

Das Gesundheitsamt informiert

Gesundheitsbericht Band 17

Gesundheitsrahmenbericht für die Stadt Münster

Impressum

Herausgeberin	Stadt Münster, Gesundheitsamt
Redaktion	Dr. Claus Weth
Wissenschaftliche Begleitung	Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster Leitung: Univ. Prof. Dr. med. Klaus Berger
Text	Dr. Claus Weth, in Zusammenarbeit mit den Fachabteilungen des Gesundheitsamtes sowie den beteiligten Ämtern der Stadtverwaltung
Abbildungen und Tabellen	Ute Becker in Zusammenarbeit mit den Fachabteilungen des Gesundheitsamtes sowie den beteiligten Ämtern der Stadtverwaltung
Druck	Stadt Münster
März 2011	

Liste der Mitautorinnen und -autoren:

Dipl. Soz. Wolf Ulrich Batzler
Ralf Besler, Amt für Grünflächen und Umweltschutz
Dr. med. Tanja Bierbaum, Gesundheitsamt
Univ. Prof. Dr. Dr. med. Eva Brand
Dr. med. Rebekka Busch, Gesundheitsamt
Dr. med. Hans-Joachim Bücken-Nott, Ärztekammer Westfalen-Lippe
Claudia Diederichs, MA, MPH
Dr. med. Martha Dietzel,
Hans-Joachim Dornfeld, Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Stadtplanung, Verkehrsplanung
Jörg Espei, Gesundheitsamt
Romy Eissner, wissenschaftliche Mitarbeiterin
Dr. rer.medic. Astrid Farwick,
Dr. med. Eckhard Gollmer, Gesundheitsamt
Stephanie Hemling, Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt
Univ. Prof. Dr. med. Hans-Werner Hense
Dr. med. Axel Iseke, Gesundheitsamt
Dipl. Ges.-Wirtin Hiltraud Kajüter
Univ. Prof. Dr. med. Ulrich Keil
Brigitte Kempe, Gesundheitsamt
Dr. med. Michael Lürwer, Gesundheitsamt
Dr. rer. medic. Dr. Volkmar Mattauch
Christine Menke, Gesundheitsamt
Veit Muddemann, Amt für Grünflächen und Umweltschutz
Dr. P.H. Rainer Neumann, Gesundheitsamt
Dr. med. dent. Peter Noch, Gesundheitsamt
Renate Ostendorf, Selbsthilfekontaktstelle Münster
Prof. Dr. med. Daniel Pauleikhoff, Augenklinik am Franziskus-Hospital Münster
Kirsten Schenck-de Boer, Gesundheitsamt
Thomas Schulze Auf'm Hofe, Sozialamt
Dorothee Schumacher-Boysen, Gesundheitsamt
Dr. med. Dagmar Schwarte, Gesundheitsamt
Dr. med. Annette Siemer-Eikermann, Gesundheitsamt
PD. Dr. med. Mechthild Vennemann, Institut für Rechtsmedizin UKM
Dr. med. Heike Wersching
Claudia Wiens, Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Stadtplanung, Verkehrsplanung
Edmund Wilp, Gesundheitsamt

Diese Veröffentlichung erscheint in der Reihe „Gesundheitsberichterstattung“ des Gesundheitsamtes der Stadt Münster.

I Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen	4
1. Funktion der Gesundheitsberichterstattung	4
1.1 Kommunales Aktionsfeld der Gesundheitsberichterstattung	5
1.2 Fortschreibung, Partner und Umsetzung, Themenschwerpunkte	5
2. Schwerpunkt – Demografischer Wandel –	
Herausforderung für die kommunale Gesundheitsförderung	5
3. Gesund aufwachsen.....	6
4. Gesundheit und Alter.....	6
II. Soziodemographie	7
1. Bevölkerungsentwicklung Münster.....	7
1.2 Bevölkerung in Münster in Stadtbezirken nach Geschlecht	7
1.2 Bevölkerungsentwicklung in Münster 2000 - 2015	7
1.3 Bevölkerungspyramide der Stadt Münster zum 31.12.2008.....	8
2. Geburten und Sterbefälle	10
3. Nationalität	10
4. Haushaltsstruktur	11
5. Soziale Lage.....	12
III. Gesundheitszustand	12
1. Mortalität (Sterblichkeit).....	12
1.1 Lebenserwartung	12
1.2 Säuglingssterblichkeit	14
1.3 Allgemeine Sterblichkeit (oder altersspezifische Sterblichkeit).....	16
1.4 Verlust an Lebensjahren/ Vorzeitige Sterblichkeit	18
1.5 Suizide	18
2. Morbidität (Erkrankungsrate).....	21
2.1 Übertragbare Krankheiten	21
2.1.1 Tuberkulose	21
2.1.2 Aids und andere sexuell übertragbare Erkrankungen.....	22
2.1.3 MRSA (Methicillin - resistente Staphylococcen) in Münster.....	24
2.2 Stationäre Morbidität.....	25
2.3 Krankheiten des Kreislaufsystems	27
2.3.1 Europäische Gesundheitsstudie	29

2.3.2 Lebensqualität von Schlaganfallpatienten in Münster.....	29
2.4 Neubildungen (Krebs).....	31
2.5 Diabetes mellitus	34
2.6 Straßenverkehrsunfälle.....	35
2.7 Schmerz.....	38
(Autorin: Stephanie Hemling, Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt).....	38
2.8 Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	40
2.8.1 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst.....	41
2.8.2 Ergebnisse sozialpädiatrischer Untersuchung von Kindern vor Schulbeginn	42
2.8.3 Schulärztliche Aufgaben und Gesundheitsförderung.....	48
2.9.4 Beratungsstelle für Entwicklungsfragen im Kindes- und Jugendalter (BfE)	50
2.9.5 Früherkennung und Beratung, Hilfe und Therapie.....	51
2.9.6 Schwangerschaft und frühe Hilfen	52
2.9.7 Kinder- und Jugendzahngesundheit	54
2.9.8 Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	57
2.9 Erwachsenenpsychiatrie.....	62
2.10 Gesundheit in der 2. Lebenshälfte	64
2.10.1 Münsteraner Gesundheitsstudie – Ergebnisse der Querschnittserhebung 2004 -2008	64
2.10.2 Altersabhängige Makuladegeneration (AMD)	66
2.11 Chancengleichheit für ein gesundes Leben.....	68
IV. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	68
1. Gesund aufwachsen.....	69
1.1 Projekt „Gesund aufwachsen in ... Münster“	69
1.2. Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen in Münster“	72
1.3 Rauchverhalten.....	72
1.4 Unfälle in Haus und Freizeit im frühen Kindesalter.....	73
1.5 Impfprophylaxe im Kindesalter	76
2. Gesundes Altern.....	81
2.1 Gesundes altern und seine Grenzen	81
(Autor: Universitätsprofessor Dr. med. Ulrich Keil, Münster).....	81
2.2 Bewegungsförderung und gesunde Ernährung in der zweiten Lebenshälfte	82

V Gesundheitsrisiken aus der Umwelt	84
1. Wasserhygiene.....	84
1.1 Trinkwasserhygiene / Eigenwasserversorgungsanlagen.....	84
1.2 Zentrale Trinkwasserversorgung	85
1.3 Kleinanlagen	85
1.4 Trinkwasser-Hausinstallationen.....	87
1.5 Cyanobakterien und Trinkwasser (Beispiel Hiltruper See)	88
1.6 Schwimmbadhygiene.....	90
2. Lufthygiene – der Einfluss von Luft und Immissionen auf die Gesundheit.....	91
2.1 Gesundheitliche Beeinträchtigungen durch Innenraumluftbelastung	92
2.2 Luftreinhalteplan	94
3. Mobilfunk und Gesundheit.....	96
4. Umgebungslärmrichtlinie und Lärmaktionsplanung	98
5. Genehmigungsplanungen nach Bundes -	
Immissionsschutzgesetz (BImSchG) – Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit.....	100
6. Infektionshygiene	101
6.1 Infektionsschutz des Gesundheitsamtes Münster Beispiel H1N1 -	
Die „Neue Grippe“.....	101
6.2 Infektionsschutz in Altenheimen	104
VI. Einrichtungen, Dienste und Leistungen	105
1. Ambulante Gesundheitsversorgung	105
1.1 Sonstige Gesundheitsfachberufe.....	106
2. Stationäre Versorgung	107
4. Arzneimittelversorgung.....	109
5. Pflegerische Versorgung	109
6. Kommunales Gesundheitsamt und seine Aufgaben	110
6.1 Gesundheitshaus.....	111
6.2 Gesundheitskonferenz.....	113
6.3 Übernahme der Geschäftsaufgaben des Gesunde Städte-Netzwerkes.....	113
7. Gesundheitsstadt und Gesundheitswirtschaft.....	114
8. Selbsthilfe in Münster	114
8.1 Selbsthilfe-Kontaktstelle Münster	115

I Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

1. Funktion der Gesundheitsberichterstattung

Die Verbesserung des Gesundheitszustands und die Verlängerung der Lebenserwartung seit dem 19. Jahrhundert gehen zum einen auf medizinisch-kurative Innovationen zum anderen aber auf wirtschaftliche und soziale Entwicklungen sowie Umwelt-, Ernährungs-, Hygiene- und Bildungsfortschritt zurück. Ein guter Gesundheitszustand erklärt sich damit auch aus der Verbesserung in den Lebensbedingungen und Lebensstilen. Städte und Gemeinden prägen mit ihrer lokalen Politik die Lebensbedingungen der gesamten Bevölkerung. Zum Einflussbereich der Kommunalpolitik zählen u. a. die wirtschaftliche Entwicklung der Stadt und damit Arbeits-, Einkommens- und Karriereperspektiven, die Umwelt- und Verkehrsbelastung, die soziale Infrastruktur, Bildungseinrichtungen und Einrichtungen der Gesundheitsförderung-, vorsorge und Versorgung. Damit haben, außer von der Gesundheitspolitik verantwortete Felder, verschiedene, weitere Politikbereiche eine prinzipielle Bedeutung für die Gesundheitsförderung und Prävention.

Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die uns umgebende Verhältnisse wie auch das persönliche Verhalten einschließen. Dabei steht die Gesamtbevölkerung im Fokus der Prävention, im Sinne einer allgemeinen Gesundheitsförderung. Alle sozialen Gruppierungen, vor allem aber Benachteiligte, insbesondere Familien mit Kindern, Jugendliche, Senioren, Alleinerziehende und Personen aus schwächeren Strukturen wie z.B. Menschen mit Migrationsvorgeschichte bedürfen einer besonderen Aufmerksamkeit. Der demografische Wandel, der sich auch in Münster in einigen Jahren abbilden wird, stellt uns alle vor neue Herausforderungen. Trends lassen sich beschreiben unter den Begriffen wie „Weniger, Älter, Bunter“. Zukünftige Handlungsfelder werden dabei sein Integration, Bildung, Teilhabe, Selbsthilfe, Stadtplanung, Wirtschaft, Arbeit, Umwelt, Infrastruktur und nicht zuletzt Gesundheit. Themen wie Frühförderung und Frühe Hilfen, soziale und gesunde Stadt, Hilfebedarf und Autonomieerhalt Älterer, Gesundheitsförderung in Stadtteilen, Quartieren und Betrieben, Gesundheits- wirtschaft, Umweltgestaltung und die Auswirkung auf die Gesundheit gewinnen an Bedeutung.

Eine an der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation WHO orientierte Politik entfaltet auf mehreren Handlungsfeldern Aktivitäten:

Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die sich nicht auf das klassische Gesundheitsressort (Krankenversicherung und –versorgung) beschränkt, sondern andere Lebensbereiche und Politikfelder mit berücksichtigt,

Entwicklung gesundheitsfördernder „Lebenswelten“ (Settings)

Entwicklung und Stärkung gesundheitsrelevanter Ressourcen in der Bevölkerung und / oder in bestimmten Zielgruppen.

Eine effektive und nachhaltige Gesundheitsprävention setzt gemeinsame Ziele, Strategien sowie eine enge Kooperation der Akteure in unterschiedlichen Lebensbereichen und Politikfeldern voraus. Die Akteure benötigen für Entscheidungen eine gemeinsame Informationsbasis, die die Gesundheitsberichterstattung liefern muss.

Unter Gesundheitsberichterstattung ist die systematische Darstellung und Analyse des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, der Gesundheitsgefährdungen und der Gesundheitsversorgung, auch im Kontext zu weiteren Politikfeldern wie Wirtschaft, Arbeit, Verkehr, Umwelt, Wohnungsbau etc. zu verstehen. Dabei handelt es sich nicht nur um eine reine Dokumentation von Fakten, sondern um solche Aufbereitungen und Interpretation von Daten, die für die Gesundheitspolitik, die Gesundheitsförderung und die Gesundheitssystemgestaltung nutzbar gemacht werden können. In diesem Sinne versteht sich Gesundheitsberichterstattung als ein rationales Instrument der Planung politischer Entscheidungen und insbesondere der Steuerung von Maßnahmen.

1.1 Kommunales Aktionsfeld der Gesundheitsberichterstattung

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung, die sich an den Indikatorensatz des Bundes und der Länder anlehnt, hat zusätzlich kommunale Besonderheiten im Focus. Mit dem Gesundheitsrahmenbericht aus dem Jahr 2001 wurde erstmals für Münster eine sogenannte „Gemeindediagnose“ erstellt. Diese gibt Informationen zur Soziodemographie in Münster, zum Gesundheitszustand der Münsteraner und Münsteranerinnen, zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Gesundheitsrisiken und zu den Einrichtungen, Diensten und Leistungen im Münsteraner Gesundheitswesen. In den einzelnen Themenfeldern wurden Handlungsansätze formuliert. Diese wurden in den zurückliegenden Jahren umgesetzt bzw. in die laufende Arbeit integriert. Spezialthemen wurden darüber hinaus durch die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) aufgegriffen und auch das Gesundheitsamt hat im Rahmen von Spezialberichten solche Themen bearbeitet.

1.2 Fortschreibung, Partner und Umsetzung, Themenschwerpunkte

Die Stadt Münster hat in Zusammenarbeit mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz Münster und mit Unterstützung des Institutes für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster im Jahr 2001 den ersten Gesundheitsrahmenbericht erstellt. Dieser Bericht hat in den zurückliegenden Jahren eine hohe Aufmerksamkeit sowohl in der Bürgerschaft, der Politik, der Verwaltung als auch im wissenschaftlichen Bereich erfahren. Die Fortschreibung des Berichtes ist von allen Seiten befürwortet worden. Im Rahmen der Konzentrierten Aktion Wissenschaftsstadt Münster hat der Arbeitskreis Medizinische Prävention die Fortschreibung des Gesundheitsrahmenberichtes unterstützt. Das Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster konnte erneut für die wissenschaftliche Begleitung gewonnen werden. Partner aus der Kommunalen Gesundheitskonferenz haben themenbezogen an der Fortschreibung mitgewirkt. Die Bausteine im Einzelnen wurden unter intensiver Mitarbeit der Fachabteilungen des Gesundheitsamtes und mit Unterstützung unterschiedlicher Fachämter der Stadtverwaltung erstellt. Dieser Bericht wird der Gesundheitskonferenz Münster zur Beratung vorgelegt. Das Gesundheitsamt wird den kommunalpolitischen Fachausschüssen eine Beschlussvorlage zu den besonderen Schwerpunkten dieses Berichtes zur Beratung und Entscheidung vorlegen. Hierzu gehören insbesondere die Themenfelder *Gesund aufwachsen in Münster*, *Gesundheit älterer Menschen* sowie *Herz- und Kreislauferkrankungen*.

2. Schwerpunkt – Demografischer Wandel – Herausforderung für die kommunale Gesundheitsförderung

Das Handlungskonzept „Demografischer Wandel in Münster“ belegt, Münster altert. Gleichzeitig nimmt die Zahl der Kinder ab. Kindergärten und Schulen werden hiervon ebenso betroffen sein wie die Arbeitswelt, dies betrifft z.B. auch die Stadtverwaltung Münster aber auch Einrichtungen in der gesundheitlichen und sozialen Versorgungslandschaft. Soziale Netze werden sich verringern, die Infrastruktur der gesundheitlichen Versorgung wird sich ausdünnen, für die Betreuung wird fachliches, qualifiziertes Personal fehlen, Anforderungen an die Gesellschaft verändern sich.

Diese Veränderung stellt auch die Gesundheitsdienste vor Ort vor große Herausforderungen. Eine Positionierung ist daher in unterschiedlichen Feldern des kommunalen Gesundheitswesens notwendig, z.B. durch

- Schärfung des Profils „Gesundheitsstadt Münster“ auch unter Berücksichtigung unterschiedlicher Leitorientierungen zum Thema Gesundheit,

- Stärkere Vernetzung des Themas Gesundheit mit anderen Themen aus unterschiedlichen Planungsbereichen der Stadt,

- Stärkung des Gesundheitsamtes in der Gesundheitsförderung, im Gesundheits- und Infektionsschutz,

- Effektivere und effizientere Vernetzung und Kooperationen intern und extern, mit dem Ziel, Synergien zu erreichen,

Partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Universität, Fachhochschulen und sonstigen Akteuren im regionalen Gesundheitswesen

Dabei stehen insbesondere folgende Aufgaben im Vordergrund:

Entwicklung von Zielen (Gesundheitsleitlinien), beispielsweise „Kindergesundheit“, „Leben und Altern“, „Gesundheit als Standortfaktor“ auch unter Berücksichtigung des Integrationsleitbildes (Gesundheitsziele, Handlungskonzepte und Einzelmaßnahmen)

Entwicklung von Projekten - Projektmanagement

Koordination und Steuerung der Themenschwerpunkte (verwaltungs-intern und extern)

Verbesserung der Zusammenarbeit mit fachpolitischen Gremien - Geschäftsführung und Steuerung Gesundheitskonferenz

Weiterentwicklung der sozialraumorientierten Gesundheitsvorsorge und damit Verbesserung von Gesundheitschancen

Ausweitung der betrieblichen Gesundheitsvorsorge

3. Gesund aufwachsen

Kinder und Jugendliche galten lange Zeit als Sinnbild für die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen. Die Jugendgesundheitsforschung, Surveys und Studien aus den zurückliegenden Jahren belegen, dass infektionsbedingte Erkrankungen heute statistisch eher unbedeutend geworden sind und schwerwiegende Erkrankungen mit gutem Erfolg behandelt werden können. Neue Gesundheitsbeeinträchtigungen ergeben sich allerdings aus den Lebens- und Umweltbedingungen, die chronische Erkrankungen, psychosomatische Krankheiten und emotionale Befindlichkeitsstörungen hervorrufen können. Diese Störungen sind auch durch den gesundheitsbezogenen Lebensstil der Kinder- und Jugendlichen mitbedingt.

Das Gesundheitsamt der Stadt Münster hat in den Jahren 2007 bis 2009 im Rahmen des Wettbewerbes „Besser essen. Mehr bewegen“ des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, als eine von 24 Modellregionen bundesweit, besondere Erfahrungen über die Gesundheit von Kindern und deren gesundheitlichen Verhaltensweisen sammeln können. Dabei haben die Ergebnisse aus der begleitenden Evaluationsforschung die Aussagen zur Gesundheit im Jugendgesundheitsurvey des Bundes, bestätigt. Unter dem Motto „Gesund aufwachsen in Münster“ ist daraufhin im Jahr 2009 das Thema als zweites Gesundheitsziel für die Stadt über die Kommunale Gesundheitskonferenz langfristig als Auftrag zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit angelegt worden.

4. Gesundheit und Alter

Eine Bestandsaufnahme der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA zur seniorenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene, die in Zusammenarbeit mit dem Gesunde Städte-Netzwerk GSN 2006/2007 entstanden ist, zeigt, dass das Thema Gesundheit im Alter in Städten und Regionen vielfach noch zu wenig verortet ist.

Gesund älter werden wird heute vor allem im Sinne einer aktiven Lebensgestaltung interpretiert. Dazu gehört ein selbständiges, selbstverantwortliches und mitverantwortliches Leben. Die aktive Lebensgestaltung ist gebunden an Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen des Menschen, an die materielle und soziale Sicherung, an die Gestaltung der räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Umwelt und an die Einstellung der Gesellschaft gegenüber Alten und älteren Menschen. Das Gesunde Städte-Netzwerk, ein bundesweiter Zusammenschluss von Städten, Kreisen und Regionen mit Sitz der Geschäftsstelle in Münster, hat mit dem Berliner Appell aus dem Jahre 2007 alle gesellschaftlichen Kräfte dazu aufgerufen, sich stärker für ein gesundes Älterwerden zu engagieren.

Autonomie im Alter ist den meisten Menschen als höchst bedeutsamer Lebenswert wichtig und eng mit Mobilität verbunden. Mit der Veränderung der Altersstruktur unserer Gesellschaft, der gestiegenen Lebenserwartung und den sich derzeit wandelnden gesellschaftlichen Altenbildern hinsichtlich sozialer Teilhabe und aktiven Engagements älterer Menschen im privaten und gesellschaftlichen Umfeld, haben Fragen der Prävention, Gesundheitsförderung sowie der lebensphasen-, gender- und kultursensiblen Integration in der zweiten Lebenshälfte wesentlich an Bedeutung gewonnen und werden als Herausforderung und Chance angenommen.

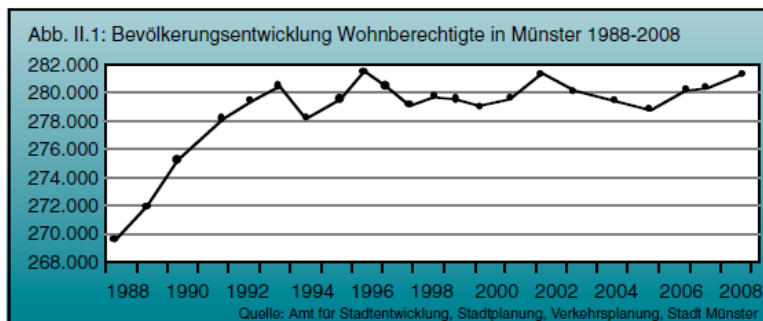
II. Soziodemographie

1. Bevölkerungsentwicklung Münster

1.2 Bevölkerung in Münster in Stadtbezirken nach Geschlecht

Am 31. Dezember 2008 lebten 281.050 Menschen in Münster. Zur wohnberechtigten Bevölkerung zählen alle Personen, die in Münster eine Wohnung haben, unabhängig davon, ob es sich um eine Haupt- oder Nebenwohnung handelt. Die Tabelle II 1 stellt diese Bevölkerung nach Geschlecht und Stadtbezirk für die Jahre 1998 und 2008 gegenüber. Dabei zeigt sich, dass die Bevölkerung Münsters mit Ausnahme zyklischer Schwankungen vergleichsweise stabil geblieben ist (s. Abb. II 1).

Der bevölkerungsreichste Stadtteil Mitte hat zwar immer noch deutlich die meisten Bewohner, hat jedoch im Vergleich zu den anderen Stadtbezirken den stärksten Bevölkerungsrückgang in den vergangenen zehn Jahren zu verzeichnen. Im Gegensatz dazu konnten in den Stadtbezirken West und Hiltrup deutliche Zuwächse beobachtet werden.



Tab. II.1: Wohnberechtigte Bevölkerung nach Geschlecht und Stadtbezirken in Münster 1998 und 2008

	Dez 1998	Dez 2008
Geschlecht		
Männlich	131 077	132 805
Weiblich	148 138	148 245
Stadtbezirke		
Mitte	117 157	114 193
West	50 989	54 419
Nord	28 471	28 112
Ost	20 273	20 680
Südost	26 501	26 928
Hiltrup	35 842	36 718
Insgesamt	279 215	281 050

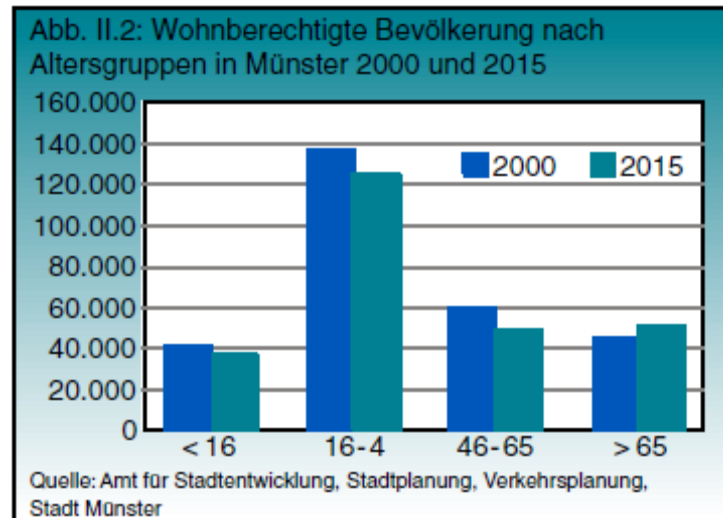
Quelle: Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Stadt Münster

1.2 Bevölkerungsentwicklung in Münster 2000 - 2015

Das Ziel der Prognoserechnung ist nicht die exakte Vorhersage der zukünftigen Bevölkerungszahl, sondern das Aufzeigen eines Entwicklungskorridors. Die kleinräumigen Ergebnisse sind als Orientierungsgrößen einzustufen, die letztendlich stadt- und fachplanerisch wie auch politisch bewertet werden müssen.

Während im Jahr 2000 279.461 Menschen in Münster lebten, wird für das Jahr 2015 eine Bevölkerung von 279.390 prognostiziert. Die Bevölkerungszahl bleibt demnach trotz des allseits diskutierten demographischen Wandels in den nächsten Jahren stabil, was u. a. für die Attraktivität Münsters als Bildungs-, Wissenschafts-, Arbeits- Wohn- und Gesundheitsstandort spricht. Abb.II.2 stellt die Bevölkerung für beide Jahre nach Altersgruppen gegenüber. Sie zeigt einen deutlichen Rückgang in den Altersgruppen bis 45 Jahre, die dennoch knapp zwei Drittel der Münsteraner Bevölkerung ausmachen.

Den höchsten Anstieg verzeichnet die Altersgruppe der 46- bis 65-Jährigen, also derjenigen, die in der zweiten Hälfte des Berufslebens stehen. Die große Austrittswelle aus dem Arbeitsmarkt wegen Altersgründen lässt sich langfristig nicht durch die vorhandene junge Bevölkerung in Münster ausgleichen. Um negative Konsequenzen bei der Verfügbarkeit von Arbeitskräften zu vermeiden, sind lokalpolitische Anstrengungen nötig, um die Attraktivität Münsters als Wohn-, Arbeits- und Lebensstandort für jüngere Menschen sicherzustellen. Bis 2015 steigt der Anteil der 65-jährigen um 7.500 Menschen an. Ein Blick auf die Bevölkerungspyramide in Abb. II.3. lässt für die nähere Zukunft einen wesentlich stärkeren Anstieg prognostizieren. Damit einher gehen unter anderem Veränderungen in den Haushaltsstrukturen durch die Zunahme von Einpersonenhaushalten Alter und Hochbetagter. Die demographische Entwicklung stellt zudem neue Anforderungen an die medizinische Versorgung, Pflege- und Assistenzdienste, insbesondere im häuslichen –ambulanten- Bereich.

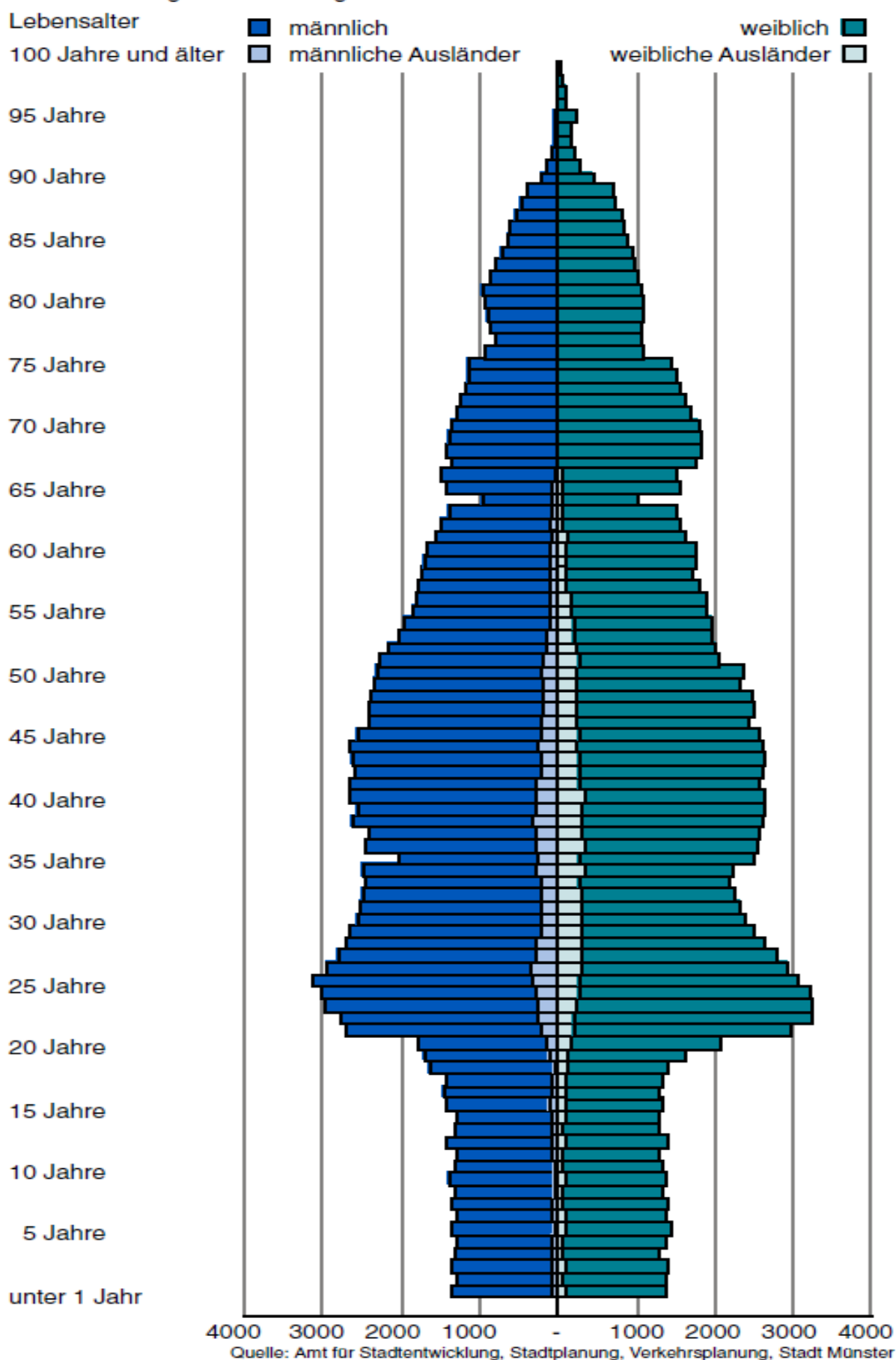


1.3 Bevölkerungspyramide der Stadt Münster zum 31.12.2008

Die Bevölkerungspyramide der Stadt Münster zeigt eine für europäische post-industrielle Staaten typische Urnenform, die bei hoher Lebenserwartung und bei gleichzeitig rückläufiger Geburtenrate langfristig zu einer natürlichen Schrumpfung der Bevölkerung führt. Besonders an der Münsteraner Pyramide ist der hohe Anteil junger Menschen zwischen 20 und 25 abzulesen, der sich nicht ausschließlich auf das Geburtenverhalten sondern auf die Zuwanderung von Menschen in dieser Altersgruppe gründet. Des Weiteren ist ein deutlicher Überschuss von Frauen insbesondere in den Altersgruppen ab 70 Jahre zu erkennen. Trotz eines Anstiegs der Lebenserwartung der Männer wird sich dieser Trend fortsetzen (s. Abb. II.3)

Die Pyramide erlaubt nicht nur einen Vergleich zwischen Männern und Frauen, sondern auch zwischen der ausländischen und der inländischen Bevölkerung in Münster. Während insbesondere in der Altersgruppe der 20- bis 30-jährigen deutlich mehr Männer als Frauen gezählt werden können, zeigt sich, wie auch bei der inländischen Bevölkerung, ein deutlicher Frauenüberschuss in den höheren Altersgruppen.

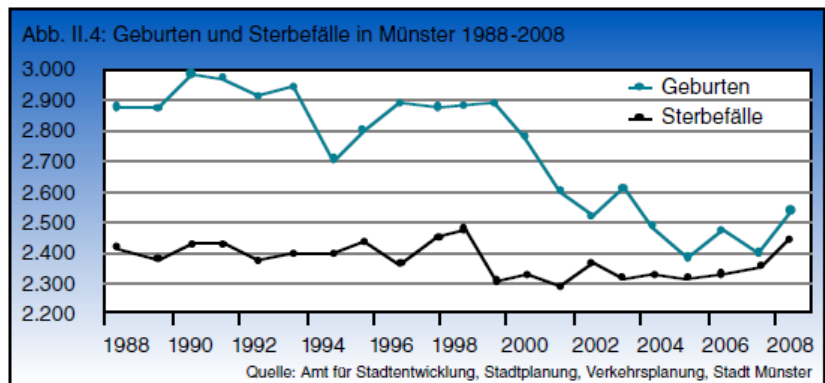
Abb. II.3: Bevölkerungspyramide der Stadt Münster zum 31.12.2008:
Wohnberechtigte Bevölkerung



2. Geburten und Sterbefälle

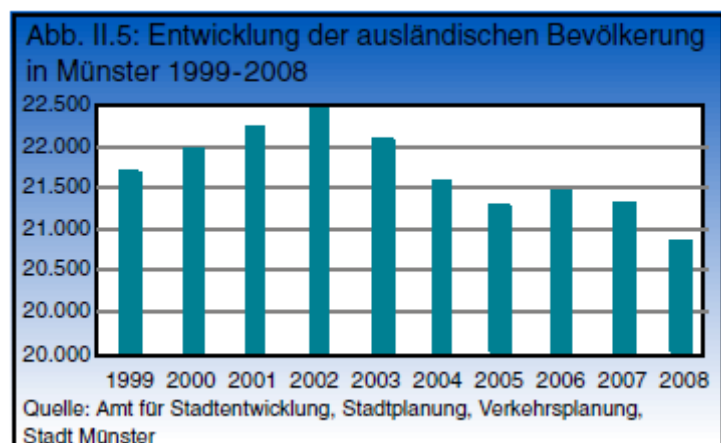
Die Dynamik einer Bevölkerung ist von natürlichen (Geburten und Sterbefälle) und räumlichen Bewegungen (Zu- und Abwanderung) abhängig.

Abbildung II.4 stellt die Entwicklung der Lebendgeburten und Sterbefälle für die vergangenen 20 Jahre gegenüber. Entgegen der Prognose im vorherigen Gesundheitsrahmenbericht liegt die Anzahl der jährlichen Geburten, wenn auch gering, weiterhin über der Anzahl der Sterbefälle im jeweils gleichen Jahr. Mit Blick auf Langlebigkeit, dem steigenden Anteil der über 65-jährigen mit den bereits geschilderten Konsequenzen ist die Förderung von Geburten von grundlegender Bedeutsamkeit für unsere, wie für jede andere, Kommune.

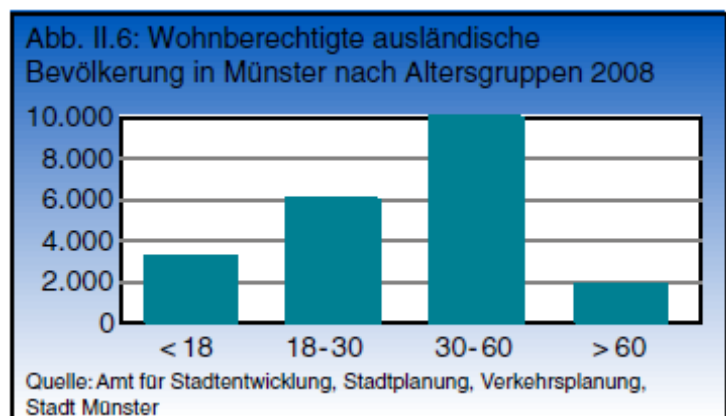


3. Nationalität

Zum 31.12. 2008 waren in Münster 20.900 wohnberechtigte Ausländer gemeldet. Das entspricht einem Anteil von 7,4% der der Münsteraner Gesamtbevölkerung. Abbildung II.5 zeigt die Entwicklung der Zu- und Abwanderung als drittes Element der Bevölkerungsdynamik für die Jahre 1999 bis 2008. Als Ausländer gelten die Personen, die eine fremde Staatsbürgerschaft besitzen, staatenlos sind oder deren Staatsangehörigkeit nicht geklärt ist. Personen, die neben der deutschen noch eine ausländische Staatsangehörigkeit haben, zählen als Deutsche und werden in dieser Abbildung nicht aufgeführt. Im Vergleich zu anderen Städten gleicher Größenordnung hat Münster einen eher niedrigen Ausländeranteil. Die Verteilung der wohnberechtigten Ausländer nach Altersgruppen zeigt Abb.II.6.



Von den in Münster wohnberechtigten Ausländern kommen 65% aus 19 Staaten. Die meisten Ausländer stammen aus Herkunftsländern, die in der EU liegen, so dass EU- Ausländer die größte Gruppe darstellen. Außerhalb der EU kommen die meisten Ausländer aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien.



4. Haushaltsstruktur

Die Anzahl der **Privathaushalte** ist in den vergangenen Jahren von 134.325 (1999) auf 146.823 (2008) angestiegen. Tab.II.2 schlüsselt die Haushalte nach ihrer Personenzahl auf. Dabei wird deutlich, dass die Menschen in Münster zunehmend in Eingenerationenhaushalten mit einer oder zwei Personen leben, die fast 80% aller Haushalte ausmachen.

Tab.II.2: Privathaushalte nach Personenzahl in Münster 2008		
Privathaushalte mit	absolut	anteilig an allen Haushalten
1 Person	73.755	50,2%
2 Personen	40.488	27,6%
3 Personen	15.260	10,4%
4 Personen	12.021	8,2%
5 und mehr Personen	5.299	3,6%
Insgesamt	146.823	100%
Quelle: Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Stadt Münster		

Mehr als die Hälfte (55%) der Einpersonenhaushalte wird von Frauen geführt.

Hinsichtlich der Altersverteilung dominiert die Altersgruppe der 30- bis 44-jährigen, welche insgesamt ein Viertel aller Einpersonenhaushalte ausmacht. In der Altersgruppe der 66- bis 80-jährigen beträgt der Anteil 12,8%. Die älteste Bevölkerungsgruppe, die über 80-jährigen, machen 7% aus, was einer absoluten Anzahl von 5.319 Haushalten entspricht. Diese werden insbesondere von verwitweten Frauen, die alleine leben, geführt. Mit Blick auf

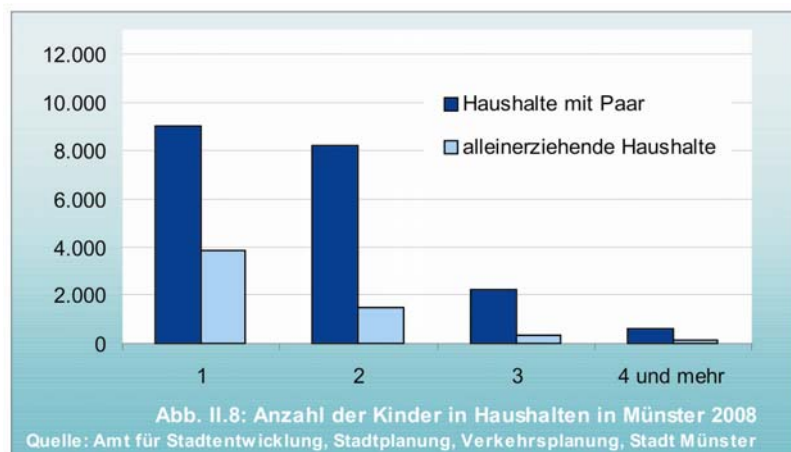
die demographische Entwicklung in Deutschland kann erwartet werden, dass diese Wohnform in Zukunft mit entsprechendem Einfluss auf die Gestaltung des Lebensumfeldes, der Erreichbarkeit und der ambulanten Pflege- und Assistenzdienste zunehmen wird.

Eine weitere Zunahme von Ein- und Zweipersonenhaushalten kann in Münster wie auch in der gesamten Bundesrepublik beobachtet werden. Diese Haushalte setzen sich unterschiedlich zusammen: Alleinerziehende, unverheiratet Zusammenlebende mit und ohne Kindern und Wohngemeinschaften, wobei letzteres in Münster aufgrund der vorhandenen tertiären Ausbildungseinrichtungen besonders stark hervortritt.

Ende 2008 lebten in 25.897 Haushalten Münsters **Kinder**, davon jedes fünfte in einem Alleinerziehendenhaushalt. Abb. II.8 zeigt die Anzahl der Kinder in Haushalten mit Paaren und Alleinerziehenden.

Der Wandel der Familienstruktur zeigt sich auch hier. Es fällt auf, dass zwei Drittel der Kinder ohne Geschwister im Haushalt aufwachsen. Die Entwicklung hin zu Ein-Kind-Familien lässt sich nicht nur in Münster sondern in ganz Deutschland und den meisten Ländern Europas beobachten. In den letzten Jahrzehnten haben sich die institutionellen Funktionen der Familie verringert. Die Leistungsfähigkeit der traditionellen Familie als Versorgungs- und Dienstleistungsinstanz verändert sich zunehmend. Betrug die durchschnittliche Kinderanzahl im Jahr 1900 noch vier Kinder, so dominieren heute Ein- und Zweikindfamilien.

Über 90% der Alleinerziehenden Haushalte werden von Frauen geführt, lediglich 8% von Männern. Das Risiko, wirtschaftlich zu verarmen, ist in dieser Gruppe besonders hoch. Als Gründe werden insbesondere die Vereinbarkeit von Beruf und Familie angeführt, bei der sich Alleinerziehende in einem Spagat zwischen beruflicher Flexibilität und oftmals unzureichenden Ganz-



tagsbetreuungsmöglichkeiten befinden.

5. Soziale Lage

Die Soziale Lage hat nachgewiesenermaßen einen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen und somit auch auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und Mortalität. Zu den besonders armutsgefährdeten Gruppen zählen Arbeitslose, Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung, Alleinerziehende und Personen mit Migrationsvorgeschichte (Quelle: 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2008)

Zur sozialen Lage der Menschen in Münster gibt es seitens der Arbeits- und Sozialverwaltung unterschiedliche Statistiken und Berichte, sodass sie an dieser Stelle nicht weiter beschrieben wird.

III. Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand eines Menschen ist in hohem Maße vom Auftreten lang andauernder, also chronischer Krankheiten und Beschwerden, sowie von der psychischen Gesundheit, bzw. vom sozialen Wohlbefinden abhängig. In vielen Umfragen erhält Gesundheit eine hohe Wertschätzung. Diese muss aber nicht gleichstehen mit einer positiven Einstellung zur Gesundheit und Gesunderhaltung, z.B. durch eine „gesunde“ Lebensführung, eine Bereitschaft zur Gesundheitsvorsorge oder den Verzicht auf Gesundheitsrisiken. Erst wer Beschwerden hat, sich krank fühlt oder behindert ist, dem wird oft schmerzlich bewusst, was Gesundheit wirklich „Wert“ ist. Gesundheit ist aber nicht nur ein individuelles Gut, sie hat auch eine gesellschaftliche Bedeutung. Investitionen in die Gesundheit der Menschen führen zu einer Steigerung der Leistungsfähigkeit und Lebensqualität einer Gesellschaft und sind im Sinne von Gemeinnutzen auch Investitionen in die Zukunft. Der Gesundheitszustand der Münsteranerinnen und Münsteraner lässt sich statistisch messen, indem man z.B. Daten aus der Krankenhausdiagnosestatistik, aus der Arbeitsunfähigkeitsstatistik oder auch Daten des Krebsregisters Münster aufbereitet.

1. Mortalität (Sterblichkeit)

(Autoren 1.1-1.5: Univ. Prof. Dr. med. Hans-Werner Hense, Dr. rer. medic. Dr. Volkmar Mattauch, Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin UKM, PD. Dr. med. Mechthild Vennemann, Institut für Rechtsmedizin UKM)

1.1 Lebenserwartung

Die mittlere Lebenserwartung (sie sagt aus, wie viele Lebensjahre ein Neugeborenes beim derzeitigen Sterberisiko der Bevölkerung im Durchschnitt „erwarten“ kann) ist im Laufe der letzten Jahrzehnte erheblich angestiegen. Dieser Gewinn an Lebenserwartung ist auf die allgemeinen Verbesserungen der sozio-ökonomischen Lebensbedingungen, aber auch auf die Leistungen unseres Gesundheitswesens zurückzuführen. Dies führte zu einer erheblichen Abnahme der Bedeutung der Infektionskrankheiten zu Beginn des 20. Jahrhunderts, in dessen Folge insbesondere eine Abnahme der Säuglingssterblichkeit und Kindersterblichkeit und eine Verschiebung hin zu den zivilisatorisch bedingten chronischen Erkrankungen erfolgte. Wenngleich sich insgesamt die sozio-ökonomischen Gegebenheiten in unserer Gesellschaft verbessert haben, bleiben dennoch der gesellschaftliche Status und der Gesundheitszustand ursächlich eng miteinander verbunden. So ist für Deutschland gut dokumentiert, dass Angehörige der unteren sozialen Schichten weiterhin häufiger und langfristiger erkranken und auch eine höhere Sterblichkeit aufweisen als Personen aus den hohen Sozialschichten.

Die Lebenserwartung ist deshalb ein wichtiger Indikator für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Aufgrund der qualifizierten gesundheitlichen Versorgung, der guten Lebensbedingungen

und eines im Landesschnitt allgemein hohen Sozialstatus der Bevölkerung liegt in Münster die Lebenserwartung der Frauen mit 83,13 Jahren und die der Männer mit 78,02 Jahren deutlich über dem Landesdurchschnitt (s. Tabelle).

Die beigefügten Abbildungen verdeutlichen, dass die Lebenserwartung in den verschiedenen Landkreisen von NRW recht unterschiedlich sind und dass die Stadt Münster (Kürzel: MS) im Landesvergleich die höchsten Lebenserwartungen aufweist.

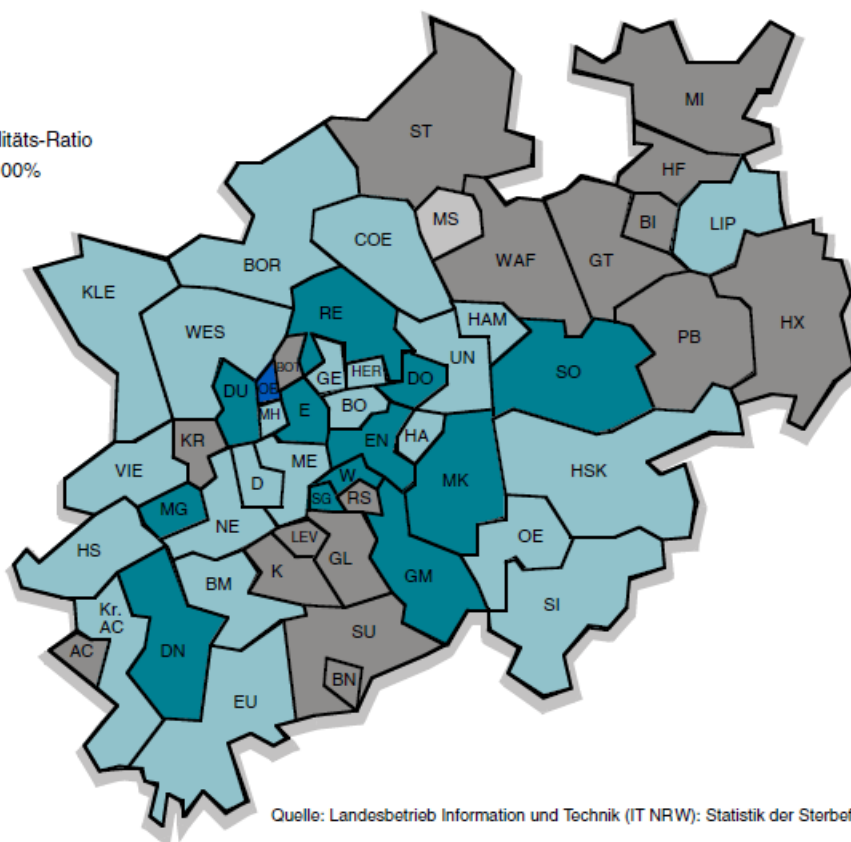
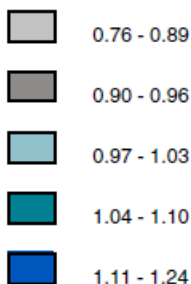
Tab. III.1: Mittlere Lebenserwartung
in Münster und NRW, 2007, nach Geschlecht

	Stadt Münster		NRW	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
2007	78,02	83,13	76,45	81,73

Abb. III.1: Sterbefälle nach Geschlecht (Abweichung der Mortalitätsrate vom Landesdurchschnitt)
NRW nach Verwaltungsbezirken, 2007
Indikator-Nr. 3.7

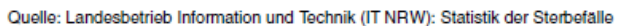
Frauen

Standardisierte Mortalitäts-Ratio
SMR NRW = 1 bzw. 100%



Quelle: Landesbetrieb Information und Technik (IT NRW): Statistik der Sterbefälle

Indikator-Nr. 3.7

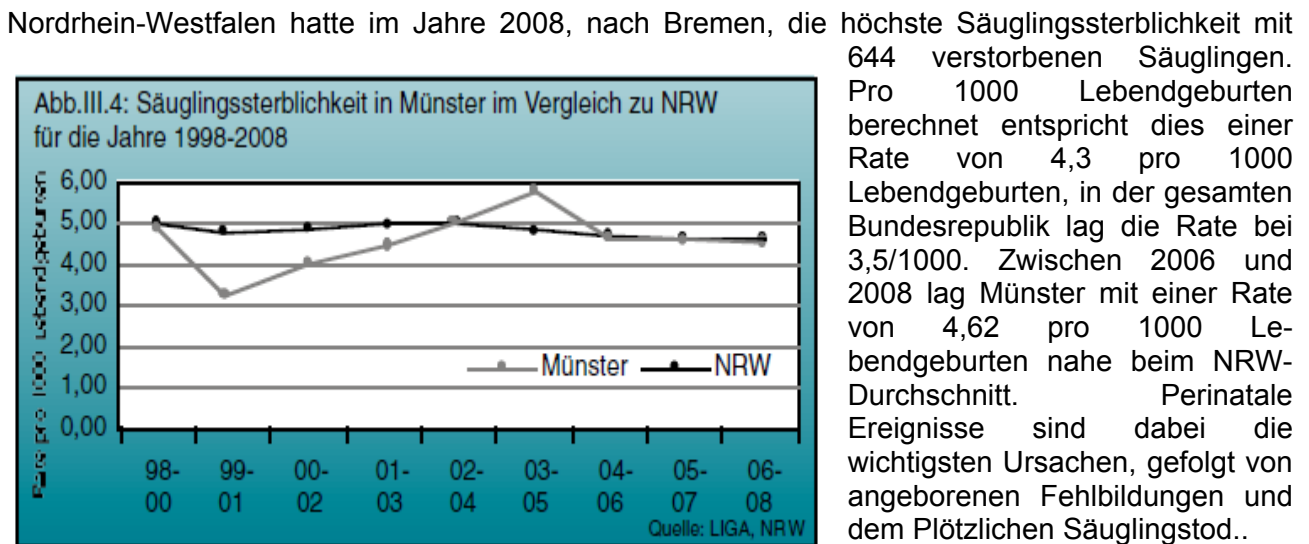
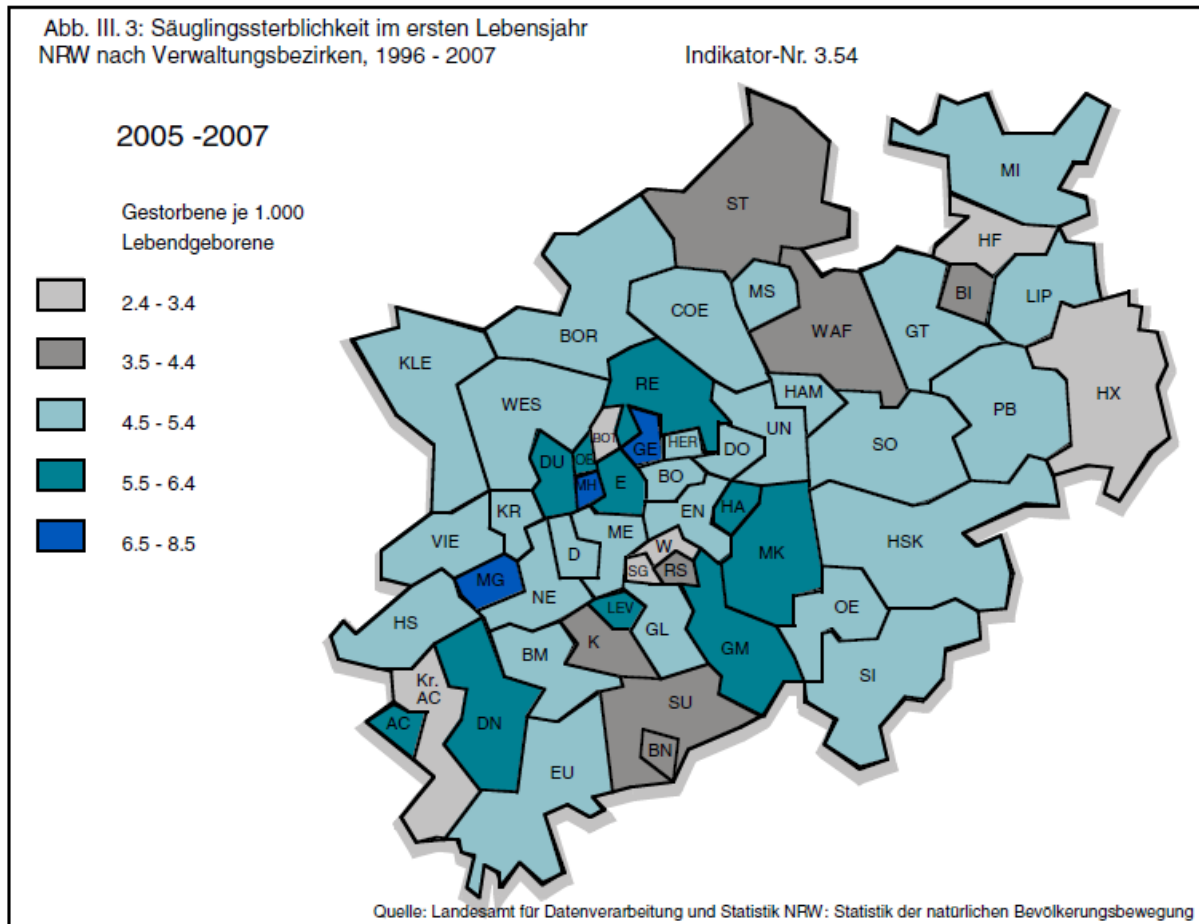


1.2 Säuglingssterblichkeit

Neben der Lebenserwartung gilt die Säuglingssterblichkeit als ein weiterer wichtiger Indikator zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Die Säuglingssterblichkeit ist eine Kennziffer für die Qualität und Wirksamkeit präventiver Maßnahmen für Schwangere und reflektiert zugleich die geburtshilflichen, pränatalen sowie auch die neonatologischen Versorgungsverhältnisse. Die Säuglingssterblichkeit wird darüber hinaus durch das Alter der Mutter, die soziale Lage, aber auch das individuelle Gesundheitsverhalten (z.B. Tabak- oder Alkoholkonsum) beeinflusst.

Die Säuglingssterblichkeit gibt die Anzahl der Sterbefälle je 1.000 lebend Geborener an, die im Verlauf des ersten Lebensjahres versterben. Durch die Angabe in Raten wird die Vergleichbarkeit der Säuglingssterblichkeit innerhalb des Landes ermöglicht. Die nachfolgende Abbildung, in der die Säuglingssterblichkeit für das Jahr 2005 bis 2007 dargestellt wird, zeigt für Münster eine Säuglingssterberate, die im Durchschnitt des Landes Nordrhein-Westfalen liegt und mit vielen Städten in NRW vergleichbar ist.

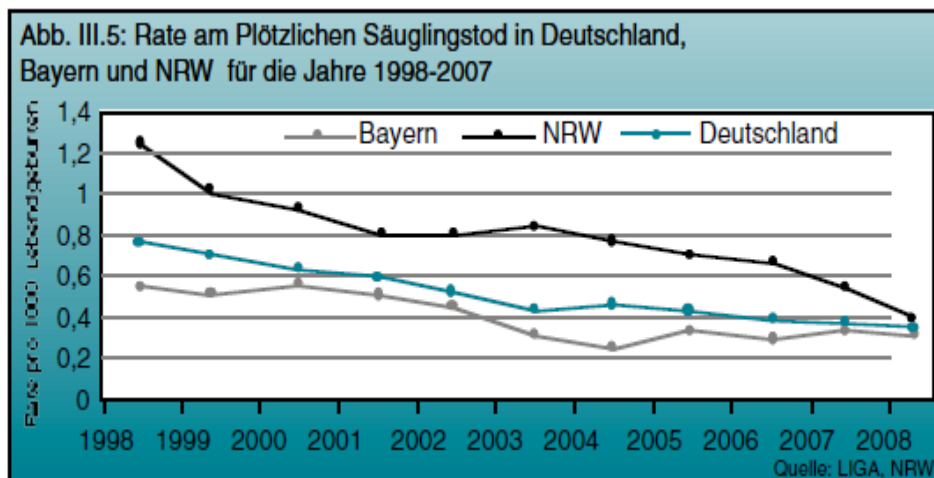
Säuglingssterblichkeit in der Stadt Münster (MS) und in den Kreisen von NRW, 2005/7.



Die Säuglingssterblichkeit wird von verschiedensten Variablen beeinflusst. So ist neben der medizinischen Versorgung auch das soziale Umfeld wichtig. Außerdem sind die Bildung und das Alter der Mutter entscheidend für das Gesundheitsverhalten. Der Plötzliche Säuglingstod ist der unerwartete Tod eines Säuglings bei dem alle anderen Todesursachen ausgeschlossen werden konnten (2). Seit 1990 beschäftigt sich die medizinische Fakultät der Universität Münster mit dem Plötzlichen Kindstod. Die Anzahl der Kindstodesfälle ist in den letzten 20 Jahren erfreulicherweise stark zurückgegangen. Durch epidemiologische Studien konnten Risikofaktoren wie Bauchlage, Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft, Nicht-Stillen, Schlafen im Bett der Eltern erkannt werden und durch Präventionskampagnen wurden diese Risikofaktoren bekannt gemacht. In Nordrhein-Westfalen war die Rate in den letzten Jahrzehnten immer die höchste der Flächenstaaten. In den

letzten Jahren sind jedoch auch große Fortschritte zu verzeichnen. Starben im Jahr 2000 in NRW noch 164 Babys unter der Diagnose Kindstod waren es 2008 noch 60 (von 0,9 auf 0,4).

