



**KREIS  
SOEST**

**ABTEILUNG GESUNDHEIT**

**GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG  
DES KREISES SOEST**

**BASISGESUNDHEITSBERICHT  
2018**



# Inhaltsverzeichnis

## Basisgesundheitsbericht 2018

	Seite
<b>Vorwort</b>	<b>1</b>
<b>I Bevölkerung und soziale Lage im Kreis Soest</b>	<b>2</b>
<b>1 Demografie</b>	<b>2</b>
1.1 Einleitung	2
1.2 Demografische Entwicklungen auf Kreisebene	2
1.2.1 Bevölkerungsentwicklung	2
1.2.2 Bevölkerungswanderung	4
1.2.3 Bevölkerungsprognose	4
1.2.4 Geburten	6
1.3 Resümee	6
<b>2 Wirtschaftliche und soziale Lage im Kreis Soest</b>	<b>7</b>
2.1 Einleitung	7
2.2 Verfügbares Einkommen	7
2.3 Einkommen nach den Sozialgesetzbüchern SGB II und SGB XII	7
2.3.1 Leistungsempfänger nach SGB II	8
2.3.1.1 Bedarfsgemeinschaften Alleinerziehende	8
2.3.1.2 Kinder in Familien mit SGB-II-Bezug	8
2.3.1.3 Arbeitslose	9
2.3.1.4 Entwicklung verschiedener Personengruppen mit SGB-II-Bezug	9
2.3.2 Leistungsempfänger*innen nach SGB XII	10
2.3.2.1 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII)	10
2.3.2.2 Leistungsberechtigte von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) 2016 und die Veränderung zu 2015 in Prozent (%) - nach dem Sitz des Trägers und nach Wohnortprinzip	10
2.4 Resümee	11
<b>II Gesundheitszustand der Bevölkerung, Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit Krankheiten/Krankheitsgruppen, Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens</b>	<b>12</b>
<b>3 Gesundheitliche Lage von Kleinkindern und Kindern – Frühe Kindheit</b>	<b>12</b>
3.1 Einleitung	12
3.2 Lebendgeborene nach Geburtsgewicht	12
3.3 Frühgeburten	13
3.4 Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr	14
3.5 Resümee	15
<b>4 Gesundheitliche Lage von Kindern im Vorschulalter</b>	<b>15</b>
4.1 Einleitung	15
4.2 Überprüfung der Seh- und Hörfähigkeit	15
4.3 Heilpädagogische Frühförderung	16
4.4 Resümee	18

<b>5</b>	<b>Gesundheitliche Lage von Kindern im Schulalter</b>	<b>18</b>
5.1	Einleitung	18
5.2	Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten der Kinder im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung (SEU)	18
5.3	Medienkonsum bei Einschulungskindern 2017	20
5.4	Motorische Entwicklung der Einschulungskinder	21
5.5	Übergewicht und Adipositas im Kindesalter	22
5.6	Sprachentwicklung der Kinder	24
5.7	Einschulungsuntersuchungen von neu zuwandernden Kindern und Jugendlichen	26
5.8	Dauerhafte Behinderung, Integrationshelfer*innen (I-Helfer)	27
5.9	Autoimmunerkrankungen / Allergien im Kindesalter	29
5.10	Epidemiologie und Impfquoten von Masern, Mumps, Röteln, Varizellen	30
5.11	Resümee	33
<b>6</b>	<b>Zahnstatus der Kinder</b>	<b>35</b>
6.1	Einleitung	35
6.1.1	Zahngesundheit der Kinder in Kindertageseinrichtungen, Schulen	36
6.1.2	dmf-t-Werte bei 6–7-jährigen Kindern	37
6.1.3	dmf-t-Werte bei 9-jährigen Kindern	37
6.1.4	Das Konzept „Gesund im Mund“- Betreuung im Rahmen des Grundschulkonzeptes Zahngesundheit	38
6.2	Resümee	38
<b>7</b>	<b>Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme</b>	<b>39</b>
7.1	Einleitung	39
7.2	Maßnahmen und Programme	39
7.2.1	„Bunt und Gesund“	39
7.2.2	Papilio – Sucht und Gewaltprävention für Kindergartenkinder	40
7.2.3	Klasse2000 – evaluiertes Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung, Sucht und Gewaltprävention	41
7.2.4	HaLT - Hart am Limit - evaluiertes Alkoholpräventionsprogramm	41
7.2.5	„Verrückt? Na und!“ - Sensibilisierung für seelische Gesundheit im Klassenzimmer	42
7.2.6	Trapez „Hilfen für Kinder psychisch erkrankter und suchtkranker Eltern“	43
7.3	Resümee	44
<b>8</b>	<b>Sozialpsychiatrischer Dienst für Kinder und Jugendliche</b>	<b>44</b>
8.1	Einleitung	44
8.2	Individuelle Hilfs- und Beratungsangebote bei persönlichen Lebenskrisen	44
8.3	Resümee	45
<b>9</b>	<b>Gesundheit und Krankheit im Erwachsenenalter</b>	<b>46</b>
9.1	Einleitung	46
9.1.1	Lebenserwartung und Sterbefälle	46
9.1.2	Häufigste Todesursachen und Sterbefälle	47
9.1.3	Resümee	47
9.2	Vermeidbare Sterbefälle	48
9.2.1	Metabolisches Syndrom	49
	Prävalenzen im Erwachsenenalter / Risikofaktoren	
9.2.1.1	Übergewicht und Adipositas	50
9.2.1.2	Bluthochdruck (Hypertonie)	51
9.2.1.3	Störungen des Fettstoffwechsels / erhöhte Blutfette	52

9.2.2	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	53
9.2.2.1	Koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt	56
9.2.2.2	Zerebrovaskuläre Erkrankungen, Schlaganfall	58
9.2.3	Krebserkrankungen	60
9.2.3.1	Lungenkrebs	60
9.2.3.2	Brustkrebs	61
9.2.3.3	Darmkrebs	62
9.2.3.4	Prostatakrebs	63
9.3	Stoffwechselerkrankung Diabetes mellitus	64
9.3.1	Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2: ambulante Behandlung	65
9.3.2	Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2: stationäre Behandlung	66
9.3.3	Resümee	66
<b>10</b>	<b>Infektionskrankheiten</b>	<b>67</b>
10.1	Einleitung	67
10.1.1	Krankenhausfälle aufgrund meldepflichtiger Infektionskrankheiten	67
10.1.1.1	Gestorbene aufgrund meldepflichtiger Infektionskrankheiten	68
10.1.2	Masern	68
10.1.3	Tuberkulose	69
10.1.4	HIV	70
10.1.5	Syphilis	72
<b>11</b>	<b>Sexuelle Gesundheit</b>	<b>73</b>
11.1	Einleitung	73
11.2	HIV/ AIDS- und STI-Sprechstunde für die Allgemeinbevölkerung	73
11.3	Ärztliche STI-Sprechstunde für Sexarbeiter*innen	75
11.4	Weitere Präventionsarbeit zu HIV/ AIDS und STI	76
11.5	Prostituiertenschutzgesetz - Gesundheitliche Beratung nach §10	76
11.6	Resümee	77
<b>12</b>	<b>Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems</b>	<b>78</b>
12.1	Einleitung	78
12.1.1	Diagnosegruppen und Arbeitsunfähigkeiten	78
12.1.2	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	80
12.2	Rentenzugänge und Reha-Fälle	82
12.2.1	Frührentenzugänge und Frührentenbestand	82
12.2.2	Inanspruchnahme von Reha-Behandlungen	83
<b>13</b>	<b>Menschen mit Behinderung, Schwerbehinderung und Schwerstbehinderung</b>	<b>86</b>
13.1	Einleitung	86
13.1.1	Demografie	86
13.1.2	Kinder	86
13.1.3	Ältere Menschen von 65 und mehr Jahren	87
13.1.4	Ärztliche Begutachtungen nach Schwerbehindertenrecht	88
13.2	Resümee	88
<b>14</b>	<b>Psychische Erkrankungen</b>	<b>89</b>
14.1	Einleitung	89
14.2	Häufigkeit psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen	89
14.3	Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen	90
14.4	Krankenhausfälle	91
14.5	Einweisungen nach dem PsychKG NRW	91
14.6	Unterbringung nach Betreuungsgesetz	92
14.7	Suizidraten und Gefährdung	93
14.8	Kontakt- und Beratungsstellen, Psychoedukation, Selbsthilfegruppen	94

14.9	Resümee	97
<b>III Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens</b>		<b>98</b>
<b>15</b>	<b>Suchterkrankungen</b>	<b>98</b>
15.1	Einleitung	98
15.2	Abhängigkeitserkrankte	98
15.2.1	Alkoholabhängigkeit, Schlaf- und Beruhigungsmittel, illegale Drogen	98
15.2.2	Suchtberatungsstellen im Kreis Soest	100
15.2.3	Klient*innen der Suchtberatungsstellen	100
15.3	Substitution im Kreis Soest	102
15.3.1	Indikation zur Opioidersatzstoffbehandlung	102
15.3.2	Substituierende Ärzt*innen, substituierte Patient*innen	103
15.4	Resümee	105
<b>IV Gesundheitsrisiken aus der natürlichen und technischen Umwelt</b>		<b>106</b>
<b>16</b>	<b>Gewässer</b>	<b>106</b>
16.1	Belastungen des Trinkwassers der öffentlichen Wasserversorgung im Kreis Soest mit Nitrat und Pflanzenschutzmittelwirkstoffen sowie Wirkstoffen von Biozidprodukten	106
16.2	Badegewässer im Kreis Soest	107
<b>V Beschäftigte im Gesundheitswesen (ambulant, stationär, teilstationär), Inanspruchnahme von Leistungen der Versorgung des Gesundheitswesens</b>		<b>109</b>
<b>17</b>	<b>Versorgung im Gesundheitswesen</b>	<b>109</b>
17.1	Ärztenschaft	109
17.1.1	Ambulante vertragsärztliche Versorgung	109
17.1.2	Ambulante ärztliche Versorgungssituation, Bedarfsplanung für Westfalen-Lippe	110
17.1.3	Situation im Kreis Soest	113
17.1.4	Ambulante vertragszahnärztliche Versorgung	116
17.2	Sonstige	118
17.2.1	Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen	118
17.3	Geburtshilfe	119
17.3.1	Einleitung	119
17.3.2	Hebammen / Entbindungspfleger in ambulanten / stationären Einrichtungen	119
17.3.3	Resümee	121
17.4	Ausbildungen	121
17.4.1	Auszubildende an Schulen des Gesundheitswesens im Kreis Soest	121
17.5	Erteilte Berufserlaubnisse (Approbationen) im Regierungsbezirk Arnsberg	123
17.5.1	Erteilte Berufserlaubnis an deutsche / ausländische Ärzt*innen	123
<b>18</b>	<b>Regionaler Rettungsdienst</b>	<b>124</b>
18.1	Notärzte	124
18.2	Einsätze Rettungsdienst	125
18.3	Patienten Auffinde-Status	125
18.4	Resümee	126

<b>19</b>	<b>Stationäre / teilstationäre Einrichtungen</b>	<b>126</b>
19.1	Krankenhäuser und Bettenzahl	126
19.2	Krankenhäuser mit Fachabteilungen	126
19.3	Plätze im stationären Wohnen für Menschen mit Behinderung	128
19.4	Personen in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung	128
19.5	Vorsorge – und Rehabilitationseinrichtungen	128
<b>20</b>	<b>Palliativmedizinische Versorgung</b>	<b>130</b>
20.1	Stationäre palliativmedizinische Versorgung	130
20.2	Ambulante palliativmedizinische Versorgung	131
20.3	Pflegeeinrichtungen	131
20.4	Palliativnetz Kreis Soest und Hochsauerlandkreis	131
<b>Anhang</b>		<b>133</b>
	Hospizarbeit - Ambulante Einrichtungen im Kreis Soest	133
	Mitwirkende	134
	Abkürzungsverzeichnis	135



## Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

das Erscheinen des letzten Basisgesundheitsberichts liegt einige Zeit zurück. Viele Zahlen, Daten und Erkenntnisse wurden seither gesammelt. Sie finden sich im Basisgesundheitsbericht 2018 wieder. Wir freuen uns, diesen nun vorlegen zu können.

Er umfasst 20 Kapitel, an denen viele Mitarbeiter\*innen der Abteilung Gesundheit, aber auch die Regionalentwicklung und der Rettungsdienst beteiligt waren. Als Datenlieferanten fungierten diverse Quellen, viele eigene Erhebungen für den Kreis Soest wurden verarbeitet. Als Herausforderung erwies sich die erhebliche Verzögerung der Verfügbarkeit aktueller Daten. IT.NRW als wichtiger Datenlieferant wurde zum Zeitpunkt der Berichterstellung auf ein neues technisches Aufbereitungsverfahren umgestellt. Die dazu erforderliche Softwareerstellung erfolgte mit gravierendem zeitlichem Verzug, so dass einige Daten nach wie vor noch nicht vorliegen.

Inhaltlich fanden in Abstimmung mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) und dem Gesundheitsausschuss verschiedene Indikatoren des Landeszentrums Gesundheit (LZG) Berücksichtigung.

Viele Themen des letzten Basisberichts wurden wieder aufgegriffen, einige Themen aufgrund der Entwicklung der letzten Jahre neu aufgenommen. Sehr ausführlich wird in den Kapiteln 3 bis 8 auf die gesundheitliche Lage von Kindern eingegangen, sind Entwicklungen dargestellt. Der gesundheitlichen Lage von Erwachsenen widmen sich facettenreich die Kapitel 9 bis 15. Die Versorgung im Gesundheitswesen ist vor allem im Hinblick auf Fachkräftemangel bedeutsam und von allgemeinem Interesse. Die Lage im Kreis Soest ist in den Kapiteln 17 bis 20 für die verschiedenen Bereiche dezidiert dargestellt.

Gerade der größere mehrjährige Abstand in der Berichterstattung lässt Entwicklungen besser erkennen und beurteilen, so dass auch zukünftig eine eher zeitlich großräumigere Basisberichterstattung zweckmäßig erscheint. Zudem ist der personelle Aufwand erheblich und Ressourcenbündelung bei permanenter Aufgabenmehrung unumgänglich. Bewusst wurde daher auch auf sich überschneidende Darstellungen einzelner Themenbereiche verzichtet. Auf die jeweiligen Berichte, z.B. der Abteilungen Soziales, Jugend sowie Rettungsdienst, wird ausdrücklich verwiesen.

Besonderen Dank sagen wir allen beteiligten Mitarbeiter\*innen der Abteilung Gesundheit. Die Berichterstattung wurde auf viele Schultern verteilt. Nur so konnte die gesetzlich verpflichtende Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung ohne hauptamtlichen Berichtersteller umgesetzt werden. Auch den externen Fachleuten danken wir sehr für ihre Mitwirkung.

Wir hoffen, Ihnen mit dem vorliegenden Basisgesundheitsbericht viele für Sie interessante Daten und Aspekte zur Verfügung stellen zu können. Für konstruktive Kritik, Anregungen und Vorschläge sind wir offen und freuen uns auf Ihre Rückmeldungen, nicht zuletzt um durch stete Verbesserung einen hohen Qualitätsstandard aufrechterhalten zu können.

  
Maria Schulte-Kellinghaus  
Dezernentin für Jugend, Schule und Gesundheit

  
Dr. med. Andrea Gernun  
Leiterin Abteilung Gesundheit

# I Bevölkerung und soziale Lage im Kreis Soest

## 1 Demografie

Die nachfolgenden Daten führen in die demografische Entwicklung des Kreises Soest ein. Es werden sowohl statistische als auch in Teilen prognostische Daten mittels Grafiken und Tabellen visualisiert.

### 1.1 Einleitung

Im ersten Teil dieses Basisberichtes werden verschiedene Entwicklungen in der Bevölkerung aufgezeigt. Als Datenquelle dient hauptsächlich die Landesdatenbank NRW (IT.NRW).

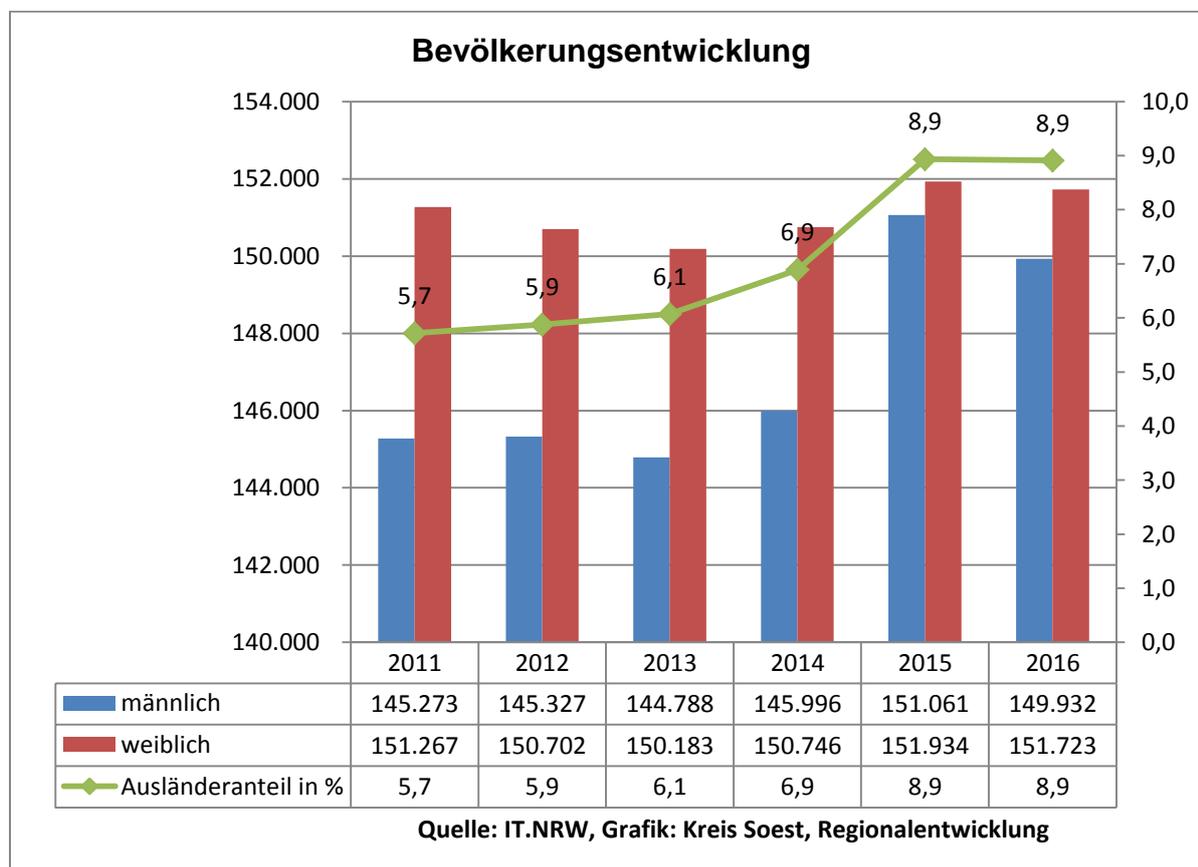
An dieser Stelle noch ein wichtiger Hinweis: das Zahlenmaterial ab 2016 ist von zwei grundlegenden Neuerungen betroffen. Die Statistiken wurden auf ein neues technisches Aufbereitungsverfahren umgestellt. Auch änderte sich der Standard der Datenlieferung von den Meldebehörden an das Statistikamt im Bereich Wanderungsstatistik. Diese Tatsache ist bei einer mehrjährigen Betrachtungsweise zu berücksichtigen.

### 1.2 Demografische Entwicklungen auf Kreisebene

In den folgenden Kapiteln wird zunächst die Bevölkerungsentwicklung der letzten Jahre betrachtet. Danach erfolgt eine differenzierte Betrachtung der Zusammensetzung der Bevölkerungszahlen, bevor das Kapitel mit einer Prognose der Bevölkerungszahlen der nächsten Jahre endet.

#### 1.2.1 Bevölkerungsentwicklung

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes liegen die Bevölkerungsdaten bis zum 31.12.2016 vor.

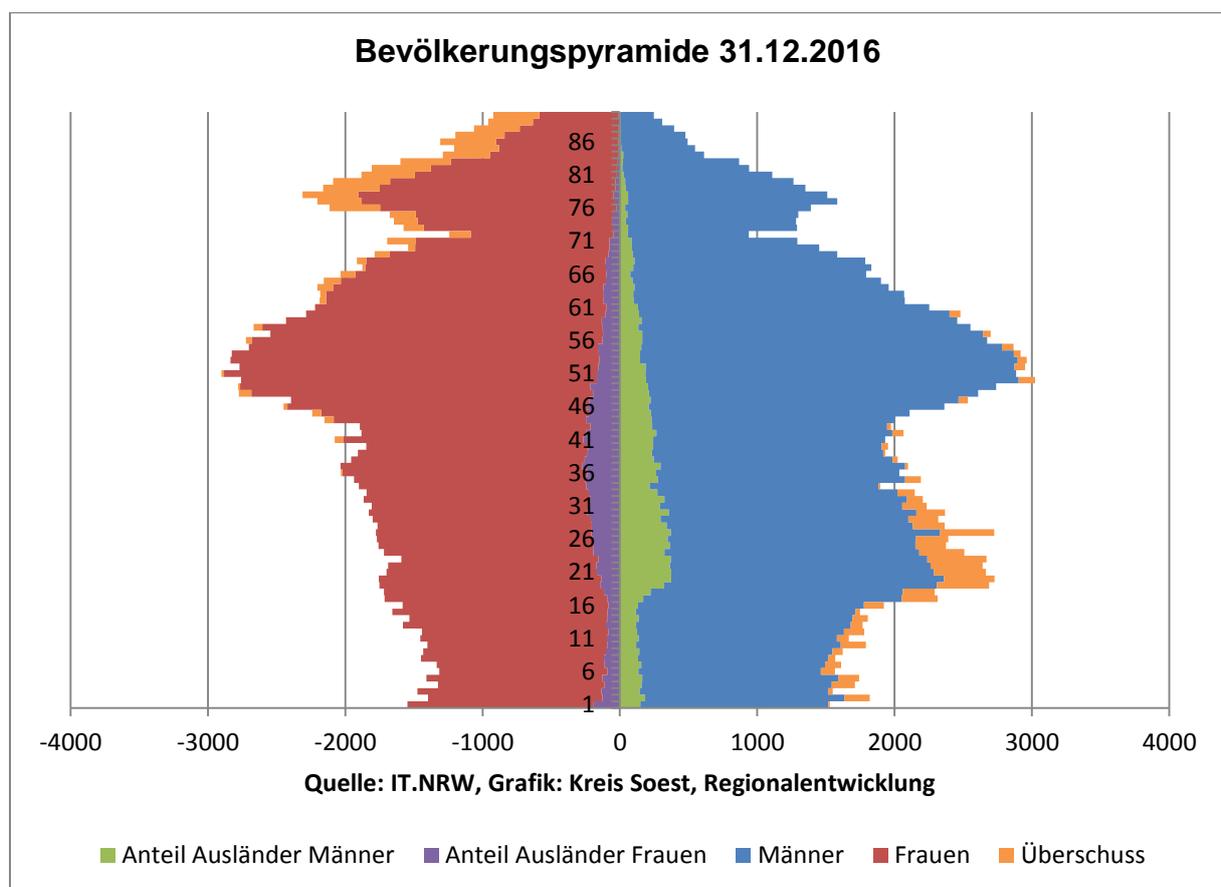


Die Grafik zeigt die Bevölkerungsentwicklung von 2011 bis 2016 differenziert zwischen weiblich, männlich und dem Ausländeranteil in Prozent an der Gesamtbevölkerung. Der Überschuss in der weiblichen Bevölkerung hat in den letzten Jahren ein wenig abgenommen. Der Ausländeranteil ist am Anfang des Betrachtungszeitraumes stetig gestiegen, hat sich aber in den letzten beiden Jahren nivelliert.

Die nachfolgende Tabelle zeigt übersichtlich die Entwicklung der Gesamtbevölkerung zwischen 2011 und 2016.

Kreis Soest	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	296.540	296.029	294.971	296.742	302.995	301.655

Die Altersstruktur über alle Altersstufen lässt sich am Besten mittels einer Bevölkerungspyramide darstellen.



Der Anteil der 49- bis 53-Jährigen ist sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen am Höchsten. Der Überschuss zeigt die höhere Ausprägung gegenüber dem anderen Geschlecht an.

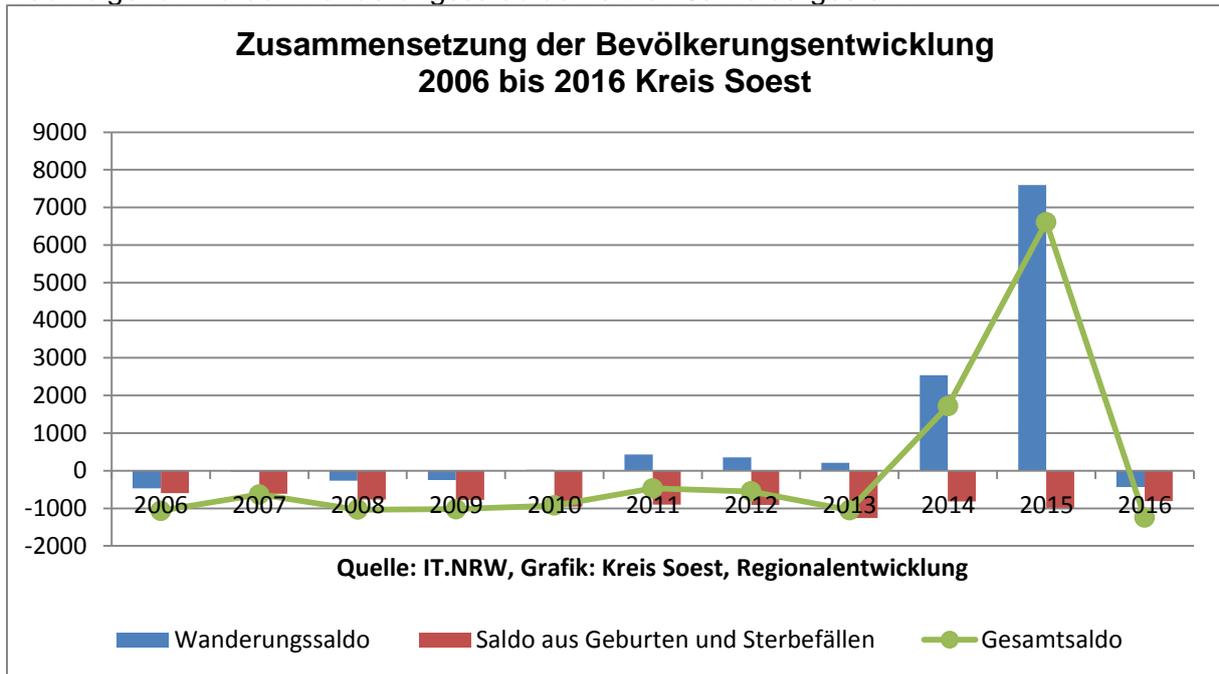
Im Kapitel 1.2.3 Bevölkerungsprognose wird die prognostizierte Entwicklung für das Jahr 2040 beschrieben.

Die nachfolgende Tabelle zeigt eine Übersicht über bestimmte Gruppierungen in der Altersstruktur **Kreis Soest** im Jahr 2016:

Kinder und Jugendliche		Personen im erwerbsfähigen Alter		ältere Menschen		Hochbetagte	
0 bis 17 Jahre		18 bis 64 Jahre		65 bis 79 Jahre		80 und mehr Jahre	
Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
51.793	17,17	187.280	62,08	44.432	14,73	18.150	6,02

### 1.2.2 Bevölkerungswanderung

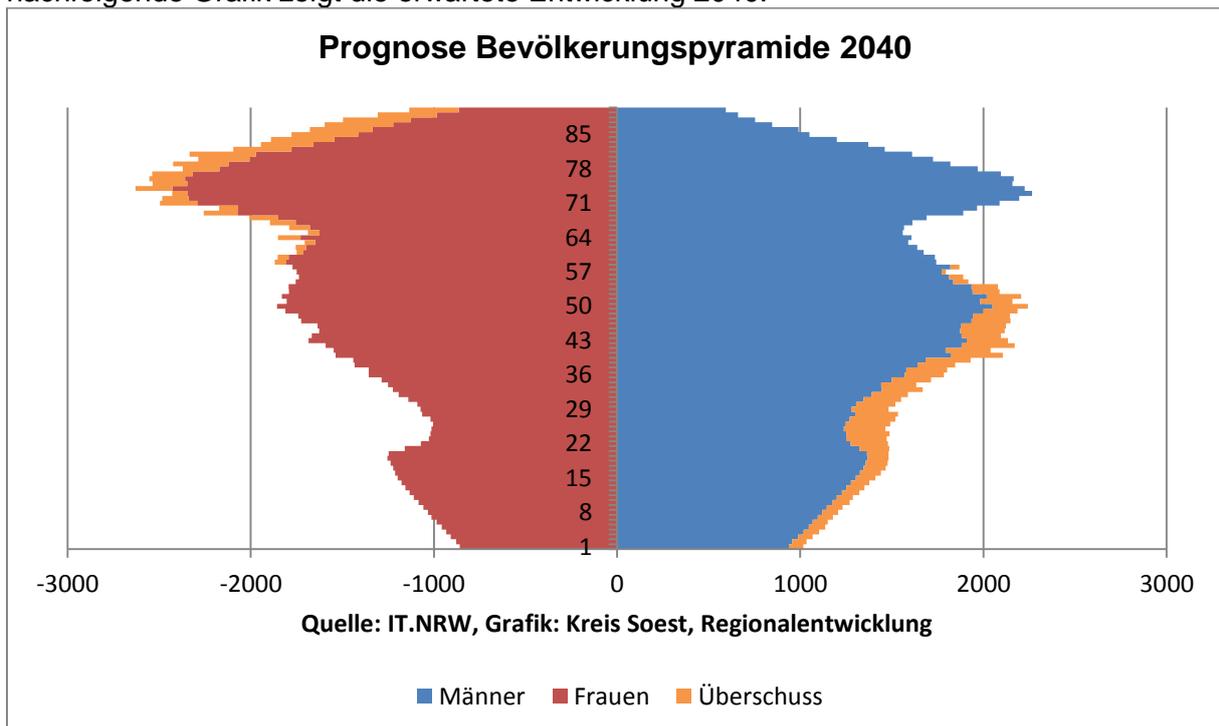
Nachfolgend wird der Wanderungssaldo der letzten Jahre dargestellt:



Anhand der Grafik wird deutlich, dass im Betrachtungszeitraum von 2006 bis 2016 weniger Menschen im Kreis Soest geboren wurden als starben. Diese negative Entwicklung konnte bis auf die Jahre 2014 und 2015 nicht durch Zuwanderung kompensiert werden.

### 1.2.3 Bevölkerungsprognose

Prognosen weisen stets eine gewisse Ungenauigkeit auf, die umso größer ist, je weiter in die Zukunft geblickt wird. In vielen Fällen können bestimmte Entwicklungen dennoch erst durch die Prognose erkannt werden. Im Kapitel zur Bevölkerungsentwicklung wurde zur Darstellung der Altersstruktur über alle Altersstufen die Bevölkerungspyramide genutzt. Die nachfolgende Grafik zeigt die erwartete Entwicklung 2040:



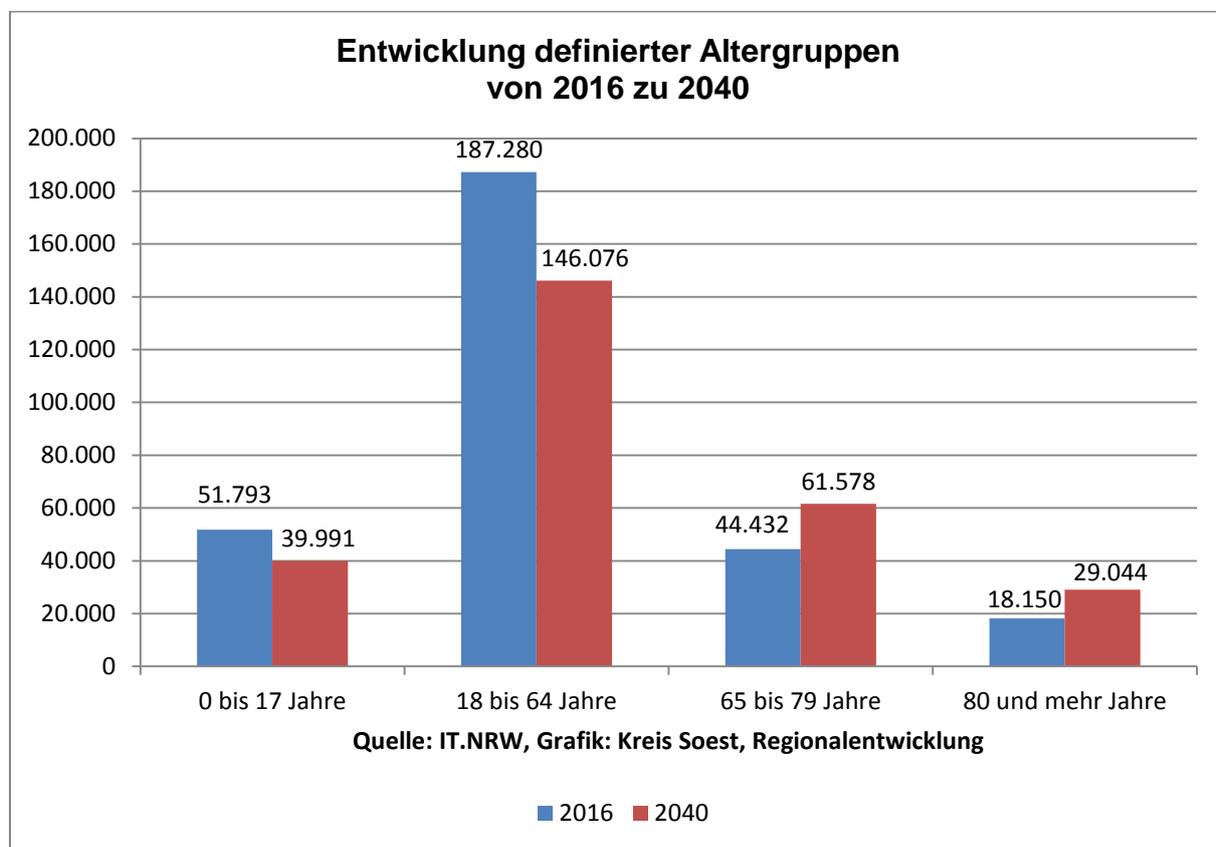
Der Anteil der 71- bis 75-Jährigen ist sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen am Höchsten. Der Überschuss zeigt die höhere Ausprägung gegenüber dem anderen Geschlecht an.

Prognostische Werte zum Anteil ausländischer Frauen und Männer liegen nicht vor.

Die nachfolgende Tabelle zeigt eine Übersicht über bestimmte Gruppierungen in der Altersstruktur **Kreis Soest im Jahre 2040**:

Kinder und Jugendliche		Personen im erwerbsfähigen Alter		ältere Menschen		Hochbetagte	
0 bis 17 Jahre		18 bis 64 Jahre		65 bis 79 Jahre		80 und mehr Jahre	
Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
39.991	14,45	146.076	52,79	61.578	22,26	29.044	10,50

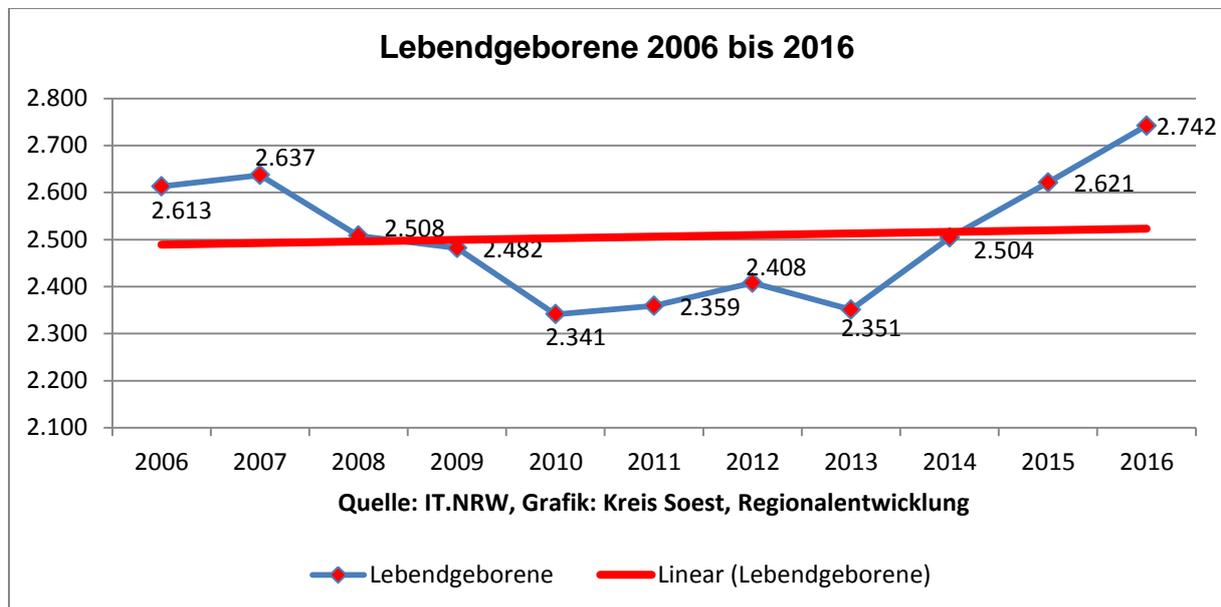
Vergleicht man die dargestellten Werte mit den Werten aus 2016, zeigt sich folgende Veränderung:



Anhand der Grafik wird die Verschiebung der Altersklassengewichtung sichtbar. Während die Anzahl der Personen im klassischen erwerbsfähigen Alter erheblich abnimmt, steigt die Anzahl der Älteren in der Bevölkerung deutlich an.

## 1.2.4 Geburten

Wie bereits im Kapitel 1.2.3 Bevölkerungsprognose erwähnt, unterliegen Prognosen z.T. erheblichen Schwankungen. Der folgenden Grafik ist die Entwicklung der Geburten von 2006 bis 2016 zu entnehmen.



Die Trendlinie lässt zunächst die Vermutung aufkommen, dass es sich nur um eine leichte Erholung der Geburtenanzahl handelt. Betrachtet man allerdings die letzten Jahre 2013 bis 2016, dann haben die Geburten immerhin um rund 17 % zugelegt.

## 1.3 Resümee

Die demografische Entwicklung zeigt deutlich die künftige Überalterung unserer Gesellschaft. Parallel steigt die Lebenserwartung an. Die Geburtenlage der letzten Jahre hat sich positiv verbessert. Inwiefern diese Entwicklung weiter Fahrt aufnimmt und welche Auswirkungen diese auf die spätere Bevölkerungsentwicklung haben wird, ist allerdings noch offen.

## 2 Wirtschaftliche und soziale Lage im Kreis Soest

### 2.1 Einleitung

Die Indikatoren zur wirtschaftlichen und sozialen Lage zählen mit zu den Einflussgrößen, die auf die Gesundheit der Bevölkerung wirken. Unbestritten ist, dass Armut einen Risikofaktor für einen schlechteren Gesundheitszustand darstellt. Als Indikatoren für den Begriff Armut werden die Einkommenssituation und Angaben zur Arbeitslosigkeit herangezogen.

### 2.2 Verfügbares Einkommen

Das verfügbare Einkommen eines Haushaltes ist dabei ein wichtiger Faktor zur Bewertung. Zugrunde liegt für das verfügbare Einkommen das gesamte Nettoeinkommen des Haushaltes, inklusive Erwerbseinkommen, Wohngeld, Kindergeld, Kinderzuschlag, andere Transferleistungen oder sonstige Zuwendungen.

Das verfügbare Einkommen je Einwohner\*in im **Kreis Soest** lag 2016 durchschnittlich bei 21.845 Euro und gegenüber dem Vorjahr 2015 um rd. 2,1 % (plus 445 Euro) höher. Für den **Regierungsbezirk Arnsberg** waren es 21.422 Euro in 2016 und rd. 2,2 % (plus 468 Euro) höher als 2015. In **NRW** lag das verfügbare Einkommen je Einwohner 2016 durchschnittlich bei 21.614 Euro und damit um rd. 2,1 % (plus 440 Euro) höher als im Vorjahr (vgl. IT.NRW, Pressebericht 257 / 18, September 2018).

### 2.3 Einkommen nach den Sozialgesetzbüchern SGB II und SGB XII

Um den Anteil der hilfsbedürftigen Menschen mit niedrigem Einkommen zu ermitteln, werden die Empfänger der Leistungen nach SGB II und SGB XII genauer betrachtet. Zu unterscheiden sind folgende Leistungsarten:

Leistungsarten	Teil des Sozialgesetzbuches	Anspruchsberechtigte
Grundsicherung für Arbeitssuchende (Arbeitslosengeld II – ALG II)	SGB II	Hilfebedürftige Erwerbsfähige zwischen 15 Jahre und der Regelaltersgrenze (65-67 Jahre) ohne Anspruch auf Arbeitslosengeld mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland
Sozialgeld	SGB II	Nicht erwerbsfähige bzw. nicht zur Erwerbstätigkeit verpflichtete Angehörige von ALG II-Bezieher*innen (z.B. Kinder <15 J. oder Ehepartner), sofern kein Anspruch auf Leistungen nach dem 4. Kapitel SGB XII besteht (Grundsicherung)
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	SGB XII	Personen ab der Regelaltersgrenze und ältere Personen 18 Jahre bis zur Regelaltersgrenze, dauerhaft voll erwerbsgemindert im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung Gewöhnlicher Aufenthalt im Inland
Hilfe zum Lebensunterhalt (HzL)	SGB XII	Personen, die nicht dauerhaft erwerbsgemindert und unterhalb der Regelaltersgrenze sind Personen, die vorgezogene Altersrente beziehen Personen mit Erwerbsminderungsrente auf Zeit Kinder <15 J., deren Eltern HzL oder Grundsicherung im Alter bzw. bei Erwerbsminderung beziehen

Tabelle 2.3.1; SGB / Sicherung des Lebensunterhalts

Im Jahr 2016 hatten 16,7 % (2,96 Millionen Menschen) in **NRW** ein Einkommen, das unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle lag und damit von relativer Einkommensarmut betroffen war (vgl. auch Bundesagentur für Arbeit, Statistik (2016): Revision der Statistik der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II - Revisionseffekte, Nürnberg). An der Grenze zur Armut lebt, wer lediglich 60 % des durchschnittlichen Nettoeinkommens zur Verfügung hat (incl. Staatlicher Sozialleistungen wie Kinder- und Wohngeld). Die Armutsgrenze stieg in Deutschland in den letzten Jahren sowohl für Einpersonenhaushalte als auch für Familien mit zwei Kindern kontinuierlich an. Für Gesamtdeutschland lag die Grenze im Jahr 2017 für Einpersonenhaushalte bei 999 Euro, für Familien mit zwei Kindern unter 14 Jahren bei 2.099 Euro (vgl. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut der Hans-Böckler-Stiftung).

Die Armutsgefährdungsquote für die **Raumordnungsregion Arnsberg mit dem zugehörigen Hochsauerlandkreis und dem Kreis Soest** lag in 2016 bei 14,8 % (Pressestelle IT.NRW, 28.08.2017).

### 2.3.1 Leistungsempfänger nach SGB II

Die Entwicklung der Bedarfsgemeinschaften, die Leistungen erhalten, stellt sich in den vergangenen Jahren wie folgt dar:

<b>Bedarfsgemeinschaften und Personenzahl, erwerbsfähige ALG-Empfänger*innen, Sozialgeld-Empfänger*innen</b>				
Kreis Soest (im Januar)	Bedarfsgemeinschaften	Erwerbsfähige ALG II-Empfänger*innen	Sozialgeld Empfänger*innen	Personen in Bedarfsgemeinschaften
2016	9.668	12.785	4.603	18.636
2017	9.660	12.954	4.903	18.865
2018	9.700	12.981	5.106	19.230

**Tabelle 2.3.1.1:** Bedarfsgemeinschaften im Kreis Soest (Quelle: Jobcenter Arbeit Hellweg Aktiv, Kreis Soest 2016-2018).

Bei Personen und Bedarfsgemeinschaften, die Leistungen nach SGB II erhalten, sind folgende Gruppen besonders zu betrachten:

#### 2.3.1.1 Bedarfsgemeinschaften Alleinerziehende

Die Anzahl der hilfebedürftigen Alleinerziehenden im Jahresdurchschnitt lag im Kreis Soest 2017 mit 1.897 um 1,9 % höher als im Vorjahr 2016 mit 1.861.

In 2015 und 2016 lag die Anzahl mit jeweils 1.898 zum Jahr 2017 gleich auf (vgl. auch Jobcenter Arbeit Hellweg Aktiv / Kreis Soest, Geschäftsbericht 2015, 2016 und 2017).

Damit stellen die Alleinerziehenden in der Gruppe der Personen in Bedarfsgemeinschaften mit rund 10 % weiterhin einen bedeutsamen Anteil dar.

#### 2.3.1.2 Kinder in Familien mit SGB-II-Bezug

In Deutschland lebten 2017 rund 21 % aller Kinder mindestens fünf Jahre dauerhaft oder wiederkehrend in einer Armutslage. Für weitere 10 % ist das ein kurzzeitiges Phänomen, so die Studie „Kinderarmut ist in Deutschland oft ein Dauerzustand“ der Bertelsmann-Stiftung 2017. Die Verweildauer von Kindern von 7 bis unter 15 Jahren im SGB-II-Bezug lag in NRW im Jahr 2015 unter einem Jahr bei 18,9 %, ein bis unter 3 Jahre bei 22,8 % und 3 Jahre und länger bei 58,3 %.

Anzahl und Anteil der Kinder in Familien im SGB-II-Bezug nach Altersgruppe Kreis Soest, NRW in 2015						
in Prozent (%)	unter 3 Jahre	von 3 bis unter 6 Jahre	von 6 bis unter 15 Jahre	von 15 bis unter 18 Jahre	unter 18 Jahre insgesamt	unter 18 Jahre insgesamt absolut
Kreis Soest	13,3	13,4	11,4	8,3	11,3	5.830
NRW	20,9	21,4	18,6	14,2	18,6	541.572

**Tabelle 2.3.1.2.1;** Quelle: Bertelsmann-Stiftung - Factsheet Kinderarmut in NRW -, August 2016.  
<https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-eldungen/2017/oktober/kinderarmut-ist-in-deutschland-oft-ein-dauerzustand/>.

### 2.3.1.3 Arbeitslose

Die Anzahl der Arbeitslosen, die SGB II-Leistungen beziehen, stellt sich wie folgt dar:

Arbeitsmarkt im Überblick / jeweils zum Berichtsmonat April 2018-2016									
April	Jobcenter Arbeit Hellweg Aktiv, Kreis Soest			Agentur für Arbeit / Agenturbezirk Meschede - Soest			NRW Regionaldirektion		
Jahr	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Arbeitslose insgesamt	10.216	9.981	8.753	17.142	16.699	14.795	738.041	711.875	664.024
Arbeitslose SGB II	6.677	6.364	5.677	10.851	10.409	9.459	552.010	511.079	478.697
Arbeitslosenquote insgesamt	6,2	6,0	5,3	5,5	5,4	4,7	7,9	7,5	7,0
Arbeitslosenquote SGB II	4,1	3,8	3,4	3,5	3,3	3,0	5,9	5,4	5,0

**Tabelle 2.3.1.3.1;** Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Statistik nach Regionen (2016 – 2018).  
<https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Statistik-nach-Regionen-Nav.html>.

### 2.3.1.4 Entwicklung verschiedener Personengruppen mit SGB-II-Bezug

Vergleichsmonate: Dezember bis Dezember in Prozent (%)

Jahresvergleich Dez. – Dez.	Langzeit-arbeitslose %	Jugendliche U 25 %	Ältere über 50 %	Menschen mit Behinderung %
2014 - 2015	- 2,4	6,5	- 4,7	- 9,1
2015 - 2016	- 2,2	6,3	- 3,0	- 3,4
2016 - 2017	- 9,3	- 16,8	- 6,5	+ 1,9

**Tabelle 2.3.1.4.1;** Quelle: Jobcenter Arbeit Hellweg Aktiv, Kreis Soest, Angaben zu Geschäftsberichte 2015, 2016, 2017.

Für alle Zielgruppen hat sich damit die Situation verbessert. Für die Menschen mit Behinderung hat sich dieser Trend 2017 umgekehrt.

## 2.3.2 Leistungsempfänger\*innen nach SGB XII

Die Grundsicherung in Deutschland nach SGB XII gliedert sich in unterschiedliche Teilsysteme, die zwar ähnliche Leistungsgrundsätze aufweisen, sich aber auf unterschiedliche Personenkreise beziehen. Dieser Text bezieht sich auf die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie auf die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt (HzL).

### 2.3.2.1 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII)

Jede in Deutschland lebende Person soll durch die Grundsicherung einen sichergestellten Lebensunterhalt besitzen.

<b>Kreis Soest</b>			
<b>Dezember 2016 (Ende 4. Quartal)</b>			
	2016	18 Jahre bis unter die Altersgrenze	Altersgrenze und älter
männlich	1.877	1.218	659
weiblich	2.021	891	1.130
insgesamt	3.898	2.109	1.789
außerhalb von Einrichtungen			
männlich	1.357	841	516
weiblich	1.567	671	896
insgesamt	2.924	1.512	1.412
in Einrichtungen			
männlich	520	377	143
weiblich	454	220	234
insgesamt	974	597	377
	Deutsche		Ausländer
männlich	1.673		204
weiblich	1.789		232
insgesamt	3.462		436

**Tabelle 2.3.2.1.1;** Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Deutschland 2018 (Mikrozensus 2016).

Mit dem Mikrozensus 2016 erfolgte die Bildung der Auswahlbezirke erstmals auf Basis der Ergebnisse des Zensus 2011. Zu beachten ist für die Berichterstattung, dass die Vergleichbarkeit der Ergebnisse aus dem Mikrozensus 2016 mit den Vorjahresergebnissen eingeschränkt ist (vgl. Statistisches Bundesamt 2017). Aus diesem Grund wurde auf einen Vergleich der Ergebnisse von 2016 mit den Vorjahresergebnissen verzichtet.

<http://www.sozialberichte.nrw.de/indikatoren>

Die Leistungsberechtigten von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach SGB XII werden zum einen auf Bundesebene nach Ort des Trägers der Leistungen (Trägerprinzip) zum anderen auf örtlicher Ebene nach dem Hauptwohnsitz der Leistungen (Wohnsitzprinzip) abgebildet. Dabei können der Sitz des Trägers und der Hauptwohnsitz der Leistungsberechtigten voneinander abweichen. Je nach Darstellungsweise ergeben sich daher auf örtlicher Ebene unterschiedliche Ergebnisse.

### 2.3.2.2 Leistungsberechtigte von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) 2016 und die Veränderung zu 2015 in Prozent (%) - nach dem Sitz des Trägers und nach Wohnortprinzip

Die laufende HzL ist eine bestehende bedarfsorientierte soziale Leistung, die die Grundbedarfe eines Menschen sicherstellen soll, die er zum Leben braucht (z. B. Nahrung, Kleidung oder Wohnung).

Wie IT.NRW als amtliche Statistikstelle des Landes mitteilt, gab es Ende 2016 7.932 bzw. 7,4 % weniger Empfänger\*innen von HzL als ein Jahr zuvor. Die Erhöhung der Wohngeldleistungen am 01.01.2016 infolge der Wohngeldreform beeinflusst diese Entwicklung. Ein Teil der bisherigen Leistungsberechtigten von HzL kann seitdem unter Umständen höhere, vorrangig zu gewährende Wohngeldbeträge beziehen.

Nach Sitz des Trägers erhielten im Jahr 2016 658 Leistungsberechtigte im Kreis Soest laufende HzL. Die Veränderung von 2016 zu 2015 lag insgesamt bei -10,7 %, bei 376 außerhalb von Einrichtungen bei -10,0 % und bei 282 innerhalb von Einrichtungen bei -11,6 %. In 2016 waren 45,6 % und 2015 46,3% der Leistungsberechtigten 65-jährig und älter.

Nach dem Wohnortprinzip waren es 2016 insgesamt 1.670 Leistungsberechtigte mit laufender HzL. Die Veränderung von 2016 zu 2015 lag insgesamt bei -14,2 %, dabei außerhalb von Einrichtungen bei -19,2 % und in Einrichtungen bei -12,6 %. Die Altersgruppe von 50 bis unter 65 Jahren hatte 2016 und 2015 mit je 31,6 % die höchste Anzahl an Leistungsberechtigten. Mit 25 bis unter 50 Jahren in 2016 und 2015 lagen die Quoten bei 30,4 % und 30,9 %, mit 65 Jahren und mehr bei 28,6 % und 28,7 % (vgl. IT.NRW, Pressemitteilung 199 / 17, 25.07.2017 und Statistiken der Sozialhilfe IT.NRW, 2018).

## **2.4 Resümee**

Der fortlaufende positive Trend auf dem Arbeitsmarkt ist unverkennbar. Währenddessen hat sich die Anzahl der Bedarfsgemeinschaften, deren Personenzahl und die Zahl der Leistungsberechtigungen leicht erhöht. Ebenso ist der Anteil der Menschen mit Behinderung und der Alleinerziehenden, die auf unterstützende Leistungen angewiesen sind, leicht gestiegen.

## **II Gesundheitszustand der Bevölkerung, Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit Krankheiten/Krankheitsgruppen, Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens**

### **3 Gesundheitliche Lage von Kleinkindern und Kindern – Frühe Kindheit**

Die altersspezifischen Ankerpunkte „frühe Kindheit“ definieren zeitlich ein neugeborenes Kind von Geburt an bis hin zur vierten Lebenswoche sowie einen Säugling ab der vierten Lebenswoche bis zum ersten Geburtstag.

#### **3.1 Einleitung**

Die nachfolgenden Indikatoren Lebendgeborene nach Geburtsgewicht, Frühgeburten und Säuglingssterblichkeit stellen eine wichtige Kenngröße der mütterlichen und kindlichen Gesundheit dar und sind Ausdruck der (pränatalen) vorgeburtlichen Versorgung und der sozialen Bedingungen.

Bezugsgrößen in diesem Beitrag sind die Angaben der Krankenhäuser mit Entbindungsstation im Kreisgebiet Lippstadt, Soest und Warstein und dem Perinatal-Zentrum (Früh- und Risikogeburten) in Lippstadt sowie dem Geburtshaus Soest und den beigeordneten Hausgeburten für das Jahr 2016 und 2017. Eine möglicherweise begleitete Hausentbindung durch eine freiberuflich tätige Hebamme wird hier nicht beschrieben.

Durch Änderung des Bevölkerungsstatistikgesetzes (BevStatG) vom 31.12.2013 wird das Geburtsgewicht sowie Körperlänge von den Standesämtern nicht mehr erfasst. Ab 01.01.2014 gilt für Krankenhäuser die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik), die das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus bundesweit erhebt (vgl. auch Statistisches Bundesamt: DRG-Statistik).

Das Geburtshaus erfasst die regelrechten Geburten/Hausgeburten über das Geburtsbuch und über die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG). Ob eine außerklinische Geburt möglich ist bzw. regelgerecht erfolgen kann oder ob sie ausgeschlossen ist, ist nach Beurteilung medizinischer Risiken/Risikofaktoren für eine Geburt in Absprache mit einem Arzt festzulegen. Zu den Ausschlusskriterien gehören unter anderem auch Zwillings- bzw. Mehrlings- sowie Frühgeburten.

#### **3.2 Lebendgeborene nach Geburtsgewicht**

Die Personenstandsverordnung (PStV § 31) und die amtlichen Statistiken bezeichnen die Kinder als Lebendgeborene, deren Herz geschlagen, deren Nabelschnur pulsiert oder deren natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.

Das Geburtsgewicht ist das zuerst festgestellte Gewicht eines Neugeborenen. Untergewichtige Lebendgeborene haben ein Geburtsgewicht von 1.500 g bis 2.499 g. Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von 1.000 g bis 1.499 g haben ein sehr niedriges Geburtsgewicht und bei einem extrem niedrigen Geburtsgewicht weniger als 1.000 g. Das normale Geburtsgewicht beträgt 2.500 g bis 4.499 g. Ab 4.500 g wird von einem erhöhten Geburtsgewicht gesprochen.

Die Reife eines Neugeborenen ist von dem Geburtsgewicht zu unterscheiden. Dennoch bedeutet ein erniedrigtes Geburtsgewicht häufig eine mangelnde Reife, so dass der Bedarf an einer besonderen Überwachung, an weiteren medizinischen Maßnahmen sowie an intensiver Unterstützung besteht.

Ein sehr niedriges bzw. extrem niedriges Geburtsgewicht kann als Parameter für Frühgeburtlichkeit angesehen werden, die eine der Ursachen für die frühe Sterblichkeit in

den ersten 4 Lebenswochen (Neonatalsterblichkeit) ist (vgl. auch LZG.NRW, Stationär entbundene Neugeborene nach Geburtsgewicht 2014-2015).

Die folgenden Angaben zu den Geburten beziehen sich auf Mütter mit Wohnsitz im Kreis Soest (Wohnortprinzip).

In den Krankenhäusern mit Entbindungsstation im Kreis Soest und dem Geburtshaus Soest mit Hausgeburten wurden 2016 insgesamt 1.865 (930 männliche und 935 weibliche) Neugeborene entbunden. Davon 49 Zwillingspaare (28 männliche, 21 weibliche) und ein Drillingspaar (2 männlich, 1 weiblich).

In 2017 waren es gesamt 1.929 (966 männliche, 963 weibliche) und darunter 48 Zwillingspaare (21 männliche, 27 weibliche). In 2017 war somit ein Plus von 64 (3,4 %) Neugeborenen zum Vorjahr zu verzeichnen.

<b>Geburtsgewicht Neugeborene / Lebendgeborene - nach Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche (SSW)</b>			
Für die Schwangerschaftsdauer zu leichte Neugeborene			
Jahr	Insgesamt	männlich	weiblich
2016	29	16	13
2017	38	19	19
Mit normalem Geburtsgewicht zwischen 2.500 g und 4.499 g			
Jahr	Insgesamt	männlich	weiblich
2016	1.689	825	864
2017	1.731	861	870
Mit erhöhtem Geburtsgewicht ab 4.500 g			
Jahr	Insgesamt	männlich	weiblich
2016	50	33	17
2017	66	40	26

**Tabelle 3.2.1;** Quellen: Krankenhäuser mit Entbindungsstation und Geburtshaus, Kreis Soest.

Mit 97,9 % Geburten in den Krankenhäusern im Kreis Soest im Jahr 2017 (2016: 98,0 %) und im Geburtshaus Soest mit Hausgeburten 2,1 % bzw. 2,0 %, entspricht dies den Quoten von Bund bzw. Land NRW (vgl. auch Landesverband der Hebammen NRW e.V., [www.hebammen-nrw.de](http://www.hebammen-nrw.de) und Deutscher Hebammenverband [www.unsere-hebammen.de](http://www.unsere-hebammen.de)).

### 3.3 Frühgeburten

Eine reguläre Schwangerschaft dauert durchschnittlich rund 40 Wochen. Die Entbindung, die vor Vollendung der 37. SSW stattfindet, wird unabhängig von dem Geburtsgewicht als Frühgeburt angesehen. Unterschieden werden bei Frühgeburten in der Zeit von der 23. bis zur 37. SSW folgende Untergruppen:

- ▶ allgemein Frühgeburt: Geburt in der 23. bis 37. SSW
- ▶ extrem frühe Frühgeburt: vor der 28. SSW
- ▶ mäßig frühe Frühgeburt: Geburt in der 32. bis 34. SSW
- ▶ späte Frühgeburt: Geburt in der 34. bis 36. SSW

<b>Stationär entbundene Frühgeborene / Lebendgeborene - nach Schwangerschaftsdauer -</b>			
Zwischen 28 und weniger als 37 vollendete SSW			
Jahr	insgesamt	männlich	weiblich
2016	104	63	41
2017	130	73	57
Schwangerschaftsdauer weniger als 28 Wochen bzw. 196 Tage			
Jahr	insgesamt	männlich	weiblich
2016	7	3	4
2017	7	6	1

**Tabelle 3.3.1;** Quelle: Krankenhäuser mit Entbindungsstation im Kreis Soest - Ev. Krankenhaus Lippestadt, Klinikum Stadt Soest, Krankenhaus Maria Hilf Warstein.

Eine zentrale Bedeutung in der perinatalen Versorgung und Begleitung für Früh- und Risikogeburten mit extrem niedrigem und sehr niedrigem Geburtsgewicht hat die perinatologische Neonatologie, die im Kreis Soest im Ev. Krankenhaus Lippstadt vertreten ist.

Extrem niedriges und sehr niedriges Geburtsgewicht bei Frühgeborenen:				
Gewicht	Jahr	insgesamt	männlich	weiblich
750 g - 999 g	2016	1	-	1
	2017	-	-	-
1.000 g - 1.249 g	2016	-	-	-
	2017	2	1	1
1.250 g - 1.499 g	2016	5	2	3
	2017	9	4	5

**Tabelle 3.3.2;** Quelle: Krankenhäuser mit Entbindungsstation im Kreis Soest - Ev. Krankenhaus Lippstadt, Klinikum Stadt Soest, Krankenhaus Maria Hilf Warstein.

Nach den zurzeit verfügbaren Statistikdaten des LZG.NRW vom Jahr 2015 lag ein Geburtsgewicht bis 1.499 g bei den im Krankenhaus (nach dem DRG-Vergütungssystem) je 1.000 stationär entbundenen Neugeborenen (von 15-44-jährigen Frauen) im Kreis Soest gesamt bei 23 (9,2 %), im Regierungsbezirk Arnsberg bei 383 (12,6 %) und in NRW bei 1.958 (12,4 %).

Als Risikofaktoren für eine Frühgeburt gelten unter anderem ein mütterliches Alter unter 18 oder über 40 Jahre, Infektionen, Erkrankung der Mutter, Stress, Depressionen, schwierige soziale Verhältnisse, sehr niedriger Body-Mass-Index der Mutter, vorangegangene Frühgeburt/Aborte, Schwangerschaft durch Reproduktionsmaßnahmen, Mehrlingsschwangerschaften, Drogenabhängigkeit, Nikotinkonsum.

### 3.4 Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr

Die amtlichen Statistiken 2018 des IT.NRW und des LZG.NRW zur Säuglingssterblichkeit 2016 und 2017 geben die Anzahl der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder und den 3-Jahres-Mittelwert je 1.000 Lebendgeborene an.

