



**KREIS
SOEST**

**ABTEILUNG
GESUNDHEIT**

**GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG
DES
KREISES SOEST**

BASISGESUNDHEITSBERICHT

2007/2008



HELLWEG
...Region im Herzen Westfalens

Inhaltsverzeichnis

I	Demographie und soziale Lage	5
1	Einleitung.....	5
2	Demographie.....	5
2.1	Demographische Entwicklungen auf Kreisebene.....	5
2.2	Demographische Entwicklungen in den Städten und Gemeinden.....	8
2.3	Lastenquotienten.....	11
3	Soziale Lage im Kreis Soest.....	11
3.1	Verfügbares Einkommen.....	11
3.2	SGB II-Quoten.....	12
3.3	Arbeitslosigkeit.....	16
4	Resümee.....	17
4.1	Demographie.....	17
4.1.1	Bevölkerungsentwicklungen auf Kreisebene.....	17
4.1.2	Bevölkerungsentwicklungen in den Städten und Gemeinden.....	17
4.2	Soziale Lage.....	18
5	Nächste Schritte.....	18
5.1	Demographische Entwicklungen und soziale Lage: Kinder und Familien.....	18
5.2	Demographische Entwicklung und soziale Lage: Rentnerinnen und Rentner.....	19
II	Gesundheitszustand der Bevölkerung	20
6	Lebenserwartung.....	20
6.1	Einleitung.....	20
6.2	Mittlere Lebenserwartungen im Kreis Soest.....	20
6.3	Resümee.....	21
7	Vermeidbare Sterbefälle.....	22
7.1	Einleitung.....	22
7.2	Situation im Kreis Soest.....	22
7.2.1	Bösartige Neubildungen der Lunge und Atemwege.....	22
7.2.2	Brustkrebs.....	23
7.2.3	Koronare Herzkrankheit.....	24
7.2.4	Bluthochdruck und zerebrovaskuläre Krankheiten.....	24
7.2.6	Transportmittelunfälle.....	26
7.3	Resümee.....	27
7.3.1	Bösartige Neubildungen der Lunge und Atemwege.....	27
7.3.2	Brustkrebs.....	27
7.3.3	Koronare Herzkrankheit.....	28
7.3.4	Bluthochdruck und zerebrovaskuläre Krankheiten.....	28
7.3.5	Krankheiten der Leber.....	29
7.3.6	Transportmittelunfälle.....	29
7.4	Nächste Schritte.....	29

8	HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen	30
8.1	Einleitung	30
8.2	Daten zu HIV und sexuell übertragbaren Infektionen	30
8.2.1	STI-Sentinel-Erhebung des RKI	30
8.2.2	Sexuelle Dienstleistungen im Kreis Soest	31
8.2.3	Beratungs- und Untersuchungsangebot des Gesundheitsamtes	31
8.2.4	AIDS-Beratung und AIDS-Koordination im Gesundheitsamt	32
8.3	Resümee	34
8.3.1	Beratungs- und Untersuchungsangebot für STI	34
8.3.2	AIDS-Beratung	35
9	Tuberkulose	36
9.1	Einleitung	36
9.2	Epidemiologie der Tuberkulose	36
9.3	Resümee	39
9.4	Nächste Schritte	39
10	Pflegerische Versorgung	40
10.1	Einleitung	40
10.2	Pflegesituation im Kreis Soest	40
10.2.1	Pflegebedürftige	40
10.2.2	Ambulante Pflege	41
10.2.2.1	Ambulante Pflegedienste	41
10.2.2.2	Gerontopsychiatrische Veränderung aller Pflegebedürftigen	42
10.2.2.3	Jüngere Pflegebedürftige	42
10.2.2.4	Pflegeeinstufung in der ambulanten Pflege	42
10.2.3	Teil- und vollstationäre Einrichtungen im Kreis Soest	43
10.2.3.1	Tagespflege	43
10.2.3.2	Kurzzeitpflege	44
10.2.3.3	Vollstationäre Pflege	44
10.2.3.4	Gerontopsychiatrisch veränderte Pflegebedürftige	45
10.2.3.5	Selbstzahler	46
10.2.3.6	Pflegeeinstufung in der stationären Pflege	46
10.3	Resümee	47
10.3.1	Ambulante Pflege	47
10.3.2	Tagespflege	48
10.3.3	Kurzzeitpflege	48
10.3.4	Vollstationäre Pflege	48
10.4	Nächste Schritte	49
11	Psychiatrische Versorgung	50
11.1	Einleitung	50
11.2	Psychische Störungen und Krankheiten	50
11.2.1	Häufigkeiten	50
11.2.2	Das Versorgungssystem psychisch kranker Menschen	51
11.2.3	Situation im Kreis Soest	52
11.3	Resümee	54
11.4	Nächste Schritte	54
12	Suizide	55
12.1	Einleitung	55
12.2	Situation im Kreis Soest	55
12.3	Resümee	57
12.4	Nächste Schritte	57

13	Suchtkrankenversorgung.....	59
13.1	Einleitung.....	59
13.2	Situation im Kreis Soest.....	59
13.2.1	Suchtberatungsstellen im Kreis Soest.....	59
13.2.2	Substitution im Kreis Soest.....	61
13.3	Resümee.....	63
13.4	Nächste Schritte.....	64
14	Eingliederungshilfe Wohnen.....	65
14.1	Einleitung.....	65
14.2	Situation im Kreis Soest – Datenlage.....	65
14.2.1	Clearingstelle für den Kreis Soest.....	65
14.2.2	Eingliederungshilfe Wohnen – Stationäre Hilfen.....	66
14.2.3	Eingliederungshilfe Wohnen – Ambulant Betreutes Wohnen.....	67
14.2.4	„Ambulant vor stationär“.....	67
14.3	Resümee.....	68
III	Umweltbezogene Gesundheitsbelastungen.....	70
15	Perfluorierte Tenside (PFT).....	70
15.1	Einleitung.....	70
15.2	PFT-Belastung im Kreis Soest.....	71
15.2.1	Gewässerbelastung.....	71
15.2.2	Belastungen von Fischen.....	74
15.2.3	Belastung von Pflanzen.....	74
15.3	Resümee.....	75



(Quelle:© Ernst Rose / pixelio)

Vorwort

Die grundlegende Aufgabe der kommunalen Gesundheitsberichterstattung (GBE) sollte darin bestehen, kleinräumige Aussagen zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung zu ermöglichen. Bereits in den letzten Gesundheitsberichten für den Kreis Soest wurden deshalb Themen aus den Arbeitsbereichen des Gesundheitsamtes aufbereitet, die von Bedeutung für möglichst viele Bürgerinnen und Bürger im Kreisgebiet waren. Mit dem vorliegenden Bericht für 2007/2008 wird dieser Ansatz konsequent weiter entwickelt. Dabei erfordern die für die GBE verfügbaren personellen und materiellen Ressourcen in der Abteilung Gesundheit eine Beschränkung auf ausgewählte Gesundheits- und Bevölkerungsdaten. So kann eine zielgerichtete Berichterstattung dennoch die wichtigsten Problemstellungen der gesundheitlichen Situation sowie des Versorgungssystems erfassen.

Diese Überlegungen führten zu der Entscheidung, zukünftig die GBE in zwei Teilen zu erstellen. Jährlich soll ein Basisbericht erscheinen, der eine Monitoring - Funktion für die Gesamtbevölkerung hat. Um dieser Beobachtungsfunktion gerecht zu werden, ohne einen zu großen Umfang anzunehmen, enthält dieser Teil Angaben zur Situation der gesamten Kreisbevölkerung, beschränkt sich aber auf eine reduzierte Datenauswahl aus den Bereichen Demographie, soziale Lage, Gesundheitszustand der Bevölkerung und Umweltbelastungen. Daten zum Versorgungssystem sind für den nächsten Basisbericht vorgesehen. Die Basisberichterstattung soll jährlich erfolgen. Daneben gibt es einen Spezialbericht. Dieser hat im Unterschied zum Basisbericht die Aufgabe, sich vertiefend mit einer eingegrenzten gesundheitlichen Problematik oder mit einer bestimmten Teilgruppe der Bevölkerung zu befassen und deren gesundheitliche Situation zu beschreiben. Der erste Spezialbericht erscheint in diesem Jahr unter dem Titel „Die gesundheitliche Situation von Kindern im Kreis Soest“ und bezieht sich auf die Altersgruppe der bis 6-Jährigen.

Wie schon in den letzten Gesundheitsberichten wurde wieder Wert darauf gelegt, externe Fachleute in die Berichterstellung einzubinden. So wurden nicht nur viele Daten zur sozialen Lage von der Abteilung Soziales und der AHA geliefert, sondern dieser Teil wurde auch inhaltlich abgestimmt. Der Spezialbericht zur Kindergesundheit entstand unter Beteiligung des von der Kommunalen Gesundheitskonferenz eingerichteten Arbeitskreises. Der Berichtsteil zur Pflegesituation im Kreis Soest ist das Ergebnis der Erhebung des Sachgebietes Sozialplanung im Rahmen der kommunalen Pflegeplanung. Diese Kooperationen sollen fortgesetzt und möglichst ausgebaut werden.

Für beide Berichte gilt, dass sie neben der Darstellung von Daten auch eine Bewertung aus fachlicher Sicht beinhalten. Wenn externe Kooperationspartner beteiligt waren, wurden die Empfehlungen in den entsprechenden Berichtsteilen mit ihnen abgestimmt. Diese fachlich abgestimmten Empfehlungen sollen bestehenden Handlungsbedarf aufzeigen und beinhalten soweit möglich auch Lösungsansätze. Beide Berichtsteile werden der Kommunalen Gesundheitskonferenz des Kreises Soest zur Abstimmung vorgelegt. Wenn diese einvernehmlich zustimmt, erfolgt danach die Weiterleitung an den Sozial- und Gesundheitsausschuss des Kreises. So könnte die kommunale GBE zukünftig helfen, die fachliche Basis für kommunale gesundheitspolitische Entscheidungen zu legen.

Soest, im Mai 2008

Sabine Saatmann
Geschäftsführung
Kommunale Gesundheitskonferenz

Dr. Frank Renken
Leiter Abteilung Gesundheit

1 Einleitung

In diesem ersten Teil des Basisberichtes werden für die Gesamtbevölkerung demographische Basisdaten sowie Daten zur sozialen Lage dargestellt, die wichtige Determinanten für den Gesundheitszustand der Bevölkerung sind. Die verwendeten Daten sind überwiegend Gesundheitsindikatoren des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit des Landes NRW (LIGA), das bis Ende 2007 Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) hieß, oder orientieren sich an diesen. Damit ist eine Eingrenzung auf solche Daten verbunden, die hinsichtlich ihrer Aussagefähigkeit für die gesundheitliche Situation oder deren Entwicklung bereits wissenschaftlich bewertet wurden. Daneben sind Daten der hiesigen Abteilung Kreisentwicklung, der Abteilung Soziales, der AHA, der Bundesagentur für Arbeit und der Bertelsmannstiftung verwendet worden. Durch Vergleiche mit überregionalen Durchschnittswerten, z. B. der Bevölkerung im Regierungsbezirk, dem Land NRW oder dem Bund, können die negativen oder positiven gesundheitlichen Einflussgrößen für den lokalen Bereich bewertet werden. Rückblickend sind Verläufe in der Bevölkerungsentwicklung durch Jahresvergleiche möglich. Auch Prognosen können, natürlich mit einer gewissen Unsicherheit, getroffen werden. Die im Bericht verwendeten Voraussagen zur Bevölkerungsentwicklung wurden in der Abteilung Kreisentwicklung erarbeitet und zur Verfügung gestellt. Sie basieren auf Daten des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik (LDS).

Bekannt ist, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen häufiger ein erhöhtes Gesundheitsrisiko tragen. Armut und Migrationshintergrund sind zwei Risikofaktoren für einen schlechteren Gesundheitszustand. Diese Faktoren sind in den Indikatoren zur Einkommenssituation, zur Arbeitslosigkeit und zum Bezug von staatlichen Transferleistungen enthalten. Ergänzt wurden diese Indikatoren durch zusätzliche eigene Datenauswertungen. Damit soll soweit wie möglich dem Anspruch der kommunalen GBE hinsichtlich einer kleinräumigen Betrachtung Rechnung getragen werden. So können auch lokal begrenzte Problemstellungen der gesundheitlichen Versorgungssituation erkannt werden.

2 Demographie

2.1 Demographische Entwicklungen auf Kreisebene

Die im Bericht enthaltenen Bevölkerungsdaten beziehen sich überwiegend auf das Jahr 2005. Als Bevölkerungsdurchschnitt wurde vom LÖGD eine Zahl von 308.883 Einwohnern und Einwohnerinnen (Abkürzung: EW) für 2005 ermittelt. Stichtagsbezogen können in einzelnen Tabellen und Grafiken die dort verwendeten Zahlen leicht von dieser Zahl abweichen.

	Bevölkerung in 2005			
	gesamt	weiblich	männlich	Ausländeranteil
Kreis Soest	308.883	157.277	151.606	7,2 %
Reg.-Bez. Arnsberg	3.767.034	1.924.063	1.842.971	11,0 %
Nordrhein-Westfalen	18.062.869	9.263.645	8.799.224	10,7 %

Tabelle 2.1: Durchschnittsdaten für 2005 (Quelle: LÖGD/LIGA)

Das Geschlechterverhältnis zeigt eine Normalverteilung mit einem leichten Frauenübergewicht. Der Ausländeranteil lag in 2005 bei nur 7,2% und damit erheblich unter dem NRW-Durchschnitt von 10,7%.

Bevölkerungs- oder Alterspyramiden veranschaulichen zusätzlich Bevölkerungsverteilungen nach dem Lebensalter und dem Geschlecht.

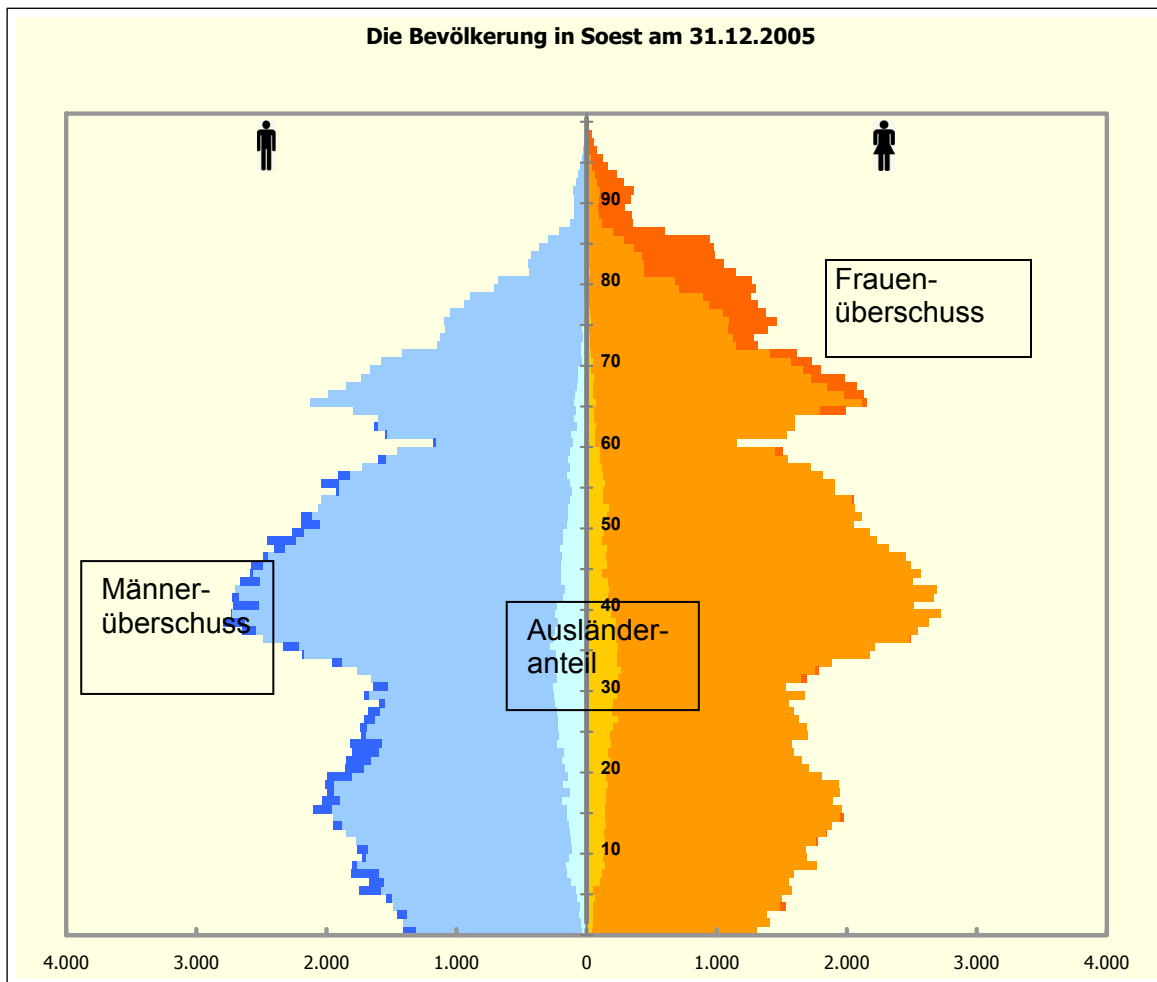


Abbildung 2.2: Stichtagsbezogene Bevölkerungspyramide Kreis Soest für 2005 (Quelle: LÖGD/LIGA); (Anmerkung: Frauen- bzw. Männerüberschuss = dunkle Balken, Ausländeranteil = helle Fläche in der Mitte)

Folgerungen aus den demographischen Basisdaten des Jahres 2005:

- Es besteht ein „Frauenüberschuss“ ab dem Renteneintrittsalter als Folge des letzten Weltkrieges und der höheren Lebenserwartung von Frauen.
- Der Ausländeranteil im Kreis liegt deutlich unterhalb des Landesdurchschnitts.
- Der höchste Ausländeranteil findet sich in der Erwerbsbevölkerung zwischen 20 und 50 Jahren.
- Durch den Geburtenrückgang der letzten Jahre steht unsere Bevölkerungspyramide auf einer sich stetig verkleinernden Basis.

Die nun folgenden Darstellungen, Abbildung 2.3 und das Diagramm 2.4, zeigen Bevölkerungsprognosen bis 2025 bzw. 2020 unter Berücksichtigung von Bevölkerungsbewegungen,

durchschnittlicher Lebenserwartung und der Entwicklung der Geburtenzahlen. Die Bevölkerungspyramide basiert auf Berechnungen des LÖGD/LIGA.

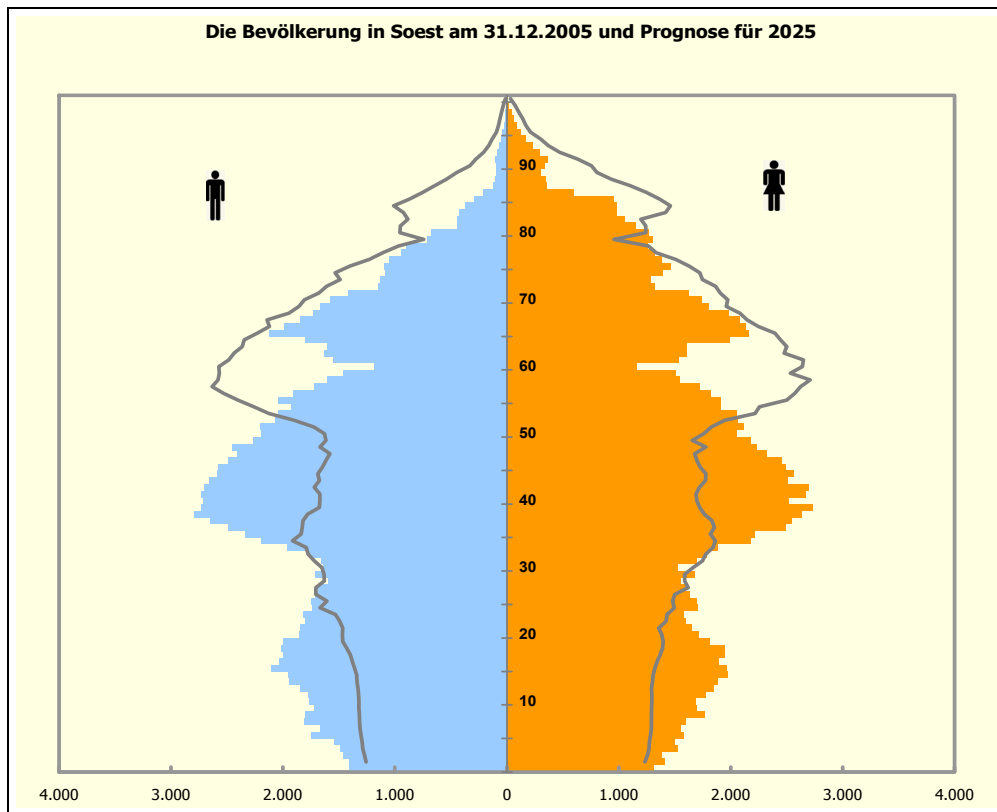


Abbildung 2.3: Bevölkerungsprognose Kreis Soest 2005 bis 2025 (Quelle: LÖGD/LIGA)

Das folgende Balkendiagramm zeigt die Prognose bis 2020 aus dem Demographiebericht der Bertelsmann Stiftung für den Kreis Soest.

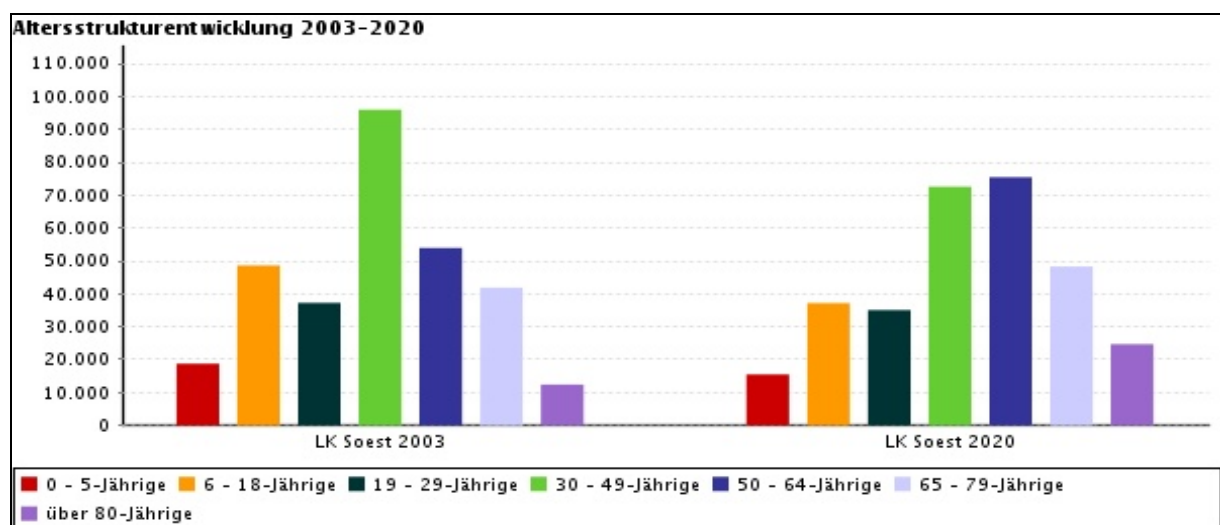


Diagramm 2.4: Bevölkerungsprognose 2003 bis 2020 (Quelle: Bertelsmann Stiftung)

Die wesentlichen Aussagen dazu sind:

- Die schon heute merkbare Abnahme des Anteils von Kindern und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung wird sich fortsetzen.
- Innerhalb der Erwerbsbevölkerung kommt es zu deutlichen Veränderungen. Während der Anteil der Erwerbsbevölkerung bis zum Alter von 49 Jahren erheblich abnimmt, erhöht sich der Anteil der Erwerbstätigen zwischen 50 und 65 Jahren.
- Der Anteil der Rentner und Rentnerinnen wird sich fast in allen Jahrgängen ebenfalls deutlich erhöhen. Es wird zu einer annähernden Verdoppelung des Bevölkerungsanteils der über 80-Jährigen von 4% (ca. 12.000 Ew.) auf 8% (ca. 24.000 Ew.) kommen.

2.2 Demographische Entwicklungen in den Städten und Gemeinden

Zur weiteren Differenzierung wurden die Daten von der Abteilung Kreisentwicklung kleinräumig aufbereitet. Die kreisweiten Daten wurden auf die Ebene der Kommunen herunter gebrochen und Prognosen bis 2020 erstellt.

Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen, die jeweils unterschiedliche Anforderungen an die Versorgungssysteme stellen.

Zunächst werden die Kinder im Vorschulalter betrachtet (Abbildungen 2.5 und 2.6).

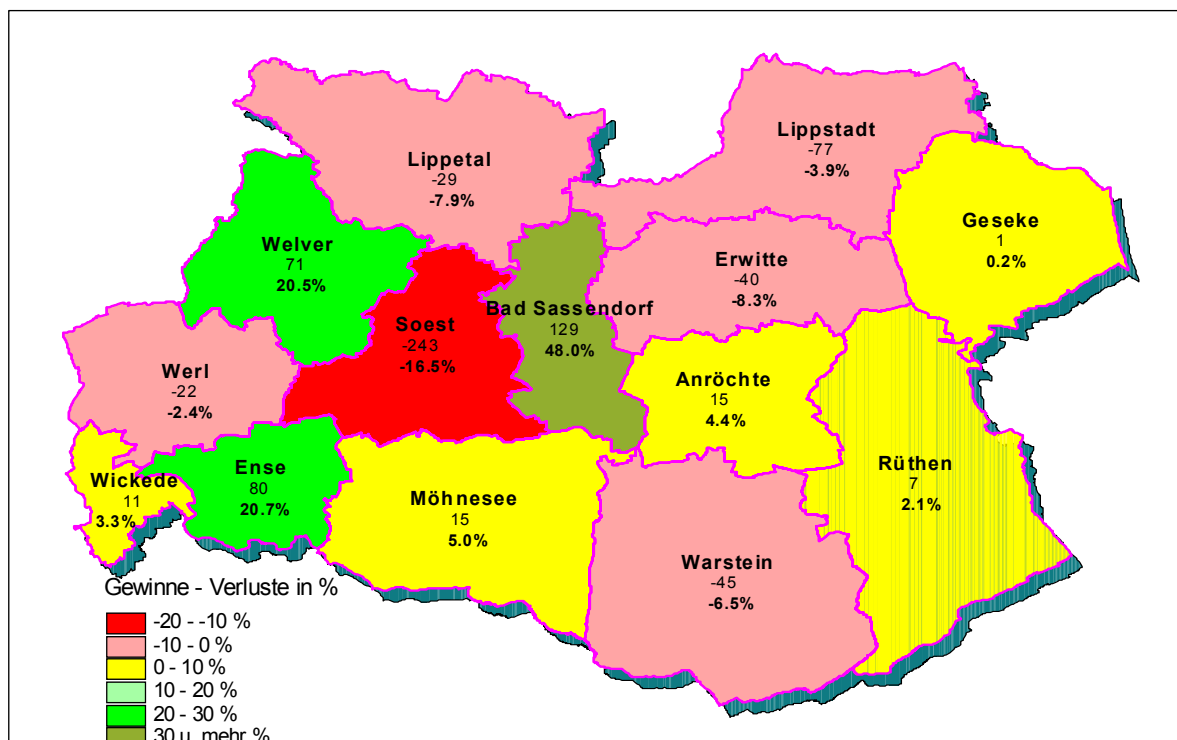


Abbildung 2.5: Bevölkerungsprognose Kreis Soest 2020 für die Altersgruppe 0-3 Jahre (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Kreisentwicklung)

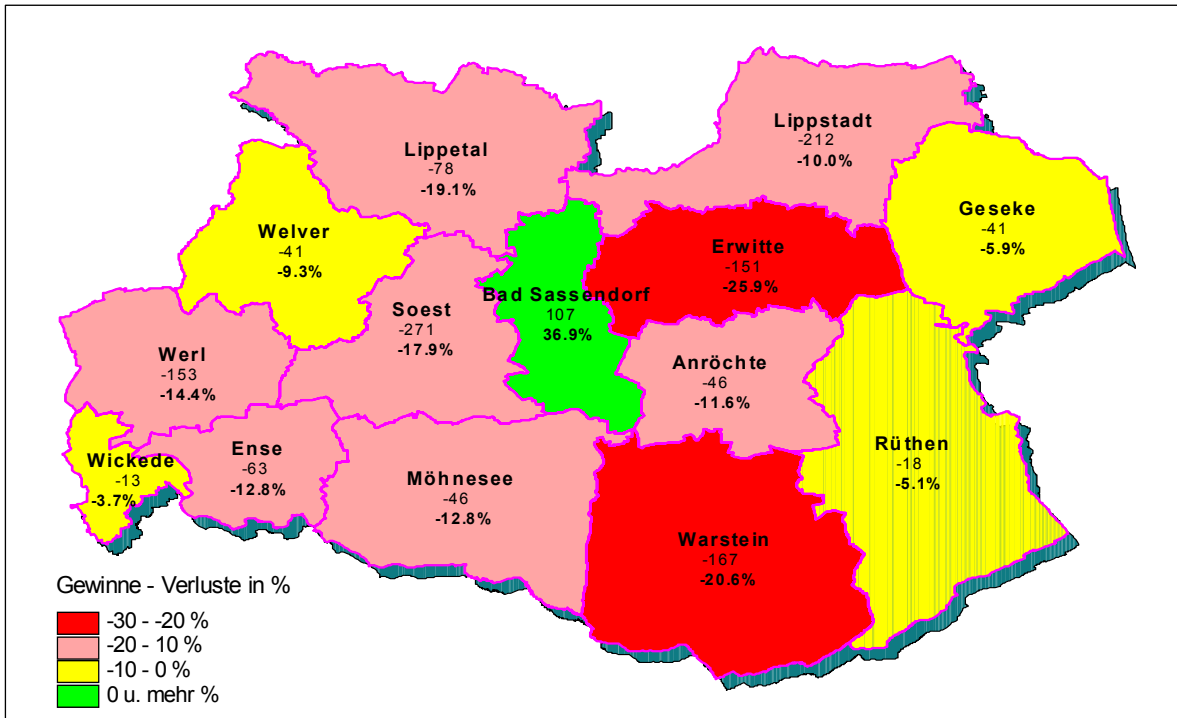


Abbildung 2.6: Bevölkerungsprognose Kreis Soest 2020 für die Altersgruppe 4-6 Jahre (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Kreisentwicklung)

Die Abbildungen 2.7 und 2.8 zeigen die Bevölkerungsprognosen auf Ebene der Gemeinden und Städte für die Gruppe der Altersrentnerinnen und Altersrentner.

