Kreis Gütersloh
weltgewandt & bodenständig

# Gesundheitsversorgung im Kreis Gütersloh















HILFE ZUR SELBSTHILFE!




# Dokumentation 2014

www.Kreis-Guetersloh.de

Herausgeber: Kreis Gütersloh
Der Landrat
Abteilung Gesundheit

Redaktion: Christel Kunz
Nadine Nowakowski

Ansprechpartnerin: Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz
Christel Kunz
Telefon: 05241 - 85 1660
Fax: 05241 - 85 31660
e-mail: christel.kunz@gt-net.de
www.kreis-guetersloh.de

Fotos: Ärztliche_Versorgung_Fotolia_6966282_XS
Burnout_Fotolia_34374526_XS
Medizinische_Versorgung_älterer_Menschen_Fotolia_26242647_XS
Pflegeeinrichtung_Fotolia_32948049_XS
Rettungsdienst
Arzneimittel: Lena Bökenhans

Titelseite: Mirjana Grundei

Druck: Hausdruckerei

Stand: 2014

# Grußwort



Sehr geehrte Damen und Herren,

die Gewährleistung einer qualitativ und quantitativ guten Gesundheitsversorgung ist von zentraler Bedeutung für die Einwohnerinnen und Einwohner im Kreis Gütersloh. Dies gilt insbesondere für eine ortsnahe und leistungsfähige medizinische Versorgung.

Dieses Ziel zu erreichen ist Aufgabe einer Vielzahl von Einrichtungen und Organisationen. Gefordert sind hier insbesondere die niedergelassenen Ärzte, die Krankenhäuser, die Apotheken, die kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen, die Hilfsorganisationen, die Kreise und Kommunen und viele andere Institutionen.

Das Spektrum der Leistungsangebote, die eine qualitativ und quantitativ gute Gesundheitsversorgung sicherstellen sollen, ist breit. Der vorliegende Bericht kann und soll dieses Spektrum nicht in Gänze beleuchten. Er beschränkt sich auf wesentliche Bereiche und erstreckt sich insbesondere von der ambulanten über die stationäre Versorgung bis hin zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. Einen besonderen Schwerpunkt stellt in diesem Bericht die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung dar.

Die zentralen gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen ergeben sich aus der demografischen Entwicklung, die auch vor dem Kreis Gütersloh nicht Halt macht. Zwar ist auf den ersten Blick erfreulich, für den Zeitraum bis zum Jahr 2030 – gegen den allgemeinen Trend – ein Bevölkerungswachstum zu erwarten. Jedoch zeigt ein weiterer Blick, dass der Anteil älterer, vor allem auch hoch betagter Menschen zunimmt. Diese Entwicklung ist bereits jetzt im Kreis Gütersloh spürbar. Sie wird zu veränderten Bedarfen führen und eine Anpassung der Versorgungsstrukturen erfordern. Demgegenüber besteht bereits heute in verschiedenen Gesundheits- und Pflegeberufen ein Fachkräftemangel. Dieser Trend wird sich durch den demografischen Wandel noch verstärken.

Diese Entwicklung hat die Gesundheitspolitik im Kreis Gütersloh erkannt und diese veranlasst, frühzeitig zu handeln. Eine Maßnahme war dabei die Erstellung einer Dokumentation zur Gesundheitsversorgung, die erstmals im Jahr 2010 erstellt wurde.

Ich freue mich, dass wir Ihnen mit diesem Bericht eine Fortschreibung der Dokumentation an die Hand geben können. Damit erhalten alle im Gesundheits- und Pflegebereich Verantwortlichen ein Instrument in die Hand, das sie bei ihren weiteren Planungen zu Grunde legen können. Der Öffentlichkeit und interessierten Bürgerinnen und Bürgern steht damit zugleich ein aktuelles Informationsmittel über den Stand der Gesundheitsversorgung im Kreis Gütersloh zur Verfügung.

Ich möchte an dieser Stelle allen Akteuren danken, die an der Erstellung der Dokumentation mitgewirkt und Daten zur Verfügung gestellt haben.

Ich wünsche mir und hoffe, dass diese Dokumentationsreihe dazu beiträgt, dem Eintritt „drohender“ Versorgungslücken frühzeitig entgegen zu wirken und dass sie zugleich Handlungsimpulse zum Erhalt und Ausbau einer qualitativ guten und quantitativ angemessenen Gesundheitsversorgung im Kreis Gütersloh gibt.

Thomas Kuhlbusch
Leiter des Fachbereichs Gesundheit, Ordnung und Recht des Kreises Gütersloh

# Inhaltsverzeichnis

Grußwort

Einleitung

1 Demographische und soziale Rahmenbedingungen ... 9
1.1 Bevölkerungsentwicklung im Kreis Gütersloh ... 9
1.2 Lebenserwartung ... 13
1.3 Sterblichkeit ... 15
1.4 Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen ... 17
1.5 Frührentenzugänge und -bestand ... 20
1.6 Empfänger von Arbeitslosengeld II ... 25

2 Ambulante Versorgung ... 27
2.1 Ambulante haus- und fachärztliche Versorgung ... 27
2.2 Ärztlicher Notdienst und notärztliche Versorgung ... 36
2.3 Zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung ... 41
2.4 Apotheken ... 44
2.5 Häusliche Pflege ... 47

3 Stationäre Versorgung ... 49
3.1 Krankenhäuser ... 49
3.2 Pflegeeinrichtungen ... 52

4 Gesundheitsbezogene Selbsthilfe ... 55

5 Transparenz und Information ... 60

6 Zusammenfassung ... 63

7 Schwerpunktthema - Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung ... 66
7.1 Datenlage ... 67
7.2 Situationsanalyse im Kreis Gütersloh ... 73
7.2.1 Stationäre Versorgung ... 73
7.2.2 Teilstationäre Versorgung ... 74
7.2.3 Ambulante Versorgung ... 75
7.3 Nacht- und Wochenendversorgung in psychischen, psycho-sozialen und psychiatrischen Krisen durch den Krisendienst für den Kreis Gütersloh ... 78
7.4 Kinder von sucht- und psychisch kranken Eltern ... 80
7.5 Schlussbetrachtung ... 83

Anhang

**Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Vermeidbare Sterbefälle der sechs häufigsten Todesursachen, Kreis Gütersloh 2012 ..... 17
Tabelle 2: Versorgungsplan inkl. Altersstruktur für die hausärztliche Versorgung für die Mittelbereiche des Kreises Gütersloh (Stand: August 2014) ..... 30
Tabelle 3: Versorgungsplan inkl. Altersstruktur für die allgemeine fachärztliche Versorgung auf Ebene des Kreises Gütersloh (Stand: August 2014) ..... 31
Tabelle 4: Versorgungsplan inkl. Altersstruktur für die spezialisierte fachärztliche Versorgung auf der Ebene der Raumordnungsregion Bielefeld (Stand: August 2014) ..... 32
Tabelle 5: Notarztstandorte im Kreis Gütersloh ..... 38
Tabelle 6: Versorgungsgrad OWL in Prozent für die Jahre 2010 bis 2012 ..... 42
Tabelle 7: Apothekendichte in Ost-Westfalen-Lippe 2012 ..... 44
Tabelle 8: Apothekendichte in den Städten und Gemeinden des Kreises Gütersloh 2014 ..... 45
Tabelle 9: Übersicht der Krankenhäuser im Kreis Gütersloh 2014 ..... 49
Tabelle 10: Anzahl der Selbsthilfegruppen in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden im Jahr 2014 ..... 56
Tabelle 11: Kontakte mit unterschiedlichen Zielgruppen 2013 ..... 56
Tabelle 12: Häufig angefragte Selbsthilfethemen im Jahr 2013 ..... 57
Tabelle 13: Häufigste Krankenhausbehandlungen im Alter von 0-19 Jahren aufgrund von Psychischen- und Verhaltensstörungen nach Erkrankungsgruppen (F00-F99) im Jahr 2012 ..... 71
Tabelle 14: Gründe für die Inanspruchnahme des Krisendienstes ..... 79
Tabelle 15: Verfügbare Daten und Datenquellen für die Dokumentation zur Gesundheitsversorgung im Kreis Gütersloh ..... 84

**Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Bevölkerungsveränderung OWL Kreise und Gemeinden 2008 - 2030 ..... 9
Abbildung 2: Prognose für die hochaltrige Bevölkerung ..... 10
Abbildung 3: Die Bevölkerung Gütersloh am 31.12.2012 und Prognose für 2030 ..... 11
Abbildung 4: Abweichung der Lebenserwartung vom Landesdurchschnitt - Frauen 2010/2012 ..... 13
Abbildung 5: Abweichung der Lebenserwartung vom Landesdurchschnitt - Männer 2010/12 ..... 14
Abbildung 6: Mortalitätsraten im NRW-Vergleich 2012 ..... 15
Abbildung 7: Mortalitätsraten im NRW-Vergleich 2012 – Frauen ..... 16
Abbildung 8: Mortalitätsraten im NRW-Vergleich 2012 – Männer ..... 16
Abbildung 9: Sterbefälle durch Verkehrsunfälle in NRW ..... 18
Abbildung 10: Zeitlicher Verlauf der vermeidbaren Sterbefälle für Verkehrsunfälle von 2005 – 2012 . 19
Abbildung 11: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in NRW im Jahr 2012 ..... 20
Abbildung 12: Frühberentungen im Kreis Gütersloh im Vergleich mit NRW ..... 21
Abbildung 13: Frühberentungen von Frauen im Kreis Gütersloh im Vergleich mit NRW ..... 22
Abbildung 14: Frühberentungen von Männern im Kreis Gütersloh im Vergleich mit NRW ..... 23
Abbildung 15: Frühberentungen im Kreis Gütersloh im Vergleich mit NRW aufgrund von Psychischen- und Verhaltensstörungen ..... 23
Abbildung 16: Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in NRW im Jahr 2012 ..... 24

Abbildung 17: Empfänger von Arbeitslosengeld II im Jahr 2012 ..... 26
Abbildung 18: Entwicklung der ALG II-Empfänger im Kreis Gütersloh im Vergleich mit OWL und NRW (Anzahl der ALG II-Empfänger je 100.000 Einwohner)..... 26
Abbildung 19: Versorgungsgrad mit Hausärzten im NRW-Vergleich im Jahr 2012..... 29
Abbildung 20: Versorgungsgrad der Hausärzte im Kreis Gütersloh, 2002 – 2012 ..... 29
Abbildung 21: Übersichtskarte über die neuen Notfalldienstbezirke in Westfalen..... 37
Abbildung 22: Rettungswacheneinsatzbereiche und Rettungsdiensteinrichtungen ..... 39
Abbildung 23: Versorgungsgrad mit Vertragszahnärztinnen und –Zahnärzten 2012 ..... 42
Abbildung 24: Versorgungsgrad mit Kieferorthopäden 2012 ..... 43
Abbildung 25: Apothekendichte in den Städten und Gemeinden 2014 ..... 45
Abbildung 26: Von ambulanten Einrichtungen betreute Pflegebedürftige in NRW 2011..... 47
Abbildung 27: Verfügbare Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen in NRW 2011 ..... 52
Abbildung 28: Von stationären Einrichtungen betreute Pflegebedürftige in NRW 2011..... 53
Abbildung 29: Anzahl der Selbsthilfegruppen in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden im Jahr 2014 ..... 55
Abbildung 30: Organisationsteam der Fortbildung für medizinische Fachangestellte ..... 57
Abbildung 31: Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner in NRW und dem Kreis Gütersloh durch Psychische- und Verhaltensstörungen (ICD 10 F00-F99), insgesamt, 2012..... 67
Abbildung 32: Krankenhausfälle durch Psychische- und Verhaltensstörungen (ICD 10 F00-F99), insgesamt, 2000-2012..... 68
Abbildung 33:Sterbefälle je 100.000 Einwohner durch Psychische- und Verhaltensstörungen (ICD 10 F00-F99) in NRW und Kreis Gütersloh, insgesamt, 2012..... 69
Abbildung 34: Krankenhausbehandlungen je 100.000 Einwohner aufgrund von Psychischen- und Verhaltensstörungen (F00-F99) im Alter von 0-14 Jahren; 2002 – 2012 ..... 70
Abbildung 35: Krankenhausbehandlungen je 100.000 Einwohner aufgrund von Psychischen- und Verhaltensstörungen (F00-F99) im Alter von 15-19 Jahren; 2002 – 2012 ..... 71
Abbildung 36: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen 2012 .... 75
Abbildung 37: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 2012..... 76
Abbildung 38: Entwicklung der Versorgung durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von 2007-2012 ..... 76
Abbildung 39: Gesamtzahl der Kontakte mit dem Krisendienst in den Jahren 2008 bis 2013 ..... 78

## Gesundheitsversorgung im Kreis Gütersloh - Dokumentation 2014

### Einleitung

Der Kreis Gütersloh liegt im Regierungsbezirk Detmold (Ostwestfalen-Lippe) im Nordosten Nordrhein-Westfalens. Die Kreisstadt ist Gütersloh. Der Kreis umfasst eine Fläche von 969,21 km² mit 10 Städten und drei Gemeinden. Der gesamte Kreis Gütersloh hatte am 01.01.2014 358.645 Einwohner. Der ausländische Bevölkerungsanteil betrug 9,97 %. Der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund[1] betrug 2011 im Kreis Gütersloh insgesamt 26,8 % (Mikrozensus). Dies ist ein höherer Anteil als in NRW (24,5 %) und in gesamt Deutschland (19,2 %). Im Jahr 2012 gab es im Kreis Gütersloh 2.973 Geburten und 3.488 Sterbefälle. Zudem zogen 14.785 Menschen in den Kreis Gütersloh und 13.498 Menschen aus dem Kreis fort. Im Allgemeinen wächst die Bevölkerung noch leicht, entgegen dem generellen Trend und ist mittelfristig relativ stabil, lebt aber von der Zuwanderung aus anderen Regionen. Die Einwohner des Kreises sind mit einem Durchschnittsalter von 41,6 Jahren vergleichsweise jünger. Der Kreis Gütersloh hat vier allgemeine Krankenhäuser und zwei Spezialkrankenhäuser. Zudem stellen 466 Ärzte und Psychotherapeuten, 175 Zahnärzte und Kieferorthopäden und 85 Apotheken, inklusive Krankenhausapotheken, die Versorgung der Bevölkerung sicher (entnommen: Der Kreis Gütersloh, Zahlen, Daten, Fakten 2014).

Der demografische Wandel wird auch im Kreis Gütersloh zu veränderten Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung führen. Zudem zeichnet sich derzeit vor allem im ländlichen Raum ein Nachwuchsmangel in der ärztlichen Versorgung ab.

Im Jahr 2010 ist die erste Dokumentation mit dem Titel „Gesundheitsversorgung im Kreis Gütersloh“ erschienen. Mit dem vorliegenden Gesundheitsbericht wird die Dokumentation im Kreis Gütersloh fortgeschrieben. Die nun vorliegende Dokumentation gibt anhand von ausgewählten Gesundheitsindikatoren einen Überblick über wesentliche Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung im Kreis Gütersloh. Sofern die Daten in geschlechtsspezifischer Form verfügbar waren, wurden sie in der Dokumentation differenziert dargestellt. Eine Übersicht über die verfügbaren Daten und Datenquellen für diese Dokumentation ist in der Anlage beigefügt (Tabelle 17).

Gesundheitsindikatoren der Landesgesundheitsberichterstattung, die auch auf Kreisebene verfügbar sind, bilden einen großen Teil der Datenbasis[2]. Die kartographischen Darstellungen bieten eine gute Vergleichsmöglichkeit des Kreises Gütersloh mit anderen Kreisen und kreisfreien Städten in NRW.

[1] Zu den Menschen mit Migrationshintergrund (im weiteren Sinn) zählen nach der Definition im Mikrozensus 2011 "alle zugewanderten und nicht zugewanderten Ausländer/-innen sowie alle nach 1955 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugewanderten Deutschen und alle Deutschen mit zumindest einem nach 1955 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugewanderten Elternteil […]."

[2] Aufgabe der Landesgesundheitsberichterstattung NRW ist es, den Gesundheitszustand der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens und deren gesundheitliche Versorgung zu beschreiben und zu bewerten. Probleme der gesundheitlichen Lage und Versorgung werden identifiziert, Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt und gesundheitspolitische Maßnahmen evaluiert. Neben der Identifikation von Handlungsbedarf durch eine kontinuierliche Berichterstattung (Monitoring) vertieft Gesundheitsberichterstattung durch spezielle Berichte prioritäre Themen der Gesundheitspolitik (vgl. www.liga-nrw.de).

Der Bericht beginnt mit einer Darstellung der demographischen Entwicklung anhand von Bevölkerungsprognosen und wird durch eine grafische Darstellung des Bevölkerungsbaumes ergänzt. Als die gebräuchlichste Form der Darstellung hat sich die 5-Jahres-Altersgruppierung, gegliedert nach Geschlecht, durchgesetzt. Hier wurde im Vergleich zur Dokumentation von 2010 ein neuer Indikator mit aufgenommen. Es folgt eine Darstellung der Lebenserwartung und Sterblichkeit von Frauen und Männern im Kreis Gütersloh. Hier wurde ebenfalls ein neuer Indikator eingeführt: Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen. Der Begriff „Vermeidbare Sterbefälle“ bezieht sich auf ausgewählte Todesursachen, die unter adäquaten Behandlungs- und Vorsorgebedingungen als vermeidbar gelten. Der Indikator greift die sechs häufigsten Todesursachen bei den vermeidbaren Sterbefällen auf. Es können Auswirkungen unterschiedlicher Versorgungs- und Inanspruchnahmestrukturen aufgezeigt und ein erhöhter Bedarf an präventiven Maßnahmen identifiziert werden. Angaben zur Anzahl von Arbeitslosengeld II-Empfängern und Frühberentungen geben Einblick in die soziale und gesundheitliche Lage der Bevölkerung.

Für den Bereich der ambulanten Gesundheitsversorgung wurden von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe speziell für den Kreis Gütersloh aufbereitete Daten zur Verfügung gestellt. Diese Daten können dazu beitragen, die Entwicklung von Über- und Unterversorgung im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung zu erkennen. Aufgrund des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes und der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie haben die beiden Kassenärztlichen Vereinigungen in NRW im Frühjahr 2013 ihre Bedarfsplanung geändert. Die Daten zur ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung sind daher mit den Planzahlen von 2010 nur noch bedingt vergleichbar.
Zudem hat die Medizinalaufsicht der Abteilung Gesundheit Informationen über die Apothekenversorgung im Kreis Gütersloh bereitgestellt.

Die Darstellung der stationären Versorgung umfasst relevante Informationen über Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen im Kreis Gütersloh. Darüber hinaus wird ein Überblick über die gesundheitsbezogene Selbsthilfe gegeben, die zu einem wichtigen Sektor der Gesundheitsversorgung im Kreis Gütersloh geworden ist. Anschließend werden Internetadressen über weitere Informationsmöglichkeiten zu Angeboten der Gesundheitsversorgung gegeben und die bisherigen Ergebnisse zusammengefasst.
Der abschließende Schwerpunktbericht befasst sich mit der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung im Kreis Gütersloh.

Allen Einrichtungen, die mit Daten und Informationen zur Erstellung der Dokumentation beigetragen haben, sowie Frau Nadine Nowakowski, die als Praktikantin im Rahmen ihres Masterstudiums an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld an der Dokumentation mitgearbeitet hat, gilt an dieser Stelle ein ganz besonderer Dank.

Im Rahmen ihrer Fortführung soll die Dokumentationsreihe einen regelmäßigen Überblick über den Stand der Gesundheitsversorgung im Kreis Gütersloh geben und als Grundlage für die Planungsverantwortlichen dienen.

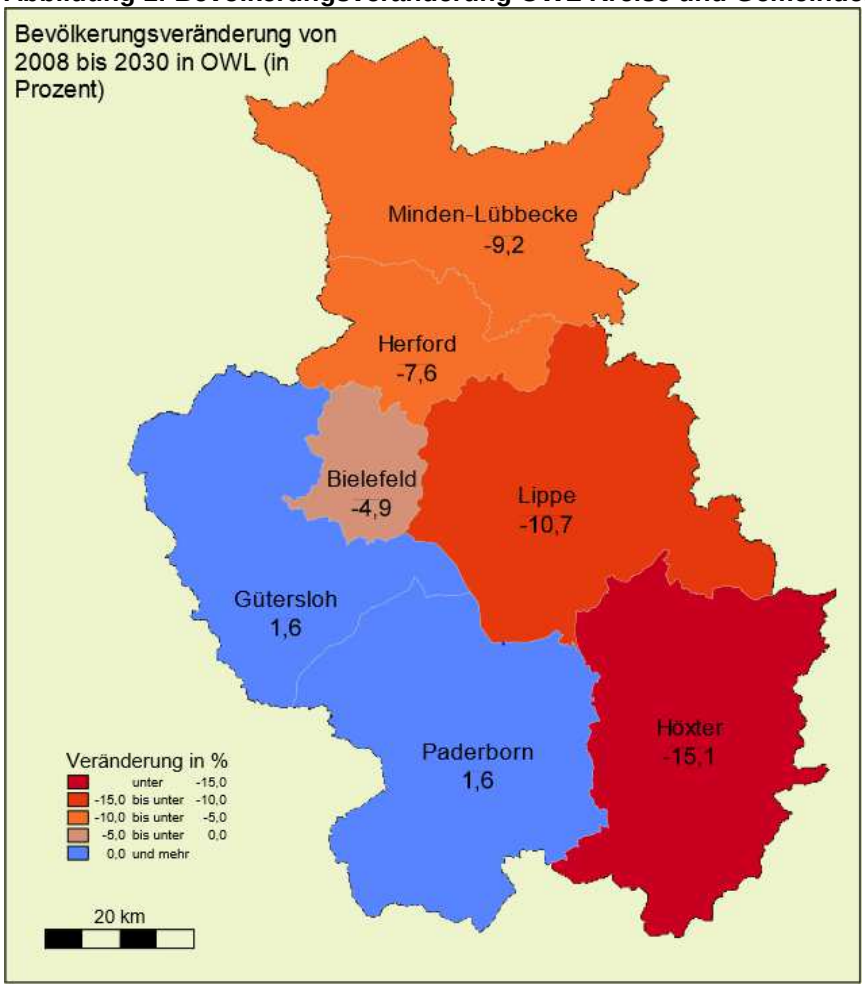
# 1 Demographische und soziale Rahmenbedingungen

Die demografischen Rahmenbedingungen lassen sich unter anderem durch Bevölkerungsprognosen, insbesondere durch Vorausberechnungen bestimmter Altersgruppen der Bevölkerung beschreiben.
Die sozialen Rahmenbedingungen lassen sich durch Indikatoren, wie z.B. Arbeitslosigkeit darstellen. Es werden häufig Indikatoren über Empfänger von ausgewählten öffentlichen Sozialleistungen für Aussagen zur sozioökonomischen Lebenssituation genutzt.

## 1.1 Bevölkerungsentwicklung im Kreis Gütersloh

Wie in Abbildung 1 zu sehen, wird erwartet, dass die Einwohnerzahlen im Kreis Gütersloh von 2008 bis 2030 voraussichtlich um 1,6 % steigen werden, wie auch im Kreis Paderborn. Für alle anderen Kreise in OWL und die Stadt Bielefeld hingegen wird ein Rückgang erwartet. Entgegen dem generellen Trend wächst die Bevölkerung im Kreis Gütersloh noch leicht und ist mittelfristig relativ stabil, lebt aber von der Zuwanderung aus anderen Regionen.

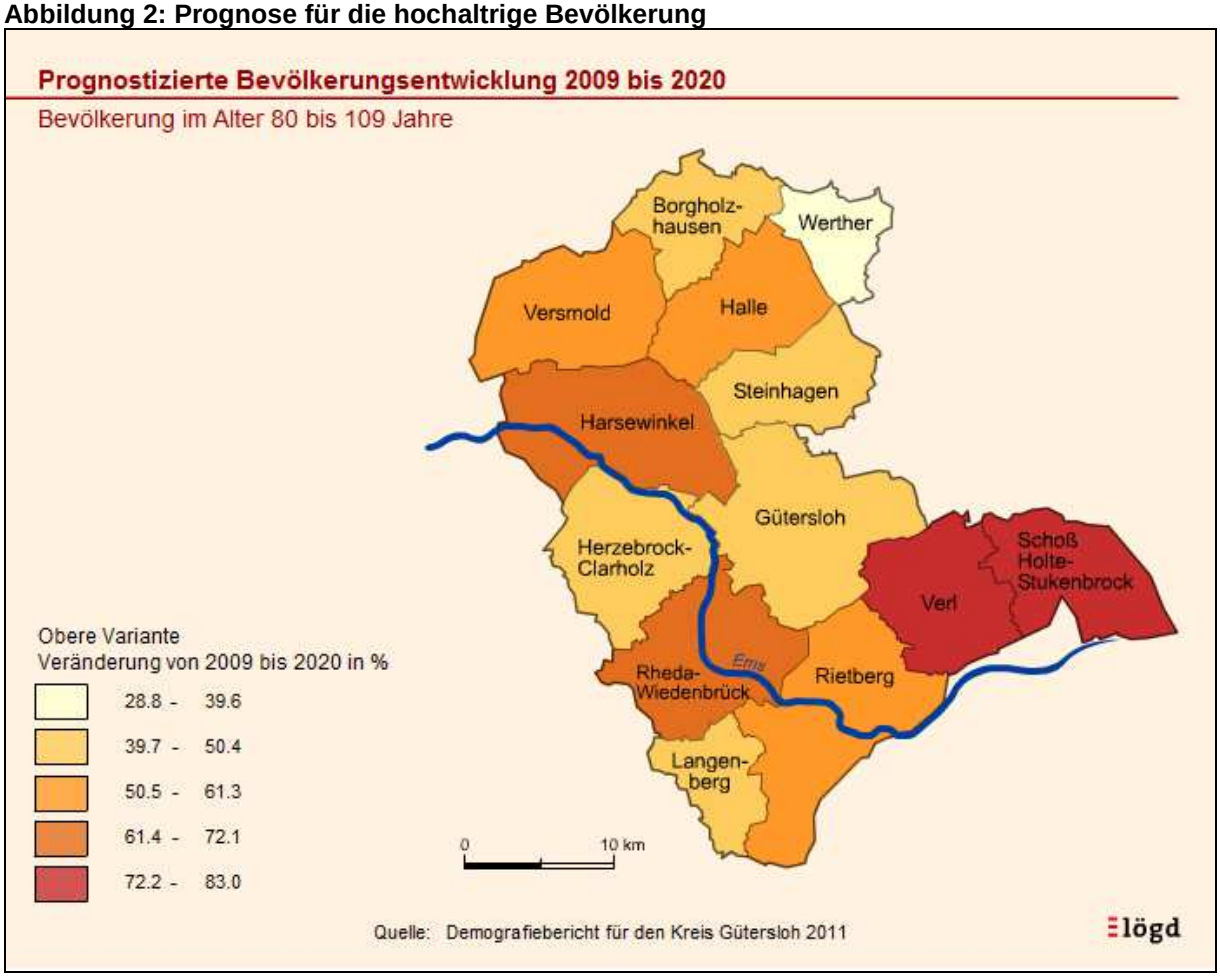
**Abbildung 1: Bevölkerungsveränderung OWL Kreise und Gemeinden 2008 - 2030**




Quelle: Bezirksregierung Detmold: Bevölkerungsentwicklung in Ostwestfalen-Lippe bis zum Jahr 2030

In diesem Zusammenhang ergibt sich allerdings für die einzelnen Altersgruppen ein sehr unterschiedliches Bild. Während langfristig der Anteil der jüngeren Bevölkerung sinkt, wird der Anteil der älteren Bevölkerung zunehmen. Vor dem Hintergrund dieser demografischen Veränderung der Bevölkerung muss sich der Kreis Gütersloh auf einen Anstieg des Anteils von älteren und hochbetagten Menschen einstellen. Für die 13 Städte und Gemeinden des Kreises Gütersloh wurden in den vergangenen Jahren mehrere Bevölkerungsvorausberechnungen von renommierten Institutionen (LDS NRW, Bezirksregierung Detmold, Bertelsmann-Stiftung, Universität Bielefeld) unabhängig voneinander durchgeführt. Da die Ergebnisse teilweise erheblich voneinander abweichen, wurde eine Expertise im Jahr 2007 bei der Universität Bielefeld in Auftrag gegeben mit dem Ziel, die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausschätzungen für die Städte und Gemeinden des Kreises Gütersloh zu evaluieren, ihre Unterschiede, Abweichungen und Besonderheiten darzustellen. Die folgende Karte wurde auf der Grundlage der Berechnungen im Demografiebericht für den Kreis Gütersloh aus dem Jahr 2011 erstellt. Da für die Gesundheitsversorgung insbesondere die älter werdende Bevölkerung von Bedeutung ist, wird in Abbildung 2 der Anstieg des Anteils der Bevölkerung im Alter von 80 bis 109 Jahren bis zum Jahr 2020 dargestellt[3].

**Abbildung 2: Prognose für die hochaltrige Bevölkerung**



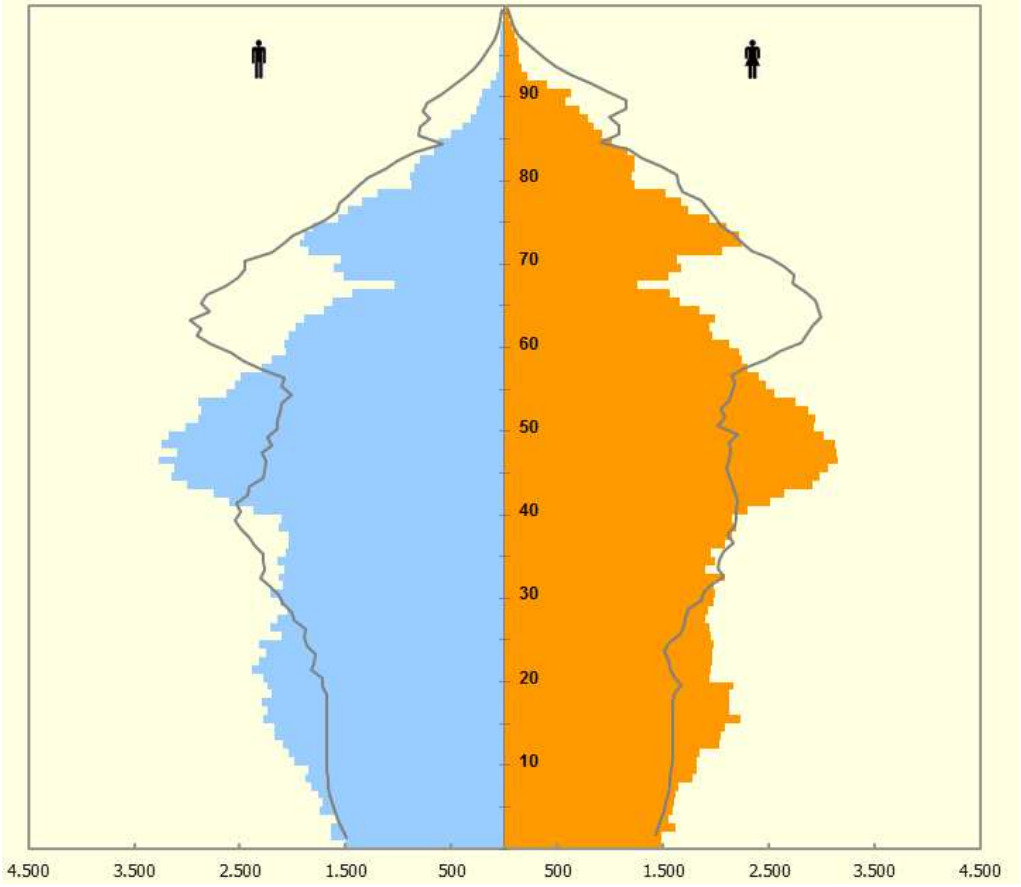

[3] Es werden bei den Bevölkerungsvorausberechnungen zwei Varianten angenommen, eine untere und eine obere Variante. Bei der hier verwendeten oberen Prognosevariante wird davon ausgegangen, dass die Zuwanderungen bis zum Jahr 2010 sich gleichbleibend wie die Trends der Jahre 2001-2006 entwickeln. Ab dem Jahr 2010 bleibt die Anzahl der Zuwanderungen dann konstant.

Wie der Karte zu entnehmen ist, wird der Bevölkerungsanteil der über 80-Jährigen bis zum Jahr 2020 voraussichtlich am stärksten in Verl (+ 82,95 %) und in Schloß Holte-Stukenbrock (+ 79 %) ansteigen. Dagegen wird für Werther bis 2020 ein Anstieg von „nur“ 28,77 % erwartet.

Die grafische Darstellung dieser Verteilung wird auch als Alterspyramide oder Bevölkerungsbaum bezeichnet, wobei die Altersstruktur getrennt nach Frauen und Männern auf zwei Seiten dargestellt wird. Als die gebräuchlichste Form der Darstellung hat sich die 5-Jahres-Altersgruppierung, gegliedert nach Geschlecht, durchgesetzt. Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung werden auch die Bevölkerungsdaten bis zur Altersgruppe 90 und älter ausgewiesen.

In Abbildung 3 ist der Bevölkerungsbaum für den Kreis Gütersloh am 31.12.2012 dargestellt. Die graue Linie stellt dabei die Prognose für 2030 dar. Diese ist dabei das Ergebnis der "Vorausberechnung der Bevölkerung 2011 bis 2030/2050" des Landesbetriebs Information und Technik NRW (IT.NRW).

**Abbildung 3: Die Bevölkerung Gütersloh am 31.12.2012 und Prognose für 2030**




Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Der Jugendquotient wird genutzt, um das Verhältnis von der Anzahl junger, noch nicht erwerbsfähiger Menschen zu der Anzahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter anzugeben. Der Jugendquotient lag im Jahr 2012 für den Kreis Gütersloh bei 30 %. Bis zum Jahr 2030 wird der Jugendquotient laut der Bevölkerungsprognose auf 28 % sinken. Im Vergleich lag der Jugendquotient von NRW bei 26 % im Jahr 2012 und wird im Jahr 2030 gleichbleibend bei 26 % liegen.

Dem gegenüber steht der Altenquotient, der den Anteil der über 64-Jährigen je 100 18- bis 64-Jähriger angibt. Im Altenquotienten wird die ältere (in der Regel nicht mehr erwerbsfähige) Bevölkerung auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter bezogen. Dementsprechend ist der Altenquotient eine Rechengröße zur Abschätzung potenzieller Abhängigkeit der älteren Bevölkerungsgruppe von der Bevölkerung im potenziell erwerbsfähigen Alter. Der Altenquotient des Kreises Gütersloh liegt 2012 bei 30 %. Laut der Bevölkerungsprognose für 2030 steigt er auf 46 %. Der Altenquotient steigt wie im Kreis Gütersloh auch in gesamt NRW an. Im Jahr 2012 lag dieser in NRW noch bei 32 %, steigt bis 2030 ebenfalls auf 46 % an.