Säuglingssterblichkeit nach Verwaltungsbezirken und NRW 2016 und 2017								
Verwaltungsbezirk	Lebendgeborene		Gestorbene Säuglinge unter 1 Jahr				Gestorbene Säuglinge im ersten Lebensjahr je 1.000 Lebendgeb. 3-Jahres-Mittelwert	
			insgesamt		je 1.000 Lebendgeborene			
Jahr	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2014-2016	2015-2017
Kreis Soest	2.742	2.865	18	11	6,6	3,8	4,1	4,6
Reg.-Bez. Arnsberg	33.170	33.706	158	131	4,8	3,9	4,7	4,3
NRW	173.276	171.984	704	655	4,1	3,8	4,0	4,0

**Tabelle 3.4.1;** Quellen: IT.NRW März 2018 und LZG.NRW August 2018.

Eltern von tot geborenen Kindern, sogenannten Sternenkindern, können seit dem 15.03.2013 (§ 31 PStV) die Geburt ihres Kindes beim zuständigen Standesamt anzeigen und ihrem Kind damit offiziell eine Existenz geben. Zuvor war eine solche Dokumentation bei Kindern, die mit einem Gewicht unter 500 Gramm tot geboren wurden, nicht möglich.

Von den Standesämtern der Stadt Lippstadt, Stadt Soest und Stadt Warstein wurden insgesamt 8 Totgeburten im Jahr 2017 beurkundet.

### 3.5 Resümee

Die durchschnittliche Kinderzahl lag nach Mitteilung des IT.NRW (2018) im Kreis Soest 2016 bei 1,69 Kindern (2013 noch 1,49) und in NRW 2016 bei 1,62. Bei steigenden Geburtenzahlen ist auch mit einer Erhöhung der Anzahl der Risikoschwangerschaften / Risikogeburten zu rechnen. Das lokale Gesundheitssystem ist gefordert, auf diese Entwicklung mit entsprechenden medizinischen und betreuerischen Rahmenbedingungen rund um Schwangerschaft, Entbindung und Nachsorge zu reagieren.

## 4 Gesundheitliche Lage von Kindern im Vorschulalter

### 4.1 Einleitung

Die ersten Lebensjahre eines Kindes sind entscheidend für die weitere Entwicklung. Im Gesundheitsamt wird die Entwicklung sowie die gesundheitliche Situation der Kinder in dieser Altersgruppe mit einzelnen Angeboten und Maßnahmen in den Blick genommen, die im Folgenden dargestellt werden.

### 4.2 Überprüfung der Seh- und Hörfähigkeit

Gutes Sehen und Hören sind elementar für die gesunde Entwicklung von Kindern.

Ein unerkannter Sehfehler kann die Entwicklung in vielen Bereichen u. a. beim Malen, Lesen, Beobachten und Erkennen, in der Grob- und Feinmotorik und der Augen-Hand-Koordination beeinflussen.

In den ersten vier Lebensjahren eines Kindes können durch eine nicht erkannte Sehinderung bzw. verpasste notwendige Behandlung vorhandene Nervenzellen verkümmern bzw. nicht weiter ausgebildet werden. Dies führt zu einer „zentralen Sehschwäche“, die durch eine Brille bzw. optische Hilfsmittel nicht mehr zu korrigieren ist.

Für die gesunde Entwicklung der Sehfähigkeit eines Kindes ist es daher elementar wichtig, Störungen möglichst früh zu erkennen und durch eine individuelle Behandlung auszugleichen. Das beste Alter für entsprechende Therapien sind die ersten beiden Lebensjahre, gute Chancen bestehen auch noch im dritten und vierten Jahr. Danach gehen die therapeutischen Möglichkeiten zunehmend zurück.

Ebenfalls von großer Bedeutung für die gesamte kindliche Entwicklung ist ein uneingeschränktes Hörvermögen. Eine unerkannte Schwerhörigkeit kann zu gravierenden Beeinträchtigungen führen. Vor allem die Sprachentwicklung hängt maßgeblich davon ab, wie gut ein Kind hört. Wenn ein Kind nicht gut hört, kann es unter anderem nicht gut sprechen lernen, hat Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben, in der Intelligenzentwicklung sowie Kontaktschwierigkeiten im sozialen Umfeld.

Neben angeborenen Hörstörungen können auch Krankheiten, insbesondere Mittelohrentzündungen, das Gehör vorübergehend oder dauerhaft beeinträchtigen. Deshalb ist dem Hörvermögen immer wieder Aufmerksamkeit zu schenken.

Einen wichtigen Ansatz, um z.B. angeborene Hörstörungen frühzeitig zu erkennen, bietet seit dem Jahr 2009 die Einführung des Hörscreenings für alle Neugeborenen.

Im Rahmen der Präventionsmaßnahme „Gesund groß werden“ bietet der Kinder- und Jugendärztliche Dienst der Abteilung Gesundheit (KJÄD) in definierten Kindertageseinrichtungen mit erhobenem Bedarf Seh- und Hörtests für die 3- bis 4-jährigen Kinder (zwei Jahre vor Einschulung) an. Die Teilnahme ist freiwillig bzw. erfordert die

Einwilligung der Sorgeberechtigten. Die Testungen werden von Kinderkrankenschwestern oder Sozialmedizinischen Assistentinnen (SMA) durchgeführt.

Es werden die Sehfähigkeit und der Farbsinn apparativ getestet. Der Hörtest erfolgt durch Tonschwellen-Audiometrie per Kopfhörer mit unterschiedlicher Frequenz.

Die Ergebnisse werden den Eltern schriftlich mitgeteilt. Bei Auffälligkeiten in den Tests wird eine weiterführende entsprechende fachärztliche Abklärung empfohlen.

Untersuchungsjahr	Anzahl untersuchter Kinder	auffällige Sehtests in Prozent (%)	auffällige Hörtests in Prozent (%)
2012	994	27,0 %	15,0 %
2014	615	24,0 %	12,5 %
2016	678	22,0 %	8,9 %

**Tabelle 4.2.1;** Quelle: Eigene Erhebungen des KJÄD, Abteilung Gesundheit.

Im Rahmen der Seh- und Hörtestung bei den 3-4-jährigen Kindern im Kreis Soest wird jedes Jahr eine bedeutsame Anzahl an Kindern mit auffälligen Befunden herausgefiltert. Demnach hat mehr als jedes fünfte Kind kein ausreichendes Sehvermögen und fast jedes zehnte Kind kein ausreichendes Hörvermögen. Anhand der Ergebnisse ist dabei nicht zu differenzieren, ob es sich bei dem Befund um ein bereits bekanntes Problem handelt und z.B. die verordnete Brille nicht mehr stimmt, nicht korrekt getragen wird, etc. oder der Sehfehler bisher noch nicht bekannt war. Ebenso ist den Daten des Hörtestes nicht zu entnehmen, ob es sich um ein passageres oder ein permanentes Problem handelt. Zur weiteren Differenzierung ist daher eine fachärztliche Abklärung erforderlich.

Eine Beeinträchtigung der Sprachentwicklung kann bereits bei einer vorübergehenden Einschränkung des Hörvermögens von drei Monaten auftreten. Das Herausfiltern dieser Kinder mit dauerhaften, aber auch vorübergehenden Störungen ist von großer Wichtigkeit.

Da kein Rückmeldesystem besteht, lässt sich nicht sagen, wie viele Eltern der Empfehlung einer fachärztlichen Untersuchung nachkommen und was daraus resultiert.

#### Quellen:

- Tigges, M., „Schallleitungsschwerhörigkeit im Kindesalter“: Monatsschrift Kinderheilkunde 2015; 163; 205-212.
- Elflein, H.M., Pitz, S., „Amblyopie“: Monatsschrift Kinderheilkunde 2015; 163; 223-229.
- Keilmann, A., „Schallempfindungsschwerhörigkeit im Kindesalter“: Monatsschrift Kinderheilkunde 2015; 163; 213-222.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, „Groß werden: Die kindliche Entwicklung“, Eltern-Ordner zum Früherkennungsprogramm für Kinder U1-U9 und J1; 2008.
- Dude, A., „Standards und Qualitätssicherung im Hörscreening des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes“; Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf; 2017.
- Riens, B., „Teilnahme an den Jugendgesundheitsuntersuchungen J1 – Eine retrospektive Kohortenstudie“; Versorgungsatlas.de, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland; 26.04.2013.
- Lagreze, W.A., Schaeffel, F., „Myopieprophylaxe“: Deutsches Ärzteblatt, Jg 114, Heft 35-36, 04.09.2017.

### **4.3 Heilpädagogische Frühförderung (FF)**

Frühförderung (FF) ist eine pädagogische Maßnahme für Kinder von der Geburt an bis zum Schuleintritt, die in ihrer Entwicklung auffällig, von einer Behinderung bedroht oder behindert sind. Die FF soll Entwicklungsprobleme frühestmöglich erkennen, um Entwicklungsbeeinträchtigungen zu vermeiden und Behinderungen und deren Folgen entgegenzuwirken. Ziel ist, dem Kind die bestmögliche Chance für die Entfaltung seiner Persönlichkeit, für ein selbstbestimmtes Leben und die möglichst gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Der Anspruch auf FF begründet sich aus der gesetzlichen Grundlage nach § 55 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX Leistungen am Leben in der Gesellschaft sowie im § 10 Abs. 1, 4 und 5 SGB I Teilhabe von Menschen mit Behinderung.

Die ersten Lebensjahre eines Kindes sind für seine Entwicklung von grundlegender Bedeutung. Deshalb soll FF so früh wie möglich einsetzen. Sie wendet sich ganzheitlich an das Kind und bezieht die Familie und das Umfeld mit ein.

Seit dem 01.01.2012 hat der Kreis Soest in der Abteilung Gesundheit eine Diagnostik- und Koordinationsstelle eingerichtet. Der Frühförderprozess wird bis zur Beendigung der Maßnahme koordiniert und begleitet. Zudem werden eine einheitliche Vorgehensweise sowie gleiche Standards im Förderprozess im gesamten Kreisgebiet gesichert. Im Verlauf entstand eine engmaschige Vernetzung besonders zwischen den Frühförderstellen, den niedergelassenen Kinderärzt\*innen und den Kindergärten. So kann jedes Kind einen individuellen Förderprozess erhalten.

Die Mehrzahl der Kinder wird inzwischen durch die niedergelassenen Kinderärzt\*innen angemeldet. Auch Kinderkliniken, Kindertageseinrichtungen, Eltern und Jugendämter melden Kinder mit besonderen Bedarfen.

Nach der Anmeldung findet nach telefonischer Terminvereinbarung im Gesundheitsamt ein Erstgespräch mit den Eltern statt, in dem die kindliche Entwicklung, die familiäre Situation sowie das Umfeld des Kindes erfragt werden. Kleinkinderentwicklungstests und Beobachtungen geben Aufschluss über die Ziele und die Art und Weise des Frühförderprozesses, die Notwendigkeit mobiler oder ambulanter Förderung.

Mit Einwilligung der Eltern werden Kinderärzt\*innen, Kindertageseinrichtung und andere Bezugspartner\*innen des Kindes über Befunde informiert und direkt im Förderprozess einbezogen.

Eine individuelle Hilfeplanung und Dokumentation in die EDV gestützte Ordnerstruktur der Frühförderung erfolgen im Anschluss. Die Bewilligung der Frühförderung nehmen die Kinder- und Jugendärzt\*innen des Gesundheitsamtes im Rahmen von Fallbesprechungen vor.

Fachkräfte der verschiedenen Frühfördereinrichtungen fördern in Einzel- und Gruppenförderung die Kinder in unterschiedlichen Heilpädagogischen Methoden individuell. Der Förderprozess schließt das Umfeld der Kinder, z.B. Eltern, Therapeut\*innen, Kindergärten, ein. Nach Beendigung der FF wird ein Abschlussbericht erstellt.

Die Steigerung der Anmeldezahlen im Vergleich der Jahre 2012 und 2016 ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

<b>Datenerfassung</b>	<b>2012</b>	<b>2016</b>
Erstgespräch/Diagnostik/Hilfeplan	169	245
kein Frühförderbedarf	27	52
Durchschnittsalter bei Anmeldung	2,10	2,3
Anmeldung durch niedergelassene Kinderärzt*innen	100	180

**Tabelle 4.3.1 Quelle:** Eigene Daten Frühförderung Gesundheitsamt, Kreis Soest.

Es ist festzustellen, dass seit 2012 die Leistungsqualität der FF durch z.B. eine höhere Anzahl von Kindern, individuellere Förderprozesse, Erweiterung der heilpädagogischen Angebote wie Psychomotorik-Gruppen gesteigert wurde. Die Einbeziehung der niedergelassenen Kinderärzt\*innen (Anmeldung) und der Kindertagesbetreuungen (Entwicklungsberichte) ermöglichen es, den frühen Entwicklungs- und Diagnostikverlauf der Kinder mit einzubeziehen und in weiterführende Hilfen überzuleiten. Wartezeiten konnten begrenzt, Förderzeiträume verkürzt, Eltern z.B. bei Frühgeburten zeitnah durch FF unterstützt werden.

Abzuwarten bleibt außerdem die weitere Entwicklung der Aufgabenverteilung. Mit Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes und Verabschiedung des entsprechenden Ausführungsgesetzes für Nordrhein-Westfalen liegt die Zuständigkeit für die FF ab 01.01.2020 umfassend beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe.

## 4.4 Resümee

Im Rahmen der Seh- und Hörtestung bei den 3-4-jährigen Kindern im Kreis Soest wird jedes Jahr eine bedeutsame Anzahl an Kindern mit auffälligen Befunden herausgefiltert. Bezogen auf die Frühförderung ist der Anteil der Kinder, die Frühförderung in Anspruch nehmen, deutlich gestiegen. Die Qualität konnte unter anderem durch individuelle Förderprozesse und flexible Leistungsangebote konsequent verbessert werden. Die Zuständigkeit wird aber gemäß Ausführungsgesetz des Landes NRW zum Bundesteilhabegesetz zum 01.01.2020 vollständig auf den Landschaftsverband übergehen. Die konkrete Umsetzung ist derzeit noch offen.

## 5 Gesundheitliche Lage von Kindern im Schulalter

### 5.1 Einleitung

Die physische und psychische Gesundheit möglichst vieler Kinder ist ein herausragendes gesellschaftliches Ziel, an dem viele beteiligt sind.

Gesundheitsbedingungen sind wesentlich für die gesellschaftliche Teilhabe von Kindern. Hier spielen sowohl der Gesundheitszustand als auch die Inanspruchnahme von Angeboten zur Gesundheitsprävention eine Rolle.

Im folgenden Kapitel wird die gesundheitliche Situation von Kindern im Kreis Soest betrachtet.

Es werden ausschließlich die Kinder der Altersgruppe 0-6 Jahre betrachtet, da für diese umfassend eigene Daten erhoben werden. Als Indikatoren für den Gesundheitszustand der Kinder im Sozialraum werden im Folgenden einige Schwerpunkte ausgewählt wie die Quote der übergewichtigen Kinder, die Kinder mit Sprachentwicklungsverzögerungen, die Belastung mit allergischen Erkrankungen sowie die psychische Gesundheit und die Quote des Medienkonsums.

Präventive Angebote nehmen im Gesundheitswesen eine herausragende Stellung ein.

Als Indikator für Gesundheitsprävention von Kindern wurde die Teilnahme an den empfohlenen Schutzimpfungen gewählt.

### 5.2 Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten der Kinder im Kreis Soest im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung (SEU)

In den letzten Jahren hat eine Verschiebung der Krankheitsbilder im Kindesalter von den akuten zu den chronischen und von den somatischen zu den psychischen Erkrankungen stattgefunden. Allgemein wird von der sog. neuen Morbidität gesprochen.

Aufgrund des technischen und medizinischen Fortschrittes kommt es zu einem deutlichen Rückgang der Säuglingssterblichkeit und des Auftretens gravierender Infektionskrankheiten. Gleichzeitig nehmen Krankheiten des allergischen Formenkreises, Asthma bronchiale und Adipositas zu.

Zusätzlich nehmen im Rahmen dieser Verschiebung der Erkrankungen Entwicklungs- und Verhaltensstörungen wie z.B. Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen, emotionale Auffälligkeiten und Lernstörungen zu.

Psychische Auffälligkeiten treten bei Kindern und Jugendlichen weltweit laut nationaler und internationaler Studien mit einer Prävalenz, d.h. einer Krankheitshäufigkeit, von 10-20 % auf.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) zeigt in der KiGGS-Welle 1 im Erhebungszeitraum 2009-2012 eine Prävalenz von 20,2 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren. Die meisten Hinweise auf psychische Probleme zeigen sich im Grundschulalter (7-10 Jahre). Allerdings sind emotionale und verhaltensbedingte Probleme im Kindes- und Jugendalter stärker als im Erwachsenenalter einem ständigen Entwicklungsprozess unterworfen. So

können unter entsprechenden therapeutischen Maßnahmen bei bis zu 50% der Kinder die Auffälligkeiten innerhalb eines Jahres erfolgreich therapiert werden. Sie gehen im Kindes- und Jugendalter häufig mit Beeinträchtigungen des familiären, schulischen und erweiterten sozialen Umfeldes einher und können bis ins Erwachsenenalter chronifizieren.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wurden für die Schulanfänger 2017 detailliert Daten erhoben, die auf Verhaltensauffälligkeiten hinweisen und aus dem Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS) entnommen werden konnten. Zum Zeitpunkt des Berichts standen aufgrund einer Softwareumstellung noch nicht alle Daten der Schulanfänger 2017 bzw. SEU 2016 / 2017 ausgewertet zur Verfügung.

Folgende Items wurden im Rahmen der SEU 2016 / 2017 erhoben: Verhaltensauffälligkeiten allgemein, davon Verweigerung, besondere Schüchternheit, pathologische Unruhe, andere Auffälligkeiten, Ausdauer, Konzentration, aktuell psychologische/psychiatrische Behandlung, Anbindung an ein Sozialpädiatrisches Zentrum (Mehrfachnennung möglich, keine Mehrfachzählung).

#### Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern (5-6 Jahre) im Kreis Soest:

Insgesamt wurden im Rahmen der SEU 2016 / 2017 2.596 Kinder untersucht. Davon wurden nach unseren Kriterien 352 Kinder als auffällig eingestuft. Das bedeutet: jedes siebte Kind (14 %) zeigt Auffälligkeiten. Nach differenzierter Betrachtung waren 41 % pathologisch unruhig, 20 % auffallend schüchtern, 9 % verweigernd, sowie alle anderen anderweitig auffällig.

Weitere Ergebnisse der SEU 2016 / 2017 bei einer Gesamtzahl von 2.571 untersuchten Kindern:

- 37 Kinder (1,4 %) befanden sich in psychologischer Behandlung
- 118 Kinder (4,6 %) waren an einem Sozialpädiatrischen Zentrum angebunden
- 325 Kinder (12,6 %) zeigten eine Störung der Ausdauerleistung
- 386 Kinder (15 %) zeigten eine verkürzte Konzentrationsspanne.

#### **Fazit:**

14 % aller untersuchten Vorschulkinder zeigen zumindest vorübergehend eine Verhaltensproblematik mit dem Risiko für die Entwicklung teils langfristiger negativer Folgen. Die Verschlechterung des prosozialen Verhaltens vor dem Schuleintritt ist bei diesen Kindern nicht selten. Der Kreis Soest liegt mit seinen Werten damit innerhalb der Ergebnisse der Studienangaben. Für die betroffenen Kinder besteht Handlungsbedarf, um langfristigen negativen Folgen vorzubeugen.

Bei der Auswertung der Daten lässt sich ein soziales Gefälle feststellen. In Kommunen mit sozialem Brennpunkt zeigen sich höhere Werte für die Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten als in Kommunen ohne sozialen Brennpunkt. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der KiGGS-Studie 2013, wonach Jungen und Mädchen aus benachteiligten Familien deutlich anfälliger für Entwicklungsstörungen und psychische Probleme sind.

Alle beteiligten Institutionen sind sich einig, dass früh genug einsetzende und nachhaltige Prävention zu einer Stärkung der betroffenen Familien und einer individuellen Förderung der Kinder notwendig ist. Familienklima gilt als Schutzfaktor.

Im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Kreises Soest gibt es folgende niedrigschwellige Angebote:

- Frühförderung im Kreis Soest für alle Kinder vom ersten Lebensmonat bis zur Einschulung, die Auffälligkeiten zeigen
- Aufsuchende gesundheitsorientierte Familienbegleitung durch Fachkräfte des Gesundheitswesens
- Gruppe „Junge Mütter“ in Warstein mit Beteiligung einer Kinderkrankenschwester des Gesundheitsamtes
- Sprechstunde in einem Brennpunktkindergarten mit Beratung der Erzieherinnen und der

- Eltern bzgl. medizinischer Fragen und Entwicklungsauffälligkeiten der Kinder
- Projekt „Bunt und Gesund“: Untersuchung der 3-4-Jährigen mit Hör- und Sehtest, sowie Überprüfung des Gewichtes und der Körpergröße in sog. Bedarfskindergärten
  - Speziell auf Verhaltensstörungen ausgerichtete Angebote sind „Papillo“ und „Klasse 2000“, „Projekt Trapez“

Quellen:

- WHO (Hrsg) (2001), The World health report 2001. Mental Health: new understanding, new hope. Geneva.
- RKI (Hrsg), (2014) Psychische Auffälligkeiten. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erst Folgebefragung 2009-2012. RKI, Berlin; KiGGS- Studie Aktualisierte Fassung Berlin, April 2014; Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007. 50,871-878.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M., Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS).
- Deutsches Ärzteblatt, Int 2015; 112: 375-86. Klitzing, K. von, Doehnert, M., Kroll, M., Grube, M.: Psychische Störungen in der frühen Kindheit, und Int 2016; Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im schulischen Umfeld.

### 5.3 Medienkonsum bei Einschulungskindern 2017

Digitale Medien sind aus dem Leben von Klein- und Vorschulkindern nicht mehr wegzudenken. Zahlreiche Studien legen mittlerweile dar, wie die Nutzung elektronischer Medien einen Großteil des Tages von Kindern und Jugendlichen mitbestimmt. Dabei konnte nachgewiesen werden, dass bei bis zu 2/3 der Kinder der Medienkonsum erheblich über den Empfehlungen der Bundeszentrale für öffentliche Aufklärung liegt:

- ▶ Babys und Kleinkinder unter 3 Jahren => keine Bildschirmmedien
- ▶ 3-5-Jährige => max. 30 Minuten täglich
- ▶ 6-10-Jährige => max. 60 Minuten täglich
- ▶ 11-13-Jährige => max. 90 Minuten täglich

So kann ein ausgeprägter Mediengebrauch etwa Sprachentwicklungsstörungen, Fehlernährung, Hyperaktivität, ein gemindertem Angebot zur Perzeption sensorischer Reize, reduzierte Schlaf- und Erholungszeiten und die mangelnde Entwicklung von Sozialkompetenz begünstigen.

Es gibt eine zeitliche Konkurrenz zwischen Mediennutzung und körperlicher Aktivität. Wer elektronische Medien häufig und lange benutzt, hat eher mit Übergewicht zu kämpfen. Das Thema Übergewicht wird an anderer Stelle behandelt.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung 2016/2017 wurden anhand des Anamnesebogens, der an alle Eltern verteilt wird, Daten erhoben, die auf den Medienkonsum der Einschulungskinder Rückschlüsse erlauben.

Folgende Frage wurde gestellt: Wie viele Stunden am Tag nutzt Ihr Kind elektronische Medien (Fernsehen, PC, Tablet, Handy, Spielekonsolen)? Dabei wurde nicht nach den einzelnen Medien unterschieden. Die Zeitangabe war frei. In der Auswertung wurden die Zeitangaben unterteilt in 0-1 Std./Tag, 1-3 Std./Tag, 3-5 Std./Tag, andere Angaben (z.B. nur am Wochenende) und keine Angaben.

Insgesamt wurden 2571 Kinder (5-6 Jahre) untersucht. Davon hatten:

- 60 % der Kinder einen Medienkonsum von 0-1 Std./Tag
- 29 % der Kinder einen Medienkonsum von 1-3 Std./Tag
- 2 % der Kinder einen Medienkonsum von 3-5 Std./Tag
- 5 % andere und 6 % keine Angaben.

Damit konnte erhoben werden, dass über die Hälfte der Kinder im Kreis Soest einen altersgemäßen Medienkonsum zeigen. Knapp 1/3 der Kinder spielen deutlich mehr als 1 Std./Tag mit digitalen Medien, und 2 % zeigen einen hoch bedenklichen Medienkonsum. Zusammenfassend bedeutet dies, dass 1/3 aller Einschulungskinder im Kreis Soest schon einen bedenklichen Medienkonsum zeigen.

Verschiedene Studien befassen sich mit dem Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen. Es gibt jedoch wenig Zahlen für Kinder im Vorschulalter. So befasst sich Frau Prof. phil. Dorothee Meister, Institut für Medienwissenschaften an der Universität Paderborn, mit dem Thema „Digitale Lebenswelten. Kinder kompetent begleiten“. Sie zitiert in ihrem Positionspapier den Medienpädagogischen Forschungsverbund Südwest, der in seiner Erhebung von 2014 feststellt, dass 98 % der 6-13-Jährigen zu Hause potenziell Zugang zum Internet haben, insgesamt 63 % nutzen es zumindest selten (mindestens 1 x/Woche). In der miniKIM-Studie von 2014 wird gezeigt, dass in der Altersgruppe der 6-13-Jährigen 24 % der Kinder fast täglich an Computer, Konsole oder Internet spielen.

**Fazit:**

Die Erhebung über den Medienkonsum bei Vorschulkindern wurde für das Einschulungsjahr 2017 zum ersten Mal durchgeführt. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Entwicklung in den folgenden Jahren zeigen wird. Auch hier ließ sich in der kleinräumigen Auswertung der Daten ein soziales Gefälle feststellen. So gilt es, sowohl bei den Verhaltensauffälligkeiten als auch beim Medienkonsum die Ursachen genauer zu beleuchten. Im Hinblick auf die angestrebte Digitalisierung im schulischen Alltag ist eine weitere Steigerung des Medienkonsums zu erwarten. Hier ist vorrangig auf ausreichende Angebote an Sport und Bewegung hinzuwirken.

Quellen:

- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe-AGJ. Berlin, 9/2016.
- 11. Kinderschutz Ärztekammer Westfalen-Lippe Paderborn 3/2018.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 2016.
- BLIKK-Studie KIM-Studie 2014, Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest; miniKIM-Studie 2014, Kleinkinder und Medien, Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest.
- KiGGS: 2013 und KiGGS-StudieWelle 1.
- Spitzer, M., Über Lernen und Denken, 2003.

## **5.4 Motorische Entwicklung der Einschulungskinder**

In der gesunden Entwicklung von Kindern kommen der körperlichen Aktivität und Vermeidung / Reduktion sitzender Tätigkeiten ein hoher Stellenwert zu.

Die Prävention von Übergewicht durch körperliche Aktivität ist heute unbestritten. Zusätzlich kommt es zu einer positiven Einflussnahme auf die Persönlichkeitsentwicklung durch die Stärkung von Selbstvertrauen und -kompetenz. Darüber hinaus führt mehr Bewegung naturgemäß zu einer besseren motorischen Leistungsfähigkeit bzw. körperlichen Fitness.

Als Bewegungsziel gelten je nach Altersgruppe täglich mindestens 90 und mehr Minuten.

Aufgrund wachsender motorischer Inaktivität nehmen motorische Defizite im Kindes- und Jugendalter zu. Daher wird bei den Schuleingangsuntersuchungen (SEU) auch die motorische Entwicklung der Einschulungskinder untersucht.

Folgendes Item wurde im Rahmen der SEU erhoben: Die Körperkoordination wird mit der Aufgabe des seitlichen Hin- und Herspringens unter standardisierten Bedingungen geprüft.

Die erfassten Kompetenzen sind Körperkoordination, Gleichgewichtsleistungen, Ausdauer, Ermüdbarkeit, Kraftdosierungen sowie assoziierte Mitbewegungen, Bewegungsplanung und -geschwindigkeit.

### Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) von motorischen Auffälligkeiten der Kinder (5-6 Jahre) im Rahmen der SEU

Insgesamt wurden in der SEU 2017/18 2682 Kinder untersucht. Davon wurden 588 Kinder (21,9 %) als auffällig nach den vorgenannten Kriterien eingestuft. Dabei wurde unterschieden nach nicht behandlungsbedürftigen Befunden (gesamt 540 Kinder, 20,1 %) und Befunden, die einer Überweisung des Kindes zum Kinderarzt bedurften (gesamt 48 Kinder, 1,8 %).

Den Eltern der Kinder mit motorischen Auffälligkeiten ohne medizinischen Behandlungsbedarf wurden sportliche Aktivität im Verein oder deutlich mehr Bewegungsangebote in der Freizeit empfohlen.

Im Vergleich vorangegangener SEU zeigt sich eine deutliche Zunahme der motorischen Defizite in den letzten vier Jahren.

Körperkoordination							
Untersuchungszeitraum	Gesamtzahl der untersuchten Kinder	Motorische Auffälligkeiten		Motorische Defizite mit Arztüberweisung		gesamt	
SEU 2013/2014	2430	341	14,0 %	22	0,9 %	363	14,9 %
SEU 2016/2017	2571	433	16,8 %	54	2,1 %	487	18,9 %
SEU 2017/2018	2682	540	20,1 %	48	1,8 %	588	21,9 %

**Tabelle 5.4.1;** Quelle: Eigene Erhebungen des KJÄD, Abteilung Gesundheit.

#### **Fazit:**

Internationale Studien belegen einen Zusammenhang zwischen Bewegung für die Altersgruppe 0-6 Jahre und verbesserter motorischer und kognitiver Entwicklung, psychosozialer, kardiometabolischer und Knochengesundheit.

Gerade angesichts der hier festgestellten steigenden Zahlen an motorischen Auffälligkeiten von Einschulungskindern sollten Erziehungsberechtigte für die Bedeutung von Bewegung sensibilisiert werden.

Frau Prof. Dr. med. C. Graf führt aus, dass es wichtig sei, die kompletten Lebensumfelder einzubeziehen, um sämtliche Kinder und Jugendlichen unabhängig von familiärem Status und Herkunft zu erreichen. Hierzu gelten nach ihrer Aussage kommunalbasierte Programme als wegweisend. Diese sollten in den Blick genommen und etabliert werden.

#### Quellen:

- Monatsschrift Kinderheilkunde 2018, 166: 414-420. Prof. Dr. med. C. Graf: Prävention der juvenilen Adipositas durch körperliche Aktivität.
- Theoretische und statistische Grundlagen zur Testkonstruktion, Normierung und Validierung des SOPESS. Lzg Düsseldorf 11/2009.

## **5.5 Übergewicht und Adipositas im Kindesalter**

Übergewicht und Adipositas im Kindesalter stellen ein großes Problem im Gesundheitswesen dar. So haben betroffene Kinder im Vergleich zu normalgewichtigen Gleichaltrigen ein erhöhtes Risiko, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Störungen des Fett- und Glukosestoffwechsels zu entwickeln. Auch kann es zu einer Einschränkung der körperlichen Aktivität und orthopädischen Problemen kommen. Des Weiteren sind gerade bei Jugendlichen mit extremer Adipositas häufig psychosoziale oder psychiatrische Komorbiditäten beschrieben wie Depressionen, atypische Ess- oder Angststörungen. Die Betroffenen erleben häufig zusätzliche Belastungen durch Ausgrenzung und Mobbing bis hin zu relevanten Teilhabestörungen, z.B. in Form von Nachteilen bei der späteren Berufsfindung. Übergewicht und Adipositas stellen also nicht nur eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen dar, sondern sind auch eine ernstzunehmende Gesundheitsstörung mit dem Risiko langfristiger Folgeschäden. Zusätzlich ist die Bekämpfung der Adipositas auf Grund ihrer hohen direkten und indirekten Folgekosten auch von großer volkswirtschaftlicher Bedeutung.

Das Körpergewicht wird in Bezug zur Körpergröße beurteilt. Dieser sogenannte Body-Mass-Index (BMI) errechnet sich aus dem Verhältnis von Körpergewicht zur Körpergröße im Quadrat (BMI, kg/m<sup>2</sup>). Im Kindes- und Jugendalter verändert sich wachstumsbedingt das Verhältnis von Körpergröße und -gewicht, so dass es keinen für die jeweilige Altersgruppe allgemeingültigen Grenzwert gibt, ab dem ein Kind oder Jugendlicher als übergewichtig oder

adipös einzustufen ist. Aus diesem Grund werden bis zu einem Alter von 18 Jahren Perzentilenkurven verwendet, die die Verteilung des BMI unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht in einer Referenzpopulation darstellen.

In Deutschland werden Übergewicht und Adipositas mit Hilfe der Perzentilenkurven nach Kromeyer-Hauschild definiert. Danach ist ein Kind übergewichtig, wenn sein BMI-Wert unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht oberhalb der 90. Perzentile liegt, d.h. 90 % der Kinder dieser Altersgruppe sind leichter. Ein BMI-Wert oberhalb der 97. Perzentile wird als Adipositas definiert.

Mit der KiGGS-Studie des Robert-Koch-Institutes, dem bundesweit durchgeführten Survey zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, liegen vergleichbare Zahlen zur Gewichtsentwicklung in dieser Altersgruppe über mehrere Jahre vor.

So zeigen die Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung (Erhebungszeitraum 2003-2006) für Kinder im Alter von 3-17 Jahren im Vergleich zu den Referenzperzentilen aus den 1990er Jahren einen deutlichen Anstieg für Übergewicht von 10 % auf 15 % und sogar eine Verdopplung der Prävalenz von Adipositas von 3 % auf 6,3 %.

In dem nun vorliegenden Untersuchungs- und Befragungssurvey der KiGGS-Welle 2 (Erhebungszeitraum 2014-2017) liegen die Ergebnisse bei 15,4 % für Übergewicht und 5,9 % für Adipositas.

Darin bestätigt sich die auch in anderen nationalen und internationalen Studien beschriebene Beobachtung, dass sich die Prävalenzen für Übergewicht und Adipositas in diesen Altersgruppen auf hohem Niveau stabilisiert haben.

Erhebung	übergewichtig	adipös
Referenzwert 1990er Jahre	10,0 %	3,0 %
KiGGS Basiserhebung	15,0 %	6,3 %
KiGGS Welle 2	15,4 %	5,9 %

**Tabelle 5.5.1;** Quelle: RKI KiGGS-Basisstudie, 2003–2006.

Die KiGGS-Welle 2 zeigt allerdings auch, wie schon in der Basiserhebung beschrieben, dass die Prävalenz sowohl für Übergewicht als auch für Adipositas von der Altersgruppe der 3-6-Jährigen zu den 14-17-Jährigen deutlich steigt.

Altersgruppe	übergewichtig	adipös
3-6 Jahre	9,05 %	2,1 %
7-10 Jahre	15,5 %	5,75 %
11-13 Jahre	20,55 %	7,25 %
14-17 Jahre	17,35 %	8,45 %

**Tabelle 5.5.2;** Quelle: RKI KiGGS-Welle 2, 2014-2017.

Weiterhin stellt sich in der KiGGS-Studie ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Übergewicht und Adipositas und dem sozioökonomischen Status der Herkunftsfamilie dar.

Sozioökonomischer Status	übergewichtig	adipös
Hoch	7,7 %	2,3 %
Mittel	13,55 %	4,95 %
Niedrig	25,6 %	9,75 %

**Tabelle 5.5.3;** Quelle: RKI KiGGS-Studie, sozioökonomischer Status.

Auch für NRW zeigt sich im Landesgesundheitsbericht des MGEPA von 2015 in den darin veröffentlichten Zahlen der SEU von 1992 bis 2012 zunächst ein Anstieg der Adipositas im Kindesalter bis in die Jahre 2004/2005 mit anschließender Stagnation auf diesem Niveau.

Im Kreis Soest werden im Rahmen der SEU die Kinder gemessen und gewogen. In der Untersuchung für die Einschulung 2018 wurden insgesamt 2.682 Kinder untersucht, davon zeigten sich 9,4 % übergewichtig und 4,0 % adipös.

Schuleingangsuntersuchung	2006	2012	2016	2017	2018
übergewichtig	9,6 %	8,9 %	9,2 %	9,0 %	9,4 %
adipös	3,6 %	3,6 %	4,2 %	3,1 %	4,0 %

**Tabelle 5.5.4**, Quelle: Erhebungen des KJÄD, Kreis Soest, Datenauswertung SEU LZG.NRW.

Damit bestätigt sich auch für den Kreis Soest eine Stagnation auf hohem Niveau.

Ein direkter Vergleich mit den Zahlen der KiGGS-Welle 2 ist dabei allerdings nicht möglich, da in beiden Erhebungen unterschiedliche Altersspannen erfasst werden (3-6-Jährige in der KiGGS-Studie versus 5-6-Jährige in den SEU) und sich hier möglicherweise bereits die Zunahme der Prävalenz mit Zunahme des Alters bemerkbar macht.

Eine Einordnung in die landesweite Situation ist mit den Zahlen der Landesgesundheitsberichterstattung 2015 für die SEU von 2012 möglich.

Schuleingangsuntersuchung 2012	Landesgesundheitsbericht	Kreis Soest
übergewichtig	11,1 %	8,9 %
adipös	4,7 %	3,6 %

**Tabelle 5.5.5**, Quelle: Erhebungen des KJÄD, Kreis Soest, Datenauswertung SEU LZG.NRW.

Damit lag der Kreis Soest zumindest im Jahr 2012 unter dem landesweiten Durchschnitt. Dies entspricht einem Ergebnis des Landesgesundheitsberichtes, in dem insgesamt deutliche regionale Unterschiede innerhalb NRW beschrieben werden mit einem Gefälle zwischen den verdichteten städtischen Regionen wie dem Ruhrgebiet und dem ländlichen Raum, zu dem der Kreis Soest zu rechnen ist.

#### Quellen:

- Deutsches Ärzteblatt; Jg.115, Heft 11, 16.05.2018, B425; „Der Preis der Adipositas“.
- Graf, C., „Prävention der juvenilen Adipositas durch körperliche Aktivität“; Monatsschrift Kinderheilkunde 2018; 166: 414-420.
- MGEPA, Landesgesundheitsbericht 2015.
- Koletzko, B., „Ernährungsorientierte Strategien zur Bekämpfung der Adipositas-Epidemie“; Monatsschrift Kinderheilkunde 2018; 166:403-413.
- RKI, Epidemiologisches Bulletin 09. Mai 2018/ Nr. 19.
- Schienkiewitz, A., et. al.: „Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends“; Journal of Health Monitoring 2018/3.

## 5.6 Sprachentwicklung der Kinder

Sprache gilt als wesentliche Schlüsselkompetenz, die sich auf nahezu alle anderen Entwicklungsbereiche eines Kindes auswirkt. So sind bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen häufig negative Auswirkungen auf den Schulerfolg (wie Schwierigkeiten beim Lesen und Rechtschreiben) und die psychosoziale Entwicklung (zwischenmenschliche Beziehungen, Emotionalität und Verhaltensbereich) abzuleiten [vgl. WHO-internationale Klassifikation (ICD 10)].

Eine regelrechte Sprachentwicklung bei Kindern verläuft in Entwicklungsstufen (Meilensteinen): Ca. 50 Wörter mit durchschnittlich 24 Monaten, mit 4 Jahren die Pluralbildung (Mehrzahl) und am Ende des 5. Lebensjahres weitgehende Befähigung, Sätze grammatikalisch richtig zu bilden. Der Erwerb der Aussprache (Artikulation) sollte bis zum Vorschulalter beendet sein.

Sprachentwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache liegen dann vor, wenn sich sprachliche Fähigkeiten eines Kindes deutlich unterhalb der Norm befinden und sich diese

Abweichungen nicht unmittelbar aus einem Intelligenzdefizit, einer sensorischen (Sinnesempfindung) oder neurologischen Störung oder aus Umweltfaktoren heraus erklären lassen. Sprachstörungen werden zu den häufigsten Entwicklungsauffälligkeiten im Kindesalter gezählt. Die Prävalenz (Häufigkeit) liegt bei 5 bis 8 %. Während eine Artikulationsstörung kaum langfristige Folgen nach sich zieht, bleiben insbesondere expressive (ausdrucksvolle) Sprachstörungen länger und können sich langfristig negativ auf den Erwerb und die Nutzung der Schriftsprache auswirken.

Bei Kindern, die zwei- oder mehrsprachig aufwachsen, lässt sich häufig schwer differenzieren, ob eine Sprachentwicklungsstörung vorliegt oder ob es sich um erwerbsbedingte Sprachschwierigkeiten handelt.

Die Möglichkeit der Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen mit einem allgemeinen Entwicklungsrisiko erfolgt im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (U 7 bis U 9). Liegt eine Sprachentwicklungsverzögerung vor, kann durch Verordnung einer Sprachtherapie nach den Heilmittelrichtlinien eine bedarfsgerechte Behandlung erfolgen.

Bei der Schuleingangsuntersuchung (SEU) nach SOPESS (NRW, sozialpädiatrische Entwicklungsscreening) können medizinisch relevante Entwicklungsauffälligkeiten erkannt / nachgewiesen werden. So werden durch SOPESS unter anderem auch die Merkmalsräume der Sprachkompetenz und der auditiven Informationsverarbeitung erfasst.

Die Deutschkenntnisse der Kinder mit nicht deutscher Muttersprache werden anhand der Spontansprache beurteilt. Die Beurteilungskriterien der Testung bei den Kindern sind:

- spricht nicht deutsch,
- spricht radebrechend deutsch,
- spricht flüssig deutsch, aber mit erheblichen Fehlern,
- spricht flüssig deutsch, aber mit leichten Fehlern,
- spricht fehlerfrei deutsch, ein Akzent wird nicht berücksichtigt.

Die sprachlichen Items (Voraussetzungen) bei ausreichend deutsch sprechenden Kindern erfassen: Präpositionen, Pluralbildung, Nachsprechen von vorgegebenen sinnlosen Silbenreihen (Pseudowörter) und Artikulation. Die Leistungen werden anhand von Cut-off-Werten (auffällig, grenzwertig, unauffällig) beurteilt.

<b>Sprach-Sprechvermögen der Kinder - Schuleingangsuntersuchungen, Kreis Soest -ausgewählte Ergebnisse-</b>						
Einschulungsjahr	<b>2011</b>		<b>2015</b>		<b>2017</b>	
Gesamtanzahl der Kinder (m/w)	3.021		2.509		2.571	
Untersuchte insgesamt	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Kinder mit Migrationshintergrund	486	16,1	485	19,3	587	22,8
=> ausreichende Deutschkenntnisse*	270	55,6	304	62,7	256	43,6
=> unzureichende Deutschkenntnisse*	209	43,0	174	35,9	319	54,3
Dysgrammatismus (ohne Migrationshintergrund)	204	8,1	75	3,7	58	2,9
Artikulationsvermögen * (3 oder mehr Stammelfehler)	124	4,2	118	4,9	145	6,1
In logopädischer Behandlung	614	20,3	404	16,1	416	16,2
Ärztliche Abklärung erforderlich	136	4,5	102	4,1	93	3,6

**Tabelle 5.6.1;** Quelle: LZG NRW, Daten-Auswertungs-Tool Schulärztliche Untersuchungen nach dem >>Bielefelder Modell<<; (\* gültige Werte).

Eine Veränderung durch erhöhte Fluchtzuwanderung besonders in den Jahren 2015 und 2016 beeinflusst hier dementsprechend die Sprach-Sprechergebnisse der Kinder mit Migrationshintergrund im Vergleich zu dem Jahr 2017.

Der Vergleich Jahr 2011 zu 2015 zeigt, dass deutlich mehr Kinder mit Migrationshintergrund im Einschulalter über gute oder ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Der Anteil deutschsprachiger Kinder mit grammatikalischen Problemen ist von 2011 bis 2017 deutlich gesunken. Der Fallzahlenverlauf zur Artikulation der ausreichend deutschsprechenden Kinder ist weiter zu beobachten (vgl. LZG.NRW, Auswertungen Einschulungsjahre nach SOPESS, Kreis Soest).

Die Empfehlungen zu einer ärztlichen Abklärung des Sprach- und Sprechvermögens im Einschulalter haben abgenommen. Die Anzahl der sich in logopädischer Behandlung befindenden Einschüler\*innen ist ebenfalls gesunken. Diese Ergebnisse zeigen, dass vermehrt Kinder bis zum Einschulalter eine altersentsprechende Sprachkompetenz erlangen oder eine eventuelle logopädische Behandlung bis zur Einschulung abgeschlossen haben. Es ist zu konstatieren, dass die ineinandergreifenden Maßnahmen aller Akteure im Kreis Soest erfolgreich sind.

Auch Kindertageseinrichtungen (KiTas) leisten einen weiteren Beitrag zur sprachlichen Entwicklung von Kindern. Mit dem seit 01.08.2014 in Kraft getretenen KiBiz-Änderungsgesetz hat das Land NRW eine umfassende Neuausrichtung der sprachlichen Bildung und Beobachtung vorgenommen. Die Neuausrichtung zur alltagsintegrierten Sprachbildung gilt für Kinder mit deutscher Muttersprache ebenso wie für mehrsprachig aufwachsende Kinder, die ihre Muttersprache und zeitgleich Deutsch als Zweitsprache erwerben. Ausgebildete und zertifizierte pädagogische Fachkräfte stellen ein Entwicklungs- und prozessbegleitendes Beobachtungsverfahren zur Sprachentwicklung für Kinder unter 3 Jahren und von 3 bis 6 Jahren sicher. Der ab März 2007 durchgeführte Sprachtest Delfin 4 (Diagnostik, Elternarbeit, Förderung der Sprachkompetenz in NRW bei 4-Jährigen), der für alle Kinder in den KiTas (NRW) vorgeschrieben war, wurde im Juli 2014 abgeschafft. Ein Delfin Sprachtest wird seit August 2014 nur noch bei Kindern durchgeführt, die keine KiTa besucht haben.

## **5.7 Einschulungsuntersuchungen von neu zuwandernden Kindern und Jugendlichen**

Die schulärztliche Untersuchung aller Schulanfänger\*innen ist in NRW ein wichtiger Bestandteil der Schulgesundheitspflege.

Aufgrund steigender Zuwanderung hat sich der Untersuchungs- und Beratungsbedarf von zuwandernden Kindern und Jugendlichen bzw. deren Familien für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst deutlich erhöht. Alle diese Kinder im Alter von 6-15 Jahren unterliegen der Schulpflicht und müssen - als Seiteneinsteigende - in die Schule gehen, unabhängig von ihrer vorherigen Schulkarriere, Bildung und Vorgeschichte.

In NRW war bereits 2013 ein Erlass zur Untersuchung von „seiteneinsteigenden Kindern“ veröffentlicht worden, der im Januar 2016 durch die sog. Handreichung „Schulpflicht und Einschulungsuntersuchungen von neu zuwandernden Kindern und Jugendlichen“ ergänzt wurde.

### **Seiteneinsteigeruntersuchungen (Z2-Untersuchungen) im Kreis Soest**

Im Rahmen der Z2-Untersuchungen durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst erfolgte eine Beurteilung des Gesundheitszustandes der Kinder und Jugendlichen sowie eine Feststellung wesentlicher im Schulsystem zu beachtender Fähigkeiten. Hierzu wurden Empfehlungen zu notwendigen Diagnostik-, Therapie- und Fördermaßnahmen sowie fehlenden Impfungen gemäß STIKO-Empfehlungen gegeben. Die Durchführung der Impfungen im Gesundheitsamt wurde angeboten.

Als Leitlinie für die ärztliche Untersuchung der Kinder und Jugendlichen wurden apparativer Hör- und Sehtest, Ermittlung von Größe, Gewicht und Allgemeinzustand sowie eine vollständige körperliche Untersuchung, insbesondere auf wesentliche Erkrankungen und

Behinderungen, als Mindestumfang festgelegt. Grob orientierend wurden die sprachliche Entwicklung, die motorischen Fähigkeiten und altersgerechtes Verhalten eingeschätzt. Für Kinder im Einschulungsalter plus 1 Jahr wurde anlassbezogen der sprachfreie Teil des SOPESS-Verfahrens verwandt. Für ältere Kinder und Jugendliche wurde anlassbezogen ein Test zur Beurteilung der Visuomotorik (Kugler-Test), der rezeptiven Sprachentwicklung (Mottiertest) und der Grobmotorik (Hackengang und Ein-Bein-Hüpfen) durchgeführt. Für die ärztliche Untersuchung waren besondere Umstände der Einreise, Entwicklungsstörungen und Vorerkrankungen von besonderer Bedeutung. Um dieses Hintergrundwissen für eine umfassende Diagnostik zu gewährleisten, wurden Dolmetscher\*innen bzw. ehrenamtliche Sprachmittler\*innen über das Kommunale Integrationszentrum zu den Untersuchungen hinzugezogen.

Insgesamt wurden im Rahmen der Z2-Untersuchungen innerhalb der Schuljahre 2013/14 bis 2017/18 1230 Kinder und Jugendliche untersucht.

Schuljahr	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018
Anzahl der Seiteneinsteiger	16	137	689	272	116

**Tabelle 5.7.1** Quelle: Eigene Erhebungen KJÄD, Kreis Soest.

Am häufigsten wurden kontrollbedürftige Sehfehler sowie Zahnkaries und zu schließende Impflücken festgestellt.

### Z2-Untersuchungen von Kindern im Grundschulalter

Schuljahr	2014/15	2015/16	2016/17
Herabsetzung Sehschärfe	20,3 %	24,2 %	16,8 %
Schielen	3,1 %	3,8 %	3,0 %
Farbsinnstörung	6,3 %	0,7 %	1,0 %
Hörstörung	9,4 %	5,5 %	6,9 %

**Tabelle 5.7.2** Quelle: Eigene Erhebungen KJÄD, Kreis Soest.

### Z2-Untersuchungen von Kindern in weiterführenden Regelschulen

Schuljahr	2014/15	2015/16	2016/17
Herabsetzung Sehschärfe	18,8 %	23,7 %	16,8 %
Schielen	nicht erhoben	4,9 %	3,0 %
Farbsinnstörung	nicht erhoben	1,2 %	1,0 %
Hörstörung	nicht erhoben	3,8 %	6,9 %

**Tabelle 5.7.3** Quelle: Eigene Erhebungen KJÄD, Kreis Soest.

#### **Fazit:**

Bei der schulärztlichen Untersuchung von 1.230 Seiteneinsteigern waren u.a. kontrollbedürftige Sehfehler, Zahnkaries und Impflücken auffällig. Die Vermittlung in die bestehenden Hilfesysteme wurde erfolgreich vorgenommen.

#### Quelle:

- Schulpflicht und Einschulungsuntersuchungen von „neu zuwandernden Kindern und Jugendlichen“, Handreichung für die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der unteren Gesundheitsbehörden in Nordrhein-Westfalen. Stand: 18.01.2016.

## 5.8 Dauerhafte Behinderung, Integrationshelferinnen/Integrationshelfer (I-Helfer)

Einige Kinder mit einer dauerhaften Einschränkung/Behinderung benötigen zumeist individuelle Unterstützung, um im Rahmen ihrer Fähigkeiten am Schulalltag teilnehmen zu können. Die Eingliederungshilfe (§ 54 SGB XII und § 35a SGB VIII) ermöglicht Kindern sowohl in der Regelschule als auch in der Förderschule eine begleitende Hilfe mit unterschiedlichem Stundenkontingent durch einen Integrationshelfer, wobei die Leistungen

nach § 54 SGB XII direkt auf die Teilhabe an Schule, Ausbildung und Beruf abzielt. Leistungsträger sind entweder die Sozialhilfe oder die Jugendhilfe des Kreises Soest bzw. die Jugendämter der kreisfreien Städte Lippstadt, Soest und Warstein.

Die Unterstützungsaufgaben der I-Helfer sind je nach Einschränkungen/Behinderung der Schüler\*in unterschiedlich und reichen von Überwindung von Barrieren bei körperlichen Behinderungen wie Türen öffnen, Be- und Entkleiden für den Sportunterricht, Tornister tragen, Arbeitsmaterialien zurechtlegen, über beratende Gespräche mit Eltern, Lehrer\*innen und Schüler\*innen für mehr individuelles Krankheitsverständnis bis hin zu Unterstützung bei pflegerischen und medizinischen Tätigkeiten.

Die Assistenz in der Schule ist nicht zur Verbesserung der individuellen Schulleistungen gedacht, sondern soll entsprechend der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch die Selbstständigkeitsentwicklung des Kindes fördern. Die Unterstützungsgewährung nach § 54 SGB XII und § 35a SGB VIII ist eine gesetzliche Pflichtaufgabe und wird entsprechend dem individuellen Bedarf im zeitlichen Verlauf regelmäßig geprüft.

Bezogen auf die Leistungen nach § 54 SGB XII wird zur Feststellung des Bedarfs ein amtsärztliches Gutachten angefordert. In dem Gutachten wird die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach § 53 Abs.1 SGB XII geprüft, um Leistungen nach § 54 SGB XII gewähren zu können. Bei einem Erstantrag erfolgt die Untersuchung des Kindes im Gesundheitsamt. Ausführliche Arztberichte, Schulentwicklungsberichte und weitere ggf. vorhandene Unterlagen werden zur individuellen Bewertung mit einbezogen. Anschließend erfolgt eine schriftliche ärztliche Stellungnahme, die dem zuständigen Auftraggeber des Gutachtens zur weiteren Verwendung zugestellt wird.

<b>Anzahl der Integrationshelfer*innen nach § 54 SGB XII im Kreis Soest</b>					
<b>Jahr</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
I-Helfer	82	98	111	127	140

**Tabelle 5.8.1;** Quelle: Sozialamt Kreis Soest.

Für die Leistung nach § 35a SGB VIII ist nach den Vorgaben des Gesetzgebers ein kinder- und jugendpsychiatrisches Gutachten einzuholen.

Die Anzahl benötigter Integrationshelfer zur Unterstützung von Kindern im Schultag ist in den letzten Jahren angestiegen. Ein Grund für die steigenden Zahlen dürfte im neunten SchulRÄndG liegen, das die Beschulung von Kindern mit besonderem pädagogischen Förderbedarf stärkt. Im Zuge der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention aus dem Jahr 2009 mit dem Wunsch nach Inklusion soll den Kindern mit Förderbedarf der Zugang zur Regelschule ermöglicht werden. Eine Maßnahme beinhaltet hierbei die individuelle Schulbegleitung durch einen Integrationshelfer\*in und die Möglichkeit der zusätzlichen Betreuung durch Sonderschulpädagog\*innen im Rahmen gemeinsamer Unterrichte in den Regelschulen. Dementsprechend ist die Anzahl der Förderschulen bundesweit und auch im Kreis Soest reduziert worden. Folglich wird die Zahl der Beschulungen von Kindern mit erhöhtem Förderbedarf für die individuelle Schulbegleitung in einer Regelschule auch in den nächsten Jahren ansteigen.

Zum 01.01.2018 trat durch das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen eine Reihe von Änderungen mit Wirkung für die gesetzliche Eingliederungshilfe in Kraft. (Bundesteilhabegesetz = BTHG) Ab dem Schuljahr 2018/2019 werden die I-Helfer-Anträge im Rahmen des Gesamtplanverfahrens mit Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung vornehmlich von den Sozialämtern und in den Jugendämtern bearbeitet. Bei Neuanträgen oder Unklarheiten wird zusätzlich eine fachärztliche Meinung eingeholt.

Ein rechtsmittelfähiger Bescheid soll innerhalb von 3 Wochen erstellt werden.

Quellen:

- Gesundheitsberichterstattung 2007/2008/2011, Kreis Soest.
- RKI KiGGS-Studie.
- Praxisbericht ICF und der Begriff „wesentliche Behinderung“ im Bundesteilhabegesetz (BTHG).

## 5.9 Autoimmunerkrankungen / Allergien im Kindesalter

Allergien im Kindesalter stellen ein zunehmendes Problem der westlichen Industrieländer dar. Jedes dritte Baby kommt heute mit einem Allergierisiko auf die Welt, nach der aktuellen KiGGS-Studie sind 26 % der Kinder von Asthma, Allergien und/oder Neurodermitis betroffen (vgl. RKI Gesundheitsmonitoring und KiGGS-Studie Welle 1 und 2).

Bei der **allergischen Rhinitis**, dem sogenannten Heuschnupfen, kommt es infolge einer allergischen Entzündungsreaktion der Nasenschleimhäute zu Fließschnupfen, Niesattacken, erschwerter Nasenatmung. Vielfach sind auch die Augenschleimhäute allergisch entzündet, tränen und jucken. Als auslösende Stoffe (Allergene) sind meistens Pollen, Schimmelpilze, Tierepithelien wie Katzenhaare oder Hausstaubmilben verantwortlich. Das **Asthma bronchiale** hingegen wird durch ein an sich überempfindliches, auch allergisch reagierendes Bronchialsystem verursacht. Es kommt zu reversiblen Verengungen/Verkrampfungen im Bronchialsystem und damit zu Husten, pfeifender Atmung, Atemnot. Bei der **Neurodermitis** handelt es sich um eine der häufigsten chronischen Erkrankungen des Kindesalters. Ca. 10 % der Kinder in Deutschland sind betroffen. Auch hier ist die Haut an sich überempfindlich gegenüber verschiedenen Auslösern. Hierzu gehören Pollen, Hausstaubmilben, Tierhaare und Lebensmittel, aber auch mechanisch reizende Stoffe wie Wolle. Thermische Reize wie Hitze, Kälte, Heizungsluft oder auch Infekte, Impfungen, Stress können die Situation verschlimmern. Es treten oft quälender Juckreiz, Rötung und Hautverdickung, sogar Hautwunden und Papelbildung (Bläschenbildung) auf.

Im Rahmen der SEU im Kreis Soest wurden in 12-Monats-Prävalenz (Erkrankte in dem Zeitraum) die Items (Merkmale) zu Ekzem/Neurodermitis, Allergische Rhinitis und Asthma bronchiale erhoben.

Dokumentiert wurde zudem, ob der Befund behandlungsbedürftig oder bereits behandelt war oder ob eine ärztliche Therapie bislang noch nicht erfolgt ist (vgl. LZG.NRW, Einschuljahrgang 2011/12 bis 2016/17).

Seit 2014 wird per Fragebogen (Angaben der Sorgeberechtigten) eine allergische Anamnese (eventuelle bezügliche Krankheitsvorgeschichte) zu dem Kind durchgeführt (Mehrfachnennung möglich):

=> in den letzten 12 Monaten gleichzeitig mit Niesanfällen eine laufende, verstopfte oder juckende Nase und/oder tränende, gerötete juckende Augen, obwohl nicht erkältet,

=> in den letzten 12 Monaten auffällige Atemgeräusche, und/oder Atemgeräusche während körperlicher Anstrengung, und/oder nächtliches Aufwachen aufgrund von Atembeschwerden.

<b>Allergische Anamnese - Symptomatische Ergebnisse in Prozent (%), Kreis Soest</b>						
	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Allergische Rhinitis	0,2 %	0,1 %	0,7 %	1,1 %	2,1 %	4,4 %
Ekzem/Neurodermitis	0,4 %	0,3 %	2,6 %	0,4 %	2,8 %	4,9 %
Asthma bronchiale	1,9 %	2,0 %	1,9 %	0,7 %	1,6 %	4,6 %

**Tabelle 5.9.1;** Quelle: Erhebungen des KJÄD, Kreis Soest, Datenauswertung SEU, LZG.NRW.

Bis auf ein Kind (allergische Rhinitis/2014) befanden sich alle Kinder mit relevanten Beschwerden in ärztlicher Behandlung.

Die Auswertungsergebnisse der Fragebögen im Rahmen der SEU 2014 bis 2016 ergaben eine Zunahme der Einschüler\*innen mit mindestens einem erkrankungstypischen Symptom von 1,2 % 2014 bzw. 1,9 % 2015 auf nun 4,9 % bei Verdacht auf Asthma bronchiale. Fast genauso verhält es sich mit den Daten aus dem Fragebogen zu Symptomen, die auf eine allergische Rhinitis hinweisen. Waren in den Vorjahren 1,6 % betroffen, sind es nun bei den Einschüler\*innen 2016 3,9 %. Somit ist festzuhalten, dass die Häufigkeit der Erkrankungen Allergische Rhinitis, Ekzem/Neurodermitis und Asthma bronchiale im Kreis Soest vor allem in

den letzten 2 Jahren deutlich zugenommen hat. Zu dem jeweiligen Schweregrad lässt sich in beiden Reihen keine signifikante Aussage erheben.

In Anbetracht der Häufigkeit der Symptomaten bei den Kindern (Ergebnisse der SEU) im Kreis Soest sollten weiter fortfahrende Präventionsmaßnahmen angestrebt und die weitere Entwicklung verfolgt werden.

In der aktuellen, bundesweiten KiGGS-Studie von 2014-2017 ist jedoch ein anderer Trend erkennbar. Beschrieben wird eine Erkrankungshäufigkeit der 3-6 Jahre alten Kindern von 4,9 % mit jemals aufgetretener allergischer Rhinitis, 13,3 % mit jemals aufgetretener Neurodermitis und 2,7 % mit jemals aufgetretenem Asthma. Nach einer gravierenden Zunahme seit Mitte des 20. Jahrhunderts wird für den Verlauf des letzten Jahrzehntes eine Stabilisation auf hohem Niveau beschrieben.

Diese Zahlen können jedoch aufgrund unterschiedlicher Alters- und Prävalenzspanne nicht direkt mit den oben aufgeführten Zahlen aus der SEU im Kreis Soest verglichen werden.

Quellen:

MGEPA Landesgesundheitsbericht 2015.  
Sonderausgabe Eltern des Dt. Allergie- und Asthmabund 4/2015.  
Monatszeitschrift Kinderheilkunde 8/2015.

### 5.10 Epidemiologie und Impfquoten von Masern, Mumps, Röteln, Varizellen

**Masern** gelten als eine der ansteckendsten Erkrankungen des Menschen und sind ein wesentlicher Grund für eine erhöhte Kindersterblichkeit in vielen Regionen der Welt. Die Übertragung der Viruserkrankung erfolgt aerogen (über die Luft). Kennzeichnend sind hohes Fieber, eine Entzündung der oberen Atemwege und ein typischer Hautausschlag. Die möglichen Komplikationen sind Mittelohr-, Lungen- oder gar eine Gehirnentzündung. Die Letalität beträgt bei zuvor gesunden Kindern 0,1 %. Die höchste altersspezifische Inzidenz liegt bei Kindern in den ersten 3 Lebensjahren.

Nach Schätzungen der WHO verstarben noch 2015 ca. 134.200 Kinder weltweit an den Masern. Zielsetzung der WHO ist die Elimination („Ausrottung“) der Masern bis 2020. Dazu muss eine Immunität der Bevölkerung von mindestens 95%, bzw. eine stabile Impfquote von mindestens 95 % für die zweite Masernimpfung vorliegen. Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten Maßnahmen der Prävention (Vorbeugung/Verhütung) zum Schutz vor impfpräventablen (gegen die geimpft werden kann) Infektionserkrankungen.

Die gemeldeten Masernfälle in Deutschland 2018 (Datenstand des RKI vom 27.06.2018\*) lagen in den Altersgruppen\* 0 Jahre bei (26), 1 Jahr (27), 2 Jahre (12), 3 Jahre (5), 4 Jahre (8) und 5-9 Jahre bei (19).

Für Kinder, die in eine Kindertagesstätte aufgenommen werden, besteht seit 2017 die Pflicht zum Nachweis einer durchgeführten Impfberatung. Seit 2015 werden im Rahmen der SEU im Kreis Soest auch die Eltern bzw. Erwachsene zur Masernimmunität / Masernimpfung beraten. Bei der Erstuntersuchung von Flüchtlingskindern (bis 18 Jahren) wird ebenfalls der Impfstatus überprüft.

