

Bielefeld

Amt für Demographie und Statistik

1

Unser Thema

FIT IN DIE ZUKUNFT

Überlegungen zu einem Versorgungskonzept
für ältere Menschen in Bielefeld

Susanne Tatje,
Stadt Bielefeld, Amt für Demographie und Statistik
Bielefeld, September 2014

Inhalt

Zum Thema	3
1. Herausforderung demographischer Wandel	3
2. Chancen durch demographischen Wandel	4
3. Gesundheit und Pflege als Aufgabe	5
4. Bielefeld in der Region – Gesundheitsregion Bielefeld	7
5. Vorschläge für ein Gesamtkonzept	8

Die Fußnoten befinden sich am Ende des Textes.

© Stadt Bielefeld, Amt für Demographie und Statistik

Für nicht gewerbliche Zwecke sind Vervielfältigungen und unentgeltliche Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet. Die Verbreitung, auch auszugsweise, über elektronische Systeme/ Datenträger bedarf der vorherigen Zustimmung. Alle Rechte vorbehalten.

Impressum Herausgeber: Stadt Bielefeld, Der Oberbürgermeister
Redaktion: Susanne Tatje, Amt für Demographie und Statistik;
Kontakt: demographische.entwicklung@bielefeld.de

Zum Thema

Bielefeld wird sich in den kommenden Jahren durch den demographischen Wandel stark verändern. Wie für die meisten Regionen der Bundesrepublik Deutschland¹ heißt das zum einen, dass die Bevölkerungszahl stetig zurückgeht. Andererseits verändert sich aufgrund sinkender Geburtenzahlen und steigender Lebenserwartung die Altersstruktur. Das führt zu einem geringeren Anteil jüngerer und einem höheren Anteil älterer und hochaltriger Menschen an der Gesamtbevölkerung².

Um den Folgen der demographischen Veränderungen zu begegnen, wurde schon 2006 das Gesamtkonzept „Demographischer Wandel als Chance?“ politisch abgestimmt; es entwickelt Möglichkeiten für die Stadt, sich auf die zukünftigen Herausforderungen einzustellen. Mit seinen sechs demographiepolitischen Zielen auf den Handlungsfeldern Gesundheit, Stadtentwicklung, Integration, Bildung, Familie und Arbeit gehört das Konzept inzwischen zur Basis der städtischen Planung³ und trägt so dazu bei, rechtzeitig Weichen für die Zukunft zu stellen. Eins der sechs demographiepolitischen Ziele lautet „Wir gehen fit in die Zukunft!“ und umfasst u.a. die Aspekte Gesundheit und Pflege.

Das Folgende skizziert Überlegungen zum Handlungsfeld Gesundheit („Wir gehen fit in die Zukunft!“⁴), die vor dem Hintergrund der steigenden Zahl alter, pflegebedürftiger und demenzkranker Menschen eine Strategie zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten für alle Bürgerinnen und Bürger anregen.

1. Herausforderung demographischer Wandel

Demographische Veränderungen – auch wenn sie für Bielefeld nicht dramatisch sind – haben erhebliche Auswirkungen auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung. Die Zahl älterer Patientinnen und Patienten steigt kontinuierlich, und mit ihr das Eintreten wesentlicher Erkrankungen; auch die Zahl chronisch Kranker wächst mit zunehmendem Alter. Eine

bundesweite Befragung des Robert Koch Instituts (RKI) stellte fest, dass deren Anteil in der jüngsten Altersgruppe bei unter einem Fünftel liegt – von den über 65-Jährigen hingegen leiden über die Hälfte der Männer und knapp 60 % der Frauen an einer chronischen Krankheit⁵.

Die höhere Lebenserwartung und zunehmende Zahl Hochaltriger sowie von Menschen mit Demenz erfordern einen qualitativen und quantitativen Ausbau der Pflege-, Versorgungs- und Gesundheitsangebote, denn die zunehmenden Lebensjahre gehen meist mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einher und die Zahl Hochaltriger steigt stark an⁶. Aktuell erwarten über 65-jährige Frauen in Deutschland 6,9 und Männer 6,7 gesunde Lebensjahre⁷. Aber das bedeutet auch, dass Frauen und Männer ab 72 Jahren mit deutlichen Einschränkungen ihrer Gesundheit rechnen müssen⁸. Die Anzahl der gesunden Lebensjahre zu erhöhen, ist ein zentrales Anliegen gezielter Gesundheitsförderung und Prävention. Zudem wächst die Vielfalt der Bevölkerung, und damit müssen sich die Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens auf mehr ältere und demenzkranke Menschen mit Migrationshintergrund einstellen. Es ist dabei wichtig, dass allen Bürgern, mit und ohne Migrationshintergrund, die Angebote der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung bekannt und zugänglich sind.

