leben teilzunehmen und einen Beitrag zum Leben der Gemeinschaft zu leisten" (WHO 1987, zitiert nach Caesar et al. 2000: 13). Das auf der WHO-Definition gründende Gesundheitsverständnis berücksichtigt sowohl das Verhalten und Befinden des Einzelnen als auch die Verhältnisse im Lebensumfeld. Anhand der Durchführung eines „Community Health Assessments" lassen sich Aussagen zu den gesundheitlichen Bedürfnissen, zum vorhandenen Bedarf und den Versorgungsstrukturen einer „Community" treffen. Zunächst erscheint es jedoch notwendig, das zugrunde liegende Verständnis des Begriffs „Community" zu klären. Eine „Community" wird Caesar et al. (2000) zufolge durch Aussagen über die folgenden drei Merkmale beschreibbar:

- Geopolitische oder phänomenologische Grenzen: Hierunter sind Faktoren zu verstehen, die sich durch die Festlegung der „Community" auf einen bestimmten Raum und eine bestimmte Zeit ergeben, wie etwa bei der Beschreibung geografischer, administrativer oder politischer Grenzen. Auch Informationen über Bedürfnisse und Lebenslagen, welche die Mitglieder einer bestimmten „Community" von anderen unterscheiden, zählen dazu.
- Die dort lebenden Menschen: Hierzu zählen etwa epidemiologische Daten (z.B. zu Bevölkerungsanzahl und -dichte), demografische Angaben (Alter, Geschlecht, Schulbildung, sozioökonomischer Status), Informationen über die Einbindung der Personen in formelle Systeme (Schulen, Kirchen, Parteien, Gesundheitswesen) und informelle Systeme (Nachbarschaft, Verein, Freundeskreis).
- Beziehungen der Menschen untereinander: Hierunter werden die sozialen Systeme und Normen verstanden, die ein gemeinsames Zusammenleben möglich machen (etwa Informationen über die Sozialisation und die soziale Kontrolle der Mitglieder, Daten zur Produktion, Aussagen zu Kommunikationsprozessen und Gestaltung von Veränderungen etc.).

Der Begriff „Community" ist auf eine Vielzahl verschiedener Gruppen anwendbar, beispielsweise eine Region, eine Kommune, einen Ortsteil, ein Straßenzug oder eine Kleingartensiedlung, aber auch eine bestimmte Gruppe, etwa die der Vorschulkinder. Somit ist jeder Mensch gleichzeitig Mitglied in verschiedenen „Communities". Ins Deutsche lässt sich der Begriff nur bedingt mit „Gemeinde" oder „Gemeinschaft" übersetzen.

Bei der Durchführung eines „Community Health Assessments" lassen sich drei Phasen unterscheiden:

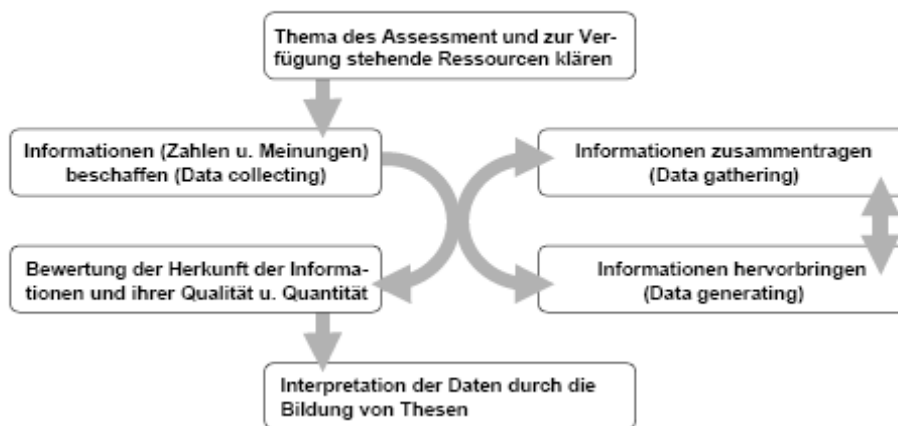
- Festlegung des Untersuchungsgegenstandes und der für die Untersuchung zur Verfügung stehenden Ressourcen: In dieser ersten Phase werden die geopolitischen oder phänomenologischen Grenzen der zu untersuchenden „Community" und das Erkenntnisinteresse der Untersuchung beschrieben. Zudem wird der Umfang der vorhandenen zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcen für das Assessment geklärt.
- Informationssammlung: In der zweiten Phase werden Informationen in Form von quantitativen Daten (z.B. Ergebnisse aus Umfragen und Statistiken) und qualitativen Daten (z.B. Meinungsbilder und Situations einschätzungen aus Interviews) gesammelt. Um die benötigten Infor-

mationen zu beschaffen, gibt es nach Stanhope und Lancaster (1996) und Helvie (1997) zum einen die Möglichkeit, in Form einer Sekundäranalyse („data gathering“) vorliegende Informationen heranzuziehen, oder – falls über diesen Weg keine ausreichenden Informationen erhältlich sind – Daten und Meinungsbilder in Form einer Primärerhebung („data generating“) durch eigene Erhebungen und Befragungen zu gewinnen.

- Interpretation: Zuletzt werden in der dritten Phase 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 die daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen sind das Ergebnis des „Community Health Assessments“.

Abb. 1: Ablauf eines Assessments

(Quelle: Caesar et al. 2000: 17)



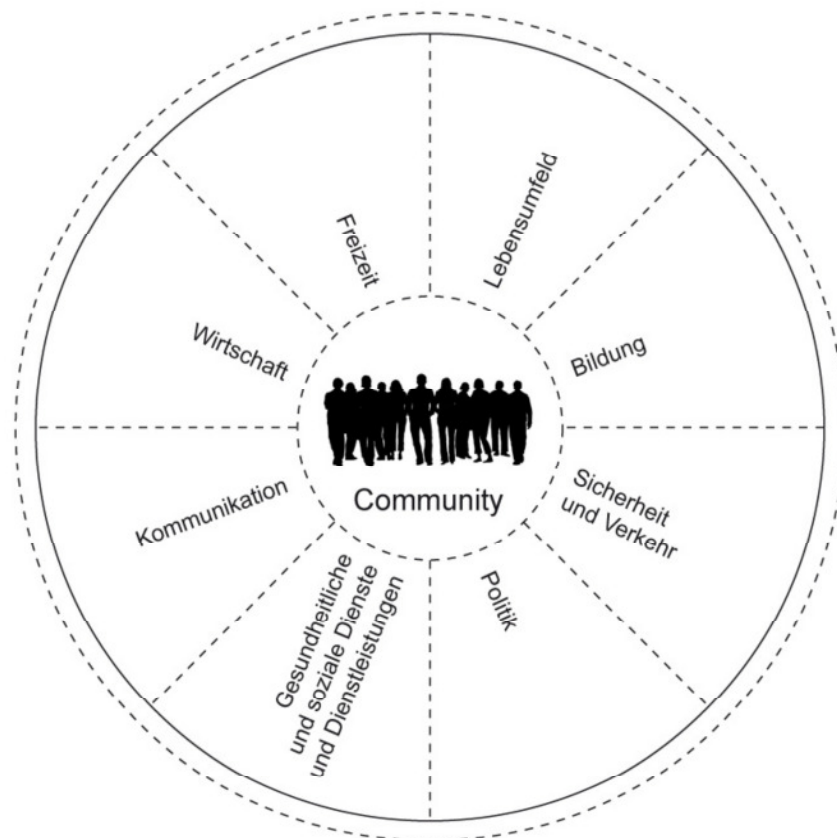
Es existieren verschiedene theoretische Modelle, die eine Grundlage für die Durchführung eines „Community Health Assessments“ bilden können. Im Folgenden wird das Modell des „Community Assessment Wheels“ dargestellt, da dieses den theoretischen Rahmen für die hier durchgeführte Erhebung bildet. Das Modell „Community Assessment Wheel“ wurde von der Pflergetheoretikerin Betty Neumann entwickelt, welche die Gesundheit einer „Community“ als die Fähigkeit verstand, so mit Belastungen und Herausforderungen umzugehen, dass die Menschen trotz des Wirkens von Stressoren harmonisch miteinander leben. Im Zentrum des Modells stehen die zur „Community“ gehörenden Menschen. Darum herum gruppieren sich die Subsysteme der Gesellschaft: Lebensumfeld, Bildung, Sicherheit und Verkehr, Politik, gesundheitliche und soziale Dienste und Dienstleistungen, Kommunikation, Ökonomie und Freizeit. Dabei kommt es zwischen den Subsystemen und den Mitgliedern der „Community“ zu Wechselwirkungen (Caesar et al. 2000). Die Außenbegrenzung des Rades wird durch zwei Linien gebildet, die auf verschiedene Ausprägungen der Bewältigungsleistung der „Community“ hinweisen. So steht die innere Linie dafür, inwiefern die „Community“ im Normalfall Herausforderungen und Belastungen gewachsen ist. Die äußere Linie steht für die Fähigkeit einer

„Community“, auf neue, außergewöhnliche Belastungen zu reagieren: Wenn es beispielsweise in einer geopolitischen „Community“ mehrere Großschadensereignisse gibt und vorgehaltene Rettungs- und Versorgungsstrukturen nicht ausreichen, könnten befristet Helfende und medizinische Geräte aus einer anderen „Community“ herangezogen werden.

Bei einem „Community Health Assessment“ nach diesem Modell werden sowohl die Menschen der „Community“ als auch die Strukturen der gesellschaftlichen Subsysteme untersucht. Im Zentrum des Interesses steht dabei, wie auf alltägliche oder neue Belastungen reagiert werden kann (Caesar et al. 2000).

Abb. 2: Community Assessment Wheel/Community-as-partner-model

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Anderson/McFarlane 1995 bei Stanhope/Lancaster 1996: 1054)



1.2 Community Health Assessment in Schildesche

Um die Besonderheiten des Bielefelder Stadtbezirks Schildesche zu erfassen, wurde ein umfangreiches „Community Health Assessment“ durchgeführt. Es orientierte sich an den Prinzipien des „Community Assessment Wheels“. Zur Beschreibung der „Community“ im inneren Kreis des Rades wurden demografische Daten und Daten zur Morbidität, Mortalität und Pflegebedürftigkeit erhoben. Die Erhebung der demografischen Gegebenheiten und Entwicklungen sollte zeigen, wer genau im Stadtbezirk lebt und wie sich diese Bevölkerung verändert. Diese Daten machen es beispielsweise möglich, Aussagen zur Alters- oder Wohnstruktur zu treffen. Anhand der Daten zum Gesundheitszustand und zur Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung lässt sich der Bedarf an Versorgungsangeboten ableiten bzw. die bestehende Gesundheitsversorgung auf ihre Bedarfsgerechtigkeit hin überprüfen.

Die anderen Subsysteme der Gesellschaft wurden unter drei weiteren Themenfeldern zusammengefasst. So umfasste die Untersuchung der politischen Situation im Stadtbezirk auch geschichtliche Hintergründe. Die Erfassung dieser Faktoren trägt der Betrachtung des Stadtbezirks als geopolitische Einheit Rechnung. Auf diesem Wege lassen sich beispielsweise Schlüsselpersonen oder -organisationen ermitteln, die bei der Optimierung des Versorgungsgeschehens eingebunden werden können. Die historische Dimension ist wichtig, da zum Teil nur aus ihr heraus Wohn-, Arbeits-, Sozial- und politische Strukturen zu verstehen sind. Unter dem Themenfeld Infrastruktur wurden die Subsysteme Lebensumfeld, Bildung, Sicherheit und Verkehr sowie Ökonomie und Freizeit subsumiert. Aus diesen Faktoren lassen sich sowohl Belastungen, als auch Ressourcen für die Bevölkerung ableiten. Die Qualität der Bildungseinrichtungen und wirtschaftliche Gegebenheiten eines Stadtbezirks haben Einfluss auf die soziale Lage der Bevölkerung. Im Hinblick auf das Wohnumfeld und die Verkehrsanbindung ist insbesondere von Interesse, ob diese Bereiche senioren- und behindertengerecht gestaltet sind. Gute Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten können die Gesundheit der Bevölkerung positiv beeinflussen. Das Themenfeld Gesundheitsversorgung schließlich befasst sich mit den gesundheitlichen und sozialen Diensten und Dienstleistungen im Stadtbezirk Schildesche. Dabei geht es vor allem um die Erfassung und Beurteilung vorhandener Ressourcen. Es wird überprüft, ob notwendige Versorgungsangebote für die Bewohner in ausreichender Zahl und ortsnah verfügbar sind. Wichtig ist aber auch die Frage, ob das Leistungsangebot den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht.

Die Beschreibung der Themenfelder zeigt, wie sich die Bevölkerung und die gesellschaftlichen Subsysteme gegenseitig beeinflussen. Nur wenn alle Themenfelder erfasst werden, ist am Ende der Untersuchung eine umfassende Einschätzung bzw. Bewertung („diagnostic statement“) der Situation in der „Community“ möglich.

2. Methodisches Vorgehen

Simone Franz, Wiebke Sannemann, Thomas Kleina

Nachdem zuvor die Grundzüge eines „Community Health Assessments“ skizziert wurden, steht im Folgenden das methodische Vorgehen im Vordergrund. In einem ersten Schritt wurden Themengebiete identifiziert, die innerhalb des Community Health Assessments bearbeitet und untersucht werden sollten. Dies waren die Bereiche „Geschichte und Gesellschaft“, „Infrastruktur“, „Demografie, Morbidität, Mortalität und Pflegebedürftigkeit“ sowie „Strukturen der Gesundheitsversorgung“. Die Analyse der fünf Bereiche in der „Community“ Schildesche sollte dazu beitragen, herauszuarbeiten, wie eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Einrichtung von **Pflegestützpunkten** erfolgen kann.

Als Einstieg in die Feldphase wurde ein sogenannter „windshield-survey“ durchgeführt. Community health nurses nutzen diese Methode und fahren oder laufen durch das ausgewählte Gebiet und machen dabei strukturierte Beobachtungen. Dies ermöglicht ihnen einerseits verschiedene Informationen und Beobachtungen über Umwelteigenschaften, Bauungsstrukturen, die soziale und ökonomische Lage sowie über die Gesundheitsversorgung zu sammeln. Andererseits können aber auch die Menschen und ihre Rollen innerhalb ihrer Gemeinschaft beobachtet werden, z.B. die Altersstruktur oder andere Eigenschaften der Menschen, die in einer Nachbarschaft leben (Cassels 2007). Der „windshield survey“ führte in dem Projekt zu einer ersten Hypothesenbildung, die in weiteren Datenerhebungen und Analysen vertieft wurde.

Dabei wurden zu den genannten Themengebieten weitere Daten erhoben, analysiert und ausgewertet. Innerhalb eines „Community Health Assessments“ gibt es verschiedene Datenquellen und Methoden, die genutzt werden können, um Informationen über das gewählte Zielgebiet zu erhalten. Quantitative Daten liefern beispielsweise Anhaltspunkte über Altersstruktur und Morbidität einer Population. Zudem können sie Hinweise auf Gruppen mit besonderen Gesundheitsrisiken geben. Auf qualitative Methoden kann beispielsweise zurückgegriffen werden, um die Sicht von Experten auf Praxis und Probleme der Gesundheitsversorgung herauszuarbeiten. Im Folgenden wird das methodische Vorgehen kurz skizziert.

Innerhalb des Themengebiets „Geschichte und Gesellschaft“ sollten die geschichtliche und politische Entwicklung von Schildesche und des Gesundheitswesens untersucht werden. Hierzu wurden zwei unterschiedliche methodische Zugänge gewählt. Zum einen wurde zu Beginn des Projektes eine Literaturrecherche durchgeführt. Sie sollte einen Überblick über die vier Themenbereiche geben und eine spätere Schwerpunktsetzung innerhalb der Gebiete ermöglichen. Zum anderen wurde ein erweiterter methodischer Zugang für die Bereiche Geschichte, Gesundheitswesen, Politik und Religion, in Form von Experteninterviews³, gewählt. Im Zuge dessen

³ Von Gesprächspartnern in qualitativen Interviews wird erhofft, dass sie über das gewählte Themengebiet möglichst umfassend Auskunft geben können, dass sie gleichsam Experten sind. Meuser und Nagel zufolge ist diese Expertenrolle „ein hinsichtlich des jeweiligen Erkenntnisinteresses vom Forscher ver-

wurden – auf der Grundlage der theoretisch gesammelten Erkenntnisse – Leitfäden⁴ entwickelt. Insgesamt wurden sechs Interviews mit Experten aus Schildesche durchgeführt (vgl. Tabelle 1). Die Auswertung erfolgte mit Hilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse.

Um einen Überblick über die Infrastruktur von Schildesche zu erhalten, wurde zu Beginn des Projektes ebenfalls eine Recherche bereits vorhandener Daten und Berichte in Bibliotheken, bei Ämtern und Institutionen sowie auf einschlägigen Internetseiten durchgeführt. Es zeigte sich, dass wenig stadtbezirkspezifische Daten für Schildesche zur Verfügung standen. Im Ergebnisteil wird daher zum Teil auf Daten für die Stadt Bielefeld zurückgegriffen. Für ein umfassendes Verständnis der Strukturen und Prozesse im Stadtbezirk Schildesche erwies sich das Literaturstudium als nicht ausreichend. Daher wurden im Verlauf des Projektes weitere Interviews mit Expertinnen und Experten verschiedener Ämter, Behörden, Vereine und sonstiger Institutionen durchgeführt, die im Anschluss inhaltsanalytisch ausgewertet wurden.

Demografische Daten für Bielefeld liegen auf unterschiedlichen Aggregationsstufen vor. Vom Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (lögd)⁵ kann man Daten für alle Kreise und kreisfreien Städte Nordrhein-Westfalens beziehen. Für Bielefeld ist die kleinste verfügbare Einheit hier die Stadt selbst, weshalb eine Nutzung im Rahmen der hier behandelten Fragestellung, bei der innerstädtische Strukturen im Vordergrund stehen, wenig sinnvoll erschien. Bevölkerungsbezogene Daten für Bielefeld auf kleinräumigerer Ebene werden unter anderem vom Amt für Stadtforschung, Statistik und Wahlen der Stadt Bielefeld im Melderegister erfasst. Erhältlich sind dabei Kennzahlen ausgewählter Themenfelder die stratifiziert für die zehn Stadtbezirke Bielefelds vorliegen. Jeder Stadtbezirk ist darüber hinaus in eine unterschiedliche Anzahl sogenannter statistischer Bezirke gegliedert. Der Großteil der Kennzahlen ist auch für diese insgesamt 92 Bezirke in Bielefeld vorhanden, von denen 10 zu Schildesche gehören (siehe Abbildung 3). Durch die Nutzung dieser Daten waren ebenso eine Betrachtung und separate Darstellung der zum Stadtbezirk gehören-

liehener Status" (Meuser/Nagel 1997: 483f). Sie führen weiter aus: „Eine Person wird zum Experten gemacht, weil wir wie auch immer begründet annehmen, dass sie über ein Wissen verfügt, das sie zwar nicht alleine besitzt, das aber doch nicht jedermann bzw. jederfrau in dem interessierenden Handlungsfeld zugänglich ist" (Meuser/Nagel 1997: 483f).

⁴ Interviewleitfäden dienen dazu, „das Hintergrundwissen des Forschers thematisch zu organisieren, um zu einer kontrollierten und vergleichbaren Herangehensweise an den Forschungsgegenstand zu kommen" (Witzel 1989: 236). Im Gesprächsverlauf geben sie dem Interviewer einen Überblick darüber, inwieweit die aus seiner Sicht relevanten Themen im Laufe des Interviews behandelt wurden. Nicht zuletzt ermöglichen sie es, den Interviewten gegenüber als kompetente Gesprächspartner aufzutreten (Müller-Mundt 2002). Qualitative Interviews verzichten auf vorgegebene Antwortalternativen, um dem Interviewpartner eine möglichst freie Darstellung seiner Sicht der Dinge zu ermöglichen. Dadurch werden sie „in der Regel auch ehrlicher, reflektierter, genauer und offener als bei einem Fragebogen oder einer geschlossenen Umfragetechnik" (Mayring 1996: 235).

⁵ Am 1. Januar 2008 ist das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögd) mit der Landesanstalt für Arbeitsschutz (LafA) zum „Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit" (LIGA) zusammengeschlossen worden.

den ehemaligen Stadtteile Sudbrack und Gellershagen durchführbar, die keine administrative Bedeutung besitzen. Postleitzahlenbereiche stimmen nicht vollständig mit den Flächen der Stadtbezirke überein und wurden daher - bis auf eine Ausnahme - im Bericht ausgeklammert.

In dem Unterpunkt Morbidität erwies sich die empirische Basis zur Beschreibung und Analyse der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung für Bielefeld insgesamt und insbesondere für den Stadtbezirk Schildesche als unzureichend. Hierzu wurden die aktuelle Krankenhausdiagnosestatistik⁶ (GBE-Stat 2007: HOSPIDat) und die Schwerbehindertenstatistik (GBE-Stat 2007: BEHINDat) des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (LDS NRW) herangezogen. Diese Daten beziehen sich jeweils auf die Stadt Bielefeld. Des Weiteren wurden Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Vereinigung genutzt. Auf der Grundlage einer Bürgerumfrage der Stadt Bielefeld⁷ war es darüber hinaus möglich, die Aspekte subjektiver Gesundheitszustand, Prävention und Gesundheitsförderung zu beleuchten, wobei hinsichtlich der selbsteingeschätzten Gesundheit sogar stadtbezirkbezogene Informationen für Schildesche vorlagen. Einschätzungen zum Morbiditätsspektrum und zu vorherrschenden Gesundheitsproblemen im Stadtbezirk wurden ergänzend auf der Grundlage von Experteninterviews gewonnen. Grundlage für die Beschreibung der Mortalität in Bielefeld, dem Regierungsbezirk Detmold und dem Land Nordrhein-Westfalen sind die Daten des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (LDS NRW) und des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD). Die Daten für den Stadtbezirk Schildesche wurden dem Melderegister der Stadt Bielefeld entnommen.

Zur Pflegebedürftigkeit existiert für die einzelnen Stadtbezirke Bielefelds - und somit auch für Bielefeld-Schildesche - kein allgemein zugängliches Datenmaterial. Die Angaben beruhen daher auf der amtlichen Pflegestatistik des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik (LDS), die den Bestand der Pflegebedürftigen nach Pflegestufe und Art der Pflege dokumentiert, sowie auf den Ergebnissen der Begutachtungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) im Rahmen der Pflegeversicherungseinstufung. Während die Pflegestatistik eine Bestandsstatistik darstellt, gibt die Statistik der Pflegebegutachtungen einen Überblick über die jährlich neu hinzukommenden Pflegebedürftigen (Zugangstatistik). Darüber hinaus wurde versucht, die bestehenden Informationslücken anhand zweier Expertenbefragungen zu schließen. Die geführten Interviews wurden in diesem Zusammenhang ebenfalls inhaltsanalytisch ausgewertet.

Um Aussagen über Strukturen der Gesundheitsversorgung in Schildesche treffen zu können, wurde sowohl auf quantitative wie auch auf qualitative Daten zurückgegriffen. Die Anbieter pflege- und gesundheitsrele-

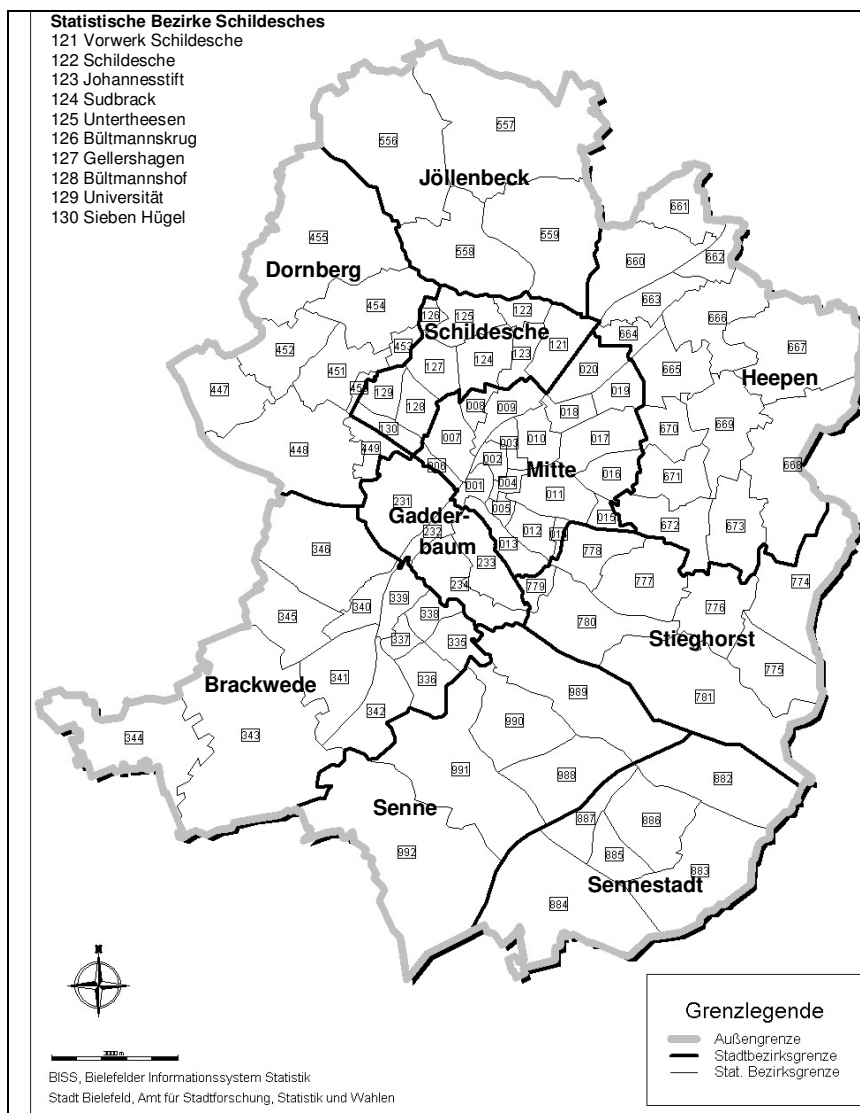
⁶ Die amtliche Krankenhausdiagnosestatistik enthält Daten der Krankenhaufälle nach Diagnosen entsprechend der ICD 10-Klassifikation für den Zeitraum von 2000 bis 2005.

⁷ Die Bürgerumfrage wurde 1999 zum Schwerpunktthema „Gesundheitsversorgung in Bielefeld“ vom Runden Tisch Gesundheit der Stadt Bielefeld und dem Betrieb für Stadtforschung, Statistik und Wahlen durchgeführt. Die Befragung basiert auf einer repräsentativen Zufallsstichprobe (n=1.954) der Bielefelder Bevölkerung im Alter von 18 bis 80 Jahren (Stadt Bielefeld/Betrieb Stadtforschung, Statistik und Wahlen 2000).

vanter Dienstleistungen wurden durch Recherchen bei Berufsorganisationen, Interessenverbänden, Kostenträgern und der Stadt Bielefeld ermittelt. Ergänzend wurden die so gewonnenen Daten durch die Sichtung von Telefonverzeichnissen vervollständigt und aktualisiert. Sie bilden die Basis für die Angaben zur Anzahl und Verteilung der Anbieter im Stadtbezirk, wie sie in der Versorgungskarte im Kapitel 7 dargestellt sind. Allerdings ermöglichten sie nur eine grobe Einschätzung des Versorgungsgrades. Um Anhaltspunkte zu Qualität und Bedarfsgerechtigkeit der Angebote sowie der Vernetzung unterschiedlicher Dienstleister zu gewinnen, wurden in Experteninterviews Personen befragt, die Einblick in verschiedene Bereiche der Gesundheitsversorgung im Stadtbezirk haben. Zudem wurde die Leitung einer Pflegeeinrichtung befragt, die in weiten Teilen des Stadtbezirks tätig ist und Kontakte zu zahlreichen anderen Dienstleistern hat. Diese Experteninterviews und Broschüren bzw. Internetauftritte von Dienstleistern liegen den Einschätzungen zur inhaltlichen Ausgestaltung des Versorgungsangebots zu Grunde. Eine sicherlich wünschenswerte Befragung aller Dienstleister war im gegebenen Zeitrahmen nicht realisierbar.

Abb. 3: Stadtbezirke und statistische Bezirke der Stadt Bielefeld

(Quelle: siehe Abbildung)



Tab. 1: Übersicht über befragte Interviewpartner

Code	Themenbereich	Hintergrund: Position bzw. Qualifikation - was macht diese Person zum Experten	Erhebungsart
A1	Geschichte und Gesellschaft	Lehrer der Rudolf Steiner-Schule Schildesche, Mitglied der anthroposophischen Community	Experteninterview
A2	Geschichte und Gesellschaft	Ratsmitglied der Stadt Bielefeld, Vertreter der SPD Bielefeld	Experteninterview
A3	Geschichte und Gesellschaft	Pfarrer der ev.-luth. Stiftskirchengemeinde Schildesche	Experteninterview
A4	Geschichte und Gesellschaft	Vorstandsmitglied im „Verein für Lebensgestaltung und Altersfragen“, Mitarbeiterin im Wohnprojekt „Im Kapellenbrink Wohnen und Gemeinschaft, Anders Alt Werden“	Experteninterview
A5	Geschichte und Gesellschaft	Mitarbeiterin des Evangelischen Johanneswerks aus dem Bereich Presse und Öffentlichkeitsarbeit	Experteninterview
A6	Geschichte und Gesellschaft	Mitglied des Heimatvereins Schildesche e.V.	Experteninterview
B1	Politik	MdL, Stadt Bielefeld Sozialausschuss, beschäftigt sich seit vielen Jahren mit Sozialpolitik in NRW und Bielefeld	Gruppendiskussion
B2	Geschichte und Gesellschaft, Infrastruktur	Mitglied des Heimatvereins Schildesche e.V.	gemeinsame Stadtekursion
B3	Infrastruktur, Versorgungsstruktur	Mitarbeiter für Öffentlichkeitsarbeit der Freien Scholle e.G.	gemeinsame Führung
C1	Morbidität/Mortalität/Pflegebedürftigkeit	Hausarzt in Schildesche, seit 1983 wohnhaft in Schildesche, seit Januar 1984 praktizierender Hausarzt im Ortskern Schildesche	Experteninterview
C2	Morbidität/Mortalität/Pflegebedürftigkeit	Pflegedienstleitung vom „Johanneswerk im Stadtteil“	Experteninterview
D1	Infrastruktur	Mitglied der Interessen- und Werbegemeinschaft In Schildesche e.V.	Experteninterview
D2	Infrastruktur	Mitarbeiter der Industrie- und Handelskammer Ostwestfalen zu Bielefeld	Telefonisches Experteninterview
D3	Infrastruktur	Mitarbeiter des Kulturamtes Bielefeld, u.a. zuständig für das städtische Kulturangebot im Stadtbezirk Schildesche	Experteninterview
D4	Infrastruktur	Amtsleiter des Sportamtes Bielefeld	Telefonisches Experteninterview
D5	Infrastruktur	Mitarbeiter des Sportamtes Bielefeld	Telefonisches Experteninterview
D6	Infrastruktur	Mitarbeiter des Amtes für Barrierefreiheit Bielefeld	Telefonisches Experteninterview
D7	Infrastruktur	Zwei Mitarbeiter des Umweltamtes Bielefeld	Experteninterview
D8	Infrastruktur	Mitarbeiter des Umweltamtes Bielefeld	Telefonisches Experteninterview
D9	Infrastruktur	Mitglied des Heimatvereins Schildesche e.V.	Experteninterview
D10	Infrastruktur	Mitarbeiter der Altenberatung und Betreuung Freie Scholle	Experteninterview
D11	Infrastruktur	Mitarbeiter des Kirchenkreises Bielefeld – Bau und Liegenschaftsabteilung	Experteninterview
D12	Infrastruktur	Mitarbeiter des Städtischen Bauamtes Bielefeld	Experteninterview
D13	Infrastruktur	Mitarbeiter der BGW Bielefeld mbH	Experteninterview
D14	Infrastruktur	Mitarbeiter der Freien Scholle e.G.	Experteninterview
D15	Infrastruktur	Mitarbeiter der Ravensberger Heimstättengesellschaft mbH	Telefonisches Experteninterview
E1	Gesundheitsversorgung	Ev. Gemeindedienst im Johanneswerk, Leitung des Fachbereichs Alter und Gesundheit	Experteninterview
E2	Gesundheitsversorgung	Altenbeauftragte der Stadt Bielefeld, seit 1992 mit Fragen der Altenhilfe und Pflege befasst	Experteninterview
E3	Gesundheitsversorgung	Pflegedienstleitung eines ambulanten Pflegedienstes mit Versorgungsgebiet Schildesche	Experteninterview

3. Schildesche als geopolitische Einheit

Simone Franz, Britta Gräfe, Antje Klötzler, Maja Redeker,
Wiebke Sannemann, Monika Schäfer, Alexandra Schneider

3.1 Historische Entwicklung

Im Mittelpunkt der weiteren Analysen steht der zur Stadt Bielefeld gehörende Bezirk Schildesche, der sich heute in die drei Ortsteile Gellershagen, Sudbrack sowie Schildesche gliedert und sich über eine Gesamtfläche von 10,95 km² erstreckt.

