

Gesundheitsbericht der Landeshauptstadt Magdeburg 1997



erarbeitet vom Gesundheitsamt Magdeburg

Herausgegeben vom Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Magdeburg

Magdeburg 1998

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 der Stadt Magdeburg den dritten kommunalen Gesundheitsbericht vor.

Dieser Bericht verzichtet auf die Darstellung möglichst vieler gesundheitlicher Einflußfaktoren und konzentriert sich, wie bereits im letzten Gesundheitsbericht angekündigt, auf einige Schwerpunktthemen.

Für diese Berichterstattung wurden folgende Themen ausgewählt:

- Versorgungsstrukturen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen und Menschen mit Suchterkrankungen in der Stadt Magdeburg und
- Entwicklung der Zahngesundheit in der Stadt Magdeburg von 1993 - 1997 und die Auswirkungen der Gruppenprophylaxe.

Neben diesen Schwerpunkten wurde die jahresbezogene Darstellung der Bevölkerungsentwicklung (Demographie), der Todesursachen (Mortalität) und der Erkrankungshäufigkeit (Morbidität) an meldepflichtigen Krankheiten in diesen Bericht aufgenommen. Durch die Angabe dieser Daten lassen sich Rückschlüsse auf die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung ziehen. Im Vergleich mit Angaben aus den Vorjahren können Entwicklungen dargestellt und als Entscheidungsgrundlage für Gesundheitsstrategien genutzt werden.

Trotz der ausführlichen Darstellung der Schwerpunktthemen bleiben sicher auch hier einige Fragen offen. Falls Sie sich für weitergehende Informationen interessieren sollten, wenden Sie sich bitte an das Gesundheitsamt Magdeburg.

Wir möchten uns an dieser Stelle bei allen bedanken, die uns mit der Bereitstellung von Daten geholfen haben, diesen Bericht zu erstellen. Unser besonderer Dank gilt

- dem Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg,
- den in der gemeindenahen Psychiatrie der Stadt Magdeburg tätigen Einrichtungen und freien Trägern,

und allen beteiligten MitarbeiterInnen des Gesundheitsamtes Magdeburg.

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

SR Dr.med.E.Kühne
Amtsarzt

Inhaltsverzeichnis

1. Demographische Situation	1
1.1. Bevölkerungsstand	1
1.2. Ausländer	4
1.3. Natürliche Bevölkerungsbewegung	4
1.4. Wanderungsbewegung	5
2. Sterblichkeit und Todesursachen (Mortalität)	7
2.1. Alters- und Geschlechtsstruktur der Sterbefälle	7
2.2. Gestorbene nach Sterbemonat	8
2.3. Todesursachen im Überblick	9
2.3.1. Nicht natürliche Todesursachen	9
2.3.2. Natürliche Todesursachen	10
2.4. Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen	13
2.4.1. Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems	13
2.4.2. Sterblichkeit an Neubildungen bzw. Krebserkrankungen.	14
2.4.3. Sterblichkeit an weiteren häufigen Todesursachen	16
2.5. Häufige Todesursachen in den Altersgruppen	17
2.5.1. Altersgruppe 1 - 19 Jahre	17
2.5.2. Altersgruppe 20 - 39 Jahre	17
2.5.3. Altersgruppe 40 - 59 Jahre	18
2.5.4. Altersgruppe 60 - 79 Jahre	19
2.5.5. Altersgruppe ab 80 Jahre	20
2.6. Säuglingssterblichkeit	20
3. Morbidität meldepflichtiger Krankheiten	21
3.1. Enteritis infectiosa (infektiöse Darmerkrankungen)	22
3.1.1. Salmonellosen	22
3.1.2. Übrige Formen der Enteritis infectiosa	23
3.2. Tuberkulose	24
3.3. Sexuell übertragbare Krankheiten	25
3.4. HIV und AIDS	26
3.5. Sonstige meldepflichtige übertragbare Krankheiten	27
3.5.1. Typhus und Paratyphus	27
3.5.2. Shigellosen	27
3.5.3. Virushepatitis	27
3.5.4. Meningitis	29
3.5.5. Malaria	30
3.5.6. Masern	30
3.5.7. Borreliose	30
3.5.8. Ätiologisch ungeklärte Erkrankungshäufungen	30
3.5.9. Röteln	31
3.5.10. Mumps	31
3.5.11. Pertussis	31
3.5.12. Varicellen	31