Der Gesamtquotient spiegelt das quantitative Verhältnis von Bevölkerung im erwerbsfähigen und nichterwerbsfähigen Alter wider, er ergibt sich als Summe aus dem Jugend- und dem Altenquotienten. Insofern ist der Gesamtquotient eine Rechengröße zur Abschätzung potenzieller Abhängigkeit der jüngeren und älteren Bevölkerungsgruppe von der Bevölkerung im potenziell erwerbsfähigen Alter. Dieser liegt für den Kreis Gütersloh 2012 bei 60 % und nach der Prognose 2030 bei 74 %. Der Gesamtquotient von NRW lag 2012 bei 59 %. Laut der Prognose wird er 2030 bei 73 % liegen.

Diese Entwicklung lässt sich unter anderem durch den Indikator Lebenserwartung erklären.

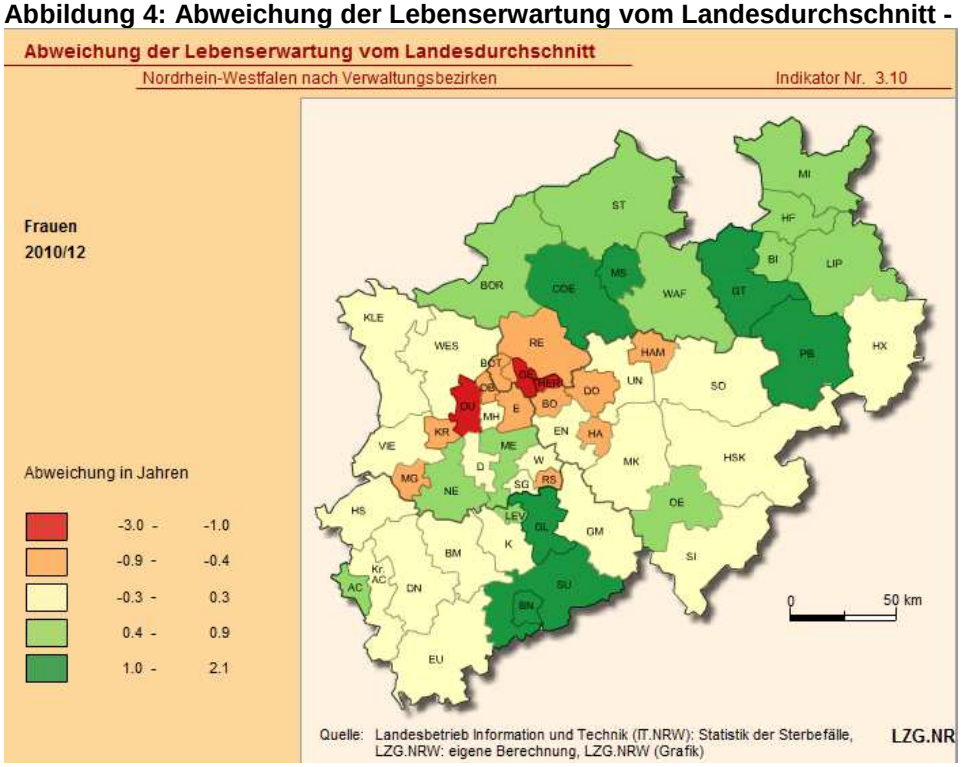
## 1.2 Lebenserwartung

Die Lebenserwartung ist in Deutschland im letzten Jahrhundert um etwa 30 Jahre angestiegen und weist auch in den letzten Jahrzehnten noch einen kontinuierlichen Zugewinn von mehr als zwei Jahren pro Jahrzehnt auf. Die Lebenserwartung von Frauen und Männern weist deutliche Unterschiede auf, sie wird daher geschlechtsspezifisch angegeben.

Die mittlere Lebenserwartung erlaubt allgemeine Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage, die medizinische Versorgung und den Lebensstandard einer Bevölkerung. Die Abweichung vom Landesdurchschnitt ermöglicht hierbei eine schnelle Orientierung bezüglich der relativen Position der einzelnen Regionen zueinander. Die mittlere Lebenserwartung (bzw. Lebenserwartung bei der Geburt) gibt an, wie viele Jahre ein Neugeborenes bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde[4].

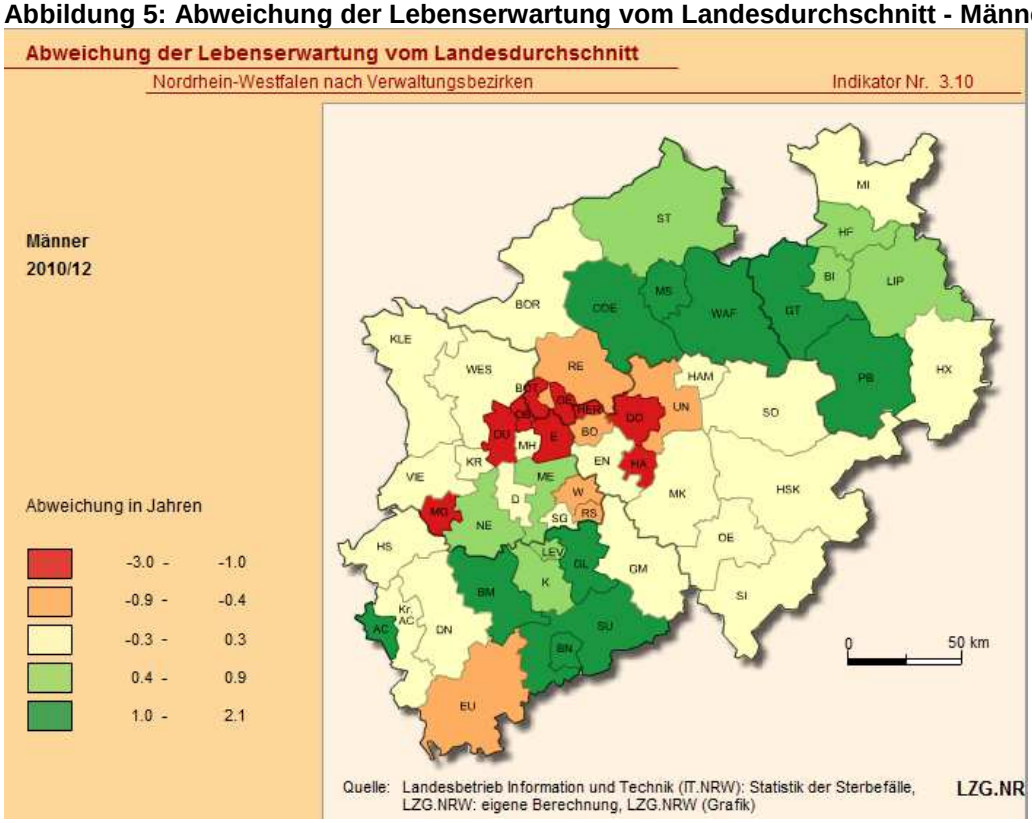
Derzeit beträgt die mittlere Lebenserwartung für die weibliche Bevölkerung im Kreis Gütersloh 83,38 Jahre und für die männliche Bevölkerung 78,56 Jahre. Damit liegt die Lebenserwartung für beide Geschlechter signifikant über dem NRW-Durchschnitt. Für die weibliche Bevölkerung liegt die Lebenserwartung um 1,00 Jahre (Abbildung 4) und für die männliche Lebenserwartung ebenfalls um 1,00 Jahre (Abbildung 5) höher als im Landesdurchschnitt.

**Abbildung 4: Abweichung der Lebenserwartung vom Landesdurchschnitt - Frauen 2010/2012**




[4] Die Lebenserwartung im Regionalvergleich wird aus abgekürzten Sterbetafeln berechnet. Wegen der geringen Bevölkerungszahlen in den Kreisen und kreisfreien Städten wird die Berechnung grundsätzlich auf der Basis von drei zusammengefassten Jahren vorgenommen, hier für den Zeitraum von 2010-2012.

**Abbildung 5: Abweichung der Lebenserwartung vom Landesdurchschnitt - Männer 2010/12**




In den Jahren 2006/2008 betrug die mittlere Lebenserwartung für die weibliche Bevölkerung im Kreis Gütersloh 83,06 Jahre und für die männliche Bevölkerung 77,96 Jahre. Damit ist für den Kreis Gütersloh ein Anstieg der Lebenserwartung im Jahr 2010/2012 für Frauen um 0,32 und für Männer um 0,6 Jahre zu verzeichnen. Dies spiegelt den Trend, dass die Lebenserwartung in Deutschland ansteigt, wider.

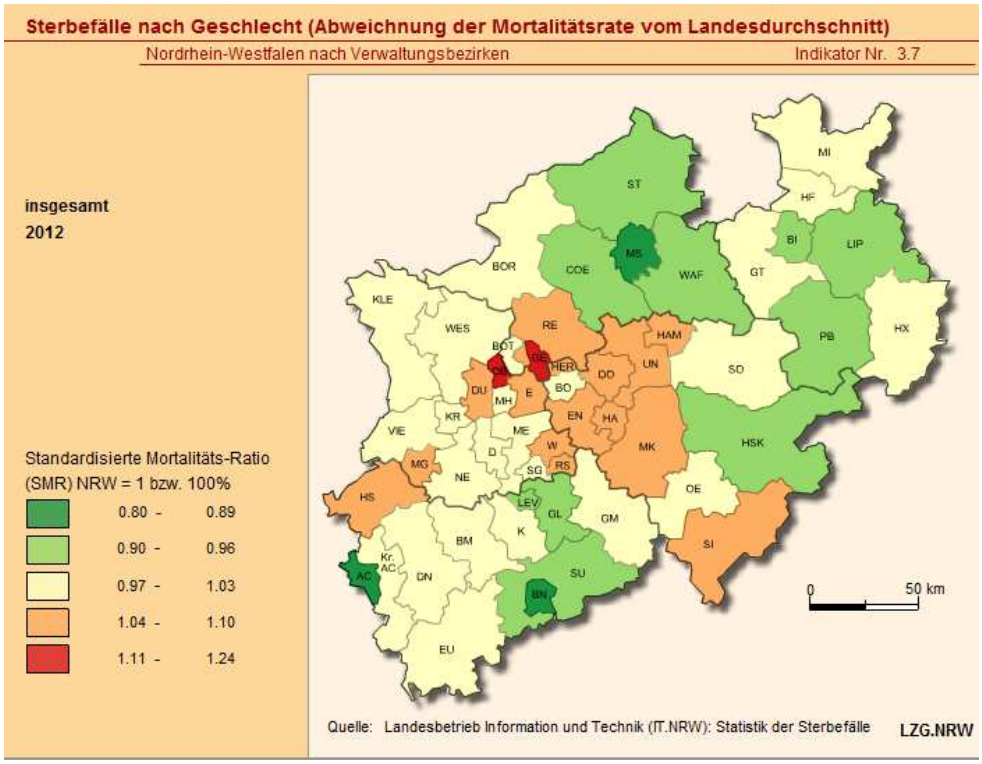
Die Lebenserwartung ist die am häufigsten genutzte Maßzahl bei internationalen Vergleichen der allgemeinen gesundheitlichen Lage. Für die Deutung regionaler Unterschiede der Lebenserwartung müssen die vielfältigen, einflussnehmenden Faktoren wie ökonomische Situation, medizinische Versorgung, ethnische Zusammensetzung etc. berücksichtigt werden.

## 1.3 Sterblichkeit

Alters- und geschlechtsspezifische Sterbeziffern im Regionalvergleich weisen auf geschlechtsbezogene und regionale Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen Kommunen hin. Geschlechtsspezifische Sterbeziffern geben die Anzahl der gestorbenen Frauen und Männer je 100.000 Einwohner desselben Geschlechtes pro Jahr an. Die absolute Zahl Gestorbener ebenso wie die Sterberate (Zahl der Gestorbenen pro Jahr je 100.000 Einwohner) berücksichtigt nicht die Altersstruktur der Bevölkerung. Zur Vergleichbarkeit zwischen den Regionen werden die Sterberaten deshalb altersstandardisiert.
Die meisten Sterbefälle werden durch Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sowie durch Krebsleiden verursacht. Im Jahr 2012 waren die beiden Krankheitsgruppen bei Männern für 69,3 % und bei Frauen für 65,7 % aller Todesfälle ursächlich (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2014).

Es zeigt sich demnach, dass die allgemeine Sterblichkeitsrate im Jahr 2012 sowohl für Frauen und Männer im Kreis Gütersloh unter der allgemeinen Sterblichkeitsrate sowohl von OWL, als auch von NRW lag. Die Sterberate vom Kreis Gütersloh lag 2012 mit 0,97 (Abbildung 6) unter dem Landesdurchschnitt von 1,0[5].

**Abbildung 6: Mortalitätsraten im NRW-Vergleich 2012**




In NRW lag die allgemeine Sterblichkeitsrate für Frauen im Jahr 2012 bei 1.108,3 je 100.000 Einwohnerinnen und für Männer bei 1.062,0 je 100.000 Einwohner. Die allgemeine Sterblichkeitsrate für OWL lag 2012 für Frauen bei 1.093,8 pro 100.000 Einwohnerinnen und bei Männern bei 1.038,1 pro 100.000 Einwohner. Im Kreis Gütersloh lag die allgemeine Sterblichkeitsrate für Frauen bei 1.001,7 pro 100.000 Einwohnerinnen und für Männer bei 962,7 Todesfällen je 100.000 männlicher Einwohner.

[5] Für die Registrierung der Sterbefälle ist die letzte Wohngemeinde, bei mehreren Wohnungen die Hauptwohnung des Verstorbenen maßgebend.

Die Sterberate für Frauen lag im Jahr 2012 mit 0,96 und für Männer mit 0,98 unter dem Landesdurchschnitt von 1,0 (siehe Abbildungen 7 und 8).

**Abbildung 7: Mortalitätsraten im NRW-Vergleich 2012 – Frauen**

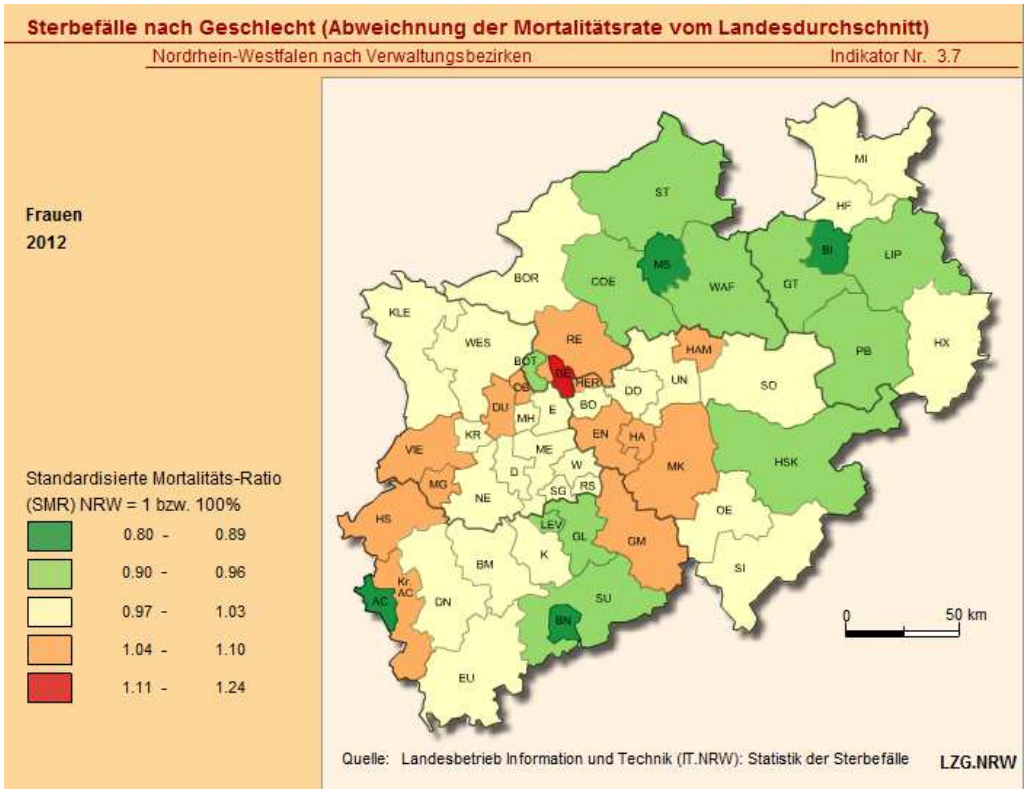
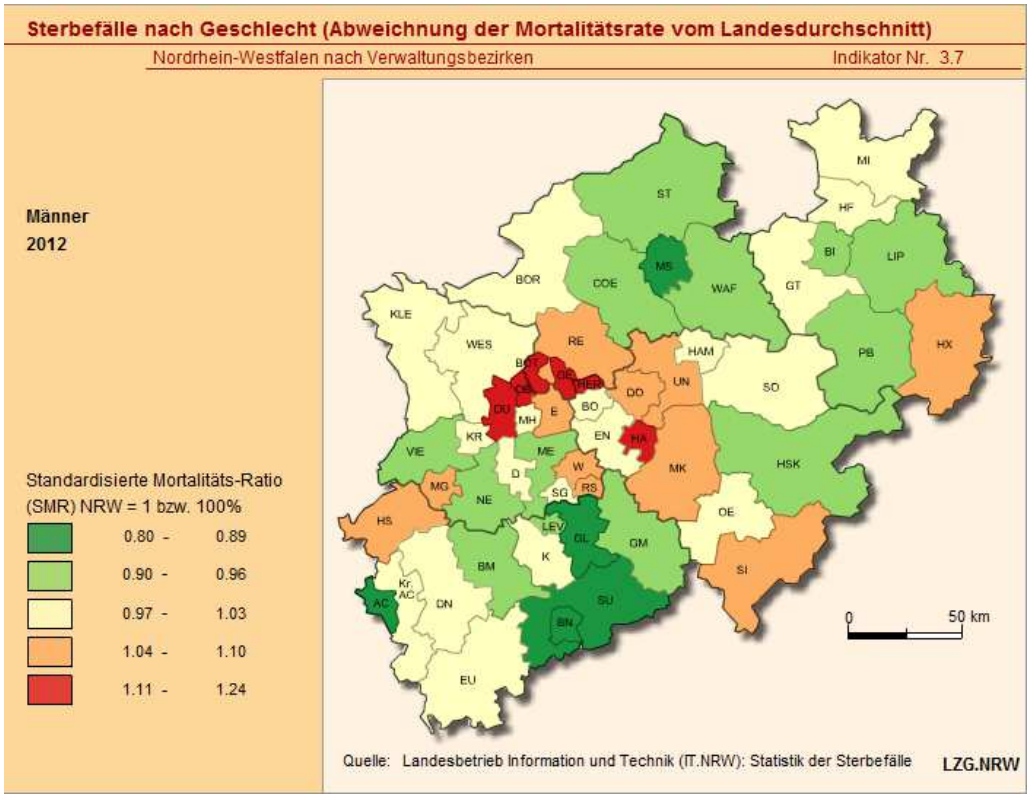



**Abbildung 8: Mortalitätsraten im NRW-Vergleich 2012 – Männer**



## 1.4 Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen

Der Begriff „Vermeidbare Sterbefälle“ bezieht sich auf ausgewählte Todesursachen, die unter adäquaten Behandlungs- und Vorsorgebedingungen als vermeidbar (für die jeweils betrachtete Altersgruppe) gelten. Der Indikator greift die sechs häufigsten Todesursachen bei den vermeidbaren Sterbefällen auf und stellt sie im regionalen Vergleich dar. Die statistische Berechnung der vermeidbaren Sterbefälle kann als Indikator für die Qualität und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung im Hinblick auf adäquate Inanspruchnahme, Diagnostik und Therapie dienen. Eine regionale Übersicht kann als Indiz für die Auswirkungen unterschiedlicher Versorgungs- und Inanspruchnahmestrukturen angesehen werden. So kann ein erhöhter Bedarf an präventiven Maßnahmen identifiziert und die Effektivität solcher Maßnahmen bewertet werden. Das Ergebnis wird als prozentuale Abweichung vom Durchschnitt der Bezugsbevölkerung interpretiert und berechnet sich aus dem 5-Jahres-Mittelwert.

Tabelle 1 zeigt die vermeidbaren Sterbefälle der sechs häufigsten Todesursachen im Kreis Gütersloh 2012. Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge, Brustkrebs, Krankheiten der Leber und die Ischämische Herzkrankheit haben im Vergleich zu NRW einen niedrigeren Wert.

**Tabelle 1: Vermeidbare Sterbefälle der sechs häufigsten Todesursachen, Kreis Gütersloh 2012**

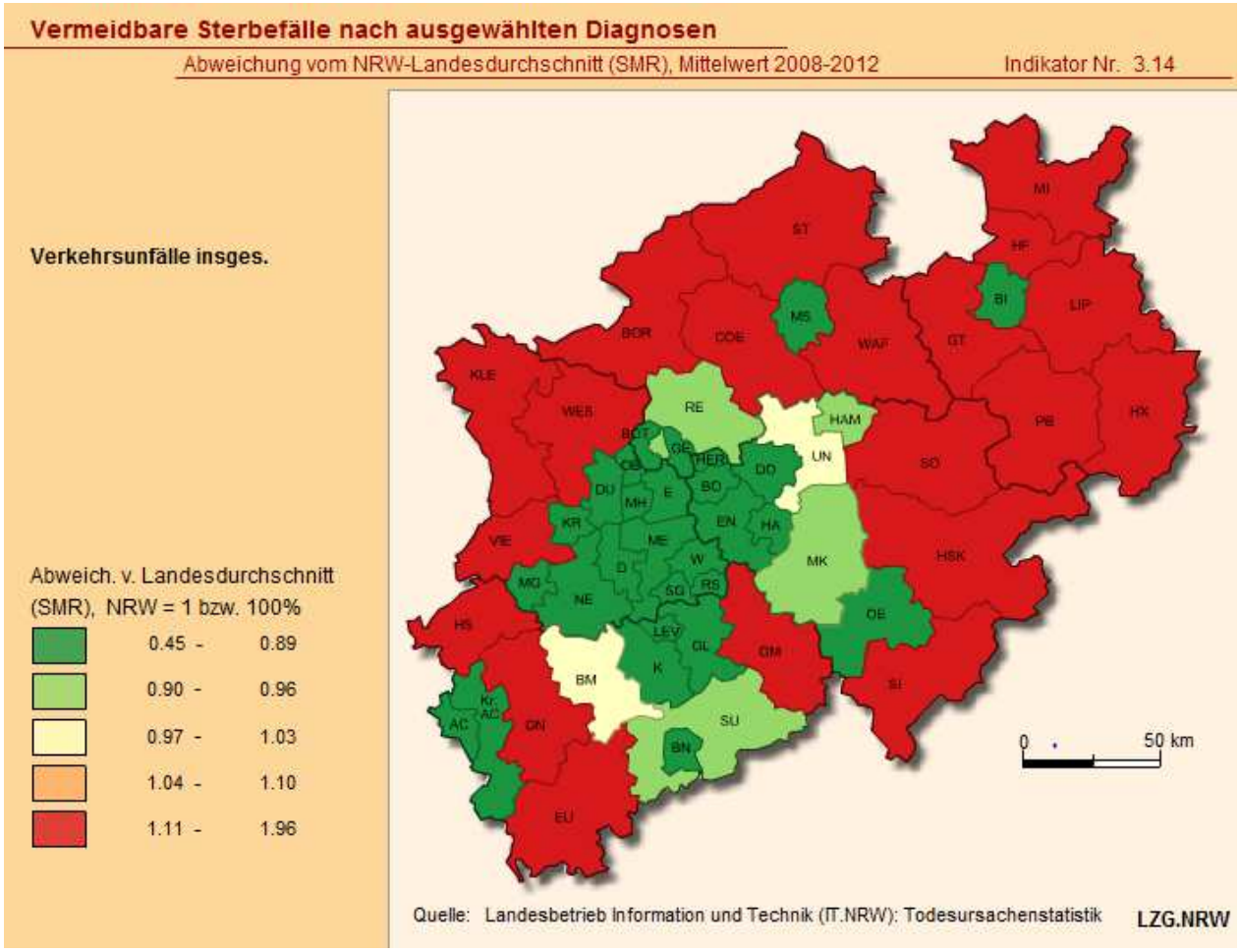
| Vermeidbare Sterbefälle im Kreis Gütersloh | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Todesursache** | **Altersgruppe** | **Kreis Gütersloh** | **OWL** | **Vergleich NRW** |
| **Transportmittelunfälle inner- und außerhalb des Verkehrs** | alle Altersgruppen | 1,36 | 1,32 | 1,00 |
| **Hypertonie[6] und zerebrovaskuläre Krankheiten[7]** | 35 - 64 Jahre, insgesamt | 1,07 | 1,00 | 1,00 |
| **Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge** | 15 - 64 Jahre, insgesamt | 0,89 | 0,82 | 1,00 |
| **Brustkrebs** | 25 - 64 Jahre, weiblich | 0,83 | 0,99 | 1,00 |
| **Krankheiten der Leber** | 15 - 74 Jahre, insgesamt | 0,76 | 0,91 | 1,00 |
| **Ischämische Herzkrankheit** | 35 - 64 Jahre, insgesamt | 0,74 | 0,93 | 1,00 |

Quelle: Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Todesursachenstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

[6] Bluthochdruck
[7] z.B.: Hirnblutung und Hirninfarkt

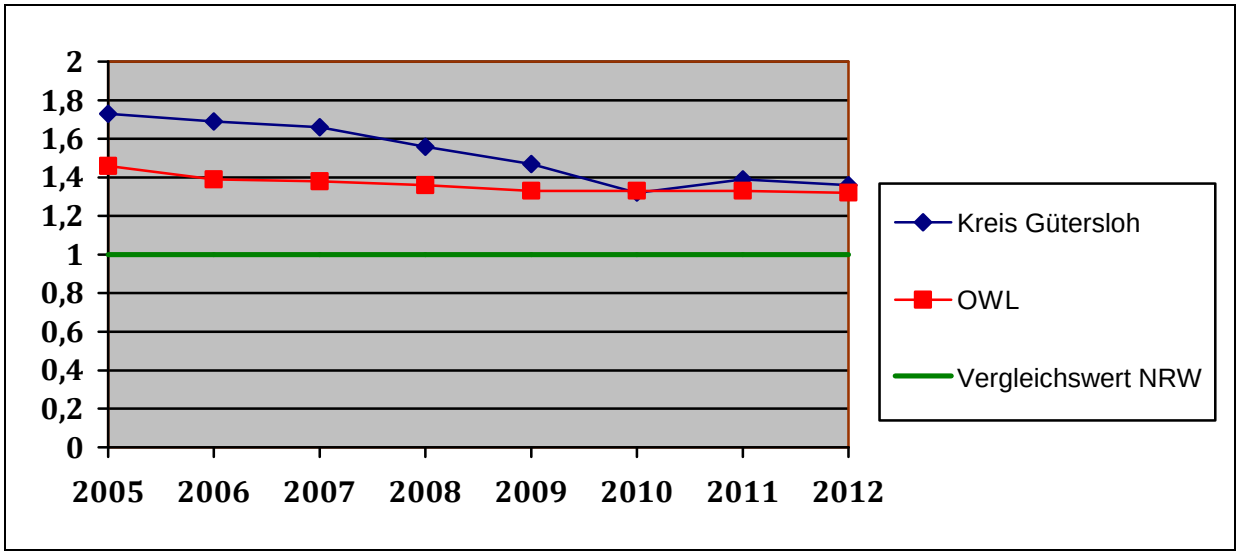
Höhere Mortalitätsraten weisen hingegen Transportmittelunfälle inner- und außerhalb des Verkehrs, sowie Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten auf. Dabei bilden die Transportmittelunfälle inner- und außerhalb des Verkehrs mit einer Mortatlitätsrate von 1,36 die häufigste vermeidbare Todesursache (siehe Abbildung 9). Gesamt OWL zeigt das gleiche Muster wie der Kreis Gütersloh. Auch hier bilden die Transportmittelunfälle inner- und außerhalb des Verkehrs die häufigste vermeidbare Todesursache, jedoch ist die Mortalitätsrate nur um 1,32 % erhöht.

**Abbildung 9: Sterbefälle durch Verkehrsunfälle in NRW**




Wie in Abbildung 10 zu sehen, sinken die vermeidbaren Sterbefälle durch Verkehrsunfälle kontinuierlich im Kreis Gütersloh von 2005 bis 2012. Jedoch liegen sie weit über dem Vergleichswert von gesamt NRW (Grüne Linie). Ebenfalls ist die Zahl der vermeidbaren Sterbefälle durch Verkehrsunfälle im Kreis Gütersloh höher als in OWL.

**Abbildung 10: Zeitlicher Verlauf der vermeidbaren Sterbefälle für Verkehrsunfälle von 2005 – 2012**




Quelle: Daten des Landesbetriebes Information und Technik NRW und der Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion NRW, entnommen: www.liga.nrw.de.

Im Jahr 2008 führte die Kreisverwaltung Gütersloh (Straßenverkehrsbehörde), die Kreispolizeibehörde Gütersloh und die Verkehrswacht Gütersloh das Schutzengel-Projekt im Kreis Gütersloh ein. So genannte Schutzengel, die im Alter von 16 - 24 Jahren sind, sollen in ihrer Altersgruppe auf emotionaler Ebene Einfluss auf Freunde und Bekannte nehmen. Sie sollen sie davon abhalten unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen, sowie unangeschnallt Auto zu fahren oder zu rasen. Zurzeit sind 18.158 Schutzengel im Kreis Gütersloh aktiv. Aus der Unfallanalyse der Projektevaluation geht hervor, dass das Projekt (primär für das Jahr 2009) insgesamt eine positive Wirkung auf die Verunglücktenzahlen hat (entnommen: http://www.be-my-angel.de/medien/bindata/schadenprisma_12012.pdf [Stand: 21.08.2014]). Das Schutzengel-Projekt leistet einen Beitrag dazu, dass die Anzahl, insbesondere in der Zielgruppe der jüngeren Fahrer, durch Verkehrsunfälle zurückgeht.

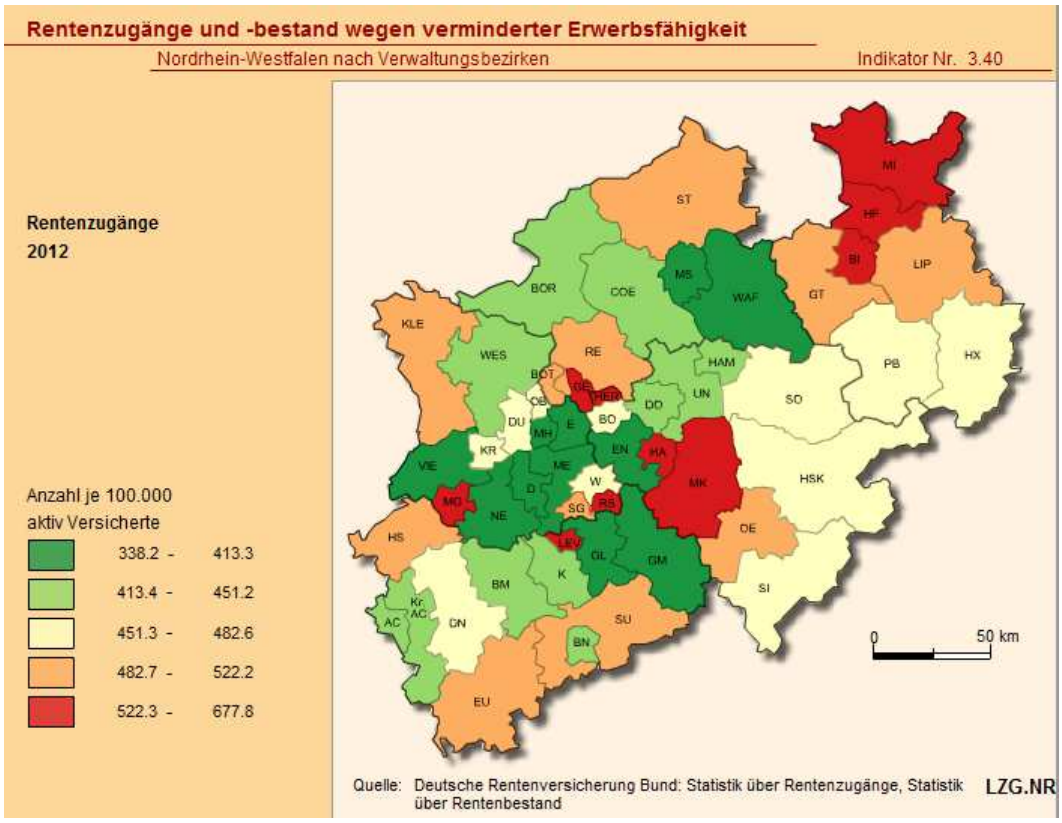
Da die Zahl der vermeidlichen Sterbefälle durch Verkehrsunfälle jedoch weiterhin über den Zahlen von OWL und NRW liegt, besteht weiterer Handlungsbedarf.

## 1.5 Frührentenzugänge und -bestand

Erwerbsminderungen und Invalidität zählen zu den wichtigsten ökonomischen und sozialen Folgen von Krankheit und Behinderung. Die Einschränkung oder der Verlust der Fähigkeit, den Lebensunterhalt durch Erwerbstätigkeit verdienen zu können, wird als Minderung der Erwerbsfähigkeit bezeichnet. Frührenten sind Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und demzufolge die Summe von Berufsunfähigkeitsrenten und Erwerbsunfähigkeitsrenten[8]. Die Anzahl der Frühberentungen wird krankheitsspezifisch in der Statistik der Rentenversicherer ausgewiesen.

Die folgende Abbildung zeigt die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in NRW. Als Bezugspopulation gilt die Zahl der Rentenversicherungspflichtigen (aktiv Versicherte) der Gesetzlichen Rentenversicherung am 31.12. des Jahres.

**Abbildung 11: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in NRW im Jahr 2012**



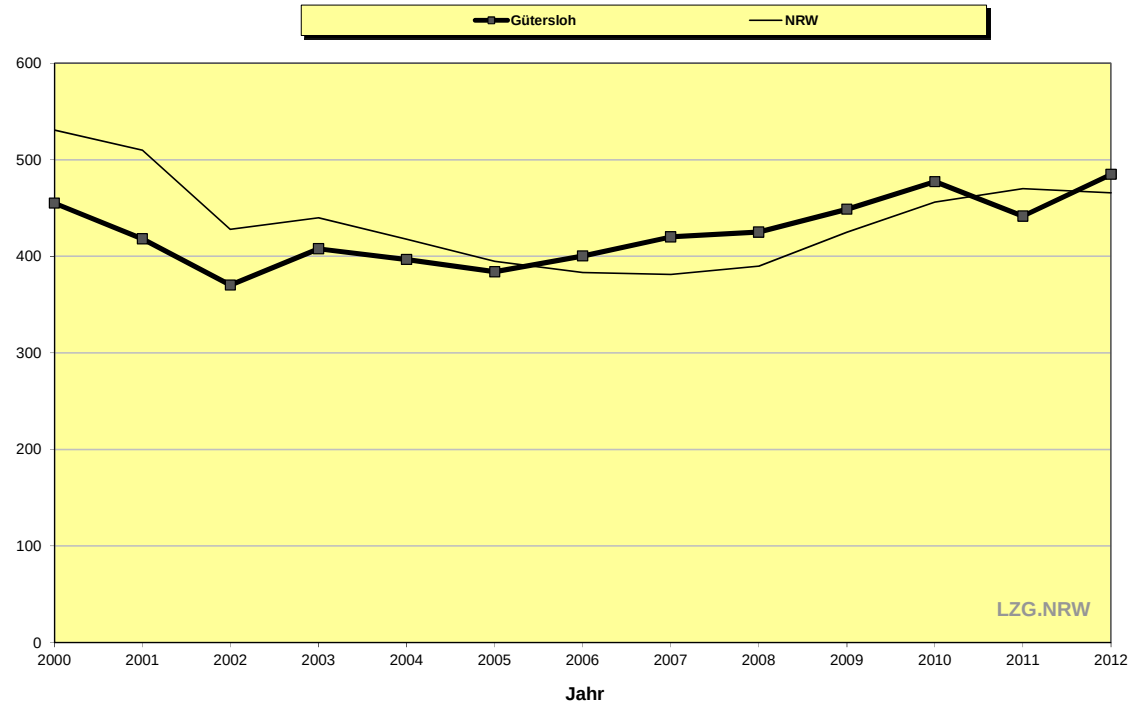

Mit einem Wert von 485,0 je 100.000 aktiv Versicherte lag der Kreis Gütersloh im Jahr 2012 über dem Durchschnittswert des Landes Nordrhein-Westfalen mit 466,1 je 100.000 aktiv Versicherte (siehe Abbildung 11).