In Münster ist zwischen 2004 und 2008 nur ein Kind unter der Diagnose Plötzlicher Kindstod verstorben. Das ergäbe bei ca. 13.000 Geburten in den fünf Jahren eine Rate von 0,08/1000. Diese



sehr erfreuliche Entwicklung ist auf die konsequente Aufklärung über Risikofaktoren zurück zu führen, die hier an den Kliniken und in den Praxen stattfindet. Trotz des erfreulichen Rückgangs des Plötzlichen Kindstodes in den letzten Jahren muss die Aufklärungsarbeit in den Kliniken, Praxen und Medien

weitergehen. Die Gesamtsterblichkeit von Säuglingen liegt in Münster zwar im Mittel von Nordrhein-Westfalen ist aber im Vergleich zur Lebenserwartung (Zweitbeste in NRW) erstaunlich hoch. Eine genaue Analyse der Ursachen wäre der erste Schritt zur gezielten Prävention.

Literatur

1 LIGA <http://www.liga.nrw.de>. Letzter Zugriff: 01.03.2010

2 Krous HF, Beckwith JB, Byard RW, Rognum TO, Bajanowski T, Corey T, et al. Sudden infant death syndrome and unclassified sudden infant deaths: a definitional and diagnostic approach. *Pediatrics* 2004 Jul;114(1):234-8.

3 Hauck FR, Herman SM, Donovan M, Iyasu S, Merrick MC, Donoghue E, et al. Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: the Chicago Infant Mortality Study. *Pediatrics* 2003 May;111(5 Part 2):1207-14.

4 Mitchell EA. Risk factors for SIDS. *BMJ* 2009;339:b3466

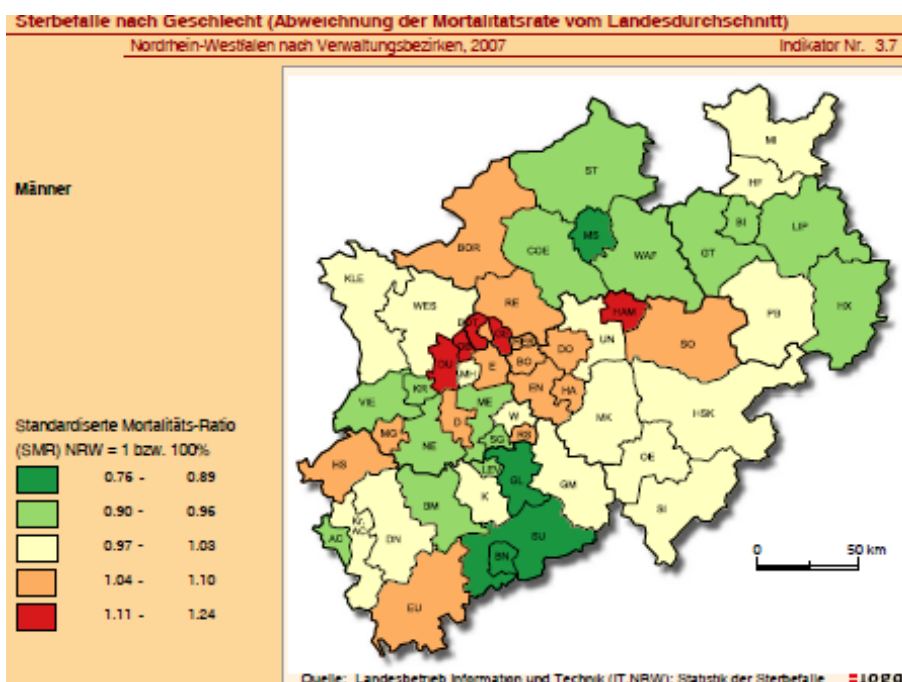
5 Vennemann MM, Findeisen M, Butterfass-Bahloul T, Jorch G, Brinkmann B, Kopcke W, et al. Modifiable risk factors for SIDS in Germany: results of GeSID. *Acta Paediatr* 2005 Jun;94(6):655-60

6 Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Sauerland C, Mitchell EA. Sleep environment risk factors for sudden infant death syndrome: the German Sudden Infant Death Syndrome Study. *Pediatrics* 2009 Apr;123(4):1162-70

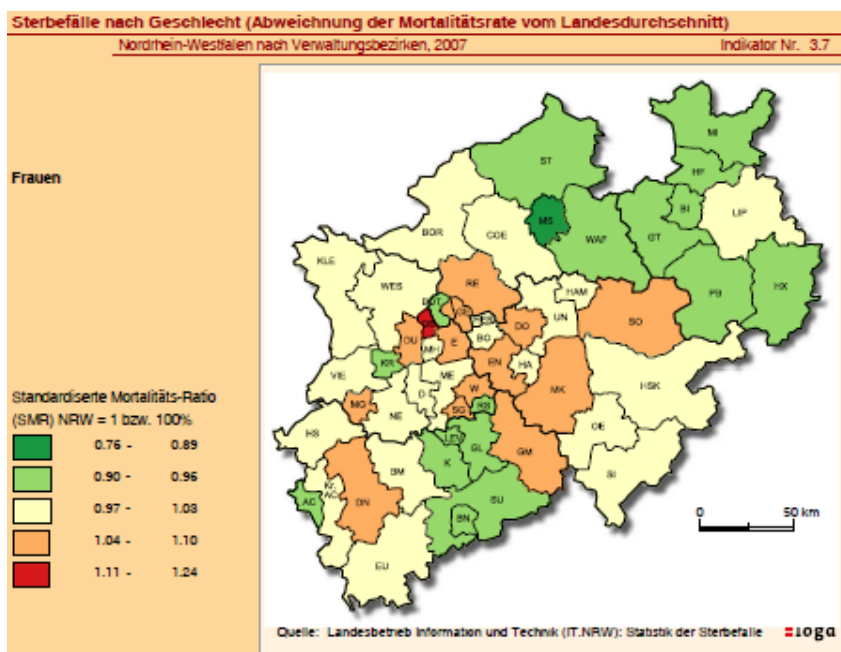
1.3 Allgemeine Sterblichkeit (oder altersspezifische Sterblichkeit)

Parallel zur Zunahme der Lebenserwartung in den zurückliegenden Jahren hat sich das Spektrum der Todesursachen verändert. Heute stehen insbesondere die chronischen Erkrankungen im Vordergrund, zu denen vor allem die bösartigen Neubildungen (Krebserkrankungen) sowie die Schädigungen des Herz-Kreislauf-Systems (Herzinfarkt, Schlaganfall) zählen. Da die Sterblichkeitsrate einer Bevölkerung durch sozio-ökonomische Faktoren und die allgemeine gesundheitliche Versorgung beeinflusst wird, findet sich bei einem landesweiten Vergleich, dass - der wirtschaftlichen und sozialen Lage entsprechend - die Stadt Münster bezüglich der Sterberaten für Männer und Frauen innerhalb von NRW sehr günstig abschneidet (s. Abbildung).

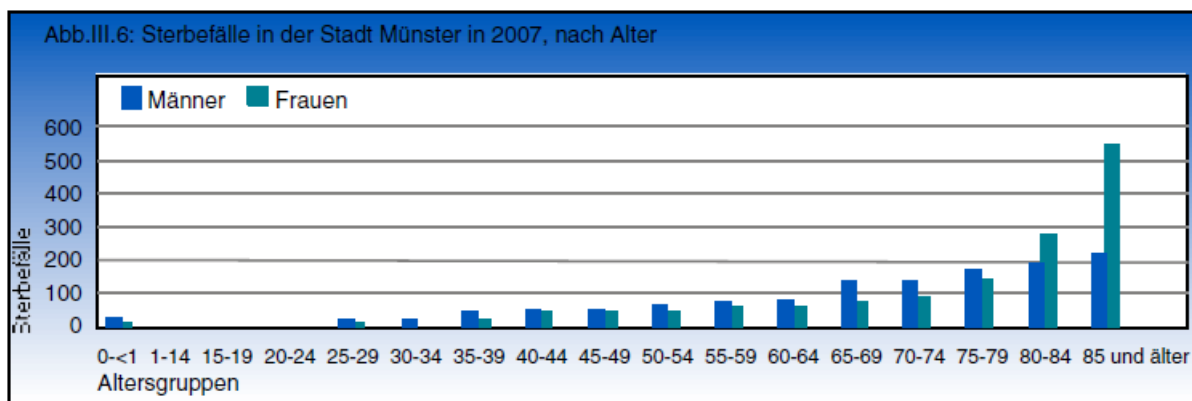
Abbildungen: Allgemeine Sterblichkeit in der Stadt Münster im Vergleich zu NRW in 2007, nach Geschlecht.



Die Standardisierte Mortalitäts-Ratio (SMR) gibt das Verhältnis der altersstandardisierten Sterberate in einem Kreis im Verhältnis zur durchschnittlichen Rate in ganz NRW an (SMR < 1 bedeutet also, dass die Sterblichkeit in einem Kreis geringer ist als im NRW-Mittel).

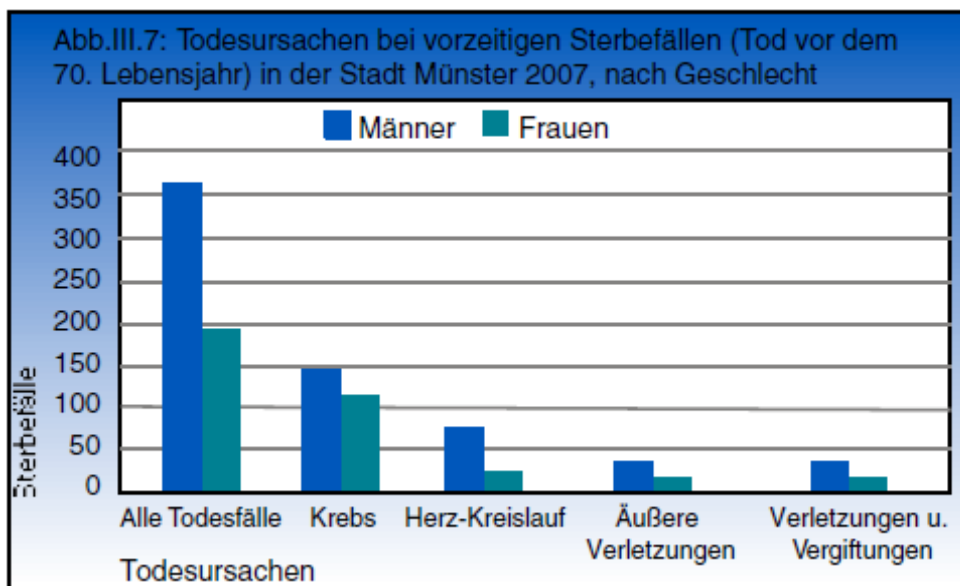


In allen Industrieländern nimmt die Sterblichkeit mit dem Lebensalter kontinuierlich zu. Die früher noch zu beobachtende hohe Sterblichkeit im ersten Lebensjahr ist inzwischen nicht mehr von Bedeutung. Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht, dass die Anzahl der Sterbefälle bei Männern in den mittleren Altersklassen höher ist, während die Sterblichkeit bei Frauen sich in den hohen und höchsten Lebensaltersstufen dominiert.



1.4 Verlust an Lebensjahren/ Vorzeitige Sterblichkeit

Unter vorzeitiger Sterblichkeit werden diejenigen Sterbefälle verstanden, die vor Beginn des 70. Lebensjahres auftreten. Die in der OECD und WHO vertretenen Länder haben sich darauf verständigt, Sterbefälle in diesem Altersbereich als ungewöhnlich anzusehen und mit dem Indikator „vorzeitig“ zu versehen. Sie werden deshalb häufig gesondert dargestellt. Hinsichtlich des kausalen Zusammenhangs zwischen Sterbegeschehen und möglichen Gesundheitsrisiken kommt diesen Sterbefällen eine besondere Bedeutung zu, weil hier durch gezielte Interventionsprogramme zu Gesundheitsförderung und Prävention nachhaltige Effekte erwartet werden können. Die nachfolgende Abbildung belegt, dass die meisten der vorzeitigen Sterbefälle auf bösartige Neubildungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen sind. Darüber hinaus spielen in diesem Altersbereich äußere Gewalteinwirkung, Verletzungen und Vergiftungen eine bedeutsame Rolle.



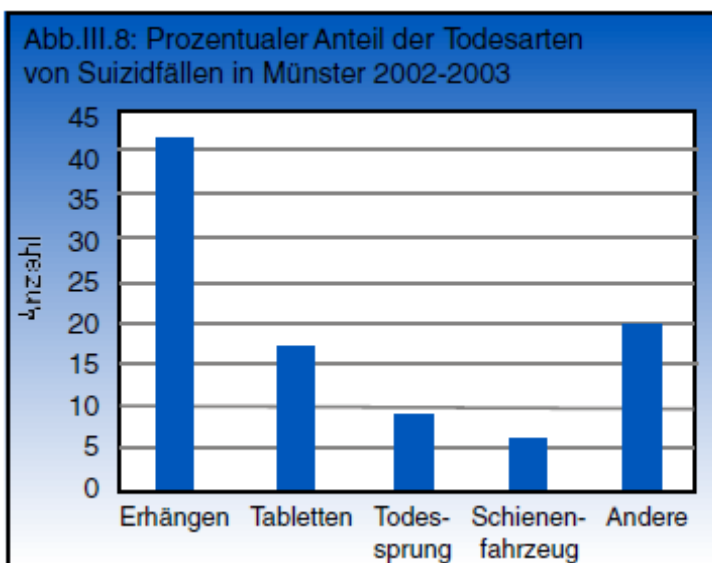
1.5 Suizide

Nach Angaben der WHO ist die Selbsttötung eine der drei häufigsten Todesursachen in der Altersgruppe zwischen 15 und 35 Jahren. Mehr Männer als Frauen begehen einen Suizid und die Rate steigt in zunehmendem Alter an. In Deutschland übersteigt die Anzahl der Suizide die Anzahl der durch Verkehrsunfälle getöteten Personen um fast das zweifache (1). Suizide sind ein wichtiger Indikator der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder. Suizidraten variieren regional und auch kleinräumig, d.h. innerhalb von Städten, erheblich in allen Bundesländern. Ihre valide Kodierung im Rahmen der Todesursachenstatistik erfordert die Zusammenführung von Informationen aus multiplen Datenquellen der Gesundheitsämter und gegebenenfalls von Polizei,

Staatsanwaltschaft und Rechtsmedizin. Der Einfluss von Vollständigkeit und Qualität dieser Informationen auf die entsprechende Suizidrate ist unbekannt.

Von Mitarbeitern des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster wurden sämtliche Totenscheine aus dem Gesundheitsamt in Münster für die Jahre 2002–2003 gesichtet und anhand aller auf dem Totenschein befindlichen Informationen beurteilt, ob eine Selbsttötung vorlag. Zusätzliche Informationen, wie angeheftete Notizen oder beigelegte Obduktionsergebnisse, wurden in die Beurteilung miteinbezogen und Geschlecht, Alter und Art der Selbsttötung dokumentiert. Personenbezogene Daten wurden nicht erhoben. In die Zählung gingen nur sichere Suizide ein. Drogentote wurden ausgeschlossen, da nicht mit Sicherheit hätte entschieden werden können, ob ein Unfall oder eine Überdosis mit Selbsttötungsabsicht vorlag. Ebenso wurden alle verdächtigen Autounfälle und Tote ausgeschlossen, die in Gewässern gefunden wurden, da ebenfalls nicht mit Sicherheit auf Unfall oder Suizid hätte geschlossen werden können. Diese Daten wurden anschließend mit den vom Landesamts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (LÖGD, jetzt LIGA) bereitgestellten Statistiken verglichen.

Für Münster wurden für die Jahre 2002 und 2003 in der LÖGD-Statistik 47 Selbsttötungen dokumentiert. Durch Sichtung und Überprüfung aller Totenscheine sowie Einsicht in die Epikrise konnten jedoch 64 Suizide erfasst werden. Damit wurde für die beiden Untersuchungsjahre die Gesamtzahl um 27% unterschätzt (2). Von den Selbsttötungen wurden 61% von Männern und 39% von Frauen durchgeführt. Etwa ein Viertel (27%) der Betroffenen war unter 40 Jahre alt, 30% zwischen 40 und 59 Jahre alt und 44% über 60 Jahre alt. Die häufigste Art der Selbsttötung war das Erhängen, auch die Tabletteneinnahme von Überdosen bildete eine häufige Art des Vorgehens.



Außer Münster wurden noch 4 weitere Gesundheitsämter in Nordrhein-Westfalen untersucht. Mit der dargestellten Methode konnte sichergestellt werden, dass alle Informationen auf den Totenscheinen zur Entscheidung darüber, ob ein Suizid vorgelegen hat, genutzt werden. Die umfangreichere Erfassung der Totenscheininformation (Anhänge, Informationen unter der Sektion „Epikrise“ auf dem Totenschein) bildet im Gegensatz zur offiziellen Zählweise der eingetragenen Todesursachen, die sich auf die Sektion „Todesursachen“ auf dem Totenschein beschränkt, die Möglichkeit einer vollständigeren Erfassung der Suizide. Die bisherige verbreitete Zählweise ist vermutlich verantwortlich für die systematische Unterschätzung der Suizidraten in NRW. Durch die Untersuchung konnte jedoch die Richtigkeit der Diagnose auf dem Totenschein nicht verifiziert werden. Ebenso wenig konnte die Richtigkeit der Kodierung der verschiedenen Einträge durch das Landesamt für Statistik (LDS) abgeschätzt werden.

Die Auswertung war auf die Handhabung der Totenscheine im Gesundheitsamt beschränkt, Informationen der Kriminalpolizei oder von Rechtsmedizinern werden nicht systematisch gesammelt und konnten nicht einfließen. Deshalb können mögliche Fehldiagnosen auf den Totenscheinen nicht nachträglich korrigiert werden. Es wäre wünschenswert, wenn alle lokalen Informationsquel-

len (Kriminalpolizei, Obduktionsergebnisse) für die Klärung einer unklaren Todesursache an einer Stelle systematisch zusammengeführt und analysiert würden. Dieses Vorgehen erlaubt auch die Korrektur von Diagnosen.

Andere Gründe für eine systematische Unterschätzung der Suizide könnten darin liegen, dass ein Trend zur Diagnoseverschiebung auf den Totenscheinen hin zu „unklare“ und „unbekannte“ Todesursache besteht. Darüber hinaus tragen geringe Obduktionsraten bei unklaren Todesfällen ebenso wie die Dunkelziffer bei Autounfällen und Drogentoten zur Unterschätzung der Suizide bei (3;4). Die aufgezeigte systematische Unterschätzung der Suizidraten hat Auswirkungen auf die Bewertung der offiziellen Todesursachenstatistiken. Da Todesursachenstatistiken als Gesundheitsindikatoren letztlich auch Grundlage für politische Entscheidungen über Mittelzuweisungen mit dem Ziel der Bekämpfung bestimmter zum Tode führender Krankheiten herangezogen werden, hat eine systematische Unterschätzung der Suizidraten erhebliche politische und gesellschaftliche Bedeutung. Darüber hinaus hat die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention die Entwicklung eines Nationalen Suizidpräventionsprogramms zur Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention von Suiziden für Deutschland initiiert (5). Andererseits wird für die Berufspolitik gefordert, Fragen der Suizidprävention und Krisenintervention zu einem obligatorischen Bestandteil der Ausbildungs- und Studienordnungen psychosozialer und medizinischer Berufe zu machen (6;7). Die Ergebnisse der Untersuchung werfen die Frage auf, in welcher Weise die in den letzten Jahren für Deutschland festgestellte Absenkung der Suizidraten durch eine systematische Unterschätzung der Suizidraten beeinflusst wurde. Internationale Vergleiche von Suizidraten weisen daher eine eingeschränkte Validität auf (8). Ebenfalls bleibt unklar, ob die positiven Effekte von gezielten Suizidpräventionsprojekten (z.B. Behandlung der Depression) auf die Suizidraten einem tatsächlichen Trend entsprechen (9).

Zusammenfassend zeigt die in Münster und vier anderen NRW Städten durchgeführte Untersuchung, dass ein bedeutsamer Anteil von Suiziden nicht in die offiziellen Suizidstatistiken einfließt. Wenn Informationen zu ungeklärten Todesfällen systematisch gesammelt, evaluiert und ggf. die Todesursachen auf den Totenscheinen korrigiert werden würden, wäre eine Quelle systematischer Fehler ausgeschaltet und Raten in unterschiedlichen Städten und Bundesländern wären besser miteinander vergleichbar. Die Unterschätzung der Suizidraten kann Auswirkungen auf die Evaluation von Interventionen zur Suizidprophylaxe auf Gemeindeebene, aber auch auf gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse ausüben.

Literatur

1 Statistisches Bundesamt. Statistisches Jahrbuch. Wiesbaden: 2006

2 Vennemann MMT. Unterschätzte Suizidraten durch unterschiedliche Erfassung in Gesundheitsämtern. Dtsch Arztebl 103[18], 1222-1226. 13-2-2006

3 Ref Type: Journal (Full)

4 Marusic A, Roskar S, Zorko M. Undetermined deaths: are they suicides? Croat Med J 2003; 44(5):550-552.

5 Ohberg A, Lonnqvist J. Suicides hidden among undetermined deaths. Acta Psychiatr Scand 1998; 98(3):214-218.

6 Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (2005). <http://www.suizidpraevention-deutschland.de/downloads/download/suizidpraevention.pdf> 2005.

Ref Type: Electronic Citation

7 Gesundheitsbericht für Deutschland 1998. **Suizid**. Kapitel 5.16. <http://www.gbe-bund.de> . 2005.

8 Ref Type: Electronic Citation

9 Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD-NRW) Mortalitätsstatistiken 2003. <http://www.loegd.nrw.de/> 2005.

Ref Type: Electronic Citation

10 Huusko R, Hirvonen J. The problem of determining the manner of death as suicide or accident in borderline cases. Z Rechtsmed 1988; 100(2-3):207-213.

11 Hegerl U, Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A. Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention: Ergebnisse des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“. Deutsches Ärzteblatt 2003;(11):515-519.

2. Morbidität (Erkrankungsrate)

Die Gesundheitsberichterstattung hat zum Ziel, neben den Angaben zu Todesursachen auch Informationen und Daten zur Verbreitung von Krankheiten bereitzustellen. Die unterschiedlichen Krankheitskategorien werden nach einem von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen Diagnoseschlüssel (ICD) klassifiziert.

2.1 Übertragbare Krankheiten

Erfolgreiche Impfprogramme, die Effektivität der Antibiotikabehandlung und die Verbesserung der hygienischen und sozioökonomischen Lebensbedingungen haben die Infektionserkrankungen in den zurückliegenden Jahrzehnten zurückgedrängt. Die Globalisierung führt jedoch dazu, dass sich Krankheitserreger wieder ausbreiten können.

Das Infektionsschutzgesetz regelt die Meldepflicht von übertragbaren Krankheiten. Verhütungs- und Bekämpfungsmaßnahmen zählen zu den Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Zu den meldepflichtigen Krankheiten gehören z. B. Cholera, Diphtherie, Gelbfieber, Malaria, Poliomyelitis, Salmonellose, Typhus u. Paratyphus, Tuberkulose, Virushepatitis.

2.1.1 Tuberkulose

Nach Schätzungen der WHO erkranken weltweit gegenwärtig jährlich etwa 8 bis 9 Millionen Menschen neu an Tuberkulose, fast 2 Millionen sterben an der Krankheit. Tuberkulose ist besonders stark sozial determiniert, weltweit treten mehr als 90 % der Erkrankungen in Entwicklungsländern auf. In vielen Ländern, insbesondere in den Entwicklungsländern, aber auch in Osteuropa steigen die Erkrankungszahlen an. Insbesondere die Entwicklung in Osteuropa bleibt aufgrund der geographischen Nähe und der Migration nicht ohne Auswirkungen auf das Geschehen in Deutschland und Westeuropa. Zu den Risikogruppen, in denen die Tuberkulose häufiger als in anderen Bevölkerungsgruppen auftritt, gehören Asylbewerber, Aussiedler, Obdachlose, Drogenabhängige, Gefängnisinsassen und sonstige sozial benachteiligte Gruppen sowie immunsupprimierte Personen (Personen, deren Immunsystem aufgrund einer Vorerkrankung nicht voll funktionstüchtig ist), insbesondere HIV-Infizierte. Innerhalb dieser Gruppen wird die Tuberkulose oft auch erst in einem späten Stadium mit erhöhter Ansteckungsgefahr festgestellt. Dadurch kommt es hier auch zu längeren Phasen der Erregerausscheidung und einem höheren Infektionsrisiko für Kontaktpersonen, das sich in oft beengten Wohnverhältnissen verstärkt auswirkt.

Die Tuberkulose betrifft zu 80 % der Erkrankungsfälle die Atmungsorgane, 20 % der Erkrankten weisen eine Tuberkulose anderer Organe auf. Man unterscheidet die geschlossene und bei weiterem Fortschreiten die offene, ansteckungsfähige Tuberkulose. Unbehandelt beträgt die Sterblichkeit 50%. Die Behandlung erfolgt mit verschiedenen, speziellen Antibiotika über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten.

Die Übertragung erfolgt schon durch Tröpfcheninfektion, vor allem beim Husten und Sprechen im Abstand von 1 bis 2 Metern. Damit in Deutschland keine Verschlechterung der Situation eintritt, sind weiterhin eine rasche, aktive Entdeckung von Neuerkrankungen durch die Praxen, Kliniken und insbesondere die Gesundheitsämter und eine konsequente Behandlung notwendig. Die Gesundheitsämter ermitteln die Kontaktpersonen von Neuerkrankten und Neuinfizierten, um ggf. die Quelle und die Ausbreitung festzustellen. Da die Tuberkulose noch lange nach einer Infektion auftreten kann, meist im ersten Jahr danach, im Prinzip aber lebenslang, müssen die Kontrollen, vor allem Tuberkulin-Hauttestungen, ggf. immunologische Bluttestverfahren und/oder Röntgenaufnahmen der Lunge über einen längeren Zeitraum fortgesetzt werden. Bemerkenswert ist, dass eine Tuberkulose lange symptomlos verlaufen kann und dann erst bei einer Röntgenkontrolle auffällt. Seit Dezember 2005 hat das Gesundheitsamt keine eigene Röntgenanlage mehr. Seither werden Radiologische Institute mit der Erstellung und Befundung der Röntgenaufnahmen beauftragt.

Die Tabelle III x zur Tuberkulose in Münster zeigt, dass jede TBC-Neuerkrankung eine große Zahl von Vorladungen zu Umgebungsuntersuchungen nach sich zieht.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Maßnahmen									
Röntgen- untersuchungen	2.075 ¹⁾	1.085	1.382	930	1.222	908	490	423	420
Tuberkulintestung (Stempel- und Intracutanteste)	1.323 ¹⁾	375	775	228	477	316	182 ²⁾	155 ²⁾	210 ²⁾
Interferongamma- blutteste	-	-	-	-	-	-	-	6 ³⁾	116
Diagnose									
TBC- Neuerkrankungen	32	18	22	19	29	12	14	25	20
Bestand der inaktiven, kontrollbedürftigen TBC-Fälle am 31.12.	615	602	590	581	571	550	531	520	513
Überwachung									
Umgebungsuntersuchung	3.833	3.089	3.744	1.872	2.466	2.100	1.375	1.249	1.523

Quelle: Gesundheitsamt, Stadt Münster

¹⁾ incl. Untersuchungen nach §47/48 Bundesseuchengesetz bis zur Einführung des Infektionsschutzgesetzes am 01.01.2001
²⁾ Ab 2006 nur noch eine Teststufe aufgrund neuer Empfehlungen zur Auswahl der Testpersonen und zur Testmethodik
³⁾ ab Oktober 2007

2.1.2 Aids und andere sexuell übertragbare Erkrankungen

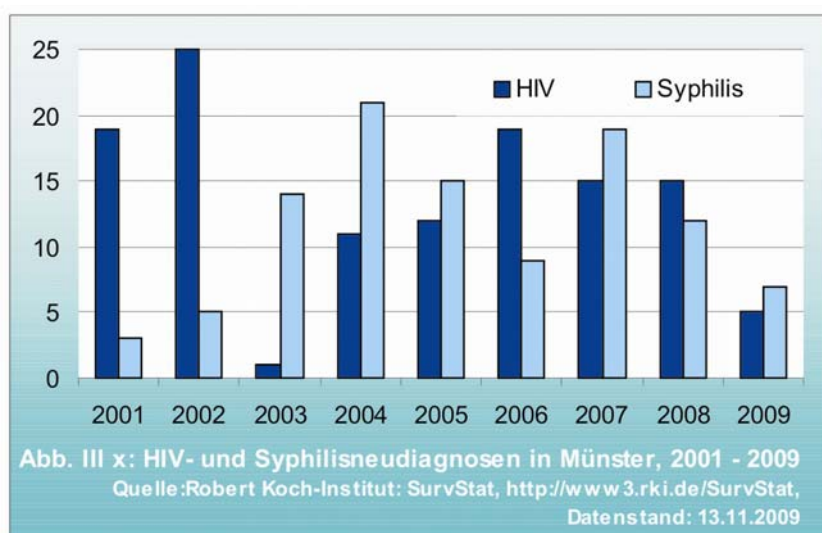
Die HIV/AIDS-Pandemie hat sich seit Beginn der 80er Jahre weltweit ausgebreitet. Nach neuesten Zahlen von UNAIDS leben zurzeit 33 Millionen Menschen mit dem HI-Virus – 67 Prozent davon in Ländern südlich der Sahara. Im Jahr 2007 betrug die Zahl der Neuinfektionen 2,7 Millionen. Ein massiver Anstieg der Neuinfektionen wird besonders in China, Russland und der Ukraine beobachtet.

Auch wenn die Situation in Deutschland aufgrund früh begonnener effektiver Präventionsmaßnahmen sehr viel günstiger ist, steigt die Zahl der HIV-Neudiagnosen seit 2001 zwar auf niedrigem Niveau aber kontinuierlich an:

2008 wurden dem Robert Koch-Institut 2.806 neu diagnostizierte HIV-Infektionen gemeldet. Überwiegend betroffen sind Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Gleichzeitig wird eine Zunahme anderer sexuell übertragbarer Erkrankungen wie Gonorrhöe und Syphilis beobachtet, durch die eine Infektion mit dem HI-Virus begünstigt wird.

Dieser Trend ist auch im Münsterland zu beobachten. 2008 stieg die Zahl der HIV-Neudiagnosen gegenüber dem Vorjahr von 41 auf 46, für die Stadt Münster wurden in den Jahren 2007 und 2008 je 15 Fälle gemeldet.

Anders bei der Syphilis: 2007 wurden für Münster 19 Neuerkrankungen gemeldet, davon 15 bei Männern mit Mann-Mann-Kontakten, im Vorjahr waren es (nur) neun gemeldete Fälle, 2008 konnte wieder ein



Rückgang auf zwölf Neudiagnosen beobachtet werden.

AIDS/STD-Beratung und HIV-Antikörper-Test – anonym-vertraulich-kostenlos

Aidsbekämpfung in Deutschland hat seit Beginn der Epidemie auf Aufklärung, Prävention und Solidarität mit Betroffenen gesetzt. Diese Aufgabe wird für die Gesamtbevölkerung vom öffentlichen Gesundheitsdienst, ergänzend für besondere Zielgruppen von den lokalen Aids-Hilfen als Einrichtungen der Selbsthilfe unter dem Dach der Deutschen Aidshilfe wahrgenommen.

Im Gesundheitsamt Münster gibt es seit 1988 eine eigene Aids-Beratungsstelle. Im Jahr 2006 wurden die Arbeitsbereiche „Geschlechtskrankenfürsorge“ und Aidsberatung zu der Beratungsstelle für Aids und andere sexuell übertragbare Erkrankungen (AIDS/STD) zusammengeführt. Die Beratungsstelle steht allen Menschen offen, die aufgrund ihrer Lebensweise ein verstärktes Risiko haben, sich mit sexuell übertragbaren Krankheiten anzustecken – zu ihrem eigenen Schutz und um eine Weiterverbreitung dieser Krankheiten zu verhindern. Es werden niedrigschwellige Angebote für unterschiedliche Zielgruppen vorgehalten. Neben Untersuchung und Beratung zu allen Fragen sexuell übertragbarer Krankheiten und Aids werden für besondere Ziel- bzw. Risikogruppen, die keine Anbindung an das Gesundheitssystem haben, auch Behandlung und therapeutische Maßnahmen angeboten.

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG) im Dezember 1997 sind die Aidsberatung als besonderes Beratungsangebot, anonyme HIV-Untersuchungen und die Koordination von Prävention, Beratung und Versorgung zu Aids und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen Pflichtaufgaben der unteren Gesundheitsbehörde (ÖGDG §§ 9,15(2), 23). Das 2001 in Kraft getretene Infektionsschutzgesetz (IfSG) verpflichtet die Gesundheitsämter Beratung und Untersuchung und ggf. Therapie zu sexuell übertragbaren Krankheiten anzubieten und über spezielle Maßnahmen zur Prophylaxe übertragbarer Erkrankungen zu informieren (IfSG §§ 19,20(1) sowie §§3,16,17(4)).

Voraussetzung für eine erfolgreiche Primärprävention in Schulen ist die kontinuierliche Zusammenarbeit mit Lehrerinnen und Lehrern und Kolleginnen und Kollegen der Schulsozialarbeit. „Aidsprävention im Kontext allgemeiner Gesundheitserziehung“ ist ein sexualpädagogisches Angebot, entwickelt von der Aidsberatung des Gesundheitsamtes, das als Ergänzung zum Unterricht konzipiert ist, Wissenslücken füllt, und dazu anregt, über Gesundheit, Verantwortung und Schutzverhalten nachzudenken.

Aidsprävention für Migrantinnen und Migranten

In Deutschland werden 11% der HIV-Neudiagnosen bei Menschen mit Migrationsvorgeschichte gestellt, oft erst dann, wenn die Infektion schon weit fortgeschritten ist. Kulturelle und sprachliche Barrieren, Unsicherheit gegenüber dem Gesundheitssystem, Angst vor Abschiebung und Aids als großes Tabuthema sind nur einige Gründe, die den Zugang zu Prävention und Behandlung erschweren oder unmöglich machen. Das Gesundheitsamt nutzt vorhandene Strukturen wie Sprachkurse, Stadtteilgruppen und etablierte Angebote im Arbeitsfeld Migration, um vor Ort mit den Menschen ins Gespräch zu kommen.

Bevorzugte Ansprechpartnerinnen sind Frauen, die in den Familien „die Gewährsträgerinnen für Gesundheit“ sind. Wenn Frauen gut informiert sind, können sie dieses Wissen an ihre Kinder weitergeben.

Aidsprävention für Männer mit Mann-Mann-Kontakten

Auch in Münster werden die meisten HIV-Neudiagnosen bei Männern mit Mann-Mann-Kontakten festgestellt. Die Altersverteilung zeigt, dass überwiegend Männer ab 35 betroffen sind. Es ist davon auszugehen, dass diese Infektionen schon längere Zeit bestehen.

Die steigende Zahl von Syphilisinfektionen kann als Indiz gewertet werden, dass konsequentes Schutzverhalten rückläufig ist.

Angebote anderer Träger

Weitere Angebote im Bereich der vornehmlich sexualpädagogisch orientierten AIDS-Prävention gibt es in Münster noch bei der Aidshilfe Münster e. V., der Beratungsstelle Pro Familia, dem SKF und dem DRK-Landesverband des Jugendrotkreuzes.

INDRO e.V. und die städtische Drogenberatungsstelle sind Ansprechpartner für „safer use“ bei Drogengebraucherinnen / Drogengebern.

Medizinische Versorgung und psychosoziale Betreuung

Die medizinische Betreuung von Menschen mit HIV und Aids findet in Münster vornehmlich in 2 Schwerpunktpraxen und in der HIV-Ambulanz der Universitätsklinik, in Einzelfällen auch in anderen Krankenhäusern, statt. Betreut werden 600-700 Patientinnen und Patienten, davon sind ca. 40% aus Münster.

Die Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten hat dazu geführt, dass der direkte Betreuungsbedarf bei Aidskranken rückläufig ist, der an Lebens- und Sozialberatung aber deutlich zugenommen hat. Die Aidshilfe Münster e. V. berichtet in ihrem Jahresrückblick von Kontakten zu 190 Menschen mit HIV und Aids.

Wenn häusliche Betreuung notwendig ist, wird sie von Pflegediensten und / oder ehrenamtlichen Mitarbeitern der Aids Hilfe Münster e. V. geleistet. Seit 1999 nehmen zwei Hospize auch Aids-Patienten im Endstadium auf.

2.1.3 MRSA (Methicillin - resistente Staphylococci) in Münster

Der Keim Staphylococcus aureus besiedelt normalerweise die Schleimhaut des Nasenvorhofes und gelegentlich auch die Haut. Infektionen verursacht er üblicherweise nicht. Ca. 20% der Bevölkerung sind ständig, ca. 60% zeitweilig mit Staphylococcus aureus besiedelt. Kommt der Keim jedoch in Wunden vor, kann er Infektionen auslösen. Er ist weltweit am häufigsten für im Krankenhaus erworbene Infektionen verantwortlich. Teilweise bildet er Resistenzen gegenüber Antibiotika wie u. a. Methicillin aus (Methicillin-resistente Staphylococci, MRSA), so dass eine Behandlung dann äußerst schwierig sein kann. Somit gilt besondere Aufmerksamkeit dem MRSA in Krankenhäusern.

Da bei einem gesunden Menschen die Haut und Schleimhaut als Barriere gegen MRSA fungiert, kann sich der Keim nicht ausbreiten. Bei Vorhandensein gewisser Risikofaktoren wie lange Antibiotikaeinnahmen, Immunschwäche, Operationen uvm. kann es zu einer permanenten Besiedelung bzw. zu einer Infektion durch MRSA kommen. Anhand eines Abstrichs ist der MRSA zu identifizieren, eine Sanierungstherapie zur Entfernung des MRSA von Haut und Schleimhäuten kann durchgeführt werden.

MRSA traten in den letzten Jahren deutschlandweit vermehrt auf (von 2% auf 25% aller Staphylococcus aureus). Dahingegen blieb in anderen Ländern u. a. aufgrund strenger Kontrollen und Präventionsmaßnahmen die Häufigkeit weitestgehend konstant. Da sich dies so z.B. in den Niederlanden darstellt (Anteil MRSA bei unter 3%), wird versucht, durch eine Betrachtung des dortigen Umgangs mit MRSA und einer Übernahme gewisser Maßnahmen eine Senkung der MRSA Rate in Deutschland zu erzielen. Hierbei ist besonders eine Betrachtung der Grenzregionen interessant. Es kann z.B. eine Beurteilung der MRSA Verteilung über die Grenze erfolgen oder durch eine Anpassung an das niederländische Niveau eine grenzüberschreitende Versorgung / ein grenzüberschreitendes Arbeiten im Gesundheitswesen stattfinden.

Hierzu wurde ein EUREGIO - Projekt gebildet, welches ein grenzübergreifendes Netzwerk in der Region Münsterland / Twente darstellt (MRSA-net) und einen Verbund aller beteiligten Bereiche des Gesundheitswesens wie u.a. Krankenhäuser, Altenheime, öffentlicher Gesundheitsdienst herstellt. Dabei war insbesondere die Zusammenarbeit des Gesundheitsamtes Münster mit dem Universitätsklinikum Münster federführend. Die Krankenhäuser und Altenheime Münsters beteiligen sich an diesem EUREGIO - Projekt. Der Forderung des Landesministeriums zur Netzwerkbildung

ist Münster somit zuvorgekommen und hat dementsprechend mit den umgebenden Kreisen einen Vorbildcharakter.

Im Rahmen des Projektes können z.B. die euregionalen Krankenhäuser ein EUREGIO MRSA-net Qualitätssiegel erhalten. Hierbei handelt es sich um ein Siegel dafür, dass Strukturen für eine effektive Bekämpfung von MRSA geschaffen und umgesetzt werden und somit dem Euregio Qualitätsstandard entsprechen. Für den Erhalt des Siegels müssen jährlich Qualitätsziele erfüllt werden.

Zur Weiterführung des Siegels sind aktuell die münsterschen Krankenhäuser dabei, die Qualitätsziele für 2010 zu erfüllen. Dies geschieht u. a. durch das Erstellen eines jährlichen ÖGD - Reportes, einer Statistik bzgl. MRSA in Krankenhäusern, bei der z. B. die Anzahl an MRSA - Trägern oder die Anzahl an MRSA - Infektionen angegeben werden. Somit entstehen vergleichbare Daten, kann u. a. ein gehäuftes Auftreten entdeckt und eine Ursachenforschung betrieben werden.

So konnte anhand der Daten festgestellt werden, dass im Jahr 2008 ungefähr doppelt soviel auf MRSA gescreent wurde wie 2007. Es zeigte sich, dass durch die verstärkten Präventionsbemühungen und Screeningraten auch erhöhte MRSA - Raten festgestellt werden konnten. Jedoch lagen für 2008 weniger im Krankenhaus erworbene Infektionen bzgl. MRSA vor.

Als Folgeprojekt des MRSA-net ist im November 2009 das Projekt EurSafety Health-net gestartet, dessen Hauptziel der Schutz vor behandlungsbedürftigen Infektionen und eine grenzüberschreitende Patientensicherheit sind. Auch hierbei beteiligt sich das Gesundheitsamt Münster, welches z. B. Runde-Tisch-Gespräche zur Fortbildung mit den involvierten Bereichen des Gesundheitswesens durchführt.

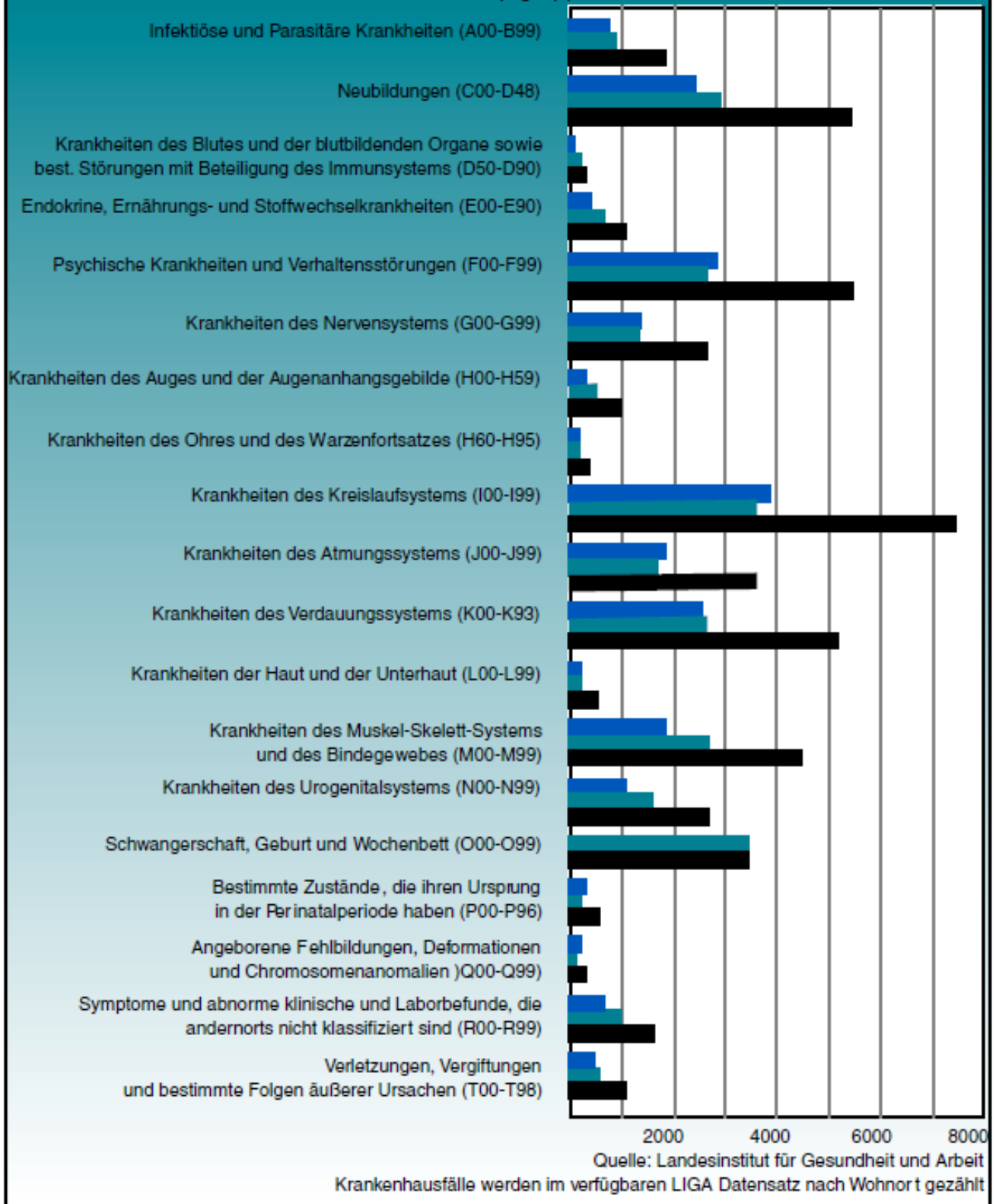
Insgesamt kann u.a. aufgrund des Euregioprojektes ein stärkeres Problembewusstsein bzgl. des MRSA und dessen Umgang in den letzten Jahren festgestellt werden. In den münsterschen Kliniken werden immer mehr Abstriche auf MRSA durchgeführt, so dass ein frühzeitiges Erkennen einer Besiedelung und damit Vermeidung einer Infektion erfolgen kann. Dies ist Voraussetzung zur Verhinderung einer weiteren Ausbreitung.

So kann in Zukunft durch eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Euregio ein Standortvorteil, auch für Münster entstehen.

2.2 Stationäre Morbidität

Die bundesweite Krankenhausdiagnosestatistik stellt bis auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte stationäre Behandlungsfälle zur Verfügung. Damit lassen sich auch für Münster zum stationären Krankheitsgeschehen Aussagen treffen. Nach wie vor sind Krankheiten des Kreislaufsystems die häufigsten Diagnosen. Ihnen folgen die Psychiatrischen Erkrankungen dicht gefolgt von Neubildungen (Krebs). Psychiatrische Krankenhausfälle sind um ca. 1000 auf 5400 Fälle gestiegen. (vgl. Gesundheitsrahmenbericht 2001)

Abb.III.10: Krankenhausfälle nach ICD-10 Hauptgruppen in Münster, 2007



Anmerkung zur Grafik: Krankenhausfälle werden im verfügbaren LIGA Datensatz nach Wohnort gezählt.

Tab. III.3: Vergleich von Krankenhausfällen ausgewählter ICD-Hauptgruppen in Münster 1997 und 2007						
Gruppe	1997 ¹			2007 ²		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Neubildungen (C00-D48, ICD 140-239)	2.266	3.410	5.676	2.435	2.975	5.410
Psychiatrische Krankheiten (F00-F99, ICD 290-319)	2.317	1.909	4.226	2.849	2.600	5.449
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99, ICD 390-459)	4.078	4.098	8.176	3.853	3.541	7.394
Krankheiten der Verdauungsorgane (K00-K93, ICD 520-579)	2.190	2.458	4.648	2.542	2.717	5.259
Krankheiten des Skeletts, der Mus- keln und des Bin- degewebes (M00-M99, ICD 710-739)	1.346	1.930	3.276	1.804	2.720	4.524

1 Klassifizierung ICD-9 2 Klassifizierung ICD-10
Quelle: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit

2.3 Krankheiten des Kreislaufsystems

Schädigungen des Herz-Kreislaufsystems zählen auch heute noch zu den häufigsten Erkrankungen bundesweit. 260000 Menschen erleiden in Deutschland jährlich einen Herzinfarkt. Der Infarkt ist in der Mehrzahl der Fälle das Ergebnis von Veränderungen der Herzkranzgefäße, die sich über Jahre, meist Jahrzehnte entwickelt haben. Er ist die Folge "koronarer Herzkrankheit". Ähnliches gilt für den Schlaganfall von dem in Deutschland mehr als 150000 Menschen jedes Jahr getroffen werden, rund 60000 sterben daran. Von denen, die überleben, bleiben viele behindert und in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt, so dass sie dauernd auf die Hilfe anderer angewiesen sind. Herzinfarkt und Schlaganfall sind Folgen ein und derselben Krankheit, der Arteriosklerose, die sowohl die herz- wie die hirnversorgenden Arterien befallen kann.

Das Auftreten von Herz-Kreislauferkrankungen wird sowohl durch individuelle wie auch durch soziostrukturelle Charakteristika bestimmt. Lebensweisen bedingte Gewohnheiten u.a. in Zusammenhang mit Nahrungsauswahl, Essen, Genussmittelkonsum, mit körperlicher Betätigung und Sport und im Umgang mit Alltagsbelastungen und Anforderungen im sozialen Umfeld haben einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit des einzelnen Menschen, an Krankheiten des Herzens bzw. des Kreislaufes zu erkranken.

Beim Kampf gegen die koronaren Herzerkrankungen kommt neben der ärztlichen Behandlung der Aufklärung sowie der Primär- und Sekundärprävention eine besondere Bedeutung zu, weil ein enger Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Krankheit und bestimmten vermeidbaren Risikofaktoren besteht.

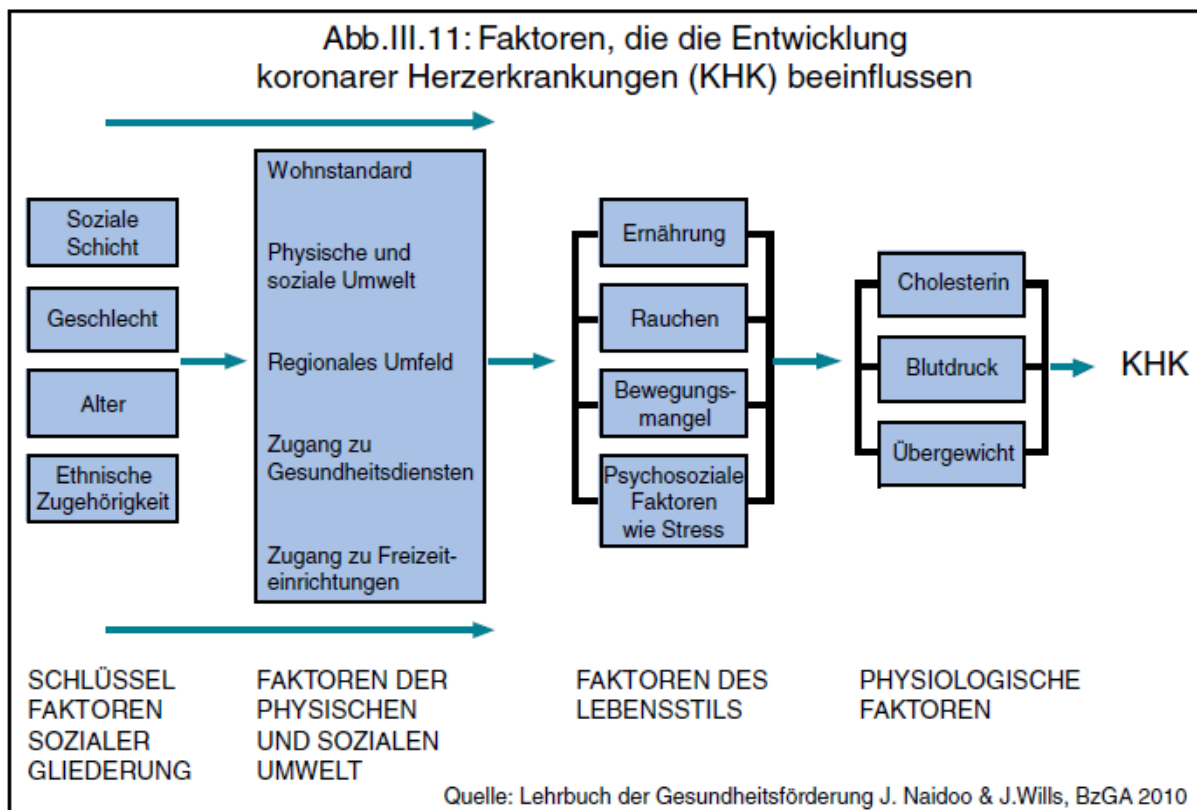
Besonders gefährdet sind Menschen mit Risikofaktoren wie:

Rauchen

Erhöhter Blutdruck
 Erhöhte Blutfettwerte
 Zuckerkrankheit
 Alkoholmissbrauch
 Bewegungsmangel
 Falsche Ernährung
 Familiäre Häufung (genetische Disposition)
 Stress

sowie

Patienten nach überstandener Herzinfarkt.



Faktoren, die die Entwicklung koronarer Herzkrankungen (KHK) beeinflussen (Lehrbuch der Gesundheitsförderung J. Naidoo & J. Wills, BzGA2010)

In Münster hat das Thema der Herz-Kreislauf Erkrankungen schon durch die ambulante ärztliche aber auch klinische Versorgung der Krankenhäuser eine besondere Bedeutung. Diese wird durch vielseitige Forschungsarbeiten seitens des Universitätsklinikums noch verstärkt. Im Rahmen der Allianz für Wissenschaft, ein Zusammenschluss von Westfälischer Wilhelms-Universität Münster, der Fachhochschule Münster und der Stadt Münster wird der medizinischen Prävention als regionaler Cluster besondere Aufmerksamkeit beigemessen. Münster wird sich dadurch in den kommenden Jahren als Zentrum der Vorsorgemedizin etablieren und positionieren. Seit 1994 ist das Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin WHO Collaboration Centre for Epidemiology and Prevention for Cardiovascular and Other Chronic Diseases.

Das Gesundheitshaus/Gesundheitsamt der Stadt ist mit unterschiedlichen Projekten und Partnern aus der Gesundheitskonferenz, auch stadtteilbezogen, in den Themenfeldern Ernährung, Bewe-

gung, Tabakkonsum, Stressbewältigung u. a., präsent. Mit der Deutschen Herzstiftung kooperieren viele Praxen, Kliniken, Apotheken und auch das Gesundheitsamt im Rahmen der jährlich stattfindenden Herzwochen.

2.3.1 Europäische Gesundheitsstudie

(Autorin: Univ. Prof. Dr. Dr. med. Eva Brand UKM)

Mit dem Ziel eine bessere Patientenversorgung zu gewährleisten und dabei insbesondere Präventionsmaßnahmen zu stärken, führt derzeit das Universitätsklinikum Münster in Kooperation mit dem Gesundheitsamt der Stadt Münster eine große Europäische Gesundheitsstudie durch.

Ziel der **Europäischen Gesundheitsstudie** ist es unter Berücksichtigung von Umweltfaktoren, Lebensstil und Erbanlagen das individuelle Risiko eines jeden Studienteilnehmers zu bestimmen, um zukünftig Voraussagen für das Risiko einer Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen machen zu können. In Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt Münster erfasst Frau Univ.-Prof. Dr. Dr. Eva Brand mit ihrem Team (Medizinische Klinik und Poliklinik D, Universitätsklinikum Münster) wichtige klinisch - wissenschaftliche Daten, um so Familien mit einer Veranlagung zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch präventive Maßnahmen zu schützen. Die Europäische Union finanziert das 4-Jahres-Projekt, das entsprechend einem standardisierten Protokoll parallel auch in anderen europäischen Ländern durchgeführt wird.

Die Studie wendet sich an Familien mit mindestens einem Kind (ab 18 Jahren), bei denen Daten der Blutdruck-Einzel- und 24h - Messung, Blut- und Urinuntersuchung, genetischen Testung des Blutes auf erbliche Risikofaktoren und eines Fragenbogens zu Lebensstil und Krankengeschichte erhoben werden. Der Gesundheitsbasis-Check und das anschliessend kostenlose Beratungsgespräch bieten den Familien die Möglichkeit, kardiovaskuläre Risikofaktoren in einer frühen Phase zu erfassen, um rechtzeitig individuell zugeschnittene Maßnahmen ergreifen zu können und darüber die Entwicklung und Progression kardiovaskulärer Erkrankungen zu vermeiden. Nicht-medikamentöse Maßnahmen, wie sport- und ernährungsmedizinische Ansätze sowie Stressmanagement werden komplementär zu medikamentösen Therapiestrategien vermittelt.

Bisher wurden 161 Familien mit 611 Familienmitgliedern untersucht. Es zeigten sich bei ca. 30% auffällige Untersuchungsbefunde, wobei kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Hypertonie (Bluthochdruck), Hyperlipidämie (Fettstoffwechselstörung), Diabetes mellitus und Adipositas (Übergewicht) im Vordergrund standen, die z.T. neu diagnostiziert wurden.

Ausserdem bietet die Studie die Möglichkeit, genetische Risikofaktoren zu evaluieren. Über Einzelgen-Effekte hinaus wird das Phänomen der Epistasie (Suppression oder Potenzierung eines Geneffekts durch weitere genetische Faktoren) und des „ecogenetic context“ als Gen-Umwelt-Interaktion berücksichtigt. Dies könnte Basis der zukünftigen Etablierung eines diagnostischen Risiko-DNA-Chips sein. In Abhängigkeit vom - durch die DNA-Chip-Technologie determinierten - individuellen genetischen Risikoprofil könnte schließlich in weiterführenden klinischen Studien mit prospektivem Ansatz die Effektivität verschiedener Pharmaka im Sinne eines innovativen Präventions- und Therapiekonzepts zur Verminderung der Progredienz der Arteriosklerose untersucht werden (Pharmakogenetik).

2.3.2 Lebensqualität von Schlaganfallpatienten in Münster

(Autorin: Claudia Diederichs, MA, MPH, UKM)

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation erleiden pro Jahr etwa 15 Millionen Menschen einen Schlaganfall. Allein in Deutschland sind jährlich etwa 150.000 Menschen neu von der Erkrankung betroffen. Etwa ein Drittel verstirbt an den Folgen. Damit gehört der Schlaganfall, mit Herzerkrankungen und Krebs, deutschlandweit zu den drei häufigsten Todesursachen.

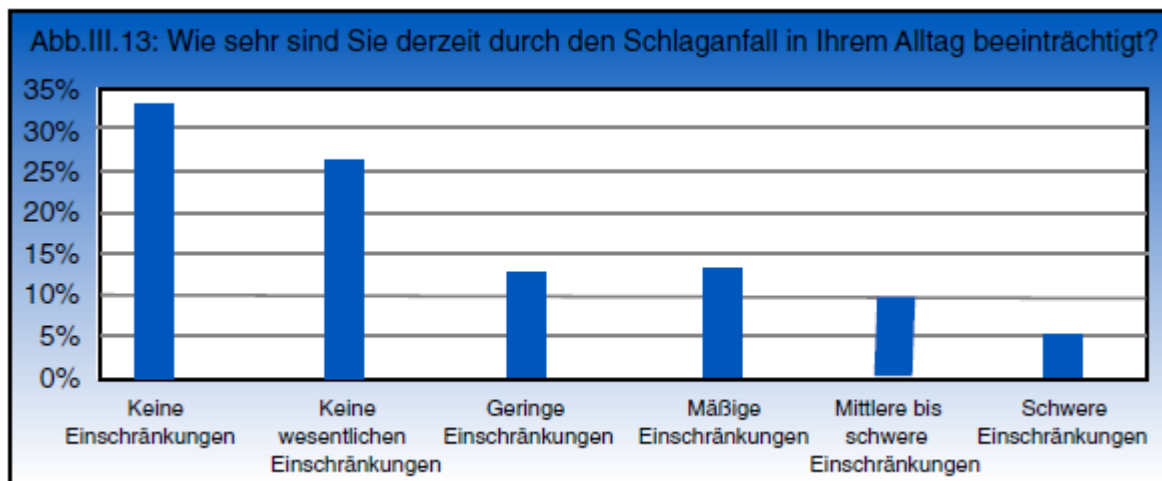
Aber auch viele Überlebende leiden durch den plötzlichen Ausfall von wichtigen Funktionen des Gehirns auch noch Jahre nach dem Ereignis unter Lähmungen, Gedächtnis- und Konzentrationsproblemen, Sprachstörungen, Schwindel und einer Verlangsamung der Motorik. Bei den über 60-Jährigen ist die Erkrankung in Deutschland die häufigste Ursache für Behinderungen und Invalidität.

