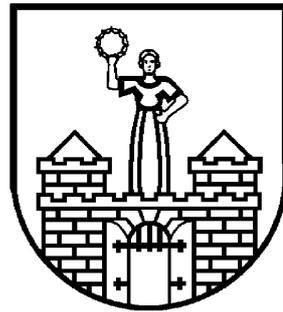


# **Gesundheitsbericht der Landeshauptstadt Magdeburg 1996**



*erarbeitet vom Gesundheitsamt Magdeburg*

Herausgegeben vom Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Magdeburg

Magdeburg 1996

Postanschrift: Landeshauptstadt Magdeburg, Gesundheitsamt  
39090 Magdeburg

Hausanschrift: Landeshauptstadt Magdeburg, Gesundheitsamt  
Lübecker Straße 32  
39124 Magdeburg

Telefon: (0391) 540 6002

Fax: (0391) 540 6006

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden bei der Angabe von Berufs- und anderen Bezeichnungen häufig nur die allgemeine bzw. die männliche Form genannt.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung und Quellenangabe gestattet.

## Einleitung

Mit dieser Veröffentlichung legt das Gesundheitsamt Magdeburg den zweiten kommunalen Gesundheitsbericht für die Stadt Magdeburg vor. Der Gesundheitsbericht 1996 soll die Öffentlichkeit der Stadt über wichtige Aspekte der Gesundheit der Magdeburger Bevölkerung informieren sowie Faktoren beschreiben, die den gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung der Stadt Magdeburg und der in der Stadt tätigen Bürger beeinflussen können. Da mit diesem zweiten Gesundheitsbericht Vergleichsdaten vorliegen, ist es nunmehr möglich, Trends und Entwicklungen aufzuzeigen, Ursachen für gesundheitliche Problemfelder in der Kommune zu erkunden und Maßnahmen zur kommunalen Gesundheitsförderung abzuleiten.

Wie der Leser unschwer feststellen wird, sind die Veränderungen im Zeitraum von zwei Jahren in der Regel recht gering. Wir leiten daraus zwei Folgerungen ab:

1. Inhaltliche Darstellungen, Erläuterungen und Daten, die sich vom Gesundheitsbericht 1995 kaum unterscheiden, wurden in den Bericht 1996 nicht aufgenommen.  
Das betrifft unter anderem
  - die Darstellung der Inhalte der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe und
  - das Aufgabenspektrum des Gesundheitsamtes.
2. Gesundheitsberichte in der vorliegenden Form, die einen Querschnitt über die gesundheitliche Situation in der Stadt geben, werden künftig in größeren Abständen, voraussichtlich in 3-jährigem Abstand, erarbeitet.  
In den dazwischenliegenden Gesundheitsberichten wird jeweils über einen gesundheitlichen Schwerpunkt, z.B. Suchtproblematik, gemeindenahe Psychiatrie, Herz - Kreislauf - Erkrankungen, gesundheitlicher Umweltschutz, berichtet werden.

Wir sind uns sicher, daß der vorliegende Bericht nicht alle Fragen beantworten kann. Falls Sie sich für andere Fragestellungen interessieren sollten, empfehlen wir Ihnen, das Gesundheitsamt Magdeburg über Ihr Interesse zu informieren.

Viele Einrichtungen haben uns mit der Bereitstellung von Daten sehr geholfen. Unser besonderer Dank gilt vor allem:

- der Kassenärztlichen Vereinigung des Landes Sachsen- Anhalt,
- der Apothekerkammer Sachsen- Anhalt,
- dem Landesamt für Versorgung und Soziales des Landes Sachsen- Anhalt,
- dem Tumorzentrum Magdeburg/ Sachsen- Anhalt e.V.,
- den Schwangerschafts- und Familienberatungsstellen von Magdeburg sowie
- dem Amt für Statistik,
- dem Sozialamt,
- dem Veterinäramt,
- dem Umweltamt,
- dem Sport- und Bäderamt der Stadtverwaltung Magdeburg

und allen beteiligten MitarbeiterInnen des Gesundheitsamtes Magdeburg.

Dr. Kornemann - Weber  
Beigeordnete für Jugend,  
Gesundheit und Soziales

MR Dr.med.E.Kühne  
Amtsarzt



# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Demographische Situation</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Vorbetrachtungen</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Bevölkerungsstand</b>	<b>1</b>
<b>1.3. Bevölkerungsbewegung</b>	<b>4</b>
<b>2. Sozialhilfe</b>	<b>6</b>
<b>3. Sterblichkeit und Todesursachen (Mortalität)</b>	<b>9</b>
<b>3.1. Alters- und Geschlechtsstruktur der Sterbefälle</b>	<b>9</b>
<b>3.2. Gestorbene nach Sterbemonat</b>	<b>11</b>
<b>3.3. Todesursachen im Überblick</b>	<b>11</b>
3.3.1. Nicht natürliche Todesursachen	11
3.3.2. Natürliche Todesursachen	12
<b>3.4. Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen</b>	<b>15</b>
3.4.1. Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems	15
3.4.2. Sterblichkeit an Neubildungen bzw. Krebserkrankungen	16
3.4.3. Sterblichkeit an weiteren häufigen Todesursachen	17
<b>3.5. Häufige Todesursachen in den Altersgruppen</b>	<b>18</b>
<b>3.6. Säuglingssterblichkeit</b>	<b>20</b>
<b>4. Erkrankungsgeschehen (Morbidität) und Behinderung</b>	<b>21</b>
<b>4.1. Morbidität meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten</b>	<b>21</b>
4.1.1. Enteritis infectiosa (infektiöse Darmerkrankungen)	22
4.1.2. Tuberkulose	23
4.1.3. Sexuell übertragbare Krankheiten	24
4.1.4. Sonstige meldepflichtige übertragbare Krankheiten	25
4.1.5. Zoonosen	30
<b>4.2. Morbidität ausgewählter Erkrankungen</b>	<b>32</b>
4.2.1. Tumorerkrankungen	32
4.2.2. Immunschwächekrankheit AIDS	40
<b>4.3. Behinderung</b>	<b>41</b>
<b>5. Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsfürsorge, Beratung und Betreuung</b>	<b>44</b>
<b>5.1. Impfschutz</b>	<b>45</b>
5.1.1. Impfschutz für Kinder und Jugendliche	45
5.1.2. Impfschutz für Erwachsene	48
<b>5.2. Gesundheitsschutz und Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche</b>	<b>50</b>
5.2.1. Gesetzliche Grundlagen	50
5.2.2. Gesundheitsvorsorge für Säuglinge und Kleinkinder	51
5.2.3. Gesundheitsvorsorge im Rahmen der Schulgesundheitspflege	53
5.2.4. Schutz der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen	59
5.2.5. Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung für Kinder und Jugendliche	61

5.3. Reisemedizinische Beratung	62
5.4. Schwangerenberatung	64
5.5. Beratung und Betreuung von Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen	66
5.6. Betreuung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher	70
5.7. Beratung HIV-Infizierter und AIDS-Kranker	73
5.8. Beratung für sexuell übertragbare Krankheiten	75
5.9. Beratung und Betreuung Krebskranker und Angehöriger	76
5.10. Beratung und Betreuung Behinderter	79
<i>6. Medizinischer Verbraucherschutz, Umwelt- und Kommunalhygiene</i>	<i>82</i>
6.1. Überwachung der hygienischen Bedingungen bei der Trinkwasserversorgung	82
6.2. Badewasser	83
6.3. Kommunalhygienische Aufgaben	85
6.4. Arzneimittelüberwachung außerhalb von Apotheken	88
6.5. Überwachung der Lebensmittelhygiene	89
6.6. Schutz vor Lärm	90
6.7. Klimatische Bedingungen in Magdeburg	92
<i>7. Kapazitäten und Leistungen des Gesundheitswesens</i>	<i>95</i>
7.1. Stationäre Einrichtungen	95
7.2. Ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung	96
7.3. Apotheken in der Stadt Magdeburg	102
7.4. Ambulante Pflege	102
7.5. Rettungsdienste	103
<i>Quellen</i>	<i>104</i>
<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	<i>105</i>
<i>Erläuterung wichtiger Fachbegriffe</i>	<i>106</i>
<i>Tabellenverzeichnis</i>	<i>112</i>
<i>Abbildungsverzeichnis</i>	<i>113</i>

# 1. Demographische Situation

## 1.1. Vorbetrachtungen

Die Grundlage für die Bewertung und Analyse des Gesundheitszustandes der Bevölkerung einer Region ist die Kenntnis der demographischen Situation. Erst die Umrechnung der absoluten Erkrankungszahlen auf die Gesamtbevölkerung bzw. auf bestimmte Bevölkerungsgruppen ermöglicht eine Vergleichbarkeit und damit eine Einschätzung des Gesundheitszustandes.

Besondere Bedeutung kommt dabei den Anteilen der Alters- und Geschlechtsgruppen zu.

Basis für die nachfolgenden Betrachtungen zur Magdeburger Bevölkerung ist Heft 17 der Magdeburger Statistischen Blätter vom Amt für Statistik mit dem Thema: „Bevölkerungsstand und Bevölkerungsveränderungen in Magdeburg im Jahr 1996“ [1]. In diesem Heft werden weitergehende Betrachtungen, besonders zur unterschiedlichen Entwicklung der Bevölkerungsstruktur in den Stadtteilen Magdeburgs angestellt.

## 1.2. Bevölkerungsstand

Wie viele andere Großstädte in den neuen Bundesländern hat auch Magdeburg seit 1990 einen kontinuierlichen Bevölkerungsverlust zu verzeichnen. Seit 1988 hat die Magdeburger Bevölkerung um über 38.600 Personen abgenommen. 1996 lebten 251.902 Personen mit Hauptwohnsitz in Magdeburg, davon waren 131.087 Personen (= 52%) weiblichen und 120.815 Personen (= 48%) männlichen Geschlechts. Verbunden mit dem Bevölkerungsverlust ist die stetige Zunahme des Altersdurchschnittes der Einwohner. Vom Jahr 1995 zu 1996 erhöhte sich der Altersdurchschnitt von 41,08 auf 41,65 Jahre. Vor 1990 war der Altersdurchschnitt relativ konstant und betrug für Magdeburg ca. 37,5 Jahre. Die Tabelle 1 zeigt die Entwicklung der Einwohnerzahlen und des Altersdurchschnittes der Magdeburger Bevölkerung in den letzten Jahren.

**Tabelle 1 :** Altersdurchschnitt in ausgewählten Jahren [1]

(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt)

<b>Jahr</b>	<b>Einwohner gesamt</b>	<b>Altersdurchschnitt</b>
1971	271.906	37,55
1975	277.656	37,49
1981	287.362	37,46
1990	278.807	38,26
1991	275.238	39,07
1992	272.516	39,48
1993	270.546	39,88
1994	265.379	40,45
1995	257.656	41,08
1996	251.902	41,65

Die angegebenen Bevölkerungszahlen von 1996 basieren auf der Fortschreibung des Einwohnermelderegisters durch das Amt für Statistik.

Einen genaueren Überblick über die Anteile der einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen an der Gesamtbevölkerung vermittelt die sogenannte Alterspyramide (Abbildung 1).



**Abbildung 1 :** Altersstruktur der Magdeburger Hauptwohnsitzbevölkerung 1996 [1]

Hier gibt die Länge der waagerechten Balken Aufschluß über die Anzahl von Personen in der speziellen Alters- und Geschlechtsgruppe. Die Belegung der Altersgruppen ändert sich nicht kontinuierlich, sondern ist unter anderem von

gesellschaftlichen Ereignissen abhängig, die einen Geburtenrückgang oder auch Reduzierung bestimmter Gruppen (z.B. durch Kriege) zur Folge haben. Am Fuß der Pyramide ist der durch die Wende ausgelöste Geburtenrückgang zu erkennen, der sich seit vier Jahren stabilisiert hat. Für das Jahr 1996 (unterer Balken) ist ein leichter Geburtenanstieg zu verzeichnen. Die ausgeprägte Minderbelegung bei den 22 - bis 25 - jährigen Personen ist bedingt durch die Einführung der Pille zur Schwangerschaftsverhütung. Der Geburtenrückgang in Folge des 2. Weltkrieges äußert sich im Einschnitt bei der Altersgruppe von 51 bis 52 Jahren. Die in der Alterspyramide dunkel gekennzeichneten Enden markieren den Männer- bzw. den Frauenüberschuß in der bestimmten Altersgruppe. Während bis etwa zum 40. Lebensjahr ein leichter Männerüberschuß vorhanden ist, zeigt sich in höheren Altersstufen ein zunehmendes Defizit an Männern. Die Erklärung für diese Tatsache ist die höhere Lebenserwartung der Frauen ( siehe Abschnitt 3).

1996 lebten in Magdeburg 5.882 Ausländer, 663 Aussiedler und 594 Asylbewerber. Im Rahmen der Ausländerbeiratswahl im Dezember 1996 wurde eine Registerbereinigung in der Ausländerbehörde durchgeführt, die eine geringfügige Änderung der Ausländerzahlen zur Folge hatte. Tabelle 2 zeigt die Entwicklung der Ausländerzahlen in den letzten vier Jahren und die Anteile ausgewählter Nationalitäten.

**Tabelle 2:** Ausländer mit Hauptwohnsitz in Magdeburg nach ausgewählten Nationalitäten in den Jahren 1993 bis 1996 [1]

Fortschreibung des Amtes für Statistik auf der Basis des Einwohnermelderegisters

Nationalität	1993	1994	1995	1996
ehem. Jugoslawien	389	423	674	664
Vietnam	753	764	673	617
ehem. Sowjetunion	588	510	427	337
Rumänien	607	584	568	290
Polen	483	477	253	254
Bulgarien	481	467	449	252
Türkei	173	193	229	241
Algerien	102	107	95	88
sonstige	1.937	2.301	2.741	3.139
Gesamt	5.513	5.826	6.109	5.882

Die zahlenmäßig stärksten Ausländergruppen kommen auch weiterhin aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus Vietnam.

### 1.3. Bevölkerungsbewegung

Die Struktur der Bevölkerung wird nicht nur durch die natürliche Bevölkerungsbewegung, wie Geburten und Sterbefälle, sondern auch durch Zu- und Wegzüge über die Stadtgrenzen hinaus beeinflusst. Wie bereits eingangs erwähnt, setzte sich der Bevölkerungsverlust in Magdeburg auch im letzten Jahr kontinuierlich fort. Die Bevölkerung von Magdeburg nahm im Jahr 1996 um ca. 5.750 Personen (etwa 2,3% der Gesamtbevölkerung) ab. Im Jahr 1995 betrug das Defizit sogar 7.700 Personen. Insgesamt beträgt der Einwohnerverlust seit 1988 etwa 38.600 Personen.

Die stark zurückgegangenen Geburtenzahlen haben an dieser Entwicklung nur einen kleinen Anteil. Im Jahr 1996 war ein leichter Geburtenanstieg von 135 Geburten gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen.

Neben dem allgemeinen Rückgang der Magdeburger Bevölkerung sinkt der Anteil der Frauen im gebärfähigen Alter (von 15 bis unter 45 Jahren) überproportional.

Die Hauptursache liegt im weiter anhaltenden negativen Wanderungssaldo und speziell dem Trend zum Erwerb von Wohneigentum vor den Toren der Stadt Magdeburg begründet, der vor allem junge Familien zum Umzug in die angrenzenden Landkreise veranlaßt.

Die Fruchtbarkeitsziffer, die auch die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter berücksichtigt, lag 1996 mit 28,5 Lebendgeborenen je 1000 Frauen im gebärfähigen Alter sogar über der Fruchtbarkeitsziffer von 1992. Die Entwicklung der natürlichen Bevölkerungsbewegung der letzten Jahre ist in Tabelle 3 dargestellt.

**Tabelle 3:** Natürliche Bevölkerungsbewegung in der Stadt Magdeburg in den Jahren 1989 bis 1996 [1]

(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt)

Jahr	Lebend geborene	Geburtenziffer (Lebendgeb. auf 1000 Einwohner)	Anzahl d. Frauen im gebärfähigen Alter (in 1000)	Anteil d. Frauen an der Gesamtbevölkerung in %	Fruchtbarkeitsziffer 1)	Sterbefälle	Saldo
1989	3.470	12,0	61,8	52,5	56,1	3.449	21
1990	3.099	11,1	60,2	52,9	51,4	3.492	-393
1991	1.906	6,9	57,9	52,4	33,0	3.331	-1.425
1992	1.572	5,8	57,3	52,3	27,4	3.206	-1.634
1993	1.386	5,1	56,8	52,0	24,4	3.183	-1.797
1994	1.390	5,2	55,4	51,8	25,1	3.085	-1.695
1995	1.338	5,2	53,2	51,8	25,2	2.848	-1.510
1996 2)	1.473	5,8	51,7	52,0	28,5	2.847	-1.374

1) Lebendgeborene je 1000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren

2) Fortschreibung des Amtes für Statistik auf der Basis des Einwohnermelderegisters

Trotz der in den letzten Jahren geringeren Anzahl an Sterbefällen konnte der Bevölkerungsverlust infolge des Geburtenmangels nicht ausgeglichen werden. Im Jahr 1996 verringerte sich die Bevölkerung der Stadt Magdeburg durch die natürliche Bevölkerungsbewegung (Geburten und Sterbefälle) um 1.374 Personen. 1993 war das Jahr mit dem größten Bevölkerungsverlust nach der Wende, es wurden 1.797 mehr Sterbefälle als Geburten registriert.

Der Rückgang der Sterbefälle in den letzten Jahren ist durch die Altersstruktur der Magdeburger Bevölkerung bedingt. Die Jahrgänge mit hohem Sterberisiko sind in Magdeburg bereits relativ gering belegt. Die in den letzten Jahren anhaltende Abwanderung verursacht in Magdeburg einen weit größeren Bevölkerungsverlust als die natürliche Bevölkerungsbewegung. 1996 zogen 9.115 Personen aus Magdeburg weg, aber nur 4.732 Zuzüge wurden gemeldet. Damit ergibt sich ein negatives Wanderungssaldo von 4.383 Personen. Der Bevölkerungsverlust von 5.754 Personen im Jahr 1996 resultiert zu ca. 75 % aus den Wegzügen und zu ca. 25 % aus dem Geburtendefizit. Der größte Teil (71 %) der aus Magdeburg wegziehenden Menschen bleibt in Sachsen-Anhalt. Das Bundesland hatte 1996 nur einen Einwohnerverlust von 0,56 % zu verzeichnen. Einen durch diese Suburbanisierung bedingten Bevölkerungszuwachs hat das Umland der Großstädte. Nahezu ein Drittel (29,5 %) der Magdeburg verlassenden Menschen sind in den Ohrekreis gezogen. Weitere Zielgebiete in Sachsen-Anhalt sind der Landkreis Jerichower Land mit 14,5 % und der Bördekreis mit 8,9 %. 19,8%, der Personen, die aus Magdeburg wegzogen, ließen sich in den alten Bundesländern nieder. Dieser Bevölkerungsverlust wird annähernd durch die Zuwanderungen aus diesen Gebieten ausgeglichen.

## 2. Sozialhilfe

Die Sozialhilfe soll Menschen helfen, die nicht in der Lage sind, aus eigener Kraft, eigenem Einkommen oder Vermögen ein menschenwürdiges Leben zu führen. Die Gewährung der Hilfe ermöglicht ihnen weiterhin am sozialen und kulturellen Leben teilzunehmen und soll sie befähigen, zukünftig ihre wirtschaftliche Unabhängigkeit zurückzuerlangen.

Im Bereich **Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen** waren am 31.12.1996 im Magdeburger Sozialamt 5.142 Sozialhilfefälle (ohne Tagessatzzahlungen) gemeldet. Im Vergleich zum Vorjahr ist das ein Anstieg von nahezu 10%. Die Sozialhilfefälle bezeichnen oft Bedarfsgemeinschaften, die aus mehreren Personen bestehen. So waren zum Stichtag 9.543 Personen von der Sozialhilfe abhängig. Die Tabelle 4 zeigt die Zusammensetzung der Hilfen zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen.

**Tabelle 4:** Zusammensetzung der Hilfen zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen zum Stichtag 31.12.1996 in Magdeburg im Vergleich zum Vorjahr [2]

	31.12.1995	31.12.1996
Sozialhilfefälle gesamt (ohne Tagessatzzahlungen)	4.697	5.142
betroffene Personen	8.509	9.543
davon:		
Fälle laufender Hilfe darunter Asylbewerber, Asylberechtigte, bosn. Bürgerkriegsflüchtlinge, Aussiedler, Kontingentflüchtlinge, polit. Flüchtlinge, u.a.	4.143 924	4.543 1.185
Fälle mit ausschließlich einmaligen Leistungen	160	156
Fälle mit Darlehen	20	33
Bevorschussung für vorrangige Sozialleistungen (z.B.Arbeitslosengeld, Rente, Wohngeld u.a.)	374	410
Sozialhilfe in Form von Tagessätzen an Personen ohne festen Wohnsitz	1.663	2.010

Ein großer Teil der Hilfeempfänger in Magdeburg ist schon seit langer Zeit auf den Bezug von Sozialhilfe angewiesen und hat infolge der hohen Arbeitslosigkeit in Sachsen- Anhalt nur geringe Chancen für eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt.

Eine überproportionale Zunahme an Sozialhilfefällen betraf die Gruppe der Asylbewerber, Asylberechtigten, Kontingentflüchtlinge, Aussiedler, politischen Flüchtlinge und bosnischen Flüchtlinge. Hier erhöhte sich die Fallzahl gegenüber dem Vorjahresstand um 27,7 %. Die Aufnahmequoten sowie der Aufenthaltswechsel aus umliegenden Landkreisen in die Landeshauptstadt haben diese Entwicklung verursacht. Weitere Kosten treten bei der Versorgung dieses Personenkreises mit eigenem Wohnraum und der Ausstattung der Wohnung auf.

Bei der Altersstruktur der Sozialhilfeempfänger kam es im Laufe des Jahres 1996 zu leichten Verschiebungen durch die Erhöhung des Kindergeldes zum

Jahresanfang. Dadurch reduzierte sich der Anteil der Haushalte mit Kindern an der Gesamtfallzahl von 51% auf 44% und der Anteil Alleinerziehender sank von 34 % auf 28 %. In der Tabelle 5 ist die Alters- und Geschlechtsstruktur der Sozialhilfeempfänger dargestellt.

**Tabelle 5:** Alters und Geschlechtsstruktur der Sozialhilfeempfänger zum 31.12.1996 in Magdeburg [2]

Alter in Jahren	männlich	weiblich	gesamt
0 bis unter 3 Jahre	501	472	973
3 bis unter 7 Jahre	406	427	833
7 bis unter 14 Jahre	622	643	1.265
14 bis unter 18 Jahre	329	252	581
18 bis unter 25 Jahre	471	729	1.200
25 bis unter 40 Jahre	1.088	1.422	2.510
40 bis unter 50 Jahre	468	404	872
50 bis unter 60 Jahre	257	226	483
60 und älter	106	252	358

Die folgende Tabelle gibt Auskunft über die Größe und Struktur der Bedarfsgemeinschaften. Die Bedarfsgemeinschaften bestehen teilweise aus einer Person, können aber auch Alleinerziehende mit Kindern bzw. Familien umfassen. Als Alleinerziehende werden die Bedarfsgemeinschaften bezeichnet, in denen eine erwachsene Person ohne Ehe- oder Lebenspartner gemeinsam mit Kindern lebt.

**Tabelle 6:** Größe und Struktur der Bedarfsgemeinschaften zum 31.12.1996 in Magdeburg [3]

	Anzahl Bedarfsgemeinschaften
Bedarfsgemeinschaften mit 1 Person	1.990
Bedarfsgemeinschaften mit 2 Personen	1.095
Bedarfsgemeinschaften mit 3 Personen	638
Bedarfsgemeinschaften mit 4 Personen	417
Bedarfsgemeinschaften mit 5 Personen	154
Bedarfsgemeinschaften mit 6 Personen	114
Bedarfsgemeinschaften mit mehr als 6 Personen	70
darunter Bedarfsgemeinschaften mit Kindern	1.979
darunter Alleinerziehende gesamt	1.243
mit 1 Kind	612
mit 2 Kindern	415
mit 3 Kindern	119
mit mehr als 3 Kindern	97
Ehepaare/ Lebensgemeinschaften	
mit 1 Kind	268
mit 2 Kindern	257
mit 3 Kindern	114
mit mehr als 3 Kindern	97

Sozialhilfeempfänger sollen befähigt werden, ihren Lebensunterhalt aus eigener Arbeit aufzubringen. Um dieser Forderung Rechnung zu tragen, hat das Sozialamt verschiedene Formen der Beschäftigung im Rahmen **Hilfe zur Arbeit** angeboten. Im Jahr 1996 kamen folgende Beschäftigungsformen zur Anwendung (Stand 12/96) [3]:

**Tabelle 7:** Beschäftigungsformen

Beschäftigungsform	Beschäftigte Personen
Beschäftigung bei Zahlung von Hilfe zum Lebensunterhalt und Mehraufwandsentschädigung	349
Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen mit Förderung von Kommune, Land und Europäischem Sozialfonds (ESF)	214
Tarifrechtliche Arbeitsverträge bei gemeinnützigen und freien Trägern (Förderung durch die Kommune)	82
Beschäftigung bei privaten Arbeitgebern mit Lohnkostenzuschuß aus Mitteln der Sozialhilfe	6
ABM mit Kofinanzierung durch Sozialamt und Arbeitsamt	4

Das Ziel dieser Maßnahmen ist die Wiedereingliederung der Sozialhilfeempfänger in den Arbeitsmarkt. Von den mittels ESF beschäftigten Personen konnten nach Abschluß der Maßnahmen ca. 35 % vermittelt werden.

Bei der **Hilfe in Heimen** haben sich im Jahr 1996 grundlegende Änderungen durch die Einführung der Pflegeversicherungsleistungen im stationären Bereich ergeben. Die Sozialhilfe ist nur noch dann erforderlich, wenn die Kosten für Unterbringung und Verpflegung nicht aus eigenen Mitteln getragen werden können bzw., wenn die Pflegekosten höher sind als die Leistungen der Pflegekasse. Die Entwicklung der Anzahl der Hilfeempfänger in Heimen ist in der Tabelle 8 dargestellt.

**Tabelle 8:** Anzahl der Hilfeempfänger in Heimen 1993 bis 1996 in Magdeburg [2]

	Hilfeempfänger zum Stichtag 31. Dezember			
	1993	1994	1995	1996
Hilfeempfänger gesamt	2.173	2.085	2.024	1.217
davon				
Hilfe zum Lebensunterhalt	801	506	361	272
Hilfe zur Pflege	1.059	1.184	1.238	518
Eingliederungshilfe für Behinderte	313	395	425	427

(Geringe Differenzen bei der Anzahl Bedarfsgemeinschaften, Personenzahl und Altersstruktur sind in den verschiedenen Auswertemethoden für die einzelnen Darstellungen begründet.)

### **3. Sterblichkeit und Todesursachen (Mortalität)**

Die Auswertung der Todesbescheinigungen ist eine wichtige Grundlage für die Beurteilung von Erkrankungshäufungen in der Bevölkerung. Die in diesem Abschnitt des Gesundheitsberichtes gemachten Angaben basieren auf der Analyse der zum Auswertzeitpunkt (Ende August 1996) im Gesundheitsamt Magdeburg vorliegenden Totenscheine. Die hier gemachten Angaben haben vorläufigen Charakter, erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und ersetzen nicht die amtliche Todesursachenstatistik des Statistischen Landesamtes von Sachsen- Anhalt.

Ursache für Unterschiede zur amtlichen Mortalitätsstatistik ist unter anderem, daß zum Zeitpunkt der Auswertung noch nicht alle Todesbescheinigungen im Gesundheitsamt eingetroffen waren. In der Bevölkerungsstatistik von 1996 wurde von 2.847 Sterbefällen in Magdeburg ausgegangen, dem Gesundheitsamt lagen aber nur 2.805 Todesbescheinigungen (davon 8 Säuglinge) vor. Außerdem ist es möglich, daß die bei uns registrierte Todesursache durch eine Autopsie später revidiert wird. Das Fehlen oder verzögerte Eintreffen der Autopsieunterlagen kann zu falscher bzw. ungenauer Angabe der Todesursache führen oder Todesfälle die durch Autopsie geklärt wurden, sind in dieser Statistik noch als ungeklärte Todesfälle enthalten. Die Todesursachenanalyse beruht auf der Auswertung der auf dem Totenschein angegebenen Grunderkrankung. Die Sorgfalt der Ärzte bei der Ausfüllung der Todesbescheinigung bestimmt die Genauigkeit der nachfolgenden Angaben.

Die anschließenden Ausführungen beziehen sich auf die 1996 verstorbenen Magdeburger ab dem ersten Lebensjahr. Die Säuglingssterblichkeit (0. - <1. Lebensjahr) wird in einem gesonderten Abschnitt behandelt. Vergleichszahlen aus dem Jahre 1988 wurden aus den im Gesundheitsamt vorliegenden Totenscheinen ermittelt und unterliegen damit ebenfalls den o.g. Fehlerquellen.

#### **3.1. Alters- und Geschlechtsstruktur der Sterbefälle**

Die dem Gesundheitsamt vorliegenden Totenscheine von 1996 belegen, daß 2.797 Magdeburger Bürger im Alter ab einem Jahr und 8 Säuglinge verstorben sind.

Im Alter ab einem Jahr waren darunter 1.534 Personen (54,8 %) weiblichen und 1.263 Personen (45,2 %) männlichen Geschlechts. Durch die Normierung auf 100.000 Frauen bzw. Männer (ab erstes Lebensjahr) ergab sich, daß von 100.000 Frauen in Magdeburg 1.176 verstarben und von 100.000 Männern 1.051.

Das mittlere Sterbealter betrug im Jahr 1996 für Frauen 77,8 Jahre und für Männer 68,2 Jahre.

Die Tabelle 9 stellt die Alters- und Geschlechtsstruktur der im Jahr 1996 verstorbenen Magdeburger dar.

Im Jahr 1988 sind von 100.000 Frauen 1.300 verstorben und das mittlere Sterbealter lag bei 75,3 Jahren. Für Männer gab es im Vergleich zwischen 1996 und 1988 kaum Änderungen. Von 100.000 Männern verstarben 1.090 , das mittlere Sterbealter ist mit 68,9 Jahren nahezu gleich geblieben.

**Tabelle 9:** Gestorbene absolut und in Prozent nach Geschlecht und Altersgruppen in Magdeburg 1996

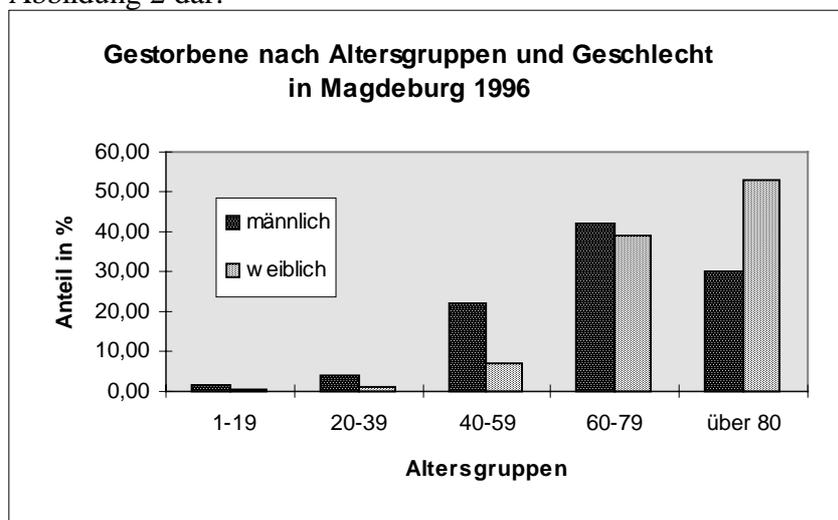
Altersgruppe	Gestorbene insgesamt		davon männlich		davon weiblich	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
01 - 04 Jahre	4	0,14	3	0,24	1	0,07
05 - 09 Jahre	3	0,11	2	0,16	1	0,07
10 - 14 Jahre	4	0,14	4	0,32	0	0,00
15 - 19 Jahre	11	0,39	9	0,71	2	0,13
20 - 29 Jahre	15	0,54	14	1,11	1	0,07
30 - 39 Jahre	51	1,82	37	2,93	14	0,91
40 - 49 Jahre	112	4,00	82	6,49	30	1,96
50 - 59 Jahre	274	9,80	198	15,68	76	4,95
60 - 69 Jahre	444	15,87	260	20,59	184	11,99
70 - 79 Jahre	685	24,49	272	21,54	413	26,92
80 - 89 Jahre	934	33,39	318	25,18	616	40,16
über 89 Jahre	260	9,30	64	5,07	196	12,78
Summe	2.797		1.263		1.534	
		100%		45,2%		54,8%

Der Anteil der verstorbenen Frauen an den Verstorbenen des Jahres 1996 ist mit 54,8 % höher als der Anteil der Männer. Im Vergleich zum Jahr 1995 hat sich der Anteil der Frauen um 1 % erhöht. Diese Aussage scheint der allgemein höheren Lebenserwartung der Frauen zu widersprechen, ergibt sich jedoch aus der Alters- und Geschlechtsstruktur der Magdeburger Bevölkerung.

In der Abbildung 1 ist erkennbar, daß der Anteil der Frauen an der Bevölkerung im höheren Lebensalter und damit auch mit höherem Sterberisiko stetig zunimmt.

1996 haben, wie auch 1995, mehr als die Hälfte der verstorbenen Frauen ein Alter von mindestens 80 Jahren erreicht (53 %). Im Jahr 1988 haben 46 % der verstorbenen Frauen dieses Alter erreicht.

Von den verstorbenen Männern wurden 1996 ca. 30 % und 1988 nur 28 % über 80 Jahre alt. Die prozentuale Verteilung der Verstorbenen ( verstorbene Frauen gesamt = 100 % und verstorbene Männer = 100 %) stellt die Abbildung 2 dar.



**Abbildung 2:** Gestorbene nach Altersgruppen und Geschlecht in Magdeburg 1995

### 3.2. Gestorbene nach Sterbemonat

Die Verteilung der Sterbefälle auf die Monate des Jahres 1996 ist, wie auch im vergangenen Jahr sehr unterschiedlich.

Für Frauen waren Monate mit höheren Sterblichkeiten der Dezember und der Januar, während die Monate Mai und August relativ geringe Sterblichkeiten aufwiesen. Im Jahr 1995 zählte der Dezember für Frauen ebenfalls zu den Monaten mit höchsten Sterblichkeiten.

Im Vergleich zum vergangenen Jahr zeigt sich bei den Männern 1996 ein ganz anderes Bild. Die Monate mit den höchsten Sterbezahlen sind der Juli und der November. Im Vorjahr wurden im Dezember die meisten Sterbefälle verzeichnet.

Monate mit geringer Anzahl Sterbefälle unter den Männern waren 1996 der Mai, der Juni und wie im Vorjahr der September.

Die Verteilung der Sterbefälle auf das Jahr 1996 in Magdeburg ist in der Abbildung 3 dargestellt.

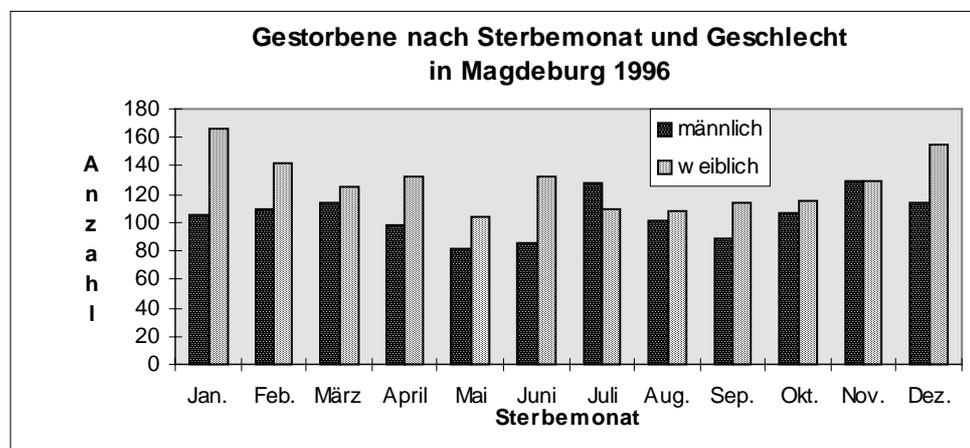


Abbildung 3: Gestorbene nach Sterbemonat und Geschlecht in Magdeburg im Jahr 1996

### 3.3. Todesursachen im Überblick

Die 2.797 im Gesundheitsamt vorliegenden Todesbescheinigungen für Personen ab dem ersten Lebensjahr (ohne Säuglinge) wiesen zu 96,2 % eine natürliche Todesursache aus. 93 Personen (21 Frauen und 72 Männer) erlitten einen nicht natürlichen Tod und bei 11 Personen war laut vorliegendem Totenschein die Todesursache (z.T. auch nach einer Autopsie) nicht geklärt. Drei Totenscheine konnten infolge fehlender Todesursache nicht ausgewertet werden.

#### 3.3.1. Nicht natürliche Todesursachen

Zu den nicht natürlichen Todesfällen zählen Unfälle (häusliche und Arbeitsunfälle), Verkehrsunfälle, Selbstmorde und auch Morde. Da Tötung durch fremde Hand nicht eindeutig auf dem Totenschein vermerkt ist, können zu dieser Todesart keine Angaben gemacht werden.

Im Jahr 1988 verstarben 185 Personen an einem nicht natürlichen Tod (83 Frauen und 102 Männer).

An den Folgen eines **Unfalls** (ohne Verkehrsunfall) sind im Berichtsjahr 11 Frauen und 21 Männer verstorben (1,1 % der Verstorbenen). Die Altersgruppe der Frauen ab 60 Jahren war mit 8 Unfalltoten und die Altersgruppe der Männer zwischen 40 und 59 Jahren war mit 15 Unfalltoten am stärksten betroffen.

Auch im Jahr 1988 war die Altersgruppe ab 60 bei den Frauen mit 23 von insgesamt 27 Unfalltoten am stärksten vertreten. Bei den Männern ergab sich 1988 ein ausgeglichenes Bild. Von 28 Unfalltoten verteilten sich 25 nahezu gleichmäßig über die Altersgruppen ab dem 20. Lebensjahr.

Nach den im Gesundheitsamt vorliegenden Todesbescheinigungen verstarben 1996 insgesamt 21 Personen ( 0,75 % der Verstorbenen) an einem **Verkehrsunfall**. Unter den Verkehrsunfalltoten waren 3 weiblichen und 18 männlichen Geschlechts. Davon waren 10 der männlichen Verstorbenen unter 40 Jahren. Hier wurden die an einem Verkehrsunfall verstorbenen Magdeburger Bürger gezählt, auch wenn sich der Verkehrsunfall nicht im Stadtgebiet von Magdeburg ereignete.

Im Jahr 1988 gab es 22 Verkehrstote, 10 weiblichen und 12 männlichen Geschlechts. Während sich die an einem Verkehrsunfall verstorbenen Frauen auf die Altersgruppen ab dem 20. Lebensjahr gleichmäßig verteilten, lag bei den Männern der Hauptanteil der Verstorbenen mit 9 Verkehrstoten in der Altersgruppe 20 - 39 Jahre.

An einem **Suizid** verstarben 1996 6 Frauen und 29 Männer. 4 der verstorbenen Frauen gehörten der Altersgruppe ab 60 Jahren an. Die Altersgruppe der 40 - 59 jährigen Männer hatte beim Selbstmord mit 14 Verstorbenen den größten Anteil.

6 bzw. 8 der verstorbenen Männer gehörten der Altersgruppe 20 - 39 Jahre bzw. über 59 Jahre an.