3.5.12. Scharlach	31
3.5.13. Skabies	32
3.5.14. Kopflausbefall	32
3.5.15. Keratokonjunktivitis epidemica	32
3.5.16. Legionellose	33
3.5.17. Creutzfeldt - Jacob - Krankheit	33
3.5.18. Angeborene Listeriose	33
4. Versorgungsstrukturen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen und Menschen mit Suchterkrankungen in der Stadt Magdeburg	34
4.1. Einleitung	34
4.2. Versorgungsstrukturen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen	35
4.2.1. Komplementäre Versorgung:	36
4.2.2. Medizinische Versorgung	43
4.3. Versorgung Suchtkranker	44
4.3.1. Ambulante und teilstationäre Angebote	44
4.3.2. Stationäre Angebote	54
4.4. Kooperation	56
5. Entwicklung der Zahngesundheit in Magdeburg von 1993 - 1997 Auswirkungen der Gruppenprophylaxe	57
5.1. Grundlagen	57
5.2. Entwicklung des Kariesbefalls	59
5.3. Kariesrisiko	60
5.4. Wissenschaftliche Studie des Kariesbefalls	62
5.4.1. Methodische Anmerkungen	62
5.4.2. Ergebnisbeschreibung	64
5.4.3. Zahnärztliche Befunde	64
5.4.4. Ausgewählte Ergebnisse zum Fragebogen	66
5.5. Schlußfolgerungen	69
Quellen	71
Abkürzungsverzeichnis	72
Erläuterung wichtiger Fachbegriffe	73
Tabellenverzeichnis	78
Abbildungsverzeichnis	79

1. Demographische Situation

1.1. Bevölkerungsstand

Die Zahl der Einwohner mit Hauptwohnsitz in Magdeburg sank im Jahr 1997 um ca. 5.500 Personen auf 245.509. Damit setzte sich der seit einigen Jahren zu beobachtende Bevölkerungsverlust ungebrochen fort.

Gekennzeichnet ist dieser Trend, der hauptsächlich durch die Abwanderung von Familien mit Kindern in das Umland verursacht wird, durch eine weitere Erhöhung des Durchschnittsalters der Magdeburger Bevölkerung. Der Altersdurchschnitt erhöhte sich 1997 auf 42,22 Jahre.

In der folgenden Tabelle wird die Entwicklung der Einwohnerzahl und des Altersdurchschnittes in den letzten Jahren in Magdeburg dargestellt.

Tabelle 1 : Altersdurchschnitt in ausgewählten Jahren [1]

(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt)

Jahr	Einwohner gesamt	davon weiblich	Altersdurchschnitt
1990	278.807	146.740	38,26
1991	275.238	144.470	39,07
1992	272.516	142.637	39,48
1993	270.546	140.626	39,88
1994	265.379	137.666	40,45
1995	257.656	133.560	41,08
1996	251.031	130.454	41,67
1997	245.509	127.746	42,22

Die angegebenen Bevölkerungszahlen von 1997 basieren auf der Fortschreibung des Einwohnermelderegisters durch das Amt für Statistik.

Von den 1997 mit Hauptwohnsitz in Magdeburg gemeldeten Personen waren 127.746 Personen weiblichen Geschlechts und 117.763 Personen männlichen Geschlechts. Das Verhältnis der Geschlechter blieb mit 52 % weiblich zu 48 % männlich gegenüber dem Vorjahr nahezu gleich. Besonders übersichtlich ist die Darstellung der Alters- und Geschlechtsstruktur als sogenannte „Bevölkerungspyramide“ (Abb. 1).