Das Risiko einen Schlaganfall zu erleiden nimmt mit steigendem Alter zu. Im Hinblick auf den demographischen Wandel mit einer wachsenden Zahl von älteren Menschen wird der Schlaganfall auch als die „Epidemie des 21. Jahrhunderts“ bezeichnet. Vor diesem Hintergrund hat die Prävention, Behandlung sowie die Verbesserung der Lebensqualität nach einem Schlaganfall einen hohen Stellenwert in der aktuellen, internationalen medizinischen Forschung.

Im Rahmen dieser Aktivitäten wurden 2008 in Münster insgesamt 383 Patienten, die zwischen 2002 und 2006 aufgrund eines Schlaganfalls stationär behandelt wurden, eingeladen, an einer Studie zu den Langzeitauswirkungen ihrer Erkrankung teilzunehmen. Im Mittel 3,5 Jahren nach dem Schlaganfall war mehr als ein Viertel der Patienten (26,4%) verstorben. Bei weiteren 3,9% war eine Teilnahme an der Studie aufgrund von erheblichen, meist kognitiven Beeinträchtigungen nicht mehr möglich. 26,4% der Patienten waren entweder aus dem Studiengebiet verzogen oder hatten die Teilnahme abgelehnt. Am Ende erklärten sich 42,9% der ursprünglich eingeladenen Schlaganfallpatienten bereit, Fragen im Rahmen eines persönlichen oder telefonischen Interviews zu beantworten.

Die Menschen aus der letztgenannten Gruppe waren zum Zeitpunkt ihres Schlaganfalls im Durchschnitt 67 Jahre alt. Die Spannweite reichte von 18 bis 93 Jahren.

Zwischen 2 und 6 Jahren nach dem Ereignis waren 25,5% der Münsteraner Patienten von geringen bis mäßigen Einschränkungen im Alltag betroffen und sie benötigten zum Teil Unterstützung durch andere Personen. Bei 14,8 % der Patienten waren die Beeinträchtigungen durch den Schlaganfall erheblich. Sie waren nicht in der Lage, ohne Hilfe für ihre eigenen Bedürfnisse zu sorgen oder waren auf ständige Pflege angewiesen. Auf der anderen Seite waren bei mehr als der Hälfte der Patienten (59,6%) die körperlichen Ausfälle durch den Schlaganfall vollständig oder zum größten Teil zurückgegangen. Sie mussten ihre Alltagsaktivitäten nicht oder nur unwesentlich einschränken (siehe Abbildung III.13).



(Zeitraum 2 – 6 Jahre nach dem Schlaganfall)

Entsprechend bezeichnete auch der größte Teil der Befragten (54,9%) den eigenen Gesundheitszustand als „Gut“. Allerdings ging es etwa einem Drittel (32,7%) nach eigenen Angaben „Weniger Gut“ und 10,5% sogar „Schlecht“. Ein kleinerer Teil der Patienten (1,8%) beschrieb die eigene Gesundheit als „Sehr Gut“ (siehe Abbildung III.12).



Von den befragten Patienten hatten 5,0% seit ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus einen weiteren Schlaganfall und 3,7% mindestens zwei weitere Schlaganfälle erlitten. Von der letztgenannten Personengruppe beschrieb die Hälfte ihren Gesundheitszustand erwartungsgemäß als „Schlecht“.

Um den Gesundheitszustand von Schlaganfallpatienten in Relation zur normalen deutschen Bevölkerung zu setzen, werden im folgenden Ergebnisse aus dem Bundesgesundheitsurvey 1997/1998 herangezogen. Hier bezeichneten zufällig ausgewählte und somit eher jüngere und gesündere Menschen ihren eigenen Gesundheitszustand in den meisten Fällen ebenfalls (62,6%) als „Gut“. Allerdings fällt der Anteil derer, die eine „Weniger Gute“ oder sogar eine „Schlechte“ Gesundheit angeben, mit insgesamt 17,5% wesentlich geringer aus als bei den von einem Schlaganfall betroffenen Patienten. Damit zeigen sich die zum Teil erheblichen Auswirkungen dieser Erkrankung nicht nur auf die Alltagsaktivitäten eines Menschen, sondern auch auf die Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes.

Die Folgen eines Schlaganfalls spiegeln sich auch in einem erhöhten Bedarf für externe Unterstützung zur Bewältigung des Alltags wider. So hatten zum Zeitpunkt der Befragung mehr als ein Viertel (25,9%) der Patienten Leistungen aus der Pflegeversicherung beantragt. Von den bewilligten Anträgen erhielten etwa die Hälfte (51,5%) der betroffenen Menschen Pflegestufe I, 36,4% wurden in Pflegestufe II und 12,1% in Pflegestufe III eingeteilt.

Insgesamt gehört der Schlaganfall zu den Krankheiten, die durch ihr hohes Risiko für frühzeitigen Tod oder Behinderungen oftmals das Leben der betroffenen Menschen entscheidend verändern. Durch kontinuierliche Fortschritte bei der medizinischen Behandlung und Rehabilitation, wie zum Beispiel die Einrichtung von spezialisierten „Stroke Units“ in Krankenhäusern, konnte sich jedoch sowohl die Lebenserwartung als auch die Lebensqualität der Patienten in den vergangenen Jahren erheblich verbessern.

2.4 Neubildungen (Krebs)

(Autoren: Dipl. Ges.-Wirtin Hiltraud Kajüter, Dipl. Soz. Wolf Ulrich Batzler, Dr. rer. medic Dr. Volkmar Mattauch, Prof. Dr. med. Hans-Werner Hense)

Tumoren bestehen aus Zellen, die nicht mehr ihre normale Funktion erfüllen, sondern unreguliert wachsen. Grundsätzlich wird zwischen gutartigen (benignen) und bösartigen (malignen) Tumoren unterschieden. Gutartige Tumoren wachsen meist langsam und nur verdrängend und kehren in der Regel nach vollständiger chirurgischer Entfernung nicht wieder. Bösartige Tumoren hingegen zeichnen sich durch ein außer Kontrolle geratenes Wachstum aus. Sie infiltrieren das umgebende Gewebe und bilden durch Verschleppung auf dem Blut- oder Lymphweg Ansiedlungen an entfernten Körperstellen (Metastasen). Das Immunsystem kann zwar das Krebswachstum behindern, jedoch meistens nicht verhindern [1].

Wie anhand der Todesursachenstatistik (s. Kapitel III 1) zu erkennen ist, spielen Neubildungen auch für die Münsteraner Bevölkerung eine wesentliche Rolle. Bösartige Neubildungen sind die zweithäufigste Todesursache in Deutschland nach Herz-Kreislauferkrankungen [2]. Die betroffenen

Organe des Körpers sind bei Männern und Frauen unterschiedlich. Gleiches gilt für die Häufigkeit, mit der die bösartigen Neubildungen an den jeweiligen Körperorganen auftreten.

Hintergrund:

Seit im Juli 2005 das Krebsregistergesetz Nordrhein-Westfalen (KRG NRW) verabschiedet wurde, sind die nordrhein-westfälischen Ärztinnen / Ärzte und Zahnärztinnen / Zahnärzte verpflichtet dem Epidemiologischen Krebsregister Nordrhein-Westfalen (EKR NRW) alle Krebsneuerkrankungen zu melden. Das EKR NRW ist eine Einrichtung zur Erfassung, Speicherung und Auswertung von Daten zu Krebserkrankungen bei davon betroffenen Personen mit Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen. Es liefert die Datenbasis für Fragen und Untersuchungen zur Häufigkeit und Verbreitung von Krebserkrankungen in der Bevölkerung. Damit erfüllt und unterstützt es wichtige Funktionen im Gesundheitswesen wie zum Beispiel die Planung und Evaluation der onkologischen Patientenversorgung oder die Evaluation von Maßnahmen zur Prävention und Früherkennung von Krebs [3].

Methode:

Das EKR NRW erhält Meldungen aus niedergelassenen Praxen, Krankenhäusern, pathologischen Instituten sowie von Einwohnermeldeämtern (Sterbemeldungen) und dem Landesbetrieb Information und Technik NRW (Todesursachen). Für die Stadt Münster sind die Meldungen vollzählig. Im Folgenden wird das Krebsgeschehen in der Münsteraner Bevölkerung zwischen 2005 und 2007 beschrieben.

Ergebnisse:

Im untersuchten Zeitraum wurden im Jahresdurchschnitt in der Stadt Münster 1401 Neuerkrankungen im EKR NRW registriert, davon 704 bei Frauen und 697 bei Männern. Die meisten Krebsarten treten in der zweiten Lebenshälfte auf und das mittlere Erkrankungsalter beträgt für Frauen 66 Jahre und für Männer 68 Jahre. Einige Tumorarten treten aber auch schon in jüngeren Altersklassen auf. So sind in Münster immerhin 13 % aller Erkrankten jünger als 50 Jahre und 8 % jünger als 45 Jahre (siehe Abbildung III.14). Bis zum 74. Lebensjahr erkrankt in Münster etwa jeder dritte Mann und jede vierte Frau an einer bösartigen Neubildung.

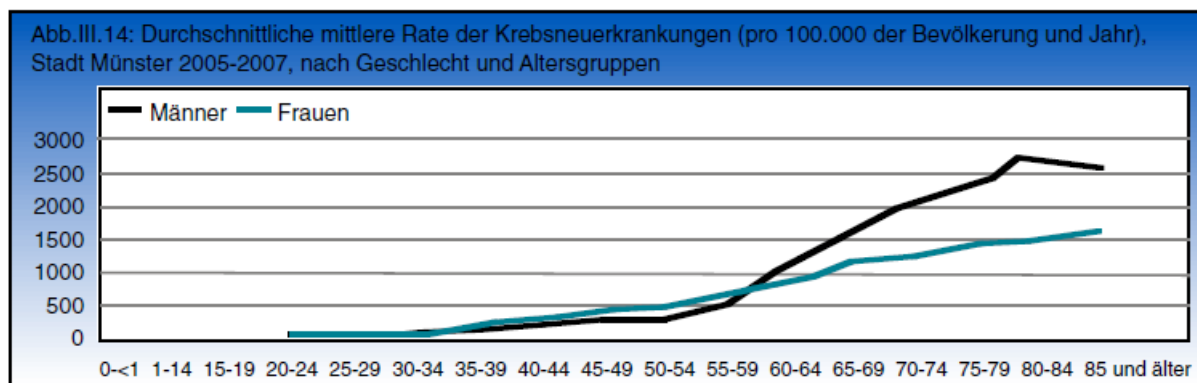
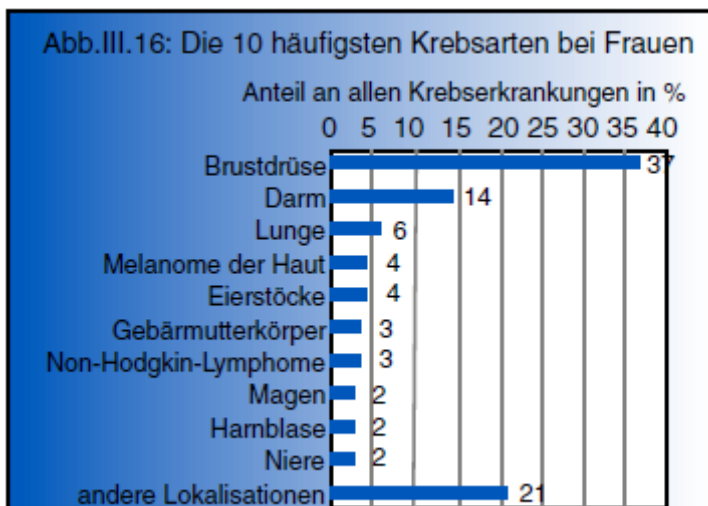
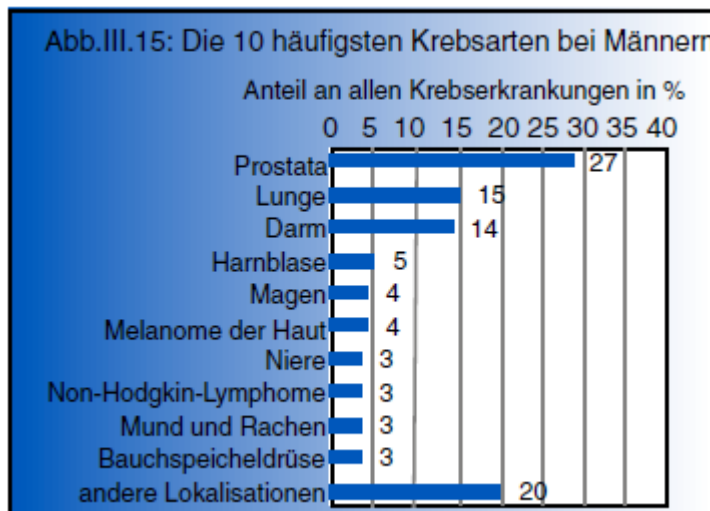


Abbildung III.15 und III.16 zeigt die 10 häufigsten Krebsarten für Männer und Frauen. Bei Frauen ist Brustkrebs die mit Abstand am häufigsten vorkommende Krebsart, bei Männern Prostatakrebs. Weiterhin dominieren Lungenkrebs und Darmkrebs sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Insgesamt sind die zehn häufigsten Krebsarten für 80 % der gesamten Neuerkrankungen verantwortlich.



Interpretation:

Die bevölkerungsbezogene Krebsregistrierung ermöglicht Aussagen über das Auftreten und die zeitliche Entwicklung von bösartigen Neubildungen und trägt so zur Ursachenforschung und zur Bewertung von präventiven und therapeutischen Maßnahmen bei [4]. Damit ist eine Charakterisierung des Krebsgeschehens möglich, die über die Todesursachenstatistik hinausgeht.

Im nationalen Vergleich finden sich in der Münsteraner Bevölkerung keine Hinweise für auffällige Häufungen bestimmter Typen von Krebs [5]. Bei Männern hat das Prostatakarzinom die führende Position bei den häufigen Krebsarten übernommen. Vor wenigen Jahren stand noch Lungenkrebs an erster Stelle. Der Anstieg beim Prostatakrebs ist durch die demographische Entwicklung und verbesserte diagnostische Methoden erklärbar. Die Lungenkrebsinzidenz nimmt seit Anfang der 90er Jahre bei Männern ab, während bei Frauen ein Anstieg zu beobachten ist [3].

Bei Frauen ist für den Zeitraum 2005 bis 2007 eine deutliche Zunahme der Brustkrebsfälle zu beobachten. Dies kann durch die bundesweite Einführung des Mammographie - Screenings erklärt werden. In Münster wurde als eine der ersten Regionen in Deutschland im Oktober 2005 ein Routineprogramm zum Mammographie - Screening etabliert. Dadurch kam es in den folgenden Jahren durch Vorziehen des Diagnosezeitpunktes zu einer Erhöhung der Erkrankungsrate. Die Sterblichkeit bei Brust und Prostatakrebs nimmt in NRW insgesamt kontinuierlich ab [3].

Bereits 2001 beschloss die Gesundheitskonferenz Münster, schwerpunktmäßig das Thema Brustkrebs zu bearbeiten. Es bildete sich ein AK mit Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser, der niedergelassenen Frauenärzte, der Beratungs- und Weiterbildungseinrichtungen, von Betroffenenorganisationen, des Frauenbüros und des Gesundheitsamtes. Im ersten Jahr der Arbeit wurden die vorhandenen Angebote in Münster gesichtet und Schwerpunktthemen/ Arbeitsvorhaben gesammelt. Diese waren:

Erstellung und Verbreitung von Informationsmaterialien

Informationsveranstaltungen, Kurse, Weiterbildung

Vernetzung von stationären und ambulanten Angeboten zur Diagnose und Therapie von Brustkrebs

Qualitätssicherung von Früherkennung

Sicherung/ Ausbau von Beratung/ Begleitung und Selbsthilfe

Diese Themen wurden bearbeitet und konnten alle umgesetzt werden. Ein einheitliches Faltblatt wurde entwickelt und von allen Kliniken verteilt. Die Vernetzung untereinander wurde intensiviert. Der AK Brustkrebs ging im Jahr 2004 in die Federführung der Krebsberatungsstelle über und trifft sich bis heute, um einen intensiven Austausch und gemeinsame Aktivitäten der unterschiedlichen Einrichtungen zu gewährleisten.

Mit dem Thema Brustkrebs gelang es der Gesundheitskonferenz, ein Thema auf Dauer in der Stadt Münster fest zu verankern.

Die Krebsberatungsstelle des Tumor-Netzwerkes Münsterland e.V. arbeitet im Gesundheitshaus. Sie bietet Betroffenen, deren Angehörigen und Freunden kostenlos und vertraulich umfassende Unterstützung an. Diese beinhaltet die psychosoziale Beratung und Begleitung bei persönlichen Fragen und Anliegen zur Krankheitsbewältigung, die informative Beratung u.a. zu sozialrechtlichen Fragen, Vermittlung zu Fachleuten, Institutionen und Selbsthilfegruppen. Das Angebot wird ergänzt durch Informationsveranstaltungen und Gesundheitskurse. Der Förderverein des Prostatazentrums am Universitätsklinikum Münster bemüht sich um eine Verbesserung des Informationsstandes der Öffentlichkeit über Prostataerkrankungen, erarbeitet Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten, unterstützt die Selbsthilfe, fördert die Vernetzung von Expertinnen, Experten und Einrichtungen und bietet Informationsveranstaltungen für Interessierte, Betroffene und deren Angehörige an.

Literatur:

1 Grundmann, E. (2007) Das ist Krebs – Entwicklungen, Erkenntnisse, Erfolge; Zuckschwerdt Verlag, München

2 Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik 2005 bis 2007, Genesis-Online Datenbank, URL: www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/ (Zugriff: 24.02.2010)

3 Epidemiologisches Krebsregister Nordrhein-Westfalen (2009) Report 2009; Münster

4 Hentschel, S. und Katalinic, A. (Hrsg.) (2008) Das Manual der epidemiologischen Krebsregistrierung; Zuckschwerdt Verlag, München

5 Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. und Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008) Krebs in Deutschland 2003 – 2004. Häufigkeiten und Trends; 6. überarbeitete Auflage, Berlin

2.5 Diabetes mellitus

Im Bereich der Krankheiten des Stoffwechsels und des Immunsystems nimmt der Diabetes weiterhin eine besondere Stellung ein. Ursache des Diabetes mellitus ist der Mangel an dem von Inselzellen der Bauchspeicheldrüse gebildeten Insulin. Wir unterscheiden zwischen dem Typ 1-Diabetes, bei dem ein absoluter Insulinmangel vorliegt, so dass es lebenslang zugeführt werden muss und dem Typ 2-Diabetes bei dem ein relativer Insulinmangel besteht, der durch geeignete

Ernährung, Gewichtsabnahme, Steigerung der körperlichen Aktivität und Medikamente, die die Insulinproduktion stimulieren, ausgeglichen werden kann. Allerdings kann es beim Typ 2-Diabetiker auch zu einem so weitgehenden Versagen der Insulinproduktion kommen, dass Insulin gespritzt werden muss. Während der Typ 1-Diabetes vorwiegend bei jüngeren Menschen auftritt und an der Gesamtzahl der Zuckerkrankheiten mit ca. 5 % beteiligt ist, manifestiert sich der Typ 2-Diabetes vor allem bei älteren insbesondere übergewichtigen Menschen. Die Ursachen eines Diabetes sind von unterschiedlichen inneren und äußeren Faktoren und genetischen Belastungen abhängig. Häufig kommt es zu Begleiterkrankungen und diabetischen Folgeschäden, die die Lebensqualität des Patienten und der Patientinnen stark einschränkt. Diabetes steht auch in enger Verbindung zur Lebensweise, insbesondere zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten, hier gibt es große Potentiale für die Primär und auch Sekundärprävention.

Den Verlauf eines Typ 2-Diabetes und damit verbundene Folgeschäden kann jeder selbst vermeiden oder zumindest hinauszögern. Geeignete vorbeugende Maßnahmen sind:

- Einhaltung des Normalgewichtes,
- Einschränkung des Alkoholkonsums,
- Verzicht auf Tabakkonsum,
- regelmäßige körperliche Bewegung,
- Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen.

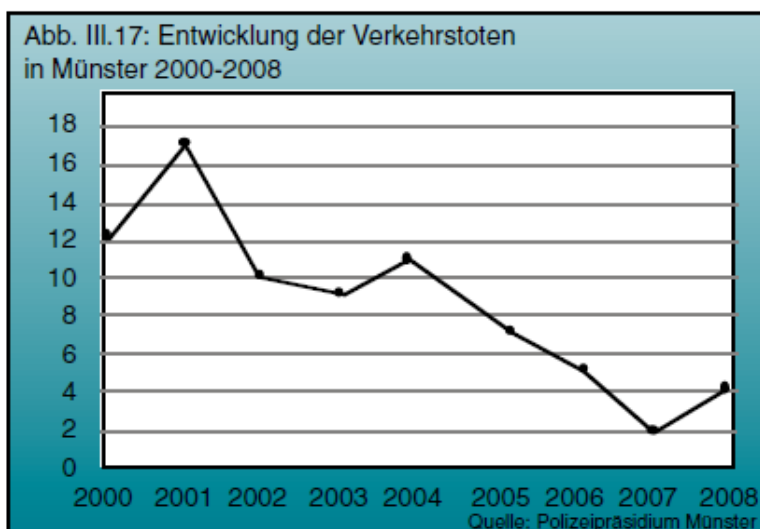
Das Gesundheitsamt hat in den zurückliegenden Jahren gemeinsam mit der Deutschen Diabetes Stiftung in Münster Präventionsarbeit geleistet und in der Halle Münsterland hat sich die jährlich stattfindende Diabetesmesse etabliert.

2.6 Straßenverkehrsunfälle

Ein wichtiges Risiko für die Gesundheit liegt bei Verkehrsunfällen und den damit verbundenen Verletzungen bzw. Todesfällen.

Die meisten Verkehrsunfälle mit Personenschäden ereignen sich innerhalb geschlossener Ortschaften (69%), die wenigsten auf Autobahnen (6%). Die meisten Todesfälle gab es demgegenüber bei Unfällen auf Landstraßen außerhalb geschlossener Ortschaften (61%) (DESTATIS - Unfallentwicklung auf deutschen Straßen 2008, S. 17).

Die Gesamtverkehrsunfälle in Münster sind nach einem leicht rückläufigen Trend seit 2003 wieder stark angestiegen und haben 2007 einen bis dahin nie dagewesenen Höchststand erreicht (s. Tabelle III.4).



Die unfallfreie Teilnahme am öffentlichen Straßenverkehr ist von erheblicher Bedeutung für die

Lebens- und Wohnqualität einer Stadt. Verkehrsunfälle verursachen darüber hinaus neben dem menschlichen Leid für die Betroffenen einen erheblichen volkswirtschaftlichen Schaden. Die Verkehrsunfallstatistik der Polizei weist für Münster für die vergangenen Jahre eine vergleichsweise schlechte Unfallbilanz auf. Nirgendwo in Nordrhein-Westfalen werden – bezogen auf die Einwohnerzahl – mehr Menschen im Straßenverkehr verletzt als in Münster. Einen besonderen Schwerpunkt bilden die Radfahrer mit der für Münster bekannten sehr hohen Fahrraddichte mit 42,6%. Es folgen die PKW-Fahrer mit 22,4%, die Mitfahrer mit 14,2%, Kradfahrer mit 9,7 %, Fußgänger mit 9,6%, LKW Fahrer mit 1,1% und

Tab. III.4: Straßenverkehrsunfälle in Münster 2000-2008

Jahr	Verkehrsunfälle gesamt	davon mit Personenschäden	
		verletzten Personen	getöteten Personen
2000	8.931	1.486	12
2001	8.780	1.553	17
2002	8.725	1.567	10
2003	8.875	1.609	9
2004	9.207	1.544	11
2005	9.346	1.579	7
2006	9.196	1.565	5
2007	9.570	1.560	2
2008	9.322	1.539	4

Quelle: Polizeipräsidium Münster

sonstige Fahrzeugführer mit 0,4%. Bei der allgemeinen Entwicklung darf man nicht übersehen, dass die Fahrleistungen auch in Münster stetig zugenommen haben. Die Zahl der zugelassenen Kraftfahrzeuge ist von 76.427 im Jahr 1975 auf 160.324 im Jahr 2006 gestiegen. Gleichzeitig wurde in den zurückliegenden Jahren auch die Verkehrssicherheit verbessert. Dies betrifft sowohl die gestiegene Sicherheit in Fahrzeugen z. B. durch Einführung der Gurtpflicht und der Airbags, aber auch die Trennung von Fahrbahnen, Geschwindigkeitsbegrenzungen, Einrichtung von Tempo 30 Zonen, Verkehrskontrollen u. a. Diese Sicherheitsstandards erklären den allgemeinen Rückgang der Todesfälle mit.

Tab. III.5: Personenschäden nach Verkehrsbeteiligung und Alter 2008

	<6	6-14	15-17	18-24	25-64	>65	unbek.	ges.
Fußgänger	1	24	5	20	74	25		149
Radfahrer	3	71	42	119	338	83	2	658
motorisierte Zweiradfahrer			14	31	99	7		151
PKW-Fahrer				71	242	33		346
Kraftomnibus- fahrer					1			1
LKW/Zugmasch. u.ä. Fahrer				1	10	1		12
sonstige Fahrzeugführer					4			4
Mitfahrer	23	18	17	44	93	24		219
andere Verkehrs- teilnehmer	1				1	1		3
Gesamtanzahl Verletzte	28	113	78	286	862	174	2	1.543

Quelle: Polizeipräsidium Münster

Die unbefriedigende Unfalllage in Münster führte im Juni 2007 zur Gründung der **Ordnungspartnerschaft Verkehrsunfallprävention**. Polizei, Stadtverwaltung und Partner aus der Gesellschaft sind gemeinsam in den vier Handlungsfeldern

- Überwachung/Ahndung
- Bau- und Verkehrstechnik
- Verkehrserziehung und Verkehrssicherheitsberatung

Tab. III.6: Unfallursachen
bei Radfahrunfällen 1998 und 2008

	1998	2008
Ursache bei Radfahrern		
Benutzung der falschen Fahrbahn	128	45
Alkohol	58	23
Vorfahrt/Vorrang	77	48
Fehler b. Einfügen i. d. fließ. Verkehr	26	57
Missachtung der LSA	25	30
Fehler beim Abbiegen	43	30
Fehler beim Überholen	17	20
Folgen für Radfahrer		
Tote	2	1
Schwerverletzte	68	60
Leichtverletzte	127	247
Andere Unfallbeteiligte		
PKW	114	242
Radfahrer	80	102
Fußgänger	19	21
Krad/Mofa/Moped	9	12
LKW	3	7
Omnibusse	4	7
Eisenbahn	0	0
Ursachen bei anderen Verursachern		
Fehler beim Abbiegen	162	164
Vorfahrt/Vorrang	100	140
Fehler b. Einfügen i. d. fließ. Verkehr	37	56
Unachtsames Türenöffnen	21	43
Missachtung der LSA	7	19
Alkohol	4	4
Geschwindigkeit	7	0
Folgen für Radfahrer		
Tote	1	0
Schwerverletzte	56	60
Leichtverletzte	283	450
Verkehrsbeteiligung der Verursacher		
PKW	275	418
LKW/Busse	23	38
Fußgänger	15	29
Mofa/Moped/Roller	8	5
andere Verkehrsbeteiligung	11	118

In dieser Auflistung sind nur Ursachen beim Hauptverursacher berücksichtigt.

Quelle: Polizeipräsidium Münster

- Öffentlichkeitsarbeit

aktiv mit dem Ziel, die Unfallzahlen jährlich zu senken.

Auch die **Gesundheitskonferenz** hat sich 2008 mit den Folgen von Verkehrsunfällen beschäftigt, indem sie die Handlungsempfehlungen „Verbesserung der Prävention und Optimierung der Versorgung von Menschen mit Schädel-Hirn-Trauma in der Fahrradstadt Münster“ erarbeitet hat. Hier haben Rettungsdienst, versorgenden Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen, Krankenkassen das Zentrum für Ambulante Rehabilitation (ZAR) und die Kinderneurologie-Hilfe Münster e. V. zusammen Leitfäden für die Versorgung von Kindern und Erwachsenen entwickelt, deren Etablierung weiter verfolgt wird. 2005 wurde durch die Kinderneurologie-Hilfe der **Präventions-Tisch Münster** gegründet, um durch gezielte Projekte und Fortbildungen an den Schulen Münsters Schüler und Lehrer über die Folgen von Schädel-Hirn-Trauma und anderen erworbenen Hirnschäden zu informieren und durch gezielte Aufklärung zur Unfallvermeidung und zum Unfallschutz zu sensibilisieren. Mitglieder des Präventions-Tisches sind die Unfallkasse NRW, die Westfälische Provinzial Versicherung, die AOK, die BEK, die Verkehrswacht Münster, das Polizeipräsidium Münster, die städtischen Fachämter Gesundheit, Jugend und Schule, das Clemenshospital sowie das Praxisnetz der Kinder- und Jugendärzte Münster. Der Präventions-Tisch ist Mitglied in der Ordnungspartnerschaft Münster.

Im Juni 2007 haben sich in Münster Kliniken aller Versorgungsstufen aus

Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie im **"Traumanetzwerk-Nordwest"** zusammengeschlossen, um gemeinsam die Versorgung von schwerstverletzten Patienten weiter zu verbessern. Weitere solcher Netzwerke befinden sich derzeit in ganz Deutschland in Gründung.

Ziele sind:

Jeder Schwerstverletzter Patient soll so schnell wie möglich in einer geeigneten Klinik versorgt werden können.

Die Kommunikation zwischen den Kliniken soll ausgebaut werden.

Mit gemeinsamen Standards und Fortbildungen soll die Qualität der medizinischen Versorgung weiter gesteigert werden.

Durch verbesserte Kooperation der Kliniken soll eine heimatnahe Versorgung des Patienten ermöglicht werden.

Das Traumanetzwerk-Nordwest ist angesiedelt an der Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Münster.

2.7 Schmerz

(Autorin: Stephanie Hemling, Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt)

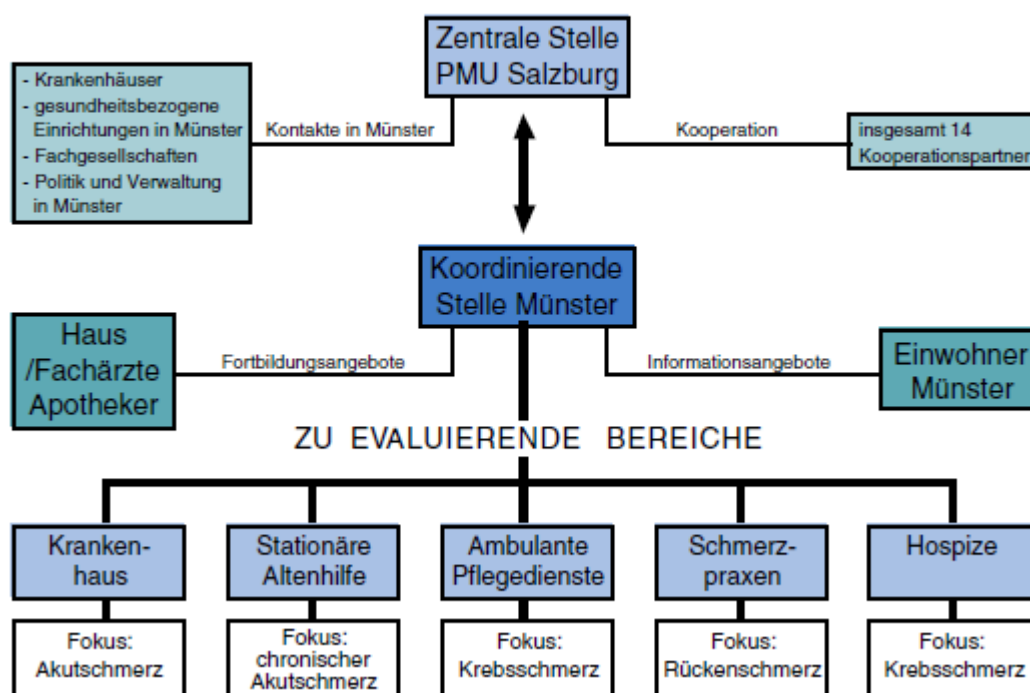
Schmerzen sind eine weit verbreitete Gesundheitsstörung. Fast jeder leidet - zumindest gelegentlich - unter Schmerzen. Schmerzen können als Warnsignal auf eine Gesundheitsgefährdung oder Gesundheitsstörung aufmerksam machen. Länger andauernde Schmerzzustände können das Wohlbefinden und die Lebensqualität beeinträchtigen oder sich zu eigenständigen Krankheitsbildern oder Schmerzsyndromen entwickeln. Es wird geschätzt, dass in Deutschland mehr als 5 Millionen Menschen an behandlungsbedürftigen chronischen Schmerzen erkrankt sind. Doch die schmerztherapeutische Versorgung der Betroffenen ist oftmals defizitär. Fehlversorgung, mangelnde Qualitätskontrollen und unzureichende Versorgungsstrukturen sind Anlass eines Forschungsprojektes, das in Münster unter dem Aktionsbündnis „Schmerzfreie Stadt Münster“ für die Dauer von drei Jahren angelegt ist. Es besteht aus einer Projektgruppe von ärztlichen Experten der Schmerztherapie und Palliativmedizin, pflegewissenschaftlichen Mitarbeitern der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität sowie Experten aus anderen Bezugswissenschaften. Hauptförderer der Studie ist die Firma Mundipharma GmbH in Limburg. Des Weiteren wird das Projekt sowohl vom Land Salzburg als auch von der Stadt Münster unterstützt. Zu den Kooperationspartnern zählen unter anderem: Apothekerkammer Westfalen-Lippe, BARMER / GEK, Bezirksregierung Münster, Certkom, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS), Facharztinitiative Münster, Hausärzterverband, MEDICA, Palliativnetz Münster e.V., Praxis für ganzheitliche Schmerztherapie, Schmerztherapiezentrum Münster, Universitätsklinikum Münster.

Das Projekt hat zum Ziel das Schmerzmanagement in Münster in unterschiedlichen Krankenhäusern, Einrichtungen der stationären Altenhilfe, Schmerzpraxen, Hospizen und ambulanten Pflegediensten zu untersuchen. Dabei soll das multiprofessionelle Schmerzmanagement in relevanten Versorgungsbereichen in den Vordergrund der Betrachtung gerückt werden. Durch eine systematische Schmerzerhebung, -dokumentation und Ergebniskommunikation wird der aktuelle Schmerzzustand der betroffenen Personen in den jeweiligen Einrichtungen identifiziert. Auf dieser Grundlage können zielgerichtete Maßnahmen zur Schmerzreduktion und/oder Schmerzbewältigung vom interprofessionellen Team geplant und umgesetzt werden. Dabei wird umfassend die Versorgungsstruktur der Stadt Münster berücksichtigt, um bestehende Strukturen zu stärken und ggf. mit den Akteuren auf mehrseitiger Ebene weiter zu gestalten.

Im Krankenhaus liegt der Fokus auf dem akuten postoperativen Schmerz. In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe liegt der Schwerpunkt auf dem chronischen und/oder akuten Schmerz. Beim ambulanten Pflegedienst sowie in den Hospizen liegt der Fokus auf dem Krebschmerz. In den Schmerzpraxen richtet sich der Fokus auf den chronischen Rückenschmerz. Für jeden Bereich wurden gruppenspezifische Instrumente entwickelt, die eine standardisierte Befragung der jeweiligen Akteure (d.h. Ärzte, Pflegende, Patienten, Bewohner, Gäste) ermöglichen. Zusätzlich zur

wissenschaftlichen Erhebung des Schmerzmanagements und der Durchführung von Qualität sichernden Maßnahmen in den einzelnen Einrichtungen plant das Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster eine Reihe von Informationsveranstaltungen zum Thema Schmerz. Diese Veranstaltungen richten sich an die breite Öffentlichkeit und werden in enger Zusammenarbeit mit verschiedenen Partnern des Gesundheitssystems der Stadt Münster entwickelt und durchgeführt. Die unterschiedlichen vom Projekt initiierten Aktivitäten sollen den Aufbau bzw. Ausbau eines integrierten Netzwerks fördern und leisten somit einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung des kommunalen Schmerzmanagements. Darüber hinaus lassen sich Erkenntnisse über die Wirtschaftlichkeit einer nachhaltigen Verbesserung der schmerztherapeutischen Versorgung innerhalb der Kommune gewinnen.

Abb.III.18: Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt



Chronische Schmerzen sind als bio-psycho-soziale Erkrankung anzusehen. Wir benötigen neben der Diagnostik eine gute psychotherapeutische Behandlung und für viele Patienten eine qualifizierte Schmerztherapie. Das Aktionsbündnis schmerzfreie Stadt Münster ist dabei, die Versorgungssituation in Münster zu beleuchten. Die Untersuchungen werden uns bald zeigen, ob und ggf. wo Defizite und besondere Handlungsbedarfe bestehen.

Arbeitsunfähigkeit, Berufskrankheiten und betriebliche Gesundheitsvorsorge

Verbesserte Arbeitsbedingungen, zu denen Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung gehören, tragen zur Verminderung von Fehlzeiten, Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten bei. Mit Abstand ist die häufigste anerkannte Berufskrankheit die Lärmschwerhörigkeit. An zweiter Stelle folgen durch Asbest verursachte Berufskrankheiten. Bei Frauen, die häufig anderen Gefährdungen im Berufsleben ausgesetzt sind, sind Infektionskrankheiten, Hauterkrankungen und allergische Atemwegserkrankungen als die wichtigsten Berufskrankheiten zu nennen. In den zurückliegenden Jahren wurde der Schwerpunkt der arbeitsweltbezogenen Gesundheitspolitik auf die Prävention gelegt. Dabei tritt neben den klassischen Schutzmaßnahmen die Prävention von Risikofaktoren in den Vordergrund, z.B. können Rückenbeschwerden durch Tätigkeit beeinflusst sein, aber auch durch Übergewicht, mangelnde bzw. einseitige sportliche Aktivität, oder durch die Psyche. Arbeitsmedizinische Vorsorge dient der individuellen Aufklärung und Beratung der Beschäftigten über die Wechselwirkungen zwischen ihrer Arbeit und der Gesundheit. Sie ist ein wichtiger Faktor zur Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen und letztendlich auch zum Erhalt der individuellen Beschäftigungsfähigkeit. Mit dem Wandel der Ar-

beitswelt und der demografischen Entwicklung gewinnt die individuelle Gesundheitsvorsorge an Bedeutung. Betriebliche Gesundheitsförderung rechnet sich auch, da sie nicht nur einen wichtigen Beitrag zum Erhalt und zur Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit darstellt, sondern auch dem Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit dient.

Dem Gesundheitsamt obliegt die arbeitsmedizinische Betreuung der städtischen Bediensteten. Neben den klassischen Aufgabengebieten der medizinischen Untersuchungstätigkeit, Beurteilung der arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren (Gefährdungsanalyse) gilt es auch, verschiedenen Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung mit zu begleiten. In den zurückliegenden Jahren wurden unterschiedliche gesundheitsfördernde Projekte z.B. zum Thema Hautschutz, Rücken-schulung und Impfschutz, durchgeführt. Gemeinsam mit der betrieblichen Sozialarbeit der Stadt werden die Themen Stress, Mobbing, psychische Belastungen u. a. bearbeitet. Im Jahr 2008 fand für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stadt aber auch Besucher im Stadthaus 1 ein vielbeachteter Gesundheitstag statt.

2.8 Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Einleitung

Noch nie in der Geschichte hatte ein neugeborenes Kind in Deutschland eine so hohe Lebenserwartung. Dieser Indikator spricht für eine insgesamt gute und stabile Gesundheit der Bevölkerung, insbesondere auch von Kindern bzw. für ein gut ausgebautes gesundheitliches Vorsorge- und Versorgungssystem. Eine hohe Lebenserwartung ist stets auch ein Indikator für ein gut ausgebautes Bildungs- und Sozialsystem. Dennoch rückt die Kindergesundheit in Deutschland zunehmend in die öffentliche Aufmerksamkeit. Gesundheit und Lebenserwartung von Kindern wird durch den gesellschaftlichen Wandel, soziale und ökonomische Umweltbedingungen wesentlich beeinflusst. Faktoren wie Armut, Krankheit, Migration sowie Probleme in Fragen der Erziehung bedingen sich gegenseitig und können beträchtliche Risiken für eine Entwicklungsstörung der betroffenen Kinder darstellen.

Ein großer Teil der Kinder entwickelt sich positiv bzw. unauffällig, aber gesundheitliche und soziale Ressourcen und Risiken sind schon vor der Geburt ungleich verteilt und führen zu Chancengleichheit in der weiteren Entwicklung. Faktisch besteht eine Verlagerung des Krankheitsspektrums, bei dem es nicht mehr nur um die Bekämpfung von Krankheitserregern geht, sondern vermehrt um die Vorbeugung chronischer Krankheiten und riskanter Entwicklungsverläufe. Chronische Krankheiten und psychische Störungen führen im Kindes- und Jugendalter zu zunehmenden Problemen (siehe dazu auch D. Reinhardt · F. Petermann Kinderklinik und Kinderpoliklinik, Dr. von Haunersches Kinderspital, Ludwig-Maximilians-Universität, München 2 Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen Monatsschrift Kinderheilkunde 2010 · 158:14–14 DOI 10.1007/s00112-009-2113-8; Online publiziert: 16. Dezember 2009 © Springer Medizin Verlag 2009)

Diese „neue Morbidität“ trifft dabei auf ein Krankheitsversorgungssystem, welches bisher eher die „klassischen Kinderkrankheiten“ im Fokus hat. Zugleich zeigt sich, dass sich diese neuen Gesundheitsstörungen oftmals nicht monokausal durch das gesundheitliche Regelversorgungssystem behandeln und „heilen“ lassen. Mit der neuen Morbidität stehen also auch die Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit vor einem Wandel sowie der Ansatz von Gesundheitsförderung und Krankheitsbehandlung. Die Notwendigkeit für die Entwicklung von multisystemischen Konzepten, die Gesundheit, Bildung, Erziehung und den Sozialraum einbezieht wird immer deutlicher. Diese Entwicklung ist grundsätzlich in ganz Deutschland gegeben. Dies konnte nicht zuletzt durch den Kinder- und Jugend - Gesundheitssurvey (KIGGS) belegt werden.

Um diese Situation auch in Münster besser beobachten und beschreiben zu können hat der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes die Gesundheitsberichterstattung aus den sozialpädiatrischen Untersuchungen rund um den Schulanfang entsprechend gestaltet um Zusammenhänge zwischen den sozialen Lebensbedingungen von Kindern und Ihrer Gesundheit und ihren Fähigkeiten bzw. ihrem Entwicklungsstand abbilden zu können. Hierfür wurde ein mehr-

dimensionaler kindbezogener Indikator sozialer Ressourcen, der sogenannte „Münsteraner Sozialressourcenscore“, entwickelt, der sich für die Darstellung dieser Beziehungen bewährt hat:

Aus den Dimensionen

- Elterliche Förderung
- Migrationsstatus und Deutschkenntnisse
- Familienkonstellation
- Sozialgefüge des Wohnbezirkes
- werden soziale Ressourcen des Kindes summiert.

Je nach den Lebensbedingungen kann ein Kind in diesen Bereichen hohe, mittlere oder geringe Ressourcen aufweisen. Da sich die Ressourcen aus einer Summe mehrerer Teilbereiche ergeben, hat jedes Kind „die Chance“, beispielsweise geringere Ressourcen in einem Bereich durch höhere Ressourcen in einem anderen Bereich auszugleichen. Der Gesamtindikator ist damit besser dazu geeignet ein Ressourcenprofil eines Kindes abzubilden, als die Einzelindikatoren für sich selber. Die Erkenntnisse aus der Anwendung des Sozialressourcenscores lassen erkennen, dass die Ungleichverteilung von Gesundheitschancen und –risiken, wie sie für das gesamte Land beschrieben wurden, auch in Münster besteht.

2.8.1 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Das Stadtgebiet ist in Schularztbezirke aufgeteilt, für jede Schule hat das Gesundheitsamt gemäß dem gesetzlichen Auftrag einen Schularzt / eine Schulärztin bestellt. Die schulärztlichen Aufgaben umfassen gemäß verschiedener gesetzlicher Grundlagen im Wesentlichen:

- Schuleingangsuntersuchungen der zukünftigen Schulanfänger in den Kindertagesstätten bzw. Grundschulen
- Schulsprechstunden für Eltern, Lehrerschaft, Schülerinnen / Schüler in Hauptschulen und Förderschulen
- Neuropädiatrische Sprechstunden (Schule für Geistigbehinderte, Schule für Körperbehinderte)
- Besondere Betreuung / Überwachung von Schülerinnen / Schülern, deren Gesundheitszustand eine fortlaufende Kontrolle erforderlich macht
- Sozialkompensatorische Untersuchungen / Beratungen
- Gesundheitsfürsorgliche Maßnahmen u.a. in Verbindung mit Tätigkeiten der Fachstellen Sprachheilambulanz und Beratungsstelle für Entwicklungsfragen im Kindes- und Jugendalter.
- Epidemiologie / Datenerfassung und -auswertung
- Schulentlassuntersuchungen in 9. Klassen an Haupt- und Förderschulen
- Betriebsmedizinische Versorgung für Schüler am „Arbeitsplatz Schule“
- Infektionsschutz in Kindertagesstätten und Schulen
- gutachterliche Tätigkeiten für: Schulwesen / örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger / Jugendhilfeträger / verschiedene Ämter, Beihilfestellen etc.

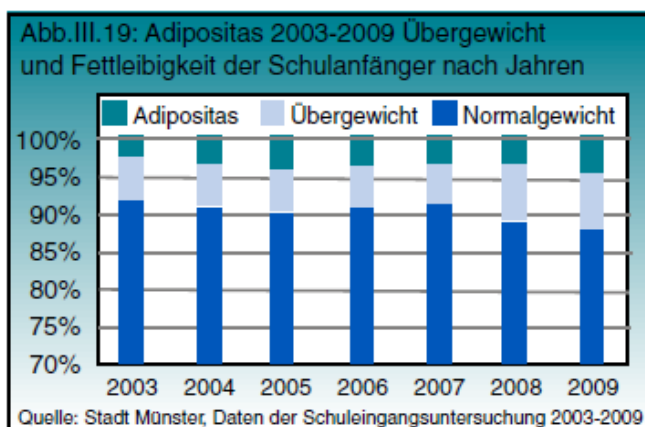
2.8.2 Ergebnisse sozialpädiatrischer Untersuchung von Kindern vor Schulbeginn

Der Gesetzgeber hat die Gesundheitsämter beauftragt, jedes Kind vor erstmaliger Aufnahme in eine Schule schulärztlich zu untersuchen. Die schulärztliche Untersuchung erstreckt sich auf den körperlichen Entwicklungsstand und die allgemeine, gesundheitlich bedingte Leistungsfähigkeit einschließlich der Sinnesorgane des Kindes. Da die Schuleingangsuntersuchung standardisiert erfolgt und jedes Jahr einen gesamten Jahrgang umfasst, eignet sich die Untersuchung nach Anonymisierung des Datensatzes in besonderer Weise u.a. auch für eine epidemiologische Berichterstattung in der Kommune. Im Folgenden werden exemplarisch einige Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen vorgestellt.

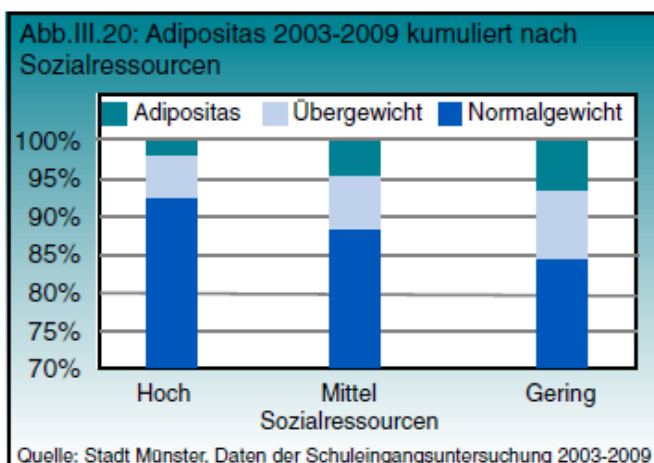
Körpergewicht / Übergewicht

Zur Beurteilung des Körpergewichtes wird bei Kindern und Erwachsenen das Verhältnis von Körpergewicht zur Körpergröße, der so genannte Body-Mass-Index (BMI), herangezogen. Im Kindesalter wird der errechnete Wert in Abhängigkeit vom Lebensalter mit Normwerten (Percentilen) verglichen. Dabei gilt ein BMI oberhalb der 90. Perzentile der Altersnorm als Übergewicht, ein Wert oberhalb der 97. Perzentile als Fettleibigkeit (Adipositas).

Zahlreiche Untersuchungen in den Industrienationen, so auch in Deutschland der letzten Jahre belegen, dass im Erwachsenen- aber auch im Kindesalter, das Problem der Fettleibigkeit über die Jahre deutlich zugenommen hat. Die Schuleingangsuntersuchungen der letzten Jahre belegen, dass dies offenbar auch für die Schulanfänger in Münster zutrifft. Da der Anteil übergewichtiger Kinder im Laufe der Schulzeit zunimmt, muss für Münster am Ende der Jugendzeit von noch höheren Anteilen fettleibiger Kinder- und Jugendlicher ausgegangen werden.



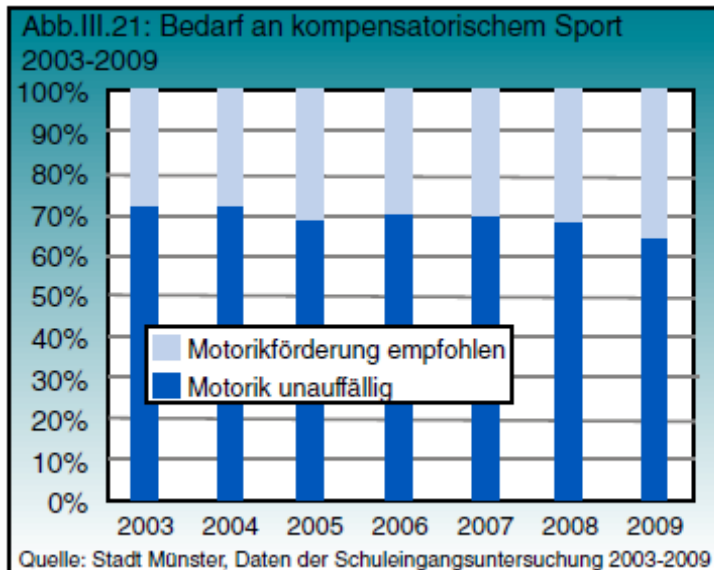
Dabei belegt die Analyse nach Sozialressourcen einen deutlichen Zusammenhang zwischen den sozialen Lebensbedingungen und dem Körpergewicht.



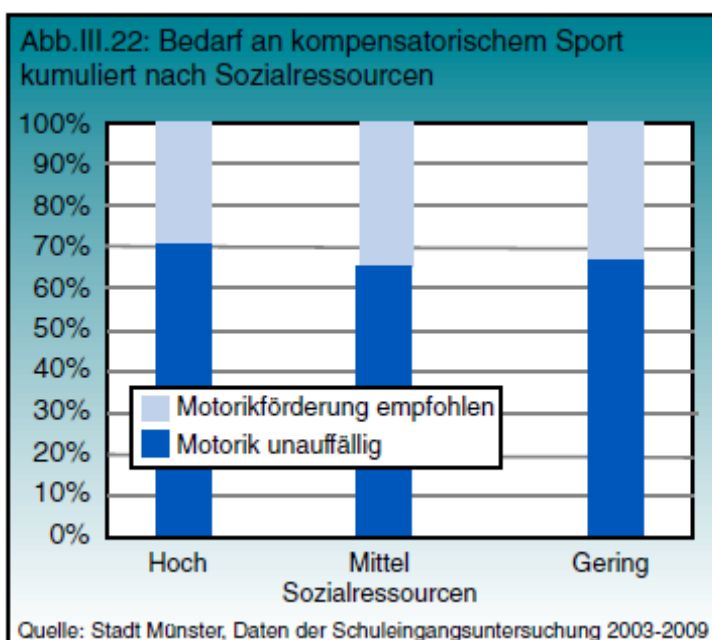
Grobmotorik / Körperkoordination

Ein häufiger Befund der Schuleingangsuntersuchungen sind Mängel im Bereich der grobmotorischen Kompetenzen bzw. der Körperkoordination. In vielen Fällen liegt primär kein krankhafter und therapiebedürftiger Befund vor. Vielmehr kann davon ausgegangen werden, dass Kinder heutzutage nicht mehr in einem Lebensumfeld aufwachsen, welches die motorische Ausreifung des Kindes anregt und fördert. Viele Kinder konnten also schlicht nicht genügend Erfahrung mit ihren motorischen Fähigkeiten sammeln. Von Schulärztlicher Seite werden daher kompensatorische Sportmaßnahmen, beispielsweise in Vereinen, empfohlen.

Die Analyse über die Zeit zeigt, dass die motorische Kompetenz der Schulanfänger über die Jahre offenbar eher ab- als zunimmt.



Die Analyse nach Sozialressourcen zeigt, dass der Bedarf an kompensatorischem Sport bei Kindern mit mittleren und geringen Sozialressourcen höher ist, dass aber auch bei Kindern mit hohen Sozialressourcen ein deutlicher Bedarf für eine Stärkung der motorischen Kompetenz gesehen wird.

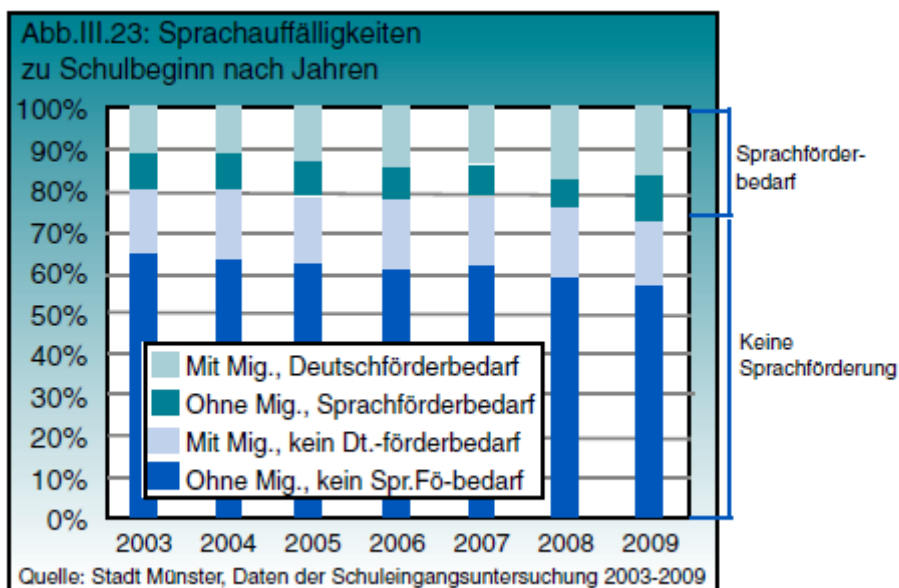


Sprache und Sprechfähigkeit zu Schulbeginn

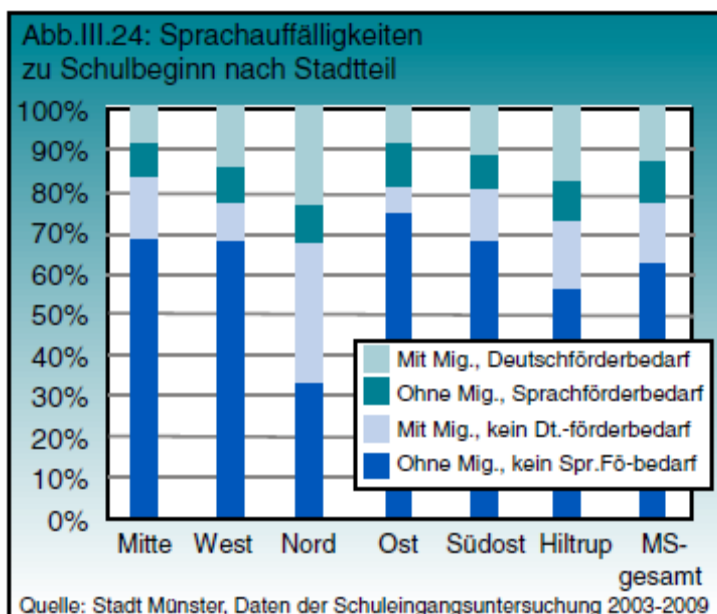
Eine altersgerechte Sprach- und Sprechfähigkeit stellt eine der wichtigsten vorschulisch zu erwerbenden Kompetenzen des Kindes dar. Mängel in diesem Bereich gefährden die weitere Entwicklung und Schullaufbahn des Kindes erheblich. Das Entwicklungsfenster für eine regel- und altersgerechte Sprachentwicklung ist beim Menschen eng begrenzt, so dass sich manche, insbesondere sprachstrukturelle Defizite, die sich bis zum Schulbeginn entwickelt haben, unter Umständen nicht mehr vollständig kompensieren lassen. Zahlreiche Untersuchungen der letzten Jahre belegen die Wichtigkeit dieser Tatsache und zeigen zudem bundesweit erhebliche Defizite der Sprach- und Sprechfähigkeit bei Schulkindern auf. In NRW ist daher seit einigen Jahren eine verbindliche Sprachtestung und ggf. Sprachförderung für alle Vorschulkinder vorgesehen. Dabei sind die Ursachen von Sprach- oder Sprechproblemen mannigfaltig, so dass letztendlich nur eine differenzierte Diagnostik und Förderung / Therapie zu einer nachhaltigen Verbesserung von Sprachkompetenzen führen kann. Es ist evident, dass Sprachauffälligkeiten und -störungen sowohl Kinder deutschsprachiger Eltern betreffen können als auch Kinder, die mit einer nicht-deutschen Sprache aufwachsen. Kinder, die primär mit einer nicht-deutschen Sprache aufwachsen müssen für einen Schulerfolg ausreichende Kompetenzen in der deutschen Sprache erwerben. Bei Schulanfang können also sprachliche Defizite sowohl im Bereich der Sprachentwicklung allgemein als auch im Bereich der Kompetenzen in der deutschen Sprache bestehen.