Die Zugehörigkeit Schildesches zu Bielefeld und die Eingliederung in einen Stadtbezirk waren nicht immer so gegeben. So blickt Alt-Schildesche als Ort auf eine lange, eigenständige Geschichte zurück. Der Ursprung des Namens Schildesche kann nicht genau belegt werden. Es lassen sich die unterschiedlichsten Bezeichnungen „Scillesce“, „Schiltze“ oder „Schilschede“ in historischen Aufzeichnungen finden. Da sich in alten Schildescher Bevölkerungskreisen die Bewohner auch heute noch als „Schilsker“ und nicht als Bielefelder bezeichnen, ist zu vermuten, dass Schildesche eine andere Geschichte als Bielefeld durchlaufen hat. Vor dem Hintergrund einer möglichen Errichtung von Pflegestützpunkten ist es somit sinnvoll, die Wurzeln und geschichtlichen Entwicklungen dieses Stadtteils zu betrachten, um an mögliche Traditionen, Kooperationen oder Entwicklungsverläufe anknüpfen zu können (AUBE 2005; Interview A6).

Neben vielen Daten, Zahlen und Legenden, für die es keine genauen historischen Bestätigungen gibt, kann das Jahr 939 als Gründungsdatum für Schildesche faktisch belegt werden. Die adelige Witwe Marswidis gründete ein Frauenstift, um welches sich eine homogene Siedlung herum bildete. Das Stift hatte ab dem 14. und 15. Jahrhundert vornehmlich die Aufgabe, adelige Töchter, die aus Heiratsrangfolgen heraus fielen, zu versorgen. Eine Besonderheit stellte die Vermischung der Religionszugehörigkeiten innerhalb des Stifts dar, das sich ab 1672 aus einem Drittel evangelisch-lutherischer, einem Drittel evangelisch-reformierter und einem Drittel katholischer Stiftsdamen zusammensetzte. Im Zuge einer fortschreitenden Säkularisierung wurde das Stift 1810 aufgegeben (AUBE 2005; Interview A6; Heimatverein Schildesche 2007b). Bis heute besteht Schildesche aus vielen kleinen und alten Fachwerkhäusern rund um die Stiftskirche am Marktplatz. Darüber hinaus ist das Ortsbild von verschiedenen Kirchen geprägt.

Die Eigenständigkeit von Schildesche endete 1930. Bielefeld entwickelte sich zusehends zu einer industriell geprägten Großstadt, so dass immer mehr Betriebe aus Schildesche abwanderten. Schildesche wurde 1930 aufgrund wirtschaftlicher Abwägungen mit den Bereichen Gellershagen und Sudbrack nach Bielefeld eingemeindet (Interview A6; Heimatverein Schildesche 2007a). Infolge der Eingemeindung der drei Bereiche kristallisierten sich unterschiedliche soziale Schichtungen der Stadtteile vom alten Ortskern ausgehend heraus. Bis heute bilden die ehemals drei Stadtteile kein homogenes Bild. Alt-Schildesche erscheint wie ein historisch gewachsener Stadtteil mit eigenem Ortskern, Gellershagen und Sudbrack zeichnen sich eher durch ein inhomogenes Bild aus. Im Zuge der weiteren Entwicklung haben sich diese Unterschiede zwischen Schildesche, Sudbrack

und Gellershagen abgeschwächt. Sie sind jedoch auch heute noch zu verzeichnen.

Betrachtet man den geschichtlichen Verlauf von Schildesche und versucht es aufgrund dessen zu charakterisieren, so lassen sich für die heutige Zeit drei zentrale Besonderheiten festmachen. Einmal stellt Schildesche einen bevorzugten Wohnbereich dar, nicht zuletzt durch die relativ ausgedünnte Wirtschaft. Schildesche bietet ein breites Angebot an Freizeitmöglichkeiten, verschiedenen Schulformen und unterschiedlichen Wohnkonzepten, die im Abschnitt Infrastruktur (4.2) näher erläutert werden. Des Weiteren liegt Schildesche nicht direkt im Zentrum von Bielefeld, ist dennoch aber gut mit Bus und Bahn erreichbar. Besonders in Alt-Schildesche ist bis heute eine gewisse Eigenständigkeit zu erkennen, was sich beispielsweise in einem hohen Identifikationsgrad der Bewohner ausdrückt (Interview A6).

Mit Blick auf die soziale Infrastruktur sticht in Schildesche in besonderem Maße das Johannesstift heraus, das 1852 zunächst als Rettungshaus für gefährdete und verwaiste Kinder gegründet wurde. Es lag zwischen der Stadt Bielefeld und dem Dorf Schildesche. Im Zuge der Industrialisierung und der damit einhergehenden Verarmung der Bevölkerung sowie der Auflösung der Familienstrukturen wurden viele Kinder hilfebedürftig. Das Rettungshaus kann als eine Art Fürsorge-Einrichtung bezeichnet werden, da es überregional diesen Kindern eine christliche Erziehung, eine Schulausbildung und Arbeit bot (Evangelisches Johanneswerk e.V. 2007b, Interview A5). Das Rettungshaus, das 1870 nach weiteren baulichen Vergrößerungen in Johannesstift umbenannt wurde, konnte etwa 200 Kinder aufnehmen. Nach einer finanziell bedingten Schließung im Jahre 1932 kam es zu einer Neuorientierung der Einrichtung, da der ortsansässige Pastor Karl Pawlowski die leer stehenden Einrichtungen zu Altenheimen umbaute. So zählte das Johannesstift Mitte der 1930er Jahre zu den größten Alten- und Pflegeheimen in Deutschland (Evangelisches Johanneswerk e.V. 2007b). Nach dem zweiten Weltkrieg erweiterte sich das Aufgabenspektrum, z.B. um die Jugend- und Familienhilfe. 1951 gründet Karl Pawlowski das Johanneswerk e.V., „(...) einen Trägerverband diakonischer Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen“ (Evangelisches Johanneswerk e.V. 2007a), dem auch das Johannesstift angehört. Heute ist das Johanneswerk überregionaler und zum Teil auch internationaler Anbieter von Dienstleistungen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich (Thau 1996; Evangelisches Johanneswerk e.V. 2007a). Ein besonderer Schwerpunkt seiner Arbeit liegt heute auf der Altenhilfe. Darüber hinaus findet sich auf dem Gelände des Johannesstifts ein vielfältiges Spektrum an Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Als Beispiele sind das Krankenhaus, die Behindertenarbeit oder die Kindertagesstätten zu nennen. Ein weiterer Aspekt, der in der Historie eine Rolle gespielt hat, ist die Einbindung des Johannesstifts bzw. des Johanneswerkes in das Schildescher Stadtleben. Früher gab es enge Verbindungen, da eine Kirche auf dem Gelände stand, so dass viele Gemeindemitglieder zum Gottesdienst zum Johannesstift kamen. Heute haben die Kindertagesstätten und die Alten- und Pflegeheime eine wichtige Einbindungsfunktion.

3.2 Politische Situation

In kreisfreien Städten wie Bielefeld schreibt die nordrhein-westfälische Gemeindeordnung für jeden Stadtbezirk die Bildung einer Bezirksvertretung vor. Diese darf aus mindestens elf und höchstens 19 Mitgliedern einschließlich des Vorsitzenden, der die Bezeichnung Bezirksvorsteher trägt, bestehen und wird im Rahmen der Kommunalwahl auf die Dauer von fünf Jahren gewählt (Gemeindeordnung für das Land Nordrhein-Westfalen 1994). Die Bezirksvertretungen sind unter Beachtung der Belange der gesamten Stadt für alle Angelegenheiten ihres Bezirks zuständig, sofern deren Bedeutung nicht wesentlich über den Stadtbezirk hinausgeht. Für diese Aufgabe werden ihnen Anhörungs- und Vorschlagsrechte sowie Entscheidungsbefugnisse eingeräumt.⁸ Einmal im Monat findet eine Sitzung der Bezirksvertretung, die sogenannte Bürgersprechstunde, statt. Im Rahmen dieses Zusammentreffens haben die Einwohner des Stadtbezirks Gelegenheit, Fragen zu stellen, die in Zusammenhang mit den Angelegenheiten der Stadt bzw. des Stadtbezirks stehen. Neben der von den Bürgern gewählten Bezirksvertretung als institutionalisierte politische Größe sind die Ortsverbände bzw. -vereine oder Stadtteilgruppen der einzelnen Parteien als einflussnehmende Akteure im Stadtbezirk anzuführen. Ihr Aufgabenspektrum ist vielfältig und umfasst z.B. konkrete Antragsstellungen bei der Bezirksvertretung, die Information der Bürger über die aktuelle Bundes-, Landes- und Stadtpolitik oder die Ausrichtung von Veranstaltungen, die zum Austausch einladen sollen.

Auf der Ebene der Stadt Bielefeld ist der Rat mit dem vorsitzenden, hauptamtlichen Oberbürgermeister oberstes Beschluss- und Verwaltungsorgan. Beratende Funktionen für den Stadtrat übernehmen Fachausschüsse, Beiräte, runde Tische, die Fraktionen der Parteien sowie die jeweiligen Bezirksvertretungen (Caesar et al. 2000).

Nach der struktur- und aufgabenorientierten Beleuchtung der zentralen politischen Instanz im Stadtbezirk Schildesche, soll ein kurzer Blick auf die aktuelle parteipolitische Zusammensetzung und Verteilung in der Bezirksvertretung Schildesche geworfen werden. Sie beruht auf den Ergebnissen der Kommunalwahl vom 26.09.2004. Den Bezirksvorsteher stellt die SPD, dessen Stellvertretung die CDU.

⁸ In die Zuständigkeit der Bezirksvertretung fallen laut Hauptsatzung der Stadt Bielefeld §7, Absatz III unter anderem: „(a) Planung, Unterhaltung, Ausstattung und Umbau der im Stadtbezirk gelegenen Grund-, Haupt-, Real- und Sonderschulen und sonstiger öffentlicher Einrichtungen wie Sportstätten, Altenheime, Büchereien, Gemeinschaftshäuser und ähnliche soziale und kulturelle Einrichtungen (...); (...), (e) Betreuung und Unterstützung örtlicher Vereine, Verbände und sonstiger Vereinigungen und Initiativen im Stadtbezirk wie insbesondere der Freiwilligen Feuerwehr; (...), (i) Information, Dokumentation und Repräsentation in Angelegenheiten des Stadtbezirks“ (Hauptsatzung der Stadt Bielefeld 2004: 6).

Tab. 2: Wahlergebnis Schildesche 2004
 (Quelle: Amt für Stadtforschung, Statistik und Wahlen 2008)

Partei	Stimmen in %	Sitze BZV
CDU	34,0	6
SPD	30,8	5
Bündnis 90/Die Grünen	19,6	3
BfB (Bürger für Bielefeld)	6,5	1
FDP	3,8	1
Die Linke. PDS	2,9	1
Bürgernähe	2,4	0

Die prozentuale Stimmenverteilung entspricht bei leichten Abweichungen der Verteilung im Bielefelder Stadtrat und deutet auf eine recht ausgewogene politische Atmosphäre in Schildesche hin. Auffallend ist lediglich der hohe Stimmenanteil von Bündnis 90/Die Grünen, der 4,1% höher ist als der im Rat (15,5%). Als Partei, die „(...) Ökologie, Selbstbestimmung, erweiterte Gerechtigkeit und lebendige Demokratie“ (Bündnis 90/Die Grünen 2002: 10) als ihre Grundwerte beschreibt, haben sich die Grünen Bielefelds im letzten halben Jahr unter anderem für die Klimaziele und das Klimagutachten, den Erhalt und die Förderung von Bäumen in Bielefeld und die Planung eines Heizkraftwerks in Schildesche eingesetzt (Bündnis 90/Die Grünen 2008). Statements zur Pflegesituation von älteren und behinderten Menschen sucht man hingegen vergebens.

Hinsichtlich der pflegerischen Versorgung als Gegenstand politischer Diskurse teilt ein Interviewpartner mit, dass mit diesem Thema generell „kein Blumentopf zu gewinnen“ sei, sprich keine Wählerstimmen erlangt werden könnten (Interview B1). Möglicherweise liegen daher auf kommunaler Ebene bezüglich der Pflegestützpunkte bislang keine genaueren Überlegungen zur Implementierung und Organisation vor. Diese Annahme wird in einem weiteren Interview bestätigt: „Also nicht, dass ich jetzt sagen würde: Wir haben das sozusagen zum politischen Thema gemacht“ (Interview A2).

3.3 Glaubens- und Wertegemeinschaften

Das Stadtbild in Schildesche ist von zahlreichen Kirchengebäuden geprägt. Insbesondere die Stiftskirche gilt als Wahrzeichen von Schildesche und hat für die „alten Schilsker“ einen besonderen Stellenwert. Im Stadtbezirk kommen viele Religionsgemeinschaften zusammen, die sich in der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen zusammengeschlossen haben. Hierzu gehören Anhänger der evangelisch-lutherischen, evangelisch-reformierten, römisch-katholischen, evangelisch-methodistischen und Freien Kirche. Muslime, Mennoniten, Neuapostolen und Mormonen praktizieren ebenfalls ihren Glauben, so dass von einer religiösen Vielfalt ausgegangen werden kann⁹.

Ein mit dem Pfarrer der evangelisch-lutherischen Stiftskirchengemeinde geführtes Interview ergab, dass ehrenamtliches Engagement eine notwendige Voraussetzung für die Gestaltung des sozialen und kirchlichen Lebens geworden ist. Die Kirche in Schildesche ist darüber hinaus bemüht, sich an der Errichtung von Pflegeheimen zu beteiligen und stellte in der Vergangenheit dafür Kirchenland zur Verfügung. Der in Schildesche ansässige evangelische Gemeindedienst e.V. bietet zudem Familienberatung, integrative Hilfen, Sucht- und Krisenberatung an.

Auffallend ist, dass sich Schildesche durch eine hohe Konzentration anthroposophischer Einrichtungen von anderen Stadtbezirken Bielefelds unterscheidet.¹⁰ Mit dem Waldorfindergarten, der Rudolf Steiner-Schule sowie der Sonnenhellweg-Schule als privater Förderschule ist ein Schwerpunkt im Bereich der anthroposophischen Pädagogik und Heilpädagogik zu identifizieren, dessen Angebote weit über die Stadtgrenzen hinaus in Anspruch genommen werden (Interview A4). Weiterhin ist in Schildesche die Christengemeinschaft ansässig, eine Bewegung für die religiöse Erneuerung von Theologen und Naturwissenschaftlern beider Konfessionen.

Angesichts dieser Strukturen drängt sich die Vermutung auf, dass der Anthroposophie ein hoher gesellschaftlicher und sozialer Stellenwert zukommt. Wie in den Experteninterviews deutlich wird, ist die Konzentration anthroposophischer Institutionen allerdings in erster Linie dem Zufall und guten Bauplatzangeboten geschuldet (Interview A1). Ein so genanntes „Anthroposophennest“ (Interview A4) sei nie geplant gewesen, ferner lebten trotz der ansässigen Einrichtungen nicht sonderlich viele Anhänger der Anthroposophie im Stadtbezirk. Insgesamt wird das Interesse der Schildescher Bürger an der anthroposophischen Lehre als eher gering eingestuft. Die Wahrnehmung vollziehe sich hauptsächlich über die unge-

⁹ Zu den gemeinsamen religionsübergreifenden Aktivitäten gehören theologische Grundlagenseminare, die jährlich im Ortskern stattfindenden Prozessionen, „Flötenkreis[e]“, Gesprächskreise, Abendkreise, Bibelkreise, Bibelstammtisch[e], gemeinsames Frühstück, die Kindergottesdienste, Frühgottesdienste und Hauptgottesdienste“ (Interview A4).

¹⁰ Verkürzt umschrieben versteht sich die Anthroposophie nach Rudolf Steiner (1861-1925) als Erkenntnislehre (wörtlich „Die Weisheit vom Menschen“), die ihren Ausgangspunkt im logisch-intellektuellen Denken hat. Übergeordnetes Ziel ist die individuelle, aber auch systematische Erforschung einer geistigen Dimension der Welt bzw. des Lebens (Anthroposophische Gesellschaft 2008).

wöhnlichen Bauten. Die Reaktion darauf sei zwar stets freundlich, beschränke sich jedoch in den meisten Fällen auf die reine Kenntnisnahme. Eine Ausnahme machten die zahlreichen Veranstaltungen in der Rudolf Steiner-Schule, die von der Schildescher Gemeinde als wertvolle Bereicherung des kulturellen und gesellschaftlichen Lebens wahrgenommen würden.

Für die Analyse pflegerischer Versorgungsstrukturen ist das Wohnprojekt „Im Kapellenbrink“, welches seit 1996 eine neue Form des Zusammenlebens älter werdender Menschen praktiziert und nach der Philosophie von Rudolf Steiner konzipiert wurde, von Interesse. Ziel ist „(...) eine selbst verwaltete Wohngemeinschaft, in der Ideenreichtum, Initiative und Mitverantwortung möglich sind“ (Im Kapellenbrink 2007a). Wie die Zuzüge aus dem ganzen Bundesgebiet zeigen, ist das Interesse an einem solchen Alternativkonzept des Wohnens groß (Interview A4).

3.4 Zusammenfassung

Alt-Schildesche blickt auf eine lange geschichtliche Entwicklung und Eigenständigkeit zurück. In der Vergangenheit wie auch in der heutigen Zeit stellt Schildesche einen Stadtteil mit solider Wohnqualität dar und wird in Zukunft keinen großen wirtschaftlichen Schwankungen unterworfen sein, da nur vereinzelt Industrie im Stadtbezirk vertreten ist. Des Weiteren ist von einer ausgewogenen politischen Atmosphäre auszugehen. Einige Themen – etwa die problematische Verkehrssituation im Ortskern oder der Umweltschutz – sind Gegenstand einer fortwährenden politischen Diskussion.

Mit dem Evangelischen Johanneswerk e.V. gibt es eine große Einrichtung des Gesundheits- und Sozialwesens in Schildesche, die auf eine lange Tradition zurückblicken kann. Darüber hinaus stellt die Einrichtung eine Schnittstelle zwischen sozialem Stadtleben und Gesundheitswesen dar. Die Kirche nimmt hierbei eine wichtige Rolle ein, da sie für die christlichen, älteren Einwohner Schildesches ein wichtiger Ansprechpartner ist, der über Trägerschaften in einen großen Teil der Versorgung Pflegebedürftiger eingebunden ist. Die anthroposophischen Strukturen wiederum bilden ein Alleinstellungsmerkmal gegenüber Gesamt-Bielefeld.

4. Infrastruktur

Antje Klötzler, Monika Schäfer, Alexandra Schneider

Um einen Überblick über das Lebensumfeld der Bürger in Schildesche zu bekommen, wurde auch die Infrastruktur des Stadtbezirks im Rahmen des „Community Health Assessments“ untersucht. Dabei waren die Bereiche ökonomische Lage, Wohnen, Mobilität, Erholung und Freizeit sowie Bildung von besonderem Interesse.

4.1 Ökonomische Lage

Die ökonomische Lage eines Stadtteils lässt Rückschlüsse auf die Lebens- und Arbeitssituation der Einwohner sowie auf die Sozialstruktur zu. Sie gibt Auskunft über die Versorgungssituation mit wichtigen Gütern und Dienstleistungen und ebenso über den Zugang zu Gesundheitsversorgung und -ressourcen. Darüber hinaus lassen sich Einflüsse der Wirtschaft, speziell der Industrie, auf die Gesundheit der Einwohner und mögliche Gesundheitsprobleme ableiten.

Der Wirtschaftsstandort Bielefeld, zu dem auch Schildesche gehört, bietet mit etwa 124.181 Beschäftigten (davon 98.574 Sozialversicherungspflichtige) und etwa 51.000 Einpendlern grundsätzlich gute Voraussetzungen für ein erfolgreiches Arbeiten in unterschiedlichsten Arten von Unternehmen (Inforce Öffentlichkeitsarbeit GmbH und Stadt Bielefeld 2007; IHK 2007; Stadt Bielefeld 2007a). Etwa 30% aller Beschäftigten sind im produzierenden Gewerbe (Industrie und Handwerk) tätig, ca. 18% im Handel und mehr als 50% im Dienstleistungsbereich (Inforce Öffentlichkeitsarbeit GmbH und Stadt Bielefeld 2007). Außerdem baut Bielefeld auf die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft, die zu einer stabilisierenden Wirtschaftsgröße der Stadt geworden ist (Stadt Bielefeld 2007a).

Für den Stadtbezirk Schildesche können hinsichtlich der Verteilung der Wirtschaftszweige und der Branchenentwicklung keine genauen Angaben gemacht werden. Bei den hiesigen Wirtschaftseinrichtungen (z.B. Industrie- und Handelskammer Ostwestfalen zu Bielefeld, WEGE, Handwerkskammer Bielefeld) und der Stadt ist die kleinste mögliche Einheit, über die Daten vorliegen, die Stadt Bielefeld. Aus verschiedenen Gesprächen und Interviews konnte jedoch ermittelt werden, dass Schildesche ökonomisch relativ gut aufgestellt ist (Interviews D1, B2). Es gibt viele alt eingesessene Geschäfte mit langer Tradition. Jedoch kommen auch immer wieder neue Firmen hinzu, wie beispielsweise Großvertriebsketten. Insgesamt gibt es über 250 Geschäfte unterschiedlicher Art. Vor allem um die Stiftskirche lässt sich eine Konzentration von Geschäften und Dienstleistungen feststellen – hier findet man die verschiedensten Branchen, alle grundlegenden Einkaufsmöglichkeiten, Gastronomie aber auch medizinisch-pflegerische Infrastruktur. Außerdem wird jeden Samstagvormittag ein Wochenmarkt am Schildescher Kirchplatz an der Stiftskirche veranstaltet. Ansonsten sind die meisten Firmen und Geschäfte entlang der großen Hauptstrassen in Schildesche angesiedelt, die auch von dem Durchgangsverkehr aus anderen Bezirken profitieren. Die Kaufkraft im Bezirk liegt laut

Aussage eines Mitglieds der Interessen- und Werbegemeinschaft Schildesche sogar über dem Bundesdurchschnitt (Interview D1).

Schildesche weist im Vergleich zu den anderen Bielefelder Stadtbezirken ein geringes industrielles Potenzial auf. Die Wirtschaftsbereiche Handel und Dienstleistungen sind stärker vertreten (kleine und größere Gewerbebetriebe bzw. Handelsformen) (Interviews B1, D1, D2). Dagegen sind die anderen Stadtbezirke mehr durchmischte (Interview D8). Zu der Frage, ob der Bezirk ein nennenswertes Potenzial an Arbeitsplätzen bieten kann, lassen sich unterschiedliche Meinungen finden. Viele Stimmen sagen, es handele sich eher um ein Wohn- als um ein Arbeitsquartier (Interview B1), andere sagen wiederum, Schildesche bilde eine Mischung aus beidem (Interview D1).

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Schildescher Bürger sowohl im Bezirk selbst als auch in anderen Stadtbezirken oder Städten beschäftigt sind, aber zugleich Personen, die außerhalb wohnen, nach Schildesche kommen, um dort einer beruflichen Beschäftigung nachzugehen (Interview D1). Große Arbeitgeber in Schildesche sind das Evangelische Johanneswerk und die Universität Bielefeld, bei denen auch viele Schildescher beschäftigt sind. Den Schildescher Bürgern zufolge wohnen viele Lehrer aus der 68er-Generation sowie kaufmännische Angestellte und Facharbeiter in Schildesche (Interview D1).

Für die Erhaltung und Verbesserung der wirtschaftlichen Lage im Stadtbezirk setzt sich die Interessen- und Werbegemeinschaft Schildesche ein, die über 150 Mitglieder vorweisen kann. Die Gemeinschaft verfolgt das Ziel, sich für den Standort Schildesche zu engagieren, die Attraktivität des Ortsteils zu erhöhen und die Bürger an Schildesche zu binden. Die Zielgruppe sind dabei vornehmlich ältere Menschen (Interview D3).

4.2 Wohnen

Die Wohnsituation in einem Stadtteil ist für ein „Community Health Assessment“ von großer Bedeutung, da das Wohnen die soziale Teilhabe, den Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen und Angeboten sowie die Lebensqualität und Unabhängigkeit der Bewohner beeinflusst (WHO 2007). Wohnstrukturen und Wohnbedingungen sind zudem ein wichtiges Element in Bezug auf die Möglichkeiten der Pflege und Versorgung im häuslichen Umfeld.

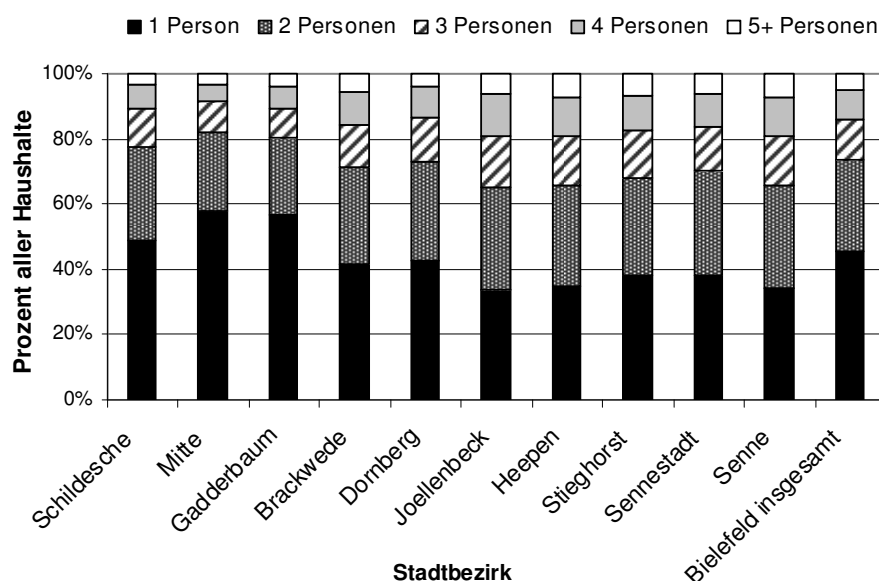
Es fällt auf, dass in Schildesche statistisch betrachtet fast jeder zweite Haushalt (48,8%) ein Einpersonenhaushalt ist¹¹. Damit liegt Schildesche knapp über dem Durchschnitt von Bielefeld (45,5%) (Abbildung 4). Insbesondere in den statistischen Bezirken Universität und Sudbrack findet sich ein hoher Anteil an Einpersonenhaushalten (57,2%, 54,2%). Im Bezirk

¹¹ Es ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass Personen, die als Einzelpersonen z.B. in Wohngemeinschaften einziehen, statistisch vielfach als Einpersonenhaushalte erfasst werden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass im Rahmen des amtlichen Meldeverfahrens auf die tatsächliche Wohnsituation lediglich anhand von an- und abmeldebezogenen Daten (z.B. Familienname, Einzugsdatum) geschlossen werden kann. Damit wird die Zahl der Einpersonenhaushalte in der Regel deutlich überschätzt.

Universität ist davon auszugehen, dass Studierende einen erheblichen Teil der statistischen Einpersonenhaushalte ausmachen, auch wenn Personen in Wohnheimen nicht in der Haushaltsstatistik aufgeführt sind. Eine nach Altersgruppen stratifizierte Berechnung untermauert diese Annahme. Im Bezirk Universität werden etwa 77% der Einpersonenhaushalte von Personen zwischen 18 und 29 Jahren gestellt.

Abb. 4: Bielefelder Haushalte nach Stadtbezirk und im Haushalt lebender Personenzahl

(Quelle: Melderegister der Stadt Bielefeld 2007; Amt für Stadtforschung, Statistik und Wahlen 2007a; eigene Darstellung)



Der Anteil älterer Personen (60-69 Jahre, 70-79 Jahre und ≥ 80 Jahre) an den Einpersonenhaushalten entspricht in Schildesche insgesamt in etwa dem Bielefelder Durchschnitt. Dabei zeigen sich jedoch in den einzelnen statistischen Bezirken von Schildesche sichtbare Unterschiede. Vor allem in den Bezirken Vorwerk Schildesche und Johannesstift liegt bei den Einpersonenhaushalten der Anteil der älteren Altersgruppen sichtbar über dem Durchschnitt des Stadtbezirks. In diesen beiden Regionen ist dementsprechend ein erhöhter Bedarf an pflegerischer Unterstützung zu vermuten.

Mit der Haushaltsgröße nimmt in Schildesche ebenso wie im übrigen Bielefeld die Anzahl der entsprechenden Haushalte ab. 28,7% der Haushalte in Schildesche sind Zweipersonenhaushalte. Damit entspricht Schildesche in etwa dem Bielefelder Mittel. Bezogen auf Haushalte mit drei, vier oder fünf und mehr Personen liegt Schildesche hingegen unter dem Bielefelder Durchschnitt. Geringere Anteile an größeren Haushalten als in Schildesche sind lediglich in den Bielefelder Stadtbezirken Mitte und Gadderbaum vorhanden. Haushalte mit Kindern finden sich in Schildesche statistisch am häufigsten in Vorwerk Schildesche. Der Anteil der Haushalte alleinerziehender Personen entspricht in Schildesche dem Bielefelder Durchschnitt (3,8%). Während diese Haushaltsform im statistischen Bezirk

Universität eher selten vorkommt (0,6% aller Haushalte), liegt ihr Anteil im statistischen Bezirk Gellershagen bei 4,9%.

Betrachtet man das Wohnungsangebot, so standen im Jahr 2006 etwa 20.655 Wohnungen in Schildesche zur Verfügung. Davon waren 12% öffentlich gefördert. Die Leerstandsquote betrug 1,5% und lag damit über dem Bielefelder Durchschnitt (Stadt Bielefeld 2007f). Es existiert kein gesonderter Mietspiegel für Schildesche. Somit gilt der Bielefelder Mietspiegel, der besagt, dass je nach Baualter der Gebäude die Quadratmeterpreise zwischen 3,54 und 7,40 Euro liegen (Stadt Bielefeld 2007g). Die Richtwerte für die Bodenpreise pro qm in Schildesche schwanken zwischen 210 und 270 Euro (Stadt Bielefeld 2007f).

Die Wohnsituation im Stadtbezirk wurde von verschiedenen Experten als entspannt bezeichnet (Interviews D9, D12). Fachkräfte der Regionalen Planungsgruppe des Modellprojektes Jugendhilfestrategien 2010 schätzten diese sogar als überwiegend positiv ein.

Als „benachteiligte Wohngebiete“ (BMFSFJ 2001) werden Siedlungsgebiete bezeichnet, die in Bezug auf Lebens- und Entwicklungschancen ihrer Bewohner defizitär bzw. negativ gefärbt sind. Determinierende Merkmale dafür sind: Räumliche Isolation, schlechte Infrastruktur, schlechte Wohnqualität und eine spezielle Bewohnerstruktur. Die Lebensbereiche Bildung, Arbeit, soziale Teilhabe, Gesundheit und Wohnverhältnisse bedingen sich hier besonders stark und eine Verbesserung kann nur durch Veränderung in mehreren dieser Bereiche erreicht werden. Im Rahmen mehrerer Experteninterviews wurde geäußert, dass es in Schildesche selbst keine sozialen Brennpunkte, sondern eher auffällige Wohngebiete gibt (Interviews D1, D9, D12, D13). Hier seien exemplarisch die Gegenden „Stapelbreite“ und „Am Pfarracker/Liethstück“ genannt.

Die Bautätigkeit in Schildesche lag im Geschosswohnungsbau im Jahr 2006 nahezu auf gleicher Höhe mit dem Durchschnitt der Stadt Bielefeld. Es wurden jedoch deutlich weniger Ein- und Zweifamilienhäuser fertig gestellt (Stadt Bielefeld 2007f). Bebauungspläne werden aus den Flächennutzungsplänen erstellt und regeln Art und Maß der Bebaubarkeit einzelner Grundstücke (Stadt Bielefeld 2008b). Sie sind wichtige Steuerungswerkzeuge, die benutzt werden können, um das Zusammenleben in einem Stadtteil zu beeinflussen. Zurzeit befinden sich keine Flächennutzungspläne im Verfahren oder in der Öffentlichkeitsbeteiligung (Stadt Bielefeld 2008c). Für den Stadtbezirk Schildesche bereits beschlossene Satzungen sind: der Plan Kleinbahnhof Schildesche für ca. 60 neue Wohneinheiten (2-geschossige Wohn- und Geschäftshäuser) und der Plan Torfstichweg für ca. 40 neue Baugrundstücke mit etwa 50 Wohneinheiten (Einzel- und Doppelhäuser) (Stadt Bielefeld 2008b). Bei Umsetzung dieser Bauvorhaben könnte ein attraktiver Wohnungsneubestand für den Stadtbezirk Schildesche geschaffen werden.