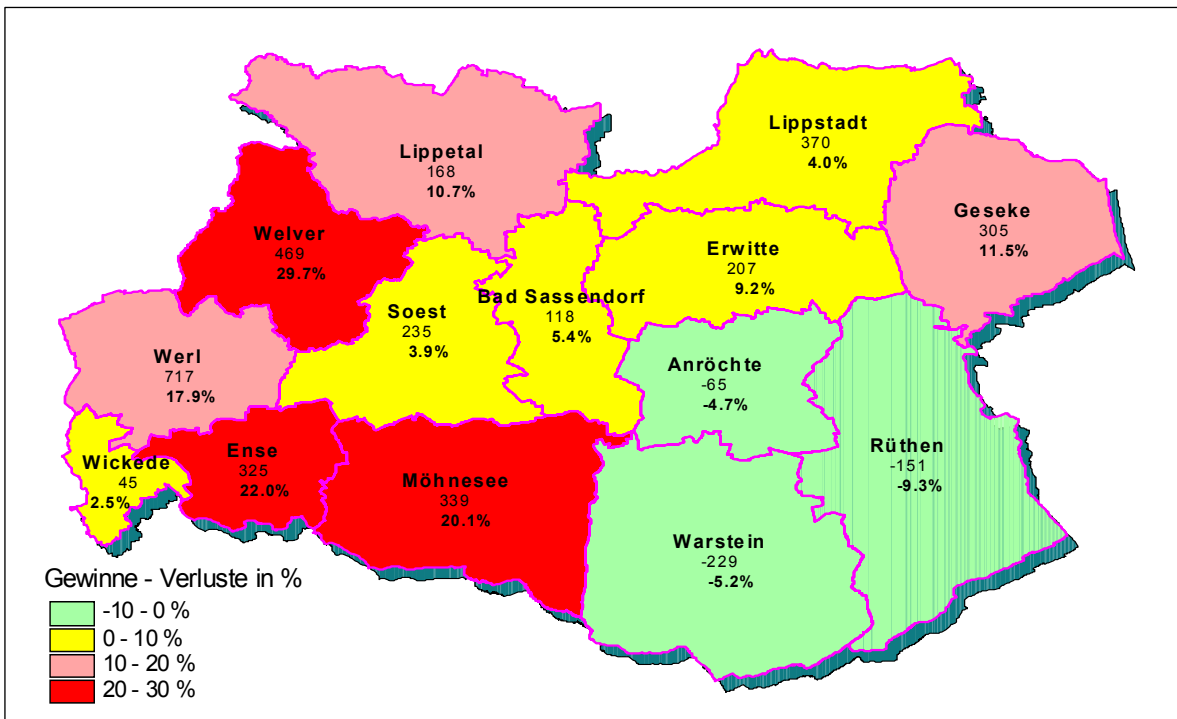


Abbildung 2.7: Bevölkerungsprognose Kreis Soest 2020 für die Altersgruppe 66-80 Jahre (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Kreisentwicklung)

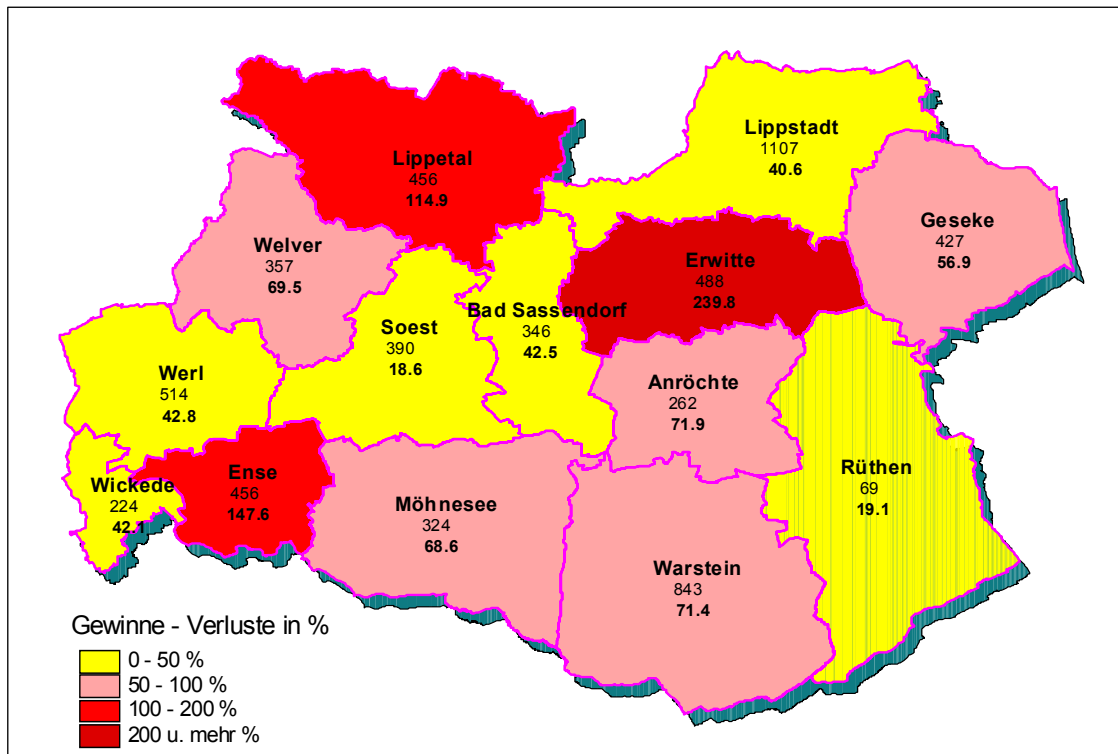


Abbildung 2.8: Bevölkerungsprognose Kreis Soest 2020 für die Altersgruppe >80 Jahre (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Kreisentwicklung)

Die Lebenserwartung in Deutschland steigt. Dies bildet sich in der Bevölkerungsprognose für die Altersgruppe ab 66 Jahren erwartungsgemäß besonders deutlich ab. Für die Planung von Versorgungseinrichtungen sind dabei die absoluten Zahlen von größerer Bedeutung als die prozentuale Entwicklung. Nachfolgend sind die Kommunen im Kreisgebiet nach der Entwicklung der Altersgruppe über 80 Jahren angeordnet.

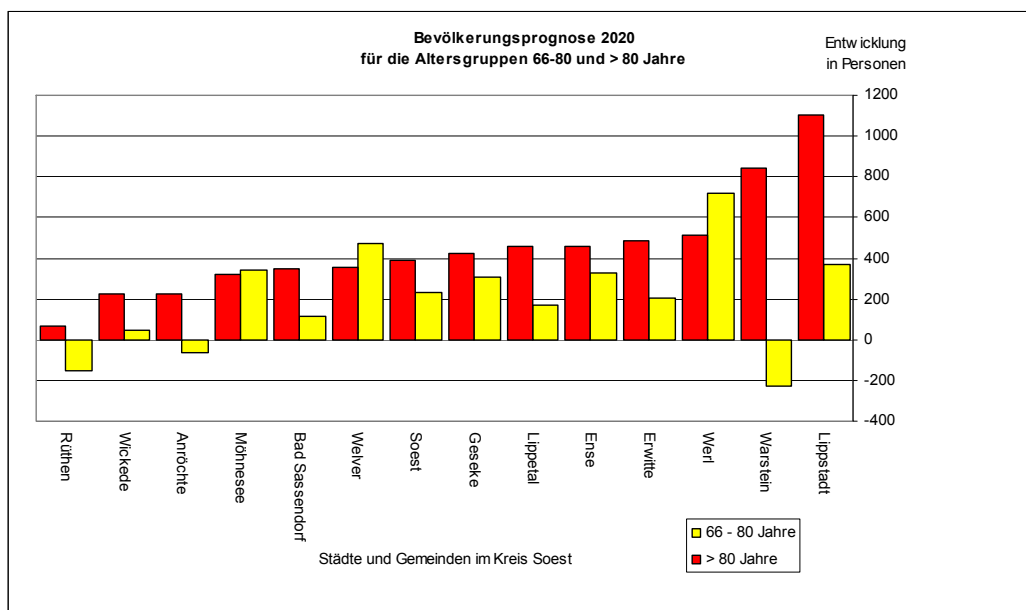


Diagramm 2.9: Bevölkerungsprognose 2020, Personen ab 66 Jahre, Städte und Gemeinden (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Kreisentwicklung)

2.3 Lastenquotienten

Lastenquotienten errechnen sich aus dem Verhältnis der Kinder und Jugendlichen bzw. der Rentner zur Erwerbsbevölkerung. Dies sind:

Jugendquotient: Anteil der 0 – 17-Jährigen je 100 18- bis 64-Jährige
Altenquotient: Anteil der 65-Jährigen und älteren Personen je 100 18- bis 64-Jährige

Die Tabelle 2.10 zeigt die Prognose für die Entwicklung der Quotienten von Anfang 2005 bis 2025.

	Bevölkerungs- entwicklung	Jugendquotient	Jugendquotient	Altenquotient	Alten- quotient
	(%) bis 2025	01.01.2005	2025	01.01.2005	2025
Kreis Soest	-3,4	33,0	26,6	29,5	42,8
Reg.- Bez. Arnsberg	-9,1	30,1	25,5	31,1	41,7
NRW	-2,6	30,3	25,8	30,0	39,0

Tabelle 2.10: Entwicklung der Lastenquotienten, Prognosen Kreis Soest (Quelle: LÖGD/LIGA)

Neben der Abnahme der Gesamtbevölkerung, die leicht über der für ganz NRW prognostizierten Entwicklung liegen wird, verdeutlicht diese Prognose vor allem, dass sich gleichzeitig der Altersdurchschnitt der Bevölkerung im Kreis erheblich erhöhen wird. Der bisher deutlich über dem NRW-Schnitt liegende Jugendquotient wird dann voraussichtlich den NRW-Schnitt etwa erreichen. Gleichzeitig wird sich der Altenquotient so stark erhöhen, dass er erheblich über dem NRW-Schnitt liegen wird.

3 Soziale Lage im Kreis Soest

Nachfolgend werden Faktoren dargestellt, die stärker über die soziale Lage der Bevölkerung Aufschluss geben. Diese sozialen Faktoren unterliegen grundsätzlich schnelleren zeitlichen Schwankungen und bestimmen maßgeblich den Gesundheitszustand. Der Zusammenhang von Armut als Risikofaktor für einen schlechteren Gesundheitszustand gilt als anerkannt. Als Indikatoren für den Begriff Armut können direkte Angaben zur durchschnittlichen Einkommenssituation, aber auch indirekte Indikatoren wie Arbeitslosigkeit herangezogen werden.

3.1 Verfügbares Einkommen

Als verfügbares Einkommen wird das Einkommen bezeichnet, das für Konsum- und Sparzwecke zur Verfügung steht. Es umfasst damit neben Erwerbseinkommen auch die erhaltenen Transferleistungen wie z. B. Sozialleistungen oder Renten.

Abgezogen sind die geleisteten eigenen Transferzahlungen wie Steuern oder Sozialabgaben. Dieser Indikator erlaubt einen Vergleich zwischen Regionen.

Die Einkommensentwicklung von 2003 bis 2005 in den verschiedenen Regionen lässt sich der Tabelle 3.1 entnehmen. Mit einem durchschnittlichen verfügbaren Einkommen von 18.130 € in 2005 befinden sich die Bürgerinnen und Bürger im Kreis Soest knapp unterhalb der Durchschnittswerte für den Regierungsbezirk Arnsberg (18.532 €) bzw. NRW (18.724 €). Allerdings zeigen die meisten Kreise im Regierungsbezirk eine bessere Einkommenssituation, während die Großstädte unterhalb dieser überregionalen Vergleichswerte liegen.

Kreise/Kreisfreie Städte	Verfügbares Einkommen			
	2005 (€ - Betrag)	Anteil in % des Landeswertes (NRW = 100)		
		2005	2004	2003
Kreis Soest	18.130	96,8	96,6	96,3
HSK	19.809	105,8	104,4	103,6
Märkischer Kreis	21.421	114,4	112,7	112,4
Kreis Unna	17.224	92,0	92,6	92,3
Hamm	15.402	82,3	82,8	83,2
Dortmund	16.400	87,6	88,5	88,5
Reg.-Bez. Arnsberg	18.532	99,0	98,7	98,7
NRW	18.724	100,0	100,0	100,0

Tabelle 3.1: LÖGD - Indikator Verfügbares Einkommen, Vergleich im Regierungsbezirk Arnsberg (Quelle: LIGA/LÖGD)



(Quelle: © Kellermeister / pixelio)

3.2 SGB II-Quoten

Für die Erfassung des Anteils von Menschen mit niedrigem Einkommen wird hier die SGB II-Quote benutzt, da sie den Anteil hilfebedürftiger Personen relativ gut abbildet. Die Quote errechnet sich aus dem Anteil der Leistungsempfänger und -empfängerinnen nach dem SGB II im Verhältnis zur Bevölkerungszahl dieser Altersgruppe (15 – 64 Jahre).

Die zusätzliche Auswertung der Leistungsempfänger und -empfängerinnen nach dem SGB XII zeigte, dass im Kreis Soest annähernd 90% der Empfänger und Empfängerinnen staatlicher Transferleistungen nach dem SGB II anspruchsberechtigt sind.

Damit kann die SGB II-Quote als valider Indikator für den Bevölkerungsanteil benutzt werden, dem nur soviel Geld zur Verfügung steht, wie zur Sicherung des Lebensunterhalts erforderlich ist. Er hat damit ein erhöhtes Armutsrisiko.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die gesetzlichen Leistungsarten.

Leistungsarten	Teil des Sozialgesetzbuches	Anspruchsberechtigte
Grundsicherung f. Arbeitssuchende (Arbeitslosengeld II)	SGB II	Erwerbsfähige zwischen 15 und 64 Jahren, ohne Anspruch auf Arbeitslosengeld I
Sozialgeld	SGB II	Nicht erwerbsfähige bzw. nicht zur Erwerbstätigkeit verpflichtete Angehörige von ALG II – Bezieher/-innen (z. B. Kinder < 15 J. oder Ehepartner)
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	SGB XII	<ul style="list-style-type: none"> • 65-Jährige und ältere Personen • 18- bis 64-Jährige, dauerhaft voll erwerbsgemindert im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung
Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)	SGB XII	<ul style="list-style-type: none"> • Unter 65-Jährige, die vorgezogene Altersrente beziehen • Personen mit Erwerbsminderungsrente auf Zeit • Kinder < 15 J., deren Eltern HLU oder Grundsicherung im Alter bzw. bei Erwerbsminderung beziehen

Tabelle 3.2: Gesetzliche Leistungsarten nach den Sozialgesetzbüchern II und XII seit 2005

Die SGB II-Daten werden auf Gemeindeebene erfasst und können deshalb kleinräumig für alle Städte und Gemeinden (Tabelle 3.3) im Kreisgebiet ausgewertet werden. Allerdings sind diese Zahlen für überregionale Vergleiche nur bedingt geeignet, da die Berechnung im Kreis Soest auf die Gesamtbevölkerung (308.000 Ew.) und nicht auf die 15- bis unter 64-Jährigen (200.139 Ew.) bezogen wird. Die so berechneten Quoten liegen deshalb schon rechnerisch bedingt niedriger als die NRW-Vergleichswerte (Tabelle 3.3). Die Kreisdaten sind aber geeignet, die unterschiedliche Betroffenheit der Städte und Gemeinden zu verdeutlichen und lassen die Betrachtung von Entwicklungen zu.

Für den überregionalen Vergleich wurde die Zahl der Leistungsempfänger nach SGB II deshalb auf vergleichbare Grunddaten bezogen und für das Bezugsjahr 2007 neu berechnet. Bezogen auf 200.139 Ew., die zwischen 15 und 64 Jahre alt sind, errechnet sich für den direkten Vergleich mit Daten aus NRW eine SGB II-Quote von 8,2%. Auch diese Quote liegt noch deutlich unter dem Durchschnitt in NRW. Die Neuberechnung zeigte außerdem, dass wahrscheinlich nur die Stadt Soest eine mit dem NRW-Durchschnitt vergleichbare SGB II-Quote hat, während in allen anderen Städten und Gemeinden das Armutsrisiko darunter liegt.

Kinderarmut ist ebenfalls ein wichtiges Thema. Im 2. Armutsbericht der Bundesregierung aus 2005 wurde das ansteigende Armutsrisiko von Kindern besonders hervorgehoben. Als Indikator für Kinderarmut wird in diesem Bericht der Anteil der unter 15-Jährigen, die von Transferleistungen abhängig sind, herangezogen. Überregionale Vergleichszahlen sind nur für 2005 verfügbar (Bertelsmann Stiftung). Danach betrug im Kreis Soest die Kinderarmut (SGB II-Quote der Personen <15 Jahre) in 2005 18,4%. Der Durchschnitt für NRW betrug sogar 29,2%. Eigene Berechnungen für 2007 ergaben für diese Altersgruppe eine deutliche Ab-

nahme der SGB II-Quote auf 13,5%. Zum Vergleich: Die durchschnittlichen SGB II-Quoten der unter 15-Jährigen betragen in NRW 17,6% in 2006 und 17,9% in 2007 (Tabelle 3.4).

Städte/Gemeinden im Kreis Soest	Personen in Bedarfsgemein- schaften nach SGB II (2007)	SGB II-Quote (%)	SGB II-Quote (%)
		Juni 2006	Juni 2007
Anröchte	499	5,2	4,6
Bad Sassendorf	661	5,8	5,7
Ense	583	4,9	4,5
Erwitte	805	5,4	5,1
Geseke	1.566	7,8	7,6
Lippetal	503	4,2	4,0
Lippstadt	6.101	9,5	9,1
Möhnesee	540	5,3	4,7
Rüthen	502	5,4	4,6
Soest	5.448	11,6	11,2
Warstein	1.469	5,9	5,2
Welper	510	5,2	4,0
Werl	3.004	9,5	9,4
Wickede	802	7,2	6,5
Kreis Soest (308.000 Ew.)	22.993	7,7	7,5
Kreis Soest (200.139 Ew.)	16.461		8,2¹
NRW		11,66	11,72

Tabelle 3.3: SGB II-Quoten für alle Personen mit Leistungsanspruch im Kreis Soest. Entwicklung 2006-2007 (Quellen: AHA, Abteilung Soziales; ¹: eigene Berechnung, Abteilung Gesundheit)

	SGB II-Quote (%) Personen < 5 Jahre 2005	SGB II-Quote (%) Personen < 15 Jahre 2006	SGB II-Quote (%) Personen < 15 Jahre 2007
Kreis Soest	18,4 ¹	-	13,5 ³
NRW	29,2 ¹	17,6 ²	17,9 ²

Tabelle 3.4: SGB II-Quoten für Personen < 15 Jahren. Entwicklung 2005-2007 (Quellen: ¹: Bertelsmann Stiftung; ²: Agentur für Arbeit; ³: eigene Berechnung, Abteilung Gesundheit)

Städte/Gemeinden im Kreis Soest	Zahl der Bedarfsgemeinschaften Alleinerziehender	Anteil der Bedarfsgemeinschaften Alleinerziehender (%)
Anröchte	39	16,7
Bad Sassendorf	59	17,1
Ense	62	22,2
Erwitte	68	18,3
Geseke	152	20,9
Lippetal	46	20,6
Lippstadt	518	17,2
Möhnesee	48	18,8
Rüthen	43	17,7
Soest	536	20,5
Warstein	159	21,3
Welper	53	21,5
Werl	259	18,8
Wickede	81	21,4
Mittelwert	152	19,5

Tabelle 3.5: Bedarfsgemeinschaften Alleinerziehender, SBG II, Juni 2007 (Quelle: AHA, Kreis Soest)

Ausgehend von diesen Zahlen gilt auch für den Kreis Soest, dass Kinder für die Familie ein Armutsrisiko darstellen. Dieses Risiko ist aber ungleich verteilt. Besonders betroffen sind davon Alleinerziehende, bei denen die gesamte Erziehungslast und die Verantwortung für die Erzielung des Lebensunterhalts bei einer Person liegen. Ganz überwiegend sind es Frauen, die die Verantwortung für Ein-Eltern-Familien tragen. So ist es nicht überraschend, dass Alleinerziehende bei den Bedarfsgemeinschaften nach dem SGB II (Hilfeberechtigte nach SGB II, die innerhalb einer sozialen Gemeinschaft leben) überrepräsentiert sind. Durchschnittlich 19,5% der Bedarfsgemeinschaften entfielen auf Alleinerziehende (Juni 2007). Zudem stieg dieser Anteil im Jahresverlauf 2007 leicht an.



(Quelle: © S. Hofschlaeger / pixelio)

Auch zur **Altersarmut** sind Angaben möglich. Mit Altersarmut wird der Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen bezeichnet, der Leistungen nach dem SGB XII als Grundsicherung erhält. Auf NRW-Ebene erhielten in 2006 in dieser Altersgruppe 2,7% Grundsicherung und im Kreis Soest 2,2%.

3.3 Arbeitslosigkeit

Es gibt unterschiedliche statistische Angaben zur Zahl der Arbeitslosen. Hier wird die Statistik der Bundesagentur für Arbeit verwendet. In diese Statistik gehen alle Personen ein, die als arbeitslos gemeldet sind, eine Beschäftigung von 18 oder mehr Stunden pro Woche für mindestens 3 Monate suchen, nicht arbeitsunfähig erkrankt sind und nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben. Erwerbsfähige ehemalige Sozialhilfeempfänger sind mit Einführung des Arbeitslosengeldes II seit dem 01.01.2005 in dieser Statistik enthalten. Die Arbeitslosenquote ist der Prozentanteil der Arbeitslosen an den abhängigen Erwerbspersonen (also sowohl Erwerbstätige als auch Erwerbslose).

Die Arbeitslosenquote weist entsprechend der wirtschaftlichen Entwicklung eine große Variabilität auf. Dies zeigt der Vergleich der Daten von 2005 bis 2007 in der folgenden Tabelle.

	NRW 2005	Regierungsbezirk Arnsberg 2005	Kreis Soest 2005	Kreis Soest 2006	Kreis Soest 2007
Arbeitslosenquote	12,7	13,4	11,4	10,7	8,1
Frauen	12,2	13,1	11,1	11,3	8,9
Männer	13,2	13,6	11,6	10,2	7,4
Jugendliche < 20 J.	6,5	7,0	3,7	4,9	3,0
Ausländer/-innen	28,2	29,1	24,4	24,5	20,1
Langzeitarbeitslose	41,8	44,5	42,0	46,8	47,7

Tabelle 3.6: Entwicklung ausgewählter Eckwerte des Arbeitsmarktes, Daten aus Monat September der Vergleichsjahre (Quelle: Agentur für Arbeit Soest)

Damit lagen bereits die Daten des Vergleichsjahres 2005 für den Kreis Soest besser als der Durchschnitt des Regierungsbezirks bzw. des Landes NRW. Bei insgesamt sehr positiver Entwicklung für den Kreis Soest in 2006 und 2007 nimmt allerdings der Anteil der Langzeitarbeitslosen zu.



(Quelle: © Balzer Matthias / pixelio)

Der Ausländeranteil an der Bevölkerung ist im Kreisgebiet vergleichsweise niedrig. Von Arbeitslosigkeit ist dieser Bevölkerungsanteil allerdings überdurchschnittlich stark betroffen. Dies entspricht den Vergleichsdaten für NRW.

4 Resümee

4.1 Demographie

4.1.1 Bevölkerungsentwicklungen auf Kreisebene

- Die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung entspricht weitgehend dem Landestrend NRW und geht von einem anhaltenden Geburtenrückgang aus. Die prognostizierte Abnahme der Einwohnerzahl im Kreisgebiet bis 2025 wird mit 3,4% etwas über dem Landesdurchschnitt (2,6%) liegen.
- Derzeit liegt der Altersdurchschnitt der Kreisbevölkerung unter dem Landesdurchschnitt. Im Vergleich zu NRW wird aber der Anteil junger Menschen im Kreisgebiet voraussichtlich überproportional stark sinken und der Anteil älterer Menschen wird sich überproportional erhöhen. Ein deutlicher Anstieg des Durchschnittsalters ist damit zu erwarten.
- Innerhalb der Erwerbsbevölkerung kommt es zu deutlichen Veränderungen. Während der Anteil der Erwerbsbevölkerung bis zum Alter von 50 Jahren erheblich abnimmt, erhöht sich der Anteil der Erwerbstätigen zwischen 50 und 65 Jahren.
- In der Altersgruppe der über 80-Jährigen wird in den nächsten 12 Jahren durchgehend der deutlichste Zuwachs erwartet.
- Der Bevölkerungsanteil der über 80-Jährigen wird sich voraussichtlich zwischen 2003 und 2020 verdoppeln.
- Der Ausländeranteil an der Bevölkerung liegt erheblich unter dem Landesdurchschnitt.

4.1.2 Bevölkerungsentwicklungen in den Städten und Gemeinden

Vorschulalter:

- Einheitliche Entwicklungsprognosen zeigen sich für 7 der 14 Kommunen im Kreisgebiet.
- Dabei wird es in 3 Kommunen (Wickede, Rüthen, Geseke) voraussichtlich zu keinen relevanten Veränderungen der Kinderzahlen kommen.
- Ein konstanter Rückgang ist für 6 Kommunen (Werl, Lippstadt, Warstein, Lippetal, Erwitte, Soest) anzunehmen.
- Uneinheitliche Prognosen ergeben sich für 4 Kommunen. Für die Gemeinden Anröchte und Möhnesee weist die Gesamtbilanz rückläufige Tendenzen auf, während für die Gemeinden Welper und Ense noch eine steigende Gesamtbilanz erwartet wird.
- Nur in der Gemeinde Bad Sassendorf ist für die gesamte Altersgruppe eine positive Prognose abgegeben worden. Die deutliche Diskrepanz zur Tendenz der anderen Kommunen im Kreis Soest ist auffallend.

Altersgruppe ab 66 Jahre:

- In 3 Kommunen (Anröchte, Rüthen und Warstein) wird es in der Altersgruppe der 66– bis 80-Jährigen bis 2020 noch zu einer Abnahme kommen.
- Die Entwicklungsprognose für die Altersgruppe der über 80-Jährigen zeigt einheitlich in allen Kommunen einen Bevölkerungszuwachs.

4.2 Soziale Lage

Die dargestellten Daten zeigen, dass kein allgemein erhöhtes Armutsrisiko im Kreis Soest besteht. Die SGB II-Quote liegt mit 8,2 % deutlich niedriger als der NRW-Wert (11,6%). Die Arbeitslosigkeit ist ebenfalls vergleichsweise gering. Das verfügbare Durchschnittseinkommen liegt mit 96,8% leicht unter dem Durchschnittswert für NRW. Für bestimmte Bevölkerungsgruppen besteht allerdings ein erhöhtes Armutsrisiko, womit ein erhöhtes Gesundheitsrisiko assoziiert ist. Die wichtigsten Ergebnisse:

- Das Armutsrisiko der Gesamtbevölkerung im Kreis Soest liegt niedriger als im Landesdurchschnitt. Innerhalb des Kreises haben die einwohnerstärksten Städte Lippstadt, Soest und Werl das höchste Armutsrisiko.
- Auch wenn die **Kinderarmut** mit 13,5% unter dem NRW-Durchschnitt (17,9%) liegt, stellen Kinder unter 15 Jahren im Kreisgebiet die Bevölkerungsgruppe mit dem höchsten Armutsrisiko dar. Besonders stark betroffen sind dabei Familien mit nur einem Elternteil (Alleinerziehende).
- **Altersarmut** bedeutet im Kreis Soest (wie auch in NRW) derzeit keine relevante Problematik.
- Ausländische Bürgerinnen und Bürger haben ein erhöhtes Armutsrisiko. Besonders Familien mit Kindern unter 15 Jahren tragen ein deutlich erhöhtes Gesundheitsrisiko. Diese Bewertung deckt sich mit Ergebnissen aus dem Pilotprojekt „Frühe Hilfen“, das von der Abteilung Gesundheit in 2007 in 6 Familienzentren durchgeführt wurde. In den Einrichtungen, in denen Eltern häufiger einen Migrationshintergrund aufwiesen oder die von staatlichen Transferleistungen abhängig waren, fielen auch häufiger Kinder mit unerkannten gesundheitlichen Entwicklungsdefiziten auf.

5 Nächste Schritte

5.1 Demographische Entwicklungen und soziale Lage: Kinder und Familien

Die Veränderung der Lastenquotienten führt zu erhöhten Anforderungen an die Erwerbsbevölkerung. Bei schrumpfender Erwerbsbevölkerung wird es immer mehr darauf ankommen, dass die Voraussetzungen vorhanden sind, angemessen erwerbstätig werden zu können. Schon heute zielt die gesamtgesellschaftliche Entwicklung darauf, dass Frauen in gleichem Maße erwerbstätig werden wie Männer. Die demographische Entwicklung bestätigt nun zusätzlich die Notwendigkeit dieses gesellschaftlichen Prozesses. Hier muss auch das erhöhte Armutsrisiko für Familien mit Kindern unter 15 Jahren berücksichtigt werden. Dies unterstreicht die Notwendigkeit zusätzlicher Unterstützungsmaßnahmen für Familien, um grundsätzlich beiden Elternteilen eine Erwerbstätigkeit zu ermöglichen. Das erhöhte Armutsrisiko von ausländischen Bürgerinnen und Bürgern sollte bei der Planung von gesundheitlichen Hilfen berücksichtigt werden.



(Quelle: © Rainer Sturm / pixelio)

Handlungsbedarf für Kinder und Familien:

- Schaffung zusätzlicher Plätze zur Kinderbetreuung im Vorschulbereich.
- Besonders im Vorschulbereich sollten die Betreuungsangebote für Kinder, die länger außerhalb der Familie betreut werden, auch regelhaft Unterstützung bei der medizinischen Vorsorge und zur Gesundheitsförderung in Tageseinrichtungen beinhalten.
- Die Sicherung einer gesunden individuellen Entwicklung von Kindern schafft eine wichtige Voraussetzung dafür, dass möglichst viele Kinder die Chance haben, den erhöhten Bildungsanforderungen entsprechen zu können.
- Bei der Entwicklung gesundheitlicher oder pädagogischer Förderangebote sollten Familien mit Migrationshintergrund verstärkt einbezogen werden.