Dabei zeigen die Analysen aus der Schuleingangsuntersuchung, dass sich der Anteil derjenigen Kinder, die vor Schulbeginn Sprachförderung bedürfen möglicherweise auch dadurch ansteigt, dass der Anteil von Kindern mit Zuwanderungsgeschichte an den Schulanfängern jährlich ansteigt. Lag der Anteil von Schulanfängern mit wenigstens einem Elternteil, welches nicht aus Deutschland stammt, 2003 noch bei 26,4%, so waren dies 2009 bereits 34,2%.

Abb. III.23 belegt, dass auch bei bereits bestehenden Diagnostik- und Fördermaßnahmen im Vorschulalter weitere Anstrengungen zur Anhebung des Sprachniveaus von Schulanfängern erforderlich sind.



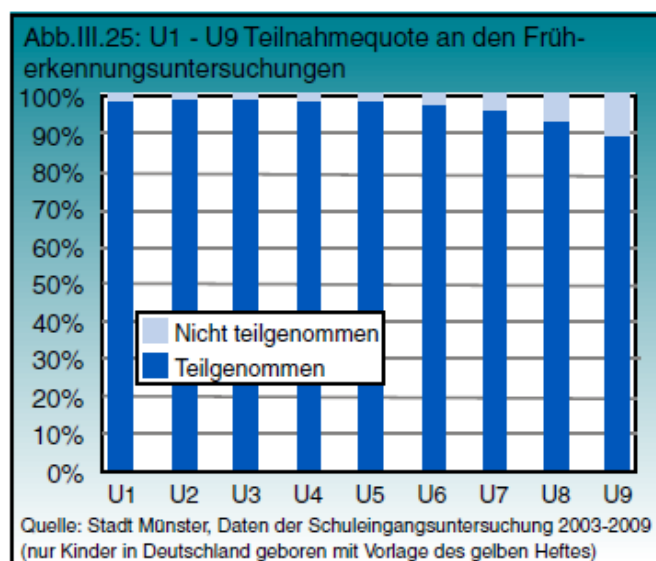
Da die Deutschkenntnisse bei Kindern mit Zuwanderungsgeschichte ein Bestandteil des Sozialressourcenindikators sind, eignet sich bei dieser Sprachauswertung der Indikator nicht für eine differenzierte Betrachtung. Die alternative Analyse mit Hilfe eines regionalen Parameters zeigt jedoch auch bei der Sprach- und Sprechfähigkeit, dass Ressourcen und Risiken unter den Schulanfängern offenbar nicht gleichmäßig verteilt sind. Dies kann als deutlicher Hinweis darauf gewertet werden, dass zum Erreichen nachhaltiger Ziele auch bei Sprachdiagnostik und -therapie eine differenzierte Vorgehensweise erforderlich ist.



Kinderärztliche Früherkennungsuntersuchungen

Von der Geburt an bis zum 6. Lebensjahr hat jedes Kind ein Anrecht auf 9 Früherkennungsuntersuchungen (im Juli 2008 wurde die U 7a im Alter von 3 Jahren als zehnte Untersuchung eingeführt). Dieses Angebot ist grundsätzlich freiwillig und wird durch die Krankenkassen finanziert. Ziel der Untersuchungen ist es, Krankheiten und Fehlentwicklungen des Kindes frühzeitig zu entdecken und ihnen entgegenzusteuern. Im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen werden auch die Impftermine koordiniert und es besteht die Möglichkeit von Beratungen zu anderen Präventionsmaßnahmen, beispielsweise zur Unfallverhütung aber auch zu Erziehungsfragen.

Die Abstände zwischen den Untersuchungen sind im ersten Lebenshalbjahr eng um dann immer weiter zu werden. Seit Implementierung dieses Untersuchungsangebotes ist zu beobachten, dass die Teilnahmequote an den ersten Untersuchungen bei annähernd 100% liegt, bis zur letzten Vorsorge im Alter von ca. 5 Jahren aber schrittweise abnimmt. Diese Tatsache lässt sich auch in Münster beobachten.

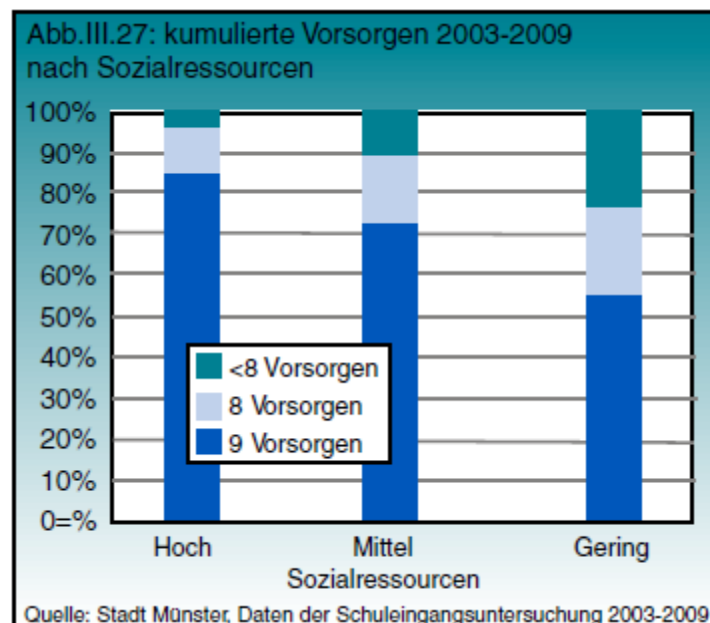
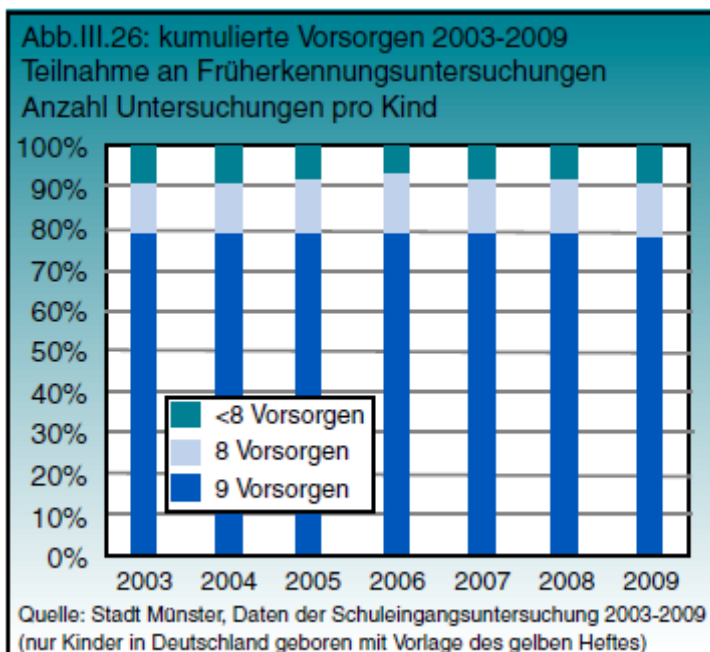


Bei der Bewertung dieser Daten ist zu bedenken, dass eine fehlende Früherkennungsuntersuchung das Risiko erhöht, dass eine Krankheit oder Fehlentwicklung nicht oder nicht rechtzeitig entdeckt wird. Auf der anderen Seite deutet insbesondere das Fehlen mehrerer Untersuchungen auf eine nicht ausreichende Einbindung des Kindes und seiner Familie in das Regelversorgungs-

system hin. Diese Tatsache ist umso deutlicher, je mehr Untersuchungen bei einem Kind fehlen. Über die Anzahl durchgeführter Untersuchung lässt sich der Umfang von Vorsorgegücken bestimmen.

Die Vorlagequote des gelben Vorsorgeheftes bei der schulärztlichen Untersuchung betrug 2009 94,7%. Von gut 5% der Einschulkohorte liegen daher keine Daten vor. In der Analyse bleiben zudem Kinder unberücksichtigt, die erst nach der Geburt nach Deutschland eingewandert sind, da diese aus der Zeit vor der Einwanderung ‚systemische‘ Lücken bei den Vorsorgeuntersuchungen aufweisen.

Die Daten aus Münster zeigen, dass rund 90% der Schulanfänger, die ein Vorsorgeheft vorlegen konnten, vollständige Vorsorgen oder nur eine fehlende Untersuchung aufweisen. Bei knapp 10% der Schulanfänger liegen größere Lücken (7 Untersuchungen und weniger) vor. Auch bei der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Versorgungsquote und den sozialen Lebensbedingungen des Kindes.



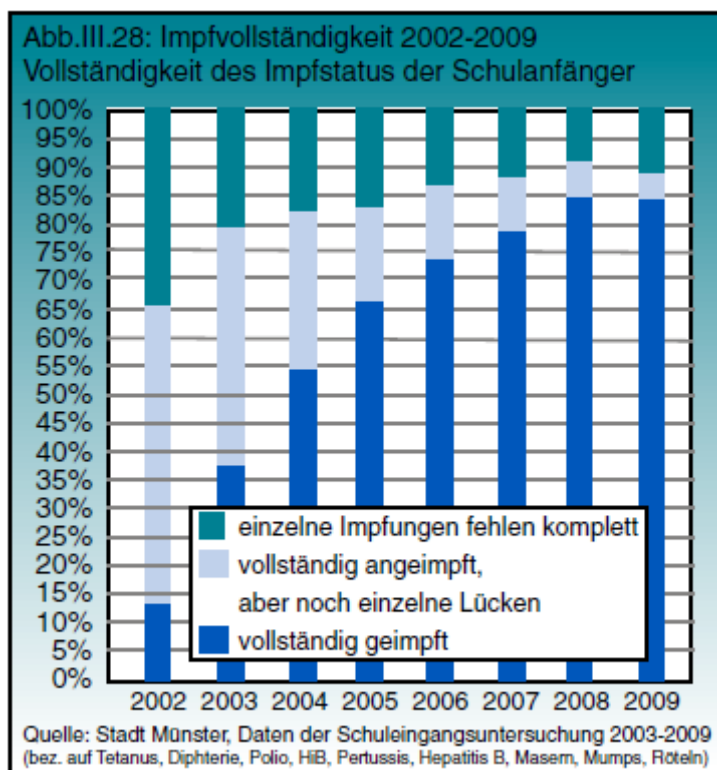
Das aufgezeigte Vorsorgespektrum zeigt uns, dass eine Teilnahme an der Gesundheitsvorsorge sinnvoll ist. Zwecks Durchführung und Sicherstellung der Früherkennungsuntersuchungen hat da-

her das Land NRW im Dezember 2007 ein Meldewesen zur Erinnerung und Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen eingerichtet.

Impfungen

Eine insgesamt positive Entwicklung zeigt sich im Bereich der Schutzimpfungen bei Schulanfängern in Münster. Hatten Schulanfänger im Jahr 2000 noch deutliche Impfücken bei verschiedenen Impfungen, so sind die aktuellen Schulanfänger deutlich vollständiger geimpft. Da die öffentlichen Impfempfehlungen jährlich den wissenschaftlichen und epidemiologischen Erkenntnissen und der Impfstoffentwicklung angepasst werden und zwischen Impfzeitpunkt und Einschulung in der Regel einige Jahre liegen, ist eine Gesamtbilanz des Impfstatus bei Schulbeginn nicht unproblematisch. Daher wurde zur übersichtlichen Bewertung des Impfstatus der Schulanfänger ein „Vollständigkeitsindikator“¹ entwickelt. Dieser Indikator berücksichtigt insgesamt neun seit Jahren etablierte Impfungen und belegt eindrücklich die steigende Qualität des Impfschutzes bei Schulanfängern: Waren 2002 nach dem damals gültigen Impfplan lediglich rund 12% der Schulanfänger ganz vollständig geimpft, so betrug dieser Anteil bei den Schulanfängern 2009 über 80%.

Dagegen wiesen 2002 noch rund 35% der Schulanfänger größere Impfücken auf. 2009 war dieser Anteil auf rund 10% zurück gegangen. Die jeweils übrigen Kinder wiesen kleinere Unvollständigkeiten im Impfplan auf. Diese Erfolge beim Impfschutz werden eindrucksvoll durch einen Rückgang von impfvermeidbaren Infektionskrankheiten in Münster begleitet. Weitere Analysen zum Impfschutz siehe Kapitel Impfung.



Bei den Impfücken zeigen sich insgesamt keine wesentlichen Unterschiede bezüglich der sozialen Lebensbedingungen. Selbst Kinder, die größere Lücken bei den Früherkennungsuntersuchungen haben, weisen nicht automatisch größere Impfücken auf, als Kinder mit vollständigem Vorsorgestatus.

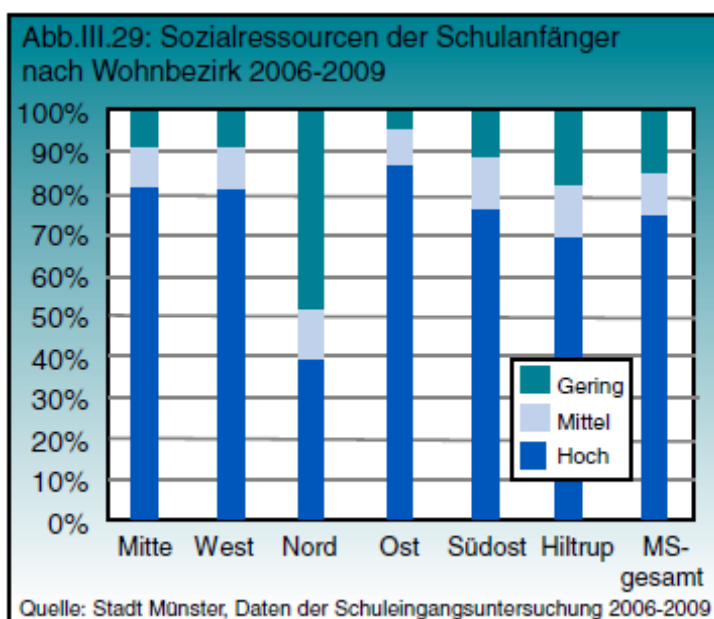
¹ Der Vollständigkeitsindikator bezieht sich auf Masern, Mumps, Röteln (jeweils 2x geimpft) sowie auf Tetanus, Diphtherie, Polio, HiB, Pertussis, Hepatitis B.

Zusammenfassung der Ergebnisse aus der Schuleingangsuntersuchung

Die standardisierten sozialpädiatrischen Schuleingangsuntersuchungen liefern wichtige und umfangreiche Erkenntnisse zu Lebensbedingungen, zum Entwicklungsstand und zur gesundheitlichen Lage der Kinder in Münster. Da die Untersuchungen bei allen Schulanfängern jährlich erfolgen, lassen sich Entwicklungen verfolgen und letztendlich sind Aussagen über die grundsätzlichen Lebens- und Gesundheitsbedingungen mehrerer Schuljahrgänge gleichzeitig möglich.

Im Rahmen dieses Berichtes wurden mehrere wesentliche Befunde exemplarisch dargestellt. Die Übersicht zeigt, dass insgesamt nicht von einem einheitlichen Bild gesprochen werden kann. Bei einer grundsätzlich guten Situation beim Impfen sowie einer recht günstigen Quote bei den Früherkennungsuntersuchungen bestehen deutliche Hinweise auf zunehmende gesundheitliche Probleme am Beispiel von Übergewicht und Körperkoordination. Auch im Bereich von Sprache und Sprechfähigkeit besteht offenbar ein andauernder nicht abnehmender Handlungsbedarf.

Als wichtige Erkenntnis lässt sich aus den Daten belegen, dass auch in Münster von einer Ungleichverteilung von Entwicklungsstärken und -schwächen in Bezug auf die sozialen Ressourcen der Schulanfänger ausgegangen werden muss. Diese Ungleichverteilung lässt sich auch sozial-räumlich belegen. So zeigt sich, dass es zahlreiche Wohnbezirke gibt deren dort wohnende Kinder durchweg über erfreulich hohe soziale Ressourcen verfügen. In anderen Stadtteilen ist dagegen über die Jahre konstant zu beobachten, dass die dort lebenden Kinder über auffallend geringe soziale Ressourcen verfügen.



Dabei ist zu bedenken, dass Kinder mit geringen Sozialressourcen häufig gleichzeitig in verschiedenen Entwicklungs- oder Gesundheitsbereichen Risiken oder Defizite aufweisen. Dabei kann gerade die Summierung von Risiken in verschiedenen Entwicklungsbereichen bei einem Kind zu einer deutlichen Einschränkung der Gesundheits- und Entwicklungschancen führen.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen einer gesunden körperlichen, seelischen und kognitiven Entwicklung und Schulerfolg. Auf verlässliche Brücken zwischen Hilfesystemen sind insbesondere Kinder angewiesen, die unter schwierigen Lebensumständen aufwachsen (siehe -13. Kinder- und Jugendbericht-).

2.8.3 Schulärztliche Aufgaben und Gesundheitsförderung

Nach den Vorgaben des Gesundheitsdienstgesetzes für NRW (ÖGDG NRW) hat das Gesundheitsamt die Aufgabe, die gesundheitliche Situation zu beobachten, zu bewerten und in Zusam-

menarbeit mit Dritten auch Gesundheitsförderung zu betreiben. Im Bereich der gesundheitlichen Versorgung und Förderung hat das Gesundheitsamt einen subsidiären Auftrag. Es hat daher bereits in der Vergangenheit neben der Schuleingangsuntersuchung, die Flächen deckend anzubieten ist, andere Aufgabenschwerpunkte deutlich sozial kompensatorisch ausgerichtet.

Sprachheilambulanz

Seit 1962 werden im Gesundheitsamt Sprachheillehrer / Logopäden im Honorarverhältnis beschäftigt, um die rechtzeitige und angemessene Einleitung einer Sprachheilbehandlung bei sprachbehinderten und von einer Sprachbehinderung bedrohten Kindern sicherzustellen, welche von der Regelversorgung nicht ausreichend erreicht werden.

Motopädisches Förder- und Beratungsangebot

Das Gesundheitsamt setzt städtische Fördermittel für Prävention in einem motopädischen Förder- und Beratungsangebot ein. Dieses Projekt wird in sechs nach Datenlage der Schuleingangsuntersuchung ausgewählten Kindertagesstätten angeboten. Es richtet sich an Kinder mit „grenzwertigen“ Entwicklungsauffälligkeiten, die bisher weder im gesundheitlichen Regelversorgungssystem, noch im Bereich der Behindertenfürsorge betreut werden können. Die Erfahrung zeigt, dass Kinder mit entsprechenden Entwicklungsprofilen in bestimmten, in der Regel sozialräumlich belasteten Kindertagesstätten, häufiger sind. Diese Kinder weisen Entwicklungsprobleme oft in sehr verschiedenen Entwicklungsbereichen auf. Nicht selten sind mehrere Bereiche betroffen. Durch das motopädische Präventionsprojekt werden die Erzieherinnen / die Erzieher in Ihrem Erziehungsauftrag für diese besonderen Kinder unterstützt. Die Elternarbeit wird qualifiziert und Kindern mit Bedarf wird ein eigenes motopädisches Förderangebot in der Einrichtung gemacht.

Schulsprechstunden

Zur sozialkompensatorischen ärztlichen / sozialpädiatrischen Versorgung älterer Schülerinnen und Schüler bietet das Gesundheitsamt seit vielen Jahren in ausgesuchten Schulen (vor allem Haupt- und Förderschulen) schulärztliche Sprechstunden an. Diese Sprechstunden richten sich an Schüler und Schülerinnen, Lehrkräfte und Eltern. Die Sprechstunden, die grundsätzlich freiwillig sind, decken zwischen Fragen und Problemen, die sich aus dem Schulverhältnis ergeben über individuelle Entwicklungsfragen bis hin zu individualmedizinischen Fragestellungen ein breites Spektrum ab. Aus individualmedizinischer Sicht trägt dieses Angebot auch dem Umstand Rechnung, dass sich Jugendliche in der Regel als gesund und nicht als persönlich von Gesundheitsgefahren bedroht ansehen. Im Jugendalter besteht daher oft eine nicht unerhebliche Lücke im Bereich der Krankheitsprävention und der Gesundheitsvorsorge. Hier kann die Schulsprechstunde dazu beitragen, Schüler / Schülerinnen an das Regelversorgungssystem anzubinden.

Schulentlassuntersuchungen in den 9. Klassen

Nach Schul- und Gesundheitsdienstgesetz kann das Gesundheitsamt „soweit erforderlich“ Schülerinnen und Schülern der 9. Klassenstufen schulärztliche Beratungen und Untersuchungen anbieten. Diese Untersuchungen sind in der Schullaufbahn des Schülers der Schülerin in die Berufsfindungsphase eingebettet und sollen u.a. der schulärztlichen Beratung im Rahmen der Berufswahl dienen. Damit soll die Wahrscheinlichkeit vermindert werden, dass ein junger Mensch eine Ausbildung abbrechen muss, da ein absehbares Gesundheitsproblem nicht ausreichend bedacht wurde.

Daneben besteht im Rahmen der Untersuchung in der 9. Klasse vergleichbar den Schulsprechstunden die Möglichkeit der individualmedizinischen Beratung mit einer nachfolgenden Anbindung des Schülers / der Schülerin an das Regelversorgungssystem z.B. auch zum Schließen von Impflücken.

In Münster werden diese Untersuchungen gemäß der gesetzlichen Vorgabe nicht Flächen deckend angeboten. Ein Schwerpunkt liegt bei Haupt- und Förderschulen.

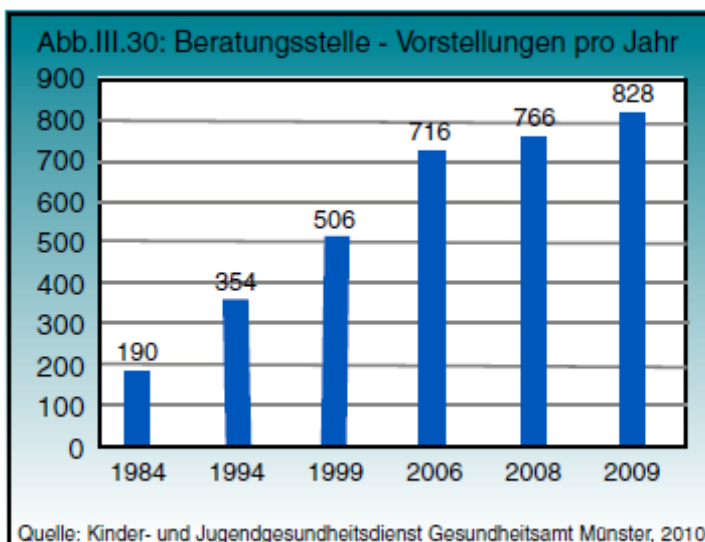
2.9.4 Beratungsstelle für Entwicklungsfragen im Kindes- und Jugendalter (BfE)

Die Beratungsstelle für Entwicklungsfragen im Kindes- und Jugendalter (BfE) gehört zur Abteilung „Kinder- und Jugendgesundheitspflege“ des Gesundheitsamtes. Ihre Aufgabe ist, so früh wie möglich Ansprechpartnerin für Eltern zu sein, um über stützende, fördernde und entlastende Hilfen zu beraten. Hierbei wird nach passgenauen Angeboten gesucht, die auf die individuellen Bedürfnisse der Familien eingehen, um eine optimale Teilhabe (Integration) des behinderten oder entwicklungsauffälligen Kindes / Jugendlichen in das jeweilige soziale Umfeld zu erreichen. Zur Verwirklichung dieses Anspruchs wird vom multidisziplinären Team der Beratungsstelle in Abstimmung mit den Eltern - nach der Diagnostik - ein individueller Gesamtplan erarbeitet, ggf. Heilpädagogische Frühförderung oder begleitende pädagogische sowie psychosoziale Beratung angeboten.

Das Beratungsangebot der BfE gilt für Familien, deren behinderte oder entwicklungsauffällige und somit von Behinderung bedrohte Kinder im Alter von 0 – 18 Jahren. Die Angebote der Heilpädagogischen Frühförderung bestehen für Familien mit Kindern im Alter von 0 – 6 Jahren, die während der ersten Lebensjahre in ihrer körperlichen, kognitiven oder sprachlichen Entwicklung auffällig werden.

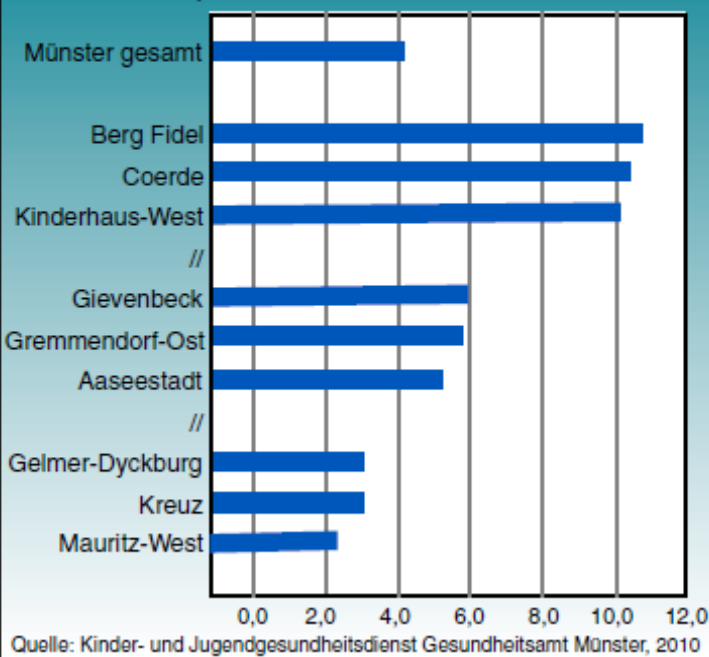
Die BfE erbringt damit sowohl Heilpädagogische Frühförderung im Sinne des SGB IX und XII (Eingliederungshilfe des Sozialhilfeträgers) als auch umfangreiche Beratungs- und Unterstützungsleistungen auch für ältere Kinder und Jugendliche bzw. deren Familien. Bei Bedarf wird Eltern wohnortnahe Beratung in enger Kooperation mit Institutionen angeboten. Im Zuge der Pauschalfinanzierung wird Familien eine offene Anlaufstelle angeboten, in der lästige und abschreckende Verwaltungsformalitäten entfallen.

Bei den „Vorstellungen“ handelt es sich um alle Kinder / Familien, die aus den verschiedensten Anlässen um Beratung in der BfE nachgesucht haben. Hierbei ist ein kontinuierlicher und steigender Beratungsbedarf zu verzeichnen.



Durch das offene Angebot und die gute Zusammenarbeit mit Kindertagesstätten in Münster bildet die Inanspruchnahme der BfE - Leistungen die sozialräumliche Struktur der Stadt Münster gut ab: Besonders in Stadtteilen mit hoher sozialer Belastung ist die Betreuungsquote der dort lebenden Kinder durch die BfE hoch. Dies stellt eine entscheidende Voraussetzung dafür dar, das Angebot der BfE belasteten Familien zukünftig noch zielgenauer anbieten zu können.

Abb.III.31: Betreuungsquote bis 6-jähriger Kinder durch die BfE, Münster gesamt und in einzelnen Beispielbezirken (in Prozent)



Künftig wird es – mehr noch als bisher – Aufgabe der BfE und der durch sie angebotenen Frühförderung sein, die Hilfe und Frühförderung früher insbesondere denjenigen Familien anzubieten, die selber über relativ wenig Sozialressourcen verfügen und die neben der Durchführung von Förderereinheiten mit den Kindern auch eine intensive weitere Unterstützung und Begleitung der Eltern bzw. ganzen Familie im Zusammenhang mit der Förderung des behinderten / von Behinderung bedrohten bzw. entwicklungsverzögerten Kindes bedürfen.

2.9.5 Früherkennung und Beratung, Hilfe und Therapie

Früherkennung dient der rechtzeitigen Erkennung von Gefährdungen der kindlichen Entwicklung, seien es Verzögerungen, oder gar drohende oder manifeste Behinderungen. Einer effektiven Früherkennung kommt eine zentrale Bedeutung im Rahmen der Frühförderung zu. Ein zentrales Instrumentarium der Früherkennung sind die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen.

In Münster ist die Frühförder- und Frühberatungsstelle des Gesundheitsamtes s.o. als offene Anlaufstelle, mit einem allen ratsuchenden Eltern und Fachleuten zugänglichen Beratungsangebot, ein weiteres zentrales Element der Früherkennung. Schließlich sind auch Kindertageseinrichtungen ein wichtiges Feld der Früherkennung. Dort können Störungen und Beeinträchtigungen erkannt werden, die erst in dieser Altersstufe, nur in der Gruppensituation oder nur bei längerfristiger, d. h., einer über die ersten Lebens-Jahre hinausgehenden, Beobachtung sichtbar werden.

Eingliederungshilfe

Das Gesundheitsamt hat gem. § 59 SGB XII und § 16 ÖGDG die Aufgabe, behinderte Menschen oder deren Personensorgeberechtigte über geeignete ärztliche oder sonstige Leistungen der Eingliederungshilfe zu beraten. Maßnahmen der Eingliederungshilfe sind insbesondere:

- Heilpädagogisches Reiten
- Motopädie
- Autismustherapie

- Musiktherapie
- Heilpädagogische Familienhilfe

Diese Leistungen werden von darauf spezialisierten Leistungserbringern angeboten und im Rahmen der Eingliederungshilfe im Einzelfall vom Sozialamt bei Vorliegen der Voraussetzungen finanziert.

Tageseinrichtungen

Kinder mit und ohne Behinderung können Kindergärten, Horte und altersgemischte Gruppen besuchen. In Nordrhein-Westfalen erfolgt die Versorgung, Betreuung, Erziehung und Bildung von Kindern mit Behinderung in heilpädagogischen Tageseinrichtungen, in integrativen Tageseinrichtungen, sowie in Einzelintegration in Regelkindergärten. In den letzten Jahren hat die Zahl der integrativ arbeitenden Kindergärten zugenommen. Behinderte und nichtbehinderte Kinder werden vermehrt gemeinsam in Regelkindergärten erzogen, um die Startbedingungen behinderter Kinder zu verbessern und die Entwicklung aller Kinder zu fördern. Der LWL (Landschaftsverband Westfalen – Lippe) fördert behinderte Kinder in Tageseinrichtungen, davon einen Teil in gemeinsamer Erziehung mit nichtbehinderten Kindern in Regelkindergärten.

Tab.III.7: Betreute Kinder in Kindertageseinrichtungen nach Förderbedarf und Herkunft der Eltern				
Betreute Kinder in Kindertageseinrichtungen				
15. März	Insgesamt	darunter		
		mit erhöhtem Förderbedarf	mit ausländischem Herkunftsland mind. eines Elternteils	in der Familie wird vorrangig nicht Deutsch gesprochen
	Anzahl			
2007	8.390	223	2.674	1.648
2008	8.812	370	2.780	1.641

Quelle: Information und Technik, NRW, Jahresstatistik 2008, Stadt Münster

Quelle: Information und Technik, NRW, Jahresstatistik 2008, Stadt Münster

Medizinisch-therapeutische Leistungen

Zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zählen insbesondere Physiotherapie, Ergotherapie sowie Logopädie. Das breite Feld der medizinisch-therapeutischen Angebote wird in Münster von zahlreichen ergotherapeutischen, physiotherapeutischen und logopädischen Fachpraxen abgedeckt. In diesem Zusammenhang ist auch der „Eltern-Kind-Kurs“ im Heinrich-Piepmeyer-Haus zu erwähnen.

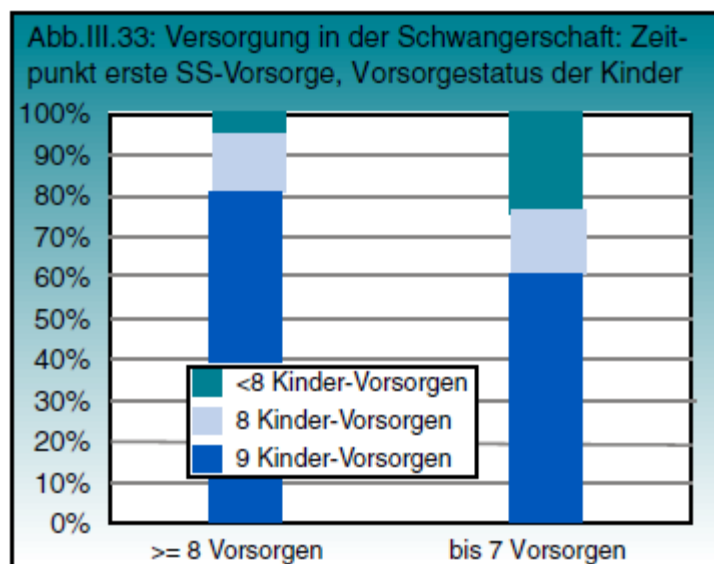
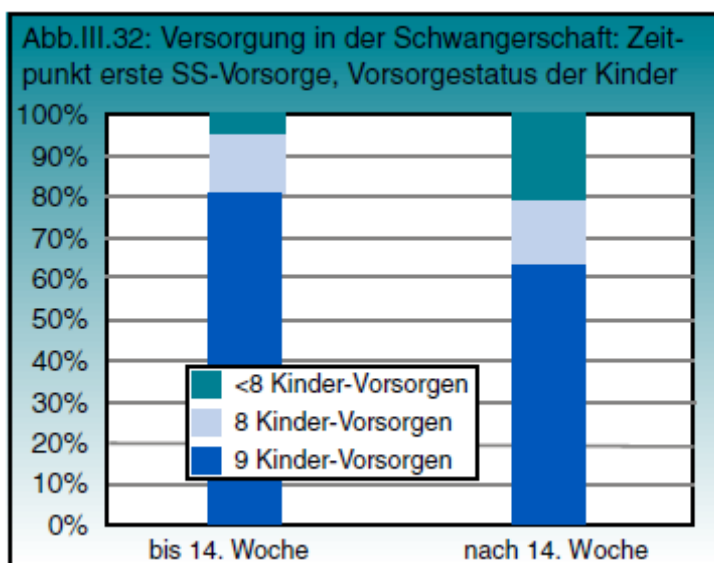
Das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) an der Uni-Klinik Münster ist eine spezialisierte, sozialpädiatrische Einrichtung mit einem überregionalen Versorgungsauftrag. Die Behandlung durch ein SPZ ist auf diejenigen Kinder ausgerichtet, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten/-innen oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können.

2.9.6 Schwangerschaft und frühe Hilfen

Wie bereits im Abschnitt Kinder- und Jugendgesundheit beschrieben, gibt es auch in Münster mit seinem gut ausgebauten medizinischen Versorgungssystem Kinder, die nicht ausreichend an Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen und zahlreiche Entwicklungsverzögerungen bzw. -störungen aufzeigen.

Die Gesundheitsdaten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes zeigen eindrucksvoll, dass ein Zusammenhang zwischen der Gesundheit einer Schwangeren und der ihres Kindes in den folgenden Jahren besteht. Liegt der Zeitpunkt der Erstuntersuchung in der Schwangerschaft spät (nach der 14. SSW) und werden wenige Vorsorgen in der Schwangerschaft in Anspruch genommen,

dann weisen auch die dann geborenen Kinder bis zum Einschulungszeitraum lückenhafte Vorsorgen auf. (siehe Abbildung)



Eine ähnliche Verknüpfung lässt sich auch beim Stillen ziehen. Stillen Mütter (über einen längeren Zeitraum), dann werden die Kinder auch häufiger zu allen Vorsorgen gebracht. Gleichzeitig haben diese Kinder natürlich alle Vorteile des Stillens.

Es zeigt sich also ganz deutlich: Will man die Gesundheit von Kindern frühstmöglich fördern, dann muss man schon in der Schwangerschaft der Mütter und am besten schon davor beginnen. Im Rahmen der aufsuchenden Gesundheitshilfen verfolgt das Gesundheitsamt seit mehreren Jahren diesen Ansatz. Mit einer Familienhebamme mit eigener Migrationsvorgeschichte wurde begonnen, Frauen in Übergangwohnheimen der Stadt in der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr des Kindes zu unterstützen. Die Bedarfe auch bei deutschen Familien in den Stadtteilen wurden schnell deutlich.

Mittlerweile kümmern sich vier Familienhebammen als Honorarkräfte des Gesundheitsamtes um bis zu 140 Frauen im Jahr. Sie motivieren die Frauen zu einer gesunden Lebensweise in der Schwangerschaft, zur Inanspruchnahme aller Vorsorgen für sich und später für ihr Kind, zum Stillen und anschließend zu einer gesunden Ernährung für die gesamte Familie.

Die Gründe für die Vernachlässigung des Themas Gesundheit sind dabei in fast allen Fällen ähnlich: hohe soziale Belastungen mit Arbeitslosigkeit, finanziellen Problemen, Sprachbarrieren bei

Migrationsvorgeschichte und oft auch Unkenntnis des deutschen Gesundheitssystems. Die Familien zeigen dabei nicht nur Unsicherheiten im Umgang mit Gesundheit, sondern auch bei Themen wie Erziehung, Umgang mit Krisen u. a. Viele Familien berichten in den letzten Jahren aber auch von Zuzahlungen bei Arztbesuchen für die sogenannten Igel-Leistungen (individuelle Gesundheitsleistungen). Bei genauer Betrachtung waren viele dieser Leistungen für die Patienten nicht wirklich notwendig. Umso tragischer ist es, wenn die Zuzahlungen dazu führen, dass Arztbesuche in Zukunft vermieden werden.

Wichtig war und ist es, einen möglichst niedrig schwelligen Zugang zu Familien mit besonderen Unterstützungsbedarfen zu finden. Hier hat sich der Weg über Hebammensprechstunden in Kindertageseinrichtungen als besonders geeignet erwiesen. Mittlerweile sind diese Sprechstunden, die einmal pro Woche von erfahrenen Hebammen im Stadtteil angeboten werden, bei Eltern und Erzieherinnen / Erziehern äußerst gefragt. Für diesen Ansatz der Gesundheitsförderung wurde das Gesundheitsamt der Stadt Münster im November 2009 vom Gesundheitsminister NRW mit dem zweiten Preis beim Wettbewerb „Gesundes Land NRW“ ausgezeichnet.

Die Erfahrungen in der täglichen Arbeit haben jetzt eine Weiterentwicklung dieses Projektes angeregt. Neben der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen gilt es, Entwicklungsverzögerungen bei Kindern möglichst frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Mit der Beratungsstelle (BfE) verfügt das Gesundheitsamt über eine eigene Einheit zur Diagnose und Therapie von Entwicklungsverzögerungen im Kindes- und Jugendalter.

Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter aus der Beratungsstelle werden ab 2010 gemeinsam mit Hebammen in ausgewählten Familienzentren Sprechstunden anbieten. Dadurch soll Familien, die bislang den Weg in die Beratung nicht gefunden haben, der Zugang noch einmal erleichtert werden. Die Auswahl der Familienzentren erfolgte in enger Abstimmung mit dem Amt für Kinder, Jugendliche und Familien. Diese Kooperation wurde im Bereich aufsuchende Hilfen, Hebammenhilfen, der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen zum Kinderschutz für drogenabhängige Schwangere und Eltern und den Präventionsbesuchen des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien in den letzten Jahren intensiviert und ist gewinnbringend für beide Seiten.

Ein ständig aktuelles Thema bei allen aufsuchenden Hilfen ist die Frage nach sicherer Familienplanung. Die Möglichkeit, Familien hier nicht nur Beratung, sondern auch finanzielle Hilfen aus Stiftungsmitteln zukommen zu lassen, ist enorm wichtig. Viele Familien geraten durch zu rasch aufeinanderfolgende Geburten an ihre Belastungsgrenze. Hier Entlastung zu schaffen, bedeutet auch einen Gewinn an Gesundheit für die Familien.

2.9.7 Kinder- und Jugendzahngesundheit

Zu den meist verbreiteten Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen gehören Karies und Parodontitis (Zahnbetterkrankungen). Ihnen kann durch geeignete gesundheitsfördernde Maßnahmen im Sinne einer Primärprävention (Verhinderung oder Minderung des Auftretens von Zahnerkrankungen) aber auch zwangsläufig angesichts der Morbidität schon im Kindesalter sekundärpräventiv (Wiedererlangung der Zahngesundheit durch Behandlung) wirksam begegnet werden.

Ein besonderes Augenmerk ist auch auf Zahn- und Kieferfehlstellungen zu legen, die z. T. schon frühzeitig behandelt werden sollten, um langjährige kieferorthopädische Therapien zu vermeiden oder zu verkürzen sowie Spätschäden zu verhindern.

Karies, Parodontitis und Zahnverlust beeinträchtigen nicht nur die Funktionsfähigkeit des Kauorgans, sondern können auch Folgen für den Gesamtorganismus und die Psyche des Menschen haben. So kann das Milchgebiss seine Aufgabe als Platzhalter für die bleibenden Zähne nicht mehr erfüllen, wenn es durch Karies und Zahnverlust geschädigt ist; mögliche Folgen sind Gebiss- und Kieferanomalien. Beim erwachsenen Menschen können Krankheiten der Zähne und des Zahnfleisches - wegen des beeinträchtigten Kauvermögens und der damit einhergehenden unvollständigen Ernährung - Erkrankungen der Verdauungsorgane verursachen, aber auch zu Herdkrankheiten an anderer Stelle des Körpers (Herz, Niere, Gelenke) führen. Was die Beeinträchtigung des psychischen Wohlergehens betrifft, so spielen Mund und Zähne nicht nur eine Rolle bei

der Sprachlautbildung, sie prägen auch entscheidend das Aussehen eines Menschen sowie seine sozialen Kontakte.

Der Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst des Gesundheitsamtes hat nach dem ÖGDG folgende Aufgaben wahrzunehmen:

- Beratung der Kinder, Jugendlichen und ihrer Sorgeberechtigten, Erzieher und Lehrer in Fragen der Gesunderhaltung des Zahn-, Mund- und Kieferbereiches,
- Durchführung regelmäßiger zahnärztlicher Untersuchungen um Krankheiten und Fehlentwicklungen zu verhüten und zu mildern,
- Maßnahmen der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen,
- Individualprophylaxe bei Klein- und Schulkindern sowie behinderten Kindern, soweit sie sonst nicht gewährleistet sind.

Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe

Mit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes / SGB V § 21 sowie des ÖGD Gesetzes ist die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Kindern bis zum 12. Lebensjahr als gemeinsame Aufgabe von Krankenkassen, Zahnärzten und dem öffentlichen Gesundheitsdienst vorgeschrieben; in Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, sollen die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt werden. Diese genannten Institutionen sind gemeinsam Träger des „Arbeitskreises Zahngesundheit“. Die Geschäftsführung sowie der Vorsitz sind beim Jugendzahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes angesiedelt.

Gruppenprophylaxe bedeutet, dass die Inhalte der Zahngesundheitsförderung in sozialen Gruppen vermittelt werden. Diese Form der Prophylaxe gilt als besonders effektiv, zum einen weil Informationsvermittlung und Verhaltensbeeinflussung in Gruppen besonders „ökonomisch“, zum anderen weil in der Altersgruppe der 3 bis 12 jährigen organisiertes Lernen am besten in Gruppen möglich ist, wo sie sich nicht nur an Erziehenden, sondern auch an den Gruppenmitgliedern orientieren. Dabei geht es nicht darum, den Kindern etwas vorzuschreiben, sondern Lust auf Gesundheit zu fördern.

Auch in Münster haben sich die örtlichen Krankenkassen und die niedergelassene Zahnärzteschaft mit dem Gesundheitsamt zur „Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit“ zusammengeschlossen. Die Arbeitsgemeinschaft betreut derzeit flächendeckend die Münsteraner Kindergärten. Eine Ausweitung der Gruppenprophylaxe auf die Grundschulen wurde mit einem neu entwickelten Grundschulprogramm begonnen und schwerpunktmäßig umgesetzt, wobei auch die niedergelassenen Zahnärzte/Innen beteiligt und entsprechend geschult wurden.

Tab.III.8: Zahnärztliche Untersuchungen in Kindertageseinrichtungen und Schulen

	2007		2008		2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Naturgesunde Gebisse (keine Karies, Zahnfüllungen)	7.796	48,6	7.094	44,0	7.677	48,2
Behandlungsbedürftige Karies	3.364	21,0	3.330	20,6	2.867	18,0
kein Behandlungsbedarf	4.882	30,4	5.702	35,4	5.389	33,8
Gesamtzahl untersuchter Kinder	16.042	100	16.126	100	15.933	100

(alle KiTa's, Grundschulen, Förderschulen)

Die Zahnbefunde liegen mittlerweile auf einem erfreulich guten Niveau, wobei eine weitere deutlichere Verbesserung nicht zu erwarten ist. Zu berücksichtigen ist, dass die o. g. Zahlen Durchschnittswerte sind, die stadtteil- und einrichtungsbezogen - abhängig vom sozialen Umfeld - erheblich variieren.

Tab.III.9: Zahnärztliche Untersuchungen: Grundschulen in Brennpunkten in Münster

	Kinderhaus		Gremmendorf -Süd		Coerde	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Naturgesunde Gebisse (keine Karies, Zahnfüllungen)	65	25,1	32	16,5	15	9,4
Behandlungsbedürftige Karies	99	38,2	44	22,7	44	27,5
kein Behandlungsbedarf	95	36,7	118	60,8	73	45,6
Gesamtzahl untersuchter Kinder	259	100	194	100	160	100

Auffallend sind teilweise hohe Sanierungsgrade, einhergehend mit einer geringen Anzahl naturgesunder Gebisse; die Anzahl der Behandlungsbedürftigen (unversorgte Karies) ist insgesamt zurückgegangen, auch in den Brennpunktgebieten.

In Einzelfällen, wenn Kinder oder Jugendliche aufgrund persönlicher oder sozialer Umstände keinen Zugang zur Regelversorgung finden, führt der Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst auch zahnärztliche Behandlungen bzw. Behandlungsvorbereitungen durch, um eine Integration und Weiterbehandlung bei niedergelassenen Zahnärzten/Innen zu ermöglichen, was in vielen Fällen bereits gelang.

Tab.III.10

	2007	2008	2009
Zahnärztliche Behandlungen Behandlungsvorbereitungen	15	33	35

2.9.8 Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Im Kindes- und Jugendalter wird wie bei Erwachsenen eine deutliche Verschiebung von den körperlichen hin zu den seelischen Störungen beobachtet.

Eine aktuelle Auswertung der Krankenhausstatistik und der ambulanten Behandlungsfälle niedergelassener Ärzte in NRW ergibt, dass im Zeitraum zwischen 2000 und 2008 die Krankheitsfälle wegen psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen bei den unter 15-Jährigen kontinuierlich zugenommen haben (Rolf Annuß, LIGA NRW, Juli 2010). Es wird in dieser Altersgruppe ein Zuwachs an Krankenhausfällen von 43 % (Fälle je 100.000 der Altersgruppe) gegenüber 26 % in der Gesamtbevölkerung festgestellt. Die Raten der Jungen liegen rund 1/3 höher als die der Mädchen. Auch bei den ambulanten Behandlungen steigt die jährliche Zuwachsrate an psychischen Störungen bei unter 15-Jährigen gegenüber der Allgemeinbevölkerung überproportional an, so dass es sich hier sehr wahrscheinlich nicht um einen isolierten Trend bei besonders schweren Fällen handelt. Im ambulanten Bereich dominieren die Entwicklungsstörungen, vor allem die Sprachentwicklungsstörungen. Stationär werden am häufigsten die Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen diagnostiziert, hier stieg die stationäre Behandlungsrate zwischen 2000 und 2008 um 49 % der unter 15-Jährigen an. Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und Hyperkinetische Störungen (ADS bzw. ADHS) bilden sowohl ambulant als auch stationär die zweithäufigste Diagnose (Rolf Annuß, LIGA NRW, Juli 2010).

Eine zunehmende Sensibilität in der Bevölkerung für psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter erklärt nicht ausreichend die kontinuierliche und deutlich überproportionale Zunahme seelischer Störungen in dieser Altersgruppe. In den nächsten Jahren bedarf es deshalb weitergehender Analysen und verstärkter Ursachenforschung.

Bei Kindern und Jugendlichen gehen seelische Störungen mit erheblichen Beeinträchtigungen in familiären und sozialen Beziehungen sowie in Schule, Beruf und Persönlichkeitsentwicklung einher. Die Behandlung und Betreuung von psychisch kranken Mädchen und Jungen ist deshalb auch in Münster von großer gesellschaftlicher Relevanz. Dies zeigt sich bereits als Herausforderung an unseren Schulen. Ziel der Arbeit in Münster muss sein, für alle Kinder und Jugendlichen aus Münster mit therapiebedürftigen psychischen Störungen ein bedarfsgerechtes und vernetztes Behandlungs- und Betreuungsangebot vorzuhalten.

Bezieht man große bundesweite Studien (Robert-Koch-Institut 2003-2006, BELLA Studie) auf Münster, würden 1.964 Jungen (10,9 %) und 1.465 Mädchen (8,4 %) wahrscheinlich unter einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung leiden. Bei 10% der betroffenen Minderjährigen muss mit Ängsten, bei 5,4 % mit Anzeichen einer Depression gerechnet werden. Jungen im Grundschulalter zeigen häufiger als Mädchen Symptome, die auch das soziale Umfeld oder die Familie erheblich beeinträchtigen können. Das können Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität und Disziplinstörungen in der Schule, Wutanfälle oder Zerstörung fremden Eigentums sein. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen sowie somatoforme Störungen betreffen vorwiegend Mädchen.

Deutliche Unterschiede in den Auffälligkeiten und in den Ressourcen zeigen sich bezogen auf den sozioökonomischen Status der Familien und ihrer Migrationsvorgeschichte. Die Risikofaktoren wirken dabei kumulativ. Aufklärung, Hilfe und Intervention sollten sich daher gezielt an Risikogruppen richten.

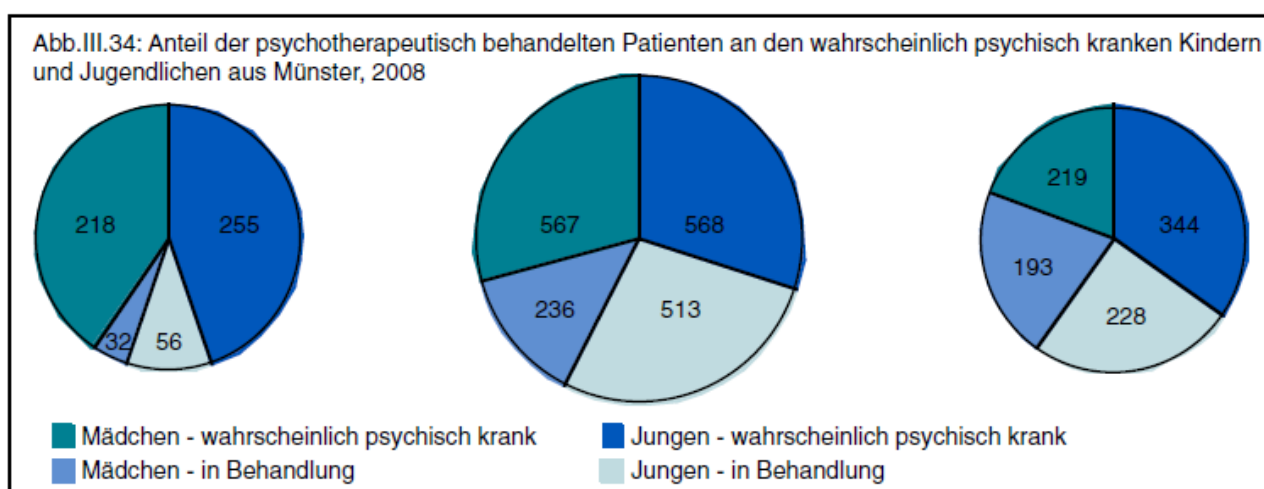
Im November 2008 hat das Gesundheitsamt der Stadt Münster im Gesundheitsbericht Band 14 die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Münster ausführlich dargestellt.

Ambulante Versorgung in Münster

In Münster stehen aktuell 12 Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für die ambulante Versorgung zur Verfügung. Mit 4,4 Fachärzten pro 100.000 Einwohner sind die Möglichkeiten deutlich besser als in den umliegenden Kommunen, mit 0 bis 2,1 pro 100.000 Einwohner (2008). Zusätzlich zu den niedergelassenen Fachärzten ist die Institutsambulanz der Klinik für Kin-

der- und Jugendpsychiatrie des UKM in die ambulante Diagnostik und Therapie eingebunden. Die Versorgung in der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist in Münster ebenfalls gut. Von den gegenwärtig 48 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die an der Kassenärztlichen Versorgung teilnehmen, haben 16 Psychotherapeuten ausschließlich eine Zulassung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Um die psychotherapeutische Versorgungssituation in Münster zu erfassen, befragte das Gesundheitsamt der Stadt Münster im Jahr 2008 alle an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden zur Behandlungssituation in ihrer Praxis. Den Angaben über die Anzahl der behandelten Kinder und Jugendlichen wurde die Anzahl der wahrscheinlich psychisch kranken Kinder und Jugendlichen gegenübergestellt. Studien zur seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zeigen, dass zwischen 7,1% und 10,9% von ihnen behandlungsbedürftige psychische Störungen zeigen. Für Münster kann davon ausgegangen werden, dass dies 3.429 Kinder und Jugendliche betrifft. Über ein Drittel dieser Kinder (36,7%) werden auch behandelt. (Gesundheitsbericht Band 14 „Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Münster“)



Von den Kindern und Jugendlichen, die in Münster ambulant psychotherapeutisch behandelt werden, sind ca. zwei Drittel Jungen und etwa ein Drittel Mädchen. Jungen gelten allgemein als anfälliger gegen Stressfaktoren, sie sind häufiger von sozial unerwünschten Störungen (z.B. Hyperaktivität m:w = 8:1) und dissozial-aggressiven Auffälligkeiten (m:w = 4:1) betroffen und werden deshalb möglicherweise früher einer Behandlung zugeführt.

In den meisten Praxen in Münster warten Kinder und Jugendliche mehr als vier Wochen, häufig sogar länger als drei Monate, auf einen Psychotherapieplatz. Damit unterscheidet sich die Situation in Münster nur unwesentlich vom Bundesdurchschnitt. Für Münster bleibt festzuhalten, dass für psychisch kranke Kinder und Jugendliche schon jetzt ein umfassendes kinderpsychiatrisches, psychotherapeutisches und psychosoziales Behandlungsangebot vorgehalten wird.

Es fehlt aber weiterhin an aufsuchenden psychiatrischen Diagnostik- und Beratungsangeboten. Dieses übernimmt bislang allein und mit knappen Ressourcen der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes. Insbesondere erhalten die jungen Patienten und ihre Familien Unterstützung, die von sich aus nicht in der Lage sind, die vielfältigen ambulanten und stationären Beratungs- und Behandlungsangebote in Anspruch zu nehmen. Die Zahl dieser Minderjährigen, die sich zuhause zurückziehen und auf Unterstützung vor Ort angewiesen sind, nimmt zu. Im Jahr 2009 wurden 168 psychisch kranke Kinder, Jugendliche und junge Volljährige mit Entwicklungsdefiziten vom Sozialpsychiatrischen Dienst intensiv betreut.

Es besteht auch ein Bedarf für die Entwicklung spezifischer diagnostischer und therapeutischer Konzepte für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche. Um die psychiatrische / psychotherapeutische Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung in Münster zu erfassen, hat das Gesundheitsamt im Oktober 2009 alle Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie Psychologen, Pädagogen und Institutionen zur Versorgung

dieser Minderjährigen im ersten und zweiten Quartal 2009 befragt. Die Auswertung wird Ende 2010 vorgelegt.

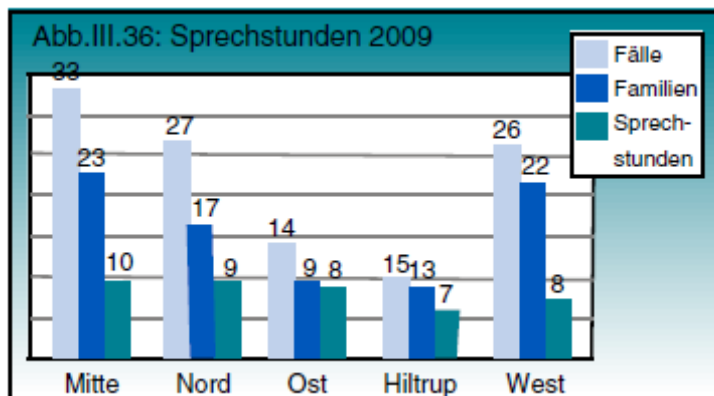
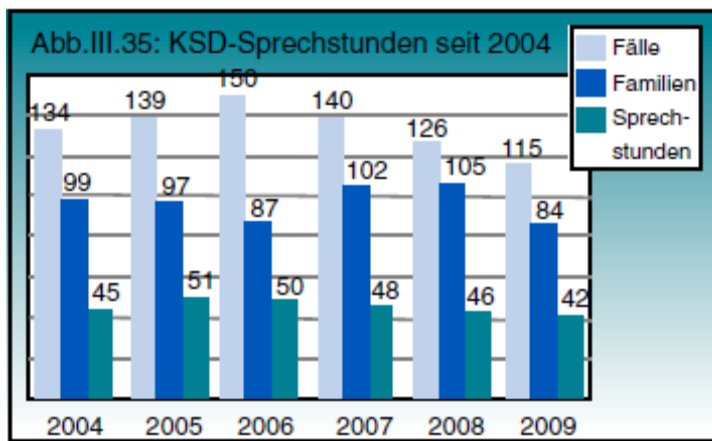
Kinder psychisch kranker Eltern haben selbst ein erhöhtes Risiko, seelisch krank zu werden. Deshalb wird mit allen beteiligten Helfern das Familiensystem frühzeitig in den Blick genommen, damit notwendige Hilfen rechtzeitig und umfassend erfolgen können. Ziel ist es, die Ressourcen der betroffenen Kinder und Jugendlichen zu stärken und ihre gesunde Entwicklung zu fördern. Im Jahr 2009 wurden vom Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes 176 psychisch kranke Eltern mit minderjährigen Kindern betreut. Von den 297 Kindern und Jugendlichen leben 63% zusammen mit ihrer psychisch kranken Mutter oder ihrem psychisch kranken Vater in einem Haushalt. 32% aller betroffenen Kinder waren unter 7 Jahre alt.

Tab.III.11: Kinder psychisch kranker Eltern im Sozialpsychiatrischen Dienst	
	2009
Psychisch kranke Eltern	176
Mütter	137
Väter	39
Betroffene Kinder und Jugendliche	297
Mädchen	154
Jungen	143
Kinder unter 7 Jahren	95
Lebensmittelpunkt der Minderjährigen	297
Haushalt des kranken Elternteils	137
Haushalt mit krankem u. gesundem Elternteil	49
Haushalt des gesunden Elternteils	51
Kinder in Institutionen	47
Kinder bei anderen Verwandten	13

Seit dem Jahr 2009 gibt es in Münster wieder ein Präventionsangebot für Kinder und Jugendliche psychisch erkrankter Eltern. Im Rahmen der „Aurynggruppe“ können sich Kinder und Jugendliche mit der seelischen Erkrankung ihrer Eltern und den damit verbundenen Belastungen auseinander setzen. In einer Reihe von 11 Sitzungen erhalten die Kinder altersgerechte Informationen zur psychischen Erkrankung ihrer Eltern. Sie werden ermutigt, ihre Gefühle auszudrücken, Erfahrungen auszutauschen und Fragen zu stellen. Parallel werden die Eltern begleitet. Träger dieses Angebotes sind die Beratungsstelle Südviertel und der Förderkreis Sozialpsychiatrie.