1988 verstarben in Magdeburg an den Folgen eines Selbstmordes insgesamt 110 Personen, darunter 47 Frauen. Bei den Männern waren die Suizide nahezu gleich über die Altersgruppen ab 20 Jahre verteilt, bei den Frauen zeigte sich dagegen ein stetiger Anstieg der Suizide ab dem 20. Lebensjahr .

### 3.3.2. Natürliche Todesursachen

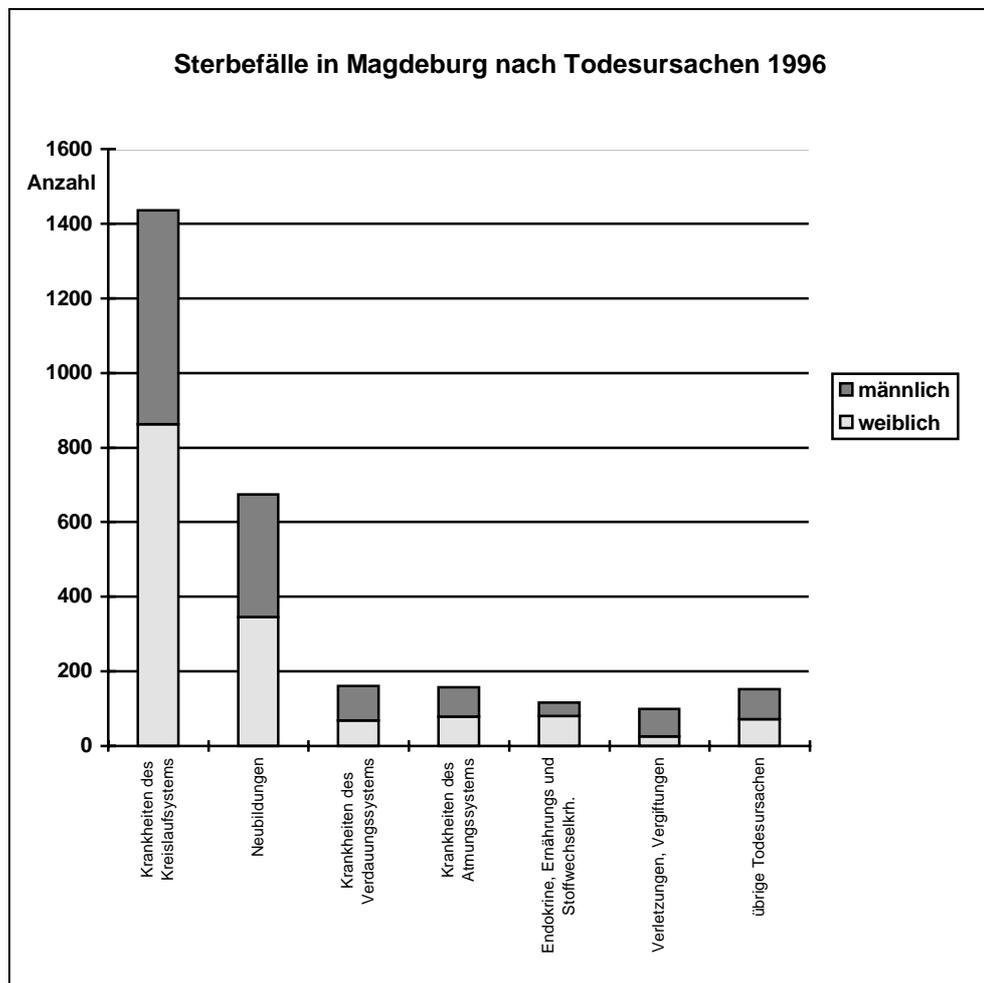
An einer **Herz- Kreislauf- Erkrankung** starben 1996 in Magdeburg 1.435 Menschen, damit ist diese Todesursache mit einem Anteil von 51,3 % nach wie vor die häufigste Todesursache.

An zweiter Stelle folgen die **Neubildungen** mit einem Anteil von 24,1 % und 675 Verstorbenen.

Anschließend folgten an dritter Stelle die **Erkrankungen des Verdauungssystems** mit 161 Verstorbenen und einem Anteil von 5,8 % .

Diese Erkrankungsgruppe war auch für die Männer mit 92 Verstorbenen die dritthäufigste Todesursachengruppe. Für die Frauen folgte diese Gruppe mit 4,5% erst nach den **Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten** mit 5,3 % und den **Erkrankungen des Atmungssystems** mit 5,1 % an fünfter Stelle.

In Abbildung 4 sind die Anteile der Erkrankungsgruppen an den Sterbefällen dargestellt.



**Abbildung 4:** Sterbefälle nach Todesursachen in Magdeburg 1996

An sechster Stelle in der Todesursachenhäufigkeit stehen die **Verletzungen und Vergiftungen** mit einem Anteil von 3,5% . Bei den Männern befand sich diese Todesursachengruppe bereits an Rang fünf mit 5,8 % nach den Erkrankungen des Atmungssystems mit 6,2 % . Eine Zusammenfassung der absoluten Anzahl der Verstorbenen, der Häufigkeiten sowie des mittleren Sterbealters nach den Diagnoseklassen nach ICD- 9 ist in der Tabelle 10 dargestellt.

**Tabelle 10:** Gestorbene absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (9. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 1996

Diagnoseklasse (laut ICD)	Gestorbene insgesamt			davon männlich			davon weiblich		
	absolut	in % )*	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )**	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )***	mittleres Sterbe- alter
<b>001-139</b> infek. u. parasit. Krankheiten	13	0,46	67,9	9	0,71	66,7	4	0,26	70,8
<b>140-239</b> Neubildungen	675	24,13	69,1	330	26,13	66,8	345	22,49	71,4
<b>240-279</b> Endokrine, Ernährungs u. Stoffwechselkrh.	117	4,18	75,9	36	2,85	67,9	81	5,28	79,4
<b>280-289</b> Krh. d. Blutes u. d. blutbildenden Organe	8	0,29	64,9	4	0,32	67,8	4	0,26	62,0
<b>290-319</b> Psychische Krankheiten	16	0,57	67,9	12	0,95	63,6	4	0,26	81,0
<b>320-389</b> Krh. d. Nervensystems u. d. Sinnesorgane	22	0,79	65,6	9	0,71	52,9	13	0,85	74,4
<b>390-459</b> Krh. d. Kreislaufsystems	1.435	51,30	78,4	573	45,37	74,0	862	56,19	81,3
<b>460-519</b> Krh. d. Atmungssystems	157	5,61	75,2	78	6,18	71,8	79	5,15	78,5
<b>520-579</b> Krh. d. Verdauungssystems	161	5,76	61,9	92	7,28	57,0	69	4,50	68,3
<b>580-629</b> Krh. d. Urogenitalsystems	44	1,57	75,0	23	1,82	72,2	21	1,37	78,1
<b>680-709</b> Krh. d. Haut u. d. Unterhautgewebes	3	0,11	78,0	2	0,16	73,0	1	0,07	88,0
<b>710-739</b> Krh. d. Muskel- u. Skelettsystems u. d. Bindegewebes	6	0,21	73,2	2	0,16	68,5	4	0,26	75,5
<b>740-759</b> Angeborene Anomalien	5	0,18	33,4	4	0,32	22,8	1	0,07	76,0
<b>780-799</b> Symptome, u. ungenau bezeichnete Zustände	30	1,07	68,3	13	1,03	52,8	17	1,11	80,2
<b>800-999</b> Verletzungen und Vergiftungen	99	3,54	52,2	73	5,78	46,9	26	1,69	67,0

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl aller in Magdeburg 1996 Verstorbenen (2.797)\* bzw. auf die verstorbenen Männer (1.263)\*\* oder auf die verstorbenen Frauen (1.534)\*\*.\*

Auch im Jahr 1988 standen die Krankheiten des Kreislaufsystems an der Spitze der Todesursachen in Magdeburg. Mit 52,5 % Anteil an den Todesursachen hatten sie einen etwas höheren Anteil als im Jahr 1996. An zweiter Stelle folgten 1988 die Neubildungen mit 20,8 % Anteil. Diese Erkrankungsgruppe hat von 1988 zu 1996 um 3,3 % an den Todesursachen zugenommen. Einen Rückgang von 2,3 % hatten dagegen die Verletzungen

und Vergiftungen zu verzeichnen. Das mittlere Sterbealter erhöhte sich von 1988 zu 1996 von 72,6 Jahre auf 73,5 Jahre. Bei der getrennten Betrachtung der Geschlechter fällt auf, daß für das männliche Geschlecht sogar ein leichter Rückgang des mittleren Sterbealters von 68,9 auf 68,2 Jahre und nur für das weibliche Geschlecht eine deutliche Erhöhung des Sterbealters von 75,3 auf 77,8 Jahre zu verzeichnen war.

### 3.4. Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen

#### 3.4.1. Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems

Über die Hälfte der Todesursachen sind Krankheiten des Herz- Kreislauf - Systems. Unter diesen Erkrankungen verursachen die Durchblutungsstörungen die meisten Todesfälle. Über 11 % der 1996 in Magdeburg Verstorbenen war dieser Todesursache zuzuordnen. Das durchschnittliche Sterbealter für diese Todesursache liegt mit 80,3 Jahren recht hoch. Der Herzinfarkt hat als Todesursache ein sehr viel niedrigeres mittleres Sterbealter. 8,5 % der Männer sind 1996 am Herzinfarkt bei einem mittleren Sterbealter von 66,7 Jahren verstorben. Von den Frauen waren es 4,4 % mit einem mittleren Sterbealter von 75,3 Jahren. Die Tabelle 11 faßt die Zahlen der Verstorbenen an Herz- Kreislaferkrankungen zusammen.

**Tabelle 11:** Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems 1996

Diagnoseklasse (laut ICD)	Gestorbene insgesamt			davon männlich			davon weiblich		
	absolut	in % )*	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )**	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )***	mittleres Sterbe- alter
414 Durchblutungs- störungen	320	11,44	80,3	119	9,42	78,1	201	13,10	81,6
440 Arterienverkalkung	284	10,15	83,6	82	6,49	81,0	202	13,17	84,6
428 Herzversagen	212	7,58	80,2	71	5,62	75,9	141	9,19	82,3
410 Herzinfarkt	175	6,26	70,1	107	8,47	66,7	68	4,43	75,3
401 Bluthochdruck	87	3,11	74,4	28	2,22	70,0	59	3,85	76,5
437 sonst. Gefäßkrankungen des Gehirns	60	2,15	83,0	20	1,58	81,8	40	2,61	83,7
436 akute Gefäßkrankung des Gehirns	45	1,61	81,0	22	1,74	79,4	23	1,50	82,4

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl aller in Magdeburg 1996 Verstorbenen (2.797)\* bzw. auf die verstorbenen Männer (1.263)\*\* oder auf die verstorbenen Frauen (1.534)\*\*\*.

### 3.4.2. Sterblichkeit an Neubildungen bzw. Krebserkrankungen.

Unter den Krebserkrankungen ist die häufigste Todesursache die bösartige Neubildung an Luftröhre, Bronchien und Lunge. Diese Erkrankung betrifft als Todesursache 3 mal mehr Männer als Frauen und hat an den verstorbenen Männern einen Anteil von 6,7 %. Das mittlere Sterbealter beträgt 67,4 Jahre für die Männer. Weitere häufige Todesursachen unter den Neubildungen sind für Männer die bösartige Neubildung an der Prostata mit einem Anteil von 2,5 % und die bösartige Neubildung am Magen mit einem Anteil von 2,4 % an allen verstorbenen Männern. Die Tabelle 12 stellt die Sterblichkeiten an bösartigen Neubildungen dar.

**Tabelle 12:** Sterblichkeit an Neubildungen 1996

Diagnoseklasse (laut ICD)	Gestorbene insgesamt			davon männlich			davon weiblich		
	absolut	in % )*	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )**	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )***	mittleres Sterbe- alter
162 bösart. Neubildung Luftr. Bronchus, Lunge	111	3,97	68,8	85	6,73	67,4	26	1,69	73,2
153 bösart. Neubildung Dickdarm	46	1,64	67,3	18	1,43	63,1	28	1,83	70,1
154 bösart. Neubildung Enddarm	45	1,61	74,4	17	1,35	71,1	28	1,83	76,4
174 bösart. Neubildung weibl. Brustdrüse	49	1,75	70,4	-	-	-	49	3,19	70,4
157 bösart. Neubildung Pankreas	34	1,22	71,4	17	1,35	67,8	17	1,11	74,9
151 bösart. Neubildung Magen	58	2,07	68,2	30	2,38	65,9	28	1,83	70,5
185 bösart. Neubildung Prostata	32	1,14	75,5	32	2,53	75,5	-	-	-
156 bösart. Neubildung Galle	8	0,29	75,0	1	0,08	74,0	7	0,46	75,1
188 bösart. Neubildung Harnblase	23	0,82	70,9	16	1,27	67,3	7	0,46	79,1
189 bösart. Neubildung Niere	26	0,93	70,3	14	1,11	67,9	12	0,78	73,2
180 bösart. Neubildung Muttermund	8	0,29	60,4	-	-	-	8	0,52	60,4

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl aller in Magdeburg 1996 Verstorbenen (2.797)\* bzw. auf die verstorbenen Männer (1.263)\*\* oder auf die verstorbenen Frauen (1.534)\*\*\*.

Bei den Frauen waren die bösartigen Neubildungen der Brustdrüse die häufigste Todesursache unter den Neubildungen mit einem Anteil von 3,2 % an den 1996 verstorbenen Frauen. Mit gleichem Anteil von je 1,8 % folgen die bösartigen Neubildungen an Dickdarm, Enddarm und Magen.

Beim Vergleich der Todesursachenstatistiken von 1988 und 1996 zeigte sich ein ähnliches Bild. Leicht zugenommen haben 1996 die bösartigen Neubildungen an Prostata, weiblicher Brustdrüse, Dickdarm, Lunge/ Luftröhre/ Bronchus, Harnblase und Niere. Abgenommen haben dagegen die Todesfälle infolge bösartiger Neubildungen an Muttermund, Galle, Magen, Pankreas und Enddarm.

### 3.4.3. Sterblichkeit an weiteren häufigen Todesursachen

Wie schon im Jahr 1995 ist die Leberzirrhose, wenn auch leicht zurückgegangen, eine mit 2,7 % häufige Einzeltodesursache. Besonders bedenklich ist dabei der weitere Rückgang des mittleren Sterbealters von 59,8 auf 56,1 Jahre. Jeder dritte Todesfall mit der Ursache Leberzirrhose betraf eine Frau. Im Jahr 1996 war es auch möglich, eine Differenzierung bei dieser Erkrankung vorzunehmen. So waren 48 der 76 Leberzirrhosen durch Alkohol bedingt. Hierbei betraf es zu einem Viertel Frauen. Das mittlere Sterbealter lag bei 51,3 Jahren.

Zählt man noch die durch Alkohol- und Drogenabhängigkeit bzw. Mißbrauch und die durch Alkoholvergiftung Verstorbenen dazu, so sind eindeutig an den Folgen des Alkohol- und Drogenmißbrauchs

insgesamt 60 Personen (ca. 2 % aller Verstorbenen) verstorben. Nicht bei dieser Aufstellung aufgeführt sind die Verstorbenen infolge von Unfällen und Verkehrsunfällen, die unter Alkohol verursacht wurden. Durch die anzunehmende Dunkelziffer liegt diese Zahl wahrscheinlich noch höher.

1988 war der Anteil der durch Alkohol bedingten Leberzirrhose geringer (1,4% aller Sterbefälle). In der Tabelle 13 sind die Zahlen zu den ausgewählten Todesursachen dargestellt.

**Tabelle 13 :** Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen 1996

Diagnoseklasse (laut ICD)	Gestorbene insgesamt			davon männlich			davon weiblich		
	absolut	in % )*	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )**	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )***	mittleres Sterbe- alter
571 Leberzirrhose	76	2,72	56,1	50	3,96	54,1	26	1,69	60,1
dav.: 571.0 - 571.3 alkohol. Leberzirrhose	48	1,72	51,3	36	2,85	51,0	12	0,78	52,0
303 - 305 Alkohol - Drogen Abhäng. u. Mißbrauch	7	0,25	54,6	7	0,55	54,6	-	-	-
980 Alkoholvergiftung	5	0,18	47,4	4	0,32	48,3	1	0,07	44,0
491 Chronische Bronchitis	27	0,97	76,6	18	1,43	76,9	9	0,59	75,9
485 Bronchopneumonie	37	1,32	76,9	17	1,35	73,5	20	1,30	79,8

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl aller in Magdeburg 1996 Verstorbenen (2.797)\* bzw. auf die verstorbenen Männer (1.263)\*\* oder auf die verstorbenen Frauen (1.534)\*\*\*.

### 3.5. Häufige Todesursachen in den Altersgruppen

Die bisher dargestellten Tabellen geben einen Überblick über die Häufigkeiten der einzelnen Todesursachen. Die betroffene Altersgruppe kann anhand des mittleren Sterbealters nur grob geschätzt werden. Eine Aussage, ob die Todesursache über alle Altersgruppen gleich verteilt ist oder nur in einer Altersgruppe auftritt, ist nicht möglich.

Die nachfolgenden Tabellen geben Auskunft über die Häufigkeiten des Auftretens bestimmter Todesursachen bzw. Todesursachengruppen in vorgegebenen Alters- und Geschlechtsgruppen.

Einzel-todesursachen sind mit (E) und Todesursachengruppen mit (G) gekennzeichnet. Die genannten Einzelerkrankungen sind in den zugehörigen Erkrankungsgruppen enthalten. Eine Aufsummierung der Anteile ist deshalb nur getrennt für die Erkrankungsgruppen oder die Einzel-todesursachen möglich.

**Tabelle 14:** häufige Todesursachen der Altersgruppe 1 - 19 Jahre, gesamt

Rang	Ursache	Anzahl	Anteil an der Altersgruppe
1.	Verletzungen und Vergiftungen (G)	10	45,4 %
2.	bösartige Neubildungen (G)	4	18,2 %

**Tabelle 15:** häufige Todesursachen der Altersgruppe 20 - 39 Jahre, Frauen

Rang	Ursache	Anzahl	Anteil an der Altersgruppe
1.	bösartige Neubildungen (G)	4	26,7 %
2.	Krankh. d. Kreislaufsystems (G)	3	20,0 %
3.	Krankheiten des Verdauungssystems (G)	3	20,0 %
4.	Leberzirrhose (E) (davon eine alkohol. Leberzirrhose)	2	13,3 %
5.	Pneumonie (E)	2	13,2 %

**Tabelle 16:** häufige Todesursachen der Altersgruppe 20 - 39 Jahre, Männer

Rang	Ursache	Anzahl	Anteil an der Altersgruppe
1.	Verletzungen und Vergiftungen (G)	15	29,4 %
2.	Krankheiten des Verdauungssystems (G)	11	21,5 %
3.	bösartige Neubildungen (G)	8	15,7 %
4.	Leberzirrhose (E) (davon 7 alkohol. Leberzirrhosen)	7	13,7 %
5.	Krankh. d. Kreislaufsystems (G)	5	9,8 %

**Tabelle 17:** häufige Todesursachen der Altersgruppe 40 - 59 Jahre, Frauen

Rang	Ursache	Anzahl	Anteil an der Altersgruppe
1.	bösartige Neubildungen (G)	55	51,9 %
2.	Krankh. d. Kreislaufsystems (G)	23	21,7 %
3.	Krankheiten des Verdauungssystems (G)	16	15,1 %
4.	Leberzirrhose (E) (davon 8 alkohol. Leberzirrhosen)	12	11,3 %
5.	bösart. Neubildung der weibl. Brustdrüse (E)	10	9,4
6.	bösart. Neubildung des Dickdarmes (E)	8	7,6 %

**Tabelle 18:** häufige Todesursachen der Altersgruppe 40 - 59 Jahre, Männer

Rang	Ursache	Anzahl	Anteil an der Altersgruppe
1.	bösartige Neubildungen (G)	81	28,9 %
2.	Krankh. d. Kreislaufsystems (G)	78	27,9 %
3.	Krankheiten des Verdauungssystems (G)	46	16,4 %
4.	Verletzungen und Vergiftungen (G)	36	12,9 %
5.	akuter Myokardinfarkt (E)	29	10,3 %
6.	Leberzirrhose (E) (davon 20 alkohol. Leberzirrhosen)	28	10,0 %
7.	bösart. Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge (E)	23	8,2 %

**Tabelle 19:** häufige Todesursachen der Altersgruppe 60 - 79 Jahre, Frauen

Rang	Ursache	Anzahl	Anteil an der Altersgruppe
1.	Krankh. d. Kreislaufsystems (G)	270	45,2 %
2.	bösartige Neubildungen (G)	185	31,0 %
3.	chronisch. ischämische Herzkrankheit (E)	68	11,4 %
4.	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (G)	40	6,7 %
5.	Herzinsuffizienz (E)	39	6,5 %
6.	Arteriosklerose (E)	37	6,2 %
7.	akuter Myokardinfarkt (E)	35	5,9 %

**Tabelle 20:** häufige Todesursachen der Altersgruppe 60 - 79, Männer

Rang	Ursache	Anzahl	Anteil an der Altersgruppe
1.	Krankh. d. Kreislaufsystems (G)	241	45,3 %
2.	bösartige Neubildungen (G)	176	33,1 %
3.	akuter Myokardinfarkt (E)	58	10,9 %
4.	bösart. Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge (E)	48	9,0
5.	chronisch. ischämische Herzkrankheit (E)	47	8,8 %
6.	Krankheiten des Atmungssystems (G)	39	7,3 %
7.	Herzinsuffizienz (E)	30	5,6 %

In der Altersgruppe ab 80 Jahren dominieren die Herz-Kreislaferkrankungen zu 68,2 % als Haupttodesursache. Die bösartigen Neubildungen haben einen Anteil von 13,6 % an den Todesursachen. In den Altersgruppen von 20 bis 59 Jahren spielt unter den Einzeltodesursachen die Leberzirrhose, z.T. alkoholisch bedingt, eine dominierende Rolle. Im höheren Alter kommt dann der Bronchial- und Lungenkrebs dazu. Inwieweit bei den an anderen Todesursachen (z.B. an Herzinfarkt oder infolge von Unfällen u.a.) Verstorbenen der Alkohol oder das Rauchen eine Rolle spielen, läßt sich nur vermuten. In diesem Zusammenhang sollten die von den gesellschaftlich akzeptierten Suchtmitteln ausgehenden Gefahren bezüglich der erhöhten Sterblichkeit deutlich aufgezeigt und im Rahmen der Prävention und Gesundheitserziehung berücksichtigt werden.

### **3.6. Säuglingssterblichkeit**

Die Säuglingssterblichkeit dient seit langem als Gradmesser für die Qualität und Effektivität der medizinischen Versorgung. Es wirken sich eine Vielzahl biologischer und sozialer Merkmale auf die Säuglingssterblichkeit aus.

1995 hatte Sachsen-Anhalt eine Säuglingssterblichkeit von 6,21 ‰ und lag damit im Durchschnitt der neuen Bundesländer.

In Magdeburg sind im Jahr 1996 nach der Auswertung der im Gesundheitsamt vorliegenden Totenscheine acht Säuglinge vor dem Erreichen des ersten Lebensjahres verstorben und es wurden 6 Totgeburten (5 männlich und 1 weiblich) gemeldet. Ausgehend von den 1.473 registrierten Geburten würde sich für die Stadt Magdeburg eine Säuglingssterblichkeit von 5,4 ‰ ergeben. Durch die leichte Erhöhung der Geburtenzahlen und der konstant gebliebenen Anzahl verstorbener Säuglinge verringerte sich im Vergleich zum Vorjahr die Säuglingssterblichkeit um 0,4 ‰.

Wie im vergangenen Jahr sei darauf hingewiesen, daß bereits ein Säuglingssterbefall bei der gegebenen Geburtenzahl die Säuglingssterblichkeit um ca. 0,7 ‰ erhöht und es durchaus möglich sein kann, daß nicht alle Todesbescheinigungen von verstorbenen Säuglingen im Gesundheitsamt vorlagen.

5 Säuglinge verstarben 1996 innerhalb des ersten Lebensmonats und davon ein Säugling in den ersten 24 Stunden nach der Geburt.

Hauptursachen für die Säuglingssterbefälle waren Schädigungen, welche im Schwangerschaftsverlauf entstanden sind (3) und angeborene Anomalien (2).

Für das Jahr 1988 wurden im Gesundheitsamt Magdeburg 28 Säuglingssterbefälle registriert. Daraus ergab sich eine Säuglingssterblichkeit von 7,5 ‰.

## **4. Erkrankungsgeschehen (Morbidity) und Behinderung**

### **4.1. Morbidity meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten**

Die Erfassung und Bearbeitung der meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten erfolgt auf der Grundlage des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (Bundesseuchengesetz) und der Meldeordnung des Landes Sachsen-Anhalt. Im Bundesseuchengesetz ist unter anderem die Meldepflicht für die wichtigsten übertragbaren Krankheiten geregelt und der zur Meldung verpflichtete Personenkreis festgelegt. Die Meldeordnung des Landes Sachsen-Anhalt beinhaltet eine Erweiterung der Meldepflicht über die Festlegungen des Gesetzes hinaus. Die Meldepflicht ist im Interesse der Allgemeinheit unerlässlich, um epidemische Ausbrüche erkennen und kontrollieren zu können. Ihre Einhaltung ist Voraussetzung für das Tätigwerden des Gesundheitsamtes. Das Gesundheitsamt führt aufgrund des angezeigten meldepflichtigen Tatbestandes (Krankheitsverdacht, Erkrankung, Tod, Ausscheider) die erforderlichen Ermittlungen über Art, Ursache, Ansteckungsquelle und Ausbreitung der Krankheit durch und ordnet die sich daraus eventuell ergebenden notwendigen Schutzmaßnahmen an. Diese können in Absonderung der Ansteckungsquelle, Untersagung der Ausübung bestimmter beruflicher Tätigkeiten, Verbot des Besuches von Gemeinschaftseinrichtungen, Desinfektionsmaßnahmen o. ä. bestehen. Im Interesse der Allgemeinheit müssen sich Betroffene und, soweit Ansteckungsverdacht besteht, die Personen der unmittelbaren Umgebung sowie bestimmte Dritte diesen Maßnahmen unterziehen.

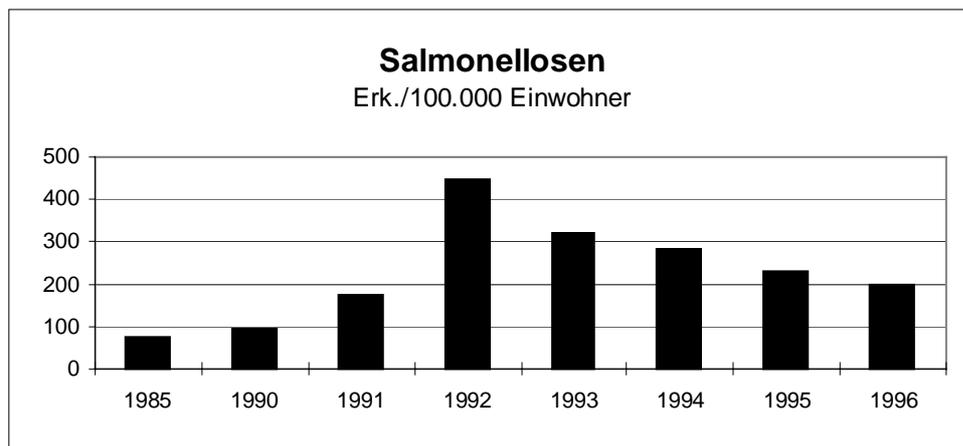
Die 1996 im Gesundheitsamt Magdeburg nach o. a. Rechtsvorschriften erfaßten und bearbeiteten meldepflichtigen übertragbaren Krankheitsfälle sind den nachfolgenden Tabellen zu entnehmen. Darüber hinaus wurde eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Meldungen aus Krankenhäusern und Untersuchungslaboren, die Patienten anderer Kreise betrafen, an die für den Hauptwohnsitz zuständigen Gesundheitsämter weitergeleitet und sind somit nicht in der Berichterstattung erschienen. Voraussetzung für eine exakte Infektionsstatistik ist, daß alle zur Meldung verpflichteten Personen die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten entsprechend anzeigen. Wie bundesweit muß auch in Magdeburg bei einigen Krankheiten eine gewisse Dunkelziffer und somit Untererfassung in Betracht gezogen werden.

Die nachfolgende Statistik und Analyse zeigen, daß die seit Jahren bestehenden epidemiologischen Schwerpunkte - die Salmonellosen und die übrigen infektiösen Darmerkrankungen - auch 1996 das Infektionsgeschehen bestimmt haben. Morbiditätsanstiege gegenüber dem Vorjahr waren u. a. bei den Rotavirus- und Adenovirusinfektionen, Shigellosen, Masern, anderen bakteriellen Meningitiden, Borreliose und Influenza zu verzeichnen.

#### 4.1.1. Enteritis infectiosa (infektiöse Darmerkrankungen)

##### Salmonellosen

Mit 495 Erkrankungen und 22 Ausscheidern und einer Morbidität von 196  $\text{‰}$  ist gegenüber dem Vorjahr (Morbidität 236,42  $\text{‰}$ ) ein weiterer Rückgang zu verzeichnen. Damit hat sich der seit 1993 zu beobachtende rückläufige Trend fortgesetzt (Abbildung 5). Nach wie vor weisen aber die Salmonellosen unter den meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten und den übrigen infektiösen Darmerkrankungen die höchste Morbidität auf.



**Abbildung 5:** Salmonellosen

Der Anteil der Salmonellosen am Gesamtgeschehen der infektiösen Darmerkrankungen betrug 48,5 % (Vorjahr 59,1 %). Die höchsten Erkrankungszahlen wurden saisonbedingt im III. Quartal erfaßt. Insgesamt wurden 25 verschiedene Serovare nachgewiesen, von denen Salmonella Enteritidis (Verbreitung über Hühnereier und Geflügel) wie in den Vorjahren mit 55,3 % das Infektionsgeschehen bestimmt hat, gefolgt von Salmonella Typhimurium mit 30,9 %. Die übrigen 23 Serovare haben mit einem Anteil von 13,7 % eine untergeordnete Rolle gespielt.

##### Übrige Formen der Enteritis infectiosa

Unter dieser Gruppe werden Erkrankungen durch Adenoviren, Campylobacter, Escherichia coli, Rotaviren, Entamoeba histolytica (Amoebenruhr), Yersinien sowie andere mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftungen einschließlich Pilzvergiftungen erfaßt. Am Gesamtgeschehen der infektiösen Darmerkrankungen war diese Gruppe zu 51,5 % beteiligt. (1995 - 40,9 %). Der Anstieg zum Vorjahr resultiert vor allem aus dem Morbiditätsanstieg bei den Rotavirus- und Adenovirusinfektionen. Bei den Rotavirusinfektionen, die zu 90,3 % Kinder im Vorschulalter betrafen, wurde mit 371 Erkrankungen und einer Morbidität von 147,58  $\text{‰}$  (1995 - Morbidität 66,64  $\text{‰}$ ) die bisher höchste jährliche Erkrankungsziffer seit der Ersterfassung im Jahre 1984 registriert. Hinsichtlich des jahreszeitlichen Auftretens kam es zu einer saisontypische Konzentration im I. Quartal. Der Anstieg bei den Adenovirusinfektionen ist erfassungsbedingt, da diese Erkrankungen in den letzten Jahren nicht mehr gemeldet wurden. Mit 83 Erkrankungen und einer Morbidität von 33,02  $\text{‰}$  haben sie nicht unwesentlich das Geschehen mitbestimmt. Rund 75 % der Erkrankungen betrafen Kinder im Vorschulalter. Ein verstärktes Auftreten von Adenovirusinfektionen (66,3 % der Erkrankungen) wurde im IV. Quartal registriert. Bei der Amoebenruhr, den Campylobacterinfektionen, den Coli-Enteritiden und den Yersiniosen ist gegenüber dem Vorjahr ein Morbiditätsrückgang zu verzeichnen.

**Tabelle 21:** Übrige Formen der Enteritis infektiösa

	1995				1996			
	Erkrankung		Ausscheider		Erkrankung		Ausscheider	
	absolut	Morbidität ‰/0000	absolut	Morbidität ‰/0000	absolut	Morbidität ‰/0000	absolut	Morbidität ‰/0000
<b>Enteritis infectiosa</b>								
- Salmonellosen	600	232,46	25	9,69	495	196,91	22	8,75
- übrige Formen	423	163,88	10	3,87	545	216,80	3	1,19
davon: Adenovirus- infektionen	8	3,10	-	-	83	33,02	-	-
Amoebenruhr	-	-	8	3,10	-	-	2	0,80
Campylobacter	110	42,62	1	0,39	35	13,92	1	0,40
Coli-Enteritis	21	8,14	-	-	7	2,78	-	-
Rotavirusinfektion	172	66,64	1	0,39	371	147,58	-	-
Yersiniosen	114	44,17	-	-	49	19,49	-	-

#### 4.1.2. Tuberkulose

Im Berichtsjahr 1996 kann man von einem Gleichstand der Neuzugänge an Tuberkulose der Atmungsorgane sowie an Tuberkulose der übrigen Organe ausgehen. Es gab einen Tuberkulosefall mehr als im vergangenen Jahr.

Die Zahl der **ansteckungsfähigen Lungentuberkulosen** mit Bakteriennachweis ist von 1995 (21 Fällen) zum Berichtsjahr 1996 (18 Erkrankungsfälle) zurückgegangen. Es erkrankten 1996

8 Personen im Alter von 30 - 50 Jahren,  
2 Personen im Alter von 55 - 70 Jahren und  
8 Personen im Alter von 75 - 85 Jahren.

Die Zahl der Lungentuberkulosefälle mit Bakteriennachweis war 1996 wieder höher als die Zahl der Lungentuberkulose ohne Bakteriennachweis. 67 % von den 31 Erkrankungsfällen 1995 erkrankten an der Lungentuberkulose mit Bakteriennachweis. 1996 waren es von 32 Erkrankungsfällen 56 %.

Bei der **geschlossenen Lungentuberkulose** ohne Bakteriennachweis kam es im Jahre 1995 zu 7 Neuerkrankungen, im Berichtsjahr 1996 stieg die Anzahl um 4 auf 11 Neuerkrankungen. Es erkrankten 1996

4 Kinder im Alter von 2 - 15 Jahren,  
2 Personen im Alter von 18 - 30 Jahren und  
5 Personen im Alter von 43 - 87 Jahren.

Bei der **Tuberkulose der anderen Organe** (Lymphknoten, Meningen) ist der Erkrankungsstand von 1995 mit 3 Fällen gleichgeblieben. Es erkrankten 1996

1 Kind im Alter von 5 Jahren und  
2 Personen im Alter von 24 - 32 Jahren.

Zu erneuten Erkrankungen von Personen, die früher schon einmal eine Tuberkulose durchgemacht haben, kam es 1996 in 10 Fällen. Das Alter dieser 10 Personen lag zwischen 29 - 86 Jahren. 50 % davon waren im Alter von 77 - 86 Jahren. Es ergibt sich gegenüber dem Jahr 1995 mit 7 Wiedererkrankungsfällen eine Zunahme von 3 Fällen.

Die Zahl der an Tuberkulose erkrankten Ausländer hat sich mit 5 Erkrankungsfällen 1995 auf 9 Erkrankungsfälle 1996 erhöht. Dies entspricht einer Erhöhung von mehr als 50 %. In einer Familie traten 4 Erkrankungsfälle bei Personen im Alter von 5 - 18 Jahren auf.

Im Rahmen der Umgebungsuntersuchungen ermittelte das Gesundheitsamt 1996 sechs Neuerkrankungen. Diese Erkrankungen betrafen eine deutsche und eine ausländische Familie, wobei jeweils 3 Familienmitglieder erkrankten.

Im Jahr 1995 wurden 4 Erkrankungsfälle im Rahmen der Umgebungsuntersuchung entdeckt.

Drei Personen verstarben 1996 an den Folgen der schweren Lungentuberkulose. Ein Kind aus Zaire im Alter von 5 Jahren erlag den Folgen der schweren Meningitis tuberkulosa.

1995 starben drei Personen an einer Tuberkuloseerkrankung, davon wurde ein Tuberkulosefall durch Sektion gesichert. 1996 wurden zwei Tuberkulosefälle durch Sektion bekannt.

**Tabelle 22:** Tuberkulosefälle in Magdeburg 1994 bis 1996

<b>Erkrankung</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>
aktive offene Lungen- Tbk	24	21	18
aktive geschlossene Lungen- Tbk	12	7	11
aktive extrapulmonale Tbk	7	3	3
Tbk- Fälle insgesamt	43	31	32
Tbk- Fälle bekannt durch Tod	3	1	2
Sterbefälle an Tuberkulose	-	3	4
Reaktivierungen	-	7	10
Tbk- Erkrankung bei Exponierten	5	4	6
Tbk- Erkrankungen - Ausländer	4	4	9

#### **4.1.3. Sexuell übertragbare Krankheiten**

Im Berichtsjahr 1996 wurden entsprechend dem Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten 58 meldepflichtige sexuell übertragbare Krankheiten aus der Stadt Magdeburg gemeldet (ohne HIV und AIDS).

**Tabelle 23 :** sexuell übertragbare Krankheiten

Erkrankungen	insges.	weiblich		männlich	
		unter 18 Jahre	ab 18 Jahre	unter 18 Jahre	ab 18 Jahre
Gonorrhoe	49	2	13	1	33
Syphilis	9		6		3

86 Infektionsquellen wurden im Berichtsjahr gemeldet, davon konnten nur 62 erfaßt werden. Die größte Zahl der Erkrankten gab nur unbekannte Partner oder Prostituierte an.

#### **4.1.4. Sonstige meldepflichtige übertragbare Krankheiten**

##### Typhus und Paratyphus

1996 wurde eine im Ausland (Türkei) erworbene Typhuserkrankung erfaßt (Morbidity 0,40 ‰).

Die Anzahl der in Magdeburg bekannten Typhus- und Paratyphusausscheider hat sich weiterhin verringert, so daß 1996 nur noch 10 Typhus- und 6 Paratyphusausscheider registriert waren.

##### Shigellosen (Bakterienruhr)

Von den 15 Shigellosen war in 14 Fällen (12 Erkrankungen, 2 Ausscheider) die Infektion durch den Erreger *Shigella sonnei* und in einem Fall (Ausscheider) durch den Erreger *Shigella flexneri* bedingt.

In einem Fall (*Shigella sonnei* - Erkrankung) war die Infektion im Ausland (Türkei) erfolgt. Bei dem Ausscheider von *Shigella flexneri* hat es sich um einen ausländischen Bürger gehandelt.

Eine Gruppenerkrankung mit 5 Fällen betraf Schüler einer Grundschulklasse sowie Familienangehörige eines Erkrankten.

Bei einer weiteren Gruppenerkrankung mit 8 Fällen hat es sich um Angehörige zweier Familien mit untereinander gepflegten Kontakten gehandelt.

Trotz umfangreicher Ermittlungen und Umgebungsuntersuchungen konnte bei den beiden Gruppenerkrankungen die Infektionsquelle für den jeweils ersten Erkrankungsfall nicht aufgedeckt werden.

In die Umgebungsuntersuchungen zu den 15 Fällen wurden 121 Kontaktpersonen mit insgesamt 407 Stuhluntersuchungen einbezogen.

##### Virushepatitis (Leberentzündung)

Bei der Hepatitis A (Erreger: Hepatitis A-Virus, Übertragung: fäkal-oral, Schmierinfektion, kontaminierte Speisen und Getränke) hat sich mit zwei gemeldeten Erkrankungen (Morbidity 0,80 ‰) der seit 1993 beobachtete rückläufige Trend weiterhin fortgesetzt. In einem Fall ist die Infektion möglicherweise auf den Verzehr von rohen Austern zurückzuführen.