Hier wird die unterschiedliche Belegung der verschiedenen Alters- und Geschlechtsgruppen, welche als waagerechte Balken dargestellt werden, deutlich. So gibt es bis zum 41. Lebensjahr einen Männerüberschuß und zum höheren Lebensalter einen Frauenüberschuß, der sich mit steigendem Alter immer stärker ausprägt.

Innerhalb der Stadtgrenzen ist die Altersstruktur der Bevölkerung ebenfalls nicht einheitlich. Die geschichtliche Entwicklung der Stadtteile spielt hierbei eine wichtige Rolle. So ist es nicht erstaunlich, daß im Stadtteil Neu-Olvenstedt überdurchschnittlich viele Kinder im Alter bis 17 Jahren leben. Schließlich gibt es dieses Neubaugebiet noch keine 20 Jahre. Weitere Stadtteile mit überdurchschnittlich hohem Kinderanteil sind Pechau, Brückfeld und Buckau. Dagegen leben relativ wenig Kinder in Altstadt, im Herrenkrug und in der Leipziger Straße. Gerade in den „kinderarmen“ Stadtteilen leben relativ viele Menschen mit einem Alter über dem 65. Lebensjahr (Altstadt, Fermersleben und Leipziger Straße).



© Landeshauptstadt Magdeburg Amt für Statistik Stand 31.12.1997
 Quelle: Fortschreibung auf der Basis des Einwohnermelderegisters

Abbildung 1: Altersstruktur der Magdeburger Hauptwohnsitzbevölkerung 1997 [1]

Auffällig ist die Altersstruktur des Stadtteiles Herrenkrug. Hier leben nicht nur relativ wenig Kinder bis zum 17. Lebensjahr sondern auch sehr wenig ältere Menschen ab dem 65. Lebensjahr. Im Durchschnitt gehören 33,3 % der Magdeburger Bevölkerung diesen beiden Altersgruppen an. Im Herrenkrug sind es dagegen nur 22,9 %. In diesem Stadtteil haben 730 Personen ihren Hauptwohnsitz. Damit gehört der Herrenkrug zu den Stadtteilen mit einer relativ geringen Einwohnerzahl.

Die Anteile der Altersgruppen in den einzelnen Stadtteilen sind in der Abbildung 2 dargestellt.