In Schildesche sind mehrere Baugenossenschaften ansässig. Unter anderem bietet die „Freie Scholle“ insgesamt 1012 Wohnungen an. Dabei verfolgt sie das Konzept des „Lebensgerechten Wohnens“ (Freie Scholle 2006, 2007; Interviews D10, B3). Die Baugenossenschaft BGW (Bielefelder Gemeinnützige Wohnungsgesellschaft) hat in Schildesche ca. 500 Wohnungen (Interview D13), darunter auch spezielle Wohnobjekte für Senioren. Sie befinden sich in der Westerfeldstraße und im Hägerweg. Zukünftig geplant ist ein Neubau in der Plaßstraße. Nach dessen Fertig-

stellung stünden etwa 130 barrierearme bzw. barrierefreie Seniorenwohnungen der BGW in Schildesche zur Verfügung. Als grundlegendes Konzept arbeitet die BGW nach dem Prinzip „Wohnen mit Versorgungssicherheit“ (BGW 2008). „Freie Scholle“ und BGW, versuchen durch ihre Vergabepraxis ein gutes Wohnklima für ihre Bewohner zu erzielen. Diese Strategie kann – besonders bei öffentlich geförderten Wohnungen – helfen, so genannte „benachteiligte Wohngebiete“ gar nicht erst entstehen zu lassen (Interview D14). Drei weitere große Wohnungsanbieter sind in Schildesche aktiv:

- Der Evangelische Kirchenkreis in Schildesche besitzt an der Westerfeldstraße und an der Stapelbreite rund 380 Wohnungen. Diese stehen allerdings nur Menschen mit Wohnberechtigungsschein offen und für Senioren gibt es keine gesonderten Wohnangebote (Interview D11).
- Die Ravensberger Heimstättengesellschaft GmbH bietet in Schildesche ein Wohnungsangebot von 270 Wohnungen. Die Ein- bis Dreiraumwohnungen sind frei finanziert und von älterem Bestand. Die Wohnungen in der Stadtheiderstraße sind nicht explizit barrierefrei bzw. seniorengerecht ausgestaltet und es sind vorerst auch keine Modernisierungsmaßnahmen geplant. Kooperationen mit Akteuren der Seniorenbetreuung und Pflege sind in Planung (Interview D15).
- Der Verein Wohnen und Gemeinschaft Anders Alt Werden e.V. hält für Bewohner zwischen 40 und 90 Jahren in Schildesche fünf Häuser mit 102 Wohnungen vor. Alle Gebäude sind nach Aussage des Vereins alten- und pflegegerecht gestaltet. Die Pflege in der eigenen Wohnung ist bis an das Lebensende möglich. Der Verein Wohnen und Gemeinschaft Anders Alt Werden e.V. fühlt sich der Philosophie Rudolf Steiners verbunden – die Aufnahme ist jedoch nicht an bestimmte Konditionen wie z.B. Weltanschauung oder Konfession gebunden (Im Kapellenbrink, Wohnen und Gemeinschaft Anders Alt werden 2007a, b).

Neben den beschriebenen Wohnmöglichkeiten muss in einem „Community Health Assessment“ auch das Thema Wohnungslosigkeit berücksichtigt werden. In Schildesche sind auf den ersten Blick kaum Wohnungslose zu finden. Einige können z.B. an der Stiftskirche angetroffen werden (Interview D1). Obschon keine gesicherten Zahlen existieren, kann festgehalten werden, dass Schildesche trotz der guten ökonomischen Lage und der geringen Arbeitslosenzahlen Platz drei im Bereich der von Wohnungslosigkeit bedrohten Haushalte in Bielefeld einnimmt (Fachstelle für Wohnungserhalt und Wohnungssicherung und Unterbringung Wohnungsloser 2006). Diese Zahlen sind seit einigen Jahren, dank der Arbeit der Fachstelle für Wohnungserhalt und Wohnungssicherung und Unterbringung Wohnungsloser rückläufig. Diese Fachstelle stellt neben Beratung, Unterstützung und aufsuchender Hilfe auch Wohneinheiten und Wohnungen zur Verfügung. 44 dieser Wohneinheiten und fünf neu akquirierte Wohnungen sind im Stadtbezirk Schildesche zu finden (Fachstelle für Wohnungserhalt und Wohnungssicherung und Unterbringung Wohnungsloser 2006). Bei der Konzipierung eines Pflegestützpunktes muss dies beachtet werden, damit keine Versorgungslücken entstehen.

4.3 Mobilität

Um zu ermitteln, welche Anforderungen an die Lage und die Erreichbarkeit eines Pflegestützpunktes gestellt werden, wurden Daten zum öffentlichen Personennahverkehr, den Kfz-Zahlen sowie zur Barrierefreiheit erhoben.

Auf den ersten Blick ist der Stadtbezirk Schildesche gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln ausgestattet. Er ist durch verschiedene Linien der Stadtbahn und mehrere Busse sowohl mit dem Stadtkern von Bielefeld, als auch mit Außenbezirken verbunden. Drei der vier nördlichen Stadtbahnlinien verbinden den Stadtbezirk mit der Innenstadt: eine verbindet Schildesche Mitte und das Johannesstift über einen Teil von Sudbrack mit Bielefeld, eine weitere bezieht in der Strecke zwischen Innenstadt und Babenhausen Süd Teile von Gellershagen mit ein und der Bereich der Universität ist über eine andere Linie an die Stadtmitte angebunden (Mobiel 2007b). Alle Linien verkehren montags bis freitags im 10-Minuten-Takt bzw. viertelstündlich. Die Wochenenden und Feiertage unterscheiden sich lediglich durch spätere Anfangszeiten. Zu den „Stoßzeiten“ werden die Linien nach Schildesche Mitte und zum Lohmannshof (Universität) durch Zusatzlinien ergänzt (Mobiel 2007a).

Die Bereiche von Schildesche, die nicht durch eine der Stadtbahnlinien versorgt werden, sind durch zwei Linien des Busnetzes angebunden. Zusätzlich verkehrt eine West-Ost-Verbindung, welche die unterschiedlichen Teile von Schildesche miteinander verbindet. In diesem Bereich des Busnetzes ist eine ähnlich gute Anbindung wie im Stadtbahnnetz zu beobachten. Zusätzlich zu den beschriebenen Verbindungen gibt es noch verschiedene Linien, die Schildesche mit weiteren Bielefelder Stadtbezirken, Außenbezirken und anderen Städten, beispielsweise Herford verbinden (Mobiel 2007b). An Wochenenden stehen den Fahrgästen neben den allgemeinen Fahrzeiten Nachtbusse und Anruf-Sammel-Taxen zur Verfügung (Mobiel 2007c).

Auch Kraftfahrzeugzahlen lassen Rückschlüsse auf die Mobilität der Einwohner eines Stadtbezirks zu. Laut Zahlen des Kraftfahrtbundesamtes vom 31.12.2006 sind in Schildesche 19.493 Kraftfahrzeuge gemeldet, diese werden in 1.244 Krafträder, 17.700 Personenkraftwagen (PKW), 549 Nutzfahrzeuge und 1090 Anhänger unterteilt. Die PKW können in privat (16.853) und gewerblich (847) angemeldete Fahrzeuge getrennt werden. Daraus ergeben sich durchschnittlich 2,3 Einwohner pro PKW. Mit diesem Wert liegt der Stadtbezirk Schildesche knapp über dem Bielefelder Gesamtdurchschnitt von 2,0 Einwohner pro PKW, wobei aber zu beachten ist, dass die Zahlen zwischen unterschiedlichen statistischen Bezirken mit 1,8 und 4,4 Einwohner pro PKW erheblich schwanken (Amt für Stadtforschung, Statistik und Wahlen 2007b). Insgesamt lässt sich eine unabhängige Mobilität der Einwohner durch eigene Kraftfahrzeuge konstatieren.

Schildesche weist einige Verkehrsknotenpunkte auf, an denen sich der sonst durchschnittliche Verkehr zu den Hauptverkehrszeiten bis hin zu Staus verdichtet (Interview D1). Zu diesen Punkten gehören die großen Hauptverkehrsstraßen, die Schildesche mit den Außenbezirken und der Innenstadt verbinden. An diesen Straßen liegen auch diverse Einkaufs-

möglichkeiten, Versorgungseinrichtungen und Anbindungen an die öffentlichen Verkehrsmittel.

Schildesche ist insgesamt als relativ barrierefrei zu bezeichnen (Interview D6). Zu erwähnen ist, dass fast alle Stadtbahnhaltestellen in diesem Bezirk rollstuhlgerecht sind, was in anderen Stadtbezirken von Bielefeld noch nicht vollständig der Fall ist. Die eingesetzten Busse im gesamten Stadtgebiet Bielefeld sind Niederflurbusse und verfügen über verschiedene Arten von Rampen (Mobiel 2007d). Die Stadt Bielefeld gibt außerdem einen „Stadtführer für Behinderte“ heraus, in dem alle barrierefreien Einrichtungen aus den Bereichen Verkehr, Recht und Verwaltung, Gesundheitswesen, Bildung, Freizeit und Kultur, Gastronomie und Hotels, Handel und Dienstleistungen und Sonstiges aufgeführt sind (Aktionskreis behinderter Menschen e.V. 2002).

4.4 Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten

Die Ausstattung eines Stadtteils mit Grünanlagen und Gewässern sowie Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten lässt Rückschlüsse auf die Lebenssituation, die Lebensqualität und die Ressourcen, die in der Gemeinde verfügbar sind, zu. Es lässt sich ableiten, ob die Lebensumgebung ein hohes Maß an Lebensqualität zu bieten hat, speziell auch bei Einschränkungen durch Alter oder Behinderung. Darüber hinaus können Aussagen darüber getroffen werden, ob Gefahren umweltbezogener Gesundheitsprobleme bestehen könnten.

Charakteristisch für die Stadt Bielefeld, und damit auch für Schildesche, sind ausgedehnte vernetzte Grünanlagen und Freiflächen, die den Erholungswert der Stadt steigern sollen (Kleidat et al. 2007). Die Grünflächen sind den Bürgern wichtig zur Erholung, zum Sporttreiben und als sozialer Raum (Interview D7). Sie führen zu einer Verbesserung der Luftqualität, dienen damit auch der Gesundheit des Einzelnen und wirken positiv auf die Lebensqualität. Darüber hinaus werden die Freiräume und öffentlichen Plätze als Treffpunkt und Begegnungszentrum geschätzt. Viele Bürger wählen ihren Wohnort auch gezielt nach der Lage und der Nähe zu entsprechenden Freiräumen und Grünanlagen aus (Kleidat et al. 2007; Schormann 2007).

Schildesche verfügt über eine Vielzahl an Grünflächen und -anlagen, die in Anzahl und Fläche (200 Hektar) sogar den Bielefelder Durchschnitt (Gesamtstadt Bielefeld etwa 1.120 Hektar) überschreiten, womit die Ausstattung mehr als optimal bezeichnet werden kann. Neben Gellershagenpark und -bach, Obersee, Bultkamp und dem Grünzug Stauffenbergstraße haben auch der Stiftspark und der Park auf dem ehemaligen Freibadgelände eine gute Qualität und werden von den Bürgern bevorzugt genutzt. Viele Grünflächen liegen mitten in der Bebauung, was als positiv für die Bürger anzusehen ist (Interviews D7, D8). Der Obersee ist als Besonderheit des Stadtbezirks Schildesche hervorzuheben. Mit seinen ausgedehnten Rad- und Wanderwegen, Kinderspielplätzen sowie einem Bolzplatz und einer Minigolfanlage ist er ein beliebtes Naherholungsgebiet und wird auch zu Sportzwecken genutzt. Die Wasserfläche steht allerdings aus Gründen des Naturschutzes nur als Angelgewässer zur Verfügung (Inforce

Öffentlichkeitsarbeit GmbH und Stadt Bielefeld 2007; Stadt Bielefeld 2007b; AÜBE 2005).

Neben Naherholungsgebieten gibt es aber auch einige stark befahrene Hauptverkehrsadern in Schildesche, wie z.B. die Engersche Straße und die Westerfeldstraße. Allerdings spielt die Luftverschmutzung durch das zunehmende Verkehrsaufkommen nur eine geringe Rolle: bei Feinstaubmessungen wurden nur wenige Überschreitungen festgestellt (Stadt Bielefeld 2007c). Hinsichtlich der Bodenbelastung z.B. mit umweltgefährdenden Stoffen sowie Abfällen wurden in Bielefeld weder für das Wohnen noch für die landwirtschaftliche Nutzung Werte gemessen, die Anlass zur Beunruhigung geben, ebenso existieren in Schildesche keine besonders belasteten Bereiche (Stadt Bielefeld 2007d, 2007e). Im Einklang damit fühlen sich die Bewohner im Stadtbezirk Schildesche durch Umwelteinflüsse deutlich weniger belastet (8,3%) als der Bielefelder Durchschnitt (13,3%) und machen auch seltener die Umwelt für gesundheitliche Probleme verantwortlich (Stadt Bielefeld/Betrieb Stadtforschung, Statistik und Wahlen 2000).

Neben Grünanlagen sind auch Freizeitmöglichkeiten wie Spiel-, Sport- und Bolzplätze für einen Stadtbezirk und seine Einwohner von Bedeutung. Im Bezirk Schildesche gibt es laut dem Umweltamt Bielefeld eine gute Ausstattung mit Spielplätzen. Diese lassen sich, ebenso wie Bolzplätze, meist innerhalb von Grünzügen finden (Interview D7). Insgesamt gibt es hier 57 Spielflächen, davon sind 36 reine Kinderspielplätze, sieben reine Bolzplätze, zehn kombinierte Spiel- und Bolzplätze und vier nutzbare Schulhöfe (Interview D8).

Außerdem stehen als städtische Angebote eine Sporthalle, elf Turnhallen, zwei Gymnastikräume und sechs Sportplätze zur Verfügung (Interview D5). Die privaten Sportstätten sind dabei nicht berücksichtigt. Insgesamt gibt es 9.816 qm städtisch zur Verfügung gestellte Hallenfläche (entspricht 0,24 qm Hallenfläche je Einwohner), womit laut Aussage des Sportamtes eine gute Angebotsstruktur an Sportstätten in Schildesche besteht (Normwert: 0,2 qm nutzbare Hallenfläche je Einwohner) (Interview D4). Ebenso kann in Bezug auf Freizeit- und Kulturangebote durch Institutionen und Vereine eine relativ gute Angebotsstruktur festgestellt werden. Mit dem Bezirk Mitte kann Schildesche jedoch nicht konkurrieren, da dieser das kulturelle Zentrum der Stadt Bielefeld darstellt, welches mit einer Vielzahl von Museen, Galerien, Kinos, Theatern etc. aufwarten kann. Da Schildesche jedoch an Mitte angrenzt, sind die dortigen Angebote gut erreichbar (Interview D3).

Anbieter von Veranstaltungen im Bezirk Schildesche sind unter anderem das Kulturamt Bielefeld, die verschiedenen Vereine, die Interessen- und Werbegemeinschaft Schildesche, die Religionsgemeinschaften und auch die Schulen, wie die Rudolf-Steiner-Schule (Konzerte, Circus „Kariibu“, die Bühne). Das Kulturamt stellt, über das Jahr verteilt, meist drei kulturelle Beiträge im Zentrum von Alt-Schildesche und zwei Beiträge in der weiteren Umgebung zur Verfügung, wobei das Programmschema jedes Jahr ähnlich ist. Diese Angebote zielen auf Kinder, Jugendliche und Erwachsene ab, wobei jeder Bürger die Möglichkeit hat, dieses Angebot unentgeltlich zu nutzen. Während das Kulturamt eher interessen- und werbeunabhängige Veranstaltungen anbietet, verfolgt die Interessen- und Werbegemeinschaft Schildesche vornehmlich das Ziel, durch über das Jahr

verteilte Veranstaltungen wie „Schildesche kulinarisch“, „Sommernachts-tanz“, „Stiftsmarkt“, „Adventstreffen“ und „Eiswette“, die Bürger an Schildesche zu binden. Die Zielgruppe sind dabei vornehmlich ältere Menschen (Interview D3).

Bisher wurde keine Bürgerbefragung zu den in Schildesche verfügbaren Angeboten durchgeführt, so dass keine genauen Aussagen zum Bedarf der Bürger gemacht werden können. Was wiederum auffällt, ist, dass die Veranstaltungen jedes Jahr sehr ähnlich und insgesamt relativ umfangreich sind (Interview B2). In bestimmten Teilen des Stadtbezirks wie im Bereich Stapelbreite müsste es allerdings mehr zielgruppenspezifische, nachhaltige Angebote geben (z.B. Ferienangebote). Die Angebote der Stadt sind weniger auf die Quartiere bzw. Problemzonen konzentriert und damit nicht unbedingt bedarfsorientiert angesiedelt (Interviews B1, D3).

Neben der Stadt bieten verschiedene Vereine Möglichkeiten der Freizeitgestaltung an. So gibt es in Schildesche neben Sozialvereinen, Kleingärtnervereinen, dem Heimatverein, Tierzuchtvereinen und eine Vielzahl von Musik- und Sportvereinen (Stadt Bielefeld 2008a; Interessen- und Werbegemeinschaft In Schildesche e.V. 2008). Das Angebot ist relativ breit. Für Menschen mit Behinderungen gibt es grundsätzlich keine ausgeschriebenen Behindertensportgruppen, die Teilnahme an den regulären Sportangeboten ist möglich und muss im Einzelfall geklärt werden. Allerdings bietet beispielsweise die Turngemeinde Schildesche 05 e.V. Rehabilitationssport bei bestimmten Indikationen an. Ansonsten sind im Stadtgebiet Bielefeld insgesamt vier Sportvereine für Menschen mit Behinderungen vorhanden, die auch den Bewohnern von Schildesche offen stehen (Interview D6).

4.5 Bildung

Der Faktor Bildung ist für den späteren Status im Erwachsenenalter von großer Bedeutung und determiniert auch andere Lebensbereiche. So ist längst bekannt, dass der Gesundheitszustand von Menschen maßgeblich von deren Bildungskapital beeinflusst wird. Gleiches gilt für den Zugang zu Gesundheitsleistungen sowie die Ressourcen, die Menschen in ihrem Leben für den Erhalt oder die Wiederherstellung von Gesundheit zur Verfügung haben. So ist bei einem „Community Health Assessment“ darauf zu achten, ob alle notwendigen Bildungs- und Fördereinrichtungen in ausreichender Zahl vorhanden sind und den Bedürfnissen entsprechen.

Nach dem Jugendhilfestrategieplanungsbericht (Stadt Bielefeld 2004b) sowie dessen Fortschreibung durch die Stadt Bielefeld (Stadt Bielefeld 2007k) liegt das Kindertageseinrichtungsangebot für Kinder unter drei Jahren in Schildesche deutlich über dem Bielefelder Durchschnitt (+7,6 Prozentpunkte). Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass zwei große Arbeitgeber – die Universität Bielefeld und das Evangelische Johanneswerk – sowie viele Elterninitiativen Angebote initiiert haben und vorhalten (Stadt Bielefeld 2004a). Jedoch zeigte sich auch im Jahr 2006 eine große Diskrepanz zwischen dem geschätzten Platzbedarf (802 Plätze) und der vorgehaltenen Tagespflege und Kindertageseinrichtungsplätzen (89 Plätze) (Stadt Bielefeld 2005; Amt für Stadtforschung, Statistik und Wahlen Bielefeld 2007a; Stadt Bielefeld 2007i). Die Versorgungsquote für

Schildesche mit Kindergartenplätzen für Kinder zwischen drei und sechs Jahren lag 2003 leicht über dem Bielefelder Durchschnitt (+0,6 Prozentpunkte) – im Jahre 2006 mit 2,9% unter diesem (Stadt Bielefeld 2007k).¹²

Im Stadtbezirk Schildesche existiert ein Abenteuerspielplatz und es sind Angebote der mobilen Jugendarbeit und Jugendtreffs vorhanden (Stadt Bielefeld 2007h). Bei den Hilfen zur Erziehung nach §27ff. SGB VIII wie z.B. der Erziehungsberatung, Vollzeitpflege, Sozialpädagogischen Familienhilfe oder Heimerziehung liegt der Stadtbezirk über dem Bielefelder Durchschnitt. Dies ist besonders bei den Hilfen außerhalb der Familien der Fall. Hingegen liegt die Anzahl des Personals in der Jugendarbeit unter dem Bielefelder Durchschnitt und bei den Hilfen für Jugendliche zeichnet sich ein rückläufiger Trend ab (Stadt Bielefeld 2004b).

In Bezug auf die schulische Infrastruktur kann festgestellt werden, dass im Stadtbezirk Schildesche alle Schulformen vorhanden sind. So gibt es fünf städtische Grundschulen (Offene Ganztagschulen), eine städtische und eine nicht-städtische Gesamtschule, zwei städtische Hauptschulen, ein nichtstädtisches Gymnasium, eine städtische und eine nicht-städtische Förderschule. Besonders erwähnenswert ist die Hedwig-Dornbusch-Schule e.V., da an diese eine Familienbildungsstätte angegliedert ist. Des Weiteren gibt es eine Diätlehreanstalt, eine Krankenpflegeschule und die Universität Bielefeld im Bezirk. Andere Schulen im Innenstadtbereich können gut durch die öffentlichen Verkehrsmittel erreicht werden (Stadt Bielefeld 2004a).

4.6 Zusammenfassung

Die ökonomische Lage im Stadtbezirk Schildesche kann als relativ gut bezeichnet werden, wobei die Wirtschaftsbereiche Handel und Dienstleistungen stärker vertreten sind als das produzierende Gewerbe (Industrie und Handwerk). Dass Schildesche ein geringes industrielles Potenzial aufweist, ist grundsätzlich nicht als negativ zu werten, denn dadurch ist ein starker Einfluss der Industrie auf den Gesundheitszustand der Einwohner von Schildesche nicht zu erwarten. Es ist allerdings von Bedeutung, dass die Wirtschaftsbereiche Handel und Dienstleistungen im Hinblick auf eine adäquate Versorgung der Bürger im Bezirk in ausreichender Form erhalten bleiben. Gerade für ältere Menschen oder Menschen mit Behinderungen ist aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität eine wohnungsnahe Angebotsstruktur an Geschäften und Dienstleistungen wichtig.

Der Anteil älterer Personen wird bis zum Jahr 2045 deutlich ansteigen (siehe Kapitel 5.4). Dementsprechend muss der Bezirk eine Attraktivität aufweisen, um Gewerbetreibende und Dienstleister anzuziehen. Da bisher viele alteingesessene Geschäfte in Schildesche zu finden sind, die mög-

¹² Die Versorgung mit Ganztagesplätzen (Horten) wird im Jahr 2008 umstrukturiert, d.h., dass diese weitestgehend an die Schulen angegliedert werden. Die Versorgungsquote mit Hortplätzen sank in Schildesche im Vergleich von 2003 zu 2006 von 4,6% auf 2,6%. Dementsprechend stieg die Versorgungsquote mit Betreuungsangeboten an Schulen (je nach Betreuungsform auf 24,9% bis 27,4%) (Stadt Bielefeld 2007k).

cherweise nicht mehr auf Dauer bestehen, muss auch an die Ansiedlung neuer Dienstleister gedacht werden.

Die Wohnstruktur in Schildesche bildet ein uneinheitliches Bild. Insbesondere der Bezirk Universität hebt sich durch einen hohen Anteil an Studierendenhaushalten deutlich ab. Im innerstädtischen Vergleich zeigt sich, dass in Schildesche statistisch verhältnismäßig viele Einpersonenhaushalte existieren, was zum einen auf die hohe Anzahl dort wohnhafter Studierender, zum anderen aber auch auf Schwierigkeiten bei der Datenerfassung im Rahmen des Meldeverfahrens zurückzuführen ist. Es ist zudem festzustellen, dass im Bezirk Johannesstift aber auch in Vorwerk Schildesche ein vergleichsweise hoher Anteil an älteren, allein lebenden Personen zu finden ist, was im Zusammenhang mit den dort angesiedelten Wohn- und Versorgungsstrukturen stehen dürfte. Grundsätzlich kann der Wohnungsmarkt in Schildesche als ausgeglichen bezeichnet werden und hält viele seniorengerechte Wohnungen vor. Besonders die öffentlich geförderten bzw. von den Baugenossenschaften angebotenen Wohnungen stellen mit ihren „Serviceleistungen“ ein attraktives Wohnangebot im Stadtbezirk Schildesche – speziell auch für Senioren – dar. Öffentlich geförderte Wohnungen sind für Personen mit geringeren finanziellen Möglichkeiten vorhanden. Aufgrund der Stadtteilentstehungsgeschichte ist die Bausubstanz relativ alt. Somit besteht ein großer Bedarf an bestandsichernden Maßnahmen, wie auch an Aus- und Umbauten, um den Bedarf an altengerechtem Wohnen heute und auch in Zukunft decken zu können. In diesem Zusammenhang wäre es von großer Bedeutung, eine einheitliche Definition von „seniorengerechten Wohnungen“ zu finden und sich daran bei Bauprojekten zu orientieren. In Bezug auf Wohnungslose sollte eng mit der Fachstelle für Wohnungserhalt und Wohnungssicherung und Unterbringung Wohnungsloser kooperiert werden, damit gerade in gefährdeten Haushalten keine Versorgungsengpässe und mangelhafte Überleitungen oder gar Wohnungsverluste entstehen.

Betrachtet man nun die Verkehrsinfrastruktur im Stadtbezirk, so kann die Verbindung durch öffentliche Verkehrsmittel in Schildesche als gut ausgebaut und weitestgehend barrierefrei bezeichnet werden. Außerdem verfügen die Bewohner von Schildesche über durchschnittlich mindestens ein Auto pro Familie. Somit kann eine gute Mobilität für die in Schildesche lebenden Personen konstatiert werden. Es gibt einige Knotenpunkte im Bezirk, die über alle wichtigen Einrichtungen für die alltägliche Versorgung verfügen und aus den meisten Bereichen von Schildesche gut zu erreichen sind. Idealerweise sollte dort – in der Nähe von einem der beschriebenen Knotenpunkte – ein Pflegestützpunkt eingerichtet werden, der dann von möglichst vielen Personen eigenständig, durch öffentliche Verkehrsmittel oder aber eigene Kraftfahrzeuge erreicht werden kann. Neben guter Erreichbarkeit sind aber auch gute Parkmöglichkeiten wichtig, die direkt an den Hauptstrassen nur teilweise gegeben sind.

Die durch ein erhöhtes Verkehrsaufkommen an den Verkehrsknotenpunkten zu erwartenden ökologischen Belastungen halten sich in Schildesche auf einem unbedenklichen Niveau und beeinträchtigen grundsätzlich nicht den hohen Erholungsfaktor, den der Bezirk bietet. In Schildesche liegen auf der einen Seite gute ökologische Bedingungen z.B. in puncto Freizeit und Erholung vor. Auf der anderen Seite existieren keine auffällig belasteten Boden-, Wasser- und Luftbereiche. Die Grünflächen und vor allem der Obersee bieten viel Erholungsraum und sind für jeden

frei zugänglich und nutzbar. Aufgrund des hohen Erholungswertes hat der Stadtbezirk – so kann vermutet werden - viel an Lebensqualität zu bieten.

Ebenso kann ein relativ gutes Freizeit-, Sport- und Kulturangebot festgestellt werden. So lassen sich speziell für Erwachsene und ältere Bürger vielerlei Veranstaltungen und Freizeitangebote finden. Für Kinder und Jugendliche, sozial Benachteiligte und Menschen mit Behinderungen sind die Möglichkeiten eher begrenzt. Um die kulturellen Angebote im angrenzenden Bezirk Mitte nutzen zu können, ist eine ausreichende Mobilität erforderlich. Für Menschen mit Behinderungen könnten hierbei Barrieren bestehen.

Betrachtet man die schulische Infrastruktur Schildesches, so kann diese grundsätzlich als gut ausgebaut bezeichnet werden. Alle Schulformen sind vorhanden und die Erreichbarkeit von Schulen in der Bielefelder Innenstadt ist mit den öffentlichen Verkehrsmitteln ohne Probleme möglich. Die Versorgung mit außerschulischen Förder- und Betreuungseinrichtungen für Kinder unter drei Jahren und für Kinder im schulpflichtigen Alter ist sehr gut.

5. Demografische Lage

Patrick Brzoska, Monika Diercks, Heidi Panhorst, Nazan Ulusoy

Für die Errichtung von Pflegestützpunkten sind grundlegende Informationen über die Bevölkerungsstruktur und über Bevölkerungsprozesse nötig, da auf deren Grundlagen Aussagen zur Bevölkerungs- und damit zur Bedarfsentwicklung getroffen werden können (Weinstein 2001). Die nachfolgend dargestellten Daten zu demografischen Kenngrößen in Bielefeld und seinen Stadtbezirken liefern wichtige Informationen über aktuelle und künftige demografische Rahmenbedingungen und bieten Anhaltspunkte für bevölkerungsbedingte Herausforderungen, die bei der Konzeption der Stützpunkte zu berücksichtigen sind. Insbesondere Entwicklungen, die im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel bzw. der „demografischen Alterung“ zu sehen sind, bergen für den Bereich der Pflege erhebliche Handlungserfordernisse. Populationsbezogene Daten tragen zu einer besseren Bewert- und Abschätzbarkeit dieser Entwicklungen bei. Bei der Konzeption von Pflegestützpunkten sollten zudem vulnerable Personengruppen (z.B. Migranten, alleinstehende Senioren, sozial benachteiligte Personen) berücksichtigt werden. Auch hierfür können Bevölkerungsdaten wichtige Anhaltspunkte bieten. Zudem sind populationsbezogene Daten notwendig, um versorgungsbezogene Informationen und Angaben sinnvoll interpretieren und vergleichen zu können.

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, durch welche demografischen Eigenschaften die Schildescher Bevölkerung charakterisiert ist und welche Herausforderungen sich hieraus für die dortige Errichtung von Pflegestützpunkten ergeben. Zu diesem Zweck werden nachfolgend relevante bevölkerungsbezogene Kenngrößen präsentiert. Im Rahmen dessen wird die Zusammensetzung der Bevölkerung herausgearbeitet, so dass auch Aussagen zur Sozialstruktur gemacht werden können und eine erste Abschätzung über mögliche populationsbedingte Herausforderungen abgegeben werden kann.

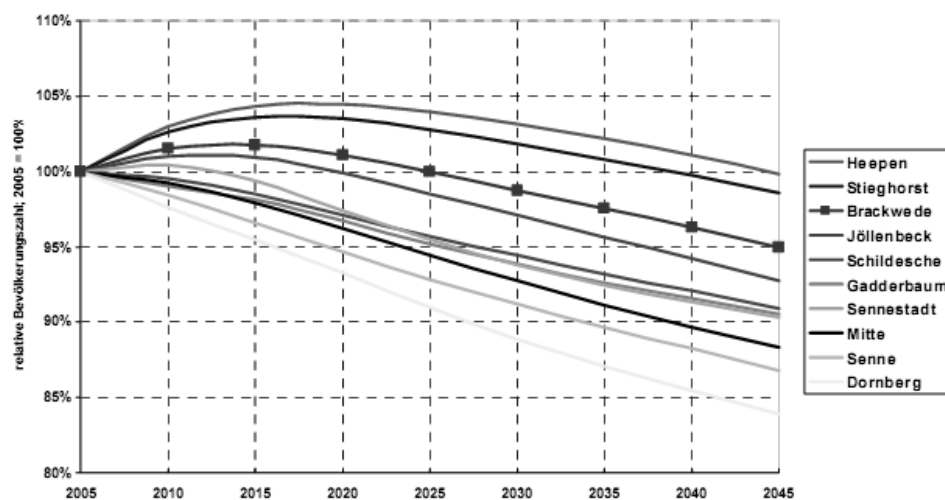
5.1 Bevölkerungsstand

Am 31.12.2006 lebten 40.754 Menschen in Schildesche, womit Schildesche nach Mitte (76.655 Einwohner) und Heepen (46.409 Einwohner) den Stadtbezirk mit der drittgrößten Bevölkerungszahl darstellt. Genauso unterschiedlich wie der Bevölkerungsstand zwischen den einzelnen Stadtbezirken Bielefelds ist, ist er auch innerhalb von Schildesche in den zehn statistischen Bezirken, wobei hier Sudbrack als bevölkerungsreichstes Gebiet mit 8.286 Einwohnern fast sechszwanzigmal so viele Einwohner hat wie Sieben Hügel mit 326 dort lebenden Personen. 46,4% der Bevölkerung Schildesches sind männlich, 53,6% weiblich, was in etwa dem Bielefelder Durchschnitt entspricht (47,8 bzw. 52,2%). Auch innerhalb der statistischen Bezirke gibt es nur eine geringe Streuung in der Geschlechterverteilung.

Eine Bevölkerung ist nicht statisch, sondern verändert sich durch das Zusammenspiel von Geburten- und Sterbefällen sowie Zu- und Fortzügen. Davon sind auch die Stadtbezirke Bielefelds betroffen. Eine im Jahr 2005

für Bielefeld ermittelte Prognose schätzt im mittleren Szenario einen rückläufigen Trend für die einzelnen Stadtbezirke (Birg et al. 2006). Für Schildesche wird bis zum Jahr 2045 ein Bevölkerungsrückgang um ca. 10% im Vergleich zum Wert für 2005 prognostiziert. Schildesche liegt im Vergleich zu anderen Bezirken damit im Mittelfeld (die Raten schwanken von 16% in Dornberg bis 0% in Heepen). Anders als in Heepen, Stieghorst, Brackwede und Jöllenbeck, wo es laut Prognose zunächst ein Bevölkerungswachstum auf bis zu 105% der Ausgangsgröße im Jahr 2005 geben wird, verläuft der Rückgang in Schildesche recht gradlinig und erfährt kein vorheriges Wachstum (siehe Abbildung 5).