Diese Tatsachen muss kommunale Planung im Voraus einbeziehen und ihre entsprechenden Aktivitäten in den nächsten Jahren deutlich verstärken. Die vorhersehbare strukturelle Alterung und veränderte Zusammensetzung der Bevölkerung erfordern neue Konzepte für Prävention und Information sowie eine wohnortnahe medizinische, pflegerische und soziale Versorgung. Das setzt interdisziplinäres (und damit verwaltungsintern dezentriertes) Vorgehen voraus, denn es berührt so unterschiedliche Lebensbereiche und Handlungsfelder wie Gesundheit, Pflege, Familie, Wohnen oder Nachbarschaft: Gefragt ist eine gesamtstädtische Gesundheits- und Pflegepolitik⁹, die auch innovative Lösungen für Stadtteile und Quartiere entwickelt¹⁰ und beim Entwurf von Quartierskonzepten den Faktor Gesundheit im Blick hat¹¹.

2. Chancen durch demographischen Wandel

Die demographischen Veränderungen bringen auch Chancen für Bielefeld. So kann sich die Stadt auf demographisch sensiblen Handlungsfeldern wie Gesundheit in Verbindung mit Pflege oder auch wissenschaftlich-technischer Expertise profilieren.

Dazu einige Beispiele:

1. *Gesundheitswirtschaft*: Mit dem demographischen Wandel wurde die Gesundheitswirtschaft zu einer der größten und am schnellsten wachsenden deutschen Wirtschaftsbranchen, und der Ausblick ist außerordentlich positiv. Gesundheitsausgaben hatten im Jahr 2010 einen Anteil von 11,6 % bzw. 287 Mrd. am Bruttoinlandsprodukt; je Einwohner/in betragen sie 3.510. 2010 arbeiteten fast 12 % (4,8 Mio.) der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft; und die Zahlen sollen weiter steigen¹². Nach einer Prognose des Bundeswirtschaftsministeriums sind im Jahr 2030 über 20% der Erwerbstätigen – jeder Fünfte – in der Gesundheitswirtschaft tätig¹³. Auch ohne die entsprechenden Zahlen aus Bielefelder Gesundheitswirtschaftsunternehmen, den Bereichen des sogenannten zweiten Gesundheitsmarktes¹⁴ und der Erwerbstätigen im Gesundheitsbereich im Einzelnen anzuführen ist eindeutig, dass Bielefeld für einige gesundheitswirtschaftliche Bereiche zum wichtigen Standort geworden ist¹⁵.

Aufgrund des demographischen Wandels wird im Bereich Versorgung der Bedarf an Leistungen der Gesundheitswirtschaft in den nächsten Jahren deutlich steigen. Gleichzeitig gibt es den seit Jahren anhaltenden Trend, präventiv in die eigene Gesundheit zu investieren, was das rapide Wachstum des zweiten Gesundheitsmarkts beschleunigt. Die Gesundheitswirtschaft kann vom demographischen Wandel profitieren, steht aber zugleich in der Pflicht, der steigenden Nachfrage mit kommunaler Daseinsvorsorge zu begegnen.

2. *Bildung, Ausbildung und Weiterbildung*: Neben der Ausbildung und Bindung von Fachkräften in den verschiedenen Berufsfeldern des Gesundheitsbereichs könnten in Bielefeld vor allem die Pflegeberufe Bestandteil einer städtischen Fachkräftestrategie sein, die auch die technisch-/medizinischen Berufe in der Gesundheitswirtschaft fördert.

Durch seine Kliniklandschaft (Städtisches Klinikum Mitte/ Rosenhöhe/Halle, ev. Krankenhaus Gilead/Johannesstift sowie das St. Franziskus Hospital/"Klösterchen") bietet Bielefeld gute Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten und stärkt mit Krankenhausinvestitionen den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft. Das bedeutet auch, eine zentrale Rolle in der Versorgung der und für die Region einzunehmen.

Grundlegend sind auch Weiterbildungsangebote, die Bürgerinnen und Bürger über anstehende Entwicklungen und Krankheiten wie Demenz informieren¹⁶. So könnte die städtische Weiterbildungseinrichtung in Bielefeld mit andern Bildungsträgern sowie weiteren Akteuren wie Krankenkassen, niedergelassenen Ärzten und Kliniken zusammen arbeiten und eine zentrale Rolle übernehmen, sowohl für die Stadt als auch für die Region.

3. *Expertenwissen vor Ort*: Im Städtischen Klinikum Bielefeld entwickelten die Bereiche Geriatrie und Chirurgie vor einigen Jahren das fächerübergreifende Projekt Alterstraumatologie. Ältere Patienten der Unfallchirurgie erhalten ab dem ersten Tag nach der OP intensive Physio- und Ergotherapie, aktivierende Krankenpflege und eine abgestimmte Schmerztherapie sowie Begleittherapie zusätzlicher Erkrankungen. Dies zeigt Wirkung: Die Patienten werden rascher gesund, wieder voll belastbar und können häufiger in ihr gewohntes Umfeld zurückkehren. Zudem verkürzte sich ihr durchschnittlicher Krankenhaus-Aufenthalt von 39 auf 26 Tage; es werden also Kosten eingespart. Das Modell leuchtet unmittelbar ein, sein Ansatz ist aber für Krankenhäuser keineswegs

selbstverständlich, denn traditionell folgen diese Behandlungsschritte separat aufeinander – erst der chirurgische, nach ca. 14 Tagen der geriatrische. Damit geht für die Heilung wertvolle Zeit verloren¹⁷.