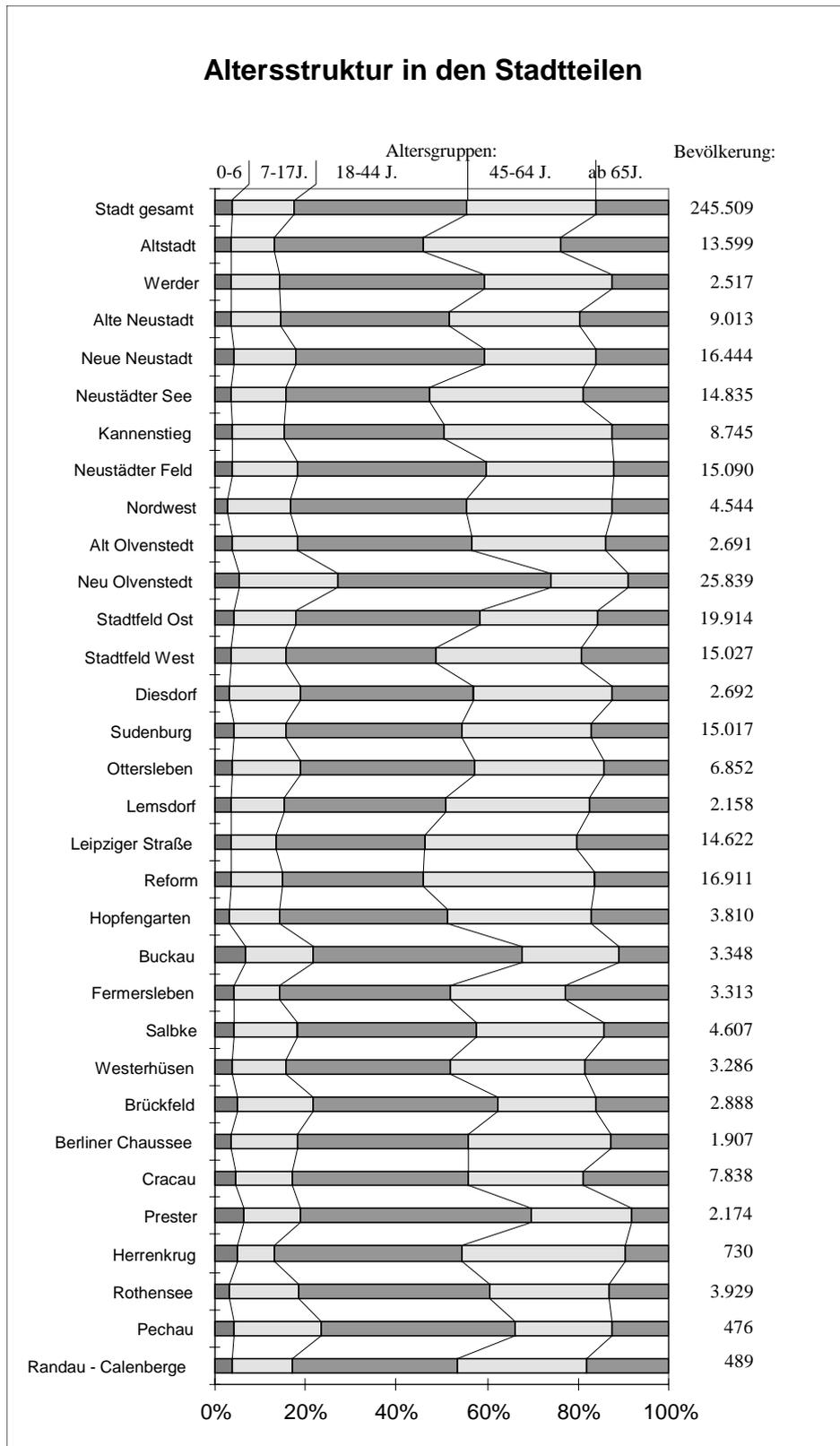


Abbildung 2: Altersstruktur der Magdeburger Bevölkerung in den Stadtteilen 1997 [1]
(nicht aufgeführte Stadtteile haben weniger als 100 Einwohner)

1.2. Ausländer

Die Anzahl der Ausländer hat sich 1997 in Magdeburg geringfügig verändert. Im Berichtsjahr lebten 5.817 Ausländer sowie 466 Aussiedler und 296 Asylbewerber in Magdeburg.

Die zahlenmäßig stärkste Ausländergruppen kommen aus dem ehemaligen Jugoslawien (631), Vietnam (558), der ehemaligen Sowjetunion (261) und der Türkei (261). Während bei allen Nationalitäten ein leichter Bevölkerungsrückgang zu verzeichnen war, erhöhte sich 1997 die Anzahl der in Magdeburg lebenden Türken. Die nachfolgende Tabelle stellt die Entwicklung der Ausländerzahlen in den letzten Jahren sowie die Anteile ausgewählter Nationalitäten dar.