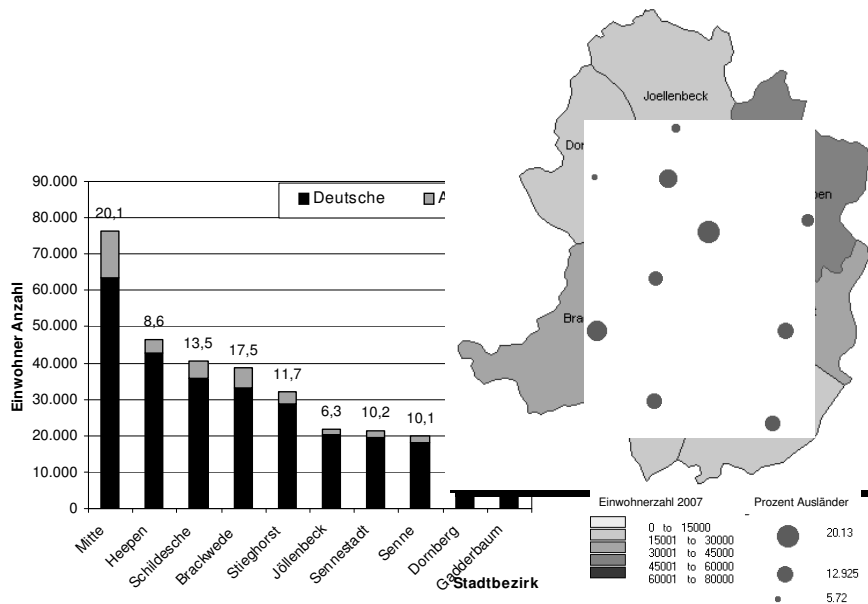
Abb. 5: Relative Bevölkerungsentwicklung, 2005-2045, Gesamtbevölkerung, Vergleich Stadtbezirke
(Quelle: Birg et al. 2006)



5.2 Ausländische Bevölkerung

In Bielefeld lag 2006 der Anteil an ausländischen Mitbürgern an der Gesamtbevölkerung bei 11,5 %. Vergleicht man die einzelnen Bielefelder Stadtbezirke untereinander, so liegt Schildesche bezogen auf den Ausländeranteil mit knapp 13,5% nach Mitte (20,5%) und Brackwede (17,5%) an dritter Stelle (Abbildung 6).

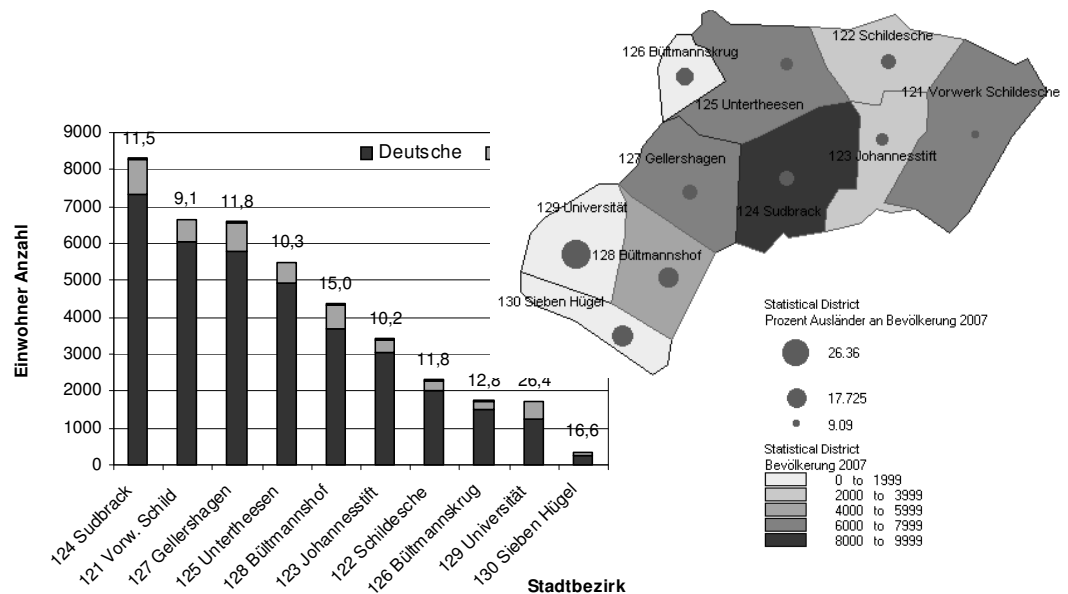
Abb. 6: Einwohnerzahl nach Stadtbezirk und Ausländerstatus 2006
 (Quelle: Melderegister der Stadt Bielefeld 2007; Amt für Stadtforschung, Statistik und Wahlen 2007a; eigene Darstellung)



Innerhalb von Schildesche selbst schwanken die Anteile von Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft von 9,1% in Vorwerk Schildesche bis 26,4% im statistischen Bezirk Universität (Abbildung 7). Hier, ebenso wie in den statistischen Bezirken mit dem nächst kleineren Anteil ausländischer Personen (Sieben Hügel 16,6%; Bültmannshof 15,0%), die beide an die Universität angrenzen, kann vermutet werden, dass insbesondere ausländische Studierende stark ins Gewicht fallen. Im Wintersemester 2004/2005 waren an der Universität 1.872 ausländische Studierende immatrikuliert, was einem Anteil von ca. 10,6% an allen Studierenden entspricht (Bielefelder Universitätszeitung 2004). Es ist davon auszugehen, dass ein großer Teil dieser Studierenden in den besagten statistischen Bezirken wohnt.

Abb. 7: Einwohnerzahl nach statistischem Bezirk Schildesches und Ausländerstatus

(Quelle: Melderegister der Stadt Bielefeld 2007; Amt für Stadtforschung, Statistik und Wahlen 2007a; eigene Darstellung)



Kenntnisse über die Zusammensetzung der ausländischen Bevölkerung sind hilfreich, um Aussagen über die Ausgestaltung kulturspezifischer Angebote zu treffen. Der Anteil türkischer Mitbürger unter den Ausländern ist im Vergleich zu Anteilen anderer ethnischer Gruppen in allen Stadtbezirken Bielefelds am höchsten. Verglichen mit den Stadtbezirken Brackwede oder Senne, in denen der Anteil an türkisch-stämmigen Personen unter den Ausländern 61,8% bzw. 61,3% beträgt, ist dieser Anteil in Schildesche mit 30,0% sichtbar geringer, variiert jedoch stark auf der Ebene der statistischen Bezirke mit hohen Anteilen in Untertheesen (54,1%), Schildesche (40,9%) und Gellershagen (40,3%). Nur in den statistischen Bezirken Universität sowie Sieben Hügel und Sudbrack überwiegen Migranten anderer Herkunft, so vor allem der Volksrepublik China, der russischen Föderation und Serbien/Montenegro.¹³

¹³ Zu bedenken ist, dass sich die dargestellten Ausländerzahlen ausschließlich auf Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit beziehen. Menschen mit Migrationshintergrund, die jedoch die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, sind in den Zahlen also nicht berücksichtigt. Dies führt folglich zu einer Unterschätzung migrationsbedingter Herausforderungen. Eine korrekte Definition von Menschen mit Migrationshintergrund sollte sich an einer Definition orientieren, wie sie auch das Statistische Bundesamt (2006a) in seiner Dokumentation zum Mikrozensus 2005 vornimmt. Vorgesehen wird hier eine Einteilung von Personen nach den Kriterien Staatsangehörigkeit und deren Erwerb sowie Geburtsland (geboren im Inland oder Ausland) (Statistisches Bundesamt 2006: 73f.). Diese Daten sind für Bielefeld auf Stadtbezirksebene nicht verfügbar. Der zusätzliche Anteil derjenigen, die zwar die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, aber dennoch einen Migrationshintergrund haben (z.B. Aussiedler und Spätaussiedler sowie andere Migranten der zweiten und dritten Generation, die die deutsche Staatsbürgerschaft angenommen haben), können daher nicht quantifiziert werden.

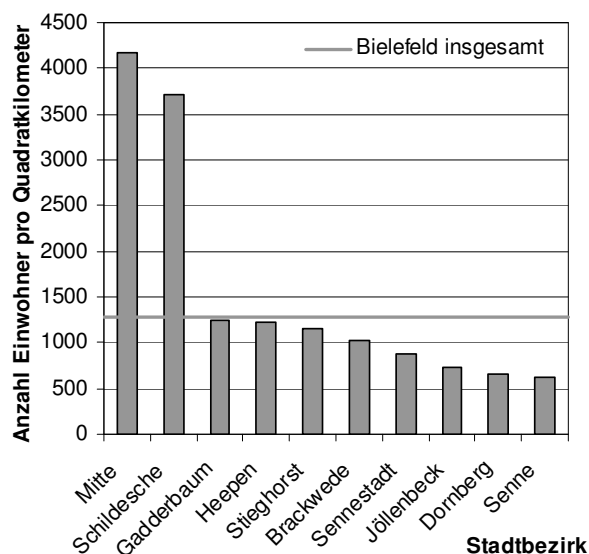
5.3 Bevölkerungsdichte

Die Bevölkerungsdichte gibt Aufschluss über die Anzahl der Einwohner pro Fläche für ein konkretes, genau bestimmtes Gebiet (Klingholz/Karsch 2007) und ermöglicht eine erste Einschätzung über den Nutzungsgrad dieser Fläche. Angaben zur Bevölkerungsdichte sind hilfreich für die Planung von Kapazitäten und den Ausbau einer Infrastruktur (Ulrich 2003) – auch der Kapazitäten des Versorgungswesens. Einschränkend muss jedoch festgehalten werden, dass bei der Darstellung der Bevölkerungsdichte geografische Besonderheiten von Gebieten keine Beachtung finden. So wird nicht berücksichtigt, ob die Bewohner konzentriert auf nur einem Teilgebiet siedeln oder ob sie verteilt auf die ganze Fläche angesiedelt sind. Insgesamt muss also darauf geachtet werden, ob eine große „Streuung“ der Bevölkerung vorliegt, beispielsweise ausgelöst durch Siedlungszentren oder ähnliche Strukturen, und so eher die Tendenz zur Zentralisierung oder Dezentralisierung auszumachen ist.

Der Stadtbezirk Schildesche besitzt nach dem Stadtbezirk Mitte die höchste Bevölkerungsdichte. Bei einer Fläche von 10,95km² leben hier ca. 3700 Personen pro Quadratkilometer¹⁴. Abbildung 8 verdeutlicht, dass die Einwohnerdichte auch im Vergleich zu den anderen Stadtbezirken Bielefelds ebenso wie der durchschnittlichen Bevölkerungsdichte Bielefelds sehr hoch ausfällt.

Abb. 8: Bevölkerungsdichte der einzelnen Stadtbezirke Bielefelds

(Quelle: Melderegister der Stadt Bielefeld 2007; Amt für Stadtforschung, Statistik und Wahlen 2007a; eigene Darstellung)



¹⁴ Zum besseren Verständnis ein Vergleich: München gilt als dichtbesiedelteste Stadt Deutschlands und beherbergt auf einem Quadratkilometer 4300 Personen, der Stadtbezirk Schildesche ist eher vergleichbar mit der Stadt Berlin, hier liegt die Bevölkerungsdichte bei 3800 Personen (von Baratta 2006).

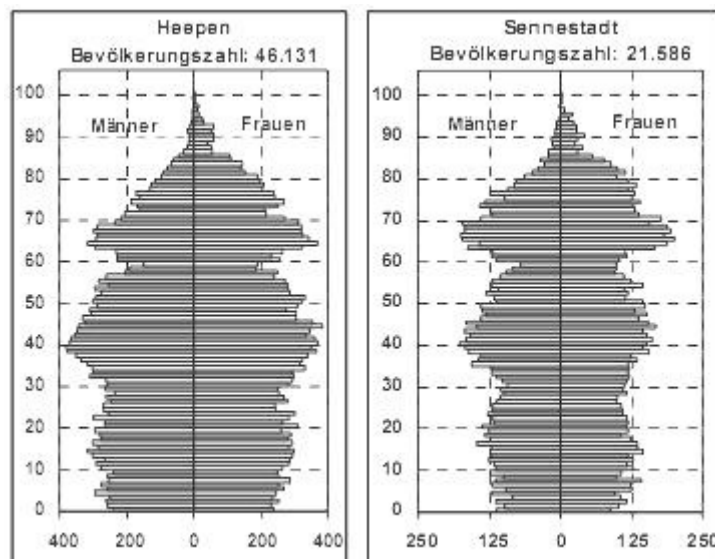
5.4 Vitalstruktur

5.4.1 Alterstruktur

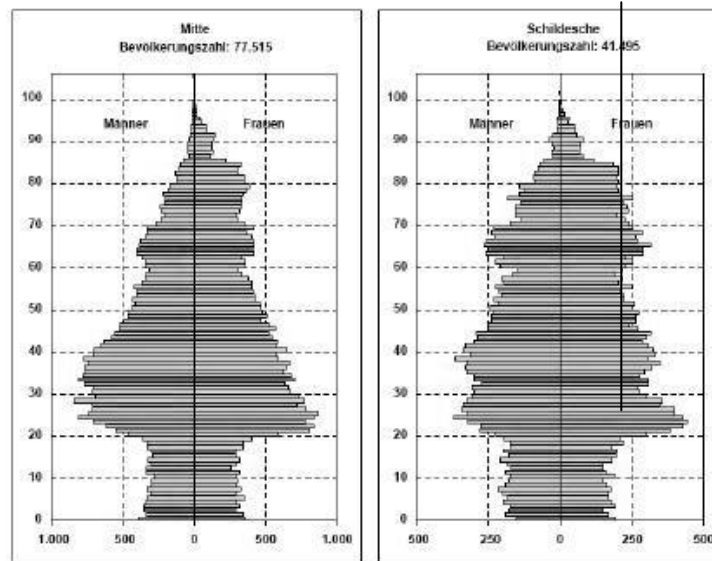
Als ein numerisches Maß der Altersstruktur dient das Medianalter¹⁵ der Bevölkerung. Dabei wird deutlich, ob die Bevölkerung eher jung oder tendenziell älter ist. Die Bevölkerung Schildesches hat ein Medianalter von 42,2 Jahren, was bedeutet, dass die Hälfte der Bevölkerung jünger, die andere Hälfte älter als 42,2 Jahre ist. Schildesche liegt damit im oberen Mittelfeld anderer Stadtbezirke (zum Vergleich: Mitte 38,3 Jahre; Heepen 41,3 Jahre; Sennestadt 44,2 Jahre).

Das Alter der Bevölkerung spiegelt sich auch in den Bevölkerungspyramiden der Stadtbezirke wider (Abbildung 9). Hier zeigt sich für Schildesche ein ähnliches Bild wie für den Stadtbezirk Mitte. Es gibt verhältnismäßig wenige Personen im Alter bis 20 Jahre, dafür allerdings einen beachtlichen Anteil an Personen im Alter von 20 bis 30 Jahren. Es ist davon auszugehen, dass es sich dabei um die studentische Bevölkerung handelt, die nach Beendigung des Studiums vermutlich Bielefeld verlassen – also nicht dauerhaft hier wohnen bleiben wird. Anders als in Bielefeld Mitte zeigt sich in der Alterspyramide von Schildesche ein höherer Anteil älterer Wohnbevölkerung ab 60 Jahren. Im Stadtbezirk Sennestadt ist dieser Anteil allerdings noch erheblich deutlicher ausgeprägt.

Abb. 9: Bevölkerungspyramiden für ausgewählte Stadtbezirke Bielefelds
(Quelle: Birg et al. 2006)



¹⁵ Das Medianalter lässt sich bei gruppierten Daten gemäß nachfolgender Formel berechnen (Rowland 2003: 92): $\text{Median} = l + (0,5 * n - F) * (i/f)$, wobei l = unterste Klassengrenze der Altersgruppe, die den mittleren Fall enthält; n = Populationsgröße; F = kumulierte Häufigkeit bis zur Altersgruppe, die den mittleren Fall enthält; f = Häufigkeit der Klasse, die den mittleren Fall enthält; i = Breite der Klasse, die den mittleren Fall enthält.

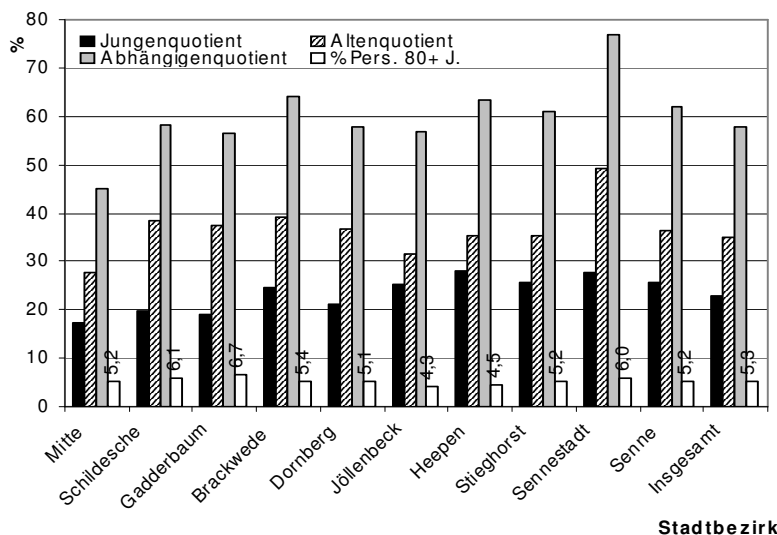


5.4.2 Belastungsquotienten

Um eine Verteilung der Altersgruppen in einer Bevölkerung auszudrücken, kann man neben dem Medianalter drei unterschiedliche Kennzahlen unterscheiden, die ebenfalls eine Aussage über das Alter einer Population ermöglichen. Der Altenquotient zeigt das Verhältnis der älteren Menschen im nicht mehr erwerbsfähigen Alter (meistens über 65 Jahre) zu denen im erwerbsfähigen Alter an (meistens die Altersgruppe von 15-65 Jahre). Der Jungenquotient gibt Auskunft über das Verhältnis der Personen im noch nicht erwerbsfähigen Alter (meistens Personen bis 15 Jahre) zur gleichen Bezugsbevölkerung. Der Abhängigenquotient ist schließlich die Summe der beiden Belastungsquotienten und gibt an, wie viele Personen, die wirtschaftlich unterstützt und getragen werden müssen, auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter kommen (Rowland 2003: 85f.).

Abb. 10: Belastungsquotienten nach Stadtbezirk 2006

(Quelle: Melderegister der Stadt Bielefeld 2007; Amt für Stadtforschung, Statistik und Wahlen 2007a; eigene Darstellung)

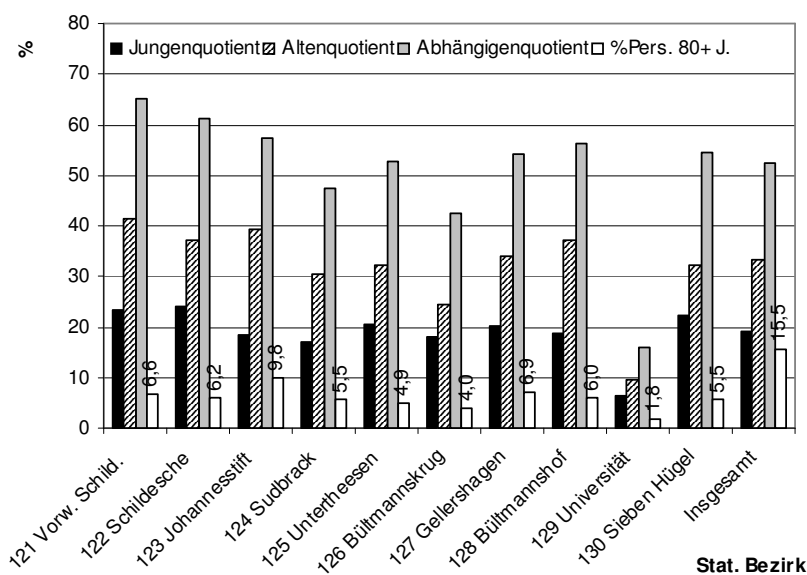


Nach Sennestadt und Brackwede mit 49,3 bzw. 39,3 Personen über 65 Jahren pro 100 Personen im erwerbsfähigen Alter besitzt Schildesche im Bezirksvergleich den dritthöchsten Altenquotienten (38,3 pro 100). Korrespondierend dazu ist der Anteil der Personen ≥ 80 Jahren an der Gesamtbevölkerung mit 6,1% am zweithöchsten. Gleichzeitig ist der Jungenquotient mit 19,8 pro 100 verhältnismäßig gering und wird lediglich von Mitte (17,4 pro 100) und Gadderbaum (18,9 pro 100) unterschritten. Das führt alles in allem zu einem moderaten Abhängigenquotienten von 58,2 pro 100, der im Vergleich aller zehn Stadtbezirke im Mittelfeld liegt (Abbildung 10).

Auf der Ebene der statistischen Bezirke Schildesches sind die Belastungsquotienten ebenfalls sehr heterogen. Abgesehen von der Universität, die aufgrund der Studierendenpopulation einen äußerst geringen Abhängigenquotienten besitzt, stechen hier besonders die statistischen Bezirke Vorwerk Schildesche, Johannesstift, Schildesche und Bültmannshof hervor, in denen auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter ca. 57 bis 65 Menschen kommen, die wirtschaftlich unterstützt werden müssen (Abbildung 11).

Abb. 11: Belastungsquotienten nach statistischem Bezirk Schildesches 2006

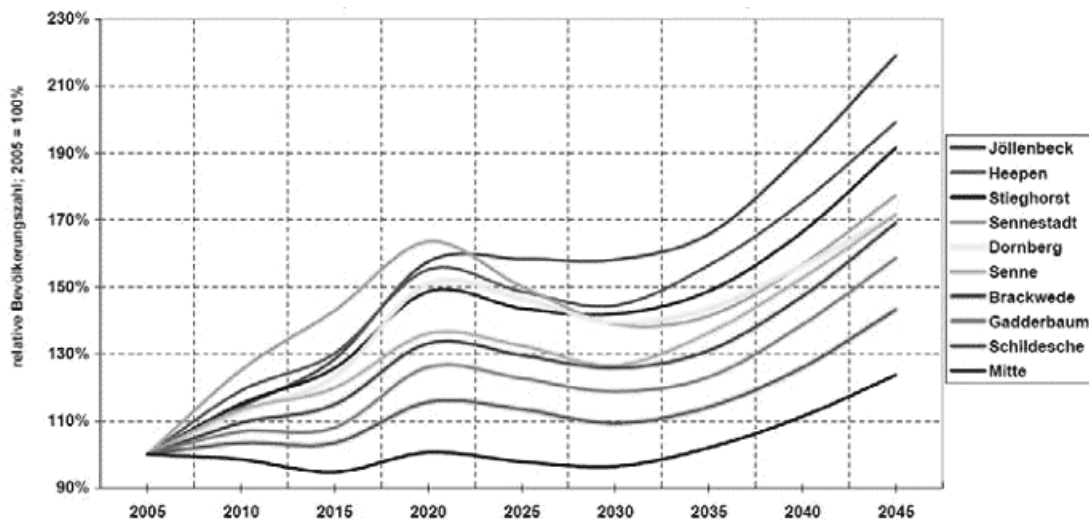
(Quelle: Melderegister der Stadt Bielefeld 2007; Amt für Stadtforschung, Statistik und Wahlen 2007a; eigene Darstellung)



Der Prognose von Birg et al. (2006) zufolge werden die Belastungsquotienten in den Folgejahren in den Bielefelder Stadtbezirken deutlich ansteigen, wobei Schildesche wie schon bei der Entwicklung der Einwohnerzahlen auch hier eine moderate Entwicklung auf 130% des Ausgangswertes

tes im Jahr 2005 erfährt¹⁶. Der Anstieg liegt dabei deutlich unter dem anderer Stadtbezirke (z.B. Dornberg mit 140% und Jöllenbeck mit fast 170%). Korrespondierend dazu wird sich auch der Anteil älterer Personen in Bielefeld bis zum Jahr 2045 deutlich erhöhen, doch auch dies in Schildesche nur moderat: Im Vergleich zu 2005 steigt der Anteil von hochaltrigen Personen um ca. 40%, während er sich in Stadtbezirken wie Stieghorst, Heepen und Jöllenbeck nahezu oder sogar mehr als verdoppelt (Abbildung 12).

Abb. 12: Prognostizierte Entwicklung des Anteils von Personen ≥ 80 Jahren nach Stadtbezirk (2005-2045; mittleres Szenario)
(Quelle: Birg et al. 2006)



5.5 Erwerbstätigkeit

Zur Beschreibung der Erwerbstätigkeit werden sowohl Daten zur sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung¹⁷ als auch zur Arbeitslosigkeit herangezogen. In Schildesche befinden sich insgesamt 11.670 Personen in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Dies macht einen Anteil von ca. 44% an der erwerbsfähigen Bevölkerung aus. Damit liegt der Stadtbezirk Schildesche knapp unter dem Bielefelder Durchschnitt von ca. 47%. Insgesamt betrachtet befindet sich Schildesche im Vergleich zu den anderen Stadtbezirken im Mittelfeld. Innerhalb der einzelnen statistischen Bezirke finden sich jedoch große Unterschiede. So fällt insbesondere die hohe Anzahl an Beschäftigten in Sudbrack und in Vorwerk Schildesche ins

¹⁶ Es ist anzumerken, dass die Autoren den Altenquotienten hier als den Anteil der Personen über 60 Jahren an den Personen zwischen 20 und 60 Jahren definieren.

¹⁷ Daten zur sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung geben Auskunft über abgabepflichtige Beschäftigungsverhältnisse. Von der Betrachtung sind deshalb Selbständige, mithelfende Familienangehörige und Beamte ausgenommen, die mit Hilfe dieser Darstellung nicht erfasst werden.

Auge, wo insgesamt etwa 48% der dort ansässigen Bewohner im erwerbsfähigen Alter sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Dem gegenüber stehen die Bezirke Universität und Sieben Hügel mit einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigtenzahl von unter 30%. Männer und Frauen stehen ungefähr zu gleichen Teilen in einem Beschäftigungsverhältnis (51,9% versus 48,1%).

Die Ergebnisse zeigen, dass sich viele Bewohner in Schildesche in einem anderen Beschäftigungsverhältnis befinden. Dieses ist dann der Fall, wenn sie selbständig oder verbeamtet sind. Für den statistischen Bezirk Sudbrack und Vorwerk Schildesche lässt sich die Vermutung anstellen, dass es sich hier eher um traditionelle Arbeitermilieus handelt.

In Schildesche sind insgesamt 2272 Personen arbeitslos, was einen Anteil von 8,5% an der erwerbsfähigen Bevölkerung¹⁸, ausmacht. Damit liegt Schildesche im Vergleich zur Arbeitslosenzahl im gesamten Stadtgebiet Bielefeld knapp unter dem Durchschnitt von ca. 9%. Gleichwohl zeigt sich bei der Betrachtung der einzelnen statistischen Bezirke Schildesches – ähnlich wie bei den Beschäftigungszahlen – eine ungleiche Verteilung. Auffällig sind hierbei zwei zu erkennende Tendenzen. Zum einen besteht in einigen statistischen Bezirken kaum Arbeitslosigkeit. Dies sind die Bezirke Sieben Hügel und Universität. Speziell im Bereich der Universität ist dies auf die hier lebenden Studierenden zurückzuführen, die sich noch in ihrer Ausbildung befinden und damit die Statistik positiv beeinflussen. Hohe Arbeitslosenquoten weisen hingegen die Stadtbezirke Gellershagen, Vorwerk Schildesche und Schildesche sowie Sudbrack auf, die deutlich über der durchschnittlichen Arbeitslosigkeit im Stadtbezirk Schildesche liegen.

Problematisch ist laut des Berichtes zu Lebenslagen und sozialen Leistungen in Bielefeld die Tatsache, dass es sich bei diesen arbeitslosen Personen überdurchschnittlich häufig um Empfänger von Arbeitslosengeld II (ALG II) handelt, also Personen, die von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind (Stadt Bielefeld 2007j). Eine weitere Auffälligkeit zeigt sich in den Haushalten, die auf diese staatliche Unterstützung angewiesen sind. Die Größe der von diesen Leistungen abhängigen Bedarfsgemeinschaften¹⁹ schwankt zwischen 1,6 Personen in Sudbrack, 1,9 Personen in Gellershagen und 2,4 Personen in Vorwerk Schildesche. Für den statistischen Bezirk Sudbrack bedeutet dies, dass offensichtlich besonders viele Alleinlebende von Arbeitslosigkeit betroffen sind (Stadt Bielefeld 2007j).

Für den Stadtbezirk Schildesche zeichnet sich im Hinblick auf Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit im Vergleich mit den übrigen Stadtbezirken eine durchschnittliche Positionierung ab. Die Raten innerhalb der einzel-

¹⁸ Im Folgenden wird die Arbeitslosigkeit prozentual unter Hinzuziehung der Arbeitslosigkeits-Betroffenheitsquote dargestellt. Diese wird errechnet mittels der absoluten Zahlen der Arbeitslosen als Anteil an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von 15-64 Jahren.

¹⁹ Unter einer Bedarfsgemeinschaft versteht man nach dem Sozialgesetzbuch II mehrere Personen, die in verwandtschaftlicher oder persönlicher Beziehung zueinander stehen, im gleichen Haushalt leben und einen gemeinsamen Haushalt betreiben. Deshalb werden alle erwerbsfähigen eines gemeinsamen Haushalts unter Umständen zusammen betrachtet (Bundesagentur für Arbeit 2008).

nen statistischen Bezirke variieren jedoch stark. Die Bezirke Sieben Hügel, Universität und Bültmannskrug stechen bezogen auf die Arbeitslosigkeit positiv heraus, deutlich schlechter schneiden hier die Bezirke Gellershagen, Sudbrack und Schildesche sowie Vorwerk Schildesche ab. Es ist zu vermuten, dass das Maß sozialer Benachteiligung in den letztgenannten statistischen Bezirken im Vergleich zu anderen Regionen Schildesches größer ist und dadurch hier ein größerer Bedarf an unterstützenden Leistungen vorherrscht. Die Daten zur Größe der von Arbeitslosigkeit betroffenen Bedarfsgemeinschaften zeigen vor allem für den Bezirk Sudbrack, dass hier besonders viele Einzelpersonen vom Schicksal „Arbeitslosigkeit“ betroffen sind, was vermuten lässt, dass kaum Ressourcen von sozialen Netzwerken zur Verfügung stehen.

5.6 Einkommen

Daten zum Einkommen geben einen Einblick in die monetären Mittel, die den Menschen in Schildesche zur Verfügung stehen. Da direkte Daten hierfür allerdings nicht, sondern nur zu Einkünften insgesamt vorliegen, bezieht sich die nachfolgende Darstellung auf Einkünfte, wie sie sich aus der Lohn- und Einkommensstatistik ergeben. Als Einkünfte werden jene finanziellen Mittel bezeichnet, die als Einkommen zu versteuern sind²⁰. Daraus ergibt sich ein umfassenderes Bild, welches sich nicht nur auf die Einkommen durch Beschäftigungsverhältnisse bezieht, sondern einen Gesamteindruck über die Prosperität der Bevölkerung erlaubt. Gleichwohl bleibt hier festzuhalten, dass die angegebenen Werte nur als Tendenz betrachtet werden dürfen, da die Daten keine weitere Spezifizierung zulassen.

Bei einem Vergleich auf der Ebene der statistischen Bezirke fällt auf, dass der Bezirk Sieben Hügel zu einer sehr wohlhabenden Region zählt und im Vergleich zum Schildescher Durchschnitt nahezu das Vierfache der monetären Mittel zur Verfügung hat. Dies ergibt eine Berechnung auf Basis der Bevölkerung im jeweiligen Bezirk (Pro-Kopf-Einkünfte). Allen weiteren Bezirken steht zwar pro Kopf deutlich weniger ökonomisches Kapital zur Verfügung, allerdings unterscheiden sich die Ergebnisse auch hier und bewegen sich zwischen ca. 9.500 Euro und 4.500 Euro, die den Personen im Jahr an Einkünften zur Verfügung stehen (Tabelle 3). Deutlich wird auch hier die Divergenz der einzelnen statistischen Bezirke. Neben der Universität sind ebenso Vorwerk Schildesche und Gellershagen im unteren Einkommensbereich angesiedelt, während die statistischen Bezirke Sieben Hügel und Schildesche zu den gut situierten Regionen gehören.

²⁰ Zusammengesetzt werden Einkünfte aus sieben unterschiedlichen Einkunftsarten. Dazu zählt nicht nur das Einkommen aus einer Arbeitnehmertätigkeit, sondern es werden ebenso Einkünfte aus der Land- und Forstwirtschaft, aus dem Gewerbebetrieb, aus selbständiger wie nichtselbständiger Arbeit, zur Verfügung stehendes Kapitalvermögen, sowie die Vermietung und Verpachtung von Immobilien und sonstige Einkünfte (z.B. Rente, deren Ertragsanteil zu versteuern ist, oder Spekulationsgeschäfte mit Aktien) berücksichtigt.