Nach den Empfehlungen der STIKO des RKI wird für Kinder die Masernimpfung in zwei Schritten empfohlen. Die erste Impfung im 11.-15. Lebensmonat, die zweite im 15.-24. Lebensmonat. Die 2. Impfung ist dabei keine sogenannte „Auffrischimpfung“, sondern wichtig für einen sicheren und kompletten Impfschutz.

<b>Masern-Impfquoten anhand der vorgelegten Impfausweise Einschulungsuntersuchungen, Kreis Soest</b>						
Einschulung in das Schuljahr	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18
Erste Impfung	98,0 %	97,6 %	97,9 %	97,9 %	98,2 %	98,4 %
Zweite Impfung	95,5 %	95,2 %	96,2 %	95,8 %	95,4 %	95,9 %

**Tabelle 5.10.1**, Quelle: LZG.NRW, Masern Impfungen (>= 01mal; >=2mal), Auswertungen SEU Impfen nach Vorgabe des RKI, Kreis Soest.

In NRW lag die Masern-Impfquote der Einschüler\*innen in das Schuljahr 2016/17 bei der ersten Impfung bei 97,9 % und bei der zweiten Impfung bei 94,1 % (vgl. LZG.NRW, MMRV-Impfquoten NRW 2016, Juli 2018).

Im Kreis Soest zeigen die erhobenen Daten aus den SEU eine stabile und sehr gute Masernimpfquote, die jeweils über dem Landesschnitt liegt. Um diesen Erfolg aufrecht zu erhalten, ist auch weiterhin eine beständige Beratung und Aufklärungsarbeit der niedergelassenen Ärzt\*innen und Gesundheitsfachkräfte erforderlich. Weitere Informationen zu Masernerkrankungen sind im Kapitel 10 Infektionserkrankungen dargestellt.

**Mumps** ist eine akute impfpräventable Viruserkrankung. Es kommt typischerweise zu einer ein- oder beidseitigen schmerzhaften Schwellung der Speicheldrüsen und Fieber. Es können auch die Speicheldrüsen unter der Zunge betroffen sein. 30-40 % der Erkrankungen verlaufen allerdings inapparent (nicht sichtbar). Eine ernste und sehr schmerzhafte Komplikation ist die bei 15-20 % der Fälle auftretende Beteiligung der Hoden. Auch eine Eierstockentzündung kann auftreten. Weitere Komplikationen sind eine Gehirn- oder Gehirnhautentzündung, eine Bauchspeicheldrüsenentzündung oder eine einseitige Taubheit.

Seit Empfehlung der Impfung im Jahr 1976 sind die Mumps-Impfraten kontinuierlich gestiegen, die Erkrankungsrate sind von mehr als 200 pro 100.000 Einwohner auf weniger als 1 pro 100.000 Einwohner\*innen gesunken. Außerdem besteht seit 2013 eine Meldepflicht gemäß dem Infektionsschutzgesetz.

Erkrankungsfälle Mumps Kreis Soest, NRW und Deutschland (BRD)				
	2014	2015	2016	2017
Kreis Soest	2	0	2	2
NRW	271	211	217	208
BRD	986	876	908	869

Tabelle 5.10.2, Quelle: RKI, SurvStat; Ratgeber Mumps.

Seit 2001 besteht die Impfempfehlung der STIKO, die erste Dosis im Alter von 11-14 Monaten, gefolgt von der zweiten Dosis im Alter von 15-24 Monaten zu verabreichen. Die empfohlene Zweitimpfung (die keine Auffrischimpfung ist) soll einen ausreichenden Impfschutz geben.

Die Impfung erfolgt mit einem sogenannten MMR-Kombinationsimpfstoff, der neben Mumps auch vor Masern und Röteln schützt. Ein Einzelimpfstoff gegen Mumps ist in Deutschland nicht verfügbar (vgl. auch [www.impfen-info.de](http://www.impfen-info.de)).

Auch hier wird eine Durchimpfung der Bevölkerung von 95 % (zweite Impfung) angestrebt, um Ausbrüche oder eine kontinuierliche Zirkulation des Mumpsvirus zu vermeiden. Vorhandene Immunitätslücken - wie auch bei Masern - sollen vor allem bei den Jugendlichen geschlossen werden.

Mumps-Impfquoten anhand der vorgelegten Impfausweise im Rahmen der SEU, Kreis Soest						
Einschulung in das Schuljahr	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18
Erste Impfung	98,0 %	97,6 %	98,0 %	97,8 %	98,1 %	98,4 %
Zweite Impfung	95,4 %	95,2 %	96,4 %	95,7 %	95,3 %	95,9 %

Tabelle 5.10.3, Quelle: LZG.NRW, Mumps Impfungen, Auswertungen SEU Impfen nach Vorgaben des RKI, Kreis Soest.

In NRW lag die Mumps-Impfquote der Einschüler\*innen im Schuljahr 2016/17 bei der ersten Impfung bei 97,7 % und bei der zweiten Impfung bei 93,9 % (vgl. LZG.NRW, MMRV Impfquoten NRW, Juli 2018).

Zur langfristigen Beseitigung von Mumps ist zu hoffen, dass durch die bislang erreichten Präventionsmaßnahmen weiterhin solche Immunitätsquoten über dem Landesschnitt im Kreis Soest vorzuweisen sind.

**Röteln** sind eine Virusinfektion, die durch Tröpfchen übertragen wird. Einziger Wirt ist der Mensch. Die Erkrankung ist durch ein charakteristisches feinfleckiges Exanthem (Hautausschlag) gekennzeichnet, das im Gesicht beginnt, sich dann über den Körper und die

Extremitäten ausbildet und nach 1-3 Tagen verschwindet. Die weiteren Symptome wie Kopfschmerzen, leichtes Fieber, auch Lymphknotenschwellungen, Gelenkschmerzen sind oft kaum ausgeprägt. Selten kommt es zu Gelenk-, Mittelohr-, Herz- oder Gehirnentzündungen. Besonders relevant ist die Rötelninfektion in der Frühschwangerschaft. Während der ersten 12 Wochen kann die Infektion des Fetus mit einer Expressivität von 90 % zu Fehl- oder Totgeburt, einer Vielzahl von Missbildungen wie Taubheit, Herzmissbildungen, geistiger Behinderung, Augenschäden oder Knochendefekten führen.

Seit 2013 besteht eine namentliche Meldepflicht gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG). In der amerikanischen WHO-Region gelten die Röteln sowie das angeborene Rötelsyndrom (CRS) als eliminiert, in der europäischen WHO Region traten 2015 noch 7 Fälle, in Deutschland in 2013 ein Fall von CRS auf.

Rötelnquote im Verlauf				
	2014	2015	2016	2017
Kreis Soest	0	0	0	0
NRW	30	17	39	41
BRD	207	166	200	197

**Tabelle 5.10.4**, Quelle: RKI- SurvStat 2.0; Infektionsschutz 2018; Spezielle Krankheiten 2018.

Die Rötelnimpfung wird in Kombination mit Mumps und Masern (MMR) und seit 1991 zweimalig empfohlen. Seit dem Jahr 2012 gibt es keinen Einzelimpfstoff mehr.

Die erste Impfung sollte im Alter von 11-15 Monaten, die zweite Impfung im Alter von 15-24 Monaten gegeben werden. Da eventuell noch persistierende (fortbestehende) mütterliche Antikörper im ersten Lebensjahr die Impfviren neutralisieren könnten, ist die zweite MMR(V)-Impfung zur Erlangung des individuellen aber auch des bevölkerungsbezogenen Immunschutzes unerlässlich. Auch hier wird eine Durchimpfung von 95 % der Kinder bis zum 24. Lebensmonat gefordert.

Röteln-Impfquoten Einschulungsuntersuchungen, Kreis Soest	anhand der vorgelegten Impfausweise					
Einschulung in das Schuljahr	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18
Erste Impfung	97,7 %	97,5 %	98,0 %	97,8 %	98,1 %	98,4
Zweite Impfung	95,4 %	95,1 %	96,4 %	95,4 %	95,3 %	95,9

**Tabelle 5.10.5**, Quelle: LZG.NRW, Röteln Impfungen, Auswertungen SEU Impfen nach Vorgabe des RKI, Kreis Soest.

In NRW lag die Röteln- Impfquote der Einschüler\*innen im Schuljahr 2016/17 bei der ersten Impfung bei 97,7 % und bei der zweiten Impfung bei 93,9 %.

Die Impfquoten im Kreis Soest erreichen konstant die geforderten Zielsetzungen der WHO und liegen über dem Landesschnitt. Weitere Impfberatungs- und Aufklärungsarbeit zur Stabilisierung des guten Ergebnisses sind wichtig.

**Varizellen**, die Infektion mit dem Varicella-Zoster-Virus bei Erstinfektion, bewirkt die klassische Windpockenerkrankung. Bei erneutem Aktivwerden nach einer vorherigen Erstinfektion kommt es zum Herpes Zoster (Gürtelrose). Die Erstinfektion erfolgt über Tröpfcheninfektion, wie z.B. beim Atmen/Husten/Niesen auch über große Entfernungen. Es entwickeln sich unterschiedlich ausgeprägte, juckende Hautausschläge, auch auf der behaarten Kopfhaut und den Schleimhäuten mit (virushaltigen) Bläschen und Krusten sowie hohes Fieber. Die häufigste Komplikation ist die bakterielle Superinfektion der Hautläsionen, aber auch die Lungenentzündung. Es können Affektionen des Zentralen Nervensystems, des Herzens, der Niere, Leber und des Gerinnungssystems auftreten (vgl. auch [www.impfen-info.de](http://www.impfen-info.de)).

Eine Infektion bei Schwangeren im ersten und zweiten Schwangerschaftsdrittel kann zu neurologischen Erkrankungen und Fehlbildungen des Ungeborenen führen. Die Infektion eines Kindes einige Tage vor und nach der Geburt verläuft schwer und kann in bis zu 30 % tödlich enden.

Die Windpockenerkrankung ist die am häufigsten auftretende Erkrankung, gegen die geimpft werden kann. Auch hier besteht seit 2013 die namentliche Meldepflicht nach dem IfSG.

<b>Erkrankungshäufigkeit mit Varizellen</b>					
	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Kreis Soest	39	145	46	49	83
NRW	2.264	5.309	4.782	4.978	4.263
BRD	10.385	24.117	24.336	25.445	22.271

**Tabelle 5.10.6**, Quelle: RKI 2018, u. a. Infektionsschutz Windpocken; Epid. Bulletin. Werte aus vorherigen Zeiträumen stehen nicht zu Verfügung.

Eine zweimalige Impfung gegen Varizellen wird seit dem Jahr 2009 empfohlen. Dabei sollte die erste Impfung wie auch die MMR-Impfung vom 11.-15. Lebensmonat, die zweite Impfung bis zum 24. Lebensmonat erfolgen. Ein Einzelimpfstoff steht zur Verfügung. Nach RKI Daten von 2015 und 2016 haben Bundesländer mit den höchsten Impfraten die wenigsten Erkrankungsfälle und umgekehrt. Wie auch bei Mumps kann bei Varizellen die Impfwirkung ausbleiben oder sich ein abnehmender Immunschutz entwickeln („waning immunity“), so dass es zu Durchbruchinfektionsgeschehen sowie einer Alters-Rechtsverschiebung kommen kann. Eine Häufigkeitserhöhung der Gürtelrosenerkrankungen wäre nachfolgend ebenfalls zu erwarten.

<b>Varizellen-Impfquoten anhand der Impfausweise SEU, Kreis Soest</b>					
Einschulung in das Schuljahr	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18
Impfstatus vollständig*	86,5 %	89,6 %	91,5 %	90,5 %	90,9 %

**Tabelle 5.7.7**, Quelle: RKI Infektionsschutz, Impfquoten bei den SEU 2016, Stand 04/2018;

\*Als vollständiger Impfstatus wird die Verabreichung von 2 Dosen bezeichnet, dabei wird nicht mehr wie zuvor nach Kombinationsimpfstoff oder Einzelimpfstoff gegliedert.

In NRW lag die Impfquote an vollständigen Varizellen-geimpften Einschüler\*innen im Schuljahr 2016/17 bei 86,6 % und bundesweit bei 84,3 % (vgl. LZG. NRW, Einschulungsdaten 2016). Somit lag die Durchimpfungsquote im Kreis Soest höher als in NRW und dem Bundesgebiet.

Die Varizellen-Impfquoten im Kreis Soest spiegeln die wachsende Inanspruchnahme des Impfangebotes wider und sprechen für eine gute Präventionsarbeit vor allem der niedergelassenen Ärzt\*innen im Kreis Soest. Eine Impfquote von 95,0 % ist weiterhin erstrebenswert.

Quelle:

- RKI, Epid. Jahrbücher 2006-2017, Bulletin 16/2017, 1 und 16/ 2018, Pressemitteilung Europäische Impfwache 2018.

## 5.11 Resümee

Zumindest vorübergehend zeigen 14 % der im Kreisgebiet 2017 untersuchten Einschulungskinder Verhaltensauffälligkeiten. Dabei ist ein soziales Gefälle mit höheren Werten in Kommunen mit sozialem Brennpunkt zu verzeichnen. Ähnliches ist bei den Erhebungen zum Medienkonsum festzustellen. Beide Merkmale wurden bisher erst einmalig erhoben und bedürfen weiterer gezielter Beobachtung.

Auch die motorische Entwicklung der Einschulungskinder weist über die letzten Jahre deutlich steigende Defizite auf. Weitere Exploration ist erforderlich und geeignete Maßnahmen sind zu etablieren, um diesen Trend zu stoppen und ihm wirksam zu begegnen.

Die Anzahl übergewichtiger Kinder stagniert inzwischen im Kreisgebiet, entspricht damit der allgemeinen Entwicklung. Die bereits etablierten Maßnahmen haben sicher einige positive Effekte erzielt.

Aber auch wenn die Zahlen nicht weiter steigen und der Kreis als ländlicher Raum unter dem landesweiten Durchschnitt liegt, muss das dennoch hohe Niveau, auf dem die Fallzahlen stagnieren, weiter alarmieren.

Die Entstehung der Adipositas ist ein multifaktorielles Geschehen, dessen Ursache sich nicht allein auf ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel reduzieren lässt. Vielmehr handelt es sich um ein komplexes Zusammenspiel zahlreicher Faktoren, deren Bekämpfung sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen erfordert.

Wie auch auf nationaler Ebene ist im Kreisgebiet weiterhin mindestens eine Fortsetzung, besser noch eine Intensivierung der Präventionsarbeit erforderlich. Die Präventionsarbeit in Kindertageseinrichtungen und Grundschulen unter anderem im Rahmen der Projekte „Bunt und Gesund“ und „Schule 2000“ sind wichtige Bausteine (s. auch Kapitel 7).

Des Weiteren ist eine Aufschlüsselung der Daten sinnvoll, um mögliche Problembezirke besser erkennen und zielgerichtete Maßnahmen im Sinne der Verhältnisprävention umsetzen zu können.

Eine Datenerhebung als Verlaufsbeobachtung in höheren Schulklassen, die eine bessere Einschätzung und ggf. zielgerichtete Maßnahmen für Jugendliche im Sinne einer Verhaltensprävention ermöglichen, ist ebenfalls zweckdienlich.

Die Sprachentwicklung ist als durchaus positiv zu bezeichnen. Fluchtzuwanderung und ihre Auswirkungen auf die Sprachentwicklung der betroffenen Kinder sind zukünftig in den Blick zu nehmen.

Angesichts der Herausforderungen der Inklusion, der Zunahme der Seiteneinsteigenden und der geflüchteten Menschen sowie gesellschaftlicher Veränderungen besteht die Notwendigkeit eines effektiven Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes mehr denn je.

Diejenigen Kinder mit erhöhten Bedarfen brauchen in der ganzen Entwicklungszeit von der Geburt bis zum Abschluss der Adoleszenz kinderärztliche Begleitung. Für viele Kinder ist eine kontinuierliche schulärztliche Betreuung durch „multiprofessionelle runde Tische in der Schule“ (sog. „Schulärztliche Systemsprechstunden“) und intensive sozialpsychiatrische Übergangsbegleitung in der Bildungsbiografie und gelegentlich durch subsidiäre Gesundheitsversorgung weit wirksamer als eine einmalige Schuluntersuchung. Dieser Ansatz wird in dem Pilotprojekt „Übergang Kita – Schule“ in Zusammenarbeit mit Schulamt, Jugendamt und Kommunalem Integrationszentrum jetzt verfolgt.

Als zielführend erweist sich die kinder- und jugendpsychiatrische Sprechstunde, die zunehmend frequentiert wird. Es bleibt abzuwarten, inwieweit Ausweitung erforderlich wird.

#### Quellen:

- Leserforum der Zeitschrift Blickpunkt Öffentliche Gesundheit Ausgabe 3/2018: Prof. Dr. Ursel Heudorf, GA Frankfurt a.M. und Dr. med. Axel Iseke Gesundheitsamt Münster.
- Gesellschaftliche Teilhabechancen von Gelsenkirchener Kindern, Grundlage für eine sozialräumliche Strategieentwicklung Stand 2/2015, S. 41.

## 6. Zahnstatus der Kinder

### 6.1 Einleitung

Die zahnmedizinische Prophylaxe beschäftigt sich mit vorbeugenden Maßnahmen, die die Entstehung von Krankheiten an Zähnen und am Zahnhalteapparat verhindern sollen, und stellt die wichtigste Aufgabe des Zahnärztlichen Dienstes (ZÄD) / Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes (KJZÄD) der Gesundheitsämter dar.

#### **Eine wirksame Kariesprophylaxe beruht auf:**

Regelmäßiger zahnärztlicher Kontrolle  
Gewissenhafter Zahnpflege  
Zahngesunder Ernährung  
Schmelzhärtung durch Fluoride

Das Angebot der Kariesprophylaxe besteht im Kreis Soest aus Individual- oder Gruppenprophylaxe. Die Individualprophylaxe erfolgt durch niedergelassene Zahnärzt\*innen bei den jährlichen Vorsorgeuntersuchungen. Die Gruppenprophylaxe wird im jährlichen Rhythmus durch Zahnmedizinische Fachkräfte der Abteilung Gesundheit in den Kindertageseinrichtungen und Schulen (Setting-Ansatz) durchgeführt. Im Rahmen der Individual- und Gruppenprophylaxe werden der Zahnstatus der Kinder zu Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen, Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie die bestehenden Versiegelungen der bleibenden Zähne erfasst. Bei Behandlungsbedarf durch einen niedergelassenen Zahnarzt\*in wird den Erziehungsberechtigten das Untersuchungsergebnis schriftlich mitgeteilt.

Der Zahnstatus mit den Parametern naturgesund, saniert und behandlungsbedürftig ermöglicht lediglich eine Übersicht des Gebisszustandes.

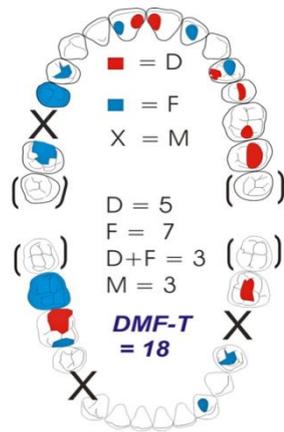
**Naturgesundes Gebiss:** Ein Milchgebiss und ein bleibendes Gebiss sind kariesfrei, der Zustand des Zahnhalteapparates wird nicht berücksichtigt. Ein Gebiss ohne kariösen Zahn bzw. die Folgen einer Karies (Füllung, gezogener Zahn). Behandelte Zahnschäden als Unfallfolge beeinflussen den Status des „naturgesunden Gebisses“ nicht.

**Saniertes Gebiss:** Eine Behandlung der kariös erkrankten Zähne ist abgeschlossen (Extraktionen, Füllungen, Zahnersatz, Rekonstruktionen, parodontologische Maßnahmen usw.). Diese kann durch Entfernen der Karies und anschließende Versorgung mit Füllungen oder durch Entfernen der erkrankten Zähne erreicht werden. Als saniert gelten auch von Karies befreite, nicht gefüllte Milchzähne, die als Platzhalter für das bleibende Gebiss dienen.

**Behandlungsbedürftiges Gebiss:** Die notwendige Behandlung der Zähne hat noch nicht begonnen bzw. ist nicht zu Ende geführt. Dabei reicht das Kriterium behandlungsbedürftig von Kindern mit sehr vielen kariösen Zähnen bis zu Kindern mit weitgehend sanierten Gebissen und einem defekten Zahn. Die Aussage dieses Parameters hat daher nur Übersichtscharakter.

Um den jeweiligen Zustand der Zähne beschreiben zu können, wird der sogenannte dmf-t / DMF-T Index herangezogen.

Der **dmf-t / DMF-T-Index** ist ein Kariesindex oder ein statistischer Gradmesser für die Schwere bzw. Auswirkung einer Karieserkrankung (sogenannte "Karieslast"). Ein dmf(t) - bzw. DMF(T)-Wert von 0 ist gleichbedeutend mit einem naturgesunden Gebiss. Je kleiner die dmf(t)- bzw. DMF(T)-Werte sind, desto besser ist die Zahngesundheit.



Auf nebenstehender Abb. haben 5 Zähne Karies (D), 7 Zähne eine behandelte Karies = Füllungen (F) (die beiden überkronten Zähne = ganzer Zahn ist blau eingefärbt, werden den Füllungen zugerechnet), an 3 Zähnen befindet sich eine Kombination aus Füllungen und Karies (D + F) und 3 Zähne fehlen (M).

**Abbildung 6.1.1:** Dokumentationsbeispiel für zahnärztliche Befunde in einem Gebiss.

Da bei dem DMF-T-Index der gesamte Zahn zählt, ist es gleichgültig, ob sich mehrere Defekte oder Füllungen oder Kombinationen an einem Zahn befinden, der Zahn wird stets nur einmal mit seinem Zustand in dem Index aufgeführt

Die Weisheitszähne - da nicht bei jedem von Natur aus vollzählig vorhanden - werden vom Index nicht erfasst, somit kann der DMF-T-Index des menschlichen Gebisses höchstens „28“ und wenigstens „0“ betragen. Für das Milchzahngebiss gilt, dass alle Indices klein geschrieben werden (z.B. dmf-t-Index).

### 6.1.1 Zahngesundheit der Kinder in Kindertageseinrichtungen, Schulen

Auf der Basis der Vorgaben der WHO für das Jahr 2020, die für Deutschland durch die Bundeszahnärztekammer modifiziert wurden, soll im Jahr 2020 folgendes Mundgesundheitsziel bei Kindern erreicht sein: Bei 6-7-Jährigen sollen 80 % der Gebisse kariesfrei sein und bei 12-Jährigen soll der mittlere DMF-T-Wert kleiner als 1 sein.

#### Erreichte Kinder durch Karies-Prophylaxe in 2016 Kreis Soest, NRW und Reg.-Bezirk Arnsberg

Anzahl der durch 1- bis 2-malige Prophylaxe-Maßnahmen bzw. -impulse erreichten Kinder in 2016									
	Kindergärten			Grundschulen			Förderschule		
	gemeldete Kinder <sup>2</sup>	ein Impuls <sup>3</sup>	zwei Impulse <sup>4</sup>	gemeldete Kinder <sup>2</sup>	ein Impuls <sup>3</sup>	zwei Impulse <sup>4</sup>	gemeldete Kinder <sup>2</sup>	ein Impuls <sup>3</sup>	zwei Impulse <sup>4</sup>
Kreis Soest	9.942	8 041	6 647	10 695	8 775	2 846	1 713	289	•
Reg.-Bez. Arnsberg	109 811	72 042	50 878	122 794	100 648	51 386	15 650	7 824	2 972
NRW	552 214	396 650	240 504	611 569	550 069	315 019	74 167	39 473	16 007

**Tabelle 6.1.1.1;** Quelle: LZG.NRW, ausgewählte Indikatoren Daten 2016.

In Bezug auf die Untersuchungsergebnisse können gezielt Gruppenprophylaxe-Angebote für Einrichtungen und/oder eine Intensivbetreuung von Kariesrisikokindern angeboten werden. Erhöhte dmf-t-Werte lassen allerdings grundsätzlich keine Aussagen darüber zu, ob in einer beachteten Gruppe viele Kinder/Jugendliche einen relativ schlechten Zahnstatus haben oder ein kleiner Anteil einen sehr schlechten Zahnstatus aufweist.

### 6.1.2 dmft-Werte bei 6-7-jährigen Kindern

Der dmft-Mittelwert beim Zahnstatus der 6-7-jährigen Kinder im Kreisgebiet lag in den letzten fünf Schuljahren bei 1,57 bzw. 1,15, das heißt, bei den Schulanfänger\*innen waren durchschnittlich 1,57 (1,15) Zähne kariös bzw. wegen Karies gefüllt oder extrahiert (gezogen).

#### Mittlere dmft-Werte im Kreis Soest bei 6-7-jährigen Kindern (Durchschnitt in Deutschland: 1,73)

Untersuchungsergebnisse 6-7-jährige Kinder, Kreis Soest					
	2016/2017	2015/2016	2014/2015	2013/2014	2012/2013
dmft -Wert	1,15	1,02	1,44	1,63	1,57
Prozent (%)					
Naturgesund	67,3	71,8	64,3	58,9	58,6
Saniert	13,4	13,1	17,5	21,8	18,1
Behandlungsbedürftig	21,4	15,1	18,2	19,3	23,4

Tabelle 6.1.2.1; Quelle: Eigene Daten; KJZÄD, Kreis Soest.

Die Statistik für die 6-7-jährigen Kinder im Kreis Soest zeigt einen Anstieg der naturgesunden Gebisse in dieser Altersklasse. Zudem zeigt der 5-Jahresverlauf, dass eine deutliche Verbesserung des dmft-Wertes von 1,57 auf 1,15 erreicht wurde. Auch der Anteil der behandlungsbedürftigen Kinder sank um 2 %.

#### Karieserfahrung und prozentuale Anteile mit naturgesundem Gebiss bei 6-7-Jährigen in Deutschland

Verwaltungsbezirk	dmft-Wert	Kinder mit naturgesundem Gebiss in Prozent (%) dmft-Wert = 0
Kreis Soest (2016/2017)	1,15	67,3
Westfalen-Lippe (2016)	1,78	56,4
Deutschland (2016)	1,73	56

Tabelle 6.1.2.2; Quelle: Eigene Daten KJZÄD, Kreis Soest. „Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe“ DAJ 2016.

### 6.1.3 dmft-Werte bei 9-jährigen Kindern im Kreis Soest

Bei den 9-jährigen Kindern ist der gleiche Trend wie bei den 6 – 7-Jährigen zu verzeichnen. Die Behandlungsbedürftigkeit ist fast um 7 % gesunken und der prozentuale Anteil der naturgesunden Gebisse ist um 15,3 % gestiegen. Das verstärkte Bemühen des zahnärztlichen Dienstes fruchtet augenfällig.

Mittlere dmft-Werte bei 9-jährige Kindern, Kreis Soest					
	2016/2017	2015/2016	2014/2015	2013/2014	2012/2013
dmft -Wert	0,07	0,09	0,08	0,15	0,09
Prozent (%)					
Naturgesund	60,9	63,6	48,9	41	45,6
Saniert	20,0	20,5	30,4	38	28,5
Behandlungsbedürftig	19,1	15,8	16,1	16,5	25,9

Tabelle 6.1.3.1; Quelle: Eigene Daten KJZÄD, Kreis Soest

#### 6.1.4 Das Konzept „Gesund im Mund“ – Betreuung im Rahmen des Grundschulkonzeptes Zahngesundheit

In Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis (AK) Zahngesundheit Westfalen-Lippe zur Förderung der Jugendzahnpflege in den Grundschulen NRW, führt der KJZÄD des Kreises Soest das Grundschulkonzept als Unterrichtsveranstaltung einmal pro Jahr zum Themenbereich Zahngesundheit in Grundschulen und Förderschulen des Kreises durch. Die Betreuung erfolgt durch eine/einen Zahnärztin/Zahnarzt oder durch eine Prophylaxe-Fachkraft. Die Kosten für die jeweils verwendeten Unterrichtsmaterialien trägt der AK Zahngesundheit.

##### Lernziele für die Kinder sind unter anderem:

- die Grundsätze der Zahnhygiene und gesunden Ernährung kennenlernen und beachten,
- die Verantwortung für den eigenen Körper übernehmen und
- die Bedingungen gesunder Lebensführung reflektieren.

Verschiedene Lernzieldimensionen wie z.B. Wissen, Denken, Verstehen, Phantasie, Gefühle, Handfertigkeit oder motorische Fertigkeiten werden dabei stets miteinander verknüpft. Die Inhalte werden auf die jeweilige Altersstufe bezogen vermittelt.

	Anzahl der Klassen (Soll)	Anzahl der Klassen (Ist)	Anzahl der Klassen (Ist %)
2013 / 2014	552	342	62,0
2014 / 2015	513	381	74,3
2015 / 2016	505	418	82,8
2016 / 2017	503	372	74,0

**Tabelle 6.1.4.1;** Quelle: Daten des KJZÄD, Kreis Soest, Konzepte „Gesund im Mund“ (Betreuung im Rahmen von „Gesund im Mund“)

Das Konzept „Gesund im Mund“ wird sehr gut angenommen. Es ist davon auszugehen, dass die beteiligten Grundschulen es dauerhaft umsetzen.

Eine vollständige Versorgung aller Grundschulklassen ist aus Kapazitätsgründen nicht möglich. Von 50 Grundschulen werden zurzeit regelmäßig 47 Grundschulen betreut. Es werden mit 372 Klassen deutlich mehr als die Hälfte der vorhandenen Grundschulklassen in den Regelschulen und Förderschulen mit dem Schwerpunkt Sprache und Lernen besucht.

## 6.2 Resümee

Der dmf-t-Wert ist ein Kariesindex, der als statistischer Gradmesser für die Schwere bzw. Auswirkung einer Karieserkrankung dient und die Zahl der kariösen bzw. wegen Karies gefüllten oder gezogenen Zähne angibt.

Der dmf-t-Wert der 6-7-Jährigen hat sich insgesamt verbessert. Allerdings befinden sich die Werte für Anröchte, Erwitte, Geseke und Lippstadt deutlich oberhalb der übrigen Städte und Gemeinden.

Der dmf-t-Wert bei den 9-Jährigen lag bereits 2011 auf einem guten Niveau und hat sich in den Folgejahren noch weiter verbessert.

Das Grundschulkonzept „Gesund im Mund“ wurde 2009 im Rahmen eines Pilotprojektes erprobt. Seit 2010 wird es im Kreisgebiet regelhaft umgesetzt. Die Finanzierung erfolgt durch den Arbeitskreis Zahngesundheit des Kreises Soest. Eine Ausweitung auf alle Grundschulen des Kreisgebietes ist geplant, sobald die Finanzierung durch den Arbeitskreis dies zulässt.

Die intensive Betreuung aller Altersstufen (Jahrgänge 0 – 6) in den Kindergärten soll weiter

fortgeführt und ausgebaut werden. Für das Konzept „Gesund im Mund“ sollen neue Partner gewonnen werden. Die Umsetzung neuer Konzepte zum Zähneputzen in KiTa und Kindertagespflege, wie z.B. „Kita mit Biss“, soll angedacht und im Kreis Soest etabliert werden.

## 7 Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme

### 7.1 Einleitung

Das am 25.07.2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz soll die Grundlagen für die Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträgern, Ländern und Kommunen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung für alle Altersgruppen in deren unterschiedlichen Lebensbereichen verbessern und dort greifen, wo Menschen leben, lernen und arbeiten.

Der Begriff **Prävention** entwickelte sich bereits in der Sozialmedizin des 19. Jahrhunderts. Sie beruht primär auf der Vermeidung des Auftretens von Krankheiten (Vermeidungsstrategie) und fokussiert Risikofaktoren.

Der Begriff **Gesundheitsförderung** entwickelte sich deutlich später aus den gesundheitspolitischen Debatten der WHO. Menschen sollen durch Verbesserung ihrer Lebensbedingungen eine Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten und ihrer individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung erfahren (Promotionsstrategie). Gesunderhaltende Schutzfaktoren werden fokussiert. Sowohl Prävention als auch Gesundheitsförderung wollen Gesundheitsgewinn erzielen, jedoch auf unterschiedliche Art und Weise. Beide ergänzen sich. Im Kreis Soest sind verschiedene Maßnahmen und Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung etabliert. Damit werden unterschiedliche Zielgruppen angesprochen und erreicht, auf gesellschaftliche Entwicklungen reagiert, bereits bewährte Angebote erweitert bzw. ergänzt. Einige werden im Folgenden aufgeführt.

### 7.2 Maßnahmen und Programme

#### 7.2.1 „Bunt und Gesund“

Für die Prävention von Übergewicht in der Bevölkerung stellen Kinder eine wichtige Zielgruppe dar, denn „Gewohnheiten, die vom Kleinkindalter [bis ins Vorschulalter] erworben wurden [...], prägen auch wesentlich spätere Ess- und Bewegungsgewohnheiten bis ins Erwachsenenalter. Ein gesunder Lebensstil gilt als Schlüssel zur Vorbeugung von Übergewicht und ernährungsabhängigen Erkrankungen“ (Koletzko et al. 2013). Vor allem Eltern und andere Bezugspersonen nehmen eine besondere Rolle im Leben des Kindes beim Lernen von Fähigkeiten und Fertigkeiten ein. Denn sie sind deren Vorbilder – durch Nachahmung, Beobachtung, Interaktion und Kommunikation im täglichen Leben werden beim Kind die Grundlagen für spätere Gewohnheiten wie auch Ess- und Bewegungsverhalten geschaffen (vgl. Koletzko et al. 2013).

Zur Förderung der Ernährungsgesundheit bei Kindern im Kreis Soest bietet das Gesundheitsamt seit 2005 die Präventionsmaßnahme „Bunt und Gesund“ in Kooperation mit dem Westfälisch-Lippischen Landfrauenverband e.V., Kreisverband Soest (WLLV e.V. KV Soest), an. Dieses Angebot wird von der Abteilung Gesundheit begleitet und von den Landfrauen der AG Ernährung vom WLLV e.V. KV Soest in Kindertageseinrichtungen (KiTa) im Kreisgebiet umgesetzt. Die Landfrauen in der AG sind durch ihre Aus- und Weiterbildung qualifizierte Fachkräfte für gesunde und ausgewogene Ernährung im Alltag. Ein wichtiger Präventionsgrundsatz für „Bunt und Gesund“ ist eine niedrighschwellige, bedarfsgerechte,

alltagsnahe, nachhaltige Ernährungsbildung für Kinder auch aus schwierigen Soziallagen unter systematischer Einbindung der Eltern, der Kita-Mitarbeiter\*innen und der Kita-Leitung.

„Bunt und Gesund“ besteht aus zwei Bausteinen – einer Infoveranstaltung für Eltern und einem Aktionstag für Kinder. Die Elternveranstaltung findet an einem Nachmittag oder Abend in der Kita mit einer Landfrau aus der AG statt. Dabei werden praktische Tipps zur Mahlzeitenzubereitung gegeben und Fragen der Eltern beantwortet. Ein wichtiger Grundbaustein für eine ausgewogene Ernährung ist die wissenschaftlich anerkannte und empfohlene Ernährungspyramide des Bundeszentrums für Ernährung (ehemals aid-Ernährungspyramide), die ein fester Bestandteil des Konzeptes von „Bunt und Gesund“ ist und sowohl den Eltern als auch den Kindern und der Kita empfohlen wird.

Der Aktionstag mit den Kindern findet in der Regel an einem Vormittag oder gegebenenfalls am Nachmittag parallel zur Elternveranstaltung statt. Er richtet sich vorrangig an die Vorschulkinder in der Einrichtung und kann je nach Gruppengröße ein bis zwei Aktionstage umfassen. Die Kinder erforschen gemeinsam spielerisch mit einer Landfrau Obst und Gemüse mit den Sinnen, eingebunden in eine Geschichte als Erlebnistour. Im Anschluss werden unter Anleitung der Landfrau gemeinsam leckere, gesunde Snacks und Zwischenmahlzeiten zubereitet. Die Erzieher\*innen unterstützen die Landfrau während der gesamten Aktion. Anschließend werden die zubereiteten Speisen gemeinsam verzehrt – was übrig bleibt, wird anderen zum Verkosten angeboten.

Von 2005 bis Ende 2017 wurde „Bunt und Gesund“ mit 288 Veranstaltungen in insgesamt 151 Kindertageseinrichtungen im Kreis Soest umgesetzt. Dabei nahmen 3383 Elternteile an 244 Elternveranstaltungen teil, 4752 Kinder wurden in 401 Praxis-Aktionen erreicht. Mit sechs Veranstaltungen in sechs Kitas (fünf Elternveranstaltungen, acht Praxisaktionen) war 2017 das bisher schwächste Jahr, denn fünf „Bunt und Gesund“-Veranstaltungen mussten mangels Elternbeteiligung komplett abgesagt werden. Die Motivation der Eltern stellt grundsätzlich eine zunehmende Herausforderung dar, da häufig zu wenige Eltern die angebotenen Elternveranstaltungen wahrnehmen. Um dieser Zielgruppe mit ihren heute vielfältigeren Bedarfen, Anforderungen und Lebensbedingungen gerecht werden zu können, ist im Laufe des Jahres 2018 eine Bedarfsabfrage und eine Überarbeitung des Konzeptes von „Bunt und Gesund“ geplant.

## 7.2.2 Papilio – Sucht- und Gewaltprävention für Kindergartenkinder

Bei der Betrachtung der Gesundheit von Kindern in der Altersgruppe 0-6 Jahre drängt sich das Thema „Sucht- und Gewaltprävention“ zunächst nicht sofort auf.

Empirische Befunde belegen jedoch, dass es ratsam ist, bereits im Kindesalter den Risiken vorzubeugen, die bei größeren Kindern und Jugendlichen zu Substanzmissbrauch und Gewaltbereitschaft führen können.

Kinder, die eine hohe soziale und emotionale Kompetenz entwickeln, stehen später negativen Einflüssen selbstbewusst und kritisch gegenüber. Es ist also notwendig, sich sehr früh mit den Schutzfaktoren zu befassen, diese im Entwicklungsverlauf ständig zu stärken und durch das Verhalten der Erzieher\*innen zu unterstützen. Aus diesem Grund kommt dem Kindergarten eine zentrale familienergänzende Bedeutung zu.

Speziell für Kindergärten wurde daher auf der Basis aktueller pädagogischer und entwicklungspsychologischer Erkenntnisse „Papilio“ entwickelt. Dies ist ein Programm zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen sowie zur Verminderung von Verhaltensproblemen und verfolgt **3 Hauptziele:**

Reduzierung der Risiken für die Entwicklung von Sucht und Gewalt,

Förderung der Schutzbedingungen,

Unterstützung der altersgemäßen Entwicklung

(siehe [www.papilio.de](http://www.papilio.de)).

Seit 2007 wird die Fortbildung für Erzieher\*innen im Kreis Soest angeboten. Die Ausbildungsdauer beträgt wegen der Implementierung der Fortbildungsinhalte bis zu 1,5 Kindergartenjahren und schließt mit einem Zertifikat von Papilio e.V. ab. Bisher wurden kreisweit 8 Fortbildungskurse erfolgreich durchgeführt und die teilnehmenden Erzieher\*innen zertifiziert.



### 7.2.3 Klasse2000 – evaluiertes Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung, Sucht und Gewaltprävention

Gesundheit ist ein grundlegendes Menschenrecht und eine zentrale Voraussetzung für eine persönliche Lebenszufriedenheit sowie für schulische und berufliche Leistungsfähigkeit.

Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltvorbeugung sollten möglichst frühzeitig beginnen, denn die Kindheit ist prägend für den späteren Lebensstil.

Damit ein gesunder Lebensstil entwickelt werden kann, brauchen Kinder - neben Vorbildern - das nötige Wissen, eine positive Einstellung und praktische Fertigkeiten.



Deshalb lernen die Kinder bei Klasse2000:  
wie ihr Körper funktioniert und was ihnen gut tut,  
wie wichtig Gesundheit ist und was sie selber dafür tun können,  
wie sie für sich selber sorgen und gut mit anderen umgehen.

Durch viele Übungen und Experimente mit der Symbolfigur Klaro erforschen bzw. lernen die Kinder, sich selbst wertzuschätzen. Sie achten auf ihre Gefühle und Bedürfnisse und lernen diese auszudrücken. Sie nehmen Rücksicht auf andere und lernen angemessenes Verhalten bei Konflikten und Problemen. Das wirkt sich auch positiv auf das Klassenklima aus.

Vom 1. bis 4. Schuljahr arbeiten die Kinder zu den Themen: gesund essen & trinken; bewegen & entspannen; sich selber mögen & Freunde haben; Probleme & Konflikte lösen; kritisch denken & nein sagen.

Fachleute sprechen von Gesundheits- und Lebenskompetenzen, man könnte auch sagen, die Kinder lernen das „kleine Einmaleins des gesunden Lebens“ ([www.klasse2000.de](http://www.klasse2000.de), Hintergründe 2017).

Seit dem Schuljahr 2005/2006 wird Klasse2000 an derzeit 20 Grundschulen im Kreisgebiet umgesetzt. Momentan nehmen 159 Klassen an Klasse2000 teil. Insgesamt 14 Gesundheitsförderinnen setzten Klasse2000 mit den Lehrkräften um. Das Projekt Klasse2000 wird im Kreis Soest durch 63 verschiedene Paten ermöglicht.

### 7.2.4 HaLT – Hart am Limit - evaluiertes Alkoholpräventionsprogramm



Die Zahl der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die aufgrund einer Alkoholvergiftung in einem Krankenhaus intensivmedizinisch behandelt werden mussten, ist landesweit rückläufig. In 2011 wurden 6229 Betroffene stationär behandelt, im Jahr 2016 waren es nur noch 5191 Kinder und Jugendliche.

Im Kreis Soest ist die Entwicklung jedoch anders. Die Zahl der betroffenen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist von 132 Fällen im Jahr 2013 auf 155 Fälle im Jahr 2015 gestiegen. Im Jahr 2016 wurden zwar weniger Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene behandelt, aber gerechnet auf die altersgleiche Bevölkerung wurden nur in Münster und Hamm mehr Betroffene aufgrund einer Alkoholvergiftung in ein Krankenhaus eingeliefert.

Daher wurde im Dezember 2017 im Kreis Soest unter Moderation und Koordination des Gesundheitsamtes das Präventionskonzept HaLT – Hart am Limit eingeführt.

Es handelt sich hierbei um das einzige Konzept, das sich gezielt mit der Problematik der Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen auseinandersetzt. Es wird bereits in 160 Kommunen bundesweit umgesetzt. Der Erfolg ist wissenschaftlich belegt.

Das HaLT-Konzept setzt sich aus zwei Bausteinen, dem reaktiven sowie dem proaktiven Baustein zusammen.

Der reaktive Baustein beinhaltet ein zeitnahe Beratungsangebot für die betroffenen Kinder oder Jugendlichen sowie deren Eltern. Die Umsetzung des reaktiven Bausteines übernimmt die Suchtberatungsstelle der Diakonie Ruhr-Hellweg. Nach einer Alkoholvergiftung von Kindern und Jugendlichen werden die Erstkontakte direkt im Krankenhaus mit der Diakonie Ruhr-Hellweg mit Zustimmung der Eltern vereinbart. Die Erstgespräche finden auf Wunsch zu Hause oder in den jeweiligen Beratungsstellen statt. Seit Umsetzungsbeginn arbeiten im reaktiven Baustein das Evangelische Krankenhaus Lippstadt, das Krankenhaus Maria Hilf Warstein, das Klinikum der Stadt Soest und das Marienkrankenhaus Soest mit. Für das Stationspersonal haben Schulungen zum HaLT-Projekt an den jeweiligen Kliniken stattgefunden.

Die Inhalte des proaktiven Bausteins bearbeitet die Suchtprophylaxe-Fachkraft des Kreises Soest. Sie kooperiert auf der kommunalen Ebene mit vorhandenen Präventionsnetzwerken. Das Arbeitsziel ist eine konsequente Einhaltung des Jugendschutzgesetzes bei Festveranstaltungen, im Einzelhandel, an Tankstellen, in Vereinen u.a. In enger Zusammenarbeit mit den Ordnungsbehörden in den Städten und Gemeinden, Vereinen und Schulen wird die verbindliche Einhaltung von Präventionsstandards beim Alkoholverkauf umgesetzt. Die Kampagne „Tanzen ist schöner als Torkeln...“ und das Projekt Cocktailbar KATERFREI sind Bestandteil des proaktiven Bausteins. Darüber hinaus sind die Aufklärungs-Projekte / Aktionen der Landeskampagne „Sucht hat immer eine Geschichte“ z.B. der ALK-Parcours, Methodenkoffer Alkoholprävention und die regionalen Aktionstage ebenfalls im Baustein zu integrieren (siehe auch [www.halt.de](http://www.halt.de)).

### **7.2.5 „Verrückt? Na und!“**

#### **- Sensibilisierung für seelische Gesundheit im Klassenzimmer**

Immer mehr Menschen werden aufgrund einer psychischen Erkrankung behandelt. Entgegengesetzt zum demografischen Wandel in der Gesellschaft betrifft dies zunehmend junge Menschen.

Deshalb wurde im Jahr 2017 im Kreis Soest eine Regionalgruppe des Projektes „Verrückt? Na und!“ gegründet. Es handelt sich um einen Zusammenschluss von Mitarbeiter\*innen des Kreises Soest, der LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein, des Sozialdienstes katholischer Männer e.V. Lippstadt, IBAHS Warstein, dem ESTA Bildungswerk, Phönix e.V. Soest, der Behindertenarbeitsgemeinschaft Kreis Soest und Vertretern der Selbsthilfegruppen im Kreis Soest. Die Koordination der Regionalgruppe erfolgt durch den Psychiatriekoordinator des Kreises Soest.

Alle Mitglieder der Regionalgruppe haben eine dreitägige Fortbildung absolviert. Im Schuljahr 2017/2018 wurden bereits 26 Schultage von der Regionalgruppe durchgeführt und somit etwa 650 Schüler\*innen erreicht.

„Verrückt? Na und! Seelisch fit in Schule und Ausbildung“ richtet sich an Schüler\*innen im Alter von 14 bis 25 Jahren, ihre Lehrkräfte und die Schulsozialarbeit. Ziel ist es, Bewusstsein für eine frühzeitige Auseinandersetzung mit seelischer Gesundheit zu schaffen. Das bedeutet: Ängste und Vorurteile abzubauen, Zuversicht und Lösungswege in Krisen zu vermitteln und Wohlbefinden zu fördern.

Das Konzept „Verrückt? Na und!“ wurde von „Irrsinnig Menschlich e.V.“ aus Leipzig entwickelt. Es ist Modellprojekt für die Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele „Gesund

aufwachsen“ und „Depressive Erkrankungen verhindern“. Es wird an über 60 Standorten in 12 Bundesländern angeboten, darüber hinaus in Österreich, Tschechien und der Slowakei. Die Wirksamkeit wurde wissenschaftlich belegt.

### **Ansprechen statt ignorieren – so funktioniert „Verrückt? Na und!“**

Ein Team, bestehend aus einem Fachexperten, z.B. einem Diplom-Psychologen oder Diplom-Sozialarbeiter\*in und einem Menschen, der seelische Krisen gemeistert hat, besucht Schulklassen oder Auszubildende, um sich mit ihnen und ihren Lehrer\*innen offen über die großen und kleinen Fragen zur seelischen Gesundheit auszutauschen. Dies geschieht spielerisch z.B. im Rahmen von Improvisationstheater. Typische Themen sind Leistungsdruck, Mobbing, Trennung der Eltern, Krankheit in der Familie, Süchte, Zukunftssorgen.

Zum Schluss folgt das Gespräch mit den persönlichen Expert\*innen. Die Schüler\*innen erfahren von Betroffenen, wie sich eine Depression anfühlt oder eine Psychose, wo es Hilfe gibt und was sie selbst, Freund\*innen, Eltern und Lehrer\*innen tun können.

### **7.2.6 Trapez - „Hilfen für Kinder psychisch erkrankter und suchtkranker Eltern“**

Kinder psychisch kranker Eltern sind eine Hochrisikogruppe. Die Gefahr, selbst psychisch zu erkranken, ist viermal höher als bei Kindern mit gesunden Eltern. Ursächlich hierfür ist, dass genetische Faktoren mit sozialen Risikofaktoren kumulieren. Die Wirksamkeit von Förderung der Resilienz, Psychoedukation, Entwicklung von sozialen Fähigkeiten und Kooperation der Sektoren wurde (Prof. Dr. Albert Lenz in "Kinder psychisch kranker Eltern", Göttingen 2013) erkannt.

Aus diesem Grund startete die Abteilung Gesundheit des Kreises Soest das Projekt Trapez im Oktober 2012 als Pilotprojekt zur Prävention kinderpsychiatrischer Störungen oder zukünftiger Suchtgefährdung. Es richtet sich an Kinder mit psychisch kranken oder suchterkrankten Eltern, die bereits Unterstützung von der Jugendhilfe beziehen. Es handelt sich hierbei um eine altersgerechte Angehörigengruppe. Das Angebot ist niederschwellig konzipiert und für die Kinder und Eltern kostenlos. Eine Anmeldung beim Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) erfolgt nach Absprache mit den Familien durch die zuständigen Jugendämter.

Der erste Durchlauf endete im April 2013. Im Rahmen einer gemeinsamen Auswertung zwischen dem Gesundheitsamt des Kreises Soest, der Kinderfachklinik Bad Sassendorf und den beteiligten Jugendämtern wurde eine jährliche Fortschreibung des Projektes vereinbart. Den Jugendämtern des Kreises und der Stadt Soest sind Kontingente zugeteilt. 18 Plätze stehen zur Verfügung. Kosten für die Betreuung der Kinder tragen die Jugendämter.

Die Kinder haben die Möglichkeit, zunächst einen unverbindlichen Schnuppertag zu absolvieren. Sie werden durch ein örtliches Taxiunternehmen zuhause abgeholt und nach dem Trapeztag wieder nach Hause gebracht.

Die teilnehmenden Kinder sind zwischen 8 und 12 Jahre alt und kommen aus dem gesamten Kreisgebiet (außer Lippstadt und Warstein). Sie werden in zwei Gruppen (8-10 Jahre und 11-12 Jahre) zu je neun Kindern betreut.

Durch die festen Gruppen und das geschützte Setting ist es den Kindern möglich, Erlebnisse gemeinsam und mit den Betreuern zu besprechen. Neben Gesprächsgruppen gibt es tiergestützte Therapien mit Esel und Pferd. Aber auch Bewegungsangebote und die gemeinsame Einnahme von gesunden Mahlzeiten sind wichtiger Bestandteil des abwechslungsreichen Angebotes. Zudem werden auch z.B. gemeinsame Halloween-Partys, Weihnachtsreiten, Eis essen oder Minigolf angeboten.

Die Kindergruppe ist als Angebot mit mehrdimensionalem Ansatz konzipiert. Die Zielsetzung des Projektes umfasst:

- ▶ Die Stärkung und Förderung der familiären Resilienz,
- ▶ Verbesserung der familiären Kommunikation und Problemlösungsstrategien,
- ▶ Sichtbarmachung der Ressourcen der Kinder und Familien,
- ▶ Die Psychoedukation der Kinder, Informationsvermittlung und Aufklärung zur Erkrankung des Elternteils oder beider Eltern,
- ▶ Die Entlastung der Kinder durch Austausch mit anderen "Betroffenen" in einem geschützten Setting,
- ▶ Steigerung der Lebensqualität durch einen freien Nachmittag ohne die erkrankten Eltern,
- ▶ Die Entlastung der Eltern durch einen freien Nachmittag.

### 7.3 Resümee

Die im Kreis Soest bestehenden präventiven und gesundheitsfördernden Angebote werden gut angenommen und haben sich bewährt.

Im Hinblick auf gesellschaftliche Entwicklungen ist „Bunt und Gesund“ konzeptionell zu überarbeiten und weiterzuentwickeln. Die Verknüpfung mit Sportangeboten ist anzustreben bzw. zu forcieren.

Eine Ausweitung der Angebote zur Sucht- und Gewaltprävention für Kindergarten- und Schulkinder ist gleichermaßen ins Auge zu fassen wie die Stärkung der seelischen Gesundheit (Papilio und „Verrückt? Na und!“). Wer gesund aufwächst und zu einem selbstbewussten, belastbaren Menschen heranwächst, wird sich im weiteren Leben besser behaupten und weniger anfällig für psychische Erkrankungen und Suchtmittelgebrauch sein können.

Die Evaluation des Alkoholpräventionsprogramms HaLT bleibt abzuwarten – jedes erreichte Kind/jeder erreichte Jugendliche lohnt die Intervention.

Das Projekt Trapez wird sowohl von den Eltern als auch den Kindern und beteiligten Sozialarbeiter\*innen als entlastend und wertvoll empfunden. Die Kinder lernen die Erkrankung der Eltern zu verstehen und diese nicht mehr auf sich zu beziehen. Die Eltern profitieren von einem freien Nachmittag ohne die Verantwortung der Kindererziehung.

Die jährliche Reflexion zwischen Gesundheitsamt und Jugendämtern dient u. a. der Vereinbarung der weiteren Zusammenarbeit und dem Austausch. Deutlich gestiegene Transportkosten für das Beförderungsunternehmen könnten sich zukünftig zum limitierenden Faktor für die Weiterführung des Projekts entwickeln. Zwischenzeitlich wird ein verhältnismäßig ähnliches Angebot in Lippstadt vorgehalten.

Ausbau und Stärkung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind eine Investition in eine gesunde Zukunft.

## 8 Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi) für Kinder und Jugendliche

### 8.1 Einleitung

Sowohl das ÖGDG NRW als auch PsychKG NRW sehen vor, dass für die beschriebenen Aufgaben bei den Kreisen und kreisfreien Städten ein SpDi vorgehalten wird. Das PsychKG NRW ist nicht auf eine bestimmte Altersgruppe beschränkt.

### 8.2 Individuelle Hilfs- und Beratungsangebote bei persönlichen Lebenskrisen

Der **SpDi im Kreis Soest** richtete im Jahr 2014 eine spezielle kinder- und jugendpsychiatrische Sprechstunde ein. Diese ist multiprofessionell durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und zwei Dipl. Sozialarbeiter besetzt. Hierbei kooperiert das Gesundheitsamt mit der Kinderfachklinik Bad Sassendorf, die einmal wöchentlich einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie stellt.

Die Anmeldung erfolgt durch Eltern, Kinder oder Jugendliche, deren Bezugspersonen oder andere Behörden und Institutionen.

Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche:

- mit seelischen Problemen
- in Krisen
- mit Abhängigkeitserkrankungen oder Suchtmittelkonsum
- mit Essstörungen
- mit altersbedingten Entwicklungsstörungen

Unterstützung erfolgt durch:

- telefonische Auskunft und Beratung
- persönliche Beratung im Gesundheitsamt
- fachärztliche Beratung und Diagnostik
- Hilfen in Krisensituationen
- Information über weitere Hilfsangebote und Weitervermittlung an andere Einrichtungen oder Dienste

Statistisch erfasst werden alle Personen unter 18 Jahre. Im Einzelfall werden auch Personen bis zum 21. Lebensjahr in der psychiatrischen Sprechstunde vorgestellt, diese werden jedoch hier nicht dargestellt. Die erfassten Klienten werden den Gruppen seelische Probleme, psychiatrische Erkrankungen und Suchtkranke/Suchtgefährdete zugeordnet. Personen mit seelischen Problemen sind solche, die zwar psychisch belastet, aber nicht psychiatrisch erkrankt sind.

<b>Personengruppe</b> (unter 18 Jahre)	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Seelische Probleme	4	16	64	65	48
Psychiatrische Erkrankungen	2	39	5	0	38
Suchtkranke/Suchtgefährdete	2	39	5	0	38
<b>gesamt</b>	<b>6</b>	<b>59</b>	<b>71</b>	<b>72</b>	<b>91</b>

**Tabelle 8.2.1;** Quelle: Eigene Daten SpDi, Kreis Soest.

### 8.3 Resümee

Die im Jahr 2014 eingeführte kinder- und jugendpsychiatrische Sprechstunde ist mittlerweile etabliert. Dies zeigt auch die von Beginn an gute Nutzung des Angebotes. In den letzten Jahren ist eine kontinuierliche Steigerung der Inanspruchnahme zu verzeichnen. Aufgrund der langen Wartezeiten bei niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten wird das Angebot gern genutzt, um zunächst zu klären, ob eine psychische Erkrankung vorliegt. Außerdem kann eine weitere Behandlungsempfehlung gegeben werden. Da psychische Erkrankungen immer früher auftreten und die beschriebenen Wartezeiten sich eher verlängern, ist damit zu rechnen, dass dieses Angebot weiterhin zunehmend genutzt wird. Es bleibt abzuwarten, inwieweit dessen Erweiterung erforderlich werden könnte.

## 9 Gesundheit und Krankheit im Erwachsenenalter

### 9.1 Einleitung

Die Entwicklung der Bevölkerungsgesundheit ist gekennzeichnet durch eine steigende Lebenserwartung.

#### 9.1.1 Lebenserwartung und Sterbefälle

##### Lebenserwartung

Anhand der Bevölkerungsstatistik wird die Lebenserwartung über die Gestorbenen und die Bevölkerung berechnet (Sterbetafel) und bezieht sich auf drei Jahre.

2013/2015 lag die durchschnittliche Lebenserwartung der weiblichen neugeborenen Mädchen in NRW bei 82,52 Jahren, die der männlichen Neugeborenen bei 77,88 Jahren, im Kreis Soest bei 82,47 und 77,34 Jahren, im Regierungsbezirk Arnsberg bei 82,08 und 77,13 Jahren und in Deutschland bei 83,06 und 78,18 (vgl. IT.NRW- Sterbetafel, LZG.NRW- Lebenserwartung und Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015).

2014/2016 zeigt die amtliche Statistik des IT.NRW (vgl. Pressemitteilung vom 26.03.2018) für NRW eine durchschnittliche Lebenserwartung bei den neugeborenen Mädchen von 82,67 Jahren und bei den neugeborenen Jungen von genau 78 Jahren. Für Deutschland liegt die durchschnittliche Lebenserwartung ab Geburt bei den Mädchen bei 83,2 Jahren und den Jungen bei 78,3 Jahren [vgl. auch Statistische Bundesamt (Destatis)].

Die Lebenserwartung einer Bevölkerung kann regional (gebietsweise) unterschiedlich sein und unter anderem von verschiedenen Einflüssen wie z.B. der wirtschaftlichen Situation, der medizinischen Versorgung, dem Gesundheitsbewusstsein und der Vielfältigkeit innerhalb der Bevölkerung abhängig sein.

##### Sterbefälle

Statistische Ämter geben die Zahl der Sterbefälle je Jahr und je 1.000 Einwohner\*innen der durchschnittlichen Bevölkerung an.

Im Jahr 1956 lag das durchschnittliche Sterbealter in Deutschland bei 64,26 Jahren, 1986 bei 73,45 Jahren und weitere 30 Jahre später 2016 bei 78,41 Jahren. Kinder, die im Jahr 2017 geboren wurden (vorausgesetzt der medizinische Fortschritt setzt sich fort), haben gute Chancen, 90 Jahre oder älter zu werden - Jungen durchschnittlich bis zu 90 Jahre, Mädchen sogar bis zu 93 Jahre (vgl. Statistische Bundesamt Deutschland, Genesis - und neue Modellrechnung 2017).

Die Sterblichkeit wird unter anderem beeinflusst vom Alter der Bevölkerung, den hygienischen und umweltmedizinischen Standards, den Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, den materiellen und sozialen Verhältnissen sowie dem Zugang, dem Umfang, der Qualität und dem Zeitpunkt der medizinischen, präventiven und gesundheitsfördernden Versorgung, Verhältnissen und Verhalten zur bejahenden Lebensbalance, Ausbreitung von Infektionskrankheiten und der Trinkwasserqualität.

Die Sterblichkeitszahl kann darüber hinaus noch genauer als proportionale oder altersspezifische Mortalitätsrate beschrieben werden:

- **Proportionale Mortalitätsrate (Verhältnismäßige Sterberate):**

Bevölkerungs- oder krankheitsbedingte Sterblichkeit geteilt durch die Gesamtsterblichkeit

● **Altersspezifische Mortalitätsrate (Sterberate):**

Zahl der innerhalb eines Jahres Verstorbenen einer Altersgruppe geteilt durch die Gesamtzahl der Personen dieser Altersgruppe

Für jede Todesursache lässt sich ermitteln, wie viele Menschen wie lange vor einem bestimmten als Bezugspunkt gewählten Lebensjahr (i.d.R. das 65. Lebensjahr) verstorben sind. Diese Zahl wird als potentiell verlorene Lebensjahre (potential years of life lost, PYLL) beschrieben. Die PYLL ergibt sich aus der Häufigkeit einer Todesursache und der zeitlichen Verteilung des Sterbealters. Ausgehend von einer vorgegebenen Altersobergrenze werden für alle vor Erreichen dieser Altersgrenze Verstorbenen die nicht gelebten Jahre zusammengezählt und als Rate auf 100.000 Einwohner\*innen dargestellt. Damit kann das Präventionspotential bei einzelnen tödlichen Krankheiten eingeschätzt werden.

### **9.1.2 Häufigste Todesursachen und Sterbefälle**

In Deutschland sind insgesamt Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen die wichtigsten Todesursachen. Zwei Drittel aller Todesfälle in Deutschland ereignen sich in der Altersgruppe 75 Jahre und älter. Die häufigsten Todesursachen verändern sich mit zunehmendem Lebensalter. In jüngeren Jahren stellen Unfälle die häufigste Todesursache dar (insbesondere bei Männern: erhöhte Risikobereitschaft im Vergleich zu den Frauen). In den höheren Altersklassen liegen dann aber mit weitem Abstand die Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen vorn.

Aufgrund des medizinischen Fortschritts sind die Sterberaten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und auch für die meisten Krebserkrankungen in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich gesunken. Ohne den demografischen Wandel (Überalterung der Gesellschaft, die Zahl jüngerer Menschen nimmt ab, während die Zahl älterer Menschen ansteigt) würden heute weniger Menschen an diesen Krankheiten sterben als früher.

Erfreulich ist ebenfalls, dass die Zahl der vermeidbaren Sterbefälle – also jene, die sich durch Vorbeugung oder Therapie verhindern lassen – in den letzten zwei Jahrzehnten kontinuierlich gesunken ist (vgl. auch Bundesgesundheitsbericht, BGE-Bund).

### **9.1.3 Resümee**

Die Lebenserwartung für Frauen und Männer im Kreis Soest entspricht in etwa dem NRW-Durchschnitt. Somit kann weiterhin angenommen werden, dass die wichtigsten Einflussfaktoren, wie die gesundheitliche Lage der Bevölkerung, die medizinische Versorgung und der Lebensstandard im Kreis Soest, keine allgemeinen negativen Risiken beinhalten.