[8] Durch das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurde zum 1. Januar 2001 das bisherige System der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch ein einheitliches und abgestuftes System einer Erwerbsminderungsrente abgelöst. Der Indikator Nr. 3.40 enthält teilweise und voll erwerbsgeminderte Personen. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die nach vorgehender Definition außerstande sind, mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein (vgl. www.liga.nrw.de - Indikatorbeschreibung 3.40).

Die folgenden Grafiken zeigen den Verlauf der Frühberentungen im Kreis Gütersloh im Vergleich mit Nordrhein-Westfalen. Da der Indikator geschlechtsspezifisch ausgewiesen ist, können die unterschiedlichen Entwicklungen bei Frauen und Männern aufgezeigt werden. In Abbildung 12 wird zunächst die Gesamtentwicklung für beide Geschlechter dargestellt.

**Abbildung 12: Frühberentungen im Kreis Gütersloh im Vergleich mit NRW**

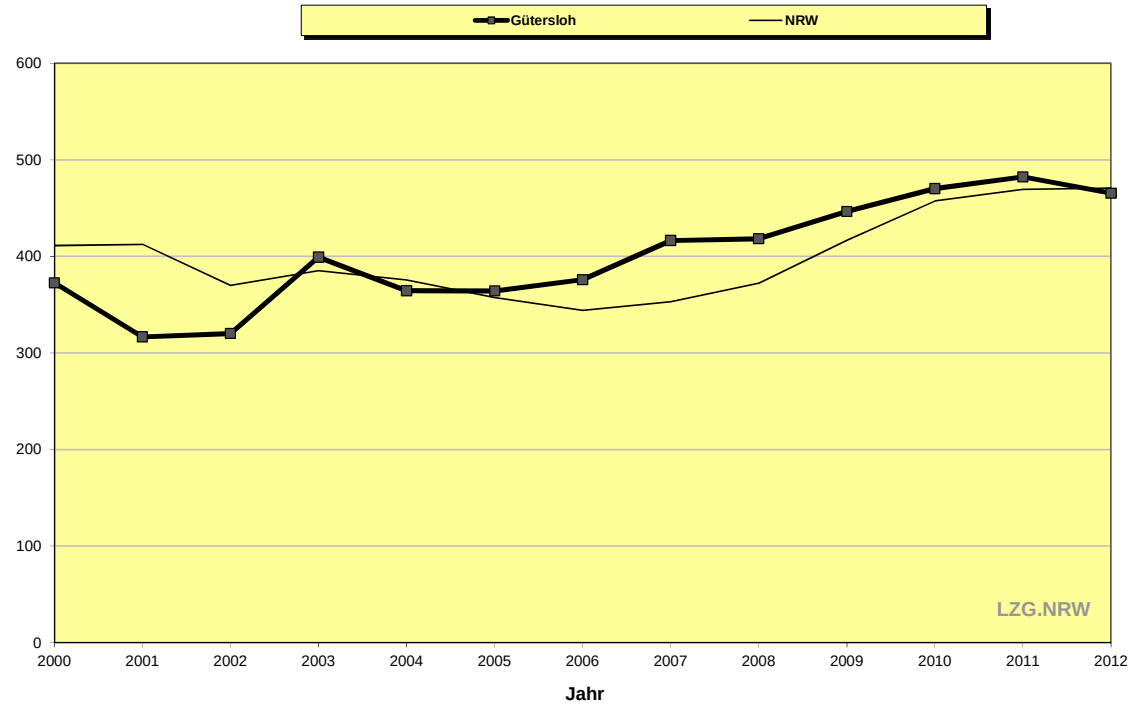
**Frühberentungen je 100 000 aktiv Versicherte wegen ICD-10: Insgesamt, insgesamt, 2000 - 2012**




Wie der Zeitreihe (Abbildung 12) zu entnehmen ist, lagen die Frühberentungen im Kreis Gütersloh bis 2006 unter dem Durchschnittswert von Nordrhein-Westfalen. Seit 2006 liegen die Werte des Kreises Gütersloh über dem Durchschnittswert von Nordrhein-Westfalen und zeigen seitdem eine steigende Tendenz. Im Jahr 2011 lagen die Frühberentungen im Kreis Gütersloh unter dem Durchschnittswert von Nordrhein-Westfalen. Für 2012 ist jedoch wieder ein steigender Trend zu beobachten. Zudem liegt im Jahr 2012 der höchste Wert seit 12 Jahren vor.

**Abbildung 13: Frühberentungen von Frauen im Kreis Gütersloh im Vergleich mit NRW**

**Frühberentungen je 100 000 aktiv Versicherte wegen ICD-10: Insgesamt, Frauen, 2000 - 2012**

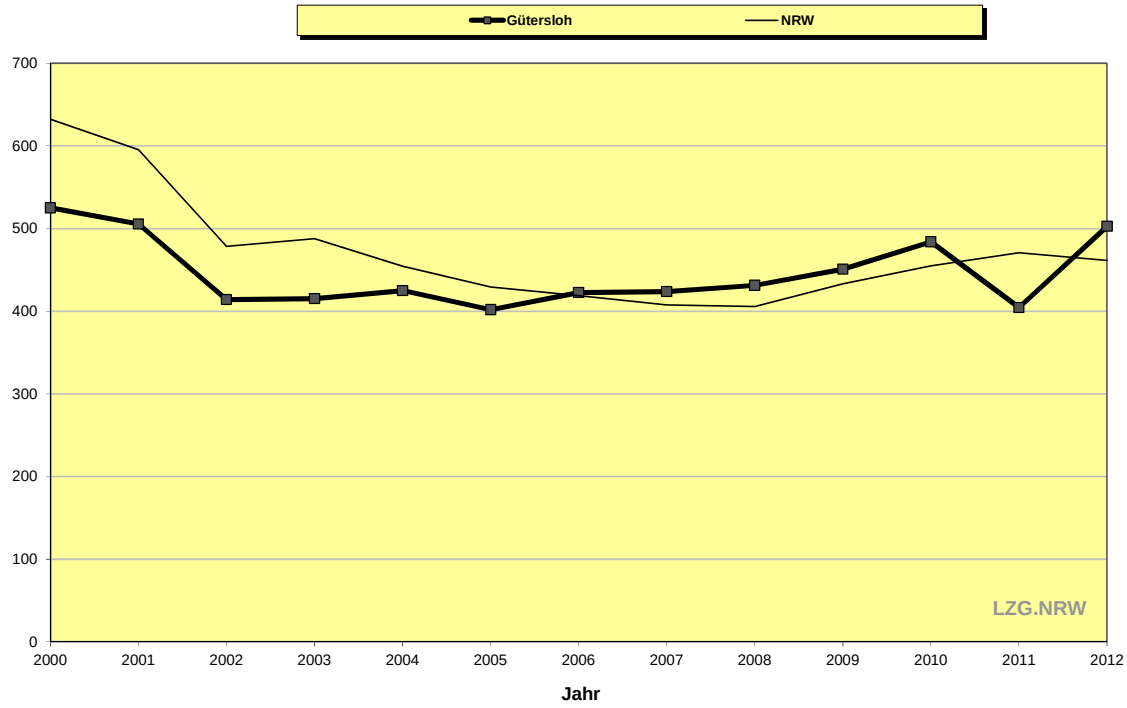



Wie Abbildung 13 zeigt, ist die Anzahl von Frühberentungen von Frauen im Kreis Gütersloh kontinuierlich angestiegen und lag seit 2005 über dem Durchschnitt von NRW. Im Jahr 2012 nähert sich die Anzahl der Frühberentungen der Frauen im Kreis Gütersloh der Anzahl der Frühberentungen von Frauen in Nordrhein-Westfalen an.

Dagegen sanken die Zahlen der Frühberentungen von Männern im Zeitraum von 2000 bis 2005, weisen jedoch auch seit 2005 eine steigende Tendenz auf, wie Abbildung 14 zu entnehmen ist. Während die Frühberentungen bei Männern bis 2006 unter dem Durchschnittswert von Nordrhein-Westfalen lagen, liegt der Wert seit 2006 mit Ausnahme von 2011 darüber.

**Abbildung 14: Frühberentungen von Männern im Kreis Gütersloh im Vergleich mit NRW**

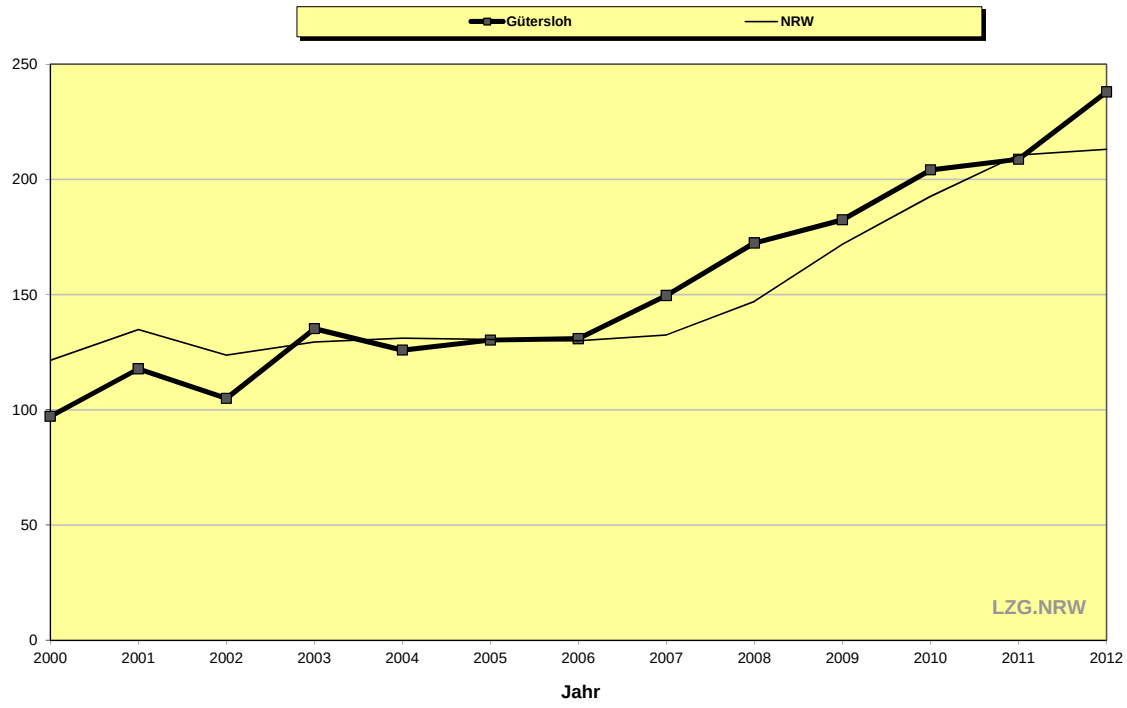
**Frühberentungen je 100 000 aktiv Versicherte wegen ICD-10: Insgesamt, Männer, 2000 - 2012**




Fast die Hälfte (49,07 %) aller Frühberentungen im Jahr 2012 (Abbildung 15) im Kreis Gütersloh sind auf Psychische- und Verhaltensstörungen zurückzuführen.

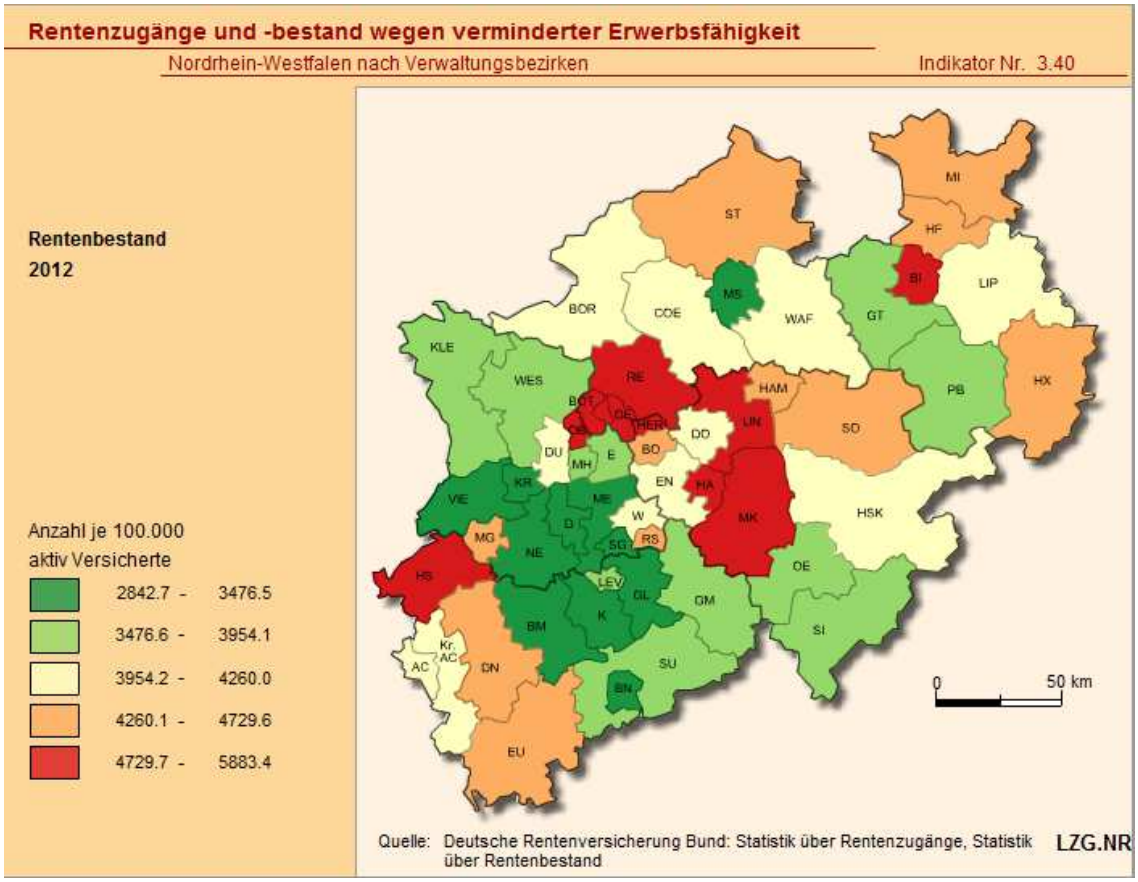
**Abbildung 15: Frühberentungen im Kreis Gütersloh im Vergleich mit NRW aufgrund von Psychischen- und Verhaltensstörungen**

**Frühberentungen je 100 000 aktiv Versicherte wegen ICD-10: F00-F99 bis F00-F99, insgesamt, 2000 - 2012**



Im Jahr 2012 kam es im Kreis Gütersloh zu 237,98 Frühberentungen je 100.000 aktiv Versicherte aufgrund von Psychischen- und Verhaltensstörungen (ICD 10 F00-F99). Für den Kreis sind dies 423 Personen, die durch Psychische- und Verhaltensstörungen frühberentet wurden. Wie in Abbildung 15 zu sehen, steigt die Zahl der Frühberentungen aufgrund dieses Krankheitsbildes stetig an. Innerhalb von 10 Jahren haben sich die Zahlen mehr als verdoppelt. Seit dem Jahr 2006 liegt der Kreis Gütersloh über dem Durchschnitt von NRW. Im Jahr 2012 kam es in gesamt NRW zu 213,04 Frühberentungen je 100.000 aktiv Versicherte auf Grund von Psychischen- und Verhaltensstörungen.
Weitere Ausführungen zu Psychischen- und Verhaltensstörungen werden im Kapitel 7 dargestellt.

**Abbildung 16: Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in NRW im Jahr 2012**



## 1.6 Empfänger von Arbeitslosengeld II

Damit Aussagen zur sozioökonomischen Lebenssituation einer Bevölkerung getroffen werden können, werden häufig Indikatoren über Empfänger von ausgewählten öffentlichen Sozialleistungen genutzt[9].

Im Jahr 2003 wurde das Sozialhilferecht grundlegend reformiert und als Zwölftes Buch in das Sozialgesetzbuch eingegliedert (SGB XII). Es trat zum 1. Januar 2005 in Kraft. Auf Sozialhilfe im engeren Sinn haben ab dem 1.1.2005 nur noch Erwerbsunfähige auf Zeit, Vorruheständler mit niedriger Rente, längerfristig Erkrankte und hilfebedürftige Kinder mit nicht hilfebedürftigen Eltern einen Anspruch.
Mit dem Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (sog. Hartz IV) sind zum 1. Januar 2005 Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zur Grundsicherung für Arbeitssuchende im Sozialgesetzbuch II (SGB II) zusammengeführt worden.

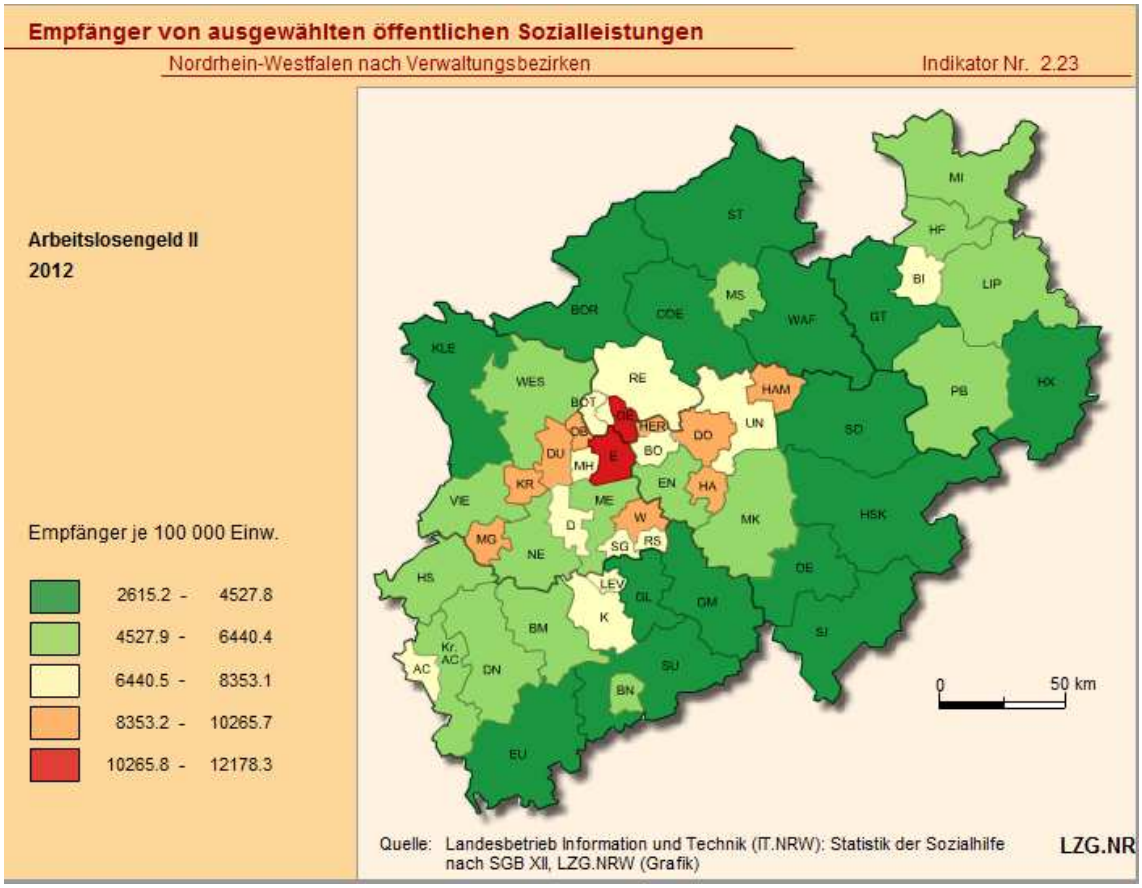
Arbeitslosengeld II (ALG II) bezeichnet Geldleistungen im Rahmen der Grundsicherung zur Sicherung des Lebensunterhalts einschließlich der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung, die erwerbsfähige Hilfebedürftige im Alter zwischen 15 und 65 Jahren erhalten sowie ihre in Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen.

Im Folgenden wird der Indikator „Empfänger von Arbeitslosengeld II“ zur Beschreibung der sozioökonomischen Lebenssituation im Kreis Gütersloh herangezogen und erläutert.

Im Kreis Gütersloh waren 3.481,5 von 100.000 Einwohnern im Jahr 2012 Empfänger von ALG II (Abbildung 17). Damit lag der Kreis Gütersloh unter dem Durchschnitt von NRW (6.250,4 Empfänger je 100.000 Einwohner). Im Kreis Gütersloh waren 3.718,9 von 100.000 weiblichen Einwohnern Empfänger von ALG II und 3.240,6 von 100.000 männlichen Einwohnern.

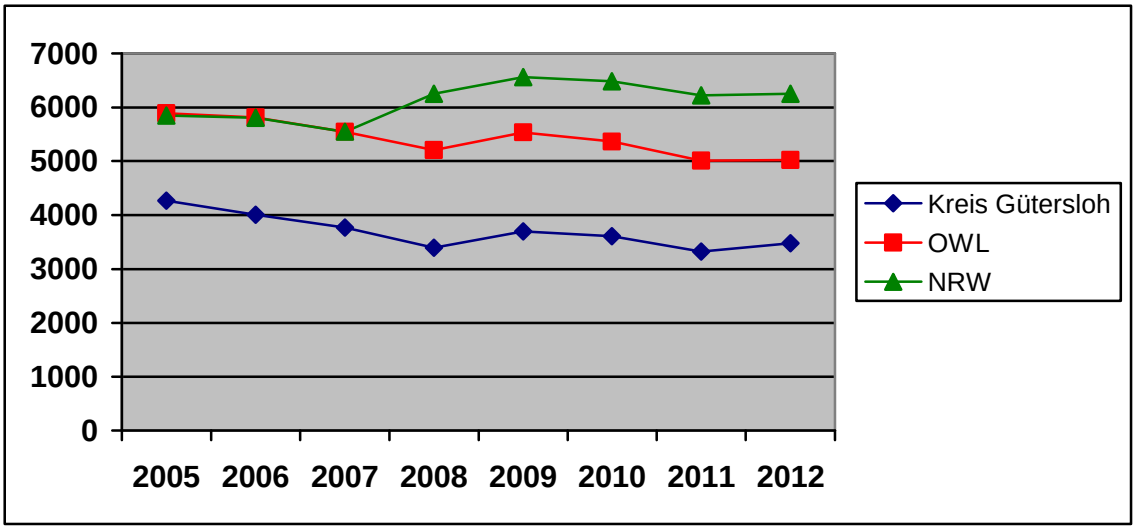
[9] Als Indikatoren gelten Daten von Empfängern von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen, Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Empfänger von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts und Empfänger von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Sozialhilfe soll nach dem Bundessozialhilfegesetz eine Lebensführung ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht.

**Abbildung 17: Empfänger von Arbeitslosengeld II im Jahr 2012**




Die Entwicklung der ALG II-Empfänger zeigt im Kreis Gütersloh bis 2008 eine sinkende Tendenz, wie aus Abbildung 18 ersichtlich ist. Danach ist eine stagnierende Entwicklung zu erkennen. Dabei liegt der Kreis Gütersloh unter der Zahl der ALG II-Empfänger von OWL und NRW.

**Abbildung 18: Entwicklung der ALG II-Empfänger im Kreis Gütersloh im Vergleich mit OWL und NRW** (Anzahl der ALG II-Empfänger je 100.000 Einwohner)




Quelle: Daten des Landesbetriebes Information und Technik NRW und der Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion NRW, entnommen: www.liga.nrw.de.

# 2 Ambulante Versorgung

## 2.1 Ambulante haus- und fachärztliche Versorgung

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG), in Kraft getreten am 1. Januar 2012, hat wesentliche Änderungen in der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung mit sich gebracht. Im Jahr 2013 wurde die Umsetzung der Bedarfsplanungsrichtlinie für die ambulante ärztliche Versorgung vom Gemeinsamen Bundesausschuss zum 01.01.2013 beschlossen und von den Kassenärztlichen Vereinigungen und regionalen Krankenkassen geregelt und im Juli 2013 veröffentlicht.
Ziel der Reform ist:

- Sicherstellung eines gleichmäßigen Versorgungszugangs für alle GKV-Versicherten
- Förderung der wohnortnahen Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum
- Feingliedrige Steuerung der hausärztlichen Versorgung
- Stabile Versorgungsstrukturen für Patienten und Ärzte
- Mitversorgereffekte werden berücksichtigt
- Vereinfachung der Versorgungsplanungssystematik
- Soviel zentrale Regelungen wie nötig bei so viel regionalem Gestaltungsspielraum wie möglich

Nach der neuen Bedarfsplanung werden die Arztgruppen den folgenden vier Versorgungsebenen zugeordnet:

- **Hausärztliche Versorgung**
  Planungsbereich: 111 Mittelbereiche
- **Allgemeine fachärztliche Versorgung** (z.B. Augenärzte, Frauenärzte, Psychotherapeuten, Kinderärzte)
  Planungsbereich: 27 Kreise und kreisfreie Städte
- **Spezialisierte fachärztliche Versorgung** (z.B. Anästhesisten, Radiologen, Kinder- und Jugendpsychiater)
  Planungsbereich: 8 Raumordnungsregionen, die aus mehreren Kreisen und kreisfreien Städten bestehen
- **Gesonderte fachärztliche Versorgung** (z.B. Strahlentherapeuten, Nuklearmediziner, Laborärzte)
  Planungsbereich: KV-Gebiet

Während die wohnortnahe Grundversorgung kleinere Planungsbereiche umfasst, sind spezialisierte Arztgruppen dagegen für größere Planungsräume zuständig (entnommen: https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/bedarfsplanung/richtlinie/ [Stand: 14.08.2014]).
Für die Beplanung der **spezialisierten fachärztlichen Versorgung** wurde der Kreis Gütersloh der Raumordnungsregion Bielefeld zugeordnet, die neben dem Kreis Gütersloh die Stadt Bielefeld und die Kreise Herford, Lippe und Minden-Lübbecke umfasst.

Insbesondere bei der **hausärztlichen Versorgung**, die bislang auf Kreisebene beplant wurde, soll durch die Bildung von Mittelbereichen eine feingliedrige Steuerung der Versorgung möglich werden. Im Kreis Gütersloh sind folgende fünf Mittelbereiche gebildet worden:

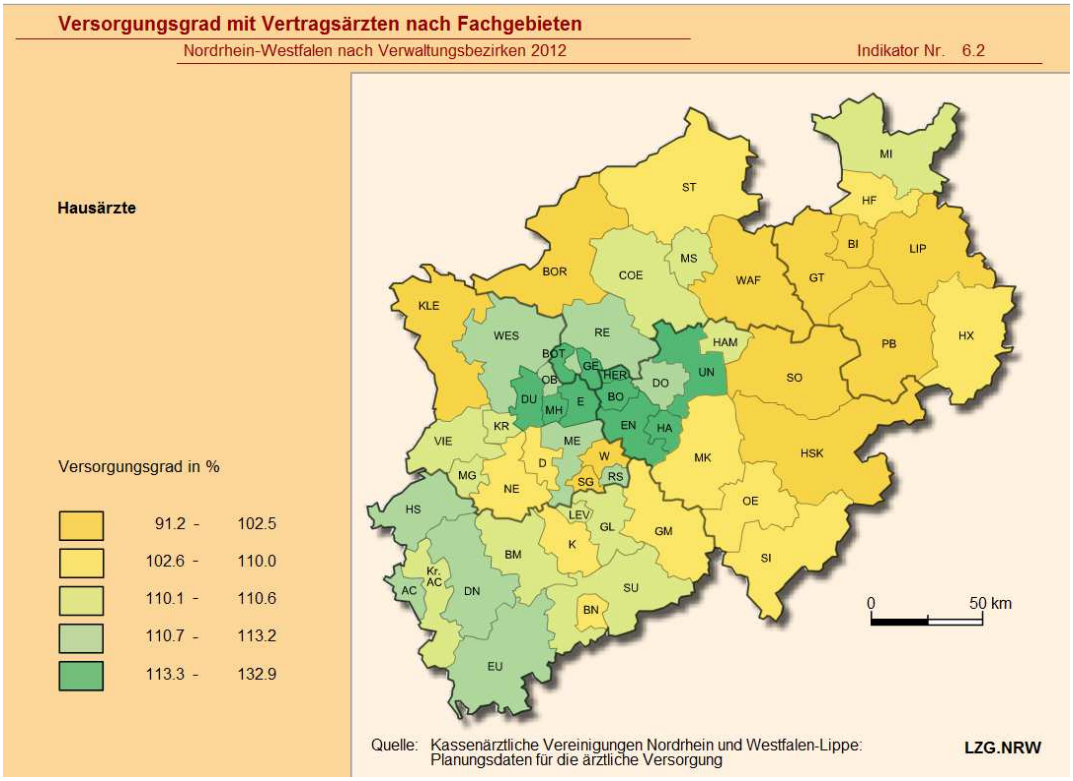
- Mittelbereich Gütersloh (Gütersloh, Harsewinkel, Verl, Versmold)
- Mittelbereich Rheda-Wiedenbrück (Herzebrock-Clarholz, Langenberg, Rheda-Wiedenbrück)
- Mittelbereich Halle (Borgholzhausen, Halle/W.)
- Mittelbereich Rietberg (Rietberg)
- Mittelbereich Bielefeld (Schloß Holte-Stukenbrock, Steinhagen, Werther)

Die Situation der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung lässt sich anhand der Versorgungsgrade mit Ärztinnen und Ärzten, die an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmen, bewerten.
Auf der Grundlage von Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung werden Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad herausgegeben (Grundlage §§ 99 – 105 SGB V). Die Bundesrepublik wird in Raumordnungsregionen nach unterschiedlichen Verdichtungsräumen gegliedert. Kreise und kreisfreie Städte werden verschiedenen Kreisgruppen zugeordnet. Der Versorgungsgrad dient als Maßzahl zur Beschreibung von Ressourcenmengen, die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen[10].

Eine Unterversorgung liegt vor, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 % bzw. denjenigen der fachärztlichen Versorgung um mehr als 50 % unterschreitet.
Eine Überversorgung liegt vor, wenn eine Überschreitung der örtlichen Verhältniszahl von mehr als 10 % vorliegt (bezogen auf örtliche Einwohner/Arztrelation).

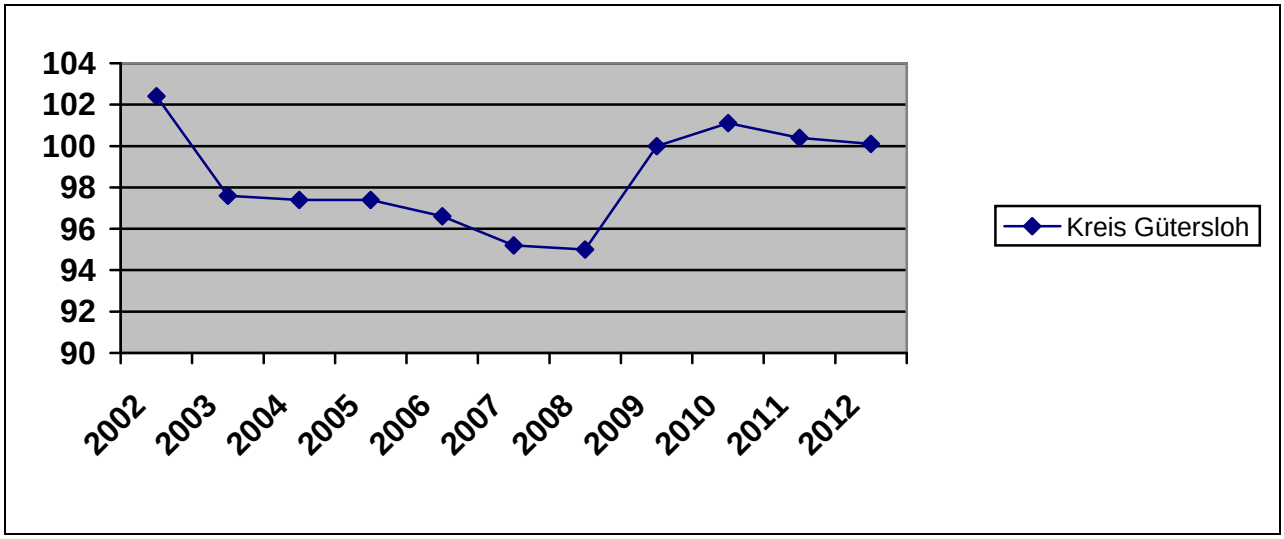
[10] Der Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird anhand der Verhältniszahlen der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) dargestellt.
Zur Arztgruppe der Psychotherapeuten gehören gemäß § 101 Abs. 4 Satz 1 SGB V die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte sowie die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichentherapeuten.

**Abbildung 19: Versorgungsgrad mit Hausärzten im NRW-Vergleich im Jahr 2012**




Der Versorgungsgrad mit Hausärzten betrug 2012 im Kreis Gütersloh 100,1 % (Abbildung 19). Im Vergleich mit den anderen Kreisen und kreisfreien Städten in OWL war dieser Wert am niedrigsten. Wie aus Abbildung 20 ersichtlich, ist der Versorgungsgrad mit Hausärzten im Kreis Gütersloh im Zeitraum von 2002 bis 2008 kontinuierlich gesunken. In den Jahren von 2008 bis 2010 ist der Versorgungsgrad mit Hausärzten angestiegen und sinkt bis 2012. Dabei ist ein abnehmender Trend zu beobachten.

**Abbildung 20: Versorgungsgrad der Hausärzte im Kreis Gütersloh, 2002 – 2012**




Quelle: Daten der Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, entnommen: www.liga.nrw.de.

Zur Beurteilung der hausärztlichen Versorgung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen in NRW die nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie geltenden allgemeinen Verhältniszahlen (Einwohner-/ Arztre-

lation) auf alle Gemeinden in NRW übertragen und den Versorgungsgrad unter alleiniger Berücksichtigung der Ärzte, die jünger als 60 Jahre alt sind ermittelt. Es wird davon ausgegangen, dass ältere Hausärzte in absehbarer Zeit ihre Praxen aufgeben werden, die ohne Unterstützungsmaßnahmen voraussichtlich nicht wiederbesetzt werden können. Die Folge ist eine Verschlechterung des Einwohner-Arzt-Verhältnisses. Zusätzlich wurde der Anteil der über 55-jährigen Ärzte ermittelt. Es wurden solche Kommunen in die Betrachtung einbezogen, die bis zu 25.000 Einwohner haben.