Die Hepatitis B - Erkrankungen (Erreger: Hepatitis B - Virus, Übertragung: Blut- und Blutprodukte, sexuelle Kontakte, perinatal, Nadeltausch bei i. v. - Drogenkonsum) sind mit 7 Erkrankungen (Morbidity 2,78 ‰) gegenüber dem Vorjahr (5 E, Morbidity 1,94 ‰) weiterhin angestiegen.

Die Erkrankungen betrafen Erwachsene im Alter von 18 bis 68 Jahren.

Mit einer Ausnahme haben die Ermittlungen keinen Hinweis auf die Infektionsquelle gegeben. Drei Personen wurden als Carrier (Träger des Hepatitis B - Virus) erfaßt. Diese Personen sind nicht erkrankt, können aber unter Umständen das Virus weiterverbreiten. Für durch individuelle Kontakte zu bekannten Virusträgern gefährdete Personen ist die Hepatitis B - Impfung eine wichtige Schutzmaßnahme.

21 Personen wurden mit Hepatitis C - spezifischen Laborbefunden erfaßt (Erreger: Hepatitis C - Virus, Übertragung wie Hepatitis B).

Da Hepatitis C - Neuinfektionen in einem beträchtlichen Teil der Fälle ohne bzw. mit geringer Symptomatik verlaufen, sind sie aufgrund klinischer

Kriterien kaum erkennbar. Probleme bei der Erfassung ergeben sich aus der Tatsache, daß anhand der Laborbefunde eine Unterscheidung zwischen akuter und chronischer Erkrankung nicht möglich ist. Im vorliegenden Fall erfolgte die Erfassung gesondert (s. Carrier).

Die Infektion mit Hepatitis C - Virus führt bei ca. 60 - 80 % der Infizierten zu chronischen Verläufen mit Viruspersistenz. Diese Personen können das Virus weiterverbreiten.

**Tabelle 24:** Virushepatitis

Erkrankung	1995		1996	
	absolut	Morbidität ‰	absolut	Morbidität ‰
Hepatitis A				
- Erkrankungen gesamt	4	1,55	2	0,80
davon : ikterisch	2	0,77	1	0,40
anikterisch	2	0,77	1	0,40
Hepatitis B				
- Erkrankungen gesamt	5	1,94	7	2,78
davon : ikterisch	5	1,94	5	1,99
anikterisch	-	-	2	0,80
Hepatitis C				
- Erkrankungen gesamt	1	0,39	-	-
davon : ikterisch	-	-	-	-
anikterisch	1	0,39	-	-
Hepatitis E				
- Erkrankungen gesamt	-	-	-	-
davon : ikterisch	-	-	-	-
anikterisch	-	-	-	-

### Meningitis (Hirnhautentzündung)

#### ***Meningitis epidemica***

Bei der durch Meningokokken (*Neisseria meningitidis*) hervorgerufenen Meningitis epidemica ist mit 2 Erkrankungen (Morbidität 0,80 ‰) gegenüber dem Vorjahr (4 Erkrankungen, Morbidität 1,55 ‰) ein weiterer Rückgang zu verzeichnen.

Die Erkrankungen betrafen ein 2- und ein 6jähriges Kind. 9 Personen mit engem Kontakt zu den Erkrankten wurden in die Rifampicinprophylaxe einbezogen.

#### ***Andere bakterielle Meningitiden***

Die Situation bei den anderen bakteriellen Meningitiden war mit 7 Erkrankungen und 1 Sterbefall (Morbidität 2,78 ‰) gegenüber dem Vorjahr (2 Erkrankungen, Morbidität 0,77 ‰) durch einen Anstieg gekennzeichnet. Bei den Erkrankten hat es sich um 3 Kinder im Alter von 4 Monaten bis zu 15 Jahren und 4 Erwachsenen gehandelt. Der Sterbefall betraf einen Erwachsenen. Die Erkrankungen waren durch die Erreger Streptokokken (2 Erkrankungen, davon 1 Sterbefall), Staphylokokken, Borrelien und Proteus (je 1 Erkrankung) bedingt. In 2 Fällen konnte ein Erregernachweis nicht erbracht werden.

#### ***Virus-Meningoencephalitis***

Mit einer gemeldeten Erkrankung (Morbidität 0,40 ‰) war die Situation weiterhin unauffällig (Vorjahr 2 Erkrankungen, Morbidität 0,77 ‰).

**Tabelle 25:** Meningitis

Erkrankung	1995		1996	
	absolut	Morbidität ‰/0000	absolut	Morbidität ‰/0000
Meningitis insgesamt				
Erkrankungen	8	3,1	10	3,98
Sterbefälle	1	0,39	1	0,40
davon: - Meningokokkenmeningitis				
Erkrankungen	4	1,55	2	0,80
Sterbefälle	-	-	-	-
- andere bakt. Meningitis				
Erkrankungen	2	0,77	7	2,78
Sterbefälle	1	0,39	1	0,40
- Virus-Meningoencephalitis				
Erkrankungen	2	0,77	1	0,40
Sterbefälle	-	-	-	-

### Malaria

Mit 3 Erkrankungen und 1 Sterbefall (Morbidität 1,19 ‰/0000) ist gegenüber dem Vorjahr (Morbidität 0,77 ‰/0000) eine Zunahme von einem Erkrankungs- und Sterbefall zu verzeichnen. Betroffen waren zwei einheimische Bürger (davon ein Sterbefall), die an einer Malaria tropica (Erreger: Plasmodium falciparum) erkrankt waren und ein ausländischer Bürger mit einer Malaria tertiana (Erreger: Plasmodium vivax).

In allen drei Fällen wurde die Infektion in Afrika (Kenia, Uganda) erworben. Eine Malariaphylaxe war von keinen der Erkrankten durchgeführt worden.

### Masern

Mit 7 Erkrankungen und einer Morbidität von 2,78 ‰/0000 wurde die höchste Morbidität der letzten 10 Jahre registriert (1985 - 1989 und 1991 - 1994 keine Masernerkrankungen, 1990 und 1995 je 1 Erkrankung).

Die Erkrankungen betrafen 5 Kinder im Alter von 2 bis zu 14 Jahren und 2 Erwachsene (19 - 29 Jahre). In 5 Fällen hat es sich um ungeimpfte Personen gehandelt.

Die Ermittlungen haben nur in 2 Fällen keinen Hinweis auf die Infektionsquelle erbracht. In 5 Fällen war die Infektion in den Alt-Bundesländern bzw. über Kontakte zu erkrankten Personen aus den Alt-Bundesländern erfolgt.

### Borreliose (häufigste durch Zecken übertragene Krankheit)

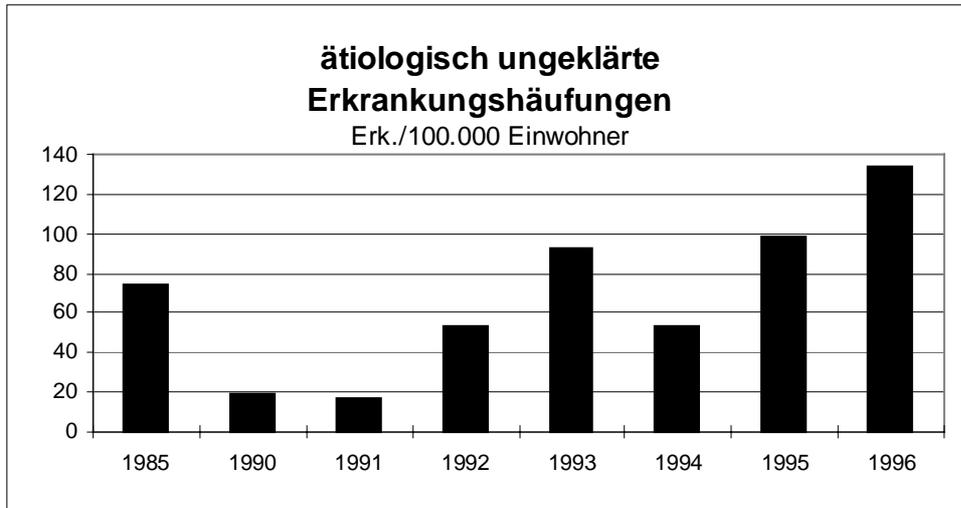
Mit 24 Erkrankungen (Morbidität 9,55 ‰/0000) ist gegenüber dem Vorjahr (13 Erkrankungen, Morbidität 5,04 ‰/0000) eine Zunahme zu verzeichnen. Die Erkrankungen betrafen 7 Kinder und 17 Erwachsene. Nur in 8 Fällen wurde von den Betroffenen ein Zeckenstich in der Vorgeschichte angegeben. In der Mehrzahl der Fälle erfolgte die Befunderhebung im Rahmen der Diagnostik.

### Infektionserkrankungen ungeklärter Ursache

(ätiologisch ungeklärte Erkrankung)

Mit 18 Erkrankungsgeschehen und insgesamt 338 Erkrankungen (Morbidität 134,45 ‰/0000) mit gastrointestinaler Symptomatik ist im Vergleich zum Vorjahr (9 Geschehen, 254 Erkrankungen, Morbidität 98,41 ‰/0000) ein deutlicher Anstieg sowohl bei der Anzahl der Geschehen als auch bei der Erkrankung zu verzeichnen. Hinsichtlich des zeitlichen Auftretens waren die

Monate Januar bis Mai mit 13 Geschehen und 290 Erkrankungen auffällig. 37 % der Erkrankungen betrafen Alten- und Behindertenheime, 26,3 % Kindertagesstätten bzw. Kindergärten.



**Abbildung 6:** ätiologisch ungeklärte Erkrankungshäufungen

#### Röteln

1996 wurden drei Erkrankungen (Morbidity  $1,19 \text{ ‰}$ ) gemeldet. Damit hat sich der seit 1990 rückläufige Trend, der nur 1994 mit 23 Erkrankungen (Morbidity:  $8,64 \text{ ‰}$ ) unterbrochen wurde, fortgesetzt.

#### Mumps

Mit drei gemeldeten Erkrankungen (Morbidity  $1,19 \text{ ‰}$ ) ist gegenüber dem Vorjahr (10 Erkrankungen, Morbidity  $3,87 \text{ ‰}$ ) ein weiterer Rückgang zu verzeichnen.

#### Pertussis (Keuchhusten)

Die Situation ist mit einer gemeldeten Erkrankung (Morbidity  $0,40 \text{ ‰}$ ), die ein ungeimpftes Schulkind betraf, gegenüber dem Vorjahr (1 Erkrankung, Morbidity  $0,39 \text{ ‰}$ ) unverändert.

#### Scharlach

Die 38 gemeldeten Erkrankungen (Morbidity  $15,12 \text{ ‰}$ ) bedeuten gegenüber dem Vorjahr (36 Erkrankungen, Morbidity  $13,95 \text{ ‰}$ ) keine wesentlichen Veränderungen.

#### Varicellen (Windpocken)

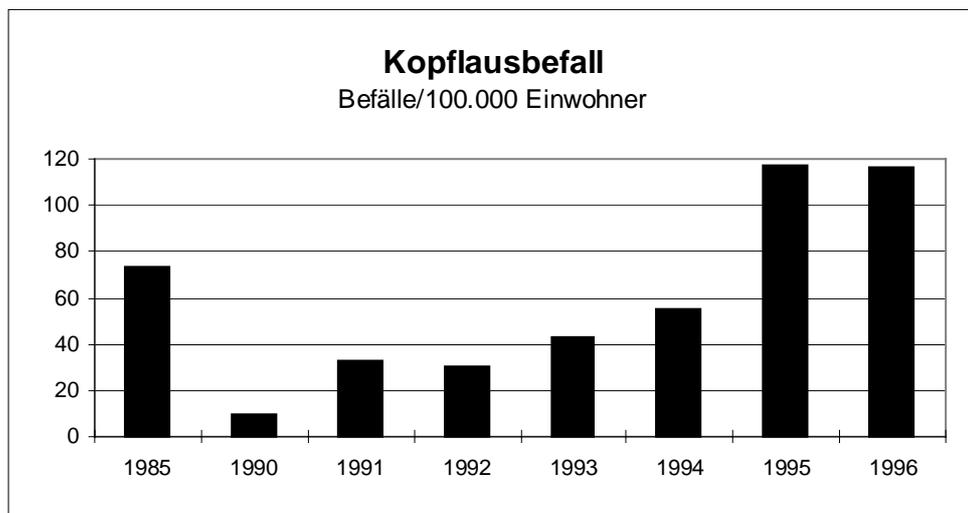
Mit 236 Erkrankungen und einer Morbidity von  $93,88 \text{ ‰}$  sind gegenüber dem Vorjahr (241 Erkrankungen, Morbidity  $93,37 \text{ ‰}$ ) keine wesentlichen Veränderungen zu verzeichnen. Die höchsten Erkrankungszahlen wurden im Zeitraum Januar bis April gemeldet.

### Skabies (Krätze)

Mit vier gemeldeten Erkrankungen (Morbidity  $1,59 \text{ }^0/_{0000}$ ) ist gegenüber dem Vorjahr (17 Erkrankungen, Morbidity  $6,56 \text{ }^0/_{0000}$ ) ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen.

### Kopflausbefall

Mit Kopflausbefall wurden 294 Kinder (Morbidity  $116,95 \text{ }^0/_{0000}$ ) erfaßt. Damit stellt sich die Situation gegenüber dem Vorjahr (304 Befallene, Morbidity  $117,78 \text{ }^0/_{0000}$ ) annähernd gleich dar. (Abbildung 7)  
252 Befälle (= 85,7 %) betrafen Schulkinder, die größtenteils im Rahmen von Kopflauskontrollen (2.818) in den Schulen erfaßt wurden. Hinsichtlich des jahreszeitlichen Auftretens stellte das IV. Quartal einen besonderen Schwerpunkt dar.



**Abbildung 7:** Kopflausbefall

Varicellen, Scharlach, Skabies und Kopflausbefall werden in Sachsen-Anhalt gemäß §§ 45, 48 des Bundesseuchengesetzes erfaßt (gehören aber nicht zu den meldepflichtigen Erkrankungen nach § 3 dieses Gesetzes).

### Influenza (Virusgrippe)

1996 wurden insgesamt 50 durch Laborbefunde bestätigte Influenza-Erkrankungen erfaßt (1995: 2 Erkrankungen, Morbidity  $0,77 \text{ }^0/_{0000}$ ), davon waren 48 Erkrankungen (Morbidity  $19,09 \text{ }^0/_{0000}$ ) durch das Influenza A-Virus und zwei Erkrankungen (Morbidity  $0,80 \text{ }^0/_{0000}$ ) durch das Influenza B-Virus bedingt.

46 Influenza-A-Erkrankungen (=95,8 %) sind der vom Dezember 1995 bis Februar 1996 abgelaufenen Influenza-Epidemie zuzuordnen. Die restlichen Erkrankungen waren sporadische Fälle ohne epidemiologische Bedeutung. Bei den Erkrankten handelte es sich um Erwachsene, wobei der Anteil der über Sechzigjährigen 60,0 % betrug. 62,0 % der Erkrankten wurden stationär behandelt, alle Erkrankten waren ungeimpft.

Die Notwendigkeit des vorbeugenden Schutzes durch die Influenzaimpfung - vor allem für Personen, die aufgrund bestehender chronischer Krankheiten und eines fortgeschrittenen Lebensalters einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind - sollte stärkere Beachtung finden.

**Tabelle 26:** ausgewählte meldepflichtige Erkrankungen  
1994 bis 1996 in Magdeburg

Erkrankungen	1994		1995		1996	
	absolut	Morbidität ‰/0000	absolut	Morbidität ‰/0000	absolut	Morbidität ‰/0000
Malaria	2	0,75	2	0,77	3	1,19
Erkrankungen Sterbefälle					1	0,40
Masern	-	-	1	0,39	7	2,78
Erkrankungen						
Borreliose	17	6,39	13	5,04	24	9,55
Erkrankungen						
äthiolog. ungekl. Erkrankungshäufungen						
Erkrankungen	142	53,37	254	98,41	338	134,45
Geschehen	9	3,38	9	3,49	18	7,16
Röteln	23	8,64	4	1,55	3	1,19
Erkrankungen						
Mumps	10	3,76	10	3,87	3	1,19
Erkrankungen						
Pertussis	2	0,75	1	0,39	1	0,40
Erkrankungen						
Varizellen	201	75,55	241	93,37	236	93,88
Erkrankungen						
Scharlach	140	52,62	36	13,95	38	15,12
Erkrankungen						
Scabies	17	6,39	17	6,56	4	1,59
Erkrankungen						
Kopfläuse	146	54,87	304	117,78	294	116,95
Befälle						

#### 4.1.5. Zoonosen

##### Tollwut

Das Veterinäramt veranlaßte die histologische Untersuchung von 35 Tieren (18 Füchse, 7 Rehe, 2 Marder, 5 Katzen, 1 Hund, 2 Hamster) auf Tollwut. Alle untersuchten Tiere waren tollwutfrei. Somit ist Magdeburg seit 1993 frei von dieser auch für den Menschen tödlich verlaufenden Krankheit. Im vergangenen Jahr erlangte das gesamte Land Sachsen-Anhalt den Status "kontrolliert tollwut-freie Region".

Zur oralen Immunisierung der Fuchspopulation, die seit 1989 erfolgt, wurden im Mai, Juli und Oktober 1996 vom Veterinäramt jeweils 500 Tollwutköder im Stadtgebiet (vor allem in der Nähe von Fuchsbauen) ausgelegt.

In allen 180 untersuchten Fällen von Bißverletzungen des Menschen durch Tiere (167 Hunde, 11 Katzen, 2 Pferde) konnte durch tierärztliche Untersuchung und Beobachtung eine Tollwuterkrankung der Tiere und damit ein eventueller Ansteckungsverdacht beim Menschen ausgeschlossen werden. Eine Impfung der Patienten gegen Tollwut konnte in diesen Fällen somit unterbleiben.

##### Ornithose/Psittakose (durch Vögel übertragene Infektionskrankheiten)

In Magdeburg wurde 1996 in 9 Fällen bei Sittichen bzw. Papageien die Psittakose amtlich festgestellt. Die konsequente Bekämpfung der Psittakose ist erforderlich, um Erkrankungen des Menschen an der Papageienkrankheit vorzubeugen.

### Fuchsbandwurm - Alveoläre Echinokokkose

Das Veterinäramt veranlaßt seit 1992 labordiagnostische Untersuchungen von Füchsen auf das Vorkommen des Fuchsbandwurmes (*Echinococcus multilocularis*). Alle 50 untersuchten Füchse waren frei vom Fuchsbandwurm.

Im gesamten Land Sachsen Anhalt wurde im Jahr 1996 1061 Füchse labordiagnostisch untersucht, davon waren 23 (2,2 %) positiv.

Der Fuchsbandwurm kann zur Gefahr für den Menschen werden, falls vom Fuchs ausgeschiedene Bandwurmeier aufgenommen werden (zum Beispiel bei der Aufnahme ungewaschener Waldfrüchte).

Der Mensch stellt einen Zwischenwirt dar; die nicht ungefährliche Erkrankung wird als alveoläre Echinokokkose bezeichnet.

## 4.2. Morbidität ausgewählter Erkrankungen

### 4.2.1. Tumorerkrankungen

Bei der Ursachenforschung von Krebserkrankungen ist eine flächendeckende bevölkerungsbezogene Krebsregistrierung eine unentbehrliche Grundlage. Das seit 1. Januar 1995 geltende Krebsregistergesetz - KRG - verpflichtet alle Bundesländer, bis Januar 1999 epidemiologische Krebsregister einzurichten. Die Krebsregister haben das Auftreten und die Trendentwicklung aller Formen von Krebserkrankungen zu beobachten und statistisch-epidemiologisch auszuwerten, um Grundlagen für die Gesundheitsplanung und Ursachenforschung bereitzustellen und zu einer Bewertung präventiver und kurativer Maßnahmen beizutragen. Die z.Zt. vorliegenden Daten der bevölkerungsbezogenen Krebsregister (Saarland, Hamburg, Baden-Württemberg sowie das Deutsche Kinderkrebsregister und das Gemeinsame Krebsregister der neuen Länder) sind durch Uneinheitlichkeit in der Erfassung gekennzeichnet. Die folgende Übersicht gibt eine Schätzung für die Zahl der *Krebsneuerkrankungen* im Jahr 1993 wieder (bundesweite Inzidenz):

**Tabelle 27:** Krebsneuerkrankungen (bundesweite Inzidenz) 1993

Quelle : Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1995 [4]

Lokalisation	Anzahl der erkrankten Frauen	Anzahl der erkrankten Männer	insgesamt
Lunge	7.900	30.200	38.100
Kehlkopf	500	3.200	3.700
Mundhöhle und Rachen	2.100	8.000	10.100
Speiseröhre	850	3.000	3.850
Magen	10.100	10.800	20.900
Dickdarm	19.000	14.000	33.000
Mastdarm	8.700	8.800	17.500
Gallenblase	4.200	1.700	5.900
Bauchspeicheldrüse	5.600	4.700	10.300
Leber	1.900	3.000	4.900
Brustdrüse	42.600	-	42.600
Gebärmutter	18.000	-	18.000
Eierstöcke	7.900	-	7.900
Niere	4.500	5.700	10.200
Harnblase	5.200	14.200	19.400
Prostata	-	22.000	22.000
Schilddrüse	1.600	750	2.350
Knochen	400	500	900
Bindegewebe u. sonst. Weichteile	800	900	1700
Leukämien	4.300	4.800	9.100
Non-Hodgkin-Lymphom	3.800	3.800	7.600
Hodgkin-Lymphome	1.000	1.200	2.200
Myelom	2.000	1.800	3.800

Melanom der Haut	3.400	3.000	6.400
------------------	-------	-------	-------

Insgesamt sind im Jahr 1993 in Deutschland etwa 340.000 Menschen neu an Krebs erkrankt. Überträgt man diese Zahl auf die Größe des Landes Sachsen-Anhalt (2,8 Mio. EW) ergibt sich eine Jahresinzidenz von 11.600, für die Stadt Magdeburg (270.546 EW) eine Inzidenz von 1.140. Die Gesamtzahl der Krebskranken in Magdeburg beläuft sich nach unserer Schätzung auf etwa 3.000.

Im Klinischen Tumorregister Magdeburg / Sachsen-Anhalt werden seit vier Jahren Informationen über das Krebsgeschehen im Regierungsbezirk Magdeburg dokumentiert. Durch das Einbeziehen der meisten Krankenhäuser der Region sowie der niedergelassenen Ärzte konnte 1996 bei der Erfassung der Tumorfälle eine Quote von ca. 60%, gemessen an der Fallzahl von 1988, bei der von einer nahezu 100%igen Erfassung im Krebsregister der ehemaligen DDR ausgegangen werden kann, erreicht werden.

Bei einem Vergleich dieser Zahlen muß berücksichtigt werden, daß sich die Bevölkerungsstruktur verändert hat, die diagnostischen Möglichkeiten sich zum Teil wesentlich verbessert haben und daß die Inzidenzen einzelner Tumoren nicht konstant sind (Nach Informationen von Frau Dr. Böhme, Geschäftsführerin des Tumorzentrum Magdeburg / Sachsen-Anhalt).

Im Klinischen Tumorregister Magdeburg /Sachsen-Anhalt sollen flächendeckend alle Tumorpatienten des Regierungsbezirks Magdeburg erfaßt, in ihrem Verlauf dokumentiert und während der Nachsorge betreut werden. Für die personenbezogenen Meldungen der Patienten werden alle datenschutzrechtlichen, strafrechtlichen und sonstigen Bestimmungen beachtet. Grundlage der Datenerfassung und -verarbeitung ist die schriftliche Einwilligung des durch den Arzt aufgeklärten Patienten.

Die Onkologische Leitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung in Magdeburg arbeitet eng mit dem Tumorregister an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität in Magdeburg zusammen. Die Onkologische Leitstelle dokumentiert vorrangig die Meldungen der Ärzte in freier Niederlassung und koordiniert eine fachgerechte, patientennahe ambulante Langzeitbetreuung von Tumorpatienten in Sachsen-Anhalt.

Über die Zahl der Krebsneuerkrankungen pro Jahr läßt sich anhand der Zahlen des Tumorregisters für den Regierungsbezirk Magdeburg keine eindeutige Aussage treffen.

Das Tumorregister Magdeburg hat in folgender Übersicht die 1996 gemeldeten Tumorerkrankungen für den Regierungsbezirk Magdeburg zusammengefaßt (Tabelle 28), wobei zu beachten ist, daß die 1996 erfaßten Fälle nicht gleichzusetzen sind mit den Diagnosen des gleichen Jahres. Es handelt sich um registrierte Fälle, aber nicht unbedingt um die Meldung einer Neuerkrankung. Die hohe Anzahl der 1996 dargestellten Hauttumoren ist darauf zurückzuführen, daß die Basaliome mit berücksichtigt wurden, die etwa 2/3 der Hauttumoren im Register darstellen.

**Tabelle 28:** Im Tumorregister Magdeburg registrierte Krebsneuerkrankungen 1996 [12]

Lokalisation	Anzahl der gemeldeten Tumorerkrankungen gesamt	männlich	weiblich
Lippen, Mundhöhle, Pharynx	31	24	7
Verdauungsorgane	294	152	142
Atmungssystem und intrathorakale Organe	182	148	34
Knochen, Gelenke, Gelenkknorpel	14	7	7
Hämatopoetisches und retikuloendothelioses System	177	93	84
Haut	641	297	344
periphere Nerven und autonomes Nervensystem	1	1	-
Retroperitoneum und Peritoneum	8	3	5
Bindegewebe, subkutane und andere Weichteilgewebe	12	5	7
Brust	496	2	494
weibl. Genitalorgane	191	-	191
männl. Genitalorgane	305	305	-
Harnorgane	297	195	102
Auge, Gehirn und andere Teile des ZNS	66	25	41
endokrine Drüsen	21	2	19
andere und mangelhaft bezeichnete Lokalisationen	8	4	4
Lymphknoten	60	27	33
unbekannte Primärlokalisationen	28	13	15
<b>insgesamt</b>	<b>2832</b>	<b>1303</b>	<b>1529</b>

Das Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen (Registerstelle) in Berlin verfügt über Daten des ehemaligen Krebsregisters der DDR bis 1989 und darüber hinaus. Die Analyse der aus Berlin zugesandten Daten läßt erkennen, daß der starke Rückgang der Meldungen aus den neuen Bundesländern dazu geführt hat, daß die aktuellen Zahlen keinen Aufschluß über das tatsächliche Krebserkrankungsgeschehen geben.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Tumoren nach ausgewählten Lokalisationen **in der ehemaligen DDR, bzw. in den neuen Bundesländern und Berlin-Ost:**

**Tabelle 29:** Neuerkrankungen in der ehem. DDR bzw. in den neuen Bundesländern und Berlin-Ost von 1985 bis 1994 [13]

Lokalisation	Geschlecht	1985	1990	1993	1994
<b>Lippe, Mundhöhle und Rachen</b>	männlich	833	767	414	304
	weiblich	315	258	114	83
	<b>gesamt</b>	<b>1148</b>	<b>1025</b>	<b>528</b>	<b>387</b>
<b>Magen</b>	männlich	2353	1706	535	460
	weiblich	2157	1709	447	408
	<b>gesamt</b>	<b>4510</b>	<b>3415</b>	<b>982</b>	<b>868</b>
<b>Dick-/Mastdarm</b>	männlich	3029	2816	1131	934
	weiblich	4288	3731	1339	1168
	<b>gesamt</b>	<b>7317</b>	<b>6547</b>	<b>2470</b>	<b>2102</b>
<b>Bauchspeicheldrüse</b>	männlich	740	652	159	128
	weiblich	862	707	196	147
	<b>gesamt</b>	<b>1602</b>	<b>1359</b>	<b>355</b>	<b>275</b>
<b>Lunge</b>	männlich	6036	4799	1951	1611
	weiblich	1132	990	413	352
	<b>gesamt</b>	<b>7168</b>	<b>5789</b>	<b>2364</b>	<b>1963</b>
<b>bösartiges Melanom der Haut</b>	männlich	328	364	185	134
	weiblich	553	614	265	129
	<b>gesamt</b>	<b>881</b>	<b>978</b>	<b>450</b>	<b>263</b>
<b>weibliche Brustdrüse</b>	männlich				
	weiblich	6334	5694	2656	1987
	<b>gesamt</b>	<b>6334</b>	<b>5694</b>	<b>2656</b>	<b>1987</b>
<b>Gebärmutterhals</b>	männlich				
	weiblich	2574	1983	784	519
	<b>gesamt</b>	<b>2574</b>	<b>1983</b>	<b>784</b>	<b>519</b>
<b>Prostata</b>	männlich	2563	2267	913	861
	weiblich				
	<b>gesamt</b>	<b>2563</b>	<b>2267</b>	<b>913</b>	<b>861</b>
<b>Lymphatisches und hämatop. Gewebe</b>	männlich	1672	1256	387	288
	weiblich	1684	1240	481	302
	<b>gesamt</b>	<b>3356</b>	<b>2496</b>	<b>868</b>	<b>590</b>

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über gemeldete bösartige Neuerkrankungen nach ausgewählten Lokalisationen in **Sachsen-Anhalt**:

**Tabelle 30:** Neuerkrankungen in Sachsen- Anhalt 1985 bis 1994 [13]

Lokalisation	Geschlecht	1985	1990	1993	1994
<b>Lippe, Mundhöhle und Rachen</b>	männlich	148	98	13	3
	weiblich	67	34	3	1
	<b>gesamt</b>	<b>215</b>	<b>132</b>	<b>16</b>	<b>4</b>
<b>Magen</b>	männlich	447	266	22	12
	weiblich	375	271	20	10
	<b>gesamt</b>	<b>822</b>	<b>537</b>	<b>42</b>	<b>22</b>
<b>Dick-/Mastdarm</b>	männlich	547	447	45	36
	weiblich	787	576	60	29
	<b>gesamt</b>	<b>1334</b>	<b>1023</b>	<b>105</b>	<b>65</b>
<b>Bauchspeicheldrüse</b>	männlich	141	107	9	3
	weiblich	147	98	7	0
	<b>gesamt</b>	<b>288</b>	<b>205</b>	<b>16</b>	<b>3</b>
<b>Lunge</b>	männlich	1189	789	61	85
	weiblich	184	153	21	19
	<b>gesamt</b>	<b>1373</b>	<b>942</b>	<b>82</b>	<b>104</b>
<b>bösartiges Melanom der Haut</b>	männlich	53	66	7	7
	weiblich	102	105	12	4
	<b>gesamt</b>	<b>155</b>	<b>171</b>	<b>19</b>	<b>11</b>
<b>weibliche Brustdrüse</b>	männlich				
	weiblich	1081	848	95	118
	<b>gesamt</b>	<b>1081</b>	<b>848</b>	<b>95</b>	<b>118</b>
<b>Gebärmutterhals</b>	männlich				
	weiblich	500	357	69	35
	<b>gesamt</b>	<b>500</b>	<b>357</b>	<b>69</b>	<b>35</b>
<b>Prostata</b>	männlich	413	315	53	35
	weiblich				
	<b>gesamt</b>	<b>413</b>	<b>315</b>	<b>53</b>	<b>35</b>
<b>Lymphatisches und hämatop. Gewebe</b>	männlich	317	189	14	12
	weiblich	312	183	9	8
	<b>gesamt</b>	<b>629</b>	<b>372</b>	<b>23</b>	<b>20</b>

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über gemeldete bösartige Neuerkrankungen nach ausgewählten Lokalisationen in **Magdeburg-Stadt**:

**Tabelle 31:** Neuerkrankungen in der Stadt Magdeburg 1985 bis 1994 [13]

Lokalisation	Geschlecht	1985	1990	1993	1994
<b>Lippe, Mundhöhle und Rachen</b>	männlich	16	6	0	0
	weiblich	3	1	0	0
	<b>gesamt</b>	<b>19</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Magen</b>	männlich	42	29	3	0
	weiblich	36	36	0	0
	<b>gesamt</b>	<b>78</b>	<b>65</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>Dick-/Mastdarm</b>	männlich	67	46	0	0
	weiblich	88	60	1	0
	<b>gesamt</b>	<b>155</b>	<b>106</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Bauchspeicheldrüse</b>	männlich	10	15	1	0
	weiblich	17	11	0	0
	<b>gesamt</b>	<b>27</b>	<b>26</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Lunge</b>	männlich	130	101	8	0
	weiblich	26	21	0	1
	<b>gesamt</b>	<b>156</b>	<b>122</b>	<b>8</b>	<b>1</b>
<b>bösartiges Melanom der Haut</b>	männlich	4	14	1	0
	weiblich	14	19	0	0
	<b>gesamt</b>	<b>18</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>weibliche Brustdrüse</b>	männlich				
	weiblich	95	79	1	0
	<b>gesamt</b>	<b>95</b>	<b>79</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Gebärmutterhals</b>	männlich				
	weiblich	58	49	3	1
	<b>gesamt</b>	<b>58</b>	<b>49</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>Prostata</b>	männlich	38	37	0	0
	weiblich				
	<b>gesamt</b>	<b>38</b>	<b>37</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Lymphatisches und hämatop. Gewebe</b>	männlich	29	24	3	0
	weiblich	35	31	0	0
	<b>gesamt</b>	<b>64</b>	<b>55</b>	<b>3</b>	<b>0</b>

Wie die vorstehenden Tabellen zeigen, sind durch die starke Rückläufigkeit der Meldeaktivitäten die Daten des Gemeinsamen Krebsregisters für 1994 praktisch nicht auswertbar. Für die Zukunft wird es wichtig sein, eine möglichst vollständige und einheitliche Erfassung des Krebsgeschehens anzustreben.

Es bleibt zu hoffen, daß die begonnene Arbeit des Tumorregisters Magdeburg so intensiviert werden kann, daß in den folgenden Jahren fundierte Aussagen zur Anzahl der Neuerkrankungen und Sterbefälle für Magdeburg und Sachsen-Anhalt getroffen werden können und daß die Meldeaktivität zum Gemeinsamen Krebsregister der neuen Bundesländer und Berlin-Ost verbessert wird, um für diese Länder Aussagen zum Krebsgeschehen treffen zu können. [12] [13]

#### **4.2.2. Immunschwächekrankheit AIDS**

Trotz erheblicher Therapieverbesserungen und damit deutlich angestiegenen Behandlungserfolgen von opportunistischen Infektionen, welche sich nicht zuletzt auch in einer verlängerten Überlebenszeit darstellt, bleibt AIDS weiterhin eine tödliche Krankheit, da es ein grundsätzliches Heilmittel bzw. eine präventive Impfung immer noch nicht gibt.

Die dramatischen Infektionszuwachsrate, vor allem in Südostasien und Schwarzafrika, belegen deutlich, wie katastrophal sich das Fehlen einer notwendigen Prävention und Sexualaufklärung auswirkt. Neben der fehlenden ökonomischen Basis ist das allerdings auch den gesellschaftlichen Zuständen und religiös motivierten Tabus, die in diesen Weltregionen eine sehr große, oft das ganze Leben beherrschende Rolle spielen, zuzuordnen. Die Industrienationen sollten bei den bisherigen Präventionsanstrengungen nicht nachlassen, den massiv betroffenen Dritte- Welt- Ländern somit als Vorbild dienen und ihnen aber vor allem ökonomisch beim Aufbau inzwischen fast überlebensnotwendiger Präventionsstrukturen helfen.

Zur Zeit gibt es weltweit ca. 22 Millionen gemeldete Infizierte, wobei von einer Dunkelziffer von über 40 Millionen ausgegangen werden muß. Die Bundesrepublik Deutschland liegt mit seit der Registrierung im Jahre 1985 kumulativ aufgelaufenen 79.000 Infektionen, bei jährlich etwa 2.000 Neuinfektionen, dank ihrer engmaschigen und wirksamen Präventionsstrukturen selbst in Europa in einer sehr günstigen Position. Der unmittelbar 1990/91 einsetzenden flächendeckenden Vorsorge ist es offenbar zu verdanken, daß die neuen Bundesländer bislang von einer raschen Ausbreitung verschont geblieben sind. Die zwar stetig ansteigende Infektionsrate verläuft auf vergleichsweise niedrigem Niveau. Allerdings muß immer noch von einer Dunkelziffer von etwa 100% ausgegangen werden. Die Gesamtzahl der gemeldeten Fälle betrug per 11/96 für Sachsen- Anhalt 198, davon waren 26 AIDS- Erkrankte. Für Magdeburg blieb die Zahl mit 19 Infizierten und 3 Erkrankten konstant, während sie in Halle mit 35 Infizierten und 3 Erkrankten leicht angestiegen ist. Für Sachsen- Anhalt bedeutet das, in den Präventionsanstrengungen nicht nachzulassen, um die relativ niedrige Zuwachsrate nicht zu gefährden.

### 4.3. Behinderung

#### Behinderte in der Stadt und der Region Magdeburg

Ende 1995 waren in Deutschland insgesamt 6,5 Millionen Menschen als Schwerbehinderte anerkannt (Quelle: Statistisches Bundesamt/imu 97 01 168). Als häufigste Ursachen werden angegeben (Anzahl in Tausend):

• Erkrankung	:	5.471
• angeborene Behinderung	:	301
• Kriegs-, Wehr- und Zivildienstbeschädigung	:	241
• Arbeitsunfall, Berufskrankheit	:	91
• Verkehrsunfall, häuslicher u.a. Unfall	:	88
• sonstige Ursachen	:	304

Im Land Sachsen-Anhalt betrug im Jahre 1996 (31.12.1996) die Zahl

• der Schwerbehinderten	:	180.161
• der Behinderten mit einem Grad der Behinderung unter 50	:	62.955
• der Behinderten gesamt	:	243.116

Der Anteil der Behinderten an der Gesamtbevölkerung entspricht 8,8%.

In der nachfolgenden Tabelle ist die Entwicklung des Bestandes der Behinderten (Schwerbehinderte und Behinderte mit einem Grad der Behinderung unter 50) in den Jahren 1992 bis 1996 für das Land Sachsen-Anhalt, für das Erfassungsgebiet Magdeburg und das Erfassungsgebiet Halle des Landesamtes für Versorgung und Soziales aufgeführt. Das Erfassungsgebiet Magdeburg umfaßt nach Darstellung des Landesamtes für Versorgung und Soziales die Landkreise Bernburg, Halberstadt, Aschersleben-Staßfurt, Quedlinburg-Wernigerode, Schönebeck, Jerichower Land und die weiteren nördlichen Kreise des Landes.

**Tabelle 32:** Entwicklung des Bestandes der Behinderten von 1994 bis 1996  
Im Land Sachsen-Anhalt

Stand Ende des Jahres	Erfassungsgebiet Halle	Erfassungsgebiet Magdeburg	Land Sachsen-Anhalt gesamt
1994	104.204	113.385	217.589
1995	113.373	117.962	231.335
1996	119.908	123.208	243.116

Die dargestellte Entwicklung der Behindertenzahlen ist nur zum Teil auf eine Zunahme der absoluten Anzahl Behinderter zurückzuführen. In diesem Zusammenhang spielt unter anderem die Überführung der Beschädigtenausweise nach DDR-Praxis in die Schwerbehindertenausweise nach bundesdeutschem Recht eine wesentliche Rolle.

Zur Anzahl von Behinderten in der Stadt Magdeburg liegen für 1996 keine Daten vor. Für die nachfolgenden Darstellungen wird als Datenbasis der Stand vom 09.06.1997 verwendet.

In der Stadt Magdeburg leben insgesamt 28.984 Behinderte mit einem GdB zwischen 20 und 100, davon sind 21.995 schwerbehindert (GdB 50 - 100).