Mit Rückschau auf den vorausgegangenen Basisgesundheitsbericht des Kreises Soest aus 2011 ist weiterhin festzustellen, dass bei beiden Geschlechtern im Landkreis die Lebenserwartung in den vergangenen Jahren stetig angestiegen ist.

## 9.2 Vermeidbare Sterbefälle

Als vermeidbare Sterbefälle werden Todesfälle bezeichnet, die deutlich unterhalb der mittleren Lebenserwartung auftreten. Im Allgemeinen werden diejenigen Todesfälle zusammengefasst, bei denen die Person vor dem Erreichen des 65. Lebensjahr verstirbt.

Die Zahl der vermeidbaren Sterbefälle wird durch die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung (z.B. Haus- und Fachärzte), durch Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge und Prävention (z.B. Vorsorgeuntersuchungen) oder auch durch die individuelle Lebensweise (z.B. Ernährung, Sport, Alkohol- und Nikotinkonsum) beeinflusst.

Die vermeidbaren Sterbefälle geben unter anderem auch indirekt Aufschluss über Qualität und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung im Hinblick auf adäquate (angemessene) Behandlungs- und Vorsorgebedingungen für entsprechende Altersgruppen, die als vermeidbar gelten. Gleichzeitig kann ein erhöhter Bedarf an präventiven Maßnahmen identifiziert (erkannt) und die Effektivität (Wirkung) solcher Maßnahmen bewertet werden.

Das Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW) wertet diesbezüglich insgesamt (6) Todesursachen aus. Für jede dieser Todesursachen wird über einen 5-Jahreszeitraum eine sogenannte standardisierte Mortalitätsrate (SMR) berechnet. Die SMR ist ein relativer Wert, der sich aus dem Verhältnis der in einem Zeitraum aufgetretenen Sterbefälle zu den erwarteten Sterbefällen ergibt. Dabei ist die SMR für die NRW-Bevölkerung immer 1,0. Zeigen die SMR anderer Bevölkerungen, wie z.B. im Kreis Soest, im Vergleich Abweichungen, lässt sich sehr einfach erkennen, ob das Sterberisiko größer (SMR über 1,0) oder kleiner (SMR unter 1,0) ist.

Folgend werden im Bericht unter anderem 5 dieser Todesursachen beschrieben:

Ischämische Herzkrankheit (35 bis 64 Jahre)	SMR-Wert 1,01
Bösartige Neubildung der Luftröhre, Bronchien und der Lunge (15 bis 64 Jahre)	SMR-Wert 0,95
Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten (35 bis 64 Jahre)	SMR-Wert 0,92
Krankheiten der Leber (15 bis 74 Jahre )	SMR-Wert 0,91
Transportmittelunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs, alle Altersgruppen	SMR-Wert 1,79
Brustkrebs (25 bis 64 Jahre, weibl.)	SMR-Wert 1,20

Für den Zeitraum 2011-2015 wurden im Kreis Soest im Vergleich mit Gesamt-NRW weniger vermeidbare Sterbefälle bezüglich bösartiger Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge, Krankheiten der Leber sowie Hypertonie und zerebrovaskulärer Erkrankungen registriert, die bezüglich ischämischer Herzkrankheiten lagen in etwa auf Landesniveau, bezüglich Brustkrebs etwas über dem Landesdurchschnitt.

Im Vergleich zum letzten Basisgesundheitsbericht aus 2011 und dem damals beobachteten Zeitraum 2005-2009 ergibt sich eine gewisse Steigerung der SMR. Der Verlauf ist weiterhin zu beobachten.

Auffällig ist - wie auch in den letzten beiden Gesundheitsberichten - die erhöhte SMR bezüglich Transportmittelunfällen, die am ehesten in Zusammenhang mit dem hohen Anteil von Landstraßen im Kreisgebiet stehen. Ähnliches wird z.B. im Hochsauerlandkreis registriert.

## 9.2.1 Metabolisches Syndrom Prävalenzen im Erwachsenenalter / Risikofaktoren

Ein großer Teil der Krankheitslast sowie der Mortalität in der Bevölkerung ist auf die vielfältigen Folgeerkrankungen des Metabolischen Syndroms zurückzuführen. Zum Metabolischen Syndrom gehören verschiedene Risikofaktoren bzw. Symptome, die im Wesentlichen auf einen ungünstigen Lebensstil zurückgeführt werden und sehr häufig in Kombination auftreten. Hierzu gehören Adipositas (krankhaftes Übergewicht), Bluthochdruck sowie erhöhte Blutzucker- und Blutfettwerte. Betroffene Personen haben ein erheblich erhöhtes Risiko für die Entwicklung verschiedener Zivilisationserkrankungen wie Typ 2 Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, degenerative Skeletterkrankungen und auch für verschiedene Krebserkrankungen (wie z.B. Darmkrebs und Brustkrebs).

Nach neuen Erkenntnissen wird der Grundstein für die Entwicklung des Metabolischen Syndroms bereits in der Schwangerschaft gelegt, wenn es in dieser sensiblen Lebensphase entweder zu einer deutlichen Überversorgung von Nährstoffen (z.B. durch einen Schwangerschaftsdiabetes) oder zu einer Mangelversorgung (z.B. durch Rauchen) kommt. Der kindliche Stoffwechsel erfährt dann eine Fehlprogrammierung, die unter anderem das Verlangen nach Zucker und fettreichen Nahrungsmitteln verstärken kann bzw. langfristig die Anlagerung von Depotfett in der Bauchregion (viszerales Fettgewebe) begünstigt.

Im Säuglings- und Kleinkindalter beeinträchtigen Flaschennahrung, Fertigprodukte und zuckerhaltige Getränke das Erlernen gesunder Geschmacksvorlieben. Durch das Aufwachsen in einer Umgebung mit reduzierten Bewegungsmöglichkeiten und -anreizen kann zusätzlich bereits in früher Kindheit die Basis für einen inaktiven Lebensstil gelegt werden. Im Verlauf der Schulzeit spielen Stressbelastungen, nicht selten in Kombination mit Schlafstörungen bzw. Schlafdefiziten, ebenfalls eine wichtige Rolle für die Entwicklung des Metabolischen Syndroms. Negativer Stress (Dysstress) entsteht, wenn die individuellen Stressbewältigungskompetenzen zur Abwehr äußerer Stressoren der familiären und schulischen Umwelt nicht ausreichen. Insbesondere kohlenhydrat- und fettreiche Speisen dienen dann oft einerseits zur Beruhigung und andererseits als Versuch, Phasen der Müdigkeit zu überwinden. Es entsteht ein Teufelskreis aus Überernährung, Übergewicht, Bewegungsunlust (häufig in Kombination mit ausgeprägtem Medienkonsum) und schlechtem Schlaf, der im Zeitverlauf immer schwerer zu durchbrechen ist. Als Begleiterscheinungen der Adipositas kumulieren bei vielen Erwachsenen die Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen im weiteren Verlauf des Lebens.

Die primär genetische Ausgangslage spielt dabei ursächlich nur eine untergeordnete Rolle. Die familiäre Häufung der Adipositas ist vor allem auf soziale und epigenetische Vererbung, das heißt auf die Übernahme elterlichen Verhaltensweisen und die Weitergabe erworbener Genveränderungen über das Erbgut an die nachfolgenden Generationen zurückzuführen.

Im Folgenden soll insbesondere auf die mit dem Metabolischen Syndrom verbundenen (assoziierten) Diagnosen Adipositas, Bluthochdruck und erhöhte Blutfettwerte eingegangen werden.

In einem weiteren Kapitel wird nachfolgend auch auf die Thematik „Diabetes mellitus“ eingegangen.

Grundlegend für diese Berichterstattung sind neben Informationen aus dem Landesgesundheitsbericht NRW 2015 sowie vom RKI Zahlen und Daten des Landeszentrums Gesundheit und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen Lippe, die die Situation im Kreis Soest verglichen mit der Bevölkerung von NRW beleuchten sollen.

### 9.2.1.1 Übergewicht und Adipositas

Für NRW stehen zur Abschätzung der Häufigkeit von Adipositas bei Erwachsenen Daten aus verschiedenen Bevölkerungsbefragungen zur Verfügung. Diese basieren auf Selbstangaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht, zuletzt aus dem Mikrozensus 2013.

Danach gilt als normalgewichtig, wer einen Body-Mass-Index (BMI) von 20 bis 25 aufweist, Übergewicht ist mit einem BMI von 25 bis 29,9 definiert, darüber hinaus besteht Adipositas mit einem BMI über 30. Für den Kreis Soest wurden folgende Ergebnisse (in %) erhoben:

	Kreis Soest	NRW
untergewichtig	1,7	2,2
normalgewichtig	43,7	45,7
übergewichtig	54,7	52,1
darunter: adipös	16,3	16,0

Tabelle 9.2.1.1.1; Quelle: Mikrozensus 2013.

Insgesamt bestehen keine gravierenden Differenzen zwischen den Angaben der Bevölkerung zum Gewicht im Kreis Soest, verglichen zu denen in Gesamt-NRW. Geringfügig mehr Menschen gaben im Kreis Soest an, übergewichtig oder adipös zu sein.

Moderates Übergewicht stellt nach heutigen Erkenntnissen kein wesentliches gesundheitliches Problem dar, wenn keine weiteren Risikofaktoren vorliegen. Speziell eine bauchfettbetonte Adipositas führt jedoch langfristig zu Stoffwechseleränderungen, die für sich genommen zusätzliche Risikofaktoren darstellen. Außerdem begünstigen die Faktoren, die einer Adipositasentwicklung Vorschub leisten, auch die Entwicklung weiterer gesundheitlicher Risiken. Neben den bereits genannten körperlichen Erkrankungen ist Adipositas häufig auch mit psychischen Begleiterkrankungen (Depressionen) verbunden.

Bei den ambulanten Behandlungszahlen der gesetzlich Krankenversicherten gab es im beobachteten Zeitraum von 2006-2016 Steigerungen, sowohl in NRW (gesamt) als auch im Kreis Soest. Insgesamt wurden aber im Kreis Soest im Vergleich zu NRW weniger ambulante Behandlungszahlen bezüglich Adipositas registriert bis auf das Jahr 2016: hier glichen sich die Zahlen wieder an. Immerhin wurden zuletzt etwa 10 % aller gesetzlich Krankenversicherten wegen der Diagnose Adipositas ambulant im Kreis Soest behandelt.

#### Ambulante Behandlungsfälle „Adipositas“ NRW / Kreis Soest 2006-2016 (Fälle pro 100.000 Einwohner\*innen)

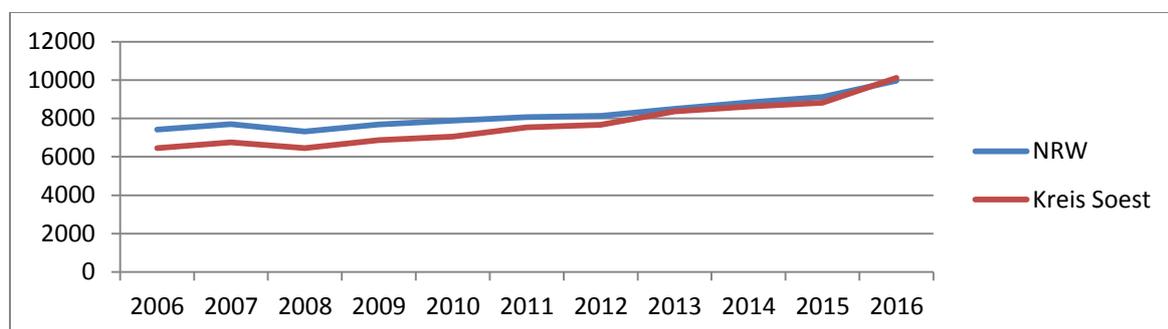


Abbildung 9.2.1.1.2; Quelle: Daten KVWL, 2018 (Abbildung Abteilung Gesundheit).

Das Thema Adipositas sollte im Kreis Soest auch weiter im Fokus aller agierenden Akteur\*innen im Gesundheitswesen bleiben. Entsprechende präventive Maßnahmen sollten weiterhin propagiert werden, um die Thematik immer wieder in das Bewusstsein aller Menschen bzw. Betroffenen zu führen. Die Prävention muss schon während der Schwangerschaft und von früher Kindheit an beginnen.

Das RKI sieht insgesamt ein vermehrtes Vorkommen von Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Durch die damit verbundenen Folgeerkrankungen entstehen beträchtliche Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem. Übergewicht und Adipositas sind daher Themen von hoher Public-Health-Relevanz.

### 9.2.1.2 Bluthochdruck (Hypertonie)

Erhöhter Blutdruck (Hypertonie) kann zu Herz-Kreislaufferkrankungen und Niereninsuffizienz führen. Weltweit sind jährlich rund 9,4 Millionen Todesfälle auf erhöhten Blutdruck zurückzuführen. Hypertonie ist damit das wichtigste veränderbare Risiko für Mortalität (Sterberate) im Herz-Kreislaufbereich.

Die wichtigsten Risikofaktoren für erhöhten Blutdruck sind mangelnde Bewegung, Übergewicht, ungesunde Ernährung, Stress sowie erhöhter Alkoholkonsum. Da diese Lebensstilfaktoren veränderbar sind, ergibt sich ein hohes Präventionspotential. Das Risiko, im Laufe des Lebens an Bluthochdruck zu erkranken, steigt mit zunehmendem Lebensalter kontinuierlich.

#### Ambulante Behandlungsfälle „arterielle Hypertonie“ NRW / Kreis Soest (Fälle pro 100.000 Einwohner\*innen)

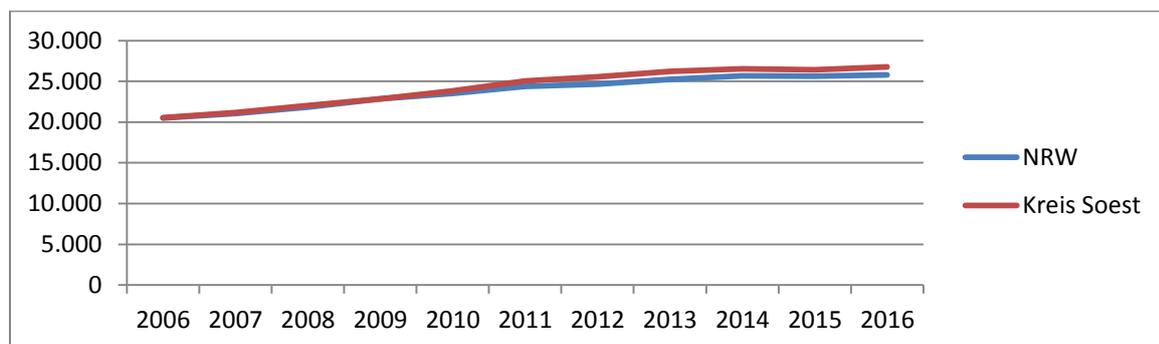


Abbildung 9.2.1.2.1; Quelle: Daten KVWL, 2018 (Abbildung Abteilung Gesundheit).

Bei der Betrachtung der ambulant behandelten Patienten mit der Diagnose „arterielle Hypertonie“ fällt zunächst ein stetiger Anstieg der Behandlungszahlen in den Jahren 2006-2016 sowohl im Kreis Soest als auch in NRW auf.

Immerhin sind etwa 26,7 % der gesetzlich Krankenversicherten im Kreis Soest wegen dieser Erkrankung zuletzt ambulant behandlungsbedürftig gewesen (in NRW 25,7 %).

Die gegenüber NRW leicht erhöhten Zahlen können darin begründet sein, dass es einfach mehr Patienten mit dieser Diagnose im Vergleich mit Gesamt-NRW gibt. Andererseits kann dies aber auch mit einer erhöhten Sensibilität bezüglich des Krankheitsbildes, z.B. durch frühzeitiges Erkennen der Erkrankung durch Vorsorgeuntersuchungen, zusammenhängen.

Auch im stationären Bereich wurden im Kreis Soest verglichen mit der Bevölkerung von NRW relativ mehr Menschen wegen Bluthochdruck behandelt.

### Stationäre Behandlungen „arterielle Hypertonie“ NRW / Kreis Soest (Fälle pro 100.000 Einwohner\*innen)

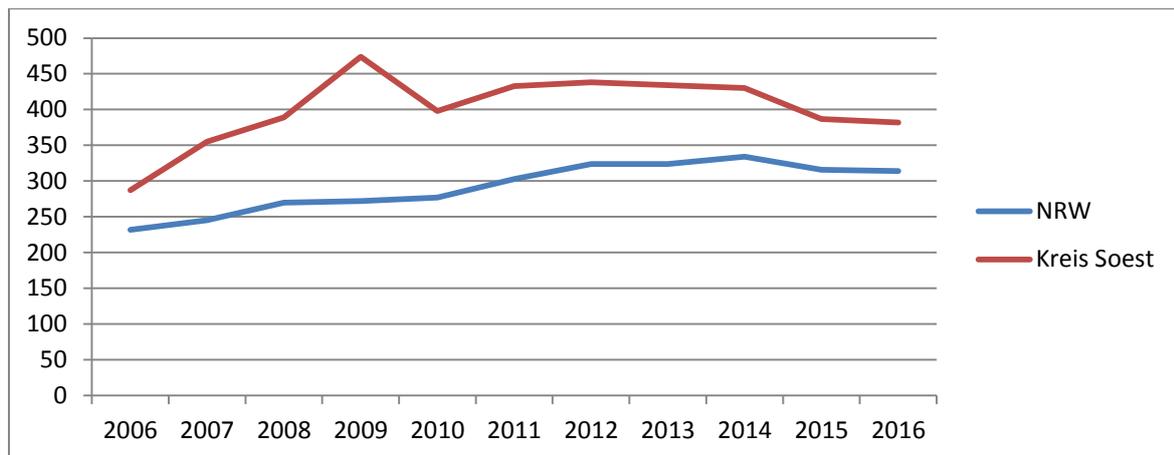


Abbildung 9.2.1.2.2; Quelle: LZG.NRW.

Letztendlich hat die Tatsache, dass relativ gesehen mehr Patienten mit dieser Diagnose im Kreis Soest ambulant und stationär behandelt werden müssen, zumindest nicht zu höheren Zahlen bei den vermeidbaren Sterbefällen bezüglich „Hypertonie und zerebrovaskulären Krankheiten“ im Alter zwischen 35-64 Jahren verglichen mit Gesamt-NRW geführt. Das zeigen die entsprechenden standardisierten Mortalitätsraten.

Durch frühzeitige und qualitativ gute Behandlung dieser Erkrankung können sicherlich vorzeitige Sterbefälle vermieden werden.

Die Bestrebungen nach Prävention sowie frühzeitigem Erkennen und Therapien der Bluthochdruckerkrankung sollten im Kreis Soest weiter verfolgt werden.

#### 9.2.1.3 Störungen des Fettstoffwechsels / erhöhte Blutfette

Das Vorkommen von Fettstoffwechselstörungen nimmt mit steigendem Alter deutlich zu. Bei den Frauen ist der Anstieg bis zum 45. Lebensjahr allmählich. Anschließend steigt der Anteil der Betroffenen deutlich stärker an. Bei den Männern ist ein kontinuierlicher Anstieg über die Altersgruppen hinweg zu verzeichnen. Insgesamt zeigt sich kein eindeutiger Zusammenhang zwischen Bildungsstand und der Prävalenz von Fettstoffwechselstörungen.

Erhöhte Cholesterinspiegel haben einen entscheidenden Einfluss auf die Entstehung der Arteriosklerose (Gefäßverkalkung) sowie ihrer teils gravierenden Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall - von daher sind sie auch von hoher Public-Health-Relevanz.

Störungen im Cholesterinstoffwechsel sind häufig bedingt durch Fehlernährung und Bewegungsarmut. Aber auch genetische Faktoren können dazu beitragen. Änderungen des Lebensstiles können wesentlich zur Reduktion des Cholesterinspiegels beitragen.

## Ambulante Behandlungen „Fettstoffwechselstörungen“ NRW / Kreis Soest (Fälle pro 100.000 Einwohner\*innen)

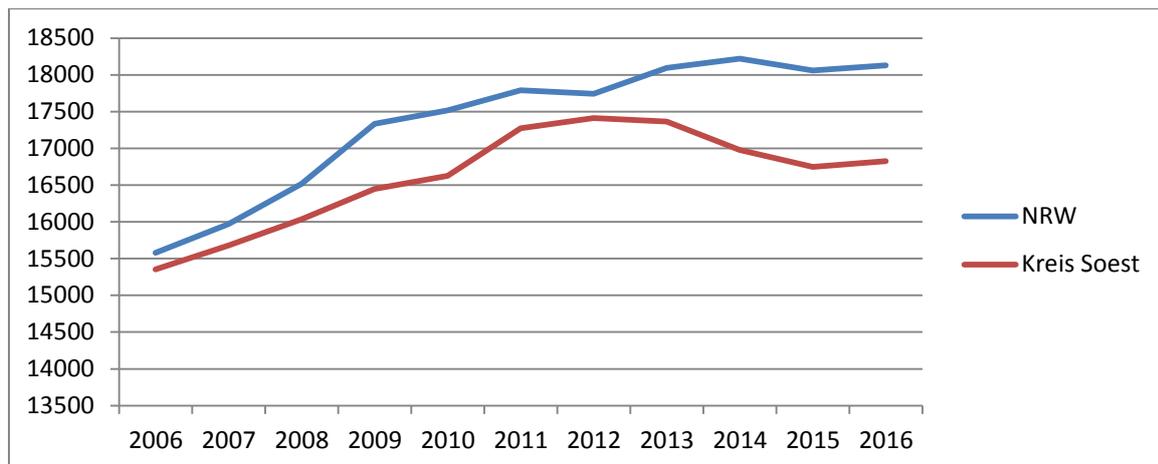


Abbildung 9.5; Quelle: KVWL, 2018 (Abbildung Abteilung Gesundheit).

Bei der Betrachtung der ambulanten Behandlungsfälle der gesetzlich Krankenversicherten im Kreis Soest im Vergleich mit Gesamt-NRW fällt auf, dass bezüglich Fettstoffwechselstörungen im Kreis Soest weniger Menschen behandelt werden.

Während der Trend in NRW bezüglich ambulanter Behandlungen in den letzten Jahren zunehmend war, war dieser im Kreisgebiet sogar zuletzt eher abfallend.

Immerhin müssen sich fast 17 % der gesetzlich Krankenversicherten im Kreis Soest behandeln lassen.

Fettstoffwechselstörungen hängen auch oft mit der Ernährung und dem Gewicht zusammen. In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, dass im Kreis Soest insgesamt weniger ambulante Behandlungsfälle wegen Adipositas registriert wurden als im gesamten NRW – bis auf das Jahr 2016: hier glichen sich die Zahlen wieder an.

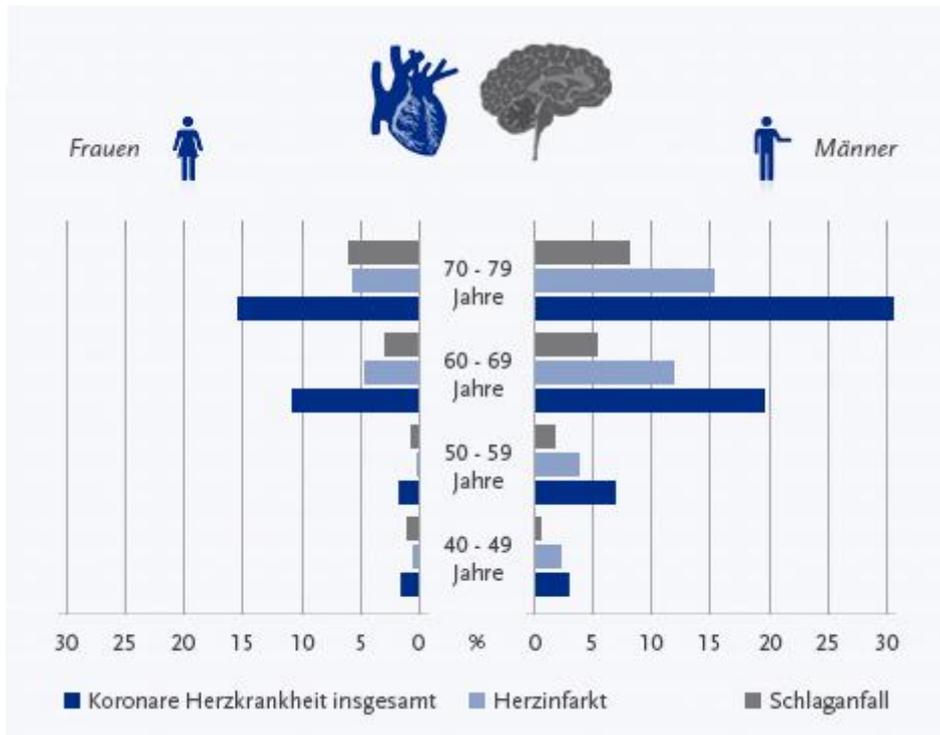
Fettstoffwechselstörungen als Grund einer stationären Behandlung sind sehr selten. So wurden 2015 nur 3 Patienten diesbezüglich stationär im Kreisgebiet behandelt.

### 9.2.2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen in Deutschland die führende Todesursache dar und bedingen insgesamt etwa 40 Prozent aller Sterbefälle. Sie bedeuten erhebliche Krankheitsfolgen für den betroffenen Menschen und sie verursachen hohe gesellschaftliche Krankheitskosten.

Unter den Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben vor allem die koronare Herzkrankheit, der Herzinfarkt und der Schlaganfall eine große Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung und das Gesundheitswesen.

Die wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen und Adipositas sowie gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen wie Rauchen, körperliche Inaktivität und ungesunde Ernährung.



**Abbildung 9.2.2.1;** Bei wie vielen Menschen wurde bereits einmal ein Herzinfarkt bzw. überhaupt eine Durchblutungsstörung am Herzen (Koronare Herzkrankheit) oder ein Schlaganfall diagnostiziert? - Anteile an der gleichaltrigen Bevölkerung; Quelle: RKI 2013, Studie DEGS1, Erhebung 2008-2011.

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) des Landes NRW vermeldet in seinem Landesgesundheitsbericht 2015 für das Beobachtungsjahr 2012 insgesamt etwa 41.000 Frauen und 31.000 Männer, die an Herz-Kreislauf-Krankheiten verstarben. Die Sterberate der Männer liegt jedoch im Unterschied zur absoluten Zahl für diese Erkrankungsgruppe nach wie vor höher als die der Frauen. Dies zeigt sich, wenn man die Fallzahlen entsprechend der Bevölkerungszahlen als Rate je 100.000 Einwohner darstellt und zusätzlich eine sogenannte Altersstandardisierung durchführt, um die unterschiedliche Altersstruktur der weiblichen und männlichen Bevölkerung zu berücksichtigen. Zweieinhalb mal so viele Frauen wie Männer erreichen ein Alter von über 84 Jahren, gleichzeitig ereignen sich aber fast die Hälfte aller Sterbefälle wegen Herz-Kreislauf-Krankheiten erst in dieser obersten Altersgruppe. Die altersstandardisierte Sterberate der Männer liegt 2012 bei 219,3 Fällen je 100.000 Einwohner\*innen und bei den Frauen bei 157,8 Fällen je 100.000 Einwohner\*innen (s. Abbildung 9.2.2.2).



**Abbildung 9.2.2.2,** Quelle: GBE-Bund, LZG.NRW Sterblichkeit (altersstandardisiert) an Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10:100-199) je 100.000 Einw. nach Geschlecht, NRW und bundesweit. 2000-2012.

Sowohl bei Frauen als auch bei Männern ist die altersstandardisierte Sterberate bezogen auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen seit Jahren rückläufig. Die Veränderungen in der medizinischen Versorgung, aber auch eine Abnahme gesundheitsschädigender

Lebensweisen, wie beispielsweise des Rauchens oder Passivrauchens, können zur Erklärung der Reduktion der Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Krankheiten herangezogen werden. Andere Risikofaktoren wie Adipositas und Diabetes nehmen in der Bevölkerung tendenziell jedoch immer noch zu. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass eine Langzeitbelastung mit Feinstaub das Risiko für Schlaganfälle deutlich erhöht. Da Feinstäube in erster Linie durch Verkehrsabgase und Industrie verursacht werden, sind hier insbesondere die dicht besiedelten Gebiete in NRW betroffen. Es ist deshalb weiteres Präventionspotenzial vorhanden, um auch in den kommenden Jahren die durch kardiovaskuläre Risiken bedingte Krankheitslast verringern zu können (vgl. MGEPA.NRW, Landesgesundheitsbericht 2015).

#### Krankenhausfälle:

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl der in der Bundesrepublik stationär behandelten Menschen bezüglich der zehn häufigsten Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Jahr 2016:

#### **Vollstationär behandelte Patient\*innen (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) im Krankenhaus nach der ICD-10 in 2016**

ICD-10	Diagnose/Behandlungsanlass	Anzahl
I00-I99	Insgesamt	2 938 950
I50	Herzinsuffizienz	455 680
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	304 755
I63	Hirnfarkt	258 480
I20	Angina pectoris	242 490
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	225 393
I21	Akuter Myokardinfarkt	219 157
I70	Atherosklerose	200 998
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	196 194
I83	Varizen der unteren Extremitäten	88 561
I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheit	66 945

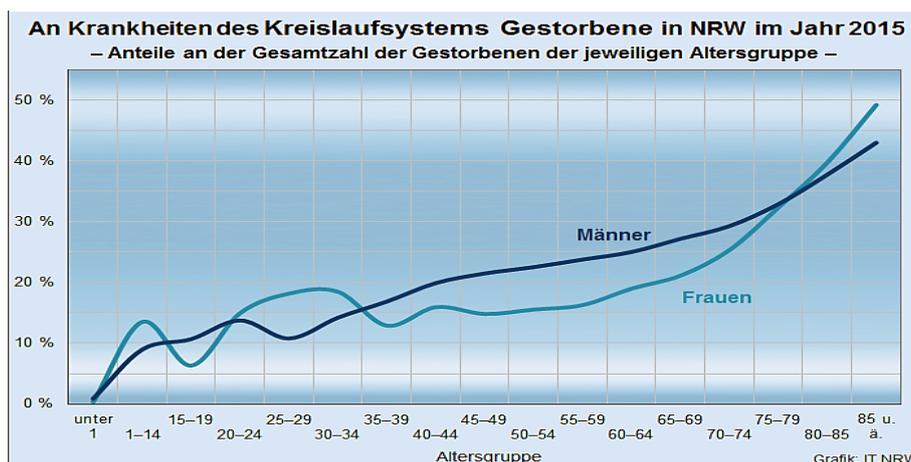
**Abbildung 9.2.2.3, Quelle:**

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen>.

Die Krankheitskosten durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen betragen im Jahr 2015 in Deutschland 46,4 Milliarden Euro. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, entfielen damit rund 13,7 % der gesamten Krankheitskosten in Höhe von 338,2 Milliarden Euro auf diese Krankheitsgruppe, dicht gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen mit 44,4 Milliarden Euro und einem Anteil von 13,1 % (Destatis, [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/09/PD17\\_347\\_2\\_36.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/09/PD17_347_2_36.html)).

#### Verstorbene:

Im Jahr 2015 sind in NRW insgesamt 204.352 und damit rund 5,9 Prozent mehr Menschen verstorben als ein Jahr zuvor. Wie IT.NRW zum 11.01.2017 mitteilt, waren Krankheiten des Kreislaufsystems mit 36,1 % (73.743 Verstorbene) auch im Jahr 2015 die mit Abstand häufigste Todesursache. 38,7 % der Frauen und 33,3 % der Männer starben an den Folgen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung.



**Abbildung 9.2.2.4;** Quelle: IT.NRW, [https://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2017/tabellen/graf\\_008\\_17.html](https://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2017/tabellen/graf_008_17.html).

Für den Kreis Soest wurde ermittelt, dass im Jahr 2009 insgesamt 1.366 Menschen (41,9 %) an Krankheiten des Kreislaufsystems verstarben, im Jahr 2014 insgesamt 1.284 Menschen (38,6 %) und im Jahr 2015 insgesamt 1.309 Menschen (36,3 %).

Verwaltungsbezirk	Gestorbene Personen Kreis Soest, Reg.-Bez. Arnsberg, NRW Krankheiten des Kreislaufsystems				Zu (+) bzw. Abnahme (-) 2015 gegenüber 2014
		2009 Anzahl	2014 Anzahl	2015 Anzahl	
Kreis Soest	insges.	1.366	1.284	1.309	+ 1,9 %
	männlich	594	590	584	- 1,0 %
	weiblich	772	694	725	+ 4,5 %
Reg.-Bez. Arnsberg	insges.	16.526	15.361	15.769	+ 2,7 %
	männlich	7.167	6.772	7.075	+ 4,5 %
	weiblich	9.359	8.589	8.694	+ 1,2 %
NRW	insges.	74.041	69.830	73.743	+ 5,6 %
	männlich	31.509	30.350	32.897	+ 6,4 %
	weiblich	42.532	39.480	40.846	+ 3,5 %

**Tabelle 9.2.2.5;** Quelle: IT.NRW, [https://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2017/pres\\_008\\_17.html](https://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2017/pres_008_17.html).

### 9.2.2.1 Koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt

Die Koronare Herzkrankheit (KHK) ist eine chronische Erkrankung des Herzens, die durch atherosklerotische Veränderungen der Koronararterien (Gefäßveränderung und -verkalkung im Bereich der Herzkranzgefäße) hervorgerufen wird. Die Veränderungen der das Herz versorgenden Blutgefäße gehen mit einer zunehmenden Verengung der betroffenen Arterien einher (Koronarstenose). Weitere Folgen können dann Durchblutungsstörungen des Herzmuskels bis zum Herzinfarkt mit Absterben von Herzmuskelzellen sein, dies wird als ischämische Herzkrankheit bezeichnet.

An der Entstehung der koronaren Herzkrankheit sind die sogenannten kardiovaskulären Risikofaktoren maßgeblich beteiligt: Rauchen, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung (erhöhtes Gesamtcholesterin, erhöhtes LDL-Cholesterin), Übergewicht, Adipositas, vermehrter Bauchumfang (abdominelles Fett), Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) und metabolisches Syndrom, gesteigerte Blutgerinnung, gesteigerte psychische Erregbarkeit, verminderte Stresstoleranz, familiäre Vorbelastung mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bewegungsmangel, höheres Lebensalter.

Diese Risikofaktoren sollten individuell überprüft und bei Vorliegen vermieden bzw. angegangen werden, um das Risiko für die koronare Herzkrankheit und auch andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Raucherbein, Schlaganfall) zu senken. Große Bedeutung

kommt dabei der Lebensstil-Änderung zu (allgemeine gesundheitsfürsorgende Maßnahmen wie mehr körperliche Bewegung, Ausdauersport, Ernährungsumstellung, Mittelmeerkost, Nikotinverzicht, Alkoholreduktion etc.). Damit eröffnet sich ein großes Präventionspotential für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Für den Kreis Soest liegen hinsichtlich ischämischer Herzkrankheiten Daten zu entsprechenden Krankenhausfällen bis 2016 vor, Daten zu entsprechenden Todesfällen bis 2015.

<b>Krankenhausfälle ischämische Herzkrankheiten</b>								
<b>Rohe Raten, Fallzahlen (LZG NRW – 2011, 2016)</b>								
	2011				2016			
	Rohe Rate ges.	Fallzahlen insges.	M	W	Rohe Rate ges.	Fallzahlen insges.	M	W
Kreis Soest	1.224,76	3.635	2.428	1.207	1.241,64	3.755	2.517	1.238
Reg.-Bez. Arnsberg	1.012,50	36.201	24.006	12.195	1.016,09	36.507	24.373	12.134
NRW	935,28	164.096	108.634	55.462	916,23	163.847	109.859	53.988

Tabelle 9.2.2.6; Quelle: LZG.NRW 2011, 2016.

Die Krankenhausdiagnose-Statistik (Krankenhausfälle) umfasst alle im Laufe des Berichtsjahres entlassenen vollstationären Patient\*innen. Diejenigen, die mehrfach innerhalb eines Jahres vollstationär behandelt wurden, werden auch mehrfach erfasst.

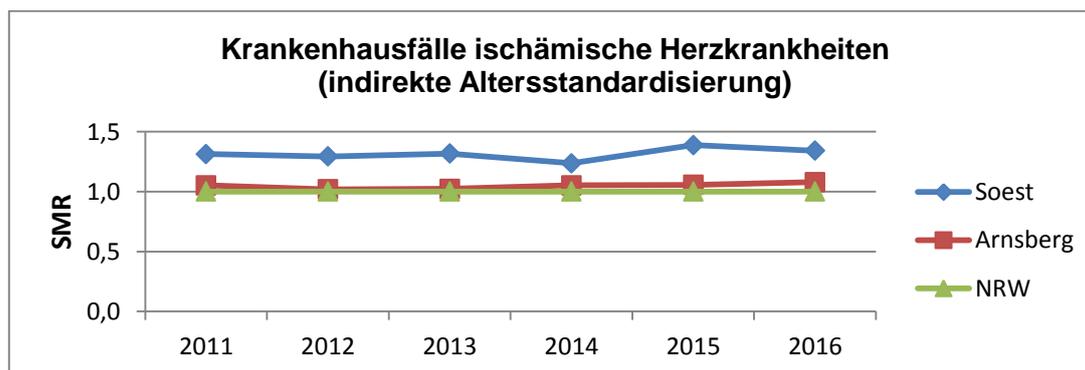
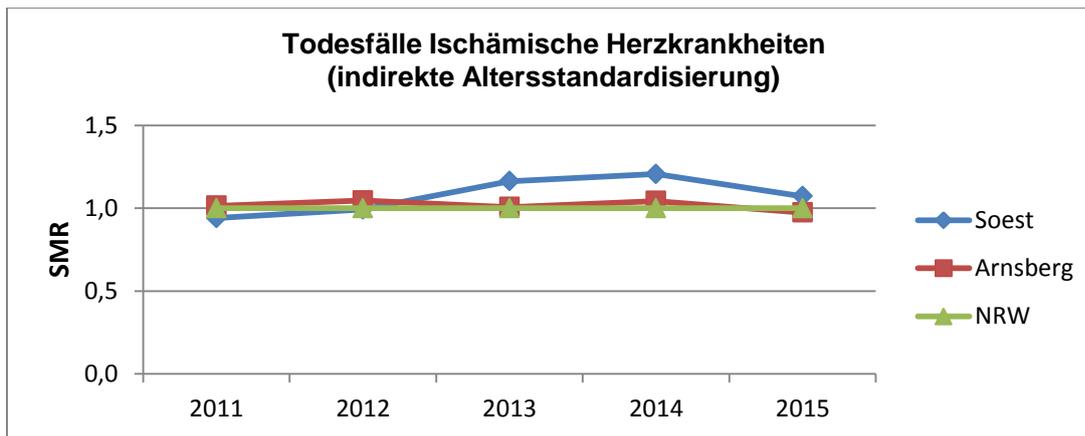


Tabelle / Abbildung 9.2.2.7, Quelle: LZG.NRW, IT.NRW, 2017:  
SMR: Fallzahl pro erwartete Fallzahl, Standard NRW, IT.NRW.

<b>Todesfälle ischämische Herzkrankheiten</b>								
<b>Rohe Raten, Fallzahlen (LZG.NRW - 2011, 2015)</b>								
	2011				2015			
	Rohe Rate ges.	Fallzahlen insges.	M	W	Rohe Rate ges.	Fallzahlen insges.	M	W
Kreis Soest	123,32	366	192	174	136,39	409	236	173
Reg.-Bez. Arnsberg	138,98	4.969	2.614	2.355	128,69	4.604	2.493	2.111
NRW	131,67	23.101	11.879	11.222	126,99	22.543	11.999	10.544

Tabelle 9.2.2.8; Quelle: LZG.NRW 2011, 2016.



**Tabelle / Abbildung 9.2.2.9**, Quelle: LZG NRW, IT.NRW, 2017  
**SMR:** Fallzahl pro erwartete Fallzahl, Standard NRW, IT. NRW

Die höheren Raten für den Kreis Soest bedeuten, dass hier mehr Personen an ischämischen Herzkrankheiten versterben als in NRW insgesamt bzw. dass es mehr Krankenhausfälle mit diesen Diagnosen gibt. Das gilt auch, wenn die möglicherweise unterschiedliche Altersstruktur berücksichtigt wird.

Schwierig wird es, wenn man nach den Gründen dafür sucht. Die Menschen im Kreis Soest müssen nicht unbedingt kranker sein, die Menschen im restlichen Bundesland NRW könnten auch einfach relativ gesehen häufiger an anderen Erkrankungen versterben. Das ist z.B. für Lungenentzündungen der Fall, aber auch unbekannte Todesursachen sind in ganz NRW relativ gesehen häufiger.

Auch wegen der zum Teil geringen Fallzahlen muss man bei der Interpretation von Unterschieden in der Häufigkeit von Todesursachen vorsichtig sein. Für Vergleiche auf regionaler Ebene wird die indirekte Standardisierungsmethode (standardisierte Mortalitätsrate, SMR) genutzt. Die Zahl der Sterbefälle für die ischämischen Herzkrankheiten liegt im Kreis Soest in 2013 und 2014 über dem Landesdurchschnitt.

### 9.2.2.2 Zerebrovaskuläre Erkrankungen, Schlaganfall

Bluthochdruck ist ein wesentlicher Risikofaktor für den Schlaganfall. Hinter einem Schlaganfall verbirgt sich entweder eine Durchblutungsstörung des Gehirns, die mit dem Verschluss eines Gefäßes und damit mit einem Hirninfarkt verbunden ist, oder eine Blutung im Gehirn, weil ein Gefäß zerrissen ist. Solche Ereignisse werden unter den zerebrovaskulären Erkrankungen als Todesursache erfasst.

Diese Erkrankungen sind bei guter medizinischer Versorgung vielfach vermeidbar. Damit gibt auch dieser Indikator Auskunft über die medizinische Versorgungsqualität.

#### An Schlaganfall Gestorbene (Todesfälle)

In NRW verstarben im Jahr 2015 insgesamt 10.820 Menschen (4.450 Männer, 6.370 Frauen) an einem Schlaganfall. Wie IT.NRW als amtliche Statistikstelle des Landes anlässlich des Tages gegen den Schlaganfall (10.05.2017) mitteilte, waren das 2,1 % weniger als 2014 (11.047 Menschen). Bei 35,0 % (3.786 Personen) der an Schlaganfall Verstorbenen war ein nicht näher bezeichneter Schlaganfall und bei weiteren 34,5 % (3.734 Personen) ein Hirninfarkt die Todesursache. Insgesamt 5,3 % aller Todesfälle in NRW waren im Jahr 2015 durch einen Schlaganfall verursacht.

Schlaganfälle mit Todesfolge treten wesentlich häufiger bei älteren als bei jüngeren Menschen auf. 163 Personen (1,5 %) waren jünger als 50 Jahre alt, nahezu 2/3 (7.003 Personen) dagegen 80 Jahre oder älter. Das Durchschnittsalter der Verstorbenen lag bei 81 Jahren (Männer: 78, Frauen: 83 Jahre).

Für den **Kreis Soest** zeigt sich - wie für NRW und den Regierungsbezirk Arnsberg auch - ein Rückgang der Schlaganfälle mit Todesfolge seit dem Jahr 2005. Für NRW ergibt sich eine Reduktion um 13,1 %. Im Jahr 2005 war die Todesursache Schlaganfall für 6,7 % aller Todesfälle in NRW verantwortlich.

Verw. Bezirk ----- Jahr	Durch Schlaganfall Verstorbene im Alter von.. bis unter ...Jahren									
	insges.	unter 50	50-55	55-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	85 und +
<b>Kreis Soest</b>										
2005	249	5	6	4	7	14	20	38	71	84
2014	220	4	2	3	4	8	19	37	38	105
2015	203	6	0	5	4	10	18	26	34	100
<b>Reg.- Bez. Arnsberg</b>										
2005	3.039	75	40	56	108	189	257	482	714	1.118
2014	2.415	34	41	58	57	106	192	372	478	1.077
2015	2.224	44	30	38	66	106	175	348	435	982
<b>NRW</b>										
2005	12.456	286	157	228	409	771	1.197	1.980	2.869	4.559
2014	11.047	151	174	215	270	432	846	1.655	2.197	5.107
2015	10.820	163	109	210	338	479	843	1.675	2.183	4.820

Quelle: IT.NRW, [https://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2017/tabellen/graf\\_114\\_17.html](https://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2017/tabellen/graf_114_17.html).

Geschlechtsspezifische Differenzen in der Sterblichkeit zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten sind nur dann vergleichbar, wenn die unterschiedliche Altersstruktur zwischen den Verwaltungsbezirken durch Standardisierungsverfahren bereinigt wird. Für Regionalvergleiche wird die indirekte Standardisierungsmethode (standardisierte Mortalitätsrate, SMR) genutzt. Die Sterberaten in NRW nach Geschlecht und 5-Jahres-Altersgruppen werden der Berechnung zu Grunde gelegt und auf die konkrete Altersstruktur und die Sterbefälle der Wohnbevölkerung der Kreise bezogen. Der Wert für das Land NRW liegt bei dieser Methode immer bei 1,0, während es in der Mehrzahl der Kreise und kreisfreien Städte Abweichungen vom Landesdurchschnitt gibt. Ein errechneter Wert von 0,89 bedeutet, dass der entsprechende Kreis 11 % unter dem NRW-Durchschnitt liegt, ein Wert von 1,2 bedeutet dagegen, dass der entsprechende Kreis 20 % über dem Landesdurchschnitt liegt. SMR-Quotienten lassen sich nur innerhalb von NRW vergleichen, nicht mit anderen Bundesländern.

Quelle: LZG.NRW, <https://www.lzg.nrw.de/nocms/gesundheitsberichterstattung/nrw-kreisprofile/SM/atlas.html?comparisonSelect=5000>.

Betrachtet man bei den vermeidbaren Sterbefällen nun die Zahlen für die ausgewählte Diagnose „Ischämische Herzkrankheit“ als 5-Jahres-Mittelwerte für die Altersgruppe 35 - 64 Jahre im Zeitraum 2011-2015, so ergibt sich für den **Kreis Soest** eine Standardisierte Mortalitätsrate SMR von 1,01. Das bedeutet, dass der Kreis Soest diesbezüglich nur 1 Prozent über dem Landesdurchschnitt von NRW liegt.

Für den Zeitraum 2005-2009 (im letzten Basisgesundheitsbericht für den Kreis Soest bewertet) lag die SMR noch bei 1,07. Daraufhin wurden in den Jahren 2009 und 2010 von der Abteilung Gesundheit der Kreisverwaltung Soest verschiedene Aktionen rund um das Thema Bluthochdruck gestartet, um die Bevölkerung diesbezüglich zu sensibilisieren. Mit dem 5-Jahres-Mittelwert 2008-2012 fällt die SMR dann kontinuierlich ab und lag für 2010 - 2014 sogar genau bei 1,0.

Im Kreis Soest entsprechen die aktuellen Zahlen der an Herz-Kreislauf-Erkrankungen Verstorbenen denen aus dem Regierungsbezirk Arnsberg und denen aus NRW.

### 9.2.3 Krebserkrankungen

Die nachfolgenden Indikatoren beschreiben unter anderem den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Dieser gibt Aufschluss über die Qualität der medizinischen Versorgung, die Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten und den Effekt von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.

Die Indikatoren-Neuberechnung des Landeszentrums für Gesundheit (LZG.NRW) richtet sich jetzt nicht mehr nach der Angabe von Sterbefällen pro 100.000 Einwohner\*innen, sondern nach dem bevölkerungsbezogenen Standard, der unterschiedliche Altersstrukturen und damit verbundene Sterblichkeit in NRW berücksichtigt und um diese Effekte bereinigt. Außerdem werden die Sterbefälle auf 5-Jahreszeiträume berechnet. Als Ergebnis wird für jede Datenreihe die standardisierte Sterberate (SMR: Standardized Mortality Ratio) angegeben.

#### 9.2.3.1 Lungenkrebs

Lungenkrebs ist die dritthäufigste Krebsneuerkrankung bei Frauen und die zweithäufigste bei Männern. Außerdem stellt Lungenkrebs in NRW die zweithäufigste Todesursache infolge einer Krebserkrankung bei Frauen und die häufigste Todesursache bei Männern dar (vgl. Landesgesundheitsbericht 2015).

Zu den vermeidbaren Sterbefällen an Lungenkrebs zählen auch solche durch Krebserkrankungen der Luftröhre und der Bronchien in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen. Dieser Indikator ist besonders stark beeinflusst durch die individuelle Lebensweise, insbesondere den Nikotinkonsum.

Zum Rauchverhalten der Bevölkerung über 15 Jahre im Kreis Soest wurde für 2013 ein Raucheranteil von 26,2 % (2009: 25,8 %) ermittelt (IT. NRW) . In NRW lag der Anteil mit 25,9 % (2009: 26,9 %) nur unwesentlich niedriger.

<b>Vermeidbare Sterbefälle: Tumore der Lunge und Luftwege (SMR)</b>					
	1999/2003	20001/2005	2002/2006	2005/2009	2011/2015
Kreis Soest	0,84	0,92	0,97	0,95	0,95
Reg.-Bez. Arnsberg	1,01	1,00	0,98	0,99	1,06

**Tabelle 9.2.3.1;** Quelle: IT.NRW, Vergleich der standardisierten Sterberisiken an Lungentumoren, Bezugsbevölkerung NRW (SMR = 1,0), Durchschnittswerte für 5-Jahreszeiträume.

Trotz leicht angestiegenen Raucheranteils im zuletzt genannten Zeitraum (Mikrozensus 2013) liegt der Anteil vermeidbarer Sterbefälle an diesen bösartigen Tumoren im Kreisgebiet nach wie vor leicht unter dem Niveau der Bevölkerung des ganzen Landes NRW (SMR 1,0).

<b>Lungenkrebs Neuerkrankungen (Inzidenz), Kreis Soest</b>				
	Fallzahlen		Altersstandardisierte Rate	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
2011	165	69	80,7	30,2
2012	154	80	73,1	30,8
2013	161	76	72,9	33,2
2014	150	92	67,1	36,1

**Tabelle: 9.2.3.2;** Quelle: Landeskrebsregister (LKR) NRW, 2016.

Für Krankenhausfälle sind Daten über stationäre Behandlungen wichtige Strukturdaten für die Planung und Gestaltung der Krankenhausversorgung. Sie ermöglichen zudem eine Einschätzung, wie hoch der Anteil der stationären Versorgung am gesamten medizinischen Versorgungssystem ist und ob es im Zeitverlauf zu Veränderungen der stationären Morbidität kommt. Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patient\*innen, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden.

Änderungen in der Häufigkeit von Krankenhausfällen können nicht zwangsläufig auf eine Veränderung der Morbidität (Krankenstand) zurückgeführt werden. Mehrfachbehandlungen von Patient\*innen zu derselben Krankheit führen zu Mehrfachzählungen (vgl. LZG.NRW).

<b>Lungenkrebs Krankenhausfälle, Kreis Soest</b>						
Jahr	Fallzahlen			Rohe Rate (Fälle pro 100.000 Einw.)		
	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich
2011	808	600	208	272,24	413,16	137,23
2012	865	572	293	291,95	393,67	194,06
2013	840	538	302	284,26	370,89	200,74
2014	839	552	287	283,58	379,66	190,74
2015	921	569	352	307,13	383,09	232,59
2016	767	446	321	253,62	296,26	211,35

**Tabelle: 9.2.3.3;** Quelle: LZG.NRW.

<b>Lungenkrebs Todesfälle, Kreis Soest</b>						
Jahr	Fallzahlen			Rohe Rate (Fälle pro 100.000 Einw.)		
	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich
2011	163	122	41	54,92	84,01	27,05
2012	168	119	49	56,70	81,90	32,45
2013	202	137	65	68,36	94,44	43,21
2014	192	127	65	64,90	87,35	43,20
2015	193	122	71	64,36	82,14	46,91

**Tabelle: 9.2.3.4;** Quelle: LZG.NRW.

Entsprechend dem deutschlandweiten Trend entwickeln sich die altersstandardisierten Erkrankungs- und Sterberaten auch im Kreis Soest bei beiden Geschlechtern gegenläufig (Zunahme bei den Frauen, Abnahme bei den Männern). Diese unterschiedliche Entwicklung kann auf die bereits länger zurückliegende Veränderung der Rauchgewohnheiten zurückgeführt werden und wird sich vermutlich noch weiter fortsetzen (vgl. RKI, Krebs in Deutschland 2014).

### 9.2.3.2 Brustkrebs

Brustkrebs ist die mit Abstand häufigste Krebserkrankung der Frau. Auf Basis der aktuellen Inzidenzraten erkrankt etwa eine von acht Frauen im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Entsprechend der Erkrankungshäufigkeit werden nur die 25- bis 64-jährigen Frauen in dem Indikator der vermeidbaren Sterbefälle erfasst. Risikofaktoren für die Entstehung von Brustkrebs sind u.a. Kinderlosigkeit, höheres Alter bei der ersten Geburt, eine Hormonersatztherapie in und nach den Wechseljahren sowie Übergewicht, Bewegungsmangel nach den Wechseljahren und Alkohol (vgl. RKI, Krebs in Deutschland 2014). Auch Männer können an Brustkrebs erkranken. Da die Anzahl der Erkrankungen jedoch sehr niedrig ist, wird sie nicht näher ausgeführt.

Die Heilungsaussichten für Patientinnen mit Brustkrebs können sowohl durch Früherkennung als auch durch eine optimale Behandlung verbessert werden. Das bedeutet, dass bei guter Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen einschließlich des Mammographie-Screenings davon auszugehen ist, dass ein höherer Anteil sonst zu erwartender Todesfälle vermieden werden kann.

<b>Vermeidbare Sterbefälle: Brustkrebs (SMR)</b>					
	1999/2003	2001/2005	2002/2006	2005/2009	2011/2015
Kreis Soest	1,12	1,14	1,08	0,96	1,20
Reg.-Bez. Arnsberg	1,02	1,04	1,04	1,02	1,04

**Tabelle 9.2.3.5;** Quelle: IT.NRW Vergleich der standardisierten Sterberisiken an Brustkrebs, Bezugsbevölkerung NRW (SMR = 1,0), Durchschnittswerte für 5-Jahreszeiträume.

Entgegen dem zu erwartenden Trend sind die Zahlen für den Kreis Soest im Zeitraum von 2011 bis 2015 deutlich gestiegen. So liegt der SMR-Wert im Kreis Soest 20 % über dem Landesdurchschnitt und 16 % über dem Vergleichswert des Regierungsbezirks Arnsberg. Die Ursache für den Anstieg der vermeidbaren Sterbefälle im genannten Zeitraum lässt sich nicht erklären, da mit dem Brustzentrum Senora (Kooperation der Städte Lippstadt, Soest und Menden) und dem Brustzentrum Hamm-Ahlen-Soest mit Anbindung an das Kloster Paradiese ausreichende qualifizierte Früherkennungs-, Untersuchungs- und Behandlungseinrichtungen zur Verfügung stehen.

Ob der negative Trend gestoppt werden kann, wird die Verlaufsbeobachtung zeigen.

<b>Brustkrebs Neuerkrankungen (Inzidenz), Kreis Soest</b>				
Jahr	Fallzahlen		Altersstandardisierte Rate	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
2011	4	284	2,4	131,4
2012	1	302	0,3	139,2
2013	4	293	1,9	123,7
2014	0	302	0	137,6

Tabelle 9.2.3.6; Quelle: Landeskrebsregister NRW (LKR).

<b>Brustkrebs weibliche Krankenhausfälle</b>						
Kreis Soest	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Fallzahlen	511	523	553	562	527	469
Rohe Rate (Fälle pro 100.000 Einw.)	337,13	346,39	367,58	373,51	348,22	308,80

Tabelle 9.2.3.7; Quelle: LZG.NRW.

<b>Brustkrebs weibliche Todesfälle</b>					
Kreis Soest	2011	2012	2013	2014	2015
Fallzahlen	79	82	90	88	80
Rohe Rate (Fälle pro 100.000 Einw.)	52,12	54,31	59,82	58,49	52,86

Tabelle 9.2.3.8; Quelle: LZG.NRW.

Bundesweit zeigen die Neuerkrankungsraten nach Einführung des Mammographie-Screenings zwischen 2005 und 2009 einen typischen Verlauf mit einem deutlichen Anstieg zu Beginn des Programms und anschließendem langsamen Rückgang. Durch Fortschritte in der Therapie wurden die Überlebenschancen der Betroffenen deutlich verbessert, was zu einem Rückgang der Sterberaten geführt hat. Erst in einigen Jahren wird beurteilbar sein, ob und in welchem Maß das Screening eine weitere Verringerung bewirken kann (vgl. RKI, Krebs in Deutschland 2014).

Im Kreis Soest bewegt sich die Anzahl der Neuerkrankungen ebenso wie die Sterberate in den Jahren 2011 bis 2015 auf relativ konstantem Niveau.

### 9.2.3.3 Darmkrebs

Etwa jede achte Krebserkrankung in Deutschland betrifft den Darm. Im Jahr 2014 erkrankten daran etwa 33100 Männer und 27900 Frauen. Im Laufe des Lebens erkrankt einer von 15 Männern und eine von 18 Frauen an Darmkrebs.

Die wichtigsten Risikofaktoren für Darmkrebs sind Tabakkonsum und Übergewicht, es folgen Bewegungsmangel, ballaststoffarme Ernährung und regelmäßiger Genuss von Alkohol und rotem Fleisch (vgl. RKI, Krebs in Deutschland 2014).

In den letzten 15 Jahren ist die Mortalitätsrate kontinuierlich gesunken und auch die Inzidenzrate nimmt seit einigen Jahren leicht ab. Gleichwohl wurden trotz der seit 2002 angebotenen Früherkennungsuntersuchungen (Stuhltest, Darmspiegelung) im Berichtsjahr 2014 wie in den letzten Jahren 70% der Tumore erst im bereits fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert (Landeskrebsregister NRW).

<b>Darmkrebs Neuerkrankungen (Inzidenz), Kreis Soest</b>				
Jahr	Fallzahlen		Altersstandardisierte Rate	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
2011	149	130	69,1	50,1
2012	156	114	72,1	40,0
2013	128	134	58,7	48,2
2014	118	121	52,9	40,7

**Tabelle 9.2.3.9;** Quelle: Landeskrebsregister NRW (LKR).

<b>Darmkrebs Krankenhausfälle, Kreis Soest</b>						
Jahr	Fallzahlen			Rohe Rate (Fälle pro 100.000 Einw.)		
	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich
2011	494	276	218	166,45	190,05	143,83
2012	532	306	226	179,56	210,60	149,68
2013	598	344	254	202,37	237,15	168,84
2014	474	281	193	160,21	193,27	128,27
2015	465	268	197	155,07	180,44	130,17
2016	463	273	190	153,10	181,34	125,10

**Tabelle 9.2.3.10;** Quelle: LZG.NRW.

<b>Darmkrebs Todesfälle, Kreis Soest</b>						
Jahr	Fallzahlen			Rohe Rate (Fälle pro 100.000 Einw.)		
	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich
2011	96	51	45	32,35	35,12	29,69
2012	98	50	48	33,08	34,41	31,79
2013	104	49	55	35,19	33,78	36,56
2014	109	56	53	36,84	38,52	35,22
2015	112	59	53	37,35	39,72	35,02

**Tabelle 9.2.3.11;** Quelle: LZG.NRW.

In NRW bewegt sich die Neuerkrankungsrate bei Männern in den letzten Jahren auf relativ konstantem Niveau, bei Frauen zeigt sich in den letzten Jahren ein leicht abnehmender Trend. Die Entwicklung der Sterblichkeit an Dickdarmkrebs ist bei Frauen und Männern in NRW rückläufig und folgt für beide Geschlechter dem gesamtdeutschen Trend (vgl. MGEPA, Landesgesundheitsbericht 2015).

Im Kreis Soest sind die Zahlen bei den Neuerkrankungen (Inzidenz) im Zeitraum von 2011 bis 2014 bei Männern deutlich gesunken, während bei Frauen nur ein geringfügiger Rückgang zu verzeichnen ist. Entgegen dem Trend in NRW ist die Sterberate bei beiden Geschlechtern relativ konstant.

#### **9.2.3.4 Prostatakrebs**

Die Prostata ist mit über 25 % inzwischen die häufigste Lokalisation bösartiger Neubildungen beim Mann. Das Prostatakarzinom gilt mit einem mittleren Erkrankungsalter von 72 Jahren als Erkrankung des höheren Alters (vgl. LZG.NRW).

Die altersstandardisierte Erkrankungsrate ist nach einem Anstieg über fast zwei Jahrzehnte seit 2003 weitgehend konstant und seit 2011 sogar deutlich rückläufig. Die altersstandardisierte Sterberate hat sich bis zum Jahr 2007 kontinuierlich verringert und läuft seitdem annähernd stabil.

Das Alter ist ein wichtiger Risikofaktor. Auch männliche Geschlechtshormone (Testosteron) spielen eine Rolle. Zudem scheinen chronische Entzündungen der Prostata und sexuell übertragbare Erkrankungen das Prostatakrebsrisiko zu erhöhen. Das gesetzliche Früherkennungsprogramm beinhaltet für Männer ab dem Alter von 45 Jahren einmal jährlich die Untersuchung der äußeren Geschlechtsorgane sowie die Tastuntersuchung der Prostata und der Lymphknoten (vgl. RKI, Krebs in Deutschland 2014).

<b>Prostatakrebs Neuerkrankungen (Inzidenz)</b>				
<b>Kreis Soest</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Fallzahlen	251	231	196	167
Altersstandardisierte Rate	118,0	106,2	91,7	72,8

Tabelle 9.2.3.11; Quelle: LZG.NRW, Landeskrebsregister NRW (LKR).

<b>Prostatakrebs Krankenhausfälle</b>						
<b>Kreis Soest</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Fallzahlen	230	219	175	153	181	220
Rohe Rate (Fälle pro 100.000 Einw.)	158,38	150,72	120,64	105,23	121,86	146,14

Tabelle 9.2.3.12; Quelle: LZG.NRW.

<b>Prostatakrebs Todesfälle</b>					
<b>Kreis Soest</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Fallzahlen	51	48	57	43	51
Rohe Rate (Fälle pro 100.000 Einw.)	35,12	33,04	39,29	29,58	34,34

Tabelle 9.2.3.13; Quelle: LZG.NRW.

Entsprechend dem bundesweiten Trend ist die altersstandardisierte Erkrankungsrate im Kreis Soest deutlich rückläufig, die altersstandardisierte Sterberate bewegt sich auf relativ konstantem Niveau.

### 9.3 Stoffwechselerkrankung Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ist eine Stoffwechselstörung, die durch eine Erhöhung des Blutzuckerspiegels charakterisiert ist. Es liegt entweder eine gestörte Insulinausschüttung oder eine verminderte Insulinwirkung oder beides zugrunde. Die chronische Blutzuckererhöhung führt über Schädigung der kleinen Blutgefäße (Mikroangiopathie) zu diabetestypischen Folgeerkrankungen an Augen, Nieren und Nervensystem, die Veränderungen an den größeren Blutgefäßen (Makroangiopathie) zu Schädigungen an Herz, Gehirn und peripheren Arterien.