Tabelle 2 stellt den Versorgungsplan inklusive der Altersstruktur für die hausärztliche Versorgung für die Mittelbereiche des Kreises Gütersloh im August 2014 dar.
Als räumlicher Planungsbereich ist der sogenannte Mittelbereich festgesetzt worden, entsprechend den Definitionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Dadurch werden bundesweit 883 neue Planungsbereiche definiert, die nun sehr viel differenzierter gegliedert sind als die bisherigen Planungsräume (entnommen: https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/bedarfsplanung/richtlinie/ [Stand: 14.08.2014]).

**Tabelle 2: Versorgungsplan inkl. Altersstruktur für die hausärztliche Versorgung für die Mittelbereiche des Kreises Gütersloh (Stand: August 2014)**

| Mittelbereich (MB) | Ort | Einwohner | Vers.-grad % | Anzahl Ärzte | Altersstruktur (Anteil in %) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | <=30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-64 | >=65 |
| Bielefeld MB | | 418.688 | 97,80 | 251 | 3,2 | 25,1 | 35,4 | 20,7 | 15,5 |
| | Schloß Holte-Stukenb. | 26.329 | | 9 | 0 | 11,1 | 55,5 | 33,3 | 0 |
| | Steinhagen | 20.197 | | 11 | 0 | 18,2 | 36,4 | 27,3 | 18,2 |
| | Werther | 11.264 | | 8 | 12,5 | 37,5 | 12,5 | 12,5 | 25,0 |
| Halle/Westf. MB | | 29.861 | 85,60 | 16 | 0 | 18,8 | 37,5 | 18,8 | 25,0 |
| | Borgholzhausen | 8.633 | | 5 | 0 | 40 | 20 | 20 | 20 |
| | Halle/Westf. | 21.228 | | 11 | 0 | 9,1 | 45,5 | 18,2 | 27,3 |
| Gütersloh MB | | 164.544 | 92,70 | 91 | 2,2 | 16,5 | 42,9 | 12,1 | 26,4 |
| | Gütersloh | 94.973 | | 52 | 3,8 | 19,2 | 36,5 | 11,5 | 28,8 |
| | Harsewinkel | 23.862 | | 14 | 0 | 14,2 | 71,5 | 14,3 | 0 |
| | Verl | 24.892 | | 11 | 0 | 9,1 | 45,5 | 0 | 45,5 |
| | Versmold | 20.817 | | 14 | 0 | 14,2 | 35,7 | 21,4 | 28,6 |
| Rheda-Wiedenbrück MB | | 70.846 | 91,90 | 40 | 2,5 | 15 | 42,5 | 17,5 | 22,5 |
| | Herzebrock-Clarholz | 15.875 | | 10 | 0 | 20 | 50 | 10 | 20 |
| | Langenberg | 8.113 | | 6 | 16,7 | 16,7 | 33,3 | 16,7 | 16,7 |
| | Rheda-Wiedenbrück | 46.858 | | 24 | 0 | 12,5 | 41,6 | 20,8 | 25,0 |
| Rietberg MB | | 28.583 | 103,80 | 17 | 0 | 23,6 | 41,1 | 23,5 | 11,8 |
| | Rietberg | 28.583 | | 17 | 0 | 23,6 | 41,1 | 23,5 | 11,8 |

Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Wie aus Tabelle 2 zu entnehmen ist, hat der gesamte Mittelbereich Gütersloh (Gütersloh, Harsewinkel, Verl und Versmold) 164.544 Einwohner und 91 Hausärzte. Daraus ergibt sich ein Versorgungsgrad von 92,70 %. Im Mittelgebiet Gütersloh sind 38,5 % der Hausärzte über 60 Jahre alt.

Der gesamte Mittelbereich Bielefeld (Bielefeld, Schloß Holte-Stukenbrock, Steinhagen und Werther) hat 418.688 Einwohner und 251 Hausärzte. Der Versorgungsgrad für den Mittelbereich Bielefeld liegt bei 97,80 %.

Der gesamte Mittelbereich Halle/Westfalen (Borgholzhausen und Halle/Westfalen) hat 29.861 Einwohner und 16 Ärzte. Daraus ergibt sich ein Versorgungsgrad von 85,60 %. Im Mittelbereich Halle/Westfalen sind 43,8 % der Hausärzte über 60 Jahre alt.

Der gesamte Mittelbereich Rheda-Wiedenbrück (Herzebrock-Clarholz, Langenberg und Rheda-Wiedenbrück) hat 70.846 Einwohner. Dort sind 40 Hausärzte tätig. Wie Tabelle 2 zu entnehmen ist, ergibt sich ein Versorgungsgrad von 91,90 %. Dabei sind 40% der Hausärzte im Mittelbereich über 60 Jahre alt.

Der Mittelbereich Rietberg hat 28.583 Einwohner und 17 Hausärzte. Im Mittelbereich Rietberg liegt der Versorgungsgrad bei 103,80 %. Zudem ist der Mittelbereich Rietberg der Mittelbereich mit dem geringsten Anteil an über 60-jährigen Hausärzten mit 35,3 %.

**Tabelle 3: Versorgungsplan inkl. Altersstruktur für die allgemeine fachärztliche Versorgung auf Ebene des Kreises Gütersloh (Stand: August 2014)**

| Planungsbereich Kreisebene | Bedarfsplanungs-gebiet | Ein-wohner | Vers.-grad % | Anzahl Ärzte | Altersstruktur (Anteil in %) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | <= 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-64 | >=65 |
| Kreis Gütersloh | Allgemeine fachärztliche Versorgung | | | | | | | | |
| | Augenärzte | 351.624 | 126,0 | 20 | 5 | 25 | 50 | 15 | 5 |
| | Chirurgen | 351.624 | 133,4 | 12 | 0 | 25 | 58,3 | 8,3 | 8,3 |
| | Frauenärzte | 177.567 | 123,4 | 37 | 0 | 27 | 54 | 5,4 | 13,5 |
| | Hautärzte | 351.624 | 120,9 | 10 | 0 | 10 | 50 | 20 | 20 |
| | HNO Ärzte | 351.624 | 132,5 | 14 | 14,3 | 42,8 | 28,5 | 14,3 | 0 |
| | Kinder- u. Jugendmediziner | 65.868 | 145,4 | 25 | 0 | 28 | 52 | 12 | 8 |
| | Nervenärzte | 351.624 | 131,5 | 15 | 0 | 20 | 53,3 | 12 | 8 |
| | Orthopäden | 351.624 | 136,7 | 18 | 5,6 | 27,8 | 61,1 | 5,6 | 0 |
| | Psychotherapeuten | 351.624 | 140,5 | 71 | 11,3 | 17 | 45,1 | 18,3 | 8,5 |
| | Urologen | 351.624 | 118,1 | 9 | 11,1 | 11,1 | 55,5 | 11,1 | 11,1 |

Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Tabelle 3 zeigt den Versorgungsplan inklusive der Altersstruktur für die allgemeine fachärztliche Versorgung auf Ebene des Kreises Gütersloh im August 2014.
Zu der Arztgruppe der allgemeinen fachärztlichen Versorgung gehören unter anderem Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten und Kinderärzte. Für diese Gruppe wurden die bisherigen Kreisregionen als Planungsbereiche grundsätzlich beibehalten. Um den Unterschieden von Kreisen und kreisfreien Städten Rechnung zu tragen, wurde für die verschiedenen Kreistypen ein neues

Konzept erarbeitet, das prinzipiell fünf Kreistypen unterscheidet. Die Differenzierung erfolgt dabei nach dem Ausmaß der Mitversorgung in den Kreistypen (entnommen: https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/bedarfsplanung/richtlinie/ [Stand 14.08.2014]).
Die 27 Kreise und kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe werden auf Grund ihrer Rolle in der fachärztlichen Grundversorgung in Versorgungszonen typisiert. Dabei gibt es fünf unterschiedliche Typen: Typ 1 **„stark mitversorgend“,** Typ 2 **„Dualversorgung“,** Typ 3 **„stark mitversorgt“,** Typ 4 **„mitversorgt“ und** Typ 5 **„Eigenversorgung“.** Der Kreis Gütersloh gehört zum Typ 4 „mitversorgt“. Diesen Typ kennzeichnet eine Region mit weniger Verflechtungen zu mitversorgenden Regionen. Teilweise wird die Bevölkerung hier mitversorgt oder es findet eine Eigenversorgung statt.

Der Versorgungsgrad im Kreis Gütersloh ist mit 145,4 % bei den Kinder- u. Jugendmedizinern am höchsten. Am niedrigsten ist die Versorgung mit Urologen mit einem Versorgungsgrad von 118,1 %.
Wie aus Tabelle 3 ersichtlich, besteht derzeit im Kreis Gütersloh im fachärztlichen Bereich eher eine Über- als Unterversorgung. Zudem wird bei der Betrachtung der Altersstruktur deutlich, dass sich auch bei derzeit ausreichend versorgten Städten und Gemeinden möglicherweise in den nächsten Jahren die fachärztliche Versorgung verschlechtern kann. Die Arztgruppe mit dem höchsten Anteil an über 60-Jährigen stellen dabei mit 40 % die Hautärzte dar.

Die spezialisierte fachärztliche Versorgung ist in Westfalen-Lippe in 8 Raumordnungsregionen aufgeteilt: Münster, Emscher-Lippe, Dortmund, Bochum-Hagen, Siegen, Arnsberg, Paderborn und Bielefeld. Der Kreis Gütersloh gehört zu der Raumordnungsregion Bielefeld.

**Tabelle 4: Versorgungsplan inkl. Altersstruktur für die spezialisierte fachärztliche Versorgung auf der Ebene der Raumordnungsregion Bielefeld (Stand: August 2014)**

| Bedarfsplanungs-gebiet | Ein-wohner | Vers.-grad % | Anzahl Ärzte | Altersstruktur (Anteil in %) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | <= 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-64 | >=65 |
| | | | | | | | | |
| Anästhesisten | 1.585.571 | 128,80 | 49 | 2 | 10,2 | 55,1 | 26,5 | 6,1 |
| Diagnostische Radiologie | 1.585.571 | 130,10 | 49 | 4,1 | 24,5 | 44,9 | 22,4 | 4,1 |
| Fachärztliche Internisten | 1.585.571 | 180,80 | 144 | 4,9 | 18,7 | 52,1 | 16 | 8,3 |
| Kinder- und Jugendpsychiater | 282.532 | 89,80 | 16 | 12,5 | 25 | 37,6 | 18,8 | 6,3 |

Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Tabelle 4 zeigt den Versorgungsplan inklusive Altersstruktur für die spezialisierte fachärztliche Versorgung auf der Ebene der Raumordnungsregion Bielefeld im August 2014.
Zu dieser Versorgungsebene gehören die Arztgruppen der Anästhesisten, Radiologen, fachärztlichen Internisten sowie der Kinder- und Jugendpsychiater. Bisher waren letztere nicht in die Bedarfsplanung

einbezogen worden. Für jede einzelne Arztgruppe wurde eine Verhältniszahl festgelegt, die sich an den Sollzahlen der bisherigen Bedarfsplanung orientiert. Für die neu einbezogenen Kinder- und Jugendpsychiater wurde dabei als Grundlage die Zahl der zugelassenen Ärzte des Jahres 2010 herangezogen (entnommen: https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/bedarfsplanung/richtlinie/ [Stand 14.08.2014]).
Der Versorgungsgrad der Kinder- und Jugendpsychiater ist dabei mit 89,80 % am geringsten. Die älteste spezialisierte fachärztliche Gruppe sind mit einem Anteil von 32,6 % über 60-Jährige die Anästhesisten.

Insgesamt ist festzuhalten, dass ein Großteil der Versorgung von Ärzten in einem höheren Alter geleistet wird. Hier könnte sich ein zukünftiges Problem in der Versorgung ergeben.

Der Rückgang der niedergelassenen Fach- und Hausärzte wird hauptsächlich dadurch bestimmt, dass immer mehr niedergelassene Ärzte altersbedingt ausscheiden, ohne dass genügend junge Nachfolger in dieses System nachrücken. Das liegt nicht daran, dass zu wenig Mediziner ausgebildet werden, sondern dass viele alternative und lukrative Tätigkeitsfelder im Konkurrenzkampf zur Niederlassung (Krankenhaus, Forschung, Verwaltung, Unternehmen, Ausland) zur Verfügung stehen und sich insbesondere zu wenige Mediziner für die Ausbildung als Hausarzt entscheiden. Ein steigendes Arbeitspensum aufgrund des demografischen Wandels (Überalterung - steigende (Multi)Morbidität - Volkskrankheiten - Medizinischer Fortschritt) tragen ebenfalls dazu bei.

**Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung**

- Aktionsprogramm des Landes NRW zur Stärkung der hausärztlichen Medizin und Versorgung in Nordrhein-Westfalen

Zur zukünftigen Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung wurde das Aktionsprogramm des Landes NRW zur Stärkung der hausärztlichen Medizin und Versorgung in Nordrhein-Westfalen ins Leben gerufen.
Das Ziel des Landesprogramms besteht darin, dauerhaft eine wohnortnahe hausärztliche Versorgung zu sichern. Hierzu werden Landesmittel zur direkten Förderung von Niederlassungen in schlecht versorgten ländlichen und lokal unterversorgten Gebieten zur Verfügung gestellt. Zudem soll die universitäre Ausbildung sowie die Weiterbildung verbessert werden.

Das Hausarztprogramm wurde bis zum 31.12.2016 verlängert. Die Mittel wurden von 1,5 Mio. jährlich auf 2,5 Mio. aufgestockt.
Zur Umsetzung des Landesprogramms war eine Liste von Gemeinden unter 25.000 Einwohnern erstellt worden, in denen eine Unterversorgung droht und die hausärztliche Versorgung voraussichtlich gefährdet sein wird (Förderregion 1[11]). Zu den förderungsfähigen Gemeinden, die von Unterversor-

[11] Förderregion 1:
Eine Gefährdung im Sinne der Förderrichtlinie des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW droht, sofern ein Versorgungsgrad < 75 Prozent besteht, wenn nur die Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt werden, die jünger als 60 Jahre alt sind, und der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die älter als 55 Jahre alt sind, mindestens 50 Prozent beträgt.

gung bedroht sind, gehören im Kreis Gütersloh derzeit die Gemeinden Langenberg und Steinhagen sowie die Städte Verl und Versmold.
Zur Förderregion 2[12] zählen Gemeinden, deren hausärztliche Versorgung auf mittlere Sicht gefährdet erscheint. Im Kreis Gütersloh sind die Städte Borgholzhausen, Halle und Werther sowie die Gemeinde Herzebrock-Clarholz von dieser Entwicklung betroffen (Stand: 24. März 2014).

Das Land NRW gewährt zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung nach Maßgabe der Hausärzte-Förderrichtlinie Zuwendungen für eine Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten sowie für die Beschäftigung von Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten in Gebieten, in denen in Zukunft die hausärztliche Versorgung durch das Ausscheiden von Hausärzten gefährdet sein kann. Ärztinnen und Ärzte, die im Fördergebiet eine vertragsärztliche Tätigkeit als Hausarzt aufnehmen, können demnach einen Zuschuss erhalten.
Ein Zuschuss wird insbesondere zu folgenden Ausgaben gewährt:
- Ausgaben für den Erwerb oder die Errichtung einer Praxis
- Ausgaben für die Ausstattung einer Praxis (z.B. medizinische Gerätschaften, EDV-Ausstattung)
- sonstige Ausgaben, die mit der Einrichtung oder dem Betrieb einer Praxis einhergehen (z.B. Miete, Umzugskosten)

Die Höhe des Zuschusses beträgt bis zu
- 50.000 €, bei Niederlassung in einem bedrohten Gebiet
- 25.000 €, bei Niederlassung in einem gefährdeten Gebiet, oder
- 10.000 €, bei Gründung oder Übernahme einer Zweigpraxis in einem bedrohten oder gefährdeten Gebiet.

Antragstellerinnen und Antragsteller müssen sich je nach Förderung schriftlich verpflichten, für fünf bzw. zehn Jahre im Fördergebiet in dem der Bewilligung zugrunde liegenden Stundenumfang an der hausärztlichen Versorgung teilzunehmen. Zudem beteiligt sich das Land an den Ausgaben der Weiterbildungsstellen für Allgemeinmedizin im Fördergebiet. Hausarztpraxen in einer förderungsfähigen Gemeinde, die eine Weiterbildungsassistentin oder einen Weiterbildungsassistenten beschäftigen, können eine finanzielle Förderung von bis zu 775 Euro monatlich erhalten. Der maximale Förderzeitraum bei einer Vollzeittätigkeit beträgt 24 Monate. Mit der Antragstellung verpflichtet sich die Hausarztpraxis, die Förderung an die jeweiligen Jungmediziner weiterzugeben.

- Weiterbildungsinitiative Allgemeinmedizin im Kreis Gütersloh

Der Ärzteverein Gütersloh und Krankenhäuser haben im Oktober 2010 eine Initiative gegründet, um angehende Mediziner für den Kreis Gütersloh zu gewinnen.

[12] Förderregion 2:
Eine Gefährdung der hausärztlichen Versorgung auf mittlere Sicht wird angenommen, wenn in einer Gemeinde zwar der Versorgungsgrad unter Berücksichtigung der Ärztinnen und Ärzte, die jünger als 60 Jahre alt sind, unter 75 Prozent liegt, der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die älter als Jahrgang 55 Jahre alt sind, aber weniger als 50 Prozent beträgt.
(entnommen: http://www.mgepa.nrw.de/gesundheit/versorgung/ambulante_versorgung/foerderung/index.php am 29.10.2014)

Das Ziel besteht darin, gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten und Kliniken die Ausbildung zur Allgemeinmedizin in Gütersloh attraktiver zu machen und so dem drohenden Hausärztemangel vorzubeugen.
Die Initiative wird unterstützt vom Klinikum Gütersloh, dem Sankt Elisabeth Hospital in Gütersloh, dem Sankt Vinzenz Hospital in Rheda-Wiedenbrück, dem LWL Klinikum Gütersloh sowie mehreren Hausärzten aus dem Kreis Gütersloh. In Kooperation wurde ein Ausbildungsfahrplan entwickelt. Das Weiterbildungsangebot soll aber nicht nur für die Arbeit als Allgemeinmediziner Interesse wecken, sondern soll auch dazu dienen, Ärzte langfristig an den Kreis Gütersloh zu binden.
Interessierten Ärzten wird eine abwechslungsreiche Ausbildung in den beteiligten Kliniken und Arztpraxen, eine attraktive Vergütung sowie ein Betreuungspaket für Kinder und die Unterstützung des Partners bei der Arbeitssuche geboten.

- Förderung der Einrichtung einer Medizinfakultät an der Universität Bielefeld

Die Resolution der Landräte- und Bürgermeisterkonferenz OWL zum Aufbau einer Medizinischen Fakultät in Bielefeld wurde am 20.09.2010 einstimmig verabschiedet.
Mit der Resolution werden die politischen Entscheidungsträger im Land NRW und im Bund dazu aufgefordert, die organisatorischen und wirtschaftlichen Voraussetzungen für die Gründung einer medizinischen Fakultät in Bielefeld zu schaffen.
Nach dem Vorbild der Hochschule OWL sollen die vorhandenen Zentren in der Region zu einem „Universitätsklinikum Ostwestfalen-Lippe“ organisatorisch zusammengefasst werden. Die Einrichtung einer Medizinischen Fakultät soll die Gesundheitsregion und den Wissenschaftsstandort Ostwestfalen-Lippe stärken und die drohende Angebotslücke in der ärztlichen Versorgung schließen helfen.
Der Gesundheitsausschuss des Kreises Gütersloh hat in seiner Sitzung am 10.11.2010 der Resolution der Landräte- und Bürgermeisterkonferenz OWL zum Aufbau einer Medizinischen Fakultät in Bielefeld zugestimmt. Auf diesem Hintergrund wurde der „Verein zur Förderung der medizinischen Ausbildung und Versorgung in OWL“ gegründet, in dem der Kreis Gütersloh Mitglied ist.

- Medizinstudium ab 2015/16 in Bielefeld für den praktischen Teil in Zusammenarbeit mit der Universität Bochum

Nach dem vorläufigen „Aus“ für eine Medizinfakultät an der Universität Bielefeld wird derzeit die sog. „kleine Lösung“ favorisiert. Dabei soll der praktische Teil der Medizinerausbildung in Ostwestfalen in Zusammenarbeit mit der Universität Bochum umgesetzt werden.
Nach Berechnungen könnten die ersten Medizinstudenten schon im Wintersemester 2015/16 ihre klinische Ausbildung im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld und im Städtischen Klinikum Bielefeld beginnen.

- Akademische Lehrkrankenhäuser

Seit Anfang 2012 sind das Klinikum Gütersloh und das Sankt Elisabeth Hospital akademische Lehrkrankenhäuser der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Es wurde mit 5 Medizinstudenten im Praktischen Jahr (PJ-ler) gestartet, die in Wohnungen untergebracht wurden und einen persönlichen Mentor haben. Der PJ-Beauftragte ist Dr. Thomas Grau.

## 2.2 Ärztlicher Notdienst und notärztliche Versorgung

**Ärztlicher Notdienst**

Die Organisation des ärztlichen Notdienstes hat sich seit dem 01.02.2011 verändert, denn eine neue Notfalldienststruktur wurde umgesetzt. Es gibt statt der 178 Notfalldienstbezirke in Westfalen nur noch 32 Bezirke. Seit dem 01.02.2013 gibt es durch Umstrukturierungen nur noch 31 Bezirke (siehe Abbildung 21).
Die Notfalldienstbezirke überschreiten dabei die Kreisgrenzen oder auch die Gebiete der Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL). Die neuen Notfalldienstbezirke sind Einteilungsbezirke für die zum Notfalldienst verpflichteten Ärztinnen und Ärzte. Die Patienten sind nicht daran gebunden – sie können jede Notfallpraxis unabhängig vom Wohnort aufsuchen oder werden vom Fahrdienst zuhause behandelt.

Ausschlaggebend bei der Einteilung waren die Arztzahl und die Einwohnerzahl der Region, die geografische und topografische Lage, die Altersstruktur der Ärzte, die bekannten Fallzahlen sowie die Inanspruchnahme der Krankenhausambulanzen, darüber hinaus die derzeitige Kostensituation und Erfahrungswerte anderer Kassenärztlichen Vereinigungen.

Eine Einsatzzentrale ist nun zu den Notfalldienstzeiten unter der landesweit einheitlichen Telefonnummer (116 117) erreichbar und übernimmt im Notfalldienst sämtliche Anrufe der Patienten. Die Einsatzzentrale wird in Kooperation mit der KV Nordrhein betrieben und hat ihren Standort in Duisburg. Diese hat eine Steuerungsfunktion für ganz Westfalen-Lippe – je nach Gesundheitsproblem werden die Anrufer an die nächste erreichbare Notfalldienstpraxis verwiesen oder es wird ein Hausbesuch des Fahrdienstarztes organisiert.

Im Rahmen der neuen Notfalldienstordnung konnten ergänzend auch fachärztliche Notfalldienste eingerichtet werden, wenn die jeweilige fachärztliche Notfallversorgung flächendeckend für das gesamte Zuständigkeitsgebiet Westfalen-Lippe sichergestellt ist. Eingerichtet wurden fachärztliche Notfalldienste für die Augenärzte, die Kinder- und Jugendärzte sowie die HNO-Ärzte.

Die für den Hausbesuchsdienst eingeteilten Ärzte werden nun zu ihren Einsätzen gefahren: Fahrer und Fahrzeug werden gestellt, der eigene PKW muss nicht mehr genutzt werden. Betrieben wird der Fahrdienst landesweit von der Johanniter-Unfallhilfe – mit Ausnahme der Bezirksstelle Bielefeld, wo der Arbeiter-Samariter-Bund den Dienst übernimmt. Die Einsatzzentrale gewährleistet eine ständige Kommunikation mit Arzt und Fahrer. Das Fahrzeug, das dem zu besuchenden Patienten am nächsten ist, kommt bezirksübergreifend zum Einsatz. Der Fahrdienst wird zu den vollen Notfalldienstzeiten durchgeführt.

**Abbildung 21: Übersichtskarte über die neuen Notfalldienstbezirke in Westfalen**




Quelle: http://www.kvwl.de/arzt/sicherstellung/notfalldienst/karte_nd_komplementaerpraxen_2013.pdf [Stand 21.08.2014]

Ein Vorteil wird in der Verzahnung mit dem stationären Bereich der Krankenhäuser gesehen, insbesondere bei der Nutzung von Apparaturen und akuten Notfallbehandlungen. Während ein Arzt die Patienten in der Notdienstpraxis versorgt, übernimmt der zweite Arzt ausschließlich die Fahrbereitschaft. Zudem kommt es durch die neue Notfalldienststruktur zu einer gerechteren Aufteilung der Dienstbelastung. Seit dem Jahr 2011 beträgt die durchschnittliche Dienstfrequenz in Westfalen-Lippe zirka fünf Notfalldienste pro Jahr. Durch die unterschiedlichen Strukturen des Landes und der damit verbundenen Zahl der zum Dienst verpflichteten Ärzte konnte die Dienstfrequenz nicht überall in gleichem Maße reduziert werden.

Der zum „Sitzdienst“ in der Notfalldienstpraxis eingeteilte Arzt leistet diesen ausschließlich in der Praxis. Die Behandlungsfälle außer Haus übernimmt der Kollege, der für den Fahrdienst eingeteilt ist.
Der „fahrende Arzt“ wird also nicht in die Behandlungsfälle in den Praxen eingebunden. Somit kommt es nicht nur zu einer Verkürzung der Wartezeit für die Patienten, sondern ebenso entfällt für die Notdienst leistenden Ärzte eine mögliche Doppelbelastung aus Fahr- und Sitzdienst (entnommen: http://www.kvwl.de/arzt/sicherstellung/notfalldienst/begriffe_elemente.pdf [Stand: 21.08.2014]).

**Notärztliche Versorgung**

Kreise und kreisfreie Städte sind als Träger des Rettungsdienstes gesetzlich verpflichtet, die bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung einschließlich der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst und des Krankentransports sicher zu stellen. Zur umfassenden notärztlichen Versorgung von Notfallpatienten im Rettungsdienstbereich Kreis Gütersloh bestehen bodengebundene Notarztsysteme als sog. Rendezvoussysteme. Beim Rendezvoussystem fahren Rettungswagen und Notarzteinsatzfahrzeug getrennt zum Einsatzort (vgl. Bedarfsplan für den Rettungsdienstbereich Kreis Gütersloh 10/2013), was auch anderswo die Regel ist.

Im Rettungsdienstbereich Kreis Gütersloh bestehen vier Notarzteinsatzbereiche:

| | |
|---|---|
| Notarzteinsatzbereich Halle | 202,00 km² |
| Notarzteinsatzbereich Harsewinkel | 201,00 km² |
| Notarzteinsatzbereich Gütersloh | 148,00 km² |
| Notarzteinsatzbereich Rheda-Wiedenbrück | 315,00 km² |

Zudem ist ein Notarzteinsatzfahrzeug einer angrenzenden Gebietskörperschaft, Hövelhof im Kreis Paderborn, in die notärztliche Versorgung von Teilen der Bevölkerung in Verl und Schloß Holte-Stukenbrock überbereichlich eingebunden.

In den einzelnen Notarzteinsatzbereichen bestehen folgende Notarztstandorte (siehe Tabelle 5):

**Tabelle 5: Notarztstandorte im Kreis Gütersloh**

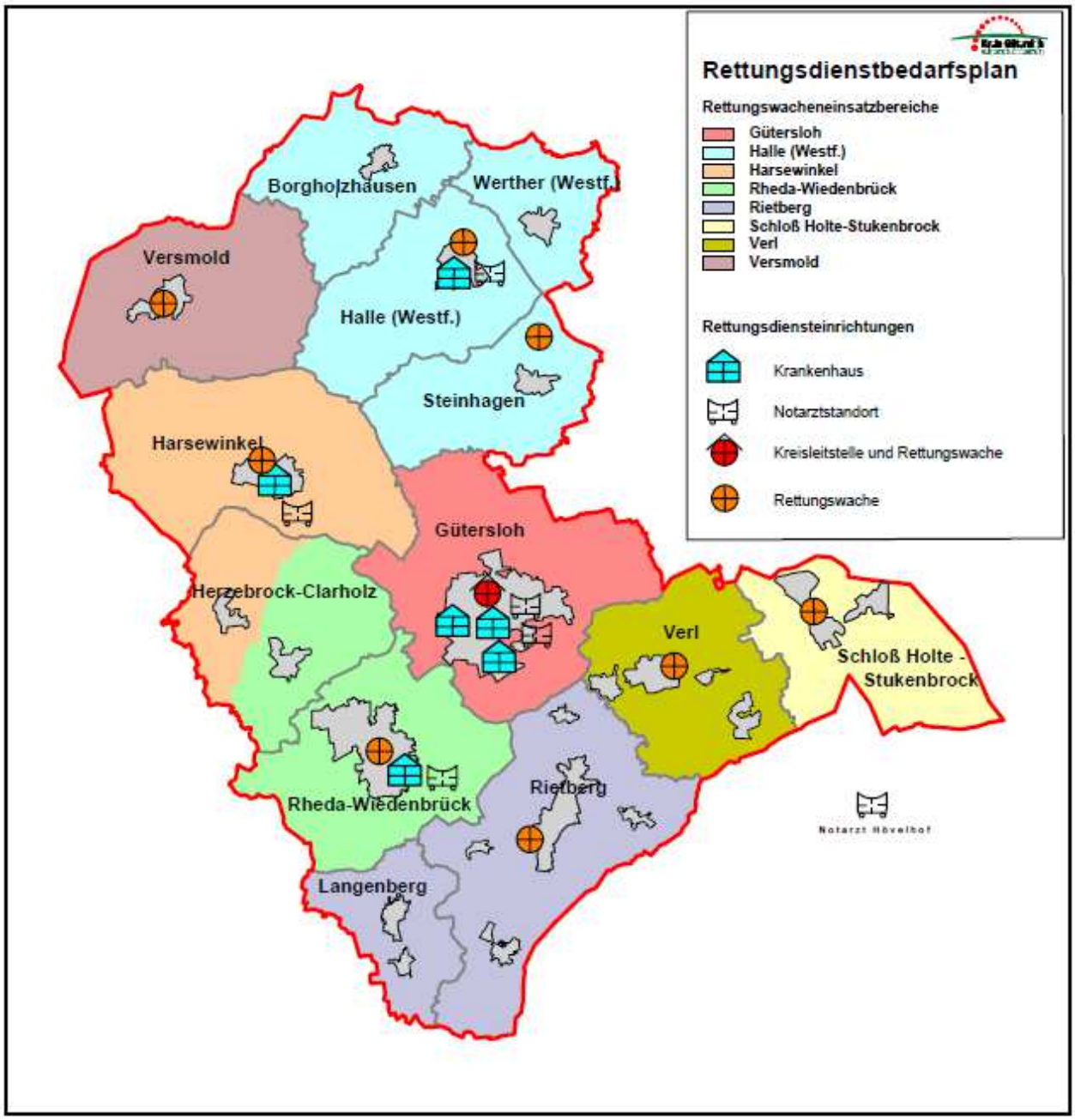
| Notarztstandort | Notarzt |
|---|---|
| Gütersloh | Je 1 am Klinikum Gütersloh und am St. Elisabeth-Hospital Gütersloh |
| Rheda-Wiedenbrück | St. Vinzenz Hospital Rheda-Wiedenbrück |
| Halle/Westf. | a) Klinikum Bielefeld, Standort Halle/Westf. (Mo-Fr 7-17 Uhr)<br>b) Notarztpool Kreis Gütersloh |
| Harsewinkel | a) St. Lucia Hospital Harsewinkel im Wechsel mit ÄLRD Strickmann<br>b) Notarztpool Kreis Gütersloh |
| Hövelhof | Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin e.V., Hövelhof |

Quelle: Bedarfsplan für den Rettungsdienstbereich Kreis Gütersloh 10/2013

Abbildung 22 gibt einen Überblick über die Rettungswacheneinsatzbereiche und Rettungsdiensteinrichtungen im Kreis Gütersloh. Im Vergleich zur Versorgungssituation im Jahr 2010 ist darauf hinzuweisen, dass in Rheda-Wiedenbrück ein Krankenhaus geschlossen hat.

Aufgrund gestiegener Einsatzzahlen wurde der Rettungsdienstbedarfsplan im Jahr 2013 angepasst und eine Aufstockung der Ressourcen im Bereich der Notfallrettung und des qualifizierten Krankentransportes vorgenommen. Darüber hinaus wurde die Fahrzeugvorhaltung (Notarzteinsatzfahrzeug, Rettungstransportwagen und Krankentransportwagen) insgesamt erhöht.

**Abbildung 22: Rettungswacheneinsatzbereiche und Rettungsdiensteinrichtungen**




Quelle: Bedarfsplan für den Rettungsdienstbereich Kreis Gütersloh 10/2013

Die Notfallversorgung am Einsatzort stellt eine große Herausforderung für das Notfallteam dar. Unter hohem Zeitdruck müssen lebenswichtige Entscheidungen getroffen werden, ohne die in einem Krankenhaus gewohnten diagnostischen Mittel. Der Notarzt und die Rettungsassistenten (bzw. –sanitäter) benötigen ein umfassendes und interdisziplinäres Wissen, das jederzeit und zu jeder Tages- und Nachtzeit zur Anwendung kommen kann. Zurzeit steigen die Einsatzzahlen in der Notfallrettung an und durch den demografischen Wandel ändern sich die Krankheitsbilder und das Patientenklientel[13]. Aufgrund eines überaus gut strukturierten Rettungsdienstes mit einem dichten Netz an Rettungswachen wird der Hilfsfristerreichungsgrad (95% aller Notfälle in maximal 12 Minuten von Eingang des

[13] Behrendt & Runggaldier (2008): Rettungsdienst bis 2050 - Die Auswirkungen des demografischen Wandels in der Bundesrepublik Deutschland auf die präklinische Notfallmedizin. In: Mendel, K., Hennes, P. (Hrsg.): Handbuch des Rettungswesens, A 1.1/31, 1-8, Witten: Mendel Verlag.

Notrufes bei der Leitstelle bis zum Eintreffen der ersten Rettungskräfte am Einsatzort) nahezu erreicht.
Zur Verbesserung der Notfallversorgung werden zunehmend Telematikanwendungen[14][15] genutzt. Heute ist die moderne Kommunikations- und Informationstechnik überall verfügbar, und sie ist auch in der Medizin nicht mehr wegzudenken.