In der Tabelle 33 ist die Verteilung der Schwerbehinderten in der Stadt Magdeburg nach Altersstufen aufgeführt:

**Tabelle 33:** Altersverteilung und Grad der Behinderung (GdB) in der Stadt Magdeburg

Alter (Jahre)	GdB 20	GdB 30	GdB 40	GdB 50	GdB 60	GdB 70	GdB 80	GdB 90 u.100	Gesamt
0 bis < 10	1	15	1	26	20	11	28	122	224
10 bis < 20	21	60	21	85	40	27	53	244	551
20 bis < 30	61	136	69	141	55	55	69	229	815
30 bis < 40	125	269	124	364	143	101	131	326	1.583
40 bis < 50	180	573	252	660	245	193	219	388	2.710
50 bis < 60	369	1.178	677	1.456	744	488	446	691	6.049
60 bis < 70	237	812	623	1.572	1.097	827	769	1.021	6.958
>= 70	164	622	499	1.656	1.416	1.524	1.565	2.648	10.094
<b>Gesamt</b>	<b>1.158</b>	<b>3.665</b>	<b>2.266</b>	<b>5.960</b>	<b>3.760</b>	<b>3.226</b>	<b>3.280</b>	<b>5.669</b>	<b>28.984</b>

Hinweise auf die Art der behinderungsbedingten Einschränkungen geben die Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis, die dem Nachteilsausgleich dienen:

- Merkzeichen "**G**" : gehbehindert
- Merkzeichen "**aG**" : außergewöhnlich gehbehindert
- Merkzeichen "**Bl**" : blind
- Merkzeichen "**H**" : hilflos
- Merkzeichen "**RF**" : Befreiung von Rundfunk- und Fernsehgebühren
- Merkzeichen "**B**" : ständige Begleitung erforderlich

In der nachfolgenden Tabelle 34 ist dargestellt, wie sich die Häufigkeit der zuerkannten Merkzeichen vom 06.03.1996 zum 09.06.1997 verändert hat. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, daß Schwerbehinderte mehrere Merkzeichen erhalten können.

**Tabelle 34:** Schwerbehinderung und Merkzeichen in der Stadt Magdeburg

Merkzeichen	1995	1996
"G"	14.056	13.778
"aG"	1.397	1.355
"H"	2.288	2.305
"B"	5.032	5.001
"Bl"	568	553
"RF"	3.619	3.496

Eine besondere Problematik ist die Beschäftigung Behinderter. Die Quote der mit Schwerbehinderten besetzten Arbeitsplätze ist im Bundesgebiet von 4,6% im Jahre 1990 auf 4% im Jahre 1996 zurückgegangen (gesetzlich vorgeschriebener Pflichtsatz : 6%).

In der Stadt Magdeburg ist - wie im Land Sachsen- Anhalt insgesamt - der Anteil arbeitsloser Schwerbehinderten überproportional gestiegen. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung seit 1990. Der Darstellung sind die Zahlen des Dezembers der jeweiligen Jahre zugrunde gelegt:

**Tabelle 35:** Arbeitslose und arbeitslose Behinderte in der Stadt Magdeburg

Jahr	1990	1992	1994	1996
Arbeitslose gesamt	10.222	16.321	18.428	22.572
-davon Frauen	5.475	10.034	10.698	12.046
-davon Männer	4.747	6.287	7.730	10.526
behind. Arbeitslose gesamt	237	566	470	777
-davon Frauen	101	290	200	352
-davon Männer	136	276	270	425

Während sich die Zahl der Arbeitslosen von Ende 1990 bis Ende 1996 etwas mehr als verdoppelt hat, kann bei den behinderten Arbeitslosen eine Verdreifachung festgestellt werden.

Diese negative Entwicklung wird als ein Indikator für die zurückgehende Integration Behinderter in das Berufsleben und damit in das soziale Leben gewertet.

## **5. Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsfürsorge, Beratung und Betreuung**

Träger von Einzelaktivitäten auf den Gebieten der Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsfürsorge, Beratung mit präventiven und intervenierenden Intentionen sowie Betreuung chronisch Kranker und Behinderter sind vor allem

- ambulant tätige Ärzte und Medizinalpersonen als 1. Säule des Gesundheitswesens,
- die klinischen Einrichtungen der Akutversorgung sowie Rehabilitations- und Kureinrichtungen als 2. Säule des Gesundheitswesens,
- der Öffentliche Gesundheitsdienst mit den Gesundheitsämtern als 3. Säule des Gesundheitswesens,
- Ausbildungs- und Forschungseinrichtungen sowie
- die auf gesundheitlichem Gebiet tätigen präventiv tätigen Einrichtungen, die Beratungs- und Betreuungseinrichtungen freier Träger sowie Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeeinrichtungen.

Noch ist häufig zu beobachten, daß auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung die einzelnen Träger isoliert voneinander wirken, daß oft nicht einmal bekannt wird, welche unterschiedlichen und parallelen Angebote existieren. Zur Erhöhung der gesundheitsförderlichen Wirkung ist es jedoch sinnvoll, wenn solche Angebote nicht an einzelne Träger gebunden werden, sondern als komplexe Aufgaben für die Stadt Magdeburg gesehen werden. Der Stadt wird in diesem Zusammenhang als sozialem Ort eine besondere Rolle bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Konzepte beigemessen.

Ziel kommunaler Gesundheitsaktivitäten, unter anderem getragen von den Gesundheitsämtern, soll es sein, durch Impulsgebung in verschiedenen Bereichen einen von vielen AkteurInnen getragenen Gesamtprozeß zu stimulieren, an der Koordinierung des Prozesses mitzuwirken und die Auswirkungen der Aktivitäten zu erfassen und zu bewerten.

Die nachfolgend dargestellten Entwicklungen, Tendenzen und Leistungen sind schwerpunktmäßig auf die Aufgabenstellungen des Gesundheitsamtes Magdeburg (Punkt 5 und 6) und auf die dem Gesundheitsamt bekannten Angebote und Leistungen anderer Träger auf diesen Gebieten orientiert.

## 5.1. Impfschutz

### 5.1.1. Impfschutz für Kinder und Jugendliche

Für das Jahr 1996 gelten die Impfempfehlungen der STIKO vom Oktober 1995. Gegenüber den Impfempfehlungen vom Oktober 1994 wurde die Impfung gegen Hepatitis B für Säuglinge und 11 - 15 jährige Kinder erstmalig

**Tabelle 36:** Impfkalender für Säuglinge, Kinder und Jugendliche  
(Stand : Oktober 1995)

Empfohlenes Impfalter	Impfung	Anmerkung
ab Beginn 3. Monat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. Diphtherie- Pertussis- Tetanus- Haemophilus influenzae Typ b (DPTHib) und</li> <li>• 1. Hepatitis- B- Impfung (HB) und</li> <li>• 1. trivalente Poliomyelitis- Schluckimpfung (OPV)</li> </ul> oder <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. Diphtherie- Pertussis- Tetanus (DPT) und</li> <li>• 1. Haemophilus influenzae Typ b (Hib) und</li> <li>• 1. Hepatitis- B- Impfung (HB) und</li> <li>• 1. trivalente Poliomyelitis- Schluckimpfung (OPV)</li> </ul>	
ab Beginn 4. Monat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2. Diphtherie- Pertussis- Tetanus- Haemophilus influenzae Typ b (DPTHib)</li> </ul> oder <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2. Diphtherie- Pertussis- Tetanus (DPT)</li> </ul>	
ab Beginn 5. Monat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3. Diphtherie- Pertussis- Tetanus- Haemophilus influenzae Typ b (DPTHib) und</li> <li>• 2. Hepatitis- B- Impfung (HB) und</li> <li>• 2. trivalente Poliomyelitis- Schluckimpfung (OPV)</li> </ul> oder <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3. Diphtherie- Pertussis- Tetanus (DPT) und</li> <li>• 2. Haemophilus influenzae Typ b (Hib) und</li> <li>• 2. Hepatitis- B- Impfung (HB) und</li> <li>• 2. trivalente Poliomyelitis- Schluckimpfung (OPV)</li> </ul>	
ab Beginn 13. Monat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4. Diphtherie- Pertussis- Tetanus- Haemophilus influenzae Typ b (DPTHib) und</li> <li>• 3. Hepatitis- B- Impfung (HB) und</li> <li>• 3. trivalente Poliomyelitis- Schluckimpfung (OPV)</li> </ul> oder <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4. Diphtherie- Pertussis- Tetanus (DPT) und</li> <li>• 3. Haemophilus influenzae Typ b (Hib) und</li> <li>• 3. Hepatitis- B- Impfung (HB) und</li> <li>• 3. trivalente Poliomyelitis- Schluckimpfung (OPV)</li> </ul>	Abschluß der Grundimmunisierung
ab Beginn 15. Monat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. Masern- Mumps- Röteln (MMR)</li> </ul>	
ab Beginn 6. Jahr	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tetanus- Diphtherie (Td- Impfstoff; mit reduziertem Diphtherietoxid-Gehalt)</li> <li>• 2. Masern- Mumps- Röteln (MMR)</li> </ul>	1. Auffrischimpfung
ab Beginn 10. Jahr	<ul style="list-style-type: none"> <li>• trivalente Poliomyelitis- Schluckimpfung (OPV)</li> </ul>	
11. - 15. Jahr	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tetanus- Diphtherie (Td)</li> <li>• Hepatitis- B- Impfung</li> <li>• Röteln (alle Mädchen, auch wenn bereits gegen Röteln geimpft)</li> </ul>	2. Auffrischimpfung 1. Auffrischimpfung
ab Beginn 13. Jahr	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatitis- B- Impfung für ungeimpfte Jugendliche</li> </ul>	Impfstoff für Erwachsene

öffentlich empfohlen, in Sachsen-Anhalt per Runderlaß am 05. Febr. 1996. Eine einheitliche Regelung hinsichtlich der Kostenübernahme fehlt bisher. Die Tabelle 36 zeigt die empfohlenen Impfungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) für Säuglinge, Kinder und Jugendliche. Eine Aussage zum Durchimpfungsgrad von Kindern und Jugendlichen kann für den Einschulungsjahrgang 1996 (Geburtsjahrgang 1989/1990), erhoben zum Zeitpunkt der Schulanfängeruntersuchung 1996, gemacht werden.

**Impfstatus bei Schulanfängeruntersuchung 1996  
(Geburtsjahr 01. Juni 1989 - 30. Mai 1990)**

Anzahl der untersuchten Kinder: 3.092  
Anzahl der Kinder mit Impfausweis: 2.760 = 89,3 %

**Tabelle 37:** Impfstatus bei der Schulanfängeruntersuchung für das Jahr 1996

Impfungen	Anzahl der geimpften Kinder	Impftrate in %
BCG (Tuberkuloseschutzimpfung als Neugeborene)	2.733	99,02
Diphtherie-*Keuchhusten-**Wundstarrkrampf Grundimmunisierung (DPT 4 x)	2.121	76,84
Diphtherie-Wundstarrkrampf Grundimmunisierung (DT 3 x)	52	1,88
andere Kombination DT/DPT, aber vollständige Grundimmunisierung für DT	578	20,94
1. Auffrischimpfung Diphtherie-Wundstarrkrampf (Td***) ab 6. Geburtstag	622	22,53
Kinderlähmung - Schluckimpfung (Polio) 3 x trivalent oder 3 x monovalent 1 x trivalent - Grundimmunisierung	2.656	96,23
Mumps-Masern-Röteln als Kombinationsimpfung (MMR) mindestens 1 mal	2.361	85,54
Einzelimpfungen allein oder zusätzlich zur MMR-Impfung		
Mumps	80	
Masern	1.279	
Röteln	31	
Haemophilus influenzae b (Hib)**** 1 Impfung	1.778	64,42

- \* Keuchhusten (Pertussis)  
\*\* Wundstarrkrampf (Tetanus)  
\*\*\* Td- Impfung gegen Tetanus und Diphtherie mit verringerter Dosis des Diphtherietoxoids  
\*\*\*\* Einführung der Hib-Impfung 1990/91

Der für diese Altersstufe zur Verhütung einer ansteckenden Infektionskrankheit notwendige Durchimpfungsgrad von mindestens 80 % wurde für die Grundimmunisierung gegen Kinderlähmung mit 96 %, gegen Wundstarrkrampf und Diphtherie mit 99,6 % erreicht. Ein ausreichender Impfschutz gegen Keuchhusten bestand dagegen mit nur 76,8 % nicht, damit

ist in unserer Stadt kein ausreichender Kollektivschutz gegen diese Infektionskrankheit vorhanden.

Bei 20 % der Kinder war die Immunisierung gegen Keuchhusten bei den Säuglingsimpfungen begonnen, aber nicht weitergeführt worden. Zum ausreichenden Schutz vor Keuchhusten sind 4 Impfungen notwendig. Die Impfung gegen die Infektion durch Haemophilus influenzae Typ b (Hib) stand für die Kinder dieser Geburtsjahrgänge erst im Kleinkindalter zur Verfügung, so daß nur 64,4 % eine der vier zum Schutz notwendigen Impfungen erhalten hatten.

Die Teilnahme an der kombinierten Mumps-Masern-Röteln-Impfung (MMR) stieg von 58,6 % im Jahr 1995 auf 85,5 % im Jahr 1996. Seit 1994 vollzieht sich der Übergang von der zweimaligen Masernschutzimpfung nach DDR-Impfkalender zur MMR-Impfung, deshalb hatte ein Teil der Kinder noch zwei oder eine Masernimpfung bekommen.

Bei 5 % der Kinder bestand überhaupt kein Masernschutz, 12 % hatten keine Mumps- und 13 % keine Rötelnimpfung vorzuweisen.

Die zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung anstehende Auffrischungsimpfung gegen Wundstarrkrampf und Diphtherie für Kinder ab dem 6. Geburtstag war bei 23 % der Kinder bereits erfolgt. Deshalb wurde bei der Untersuchung, wenn es die Eltern wünschten, bei 10 % der Kinder der Impfschutz im Gesundheitsamt vervollständigt, andere erhielten nach eingehender Impfberatung eine Impfeempfehlung an den Kinder- bzw. Hausarzt.

Bei den Schuljahrgangsuntersuchungen der 2. Klassen erhielten 20 % der Kinder eine gezielte Impfeempfehlung zur Schließung von Impflücken.

Aufgrund des Risikos einer Rötelninfektion während einer Schwangerschaft und den damit verbundenen schweren Schäden bei dem Embryo wird für Schülerinnen der 6. Klassen gemäß der STIKO zusätzlich zu der MMR-Impfung die Rötelnimpfung empfohlen. Das Angebot besteht seit 1989 als Jahrgangsimpfung durch das Gesundheitsamt, wenn die Impfung durch den niedergelassenen Arzt nicht erfolgt ist.

27 % der Mädchen der 6. Klassen des Schuljahres 1995/96 wurden im Gesundheitsamt gegen Röteln geimpft.

Bei der Untersuchung der Schüler der 10. Klassen und der Abgänger aus dem 9. Klassen im Jahre 1996 wurde den Mädchen wie im Vorjahr eine Testung auf Rötelnantikörper angeboten. Bei 11,3 % bestand keine ausreichende Immunität gegen Röteln, eine nochmalige Rötelnimpfung wurde empfohlen, aber nur von 1,6 % der Mädchen im Gesundheitsamt wahrgenommen. Alle Zehntklässler, deren Impfschutz gegen Kinderlähmung, Diphtherie und Wundstarrkrampf abgelaufen war (2. Auffrischungsimpfung), wurden nach Elterneinwilligung im Gesundheitsamt geimpft:

44 % gegen Tetanus und Diphtherie

51 % gegen Kinderlähmung

1996 wurden im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst 3.547 Impfungen zur Schließung von Impfblöcken durchgeführt.

Impfungen gesamt: 3.547  
davon: 1.692 Polio  
1.521 Td  
158 Röteln  
75 Diphtherie  
99 MMR  
2 BCG

Trotz der zunehmenden Inanspruchnahme der niedergelassenen Ärzte für Impfungen ist das Angebot zur Impfblöckenschließung, die Kontrolle des Impfstatus definierter Jahrgänge von Kindern und Jugendlichen und die Impfberatung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst weiterhin dringend notwendig.

### 5.1.2. Impfschutz für Erwachsene

Im Interesse des Schutzes der Bevölkerung vor Infektionskrankheiten ist es notwendig, die Bürger durch regelmäßige Schutzimpfungen auch im Erwachsenenalter zu immunisieren.

Der in der Kindheit erworbene Impfschutz gegen wichtige Infektionskrankheiten wie Tetanus, Diphtherie und Kinderlähmung (Poliomyelitis) hält nicht lebenslang und muß deshalb mit Ausnahme der Kinderlähmung etwa alle 10 Jahre aufgefrischt werden.

Ein Nachlassen der Impfbereitschaft führt zum Wiederauftreten schwerer Infektionskrankheiten, so zum Beispiel der Diphtherie in Rußland mit etwa 50.000 Erkrankungen und 1.500 Todesfällen 1995.

Das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt empfiehlt deshalb nach Bundesseuchengesetz und STIKO, diese Impfungen der Bevölkerung auf freiwilliger Grundlage unentgeltlich anzubieten.

Die Reisemedizinische Beratungs- und Impfstelle führt diese Impfungen mit ausführlichen Beratungen für Erwachsene in regelmäßigen Sprechstunden und zusätzlich ausgewiesenen Impfkationen durch:

- 4-wöchige Impfkation im Gesundheitsamt mit folgenden Impfungen:
  - Tetanus/Diphtherie (Kombinationsimpfung): 475 Impfungen
  - Diphtherie : 35 Impfungen
  - Poliomyelitis : 360 Impfungen
  
- gemeinsame Impfkation des Gesundheitsamtes mit der Techniker Krankenkasse mit folgenden Impfungen:
  - Tetanus/Diphtherie : 74 Impfungen
  - Poliomyelitis : 43 Impfungen
  - Grippe : 42 Impfungen

- Grippe- Impfkation des Gesundheitsamtes für die  
Magdeburger Bevölkerung : 800 Impfungen
- Grippe- Impfkation des Gesundheitsamtes  
mit der AOK : 40 Impfungen

Jeder Bürger erhält ein neues Impfbuch (wenn noch nicht vorhanden), in dem alle durchgeführten Impfungen dokumentiert und alte Impfnachweise nachgetragen werden.

Die Imp fzahlen lagen in diesem Jahr bei Tetanus/Diphtherie und Poliomyelitis im Vergleich zum Vorjahr deutlich niedriger, da dem öffentlichen Gesundheitsdienst weniger finanzielle Mittel für Impfstoffe zur Verfügung standen.

Der Rückgang der Polio- Impfung ist auch darauf zurückzuführen, daß diese Impfung im Erwachsenenalter als sogenannte Indikationsimpfung eingestuft wird, die nicht mehr alle 10 Jahre aufgefrischt werden muß und nur noch empfohlen wird:

- für noch nicht geimpfte Bürger
- für Bürger, die einen Säugling impfen lassen
- für Bürger, die in Gebiete reisen, in denen die Poliomyelitis noch verbreitet ist.

Bei vielen Magdeburger Bürgern wurden die notwendigen Auffrischimpfungen gegen Tetanus und Diphtherie von den Hausärzten durchgeführt.

Wie weit sich der allgemeine Durchimpfungsgrad vor allem bei Diphtherie und Tetanus in den vergangenen Jahren verbessert hat, läßt sich aufgrund fehlender zentraler Impfdatenerfassung nicht einschätzen.

In der noch vorhandenen Impfkartei des Gesundheitsamtes liegen die Impfdaten der Magdeburger Bevölkerung bis zur "Wende" nahezu vollständig vor und können von Bürgern und behandelnden Ärzten bei Verlust der Impfdokumente unter Wahrung des Datenschutzes abgefordert werden.

Die deutlich erhöhte Zahl der Grippeimpfungen von 881 im Jahr 1996 im Vergleich zu 544 im Jahr 1995 ist auf das epidemiologische Influenzageschehen im Winter 1995/1996 zurückzuführen, das viele Bürger wieder an die Wichtigkeit der Grippeimpfung erinnert hat.

Durch die Zusammenarbeit mit den Medien (Pressegespräche, Pressemitteilungen) wird die Bevölkerung mit den wichtigsten Impffragen konfrontiert und soll im Interesse des eigenen und des allgemeinen Gesundheitsschutzes zu notwendigen Impfungen motiviert werden.

## **5.2. Gesundheitsschutz und Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche**

### **5.2.1. Gesetzliche Grundlagen**

Die Aufgaben "Gesundheitsschutz und Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche" nimmt im Gesundheitsamt der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst wahr.

Da Sachsen-Anhalt noch kein Gesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst hat, werden diese mit den Artikeln 1, 2, 4, 6 und 7 des Grundgesetzes begründet. Danach hat jedes Kind und jeder Jugendliche ein Recht auf Leben, körperliche Unversehrtheit und freie Entfaltung der Persönlichkeit. Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern, aber auch zugleich ihre Pflicht, über deren Erfüllung die staatliche Gemeinschaft wacht. Jede Mutter hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge der Gemeinschaft.

Diese Grundrechte haben Anspruchscharakter, die staatliche Gemeinschaft ist zur Erfüllung verpflichtet. Die dazu nötigen Handlungen vollziehen sich nach öffentlichem Recht. Die Arbeit des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes hat zum Ziel, zur körperlichen Unversehrtheit von Kindern und Jugendlichen, zur freien Entfaltung ihrer Persönlichkeit sowie zur Krankheitsverhütung beizutragen.

In der VO über den Öffentlichen Gesundheitsdienst... v. 8. 8. 1990 wird auch auf dessen Aufgaben gegenüber Kindern und Jugendlichen hingewiesen (§ 1 (1) Gesundheitsschutz, Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserhaltung, Krankheitsverhütung, § 8 (2) Gesundheitspflege, Gesundheitsvorsorge, § 8 (4)(5) Beratung, § 3 Gutachten), sie sind nicht an niedergelassene Ärzte übertragbar. Folgende Leistungen müssen vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst erbracht werden:

- Einschulungs- und Schulentlassungsuntersuchungen,
- ärztliche Hilfe für alle Kinder, auch für diejenigen, die in der Arztpraxis durch die Eltern nie vorgestellt werden,
- Mitwirkung bei Impfungen, die alle Kinder erreichen müssen (Kontrolle des Impfschutzes, Impflückenschließung),
- Beratung und Einleitung ärztlicher Hilfe für chronisch kranke und behinderte Kinder,
- ärztliche Einflußnahme durch Kooperation mit Schulen, Einrichtungen des Jugendamtes, der Jugendhilfe, mit dem Sozialamt und anderen Institutionen der Kommune und der freien Wohlfahrtspflege,
- Koordination und ergänzende Leistungen bei Gesundheitsförderung und -erziehung von Kindern und Jugendlichen,
- fortschreibende Gesundheitsberichterstattung und Beschreibung des Gesundheitszustandes.

### 5.2.2. Gesundheitsvorsorge für Säuglinge und Kleinkinder

Die Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen für Kinder von der Geburt bis zum 64 Lebensmonat des Kindes (U1 - U9) dienen der Früherkennung von Gesundheitsstörungen und Entwicklungsverzögerungen und sollen zu einer frühestmöglichen ärztlichen Behandlung beitragen. Diese Untersuchungen werden vorwiegend in Kinderarztpraxen durchgeführt.

Ein Versuch zur Erfassung der Inanspruchnahme dieser Vorsorgeuntersuchungen anlässlich der Schulanfängeruntersuchungen 1996 erbrachte in Magdeburg kein auswertbares Ergebnis, da nur wenige "U-Hefte" vorgelegt wurden. Bundesweit wird von einer Teilnahme von 90 % für die "U1 - U7" (1. Tag - 24. Lebensmonat) berichtet, danach sinkt die Teilnahme bei der U8 (43. - 48. Lebensmonat) auf 83%, bei der U9 (60. - 64. Lebensmonat) auf 68 %.

Das Landesgesundheitsamt Brandenburg ermittelte für die U8 eine Teilnahme von lediglich 51 %, für die U9 45 %.

Im Gesundheitsamt wurden für junge Mütter und Väter sowie ihre Angehörigen durch die Diplom- Sozialarbeiterinnen der "Beratungsstelle für Schwangere, Mutter und Kind sowie Ehe- Familien- und Lebensberatung,, Mütterschulkurse angeboten. (Tabelle 38)

**Tabelle 38:** Mütterschulkurse im Gesundheitsamt 1996

Themen	Anzahl der Kurse	Teilnehmer
Säuglingspflege und Ernährung	42	481
Verhalten bei Krankheit des Kindes Verhütung von Kinderunfällen	12	199
Schwangerschaft u. Geburt	13	269

Außerdem wurden 20 Kurse für Adoptiv- bzw. Pflegeeltern und 24 Kurse für Babysitter durchgeführt.

Zu folgenden hauptsächlichen Problemen wurde in den Sprechstunden beraten:

**Tabelle 39:** Leistungen der Mütterberatung im Gesundheitsamt 1996

Problem	Anzahl der Beratungen
Stillen	316
Impfen	134
Nabelpflege, Gewichtskontrolle u. Körperhygiene	413
Verdacht auf krankhafte Befunde am Kind	98 Empfehlungen zum Facharzt: 98
soziale und rechtliche Probleme	946 (direkt) 1.227 (telefon.)

Vitamin D und Fluorid-Tabletten wurden auf Wunsch der Mutter 57x an die Kleinkinder ausgegeben.

228x wurden Hausbesuche nach dem 10. Wochenbettstag angefordert und durchgeführt. Auffällig war in diesem Jahr, daß alle Beratungen zu sehr intensiven Gesprächen genutzt wurden, da diese Möglichkeit nach Angaben vieler Mütter in den Sprechstunden der niedergelassenen Ärzte aus Zeitgründen häufig nicht bestünde.

Da eine weitgehend flächendeckende Durchführung der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen für Kinder durch niedergelassene Kinder- und Allgemeinärzte bundesweit nicht gewährleistet ist, und die Untersuchungsqualität noch nicht ausreicht, ist nach Empfehlung der AGLMB die Untersuchung der 4-5 Jährigen in Kindereinrichtungen unter sozialmedizinischem Aspekt notwendig.

Vergleichende Untersuchungen von Kindern mit und ohne Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen in Brandenburg zeigten, daß körperliche Auffälligkeiten bei den Untersuchten in der Regel diagnostiziert und in Behandlung genommen wurden, Kinder mit behandlungsbedürftigen Defiziten in psychosozialen, sprachlichen und perzeptiven Leistungen jedoch wesentlich weniger diagnostiziert oder behandelt wurden. Die Aussage kann nach unseren, bei der Schulanfängeruntersuchung gemachten Erfahrungen für Magdeburg bestätigt werden.

Für die 4-5jährigen Kinder in Kindergärten und Kindertagesstätten der Stadt und der freien Träger bietet der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes auf der Grundlage des Kindertagesstättengesetzes LSA v. 1. 1. 1995 (§ 9) Untersuchungen in den Einrichtungen an, wenn die Eltern es wünschen. In der Mehrzahl wird dieses Angebot begrüßt und gewünscht.

Die Untersuchungen erfolgen in Anwesenheit der Erzieherin und oftmals auch eines Elternteils. Häufig werden die Hinweise der Erzieherin in die Beratungen und Problemgespräche über die Untersuchungsergebnisse einbezogen.

Die Kinder werden gründlich untersucht, die Funktionstüchtigkeit der Sinnesorgane, der Entwicklungsstand von Sprache und Motorik wird überprüft, psychosoziale Defizite erfaßt, der Impfstatus nach Vorlage des Impfausweises beurteilt.

1996 wurden 2.124 Kinder in den Kindertagesstätten untersucht. Bei Gesundheits- und Entwicklungsstörungen sowie bei Impflücken wurden schriftliche Empfehlungen zur Vorstellung bei Fachärzten, zur Sprachheiltherapie, zur Entwicklungsdiagnostik und Erziehungsberatung, zur Frühförderstelle des Jugendamtes über die Erzieherin an die Eltern ausgegeben.

Besondere Aufmerksamkeit erfuhren behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in Integrations- und Fördergruppen.

Da die niedergelassenen Augenärzte der Stadt signalisierten, daß im Vergleich zu DDR- Zeiten Schielkinder jetzt zu spät vorgestellt werden und

so eine erfolgversprechende Frühbehandlung zur Verhütung einer Schielschwachsichtigkeit oder Erblindung des schielenden Auges oft nicht mehr möglich ist, hat der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst 1996 begonnen, auch bei den 6 Monate bis unter 4 Jahre alten Kindern die Schielprophylaxe nach Anleitung durch eine Orthoptistin wieder durchzuführen.

1996 wurden 1.169 Säuglinge und Kleinkinder in den Einrichtungen untersucht, 18 % mit Verdacht (auch mit geringem Verdacht ) auf einen Schielwinkel zur weiteren Diagnostik zum Augenarzt überwiesen.

### **5.2.3. Gesundheitsvorsorge im Rahmen der Schulgesundheitspflege**

Die Gesundheitsvorsorge im Rahmen der Schulgesundheitspflege obliegt dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes. Er hat dabei Aufgaben wahrzunehmen, die nicht an niedergelassene Ärzte übertragen werden können.

Er sichert die sozial- und präventivmedizinische Betreuung der Kinder und Jugendlichen in den öffentlichen Schulen.

Die Schulgesundheitspflege erfolgt auf der Grundlage der VO über den Öffentlichen Gesundheitsdienst... v. 08.08.1990 und dem Schulgesetz des Landes Sachsen-Anhalt v. 27.08.1995, §§ 37 u.38 und gliedert sich in:

- Einschulungsuntersuchungen
- Reihenuntersuchungen der Schüler der Klassenstufen 2, 6 und 9 bzw. 10
- Reihenuntersuchungen der Schüler der Sonderschulen

Die Schüler sind zur Teilnahme an den Maßnahmen der Schulgesundheitspflege verpflichtet. Reihenuntersuchungen erfolgen stets als Einzeluntersuchungen definierter Jahrgänge. Durch die Untersuchungen sollen Entwicklungsstand, Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit, eventuelle Gesundheits- und Entwicklungsstörungen von Schülern festgestellt und Möglichkeiten der Vorbeugung, Früherkennung und der Behandlung aufgezeigt und empfohlen werden. Bei allen Untersuchungen erfolgen Seh- und Hörtest, Messung von Größe und Gewicht, Überprüfung des Impfstatus, Anamneseerhebung und eine sorgfältige ärztliche Untersuchung. Wenn notwendig, wird am Schluß eine schriftliche Empfehlung an die Eltern ausgestellt, das Kind bei einem Arzt ihrer Wahl zur Behandlung vorzustellen.

#### ***Einschuluntersuchung***

Ziele der Einschulungsuntersuchung sind die sozialpädiatrisch orientierte Bestimmung des Entwicklungsstandes des Kindes unter besonderer Beachtung von Sensomotorik, Perzeption (Wahrnehmungsfähigkeit), grundlegender kognitiver Fähigkeiten sowie Sprach- und Kommunikationsfähigkeiten.

Zur Behandlung von Gesundheitsstörungen und bei Impflücken erfolgt eine Überweisung an niedergelassene Ärzte. In Ausnahmefällen und auf besonderen Wunsch der Eltern werden auch Impfungen bei der Einschulungsuntersuchung durchgeführt.

Einen hohen Stellenwert hat die Beratung der Eltern zu unterschiedlichen Problemen.

An die entscheidungsbefugte Schulbehörde und an die Schule (Direktor, Lehrer) erfolgt die gutachterliche Empfehlung zur Einschulung, Zurückstellung von der altersgerechten Einschulung, Vorstellung des Kindes im Sonderschulaufnahmeverfahren zu bestimmten Fördermaßnahmen oder zur Beachtung besonderer körperlicher Voraussetzungen im Schulalltag.

1996 wurden 3.083 Einschüler untersucht. Nach Einwilligung der Eltern konnten die Daten von 2.945 Kindern ausgewertet werden (96 %). Die Ergebnisse sind in Tabelle 40 dargestellt.

**Tabelle 40:** Untersuchungsergebnisse bei der Einschulungsuntersuchung 1996 (Geburtsjahrgänge 1989/90)

Befunde:	zum Zeitpunkt der Schulanfänger-US bereits in Behandlung		bei Schulanfänger-US Feststellung und Überweisung zu fachärztlicher Behandlung, Diagnostik oder Kontrolle	
	Anzahl der Kinder		Anzahl der Kinder	
	absolut	%	absolut	%
Herabsetzung der Sehschärfe	367	12,5	259	8,8
Verdacht auf Strabismus (Schielen)	146	5,0	27	0,9
Hörstörungen	81	2,8	97	3,3
Herzfehler, Kreislaufstörungen	42	1,4	14	0,5
Krankheiten der Atmungsorgane	62	2,0	16	0,5
Bauchorgane (Brüche, Befund am Genitale u.a.)	63	2,1	55	1,9
Orthopädische Auffälligkeiten (Haltungsschäden, Skoliose, Hüftschäden, Fußfehler)	218	7,4	107	3,6
Haltungsschwächen, Sport und Physiotherapie, empfohlen u. überwiesen	-	-	384	13,0
Hautbefunde	357	12,0	203	6,8
Auffälligkeiten der Motorik(4,5%)	36	1,2	95	3,2
Auffälligkeiten des Verhaltens (8,2%)	70	2,4	181	6,1
Sprachstörungen	182	6,2	279	9,5

Auffällig ist der große Anteil von Kindern mit orthopädischen Befunden; 709 Kinder (24 %) haben 842 orthopädische Befunde, nur knapp 1/3 befand sich bereits in fachärztlicher Behandlung oder Kontrolle. In 13 % der Fälle wurde den Eltern angeraten, ihr Kind wegen Haltungsschwäche zum Sport anzumelden.

Eine Überweisung zum Augenarzt wegen Herabsetzung der Sehschärfe wurde bei ca. 9 % der Kinder notwendig. Unter dem Verdacht auf Schielen

wurden ca. 1 % der Kinder überwiesen. Diese Tatsache belegt, daß die hier angestrebte Frühdiagnostik noch lückenhaft ist und weist auf die Notwendigkeit der Überprüfung der Sehschärfe und Sehfähigkeit bei den Einschulungsuntersuchungen hin.

Bei den 3,3 % zum HNO- Arzt überwiesenen Kindern wegen Hörstörungen handelt es sich hauptsächlich um Kinder mit einer Vergrößerung der Rachenmandel, denen durch eine Operation geholfen werden kann. Kinder mit angeborener bzw. durch Erkrankungen des Ohres bedingte Höreinschränkung (2,8 %) waren in der Regel bereits in fachärztlicher Behandlung.

Die 560 Kinder (19 %) mit Hautbefunden hatten in 46,2 % der Fälle eine Neurodermitis, die größtenteils bereits behandelt wurde. Neuüberweisungen zum Hautarzt erfolgten überwiegend wegen ungeklärter Ekzeme und kontrollbedürftiger Naevi (Pigmentstörung).

Sehr auffällig ist der hohe Anteil von Kindern mit vorher noch nicht behandelten, aber behandlungsbedürftigen Sprachfehlern (9,5 %).

6,2 % der Kinder befanden sich bereits in Behandlung. Eine logopädische Therapie sollte möglichst früh beginnen (4.Lebensjahr). Die behandlungsbedürftigen Kinder hatten überwiegend keinen Kindergarten besucht.

Es besteht der Eindruck, daß das Fernsehen die Sprachlosigkeit in den Familien fördert und die Sprachentwicklung der Kinder hemmt.

Bei der Untersuchung von 2.945 Kindern waren ausführliche Elternberatungen zu verschiedenen Problemen notwendig, deren Häufigkeiten aus der folgenden Rangfolge erkennbar ist:

<u>Rang</u>	<u>Fragen zum Problemkreis</u>
1.	Impfen
2.	körperliche Entwicklung
3.	sportliche Betätigung (besonders bei orthopädischen Befunden u. bei Adipositas)
4.	Ernährung - Adipositas
5.	psychische u. soziale Entwicklung, Verhaltensprobleme
6.	Fragen zur Gesundheitsförderung
7.	Sprachfehler
8.	persönliche Hygiene
9.	Medienkonsum

Bei den Problembberatungen der Eltern standen Impfberatungen an erster Stelle. Viele Eltern sind verunsichert, da ihre 1989/90 geborenen Kinder zunächst noch nach DDR- Impfkalender geimpft worden sind, danach „neue“ Impfungen (Hib, Mumps, Röteln) und neue Impfstrategien (Polio trivalent) empfohlen wurden.

Bei Beratungen von Eltern, deren Kinder Haltungsschwächen und Störungen der motorischen Koordinationsfähigkeit haben, wird deutlich, daß das Angebot von Turn- und Sportmöglichkeiten für Vorschulkinder in unserer Stadt nicht ausreichend ist. Auch in den Kindergärten sollten Turnen und Übungen zur Koordination der Motorik in breiterem Rahmen erfolgen.

**Tabelle 41:** Ergebnis der Schulanfängeruntersuchungen 1996

Anzahl der Kinder	Anteil in %	Empfehlung
2.502	81,15	Einschulung ohne Bedenken
92	2,98	Sonderschulaufnahmeverfahren
489	15,86	Zurückstellung von altersgerechter Einschulung
darunter 94	3,0	Verbleib 1 Jahr in Kita
395	12,8	Vorklasse

Die schulärztliche Empfehlung zur Schulfähigkeit stellt eine gutachterliche Empfehlung für die zu wählende Schulform und zu Fördermöglichkeiten für das Kind dar.

Der prozentuale Anteil der Kinder, für die eine Zurückstellung von der altersgerechten Einschulung empfohlen wurde, ist über mehrere Jahre gleichgeblieben.

Eine Rückinformation über die Quote der tatsächlichen Aufnahmen in eine Vorklasse erfolgte bisher nicht.

### **Schuljahrgangsuntersuchungen der Klassenstufen 2, 6, 10 und 9H**

Im Schuljahr 1995/96 wurden Schüler/innen aus

56	Grundschulen,
38	Sekundarschulen,
15	Gymnasien,
1	integrierten Gesamtschule und
10	Sonderschulen

untersucht.

Die 9.510 Schuljahrgangsuntersuchungen fanden teilweise in den Schulen unter oft unzureichenden Bedingungen ( 2. Klassen, Sonderschulen), teilweise im Gesundheitsamt ( 6. und 10. Klassen) statt. Außerhalb dieser Untersuchungen erfolgten in den Sprechstunden 5.086 Konsultationen (Untersuchungen, Beratungen und Impfungen).

Im Vergleich zur Einschulungsuntersuchung sind Eltern dabei nicht anwesend, Anamnese und Untersuchungseinwilligung werden vorher schriftlich eingeholt.

Die Funktionsprüfungen wurden um Blutdruckmessung, Prüfung von Farbsinn und Stereosehen erweitert. Bei den Schulabgängern wird eine Urinuntersuchung vorgenommen.

Im Schuljahr 1995/1996 wurden bei der Untersuchung von 2.944 Schülern und Schülerinnen **der 2. Klassen** aufgrund erhobener Befunde 1.045 Empfehlungen zur Behandlung oder Diagnostik an folgende Facharztbereiche ausgegeben, wobei ein Kind mehrere Überweisungen erhalten konnte (Tabelle 42).

**Tabelle 42:** Überweisungen an Fachärzte bei der Untersuchung der 2. Klassen im Schuljahr 1995/96

	Anzahl der Kinder	Anteil in %
Untersuchte Kinder der 2. Klassen	2.944	100
Überweisungen an Fachärzte	1.045	35,5
an Augenärzte	156	5,3
an Orthopäden	98	3,3
an Pädiater/Hausärzte	526	17,9
an HNO- Ärzte	99	3,4
an Hautärzte	73	2,5
an Chirurgen/ Urologen	50	1,7
an sonstige Fachärzte	43	1,5

Da diese Schüler zu Beginn des 3. Schuljahres Schwimmunterricht erhalten und deshalb eine ärztliche Stellungnahme zur „Sport- und Schwimmtauglichkeit“ erfolgt, werden Kinder mit auffälligen Trommelfellbefunden, Nierenerkrankungen, Krampfleiden und anderen chronischen Krankheiten, wenn kein aktueller Befund zum Zeitpunkt der Untersuchung vorliegt, an ihren behandelnden Arzt mit dieser Fragestellung überwiesen. Diese Tatsache erklärt den hohen Anteil der Überweisungen an Kinder- und HNO- Ärzte. Auch aufgrund bestehender Impflücken erfolgten Überweisungen zum Kinder- und Hausarzt.