5.2 Demographische Entwicklung und soziale Lage: Rentnerinnen und Rentner

Durch den steigenden Anteil älterer Einwohnerinnen und Einwohner sind veränderte Anforderungen an das medizinische Versorgungssystem zu erwarten. Ältere Menschen nehmen häufiger medizinische Versorgungsleistungen in Anspruch. Sie sind häufiger in ambulanter Behandlung und sie stellen auch einen höheren Patientenanteil in der stationären Versorgung. Naturgemäß sind im höheren Lebensalter auch chronische Krankheiten häufiger und der Behandlungsaufwand steigt. Nur in Anröchte, Rüthen und Wickede ist davon auszugehen, dass diese Bevölkerungsentwicklung nicht relevant ist für die Bedarfsplanung. In den übrigen Teilen des Kreises ist eine erhöhte Nachfrage für Pflegeleistungen zu erwarten. Die Einwohnerzahl der über 80-Jährigen wird sich von ca. 12.000 auf ca. 24.000 verdoppeln. Die weiteren Planungen für ambulante und stationäre Angebote der Pflege müssen dies berücksichtigen.

Empfehlung für die Bevölkerungsgruppe der Altersrentnerinnen und Altersrentner:

- Eingehende Betrachtung der ambulanten ärztlichen Versorgung sowie der pflegerischen Versorgung im Kreisgebiet in einem Spezialbericht zur Gesundheitsberichterstattung 2009.

Quellen:

1. Arbeit Hellweg Aktiv, ARGE im Kreis Soest, Benchmarkingbericht, April 2008
2. Bertelsmann Stiftung, Demographiebericht Kreis Soest
3. Bertelsmann Stiftung, www.wegweiser-kommune.de, Themen: Demographischer Wandel, Soziale Lage
4. Bundesregierung, Lebenslagen in Deutschland, Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2005
5. Bundesagentur für Arbeit, Agentur für Arbeit Soest, Arbeitsmarktreport, September 2007
6. Bundesagentur für Arbeit, Statistiken, Übersichtstabellen SGB II für Bund und Länder

II Gesundheitszustand der Bevölkerung

Gesundheitszustand ist ein sehr umfassender Begriff.

Eine große Zahl von Einflussfaktoren bestimmt die individuelle Gesundheit. Der Gesundheitszustand eines Menschen kann durch Befragen oder konkrete Untersuchungen relativ gut für einen bestimmten Zeitpunkt analysiert und beschrieben werden. Um fortlaufend den Gesundheitszustand von Bevölkerungsgruppen beobachten und beschreiben zu können, eignen sich individuelle Befragungen oder Untersuchungen nur eingeschränkt.

Als Alternative haben sich unterschiedliche Indikatoren auch hier als geeignet erwiesen, indirekt Aussagen über die gesundheitliche Lage zu machen. Diese sollen nachfolgend dargestellt werden.

So wären eine Verkürzung der durchschnittlichen Lebenserwartung oder ein Anstieg der Gesamtzahl der Sterbefälle deutliche Hinweise auf bestehende erhöhte Gesundheitsrisiken für die Bevölkerung.

Auch die sogenannten vermeidbaren Sterbefälle gehören zu den Indikatoren, die herangezogen werden können. Hierbei handelt es sich um Todesfälle durch Erkrankungen, die in bestimmtem Umfang entweder durch ungesunde Lebensweisen oder durch eine unzureichende medizinische Versorgung beeinflusst werden.

In einem weiteren Kapitel wird auf Infektionskrankheiten, wie die Tuberkulose und HIV, eingegangen. Schließlich werden die Themen Suizide, psychiatrische Versorgung, Sucht sowie pflegerische Versorgung als weitere wichtige Parameter zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung im Kreis Soest umfassend dargestellt.

6 Lebenserwartung

6.1 Einleitung

Die mittlere Lebenserwartung gibt an, wie viele Jahre ein Neugeborenes bei der Geburt in einer Region voraussichtlich leben wird. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass sich keine wesentlichen Veränderungen des Sterberisikos ergeben. Umgekehrt lässt damit die Lebenserwartung Rückschlüsse zu auf die gesundheitliche Lage, die medizinische Versorgung und den Lebensstandard der Bevölkerung. Die mittlere Lebenserwartung ist ein Gesundheitsindikator des LÖGD/LIGA. Die Daten müssen sich auf einen 3-Jahreszeitraum (2004 – 2006) beziehen, weil sonst eine Berechnung auf Ebene von Kreisen oder Städten nicht zuverlässig möglich wäre. Grundlage der Berechnung sind die Sterbetafeln.

6.2 Mittlere Lebenserwartungen im Kreis Soest

Für Frauen betrug die mittlere Lebenserwartung im Kreis Soest für den letzten Berechnungszeitraum (Tabelle 6.1) 81,45 Jahre, für Männer 75,74 Jahre (Tabelle 6.2). Die Durchschnittswerte für NRW für den gleichen Zeitraum betragen für Frauen 81,53 Jahre und für Männer 76,17 Jahre. Damit lagen die Werte auf Kreisebene zwar etwas niedriger, der Unterschied war aber nicht statistisch signifikant.

	Mittlere Lebenserwartung Frauen (Jahre)			
	2001/2003	2002/2004	2003/2005	2004/2006
Kreis Soest	81,19	81,19	81,33	81,45
Nordrhein-Westfalen	81,03	81,16	81,26	81,53

Tabelle 6.1: Entwicklung der mittleren Lebenserwartung bei Frauen im Vergleich zu NRW (Quelle: LÖGD/LIGA)

	Mittlere Lebenserwartung Männer (Jahre)			
	2001/2003	2002/2004	2003/2005	2004/2006
Kreis Soest	74,91	74,98	75,41	75,74
Nordrhein-Westfalen	75,47	75,64	75,80	76,17

Tabelle 6.2: Entwicklung der mittleren Lebenserwartung bei Männern im Vergleich zu NRW (Quelle: LÖGD/LIGA)

Für die Zahl der Sterbefälle im Kreisgebiet gilt ebenfalls, dass keine statistisch signifikante Abweichung vom Vergleichswert für NRW vorliegt. In 2006 starben 3.210 Einwohnerinnen und Einwohner, was einer Rate von 1.041,5/100.000 EW entsprach. Der Vergleichswert für NRW lag mit einer Rate von 1.018,5 geringfügig niedriger.

6.3 Resümee

- Die Lebenserwartung im Kreisgebiet entspricht für Frauen und Männer dem NRW-Durchschnitt.
- Die Daten lassen den Rückschluss zu, dass die wichtigsten Einflussfaktoren wie die gesundheitliche Lage der Bevölkerung, die medizinische Versorgung und der Lebensstandard im Kreis Soest keine allgemeinen negativen Risiken beinhalten.



(Quelle: © Alipictures / pixelio)

7 Vermeidbare Sterbefälle

7.1 Einleitung

Als vermeidbare Sterbefälle werden solche Todesfälle bezeichnet, die deutlich unterhalb der mittleren Lebenserwartung auftreten. Auch hier ist die Datenbasis ein Indikator des LÖGD. Dabei werden 6 ausgewählte Todesursachen betrachtet, die unter adäquaten Behandlungs- oder Präventionsmaßnahmen als vermeidbar angesehen werden. Einfluss haben daher neben der Inanspruchnahme von ärztlicher Behandlung auch Vorsorgeuntersuchungen oder die individuelle Lebensweise mit Risiken wie Nikotinkonsum oder ungesunder Ernährung.

Wie bereits im Gesundheitsbericht 2004/2005 erörtert, beschreibt dieser Indikator damit einerseits den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Andererseits gibt er Aufschluss über die Qualität der medizinischen Versorgung, die Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten, den Effekt von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung oder zur Unfallverhütung.

Im Unterschied zum Gesundheitsbericht des Kreises Soest aus 2004/2005 können in diesem Bericht keine Häufigkeitsangaben pro 100.000 EW gemacht werden. Die Indikatoren wurden neu berechnet und dabei entfiel die Angabe von Sterbefällen pro 100.000 EW. Dafür fand eine bevölkerungsbezogene Standardisierung statt, die unterschiedliche Altersstrukturen und damit verbundene Sterblichkeiten in NRW berücksichtigt und um diese Effekte bereinigt. Außerdem wurden die Sterbefälle auf 5-Jahreszeiträume berechnet.

Als Ergebnis wird für jede Datenreihe eine sogenannte SMR (Standardized Mortality Ratio = standardisierte Sterberate) angegeben. 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 oder dem Regierungsbezirk Arnsberg im Vergleich Abweichungen, lässt sich sehr einfach erkennen, ob das Sterberisiko größer (SMR über 1,0) oder kleiner (SMR unter 1,0) ist.

Sterbefälle durch folgende Krankheiten oder Diagnosegruppen werden betrachtet:

- Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge
- Brustkrebs
- Durchblutungsstörungen des Herzens
- Bluthochdruck und Durchblutungsstörungen des Gehirns
- Krankheiten der Leber
- Transportmittelunfälle inner- und außerhalb des Verkehrs

7.2 Situation im Kreis Soest

7.2.1 Bösartige Neubildungen der Lunge und Atemwege

Dazu zählen neben Sterbefällen an Lungenkrebs 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, hier das Zigarettenrauchen.

Zum Rauchverhalten der Bevölkerung über 15 Jahre im Kreis Soest wurde für 2005 ein Raucheranteil von 27,1% ermittelt (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW, eigener Mikrozensus). In NRW lag der Anteil 28,9% nur unwesentlich höher.

	Vermeidbare Sterbefälle: Tumore der Lungen und Luftwege (SMR)			
	1999/2003	2000/2004	2001/2005	2002/2006
Kreis Soest	0,84	0,88	0,92	0,97
Regierungsbezirk Arnsberg	1,01	0,99	1,00	0,98

Tabelle 7.1: Vergleich der standardisierten Sterberisiken an Lungentumoren, Bezugsbevölkerung NRW (SMR = 1,0), Durchschnittswerte für 5-Jahreszeiträume (Quelle: LÖGD/LIGA)

Im Vergleich liegt der Anteil vermeidbarer Sterbefälle an diesen bösartigen Tumoren aktuell auf dem Niveau der Bevölkerung des ganzen Landes NRW (SMR 1,0). Unter Berücksichtigung der Angaben zum Rauchverhalten war dies auch zu erwarten. Andererseits gab es für die ersten beiden Vergleichszeiträume eine erfreulich niedrige SMR, die dann in einen kontinuierlichen Anstieg der vermeidbaren Sterbefälle an Lungenkrebs und anderen bösartigen Tumoren der Luftwege überging. Für die Gesamtbevölkerung des Regierungsbezirkes Arnsberg ist eine solche Entwicklung dagegen nicht feststellbar. Leider ermöglichen die verfügbaren Daten keine geschlechtsspezifische Betrachtung mehr. Hierzu war im letzten Gesundheitsbericht des Kreises Soest ein mehr als doppelt so hohes Risiko für Männer mitgeteilt worden (Daten aus 2003).

7.2.2 Brustkrebs

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 davon auszugehen ist, dass ein höherer Anteil sonst zu erwartender Todesfälle vermieden werden kann. Außerdem hat die Behandlungsqualität im medizinischen Versorgungssystem ebenfalls wesentlichen Einfluss auf die Sterblichkeit an Brustkrebs. Entsprechend der Erkrankungshäufigkeit werden nur die 25- bis 64-jährigen Frauen in diesem Indikator erfasst.

	Vermeidbare Sterbefälle: Brustkrebs (SMR)			
	1999/2003	2000/2004	2001/2005	2002/2006
Kreis Soest	1,12	1,13	1,14	1,08
Regierungsbezirk Arnsberg	1,02	1,03	1,04	1,04

Tabelle 7.2: Vergleich der standardisierten Sterberisiken an Brustkrebs, Bezugsbevölkerung NRW (SMR = 1,0), Durchschnittswerte für 5-Jahreszeiträume (Quelle: LÖGD/LIGA)

Die Zahlen für den Kreis Soest liegen in allen dargestellten Zeiträumen über den Vergleichswerten für NRW und den Regierungsbezirk Arnsberg. Die Verlaufsbetrachtung zeigt erst für den aktuellsten Vergleichszeitraum 2002/2006 einen Rückgang der Sterbefälle an Brustkrebserkrankungen. Dieser Rückgang ist für die überregionalen Vergleichsgruppen (Frauen in NRW bzw. im Regierungsbezirk Arnsberg) dagegen nicht erkennbar. Auch im Hochsauerlandkreis als unserem direkten Nachbarkreis ist keine Abnahme zu erkennen. Dort stagnierte die SMR zwischen den Vergleichszeiträumen 1999/2003 (SMR 1,15) und 2002/2006 (SMR 1,14) auf einem erhöhten Niveau und zeigte nur für 2001/2005 einen Abfall, der sich aber im Folgezeitraum nicht bestätigte.

7.2.3 Koronare Herzkrankheit

Die Sterbefälle beziehen sich auf die 35- bis 64-Jährigen. Auch hier handelt es sich wieder um eine Gruppe von Diagnosen. Als Haupttodesursache sind dabei Herzinfarkte erfasst. Bei vielen Patienten, die unter Durchblutungsstörungen des Herzens leiden, bestehen Risikofaktoren, die sich aus der individuellen Lebensführung ergeben. Wichtige Beispiele dafür sind eine ungesunde fettreiche Ernährung, Bewegungsmangel und Zigarettenkonsum. Diese Faktoren aus der Lebensweise sind grundsätzlich der Prävention zugänglich. Allerdings schaffen es die meisten Menschen nicht dauerhaft, solche schädlichen Lebensgewohnheiten umfassend abzustellen. Daher ist dieser Indikator im Wesentlichen nicht als Nachweis für erfolgreiche Präventionsmaßnahmen zu verstehen.

Bestehen erst Durchblutungsstörungen, wird der weitere Krankheitsverlauf bei der Mehrheit der Betroffenen überwiegend durch die Qualität der medizinischen Behandlung bestimmt. Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen oder Diabetes mellitus können medikamentös behandelt werden. Außerdem haben sich in den letzten Jahrzehnten eine Reihe medikamentöser oder apparativer Therapien etabliert, die die Lebenserwartung bei schon bestehenden koronaren Durchblutungsstörungen erheblich verbessern können. Deshalb lässt dieser Indikator vor allem Rückschlüsse auf die Qualität der medizinischen Versorgung zu.

	Vermeidbare Sterbefälle: Koronare Herzkrankheit (SMR)			
	1999/2003	2000/2004	2001/2005	2002/2006
Kreis Soest	0,98	1,03	0,98	0,99
Regierungsbezirk Arnsberg	1,11	1,12	1,12	1,12

Tabelle 7.3: Vergleich der standardisierten Sterberisiken infolge Durchblutungsstörungen des Herzens, Bezugsbevölkerung NRW (SMR = 1,0), Durchschnittswerte für 5-Jahreszeiträume (Quelle: LÖGD/LIGA)

Die in Tabelle dargestellten Daten zeigen, dass das Risiko, an den Folgen von Durchblutungsstörungen des Herzens zu sterben, im Kreis Soest auf dem Landesniveau liegt. Im Vergleich dazu liegt das Risiko der Bevölkerung im Regierungsbezirk relativ deutlich darüber. Diese Differenz wird durch besonders hohe Sterberisiken in den Großstädten Dortmund, Herne, Hamm und Hagen begründet, während in den Kreisen des Regierungsbezirks die SMR jeweils gering über oder unter 1,0 beträgt.

7.2.4 Bluthochdruck und zerebrovaskuläre Krankheiten

Hier werden ebenfalls die 35- bis 64-Jährigen betrachtet. Es handelt sich um Sterbefälle in dieser Altersgruppe durch Bluthochdruck oder Störungen der Hirndurchblutung (= zerebrovaskuläre Krankheiten). Der enge Zusammenhang der Diagnosegruppen ergibt sich dadurch, dass Bluthochdruck der Hauptrisikofaktor für Schlaganfälle ist. 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 des Gehirns als Todesursache erfasst. Auch diese Erkrankungen sind bei guter medizinischer Versorgung vielfach vermeidbar. Damit gibt auch dieser Indikator Auskunft über die medizinische Versorgungsqualität.

	Vermeidbare Sterbefälle: Hochdruck und zerebrovaskuläre Krankheiten (SMR)			
	1999/2003	2000/2004	2001/2005	2002/2006
Kreis Soest	0,84	0,88	0,92	0,97
Regierungsbezirk Arnsberg	1,01	0,99	1,00	0,98

Tabelle 7.4: Vergleich der standardisierten Sterberisiken, Bezugsbevölkerung NRW (SMR = 1,0), Durchschnittswerte für 5-Jahreszeiträume (Quelle: LÖGD/LIGA)

Die in Tabelle 7.4 zusammengefassten Daten zeigen über alle betrachteten Zeiträume hinweg einen kontinuierlichen Anstieg der Sterblichkeit. Nachdem im ersten Zeitraum die Sterblichkeit relativ niedrig war, wurde für den zuletzt berechneten Zeitraum das Landesniveau erreicht.

7.2.5 Krankheiten der Leber

Die Altersgruppe umfasst alle 15- bis 74-Jährigen. Hierbei handelt es sich um Sterbefälle, die auf ein Leberversagen zurückzuführen waren.

Überwiegend sind dies Fälle von Leberzirrhose oder andere Formen eines Leberversagens. Häufigste Ursache der Leberzirrhose ist weiterhin der erhöhte Alkoholkonsum. Seltener sind andere toxische Leberschäden und chronische Leberentzündungen (meist Hepatitis B oder C), die schließlich mit einer Zirrhose enden. Behandelbar sind davon bestimmte Vergiftungen und nach Einführung der Interferontherapie auch Formen der Virushepatitis B und C. Da die meisten Todesfälle weiter auf Alkoholmissbrauch zurückzuführen sind, gilt dieser Indikator als Hinweis darauf, ob Präventionsmöglichkeiten erfolgreich angewendet werden. Zu beachten ist, dass bis zur Entstehung einer alkoholbedingten Leberzirrhose in der Regel 15 bis 20 Jahre vergehen müssen.

Die Werte liegen für alle betrachteten Zeiträume deutlich unterhalb der Durchschnittswerte unseres Regierungsbezirks. Auch hier wird die erhöhte Sterberate vor allem durch die Großstädte im Ruhrgebiet geprägt. Die Landkreise weisen dagegen überwiegend Raten unterhalb von 1,0 auf. Nachdem bis zum Vergleichszeitraum 2001/2005 ein leichter Anstieg der Sterberate auffiel, liegt die aktuelle Rate wieder auf dem Ausgangsniveau des Zeitraumes 1999/2003. Damit ist ein einheitlicher Trend nicht erkennbar.

	Vermeidbare Sterbefälle: Krankheiten der Leber (SMR)			
	1999/2003	2000/2004	2001/2005	2002/2006
Kreis Soest	0,89	0,92	0,95	0,9
Regierungsbezirk Arnsberg	1,11	1,10	1,12	1,10

Tabelle 7.5: Vergleich der standardisierten Sterberisiken, Bezugsbevölkerung NRW (SMR = 1,0), Durchschnittswerte für 5-Jahreszeiträume (Quelle: LÖGD/LIGA)

7.2.6 Transportmittelunfälle

Hier werden alle Altersgruppen erfasst. Sämtliche Unfälle mit Transportmitteln auf der Straße, der Schiene oder in der Luft gehen in diese Zahlen ein (Personen- und Güterverkehr).



(Quelle: © Erich Kasten / pixelio)

Am häufigsten sind Autounfälle, die diese Sterberate daher maßgeblich beeinflussen. Die fett gedruckten Zahlenwerte sind statistisch signifikante Abweichungen.

Als zusätzliche Vergleichsdaten wurden die SMR für den Hochsauerlandkreis angegeben, weil dort die höchsten Werte erreicht wurden. Während für den Regierungsbezirk und den Hochsauerlandkreis ein leichter Abfall dieser unfallbedingten Sterbefälle auffällt, ist ein solcher Trend für unser Kreisgebiet nicht zu erkennen.

	Vermeidbare Sterbefälle: Transportmittelunfälle (SMR)			
	1999/2003	2000/2004	2001/2005	2002/2006
Kreis Soest	1,32	1,36	1,27	1,48
Hochsauerland- kreis	1,83	1,63	1,54	1,48
Regierungsbezirk Arnsberg	1,01	0,96	0,94	0,92

Tabelle 7.6: Vergleich der standardisierten Sterberisiken, Bezugsbevölkerung NRW (SMR = 1,0), Durchschnittswerte für 5-Jahreszeiträume (Quelle: LÖGD/LIGA)

Bereits im Gesundheitsbericht 2004/2005 war ausgeführt worden, dass die hohen Werte im Zusammenhang mit dem hohen Anteil von Landstraßen im Kreisgebiet zu sehen sind. Das Risiko tödlicher Unfälle auf Landstraßen ist deutlich höher als auf Autobahnen oder Kreisstraßen. Dennoch ist festzuhalten, dass im Regierungsbezirk Arnsberg nur für den Hochsauerlandkreis höhere Werte ausgewiesen wurden. Alle anderen Kreise und Städte des Regierungsbezirks haben hier eine geringere Sterberate. Zusätzlich macht die Betrachtung aller 4 Zeiträume deutlich, dass im Hochsauerlandkreis, der ein Flächenkreis mit einem ähnlichen Straßennetz ist, tendenziell ein Abfall des Risikos für tödliche Verkehrsunfälle erkennbar wurde, während im Kreis Soest sogar für 2002/2006 das höchste Risiko erreicht wurde.

7.3 Resümee

7.3.1 Bösartige Neubildungen der Lunge und Atemwege

- Die Zahl der Sterbefälle an den Tumoren der Lunge und Atemwege im Kreis Soest entspricht dem Durchschnitt in NRW. Seit dem ersten Vergleichszeitraum 1999/2003 ist rückblickend ein kontinuierlicher **Anstieg** der Todesfälle festzustellen.
- Die genannten Tumoren gelten als durch Prävention vermeidbar. Unter Berücksichtigung der Angaben zum Rauchverhalten im Kreisgebiet war eine Angleichung der Zahl der Sterbefälle an das Landesniveau zu erwarten.



(Quelle: © Uta Herbert / pixelio)

7.3.2 Brustkrebs

Auffällig ist, dass im Kreis Soest bisher eine relativ hohe Sterblichkeit an Brustkrebs besteht. Es sollte daher zunächst abgewartet werden, ob sich der Abfall der SMR, der für unseren Kreis in 2002/2006 erstmals auffiel, zukünftig bestätigt. Anlass zur Hoffnung auf eine dauerhaft positive Entwicklung geben die beiden Brustzentren, die inzwischen im Kreis Soest zertifiziert wurden. Im Brustzentrum Senora besteht eine Kooperation von Behandlungs- und Untersuchungseinrichtungen der Städte Lippstadt, Soest und Menden. Dazu gehören als operative Einrichtungen das Evangelische Krankenhaus Lippstadt sowie das Stadtkrankenhaus Soest. Des Weiteren gibt es das Brustzentrum Hamm – Ahlen - Soest. Dabei ist das Kloster Paradiese Kooperationspartner im Kreis Soest.

- Die Zahl der Sterbefälle liegt im Kreisgebiet **über dem Landesniveau**. Die Daten für den nächsten Vergleichszeitraum 2003/2007 werden zeigen, ob der für den Vergleichszeitraum 2002/2006 beschriebene Abfall der SMR eine positive Trendwende darstellt.
- Wesentlichen Einfluss auf die Sterblichkeit haben eine funktionierende Früherkennung sowie die Behandlungsqualität des medizinischen Versorgungssystems. Deshalb wäre die Trendwende als Effekt einer verbesserten Behandlungsqualität durch die beiden Brustzentren zu interpretieren.

7.3.3 Koronare Herzkrankheit

- Die Zahl der Sterbefälle infolge von Durchblutungsstörungen des Herzens entspricht dem **Landesdurchschnitt** von NRW.
- Probleme bezüglich der medizinischen Versorgungsqualität für Patienten mit kardialen Durchblutungsstörungen sind für die betrachteten Zeiträume nicht erkennbar.

7.3.4 Bluthochdruck und zerebrovaskuläre Krankheiten

Bezüglich dieser Diagnosegruppen war für die Vergleichszeiträume seit 1999/2003 ebenfalls ein kontinuierlicher Anstieg der Zahl der Sterblichkeit zu beobachten. Für den zuletzt berechneten Zeitraum wurde das Landesniveau erreicht. Damit ist zwar im Vergleich jetzt ein durchschnittliches Risiko festzustellen. Unbefriedigend ist aber sicher, dass die günstigen Zahlen der ersten beiden Zeiträume nun erheblich übertroffen werden.

Es gibt keine Gründe, die darauf hinweisen, dass die hiesige medizinische Versorgungsqualität vorher so erheblich besser war und es in den letzten Jahren einen deutlichen Qualitätsabfall gab. Wahrscheinlicher ist die Annahme, dass sich das Risiko, an Bluthochdruck zu erkranken oder einen Schlaganfall zu erleiden auch für die Bevölkerung im Kreisgebiet deutlich erhöht hat.

Plausibler erscheint die Annahme, dass viele Betroffene nicht wissen, dass Bluthochdruck immer behandlungsbedürftig ist und dass diese Erkrankung vielfach ohne Beschwerden schon lange Zeit bestehen kann, bevor sie bei einer zufälligen Untersuchung etwa beim Hausarzt erkannt wird. Daher kann die gelegentliche oder regelmäßige Kontrolle des Blutdrucks helfen, die Diagnose früher zu stellen und Komplikationen oder gar einen tödlichen Verlauf zu verhindern.

Diese Entwicklung zeigt auch, dass die Einrichtung spezialisierter Behandlungsmöglichkeiten für Schlaganfallpatienten (sogenannte Stroke Unit = im Bettenplan ausgewiesene spezialisierte Behandlungseinheit im Krankenhaus zur Schlaganfallbehandlung) von großer Bedeutung ist. Eine Stroke Unit mit derzeit 3 Betten wurde im Evangelischen Krankenhaus Lippstadt eingerichtet und stellt einen wichtigen Schritt für die Weiterentwicklung des medizinischen Versorgungssystems im Kreis Soest dar. Seit Anfang dieses Jahres gibt es zwischen der Neurologie des Evangelischen Krankenhauses Lippstadt und dem Stadtkrankenhaus Soest eine Kooperationsvereinbarung zur Behandlung von Schlaganfallpatienten.

- Das Risiko, an den Folgen eines Bluthochdrucks oder von Durchblutungsstörungen des Gehirns zu sterben, hat sich für die Bevölkerung im Kreis Soest zwischen den Vergleichszeiträumen 1999/2003 und 2002/2006 deutlich erhöht. Das **Landesniveau** NRW ist **erreicht** worden.
- Dieser Entwicklung kann durch eine Optimierung des medizinischen Versorgungssystems im Kreis entgegen gewirkt werden. Die Einrichtung einer Stroke Unit ist ein wichtiger Schritt zur Qualitätssteigerung in der Versorgung der Patienten.

7.3.5 Krankheiten der Leber

- Sterbefälle infolge Leberzirrhose und entsprechenden Diagnosen liegen für den Kreis Soest **unterhalb des Landesdurchschnitts**.
- Damit ist für die Vergangenheit von einer ausreichenden Inanspruchnahme präventiver Angebote zur Verhinderung von chronischem Alkoholmissbrauch auszugehen.

7.3.6 Transportmittelunfälle

Die Sterblichkeit durch Verkehrsunfälle bzw. deren Folgen ist im Kreis Soest sehr hoch. Von den 6 in diesem Abschnitt dargestellten Indikatoren weist nur dieser Indikator für den Kreis Soest eine statistisch signifikante Erhöhung der SMR im Vergleich zum Landesdurchschnitt auf. Zudem ist im Trend eher ein weiteres Ansteigen dieses Sterberisikos erkennbar. Dies korreliert nicht mit der Entwicklung im Regierungsbezirk und im Hochsauerlandkreis, der bisher die höchsten Vergleichswerte hatte. Die Ursachen dieser Entwicklung können sowohl in unzureichenden Maßnahmen der Unfallverhütung als auch in Problemen des medizinischen Versorgungssystems liegen.

- Die Sterberate ist für den Kreis Soest **deutlich erhöht**. Im Trend ist sogar noch eine weitere Verschlechterung erkennbar.
- Die Ursachen dieser Entwicklung sind weiter abklärungsbedürftig.

7.4 Nächste Schritte

Bluthochdruck und Schlaganfälle

Bezüglich der Volkskrankheit Bluthochdruck und der steigenden Sterblichkeit durch Schlaganfälle sind Aktionen zur Verbesserung des Wissens über die schwerwiegenden Folgen einer unzureichenden Früherkennung und Behandlung im Kreis Soest erforderlich. Ärzteschaft und Krankenkassen sollten daran gemeinsam mitwirken.

Verkehrsunfälle

Die Ursachen für die deutlich erhöhte Sterblichkeit durch Verkehrsunfälle müssen eingegrenzt werden. Dies sollte in einem Arbeitskreis unter Beteiligung des Leitenden Arztes Rettungsdienst und der Kreispolizei erfolgen. Danach ist zu entscheiden, welche Maßnahmen zur Verbesserung der aktuellen Situation erforderlich sind.

Die Fortsetzung der Darstellung der 6 Indikatoren zu vermeidbaren Sterbefällen ist auch für die nächsten Gesundheitsberichte vorgesehen.

8 HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen

8.1 Einleitung

Das Verhindern des Auftretens und der Verbreitung sexuell übertragbarer Infektionen (abgekürzt STI: Sexually Transmitted Infections) sind historisch gewachsener Bestandteil der Arbeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die vier als „klassisch“ bezeichneten Geschlechtskrankheiten sind Gonorrhoe (Tripper), Syphilis (Lues), Ulcus Molle (weicher Schanker) und Lymphogranuloma venereum (venerische Lymphknotenentzündung). Diese klassischen Geschlechtskrankheiten werden nur durch Geschlechtsverkehr verbreitet. Die erfolgreiche Antibiotika-Therapie seit Mitte des 20. Jahrhunderts erweckte den Eindruck in der Bevölkerung, dass Geschlechtskrankheiten kein ernsthaftes Problem mehr darstellten.