Die gewachsene Kooperation und Vernetzung mit allen beteiligten Einrichtungen und Institutionen trägt in Münster wesentlich dazu bei, dass psychisch kranke Kinder und Jugendliche im Einzelfall differenzierte Hilfen und Unterstützung erhalten. Das Gesundheitsamt der Stadt Münster verbessert die Versorgungsstrukturen mit Sprechstunden und der Teilnahme an Clearingsitzungen in verschiedenen Institutionen

In den Bezirken des Kommunalen Sozialdienstes des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien führt das Gesundheitsamt regelmäßig Sprechstunden, Beratungen oder Untersuchungen von Kindern, Jugendlichen, jungen Volljährigen oder Eltern durch.



Die Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie nimmt an der monatlich stattfindenden Fallclearing-stelle Schule - Jugendhilfe teil. Das multiprofessionelle Beratungsgremium gibt Fachkräften an Schulen, in der Gesundheits- und Jugendhilfe Entscheidungshilfen bei Mädchen und Jungen mit erheblichem schulischem Fehlverhalten, denen ein Ausschluss vom Schulunterricht droht.

Im zweiten Halbjahr 2009 fanden monatlich Kinder- und jugendpsychiatrische Schulsprechstunden in einer städtischen Förderschule mit Schwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung statt. Durch fachärztliche Untersuchungen, Unterrichtsbeobachtungen, Elterngespräche und Fallberatungen konnten neue Perspektiven für die Betroffenen und ihre Familien erarbeitet werden.

In Kooperation mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst finden einmal monatliche fallbezogene Beratungen mit dem Fachdienst für Eingliederungshilfen des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien statt. Hierdurch können die Belange und Bedarfe der Kinder, Jugendlichen und jungen Volljährigen mit schweren seelischen Störungen rasch und differenziert berücksichtigt werden. Vorliegende ärztliche Berichte werden auf ihre Schlüssigkeit überprüft und gutachterlich bewertet. Auf diese Weise können geeignete Eingliederungshilfen zeitnah eingerichtet werden.

Weiterhin wird der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in verschiedenen Arbeitskreisen vertreten. Die Fachärztin des Gesundheitsamtes beteiligt sich auch regelmäßig an Informations- und Fortbildungsveranstaltungen.

Zudem wurden umfangreiche Gutachten für unterschiedliche Auftraggeber erstellt.

Stationäre und teilstationäre Versorgung in Münster

Die klinische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen sollte so kurz wie eben möglich gehalten werden, um einen Verlust von familiären und sozialen Bezügen zu verhindern. Deshalb wird bei Minderjährigen, für die eine ambulante Therapie nicht ausreicht, stets vorrangig eine tagesklinische Behandlung geprüft.

Das teilstationäre Versorgungsangebot in Münster konnte in den letzten Jahren deutlich verbessert werden.

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW bewilligte im Jahr 2008 am Universitätsklinikum Münster (UKM) eine Versorgungstagesklinik für Schulkinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr mit 12 Behandlungsplätzen. Da ein geplanter Neubau am UKM erst in fünf Jahren realisiert werden kann, wurde Anfang 2010 ein städtisches Gebäude als Übergangslösung angemietet und umgebaut. Die Tagesklinik wird hier im Oktober 2010 mit der Behandlung der betroffenen Patienten beginnen.

Die zusätzlich bestehende Familientagesklinik des Universitätsklinikums Münster (UKM) mit 10 Plätzen ist eine Spezialeinrichtung, die schon seit vielen Jahren erfolgreich betrieben wird. Sie behandelt nur Säuglinge, Kleinkinder und Vorschulkinder mit deren Angehörigen. Das Konzept ist auf die gesamte Familie ausgerichtet und setzt auf frühe familienorientierte Intervention, um spätere manifeste psychische Erkrankungen der Kinder zu vermeiden. Die Eltern und Geschwisterkinder werden mit ihren eigenen psychischen Störungsbildern mitbehandelt.

Auch das vollstationäre Behandlungsangebot für seelisch kranke Kinder und Jugendliche in Münster hat sich in den letzten Jahren erweitert. Bislang kann jedoch der steigende Bedarf bei Weitem nicht gedeckt werden.

Seit 2006 übernimmt die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM die stationäre Notfallversorgung für die Stadt Münster und den Kreis Steinfurt mit insgesamt 718.300 Einwohnern. Auf einer damals neueröffneten Station, die 12 Behandlungsplätze vorhält, können Kinder und Jugendliche mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung im geschützten Rahmen freiwillig oder nach richterlichem Beschluss klinisch behandelt werden.

Die ständige Überbelegung der Klinik und die langen Wartezeiten auf einen stationären Behandlungsplatz gewährleisten seit vielen Jahren jedoch keine wohnortnahe Versorgung für psychisch schwer erkrankte Kinder und Jugendliche aus Münster.

Die Auslastung der Klinik liegt mittlerweile regelmäßig über 100 %. Ca. 85 % der Patienten kommen aus dem Pflichtversorgungsgebiet Steinfurt (48 %) und Münster (37 %), die restlichen 15 % aus den angrenzenden Kreisen.

Insbesondere die geschützte Intensivstation mit schwer erkrankten selbst- und fremdgefährdenden Patienten ist oft mit 15 bis 16 Kindern und Jugendlichen (bei 12 Plätzen) überbelegt. Dies stellt eine Gefährdung für Patienten und Mitarbeiter dar.

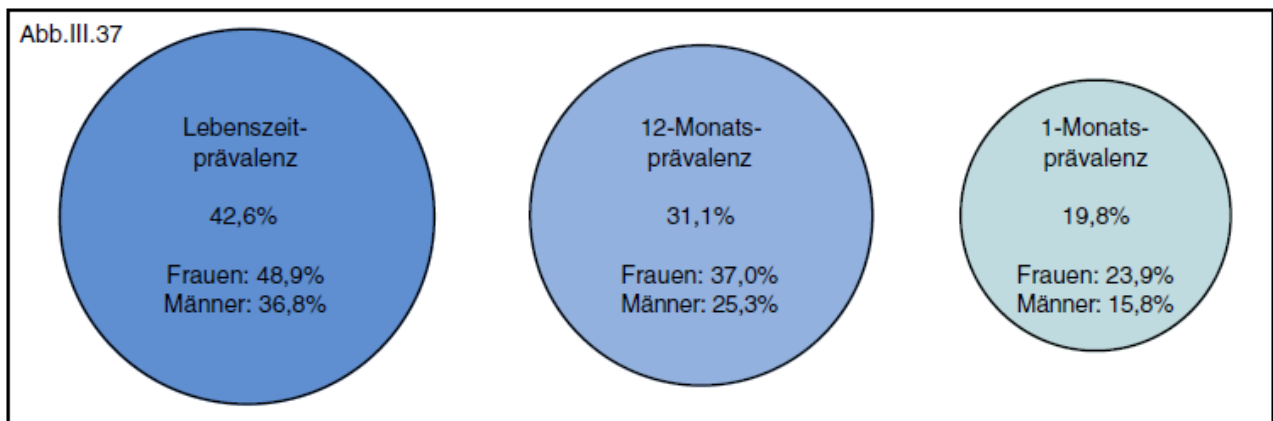
Für die beiden Psychotherapiestationen mit je 9 Plätzen besteht konstant eine Warteliste von 50-60 Minderjährigen. Eine Aufnahme ist oft erst nach sechs- bis neunmonatiger Wartezeit möglich. Hierdurch kommt es zur frühzeitigen Chronifizierung von psychischen Störungen und Entwicklungsdefiziten im Kindes- und Jugendalter. Da auch die Fachkrankenhäuser in Marl und in Hamm aus Kapazitätsgründen zunehmend die Aufnahme Münsteraner Patienten ablehnen, bleiben stationär behandlungsbedürftige Minderjährige aus Münster lange unversorgt. Diese Problematik kann auch nicht durch die Psychosomatische Abteilung der Kinderklinik des UKM mit 16 stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Therapieplätzen aufgefangen werden.

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW hat deshalb im Mai 2010 einer Erweiterung der stationären Bettenkapazitäten von 30 auf 50 Behandlungsplätze am Universitätsklinikums Münster (UKM) zugestimmt. Die Aufstockung der Betten sollte auch der wohnortnahen Versorgung von suchtkranken Kindern und Jugendlichen zugute kommen. Für Kinder und Jugendliche aus Münster mit einer behandlungsbedürftigen Suchterkrankung besteht aktuell weder die Möglichkeit, einen qualifizierten Entzug durchzuführen, noch eine Entwöhnungsbehandlung einzuleiten.

Wann die Erweiterung um 20 stationäre Behandlungsplätze an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM realisiert werden kann, steht noch nicht fest. Der geplante Neubau wird sich noch einige Jahre hinziehen.

2.9 Erwachsenenpsychiatrie

Psychische Erkrankungen nehmen dramatisch zu und werden bisher unterschätzt, unzureichend erkannt und therapiert. Bereits im Weltgesundheitsbericht von 2001 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) finden sich unter den 20 führenden Ursachen für in Behinderung verbrachte Lebensjahre allein fünf psychische Krankheiten: unipolare Depression, Alkoholkrankheit, Schizophrenie, bipolare Störungen (manisch-depressive Krankheiten) sowie Demenz vom Alzheimer-Typ. 30% der Frühberentung erfolgen aufgrund psychischer Störungen. Schon heute gehören psychischen Erkrankungen zu den häufigsten Krankheiten. Damit nimmt die gesundheitsökonomische Bedeutung psychischer Erkrankungen zu. In der Versorgung psychisch erkrankter Menschen gibt es breite Lücken. So warten rund 60 Prozent der Patienten bis zu vier Monate auf einen Therapieplatz in einer psychotherapeutischen Einrichtung. Obwohl die Zahlen der berufstätigen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie seit Mitte der 1990er Jahre enorm angestiegen sind, ist die Versorgung psychisch Kranker bereits heute in vielen Städten und Kreisen nicht mehr ausreichend gewährleistet.



So konsultieren etwa 20 Prozent der Klientel der Hausärzte diese wegen psychischer Beschwerden (insbesondere Depressionen, Angstkrankheiten und Demenzen).

Durch **Suizid** sterben in Deutschland mehr Menschen als durch Verkehrsunfälle, Aids, illegale Drogen und Gewalttaten zusammen. Gerade die Selbsttötung ist bei Männern im Alter zwischen 20 und 25 Jahren die zweithäufigste Todesursache.

In Deutschland leiden schätzungsweise 5% der Bevölkerung, d.h. etwa 4 Millionen Menschen, aktuell an einer **Depression**. Pro Jahr erkranken etwa 1 bis 2 Personen von 100 neu. Depressive Episoden kommen in jedem Lebensalter vor, der Erkrankungsgipfel liegt zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr. Nach aktuellen Studien erkranken viele Patienten aber bereits im Alter von 16 bis 20 Jahren erstmals. Die Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens eine Depression zu entwickeln, beträgt zwischen 7 und 18%. Frauen sind etwa doppelt so häufig wie Männer betroffen.

Unter 10.000 Menschen in Deutschland leiden etwa 25 Einwohner an einer **Schizophrenie**. Männer und Frauen sind gleich häufig betroffen, wobei die Krankheit bei Männern in der Regel früher ausbricht. Der Zeitpunkt der Ersterkrankung liegt bei Männern meist zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr, bei Frauen im Durchschnitt etwas später zwischen dem 20. und 35. Lebensjahr.

In Deutschland leben rund 1,2 Millionen **Demenzranke**.

Nach aktuellen Schätzungen gibt es in Deutschland gut 16 Mio. Raucher, ca. 1,7 Mio. Alkoholabhängige, ca. 1,1 bis 1,4 Mio. Medikamentenabhängige, ca. 100.000 bis 150.000 Drogenabhängige („harte“ Drogen wie Heroin).

„Nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten“ wie z.B. krankhaftes Spielen, Stehlen (Kleptomanie), Brandstiften (Pyromanie) oder Einkaufen zählen medizinisch nicht zu den Suchterkrankungen. Diese Verhaltensauffälligkeiten werden als Störungen der Impulskontrolle zusammengefasst, d.h. der Patient kann seine Handlungen nicht bewusst steuern. Körperliche Abhängigkeitsanzeichen

treten im Gegensatz zu den meisten Suchterkrankungen nicht auf. Auch der exzessive Internet-Gebrauch („Online-Sucht“) fällt im weitesten Sinne in diese Gruppe.

In Deutschland leben derzeit etwa 500.000 Menschen mit **geistiger Behinderung**. Die Mehrzahl ist leicht bis mäßig geistig behindert, die Minderheit schwer oder schwerstbehindert. Menschen mit geistiger Behinderung haben überdurchschnittlich häufig zusätzlich chronische Erkrankungen und Behinderungen sowie Risiken für akute Krankheiten. Dazu gehört ebenfalls die überdurchschnittliche Belastung mit psychischen Störungen. Grundsätzliche Aspekte sind z. B. die Fragen nach geeigneten und bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen bzw. Behandlungsangeboten genauso wie die Anforderungen an den Schnittstellen zwischen Kindheit und Jugend zum Erwachsenenalter oder gar die Tatsache, dass auch Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen immer älter werden. (DGPPN - Presse-Information Nr. 7 / 03.06.2009 geistige Behinderung)

Versorgungssituation in Münster

In der Stadt Münster ist die Versorgungssituation eine gute. In den zurückliegenden zwei Jahrzehnten ist hier ein ausdifferenziertes Leistungsspektrum entstanden. Neben der ambulanten, teilstationären, stationären und rehabilitativen Versorgung hat sich, insbesondere mit Unterstützung der Stadt Münster, ein umfassendes komplementäres Hilfesystem etabliert.

Seit der Vorlage des ersten Gesundheitsrahmenberichtes 2001, erfolgte, wie dort angekündigt, eine intensive und differenzierte Gesundheitsberichterstattung zur kommunalen psycho-sozialen Versorgung und der Integration psychisch kranker Menschen in Münster mit den Gesundheitsberichten 12 (2002), 13 (2006), 14 (2008), 15 (2009) und 16 (2010), die jeweils Gegenstand intensiver Erörterungen in den zuständigen Ausschüssen und Gremien, so auch der KIB (Kommission zur ... Inklusion ... behinderter Menschen in Münster) waren und aktuell sind.

Ausgehend von den Beschlüssen des Rates und seiner Ausschüsse, für die psychisch kranken Menschen in Münster ein möglichst niederschwelliges und bedürfnisgerechtes Versorgungsangebot vorzuhalten, wurden die gesetzlichen Grundlagen und ihre Weiterentwicklung im vergangenen Jahrzehnt dargelegt, die Handlungsfelder der kommunalen Psychiatrieplanung differenziert beschrieben, Handlungsempfehlungen mit den Partnern der Kommune im Arbeitskreis Psychiatrie und der kommunalen Gesundheitskonferenz entwickelt und deren Umsetzung dokumentiert. Einzelheiten können den genannten Berichten und den Geschäftsberichten des Gesundheitsamtes entnommen werden.

Im Focus der Entwicklung und der Berichterstattung stehen dabei die spezifischen Aspekte der **gemeindenahen Versorgung für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und Erwachsene** und die wachsenden Anforderungen an das Versorgungssystem außerhalb von stationären Einrichtungen, Heimen und Krankenhäusern. Hierzu zählen die Weiterentwicklung von tagesstrukturierenden Angeboten und Beschäftigungsmöglichkeiten, Hilfen zur beruflichen Reintegration, Weiterentwicklung des ambulant betreuten Wohnens und der Beratungsangebote und Hilfen der freien Träger, des kommunalen sozialpsychiatrischen Dienstes sowie des Krisennotdienstes an Wochenenden.

In dieser kontinuierlichen kommunalen Gesundheitsberichterstattung dokumentiert sich auch die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit allen Partnern im kommunalen Versorgungsbe-
reich.

Wesentliche Bedeutung auf der kommunalen Ebene hat die durch die Verordnung der Landesregierung im Jahr 2003 eingeführte Zuständigkeitsänderung für die Eingliederungshilfe – die sog. Hochzonung - und hier insbesondere für die ambulanten Eingliederungshilfen zum Wohnen, mit der die sachliche Zuständigkeit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe – den Landschaftsverbänden – übertragen wurde. Die hierdurch angestoßenen Entwicklungen führten auch in der Stadt Münster zu einer dynamischen Entwicklung mit inzwischen über 700 Leistungsempfänger/innen von ambulanten Wohnhilfen und über 1000 Leistungsempfänger/innen stationärer Wohnhilfen. Die Entwicklungen in diesen Versorgungsbereichen werden insbesondere in den Gesundheitsberichten 13 und 16 für die Stadt Münster dargestellt.

Die Bewertung dieser Entwicklungen der vergangenen Jahre führte zu der Einschätzung, dass der Schwerpunkt des kommunalen (städtischen) Engagements im Bereich der niederschwelligen, für die Betroffenen voraussetzungslos erreichbaren Hilfen, Beratungs- und Behandlungsansätze liegen muss. Dies betrifft insbesondere Familien mit einem psychisch kranken Familienmitglied, psychisch kranke Kinder und Jugendliche, psychisch- und suchtkranke Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen und Lebensproblemen (z. B. Wohnungslosigkeit), und gerontopsychiatrische Patienten. Ein besonderer Akzent muss auf die Prävention von und auf Hilfen in Krisensituationen gelegt werden.

Die Notwendigkeit der regelmäßigen Beobachtung und Bewertung der psychiatrischen Notfallversorgung und dabei besonders des Unterbringungsgeschehens durch die kommunalen Instanzen (Rat, Verwaltung, Gesundheitskonferenz) im Rahmen der kommunalen Daseinsfürsorge wird von allen Beteiligten festgestellt und bestätigt. Der Gesundheitsbericht Band 15 / 2009 beschäftigt sich, ausgehend von dem Forschungsprojekt des Landes „Kommunale Gesundheitsberichterstattung über psychiatrische Unterbringungen“ mit dieser Thematik.

Die differenzierte Darstellung und Bewertung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Münster konnte mit dem Gesundheitsbericht Band 14 erarbeitet und dem Rat und seinen Ausschüssen sowie der interessierten Fachöffentlichkeit in der Stadt im Jahr 2009 vorgelegt werden. Auf die Einzelheiten wird an gesonderter Stelle eingegangen.

Die zuletzt in Kraft getretenen gesetzlichen Neuregelungen, die die gesamte psychiatrische Versorgungsstruktur betreffen und so auch unmittelbar die Entwicklungen in der Stadt Münster beeinflussen, werden in dem Gesundheitsbericht Band 16 /2010, erläutert. Neben den Neuregelungen im Betreuungsrecht sind hier die befristete Fortschreibung der sogenannten Hochzonung durch die Landesregierung durch entsprechende Verordnung in 2009, wonach die Landschaftsverbände weiterhin für die Eingliederungshilfen zum Wohnen für behinderte Menschen zuständig bleiben, sowie insbesondere die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen, die seit 2009 auch in der Bundesrepublik Deutschland geltendes Recht ist, von Bedeutung.

Die forensisch-psychiatrische Krankenversorgung wird durch die voraussichtlich im Jahr 2011 in Betrieb gehende Christopherusklinik auf dem Gelände des Alexianerkrankenhauses Münster neue Impulse erfahren.

Von besonderer Bedeutung für die Zusammenarbeit der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Einrichtungen und Dienste in der Stadt Münster hat sich die Gründung des Bündnis gegen Depressionen Münster erwiesen, deren erfolgreiche Eröffnungsveranstaltung im Februar 2010 im Rathaus der Stadt auch in der allgemeinen Öffentlichkeit eine gute Resonanz fand.

Die gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen in Münster konnte mit der Ermächtigung des mobilen Dienstes der Bischof-Hermann-Stiftung im Haus der Wohnungslosenhilfe Münster seit dem 01.10.2007 durch Beschluss des Zulassungsausschusses der Ärzte und Krankenkassen für den Regierungsbezirk Münster intensiviert und verbessert werden. Die Jahresberichte belegen die Bedeutung dieses pflegerischen und medizinischen Angebotes zur Versorgung wohnungsloser, dabei häufig auch nicht krankenversicherter Menschen in Münster.

2.10 Gesundheit in der 2. Lebenshälfte

2.10.1 Münsteraner Gesundheitsstudie – Ergebnisse der Querschnittserhebung 2004 - 2008

(Autorin: Dr. med. H. Wersching, UKM)

Die Münsteraner Gesundheitsstudie dient der Erfassung von Risikofaktoren für kognitiven Abbau im Alter. Neben dem „natürlichen“ Alterungsprozess des Gehirns und den degenerativen Demenzformen, wie z.B. der Alzheimerdemenz, sind es insbesondere Gefäßerkrankungen, welche zu ei-

nem schnelleren und stärkeren Abbau der Gedächtnisleistung im Alter führen können. Viele Risikofaktoren für Gefäßerkrankungen sind identifiziert worden, und einige davon sind bereits heute behandelbar. Dies gilt insbesondere für erhöhten Blutdruck (arterielle Hypertonie), Diabetes mellitus, Übergewicht und Rauchen.

Ziel der Studie ist deshalb nicht nur, die einzelnen Faktoren zu identifizieren, sondern insbesondere den Zeitpunkt der schädigenden Wirkung sowie das Ausmaß der einzelnen Faktoren am kognitiven Abbau zu bestimmen. Langfristig können hierdurch eine Änderung des Gesundheitsverhaltens und eine verstärkte und frühzeitige Umsetzung präventiver Maßnahmen erreicht werden.

In den Jahren 2004 bis 2008 nahmen mehr als 700 Münsteraner Bürger und Bürgerinnen an der Münsteraner Gesundheitsstudie teil. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 63 Jahren. Sie zeigten interindividuell ein sehr unterschiedliches kardiovaskuläres Risikoprofil, d.h. ein unterschiedliches Ausmaß an bereits bekannten Risikofaktoren wie z.B. Bluthochdruck oder Diabetes mellitus. Mittels neuropsychologischer Testung wurde bei jedem Probanden die kognitive Leistungsfähigkeit, u.a. in den Bereichen Gedächtnis, Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit gemessen. Es wurde zudem eine kernspintomographische Untersuchung (MRT) des Kopfes und laborchemischer Untersuchungen, u.a. zur Bestimmung von Cholesterin, Blutzuckerwerten und Entzündungsmarkern durchgeführt.

Das kognitive Leistungsprofil wurde dann mit den verschiedenen erhobenen Parametern korreliert. Die Ergebnisse bestätigen einerseits, dass Gefäßrisikofaktoren sich schlecht auf die Kognition auswirken: Teilnehmer mit erhöhten Blutdruckwerten zeigten schlechtere Ergebnisse in den kognitiven Testungen. Dies meint keine Gedächtnisstörungen wie sie bei einer Demenz typisch sind, sondern mildere, aber dennoch deutlich schlechtere Gedächtnisleistungen als bei Menschen ohne Risikofaktoren.

Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass bereits hochnormale Werte von Blutdruck und Blutzucker (HbA1c) und auch ein ungesunder Lebensstil, bestehend aus wenig körperlicher Bewegung, Rauchen und erhöhtem Kalorien- und Alkoholkonsum mit verminderter kognitiver Leistungsfähigkeit, insbesondere des Gedächtnisses assoziiert sind [1,2]. Das sind oftmals Werte bzw. Faktoren, die noch nicht als Erkrankung angesehen und deshalb auch noch nicht behandelt werden.

Auch in der kernspintomographischen Untersuchung des Kopfes zeigten sich lineare Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren und veränderter Hirnstruktur, insbesondere der weißen Substanz, sogenannte „stumme Hirninfarkte“.

Basierend auf diesen Querschnittsergebnissen stellt sich nun die Frage nach dem Verlauf und den Mechanismen der kognitiven wie auch kernspintomographischen Veränderungen. Im Rahmen der Anfang 2010 beginnenden BiDirect-Studie am Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster soll diesen Fragen nachgegangen werden: Probanden der Münsteraner Gesundheitsstudie haben dann die Möglichkeit von mindestens zwei Verlaufsuntersuchungen, welche mit neuropsychologischer Testung, MRT des Kopfes und einer Blutentnahme an die Basisuntersuchung anknüpfen.

Die Erhaltung der Hirnleistungsfähigkeit ist eine große sozialmedizinische Chance, die Selbständigkeit älterer Menschen in ihren Alltagsfunktionen zu verlängern. Das Verständnis der Mechanismen, welche die Hirnleistungsfähigkeit im Alter fördern ist von enormer Bedeutung um präventive und therapeutische Interventionsstrategien für die Erhaltung der kognitiven Gesundheit zu entwickeln.

Literatur

Floel A, Witte AV, Lohmann H, Wersching H, Ringelstein EB, Berger K, Knecht S. Lifestyle and memory in the elderly. *Neuroepidemiology* 2008;31(1):39-47.

Knecht S, Wersching H, Lohmann H, Berger K, Ringelstein EB. How much does hypertension affect cognition?: explained variance in cross-sectional analysis of non-demented community-dwelling individuals in the SEARCH study. *J Neurol Sci* 2009;283(1-2):149-52.

Wersching H, Lohmann H, Deppe M, Duning T, Stehling C, Fobker M, Ringelstein EB, Berger K, Knecht S. Glycosylated hemoglobin A correlates with memory impairment and atrophy of the cerebral white matter in "healthy" elderly. Submitted.

Ablauf der Münsteraner Gesundheitsstudie (SEARCH-Health) der Klinik und Poliklinik für Neurologie des Universitätsklinikums Münster (<http://neurologie.uni-muenster.de>) in Kooperation mit der Stadt Münster

2.10.2 Altersabhängige Makuladegeneration (AMD)

(Autoren: Prof. Dr.med Hans-Werner Hense, Dr.med. Martha Dietzel, Dr. Astrid Farwick, Prof. Dr.med. Daniel Pauleikhoff ,UKM und Augenklinik am Franziskus-Hospital Münster)

Die altersabhängige Makula - Degeneration (AMD) ist eine langsam fortschreitende Erkrankung der Netzhaut (Retina) des Auges. Sie macht sich im höheren Alter, das heißt, meist erst nach dem 65. Lebensjahr, bemerkbar und ist bei älteren Menschen die häufigste Ursache einer Erblindung. Vergleichende Untersuchungen in Europa gehen davon aus, dass bis zu jedem fünften Bürger jenseits des 80. Lebensjahres mindestens in einem Auge eine AMD entwickelt. Die Krankheit durchläuft verschiedene Stadien, die von anfänglich nur geringen Veränderungen der Netzhaut mit kaum merklicher Einschränkung der Sehfunktion bis hin zur völligen beidseitigen Erblindung fortschreiten kann. Die AMD schreitet im Allgemeinen über Jahre und eher langsam fort.

Die Ursachen der AMD sind bisher noch unklar und weltweit bemühen sich Forscher, neue Erkenntnisse zu gewinnen, um Vorbeugung und Behandlung der AMD zu verbessern.

Untersuchung

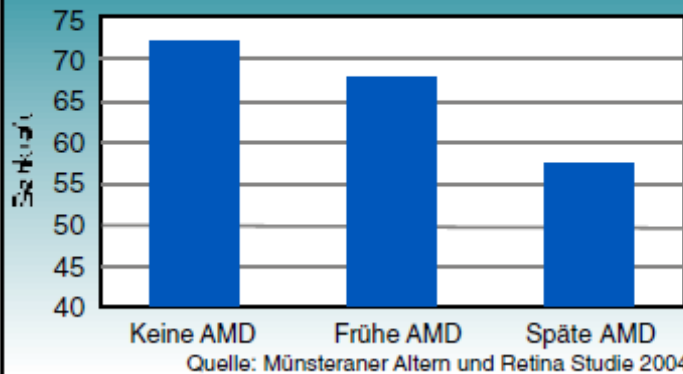
Die Münsteraner Altern und Retina Studie (MARS) wird seit dem Jahr 2001 vom Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster und der Klinik für Augenheilkunde des St. Franziskus-Hospitals Münster durchgeführt. Sie hat das Ziel, Faktoren zu identifizieren, die mit der Entstehung und dem Fortschreiten der AMD zusammenhängen. Dazu wurden über 1.000 Männer und Frauen im Alter über 65 Jahre aus der Region Münster untersucht, die bei Studienbeginn verschiedene Stadien der AMD an einem oder beiden Augen aufwiesen. Etwa jeder fünfte Studienteilnehmer war bei Studienbeginn (noch) frei von den Zeichen einer AMD.

Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer betrug 71 Jahre und gut 60% waren Frauen. Die Diagnose bezüglich des AMD-Stadiums erfolgte bei jedem Teilnehmer anhand von digitalisierten Fotos des Augenhintergrundes, die mit einer speziellen Funduskamera aufgenommen und standardisiert ausgewertet wurden.

Ergebnisse

Knapp die Hälfte der Studienteilnehmer wiesen frühe AMD-spezifische Veränderungen an der Netzhaut auf. Bei weiteren 30 % fand sich eine Spätform der AMD in einem Auge, bei etwa 10% ergab sich dieser Befund bereits an beiden Augen. Erwartungsgemäß war die Sehfunktion vor allem durch eine fortgeschrittene AMD stark beeinträchtigt, aber auch bei den frühen Formen fanden sich bereits eine merkbare Verschlechterung bei Alltagsfunktionen wie z. B. dem Lesen oder dem Erkennen von Gesichtern. Insgesamt nahm die allgemeine Lebensqualität mit zunehmender Schwere des beidseitigen Befundes deutlich ab.

Abb.III.38: Zusammenhang von allgemeiner Sehkraft
(Selbsteinschätzung: 100= sehr gut; 0= sehr schlecht/blind und Stadium einer AMD.



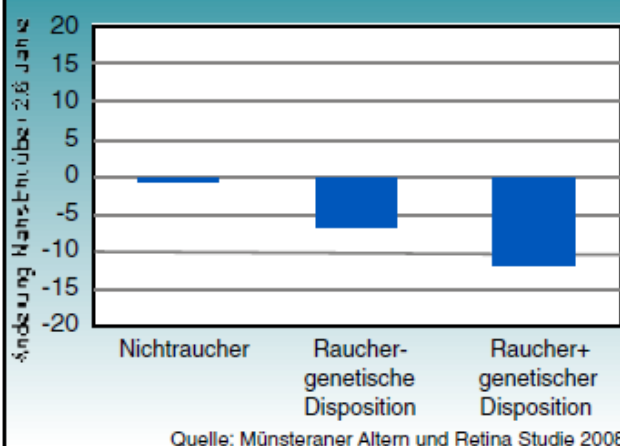
Aktive Raucher waren unter Patienten mit AMD, insbesondere mit einer Spätform, signifikant häufiger als unter AMD - freien Personen. Ebenso fand sich ein hoher Blutdruck bei Patienten mit AMD häufiger, während andere Faktoren (wie Übergewicht, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, vorhergegangene Herzinfarkte oder Schlaganfälle) nicht signifikant erhöht waren.

Für die im Blut messbaren Vitaminen Lutein und Zeaxanthin wird hypothetisch eine Rolle im Sinne eines ‚Netzhautschutzes‘ angenommen (sog. Makuläre Pigmente). Bereits jeder vierte Patient mit einer späten AMD in Münster nimmt entsprechende Vitaminersatzpräparate ein.

Die Untersuchungen in MARS legen nahe, dass entzündliche Prozesse und ihre Regulation von entscheidender Bedeutung für das Verständnis von Entstehung und Fortschreiten der AMD sind.

Dabei scheint eine Kontrolle durch genetische Faktoren bedeutsam zu sein. Verschiedene Studien weltweit haben den Nachweis erbracht, dass spezielle Variationen im Erbgut, sog. Gen - Polymorphismen, die Empfindlichkeit für eine AMD deutlich beeinflussen können. Dies wurde auch in der MARS - Studie bestätigt. Bei Patienten, welche diese minimalen Variationen besaßen, entwickelte sich über einen Zeitraum von gut zweieinhalb Jahren häufiger eine späte AMD als bei jenen, die solche Variationen nicht aufwiesen. Die Sehfunktion nahm entsprechend ab. Treten Rauchen und die genetischen Variationen gemeinsam auf, dann ist das Risiko für ein rasches Fortschreiten der AMD besonders hoch. Wird mit dem Rauchen frühzeitig aufgehört, bleibt das Sehvermögen besser erhalten. Auch im hohen Alter ist deshalb ein Rauchstop zur Vermeidung des Fortschreitens einer AMD sehr zu empfehlen.

Abb.III.39: Änderung der Nabsicht über 2,5 Jahre
bei Nichtrauchern (unverändert), Rauchern ohne (schlechter) und Rauchern mit genetischer AMD-Belastung (deutlich schlechter) unter Personen mit leichter AMD.

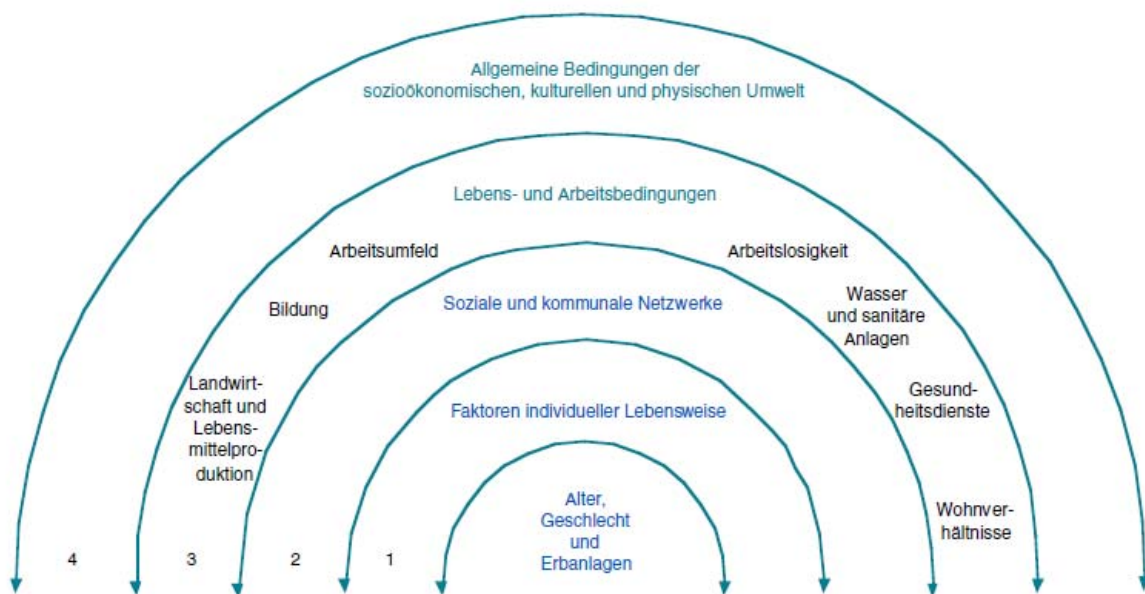


2.11 Chancengleichheit für ein gesundes Leben

„Wir erleben in unseren Städten, dass sich die Unterschiede zwischen Armen und Reichen, Privilegierten und Benachteiligten verschärfen. Die Städte zerfallen sichtbar in „gute“ und „belastete“ Teile. Die besseren Stadtteile sind in der Regel ökologisch, gesundheitlich, sozial sowie von den Versorgungsangeboten her begünstigt, wohingegen sich in den schlechteren Stadtteilen Risiken für die Bewohnerinnen und Bewohner verdichten“.

Mit diesen Worten beginnt die Kölner EntschlieÙung des Gesunde Städte-Netzwerkes zur Chancengleichheit für ein gesundes Leben. Die *Gesunden Städte* wollen in den nächsten Jahren ihre Anstrengungen sozialen und gesundheitlichen Benachteiligungen entgegenzuwirken entschieden fortsetzen und noch weiter verstärken. Wir wissen: Soziale Benachteiligung kann krank machen. Diese Tatsache wird belegt durch Erkenntnisse der Gesundheitsberichterstattung: Bürgerinnen und Bürger, die ein höheres Qualifikationsniveau haben, erkranken deutlich seltener und verunfallen weniger, erreichen häufiger das gesetzliche Rentenalter gesund und sterben später als ihre weniger qualifizierten und auch finanziell schlechter gestellten Mitbürgerinnen und -bürger. Gesundheitschancen verbessern sich mit wirtschaftlichem Erfolg, wachsender Bildung und sozialer Eingebundenheit. Hinzu kommt: benachteiligten Gruppen ist die Nutzung vorhandener gesundheitlicher Versorgungsleistungen offenbar erschwert, weil Zugangsbarrieren existieren und weil das Angebot ihrer Lebenswirklichkeit nicht entspricht.

Abb.III.40: Hauptdeterminanten der Gesundheit (Dahlgren & Whitehead 1991)



Die bisherigen Aktivitäten der Kommunen sind nicht unerheblich und dies gilt insbesondere für die Stadt Münster. Das Bundesprojekt *Besser essen. Mehr bewegen*, das in den Jahren 2007 bis 2009 im Stadtteil Berg Fidel unter dem Motto *Gesund aufwachsen* durchgeführt wurde und Initialzündung für weitere Projekte in anderen Stadtteilen gegeben hat, das Projekt „Alte Post“ in Berg Fidel, die Einbeziehung der Gesundheitsförderung in das Bund-Länder-Projekt *Soziale Stadt* im Stadtteil Kinderhaus, die Aufsuchenden Gesundheitshilfen des Gesundheitsamtes, das Präventionskonzept Coerde, die Aktivitäten der Freiwilligenagentur im Gesundheitshaus, die Obdachlosenversorgung und das Hearing zum Thema Kinderarmut sind aktuelle Belege dafür.

IV. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Verhaltenspräventive Maßnahmen zielen auf die Förderung gesundheitsgerechter Verhaltensweisen und die Vermeidung von Risikoverhalten. Verhaltensprävention richtet sich an den einzelnen

Menschen. Zu den Verfahrensweisen gehören Aufklärung und Information aber auch die Vermittlung von Bewältigungsstrategien. Dabei sollen Handlungskompetenzen in der Auseinandersetzung mit konkreten Anforderungen, Belastungen, Zwängen und Verführungen gefördert werden. Der Zugang zu den Menschen erfolgt heute verstärkt über die Lebenswelten (Settings) der Menschen, in denen sie sich bewegen, wie Familie, Kitas, Schulen, Seniorentreffs, Berufsumgebung, etc.

Bei der Erstellung des ersten Gesundheitsrahmenberichtes 2001 war es noch schwierig, gute Informationen und Daten zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zu akquirieren. In den zurückliegenden Jahren haben Gesundheitsförderung und Prävention auf allen Ebenen eine steigende Aufmerksamkeit erlangt. Heute gibt es eine Vielzahl von Angeboten und Maßnahmen unterschiedlichster Akteure, die vielfach unkoordiniert vor Ort angeboten werden. Zur Sicherstellung eines möglichst abgestimmten Vorgehens hat der Rat der Stadt Münster 2006 beschlossen, die städtischen Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung, unter Federführung des Gesundheitsamtes, zu bündeln. Darüber hinaus werden über einen Arbeitskreis der kommunalen Gesundheitskonferenz Münster auch Projekte Dritter kommuniziert und abgestimmt. Das Gesundheitshaus versteht sich in diesem Zusammenhang als ein besonderer Ort für Projekte der Gesundheitsförderung aber auch als Ort der Kommunikation zwischen den verschiedenen Partnern. So sind in den zurückliegenden Jahren eine Vielzahl von Themen aus den Bereichen Gesund aufwachsen in Münster bis hin zum Thema Gesundheit und Alter auf den Weg gebracht worden (zu den Aktivitäten der Gesundheitskonferenz Münster s. Kapitel VI 9).

1. Gesund aufwachsen

Nicht nur bundesweit erhobene Daten, auch die Daten der Schuleingangsuntersuchungen und die Erfahrungen der Kinder- und Jugendärzte sowohl des Gesundheitsamtes als auch der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte in Münster weisen verstärkt auf zunehmende Entwicklungsprobleme, Gesundheitsrisiken und sinkendes Leistungsvermögen der Kinder hin. Verändertes Ernährungs-, Freizeit- und Bewegungsverhalten, Medienkonsum, kurz: veränderte Lebensstile sind Ursachen dafür. Als weiterer Hintergrund wird die veränderte soziale Lage gesehen. Das Aufbrechen traditioneller Familienstrukturen führt mit dazu, dass die Familie als Sozialisationsebene für zahlreiche Kinder an Bedeutung verliert. Aufgrund des Fehlens persönlicher sozialer Netzwerke steigt die Inanspruchnahme und Aufgabenverpflichtung kommunaler Versorgungsformen.

Kinder stellen die Zukunft dar und mit Blick auf den demografischen Wandel wachsen die Anforderungen und Erwartungen, die auf sie als Erwachsene dann später zukommen werden. Weniger Kinder bedeuten auch Unsicherheiten für den zukünftigen Arbeitsmarkt in Deutschland, weshalb zwingender Handlungsbedarf besteht. Kein Kind darf verloren gehen! Umso wichtiger ist es frühzeitig für alle Kinder Lebensbedingungen zu schaffen, die ein gesundes Aufwachsen fördern und unterstützen.

Die Lebensräume der Kinder sind Kita, Schule, Familie und Freizeit, dies meistens im Stadtteil. In diesen Settings gilt es, Gesundheitsförderung stärker zu integrieren und in den Alltag einzubringen, damit Kinder im Laufe der Kindheit kontinuierlich einen gesunden Lebensstil entwickeln können. Sind die Einflussmöglichkeiten auf die Settings Kita, Schule, Freizeit und Stadtteil von außen noch am leichtesten umzusetzen, so stellt das Setting Familie eine besondere Herausforderung dar.

1.1 Projekt „Gesund aufwachsen in ... Münster“

Um in allen Lebensräumen von Kindern Gesundheitsförderung stärker einzubringen, wurde ein Projekt gezielt für einen Stadtteil mit hohem Anteil sozial benachteiligter Familien geplant. Von Dezember 2006 bis Dezember 2009 führte das Gesundheitsamt Münster gemeinsam mit Partnern und Akteuren des Stadtteils Berg Fidel für die Lebensbereiche Familie, Kindertagesstätten, Schule und Freizeit das Stadtteilprojekt „Gesund aufwachsen in ... Münster“ durch. Der Schwerpunkt dieses Projektes lag in den Themenfeldern Ernährung und Bewegung.

Dieses Projekt wurde im Rahmen des Wettbewerbes „Besser essen. Mehr bewegen.“ KINDERLEICHT-REGIONEN des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) finanziell gefördert. Weitere Unterstützung hat das Projekt durch die Unfallkasse NRW, die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und die Stiftung Siverdes erhalten. Für die Verstetigung der Einzelmaßnahmen Ernährungsberatung und Familienhebamme wurde eine weitere Förderung bis Ende 2010 bewilligt.

Das Projekt wurde vom Max-Rubner-Institut (Karlsruhe) evaluiert. Neben den Base-Line-Erhebungen zu Beginn und Ende des Projektes wurden auch Befragungen der Kinder, Eltern, ErzieherInnen und LehrerInnen durchgeführt. Die Abschlussauswertung soll im Frühsommer 2011 vorliegen.

Die Ausgangslage und die Ziele

Studien zeigen, dass die gesundheitliche Entwicklung im Kindes- und Jugendalter auch durch die soziale Herkunft beeinflusst wird. Bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien werden vermehrt Entwicklungsdefizite und frühe Gesundheitsstörungen festgestellt, die oftmals einen langfristigen Behandlungs- und Versorgungsbedarf nach sich ziehen (vgl. Sozialdaten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes des Gesundheitsamtes). Zudem sind sie häufiger von Unfallverletzungen, umweltbedingten Erkrankungen und zahnmedizinischen Problemen betroffen. Offensichtlich kommen Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus verstärkt vor.

Vermutet wird ein direkter Zusammenhang zwischen dem niedrigen Bildungsniveau der Eltern und den psychosozialen Gesundheitsproblemen ihrer Kinder (vgl. Kiggs-Studie 2007).

Handlungsansatz für Münster:

Die Gesundheitskompetenz der Bewohnerinnen / Bewohner sozial benachteiligter Stadtteile – insbesondere der Mütter – nachhaltig stärken.

Die Notwendigkeit verstärkter Aktivitäten in den Bereichen Bewegung und gesunde Ernährung, insbesondere für Kinder benachteiligter Familien, hat das Gesundheitsamt Münster dazu veranlasst, gemeinsam mit Partnern und Akteuren vor Ort, für die Lebensbereiche Familie, Kindertagesstätten, Schule und Freizeit ein stadtteilorientiertes Projekt zu entwickeln. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, insbesondere benachteiligter Familien nachhaltig zu verbessern, ist das Ziel vernetzt arbeitender Stadtteilakteure die sich Aufbau, Festigung und Verankerung der Gesundheitsförderung im Alltag zur Aufgabe gemacht haben. In Kindertagesstätten und Grundschule wurde gesundes Ernährungsverhalten gefördert, motorische Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Stressbewältigung gestärkt, die Elternarbeit optimiert. Gesundheitsförderung und pädagogisches Konzept gingen dabei Hand in Hand. In Familie und Freizeit wurde ein gesunder Lebensstil gefördert und das Verantwortungsbewusstsein der Eltern geschärft, unterschiedliche Bewegungsangebote angeboten und geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Familien geschaffen.

Ende 2008 sind einige Module und Maßnahmen des Projektes auch auf den Stadtteil Hiltrup-West übertragen worden. Die Projektleitung nahm das Gesundheitsamt der Stadt Münster wahr.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass das Projekt von den BewohnerInnen im Stadtteil Berg Fidel und Hiltrup-West sehr gut angenommen wurde. Einrichtungen und Akteure vor Ort konnten für dieses Projekt gewonnen werden. Als besonders erfolgreich hervorzuheben sind die Maßnahmen „Familienhebamme“, die unterschiedlichen „Bewegungsangebote“, die Maßnahme „Mit Migranten für Migranten“ (MiMi) und die Ernährungsberatung des Gesundheitsamtes.

Projektmaßnahme „Familienhebamme“

Die Betreuung von Müttern und Neugeborenen durch die Familienhebamme sorgt dafür, dass sich das Gesundheitsniveau in den Familien verbessert und ist gleichzeitig ein Beitrag im Rahmen des Kinderschutzes. Das Gesundheitsamt der Stadt Münster hatte bereits vorher sehr erfolgreich Familienhebammen in der aufsuchenden Gesundheitshilfe für Flüchtlinge, Migranten und sozial, sowie gesundheitlich Benachteiligte eingesetzt. Neu war jetzt innerhalb des Projektes, dass eine frei-

berufliche Hebamme mit eigener Migrationsvorgeschichte und hoher Sprach- (persisch, russisch, türkisch, kurdisch, aserbaidzhanisch und deutsch) und Fachkompetenz neben allen üblichen Tätigkeiten im Rahmen der Geburtsvorbereitung und -nachsorge die Mütter bzw. Familien weitgehend informiert und betreut. Von der Familienplanung bis über die medizinische Betreuung hinaus bezieht die Familienhebamme in verstärktem Maß auch soziale Gesichtspunkte ein. Die umfassende Betreuung beinhaltet u. a. die Vermittlung von Informationen über Ernährung, Pflege und Hygiene. Schließlich arbeitete die Hebamme eng mit allen Diensten, die in der jeweiligen Familie tätig sind, sowie mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zusammen. Dieses Beratungsangebot fand innerhalb von Sprechstunden in den Kindertageseinrichtungen, dem Mütterfrühstück im Rahmen von „Mit Migranten – für Migranten“ als auch bei Hausbesuchen statt. In den Kita fand auch eine direkte Ansprache statt, die Kontaktaufnahme zu den Frauen erfolgte aber auch über Elterntreffs, Elternfrühstücke, Elternabende usw. Besonders die Sprechstunden in den Kindertageseinrichtungen wurden hervorragend angenommen.

Projektmaßnahme „Mit Migranten – für Migranten“

Gut integrierte MigrantInnen sind von Fachleuten aus dem Gesundheitswesen geschult und darauf vorbereitet worden, muttersprachliche Informationsveranstaltungen durchzuführen, in denen sie ihren Landsleuten die Organisation des deutschen Gesundheitssystems und Präventionsthemen erklären. Themen sind zum Beispiel: Mundgesundheit und Zahnprophylaxe, Gesunde Ernährung, Familienplanung, Unfallprävention bei Kinder, Schwangerschaftsvor- und Nachsorge, Kindergesundheit und Umgang mit Medikamenten. Gleichzeitig sollten diese Treffen dazu dienen, die teilnehmenden Eltern auch für die anderen Maßnahmen zu gewinnen. Im Rahmen eines offenen Frauenfrühstückes wurden diese Veranstaltungen zunächst für eine Frauengruppe und bald wegen der großen Resonanz für eine 2. Frauengruppe wöchentlich durchgeführt. Die Treffen standen immer wieder unter einem wechselnden thematischen Schwerpunkt. Abwechselnd wurden ReferentInnen aus dem Gesundheitsamt und anderen Einrichtungen hinzugezogen. Während die Teilnehmerinnen zu Beginn im Wesentlichen Informationen konsumierten, bildete sich im weiteren Verlauf ein reger Informationsaustausch untereinander aus. Es konnte beobachtet werden, dass Frauen gezielt mit Gesundheitsfragen in die Gruppe kamen und dann gemeinsam nach Lösungen gesucht wurde. Die Maßnahme hat eine unerwartete Resonanz gefunden, die Gruppen der Frauen erreichten eine Größe von rund 30 Frauen. Es fanden sowohl in Berg Fidel und im letzten Projektjahr auch in Hilstrup-West jede Woche Treffen statt.

Projektmaßnahme „Erährungsberatung“

Im Rahmen des Projektes sollten alle Kinder und ihren Eltern der Kindertageseinrichtungen und der Grundschulen der Stadtteile Informationen und Erfahrungen zu einer gesunden Ernährung und auch Zahngesundheitspflege durch eine Ernährungsfachkraft erhalten. Gerade vor dem Hintergrund von Migration und damit von vielen unterschiedlichen Ernährungsgewohnheiten war es besonders wichtig eine einheitliche Vorgehensweise einzuführen. Es fanden Elternveranstaltung (KiTas und Schule) mit den Inhalten Grundlagen einer gesunden (kindgerechten) Ernährung, erläutert am Ernährungskreis (wie viel Getreide, Obst, Gemüse, Wasser, Milchprodukte, Fette und Süßigkeiten sollte bzw. darf man essen) statt. Was gehört in eine Frühstücksdose, welche Getränke sind empfehlenswert (Zuckergehalt der Getränke veranschaulicht) und Fragen zu den Themen Kinderprodukte, Abnehmen, Eisenmangel, „mein Kind mag das nicht“ usw. wurden beantwortet.

In allen KiTas wurde insgesamt 12-mal in Kleingruppen gearbeitet. Alle hatten den Schwerpunkt „Schlappmacher und Fittmacher“ und es wurde gemeinsam ein gesundes Frühstück zubereitet und gegessen. Nachdem in der ersten Lerneinheit der Ernährungskreis erarbeitet wurde, folgte in der zweiten Lerneinheit das Thema „5 x am Tag Obst und Gemüse“. Die Kinder haben gesunde Obst- und Gemüse-Spieße aufgespießt, die sie im Anschluss gemeinsam gegessen haben. Zudem haben sie einen „Kraftstoffmesser“ gebastelt, mit dem sie ihren Obst- und Gemüseverzehr am Tag messen können. Anschließend wurde mit Kindern aus beiden Grundschulen der Stadtteile gearbeitet. Einmal wöchentlich wurde klassenweise von einer Gruppe von Kindern für die restliche Klasse ein gesundes und einfach nach zukochendes Mittagessen zubereitet, das im Anschluss gemeinsam gegessen wurde. Die Maßnahme fand eine gute Resonanz bei den Kindern und ihren Familien sowie dem pädagogischen Personal.

Fazit

Der größte Erfolg der bisherigen Arbeit dürfte darin bestehen, dass mit dem Projekt „Gesund aufwachsen...in Münster“ ein inhaltlich breiter, einen ganzen Stadtteil erfassender Ansatz der Gesundheitsförderung, einschließlich Situationsanalyse und Evaluation begonnen hat. Dabei muss aber im Blick bleiben, dass soziale Probleme sich in der Regel auf wenige Straßenzüge / Quartiere konzentrieren. Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Stadtteilen ist zu 50 % Vertrauensbildung, Motivationsarbeit, Präsenz und Ausdauer. Eine Projektdauer von drei Jahren ist zu kurz um gesundheitsfördernde Maßnahmen nachhaltig zu implementieren. Ernährungs- und Bewegungsverhalten werden bereits in jungen Jahren geprägt. Daher sollte Gesundheitsförderung und Prävention möglichst früh ansetzen. Dieser Weg muss begleitet und als gesellschaftlicher Prozess verstanden werden. Eltern haben eine besondere Verantwortung in diesem Sinne Vorbild zu sein und auf ihre Kinder einzuwirken, denn die Familie ist ein wichtiger Ort, an dem Verhaltensmuster vorgelebt und verinnerlicht werden. Darum muss auch nach dem Ende des Projektes die Vernetzung zwischen Einrichtungen und Familien im Stadtteil weiterhin forciert werden.

Zwischen den beteiligten Einrichtungen und Akteuren im Stadtteil ist ein umfassendes Netzwerk auf bzw. ausgebaut worden. Die Angebote der Akteure sind den Einrichtungen bekannt und werden bedarfsgerecht im Stadtteil entwickelt und umgesetzt.

1.2. Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen in Münster“

Der Arbeitskreis „Gesund aufwachsen in Münster“ hat im Auftrag der Gesundheitskonferenz 2007 seine Arbeit aufgenommen. Unter den Beteiligten findet ein Austausch laufender Aktivitäten der einzelnen Institutionen und auch Diskussion zu einzelnen Fragestellungen und Bedarfen statt. Darüber hinaus erfolgen eine Erhebung und eine zusammenfassende Darstellung über die vielfältigen Aktivitäten der Akteure in Münster. Ziel ist es, zu neuen Kooperationen zu kommen und Synergieeffekte zu nutzen.

Deutlich geworden ist, dass die Gesundheit der Kinder eine höhere Priorität erhalten muss und dass vielfältige Maßnahmen hierfür ergriffen werden müssen. Um dies zu unterstützen, hat der Arbeitskreis der Gesundheitskonferenz „Gesund aufwachsen in Münster“ als zweites Gesundheitsziel für Münster mit den Schwerpunkten

- Lebenskompetenzen stärken,
- Ernährung und
- Bewegung,

beschlossen.

Mit dieser Zielsetzung ist verbunden, dass das Thema „Gesund aufwachsen in Münster“ fortlaufend von der Gesundheitskonferenz über einen Arbeitskreis bearbeitet und unterstützt wird. In den in der Gesundheitskonferenz vertretenen Institutionen wird dieses Ziel entsprechend kommuniziert, unterstützt und ggf. werden Maßnahmen umgesetzt. Die Gesundheitskonferenz wird vom Arbeitskreis jährlich über die laufenden Aktivitäten mit einem Bericht informiert.

1.3 Rauchverhalten

Bereits im Gesundheitsrahmenbericht von 2001 hat die Stadt Münster zum Thema Rauchen und Rauchverhalten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen Stellung bezogen. Diese Berichterstattung und Aktivitäten zu diesem Thema aus dem Gesundheitshaus hat die kommunale Gesundheitskonferenz u.a. zum Anlass genommen 2005 das erste Gesundheitsziel für Münster „Tabakkonsum reduzieren in Münster bis 2010“ zu verabschieden.

Ein Arbeitskreis, bestehend aus Vertretern unterschiedlicher Institutionen, Verbänden, Selbsthilfegruppen und Organisationen erarbeitete Handlungsempfehlungen, die dann von der Gesundheitskonferenz im Frühjahr 2006 verabschiedet wurden. Die Arbeit des Arbeitskreises wurde 2008 beendet, zu einem Zeitpunkt, als die gesetzlichen Regelungen zum Nichtraucherschutz in Kraft getreten sind.

Grundlage der Handlungsempfehlungen der KGK waren u. a. die Untersuchungen und Zahlen des IFT (Instituts für Therapieforschung) aus München, des Epidemiologischen Instituts der Uni Münster zum Passivrauchen und Befragungsergebnisse der Abteilung Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes. Hier wurden/werden Daten zum Thema Rauchen erhoben bei den Schuleingangs- und -entlassuntersuchungen. Die Handlungsempfehlungen orientieren sich auch u.a. an den WHO Gesundheitszielen, an gesundheitsziele.de und an den 10 vorrangigen Gesundheitszielen für das Land NRW.

Mit den Handlungsempfehlungen wurden Teil-/Unterziele verabschiedet:

- Einstiegsalter erhöhen / Einstieg verhindern
- Anteil rauchender Jugendlicher senken
- Präventions- und Ausstiegsangebote schaffen/bekannt machen
- Mehr rauchfreie öffentliche Räume schaffen
- Regelmäßige Öffentlichkeits- und Pressearbeit zur Verbesserung des Nichtraucher-Images
- Überprüfung der Zielerreichung der Maßnahmen

Das WHO-Netzwerk rauchfreier Krankenhäuser ist ein gutes Beispiel für Aktivitäten. Verschiedene Kliniken in der Region, so auch das Universitätsklinikum Münster sind Mitglied in diesem Verbund.

Die 9 wirksamkeitsüberprüften Maßnahmen zur Verringerung des Tabakkonsums des Deutschen Krebsforschungszentrums sind:

- Erhöhung der Tabaksteuer
- Bekämpfung des illegalen Handels mit Tabakprodukten
- Verbot von Tabakwerbung und Sponsoring
- Schaffung einer rauchfreien Umwelt
- Produktregulierung und Verbraucherinformation
- Abgabe und Vertrieb von Tabakwaren
- Schulische Tabakprävention
- Massenmediale Tabakprävention
- Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung

1.4 Unfälle in Haus und Freizeit im frühen Kindesalter

Kinder durchlaufen in den ersten Lebensjahren eine enorme Entwicklung, die bis in die Adoleszenz hinein noch nicht abgeschlossen ist. Nicht nur die kognitive und soziale Entwicklung, auch die motorischen Fähigkeiten nehmen ständig zu. Die Entwicklung eines eigenen Willens, das Interesse

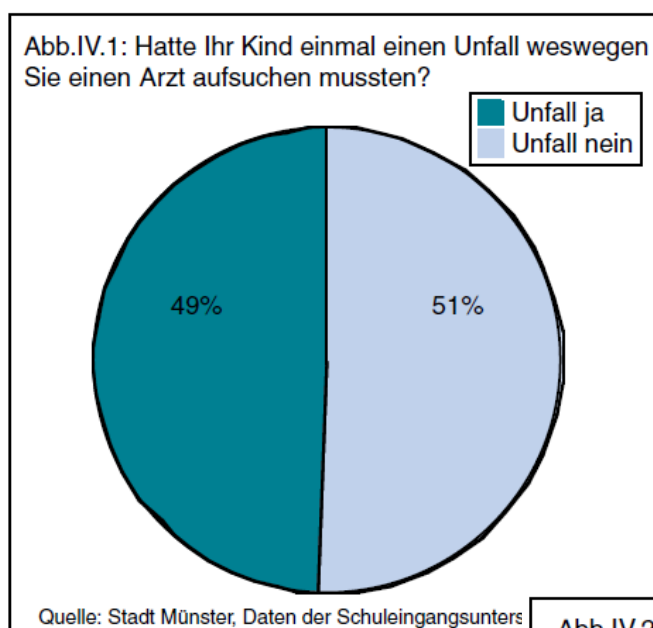
an Dingen außerhalb des eigenen Körpers sowie das Bedürfnis sich fortzubewegen und die Kompetenzen, diese einzelnen Fähigkeitsbereiche erfolgreich zu koordinieren entwickeln sich dabei mit unterschiedlichen Geschwindigkeiten. Das geradezu unbändige Explorationsverhalten gerade bei kleineren Kindern führt insbesondere anfangs häufig zu einem Misslingen von geplanten Aktionen. Im günstigen Falle wird eine geplante Aktion erneut gestartet, im ungünstigen Falle kann ein Misslingen auch zu einer Schädigung des Kindes, zu einem Unfall führen.