4. *Forschung vor Ort*: Auch das Entwickeln neuer Techniken, Produkte und Dienstleistungen gehört zu den Herausforderungen der nächsten Jahre. An der Universität Bielefeld wurde am Exzellenzcluster CITEC der „emotionale Roboter“ Flobi entwickelt und auf der weltweit bedeutendsten Konferenz zu Mensch-Roboter-Interaktion im März d.J. in Bielefeld vorgestellt. Das Besondere an der Konferenz war der interdisziplinäre Ansatz, mit dem Erkenntnisse aus zahlreichen Fächern zusammengebracht werden wie Robotik, Psychologie, Anthropologie, Design, Künstliche Intelligenz oder Ingenieurwissenschaft. Einige Workshops befassten sich auch mit Themen, die im Hinblick auf die Folgen der demographische Entwicklung zunehmend von Bedeutung sind. Zum Beispiel mit den Fragen, für welche Aufgaben Roboter von Senioren als Assistenten akzeptiert werden oder wie Roboter sich in Sprache und Verhalten auf Menschen aus verschiedenen Kulturen einstellen können¹⁸.

3. Gesundheit und Pflege als Aufgabe

Dem Fachgebiet Geriatrie mit seinen auf die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen abgestimmten Konzepten wird in der weiteren Entwicklung wachsende demographische Bedeutung zukommen. Die Zahl von Patientinnen und Patienten, die in Bielefelder Krankenhäusern unter Hinzuziehung geriatrischen Fachverständs betreut werden muss, wird in den nächsten Jahren weiter steigen.

Bielefelder Krankenhäuser haben sich auch auf mehr hochaltrige Kranke mit geriatritypischer Multimorbidität einzustellen; also auf vermehrtes Auftreten von Störungen des Bewegungsapparats, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Demenz¹⁹. Die veränderten Krankheitsbilder bedingen Verschiebungen

zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und erfordern neue, sektorenübergreifende Planungskonzepte. Für diese komplexen geriatrischen Versorgungsbedürfnisse wurden in den letzten Jahren neue Modelle entwickelt, die entsprechend der demographischen Veränderungen und des sich damit wandelnden medizinisch-pflegerischen Kontexts weiter auszubauen sind.

Für eine immer älter werdende Stadtgesellschaft gewinnt die hausärztliche Grundversorgung an Bedeutung. Diese gibt aber zunehmend Anlass zur Sorge: Nachdem ausscheidende Hausärztinnen und -ärzte in Deutschland nicht mehr durch entsprechenden Nachwuchs ausgeglichen werden können und zugleich das veränderte medizinische Spektrum höhere Erwartungen und damit Anforderungen an die hausärztliche Medizin stellt, steht ein strukturelles hausärztliches Defizit bevor wie der aktuelle Ärztemonitor 2014 zeigt und der die Ursache in dem relativ hohen Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte von etwas über 53 Jahren sieht²⁰. Zudem werden im Zuge der demographischen Veränderungen weitere Arztgruppen ebenfalls dringend benötigt: Urologen, Augenärzte und fachärztliche Internisten²¹. Deshalb wäre wichtig, den Status der Situation in Bielefeld, den Bielefelder Stadtteilen und im Umland zu prüfen, um geeignete Strategien zu entwickeln. Dabei spielt Bielefeld auch für die Versorgung des Umlands eine wichtige Rolle: 23,9 % des Behandlungsbedarfs wird aus dem Umland nachgefragt²².

Bei stetig steigender Anzahl älterer und hochaltriger Menschen und verstärkter Tendenz zu ärztlicher Spezialisierung ist ein Hausarzt als zentraler Anlaufpunkt von besonderer Bedeutung, da er Überblick über das gesamte Krankheitsbild hat. Dies ist gerade in Stadtteilen mit jetzt schon hohem Anteil alter Menschen in schwieriger sozialer Situation wichtig, in denen sich jedoch nur noch eine vergleichbar geringere Zahl von Hausarzt-Praxen findet. Hier sind verstärkt koordinierende Maßnahmen zu entwickeln, denn gerade in Zukunft bedarf es abgesicherter hausärztlicher Versorgung.