Tabelle 2: Ausländer mit Hauptwohnsitz in Magdeburg nach ausgewählten Nationalitäten in den Jahren 1993 bis 1997 [1]

Fortschreibung des Amtes für Statistik auf der Basis des Einwohnermelderegisters

Nationalität	1993	1994	1995	1996	1997
ehem. Jugoslawien	389	423	674	664	631
Vietnam	753	764	673	617	558
ehem. Sowjetunion	588	510	427	337	261
Rumänien	607	584	568	290	133
Polen	483	477	253	254	228
Bulgarien	481	467	449	252	124
Türkei	173	193	229	241	261
Algerien	102	107	95	88	79
sonstige	1.937	2.301	2.741	3.139	3.542
Gesamt	5.513	5.826	6.109	5.882	5.817

1.3. Natürliche Bevölkerungsbewegung

Die Bevölkerungsstruktur wird von der natürlichen Bevölkerungsbewegung (Bilanz aus Geburten und Sterbefällen) und von der Wanderungsbewegung (Zu- und Wegzüge aus dem Stadtgebiet) beeinflusst.

Seit Jahren ist in Magdeburg, wie in Sachsen- Anhalt ein kontinuierlicher Bevölkerungsverlust festzustellen. Bei der natürlichen Bevölkerungsbewegung zeichnet sich in den letzten Jahren wieder ein positiver Trend ab. Nachdem im Jahr 1996 bereits ein Anstieg um 161 auf 1.499 Lebendgeborene registriert wurde, erhöhte sich die Anzahl der Neugeborenen im Jahr 1997 auf 1.603. Besonders beachtlich ist dieser Geburtenanstieg, weil die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter (von 15 bis unter 45 Jahren) in Magdeburg weiter abnahm. Die Kennziffern der letzten Jahren zur natürlichen Bevölkerungsbewegung in der Stadt Magdeburg sind in der Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Natürliche Bevölkerungsbewegung in der Stadt Magdeburg in den Jahren 1989 bis 1997 [1]

(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt)

Jahr	Lebend geborene	Geburtensziffer (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	1.499	5,9	51,7	52,0	28,5	2.831	-1.374
1997	1.603	6,5	49,4	52,0	32,4	2.693	-1.090

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

Fortschreibung des Amtes für Statistik auf der Basis des Einwohnermelderegisters

Trotzdem der negative Saldo der natürlichen Bevölkerungsbewegung in den letzten Jahren kontinuierlich abgenommen hat, waren es 1997 noch immer 1.090 Sterbefälle mehr als Geburten. Einen großen Anteil am Rückgang der Bevölkerungsverluste durch die natürliche Bevölkerungsbewegung in Magdeburg hatte die im Vergleich zu den Vorjahren geringere Anzahl Sterbefälle.

1.4. Wanderungsbewegung

Im Jahr 1997 zogen 12.088 Personen aus dem Stadtgebiet fort und 7.237 Personen zogen zu. Damit ergibt sich ein Bevölkerungsverlust von 4.851 Personen aufgrund der räumlichen Wanderungsbewegung.

Die Entwicklung der Wanderungsbewegung in den letzten Jahren ist in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 4: Entwicklung der Wanderungsbewegung in den Jahren 1990 - 1997 in der Stadt Magdeburg [1]

(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt 1990 - 1996 amtliche Zahlen

1997 eigene Fortschreibung des Amtes für Statistik auf der Basis des Einwohnermelderegisters ohne Wohnsitzstatusänderung (WS-Änderungen). Die amtlichen Zahlen berücksichtigen WS- Änderungen, d.h. Zuzüge beinhalten die Änderung von Nebenwohnung in Hauptwohnung, während Wegzüge die Änderung von Hauptwohnung in Nebenwohnung beinhalten)

Jahr	Zuzüge	Wegzüge	Wanderungssaldo
1990	5.401	14.556	-9.155
1991	4.977	7.121	-2.144
1992	5.512	6.600	-1.088
1993	6.955	7.128	-173
1994	5.892	10.234	-4.342
1995	6.153	12.366	-6.213
1996	7.263	12.556	-5.293
1997	7.237	12.088	-4.851

Dieser Verlust wirkt sich auf den Rückgang der Magdeburger Bevölkerung nahezu fünf mal so stark aus, wie der nicht ausgeglichene Saldo zwischen den Geburten und den Sterbefällen.