Tab. 3: Netto-Pro-Kopf-Einkünfte in Schildesche nach statistischem Bezirk 2006, Auswahl

(Quelle: Melderegister der Stadt Bielefeld 2007; Amt für Stadtforschung, Statistik und Wahlen 2007a; eigene Darstellung)

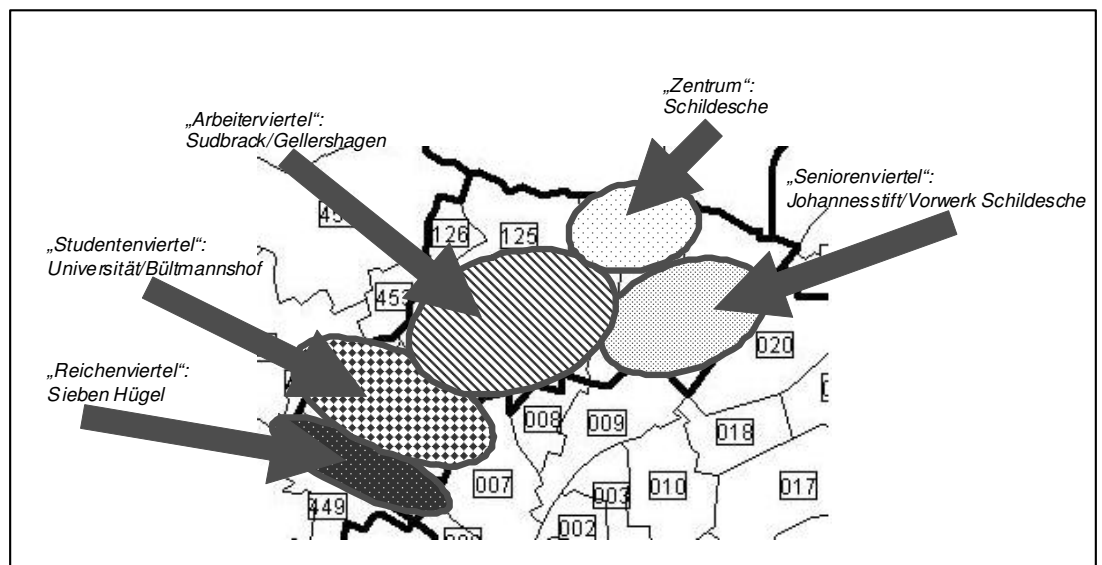
Stadtbezirk	Schildesche (gesamt)	Sieben Hügel	Schildesche	Gellershagen	Vorwerk Schildesche	Universität
Pro-Kopf-Einkünfte (netto)	rd. 7.400€	rd. 34.500€	rd. 9.500€	rd. 6.400	rd. 6.500€	rd. 4.500€

5.7 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es sich bei dem Bielefelder Stadtbezirk Schildesche um ein heterogenes Gebiet handelt. So findet man in Schildesche die Region Sieben Hügel, in der vornehmlich gut situierte Personen wohnen, außerdem das Gebiet Universität/Bültmannshof, welches durch eine hohe Zahl an Studierenden gekennzeichnet ist und das Gebiet Johannesstift/Vorwerk Schildesche, in dem ein hoher Anteil an älterer Wohnbevölkerung zu verzeichnen ist. Die statistischen Bezirke Sudbrack und Gellershagen lassen sich auf Basis der vorliegenden soziodemografischen Daten als eine Art „Arbeitsviertel“ charakterisieren. Diese grobe und sicherlich sehr plakative Klassifizierung wird nachfolgend in Abbildung 13 noch einmal grafisch veranschaulicht.

Abb. 13: Schematische Darstellung der soziodemografischen Charakteristika Schildesches

(Quelle: Eigene Darstellung)



Die in diesem Kapitel dargestellten Zahlen basieren, wie eingangs erwähnt, auf den Daten des Melderegisters der Stadt Bielefeld. Die gute und selbst kleinräumige Verfügbarkeit der Bielefelder Daten ermöglicht

eine vergleichsweise differenzierte Darstellung soziodemografischer Aspekte für den Stadtbezirk Schildesche. Nicht verfügbar waren Angaben zur schulischen Bildung und zum realen Verdienst der Bürger, was Rückschlüsse auf soziale Schichten erschwerte. Zudem ist anzumerken, dass amtliche Statistiken, so auch das Bielefelder Melderegister, bedingt durch die Verfahren der Datenmeldung einige Schwächen besitzen, was die Aussagekraft der Kennzahlen in einigen Punkten einschränkt. Nichtsdestotrotz liefern die Darstellungen einen guten Eindruck über die Struktur und verschiedene Charakteristika der Bevölkerung Schildesches. Die demografischen und sozioökonomischen Kennzahlen ermöglichen somit eine Abschätzung von möglichen populationsbezogenen Herausforderungen, die bei der Planung und Implementation (neuer) Versorgungsstrukturen in Schildesche zu berücksichtigen sind.

Die Belastungsquotienten zeigen, dass der Anteil älterer Personen in Schildesche relativ hoch ist. Den Prognosen zufolge wird dieser Anteil künftig in Schildesche – wie auch im übrigen Bielefeld – erheblich zunehmen. Sinkende Bevölkerungszahlen und steigende Anteile älterer Personen führen zu einer zunehmenden Bevölkerungsalterung. Es gilt daher, adäquate Pflegestrukturen vorzuhalten, die dem ansteigenden Pflegebedarf gerecht werden. Innerhalb Schildesches sticht, was den Anteil an hochaltrigen Menschen betrifft, insbesondere der Bezirk Johannisstift hervor. Da hier bereits heute 10% der Einwohner 80 Jahre oder älter sind, ist hier schon jetzt von einem hohen pflegerischen Unterstützungsbedarf auszugehen. Es ist allerdings zu vermuten, dass die in Johannesstift lebende ältere Bevölkerung bereits in vorhandene Pflegestrukturen eingebunden ist.

In Schildesche findet sich zudem ein verhältnismäßig hoher Anteil an ausländischer Bevölkerung. Ein großer Teil dieser Personen ist türkischer Herkunft und verfügt damit zumeist über einen muslimischen Hintergrund. Es ist naheliegend, dass sich im Rahmen der pflegerischen Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe verschiedene kultur- und religionsbezogene Herausforderungen ergeben, die es im Rahmen der Konzeption von Pflegestützpunkten zu berücksichtigen und im Rahmen des pflegerischen Handelns zu bewältigen gilt. Hierzulande befinden sich nach wie vor viele Pflegedienste und -einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft, das Pflegepersonal ist hierbei zum Großteil weiblichen Geschlechts. Dies könnte insbesondere bei Menschen muslimischen Glaubens zu einer grundsätzlichen Ablehnung der Angebote führen, da sie vielfach nur gleichgeschlechtliche Professionelle akzeptieren, insbesondere, wenn in ihre Intimsphäre eingedrungen wird.

Die erwerbs- und einkommensbezogenen Kennzahlen von Schildesche lassen speziell für die statistischen Bezirke Sudbrack, Gellershagen und Vorwerk Schildesche auf einen hohen Anteil an Personen aus „Arbeiterverhältnissen“ schließen. Besonders zu beachten ist in Schildesche die Tatsache, dass nahezu 80% derjenigen, die auf Hilfe vom Staat angewiesen sind, Langzeitarbeitslose sind. Ein weiteres Merkmal in der Statistik zeigt, dass es sich dabei auch besonders häufig um Singlehaushalte handelt. Die sozialen Umstände und die daraus möglicherweise resultierende erhöhte Vulnerabilität bestimmter Personengruppen sollte bei der Errichtung von Pflegestützpunkten berücksichtigt werden, besonders vor dem Hintergrund der Hilfebedürftigkeit, die bei sozioökonomisch schwachen Personen in besonderem Maße zu erwarten ist.

6. Mortalität, Morbidität und Pflegebedürftigkeit

Eva Trompetter, Angela Dröge, Nina Horstkötter

Die folgende Analyse der Aspekte Mortalität, Morbidität und Pflegebedürftigkeit liefert wichtige Informationen über den gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung im Stadtbezirk Bielefeld-Schildesche. Insofern ist die Auseinandersetzung mit diesen drei Indikatoren integraler Bestandteil des „Community Health Assessments“. Die Daten und die daraus gewonnenen Erkenntnisse bilden die Basis für die Erhebung des pflegerischen Bedarfs und damit den Ausgangspunkt für die Etablierung von Pflegestützpunkten. Im Rahmen der Recherche stellte sich heraus, dass – im Gegensatz zu den Bevölkerungsdaten – die stadtbezirkbezogene Datenlage hinsichtlich der Mortalität, Morbidität und Pflegebedürftigkeit nur unzureichend ist. Aus diesem Grund beziehen sich viele der folgenden Daten auf die gesamte Stadt Bielefeld. Auf der Grundlage der bisherigen Erkenntnisse kann jedoch angenommen werden, dass der Stadtbezirk Schildesche in etwa dem Bielefelder Durchschnitt entspricht.

6.1 Mortalität

Daten zur Sterblichkeit liegen für die einzelnen Stadtbezirke Bielefelds vor. In Schildesche verstarben im Jahr 2005 514 Personen²¹, das sind etwa 15% aller Sterbefälle in Bielefeld. Diese Zahl entspricht der durchschnittlichen Anzahl der Sterbefälle in Schildesche in den Jahren 2000 bis 2005. In diesem Zeitraum verstarben in Schildesche durchschnittlich 515 Personen. Die meisten Todesfälle im gleichen Zeitraum ereigneten sich im bevölkerungsreichsten Stadtbezirk Mitte (802 Fälle). Schildesche steht bei der Anzahl der Sterbefälle an zweiter Stelle, gefolgt vom Stadtbezirk Heepen mit durchschnittlich 436 Sterbefällen (Melderegister der Stadt Bielefeld 2007). Im gesamten Stadtgebiet Bielefeld starben 2005 3.464 Personen, das entspricht 1.048 Sterbefällen pro 100.000 Bielefelder Einwohner. Etwa 54% der Verstorbenen in diesem Jahr waren Frauen. Über den Zeitraum 2000-2005 verstarben in Bielefeld durchschnittlich 3.502 Personen.

Bezüglich der Todesursachen sind nur Daten für die Stadt Bielefeld erhältlich, nicht für Schildesche selbst. Die meisten der im Jahr 2005 in Bielefeld verstorbenen Personen, starben an bösartigen Neubildungen und an Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems. An dritter Stelle stehen Erkrankungen der Atmungsorgane (LDS NRW 2007a).

6.1.1 Vermeidbare Sterblichkeit

Aus Daten zur vermeidbaren Sterblichkeit sind vor allem Rückschlüsse auf die Effektivität und Qualität der gesundheitlichen Versorgung möglich, da

²¹ In diesem Jahr ist kein Säugling verstorben. In den Jahren 2000-2005 verstarben durchschnittlich 1,7 Säuglinge pro Jahr (Melderegister der Stadt Bielefeld 2007).

diese Sterbefälle durch optimale Versorgungsverhältnisse verringert werden können (Bardehle/Annuß 1996).

Daten zu vermeidbaren Sterbefällen²² liegen nur für die Stadt Bielefeld vor, nicht für die einzelnen Stadtbezirke. Um die vermeidbaren Sterbefälle zu ermitteln, wird für bestimmte Erkrankungen, wie z.B. Brustkrebs oder die Koronare Herzerkrankung ermittelt, wie viele Lebensjahre dadurch „verloren“ gehen, dass die Erkrankten vor dem 65. Lebensjahr versterben. Das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD) berücksichtigt für die Berechnungen der vermeidbaren Sterbefälle Todesursachen, die besonders häufig vorkommen. Dazu zählen Brustkrebs, Hypertonie und Schlaganfall, Ischämische Herzkrankheiten, bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge, chronische Leberkrankheit und -zirrhose sowie Kraftfahrzeugunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs. Je nach Diagnosegruppe werden unterschiedliche Altersgruppen berücksichtigt²³: Die in Tabelle 4 dargestellten Daten stellen einen Mittelwert der Jahre 2002 bis 2006 dar.

Tab. 4: „Vermeidbare Sterbefälle“ im Regionalvergleich, SMR-Werte²⁴, NRW nach Verwaltungsbezirken, Mittelwert 2002 bis 2006, lögD Indikator 3.14

(Datenquelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Todesursachenstatistik und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes)

Verwaltungseinheit	Brustkrebs	Hypertonie und zerebrovaskul. Krankheiten	Ischämische Herzkrankheiten	Bösartige Neubildungen Luftröhre, Bronchien, Lunge	Chronische Leberkrankheiten und -zirrhose	Kfz-Unfälle innerh. u. außerh. des Verkehrs
Bielefeld	1,03	0,92	0,82*	0,83	1,05	1,15
Reg. Bezirk Detmold	0,95	0,95	0,86	0,80	0,93	1,39
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

*signifikant unter dem Landesdurchschnitt (Signifikanzniveau 0,01)

²² Nach Bardehle und Annuß (1996: 76) bezieht sich der Begriff vermeidbare Sterbefälle „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.“

²³ Berücksichtigung der Altersgruppen nach Erkrankungen: Lungenkrebs 15 bis 64 Jahre, Ischämische Herzkrankheiten 35 bis 64 Jahre, Hypertonie 35 bis 64 Jahre, Krankheiten der Leber 15 bis 74 Jahre, Brustkrebs 25 bis 64 Jahre (nur Frauen) (lögD 2005).

²⁴ Die standardisierte Mortalitäts-Verhältniszahl (SMR), standardisiert an der Mortalitätsrate des Landes Nordrhein-Westfalen.

Die Bielefelder Werte liegen bei der Hypertonie und den zerebrovaskulären Krankheiten sowie bei den bösartigen Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge leicht unter dem Landesdurchschnitt. Statistisch signifikant unter dem Landesdurchschnitt liegt die standardisierte Mortalitäts-Verhältniszahl allerdings ausschließlich im Bereich der ischämischen Herzerkrankungen. Die Anzahl der Transportunfälle, der chronischen Lebererkrankungen und der Brustkrebserkrankungen sind im Vergleich zum Landesdurchschnitt in Bielefeld leicht, jedoch nicht signifikant erhöht.

6.1.2 Suizide

Für den Stadtbezirk Schildesche gibt es keine Statistik über die dort begangenen Suizide. Die vorliegenden Daten beziehen sich auf die Stadt Bielefeld insgesamt. Im Jahr 2006 haben 32 Menschen in Bielefeld einen Suizid begangen (20 männlich, 12 weiblich). Hierbei fällt auf, dass die Zahl der Frauen, die den Freitod wählen, in Bielefeld höher ist, als in den anderen Kreisen des Regierungsbezirks Detmold. So liegt der Anteil an Frauen unter den Personen, die einen Suizid begangen haben, in Bielefeld bei 37,5%, im Kreis Lippe hingegen bei 27,6% und in Paderborn lediglich bei 21%.²⁵ Landesweit haben 2006 1.635 Personen einen Suizid begangen, davon waren 26,8% weiblich. Bezüglich der Verteilung der Suizide auf verschiedene Altersgruppen zeigt die Statistik für Nordrhein-Westfalen, dass sich oftmals Menschen im Alter zwischen 35 und 55 Jahren das Leben nehmen (37% der Todesfälle bei beiden Geschlechtern) und ab dem Alter von 65 Jahren ein weiterer Höhepunkt ermittelbar ist. 32,5% aller von Frauen begangenen Suizide entfallen auf die Altersgruppe der ab 70-Jährigen (bei den Männern sind es lediglich 22,2%). Gründe für Suizide im höheren Alter könnten möglicherweise die Trennung vom Lebenspartner oder dessen Tod sein. Daraufhin deuten die Zahlen bezüglich des Familienstandes der betroffenen Personen. Statistisch ereigneten sich im Jahr 2006 in einer Population von 100.000 ledigen Personen 6,2 Suizide, unter den Verheirateten waren es statistisch 8,7 Personen pro 100.000. Im Vergleich dazu kamen auf 100.000 verwitwete Personen 17,6 Suizide, auf 100.000 geschiedene Personen 19 Suizide. Die Gruppe der Verwitweten ist die einzige, in der der Anteil der Frauen mit fast 60% höher ist als der der Männer, was sicherlich darauf zurückzuführen ist, dass die Lebenserwartung von Frauen über der der Männer liegt, Frauen also häufiger ihren Partner durch Tod verlieren als Männer ihre Partnerin. Die Zahlen der vorherigen Jahre bestätigen die hier dargestellten Tendenzen (LDS NRW 2007b).

6.2 Morbidität

Eine fundierte Darstellung der Morbidität ist aufgrund der unzureichenden Datenlage ebenfalls kaum möglich, daher wurden ergänzende Expertenin-

²⁵ Es ist darauf hinzuweisen, dass aufgrund der kleinen Fallzahlen innerhalb der Kreise die Prozentangaben mit Vorsicht zu interpretieren sind.

terviews geführt. Experteninterviews liefern einerseits interessante Hinweise, sind andererseits aber auch sehr subjektiv, da die individuelle Wahrnehmung der Experten entsprechend auf ihren Kompetenzbereich fokussiert ist.

Als wesentlicher Trend hinsichtlich des Krankheitsspektrums in Schildesche wird die Zunahme altersbedingter demenzieller Erkrankungen genannt (Interview C2). Als häufigste Ursachen der hausärztlichen Konsultation werden Infekte, Rückenbeschwerden, Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen (vor allem Diabetes mellitus) angeführt (Interview C1). Der Vergleich mit den vorliegenden Daten aus Nordrhein-Westfalen zeigt einen hohen Übereinstimmungsgrad. Die fünf häufigsten Diagnosen 2006 in der allgemeinärztlichen Praxis waren essentielle Hypertonie, Störungen des Fettstoffwechsels, Rückenschmerzen, chronische ischämische Herzkrankheit und Diabetes mellitus (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2007a). In der nervenärztlichen Praxis standen depressive Episoden (ICD 10 F32) an erster Stelle (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2007b).

Die gesundheitliche Lage der Bielefelder Bevölkerung lässt sich für den stationären Bereich anhand der amtlich registrierten Krankenhausfälle sehr differenziert abbilden. Es ist jedoch zu bedenken, dass stationäre Statistiken lediglich ein eingeschränktes Abbild des allgemeinen Krankheitsgeschehens liefern, da viele Erkrankungen gar nicht oder erst in einem sehr späten Stadium stationär behandelt werden. Die angeführten Krankenhausfälle sind der aktuellen Krankenhausdiagnosestatistik (LDS NRW 2005a) entnommen und beziehen sich auf die gesamte Stadt Bielefeld. Im Jahr 2005 wurden in Bielefeld insgesamt 73.596 stationär behandelte Kranke gezählt (LDS NRW 2005a). Zu den Hauptdiagnosen zählen Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems. Im Mittelpunkt der detaillierten Betrachtung stehen ausgewählte chronische Krankheiten, die häufig in der Bevölkerung auftreten und teilweise in einem engen Zusammenhang mit einer möglichen Pflegebedürftigkeit stehen (z.B. Schlaganfall, Demenz).

Im Jahr 2005 sind in Bielefeld 7.858 Krankenhausfälle aufgrund *bösartiger Neubildungen* (ICD 10 C00-C97) registriert worden, wobei insgesamt mehr Männer als Frauen erkrankt sind. Eine deutliche Häufung der stationär behandelten Krebserkrankungsfälle lässt sich im Alter von 65-79 Jahren feststellen. Die registrierten Krankenhausfälle in Bielefeld liegen zu allen Zeitpunkten (2000-2005) oberhalb des NRW-Durchschnitts. Ein zeitlicher Entwicklungstrend ist nicht erkennbar.

2005 wurden in Bielefeld 817 Krankenhausfälle aufgrund von *Diabetes mellitus* (ICD 10 E10-E14) gemeldet. Dies entspricht in etwa dem Durchschnitt in Nordrhein-Westfalen. Die Fallzahl war auf die Geschlechter annähernd gleich verteilt, wobei die absolute Fallzahl bei den Männern in der Gruppe der 65-69-Jährigen und bei den Frauen in der Gruppe der 80-84-Jährigen am höchsten war. Bezogen auf je 100.000 Einwohner sticht geschlechterübergreifend die Altersgruppe der über 80-Jährigen hervor.

In Bielefeld wurden im Jahr 2005 insgesamt 396 Krankenhausfälle aufgrund der Diagnosegruppe *Organische, einschließlich symptomatischer psy-*

chischer Störungen (inkl. Demenz)²⁶ registriert (ICD 10 F00-F09). Hinsichtlich der zeitlichen Entwicklung insgesamt ist kein Trend erkennbar und auch der Vergleich mit NRW ist unauffällig. Deutlich ist hingegen, dass die Zahl der Krankenhausfälle mit zunehmendem Alter steigt und das Maximum dementsprechend in der Altersgruppe 85 Jahre und älter erreicht wird. Bei Frauen wird die Diagnose häufiger gestellt als bei Männern.

Auch die Krankenhausfälle aufgrund von *Hypertonie* (ICD 10 I10-I15) nehmen mit zunehmendem Alter kontinuierlich zu. Im Jahr 2005 waren es in Bielefeld insgesamt 818 Fälle, wobei Frauen mit 568 Fällen den Großteil ausmachen. Während die Geschlechterverteilung der Auftretenshäufigkeit in Nordrhein-Westfalen entspricht, liegen die Fallzahlen insgesamt zu allen Erhebungszeitpunkten unterhalb des Durchschnitts. Ein zeitlicher Trend ist nicht ersichtlich.

Krankenhausfälle aufgrund *ischämischer Herzkrankheiten* (ICD 10 I20-I25) wurden 2005 deutlich häufiger bei Männern als bei Frauen registriert. Von den insgesamt 2.641 Fällen in Bielefeld waren 1.730 männlich. Relativ konstant hohe absolute Fallzahlen lassen sich in der Altersspanne von 60-84 Jahren feststellen. Insgesamt liegt Bielefeld deutlich unterhalb dem NRW-Durchschnitt und folgt dem abnehmenden Entwicklungstrend in Nordrhein-Westfalen.

Krankenhausaufenthalte aufgrund *zerebrovaskulärer Krankheiten* (ICD 10 I60-I69) wurden im Jahr 2005 in Bielefeld regelmäßig erst ab ca. 40 Jahren registriert und die Fallzahl steigt mit zunehmendem Alter. Die insgesamt 1.130 Krankenhausfälle waren nahezu gleich auf die beiden Geschlechter verteilt. Die Zahlen liegen konstant unterhalb der Durchschnittswerte in Nordrhein-Westfalen und folgen einem abnehmendem Trend.

Die Fallzahl registrierter Krankenhausfälle aufgrund der Diagnose *Asthma bronchiale* (ICD 10 J45) lag in Bielefeld im Jahr 2005 bei insgesamt 90. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Asthma primär ambulant behandelt wird. Aufgrund der geringen stationären Fallzahlen sind hier keine Trends oder Häufungen hinsichtlich der Altersgruppen und Geschlechter feststellbar. Im zeitlichen Verlauf ist allerdings eine abnehmende Tendenz zu erkennen. Während die Zahlen von 2000-2004 oberhalb der Durchschnittswerte von Nordrhein-Westfalen lagen, unterschritten sie diese im Jahr 2005 erstmals.

6.2.1 Behinderung

Daten zu körperlichen und geistigen Behinderungen liegen ausschließlich für die Stadt Bielefeld vor. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass das Bielefelder Stadtgebiet neben dem Evangelischen Johanneswerk auch die Bo-

²⁶ Grundsätzlich muss an dieser Stelle auf den Umfang der Diagnosegruppe und auf die allgemeine Problematik hinsichtlich der Diagnose Demenz hingewiesen werden. Insofern lässt sich das Ausmaß demenzieller Erkrankungen vermutlich nicht exakt darstellen.

delschwingschen Anstalten Bethel²⁷ einschließt, was bei der Interpretation der vorliegenden Daten sicherlich zu berücksichtigen ist. Laut amtlicher Schwerbehindertenstatistik lebten im Jahr 2005 in Bielefeld insgesamt 26.930 schwerbehinderte²⁸ Menschen, wobei davon 14.609 Personen älter als 65 Jahre waren. Der Vergleich der vorliegenden Jahre²⁹ lässt keinen Trend in Richtung Zu- oder Abnahme erkennen. Auffällige Unterschiede lassen sich lediglich hinsichtlich der Altersgruppen und des Geschlechts ausmachen. So findet sich der größere Teil der schwerbehinderten Menschen in der Gruppe der über 65-Jährigen. Während die Geschlechterverteilung insgesamt sehr ausgeglichen ist, ist der Frauenanteil in der Gruppe der über 65-Jährigen deutlich höher (LDS NRW 2007c).

6.2.2 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

Die vorliegenden Statistiken zur Morbidität werden an dieser Stelle um subjektive Einschätzungen ergänzt. Der allgemeine Gesundheitszustand wird laut einer Umfrage der Stadt Bielefeld (2000) von etwas mehr als der Hälfte der Bielefelder Bürger als gut oder sehr gut beurteilt (rund 55%). Etwa ein Drittel der Befragten ist mit seinem Gesundheitszustand zufrieden (ca. 36%) nur rund 9% bewerten ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht. Die Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes deckt sich mit den Angaben hinsichtlich vorhandener Gesundheitsprobleme. Demnach gaben 43% der Befragten an, aktuell unter gesundheitlichen Problemen zu leiden. Demgegenüber sind 57% frei von gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Der Stadtbezirk Schildesche weist hinsichtlich der Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes keine besonderen Auffälligkeiten auf und liegt im Vergleich mit den anderen Stadtbezirken im Mittelfeld. In Schildesche sind 12% sehr zufrieden (Durchschnitt 13,8%), 42,1% gut zufrieden (41,4%), 37,8% zufrieden (36,3%), 6,9% weniger zufrieden (7,5%) und 1,2% gar nicht zufrieden (1%). Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass das Alter einen maßgeblichen Einfluss auf das Zufriedenheitsurteil hat und der Grad der Zufriedenheit mit zunehmendem Alter sinkt. Im Gegensatz dazu ist die Zufriedenheit bei Männern und Frauen gleich verteilt.

Insgesamt wird die Verschlechterung des Gesundheitszustands in erster Linie auf das Auftreten von Krankheiten (41,9%) und das höhere Lebensalter (33,1%) zurückgeführt. Diese beiden Aspekte werden auch im Stadtbezirk Schildesche als Hauptursachen für gesundheitliche Probleme angeführt (43,2% und 34,8%). Während in Gesamt-Bielefeld psychische Belastungen mit 22%, persönliche/familiäre Belastungen mit 20,1% und körperlicher Bewegungsmangel mit 19,2% als weitere Gründe für die Gesundheitsprobleme genannt werden, stehen die persönlichen/familiären Belastungen in Schildesche mit 24,2% etwas weiter vorne, gefolgt von

²⁷ Die von Bodelschwingschen Anstalten Bethel sind Europas größtes diakonisches Unternehmen und halten für kranke, behinderte oder sozial benachteiligte Menschen ein vielfältiges Versorgungs- und Wohnangebot vor.

²⁸ Grad der Behinderung 50% und mehr.

²⁹ Daten liegen für die Jahre 2001, 2003 und 2005 vor.

Bewegungsmangel (22%) und psychischen Belastungen (20,5%). Die Befragung zeigt zudem, dass sich die Bewohner im Stadtbezirk Schildesche durch Umwelteinflüsse kaum belastet fühlen und Zukunftssorgen selten als ursächlich für gesundheitliche Probleme gesehen werden (Stadt Bielefeld 2000).

6.2.3 Prävention und Gesundheitsförderung

Die zuvor genannte Untersuchung der Stadt Bielefeld (2000) kam zu dem Ergebnis, dass mehr als zwei Drittel aller befragten Bielefelder sehr stark oder stark auf ihre Gesundheit achten. Hinzu kommen weitere 27%, die angeben, manchmal auf ihre Gesundheit zu achten. Folglich achtet nur ein kleiner Teil der Bevölkerung wenig oder überhaupt nicht auf seine Gesundheit (ca. 4%). Mit zunehmendem Alter wird die eigene Gesundheit wichtiger und Frauen messen ihr einen geringfügig höheren Stellenwert bei als Männer. Eine weitergehende Differenzierung nach Stadtbezirken liegt nicht vor, so dass an dieser Stelle keine Aussagen über präventions- und gesundheitsförderungsbezogene Ansichten der Schildescher Bevölkerung getroffen werden können.

Im Hinblick auf Angebote der Gesundheitsförderung werden in Bielefeld insgesamt vor allem Maßnahmen im Rahmen von Bewegungsprogrammen in Anspruch genommen (Rücken- und Wirbelsäulengymnastik, Fitness- und Gymnastikkurse, Sportprogramme), wobei diese besonders von Frauen besucht werden. Mit zunehmendem Alter werden vermehrt Angebote zur Rücken- und Wirbelsäulengymnastik, gesunden Ernährung und Gewichtsreduktion wahrgenommen (Stadt Bielefeld 2000). Aus der Praxis wird ein zunehmendes Interesse an derartigen Kursangeboten berichtet, was in erster Linie auf die Strategien der Krankenkassen, d.h. die Motivation über finanzielle Anreize, zurückgeführt wird (Interview C1).

An den angebotenen *Vorsorgemaßnahmen* nimmt ein Großteil der Bielefelder Bevölkerung teil, wobei die zahnmedizinische Vorsorge mit 85,6% an erster Stelle und die Krebsvorsorge mit 67,1% an zweiter Stelle steht. Im Anschluss folgen Impfungen (64,5%), Gesundheitschecks (60,1%) und Herz-Kreislauf-Untersuchungen (49,0%). Insgesamt betrachtet werden Vorsorgeuntersuchungen mehr von Frauen als von Männern wahrgenommen und die Inanspruchnahme steigt, mit Ausnahme der Impfungen, tendenziell mit dem Alter (Stadt Bielefeld 2000). Der dargelegte Geschlechtertrend ist auch in der hausärztlichen Versorgung deutlich spürbar (Interview C1). Des Weiteren ist festzustellen, dass Vorsorgemaßnahmen von Menschen mit Migrationshintergrund viel weniger nachgefragt werden. Insgesamt lässt sich in der Praxis kein steigendes Interesse an Vorsorgemaßnahmen erkennen (Interview C1).

6.3 Pflegebedürftigkeit in Bielefeld

Den Daten des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS) zufolge waren im Jahr 2005 in Bielefeld insgesamt 7.908 Personen pflegebedürftig³⁰. Bezogen auf die Bielefelder Gesamtbevölkerung liegt damit der Anteil der Pflegebedürftigen bei 2,47%. Damit liegt Bielefeld leicht unter dem Landesdurchschnitt von Nordrhein-Westfalen (2,53%). Der überwiegende Teil der pflegebedürftigen Personen ist weiblich (68,2%)³¹. Vor dem 70. Lebensjahr besteht hingegen ein leichter Übergang der männlichen Pflegebedürftigen (Tabelle 5).

Tab. 5: Alle Pflegefälle (Pflegestufe I-III) in Bielefeld (2005)

(Datenquelle: Pflege-Statistik des LDS NRW 2005b)

Altersgruppen	Männer		Frauen		Insgesamt	
	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent
unter 60 Jahre	510	6,4	439	5,6	949	12,0
60 bis unter 70 Jahre	366	4,6	338	4,3	704	8,9
70 bis unter 80 Jahre	682	8,6	985	12,5	1.667	21,1
80 bis unter 90 Jahre	684	8,6	2.197	27,8	2.881	36,4
90 Jahre und älter	270	3,4	1.437	18,2	1.707	21,6
Gesamt	2.512	31,8	5.396	68,2	7.908	100,0

6.3.1 Pflegegeldempfänger

An Stelle der von ambulanten Pflegediensten geleisteten häuslichen Pflege können pflegebedürftige Personen, die nicht stationär versorgt werden, ein Pflegegeld bei den Pflegekassen beantragen, das zur Sicherung selbst organisierter Pflegehilfe (z.B. durch den Ehepartner oder den engeren Familienkreis) dient. Im Jahr 2005 erhielten in Bielefeld insgesamt 3.059 Personen Pflegegeld (Tabelle 6). 64% der Pflegegeldempfänger gehören

³⁰ Die Gruppe der Pflegebedürftigen lässt sich in Deutschland als Personen mit Leistungsbezug nach dem Sozialgesetzbuch XI eindeutig abgrenzen. Voraussetzung für den Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), bei der anhand eines standardisierten Verfahrens ein sogenannter erheblicher Pflegebedarf festgestellt worden ist (Infratest Sozialforschung 2003).

³¹ Für Pflegebedürftige, welche die Schwelle zum Empfang von Leistungen nach dem SGB XI bereits überschritten haben, liegen recht detaillierte Daten vor. Diese lassen den Schluss zu, dass Alter und Pflegebedarf in hohem Maße korrelieren. Ab dem 70. Lebensjahr steigt die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit sprunghaft an und verzehnfacht sich weiter bis zum Erreichen des 90. Lebensjahres.

dabei der Pflegestufe I an, 30% der Pflegestufe II und 6% der Pflegestufe III.

**Tab. 6: Pflegegeldempfänger ohne Kombinationsleistungen
(Pflegestufe I-III) in Bielefeld (2005)**

(Datenquelle: Pflege-Statistik des LDS NRW 2005b)

Alter	Männer		Frauen		Insgesamt	
	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent
unter 60 Jahre	406	13,3	338	11,0	744	24,3
60 bis unter 70 Jahre	176	5,8	174	5,7	350	11,4
70 bis unter 80 Jahre	307	10,0	380	12,4	687	22,5
80 bis unter 90 Jahre	259	8,5	618	20,2	877	28,7
90 Jahre und älter	76	2,5	325	10,6	401	13,1
Gesamt	1.224	40,0	1.835	60,0	3.059	100,0

6.3.2 Pflegebedürftige in professioneller ambulanter Versorgung

Betrachtet man die professionell versorgten Pflegebedürftigen im ambulanten Sektor, so zeigt sich, dass in Bielefeld im Jahr 2005 insgesamt 2.039 Pflegebedürftige durch ambulante Pflegedienste betreut wurden, wobei der Versorgungsschwerpunkt bei Personen liegt, die das 70. Lebensjahr überschritten haben (Tabelle 7). In Bielefeld werden also 0,64% der Bevölkerung durch ambulante Pflegedienste betreut. Damit liegt Bielefeld leicht über dem Landesdurchschnitt von Nordrhein-Westfalen (0,54%). Im Hinblick auf die Pflegestufen zeigt sich, dass bei 54% der ambulant durch Pflegedienste betreuten Personen die Pflegestufe I vorliegt, bei 36% die Pflegestufen II und 10% die Pflegestufe III.