Patienten mit einem akuten Herzinfarkt (STEMI = ST-Elevation-Myocardial-Infarction) müssen schnellstmöglich einem Krankenhaus mit einsatzbereitem Linksherzkatheterlabor (HKL)zugeführt werden; die Linksherzkatheteruntersuchung ggfs. mit Ballonaufweitung soll dort unverzüglich durchgeführt werden. Die Diagnose STEMI lässt sich nur durch ein sogenanntes 12-Kanal-EKG stellen. Die technischen Voraussetzungen hierzu haben alle RTW und NEF im Kreis Gütersloh. Besonders während Bereitschaftszeiten, an denen die HKL aus der Rufbereitschaft besetzt werden, entstehen lebensgefährliche Wartezeiten für Patienten, die zum Krankenhaus gebracht werden und auf der Intensivstation oder in der Notaufnahme erst auf die Aufnahmebereitschaft des HKL warten müssen. Um dem Personal des aufnehmenden Krankenhauses aber das Vorliegen eines STEMI bereits vor Erreichen der Klinik beweisen zu können, sind die Geräte des Rettungsdienstes allesamt mit der Möglichkeit ausgestattet, das EKG mit Patientendaten (Gesundheitskarte einlesbar) zur ausgewählten Zielklinik zu faxen. Das heißt, das EKG-Gerät nutzt das Mobilfunknetz für die Übertragung des 12-Kanal-EKG an ein Telefaxgerät in der Klinik, meist sogar noch aus der Patientenwohnung heraus. In 2013 wurde bei Einsätzen mit den 5 NEF im Kreis Gütersloh diese Option 263 Mal genutzt. 166 Mal stand die notärztliche Diagnose eines STEMI.

Im Kreis Gütersloh wurde Ende 2013 das Pilotprojekt „Mobile Retter“ eingeführt, das durch die Anwendung von Telematik Leben retten kann. Durch das Pilotprojekt wurde ein bundesweit bisher einmaliges System installiert, bei dem qualifizierte Ersthelfer jederzeit und überall mithilfe des Smartphones über einen nahegelegenen lebensbedrohlichen Notfall schnellstmöglich informiert werden können. Es ergänzt die präklinische Notfallversorgung und ist nicht Bestandteil des Rettungsdienstes. Aus einem Netz an freiwillig registrierten Ersthelfern, das aus Krankenpflegepersonal, Sanitäter-/innen, Rettungsassistenten-/innen, Feuerwehrkräften, DLRG-Schwimmern und Ärzten besteht, wird der mobile Retter, der sich am nächsten zum Einsatzort befindet, über eine spezielle App und ortsbezogene Dienste des Smartphones alarmiert. Dieser wird mit der Einsatzadresse und der Wegebeschreibung auf seinem Smartphone an den Einsatzort navigiert. Innerhalb ein bis vier Minuten am Einsatzort eingetroffen, leitet der Ersthelfer Wiederbelegungsmaßnahmen ein, solange bis Rettungsdienst (und Notarzt) die Patientenversorgung übernehmen. Rettungsdienst mit Notarzt werden dabei unverändert über die Kreisleitstelle Gütersloh alarmiert. Durch die Überbrückung bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes können die Überlebenschancen des Patienten signifikant steigen. Bisher hatten die mobilen Retter bereits über 80 reale Einsätze und leisteten vor Ort medizinische Ersthilfe. Weitere Informationen sind über die Internetseite http://www.mobile-retter.de zu erhalten.

[14] Der Begriff Telematik setzt sich aus **Tele**kommunikation und Infor**matik** zusammen und ist ein Mittel der Informationsverknüpfung von einem Informationssystem mit einem Telekommunikationssystem.
[15] Vgl. auch Nowakowski, N. (2013): Telematikanwendungen in der präklinischen Notfallmedizin. Potenziale und Grenzen anhand der Rettungskette. Universität Bielefeld ( Bachelorarbeit).

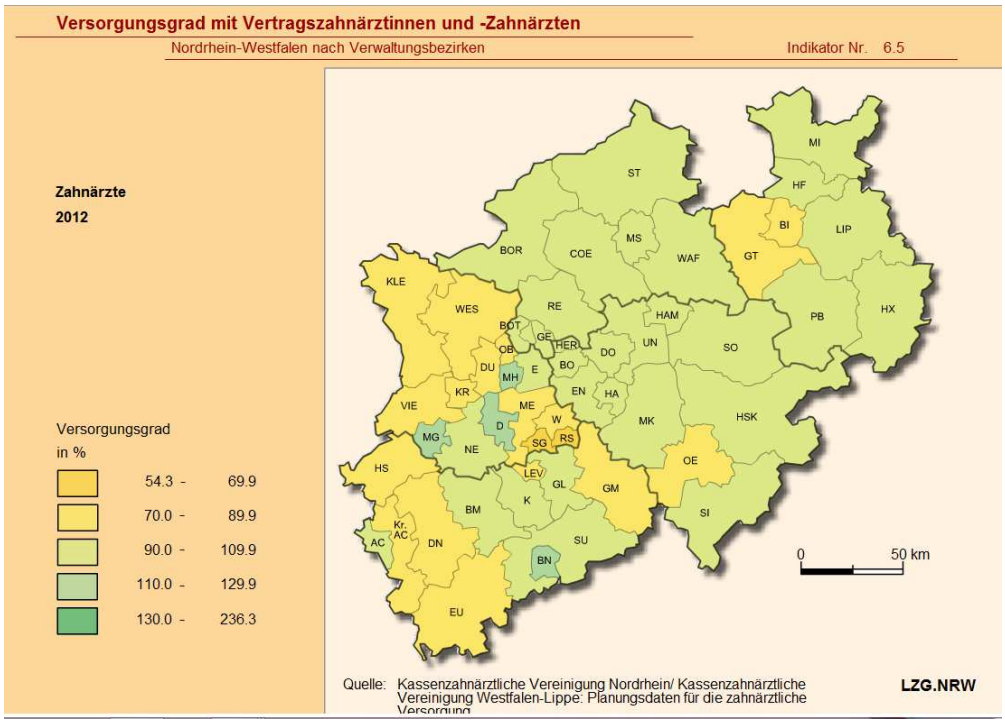
## 2.3 Zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung

Der Versorgungsgrad mit an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzten wird anhand der Verhältniszahlen der Bedarfsplanung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) dargestellt.

Eine Unterversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung liegt vor, wenn der Bedarf den Stand der zahnärztlichen Versorgung um mehr als 100 v. H. überschreitet.
Eine Überversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 v. H. überschritten ist. Die Feststellung, ob eine Unter- oder Überversorgung vorliegt, obliegt dem Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen. Zulassungen dürfen nur in dem Umfang erfolgen, bis Überversorgung eingetreten ist. Als Bezugsbasis für die Berechnung von Überversorgung und Unterversorgung dient die Relation Wohnbevölkerung/Zahnarzt bzw. Kieferorthopäde.

Mit der zum 1.10.2008 erfolgten Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte wurde der auf Grundlage der Bedarfsplanung errechnete Bedarf an kieferorthopädischen Praxen den sinkenden Behandlungszahlen angepasst. Diese sind vor allem eine Folge des kontinuierlichen Rückgangs der Patientengruppe der bis 18-Jährigen, die Anspruch auf eine kieferorthopädische Versorgung zu Lasten der GKV haben, sowie einer Abnahme der Fallzahlen insgesamt. Neue Richtgröße ist jetzt ein Kieferorthopäde für jeweils 4.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Dadurch liegt der Versorgungsgrad ab dem Berichtsjahr 2008 deutlich höher als in den Vorjahren, in denen sich die Bedarfsplanung nach der gesamten Einwohnerzahl eines Planungsbezirks richtete, wobei für jeweils 16.000 Einwohner ein Kieferorthopäde zur Verfügung stehen sollte.
Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Abbildung 23: Versorgungsgrad mit Vertragszahnärztinnen und –Zahnärzten 2012**




Im Kreis Gütersloh betrug der Versorgungsgrad im Jahr 2012 mit Vertragszahnärztinnen und –Zahnärzten (siehe Abbildung 23) 87,9 %.

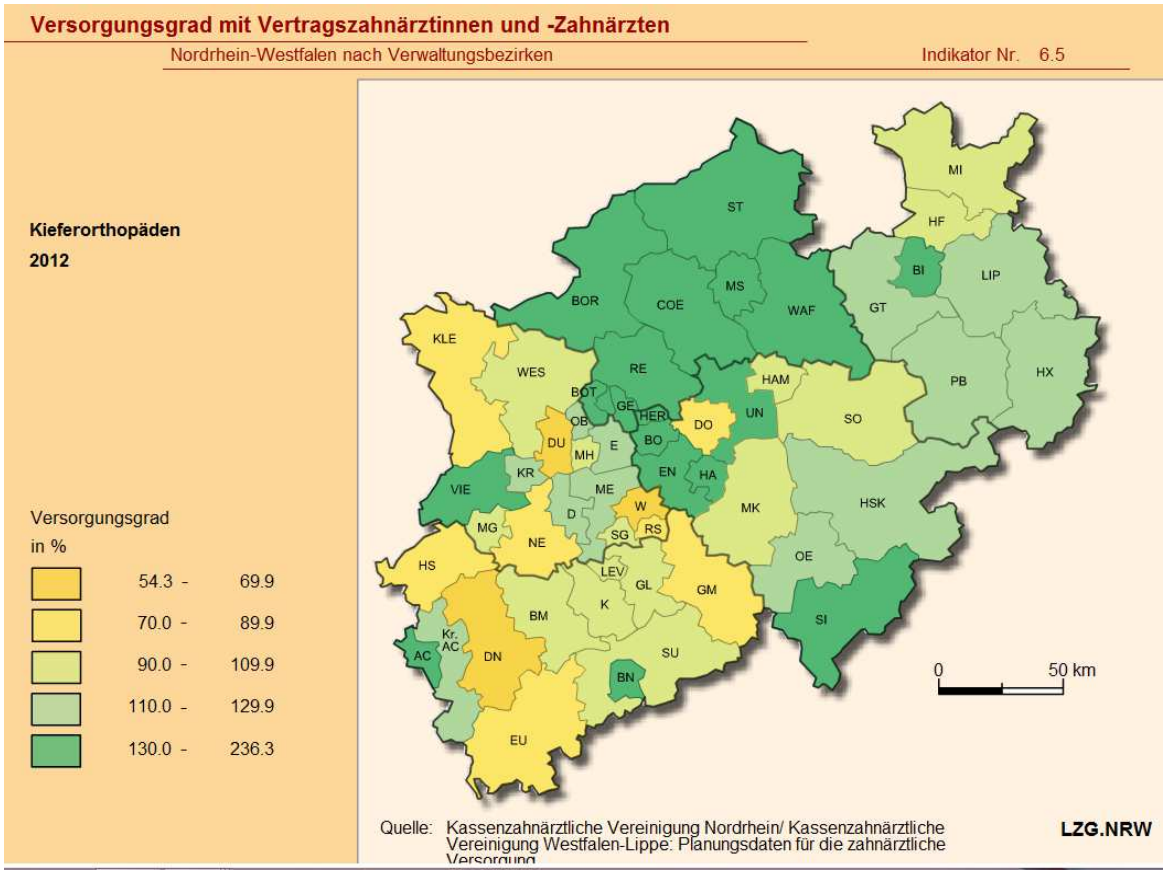
Wie der Tabelle 6 zu entnehmen war der Versorgungsgrad mit Zahnärzten im Jahr 2012 im Kreis Gütersloh mit 87,9 % in OWL am niedrigsten. Dies zeigt auch der zeitliche Verlauf.

**Tabelle 6: Versorgungsgrad OWL in Prozent für die Jahre 2010 bis 2012**

| **Versorgungsgrad an Zahnärzten und Kieferorthopäden in OWL (Kreise, in%)** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **2010** | | **2011** | | **2012** | |
| **Kreise** | **Zahnärzte** | **Kiefer-orthopäden** | **Zahnärzte** | **Kiefer-orthopäden** | **Zahnärzte** | **Kiefer-orthopäden** |
| | | | | | | |
| Gütersloh | 85,8 | 92,0 | 87,1 | 85,9 | 87,9 | 118,3 |
| Herford | 89,9 | 99,1 | 94,2 | 101,8 | 91,1 | 96,3 |
| Höxter | 102,8 | 121,4 | 103,1 | 127,3 | 101,1 | 129,2 |
| Lippe | 94,4 | 110,1 | 92,8 | 115,5 | 95,8 | 110,8 |
| Minden-Lübbecke | 98,5 | 90,6 | 102,6 | 95,8 | 102,8 | 100,7 |
| Paderborn | 94,6 | 101,4 | 93,8 | 110,6 | 96,3 | 121,3 |

Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

**Abbildung 24: Versorgungsgrad mit Kieferorthopäden 2012**




Im Kreis Gütersloh betrug der Versorgungsgrad mit Kieferorthopäden (siehe Abbildung 24) im Jahr 2012 118,3 %. Nach Tabelle 6 ist der Kreis Gütersloh in OWL der am drittbesten versorgte Kreis. 2009 war der Kreis Gütersloh mit 81,1 % der Kreis mit dem niedrigsten Versorgungsgrad in OWL.

## 2.4 Apotheken

Wie aus der Tabelle 7 ersichtlich, war die Apothekendichte im Kreis Gütersloh im Jahr 2012 im OWL-Vergleich am niedrigsten. Auch der Vergleich mit dem NRW-Durchschnitt zeigt, dass der Kreis Gütersloh die niedrigste Apothekendichte in Einwohner pro Apotheke besitzt.

**Tabelle 7: Apothekendichte in Ost-Westfalen-Lippe 2012**

| Kreise (ohne die Stadt Bielefeld) | Apothekendichte in Einwohner pro Apotheke (Vorjahreszahl) | Anzahl der öffentlichen Apotheken (Vorjahreszahl) |
|---|---|---|
| Gütersloh | 4.334 (4.273) | 82 (83) |
| Herford | 4.048 (3.933) | 61 (63) |
| Höxter | 3.288 (3.242) | 44 (45) |
| Lippe | 3.823 (3.638) | 91 (96) |
| Minden-Lübbecke | 3.795 (3.762) | 82 (83) |
| Paderborn | 4.130 (4.125) | 73 (73) |
| | | |
| Vergleich Gesamt OWL | 3.946 (3.853) | 515 (528) |
| Vergleich Gesamt NWR | 3.921 (3.838) | 4 552 (4 649) |

Quelle: Apothekerkammer Nordrhein und Apothekerkammer Westfalen-Lippe

Durch die Angabe der Vorjahreszahl (siehe Tabelle 7) lässt sich feststellen, dass die Anzahl der Apotheken abnimmt und somit die Einwohnerzahl je Apotheke zunimmt. Dies entspricht dem allgemeinen Trend. Laut dem Geschäftsbericht 2012 der Apothekerkammer Westfalen-Lippe geht zwar die Anzahl der Apotheken zurück, jedoch steigen die Beschäftigtenzahlen an. Seit der Gesundheitsreform 2004 ist es Apothekern möglich drei weitere Filialen neben ihrer Hauptapotheke im gleichen oder benachbarten Kreis zu führen. Ohne diese Möglichkeit würde der Rückgang der Apotheken noch stärker ausfallen (Geschäftsbericht 2012 der Apothekerkammer Westfalen-Lippe).
Betrachtet man die Verteilung der Apotheken innerhalb des Kreises Gütersloh, so lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den Städten und Gemeinden feststellen. Aus Abbildung 25 sowie aus Tabelle 8 ist ersichtlich, dass die Apothekendichte in Steinhagen am geringsten und in der Stadt Gütersloh am höchsten ist. Das bedeutet, dass eine Apotheke in Steinhagen im Durchschnitt fast über 3.200 Einwohner mehr versorgt als eine Apotheke in Gütersloh.

**Abbildung 25: Apothekendichte in den Städten und Gemeinden 2014**

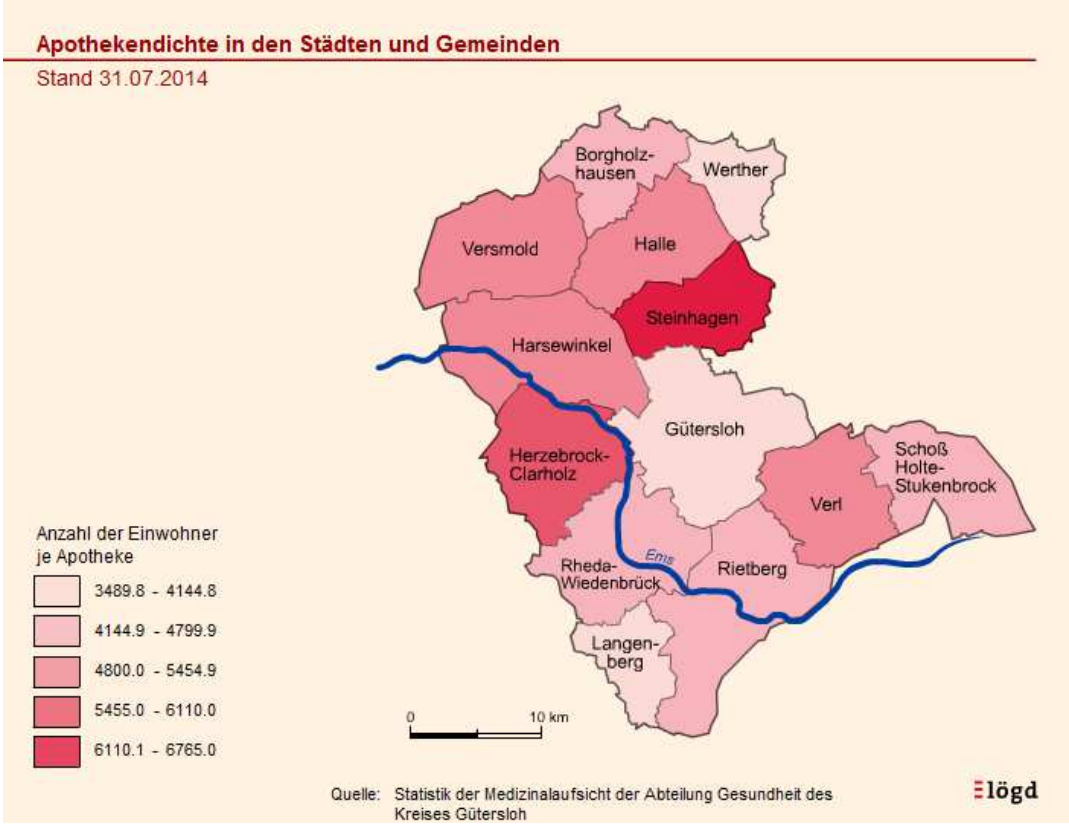



**Tabelle 8: Apothekendichte in den Städten und Gemeinden des Kreises Gütersloh 2014**

| Stadt/Gemeinde | Anzahl Apotheken | Einwohner (01.01.14) | Einwohner pro Apotheke |
|---|---|---|---|
| Borgholzhausen | 2 | 8.703 | 4.351,5 |
| Gütersloh | 28 | 97.713 | 3.489,8 |
| Halle | 4 | 21.396 | 5.349 |
| Harsewinkel | 5 | 24.419 | 4.883,8 |
| Herzebrock-Clarholz | 3 | 16.427 | 5.475,7 |
| Langenberg | 2 | 8.161 | 4.080,5 |
| Rheda-Wiedenbrück | 10 | 47.757 | 4.775,7 |
| Rietberg | 7 | 29.308 | 4.186,9 |
| Schloß Holte-St. | 6 | 26.371 | 4.395,2 |
| Steinhagen | 3 | 20.295 | 6.765 |
| Verl | 5 | 25.401 | 5.080,2 |
| Versmold | 4 | 21.080 | 5.270 |
| Werther | 3 | 11.614 | 3.911,3 |
| Kreis Gütersloh | 82 | 358.645 | 4.373,7 |

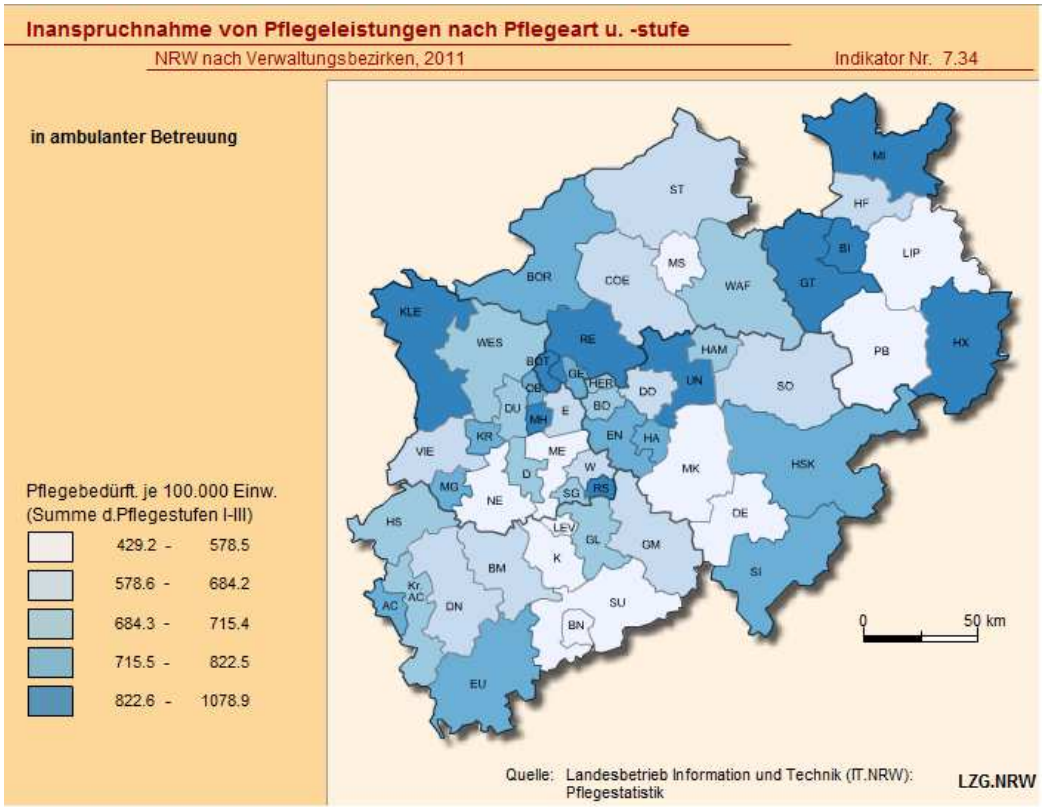
Quelle: Tabelle erstellt auf Grundlage der Statistik der Medizinalaufsicht der Abteilung Gesundheit des Kreises Gütersloh (Stand 31.07.2014)

Im Jahr 2012 gab es in Westfalen-Lippe eine Umstellung des Apotheken-Notdienstplans. Seitdem gibt es keine Notdienstbezirke mehr, stattdessen wird der Notfalldienst anhand von Geodaten zentral vergeben. Dadurch soll die Häufung von Diensten an den Bezirksgrenzen vermieden und die Verteilung zwischen den Apotheken gerechter werden – die Zahl der Dienste sank von rund 40.000 auf 30.000.
Unter der Adresse: http://www.akwl.de/notdienstkalender.php kann der Notdienstkalender von Westfalen-Lippe eingesehen werden. Um die nächstgelegene Notdienstapotheke zu finden muss der gewünschte Ort und das Datum ausgewählt werden.

## 2.5 Häusliche Pflege

Im Kreis Gütersloh gab es zum Stichtag der letzten Pflegestatistik im Jahr 2011 9.585 pflegebedürftige Personen. Hiervon werden rd. 76 % (NRW: rd. 71 %) durch ambulante Strukturen versorgt: 4.152 Menschen (43,32 %) erhalten ausschließlich Pflegegeld und werden somit durch Angehörige o.ä. betreut, weitere 3.122 Personen (32,57 %) werden ambulant mit professioneller Hilfe versorgt.

**Abbildung 26: Von ambulanten Einrichtungen betreute Pflegebedürftige in NRW[16] 2011**




Während im Jahr 2007 im Kreis Gütersloh 730 Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner ambulant mit professioneller Unterstützung versorgt wurden, lag die Zahl im NRW-Durchschnitt bei 593,6 Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner. Im Jahr 2011 sind es im Kreis Gütersloh 880,4 Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner, die ambulant betreut werden (siehe Abbildung 26). Der Durchschnitt in NRW lag 2011 bei 685,2 Pflegebedürftigen je 100.000 Einwohnern. Damit ist die Anzahl der Pflegebedürftigen, die ambulant mit professioneller Unterstützung betreut werden, angestiegen. Zudem liegt der Kreis Gütersloh über dem Durchschnitt von NRW.

Diese Differenz zwischen NRW und Kreis Gütersloh resultiert in erster Linie aus dem sehr großen Angebot an alternativen Wohnformen, sprich Hausgemeinschaften bzw. Wohngruppen. Zum Stichtag 31.12.2013 standen in diesem Angebotssegment an 45 Standorten insgesamt 613 Plätze zur Verfügung.

[16] Der Indikator 7.34 gibt Auskunft über die absolute Zahl von Pflegebedürftigen, die von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreut. Einbezogen sind auch Pflegebedürftige, die Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen, d.h. Pflegegeld beziehen und zusätzlich eine ambulante Pflegeeinrichtung in Anspruch nehmen.

Weitere Ausführungen hierzu beinhalten der Pflegeplan für den Kreis Gütersloh sowie die Protokolle der Pflegekonferenz, die auf der Internetseite www.pflege-gt.de in der Rubrik „weitere Infos“ zur Verfügung stehen.

Der Kreis Gütersloh bietet eine Vielzahl von Hilfe- und Unterstützungsangeboten für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen an. Auf der Internetseite www.pflege-gt.de befindet sich das Pflege-Informationssystem-Online (PfIO). Dort findet man allgemeine Informationen zu den verschiedenen Pflegeeinrichtungen. Zudem gelangt man zu einer Auflistung von Beratungsstellen. Der aktuelle Leitfaden für pflegende Angehörige aus dem Jahr 2014 steht auf der Internetseite www.pflege-gt.de in der Rubrik „weitere Infos“ zum kostenlosen Download bereit.

# 3 Stationäre Versorgung

## 3.1 Krankenhäuser

Zwischen 1993 und 2003 hat sich die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland um 6,7 % vermindert. Der rückläufige Trend lässt sich auf ersatzlose Schließungen und Fusionen zweier oder mehrerer Häuser zurückführen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2006).

Im Jahr 2012 standen in insgesamt 2 017 (2011: 2045) Krankenhäusern Deutschlands gut 501.000 Betten für die stationäre Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung. Während die Zahl der Häuser um 1,4 % sank, blieb das Bettenangebot gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert (-0,1 %). Ein Krankenhausaufenthalt dauerte durchschnittlich nur noch 7,6 Tage (2011:7,7 Tage). Die Bettenauslastung stieg gegenüber dem Vorjahr von 77, 3 % auf 77,4 % (Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2012).

Tabelle 9 gibt eine Übersicht über die Krankenhausstandorte, Fachabteilungen und Zentren der Krankenhäuser, sowie die Bettenzahl im Kreis Gütersloh.

**Tabelle 9: Übersicht der Krankenhäuser im Kreis Gütersloh 2014**

| Allgemeine Krankenhäuser | Bettenzahl | Fachabteilungen und Zentren |
|---|---|---|
| Klinikum Gütersloh gemeinnützige Gesellschaft mbH<br><br>Homepage: www.klinikum-guetersloh.de | 474 | Medizinische Kliniken<br>➢ Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie<br>➢ Abteilung für Unfallchirurgie<br>➢ Abteilung für Endoprothetik<br>➢ Klinik für Plastische- Ästhetische und Handchirurgie<br>➢ Klinik für Gefäßchirurgie<br>➢ Klinik für Innere Medizin I (Gastroenterologie, Hämatologie und Onkologie, Palliativmedizin)<br>➢ Klinik für Innere Medizin II (Pneumologie und Infektiologie)<br>➢ Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe<br>➢ Klinik für Urologie<br>➢ Klinik für Anästhesiologie<br>➢ HNO<br>➢ Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie<br>➢ Klinik für Radioonkologie und Nuklearmedizin<br><br>Medizinisches Versorgungszentrum<br>➢ Gefäßmedizin<br>➢ Nuklearmedizin<br><br>Onkologische Zentrum<br>➢ Bauchzentrum<br>➢ Darmkrebszentrum<br>➢ Gynäkologisches Krebszentrum<br>➢ Kooperatives Brustkrebszentrum<br>➢ Prostatakarzinom Zentrum |
| Sankt Elisabeth Hospital GmbH mit St. Lucia Hospital Harsewinkel<br><br>Homepage: www.sankt-elisabeth-hospital.de | 424 | Klinik/ Abteilungen<br>➢ Allgemein-, Visceral-, Thorax- und minimalinvasive Chirurgie<br>➢ Unfallchirurgie<br>➢ Orthopädie<br>➢ Physiotherapie<br>➢ Geburtshilfe<br>➢ Gynäkologie<br>➢ Anästhesie<br>➢ Innere Medizin |

| | | |
|---|---|---|
| | | ➢ Pneumologie<br>➢ Schlaflabor<br>➢ Nephrologie/ Dialyse<br>➢ Neurologie<br>➢ Geriatrie (Harsewinkel)<br>➢ Radiologie<br>➢ Augenheilkunde<br><br>Zentren<br>➢ Ambulantes Operations-Zentrum (AOZ)<br>➢ Altersmedizin<br>➢ Bauchzentrum<br>➢ Brustzentrum<br>➢ Darmkrebszentrum<br>➢ Dialysezentrum<br>➢ Zentrum für Endoskopie<br>➢ Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie<br>➢ Lungenzentrum<br>➢ Minimal-Invasive-Chirurgie (MIC)<br>➢ Schilddrüsenzentrum<br>➢ Schlaganfallzentrum<br>➢ Traumazentrum |
| Klinikum Bielefeld<br><br>Standort Klinikum Halle/ Westf.<br><br>Homepage:<br>www.klinikumbielefeld.de | Insgesamt 1300<br><br>Standort Halle/Westf. 150 | ➢ Klinik für Allgemeinchirurgie<br>➢ Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und Notfallmedizin<br>➢ Belegklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe<br>➢ Klinik für Innere Medizin<br>➢ Klinik für Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin<br>➢ Schlafmedizinisches Zentrum (DGSM)<br>➢ Klinik für Unfallchirurgie |
| Sankt Vinzenz Hospital Rheda-Wiedenbrück<br><br>Homepage:<br>www.sankt-vinzenz.de | 198 | ➢ Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Kardiologie und Diabetes-Endokrinologie<br>➢ Klink für Anästhesie- & Intensivmedizin<br>➢ Klinik für Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie<br>➢ Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie<br>➢ Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin<br>➢ Klinik für Radiologie<br>➢ Belegabteilung für HNO-Heilkunde<br>➢ Physiotherapie |
| **Spezialkrankenhäuser** | **Bettenzahl** | **Fachabteilungen und Zentren** |
| LWL-Klinikum Gütersloh<br><br>Homepage:<br>www.lwl.org<br><br><br><br><br><br><br><br><br>Bernhard-Salzmann-Klinik<br><br>Homepage:<br>www.lwl.org/LWL/Gesundheit/psychiatrieverbund/K/lwl_klinik_guetersloh/rehabilitation/ | 429 Betten (davon 91 Tagesklinikplätze) | Kliniken<br>➢ Klinik für Allgemeine Psychiatrie<br>➢ Klinik für Psychosomatische Medizin<br>➢ Klinik für Gerontopsychiatrie<br>➢ Klinik für Suchtmedizin<br>➢ Klinik für Neurologie<br>➢ Klinik für Innere Medizin<br>➢ Zentrale Therapieangebote<br><br>Zentrum für Altersmedizin<br>➢ geriatrische Tagesklinik<br>➢ Neurologie<br>➢ Innere Medizin<br>➢ Gerontopsychiatrie<br><br>Zentrum für Familienmedizin<br><br><br>Medizinische Rehabilitation suchtkranker Menschen sowohl regionaler als auch überregionaler Herkunft:<br>➢ stationäre Rehabilitation<br>➢ ambulante Rehabilitation<br>➢ ambulante Nachsorge<br>➢ Adaption |

Nach § 8 Abs. 1 Krankenhausgestaltungsgesetz NRW (KHGG NRW) sind die Krankenhäuser entsprechend ihrer Aufgabenstellung zur Zusammenarbeit untereinander und mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Rettungsdienst, den für die Bewältigung von Großschadensereignissen zuständigen Behörden, den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, den Selbsthilfeorganisationen und den Krankenkassen verpflichtet.

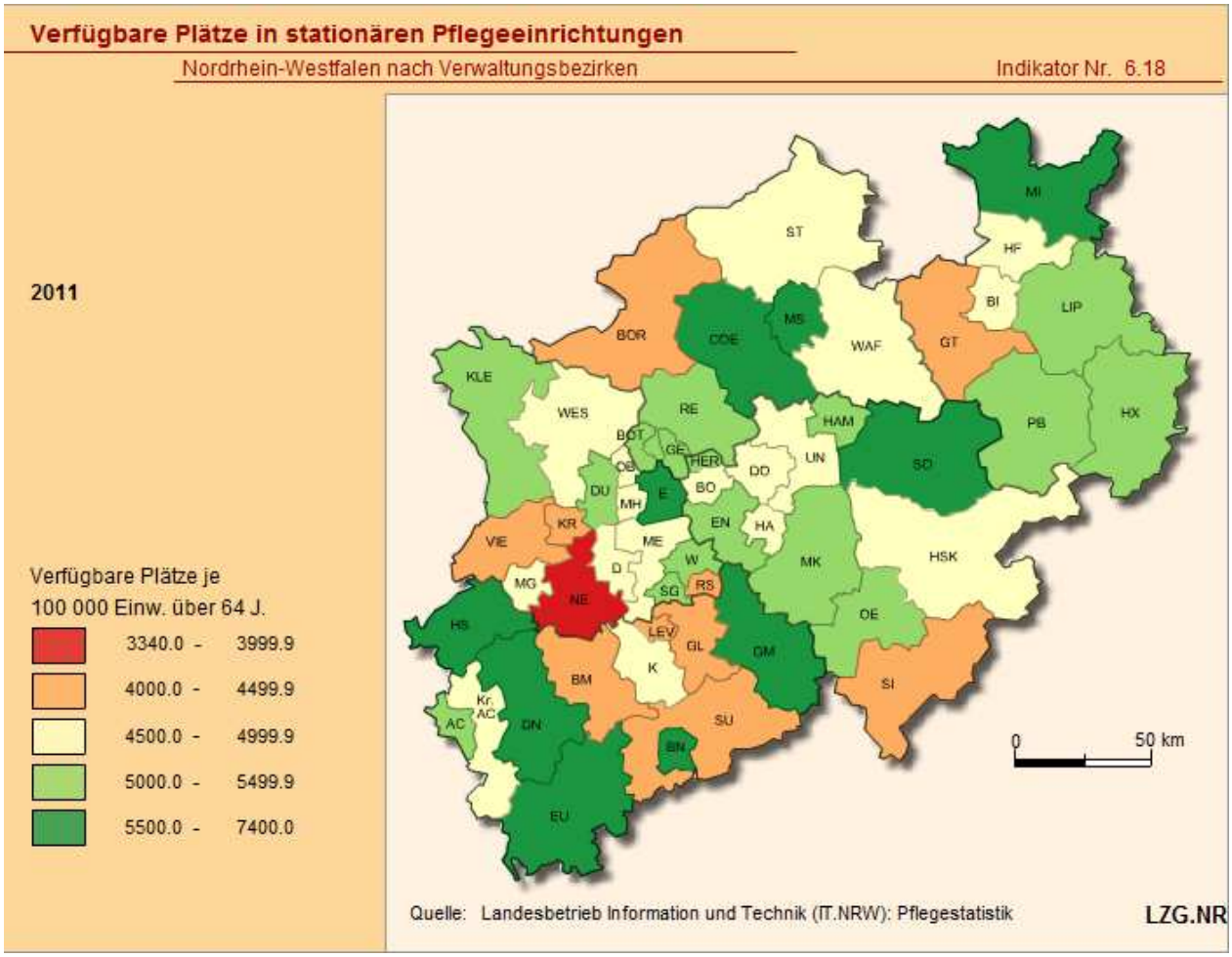
Die Zuständigkeit für die Krankenhausplanung im Kreis Gütersloh liegt beim Land Nordrhein-Westfalen.