Nach wie vor ist der Trend zum Wohnen im Magdeburger Umland ungebrochen. Über die Hälfte der aus Magdeburg weggezogenen Personen siedelten sich in den umliegenden Landkreisen (Ohrekreis, Jerichower Land, Bördekreis und Kreis Schönebeck) an. Unter den Zuzügen sind dagegen nur etwa ein Viertel der Personen aus den genannten Landkreisen.

Tabelle 5: Zu- und Wegzüge der deutschen Hauptwohnsitzbevölkerung im Jahr 1997 nach und von Magdeburg [1]

(Stand: 31.12.1997, Fortschreibung des Amtes für Statistik auf der Basis des Einwohnermelderegisters)

Region	Zuzüge	Wegzüge	Wanderungs-saldo
Jerichower Land	371	1.211	-840
Ohrekreis	539	2.850	-2.311
Bördekreis	263	773	-510
Schönebeck	280	385	-105
Übr.Regierungsbezirk	812	1.360	-548
Übr. LSA	269	310	-41
Übr. neue Bundesländer	442	549	-107
Alte Bundesländer	1.530	1.899	-369
Berlin	134	170	-36
EU- Staaten	17	15	2
Übr. Ausland	83	19	64
Unbekannt *)	623	610	13
Gesamt	5.363	10.151	-4.788

*) Aufgrund unvollständiger oder fehlender Angaben keiner Region zuzuordnen

Weiterführende Aussagen zu den Bevölkerungszahlen in Magdeburg sind in [1] enthalten.

2. Sterblichkeit und Todesursachen (Mortalität)

Die Sterblichkeit gilt als einer der wichtigsten Indikatoren zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Statistische Aussagen zur Sterblichkeit können aus den im Gesundheitsamt vorliegenden Todesbescheinigungen gewonnen werden.

Die hier dargestellten Zahlen beruhen ausschließlich auf der Auswertung der im August 1998 im Gesundheitsamt Magdeburg vorliegenden Totenscheine, erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und ersetzen nicht die amtliche Todesursachenstatistik des Statistischen Landesamtes von Sachsen-Anhalt. Ursachen für Differenzen zur amtlichen Todesursachenstatistik können der verspätete Eingang der Todesbescheinigungen oder Autopsieunterlagen im Gesundheitsamt, die nachträgliche Korrektur der Todesursache durch eine Autopsie und die ungenaue Angabe der Todesursache sein.

Für die hier dargestellte Todesursachenanalyse wird die auf dem Totenschein angegebene Grunderkrankung genutzt. Sie bezieht sich auf die im Jahr 1997 verstorbenen Magdeburger ab dem ersten Lebensjahr. Die Säuglingssterblichkeit wird im Abschnitt 2.6. ausgewertet.

2.1. Alters- und Geschlechtsstruktur der Sterbefälle

Zum Zeitpunkt der Auswertung lagen dem Gesundheitsamt Magdeburg die Todesbescheinigungen von 2.656 Magdeburgern vor. Unter den Verstorbenen befanden sich 8 Säuglinge, die das erste Lebensjahr noch nicht erreicht hatten, sowie 1.478 Personen (55,8 %) weiblichen Geschlechts und 1.170 Personen (44,2 %) männlichen Geschlechts.

In der nachfolgenden Tabelle ist die Alters- und Geschlechtsstruktur der im Jahr 1997 verstorbenen Magdeburger dargestellt.