Tab. 7: Ambulante Pflege (Pflegestufe I-III) inklusive Kombinationsleistungen³² in Bielefeld (2005)

(Datenquelle: Pflege-Statistik des LDS NRW 2005b)

Altersgruppen	Männer		Frauen		Insgesamt	
	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent
Unter 60 Jahre	80	3,9	87	4,3	167	8,2
60 bis unter 70 Jahre	103	5,1	82	4,0	185	9,1
70 bis unter 80 Jahre	166	8,1	290	14,2	456	22,4
80 bis unter 90 Jahre	228	11,2	600	29,4	828	40,6
90 Jahre und älter	107	5,2	296	14,5	403	19,8
Gesamt	684	33,5	1.355	66,5	2.039	100,0

6.3.3 Pflegebedürftige in der stationären Versorgung

Im Jahr 2005 wurden in Bielefeld von 2.810 Pflegebedürftigen Leistungen der stationären Pflege in Anspruch genommen, wobei der Anteil der Hochbetagten (über 90-Jährigen) besonders hoch ist. Insgesamt sind 92,6% der Menschen, die vollstationär gepflegt werden, im Alter über 70 Jahren (Tabelle 8). Bezogen auf die Bielefelder Gesamtbevölkerung liegt der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen bei 0,88%. Damit liegt Bielefeld auch hier leicht über dem Landesdurchschnitt von Nordrhein-Westfalen (0,81%). Im Blick auf die Struktur der Pflegebedürftigen im stationären Bereich sind hier vor allem Pflegebedürftige der Pflegestufe II (mit 48% der Pflegebedürftigen) und III (mit 17% der Pflegebedürftigen) zu finden.

³² Kombinationsleistungen sind Leistungen, die sich aus Geld- und Sachleistungen zusammensetzen. Sie sind gesetzlich in § 38 SGB XI geregelt (Heiber 2003).

Tab. 8: Vollstationäre Pflege (Pflegestufe I-III) in Bielefeld (2005)
(Datenquelle: Pflege-Statistik des LDS NRW 2005b)

Alter	Männer		Frauen		Insgesamt	
	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent
unter 60 Jahre	24	0,9	14	0,5	38	1,4
60 bis unter 70 Jahre	87	3,1	82	2,9	169	6,0
70 bis unter 80 Jahre	209	7,4	315	11,2	524	18,6
80 bis unter 90 Jahre	197	7,0	979	34,8	1.176	41,9
90 Jahre und älter	87	3,1	816	29,0	903	32,1
Gesamt	604	21,5	2.206	78,5	2.810	100,0

6.3.4 Daten zur Pflegebedürftigkeit in Schildesche

Im Zeitraum vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2007 wurden in den Postleitzahlenbereichen 33611, 33613 und 33615³³ insgesamt 4.702 Begutachtungen vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen Westfalen-Lippe (MDK WL) vorgenommen. Davon wurden 3.306 Begutachtungen (70,3%) im Bereich der ambulanten Pflege und 1.396 Begutachtungen (29,7%) im Bereich der stationären Pflege durchgeführt (Tabelle 9). Abgesehen von den Zahlen des MDK sind keine Daten zur Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung in Bielefeld-Schildesche existent bzw. öffentlich zugänglich.

**Tab. 9: Gutachten des MDK vom 01.01.2003 bis 31.12.2007
(PLZ-Bereich: 33611, 33613, 33615) nach Pflegestufen**
(Datenquelle: MDK Westfalen-Lippe 2008)

		Pflegestufen							
		Nicht pflegebedürftig		I	II	III			
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Amb. Pflege	3.306	672	20,3	1.487	45	988	29,9	159	4,8
Stat. Pflege	1.396	74	5,3	382	27,4	738	52,9	202	14,5
Gesamt	4.702	746	15,9	1.869	39,7	1.726	36,7	361	7,7

³³ Die genannten Postleitzahlen bilden den Stadtbezirk Bielefeld-Schildesche nicht exakt ab. Aufgrund mangelnder Verfügbarkeit anderer Daten, wurden hier nach Postleitzahlen stratifizierte Daten verwendet.

Im Rahmen eines Experteninterviews wurde konstatiert, dass insgesamt in den letzten Jahren der Pflegebedarf in Bielefeld-Schildesche durch den demografischen Wandel stark zugenommen habe. Da Frauen statistisch gesehen eine höhere Lebenserwartung als Männer haben, sei der Hauptanteil der Pflegebedürftigen in Bielefeld-Schildesche weiblich. Zudem sei es Frauen oft besonders wichtig, trotz Hilfe- und Pflegebedürftigkeit weiterhin in ihrem eigenen Haushalt leben zu können, weshalb sie gern ambulante Versorgungsangebote in Anspruch nähmen (Interview C2). Zu bemerken ist nach Aussage eines Interviewpartners die steigende Tendenz zur Überbelastung von Hauptpflegepersonen im häuslichen Bereich. Besonders ältere Menschen könnten mit einer oft schon Jahre andauernden Pflegesituation schlechter umgehen als Jüngere, so dass es zu Überforderungen komme. Eine häufig zu beobachtende Folge hieraus bestehe in verbaler Gewalt dem Pflegebedürftigen gegenüber. Verschärft würde dies durch eine oft unklare finanzielle Situation und die geringe Bereitschaft, Geld für professionelle Pflege auszugeben. Mit Blick auf die besonderen Bedarfslagen spezifischer Personengruppen (wie etwa Demenzkranke oder Migrantinnen) sei Bielefeld-Schildesche ein eher durchschnittlicher Stadtbezirk (Interview E1).

6.4 Zusammenfassung

Es ist bereits mehrfach auf die unzureichende Datenlage hinsichtlich des Bielefelder Mortalitäts- und Morbiditätsgeschehens hingewiesen worden. Soweit spezifische Daten und Informationen für den Stadtbezirk Schildesche vorliegen, lässt sich die Ausgangsthese, dass Schildesche hinsichtlich der Aspekte Mortalität, Morbidität und Pflegebedürftigkeit dem Bielefelder Durchschnitt entspricht, bestätigen. Aufgrund fehlender repräsentativer Daten ist die Aussagekraft allerdings eingeschränkt. Da es ein Ziel des „Community Health Assessments“ ist, in Form von sach- und datenbasierten Thesen Handlungsempfehlungen zu geben, lautet eine Empfehlung an die Stadt Bielefeld – und hier insbesondere an die Abteilung Demografische Entwicklungsplanung – zunächst die für den Aufbau eines Pflegestützpunktes in Bielefeld-Schildesche erforderliche Datengrundlage zu verbessern. Um das Versorgungsangebot in Schildesche an den vorhandenen Bedarf der dort lebenden Bevölkerung anpassen zu können, müssten detailliertere Informationen über das Erkrankungsgeschehen innerhalb des Stadtbezirks verfügbar sein. Insbesondere im ambulanten Versorgungssektor fehlt es an zugänglichen Daten. Datenschutzrechtliche Bedenken müssten in diesem Zusammenhang sicherlich ausführlich diskutiert werden.

Die vorliegenden Daten zur Mortalität deuten auf eine möglicherweise besonders gefährdete Bevölkerungsgruppe hin. In der Altersgruppe ab 70 Jahre gibt der Anteil an verwitweten Frauen, die einen Suizid begehen, Anlass zu erhöhter Aufmerksamkeit, auch wenn die absoluten Fallzahlen relativ gering sind. Über die Gründe für einen Suizid kann an dieser Stelle lediglich spekuliert werden. Geht man relativ allgemein vom Problem der Vereinsamung im Alter aus, sind soziale Unterstützungsangebote (Nachbarschaftshilfen etc.) insbesondere für ältere alleinstehende Frauen denkbare Lösungsansätze. Eventuell besteht hier aber auch ein Zusammenhang

mit Altersdepressionen. Aufgrund der vorherrschenden somatischen Orientierung im Gesundheitswesen bleiben psychische Erkrankungen allerdings häufig unerkannt. Diese diagnostische Lücke muss geschlossen werden. Die pflegerische Versorgung muss gezielt auf die spezifischen Bedürfnisse dieser Menschen ausgerichtet werden.

Die Analyse der Daten zur Morbidität hat deutlich gezeigt, dass chronische Krankheiten mit zunehmendem Alter häufiger auftreten. Demnach sind vor allem alte und sehr alte Menschen durch chronische Krankheiten belastet. Dieser Alterstrend gilt auch für Schwerbehinderungen. Mehr als die Hälfte der schwerbehinderten Menschen ist über 65 Jahre alt. Analog nimmt auch die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit mit steigendem Alter ab. Die Wahrscheinlichkeit, aufgrund chronischer Erkrankungen pflegebedürftig zu werden, steigt mit zunehmendem Alter an. Die Angebote der Pflegestützpunkte und die pflegerische Versorgung müssen dementsprechend auf die wachsende Zahl der pflegebedürftigen alten und sehr alten Menschen ausgerichtet sein und ihre speziellen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen, die mit chronischen Erkrankungen und Behinderung einhergehen, berücksichtigen.

Wie die Analyse der Pflegebedürftigkeit gezeigt hat, ist in Bielefeld die Anzahl der Pflegefälle, die ambulant versorgt werden, etwas höher als im NRW-Durchschnitt. Dass dies auch für den Stadtbezirk Schildesche zutrifft, lässt sich aufgrund der schlechten Datenlage nicht ausreichend belegen, sondern lediglich vermuten. Es ist in Bielefeld-Schildesche zudem von einer hohen Anzahl an Pflegegeldempfängern auszugehen.

7. Strukturen der Gesundheitsversorgung

Thomas Kleina, Sven Ziegler, Nathalie Neumann,
Hanna Gerken, Claudia Stahlhut

Der Fokus dieses Kapitels liegt auf der Darstellung und Beurteilung der im Stadtbezirk vorhandenen Ressourcen der Gesundheitsversorgung. Dabei soll zunächst geklärt werden, ob notwendige Versorgungsangebote für die Bewohner in ausreichender Zahl und ortsnah verfügbar sind. Dies ermöglicht allerdings nur Aussagen darüber, ob die zu Grunde liegende Infrastruktur so entwickelt ist, dass sie eine geeignete Basis bildet. Der zweite Blick richtet sich auf das tatsächliche Leistungsangebot der Akteure und stellt die Frage, ob bestehende Kooperationsstrukturen funktional erscheinen. Erst so lässt sich die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung – insbesondere mit Blick auf Pflegebedürftige und Menschen im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit – beurteilen.

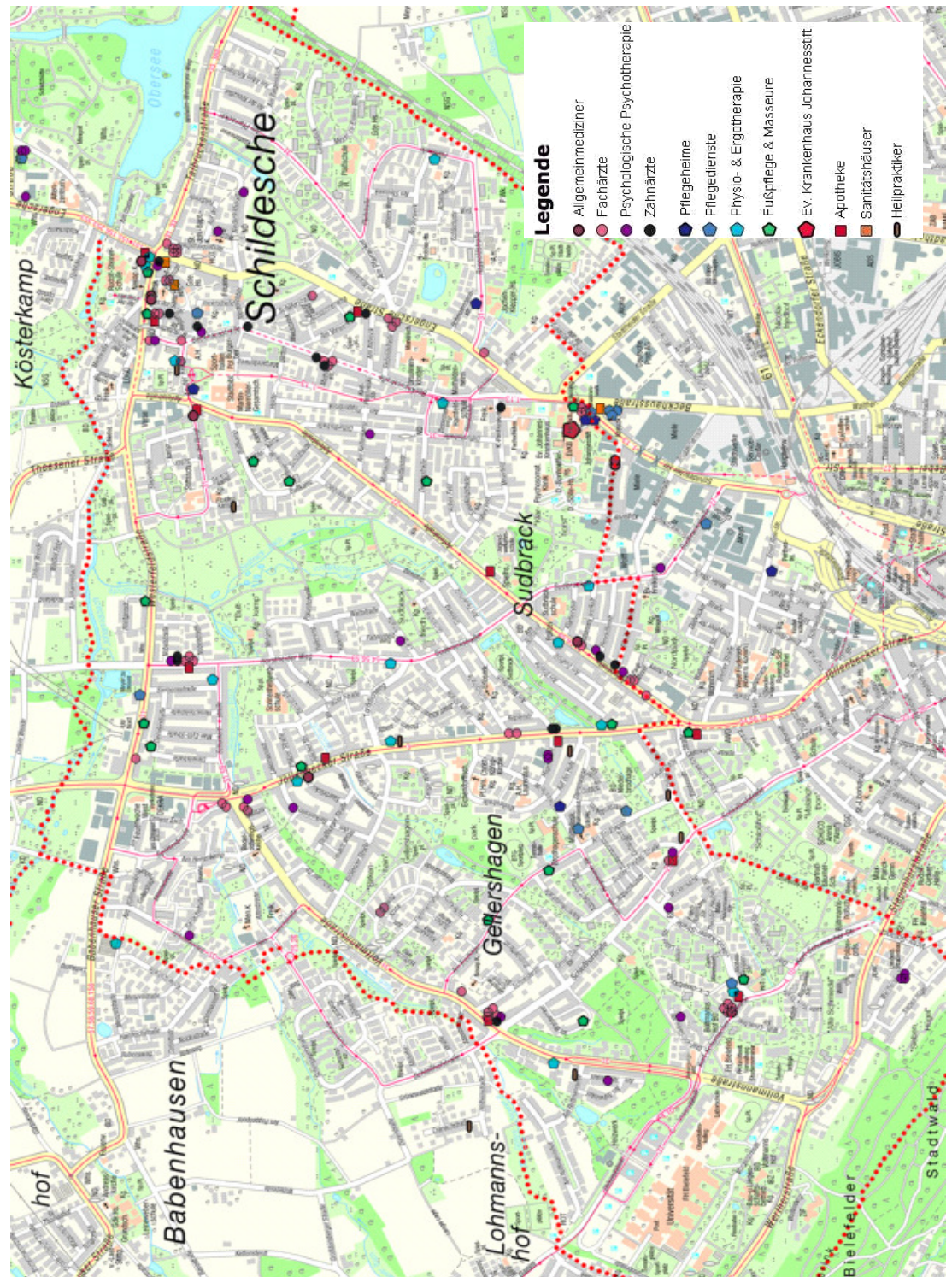
Auf Basis der quantitativen Daten zu Anbietern von Pflege- und Gesundheitsleistungen wurde eine Karte erstellt, die Knotenpunkte der Versorgung verdeutlicht, aber auch auf geografische Versorgungslücken hinweist³⁴. Dabei wurde deutlich, dass zahlreiche Gesundheitsdienstleister sich an Hauptverkehrsstraßen oder in infrastrukturellen „Ballungszentren“ ansiedeln. Dies trifft insbesondere auf Ärzte zu. Sie konzentrieren sich zum Teil in Arzthäusern, denen weitere Anbieter wie Apotheken oder Sanitätshäuser angegliedert sind. Insbesondere der alte Ortskern von Schildesche zeichnet sich durch eine hohe Dichte verschiedenster Akteure aus. Allerdings finden sich – beispielsweise in Gellershagen oder im Nordwesten des ehemaligen Stadtteils Schildesche – auch Leerstellen. Dies allein kann allerdings nicht als Hinweis auf Versorgungslücken gewertet werden, da das Gros der Anbieter über eine gute Anbindung an den ÖPNV verfügt (siehe hierzu auch Kapitel 4.3) und somit auch für Personen ohne eigenen PKW gut erreichbar ist. Bei aufsuchenden Angeboten ist der Betriebsitz ohnehin von untergeordneter Bedeutung. Umgekehrt garantiert – dies

³⁴ Für die Versorgungskarte wurde ein Ausschnitt aus dem amtlichen Stadtplan genutzt, in dem die entsprechenden Angebote mittels verschiedenfarbiger Punkte gekennzeichnet wurden. Aufgeführt wurden ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Anbieter ärztlicher Versorgung, Psychologen, niedergelassene Physio- und Ergotherapeuten, Masseur sowie Apotheken und Sanitätshäuser. Neben der gedruckten Version wurde eine digitale Gesundheitskarte erstellt, in der weitergehende Daten zu den einzelnen Anbietern hinterlegt sind.

zeigen die qualitativen Daten – auch eine hohe Anbieterdichte nicht unbedingt eine bedarfsgerechte Versorgung.

Abb. 14: Anbieter von Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen im Stadtbezirk Schildesche

(Quelle: Ausschnitt aus dem amtlichen Stadtplan Bielefeld, © Vermessungs- und Katasteramt)



7.1 Niedergelassene Ärzte und Psychologen

Bielefeld verfügt, legt man den vom Gemeinsamen Bundesausschuss (2007) formulierten Versorgungsbedarf³⁵ zu Grunde, über eine ausreichende Zahl niedergelassener Mediziner und Psychologen. In einzelnen Bereichen wäre demnach sogar von einer deutlichen Überversorgung auszugehen. Allerdings berücksichtigt diese Berechnung nur die Bevölkerungsdichte und keine weiteren bedarfsrelevanten Merkmale wie Alter, Morbidität etc. Liegt der Versorgungsgrad mehr als 10% über den Anhaltzahlen wird eine Überversorgung angenommen. Insbesondere bei Psychotherapeuten (hier werden Mediziner und Psychologen zusammengerechnet), Internisten, Chirurgen und Anästhesisten wird diese Grenze deutlich überschritten. Lediglich die Zahl der Hausärzte entspricht dem angenommenen Bedarf, alle anderen Fachgebiete liegen darüber.

Tab. 10: Ärztlicher Versorgungsgrad Stadt Bielefeld 2007
(Datenquelle: lögd 2007)

Fachrichtung	Versorgungsgrad in %	Fachrichtung	Versorgungsgrad in %
Hausärzte	99,3	Internisten	135,2
Anästhesisten	127,0	Kinderärzte	121,5
Augenärzte	110,8	Nervenärzte	111,0
Chirurgen	138,5	Orthopäden	113,4
Frauenärzte	112,1	Psychotherapeuten	141,1
HNO-Ärzte	113,6	Radiologen	117,2
Hautärzte	114,6	Urologen	114,1

Die Vermutung, dass Bielefeld als regionales Zentrum den Bedarf eines ausgedehnten Einzugsgebietes abdecken muss, bestätigt sich nicht. In den umliegenden Landkreisen finden sich im Wesentlichen vergleichbar hohe

³⁵ Der Versorgungsgrad dient als Maßzahl zur Beschreibung von Ressourcenmengen, die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Der Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten wird anhand der Verhältniszahlen der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) dargestellt. Zur Arztgruppe der Psychotherapeuten gehören gemäß § 101 Abs. 4 Satz 1 SGB V die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte sowie die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendtherapeuten. Auf der Grundlage von Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung werden Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad herausgegeben (Grundlage §§ 99 – 105 SGB V). Die Bundesrepublik wird in Raumordnungsregionen gegliedert. Kreise und kreisfreie Städte werden verschiedenen Kreisgruppen zugeordnet. Eine Unterversorgung liegt vor, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 % bzw. denjenigen der fachärztlichen Versorgung um mehr als 50 % unterschreitet. Eine Überversorgung liegt vor, wenn eine Überschreitung der örtlichen Verhältniszahl von mehr als 10 % vorliegt.

Versorgungsdichten. Tabelle 10 zeigt den vom Iögd (2007) ermittelten Versorgungsgrad für Bielefeld.

Die Ärztedichte in Schildesche selbst ist insgesamt geringer als im Bielefelder Durchschnitt. Allerdings dürfte sich in anderen Stadtbezirken ein ähnliches Bild bieten, da sich Fachärzte und insbesondere hochspezialisierte Praxen (z.B. Nuklearmedizin) im Innenstadtbereich ansiedeln, um innerhalb ihres größeren Versorgungsgebietes gut erreichbar zu sein. Umgekehrt ist es bei Chirurgen, Orthopäden, Kinderärzten und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aufgrund der kleinen Zahl von Vertretern dieser Arztgruppen lassen sich aus den Daten allerdings keine Schlüsse hinsichtlich eines Versorgungsgefälles ziehen.

Tab. 11: Arztzahl- und Dichte im Vergleich Schildesche/ Bielefeld gesamt

Fachrichtung	Schildesche	Bielefeld gesamt	Ärzte/1000 Einw. Schildesche	Ärzte/1000 Einw. Bielefeld gesamt
Allgemeinmedizin	14	116	0,34	0,35
Prakt. Arzt	3	26	0,07	0,08
Anästhesiologie	keine	17	keine	0,05
Augenheilkunde	3	28	0,07	0,09
Chirurgie allg.	3	21	0,07	0,06
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	keine	8	keine	0,02
Neurochirurgie	1	3	0,02	0,01
Frauenheilkunde	5	55	0,12	0,17
Haut- und Geschlechtskrankheiten	2	19	0,05	0,06
HNO	2	22	0,05	0,07
Innere Medizin	12	104	0,30	0,32
Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	1	4	0,02	0,01
Kinder- und Jugendmedizin	5	31	0,12	0,09
Lungen- und Bronchialheilkunde	keine	1	keine	0,00
Neurologie u. Psychiatrie	3	23	0,07	0,07
Orthopädie	5	30	0,12	0,09
ärztliche Psychotherapie/Psychiatrie	1	26	0,02	0,08
Urologie	1	15	0,02	0,05
Ärzte gesamt, davon:	61	555	1,50	1,69
hausärztliche Versorgung	17	142	0,42	0,43
fachärztliche Versorgung	44	413	1,083	1,261
Zahnmedizin	14	134	0,344	0,409
Psychologie gesamt, davon:	23	143	0,566	0,437
Psychologie/Psychiatrie	22	126	0,541	0,385
Kinder- u. Jugendpsychotherapie	1	17	0,025	0,052

Die Zahl der Zahnärzte pro Einwohner liegt für Schildesche leicht unter der durchschnittlichen Bielefelder Versorgungsdichte. Da für diesen Bereich allerdings keine Bedarfszahlen vorliegen, lassen sich daraus keine weiteren Schlüsse ziehen.

Insgesamt, so lassen die Zahlen vermuten, besteht im Stadtteil Schildesche eine quantitativ ausreichende Versorgung durch niedergelassene Mediziner. Auch wenn sich in der geografischen Verteilung der Praxen Schwerpunkte ausmachen lassen, zeigen sich keine unüberbrückbaren Versorgungslücken. Allerdings müssen, wenn es um die ärztliche Versorgung immobiler oder pflegebedürftiger Patienten geht, weitere Aspekte in Betracht gezogen werden. Eine Interviewpartnerin wies z.B. auf die mangelnde Bereitschaft einiger Fachärzte hin, bei akuten Gesundheitsproblemen zeitnah Hausbesuche durchzuführen (Interview E3). Resultat können dann beispielsweise Krankenhausaufenthalte sein, die sowohl Patienten als auch Kostenträger unnötig belasten.

7.2 Ambulante Pflege

Die ambulante pflegerische Versorgung in Schildesche wird durch verschiedene Pflegedienste getragen, deren Versorgungsgebiet sich allerdings nicht an den Stadtbezirksgrenzen orientiert. Sieben der insgesamt 51 Bielefelder Pflegedienste haben ihren Betriebssitz zwar in Schildesche, bieten ihre Leistungen aber in einem größeren Einzugsgebiet an oder sind nicht im gesamten Stadtbezirk präsent. Insofern liefern diese Zahlen kaum Hinweise auf die Bedarfsgerechtigkeit des Angebots.

Ziel der Gesundheitspolitik in Deutschland und erklärtermaßen auch der Stadt Bielefeld ist die Stärkung der ambulanten pflegerischen Versorgung (Interviews B1 und E2). Allerdings liegt keine aktuelle Bedarfsplanung vor, die aus der Nutzerperspektive einen Abgleich zwischen bestehendem und notwendigem Angebot vornimmt. Selbst große Anbieter führen keine strukturierten Bedarfserhebungen durch, sondern orientieren ihr Angebot an der Nachfrage bzw. an den Erfahrungen der Pflegekräfte vor Ort (Interview E1). Das Leistungsspektrum der Dienste - auch in Schildesche - entspricht weitestgehend dem „Standardangebot“ ambulanter Pflege in Deutschland und orientiert sich primär an der Refinanzierbarkeit pflegerischer Leistungen. Im Vordergrund stehen dabei:

- Leistungen der so genannten Grundpflege nach dem SGB XI. Voraussetzung zur Inanspruchnahme ist die Feststellung einer erheblichen Pflegebedürftigkeit nach § 15 SGB XI. Die angebotenen Grundpflegeleistungen zielen primär auf körperbezogenen Unterstützungsbedarf, z.B. in den Bereichen Körperpflege und Ernährung.
- Leistungen der Behandlungspflege nach dem SGB V. Ihre Gewährung setzt die medizinische Notwendigkeit und eine entsprechende Verordnung durch einen Arzt voraus. Sie umfassen beispielsweise Injektionen, Medikamentengabe oder Verbandwechsel.

Aus Sicht der Interviewpartner ist die Versorgung mit diesen Leistungen in Schildesche flächendeckend gewährleistet (Interviews E2 und E3). Gleichwohl wird darauf hingewiesen, dass dem tatsächlichen Pflegebedarf in vielen Fällen nur eingeschränkt entsprochen werden kann. Zum einen sind notwendige Leistungen auf Grundlage der geltenden Gesetzesvorgaben nicht oder in geringem Umfang refinanzierbar. Dies betrifft beispielsweise Betreuungsleistungen bei demenzkranken Menschen. Zum anderen behindert die Bindung an vorgegebene Leistungskomplexe eine individuelle

Gestaltung von Pflegearrangements. Daneben bieten fast alle Dienste auch Leistungen der Pflege und Hilfen zur Pflege nach dem SGB XII an. Letztere ermöglichen den Erhalt pflegerischer Leistungen bereits im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit, setzen jedoch ökonomische Bedürftigkeit voraus.

Gerade die Versorgung von Patientengruppen, deren Bedarf deutlich von den in SGB V und SGB XI vorgesehenen „Standardleistungen“ abweicht, wird in der Literatur als problematisch beschrieben (Landtag NRW 2005). Dies betrifft z.B. schwerstkranke Personen, die einer technisch aufwändigen Pflege bedürfen oder bei denen ein zeitintensiver, sich rasch verändernder Hilfebedarf besteht. Auch die Versorgung pflegebedürftiger Kinder stellt „normale“ Pflegeeinrichtungen vor organisatorische und qualifikatorische Herausforderungen. In solchen Fällen müssen spezialisierte Dienste in Anspruch genommen werden, die ihr Leistungsspektrum dem Bedarf dieser Patientengruppen angepasst haben. Auch im Stadtbezirk Schildesche sind derartige Angebote verfügbar:

- Ein privater Träger bietet sowohl ambulante Intensiv-, als auch Kinderkrankenpflege an (Bonitas). Es handelt sich allerdings um eine überregional tätige Einrichtung, deren Betriebssitz zufällig im Stadtbezirk liegt. Ein besonderer Quartiersbezug lässt sich daraus nicht herleiten. Dieser Dienst ist als einziger in Bielefeld auf die Versorgung von Kindern spezialisiert, obschon auch andere Einrichtungen in Einzelfällen in deren Versorgung eingebunden sind. Dabei geht es jedoch vornehmlich um die punktuelle Erbringung von Behandlungspflegen, z.B. die Einmalkatheterisierung während des Schulbesuchs (Interview E3).
- Im Bereich der Intensivpflege kann auf eine weitere Einrichtung in kirchlicher Trägerschaft zurückgegriffen werden, die im gesamten Stadtgebiet tätig ist (Gilead ambulant). Neben der Durchführung technikintensiver Pflegeleistungen hat sich dieser Dienst auf die Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase spezialisiert. In der palliativpflegerischen Versorgung unterhält er laut eigener Aussage enge Kooperationen sowohl zum stationären Hospiz als auch dem ambulanten Hospizdienst.

Allerdings sind auch „normale“ Pflegedienste augenscheinlich bereit, ihr Leistungsspektrum zu erweitern und ihre Tätigkeit – zumindest in bereits bestehenden Pflegearrangements und für einen begrenzten Zeitraum – auszuweiten, wenn dies notwendig erscheint. Dies bedeutet jedoch nicht, dass sie eine 24-Stunden-Versorgung gewährleisten können³⁶. Die Aufrechterhaltung der Pflege in der letzten Lebensphase gelingt vor allem dann, wenn Angehörige und andere Dienste bereit und in der Lage sind, große Teile der Versorgung abzudecken (Interview E3).

Grundsätzlich sind also spezialisierte Angebote verfügbar, auch wenn diese keine stadtbezirksspezifische Ausrichtung aufweisen. Wie weit deren Leistungsfähigkeit im Einzelfall geht und an welche Grenzen sie dabei sto-

³⁶ Angedacht ist in diesem Zusammenhang eine Vermittlung qualifizierter Pflegekräfte aus Ländern mit niedrigerem Lohnniveau zu schaffen. Ziel ist es, diese Variante einer 24 Stunden-Betreuung – aus seinem „Schwarzmarktdasein“ zu führen und sowohl für Nutzer als auch für die Pflegekräfte ein Mindestmaß an Verlässlichkeit und Qualität zu bieten (Interview E1).

ßen ist auf Basis der verfügbaren Daten nicht zu klären. Mit entscheidend dürfte hierfür die Frage sein, wie gut die Einbindung in andere Strukturen der Gesundheitsversorgung ist und ob potenzielle Nutzer rechtzeitig Zugriff zu dem speziellen Leistungsangebot erhalten.

7.3 Stationäre und teilstationäre Pflege

Im Stadtbezirk Schildesche finden sich fünf stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen, von denen vier in Trägerschaft des Johanneswerkes geführt werden. Geografisch konzentrieren sie sich im Osten von Schildesche, lediglich ein Heim in Trägerschaft einer katholischen Pfarrgemeinde liegt im Ortsteil Gellershagen. Zwei der Einrichtungen haben ihr Angebot auf spezielle Patientengruppen ausgerichtet:

- Das Dietrich-Bonhoeffer-Haus versorgt überwiegend somatisch schwer- und schwerstpflegebedürftige Menschen.
- Das Karl-Pawlowski-Haus ist spezialisiert auf die Betreuung psychisch kranker Menschen.

Aufgrund der Zunahme gerontopsychiatrischer Erkrankungen unter Heimbewohnern ist jedoch davon auszugehen, dass auch in den anderen Einrichtungen der Anteil dieser Bewohnergruppe hoch ist und eine entsprechende Versorgungsgestaltung notwendig macht. Inwieweit dieser Anforderung entsprochen wird, war im Zuge der Erhebungen nicht zu klären. Allerdings sieht man von Seiten der Stadt in dieser Hinsicht weiteren Entwicklungsbedarf, auch wenn die Zahl der angebotenen Pflegeplätze grundsätzlich als ausreichend angesehen wird³⁷ (Interview E2). Dies deckt sich mit der Erkenntnis, dass viele bestehende Angebote den besonderen Pflegebedarf gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohner nur unzureichend berücksichtigen (MAGS 2007).

Tabelle 12: Stationäre Pflegeeinrichtungen im Stadtbezirk Schildesche

Einrichtungsart	Anzahl	Bemerkung
Stationäre Vollzeitpflege	5	2 weitere Einrichtungen nahe der Stadtbezirksgrenze
Kurzzeitpflege	4	2 weitere Einrichtungen nahe der Stadtbezirksgrenze
Tagespflege	keine	Eine Tagespflege an der Stadtbezirksgrenze, eine in Bielefeld Mitte
Nachtpflege	keine	keine

Bis auf ein Heim bieten alle der oben genannten Einrichtungen auch Leistungen der Kurzzeitpflege an, teils in eigens dafür geschaffenen Bereichen,

³⁷ Aufgrund einer ihrer Ansicht nach ausreichenden quantitativen Angebots stationärer Pflege strebt die Stadt Bielefeld keinen weiteren Ausbau in diesem Bereich an. Trotz dieser Politik wird voraussichtlich ein privater Anbieter in 2008 eine zusätzliche stationäre Pflegeeinrichtung in Schildesche eröffnen (Interview E2).

teils eingestreut in Abteilungen der Langzeitversorgung. Derartige Angebote haben sich nach Einführung der Pflegeversicherung auf breiter Basis etabliert und sind nach Ansicht der Interviewpartner für die Bewohner des Stadtteils in ausreichender Zahl vorhanden, so dass es nur selten zu Versorgungsengpässen kommt. Insbesondere innerhalb des Johanneswerkes erlauben es die Kooperationsstrukturen, Pflegebedürftigen auch bei plötzlich auftretendem Bedarf Zugang zu einer Kurzzeitpflegeeinrichtung zu verschaffen (Interview E3).

In Schildesche selbst besteht kein Tagespflegeangebot, allerdings wird dies nicht unbedingt als Defizit angesehen, da bei Bedarf Einrichtungen in angrenzenden Stadtbezirken in Anspruch genommen werden können. Die in Bielefeld ansässigen Tagespflegen unterhalten ohnehin Fahrdienste, die ihre Besucher aus der häuslichen Umgebung in die Einrichtung befördern. Die teils zurückhaltende Inanspruchnahme solcher Angebote führen die Gesprächspartner eher auf die limitierten Finanzierungsmöglichkeiten, als die geografische Lage der Einrichtungen zurück. Diese Problematik ist nicht neu und immer wieder Gegenstand der pflegepolitischen Diskussion (Landtag NRW 2005). Angesichts der gewünschten Verlagerung pflegerischer Versorgung in den ambulanten Bereich stellt sich für Schildesche (aber auch Bielefeld insgesamt) trotz scheinbarer Bedarfsdeckung die Frage, ob die bestehenden Angebote in quantitativer Hinsicht die zukünftige Nachfrage decken können.

Das Bielefelder Hospiz ist die einzige stationäre Einrichtung, die sich auf die Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase spezialisiert hat. Es liegt im Stadtteil Bethel, Träger sind die von Bodelschwingschen Anstalten Bethel. Auch wenn kein direkter Bezug zum Stadtbezirk Schildesche besteht, ist die ortsnahe Verfügbarkeit eines solchen Angebotes positiv zu bewerten.