In der Häufigkeit an 2. Stelle stehen die Überweisungen an Augenärzte. Erfahrungsgemäß wird im zweiten Schuljahr infolge vermehrter Belastungen des Sehorgans die sogenannte Schulschwachsichtigkeit offenbar, die bei der Einschulungsuntersuchung noch nicht bestanden hat. Die Überweisungen an andere Fachärzte erfolgten häufig deshalb, weil bereits bei der Einschulungsuntersuchung festgestellte und überwiesene Befunde immer noch bestanden und die Kinder bei Fachärzten nicht vorgestellt worden sind (z.B. weiterbestehende Leistenbrüche, Haltungsschwächen, Hautekzeme, Höreinschränkungen ect.).

Bei der Schuljahrgangsuntersuchung der Schüler/innen **der 6. Klassen** des Schuljahres 1995/96 der Sekundarschulen, Gymnasien und Sonderschulen wurden 2.959 Kinder untersucht, dabei 1.025 Überweisungen an Fachärzte ausgegeben (Tabelle 43). Für die Mädchen wurde entsprechend der Empfehlung der STIKO die Rötelnimpfung angeboten, bei 46 % nach Einwilligung der Eltern durchgeführt. Eine vorherige Bestimmung der Rötelnantikörper erfolgte bei den Mädchen der 6. Klassen nicht mehr.

**Tabelle 43:** Überweisungen an Fachärzte bei der Untersuchung der 6. Klassen im Schuljahr 1995/96

	Anzahl der Kinder	Anteil in %
Untersuchte Kinder der 6. Klassen	2.959	100
Überweisungen an Fachärzte	1.045	35,3
an Augenärzte	246	8,3
an Orthopäden	180	6,1
an Pädiater/Hausärzte	244	8,2
an HNO- Ärzte	86	2,9
an Hautärzte	113	3,8
an Chirurgen/ Urologen	49	1,7
an sonstige Fachärzte	107	3,6

Empfehlungen zur Vorstellung beim Augenarzt waren am häufigsten, hierbei handelte es sich neben neu festgestellten Veränderungen der Sehschärfe auch um notwendige Kontrollen der Korrektur und um Verdacht auf Farbsinnstörungen. Die Überweisungen zur orthopädischen Untersuchung haben gegenüber der Schulanfängeruntersuchung zugenommen (beginnende Wachstumsstörungen der Wirbelsäule, Gelenkerkrankungen, Haltungsfehler). Da das Angebot „Haltungsturnen und zusätzliches Schwimmen“ für gesundheitsgeschädigte, haltungsschwache, motorisch auffällige und adipöse Schüler, das seit 1991 bei der GAB (Gesellschaft für Arbeits- und Berufsförderung mbH) bestand, für 1996 ersatzlos weggefallen ist, konnten diese Schüler (2,9 %) keinem zusätzlichen Gesundheitssport mehr zugeführt werden.

Die Schuljahrgangsuntersuchung der Schüler **der 10. Klassen und der 9. Klassen Hauptschule** wurde für Abgänger, die eine Lehrausbildung anstreben, nach den Maßgaben des § 32 des Jugendarbeitsschutzgesetzes durchgeführt. Die Untersuchung wurde erweitert um Urinuntersuchung und Gleichgewichtsprüfung. Auf dem Formular „Empfehlung an den Arbeitgeber“, das Bestandteil der Bewerbungsunterlagen ist, wurde ärztlicherseits eine Aussage zur allgemeinen beruflichen Belastbarkeit des zukünftigen Auszubildenden gemacht. Bei Schülern der Gymnasien erfolgte die Untersuchung ohne diese Stellungnahme.

Bei allen Schülern der 10. und 9H- Klassen wurde bei den noch häufigen Impflücken für Kinderlähmung und Diphtherie- Tetanus die Impfung angeboten und bei 51 % bzw. 45 % der Schüler durchgeführt.

Bei der Untersuchung von 2.974 Schülern der 10. bzw. 9H- Klassen des Schuljahres 1995/96 wurden 1.295 Überweisungen zur Abklärung von Gesundheitsstörungen an Fachärzte ausgegeben (Tabelle 44).

**Tabelle 44:** Überweisungen an Fachärzte bei der Untersuchung der 10. bzw. 9H- Klassen im Schuljahr 1995/96

	Anzahl der Kinder	Anteil in %
Untersuchte Schüler/ Schülerinnen der 10. bzw. 9H- Klassen	2.974	100
Überweisungen an Fachärzte	1.295	43,6
an Augenärzte	379	12,7
an Orthopäden	315	10,6
an Pädiater/Hausärzte	193	6,5
an HNO- Ärzte	134	4,5
an Hautärzte	174	5,9
an Chirurgen/ Urologen	41	1,4
an Neurologen	8	0,3
an sonstige Fachärzte	31	1,0

Der Anteil der Schüler, die eine Überweisung zum Augenarzt erhielten, ist mit 12,7 % (gegenüber 8,3 % in den 6. Klassen) relativ hoch. Darunter befanden sich viele Schüler, die zwar nach der 6.- Klassen- Untersuchung Brillenträger geworden waren, aus Nachlässigkeit oder Eitelkeit die Sehhilfe aber später weggelassen hatten.

Die 10,6 % Überweisungen an Orthopäden weisen auf die weitere Zunahme von Wachstums- und Gelenkbeschwerden im jugendlichen Alter hin. Unter den Überweisungen an Pädiater und Hausärzte waren ein großer Anteil Überweisungen wegen beginnender Schilddrüsenvergrößerung. Bei den Empfehlungen zur Vorstellung beim Chirurgen oder Urologen handelte es sich vorwiegend um Brüche (Hernien) und Gefäßveränderungen am männlichen Genitale (Varicoceleen).

Für Schüler der *Sonderschulen* erfolgten die schulärztlichen Untersuchungen in jährlichen Abständen (Schule für Geistigbehinderte, Schule für Körperbehinderte) oder im Abstand von 2 Jahren (Schule für Lernbehinderte, Sprachheilschule).

Bei diesen Schülern mußten sozialmedizinische Gesichtspunkte stärker beachtet werden, Entwicklungsbesonderheiten und kontrollbedürftige Gesundheitsfehler waren häufiger. Es ergaben sich öfters Kontakte zum Jugendamt oder zum Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes.

#### **5.2.4. Schutz der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen**

Zur Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen der Stadt Magdeburg ist eine gezielte Primär- und Sekundärprävention durch den Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes eine wesentliche Maßnahme.

Auf der Basis des Kindertagesstättengesetzes und des Schulgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt § 38 Absatz 1 und 2 werden 1x jährlich in allen Kindertagesstätten, Kindergärten und Schulen zahnärztliche Reihenuntersuchungen durchgeführt. Dadurch erhalten alle Eltern, deren Kinder an den Reihenuntersuchungen teilgenommen haben, einmal jährlich einen Überblick über den Gebißzustand ihres Kindes.

Weiterhin wird auf der Grundlage der Rahmenvereinbarung über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen im Land Sachsen-Anhalt nach § 21 SGB V die Gruppenprophylaxe für Kinder im Alter von 0 - 12 Jahren durchgeführt.

Der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes hat die Geschäftsführung des Arbeitskreises Jugendzahnpflege. Über den Arbeitskreis werden alle Gruppenprophylaxe- Maßnahmen, die innerhalb der Stadt Magdeburg durchgeführt werden, koordiniert.

Im Jahr 1996 wurden 17.386 Kinder zahnärztlich reihenuntersucht. Davon waren 4.286 Kinder behandlungsbedürftig und wurden zu ihrem Hauszahnarzt überwiesen.

2.409 Kinder wiesen Zahnfehlstellungen auf und wurden zum Kieferorthopäden überwiesen.

Erstmalig wurde 1996 eine Kariesrisiko- Untersuchung bei Kindern im Alter vom 3. - 7. Lebensjahr durchgeführt:

Folgende Ergebnisse wurden festgestellt:

- 3. - 4. Lebensjahr 22,5% der untersuchten Kinder haben ein erhöhtes Kariesrisiko
- 5. Lebensjahr 19,9% der untersuchten Kinder haben ein erhöhtes Kariesrisiko
- 6. - 7. Lebensjahr 23,1% der untersuchten Kinder haben ein erhöhtes Kariesrisiko

Im Rahmen der Gruppenprophylaxe wurden 19.455 Kinder erreicht. Diese Kinder nahmen an Zahnputzaktionen teil, erhielten eine Aufklärung über zahngesunde Ernährung und wurden zum regelmäßigen Zahnarztbesuch motiviert. Bei 4.004 Kindern wurde 4 x jährlich eine Fluor-Lacktouchierung vorgenommen. Zusätzlich führen diese Kinder 1 x wöchentlich Fluorid-Gelee- Bürstungen durch.

In allen Kindergärten und Kindertagesstätten der Stadt werden 1 x täglich mit einer altersgerechten, fluoridhaltigen Kinderzahnpaste die Zähne geputzt.

Eine spezielle, intensive Betreuung erhalten die Kinder in Rehabilitationseinrichtungen. Im Rahmen eines Projektes wurde in 4 Rehabilitationseinrichtungen der Stadt das Putzen mit elektrischen Zahnbürsten eingeführt. Hiermit soll eine wesentliche Verbesserung der Zahn- und Mundhygiene bei behinderten Kindern erreicht werden. Wenn sich dieses Projekt als erfolgreich erweist, ist geplant, in allen Rehabilitationseinrichtungen diese elektrischen Zahnbürsten einzuführen.

Auf Anfrage werden in Kindertagesstätten, Kindergärten und Schulen Projekttag zur Zahngesundheit durchgeführt. In Vorträgen werden Eltern, Lehrer und Erzieher über die Wichtigkeit der Zahn- und Mundhygiene aufgeklärt. Am 25. September 1996 fand wieder der Tag der Zahngesundheit unter dem Motto "Zahngesund ins Jahr 2000" statt.

Ca. 1.000 Kinder, Lehrer und Erzieher nahmen an dieser Veranstaltung teil. Zahlreiche Zahnputzaktionen in Gruppen oder bei einzelnen Kindern wurden im Prophylaxeraum des Gesundheitsamtes durchgeführt. Hier können die Kinder im Rollenspiel einen zahnärztlichen Arbeitsplatz kennenlernen und ihre Hemmschwellen abbauen.

## 5.2.5. Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung für Kinder und Jugendliche

1996 wurden zu folgenden Themen Vorträge und Gruppengespräche in Kindergärten und Schulen vom Gesundheitsamt Magdeburg angeboten:

<b>- Kindergärten</b>
Information von Mitarbeitern in Kindertagesstätten und Eltern über gesunde Ernährung u. Erste Hilfe, Reise ins Ernährungsland (per Video) für älteste Kindergartengruppe "Vom Peter, der alles falsch machte"
<b>- Grundschulen</b>
"Nein, meine Suppe esse ich nicht!" (Klasse 1 - 4) "Nichtrauchen - Drogen" (Klasse 3 - 4) "Erste Hilfe" (Klasse 3 - 4) "Wo komme ich eigentlich her?" , "So kriegt man also Kinder" (Klasse 3 - 4) "Picolino Pfefferminz im Krankenhaus" (Klasse 1 - 2) "Das gesunde Pausenfrühstück", "Der gesunde Schulranzen" (Klassen 1 - 4)
<b>- Sekundarschulen</b>
"Fast Food - ja oder nein ?" "Wie entsteht ein Baby" und "Schwangerschaftsverhütung" (durch die Schwangerenberatung) "I get high"; Gut drauf sein - aber wie? (durch die Suchtberatung) "AIDS geht uns alle an" (durch die AIDS- Beratung) "Krebs und Lebensweise in Europa" (gemeinsam mit dem Sachgebiet "Beratung chronisch Kranker und Behinderter") "So kriegt man also Kinder" Klasse 5 "Vom Peter, der alles falsch machte"
<b>- Gymnasien</b>
"Gesunde Ernährung" "Gesundes Pausenfrühstück" "7 Säulen der Ernährung" "So kriegt man also Kinder" Klasse 5
<b>- Sonderschulen</b>
"Wo komme ich eigentlich her?" , "So kriegt man also Kinder" "Fastfood - ja oder nein ?" "Erste Hilfe" "Nein, meine Suppe esse ich nicht!" "Vom Peter, der alles falsch machte"
<b>- Berufsbildende Schulen</b>
"Ernährung", "7 Säulen der ges. Ernährung", "Fastfood - ja oder nein ?" "Wie entsteht ein Baby" und "Schwangerschaftsverhütung" (durch die Schwangerenberatung) "I get high"; Gut drauf sein - aber wie? (durch die Suchtberatung) "AIDS geht uns alle an" (durch die AIDS- Beratung) "Krebs und Lebensweise in Europa" (gemeinsam mit dem Sachgebiet "Beratung chronisch Kranker und Behinderter")
<b>- Für Pädagogen</b>
Erste Hilfe

Die Vorträge und die Arbeit mit Gruppen wurden sehr gut angenommen. 5.111 Kinder nahmen an 218 Gruppengesprächen teil. Außerdem wurden 9 Projektstage in Kindergärten und Schulen mitgestaltet.

### **5.3. Reisemedizinische Beratung**

Durch die hohe Mobilität, vor allem durch private und beruflich bedingte Fernreisen, ergeben sich spezifische Risiken, denen durch gezielte Beratung, Prävention und Impfungen begegnet werden kann.

Als einzige spezialisierte Einrichtung auf diesem Gebiet hat sich die Reisemedizinische Beratungs- und Impfstelle des Gesundheitsamtes zu einem reisemedizinischen Zentrum mit regelmäßigem Sprechstundenbetrieb und umfangreicher telefonischer Beratungstätigkeit für Reisende (privat oder dienstlich), für ärztliche Kollegen, die reisemedizinische oder Impfpfehlungen für ihre Patienten einholen, sowie für Mitarbeiter von Reisebüros, Apotheken und Krankenkassen in der Stadt Magdeburg entwickelt.

Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Reisemedizin wurden für Reisebüromitarbeiter durchgeführt, da von hier die ersten gesundheitlichen Informationen zu Fernreisen gegeben werden müssen.

Auch regelmäßige Teilnahme an der TOURISMA-Messe (Fachausstellung für Reisen und Freizeit) mit einem reisemedizinischen Informationsstand dient der Kontaktaufnahme zu neuen Reisebüros und findet großes Interesse bei den Besuchern.

Die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsamt, niedergelassenen Ärzten, Reisebüros sowie regelmäßige Pressemitteilungen zu reisemedizinischen Themen schaffen Voraussetzungen für ein gesundes Reisen der Magdeburger Bürger.

In den Sprechstunden erfolgt eine ausführliche Beratung zu gesundheitlichen Risiken bei Fernreisen und deren Verhütung.

Besonderer Wert wird dabei auf eine individuell abgestimmte Malariaprophylaxe gelegt, da die Malaria in vielen tropischen und subtropischen Gebieten ein ernstzunehmendes Gesundheitsrisiko darstellt. Jährlich werden nach Deutschland 700 - 1.000 Erkrankungen eingeschleppt und 15 - 20 Sterbefälle gemeldet. Diese Erkrankungen und Sterbefälle wären durch eine gute Aufklärung und Prophylaxe häufig zu vermeiden gewesen.

Zu den durchzuführenden Impfungen gehören die auch im Erwachsenenalter notwendigen regelmäßigen Auffrischimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie und Poliomyelitis sowie alle Reiseimpfungen einschließlich Gelbfieberimpfung, die nur in bestimmten von der obersten Gesundheitsbehörde des Landes zugelassenen und bei der WHO (Weltgesundheitsorganisation) bestätigten Impfzentren durchgeführt werden darf.

Zugenommen haben besonders die aktiven Hepatitis-A-Impfungen mit Langzeitschutz, die seit Ende 1992 verfügbar sind, gegenüber der passiven Hepatitis-A-Impfung mit Kurzzeitschutz für 2-4 Monate. Das spricht für ein zunehmendes Gesundheitsbewußtsein der Reisenden, die die Kosten der Reiseimpfung selbst tragen müssen.

Die Hepatitis-B-Impfung erhalten neben Fernreisenden auch beruflich exponierte Bürger.

Eine Gelbfieberimpfung wird nur bei Reisen in bestimmte Regionen Afrikas und Südamerikas benötigt und hat eine Schutzdauer von 10 Jahren.

Zur Vermeidung von Typhusinfektionen wird vorrangig auf die strikte Einhaltung der Trinkwasser- und Lebensmittelhygiene hingewiesen. Die Typhusimpfung, die nur eine Sicherheit von 70 - 80 % aufweist, wird als zusätzlicher Schutz vor allem bei Reisen unter einfachen Bedingungen empfohlen.

Die Choleraimpfung gehört nicht mehr zu den empfohlenen Reiseimpfungen und wird nur noch in Ausnahmefällen verabreicht.

Alle durchgeführten Impfungen werden in einem internationalen Impfausweis dokumentiert.

Untersuchungen auf Auslandstauglichkeit nach dem arbeitsmedizinischen Grundsatz (G 35) werden auf Anforderung durchgeführt. Die Ermächtigung zur Durchführung dieser Untersuchung liegt vor.

Die Bedeutung und die Akzeptanz der Arbeit der Reisemedizinischen Beratungs- und Impfstelle dokumentiert sich in den hohen Beratungs- und Impffzahlen der vergangenen Jahre und ist in der folgenden Tabelle dargestellt:

**Tabelle 45:** Leistungen der Reisemedizinischen Beratungs- und Impfstelle des Gesundheitsamtes

	1993	1994	1995	1996
Reise- und Impfberatung	3.086	3.859	6.442	4.582
telefonische Beratung	2.337	2.752	3.300	3.385
Untersuchung auf Auslandstauglichkeit	53	14	8	26
Impfungen(gesamt)	3.978	4.784	9206	5.378
- Gelbfieber	495	575	462	416
- Typhus	290	461	428	374
- Cholera	75	72	31	51
- Tollwut	-	-	-	18
- Meningokokken	25	37	45	22
- FSME	153	65	8	-
- Japanische Encephalitis	16	8	57	26
- Hepatitis B	167	255	376	380
- Polio	642	745	3.286	813
- Tetanus/ Diphtherie	465	697	2.498	1.053
- Diphtherie			40	73
- Grippe	567	494	544	881
- Hepatitis passiv A	267	534	551	250
- Hepatitis aktiv A	691	822	878	1.060
Malariaprophylaxe	725	819	774	848
Tuberkulin - Test		1.093	435	-
Internationale Impfausweise ausgestellt	1.003	1.127	3.400	1.241
Zweitimpfausweise ausgestellt			428	138

#### **5.4. Schwangerenberatung**

Bis 1990 wurde die medizinische und soziale Beratung für Schwangere in Magdeburg von den Schwangerenberatungsstellen in den jeweiligen Stadtbezirken durchgeführt. Die Zeitabstände zwischen den Beratungen (vier Wochen) konnten entsprechend medizinischer oder sozialer Indikation verkürzt werden. Schwangere, die alle angebotenen Vorsorgetermine wahrnahmen, hatten unabhängig von ihrem Einkommen einen Anspruch auf eine Geburtenbeihilfe.

Nach der Geburt des Kindes erfolgte bis 1990 die medizinische und soziale Betreuung in den jeweiligen Stadtbezirken durch die Mütterberatungsstellen im Turnus von vier Wochen bei Säuglingen und 8- wöchentlich bei Kleinkindern. Bei Entwicklungsstörungen, medizinischer oder sozialer Indikation konnten die Zeitabstände zwischen den Beratungen auch verkürzt werden.

1991 kam es zu einer Trennung der Aufgaben in den Beratungsstellen. Das medizinische Vorsorgeprogramm wurde von den jeweiligen niedergelassenen Ärzten ( Gynäkologen, Kinderärzte) angeboten. Die soziale und präventive Arbeit sowie die Konfliktberatung für Schwangere wird von den anerkannten Schwangerschaftsberatungsstellen in unterschiedlicher Trägerschaft angeboten.

Seit einigen Jahren gibt es in der Stadt Magdeburg fünf Schwangeren- und Familienberatungsstellen, welche die vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit vorgegebenen Kriterien erfüllen und vom Land Sachsen-Anhalt als Schwangerenkonfliktberatungsstellen anerkannt sind.

- Schwangerschafts- und Familienberatung  
der Arbeiterwohlfahrt, Kreisverband Magdeburg e.V.
- Schwangerschaftsberatung  
des Caritasverband für die Stadt Magdeburg e.V.
- Ehe-, Erziehungs-, Lebens- und Schwangerschaftskonfliktberatung  
der Magdeburger Stadtmission e.V.
- Beratungsstelle für Ehe, Partnerschaft, Sexualität und Schwangerschaft  
der Pro Familia, Magdeburg e.V.
- Beratungsstelle für Schwangere und Mutter/ Kind sowie Ehe-, Familien-  
und Lebensberatung  
des Gesundheitsamtes Magdeburg

Schwerpunkte in den Beratungsgesprächen bilden neben der Betreuung während der Schwangerschaft auch die Beratung bei partnerschaftlichen, familiären und persönlichen Problemen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Mutterschaft. Die Betreuung kann auf Wunsch auch nach der Schwangerschaft und nach einem Schwangerschaftsabbruch erfolgen. In der Beratungsstelle des Gesundheitsamtes ist eine Beratung und Betreuung zu gesundheitserzieherischen und sozialen Fragen bis zum dritten Lebensjahr des Kindes möglich.

Eine große Bedeutung haben Informationen über familienfördernde Leistungen wie Mutterschutz, Kindergeld, Erziehungsgeld, aber auch Hilfen

bei der Antragstellung an den Verein „Familie in Not“ - Land- Sachsen-Anhalt e.V. für Zuwendungen aus der Bundesstiftung „Mutter und Kind“ sowie aus der Landesstiftung „Familie in Not“. Zur Durchsetzung von Rechtsansprüchen wird Unterstützung und bei Bedarf auch Begleitung bei Behördengängen angeboten. Außerdem werden in den Beratungsstellen praktische Hilfen wie Babysitter, Babykleidung, Möbel usw. vermittelt. Sexualpädagogische Veranstaltungen zu den Themen Schwangerschaftsverhütung, Familienplanung, Partnerschaft und Sexualität werden von den Beratungsstellen durchgeführt.

Besonders problematisch und zeitaufwendig ist die Beratung von ausländischen Frauen (Aussiedler, Asylbewerber, jüdische Emigranten) infolge unzureichender Deutschkenntnisse und Überforderung durch den deutschen Behördensdschungel. Verschärfend kommt häufig hinzu, daß diese Familien bereits von Sozialhilfe leben, ihnen z.T. aus religiösen Gründen eine Schwangerschaftsverhütung und auch ein Schwangerschaftsabbruch verwehrt ist. Nach Angaben der Beratungsstelle der Magdeburger Stadtmission haben Asylbewerberinnen, jüdische Emigranten und Aussiedler aus Rußland lt. Statistik ebenso viele Anträge auf finanzielle Hilfen gestellt wie deutsche Frauen.

Im Jahr 1996 wurden in den fünf Schwangerschafts- und Familienberatungsstellen der Stadt Magdeburg insgesamt ca. 9.200 Beratungsgespräche durchgeführt sowie 835 Anträge auf finanzielle Hilfen an die Bundesstiftung „Mutter und Kind“ sowie 38 Anträge an die Landesstiftung „Familie in Not“ gestellt.

Unter den o.g. Beratungsgesprächen waren 1.153 Gespräche zum Thema Schwangerschaftskonflikt, in deren Folge 1.126 Bescheinigungen nach §§ 218/219 StGB ausgestellt wurden. Diese Bescheinigung ist nach dem Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz SchKG) und dem Strafgesetzbuch § 219 erforderlich, um einen ambulanten oder stationären Schwangerschaftsabbruch bis zur 12. Schwangerschaftswoche durchführen zu können.

Die Gründe, welche die Frauen zum Abbruch der Schwangerschaft bewegten, sind sehr komplex. Drohende oder bestehende Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme, Schulden, gesundheitliche und psychische Probleme, aber auch abgeschlossene Familienplanung, Partnerschaftskonflikt und gesellschaftspolitische Gründe wurden angegeben. Insbesondere für jugendliche Schwangere ist es kompliziert, den Start in das Berufsleben zu finden. Für alleinstehende Frauen bereitet eine Geburt häufig Schwierigkeiten beim beruflichen Wiedereinstieg. Der Verlust des Arbeitsplatzes wäre somit gleichbedeutend mit einem sozialen Abstieg bis zur Sozialhilfe.

## **5.5. Beratung und Betreuung von Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen**

In der Stadt Magdeburg können Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen sowie mit seelischen Behinderungen - je nach Art und Ausmaß der Störung oder Behinderung -

- stationäre medizinische Hilfe im Psychiatrischen Universitätskrankenhaus der Otto- von- Guericke - Universität, dem Walter-Friedrich-Krankenhaus und im Fachkrankenhaus Haldensleben,
- ambulante ärztliche Hilfe, vor allem durch 17 in der Stadt Magdeburg niedergelassene Nervenärzte, sowie durch psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychologen,
- ärztliche und psychosoziale Beratung und Betreuung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes sowie
- psychosoziale Beratungs- und Betreuungsangebote freier Träger in Anspruch nehmen.

Zur Situation in der Stadt Magdeburg:

Wie in allen Großstädten ist auch in der Stadt Magdeburg eine Zunahme von *psychischen Störungen* als Reaktionen auf berufliche, familiäre und persönliche Beanspruchungen zu verzeichnen. Auch die weitgehenden sozialen Veränderungen seit Vereinigung der beiden deutschen Staaten haben bei vielen Menschen zu Umstellungsdruck, Irritationen und Belastungen geführt, auf die viele mit psychischen Störungen, z.B. mit Angststörungen und reaktiven Depressionen, geantwortet haben.

Bei psychischen Störungen ist es meist sinnvoll, die ärztliche und psychologische Behandlung durch Einbeziehung von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen zu ergänzen.

Vielfältige psychosoziale Hilfen sind erforderlich, weil es eine zunehmende Zahl von Menschen gibt, die mit den Regelungen im täglichen Leben ohne Hilfen nicht zurechtkommen. In diesem Zusammenhang ist auf die Beziehung zwischen Arbeitslosigkeit, Alkoholkonsum und depressiven Verstimmungen hinzuweisen.

Beratung und Betreuung durch Sozialarbeiter/ -innen ist insbesondere auch dann notwendig, wenn bei Art und Ausmaß der sozialen Probleme die Notwendigkeit besteht, in die Beratung mit dem Betroffenen die Bezugspersonen des Ratsuchenden mit einzubeziehen.

Im Unterschied zu erlebnisbedingten psychischen Störungen ist das Auftreten von *psychischen Erkrankungen* im eigentlichen Sinne mit einem Vorkommen von ca. 1% in der Bevölkerung relativ konstant.

Darunter finden sich diejenigen Kranken, die mehrfach stationär in psychiatrischen Einrichtungen bzw. Kliniken behandelt wurden und sich oft von allen Kontakten nach der Klinikentlassung zurückziehen.

Sie bedürfen unbedingt zahlreicher Hilfsangebote, damit ihnen eine Teilnahme am Leben mit Sinnerfüllung ermöglicht wird:

In der Stadt Magdeburg bestehen drei Kontakt- und Begegnungsstätten für psychisch Kranke und seelisch Behinderte, deren Träger das Deutsche Rote Kreuz, der Verein "Der Weg e. V." und die Magdeburger Stadtmission e.V. sind. Die Begegnungsstätten helfen dem psychisch Kranken und seelisch Behinderten, seinen Tag zu gestalten, Kommunikation zu erhalten bzw.

wieder zu erlernen und aus der sozialen Isolation herauszukommen. Eine Weiterführung dieser drei Einrichtungen ist eine Voraussetzung für die Verbesserung der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung. Bis Ende 1996 war die Finanzierung der für die Betreuung erforderlichen festen Personalstellen nicht gesichert. Auch für die kommenden Jahre sind keine generellen Lösungen dieses Problems zu erkennen.

Das Projekt "Betreutes Wohnen" des DRK in der Buckauer Straße ermöglicht 17 psychisch Kranken bzw. seelisch Behinderten Betreuung im Hause im Sinne einer Wohngemeinschaft. Weitere 11 Personen werden in ihren eigenen Wohnungen betreut. Über eine Erweiterung des Angebots wird nach einer Bedarfsanalyse entschieden.

Im September 1996 konnte das Wohnheim für seelisch Behinderte des Vereins "Der Weg" e.V. in der Georg-Singer Str. fertiggestellt werden. In diesem Heim leben gegenwärtig (Stand August 1997) 54 Personen, die überwiegend aus Magdeburg, aber zum Teil auch aus angrenzenden Kreisen kommen.

Eine Tagesstätte für psychisch Kranke war 1996 im Planungsvorhaben.

Menschen mit psychischen Störungen und Krankheiten sowie ihre Angehörigen werden im Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes von einer Nervenärztin und erfahrenen Diplom-SozialarbeiterInnen beraten und betreut.

Die Anzahl der neu in die Betreuung aufgenommenen Klienten stieg von 240 im Jahre 1995 auf 312 im Jahre 1996.

Wesentliche Betreuungsinhalte ergaben sich aus der sozialen Situation der Betroffenen ( unter anderem Regelungen in Behörden, Wohnungs-, Arbeits- und Rentenangelegenheiten ); in vielen Fällen halfen die Sozialarbeiter/ -innen des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Weichen für positive Lösungen zu stellen. Es wurden Kontakte geknüpft zu den Kontakt- und Begegnungsstätten und bei Erfordernis Lösungen für ein betreutes Wohnen gesucht.

Zur Klärung geeigneter Hilfsangebote wurden Betroffene auch in ihrer häuslichen Umgebung aufgesucht; 1996 fanden 1126 Hausbesuche statt. Der aufsuchende Dienst gehört zu den Pflichtaufgaben gemäß PsychKG LSA. Weiterhin wurden Beratungsgespräche mit Partnern und Angehörigen von Betroffenen geführt.

Auf Wunsch wurden auch telefonische und anonyme Beratungen vorgenommen.

Niedergelassene Nervenärzte und praktische Ärzte haben die Möglichkeit, den Sozialpsychiatrischen Dienst unmittelbar um einen Hausbesuch zu bitten, wenn es zum Wohl des Betroffenen als notwendig eingeschätzt wird. Diese Art der aufsuchenden Hilfe ist gesetzlich verankert (Psych-KG LSA §§ 3 u.8). Es wird als Mangel eingeschätzt, daß diese Möglichkeit der sozialarbeiterischen Mithilfe von den niedergelassenen Ärzten noch zu wenig in Anspruch genommen wird. In vielen Fällen wären soziale Probleme abzuwenden gewesen, wenn der Sozialpsychiatrische Dienst Kenntnis erhalten hätte.

Von zunehmend hoher Bedeutung ist die Sucht- und Drogenprävention sowie die *Beratung Suchtkranker und Suchtgefährdeter*.

Bereits 1995 hat sich eine Zunahme des illegalen Drogenkonsums angekündigt. Ein nicht zu unterschätzendes Problem ist die Entwicklung des Gebrauchs sogenannter Designerdrogen vor allem durch Jugendliche. Um einer weiteren negativen Entwicklung hinsichtlich des Gebrauchs illegaler Drogen in den neuen Bundesländern entgegenzuwirken, ist eine wirksame

präventive Arbeit weiterhin ein wesentlicher Schwerpunkt. Ein weiterer Schwerpunkt bleibt auch in der Stadt Magdeburg die Problematik des Alkoholmißbrauchs und der Alkoholabhängigkeit. Die bei vielen Menschen zu beobachtende Zunahme von Ängsten, sozialer Unsicherheit und der soziale Abstieg durch die hohe Arbeitslosigkeit läßt eine weitere Zunahme des Alkoholkonsums befürchten.

In Magdeburg fanden 1996 Suchtkranke und -gefährdete und ihre Angehörigen Rat und Hilfe in den drei Suchtberatungsstellen (Träger: Magdeburger Stadtmission e.V., Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband) und in der Suchtberatung des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Gesundheitsamt. Die Beratungsstelle des DPWV (DROBS) hat sich als vornehmlicher Ansprechpartner für Konsumenten und Abhängige von illegalen Drogen formiert. Alle Suchtberatungsstellen bieten suchttherapeutische Leistungen an.

Suchtprävention wird von allen Suchtberatungsstellen einschließlich des Sozialpsychiatrischen Dienstes vorgenommen, wobei die DROBS als Jugend- und Drogenberatungsstelle mit den Jugendhilfeangeboten zusammenarbeitet. Bei Erfordernis führen die Mitarbeiter der Suchtberatung des Sozialpsychiatrischen Dienstes bei Betroffenen Hausbesuche durch (1996: 552 Hausbesuche).

Obdachlose Suchtkranke und -gefährdete werden von einem Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes in den Einrichtungen Deichwall und Wolfswerder betreut. Ab Januar 1996 wurden im Deichwall regelmäßig dienstags von 7.30 - 10.00 Uhr Informationsgespräche und niedrigschwellige Beratungen angeboten, um begleitende Betreuungen vorzubereiten.

Über die professionelle Hilfe durch

- Suchtberatungsstellen,
- niedergelassene Ärzte und Psychologen,
- die Tagesklinik für Suchtkranke und andere therapeutische Einrichtungen in der Region

hinaus können Suchtkranke auch Hilfe bei Selbsthilfeeinrichtungen bzw. Selbsthilfegruppen, wie den Anonymen Alkoholikern erhalten. Weiterhin gibt es eine Selbsthilfegruppe für abstinent lebende sowie abstinentwillige Alkoholranke und für Spielsüchtige in der Magdeburger Stadtmission e.V..

Im Rahmen eines Bundesmodellprojektes hat die Arbeiterwohlfahrt eine Notschlafstelle für Suchtkranke in akuten sozialen Notlagen eingerichtet. Die Auslastung war im Jahre 1996 sehr unterschiedlich. Eine Kapazitätserweiterung erwies sich als nicht erforderlich.

Geistig behinderte Erwachsene sowie ihre Angehörigen und Bezugspersonen erhalten in der *Behindertenhilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes* im Gesundheitsamt Beratungs- und Hilfsangebote.

Ein Schwerpunkt bei geistig Behinderten ist die Arbeit mit Angehörigen. Angehörige geistig Behinderter über 18 Jahren finden Beratung zum Umgang mit ihrem erwachsenen geistig behinderten Familienmitglied und zu allen sozialen Fragen in der Behindertenhilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Auf Wunsch und bei Bedarf werden Hausbesuche von einer Sozialarbeiterin durchgeführt.

In besonderem Maße wichtig für geistig Behinderte sind aktivitätsfördernde Angebote und behinderungsspezifische Wohnangebote.

In Magdeburg gibt es gegenwärtig zwei Werkstätten für Behinderte. Die Werkstatt für Behinderte der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, Ortsverein Magdeburg e.V. (im folgenden als Lebenshilfe bezeichnet), verfügte im Jahre 1996 über 173 Plätze. An eine Erweiterung auf 180 Plätze im Jahr 1998 wird gedacht.

In den Werkstätten für Behinderte der Pfeifferschen Stiftungen gibt es 135 Plätze; eine Erweiterung auf 200 Plätze ist vorgesehen. Freizeitangebote für geistig Behinderte werden als unzureichend eingeschätzt.

Für geistig Behinderte über 18 Jahren werden Bestrebungen der Verantwortungsübernahme zum Wohnen in Wohngemeinschaften, Wohngruppen und Wohnheimen mit gestalteten Betreuungsangeboten unterstützt. Aus Sicht des Gesundheitsamtes sind die vorhandenen Kapazitäten nicht ausreichend.

Die gegenwärtige Situation stellt sich folgendermaßen dar.

In der Stadt Magdeburg gibt es 281 stationäre Wohnangebote im Sinne von Heimunterbringung, wobei 21 Magdeburger Bürger mit geistiger Behinderung in Wohnheimen außerhalb Magdeburg leben, weil noch entsprechende Wohnangebote in der Stadt fehlen. 18 geistig Behinderte sind in Altenheimen der Stadt Magdeburg fehlplaciert untergebracht.

Das Behindertenheim "St. Georgi II" hat sich mit 54 Plätzen zum Wohnheim für geistig behinderte Erwachsene profiliert. Das Heim "St. Georgi I" ist durch die Entflechtung der geistig und seelisch Behinderten zu einer gerontopsychiatrischen Betreuungseinrichtung geworden. Nach erfolgter Sanierung wird sich dieses Heim neu strukturieren.

Die Lebenshilfe bietet 12 betreute Wohnangebote in 7 verschiedenen Einzelwohnungen an.

Angehörige geistig Behinderter, die sich der Betreuung ihrer geistig behinderten Angehörigen widmen, können vom familienentlastenden Dienst (FED) der Lebenshilfe unterstützt und entlastet werden. Obwohl zu befürchten ist, daß die Mitfinanzierung von Betreuungspersonal durch das Arbeitsamt ab 1997 nicht mehr vorgenommen wird, will der FED dazu beitragen, daß die Betreuungs- und Pflegefähigkeit der Familien erhalten bleibt und die geistig Behinderten so lange wie möglich in der Familie leben können.

Zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker, Suchtkranker, seelisch Behinderter und geistig behinderter Erwachsener im Sinne der gemeindenahen Psychiatrie wurde im November 1995 die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) in der Stadt Magdeburg gegründet. In der PSAG arbeiten alle an der gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgung interessierten Wohlfahrtsverbände, Vereine und Ämter der Stadtverwaltung Magdeburg sowie kompetente Mitarbeiter des Landesamtes für Versorgung und Soziales und der Allgemeinen Ortskrankenkasse zusammen.

Die 61 Mitglieder der PSAG wirken in fünf Fachausschüssen mit. Es sind dies

- der Fachausschuß für psychisch Kranke und seelisch Behinderte,
- der Fachausschuß für geistig behinderte Erwachsene,
- der Fachausschuß für psychisch kranke, geistig und seelisch behinderte Kinder und Jugendliche,
- der Fachausschuß für Suchtkranke und
- der Fachausschuß Gerontopsychiatrie.

Die Fachausschüsse befassen sich mit den Bedarfsanalysen der erforderlichen Hilfen, mit der Vernetzung von Hilfsangeboten und mit der Erarbeitung von Konzepten zur Umsetzung notwendiger Hilfen.

Die Mitarbeiter der Fachausschüsse kommen in sechswöchigem Abstand zu Arbeitsberatungen zusammen.

Die Arbeitsweise ist themenzentriert und eigenständig. Sie wird mit der Koordinatorin für gemeindenahe Psychiatrie abgestimmt.

Von den Fachausschüssen werden Gäste eingeladen, um auf die Notwendigkeit des Aufbaus und der Erhaltung gemeindeintegrierter psychiatrischer Hilfsangebote einzuwirken und jeden interessierten Leistungsträger und -erbringer einzubeziehen.

Das Anliegen, gemeindeintegrierte psychiatrische Versorgungsstrukturen aufzubauen, weiterzuentwickeln und zu vernetzen, ist jedes Jahr zu aktualisieren und bedarfsgerecht zu gestalten, wobei die Finanzierbarkeit große Probleme mit sich bringt, die auch in den kommenden Jahren konkrete Lösungsstrategien von den Kostenträgern erfordert.

### **5.6. *Betreuung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher***

Die Betreuung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ist eine Teilaufgabe des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes.