Erst die AIDS-Krise der 80er und 90er Jahre rückte sexuell übertragbare Infektionen wieder mehr in den Vordergrund. Die WHO zählt inzwischen mehr als 33 Erreger, die auch durch intimen sexuellen Kontakt übertragen werden können. Für viele dieser Infektionen gilt, dass sie nicht zu typischen Krankheitsbildern führen und daher oft verspätet oder gar nicht diagnostiziert werden (z. B. Chlamydien, HPV oder HIV) oder dass lange Zeiträume zwischen Infektion und Krankheit liegen (z. B. HIV oder Hepatitis B). Anders als für die klassischen Geschlechtskrankheiten gibt es für diese Infektionen neben dem sexuellen Übertragungsweg noch andere Übertragungsmöglichkeiten.

Das Wissen über sexuell übertragbare Infektionen ist gerade bei jungen Erwachsenen sehr gering: Außer der HIV-Infektion waren in einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 28% der Befragten keine weiteren sexuell übertragbaren Infektionen bekannt. Dies führt zu weniger vorsichtigem Sexualverhalten. Dies ist ein erhebliches Problem in einer Altersgruppe, die sexuelle Erfahrungen sucht und dabei vermehrt auch riskantes Verhalten praktiziert. Dadurch erfuhren sexuell übertragbare Infektionen in den Industrienationen eine neue Dynamik.

Ein weiteres Problem entstand durch eine geänderte Meldepflicht. Seit Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in 2001 bestand auf Bundesebene leider kein aussagekräftiges epidemiologisches Erfassungssystem für Geschlechtskrankheiten mehr. Anonym sind seither nur HIV und Syphilis und namentlich HBV zu melden. Um differenzierte Daten bezüglich weiterer sexuell übertragbarer Infektionen zu erhalten, führt das Robert Koch-Institut (RKI) seit 2002 fortlaufend in ganz Deutschland eine sogenannte „STI-Sentinel-Erhebung“ mit 230 Einrichtungen (60 Gesundheitsämtern, 13 Fachambulanzen und 157 niedergelassenen Ärzten) durch. Dadurch wurde nachgewiesen, dass in den letzten fünf Jahren bundesweit ein deutlicher Anstieg der Häufigkeit traditioneller Geschlechtskrankheiten zu verzeichnen ist.

8.2 Daten zu HIV und sexuell übertragbaren Infektionen

8.2.1 STI-Sentinel-Erhebung des RKI

Im Rahmen der Erhebung wurden 5.937 STI (Sexually Transmitted Infections) im Zeitraum von November 2002 bis September 2006 gemeldet. Am häufigsten wurden HPV-, Herpes genitalis-, Chlamydien-, Gonorrhoe- und Syphilis-Infektionen diagnostiziert. Hauptsächlich waren Männer und Frauen im Alter von 20-39 Jahren betroffen. Eine Auswertung der Daten für NRW (55 Einrichtungen) ergab, dass Gonorrhö, Syphilis, Hepatitis B und HIV häufiger diagnostiziert wurden als im übrigen Bundesgebiet.

Im Bundesdurchschnitt liegt die Häufigkeit von **Syphilis** bei 3,9 pro 100.000 EW. Die Verbreitung der **Chlamydieninfektion** liegt je nach untersuchter Gruppe zwischen 2% und

10%. Besonders sexuell aktive junge Frauen im Alter von 14 bis 25 Jahren haben eine behandlungsbedürftige Chlamydieninfektion. Spätfolge der unbehandelten Chlamydieninfektion ist oft die Unfruchtbarkeit. Chronische **HPV-Infektionen** werden für die meisten der jährlich 6.500 bis 7.000 Zervixkarzinome verantwortlich gemacht.

Für den Kreis Soest liegen für STI keine Zahlen vor.

8.2.2 Sexuelle Dienstleistungen im Kreis Soest

Bis zur Einführung des IfSG in 2001 bestand eine Untersuchungsverpflichtung für Prostituierte. Um diese zu kontrollieren fanden regelmäßige Begehungen in den bekannten Etablissements statt. Seit 2001 erfolgen Untersuchungen nur noch freiwillig. Das nach dem IfSG vorgesehene aufsuchende Angebot in den Etablissements ist abhängig von der Akzeptanz der Betreiber und der Prostituierten. Kreisweit wurden dennoch in unregelmäßigen Abständen die Arbeitsorte für sexuelle Dienstleistungen aufgesucht, um die dort arbeitenden Frauen über sexuell übertragbare Infektionen aufzuklären. Dabei wurde zwar bezüglich STI ein großer Informationsbedarf festgestellt, gleichzeitig war die Akzeptanz des Angebotes insgesamt eher schlecht, weil außer einem Gespräch keine weiteren praktischen Hilfen möglich waren. Der Nutzen blieb daher begrenzt. Diese Situation war unter dem Aspekt der Verhinderung einer Infektionsausbreitung wenig zufriedenstellend.

Nach Kenntnisstand des Gesundheitsamtes besteht ein Angebot für sexuelle Dienstleistungen im Kreis Soest an 35 Orten. Dies waren unter anderem neun Clubs und 16 Apartements. Sexuelle Dienstleistungen werden darüber hinaus durch Haus- und Hotelbesuche bzw. über Begleit- und Partnervermittlungs-Agenturen angeboten. Wie viele Frauen und Männer im Kreis Soest insgesamt der Prostitution nachgehen, ist nicht bekannt. In den bekannten Häusern bzw. Wohnungen ist oft ein relativ schneller Wechsel der Sexarbeiterinnen festzustellen. Wie viele Gelegenheitsprostituierte ihre Dienste anbieten, ist ebenfalls nicht bestimmbar. Eine systematische Auswertung der Anzeigen in der örtlichen Presse ergab von Mai bis Dezember 2007 allein 167 Handynummern, mit denen die Frauen warben.

8.2.3 Beratungs- und Untersuchungsangebot des Gesundheitsamtes

Die dargestellte Situation war Anlass, einen Vorschlag zu erarbeiten, wie ein besseres Angebot für die Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen bei Sexarbeiterinnen aufgebaut werden kann. Am 14.11.06 stimmte der Ausschuss für Soziales und Gesundheit einstimmig der Einrichtung eines solchen Beratungs- und Untersuchungsangebotes im Kreis Soest durch die Abteilung Gesundheit zu. Daher bietet das Gesundheitsamt seit Mai 2007 neben der anonymen Beratung auch gynäkologische Untersuchungen zu sexuell übertragbaren Infektionen einschließlich AIDS an. Die Prostituierten können alle 14 Tage im Gesundheitsamt in Soest in der zweistündigen Sprechstunde auf Infektionen untersucht werden. Die präventive Diagnostik umfasst folgende Infektionen: HIV-Infektion, Syphilis, Hepatitis A, B, C, Chlamydieninfektion sowie Gonorrhöe. Bei Angaben von Beschwerden wird die Diagnostik entsprechend erweitert. Angeboten wird auch eine Hepatitis B-Impfung. Das Angebot zielt in erster Linie auf die Frauen, die nicht krankenversichert sind oder aus anderen Gründen über keinen ausreichenden Zugang zum medizinischen Regelversorgungssystem verfügen.

Von Mai bis Dezember kamen 28 Prostituierte in unsere gynäkologische Sprechstunde, acht von ihnen kamen mehrmals, d. h. 36 Untersuchungen fanden statt. Nur 7 der 28 Frauen sind Deutsche (25%). 39% der Frauen stammen aus Polen (11 Frauen), die anderen aus Ungarn, Bulgarien, Lettland, Bosnien, Ukraine sowie Dominikanische Republik. Die dabei durchgeführten Untersuchungen sind in der Tabelle 8.1 zusammengefasst.

Gynäkologische Sprechstunde 2007 - Statistik									
	05	06	07	08	09	10	11	12	Gesamt
gyn. Unters.	2	6	1	5	4	6	6	3	33
pH-Wert	2	6	1	5	4	6	6	3	33
Pilze	2	6	1	5	4	6	6	3	33
Trichomonaden	2	6	1	5	4	6	6	3	33
Leukocytose	2	6	1	5	4	6	6	3	33
bakt. Vaginosen	2	6	1	5	4	6	6	3	33
HIV	3	6	1	6	3	6	6	3	34
TPHA	1	6	1	3	3	6	6	3	29
Hepatitis B-Laboruntersuchungen	4	6	1	9	3	4	6	4	38
Chlamydien	2	6	1	5	4	6	6	3	33
GO	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cytologie	0	0	0	1	2	4	6	2	15
Hepatitis B-Impfung	0	0	0	1	2	6	0	0	12
Rezept / Beratungen	1	7	0	2	4	6	5	4	29
Gesamtleistungen	27	73	11	63	49	74	80	40	414

Tabelle 8.1: Ärztliche Leistungen in der Beratungsstelle des Kreises Soest von Mai - Dezember 2007 (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Gesundheit)

Dabei wurden von 314 Laborbefunden 17 kontrollbedürftige Befunde und 36 auffällige Befunde erhoben. Bei 2 Frauen bestanden vaginale Infektionen mit Pilzen, in 5 Fällen bakterielle Infektionen und bei 2 Frauen eine bis dahin unerkannte Chlamydieninfektion. 5 Frauen hatten bereits eine Hepatitis B-Infektion. Bei den 28 untersuchten Frauen wurden keine HIV-Infektion, keine Syphilis und keine Gonorrhö diagnostiziert.

8.2.4 AIDS-Beratung und AIDS-Koordination im Gesundheitsamt

26 Jahre nach der Erstbeschreibung (1981) sind **weltweit** 56 Millionen Menschen mit dem HIV infiziert und 25 Millionen wurden von der Immunschwäche AIDS getötet. Alle zehn Sekunden stirbt in der Welt ein Mensch an AIDS.

In Deutschland sind rund 26.000 Menschen an AIDS gestorben. Die Infektionsrate mit HIV konnte in Deutschland aufgrund der Präventionsmaßnahmen auf einem relativ niedrigen Niveau gehalten werden. Trotzdem stieg 2007 die jährliche Zahl der Neuinfektionen auf 2.752 an. Das waren 4% mehr als im letzten Jahr. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts lebten Ende des Jahres 2007 insgesamt rund 59.000 Menschen mit HIV und AIDS in Deutschland. Rund 10.000 davon sind Frauen. Unter den Neuinfizierten haben nach wie vor Männer, die Sex mit Männern haben, den größten Anteil (65%). Der Anteil der über heterosexuelle Kontakte Infizierten liegt bei fast 30%. 647 Berichte über neu an AIDS erkrankte Personen gingen 2007 ein. Da Nachmeldungen zu erwarten sind, wird die Gesamtzahl der Infizierten, bei denen sich die Immunschwäche im Jahr 2007 zum Vollbild AIDS entwickelt hat, auf ca. 1.000 geschätzt.

In Nordrhein-Westfalen sind rund 12.000 Menschen HIV-positiv. Bei rund 1.700 ist die Krankheit ausgebrochen. Die Gesundheitsministerin geht von 600 jährlichen Neuinfektionen in NRW aus. Das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst untersucht jährlich 23.000 Blutproben auf HIV. Die Rate der HIV-positiven Testergebnisse stieg von 2004 bis 2007 von 0,4 auf 0,9%. Für die ansteigenden Infektionsraten wird ein geändertes Risikobe-

wusstsein verantwortlich gemacht. Durch die stetig verbesserte medikamentöse Behandlung werden Schutzmaßnahmen beim Sex wieder seltener angewendet, obwohl die Therapie nicht zu einer Heilung führt, sondern nur zu einer Lebensverlängerung. Nur noch ein Drittel der Bevölkerung in Deutschland stuft AIDS als gefährlich ein (repräsentative Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZGA).



(Quelle: © Tomizak / pixelio)

Im Kreis Soest bietet die AIDS-Beratungsstelle des Gesundheitsamtes anonyme Beratungen und eine kostenlose Blutuntersuchung zu sexuell übertragbaren Infektionen einschließlich AIDS an. Im Jahr 2007 fanden während der regelmäßigen Sprechstunden hierzu **403 persönliche Beratungsgespräche** (Tabelle 8.2) in der Kreisverwaltung statt, davon 174 in Lippstadt. Telefonisch wurden zusätzlich 93 Bürgerinnen und Bürger beraten. Insgesamt wurden **187** kostenlose und anonyme **HIV-Antikörper-Testungen** durchgeführt. Einer der getesteten Personen musste ein HIV-positives Testergebnis mitgeteilt werden.

	2003	2004	2005	2006	2007
Persönliche Beratungen	443	439	430	408	403
HIV-Antikörper-Tests	203	195	196	178	187
HIV-Neuinfektionen	11	11	12	12	16

Tabelle 8.2: Entwicklung der Beratungsleistungen und Neuinfektionszahlen im Kreis Soest (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Gesundheit, AIDS-Beratung)

Von 1987 bis Ende 2007 sind im Kreisgebiet Soest **230 HIV-Infizierte** (172 Männer und 58 Frauen) bekannt geworden. Von diesen 230 sind mindestens 52 bisher verstorben – davon drei im Jahr 2007. Von 1997 bis 2002 lag die Zahl der jährlichen Neuinfektionen kontinuierlich bei 8 HIV-Infektionen. Danach zeigt sich bis 2007 eine Verdoppelung der Neuinfektionen. Die Beratungs- und Untersuchungsanfragen im Gesundheitsamt waren dagegen im gleichen Zeitraum rückläufig (Tabelle 8.2), während bundesweit eine gleichbleibende Testnachfrage gegeben ist (Ergebnis in der repräsentativen Befragung der BZGA).

Außer dem sexuellen Übertragungsweg lassen sich für HIV anteilig die anderen Übertragungswege ermitteln (Tabelle 8.3). Die Zahlen für das Kreisgebiet weichen aus unterschiedlichen Gründen von den Zahlen für ganz Deutschland geltenden ab. 35 der 230 Infizierten sind oder waren in der Justizvollzugsanstalt in Werl überwiegend wegen ihrer Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz inhaftiert. 2007 sind dies vier der 16 bekannt gewordenen HIV-Infektionen. Außerdem meldeten sich 49 HIV-infizierte Drogenabhängige im Laufe der Jahre bei der AIDS-Koordination, weil sie Hilfe für die Methadon-Substitutionsbehandlung benötigten. Deshalb ist dieser Übertragungsweg anteilig überrepräsentiert.

Infektionsrisiko	Kreis Soest (%)	Deutschland (%)
intravenöser Drogengebrauch	41,7%	11,9%
Sexuelle Kontakte unter Männern	23,5%	58,4%
Heterosexuelle Kontakte	22,6%	27,9%
Blutkontakte / Blutprodukte (in Deutschland vor 1986)	6,0%	0,9%
Mutter-Kind-Transmission	0,5%	0,9%
keine Angaben	5,7%	-
gesamt	100%	100%

Tabelle 8.3: Prozentuale Verteilung der 230 bisher im Kreis Soest bekannt gewordenen HIV- Infizierten nach dem mitgeteilten Übertragungsweg und Vergleich mit den Angaben des RKI zu den 59.050 lebenden Infizierten in Deutschland (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Gesundheit)

In Präventionsveranstaltungen in Schulen und anderen Einrichtungen wird nicht nur über HIV, sondern auch über die anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, deren Infektionswege, Schutzmaßnahmen sowie über Schwangerschaftsverhütung aufgeklärt. Die Einzelnen sollen befähigt werden, Gefährdungen zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Auf Anfragen von Institutionen wurden im Jahr 2007 von der AIDS-Koordination **76 Informationsveranstaltungen** für verschiedene Zielgruppen durchgeführt, davon 56 in Schulklassen und vier vor Multiplikatoren. Insgesamt wurden mit den Veranstaltungen **3.997** Teilnehmer erreicht. Ein weiteres öffentlichkeitswirksames Projekt der AIDS-Beratungsstelle in 2007 war „**Komm auf Tour- meine Stärken, meine Zukunft**“. 384 Schülerinnen und Schüler der 7. Jahrgangsstufe aus 8 Hauptschulen besuchten dabei einem Erlebnisparcours der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die Aktion fand im Foyer des Berufsbildungszentrums in Soest statt. Außerdem besuchte der **missio AIDS-Truck** (Internationales Katholisches Missionswerk e.V. Aachen – finanziell gefördert durch die Nordrhein-Westfälische Stiftung für Umwelt und Entwicklung) das Friedrich Spee-Gymnasium in Rütten und das Aldegrevier-Gymnasium in Soest. Ergänzt wurde der Besuch des Trucks durch eine Lerneinheit von drei Unterrichtsstunden mit der AIDS-Hilfe im Kreis Soest e.V. und der AIDS/STI-Koordination des Gesundheitsamtes.

8.3 Resümee

8.3.1 Beratungs- und Untersuchungsangebot für STI

- Die Kombination eines ärztlichen Beratungs- und Untersuchungsangebotes mit aufsuchender Arbeit hat bereits in den ersten 8 Monaten zu einer guten Akzeptanz geführt. Die Bedeutung des Angebotes für diese besonders gefährdete Personengruppe hat sich damit bestätigt.
- Der Anteil von 75% ausländischer Sexarbeiterinnen, die in die Sprechstunde kamen, hat überrascht. Normalerweise haben die Frauen große Schwellenangst. Die Zusage der Anonymität des Angebotes und die aufsuchende Arbeit haben geholfen, die Ängste abzubauen. Sexarbeiterinnen aus osteuropäischen Ländern wechseln häufig

ihren Arbeitsort und verfügen über keinen Krankenversicherungsschutz. Von ihnen werden Untersuchungsangebote des Regelversorgungssystems kaum genutzt.

- Die hiesigen Untersuchungsdaten haben für mehr als 11% der untersuchten Frauen den Nachweis einer STI (Sexually Transmitted Infections) ergeben. Bei 9 der Frauen bestand Behandlungsbedarf, der ohne das hiesige Untersuchungsangebot nicht erkannt worden wäre, weil keine oder nur geringe Beschwerden bestanden.
- Der Weiterverbreitung von STI kann damit wirkungsvoll begegnet werden. Gesundheitliche Langzeitschäden bei den Klientinnen können verhindert werden.

8.3.2 AIDS-Beratung

- Nur noch ein Drittel der Bevölkerung in Deutschland stuft AIDS als gefährlich ein, obwohl trotz verbesserter Behandlungsmöglichkeiten weiterhin keine Heilung, sondern nur eine Lebensverlängerung bei einer HIV-Infektion möglich ist.
- Steigende Neuinfektionsraten unterstreichen die Bedeutung der Aufklärung über AIDS und die Übertragungswege von HIV.
- Besonders Jugendliche müssen weiter im Mittelpunkt der Informationsbemühungen stehen, um riskantem Sexualverhalten entgegen zu wirken.
- Der Rückgang der Zahl der HIV-Testungen ist besorgniserregend, weil die Hälfte der HIV-Infektionen zu einem Zeitpunkt geschieht, da der Überträger noch nichts von seiner eigenen HIV-Infektion weiß. Die Werbung für den Test im Kreisgebiet bleibt wichtig, weil auf Bundesebene kein solcher Rückgang der Testnachfragen zu verzeichnen ist.

8.4 Nächste Schritte

Fortführung des anonymen Beratungs- und Untersuchungsangebotes zu STI für besonders gefährdete Personengruppen.

Sicherung des Präventionserfolges (niedrige absolute HIV-Neuinfektionszahlen) durch unverändert intensive Aufklärung zu HIV und AIDS in den Schulen.

Weiterhin Durchführung einer kontinuierlichen Öffentlichkeitsarbeit zur HIV-Prävention.

Fortbildungsveranstaltung für niedergelassene Ärzte und Ärztinnen , auch um den Focus auf den HIV-Antikörper-Test zu richten.

Quellen:

1. BZgA: Repräsentativerhebung „Aids im öffentlichen Bewusstsein“ 2005
2. Retrovirus Bulletin aus Erlangen, 3/2007
3. RKI: Sexuell übertragbare Erkrankungen überschreiten Grenzen, Epidemiologisches Bulletin, 39, vom 28.09.07
4. RKI: Welt-AIDS-Tag 2007, Epidemiologisches Bulletin, 47/2007, vom 23.11.07
5. RKI: Zur Bestimmung der Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland, Epidemiologisches Bulletin, 1/2008 vom 04. 01.08, www.who.int

9 Tuberkulose

9.1 Einleitung

Die Tuberkulose (Tbc) ist eine meldepflichtige Infektionskrankheit, die durch Bakterien (*Mycobacterium tuberculosis*) hervorgerufen wird. Am häufigsten ist die Lungen-Tuberkulose mit ca. 80% der Fälle, es können aber auch z. B. die Lymphknoten (ca. 20%) und sehr selten andere Organe wie die Nieren oder die Haut betroffen sein. Üblicherweise ist die Lungen-Tuberkulose gemeint, wenn man von der Tuberkulose spricht. Dabei dringen die Tuberkulosebakterien durch die Atemwege in den Körper ein und führen in der Lunge zu einem Entzündungsprozess. Das Abwehrsystem des Menschen ist meistens in der Lage, die Infektion so zu bekämpfen, dass es zu keiner weiteren Ausbreitung kommt. Die Betroffenen fühlen sich dabei in der Regel nicht krank. Bei 90% der Infizierten endet damit das Krankheitsgeschehen. Diese Personen erwerben dabei eine Immunität gegen Tbc. Allerdings kann es in seltenen Fällen auch nach Jahren zu einer Reaktivierung einer abgeheilten Tbc im Rahmen anderer schwerer Erkrankungen kommen. Bei ca. 10% der Infizierten schafft es das Immunsystem nach erfolgter Infektion nicht, die Tbc-Bakterien ausreichend zu bekämpfen.

Bei diesen Menschen kommt es dann zu einer Erkrankung. Die Entzündung in der Lunge dehnt sich aus und es kann zur „offenen“ Lungen - Tbc kommen, wenn der Entzündungsprozess schließlich vom eigentlichen Lungengewebe auf einen Bronchus übergreift. Dann gelangen die Tuberkulosebakterien aus diesen tiefen Luftwegen über die Luftröhre in Mund und Nase. Von dort verbreitet der an „offener“ Tbc Erkrankte beim Sprechen, Niesen oder Husten mit seiner Ausatemungsluft feinste Tröpfchen, die Tbc-Bakterien enthalten. Die höchste Ansteckungswahrscheinlichkeit haben deshalb Kontaktpersonen in der direkten Umgebung der Erkrankten, die diese Tröpfchen einatmen und sich damit mit Tbc-Bakterien infizieren.

9.2 Epidemiologie der Tuberkulose

Tuberkulose ist neben Malaria und HIV/Aids die **weltweit** häufigste Infektionskrankheit. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erkranken weltweit jährlich immer noch 8 - 9 Millionen Menschen neu an Tuberkulose. Etwa zwei Millionen sterben an der Erkrankung. In den meisten stark betroffenen Ländern fehlt das Geld für eine effektive Behandlung, Verhütung und Kontrolle. Insbesondere in afrikanischen Ländern wird durch gleichzeitige Infektionen mit HIV der Ausbreitung der Tbc Vorschub geleistet. Das HIV führt zu einer schlechteren Immunabwehr. Diese Patienten erkranken nach Infektion mit Tbc-Bakterien immer und sie tragen zu einer wesentlich stärkeren Verbreitung der Tbc bei.

Auch in einigen Regionen **Europas** ist die Lage besorgniserregend. Insbesondere in Osteuropa breitet sich die Tbc immer weiter aus. Diese Entwicklung mit sprunghaften Erhöhungen der Erkrankungszahlen nach dem Zusammenbruch der dortigen Gesundheitsversorgung und der Entstehung von multiresistenten Tuberkulosebakterien (MDR) sind erschreckend und haben, z. B. durch Zuwanderung, auch Einfluss auf das Krankheitsgeschehen in Deutschland. Im Jahr 2005 kamen in Kasachstan 209,9 neu an Tuberkulose Erkrankte auf 100 000 EW. In allen östlichen Ländern Europas zusammen liegt die Tbc - Inzidenz bei 110 (Quelle: Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose). Hauptursache der bedrohlichen Resistenzentwicklung bei Tbc-Bakterien in Europa sind zu geringe Dosierungen der Medikamente, ein zu kurzer Behandlungszeitraum oder eine unzureichende Kombination der Medikamente. Die entstandenen multiresistenten Erreger stellen dann auch für eine korrekt durchgeführte Behandlung oft ein Problem dar.

Anders sieht die Lage in Ländern mit einer niedrigen Neuinfektionsrate aus. Dazu zählt auch **Deutschland**. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts wurden im Jahr 2007 in Deutschland

4.916 Tuberkulose-Erkrankungen gemeldet. Davon traten 1.253 Erkrankungen in NRW auf. Dies sind noch vorläufige Zahlen, die im Jahresverlauf üblicherweise leicht korrigiert werden. Dennoch bestätigt sich der in den letzten Jahren feststellbare Trend zum Rückgang der Neuinfektionsrate. Nach 8 Neuinfektionen pro 100.000 EW in 2004 sank die Rate bis 2006 auf 6,6/100.000 (5.391 Neuerkrankungen) bundesweit.

Zur Hauptrisikogruppe für Tuberkulose in Deutschland gehören Menschen, die in Ländern mit einer hohen Erkrankungshäufigkeit geboren und aufgewachsen sind (Asylbewerber/innen, Kriegsflüchtlinge, Aussiedler/-innen). In ihren Herkunftsländern waren sie aufgrund der hohen Erkrankungszahlen und einer zum Teil schlechten Infrastruktur sowie weiterer begünstigender Faktoren (z. B. zunehmende Armut, Obdachlosigkeit, mangelnde Hygiene, HIV-Infektionen, Zunahme resistenter Stämme) einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt. Auch für die deutsche Bevölkerung lässt sich feststellen, dass unverändert die Menschen das höchste Infektionsrisiko haben, die unter schlechten sozialen und gesundheitlichen Bedingungen leben. Männer (9,1/100.000) haben eine deutlich höhere Neuinfektionsrate als Frauen (5,7/100.000).

Im Diagramm 9.1 wird deutlich, dass die Inzidenzen für den **Kreis Soest** sich nicht so einheitlich entwickeln wie auf Landes- oder Bundesebene. Dies ist durch den sprunghaften Anstieg von 6,5 in 2004 auf 9,1 in 2005 bedingt. Eine Begründung für diesen Anstieg ist im hiesigen Infektionsgeschehen nicht erkennbar gewesen. Um solche starken zufällig bedingten Schwankungen auszugleichen (die bei niedrigen absoluten Meldezahlen das Ergebnis besonders beeinflussen), ist es sinnvoll, auf Kreisebene einen Mittelwert mehrerer Jahre heranzuziehen, wenn man statistische Vergleiche vornehmen möchte. Dieser Mittelwert lag für den Zeitraum 2004 bis 2006 unterhalb des Vergleichswertes für NRW.

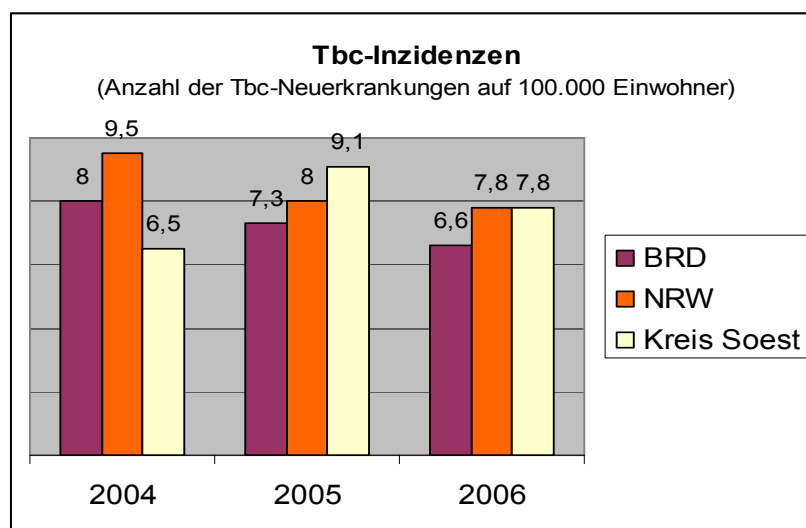


Diagramm 9.1: Neuinfektionsraten für Tbc von 2004 - 2006 (Quellen: RKI, Kreis Soest, Abteilung Gesundheit)

Im Jahr 2007 wurden dem Gesundheitsamt des Kreises Soest 25 Tuberkuloseerkrankungen gemeldet. Die Betrachtung der Herkunftsländer bestätigt auch im hiesigen Bereich einen Anteil von etwa 50% Betroffener, die nicht in Deutschland geboren wurden (Diagramm 9.2). Neun dieser an Tuberkulose erkrankten Personen wurden in den ehemaligen Ostblockstaaten geboren (davon 4 in Kasachstan, 2 in der Russischen Föderation, einer in der Ukraine, 2 in Polen). Bei einem Erkrankten (Geburtsland Russische Föderation) wurden multiresistente Erreger nachgewiesen. Der Patient verstarb, bevor eine Therapie eingeleitet werden konnte.

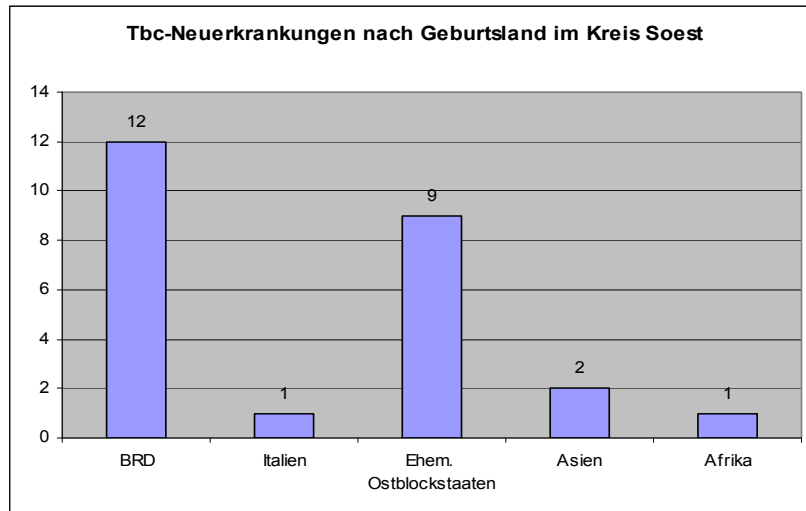


Diagramm 9.2: Verteilung der Tbc-Neuerkrankungen in 2007 im Kreis Soest nach Geburtsland (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Gesundheit)

Überwachte Therapien wurden bei zwei Patienten durchgeführt. Wegen ihrer Alkoholkrankheit war die zuverlässige Medikamenteneinnahme sonst nicht gewährleistet. Beides waren Männer, gebürtig aus Kasachstan bzw. der Russischen Föderation.