Tabelle 6: Gestorbene absolut und in Prozent nach Geschlecht und Altersgruppen in Magdeburg 1997

Altersgruppe	Gestorbene insgesamt		davon männlich		davon weiblich	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
01 - 04 Jahre	2	0,08	1	0,09	1	0,07
05 - 09 Jahre	4	0,15	4	0,34	0	0,00
10 - 14 Jahre	1	0,04	0	0,00	1	0,07
15 - 19 Jahre	5	0,19	2	0,17	3	0,20
20 - 29 Jahre	21	0,79	14	1,20	7	0,47
30 - 39 Jahre	54	2,04	35	2,99	19	1,29
40 - 49 Jahre	101	3,81	70	5,98	31	2,10
50 - 59 Jahre	232	8,76	158	13,50	74	5,01
60 - 69 Jahre	448	16,92	277	23,68	171	11,57
70 - 79 Jahre	685	25,87	285	24,36	400	27,06
80 - 89 Jahre	836	31,57	272	23,25	564	38,16
über 89 Jahre	259	9,78	52	4,44	207	14,01
Summe	2.648	100,00	1.170	100,00	1.478	100,00
	100 %		44,2 %		55,8 %	

Obwohl die Lebenserwartung für Frauen allgemein höher liegt, sind 55,8 % der Verstorbenen weiblichen Geschlechts und 44,2 % männlichen Geschlechts. Diese eigentlich widersprüchliche Tatsache klärt sich beim Vergleich mit der Altersstruktur in der Magdeburger Bevölkerung (Abbildung 1). Hier ist zu erkennen, daß der Frauenanteil in den höheren Altersgruppen und somit höherem Sterberisiko stark zunimmt. Mehr als die Hälfte der verstorbenen Frauen haben ein Alter über 80 Jahre erreicht, dagegen erreichten weniger als 30 % der verstorbenen Männer dieses Alter.

Die Verteilung der Verstorbenen auf die Altersgruppen wird in der nachfolgenden Abbildung dargestellt. Die Gesamtzahl der Verstorbenen Frauen bzw. der verstorbenen Männer ist je 100 %.

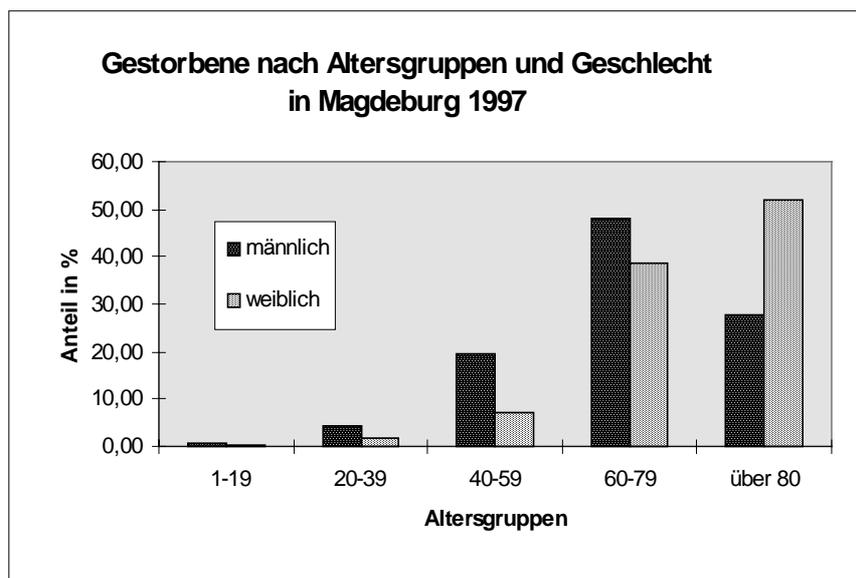


Abbildung 3: Gestorbene nach Altersgruppen und Geschlecht in Magdeburg 1997

2.2. Gestorbene nach Sterbemonat

Die saisonale Verteilung der Sterbefälle zeigt sich 1997 zwischen den Geschlechtsgruppen relativ ausgeglichen. Die Monate mit den höchsten Sterblichkeiten sind der Dezember und der Januar. Für die Frauen waren diese Monate in den vergangenen Jahren auch die Monate mit den höchsten Sterblichkeiten.