Die Einteilung der verschiedenen Diabeteserkrankungen erfolgte früher anhand therapeutischer Aspekte in insulinpflichtigen und nicht-insulinpflichtigen Diabetes. Heute erfolgt die Klassifikation anhand der Ursache.

Der **Typ 1-Diabetes** entsteht durch eine meist immunologisch vermittelte Zerstörung der  $\beta$ -Zellen in der Bauchspeicheldrüse, so dass ein absoluter Insulinmangel besteht. Die Zerstörung erfolgt durch eine Fehlsteuerung des körpereigenen Immunsystems. Der Typ 1-

Diabetes manifestiert sich im Allgemeinen im Kindes- bzw. Jugendlichenalter, kann aber auch bei älteren Menschen auftreten (LADA= Latent Autoimmune Diabetes in Adults).

Der **Typ 2-Diabetes**, dessen Auftreten in höheren Altersgruppen zunimmt, und der mit 90-95 % die häufigste Diabetesform darstellt, ist charakterisiert durch eine Insulinresistenz (vorhandenes Insulin kann nicht wirken) und einen Insulinmangel (es wird nicht mehr ausreichend Insulin vom Körper hergestellt). Beim Typ 2-Diabetes ist somit die Wirkung des Insulins im Körper gestört. Übergewicht ist ein wesentlicher Risikofaktor für das Auftreten des Typ 2-Diabetes. Durch die Zunahme von Adipositas bei Jugendlichen sind zunehmend auch junge Menschen betroffen.

Der **Typ 3-Diabetes** (offiziell laut WHO als „andere spezifische Diabetes-Typen“ bezeichnet) kann die unterschiedlichsten Ursachen haben (genetische Defekte, medikamentös-toxisch, Bauchspeicheldrüsenentzündungen, Endokrinopathien, Syndrome).

Insgesamt macht der Typ-3-Diabetes nur ca. 1 % der Diabeteserkrankungen aus.

Wird eine Störung der Glukosetoleranz in der Schwangerschaft nachgewiesen, spricht man von **Schwangerschaftsdiabetes** (Gestationsdiabetes).

Diabetes mellitus nimmt in Deutschland wie auch im Kreis Soest unverändert zu:

Patienten im Kreis Soest mit der Diagnose Diabetes Mellitus		
2015	2016	2017
28.719	29.626	30.262

Tabelle 9.3.1; Quelle: KVWL.

Die meisten Patient\*innen sind dabei an Typ-2-Diabetes erkrankt, der nach wie vor viele Jahre zu spät diagnostiziert wird. Die Dunkelziffer wird laut der Deutschen Diabetes Gesellschaft deutschlandweit auf bis zu 2 Mio. geschätzt, bei insgesamt gut 6,5 Mio. Erkrankten. Umgerechnet auf den Kreis Soest ergibt sich eine Dunkelziffer von 9.050 an Diabetes mellitus Erkrankten.

Eine möglichst frühe Diagnose und Behandlung sind daher zielführend, um Folgekomplikationen des Diabetes zu vermeiden, da auch der unentdeckte Diabetes bereits mit einer erhöhten Sterblichkeit verbunden ist.

Zahlen der letzten Jahre zeigen, dass ca. 75 % der Menschen mit Diabetes vorzeitig an kardiovaskulären Komplikationen versterben; diese Zahl zeigt die Notwendigkeit, medizinische Innovationen für die Patient\*innen zu entwickeln und verfügbar zu halten, sowie Qualität und Effizienz des heutigen Systems zu verbessern. Die Art und Weise, wie der Mensch lebt, wird durch Umweltfaktoren beeinflusst und diese Einflussfaktoren sind letztlich für alle chronischen und degenerativen Erkrankungen entscheidend. Positive Umweltfaktoren verbessern nicht nur die Diabetes-Erkrankung, sondern auch Übergewicht, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und einige Krebsarten. Die Präventionsmaßnahmen sollten darauf abzielen, die Lebensumstände so zu verändern, dass Bürger\*innen ein gesundheitsfördernder Lebensstil erleichtert wird.

### 9.3.1 Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2: ambulante Behandlung

Die medizinische Versorgung der Diabetespatient\*innen erfolgt in verschiedenen Fachbereichen. Neben der allgemeinmedizinischen oder internistischen Versorgung bedarf es eines gewissen Anteils an Diabetesspezialist\*innen. Laut der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) bestehen drei diabetologische Schwerpunktpraxen im Kreisgebiet (Bad Waldliesborn, Warstein und Werl).

Von der KVWL sind insgesamt 98 Hausärzt\*innen für die Versorgung von Menschen mit Typ 2 im Kreis Soest zugelassen und davon gut die Hälfte auch für den Typ 1.

### 9.3.2 Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2: stationäre Behandlung

Menschen mit Diabetes müssen im Vergleich zu Personen ohne Diabetes häufiger ins Krankenhaus und haben durchschnittlich längere Krankenhausaufenthalte. Im Jahr 2015 wurden 46.401 Diabetiker\*innen in NRW stationär behandelt.

Es gibt im Kreis Soest im Marienkrankenhaus Soest eine Schwerpunktabteilung Diabetologie, die ein umfassendes Angebot zu Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus bietet, insbesondere eine zertifizierte Diabetes-Fußambulanz zur gezielten Behandlung des diabetischen Fußsyndroms. Es bestehen stationäre, teilstationäre und ambulante Therapieangebote. Das Marienkrankenhaus ist gemäß der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) ein anerkanntes Schwerpunktkrankenhaus sowohl für Typ 1- als auch Typ 2-Diabetes.

Im Katholischen Hospitalverbund Hellweg kooperiert das Marienkrankenhaus mit dem Mariannen-Hospital in Werl. Dieses ist ebenfalls spezialisiert auf die Diagnostik und Therapie des Diabetischen Fußes und auch als spezialisiertes Behandlungszentrum von der DDG zertifiziert für die Versorgung von Patient\*innen mit Typ 2-Diabetes.

Das Klinikum Stadt Soest wird von der DDG als Klinik für Diabetespatient\*innen geeignet geführt. Im Kreisgebiet können in allen Krankenhäusern stationäre Akutbehandlungen von Komplikationen des Diabetes mellitus durchgeführt werden.

### 9.3.3 Resümee

Die Versorgungsstruktur für an Diabetes mellitus erkrankte Menschen hat sich im Kreis Soest in den letzten Jahren durch eine zunehmende Spezialisierung in den Krankenhäusern sowie in der ambulanten Versorgung positiv verändert. Zudem ist in allen Krankenhäusern des Kreisgebietes die Grundversorgung von Diabetiker\*innen grundsätzlich gewährleistet, auch wenn dieses nicht durch ein Zertifikat dargestellt ist.

Durch den demografischen Wandel und die zunehmende Fettleibigkeit (Adipositas) in der Gesellschaft werden die Diabetikerzahlen weiter steigen. Deshalb ist eine auf die Zukunft ausgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention ab der frühen Kindheit u. a. hinsichtlich Bewegungs- und Ernährungsprogrammen in Kindergärten und Schulen unverzichtbar.

Im Kreis Soest achten alle Kindertageseinrichtungen (KiTa) auf eine gesunde Ernährung und Bewegung. Zusätzlich sind 13 KiTas als „zertifizierte BewegungsKiTa“ (Landessportbund) anerkannt, 4 davon mit dem „Pluspunkt Ernährung“. Ferner führt das Gesundheitsamt u. a. mit der Arbeitsgruppe Ernährung des Land-Frauenverbands e. V. regelmäßig Aktionen zu dem Ernährungsprogramm „Bunt und Gesund“ in den KiTa`s durch. In 18 weiterführenden Schulen besteht, in Kooperation mit dem Kreissportbund, für Schüler\*innen die Möglichkeit der Sporthelfer\*innenausbildung.

#### Quellen:

- KVWL, DDG, Kreissportbund Soest e.V.

## 10 Infektionskrankheiten

### 10.1 Einleitung

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen werden durch das Infektionsschutzgesetz (IfSG) aus dem Jahr 2001 festgelegt. Das Gesetz wird regelmäßig angepasst und wurde zuletzt am 15.07.2017 ergänzt.

Unter anderem ist in diesem Gesetz auch die Meldepflicht für Infektionskrankheiten, die in der Regel hoch ansteckend und/oder hoch gefährlich sind, geregelt. Bei den meldepflichtigen Krankheiten müssen Erregernachweis, Infektionsverdacht, Erkrankung oder Tod dem zuständigen Gesundheitsamt gemeldet werden. Einige dieser Infektionskrankheiten erfordern eine namentliche, einige eine anonyme Meldung.

Die Meldepflicht hängt nicht nur von einem Erregernachweis oder einer Krankheit ab, sondern auch von einer Häufung von Erkrankungen in einer Gemeinschaftseinrichtung, wenn eine Gefährdung für die Allgemeinheit zu befürchten ist.

In 2016 wurden vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) insgesamt rund 71.000 Fälle namentlich meldepflichtiger Krankheiten und Erregernachweise erfasst. Jahresübergreifend zum Winter und zum Frühjahrbeginn wurden vermehrt virusbedingte Magen- und Darmerkrankungen sowie Grippeerkrankungen gemeldet bzw. übermittelt.

#### 10.1.1 Krankenhausfälle aufgrund meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Zu den meldepflichtigen und gemäß §§ 6 und 7 IfSG an das Gesundheitsamt gemeldeten Infektionserkrankungen gehörten am häufigsten erregerverbedingte Magen-Darm-Erkrankungen und Grippe-Erkrankungen (Influenza). Hierdurch waren auch die häufigsten stationären Behandlungen bedingt. Die steigende Zahl der Influenzameldungen ist auf die Einführung neuer Labortestmethoden zurück zu führen (Influenza-Schnelltest).

##### Ausgewählte Krankenhausfälle aufgrund meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Meldepflichtige Erkrankung	Jahr	Alle Fälle aus dem Kreis Soest mit Laborbestätigung	Davon stationär behandelt
<b>Campylobacter</b>	2013	291	43
	2014	359	83
	2015	305	100
	2016	478	84
	2017	432	96
<b>Norovirusinfektion</b>	2013	338	117
	2014	305	193
	2015	319	189
	2016	204	122
	2017	228	116
<b>Influenza</b>	2013	53	15
	2014	1	0
	2015	44	21
	2016	73	35
	2017	81	40

Tabelle 10.1.1.1; Quelle: SurvNet, eigene Daten Infektionsschutz, Abteilung Gesundheit.

### 10.1.1.1 Gestorbene aufgrund meldepflichtiger Infektionskrankheiten

An der Infektionskrankheit erkrankt und verstorben	2013	2014	2015	2016	2017
Clostridien	9	3	1	2	3
E.coli (ESBL)	-	1	0	0	0
Enterobacteriase	0	0	0	0	1
HUS	0	0	0	0	1
Meningokokken-Meningitis	0	1	0	0	0
MRSA	2	1	6	2	2
Salmonellen	0	2	1	0	0
TBC	0	1	1	1	0

Tabelle 10.1.1.1.1 ; Quelle: SurvNet, eigene Daten Infektionsschutz, Abteilung Gesundheit.

**Campylobacter** sind Bakterien, die vor allem im Verdauungstrakt von Tieren leben und beim Schlachtprozess das Fleisch kontaminieren. Insbesondere zur wärmeren Jahreszeit führt der Verzehr von nicht ausreichend durchgegartem Fleisch (insbes. Geflügel) zur häufigsten Durchfallerkrankung.

**Clostridien** sind Sporen bildende Bakterien im Verdauungstrakt, die eine Darmentzündung mit schweren Durchfällen verursachen können; **E.coli (ESBL)** ist ein Keim aus der Familie der Darmbakterien, der sehr häufig widerstandsfähig gegenüber Antibiotika ist. Die Übertragung erfolgt von Mensch zu Mensch durch Schmierinfektion (häufig Fäkalien/Kot). **Enterobacteriase** ist ein Darmbakterium in der Darmflora, das als unbedenklich eingestuft ist. Bei Immunschwäche oder im Blutkreislauf oder in Organen kann es krankhaft (pathologisch) wirken. **HUS (Hämolytisch-urämisches Syndrom)** ist eine seltene Erkrankung der kleinen Blutgefäße, bei der durch verschiedene Ursachen, meist durch Bakteriengifte, Blutzellen zerstört und die Nierenfunktion geschädigt werden. Hauptsächlich sind Kleinkinder und Säuglinge betroffen. **Meningokokken-Meningitis** ist eine von Bakterien verursachte Hirnhautentzündung. **MRSA** sind Bakterien (Staphylococcus), die gegen viele Antibiotika unempfindlich (multiresistent) sind. **Salmonellen** sind stäbchenförmige Bakterien, die bei Menschen und Tieren Krankheiten verursachen. Infektionsmöglichkeiten sind Unsauberkeit im Lebensmittelbereich, Ausscheidungen von erkrankten Tieren, verunreinigtes Oberflächengewässer / abgestandenes Wasser, unhygienisch aufgetautes Geflügel, rohe Eier / Eierschalen, die von mit Salmonellen infiziertem Geflügel stammen.

Es ist im Auge zu behalten, inwieweit beim Einsatz von Antibiotika die Therapie Einfluss auf die Selektion einzelner Bakterien wie Clostridien hat.

### 10.1.2 Masern

Die Masernerkrankung gehört zu den hochansteckenden Viruserkrankungen, die über die Luft (Tröpfcheninfektion bzw. aerogen) übertragen wird. Eine ursächliche medizinische Behandlung (kausale Therapie) gibt es nicht. Masernviren können sich durch ihre hohe Ansteckungsfähigkeit selbst in Bevölkerungsgruppen, in denen über 80 % der Menschen geimpft sind, immer noch ausbreiten. Die hohe Ortsunabhängigkeit (Mobilität) der fortschrittlichen Bevölkerung erleichtert zusätzlich die Ausbreitung über Landesgrenzen hinaus (siehe anknüpfend **Masern 5.7** / Impfquoten, Epidemiologie).

Im Jahr 2017 gab es in NRW (ausgehend von Duisburg) eine der größten Masernwellen der vergangenen 10 Jahre. Die Masern konnten sich in einer Bevölkerungsgruppe mit niedriger Impfquote und mangelndem Zugang zum deutschen Gesundheitssystem rasch ausbreiten.

Gemeldete Masernfälle NRW / Jahr				
2013	2014	2015	2016	2017
28	60	70	28	520

Tabelle 10.1.2.1; Quelle: IT-NRW / Epidemiologisches Bulletin RKI, 16/2017, 1/2018, 16/2018.

Im **Kreis Soest** erkrankten **2014 ein Junge** und in **2015 ein Mädchen** an Masern, weitere Ansteckungen waren aufgrund der guten Impfquote im Kreis Soest nicht zu verzeichnen.

Gemeldete Masernfälle in Deutschland 2006 bis 2018												
2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
2.308	566	915	571	780	1609	166	1769	442	2.464	323	930	330

Tabelle 10.1.2.2 , Quelle: RKI, SurvStat, <http://www3.rki.de/SurvStat>, \*Datenstand 27.06.2018.

Zahlen zu Masernerkrankungen werden in Deutschland erst seit Einführung der Meldepflicht im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Jahr 2011 erfasst. Es treten immer wieder regional und zeitlich begrenzte Krankheitsausbrüche auf, bei denen zunehmend Jugendliche und junge Erwachsene betroffen sind. Zum Datenstand 27.06.2018 waren in Deutschland in den hier ausgewählten Altersgruppen 10-14 Jahre (33), 15-19 Jahre (37), 20-24 Jahre (41), 25-29 Jahre (33), 30-39 (49) und 40-49 Jahre (25) an Masern erkrankt. Somit machen diese Altersgruppen 66,1 % aller Masernfälle (330) aus. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt folglich eine Masernimpfung für bislang nicht oder in der Kindheit nur einmal geimpfte nach 1970 geborene Erwachsene, um bestehende Impflücken zu schließen. Masernausbrüche lassen sich erst verhindern, wenn 95 % der Bevölkerung immun sind (vgl. auch [www.impf-info.de](http://www.impf-info.de)).

### 10.1.3 Tuberkulose

Die Tuberkulose (Tbc) ist eine meldepflichtige Infektionskrankheit, die durch Bakterien (*Mycobacterium tuberculosis*) hervorgerufen wird. Die Tuberkulosebakterien (Tbc) dringen in fast allen Fällen durch die Atemwege in den Körper ein. Etwa 5-10 % der mit Tbc angesteckten Personen erkranken an Tbc, die restlichen haben durch die Infektion lediglich eine Immunisierung gegen die Erreger erworben. Folgende Körperregionen sind am häufigsten von der Tbc betroffen: Lungen, Hirnhäute, Pleura (Brustfell), Lymphknoten, Nieren, Knochen, Darm, Peritoneum (Bauchfell). Grundsätzlich kann aber auch jede andere Körperstelle von den Bakterien befallen werden.

Die Therapie einer Tuberkulose wird grundsätzlich stationär eingeleitet.

#### Tbc-Situation weltweit

	2014	2015	2016
Neuerkrankungen	10,6 Mio.	10,5 Mio.	10,4 Mio.
Todesfälle	1,5 Mio.	1,8 Mio.	1,7 Mio.
Inzidenz*	145	142	140

Tabelle 10.1.3.1 a; Quelle: Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose – nach Schätzungen der WHO (WHO-tuberculosis global report).

#### Tbc-Situation in Deutschland

	2014	2015	2016
Neuerkrankungen	4.488	5.865	5.915
Todesfälle	97	105	100
Inzidenz*	5,6	7,3	7,2
Migrationsanteil	63 %	72 %	74 %

Tabelle 10.1.3.1 b; Quelle: RKI - RKI-Bericht zur Epidemiologie.

#### Tbc-Situation im Kreis Soest

	2014	2015	2016	2017
Neuerkrankungen	11	31	19	22
Todesfälle	0	1	1	1
Inzidenz*	3,6	10,3	6,3	7,2
Migrationsanteil	54,6 %	77,4 %	78,9 %	68,2 %

**Tabelle 10.1.3.1 c;** Quelle: Eigene Daten, Tuberkulosefürsorge Gesundheitsamt, Kreis Soest.

\*Inzidenz (Anzahl der Tbc-Neuerkrankungen auf 100.000 Einwohner\*innen).

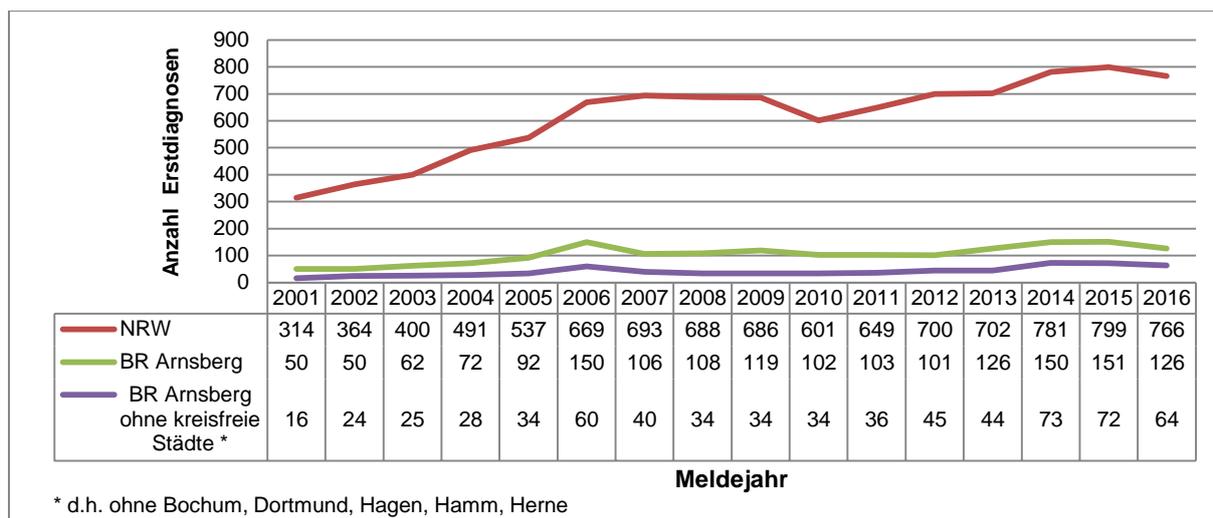
#### 10.1.4 HIV

HIV (englisch: *Human Immunodeficiency Virus* = menschliches Abweherschwäche-Virus) ist ein Virus, das ohne medikamentöse Behandlung das Immunsystem schwächt und folglich unbehandelt zur Immunschwächeerkrankung AIDS (englisch: *Acquired Immune Deficiency Syndrome* = erworbenes Abweherschwäche-Syndrom) führt. Die Übertragung erfolgt über unbehandelte HIV-infizierte Menschen bei Sexualkontakten ohne Kondom und bei Eindringen von infiziertem Blut in die Blutbahn (u.a. gemeinsamer Gebrauch eines Spritzenbestecks beim Drogenkonsum). Darüber hinaus ist HIV unbehandelt auch beim Stillen, während der Schwangerschaft und unter der Geburt auf das Kind übertragbar. Sind HIV-infizierte Menschen stabil und wirksam mit Medikamenten behandelt (antiretrovirale Therapie, verhindert die Virusvermehrung), können sie andere Personen nicht mehr mit HIV anstecken, und auch ein Ausbruch von AIDS kann vermieden werden (vgl. RKI 2017a, S. 111).

Die fachlichen Erkenntnisse zu HIV, STI und deren Therapie und Prävention sind im ständigen Fortschritt. Auch wenn HIV nach wie vor nicht heilbar ist, gibt es mittlerweile mehrere Wege der HIV-Prävention in Deutschland:

- ▶ Aufklärung und Information über HIV-Infektionswege und die Bedeutsamkeit von Kondomen,
- ▶ verschiedene niedrighschwellige Zugänge zur HIV-Testung,
- ▶ „Schutz durch Therapie“ (HIV-infizierte Person ist durch wirksame Medikamente nicht mehr infektiös; die Therapie verzögert/verhindert eine AIDS-Erkrankung),
- ▶ Postexpositionsprophylaxe (PEP; Medikament direkt nach dem Risikokontakt verhindert eine HIV-Infektion),
- ▶ Präexpositionsprophylaxe (PrEP; Medikament vor dem Risikokontakt verhindert HIV-Infektion).

Zurzeit wird noch über das Bundesgesundheitsministerium die Zulassung von HIV-Selbsttests in Deutschland für zu Hause geprüft, um die Testbereitschaft schwer erreichbarer Personen zu erhöhen. Diese Fortschritte erfordern eine regelmäßige Anpassung der Präventionsmaßnahmen und -inhalte an die aktuellen Bedarfe.



**Abbildung 10.1.4.1;** Quelle: RKI 2018, HIV-Erst Diagnosen nach Meldejahr (eigene Grafik, Abteilung Gesundheit/ Infektionsschutz).

Diagnostizierte HIV-Infektionen müssen nichtnamentlich gemäß § 7 Abs. 3 IfSG durch das feststellende Labor direkt beim Robert-Koch-Institut (RKI) gemeldet werden. Es gibt keine Meldepflicht an die unteren Gesundheitsbehörden, so dass genauere Daten für den Kreis Soest nicht ermittelbar sind.

HIV-Melddaten vom RKI für 2017 lagen zum Recherchezeitpunkt nicht vor. 2016 wurden laut RKI in Deutschland 3.419 Erst Diagnosen gemeldet. Im Vergleich zu 2015 (3.699 Fälle) waren es 280 Fälle weniger (7,6 %). Die Inzidenz des Regierungsbezirks Arnsberg ohne die kreisfreien Städte liegt bei circa 3,0 Fällen pro 100.000 Einwohner und unter dem NRW-weiten Wert mit 4,3 Fällen pro 100.000 Einwohnern, bundesweit 4,2 Fälle (vgl. RKI 2017a, S. 111; RKI 2018).

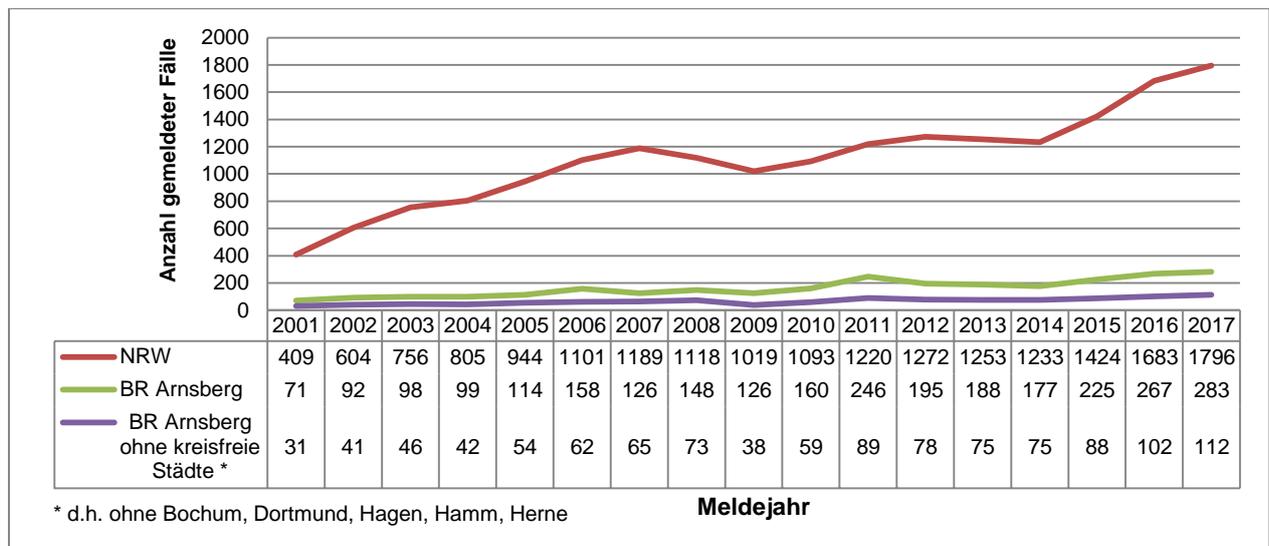
Die Mehrheit der 2016 in NRW (51,2 %) gemeldeten HIV-Erst Diagnosen sind auf ungeschützte Sexualkontakte von Männern, die Sex mit Männern hatten (MSM), zurückzuführen (Deutschland: 50,5 %). Der Anteil von ungeschützten Sexualkontakten unter Heterosexuellen liegt in NRW bei 25,1 % (Deutschland: 25,3 %). Die dritthäufigste Infektionsquelle stellt der intravenöse Drogenmissbrauch dar (NRW: 2,5 %; Deutschland: 3,7 %). Die gemeldeten HIV-Infektionen durch Mutter-Kind-Übertragung liegen durchgehend unter einem Prozent. Bei 160 gemeldeten Fällen (20,9 %) in NRW war der Übertragungsweg unbekannt (bundesweit 19,9 %). Im Regierungsbezirk Arnsberg ohne die kreisfreien Städte sind die Tendenzen vergleichbar (vgl. RKI 2018).

Insgesamt schätzt das RKI, dass bis Ende 2016 mindestens 88.400 Menschen in Deutschland (NRW: 19.200) mit einer HIV-Infektion lebten – davon wissen geschätzt rund 12.700 Personen nichts von ihrer Infektion (NRW: 2.600). Fast drei Viertel der infizierten und in Deutschland lebenden Menschen stehen unter antiretroviraler Therapie (73 %, n = 64.900; NRW: 75 %, n = 14.400), (vgl. RKI 2017b, RKI 2017c).

Die Aufklärungs- und Präventionsstrategien sind auch im Kreis Soest nach wie vor sehr wichtig, um die Angst vor HIV und einem HIV-Test abzubauen und die Testbereitschaft bei den gefährdeten Gruppen zu steigern. Eine früh diagnostizierte und wirksam medikamentös behandelte HIV-Infektion zählt mit den heutigen medizinischen Standards zu den chronischen Erkrankungen und stellt keine Infektionsgefahr mehr dar (weiteres siehe Kapitel 11 Sexuelle Gesundheit).

### 10.1.5 Syphilis

Die Syphilis ist eine Erkrankung, die durch das Bakterium *Treponema pallidum* verursacht wird. Sie wird nur zwischen Menschen übertragen. Die Ansteckung ist über Blut, sexuell und auch intrauterin von der Mutter auf das Kind möglich. Der typische Krankheitsverlauf verläuft in drei Stadien, wobei die Ansteckung im Primär- (schmerzfreies Geschwür am Übertragungsbereich) und Sekundärstadium (Allgemeinsymptome und Hauterscheinungen) möglich ist. Bei symptomfreien Verläufen ist die Infektionsgefahr in den ersten zwölf Monaten nach der Infektion gegeben (Frühlatenz). Im dritten Stadium kommt es nach Jahren zu Hirn- und Blutgefäßschäden. Die Infektion ist mit Antibiotika heilbar, kann aber jederzeit erneut erworben werden. Diagnostizierte Syphilis-Infektionen müssen nichtnamentlich gemäß § 7 Abs. 3 IfSG durch das feststellende Labor direkt beim RKI gemeldet werden. Es gibt keine Meldepflicht bei den unteren Gesundheitsbehörden und auch keine Meldedaten auf Kreisebene (vgl. RKI 2017a, S. 203 ff).



**Abbildung 10.1.5.1;** Quelle: RKI 2018 Syphilis-Fälle nach Meldejahr (eigene Grafik, Abteilung Gesundheit/ Infektionsschutz).

Dem RKI wurden 2017 Deutschlandweit 7476 Syphilis-Fälle gemeldet. Das entspricht einer bundesweiten Zunahme von 301 Fällen (4 %) im Vergleich zu 2016, und setzt den bisherigen Anstiegstrend seit 2001 mit wenigen Ausnahmen und Schwankungen fort. 2017 gab es in NRW insgesamt 1.796 Syphilis-Fälle, was fast ein Viertel (24%) und somit die meisten Fälle im Bundesvergleich nach Berlin (1033 Fälle) und Bayern (1023) darstellt (vgl. RKI 2018).

Die Mehrheit der 2017 in NRW (57,6 %) gemeldeten Syphilis-Fälle sind auf ungeschützte Sexualkontakte von Männern, die Sex mit Männern hatten (MSM), zurückzuführen (Deutschland: 63 %). Der Anteil von ungeschützten Sexualkontakten unter Heterosexuellen liegt in NRW bei 14,8 % (Deutschland: 12,5 %). Des Weiteren gab es als mögliche Infektionsquelle Prostitutionskontakte (NRW: 1 %) und die Ausübung von Sexarbeit (NRW: 0,6 %). Bei 469 gemeldeten Fällen (26 %) in NRW war der Übertragungsweg unbekannt (bundesweit 23 %). In der Bezirksregierung Arnsberg ohne kreisfreie Städte zeigen sich die Übertragungsrisiken in ähnlicher Rangfolge: 47 % MSM, 18 % heterosexuelle Kontakte, 1,8 % Kontakt zu Sexarbeit, 0,9 % Ausübung von Sexarbeit, 32 % unbekannt. Seit 2014 wurden in NRW keine Infektionen (durch Mutter-Kind-Übertragung) gemeldet. In 2017 waren es bundesweit 3 Fälle (vgl. RKI 2018).

„Der anhaltende Anstieg der gemeldeten Syphilisinfektionen zeigt, wie wichtig die frühzeitige Diagnose und Behandlung von Syphilis ist, um Infektionsketten möglichst frühzeitig zu unterbrechen. Das Bewusstsein für Syphilis sollte daher sowohl beim ärztlichen Personal als auch bei den häufig betroffenen Gruppen gestärkt werden“ (vgl. RKI 2017a, S. 206). Für den

Kreis Soest ist zu folgern, dass das bereits etablierte Präventions-, Diagnostik- und Behandlungsangebot, insbesondere für MSM, aufrechterhalten und ggf. weiterausgebaut werden sollte. Hierbei ist beachtenswert, dass niedrighschwellige Angebote die Inanspruchnahme begünstigen und eine gute Überleitung in die Behandlung gewährleistet ist.

#### Quellen:

- BZgA (2011): Standards für die Sexualaufklärung in Europa. Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden, Expertinnen und Experten. WHO-Regionalbüro für Europa und BZgA. Köln.
- DSTIG (Deutsche STI-Gesellschaft) (ohne Jahr, a): Chlamydien/ Chlamydia trachomatis. <http://www.dstig.de/was-sind-stdsti/chlamydien.html>, Abfragedatum: 27.04.2018.
- DSTIG (Deutsche STI-Gesellschaft) (ohne Jahr, b): Gonorrhoe/ Tripper. <http://www.dstig.de/was-sind-stdsti/gonorrhoe.html>, Abfragedatum: 27.04.2018.
- Koletzko, B., Armbruster, M., Bauer, CP., Bös, K., Cierpka, M., Cremer, M., Dieminger, B., Flothkötter, M., Graf, C., Heindl, I., Hellmers, C., Kersting, M., Krawinkel, M., Plöger, A., Przyrembel, H., Reichert-Garschhammer, E., Schäfer, T., Wahn, U., Vetter, K., Wabitsch, M., Weißborn, A., Wiegand, S. (2013): Ernährung und Bewegung im Kleinkindalter  
Handlungsempfehlungen des Netzwerks „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“, Monatsschrift Kinderheilkunde 2013; 12.
- Rabenau, HF., Bannert, N., Berger, A., Mantke, OD., Eberle, J., Enders, M., Fickenscher, H., Grunert, HP., Gürtler, L., Heim, A., Huzly, D., Kaiser, R., Korn, K., Nick, S., Kücherer, C., Nübling, M., Obermeier, M., Panning, M., Zeichhardt, H. (2015): Nachweis einer Infektion mit Humanem Immundefizienzvirus (HIV): Serologisches Screening mit nachfolgender Bestätigungsdiagnostik durch Antikörper-basierte Testsysteme und/ oder durch HIV-Nukleinsäure-Nachweis. Bundesgesundheitsbl 2015; 58: 877-886.
- RKI (2004): Gonorrhö und genitale Chlamydiose in Deutschland nach Daten des STD-Sentinel des RKI. Epidemiologisches Bulletin 2004; 39: 331-335.
- RKI (2009): Erkrankungen durch Chlamydia trachomatis. Epidemiologisches Bulletin 2009; 37: 369 – 373.
- RKI (2016): Erster Nachweis einer Gonorrhö mit einem high-level Azithromycin-resistenten Erreger in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin 2016; 21: 186-187.
- RKI (2017a): Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2016. Berlin.
- RKI (2017b): Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland. Stand Ende 2016. Epidemiologisches Bulletin 2017; 47: 531-545.
- RKI (2017c): HIV/AIDS in Nordrhein-Westfalen. Eckdaten der Schätzung. Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts. Stand Ende 2016.
- RKI (2018): SurvStat@RKI 2.0, Datenstand vom 01.04.2018, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 23.04.2018.
- TAMAR (2017): Bericht 2016. TAMAR – Prostituierten- und Ausstiegsberatung für Mädchen und Frauen, Evangelische Frauenhilfe in Westfalen e.V., Soest.
- WHO (2006): Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Genf. [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf), Abfragedatum: 23.04.2018.

## 11 Sexuelle Gesundheit

### 11.1 Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert den Begriff der Sexuellen Gesundheit aus ganzheitlicher Sicht. Kurz gesagt, ist eine gesunde Sexualität auch Bestandteil der gesamten Gesundheit des Menschen und somit wichtig für dessen Dasein, Lebensqualität und Wohlbefinden (vgl. WHO 2006, BZgA 2011).

In diesem Zusammenhang ist es auch wichtig, eine gesunde, selbstbestimmte und verantwortungsbewusste Sexualität zu fördern, die Verbreitung von sexuell übertragbaren Infektionen (kurz STI, englisch: sexual transmitted infections) zu vermeiden, sowie die Diskriminierung und Stigmatisierung von infizierten Menschen zu bekämpfen.

### 11.2 HIV / AIDS- und STI-Sprechstunde für die Allgemeinbevölkerung

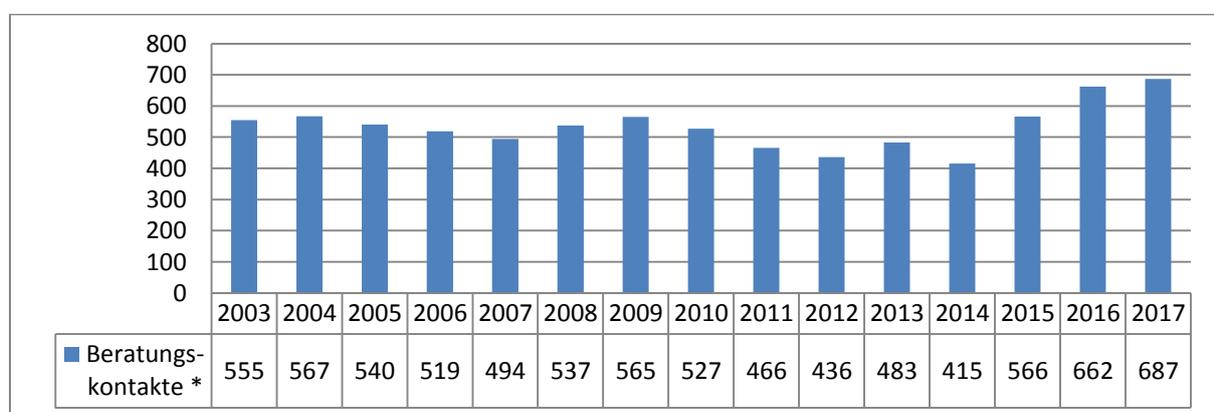
Seit 1988 gibt es im Gesundheitsamt des Kreises Soest eine anonyme Beratungsstelle zur Beratung, Information und Aufklärung der Bevölkerung zu HIV / AIDS und STI. Diese

gesetzliche Pflichtaufgabe basiert auf § 19 IfSG, sowie den §§ 15 und 23 ÖGDG NRW. Im Jahr 2016 kam es zu einer personellen Veränderung bei der Nachbesetzung der AIDS-Koordinationsstelle mit Verlagerung von Arbeitsschwerpunkten.

Insgesamt bietet das Kreisgesundheitsamt je eine Beratungsstelle im Kreishaus in Soest und in der Nebenstelle Lippstadt an. Zu festen Sprechstundenzeiten oder nach Terminabsprache können sich die Bürger\*innen anonym und vertrauensvoll zu HIV / AIDS und STI informieren, beraten und testen lassen. Im Testangebot sind der HIV-Antikörpertest, der Syphilis-Antikörpertest (beide kostenfrei durch Finanzierung über das Land NRW) sowie kostenpflichtige Testungen auf die Bakterien Chlamydien und Gonokokken (Tripper).

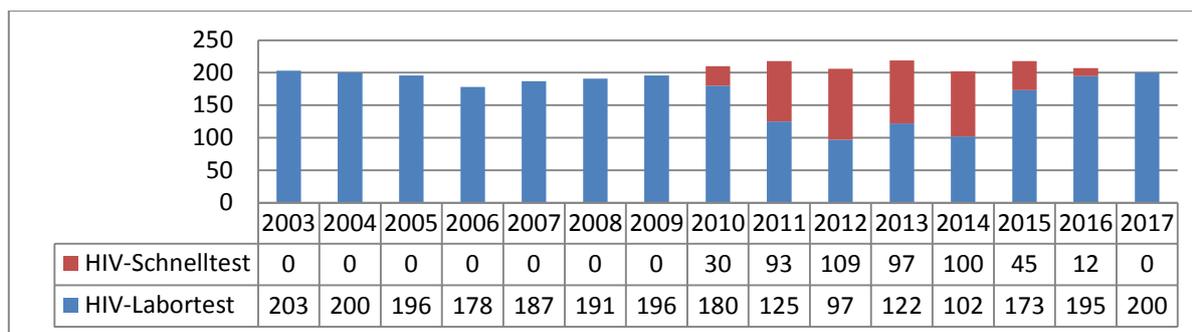
Chlamydien und Gonokokken gehören zu den weltweit häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen und werden vorwiegend durch Sex ohne Kondom übertragen. Diese bakteriellen Infektionen sind in Deutschland nicht meldepflichtig. Daher gibt es nur grobe Schätzungen über die Krankheitslast. Bei Chlamydien wird in Deutschland von jährlich ca. 300.000 Fällen ausgegangen mit einem gehäuften Vorkommen bei sexuell aktiven Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen dem 17. und 24. Lebensjahr. Die Gonokokken bereiten bedeutsame Probleme aufgrund weltweit zunehmend multiresistenter Stämme gegen Antibiotika. Unbehandelte STI wie diese können vielfältige Beschwerden verursachen und zum Teil schwere Gesundheitsschäden auslösen. Ein Großteil dieser Infektionen hat keine auffälligen Symptome und kann deshalb unbemerkt bleiben mit möglichen schweren Auswirkungen wie Unfruchtbarkeit und Zeugungsunfähigkeit (vgl. RKI 2004, RKI 2009, RKI, 2016).

2017 hatten beide Beratungsstellen des Gesundheitsamtes insgesamt 687 Beratungskontakte, 290 davon in Lippstadt. Das schließt alle Formen von Beratungskontakten mit ratsuchenden Personen ein, und zwar per Telefon (n = 202), per E-Mail (n = 38), persönliche Beratungen vor Ort mit Test (n = 213) bzw. ohne Test (n = 26) sowie die Ergebnisberatungen (n = 208).



**Abbildung 11.2.1;** Quelle: Abteilung Gesundheit, Anzahl der Beratungskontakte pro Jahr zu HIV/AIDS und STI im Gesundheitsamt Kreis Soest; eigene Grafik.

Die 2010 im Gesundheitsamt Soest eingeführten HIV-Schnelltests wurden im Laufe des Jahres 2016 abgeschafft, da sich 2015 das Diagnostik-Fenster für den HIV-Labortest von 12 auf 6 Wochen verkürzte. Beim Schnelltest werden weiterhin die 12 Wochen Wartezeit vorausgesetzt, weshalb er vermutlich weniger beansprucht wurde.



**Abbildung 11.2.2;** Quelle: Abteilung Gesundheit, Anzahl von HIV-Antikörpertests pro Jahr im Gesundheitsamt Kreis Soest; eigene Grafik.

2017 wurden insgesamt 202 Syphilis-Tests durchgeführt mit drei positiven Ergebnissen. Chlamydien und Gonokokken werden kombiniert getestet. 2017 wurden 42 Testungen in Anspruch genommen - alle negativ. Im Vergleich dazu gab es 2016 bei insgesamt 43 Testungen fünf positive Befunde mit Chlamydien-Infektionen, bei denen den Klient\*innen angeraten wurde, sich unmittelbar in ärztliche Behandlung zu begeben.

### 11.3 Ärztliche STI-Sprechstunde für Sexarbeiter\*innen

Seit Mai 2007 gibt es im Gesundheitsamt in Soest neben der anonymen Sprechstunde für die Allgemeinbevölkerung nach §19 IfSG zusätzlich eine anonyme ärztliche STI-Sprechstunde für Sexarbeiter\*innen. Sie stellen eine schwer erreichbare und deshalb besonders gefährdete Gruppe für sexuell übertragbare Infektionen dar. Geschätzt über 80 % der in der Prostitution in Südwestfalen arbeitenden Frauen sind Migrantinnen (TAMAR 2017), die noch immer unzureichende Kenntnisse zu HIV und STI und somit großen Aufklärungsbedarf haben. Zudem ist die Akzeptanz bestehender Beratungsangebote zu HIV und STI bei dieser Zielgruppe insgesamt schlecht, weil für sie keine weiteren anonymen Untersuchungen und Hilfen möglich waren. Deshalb zielt das Angebot in erster Linie auf die Frauen, die nicht krankenversichert sind oder aus anderen Gründen über keinen ausreichenden Zugang zum medizinischen Regelversorgungssystem verfügen.

Von Mai 2007 bis Dezember 2017 wurde die fachärztliche Sprechstunde für Sexarbeiter\*innen mit insgesamt 358 Patient\*innenkontakten bei 160 angebotenen Sprechstunden aufgesucht. Die überwiegende Mehrheit der Kontakte waren Frauen (344 Patientenkontakte), 14 Männer nahmen das Angebot in Anspruch. Von April 2015 bis Mai 2016 wurde aus personellen Gründen keine Sprechstunde angeboten.

Seit Wiederaufnahme der ärztlichen Sprechstunde im Mai 2016 bis Ende 2017 gab es 28 Sprechstunden und insgesamt 54 Patient\*innenkontakte - alle weiblich (2016: 24; 2017: 30). Es wurden dabei 38 gynäkologische Untersuchungen durchgeführt (2016: 21; 2017: 17).

2016 wurden insgesamt 201 Laboruntersuchungen (Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung, HIV, Syphilis, Chlamydien, Gonorrhöe und Hepatitis A, B, C) in Auftrag gegeben - davon waren vier Befunde positiv: zwei Chlamydien-Infektionen, eine Gonorrhöe, ein Befund mit Gebärmutterhalskrebs-Vorstufe.

2017 wurden insgesamt 146 Laboruntersuchungen (Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung, HIV, Syphilis, Chlamydien, Gonorrhöe und Hepatitis A, B, C) in Auftrag gegeben - davon waren fünf Befunde positiv: eine Chlamydien-Infektionen, eine Gonorrhöe, drei Befunde mit Gebärmutterhalskrebs-Vorstufe.

Alle Fälle wurden ärztlich beraten und/oder erhielten eine leitliniengerechte medikamentöse Therapie über Privatrezept. Weitere Kontrolluntersuchungen wurden angeraten.

Bezüglich der Impfungen wurden 2017 insgesamt vier Teilimpfungen für Hepatitis A und B verabreicht. 2016 wurde keine Hepatitis-Impfung in Anspruch genommen.

## **11.4 Weitere Präventionsarbeit zu HIV / AIDS und STI**

Kreisweit werden regelmäßig für Jugendliche an weiterführenden Schulen im Kreis Soest sexualpädagogische Präventionsveranstaltungen rund um die Themen Sexualität, HIV/ AIDS und STI angeboten. Ein wichtiger Kooperationspartner dabei ist die AIDS-Hilfe im Kreis Soest e.V., um in den Klassen das Thema vertrauensvoll mit weniger Angst besetzt in geschlechtergetrennten Gruppen umsetzen zu können. Die zeitliche als auch die inhaltliche Ausrichtung geht mittlerweile über das Thema HIV und AIDS hinaus, da der Aufklärungsbedarf zu STI angesichts des fehlenden Wissens über weitere STI und der damit steigenden Infektionszahlen zugenommen hat. Zudem ist es wichtig, sich im Zeitalter der neuen Medien auch an den verändernden Lebenswelten der Jugendlichen zu orientieren, um sie weiterhin für kritisches und verantwortungsbewusstes Handeln zu sensibilisieren, sowie deren Interesse am Thema Sexuelle Gesundheit aufrecht zu erhalten.

Die Nachfrage zu fachlich begleiteten Präventionsveranstaltungen ist sehr gut. Im Jahr 2017 wurden 55 Präventionsveranstaltungen zu sexueller Gesundheit, HIV und STI durchgeführt. Dabei wurden insgesamt 1757 Personen erreicht. Davon fanden 44 sexualpädagogische Veranstaltungen direkt in weiterführenden Schulen bzw. Jugendeinrichtungen im Kreis Soest statt. Die 8. und 9. Klassenstufe stellen mit 36 Veranstaltungen die größte erreichte Zielgruppe dar, was daran liegt, dass das Thema HIV/ AIDS und sexuell übertragbare Infektionen verpflichtender Inhalt in der Bildungs- und Erziehungsarbeit an weiterführenden Schulen ist und Lehrkräfte außerschulische Einrichtungen und Fachkräfte bei der Umsetzung einbeziehen können (Runderlass des NRW Kultusministeriums vom 01.07.1987, überarbeitet 01.12.2013).

Jährlich beteiligt sich die AIDS-Koordinatorin beim Welt-AIDS-Tag am 01. Dezember an der Stand-Aktion der AIDS-Hilfe im Kreis Soest e.V. auf dem Weihnachtsmarkt in Soest. 2017 wurden im Rahmen des Arbeitskreises „Sexualpädagogische Prävention im Kreis Soest“ bereits zum dritten Mal zwei komplett ausgebuchte Aufführungen zum Theaterstück „LiebeLove and the Sexperts“ für Schulen im Kreis angeboten, bei der 411 Schüler\*innen erreicht wurden. Ein weiterer bedeutender Bestandteil der Prävention im Kreis Soest ist die Kooperation mit der Abteilung Schulangelegenheiten bezüglich der jährlichen Parcours-Veranstaltung „Komm auf Tour“ für Schüler\*innen. Hierbei spielt die Sexualaufklärung eine wichtige Rolle für eine verantwortungsbewusste Berufs- und Lebensplanung der heranwachsenden Generation.

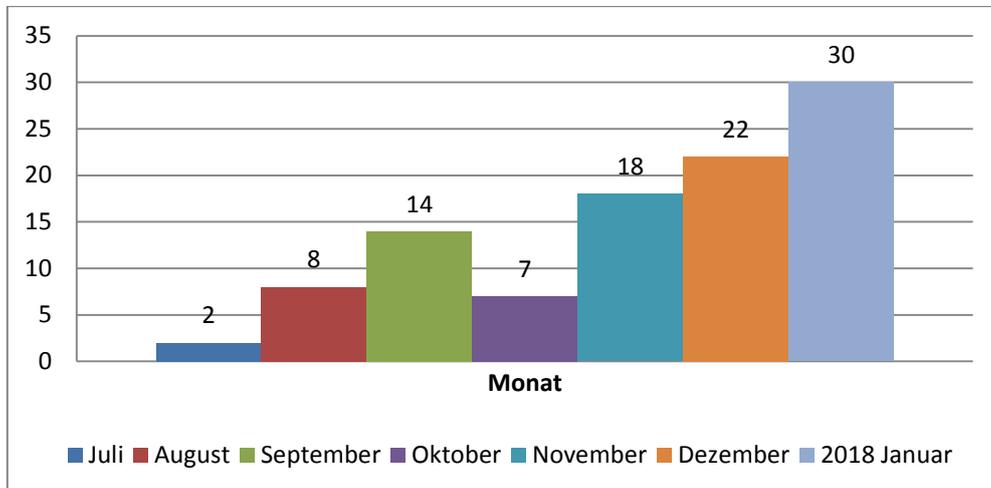
Eine neue Zielgruppe sind asylsuchende Migrant\*innen. In dieser zeigt sich kulturell bedingt ein zum Teil besonderer Informations- und Aufklärungsbedarf zu HIV/ AIDS, STI und sexueller Gesundheit. Die größten Herausforderungen bei den Präventionsmaßnahmen in dieser Zielgruppe sind die Sprachmittlung und eine kultursensible Herangehensweise sowie angemessener Zugang zur Zielgruppe. 2016 wurde in Zusammenarbeit mit der AIDS-Hilfe im Kreis Soest ein Konzept ausgearbeitet. Insgesamt acht Veranstaltungen wurden 2016 für unbegleitete minderjährige Asylsuchende in deren Unterbringungen angeboten, die unterschiedlich stark angenommen wurden. Zwei Versuche, Veranstaltungen für Bewohner\*innen in einer zentralen Unterbringungseinrichtung (ZUE) zu etablieren, scheiterten 2017, da es schwierig ist für das Thema Sexualität und HIV / AIDS trotz Geschlechtertrennung, Diskretion und Sachlichkeit die Zielgruppe der erwachsenen Asylsuchenden zu einer Teilnahme zu gewinnen. Dafür konnten 2017 in zwei Veranstaltungen die Mitarbeiter einer ZUE zum Thema HIV / AIDS und STI und dem Umgang im Arbeitsalltag geschult werden.

## **11.5 Prostituiertenschutzgesetz - Gesundheitliche Beratung nach § 10**

Das seit dem 01.07.2017 in Deutschland geltende Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG) sieht unter §10 für alle in der Prostitution tätigen Personen eine verpflichtende

gesundheitliche Beratung vor. Die vertrauliche gesundheitliche Beratung erfolgt durch die Gesundheitsämter.

Thematisiert werden dabei die Rechtslage und geltende Kondompflicht, Krankheits- und Empfängnisverhütung, Übertragungswege von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, Präventionsmöglichkeiten und die möglichen Gefahren von Alkohol- und Drogenmissbrauch.



**Abbildung 11.1.4.3.;** Quelle: Abteilung Gesundheit, Anzahl von Beratungen nach §10 ProstSchG pro Monat im Gesundheitsamt Kreis Soest; eigene Grafik.

Im Kreis Soest haben seit Inkrafttreten des Gesetzes bis Jahresende 2017 71 Personen die gesundheitliche Beratung in Anspruch genommen. Bis August 2018 waren es weitere 140 Anmeldungen mit 93 durchgeführten Beratungen. Die Grafik zeigt wechselnde Inanspruchnahme.

## 11.6 Resümee

Die anonymen Sprechstundenangebote zu sexuell übertragbaren Infektionen werden wie die Informationsveranstaltungen zu sexueller Gesundheit in Schulen und Einrichtungen im Kreis sehr gut in Anspruch genommen. Test-, Beratungs- und Informationsbedarf zu HIV/ AIDS und STI bestehen weiterhin. Eine besondere Herausforderung in Präventionsarbeit stellen asylysuchende Migrant\*innen dar.

### Gesundheitliche Beratung nach § 10 ProstSchG

Im Kreis Soest tätige Sexarbeiter\*innen nehmen die gesetzlich verpflichtende gesundheitliche Beratung eher zögerlich in Anspruch. Aufgrund des noch zu kurzen Bestehens und der Übergangsregelungen dieses Gesetzes lässt sich bezüglich der Zahlen noch keine langfristige Prognose über den Bedarf erstellen. Das gilt vor allem für die gesetzlich verpflichtende Wiederholung der §10-Beratung, die je nach Altersgruppe alle sechs bzw. zwölf Monate erforderlich wäre, und aufgrund der Übergangsfristen für alle Beratungen vor dem 01.01.2018 bei Prostituierten, die 21 Jahre und älter sind, erst in 2 Jahren wiederholt werden müssen. Zudem ist diese Berufsbranche von starker Fluktuation geprägt. Ob mit dem Gesetz das Ziel, die Möglichkeit eine Not-/Zwangslage zu offenbaren, erreicht wird, bleibt offen und ist fraglich.

### Quellen:

- BZgA (2011): Standards für die Sexualaufklärung in Europa. Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden, Expertinnen und Experten. WHO-Regionalbüro für Europa und BZgA. Köln.
- DSTIG (Deutsche STI-Gesellschaft) (ohne Jahr, a): Chlamydien/ Chlamydia trachomatis. <http://www.dstig.de/was-sind-stdsti/chlamydien.html>, Abfragedatum: 27.04.2018.
- DSTIG (Deutsche STI-Gesellschaft) (ohne Jahr, b): Gonorrhoe/ Tripper. <http://www.dstig.de/was-sind-stdsti/gonorrhoe.html>, Abfragedatum: 27.04.2018.

- Koletzko, B., Armbruster, M., Bauer, CP., Bös, K., Cierpka, M., Cremer, M., Dieminger, B., Flothkötter, M., Graf, C., Heindl, I., Hellmers, C., Kersting, M., Krawinkel, M., Plöger, A., Przyrembel, H., Reichert-Garschhammer, E., Schäfer, T., Wahn, U., Vetter, K., Wabitsch, M., Weißborn, A., Wiegand, S., (2013): Ernährung und Bewegung im Kleinkindalter Handlungsempfehlungen des Netzwerks „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“, Monatsschrift Kinderheilkunde 2013; 12.
- Rabenau, HF., Bannert, N., Berger, A., Mantke, OD., Eberle, J., Enders, M., Fickenscher, H., Grunert, HP., Gürtler, L., Heim, A., Huzly, D., Kaiser, R., Korn, K., Nick, S., Kücherer, C., Nübling, M., Obermeier, M., Panning, M., Zeichhardt, H. (2015), Nachweis einer Infektion mit Humanem Immundefizienzvirus (HIV): Serologisches Screening mit nachfolgender Bestätigungsdiagnostik durch Antikörper-basierte Testsysteme und/ oder durch HIV-Nukleinsäure-Nachweis. Bundesgesundheitsbl 2015; 58: 877-886.
- RKI (2004): Gonorrhö und genitale Chlamydie in Deutschland nach Daten des STD-Sentinel des RKI. Epidemiologisches Bulletin 2004; 39: 331-335.
- RKI (2009): Erkrankungen durch Chlamydia trachomatis. Epidemiologisches Bulletin 2009; 37: 369-373.
- RKI (2016): Erster Nachweis einer Gonorrhö mit einem high-level Azithromycin-resistenten Erreger in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin 2016; 21: 186-187.
- RKI (2017a): Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2016. Berlin.
- RKI (2017b): Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland. Stand Ende 2016. Epidemiologisches Bulletin 2017; 47: 531-545.
- RKI (2017c): HIV/AIDS in Nordrhein-Westfalen. Eckdaten der Schätzung. Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts. Stand Ende 2016.
- RKI (2018): SurvStat@RKI 2.0, Datenstand vom 01.04.2018, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 23.04.2018.
- TAMAR (2017): Bericht 2016. TAMAR – Prostituierten- und Ausstiegsberatung für Mädchen und Frauen, Evangelische Frauenhilfe in Westfalen e.V., Soest.
- WHO (2006): Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Genf. [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf), Abfragedatum: 23.04.2018.

## 12 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

### 12.1 Einleitung

Unter Muskel- und Skelett-Erkrankungen versteht man gesundheitliche Beeinträchtigungen durch Krankheiten der Gelenke, der Wirbelsäule, des Rückens, der Muskeln und des Bindegewebes. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems tragen nicht unerheblich zu einem Verlust an Lebensqualität bei, zur verminderten Arbeitsfähigkeit bis hin zu einer Behinderung mit Hilfsbedürftigkeit.

Die **Ursachen** der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sind unter anderem im Heben von Lasten, falschen Körperhaltungen und infolge gleichförmig wiederkehrender Bewegungen zu suchen. Neben häufigem Arbeiten in unbequemer Körperhaltung tragen des weiteren Termin- und Leistungsdruck sowie eine schlechte Work-Life-Balance zu Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems bei. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) weist in diesem Jahr darauf hin, dass Rückenschmerzen zu einem überwiegenden Teil in direkter Verbindung mit psychischen Faktoren stünden.

Die Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) chronischer Schmerzen an Muskeln und Gelenken steigt zudem mit dem Alter. Der allgemeine Alterungsprozess beeinflusst degenerative (Verschleiß) Erkrankungen der Wirbelsäule, Verschleißerscheinungen der Gelenke, deformierte Bandscheiben, chronische Entzündungen.

#### 12.1.1 Diagnosegruppen und Arbeitsunfähigkeiten

Laut den kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe stellen 2015 **Rückenschmerzen (ICD-10 M54)** die häufigste Schmerzerkrankung im Erwachsenenalter dar und belegen - nach dem Bluthochdruck - Rang zwei unter den häufigsten Diagnosen in der **ambulanten Versorgung**. Bei den ambulanten Behandlungszahlen ist eine Steigerung um 9 % zwischen 2006 und 2015 zu verzeichnen, 26 % der Frauen und 20 % der Männer waren deshalb ein- oder mehrmals in ärztlicher Behandlung. Die Behandlungshäufigkeit von

Rückenschmerzen bei Frauen und Männern nimmt dabei zunächst von einer Altersgruppe zur nächsten zu, erreicht ab etwa 55 Jahren ein Plateau, um dann wieder leicht abzufallen. Rückenschmerzen sind die zweithäufigste Einzeldiagnose für Krankschreibungen nach Infektionen der Atemwege. Bei 85 bis 90 Prozent der Betroffenen können Ärzt\*innen die Ursache für den Schmerz nicht sicher ausmachen. Akute Rückenschmerzen nehmen in der Regel einen günstigen Verlauf und klingen in etwas 80 bis 90 % der Fälle binnen 14 Tagen spontan wieder ab.

### Ambulante Behandlungshäufigkeit von Rückenschmerzen (ICD-10: M54) in Prozent der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, NRW 2015

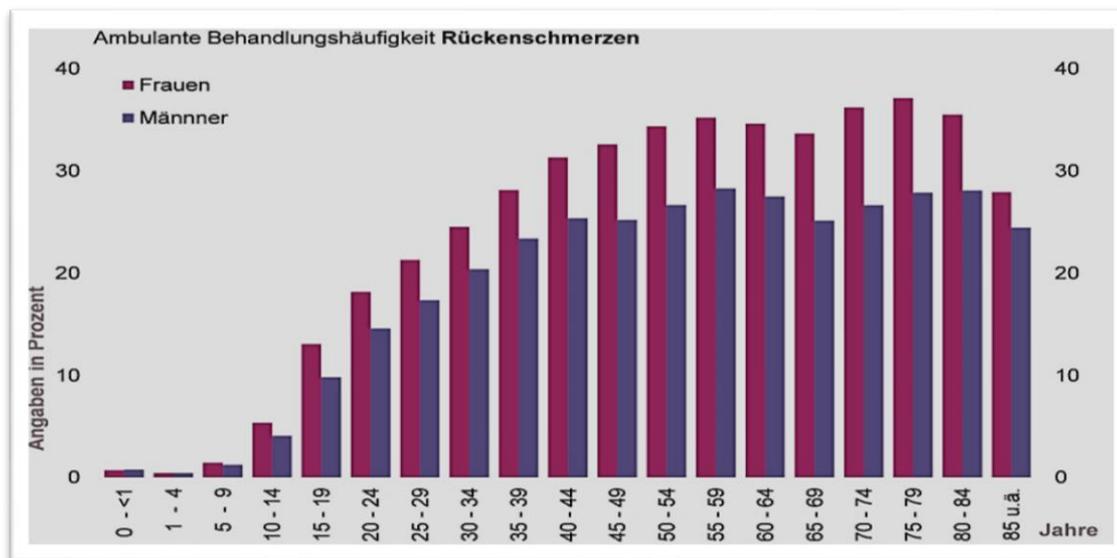


Abbildung 12.1.1.1; Quelle: KVWL, LZG.NRW.

### Ambulante Behandlungsfälle von Rückenschmerzen (ICD10:M54) je 1000 Einwohner\*innen nach Alter und Geschlecht, Kreis Soest 2016

Unverändert äquivalent (gleich) zum Landesdurchschnitt 2015 zeigt sich 2016 im Kreis Soest ebenfalls ein Plateau der Behandlungsfälle bei etwa 55 Jahren.

Alter	Männer		Frauen		Insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	9	644,24	7	539,71	16	593,91
1 - 4	39	702,20	39	767,41	78	733,36
5 - 9	155	2.212,39	158	2.444,31	313	2.323,85
20 - 24	1.463	15.474,93	1.622	21.263,77	3.085	18.061,00
30 - 34	1.940	22.125,91	2.247	27.272,73	4.187	24.622,17
<b>45 - 49</b>	<b>3.476</b>	<b>28.161,71</b>	<b>4.516</b>	<b>36.877,35</b>	<b>7.992</b>	<b>32.503,66</b>
<b>50 - 54</b>	<b>3.793</b>	<b>28.246,95</b>	<b>4.761</b>	<b>36.227,36</b>	<b>8.554</b>	<b>32.197,84</b>
<b>55 - 59</b>	<b>3.498</b>	<b>29.596,41</b>	<b>4.239</b>	<b>36.110,40</b>	<b>7.737</b>	<b>32.845,13</b>
65 - 69	1.818	23.283,81	2.611	31.962,30	4.429	27.722,83
75 - 79	1.872	27.181,65	2.994	34.131,33	4.866	31.078,75
80 - 84	961	25.111,05	1.711	30.007,02	2.672	28.043,66
<b>Insges. ab 1. Lj</b>	<b>31.589</b>	<b>20.986,86</b>	<b>41.856</b>	<b>27.563,14</b>	<b>73.445</b>	<b>24.291,71</b>

Abbildung 12.1.1.2: Quelle: KVWL.