Den Gesundheitsämtern obliegen gemäß Infektionsschutzgesetz verschiedene Aufgaben, wenn eine Tuberkuloseerkrankung gemeldet wurde. Zunächst ist umgehend eine Umgebungsuntersuchung im Umfeld der erkrankten Person einzuleiten. Alle sogenannten Kontaktpersonen des Erkrankten müssen ermittelt und untersucht werden. Die Untersuchungen dienen dem Ausschluss weiterer Tbc-Erkrankungen und sollen gegebenenfalls vorhandene Infektionsquellen aufdecken.

Im Rahmen von Umgebungsuntersuchungen wurden insgesamt 1.160 Untersuchungen (Diagramm 9.3) veranlasst bzw. durchgeführt. Zu diesem Zweck wurden im Gesundheitsamt 441 Hauttestungen durchgeführt. Dabei wird nach einem Stempeltest bzw. nach Injektion einer Tuberkulin - Testlösung in einem Abstand von 3 Tagen die Hautreaktion der untersuchten Person gemessen. Diese Reaktion zeigt an, ob zuvor Kontakt zu Tuberkulose-Bakterien bestand. Bei den anderen Untersuchungen handelte es sich vor allem um Röntgen- und Speicheluntersuchungen bzw. seit dem Jahr 2007 erstmalig um Interferon-Gamma-Testungen. Diese neue Labordiagnostik hat gegenüber den bisherigen Hauttestungen eine deutlich bessere Aussagefähigkeit, ist aber auch erheblich teurer. Außerdem bieten bisher nur wenige Laboratorien diese neue Diagnostik an. Um auch nach erfolgreicher Behandlung eine Nachbeobachtung sicher zu stellen, werden ehemalige Patienten und Patientinnen bis etwa fünf Jahre nach beendeter tuberkulostatischer Therapie vom Gesundheitsamt betreut, indem sie zum Beispiel zu Röntgenkontrolluntersuchungen eingeladen werden. Im Jahr 2007 befanden sich 120 Patienten und Patientinnen aus dem Kreis Soest in der Tuberkulosebetreuung des Gesundheitsamtes. Auch diese Zahl ist rückläufig und bestätigt die insgesamt sinkende Inzidenz der Tbc.



(Quelle: © Michael Bührke / pixelio)

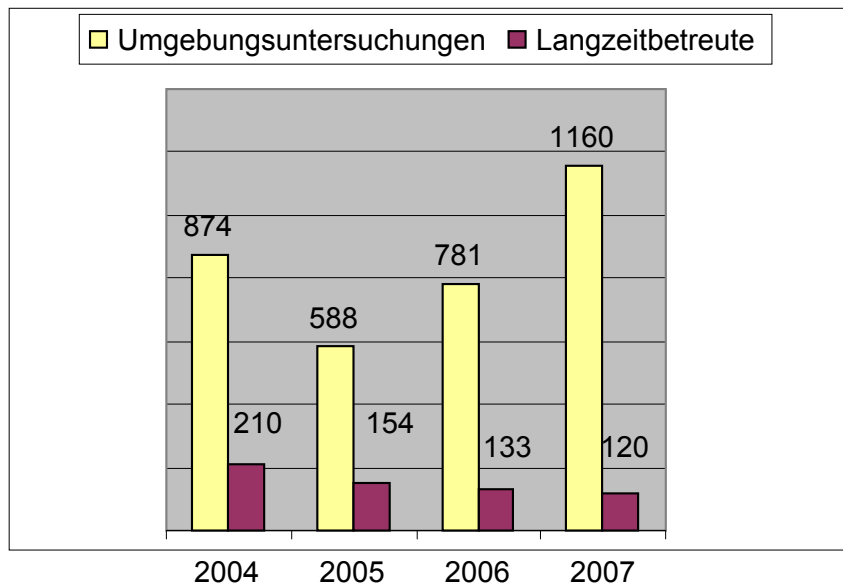


Diagramm 9.3: Anzahl der Tbc-Umgebungsuntersuchungen und Langzeitbetreuten nach Behandlung (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Gesundheit)

9.3 Resümee

Insgesamt spiegelt das Infektionsgeschehen der Tuberkulose im Kreis Soest die rückläufige Entwicklung auf Landes- und Bundesebene wider. Die in NRW höhere Inzidenz ist vom relativ hohen Ausländeranteil geprägt. Aus unserem Bundesland kommen ca. 25% der gemeldeten Tbc-Erkrankungen, obwohl nur ca. 20% der Bevölkerung in NRW leben. Bei der Analyse der Inzidenz im Kreis Soest ist zu berücksichtigen, dass bei uns der Ausländeranteil mit 7,2% erheblich unter dem NRW-Durchschnitt von 10,7% liegt. Daher wäre grundsätzlich eine niedrigere Inzidenz an Neuerkrankungen als in ganz NRW zu erwarten. Die entspricht aber nicht den Ergebnissen der letzten Jahre. Folgende Aussagen sind zur Tbc im Kreis Soest wesentlich:

- Die Neuerkrankungszahlen an Tbc im Kreis Soest befanden sich zuletzt in 2004 auf niedrigem Niveau. Die Demographie im Kreisgebiet gibt keine Erklärung für die höheren Inzidenzen in 2005 und 2006.
- Etwa die Hälfte der Neuerkrankten wurde nicht in Deutschland geboren.
- Einzelne Fälle mit multiresistenten Erregern traten inzwischen auch hier auf.
- Schlechte soziale Lebensbedingungen erhöhen das Infektionsrisiko für Tbc.
- Die neu eingeführte Interferon-Gamma-Diagnostik hat die Tbc-Diagnostik verbessert.

9.4 Nächste Schritte

Für den nächsten Gesundheitsbericht werden die Meldedaten weiter aufbereitet, um zu klären, ob es besondere Risikogruppen im Kreisgebiet gibt, die die relativ hohe Inzidenz der letzten beiden Jahre erklären können.

10 Pflegerische Versorgung

10.1 Einleitung

Nach dem Landespflegegesetz Nordrhein Westfalen (PfG NW) sind die Kreise verpflichtet, eine den örtlichen Anforderungen entsprechende und die Trägervielfalt berücksichtigende pflegerische Angebotsstruktur nach Maßgabe des Gesetzes sicherzustellen. Gemäß § 6 PfG NW haben die Kreise eine kommunale Pflegeplanung durchzuführen. Dabei dient eine aktuelle Bestandsaufnahme der Bewertung des Angebotes und der Klärung der Frage, welche Maßnahmen zur Sicherstellung und Weiterentwicklung des Hilfeangebotes ergriffen werden müssen. Weiterhin werden auf der Grundlage dieser Daten Betreiber und Investoren beraten, die Pflegeeinrichtungen im Kreisgebiet um- oder neu bauen wollen. Mit dem Ziel der kontinuierlichen Planung und Berichterstattung, verbunden mit einer möglichst geringen Arbeitsbelastung der Pflegeanbieter und Einrichtungen, erfolgt die Erhebung zur kommunalen Pflegeplanung mit gleichem Stichtag wie die des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik (LDS) alle zwei Jahre.

Die Erhebung des Sachgebietes Sozialplanung des Kreises Soest für die kommunale Pflegeplanung 2006 - 2008 hat den Stichtag 15.12.2005. Sie setzt sich aus dem Erhebungsbogen des LDS und einem Zusatzerhebungsbogen des Kreises zusammen. Das Ergebnis dieser Erhebung ist im Bericht zur kommunalen Pflegeplanung 2006 – 2008 zusammengefasst. Nach einvernehmlicher Zustimmung der Pflegekonferenz und des Sozial- und Gesundheitsausschusses des Kreises Soest ist der Bericht im Pflegeatlas des Kreises im Internet veröffentlicht worden.

Die Daten in diesem Berichtsteil sind im Wesentlichen das Ergebnis dieser Erhebung. Die verwendeten Bevölkerungszahlen sind LDS - Daten oder Berechnungen der Abteilung Kreisentwicklung, ebenfalls auf der Basis von LDS - Daten.

10.2 Pflegesituation im Kreis Soest

10.2.1 Pflegebedürftige

Jüngste Gemeinde im Kreisgebiet ist die Gemeinde Ense, in der 15,50% der Bevölkerung 65 Jahre und älter sind. Älteste Gemeinde bleibt Bad Sassendorf mit 27,47% der Bevölkerung im Alter von 65 und älter.

Auch die Altenquotienten (Definition: siehe Teil I. Demographie und soziale Lage unter 2.1.3) in den einzelnen Städten/Gemeinden unterscheiden sich deutlich. So kommen in der jüngsten Gemeinde Ense auf 100 Ew. im Alter von 25 bis 64 Jahren 28 Einwohnerinnen und Einwohner, die 65 und älter sind, während dies in der ältesten Gemeinde Bad Sassendorf 56 sind.

Im Jahr 2005 waren im Kreis Soest rund 7.700 Menschen pflegebedürftig, das entspricht einer Quote von 2.493 Personen je 100.000 EW. Die landesweite Quote liegt zum Vergleich bei 2.531 Personen je 100.000 EW. Diese Zahlen berücksichtigen jeweils nur die Personen, die in eine Pflegestufe eingestuft sind (nicht: Pflegestufe 0).

Neben der aktuellen Anzahl der Pflegebedürftigen sind die Neuzugänge interessant, die über die Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ermittelt werden können. Die Anzahl der Erstbegutachtungen durch den MDK sind sowohl in der ambulanten als auch in der vollstationären Pflege angestiegen. Im Jahr 2003 wurden insgesamt 2.646 Erstbegutachtungen durchgeführt. Im Jahr 2005 waren dies 2.663. Mit Empfehlung einer Pflegestufe endeten 2003 insgesamt 1.692 Erstbegutachtungen, in 2005 waren dies

1.594. Dies entspricht 516 Personen je 100.000 EW. Landesweit wurden 513 Personen je 100.000 EW mit Empfehlung einer Pflegestufe erstmalig durch den MDK begutachtet.

10.2.2 Ambulante Pflege

10.2.2.1 Ambulante Pflegedienste

Während die Anzahl der ambulanten Pflegedienste im Kreis Soest von 29 in 2003 auf 28 in 2005 zurückgegangen ist, ist die Zahl der Pflegebedürftigen, die von diesen Diensten betreut werden, von 1.936 in 2003 auf 2.155 in 2005 weiter angestiegen.

Im Jahr 2004 haben die Sprenger GmbH und das Gesundheits- und sozialpflegerische Zentrum des DRK in Lippstadt zum Kreisverband Lippstadt Pflege- und Gesundheitsdienst gGmbH fusioniert. Die Diakoniestation Werl stellte den ambulanten Dienst zum 1.1.2004 ein. Im Jahr 2005 hat ein neuer ambulanter Dienst in der Gemeinde Möhnesee namens Möhne-mobil seine Tätigkeit aufgenommen.

Die Verteilung der Trägerschaft stellt sich wie folgt dar:

Art der Trägerschaft	2003	2005
Träger der freien Wohlfahrtspflege	52%	50%
privater Träger	48%	50%

Tabelle 10.1: Art der Trägerschaft der ambulanten Einrichtungen (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Soziales)

In 2003 kamen auf einen tätigen ambulanten Pflegedienst im Kreisgebiet 51 Sachleistungsempfänger (zum Vergleich landesweit: 47,0 Pflegebedürftige je Pflegedienst). In 2005 sind dies 58 (landesweit 48).

Auffallend ist bei den Daten zur ambulanten Pflege, dass der Kreis Soest im Landesvergleich wenig ambulante Dienste hat, die jedoch bezogen auf die Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen groß sind. Die Zahl der Pflegebedürftigen je ambulantem Dienst liegt mit 58 deutlich über dem Landesdurchschnitt von 48, die Zahl der Pflegebedürftigen pro Mitarbeiter/-innen entspricht mit 2,2 genau dem Landesdurchschnitt.

Während die Anzahl der Mitarbeiter/-innen unverändert ist, verzeichnet der Anteil der vollbeschäftigten Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen von 19,4% in 2003 auf 19,9% in 2005 einen leichten Anstieg. Die Verschiebung von Vollzeit- zu Teilzeitstellen, die von 2001 bis 2003 stattgefunden hat, findet in 2005 keine Fortsetzung.

Vollzeit- und Teilzeitstellen zusammengerechnet würden ca. 403 Vollzeitstellen entsprechen. Bei einer Einwohnerzahl von 308.856 entspricht das einer Versorgungsquote von 766 Einwohnerinnen und Einwohnern (EW) zu einer Vollzeitkraft (VZK) bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen. Damit ist die Versorgungsquote im Vergleich zu 2003 besser geworden:

2001: 704 EW zu 1 VZK (2001) = 1,42 VZK / 1.000 EW
 2003: 813 EW zu 1 VZK (2003) = 1,24 VZK / 1.000 EW
 2005: 766 EW zu 1 VZK (2005) = 1,30 VZK / 1.000 EW

10.2.2.2 Gerontopsychiatrische Veränderung aller Pflegebedürftigen

Durch eine Zusatzerhebung des Kreises Soest wurden der Anteil der gerontopsychiatrisch veränderten Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege und die Lebenssituation aller Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege ermittelt. Die Definition „gerontopsychiatrisch verändert“ wurde im Vergleich zu 2003 geändert. 26% aller Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege sind danach gerontopsychiatrisch verändert. Im Jahr 2003 waren es 29%.

35% aller Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege leben allein, 26% mit Angehörigen und 30% mit dem Ehepartner in einem Haushalt. Von den 762 ambulant betreuten Pflegebedürftigen, die allein leben, werden allerdings 54% (d. h. 414) zusätzlich durch Angehörige versorgt. Die restlichen 348 Pflegebedürftigen leben ganz allein.

10.2.2.3 Jüngere Pflegebedürftige

Ca. 11% der Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege sind 65 Jahre und jünger. In 2003 waren es 10%. Im Vergleich zu 2003 ist der Anteil der jüngeren Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege um 1 % gestiegen.

Unter den jüngeren Pflegebedürftigen (65 Jahre und jünger) befinden sich 49% Männer und 51% Frauen, während von allen Sachleistungsempfängern in der ambulanten Pflege 34% Männer und 66% Frauen sind.

Die jüngeren Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege teilen sich anteilmäßig wie folgt auf die einzelnen Altersstufen auf:

Altersstufe	2003 (in %)	2005 (in %)
unter 18	1	5
18-40	16	18
41-60	44	48
61-65	39	30

Tabelle 10.2: Altersstufen der jüngeren Pflegebedürftigen (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Soziales)

Die Altersgruppe der 41- bis 60-Jährigen behält mit 48 % den größten prozentualen Anteil an den jüngeren Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege. Allerdings verringert sich der prozentuale Anteil der 61- bis 65-Jährigen zugunsten der jüngeren Altersstufen.

10.2.2.4 Pflegeeinstufung in der ambulanten Pflege

24,3% der Pflegebedürftigen (Sachleistungsempfänger/-innen), die von ambulanten Einrichtungen betreut werden, sind in die Pflegestufe 0 eingestuft. In 2003 waren dies 23,9% und in 2001 10,7%. In 2005 liegt der prozentuale Schwerpunkt auf Pflegestufe II und nicht mehr wie in 2003 auf Pflegestufe I.

Die Verdopplung des Anteils der in Pflegestufe 0 eingestuften Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege in 2003 (23,9%) im Vergleich zu 2001 (10,7%) hängt nach Auskunft des MDK Westfalen-Lippe mit der am 6.10.1999 in Kraft getretenen Vereinbarung zum

§ 3 Landespflegegesetz zusammen. Durch diese Vereinbarung kam und kommt es zu einer großen Zunahme der Begutachtungsanträge von Krankenhauspatienten, deren Hilfebedarf aktuell zwar gegeben ist, aber nicht länger als 6 Monate andauert. Für diese Begutachteten wird daher vom MDK die Pflegestufe 0 empfohlen. Diese Erklärung wird durch die aktuellen Daten bestätigt, da sich diese Entwicklung nicht fortgesetzt hat. In 2005 waren 24,3% der Pflegebedürftigen (Sachleistungsempfänger/-innen) die von ambulanten Einrichtungen betreut wurden, in die Pflegestufe 0 eingestuft.

Einstufung	2001		2003		2005	
	Anzahl	%-Anteil	Anzahl:	%-Anteil:	Anzahl:	%-Anteil:
Pflegestufe 0	181	10,65%	463	23,92%	523	24,27%
Pflegestufe I	733	43,14%	689	35,59%	695	32,25%
Pflegestufe II	612	36,02%	600	30,99%	733	34,01%
Pflegestufe III	157	9,24%	172	8,88%	190	8,82%
Pflegestufe III HF	1	0,06%	9	0,46%	10	0,46%
ohne Zuordnung	15	0,88%				
keine Angabe			3	0,16%	4	0,19%
gesamt:	1.699	100%	1.936	100%	2.155	100%

Tabelle 10.3: Einstufung der ambulant betreuten Pflegebedürftigen (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Soziales)

Bei den Erstgutachten des MDK hat der Anteil der beantragten Sachleistungen von 16% (2003) auf 18 % (2005) zugenommen, der Anteil der beantragten Geldleistungen ist hingegen von 64% auf 56 % zurückgegangen.

Sowohl die Anzahl der Sachleistungsempfänger/-innen als auch der Anteil der in Anspruch genommenen Sachleistungen haben zugenommen.

10.2.3 Teil- und vollstationäre Einrichtungen im Kreis Soest

10.2.3.1 Tagespflege

Am 15.07.2005 hat eine neue Tagespflegeeinrichtung im Kreis Soest, St. Hildegard in Lippstadt, ihren Betrieb aufgenommen. Außerdem sind durch den Neubau der Tagespflege Lebensbaum in Anröchte (in Betrieb seit 1.9.2005) 3 zusätzliche Tagespflegeplätze entstanden. Somit gab es am Erhebungstichtag 9 Tagespflegeeinrichtungen mit 125 Plätzen und 171 Pflegebedürftigen (davon 22% Männer und 78% Frauen) im Kreis Soest. Der Auslastungsgrad der Tagespflegeeinrichtungen stagniert in 2005 auf dem Wert von 2003 mit 77%. Die Berechnung des Auslastungsgrades bezieht sich auf den Zeitraum vom 16.12.2004 bis zum 15.12.2005 (Erhebungszeitraum). Daher wurden nur Einrichtungen berücksichtigt, die vor dem 16.12.2004 bereits ihren Betrieb aufgenommen hatten (nicht: St. Hildegard).

Die Inanspruchnahme der Tagespflege bezogen auf die geleisteten Pflgetage im Zeitraum vom 16.12. des Vorjahres bis zum Erhebungstichtag ist von 2003 bis 2005 um 6 % gestie-

gen. Hierbei handelt es sich um die Pfl egetage, die von allen Einrichtungen, die am Erhebungsstichtag in Betrieb waren (auch: St. Hildegard), erbracht wurden.

10.2.3.2 Kurzzeitpflege

Der Bestand an Kurzzeitpflegeeinrichtungen beläuft sich im Kreis Soest auf 7 Einrichtungen. Entgegen der Handlungsempfehlung des Pflegebedarfsplanes 2001, mehr solitäre Kurzzeitpflegeplätze anstelle der eingestreuten Kurzzeitpflege anzubieten, ist die Zahl der solitären Kurzzeitpflegeplätze von 100 in 2003 auf 87 in 2005 weiter gesunken, während die der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze von 128 in 2003 auf 141 in 2005 angestiegen ist.

Die Anzahl der Pflegebedürftigen in der solitären Kurzzeitpflege ist von 97 in 2003 auf 93 (davon 31% Männer und 69% Frauen) in 2005 zurückgegangen und auch der Auslastungsgrad ist von 71% in 2003 auf 70% in 2005 leicht rückläufig. Dies spiegelt jedoch nicht eine geringere Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege verglichen mit 2003 wider, sondern eine Verschiebung von solitärer zu eingestreuter Kurzzeitpflege wie aus der folgenden Tabelle 10.4 ersichtlich wird.

Pfl egetage im Erhebungszeitraum	2003		2005	
	absolut	in %	absolut	in %
Kurzzeitpflege insgesamt	37.976	100	42.006	100
davon eingestreut	13.087	35	21.610	51
davon solitär u. angebunden	24.889	65	20.396	49

Tabelle 10.4: Pfl egetage in der Kurzzeitpflege im Erhebungszeitraum (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Soziales)

10.2.3.3 Vollstationäre Pflege

Der Bestand an vollstationären Pflegeeinrichtungen hat sich zum 15.12.2005 im Vergleich zu 2003 von 49 auf 50 und somit um eine Einrichtung erhöht, da das Walkenhaus im November 2004 seinen Betrieb aufgenommen hat. Nach wie vor haben die privaten Träger den höchsten Anteil bei der Verteilung der Trägerschaft (43% freie Wohlfahrtspflege, 49% private Träger, 6% sonstige gemeinnützige Träger, 2% sonstige öffentliche Träger). Nach dem Erhebungsstichtag zum 31.07.2006 hat Haus Rose in Warstein seinen Betrieb eingestellt.

Die Anzahl der Plätze ist von 4.011 in 2003 auf 4.051 in 2005 angestiegen. Leicht rückläufig war die Zahl der Pflegebedürftigen von 3.857 in 2003 auf 3.799 (davon 30% Männer und 70% Frauen) in 2005. Dennoch lag der Auslastungsgrad bei 97% in 2005 und hat im Vergleich zu 2003 um 1 % zugenommen. Dies liegt vermutlich an der Umwidmung von vollstationären Pflegeplätzen in eingestreute Kurzzeitpflegeplätze, die von 128 Plätzen in 2003 auf 141 Plätze in 2005 zugenommen haben.

Der Anteil der Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege, die vor ihrem Heimaufenthalt außerhalb unseres Kreisgebietes gelebt haben, liegt in 2005 bei 38 % (absolut: 1.442). Hier bestätigt sich die Vermutung im Bericht zur kommunalen Pflegeplanung 2004, dass die Daten der Erhebung mit Stichtag 15.12.2003 aufgrund mangelnder Angaben der Postleitzahlen zu gering ausgefallen sind (Anteil der auswärtigen Pflegebedürftigen: 36%; absolut: 1.371). Erst in 2005 kommen die Auswirkungen der nach dem neuen Landespflegegesetz (in Kraft seit dem 1.8.2003) geplanten Neubauten in den Herkunftsgemeinden zum Tragen und führen zu

einer Verringerung der auswärtigen Pflegebedürftigen im Vergleich zu 2001 (2001: 1.723; 2003: 1.371; 2005: 1.442). Die Anzahl der Pflegebedürftigen, die außerhalb des Kreises Soest in einer Pflegeeinrichtung untergebracht sind, deren Wohnsitz vor Heimaufnahme aber im Kreis Soest lag, ist von 148 (2003) auf 143 (2005) weiter zurückgegangen. Der Import-/Exportsaldo liegt am 15.12.2005 bei $1.442 - 143 = 1.299$ Pflegeplätzen, die rein rechnerisch nicht für die pflegerische Versorgung der Kreiseinwohner und -einwohnerinnen benötigt werden.

10.2.3.4 Gerontopsychiatrisch veränderte Pflegebedürftige

Die Definition für „gerontopsychiatrisch veränderte Pflegebedürftige“ wurde vom MDK geändert, um genauere Zuordnungen erzielen zu können. Von den 4.063 Pflegebedürftigen in der voll- und teilstationären Pflege des Kreises Soest in 2005 waren nach den Angaben in der entsprechenden Zusatzabfrage 58% der Pflegebedürftigen gerontopsychiatrisch verändert (in 2003: 51%).

	2003		2005	
	absolut	%	absolut	%
gerontopsychiatrisch veränderte Pflegebedürftige	2.121	51	2.367	58
übrige Pflegebedürftige	2.003	49	1.696	42
Anzahl der Pflegebedürftigen insgesamt	4.124	100	4.063	100

Tabelle 10.5: Gerontopsychiatrisch veränderte Pflegebedürftige im Kreis Soest in der vollstationären Pflege, der Kurzzeit- und Tagespflege (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Soziales)

Von den 2.367 gerontopsychiatrisch veränderten Pflegebedürftigen am 15.12.2005 waren 675 Männer (29%) und 1.692 Frauen (71%). Die Verteilung auf die verschiedenen Pflegeformen stellt Tabelle 10.6 dar.

Pflegeform	Pflegebedürftige insgesamt	gerontopsychiatrisch veränderte Pflegebedürftige	
		absolut	in %
stationär insgesamt	4.063	2.367	58,26
Tagespflege	171	123	71,93
Kurzzeitpflege	93	43	46,24
Vollstationär	3.799	2.201	57,94

Tabelle 10.6: Anzahl der gerontopsychiatrisch veränderten Pflegebedürftigen nach Pflegeformen (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Soziales)



(Quelle: © Gerd Altmann / pixelio)

10.2.3.5 Selbstzahler

In der Erhebung mit Stichtag 15.12.2005 wurden in einer Zusatzerhebung auch die Selbstzahler mit folgendem Ergebnis ermittelt:

	Pflegebedürftige insgesamt	Selbstzahler insgesamt	
		absolut	in %
insgesamt	4.063	1.893	47
davon Tagespflege	171	68	40
davon Kurzzeitpflege	93	47	51
davon vollstationäre Dauerpflege	3.799	1.778	47

Tabelle 10.7: Selbstzahler im Kreis Soest (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Soziales)

Von den 1.893 Selbstzahlern am Stichtag waren 390 Männer (21%) und 1.503 (79%) Frauen.

10.2.3.6 Pflegeeinstufung in der stationären Pflege

Die prozentuale Verteilung der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege auf die einzelnen Pflegestufen kann Tabelle 10.8 entnommen werden. In der Tagespflege liegt der Schwerpunkt auf Pflegestufe I, in der Kurzzeitpflege entfallen gleiche Anteile auf die Pflegestufen I und II. Die Einstufung der Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege liegt zum größten Teil bei Stufe II und nachfolgend bei Stufe I.

Pflegestufe	Tagespflege	Kurzzeitpflege	vollstationär
0	12	16	16
I	40	39	31
II	38	39	39
III	10	6	14
III HF	0	0	0
noch keine Zuordnung	0	0	1
keine Angabe	0	0	0

Tabelle 10.8: Einstufung der Pflegebedürftigen in % (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Soziales)

Von den insgesamt 4.064 Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege, der Tages- und der Kurzzeitpflege sind 636 Pflegebedürftige (16%) in die Pflegestufe 0 eingestuft:

- Hierbei handelt es sich um 279 Männer (44%) und 357 Frauen (56%),
- 602 Pflegebedürftige sind am Erhebungstichtag in der vollstationären Dauerpflege, 12 in der Kurzzeitpflege und 20 in der Tagespflege gewesen,
- davon sind 276 Pflegebedürftige (43%) gerontopsychiatrisch verändert und
- 161 Pflegebedürftige (25%) unter 65 Jahre alt.

Die Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe 0 sind wie folgt auf die Pflegeeinrichtungen der einzelnen Gemeinden des Kreises Soest verteilt:

Städte/Gemeinden im Kreis Soest	Anzahl der Pflegebedürftigen	davon Pflegestufe 0	in %
Anröchte			
Bad Sassendorf	313	55	18
Erwitte	159	20	13
Geseke	429	90	21
Lippetal			
Lippstadt	909	110	12
Möhnesee	342	84	25
Rüthen			
Soest	522	47	9
Warstein	366	63	17
Welper			
Werl	383	92	24
Wickede	174	9	5
Summen	4.064	636	16

Tabelle 10.9: Pflegebedürftige mit der Pflegestufe 0 nach Gemeinden (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Soziales)

Die meisten Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe 0 leben in Pflegeeinrichtungen in Lippstadt, an zweiter Stelle in Werl und an dritter Stelle in Geseke. Weitere Daten auf Gemeindeebene können in der Abteilung Soziales des Kreises Soest nachgefragt werden. Nicht ausgefüllte Felder dieser Tabelle wurden aus Datenschutzgründen leer gelassen. Angaben erfolgen nur für Gemeinden mit drei und mehr Einrichtungen.

10.3 Resümee

10.3.1 Ambulante Pflege

In der ambulanten Pflege

- ist die Anzahl der ambulanten Dienste um einen Dienst auf 28 zurückgegangen,
- ist in den Gemeinden Lippetal und Ense keine ambulante Einrichtung mit ihrem Hauptsitz vertreten,
- ist ein Anstieg der Zahl der von den Pflegediensten gepflegten Personen um rd. 11 % zu verzeichnen (Zunahme der Sachleistungen),
- liegt die Zahl der Sachleistungsempfänger/-innen je ambulanten Dienst mit 58 deutlich über dem Landesdurchschnitt von 48,
- entspricht die Zahl der Sachleistungsempfänger/-innen je Mitarbeiter/-in mit 2,2 genau dem Landesdurchschnitt,
- wurde in der Arbeitsgruppe der Pflegekonferenz festgestellt, dass die Versorgung der ambulant betreuten Pflegebedürftigen aktuell sicher gestellt ist.

10.3.2 Tagespflege

In der Tagespflege

- ist der Bestand an Tagespflegeeinrichtungen um eine Einrichtung auf 9 angestiegen,
- stagniert die Auslastung der Tagespflegeeinrichtungen bei 77 %,
- hat die Inanspruchnahme der Tagespflege um 6 % bezogen auf die geleisteten Pflage tage zugenommen,
- gehen die Tagespflegeeinrichtungen, wie im Bericht zur kommunalen Pflegeplanung 2004 – 2006 empfohlen, sehr flexibel auf die Wünsche ihrer Gäste ein; z. Bsp. Öffnungszeiten an Kirmestagen oder Wochenenden.

10.3.3 Kurzzeitpflege

In der Kurzzeitpflege

- ist der Bestand an solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit 7 unverändert,
- ist die Auslastung der solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen um 1 % auf 70 % rückläufig,
- hat die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege um 11 % bezogen auf die geleisteten Pflage tage zugenommen,
- ist der Anteil der eingestreuten Kurzzeitpflege bezogen auf die geleisteten Pflage tage von 34 % in 2003 auf 51,4 % in 2005 gestiegen und hat sich somit die Entwicklung zu mehr eingestreuter Kurzzeitpflege zu Lasten der solitären Kurzzeitpflege fortgesetzt.