Beratung, Behandlungseinleitung und Begutachtung bei Eingliederungsmaßnahmen wegen drohenden oder bestehenden Behinderungen, Diagnostik, Beratung und Therapieeinleitung bei umschriebenen Entwicklungsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens sind weitere wesentliche Aufgaben des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes.

Wegen der nicht gesicherten ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in der Stadt Magdeburg ist die in diesem Bereich tätige Fachärztin befristet von der Kassenärztlichen Vereinigung ermächtigt, an der kassenärztlichen Versorgung teilzunehmen.

Im Berichtszeitraum arbeiteten in diesem Fachbereich des Jugendärztlichen Dienstes

1 FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
1 Diplom-Psychologin  
und 1 Diplom-Sozialarbeiterin.

Es wurden 1748 Klienten beraten. Darunter waren 239 Erstberatungen. Bei Erstberatungen ist in aller Regel mindestens der Kontakt mit 2 Professionen

erforderlich (z. B. Erstgespräch durch die Sozialarbeiterin, Diagnostik durch die Psychologin und/oder Fachärztin, weitere Beratungen nach Sachstand durch eine Mitarbeiterin des Teams.

Gutachten auf der Grundlage der §§ 39/40 BSHG (Eingliederung wegen geistiger/körperlicher Behinderung) und 35a KJHG (Eingliederung wegen seelischer Behinderung) stellen 2/3 der Arbeitsaufgaben der Fachärztin und 1/3 der Arbeitsaufgaben der Psychologin dar. Die Sozialarbeiterin leistet bei diesem Klientel umfangreiche Beratungstätigkeit und koordiniert die für die Eingliederung erforderlichen Maßnahmen.

Das Wirksamwerden des § 35a KJHG 1995 und die damit auch gesetzlich vorgeschriebene Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie (§ 36 KJHG) erforderten gegenseitige Abstimmungen, wechselseitige Weiterbildungen und Erarbeitung gemeinsamer Arbeitskriterien.

In Verantwortung des Jugendamtes und der freien Träger der Jugendhilfe wurde das vorhandene Hilfenetz in der Stadt Magdeburg im Berichtszeitraum ausgebaut (heilpädagogische und sozialpädagogische Tagesstätten, sozialpädagogische Familienhilfe, individuelle sozialpädagogische Einzelbetreuung).

Für Kinder, die in dieser Form Hilfen zur Erziehung nach KJHG erhalten, sind durch die Mitarbeiterinnen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Stellungnahmen erarbeitet worden, die die Effektivität der Hilfemaßnahmen sichern helfen sollen. Die persönliche Teilnahme einer Mitarbeiterin des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes an Hilfeplangesprächen bei Bedarf wurde gewährleistet.

Die fachärztliche Betreuung der 3 Sonderschulen für Geistigbehinderte der Stadt erfolgte durch 10 Konsultationen im Jahr. Für zwei dieser Schulen nimmt die Fachärztin auch die schulärztlichen Aufgaben wahr.

Schwerpunkt der Aufgaben im Jahr 1996 war die Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen der Stadt Magdeburg, die der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst als Bundesmodellprojekt übertragen bekommen hat.

Bei Kindern und Jugendlichen, für die wegen der Schwere und Dauer ihrer psychischen Störungen und der ungünstigen Konstellation ihrer sozialen Situation Hilfen von zwei oder drei Professionen erforderlich sind, ist die Verbesserung der Zusammenarbeit der Helfersysteme dringend erforderlich. Hilfen, die durch das Bildungswesen, das Sozialwesen, die Jugendhilfe und/oder die Kinder- und Jugendpsychiatrie erforderlich sind, sollen rechtzeitig, besser aufeinander abgestimmt und damit wirkungsvoller und auch ökonomischer in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit den Betroffenen erarbeitet werden.

Nach umfangreicher Vorbereitung konnte am 01. Sept. 1996 mit der Arbeit für das Bundesmodellprojekt begonnen werden, das bis zum 30. Juni 1999 befristet ist.

Mit einer Arbeitszeit von je 20 Stunden/Woche begannen im Sept. 1996 eine Sozialarbeiterin, im Nov. 1996 eine FÄ für Pädiatrie und im Jan. 1997 eine Dipl.-Psychologin ihre Arbeit. Die neuen Mitarbeiterinnen hatten sich in wenigen Wochen in ihr neues Aufgabengebiet eingearbeitet.

So konnte mit den o. g. beteiligten Professionen, hier vertreten durch das Sozialamt, das Jugendamt, das Gesundheitsamt und das Regierungspräsidium (Schulaufsichtsamt) im Dez. 1996 ein Vertrag über die Zusammenarbeit im Bundesmodellprojekt vereinbart werden.

In 5 Kooperationskonferenzen und 3 Zusammenkünften mit den Vertretern der wissenschaftlichen Begleitung wurden die Arbeitsinstrumente für das Bundesmodellprojekt erarbeitet.

Wenn es gelingt, durch diese im Bundesmodellprojekt zu erprobenden Arbeitsansätze, eine Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung für die Kinder und Jugendlichen nachzuweisen, sollen die Arbeitsmodalitäten auch in den Kreisen des Landes Sachsen-Anhalt angewandt werden.

Der Fachausschuß für psychisch Kranke, seelisch und geistig behinderte Kinder und Jugendliche nahm im Berichtszeitraum seine Arbeit auf. Hier arbeiten Vertreter der Verwaltung und der freien Träger zusammen. 2 Mitarbeiterinnen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes sind Mitglieder des o. g. Fachausschusses. Die Fachärztin nimmt die Aufgaben der Sprecherin wahr. Die Aufgaben der Fachausschüsse wurden im Abschnitt 5.5 erläutert.

Am Anfang des Jahres verständigten sich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Fachausschusses über den Begriff der seelischen Behinderung. Weiterhin wurde das Konzept des Friedenshortes der Pfeifferschen Stiftungen, einer Fördereinrichtung für geistig behinderte Kinder und Jugendliche, diskutiert. Der Fachausschuß erarbeitete sich eine Übersicht über die zur Zeit zur Verfügung stehenden heilpädagogischen Einrichtungen und besuchte eine Einrichtung. In Zusammenarbeit mit den Vertretern des Arbeitsamtes erfolgten Informationen über Fördermaßnahmen und Rehabilitationsmaßnahmen zur beruflichen Eingliederung von benachteiligten, von Behinderung bedrohten und behinderten Jugendlichen. Über die Situation der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Zentrum für Nervenheilkunde der Universität wurde diskutiert.

Im Jahr 1996 standen im Zentrum für Nervenheilkunde noch 10 Betten für Kinder und Jugendliche zur Verfügung, was völlig ungenügend ist. Von 20 bis 35 notwendigen Betten ist auszugehen. Dabei sollten 1/3 als Tagesplätze zur Verfügung stehen. Diese Plätze existierten im Berichtszeitraum überhaupt nicht.

Die notwendigen Kriterien zur Diagnostik und Therapie bei umschriebenen Lernentwicklungsstörungen wurden im Fachausschuß unter Beteiligung von Vertretern des Schulaufsichtsamtes, des Sozialpädiatrischen Zentrums, des Jugendamtes und des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes diskutiert und aufeinander abgestimmt.

Die fehlenden Angebote zur ambulanten Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen wurden hier sehr deutlich.

Ambulante Angebote zur Psychotherapie für Kinder und Jugendliche sind in Magdeburg nicht in ausreichendem Maß vorhanden. Die Forderung "Ambulante Therapie vor stationärer Therapie" kann dadurch für viele Kinder und Jugendliche nicht verwirklicht werden.

Zur Eingliederung junger Volljähriger, die wegen einer schweren psychischen Störung seelisch behindert werden, sind 3-5 Plätze in einer Werkstatt für Behinderte erforderlich. Ebenso hoch wurde der Bedarf an Tagesstättenplätzen für dieses Klientel eingeschätzt.

Die Zusammenarbeit mit dem LKH Uchtspringe und dem Christlich-sozialen Werk Haldensleben bei der Vorbereitung der Entlassung von Kindern und Jugendlichen wurde verbessert. 4 Veranstaltungen dienten der Verständigung über die wechselseitig erforderlichen Voraussetzungen für wirksame Hilfemaßnahmen. Die Mitarbeit der Fachärztin des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes in der Arbeitsgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater Sachsen-Anhalts erwies sich bei dieser Aufgabe als sehr hilfreich.

Zur Prävention von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen führten alle drei Mitarbeiterinnen in Einrichtungen des Jugendamtes, in Schulen und in Einrichtungen freier Träger insgesamt 5 Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen durch.

Außerdem erfolgte regelmäßige Mitarbeit in folgenden Arbeitsgruppen:

1. Arbeitsgruppe zur Prävention von sexueller Gewalt  
(die sich zusammensetzt aus Vertretern der Justiz, der Polizei, des Bildungswesens, der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens)  
Hier arbeitete die Dipl.-Psychologin mit.
2. Landesarbeitsgruppe der Erziehungsberatungsstellen des Landes Sachsen-Anhalt  
Hier arbeitete die Sozialarbeiterin mit.
3. Jugendhilfeausschuß der Stadt Magdeburg  
Hier arbeitet die FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit, die außerdem, wie oben genannt, in der Arbeitsgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater des Landes Sachsen-Anhalt Mitglied ist.

Zur persönlichen Weiterbildung nahm die Dipl.-Psychologin u. a. an einer Ausbildung zur Familientherapie teil und die FÄ an Veranstaltungen der Arbeitsgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Die Vorbereitung und Organisation der 17. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie, die vom 2.-5. Okt. 1996 stattfand, wurde durch die Dipl.-Psychologin des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes ganz wesentlich geleistet. Außerdem leitete sie in diesem Rahmen einen Workshop.

### **5.7. Beratung HIV-Infizierter und AIDS-Kranker**

Die Hauptanliegen der AIDS- Beratung des Gesundheitsamtes Magdeburg sind nach wie vor die Primärprävention, umfassende Sexualaufklärung und somit eine möglichst geringe Neuinfektionsrate.

Ein zweites umfangreiches Aufgabengebiet ist neben der Durchführung des HIV-Antikörpertestes die Beratung und Betreuung infizierter oder bereits erkrankter Personen in Form von Haus- und Krankenhausbesuchen (auch z.B. in der Jugendvollzugsanstalt) und deren Angehöriger, der Kontakt zu Ämtern und mit der HIV-Problematik kontaktierter anderer Institutionen (z. B. kirchliche Einrichtungen, Asylbewerberunterkünfte).

Ein drittes, nicht minder wichtiges Standbein ist einerseits die Koordination der präventiven Strukturen der Kommune wie andererseits die Vernetzung aller existierenden Beratungs- und Betreuungsstellen zu einer optimalen Angebotspalette.

Zielgruppen der Primärprävention sind:

- Kinder und Jugendliche in den entsprechenden Einrichtungen wie Schulen, Kinderheimen, Jugendclubs
- medizinische Einrichtungen, Rettungsdienste, Polizei, Feuerwehr
- Risikogruppen wie intravenös konsumierende Drogenabhängige, Klienten der Prostitutionsszene oder bestimmte homosexuelle Strukturen werden in speziellen Beratungsangeboten angesprochen.

Die unter Leitung des Gesundheitsamtes in Magdeburg aufgebaute Vernetzung der Präventions-, Beratungs- und Betreuungsangebote ist für die Betroffenen lebenswichtig und sichert die von ihnen angestrebte Anonymität.

Diese oben angeführten Strukturen gewährleisten

- \* der Arbeitskreis AIDS-Prävention:  
Hier sind alle Institutionen der Stadt vertreten, die mit der Thematik in irgendeiner Form kontaktiert sind. Im Arbeitskreis Prävention arbeiten das Gesundheitsamt Magdeburg, die AIDS-Hilfe e. V. Magdeburg, die Beratungsstelle des Caritasverbandes e.V. für homosexuelle Männer und Frauen, Krankenkassen und das DRK e.V.
- \* der Arbeitskreis Testberatung der Stadt Magdeburg:  
Hier arbeiten die Institutionen zusammen, welche mit der Testberatung bzw. der Testdurchführung befaßt sind. Im Arbeitskreis Testberatungsstellen arbeiten das Gesundheitsamt, medizinische Einrichtungen, die AIDS-Hilfe e. V. Magdeburg, die Beratungsstelle des Caritasverbandes e.V. für homosexuelle Männer und Frauen und der Medizinische Dienst der Justizvollzugsanstalt.

Der HIV-Antikörpertest wird nur im Gesundheitsamt bzw. im Universitätsklinikum kostenlos und anonym durchgeführt.

1996 wurden in der AIDS-Beratung des Gesundheitsamtes Magdeburg 66 Informations- und Präventionsveranstaltungen mit 1.300 Teilnehmern durchgeführt.

In der Sprechstunde ließen sich 1.431 Klienten beraten.  
Es erfolgten 326 HIV-Testungen.

### **5.8. Beratung für sexuell übertragbare Krankheiten**

In der Beratungsstelle des Gesundheitsamtes Magdeburg werden Bürger/ innen über sexuell übertragbare Krankheiten beraten. Eine Untersuchung auf diese Erkrankungen ist nur für Prostituierte möglich.

Die Sozialarbeiterin unterbreitet den in Clubs, Wohnungen, Pensionen usw. tätigen Prostituierten das breite Betreuungs- und Beratungsangebot des Gesundheitsamtes durch persönliches Aufsuchen vor Ort.

1996 wurden insgesamt 169 Prostituierte im Gesundheitsamt beraten, betreut und ärztlich untersucht. Bei den Pflichtuntersuchungen werden 14- tägig ein Abstrich auf Gonokokken und Chlamydien sowie  $\frac{1}{4}$ - jährlich eine Blutuntersuchung auf Syphilis durchgeführt.

Der HIV-Test ist keine Pflichtuntersuchung. Er wird aber von den Prostituierten nach einem Beratungsgespräch gut angenommen.

**Tabelle 46:** Untersuchungen auf sexuell übertragbare Krankheiten im Gesundheitsamt 1995 und 1996

<b>durchgeführte Untersuchungen</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>
insgesamt	2.088	2.734
davon auf Gonokokken	921	2.267
davon auf Chlamydien	921	2.267
davon auf Lues	124	241
davon auf HIV	122	226

Im Berichtszeitraum wurden in Magdeburg insgesamt 58 Erkrankungen diagnostiziert, davon waren 49 Gonorrhoe-Infektionen und 9 Lues-Fälle. Unter diesen 9 Lues-Erkrankungen waren 3 Prostituierte, die einer stationären Therapie zugeführt wurden.

17 Prostituierte mußten wegen anderer bestehender Infektionen einer fachärztlichen Behandlung zugeführt werden.

Durch die Sozialarbeiterin wurden 1996 insgesamt 434 Hausbesuche durchgeführt.

Weitere Aufgaben sind die Infektionsquellenforschung und Dispensairebetreuung der Patienten, die an Syphilis erkrankten.

### **5.9. Beratung und Betreuung Krebskranker und Angehöriger**

In Deutschland erkranken jährlich ca. 340.000 Menschen an Krebs, das entspricht einer Jahresinzidenz von ca. 400 / 100.000 Einwohner, bzw. 1 Erkrankungsfall auf 250 Einwohner. Bei einer durchschnittlichen Lebenserwartung von ca. 80 Jahren folgt somit aus dieser Statistik, daß jeder dritte Bürger im Laufe seines Lebens mit einer Krebserkrankung rechnen muß. Aus diesen Zahlen geht hervor, daß die medizinische Behandlung Krebskranker und die nachgehende Betreuung einen wichtigen Stellenwert einnimmt.

Onkologische Erkrankungen, insbesondere solche mit chronischen Verlaufsformen, gehen mit starken physischen und psychischen Belastungen einher, häufig verbunden mit ungünstigen Veränderungen im familiären, beruflichen und sozialem Umfeld.

Während für Krebskranke in der akuten Phase im Krankenhaus ein großes Team von Fachpersonal (Ärzte, Pflegepersonal, Kliniksozialdienst) rund um die Uhr zur Verfügung steht, fühlen sich Krebspatienten nach der Entlassung mit den jetzt auftretenden Fragen und Problemen oftmals allein gelassen (Umstellung von der Klinik auf das häusliche Milieu).

Die medizinische Nachbetreuung von onkologischen Patienten wird vorrangig von den Hausärzten bzw. in einigen Fällen von der behandelnden Klinik in Form von Nachsorgeuntersuchungen vorgenommen.

Zur Wiederherstellung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens können beim Rentenversicherungsträger oder bei den gesetzlichen Krankenkassen Anschlußheilbehandlungen sowie Nach- und Festigungskuren beantragt werden.

Ein Nachsorgepaß für Krebskranke, angeregt von der Onkologischen Leitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung, sollte jedem Patienten nach Abschluß der Primärtherapie in der Regel durch die erstbehandelnde Klinik ausgehändigt werden. In dem Paß sollten alle wichtigen Daten (persönliche und krankheitsbezogene) des Patienten, Anschriften und Telefonnummern an der Behandlung beteiligter Ärzte sowie ein spezifisches und allgemeines Nachsorgeschema als Orientierungshilfe für den Inhalt und die Häufigkeit der Nachsorgeuntersuchungen einschließlich der Vorgabe des ersten Termins der Nachuntersuchung enthalten sein.

Für die psychosoziale Krebsnachsorge im ambulanten Bereich, die für viele Krebspatienten aufgrund der Schwere der Erkrankung und der spezifischen Belastung unverzichtbarer Teil in einer onkologischen Behandlungskette ist, gibt es in Magdeburg verschiedene Angebote .

Neu gegründet wurde in Magdeburg im Januar 1997 die Selbsthilfegruppe "Frauenselbsthilfe nach Krebs" e.V. unter der Schirmherrschaft der Deutschen Krebshilfe.

Psychosoziale Krebsnachsorge für Betroffene erfordert Austausch , Kooperation und Vernetzung unter den in der Onkologie Tätigen. Die im Dezember 1996 im Gesundheitsamt gegründete Magdeburger Arbeitsgruppe "Sozialarbeit in der Onkologie" hat sich die Aufgabe gestellt,

in der psychosozialen Krebsnachsorge eine gleichwertige Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und professionellen Sozialarbeitenden zu bewirken. Die gegenseitige Unterstützung hat das gemeinsame Ziel, die Beratung und Betreuung Krebskranker zu verbessern, Erfahrungsaustausch anzuregen und die psychosoziale Kompetenz für die Berater und Betreuer zu erweitern. Aus dieser ersten gemeinsamen Arbeit wurde das folgende Faltblatt "Beratungsangebote für Krebskranke in der Stadt Magdeburg" entwickelt:

<p style="text-align: center;"><b>Beratungsangebote für Krebskranke in der Stadt Magdeburg</b></p>	<p>Hilfe zur Selbsthilfe :</p>  <p><b>Magdeburger Krebsliga e.V.</b> Kontakt- und Beratungsstelle ☒ G.-Hauptmann-Str. 35 ♦ 39108 Magdeburg</p> <p>☎ <b>(0391) 671 73 94</b></p> <p>Sprechzeiten: Mo bis Do: 8.00 - 16.00 Uhr Fr: 8.00 - 12.00 Uhr</p> <p style="text-align: right;">...und nach Vereinbarung</p>
 <p>Gesundheitsamt Magdeburg <b>Beratung Krebskranker</b> in der Abteilung Beratung chronisch Kranker und Behinderter ☒ Lübecker Str. 32 ♦ 39124 Magdeburg</p> <p>☎ <b>(0391) 540 60 72 / 73</b></p> <p>Sprechzeiten: Mo, Di, Do, Fr: 9.00 -12.00 Uhr Di: 14.00 - 17.30 Uhr</p>	<p>Hilfe zur Selbsthilfe:</p>  <p><b>Selbsthilfegruppe krebskranker Menschen</b> in der Magdeburger Stadtmission e.V. ☒ Leibnizstr. 48 ♦ 39104 Magdeburg</p> <p>☎ <b>(0391) 53 24 90</b></p> <p>Sprechzeiten: Mo bis Fr: 8.00 -12.00 Uhr</p> <p style="text-align: right;">...und nach Vereinbarung</p>
 <p><b>Magdeburger Förderkreis krebskranker Kinder e.V.</b> über Klinik für Kinderheilkunde ☒ Halberstädter Str. 13 ♦ 39112 Magdeburg</p> <p>☎ <b>(0391) 671 72 28 / 29</b></p> <p>Sprechzeiten : Mo - Fr: 9.00 - 16.00 Uhr nach Vereinbarung</p>	<p>Hilfe zur Selbsthilfe:</p>  <p><b>Selbsthilfegruppe der Kehlkopflösen</b> über Frau Regina Schrader ☒ Jakobstr. 32 ♦ 39104 Magdeburg</p> <p>☎ <b>(0391) 561 13 65</b></p> <p><b>Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.</b> Gruppe Magdeburg</p>  <p>☎ <b>(0391) 620 10 01</b></p>

**Abbildung 8:** Beratungsangebote für Krebskranke in der Stadt Magdeburg

Das Beratungs- u. Betreuungsangebot für Krebskranke im Bereich Beratung chronisch Kranker und Behinderter des Gesundheitsamtes Magdeburg umfaßt Einzelberatungen zu

- sozialrechtlichen Fragen,
- sozialen, persönlichen und familiären Problemen,
- psychologische Beratung und Begleitung,
- Hausbesuche und Krankenhausbesuche auf Wunsch der Klienten sowie
- die Vermittlung der Kontaktaufnahme zu Gleichbetroffenen.

Die Betreuung der Klienten erfolgt im persönlichen Gespräch, teilweise auch durch telefonische Kontakte. Häufig werden die Familienangehörigen mit einbezogen.

Eine angeleitete Kontakt- und Gesprächsgruppe für Krebskranke trifft sich jeden ersten und dritten Donnerstag im Monat von 14.00 bis 16.00 Uhr im Gesundheitsamt.

Neben dieser psychosozialen Nachsorge gehören die Durchführung von Präventionsaufgaben wie z.B. Gesundheitsaufklärung ("Krebs u. Lebensweise", "Europa gegen den Krebs") und Raucherentwöhnungskurse zu den Aufgaben dieser Abteilung.

Die Erfahrung hat gezeigt, daß viele dieser begleitenden Hilfen durch Krebskranke nur unzureichend in Anspruch genommen werden, einerseits, weil sie bei der Bevölkerung zu wenig bekannt sind, andererseits, weil zu wenig von Fachpersonal in Kliniken und privaten Einrichtungen auf diese Angebote und Hilfsmöglichkeiten hingewiesen wird.

Eine Erweiterung der kommunalen Angebote für Krebskranke über das Genannte hinaus wird von Betroffenen nicht selten erwartet. Manche Krebskranke wünschen sich z.B. zur Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und Stabilisierung des allgemeinen Wohlbefindens ein stadtteilorientiertes Sportangebot (z.B. Gymnastik, Schwimmen).

Für die Zukunft ist weiterhin eine enge Zusammenarbeit von Trägern psychosozialer Beratungsangebote, Ärzten in Kliniken, Hausärzten, Kliniksozialdiensten und Selbsthilfeeinrichtungen notwendig, um eine kontinuierliche Begleitung der Krebspatienten im ambulanten Bereich zu gewährleisten.

### **5.10. Beratung und Betreuung Behinderter**

Der Beratung und Betreuung von Bürgerinnen und Bürgern mit körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen haben sich unterschiedliche Institutionen angenommen, von denen einige nachfolgend erwähnt werden.

Die Bearbeitung von Anträgen auf Ausstellung von Schwerbehindertenausweisen sowie umfangreiche Beratung auf diesem Gebiet leistet das **Landesamt für Versorgung und Soziales**. Ein wesentlicher Abbau bürokratischer Hürden konnte mit der Realisierung des Modellprojektes "Taggleicher Bescheid" erreicht werden. In Sachsen-Anhalt als einzigem Bundesland der Bundesrepublik Deutschland ist es möglich, daß anspruchsberechtigte Bürgerinnen und Bürger an einem vereinbarten Tag den Antrag stellen, die versorgungsärztliche Untersuchung vornehmen lassen und den Bescheid bzw. den Schwerbehindertenausweis entgegennehmen können.

Beratungsmöglichkeiten u.a. zur Problematik der Rehabilitation und Rente existieren bei den Leistungsträgern der **Rentenversicherung**.

Beschäftigte Behinderte können Beratung und Unterstützung durch die **Hauptfürsorgestelle** des Landesamtes für Versorgung und Soziales erhalten. Ein wichtiges Aufgabengebiet der Hauptfürsorgestelle ist die Förderung der Beschäftigung von Behinderten unter anderem durch Einrichtung und Gestaltung von Behindertenarbeitsplätzen, Zusatzausstattungen für Kraftfahrzeuge, Wohnraumanpassung und Hilfe für Bildungsmaßnahmen.

Beim **Arbeitsamt** wird die Beratung von Behinderten unter anderem zur Erlangung und zum Erhalt einer Arbeitsstelle angeboten. Weiterhin werden Gleichstellungsanträge von Behinderten , deren Grad der Behinderung unter 50 liegt , bearbeitet. Ziel ist die Gleichstellung mit den Schwerbehinderten im Sinne des erweiterten Kündigungsschutzes. Darüber hinaus werden Behinderte in mehreren Einrichtungen **freier Träger** und **Selbsthilfeeinrichtungen** der Stadt Magdeburg und im Rahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vor allem durch das **Gesundheitsamt** beraten und betreut.

Nachfolgend wird auf die Behindertenproblematik - abgeleitet aus den Beratungen in den einzelnen Bereichen des Gesundheitsamtes - eingegangen. Schwerpunkte in dieser Darstellung sind die Hilfen für körperlich Behinderte, Sinnesbehinderte und geistig Behinderte.

Hilfen für Menschen mit psychischen Störungen, Erkrankungen und Behinderungen sind in den Punkten 5.5. und 5.6. dargestellt.

*Körperlich Behinderte und Sinnesbehinderte* sowie chronisch Kranke können Beratung und Betreuung im Sachgebiet Beratung chronisch Kranker und Behinderter durch Sozialarbeiterinnen und PsychologInnen erhalten. Auch Hausbesuche sind möglich.

Beratungs- und Gesprächsthemen sind vor allem:

- Nachteilsausgleiche nach dem Schwerbehindertengesetz,
- behinderungsbedingte psychosoziale Belastungen,
- Integration Behinderter in das Berufsleben,
- soziale und psychische Veränderungen durch die Behinderung
- Eingliederungshilfen nach dem BSHG und BVG, Rehabilitationsmöglichkeiten,
- technische Hilfen für Behinderte,
- Kraftfahrzeughilfe,
- barrierefreier Lebensraum, insbesondere barrierefreier Zugang zu Behörden und Dienstleistungseinrichtungen,
- behindertengerechter Wohnraum und
- Parkerleichterungen.

In zunehmendem Maße berichten beschäftigte Behinderte über psychische Belastungen, die sich aus dem zunehmenden Konkurrenzdruck am Arbeitsplatz ergeben. Diskriminierungen, Mobbing und die begründete Angst um den Arbeitsplatz führen zu seelischen Belastungen, die immer mehr zu einem dominierenden Thema bei der Beratung beschäftigter Behinderter werden.

Aus den Äußerungen von Behinderten läßt sich weiterhin ableiten, daß ein - voraussichtlich zunehmender - Bedarf an alters- und behinderten-gerechten Sozialwohnungen besteht.

Als weiteres Problem wird von vielen Behinderten die nach wie vor kritische Parkplatzsituation im Stadtzentrum und auch in den Stadtteilzentren sowie der fehlende behinderungsgerechte barrierefreie Zugang zu vielen öffentlichen Gebäuden und Einrichtungen sowie Kultur- und Dienstleistungseinrichtungen gesehen.

In Gesprächen mit Mitarbeitern des Gesundheitsamtes stellen Behinderte - unabhängig von der Art und den Grad der Behinderung - nicht selten Fragen nach sportlichen Angeboten für Behinderte. Entsprechend einer Mitteilung des Sport- und Bäderamtes der Stadt Magdeburg fördern 3 Vereine den Gesundheitssport unter anderem für Behinderte (Tabelle 47):

**Tabelle 47:** Angebote im Gesundheitssport

Verein	Angebote	Mitglied./ Teilnehmer gesamt	behinderte Mitglied./ Teilnehmer
Kneipp- Verein Magdeburg e.V.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gymnastik</li> <li>• Walking</li> <li>• Wanderer</li> <li>• Angebote für Kinder und Jugendliche</li> </ul>	417	188
Verein für Sporttherapie und Behindertensport Magdeburg e.V.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwimmen</li> <li>• Wasserball</li> <li>• allgemeine Gymnastik</li> <li>• Behindertensport</li> </ul>		691
Hochschulsportverein Medizin Magdeburg e.V.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behindertensport</li> </ul>	1.207	278

Über die Angebote im Gesundheitssport hinaus gibt es - vor allem in Selbsthilfeeinrichtungen - vielfältige , auf die Spezifik der Behinderung orientierte Bewegungs- und Aktivierungsangebote, z.B. kreatives Gestalten, Tanzen für Rheumakranke u.v.a.m..

Aus der Sicht des Gesundheitsamtes ist der Kenntnisstand der Behinderten, Angehörigen und auch vieler Betreuer über vorhandene Möglichkeiten des Ausgleichs behinderungsbedingter Nachteile, der psychosozialen Hilfe und der Hilfe zur Selbsthilfe noch zu gering.

Viele Behinderte werden trotz vielfältiger Betreuungsangebote nicht erreicht. Häufig handelt es sich dabei um Behinderte, die keinem Verband oder Verein angehören. Da es vielen Behinderten nicht möglich ist, sich selbst über Beratungs- und Betreuungsangebote umfassend zu informieren, erscheint eine Verbesserung des Kenntnisstandes der Behinderten durch die Medien und durch alle Einrichtungen, die sich um Behinderte bemühen, notwendig. Wichtig ist vor allem auch die Überwindung von Einzelinteressen der Träger dieser Einrichtungen im Sinne einer Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Einrichtungen, der Koordinierung und Vernetzung der Angebote sowie der Information jedes Trägers über alle Angebote für Behinderte in der Stadt Magdeburg.

Die von der Landeshauptstadt Magdeburg für das Jahr 1997 geplante Einrichtung der Stelle eines Behindertenbeauftragten, der

- die Interessen der Behinderten in der Stadt vertritt,
- Einfluß auf die behindertengerechte Gestaltung des städtischen Umfeldes nimmt und
- in Zusammenarbeit mit dem **Behindertenbeauftragten des Landes Sachsen - Anhalt** die Aufgaben der verschiedenen, auf diesem Gebiet tätigen Träger des Landes und der Stadt koordinieren kann,

wird in diesem Zusammenhang begrüßt.

## **6. Medizinischer Verbraucherschutz, Umwelt- und Kommunalhygiene**

Die Tätigkeit der Mitarbeiter des Sachgebietes Umweltmedizin und -hygiene des Gesundheitsamtes Magdeburg dient vorrangig dem vorbeugenden Gesundheitsschutz (Prophylaxe) der Bevölkerung und stützt sich insbesondere auf die "Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst".

### **6.1. Überwachung der hygienischen Bedingungen bei der Trinkwasserversorgung**

Die Bevölkerung der Landeshauptstadt wird aus zwei zentralen Wasserversorgungsanlagen, Trinkwasserwerk (TW) Colbitz und TW Lindau, versorgt. Den Verbrauchern wird ein hygienisch einwandfreies und den gesetzlichen Anforderungen voll entsprechendes Trinkwasser angeboten.

Im Rahmen der hygienischen Überwachung erfolgten durch Mitarbeiter des o.g. Sachgebietes 1996 folgende Beprobungen und Freigaben:

833 bakteriologische Wasserproben

Hierbei handelt es sich in der Mehrzahl um Freigabeuntersuchungen nach Baumaßnahmen an Trinkwasserleitungen gemäß § 9 der Trinkwasserverordnung (vor Anbindung bzw. Nutzung der neuen Leitungen muß der bauausführende Betrieb bzw. Nutzer die bakteriologische Unbedenklichkeit des Leitungsabschnittes nachweisen).

Die Laboruntersuchung erfolgte im Hygieneinstitut Sachsen-Anhalt Magdeburg.

Nur bei einwandfreiem Untersuchungsergebnis werden die betreffenden Leitungen durch das Gesundheitsamt freigegeben.

705 Wasserproben (= 86,6%) waren sofort in Ordnung, bei

128 Wasserproben (= 15,4%) waren aufgrund der Beanstandungen Nachproben erforderlich.

(davon 92x 1 Nachprobe erforderlich, dann in Ordnung (= 71,9%)

33x 3 Nachproben erforderlich, dann in Ordnung (= 25,8%)

3x 4 Nachproben erforderlich, dann in Ordnung (= 2,3%)

Nach entsprechender Behandlung, mehrmaligem Desinfizieren und Spülen der Leitungen, konnten auch diese freigegeben werden.

Weitere Beprobungen erfolgten im Rahmen der hygienischen Überwachung als Routine- bzw. Kontrolluntersuchungen, hierbei gab es keine Beanstandungen.

Insgesamt 11 chemische Wasserproben wurden entnommen und nach Untersuchung im Hygieneinstitut Sachsen-Anhalt Magdeburg durch das Gesundheitsamt beurteilt und ausgewertet, davon waren 5x einwandfrei und 6x zu beanstanden:

- 1x Probe aus einer physiotherapeutischen Einrichtung wegen Braunfärbung des Warmwassers (Reinigung der Aufbereitungsanlage erforderlich)
- 1x Baustellenbrunnen zur Versorgung eines Baucontainers, war zu beanstanden, somit keine Freigabe als Trinkwasser
- 2x Gartenbrunnen (Verwendung als Bewässerungswasser), beide zu beanstanden (kein Trinkwasser)
- 2x Zahnarztpraxis - kaltes und warmes Wasser waren zu beanstanden (Enthärteranlage war falsch installiert)
- 2x Untersuchungen auf Bleigehalt (Bleileitungen im Wohnhaus), keine Grenzwertüberschreitung gemäß Trinkwasserverordnung
- 2x Untersuchungen auf Kupfergehalt (Kupferleitungen im Wohnhaus), keine Grenzwertüberschreitung gemäß Trinkwasserverordnung
- 1x privater Brunnen - bakteriologisch u. chemisch zu beanstanden (kein Trinkwasser)

92 Trinkwasserproben (Tankbeprobung) wurden auf Schiffen entnommen, davon waren

56 Proben sofort ohne Beanstandung (= 60,9%),  
36 Proben waren zu beanstanden (= 39,1%).

Die Schiffsführer wurden durch das Gesundheitsamt aufgefordert, unverzüglich die Wasserversorgungsanlagen (Trinkwassertanks) vorschriftsmäßig zu reinigen, desinfizieren, spülen und Nachproben entnehmen zu lassen.

Es waren dabei von 6 Schiffen die Nachproben (2. Probe) in Ordnung, 4 Schiffe waren 2x nacheinander zu beanstanden (2 Nachproben erforderlich) und bei 30 Schiffen wurden die Nachproben von anderen Untersuchungseinrichtungen vorgenommen (außerhalb unseres Zuständigkeitsbereiches).

## **6.2. Badewasser**

Hygienische Überwachung oberirdischer Gewässer, die zu Badezwecken genutzt werden; hygienische Überwachung von Einrichtungen des öffentlichen Badewesens einschließlich medizinischer Bäder und Saunen.

Die überwachten Einrichtungen umfassen:

- 3 Bäder an Gewässern
- 4 "wilde" Badestellen
- 2 Freibäder
- 4 öffentliche Hallenbäder
- 2 Hallenbäder in Schulen
- 1 Bewegungsbecken
- 3 Therapiebecken
- 2 Whirlpools

Im Berichtszentrum wurden durch die Mitarbeiter des o.g. Sachgebietes insgesamt

199 bakteriologische und  
162 chemische Badewasserproben entnommen

und im Hygieneinstitut Sachsen-Anhalt Magdeburg untersucht.

Zusätzlich wurden folgende Messungen vorgenommen:

- Wassertemperatur
- Sichttiefe
- pH-Wert
- Chlorgehalt
- Trihalogenmethane

Bei den bakteriologischen Untersuchungen gab es 16 Beanstandungen, betroffen waren die Hallenbäder (Proben von Aufbereitung und Becken) sowie Freibäder (Filter sowie Becken). Die Ursachen der bakteriologischen Beanstandungen (Grenzwertüberschreitungen) in den Hallenbädern lagen bei Mängeln im Aufbereitungs- und Desinfektionssystem der Bäder.

Es wurden durch das Gesundheitsamt Auflagen und Hinweise erteilt.

Im Freibad Süd liegen die Ursachen für die z.T. unzureichende Wasserqualität in der fehlenden Wasseraufbereitungs- und Desinfektionsanlage. Die technischen Unzulänglichkeiten der Aufbereitung sind auch die Ursachen für die chemischen Beanstandungen an Trihalogenmethan- Konzentrationen im Badewasser sowie erhöhten Eisen- und Chlorgehalt (freies Chlor).

Bei den Badegewässern (Salbker See, Neustädter See) waren die Gesamtkoliformen- Keimzahl (Richtwert der EG-Richtlinien) 4 bzw. 2 mal während der Badesaison leicht überschritten. Maßnahmen zum Schutz der Badenden waren bei dieser Größenordnung noch nicht erforderlich.

Die Wasserproben wurden gemäß Runderlaß des MS (vom 15. Oktober 1993) in 14- tägigem Rhythmus entnommen.

Die Ortsbesichtigungen erfolgten im Zusammenhang mit den Probeentnahmen. Algenmassenentwicklungen sowie Vorhandensein von Unrat konnten im Bereich der genehmigten Badebereiche nicht beobachtet werden.

Es erfolgte eine gute Zusammenarbeit mit dem Staatlichen Amt für Umweltschutz (STAU), welches die chemischen und biologischen Badewasseruntersuchungen durchführte.

Vier Kontrolluntersuchungen wurden durch das Gesundheitsamt zur Überprüfung der bakteriologischen Wasserqualität der sogenannten "wildern" Badestellen vorgenommen.

Es wurden keine Grenzwertüberschreitungen festgestellt.

Zur Qualität der Badegewässer wurden Veröffentlichungen in der Presse vorgenommen und Anfragen der Bürger beantwortet.

### 6.3. Kommunalhygienische Aufgaben

Umwelthygiene und Umweltmedizin sind wichtige Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die vom Gesundheitsamt Magdeburg in Form von präventiver Analysen und medizinischer Umweltüberwachung wahrgenommen werden.