Problematisch sind diejenigen Fälle von Rückenschmerzen, die mit einer relevanten Funktionseinschränkung einhergehen und über einen längeren Zeitraum bestehen bleiben bzw. häufig wiederkehren. So führen Rückenschmerzen als eine eher unspezifische

Behandlungsdiagnose gegenüber Bandscheibenschäden oder anderen Krankheiten der Wirbelsäule nicht selten zu Krankenhausbehandlungen. Auffällig ist der deutliche Anstieg der **stationären Behandlungen** in den letzten Jahren zu sehen. Im Jahr 2015 wurden in NRW laut LZG Bericht rund 54.000 Personen (32.183 Frauen und 22.131 Männer) wegen dieser Diagnose stationär behandelt, ein Anstieg von 9 % seit 2006. Das Plateau der Behandlungen liegt hier beim 70. bis 80. Lebensjahr und unterstreicht damit die Tatsache, dass die Prävalenz chronischer Schmerzen an Muskeln und Gelenken mit dem Alter steigt.

### Krankenhausfälle Diagnose Rückenschmerzen, Kreis Soest 2016

Das durchschnittliche Lebensalter ist bei der stationären Behandlung in das höhere Alter der 70- bis 80-Jährigen verschoben.

Alter	Männer		Frauen		Insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	–	–	–	–	–	–
30 - 34	20	228,10	12	145,65	32	188,18
35 - 39	25	289,72	35	411,52	60	350,18
50 - 54	75	558,53	68	517,43	143	538,26
55 - 59	65	549,96	68	579,27	133	564,61
65 - 69	40	512,30	54	661,04	94	588,38
<b>70 - 74</b>	<b>43</b>	<b>722,20</b>	<b>89</b>	<b>1.291,54</b>	<b>132</b>	<b>1.027,88</b>
<b>75 - 79</b>	<b>52</b>	<b>755,05</b>	<b>101</b>	<b>1.151,39</b>	<b>153</b>	<b>977,20</b>
85 u. älter	23	935,34	49	845,85	72	872,83
<b>Insges. ab 1. Lj</b>	<b>541</b>	<b>359,43</b>	<b>707</b>	<b>465,58</b>	<b>1.248</b>	<b>412,77</b>

Abbildung 12.1.1.3; Quelle: IT.NRW 2016.

In Bezug auf die **Arbeitsunfähigkeit** sind „Rückenprobleme für jeden elften Fehltag verantwortlich“, meldet die TK in ihrem Gesundheitsreport 2017. Nach der Statistik waren die Erwerbspersonen 2017 im Durchschnitt 15,1 Tage krankgeschrieben. 1,3 Tage davon entfielen auf Rücken- oder Bandscheibenprobleme. Bei der Verteilung gibt es regionale Unterschiede. Der Kreis Soest hat mit 0,8 von 15,2 Fehltagen mit Baden-Württemberg und Bayern (1,1) und Hamburg (1,2) die wenigsten Rückenprobleme im Vergleich zu Sachsen-Anhalt (1,8) und Mecklenburg-Vorpommern (1,9).

Aufgrund der erheblichen Kosten (Produktionsausfälle etc.), die die beträchtlichen krankheitsbedingten Fehltag verursachen, empfiehlt der TK-Experte Albrecht Wehner in seinem Gesundheitsreport, in das Gesundheitsmanagement zu investieren. Immerhin, so berichtet die DAK in ihrem Gesundheitsreport 2016, haben 81,3 % der Männer und 77,8 % der Frauen angegeben, dass betriebliche Gesundheitsmaßnahmen einen Nutzen für ihre Gesundheit haben.

### 12.1.2 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

Zu den **muskuloskelettalen Erkrankungen**, die Gelenke betreffend, gehört die **Arthrose**. Sie gilt weltweit als die häufigste Gelenkerkrankung des erwachsenen Menschen und zeichnet sich im höheren Alter meistens ursächlich durch degenerative Veränderungen des Gelenks mit mehr oder weniger Funktionseinschränkungen aus. Arthrose bedingte Gelenkschmerzen können Alltag und Lebensqualität wesentlich beeinträchtigen, wirken sich negativ auf Stimmung, Schlaf und soziale Aktivitäten aus. Die **Hüftgelenksarthrosen** (M16) sind in der Häufigkeit führend, gefolgt von **Kniegelenksarthrosen** (M17).

Das Durchschnittsalter behandelter Patient\*innen in NRW lag bei 63,1 Jahren. In 45,6 % aller Fälle waren die Patienten 65 Jahre oder älter. Die meisten Behandlungen wurden in der Altersgruppe der 40- bis unter 65-Jährigen (47,8 %) durchgeführt.

Entlassene Patient*innen im Jahr 2016 aus nordrhein-westfälischen Vorsorge- und Reha-Einrichtungen (mit über 100 Betten)					
Rang	ICD*)	Hauptdiagnose	insgesamt	männlich	weiblich
1	<b>M16</b>	Hüftgelenksarthrose	16 896	6 026	10 870
2	<b>M17</b>	Kniegelenksarthrose	16 447	5 876	10 571

Abbildung 12.3.1; Quelle: IT.NRW, 2016.

### Vorsorge- Rehabilitationseinrichtungen, Kreis Soest

Das Durchschnittsalter der Behandlungsfälle 2016 aus Vorsorge- oder/und Rehabilitationseinrichtungen ist im Kreis Soest zum 70. Lebensjahr hin verschoben. Auch wurden die meisten Behandlungen nach dem 65. Lebensjahr durchgeführt.

#### Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Diagnose M16

Alter	Männer		Frauen		Insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 Einwohner
55 - 59	21	177,68	27	230,00	48	203,77
60 - 64	25	261,12	42	422,58	67	343,36
65 - 69	35	448,26	22	269,31	57	356,79
<b>70 - 74</b>	<b>32</b>	<b>537,45</b>	<b>36</b>	<b>522,42</b>	<b>68</b>	<b>529,51</b>
<b>75 - 79</b>	<b>45</b>	<b>653,40</b>	<b>64</b>	<b>729,59</b>	<b>109</b>	<b>696,17</b>
80 - 84	31	810,03	22	385,83	53	556,26
<b>Insges. ab 30. Lj.</b>	<b>222</b>	<b>147,49</b>	<b>243</b>	<b>160,02</b>	<b>465</b>	<b>153,80</b>

Abbildung 12.3.2; Quelle: IT.NRW, 2016.

#### Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Diagnose M17

Alter	Männer		Frauen		Insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 Einwohner
55 - 59	28	236,91	26	221,48	54	229,24
60 - 64	34	355,13	38	382,33	72	368,98
<b>65 - 69</b>	<b>27</b>	<b>345,80</b>	<b>39</b>	<b>477,41</b>	<b>66</b>	<b>413,12</b>
<b>70 - 74</b>	<b>23</b>	<b>386,29</b>	<b>37</b>	<b>536,93</b>	<b>60</b>	<b>467,22</b>
<b>75 - 79</b>	<b>35</b>	<b>508,20</b>	<b>39</b>	<b>444,60</b>	<b>74</b>	<b>472,63</b>
80 - 84	15	391,95	20	350,75	35	367,34
<b>Insges. ab 40.Lj.</b>	<b>192</b>	<b>127,56</b>	<b>242</b>	<b>159,36</b>	<b>434</b>	<b>143,54</b>

Abbildung 12.3.3; Quelle: IT.NRW, 2016.

Um Degenerationserkrankungen vorzubeugen, gilt aus medizinischer Sicht die Empfehlung:  
**„Turne bis zur Urne!“**

## 12.2 Rentenzugänge und Reha-Fälle

### 12.2.1 Frührentenzugänge und Frührentenbestand

Für Rentenzugänge und -bestand löst das ab 01.01.2001 geltende Recht die bisherige Unterscheidung zwischen der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente durch die zweistufige Erwerbsminderungsrente ab.

Eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erhalten Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres auf Antrag, wenn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

Der vorliegende Indikator 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 vorhergehender Definition außerstande sind, mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Rentenzugänge sind im entsprechenden Berichtsjahr erstmalig als erwerbsgemindert eingestuft worden, während der Rentenbestand alle Bezieher\*innen einer Erwerbsminderungsrente bis zum Eintritt in die Altersrente umfasst.

Nachfolgend werden sowohl die Neuzugänge als auch der Bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zum 31.12. des Berichtsjahres in absoluten Zahlen und je 100.000 der aktiv Versicherten ausgewiesen. Es liegt keine Altersstandardisierung vor [vgl. LZG.NRW, Indikator 3.40 (L)].

<b>Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht, Kreis Soest und NRW, 2015</b>						
Verw.-Bezirk	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100.000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100.000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100.000 aktiv Versicherte
Kreis Soest	304	416,0	352	454,0	656	435,6
NRW	19.184	451,7	18.950	424,8	38.134	437,9

**Tabelle 12.2.1.1;** Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund, Statistik über Rentenzugänge und Rentenbestand.

Die Veränderungen bei den **Rentenzugängen** wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Kreis Soest von 2012 zu 2015 lagen in der Gesamtanzahl bei (-26) und je 100.000 aktiv Versicherte bei (-29,7), davon weiblich (-14) und (-33,5), männlich (-12) und (-26,1); für NRW insgesamt bei (-1.234) und (-28,2) (vgl. auch LZG Gesundheitsatlas NRW, Kreisprofile).

<b>Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (MSE) Rentenzugang (RZ) wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Alter, Geschlecht Kreis Soest in 2016</b>						
Kreis Soest	weiblich		männlich		insgesamt	
	RZ	Rohe Rate	RZ	Rohe Rate	RZ	Rohe Rate
15 - 34	0	0,00	0	0,00	0	0,00
35 - 39	0	0,00	1	13,44	1	6,98
40 - 44	1	13,89	3	40,97	4	27,54
45 - 49	2	20,29	4	40,55	6	30,42
50 - 54	4	37,24	5	46,63	9	41,93
55 - 59	17	186,12	15	163,26	32	174,65
60 - 64	6	101,40	13	212,87	19	158,02
<b>insgesamt</b>	<b>30</b>	<b>40,87</b>	<b>41</b>	<b>52,58</b>	<b>71</b>	<b>46,90</b>

**Tabelle 12.2.1.2;** Quelle: LZG.NRW, Rentenzugängen MSE 2016 (ICD10: M00-M99) 26.06.2018.

Für NRW lag in 2016 die Rohe Rate (Verteilung in der Gesamtbevölkerung während einer bestimmten Zeitspanne) der MSE-Rentenzugänge bei insgesamt 50,17, davon weiblich (53,66) und männlich (46,86).

<b>Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Kreis Soest und NRW, 2015</b>						
Verw.- Bezirk	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100.000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100. 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100. 000 aktiv Versicherte
Kreis Soest	3.350	4.584,0	3.570	4.604,6	6.920	4.594,6
NRW	184.678	4.348,5	184.681	4.139,9	369.359	4.241,7

**Tabelle 12.2.1.3;** Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund, Statistik über Rentenzugänge und Rentenbestand.

Bei dem **Rentenbestand** betragen die Veränderungen von dem Jahr 2012 zu 2015 im Kreis Soest in der Gesamtanzahl (+339) und je 100.000 aktiv Versicherte (+104,6), davon weiblich (+289) und (+257,6), männlich (+50) und (-38,0); für NRW insgesamt (+31.444) und (+241,4), (vgl. LZG.NRW).

## 12.2.2 Inanspruchnahme von Reha-Behandlungen

Die medizinische Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung. Ihr Ziel ist es, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung entgegenzuwirken (Vorsorge) oder eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern. Dabei soll auch eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abgewendet, beseitigt, gemindert oder ausgeglichen werden, um eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Rehabilitative Maßnahmen werden unterteilt in medizinische, berufsfördernde und soziale Rehabilitation zur Teilhabe. Häufige Rehabilitationsmaßnahmen sind z.B. Anschlussheilbehandlungen im Anschluss an eine stationäre Behandlung, Kinderheilbehandlungen und Entwöhnungsbehandlungen. Die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen werden als stationäre, ambulante oder gemischt stationär/ambulante Behandlungen in Einrichtungen durchgeführt.

Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen sich nur auf Personen im arbeitsfähigen Alter, d. h. die Altersgruppen 15 bis 64 Jahre. Die Angaben der Rehabilitation liegen auf Länder- und kommunaler Ebene nach Wohnort der Rehabilitanden vor. Als Bezugspopulation werden die aktiv versicherten Personen der gesetzlichen Rentenversicherung genommen.

Ab dem Jahre 1999 werden zu den aktiv Versicherten auch die geringfügig Verdienenden gezählt. Dadurch ist es zu einem starken Anstieg der Versichertenzahl, insbesondere bei den Frauen gekommen. Dies führt durch die Zunahme der Nenner-Population zu niedrigeren Raten der Rehabilitationsleistungen [vgl. LZG NRW, Indikator 3.36 (L)].

Leistungen zur medizinischen (med.) Rehabilitation (Reha) und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Geschlecht (unter 65 Jahre), Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2015 wie folgt:

<b>Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe, Kreis Soest und NRW, 2015</b>						
Verw.- Bezirk	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100.000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 aktiv Versicherte
Kreis Soest	1.907	2.630,2	2.074	2.697,5	3.981	2.664,8
NRW	93.993	2.232,1	99.606	2.251,5	193.599	2.242,1

**Tabelle 12.2.2.1;** Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund, Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe

Bei den Leistungen zur medizinischen Reha und sonstigen Leistungen zur Teilhabe lagen die Veränderungen von dem Jahr 2012 zu 2015 im Kreis Soest in der Gesamtanzahl bei (+393) und insgesamt je 100.000 aktiv Versicherte bei (+200,0), davon weiblich (+203) und (+203,8), männlich (+190) und (+196,9); für NRW insgesamt bei (+13.107) und (+90,0), (vgl. LZG. NRW).

<b>Anzahl der Rehabilitationsleistungen bei Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (MSE) nach Alter, Geschlecht - Kreis Soest in 2016</b>						
Kreis Soest	weiblich		männlich		insgesamt	
	Reha	Rohe Rate	Reha	Rohe Rate	Reha	Rohe Rate
20 - 24	3	47,70	1	13,97	4	29,75
25 - 29	10	148,24	8	101,85	18	123,28
30 - 34	16	240,67	25	325,35	41	286,07
35 - 39	24	348,89	34	457,05	58	405,08
40 - 44	53	736,11	57	778,48	110	757,47
45 - 49	123	1.247,59	102	1.034,06	225	1.140,80
50 - 54	197	1.834,09	109	1.771,89	387	1.803,02
55 - 59	206	2.255,31	196	2.133,22	402	2.194,08
60 - 64	185	3.126,58	158	2.587,20	343	2.852,63
65 und mehr	12	2.006,69	4	589,10	16	1.252,94
<b>insgesamt</b>	<b>829</b>	<b>1.129,30</b>	<b>775</b>	<b>993,81</b>	<b>1.604</b>	<b>1.059,51</b>

**Tabelle 12.2.2.2** Quelle: LZG NRW, Rehabilitationsleistungen MSE 2016 (ICD10: M00-M99) 26.06.2018.

Die Altersgruppe 0-14 und 15-19 wiesen in 2016 keine Rehabilitationsleistungen auf. Für NRW lag in 2016 die Rohe Rate der Rehabilitationsleistungen bei insgesamt 770,72, davon weiblich (810,86) und männlich (732,63).

Alters- und geschlechtsspezifische Behandlungsfälle in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen reflektieren die Morbiditätssituation der Bevölkerung und stellen gleichzeitig wichtige Grundlagen für die Planung und Gestaltung der Versorgung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen dar.

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wie z.B. Sanatorien, Kurkliniken oder -heime und andere Spezialeinrichtungen, die sich auf bestimmte Krankheitsgruppen spezialisiert haben, stellen diagnostische und therapeutische Hilfen der verschiedensten Art im Vorfeld oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung bereit, um den Gesundheitszustand der Patient\*innen zu verbessern. Die Behandlungsfälle in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen berechnen sich aus der Anzahl der Patient\*innen, die in eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung aufgenommen, behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden.

Ab dem Jahr 2003 beinhaltet die Krankenhausdiagnosestatistik auch die Daten aller Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten, das entspricht ca. 60 % aller Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die übrigen 40 % sind nicht erfasst.

Diese Darstellung ermöglicht Aussagen über die für Frauen und Männer differenzierte Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen nach Geschlecht sowie nach Kreisen und kreisfreien Städten zu treffen.

Im vorliegenden Indikator des LZG.NRW sind Stundenfälle ohne die Patient\*innen mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht enthalten. Stundenfälle bezeichnen Patient\*innen, die stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind.

Die Daten sind nicht auf den Behandlungsort, sondern auf den Wohnort des Patienten bezogen. Zur Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Kreisen/kreisfreien Städten wird eine indirekte Standardisierung auf die Reha-Behandlungshäufigkeit des Landes insgesamt vorgenommen (SMR). Der Wert für das Land NRW liegt bei dieser Methode immer bei 1,0, während es in der Mehrzahl der Kreise und kreisfreien Städte Abweichungen vom Landesdurchschnitt gibt (vgl. LZG.NRW).

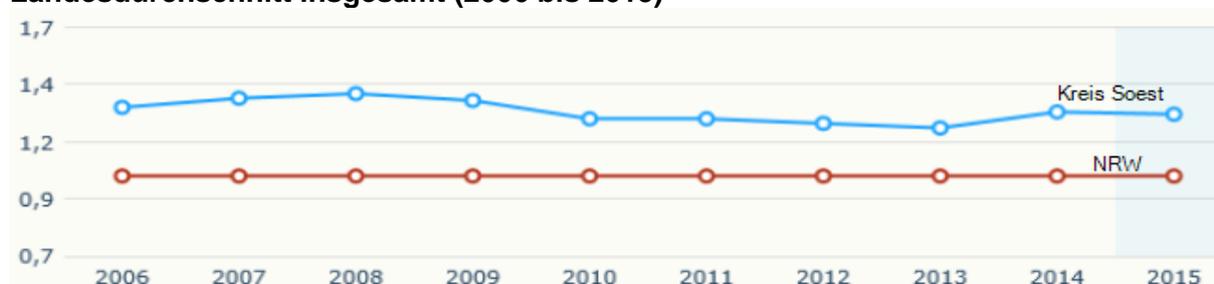
Behandlungsfälle in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen*, Kreis Soest und NRW, 2015						
Verw.-Bezirk	weiblich			männlich		
	Anzahl**	je 100.000 weibl. Einw.	SMR***	Anzahl**	je 100.000 weibl. Einw.	SMR***
Kreis Soest	3.914	2.586,2	1,25	3.359	2.261,5	1,30
NRW	184.824	2.038,9	1,00	149.615	1.722,3	1,00

**Tabelle 12.2.2.3**, Quelle: IT.NRW, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

\* nur Einrichtungen mit mehr als 100 Betten, \*\* inkl. Stundenfälle ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht, \*\*\*Standardized Morbidity Ratio (SMR): standardisiert an der Stationären Behandlungshäufigkeit des Landes.

Für den Kreis Soest lagen im Verhältnis von dem Jahr 2012 zu 2015 die weiblichen Behandlungsfälle in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in der Anzahl um 170 Fälle höher je 100.000 weibliche Einwohner (+106,5) und SMR (+0,04), bei der männlichen Anzahl von Fällen um 181 höher je 100.000 männliche Einwohner (+74,3) und SMR (+0,05); in NRW (weiblich (+1.085), (+1,2) , männlich (+1.821), (-9,8) und SMR (1,0).

### Behandlungsfälle in Reha-Einrichtungen mit mehr als 100 Betten - Abweichung vom Landesdurchschnitt insgesamt (2006 bis 2015)



**Abbildung 12.2.2.1**, Quelle: LZG.NRW; 2015 - Indikator 3.27\_01 insgesamt.

Zur Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Kreisen wird eine indirekte Standardisierung auf die Reha-Behandlungshäufigkeit des Landes insgesamt vorgenommen (SMR). Der Wert für das Land NRW liegt bei dieser Methode immer bei 1,0. Der Wert von 1,27 für den Kreis Soest bedeutet, dass der Kreis Soest 27 % über dem Landesdurchschnitt liegt.

## 13 Menschen mit Behinderung, Schwerbehinderung und Schwerstbehinderung

### 13.1 Einleitung

Eine einheitliche und allgemeine Definition des Begriffs Behinderung gibt es bis heute nicht. Im Sinne des Schwerbehindertenrechts wird der Begriff der Behinderung wie folgt definiert: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ (§ 2 Abs. 1 Satz 1, SGB IX).

Eine Person gilt als schwerbehindert, wenn ein Grad der Behinderung von 50 oder mehr anerkannt wurde.

#### 13.1.1 Demografie

Die Erfassung der schwerbehinderten Menschen erfolgt durch die Kreise und kreisfreien Städte in NRW. Die Erfassung erfolgt alle 2 Jahre. Es ist davon auszugehen, dass bei einigen Personen die Voraussetzungen für eine Schwerbehinderung vorliegen, diese jedoch aus Unwissenheit keinen Antrag stellen. Etwa 10 % der Bevölkerung in NRW ist schwerbehindert. Die Schwerbehindertenrate steigt proportional zum Alter. Sie ist also dem demografischen Wandel in der Gesellschaft unterworfen. Um die Angaben vergleichbar zu machen, wird eine indirekte Altersstandardisierung vorgenommen (SMR). Der Standard ist immer die Schwerbehindertenrate des Landes, beträgt also 1,0. Eine deutliche Abweichung stellen die Städte des Ruhrgebietes dar. So hatte die Stadt Herne (Regierungsbezirk Arnsberg) im Jahr 2015 einen SMR von 1,49, die Rate lag also 49 % höher als der Landesschnitt.

Die SMR im Kreis Soest lag im Zeitraum von 2011-2015 unterhalb des Durchschnitts im Regierungsbezirk Arnsberg, jedoch teilweise über dem Landesschnitt. Die Abweichungen waren jedoch gering. Es gab kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Auch die Anzahl ist als stabil zu bezeichnen.

Schwerbehinderte Menschen im Kreis Soest nach Geschlecht, 2011-2015						
Jahr	Weiblich (w)		Männlich (m)		insgesamt	
	Anzahl	je 100.000 w Einwohner	Anzahl	je 100.000 m Einwohner	Anzahl	je 100.000 Einwohner
2011	13.963	9.056,9	16.071	10.748,5	30.034	9.889,8
2013	14.657	9.575,7	16.602	11.141,6	31.259	10.348,2
2015	14.415	9.487,6	15.944	10.554,6	30.359	10.019,6

Tabelle 13.1.1.1, Quelle: LZG.NRW, Stand 2018.

#### 13.1.2 Kinder

Die Schwerbehindertenrate der Kinder unter 15 Jahre wird alle 2 Jahre erhoben. Deren Anzahl ist im dargestellten Zeitraum kaum schwankend. Auch der Vergleich der Betroffenen je 100.000 Einwohner insgesamt und bezogen auf das Geschlecht weicht kaum von der Schwerbehindertenrate des Regierungsbezirkes Arnsberg oder dem Land NRW ab. Es gibt mehr männliche als weibliche schwerbehinderte Kinder.

<b>Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren im Kreis Soest nach Geschlecht, 2011-2015</b>						
Jahr	w	je 100.000 der w Altersgruppe	m	je 100.000 der m Altersgruppe	insgesamt	je 100 000 der Altersgruppe
2011	228	1.070,3	335	1.506,5	563	1.293,1
2013	238	1.170,8	304	1.417,6	542	1.297,5
2015	220	1.092,8	297	1.363,0	517	1.233,2

**Tabelle 13.1.2.1**, Quelle: LZG.NRW, Stand 2018.

### 13.1.3 Ältere Menschen von 65 und mehr Jahren

Bei den Menschen, die 65 Jahre und älter sind, hat sich die Anzahl der schwerbehinderten Personen kaum verändert. Sie liegt deutlich unter der des Regierungsbezirks Arnsberg, entspricht aber der des Landes NRW.

<b>Schwerbehinderte Menschen von 65 und mehr Jahren im Kreis Soest nach Geschlecht, 2011-2016</b>						
Jahr	w	je 100.000 der w Altersgruppe	m	je 100.000 der m Altersgruppe	insgesamt	je 100.000 der Altersgruppe
2011	7.483	21.517,7	7.931	30.376,5	15.414	25.316,6
2013	7.962	22.824,2	8.313	31.159,3	16.275	26.436,3
2016	7.925	22.523,8	8.154	30.508,4	16.079	25.970,7

**Tabelle 13.1.3.1**, Quelle: LZG NRW, Stand 2018.

Im direkten Vergleich der Kreise und kreisfreien Städte, dem Regierungsbezirk Arnsberg und dem Land NRW ist zu erkennen, dass die kreisfreien Städte des Ruhrgebietes eine besonders hohe Schwerbehindertenrate bei den über 65-jährigen Personen verzeichnen.

<b>Schwerbehinderte Menschen von 65 und mehr Jahren nach Geschlecht</b>						
Kreisfreie Städte, Kreise, Regierungsbezirk, Land	w	je 100.000 der w Altersgruppe	m	je 100.000 der m Altersgruppe	insges.	je 100.000 der Altersgruppe
<b>Kreisfreie Städte</b>						
Bochum	14.954	32.089,4	12.614	38.157,2	27.568	34.607,5
Dortmund	22.714	33.093,9	19.432	38.499,8	42.146	35.384,7
Hagen	8.082	32.944,7	6.832	38.640,3	14.914	35.330,3
Hamm	6.115	29.404,7	5.517	35.259,2	11.632	31.918,3
Herne	7.553	37.782,0	6.540	46.356,7	14.093	41.329,7
<b>Kreise</b>						
Ennepe-Ruhr-Kreis	14.101	32.600,5	12.366	38.226,8	26.467	35.007,9
HSK	6.576	20.573,1	7.106	29.010,0	13.682	24.233,5
Märkischer Kreis	12.698	24.958,2	12.195	31.585,9	24.893	27.817,8
Olpe	3.212	21.896,5	3.919	33.510,0	7.131	27.048,2
Siegen-Wittgenstein	7.280	22.043,2	7.744	30.443,8	15.024	25.698,3
Soest	7.925	22.523,8	8.154	30.508,5	16.079	25.970,7
Unna	14.436	29.048,0	14.043	37.740,9	28.479	32.769,9
<b>Reg.-Bez. Arnsberg</b>	125.646	28.606,2	116.462	35.562,2	242.108	31.577,3
<b>NRW</b>	509.156	24.289,8	474.568	29.981,2	983.724	26.738,5

**Tabelle 13.1.3.2**, Quelle: LZG.NRW, Stand 2018.

### 13.1.4 Ärztliche Begutachtungen nach Schwerbehindertenrecht

Im Bereich Schwerbehindertenangelegenheiten stellen sich die Antragszahlen wie folgt dar:

Jahr	2015	2016	2017
Erstanträge	2.986	3.049	3.099
Änderungsanträge	4.232	4.220	4.121
Nachprüfungen	2.719	2.663	2.436
Widersprüche	1.581	1.529	1.557
Klagen	234	248	249
<b>insgesamt</b>	<b>11.751</b>	<b>11.609</b>	<b>11.472</b>

Tabelle 13.1.4.1; Quelle: eigene Datenerhebung des amtsärztlichen Dienstes.

Die gutachterlichen Stellungnahmen als Grundlage für die Entscheidung zur Schwerbehinderung nach Schwerbehindertenrecht werden von den Ärztinnen der Abteilung Gesundheit mit 1,5 Stellen sowie 15 Honorarärzt\*innen verschiedener Fachrichtungen erstellt. Dabei ergibt sich im Laufe der Bearbeitung immer wieder die Notwendigkeit weiterer Stellungnahmen, so dass die gutachterlichen Stellungnahmen höher liegen als die Zahl der Beantragungen.

Jahr	2015	2016	2017
<b>Anzahl der Gutachten</b>	<b>12.849</b>	<b>12.916</b>	<b>12.459</b>

Tabelle 13.1.4.2; Quelle: eigene Datenerhebung des amtsärztlichen Dienstes.

Die Anzahl der Gutachten ist mit ca. 12.500 bis 13.000 pro Jahr relativ konstant. Rund 20 % derselben bearbeitet der ärztliche Dienst. Die sonstige Bearbeitung inkl. Bescheidung obliegt im Verfahren der Abteilung Soziales, auf deren Bericht verwiesen wird.

## 13.2 Resümee

Die Zahl der Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung im Kreis Soest ist seit Jahren unverändert. Mit einem Anteil von 10 % an der Gesamtbevölkerung sind Menschen mit einer Behinderung nicht nur als Randgruppe zu betrachten. Es ist davon auszugehen, dass die Dunkelziffer der Personen mit einem niedrigeren Grad der Behinderung oder ohne Antragstellung deutlich höher ist.

Im Jahr 2009 haben der Bundestag und der Bundesrat das „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK)“ der Vereinten Nationen ratifiziert. Erstmals wurde in dieser Konvention in einem völkerrechtlichen Vertrag das Recht auf volle gesellschaftliche Teilhabe für Menschen mit Behinderung festgeschrieben und anhand unterschiedlicher Lebensbereiche konkretisiert.

Die Situation behinderter und chronisch erkrankter Menschen ist in den letzten Jahren stark in den gesellschaftlichen Fokus gerückt. Die vielen gesetzlichen Neuerungen machen deutlich, dass nicht mehr die Versorgung und Fürsorge behinderter Menschen im Mittelpunkt stehen, sondern ihre selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Ein echter Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik stellt das im Jahre 2017 verabschiedete Bundesteilhabegesetz (BTHG) dar, mit dem wesentliche Ziele der UN-Behindertenrechtskonvention in der Eingliederungshilfe schrittweise umgesetzt werden.

Gerade die neuen und komplexen Leistungs- und Verfahrensregelungen in den Sozialgesetzbüchern stellen hohe Anforderungen an die Menschen mit Behinderungen, ihre Angehörigen und Bezugspersonen. Vereinfachung durch „Leistungen aus einer Hand“ und in leichter Sprache sollten intendiert werden. Durch die erhöhte Schwerbehindertenrate bei Menschen im höheren Lebensalter ist das gleichzeitige Vorhandensein einer Pflegebedürftigkeit nur logisch.

Im neuen Pflegestärkungsgesetz wurde der Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definiert, es gibt hier Überschneidungen mit dem Begriff der Behinderung. Dies bezieht sich nicht nur auf primär körperbehinderte Menschen, sondern auch den Personenkreis der älter werdenden Menschen mit einer geistigen oder seelischen Behinderung.

Umso wichtiger ist es, dass durch eine gute Infrastruktur an Beratungsstellen die Betroffenen und Ratsuchenden die notwendige Unterstützung erhalten, die gesetzlich normierten Ansprüche und Leistungen zu realisieren.

Das BTHG hat neben den bestehenden Beratungsstrukturen für Menschen mit Behinderung wie Behindertenberatungsstellen, Wohnberatungsstellen, Lotsen etc. weitere Beratungsangebote für Menschen mit Behinderung normiert. Um diese Angebote allen Betroffenen zugänglich zu machen, sind Kooperationen und Angebotsstrukturen notwendig.

Es ist daher unumgänglich, die bisherigen Grenzen der Bereiche Behindertenhilfe, Pflegeleistungen und anderer zu überwinden, um Hilfen wie aus einer Hand erbringen zu können.

Auch Sozialraumorientierung ist erforderlich und bringt alle regionalen Akteure an einen Tisch.

## 14 Psychische Erkrankungen

### 14.1 Einleitung

Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen sind häufig. Dennoch verfügt die Öffentlichkeit über ein sehr lückenhaftes Wissen über psychische Erkrankungen, deren Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten. Einige Erkrankungen sind mehr im Fokus als andere. Ein Beispiel hierfür sind depressive Erkrankungen.

### 14.2 Häufigkeit psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen

Im Jahr 2012 wurde die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) veröffentlicht. Die repräsentative Studie wurde im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums vom Robert Koch-Institut durchgeführt.

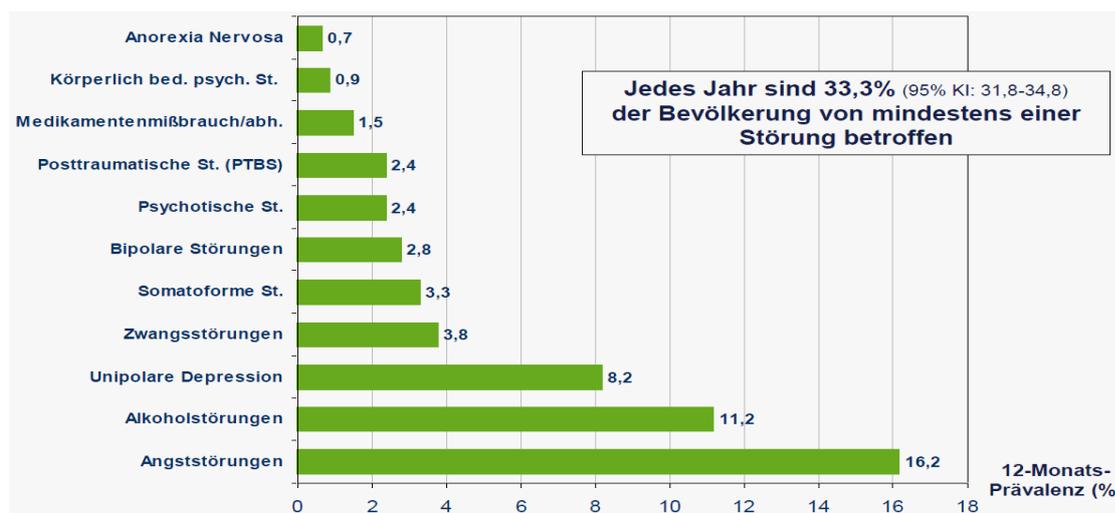


Tabelle 14.2.1; Quelle: RKI, DEGS-Studie 2012.

Des Weiteren untersuchte die Studie die Häufigkeit psychischer Erkrankungen und Störungen bezogen auf das Geschlecht. Das Ergebnis zeigte, dass es insgesamt keinen signifikanten Unterschied bei der Häufigkeit psychischer Erkrankungen zwischen Frauen und Männern gibt. Jedoch erkrankten Frauen und Männer an unterschiedlichen Erkrankungen.

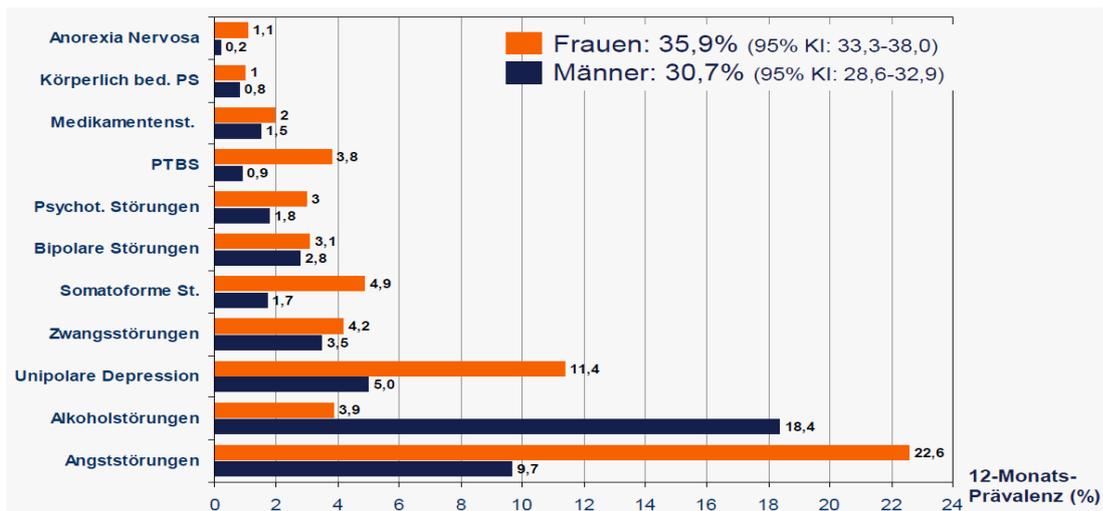


Tabelle 14.2.2; Quelle: RKI, DEGS-Studie 2012.

### 14.3 Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen

Immer mehr Menschen sind aufgrund psychischer Erkrankungen arbeitsunfähig. Auch die Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersteigt häufig die durchschnittliche Dauer anderer Erkrankungen. In der folgenden Tabelle wird die Entwicklung im Land NRW auf Grundlage von Daten des BKK Bundesverbandes dargestellt. Die Fallzahlen haben sich in diesem Zeitraum mehr als verdoppelt. Auch die Dauer der Krankschreibung ist deutlich gestiegen.

AU-Fälle und AU-Tage infolge psychischer und Verhaltensstörungen (F00 - F99) bei BKK-Mitgliedern (ohne Rentner*innen) in NRW				
Jahr	weiblich		männlich	
	Fälle je 100.000 BKK-Mitglied	Tage je Fall	Fälle je 100.000 BKK-Mitglied	Tage je Fall
2002	4 293,0	30,29	2 513,6	33,97
2012	7 010,5	44,69	4 388,5	43,85
2013	7 387,1	45,63	4 741,5	44,89
2014	7 931,0	42,02	5 036,9	43,28
2015	8 217,9	39,83	5 284,3	39,17
2016	9 276,6	41,89	6 191,5	42,63

Tabelle 14.3.1; Quelle: LZG.NRW, Stand 2018.

## 14.4 Krankenhausfälle

Die Behandlungsfälle in psychiatrischen Fachkliniken und Abteilungen haben in NRW im Zeitraum von 15 Jahren deutlich zugenommen.

<b>Krankenhausfälle infolge von psychischen und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht, NRW</b>				
Jahr	weiblich		männlich	
	Anzahl	je 100.000 weibliche Einwohner	Anzahl	je 100.000 männliche Einwohner
2001	106.326	1.148,1	124.548	1.420,3
2012	132.580	1.470,3	153.516	1.799,1
2013	132.703	1.472,3	153.481	1.795,2
2014	134.450	1.490,2	154.442	1.799,5
2015	131.256	1.448,0	155.902	1.794,7
2016	130.682	1.435,2	155.956	1.777,8

Tabelle 14.1.4.1; Quelle: LZG.NRW, Stand 2018.

Betrachtet man die Diagnosegruppen, die sich hinter den Gesamtzahlen verbergen, so ist in NRW in den letzten 15 Jahren eine deutliche Zunahme der Krankenhausfälle aufgrund von Alkoholabhängigkeit zu verzeichnen. Die Fallzahlen im Bereich der affektiven Störungen, zu denen depressive Erkrankungen gehören, haben sich mehr als verdoppelt. Die Behandlungszahlen im Bereich der Schizophrenie sind nahezu konstant geblieben. Dies passt zur internationalen Entwicklung. Bei den gerontopsychiatrischen Erkrankungen ist eine Halbierung der Fallzahlen zu verzeichnen. Unter Berücksichtigung des demografischen Wandels und der vermehrten Diagnostizierung gerontopsychiatrischer Erkrankungen ist diese Entwicklung besonders interessant.

<b>Krankenhausfälle infolge von psychischen und Verhaltensstörungen nach Diagnosegruppen, NRW</b>					
Jahr	Störungen durch Alkohol (F10)	Störungen durch psychotrope Substanzen (F11 - F19)	Schizophrenie (F20 - F29)	Affektive Störungen (F30 - 39)	Gerontopsychiatrische Erkrankungen (F00, F01, F02, F03)
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
2001	56.873	23 394	33 571	34 373	11 891
2012	77.471	27 119	33 598	73 291	6 179
2013	74.991	28 295	34 222	73 780	5 685
2014	75.212	29 102	34 548	73 503	5 663
2015	73 399	29 313	34 631	73 058	5 006
2016	72 638	29 563	34 368	72 691	5 022

Tabelle 14.4.2; Quelle: LZG.NRW, Stand 2018.

## 14.5 Einweisungen nach dem PsychKG NRW

Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW) bildet die gesetzliche Grundlage, auf der die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) der Gesundheitsämter arbeiten, wenn sie psychisch kranken Menschen vorbeugende, begleitende und nachgehende Hilfen anbieten. Gleichzeitig bildet es die Rechtsgrundlage zur Gefahrenabwehr. Es regelt die Voraussetzungen, unter denen Menschen, die von psychischer Krankheit betroffen sind, geschlossen in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht werden dürfen. Die Unterbringung wird von den Ordnungsbehörden beantragt,

wenn durch eine ärztliche Stellungnahme die entsprechende Notwendigkeit festgestellt wurde. Über die Unterbringung hat dann das zuständige Amtsgericht zu entscheiden.

Die Anträge auf Unterbringung gem. PsychKG NRW werden durch die Ordnungsämter an die Kreise und kreisfreien Städte gemeldet, von diesen ausgewertet und an das LZG.NRW weitergeleitet. Es findet keine Differenzierung zwischen den Anträgen und daraufhin tatsächlich erfolgten Unterbringungen statt. Es ist davon auszugehen, dass die tatsächlichen Unterbringungszahlen geringer sind.

Im Jahr 2017 erfolgte eine Novellierung des Gesetzes. Diese war aufgrund höchstrichterlicher Entscheidungen notwendig geworden. Die zuständigen Gerichte hatten bei der bisherigen Regelung zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen mangelnde Präzision bei der Beschreibung dieser festgestellt. In der Folge kam es bereits im Vorfeld der Novellierung zur Reduktion von Zwangseinweisungen gemäß PsychKG NRW. Alternative Behandlungsformen wurden jedoch bis dato nicht flächendeckend etabliert, das heißt, viele Personen werden nicht behandelt.

Dies spiegelt sich auch in den Tätigkeiten des SpDi wieder. Wurden im Jahr 2010 noch 383 Sprechstunden mit Facharzt und Dipl. Sozialarbeiter\*in durchgeführt, so waren es 2017 bereits 495. Die Hausbesuche von Facharzt und Dipl. Sozialarbeiter\*in nahmen fast im gleichen Zeitraum um 1/3 von 656 auf 947 Hausbesuche zu.

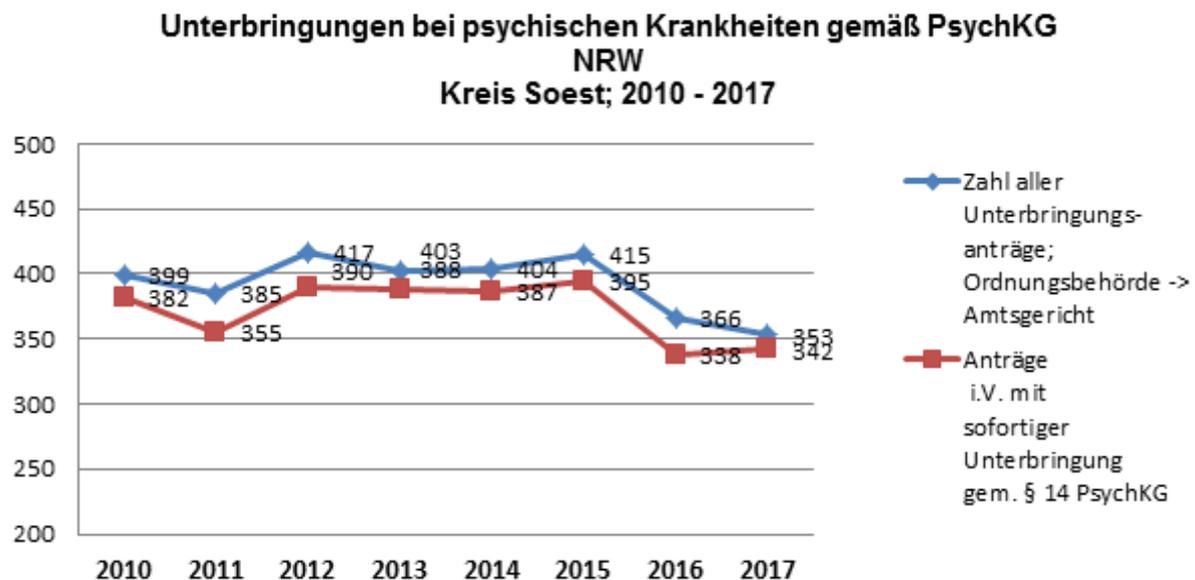


Abbildung 14.5.1; Quelle: LZG.NRW, Stand 2018, nach eigenen Erhebungen SpDi Kreis Soest.

## 14.6 Unterbringungen nach Betreuungsgesetz

Am 01.01.1992 trat das neue Betreuungsgesetz in Kraft.

Auch im Betreuungsrecht gibt es die Unterbringung betreuer Personen. Es handelt sich hierbei um zivilrechtliche Unterbringungen.

Die Unterbringung ist ausschließlich nur zum Wohl des Betreuten zulässig, wenn „aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Gefahr besteht, dass der Betreute sich selbst tötet oder einen erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt oder eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, die/der ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann, und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann“ (§ 1906 Abs.1 BGB).

Die Unterbringung zur Vermeidung einer Selbstschädigung setzt voraus, dass die Betreuten ihren Willen aufgrund ihrer Krankheit nicht frei bestimmen können.

Die Genehmigung zu den Unterbringungen erfolgt durch das Betreuungsgericht (§ 1906 Abs.2 BGB) auf Antrag des Betreuers oder des Bevollmächtigten.

Der Betreuer, ebenso wie der Bevollmächtigte, kann durch die zuständige Betreuungsbehörde bei der Durchführung der Unterbringung unterstützt werden (§ 326 FamFG). Die Behörde kann durch einen richterlichen Beschluss berechtigt werden, Gewalt anzuwenden sowie die Wohnung des Betreuten auch gewaltsam zu öffnen. Sie kann dabei berechtigt werden, die Vollzugshilfe der Polizei in Anspruch zu nehmen.

## 14.7 Suizidraten und Gefährdung

Suizid gehört zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland. Jährlich sterben ungefähr 10.000 Menschen infolge eines Selbstmordes. Somit sterben mehr Menschen infolge einer Selbsttötung als durch Verkehrsunfälle, HIV-Infektionen und Drogenkonsum zusammen (Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand 2016).

Die Suizidraten werden deutschlandweit erfasst und sind regional sehr unterschiedlich. Das Land NRW hat eine der niedrigsten Suizidraten in Deutschland. Die höchsten gibt es in östlichen Bundesländern. Zu bedenken ist auch die Dunkelziffer der nicht erkannten Suizide infolge von Verkehrsunfällen, Überdosierung von Drogen etc. Nicht erfasst werden die Suizidversuche und die Auswirkungen auf das persönliche Umfeld der Betroffenen.

In NRW ist die Zahl der Suizidtoten seit Jahren rückläufig, auch wenn es zwischenzeitlich eine leichte Zunahme seit dem Jahr 2007 gegeben hat.

Auslöser für Suizide sind häufig psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Abhängigkeitserkrankungen. Die Zahl der Suizidversuche ist ungefähr zehnmal so hoch wie die der vollendeten Suizide. Besonders häufig werden diese von jungen Frauen begangen. Erwähnenswert sind auch Unterschiede in bestimmten Bevölkerungsgruppen. Zum Beispiel sind Suizide die Haupttodesursache von unter 40-jährigen Männern. Insgesamt sind erfolgreiche Suizide bei Männern in zunehmendem Alter häufiger (Quelle: Ministerium für Gesundheit Emanzipation Pflege und Alter NRW, Landesgesundheitsbericht 2015).

Im Kreis Soest gibt es weniger Suizidsterbefälle als im Durchschnitt des Regierungsbezirks Arnsberg und des Landes NRW. Der Unterschied zwischen Suiziden von Männern und Frauen scheint im Kreis Soest besonders ausgeprägt zu sein. Die Suizidrate ist bei der männlichen Bevölkerung etwa viermal so hoch wie bei der weiblichen Bevölkerung.

<b>Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) nach Geschlecht, NRW nach Verwaltungsbezirken, Mittelwert 2013 - 2015</b>						
<b>Kreisfreie Stadt, Kreise, Regierungsbezirk Land</b>	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100.000 w Einw.	Anzahl	je 100.000 m Einw.	Anzahl	je 100.000 Einw.
<b>Kreisfreie Städte</b>						
Bochum	12	6,2	27	15,4	39	10,7
Dortmund	19	6,4	31	10,8	50	8,6
Hagen	5	5,5	10	11,4	16	8,4
Hamm	3	2,9	11	13,1	14	7,9
Herne	3	3,8	7	9,8	10	6,7

Kreisfreie Stadt, Kreise, Regierungsbezirk Land	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100.000 w Einw.	Anzahl	je 100.000 m Einw.	Anzahl	je 100.000 Einw.
<b>Kreise</b>						
Ennepe-Ruhr-Kreis	12	7,4	21	13,2	33	10,2
Hochsauerlandkreis	5	3,8	17	13,1	22	8,4
Märkischer Kreis	9	4,1	25	12,4	34	8,2
Olpe	2	3,4	10	14,3	12	8,9
Siegen-Wittgenstein	8	5,5	20	14,4	27	9,9
Soest	5	3,1	21	14,6	26	8,8
Unna	10	4,8	30	15,6	39	10,0
<b>Reg.-Bez. Arnsberg</b>	92	5,0	230	13,2	322	9,0
<b>NRW</b>	453	5,0	1.210	14,1	1.664	9,4

Tabelle 14.6.7; Quelle: LZG.NRW, Stand 2018.

Die Suizidrate ist im Kreis Soest ähnlich wie im Bundesdurchschnitt rückläufig. Betrachtet man die Zahlen der Suizide im Kreis Soest genauer, zeigt sich, dass die Personengruppe der 50-59-Jährigen mit durchschnittlich 7,2 Selbsttötungen in den letzten 10 Jahren die gefährdetste Personengruppe darstellt. Experten sprechen von einer Häufung der Suizide im späten Frühjahr und Frühsommer. Ein saisonaler Höhepunkt der Suizide im Monat Juni mit durchschnittlich 4 Selbsttötungen ist auch im Kreis Soest zu beobachten. Der Monat mit den wenigsten Selbsttötungen, durchschnittlich 2 Fälle, ist der Dezember.

## 14.8 Kontakt- und Beratungsstellen, Psychoedukation, Selbsthilfegruppen

### Kontakt- und Beratungsstellen (KuB)

Hierbei handelt es sich um ein niederschwelliges Angebot. Es ist offen, unbürokratisch, kostenlos und anonym. Das Angebot richtet sich an psychisch kranke, behinderte oder von psychischer Behinderung bedrohte Menschen.

Rechtliche Grundlagen finden sich im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG NRW) und im Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG NRW). Diese formulieren den Beratungsanspruch von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen.

Die Landschaftsverbände in NRW haben sich mit den örtlichen Trägern der Sozialhilfe in der „Rahmenvereinbarung Eingliederungshilfe Wohnen“ vom 01.01.2004 darauf verständigt, dass örtlich ausreichende Angebote einer wohnbezogenen Infrastruktur zur Verfügung stehen.

In der örtlichen Zielvereinbarung zwischen dem LWL und dem Kreis Soest vom 01.02.2008 verpflichtet sich der Kreis Soest, die Finanzierung der Kontakt- und Beratungsangebote im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel im derzeitigen Umfang sicherzustellen.

#### Zielsetzung:

Soziale Teilhabe von Menschen mit psychischer Behinderung  
 Vermeidung von Isolation und Vereinsamung  
 Inanspruchnahme von Hilfen (Behandlung, Therapie, Beratung)  
 Vermeidung eines "Drehtüreffekts"  
 Hilfen im Vorfeld von einzelfallbezogenen Eingliederungshilfen oder SGB V-Leistungen  
 Vor- und Nachsorge von stationären oder teilstationären Hilfen  
 Stärkung von Selbsthilfepotentialen  
 Niedrigschwellige Tagesstrukturierung

<b>Geförderte Kontakt- und Beratungsstellen vom Kreis Soest</b>	
<b>Standort</b>	<b>Träger</b>
Lippstadt	Sozialdienst Katholischer Männer e. V. Lippstadt
Soest	Betreuen und Wohnen im Kreis Soest gGmbH
	Phönix e. V. Soest
Warstein	IBAHS Integration durch Beschäftigung, Arbeit und Hilfe zur Selbsthilfe e. V.
Werl	Gemeinsam e. V.

**Tabelle 14.1.7.8;** Quelle: Psychiatriekoordination Kreis Soest, Stand 2018.

## **Psychoedukation**

Psychoedukative Gruppenarbeit hat das Ziel, im Sinne von Prävention die Befähigung von Betroffenen und Angehörigen zu verbessern und mit der Erkrankung bzw. Behinderung kompetent und eigenverantwortlich umzugehen. Die Teilnehmenden sollen zu "Expert\*innen" ihrer Erkrankung gemacht werden. Dabei richtet sich der Focus nicht zuerst auf die "Probleme und Behinderungen" sondern hauptsächlich auf das Lernen aus der Situation sowie das Bestärken guter Erfahrungen und Lösungsstrategien. Die Teilnehmenden (Betroffene und Angehörige) lernen voneinander und gehen in den Austausch mit Professionellen, die Fachwissen und wissenschaftliche Erkenntnisse in die Alltagssprache übersetzen. Die Leitidee der psychoedukativen Gruppenarbeit ist der Austausch auf Augenhöhe zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionellen, sie ist als Dialog zu sehen.

Neben der Vermittlung von Wissen über psychische Erkrankungen und medikamentöse Behandlung steht vor allem auch der Umgang mit Krisen im Vordergrund. Durch die Erstellung eines individuellen Krisenplans für jeden Teilnehmer\*in wird die präventive Idee dieses Projekts besonders deutlich. Mit Hilfe des erworbenen Wissens und des Krisenplans ist es Betroffenen und Angehörigen sehr viel besser möglich, Krankheitsschüben vorzubeugen bzw. mit akuten Krisen umzugehen. Dadurch können stationäre Behandlungen vermieden oder aber verkürzt werden.

Die Arbeit verläuft in einem 3-Phasen-Konzept mit folgenden Inhalten:  
Vorstellung und Erarbeitung des Krankheitskonzeptes

Medikamentöse Behandlung und Ernährung

Krisenmanagement und das lokale psychiatrische Netzwerk

Das Projekt besteht aus einem jährlichen Kurs mit insgesamt bis zu 15 Teilnehmenden (Betroffene und Angehörige) an 15 Abenden. Es wird durch den Kreis Soest finanziert. Die Multiprofessionalität wird gewährleistet durch die Mitwirkung eines Fachkrankenpflegers für Psychiatrie, eines Facharztes für Psychiatrie und Neurologie, eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, einer Ernährungsberaterin und des Psychiatriekoordinators des Kreises Soest.

## **Selbsthilfegruppen**

Gesundheitliche Selbsthilfe ist ein wichtiger Baustein zur Ergänzung des Versorgungssystems. Zur Zeit werden in der Datenbank der Koordinierungsstelle für Selbsthilfe (KISS) im Kreis Soest rund 150 Selbsthilfegruppen geführt. Themenfelder sind dabei unter anderem psychisch-seelische und körperliche Erkrankungen bzw. Belastungen,

z.B. Diabetes, Sucht, Gewaltopfer, Depression, Eltern psychisch kranker Kinder, chronische Schmerzen, Organtransplantation, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, ADHS.

Inzwischen wurde die Kontaktstelle aufgrund der Förderung ausgebaut. Dies ermöglichte zusätzliche Angebote, wie Intensivierung der Begleitung vor Gruppengründung sowie in Gruppenprozessen, Unterstützung einzelner Gruppenleiter\*innen in schwierigen Gruppensituationen und persönlichen Prozessen, mehr Gespräche „vor Ort“ mit Betroffenen / Angehörigen, Initiierung, Vorbereitung und Durchführung von Veranstaltungen (Depressionstage Werl und Soest, Seniorenwoche Soest, 800-Jahrfeier Werl, Aktionstage...), Aktualisierung der Datenbank der Selbsthilfe, Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit (Telefonaktionen, Pressearbeit, Flyer).

## 14.9 Resümee

Die Zahl der an einer Schizophrenie erkrankten Menschen ist seit Jahren unverändert. Jedoch kam es in den letzten Jahren im Bereich der psychischen Neuerkrankungen zu einer erheblichen Steigerung der Behandlungszahlen von depressiv erkrankten Menschen und Alkoholabhängigkeit.

Im Zeitraum von 2005 bis 2012 wurden in NRW 29,4 % mehr Depressionen ambulant diagnostiziert. Die Rate der Arbeitsunfähigkeiten erhöhte sich im gleichen Zeitraum um 54,6 %. Krankenhausbehandlungen waren um 50,2 % häufiger notwendig. Die Zahl der Rehabilitationsmaßnahmen steigerte sich um 138,8 % und es kam zu 178,0 % mehr Frühberentungen aufgrund von Depressionen (Quelle: MGEPA, Landesgesundheitsbericht 2015). Ähnliches gilt für Angsterkrankungen.

Besonders Patient\*innen mit diesen Erkrankungen profitieren von Psychotherapie. Im Hinblick auf den (Fach-) Ärztemangel im ländlichen Raum und die damit verbundenen Wartezeiten und Fallsteigerungen in den ambulanten Praxen ist auch in den kommenden Jahren mit steigenden Behandlungszahlen in psychiatrischen Krankenhäusern, Arbeitsunfähigkeiten, Langzeitarbeitslosigkeit und Frühberentungen psychisch erkrankter und suchtkranker Menschen zu rechnen.

Menschen mit psychischer Erkrankung leiden besonders unter dem stark segmentierten Sozialleistungssystem in Deutschland. Sie sind oft nicht in der Lage, die für sie erforderlichen Hilfen aktiv in Anspruch zu nehmen. Teilweise hohe Hürden mit Antragsverfahren verhindern, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen die Hilfen bekommen, die sie brauchen. Viele Betroffene berichten von späten, falschen oder unzureichenden Behandlungen, das gilt besonders auch für psychische Krisen.

Trotz der nachgewiesenen Häufigkeit von psychischen Erkrankungen werden die Betroffenen immer noch stigmatisiert. Dies führt zusätzlich dazu, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht frühzeitig Hilfe suchen. Es ist jedoch nachgewiesen, dass verspätete oder nicht ausreichende Behandlung, genau wie bei vielen anderen Erkrankungen, zur Chronifizierung beiträgt. Eine frühzeitige und ausreichende Behandlung führt zur Milderung der Symptomatik, reduziert Arbeitsunfähigkeit und Dauer der Krankschreibung. Sie vermeidet Frühberentung und gesellschaftliche Ausgrenzung.

Die gerontopsychiatrischen Erkrankungen sind hierfür ein Gegenbeispiel. Durch die hohe mediale Präsenz des Themas Demenz besteht bei der Allgemeinbevölkerung große Akzeptanz und Wissen zur Erkrankung. Bei einer repräsentativen Umfrage des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW (MGEPA) konnten 81 % der Befragten das Krankheitsbild der Demenz aufgrund einer allgemeinen Beschreibung der Symptomatik erkennen (Quelle: LZG, NRW-Gesundheitssurvey 2015). Zusammen mit einer Spezialisierung einiger Pflegedienste und Einrichtungen mit wohnortnahen und aufsuchenden Beratungsstrukturen wie durch die Trägerunabhängige Pflegeberatung und Pflegekurse für Angehörige kann davon ausgegangen werden, dass viele erkrankte

Menschen direkt und ohne vorherige Krankenhausbehandlung durch Angehörige und/oder das Versorgungssystem gestützt werden.

Betrachtet man die empirisch belegten Erfolge präventiver Maßnahmen und speziell der Psychoedukation im Rahmen der Behandlung von Schizophrenie, wäre es nur folgerichtig, niedrigschwellige Angebote der Primär- und Sekundärprävention zu etablieren. Hierzu zählt auch Öffentlichkeitsarbeit, die dazu beiträgt, Stigmatisierung und Vorurteile abzubauen.

Der Kreis Soest ist ein Flächenkreis, weshalb es sinnvoll ist, das Angebot wohnortnah anzubieten, um es auch immobilen Bürger\*innen zugänglich zu machen.

## **15 Suchterkrankungen**

### **15.1 Einleitung**

In Deutschland sterben jährlich 120.000 Menschen an den Folgen des Tabakkonsums, 40.000 Menschen an den Auswirkungen ihres Alkoholkonsums und etwa 1.300 Todesfälle sind direkt auf den Konsum illegaler Drogen zurückzuführen.

Suchtmittel werden in unterschiedliche Gruppen eingeteilt. Eine grobe Einteilung ist die in legale Suchtmittel wie Alkohol, Nikotin und Medikamente. Zu den illegalen Suchtmitteln zählen Cannabis, Kokain, Heroin etc. Außerdem gibt es die nicht stoffgebundenen Süchte wie Spielsucht, Medienabhängigkeit und andere. Zu unterscheiden ist der Konsum, der Missbrauch und die Abhängigkeit von Suchtmitteln. Aufgrund der enormen Vielzahl von Suchtmitteln wird, im Rahmen der allgemeinen Betrachtung, ein Fokus auf die häufigsten stoffgebundenen Süchte gelegt.

### **15.2 Abhängigkeitserkrankte**

#### **15.2.1 Alkoholabhängigkeit, Schlaf- und Beruhigungsmittel, illegale Drogen**

Durch die Illegalität und andere Faktoren wird die Häufigkeit des Suchtmittelkonsums durch repräsentative Umfragen ermittelt. Die folgenden Angaben wurden dem aktuellen Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung aus dem Jahr 2017 entnommen.

Im Jahr 2015 gaben 72,5 % der befragten 18- bis 64-Jährigen an, in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken zu haben.

21,4 % gaben an, riskant zu konsumieren. Der Anteil war bei beiden Geschlechtern gleich hoch. Hochgerechnet auf die Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren entspricht dies 7,8 Millionen Personen. Von den Konsument\*innen berichteten 35,0 % mindestens eine Episode des Rauschtrinkens (Konsum von mindestens 5 oder mehr alkoholischen Getränken zu einem Anlass) in diesem Zeitraum. Bei den Männern betrug der Anteil 46,5 %, bei den Frauen hingegen nur 21,6 %.

14,1 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen hatten in den letzten 30 Tagen an mindestens einem Tag einen Alkoholrausch (Jungen: mindestens 5 Gläser Alkohol hintereinander; Mädchen: mindestens 4 Gläser). Häufiges Rauschtrinken, also Rauschtrinken an mindestens 4 der letzten 30 Tage, ist bei 2,9 % der Jugendlichen gegeben. Bei 38,2 % der jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre) kam an mindestens einem der letzten 30 Tage Rauschtrinken vor. Bei 9,7 % der jungen Erwachsenen ist häufiges Rauschtrinken festzustellen.

Die Summe aus direkten und indirekten Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland wird, je nach Berechnungsansatz, auf 26 bis 40 Milliarden Euro jährlich geschätzt. Dieser berechnet sich aus Behandlungskosten, Unfallkosten, Verdienstaufschlägen etc.