10.3.4 Vollstationäre Pflege

In der vollstationären Pflege

- hat der Kreis Soest eine größer werdende Platzzahldichte von 12,9 Plätzen je 1.000 EW auf 13,1 Plätze je 1.000 (deutschlandweit: 7 Plätze/1.000),
- sind ca. 35 % der Plätze von Auswärtigen belegt,
- hat sich der Zuzug von außerhalb im Vergleich zu 2001 um 16 % reduziert,
- ist die Differenz zwischen der Platzzahl und der Anzahl Pflegebedürftiger von 153 auf 252 angestiegen,
- entstehen weiter zusätzliche Plätze durch Um- und Neubauten.



(Quelle: © matchka / pixelio)

10.4 Nächste Schritte

Ambulante Pflege

Wünschenswert wäre eine flächendeckende Verteilung der bestehenden ambulanten Dienste im Kreisgebiet. Empfohlen wird die weitere Beobachtung der Kennzahl Sachleistungsempfänger/-innen je Mitarbeiter/-in, die nicht über 2,2 (Landesdurchschnitt 2005) steigen sollte.

Tagespflege

Die Tagespflegeeinrichtungen, die ihre Betreuungsangebote erweitert und/oder differenziert haben, sollen dies in den Pflege-Atlas eintragen lassen, damit die Angebote allen bekannt und zugänglich werden.

Kurzzeitpflege

Ein Nachteil der Fortsetzung der Entwicklung zu mehr eingestreuter Kurzzeitpflege zu Lasten der solitären Kurzzeitpflege ist, dass die eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze nur dann zur Verfügung stehen, wenn sie nicht für vollstationäre Pflegebedürftige benötigt werden. Spezielle Betreuungskonzepte sind in diesem Rahmen schwerer realisierbar. Aus fachlicher Sicht bleibt die Frage zu klären, ob die wichtigsten Ziele der Kurzzeitpflege, nämlich die Aktivierung und Rückführung in die eigene Häuslichkeit von den Kurzzeitpflegeeinrichtungen (Kurzzeitpflegen als Clearingstellen) erfüllt werden.

Vollstationäre Pflege

Den etablierten vollstationären Einrichtungen wird empfohlen, ihr Angebotsportfolio durch alternative Nutzung eines Teils der bestehenden Einrichtung (z. B. für angebundene Kurzzeitpflege oder ambulant betreute Wohngemeinschaften) auszuweiten. Außerdem soll die Investorenberatung vernetzt werden, z. B. durch Zusammenarbeit mit den Bauämtern, den von den Städten und Gemeinden benannten Ansprechpersonen für die kommunale Pflegeplanung und den Wohnberatungen.

Quellen:

Bericht zur kommunalen Pflegeplanung 2006 – 2008, basierend auf der Erhebung der Abteilung Soziales des Kreises Soest, Sachgebiet Sozialplanung, mit Stichtag 15.12.2005

1. Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS NRW)
2. Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) Westfalen-Lippe
3. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD)

Der vollständige Bericht zur Pflegeplanung ist mit allen Anlagen in der Abteilung Soziales erhältlich.

11 Psychiatrische Versorgung

11.1 Einleitung

Nach wie vor gibt es in der Bevölkerung weit verbreitete Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen und auch gegenüber Einrichtungen und Diensten der psychiatrischen Versorgung. Psychiatrische Kliniken, Langzeiteinrichtungen und besonders auch forensisch psychiatrische Kliniken (für Straftäter) sehen sich konfrontiert mit negativen Einstellungen. Eine Gleichstellung von psychischen mit somatischen Krankheiten ist nach wie vor nicht erreicht. Die Zielvorstellung einer möglichst gemeindenahen Versorgung von psychisch kranken Menschen kann jedoch nur realisiert werden, wenn Informationen über Krankheitsbilder und Angebote der psychiatrischen Versorgung weiter verbessert und Vorurteile abgebaut werden.

In diesem Kapitel werden Daten zur Häufigkeit psychischer Störungen und Erkrankungen analysiert und das psychiatrische Versorgungssystem im Kreis dargestellt. Die Daten wurden überwiegend vom LÖGD/LIGA zur Verfügung gestellt. Daneben wurden Daten aus Berichten der Gesetzlichen Krankenversicherungen und eigene Daten der Abteilung Gesundheit verwendet.

11.2 Psychische Störungen und Krankheiten

11.2.1 Häufigkeiten

Trotz allgemein steigender öffentlicher Aufmerksamkeit und zunehmender Selbstorganisation von Betroffenen gibt es über Häufigkeit und Versorgungsstrukturen bei psychischen Erkrankungen nach wie vor ein unzureichendes Wissen in der Bevölkerung. Aber auch in Expertenkreisen gab es lange Jahre Unsicherheiten über exakte Daten bzgl. der Häufigkeit psychischer Erkrankungen in Deutschland. Verschiedene Untersuchungen führten zu unterschiedlichen Ergebnissen, so dass keine allgemein gültigen Daten vorlagen.

Am 1. Dezember 2005 wurde schließlich anlässlich des 1. Deutschen Präventionskongresses die weltweit größte und umfassendste Bestandsaufnahme zur psychischen Gesundheit in Europa vorgestellt. Sie beantwortet einige Fragen zur Häufigkeit von psychischen Erkrankungen wie folgt:

- Im Laufe eines jeden Jahres erleiden 27% der EU-Bevölkerung oder 83 Millionen Menschen mindestens eine psychische Störung, wie z. B. eine Depression, bipolare Störung, Schizophrenie, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, Sozialphobie, Panikstörung, Generalisierte Angst-Zwangsstörungen, somatoforme Störungen oder Demenz.
- Das Lebenszeitrisiko, an einer psychischen Störung zu erkranken, liegt allerdings mit über 50% der Bevölkerung wesentlich höher.
- Ausmaß und Folgen sind dabei höchst variabel: Einige Personen erkranken nur episodisch kurzzeitig über Wochen und Monate, andere längerfristiger.
- Ca. 40% der Erkrankungen verlaufen chronisch; das heißt, die Menschen sind über Jahre oder gar von der Adoleszenz bis an ihr Lebensende betroffen.

Für Deutschland geht der Dachverband Gemeindepsychiatrie davon aus, dass die Häufigkeit psychischer Erkrankungen oder Störungen in Deutschland in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen hat. Nach Einschätzung des Dachverbandes werden in Deutschland jährlich etwa 400.000 Menschen (oder ca. 0,5% der Bevölkerung) in psychiatrischen Kliniken oder in psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern aufgenommen. Bei diesen Patienten ist eine längerfristige Behandlung, Rehabilitation, Begleitung und Unterstützung erforder-

lich. Ursachen sind schwere bzw. auch chronisch verlaufende psychische Erkrankungen. Für den Kreis Soest bedeutet das, dass ca. 1.540 Betroffene jährlich stationär psychiatrisch behandelt werden.

Verschiedene Krankenkassen liefern Daten über den Anteil psychischer Erkrankungen an allen Krankheitsgruppen und Auswirkungen auf die Arbeitswelt durch krankheitsbedingte Ausfalltage.

So verursachten psychische Erkrankungen im Jahr 2007 nach dem **DAK**-Gesundheitsreport 2008 10,2 % des Gesamt Krankenstands und standen damit an vierter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten. Nach dem Gesundheitsreport der **Barmer Ersatzkasse** 2008 standen im Jahr 2007 die psychischen Erkrankungen mit 15,8 % an zweiter Stelle hinter den Muskel- und Skeletterkrankungen (23,5 %),) und vor Krankheiten der Atemwege (15,1 %). Der **BKK** Gesundheitsreport 2007 nennt als häufigste Krankheitsgruppen Krankheiten des Muskel-Skelettsystems (26,5 %), Verletzungen und Vergiftungen (15,7 %), Krankheiten des Atmungssystems (15,0 %) und an vierter Stelle Psychische Störungen (8,9 %).

Das Wissenschaftliche Institut der **AOK** (WIdO) hat für 9,5 Millionen AOK-Versicherte in Deutschland für das Jahr 2007 ermittelt, dass die krankheitsbedingten Ausfalltage von Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen aufgrund psychischer Erkrankungen stark zugenommen haben. Seit 1997 stieg die Zahl der dadurch bedingten Ausfalltage um 62,3%. Nach Muskel- und Skeletterkrankungen (24,2%), Verletzungen (12,8%) und Atemwegserkrankungen (12,5%) nehmen die psychischen Erkrankungen mittlerweile den vierten Rang mit 8,1% aller Ausfalltage ein.

11.2.2 Das Versorgungssystem psychisch kranker Menschen

Zur Versorgung psychisch kranker Menschen wurde ein breites Spektrum von Hilfen ausgebaut. Neben der Krankenhauspsychiatrie (im Bericht noch als WKP abgekürzt = Westfälische Kliniken für Psychiatrie) und den niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen und Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen hat in den letzten Jahren die sogenannte „Gemeindepsychiatrie“ als dritte Säule der Versorgung erheblich an Bedeutung zugenommen. Bausteine der gemeindepsychiatrischen Versorgung sind z. B.

- Der Sozialpsychiatrische Dienst,
- Angebote des ambulant betreuten Wohnens,
- Tagesstätten,
- Werkstätten für behinderte Menschen,
- Kontaktstellen, Beratungsstellen,
- Ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie.

Diese Einrichtungen und Dienste haben eine möglichst wohnortnahe Versorgung zum Ziel bei gleichzeitigem Augenmerk auf eine möglichst selbstbestimmte und eigenverantwortliche Lebensführung der Patienten und Patientinnen bzw. Klienten und Klientinnen.

Als Kostenträger für eine Vielfalt unterschiedlicher Leistungserbringer kommen z. B. die Krankenversicherungen, die Rentenversicherungen oder der überörtliche oder örtliche Sozialhilfeträger (LWL oder der Kreis Soest) in Frage.

Aus fachlicher Sicht hat sich in den letzten Jahren das Konzept der personenzentrierten Hilfeplanung mit dem Ziel durchgesetzt, die erforderlichen Hilfen passgenau an der Situation der einzelnen Klienten auszurichten. Lange genug waren zuvor die Klienten gezwungen worden,

sich eine der schon vorhandenen Hilfen auszusuchen. Dabei sind aus finanziellen Gründen die Kostenträger mehr und mehr gezwungen, mit dem Ziel einer Senkung oder wenigstens Reduzierung des Anstiegs der Kosten z. B. neue Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen durchzusetzen. Diese Entwicklungen finden derzeit statt in einem Feld mit vielen Akteuren, die unterschiedliche Interessenslagen haben (Kostenträger; Leistungserbringer, Mitarbeiter, Patienten/Klienten).

11.2.3 Situation im Kreis Soest

Die **zwangsweise Unterbringung psychisch Kranker** gegen ihren Willen ist in den Paragraphen 10ff des PsychKG NRW geregelt. Eine solche Zwangsunterbringung darf nur unter den dort festgelegten Bedingungen geschehen. Die Zahl der Unterbringungen nach PsychKG gibt daher Auskunft über schwere krisenhafte Verläufe bei psychischen Erkrankungen. Vorgesehen als Regelfall war vom Gesetzgeber die Unterbringung nach § 12 PsychKG. Hierbei ist von der zuständigen Ordnungsbehörde im Einvernehmen mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst ein Antrag an das Vormundschaftsgericht zu stellen. Zwingend vorgeschrieben ist dabei das Vorliegen eines ärztlichen Zeugnisses. In § 14 PsychKG ist die sofortige Unterbringung beschrieben. Diese war zwar als Ausnahme gedacht und sollte bei Gefahr im Verzuge auch eine Unterbringung ohne vorherige richterliche Entscheidung ermöglichen. In der Realität ist diese Unterbringungsform jedoch fast zum Regelfall geworden.

Die Anzahl der Unterbringungen nach PsychKG ist im Kreis Soest seit Jahren tendenziell rückläufig. Gegenüber 342 Anträgen im Jahr 2005 gab es im Jahr 2007 nur noch 261 Anträge auf Unterbringung nach dem PsychKG. Die Zahlen verändern sich noch einmal erheblich, wenn man die von den Klinikärzten/-ärztinnen (Kliniken Lippstadt und Warstein) veranlassten Unterbringungen herausrechnet. (Tabelle 11.1).

Unterbringungen gem. PsychKG im Kreis Soest 2005 - 2007						
	2005		2006		2007	
	Anträge	Quote je 1.000 Ew.	Anträge	Quote je 1.000 Ew.	Anträge	Quote je 1.000 Ew.
Kreis Soest	342	1,05	346	1,06	261	0,81
Kreis Soest ohne WKP	208	0,64	196	0,60	138	0,43

Tabelle 11.1: Anzahl der Anträge auf Unterbringung nach § 12 PsychKG; 2005-2007 (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Gesundheit, Sozialpsychiatrischer Dienst)

Ein Vergleich der Unterbringungsquoten von NRW und dem Kreis Soest über die Jahre 2002 bis 2006 (Tabelle 11.2) macht deutlich, dass die Zahlen im Land im Wesentlichen konstant bleiben. Dagegen nimmt die Quote für den Kreis Soest kontinuierlich ab (Anzahl der Unterbringungen je 1.000 Ew.). Im Kreis Soest werden ausnahmslos sofortige Unterbringungen registriert. Dieser Anteil ist in Nordrhein-Westfalen jeweils niedriger (91,6 % in 2002 und 91,1 % in 2004), erreicht aber im Jahr 2006 auch schon einen Wert von 94,4 %.

Der Anteil der untergebrachten Personen im Alter ab 60 Jahre bewegt sich in Nordrhein-Westfalen zwischen 24,8 und 26,2%. Im Kreis Soest ist in dieser Altersgruppe ein deutlicher

Anstieg zu erkennen. Der Anteil ist im Jahr 2002 zwar noch niedriger als in Nordrhein-Westfalen, nimmt dann aber deutlich zu und liegt im Jahr 2006 nach einem Anstieg um insgesamt 11,3% seit 2002 um 6,4 % höher als in Nordrhein-Westfalen.

Die meisten Unterbringungen sowohl in Nordrhein-Westfalen als auch im Kreis Soest erfolgen durch Ärzte/Ärztinnen von psychiatrischen Kliniken. Dabei zeigen die Werte für den Kreis Soest von 2002 bis 2006 keine eindeutige Tendenz (44,7; 41,1; 43,8); während die Werte in NRW kontinuierlich bis auf 48,2 % aller Unterbringungen ansteigen.

Die Beteiligung der niedergelassenen Nervenärzte und -ärztinnen bewegt sich auf einem insgesamt sehr niedrigen Niveau. Sie nimmt sowohl insgesamt in Nordrhein-Westfalen (9,7% - 7,3%) als auch im Kreis Soest weiter ab. Im Kreis Soest stellen mit einem Anteil von 3,2 % die Einweisungen durch niedergelassene Fachärzte und -ärztinnen die absolute Ausnahme dar.

Die Unterbringungen durch den Sozialpsychiatrischen Dienst im Kreis Soest zeigen einen Anstieg über den Vergleichszeitraum, während dieser Anteil in NRW relativ konstant bleibt. Die Krankenhausärzte und -ärztinnen veranlassen im Kreis Soest über alle Jahre deutlich mehr Unterbringungen als im Landesdurchschnitt. Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen veranlassen einen hohen Anteil der Unterbringungen. Der Anteil im Kreis Soest bewegt sich auf dem Landesniveau. Details sind der Tabelle 11.2 zu entnehmen.

Unterbringungen nach PsychKG im Kreis Soest und NRW						
	2002		2004		2006	
	Kreis Soest	NRW	Kreis Soest	NRW	Kreis Soest	NRW
Alle Unterbringungen	375	18.283	359	20.118	346	20.349
Quote je 1.000 Ew.	1,21	1,12	1,16	1,10	1,13	1,11
Anteil sofortige Unterbringungen	100,0	91,6	100,0	91,2	100,0	94,5
Anteil der Pers. ab 60 Jahre	21,3	25,9	24,8	24,5	32,6	26,2
Unterbringungen durch:						
Niedergelassene Nervenärzte	6,2	9,7	5,3	7,6	3,2	7,3
Sozialpsychiatrische Dienste	5,2	8,4	4,8	7,2	8,9	7,8
Psychiatrische Klinik	44,7	40,9	41,1	46,5	43,8	48,2
Krankenhausärzte insgesamt	22	17,8	27,9	17,1	22,2	16,5
Sonstige niedergelassene Ärzte	22,0	23,3	21,0	22,0	21,9	21,1

Tabelle 11.2: Vergleich der Unterbringungen im Kreis Soest und in NRW (2002-2006)
(Quelle: Kreis Soest, Abteilung Gesundheit)

11.3 Resümee

Unterbringungen nach PsychKG sind ein Aspekt der psychiatrischen Krisenintervention und diese wiederum ein Teilproblem des psychiatrischen Versorgungssystems insgesamt. Damit kann die PsychKG - Quote als Anhaltswert dafür dienen, wie gut die Krisenhilfe in dem betrachteten Versorgungssystem arbeitet. Anders formuliert muss die Frage gestellt werden, ob derartige Eingriffe in die Autonomie psychisch kranker Menschen durch eine verbesserte Krisenhilfe und Krisenprävention im Versorgungssystem im Vorfeld vermieden werden könnten. Ein deutliches Überschreiten der Durchschnittswerte für das Land NRW würde als Hinweis auf eine nicht befriedigende Effektivität vorrangiger Krisenhilfen anzusehen sein. Der Rückgang der PsychKG - Quote im Kreisgebiet seit 2002 zeigt hier eine positive Entwicklung. Allerdings ist der Anteil der älteren Menschen gleichzeitig erheblich angestiegen. Bei Überlegungen, wie eine weitere Reduzierung der PsychKG - Quote erreichbar ist, sollten daher die Strukturen und Angebote der Krisenhilfe und der Krisenintervention besonders für ältere Menschen mit besonderer Aufmerksamkeit betrachtet werden. Als weiterer Aspekt ist die Frage nach der Prozessqualität der Unterbringungen relevant. Die Qualität der Unterbringungspraxis bemisst sich an mehreren Faktoren, die deshalb auch insgesamt im Blick gehalten werden müssen:

- Effiziente und rechtlich korrekte Abwicklung der Maßnahmen
- Begrenzung psychischer Traumatisierung sowie weiterer persönlicher und sozialer Folgeprobleme für den Betroffenen
- Angemessene Unterstützung des sozialen Umfeldes

Hier hat es in den letzten Jahren nur vereinzelte Beschwerden Betroffener gegeben, die überwiegend unbegründet waren. Allerdings hat es auch ein Gerichtsverfahren gegeben, bei dem festgestellt wurde, dass ein einweisender Arzt nicht die rechtlichen Rahmenbedingungen eingehalten hatte.

11.4 Nächste Schritte

Der relativ hohe Anteil älterer Menschen, die nach PsychKG zwangsweise im Kreis Soest eingewiesen werden, soll unter Beteiligung des Sozialpsychiatrischen Dienstes und der Betreuungsstellen im Kreisgebiet in den Jahren 2008 und 2009 näher analysiert werden, um gegebenenfalls Fehlentwicklungen an dieser Stelle des Versorgungssystems zu verhindern bzw. entgegenzuwirken.

Quellen:

1. „Psychische Störungen in Deutschland und der EU“ Größenordnungen und Belastungen, Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen, Institut für klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Dresden
2. Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., Bonn
3. DAK Gesundheitsreport 2008
4. Gesundheitsreport BEK 2008
5. BKK Gesundheitsreport 2007
6. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
7. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA), Datenerhebung 2006

12 Suizide

12.1 Einleitung

Suizidraten variieren in allen Bundesländern - auch kleinräumig - erheblich. Ihre Erfassung im Rahmen der Todesursachenstatistik erfordert die Zusammenführung von Informationen aus unterschiedlichen Datenquellen der Gesundheitsämter und gegebenenfalls von Polizei, Staatsanwaltschaft und Rechtsmedizin. Der Einfluss von Vollständigkeit und Qualität dieser Informationen auf die entsprechende Suizidrate ist allerdings weitgehend unbekannt.

12.2 Situation im Kreis Soest

Deutlich wurde durch die im Jahr 2006 von der Abteilung Gesundheit erstmals vorgenommene eigene Erhebung der Suizide im Kreis Soest, dass die Daten des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik (LDS) von der eigenen Erhebung abweichen. (LDS: 34; eigene Erhebung: 46). Die selbst recherchierten Angaben zur Todesursache ergaben also eine erheblich höhere Zahl von Suiziden. Ein Vergleich der Daten auf Kreisebene zeigt große Unterschiede. In den Kreisen im Regierungsbezirk Arnsberg zeigt sich in den Jahren 2004 – 2006 eine sehr unterschiedliche Entwicklung. Die Zahlen (im Diagramm dargestellt als Anzahl je 100.000 Ew.) zeigen beispielsweise im Hochsauerlandkreis und im Kreis Soest gegenläufige Tendenzen. Während der Kreis Soest einen Höchstwert im Jahr 2004 mit 13,3 Suiziden hatte, erreichte der HSK seinen Höchstwert im Jahr 2006 mit 12,7 Suiziden, die Kreise Siegen - Wittgenstein und der Märkische Kreis in 2005, während der Kreis Olpe im gleichen Jahr den niedrigsten Wert hatte. Die Werte für den Ennepe – Ruhr - Kreis variieren in den Jahren 2004 bis 2006 zwischen 7,9 und 8,5 Suiziden pro 100.000 Ew. (Abbildung 12.1).

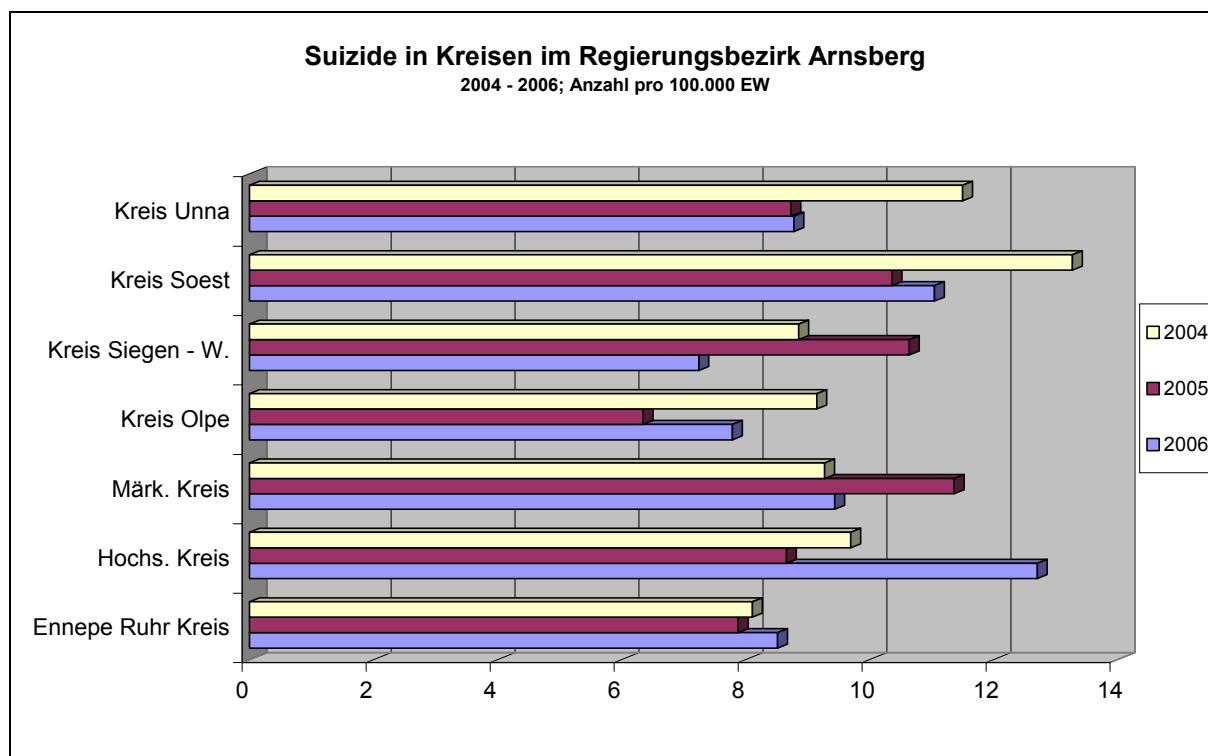


Abbildung 12.1: Suizide in den Kreisen im Regierungsbezirk Arnsberg; 2004 – 2006
(Quellen: LDS, Kreis Soest, Abteilung Gesundheit)

Der Medizinische Dienst des Kreises Soest hat erstmals im Jahr 2006 eine eigene Datenerhebung zu Suiziden im Kreisgebiet durchgeführt. Mit 46 Suiziden fiel die Zahl für den Kreis Soest deutlich höher aus als in den Vorjahren (im Vergleich mit den Angaben des LDS für die Jahre zuvor: 2004: 41; 2005: 32).

Die höchsten Suizidraten pro 10.000 EW im Jahr 2006 hatten Erwitte (3,1) gefolgt von Bad Sassendorf (2,6) und Warstein (2,5). In Ense und Welver gab es keine Suizide. Ein Vergleich solch kleinräumiger Daten mit den Werten auf Kreis- oder Landesebene ist aus statistischer Sicht nicht zulässig, weil dazu der betrachtete Datenumfang zu klein ist.

Im Jahr 2007 fiel die Zahl der Suizide im Kreis Soest sehr viel geringer aus. 20 Suizide verteilten sich auf 8 Kommunen. 6 Kommunen verzeichneten keine Suizide. Im Jahr 2007 hatten Wickede (3,2), Geseke (1,5) und Anröchte (0,9) die höchsten Suizidraten im Kreis Soest (Tabelle 12.2).

Männer begehen häufiger Suizide als Frauen. Im Kreis Soest hat sich das Verhältnis aus dem Jahr 2006 (78 % Männer; 22 % Frauen) im Jahr 2007 weiter zu Ungunsten der Männer verändert (85 % Männer; 15% Frauen). Beim durchschnittlichen Alter ergibt sich im Vergleich von Männern und Frauen kein einheitliches Bild. Während im Jahr 2006 das durchschnittliche Alter der Männer höher (54 Jahre) als das der Frauen war (48 Jahre), waren im Jahr 2007 die Frauen im Durchschnitt älter (58 Jahre) als die Männer (45 Jahre).

Städte/Gemeinden im Kreis Soest	2006		2007	
	Suizide	Suizide pro 10.000 Ew.	Suizide	Suizide pro 10.000 Ew.
Anröchte	1	0,9	1	0,9
Bad Sassendorf	3	2,6	0	0,0
Ense	0	0,0	0	0,0
Erwitte	5	3,1	0	0,0
Geseke	3	1,5	3	1,5
Lippetal	2	1,6	0	0,0
Lippstadt	11	1,6	4	0,6
Möhnesee	1	0,9	0	0,0
Rüthen	2	1,8	0	0,0
Soest	5	1,0	3	0,6
Warstein	7	2,5	2	0,7
Welver	0	0,0	1	0,8
Werl	4	1,2	2	0,6
Wickede	2	1,6	4	3,2
Kreis Soest	46		20	

Tabelle 12.2: Suizide nach Kommunen (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Gesundheit)

Bei einem Blick auf die Todesarten fällt in 2006 und 2007 auf, dass sich die weitaus meisten Menschen erhängt haben (2006: 43,5%; 2007:45%). Im Jahr 2006 verteilen sich die übrigen Todesarten noch relativ gleichmäßig. Im Jahr 2007 gab es für "Drogenintoxikationen" (20%) und „Überfahrenlassen“ (15%) deutlich höhere Werte als für die übrigen Todesarten (Abbildung 12.3).

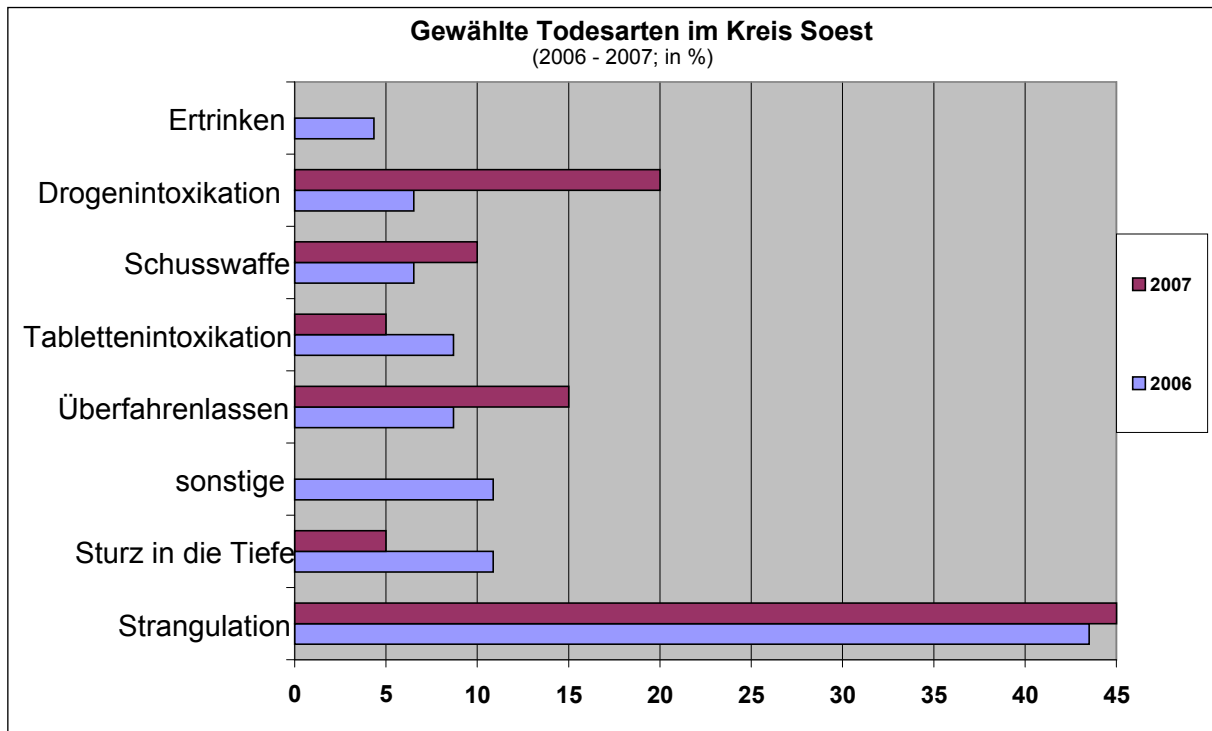


Abbildung 12.3: Gewählte Todesarten Kreis Soest (2006-2007) (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Gesundheit)

12.3 Resümee

Die jährlichen Suizidzahlen sind in vielen Kreisen in Nordrhein-Westfalen starken Schwankungen unterworfen. Dies trifft in den letzten beiden Jahren auch auf den Kreis Soest zu (46 Suizide im Jahr 2006, 20 Suizide im Jahr 2007). Beim Vergleich der hiesigen Zahlen mit Daten aus anderen Kreisen ist außerdem zu berücksichtigen, dass dort weitgehend nicht eine so eingehende Nachprüfung der Todesursachen auf den Todesbescheinigungen stattfindet. Die eigene Erfahrung und Mitteilungen aus Kommunen, in denen ebenfalls solche systematischen Auswertungen stattfanden, bestätigen, dass ohne dieses Vorgehen der Anteil der Suizide deutlich unterschätzt wird. Insgesamt haben die eigenen Auswertungen aber gezeigt, dass Suizide ein relevantes Gesundheitsproblem für unsere Bevölkerung darstellen, da für kein Vergleichsjahr eine besonders niedrige Suizidrate im Vergleich zu den anderen Kreisen feststellbar war.