Unfälle im Kindesalter sind ein häufiger Grund eine ärztliche Behandlung aufsuchen zu müssen. Unfälle sind auch eine der häufigsten Todesursachen im Kindesalter.

Da misslingende geplante Aktionen letztendlich Teil einer normalen kindlichen Entwicklung sind, muss das Hauptaugenmerk bei der Unfallvermeidung darauf gelegt werden, dass durch eine entsprechende Gestaltung der Lebensumwelt des Kindes möglichst vermieden werden kann, dass kindliches Explorationsverhalten in einem folgeschweren Unfall endet. Kippsichere Möbel, sicheres Spielzeug, sicher verpackte Haushaltschemikalien sind typische Entwicklungen in dieser Richtung.

In der Vergangenheit hat das Gesundheitsamt mehrfach Erhebungen zu Kinderunfällen durchgeführt. Zuletzt wurde im Rahmen der Einschulung 2004 eine Befragung der Eltern zu Kinderunfällen im Vorschulalter durchgeführt. Ziel der Befragung war es, Informationen zur Unfallhäufigkeit, zum Unfallgeschehen und zu Unfallfolgen zu erhalten. Zugleich war es auch Ziel, Angaben zur Unfallprävention zu erhalten. Die Ergebnisse sollten außerdem differenziert nach bestimmten Untergruppen ausgewertet werden.

Ergebnisse der Befragung zum Unfallgeschehen

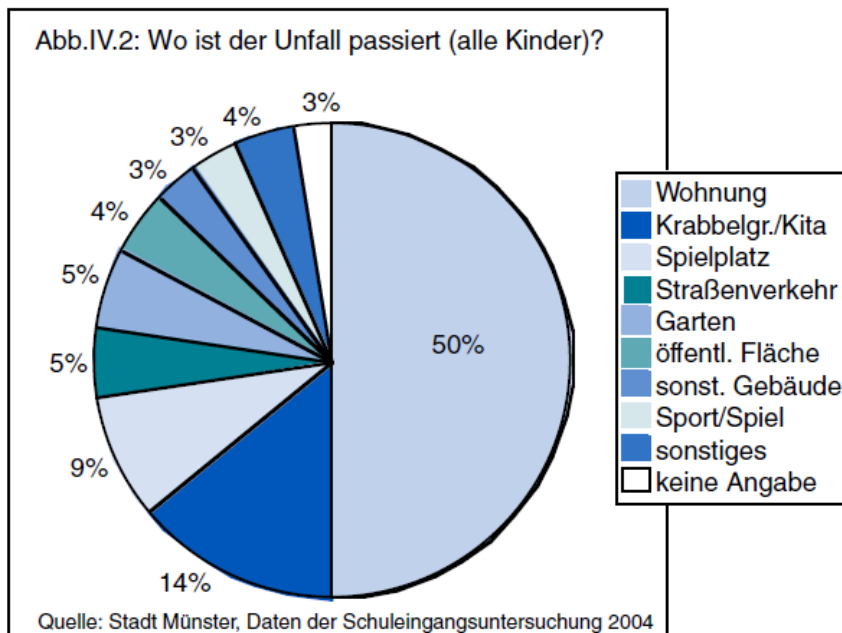


Knapp die Hälfte (49%) der befragten Eltern gaben an, dass ihr Kind im Vorschulalter wenigstens einen Unfall erlitten hat wegen dem eine ärztliche Behandlung erforderlich wurde. In 18% erfolgte die Behandlung im Krankenhaus, bei den übrigen Kindern ambulant. Dabei nahm die Unfallwahrscheinlichkeit mit steigendem Alter des Kindes zu. Rund 40% der berichteten Unfälle passierten nach dem 4. Geburtstag. 60% bei jüngeren Kindern. Die meisten Unfälle (50%) passierten zu Hause.

Häufigster Unfallhergang waren Stürze in der Ebene (42%) oder Stürze aus der Höhe (23%)

Ernsthafte bleibende Unfallfolgen wurden nur vereinzelt berichtet. Häufigste unmittelbare Unfallfolgen waren offene Wunden (zumeist Platzwunden), Verstauchungen, Knochenbrüche und Gehirnerschütterungen wurden deutlich seltener als Unfallfolgen berichtet.

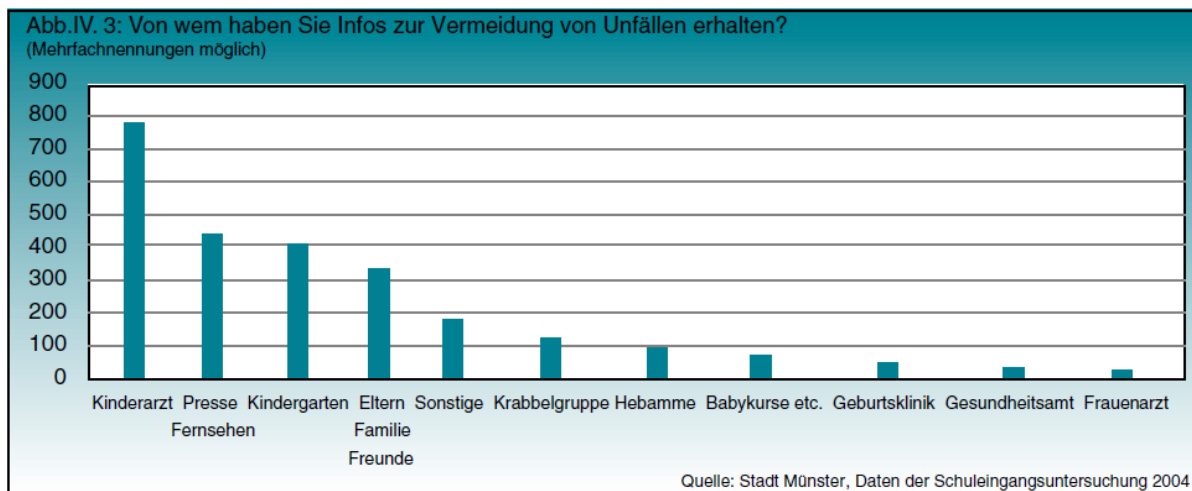
Eine zusammenfassende Bewertung der Elternangaben ergibt, dass von allen Schulanfängern rund 50% keinen



Unfall erlitten hatten. Etwa 25% hatten einen leichten, ca. 25% hatten nach Unfallhergang oder -folgen einen schweren Unfall erlitten.

Unfallvorbeugung

Die Befragung zur Unfallverhütung ergab, dass die Eltern recht gut über Unfallvermeidung informiert sind. Etwa 80% gaben an, bereits Informationen zur Unfallverhütung erhalten zu haben. In den meisten Fällen wurde der Kinderarzt als Informationsgeber angegeben. Aber auch Presse und Fernsehen sowie der Kindergarten sind wichtige Informationsquellen zur Unfallvermeidung.



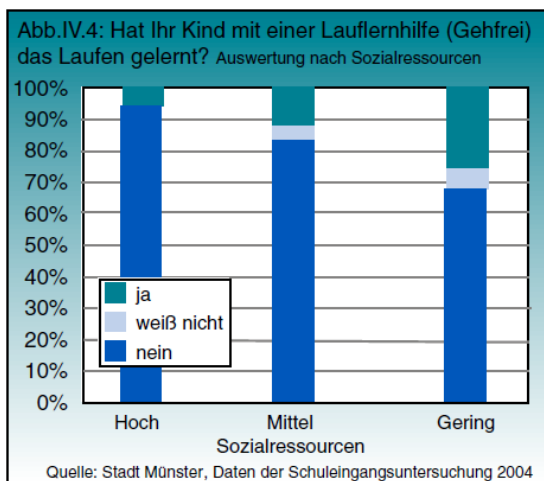
Bedenklich stimmt jedoch, dass nur 43% der befragten Eltern die erhaltenen Informationen als „informativ“ bezeichneten. In 12% wurde angegeben, die Informationen seien uninformativ gewesen. 87% der Eltern gaben an, dass ihr Kind beim Fahrradfahren einen Helm trägt. 10% der Kinder wenigstens manchmal.

Zur weiteren Einschätzung der unfallpräventiven Lebensgestaltung wurden die Eltern nach dem Vorhandensein von Brand- / Rauchmeldern in der Wohnung gefragt, nach dem Einsatz von Lauf- lernhilfen („Gehfrei“) für Kleinkinder und nach dem Alter beim Erlernen des freien Schwimmens.

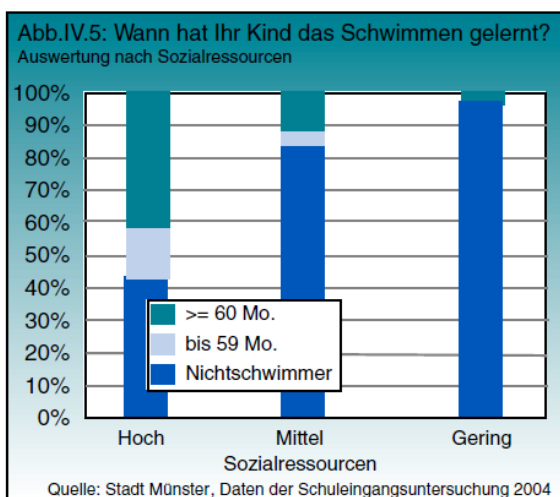
Einen Rauchmelder in der Wohnung hatten demnach nur rund 37% der Familien installiert. Eine Lauflernhilfe kam bei rund 8% der Kinder zum Einsatz. Das freie Schwimmen hatten bis zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung knapp die Hälfte der Kinder erlernt, die meisten von Ihnen nach dem fünften Geburtstag.

Unfälle und soziale Lage

Wertet man die Aussagen der Eltern zusätzlich mit Hilfe des Münsteraner Sozialressourcenscore aus, so findet man in Bezug auf Unfallhäufigkeit und -schwere zwischen den Gruppen von Kindern mit verschiedenen hohen Sozialressourcen keine großen Unterschiede. Auffallende Diskrepanzen finden sich aber im Bereich der Unfallvorbeugung: In Wohnungen sozial belasteter Familien waren deutlich seltener Rauchmelder installiert, zugleich kamen in diesen Familien signifikant häufiger Lauflernhilfen (Gehfrei) zum Einsatz.



Während Kinder mit hohen Sozialressourcen zu knapp 60% im Vorschulalter das Schwimmen erlernt hatten waren in der Gruppe der sozialressourcenarmen Kinder zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung weit über 90% noch Nichtschwimmer.



1.5 Impfprophylaxe im Kindesalter

Impfungen zählen zu den effektivsten und kostengünstigsten präventiven Maßnahmen der modernen Medizin. Impfungen, die öffentlich empfohlen sind werden zu einem Impfkalender zusammengestellt. Die meisten Impfungen sind in den ersten beiden Lebensjahren empfohlen. Im Erwachsenenalter werden einige Impfungen regelmäßig aufgefrischt. Je nach beruflicher Exposition oder bei Auslandsreisen können zusätzliche Impfungen empfehlenswert / notwendig sein. Durch Fortschritte im Bereich der Impfstoffentwicklung sowie durch Änderungen der epidemiologischen Situation wird der Impfkalender regelmäßig angepasst. Aktuell sind für Kinder und Jugendliche 12 bzw. 13 Impfungen öffentlich empfohlen. Im frühen Kindesalter sind dies Impfungen gegen:

- Tetanus (Wundstarrkrampf)
- Diphtherie
- Pertussis (Keuchhusten)
- Poliomyelitis (Kinderlähmung)
- HiB (Haemophilus influenzae Typ B)
- Hepatitis B (infektiöse Gelbsucht Typ B)

- Masern
- Mumps
- Röteln
- Varizellen (Windpocken)
- Pneumokokken
- Meningokokken

Für Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren ist außerdem eine Impfung gegen HPV (humane Papilloma Virus / Gebärmutterhalskrebs-Viren) empfohlen.

Impfungen führen nicht nur zu einem Individualschutz. Einige der impfvermeidbaren Krankheiten (z.B. Masern, Windpocken) können zurückgedrängt werden, wenn die Bevölkerung insgesamt einen ausreichend hohen Impfschutz vorweisen kann.

Da bei der Schuleingangsuntersuchung alle Kinder eines Jahrganges vorgestellt werden und zudem im Schulanfängeralter die Grundimpfungen abgeschlossen sein sollen, eignet sich dieser Zeitpunkt besonders gut für eine Bilanz.

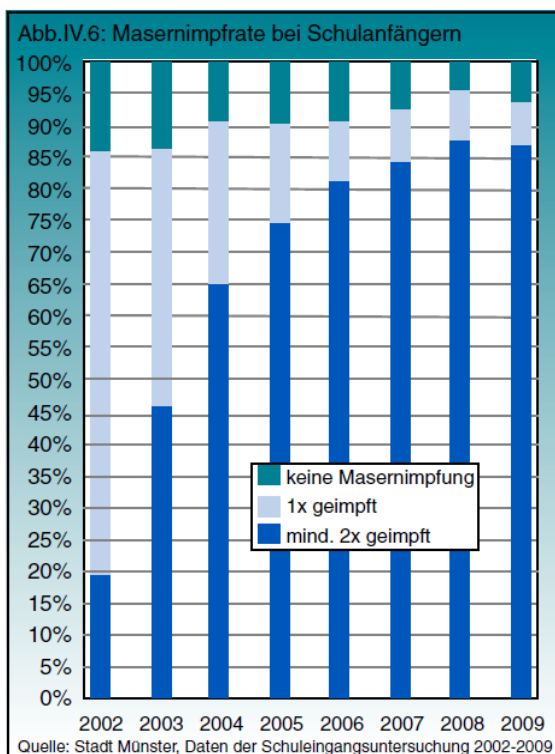
Bei den Schuleingangsuntersuchungen in Münster wurde in den letzten Jahren bei über 97% der Kinder ein Impfbuch vorgelegt. Damit geben die Impfdaten der Schuleingangsuntersuchung die Impfsituation in Münster sehr genau wieder.

Impfraten der Schulanfänger

Die Schuleingangsuntersuchungen der letzten Jahre belegen eindrücklich die gute Akzeptanz für einen umfangreichen Impfschutz. Bei weniger als einem Prozent des Jahrgangs lehnen Eltern Impfungen grundsätzlich ab. Über 90% der Eltern entscheiden sich für einen umfangreichen Impfschutz. Etwa 10% der Eltern entscheiden sich gegen einzelne Impfungen oder verschieben Impfzeitpunkte in ein höheres Lebensalter der Kinder. Diese Erkenntnisse deuten auf einen reflektierten Umgang mit dem Impfangebot hin. Anzeichen auf eine generelle Impfskepsis oder gar Hinweise auf eine „Impfmüdigkeit“ lassen sich nicht erkennen.

Masern

Bei den Masern hat die Rate ungeimpfter Schulanfänger 2008 erstmals einen Wert von 5% unterschritten. Das Impfziel, 95% eines Jahrganges gegen Masern zu impfen wurde damit erstmals erreicht. Dieses Ergebnis wurde bei den Schulanfängern 2009 aber wieder knapp verfehlt. Es gilt, diese Impfrate zu halten und zu erreichen, dass alle Masern-Geimpften frühzeitig eine zweimalige Masernimpfung erhalten.



Röteln

Trotz einer allgemeinen Impfempfehlung gegen Röteln für Jungen und Mädchen fand diese Impfung im Vorschulalter bis vor wenigen Jahren nicht die gleiche Akzeptanz wie beispielsweise diejenige gegen Masern und Mumps. Erst seit wenigen Jahren hat sich die Röteln-Impfquote derjenigen von Masern und Mumps angepasst. Bei der Impfstatusanalyse im Rahmen der „Landesimpfkampagne Masern 2007 / 08“ (s.u.) konnte aber beobachtet werden, dass diese Impfquote gegen Röteln bis zum Beginn der 5. Schulklasse bei den meisten Kindern geschlossen wurde.

Windpocken (Varizellen)

Eine Impfung gegen Varizellen wird seit 2004 empfohlen. Die Schuleingangsuntersuchungen belegen, dass die Impfquoten gegen diese Erkrankung nur allmählich ansteigen. Dies ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass viele Kinder bereits im Kindergartenalter an den Windpocken erkranken. Eine Nachholimpfung erübrigt sich daher für diese Kinder.

Ein deutlicher Anstieg der Impfquoten gegen Windpocken ist ab den Einschuljahrgängen 2010 bzw. 2011 zu erwarten, da die Impfung dann einem ganzen Jahrgang angeboten werden kann, bevor es schon zu einzelnen Windpockenerkrankungen gekommen ist.

Meningokokken -C-

Seit 2006 ist für alle Kinder ab dem zweiten Lebensjahr eine Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe C empfohlen. Bei Kindern, die zum Zeitpunkt dieser Empfehlung das zweite Lebensjahr bereits vollendet haben wurde eine Nachholimpfung empfohlen. Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen belegen, dass diese Nachhol-Impfung bereits bei zahlreichen Kindern erfolgt ist.

Impfquoten im späteren Schulalter

Bei zeitgerechter Impfung ist die Grundimmunisierung von Kindern im zweiten Lebensjahr abgeschlossen. Lediglich für Mädchen ist im Alter von 12-17 Jahren noch die Grundimmunisierung gegen die humanen Papilloma Viren (HPV), den Erregern des Gebärmutterhalskrebses, empfohlen. Ansonsten beginnen mit der Einschulung die Auffrischimpfungen, die je nach Infektionskrankheit auch im Erwachsenenalter fortzuführen sind.

Nach der Schuleingangsuntersuchung liegen aber systemische Impfdaten nicht vor, da die Schuleingangsuntersuchung die einzige ärztliche Untersuchung ist, bei der komplette Jahrgänge untersucht werden.

Masernimpfung im späteren Schulalter

Einmalig bestand im Schuljahr 2007 / 08 im Rahmen der NRW-weiten „Landesimpfkampagne Masern“ die Möglichkeit den Masern-Impfschutz bei einer größeren Anzahl von Schülerinnen und Schülern zu überprüfen.

Die Landesimpfkampagne wurde in Münster bei 43 Schulen aller Schulformen (außer Grundschulen) durchgeführt. Von 38 Schulen liegt eine systematische Dokumentation der Ergebnisse vor: Von den 20.831 Schülerinnen und Schülern legten 13.265 (65%) ein Impfdokument vor.

Die Analyse der Masern Daten belegt dabei über alle Schulformen hinweg für die Jahrgangsstufen 5-12 einen Masernimpfschutz (mindestens 1x geimpft) von über 95%. Damit kann belegt werden, dass wenigstens ein Teil der Impflücken, die noch bei der Einschulung bestanden hatte bis spätestens zur fünften Klasse geschlossen wurden.

Bezüglich des Masernimpfschutzes besteht jedoch eine Abhängigkeit von der Schulform. Die höchsten Impfraten finden sich in den Gymnasien, die niedrigsten an den Förderschulen „Lernen“. Dabei erreicht die Impfrate (wenigstens einmal gegen Masern geimpft) jedoch auch an den Förderschulen fast die angestrebten 95%.

Andere Impfungen im späteren Schulalter

Im Rahmen der Landesimpfkampagne wurden bei fehlenden Impfungen auch über die Masernimpfung hinaus Impfeempfehlungen ausgesprochen. Eine systematische Erfassung dieser zusätzlichen Impflücken erfolgte dabei aber nicht. Bei der Durchsicht zeigte sich aber, dass der für Masern belegte Trend auch für die anderen Impfungen nachweisbar war: Impfungen, die zum Schulbeginn noch gefehlt hatten wurden spätestens bis zur 5. Schulklasse umfangreich nachgeholt. Auch die nach Schulbeginn anfallenden Auffrischimpfungen ließen sich in den Impfdokumenten häufig nachweisen.

Impfung gegen Humane-Papilloma-Viren (HPV-Impfung)

Seit März 2007 ist für Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren eine Impfung gegen HPV empfohlen. Das HP-Virus ist ein wesentlicher Auslöser des Gebärmutterhalskrebses. Seit der Einführung dieser Impfung wurde über diesen Impfstoff kontrovers diskutiert. Um einen Eindruck von der Umsetzung dieser Impfung in Münster zu erhalten wurde im Rahmen der Landesimpfkampagne bei den Schülerinnen einer Schule auch der Impfschutz gegen diese Erkrankung dokumentiert. Die Daten zeigen, dass diese Impfung bereits im ersten Jahr nach der öffentlichen Empfehlung von der Zielgruppe recht umfassend angenommen wurde. Während die frühkindlichen Impfungen und die späteren Auffrischimpfungen in den meisten Fällen durch Kinder- und Jugendärzte erfolgten, wurden die meisten HPV-Impfungen durch Fachärzte für Gynäkologie durchgeführt.

Impfvermeidbare Erkrankungen an Schulen und Kindertagesstätten

Infektionskrankheiten, die leicht von Mensch zu Mensch übertragbar sind, können an Lebensorten, an denen sich täglich viele Menschen aufhalten, zu Infektionsausbrüchen führen. Bei einem ausreichend hohen Impfschutz in der Bevölkerung können solche Infektionsausbrüche vermieden werden. Für einen Teil dieser Erkrankungen bestehen Meldepflichten, so dass hierzu Aussagen gemacht werden können.

Masern

Die Masern verlaufen nicht selten mit erheblichen Komplikationen und können bei einzelnen Erkrankten zu schweren Spätfolgen bis hin zu Todesfällen führen. Die Weltgesundheitsorganisation verfolgt seit Jahren das Ziel, diese Erkrankung in Europa gänzlich zurückzudrängen. Durch europaweite Impfraten von über 95% sollen nach 2010 keine Erkrankungsfälle mehr auftreten.

In Münster trat der letzte Masernausbruch mit drei Krankheitsfällen 2007 an zwei Gymnasien auf. Durch einen sofortigen Impfaufruf für ungeschützte Kontaktpersonen und den Ausschluss ansteckungsverdächtiger bzw. ungeimpfter Schülerinnen und Schüler konnte eine Ausbreitung der Erkrankung verhindert werden. Seither sind Masernfälle in Kindertagesstätten und Schulen in Münster nicht mehr aufgetreten.

Mumps

Der Mumps ist eine Erkrankung, die in zahlreichen Fällen relativ harmlos verläuft und nicht selten unentdeckt bleibt. Bei Impfraten von über 90% ist mit größeren Ausbrüchen kaum noch zu rechnen. Zuletzt traten 2001 in Schulen und Kindertagesstätten insgesamt 16 Verdachtsfälle auf Mumps auf. Seither werden jährlich nur noch einzelne Verdachtsfälle gemeldet, die nur teilweise bestätigt wurden. Ausbrüche in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder werden in den letzten Jahren nicht mehr registriert.

Windpocken (Varizellen)

Vor der allgemeinen Impfempfehlung gegen Varizellen waren die Windpocken eine klassische Kinderkrankheit. Insbesondere in Kindertagesstätten und Grundschulen kam es regelmäßig zu Krankheitsausbrüchen. Fast alle Kinder erkrankten im Vorschul- oder Schulalter und hatten damit eine lebenslange Immunität erworben.

Die Wirksamkeit der Varizellenimpfung lässt sich an den Erkrankungszahlen an Windpocken ablesen. Waren von den Schulanfängern 2005 noch 76% an Windpocken erkrankt, so betrug der Anteil bei den Schulanfängern 2009 nur noch 41%. In derselben Zeit ging die Anzahl aus Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder gemeldeter Windpockenfälle um 2/3 zurück.

Der Rückgang der Varizellenhäufigkeit in Kindertagesstätten führt im Umkehrschluss aber auch dazu, dass die „Chance“ für ein ungeimpftes Kind, vor Schulbeginn einen „natürlichen“ Immunschutz gegen Windpocken zu erlangen, abnimmt.

Auch diese Tatsache lässt sich aus den Einschulungsdaten belegen: Wiesen von den Schulanfängern 2005 nachweislich 16,6% keinen Immunschutz gegen Varizellen auf, so lag dieser Anteil bei den Schulanfängern 2009 annähernd unverändert bei 17,7% (Tabelle IV.1).

Tab.IV.1: Schutzrate gegenüber Windpocken der Schulanfänger 2005-2009 in Abhängigkeit von durchgemachter Erkrankung bzw. Impfung

Varzellenschutz	2005	2006	2007	2008	2009
a) Immun durch Krankheit	63,1	68,5	59,3	48,9	36,7
b) Immun durch Impfung	1,3	3,3	12,3	27,8	38,5
c) Ungeschützt	16,6	16,7	19,1	17,3	17,7
d) Immunität unklar	19,0	11,5	9,3	6,1	7,1

Nur die konsequente zweimalige Windpockenimpfung möglichst im zweiten Lebensjahr wird verhindern, dass es zukünftig zu einer Verschiebung des Erkrankungsgipfels in das höhere Kindes- oder Jugendalter kommt. Ebenso ist ein konsequentes Nachimpfen aller Kinder und Jugendlicher ohne sicheren Varzellenschutz geboten. Erhöhte Komplikationsraten durch Windpockenerkrankungen älterer Kinder sowie Erstinfektionen an Varizellen in einer Schwangerschaft müssen durch ein konsequentes Impfreime vermieden werden.

Keuchhusten (Pertussis)

Der Keuchhusten ist in den vergangenen Jahren verstärkt in den Aufmerksamkeitsfokus von Infektiologen geraten. Trotz steigender Impfraten waren immer wieder, insbesondere in Gemeinschaftseinrichtungen von Kindern, Infektionsausbrüche zu beobachten. Es ist deutlich geworden, dass weder die Impfung noch eine durchgemachte Erkrankung einen lebenslangen Schutz gegen Keuchhusten erzeugen. Auch in Münster treten jährlich einzelne Keuchhustenfälle in Gemein-

schaftseinrichtungen auf. Gelegentlich lassen die Einzelfälle einen Zusammenhang im Sinne eines Ausbruches vermuten, ohne, dass sich dieses jedoch immer nachweisen lässt. Nachgewiesene größere Ausbrüche durch Keuchhusten wurden in Münster in den letzten Jahren nicht beobachtet.

Influenza (Grippe)

Die klassische Grippe breitet sich in jeder Grippesaison besonders bei Kindern und Jugendlichen aus. Da bei dieser Krankheit jedoch für Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder keine Meldepflicht besteht, liegen zur Krankheitslast für Grippe im Kinder- und Jugendalter in Münster keine Daten vor.

Deutlich wurde die Anfälligkeit von älteren Kindern und Jugendlichen gegen das Grippevirus im Rahmen des Ausbruches der „Neuen Grippe“ (Schweinegrippe) im Herbst 2009 in Münster. Mit Anstieg der Fallzahlen in Münster wurden innerhalb kürzester Zeit von zahlreichen Schulen Erkrankungsfälle, sowie hohe Fehlzeiten fieberig erkrankter Schülerinnen / Schüler berichtet. Kindertagesstätten und Grundschulen waren dabei durch das Infektionsgeschehen deutlich seltener betroffen als weiterführende Schulen. Dies deckte sich mit den allgemeinen Erkenntnissen zu den hauptsächlichsten Erkrankungsaltern durch die Neue Grippe.

Zusammenfassung

Viele der klassischen Kinderkrankheiten sind durch Impfungen vermeidbar. Diese Krankheiten treten bei Kindern in Münster so gut wie nicht mehr auf. Weiterhin ist das Kleinkind- bis Schulalter jedoch diejenige Zeitspanne, in der sich der Organismus mit den meisten Infektionserregern auseinander setzen muss. Viele dieser Infekte verlaufen dabei milde, mit kurzen Fieberphasen oder als „grippale Infekte“. Eine Zuordnung zu einem bestimmten Krankheitserreger ist dann oft nicht möglich. Neben diesen allgemeinen Infekten traten in den letzten Jahren in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder jedoch einige Krankheiten gehäuft auf: Fieberige Halsentzündungen (teilweise durch Streptokokken = Scharlacherreger), Ringelröteln, Hand-Mund-Fußkrankheit, Mononucleose (Pfeiffersches Drüsenfieber). Diese Erkrankungen verlaufen jedoch selten schwerwiegend. Größere, bzw. ernsthafte Ausbrüche wurden in der Regel nicht beobachtet. Eingreifende Infektionsschutzmaßnahmen waren in den meisten Fällen nicht erforderlich.

2. Gesundes Altern

2.1 Gesundes altern und seine Grenzen

(Autor: Universitätsprofessor Dr. med. Ulrich Keil, Münster)

Es ist nicht zuletzt gezielter Prävention und Gesundheitsförderung zu verdanken, dass die Menschen im Durchschnitt älter werden und dabei länger gesund bleiben. So treten weit verbreitete lebensbedrohliche Herz-Kreislauf-Krankheiten wie die koronare Herzkrankheit inzwischen deutlich später im Leben auf und führen seltener zum Tod als früher. Unter Prävention versteht man beispielsweise gesunde Ernährung, körperliche Aktivität, Stressbewältigungsstrategien, aber auch Krankheitsfrüherkennung, Impfungen und vieles mehr. Auch mehr und mehr alte Menschen mit chronischen Erkrankungen und behindernden Funktionseinbußen erreichen dank des medizinischen und pflegerischen Fortschritts und einem Ausbau von Assistenzdiensten inzwischen ein hohes Alter, oftmals in Würde und Zufriedenheit.

Will man gesundes Altern fördern, muss die Prävention in jedem, auch im späten, Lebensalter gestärkt werden. Viele der im Alter dominierenden Erkrankungen können durch eine präventive Beeinflussung von Hauptrisikofaktoren verhindert, ihr Auftreten hinausgezögert werden.

Prävention ist eine gesellschaftliche Aufgabe. Um Prävention wirksam werden zu lassen, bedarf es struktureller Voraussetzungen, für die der Gesetzgeber Sorge tragen muss. Beispielsweise sollte dem Rauchverbot jetzt ein Verbot der Transfettsäuren in Nahrungsfetten folgen. Auch der Kochsalzgehalt vieler Nahrungsmittel, wie z.B. im Brot, muss reduziert werden. Für alle Menschen soll-

ten unabhängig von ihrer sozialen Stellung die Voraussetzungen für gesundheitsbewusstes Verhalten geschaffen werden.

Prävention ist aber ebenso eine individuelle Aufgabe. Sie gehört zur Eigenverantwortung des Menschen für die eigene Gesundheit. Sie soll so früh wie möglich beginnen und ist am wirksamsten, wenn präventive Inhalte schon in (vor-) schulische und familienzentrierte Bildungsprogramme integriert und gelernt werden.

Eine alternde Gesellschaft benötigt weiterhin eine starke Altersmedizin mit fächerübergreifenden und fachspezifischen Elementen. Dazu gehören der Ausbau von Strukturen für die Altersmedizin und eine intensiviertere geriatrische / altersmedizinische Ausbildung im Studium und in der Weiterbildung des medizinischen Personals.

Um den Bedarf an Unterstützung im Alter genau abschätzen zu können, ist es notwendig, die Gesundheit und Lebensqualität alter und sehr alter Menschen differenzierter als bisher zu erfassen, z. B. durch die verbindliche Einführung eines breit angelegten Alterssurveys.

Unverzichtbar in der Betreuung, Behandlung und Pflege alter Menschen ist die Nutzung modernster technischer Möglichkeiten.

Häufige Legenden über das Alter müssen zurückgewiesen werden:

Legende: „ Steigende Lebenserwartung bedeutet mehr Krankheit und Pflege“ = FALSCH

Gesundheitliche Einschränkungen und chronische Behinderungen im Alter haben sowohl bei Männern als auch bei Frauen im Vergleich zu früheren Jahren abgenommen. Die durchschnittliche gesunde Lebenszeit jenseits des 65. Lebensjahres ist allein in der Dekade der 1990er um zweieinhalb Jahre bei Männern und um eineinhalb Jahre bei Frauen gestiegen. Schlaganfall oder Herzinfarkt werden dank des medizinischen Fortschritts heute öfter überlebt. Beeinträchtigungen durch diese Erkrankungen werden seltener, und sie können mit modernen technischen und medizinischen Hilfsmitteln heute besser ertragen werden. Die Lebensqualität ist trotz chronischer Krankheit und/oder Behinderung besser als früher. Insgesamt hat das Risiko, pflegebedürftig zu werden, in Deutschland in den letzten Jahren abgenommen!

Legende: „ Prävention und Rehabilitation können im Alter nichts mehr bewirken“. = FALSCH

Prävention und Rehabilitation sind in allen Lebensphasen, aber gerade auch im Alter unerlässlich und effektiv. Alte Menschen profitieren enorm von gezielter und früh einsetzender Rehabilitation etwa nach einem Schlaganfall, Herzinfarkt oder Sturz. Behinderung und Pflegebedürftigkeit können dadurch oft verhindert werden. Gesunde Ernährung, körperliche Aktivität, Nicht-Rauchen / Nicht-Drogenkonsum und Schutz vor Passivrauch sind die Grundpfeiler von Gesundheitsförderung und Prävention. Deshalb sollte auf individueller und staatlicher Ebene alles getan werden, um besseres Ernährungsverhalten, mehr körperliche Aktivität und weniger Drogen- / Zigarettenkonsum in der Bevölkerung zu erreichen. Die individuelle Leistungsfähigkeit ist keine statische Eigenschaft. Sie kann und muss durch Aktivität und Lebensweise erhalten oder immer wieder hergestellt werden.

(Quelle: Altern in Deutschland. Empfehlungen der Akademiengruppe Altern in Deutschland. Nova Acta Leopoldina, Nummer 371, Band 107 Herausgeber Harald Zur Hausen. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Halle(Saale). Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart, 2009)

2.2 Bewegungsförderung und gesunde Ernährung in der zweiten Lebenshälfte

Zur Vorbereitung auf das Alter gehören zentral Prävention gegen Isolation, Erhaltung der körperlichen und geistigen Fitness, Gewinnen einer positiven Lebenseinstellung trotz wachsender gesundheitlicher Beeinträchtigungen.

Die Zielvorstellung eines selbstbestimmten, aktiven Lebens im Alter sowohl auf körperlicher als auch geistiger Ebene lenkt den Blick darauf, den eigenen Alterungsprozess auf Grundlage persönlicher Werte, Präferenzen und Zielvorstellungen verantwortlich aktiv zu gestalten. Dabei geht es primär um Bewegungserweiterung im Alltag und Trainingskompetenz.

Natürlich gibt es Behinderungen, Krankheiten, Unfälle usw., die niemand verhindern kann und mit deren Folgen die Menschen möglichst gut leben müssen und wollen. Es gibt aber auch Beeinträchtigungen, die einem ungesunden Lebensstil geschuldet sind und die u. a. einen beträchtlichen Teil der ausufernden Kosten des heutigen „Krankheitsreparatursystems“ verursachen. Ergebnisse des statistischen Bundesamtes (05.08.2008) besagen, dass die Hälfte der Kosten im Gesundheitswesen von den Patienten über 65 Jahre verursacht werden. Krebserkrankungen, Diabetes mellitus, Erkrankungen des Skelettsystems, wie Osteoporose, Hüftgelenks- oder Kniearthrose, Schlaganfall und Demenz nehmen mit steigendem Lebensalter zu.

Bewegungsmangel kann neben anderen Faktoren, wie zum Beispiel unausgewogener Ernährung, Übergewicht und Stress, zentraler Auslöser gesundheitlicher Probleme wie Wirbelsäulen-, Gelenksleiden, Blutdruckprobleme und Kreislauferstörungen sein. Dem gegenüber hat eine körperlich aktive Lebensweise einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität und sie erhöht die Anzahl der gesunden Lebensjahre, also derjenigen Jahre eines Lebens, die frei von gravierenden funktionellen Einschränkungen sind und damit eine weitestgehend unabhängige und aktive Lebensführung ermöglichen.

Die Bewegungswelt Erwachsener ist stark durch berufliche Aktivität geprägt. Die überwiegende Anzahl von Berufen ist allerdings eher bewegungsarm. Eine adäquate Kompensation erfolgt in der Freizeit oft nicht in ausreichendem Maße. Möglichkeiten Bewegungen in den Berufsalltag zu integrieren werden nicht ausreichend angeboten oder genutzt. Auch bei Menschen die nicht (mehr) im Berufsalltag stehen, zeigt sich häufig die Tendenz zur Inaktivität.

Studienergebnissen zufolge scheinen Menschen mit eingeschränktem psychischem Wohlbefinden und mit Depressionen zu einem ungesunden Lebensstil zu neigen. Und hier scheint besonders die körperliche Inaktivität ein wichtiger, beeinflussender Faktor zu sein. Verschiedene Analysen ergaben bei erhöhter körperlicher Inaktivität (auch unabhängig von Depressionen) ein erhöhtes kardiovaskuläres Ereignisrisiko. Körperliche Inaktivität wird in der WHO-Auflistung der Risikofaktoren bereits an fünfter Stelle genannt. Eine deutliche Risikoreduktion ist dadurch zu bewirken, dass man sich – mehr – bewegt. Im Lebensplan von Senioren ist trotz eines meist großen Zeitbudgets Bewegung in vielen Fällen nur von untergeordneter Priorität.

Die Gesundheitskonferenz empfiehlt z. B., neben dem Wohnungsangebot auch das Wohnumfeld, also die Lebenswelt der Menschen, durch nachfragegerechte, ausreichende, möglichst kostenlose oder bezahlbare, leicht erreichbare Angebote zur Bewegungsförderung zu verbessern, die einen hohen Integrationswert durch Mischung der Altersklassen, Kulturen, Lebensstile und Geschlechter besitzen. Die Zielgruppen sind dabei in Planung und Umsetzung zwingend einzubeziehen. Dies sind Dinge, die z. B. vom Amt für Grünflächen und Umweltschutz in Zusammenarbeit mit der Seniorenvertretung mit Hilfe von Bewegungsplätzen mit sog. Mehr-Generationen-Geräten umgesetzt werden. Eine geplante Internetplattform soll Senioren über die Angebote in ihrem Stadtteil informieren.

Ein gutes Beispiel für eine niedrigschwellige Initiative eines Münsteraner Bürgers ist die Aktion „3000 Schritte extra“. Sie wurde vom Bundesgesundheitsministerium ins Leben gerufen und vom Gesundheitsamt und der Gesundheitskonferenz unterstützt. Die Aktion lädt jede/n ein, an einem regelmäßig stattfindenden Termin (mittwochs um 15.15 Uhr) gemeinsam mit Gleichgesinnten um die Promenade zu gehen. Dies soll keine Sportveranstaltung sein, sondern für gesunde Bewegung sorgen und die Kommunikation zwischen Gleichgesinnten fördern. Ähnliche Angebote sollen auch in den Stadtteilen etabliert werden.

Ein qualitativ und quantitativ gutes, frisches aber auch bezahlbares Lebensmittelangebot im Quartier mit entsprechender Lebensmittelkennzeichnung sollte gesichert sein. Auch das Einzelhandels- und Zentrenkonzept der Stadt stellt fest, dass ausschlaggebend für die Versorgungsqualität ein

feinmaschiges Netz kleinteiliger Angebote ist, die für die Wohnbevölkerung, besonders unter dem Aspekt des demografischen Wandels, gut zu erreichen sind. In diesem Sinne genießen auch kleinere Lebensmittelgeschäfte, oftmals auch solitär in Wohngebieten gelegen, eine hohe Bedeutung und Schutzwürdigkeit. Die Interessen des Einzelhandels decken sich jedoch nicht immer mit diesen Vorgaben.

Eine Senioren-Gesundheitsberichterstattung mit besonderem Augenmerk auf Stadtteile und Quartiere soll auch in Zukunft Informationen zur Entwicklung und Situation geben. Mit bestehenden Gremien in den Stadtteilen wie z. B. den Arbeitskreisen der Altenhilfeplanung des Sozialamtes und in Zusammenarbeit mit der Seniorenvertretung soll das Thema „Gesundheit und Alter“ im Focus bleiben.

V Gesundheitsrisiken aus der Umwelt

1. Wasserhygiene

Einleitung

Die Wasserhygiene ist ein Teil der Allgemeinen Hygiene und Kommunalhygiene und befasst sich mit der Wirkung von Umweltfaktoren auf die menschliche Gesundheit und mit Maßnahmen zur Verhütung sowie Bekämpfung von Krankheiten. Besondere Schwerpunkte der Arbeit der Abteilung des Gesundheitsamtes sind die Entstehung und die Verbreitungswege von Erkrankungen, die durch Wasser übertragen werden sowie die Notwendigkeit hygienischer Anforderungen an das Trinkwasser (z. B. bakteriologische Wasseruntersuchung, Hausinstallation). Weiterhin werden Verfahren im Bereich der Trinkwasseraufbereitung zur Elimination von Bakterien und Viren beurteilt.

Zu beachten ist die Bedeutung von Klimaveränderungen auf Gewässer, die zur Trinkwassergewinnung oder zur Freizeitgestaltung dienen. Hier kommt dem vermehrten Auftreten von Blaualgen eine größere Wichtigkeit zu.

Die Überwachung der Hygiene in Schwimmbädern, die sowohl der Erholung als auch der sportlichen Betätigung dienen umfasst alle Dinge in und um das Wasser. Hauptbestandteil einer Schwimmanlage sind Schwimmbecken zum Baden und Schwimmen. Darum gruppieren sich meist noch andere Einrichtungen zur Körperpflege (Duschen, Sauna, Massage, usw.), die es zu begutachten gilt.

1.1 Trinkwasserhygiene / Eigenwasserversorgungsanlagen

Das über das öffentliche Leitungsnetz oder aus Kleinanlagen (Brunnen) zur Verfügung stehende Wasser wird außer zum Trinken auch zur Zubereitung von Speisen und Getränken, zur Körperpflege, zum Abwaschen oder Wäschewaschen verwendet. Pro Tag verbraucht der/die Deutsche im Durchschnitt 140 Liter Trinkwasser.

Die Qualität des Trinkwassers kann von vielen Faktoren beeinflusst werden. Damit das Wasser zum Trinken, Kochen und Waschen geeignet ist, muss es hinsichtlich chemischer und mikrobiologischer Beschaffenheit hohe Anforderungen erfüllen, denn der Genuss oder die Verwendung von Trinkwasser darf die menschliche Gesundheit nicht gefährden. Es muss frei sein von Krankheitserregern und chemischen Stoffen, die Krankheiten verursachen können. Das Trinkwasser soll außerdem zum Genuss anregen, muss also farblos, klar und kühl sowie geruchlich und geschmacklich einwandfrei sein. Der umfassende Schutz der Trinkwasservorkommen ist daher oberstes Gebot für alle.

Die Trinkwasserqualität wird in der Trinkwasserverordnung gesetzlich geregelt. Die Trinkwasserverordnung 2001 setzt die Forderungen der EG-Richtlinie über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch 98/83/EG vom 03.11.1998 in Bundesrecht um.

Hieraus ergeben sich die Überwachungspflichten für das Gesundheitsamt. Es bewertet gesundheitliche Risiken, die mit der Gewinnung, Aufbereitung und Verteilung des Trinkwassers einhergehen können und entwickelt Konzepte, wie solche Risiken zu vermeiden und nötigenfalls zu beherrschen sind. Bei Störfällen oder notwendigen Sanierungsarbeiten stehen die Mitarbeiter/Innen des Gesundheitsamtes den Anlagenbetreibern beratend zur Seite. Maßnahmen und Meldewege für Störfälle wurden in Maßnahmeplänen für Kleinanlagenbetreiber erarbeitet und zur Verfügung gestellt. Die Maßnahmepläne für den zentralen Wasserversorger wurden mit den Stadtwerken abgestimmt.

Nach der neuen Trinkwasserverordnung werden Wasserversorgungsanlagen unterschieden in a) zentrale Wasserversorgungsanlagen (mehr als 1000 m³/Jahr), b) Kleinanlagen (weniger als 1000 m³/Jahr) und c) Hausinstallationen, die vom Gesundheitsamt zu überwachen sind.

1.2 Zentrale Trinkwasserversorgung

Der größte Teil der Bevölkerung aus Münster wird durch die Stadtwerke als Wasserversorgungsunternehmen mit Trinkwasser beliefert.

Die Stadtwerke betreiben 4 Wasserwerke mit einer Gewinnung von ca. 10.000.000 m³ Trinkwasser, bei Bedarf wird noch Trinkwasser aus Haltern von der Gelsenwasser AG bezogen.

Das Trinkwasser wird nur im Rahmen einer Funktionsprüfung der technischen Anlagen mit Chlor versetzt. Dem von Gelsenwasser bezogenen Trinkwasser werden dort regelmäßig geringe Mengen Chlor zugesetzt. Zur Verminderung von Kupfer wird dem Trinkwasser Phosphat zugesetzt.

Die Wasserwerke Kinderhaus, Geist, Hornheide-Haskenau und Hohe Ward sowie deren Wassereinzugsgebiete werden einmal jährlich vom Gesundheitsamt besichtigt. Die Wasserqualität wird engmaschig durch die Stadtwerke und ein zugelassenes Labor auf chemische und mikrobiologische Verunreinigungen untersucht und vom Gesundheitsamt überwacht. Im Jahr 2009 wurden dem Gesundheitsamt ca. 660 mikrobiologisch/chemisch/physikalische und 10 chemisch/physikalische Befunde vorgelegt, mehr als es der Gesetzgeber fordert. Es gab keine Beanstandungen.

Die Ergebnisse werden per EDV weitergeleitet an die Landesbehörde.

1.3 Kleinanlagen

In Gebieten, die weit entfernt vom öffentlichen Trinkwassernetz liegen, findet die Trinkwasserversorgung durch private Brunnen statt. In 2010 waren in Münster 1.986 Kleinanlagen zur Trinkwassergewinnung beim Gesundheitsamt bekannt.

Die Trinkwasserqualität jedes einzelnen Brunnens hängt von seiner Umgebung also seinem Wassereinzugsgebiet ab. Die unterschiedlichsten Faktoren, wie zum Beispiel die Bohrlochtiefe, spielen hier eine wichtige Rolle. So können flache Brunnen Probleme durch Einträge von Oberflächenwasser, Düngemittel, Klärschlämme oder Abwässer von nahe gelegenen Klärgruben bekommen. Aber auch tiefe Brunnen können zu hohe Konzentrationen an natürlichen Inhaltsstoffen aufweisen. Die Beratungsschwerpunkte in Münster liegen hier im Wesentlichen bei den folgenden Parametern:

Häufig werden hohe Konzentrationen von *Ammonium* festgestellt. Ammonium muss als möglicher Verunreinigungsparameter, insbesondere durch Fäkalien, aber auch wegen seiner aufbereitungs-technischen Bedeutung beachtet werden. Erst sehr hohe Ammoniumkonzentrationen führen auf Dauer zu Gesundheitsschäden im Nervensystem.

In Relation zu Ammonium sind die Werte von *Nitrat* und *Nitrit* zu berücksichtigen. Diese Stickstoffträger werden für besondere Betrachtungen in einer Stickstoffbilanz des Wassers erfasst, da komplexe Umwandlungsprozesse zwischen ihnen ablaufen können. Nitrat und Nitrit können durch Überdüngung oder das Ausbringen von Gülle zu Zeiten, in denen der Boden die Nährstoffe nicht aufnehmen kann, in das Brunnenwasser eingetragen werden. Bei Aufnahme von großen Mengen

an Nitrat treten Vergiftungen im Magen-Darm-Trakt auf. Doch ein Teil des Nitrats kann in das wesentlich giftigere Nitrit umgewandelt werden. Besonders bei nicht gestillten Säuglingen in den ersten Lebensmonaten können zu hohe Nitritgehalte zu der sogenannten Blausucht führen. Eine weitere Gesundheitsgefährdung sowohl für Erwachsene als auch für Kinder kann durch die Bildung von krebserregenden Nitrosaminen entstehen.

Eisen ist häufig in höheren Konzentrationen im Trinkwasser zu finden. Ein erhöhter Eisengehalt ist meistens schon durch Farbe und Geschmack festzustellen. Mit der Zeit entstehen Ablagerungen und Inkrustationen im Rohrleitungssystem sowie Verfärbungen in den Sanitäranlagen. Die Ansiedlung von Mikroorganismen kann leichter erfolgen und eine Desinfektion erschweren. Gesundheitsschäden nur durch die Aufnahme von Eisen im Trinkwasser sind bisher nicht bekannt.

Weitere chemisch/physikalische Parameter wie *Pflanzenschutzmittel* werden bei Verdacht und bei der Erschließung neuer Kleinanlagen überprüft.

Trinkwasser ist nicht keimfrei. Auch nach sachgerechter Aufbereitung enthält es noch *Mikroorganismen*. Diese sind entweder harmlose Wasserbewohner oder Bakterien und Viren, die in den nach der Aufbereitung verbleibenden Konzentrationen keine gesundheitliche Bedeutung besitzen.

Durch schnelles Versickern von Oberflächenwasser, also einer kurzen Filterungspassage durch das Erdreich, durch defekte oder undichte Brunnenanlagenteile, Rohrbrüche oder Reparaturarbeiten oder der unmittelbaren Nähe einer Klärgrube können Mikroorganismen in das Trinkwasser gelangen. Aber auch mangelhafte Rückflussverhinderer und Querverbindungen durch fehlerhafte Installation zu Brauchwasseranlagen (z.B. Regenwassernutzungsanlagen oder Brunnen zur Gartenbewässerung) können mikrobiologische Einträge in das Trinkwasser verursachen. Da die Nachweismethoden für pathogene Mikroorganismen (Krankheitserreger) sehr zeit- und arbeitsaufwendig sind, werden vor allem in der Trinkwasserhygiene die Indikatorbakterien stellvertretend untersucht.

Es ist nicht möglich alle pathogenen Mikroorganismen routinemäßig zu untersuchen. Es sind allein über 100 verschiedene Viren von menschlichen Fäkalien und Abwasser isoliert worden. Um insbesondere die pathogenen Keime zu erfassen, umfassen die mikrobiologischen Routineuntersuchungen in Münster die Indikatorkeime *Coliformen Bakterien*, *Escherichia coli* (*E. coli*), *Enterokokken* sowie die *Keimblidenden Einheiten* (KBE) bei 22°C und 36°C.

Coliforme Bakterien sind eine heterogene Gruppe, die aufgrund ihrer biochemischen/physiologischen Eigenschaften zusammengefasst wurden. Einige von Ihnen stellen repräsentative Formen der Darmflora da, weshalb man sie zu der Familie der Enterobacteriaceae zusammenfasst. Die Gruppe der coliformen Bakterien beinhaltet sowohl pathogene als auch nicht krankheitserregende Keime. Daher kann bei Anwesenheit von coliformen Bakterien eine fäkale Verunreinigung von Wasser nur vermutet werden, sie muss aber nicht zwingend gegeben sein. Andererseits bedeutet ein Fehlen von diesen Indikatorkeimen keine Sicherheit darüber, dass keine Krankheitserreger vorhanden sind. Hier müssen weitere Untersuchungen erfolgen.

Escherichia coli ist ein Bewohner des menschlichen und tierischen Darmtraktes und fakultativ pathogen. Außerhalb des Darmtraktes gilt *E. coli* als Indikatorbakterium für eine fäkale Verunreinigung von Wasser und Lebensmitteln. Das Bakterium verursacht extraintestinale und intestinale Infektionen. Einige Serotypen führen zu schweren Durchfallerkrankungen, die besonders in Entwicklungsländern beträchtlich zur Säuglingssterblichkeit beitragen. Andere Stämme stellen eine der häufigsten Ursachen der sogenannten Reisediarrhoe dar. Die Letalität bei Säuglingen und Kleinkindern ist hoch. Auch ruhrähnliche Infektionen werden von *E. coli*-Stämmen hervorgerufen. Sie treten sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen auf. Enterohämorrhagische *E. coli* verursachen starke Durchfälle und Erbrechen. In einigen Fällen überleben die Patienten die schwerwiegenden Folgeerkrankungen wie Organschädigungen die Infektion nicht.

Die Indikatorkeime der *Enterokokken* kommen im Darm von Mensch und Tier vor. Hier erfüllen sie wichtige Aufgaben in der Verdauung. Gelangen die Bakterien in andere menschliche Körperbereiche, werden sie pathogen. Sie können Harnwegsinfektionen, Wundinfektionen und Blutvergiftungen

gen verursachen. Besonders bei immungeschwächten Personen kann eine Infektion zu heftigen Krankheitsverläufen führen

Gemäß Trinkwasserverordnung 2001 müssen Brunnen alle 2 Jahre vom Gesundheitsamt besichtigt werden. Im Jahr 2009 konnten nur 303 Trinkwasser-Kleinanlagen von 1986 Anlagen besichtigt werden. Der Rückgang der Fallzahlen im Vergleich zu den Vorjahren bei der Besichtigung der Kleinanlagen zur Versorgung mit Trinkwasser lässt sich mit Planstellenveränderungen und Arbeitsschwerpunktverschiebungen („Neue Grippe“) begründen. In den nächsten Jahren sind hier durch weitere Verlagerung von Kernpunkten deutlich höhere Zahlen zu erwarten.

Der Ausfall der Fördermaßnahmen von Regenwassernutzungsanlagen (RWNA) durch das Land NRW ab Ende 2006 hat zur Folge, dass kaum noch RWNA gebaut und dem Gesundheitsamt Münster angezeigt werden.

Die Betreiber der Kleinanlagen werden aufgefordert, jährlich mikrobiologische Befunde und alle 3 Jahre chemisch/ physikalische Befunde dem Gesundheitsamt zur Überprüfung vorzulegen. Ca. 11% der Ergebnisse wurden im Jahr 2008 beanstandet.

Tab.V.1: Besichtigung der Anlagen zur Versorgung mit Trinkwasser			
	2007	2008	2009
Anlagen zur Versorgung mit Trink- und Brauchwasser			
- zentrale Wasserversorgungsanlagen	9	9	4
- Kleinanlagen	874	370	303
- Hausinstallationen	150	191	151
- Regenwasserversorgung	-	-	-

Bei Grenzwertüberschreitungen, Störfällen, notwendigen Sanierungsmaßnahmen oder dem Einbau von Trinkwasseraufbereitungsanlagen, stehen Mitarbeiter des Gesundheitsamtes den Betreibern beratend zur Seite.

1.4 Trinkwasser-Hausinstallationen

Gemäß Trinkwasserverordnung 2001 müssen generell die Grenzwerte an allen Zapfstellen, die der Entnahme von Wasser für den menschlichen Gebrauch dienen, eingehalten werden. Das Gesundheitsamt hat Trinkwasserinstallationen aus denen Wasser für die Öffentlichkeit bereitgestellt wird, mindestens auf Parameter zu untersuchen oder untersuchen lassen, die sich in der Hausinstallation nachteilig verändern können. In der entsprechenden Anlage der TrinkwV werden aber nur chemische Parameter aufgeführt.

Nach einer Empfehlung des Umweltbundesamtes wird zusätzlich auf die hygienisch-mikrobiologischen Parameter hingewiesen, die sich nach Eintritt in die Hausinstallation vermehren können. Nachteilige Veränderungen der Trinkwasserqualität werden begünstigt z. B. durch ungeeignete Rohrmaterialien, durch für mikrobielles Wachstum günstige Temperaturen, durch Stagnation und ungeeignete Betriebsweise wie z.B. zu niedrige Betriebstemperaturen im Warmwasserbereiter. Bei unzureichender Betriebsweise können sich an Innenwandungen von bestimmten Materialien innerhalb weniger Tage flächendeckende Biofilme mit hohen Mikroorganismen-Konzentrationen ausbilden. Bei Vermehrung von *Pseudomonas aeruginosa*, Legionellen oder von anderen Mikroorganismen können hierdurch Gesundheitsrisiken insbesondere für Personen mit Risikofaktoren resultieren. Durch erhöhte Konzentrationen von chemischen Parametern, wie z.B. Schwermetallen ergibt sich ein zusätzliches Gesundheitsrisiko.

Hinsichtlich des Probenumfangs, der Überwachungsfrequenz und der Bewertung wird zwischen den unterschiedlichen öffentlichen Einrichtungen differenziert und gemäß der Empfehlung des Umweltbundesamt werden Prioritäten gesetzt: 1. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, 2. Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, Einrichtungen zur Rehabilitation, 3. Schulen und Kindergärten, 4. Hotels und Jugendherbergen, 5. sonstige Ausbildungseinrichtungen, 6. Sportstätten, 7. weitere Gemeinschaftsunterkünfte.

Nach Besichtigung der Einrichtung legt das Gesundheitsamt die Probenahmestellen und den Untersuchungsumfang fest. Wenn keine besonderen Auffälligkeiten festgestellt wurden, sind dies im Allgemeinen im Kaltwasser Parameter Blei, Kupfer, Nickel, Keimbildende Einheiten bei 22°C und 36°C, coliforme Bakterien, E. coli und Enterokokken, in unter Punkt 1 und 2 genannten Einrichtungen wird zusätzlich auf Pseudomonaden untersucht. Das Warmwassersystem wird auf Vorkommen von Legionellen geprüft.

Für Komponenten und Rohre aus *Blei* gibt es bereits seit spätestens der 70iger Jahre keinen Anwendungsbereich mehr in der Trinkwasserinstallation. Bauteile aus Blei sollten bald möglichst ausgetauscht werden, da der Grenzwert nicht eingehalten werden kann. Blei stört die Funktion des Zentralnervensystems und kann bei Föten und Kleinkindern zu Entwicklungsstörungen führen. In Münster wurden bisher keine Bleileitungen in öffentlichen Einrichtungen gefunden.

Kupferrohre sind in Münsters Haushalten weit verbreitet. Zu hohe Kupferwerte können bei Säuglingen und Kleinstkindern, deren Nahrung mit Leitungswasser zubereitet wird, zu Lebervergiftungen führen.

Im Stagnationswasser verchromter Armaturen oder in seltenen Fällen Rohrverbinder können hohe Löslichkeiten von *Nickel* auftreten. Die sich einstellenden Konzentrationen können bei Personen, die gegen die allergene Wirkung von Nickel vorsensibilisiert sind, allergische Reaktionen hervorrufen – das ist etwa bei einem Sechstel der Bevölkerung.

Auf die mikrobiellen Parameter Keimbildende Einheiten, coliforme Bakterien, E. coli und Enterokokken wurde bereits in dem Kapitel Kleinanlagen eingegangen.

Pseudomonaden kommen natürlicherweise in Stillgewässern vor und können sich unter extrem nährstoffarmen Bedingungen vermehren. *Pseudomonas aeruginosa* wird sowohl in neu verlegten Rohrleitungssystemen wie in Hausinstallationen, insbesondere im Endstrang sowie in Wasserentnahmestellen (insbesondere mit Perlatoren). Durch Kontakt mit verletzter Haut, Schleimhaut sowie der Eintrittsstelle von Kathetersystemen kann es zu schwer verlaufenden Infektionen kommen. *Pseudomonas aeruginosa* gilt als einer der wichtigsten durch Trinkwasser übertragenden Erreger von Infektionen, die im Krankenhaus erworben wurden.