Mehrere in Deutschland zugelassene Medikamente besitzen ein Abhängigkeits- bzw. Missbrauchspotential. Missbrauchspotential besteht bei nahezu allen Medikamenten und Substanzen, die nicht bestimmungsgemäß (außerhalb des Indikationsgebiets, über die verschriebene Dosis oder Verordnungsdauer hinaus oder in einer anderen als der bestimmungsgemäßen Applikationsform) eingenommen werden. Meistens handelt es sich dabei um Schmerzmittel, Hormonpräparate, Appetitzügler, Diuretika etc., die zur Steigerung der körperlichen oder psychischen Leistung benutzt werden.

Benzodiazepine und Z-Substanzen aus der Gruppe der Schlaf- und Beruhigungsmittel sind an dieser Stelle zu nennen.

Einen klinisch relevanten bzw. problematischen Konsum wiesen 6,0 % der 18- bis 64-jährigen Frauen und 4,5 % der gleichaltrigen Männer auf. Dies entspricht einer geschätzten

Gesamtzahl von 2,65 Millionen Personen mit medikamentenbezogenen Problemen in Deutschland.

Cannabis bleibt nach einer repräsentativen Umfrage im Jahr 2015 bei Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren die am häufigsten konsumierte illegale Substanz. Bei einer 12-Monats-Prävalenz von 6,1 % ergibt sich eine Schätzung von aktuell 3,11 Millionen erwachsenen Cannabiskonsument\*innen. Männer konsumierten die Substanz fast doppelt so häufig. Bei den 21- bis 39-Jährigen lag die Prävalenz höher als bei jüngeren und älteren Personen. Ein problematischer Konsum zeigte sich bei 1,4 % der Männer und 1,0 % der Frauen, dies entspricht 612.000 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren.

Laut einer weiteren Umfrage gaben insgesamt 7,3 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 15,3 % der 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen an, in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen gab es keinen signifikanten Unterschied. Bei den jungen Erwachsenen war die 12-Monats-Prävalenz der jungen Männer (20,6 %) höher als die der jungen Frauen (9,7 %).

Cannabiskonsum verursacht jährlich ökonomische Kosten in Höhe von 975 Millionen Euro, bei 400.000 angenommenen Konsumenten mit schädlichem Konsum. Diese entstehen durch direkte medizinische Behandlung wie auch durch die gesunkene Produktivität.

Es ist davon auszugehen, dass 0,6 % der Erwachsenen (18 bis 64 Jahre) in Deutschland schon mindestens einmal Crystal Meth konsumiert haben, etwa 0,2 %, dies entspricht 106.000 Personen in Deutschland im Jahr 2015. Geschlechtsspezifische Unterschiede gab es nicht.

In der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen gaben nach Umfragen nur vereinzelte Jugendliche an, schon einmal Crystal Meth konsumiert zu haben, weit unter 1 Prozent. Bei den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren haben 0,6 % schon einmal Crystal Meth konsumiert.

Im Jahr 2015 gaben 1,7 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 1,0 % der gleichaltrigen Frauen an, mindestens einmal im Leben Heroin oder andere Opiate konsumiert zu haben. Im Zeitraum von 12 Monaten haben bei beiden Geschlechtern 0,3 % der Befragten entsprechende Substanzen konsumiert, was einer Gesamtzahl von etwa 153.000 Personen entspricht. Der aktuelle Konsum war bei 18- bis 20-Jährigen und bei 40- bis 49-Jährigen höher als in den anderen Altersgruppen.

Die Lebenszeitprävalenz betrug bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen 0,1 % und bei 18- bis 25-jährigen Erwachsenen waren es 0,5 %.

Neue psychoaktive Stoffe (NPS), auch als Legal Highs bekannt, sind synthetische Substanzen, die in ihrer Wirkung bekannten Substanzen wie Cannabis, Ecstasy oder Amphetamin ähneln. Durch Veränderung der chemischen Struktur ist es möglich, kontinuierlich neue Substanzen auf den Markt zu bringen. NPS werden als Pulver, Tabletten, Kräuter oder Kapseln verkauft. Synthetische Cannabinoide sind am häufigsten.

2,8 % der befragten 18- bis 64-Jährigen gaben 2015 an, mindestens einmal in ihrem Leben neue psychoaktive Stoffe konsumiert zu haben. Die Prävalenz der Männer lag mit 3,1 % höher als bei Frauen mit 2,5 %. In den letzten 12 Monaten konsumierten 0,9 % der Erwachsenen diese Stoffe. Unterschiede zwischen Männern und Frauen gab es nicht. Somit haben 459.000 Personen im letzten Jahr 2015 neue psychoaktive Stoffe konsumiert. Den höchsten Konsum zeigte die Altersgruppe der 18- bis 20-Jährigen.

Von den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen gaben 0,1 % an, schon einmal neue psychoaktive Stoffe konsumiert zu haben. Unter den 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen berichteten 2,2 % vom NPS-Konsum. 0,3 % aller 18- bis 25-Jährigen haben in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung neue psychoaktive Stoffe konsumiert (Quelle: Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung; 2017).

## 15.2.2 Suchtberatungsstellen im Kreis Soest

Im Kreis Soest gibt es 4 Suchtberatungsstellen an den Standorten Lippstadt, Soest, Warstein und Werl. Diese bieten ein niederschwelliges und kostenloses Beratungsangebot. Betrieben werden sie durch die Diakonie-Ruhr Hellweg. Sie werden von Kreis Soest gefördert. Die Suchtberatungsstellen erheben standardmäßig anonymisierte Daten ihrer Klient\*innen.

## 15.2.3 Klient\*innen der Suchtberatungsstellen

Jährlich werden durchschnittlich 1051 Klient\*innen in den Suchtberatungsstellen im Kreis Soest beraten. Die Personengruppen der 30-39-Jährigen und der 40-49-Jährigen haben seit Jahren die höchsten Anteile. Die Zahl der Minderjährigen, welche die Angebote der Suchtberatungsstellen im Kreis Soest in Anspruch nehmen, ist zwar deutlich gestiegen, jedoch hatten diese im Jahr 2017 einen Anteil von nicht einmal 5 % der Klient\*innen.

<b>Statistik der Suchtberatungsstellen im Kreis Soest; Klient*innen nach Altersgruppen; 2008-2017</b>										
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
unter 18	19	31	40	37	57	32	26	39	57	48
18 - 24	143	142	195	187	165	115	116	165	106	98
25 - 29	104	114	138	118	122	131	121	120	117	103
30 - 39	211	225	213	248	241	224	268	317	323	297
40 - 49	281	293	271	246	260	252	249	261	235	230
50 - 64	211	210	181	183	188	206	231	196	241	243
ab 65	26	27	20	24	23	24	25	39	33	30
<b>Gesamt</b>	<b>995</b>	<b>1.042</b>	<b>1.058</b>	<b>1.043</b>	<b>1.056</b>	<b>984</b>	<b>1.036</b>	<b>1.137</b>	<b>1.112</b>	<b>1.049</b>

**Tabelle 15.2.3.1;** Quelle: Statistik der Suchtberatungsstellen im Kreis Soest, Stand 2018.

In der Betrachtung der primären Symptomatik von Klient\*innen der Suchtberatungsstellen im Kreis Soest ist festzustellen, dass die Zahl der Alkoholkranken kontinuierlich abgenommen hat. Waren es im Jahr 2008 noch 52 % der Klient\*innen, so waren es im Jahr 2017 nur noch 35 %.

Die Zahl der Cannabiskonsument\*innen stieg indes im gleichen Zeitraum kontinuierlich von 9 % auf 15 %. Ein Höhepunkt war im Jahr 2015 (21 %) zu verzeichnen.

Die Zahl der Amphetamin- und Kokainkonsument\*innen verdoppelte sich sogar im Zeitraum von 2008-2017.

Ebenso stieg die Zahl der Heroin und Opioide konsumierenden Klient\*innen, welche sich in der Suchtberatung befanden. Hierunter werden auch die substituierten Klient\*innen erfasst, also die Personen, die ärztlich rezeptierte Ersatzstoffe einnehmen. Diese werden durch die Suchtberatungsstellen im Kreis Soest psychosozial (PSB) betreut.

Die Anzahl der Medikamentenabhängigen ist relativ klein und stabil geblieben.

Essgestörte Klient\*innen sind in der Suchtberatung mit 1 % im Jahr 2018 eine der kleinsten Gruppen. Im 10-Jahresverlauf hat sich ihre Anzahl sogar mehr als halbiert.

Schnüffelstoffe spielen fast überhaupt keine Rolle in den Suchtberatungsstellen des Kreises Soest.

Spielsucht war jährlich nur für 26-50 Personen Anlass eine Suchtberatungsstelle aufzusuchen.

<b>Statistik der Suchtberatungsstellen im Kreis Soest Primäre Symptomatik von Klient*innen (ohne Angehörige); 2008-2017</b>										
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Alkohol	506	500	530	471	452	380	423	392	354	348
Cannabis	89	100	102	107	142	111	157	200	169	146
Ecstasy	2	3	2	1	3	2	1	4	1	2
Amphetamine/ Kokain	36	32	36	30	36	46	57	59	69	77

Opioide/Heroin	256	296	275	292	273	278	347	349	330	318
Medikamente	18	13	11	17	13	12	15	17	13	12
Essstörungen	26	25	23	17	20	18	16	13	15	11
Schnüffelstoffe	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Spielsucht	26	35	32	33	46	48	36	40	50	35
Sonstige	9	5	3	2	7	13	4	9	23	13
<b>Gesamt</b>	<b>968</b>	<b>1.010</b>	<b>1.014</b>	<b>970</b>	<b>993</b>	<b>908</b>	<b>1.056</b>	<b>1.083</b>	<b>1.024</b>	<b>962</b>

Tabelle 15.2.3.2; Quelle: Statistik der Suchtberatungsstellen im Kreis Soest, Stand 2018.

Bei den Kindern und Jugendlichen ist der Konsum von Cannabis, auch in Kombination mit Alkohol oder Amphetaminen das Hauptmotiv, die Beratungsangebote der Suchtberatungsstellen Kreis Soest in Anspruch zu nehmen. Durch Angebote wie „Start up“ etablierten die Suchtberatungsstellen spezialisierte Angebote für diese Personengruppe. Der alleinige Konsum von Alkohol ist der zweithäufigste Grund für Kinder und Jugendliche, eine Beratung in Anspruch zu nehmen. Im 10-Jahres-Verlauf hat sich deren Zahl mehr als halbiert.

Auch die Zahl der Beratungen aufgrund von Essstörungen oder Medienabhängigkeit (Internet und Computer) ist dauerhaft rückläufig.

Andere Abhängigkeiten wie der Konsum von Schnüffelstoffen, Medikamenten und anderen spielen keine Rolle.

Statistik der Suchtberatungsstellen im Kreis Soest Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen (12-18 Jahre); 2008-2017										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cannabis	43	35	37	39	34	24	21	23	47	23
Cannabis/Alkohol	6	4	3	6	0	0	4	2	4	6
Cannabis/Amphetamin	3	5	1	2	1	2	2	4	7	6
Cannabis/Ecstasy	0	1	2	0	1	2	0	1	0	0
Cannabis/Esstörung	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Alkohol	26	24	25	25	20	19	11	11	11	11
Alkohol/Cannabis	0	3	2	5	8	4	3	4	1	4
Alkohol/Amphetamin	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1
Amphetamin	7	2	2	2	5	6	4	1	0	1
Amphetamin/Alkohol	0	0	1	1	1	0	0	2	0	0
Amphetamin/Cannabis	0	0	0	3	2	2	0	2	0	2
Opiate	3	3	2	4	1	1	1	3	1	1
Ecstasy	0	2	2	2	4	1	2	1	0	0
Schnüffelstoffe	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Medikamente	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Tabak	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Essstörungen	11	10	7	11	5	7	5	3	1	3
Internet/Computer	12	3	3	5	4	11	9	4	6	5
Spielsucht	0	2	0	2	4	0	0	6	1	0
Sonstige	0	0	1	0	2	1	0	0	1	0

Tabelle 15.2.3.3; Quelle: Statistik der Suchtberatungsstellen im Kreis Soest, Stand 2018

Der größte Anteil der Klient\*innen in den Suchtberatungsstellen ist erwerbstätig. Zwischenzeitlich reduzierte sich die Zahl der Erwerbstätigen. Sie stieg bis zum Jahr 2017 deutlich an. Im Jahr 2017 lag der Anteil bei über 30 %. 2017 bezogen 25 % der Klient\*innen Arbeitslosengeld II. Diese Personengruppe hatte in der Vergangenheit einen größeren Anteil und war zwischenzeitlich die größte Gruppe der zu beratenden Personen. Im gesamten 10-Jahreszeitraum hatten diese beiden Gruppen die größten Anteile. Die drittgrößte Gruppe sind arbeitslose Klient\*innen, die Arbeitslosengeld I erhalten.

Bezieht man auch die Auszubildenden, Selbstständigen, Schüler\*innen und Student\*innen mit ein, so stehen insgesamt über 3/4 der Klient\*innen der Suchtberatungsstelle im Kreis Soest dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung.

Statistik der Suchtberatungsstellen im Kreis Soest Erwerbstätigkeit von Klient*innen; 2008-2017										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Arbeiter/Angestellter/ Beamter	317	310	321	331	308	280	272	340	324	324
Arbeitslos nach SGB II (ALG II)	226	179	337	338	367	319	310	285	281	275
Arbeitslos nach SGB III (ALG I)	39	40	89	82	70	80	87	77	90	79
Auszubildende	39	40	44	43	43	40	28	49	42	43
Hausfrau/Hausmann	51	51	58	59	46	39	46	51	50	37
In beruflicher Rehabilitation	6	9	8	4	7	5	8	13	13	7
Rentner/Pensionär	51	52	50	53	62	63	58	57	62	57
Schüler/Student	51	52	54	53	81	64	59	79	83	67
Selbständiger/ Freiberufler	27	26	23	19	21	20	23	19	18	24
Sonstige Erwerbspersonen	27	26	26	15	23	13	62	48	29	24
Sonstige Nichterwerbstätige	31	41	48	46	28	61	83	119	120	112

Tabelle 15.2.3.4; Quelle: Statistik der Suchtberatungsstellen im Kreis Soest, Stand 2018.

### 15.3 Substitution im Kreis Soest

Substitutionstherapie bezeichnet eine Behandlung von Menschen, die an einer Abhängigkeit von Opioiden, meistens Heroin, leiden. Es werden Ersatzstoffe wie Methadon verabreicht.

Für diese Vergabe gibt es sehr klare Richtlinien. Die Mediziner haben eine besondere Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), die ihnen die Versorgung erlaubt und die auf Grund ihres Sicherstellungsauftrags zuständig ist.

Außerdem kann zeitgleich eine psychosoziale Beratung (PSB) z.B. durch eine Suchtberatungsstelle erfolgen. Eine Verpflichtung, diese parallel in Anspruch nehmen zu müssen, gibt es seit der Richtlinienänderung im Jahr 2017 nicht mehr. Die Indikation zur PSB wird nun vom behandelnden Arzt gestellt.

#### 15.3.1 Indikation zur Opioidersatzstoffbehandlung

Die Voraussetzung zur Substitution wird durch eine Richtlinie der Bundesärztekammer geregelt. Diese indiziert eine diagnostizierte Opioidabhängigkeit in Folge eines Missbrauchs von erlaubt erworbenen (opioidehaltige Medikamente) oder von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden (Heroin).

Der Nutzen einer Substitutionsbehandlung gegenüber den Gefahren eines unkontrollierten Drogenkonsums ist abzuwägen. Eine Substitutionsbehandlung kann auch bei derzeit nicht konsumierenden opioideabhängigen Patient\*innen (z.B. Inhaftierte) mit hohem Rückfall- und Mortalitätsrisiko eingeleitet werden.

Besondere Sorgfalt bei der Indikationsstellung ist bei Jugendlichen und Heranwachsenden sowie bei erst kürzer abhängigen Patient\*innen geboten. Eine psychosoziale Betreuung (PSB) sollte bei dieser Zielgruppe regelhaft mit einbezogen werden.

Während und nach der Schwangerschaft opioideabhängiger Patientinnen ist die Substitutionstherapie die Behandlung der Wahl, um Risiken zu vermindern und adäquate medizinische und soziale Hilfemaßnahmen einzuleiten.

Vor Beginn einer Substitutionsbehandlung müssen relevante Vorerkrankungen beachtet werden.

### 15.3.2 Substituierende Ärzt\*innen, substituierte Patient\*innen

Voraussetzung für die Substitution Opiatabhängiger ist das Vorliegen einer suchtherapeutischen Qualifikation des behandelnden Arztes. Diese wird von den Ärztekammern nach erfolgreich abgeschlossener Zusatzausbildung zuerkannt.

Ausnahme: bis zu 10 Substitutionspatient\*innen können bei regelmäßiger Hinzuziehung eines Konsiliararztes auch von einem Arzt ohne Fachkundenachweis betreut werden.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Bundesopiumstelle) führt ein Register mit Daten über das Verschreiben von Substitutionsmitteln (Substitutionsregister). Jeder Arzt, der eine Substitutionsbehandlung durchführt, ist verpflichtet, diese unverzüglich dem Substitutionsregister zu melden. Ebenfalls verpflichtend ist die Abmeldung nach einer Behandlung.

Landesweit nimmt die Zahl der substituierenden Ärzt\*innen seit dem letzten Berichtszeitraum ab. Dieser Trend setzt sich insgesamt im Regierungsbezirk Arnsberg fort. Betrachtet man jedoch die einzelnen Kreise und kreisfreien Städte, ist festzustellen, dass in sämtlichen kreisfreien Städten die Zahl der substituierenden Ärzt\*innen fast unverändert ist oder sogar wie im Fall der Stadt Herne zugenommen hat.

In den kreisfreien Städten zeigt sich ein anderes Bild. Nur im Kreis Olpe und im Kreis Siegen-Wittgenstein ist die Zahl der substituierenden Ärzt\*innen stabil. In sämtlichen anderen Landkreisen nahm die Zahl der substituierenden Ärzt\*innen kontinuierlich ab.

In der unten dargestellten Statistik sind sämtliche substituierenden Ärzt\*innen erfasst. Die Zahl der Ärzt\*innen, die 30 - 50 Patient\*innen behandeln ist deutlich geringer. Aus diesem Grund wird darauf verzichtet die Zahl der substituierenden Ärzt\*innen ins Verhältnis zu den substituierten Patient\*innen in der Region zu setzen.

<b>Substitutionsbehandlung; Substituierende Ärzt*innen im Regierungsbezirk Arnsberg und NRW, 2011-2016</b>						
<b>Kreisfreie Städte Kreise Regierungsbezirk Land</b>	<b>Substituierende Ärzt*innen</b>					
	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Kreisfreie Städte</b>						
Bochum	10	10	11	12	11	10
Dortmund	43	43	43	48	45	41
Hagen	12	12	14	11	11	10
Hamm	10	10	10	10	11	11
Herne	4	4	6	6	7	7
<b>Kreise</b>						
Ennepe-Ruhr-Kreis	15	16	14	12	12	13
Hochsauerlandkreis	14	14	14	13	13	12
Märkischer Kreis	19	19	19	19	17	17
Olpe	5	4	5	5	5	5
Siegen-Wittgenstein	8	8	8	9	9	8
Soest	15	11	12	12	12	11
Unna	16	17	15	13	14	12
<b>Reg.-Bez. Arnsberg</b>	<b>171</b>	<b>168</b>	<b>171</b>	<b>170</b>	<b>167</b>	<b>157</b>
<b>NRW</b>	<b>765</b>	<b>763</b>	<b>756</b>	<b>746</b>	<b>740</b>	<b>727</b>

Tabelle 15.3.2.1; Quelle: LZG.NRW, Stand 2018.

Die Zahl der Substitutionsbehandlungen ist im Berichtszeitraum im Regierungsbezirk Arnsberg steigend. Auch der Landestrend ist zunehmend. Bei den kreisfreien Städten ist, besonders in Herne, eine enorme Steigerung der Behandlungen zu verzeichnen. Auch in

Hagen gab es eine größere Steigerung. In Dortmund kam es zu einer Reduktion der Behandlungszahlen.

In den kreisfreien Städten sind die Variationen nicht sonderlich ausgeprägt. Nur im Ennepe-Ruhr-Kreis gab es eine größere Steigerung der Behandlung.

<b>Substitutionsbehandlung; Gemeldete Substitutionsbehandlungen im Regierungsbezirk Arnsberg und NRW, 2011-2016</b>						
<b>Kreisfreie Städte Kreise Regierungsbezirk Land</b>	<b>Gemeldete Substitutionsbehandlungen</b>					
	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Kreisfreie Städte</b>						
Bochum	1.049	1.068	1.182	1.149	1.104	1.074
Dortmund	2.480	2.523	2.517	2.551	2.277	2.346
Hagen	609	704	738	604	780	784
Hamm	1.138	1.138	1.101	1.069	1.147	1.190
Herne	440	483	557	556	595	766
<b>Kreise</b>						
Ennepe-Ruhr-Kreis	336	346	338	330	318	282
Hochsauerlandkreis	249	208	213	217	211	248
Märkischer Kreis	342	329	413	344	326	355
Olpe	265	226	270	272	256	261
Siegen-Wittgenstein	153	146	173	190	187	188
Soest	491	495	531	501	505	517
Unna	839	791	731	808	840	822
<b>Reg.-Bez. Arnsberg</b>	<b>8.391</b>	<b>8.457</b>	<b>8.764</b>	<b>8.591</b>	<b>8.546</b>	<b>8.833</b>
<b>NRW</b>	<b>39.575</b>	<b>39.827</b>	<b>40.973</b>	<b>41.061</b>	<b>40.919</b>	<b>42.155</b>

Tabelle 15.3.2.2; Quelle: LZG.NRW, Stand 2018.

Wie dargestellt gibt es eine Empfehlung in den Richtlinien zur Substitution, flankierend zur ärztlichen Behandlung psychosoziale Begleitung in Anspruch zu nehmen. Diese wird im Kreis Soest im Regelfall durch die Suchtberatungsstellen angeboten. Klient\*innen, die auch Maßnahmen der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen (ambulant oder stationär), etc. werden durch diese psychosozial betreut.

Die Zahlen der in den Suchtberatungsstellen betreuten Klient\*innen sind im Berichtszeitraum von 2011-2017 sehr stabil. Die Zahl der sich in Betreuung befindenden Männer ist fast viermal so hoch wie die der Frauen.

<b>Statistik der Suchtberatungsstellen im Kreis Soest Psychosoziale Begleitung (PSB) von Substituierten, 2003 - 2017</b>							
	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Männer	201	188	207	213	186	195	187
Frauen	51	47	43	46	40	44	45
Gesamt	252	235	250	259	226	239	232

Tabelle 15.3.2.3; Quelle: Statistik der Suchtberatungsstellen im Kreis Soest, Stand 2018.

## 15.4 Resümee

Der im Kreis Soest zu beobachtende Suchtmittelkonsum entspricht dem Bundestrend. Alkohol ist immer noch das am häufigsten konsumierte Suchtmittel. Insgesamt hat aber auch im Kreis Soest die Zahl der problematisch konsumierenden Cannabiskonsument\*innen in den letzten Jahren deutlich zugenommen.

Von Substituierten wird die psychosoziale Beratung gut angenommen. Die Suchtberatungsstellen im Kreis Soest sind mit jährlich über 1000 Klient\*innen gut etabliert. Die hohe Zahl der Erwerbstätigen und deren Anstieg nach der letzten Wirtschaftskrise zeigt die Wichtigkeit eines niederschweligen Beratungsangebotes und deren stabilisierende Auswirkungen. Nur durch die wohnortnahe und flexible Ausrichtung eines solchen Angebotes ist eine Vereinbarkeit mit Berufstätigkeit möglich.

Bei den Kindern und Jugendlichen ist, genau wie im Bundestrend, Cannabis das am häufigsten missbräuchlich konsumierte Suchtmittel. Diesem Umstand trägt die Suchtberatung durch die Etablierung des Konzeptes „Start up“ Rechnung. Im letzten Gesundheitsbericht aus dem Jahr 2011 wurde auf das Problem der akuten Alkoholintoxikation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Kreisgebiet eingegangen. Zwischenzeitlich wurde das sektorenübergreifende Konzept „HaLT“ (siehe Punkt 7.1.7) etabliert.

Schlussfolgernd ist festzustellen, dass sich Konsummuster und Suchtmittel nach Alter und Geschlecht deutlich unterscheiden. Daher sollten Beratungs- wie auch Präventionsangebote zielgruppenorientiert konzipiert sein. Sektorenübergreifende Maßnahmen sind nicht nur Ressourcensparend, sondern erhöhen die Reichweite der Beratungs- und Präventionsmaßnahmen. Gemeinsame Planungsgremien wie die psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) oder die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) stellen einen passenden Rahmen dar.

Nach der Einführung der Substitution in den 1990er Jahren hat sich diese als Behandlungsform für schwerstsuchtkranke Patient\*innen bewährt. Landes- und kreisweit ist die Zahl der sich in Substitutionsbehandlung befindlichen Patient\*innen stabil oder tendenziell steigend. Entgegengesetzt zu diesem Trend nimmt die Zahl der behandelnden Ärzt\*innen gerade im ländlichen Raum zunehmend ab. Ursache hierfür ist das steigende Alter der Hausärzt\*innen und Ressentiments gegenüber dieser Behandlungsform.

Auch wenn der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe der Versorgungsauftrag obliegt, wird es weiterhin nötig sein, auf die Problematik hinzuweisen und Mediziner\*innen für die Substitution zu gewinnen. Auch wird es unabdingbar sein, alternative Konzepte zu der reinen hausärztlichen Versorgung zu entwickeln und gemeinsam mit allen Akteuren zu etablieren.

## 16 Gewässer

### 16.1 Belastungen des Trinkwassers der öffentlichen Wasserversorgung im Kreis Soest mit Nitrat und Pflanzenschutzmittelwirkstoffen sowie Wirkstoffen von Biozidprodukten

In der konventionellen Landwirtschaft werden Nitrathaltige Düngemittel und Pflanzenschutzmittel zur Ertragssicherung und -steigerung eingesetzt. Selbst bei sachgerechter Anwendung dieser Mittel ist es möglich, dass deren Rückstände zunächst in das Grundwasser und nachfolgend auch in das Trinkwasser gelangen können. Für den Eintrag von Nitrat und Pflanzenschutzmittelrückständen sind verschiedene physikalische, chemische und biologische Prozesse, die sich im Boden abspielen, verantwortlich. Neben den spezifischen Stoffeigenschaften, wie beispielsweise Löslichkeit oder Abbaubarkeit, spielen dabei auch örtliche Faktoren, wie die hydrogeologischen Gegebenheiten, eine große Rolle.

Durch die stickstoffhaltige Düngung in der Landwirtschaft z.B. mit Mineraldünger oder Gülle gelangt der Anteil, den die Pflanzen nicht verbrauchen und der im Boden nicht durch Denitrifikation abgebaut wird, als Nitrat in das Grundwasser. Soll dieses Wasser zur Trinkwassergewinnung genutzt werden, sollte es den in der Trinkwasserverordnung festgelegten Grenzwert von 50 mg/l nicht überschreiten. Ist der Nitratgehalt höher, muss es dem Wasser mit hohem technischen Aufwand, i.d.R. durch Umkehrosiose, entzogen werden, damit der Grenzwert eingehalten wird.

Es liegen dem Gesundheitsamt jährlich über 100 Untersuchungsergebnisse des Trinkwassers auf Nitrat vor. Grenzwertüberschreitungen sind dabei bisher nicht aufgefallen. Allerdings sind je nach Herkunftsgebiet des Rohwassers Schwankungen von 3 bis 49 mg/l bei den Nitratwerten feststellbar.

Pflanzenschutzmittel sind sowohl im Trink- als auch im Roh- und Grundwasser unerwünschte Verunreinigungen. Dasselbe gilt für deren Abbauprodukte, die persistenter, toxischer und grundwassergängiger als die Ausgangswirkstoffe sein können.

Die Grenzwerte für Pflanzenschutzmittel und Biozidprodukte in Trinkwasser sind in der Trinkwasserverordnung auf 0,1 µg/l (Mikrogramm pro Liter) für die Einzelsubstanz und für Pflanzenschutzmittel und Biozidprodukte insgesamt auf 0,5 µg/l festgesetzt.

Unterschieden wird bei Abbauprodukten von Pflanzenschutzmitteln zwischen "relevanten Metaboliten" und "nicht relevanten Metaboliten". Relevante Metabolite im Sinne des Pflanzenschutzrechts besitzen hinsichtlich ihrer pestiziden Wirkung eine vergleichbare Eigenschaft wie die Ausgangssubstanz und können deswegen aufgrund ihrer toxischen oder ökotoxischen Eigenschaften das Grundwasser, andere Ökosysteme oder die Gesundheit von Mensch und Tier gefährden. Diese Metaboliten werden wie ihre Ausgangssubstanzen beurteilt, es gilt der Grenzwert von 0,1 µg/l für Einzelsubstanzen nach der Trinkwasserverordnung.

Die als nicht relevante Metabolite eingestuft Stoffe wirken nicht mehr als Pflanzenschutzmittel und weisen in den gefundenen Gehalten eine geringe Toxizität auf. Diese Metabolite fallen nicht unter die Grenzwertregelung nach der Trinkwasserverordnung. Für die Beurteilung dieser Stoffgruppe liegt stattdessen eine rechtsverbindliche Empfehlung des Umweltbundesamtes vor. Des Weiteren gibt es für eine Vielzahl der betreffenden Stoffe eine Liste mit gesundheitlichen Orientierungswerten (GOW) vom Umweltbundesamt und dem Bundesinstitut für Risikobewertung. Diese gesundheitlichen Orientierungswerte bilden die Bewertungsgrundlage für die im Trinkwasser festgestellten Konzentrationen an nicht relevanten Metaboliten.

Die Anzahl der Untersuchungsergebnisse über Pflanzenschutzmittelwirkstoffe sowie Wirkstoffe von Biozidprodukten im Trinkwasser ist geringer, weil die Wasserversorgungs-

unternehmen die Untersuchungen in der Regel nur einmal pro Jahr durchführen lassen müssen. Analytisch bedingt ist die Anzahl der bestimmten Parameter jedoch wesentlich höher. Pro Analyse der genannten Mittel werden derzeit 58 Einzelparameter bestimmt. Auch hier sind bis heute keine Grenzwertverletzungen erkennbar.

Die Versorgung der Bürger\*innen im Kreisgebiet Soest mit Trinkwasser wird zu ca. 98 % durch 9 öffentliche Wasserversorgungsunternehmen, die ihr Wasser aus verschiedensten Einzugsgebieten beziehen, übernommen. Die Produktion und der Transport des Wassers sowie die dazugehörigen Einrichtungen und Installationen werden durch das Gesundheitsamt überwacht. Auch die Trinkwasserqualität wird durch das Gesundheitsamt überwacht, damit dieses wichtigste Lebensmittel, es handelt sich dabei um ein Volumen von ca. 35.Mio. m<sup>3</sup>, auch jederzeit genussfähig ist. Dazu werden von jedem Wasserversorger monatlich aufwändige chemische und mikrobiologische Laboruntersuchungen des Trinkwassers veranlasst, um garantieren zu können, dass die in der Trinkwasserverordnung festgelegten Grenzwerte immer und im gesamten Versorgungsgebiet eingehalten werden.

**Fazit:**

Im Trinkwasser der öffentlichen Wasserversorgung im Kreis Soest ist Nitrat in verschiedenen hohen Konzentrationen nachweisbar. Der Grenzwert von 50 mg/l wird an keiner Stelle überschritten.

Pflanzenschutzmittelwirkstoffe oder Wirkstoffe von Biozidprodukten sind im Trinkwasser nicht nachweisbar.

Eine Gefährdung der Gesundheit durch eine Belastung dieser Stoffe ist nicht gegeben.

Das Trinkwasser ist von einwandfreier Qualität und entspricht den Anforderungen der Trinkwasserverordnung.

## 16.2 Badegewässer im Kreis Soest

Seit über 30 Jahren wird die Qualität der Badegewässer nach der europäischen Badegewässerrichtlinie geprüft. Dazu hat die Europäische Union (EU) eine flächendeckende Richtlinie zum Schutz für das Baden in Binnen- und Küstengewässern eingeführt.

Im Jahr 2008 wurde die europäische Regelung von Bund und Ländern in nationales Recht umgesetzt. Die nordrhein-westfälische Badegewässerverordnung orientiert sich eng an den europäischen Vorgaben. Eine regelmäßige und einheitliche Überwachung der Badegewässerqualität hinsichtlich des Gesundheitsschutzes sowie die Information der Bevölkerung zu den Untersuchungsergebnissen bilden den Schwerpunkt der geltenden Regeln. Die Richtlinie sieht außerdem vor, dass für jedes Badegewässer ein Badegewässerprofil zu erstellen ist. Damit können mögliche Einflüsse auf die Badegewässerqualität früh erkannt und beseitigt werden. Die Badegewässerprofile werden zurzeit durch die Kreise und kreisfreien Städte erstellt.

Im Kreis Soest befinden sich mit dem Alberssee (Lippstadt-Lipperode) und dem Möhnesee zwei natürliche Badegewässer. Die Wasserqualität der Badestellen wird vom 01. Mai bis zum 01. Oktober jedes Jahr vom Gesundheitsamt engmaschig kontrolliert und überwacht. Die Ergebnisse werden dem Landesamt für Natur-, Umwelt- und Verbraucherschutz mitgeteilt. -Hier werden die gesamten Daten aus NRW zusammengefasst und mit Hilfe einer Gewässergütekarte abgebildet.

Die Qualität der Badegewässer wird über bestimmte Indikatororganismen ermittelt. Diese mit Grenzwerten\* versehenen Indikatororganismen sind die Darmbakterien Escherichia coli (E. coli) und intestinale Enterokokken. Die Badegewässer werden anhand der Konzentration dieser Indikatorbakterien in eine Qualitätsstufe eingeordnet. Die Bewertungen gliedern sich in ausgezeichnete, gute, ausreichende und mangelhafte Wasserqualität. Dies geschieht auf der Basis von Messdaten aus vier Jahren.

*Parameter	Ausgezeichnete Qualität	Gute Qualität	Ausreichende Qualität
	Auf der Grundlage einer 95-Perzentil-Bewertung	Auf der Grundlage einer 95-Perzentil-Bewertung	Auf der Grundlage einer 90-Perzentil-Bewertung
Intestinale Enterokokken (KbE/100ml)	200	400	330
Escherichia coli (KbE/100ml)	500	1000	900

**Tabelle 16.2.1;** Quelle: Eigene Daten, Abteilung Gesundheit -Infektionsschutz-, Kreis Soest.  
KbE = Koloniebildende Einheiten der Mikroorganismen

Die Messergebnisse der letzten vier Jahre im Kreis Soest lagen für beide Badegewässer bei weniger als 200 KbE/100ml für intestinale Enterokokken bzw. weniger als 500 KbE/100ml für E. coli.

**Fazit:**

Die beiden im Kreis Soest untersuchten Badegewässer haben in den letzten 4 Jahren eine ausgezeichnete Wasserqualität aufgewiesen.

## V Beschäftigte im Gesundheitswesen (ambulant, stationär, teilstationär), Inanspruchnahme von Leistungen der Versorgung des Gesundheitswesens

### 17 Versorgung im Gesundheitswesen

#### 17.1 Ärzteschaft

Die Bundesärztekammer (BÄK) vermeldet in ihrer **Ärztestatistik** zum 31.12.2016 (aktuellste Daten) für das gesamte Bundesgebiet 378.607 berufstätige Ärzt\*innen. Im Vergleich zum Vorjahr waren damit 7.305 bzw. 2,1 % mehr Ärzt\*innen bei den Landesärztekammern gemeldet. Davon arbeiteten 32.217 Ärzt\*innen bei Behörden, Körperschaften und in anderen Bereichen. Im Krankenhaus waren 194.401 Ärzt\*innen tätig. Die Zahl der ambulant tätigen Ärzt\*innen war demgegenüber mit 151.989 deutlich kleiner.

Abbildung 1: Struktur der Ärzteschaft 2016 (Zahlen in Tausend)

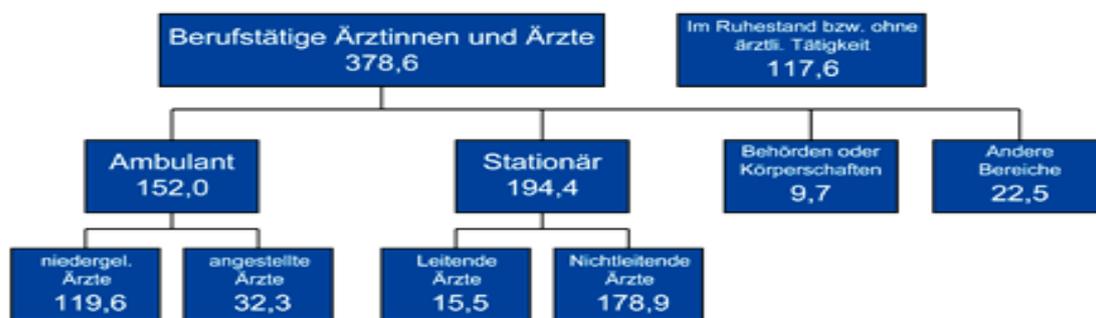


Abbildung 17.1.1; Quelle:

[http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16Abb01.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16Abb01.pdf).

In der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung kommt es jährlich zu mehr als einer Milliarde Arzt-Patienten-Kontakten. In den Krankenhäusern erhöhte sich die Zahl der Behandlungsfälle in den letzten zehn Jahren um mehr als 2,5 Millionen auf fast 19,8 Millionen. Die steigenden Behandlungszahlen in Praxen und Kliniken sind auch Folge der Alterung der Gesellschaft. Dabei altern sowohl die Patient\*innen als auch deren Ärzt\*innen. In der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen hat so die BÄK einen Zuwachs von 1.600 Ärzt\*innen, bei den 60- bis 65-Jährigen einen Zuwachs von 1.172 und bei den über 65-Jährigen von 2.463 Ärzt\*innen.

Die Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärzt\*innen stieg 2016 um 9,7 % auf 46.721. Der stärkste Zuwachs kam aus Syrien mit 746 Ärzt\*innen, es folgen Rumänien mit 223, Serbien mit 218, die Ukraine mit 160, Russland mit 109 und Aserbaidschan mit 108. Elf Prozent der in Deutschland berufstätigen Ärzt\*innen haben eine ausländische Staatsbürgerschaft. Der größte Teil davon stammt mit 4.285 aus Rumänien, gefolgt von Griechenland mit 3.118, Syrien mit 2.895 und Österreich mit 2.600.

Dieser Zuwachs an Ärzt\*innen begegnet einem Verlust von 2.050 Mediziner\*innen, die in 2016 von Deutschland ins Ausland abgewandert sind. Die beliebtesten Auswanderungsländer waren mit 677 Ärzt\*innen die Schweiz, Österreich mit 295 und die USA mit 112 (vgl. BÄK).

##### 17.1.1 Ambulante vertragsärztliche Versorgung

Im Oktober 2017 wurde vom Deutschen Landkreis ein Positionspapier „Ambulante Versorgung sicherstellen“ zur Diskussion an die Landesverbände übergeben. Hier soll gesellschaftlich und politisch neu erörtert werden, wie hoch der Bedarf an Haus- und allgemeinen Fachärzt\*innen in einem bestimmten Gebiet ist. Anliegend soll die vorherrschende Bevölkerungsstruktur, die subjektiven Bedürfnissen der Menschen als auch die objektive Zumutbarkeit von Fahrtwegen berücksichtigt werden. Empfohlen wird, politisch

festzulegen, wie viele Haus- bzw. allgemeine Fachärzt\*innen in einem bestimmten Gebiet vorhanden sein müssen, um den Bedarf zu decken. Die bisher verwendeten Zulassungszahlen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sollten hinsichtlich des tatsächlichen Bedarfs kritisch hinterfragt und ggf. angepasst werden. Hierbei sollte auch auf die Einheitlichkeit der Zahlen in den Städten und in ländlichen Räumen geachtet werden. Die bisherige Annahme, dass in städtischen Gebieten prozentual zu der Einwohnerdichte mehr Ärzt\*innen notwendig sind als in ländlich geprägten Gebieten, habe sich nicht bestätigt. Insbesondere in ländlichen Gebieten steige durch den demografischen Wandel der Altersdurchschnitt der Bevölkerung, so dass hier der Bedarf an flächendeckender medizinischer Versorgung mindestens genauso hoch sei wie in Städten. Dies müsse bei der Festlegung neuer Zulassungszahlen Beachtung finden.

Der **Basisgesundheitsbericht 2011** des Kreises Soest beschäftigte sich ausführlich mit der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Kreisgebiet. Ausgangspunkt dafür war die Diskussion über einen drohenden oder schon eingetretenen Ärztemangel in einzelnen Regionen im Landkreis. Deutschlandweit wurde über einen Ärztemangel besonders in den ländlichen Regionen gesprochen. Während es in den Städten oft noch übertensorgte Bereiche für fast alle ärztlichen Disziplinen gibt, können in manchen Landkreisen freie Kassenarztsitze teilweise nicht mehr besetzt werden. Ausscheidende Ärzt\*innen finden keine Nachfolger\*innen mehr. Entweder bleiben sie dann in Abstimmung mit der zuständigen KV über das 65. Lebensjahr hinaus in der Praxis tätig oder ihre Patient\*innen müssen längere Wegstrecken für den Arztbesuch in Kauf nehmen. Dies ist eine besonders belastende Situation für alte Menschen und solche, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.

Auch der aktuelle **Basisgesundheitsbericht 2018** soll diese Situation für den Kreis Soest ausgiebig beleuchten.

### **17.1.2 Ambulante ärztliche Versorgungssituation Bedarfsplanung für Westfalen-Lippe**

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Westfalen-Lippe hat am 20.06.2013 Beschlüsse auf Grundlage eines neuen Bedarfsplanes gefasst. Damit entfaltet die Bedarfsplanungsrichtlinie vom 01.01.2013 nun ihre Wirksamkeit. Mit der neuen Bedarfsplanung soll der gleichmäßige Versorgungszugang für alle GKV-Versicherten sichergestellt sowie die hausärztliche Versorgung feingliederiger gesteuert werden.

Im Rahmen der neuen Bedarfsplanung wurden vier Versorgungsebenen gebildet. Jede Versorgungsebene hat ihre eigenen Planungsbereiche. Diese sind vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) festgelegt worden:

- Die **hausärztliche Versorgung** ist aufgeteilt in 111 Mittelbereiche, die aus kreisfreien Städten oder einem Zusammenschluss kreisabhängiger Gemeinden bestehen.
- Die **allgemeine fachärztliche Versorgungsebene** (27 Kreise) bilden die folgenden Arztgruppen: Augenärzt\*innen, Chirurg\*innen, Frauenärzt\*innen, HNO-Ärzt\*innen, Hautärzt\*innen, Nervenärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen, Orthopäd\*innen, Urolog\*innen, Kinderärzt\*innen.
- Die **spezialisierte fachärztliche Versorgung** (8 sog. Raumordnungsregionen) leisten Fachinternist\*innen, Anästhesist\*innen, Radiolog\*innen sowie Kinder- und Jugendpsychiater\*innen.
- Die **gesonderte fachärztliche Versorgung** (Planungsbereich ist das gesamte KV-Gebiet) leisten Fachärzt\*innen für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Nuklearmediziner\*innen, Strahlentherapeut\*innen, Neurochirurg\*innen.

Quelle: <https://www.kvwl.de/arzt/sicherstellung/bedarfsplanung/index.htm>.

Bei einigen Arztgruppen weichen der Planungsbereich und damit auch die Berechnung der Versorgungsgrade von der Kreisebene ab und wird z.B. auf Ebene von

**Raumordnungsregionen (ROR)** oder bei den Hausärzt\*innen kleinräumiger auf Ebene von **Mittelbereichen (MB)** berechnet. Der Kreis Soest gehört zur ROR Arnsberg, bei den Hausärzten wird der Kreis Soest in die MB Geseke, Lippstadt, Soest, Warstein und Werl geteilt. Der Versorgungsgrad wird ermittelt, indem die Anzahl der Ärzt\*innen mit der Anzahl der Einwohner\*innen auf der Grundlage einer von der KVWL festgelegten Messzahl ins Verhältnis gesetzt wird.

Die KVWL stellt mit ihren eigens entwickelten Indices ARiX, REGiX und ARiX-prognos quartalsweise die aktuellen Entwicklungen der vertragsärztlichen Versorgung in Westfalen-Lippe dar. ARiX und REGiX stehen für „Arzt-Index Westfalen-Lippe“ und „Regionaler Arzt-Index Westfalen-Lippe“. Zum „Arzt“ werden dabei die psychologischen Psychotherapeut\*innen hinzugerechnet.

Der **ARiX Westfalen-Lippe** wird berechnet aus dem Versorgungsgrad aller in 23 Bedarfsplanungsgruppen aufgeteilten Vertragsärzt\*innen mit ihrem jeweiligen Beschäftigungsumfang, gewichtet mit dem bedarfsnotwendigen Anteil der jeweiligen Arztgruppe. Er misst also den durchschnittlichen Versorgungsgrad von Vertragsärzt\*innen in Westfalen-Lippe.

Seit dem letzten Basisgesundheitsbericht für den Kreis Soest sind im **ARiX Westfalen-Lippe** ab dem Jahr 2011 die Psychotherapeut\*innen mit berücksichtigt und ab 2014 neun weitere Arztgruppen in die Bedarfsplanung aufgenommen worden.

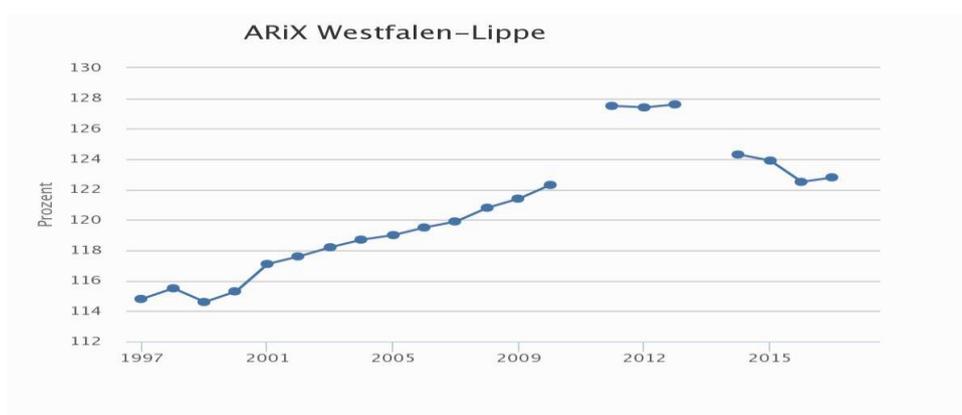


Abbildung 17.1.2; Quelle: KVWL.

Seit 2014 wird der **ARiX für die Bezirksstelle Arnsberg** (mit den Daten für den Kreis Soest und den Hochsauerlandkreis) sowie die übrigen Bezirksstellen in Westfalen-Lippe nur noch über die wohnortnahen Fachärzt\*innen und die Hausärzt\*innen berechnet.



Abbildung 17.1.3; Quelle: KVWL.

Der **REGiX Westfalen-Lippe** setzt sich zusammen aus den Zahlen der KVWL-Planungsbereiche, die bei der ärztlichen Versorgung bei 100 Prozent oder darüber liegen. Der sich daraus ergebende prozentuale Anteil wird ebenfalls mit dem bedarfsnotwendigen

Anteil der jeweiligen Arztgruppen gewichtet. Der REGiX misst den Grad der regionalen Unterversorgung, wenn er unter 100 Prozent liegt.

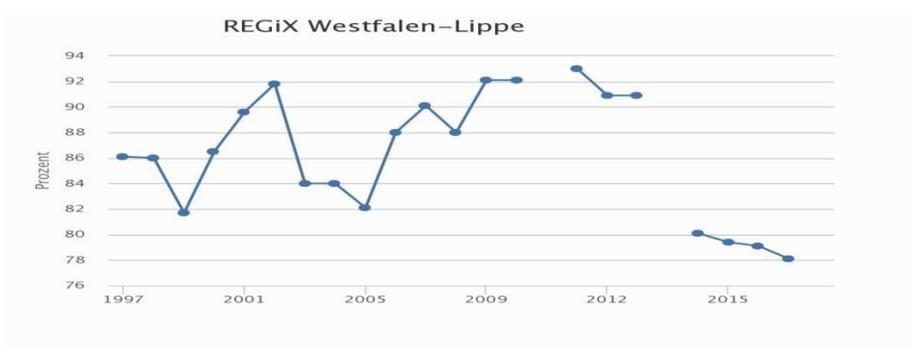


Abbildung 17.1.3; Quelle: KVWL.

**ARiX prognos** stellt auf Basis der aktuellen und in die Zukunft verschobenen ARiX-Werte dar, wie sich die vertragsärztliche Versorgung in Westfalen-Lippe in 2014 bis 2024 entwickeln könnte - unter der Annahme, dass Ärzt\*innen, die 65 Jahre oder älter sind, nicht nachbesetzt werden.

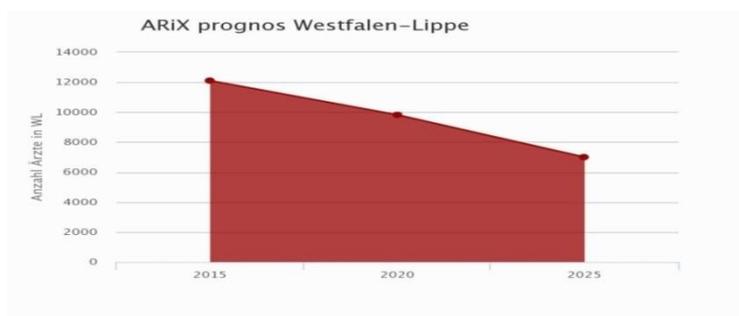


Abbildung 17.1.4; Quelle: [https://www.kvwl.de/arzt/sicherstellung/arzt\\_index/index.htm](https://www.kvwl.de/arzt/sicherstellung/arzt_index/index.htm).

## Versorgungsgrad

Der sogenannte Versorgungsgrad dient gemäß Definition des LZG.NRW als Maßzahl zur Beschreibung von Ressourcennengen, die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen.

Der Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung wird anhand der Verhältniszahlen der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe dargestellt.

Zur Arztgruppe der Psychotherapeut\*innen gehören gemäß § 101 Abs. 4 Satz 1 SGB V die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzt\*innen, die Fachärzt\*innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, der Psychologischen Psychotherapie sowie die Kinder- und Jugend-Psychotherapie.

Auf der Grundlage von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) 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 (ROR) nach unterschiedlichen Verdichtungsräumen gegliedert. Kreise und kreisfreie Städte werden verschiedenen Kreisgruppen zugeordnet. Auf dieser Grundlage wird ein differenzierter Versorgungsgrad als Ausgangsrelation für die Feststellung von Überversorgung oder Unterversorgung ermittelt.

Eine **Überversorgung** liegt vor, wenn eine Überschreitung der örtlichen Verhältniszahl von mehr als 10 % vorliegt (bezogen auf die örtliche Einwohner\*innen- / Ärzt\*innen-Relation). Eine **Unterversorgung** ist anzunehmen, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 % bzw. der Stand der fachärztlichen Versorgung in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung und in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung jeweils den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 % unterschreitet.

Die bisherige **Bedarfsplanung** sah für alle Arztgruppen einheitliche Planungsbereiche (Kreis, kreisfreie Stadt oder Kreisregion) vor. Mit der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie zum 01.01.2013 veränderte der Gemeinsame Bundesausschuss die Bedarfsplanung grundlegend. Als neue Grundstruktur definiert die Richtlinie jetzt vier sogenannte Versorgungsebenen, denen jeweils unterschiedlich große Planungsbereiche zugeordnet werden: die hausärztliche Versorgung, die allgemeine fachärztliche Versorgung, die spezialisierte fachärztliche Versorgung und schließlich die gesonderte fachärztliche Versorgung.

Bis auf die Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurg\*innen unterliegen jetzt alle Fachgruppen der Bedarfsplanung und werden entsprechend ihres Spezialisierungsgrades einer der vier oben genannten Versorgungsebenen zugeordnet.

Jeder Versorgungsebene sind Arztgruppen, ein Planungsbereich (Mittelbereiche, Kreise bzw. kreisfreie Städte, Raumordnungsregion, KV-Gebiet) und Verhältniszahlen (eine Ärztin bzw. ein Arzt je Anzahl der Einwohner\*innen) für die Versorgungsgradfeststellung zugeordnet.

Ab dem Berichtsjahr 2013 umfasst der Indikator nur noch die Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen, spezialisierten, fachärztlichen und hausärztlichen Versorgung. Für die bisher ebenfalls im Indikator Anästhesie, Fachinternist und der Radiologie (Versorgungsebene **spezialisierte fachärztliche Versorgung** zugeordnet) sowie Hausärzt\*innen (Versorgungsebene **hausärztliche Versorgung** zugeordnet) gelten gemäß der neuen Bedarfsplanung größere bzw. kleinräumigere Planungsbereiche. Sie können deshalb in diesem Kreisindikator nicht mehr ausgewiesen werden. Im Indikator sind alle Vertragsärzt\*innen einschließlich der bei ihnen gemäß Zulassungsverordnung für Vertragsärzt\*innen angestellten Ärzt\*innen enthalten. Ermächtigte Krankenhausärzt\*innen sowie ermächtigte Einrichtungen werden hier nicht berücksichtigt (vgl. LZG.NRW, 14.11.2016).

### 17.1.3 Situation im Kreis Soest

#### Versorgungsgrad der einzelnen Hausarzt- und Facharztgruppen

Versorgungsgrad in Prozent (%) mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Arztgruppen (Ärzt*innen) der allgemeinen fachärztlichen Versorgung Kreis Soest 31.12.2016				
Augen	Chirurgie	Frauen	Haut	HNO
124,9	174,7	134,2	138,6	120,1
Nerven	Orthopädie	Psychotherapie	Urologie	Kinder
156,2	139,0	173,1	131,5	144,4

Tabelle 17.1.5; Quelle: LZG.NRW, Indikator (L) 6.2, 2016.

Im Kreis Soest waren 2014 1.443 Ärzt\*innen beschäftigt (inklusive aller Krankenhäuser und Kliniken) und Anfang 2018 1.532 (Quelle: Ärztekammer Westfalen-Lippe, aktueller Datenstand).

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Westfalen-Lippe und die KVWL haben am 13.11.2017 den aktuellen **Versorgungsplan mit Altersstruktur** für den Kreis Soest vorgestellt.

Wie auch schon im Basisgesundheitsbericht 2011 dargestellt, ist derzeit der Kreis Soest – wie fast alle Kreise und kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe – bei allen Facharztgruppen mit Ausnahme der Hausärzt\*innen und Kinder- und Jugendpsychiater\*innen gut versorgt. Der **Versorgungsgrad** liegt dort bei über 100 %.

Nach aktuellem Stand können sich im Kreis Soest also Hausärzt\*innen neu niederlassen. Für diese Arztgruppe liegt der Versorgungsgrad im Durchschnitt bei 96,64 %.

Der Versorgungsgrad bei den Kinder- und Jugendpsychiater\*innen wird für die Raumordnungsregion (ROR) Arnsberg berechnet. Der Kreis Soest ist Teil dieser Raumordnungsregion. Für die ROR Arnsberg ergibt sich ein Versorgungsgrad von 69,8 %. Von den insgesamt 4 Kinder- und Jugendpsychiater\*innen sind 3 im Kreis Soest tätig.

Neben dem aktuellen Versorgungsgrad muss für die Beurteilung der ärztlichen Versorgung auch die **Altersstruktur** der ambulant tätigen Ärzt\*innen berücksichtigt werden. Heute ist der Kreis Soest bei allen Facharztgruppen (mit den o.g. Ausnahmen) sehr gut versorgt. Neuniederlassungen sind nicht möglich. Diese Zahlen haben sich in den letzten Jahren nicht wesentlich geändert. Kurzfristig sollte es im Bereich der ambulant tätigen Fachärzt\*innen keine wesentlichen Versorgungsengpässe geben. Allerdings ist z.B. der überwiegende Teil der ambulant tätigen Anästhesisten älter als 55 Jahre. Noch deutlicher wird die Alterung der Ärzt\*innen im augenärztlichen Bereich. Hier ist der überwiegende Teil älter als 60 Jahre, 2 Augenmediziner sind älter als 70 Jahre. Erschwerend zum niedrigen Versorgungsgrad tritt bei den Kinder- und Jugendpsychiatern noch das hohe Alter der Mediziner hinzu. Nur 2 Vertretern aus der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen stehen 4 Vertreter aus der Gruppe 60 bis 64 Jahre gegenüber. Diese Zahlen zeigen, dass sich in einigen Facharztgruppen mittelfristig Probleme in der ambulanten ärztlichen Versorgungssituation des Kreises Soest ergeben könnten, sofern es für die altersbedingt austretenden Ärzt\*innen keine Nachfolge geben sollte.

<b>KVWL-Versorgungsplan hausärztliche Versorgung im Kreis Soest</b>				
Name des Planungsbereichs (MB = Mittelbereich)	Einwohner*innen im Planungsbereich	Gesamtzahl Ärzt*innen	Versorgungsgrad in %	Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung
Geseke MB	21.070	11,00	90,0	2,5
Lippstadt MB	93.918	54,00	96,5	8,0
Soest MB	95.680	56,75	98,5	7,0
Warstein MB	36.502	21,50	96,4	3,5
Werl MB	55.825	33,50	101,8	3,0

Tabelle 17.1.6; Quelle: KVWL, 13.11.2017.

KVWL-Versorgungsplan fachärztliche Versorgung mit Altersstruktur im Kreis Soest			
Fachgruppen	Anzahl Ärzt*innen	Altersstruktur (Anzahl) 60 bis 64 Jahre	Altersstruktur (Anzahl) 65 bis 69 Jahre
Anästhesist*innen (ROR Arnsberg) Versorgungsgrad: 115,7 %	8	0	4
Augenärzt*innen Versorgungsgrad: 117,6 %	18	7	2
Chirurg*innen Versorgungsgrad: 174,7 %	13	1	1
Fachinternist*innen (ROR Arnsberg) Versorgungsgrad: 171,7 %	20	6	2
Gynäkolog*innen Versorgungsgrad: 134,2 %	37	7	2
Dermatolog*innen Versorgungsgrad: 138,6 %	10	1	0
HNO-Ärzt*innen Versorgungsgrad: 120,1 %	11	0	0
Kinder-/ Jugendpsychiater (ROR Arnsberg) Versorgungsgrad: 69,8 %	4	3	0
Pädiater Versorgungsgrad: 144,4 %	20	1	1
Neurolog*innen Versorgungsgrad: 156,2 %	16	4	0
Orthopäd*innen Versorgungsgrad: 139,0 %	18	6	4
Psychotherapeut*innen Versorgungsgrad: 175,9 %	77	13	8
Radiolog*innen (ROR Arnsberg) Versorgungsgrad: 171,7 %	13	0	0
Urolog*innen Versorgungsgrad: 131,5 %	8	1	0

**Tabelle 17.1.7;** Quelle: KVWL, 13.11.2017.

Eine drohende Unterversorgung bzw. bestehende Unterversorgung hat der Landesausschuss Westfalen-Lippe im Kreis Soest nicht festgestellt. Niederlassungsmöglichkeiten und die Anzahl der freien Arztsitze werden mit den Beschlüssen des Landesausschusses zweimal jährlich veröffentlicht.

#### 17.1.4 Ambulante vertragszahnärztliche Versorgung

Wie schon in Kapitel 17.1.2 dargestellt, dient ebenso in der zahnärztlichen Versorgung der Versorgungsgrad als Richtgröße bei Betrachtung der Versorgungsstruktur.

Eine **Unterversorgung** in der vertragszahnärztlichen Versorgung liegt vor, wenn der Bedarf den Stand der zahnärztlichen Versorgung um mehr als 100 % überschreitet.

Eine **Übersversorgung** in der vertragszahnärztlichen Versorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 % überschritten ist.

Die Entwicklung der Versorgungsgrade stellt sich seit 2014 wie folgt dar:

	Versorgungsgrad in %					
	2015		2016		2018*	
	Zahnärzte	Kiefer-orthopäden	Zahnärzte	Kiefer-orthopäden	Zahnärzte	Kiefer-orthopäden
<b>Kreis Soest</b>	90,9	90,3	91,9	98,0	94,91	94,7

**Tabelle 17.1.6** ; Quelle: LZG.NRW, Indikator (L) 6.5 Versorgungsgrad mit an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Zahnärzt\*innen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2014-2016;

\*Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KZVWL); Zahnärztliche und Kieferorthopädische Versorgung für Kreis Soest; Stand 26.11.2018

Da es für Vertragszahnärzt\*innen seit dem 1. April 2007 keine Zulassungsbeschränkungen mehr gibt – sie wurden durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aufgehoben – , ist die zum 1. Oktober 2008 angepasste Bedarfsplanung für Kieferorthopäd\*innen des G-BA lediglich als Entscheidungsgrundlage für Vertragszahnärzt\*innen zu verstehen, die sich mit einer kieferorthopädischen Praxis niederlassen wollen.

Für den Regionalvergleich des Versorgungsgrades mit an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Zahnärzt\*innen und Kieferorthopäd\*innen ist eine Basistabelle der Kreise und kreisfreien Städte erforderlich. Die Berechnung des Versorgungsgrades erfolgt mit allgemeinen Verhältniszahlen – Einwohner\*innen je Zahnärzt\*in – nach definierten Raumgliederungen. Der Versorgungsgrad ist festgelegt in der Bedarfsplanungsrichtlinie Zahnärzt\*innen vom 09.März 1993 in ihrer jeweils gültigen Fassung. Für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der zahnärztlichen Versorgung gilt:

- für die Städte Bielefeld/ Münster eine Verhältniszahl von 1 : 1.280,
- für andere Planungsbereiche in Westfalen-Lippe die Verhältniszahl von 1 : 1.680.

Angestellte Zahnärzt\*innen werden prozentual mit 0,25, 0,50, 0,75 bzw. 1,0 angerechnet, so wie der Zulassungsausschuss mit Beschluss die Arbeitszeit (Voll- bzw. Teilzeit) festgesetzt hat.

Die bereinigte Einwohnerzahl berücksichtigt die Aus- und Einpendler (Berufspendler) mit Stand vom 30.06. des jeweiligen Vorjahres, herausgegeben von Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.