## 3.2 Pflegeeinrichtungen

### 3.2 Pflegeeinrichtungen

Die nachfolgende Karte zeigt die regionalen Unterschiede in der Verteilung der verfügbaren Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen je 100.000 Einwohner über 64 Jahre im Jahr 2011.

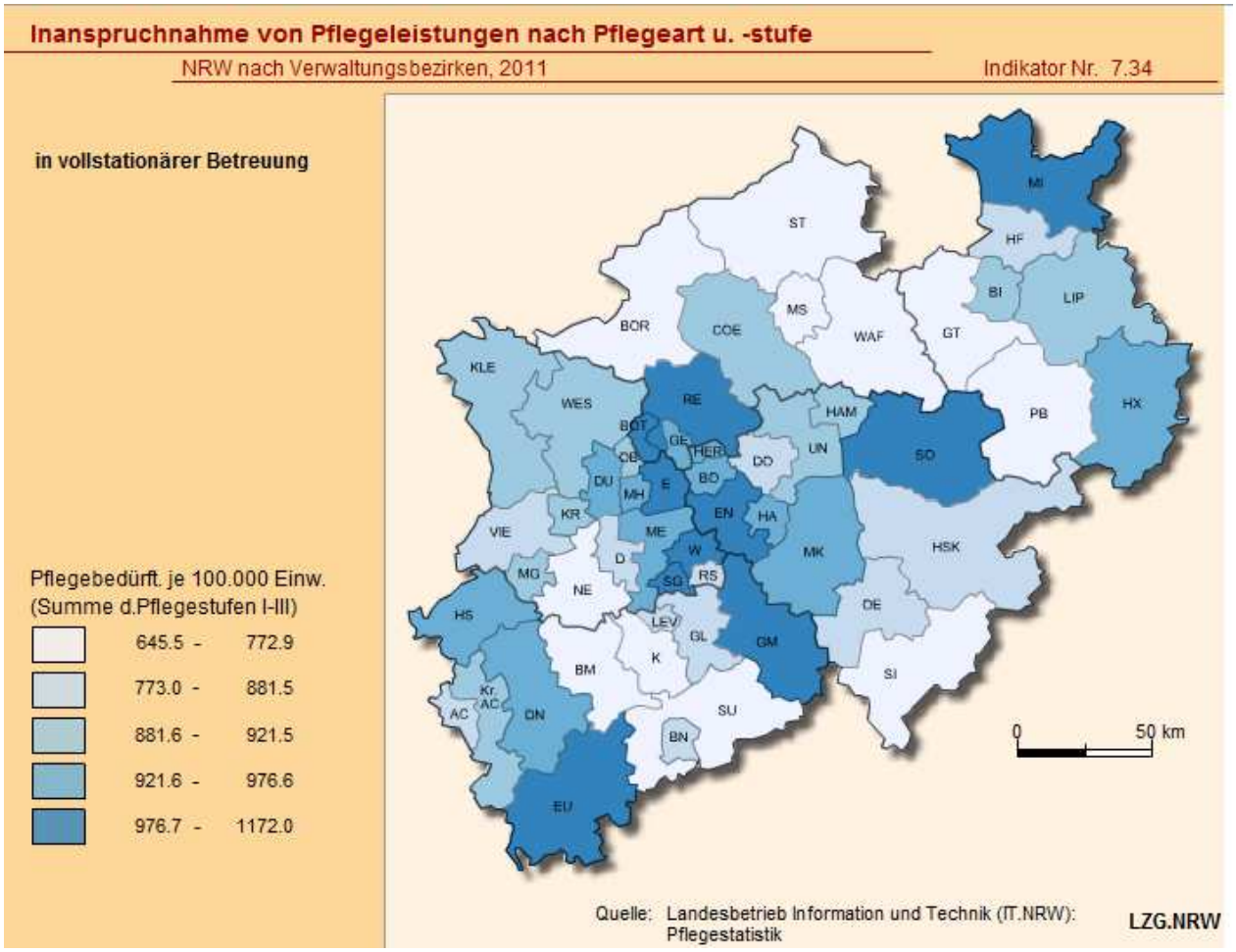
**Abbildung 27: Verfügbare Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen in NRW 2011**




Im Kreis Gütersloh betrug im Jahr 2011 die Anzahl der verfügbaren Plätze 4.224,2 je 100.000 Einwohner über 64 Jahre gegenüber einer Anzahl von 4.952,4 in NRW (siehe Abbildung 27). Damit lag die Anzahl der verfügbaren vollstationären Pflegeplätze weiterhin unter dem Landesdurchschnitt. Allerdings ist der Entwicklung der Daten zu entnehmen, dass die Zahl der verfügbaren Plätze angestiegen ist. Im Jahr 2007 betrug die Anzahl der verfügbaren Plätze je 100.000 Einwohner über 64 Jahre im Kreis Gütersloh 3.890,1. Dieser Trend zeichnet sich auch in gesamt NRW ab. 2007 betrug die Anzahl der verfügbaren Plätze je 100.000 Einwohner in NRW noch 4.677,3.

Abbildung 28 zeigt, dass im Jahr 2011 im Kreis Gütersloh 645,5 Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner stationär betreut wurden. Der Durchschnitt in NRW lag 2011 bei 884,3.

**Abbildung 28: Von stationären Einrichtungen betreute Pflegebedürftige in NRW 2011**[17]




Diese Datenlage lässt sich damit erklären, dass im Kreis Gütersloh überdurchschnittlich viele Pflegebedürftige ambulant betreut werden. Im Kreis Gütersloh wird ein nicht unerheblicher Teil des „Rund-um-die-Uhr"-Versorgungsbedarfes über das sehr große Angebot an alternativen Wohnformen, sprich Hausgemeinschaften bzw. Wohngruppen, gedeckt. Zum Stichtag 31.12.2013 standen in diesem Angebotssegment an 45 Standorten insgesamt 613 Plätze zur Verfügung (siehe auch Kapitel 2.6).

Weitere Ausführungen hierzu beinhalten der Pflegeplan für den Kreis Gütersloh sowie die Protokolle der Pflegekonferenz, die auf der Internetseite www.pflege-gt.de in der Rubrik „weitere Infos" zur Verfügung stehen.

Aufgrund des demografischen Wandels ist davon auszugehen, dass der Bedarf an Pflegekräften in den kommenden Jahrzehnten weiter stark ansteigen wird. Nach Berechnungen der Bertelsmann Stiftung werden bis zum Jahr 2030 im Kreis Gütersloh etwa 2.200 Vollzeitkräfte in der Pflege fehlen. Zum einen wird es darum gehen, Auszubildende für Pflegeberufe zu gewinnen. Auf der anderen Seite wird es immer wichtiger, die gut ausgebildeten und erfahrenen Fachkräfte zu halten. In den Pflegeberufen sind eine hohe Quote von Berufsaussteigern und eine geringe Verweildauer im Beruf zu verzeichnen.

[17] Der Indikator gibt einen Überblick über die regionale Verteilung von stationären Pflegeeinrichtungen und den Versorgungsgrad der Bevölkerung (der über 64-Jährigen) mit stationären Pflegeplätzen.

Hintergrund für diese Entwicklung sind Überforderung, Unzufriedenheit und Stress bei den Pflegekräften sowie ein hoher Krankenstand.

Mit dem Thema „Fachkräfte und Ausbildungssituation im Pflegebereich“ beschäftigt sich daher der Arbeitskreis Fachkräfte der Pflegekonferenz des Kreises Gütersloh.

Im März 2014 wurde diese Entwicklung mit der Fachveranstaltung „Geht der Pflege die Puste aus?“ aufgegriffen und mit Führungskräften in der Pflege thematisiert. Eingeladen hatten der Kreis Gütersloh zusammen mit der pro Wirtschaft GT, der OstWestfalenLippe GmbH und dem Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft. Es wurde in der gut besuchten Fachveranstaltung u.a. der Frage nachgegangen, wie die Jobs in der Pflege attraktiver und familienfreundlicher gestaltet werden können. Informationen über die weiteren Aktivitäten des Arbeitskreises Fachkräfte der Pflegekonferenz sind über das Sachgebiet Pflege der Abteilung Soziales, unter der Tel. 05241 / 85-2381 zu erhalten.

# 4 Gesundheitsbezogene Selbsthilfe

Die Anzahl der Selbsthilfegruppen im Kreis Gütersloh ist in den vergangenen Jahren ständig angestiegen und bewegt sich derzeit bei einer Anzahl von rd. 270 Selbsthilfegruppen einschließlich der Sportgruppen zu bestimmten Erkrankungen.
Abbildung 29 veranschaulicht die Anzahl der Selbsthilfegruppen in den Städten und Gemeinden grafisch. Es ist deutlich zu sehen, dass sich die meisten Selbsthilfegruppen in der Kreisstadt Gütersloh angesiedelt haben.

**Abbildung 29: Anzahl der Selbsthilfegruppen in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden im Jahr 2014**

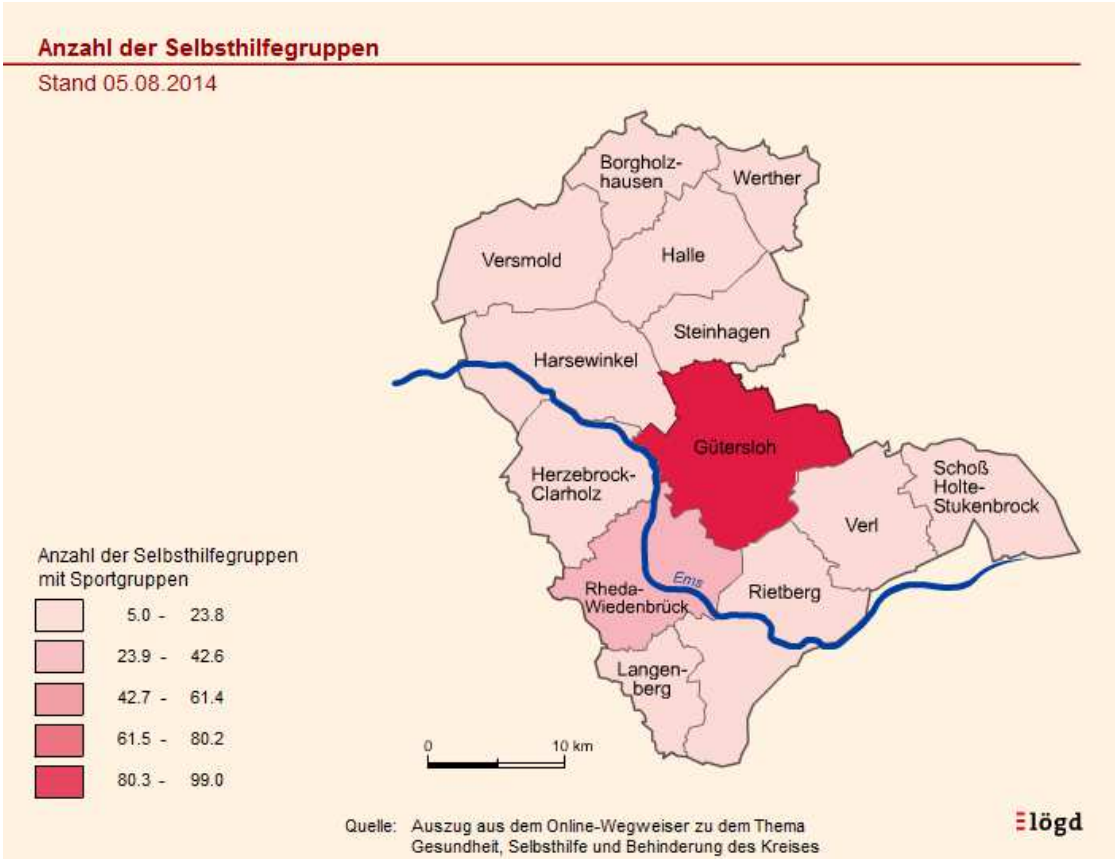



Tabelle 10 gibt einen Überblick über die Anzahl der Selbsthilfegruppen nach Städten und Gemeinden.

**Tabelle 10: Anzahl der Selbsthilfegruppen in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden im Jahr 2014**

| Stadt bzw. Gemeinde | Selbsthilfegruppen | Sportgruppen |
|---|---|---|
| Borgholzhausen | 3 | 4 |
| Gütersloh | 89 | 10 |
| Halle (Westf.) | 11 | 4 |
| Harsewinkel | 11 | 3 |
| Herzebrock-Clarholz | 5 | |
| Langenberg | 4 | 1 |
| Rheda-Wiedenbrück | 23 | 4 |
| Rietberg | 8 | 1 |
| Schloß Holte-Stukenbrock | 14 | 2 |
| Steinhagen | 9 | |
| Verl | 8 | 2 |
| Versmold | 6 | 1 |
| Werther (Westf.) | 6 | 3 |
| Bielefeld – OWL Gruppen | 18 | |
| Überregional | 7 | |
| Gesamtzahl | 222 | 35 |

Quelle: Auszug aus dem Online-Wegweiser zu dem Thema Gesundheit, Selbsthilfe und Behinderung des Kreises Gütersloh – Stand 05.08.2014

Im Jahr 2013 konnten insgesamt 2.032 Kontakte in der Bürgerinformation Gesundheit und Selbsthilfekontaktstelle des Kreises Gütersloh verzeichnet werden. Die Zielgruppen werden in Betroffene, als Angehörige Betroffener, in Vertretung für Betroffene, Selbsthilfegruppenmitglieder sowie Professionelle und Sonstige unterschieden.

Im Jahr 2013 haben die häufigsten Kontakte (n=912) mit Professionellen stattgefunden. Zu dieser Zielgruppe zählen Haus- und Fachärzte, Krankenkassen, Krankenhäuser, Beratungs- und Bildungseinrichtungen sowie verschiedenste Verbände, Vereine und Stiftungen. Den zweithäufigsten Kontakt suchten die Betroffenen (n= 477). Dieser Sachverhalt zeigte sich bereits im Jahr 2009.
Die einzelnen Zielgruppen und die jeweiligen Kontakthäufigkeiten werden in der Tabelle 11 dargestellt.

**Tabelle 11: Kontakte mit unterschiedlichen Zielgruppen 2013**

| Kontakt mit | Anzahl |
|---|---|
| Betroffene | 477 |
| als Angehörige(r) Betroffene(r) | 72 |
| in Vertretung für Betroffene | 30 |
| SelbsthilfegruppenteilnehmerInnen | 431 |
| Professionelle | 912 |
| davon Krankenkassen | 47 |
| Sonstige | 63 |

Quelle: Jahresbericht der BIGS 2013

Wie aus Tabelle 12 ersichtlich, betreffen die meisten Anfragen Selbsthilfethemen wie Depressionen/bipolare Störungen, verstoßene Mütter und Angst/Panik/Phobie.

**Tabelle 12: Häufig angefragte Selbsthilfethemen im Jahr 2013**

| Angefragte Selbsthilfethemen | Anzahl |
|---|---|
| Depression/bipolare Störungen | 42 |
| verstoßene Mütter | 21 |
| Angst/Panik/Phobie | 19 |
| Fibromyalgie | 18 |
| psychische Erkrankungen – nicht näher bezeichnet | 16 |
| Sucht/ Alkohol | 15 |
| Trauer/Tod | 12 |
| Schlaganfall/Apoplexie | 11 |
| Brustkrebs | 9 |
| Trennung/Scheidung | 9 |
| Borderline | 8 |
| Hörbehinderungen | 8 |

Quelle: Jahresbericht der BIGS 2013

**Fortbildungen für medizinische Fachangestellte des Kreises Gütersloh zum Thema „Selbsthilfe - Unterstützung für Patient und Praxis“**

Die Kooperationsberatungsstelle für Selbsthilfegruppen, Ärzte und Psychotherapeuten in Westfalen Lippe (KOSA) bot in Kooperation mit der BIGS Fortbildungen für medizinische Fachangestellte des Kreises Gütersloh zum Thema „Selbsthilfe - Unterstützung für Patient und Praxis“ an. An den 3 Workshops im März und April 2012 haben 49 Personen aus ansässigen Arztpraxen des Kreises Gütersloh teilgenommen. Die Arztpraxen beinhalteten folgende Fachrichtungen: Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Dermatologie, Gynäkologie, HNO, Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, physikalische und rehabilitative Medizin.

**Abbildung 30: Organisationsteam der Fortbildung für medizinische Fachangestellte**



v.l. Doris Schlömann (Kosa), Jenny von Borstel (BIGS-Mitarbeiterin), Siegfried Keil (SHG Lebensfreude nach Krebs), Beate Schlegel (KOSA), Norbert Hensdiek (AG-Sucht, Kreuzbund SHG Gütersloh)

Die Seminare informierten über Selbsthilfe, boten Orientierung bei der Suche nach geeigneten Gruppen und vermittelten einen Überblick über das Spektrum von Hilfsangeboten im Kreis Gütersloh. Des Weiteren wurden die Teilnehmerinnen angeregt, selbsthilfefreundliche Strukturen in ihren Arztpraxen einzurichten, z.B. die Benennung eines festen Ansprechpartners in der Praxis für Selbsthilfegruppen.

Mit dieser Fortbildung wurden Arzthelferinnen im Umgang und in der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen bedarfsgerecht unterstützt.

**Fortbildung zur „Arzt – Patienten - Kommunikation“ für Selbsthilfegruppen**

Unter dem Motto: „Selbsthilfe tut gut – Wie sage ich das meinem Arzt?“ führte die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe in Kooperation mit der BIGS für die Selbsthilfegruppen des Kreises Gütersloh am 21. Juli 2013 eine Fortbildung zur „Arzt – Patienten - Kommunikation“ durch. Dabei lag die Frage „Wie können Ärzte sensibilisiert werden, Betroffene früher auf Selbsthilfegruppen aufmerksam zu machen?“ den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fortbildung besonders am Herzen.

Ausgehend von der Fragestellung, was ein gutes Gespräch überhaupt ausmacht, ging es um theoretische Aspekte von Kommunikation. Die Referentinnen Doris Schlömann von der KOSA (Kooperationsberatungsstelle für Selbsthilfegruppen, Ärzte und Psychotherapeuten der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe) und Marita Meye von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein erarbeiteten daraufhin u.a. mit Hilfe von Rollenspielen gemeinsam mit den Selbsthilfevertretern Fragen wie „welche konkreten Gesprächsziele habe ich als Selbsthilfegruppen-Mitglied?“ und „welche entsprechenden Informationen muss ich dem Praxisinhaber geben?“ Abschließend wurde den Seminarteilnehmern ein Leitfaden zur Verfügung gestellt, mit welchem Gespräche zielführend vorbereitet werden können.

**Gesundheitsprojekt „Mit Migranten für Migranten“ (MiMi)**

Das Gesundheitsprojekt "Mit Migranten für Migranten - Interkulturelle Gesundheit in Nordrhein-Westfalen“, kurz MiMi genannt, will die gesundheitliche Situation von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte verbessern und ihren Zugang zum Deutschen Gesundheitssystem erleichtern. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden im Kreis Gütersloh bereits im Jahr 2009 gut integrierte Migrantinnen und Migranten zu Gesundheitsmediatoren ausgebildet. In kultursensiblen Informationsveranstaltungen informieren sie ihre Landsleute in der jeweiligen Muttersprache über das deutsche Gesundheitssystem und weitere Themen der Gesundheitsförderung und Prävention.

In unterschiedlichen Sprachen werden muttersprachliche Informationsveranstaltungen zu folgenden Themen angeboten:

- Das deutsche Gesundheitssystem
- Schwangerschaft und Familienplanung
- Kindergesundheit und Unfallprävention
- Ernährung und Bewegung
- Gefahren des Alkoholkonsums
- Gesunde Zähne und Mundgesundheit
- Seelische Gesundheit
- Diabetes
- Impfschutz

Das MiMi-Projekt im Kreis Gütersloh wird von den Betriebskrankenkassen Bertelsmann und Miele finanziell unterstützt. Weitere Informationen zum MiMi-Projekt sind auf den Internetseiten des Kreises Gütersloh unter der Rubrik Gesundheit zu finden.
Interessierte können sich an die BIGS (05241 - 823586) oder die Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz (05241 - 85 1660) wenden.

**Gesundheitsbezogene Modellvorhaben**

Die BIGS führt seit dem 1. Oktober 2013 gesundheitsbezogene Modellvorhaben durch. Die Modellvorhaben werden durch die Arbeitsgemeinschaft der nordrhein-westfälischen Krankenkassen/-verbände mit zusätzlichen Geldern aus dem Überlauftopf im Rahmen des § 20 c SGB V gefördert. Die Projekte für den Kreis Gütersloh konnten dabei in Abstimmung mit Vertretern der Selbsthilfe selbst ausgewählt werden: das Projekt „Bildungsregion für den Themenbereich Selbsthilfe“ und das Projekt „Informationsmodul für Menschen mit Migrationshintergrund“.

Das Projekt „Bildungsregion für den Themenbereich Selbsthilfe“ beinhaltet verschiedene Veranstaltungen zur Qualifizierung von Mitgliedern der Selbsthilfegruppen. Mit Hilfe des Sprechergremiums der Selbsthilfe im Kreis Gütersloh kristallisierten sich 2 Wunschthemen aus Sicht der Selbsthilfegruppen heraus: „Generationswechsel“ und „Umgang mit neuen Medien“.
Im Rahmen des gesundheitsbezogenen Modellvorhabens wurde zum Thema „Generationswechsel“ ein Wochenendseminar, zum Thema „Umgang mit neuen Medien“ ein Fachtag organisiert und durchgeführt. Darüber hinaus ist zum Thema „Kommunikation mit geistig beeinträchtigten Menschen“ eine 3-teilige Workshop-Reihe geplant. Zudem wird eine Vernetzung mit den örtlichen Bildungsträgern angestrebt, mit dem Ziel, auch über 2014 hinaus Fortbildungen für Selbsthilfegruppen vor Ort anbieten zu können.

Das zweite Modellvorhaben beinhaltet die Entwicklung eines Informationsmoduls durch die BIGS, welches Migrantinnen und Migranten über das Prinzip von Selbsthilfegruppen informieren soll. Bislang werden die im Kreis Gütersloh bestehenden Selbsthilfegruppen kaum von Menschen mit Migrationshintergrund besucht. Gruppen in verschiedenen Muttersprachen werden hier bisher noch gar nicht angeboten. Für dieses Vorhaben findet eine Kooperation mit dem Gesundheitsprojekt MiMi statt, das bereits mit den ausgebildeten Gesundheitsmediatoren einen guten Zugang zu Migrantengruppen bietet.
Vorgesehen ist es bei der Entwicklung des Informationsmoduls Vertreter der Selbsthilfe einzubinden, so dass diese über ihre Erfahrungen aus der Selbsthilfepraxis berichten können.
(vgl. BIGS-Jahresbericht 2013, www.kreis-guetersloh.de, Rubrik Gesundheit/BIGS)

# 5 Transparenz und Information

Als Wegweiser in der Gesundheitsversorgung bietet die Bürgerinformation Gesundheit und Selbsthilfekontaktstelle des Kreises Gütersloh (BIGS) Beratung und Information zu Fragen der Gesundheit, Krankheit, Pflege und Selbsthilfe an und unterstützt unter anderem bei der Facharzt- und Therapeutensuche der Bürgerinnen und Bürger des Kreises Gütersloh. Zudem können über einen Online-Gesundheitswegweiser gesundheitsbezogene Angebote im Kreis Gütersloh im Internet recherchiert werden.
Der Online-Wegweiser zu den Themen Gesundheit, Selbsthilfe und Behinderung enthält Informationen über Angebote und Anbieter im Kreis Gütersloh zu den Themen Gesundheit, Selbsthilfe und Behinderung (www.kreis-guetersloh.de).

Weitere Informationsquellen über gesundheitsbezogene Beratungs- und Informationsangebote im Kreis Gütersloh, auch im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung, sind über die Internetseiten der Kranken- und Pflegekassen zu finden:
www.aok.de
www.barmer-gek.de
www.bertelsmann-bkk.de
www.bkk-miele.de
www.bkk-wl.de
www.dak.de
www.deutschebkk.de
www.signal-iduna-ikk.de
www.tk-online.de

Die „Koordinationsstelle für Ernährung und Bewegung im Offenen Ganztag im Primarbereich“ unterstützt die Träger des Offenen Ganztags, die OGS-Betreuerinnen und –Betreuer sowie Schulleitung und die Lehrerinnen und Lehrer in ihrer Arbeit dabei, die Gesundheitsthemen Ernährung und Bewegung in den Schulalltag zu integrieren (www.kreis-guetersloh.de, Rubrik Gesundheit/Beratung & Information). Seit Mai 2009 ist die Koordinationsstelle des Kreises Gütersloh in den Räumlichkeiten der BIGS angesiedelt.
Auf den Internetseiten (www.kreis-guetersloh.de, Rubrik Wegweiser Gesundheit) steht unter anderem eine Übersicht über regionale und überregionale Angebote und Projekte für die Bereiche Ernährung und Bewegung zur Verfügung. Auch die regelmäßig erstellten und versendeten Themen-Newsletter „Ernährung, Bewegung und Entspannung“ sind dort archiviert und abrufbar.

Weitere Links:
Angebote für Bürger mit Behinderung, Sucht- und /oder psychische Erkrankungen

- www.teilhabe-gt.de

Informationen zu Einrichtungen und Angeboten aus den Bereichen Integration und Migration

- www.integration-kreis-guetersloh.de/

Im Folgenden werden qualitätsgesicherte Internetseiten mit Gesundheits- und Pflegeinformationen aufgelistet, die jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben:

Im Kreis Gütersloh gibt es inzwischen eine Fülle von Hilfe- und Unterstützungsangeboten für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Auf diesen Internetseiten finden Sie u.a. ambulante, teilstationäre und vollstationäre Pflegeangebote, spezielle Angebote für Demenzerkrankte sowie Angebote zur Entlastung pflegender Angehöriger. Darüber hinaus erhalten Sie hier weitere wichtige Informationen rund um das Thema "Pflege".

- www.pflege-gt.de

Die Internetseite stellt unabhängige, evidenzbasierte medizinische Informationen für Bürgerinnen, Bürger, Patientinnen und Patienten bereit. Sie bietet allerdings keine individuelle Patientenberatung an.

- www.gesundheitsinformation.de

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) ist das gemeinsame Kompetenzzentrum von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) für medizinische Leitlinien, Patienteninformationen, Patientensicherheit, Evidenzbasierte Medizin und medizinisches Wissensmanagement.

- www.aezq.de

Patientinnen und Patienten haben viele Fragen. Was bedeutet diese Erkrankung für mich? Welche Behandlung kommt für mich in Frage? Welche Rechte habe ich als Patientin und Patient? Wie werden medizinische Leistungen abgerechnet? Warum muss ich für manche Leistungen selber zahlen? Was kann ich von einer guten Arztpraxis erwarten? Wo finde ich einen Arzt in meiner Nähe?

- www.patienten-information.de

Gesundheit.nrw bietet ein breites Informationsnetzwerk zu allen Fragen der Gesundheit. Über das Portal können Sie aktuelle und qualitätsgesicherte Daten für die Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten und Ansprechpartnern im Gesundheitswesen erhalten. Darüber hinaus werden Informationen zu ausgewählten Erkrankungen sowie rund um das Thema Prävention angeboten.

- www.gesundheit.nrw.de

Die Weisse Liste hat das Ziel, Patienten und Versicherte bei der Suche nach einem Krankenhaus, Arzt oder Pflegeheim mit verständlichen und unabhängigen Informationen zu unterstützen.

- www.weisse-liste.de

Bei der Suche nach einem psychotherapeutischen Therapieplatz für Patienten hilft die KVWL. Die Therapieplatz-Vermittlung nennt Ihnen anhand vorliegender Daten den Therapeuten mit der kürzesten Wartezeit, dem gewünschten Schwerpunkt (z.B. Essstörungen) oder mit speziellen Sprachkenntnissen.

- www.kvwl.de

Auf der Internetseite werden wichtige und interessante Informationen rund um das Thema Demenz aufgeführt.

- www.demenz-service-owl.de

Die Landesstelle für pflegende Angehörige NRW mit Sitz in Münster ist Kontaktstelle für pflegende Angehörige in NRW. Sie informiert und berät zu Fragen der häuslichen Pflege. Gemeinsam mit der dem Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA) als Träger der Landesstelle setzt sie sich für bessere Rahmenbedingungen pflegender Angehöriger ein.

- www.lpfa-nrw.de

# 6 Zusammenfassung

**Demographische und soziale Rahmenbedingungen**

Die Bevölkerung im Kreis Gütersloh wächst im Allgemeinen noch leicht entgegen dem generellen Trend und ist mittelfristig relativ stabil, lebt aber von der Zuwanderung aus anderen Regionen. In diesem Zusammenhang ergibt sich allerdings für die einzelnen Altersgruppen ein sehr unterschiedliches Bild. Dem langfristigen Rückgang der jüngeren Bevölkerung steht eine weitere Zunahme der älteren Bevölkerung entgegen. Der Gesamtquotient liegt für den Kreis Gütersloh 2012 bei 60 % und nach der Prognose 2030 bei 74 %. Dementsprechend werden 2030 74 % der Bevölkerung von den Einwohnern im potenziell erwerbsfähigen Alter abhängig sein. Vor dem Hintergrund dieser demografischen Veränderung muss sich der Kreis Gütersloh auf eine starke Zunahme von älteren und hochbetagten Menschen einstellen.

Derzeit beträgt die mittlere Lebenserwartung für die weibliche Bevölkerung im Kreis Gütersloh 83,38 Jahre und für die männliche Bevölkerung 78,56 Jahre. Damit liegt die Lebenserwartung für beide Geschlechter signifikant über dem NRW-Durchschnitt.

Im Kreis Gütersloh lag die allgemeine Sterblichkeitsrate im Jahr 2012 für Frauen und für Männer unter der allgemeinen Sterblichkeitsrate sowohl von OWL als auch von NRW. Die häufigste vermeidbare Todesursache sind Transportmittelunfälle inner- und außerhalb des Verkehrs. Zudem liegt eine höhere Mortalitätsrate bei Hypertonie und Zerebrovaskulären Krankheiten vor.

Bei den Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbstätigkeit lag der Kreis Gütersloh im Jahr 2012 mit einem Wert von 485,0 je 100.000 aktiv Versicherte über dem Durchschnittswert des Landes Nordrhein-Westfalen mit 466,1 je 100.000 aktiv Versicherte. Im Vergleich zu den Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbstätigkeit im Jahr 2008 lässt sich ein Anstieg der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbstätigkeit verzeichnen. Fast die Hälfte (49,07 %) aller Frühberentungen im Jahr 2012 im Kreis Gütersloh sind auf Psychische- und Verhaltensstörungen zurückzuführen.

Im Kreis Gütersloh waren 3.481,5 von 100.000 Einwohnern im Jahr 2012 Empfänger von Arbeitslosengeld II. Damit lag der Kreis Gütersloh deutlich unter dem Durchschnitt von NRW (6.250,4 Empfänger je 100.000 Einwohner).

**Ambulante Versorgung**

Der Versorgungsgrad mit Hausärzten betrug 2012 im Kreis Gütersloh 100,1 %. Im Vergleich mit den anderen Kommunen in OWL war dieser Wert am niedrigsten. Dabei ist ein abnehmender Trend zu beobachten. Insgesamt ist ein großer Teil der Hausärzte bereits über 60 Jahre. Im Mittelbereich Halle/Westfalen gibt es den höchsten Anteil (43,8%) an über 60-jährigen Hausärzten.

Im fachärztlichen Bereich ist der Versorgungsgrad im Kreis Gütersloh mit einem Anteil von 145,4 % von Kinder- u. Jugendmedizinern am höchsten. Am niedrigsten ist die Versorgung mit Urologen mit

einem Versorgungsgrad von 118,1 %. Im fachärztlichen Bereich besteht derzeit eher eine Über- als Unterversorgung. In der allgemeinen fachärztlichen Versorgung ist der Versorgungsgrad der Kinder- und Jugendpsychiater mit 89,80 % am geringsten. Bei der Betrachtung der Altersstruktur wird deutlich, dass sich auch bei derzeit ausreichend versorgten Gebieten möglicherweise in den nächsten Jahren die fachärztliche Versorgung verschlechtern kann.
Im fachärztlichen Bereich sind die Hautärzte die Arztgruppe mit dem höchsten Anteil an über 60-Jährigen (40 %). Die älteste spezialisierte fachärztliche Gruppe sind mit einem Anteil von 32,6 % über 60-Jährige die Anästhesisten.

Die Organisation des ärztlichen Notdienstes hat sich seit dem 01.02.2011 verändert, denn eine neue Notfalldienststruktur wurde umgesetzt. Es gibt in Westfalen derzeit 31 Notfallbezirke. Eine Einsatzzentrale ist nun zu den Notfalldienstzeiten unter einer landesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar und übernimmt im Notfalldienst sämtliche Anrufe der Patienten. Im Rahmen der neuen Notfalldienstordnung konnten ergänzend auch fachärztliche Notfalldienste eingerichtet werden. Eingerichtet wurden fachärztliche Notfalldienste für die Augenärzte, die Kinder- und Jugendärzte sowie die HNO-Ärzte.

Im Kreis Gütersloh beträgt der Versorgungsgrad im Jahr 2012 mit Vertragszahnärztinnen und –Zahnärzten 87,9 %. Der Versorgungsgrad mit Zahnärzten im Kreis Gütersloh ist der niedrigste in OWL.
Der Versorgungsgrad mit Kieferorthopäden beträgt 118,3 %. Damit ist der Kreis Gütersloh in OWL der am drittbesten versorgte Kreis. 2009 war der Kreis Gütersloh mit 81,1 % der Kreis mit dem niedrigsten Versorgungsgrad in OWL.

Die Apothekendichte im Kreis Gütersloh war im Jahr 2012 im OWL-Vergleich am niedrigsten. Auch der Vergleich mit dem NRW-Durchschnitt zeigt, dass der Kreis Gütersloh die niedrigste Apothekendichte in Einwohner pro Apotheke besitzt. Die Apothekendichte ist in Steinhagen am geringsten und in der Stadt Gütersloh am höchsten. Das bedeutet, dass eine Apotheke in Steinhagen im Durchschnitt fast über 3.200 Einwohner mehr versorgt als eine Apotheke in Gütersloh. Im Jahr 2012 gab es in Westfalen-Lippe eine Umstellung des Apotheken-Notdienstplans. Seitdem gibt es keine Notdienstbezirke mehr, stattdessen wird der Notfalldienst anhand von Geodaten zentral vergeben.