7.4 Alternative Wohnformen und niedrighschwellige Betreuungsangebote

Beim Eintritt und im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit stellt sich für die Betroffenen die Frage, ob mittel- und langfristig die Übersiedlung in eine stationäre Pflegeeinrichtung notwendig wird. Dem Wunsch der Mehrzahl der Betroffenen, in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben (Schneekloth/Wahl 2005), stehen die bereits erwähnten Lücken im ambulanten Versorgungsangebot gegenüber. Auch fehlende Möglichkeiten, die eigene Wohnung an die mit Pflegebedürftigkeit einhergehenden Erfordernisse anzupassen, können Probleme aufwerfen (BMFSFJ 2002). In den vergangenen Jahren haben deshalb alternative Wohn- und Betreuungsangebote an Bedeutung gewonnen, die auch für Menschen mit hohem Hilfebedarf die Aufrechterhaltung der eigenen Wohnsituation ermöglichen bzw. Alternativen zur Übersiedlung ins Heim darstellen.

Der Bestand an „seniorengerechtem“ Wohnraum scheint für Schildesche mit 161 öffentlichen und 41 frei finanzierten Seniorenwohnungen nach Expertenmeinung recht groß (Interviews D12, D9). Anders als beim Behinderten- bzw. barrierefreien Wohnen fehlen allerdings eine einheitliche Definition oder klare Kriterien, die festlegen, was unter diesem Begriff

zu verstehen ist. Anzumerken ist außerdem, dass nur etwa 50 Wohnungen neueren Datums (Westerfeldstrasse und Gunststrasse) sind. Der überwiegende Teil der öffentlich geförderten Seniorenwohnungen ist bedeutend älter und entspricht (z.B. hinsichtlich der Barrierefreiheit) nach Aussagen des Städtischen Bauamtes überwiegend nicht mehr heutigen Standards (Interview D12). Ab dem Jahr 2008 plant die Stadt Bielefeld den Service, alle seniorengerechten Wohnungen und sonstige seniorenrelevante Dienstleistungen im gesamten Stadtgebiet im Online-Kartendienst der Stadt Bielefeld der Öffentlichkeit zugänglich zu machen (Stadt Bielefeld 2007f; Interview D12). Damit soll zukünftig die Wohnungssuche aber auch Wohnungsplanung erleichtert werden.

Auch die in Bielefeld beheimateten Wohnbaugesellschaften widmen sich – als Reaktion auf eine sich ändernde Altersstruktur ihrer Bewohner – in den vergangenen Jahren verstärkt dem Thema „Wohnen im Alter“. So bietet die „Freie Scholle“ ihren Mitgliedern Beratung in Fragen rund um Wohnraumanpassungen und pflegerische Unterstützung an. Zudem wird bei Neubauten und Renovierungen Wert auf eine barrierefreie bzw. barrierearme Gestaltung der Wohnungen gelegt. Mitglieder haben die Möglichkeit, sich Pflegehilfsmittel zu leihen, es werden Gruppenaktivitäten für Senioren organisiert. In Schildesche wird „Am Sudholz“ eine betreute Wohngruppe angeboten, die pflegerische Versorgung übernimmt ein externer Pflegedienst (Freie Scholle 2005). Einen ähnlichen Ansatz verfolgt die BGW mit ihrem Engagement im „Bielefelder Modell“. Gemeinsam mit kooperierenden Pflegediensten werden dort Angebote vorgehalten, die im weitesten Sinne in die Rubrik Betreutes Wohnen eingeordnet werden können (BGW 2008). Ziel ist es, hilfebedürftigen Mietern neben einer barrierefreien Wohnung im Bedarfsfall Pflege rund um die Uhr zu garantieren. Das Angebot richtet sich explizit auch an demenzkranke Menschen. Das Modell wird in Schildesche an den Standorten Jöllenbecker Straße, Westerfeldstraße und Hägerweg umgesetzt.

Insgesamt ist festzustellen, dass der Wohnungsmarkt in Bielefeld früher als in anderen Städten auf die Herausforderung „Wohnen im Alter“ reagiert hat. Daraus sind durchaus innovative Ansätze hervorgegangen, von denen einige auch in Schildesche zum Tragen kommen. Dies dürfte nicht zuletzt der Konkurrenz zweier großer Wohnbaugesellschaften und dem Engagement von Seiten der Stadt (Interview E2) zu verdanken sein. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass von den beschriebenen Angeboten primär die Mieter bzw. Mitglieder profitieren und sie nicht allen Bewohnern des Stadtbezirks zugänglich sind.

Eine noch recht junge Tochtergesellschaft des Johanneswerks mit einem Angebot, das besonders auf den Bedarf wohnortnaher Versorgung eingehen soll, ist die Johanneswerk im Stadtteil gGmbH. Neben einer Geschäftsstelle am Rande des Hauptgeländes des Johanneswerks finden sich in Bielefeld weitere drei Servicestellen, sowie jeweils eine Servicestelle in Gütersloh und Bad Driburg. Erklärtes Ziel ist es, neben einer 24 Stunden verfügbaren Pflege, Beratungs- und Hilfsangebote zur Unterstützung bei der Lebensführung vorzuhalten. Dies beinhaltet beispielsweise Hilfen in- und außerhalb des Haushaltes, individuelle Beratung in sozialen Fragen, aber auch die Veranstaltung von Angeboten für das ganze Viertel oder die Nachbarschaft. In Schildesche liegt neben der Hauptgeschäftsstelle auch das „Team Westerfeldstraße“, das die pflegerische Versorgung des dort angesiedelten BGW Wohnmodells übernimmt. Die Pflegedienste der Ser-

vicestellen in Bielefeld werden als ein Gesamtpflegedienst geführt, deren Teams lokale Zuständigkeiten haben. Eine Besonderheit ist hierbei, dass die Pflegekräfte primär nur für die zum Johanneswerk im Stadtteil gehörenden Wohnungen zuständig sind, aber darüber hinaus auch eine Versorgung von Menschen in der unmittelbaren Umgebung anbieten (zu Fuß/mit dem Rad erreichbar). Über Autos verfügen die Pflegekräfte jedoch nicht (Interview C2).

7.5 Weitere Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen

Ergänzend zu den bereits beschriebenen Strukturen sind in Schildesche weitere Anbieter gesundheitsrelevanter Dienstleistungen ansässig. Die geografische Verteilung von Angehörigen anderer Therapie- und Heilberufe folgt einem ähnlichen Muster wie die ärztliche Versorgung. Ob ihre Zahl als bedarfsdeckend angesehen werden kann, ist auf Basis der vorliegenden Daten kaum zu beantworten. Es liegen keine Aussagen zu den jeweiligen Praxisgrößen vor, zudem gibt es keine Anhaltszahlen, die Vorgaben zu einer adäquaten Versorgungsdichte machen. Die Interviewpartner gehen allerdings davon aus, dass es bei entsprechender ärztlicher Verordnung kein Problem ist, einen Dienstleister zu finden. Es wird sogar darauf hingewiesen, dass gerade aus dem Bereich Physio- und Ergotherapie zunehmend Interesse an der Behandlung pflegebedürftiger Patienten besteht und versucht wird, über Pflegeanbieter Zugang zu finden (Interview E3).

Tabelle 13: Zahl nichtärztlicher therapeutischer Angebote in Schildesche und Bielefeld ^{38 39}

Fachrichtung	Schildesche	Bielefeld gesamt
Physiotherapeuten	11	109
Ergotherapeuten	2	13
Logopäden	4	29
Masseure	2	47
Hebammen	Unklar	Unklar
Heilpraktiker	9	100

³⁸ Adressen aus den Bereichen Krankengymnastik und Physiotherapie (als synonym verwendete Berufsbezeichnungen) wurden getrennt recherchiert, verglichen, Doppelungen wurden gelöscht. Das Ergebnis daraufhin unter dem Oberbegriff Physiotherapeuten zusammengeführt.

³⁹ Hebammen sind offenbar nicht über die gängigen Wege aufzufinden, sondern werden im Bedarfsfall über alternative Wege (Gynäkologen, Hebammenzentrale) vermittelt. Da eine Darstellung der bisher recherchierten Akteure ein stark verzerrtes Bild der Versorgungssituation zeichnen würde, wird davon abgesehen, Zahlen zu nennen. Eine vertiefende Recherche wurde in Hinblick auf die Relevanz für unser Vorhaben nicht weiter verfolgt. Hebammen werden in der digitalen Gesundheitskarte nicht verzeichnet.

Im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit sind Betroffene auch auf die Nutzung von Angeboten angewiesen, die gesundheits- und alltagsbezogene Hilfeleistungen- oder Produkte anbieten. Dies können beispielsweise Fahrdienste, Apotheken oder Mahlzeitenbringdienste sein. Auch hier lassen sich allein aufgrund des Vorhandenseins bzw. der Verteilung im Stadtbezirk kaum Rückschlüsse auf Bedarfsgerechtigkeit ziehen. Viele mobile Anbieter operieren ohnehin im gesamten Stadtgebiet. Apotheken und Sanitätshäuser orientieren sich bei ihrer Standortwahl vermutlich an anderen Gesundheitsdienstleistern oder sind bereit, den Kunden ihre Produkte zu liefern.

Tabelle 14: Komplementäre Gesundheits- und Hilfsangebote in Schildesche und Bielefeld

Dienst	Schildesche	Bielefeld
Krankentransporte	1	4
Rettungsdienste	0	5
Apotheken	10	78
Sanitätshäuser	3	13
Fußpflege	15	75
Essen auf Rädern	-	3

7.6 Krankenhausversorgung

Die Krankenhausversorgung wird im Wesentlichen durch das Johanneskrankenhaus auf dem Gelände des Johanneswerks, als Teil des evangelischen Krankenhauses Bielefeld (EvKB) getragen. Die Klinik wurde im Jahr 1959 als Kooperation zwischen der Stadt Bielefeld und dem Johanneswerk gegründet und das Leistungsspektrum im Laufe der Jahre stetig erweitert. Im Jahr 2005 wurde durch Gründung des evangelischen Krankenhauses Bielefeld als Fusion der Krankenanstalten Gilead gGmbH mit den Krankenanstalten Mara gGmbH und dem evangelischen Johanneskrankenhaus die Selbständigkeit aufgegeben. Das evangelische Johanneskrankenhaus verfügt heute über 585 Betten und behandelte 2006 16.323 stationäre und 17.430 ambulante Patienten (Evangelisches Krankenhaus Bielefeld 2006)⁴⁰. Als Besonderheiten sind die dort betriebene Palliativstation und die angegliederte geriatriische Tagesklinik hervorzuheben.

⁴⁰ Folgende Kliniken/Institute sind im evangelischen Johanneskrankenhaus vertreten: Gastroenterologie und Diabetologie; Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin, Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie; Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin, Schwerpunkt Palliativmedizin; Klinik für Geriatrie und Rheumatologie; Klinik für Allgemein, Unfall- und Gefäßchirurgie; Klinik für Urologie; Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schwerpunkt Gynäkologie; Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schwerpunkt Geburtshilfe; Klinik für Neurologie; Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin; Klinik für Nuklearmedizin; Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, Schwerpunkt stationäre Schmerztherapie; Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Schwerpunkt Anästhesie und Intensivmedizin; Institut für diagnostische und interventionelle

Auch wenn 2006 noch getrennte Qualitätsberichte erstellt wurden, so kann das Johanneskrankenhaus mittlerweile nicht mehr als selbständige Einheit betrachtet werden. Insbesondere bei den Spezialabteilungen werden die Leistungszentren zwischen den drei Krankenhäusern aufgeteilt. Da das Versorgungsgebiet des Johanneskrankenhauses weit über die Grenzen von Schildesche hinaus reicht ist es nicht sinnvoll, seine Bettenzahl der Einwohnerzahl von Schildesche gegenüberzustellen.

7.7 Gesundheits- und pflegerelevante Beratungsangebote

Angesichts der Vielzahl verschiedener Anbieter von Gesundheits- und Pflegeleistungen kann es für Betroffene problematisch sein, Zugang zu für sie relevanten, passgenauen Angeboten zu finden. Die verschiedenen Regelungen des Sozialleistungsrechts sind komplex und für Laien wenig transparent. Vor diesem Hintergrund bieten unterschiedliche Beratungsangebote den Betroffenen Unterstützung bei der Auswahl gesundheits- und pflegebezogener Leistungen, teils sind sie auch bei Antragstellung oder bei anderen rechtlichen Fragen behilflich. Aufgrund der großen Anzahl von Beratungsstellen in unterschiedlicher Trägerschaft mit heterogenen thematischen Schwerpunkten, beschränkt sich dieser Abschnitt auf die Vorstellung besonders relevanter Instanzen.

Mit Blick auf die Zielgruppe hilfs- und pflegebedürftiger Menschen kommt der *kommunalen Pflegeberatungsstelle* eine hohe Bedeutung zu⁴¹. Sie berät rund um Fragen des Pflegeversicherungsrechts, informiert über die ortsansässigen Leistungsangebote und kooperiert eng mit der Wohnberatung der Stadt. Diese gibt die Auskunft zu alternativen Wohnformen und Möglichkeiten der Wohnraumanpassung. Im Gegensatz zur *Wohnberatung* suchen die Mitarbeiter der Pflegeberatung ihre Klienten allerdings nicht zu Hause auf. Beide Angebote sind für die gesamte Stadt zuständig und zentral im Rathaus untergebracht. Aus Sicht der Interviewpartner kommt der Pflegeberatung eine Schlüsselrolle bei der Informationsbereitstellung, insbesondere im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit, zu (Interviews E2 und E3). Ergänzend bietet das „PflegeSorgenTelefon Bielefeld“ telefonische Unterstützung für Pflegebedürftige und deren Angehörige in Krisen- und Konfliktsituationen an. Das Angebot wird durch ehrenamtliche Mitarbeiter getragen und entspringt einer Kooperation zwischen der städ-

Radiologie; Institut für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Hygiene. Mit dem Brustzentrum, dem Neurozentrum, dem Schlaganfallzentrum, dem Tumorzentrum, dem Zentrum für Gefäßmedizin, dem Bauchzentrum, dem Kontinenzzentrum und dem Zentrum Internationale Märkte (Versorgungseinrichtung für britische Soldaten und deren Angehörige) sind eine Reihe von fachübergreifenden Zentren am Johanneskrankenhaus angesiedelt.

⁴¹ Das Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen weist den Kommunen den Auftrag zu, pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen und deren Angehörige trägerunabhängig zu beraten und über ambulante, teilstationäre, vollstationäre und komplementäre Hilfen zu informieren. Bei der Weiterentwicklung des Beratungsangebotes soll unter anderem auf die Entwicklung von Fallmanagement hingewirkt werden (Landespflegegesetz NRW § 4).

tischen Pflegeberatung, der Telefonseelsorge OWL und dem Sozial- und Kriminalpräventiven Rat Bielefeld.

In Bielefeld findet sich eine Niederlassung der *unabhängigen Patientenberatung*, die ebenfalls im Innenstadtbereich angesiedelt ist. Sie konzentriert sich auf Fragen des Patientenrechts und -schutzes und unterstützt Betroffene bei der Erschließung gesundheitsbezogener Informationen und Leistungen (Müller-Mundt/Ose 2005). Zudem vermittelt sie Kontakte zwischen Betroffenen und zu Selbsthilfegruppen.

Als großer Träger im Stadtbezirk bietet das *Johanneswerk*⁴² verschiedene Hilfs- und Beratungsangebote in den Bereichen Erziehung, Integration, sowie Alter und Gesundheit. Neben den schon dargestellten Angeboten aus dem Bereich ambulanter Pflege sind vor dem Hintergrund potenzieller pflegerischer Herausforderungen vor allem der Migrationsfachdienst und die Suchtberatung (Evangelischer Gemeindedienst 2007) von Bedeutung. Auch andere Träger der *freien Wohlfahrt* bieten in Bielefeld Beratung zu verschiedenen gesundheits- und pflegerelevanten Themenbereichen an. Allerdings konnten auch hier keine Angebote identifiziert werden, die einen besonderen Bezug zum Stadtbezirk aufweisen. Auf die Beratungsangebote der Wohnbaugesellschaften wurde bereits im Kapitel 7.5 hingewiesen. Sie weisen naturgemäß einen engen Bezug zum jeweiligen Wohnort auf, widmen sich allerdings im Schwerpunkt alltagsnahen Hilfsangeboten oder der Information über pflegerische Angebote.

Auch die in die Versorgung im Stadtbezirk eingebundenen *Dienstleister* halten für ihre Kunden Beratungsangebote – vor allem ihren eigenen Tätigkeitsbereich betreffend – vor. So informieren beispielsweise Pflegedienste über den Zugang zur Pflegeversicherung, verfügbare Leistungen der Pflege- und Krankenkassen oder komplementäre Hilfsangebote. In Ansätzen leisten sie dabei sogar ein Versorgungsmanagement, indem sie für ihre Patienten die Zusammenarbeit mit und zwischen anderen Gesundheitsdienstleistern und Hilfsangeboten koordinieren (Interview E3). Allerdings stoßen sie dabei oftmals an Zuständigkeitsgrenzen oder beschränken aufgrund fehlender Vergütungsmöglichkeiten ihr Engagement, wenn dieses zu zeitintensiv scheint.

Auch die Kranken- und Pflegekassen haben als *Leistungsträger* den Auftrag, ihre Versicherten hinsichtlich rechtlicher, verfahrensbezogener und organisatorischer Fragen sowie im Hinblick auf verfügbare Leistungen und deren Anbieter zu informieren. Ihre Angebote richten sich allerdings nur an die bei ihnen versicherten Personen und fallen zwischen den Kassen höchst unterschiedlich aus. Zudem können bei einem Kostenträger für die

⁴² Im Südosten von Schildesche an der Grenze zum Stadtbezirk Mitte liegt die Zentrale des Johanneswerks. Das Johanneswerk ist ein mittlerweile international operierendes evangelisch geprägtes Versorgungsunternehmen unter dessen Dach Dienstleistungen aus nahezu allen sozialen Bereichen angeboten werden. Von besonderer Bedeutung für die Versorgung Bielefelds mit sozialen Diensten ist der evangelische Gemeindedienst des Johanneswerks, unter dessen Dach die diakonischen Einrichtungen nördlich des Teutoburger Waldes gebündelt sind (Interview E1). Trotz eines Versorgungsgebiets, das weit über die Grenzen von Schildesche hinausreicht, profitiert dessen Bevölkerung doch von der räumlichen Nähe dieser Angebote, die sich auf dem Gelände des Johanneswerks befinden.

Betroffenen je nach Fragestellung unterschiedliche Ansprechpartner zuständig sein, was den Zugang zum jeweils passgenauen Angebot weiter erschwert. Informations- und Beratungsangebote, die einen Stadtbezirksbezug aufweisen, konnten auch in diesem Bereich nicht eruiert werden.

7.8 Kooperation und Vernetzung der Leistungserbringer

Mit bestimmend für die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung ist die Kooperation der verschiedenen Leistungsanbieter untereinander. Sie entscheidet oft darüber, ob die Nutzer zum richtigen Zeitpunkt Zugang zu adäquaten Angeboten erhalten. Gerade in diesem Bereich wird allerdings immer wieder auf bestehende Defizite hingewiesen (SVR 2007). Wie bereits angedeutet kommt es auch aus Sicht der Interviewpartner immer wieder dazu, dass notwendige Leistungen nicht zum entsprechenden Zeitpunkt oder in angemessenem Umfang verfügbar sind.

Insbesondere mit Blick auf die Zusammenarbeit verschiedener Akteure weist der Stadtbezirk Besonderheiten auf. Zum einen scheint es eine intensive Kooperation zwischen den Anbietern zu geben, die unter dem Dach des Johanneswerkes verortet sind. Dies betrifft z.B. die Zusammenarbeit der Diakoniestationen und dem Johanneswerk im Stadtteil. Bezüglich des Angebots in der ambulanten Pflege existiert die Übereinkunft, dass ambulante Intensivpflege primär vom privaten Anbieter BONITAS erbracht wird (Interview E1). Darüber hinaus werden besonders „schwierige“ Nutzer zwischen den Diensten „ausgetauscht“, um die Belastung für einzelne Pflegekräfte und Dienste zu reduzieren. Diese Absprachen beziehen sich jedoch auf den gesamten Einzugsbereich des evangelischen Gemeindedienstes und sind nicht begrenzt auf Schildesche.

Grundsätzlich ist es üblich, dass im konkreten Fall verschiedenste Dienstleister auch ohne besondere Vereinbarungen miteinander kooperieren. Die Notwendigkeit hierzu besteht allein schon aufgrund der Wahlfreiheit von Patienten und Pflegebedürftigen bei der Entscheidung für einzelne Leistungserbringer. Allerdings dürften sich Qualität und Intensität der Vernetzung fallweise stark unterscheiden. Im Zuge der Recherche wurde deutlich, dass Anbieter unterschiedlicher Trägerschaft und Professionen auch auf der Systemebene zusammenarbeiten. Dies geschieht beispielsweise im schon erwähnten „Bielefelder Modell“, das gemeinsam von einer Wohnbaugesellschaft, verschiedenen Pflegediensten, einem Förderverein und der Stadt Bielefeld entwickelt wurde. Wenn sich Kooperationspartner bereits auf dieser Ebene über gemeinsame Zielsetzungen verständigt haben und sich zudem persönlich kennen, bietet dies bessere Voraussetzungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit auch im konkreten Fall (Garms-Homolová et al. 1998).

Auch wenn Absprachen zwischen verschiedenen Leistungsanbietern im Alltag an der Tagesordnung sind, ist nicht davon auszugehen, dass es sich dabei um „echte“ Kooperationen handelt. Es muss vermutet werden, dass die Zusammenarbeit oftmals Resultat eines zufälligen Zusammentreffens der jeweiligen Dienstleister ist und keine Zielabstimmung im Sinne des Nutzers stattfindet. Wie in den Interviews geschildert, führt dabei die Wahrung von Partikularinteressen dazu, dass eigentlich erreichbar scheinende Ziele nicht verwirklicht werden können.

7.9 Zusammenfassung

Der Blick auf die im Stadtbezirk vorhandenen Versorgungsstrukturen offenbart zunächst kaum Überraschendes. Sowohl im Bereich der medizinischen Versorgung als auch hinsichtlich des Angebotes an ambulanten, teil-, und vollstationären Pflegeleistungen entspricht das Spektrum der deutschen „Durchschnittsversorgung“. Gleiches gilt für andere Anbieter von Gesundheitsleistungen sowie komplementäre Dienste und Hilfsangebote. Daraus resultieren allerdings auch bekannte Defizite, z.B. die eingeschränkte Verfügbarkeit spezialisierter Pflegeleistungen oder Probleme bei der fachärztlichen Versorgung im häuslichen Umfeld. Auf Basis der vorliegenden Daten fällt es schwer, eine Quantifizierung derartiger Problemlagen vorzunehmen. Dass mit dem bestehenden Angebot dem Bedarf der Betroffenen nicht in allen Fällen nachzukommen ist, wurde allerdings deutlich.

Hinsichtlich der Bedarfsgerechtigkeit spielt aber nicht nur die grundsätzliche Verfügbarkeit notwendiger Leistungen eine Rolle – auch die Qualität der Kooperation zwischen beteiligten Anbietern leistet einen entscheidenden Beitrag zur Angemessenheit von Versorgungsarrangements. Mit Blick auf die Etablierung von Pflegestützpunkten kommt dem Johanneswerk als Träger zahlreicher Angebote eine Sonderrolle im Stadtbezirk, aber auch für Bielefeld insgesamt, zu. Die dort bereits bestehenden Kompetenzen und Kooperationsstrukturen sollten bei der Planung berücksichtigt und möglichst eingebunden werden. Allerdings darf dies nicht dazu führen, dass andere Anbieter weniger stark in die Überlegungen einbezogen werden. Dazu wird es notwendig sein, Kooperationen auch zwischen Beteiligten anzubahnen, die bislang nur wenige Berührungspunkte haben. Dies betrifft insbesondere die Vernetzung zwischen Pflegeeinrichtungen, Medizinerinnen und anderen Gesundheitsdienstleistern, deren Zusammenarbeit bisher oft zufällig und wenig koordiniert stattfindet.

Das bestehende Angebot an alternativen Wohnformen und Betreuungsmöglichkeiten liegt in Bielefeld und auch Schildesche sicherlich über den in anderen Städten vorhandenen Möglichkeiten. Gerade angesichts der dahinterliegenden Kooperationen, die bereits jetzt über Trägergrenzen hinweg bestehen, bieten diese Initiativen Anknüpfungspunkte für den Aufbau einer quartiersnahen Versorgung.

Im Hinblick auf Beratungsangebote bietet sich ein zweigeteiltes Bild. Zwar gibt es mit der kommunalen Pflegeberatungsstelle und der unabhängigen Patientenberatung in der Stadt etablierte Ansprechpartner, die im Kontext von Pflegebedürftigkeit und in Gesundheitsfragen über Wissen und Kontakte verfügen. Ihre Aktivitäten weisen bislang allerdings nur einen geringen Quartiersbezug auf. Ihre Standorte liegen nicht in Schildesche, zudem bieten sie keine zugehende Beratung an. Andere Anbieter richten ihr Angebot zwar explizit an Bewohner des Stadtbezirkes, decken aber nur Teile des relevanten Beratungsspektrums ab. Die Möglichkeit, umfassende Beratung in Fragen rund um die Themen Pflegebedürftigkeit und Gesundheit wohnortnah aus einer Hand zu erhalten, besteht somit für die Einwohner von Schildesche nicht. Unter diesem Eindruck wäre eine quartiersbezogene Bündelung von gesundheits- und pflegerelevanten Beratungskompetenzen, wie sie die Pflegestützpunkte leisten sollen, ein echter Fortschritt.

Im Gesetzesentwurf der Bundesregierung ist vorgesehen, Pflegebedürftigen ein individuelles Fallmanagement zur Koordination und Steuerung der Versorgung anzubieten. Die damit betrauten Personen sollen ebenfalls an den Pflegestützpunkten angesiedelt werden. Derartige Leistungen werden bislang nur von wenigen Dienstleistern – oftmals sind es Pflegedienste – angeboten und sind in ihrem Umfang begrenzt. Ob ein Pflegebedürftiger sie erhält, ist in erster Linie dem Zufall und dem Engagement einzelner Anbieter geschuldet. Pflegeberatungsstelle und Patientenberatung als unabhängige Instanzen bieten kein Fallmanagement an. Somit wird dieses Angebot größtenteils neu aufgebaut werden müssen. Allerdings sollten dabei die bereits bestehenden Erfahrungen und Kompetenzen einzelner Dienstleister genutzt und eingebunden werden. Erfahrungen auf internationaler Ebene zeigen, dass insbesondere pflegerische Leistungsanbieter aufgrund ihrer häufigen und alltagsnahen Kontakte zu den Pflegebedürftigen in der Lage sind, die Versorgung im Sinne der Betroffenen zu organisieren und zu steuern.

8. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Patrick Brzoska, Antje Klötzler, Andreas Büscher

Das Ziel des exemplarisch für den Bielefelder Stadtbezirk Schildesche durchgeführten Community Health Assessments bestand darin, Informationsgrundlagen zu erarbeiten, die Auskunft über die Infrastruktur, die Lebens- und Gesundheitssituation der dort lebenden Menschen und die vorhandene gesundheitliche und pflegerische Versorgung geben. Dabei ist ein umfassendes und an einigen Stellen detailliertes Bild dieses Stadtbezirks entstanden, das eine Basis für kommunalpolitische Planungsüberlegungen bilden kann - auch bei der Frage danach, ob und wo in Bielefeld-Schildesche Pflegestützpunkte etabliert werden sollen.

Im Zentrum der Überlegungen zu den Pflegestützpunkten steht der Leitgedanke, einen „Ort für eine umfassende Beratung – dann, wenn Hilfe nötig ist“ zu schaffen (Raabe 2008). Vorgesehen war ursprünglich die Einrichtung von einem Stützpunkt pro 20.000 Einwohner, wodurch deutschlandweit über 4.000 Pflegestützpunkte entstanden wären. Zwischenzeitlich wird eine Zahl von 1.200 Stützpunkten diskutiert (Richter 2008). Auch wenn die Entscheidung über die Einführung von Pflegestützpunkten mittlerweile bei den Bundesländern liegt, so bleibt die Frage, wie viele Stützpunkte notwendig sind, um die erhofften Wirkungen entfalten zu können. Darüber hinaus ist die Frage offen, nach welchem Schlüssel man die Pflegestützpunkte regional verteilen soll. Zweifelsohne kann deren Errichtung nicht pauschal und allein nach dem Kriterium der Bevölkerungszahl erfolgen. Neben einer optionalen Anbindung an bestehende Strukturen (z. B. Pflegeberatungsstellen) ist es vor allem wichtig, bei der Errichtung lokale Gegebenheiten, wie z. B. den aktuellen und zukünftigen Pflegebedarf, die Zusammensetzung und Gesundheitssituation der Bevölkerung und die besonderen Herausforderungen kultureller Gruppen zu berücksichtigen.

Diese Aspekte sollten für den Bielefelder Stadtbezirk Schildesche durch ein Community Health Assessment (CHA) untersucht werden, um anschließend Hinweise für die Einrichtung von Pflegestützpunkten abzuleiten. Das CHA konzentrierte sich auf fünf Kernbereiche: Schildesche als geopolitische Einheit, Infrastruktur, demografische Lage, Mortalität, Morbidität und Pflegebedürftigkeit sowie die Strukturen der Gesundheitsversorgung.

Allerdings war es aufgrund fehlender Daten nicht immer möglich, zu konkreten Aussagen zum Stadtbezirk Schildesche zu gelangen. Die detailliertesten Daten liegen zur demografischen und sozioökonomischen Situation der einzelnen Bielefelder Stadtbezirke vor, während Kennzahlen der Morbidität und Mortalität nur für Bielefeld insgesamt zur Verfügung stehen. Ähnlich verhält es sich bei den Daten zur Versorgungsstruktur. Standortbezogene Aussagen für die Versorgungsgestaltung und die Errichtung von Pflegestützpunkten lassen sich daher nur aus diesen Daten, also nur mittelbar ableiten. Exemplarisch zeigt dies, dass sowohl für die Einrichtung von Pflegestützpunkten wie generell für die lokale Versorgungsplanung ein *Bedarf an der Überprüfung und Optimierung verfügbarer Datenbestände* besteht.

Das ist um so nachhaltiger zu betonen, als auch eine *stadtbezirkbezogene Gesundheitsberichterstattung* – wie sie für eine systematische Versorgungsplanung wünschenswert ist – auf der Grundlage derzeit verfügbarer Daten nicht möglich ist. Ihr Aufbau ist mittelfristig dringend zu empfehlen, da nur damit gesicherte Aussagen über versorgungsbezogene Bedarfe und Strukturen auf kleinräumiger Ebene in Bielefeld möglich sind.

Trotz dieser Einschränkungen zeigt der zurückliegende Bericht, dass ein CHA ein geeignetes Instrumentarium darstellt, um notwendige Informationen zur gesundheitlichen und pflegerischen Situation der Bevölkerung in einem definierten Gebiet zu generieren und aufzubereiten. Dabei konzentriert sich ein CHA nicht nur auf die pflegerische Versorgung, sondern folgt wie von der WHO immer wieder gefordert einer intersektoralen Perspektive auf die gesundheitliche Versorgung. Der Bericht belegt, dass durch ein CHA Erkenntnisse gewonnen werden, mit denen mehrere Entwicklungen angestoßen und eine lokale intersektorale Zusammenarbeit initiiert werden können. In Zeiten, in denen in vielen Politikfeldern das Quartier und die Nachbarschaft als relevante Bereiche gesellschaftlichen Lebens neu entdeckt werden, ist dies ein sehr wichtiger Aspekt. Vor der Durchführung eines CHA bedarf es jedoch einer sorgfältigen Betrachtung des einzubeziehenden Gebietes. In dem hier durchgeführten Assessment stellte sich schnell heraus, dass der Stadtbezirk Bielefeld-Schildesche deutlich weiter gefasst ist, als das, was gemeinhin in Bielefeld als gewachsener Stadtteil oder aber geopolitische Einheit „Schildesche“ angesehen wird. Möglich ist ein CHA nur dann, wenn es sich auf politisch oder statistisch definierte Einheiten bezieht, da nur damit garantiert werden kann, dass überhaupt verwertbare Daten vorliegen. Nicht immer entsprechen diese allerdings wie hier der eigentlich anvisierten geopolitischen Einheit – ein nur schwer zu lösendes Dilemma.

Dennoch konnten mit dem aus dem für den heutigen Bielefelder Stadtbezirk Schildesche durchgeführten Community Health Assessment wichtige Erkenntnisse gewonnen werden. Betrachten wir sie abschließend zusammenfassend und fragen auch, welche Empfehlungen sich daraus für die pflegerische Versorgung und die Planung von Pflegestützpunkten ableiten lassen:

- In Schildesche wird Prognosen zufolge der Anteil älterer Personen bis 2045 um fast ein Drittel zunehmen, so dass im Jahr 2045 fast 10% der Bevölkerung Schildesches über 80 Jahre alt sein werden. Erforderlich ist daher, sich in Schildesche noch konsequenter mit den Herausforderungen einer altersgewandelten Gesellschaft auseinanderzusetzen und auf sie einzustellen. In vielen Bereichen – so etwa dem des altersgerechten Wohnens – wurden dazu bereits wichtige Schritte unternommen, in anderen werden weitere folgen müssen. So wird es u.a. notwendig sein, *adäquate Pflegestrukturen* vorzuhalten, die dem mit der demografischen Alterung zu erwartenden Anstieg des Pflegebedarfs gerecht werden. Da sich diese Anforderung auch für andere Stadtbezirke Bielefelds stellt, sollte eine Gesamtplanung erfolgen, durch die eine zukunftsorientierte pflegerische Versorgungsplanung für die Stadt Bielefeld ermöglicht und ein möglichst *niedrigschwelliger Zugang* zur pflegerischen Versorgung sichergestellt wird.
- Angesichts der prognostizierten Zahlen wird die Sicherung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung auch für den Stadtbezirk

Schildesche ein wichtiges Zukunftsthema sein müssen. Dabei sind hier die gewachsenen *historischen Strukturen zu beachten* und das gilt besonders, wenn es um die Einrichtung von Pflegestützpunkten geht. Die zurückliegenden Ausführungen haben gezeigt, dass die Zusammenlegung verschiedener Stadtteile zum heutigen Stadtbezirk Schildesche bislang nicht zu einem Ineinanderwachsen geführt hat, sondern der Bezirk nach wie vor sehr heterogen ist – ohne eigene kommunale Identität. Am ehesten ist diese im ehemaligen, dem historischen Schildesche erkennbar. Bei der Suche nach geeigneten *Standorten für die geplanten Pflegestützpunkte ist die Heterogenität des Bezirks zu beachten*: sie sollte sich eher an den alten, bis heute identitätsstiftenden kommunalen Strukturen als den heutigen Bezirksgrenzen orientieren.