Zwar ist Bielefeld für Medizinerinnen und Mediziner attraktiv, aber der bundesweite Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten, der hohe Ersatzbedarf für altersbedingt ausscheidende Hausärzte und der demographisch bedingte Mehrbedarf an zusätzlichen Ärzten stellt auch unsere Region vor Herausforderungen²³. Zudem ist absehbar, dass in den nächsten 15 Jahren rund 40 % der heute im Krankenhaus ärztlich Beschäftigten ausscheiden. Die Situation verschärft sich aufgrund der demographischen Entwicklung durch einen zu erwartenden Versorgungs-Mehrbedarf von rund 33% für stationäre Patienten²⁴.

Zunahme chronischer Erkrankungen und Bedarf an Altersmedizin erfordern aus fachlichen und wirtschaftlichen Gründen neue Versorgungsmöglichkeiten: Die bisherige Separierung führt gerade bei chronisch Kranken mit unterschiedlichen Arztkontakten ohne vernetzte Kommunikation zu ineffizienten bis schädlichen Parallelbehandlungen und zu Informationsverlust, was sowohl die Heilungsprozesse behindert als auch die Weiterentwicklung der Geriatrieforschung. Eine Förderung integrierter Versorgungsformen wie Gemeinschaftspraxen, medizinischer Versorgungszentren (MVZ) oder von Versorgungsnetzen aus Arztpraxen und Krankenhäusern könnte diesem Problem begegnen und dazu beitragen, die Versorgung flächendeckend und langfristig zu sichern²⁵.

Ein vergleichbarer Trend zeichnet sich bei den Gesundheitsfachberufen ab, vor allem in der Pflege. Er wird dadurch verstärkt, dass sich bei starker pflegerischer Arbeitsverdichtung, großstädtisch hohen Lebenshaltungskosten und im Verhältnis dazu niedriger Vergütung viele Pflegekräfte nach beruflichen Alternativen umsehen müssen. Vor diesem Horizont ist die Sicherung der Hilfe für Pflegebedürftige eine wichtige Zukunftsaufgabe. Das Eintreten der Pflegebedürftigkeit ist stark altersabhängig; so geht mit der Zunahme des Anteils über 80-Jähriger in Bielefeld ein deutlicher Anstieg der Zahl Pflegebedürftiger einher.

Im Rahmen des Themenreports „Pflege 2030“ der Bertelsmann-Stiftung²⁶ wurden Ausmaß

und Auswirkungen dieser Entwicklung für Deutschland nach Kommunen und Ländern für 2030 regional geschätzt. Die Hochrechnung geht von der (üblichen) Annahme aus, dass die Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit in den einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen unverändert bleibt. Und nach Berechnungen des IT.NRW hat Bielefeld bis 2030 mit einem Anstieg von 14 % zu rechnen (Startwert IT.NRW 2011: 9448 Pflegebedürftige).

Setzt man den Personaleinsatz pro Pflegeklient bei ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen konstant, steigt der Personalbedarf in der Langzeitpflege voraussichtlich mindestens so stark wie die Pflegebedürftigkeit. Gleichzeitig setzt sich der gesellschaftliche Trend fort, dass Betroffene bei beginnender Pflegebedürftigkeit möglichst im vertrauten Umfeld bleiben und sich ein Höchstmaß an Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Teilhabe erhalten möchten. Dieser Trend stützt die Verwirklichung neuer Wohn- und Pflegeformen im Quartier und das Zusammenwirken von Fachkräften und Nachbarschaft bei Hilfsbedarf²⁷.

Der Anteil von Demenzerkrankungen als Auslöser für Pflegebedürftigkeit wird weiter steigen. Dabei ist der Umgang mit einer zunehmenden Zahl an Demenz Erkrankter und deren Angehörigen nicht nur Thema pflegerischer Versorgung, sondern stellt alle Bereiche des öffentlichen Lebens vor eine neue Situation. Menschen mit und ohne Demenz begegnen einander zunehmend im Alltag, gerade wenn Pflege nicht weiter stationär erfolgen soll. Dann ist es gut, wenn Bürgerinnen und Bürger ohne Demenz mehr über deren Erscheinungsformen wissen und hilfreich reagieren können. So kann eine der schlimmsten Folgen von Demenz vermieden werden: Der Rückzug von Erkrankten und deren Angehörigen aus der Gemeinschaft.

In Bezug auf Pflege sollten sich alle Beteiligten darüber klar sein, dass nach 2030 die Entwicklung nochmals an Geschwindigkeit zunehmen wird: Der Eintritt der ‚Baby-Boomer‘ ins Rentenalter leitet deren Übergang ins ‚vierte Lebensalter‘ der über 80-Jährigen ein, und das wird zwischen 2035 und 2045 der Fall sein²⁸.

Die Herausforderung durch absehbaren Pflegebedarf verlangt, dass alle Beteiligten in Bielefeld diese anspruchsvolle Aufgabe umgehend angehen. Demographisch begründbares Ziel muss dabei sein, das Auftreten chronischer Erkrankungen weitestgehend zu vermeiden, möglichst früh mit Präventionsangeboten die Gesundheit zu fördern oder Erkrankungen in eine spätere Lebensphase zu verschieben. Damit können bei steigender Lebenserwartung die von Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit eingeschränkte Phase verkürzt und viele beschwerdefreie Lebensjahre hinzugewonnen werden. Mit einem vor allem kurativ ausgerichteten Gesundheitswesen ist das aber nicht zu erreichen: Prävention und Gesundheitsförderung sind als tragende Säulen des Gesundheitswesens neben Behandlung, Rehabilitation und Pflege strukturell zu verankern.