Im Kreis Gütersloh waren im Jahr 2011 4.152 pflegebedürftige Personen. Die Mehrheit war mit 2.447 Personen weiblich. Im Jahr 2011 gab es im Kreis Gütersloh 880,4 Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner, die ambulant betreut werden. Der Durchschnitt in NRW lag 2011 bei 685,2 Pflegebedürftigen je 100.000 Einwohner. Damit ist die Anzahl der Pflegebedürftigen, die ambulant betreut werden, angestiegen. Zudem liegt der Kreis Gütersloh über dem Durchschnitt von NRW.

**Stationäre Versorgung**

Die stationäre Versorgung im Kreis Gütersloh wird durch vier allgemeine Krankenhäuser und zwei Spezialkrankenhäuser sichergestellt. Hinzu kommen die stationären Pflegeeinrichtungen. Im Kreis

Gütersloh betrug im Jahr 2011 die Anzahl der verfügbaren Plätze 4.224,2 je 100.000 Einwohner über 64 Jahre, gegenüber einer Anzahl von 4.952,4 in NRW. Die Zahl der verfügbaren Plätze ist im Vergleich zu 2007 angestiegen. Im Jahr 2011 gab es im Kreis Gütersloh 645,5 Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner die stationär betreut wurden. Der Durchschnitt in NRW lag 2011 bei 884,3.

**Gesundheitsbezogene Selbsthilfe**

Im Kreis Gütersloh besteht eine gut entwickelte Selbsthilfelandschaft, die mit Fortbildungen und Projekten durch die BIGS weitere Unterstützung erhält. Selbsthilfethemen wie Depressionen und Angststörungen waren 2013 am meisten nachgefragt.

# 7 Schwerpunktthema - Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

**Einleitung**

Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung ist auch im Kreis Gütersloh von besonderer Bedeutung. Dieses Thema wurde sowohl im Gesundheitsausschuss als auch in der kommunalen Gesundheitskonferenz eingehend erörtert.

Durch einen Mangel an verlässlichen Daten wurde die Bedeutung psychischer Erkrankungen lange Zeit unterschätzt. Neuere Erhebungen zeigen, dass in Deutschland 37 % der Frauen und 25 % der Männer innerhalb eines Jahres eine psychische Störung durchleben. In den letzten Jahren trugen psychische Krankheiten in steigendem Maß zu Krankschreibungen bei und sind mittlerweile häufigster Grund gesundheitsbedingter Frühberentungen.

Psychische Störungen sind Beeinträchtigungen der normalen Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens, die sich in emotionalen, kognitiven und/oder körperlichen Beeinträchtigungen äußern. Von der betroffenen Person werden sie häufig als nicht oder nur begrenzt beeinflussbar erlebt und können mit erheblichem Leiden einhergehen. Beispiele für häufige psychische Störungen sind Depressionen, Angststörungen, Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit und Schizophrenie [Robert Koch-Institut (RKI) 2008 Heft 41].

Neben der großen Belastung, die psychische Krankheiten für die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen und für das Gesundheitswesen darstellen, sind darüber hinaus die Auswirkungen auf das Wirtschaftsleben zu berücksichtigen. Im Jahr 2012 hat die Bundespsychotherapeutenkammer in einer Studie zur Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen die Angaben der großen gesetzlichen Krankenkassen ausgewertet. Demnach gibt es seit dem Jahr 2000 einen deutlichen Anstieg des Anteils der Arbeitsunfähigkeitstage, der auf psychische Erkrankungen zurückzuführen ist. Dieser Anteil betrug im Jahr 2010 12,2 % aller betrieblichen Fehltage und hat sich somit gegenüber dem Jahr 2000 mehr als verdoppelt. Zudem waren die Krankschreibungen im Jahr 2010 wegen psychischer Störungen mit einem Mittelwert von 30 Tagen je Fall überdurchschnittlich lang. Depressiv erkrankte Arbeitnehmer fehlten im Schnitt sogar 39 Tage. Damit liegen psychische Erkrankungen noch vor den Krebserkrankungen bei der Krankheitsdauer an erster Stelle und übersteigen die mittlere Dauer aller Arbeitsunfähigkeitsfälle (13,7 Tage) um ein Vielfaches. Vor diesem Hintergrund eines steigenden Versorgungsbedarfs von Patienten mit psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen ist die Aufmerksamkeit auf eine adäquate psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung zu richten (öffentliche Mitteilungsvorlage, Gesundheitsausschuss des Kreises Gütersloh; Drucksachen-Nr.: 3439).

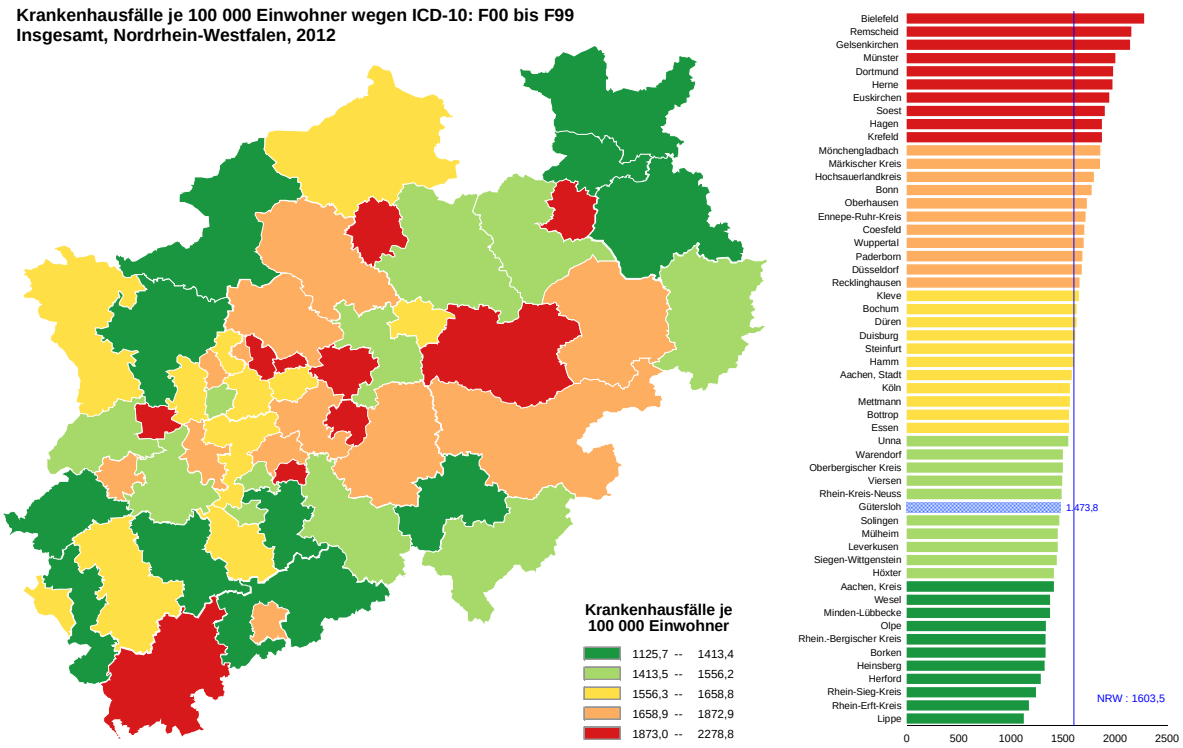
Für Menschen mit psychischen Störungen bestehen unterschiedliche Möglichkeiten, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Im Wesentlichen erfolgt die Therapie durch Psychotherapie oder Psychopharmaka bzw. eine Kombination von beidem. Deutschland verfügt im internationalen Vergleich sowohl im stationären als auch im teilstationären und ambulanten Bereich über ein besonders dicht ausgebautes System der psychotherapeutischen Versorgung (RKI 2008 Heft 41).

## 7.1 Datenlage

Es gibt sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich einen deutlichen Anstieg von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen. Aktuelle Studien und Datenauswertungen belegen eine kontinuierliche Zunahme dieses Krankheitsbildes bei Erwachsenen in den vergangenen Jahren.

Im Jahr 2010 in NRW wurden rund 125.000 Frauen und 150.000 Männer und demnach 275.000 Fälle wegen psychischer Erkrankungen stationär behandelt. Im Jahr 2012 gab es in NRW 1.603,50 Krankenhausfälle aufgrund von Psychischen- und Verhaltensstörungen[18] je 100.000 Einwohner in NRW. Dabei sind die Männer stärker betroffen (1.759,79 je 100.000 Einwohner) als die Frauen (1.453,97 je 100.000 Einwohner). Ein ähnliches Bild zeichnet sich im Kreis Gütersloh ab. Insgesamt kam es im Jahr 2012 zu 1.473,8 Krankenhausbehandlungen je 100.000 Einwohner im Kreis Gütersloh. Ebenfalls waren die Männer mit 1.634,0 Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner stärker betroffen als die Frauen mit 1.316,2 Krankenhausfällen je 100.000 Einwohner.

**Abbildung 31: Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner in NRW und dem Kreis Gütersloh durch Psychische- und Verhaltensstörungen (ICD 10 F00-F99), insgesamt, 2012**



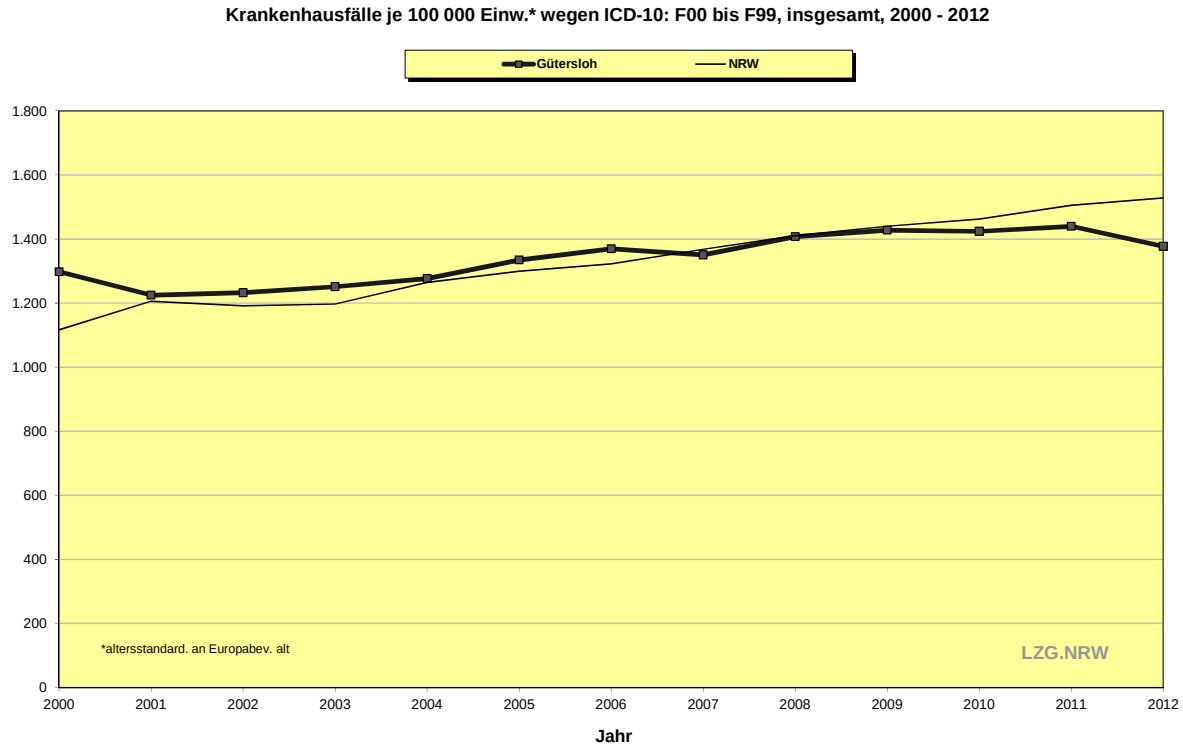

Quelle: LZG.NRW; GBE-Stat 2014

Die Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner durch Psychische- und Verhaltensstörungen waren im Kreis Gütersloh niedriger als der Durchschnittswert von NRW (Abbildung 31).

[18] ICD10-Kodierung F00-F99 = Psychische- und Verhaltensstörungen

Wie der Zeitreihe zu entnehmen ist (siehe Abbildung 32), gibt es eine steigende Tendenz in der Anzahl der stationär behandelten Menschen aufgrund von Psychischen- und Verhaltensstörungen. Der Kreis Gütersloh lag dabei bis zum Jahr 2007 über dem NRW-Durchschnitt. Ab 2008 sind im Kreis Gütersloh weniger Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner zu verzeichnen als in gesamt NRW. Zudem nehmen die Krankenhausfälle im Kreis Gütersloh von 2011 auf 2012 ab.

**Abbildung 32: Krankenhausfälle durch Psychische- und Verhaltensstörungen (ICD 10 F00-F99), insgesamt, 2000-2012**

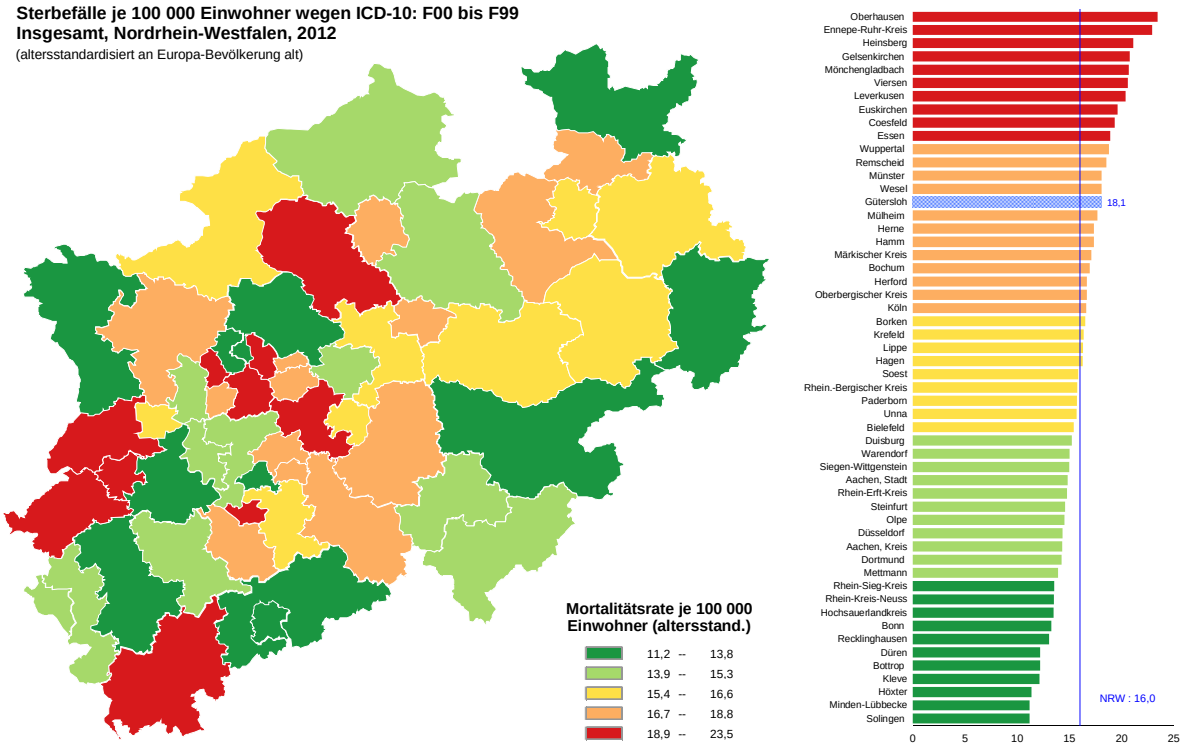



Quelle: LZG.NRW GBE-Stat 2014

Dabei entfällt der größte Teil der Krankenhausfälle durch Psychische- und Verhaltensstörungen mit 582,11 je 100.000 auf die Gruppe der Psychischen- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Im Jahr 2012 kam es in NRW zu 5.672 Sterbefällen durch Psychische- und Verhaltensstörungen, 107 davon im Kreis Gütersloh. Wie Abbildung 33 zu entnehmen, hat der Kreis Gütersloh mehr Sterbefälle pro 100.000 Einwohner durch Psychische- und Verhaltensstörungen als der Durchschnitt von NRW. In gesamt NRW starben 16 Personen je 100.000 Einwohner durch Psychische- und Verhaltensstörungen, im Kreis Gütersloh 18,1 je 100.000 Einwohner.

**Abbildung 33: Sterbefälle je 100.000 Einwohner durch Psychische- und Verhaltensstörungen (ICD 10 F00-F99) in NRW und Kreis Gütersloh, insgesamt, 2012**




Quelle: LZG.NRW; GBE-Stat 2014

Die meisten Sterbefälle je 100.000 Einwohner sind auf die beiden Krankheitsbilder „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ (F00-F09) und „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“[19] (F10-F19) zurückzuführen.

Gleichwohl bilden Zahlen zur stationären Behandlung nur einen Anteil des gesamten Ausmaßes der psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen ab. Die überwiegende Zahl der Patienten wird ausschließlich ambulant behandelt. Zudem sind teilstationäre Angebote zu berücksichtigen.

Auch für Kinder und Jugendliche steigt der Bedarf an gesundheitlicher Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich an. Wissenschaftliche Studien der letzten Jahre und aktuelle Datenauswertungen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zeigen die hohe Relevanz der Thematik auf. Das Robert Koch-Institut Berlin führte im Jahr 2006 im Rahmen des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys die Bella-Studie (Befragung zur seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen) durch. Festgestellt wurde dabei eine Verschiebung von den somatischen zu den psychischen Störungen, insbesondere zu Entwicklungs- und Verhaltensstörungen. Insgesamt liegen bei 21,8 % der Jungen und Mädchen zwischen 7 und 17 Jahren Hinweise auf psychische Auffälligkeiten vor.

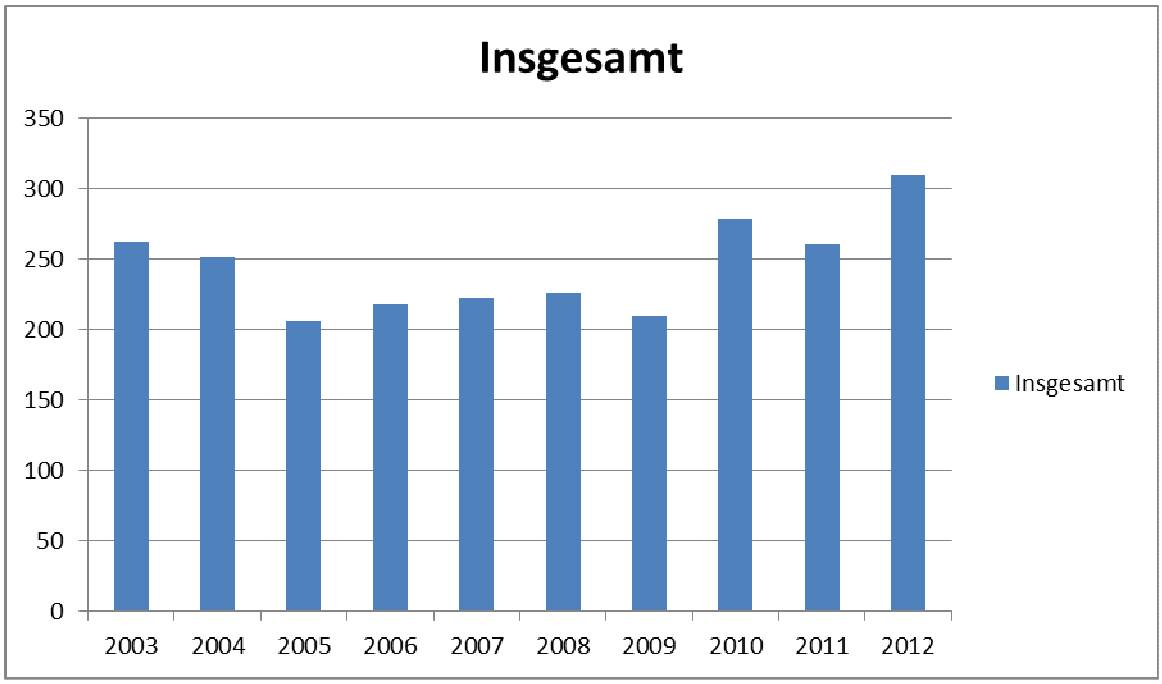
[19] Stoff, der die Psyche des Menschen beeinflusst. Man spricht auch von einer psychoaktiven Substanz oder einem Psychotropikum.

Das Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW) wertete in seinem Bericht „Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen“ (NRW kurz und informativ, Juli 2010) Daten der Krankenhausstatistik sowie ambulante Behandlungsfälle der niedergelassenen Ärzte aus. Demzufolge ist bei den unter 15-Jährigen in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme der psychischen Erkrankungen festzustellen. Im Zeitraum von 2005 bis 2009 liegt der Zuwachs der Behandlungsraten (Fälle je 100.000 der Altersgruppe) im stationären Bereich bei 19 %, bei den ambulanten Behandlungsdiagnosen bei 23 %.

Die Entwicklung der Behandlungsraten im Kreis Gütersloh fällt im Vergleich zu den NRW-Werten moderater aus, dennoch ist auch hier im Zeitraum von 2005 bis 2009 sowohl im stationären (+ 8,5 %) als auch im ambulanten Bereich (+ 17,5 %) ein Anstieg der Behandlungsraten zu verzeichnen (öffentliche Mitteilungsvorlage der Abteilung Gesundheit an den Gesundheitsausschuss; Drucksachen-Nr.: 3093/1).

Abbildung 34 zeigt den zeitlichen Verlauf der Krankenhausbehandlungen je 100.000 Einwohner aufgrund von Psychischen- und Verhaltensstörungen im Alter von 0 bis 14 Jahren im Kreis Gütersloh in den Jahren 2003 bis 2012. Insgesamt zeigt sich auch für den Kreis Gütersloh ein steigender Trend.

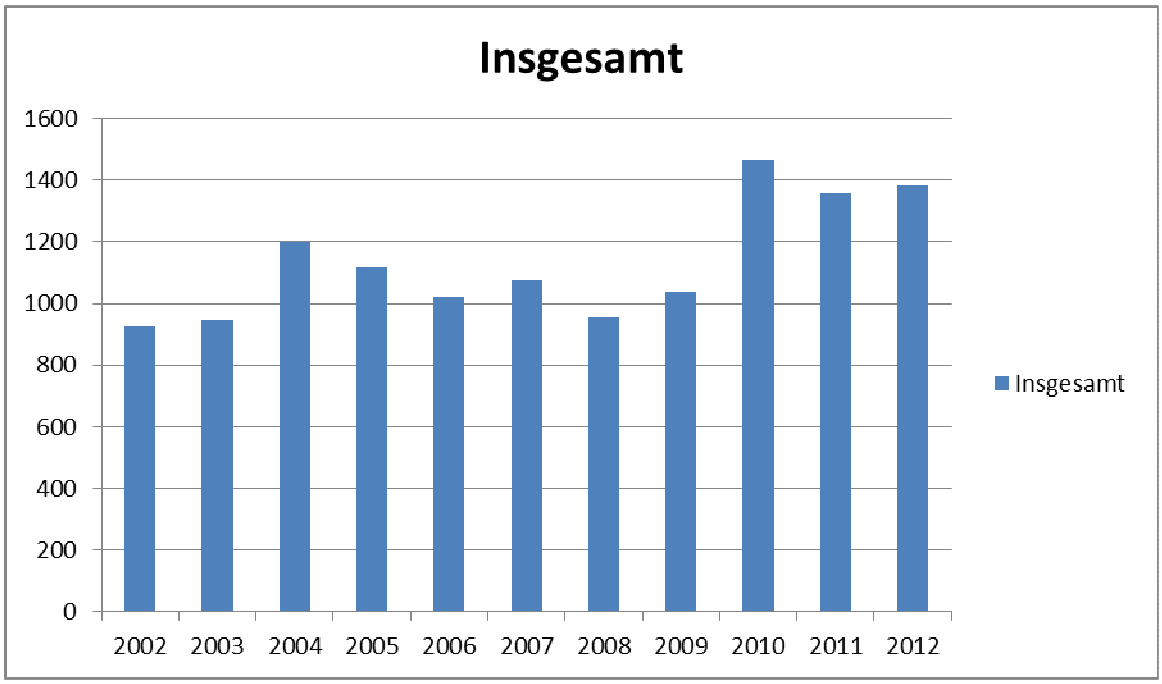
**Abbildung 34: Krankenhausbehandlungen je 100.000 Einwohner aufgrund von Psychischen- und Verhaltensstörungen (F00-F99) im Alter von 0-14 Jahren; 2002 – 2012**




Quelle: eigene Darstellung nach eigener Berechnung nach Daten des LZG.NRW; GBE-Stat 2014

Die folgende Abbildung zeigt den zeitlichen Verlauf der Krankenhausbehandlungen je 100.000 Einwohner aufgrund von Psychischen- und Verhaltensstörungen im Alter von 15 bis 19 Jahren im Kreis Gütersloh in den Jahren 2002 bis 2012.

**Abbildung 35: Krankenhausbehandlungen je 100.000 Einwohner aufgrund von Psychischen- und Verhaltensstörungen (F00-F99) im Alter von 15-19 Jahren; 2002 – 2012**




Quelle: eigene Darstellung nach LZG.NRW; GBE-Stat 2014

**Tabelle 13: Häufigste Krankenhausbehandlungen im Alter von 0-19 Jahren aufgrund von Psychischen- und Verhaltensstörungen nach Erkrankungsgruppen (F00-F99) im Jahr 2012**

| Erkrankungsgruppen | ICD-10 Kodierung | Fälle Altersgruppe 0-19 | Anteil an allen F00-F99 Fällen in % |
|---|---|---|---|
| **Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen** | F10-F19 | 130 | 27,54 |
| **Affektive Störungen** | F30-F39 | 76 | 16,10 |
| **Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen** | F40-F48 | 102 | 21,61 |
| **Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend** | F90-F98 | 84 | 17,80 |

Quelle: eigene Darstellung nach LZG.NRW GBE-Stat 2014

Tabelle 13 zeigt die häufigsten absoluten Krankenhausbehandlungen im Alter von 0 bis 19 Jahren aufgrund von Psychischen- und Verhaltensstörungen nach Erkrankungsgruppen (F00-F99) im Jahr 2012. Auffällig ist, dass 27,54 % aller F00-F99 Fälle durch psychotrope Substanzen[20] (F10-F19) zu-

[20] Stoff, der die Psyche des Menschen beeinflusst. Man spricht auch von einer psychoaktiven Substanz oder einem Psychotropikum.

stande kommen, dicht gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48), die 21,61 % der Psychischen- und Verhaltensstörungen ausmachen.

Hier ist jedoch ebenfalls anzumerken, dass die Zahlen zur stationären Behandlung nur einen relativ geringen Anteil des gesamten Ausmaßes der psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen abbilden.

Der auf Bundes-, Landes- und Kreisebene in den vergangenen Jahren festzustellende Trend einer kontinuierlichen Zunahme von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen macht deutlich, dass ein besonderes Augenmerk auf eine adäquate psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der Zielgruppe gerichtet werden muss.

Bei Psychischen- und Verhaltensstörungen haben das soziale und gesellschaftliche Umfeld einen erheblichen Einfluss auf die Krankheitsentstehung und den Krankheitsverlauf, somit müssen unter Präventivaspekten neben dem Gesundheitssystem ebenso die Akteure aus den Bereichen Jugend, Familie, Bildung und Soziales mit in die Thematik einbezogen werden. Auch die Landesgesundheitskonferenz hat in ihrer Entschließung vom 09.12.2010 zum „Erhalt und Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen“ die besondere Notwendigkeit eines engen systemübergreifenden Zusammenwirkens der Verantwortungsträger betont, da es zur Vermeidung von psychischen Fehlentwicklungen bei Kindern und Jugendlichen eines breiten gesellschaftspolitischen Ansatzes bedarf (siehe auch: öffentliche Mitteilungsvorlage, Gesundheitsausschuss des Kreises Gütersloh; Drucksachen-Nr.: 3093/1).

## 7.2 Situationsanalyse im Kreis Gütersloh

Entsprechend der drei Versorgungbereiche der Gesundheitsversorgung gliedert sich die Situationsanalyse der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Erwachsenen sowie von Kindern und Jugendlichen in die Bereiche stationär, teilstationär und ambulant. Die folgenden Angaben sind das Ergebnis von zwei Abfragen im Jahr 2011 und 2012 durch die Sucht- und Psychiatriekoordinatorin des Kreises Gütersloh. Die erhobenen Daten sind öffentlichen Mitteilungsvorlagen des Gesundheitsausschusses mit den Drucksachen-Nrn.: 3093/1 und 3439 aus dem Jahr 2011/12 entnommen. Darüber hinaus sind die Daten zur stationären und teilstationären Versorgung im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie in dem Umfang aktualisiert worden, wie sie von den LWL-Kliniken im Jahr 2014 zur Verfügung gestellt worden sind.

### 7.2.1 Stationäre Versorgung

Die gemeindenahe Pflichtversorgung für erwachsene Menschen mit einer psychischen Erkrankung wird im Kreis Gütersloh vom LWL-Klinikum Gütersloh wahrgenommen. Dort gab es im Jahr 2014 für die allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie 133 Behandlungsplätze, in der Klinik für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie 62 und in der Klinik für Suchtmedizin 53 Behandlungsplätze. Als weitere differenzierte Angebote gehören zum LWL-Klinikum Gütersloh die Kliniken für Psychosomatische Medizin, für Neurologie, für Innere Medizin sowie die Bernhard-Salzmann-Klinik als Rehabilitationszentrum für Abhängigkeitskranke. Im Jahr 2011 wurden 4.257 Patienten, im Jahr 2012 wurden 3.689 Patienten und im Jahr 2013 wurden 3.704 Patienten stationär behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer liegt derzeit bei 19,3 Tagen. Patienten, die unter PsychKG-Bedingungen aufgenommen werden oder sich in akuten Krisen befinden, haben keine Wartezeit auf einen Behandlungsplatz; die Aufnahme erfolgt unmittelbar. In den spezialisierten stationären Bereichen wie Depressionsstationen und Psychosomatik kommt es gelegentlich aufgrund der hohen Nachfrage zu Wartezeiten. Diese liegen bei wenigen Tagen und in Einzelfällen zwischen 2 – 4 Wochen.

Für die kinder- und jugendpsychiatrische sowie -psychotherapeutische Versorgung im Kreis Gütersloh ist die LWL-Universitätsklinik Hamm zuständig. Das Versorgungsgebiet umfasst zudem noch die Kreise Soest, Unna, Warendorf sowie die Stadt Hamm. Die LWL- Universitätsklinik Hamm verfügte 2011 über 110 vollstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsplätze. Ferner wurden 20 Behandlungsplätze für die Rehabilitation suchterkrankter Jugendlicher vorgehalten. Von 2006 bis 2010 wurden insgesamt 4.433 Patienten vollstationär behandelt. Für die Jahre 2011 bis 2013 stellt sich die Belegungssituation wie folgt dar: 981 Behandlungsfälle im Jahr 2011, 1.015 Behandlungsfälle im Jahr 2012 und 1.069 Behandlungsfälle im Jahr 2013. Der Anteil der behandelten Patienten aus dem Kreis Gütersloh variierte pro Jahr im vollstationären Bereich zwischen 9 – 15 %. Die LWL-Universitätsklinik Hamm hält an 7 Tagen einen fachärztlichen Notfalldienst vor. Im Jahr 2011 wurde ein differenziertes Belegungssystem eingeführt, um eine bedarfsgerechte Aufnahmeplanung bei begrenzen Kapazitäten zu gewährleisten.

Während bei hochakuter Symptomatik eine Notaufnahme unverzüglich erfolgt, werden Patienten mit akuter Symptomatik (aber ohne Indikation für eine Notaufnahme) innerhalb von ca. 10 bis 14 Tagen stationär aufgenommen. Für Kinder bis 10 Jahren ohne akute Symptomatik beträgt die Wartezeit derzeit etwa 3 Monate, für ältere Kinder ca. 2 Monate, für Jugendliche 6 bis 8 Wochen.

### 7.2.2 Teilstationäre Versorgung

Das LWL-Klinikum Gütersloh bietet derzeit für Erwachsene insgesamt 79 tagesklinische Behandlungsplätze an, die in den Tageskliniken Gütersloh und Halle/Westf., in der Tagesklinik für Gerontopsychiatrie Gütersloh sowie in der Tagesklinik Sucht Gütersloh vorgehalten werden. Insgesamt wurden 835 Patienten im Jahr 2011, 547 Patienten im Jahr 2012 und 546 Patienten im Jahr 2013 teilstationär behandelt. Die Wartezeiten schwankten zwischen mehreren Wochen und mehreren Monaten.

Die LWL- Universitätsklinik Hamm verfügte 2011 über 48 teilstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsplätze. Die teilstationären Behandlungsplätze verteilten sich auf die Tageskliniken in Bergkamen, Hamm, Rheda-Wiedenbrück und Soest. Im Jahr 2013 wurde eine weitere LWL-Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Warendorf in Betrieb genommen.
Von 2006 bis 2010 wurden insgesamt 1.175 Patienten teilstationär behandelt. Der Anteil der behandelten Patienten aus dem Kreis Gütersloh variierte pro Jahr im teilstationären Bereich zwischen 19,5 - 22,5 %.