- Das ist um so mehr zu betonen, als auch die *soziale Lage* der Bevölkerung in den zu Schildesche gehörenden Stadtteilen oder statistischen Bezirken sehr *heterogen* ist. So zeigen sich beispielsweise in den statistischen Bezirken Sudbrack, Gellershagen und Vorwerk Schildesche höhere Zahlen arbeitsloser Menschen. Oftmals sind es Singlehaushalte, die hohe Raten von (Langzeit-)Arbeitslosigkeit aufweisen. Die soziale Lage der Bevölkerung hat Einfluss auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung und sollte auch bei der Einrichtung der Pflegestützpunkte Beachtung finden. Denn ein Pflegestützpunkt in einem sozial gut situierten Bezirk muss anders konturiert sein als einer in einem sozial schwächeren Gebiet. Die soziale Lage der Bevölkerung ist zudem für die Arbeitsweise der geplanten Stützpunkte von Belang und beispielsweise auch bei der Erstellung und Aufbereitung gesundheits- und pflegerelevanter Informationen zu berücksichtigen. Ferner ist zu überlegen, für bestimmte Zielgruppen der Pflegestützpunkte *speziell auf sie ausgerichtete Angebote* und etwa auch *zugehende Angebote* einzurichten (etwa für mobilitätseingeschränkte ältere Menschen oder für ältere Migranten), um die angesprochene Bevölkerung tatsächlich zu erreichen.
- Hinzu kommt eine verhältnismäßig starke *kulturelle Diversität* innerhalb der Bevölkerung in Schildesche, die sich – allein mit dem Anteil ausländischer Staatsbürger quantifiziert – in einzelnen Gebieten Schildesches besonders stark konzentriert. Pflegestützpunkte müssen sich auf diese Vielfalt einstellen und zu einem funktionierenden Diversity Management beitragen. In diesem Zusammenhang gilt es auch die Angebotsstruktur von Bildungsangeboten zu kennen und zu nutzen. Ein Pflegestützpunkt sollte Informationen über die Lage, Anbindung und die Leistungen der Schulen sowie Förder- und Betreuungseinrichtungen vorhalten, um bei Bedarf entsprechende Hilfen und Angebote weiter vermitteln zu können (z. B. Betreuung in der Schule, Integrierte Kindergärten usw.).
- Auch für Schildesche lässt sich – ohne über genaue Daten zu verfügen – aufgrund der ungünstigen Altersstruktur ein hoher und künftig stark wachsender Anteil an Pflegebedürftigen vermuten. Die Errichtung von Pflegestützpunkten in Schildesche erscheint vor diesem Hintergrund besonders sinnvoll. Dabei ist – wie der Wichtigkeit wegen wiederholt sei – der Heterogenität des Stadtbezirks Rechnung zu tragen, ange-

sichts derer zumindest langfristig eine *kleinräumige Einrichtung* von Stützpunkten empfehlenswert ist.

- Bei der Suche danach, *wo die Stützpunkte anzusiedeln* sind und wie sie so angesiedelt werden können, dass sie an bestehende, den Nutzern bereits vertraute Strukturen anknüpfen, lassen sich in Schildesche viele Möglichkeiten identifizieren. So können beispielsweise die im Johanneswerk als Träger zahlreicher Angebote bereits bestehenden Kompetenzen und Strukturen bei der Planung und Etablierung eines Pflegestützpunktes berücksichtigt und eingebunden werden. Darüber hinaus sind auch andere Anbieter einzubeziehen. Aufgrund der *Religionsvielfalt* im Stadtbezirk dürfte es auch hilfreich sein, bei der Errichtung eines Pflegestützpunktes mit den verschiedenen Religionsgemeinschaften zu kooperieren. Diese könnten das Angebot des Pflegestützpunktes in ihren Gemeinden bekannt machen, dessen Akzeptanz erhöhen und ihn durch ehrenamtliches Engagement unterstützen. Dies gilt ebenso für die Einbeziehung der in Schildesche ansässigen anthroposophischen Institutionen. Doch egal welche Lösung schlussendlich gesucht wird, wichtig ist, die Stützpunkte an bereits bestehende Strukturen anzubinden und *Strukturadditionen zu vermeiden*.
- Hinsichtlich der Standortfrage ist außerdem zu empfehlen, die oder den Pflegestützpunkt *räumlich dort anzusiedeln, wo er von möglichst vielen Personen eigenständig* und weitestgehend barrierefrei durch öffentliche Verkehrsmittel oder eigene Kraftfahrzeuge *erreicht* werden kann. Dementsprechend käme eine Ansiedlung an infrastrukturellen Knotenpunkten (siehe S. 33) oder in „Ballungszentren“, die über viele wichtige Einrichtungen für die alltägliche Versorgung verfügen und aus den meisten Bereichen von Schildesche gut zu erreichen sind, in Betracht. Zugleich sollte hier auch ein ausreichendes Angebot an Parkmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Selbstverständlich gilt es grundsätzlich bei der Planung und Etablierung von Pflegestützpunkten sowohl bei der Erreichbarkeit als auch bei der Ausstattung auf Barrierefreiheit zu achten. Für Schildesche können der alte Ortskern in Schildesche und das Gelände des Johanneswerks als mögliche Orte empfohlen werden.
- Bei der Einrichtung des Pflegestützpunktes wird es wichtig sein, dafür Sorge zu tragen, dass mit ihm die *Vernetzung der Versorgungseinrichtungen und die Kooperation* zwischen den im Gesundheitswesen tätigen Professionen *verbessert wird, denn sie scheint auch in Schildesche optimierungsbedürftig*. So haben die dort tätigen Gesundheitsprofessionen – wie insbesondere in den Experteninterviews deutlich wurde – bislang offenkundig nur wenige Berührungspunkte. Vor allem die Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen, Medizinern und anderen Gesundheitsdienstleistern erfolgt bislang – wie in den Experteninterviews einhellig betont wurde – eher zufällig und wenig koordiniert, so dass eine integrierte Versorgung vor Schwierigkeiten gestellt ist. Auch für eine systematische Versorgungssteuerung bei chronischer Erkrankung und Pflegebedürftigkeit und ein ebensolches Case Management ist eine koordinierte Kooperation jedoch unverzichtbar. Diese anzuregen, dürfte für die Stützpunkte zu einer der wichtigen Aufgaben gehören. Dabei ist auch zu bedenken, dass Case Management bislang kaum zum Angebot des Versorgungswesens gehört, auch in Schildesche

nicht. Hier werden die Stützpunktmitarbeiter also Neuland betreten und entsprechende *Informationsarbeit* bei den Gesundheitsprofessionen leisten müssen.

- Wie wichtig *Informationsarbeit* im Rahmen der Stützpunktetätigkeit sein wird, sei auch in anderer Hinsicht unterstrichen. Denn längst nicht alle der im Rahmen des CHA befragten Experten standen der Stützpunkte Idee positiv gegenüber. Kritische bis aversive Töne waren weniger aus der Medizin als der Pflege und bestehenden Beratungseinrichtungen zu hören. Zu den Aufgaben wird daher in der Anfangsphase auch gehören, *Akzeptanzsicherung* zu leisten, die Gesundheitsprofessionen vor Ort für die Idee zu erwärmen und sie konstruktiv einzubinden.
- Eine weitere Aufgabe wird darin bestehen müssen, die *Stützpunkte sinnvoll in die bestehende Beratungslandschaft einzubetten* bzw. umgekehrt zu einer Neuordnung der Beratungslandschaft zu gelangen. Auch in Bielefeld ist das Angebot an Beratung insgesamt recht gut, aber auch sehr stark zergliedert und zersplittert. Auch Schildesche verfügt über ein passables Beratungsangebot, das allerdings jeweils nur Teile des relevanten Beratungsspektrums abdeckt. Aufgrund dieser Situation ist eine quartiersbezogene Bündelung von gesundheits- und pflegerelevanten Beratungskompetenzen, wie sie Pflegestützpunkte leisten sollen, ein großer Fortschritt. Das gilt umso mehr, wenn von hier aus auch eine Vernetzung und Integration des bestehenden Beratungsangebots erfolgt.
- Für eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung spielt auch die grundsätzliche *Verfügbarkeit notwendiger Leistungen* eine Rolle. Im Rahmen der Arbeit des Pflegestützpunktes gilt es hier zu berücksichtigen, dass mit den bestehenden Angebotsstrukturen im Stadtbezirk Schildesche dem Bedarf der Betroffenen zwar weitestgehend, jedoch nicht in allen Fällen nachzukommen ist. Einige bekannte Defizite, wie z. B. die eingeschränkte Verfügbarkeit spezialisierter Pflegeleistungen oder Probleme bei der fachärztlichen Versorgung im häuslichen Umfeld zeigen sich auch in Schildesche. Sie können dort sicherlich nicht allein überwunden werden, sondern nur durch Kooperation und *überbezirkliche Netzwerkbildung, um auf diese Weise bestehenden Versorgungslücken effektiv begegnen zu können*. Dass im Stadtbezirk Schildesche das für eine Netzwerkbildung und den Aufbau integrativer Versorgungsstrukturen nötige Potenzial vorhanden ist, hat das CHA gezeigt.
- Ebenso sollten im Bereich des *altersgerechten Wohnens* sowie der alternativen Wohnformen und Betreuungsmöglichkeiten die vorhandenen Kooperationen, die schon jetzt über Trägergrenzen hinweg bestehen, genutzt werden, da die bestehenden Initiativen gute Anknüpfungspunkte für den Aufbau einer quartiersnahen Versorgung bieten. Bislang kann der Wohnungsmarkt in Schildesche als ausgeglichen bezeichnet werden; es werden viele seniorengerechte Wohnungen vorgehalten. Das bestehende Angebot an alternativen Wohnformen und Betreuungsmöglichkeiten übersteigt in Bielefeld und auch in Schildesche sogar die vorhandenen Möglichkeiten in anderen Städten. Allerdings ist die Bausubstanz häufig relativ alt. Grundsätzlich besteht daher ein großer Bedarf an Bestandsmaßnahmen, wie auch an Aus- und

Umbauten, um den Bedarf an altengerechtem Wohnen heute und auch in Zukunft decken zu können. Mit Blick auf die ansteigende Zahl älterer Menschen werden vermutlich auch einige Neubauprojekte anzuregen sein. Ein Pflegestützpunkt könnte für den Bau bedarfsorientierter alters- und behindertengerechter Wohnungen wichtige Impulse geben und bei Bauprojekten beratend zur Verfügung zu stehen.

- Eine *eher beobachtende Rolle* kommt einem Pflegestützpunkt in Schildesche bezogen auf Freizeit-, Sport- und Kulturmöglichkeiten zu. Hier kann von einem guten bestehenden Angebot ausgegangen werden. Ähnliches gilt für den Bereich Handel und Dienstleistungen. Ob dies ausreichend ist, um dem zu erwartenden Anstieg der älteren Bevölkerung bis zum Jahr 2045 zu entsprechen, ist jedoch fraglich. Zu bedenken ist, dass gerade für mobilitätseingeschränkte ältere oder behinderte Menschen ein wohnungsnahes Angebot an Geschäften und Dienstleistungen von hoher Bedeutung ist. Ein Pflegestützpunkt könnte hier als kommunaler Kommunikationsknotenpunkt fungieren und auf Versorgungslücken hinweisende Rückmeldungen aus der Bevölkerung aufnehmen und an die entsprechenden Stellen zwecks einer bedarfsgerechten Anpassung und Angebotsausweitung weiterleiten.
- Da mit den Stützpunkten ein neuer Typus von Einrichtungen geschaffen werden soll, ist abschließend zu empfehlen, bei der Planung konzeptionellen Gesichtspunkten besondere Beachtung zu schenken und die Implementation wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren, um damit Sorge für eine abgemessene, zielkonforme Umsetzung tragen und rasch Veränderungen vornehmen zu können, sollten sich Konzept und Umsetzungsstrategie als nicht hinreichend tragfähig erweisen.

Es bleibt zu hoffen, dass diese Schlussfolgerungen und Empfehlungen unterstützende Impulse für die Planung von Pflegestützpunkten abgeben. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts lagen dazu noch keine genaueren Überlegungen auf kommunaler Ebene vor. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass nach Ansicht einiger Entscheidungsträger mit dem Thema „pflegerische Versorgung“ gesundheitspolitisch nur wenig Aufmerksamkeit und auch nur wenige Wählerstimmen zu gewinnen sind. Diese Einschätzung lässt allerdings unberücksichtigt, dass die heute noch jüngeren und vielleicht wenig an Pflege Themen interessierten Wähler die ältere Generation von morgen und damit selbst betroffen sein werden. Angesichts des in den kommenden Jahren rasant steigenden Pflegebedarfs sind adäquate und vernetzte pflegerische Versorgungs- und Beratungsstrukturen wie auch eine individuelle Begleitung und Supervision des Versorgungsgeschehens – mithin Case Management – vor allem bei vulnerablen Patientengruppen, wie auch Pflegebedürftige sie darstellen, unerlässlich.

Literatur

- Aktionskreis behinderter Menschen e.V. (2002): Bielefeld. Stadtführer für Behinderte. 2. Auflage
- Amt für Stadtforschung, Statistik und Wahlen Bielefeld (2007a): Zusammenstellung von ausgewählten Informationen für die Stadtbezirke. Daten aus dem Jahr 2006
- Amt für Stadtforschung, Statistik und Wahlen Bielefeld (2007b): Zusammenstellung der Daten gemeldeter Kfz am 31.12.2006
- Amt für Stadtforschung, Statistik und Wahlen Bielefeld (2008): Stadtbezirkswahl 26.09.2004. Schildesche. <http://www.bielefeld.de/wahlen/index2.php?art=26> [Stand: 02.01.2008]
- Anderson, E.T./McFarlane, J. (1995): Community as partner: Theory and practice in nursing. Philadelphia: Lippincott
- Anthroposophische Gesellschaft (2008): Anthroposophische und waldorfpädagogische Einrichtungen in Ostwestfalen-Lippe. <http://www.baubro-schuere.de/pdfs/waldorfbroschuere/anthro-bielefeld.pdf> [Stand: 07.01.2008]
- AUbE – Akademie für Umweltforschung und -bildung in Europa e.V. (2005): Natürlich Bielefeld. Stadt und Landschaft neu erleben. Bielefeld: AUbE Umweltakademie
- Bardehle, D./Annuß, R. (1996): Gesundheitsberichterstattung (Band 8). Bielefeld: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD)
- Beaugrand, A. (Hg.) (1996): Stadtbuch Bielefeld. Tradition und Fortschritt in der ostwestfälischen Metropole. Bielefeld: Westfalenverlag
- BGW – Bielefelder Gemeinnützige Wohnungsgesellschaft mbH (2008): Das Bielefelder Modell – selbstbestimmt Wohnen mit Versorgungssicherheit. http://www.bgwbielefeld.de/downloads/Seniorenbroschuere_BGW.pdf [Stand: 12.01.2008]
- Bielefelder Universitätszeitung (2004): Studienanfängerzahlen weiter auf hohem Niveau in Bielefeld. Bielefelder Universitätszeitung 218. http://bis.uni-bielefeld.de/infomanager/SilverStream/Pages/Buz_Online_Detail.html?query=BUZ.ID+%3d+25744 [Stand: 22.12.2007]
- Birg, H./Flöthmann, E.-J./Fuhrmann, A./Genz, M./Loos, R./Pilk, S. (2006): Bevölkerungsvorausrechnungen für die kreisfreie Stadt Bielefeld bis zum Jahr 2050. Zusammenfassender Endbericht: Vorausrechnungen für das Stadtgebiet insgesamt und die 10 Stadtbezirke. Forschungsprojekt im Auftrag der Baugenossenschaft Freie Scholle eG. Bielefeld: Interdisziplinäre Forschungsgruppe für Bevölkerungswissenschaft/Demographie, Universität Bielefeld
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. Drucksache 14/5130 vom 19.01.2001. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin: BMFSFJ
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2007): Das bringt die Reform der Pflegeversicherung. http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_600110/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/pflegeversicherung-node,param=html__nnn=true [Stand: 16.01.2008]

- Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2008): Bedarfsgemeinschaft. http://www.arbeitsagentur.de/nn_26518/Navigation/zentral/Buerger/Familie/Bedarfsgemeinschaft/Bedarfsgemeinschaft-Nav.html [Stand: 03.01.2008]
- Bündnis 90/Die Grünen (2002): Die Zukunft ist grün. Grundsatzprogramm von Bündnis 90/Die Grünen. http://www.gruene.de/cms/files/dokbin/68/68425.grundsatzprogramm_die_zukunft_ist_gruen.pdf [Stand: 11.01.2008]
- Bündnis 90/Die Grünen (2008): Bündnis 90/Die Grünen in Bielefeld. <http://www.gruene-bielefeld.de> [Stand: 15.12.2007]
- Caesar, S./Rameil, A./Schmedders, M./Hafner, V./Hofmann, M. (2000): Community Health Assessment für Bielefeld. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. <http://www.uni-bielefeld.de/IPW> [Stand: 16.01.2008]
- Cassels, H. (2007): Community Assessment. In: Nies, M. A./McEwen, M. (Hg.): Community/Public Health Nursing. Promoting the Health of Populations. St. Louis, Mo.: Saunders/Else 4, 74-103
- DIP e.V. - Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (Hg.) (2008): Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil – der Abschlussbericht. Hannover: Schlütersche
- Eberl, I./Schnepp, W. (2007): Die multizentrische Pilotstudie der WHO zur Family Health Nurse. Eine Untersuchung über die Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland. Dritter Zwischenbericht. Berlin. <http://www.familiengesundheitspflege.de/download/UWH%203.%20%20Zwischenbericht%202007.pdf> [Stand: 10.04.2008]
- Evangelischer Gemeindedienst – Innere Mission Bielefeld e.V. (2007) (Hg.): Trends und Entwicklungen 2007. Bielefeld: Eigenverlag
- Evangelisches Johanneswerk e.V. (2007a): Evangelisches Johanneswerk e.V. Einrichtungen der Diakonie. <http://www.johanneswerk.de> [Stand: November 2007]
- Evangelisches Johanneswerk e.V. (2007b): Vom Rettungshaus zum Lebensraum für junge und alte Menschen. Historischer Spaziergang durch das Johannesstift in Bielefeld-Schildesche. <http://www.johanneswerk.de/fileadmin/rundgang/start.htm> [Stand: 28.12.2007]
- Evangelisches Krankenhaus Bielefeld (2006): Qualitätsbericht 2006 – Evangelisches Krankenhaus Bielefeld im Johannisstiftz. Bielefeld: valeo – Verbund evangelischer Krankenhäuser in Westfalen gGmbH
- Fachstelle für Wohnungserhalt und Wohnungssicherung und Unterbringung Wohnungsloser (2006). Jahresbericht 2006
- Freie Scholle Nachbarschaftshilfe e.V. (2005): Nachbarschaftlich Wohnen in der Freien Scholle. Bielefeld: Eigenverlag
- Freie Scholle Nachbarschaftshilfe e.V. (2006): Stadtplan Bielefeld – Die Siedlungsgebiete der Freien Scholle, Baugenossenschaft Freie Scholle
- Freie Scholle Nachbarschaftshilfe e.V. (2007): Informations-CD: Genossenschaftlich Wohnen in Bielefeld – die Baugenossenschaft Freie Scholle. Bielefeld
- Garms-Homolova, V./Maurer, M./Schaeffer, D. (1999): Einführung – Konzepte und Voraussetzungen der Kooperation. In: Garms-Homolova, V./Schaeffer, D. (Hg.): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden: Ullstein Medical, 1-5
- Gemeindeordnung für das Land Nordrhein-Westfalen (1994): Gemeindeordnung für das Land Nordrhein-Westfalen in der Fassung der Bekanntmachung vom

14. Juli 1994. http://www.im.nrw.de/inn/seiten/vm/gesetze/go_nrw.pdf
[Stand: 02.01.2008]
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2007): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung
- Hauptsatzung der Stadt Bielefeld (2004): Hauptsatzung der Stadt Bielefeld vom 05.08.2004. http://www.bielefeld.de/ftp/dokumente/ortsrecht/1_04.pdf
[Stand: 02.01.2008]
- Heiber, A. (2003): Von der Geld- zur Sachleistung. Zum Umgang mit Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI. http://www.syspra.de/archiv-haupt/archiv/PDL%20Praxis/2003/PDL%209_03.pdf [Stand: 16.01.2008]
- Heimatverein Schildesche (2007a): Schildescher Chronik von 1800-1895. <http://www.heimatverein-schildesche.de/set/chronik.html> [Stand: 25.10.2007]
- Heimatverein Schildesche (2007b): Die Geschichte von Schildesche in einer Zeittafel von 785 bis 1989. <http://www.heimatverein-schildesche.de/set/historie.html> [Stand: 25.10.2007]
- Helvie, C.O. (1997): Advanced Practice Nursing in the Community. California: Sage
- IHK - Industrie- und Handelskammer Ostwestfalen zu Bielefeld (Hg.) (2007): Zahlenspiegel Daten & Fakten 2007. Bielefeld
- Im Kapellenbrink, Wohnen und Gemeinschaft Anders Alt werden (2007a): Flyer des Vereins Im Kapellenbrink, Wohnen und Gemeinschaft Anders Alt werden – Ein neues Konzept für den dritten Lebensabschnitt. Bielefeld
- Im Kapellenbrink, Wohnen und Gemeinschaft Anders Alt werden (2007b): Im Kapellenbrink, Wohnen und Gemeinschaft Anders Alt werden. <http://www.kapellenbrink.de/start.php> [Stand: 22.12.2007]
- Inforce Öffentlichkeitsarbeit GmbH und Stadt Bielefeld/Presseamt (Hg.) (2007): Bielefeld. Magazin für Neubürger: Stadtinformation, Ämter, Ver- und Entsorgung, Stadtplan mit Parkmöglichkeiten. Bielefeld
- Infratest Sozialforschung (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. München: Infratest Sozialforschung
- Interessen- und Werbegemeinschaft In Schildesche e.V. (2008): Branchenverzeichnis 2008. Ausgabe 5. Bielefeld-Schildesche
- Kleidat, C.P./Decker, R./Kroll, F./Hermelbracht, A. (2007): Nutzung und Bewertung Bielefelder Frei- und Grünflächen. Untersuchung verschiedener Freiraumtypen. Bielefeld 2000plus Forschungsprojekte der Region. Diskussionspapier Nr. 43, November 2007, Bielefeld
- Klingholz, R./Karsch, M. (2007): Bevölkerungsdichte. Herausgegeben von Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. http://www.berlininstitut.org/online_handbuchdemografie/glossar.html [Stand: 19.01.2008]
- Raabe, H. (2008): Modell Pflegestützpunkte. In: Pro Alter I/08, 40. Jahrgang, 6-9
- Richter, E. (2008): Pflegestützpunkte: Länder entscheiden, Kassen zahlen. In: Forum Sozialstation Nr. 151, 12-14
- Landtag NRW (Hg.) (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- LDS NRW – Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (2005a): Krankenhausstatistik, Teil II – Diagnosen Krankenhäuser. http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/Odata_kreis/03/html/0302700052005.html [Stand: 17.01.2007]

- LDS NRW – Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (2005b): Ergebnisse der Pflegestatistik 2005, Düsseldorf
- LDS NRW – Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (2007a): Gestorbene in Nordrhein-Westfalen 2005 nach Todesursachen und Geschlecht. Ergebnisse für kreisfreie Städte und Kreise. http://www.lids.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2007/pdf/128b_07.pdf [Stand: 15.12.2007]
- LDS NRW – Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (2007b): Statistische Berichte. Suizide in Nordrhein-Westfalen 2006. <http://webshop.lids.nrw.de/webshop/ssearch.php?kategorie=1400&prefix=A509> [Stand: 15.12.2007]
- LDS NRW – Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (2007c): Statistik über schwerbehinderte Menschen 2005. <http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/odata/03/html/0304500052005.html> [Stand: 16.01.2008]
- Lögd – Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (2007): Daten zu kommunalen Gesundheitsindikatoren. http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/kommunale_gesundheitsindikatoren/frameset.html [Stand: 03.01.2008]
- Lögd – Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (2005): Vermeidbare Sterbefälle in NRW. http://www.loegd.nrw.de/1pdf_dokumente/2_gesundheitspolitik_gesundheitsmanagement/nrw-kurz-und-informativ/vermeidbare-sterbefaelle_0509.pdf [Stand: 15.12.2007]
- MAGS NRW – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2007): Vom Referenzmodell zum Referenzkonzept. Abschlussbericht der beteiligten Institute. Düsseldorf
- Mayring, P. (1996): Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zum qualitativen Denken. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- MDK WL – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (2008): Gutachten vom 01.01.2003 bis 31.12.2007 (PLZ-Bereich: 33611, 33613, 33615) nach Pflegestufen. Auf Anfrage
- Melderegister der Stadt Bielefeld (2007): Sterbefälle nach Alter in den Stadtbezirken für den Zeitraum 2000-2005
- Meuser, M./Nagel, U. (1997): Das ExpertInneninterview. Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, B./Prenzel, A. (Hg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim: Juventa, 481-491
- Mobiel (2007a). Fahrplanbuch.: <http://www.mobiel.de/fahrplanbuch.inc.php> [Stand: 02.11.2007]
- Mobiel (2007b). Liniennetz. <http://www.mobiel.de/2434.htm> [Stand: 02.11.2007]
- Mobiel (2007c). Anschlusssammeltaxi. http://www.mobiel.de/fp_ast-alf.html [Stand: 02.11.2007]
- Mobiel (2007d). Fahrzeugtechnik. <http://www.mobiel.de/fahrzeugtechnik.html> [Stand: 02.11.2007]
- Müller-Mundt, G. (2002): Experteninterviews oder die Kunst der Entlockung "funktionaler Erzählungen". In Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (Hg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern: Huber, 269-283
- Müller-Mundt, G./Ose, D. (2005): Beratung im Gesundheits- und Sozialwesen in Nordrhein-Westfalen. Strukturen und Schwerpunkte. Veröffentlichungsreihe

- des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. P05-129. Bielefeld: IPW
- Nies, M. A./McEwan, M. (2007): Community/Public Health Nursing. Promoting the Health of Populations. St.Louis: Saunders Elsevier
- Rosewitz, B./Webber, D. (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt am Main: Campus
- Rowland, D. T. (2003): Demographic methods and concepts. New York: Oxford University Press.
- Schaeffer, D. (1995): Community Health Nursing. Entwicklung, Probleme, Lehren aus der US-amerikanischen Situation. Jahrbuch für kritische Medizin 25, 166-183
- Schaeffer, D. (2002): Ambulante Schwerkrankenpflege: Entwicklungen und Herausforderungen in Deutschland. In: Schaeffer, D./Ewers, M. (Hg.): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern: Huber, 17-44
- Schaeffer, D./Kuhlmey, A. (2008): Pflegestützpunkte – Impuls zur Weiterentwicklung der Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41, Nr. 2, 81-85
- Schneekloth, U./Wahl, H.-W. (2005) (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. München
- Schormann, C. (2007): Die Gärten der Gartenlosen. Die Bielefelder und ihre Freiräume: Untersuchung von Bielefeld2000plus. NW Bielefeld Nr. 129, Mittwoch, 6. Juni 2007
- Stadt Bielefeld (2004a): Jugendhilfestrategien 2010 Teil B: Ein Modellprojekt zu den Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die Kinder und Jugendhilfe in Bielefeld: Ergebnisse der regionalen Planungsgruppen – Berichterstattung und Handlungsempfehlungen, Bielefeld
- Stadt Bielefeld (2004b): Jugendhilfestrategien 2010 Teil C: Ein Modellprojekt zu den Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die Kinder und Jugendhilfe in Bielefeld – Jugendhilferrelevante Strukturdaten in der Stadt Bielefeld, Bielefeld
- Stadt Bielefeld (2007a): Jahresbericht zur Lage der Bielefelder Wirtschaft im Jahr 2006. Bielefeld
- Stadt Bielefeld (2007b): Obersee-Sanierung. <http://www.bielefeld.de/de/un/obersee/> [Stand: 26.12.2007]
- Stadt Bielefeld (2007c): Luft. <http://www.bielefeld.de/de/un/lulae/luft/> [Stand: 17.12.2007]
- Stadt Bielefeld (2007d): Boden/Bodenschutz. <http://www.bielefeld.de/de/un/wabo/bosch/> [Stand: 27.12.2007]
- Stadt Bielefeld (2007e): Bodenbelastungskarte zeigt positive Werte. <http://www.bielefeld.de/de/un/wabo/bosch/karte/> [Stand: 28.11.2007]
- Stadt Bielefeld (2007f): Wohnungsmarktbericht 2007. <http://www.bielefeld.de/de/pbw/muw/mubeo/> [Stand: 24.01.08]
- Stadt Bielefeld (2007g): Mietspiegel 2007 für Altbau- und frei finanzierte Neubauwohnungen im Stadtgebiet Bielefeld. <http://www.bielefeld.de/de/pbw/muw/mumiet/> [Stand: 24.01.08]

- Stadt Bielefeld (2007h): Stadt Bielefeld – Bezirksjugendpflege und Jugendförderung: Handout: Kinder- und Jugendeinrichtungen in Bielefeld 2007/ 2008. Bielefeld
- Stadt Bielefeld (2007i): Kindergartenbedarfsplan – Bericht zur Betreuung der 3-6 Jährigen in Tageseinrichtungen für Kinder – 2010/2011. Bielefeld
- Stadt Bielefeld (Hg.) (2007j): Lebenslagen und soziale Leistungen 2006. Bielefeld
- Stadt Bielefeld (2007k): Jugendhilferelevante Strukturen in der Stadt Bielefeld. Jugendhilfestrategien 2010 – Fortschreibung zum Stichtag 31.12.2005, Bielefeld
- Stadt Bielefeld (2008a): Vereine im Stadtbezirk Schildesche. <http://www.bielefeld.de/de/bz/sch/sch-vuv/> [Stand: 13.01.2008]
- Stadt Bielefeld (2008b): Bebauungsplan. <http://www.bielefeld01.de/geodaten2/bplan/bplan.php> [Stand: 24.01.2008]
- Stadt Bielefeld (2008c): Flächennutzungsplan. <http://www.bielefeld01.de/geodaten2/fnp/fnp.php> [Stand: 24.01.08]
- Stadt Bielefeld/Betrieb Stadtforschung, Statistik und Wahlen (Hg.) (2000): Das Gesundheitssystem in Bielefeld. Meinungen der Bielefelder Bürgerinnen und Bürger zur gesundheitlichen Versorgung. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. Bearbeitung: Betrieb Stadtforschung, Statistik und Wahlen in Zusammenarbeit mit Runder Tisch Gesundheit der Stadt Bielefeld [Reihe Stadtforschung in Bielefeld, Heft 6]. Bielefeld. http://www.bielefeld.de/ftp/dokumente/bielefeld1999das_gesundheitssystem_in_bielefeld.pdf [Stand: 13.01.2008]
- Stanhope, M./Lancaster, J. (1996): Community health nursing: promoting health of aggregates, families and individuals. St. Louis: Mosby-Year
- Statistisches Bundesamt (2006): Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit - Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2006/mikrozensus_2005i.pdf [Stand: 01.11.2007]
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007 – Kurzfassung. Berlin. <http://www.svr-gesundheit.de> [Stand: 10.04.2008]
- Thau, B. (1996): Vom Rettungshaus zum diakonischen Unternehmen. Das Evangelische Johanneswerk e.V. In: Beaugrand, A. (Hg.): Stadtbuch Bielefeld. Tradition und Fortschritt in der ostwestfälischen Metropole. Bielefeld: Westfalenverlag, 158-159
- Ulrich, R. (2003): Globale Bevölkerungsdynamik. Herausgegeben von der Bayerischen Landeszentrale für Politische Bildungsarbeit. <http://www.km.bayern.de/blz/web/100065/05ulrich.html> [Stand: 20.01.2008]
- von Baratta, M. (2006): Der Fischer Weltalmanach 2006. Zahlen, Daten, Fakten. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Weinstein, J.A. (2001): Demography: The science of population. Boston: Allyn and Bacon
- Witzel, A. (1989): Das problemzentrierte Interview. In: Jütemann, G. (Hg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Heidelberg: Asanger, 227-256
- WHO – World Health Organization (2007): Global age-friendly cities: a guide. http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf [Stand: 18.01.2008]

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2007a): ADT-Panel Nordrhein. Ambulante Morbidität: Die häufigsten Diagnosen in der allgemeinärztlichen Praxis, NRW, 2006. <http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/Odata/03/html/0301900052006.html> [Stand: 17.01.2008]

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2007b): ADT-Panel Nordrhein. Ambulante Morbidität: Die häufigsten Diagnosen in der nervenärztlichen Praxis, NRW, 2006. <http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/Odata/03/html/0302300052006.html> [Stand: 17.01.2008]