Um den demographischen Anforderungen zu begegnen, sind in Zukunft bislang noch vorwiegend separate städtische Fachplanungen wie Bauen und Wohnen, Altenhilfe, Gesundheit oder Kultur miteinander zu vernetzen und weitere Akteure der Stadtgesellschaft einzubeziehen. Dazu hier als Beispiel die Alterstraumatologie der Kliniken Bielefeld: Das fächerübergreifende Projekt müsste aus demographischer Sicht für eine Gesamtstrategie für die Stadt weiterentwickelt werden²⁹. Dazu gehört unter anderem, weitere Kliniken zur Teilnahme zu bewegen, niedergelassene Ärzte für Kooperation zu gewinnen, städtische Akteure wie Altenhilfeplanung oder Bauamt einzubinden, Architekten, Designer und Wohnungsbaugesellschaften davon zu überzeugen, Wohnungen, Häuser, öffentliche Gebäude und Quartiere entsprechend zu planen. Dabei brauchen wir Antworten auf Fragen wie:

- Wie war der Gesundheitsstatus vor dem Sturz?
- Welche Situation erwartet den Menschen, der nach Hause entlassen wird?
- Wie sieht die Versorgungsmöglichkeit im Quartier aus?
- Was geschieht, wenn Patienten nicht nach Hause zurück können?

Vordringlich sind für Planung und Strategie Aspekte wie barrierefreie Wohnraumgestaltung, gesundheitliche Vorsorge, wohnortnahe Versorgungsmöglichkeit, Betreuung und Pflege, Zugang zu und Teilhabe an Kulturangeboten und Möglichkeit zu sozialen Kontakten. Diese Bedingungen erfüllen beispielsweise Modelle mit ‚Kindergärten, Schulen und Altenheimen unter einem Dach‘. Auch die visuelle Gestaltung des öffentlichen Raums ist einzubeziehen: Zum Bedarf gehören gut erkenn- und lesbare Beschilderungen im Straßenverkehr ebenso wie in Bibliotheken, Altenheimen und Krankenhäusern.

Entscheidend für das Gelingen ist ein Gesamtkonzept, das städtische Akteure gemeinsam mit Architekten, Ärzten, Ingenieuren, Wissenschaftlern, Wohnungsbaugesellschaften und Weiteren gemeinsam entwickeln und mit der Gesamtstrategie verknüpfen.

4. Bielefeld in der Region – Gesundheitsregion Bielefeld

Nicht nur Bielefeld steht vor diesen demographischen Veränderungen und sollte sich deshalb mit anderen Kommunen der Region verständigen, um über Schnittmengen von unterschiedlichen mit parallel verlaufenden Entwicklungen gemeinsame Lösungswege zu entwickeln. Ein Ausbau möglicher Vernetzungen über Bielefeld hinaus könnte wie folgt verlaufen:

Gemeinsam mit Partnern in der Region werden Strategien entwickelt, um den Herausforderungen durch demographischen Wandel auf so unterschiedlichen Handlungsfeldern wie Wirtschaft, Wissenschaft, Infrastruktur, Gesundheitsversorgung, Bildung zu begegnen.

Neben anderen zentralen Themen nähme ein gemeinsames Projekt zum Thema „Demographie und Daseinsvorsorge“ verschiedene Querschnittsthemen in den Blick wie Bildung, Mobilität, Lebensqualität oder die medizinische Versorgung in der Region.

Alle Bürgerinnen und Bürger in Bielefeld und der Region brauchen wohnortnahe hausärztliche Versorgung und angemessene Alters- und Sozialstrukturen in erreichbarer Nähe. Es wird darüber zu diskutieren sein, ob die bereits bestehenden sektorenübergreifenden Planungsansätze auch für Bielefeld und die Region ein Beispiel sein können, dieser Situation zu begegnen³⁰. Bielefeld als attraktiver Niederlassungs- und Standort für Ausbildung und Weiterbildung im Pflegebereich würde für ein bedarfsdeckendes Angebot von hausärztlicher Versorgung und Pflegekräften sorgen und damit auch für die Gesundheitsversorgung der Region Verantwortung übernehmen. Bei intelligenter Zusammenarbeit mit anderen Kommunen im Bereich der Ausbildung (zum Beispiel Fachhochschule für Pflegewissenschaft, Kliniken etc.) oder in Altenheimen verschiedener Träger kann Bielefeld eine zentrale Rolle in der Versorgung der Region wahrnehmen. Bei einer Kooperation mit Experten und Spezialkliniken aus der Region wie Bad Oeynhausen (Herzzentrum) sowie den angrenzenden Kurorten sind vorhandene Potentiale besser zu nutzen und können gemeinsam weiterentwickelt werden.