12.4 Nächste Schritte

Ein streng wissenschaftlicher Nachweis der systematischen Wirksamkeit einzelner suizidpräventiver Maßnahmen gelang bisher nicht. Die Kombination verschiedener Herangehenswei-

sen dürfte sich zur Suizidprävention langfristig am besten eignen. Dies sind Erfahrungswerte aus Kommunen oder Städten, in denen systematisch versucht wurde, die Zahl der Suizide zu reduzieren. Dabei handelt es sich um eine Kombination von Maßnahmen oder Vorgehensweisen. Menschen, die einen Suizidversuch überlebt haben oder ihn angedroht hatten, bedürfen der Begleitung. Das soziale Umfeld benötigt oft mehr Informationen zu dem Problem. Das medizinische Versorgungssystem sollte für Menschen, die Suizidgedanken haben, niedrigschwellige Hilfsangebote bereithalten.

Für den Kreis Soest wird vorgeschlagen, einen Runden Tisch zu initiieren, der Vorschläge erarbeitet, mit welchen Maßnahmen eine erfolgreiche Suizidprävention im Kreisgebiet betrieben werden kann.

Vertreter folgender Institutionen sollten daran beteiligt werden:

- Psychiatrische Kliniken und Akutkrankenhäuser
- Der sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes
- Niedergelassene Ärzte/ Ärztinnen
- Krankenkassen
- Selbsthilfegruppen
- Polizei

Quellen:

1. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit: Unterbringungen nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten des Landes Nordrhein-Westfalen (PsychKG NRW).
2. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit: Suizidsterbefälle
3. Abteilung Gesundheit, Kreis Soest: Daten über Suizidsterbefälle im Kreis Soest



(Quelle: © Regina Kaute / pixelio)

13 Suchtkrankenversorgung

13.1 Einleitung

Der Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln stellt als gesellschaftliches Phänomen gleichzeitig ein sozialmedizinisches Problem dar. Alle Gesellschaftsschichten und Regionen sind betroffen. Suchterkrankungen begründen gesundheitliche und soziale Probleme. Die Folgen und Kosten sind erheblich. So wird von jährlich 4.300 bis 7.550 alkoholbedingten Todesfällen in Westfalen-Lippe ausgegangen. Die gesellschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums (z. B. Behandlungskosten, Unfälle, Sterblichkeit, Produktivitätsverlust) werden für Westfalen-Lippe auf jährlich ca. 1,6 Milliarden € geschätzt.

Zu den Abhängigkeitserkrankungen hat die Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) Zahlen vorgelegt, nach denen unter den 15-59-Jährigen in Westfalen Lippe ca. 170.000 Personen alkoholabhängig sind; weitere ca. 120.000 Personen dieser Altersgruppe sind abhängig von Medikamenten und ca. 55.000 Personen abhängig von illegalen Drogen. In der gleichen Altersgruppe gibt es in Westfalen-Lippe außerdem ca. 1,8 Mio. Raucher und Raucherinnen; davon 620.000 sogenannte „starke Raucher und Raucherinnen“ (mehr als 20 Zigaretten pro Tag). Eine Umrechnung für den Kreis Soest ergibt, dass z. B. von ca. 6.300 alkoholabhängigen Personen, ca. 4.500 medikamentenabhängigen Personen und ca. 2.000 Abhängigen von illegalen Drogen für die Personengruppe der 19- bis 59-Jährigen auszugehen ist.

13.2 Situation im Kreis Soest

Zur Versorgung Suchtkranker sind dem Kreis Soest zunächst einmal Daten des LDS und eigene Daten zugänglich. Daten aus dem Bereich der stationären und ambulanten medizinischen Behandlung werden von den kassenärztlichen Vereinigungen vorgehalten und liegen derzeit nicht vor.

13.2.1 Suchtberatungsstellen im Kreis Soest

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Suchtberatungsstellen im Kreis Soest (Beratungsstellen gibt es in Lippstadt, Soest, Warstein und Werl) beraten seit 2004 jährlich etwa 1.000 Personen. In der Statistik sind diejenigen Beratungen berücksichtigt, in deren Verlauf es mindestens zwei Beratungsgespräche gegeben hat. Eine relevante Veränderung der jährlichen Gesamtzahl beratener Personen lässt sich aus den Daten von 2003 bis 2007 nicht erkennen (Tabelle 13.1).

Von allen Altersgruppen sind die unter 18-Jährigen mit einem Durchschnitt über alle Jahre von 4,2% und die über 65-Jährigen mit einem Durchschnitt von 1,6% am wenigsten vertreten. Dagegen finden sich die meisten Klienten/Klientinnen in den Altersgruppen 30 bis unter 40 und 40 bis unter 50 Jahre. Beide zusammengenommen machen jeweils ca. 50% der Klienten aller Altersgruppen aus (Tabelle 13.1)

In den Jahren 2004–2007 wurden in den Suchtberatungsstellen im Kreis Soest überwiegend Klienten wegen ihrer Alkoholprobleme beraten. Der Anteil der Klienten mit dieser Diagnose übersteigt in allen Jahren die 50%-Marke, nimmt jedoch seit 2004 kontinuierlich ab. Opiat-/Heroinabhängigkeit hat den zweitgrößten Anteil an den Diagnosen. Dieser Anteil steigt tendenziell leicht an und erreicht im Jahr 2007 einen Wert von 26%. Den drittgrößten Wert erreicht Cannabis mit 10% im Jahr 2007. Alle anderen Suchtmittel haben einen Anteil von unter 5%. Die Fälle mit Amphetamin-/Kokainkonsum haben seit 2004 leicht zugenommen, dagegen

spielt Ecstasy mit nur 2 Fällen in 2007 fast keine Rolle mehr im Beratungsgeschehen. Schnüffelstoffe werden in allen Jahren nur in einem Fall registriert (Tabelle 13.2).

Statistik der Suchtberatungsstellen im Kreis Soest										
	2003		2004		2005		2006		2007	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
unter 18	63	6	48	5	35	3	43	4	28	3
18 - unter 25	165	16	191	19	207	20	195	18	158	16
25 - unter 30	118	11	116	12	107	10	119	11	109	11
30 - unter 40	242	23	209	21	225	22	214	20	220	22
40 - unter 50	296	28	261	26	282	27	277	26	285	28
50 - unter 65	153	15	159	16	174	17	193	18	187	18
65 und älter	17	2	11	1	14	1	19	2	24	2
Insgesamt	1054		995		1044		1060		1011	

Tabelle 13.1: Klienten in Suchtberatungsstellen im Kreis Soest nach Altersgruppen (Quelle: Berichte der Suchtberatungsstellen im Kreis Soest)

Häufigkeitsverteilung der Suchtmittel (Kreis Soest)									
	2004		2005		2006		2007		
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
Alkohol	555	58	538	54	546	53	502	52	
Cannabis	98	10	105	11	107	10	94	10	
Ecstasy	8	1	6	1	5	0	2	0	
Amphetamine / Kokain	19	2	25	3	28	3	30	3	
Opiate / Heroin	189	20	239	24	259	25	256	26	
Medikamente	16	2	17	2	22	2	19	2	
Ess - Störungen	47	5	41	4	40	4	38	4	
Schnüffelstoffe	0	0	0	0	1	0	0	0	
Spielsucht	17	2	18	2	20	2	20	2	
Sonstige	2	0	5	1	5	0	13	1	
insgesamt	951		994		1033		974		

Tabelle 13.2: Klienten in den Suchtberatungsstellen im Kreis Soest nach primärem Suchtmittelgebrauch (Quelle: Berichte der Suchtberatungsstellen im Kreis Soest)

13.2.2 Substitution im Kreis Soest

Als Substitution wird die Behandlung von Opioidabhängigen mit legalen Ersatzdrogen bezeichnet. Schwerstabhängige sollen durch die Substitution gesundheitlich und sozial stabilisiert werden, damit die eigentliche Entwöhnung von der Drogensucht folgen kann.

Die Ersatzsubstanzen werden ausschließlich oral (durch den Mund) eingenommen. Sie sind im Gegensatz zu illegalen Drogen frei von Verunreinigungen und exakt dosiert. Die typischen Komplikationen des intravenösen Drogengebrauchs, wie Abszesse, Sepsis (Blutvergiftung), Hepatitis B und C (Leberentzündung), Nierenversagen, Überdosierungen usw. können so verhindert werden. Die Betroffenen werden außerdem zeitlich und finanziell entlastet. Prostitution und Beschaffungskriminalität können vermieden werden.

Die Rahmenbedingungen der Substitution werden seit 1992 durch die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) geregelt. Dazu gehören für den behandelnden Arzt bzw. Ärztin z. B. Meldepflichten, Verschreibung und Dosisanpassung des Substitutionsmittels, Kontrolle eines eventuellen Beikonsums oder missbräuchlicher Verwendung des Substitutionsmittels und regelmäßige Kontakte zu den Patienten/Patientinnen.

Substituierende Ärzte/Ärztinnen müssen über eine suchtmmedizinische Qualifikation verfügen oder aber die Zusatzweiterbildung „Suchtmmedizinische Grundversorgung“ erfolgreich absolviert haben.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein sogenanntes Substitutionsregister, in dem alle Verschreibungen und die jeweiligen Substitutionsmittel registriert werden. Durch die Meldepflicht aller behandelnden Ärzte und Ärztinnen wird vermieden, dass Patienten und Patientinnen Substitutionsmittel durch mehrere Ärzte und Ärztinnen gleichzeitig verschrieben werden.

Die Anzahl substituierter Patienten und Patientinnen (stichtagsbezogen) ist im Kreis Soest seit der Einführung der Behandlung im Jahr 1991 zunächst langsam angestiegen. Sie erhöhte sich dann jedoch zwischen 1998 (127) und 2003 deutlich (324). Im Jahr 2007 werden für den Kreis Soest 254 Patienten und Patientinnen angegeben.

Das Landesamt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (LÖGD/LIGA) hat als Gesundheitsindikator auf der Grundlage von Daten aus dem Substitutionsregister für Nordrhein-Westfalen für das Jahr 2006 Zahlen veröffentlicht, die bis auf Kreisebene heruntergebrochen sind. Dabei sind die Kreise jeweils nach dem Anteil der substituierten Patienten und Patientinnen je 100.000 Ew. angeordnet, allerdings ohne Unterscheidung nach Geschlecht.

Nach dieser Aufstellung wurden im Jahr 2006 im Kreis Soest insgesamt 392 Patienten und Patientinnen von 16 Ärzten und Ärztinnen substituiert.

Auf jeden behandelnden Arzt bzw. Ärztin entfielen im Kreis Soest somit 24,5 Patienten und Patientinnen.

Deutlich werden bei den Kreisen in Westfalen-Lippe die erheblichen Unterschiede bei der Anzahl der Substituierten pro 100.000 EW (Tabelle 13.3).

Kreise und Städte in NRW	Substituierende Ärzte insgesamt	Substituierte Patienten		
		absolut	pro Arzt	pro 100.000 Ew.
Herford	20	539	27,0	212,1
Recklinghausen	28	1 061	37,9	164,5
Unna	19	619	32,6	146,5
Minden - Lübbecke	17	459	27,0	142,9
Olpe	5	202	40,4	142,7
Warendorf	13	367	28,2	129,6
Soest	16	392	24,5	127,2
Lippe	16	412	25,8	114,4
Coesfeld	9	224	24,9	101,3
Ennepe - Ruhr-Kreis	14	322	23,0	94,3
Gütersloh	13	322	24,8	91,1
Märkischer Kreis	18	368	20,4	82,3
Hochsauerlandkreis	18	223	12,4	80,7
Steinfurt	21	341	16,2	76,8
Siegen - Wittgenstein	17	211	12,4	72,6
Borken	14	190	13,6	51,5
Höxter	3	59	19,7	38,5
Reg.-Bez. Münster	126	4445	35,3	169,6
Reg.-Bez. Detmold	124	3596	29,0	173,9
Reg.-Bez. Arnsberg	181	7111	39,3	189,6
Nordrhein-Westfalen	770	32173	41,8	178,3

Tabelle 13.3: Anzahl der Substituierten pro Jahr in Westfalen-Lippe (Quelle: LÖGD/LIGA)

Viele Substitutionspatienten/-patientinnen befinden sich besonders zu Behandlungsbeginn in sehr prekären Lebenssituationen, da während ihres aktiven Drogengebrauchs die soziale und gesundheitliche Verelendung meist weit fortgeschritten ist. Insofern sind begleitende psychosoziale Maßnahmen eine sinnvolle Ergänzung des medizinischen Teils der Substitution. Die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung fordert daher ein „umfassendes Behandlungskonzept“, zu dem auch psychosoziale Begleitungsmaßnahmen (PSB) erforderlich sind. Die Psychosoziale Begleitung wird von den Suchtberatungsstellen erbracht.

In der Tabelle 13.4 ist zu erkennen, dass die Zahl der Substituierten im Kreis Soest in psychosozialer Begleitung seit 2003 erheblich zugenommen hat. Der Anstieg der Klientenzahlen war zwischen 2003 und 2006 sehr deutlich, hat sich jedoch zum Jahr 2007 sichtlich verlangsamt. Auffällig ist, dass wesentlich mehr Männer (79,3%) als Frauen (20,7%) sich in psychosozialer Begleitung befinden.

Statistik der Suchtberatungsstellen im Kreis Soest Substituierte in Psychosozialer Begleitung						
	2003	2004	2005	2006	2007	
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Im Verhältnis zu 2003 (%) (2003 = 100 %)
Männer	78	95	127	150	154	197,4
Frauen	25	18	35	36	44	176,0
Gesamt	103	113	162	186	198	192,2

Tabelle 13.4: Substituierte in Psychosozialer Begleitung im Kreis Soest (Quelle: LÖGD/LIGA)

13.3 Resümee

In den vier Suchtberatungsstellen im Kreis Soest werden jährlich ca. 1.000 Personen beraten. Hoher Alkoholkonsum bzw. daraus entstehende Abhängigkeit sind häufigster Beratungsgegenstand in den Beratungsstellen. Für den überwiegenden Anteil der beratenen Personen ist das Thema Arbeit bzw. Beschäftigung bedeutsam. Fast alle Beratenen befinden sich im Erwerbsalter. So ist es naheliegend, dass Erhalt bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, Wiedereingliederung in den „ersten“ Arbeitsmarkt, z. B. über Werkstätten oder Eingliederungsmaßnahmen, Ziele sind, die mit den Betroffenen erarbeitet werden. Begleitung in guten Phasen der Rehabilitation – aber auch in Phasen von Rückfällen/Krisen – sind wichtige Aufgaben von Suchtberatungsstellen.

Die Substitutionsbehandlung hat sich mittlerweile zur Versorgung opiatabhängiger Patienten und Patientinnen in Deutschland erheblich weiterentwickelt. Auch im Kreis Soest nehmen viele Patienten und Patientinnen diese Form der Behandlung wahr. Kritisch anzumerken ist jedoch die zu geringe Anzahl an Ärzten und Ärztinnen, die – besonders im ländlichen Raum – die Versorgung sicherstellen. Auch im Kreis Soest wirken bei weitem nicht alle Ärzte und Ärztinnen mit suchtmmedizinischer Qualifizierung an der Substitutionsbehandlung mit. Eine Schwierigkeit liegt sicherlich darin, die Substitutionsbehandlung neben anderen Behandlungen in den Praxen komplikationslos durchzuführen. Zudem wird von den Beteiligten beklagt, dass die betäubungsmittel-rechtlichen Vorschriften als zu bürokratisch, realitätsfremd und somit für viele Ärzte und Ärztinnen abschreckend wirken. Auch scheinen Vergütungsaspekte eine Rolle zu spielen.

- Bei jährlich ca. 1.000 Beratungen stellt Alkoholabhängigkeit in gut 50% der Fälle den häufigsten Anlass für den Beratungsprozess dar.
- Für Patienten und Patientinnen mit Alkoholproblemen wird im Schwerpunkt durch die Beratungsstellen Hilfe beim Erhalt oder der Erlangung eines Arbeitsplatzes geleistet.
- In 2007 stand Opiatabhängigkeit mit 26% an zweiter Stelle der Beratungsanlässe. Illegaler Drogenkonsum war für insgesamt 39% der Klientinnen und Klienten Beratungsanlass.
- Problematisch ist, dass relativ wenige Ärzte und Ärztinnen überdurchschnittlich viele Patienten und Patientinnen substituieren müssen. Die medizinische Versorgungssituation ist dadurch gesichert. Ein konkretes Versorgungsproblem könnte dann entstehen, wenn einer der Ärzte bzw. Ärztinnen mit einem sehr hohen Anteil Substituierter kurzfristig ausfallen würde.

13.4 Nächste Schritte

Trotz der Tatsache, dass viele Ärzte und Ärztinnen im Kreis Soest über eine Zusatzbezeichnung bzw. Qualifikation „Suchtmedizinische Grundversorgung“ verfügen, mangelt es in der Praxis an Ärzten und Ärztinnen, die Patienten und Patientinnen substituieren. Im Rahmen des nächsten Spezialberichtes sollte auch dieses Thema eingehend betrachtet werden, um Versorgungsengpässen gegebenenfalls frühzeitig entgegen wirken zu können.

Quellen:

1. Berichte der Suchtberatungsstellen im Kreis Soest
2. Koordinationsstelle Sucht; Landschaftsverband Westfalen-Lippe: Zahlen, Daten und Fakten zum Konsum psychotroper Substanzen und pathologischen Glücksspiel für Westfalen-Lippe; Dez. 2002
3. LÖGD/LIGA: Kommunale Gesundheitsindikatoren in NRW



(Quellen:
© viocat,
© Gerd Altmann (geralt),
© Clarissa S.
/ alle pixelio)

14 Eingliederungshilfe Wohnen

14.1 Einleitung

In Deutschland erhielten im Laufe des Jahres 2006 rund 1,1 Millionen Personen Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII „Sozialhilfe“). Diese Leistungen waren bis Ende 2004 unter dem Oberbegriff „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ bekannt. Die mit Abstand wichtigste Hilfeart ist dabei die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen mit 643 000 Empfängern im Laufe des Jahres 2006. Die im 6. Kapitel des SGB XII geregelte Eingliederungshilfe hat die Aufgaben,

- eine drohende Behinderung zu verhüten,
- eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen bzw. zu mildern und
- die Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft einzugliedern.

Leistungsberechtigt sind alle Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert oder von einer Behinderung bedroht sind, so weit die Hilfe nicht von einem vorrangig verpflichteten Leistungsträger (z. B. der Krankenversicherung, der Rentenversicherung oder der Agentur für Arbeit) erbracht wird. Insgesamt gab die öffentliche Hand im Jahr 2006 netto rund 14,4 Milliarden Euro für die Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel des SGB XII „Sozialhilfe“ aus; dies entspricht einem Anteil von 79% an den gesamten Nettoaufwendungen der Sozialhilfe (18,1 Milliarden Euro).

In Nordrhein-Westfalen sind die Landschaftsverbände seit dem 01.07.2003 befristet bis zum 30.06.2010 im Rahmen eines Projekts zuständig für alle Leistungen der Eingliederungshilfe für erwachsene behinderte Menschen, die das selbständige Wohnen ermöglichen oder sichern sollen. Dabei sollen der Grundsatz „ambulant vor stationär“ konsequent berücksichtigt und die durchschnittlichen Fallkosten der Sozialhilfe für Hilfen zum Wohnen gesenkt werden. Zum Ende der Laufzeit soll das Projekt evaluiert werden. Danach wird entschieden, ob es bei der Zuständigkeit der Landschaftsverbände bleibt oder ob – wie bis Juni 2003 – die Zuständigkeit wieder bei den Kommunen angesiedelt wird.

14.2 Situation im Kreis Soest – Datenlage

14.2.1 Clearingstelle für den Kreis Soest

Mit der Einführung eines einheitlichen Hilfeplanverfahrens durch den Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) im Jahr 2003 nahm auch die Clearingstelle für den Kreis Soest ihre Arbeit auf. Die Clearingstelle ist besetzt mit Vertretern des LWL, des Kreises Soest und Trägervertretern der stationären sowie ambulanten Einrichtungen. Die Antragsteller bzw. Antragstellerinnen erhalten neben der Entscheidung über Art und Umfang der künftigen Hilfe am Ende des Beratungsprozesses bereits in der Sitzung einen Bewilligungsbescheid des LWL. Sie erscheinen zum größten Teil selbst in der Clearingstelle und können so bei der Beratung und Festlegung ihres Hilfebedarfs mitwirken.

Der Anteil der Antragsteller/-innen aus dem Bereich psychisch Kranke/Suchtkranke (74-84%) war in allen Jahren erheblich höher als der Anteil aus dem Bereich Geistig-/Körperbehinderte (16-26%). Die Gesamtzahl der Antragsteller/-innen verringerte sich von 2004 bis 2007 deutlich und ging von 219 auf 156 zurück. Die Zahl der psychisch Kranken/suchtkranken Antragsteller/-innen nahm um 41 ab (-25,5%); die Zahl der Antragsteller/-innen aus dem Bereich Geistig-/Körperlichbehinderte verringerte sich um 22 (-38%) (Tabelle 14.1).

Eingliederungshilfe Wohnen Antragsteller/-innen in der Clearingstelle Kreis Soest												
	Psychisch Kranke, Suchtkranke				Geistig Behinderte, Körperbehinderte				Antragsteller/-innen insgesamt			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Männer	118	104	68	63	41	19	17	21	159	123	85	84
Frauen	43	55	46	57	17	20	5	15	60	75	50	72
insgesamt	161	159	114	120	58	39	22	36	219	198	136	156

Tabelle 14.1: Antragsteller/-innen in der Clearingstelle für den Kreis Soest; 2004 – 2007 (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Gesundheit)

14.2.2 Eingliederungshilfe Wohnen – Stationäre Hilfen

Der weitaus größte Teil der Leistungen im Bereich „Eingliederungshilfe Wohnen“ entfällt auf die stationären Hilfen. Das betrifft sowohl die Fallzahlen als auch die Höhe der anfallenden Kosten. Im stationären Wohnen werden Personen versorgt, die aufgrund ihrer Behinderungen nicht in der Lage sind, in einer eigenen Wohnung zu leben und die damit verbundenen Aufgaben (Haushaltsführung, Verpflegung, Finanzen) selbständig zu regeln. Bei diesem Personenkreis sind ambulante oder teilstationäre Hilfen nicht ausreichend.

Am 31.12.2007 wurden insgesamt 835 Klienten und Klientinnen (Tabelle 14.2) im stationären Wohnen versorgt, die ihren ursprünglichen gewöhnlichen Aufenthaltsort im Kreis Soest haben. Im Vergleich zum 30.06.2003 hat sich die Anzahl um 58 erhöht. Damit liegt der Kreis Soest in 2007 mit 2,71 Klienten und Klientinnen pro 1.000 EW über dem Durchschnitt in Westfalen Lippe (2,47).

Eingliederungshilfe Wohnen (Stationäres Wohnen, 31.12.2007)			
	Einwohnerzahl (30.06.2007)	Anzahl Klienten im stationären Wohnen	Klienten / 1.000 EW
Soest	307.626	835	2,71

Tabelle 14.2: Stationäres Wohnen am Stichtag 31.12.2007 (Quelle : LWL)

Von den 835 Personen waren allerdings 259 in Einrichtungen außerhalb des Kreises Soest untergebracht. In vollstationären Wohneinrichtungen des Kreisgebietes wurden zum 31.12.2007 insgesamt 1.072 Klienten und Klientinnen versorgt. Davon hatten 576 ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort im Kreis Soest und 496 Klienten und Klientinnen kamen aus anderen Städten oder Kreisen.

Ausgehend von den durchschnittlichen Sozialhilfeaufwendungen zum Stichtag 31.12.2007 ist für das stationäre Wohnen für den Kreis Soest bei Fallkosten von 38.900 € und 835 Klienten/Klientinnen insgesamt von jährlichen Aufwendungen in Höhe ca.

32 Millionen € auszugehen.

14.2.3 Eingliederungshilfe Wohnen – Ambulant betreutes Wohnen

Das ambulant betreute Wohnen hat durch die Bemühungen um Kostensenkung erheblich an Bedeutung gewonnen. In Westfalen Lippe hat sich die Anzahl der Personen, die durch das ambulant betreute Wohnen in die Lage versetzt werden, in einer eigenen Wohnung zu leben, deutlich von 6.129 in 2003 auf 12.424 Klienten und Klientinnen in 2007 erhöht. Dabei verliefen die Entwicklungen in den einzelnen Kommunen in Westfalen-Lippe bei der Umsetzung des Grundsatzes „ ambulant vor stationär“ durchaus sehr unterschiedlich.

Im Kreis Soest ist das ambulant betreute Wohnen seit längerem gut ausgebaut und hat zwischen 2003 und 2007 daher nur um 64 Fälle (17%) zugenommen (Tabelle 14.3). Unser Kreis hatte damit die geringste Steigerung im beschriebenen Zeitraum in Westfalen-Lippe zu verzeichnen. Andere Kommunen wiesen offensichtlich zu Beginn der Umsteuerung zu mehr ambulanten Hilfen weit weniger Fälle auf und hatten daher auch deutlich höhere Zuwachsraten.

Ambulant betreutes Wohnen (Anzahl der Klienten und Klientinnen)									
	07.2003	06.2004	12.2004	06.2005	12.2005	06.2006	12.2006	06.2007	12.2007
Soest	380	396	410	345	352	370	382	415	444

Tabelle 14.3: Ambulant betreutes Wohnen; Klientenentwicklung 2003 – 2007 (Quelle: LWL)

Berechnet man die Kosten für das ambulant betreute Wohnen im Kreis Soest anhand der durchschnittlichen Sozialhilfaufwendungen mit Stichtag 31.12.2007 (8.356 €), so ergeben sich für 444 Fälle jährliche Aufwendungen in Höhe von 3,7 Millionen €.

14.2.4 „Ambulant vor stationär“

Die Bemühungen des Landes Nordrhein-Westfalen, der kommunalen Spitzenverbände und der Landschaftsverbände (Rahmenvereinbarung Eingliederungshilfe Wohnen vom 01.01.2004) haben dazu geführt, dass der Anstieg der **stationären Hilfen** in Westfalen Lippe verlangsamt werden konnte. Die Fallzahlen nahmen von 2004 bis 2007 in Westfalen-Lippe im stationären Wohnen um 1.468 Personen zu. Die jährlichen Zuwachsraten verringerten sich auf nur noch 166 Fälle in 2007. Gleichzeitig wurde die Zahl der Personen im ambulant betreuten Wohnen um über 6.294 wesentlich deutlicher gesteigert (2003 bis 2007).

Eine wichtige Möglichkeit zur Vermeidung stationärer Unterbringungen ist die Erhöhung des zeitlichen Betreuungsumfanges beim ambulant betreuten Wohnen. Die durchschnittliche Anzahl der Fachleistungsstunden, die die Mitarbeiter/-innen der Dienste im ambulant betreuten Wohnen pro Woche für einen Klienten oder eine Klientin zur Verfügung gestellt bekamen, betrug in Westfalen-Lippe in 2007 durchschnittlich 3,16 Stunden.

Der Kreis Soest lag für 2007 mit durchschnittlich 3,13 Fachleistungsstunden pro Woche auf dem gleichen Niveau. Dabei liegen die Fachleistungsstundenanteile im Kreis Soest bei den geistig Behinderten, den seelisch Behinderten und Suchtkranken niedriger als der Durch-

schnitt in Westfalen-Lippe; demgegenüber fällt der Anteil bei den körperlich Behinderten im Kreis Soest deutlich höher aus als im Durchschnitt in Westfalen-Lippe (Tabelle 14.4).

Ambulant betreutes Wohnen (bewilligte Fachleistungsstunden)					
	Körperlich behinderte Menschen	Geistig behinderte Menschen	Seelisch behinderte Menschen	Suchtkranke Menschen	Mittelwert gesamt
Kreis Soest	4,75	3,10	2,24	2,43	3,13
Mittelwert Westfalen-Lippe	3,83	3,45	2,68	2,67	3,16

Tabelle 14.4: Durchschnittlich bewilligte Fachleistungsstunden nach Art der Behinderung, zum Stichtag 31.12.2007 (Quelle: LWL)

14.3 Resümee

Es kann unterstellt werden, dass im Kreis Soest bereits 2003 ein gut ausgebautes Versorgungsnetz von Anbietern des ambulant betreuten Wohnens vorhanden war und somit kein „Nachholbedarf“ beim Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen wie in anderen Kommunen in Westfalen-Lippe bestand. Dies erklärt die eher geringen Zuwachsraten für Hilfen in diesem Bereich.

Zur Ergänzung des ambulanten Unterstützungsangebotes bemüht sich der LWL das Angebot niedrigschwelliger Hilfen (z. B. Tagesstätten) im Kreis Soest zu verbessern. So hat im Jahr 2007 hier eine dritte Tagesstätte für psychisch behinderte Menschen ihren Dienst aufgenommen. Des Weiteren ist der LWL sehr bemüht, die Anzahl der Menschen mit Behinderung in Familienpflege zu erhöhen. Dieser Ausbau ambulanter Hilfen ist aus fachlicher Sicht zu unterstützen. Die Entwicklung von einer institutionsbezogenen hin zu einer personenbezogenen Orientierung des Versorgungsangebotes im Bereich der Einrichtungen und Dienste erfordert auch in Zukunft weitere Anstrengungen bei der Erarbeitung neuer Formen von Organisation, Finanzierung und auch Kooperation.