Legionellen nehmen unter den wasserübertragbaren Krankheitserregern eine Sonderstellung ein. Es handelt sich um Bakterien, die sich u.a. in Hausinstallationssystemen, vornehmlich im erwärmten Wasser und bevorzugt in Biofilmen oder Amöben, zu hohen Konzentrationen vermehren können. Sie sind nicht fäkaler Herkunft und können deshalb mit den in der Wasserhygiene üblichen hygienisch-mikrobiologischen Parametern nicht identifiziert werden. Legionellen können grippeähnliche Erkrankungen und schwere Lungenentzündungen hervorrufen, bei geschwächten Personen im schlimmsten Fall mit Todesfolge. Das Einatmen von legionellenhaltigen Aerosolen ist der häufigste Infektionsweg. Aerosole entstehen, wo Wasser fein vernebelt wird, wie z.B. in Duschen und Whirlpools. Besonders anfällig für eine Vermehrung der Legionellen sind Warmwassersysteme, die bei niedrigen Temperaturen < 50 °C betrieben werden, aber auch Systeme mit unzureichend oder gar nicht durchflossenen Leitungsabschnitten.

Bei den im Jahr 2009 überprüften Hausinstallationen gab es ca. 15% Beanstandungen.

Im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit zu dem Thema Leitungsmaterialien in Hausinstallationen wurde in der vom Gesundheitsamt neu aufgelegten Broschüre „Auch eine Frage der Leitung: Gesundes Trinkwasser“ auf Probleme hingewiesen.

In den Tageszeitungen veröffentlicht das Gesundheitsamt regelmäßig Informationen zu dem Thema Trinkwasser. Beratungen der Bürger erfolgen telefonisch oder vor Ort.

1.5 Cyanobakterien und Trinkwasser (Beispiel Hiltruper See)

Auch wenn die Badewasserqualität den rechtlichen Anforderungen entspricht, können Beeinträchtigungen hinsichtlich der Gesundheit der Badegäste nicht immer und überall ausgeschlossen wer-

den. Die hygienischen Untersuchungen sind in erster Linie auf den Nachweis von Fäkalindikatoren ausgerichtet. Jedoch auch biologische Prozesse, wie z.B. „Algenblüten“ in unseren Badegewässern, können von erheblicher Bedeutung sein und erfordern sowohl eine ökologisch-limnologische als auch eine gesundheitliche Beurteilung.

Explosionsartige „Blualgenblüten“ treten vor allem in den Sommermonaten bei hohen Wassertemperaturen auf und geraten immer wieder in das öffentliche Interesse. Das massenhafte Auftreten von Cyanobakterien ist von zahlreichen Faktoren abhängig. Derartige Situationen sind nicht vorhersagbar, eine Überwachungsbegehung kann in jedem Fall nur die momentane Situation beschreiben.

Gleichwohl sind den Überwachungsbehörden oft die Gewässer bekannt, bei denen regelmäßig Cyanobakterienentwicklungen vorkommen.

Cyanobakterien gehören im taxonomischen Sinn nicht zu den Algen (keine Zellkerne), sondern zu den Bakterien. Die Bezeichnung Blualgen ist irreführend und der Name Cyanobakterien zu bevorzugen.

Im Sommer 2001 mussten Teile der deutschen Ostseestrände aufgrund von Blualgen gesperrt werden, und in der englischen Grafschaft Kent waren im Juli dieses Jahres etwa 6000 Familien ohne Trinkwasser, weil es mit toxischen Cyanobakterien kontaminiert war. Die Bedrohung ist spätestens seit dem Verenden von Schafen und Hunden in Großbritannien, von mehr als 350 Alligatoren in Florida und dem Tod von über 50 Rindern im Bereich hochalpin gelegener Bergseen in der Schweiz sehr ernst zu nehmen. Von Cyanobakterien werden verschiedenste Giftstoffe produziert, manchmal sogar mehrere gleichzeitig.

Das Gefahrenpotenzial ist dort am größten, wo hauptsächlich Oberflächenwasser als Trinkwasser verwendet wird und für die Versorgung nur wenige Ausweichmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Gefährdet sind in Europa vor allem mild temperierte und trockene Länder - beispielsweise Spanien und Portugal. In Deutschland, wo nur etwa 20 Prozent des Trinkwassers aus Oberflächengewässern und der Rest aus Grundwasser aufbereitet wird, besteht die größte Gefahr für den Menschen, mit Cyanotoxinen in Berührung zu kommen, in Badegewässern: Kopfschmerzen, gerötete Augen, Übelkeit, Erbrechen und Fieber können unerwünschte Folgen sein, wenn das Wasser Cyanobakterientoxine enthält. Blualgen kommen in nahezu allen Lebensräumen vor. Die meisten Arten sind jedoch im Süßwasser beheimatet. Da sie am Anfang der Nahrungskette stehen, werden Wachstum und Verbreitung direkt von den Nährstoffverhältnissen in den Gewässern beeinflusst.

Seit Juli 2007 ist eine negative Entwicklung z. B. im Hiltruper See in Münster-Hiltrup zu beobachten. In dem Sommer kam es erstmalig zu einer Massenentwicklung von Blualgen (Cyanobakterien). Diese Bakterien können unterschiedliche Toxine (vor allem Leber- und Nervengifte) bilden, die im Wasser freigesetzt werden. Noch 2006 waren die Blualgenpopulationen nur geringfügig angewachsen. Nachdem die Stadtwerke Münster umgehend von diesen Ergebnissen in Kenntnis gesetzt wurden, beauftragten sie noch im Juli 2007 das Hygieneinstitut der Uni Münster mit der Analyse des toxischen Microcystins. Die Wasserproben wurden aus Peilrohren entnommen, die mit dem Hiltruper See über eine lange Untergrundpassage in Verbindung stehen. Die Ergebnisse lagen unterhalb der Nachweisgrenze für das Blualgengift Microcystin. Für die Trinkwassergewinnung bestand daher zu keiner Zeit eine Gefährdung der Wasserqualität durch Algentoxine. Das Gutachten empfiehlt allerdings ein regelmäßiges Monitoring des Seewassers.

Im Rahmen einer Risikobetrachtung aus gesundheitlicher Sicht sind folgende wesentliche Gesundheitsaspekte im Zusammenhang mit Cyanobakterien-Massenentwicklungen zu unterscheiden:

- systemische Wirkungen durch Cyanotoxine,
- Haut- und Schleimhautreizungen durch Zellinhaltsstoffe und Bestandteile der Zellwand (u. a. den Lipopolysacchariden),
- für sensible Personen allergische Reaktionen auf Cyanobakterien-Bestandteile,

- geruchliche/ästhetische Beeinträchtigungen beim Baden (durch freigesetzte Substanzen, wie z. B. Terpene und Aldehyde) und
- ausgeprägte Gewässertrübung durch die hohe Cyanobakterien-Zelldichte.

Eine Risikoabschätzung für Badende ist vor dem Hintergrund der eingeschränkten toxikologischen und epidemiologischen Datenlage nur mit großen Unsicherheiten möglich. Aufgrund des derzeitigen Kenntnisstandes muss jedoch davon ausgegangen werden, dass Baden in eutrophen, stark mit Cyanobakterien belasteten Gewässern ein Gesundheitsrisiko darstellt, insbesondere bei wiederholter Exposition innerhalb weniger Tage bis Wochen bei hoher Zelldichte bzw. Toxinkonzentration. Das Gesundheitsamt Münster arbeitet bei dieser Problemstellung seit Jahren eng mit Experten des Umweltbundesamtes zusammen.

Zum Schutz von Badenden vor Cyanobakterien-Toxinen hat das Umweltbundesamt im Bundesgesundheitsblatt im Juni 1992 und Juli 1997 Empfehlungen veröffentlicht, zu deren Umsetzung mittlerweile Praxiserfahrung vorliegt. Ziel der „Empfehlung zum Schutz von Badenden vor Cyanobakterien-Toxinen“ ist dabei nicht, das Baden in Gewässern, insbesondere auch nicht für Kinder, einzuschränken, sondern unter Beachtung des vorsorgenden Gesundheitsschutzes eine Nutzung der Gewässer zu ermöglichen.

1.6 Schwimmbadhygiene

Baden und Schwimmen erhalten die Gesundheit, machen Spaß und entspannen. Schwimmbäder werden jedoch auch mit Infektionsrisiken in Verbindung gebracht.

Hygiene im Schwimmbad erhöht den Badespass

In Schwimmbädern halten sich Menschen mehr oder weniger dicht gedrängt in einer warmen und feuchten Umgebung auf, wo sich Keime, die von Haut- und Schleimhaut abgewaschen werden, weiter verbreiten können. Grundsätzlich kann die Übertragung von Krankheitserregern über das Wasser selbst, über den nassen Boden, über Sitzgelegenheiten oder gemeinsam benutzte Handtücher erfolgen.

In Badewasser selbst ist die Übertragung von Infektionen wegen der Wasseraufbereitung und Desinfektion jedoch gering und nur bei nicht korrekter Aufbereitung von Bedeutung.

Da eine Reinigung und Desinfektion der Schwimmbeckenumgebung nicht kontinuierlich stattfinden kann, ist dort das Infektionsrisiko höher. Infektionen sind an Augen, Ohren, Haut und Füßen möglich. Auch die Rötung der Augen, meist als Folge einer Reizung durch Nebenprodukte der Chlorung bei fehler- oder mangelhafter Aufbereitung oder bei empfindlichen Personen, kommt immer wieder vor.

Deshalb sieht der § 37 des Infektionsschutzgesetzes vor, dass die Gesundheitsämter die Schwimmbäder überwachen müssen. Eine weitere gesetzliche Grundlage ist die DIN 19643 (Anerkannte Regeln und Technik in der Schwimmbadhygiene). Die Kontrolle der Bäder geht über eine hygienische, chemische und bakteriologische Überwachung des Schwimm- und Badebeckenwassers hinaus und umfasst auch die Wasseraufbereitung, die Hausinstallation für Duschen und Trinkwasser, die Barfußbereiche und Sitzflächen sowie die raumluftechnischen Anlagen.

In Münster gibt es ca. 40 zu überwachende Einrichtungen.

Angefangen von den städtischen Bädern über Bäder in Schulen und Therapiebädern in Krankenhäusern, bis hin zu den Hotel- und Saunabädern.

Im Jahr 2008 wurden 36 Einrichtungen durch Ortsbesichtigungen kontrolliert. 14 mal gab es Beanstandungen. Die dann aber bei der Nachkontrolle beseitigt waren. 2008 wurden 945 Badewasserbefunde durch das Gesundheitsamt begutachtet. In 73 Fällen waren diese Proben nicht in Ordnung, so dass weitere Auflagen, bis hin zu kurzfristigen Schließungen nötig wurden.

Im Bereich der Schwimmbadumgebung spielen zwei Infektionen eine Rolle:

Fußpilz

Hautpilze mögen es besonders feucht und warm. Wenn bestimmte Hautpilze Haut und Nägel befallen, kann sich eine Fußpilzinfektion einnisten. Die Übertragung erfolgt über nasse Oberflächen (z. B. von Fußböden und Sitzflächen) oder durch das gemeinsame Benutzen von Hand- oder Badetüchern, auf denen sich abgeschilferte Hautschuppen (auch von Fußpilzinfizierten) befinden.

Warzen

Im Badebereich können darüber hinaus Warzen über nasse Oberflächen oder durch das gemeinsame Benutzen von Handtüchern verbreitet werden. Auch durch direkten Kontakt von Person zu Person ist eine Übertragung möglich.

Die Erreger sind Viren. Bei Kleinstverletzungen, wie z. B. Hautrissen durch Kratzen, breiten sie sich auf der Haut aus, so dass eine neue „Warzenaussaat“ entsteht.

Durch geeignete Desinfektionen lässt sich die Übertragungsgefahr minimieren.

Auch der Badegast kann aktiv zur besseren Hygiene beitragen.

Nicht nur der Badbetreiber, sondern auch der Badegast selber kann zu einem guten Gelingen beitragen. Aus diesem Grund sind Tipps für Badegäste und Badbetreiber erarbeitet worden und liegen in Form eines Flyers in den Einrichtungen aus.

2. Lufthygiene – der Einfluss von Luft und Immissionen auf die Gesundheit

Luft und ihre Zusammensetzung sind inzwischen wissenschaftlich untersucht. Erwiesen ist, dass Luftinhaltsstoffe, die in zu hohen Konzentrationen auftreten, die Luft verunreinigen und als Schadstoffe weit reichende Wirkungen entfalten. Sie sind nicht nur schädlich für Menschen und Tiere, sondern greifen auch Pflanzen, Gewässer, Böden und sogar Bauwerke und Materialien an.

Umfangreiche Anstrengungen sind daher nötig, um die Luft, dort, wo es nötig ist, nachhaltig zu verbessern und sie dort, wo sie gut ist, in ihrer Qualität zu erhalten. Messen, wie hoch Belastungen sind, herausfinden, woher sie kommen und Strategien entwickeln, wie Belastungen gemindert werden können – alle diese Arbeitsfelder umfasst die Lufthygiene.

Innenraumluft ist begrifflich gleichzusetzen mit der Raumluft, also die Luft in Räumen innerhalb eines privaten (z. B. Wohnhäusern) oder öffentlichen Gebäudes (z. B. Bürogebäude, Krankenhäuser, Schulen) sowie das Innere von Kraftfahrzeugen und öffentlichen Verkehrsmitteln.

Mit der Umsetzung europäischer Richtlinien bezüglich Raumluftqualität in nationales Recht, wurde beim Gesetzgeber der internationale Begriff für Raumluft: *indoor-air* unbedacht als *Innenraumluft* übersetzt. Die Begriff *Innenraumluft* erscheint deshalb nur in Verbindung mit der Raumluftqualität.

Ziel der Luftreinhaltung ist die nachhaltige Sicherstellung guter Luftqualität, also eine möglichst schadstofffreie Luft. Maßnahmen zur Luftreinhaltung können unterschieden werden in gesetzliche Vorgaben (z. B. Festlegung von Interventions- und Grenzwerten für Schadstoffe) und technische Maßnahmen (z. B. Einbau von Filteranlagen an den Schadstoffquellen). Die Maßnahmen zur Luftreinhaltung sollen einer Luftverschmutzung entgegenwirken oder sie erst gar nicht entstehen lassen

Da in der Öffentlichkeit kontinuierlich über mögliche Gesundheitsschäden durch die elektromagnetischen Wellen der Mobiltelefone und Mobilfunksender diskutiert wird, wird auch diese Thematik aufgegriffen und erläutert. Eine biologische Wirkung der beim Mobilfunk auftretenden Feldstärken ist umstritten. Eine gesundheitliche Schädigung dadurch konnte bis jetzt nicht wissenschaftlich nachgewiesen werden.

Bundes-Immissionsschutzgesetz ist die Kurzbezeichnung für das deutsche Gesetz zum Schutz vor schädlichen Umwelteinwirkungen durch Luftverunreinigungen, Geräusche, Erschütterungen und ähnlichen Vorgängen. Es regelt im Gebiet des Umweltrechts und ist das bedeutende praxisrelevante Regelwerk dieses Rechtsgebietes. Das Genehmigungsverfahren nach dem Bundes-Immissionsschutzgesetz ist ein sehr anspruchsvolles Verfahren, weil darin sämtliche Umweltauswirkungen einer Anlage berücksichtigt und gewürdigt werden müssen.

2.1 Gesundheitliche Beeinträchtigungen durch Innenraumluftbelastung

Angesichts der sich häufenden Klagen über gesundheitliche Belastungen in Schulräumen, der zunehmenden Diskussionen über Feinstaubbelastungen in Klassenräumen, vor allen Dingen auch angesichts der jetzt aktuell neu erschienenen Empfehlungen und Richtlinien zur gesundheitlichen Bewertung von Kohlendioxid in der Innenraumluft sowie angesichts des 01/2009 neu veröffentlichten und geänderten Leitfadens für die Innenraumhygiene in Schulgebäuden wird deutlich, dass dieses Thema im Bereich der Schulen zunehmend problematisiert und geregelt wird.

Luftverunreinigungen in Innenräumen von Schulen stellen ein hygienisches Problem dar. Die in Schulgebäuden beobachteten Innenraumbelastungen können auf verschiedene Ursachen zurückgeführt werden wie

- bauliche Mängel,
- Fehler in der Lüftungstechnik,
- falsches Lüftungsverhalten
- die Verwendung bestimmter Bauprodukte, Einrichtungsgegenstände oder Reinigungsprodukte, die chemische Stoffe in die Raumluft abgeben und
- mikrobielle Probleme (Schimmelbefall)

Es wurde schon in den letzten Jahren viel über Innenraumluftqualität in öffentlichen Gebäuden diskutiert. Wegen Verdachts auf Asbest, PCB und andere Innenraumschadstoffe wurden in den letzten Jahren einige Schulen umfangreich saniert. Mit Einführung der Energieeinsparverordnung im Jahr 2002 (novelliert 2007) kommen neue Herausforderungen auf Kommunen bei der Sanierung von öffentlichen Gebäuden zu. Die Gebäudehülle und die Fenster werden bewusst luftdicht gemacht, um die energetischen Vorgaben zu erfüllen.

Die Kehrseite kann bei unzureichender Lüftung eine Anreicherung von chemischen und biologischen Stoffen in der Raumluft sein.

Auch das Umweltbundesamt hat im „Leitfaden für die Innenraumlufthygiene in Schulgebäuden“ auf die lufthygienischen Probleme wie die Feinstaubproblematik, das Kohlendioxidproblem oder die Notwendigkeit zur energetischen Gebäudesanierung und die Reinigung in Schulen hingewiesen.

Daher wird das Thema „Lüften“ immer wichtiger. Dies gilt vor allem für die Konzentration von Kohlendioxid, das schon von Pettenkofer vor mehr als 150 Jahren als Leitsubstanz für „schlechte“ Luft in Innenräumen erkannt wurde. Kohlendioxid ist heute erneut ein Gradmesser für die „Güte“ der Raumluftqualität in Schulgebäuden. Wie man wirksam Abhilfe für das CO₂-Problem in Klassenzimmern schafft, wird unserem Faltblatt das am Ende dieses Jahres den Schulen zur Verfügung gestellt wird beschrieben.

Im Jahre 2008 wurde das Gesundheitsamt 56 Mal um Hilfe bei Gesundheitsproblemen in Schulen gebeten. In diesen Fällen wurden nach Ortsbesichtigungen und z. T. Messungen, eine persönliche Beratung vorgenommen, die die Beseitigung des Schadstoffes zum Ziel hatte.

Flüchtige organische Verbindungen (VOC)

Die Hauptverursacher der Raumluftbelastung in Schulgebäuden sind Ausgasungen aus Baumaterialien, Ausstattungs- und Einrichtungsgegenstände. Hinzukommen Reinigungs- und Pflegemittel. Aber auch Materialien beim Werkunterricht und freigesetzte Gase beim Chemieunterricht können zu einer erheblichen Belastung bei unzureichender Lüftung führen. Meist handelt es sich hierbei um Flüchtige organische Verbindungen (VOC – aus dem Englischen für Volatile Organic Compounds) Diese stellen eine Stoffgruppe von Luftverunreinigungen dar, die praktisch immer in der Raumluft vorkommen. Seitens des Gesundheitsamtes wird bei Gesundheitsbeeinträchtigungen von Schülern die von der Schulleitung gemeldet werden, ein intensives Beratungs- und Begutachtungsprogramm aufgestellt.

Grundlage für die Einschätzung der Innenraumluftbelastung sind die Innenraumluftwerte.

Die Innenraumluft-Richtwerte für einzelne Stoffe sind von einer Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Innenraumluftthygiene-Kommission (IRK) beim Umweltbundesamt sowie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden erarbeitet worden. Die Richtwerte beziehen sich auf Einzelstoffe und beinhalten keine Aussage über mögliche Kombinationswirkungen verschiedener Substanzen.

Mikrobiologische bebildete flüchtige organische Verbindungen (MVOC)

Bei Auftreten von Schimmelpilzwachstum infolge von Feuchtigkeitsschäden in Innenräumen können flüchtige Stoffwechselprodukte von Mikroorganismen, z. B. verschiedene Alkohol-, Aldehyd- und Ketonverbindungen in die Raumluft gelangen.

Schimmelpilze

Pilze sind ein fester Bestandteil unseres Lebensraumes. Sie kommen in vielen Formen und Größen nahezu überall vor. Zusammen mit anderen Mikroorganismen spielen sie als Verrottungs- und Moderpilze eine wichtige Rolle in der Natur. Schimmelpilz ist ein Sammelbegriff für die an Oberflächen wachsende Pilzflechte, bestehend aus einer Vielzahl von Pilzfäden, die zum einen aus Pilzsporen gebildet werden, aber auch selbst wieder Sporen hervorbringen können. Durch Luftströmung werden die Sporen abgelöst und gelangen in die Luft und setzen sich mit Staub an anderen Stellen ab. Bei zu hoher Luftfeuchtigkeit oder Baufeuchte vermehren sie sich dann stark.

Bei Schimmelpilzbefall z. B. an Wänden oder Einrichtungsgegenständen wie Einbauschränke finden sich häufig auch Pilzsporen in der Luft. Es gibt ca. 250 000 bekannte Pilze und nur ein kleiner Teil davon ist unter bestimmten Bedingungen schädlich für den Menschen. Diese können eine allergene Wirkung haben. Beim Einatmen werden Fremdstoffe, wie Schimmelpilze, durch T-Zellen erkannt und dadurch eine zelluläre Abwehrreaktion ausgelöst. Hierbei kommt es zu einer Immunaktivierung, die sich bei längerer Dauer auch gegen körpereigene Strukturen wenden kann.

Die Symptome sind dabei vielfältig und reichen von Müdigkeit, über Kopf- und Gliederschmerzen bis zu neurologischen und psychiatrischen Symptomen.

Durch richtiges Lüften und Heizen kann die Feuchtigkeit im Gebäude begrenzt werden. Die relative Feuchte der Luft im Gebäude sollte dauerhaft 65–70 % (direkt über Materialien < 80 %) nicht überschreiten.

Wichtig ist, dass die Feuchtigkeit, die durch die Aktivitäten im Raum entsteht (z. B. Feuchtigkeitsabgabe des Menschen, feuchte Kleidung und Topfpflanzen), durch regelmäßiges Lüften nach außen abgeführt wird.

CO₂

Auch in Münster kommt es zunehmend zu Beschwerden in Schulklassen über Gesundheitsbelastungen mit Konzentrationsstörungen und Kopfschmerzen, was sich dann bei durchgeführten Prüfungen häufig auch als mangelhafte Lüftungssituation darstellte.

CO₂ ist ein farb- und geruchloses Gas und wird vom Menschen ausgeatmet. Der rasche Anstieg in der Innenraumluft ist die Folge der Anwesenheit von vielen Personen in relativ kleinen Räumen,

wie z. B. in Schulklassen. Kritische CO₂-Konzentrationen führen z. B. zu Konzentrationsstörungen, Leistungsschwächen, Kopfschmerzen und Atemwegs-beschwerden.

Daher wird gerade auch für Schulräume eine intensive regelmäßige Lüftung zur Vermeidung von Beschwerden von der entsprechenden Bundesbehörde empfohlen.

Um dieses Problem stadtweit in den Schulklassen deutlich zu machen und auch um deutliche Änderungen der bisher doch sehr mangelhaften Lüftungsverfahren zu erreichen, ist aus Sicht des Gesundheitsamtes eine intensive Öffentlichkeitsarbeit erforderlich.

Daher führt die Abteilung Infektionsschutz- und Umwelthygiene beispielhafte Messungen nur an einigen Münsterschen Schulen durch, um den CO₂-Verlauf während eines Schultages messtechnisch darzustellen und letztendlich das Ergebnis mit den Schulen zusammen zu bewerten.

Leitwerte für die Kohlendioxid-Konzentrationen in der Innenraumluft (Ad-hoc-AG 2008)

Tab.V.2: Leitwerte für die Kohlendioxid-Konzentration in der Innenraumluft (Ad-hoc-AG 2008)		
CO ₂ -Konzentration (ppm)	Hygienische Bewertung	Empfehlung
< 1000	Hygienisch unbedenklich	Keine weiteren Maßnahmen
1000-2000	Hygienisch auffällig	Lüftungsmaßnahmen intensivieren (Außenluftstrom bzw. Luftwechsel erhöhen), Lüftungsverhalten überprüfen und verbessern
> 2000	Hygienisch inakzeptabel	Belüftbarkeit des Raumes prüfen, ggf. weitgehende Maßnahmen prüfen

Ziel dieser Maßnahme ist nicht, das Suchen von renovierungsbedürftigen Klassenräumen sondern die Verdeutlichung des Problems „mangelhaftes Lüftungsverhalten in Klassenräumen“ und eine Änderung des Lüftungsverhaltens.

Schulklassen können in Projekten die gesundheitlichen Bedeutungen korrekter Lüftungsverfahren erarbeiten und mit einem Messgerät, das beim Gesundheitsamt ausgeliehen werden kann, ihr eigenes Lüftungsverhalten kontrollieren.

Dieser Gesamtablauf wird mit einem entsprechenden Flyer und mit einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit in der Presse begleitet.

2.2 Luftreinhalteplan

Verkehrslenkerische und verkehrsplanerische Maßnahmen werden künftig durch die seitens der Europäischen Union vorgegebenen Schadstoffgrenzwerte (Staub, CO₂, SO₂, NO₂, usw.) in einigen Städten und Ballungsräumen kaum zu umgehen sein. Bei Überschreitung der Grenzwerte ist nach § 47 Abs. 1 Bundesimmissionsschutzgesetz (BImSchG) ein Luftreinhalteplan aufzustellen, in dem Maßnahmen zur dauerhaften Reduzierung der Schadstoffbelastung der Luft festgeschrieben sind.

Der Luftqualitätsplan für Münster wurde von der Bezirksregierung Münster, unter Beteiligung des Landesamtes für Umwelt- und Verbraucherschutz Nordrhein-Westfalen und den betroffenen Fachstellen der Stadtverwaltung Münster sowie Interessenverbänden erstellt. Hauptziel ist die schnelle Minderung von Stickstoffdioxid (NO₂) und Feinstaub. Alle Verursachergruppen, die zu den zu hohen Emissionen beitragen, sind durch geplante Gegen-Maßnahmen betroffen: also die Industrie ebenso wie Hausbrand und Verkehr. Jede Maßnahme eines breiten Bündels von Minderungsmaßnahmen wurde vor Inkrafttreten des Luftqualitätsplanes auf ihre Verhältnismäßigkeit und Wirksamkeit überprüft. Eine dieser Maßnahmen ist die Einrichtung der ca. 1,5 qm großen Umweltzone in der Innenstadt von Münster, die seit dem 1.1.2010 nur noch mit Fahrzeugen mit gelber oder grüner Umweltplakette befahren werden darf.

Immissionssituation

Stickstoffdioxid

Im Jahr 2006 wurde erstmals an einem Passivsammler in der Weseler Straße zwischen Geiststraße und Moltkestraße eine deutliche Überschreitung des Jahresgrenzwertes für Stickstoffdioxid von

40 µg/m³ (gilt seit 01.01.2010) festgestellt. Der Jahresmittelwert lag mit 73 µg/m³ deutlich über dem Grenzwert mit Toleranzmarge² von 48 µg/m³ für das Jahr 2006. Die Überschreitung von 64 µg/m³ im Jahr 2007, gemessen mit einer kontinuierlich betriebenen Luftmessstation, bestätigte die hohe Überschreitung an dieser Messstelle. An der Messstation Steinfurter Straße wurde 2006 47 µg/m³ als Jahresmittelwert ermittelt. Auch hier sind, wenn auch im deutlich geringerer Wahrscheinlichkeit, Überschreitungen des Grenzwertes im Jahr 2010 möglich. Die Computer-Berechnungen des LANUV ergaben zudem eine hohe Stickstoffdioxidbelastung „Am Bült“ mit prognostizierten 57 µg/m³ als Jahresmittelwert.

Feinstaub (PM10)

Bei PM10 gilt, dass an nicht mehr als 35 Tagen im Jahr der Tagesmittelwert von 50 µg/m³ überschritten werden darf. Im Jahr 2008 wurde erstmals in Münster mehr als die zulässige Anzahl ermittelt. An 38 Tagen wurde der Tagesgrenzwert an der Messstation Weseler Straße überschritten.

Besonders beim Schadstoff Stickstoffdioxid zeigt sich deutlich, dass der Straßenverkehr maßgeblichen Anteil an den Immissionskonzentrationen hat. Die Überschreitungen in Münster treten lediglich an Straßen auf, die hoch frequentiert sind und zudem einen hohen Anteil an schweren Nutzfahrzeugen aufweisen. Das allein führt allerdings noch nicht zu Überschreitungen der Grenzwerte, wie die vergleichsweise niedrige Immissionskonzentration trotz hoher Verkehrsfrequentierung am Friesenring verdeutlicht. Kennzeichnend für Straßenabschnitte mit potentiellen Überschreitungen ist nicht nur eine hohe Verkehrsfrequentierung, sondern im gleichen Maße eine schluchtartig geschlossene Straßenrandbebauung mit ungünstigen Ausbreitungsbedingungen.

Maßnahmenkatalog für den Luftreinhalteplan

Verkehrliche Maßnahmen

Der Maßnahmenschwerpunkt zur Senkung der Stickstoffdioxide und der PM10-Belastung liegt im Bereich Verkehr. Ohne Berücksichtigung von Maßnahmen an der Weseler Straße wird eine Überschreitung des Grenzwertes für Stickstoffdioxid um 18 µg/m³ im Jahr 2010 prognostiziert, während die erlaubte Überschreitungshäufigkeit bei PM10 voraussichtlich auch ohne weitere Maßnahmen unterschritten wird.

Ziel bei der Maßnahmenwahl war nicht nur, effiziente und nach dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz verträgliche Maßnahmen zu finden, sondern auch Maßnahmen, die nicht zu Überschreitungen der Grenzwerte an anderer Stelle im Straßennetz führen. Ebenfalls wurde die Lärminderung als Ziel mit verfolgt.

Wesentliche Bausteine zur Reduzierung der Überschreitungen im Straßenraum sind

- der stetige Austausch der Busflotte durch Busse mit EEV-Standard³,
- ein Bündel aus Einzelmaßnahmen zur Verstetigung des Verkehrsflusses und der Verlagerung der Kraftverkehre aus der Verkehrsachse Weseler Straße/ Steinfurter Straße auf den westlichen 2. Tangentenring und
- die Errichtung einer Umweltzone.

Für die geplante Umweltzone in Münster sind Kraftfahrzeuge mit gelber und grüner Plakette ein-fahrtberechtigt. Zirka 7% der in Münster gemeldeten Fahrzeuge haben eine rote oder keine Plakette und wären ohne Ausnahmegenehmigung nicht einfahrtberechtigt.

² Vor dem Zeitpunkt der Rechtswirksamkeit von Immissionsgrenzwerten, sind bereits Luftreinhaltepläne aufzustellen, falls die - um eine Toleranzmarge erhöhten - Grenzwerte nicht eingehalten werden.

³ Europäischer Abgasstandard für besonders umweltfreundliche Busse und Lkw

Mit der Umsetzung des Gesamtpaketes der Maßnahmen einschließlich einer Umweltzone ist für alle betroffenen Straßen in der Stadt Münster mit einer wesentlichen Minderung der Stickstoffoxidemissionen und der hieraus bewirkten Immissionsbelastungen für Stickstoffdioxid zu rechnen. Bis auf die Weseler Straße wird aller Voraussicht nach der zulässige Grenzwert als Jahresmittelwert für Stickstoffdioxid im Jahr 2010 eingehalten werden können. In der Weseler Straße wird eine Minderung der Stickstoffdioxidbelastung in einem grenzwertnahen Bereich möglich sein.

Sonstige Maßnahmen

Verkehrliche Reduktionsmaßnahmen machen einen Großteil der prognostizierten Minderungen an den betrachteten Messstandorten aus. Maßnahmen, die ein gesamtstädtisches Reduktionspotential haben, tragen großräumig zur Immissionsminderung bei. Sie sind ein wichtiger Baustein zur Reinhaltung der Luft:

- Für die Aktivitäten zur kontinuierlichen Verbesserung der Klimaschutzarbeit ist die Stadt Münster mit dem European Energy Award GOLD® ausgezeichnet worden.
- Der ökonomische und ökologische Einsatz von Ressourcen in Gewerbebetrieben wird durch das städtische Projekt Ökoprotit initiiert.
- Maßnahmen, wie die Verdichtung des Fernwärmenetzes und emissionsmindernde Maßnahmen an Industrieanlagen, werden laufend fortgesetzt.

Unterstützende Maßnahmen zur Senkung der Schadstoffbelastung

Initiative Förderung schadstoffarme Mobilität

Nach und von Münster pendeln täglich über 110.000 Beschäftigte zum Arbeitsplatz. Unternehmen und Verwaltungen bieten demnach große Potentiale, wenn es um Maßnahmen zur umweltverträglicheren Verkehrsmittelwahl oder Verkehrsvermeidung geht. In Münster werden zurzeit über 8.200 regionale FirmenAbo's genutzt. Eine Ausweitung des regionalen FirmenAbo's von derzeit 8000 auf das Doppelte soll Ziel einer Initiative der Stadt Münster und der Stadtwerke Münster GmbH sein.

Beschleunigte technische Umrüstung der Busflotte

Die Möglichkeit zur Verringerung der Schadstoffbelastung durch die nachträgliche Umrüstung von Bussen ab Abgasstufe Euro-3 mit SCR4-System soll in Erwägung gezogen werden. Die Busse können durch die Umrüstung den EEV-Standard erreichen. Die Kosten pro Umrüstung betragen ca. 15.000 € pro Bus. Welches Minderungspotential zur Reduzierung der Stickstoffdioxidbelastung unter Berücksichtigung des Kosten/Nutzen-Aspektes vorliegt, soll in Zusammenarbeit mit der Stadtwerke Münster GmbH untersucht werden. Alternativ wird eine noch weiter beschleunigte Anschaffung neuer Busse nach dem EEV-Standard geprüft.

3. Mobilfunk und Gesundheit

In Münster gibt es ca. 200 Standorte von Mobilfunksendeanlagen, die teilweise von mehreren Netzbetreibern gleichzeitig genutzt werden, gerade auch beim Neu- und Umbau von Mobilfunkanlagen. Vor allen Dingen beim Aufbau neuer Mobilfunkmasten gibt es häufig - einerseits aufgrund der optischen Auswirkungen - andererseits aber auch aufgrund der Vorbehalte vor möglichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen beim Gesundheitsamt Münster Anfragen zu Gesundheitsschäden und -belastungen.

Bei Planung neuer Mobilfunksendeanlagen erfolgen im Rahmen der sogenannten freiwilligen Vereinbarung mit den Mobilfunkbetreibern jeweils offizielle Standortvorschläge der Stadt Münster. Diese werden weitgehend durch das Amt für Grünflächen und Umweltschutz erstellt, gelegentlich bei Bedarf dann auch in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt Münster.

⁴ Abgasnachbehandlung zur Reduzierung von Stickoxiden (AdBlue-System)

Es gibt explizite Prüfkriterien, die abgefragt werden können, Immissionsschutz, rechtliche und baurechtliche Zulassungsgrundlagen und die entsprechenden Äußerungen der Stadt Münster im Rahmen der freiwilligen Vereinbarung zu Standorten, wobei es in der Regel darum geht, unter Einhaltung der sehr sensiblen Schweizer Anlagengrenzwerte besonders schützenswerte Einrichtungen, wie z. B. Schulen, Kindergärten, Altenheime, Krankenhäuser und Kinderheime in einem gewissen Abstand von Sendemasten zu halten. Dies im Rahmen der Gesundheitsvorsorge, nicht aber aufgrund nachgewiesener möglicher Gesundheitsschäden (siehe auch folgende Erläuterungen):

Im weiteren Verlauf der Prozesse gibt es häufig intensive Beratungen seitens des Gesundheitsamtes zu möglichen Einflüssen der Mobilfunkstrahlung auf die menschliche Gesundheit. Die möglichen gesundheitlichen Auswirkungen von Mobilfunkstrahlen auf den Menschen haben häufig zu sehr strittigen Diskussionen geführt, oft dann mit einer großen Unsicherheit bei vielen Bürgern Münsters.

Leider ist eine Gesundheitsgefährdung durch Mobilfunkstrahlen wie bei vielen in unserer Zivilisation auf den Menschen einwirkenden Einflüssen nicht vollständig auszuschließen. Es ist jedoch möglich, auf der Basis der Grundlage der bisher durchgeführten schon sehr ausführlichen Forschungen, von zu erwartenden und nicht zu erwartenden Gefährdungen auszugehen. Die möglichen gesundheitlichen Wirkungen der elektromagnetischen Felder werden schon seit über 50 Jahren auf internationalen und nationalen Ebenen erforscht. Diese Forschungsergebnisse und die dadurch bekannten Wirkungen bilden die fachliche Grundlage für die jetzt immer noch und seit 1998 geltenden gesetzlich geregelten Grenzwerte der Bevölkerung.

Bei vielen Untersuchungen konnten Wissenschaftler finden, dass Mobilfunkstrahlungen und Körperreaktionen gemeinsam auftraten, auch schon unterhalb der geltenden Grenzwerte. Es konnte allerdings auch bei einer wissenschaftlichen Analyse zur Elektrosensibilität kein wissenschaftlicher Hinweis erbracht werden, dass zwischen der Einwirkung elektromagnetischer Felder und dem Auftreten von Befindlichkeitsstörungen ein ursächlicher Zusammenhang bestand.

So sind weltweit und auch durch das Bundesamt für Strahlenschutz im Rahmen der deutschen Mobilfunkforschungsprogramme intensive Studien begonnen worden, deren Ergebnisse jetzt eine weiterführende Sicherheit bringt:

Mit der möglichen Auswirkung der Mobilfunkstrahlen auf die Gesundheit befassen sich ebenfalls die in der europäischen Union zuständige Kommission, die internationale Strahlenschutzkommission und die Weltgesundheitsorganisation, die weiterhin auch Forschungen durchführen oder in Auftrag gegeben haben.

In der Summe stellt sich angesichts vieler wissenschaftlicher Hinweise sowie Berichte und vor allen Dingen auch der Besorgnis der Bürger über gesundheitliche Beeinträchtigungen immer wieder die Frage, ob die existierenden Grenzwerte für einen Schutz vor gesundheitlichen Konsequenzen ausreichend sind und ob die Grenzwerte für die Bevölkerung vor elektromagnetischen Feldern moderner Funktechnologien einen ausreichenden Schutz gewähren.

Bei einer intensiven Überprüfung und Auswertung der aktuell vorliegenden Ergebnisse nach der Beendigung des deutschen Mobilfunkforschungsprogramms konnte festgestellt werden, dass trotz einer zunehmenden Technisierung die Belastung der Bevölkerung im Alltag weit unterhalb der Grenzwerte liegt. Exposition nah an den geltenden Grenzwerten treten nur bei einer intensiven Nutzung einiger körpernah betriebener Geräte, insbesondere der Handys, gelegentlich auf.

Die oben genannten Hinweise auf gesundheitsrelevante Wirkungen hochfrequenter Felder konnten in den gesamten Studien nicht bestätigt werden. Auch die vermuteten Einflüsse auf eine Hirnleistung, Schlaf-/Blut-/Hirnschranke, Immunparameter, die Fortpflanzung und weitere Fragestellungen, wie Verursachung von Krebserkrankungen, Tinnitus und Kopfschmerzen, konnten nicht nachvollzogen werden. Nach Abschluss dieses Forschungsprogramms zeigten sich auch keine neuen Hinweise für mögliche gesundheitsrelevante Wirkungen, insbesondere auch keine nichtthermischen Wirkmechanismen.

In der Summe zeigten sich deshalb keine Ergebnisse, die Anlass gaben, die bestehenden Grenzwerte zu korrigieren.

Die intensivsten Forschungsprogramme konnten auf einige Fragen keine abschließenden Antworten geben (z. B. Datenlage für mögliche Gesundheitsrisiken bei einer Handynutzung von länger als 10 Jahre aufgrund der noch relativ jungen Mobilfunktechnologie). Insofern berät und empfiehlt das Gesundheitsamt Münster, dass die denkbaren Risiken durch Mobilfunkbelastungen möglichst gering gehalten werden sollten. Es steht der Vorsorgegedanke mit Maßnahmen zur Verringerung der Intensität und Verkürzung der Dauer der Exposition im Vordergrund.

Deshalb werden gerade in Münster Bereiche mit sensiblen Nutzungen (wie z. B. Schulen, Kindergärten, Krankenhäuser, Kinder- und Altenheime) möglichst gering einer derartigen hochfrequenten Einwirkung elektromagnetischer Felder durch Mobilfunktürme ausgesetzt. Dies ist im Rahmen der freiwilligen Vereinbarung mit den Mobilfunkbetreibern geregelt worden.

Zusätzlich wird regelmäßig beraten, die entsprechende Belastung möglichst gering zu halten.

Für den Einzelnen ist vor allen Dingen die Belastung durch die Nutzung von Handys im Vordergrund stehend, nicht durch Mobilfunkmasten. Insbesondere wird in vielen Gesprächen darauf hingewiesen, dass

- ein Handytelefonat nicht übermäßig lang sein sollte
- im Pkw ein Headset genutzt werden sollte
- nur Einschaltung wenn nötig
- SMS geringere Strahlenbelastung bedeutet
- im Pkw möglichst nicht ohne Autoantenne telefoniert werden sollte
- versenkbare Antennen ausgefahren werden
- Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren Handys aus Vorsorgegründen nicht benutzen sollten
- Handys in Außentaschen sein sollten, da dann ein leichter Kontakt zur Basisstation mit einer geringeren Strahlenbelastung besteht

Zusammenfassend ergeben die bisherigen ausführlichen Forschungen keinen Anlass, die bestehenden Grenzwerte zu korrigieren. Für Münster wurde im Rahmen der Gesundheitsvorsorge aufgrund freiwilliger Vereinbarungen mit dem Mobilfunkbetreibern ein Paket zusätzlicher Schutzmaßnahmen für sensible Gruppen erarbeitet. Zusätzlich erfolgt eine intensive regelmäßige Beratung auch zur gesundheitlichen Fragestellung. Es wird grundsätzlich und regelmäßig betont, dass es trotz aller beruhigenden Forschungsergebnisse noch offene Fragestellungen gibt und deshalb gerade auch zur Vermeidung von Besorgnis und Wahrnehmung erhöhter Risiken der Bereich der Gesundheitsvorsorge bei Handys und Mobilfunknutzung im Vordergrund stehen muss.

4. Umgebungslärmrichtlinie und Lärmaktionsplanung

Die Umgebungslärmrichtlinie will im Blick auf die Lärmprobleme insgesamt eine Bestandserfassung, planerische Bewertung und politische Festlegung von Zielen organisieren, um einen Prozess der Lärminderung anzustoßen und innerhalb eines bestimmten Zeitraumes zum Erfolg zu führen. Als Leitlinien und Schwellenwerte sind in NRW für den L_{DEN} 70 dB(A) bzw. L_{Night} 60 dB(A) zur Bewertung der festgestellten Lärmwerte festgelegt worden. Für diese Bereiche sind Lärmschutzmaßnahmen in Erwägung zu ziehen.

Ergebnisse und Bewertung der Lärmkartierung der ersten Stufe

Straßenverkehr

An den Wohnbebauungen der untersuchten Hauptverkehrsstraßen wurden Lärmpegel ermittelt, die z. T. Lärmwerte > 70 dB (A) für den 24h-Wert (ganzer Tag) und > 60 dB(A) für den Nachtwert (12 h) aufweisen. Die Schwerpunkte der Lärmbelastung sind die innerstädtischen Hauptverkehrsstraßen. Darüber hinaus fallen noch die Ausfallstraßen auf, die nachts eine im Vergleich zum 24h-Wert geringere Belastung verzeichnen. Diese Straßen werden stark von Berufspendlern genutzt, die hauptsächlich am Morgen bzw. am Abend fahren. An den Autobahnen sind die geringsten Belastungszahlen für Lärmbetroffenheit zu verzeichnen.

Schienenverkehr

Das Eisenbahnbundesamt hat eine Lärmkartierungen zur Erfassung des Schienenverkehrslärms durchgeführt. Im Ergebnis zeigt sich, dass an zahlreichen Häuserfassaden entlang der Hauptstrecken Lärmpegel ermittelt wurden, die z. T. Lärmwerte > 70 dB (A) für den 24h-Wert (ganzer Tag) und > 60 dB(A) für den Nachtwert (12 h) aufweisen.

Lärmaktionsplanung der ersten Stufe 2008 / 2009

Die Pflicht zur Aufstellung eines Lärmaktionsplanes wird erfüllt, jedoch wird auf die konkrete Erarbeitung von Lärmaktionsplänen für ausgewählte Orte / Bereiche verzichtet. Im Folgenden werden vorhandene oder geplante Maßnahmen mit Lärm mindernder Wirkung und Planungen, die Lärm mindernde Maßnahmen zum Inhalt haben, beschrieben, die dieses Vorgehen begründen.

Bereits durchgeführte oder geplante Maßnahmen mit Lärm mindernder Wirkung

Lärmschutzwände, -wälle und Schallschutzfenster: An den Autobahnen und der Umgehungsstraße sind bereits umfängliche Lärmschutzeinrichtungen errichtet worden oder werden in Verbindung mit Planfeststellungsbeschlüssen zum Ausbau des jeweiligen Verkehrsweges in Kürze realisiert.

Verkehrsfluss und Verkehrssicherheit: Der Rat der Stadt Münster hat im Herbst 2008 die Verbesserung der Lichtsignalsteuerungstechnik auf wesentlichen Verkehrsachsen für die nächsten Jahre beschlossen. Durch die verkehrsabhängige Steuerung der Lichtsignalanlagen wird der Verkehrsfluss verbessert.

Straßenbelag: Das städtische Tiefbauamt prüft zurzeit den Einsatz von lärmarmen Straßenbelägen im Zusammenhang mit der Straßenunterhaltung. Eine erste Erprobung ist 2009 auf einem Teilstück des zweiten Tangentenrings erfolgt.

Planungen, die Lärm mindernde Maßnahmen zum Inhalt haben

Verkehrsentwicklungsplanung: Von der Verkehrsplanung wird zurzeit der Verkehrsentwicklungsplan 2025 (VEP) unter besonderer Berücksichtigung der Lärm- und Luftschadstoffbelastung fortgeschrieben. Der VEP wird Ende 2010 vorliegen.

Luftreinhalteplanung: Ein Luftreinhalteplan für Münster ist im April 2009 in Kraft getreten. Die vorgesehenen verkehrlichen Maßnahmen werden nicht nur die Luftschadstoffsituation maßgeblich verbessern, sondern auch zur Verringerung der Lärmbelastungen im Straßenraum beitragen.

Planungen im Bereich der Schienenwege: Ein Großteil der Schienenwege im Innenstadtbereich war Untersuchungsgegenstand im Sanierungsprogramm für Schienenwege des Bundes. Aktiver und passiver Lärmschutz ist für diese Bereiche vorgesehen bzw. schon realisiert. Die Lärmschutzwand-Maßnahmen wurden zum großen Teil 2009 realisiert.

Beteiligung der Öffentlichkeit

Bisher ist die Öffentlichkeit in Münster über Presseartikel zum Vorliegen der Lärmkarten und der Lärmsituation sowie der Veranstaltung zum „Tag gegen Lärm“ im April 2008 informiert worden. Ergänzend haben 2008 drei Expertensprechstunden stattgefunden. Der Lärmaktionsplan, ergänzt um den Luftreinhalteplan, wurde der Öffentlichkeit im März 2009 vorgestellt.

Ausblick

In Münster sind ausschließlich die Autobahnen sowie die Bundes- und die Landesstrassen mit > 6 Mio Kfz pro Jahr kartiert worden. Damit wird ein unvollständiges Bild der Hauptlärmquelle Straßenverkehr in Münster gezeichnet. Eine breit angelegte Information und Mitwirkung der Öffentlichkeit im Zusammenhang mit der gesamtstädtischen Lärmkartierung bzw. der sich anschließenden Lärmaktionsplanung ist im Jahre 2012 bzw. 2013 geplant.

5. Genehmigungsplanungen nach Bundes-Immissionsschutzgesetz (BImSchG) – Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit

Das Bundes-Immissionsschutzgesetz (BImSchG) mit zahlreichen weiteren Verordnungen (insgesamt 29 bis Ende 2004) stellt die gesetzliche Grundlage für die Genehmigung und Überwachung von Anlagen dar, die in irgendeiner Weise Emissionen (Lärm, Staub, Schadstoffe usw.) an die Umgebung abgeben. Die Errichtung, der Betrieb und die wesentliche Änderung von Anlagen, die eine besondere Umweltrelevanz im Sinne des BImSchG besitzen, bedürfen einer Genehmigung nach diesem Gesetz. In der Verordnung über genehmigungsbedürftige Anlagen (4. BImSchV) sind die davon betroffenen Anlagen abschließend aufgezählt. Ist die geplante Anlage dort nicht aufgeführt, ist allerdings in der Regel eine Genehmigung nach anderen Rechtsvorschriften (z. B. Baurecht, Wasserrecht) notwendig.

Einzelheiten zur Antragstellung und zum Ablauf des Genehmigungsverfahrens enthält die Verordnung über das Genehmigungsverfahren (9. BImSchV). Zusätzlich zum Genehmigungsverfahren muss für Anlagen, die bedeutsame Auswirkungen auf die Umwelt haben, auch eine Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) nach dem Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung (UVPG) durchgeführt werden. Je nach Umweltrelevanz und Bedeutsamkeit der Anlage sind verschiedene Behörden zuständig.

Ziel der Genehmigungsverfahren nach BImSchG ist es Menschen, Tiere und Pflanzen, den Boden, das Wasser, die Atmosphäre sowie Kultur- und sonstige Sachgüter vor schädlichen Umwelteinwirkungen und auch vor Gefahren, erheblichen Nachteilen und erheblichen Belästigungen zu schützen und dem Entstehen schädlicher Umwelteinwirkungen vorzubeugen.

Räumliche Planung und Fachpläne nehmen - zum Teil erheblichen - Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung. Nachdem die Prüfung der Umweltverträglichkeit als eingeführt und mit Routine ausgestattet angesehen werden kann, muss heute betrachtet werden, inwieweit die Gesundheit des Menschen im Planungsprozess Berücksichtigung findet.

Eine Prüfung auf Gesundheitsverträglichkeit (GVP) eines Vorhabens kann als Verfahrenselement innerhalb der Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) alle Aspekte des Gesundheitsschutzes bündeln. Im Zuge der ab 2004 rechtlich vorgeschriebenen UVP für Programme und Pläne gewinnt sie dort an Raum und Bedeutung. Die GVP kann aber auch unabhängig davon eigenständiges Planungselement sein, z. B. in der vorbereitenden und verbindlichen Bauleitplanung oder in der Verkehrsplanung (Verkehrsentwicklungspläne, Infrastrukturpläne, Planfeststellungsverfahren).

Die Genehmigungsverfahren werden eingeleitet durch einen schriftlichen Antrag, dem alle zur Prüfung der Genehmigungsvoraussetzungen erforderlichen Zeichnungen, Erläuterungen und sonstigen Unterlagen beizufügen sind. Neben einem sogenannten "vereinfachten Verfahren" gibt es ein "förmliches Verfahren" mit umfangreicher Öffentlichkeitsbeteiligung. Bei einem solchen Verfahren wird das Vorhaben in den Tageszeitungen bekannt gemacht und der Antrag einen Monat zur Einsicht für jedermann ausgelegt. Nach Ablauf einer Einwendungsfrist werden die rechtzeitig gegen das Vorhaben erhobenen Einwände mit dem Antragsteller und den Einwendern erörtert. Nachdem ggf. nach Einholung eines Sachverständigengutachtens geprüft ist, ob die Genehmigungsvoraussetzungen vorliegen, ergeht eine Entscheidung über den Antrag.

Die Anforderungen an genehmigungsbedürftige Anlagen werden hinsichtlich ihrer Umweltverträglichkeit und Sicherheit immer umfangreicher. Ebenso werden an die Durchführung der Genehmigungsverfahren zusätzliche Anforderungen gestellt. Die Transparenz der Verfahren und die Information der Öffentlichkeit gewinnen neben den fachlichen Prüfungen (durch das Gesundheitsamt) immer mehr an Bedeutung. Damit erhöhen sich die Anforderungen, die an die Qualität der Antragsunterlagen und deren Prüfung gestellt werden. Voraussetzung für die Einhaltung der gesetzlichen Fristen ist zum einen, dass die Anträge und die dazu gehörenden Unterlagen auf alle zu prüfenden Belange eingehen und zum anderen, dass auf die darin enthaltenen Informationen schnell zugegriffen werden kann.

Die Arbeit des Gesundheitsamtes trägt hier entscheidend dazu bei schädliche Umwelteinwirkungen, die nach Art, Ausmaß oder Dauer geeignet sind, Gefahren, Nachteile oder erhebliche Belästigungen für die Allgemeinheit oder die Nachbarschaft herbeizuführen, zu minimieren.

Das Gesundheitsamt erstellt Stellungnahmen aus gesundheitlicher (gesundheitsvorsorglicher) Sicht, die die Stadt Münster im Rahmen von Genehmigungs- und Sanierungsverfahren abzugeben hat, wenn durch das Vorhaben gesundheitliche Belange der Bevölkerung berührt werden. In diesen Fällen begutachtet das Gesundheitsamt die gesundheitliche Verträglichkeit des Vorhabens, z. B. im Rahmen von Genehmigungsverfahren nach dem Bundesimmissionsschutzgesetz, nach dem Gesetz über Umweltverträglichkeitsprüfung oder auch in Genehmigungsverfahren für Labore nach dem Gesetz zur Regelung der Gentechnik.

Gutachten im Rahmen von Genehmigungsverfahren (aus dem Arbeitsbericht des Gesundheitsamtes, 2009)

Tab.V.3: Gutachten im Rahmen von Genehmigungsverfahren			
	2006	2007	2008
Genehmigung nach Bauordnungsrecht	122	134	120
Genehmigung nach BImSchG	23	22	16
Genehmigung nach GenTG	6	1	3
Genehmigung nach sonstigen	32	39	36
Rechtsvorschriften			

Quelle: Arbeitsbericht des Gesundheitsamtes, 2009

Die Zahl der Stellungnahmen und Gutachten des Gesundheitsamtes zu den Genehmigungsverfahren nach Bundesimmissionsschutzgesetz (BImSchG) ist von der Quantität der beantragten Industrieanlagen abhängig. Der leichte Rückgang der Anträge in 2008 gegenüber den Jahren 2006 und 2007 kann durchaus mit beginnenden wirtschaftlichen Problemen einiger Firmen begründet werden.

Das Gesundheitsamt nimmt dabei eine Überprüfung der Unterlagen auf technische und inhaltliche Schlüssigkeit und Beurteilung in Verbindung mit dem heutigen Stand der Technik und Möglichkeiten der Einsetzbarkeit wissenschaftlicher Entwicklungen vor. Es werden mögliche Gesundheitsgefährdungen abgeschätzt und Prüfungen mit umfangreichen Literaturrecherchen (Auswertungen) durchgeführt.

6. Infektionshygiene

6.1 Infektionsschutz des Gesundheitsamtes Münster Beispiel H1N1 - Die „Neue Grippe“

Als ein großer Schwerpunkt der gesamten Arbeit des Bereichs Gesundheitsschutz ist im Jahr 2009 die koordinierende und operative Bearbeitung der Akutsituation H1N1 (Schweinegrippe) zu sehen. Dieser Schwerpunkt beinhaltet einerseits die Arbeit entsprechend der Bundesrichtlinien zum Schutz der Münsteraner Bevölkerung, andererseits aber auch die Bearbeitung im Auftrag des Landes zur Organisation der Impfstoffverteilung und der Impfungen in Münster.

Ab April 2009 wurde der Erreger H1N1 erstmals festgestellt.

Die WHO kam zu der Einschätzung, dass eine besondere Gefährdungssituation drohen könnte. Weltweit wurden aufgrund des hohen Risikos einer schnellen Verbreitung bei einer fehlenden Immunität der Bevölkerung, der Meldung schwerer Krankheitsverläufe und Todesfälle, eines noch nicht vorhandenen wirksamen Impfschutzes und einer zu befürchtenden hohen Todesrate und der hohen Infektiosität des Virus Vorsichtsmaßnahmen angeordnet.

Die Meldepflicht wurde auf den Krankheitsverdacht, die Erkrankung und den Tod eines Menschen an dieser Neuen Influenza ausgedehnt. Der Verlauf dieser Pandemie konnte als sehr wechselhaft bezeichnet werden.

Die WHO rief sogar die Pandemiephase 6 mit der Einstufung der höchsten Gefährdung aus.

Es wurden in Deutschland zum Beginn importierte Fälle aus Amerika und Südamerika bekannt. Im Weiteren kam es jedoch auch zu einer Übertragung innerhalb Europas. Auffällig war vor allen Dingen ein Ausbruch in der Sommermitte 2009, in einer Zeit, in der eine Influenza normalerweise nicht auftritt. Die Mehrzahl der Erkrankungsfälle zeigte einen milden Krankheitsverlauf. Von schweren Krankheitsverläufen bis zum Tod waren häufig junge Menschen und Schwangere betroffen. A posteriori zeigte sich jedoch, dass Patienten mit schweren Verläufen meistens Grunderkrankungen hatten.

Die Probleme bei der Beurteilung der Lage und der extrem hohe Arbeitsaufwand für das Gesundheitsamt Münster waren darin zu sehen, dass ein Schweregrad des Krankheitsbildes oft nicht klar definiert war und es eine allgemeine Verunsicherung durch unklare Aussagen verschiedener Experten gab.

Fehlende Kostenregelungen der Diagnostik, Angst vor überzogenen Maßnahmen und uneinheitliche Präventionsmaßnahmen blieben über den gesamten Verlauf Hindernisse. In der Summe kam ab Sommermitte 2009 eine Flut von Aufgaben auf den Bereich Gesundheitsschutz des Gesundheitsamtes Münster zu (dies in einer Situation mit Personalwechseln und Personalmangel).

Die sehr unterschiedliche Informationslage musste bewertet und fachlich an die niedergelassenen Ärzte Münsters weitergegeben werden. Tägliche Lagemeldungen an das Land waren erforderlich. Zusätzlich mussten Maßnahmenkataloge zeitgleich an die Ärzteschaft abgegeben werden. Ein telefonischer Dauerbereitschaftsdienst - auch am Wochenende - musste eingerichtet werden.

In der Anfangsphase der Krankheit wurde im Sinne eines Worst-Case-Vorgehens jedem Einzelfall nachgegangen. Die Erkrankten wurden - auch am Wochenende oder spät abends/nachts - beraten bzw. aufgesucht. Vor Ort wurden Untersuchungen und Abstriche durchgeführt, im weiteren Verlauf vom Gesundheitsamt veranlasst. Es wurden Isolierungsmaßnahmen realisiert, bei einem sehr hohen Risiko für andere infektabwehrgeschwächte Menschen zeitweilig befristete Berufspausen angeordnet, z. B. bei Onkologen oder auf der Intensivstation arbeitenden Ärzten. Diese Ausführungen erfolgten nach entsprechenden Richtlinien und Maßgaben des Robert-Koch-Institutes.