Bielefeld ist durch seine großen Einrichtungen wie städtische Kliniken, ev. Krankenhaus Gilead und Johannesstift sowie das St. Franziskus Hospital jetzt schon Zentrum für Gesundheit und Pflege in der Region. Insbesondere in der spezialisierten und hoch spezialisierten medizinischen und pflegerischen Versorgung ist Bielefeld ein überregional bedeutender Versorgungsschwerpunkt, das zeigen Alterstraumatologie und Geriatrie der Kliniken Bielefeld, die Schlaganfallspezialisierung der ev. Kliniken/Gilead und auch niedergelassene Fachärzte. Zahlreiche Patientinnen und Patienten der hiesigen Krankenhäuser und hier ambulant behandelte Patientinnen und Patienten kommen nicht aus der Stadt. Da sich in ländlichen Regionen immer weniger spezialisierte Ärztinnen und Ärzte niederlassen, gewinnt die aktuelle gesundheitliche Versorgungsfunktion Bielefelds in diesen spezialisierten Bereichen weiter an Gewicht. Zugleich sind Bielefelds Gesundheitseinrichtungen auf Patientinnen und Patienten aus dem Umland angewiesen, um ihre Ausrüstung auf

dem letzten Entwicklungsstand halten und refinanzieren zu können.

Die medizinische Entwicklung wird die Ausgestaltung des künftigen Gesundheitswesens maßgeblich beeinflussen. Experten erwarten, dass der Fortschritt von Telemedizin und Biosensorik – von intelligenten, die Gesundheit und Pflege unterstützenden Angeboten medizinischer und pflegerischer Leistungen, die bisher nur stationär überwacht, gesteuert oder behandelt werden konnten – künftig weit mehr Behandlungen in häuslicher Umgebung erlaubt³¹. Vor diesem Hintergrund könnte Bielefeld zukünftig eine stärkere Rolle als bedeutendes gesundheitliches Versorgungszentrum in der gesundheitlichen Spezialversorgung der Region einnehmen.

Darüber hinaus gilt es, das Präventionspotential älterer Menschen auszubauen und zu nutzen: Auf- und Ausbau der Bewältigungsressourcen für den Umgang mit schwierigen Lebenssituationen, Steigern und Erhalten der körperlichen Aktivität, bewusstes Ernähren, mäßiger Alkoholkonsum und Nichtrauchen.

Auch Betriebe müssen sich der veränderten Altersstruktur ihrer Belegschaft stellen, etwa indem sie durch Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – und damit die eigene Wettbewerbsfähigkeit – aktiv erhalten. Mittelfristig wird es weniger um altersgerechte Arbeitsplätze gehen als um altersgerechte Arbeitsplätze.

In allen diesen Bereichen kann Bielefeld als Motor wirken und gemeinsam mit anderen Akteuren übergreifende Konzepte entwickeln, die uns den dargestellten Zielen näher bringen.

5. Vorschläge für ein Gesamtkonzept

Folgende zentrale fachpolitische Zielsetzungen im Gesundheits- und Pflegewesen sind für den Zeitraum bis 2030 denkbar³²:

- Ausbau Bielefelds als Versorgungszentrum der Region

- Entwicklung neuer integrierter Versorgungsmodelle in der Geriatrie zur Überwindung der Separierung fachärztlicher Einzelperspektiven und Behandlungsansätze
- Sicherung der primärmedizinischen Versorgung
- Fachkräftegewinnung für alle Berufsgruppen des Gesundheitswesens
- Ausbau von Ausbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten im Pflegebereich
- Ausbau der ambulanten Pflege
- Ausbau der Prävention zur Reduktion von Erkrankung und Pflege.

Aus demographischer Perspektive schafft eine auf die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten ausgerichtete Strategie bei Beteiligung unterschiedlicher Politikbereiche die Voraussetzungen zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit aller Bürgerinnen und Bürger.

Diese strategischen Überlegungen sind dann im Rahmen weiterer Diskussionen mit Akteuren aus Stadt und Region zu konkretisieren.