Auch das individuelle Hilfeplanverfahren (Clearingstelle im Kreis Soest) als neues Steuerungsinstrument hat mit dazu beigetragen, einen weiteren dramatischen Anstieg von Fallzahlen im stationären Wohnen zu verhindern. Gleichwohl stagnieren die Fallzahlen nicht, sondern steigen weiterhin leicht an. Ohne den sehr deutlichen Zuwachs in den ambulanten Hilfen wäre ein Abbremsen des Anstiegs stationärer Hilfen wohl nicht gelungen.

Es bleibt abzuwarten, wie die wissenschaftliche Begleitforschung der Universität Siegen im Sommer 2008 die bisherige Entwicklung in den Eingliederungshilfen Wohnen und auch die strukturellen Anstrengungen des LWL zur Begrenzung eines weiteren Kostenanstiegs bewerten wird.

Interessant wird auch sein, wie sich das Spannungsfeld zwischen dem individuellen Anspruch behinderter Menschen auf Hilfen im Rahmen des SGB XII und den gleichzeitigen Bemühungen um eine Senkung der Kosten in den Eingliederungshilfen zum Wohnen entwickeln wird. Auch die zunehmende Inanspruchnahme des „persönlichen Budgets“ wird die Entwicklung in diesem Bereich zukünftig sicher noch deutlicher beeinflussen.

Zusammenfassung:

- Für Hilfen im **ambulant betreuten Wohnen** wurden durch den LWL in 2007 ca. 3,7 Mio. € für 444 Anspruchsberechtigte im Kreis Soest aufgewendet.
- Für **stationäres Wohnen** wurden in 2007 ca. 31 Mio. € für 835 Anspruchsberechtigte aus dem Kreis Soest aufgewendet.
- Der Grundsatz „**ambulant vor stationär**“ wurde unter Anwendung des individuellen Hilfeplanverfahrens des LWL seit 2003 auch im Kreis Soest für die Eingliederungshilfe Wohnen umgesetzt: die Personenzahl in ambulanter Hilfe stieg um 6.296 (2003 – 2007), während die Personenzahl im stationären Wohnen nur um 1.468 (2004 – 2007) anstieg.
- Das Angebot im ambulanten Bereich wurde ausgebaut und um niedrigschwellige Hilfen ergänzt.

14.4 Nächste Schritte

Zwischen dem Kreis Soest und dem LWL wurde in 2008 eine Kooperationsvereinbarung zur Eingliederungshilfe Wohnen unterzeichnet. Damit soll die Beteiligung des Kreises Soest als Unterer Gesundheitsbehörde an zukünftigen Versorgungsplanungen verbessert werden.

Wünschenswert ist, dass alle Beteiligten die Versorgungs- und Betreuungsstrukturen für Menschen mit Behinderungen mit dem Ziel weiter entwickeln, so dass Dienstleistungsbeziehungen soweit wie möglich selbstbestimmt entstehen können. Unverändert muss aber den Menschen, deren Kompetenzen für die Entwicklung solcher Beziehungen nicht ausreichen, die Fürsorge in der Versorgung entgegen gebracht werden, derer sie bedürfen.

Quellen:

1. Statistisches Bundesamt; Pressemitteilung Nr. 462 vom 16.11.2007
2. Rahmenvereinbarung Eingliederungshilfe Wohnen vom 01.01.2004
3. Daten aus der Clearingstelle Kreis Soest; eigene Erhebung
4. LWL Behindertenhilfe; Controlling



(Quelle: © Rainer Sturm / pixelio)

15 Perfluorierte Tenside (PFT)

Umweltbedingte Belastungen können einen erheblichen negativen Einfluss auf die Gesundheit der Betroffenen haben. Insbesondere ist das der Fall, wenn die Belastung über die Umweltmedien Wasser, Luft oder den Boden verteilt werden. Auf diesen Expositionspfaden werden in der Regel große Bevölkerungsgruppen von Schadstoffen erreicht und die Wahrscheinlichkeit steigt, dass nicht nur die individuelle Gesundheit, sondern der Gesundheitszustand der exponierten Bevölkerung insgesamt gefährdet wird. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Kreises sollen deshalb auch potenzielle oder bereits nachgewiesene Belastungen aus der Umwelt betrachtet werden.

Für diesen Bericht bot sich als wichtiges Thema die PFT - Belastung von Gewässern und Böden an, die als Folge der Ausbringung sogenannter „Bodenverbesserer“ entstanden war. Betroffen waren Gebiete in ganz Deutschland. Für das Kreisgebiet relevant waren und sind bis heute insbesondere belastete Ackerflächen in Brilon-Scharfenberg und Rüthen. Durch die gute Wasserlöslichkeit erreichten die Schadstoffe schnell die Möhne und die Ruhr mit anfangs erheblichen Auswirkungen auf die Wasserversorgung und nachhaltigen Beeinträchtigungen des Tourismus an der Möhne.

15.1 Einleitung

Im Jahre 2006 wurden im Rahmen eines Forschungsprojektes durch die Ruhr-Universität Bonn erhöhte Gehalte an perfluorierten Tensiden (PFT) im Rhein festgestellt. Die Rückverfolgung der Wasserbelastung führte die Forscher zur Ruhr. Deren Zufluss in den Rhein war Hauptgrund für die gefundenen PFT - Werte. Weitere Forschungen ergaben, dass die größten Belastungen wiederum durch den Möhnefluss in die Ruhr gelangten.

Bei den perfluorierten Tensiden handelt es sich um fluorhaltige Kohlenstoffverbindungen, die chemisch und thermisch sehr stabil sind. Sie zersetzen sich unter Umwelteinflüssen erst nach mehreren Jahren. Aufgrund ihrer guten Wasserlöslichkeit können die Verbindungen auf dem Wasserweg über weite Strecken hinweg verteilt werden. Die Aufnahme in den menschlichen Körper erfolgt dann direkt über belastetes Wasser oder durch den Konsum belasteter Tiere oder Pflanzen. Die PFT wurden weltweit in Tieren gefunden, selbst in Eisbären waren sie schon nachweisbar. Die Belastung ist also bereits global. Es gibt eine Vielzahl solcher Verbindungen. Am häufigsten werden in der Umwelt die PFT - Verbindungen Perfluoroktansäure (PFOA) und Perfluorooctansulfonsäure (PFOS) nachgewiesen, so auch in der Möhne und in der Ruhr.

PFT sind ausschließlich anthropogenen Ursprungs, das heißt, sie kommen nicht natürlich vor, sondern sind durch Menschen verursacht. Anwendung finden die PFT zum Beispiel bei der Papierbeschichtung, in Imprägniersprays, teflonbeschichteten Gegenständen, atmungsaktiven Textilien (z. B. Gore Tex), Farben, Isolierbändern, Löschschäumen oder bei der Metallverchromung. Ursache der PFT - Belastung im hiesigen Kreisgebiet waren aber nicht industrielle Einleitungen, sondern die Ausbringung von Gemischen verschiedener Zusammensetzung, die als Biodünger an Landwirte abgegebenen worden waren. Die Abgabe erfolgte nach der Bioabfallverordnung. Diese waren jedoch in krimineller Absicht mit PFT verunreinigt worden. Die Gemische wurden von einer Firma aus Paderborn vertrieben. Nach den bei der Herstellerfirma gesicherten Unterlagen erfolgte in unterschiedlicher Menge über mehrere Jahre

verteilt auf ca. 750 Flurstücken im Kreisgebiet mit einer Fläche von ca. 1.300 ha die Ausbringung als Bodenverbesserer.

Über die gesundheitliche Bedeutung von PFT beim Menschen liegen wenig gesicherte Erkenntnisse vor. Bekannt ist, dass perfluorierte Substanzen nur eine geringe bis mäßige akute Giftigkeit besitzen. Allerdings ist aufgrund einer Halbwertszeit von 4-5 Jahren im menschlichen Körper eine Anreicherung zu beobachten. Damit sind auch Langzeitfolgen wichtig, die im Körper möglicherweise durch angereicherte Mengen verursacht werden. Dazu gibt es zur Zeit keine ausreichenden Erkenntnisse. Es wird untersucht, inwieweit die PFT Krebs verursachen können. Zielorgan der PFT scheint die Leber zu sein. Die Aufnahme der Stoffe beim Menschen geschieht insbesondere über die Atemwege, den Magen-Darmtrakt und in geringem Umfang über die Haut.

15.2 PFT- Belastung im Kreis Soest

Nachdem sich sehr schnell nach Bekanntwerden der Belastungen von Ruhr und Möhne im Mai 2006 die Herkunft der Substanzen klären ließ, konnten im Kreis Soest sowie im Hochsauerlandkreis (für Brilon-Scharfenberg) zielgerichtet viele weiterführende Untersuchungen durchgeführt werden. Eine Flächenauswahl war aufgrund der Vielzahl betroffener Flächen notwendig. Auch wusste man durch Untersuchungen noch vorhandener Reste der Bioabfallgemische, dass in diesen sehr unterschiedliche Gehalte von PFT nachgewiesen worden waren. Daher war frühzeitig erkennbar, dass wahrscheinlich nur ein Teil der mit den Gemischen „gedüngten“ Flächen mit PFT belastet sein würde. Es wurden Bodenproben von landwirtschaftlichen Nutzflächen, Gewässerproben aus Bächen und Flüssen gezogen und analysiert. Dabei bestätigte sich, dass unter den etwa 750 Flurstücken weniger als 10 Flächen als belastet einzustufen waren. Nur eine Fläche ist so erheblich belastet, dass eine Sanierungsmaßnahme erforderlich ist. Im Hochsauerlandkreis stellte sich eine landwirtschaftliche Nutzfläche als extrem belastet heraus. Diese Fläche Brilon-Scharfenberg war mit Bioabfallgemischen mehrfach gedüngt worden. Von dort ging durch Regenwasserausspülungen der größte Anteil der PFT - Belastung der Möhne aus.

Die größte Bedrohung war die mögliche Verunreinigung des Trinkwassers. Solange nicht bekannt war, wie erheblich die Kontamination mit PFT auf den Flächen im Kreisgebiet war, wurde das aufbereitete Trinkwasser in allen Wasserwerken regelmäßig kontrolliert. Durch die Bodenuntersuchungen wurde bestätigt, dass die PFT durch Niederschläge von den Böden allmählich in das Grundwasser oder in Vorfluter ausgewaschen werden. Ein Teil der betroffenen Flächen entwässert nach Norden in Richtung Lippe, ein anderer Teil nach Süden zur Möhne hin. Eine Gefährdung der Trinkwassergewinnung an Möhne und Ruhr war also nicht auszuschließen.

15.2.1 Gewässerbelastung

Die Gefährdung der Trinkwasserversorgung durch Belastungen in den Flüssen ist begründet durch die Art der Trinkwassergewinnung. Entlang der Ruhr wird aus Oberflächenwasser Trinkwasser gewonnen. Das Wasserwerk Möhnebogen im Hochsauerlandkreis, das ebenfalls Oberflächenwasser verwendet, versorgt Teile des Arnsberger Raums mit Trinkwasser. Bis 2006 gehörte die Analyse auf PFT aber nicht zu den routinemäßig im Trinkwasser untersuchten Werten. Entsprechende Untersuchungskapazitäten waren auch nur sehr eingeschränkt verfügbar. Ungeachtet dieser praktischen Probleme wurden von den Wasserversorgern umgehend die notwendigen Untersuchungen veranlasst, um so schnellstmöglich die Belastungshöhe in Erfahrung zu bringen. Die Ergebnisse zeigten, dass die Befürchtungen begründet waren. Für das Wasserwerk Möhnebogen wurden die höchsten PFT -Konzentrationen im

aufbereiteten Trinkwasser festgestellt. Andere Wasserwerke waren in geringerem Maße betroffen. Zwischenzeitlich waren die PFT - Problematik und die vorhersehbare Trinkwasserbelastung Anlass gewesen, von der Trinkwasserkommission des Bundesministeriums für Gesundheit beim Umweltbundesamt eine Stellungnahme einzuholen.

Grundsätzlich müssen die örtlich zuständigen Gesundheitsämter bei einer Trinkwasserbelastung entscheiden, welche Maßnahmen zum Abstellen einer Belastung des Trinkwassers notwendig sind. Gegebenenfalls müssen auch Nutzungseinschränkungen angeordnet werden, wenn eine akute Gesundheitsgefährdung der Bevölkerung zu befürchten ist. Bei Substanzen, die nicht ausreichend hinsichtlich ihrer Gefährlichkeit bewertet sind, fehlt den Gesundheitsämtern aber eine sachliche Grundlage, um angemessen reagieren zu können. Durch die Trinkwasserkommission wurden auf der Basis einer vorläufigen Gefährdungsbeurteilung der PFT, die bis heute Bestand hat, sehr schnell maximale Belastungswerte des Trinkwassers festgelegt.

Als Leitwert wurden 0,3 Mikrogramm PFT/l festgelegt. Wird der Leitwert unterschritten, ist selbst bei lebenslanger Aufnahme keine Schädigung beim Menschen zu erwarten. Kurzfristige Überschreitungen sind zwar unter bestimmten Umständen zulässig, es sind aber geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die Unterschreitung des Leitwertes schnellstmöglich wieder zu gewährleisten. Als Maßnahmewert wurden 0,5 Mikrogramm/l für Säuglinge und 5 Mikrogramm für Erwachsene festgelegt. Bei Überschreiten des Maßnahmewertes sind umgehend Vorsorgemaßnahmen erforderlich, um gefährdete Personengruppen auch bei kurzfristiger Trinkwassernutzung sicher zu schützen. Der Maßnahmewert für Säuglinge wurde im Wasserwerk Möhnebogen mit 0,53 Mikrogramm/l überschritten. Dort mussten vorübergehend durch das Gesundheitsamt des Hochsauerlandkreises Nutzungseinschränkungen des Trinkwassers bei der Ernährung von Säuglingen oder stillenden Frauen ausgesprochen werden.

Die Empfehlungen der Trinkwasserkommission sind in der folgenden Tabelle erläutert.

Art des Höchstwertes	PFT-Konzentration	Begründung
Zielwert (Langfristiges Mindestqualitätsziel, allgemeiner Vorsorgewert)	< 0,1 µg/l < 100ng/l	Lebenslange gesundheitliche Vorsorge: grundsätzlich gehört der Stoff nicht ins Trinkwasser.
Leitwert: lebenslang gesundheitlich duldbarer Wert für alle Bevölkerungsgruppen	< 0,3 µg/l < 300ng/l	Bis zu dieser Konzentration ist die lebenslange Aufnahme der PFT duldbar.
Vorsorglicher Maßnahmewert für <u>Säuglinge</u>	0,5 µg/l 500 ng/l	Vorsorglicher Schutz von Säuglingen
Maßnahmewert für <u>Erwachsene</u>	5 µg/l 5000 ng/l	Empfehlung: Erwachsene sollen Trinkwasser für Lebensmittelzwecke nicht mehr verwenden.

Tabelle 15.1: Empfehlungen der Trinkwasserkommission zu PFT im Trinkwasser

Erläuterung: µg / l = Mikrogramm pro Liter = millionstes Gramm pro Liter
ng / l = Nanogramm pro Liter = milliardstes Gramm pro Liter

Beim Wasserwerk an der Ruhr in Wickede-Echthausen, das den Kreis Soest teilweise versorgt, wurde der Leitwert von 0,3 Mikrogramm/l im Trinkwasser nicht überschritten. Grund war, dass die Ruhr oberhalb der Möhnewündung kaum belastet war und durch die Vereinigung der beiden Flüsse ein starker Verdünnungseffekt des Möhnewassers eintritt. Trotzdem betrug die mittlere Tagesfracht der Ruhr ca. 300 g PFT. Der Betreiber Gelsenwasser begann sehr schnell mit Versuchen, durch Aktivkohlefilter die PFT aus dem Wasser zu eliminieren. Die Versuchsanlagen zeigten erfreulich schnell eine erhebliche Absenkung des PFT im so aufbereiteten Wasser.

Der Verlauf der PFT - Belastung im Trinkwasser aus dem Wasserwerk in Echthausen ist im folgenden Diagramm dargestellt.

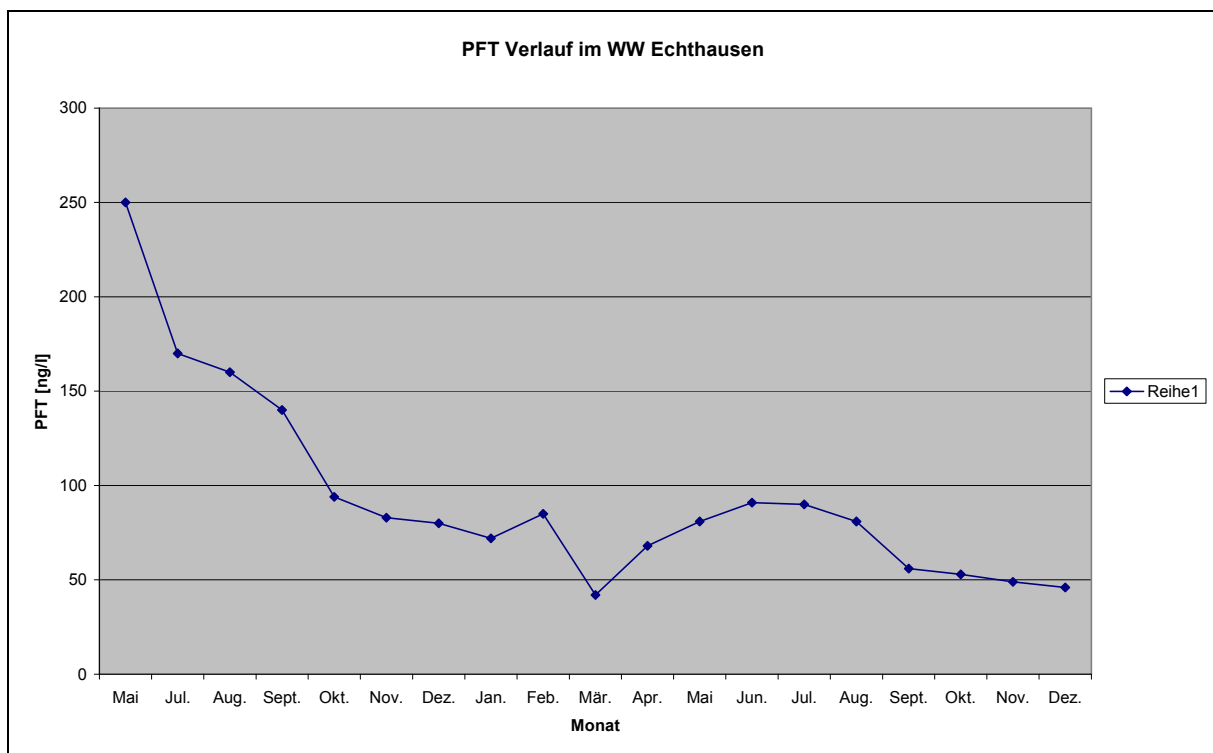


Diagramm 15.2: PFT - Konzentration im Wasserwerk Echthausen/Ruhr (Mai 2006 bis Dezember 2007) (Quelle: Kreis Soest, Abteilung Gesundheit)

Ein weiteres Wasserwerk im Raum Erwitte wurde vorsorglich vom Betreiber außer Betrieb genommen. Hier war die Verunreinigung des Trinkwassers vermutlich durch eine kontaminierte Fläche in Rüthen bedingt worden. Die Trinkwasserversorgung der Bevölkerung war jedoch stets gewährleistet. Das Wasserversorgungsunternehmen konnte auf andere Wasserressourcen zurückgreifen.

Im Trinkwasser der anderen Wasserversorger im Kreis Soest waren PFT nicht bzw. nur in sehr geringen Konzentrationen knapp an der Nachweisgrenze gemessen worden.

Eine Sondersituation ergab sich für die so genannten Eigenversorger, die im ländlichen Bereich ihre Wasserversorgung aus dem eigenen Brunnen sichern. Diese Eigenversorger müssen sich alleine um die Wasseranalysen ihres Wassers kümmern. Die Eigenversorger, die im möglichen Einflussbereich belasteter Flächen ihre Anlagen betrieben, wurden vom Gesundheitsamt informiert, dass sie im eigenen Interesse eine Analyse ihres Trinkwassers auf PFT

durchführen lassen sollten. Zusätzlich wurden vom Gesundheitsamt stichprobenartig mehrere potenziell gefährdete Eigenwasserversorgungsanlagen im Raum Geseke am Fuße des Haarstranges untersucht. Bei den 22 Analysen wurden keine signifikanten Belastungen des Wassers festgestellt. Es mussten keine Nutzungseinschränkungen ausgesprochen werden.

Eine leichte Unsicherheit blieb dennoch bestehen, weil es sich bei den Untersuchungen grundsätzlich nur um Momentaufnahmen handelte. Die Situation konnte sich insofern ändern, weil das Grundwasser im Bereich des Haarstranges durch sogenanntes Karstgestein fließt. Dort kann sich erfahrungsgemäß die Wasserqualität sprunghaft verändern. Über diese Tatsache wurden alle Betreiber von Kleinanlagen informiert und es wurden ihnen weitere Untersuchungen ihres Trinkwassers empfohlen.

Aufgrund der verunreinigten Böden wurden nicht nur an Möhne und Ruhr Untersuchungen des Wassers durchgeführt. Der Ruhrverband begann mit regelmäßigen Messungen in der Möhnetalsperre. Dabei wurden Konzentrationen von über 0,6 µg/l festgestellt. Dies bedeutet bei einem Wasservolumen der Talsperre von ca. 130 Mio. m³ eine Menge von ca. 80 kg an PFT im See.

Im nördlichen Kreisgebiet wurde ein Monitoring an der Lippe und einigen ihrer Zuflüsse durchgeführt. Die mittlere Tagesfracht an PFT betrug in der Lippe bei Lippborg in 2007 180 g. Die Lippe wird nicht zur Trinkwassergewinnung genutzt.

15.2.2 Belastungen von Fischen

Im Bereich Möhnefluss und Möhnesee sind Untersuchungen an Fischen durchgeführt worden. Es wurde festgestellt, dass die Tiere in unterschiedlichen Größenordnungen PFT aufnehmen. Korrelationen z. B. zwischen Art, Alter der Tiere und Belastung des Wassers oder Ähnlichem waren nicht zu erkennen. Die Belastungen waren jedoch teilweise sehr hoch. Weil nicht jeder Fisch untersucht werden kann, gab das Ministerium für Umwelt und Naturschutz, Landwirtschaft und Verbraucherschutz des Landes Nordrhein-Westfalen (MUNLV) eine Verzehrsempfehlung für die Fische aus bestimmten Gewässern heraus. Demnach sollten nur 1 bis 3 Fische pro Monat aus der Möhne oder dem Möhnesee verzehrt werden.

Diese Verzehrsempfehlung hat zur Verärgerung und Verunsicherung insbesondere bei den ansässigen Angelvereinen geführt. Einige haben die Empfehlung ignoriert, andere haben völlig auf die Fischbewirtschaftung der Gewässer verzichtet. Der Tourismus verzeichnete deutliche Einbußen. Die Verunsicherung war anfangs auch deshalb groß, weil manche meinten, dass selbst das Baden gefährlich sei. Vielen Anrufern im Gesundheitsamt musste versichert werden, dass dabei keine Gefahr bestand. Die Aufnahme über die Haut ist zu gering, um durch Baden zu einer messbaren Belastung führen zu können.

Spätere weiterführende Untersuchungen haben gezeigt, dass unbelastete Fische in belasteten Gewässern sehr schnell die PFT aufnehmen, aber in unbelasteten Gewässern die Stoffe ebenso schnell wieder abgeben. Das lässt darauf hoffen, dass sich die Situation nach der Sanierung der Böden und Gewässer schrittweise normalisiert.

15.2.3 Belastung von Pflanzen

Ebenfalls wurde festgestellt, dass Pflanzen über den Boden PFT aufnehmen können. Futtermittel, die auf belasteten Flächen angebaut wurden, mussten vor der Verfütterung auf den PFT - Gehalt untersucht werden. Eine Belastung der Nutztiere durch mit PFT kontaminierte Futtermittel soll auf diesem Wege unterbunden werden. Auch wenn noch keine abschließen-

de Bewertung aus Sicht der Lebensmittel- und Futtermittelüberwachung möglich ist, sollten belastete Pflanzen nicht in Verkehr gebracht werden, um einen weiteren PFT - Eintrag in die Nahrungskette zu unterbinden.

15.3 Resümee

Die Kontamination von Ackerflächen mit Abfallprodukten der Industrie, die illegal als Beimischung zur Bodenverbesserung an Landwirte im Kreis Soest und in vielen anderen Gebieten Deutschlands abgegeben wurden, war Ursache der dargestellten PFT - Belastung. Dieser Vorgang verdeutlichte, wie schnell auch lokal begrenzte Ausbringungen von gesundheitsschädlichen Substanzen in den Boden über Auswaschungen durch Regenfälle zu einer allgemeinen Belastung der Gewässer führen und so die Trinkwasserversorgung bedrohen können.

Leider hatte die Bonner Forschungsgruppe zunächst die Ergebnisse der Öffentlichkeit zugänglich gemacht, bevor die verantwortlichen Stellen beim MAGS (Ministerium f. Arbeit, Gesundheit und Soziales) und MUNLV (Ministerium für Umwelt und Naturschutz, Landwirtschaft und Verbraucherschutz) sowie der Bezirksregierung Arnsberg hinreichend informiert wurden. Dieses Vorgehen, unterstützt durch überregionale Presseberichte, die kaum zur sachlichen Aufklärung beitrugen, war ausschlaggebend dafür, dass es zu einer starken Verunsicherung in der Öffentlichkeit kam. Im hiesigen Bereich entspannte sich die Situation im Laufe der ersten Wochen durch eine ganz überwiegend sachliche Berichterstattung in den Medien deutlich.

Da zunächst keine ausreichenden Laborkapazitäten zur Verfügung standen, um die notwendigen Analysen durchzuführen, dauerte es relativ lange, bis konkrete Angaben über die hiesige Belastungssituation vorlagen. Hier hat eine Arbeitsgruppe der Ministerien und der Bezirksregierung unter Beteiligung der Gesundheitsämter dazu beigetragen, dass besonders in den ersten Wochen ein sinnvolles Abarbeiten der Proben ermöglicht wurde.

Außerdem wurde in dieser Arbeitsgruppe ein abgestimmtes Vorgehen aller betroffenen Kommunen erarbeitet. Darüber hinaus war es im Wesentlichen dem schnellen und umsichtigen Handeln der Wasserversorger zu verdanken, dass erhöhte PFT - Werte im Trinkwasser so früh wie möglich erkannt wurden. Die Abstimmungen zwischen den Wasserversorgern und dem Gesundheitsamt als örtlich zuständiger Überwachungsbehörde nach der Trinkwasserverordnung funktionierten im Kreis Soest sehr gut. Bei der Umsetzung der notwendigen Maßnahmen zum Abstellen oder Reduzieren der Belastung wurden von den Versorgern erhebliche Investitionen getätigt, um rasch geeignete Aufbereitungsmaßnahmen zu erproben (Aktivkohlefilterung) und in den Betrieb der betroffenen Wasserwerke einzubauen.

Die stark belastete Fläche in Brilon wird mittlerweile saniert. Sickerwässer werden aufgefangen und gereinigt, um weitere Verunreinigungen der Gewässer zu verhindern. Für die Fläche in Rütthen ist ebenfalls eine sehr kostspielige Sanierung geplant. Für stark mit PFT belastete Flächen besteht eine strikte Nutzungseinschränkung.

Im Bereich der Trinkwasserversorgung sind die Wasserversorgungsunternehmen dazu angehalten, die PFT aus dem Trinkwasser zu entfernen mit dem Ziel, die Belastungen unterhalb des Zielwertes von 0,1 Mikrogramm/l zu halten. In dem früher belasteten Wasserwerk Echthausen (Abbildung unten) wird die Anlage zur Aktivkohlefilterung zurzeit dauerhaft betrieben, obwohl der Zielwert auch ohne diese zusätzliche Aufbereitungsmaßnahme derzeit eingehalten würde. Eine akute Gefährdung der Bevölkerung im Kreis Soest über den Aufnahmepfad „Trinkwasser“ war zu keiner Zeit gegeben.

Bezüglich der Belastung der Fische im Möhnesee und im Möhnefluss besteht weiterhin die erwähnte Verzehrsempfehlung. Es deutet sich hier jedoch an, dass aufgrund der sinkenden Belastung des Wassers auch die Belastung der Fische zurück geht.

Zusammenfassung:

- Anfang 2006 wurde eine PFT - Belastung in einigen Bereichen der Trinkwasserversorgung im Kreisgebiet festgestellt. Zu keiner Zeit lag die Belastung oberhalb des von der Trinkwasserkommission festgelegten Leitwertes (0,3 Mikrogramm/l). Inzwischen wird der Zielwert (0,1 Mikrogramm/l) flächendeckend eingehalten. Die Zusammenarbeit der Wasserversorger mit dem Kreisgesundheitsamt war sehr gut.
- Aufgrund der genannten Sanierungsanstrengungen ist ein stetiger Rückgang der PFT - Belastung in den Gewässern, insbesondere in Ruhr und Möhne, zu beobachten.
- Mit Gesundheitsschäden bei den Bürgern und Bürgerinnen im Kreis Soest durch den Genuss von Trinkwasser ist nicht zu rechnen.
- Es ist davon auszugehen, dass alle Flächen, die stark PFT - belastet sind, im Kreis Soest zwischenzeitlich bekannt sind. Eine Fläche ist zur Sanierung vorgesehen.
- Durch die Langlebigkeit der PFT ist das Problem damit zwar noch nicht vollständig beseitigt, aber es ist keine Gefährdung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung mehr zu erwarten, wenn der mögliche Eintritt in die Nahrungskette unterbunden wird.

An diesem Bericht haben mitgewirkt:

Abteilung Gesundheit, Kreis Soest:

- Karola Born, Gesundheitsförderung, AIDS-Fachkraft
- Rüdiger Große, Gesundheitsingenieur
- Werner Rosenbaum, Psychatriekoordinator
- Christiane Kadach, Susanne Wichert, Tuberkulose-Beratung

Abteilung Soziales, Kreis Soest:

- Gerald Bankamp, Sicherung des Lebensunterhaltes
- Martina Krick, Bettina Odenthal, Sozialplanung

Arbeit Hellweg Aktiv, Kreis Soest:

- Pano Valimitis, Controlling

Herausgeber:

Kreis Soest,
Abteilung Gesundheit
Hoher Weg 1-3
59494 Soest
www.kreis.soest.de