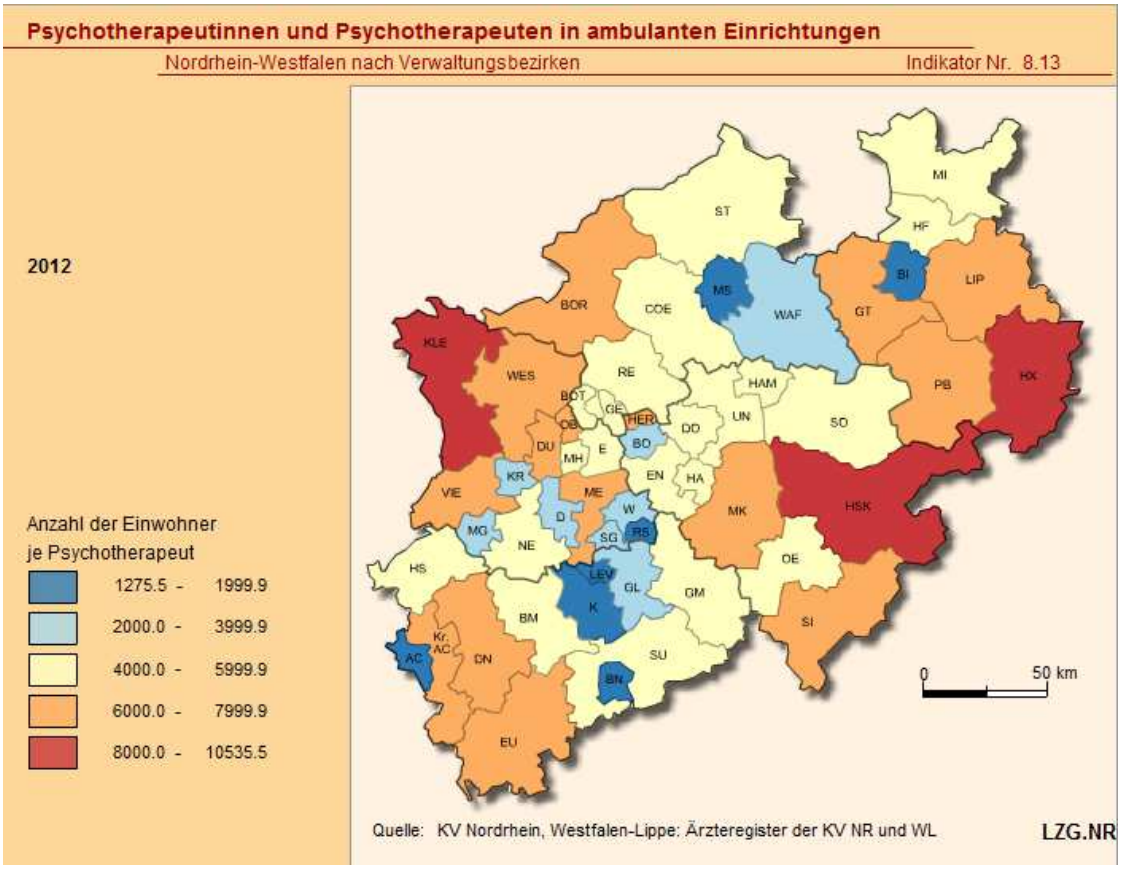
Die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Rheda-Wiedenbrück stellte im Jahr 2011 12 teilstationäre Behandlungsplätze bereit. In den letzten 8 Jahren sind 484 Behandlungsfälle zu verzeichnen. Die Wartezeit für eine tagesklinische Behandlung in Rheda-Wiedenbrück beträgt je nach Dringlichkeit der Symptomatik zwischen 7 bis 10 Wochen. Das multimodale und bedarfsgruppenübergreifende Behandlungskonzept der Tagesklinik Rheda-Wiedenbrück bietet neben Einzeltherapien auch gruppentherapeutische Angebote je nach Zusammensetzung der zu behandelnden Patientengruppe an.

## 7.2.3 Ambulante Versorgung

### Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

Nach den statistischen Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer Westfalen-Lippe gab es zum 31.12.2011 insgesamt 18 zugelassene Sitze für Neurologen und Psychiater im Kreis Gütersloh. Differenzierte Angaben über die Verteilung der Sitze werden zukünftig laut Mitteilung der KVWL aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht mehr zur Verfügung gestellt.

**Abbildung 36: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen 2012**




Im Jahr 2012 kamen auf einen Psychotherapeuten im Kreis Gütersloh 6.191,5 Einwohner. Dagegen betrug das Verhältnis in NRW 3.718,0 Einwohner je Therapeut (Abbildung 36)[21]. Damit war die ambulante psychotherapeutische Versorgung im Kreis Gütersloh deutlich schlechter als in NRW (3.718,0) und in OWL (4.387,4). Im Jahr 2008 waren es noch 5.999 Einwohner auf einen Psychotherapeuten.

[21] Im vorliegenden Indikator sind nur in ambulanten Einrichtungen tätige Psychotherapeuten mit vertragsärztlichem Versorgungsauftrag enthalten. Unter ambulanten Einrichtungen versteht man nicht nur freie Arztpraxen, sondern auch die im § 311 SGB V genannten Einrichtungen. Die in den Ärztekammern als ambulant tätig registrierten Ärzte umfassen sowohl die Ärzte in freier Praxis (niedergelassene Ärzte) in ihrer Funktion als Praxisinhaber als auch die Ärzte mit nebenamtlicher Krankenhaustätigkeit (z. B. Belegärzte) sowie bei Praxisinhabern angestellte Ärzte und Praxisassistenten, die zur vertragsärztlichen (bis 31.12.1992 kassenärztlichen) Versorgung zugelassen oder auch ausschließlich privatärztlich tätig sind.

**Abbildung 37: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 2012**

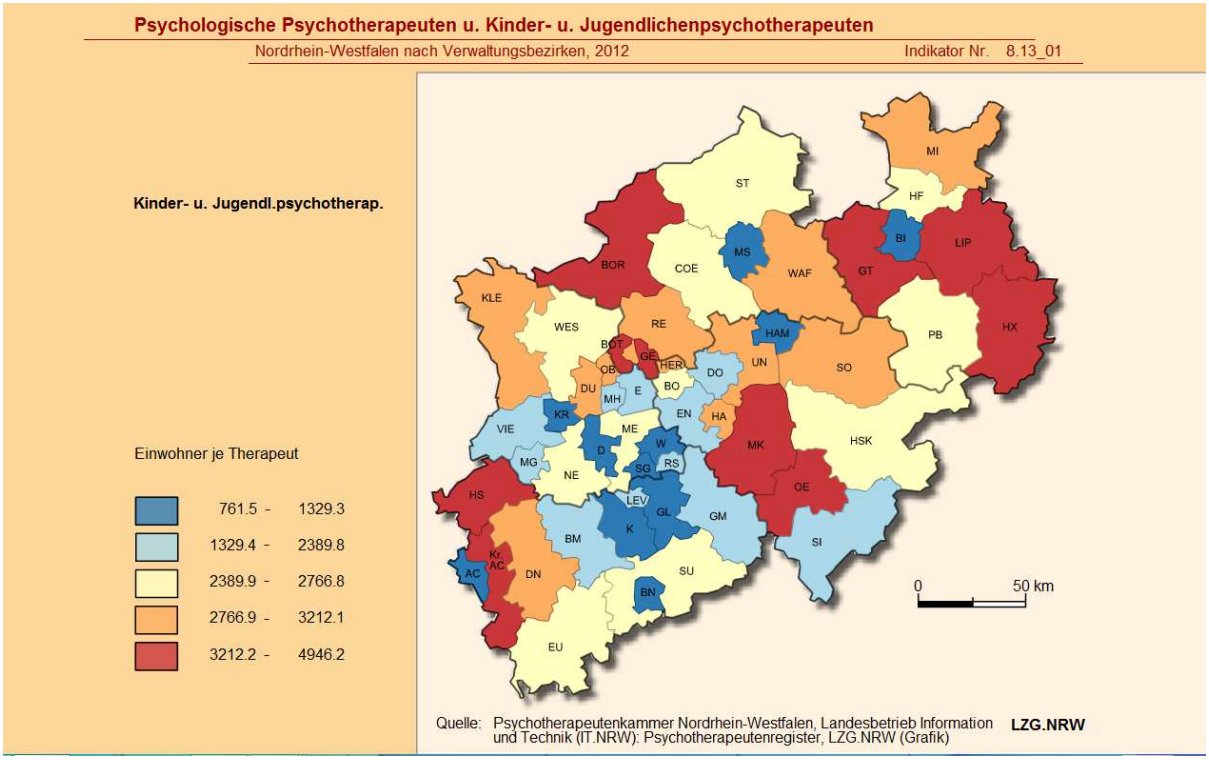
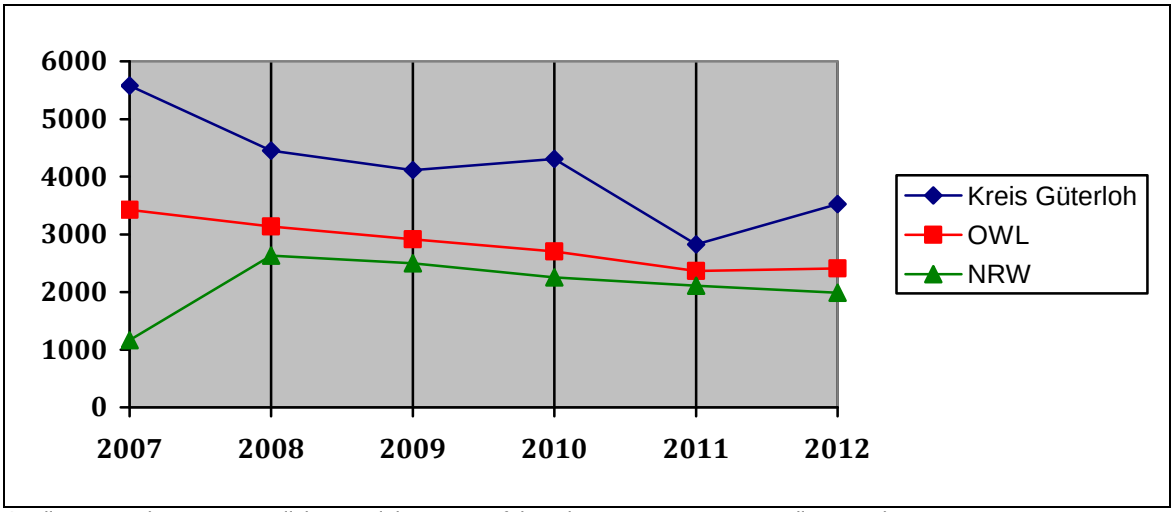



Abbildung 37 zeigt, dass es weiterhin eine starke Unterversorgung an Kinder- und Jungendlichenpsychotherapeuten im Jahr 2012 gab. Im Kreis Gütersloh muss ein Psychotherapeut 3.522,2 Einwohner unter 18 versorgen. Der Durchschnitt in NRW lag im Jahr 2012 bei 1.986,4.

Die zeitliche Entwicklung (siehe Abbildung 38) zeigt, dass im Kreis Gütersloh sowohl im Vergleich zu OWL als auch zu NRW eine schlechtere Versorgungslage mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besteht.

**Abbildung 38: Entwicklung der Versorgung durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von 2007-2012**




Quelle: Daten der Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, entnommen: www.liga.nrw.de.

Wie im Kapitel 2.1 dargestellt, hat sich zwischenzeitlich die psychotherapeutische Versorgungssituation im Kreis Gütersloh im Jahr 2014 verbessert. Die aktuellen Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe weisen im Kreis Gütersloh einen Versorgungsgrad von 140,5 % aus.

**Ambulanzen**

Die Versorgung von Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen erfolgt am LWL-Klinikum Gütersloh in der allgemeinpsychiatrischen Ambulanz, in der suchtmedizinischen Ambulanz sowie in der gerontopsychiatrischen Ambulanz.
Für Kinder und Jugendliche hält die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rheda-Wiedenbrück eine entsprechende Ambulanz vor.

**Beratungsangebot im Kreis Gütersloh**

Im Kreis Gütersloh gibt es eine Vielzahl von Beratungsangeboten für Menschen mit seelischen Problemen oder Suchtproblemen. Diese werden in zwei Broschüren dargestellt.

In der Broschüre „Raus aus der Abhängigkeit von Alkohol/Drogen/Glücksspiel/Medikamenten/PC und Internetspielen“ der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle der Abteilung Gesundheit des Kreises Gütersloh wird ein Überblick über verfügbare Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, soziale Rehabilitation und Kliniken gegeben. Die Broschüre richtet sich sowohl an Betroffene wie auch an Angehörige.

Für Hilfe bei Menschen mit seelischen Problemen gibt es eine entsprechende Broschüre mit dem Titel „Beratung bei seelischen Problemen Angst/Krisen/Psychosen/Depressionen/Selbsttötungsgedanken“ des Kreises Gütersloh. Diese Broschüre gibt einen Überblick über die Beratung und Begleitung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst für Betroffene und Angehörige. Zudem werden weitere Angebote aufgezeigt, die im Kreis Gütersloh in Anspruch genommen werden können.

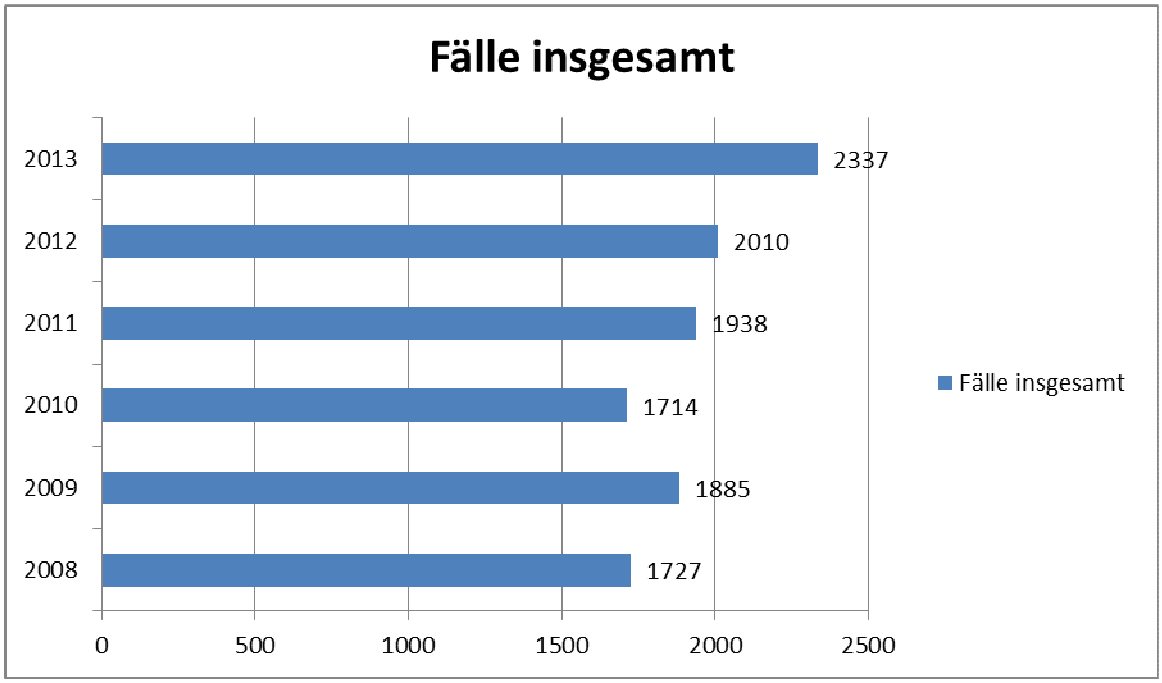
Beide Broschüren sind auf der Homepage des Kreises Gütersloh unter „Gesundheit“, Rubrik „Beratung und Information“, Subrubrik „Sozialpsychiatrischer Dienst“ zu finden.

## 7.3 Nacht- und Wochenendversorgung in psychischen, psycho-sozialen und psychiatrischen Krisen durch den Krisendienst für den Kreis Gütersloh

Die folgenden Informationen sind dem Jahresbericht 2013 des psychosozialen Krisendienstes für den Kreis Gütersloh entnommen und basieren auf der internen Dokumentation. Die notwendigen Daten werden durch die Mitarbeiter nach jedem Beratungskontakt erhoben und jedes Jahr statistisch ausgewertet.

Der psychosoziale Krisendienst hält für die Bürger des Kreises Gütersloh die Nacht- und Wochenendversorgung in psychischen, psycho-sozialen und psychiatrischen Krisen vor. Dabei bieten die Mitarbeiter des Vereins Krisendienst e. V. beratende und helfende Gespräche an zu den Zeiten, wenn andere Beratungsangebote nicht zur Verfügung stehen. Bei Bedarf sucht der Krisendienst innerhalb des Kreises Gütersloh Menschen in Krisensituationen vor Ort auf und begleitet sie, wenn erforderlich, auch bei Klinikeinweisungen.
Der Krisendienst hält ein niedrigschwelliges Angebot vor, denn die Kontaktaufnahme erfolgt in der Regel telefonisch. Zudem sind Hilfeleistungen des Krisendienstes kostenfrei, auf Wunsch anonym und unterliegen der Schweigepflicht und dem Datenschutz. Außer den Betroffenen selbst können sich unter anderem Angehörige, Nachbarn, Freunde, Selbsthilfegruppen, niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Polizei und Feuerwehr an den Krisendienst wenden.
Wie der Abbildung 39 zu entnehmen ist, steigen die Einsatzzahlen in den letzten Jahren insgesamt kontinuierlich an, mit einer Ausnahme im Jahr 2010. Im Jahr 2013 gab es insgesamt 2.337 Kontakte. Der Krisendienst ist im Jahr 2013 insgesamt 327-mal mehr in Anspruch genommen worden als im Jahr 2012, dies entspricht eine Steigerung um 16,27 %.

**Abbildung 39: Gesamtzahl der Kontakte mit dem Krisendienst in den Jahren 2008 bis 2013**




Quelle: Jahresbericht 2013 des psychosozialen Krisendienstes für den Kreis Gütersloh

Tabelle 14 zeigt die häufigsten Gründe für eine Inanspruchnahme des Krisendienstes. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nur ein Ausschnitt von Häufigkeiten einzelner Problematiken (bis zu 4 Mehrfachnennungen möglich) aufgezeigt wird.
Insgesamt zeigt sich eine allgemeine Zunahme der gesamten Fallzahlen. Insbesondere haben sich die Fallzahlen in den Bereichen Alkoholsucht und soziale Notlage annährend verdoppelt. Der Krisendienst wurde in den Jahren 2012 und 2013 am häufigsten aufgrund von Isolation und Einsamkeit aufgesucht.

**Tabelle 14: Gründe für die Inanspruchnahme des Krisendienstes**

| Gründe für die Inanspruchnahme | Absolut 2012 | Gesamtfallzahl in % 2012 | Absolut 2013 | Gesamtfallzahl in % 2013 |
|---|---|---|---|---|
| Isolation/Einsamkeit | 958 | 28,3 | 1327 | 30,0 |
| Psychische Erkrankungen ohne akute Krise | 747 | 22,0 | 869 | 19,6 |
| Alkoholsucht | 229 | 6,8 | 438 | 9,9 |
| Familien-/Partnerschafts-/Trennungsproblematik | 443 | 13,1 | 426 | 9,6 |
| Depressivität | 201 | 5,9 | 263 | 5,9 |
| Psychische Erkrankungen im akuten Stadium | 146 | 4,3 | 174 | 3,9 |
| Soziale Notlage | 51 | 1,5 | 115 | 2,6% |

Quelle: Jahresbericht 2013 des psychosozialen Krisendienstes für den Kreis Gütersloh

Der Krisendienst Gütersloh wurde im Jahr 2013 hauptsächlich (92,6 %) von den Betroffenen selbst angerufen, gefolgt von den Angehörigen (3,6 %) und den Nachbarn/Freunden und Bekannten (1,6 %).

Aus den statistischen Angaben lässt sich schließen, dass der psychosoziale Krisendient für den Kreis Gütersloh eine wichtige Instanz für die Nacht- und Wochenendversorgung in psychischen, psychosozialen und psychiatrischen Krisen ist. Auch hier zeigt sich durch die steigenden Fallzahlen die Notwendigkeit dieser Einrichtung für die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung.

## 7.4 Kinder von sucht- und psychisch kranken Eltern

Suchterkrankungen und psychische Erkrankungen haben fast ausnahmslos Auswirkungen auf das soziale Umfeld. Wenn ein Familienmitglied erkrankt, so hat dies stets Einfluss auf die gesamte betroffene Familie und auf die Lebenssituation der einzelnen Familienmitglieder. Stand noch bis Ende der 90er Jahre die Thematik der Kinder mit sucht- oder psychisch kranken Eltern kaum im Blickpunkt der Fachöffentlichkeit, hat sich hier in den letzten Jahren ein Wandel vollzogen.

Nach wissenschaftlichen Untersuchungen gibt es ca. 500.000 Kinder in Deutschland, die mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufwachsen. Mit einem suchtkranken Elternteil leben in der Bundesrepublik Deutschland über 2,5 Mio. Kinder. Ergebnisse der Risikoforschung gehen bei diesen Kindern von einem drei- bis sechsfach erhöhten Risiko aus, selbst sucht- oder psychisch krank zu werden (Klein, M. (2003): Kinder suchtkranker Eltern).
Vor diesem Hintergrund hat die Arbeitsgruppe Psychiatrie und Sucht als erstes Arbeitsfeld die Versorgungssituation von Kindern mit sucht und psychisch kranken Eltern in den Fokus gestellt.
Die Sucht- und Psychiatriekoordinatorin hat Ende 2005 eine Fragebogenaktion durchgeführt, um zum einen eine quantitative Größenordnung der Zielgruppe zu ermitteln, zum anderen qualitative Aspekte zu erfragen. Angeschrieben wurden Institutionen im suchtspezifischen und psychiatrischen Versorgungsnetz sowie im Jugendhilfe- und Familienberatungsbereich.
Es ist davon auszugehen, dass allein in 800 Familien mit mindestens einem suchtkranken Elternteil Kinder leben, die mit und in dieser Problematik aufwachsen, wobei diese Zahl lediglich die Spitze des Eisberges darstellt.

Um die Hilfebedarfe von Familien mit sucht-/psychisch kranken Eltern und betroffenen Kindern wahrzunehmen und angemessene Hilfen anzubieten, wurde im Kreis Gütersloh eine Kooperationsvereinbarung zwischen folgenden Kommunen und Institutionen geschlossen:

- Kreis Gütersloh - Abteilung Gesundheit
- Kreis Gütersloh - Abteilung Jugend, Familie und Sozialer Dienst
- Stadt Gütersloh - Fachbereich Familie und Soziales
- Stadt Rheda-Wiedenbrück - Fachbereich Jugend, Bildung und Sport
- Stadt Verl - Fachbereich Jugend
- LWL-Klinikum Gütersloh
- Bernhard-Salzmann-Klinik, LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen
- AWO-Kreisverband Gütersloh e.V. - AWO Kinderschutz-Zentrum
- Caritasverband für den Kreis Gütersloh e.V., Fachbereich Sucht- und Drogenhilfe
- CJD Versmold, Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands, gemeinnütziger e.V.
- Deutscher Kinderschutzbund Kreisverband Gütersloh e.V.
- Diakonie Gütersloh e.V.
- Diakonie im Kirchenkreis Halle e.V.
- Jugendwerk Rietberg
- von Bodelschwinghsche Stiftungen Bethel - Bethel.regional - Region Ostwestfalen, Jugendhilfe Gütersloh

Die beteiligten Institutionen verpflichten sich zu einem strukturierten fachlichem Austausch sowohl auf der institutionellen als auch auf der Einzelfallebene. Es sollen so interdisziplinäre Fachgespräche zur Entwicklung von Hilfeperspektiven und Hilfearrangements etabliert werden. Durch diese Fachgespräche kommt es zu einem umfassenden Informationsaustausch, einer gemeinsamen Falldefinition und einer Abstimmung über die Teilaufgaben im Rahmen des Hilfeprozesses. Dabei stehen immer die Bedarfe der Betroffenen sowie die Sicherung des Kindeswohls im Vordergrund.

Die Kooperationsvereinbarung soll als Arbeitshilfe den ständigen und notwendigen Dialog in der Zusammenarbeit zwischen Erwachsenenpsychiatrie, Suchtmedizin und Jugendhilfe fördern. Zudem soll sie als Leitfaden und Arbeitshilfe für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der beteiligten Institutionen dienen, um die Arbeit mit hilfebedürftigen Menschen zu erleichtern und die Zusammenarbeit zu verbessern. Die Intention ist, mehr Handlungssicherheit und Verbindlichkeit herzustellen, durch gegenseitige Orientierung, durch Informationen über Ansprechpartner, Abläufe und Konfliktregelungswege sowie durch regelmäßigen, strukturierten Austausch zur Weiterentwicklung der Zusammenarbeit beizutragen und dadurch die Qualität der eigenen Arbeit zu verbessern.

Zwecks Austausch über neue Entwicklungen und Reflexion der Zusammenarbeit treffen sich die Kooperationspartner mindestens jährlich zu einem Arbeitstreffen.

Im Kreis Gütersloh wurden bereits Projekte umgesetzt, die Kindern und deren Familien mit einer Sucht- oder psychischen Belastung Hilfestellung geben sollen. Diese sollen im Folgenden kurz dargestellt werden (ausführliche Informationen sind im Suchtbericht für den Kreis Gütersloh 2008/2009 enthalten):

**faba - Familien in Balance**

Das Naturprojekt für Kinder aus Familien mit sucht- oder psychischer Erkrankung ist konzeptionell so angelegt, dass Kinder in engem Kontakt in der natürlichen Umgebung einer Streuobstwiese eigene Bedürfnisse, Fähigkeiten und Grenzen wahrnehmen sollen. Das Gruppenangebot für 10 Jungen und Mädchen im Alter von 8 bis 11 Jahren umfasst 12 Termine im Gartenjahr von März bis Oktober.

**Treffpunkt Club 5**

Der Treffpunkt Club 5 ist ein Angebot für psychiatrieerfahrene und/oder psychisch beeinträchtigte Mütter und ihre Kinder. Zum Angebot gehören Frühstück oder gemeinsame Ausflüge mit den Kindern, Vermittlung zu anderen Hilfseinrichtungen, Informationsveranstaltungen, Beratungszeit für Einzelgespräche.

**Projekt „Ambulante Erziehungshilfen für Familien mit langfristigem Unterstützungsbedarf“**

In Kooperation zwischen der Diakonie im Kirchenkreis Halle e.V. und dem Kreis Gütersloh, Regionalstelle Nord, wurde ein Projekt entwickelt, das für Familien mit langfristigem Unterstützungsbedarf, wozu oftmals psychisch erkrankte oder suchtkranke Elternteile gehören, passgenaue Hilfen anbietet.

Innerhalb des Projektes werden Konzepte zu Kooperationsstrukturen und integrativen Hilfeansätzen erarbeitet.

**Projekt NischE (Nicht von schlechten Eltern)**

Dieses Projekt des AWO Kinderschutz-Zentrums ist eine kostenlose und anonyme Hilfe für Kinder und Familien mit psychisch- oder suchtbelasteten Eltern. Dabei werden Elternsprechstunden (sowohl beim LWL-Klinikum Gütersloh als auch in der Beratungsstelle des AWO Kinderschutz-Zentrums), Familiengespräche, gezielte Einzelförderung und Gespräche mit Angehörigen, Bezugspersonen und Fachleuten angeboten.

**„Frauenfrühstück" für Mütter mit Suchtproblemen und ihren Kindern**

Das „Frauenfrühstück" ist ein bereits seit Jahren etabliertes ambulantes Angebot für Mütter mit Suchtproblemen und ihren Kindern. Das „Frauenfrühstück" der Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfegruppen wurde vom Sozialpsychiatrischen Dienst des Kreises Gütersloh aufgebaut und ist langjährig von den Sozialarbeiterinnen des Kreises begleitet.

**Stationäre Mutter-Kind-Gruppe in der Bernhard-Salzmann-Klinik Gütersloh**

Die Mutter-Kind-Station in der Bernhard-Salzmann-Klinik Gütersloh bietet Behandlungsplätze für Mütter mit einem noch nicht schulpflichtigen Kind. Im Frauen-/Mutter-Kind-Haus werden alkohol-, medikamenten-, spiel- und drogenabhängige Frauen behandelt. Während der Behandlungszeiten werden die Kinder im hauseigenen Kindergarten betreut, während der therapiefreien Zeit betreuen die Frauen ihre Kinder selbst. Die Mütter erhalten in Gesprächen Unterstützung und Resonanz bezüglich ihres Erziehungsverhaltens und ihrer Rolle als Mutter. Besonders der Aspekt der eigenen Abhängigkeit und deren Auswirkung auf die Kinder stehen im Mittelpunkt der Behandlung. Für nicht volljährige Kinder, deren Eltern in der Bernhard-Salzmann-Klinik eine Therapie machen, werden Kinderseminare angeboten.

**Familienambulanz am LWL-Klinikum Gütersloh**

In der Ambulanz wird eine familienmedizinische Sprechstunde zur Prävention und Behandlung psychischer Störungen angeboten. Die Familienambulanz trägt so zur Versorgung von Familien mit psychischer Belastung bei.

## 7.5 Schlussbetrachtung

Allgemein wird seit Jahren eine Zunahme von Erkrankungen der Gruppe „Psychische- und Verhaltensstörungen“ beobachtet. Diese Entwicklung lässt sich auch für den Kreis Gütersloh nachzeichnen. Psychische und Verhaltensstörungen bedeuten eine große Belastung für die Lebensführung und -qualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen, aber auch für das Gesundheitswesen. Wie aufgezeigt werden konnte, stehen bei den Frühberentungen die psychischen Erkrankungen mit großem Abstand an erster Stelle aller Krankheitsgruppen. Die Zunahme psychischer Erkrankungen betrifft nicht nur die Erwachsenen, der Anstieg fällt in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen sogar noch steiler aus[22].

Derzeit findet im Rahmen der Krankenhausplanung ein regionales Planungsverfahren im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Versorgungsgebiet 10 statt, zu dem auch der Kreis Gütersloh gehört[23]. Die Planungen sollen bis Ende 2015 abgeschlossen sein.

Im Kreis Gütersloh gibt es eine Reihe von präventiven Maßnahmen, Aktivitäten und Angeboten für Betroffene und Angehörige, die hier nicht alle im Einzelnen aufgeführt worden sind, wie z.B. auch das Bündnis gegen Depression. Angesichts der aufgezeigten Entwicklung sind auch im Kreis Gütersloh weiterhin Anstrengungen zur Verbesserung im Bereich der Prävention und Versorgung erforderlich. Das gesellschaftliche und soziale Umfeld hat in keiner anderen Erkrankung solch einen gravierenden Einfluss auf die Krankheitsentstehung und den Verlauf wie bei den psychischen und Verhaltensstörungen. Daher sind neben Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik auch alle anderen gesellschaftlichen Bereiche gefordert, dieser Besorgnis erregenden Entwicklung entgegenzuwirken.

[22] vgl. LZG NRW, NRW kurz und informativ: Psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen – Aktuelle Trends in Nordrhein-Westfalen, August 2011.
[23] Zum Versorgungsgebiet 10 gehören neben dem Kreis Gütersloh die Kreise Herford, Lippe und Minden-Lübbecke sowie die Stadt Bielefeld.

**Anhang**

**Tabelle 15: Verfügbare Daten und Datenquellen für die Dokumentation zur Gesundheitsversorgung im Kreis Gütersloh**

| Indikatorbezeichnung | Kriterien | | | Kernindikatoren | Datenhalter, Datenquelle und Periodizität |
|---|---|---|---|---|---|
| | Kreisebene | Städte- / Gemeindeebene | Geschl.-differenz | Indikator-Nr. | |
| Bevölkerungsentwicklung | X | X | X | | Datenhalter:<br>Bezirksregierung Detmold<br>Datenquelle:<br>- Bezirksregierung Detmold Bevölkerungsprognose 2004 Eigene Berechnung der Altersgruppen |
| Demographische Basistabellen (Bevölkerungsbaum) | X | | X | 2.3 | Datenhalter<br>Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen<br><br>Datenquelle<br>Fortschreibung des Bevölkerungsstandes<br><br>Periodizität: jährlich, 31.12. |
| Lebenserwartung nach Geschlecht | X | | X | 3.10 | Datenhalter:<br>- Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW)<br>- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA NRW)<br>Datenquelle:<br>- Statistik der Sterbefälle<br>- Sterbetafeln, eigene Berechnung für NRW durch das LIGA NRW<br>Periodizität: jährlich |
| Sterbefälle (Mortalität) nach Geschlecht | X | | X | 3.7 | Datenhalter:<br>IT.NRW<br>Datenquelle:<br>- Statistik der Sterbefälle<br>- Fortschreibung der Bevölkerung<br>Periodizität: jährlich, 31.12. |
| Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen | X | | | 3.14 | Datenhalter:<br>Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen<br><br>Datenquelle:<br>Todesursachenstatistik<br>Fortschreibung des Bevölkerungsstandes<br><br>Periodizität: jährlich, 31.12. |
| Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit | X | | X | 3.40 | Datenhalter:<br>Deutsche Rentenversicherung Bund<br>Datenquelle:<br>- Statistik über Rentenzugänge<br>- Statistik über Rentenbestand<br>Periodizität: jährlich, 31.12. |
| Empfänger von Arbeitslosengeld II | X | | X | 2.23 | Datenhalter:<br>- IT.NRW<br>- Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion NRW |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Datenquelle:<br>- Statistik der Sozialhilfe nach SGB XII<br>- Asylbewerberleistungsstatistik<br>- Leistungsempfänger nach SGB II<br>Periodizität: jährlich, 31.12. |
| Versorgungsgrad Vertragsärzte im NRW-Vergleich | X | | | 6.2 | Datenhalter:<br>- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein<br>- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe<br>Datenquelle:<br>Planungsdaten für die ärztliche Versorgung<br>Periodizität: jährlich, 31.12. |
| Versorgungsgrad und Altersstruktur der Haus- und Fachärzte | X | X | | | Datenhalter:<br>- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein<br>- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe<br>Datenquelle:<br>Planungsdaten für die ärztliche Versorgung,<br>Sonderauswertung für den Kreis Gütersloh<br>Periodizität: jährlich |
| Versorgungsgrad Vertragszahnärzte im NRW-Vergleich | X | | | 6.5 | Datenhalter:<br>- Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein<br>- Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen- Lippe<br>Datenquelle:<br>Planungsdaten für die zahnärztliche Versorgung<br>Periodizität: jährlich, 31.12. |
| Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen im NRW-Vergleich | X | | | 8.13 | Datenhalter:<br>- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein<br>- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen- Lippe<br>Datenquelle:<br>- Ärzteregister der KV Nordrhein<br>- Ärzteregister der KV Westfalen-Lippe<br>Periodizität: jährlich, 31.12. |
| Apothekendichte in Westfalen-Lippe | X | | | 6.21 | Datenhalter:<br>- Apothekenkammer Westfalen-Lippe<br>- Apothekerkammer Nordrhein<br>- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen<br>Datenquelle:<br>- Statistik der Apotheken<br>- Fortschreibung des Bevölkerungsstandes<br>Periodizität: jährlich, 31.12. |
| Apothekendichte in den Städten und Gemeinden | X | X | | | Datenhalter:<br>Kreis Gütersloh<br>Abteilung Gesundheit – Medizinalaufsicht |
| Inanspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen im NRW-Vergleich | X | | X | 7.34 | Datenhalter:<br>IT.NRW<br>Datenquelle:<br>Pflegestatistik<br>Periodizität: zweijährlich, 15.12. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Anteil von pflegebedürftigen Personen in häuslicher Pflege | X | | | | Datenquelle:<br>Pflegeplan für den Kreis Gütersloh |
| Krankenhausstandorte mit Fachabteilungen und Bettenzahlen | X | | | | Datenquellen:<br>- Internetseiten der Krankenhäuser<br>- Krankenhaus-Datenbank für Nordrhein-Westfalen (www.mgepa.nrw.de) |
| Verfügbare Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen im NRW-Vergleich | X | | | 6.18 | Datenhalter:<br>IT.NRW<br>Datenquelle:<br>- Pflegestatistik<br>- Fortschreibung des Bevölkerungsstandes<br>Periodizität: zweijährlich, 15.12. |
| Anzahl der Selbsthilfegruppen in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden | X | X | | | Datenhalter:<br>- Bürgerinformation Gesundheit und Selbsthilfekontaktstelle des Kreises Gütersloh (BIGS)<br>Daten der Selbsthilfegruppen werden im Online-Gesundheitswegweiser regelmäßig aktualisiert |
| Kontakte mit unterschiedlichen Zielgruppen und Häufigkeit angefragter Selbsthilfethemen | X | | | | Datenhalter:<br>- Bürgerinformation Gesundheit und Selbsthilfekontaktstelle des Kreises Gütersloh (BIGS)<br>Jahresstatistik der BIGS<br>Periodizität: Jährlich |