-
- 1) Die zwischen den Statistischen Ämtern von Bund und Ländern koordinierte Vorausberechnung zeigt die mögliche Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2060. Sie basiert auf Annahmen zu Geburtenhäufigkeit, Lebenserwartung und Saldo der Zuzüge nach und Fortzüge von Deutschland, woraus sich insgesamt 12 mögliche Varianten zukünftiger Entwicklung ergeben. Die Stadt Bielefeld/Amt für Demographie und Statistik legte 2012 eine eigene Bevölkerungsvorausberechnung für die Stadt und ihre zehn Stadtbezirke vor; sie ist im Demographiebericht 2012 veröffentlicht.
 - 2) Vgl. Tatje, Susanne: „Demographiebericht 2012“; in: Zukunft Stadt-Demographischer Wandel in Bielefeld, Heft 9. Hrsg.: Stadt Bielefeld; Bielefeld 2013
 - 3) Vgl. Tatje, Susanne: „Demographischer Wandel als Chance?“; in: Zukunft Stadt - Demographischer Wandel in Bielefeld, Heft 3. Hrsg.: Stadt Bielefeld; Bielefeld 2006.
 - 4) Das Thema Gesundheit und Pflege im Demographiekonzept ist Ergebnis der Tagung vom 16.11.04 „Die Zukunft hat schon begonnen“, durchgeführt von der Demographiebeauftragten Kooperation mit Prof. Dr. Helmut Brand (eh. Direktor des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW), sowie von Gesprächen zum Thema Gesundheitswirtschaft mit der Bielefelder Wirtschaftsförderung WEGE, zum Thema Public Health mit Prof. Dr. Angela Brand, eh. FH Bielefeld/Fachbereich Sozialwesen und Prof. Dr. Helmut Brand (s.o.), beide jetzt Professor of European Public Health an der Universität Maastricht, Niederlande. Daraus entstand das demographiepoltische Ziel des Demographiekonzeptes „Wir gehen fit in die Zukunft!“, das auch die Aspekte Alter und Pflege umfasst (sh. hierzu auch Fußnote 3).
 - 5) Robert Koch Institut (RKI): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland 2010“; mehr Infos unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geda/Geda_2010_inhalt.html (02.08.14)
 - 6) Gesundheitswissenschaftler sprechen häufig von 'Kompression der Morbidität', da zusätzliche Lebensjahre nicht notwendig mehr Beeinträchtigungen mit sich bringen. 'Kompression der Morbidität' geht im Gegensatz zu 'Expansion der Morbidität' nicht davon aus, dass verlängerte Lebenszeit auch längere medizinische oder pflegerische Versorgung bedeutet, sondern dass sich bei steigender Lebenserwartung starke Beeinträchtigungen auf die Zeit kurz vor dem Tod verdichten.
 - 7) Quelle: Eurostat zu Deutschland; Daten zum Jahr 2012. Mehr Infos unter (05.09.14): http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/echi_40.html#main?KeepThis=true&TB_iframe=true&eight=450&width=920
 - 8) Vgl. Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg.): Demografie-konzept. Hamburg 2030, Hamburg 2014. Mehr Infos unter (05.09.14): <http://www.hamburg.de/hamburg2030/>.
 - 9) Vgl. hierzu auch das WHO-Projekt „Gesunde Städte“. Es wurde 1986 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als langfristiges internationales Entwicklungsprojekt initiiert, um die Gesundheit der Bevölkerung in den europäischen Städten auf die politische Tagesordnung zu bringen und in Kommunen eine Lobby für öffentliche Gesundheit aufzubauen, die einen Beitrag zur Verbesserung des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens der Menschen leistet. Die Projektstädte haben sich in Netzwerken verbunden; Bielefeld ist nicht dabei. Mehr Infos unter (03.08.14): <https://www.dresden.de/de/03/13/who-projekt.php> (03.08.14)
 - 10) Es gibt unterschiedliche Akteure, die sich einzelner Aspekte „gesunder Quartiersentwicklung“ annehmen, so die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder das Landeszentrum für Gesundheit in NRW (LZG). Infos Online unter (03.08.14): http://www.bzga.de/botmed_60641000.html (Bund) https://www.lzg.gc.nrw.de/service/veranstaltungen/archiv/2014/140612_gesund_aelter_werden/index.html (Land NRW)