Zusätzlich wurde eine Impfkampagne geplant und durchgeführt. Diese Aufgabe war den Gesundheitsämtern vom Land NRW übertragen worden. In einem sehr kurzen Zeitraum galt es die Institutionen und Akteure des Gesundheitswesens Ärztekammern, kassenärztlichen Vereinigungen, niedergelassenen Ärzten und Arbeitsmedizinern zu koordinieren. Das Gesundheitsamt führte die Organisation des Impfangebotes innerhalb der Stadt Münster durch und die Impfungen übernahmen nach Koordination die niedergelassenen Ärzte. Die Mitarbeiter/Innen des Bereiches Infektionsschutz organisierten vollständig die Impfstoffverteilung und Bestellung der Impfstoffe. Zusätzlich wurden Meldungen bearbeitet, Beratungen und Anweisungen im Verdachts- und Erkrankungsfall abgegeben.

Die zusätzlich eingerichtete Telefon-Hotline informierte und beriet an manchen Tagen hunderte von Anrufern.

Letztendlich zeigten sich in Münster 2009 bis zum Jahresende 692 nachgewiesene H1N1-Fälle, wobei von einer großen Grauzone ausgegangen werden muss. In der Hauptphase des Krankheitsverlaufes - etwa ab September/Oktober 2009 - wurde ein großer Teil der Erkrankungen nicht mehr durch Testungen nachgewiesen. Es muss von vielen tausend erkrankten Menschen in Münster ausgegangen werden, bei denen die Erkrankung nicht diagnostiziert wurde. Der Hauptpeak der Erkrankung bei der Altersverteilung war in Münster - wie bundesweit - im Alter zwischen 5 und 35 Jahre.

In der Summe hat der extrem hohe personelle Zeitaufwand für die Bearbeitung des H1N1-Problems einschließlich der Organisation der Impfkampagne, in der bis Jahresende ca. 32.000 Impfdosen Pandemrix und 150 Impfdosen CSL für Schwangere ausgeliefert wurden dazu geführt, dass andere Tätigkeiten, gerade im Bereich der Hygieneüberwachung oder auch der Überwachung von Wasserversorgungsanlagen, nicht oder nur reduziert durchgeführt werden konnten. 2010/2011 wird durch Schwerpunktverschiebungen versucht werden müssen, diesen Bereich intensiver abzuarbeiten. Diese für das Gesundheitsamt und weitere Teile Deutschlands als Großereignis zu bezeichnende Infektionsproblematik H1N1 hat den Bereich Gesundheitsschutz über die Grenzen der personellen Kapazität hinaus belastet.

Tab.V.4: Influenza H1N1 Statistik		
Positive PCR	Zeitraum	Gesamt 692
	01.04.2009 - 31.10.2009	129
	01.11.2009 - 31.12.2009	563
	0 - 14 Jahre	245
Alter	15 - 59 Jahre	425
	60 - ?? Jahre	22
Krankenhaus-aufenthalt	Mit positiver PCR	45

In der Wintersaison 2008/2009 ist es wieder zu gravierenden Häufungen von Norovirusin-

fektionen gekommen. Durch die kontinuierliche Aufklärungsarbeit des Gesundheitsamtes - gerade in Gemeinschaftseinrichtungen wie Altenheimen, Krankenhäusern, Kindergärten und Schulen konnte die Dauer von Ausbrüchen in den genannten Gemeinschaftseinrichtungen reduziert werden.

Da eine Vorbeugung gegen die Erkrankung nicht möglich ist, kommt der Beratung über persönliche Hygienemaßnahmen eine besondere Bedeutung zu. Die Standardhygienemaßnahmen in den Einrichtungen wurden kontinuierlich überwacht und bei Bedarf intensiviert. Gezielte Schulungen des Pflegepersonals, der Erzieherinnen und Lehrkräfte wurden angeboten und in Anspruch genommen.

Das Gesundheitsamt hat nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtige Erkrankungen zu ermitteln, zu klären und zu beraten.

Tab.V.5: Daten im Rahmen der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (nicht enthalten sind die Daten für TBC)			
	2007	2008	2009
Infektionsermittlungen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) insgesamt	4.634	4.749	4.949
Davon			
- Meldungen nach § 6 IfSG (meldepflichtige Krankheiten wie Cholera, Diphtherie, Masern, Milzbrand, Tollwut u.a.)	1.680	1.955	2.225
- Meldungen nach § 7 IfSG (meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern, z.B. Hepatitis, Salmonellen, Legionellen)	766	736	815
- Meldungen nach § 34 Abs. 6 IfSG (meldepflichtige ansteckende Krankheiten in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder)	1.381	1.359	862
- Ermittlung von auswärtigen Infektionsfällen	807	699	1.047
Veranlassung von Desinfektionsmaßnahmen	1.937	1.600	1.963
Beratungen zum Infektionsschutz	4.512	3.378	7.046

Der Rückgang bei den Krankheitsmeldungen nach § 34 Abs. 6 IfSG ist in erster Linie auf einen deutlichen Rückgang bei Kopflaus-Fällen sowie auf einen Rückgang von Windpockenerkrankungen zurückzuführen. Bei der Kopflausituation kann festgestellt werden, dass die Ende 2006 geänderten Empfehlungen des Gesundheitsamtes zum Vorgehen bei Kopflausbefall („10 Münsteraner Läuseregeln“) nun ihre Wirkung zeigen.

6.2 Infektionsschutz in Altenheimen

Ein Altenheim (auch Altenwohnheim, Seniorenheim, Wohnstift oder Residenz) ist eine Wohneinrichtung zur Betreuung und Pflege alter Menschen. Alte Menschen ziehen in eine spezielle Wohnanlage um, in der sie bei den alltäglichen Verrichtungen des Lebens unterstützt, mehr oder weniger umfassend versorgt und zum Teil bis zum Lebensende gepflegt werden. Dabei ist die Pflegebedürftigkeit der künftigen Mieter in Wirklichkeit gar kein verbindliches Aufnahmekriterium. Sie ist allerdings meistens der Anlass, über den Umzug von der eigenen Wohnung in einen „Großhaushalt“ nachzudenken. Hinzu kommen Fragen der Geselligkeit/Einsamkeitsgefühle, Ängste vor dem Sterben bzw. allgemeine Lebensängste und die vorausschauende Lebensplanung.

Altenheime werden vom Gesundheitsamt auf der Grundlage des § 36 Infektionsschutzgesetz hinsichtlich der hygienischen Verhältnisse sowie aufgrund des § 18 Absatz 1 Trinkwasserverordnung hinsichtlich der Trinkwasserqualität überwacht. Grundsätzlich findet die Überwachung mittels jährlicher Hygienekontrollen statt, in einigen Einrichtungen auch mehrmals im Jahr, z. B. aufgrund von Beschwerden von Bewohnern selber oder deren Angehörigen, bei Krankheitsausbrüchen oder bei erforderlichen Nachbesichtigungen.

Kontrollpunkte der Überwachung und Beratung sind u. a.:

- der Hygieneplan einschließlich Reinigungs- und Desinfektionsplan
- Schutz- und Dienstkleidung einschließlich Umkleideräume
- die Funktionsbereiche (z. B. Pflegearbeitsräume, Materiallager, physikalische Therapie, Wäscherei, Leichenraum)
- allgemeine Sauberkeit im gesamten Haus
- Lüftungstechnische Anlagen
- Abfallentsorgung

In Münster gibt es 26 zu überwachende Einrichtungen, 24 Einrichtungen wurden 2008 kontrolliert. Insgesamt gab es 44 Besuche in den Einrichtungen, 7 Besuche gaben Anlass zu Beanstandungen.

Darüber hinaus werden die Einrichtungen durch die Heimaufsicht regelmäßig kontrolliert. Als Vertragspartner der Heime achtet der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MdK) für die Pflegeversicherung auf die Einhaltung des Versorgungsvertrages. Das Gesundheitsamt arbeitet mit der Heimaufsicht und dem MdK zusammen, d. h. Prüfungen werden abgesprochen und Auffälligkeiten weitergegeben.

Ziel muss eine bestmögliche Hygiene und Infektionsprävention für die Bewohner im Altenheim sein – wobei nicht vergessen werden darf, dass das Altenheim die Wohnung, der Lebensraum für die Bewohner, eine Heimat ist, wo sie sich wohlfühlen und gerne leben sollen.

Die Situation der Hygiene in den Altenheimen und insbesondere auch das Interesse der Heimleitungen und des Personals an hygienerelevanten Fragen haben sich in den letzten Jahren stetig verbessert. Gerade bei infektiösen Magen- und Darmerkrankungen ist eine Zusammenarbeit wichtig. Die infektiösen Magen- und Darmerkrankungen werden oft durch das Norovirus verursacht. Dieses Virus ist hoch ansteckend und gerade für alte und geschwächte Menschen gefährlich, da es zu einem hohen Flüssigkeits- und Salzverlust kommen kann und schlimmstenfalls zu einem

Herz-Kreislauf-Versagen, das eine Behandlung im Krankenhaus notwendig macht. Entsprechende Merkblätter liegen den Altenheimen vor. Durch die enge Zusammenarbeit der Einrichtungen mit dem Gesundheitsamt während des Krankheitsausbruchs konnte die Anzahl der Erkrankten und die Dauer des Ausbruchs stark verringert werden.

In den letzten Jahren wurden einige Heime neu errichtet oder umgebaut. Die Ausstattung wurde an die gestiegenen Bedürfnisse in der Wohnqualität aber auch an die gestiegenen Anforderungen der Hygiene angepasst. Während dies früher eher eine Seltenheit war, verfügen heute viele Altenheime über Einzelzimmer mit Nasszelle.

VI. Einrichtungen, Dienste und Leistungen

Das Gesundheitswesen als übergeordneter Begriff umfasst alle staatlichen, kommunalen und privaten Einrichtungen, die der Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit sowie der Abwehr von Gefahren für die Gesundheit des Menschen dienen.

Das öffentliche Gesundheitswesen ist enger begrenzt als der Gesamtbegriff Gesundheitswesen und beinhaltet alle Bereiche, die der öffentlichen Hand, d.h. dem Staat und den kommunalen Gebietskörperschaften zuzurechnen sind, sowie alle Einrichtungen der Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts, die mit der Gesundheit befasst sind, wie z.B. kommunale Krankenhäuser, städtische Kliniken, ärztliche Dienste und Einrichtungen der Sozialversicherungsträger und der Versorgungsverwaltung und nicht zuletzt der öffentliche Gesundheitsdienst.

Das öffentliche Gesundheitswesen hat die Förderung und Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung sowie die Vorbeugung und Bekämpfung von Krankheiten zum Ziel, also Aufgaben von gesamtgesellschaftlichem Interesse.

1. Ambulante Gesundheitsversorgung

Die Sicherung der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung obliegt den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Daneben regeln die Ärzte- und Zahnärztekammern die Rechte und Pflichten der Ärztinnen und Ärzte und Zahnärztinnen und Zahnärzte. Die Apothekerkammer ist die Standesvertretung der Apothekerinnen und Apotheker. Die Psychotherapeutenkammer ist die Körperschaft für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Therapeuten.

Die ambulante medizinische Versorgung wird in Münster durch 695 Ärztinnen und Ärzte, 217 Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie 20 Kieferorthopäden sichergestellt. Weiterhin sind in Münster 175 Psychologische Psychotherapeuten in der Erwachsenenversorgung und 10 in der Kinder- und Jugendpsychotherapie zugelassen.

Tabelle VI.1 zeigt die Versorgung nach Fachrichtungen auf
 100 Apotheken sichern die Versorgung der Bevölkerung in Münster.

Tab.VI.1: Die Versorgung nach Fachrichtungen

Arztgruppen	Anzahl der Ärzte aus der Stadt
Anästhesisten	18
Augenärzte	36
Chirurgen	20
Frauenärzte	66
HNO-Ärzte	28
Hautärzte	25
Internisten	105
Kinderärzte	37
MGK-Chirurgen	9
Nerverärzte, Neurologen und Psychologen	34
Kinder- und Jugendpsychiater	14
Humanogenetiker	7
Orthopäden	29
Ärztl. Psychotherapeuten	30
Radiologen	29
Urologen	15
Psychologische Psychotherapeuten	175
Kinder- und Jugendärzte	10
Lungenärzte	5
Allgemeinmediziner	144
Ärzte für phys. u. rehab. Medizin	30
Laborärzte	5
Neurochirurgen	3
Pathologen	6
Zahnärzte	217
Kieferorthopäden	20
Insgesamt	1117

Quelle: Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung
 Westfalen-Lippe, Stand 10.08.2010

1.1 Sonstige Gesundheitsfachberufe

In unserem Gesundheitswesen gibt es eine Vielzahl nichtärztlicher, pflegerischer und sozialer Leistungen, die von unterschiedlichen Gesundheitsfachberufen erbracht werden. Hierzu gehören Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, Diätassistentinnen und Diätassistenten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Pfleger, Logopädinnen und Logopäden, Orthoptisten/ Orthoptistinnen, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten u.a. Sie sind in unterschiedlichen Berufsverbänden organisiert.

Münster ist in NRW neben Köln der größte Ausbildungsstandort für Berufe im Gesundheitswesen. Die Studierenden schließen ihre Ausbildung mit einem staatlichen Examen ab. Das Gesundheitsamt nimmt für alle Prüfungen den Prüfungsvorsitz wahr und stellt die Zeugnisse und Urkunden zur Führung der Berufsbezeichnung aus. Die Anzahl der Prüfungen ist in den zurückliegenden Jahren stetig gestiegen. 1999 haben sich 920 Kandidaten der Prüfung unterzogen, 2009 waren es bereits 1431 (siehe Tabelle VI.2)

Tab.VI:2: Die Versorgung nach Fachrichtungen

Beruf	Lehr- anstalten-	2007	2008	2009
Diätassistent/-in	2	43	16	34
Gesundheits- und Kranken-/Kinderkrankenpfleger/-in	5	276	280	261
Krankenpflegehelfer/-in	1	14	17	15
Physiotherapeut/-in	3	201	146	159
Medizinisch-technische/r Labor-/Radiologieassistent/-in	2	54	65	51
Logopäde/-in	1	14	14	13
Ergotherapeut/-in	2	124	92	81
Orthoptist/-in	1	0	8	0
Rettungsassistent/-in	2	123	103	97
Rettungssanitäter/-in, Rettungshelfer/-in	3	532	509	616
Pharmazeutisch-technische/r Assistent/-in	1	39	39	61
Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-in Psychiatrie, Fachaltenpfleger/-in Psychiatrie	1	5	0	0
Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-in Operationsdienst	1	0	1	20
Fachgesundheits- und Kranken-Kinderkrankenpfleger/-in Intensivpflege und Anästhesie	1	34	23	23
Summe	27	1474	1313	1431

Der Ausbildung zur Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-in bzw. Fachaltenpfleger/-in Psychiatrie wurde 2009 wieder aufgenommen.

Eine weitere Schule, die hier noch nicht abgebildet ist, hat den Betrieb aufgenommen. Dort werden Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-innen zu Hygienefachkräften ausgebildet. Die ersten Prüfungen werden 2012 stattfinden.

Alle 3 Jahre finden Abschlussprüfungen für Orthoptisten/-innen statt. Daher in den Jahren 2007 und 2009 die Null.

2. Stationäre Versorgung

Die Krankenhauslandschaft ist in Deutschland durch eine Pluralität in der Trägerschaft geprägt. Zum einen sind aus der Geschichte heraus die Kirchen und Kommunen Träger von Krankenhäusern. In der späteren Entwicklung mit der Spezialisierung und dem Bau von Häusern mit überregionalem Versorgungscharakter fungieren auch die Länder als Träger von Krankenhäusern und Kliniken. Daneben werden auch Privatkliniken betrieben. Man spricht so allgemein von freigemeinnützigen, öffentlichen oder privaten Krankenhausträgern.

In der stationären Versorgung unterscheidet man zwischen allgemeinen bzw. Akutkrankenhäusern die der Behandlung von Patienten mit akuten Krankheiten, unabhängig von der Art der Erkrankung dienen und Sonderkrankenhäusern, in denen Patienten mit bestimmten Krankheiten behandelt werden, wie z. B. Psychiatrische Krankenhäuser, Kurkliniken usw.

In Münster befindet sich das Universitätsklinikum in Trägerschaft des Landes, die Krankenhäuser der Allgemeinversorgung in kirchlicher Trägerschaft. Daneben gibt es Privatkliniken bestimmter Fachrichtungen.

Tab. VI.3: Bettenanzahl nach Fachabteilungen in Allgemein-/Akutkrankenhäusern und Sonderkrankenhäusern in Münster

	Allgemein- und Akutkrankenhäuser							
	Klinikum der Westfälischen Wilhelmsuniversität		St. Franziskus-Hospital	Clemens-Hospital	Herz-Jesu Krankenhaus	Raphaels-Klinik	Ev. Krankenhaus	
	Station	Tageskl.					Station	Tageskl.
Augenheilkunde	25		12		3			
Chirurgie	143		120	88	80	114	62	
Frauenheilkunde	26		40	31	20	31	16	
Geburtshilfe	24		30	19	15		11	
HNO-Heilkunde	62	5	15		3	10		
Haut- und Geschlechtskrankheit	60	15						
Herzchirurgie	62							
Innere Medizin	266	22	205	140	130	110	46	
Kinderchirurgie	26							
Kinderheilkunde	130	12	70	44				
Kinder- und Jugendpsychiatrie	30	10						15
Geriatrie							36	
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	34							
Neurochirurgie	41			65		15		
Neurologie	68	8			73			
Nuklearmedizin	14							
Orthopädie	120		70		14			
Psychiatrie	95	18						
Psychotherapeutische Medizin	12							
Strahlentherapie	22							
Urologie	40			18	31	26		
Anästhesie/Schmerztherapie	25	10						
Betten insgesamt	1.325	100	562	405	369	306	171	15
	Sonderkrankenhäuser							
	Westfälische Klinik für Psychiatrie		Alexianer-Krankenhaus		Fachklinik Hornheide			
	Station	Tageskl.						
	20							
Innere Medizin								
Haut- und Geschlechtskrankheit					62			
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie					48			
Plastische Chirurgie	312	44			48			
Psychiatrie			110					
Betten insgesamt	332	44	110		158			

Quelle: Bezirksregierung Münster, aktuelle Feststellung des Landes NRW

Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung

Die ökonomischen Bedingungen im Gesundheitswesen zwingen alle Beteiligten zur verstärkten Zusammenarbeit, um Effizienz und Effektivität der erbrachten Leistungen zu erhöhen und dem Patienten eine angemessene, qualitätsmäßig auf höchstem Niveau stehende Versorgung anbieten zu können. Nicht jeder Leistungsanbieter im Gesundheitswesen kann alle Leistungen auf gleich hohem Niveau anbieten. Kooperation zwischen Krankenhäusern, Arztpraxen, Rehabilitations-, Pflege- und anderen Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens haben einen hohen Stellenwert. So erbringen immer mehr Krankenhäuser als „Gesundheitszentren“ neben vollstationären Leistungen auch vor- und nachstationäre, ambulante und rehabilitative Leistungen. In den Praxen der niedergelassenen Ärzte wird zunehmend ambulant operiert. Praxiskliniken erbringen über die Anbindung einiger Betten auch stationäre Leistung und Ärzte gleicher- und unterschiedlicher Fachrichtungen schließen sich zu Praxismgemeinschaften zusammen. Der Wettbewerb prägt immer stärker die Versorgung und führt auch hier zu einer Konzentrierung von Diensten und Leistungen.

4. Arzneimittelversorgung

Arzneimittel werden heute vorwiegend als sogenannte „Fertigarzneimittel“ industriell gefertigt. In Deutschland unterscheidet man zwischen 4 Gruppen:

- freiverkäufliche Arzneimittel, die auch im Einzelhandel außerhalb von Apotheken zu kaufen sind,
- apothekenpflichtige Arzneimittel, die nur in Apotheken aber ohne ärztliches Rezept erhältlich sind,
- verschreibungspflichtige Arzneimittel, die in der Apotheke nur auf ärztliche Verordnung abgegeben werden und
- Betäubungsmittel, die in beschränkter Menge besonders verordnet werden und nur in Apotheken zu erhalten sind.

Der Arzneimittelkonsum ist in den zurückliegenden Jahrzehnten stetig gestiegen, dies gilt insbesondere für freiverkäufliche Arzneimittel. Die Versorgungsdichte mit 100 Apotheken in Münster ist, auch in Bezug auf die Versorgung in den Stadtteilen, gut. Seit 2004 können apothekenpflichtige/verschreibungspflichtige Arzneimittel auch auf dem Versandwege von Verbrauchern bezogen werden.

5. Pflegerische Versorgung

Die Anzahl der professionellen pflegerischen Dienstleister ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. 38 ambulante Pflegedienste, sieben Tagespflegeeinrichtungen mit 113 Plätzen (drei Einrichtungen mit weiteren 41 Plätzen sind in Planung), 96 solitäre und 87 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze, 118 Wohneinheiten in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (19 weitere kommen ab dem 01.10.2010 dazu) 2.565 vollstationäre Pflegeplätze (zwei Einrichtungen sind mit insgesamt 90 Plätzen im Bau) tragen zu einem vielfältigen und flächendeckenden Angebot in allen Stadtteilen in Münster bei.

Der nach ehemaliger Pflegebedarfsplanung entwickelte Handlungsansatz, die räumliche Verteilung von pflegerischen Verbundsystemen in Stadtteilen mit mindestens 6.500 Einwohnern vorzuhalten, ist bis auf die Stadtteile Roxel und Nienberge, hier befinden sich die kombinierten Wohn- und Pflegeangebote in der Bauphase, durchgängig erreicht.

Perspektive für Münster:

Erkennbar ist ein deutlicher Zuwachs bei den vorpflegerischen und komplementären Anbietern. Dienstleister, die Schwerpunkte im Versorgungsmix Kommunikation, Betreuung, Hauswirtschaft und anteiliger Pflege setzen, positionieren sich verstärkt am Markt. Initiativen wie ehrenamtliche Betreuungsgruppen für Demenzkranke (Abrechnung nach § 45 b SGB XI), organisierte und geförderte stadtteilorientierte bürgerschaftliche Unterstützung, Mehrgenerationenwohnungen, Wohnen mit Versorgungssicherheit in verstärktem Zusammenspiel mit der Wohnungswirtschaft, platzieren sich verstärkt in der kommunalen Altenhilfe- und Pflegelandschaft in Münster. Ebenso verzeichnen die sog. neuen Wohnformen im Alter, wie Wohngemeinschaften für Demenzkranke (fest etabliert in Münster) und zukünftig auch für somatisch erkrankte hilfe- und pflegebedürftige Menschen Wohninitiativen, einen stetigen Anstieg. Diese Angebote tragen im verstärkten Maße dazu bei, dem Wunsch nach Verbleib in der eigenen Häuslichkeit Rechnung zu tragen.

Im Pflegebericht 2010 des Sozialamtes der Stadt Münster wird die aktuelle pflegerische Versorgungssituation in Münster explizit dargestellt. Der Bericht, unter www.muenster.de/stadt/sozialamt/pflege-planung zu finden, gibt einen guten Ausblick in die Planungsvorhaben und weiteren Entwicklungen in der ambulanten, teil- und vollstationären pflegerischen Versorgungslandschaft.

Pflegestützpunkte in Münster

Mit Vorlage V/0772/2009 beauftragte der Rat der Stadt Münster die Verwaltung, Verträge mit den Pflegekassen über die Einrichtung und den Betrieb zweier Pflegestützpunkte zu schließen. Im Rahmen der Erprobungsphase soll die Verwaltung die Einrichtung eines weiteren Pflegestützpunktes vorantreiben. Hierbei ist eine sozialräumliche Orientierung vorzunehmen und die Idee der Initiierung eines mobilen Stützpunktes in den Gesamtplanungsprozess mit einzubeziehen.

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrheinwestfalen erteilte mit Schreiben vom 19.02.2010 die Akkreditierung der Pflegestützpunkte in Münster. Die Stützpunkte haben am 01.03.2010 die Arbeit

- bei der AOK Westfalen-Lippe, Königsstr. 18/20, 48143 Münster und
- im Informationsbüro Pflege, Sozialamt der Stadt Münster, Gasselstiege 13, 48159 Münster

aufgenommen. Dort erhalten alle ratsuchende Bürgerinnen und Bürger, ausführliche Auskunft und Beratung zu allen pflegerlevanten Themen. Umfassende Informationen zur gesetzlichen Pflegeversicherung, zur Krankenversicherung sowie zur Sozialhilfe, Auskünfte über Leistungen und Entlastungsangebote für Pflegende und die Klärung von Kostenfragen gehören ebenso zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte wie der Aufbau einer wohnortnahen, trägerübergreifenden Zusammenarbeit aller Beteiligten, um die Teilhabe von Menschen mit Pflegebedarf an der Gesellschaft zu stärken und neues bürgerschaftliches Engagement zu ermöglichen.

6. Kommunales Gesundheitsamt und seine Aufgaben

Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW formuliert für die Gesundheitsämter folgende Schwerpunktaufgaben:

- Gesundheitsförderung
- Ärztlicher Beratungs- und Untersuchungsdienst
- Kinder- und Jugendgesundheit
- Infektionsschutz und Umwelthygiene, umweltbezogener Gesundheitsschutz
- Gesundheitshilfe

Im Produktplan der Stadt Münster spiegeln sich diese Aufgaben wie folgt wider:

Tab.VI.4: Produktplan der Stadt Münster

Produkte	Teilprodukte
Übergreifende Gesundheitsförderung	Kommunale Gesundheitsberichterstattung Kommunale Gesundheitskonferenz Psychiatriekoordination Gesundheitshaus Sonstige übergreifende Projekte
Kinder- und Jugendgesundheit	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst Beratungsstelle für Entwicklungsfragen im Kindes- und Jugendalter - Beratung und Frühförderung (BfE) Kinder- und Jugendpsychiatrische Hilfen
Ärztlicher Untersuchungs- und Gutachtendienst	Amtliche Bescheinigungen, Zeugnisse, Gutachten Betriebsärztlicher Dienst für die Stadtverwaltung Münster
Gesundheitsschutz	Infektionsschutz Hygieneüberwachungen Umweltmedizin Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie Aufsicht über die Gesundheitsfachberufe
Gesundheitshilfen	Sozialpsychiatrische Hilfen Familienhebamme am Gesundheitsamt Sozialkompensatorische Hilfen

Quelle: Gesundheitsamt Stadt Münster

Die in den 90 ziger Jahren auf den Weg gebrachte Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes hat die Stadt Münster seinerzeit über ein landesweites Modellprojekt und über ein Rahmenkonzept zur Weiterentwicklung und Neustrukturierung der kommunalen Gesundheitspolitik aktiv mit begleitet. In den Folgejahren erfolgte die Etablierung neuer Aufgaben insbesondere im Bereich der Koordination und Planung. Dazu gehörte auch die Einrichtung der Kommunalen Gesundheitskonferenz. Im Jahr 1999 wurde das Gesundheitshaus eröffnet. 2003 erfolgte der Ratsbeschluss zur Gesundheitsstadt Münster. 2004 übernahm das Gesundheitsamt die Bundesgeschäftsstelle des Gesunde Städte-Netzwerkes. Tätigkeiten des Gesundheitsamtes im Einzelnen sind in unterschiedlichen Themenbereichen dieses Berichtes beschrieben.

Vor dem Hintergrund der zu erwartenden mittel- und langfristigen Herausforderungen des kommunalen öffentlichen Gesundheitsdienstes wird die derzeitige fachliche, organisatorische und personelle Struktur des Gesundheitsamtes überprüft und neu konzipiert.

6.1 Gesundheitshaus

Das Gesundheitsamt hat nach dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst die Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention zu koordinieren, ggf. auf zusätzliche Aktivitäten der hier tätigen Institutionen, Organisationen und Gruppen hinzuwirken und die Selbsthilfe zu unterstützen. Seit Eröffnung des Gesundheitshauses im August 1999 wird in Münster ein wichtiger Beitrag zur Erfüllung dieses gesetzlichen Auftrags erbracht.

Inzwischen hat sich das Gesundheitshaus in Münster als allgemein bekanntes und anerkanntes Informations-, Beratungs- und Service-Center zu den Themen „Gesundheit, Soziales, Selbsthilfe und Ehrenamt“ etabliert.

In 2009 konnte das Gesundheitshaus das 10 jährige Bestehen feiern. Gleichzeitig auch Anlass die Ausrichtung des Konzeptes des Hauses neu zu justieren. So wird das Gesundheitshaus stärker mit den Themen der kommunalen Gesundheitskonferenz vernetzt werden, besondere Zielgruppen werden stärker in den Focus genommen, die Stätteorientierung und die Arbeit in Settings werden intensiviert. Viele Veränderungen in der Gesundheitslandschaft, zum Beispiel die Einrichtung von Pflegestützpunkten, tangieren auch das Haus unmittelbar. So verändern sich Angebote stetig und

das Gesundheitshaus bleibt mit seinen Themen und Angeboten aktuell. Gleichzeitig ist und bleibt das Haus ein verlässlicher Partner für viele, zum Beispiel für die vielen Selbsthilfegruppen, die auch nach Auszug der Selbsthilfekontaktstelle das Gesundheitshaus für ihre Gruppenarbeit weiter nutzen möchten.

Gesundheitsbezogene Projekte und Aktionen

Das Gesundheitshaus initiiert bzw. organisiert – häufig in Kooperation mit Dritten – gesundheitsbezogene Projekte, Patiententage und Sonderveranstaltungen. Sie haben allesamt das Ziel, die Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger für ihre Gesundheit zu stärken, ihr Gesundheitsverhalten positiv zu beeinflussen und ihnen die dafür notwendigen Informationen zu geben. Dabei werden Zielgruppen angesprochen (Männer, Menschen mit Behinderungen, Kranke), die z.B. einen erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem haben.

Bei allen Projekten ist es Konzept des Hauses, auch für Kontinuität zu sorgen. So hat die „Reisebörse“ für Menschen, die auf Unterstützung im Urlaub angewiesen sind, in 2010 bereits zum fünften Mal stattgefunden. Der „Körpertag“ in 2009 zum dritten Mal und in 2009 wurde eine Veranstaltungsreihe mit der Kinder- und Jugendgesundheitsabteilung des Gesundheitsamtes für Familien mit behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern begonnen, die in 2010 fortgeführt wird.

Auch die Ernährungsprojekte im Bereich Kinder / Jugendliche werden fortgeführt. Über die Ausstellung für Kindergartenkinder „Gesund essen und trinken mit Kasimir“ (von 2002 – 2006) zur Durchführung eines Ernährungsführerscheines (seit 2009) in den dritten Klassen münsterschen Grundschulen, bis hin zu Angeboten in Kooperation mit dem Amt für Kinder, Jugendliche und Familien bei Freizeitaktivitäten (Atlantis, Maxi-Sand und Maxi-Turm) oder beim „Sporteln am Wochenende“ reichen die Angebote.

Das das „Gesamtpaket“ Gesundheitshaus ankommt, belegen einige Zahlen: zu den 50 – 70 Veranstaltungen in der Woche kommen zwischen 400 und 700 Menschen ins Haus. Zusätzlich werden an über der Hälfte der Wochenenden im Jahr Veranstaltungen von Mietern aus dem Haus durchgeführt. Dies sind Schulungen oder Workshops bis hin zu Informationstagen oder Fachveranstaltungen.

Zusätzlich erreicht das Gesundheitshaus über die o. g. Projekttag viele Bürgerinnen und Bürger. Allein über die Durchführung des Ernährungsführerscheines in Kooperation mit der VHS waren dies seit der Erstausgabe in 2009 über 30 Klassen in Münster mit ca. 700 Schülerinnen und Schülern.

Dass das Haus aber nicht nur für Besucher und externe Veranstalter interessant ist, belegt auch die Kontinuität innerhalb der Mieterschaft. Mit dem Informationsbüro Pflege, der Freiwilligenagentur, dem Seniorenrat Münster e.V., der Krebsberatungsstelle, der Landessenorenvertretung (1), dem Verein für Mototherapie, dem Verein für Gesundheitssport und Sporttherapie, der VHS mit den Bereich Bewegung und Ernährung und den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes selber, sind neun Gründungsmieter nach wie vor aktiv im Haus.

Mit wenigen Wechseln (Auszug der Selbsthilfekontaktstelle oder der Landesstelle Pflegende Angehörige) umfasst die Mieterschaft im Gesundheitshaus aktuell zusätzlich noch die Stiftung Bürger für Münster, den Landesverband der Angehörigen Psychisch Kranker und als „jüngsten“ Mieter die Ehrenamtlichen des Vereins „Anti-Rost Münster“. Weitere Veränderungen bei den etablierten Mietern kommen hinzu. So ist das Informationsbüro Pflege, neben den Angeboten der Wohnberatung und der Hilfen beim Umzug (über das Amt für Wohnungswesen) auch seit März 2010 einer von zwei Pflegestützpunkten in Münster.

Somit ist die Mieterschaft noch bunter, das Angebotsspektrum für die Bürgerinnen und Bürger noch umfassender geworden.

6.2 Gesundheitskonferenz

Städte und Kreise in NRW sind seit 1999 dazu verpflichtet, kommunale Gesundheitskonferenzen einzuberufen. In Münster gibt es dieses Gremium bereits seit 1995. Mitglieder sind Vertreter/innen von Apotheker- und Ärzteverbänden, Krankenkassen, Krankenhäusern, Selbsthilfe-Organisationen, Wohlfahrtsverbänden und Weiterbildungseinrichtungen sowie der im Rat vertretenen Fraktionen. Vorrangiges Ziel der Gesundheitskonferenz ist der Erfahrungs- und Informationsaustausch sowie die Kooperation der im Gesundheitswesen tätigen Organisationen und Gruppen. Damit soll die Gesundheitsförderung gestärkt, Gesundheitsleistungen besser aufeinander abgestimmt und Defizite aufgespürt werden. Die Gesundheitskonferenz Münster tagt zwei Mal im Jahr und bildet für die Bearbeitung verschiedener Themen jeweils einen Facharbeitskreis. Die dort entwickelten Handlungsempfehlungen werden der Gesundheitskonferenz vorgestellt und einvernehmlich verabschiedet.

Seit 2001 hat sich die Gesundheitskonferenz u. a. mit folgenden Themen beschäftigt und Handlungsempfehlungen verabschiedet:

■ Impf-Prophylaxe ■ Kinder- und Jugendpsychiatrie ■ Bewegungs- und sprachauffällige Kinder ■ Brustkrebs ■ „Gesundheit in verschiedenen Sprachen“ – Gesundheitswegweiser ■ Rehabilitation und berufliche (Re-) Integration psychisch kranker Menschen ■ Demenz ■ Gesundheitliche Versorgung bei häuslicher Gewalt ■ Tabakkonsum reduzieren in Münster bis 2010 (1. Gesundheitsziel für Münster) ■ Präventionsmöglichkeiten beim Plötzlichen Säuglingstod in Münster ■ Schädel-Hirn-Trauma in der Fahrradstadt Münster ■ Gesund aufwachsen in Münster (2. Gesundheitsziel für Münster) ■ Gesund älter werden in Münster ■ Bündnis gegen Depression Münster

Durch die Vernetzung untereinander, die Abstimmung bestimmter Vorgehensweisen, die Information der Bevölkerung und unterschiedliche Fachtagungen konnten und können bei vielen dieser Themen Erfolge verzeichnet werden.

Die Geschäftsführung der Gesundheitskonferenz wird vom Gesundheitsamt der Stadt Münster wahrgenommen.

6.3 Übernahme der Geschäftsaufgaben des Gesunde Städte-Netzwerkes

Im Jahr 1997 ist die Stadt Münster dem Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland (GSN), beigetreten. Das GSN ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Städten, Kreisen, Gemeinden und Regionen, die für ihre Bürgerinnen und Bürger gesunde Rahmenbedingungen schaffen wollen. Der Grundgedanke des GSN geht zurück auf die Ottawa-Charta der WHO, die 1986 verabschiedet wurde. Sie definiert den modernen Gesundheitsbegriff und ein Verständnis von Gesundheitsförderung. Das Netzwerk ist aktuell auf 70 Mitglieder mit ca. 22 Mio. EinwohnerInnen gewachsen, weitere interessierte Städte bereiten ihren Beitritt vor. Zum Auftrag des GSN gehört es insbesondere, kommunale Gesundheitsförderung als gesellschaftspolitische Aufgabe im öffentlichen Bewusstsein zu verankern. Es verfolgt dieses Ziel in enger Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen und positioniert damit die Bedeutung der Kommunen im Themenfeld Gesundheitsförderung und Prävention. Neben einem gegenseitigen Erfahrungsaustausch bemühen sich die Städte auch darum, gemeinsam mit Partnern konkrete Planungshilfen in Themenfeldern der Gesundheitsförderung zu erarbeiten und Kooperationen anzustreben. Das Netzwerk ist paritätisch ausgerichtet, neben der Kommunalen Vertretung sind Selbsthilfe und Initiativen aktiv mit eingebunden.

Seit 2004 ist im Gesundheitsamt der Stadt Münster auch die Bundesgeschäftsstelle des Netzwerkes angesiedelt. Unterstützt wird diese Arbeit von der Selbsthilfekontaktstelle Münster sowie der Kinderneurologie-Hilfe Münster. Die Geschäftsstelle ist zum einen Ansprechpartnerin im Netzwerk für die Mitgliedskommunen, den Sprecherinnen- und Sprecherrat und die Kompetenzzentren. Zu den Aufgaben gehört die Vor- und Nachbereitung der Sitzungen des Sprecherrates, der jährlichen Mitgliederversammlungen, Ausschreibung des Gesunde Städte-Preises (alle zwei Jahre) und die Unterstützung der Ausrichter von Symposien des Netzwerkes. Nach außen ist die Geschäftsstelle erste Ansprechpartnerin des Netzwerkes. Interessierte Städte werden zur Mitgliedschaft und den

damit verbundenen Aufgaben beraten. Die Redaktion und Herausgabe der Gesunde Städte-Nachrichten, einer zweimal im Jahr erscheinenden Zeitschrift mit Berichten aus dem Netzwerk, Vorstellung neuer Mitglieder und Berichte zu neuen Entwicklungen im Themenfeld Gesundheit und Stellungnahmen hierzu und die Pflege der Homepage gehört im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit ebenfalls zu den Aufgaben der Geschäftsstelle.

Mit dieser bundesweit koordinierenden Aufgabe sind in den zurückliegenden Jahren auch Projekte und besondere Aktivitäten in Münster erfolgt. So wurde Münster einer von 16 Standorten im Projekt „Gesunde Kommune“ der Techniker Krankenkasse mit dem Themenschwerpunkt Unfallprävention. Hier wird die Kinderneurologie-Hilfe Münster e.V. in der konkreten Projektarbeit finanziell gefördert. Durch intensive Unterstützung der Gesundheitsaktivitäten im Stadtteil Roxel konnten die Akteure im Jahr 2009 im Frankfurt am Main den Gesunde Städte-Preis entgegen nehmen. Durch die Sekretariatsarbeit ist Münster auf bundes- und auch den Länderebenen als kompetente Gesunde Stadt präsent. Mit Herausgabe der Gesunde Städte-Nachrichten wird Münster als Gesundheits- und Medizinstadt bundesweit sichtbar. Dies ist ein nicht zu unterschätzender Werbefaktor für die Stadt.

7. Gesundheitsstadt und Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft gilt in Deutschland als einer der größten und wichtigsten Wachstumsbereiche. Der Gesundheitssektor in Münster ist nach dem Handel der wichtigste Einzelsektor mit einer großen Wachstumsrate. Das Thema Gesundheit / Gesundheitswirtschaft ist ein Schwerpunktthema der Hochschulen in Münster im Bereich der Forschung und Wissenschaft. Daneben ist Münster neben Köln der wichtigste Standort für die Ausbildung im Bereich der medizinischen Berufe und anderer Gesundheitsfachberufe in NRW. Vor diesem Hintergrund hat der Rat der Stadt mit der Vorlage 139/2003 beschlossen, dem Gesundheitssektor eine besondere Priorität einzuräumen, die Gesundheitsdienstleister näher zusammen zu bringen und die Wachstumsmotoren durch geeignete Maßnahmen zu fördern. Der Wirtschaftsförderung Münster kommt die koordinierende Rolle zu. Das Gesundheitsamt sowie Münster Marketing sind in die Thematik mit eingebunden.

In den zurückliegenden Jahren, haben sich unterschiedliche Aktivitäten entwickelt. Im Herbst 2007 fand das erste Forum Gesundheitswirtschaft Münsterland statt. Das Institut für Arbeit und Technik, Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität, Gelsenkirchen, legte im Frühjahr 2008 Perspektiven zur Gesundheitswirtschaft Münsterland vor. Die Konzertierte Aktion Wissenschaftsstadt Münster hat u.a. die Themen Nanobioanalytik in Medizintechnik und Pharma und Medizinische Prävention als besondere Kompetenzfelder für Münster identifiziert und über Fach- und Expertenarbeitskreise etabliert.

8. Selbsthilfe in Münster

(Autorin: Renate Ostendorf, Selbsthilfe Kontaktstelle Münster)

Die gesellschaftliche Bedeutung der Selbsthilfe hat in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen. Wichtige Gründe dafür sind:

- wachsende Probleme im Sozial- und Gesundheitsbereich (Zunahme von psychischen Problemen und Erkrankungen, Verlagerung der Krankheitsbilder hin zu langfristigen Verschleißerkrankungen)
- eine Unzufriedenheit mit den (anonymen) Strukturen im professionellen Versorgungssystem
- Überforderung der sozialen Netzwerke; vor allem eine Veränderung der Funktionen von Familie und Nachbarschaft.

Die damit verbundenen Veränderungen gehen einher mit dem Wunsch vieler, von einer Krankheit oder schwierigen Situation betroffener Menschen, sich mit anderen Betroffenen zusammen zu schließen, um selber aktiv an der Problembewältigung mitzuwirken.

Selbsthilfe und Selbstorganisation gehören in unserer Gesellschaft zu den traditionellen Bewältigungsformen von Krankheit, Behinderung, psychosozialen und sozialen Problemen. Die Selbsthilfe nimmt Aufgaben der Information und Beratung zur Gesunderhaltung und Krankheitsbewältigung wahr. Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich sind eine wichtige Ergänzung zum professionellen Versorgungssystem und stellen eine bedeutende Ressource für den verstärkten Ausbau gesundheitsfördernder Maßnahmen auf kommunaler Ebene dar

8.1 Selbsthilfe-Kontaktstelle Münster

Betroffenheit und informelle Hilfeleistung zählen zu den zentralen Kennzeichen im Selbstverständnis und in der Definition der Selbsthilfe. Engagement in Selbsthilfegruppen ist motiviert durch "Hilfe für sich selbst und Andere". Trotz des freiwilligen Charakters der Selbsthilfe benötigt sie kontinuierliche Unterstützung von außen, um ihre volle Kraft dauerhaft entfalten zu können. Selbsthilfefördernde Rahmenbedingungen tragen wesentlich dazu bei, dass Selbsthilfe sich entfaltet, dass Interessierte Zugangswege zu Selbsthilfegruppen finden und auch, dass Selbsthilfegruppen ihre Ziele erreichen können. Selbsthilfe-Kontaktstellen haben sich als **die** infrastrukturelle Selbsthilfefördermaßnahme erwiesen.

Seit 1988 gibt es die Selbsthilfe-Kontaktstelle Münster, in Trägerschaft des PARITÄTISCHEN. An die Selbsthilfe-Kontaktstelle Münster können sich Menschen wenden, die Information, Beratung oder Unterstützung zum Thema Selbsthilfe suchen. Fachkräfte informieren Betroffene bei der Suche nach einer Selbsthilfegruppe, beraten bei der Gruppengründung und bieten Hilfestellung in schwierigen Situationen an. Sie sorgen für die Vernetzung der verschiedenen Selbsthilfegruppen miteinander, unterstützen sie bei der Öffentlichkeitsarbeit und bei der Raumsuche.

Die drei hauptamtlichen MitarbeiterInnen (knapp 2 ½ Stellen) der Selbsthilfe-Kontaktstelle Münster sind AnsprechpartnerInnen für interessierte BürgerInnen, Selbsthilfegruppen, Initiativen und Institutionen, die an Selbsthilfe interessiert sind. Das gilt auch für MitarbeiterInnen im Sozial- und Gesundheitsbereich, für Politik und Verwaltung.

Die konkrete Arbeit der Selbsthilfe-Kontaktstelle Münster:

- Sie informiert über Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen
- vermittelt Interessierte in bestehende Selbsthilfegruppen
- verweist auf andere Angebote
- unterstützt die Neugründung von Gruppen
- berät Selbsthilfegruppen bei der Öffentlichkeitsarbeit und bei organisatorischen Fragen
- stellt den Gruppen Räume zur Verfügung und hilft bei der Raumsuche
- gibt organisatorische Hilfen (z.B. bei Veranstaltungen) und stellt technische Hilfsmittel zur Verfügung
- bietet Fortbildungen für Selbsthilfegruppen an
- kooperiert mit Fachleuten aus dem Gesundheits- und Sozialbereich
- fördert die Vernetzung zwischen den Gruppen
- bringt zur Information über die Selbsthilfe Szene in Münster die Selbsthilfe-Zeitung **kontakte** heraus
- wirbt für den Selbsthilfe Gedanken in der Öffentlichkeit
- vertritt die Selbsthilfe in unterschiedlichen Gremien und Zusammenhängen.

Menschen aus allen Bevölkerungsschichten suchen Unterstützung und Hilfestellung bei der Selbsthilfe-Kontaktstelle. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bieten den Interessierten **vor Ort** Informationen und Beratung an. Das Spektrum von über 300 Selbsthilfegruppen in Münster verdeutlicht, dass sich die Selbsthilfe-Kontaktstelle nicht auf wenige fachliche Schwerpunkte konzentriert, sondern problem- und fachübergreifend arbeiten muss.

Ungefähr zwei Drittel der Selbsthilfegruppen sind dem Gesundheitsbereich (chronische Erkrankungen, psychische Probleme, Behinderungen, Sucht) zuzuordnen. Dieses Themengebiet umfasst nahezu alle körperlichen Erkrankungen und Behinderungen von allergischen, asthmatischen und anderen Atemwegserkrankungen über Herz-Kreislauf- bis hin zu Krebserkrankungen sowie Sucht und Abhängigkeit, psychischen Erkrankungen und Problemen. Die Nachfrage nach Selbsthilfegruppen, die sich mit psychischen Problemen auseinandersetzen, nimmt seit Jahren zu.

Die größere Differenzierung bei der Klassifizierung der Probleme führt dazu, dass Gruppenbildungen in diesem Bereich immer schwieriger werden bzw. länger dauern können.

Ein Drittel der Selbsthilfegruppen befassen sich mit sozialen Themen (Frauen-/Männergruppen, Senioren, Familie, Arbeitslosigkeit, Migration...).

Die Selbsthilfe-Kontaktstelle ist „Drehscheibe“ zwischen den an Selbsthilfe Interessierten, den Selbsthilfegruppen, den im Gesundheits- und Sozialbereich hauptamtlich Tätigen sowie Politik und allgemeine Öffentlichkeit. Ihre Arbeit regt an, fördert die Selbsthilfe und ermuntert die Multiplikatoren, in und für die Selbsthilfe aktiv zu werden.

Neben der Unterstützung der Selbsthilfepotentiale Münsteraner Bürgerinnen und Bürger nimmt die Kontaktstelle eine Wegweiserfunktion im System der gesundheitlichen und sozialen Versorgung ein, da sie diese im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit auch an professionelle Einrichtungen weiterleitet. Das Kooperationsnetz der Selbsthilfe-Kontaktstelle ist weit verzweigt. Zu den wichtigsten Partnern gehören u.a. die kommunalen Sozial- und Gesundheitsverwaltungen, Beratungsstellen, andere Selbsthilfe-Kontaktstellen und die Presse, die insbesondere für die allgemeine Öffentlichkeit und die Neugründung von Selbsthilfegruppen unverzichtbar ist.

In den letzten Jahren haben die MitarbeiterInnen der Selbsthilfe-Kontaktstelle jährlich zwischen 5500 und 6000 (monatlich ca. 500 Kontakte) BürgerInnen, Selbsthilfegruppen, Fachleute aus dem Sozial- und Gesundheitswesen und den Medien beraten und über das Thema Selbsthilfe informiert.

Um die Möglichkeiten und Angebote der Selbsthilfe einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen, erscheint zweimal jährlich die Selbsthilfe-Zeitung **kontakte**. Mit einer Auflage von 4500 Exemplaren wird die **kontakte** nicht nur an alle Selbsthilfegruppen in Münster verschickt, sondern ebenso an Beratungsstellen, Krankenkassen, Arztpraxen, Weiterbildungseinrichtungen, Ämtern, usw.

Darüber hinaus organisiert die Selbsthilfe-Kontaktstelle, gemeinsam mit der Stiftung Siverdes, alle zwei Jahre einen Tag der Selbsthilfe, der jeweils unter einem bestimmten Motto steht und vielen Selbsthilfegruppen die Gelegenheit bietet, sich einer breiten Öffentlichkeit vorzustellen.

Die Selbsthilfe-Kontaktstelle ist im Hilfesystem der Stadt Münster vernetzt, leistet Lobbyarbeit und vertritt die Selbsthilfe in unterschiedlichen Gremien, Arbeitskreisen und anderen wichtigen Zusammenhängen wie z. B. in der Gesundheitskonferenz, im Arbeitskreis Siverdes und im Gesunde Städte-Netzwerk. Hier ist sie ein wichtiger Baustein, der die besondere Rolle der Selbsthilfe insgesamt in der Gesundheitspolitik der Städte betont.

Seit ihrer Gründung wird die Selbsthilfe-Kontaktstelle vorrangig durch öffentliche Mittel finanziert. Die Stadt Münster übernimmt davon mit gut 65 % den größten Anteil. Zuwendungen der Krankenkassen, Landesmittel und Eigenmittel des PARITÄTISCHEN komplettieren die Finanzierung.

Daneben existiert eine direkte finanzielle Förderung der Selbsthilfegruppen. Diese wird durch die kommunal verwaltete Stiftung Siverdes gewährleistet. Sie stellt jährlich bis zu 120.000,- € für Aktivitäten der Selbsthilfegruppen zur Verfügung. Darüber hinaus sind auch die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, Selbsthilfegruppen zu fördern. Seit 2008 ist diese Förderung neu geregelt worden. Die Selbsthilfe-Kontaktstelle spielt bei dem Zugang zu diesem Gemeinschaftsfond der Krankenkassen eine wichtige Rolle.

Im Oktober 2007 bezog die Selbsthilfe-Kontaktstelle neue Räumlichkeiten im Paritätischen Zentrum am Hafen. Durch die räumliche Nähe zum eigenen Träger ist nun eine engere Zusammenarbeit möglich. Weiterhin werden mit den unterschiedlichen Einrichtungen im Paritätischen Zentrum neue Wege der Kooperation erprobt.

Im Paritätischen Zentrum stehen den Gruppen zwei Gruppenräume zur Verfügung. Außerdem gibt es weitere Räume und einen großen Konferenzraum, den die Selbsthilfegruppen für ihre Veranstaltungen und Aktionen nutzen können. Daneben bietet das Gesundheitshaus wie bisher vielen Gruppen Räume für die Selbsthilfearbeit an (s. Tabelle VI 6.1)

Selbsthilfegruppen in Münster gibt es derzeit u.a. zu folgenden Themen:

- ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom)
- Ängste
- Aids
- Akustikus Neurinom
- Alkoholabhängigkeit
- Alleinerziehende
- Alleinlebende Frauen
- Allergien
- Alzheimer Krankheit
- Angehörige Borderline
- Angehörige Krebskranker
- Angehörige psychisch Kranker
- Angehörige Inhaftierter
- Angehörige Suchtkranker
- Angehörige Verwirrter
- Aphasie
- Arbeitssucht
- A-sexuell
- Asperger Syndrom
- Asthma
- Asylsuchende
- Augenerkrankungen
- AusländerInnen
- AussiedlerInnen
- Autismus
- Behinderte
- Beziehungsabhängigkeit
- Bipolare Störungen
- Blinde
- Blepharospasmus
- Bluthochdruck
- Borderline
- Brustkrebs
- Burnout
- Chorea-Huntington
- Clusterkopfschmerz
- Co-Abhängigkeit
- Cochlear-Implant
- Colitis Ulcerosa
- Cornelia de Lange Syndrom
- Demenz
- Depression
- Diabetes
- Down Syndrom
- Drogenabhängigkeit
- Durchblutungsstörungen
- Eltern-Kind-Trennung von Amts wegen
- Emotionale Gesundheit
- Endometriose
- Erkrankte
- Ärzte/Therapeuten
- Erwerbslose
- Essstörungen
- Fobromyalgie
- Frauen
- Frühgeborene Kinder
- Gehörlose
- Geistig behinderte Kinder
- Gestose
- Glaukom
- Glücklose Schwangerschaft
- Hepatitis
- Hedero-Ataxie
- Herzerkrankungen
- Hirngeschädigte
- Hochbegabung
- Hörbehinderte
- Holzschutzmittel-geschädigte
- Hormonselbsthilfe
- Hüftgelenkdysplasie
- Hydrocephalus
- ILCO (Künstlicher Darm- und Blasen Ausgang, Darmkrebs)
- Inkontinenz
- Kehlkopflose
- Kinderlähmung (Polio) Spätfolgen
- Kleptomanie
- Körperbehinderte
- Konduktive Förderung
- Krebs
- Kunstfehler in der Geburtshilfe
- Legasthenie
- Lernbehinderte
- Lesben
- Leukämie
- Liebessucht
- Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten
- Männer
- Marfan-Syndrom
- Migräne
- Missbrauch
- Miteinander-Füreinander
- Morbus Bechterew
- Morbus Crohn
- Mütter

- Mukoviszidose
- Multiple Sklerose
- Muskelerkrankungen
- Narcotics Anonymos
- Neurodermitis
- Neurologisch erkrankte Kinder
- Nierenerkrankte
- Obdachlose
- Opfer von Gewalt
- Organtransplantierte
- Osteoporose
- Parkinson
- Passivrauchen
- Pflegende Angehörige
- Pflege- und Adoptiveltern
- Phobien
- Plötzlicher Säuglingstod
- Polyzystisches Ovar-syndrom
- Porphyrie
- Pro Retina
- Prostata
- Psoriasis/Schuppenflechte
- Psychiatrie
- Rheuma
- Rosazea
- Rücken
- Ruhestand/Vorruhestand
- Sarkoidose
- Sauerstoff-Langzeit Therapie
- Schilddrüsenkrebs
- Schlafapnoe
- Schlaganfall
- Schmerzen
- Schwule
- Schwule Väter
- Sehbehinderte
- Seltene Erkrankungen
- Sektenaufklärung
- SeniorInnen
- Sexsucht
- Sexualität
- Silikongeschädigte Frauen
- Sklerodermie
- Sozialängste
- Spielsucht
- Spina Bifida
- Stieffamilien
- Stillen
- Stottern
- Straffälligenhilfe
- Sucht
- Suizid (Hinterbliebene)
- Tageseltern
- Tauschringe
- Teilleistungsschwäche
- Tinnitus
- Transidentität
- Transvestiten
- Trauer
- Trennung/Scheidung
- Übergewichtige
- Unruhige Beine
- Uveitis
- Väter
- Vergewaltigte Frauen
- Verwitwete
- Verwaiste Eltern
- Wachkoma
- Wechseljahre
- Zöliakie/Sprue
- Zwangserkrankungen
- Zwillingseltern

Handlungsansatz für Münster

Die **Akzeptanz und Wertschätzung der Selbsthilfe-Kontaktstelle** ist in der Öffentlichkeit und bei den Selbsthilfegruppen sehr groß. Die Selbsthilfe-Kontaktstelle ist eine anerkannte und etablierte Einrichtung im Gesundheits- und Sozialbereich in Münster. Ihr Standing ist hoch und die neuen Chancen der Kooperation innerhalb des PARITÄTISCHEN und mit den anderen Einrichtungen qualifiziert und differenziert die Beratungsangebote.

Die **Kooperationen mit Ärzten und Krankenhäusern** ist nach wie vor ein schwieriger Bereich. In den letzten Jahren hat sich die Akzeptanz der Selbsthilfe bei Ärzten und Krankenhäusern zwar deutlich verbessert und die Zusammenarbeit ist intensiviert worden. Dennoch wird das Potential der Selbsthilfe in diesem Bereich noch zu wenig gesehen. Das vielfältige Wissen und die umfangreichen Erfahrungen über Erkrankungen und Behandlungen, welches in den Selbsthilfegruppen vorhanden ist, wird vom medizinischen System noch zu wenig akzeptiert und genutzt.

Das **Krankenhaus, als Teil des gesundheitlichen Versorgungssystems**, wird in Zukunft noch mehr über die Selbsthilfe-Kontaktstelle und ihre Prinzipien, aber auch über die Selbsthilfe und die Selbsthilfegruppen informiert sein, um „ihren“ Patienten ein breiteres Angebot bieten zu können. Ein Schwerpunkt der Selbsthilfe-Kontaktstelle wird es sein, das Thema „Selbsthilfe“ stärker im Krankenhaus und in der Ärzteschaft zu platzieren.

Die Akzeptanz der Selbsthilfe bei besonders **schwer erreichbaren Bevölkerungsgruppen** (MigrantInnen, Personen mit niedrigem Einkommen) soll verbessert werden. Bislang ist in diesen Bevölkerungsgruppen wenig Wissen über die positiven Potentiale der Selbsthilfe vorhanden. Selbsthilfe verbessert die Gesundheitschancen auch für MigrantInnen und ermöglicht ein mehr an

Teilhabe. Hier gilt es, die Zugangswege für die Betroffenen zur Selbsthilfe zu erleichtern, neue Formen der Ansprache zu finden und spezifische Angebote zu schaffen. Erst wenn die Betroffenen positive Erfahrungen mit der Selbsthilfe gemacht haben, besteht eine realistische Chance, für die stärkere Verbreitung des Selbsthilfgedankens in den unterschiedlichen Kulturkreisen.

Das Thema **Generationswechsel** erreicht auch die Selbsthilfe in Münster. Viele Selbsthilfegruppen sind mittlerweile 15, 20 und mehr Jahre alt. In einigen Gruppen geben die Gründer auf Grund des Alters ihre aktive Mitarbeit und Verantwortung für die Gruppe auf. Teilweise haben sie Probleme einen Nachfolger zu finden. Dieses Problem ist im Ehrenamt schon längere Zeit ein Thema. Ein weiterer Punkt ist, dass einige Selbsthilfegruppen kollektiv altern und Jüngere so möglicherweise wenig Interesse an der Gruppe haben. Die Kontaktstelle bietet ihre Unterstützung an, den Prozess des Generationenwechsels zu begleiten, Impulse zu geben und sich als Diskussionspartner zu Verfügung zu stellen.

Der Unterstützungsbedarf vieler Selbsthilfegruppen steigt. Auch die Selbsthilfe nutzt immer stärker die neuen Medien, präsentiert sich im Internet und ihre Beratungsangebote werden komplexer und professioneller. Seit Jahren organisiert die Selbsthilfe-Kontaktstelle ein breites **Fortbildungsangebot für die Selbsthilfegruppen** um diesem Bedarf gerecht zu werden. Dieses Angebot muss ausgebaut werden und sich auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Selbsthilfegruppen einstellen.