Zum vorbeugenden Gesundheitsschutz wurden 1996 folgende Tätigkeiten durchgeführt:

903 Stellungnahmen, Beurteilungen, Berichte:

- zu Flächennutzungs-, Bebauungs-, Vorhaben- und Erschließungsplänen.  
Dazu erfolgte durch das Sachgebiet Umweltmedizin eine Koordinierung der Zuarbeiten zu den o.g. Plänen vom Amt für Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung, vom Sozial- und Wohnungsamt und vom Jugendamt zu einer zusammenfassenden Stellungnahme des Dezernates V
- zu Bauvoranfragen, Bauanträgen sowie Projektierungsunterlagen (u.a. Wohnungsbau, Kindereinrichtungen, Hotels und Pensionen, SB-Märkte, Gaststätten, Sportstätten, Freizeiteinrichtungen)
- zu genehmigungsbedürftigen Anlagen nach dem Bundes-Immissionsschutzgesetz (BImSchG) zur Gewährleistung des Gesundheitsschutzes
- gesundheitliche Beurteilungen von Wohnräumen

156 Standortbesichtigungen und 237 Projektberatungen erfolgten zu den o.g. Punkten.

189 Leistungen (Stellungnahmen) für andere Ämter der Stadtverwaltung Magdeburg wurden durch das Sachgebiet Umweltmedizin erbracht:

**Tabelle 48:** Leistungen für andere Ämter

<b>Amt</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Leistung</b>
• Hochbauamt	101	Stellungnahmen im Rahmen des Baugenehmigungsverfahrens
• Stadtplanungsamt	23	Stellungnahmen zu Bebauungsplänen
• Umweltamt	21	Stellungnahmen gemäß BImSchG und Abwasser
• Ordnungsamt	14	Stellungnahmen zu Stadtfesten, Marktfestsetzungen, wilden Badestellen, Landfahrern
• Sozial- u. Wohnungsamt	7	Stellungnahmen zu Schlichtwohnungen, Übergangwohnheim/ Einbau Etagenküchen, Abnahme Wohnung, Untersuchung Tapetenproben
• Grünflächenamt	8	Stellungnahmen zu Friedhofsplanung und Friedhöfen, Spielplätzen, Freizeitkomplex Salbker Platz
• Sport- u. Bäderamt	3	Stellungnahmen zum Freibad Süd, Vorbereitung Badesaison, Schwimmhalle Nord (Wasserqualität)

- Amt für Abfallwirtschaft 3 Stellungnahmen zu Abfallentsorgungsplan, öffentliche Toiletten, Taubenplage
- Schulverwaltungsamtsamt 3 Stellungnahmen zu Planschbecken in Behindertenschulen, Problematik Warzen/Dellwarzen
- Jugendamt 2 Stellungnahmen zum Aufstellen von Müllcontainern, Problematik Schimmelpilzbefall Jugendwohnheim
- Hochbauamt 2 Stellungnahmen zu Toilettensanierung, Bürgerbeschwerde
- Wohnungsamt 1 Stellungnahme zu wohnhygienischer Problematik
- Stadtkämmerei 1 Stellungnahme zu Maßnahmen im Umfeld der BUGA 1999

156 Standortbesichtigungen wurden im Rahmen der Erarbeitung von Stellungnahmen zu Neubauten, Umbauten, Umnutzungen, Abnahmen usw. durchgeführt.

759 Objektkontrollen und Ermittlungen im Rahmen der allgemeinen Ortshygiene.

Die Kontrolltätigkeit auf der Grundlage der Verordnung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes umfaßt die Überwachung der hygienischen Bedingungen (Plankontrollen, auf besondere Veranlassung usw.) von:

Kindereinrichtungen, Schulen, Heimen, Internaten, Hotels, Saunen, Fitneßcentern, Freibädern, Hallenbädern, Spielplätzen, öffentlichen Toiletten, Theatern, Kinos, Naherholungsgebieten, Einrichtungen des Justizvollzugs, Friedhöfen, Bestattungsfirmen, Krematorien, Mülldeponien, u.a. Einrichtungen

sowie die Beratung der zuständigen Überwachungsbehörden (wie z.B. Heimaufsicht, Leiter der Einrichtung) in umweltmedizinischen und -hygienischen Fragen.

Mitwirkung bei der Vorbereitung und hygienischen Absicherung von Massen- und Großveranstaltungen, Stadtfesten sowie Messen, Zirkusveranstaltungen usw.

821 Beratungen von Bürgern zu den verschiedensten wohn- und kommunal- hygienischen Fragen und Problemen.

461 Bürgeranliegen um Hilfe und Unterstützung bei gesundheitlichen Befürchtungen und hygienischen Unzulänglichkeiten sowie Beschwerden/Bürgeranzeigen.

- Die Anliegen betrafen u.a. ungesunden Wohnraum, überwiegend feuchte Wohnungen mit z.T. erheblichen Schimmelbefall (175 Schimmelpilzproben mit Beurteilung). Die Schimmelpilzbildung hat in den Wohnungen in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Durch die gute Wärmedämmung und die neuen dichten Fenster und Türen machen sich Wärmebrücken, Durchfeuchtungen, Ausstattungs-, Beheizungs- und Belüftungsfehler negativ bemerkbar. Nach Laborbestimmung (im Hygieneinstitut Sachsen-Anhalt Magdeburg) der entnommenen

Proben erhalten die Bürger vom Gesundheitsamt ein Untersuchungsergebnis zu den Arten der vorgefundenen Schimmelpilze sowie deren gesundheitsgefährdenden Wirkungen und abzuleitenden hygienischen Maßnahmen.

- unhygienische Bedingungen im Wohnbereich, wie Vermüllung, Unsauberkeit, unzureichende Müllentsorgung, Mängel bei der Abwasserbeseitigung u.a.
- trübes Trinkwasser bzw. Warmwasser
- Schädlingsbefall in Wohnungen und auf Grundstücken, dazu erfolgten u.a. Beratungen von Bürgern, Grundstücksbesitzern usw. zu Schädlingsbekämpfungsmaßnahmen, Bestimmungen der Arten von Gesundheits- und Vorratsschädlingen sowie Lästlingen in Zusammenarbeit mit dem Hygieneinstitut Sachsen-Anhalt Magdeburg. Ermittlungen, Anordnung und Überwachung der Durchführung von Maßnahmen zur Schädlingsbekämpfung im Interesse der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.
- Probeentnahmen und Raumlufmessungen bzw. -untersuchungen  
258 Probeentnahmen  
397 Raumlufmessungen

Aus Wohnungen und Einrichtungen wurden zur Untersuchung bzw. Bestimmung auf Schadstoffe, Luftverunreinigungen, Holzschutzmittel, Schimmelbefall, Schädlingsbefall folgende Arten von Proben entnommen:

Teppich-, Fußbodenbelag-, Tapeten-, Spanplatten-, Holz-, Staub- und Luftproben sowie von Anstrichstoffen, Kleber, Mineralwolle, Bohrmehl (von Bau- und Dämmplatten) usw.

Entsprechend Bürgeranliegen wurden folgende Messungen vorrangig in Wohnungen (aber auch in Schulen und Aussiedlerheimen) durchgeführt:

- Innenraumluf (Passivsammler)
- Formaldehyd
- Kohlenmonoxid
- Kohlendioxid
- Kohlenwasserstoffe
- relative Luftfeuchte, Wasserdampf  
Temperaturen

In zunehmendem Umfang werden von seiten der Bürger an das Sachgebiet Umweltmedizin vielfältigste Fragen zu gesundheitlichen Befürchtungen im Zusammenhang mit möglichen Schadstoffbelastungen in den Wohnbereichen herangetragen. Da unsere Möglichkeiten zu gezielten Raumlufmessungen mangels geeigneter Meßgeräte äußerst begrenzt sind, wird eine enge Zusammenarbeit mit den Fachleuten des Hygieneinstitutes Sachsen-Anhalt in Magdeburg gepflegt und deren vielfältige Meßmöglichkeiten sowie die beruflichen Erfahrungen in Anspruch genommen.

In einer Reihe von Fällen konnten somit belästigende bzw. gesundheitsgefährdende Stoffe wie Benzol, Ethylbenzol, Toluol,  $\alpha$ -Pinene, Kohlendioxid, Kohlenmonoxid, Formaldehyd unter anderem, in der Raumluft bzw. in Materialien ermittelt und durch unsere Hinweise und Beratungen den Betroffenen geholfen werden.

Ebenso konnten aber auch gesundheitliche Befürchtungen von Bürgern beseitigt oder gemindert werden, wenn auf Grund der Untersuchungsergebnisse kein Anhaltspunkt für das Vorhandensein von Schadstoffbelastungen bestand.

#### **6.4. Arzneimittelüberwachung außerhalb von Apotheken**

Zur Einhaltung des gesetzgeberischen Ziels der höchstmöglichen Sicherheit im Umgang mit Arzneimitteln und damit im Interesse der Sicherheit der Verbraucher wurden auch 1996 umfangreiche Kontrollen zur Überwachung des Einzelhandels mit Arzneimitteln außerhalb von Apotheken durchgeführt. Grundlage der Tätigkeit ist die Verordnung über die Zuständigkeit auf verschiedenen Gebieten der Gefahrenabwehr vom 22. März 1995. Nach dieser Verordnung werden die kommunalen Pflichtaufgaben der Arzneimittelüberwachung vom Gesundheitsamt wahrgenommen.

Voraussetzung für den Handel mit Arzneimitteln außerhalb von Apotheken ist die Einhaltung der Bestimmungen und Festlegungen gem. der Verordnung über apothekenpflichtige und freiverkäufliche Arzneimittel sowie u. a. die §§ 50, 51, 60 und 67 des Arzneimittelgesetzes. Davon abgeleitet besteht für Betriebe und Handelseinrichtungen die Pflicht, dem Gesundheitsamt als zuständige Behörde die Aufnahme der Handelstätigkeit mit freiverkäuflichen Arzneimitteln anzuzeigen. Es ist ferner abzusichern, daß während der Geschäftsöffnungszeiten sachkundige Personen, die eine nachgewiesene Sachkenntnis für den Einzelhandel mit freiverkäuflichen Arzneimitteln besitzen, in der Handelseinrichtung anwesend sind, um gegebenenfalls erforderliche Beratungen der Kunden zu gewährleisten.

Unter Berücksichtigung der gesetzlichen Forderungen sowie der Beachtung und Einhaltung pharmazeutischer Kriterien erfolgten die Kontroll- und Überwachungsaufgaben nach folgenden Schwerpunkten.

- Überprüfung der Produkte hinsichtlich ihrer Zusammensetzung bezüglich der Freiverkäuflichkeit außerhalb von Apotheken
- Überprüfung der Apothekenpflicht für bestimmte Arznei- bzw. Applikationsformen und Krankheitsindikationen
- Sortimentsumfang
- Haltbarkeitsfristen, Lagerung und Lagerungsbedingungen
- Beschaffenheit der Produkte
- Einhaltung der Kennzeichnungsvorschriften
- Abgrenzung Arzneimittel/Lebensmittel
- Abgrenzung Arzneimittel/Kosmetika
- Abgrenzung Arzneimittel/Tierpflgemittel
- Einhaltung der Anzeigepflicht für das Inverkehrbringen von Arzneimitteln außerhalb von Apotheken
- Nachweis der Sachkenntnis u. a.

Überprüft und kontrolliert wurden 1996 nachfolgende Einrichtungen

- Drogerien und Drogeriemärkte
- Lebensmittelgeschäfte und Lebensmittelmärkte
- Reformhäuser
- Kaufhäuser
- Geschäfte und Einrichtungen mit Sonderposten
- Tee- und Gewürzhäuser
- Zoohandlungen
- sonstige Einrichtungen im Bedarfsfall sowie Wochen- und Sondermärkte

Im Ergebnis der Kontroll- und Überwachungstätigkeit wurden keine apothekenpflichtigen und überlagerten Arzneimittel vorgefunden. Die Haltbarkeitsfristen und Lagerbedingungen wurden eingehalten und beachtet. Das Arzneimittelsortiment entsprach der Vorgabe zur Freiverkäuflichkeit außerhalb von Apotheken. Es wurde kundenfreundlich größtenteils in der Selbstbedienung angeboten. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Zunahme sachkundiger Personen in den Handelseinrichtungen positiv zu bewerten. Insgesamt konnten keine gravierenden Mängel bzw. Verstöße gegen gesetzliche Bestimmungen festgestellt werden.

### **6.5. Überwachung der Lebensmittelhygiene**

Die Hauptzielstellung der Lebensmittelhygiene ist es, den Menschen vor Gesundheitsschädigungen zu schützen, die durch den Verzehr von Lebensmitteln auftreten können. Daneben spielt der Schutz des Verbrauchers vor Übervorteilung und Täuschung eine entscheidende Rolle.

Die Aufgaben der Lebensmittelhygiene werden durch das Amt für Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung der Stadt Magdeburg wahrgenommen.

Die Kontrollen werden auf allen Stufen des Inverkehrbringens von Lebensmitteln durchgeführt; beginnend bei den Erzeugern (in Magdeburg beispielsweise bei Milcherzeugern und Imkern), über die Hersteller (z. B. Molkerei, Fleischverarbeitungsbetriebe und Mühlen), die Großhändler, bis hin zum Einzelhandel, und zu den Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegungen und der Gastronomie. In 2.445 Einrichtungen wurden 5.955 Kontrollen vom Veterinäramt durchgeführt. Dabei wurden 1.911 Lebensmittelproben entnommen und von den Lebensmitteluntersuchungsämtern Stendal und Halle untersucht. 240 Proben wurden beanstandet (davon 68 mikrobiologische Beanstandungen sowie 119 Beanstandungen der Kennzeichnung). Zur Kontrolle des betrieblichen Hygieneregimes wurden bei 138 Kontrollen 1.981 Abklatsch- und Tupferproben entnommen. Bei 15 Kontrollen wurden erhöhte Keimzahlen festgestellt.

Im Rahmen der Lebensmittelüberwachung nimmt die Bedeutung der amtlichen Kontrolle der Eigenkontrollsysteme der Wirtschaft immer mehr zu. Die Europäische Union fordert eine produktbegleitende Lebensmittelüberwachung vom Erzeuger bis zum Verbraucher. Dabei verlagert sich der Schwerpunkt von der Kontrolle des Endproduktes zur Prozeßkontrolle.

## **6.6. Schutz vor Lärm**

Der Lärm ist subjektiv und objektiv einer der bedeutendsten Umweltfaktoren. Lärm kann stören oder belästigen, das psychische und physische Wohlbefinden der Menschen beeinträchtigen bzw. die Gesundheit schädigen.

Der Lärm erreicht sehr viele Menschen und stört besonders dann, wenn man sich erholen und entspannen will, also insbesondere in der Wohnung und ihrem Umfeld, hauptsächlich abends, nachts und an den Wochenenden. Eine hohe Lärmbelästigung stellt im kommunalen Bereich eine ernste gesundheitliche Gefährdung im Sinn krankheitsfördernder Risikofaktoren dar. Zu den durch Schallreize hervorgerufenen physiologischen Wirkungen zählen u. a.: Änderungen der Großhirnfunktion, reflexartige Änderungen der Muskelspannung, der Pupillenweite, der Atmungs- und Herzfrequenz sowie des Blutdruckes.

In stark lärmbelasteten Gebieten klagen die Menschen (insbesondere Kinder) häufig über Konzentrationsschwierigkeiten, Kopfschmerzen und allgemeine Leistungsstörungen.

Entsprechend den Untersuchungsergebnissen des ehemaligen Bundesgesundheitsamtes ist bei einem Verkehrslärmpegel von mehr als 65 - 70 dB (A) mit einem um 20 % höheren Herzinfarktisiko zu rechnen, d. h. 1 - 3 % aller Herzinfarkte werden durch erhöhte Verkehrslärmbelästigung verursacht.

Besonders in den städtischen Ballungsgebieten sind die Menschen einer Vielzahl von unterschiedlichen Lärmquellen ausgesetzt.

Bei den Lärmquellen ist der Straßenverkehrslärm an erster Stelle zu nennen, gefolgt von Schienenverkehrslärm, Industrie- und Baulärm, Gewerbelärm sowie Nachbarschaft- und Freizeitlärm.

Zur Senkung der Lärmimmissionen in der Stadt Magdeburg wurde von einem Ingenieurbüro ein Konzept zur Minderung der Lärmbeaufschlagung von betroffenen Wohngebieten und Wohngrundstücken erarbeitet. Die Ergebnisse wurden zu einem Schallimmissionsplan der Stadt Magdeburg zusammengestellt, und das Ziel und der Rahmen des Vorhabens wurden dem Umweltausschuß der Stadtverordnetenversammlung (Oktober 1992/ April 1993) vorgestellt.

Auf der Grundlage der darin enthaltenen Ergebnisse der Schallausbreitungsrechnungen wurden und werden Lärmminderungspläne erarbeitet. Federführend ist die Untere Immissionsschutzbehörde des Umweltamtes. Die Lärmschutzkommission, bestehend aus Vertretern verschiedener Ämter der Stadtverwaltung, auch des Gesundheitsamtes, arbeitet in dieser Kommission mit, konkretisiert und kontrolliert alle Lärmschutzvorhaben in der Stadt. Die Kernfrage bei der Bewältigung des

Verkehrslärms besteht in der Festlegung der zumutbaren Immissionsbelastung.

Die größte Verkehrslärmquelle ist der "Magdeburger Ring".

Das Lärmschutzkonzept "Magdeburger Ring" beinhaltet den Bau von Schallschutzwänden in den Schwerpunktbereichen. Im Jahr 1996 wurde in den Bereichen Ackerstraße und Cochstedter Straße mit den Baumaßnahmen begonnen und z. T. fertiggestellt, die Goslaer Straße, Albert-Vater-Straße/Damaschkeplatz und Bruno-Wille-Straße befinden sich in Planung. Zur Lärmvorsorge wurden Lärmschutzwälle insbesondere für Kleingärten und öffentliche Anlagen im Rahmen des Ausbaus der Mittagstraße errichtet. Durch Veränderung der Straßenbeläge werden ebenfalls Reduzierungen der Schallpegel erreicht.

Zur Förderung des Einbaus von Schallschutzfenstern als Maßnahme des passiven Schallschutzes zur Schallreduzierung in Wohnräumen werden über das Umweltamt Zuwendungen gewährt.

Die Grundlagen aller Maßnahmen zur Vermeidung und Reduzierung von Lärmimmissionen ist eine sinnvolle Bauleitplanung.

Eines der wenigen Instrumente in gesundheitlicher Hinsicht präventiv auf die Lärmprobleme einzuwirken, ist die Beteiligung des Gesundheitsamtes als Gesundheitsbehörde bei der Aufstellung von Flächennutzungs- und Bebauungsplänen. In den Stellungnahmen zu den Planungen wird u.a. im Hinblick auf den Lärmschutz die Gesundheitsverträglichkeit eingefordert. Rechtsverbindliche Regelungen für die gesundheitsverträgliche Einhaltung bestimmter Lärmpegel bestehen bezüglich des Verkehrslärms jedoch nicht. Für Gewerbelärm gelten z. T. schärfere Regelungen, die insbesondere im Bau- und Planungsrecht sowie dem Immissionsschutzrecht verankert sind.

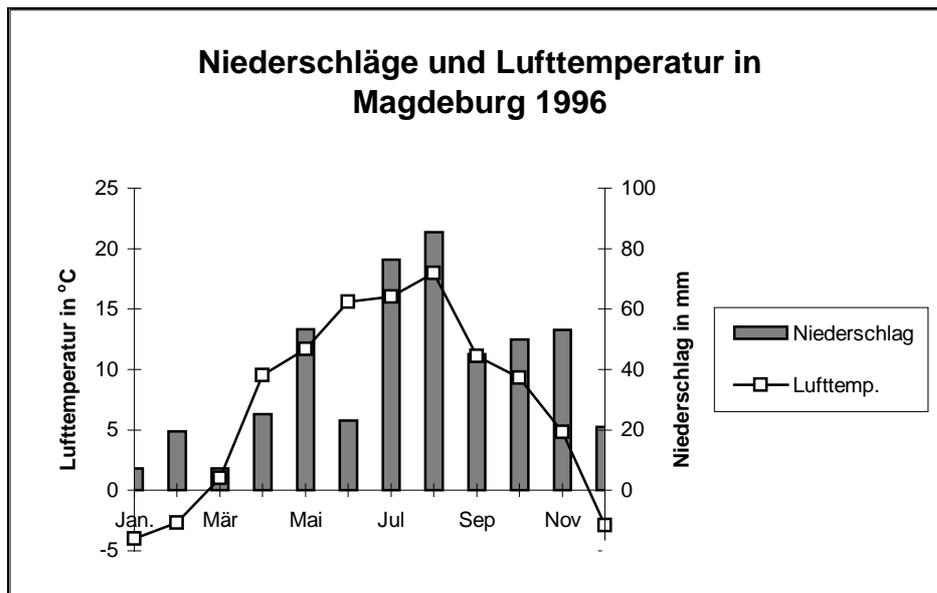
Die Lösung des Lärmproblems, zu dem vor allem die Vermeidung oder zumindest die Reduzierung des Lärms (Schwerpunkt Verkehrslärm) gehört, kann nur durch eine Vielzahl sich ergänzender Maßnahmen erreicht werden.

Neuplanungen bei der gegenwärtigen Lärmexposition in Ballungsgebieten müssen vermehrt gesundheitliche Aspekte des Lärms bei der Wohnbevölkerung berücksichtigen. Aufgrund des komplexen Lärmwirkungsgefüges und infolge des städtebaulichen Bestrebens, verkehrsarme Wohnanlagen zu errichten, lassen sich gesundheitlich unbedenkliche Lärmpegel für die Menschen nur durch Ausschöpfen aller technisch möglichen und baulich sinnvollen Maßnahmen zur Lärminderung annähernd erreichen.

Gesundheitlich vertretbarer Lärmschutz ist durch entsprechende sinnvolle Ausgestaltung der Bebauungsgebiete, selbst in Problembereichen, erreichbar.

## 6.7. Klimatische Bedingungen in Magdeburg

Das Klima ist die zeitliche und räumliche Zusammenfassung aller zur Witterung gehörenden Elemente. Dazu zählen Lufttemperatur, Niederschlagsmenge, Luftfeuchte, Luftdruck, Windstärke usw. Diese Werte unterliegen jährlichen und jahreszeitlichen Schwankungen und werden mit langjährig ermittelten Durchschnittswerten verglichen, um eventuelle Abweichungen festzustellen. Der Niederschlag als Monatsmenge und die Lufttemperatur als Monatsmittelwert des Jahres 1996 von Magdeburg werden in der nachfolgenden Abbildung als Beispiel für Meßgrößen der Witterung dargestellt.



**Abbildung 9:** Niederschläge und mittlere Lufttemperatur in Magdeburg 1996 [6]

Neben diesen unabänderlichen Bedingungen wirken auch andere Faktoren (Lärm, Schadstoffe in der Luft durch Kfz- und Industrieabgase) auf das städtische Klima und üben einen Einfluß auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Bevölkerung aus. Der Abtransport bzw. die Verdünnung der in der Luft enthaltenen Schadstoffe wird durch die Luftbewegung bewirkt. Außerdem vermindert eine Bewegung der Luft die Wärmebelastung. Damit hat die Luftbewegung eine besondere Bedeutung bei der Vermeidung lufthygienischer Belastungen.

Ebenso kann sich eine hohe Luftfeuchtigkeit während einer schwülwarmen Witterung im Sommer oder einer Nebelperiode im Winterhalbjahr belastend auf den Menschen auswirken.

Von der SPACETEC Datengewinnung GmbH, Freiburg wurde in Zusammenarbeit mit dem Stadtplanungsamt und dem Umweltamt eine Stadtklimauntersuchung für Magdeburg durchgeführt [7].

Dazu wurden im Sommer 1994 während einer austauscharmen sommerlichen Strahlungswetterlage zwei Thermalscannerbefliegungen (abends und morgens) durchgeführt. Aus den beiden entstandenen Oberflächentemperaturkarten wurde eine Klimatopkarte erstellt, die das

Temperaturverhalten von Magdeburg charakterisiert. Parallel erfolgte ein umfangreiches meteorologisches Bodenmeßprogramm zur Erfassung von Lufttemperatur, Luftfeuchte, Windrichtung und Windstärke.

Durch die Verknüpfung dieser Meßwerte mit der Klimatopkarte entstand eine Klimafunktionskarte, welche die klimatische Ist- Situation von Magdeburg darstellt.

Diese Untersuchung war notwendig, um die Wechselwirkungen zwischen meteorologischen Bedingungen, der Topographie und den Bebauungs- und Vegetationsstrukturen zu erfassen und für eine vorausschauende Stadtentwicklung nutzbar zu machen.

Die thermischen Eigenschaften des Klimas von Magdeburg reichen vom *intensiven innerstädtischen Überwärmungsbereich* bis zum *geringfügig überwärmten Peripheriebereich*.

Das Innenstadtklima reicht von der Elbe bis zum Westfriedhof und von der Rathenaustraße bis zur Schilfbreite. Das Neubaugebiet Olvenstedt gehört ebenfalls zu diesem Klimabereich. Geprägt wird dieser Bereich durch geringe nächtliche Abkühlung, fehlende Zirkulation und lufthygienische Belastung. Als Gegenmaßnahme für dieses, den Menschen belastende Bioklima bieten sich stärkere Durchgrünung, Entsiegelung, Reduktion der Emissionen usw. an.

Mäßig belastende bioklimatische Eigenschaften werden dem *gemäßigten städtischen Überwärmungsbereich* zugeschrieben. Zu diesem Bereich zählen die Magdeburger Stadtteile Neue Neustadt, Neustädter Feld, Kannenstieg, Sudenburg, Reform, Rothensee, Buckau, Brückfeld, Industriehafen und Industriegebiet Nord.

Günstige bioklimatische Eigenschaften weisen die *geringfügig überwärmten Peripheriebereiche* in Nordwest, Cracau, Neustädter See, Hopfengarten und Ottersleben auf.

Großen Anteil an einem guten innerstädtischen Klima haben die Belüftungsverhältnisse besonders in den windschwachen, austauscharmen Hochdruckwetterlagen. Hierbei spielt die Zufuhr von geringbelasteten kühlen Luftmassen aus dem Umland oder aus Kaltluftentstehungs- und Sammelgebieten (Senken, begrünte Freiflächen) eine besondere Rolle. Aufgrund der ebenen Oberflächenstruktur im Magdeburger Raum gibt es kaum Luftleitbahnen, in denen die Kaltluft durch das natürliche Gefälle transportiert wird (Kaltluft ist schwerer als Warmluft und bewegt sich daher abwärts).

Als Ventilationsbahnen werden Bereiche geringer Rauigkeit bezeichnet, die einen Luftaustausch im Zusammenhang mit den Hauptwindrichtungen ermöglichen. Beispiele sind hierfür das Elbtal, mehrgleisige Bahnstrecken und der Magdeburger Ring. Der Magdeburger Ring ist gleichzeitig eine bedeutende Schadstoffquelle. Strömungsbarrieren haben während austauscharmer Wetterlagen einen negativen Einfluß auf den Luftaustausch. Dämme, dichte Hecken, Siedlungsränder, Brücken, aber auch durch starke Sonneneinstrahlung erhitzte Straßen können als Strömungsbarrieren wirken. Neben dieser horizontalen Luftbewegung findet ein vertikaler Luftaustausch statt.

Durch die in höheren Luftschichten abnehmenden Temperaturen sinken diese kühlen und damit schweren Luftmassen zum Boden und verdrängen die

leichteren warmen und schadstoffbelasteten Luftmassen. Wenn das Temperaturgefälle in höheren Schichten nicht vorhanden ist, kann dieser Effekt nahezu zum Erliegen kommen. Man spricht dann von *Inversion*. Die eingeschränkte vertikale Ventilation führt zu starken lufthygienischen Belastungen, die bei längerer Dauer Smog verursachen. Besonderen Einfluß auf die Ausbildung von Smog haben bei Inversionen die bodennahen Emissionen, wie Kfz- Abgase, die unter diesen Bedingungen nur schlecht verdünnt werden.

Um einer weiteren Verminderung der Durchlüftung der Innenstadt entgegenzuwirken, ist es notwendig, bereits bei der Bauplanung die vorhandenen Ventilationsbahnen zu berücksichtigen.

Mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der lufthygienischen Bedingungen sind z.B.

- Verbreiterung von Grünstreifen an Straßen und Wegen,
- Reduktion von versiegelten Flächen und Begrünung von Innenhöfen und Fußgängerzonen,
- Dach- und Fassadenbegrünung,
- Erhaltung von bestehenden Schneisen,
- Gebäudeausrichtung parallel zu Ventilationsbahnen, Vermeidung von Strömungsbarrieren,
- abgestufte Bauhöhen (vom Rand zum Zentrum ansteigend),
- Reduktion der Emissionen (Kfz, Einschränkung von Hausbrand zugunsten Fernheizung u.a.),
- Ausbau des öffentlichen Personennahverkehrs u.a.

Diese Ausführungen können nur einen kleinen Einblick in die Zusammenhänge zwischen Klima und Topographie in Magdeburg geben. Eine ausführliche Darstellung einschließlich der Diskussion geplanter Baugebiete ist in [7] enthalten.

## 7. Kapazitäten und Leistungen des Gesundheitswesens

### 7.1. Stationäre Einrichtungen

Die Anzahl der in Magdeburg vorhandenen Krankenhäuser hat sich in den vergangenen Jahren nicht verändert.

Von den in Magdeburg bestehenden Krankenhäusern sind das Städtische Klinikum einschließlich des Klinikbereiches Vogelsang und die medizinische Fakultät der Otto- von- Guericke- Universität in öffentlicher Trägerschaft. Die Pfeifferschen Stiftungen sowie die Klinik St. Marienstift sind freigemeinnützige Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft und die Klinik des Westens wird privat getragen.

Die Tabelle 49 gibt Auskunft über die Anzahl an Planbetten nach Fachrichtungen in den Magdeburger Krankenhäusern.

**Tabelle 49:** Planbetten nach Fachrichtung (Stand: 31.12.1996) [8]

Fachrichtung	Krankenhaus Altstadt	darunter Klinikbereich Vogelsang	Walter-Friedrich-Krankenhaus	Medizin. Fakultät d. Otto-v.-Guericke-Universität*	Pfeiffersche Stiftungen	Klinik St.Marienstift	Klinik des Westens
gesamt	636	218	415	1.314	271	150	22
Innere	298	70	108	201	100	20	-
Chirurgie	184	44	88	233	30	50	12
Neurochirurgie	20	-	-	50	-	-	-
Frauenheilkunde	-	-	42	60	-	35	10
Geburtshilfe	-	-	30	55	-	-	-
Kinderheilkunde	-	-	60	120	-	-	-
Augenheilkunde	-	-	-	50	-	-	-
Haut- und Geschlechtskrankh.	-	-	-	70	-	-	-
Urologie	60	60	-	70	-	10	-
Strahlentherapie	-	-	-	46	-	-	-
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	-	-	-	27	-	-	-
Orthopädie	44	44	-	100	141	35	-
Neurologie	-	-	37	60	-	-	-
Psychiatrie	-	-	50	90	-	-	-
Hals-Nasen-Ohren	30	-	-	82	-	-	-

\* einschließlich Frauenklinik und Kinderklinik Emanuel- Larisch- Weg

Im Vergleich zum Jahr 1995 ist die Anzahl der Krankenhausbetten nahezu gleich geblieben. In der Verteilung der Planbetten auf die Fachbereiche haben sich Änderungen ergeben. So wurden 50 Betten für die Fachrichtung Neurochirurgie in der medizinischen Fakultät der O.- v.- Guericke- Universität eingerichtet. Gleichzeitig wurde in anderen Fachbereichen dieser Klinik die Bettenzahl verringert. 39 Betten wurden in der Chirurgie und 17 Betten im Bereich Innere Medizin abgebaut. Geringe Änderungen in der Bettenzahl erfolgten auch in anderen Fachbereichen.

Die Auslastung der in den Kliniken vorhandenen Betten ist der Tabelle 50 zu entnehmen.

**Tabelle 50:** Planbetten, Pfl egetage, Bettenauslastung und durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern der Stadt Magdeburg (Stand: 31.12.1996) [8]

Einrichtung	Anzahl Planbetten	Anzahl Pfl egetage	Bettenauslastung in %	durchschn. Verweildauer in Tagen	Anzahl Fälle
Krankenhaus Altstadt	636	187.325	80,5	11,0	16.964
darunter: Klinikbereich Vogelsang	218	60.358	75,7	12,5	4.827
Walter- Friedrich- Krankenhaus	415	124.289	81,8	9,5	13.148
Medizinische Fakultät der Otto- v.- Guericke- Universität *	1.314	388.627	80,8	10,1	38.634
Pfeiffersche Stiftungen	271	84.875	85,6	16,4	5.178
Klinik St. Marienstift	150				
Klinik des Westens	22	6.387	79,3	4,4	1.452

\* einschließlich Frauenklinik und Kinderklinik Emanuel- Larisch- Weg

Die Bettenauslastung der Pfeifferschen Stiftungen und der Medizinischen Fakultät der Otto- von- Guericke- Universität hat sich im Vergleich zum Vorjahr um ca. 4% bzw. 5% erhöht. Ebenfalls eine leichte Erhöhung der Bettenauslastung hatte das Walter- Friedrich Krankenhaus zu verzeichnen. Die Bettenauslastung in den anderen Kliniken der Stadt Magdeburg ging leicht zurück. Im Krankenhaus Altstadt betraf das hauptsächlich den Klinikbereich Vogelsang, der eine um ca. 7% verminderte Bettenauslastung registrierte.

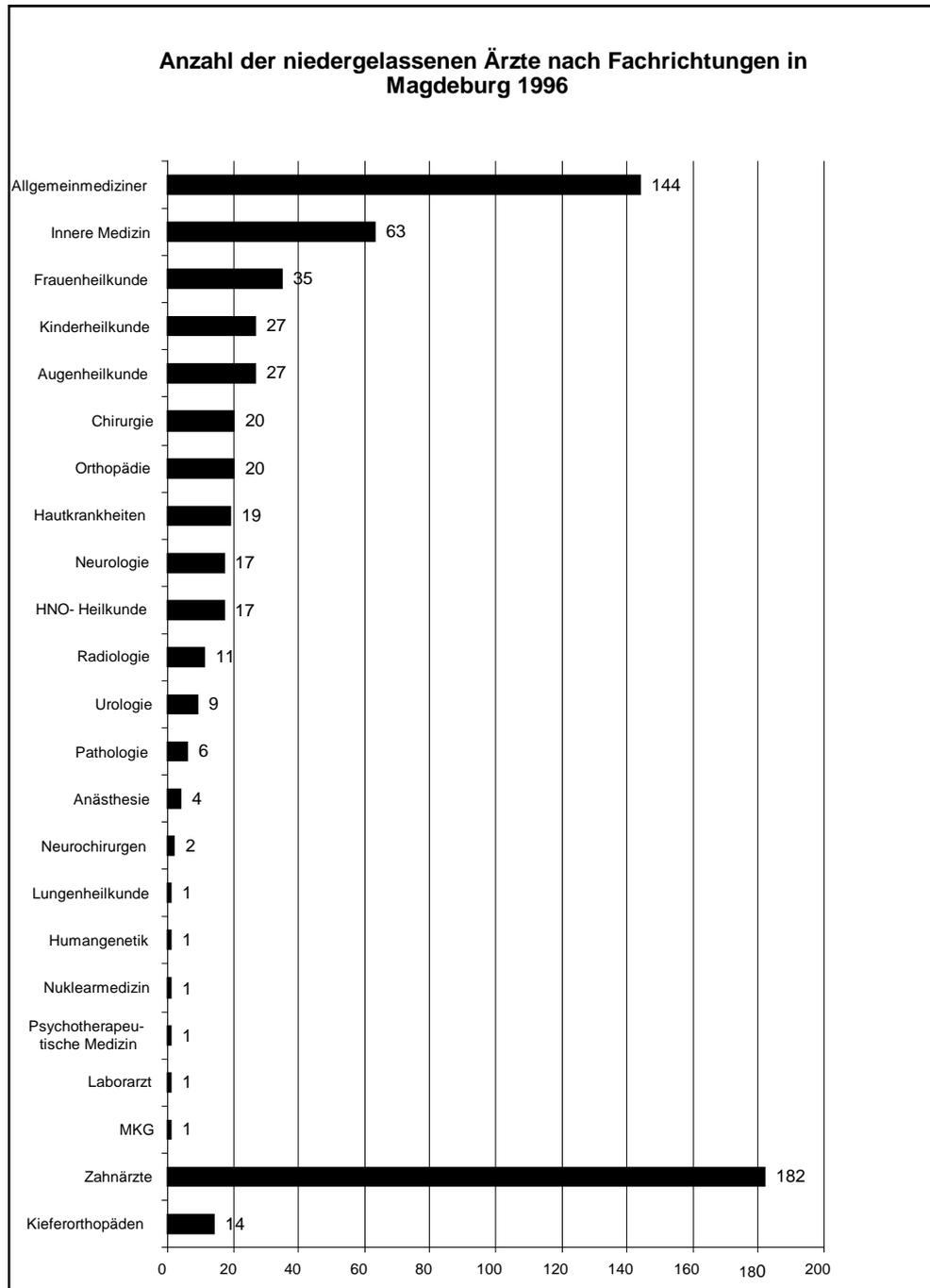
## **7.2. Ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung**

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Zahl der in Magdeburg niedergelassenen Ärzte um 11 auf 427 erhöht [9]. Für die ambulante medizinische Versorgung der Magdeburger Bevölkerung ergibt sich, daß durchschnittlich ca. 590 Einwohner von einem Arzt betreut werden. Die Anzahl der Zahnärzte (182) und Kieferorthopäden (14) ist gleich geblieben. Die Verbesserung der Versorgungslage auf ca. 1.285 Einwohner je Zahnarzt und Kieferorthopäde beruht auf dem Bevölkerungsrückgang in Magdeburg. (Stand: 31.12.1997)

Die Aufgliederung der niedergelassenen Ärzte nach Fachrichtungen ist in der Abbildung 10 dargestellt.

Von den 427 in Magdeburg niedergelassenen Ärzten nehmen 210 (49,2%) an der hausärztlichen Versorgung teil. 217 Ärzte arbeiten auf fachärztlichem Gebiet. Als Hausärzte sind alle 144 Allgemeinärzte/ Praktische Ärzte, alle 27 Kinderärzte sowie 39 (62%) der 63 Internisten tätig.

Ambulante Operationen führen in Magdeburg 81 niedergelassene Ärzte der Fachrichtungen Chirurgie (20), Haut (19), Gynäkologie (11), Augenheilkunde (8), Urologie (6), HNO (6), Allgemeinmedizin (3), Anästhesie (2), Innere Medizin (2), Neurochirurgie (2), Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (1), und Orthopädie (1) durch.



(MKG = Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie)

**Abbildung 10:** Anzahl der niedergelassenen Ärzte nach Fachrichtung in Magdeburg 1996 [9]

Als Belegärzte sind 17 niedergelassene Ärzte in Magdeburg tätig. Die Patienten der Belegärzte können stationär in einem Krankenhaus untergebracht werden, die Behandlung erfolgt durch die Belegärzte. Hierbei ist das Fachgebiet Chirurgie mit 9 Belegärzten am stärksten vertreten. Weitere Fachgebiete der Belegärzte sind die Urologie (3), die Augenheilkunde (2) und je ein Arzt der Fachgebiete Gynäkologie, Innere Medizin und Orthopädie.

Ein Teil der niedergelassenen Ärzte sind in Gemeinschaftspraxen tätig. In Magdeburg gab es am 31.12.1996 29 Gemeinschaftspraxen mit insgesamt 64 Ärzten. Gemeinschaftspraxen sind am häufigsten unter den Allgemeinmedizinern und Praktischen Ärzten zu finden.

In Magdeburg gab es Gemeinschaftspraxen folgender Fachrichtungen:

- Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte ( 6 Gemeinschaftspraxen mit zusammen 12 Ärzten)
- Augenärzte ( 3 Gemeinschaftspraxen mit zusammen 6 Ärzten),
- Kinderärzte ( 3 Gemeinschaftspraxen mit zusammen 7 Ärzten),
- Orthopäden ( 3 Gemeinschaftspraxen mit zusammen 6 Ärzten),
- Chirurgie ( 2 Gemeinschaftspraxen mit zusammen 5 Ärzten),
- Radiologie ( 2 Gemeinschaftspraxen mit zusammen 5 Ärzten),
- Urologie ( 2 Gemeinschaftspraxen mit zusammen 4 Ärzten),
- Innere Medizin ( 2 Gemeinschaftspraxen mit zusammen 4 Ärzten),
- Anästhesie ( 1 Gemeinschaftspraxis mit zusammen 4 Ärzten),
- Pathologie ( 1 Gemeinschaftspraxis mit zusammen 3 Ärzten),
- HNO ( 1 Gemeinschaftspraxis mit zusammen 2 Ärzten),
- Haut ( 1 Gemeinschaftspraxis mit zusammen 2 Ärzten),
- Nerven ( 1 Gemeinschaftspraxis mit zusammen 2 Ärzten) und
- Neurochirurgie ( 1 Gemeinschaftspraxis mit zusammen 2 Ärzten).