- 11) In den letzten Jahren wurden in Bielefeld in ganz unterschiedlichen Bereichen innovative Projekte entwickelt, so gab es an der FH Bielefeld/ Fachbereiche Pflegemanagement und Architektur schon 2004/2005 mehrere Abschlussarbeiten mit interdisziplinären Konzepten zu "Wohnen für demenzkranke Menschen". Auch die Ergebnisse der Tagung "Die Zukunft hat schon begonnen" (s. Fußnote 4), bestätigen, dass die dort diskutierten unterschiedlichen Konzepte aus dem Bereich Public Health zum Thema Versorgung im Bereich Alter und Demenz interdisziplinäre Ansätze voraussetzen.
- 12) Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens 2012
- 13) Zahlen, Daten und Fakten zur Gesundheitswirtschaft; in: das Krankenhaus 5.2010. Online unter: http://tisiv09.kohlhammer.de/doev.de/download/Portale/Zeitschriften/Krankenhaus/Politik_10/Politik_05_10_408_410_Zahlen.pdf (02.08.14)
- 14) Als „zweiter Gesundheitsmarkt“ gelten alle privat finanzierten Produkte und Dienstleistungen rund um Gesundheit. Er umfasst nach allgemeinem Verständnis freiverkäufliche Arzneimittel und individuelle Gesundheitsleistungen, Schönheitsoperationen, Fitness und Wellness, Gesundheitstourismus sowie Teilbereiche von Sport/Freizeit, Ernährung und Wohnen. Quelle: Bundesministerium für Gesundheit
- 15) Für eine genauere Übersicht wären Daten zu Gesundheitswirtschaftsunternehmen, Bereichen des sog. zweiten Gesundheitsmarkts und Erwerbstätigen im Gesundheitsbereich von Fachleuten zusammenzustellen, wenn das Thema weiter verfolgt wird.
- 16) In den letzten Jahren entwickelte die Bielefelder Tageszeitung Neue Westfälische (NW) in Kooperation mit den Kliniken und dem St. Franziskus Hospital Vortragsveranstaltungen zu verschiedenen Gesundheitsthemen.
- 17) Der Ansatz findet inzwischen auch Eingang in eine überregionale Diskussion zur chirurgischen Versorgung älterer Patienten; vgl. hierzu Pamela Dörhöfers Artikel in der Frankfurter Rundschau vom 03.09.14 „Zurück ins Leben vor dem Sturz“.
- 18) Weitere Infos unter (04.09.14): <http://www.uni-bielefeld.de/>
- 19) Schallock, M./ Czihal, Th./ Stillfried v., D. (2010): Projektion demografisch bedingter Prävalenzänderung für ausgewählte Krankheiten bis 2025. Präsentation beim 9. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung und der 5. Jahrestagung des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
- 20) Ärztemonitor 2014; weitere Infos unter: <http://www.kbv.de/html/aerztemo>. Berichte dazu auch in Bielefelder Tageszeitungen wie: „Kommunen fehlen Hausärzte“; Neue Westfälische Nr. 158/2014 sowie „Zug für Hausärzte abgefahren“; Neue Westfälische vom 05.08.14.
- 21) Vgl. Schallock; Manja et al (2010): Online unter (am 05.08.14): http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Poster1_1_Schallock.pdf
- 22) Vgl. Czihal T, von Stillfried D, Schallock M (2012). Regionale Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Versorgungsatlas. Berlin 2012.
- 23) Vgl. Erhart, M./ Schallock, M./ Stillfried v., D. (2011): Regionale Charakteristiken erklären die Attraktivität eines Standortes für die Praxisniederlassung und zeigen Förderungsbedarfe zur Ansiedelung von Ärzten auf - eine Regressionsanalytische Modellierung. Vortrag beim 18. GAA-Jahrestagung; 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung; Köln.
- 24) Vgl. Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg.): Demografiekonzept. Hamburg 2030, Hamburg 2014.
- 25) Vgl. Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg.): Demografiekonzept. Hamburg 2030, Hamburg 2014.
- 26) Online unter (04.08.14): http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-7A403F7349CEC9AD/bst/xcms_bst_dms_36923_39057_2.pdf
- 27) Vgl. „Lebensräume zum Älterwerden - Für ein neues Miteinander im Quartier“; Hrsg. vom Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG). Song ist ein Zusammenschluss mehrerer Akteure aus der Sozialwirtschaft im ganzen Bundesgebiet. Online unter (04.12.14): <http://www.netzwerk-song.de/index.php?id=13>
- 28) Vgl. Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg.): Demografiekonzept. Hamburg 2030, Hamburg 2014.
- 29) Diese Überlegungen wurden mit Dr. Wolfgang Schmidt-Barzynski vom Klinikum Bielefeld diskutiert, der in einem anderen Kontext das Konzept „Integrierte Prävention und Versorgung alter und chronisch kranker Menschen in Solingen“ entwickelt. Darüber hinaus stellt sich auch die Frage der zahnärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen und demenzkranken Menschen. Die Bielefelder Zahnärztin Dr. Bettina Tippmann führte im Gespräch über die konzeptionellen Überlegungen dieses Papiers aus, dass Fragen wie Zahnpflege und Zahnversorgung von Pflegebedürftigen und Demenzkranken im Altenheim (z.B. bei Ernährung durch eine Sonde) und die Schwierigkeit von Zahnbehandlungen im Altenheim technische, ethische und rechtliche Fragen aufwerfen (z.B. bei Zahnoperationen von demenzkranken Menschen), die bei der Diskussion um die Versorgung von alten Menschen stärker in den Blick genommen werden sollten.
- 30) Zum Thema „sektorenübergreifende Bedarfsplanung“ hatte die Bundesärztekammer ein Förderprojekt aufgelegt; die Vorschläge fallen jedoch nicht in den Zuständigkeitsbereich der Kommunen (gesetzlicher Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen); nähere Infos unter (06.09.14): www.bundesaeztekammer.de/downloads/sektoreneuebergreifende-bedarfsplanung.pdf
- 31) Vgl. Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg.): Demografiekonzept. Hamburg 2030, Hamburg 2014.
- 32) Vgl. Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg.): Demografiekonzept. Hamburg 2030, Hamburg 2014.