Planungsbereich Kreis Soest	Einwohnerzahl	Bereinigte Einwohnerzahl 100%	Versorgungsgrad 100%	Zahnärzte	Versorgungsgrad in %
Anröchte	11.230	10.412	6,2	5,00	80,65
Bad Sassendorf	12.395	12.081	7,2	5,50	76,39
Ense	12.733	12.111	7,2	4,00	55,56
Erwitte	16.678	16.343	9,7	6,00	61,86
Geseke	21.889	20.475	12,2	18,00	147,54
Lippetal	12.069	10.793	6,4	5,50	85,94
Lippstadt	72.797	75.451	44,9	46,00	102,45
Möhnesee	12.599	12.049	7,2	5,00	69,44
Rüthen	10.996	10.252	6,1	3,00	49,18
Soest	49.264	51.171	30,5	36,00	118,03
Warstein	26.225	25.894	15,4	13,00	84,42
Welper	13.014	11.458	6,8	3,00	44,12
Werl	32.966	32.774	19,5	22,00	112,82
Wickede	11.949	12.177	7,2	5,00	69,44
<b>Gesamtsumme</b>	<b>316.804</b>	<b>313.435</b>	<b>186,5</b>	<b>177,00</b>	<b>94,91</b>

**Tabelle 17.1.7**; Quelle: Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KZVWL); Zahnärztliche Versorgung / Planungsbereich Kreis Soest; Stand 26.11.2018

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 eine Kieferorthopäd\*in für jeweils 4000 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\*innen eine Kieferorthopäd\*in zur Verfügung stehen sollte.

Planungsbereich Kreis Soest	Einwohner- zahl	Versorgungs- grad 100%	Kiefer- orthopäden	Versorgungs- grad in %
Anröchte	11.230	0,7	0,0	0,00
Bad Sassendorf	12.395	0,8	0,0	0,00
Ense	12.733	0,8	0,0	0,00
Erwitte	16.678	1,0	0,0	0,00
Geseke	21.889	1,4	2,0	142,86
Lippetal	12.069	0,8	0,0	0,00
Lippstadt	72.797	4,5	6,0	133,33
Möhnesee	12.599	0,8	0,0	0,00
Rüthen	10.996	0,7	0,0	0,00
Soest	49.264	3,1	5,8	187,10
Warstein	26.225	1,6	1,5	93,75
Welper	13.014	0,8	0,0	0,00
Werl	32.966	2,1	3,5	166,67
Wickede	11.949	0,7	0,0	0,00
<b>Gesamtsumme</b>	<b>316.804</b>	<b>19,8</b>	<b>18,75</b>	<b>94,70</b>

**Tabelle 17.1.8;** Quelle: KZVWL; Kieferorthopädische Versorgung / Planungsbereich Kreis Soest; Stand 26.11.2018

Die Zahlen zu den Versorgungsgraden sind in den letzten Jahren nahezu konstant geblieben. Eine Unterversorgung ist anhand der ermittelten Daten nicht zu erkennen.

## 17.2 Sonstige

### 17.2.1 Psychologische Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*innen

Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden durch ihren Hausarzt behandelt. Danach folgt die Behandlung bei einem niedergelassenen Nervenarzt, Psychiater oder Neurologen. Die Psychotherapie bei einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten stellt die dritthäufigste Behandlungsform dar.

#### Situation im Kreis Soest

Auch im Bereich der Psychotherapie hat die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) den Sicherstellungsauftrag. Es gelten für einzelne Arztgruppen (und Psychotherapeut\*innen) unterschiedlich große Planungsbereiche. Das Steuerungsinstrument der Bedarfsplanung sind die Allgemeinen Verhältniszahlen, durch diese wird definiert, ab wann ein Planungsbereich gesperrt wird. Die Verhältniszahl wird in der wohnortnahen allgemeinen fachärztlichen Versorgung auch genutzt, um bestehende Mitversorgungseffekte abzubilden. Es wird der Grad der Mitversorgung anhand fünf unterschiedlicher Verhältniszahlen je nach Regionstyp berücksichtigt. Das Verhältnis von Einwohner\*innen je Ärzt\*in wird so definiert. Der Kreis Soest gehört zum Typ 4: mitversorgter Bereich. Es wird davon ausgegangen, dass Einwohner\*innen des Kreises Soest Fachärzt\*innen in Nachbarregionen aufsuchen. Es ist ein Verhältnis 8.587 Einwohner\*innen je Psychotherapeut\*in vorgesehen. Im Typ 1: Kernstädte (großstädtischer Bereich) liegt das Verhältnis bei 3.079:1 (Quelle: Bedarfsplanungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss).

Der Kreis Soest hatte im Bereich der ambulanten Psychotherapie im Jahr 2013 einen Versorgungsgrad von 174,50 %. 2016 lag der Versorgungsgrad bei 173,50 % (Quelle: LZG.NRW, Stand 2018).

Einwohner*innen je Psychotherapeut*in					
Jahr	2011	2012	2013	2014	2015
Kreis Soest	5.403,7	5.208,5	4.976,5	4.793,9	4.950,9
Regierungsbezirk Arnsberg	5.170,1	5.089,0	4.798,0	4.693,3	4.731,1
NRW	3.735,6	3.718,0	3.621,6	3.556,0	3.588,7

Tabelle 17.2.1.1, Quelle: LZG.NRW, Stand 2018.

Unterschieden werden Psychotherapeut\*innen zwischen Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*innen (bis 17 Jahre) und psychologischen Psychotherapeut\*innen (ab 18 Jahre) und ärztliche Psychotherapeut\*innen. Im Kreis Soest stellt sich die Verteilung wie folgt dar:

Ambulante Psychotherapeut*innen im Kreis Soest					
Jahr	2011	2012	2013	2014	2015
Psychologische Psychotherapeut*innen	32	34	39	40	39
Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen	11	12	11	11	11
Ärztliche Psychotherapeut*innen	14	13	12	11	11
Psychotherapeut*innen insgesamt	57	59	62	62	61

Tabelle 17.2.1.2, Quelle: LZG.NRW, Stand 2018.

#### Fazit:

Betrachtet man die Daten, die der Planung zu Grunde gelegt werden, so ist der Kreis Soest überversorgt. Die Einteilung der Kreise und kreisfreien Städte in Typen führt zu

einem enormen regionalen Gefälle. Gepaart mit dem Prinzip der Mitversorgung kommt es zur Ballung von Psychotherapeut\*innen im großstädtischen Bereich. Lange Fahrtzeiten zu einer Therapie, die zum Teil wöchentlich über mehrere Monate stattfindet, sind die Folge. Die Kriterien der Bedarfsplanung sind seit 1999 nahezu unverändert. In den letzten Jahren nahm jedoch die Zahl der Menschen mit depressiven Erkrankungen oder Angststörungen zu. Doch gerade bei diesen Krankheitsbildern ist eine Psychotherapie sinnvoll oder sogar erstes Mittel der Wahl. Dies führt zu mehrmonatigen Wartezeiten auf einen Therapieplatz.

## **17.3 Geburtshilfe**

### **17.3.1 Einleitung**

Die Berufsausübungsregelung von Hebammen und Entbindungspflegern besteht in NRW durch das Landeshebbammengesetz (LHebG) und die Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO NRW). Für das Jahr 2015 wurden von dem Statistischen Bundesamt (Destatis, 02.05.2017) 6 bzw. 4 Entbindungspfleger im Klinikbereich für das gesamte Bundesgebiet angegeben. Daher beschränkt sich dieser Bericht vorwiegend auf die Betitelung Hebamme.

Eine Hebamme kann eine normal verlaufende Geburt alleine leiten. Ein Arzt dagegen darf eine Frau nur in Notfällen ohne Hebamme entbinden. Diese Hinzuziehungspflicht gibt es nur in Deutschland. Sie gilt übrigens auch bei einem Kaiserschnitt. Hebammen können freiberuflich und/oder im Angestelltenverhältnis bzw. im klinischen und außerklinischen Bereich tätig sein.

Eine umfassende, differenzierte amtliche Statistik zu allen in Deutschland bzw. regional tätigen Hebammen nach individuellem Erwerbsstatus gibt es nicht.

Zurzeit führt die Hochschule für Gesundheit in Bochum im Auftrag des damaligen Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (MGPEA), finanziert durch das LZG.NRW, eine quantitative (mengenmäßige) Querschnittsstudie / Datenerhebung zu „Geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen“ durch. Zu den erwarteten Ergebnissen gehören u.a. die (regionale) Hebammen-Versorgung, die Tätigkeitsfelder und Betreuungsangebote, die im klinischen und außerklinischen Bereich vorliegen.

Die Projektlaufzeit beträgt 3 Jahre (21.11. 2016 bis 31.12.2019). Weitere Informationen zu der Studie unter: [www.HebAB.nrw](http://www.HebAB.nrw).

### **17.3.2 Hebammen / Entbindungspfleger in ambulanten / stationären Einrichtungen**

Bisher bezog sich der Indikator (Anzeiger/Hinweis) des LZG.NRW zu Hebammen/Entbindungspflegern in ambulanten und stationären Einrichtungen zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit bei den tätigen Hebammen/Entbindungspflegern auf die fertile (fruchtbare) weibliche Bevölkerung zwischen 15 und 44 Jahren. Die Kennziffer der Hebammen/Entbindungspfleger je 1.000 Geborene stellt eine auf die Bevölkerung bezogene Versorgungskennziffer dar.

Jahr	Hebammen und Entbindungspfleger in ambulanten und stationären Einrichtungen, NRW, 2015								
	insgesamt			ambulant tätig*		im Krankenhaus fest angestellt			nachrichtlich: Beleghebammen/-entbindungspfleger
	Anzahl	je 100 000 Fr. 15-44 J.	je 1 000 Geborene	Anzahl	je 100 000 Fr. 15-44 J.	Anzahl	je 100 000 Fr. 15-44 J.	je 1 000 Geborene	
2015	5 202	166,5	32,3	2 837	90,8	2 365	75,7	14,7	179
Für 2016 und 2017 keine Daten verfügbar									

**Tabelle 17.3.2.1;** Indikator LZG.NRW, ausgewählter Zeitvergleich.

\*Schließt kombinierte ambulante und stationäre Tätigkeit ein und enthält auch Hebammen und Entbindungspfleger ohne Entbindung.

Das Tätigkeits-, Betreuungs-, Beratungs- und Begleitungsfeld der heutigen Hebammen ist sehr umfassend, weitgreifend und beinhaltet u. a. die Lebensphasen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit für Frauen, Kinder, Partner und Familie.

Im Jahr 2015 arbeiteten in Deutschland insgesamt ca. 23.000 Hebammen, davon 10.919 Hebammen in der Geburtshilfe der Krankenhäuser. Ein festes Beschäftigungsverhältnis der Hebammen lag bei 9.081 vor, davon 656 (7,22 %) in Vollzeit. Der Anteil der Hebammen in Teilzeit oder geringfügig beschäftigt lag bei 72,54 % (6.587). Rund 20 % aller Klinikgeburten wurden 2015 noch von freiberuflich arbeitenden Beleghebammen betreut [vgl. Zahlenspiegel des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) e.V. (6/2017)].

Die Anzahl der tätigen Hebammen in den Krankenhäusern lag 2015 insgesamt um 1,4 % über dem Vorjahreswert. Bei den festangestellten Kräften gab es eine Zunahme gegenüber dem Jahr 2014 um 2,4 %, während die Zahl der Belegkräfte um 3,4 % zurückging (Destatis, Internationaler Hebammentag 05.05.2017). In 2016 waren es schon zweihundert Beleghebammen weniger als noch 2012, so das Statistische Bundesamt.

Der Gesamtanteil an freiberuflich tätigen Hebammen in Deutschland lag 2015 bei ca. 70-80 % - davon aber mehrheitlich ohne Geburtshilfe. Alle freiberuflich tätigen Hebammen unterliegen den steigenden Berufshaftpflichtversicherungsprämien.

Im Kreis Soest sind insgesamt 135 Hebammen erfasst. Rund 128 Hebammen waren 2017 / Anfang 2018 im klinischen und/oder im außerklinischen Arbeitsfeld tätig. Hebammen arbeiten teilweise zusätzlich auch kreisübergreifend. So sind rund 35 Hebammen nicht im Kreis Soest wohnhaft, sondern kommen aus Nachbarkreisen. Andererseits arbeiten etwa 10 Hebammen - wohnhaft im Kreis Soest - in Nachbarkreisen.

Die stationäre Geburtshilfe und die im Geburtshaus Soest wird von rund 46 entbindenden Hebammen, die u.a. als Vollzeitkräfte, Teilzeitkräfte, geringfügig beschäftigte Hebammen, Beleghebamme oder Hebamme zur Aushilfe beschäftigt sind, geleistet. Ferner sind 3 Hebammen in anderer Vereinbarung ohne Geburtshilfe in sonstiger Hebammen-Begleitung beschäftigt.

Die „Berufsgruppe Hebamme“ steht unter Aufsicht der Kreise und kreisfreien Städte durch die Untere Gesundheitsbehörde. Ihr obliegt die Zuständigkeit der Überwachung, dass verpflichtende Fortbildungsnachweise über 60 Unterrichtsstunden in einem Zeitraum von drei Jahren eingereicht werden. Hebammen müssen als Qualitätssicherungsmaßnahme u. a. Aktualisierung, Erweiterung, Erneuerung oder Vertiefung ihrer Kenntnisse und Kompetenzen nachweisen. Seit 06/2017 ist geregelt, dass der Fortbildungsnachweis nach dem Wohnort-Prinzip und nicht mehr nach dem Arbeitsplatz-Prinzip fristgerecht der unteren Gesundheitsbehörde vorzulegen ist.

### 17.3.3 Resümee

Auch im ländlichen Raum verschärft sich die geburtshilfliche Versorgungsstruktur durch kontinuierlich steigende Geburtenzahlen. In einigen deutschen Großstädten bestehen schon belastende Versorgungslücken. Besonders nachdrücklich belastend sind die stark gestiegenen Haftpflichtprämien für Hebammen. Schließungen und weitere drohende Schließungen von Entbindungsstationen (73 seit 2015 in NRW / davon rd. 59 % wegen dauerhaften Personalmangels) haben ebenfalls eine negative Auswirkung auf den Hebammenberuf (vgl. Deutschen Hebammenverband). Die Versorgungsstruktur zum Wohl von Mutter und Kind muss unabdingbar stabil sein. Bezogen auf die allgemeinen Entbindungszahlen im Kreis Soest und den zur Verfügung stehenden Hebammen in der Geburtshilfe wird die Lage auch hier zunehmend angespannt.

#### Quellen:

- Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO NRW) §1 HebBO NRW (Verordnung) – Landesrecht Geltungsbereich;
- Deutscher Hebammenverband (DHV) e.V.; LZG.NRW; Dokumentation Ev. Krankenhaus Lippstadt, Klinikum Stadt Soest, Maria-Hilf Krankenhaus Warstein, Geburtshaus Soest; statistische Erfassung Hebammen Abteilung Gesundheit, Kreis Soest.

## 17.4 Ausbildungen

### 17.4.1 Auszubildende an Schulen des Gesundheitswesens im Kreis Soest

Schulen des Gesundheitswesens können als staatlich anerkannte Privatschulen organisiert, aber auch an ein Krankenhaus angegliedert sein und über dessen Pflegesätze finanziert werden. Die Abschlüsse sind staatlich anerkannt. Die Genehmigung und Überwachung des Schulbetriebes erfolgt durch die Bezirksregierung.

Insgesamt bestehen in NRW gut 550 Schulen des Gesundheitswesens, die Ausbildungen in einem oder in mehreren der nicht akademischen Gesundheitsberufe anbieten. Darüber hinaus gibt es Gesundheitsdienstberufe, die in einem dualen System ausgebildet werden (z.B. Arzthelfer\*innen und Zahnmedizinische Fachangestellte).

Im Kreis Soest befinden sich 3 Schulen, die in der Gesundheits- und Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege ausbilden, eine Schule, die im Bereich Rettungswesen, Ergotherapie und Physiotherapie ausbildet, sowie 4 Altenpflegeseminare. Seit Oktober 2017 bildet eine weitere Schule in der Physiotherapie aus, so dass prognostisch zukünftig mehr Auszubildende in diesem Beruf zu erwarten sind.

Gemäß den jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen ist das Gesundheitsamt des Kreises Soest (mit Ausnahme im Bereich der Altenpflege) für die Prüfungen im Staatsexamen zuständig.

Exemplarisch ist der Verlauf der Auszubildendenzahlen in NRW und im Kreis Soest in 5 Ausbildungsbereichen von 2014-2016 dargestellt (dabei sind bei den NRW-Zahlen im Bereich der (Kinder-)Krankenpflege auch die Hebammen subsummiert).

## Auszubildende an Schulen des Gesundheitswesens in NRW 2014-2016:

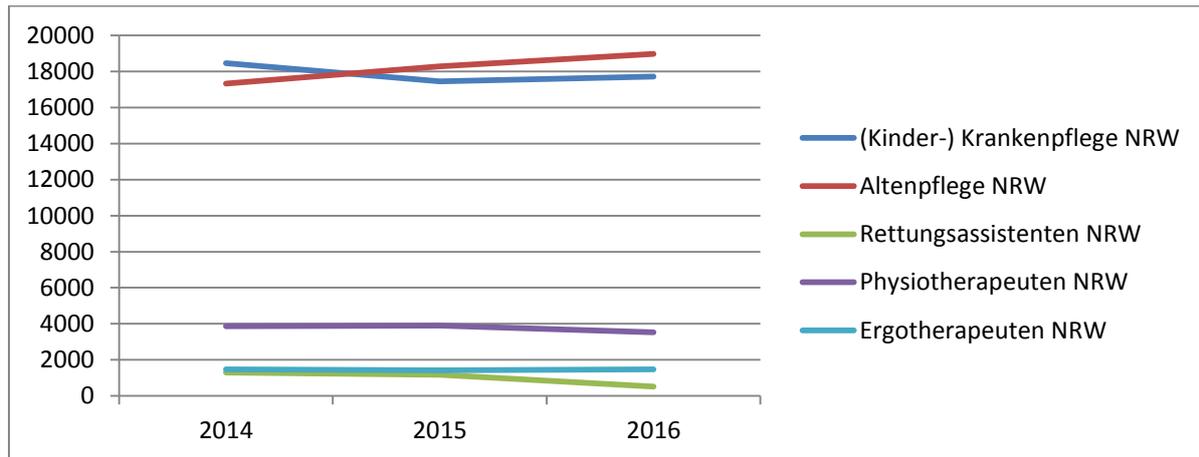


Abbildung 17.4.1.1; Quelle: LZG.NRW, 2018 (Abbildung Abteilung Gesundheit).

Zahlenmäßig überwiegen eindeutig die Auszubildenden im Bereich der Kranken- und Altenpflege, wobei NRW-weit die Zahlen im Bereich der Altenpflege stetig steigen, während diese im Bereich der Krankenpflege eher gleichbleibend sind.

Die gestiegenen Zahlen im Bereich der Altenpflege sind auch in anderen Bundesländern zu registrieren, dies ist auch der demografischen Entwicklung und dem damit verbundenen erhöhten Bedarf an Altenpfleger\*innen geschuldet.

Die Auszubildendenzahlen im Bereich Ergotherapie sind NRW-weit in den letzten Jahren etwa auf einem Niveau verblieben, während im Bereich der Physiotherapie ein leichter Rückgang zu verzeichnen war.

Die Zahlen im Beruf „Rettungsassistent\*in“ sind eindeutig rückläufig. Dies ist auf eine Änderung der Ausbildungsverordnung in diesem Bereich zurückzuführen. Rettungsassistent\*innen werden seit 2016 nicht mehr schulisch ausgebildet.

Seit 2014 werden dafür zunehmend mehr Auszubildende im Bereich des neuen Berufsbildes „Notfallsanitäter\*in“ registriert.

Die Entwicklungen der Auszubildendenzahlen im Bereich der Schulen des Gesundheitswesens lassen sich im Vergleich mit Gesamt-NRW auch im Kreis Soest beobachten.

## Auszubildende an Schulen des Gesundheitswesens im Kreis Soest 2014-2016 (Beispiele):

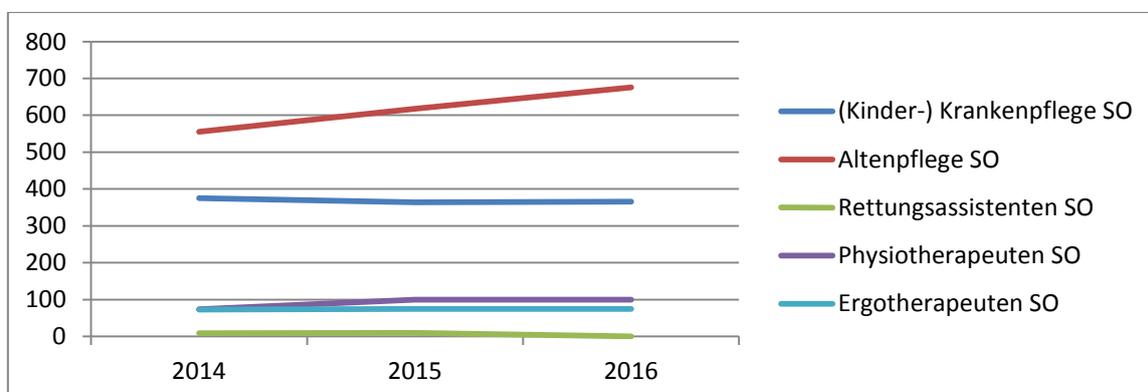


Abbildung 17.4.1.1; Quelle: Berufsfachschulen im Kreis Soest, 2018 (Abbildung Abteilung Gesundheit).

Insbesondere ist ein steter Anstieg der Auszubildenden an Altenpflegeseminaren zu beobachten.

Die Auszubildendenzahlen im Bereich Krankenpflege sind in den vergangenen Jahren stabil auf einem Niveau geblieben. Inzwischen hat die Bezirksregierung dem Fachkräftemangel Rechnung tragend eine deutliche Erhöhung der Ausbildungsplätze anerkannt. Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten.

Für die Ausbildungsgänge Physio- und Ergotherapie gilt Entsprechendes.

## 17.5 Erteilte Berufserlaubnisse (Approbationen) im Regierungsbezirk Arnsberg

Wer in der Bundesrepublik Deutschland den Beruf eines Arztes bzw. einer Ärztin ausüben will, bedarf dazu einer staatlichen Erlaubnis. Diese wird auf Antrag in Form einer **Approbation** erteilt. Die Approbation berechtigt zur selbstständigen Berufsausübung. Sie wird unbefristet erteilt und ist für die gesamte Bundesrepublik Deutschland gültig.

Derzeit besteht ein Rechtsanspruch auf Erteilung der Approbation unabhängig von der Staatsangehörigkeit - wenn die Ausbildung in Deutschland abgeschlossen wurde oder der im Ausland erworbene Ausbildungsstand mit dem deutschen Ausbildungsstand gleichwertig ist. Sollte eine Anerkennung der Ausbildung nicht möglich sein, ist der genaue Ausbildungsverlauf auf Gleichwertigkeit zu prüfen. Sollte eine Gleichwertigkeit nicht festgestellt werden können, wird eine Kenntnisprüfung erforderlich. Zur Vorbereitung auf diese Kenntnisprüfung kann auf Antrag eine **Berufserlaubnis** für eine Anpassungszeit unter bestimmten Bedingungen erteilt werden. Für die Erteilung von Approbationen und Berufserlaubnissen im Bereich des Regierungsbezirks Arnsberg und damit auch dem Kreis Soest ist die Approbationsbehörde der Bezirksregierung in Arnsberg zuständig.

### 17.5.1 Erteilte Berufserlaubnis an deutsche/ausländische Ärzt\*innen

Da die Statistik der Bezirksregierung über erteilte Berufserlaubnisse nicht den Wohnort der Antragsteller\*innen beinhaltet, kann keine detaillierte Auskunft über erteilte Berufserlaubnisse im Kreis Soest gegeben werden – dafür aber im Bereich der Approbationen. Diese lassen sich aufschlüsseln nach Studium im In- oder Ausland, nach Staatsangehörigkeit (deutsch/ausländisch) und nach Prüfungsort bzw. Ort der beabsichtigten Tätigkeitsaufnahme (Regierungsbezirk Arnsberg/Kreis Soest).

Bei einem Studium in Deutschland richtet sich die Zuständigkeit der Approbationsbehörde nach dem letzten Prüfungsort der Antragsteller\*innen.

Bei einem Studium außerhalb der BRD richtet sich die Zuständigkeit nach dem jeweiligen Ort der beabsichtigten Tätigkeitsaufnahme der Antragsteller\*innen.

Erteilte Approbationen 2015-2017 im Bereich der Bezirksregierung Arnsberg:

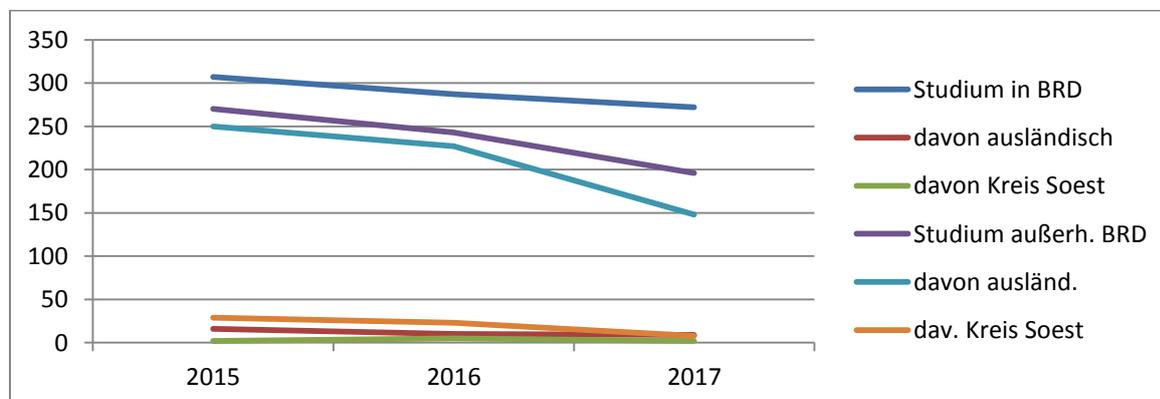


Abbildung 17.5.1.1; Quelle: Regierungsbezirk Arnsberg, 02.03.2018 (Abbildung Abteilung Gesundheit).

Die Zahl der in Deutschland studierten Ärzt\*innen, die im Bereich des Regierungsbezirks Arnsberg eine Approbation erhalten haben, hat in den Jahren 2015-2017 abgenommen. Gleiches gilt für die im Ausland studierten Ärzt\*innen, die eine Approbation erhalten haben. Auch die Zahl der Ärzt\*innen, die eine Tätigkeitsaufnahme im Kreis Soest beabsichtigten, war rückläufig.

Auffallend ist der recht hohe Anteil an ausländischen Ärzt\*innen im Approbationsverfahren, obwohl sich dieser in den beobachteten 3 Jahren im Verlauf deutlich abgeschwächt hat (von einem Anteil von rund 46 % über 43 % auf etwa 33 %).

Es gibt hierzulande einen Ärztemangel. Dieser darf jedoch nicht dazu führen, dass eine Absenkung des Qualitätsniveaus bei der Zulassung von Ärzt\*innen aus dem Ausland in Kauf genommen wird. Das jedenfalls sieht derzeit die Bundesärztekammer so und votiert für Verschärfungen bei der Zulassung durch Beschlüsse der Gesundheits- und Bildungsministerkonferenz der Länder.

Explizit sollten ausländische Ärzt\*innen aus Staaten, die nicht der Europäischen Union (EU) angehören, generell eine Prüfung auf dem Niveau des zweiten und dritten deutschen Staatsexamens ablegen müssen, um in Deutschland eine Zulassung zu erhalten.

Eine alleinige Prüfung der Dokumente sowie Sprach- und Kenntnisprüfungen wie im bisherigen Rahmen reichten nicht aus. Die weiteren Beschlüsse der Gesundheits- und Bildungsministerkonferenz der Länder sind abzuwarten.

## **18 Regionaler Rettungsdienst**

Kreise und kreisfreie Städte sind als Träger des Rettungsdienstes verpflichtet, die bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung einschließlich der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst, des Krankentransports sicherzustellen. Beide Aufgaben bilden eine medizinisch-organisatorische Einheit der Gesundheitsversorgung und der Gefahrenabwehr (vgl. § 6 Abs. 1 Rettungsgesetz NRW – RettG NRW). Die regionale Versorgungsleistung wird nach § 12 Abs. 1 RettG NRW von den Kreisen und kreisfreien Städte durch Bedarfspläne aufgestellt. Der Bedarfsplan wird fortwährend überprüft und bei Bedarf, spätestens alle fünf Jahre, angepasst.

Im Kreisgebiet werden an 11 Standorten Rettungswachen mit insgesamt 18 Rettungswagen (RTW) und 6 Notarzteinsetzfahrzeugen (NEF) vorgehalten.

In Geseke besteht die Rettungsmittelvorhaltung aus Rettungswagen und Notarztwagen (NAW). Hierbei handelt es sich um einen Rettungswagen (RTW), der direkt mit Notarzt besetzt ist.

Für die Beförderung von Nicht-Notfall-Patienten stehen im Kreis Soest acht Krankentransportfahrzeuge (KTF) sowie für intensivpflichtigen Patienten (Sekundärverlegung) zwei RTW mit den jeweils entsprechenden (speziellen) Ausrüstungen und Fachpersonal (vgl. § 4 Abs. 1 RettG NRW) in Erwitte und Werl zur Verfügung.

### **18.1 Notärzte**

Im Kreis Soest sind die Krankenhäuser in Geseke (1), Lippstadt (2), Soest (2), Warstein (1), Werl (1) als Akutkrankenhäuser ausgewiesen und stellen für die notfallmedizinische Versorgung (24-stündiger ärztlicher Bereitschaftsdienst) die Notärzt\*innen. Zu den Notarztstandorten an den Krankenhäusern steht über den Standort Wickede (Ruhr)-Wimbern ein Notarzt zur Verfügung, der durch das Krankenhaus Werl gestellt wird. Das Krankenhaus in der Stadt Erwitte wurde aus der Akutversorgung entlassen.

Der Notarzteinsatz im Kreisgebiet erfolgt im Rendezvous-System (NEF), mit Ausnahme von Geseke als Kompaktsystem (NAW), betrieben. Bei dem Rendezvous-System können Notarztwagen und Rettungswagen unabhängig vom Standort zu dem Notfallort fahren. Bei dem Kompaktsystem fährt der Notarzt / die Notärztin in dem Rettungswagen mit, der dadurch zum Notarztwagen wird.

## 18.2 Einsätze Rettungsdienst

Die Einsatzzahlen für die Notfallrettung 2016 lagen beim RTW mit 18.279 um + 2,84 % höher als 2015 mit 17.775, beim NEF 5.586 um +1,73 % höher als 2015 mit 5.491, im KTW-Bereich waren es mit 12.609 um +5,48 % mehr als 2015 mit 11.954.

Der Vergleichszeitraum 2011 zu 2016 ergibt bei den Einsatzzahlen im RTW-Bereich eine Steigerung von 40,48 %, beim NEF +3,77 % und KTW +9,54 %.

Die Einsatzrate im Kreis Soest von 152,2 im Jahr 2016 bezieht sich auf die Einsätze pro 1000 Einwohner\*innen. Sie setzt sich aus der Notfallrate 91,57 (Notfalleinsätze mit bzw. ohne Notarztbeteiligung) und der Krankentransportrate 60,68 (Krankentransporte) zusammen.

Die Notarzttrate (Notarztalarmierungen / 1000 Einwohner\*innen) lag 2016 bei 30,3.

Das altersabhängige Einsatzaufkommen in der Notfallrettung ist vermehrt bei Menschen um das 80. und 90. Lebensjahr zu verorten. Geschlechterbezogen ist das männliche Geschlecht insgesamt bis zum 80. Lebensjahrs häufiger betroffen als das weibliche. Ab dem 80. Lebensjahr und höher zunehmend das weibliche Geschlecht.

## 18.3 Patienten-Auffinde-Status

In der (Notfall-)Medizin werden die Schwere von Verletzungen, Erkrankungen oder Vergiftungen nach dem NACA-Schema, einem sogenannten Scoring-System beschrieben.

Auffinde-Status (Einleitung erforderlicher Maßnahmen / Zuführung in weiterführende Behandlung)		Anzahl 2011 insgesamt	Veränderung 2011 zu 2016 in Prozent (%)	Anzahl 2016 insgesamt
NACA I	geringfügige Störungen	273	+154,95	696
NACA II	ambulante Behandlung	1.590	+116,16	3.437
NACA III	stationäre Behandlung	8.508	+73,31	14.745
NACA IV	akute Lebensgefahr nicht auszuschließen	6.268	-26,60	4.601
NACA V	akute Lebensgefahr	1.646	-35,24	1.066
NACA VI	Reanimation/ Wiederbelebungsmaßnahmen	192	- 5,21	182
NACA VII	Tod	128	+16,41	149

**Tabelle 18.3.1;** Auffinde-Status nach NACA-Score 2011 zu 2016, Quelle: abgerechnete Fahrten nur Rettungsdienst Kreis Soest ohne Stadt Lippstadt.

Die Bezeichnung **NACA „0“** beinhaltet keine Verletzung oder Erkrankung. Diese Kategorie wird häufig entweder ersatzlos gestrichen oder durch **NACA I** ersetzt.

Der Anteil ambulanter oder geringfügiger Störung (NACA I und II) in Abhängigkeit des Alters lag in der Altersgruppe unter 10 Jahre bei (rd. 31 %) und unter 20 Jahre mit (rd. 32 %) am höchsten, im Alter unter 30 Jahre bei (rd. 26 %), unter 40 Jahre (rd. 23 %), unter 50 Jahre (rd. 19 %), unter 60 bis unter 90 Jahre bei (rd. 14 % bis rd.13 %) und ab dem Alter ab 90 Jahre bei (rd. 17 %). Insgesamt ist der männliche Anteil in der Verteilung bis um das Alter

von 80 Jahren höher als das weibliche Geschlecht. Ab dem Alter 90 Jahre und höher steigt der weibliche Anteil (rd. 13 % zu rd. 4 %).

## 18.4 Resümee

Von 2011 zu 2016 sind Veränderungen bei den „Schweregraden“ im Rettungsdiensteinsatz erkennbar. Die Einsatzanforderungen an den Rettungsdienst sind in der Kategorie NACA I bis II auffallend angestiegen. Auch im NACA III-Bereich entwickeln sich die Zahlen herausragend.

Nach der Beurteilung und Dokumentation des initialen Auffinde-Status sind akut lebensbedrohliche Notfälle NACA IV bis NACA VI zurückgegangen. Die Anzahl an Verstorbenen NACA VII ist in den Jahresverläufen 2011 bis 2016 schwankend und ist mit der Anzahl von +20 / -20 einzuordnen.

### Quellen:

- Rettungsdienstbedarfsplanung des Kreises Soest, 01.01.2018.
- Fahrzeuge Rettungsdienst; Kreis Soest, Jahresbericht Rettungsdienst und Leitstelle 2016; Rettungsdienstbedarfsplan des Kreises Soest, eigene Daten des Rettungsdienst Kreis Soest, Vorlage ärztliche Versorgung im Kreis Soest, Abteilung Gesundheit 2015.

### Zusätzliche Informationen:

[http://www.kreis-soest.de/sicherheit\\_ordnung/sicherheit/rettungswesen/rettungsdienst/rettungsdienst.php](http://www.kreis-soest.de/sicherheit_ordnung/sicherheit/rettungswesen/rettungsdienst/rettungsdienst.php).

## 19 Stationäre / teilstationäre Einrichtungen

### 19.1 Krankenhäuser und Bettenzahl

Die ökonomischen Bedingungen im Gesundheitswesen zwingen alle Beteiligten zur verstärkten Zusammenarbeit, um Effizienz und Effektivität der erbrachten Leistungen zu erhöhen und dem Patienten eine angemessene, qualitativ auf höchstem Niveau stehende Versorgung anbieten zu können. Dies führt zu einem dazu, dass Krankenhäuser sich zusammenschließen. So gehören das Marienkrankenhaus Soest und das Mariannen-Hospital Werl zum Katholischen Hospitalverbund Hellweg, das Hospital zum Hl. Geist in Geseke als Tochtergesellschaft zum Dreifaltigkeits-Hospital Lippstadt, welches auch das Marien-Hospital Erwitte als Betriebsstätte führt. Das Klinikum Stadt Soest gGmbH ist zudem ein Akademisches Lehrkrankenhaus der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, das Maria-Hilf in Warstein wird seit 2010 als Krankenhaus Maria Hilf GmbH geführt. Das Krankenhaus in Wickede-Wimbern wurde 2011 geschlossen, so dass es insgesamt im Kreis Soest 8 Krankenhäuser und eine ländergeführte Einrichtung als Sonderkrankenhaus für psychiatrische Erkrankungen mit 2 Standorten, LWL-Kliniken in Warstein und Lippstadt gibt.

Daten über stationäre Behandlungen sind wichtige Strukturdaten für die Planung und Gestaltung der Krankenhausversorgung, aus denen abgeleitet wird, wieviel Krankenhausbetten im Kreis Soest benötigt werden. Aktuell gibt es 2053 Betten. Die Zahl ist durch die Schließung des Krankenhauses in Wickede-Wimbern und Umstrukturierungsmaßnahmen seinerzeit um 105 Betten gesunken.

Berechnet werden die Bettenkontingente anhand der Krankenhausesfälle, welche sich aus der Anzahl der Patient\*innen berechnen, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden. In der Tabelle sind Stundenfälle nicht enthalten. Stundenfälle bezeichnen Patient\*innen, die stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind. Mehrfachbehandlungen von Patient\*innen zu derselben Krankheit führen zu Mehrfachzählungen.

### Krankenhausstatistik: Grunddaten - aufgestellte Betten

Kreisfreie Städte und Kreise / Stichtag	Krankenhäuser	Aufgestellte Betten (Jahresdurchschnitt Krankenhäuser)
	Anzahl	Anzahl
<b>31.12.2011</b>		
Kreis Soest	12	2.158
Reg.- Bez. Arnsberg	102	27.603
NRW	401	121.556
<b>31.12.2016</b>		
Kreis Soest	9	2.053
Reg.- Bez. Arnsberg	88	27.065
NRW	348	119.645

Tabelle 19.1.1; Quelle: IT.NRW, Düsseldorf, 2018.

## 19.2 Krankenhäuser mit Fachabteilungen

Spezialisierung führt zu differenzierten Fachabteilungen. So gibt es in allen Krankenhäusern im Kreisgebiet anästhesiologische, chirurgische und internistische Fachabteilungen unterschiedlicher Größe und verschiedener Subdisziplinen, wie z.B. Unfallchirurgie oder Kardiologie.

Eine gynäkologische Fachabteilung hat sowohl das Klinikum Stadt Soest als auch das Ev. Krankenhaus (EVK) in Lippstadt. Im Maria Hilf Warstein wird die Gynäkologie als Belegabteilung durch zwei niedergelassene Gynäkologen geführt. Alle drei Standorte bieten Geburtshilfe an, wobei das EVK zusätzlich über eine Kinderintensivstation mit 10 vorwiegend neonatologisch genutzten Intensivplätzen und 10 Überwachungsplätzen für Neu- und Frühgeborene verfügt.

HNO-ärztliche wie auch augenärztliche Versorgung erfolgt im Kreisgebiet durch Belegärzt\*innen. Kinderheilkunde wird im Klinikum Stadt Soest und EVK Lippstadt praktiziert. Ein Schlaganfallzentrum befindet sich in der Neurologie im EVK Lippstadt. Seit dem Jahr 2016 befindet sich im Marienkrankenhaus Soest eine Weaning Station. Als Weaning (englisch: to wean, entwöhnen) bezeichnet man die Entwöhnung eines beatmeten Patienten vom Beatmungsgerät. Das Klinikum Soest führt seit 2010 das Cyberknifezentrum (robotergestützter Linearbeschleuniger zur minimal invasiven Tumortherapie) und hat sich im Jahr 2017 gemeinsam mit weiteren Experten im Bereich der Strahlentherapie und Onkologie zum Stereotaxie-Zentrum NRW zusammen geschlossen.

Spezialisiert auf Geriatrische Komplexbehandlung sind neben dem Klinikum Stadt Soest sowohl das Dreifaltigkeits-Hospital Lippstadt als auch das Maria Hilf in Warstein.

Die Urologie ist seit Jahrzehnten fest am Standort Marienkrankenhaus Erwitte etabliert.

Die Zentren für Schmerztherapie und die zertifizierten Brustkrebszentren werden in den jeweiligen Themengebieten angesprochen (s. Kapitel 9.2.3.2).

### Krankenhausangebote und aufgestellte Betten im Jahresdurchschnitt nach Fachabteilungen im Kreis Soest

Jahr	Augenheilkunde	Chirurgie gesamt	Frauenheilkunde- Geburtshilfe	HNO	Urologie
2011	4	557	131	18	45
2015	4	504	131	16	45
2016					
Jahr	Innere Medizin	Geriatrie	Kinderheilkunde	Neurologie	Orthopädie
2011	663	86	98	40	71
2015	615	86	98	40	71
2016					

**Tabelle 19.2.1;** Quelle: IT.NRW, Grunddaten der Krankenhäuser, Stichtag 31.12..

**Psychiatrie:** Die Zahl der aufgestellten Betten in psychiatrischen Fachabteilungen ist in 2015 zu 2011 unverändert bei 420 Betten.

### 19.3 Plätze im stationären Wohnen für Menschen mit Behinderung

Der vorliegende Indikator gibt Auskunft über die Zahl der Plätze im stationären Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen – körperlich, geistig und psychisch Behinderte sowie Suchtkranke – ab einem Alter von 18 Jahren.

Stationäres Wohnen bedeutet Leben in einer Wohneinrichtung oder in kleineren Außenwohngruppen mit umfassender Betreuung bis zu 24 Stunden täglich durch feste Bezugspersonen.

Mit insgesamt 1132 Plätzen befindet sich der Kreis Soest im oberen Drittel der stationären Versorgung von Patient\*innen mit Behinderung in NRW.

#### Plätze im stationären Wohnen für Menschen mit Behinderung im Kreis Soest Stichtag 31.12.2015

<b>Insgesamt</b>	<b>1.132</b>
Geistig behinderte Menschen	608
Körperlich behinderte Menschen	52
Seelisch behinderte Menschen	360
Suchtkranke Menschen	112

**Tabelle 19.3.1;** Quelle: Statistik zur Eingliederungshilfe nach § 39 BSHG, LVR, LWL.

### 19.4 Personen in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung

Der vorliegende Indikator gibt Auskunft über die Zahl von Menschen mit Behinderungen im Alter von 18 und mehr Jahren in stationären Wohneinrichtungen im regionalen Vergleich. Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe bezieht sich auf körperlich, geistig oder seelisch behinderte Menschen und Suchtkranke.

Verw.- Bezirk Jahr	Anzahl der Personen in stationären Wohneinrichtungen			Betreuungsverhältnis der Personen in Prozent (%)		Anteil der 18- bis unter 65- jährigen Personen in Prozent (%)
	Frauen	Männer	insgesamt	ambulant	stationär	
<b>2014</b>						
Kreis Soest	342	516	858	49 %	51 %	92,7 %
Reg. Bez. Arnsberg	3.630	5.376	9.006	56 %	44 %	90,9 %
NRW	17.762	25.558	43.320	57 %	43 %	89,8 %
<b>2015</b>						
Kreis Soest	329	497	826	51 %	49 %	92,7 %
Reg. Bez. Arnsberg	3.643	5.390	9.033	57 %	43 %	90,3 %
NRW	17.746	25.599	43.345	59 %	41 %	89,3 %

**Tabelle 19.4.1;** Quelle: Statistik zur Eingliederungshilfe nach § 39 BSHG, LVR, LWL.

Die Plätze im stationären Wohnen für Menschen mit Behinderung je 100.000 Einwohner\*innen über 18 Jahre (2015) nach den Rahmenbedingungen der Eingliederungshilfe der Landschaftsverbände:

Ausgewählte regionale Bereiche Jahr 2015	Zahl der Plätze im Alter von 18 Jahren und mehr Jahren	von insgesamt 54 Kreisen und kreisfreien Städten NRW
<b>Kreis Soest</b>	<b>451,87</b>	<b>9</b>
Bielefeld	690,31	<b>1</b>
Dortmund	183,30	49
Hamm	226,62	38
Hochsauerlandkreis	640,49	4
Märkischer Kreis	236,12	33
Unna	132,46	53
Warendorf	322,19	17
Rhein-Erft-Kreis	124,58	<b>54</b>
<b>NRW</b>	<b>288,85</b>	<b>-</b>

Tabelle 19.4.2; Quelle LZG.NRW, letzte Datenlage 23.06.2015.

## 19.5 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Die medizinische Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung. Ihr Ziel ist es, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung entgegenzuwirken (Vorsorge) oder eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern. Dabei soll auch eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abgewendet, beseitigt, gemindert oder ausgeglichen werden, um eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Rehabilitative Maßnahmen werden unterteilt in medizinische, berufsfördernde und soziale Rehabilitation zur Teilhabe. Häufige Rehabilitationsmaßnahmen sind z.B. Anschlussheilbehandlungen im Anschluss an eine stationäre Behandlung, Kinderheilbehandlungen und Entwöhnungsbehandlungen. Die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen werden als stationäre, ambulante oder gemischt stationär/ ambulante Behandlungen in Einrichtungen durchgeführt.

### Vorsorge- und REHA- Einrichtungen, aufgestellte Betten

Vorsorge- und REHA- Einrichtungen Grunddaten / Stichtag	Vorsorge- und Reha- Einrichtungen	Aufgestellte Betten (Jahresdurchschnitt) Vorsorge / Reha.
	Anzahl	Anzahl
<b>31.12.2016</b>		
Kreis Soest	14	2.318
Reg.- Bez. Arnsberg	39	5.576
NRW	140	20.699

Tabelle 19.5.1; Quelle: IT.NRW, Düsseldorf, 2018.

Durch die drei Kurorte im Kreis Soest ergibt sich eine breite Versorgungslandschaft im Bereich der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen. Weitere Rehakliniken befinden sich in den Gemeinden Möhnesee und Wickede (Ruhr). Während sich in anderen Landkreisen des Regierungsbezirks Arnsberg keine Einrichtungen zur Rehabilitation und Vorsorge befinden, hat der Kreis Soest mit 14 Einrichtungen und 2.318 aufgestellten Betten den Spitzenplatz. Die Anzahl der aufgestellten Betten ist in den letzten Jahren unverändert.

## 20 Palliativmedizinische Versorgung



Die Palliativmedizin kümmert sich um unheilbar kranke Menschen mit fortgeschrittenem Leidensweg. Ziel des palliativen Ansatzes ist es, dem Schwerkranken ein lebenswertes Leben zu ermöglichen und bezieht die Angehörigen mit ein. Palliativmedizin erfordert eine möglichst ganzheitliche, individuelle Behandlung, Pflege und Begleitung zur Linderung der körperlichen Beschwerden und Unterstützung auf psychischer, spiritueller und sozialer Ebene (vgl. WHO).

Seit dem 01.04.2007 besteht für gesetzlich Krankenversicherte nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), die an einer nicht heilbaren Krankheit mit begrenzter Lebenserwartung leiden und einen besonderen Versorgungsbedarf aufweisen, ein Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Im Dezember 2015 trat zur Verbesserung eine weitere Änderung in der Hospiz- und Palliativversorgung in Kraft. Die Palliativversorgung soll den Betroffenen ermöglichen, bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt zu werden. Die Leistungsgewährung erfordert die Verordnung durch eine Ärztin/einen Arzt und gehört ausdrücklich zum Spektrum der Krankenbehandlung für gesetzlich Versicherte (§ 27 Abs. 1 S. 3 SGB V), ist Teil der vertragsärztlichen Versorgung (§ 73 Abs. 2 SGB V).

An der palliativen Versorgung schwerstkranker ambulant und stationär sterbender Menschen sind verschiedene Akteure und Professionen beteiligt: u.a. Haus- und Fachärzt\*innen, Sozialarbeiter\*innen, Seelsorger\*innen, Trauerbegleiter\*innen, ambulante palliativmedizinische Pflegekräfte, Ehrenamtliche. Die Haus- und Fachärztliche Versorgung stellt dabei die sogenannte Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) dar. Darüber hinaus gibt es noch die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).

### 20.1 Stationäre palliativmedizinische Versorgung

**Krankenhaus:** Eine Palliativstation ist ein eigenständiger, an das Krankenhaus angeschlossener oder in das Krankenhaus integrierter Bereich. Hier werden Symptome oder Krisensituationen medizinisch, pflegerisch oder psychosozial sehr engmaschig behandelt oder betreut, die eine stationäre Behandlung erfordern. Das Behandlungsziel ist die Entlassung in die häusliche Umgebung oder Pflegeeinrichtung (z.B. Hospiz) bei ausreichender Symptomkontrolle.

Eine zunehmende Bedeutung kommt der Palliativversorgung (APV) auf der Ursprungsstation durch einen **palliativmedizinischen Konsiliardienst** zu, der an die stationäre Palliativstation angebunden ist.

Für die allumfassende palliative Versorgung beschäftigen die Krankenhäuser eine unterschiedliche Anzahl an Palliative Care-Fachpflegekräften und Palliativärzt\*innen. In Westfalen-Lippe gibt es 37 Palliativmedizinische Konsiliardienste (Stand: 1. Quartal 2017).

Im **Kreis Soest** halten das Dreifaltigkeits-Hospital Lippstadt, Ev. Krankenhaus Lippstadt, Krankenhaus Maria Hilf Warstein, Marienkrankenhaus Soest und Mariannen-Hospital Werl ein palliativmedizinisches Versorgungsangebot vor. Zum Teil gibt es abgegrenzte palliative Stationsbereiche (in drei Krankenhäusern vorhanden). Einen palliativen Konsiliardienst stellt eine Klinik im Kreisgebiet.

**Stationäres Hospiz:** Stationäre Hospize sind eigenständige Einrichtungen mit in der Regel sechs bis zwölf Betten. Hier werden schwerstkranke Menschen in ihrer letzten Lebensphase aufgenommen, wenn die Behandlung in einem Krankenhaus abgeschlossen und die Betreuung zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung nicht möglich ist. Schwerstkranke Sterbende werden von speziell ausgebildeten Fachpersonen pflegerisch, psychosozial und

seelsorgerlich begleitet. Die ärztliche Betreuung erfolgt in der Regel durch niedergelassene Ärzt\*innen oder bei örtlicher Nähe auch durch die Hausärzt\*in.

Bis zum Jahr 2018 gab es im Kreisgebiet noch keine stationäre Hospizeinrichtung. Im Mai 2018 wurde in Soest das erste stationäre Hospiz im Kreisgebiet eröffnet (Träger: Ev. Perthes-Stiftung und Die Johanniter).

## 20.2 Ambulante palliativmedizinische Versorgung

Die palliativmedizinische Basisversorgung im **ambulanten Sektor** übernehmen Haus- und Fachärzt\*innen sowie zum Teil auch speziell ausgebildete Fachärzt\*innen für Palliativmedizin. Dabei werden sie von ambulanten Pflegediensten mit Palliative Care-Ausbildung und von den Hospizbewegungen im Kreis Soest unterstützt. Im Kreis Soest gibt es 41 ambulante Pflegedienste, davon bieten einige auch Palliative Care an.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) stellt eine Versorgung rund um die Uhr sicher. SAPV-Teams bestehen aus speziell ausgebildeten Ärzt\*innen und hauptberuflichen Pflegenden. Sie arbeiten fachübergreifend mit behandelnden Mediziner\*innen und örtlichen ambulanten Hospizdiensten zusammen.

### Ambulanter Hospizdienst:

Ein ambulanter Hospizdienst besteht aus ehrenamtlichen Mitarbeiter\*innen und hauptamtlichen Koordinator\*innen und bietet Unterstützung und Beistand für Palliativpatient\*innen und deren Zugehörige in Zeiten der Erkrankung, des Leidens, des Abschieds und der Trauer. Die **ehrenamtliche Begleitung** ist für die psychosoziale und emotionale Unterstützung der Patient\*innen und Nahestehenden wesentlich und fördert die Aufrechterhaltung und Verbesserung der Lebensqualität des Patienten und seiner Angehörigen. Bei komplexen Problemen wird eine Beratung bzw. Begleitung durch die hauptamtlichen Koordinator\*innen angeboten.

Eine **ambulante Hospizgruppe oder -initiative** ist oftmals als eingetragener Verein rechtlich organisiert und setzt sich ehrenamtlich für die Belange der Sterbenden und ihrer Angehörigen ein. Der Schwerpunkt der Tätigkeit liegt in Öffentlichkeitsarbeit und Bildungsangeboten sowie der psychosozialen Begleitung und der Unterstützung bei der Trauerbewältigung.

## 20.3 Pflegeeinrichtungen

Alle 51 vollstationären Pflegeeinrichtungen im Kreis Soest bieten eine Palliativversorgung für ihre Bewohner\*innen an. Diese wird durch Palliative Care-Fachpflegekräfte und durch Kooperation mit niedergelassenen Palliativmediziner\*innen geleistet. Die stationären Pflegeeinrichtungen müssen ein Palliativkonzept vorhalten und entweder eigene Palliative Care-Fachpflegekräfte beschäftigen oder einen ambulanten Palliativdienst in die stationäre Betreuung einbinden. Zurzeit bestehen sieben Kooperationsverträge mit dem Palliativnetz Soest-Hochsauerlandkreis. Weitere sind in Planung. Ende 2017 hat sich in der Stadt Soest erstmals ein Pflegeheim für Palliative Care zertifizieren lassen.

## 20.4 Palliativnetz Kreis Soest und Hochsauerlandkreis

Über 50 % der Deutschen wünschen sich, zuhause zu sterben, im Krankenhaus dagegen weniger als 5 %.

Nach Datenerhebungen des **Palliativnetzes Soest-Hochsauerlandkreis (HSK)** versterben ca. 42 % der Menschen im Kreis Soest zuhause, ca. 43 % im Pflegeheim, ca. 9 % im Krankenhaus und ca. 1 % im Hospiz. Diese Angaben zeichnen für die im Palliativvertrag

eingeschriebenen Patient\*innen im Kreis Soest und im HSK ein positiveres Bild von der Kluft zwischen Wunsch und Wirklichkeit des Sterbeortes, als es die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz in ihrer Erhebung zu den Sterbeorten in NRW feststellen konnten.

Quartal	Verstorbene gesamt	Sterbeort Wohnung	Sterbeort Pflegeheim	Sterbeort Hospiz	Sterbeort Krankenhaus	Sterbeort Palliativstation
01/2017	226	101	92	5	19	1
01/2018	272	128	119	2	16	4

**Tabelle 20.4.1;** Quelle: Palliativdokumentation Palliativnetz Soest-HSK, 09.04.2018.

Seit dem 08.12.2015 gilt das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG). Es enthält vielfältige Maßnahmen, die die medizinische, pflegerische, psychologische und seelsorgerliche Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase verbessern. Zudem soll der flächendeckende Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung gefördert werden.

Mit dem Gesetz wurde die Palliativversorgung ausdrücklich Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Im vertragsärztlichen Bereich vereinbarten die Selbstverwaltungspartner zusätzlich vergütete Leistungen zur Steigerung der Qualität der Palliativversorgung, Zusatzqualifikation der Haus- und Fachärzt\*innen sowie zur Förderung der Netzwerkarbeit. Außerdem werden die Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gestärkt, die finanzielle Ausstattung stationärer Kinder- und Erwachsenen-Hospize verbessert, mehr Möglichkeiten für ambulante Hospizdienste durch gestiegene Zuschüsse, besondere Beratungsangebote in Pflegeeinrichtungen und Stärkung der Hospizkultur und Palliativversorgung in Krankenhäusern vorgesehen.

Das Palliativnetz Kreis Soest und Hochsauerlandkreis entstand 2008 im Rahmen eines Modellversuchs zur palliativmedizinischen Versorgung im ländlichen Bereich. In Arnsberg befindet sich seit 1995, in Soest seit 2018 ein stationäres Hospiz, welche von Ärzt\*innen des Palliativnetzes mitbetreut werden. Die professionelle Struktur wird durch Einbeziehung von Koordinator\*innen, Pflegefachkräften mit Weiterbildung Palliative Care und langjähriger Erfahrung im Hospiz- und Palliativbereich erreicht.

Im Palliativnetz Kreis Soest und Hochsauerlandkreis engagieren sich zusätzlich zu den Koordinatorinnen 20 Palliativmediziner\*innen. Diese leisten den sogenannten Palliativ-Konsiliar-Dienst, d.h. sie sind 24 Stunden am Tag an sieben Tagen in der Woche telefonisch erreichbar und können im Bedarfsfall die Patient\*innen auch zuhause oder in der Pflegeeinrichtung aufsuchen.



Quelle: <http://palliativnetz-soest-hsk.de>

## **Anhang:**

### **Hospizarbeit - Ambulante Einrichtungen im Kreis Soest**

Im Kreis Soest gibt es viele ehrenamtliche Initiativen von Bürger\*innen, die sich in der Hospizarbeit sowie Trauerarbeit engagieren.

Die Adressen können im Seniorenwegweiser des Kreises Soest 2018 nachgelesen werden ([https://www.kreis-soest.de/familie\\_soziales/soziales/pflege/Pflege.php](https://www.kreis-soest.de/familie_soziales/soziales/pflege/Pflege.php)).

Darüber hinaus sind ohne Anspruch auf Vollständigkeit noch folgende Adressen zu nennen:

#### **Hospizgruppe Rüthen**

Frau Schäfer  
01 70 / 6 41 60 20

#### **Ambulanter Kinder- und Jugendhospizdienst Kreis Soest**

Markt 12, 59494 Soest  
02921 / 6725 885  
<https://www.deutscher-kinderhospizverein.de/ambulante-kinder-und-jugendhospizarbeit/unsere-ambulanten-kinder-und-jugendhospizdienste/soest/startseite/soest@deutscher-kinderhospizverein.de>

#### **Selbsthilfeeinrichtungen**

##### **Aids-Hilfe im Kreis Soest e. V.**

Siechenstr. 9, 59494 Soest  
0 29 21 / 28 88 (Soest)  
0 29 41 / 7 78 78 (Lippstadt)

##### **„Sommerland“ Trauergruppe für Kinder und Jugendliche im Mehrgenerationenhaus**

Wasserstraße 9, 59505 Bad Sassendorf  
alle 14 Tage mittwochs von 18:30 bis 21:00 Uhr

##### **Trauercafé im Mehrgenerationenhaus**

Wasserstraße 9, 59505 Bad Sassendorf  
Oktober – März jeden 2. und 4. Donnerstag von 14:30 bis 16:00 Uhr

## **Mitwirkende**

An diesem Bericht haben mitgewirkt:

### **Abteilung 53 Gesundheit, Kreis Soest**

- Dr. Andrea Gernun, Leiterin Abteilung 53 Gesundheit
- Dr. Ansgar Brockmann, Hansjörg Schulze, Dr. Vera Spanke, Dr. Maria Anna Waider, Tanja Laser, Annette Mend, Gabriele Renner, 5301 Amtsärztlicher Dienst
- Dr. Rita Otten, Dr. Elke Hof, Sabine Oßkopp, Dr. Olivia Reh, Dr. Christine Stolk, Elfriede Jänsch, 5302 Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
- Andrea Ebeling, Ilona Blume, Beata Maria Kusch, Nicole Madiwe, Heidi Mettner, Gabi Pöpsel, 5303 Verwaltung und Zahnärztlicher Dienst
- Oliver Wienhues, 5304 Sozialpsychiatrischer Dienst, Psychiatrie- und Behindertenkoordinator
- Dr. Ute Gröblichhoff, Rüdiger Große, Denise Lipkow, Raphael Moers, 5305 Gesundheitsschutz
- Annette Härtle, Antje Dribbisch, Kornelia Witt, 5306 Beratung und Betreuung

### **Abteilung 61 Regionalentwicklung, Kreis Soest**

- Thorsten Vieth, Koordinierungsstelle Regionalentwicklung

### **Abteilung 38 Rettungsdienst, Feuer- und Katastrophenschutz, Kreis Soest**

- Hans-Peter Trilling, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

## Abkürzungsverzeichnis

AAPV	– Allgemeine ambulante Palliativversorgung
AIDS	– Acquired Immune Deficiency Syndrome (erworbenes Abwehrschwäche-Syndrom)
ALG	– Arbeitslosengeld
APV	– Palliativversorgung
BÄK	– Bundesärztekammer
BevStatG	– Bevölkerungsstatistikgesetz
BGB	– Bürgerliches Gesetzbuch
BKK	– Betriebskrankenkassen
BMI	– Body-Mass-Index
BSHG	– Bundessozialhilfegesetz
BTHG	– Bundesteilhabegesetz
BZgA	– Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CRS	– Rötelsyndrom
DDG	– Deutsche Diabetes Gesellschaft
DEGS	– Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DGPPN	– Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DHV	– Deutscher Hebammenverband e.V.
FamFG	– Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FF	– Frühförderung
G-BA	– Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen
GKV	– gesetzliche Krankenversicherung
HebBO NRW	– Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger
HIV	– Human Immunodeficiency Virus (menschliches Abwehrschwäche-Virus)
HPG	– Hospiz- und Palliativgesetz
HzL	– Hilfe zum Lebensunterhalt
HUS	– Hämolytisch-urämisches Syndrom
ICD	– International Statistical Classification of diseases an Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
IfSG	– Infektionsschutzgesetz
IT.NRW	– Information und Technik Nordrhein-Westfalen (statistisches Landesamt)
KGK	– Kommunale Gesundheitskonferenz
KiBiz	– Kinderbildungsgesetz
KiGGS	– Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KISS	– Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen
KiTa	– Kindertageseinrichtung
KJÄD	– Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (Abteilung Gesundheit/Soest)
KHK	– Koronare Herzkrankheit
KTW	– Krankentransportfahrzeuge
KuB	– Kontakt- und Beratungsstellen
KV	– Kassenärztliche Vereinigungen
KVWL	– Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
KZVWL	– Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
LADA	– Latent Autoimmune Diabetes in Adults
LHebG	– Landeshebbammengesetz
LVR	– Landschaftsverband Rheinland
LWL	– Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LZG.NRW	– Landeszentrum Gesundheit NRW
MGEPA	– Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
MMR	– Mumps-Masern-Röteln-Impfung
NAW	– Notarzwagen
NEF	– Notarzteinsatzfahrzeug

NPS	– Neue psychoaktive Stoffe
NRW	– Nordrhein-Westfalen
ÖGDG NRW	– Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW
ProstSchG	– Prostituiertenschutzgesetz
PSAG	– Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
PSB	– Psychosoziale Beratung
PStV	– Personenstandsverordnung
PsychKG NRW	– Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
PYLL	– potential years of life lost (potentiell verlorene Lebensjahre)
QUAG	– Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.
RettG NRW	– Rettungsgesetz NRW (Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmen)
RKI	– Robert-Koch-Institut
ROR	– Raumordnungsregionen
RTW	– Rettungswagen
SAPV	– Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SchulRÄndG	– Schulrechtsänderungsgesetz
SEU	– Schuleingangsuntersuchung
SGB	– Sozialgesetzbuch
SMA	– Sozialmedizinische Assistent*innen
SMR	– Standardisierte Mortalitätsrate
SOPESS	– Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening
SpDi	– Sozialpsychiatrischer Dienst
SSW	– Schwangerschaftswoche
STI	– sexual transmitted infections (sexuell übertragbare Infektionen)
STIKO	– Ständige Impfkommission
Tbc	– Tuberkulose
U	– Kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen
UN-BRK	– Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-Behindertenrechtskonvention)
WHO	– Weltgesundheitsorganisation
ZÄD	– Zahnärztlicher Dienst
ZUE	– Zentrale Unterbringungseinrichtung