Die Tabelle 51 gibt Auskunft über die niedergelassenen Ärzte mit Genehmigung zur Sonographie und Teilröntgenologie in Magdeburg.

**Tabelle 51:** Niedergelassene Ärzte mit Genehmigung Sonographie und Teilröntgenologie in Magdeburg (Stand: 31.12.1996) [9]

Fachgebiet	Sonographie	Teilröntgenologie
Allgemeinärzte, Praktische Ärzte	12	1
Augenärzte	2	-
Chirurgen	6	11
Frauenärzte	33	1
HNO- Ärzte	17	1
Internisten	43	11
Kinderärzte	4	-
Lungenärzte	-	1
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen	-	1
Nervenärzte	5	1
Orthopäden	15	18
Radiologen	9	11
Urologen	9	6
<b>Anzahl Ärzte</b>	<b>155</b>	<b>63</b>

Zur qualitativ besseren medizinischen Versorgung von Patienten mit bestimmten Erkrankungen wurden Schwerpunktpraxen gebildet. In diesen apparativ besonders ausgestatteten Praxen arbeiten spezialisierte Vertragsärzte.

Aus der Tabelle 52 sind die am 31.12.1996 in Magdeburg registrierten Fachärzte mit Schwerpunkt zu entnehmen.

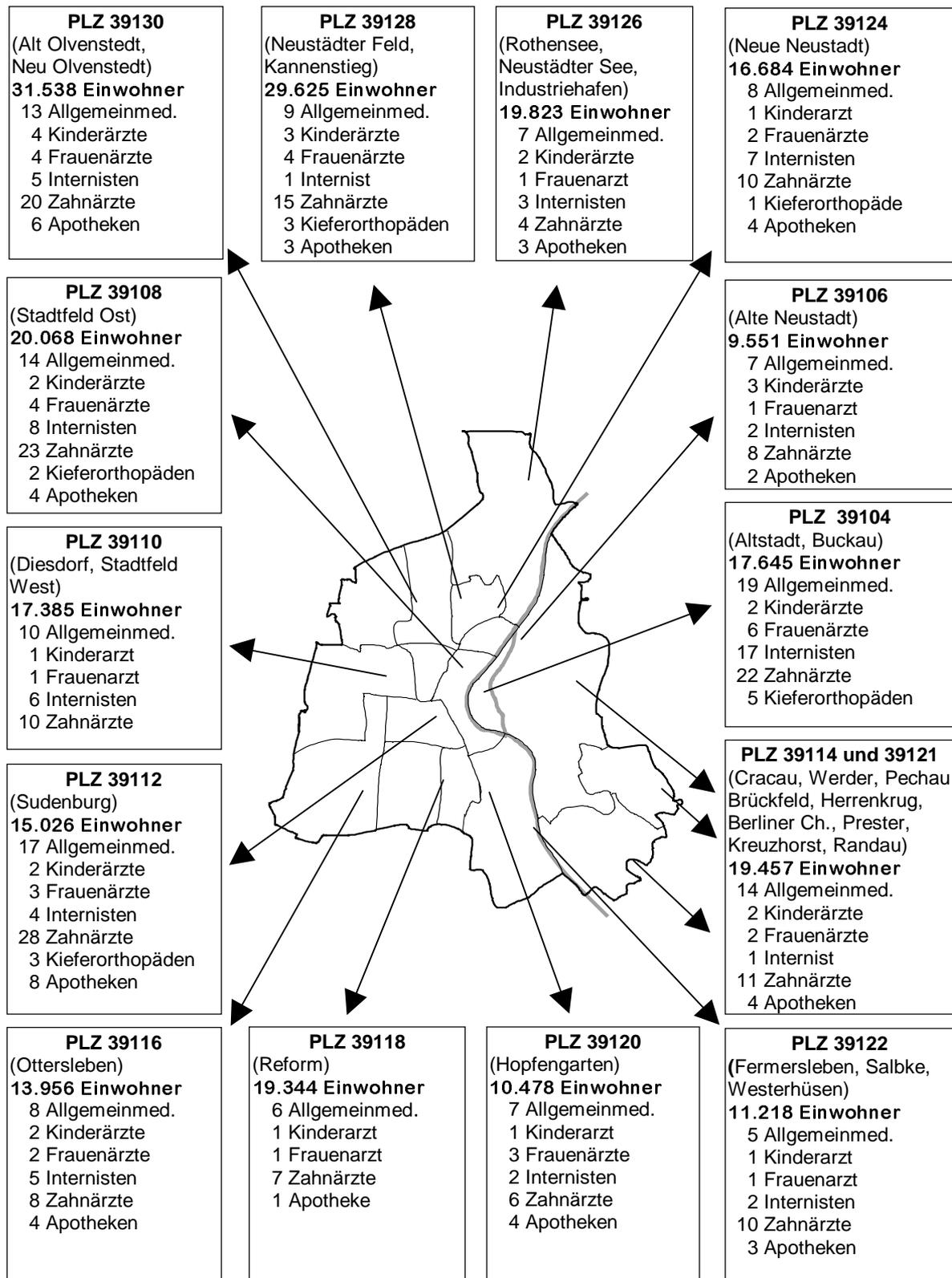
**Tabelle 52:** Übersicht der niedergelassenen Fachärzte mit Schwerpunkt in Magdeburg (Stand: 31.12.1996) [9]

Fachgebiet	Anzahl der Ärzte
Chirurgie	20
darunter : Gefäßchirurgie	2
Plastische Chirurgie	2
Hals- Nasen- Ohrenheilkunde	17
darunter : Phoniatrie und Pädaudiologie	1
Innere Medizin	63
darunter : Angiologie	1
Endokrinologie	2
Gastroenterologie	1
Kardiologie	7
Nephrologie	2
Pneumologie	5
Rheumatologie	2
Hämatologie	2
Kinderheilkunde	27
darunter : Kinderkardiologie	1
Nervenheilkunde	17
Orthopädie	20
darunter : Rheumatologie	2
Radiologie (einschließlich diagnost. Radiologie)	11
darunter : Neuroradiologie	2

Für die Bürger der Stadt Magdeburg ist es wichtig, daß in Ihrem Wohngebiet eine medizinische Grundversorgung gewährleistet wird. In der Abbildung 11 ist die ärztliche und zahnärztliche Versorgungssituation im Stadtgebiet von Magdeburg dargestellt. Die Verteilung der Allgemeinmediziner, Kinderärzte, Frauenärzte und Internisten sowie der Zahnärzte, Kieferorthopäden und Apotheken erfolgte auf der Basis der Postleitzahlbereiche der Stadt Magdeburg.

Bei den niedergelassenen Ärzten gab es im Vergleich zum Vorjahr geringe Änderungen. In Sudenburg verringerte sich die Zahl der Frauenärzte und in der Altstadt/ Buckau die Zahl der Kinderärzte um je einen. In den anderen Bereichen blieb die Situation gleich bzw. verbesserte sich. Bei den

Zahnärzten und Kieferorthopäden gab es keine Änderung in der Versorgungssituation.



**Abbildung 11 :** Verteilung von Ärzten ausgewählter Fachrichtungen und Apotheken im Stadtgebiet von Magdeburg (Stand 31.12.1996)

### **7.3. Apotheken in der Stadt Magdeburg**

Im Verlauf des Jahres 1996 hat sich die Anzahl der Apotheken in Magdeburg von 51 auf 59 erhöht [10]. Die Verteilung der Apotheken auf die Postleitzahlbereiche der Stadt Magdeburg ist der Abbildung 11 zu entnehmen. Je eine Apotheke der Postleitzahlbereiche 39120 und 39130 sind als Krankenhausapotheken der Medizinische Fakultät der Otto- v.- Guericke-Universität sowie des Walter- Friedrich- Krankenhauses registriert. In den Postleitzahlbereichen 39110, 39112, und 39120 sind je zwei Apotheken neu eröffnet worden. Um je eine Apotheke erhöhte sich die Zahl der Apotheken in den Bereichen 39108, 39122 und 39130. Trotz des allgemeinen Zuwachses an Apotheken verringerte sich im Stadtgebiet Neustädter Feld/ Kannenstieg (PLZ 39128) die Anzahl der Apotheken um eine auf drei Apotheken.

### **7.4. Ambulante Pflege**

Durch die ambulante Pflege und Betreuung wird gewährleistet, daß kranke und behinderte, pflegebedürftige Bürger so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung betreut werden können. Auf diese Weise ist es möglich, den Betroffenen die Selbständigkeit zu erhalten und Krankenhausaufenthalte zu verkürzen bzw. zu vermeiden.

Die Sozialstationen der freien Träger und private Anbieter der ambulanten häuslichen Krankenpflege können für diese Leistungen in Anspruch genommen werden.

In Magdeburg gab es 1996 folgende Sozialstationen.

Träger : Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Magdeburg e.V.

- Bandwikerstraße 7 - 9, 39114 Magdeburg

Träger : Evangelische Kirchengemeinden: Matthäus, Paulus und Markus

- Große Diesdorfer Straße 73, 39110 Magdeburg
- Freiherr - v.- Stein - Straße 47, 39108 Magdeburg

Träger : Arbeiter- Samariter- Bund

- Halberstädter Straße 60, 39112 Magdeburg

Träger : Volkssolidarität

- Heinrichstraße 33, 39124 Magdeburg
- Basedowstraße 1, 39104 Magdeburg

Träger : Deutsches Rotes Kreuz

- Olvenstedter Straße 37, 39108 Magdeburg

Träger : Caritasverband für die Stadt Magdeburg  
und die Dekanate Magdeburg und Burg

- Leipziger Straße 43, 39120 Magdeburg
- Beethovenstraße 4, 39106 Magdeburg

Neben diesen Sozialstationen waren im Gesundheitsamt am 31.12.1996 26 niedergelassene Pflegedienste für Magdeburg registriert.

## 7.5. Rettungsdienste

Im Vergleich zum vergangenen Jahr traten bei den Anbietern des Rettungsdienstes keine Änderungen ein.

Der Bestand an Rettungsfahrzeugen bei den Rettungsdiensten blieb über das Jahr 1996 konstant und ist der Tabelle 53 zu entnehmen.

**Tabelle 53 :** Fahrzeugvorhalt der Hilfsorganisationen für den Rettungsdienst (Stand 31.12.1996)[8]

Bodengebundene Rettungsmittel	Johanniter-Unfall-Hilfe	Deutsches Rotes Kreuz	Malteser Hilfsdienst	Arbeiter-Samariter-Bund	Berufsfeuerwehr Magdeburg
NEF - Notarzteinsetzfahrzeug	1	1	-	1	-
RTW - Rettungstransportwagen	1	2	-	-	1
KTW - Krankentransportwagen	4	-	5	4	-
KOM - Kombifahrzeug (RTW - KTW)	1	2	-	-	1
1 Rettungshubschrauber Christoph 36, gestellt vom Innenministerium- Katastrophenschutz, geflogen vom Bundesgrenzschutz, Trägerschaft Land Sachsen- Anhalt					

Die Zahl der Einsätze der Rettungsdienste nahm weiter zu. Während von 1994 zum Jahr 1995 eine Zunahme von 10,4% zu verzeichnen war, stieg die Zahl der Einsätze im Berichtsjahr um 3,8%.

Diese Erhöhung der Einsatzzahlen betrafen ausschließlich die Einsätze mit den Krankentransportwagen. Alle anderen Rettungstransportmittel verzeichneten einen leichten Rückgang der Einsatzzahlen gegenüber 1995. Die Verteilung der Rettungseinsätze über das Jahr 1996 , getrennt nach den Rettungsfahrzeugarten, ist der Tabelle 54 zu entnehmen.

**Tabelle 54 :** Einsätze im Rettungsdienst der Stadt Magdeburg im Jahr 1996 [8]

Monat	Einsätze im Rettungsdienst					
	gesamt 1995	gesamt 1996	davon 1996			
			Noteinsatzfahrzeuge	Rettungswagen	Krankentransportwagen	Rettungshubschrauber
Januar	3.986	4.347	814	1.439	2.066	28
Februar	3.456	3.708	684	1.234	1.760	30
März	4.196	4.166	783	1.385	1.940	58
April	3.736	4.206	750	1.342	2.038	76
Mai	3.774	4.059	688	1.298	1.990	83
Juni	3.740	4.155	742	1.417	1.919	77
Juli	3.807	3.897	675	1.209	1.944	69
August	4.202	4.183	733	1.416	1.962	72
September	3.749	3.999	726	1.418	1.798	57
Oktober	3.805	4.131	710	1.452	1.916	53
November	3.670	3.950	663	1.279	1.957	51
Dezember	4.809	3.921	745	1.411	1.735	30
insgesamt	46.930	48.722	8713	16.300	23.025	684

## Quellen

- [1] Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg  
Magdeburger Statistische Blätter Heft 17  
„Bevölkerungsstand und Bevölkerungsveränderungen  
in Magdeburg im Jahr 1996“
  - [2] Jahresbilanz 1996 des Amtes 50 - Sozialamt der Stadt Magdeburg
  - [3] Magdeburger Statistische Monatsberichte ; Amt für Statistik/ Sozialamt  
Sonderdruck März 1997 „Entwicklung ausgewählter Sozialdaten im  
2. Hj.1996“
  - [4] Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1995  
Band 51, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit
  - [5] Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Sachsen- Anhalt,  
„Daten zur Gesundheit“  
Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen- Anhalt 1994
  - [6] Amt für Statistik, Statistische Monatsberichte 1996
  - [7] Stadtklimauntersuchung Magdeburg  
SPACETEC Datengewinnung GmbH, Freiburg
  - [8] Informationen des Amtes für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg
  - [9] Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen- Anhalt
  - [10] Informationen der Apothekerkammer Sachsen- Anhalt
  - [11] Informationen des Landesamtes für Versorgung und Soziales
  - [12] Jahresbericht des Tumorregisters Magdeburg 1996  
Tumorzentrum Magdeburg/ Sachsen- Anhalt e.V.
  - [13] Informationen des Gemeinsamen Krebsregisters der Länder Berlin,  
Brandenburg, Mecklenburg- Vorpommern, Sachsen- Anhalt und der  
Freistaaten Sachsen und Thüringen
- Eigene Erhebungen des Gesundheitsamts Magdeburg

## Abkürzungsverzeichnis

AGLMB	–	Arbeitsgemeinschaft leitender Medizinalbeamter
AIDS	–	acquired immunodeficiency syndrom, erworbene Immunschwäche
BCG	–	Erreger der Tuberkulose
BSeuchG	–	Bundesseuchenschutzgesetz
BSHG	–	Bundessozialgesetzbuch
BVG	–	Bundesversorgungsgesetz
dB (A)	–	Meßgröße für den Schalldruckpegel
DMFT	–	Zahnstatus (D= kariös, M= fehlend, F= gefüllt , T= Zahn)
DPT	–	Diphtherie- Pertussis- Tetanus
DPWV	–	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
DRK	–	Deutsches Rotes Kreuz
DT	–	Diphtherie- Tetanus
EG/ EU	–	Europäische Gemeinschaft/ Europäische Union
ESF	–	Europäischer Sozialfonds
e.V.	–	eingetragener Verein
EW	–	Einwohner
FED	–	familienentlastender Dienst
FSME	–	Frühsommer- meningoenzephalitis: Europäische Zeckenenzephalitis (siehe Enzephalitis)
GdB	–	Grad der Behinderung
GUS	–	Gemeinschaft unabhängiger Staaten (ehem. Staaten der Sowjetunion)
HIV	–	human immunodeficiency virus (Erreger der AIDS- Erkrankung)
ICD	–	Diagnosenschlüssel für Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen
JuarbSchG	–	Jugendarbeitsschutzgesetz
Kita	–	Kindertagesstätte
KJHG	–	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KOBES	–	Kontakt- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen
KRG	–	Krebsregistergesetz
Krh.	–	Krankheiten
LHI	–	Landeshygieneinstitut
LSA	–	Land Sachsen- Anhalt
Mb.	–	Morbus (Krankheit)
MfASG	–	Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit
MMR	–	Masern- Mumps- Röteln
ppm	–	part per million, Maßeinheit für die Stoffkonzentration
PSAG	–	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
PsychKG	–	Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen
SchKG	–	Schwangerschaftskonfliktgesetz
SGB	–	Sozialgesetzbuch
SH	–	Selbsthilfe
SHG	–	Selbsthilfegruppe
SPZ	–	Sozialpädiatrisches Zentrum
STD	–	sexual transmitted diseases (sexuell übertragbare Krankheiten)
StGB	–	Strafgesetzbuch
STIKO	–	Ständige Impfkommision
Tbk, Tbc	–	Tuberkulose
Td	–	Tetanus- Diphtherie
TW	–	Trinkwasserwerk
U	–	Untersuchungen
VO	–	Verordnung
‰	–	bezogen auf 1.000
‱	–	bezogen auf 100.000 (der Bevölkerung)

## Erläuterung wichtiger Fachbegriffe

Nachfolgende Aufführung von Fachbegriffen erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit und wissenschaftliche Exaktheit. Sie soll lediglich eine Hilfe zum Textverständnis sein.

### A

Abstinenz	- Enthaltung von bestimmten Getränken, Enthaltbarkeit
adenoid	- drüsenartig
adipös	- fettreich, verfettet, fettleibig
Affekt	- intensive Gefühlsreaktion
Allergie	- Reaktion des Körpers auf unterschiedl. Substanzen (z.B. Ekzem, Heuschnupfen, Asthma)
Alzheimer	- ca. um das 50.Lebensjahr beginnender Hirnabbau, Hirnleistungsminderung
Amoebenruhr	- Tropenruhr, übertragbare Infektionskrankheit
Anaesthesia	- Schmerzausschaltung, Unempfindlichkeit
Anamnese	- Vorgeschichte einer Krankheit bzw. eines Patienten
anikterisch	- ohne Gelbfärbung der Haut
Anomalie	- Abweichung, Veränderung
anonymisiert	- Verzicht auf Namenszuordnung
Anorexie	- Eßstörung, Magersucht
Antikörper	- vom Körper gebildete Abwehrstoffe bei Vorhandensein von Antigenen
Aphasie	- hirnorganisch bedingte Sprachstörung
Arteriosklerose	- Erkrankung der Arterien (Blutgefäße), verbunden mit Verkalkung und Verhärtung, erschwert den Blutfluß
Asthma	- Erkrankung der Atemwege
ätiologisch, Ätiologie	- Lehre von Krankheitsursachen
Ausscheider	- Personen, die Erreger ausscheiden, ohne selbst Krankheitszeichen zu haben
autistische Kinder	- in ihren sozialen Bezügen und in ihren sprachlichen Fähigkeiten behinderte Kinder
Autopsie	- Leichenuntersuchung, Leichenöffnung

### B

bakteriell	- auf Bakterien bezogen, von Bakterien hervorgerufen
Bakterium	- Mikroorganismus; Krankheitserreger
Basaliom	- bösartiger Hauttumor
Borreliose	- durch Zeckenbiß hervorgerufene Erkrankung
Bronchien	- Luftgefäße, Verzweigungen der Luftröhre
Bronchopneumonie	- Infektion der Luftwege und der Lunge; Entzündung der Bronchien
Bronchitis	- Entzündung der Bronchien
Bulimie	- Eßstörung, Eß-Brech-Sucht

### C

Campylobacter pylori	- Bakterium, Krankheitserreger
cerebral	- das Großhirn betreffend
Chirurgie	- operative Heilkunst
Chlamydien	- Bakterien; Krankheitserreger
Cholera	- Infektionskrankheit, sog. Gallenbrechruhr
chronische Krankheit	- langdauernde, häufig wiederkehrende Krankheit
Coli- Enteritis	- übertragbare, anzeigepflichtige Darmerkrankung der Säuglinge
Colitis ulcerosa	- Dickdarmentzündung mit Geschwürsbildung
coming-out	- sich zum Anderssein bekennen (v.a. Homosexuelle)
cystische Fibrose	- Mukoviszidose; vererbte Stoffwechselerkrankung u.a.mit Verdauungsstörungen, Atemstörungen

## D

- Deformität - Verunstaltung bei Körperteilen und Organen
- Demographie - Beschreibung der Bevölkerung
- Dermatologie - Lehre von den Hauterkrankungen
- Designerdrogen - neuzeitige, chemisch hergestellte, illegale Drogen, meist in Tablettenform
- Desinfektion - Keimabtötung
- Destruktion - Zerstörung
- Diabetes, Diabetes mellitus - Zuckerkrankheit
- Diphtherie - Infektionskrankheit, Hals- Rachenbräune
- Dispensaire - ständige gesundheitliche Beobachtung und Betreuung

## E

- Ekzem - Juckflechte, Hautkrankheit
- Embryo - Frucht im Mutterleib
- Emission - Luftverunreinigung; Schadstoffe, die abgegeben werden
- Encephalitis - Gehirnentzündung
- Endemie - ständiges Vorkommen einer Infektionshäufung in einem bestimmten Gebiet
- endokrin - Drüsen und innere Sekrete betreffend
- Endokrinopathien - Krankheiten v.a. der hormonbildenden Drüsen bzw. Organe oder Gewebe
- Entamoeba histolytica - Amöbenart mit ausgeprägtem Formwechsel
- Enteritis infectiosa - ansteckende Darmerkrankung
- Epidemie - massenhaftes Auftreten einer Infektionskrankheit in örtlicher und zeitlicher Begrenzung
- Epilepsie - hirnorganisches Anfallsleiden
- Escherichia coli - Kolibakterien
- extrahiert - gezogen (Zahn)
- extrapulmonal - außerhalb der Lunge

## F

- fäkal - den Kot betreffend
- Fluor - Halogen, manche Fluorverbindungen schützen vor Karies
- Fluor-Lack-touchierungen - Zahnversiegelung

## G

- gastrointestinal - Magen und Darm betreffend
- Gelbfieber - ansteckende Tropenkrankheit
- Gerontopsychiatrie - Psychiatrie des alten Menschen
- Gonokokken - Bakterien; Krankheitserreger
- Gonorrhoe - Geschlechtskrankheit
- Gynäkologie - Frauenheilkunde

## H

- hämatopoetisch - die Blutbildung betreffend
- Haemophilus influenzae - Erreger, der zu Komplikationen der Virusgrippe führen kann
- Hepatitis - Leberentzündung, Gelbsucht
- Heredo-Ataxie - erbliche Störung der Bewegungssteuerung
- Herzinsuffizienz - Herzmuskelschwäche ungenügende Herzleistung
- Hodgkin-Lymphom - bösartige Erkrankung des Lymphsystems, Lymphogranulomatose
- hyperaktive Kinder - Entwicklungsstörung mit Bewegungsunruhe

## I

ikterisch, Ikterus	- Gelbfärbung der Haut
Immission	- Gehalt der Luft an verunreinigenden Stoffen
Immunisierung	- gezielte Herbeiführung der Immunität
Immunität	- Unempfindlichkeit gegenüber Erregern nach wiederholtem Kontakt
Indikation	- Beweggrund für Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden oder Heilmittel
Infektion	- Ansteckung, ansteckende Erkrankung
Integration	- Eingliederung
Internist	- Facharzt für innere Erkrankungen
intervenieren	- eingreifen
intrathorakal	- innerhalb des Brustkorbes
intravenös	- in die Vene spritzen
Inzidenz	- Neuerkrankungszahlen
ischämisch	- örtliche Blutleere, Unterbrechung der arteriellen Blutversorgung

## K

Karies	- Zahnfäule
Keratoconjunktivitis epidemica	- übertragbare Horn- und Bindehautentzündung des Auges
kognitiv	- auf die Erkenntnis bezogene Funktionen wie Wahrnehmen, Erkennen, Lernen und Denken
kurativ	- heilend

## L

Leberzirrhose	- krankhafte Veränderung des Lebergewebes
Legionellose	- Legionärskrankheit, Infektionserkrankung
Leukämie	- Blutkrebs
Logopädie	- Sprachheilkunde
Lokalisation	- räumliche Lage
Luesserologie	- Untersuchung des Blutserums auf Syphiliserreger
Lupus erythematoses	- Krankheit des rheumatischen Formenkreises mit Beteiligung verschiedener Organsysteme
Lymphpe	- flüssiges Zwischenglied zwischen Blut und Gewebe
Lymphknoten	- kleine Organe des Lymphsystems
Lymphom	- bösartige Lymphknotenvergrößerung
Lymphozyten	- Bestandteil der Lymphe

## M

Malaria	- ansteckende Erkrankung, v.a. in Tropen und Subtropen; Wechselfieber
maligne	- bösartig
manuell	- mit der Hand
Mb.Bechterew	- zur Wirbelsäulenversteifung führende Entzündung der Wirbelgelenke; rheumatische Erkrankung
Mb.Crohn	- entzündliche Darmerkrankung
Mb.Huntington	- vererbare Erkrankung des Gehirn u.a. mit Störung der Bewegungssteuerung
Melanom	- gutartige od. bösartige Neubildung des pigmentbildenden Gewebes der Haut und des Auges
Meningen	- Hirn- oder Rückenmarkshaut, (Einz.: Meninx)
Meningitis	- Hirnhautentzündung
Meningokokken	- Erreger der epidemischen Hirnhautentzündung
Meningokokkenmeningitis	- durch Meningokokken hervorgerufene Meningitis
metereologisch	- wetterkundlich
mikrobiell	- auf mikroskopisch kleine Lebensformen bezogen
Mikrobiologie	- Lehre , die sich mit mikroskopisch kleinen Lebewesen beschäftigt
Mobbing	- psychischer Streß durch Kollegen am Arbeitsplatz

Mobilität	- körperliche und geistige Beweglichkeit, Häufigkeit des Ortwechsels (z.B. Wohnort, Reisen)
monovalente Morbidität	- einwertig - zusammenfassender Begriff für das Erkranken und das Kranksein
Mortalität	- Sterblichkeit; Sterbeziffer
Motorik	- Bewegungsvorgänge
multiple Sklerose	- Erkrankung des Zentralnervensystems mit vielgestaltiger Symptomatik (z.B. Lähmungen und Sehstörungen)
Mumps	- Ziegenpeter
Myelom	- bösartige Veränderung des Knochenmarks
Myokardinfarkt	- Herzinfarkt
<b>N</b>	
Naevi	- Fehlbildungen der Haut, Hautmale
Neisseria	- Bakteriengattung
Neurochirurgie	- Chirurgie des Nervensystem
Neurodermitis	- zur Ekzemgruppe gehörendes Krankheitsbild
Neurologie	- Lehre von den Nervenerkrankungen
Neurose	- eine Form psychischer Störungen
Non-Hodgkin-Lymphom	- bösartige Erkrankung des Lymphsystems
<b>O</b>	
Onkologie	- Lehre von den bösartigen Neubildungen (Geschwülste, Krebserkrankungen)
Ophthalmologie	- Augenheilkunde
oral	- den Mund betreffend, mit dem Mund
Ornithose	- auf den Menschen übertragbare Vogelkrankheit
Orthopädie	- Lehre von Entstehung und Behandlung der Störungen des Haltungs- und Bewegungsapparates
Osteogenesis imperfecta	- mangelhafte Knochenbildung v.a. bei Neugeborenen
Osteoporose	- im Alter vorkommender Knochenschwund
<b>P</b>	
Pädiatrie	- Kinderheilkunde
Pankreas	- Bauchspeicheldrüse
Paratyphus	- Erkrankung des Verdauungssystems mit Fieber, Milzschwellung und Darmgeschwüren
Parkinson-Syndrom	- neurologisches Syndrom unterschiedlicher Ursachen
perinatal	- Zeit um die Geburt herum
peripher	- außen, am Rand liegend
Peritoneum	- Bauchraum
Pertussis	- Keuchhusten
perzeptiv	- die Wahrnehmung betreffend
Pharynx	- Rachen, gemeinsamer Teil der Luft- und Speiseröhre
pH-Wert	- Meßwert der sauren bzw. basischen Zustandes
Pigment	- eingelagerte Farbkörperchen
Pneumonie	- Lungenentzündung
Polio, Poliomyelitis	- infektiöse Erkrankung des Rückenmarks, Kinderlähmung
Polypen	- gestielte geschwulstähnliche Schleimhautveränderungen
Population	- Bevölkerung, Bevölkerungsgruppe
Prävention	- Vorbeugung, Verhütung
Prophylaxe	- vorbeugender Gesundheitsschutz
Prostata	- Vorsteherdrüse
protektiv	- schützend
Proteus	- Bakteriengattung, bedingt Krankheitserreger
Psittacose	- auf den Menschen übertragbare Erkrankung der Papageienvögel/Sittiche
Psychiatrie	- Lehre von den seelischen und geistigen Erkrankungen

psychisch	- die seelischen und geistigen Vorgänge betreffend; seelisch
Psychologie	- Lehre von den geistig-seelischen Vorgängen und Verhaltensprozessen
Psychoonkologie	- Lehre von den psychischen Vorgängen und Einflußgrößen bei Krebserkrankungen
psychosozial	- das Psychische und Soziale in ihrer Abhängigkeit betreffend
psychotherapeutisch, Psychotherapie	- Krankenbehandlung mittels psychologischer Methoden
psychotrope Substanzen	- auf den psychischen Zustand einwirkende Stoffe
<b>R</b>	
Reaktivierung	- erneutes Auftreten eines Krankheitsprozesses; Maßnahme zur erneuten Aktivierung
Reduktion	- Minderung, Verkleinerung, Herabsetzung
Rehabilitation	- Wiederherstellung und Wiedereingliederung eines durch Krankheit, Unfallfolgen od. angeborenen Fehler Geschädigten in körperlicher, geistiger und beruflicher Hinsicht
retikuloendotheliales System	- Organe und Zellen zur Bildung von Immunkörpern
Retroperitoneum	- hinterer Bauchraum
Rifampicinprophylaxe	- medikamentöse Vorbeugung gegen Meningitis epidemica (Hirnhautentzündung)
Rotaviren	- Virus, Erreger von Magen- Darmentzündungen
<b>S</b>	
Salmonellen	- Bakterien, Erreger von Darmkrankheiten
Salmonellosen	- durch Salmonellen hervorgerufene Darmerkrankungen; bakterielle Lebensmittelvergiftung
Scabies, Skabies	- Krätze
Sekret	- Absonderung, v.a. von Drüsen
Sektion	- Leichenöffnung
Sensomotorik	- Gesamtheit aller Mechanismen zur Steuerung der motorischen Aktivität
Serovar	- Serotyp, Unterteilung aufgrund der Eigenschaften des Erregers
Shigellen	- Bakterien; Erreger der Bakterienruhr
Shigellose	- Bakterienruhr
Skoliose	- Verbiegung der Wirbelsäule
somato, somatisch	- den Körper betreffen
Spaltträger	- Personen mit Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten
Spastik	- Muskeltonuserhöhung bei zentraler Lähmung; Störung der Bewegungssteuerung
Staphylokokken	- Bakteriengattung, bedingt Krankheitserreger
Stomatologie	- Zahnheilkunde
Streptokokken	- Bakteriengattung, bedingt Krankheitserreger
subsidiär	- Nachrangigkeit im politischen und sozialen Sinne
Suburbanisierung	- Verstädterung
Suizid	- Selbsttötung
Symptom	- Krankheitszeichen
Syndrom	- in Kombination auftretende Krankheitszeichen
Syphilis	- ansteckende Geschlechtskrankheit
<b>T</b>	
Tetanus	- Wundstarrkrampf
Tinnitus	- Ohrgeräusche
Topographie	- Gesamtheit der Ausstattung des Erdraumes wie Oberflächengestalt, Verkehrswege u.s.w.
trivalent	- dreiwertig
Tuberkulintest	- Test zum Nachweis der Tuberkulose

Tuberkulose (Tbk,Tbc)	- durch Bakterien hervorgerufene, meist chronisch verlaufende Infektionskrankheit, die unterschiedliche Organe befallen kann.
Typhus	- Infektionskrankheit des Verdauungssystems
<b>U</b>	
Urogenitalsystem	- System der Harn-und Geschlechtsorgane
Urologie	- Lehre von den Erkrankungen der Harnorgane
<b>V</b>	
Varicellen	- Windpocken
Varicocele	- Krampfaderbruch
Virus	- Mikroorganismus, Krankheitserreger
Virushepatitis	- durch Viren hervorgerufene Lebererkrankung, Virusgelbsucht
Virus-Meningoencephalitis	- durch Viren hervorgerufene Hirnhautentzündung, die auf das Hirn übergreift
<b>Y</b>	
Yersinia	- Bakteriengattung
Yersiniosen	- durch Yersinia hervorgerufene Magen-Darmerkrankung
<b>Z</b>	
zerebral	- das Großhirn betreffend
Zöliakie	- Verdauungsstörung, vorwiegend im Kleinkindalter, Gluten (Eiweiß des Getreides) - Unverträglichkeit
Zoonose	- Tierkrankheit, dessen infektiöse Erreger auf den Menschen übertragen werden können

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Altersdurchschnitt in ausgewählten Jahren [1]	1
Tabelle 2: Ausländer mit Hauptwohnsitz in Magdeburg nach ausgewählten Nationalitäten in den Jahren 1993 bis 1996 [1]	3
Tabelle 3: Natürliche Bevölkerungsbewegung in der Stadt Magdeburg in den Jahren 1989 bis 1996 [1]	4
Tabelle 4: Zusammensetzung der Hilfen zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen zum Stichtag 31.12.1996 in Magdeburg im Vergleich zum Vorjahr [2]	6
Tabelle 5: Alters und Geschlechtsstruktur der Sozialhilfeempfänger zum 31.12.1996 in Magdeburg [2]	7
Tabelle 6: Größe und Struktur der Bedarfsgemeinschaften zum 31.12.1996 in Magdeburg [3]	7
Tabelle 7: Beschäftigungsformen	8
Tabelle 8: Anzahl der Hilfeempfänger in Heimen 1993 bis 1996 in Magdeburg [2]	8
Tabelle 9: Gestorbene absolut und in Prozent nach Geschlecht und Altersgruppen in Magdeburg 1996	10
Tabelle 10: Gestorbene absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (9. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 1996	14
Tabelle 11: Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems 1996	15
Tabelle 12: Sterblichkeit an Neubildungen 1996	16
Tabelle 13 : Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen 1996	17
Tabelle 14: häufige Todesursachen der Altersgruppe 1 - 19 Jahre, gesamt	18
Tabelle 15: häufige Todesursachen der Altersgruppe 20 - 39 Jahre, Frauen	18
Tabelle 16: häufige Todesursachen der Altersgruppe 20 - 39 Jahre, Männer	18
Tabelle 17: häufige Todesursachen der Altersgruppe 40 - 59 Jahre, Frauen	18
Tabelle 18: häufige Todesursachen der Altersgruppe 40 - 59 Jahre, Männer	19
Tabelle 19: häufige Todesursachen der Altersgruppe 60 - 79 Jahre, Frauen	19
Tabelle 20: häufige Todesursachen der Altersgruppe 60 - 79, Männer	19
Tabelle 21: Übrige Formen der Enteritis infektiosa	23
Tabelle 22: Tuberkulosefälle in Magdeburg 1994 bis 1996	24
Tabelle 23 : sexuell übertragbare Krankheiten	24
Tabelle 24: Virushepatitis	26
Tabelle 25: Meningitis	26
Tabelle 26: ausgewählte meldepflichtige Erkrankungen 1994 bis 1996 in Magdeburg	30
Tabelle 27: Krebsneuerkrankungen (bundesweite Inzidenz) 1993	32
Tabelle 28: Im Tumorregister Magdeburg registrierte Krebsneuerkrankungen 1996	35
Tabelle 29: Neuerkrankungen in der ehem. DDR bzw. in den neuen Bundesländern und Berlin-Ost von 1985 bis 1994	36
Tabelle 30: Neuerkrankungen in Sachsen- Anhalt 1985 bis 1994	37
Tabelle 31: Neuerkrankungen in der Stadt Magdeburg 1985 bis 1994	38
Tabelle 32: Entwicklung des Bestandes der Behinderten von 1994 bis 1996 Im Land Sachsen- Anhalt	41
Tabelle 33: Altersverteilung und Grad der Behinderung (GdB) in der Stadt Magdeburg	42
Tabelle 34: Schwerbehinderung und Merkzeichen in der Stadt Magdeburg	43
Tabelle 35: Arbeitslose und arbeitslose Behinderte in der Stadt Magdeburg	43
Tabelle 36: Impfkalender für Säuglinge, Kinder und Jugendliche (Stand : Oktober 1995)	45
Tabelle 37: Impfstatus bei der Schulanfängeruntersuchung für das Jahr 1996	46
Tabelle 38: Mütterschulkurse im Gesundheitsamt 1996	51
Tabelle 39: Leistungen der Mütterberatung im Gesundheitsamt 1996	51
Tabelle 40: Untersuchungsergebnisse bei der Einschulungsuntersuchung 1996 (Geburtsjahrgänge 1989/90)	54
Tabelle 41: Ergebnis der Schulanfängeruntersuchungen 1996	56
Tabelle 42: Überweisungen an Fachärzte bei der Untersuchung der 2. Klassen im Schuljahr 1995/96	57

<i>Tabelle 43: Überweisungen an Fachärzte bei der Untersuchung der 6. Klassen im Schuljahr 1995/96</i>	57
<i>Tabelle 44: Überweisungen an Fachärzte bei der Untersuchung der 10. bzw. 9H- Klassen im Schuljahr 1995/96</i>	58
<i>Tabelle 45: Leistungen der Reisemedizinischen Beratungs- und Impfstelle des Gesundheitsamtes</i>	63
<i>Tabelle 46: Untersuchungen auf sexuell übertragbare Krankheiten im Gesundheitsamt 1995 und 1996</i>	75
<i>Tabelle 47: Angebote im Gesundheitssport</i>	80
<i>Tabelle 48: Leistungen für andere Ämter</i>	85
<i>Tabelle 49: Planbetten nach Fachrichtung (Stand: 31.12.1996) [8]</i>	95
<i>Tabelle 50: Planbetten, Pflage tage, Bettenauslastung und durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern der Stadt Magdeburg (Stand: 31.12.1996) [8]</i>	96
<i>Tabelle 51: Niedergelassene Ärzte mit Genehmigung Sonographie und Teilröntgenologie in Magdeburg (Stand: 31.12.1996) [9]</i>	98
<i>Tabelle 52: Übersicht der niedergelassenen Fachärzte mit Schwerpunkt in Magdeburg (Stand: 31.12.1996) [9]</i>	99
<i>Tabelle 53: Fahrzeugvorhalt der Hilfsorganisationen für den Rettungsdienst (Stand 31.12.1996)[8]</i>	103
<i>Tabelle 54: Einsätze im Rettungsdienst der Stadt Magdeburg im Jahr 1996 [8]</i>	103

## Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1 : Altersstruktur der Magdeburger Hauptwohnsitzbevölkerung 1996 [1]</i>	2
<i>Abbildung 2: Gestorbene nach Altersgruppen und Geschlecht in Magdeburg 1995</i>	10
<i>Abbildung 3: Gestorbene nach Sterbemonat und Geschlecht in Magdeburg im Jahr 1996</i>	11
<i>Abbildung 4: Sterbefälle nach Todesursachen in Magdeburg 1996</i>	13
<i>Abbildung 5: Salmonellosen</i>	22
<i>Abbildung 6: ätiologisch ungeklärte Erkrankungshäufungen</i>	28
<i>Abbildung 7: Kopflausbefall</i>	29
<i>Abbildung 8: Beratungsangebote für Krebskranke in der Stadt Magdeburg</i>	77
<i>Abbildung 9: Niederschläge und mittlere Lufttemperatur in Magdeburg 1996 [6]</i>	92
<i>Abbildung 10: Anzahl der niedergelassenen Ärzte nach Fachrichtung in Magdeburg 1996 [9]</i>	97
<i>Abbildung 11: Verteilung von Ärzten ausgewählter Fachrichtungen und Apotheken im Stadtgebiet von Magdeburg (Stand 31.12.1996)</i>	101