Eine niedrige Sterblichkeit für beide Geschlechter wurde im Monat April registriert.

In der folgenden Abbildung ist die Verteilung der Sterbefälle auf die Monate des Jahres 1997 in Magdeburg dargestellt.

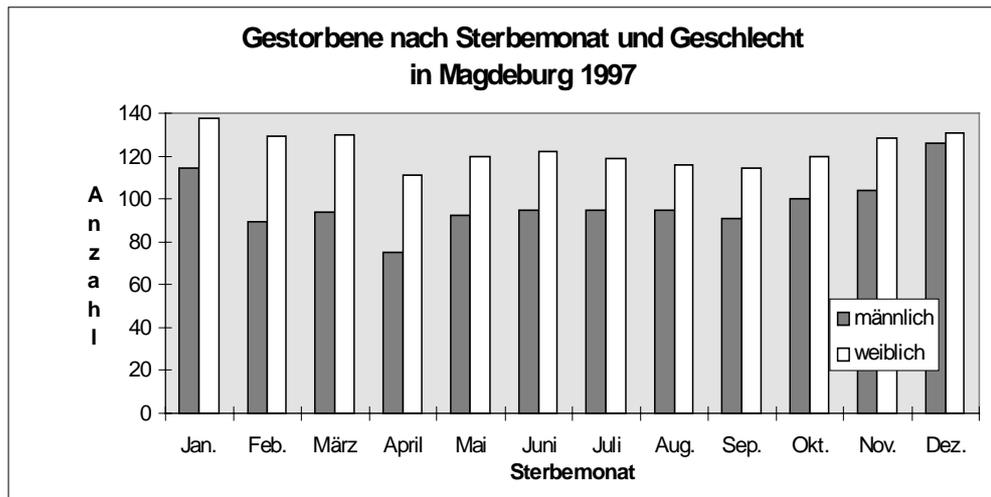


Abbildung 4: Gestorbene nach Sterbemonat und Geschlecht in Magdeburg im Jahr 1997

2.3. Todesursachen im Überblick

Zur Ermittlung der Todesursachenstatistik lagen dem Gesundheitsamt 1997 2.648 Totenscheine (ohne Säuglinge) vor. Davon starben 2.523 Personen (95,3 %) an einem natürlichen Tod. Die Frauen starben mit 97,2 % häufiger an einem natürlichen Tod als die Männer (92,8 %).

Bei 115 Verstorbenen (4,3 %) wurde eine nicht natürliche Todesursache festgestellt.

Bei 10 Todesfällen wurde auf dem Totenschein die Todesursache als „nicht aufgeklärt“ gekennzeichnet. Ermittlungen, ob ein Straftatbestand vorliegt wurden jedoch von Kriminalpolizei bzw. Staatsanwaltschaft durchgeführt. Auf 8 Totenscheinen wurde keine Todesursache angegeben. Durch Nachforschungen des Gesundheitsamtes konnten diese Todesursachen aufgeklärt werden.

2.3.1. Nicht natürliche Todesursachen

Obwohl die Zahl der Verstorbenen im Vergleich zum Vorjahr weiter abgenommen hat, gab es 1997 einen Anstieg um 22 bei den nicht natürlichen Todesfällen. Zu den nicht natürlichen Todesfällen zählen Unfälle, Verkehrsunfälle, Selbsttötungen sowie Tötungen durch fremde Hand. Unter diesen 115 Todesfällen befinden sich 37 Frauen.

Im Jahr 1997 sind 34 Magdeburger an den Folgen eines *Unfalls* verstorben. In dieser Gruppe sind Unfälle im Haus, Arbeits- und Sportunfälle (außer Verkehrsunfälle) erfaßt. An den Unfalltoten haben die Männer einen Anteil von ca. zwei Drittel. Besonders stark betroffen ist die Altersgruppe von 30 bis 39 Jahre mit 6 Unfalltoten. Das mittlere Sterbealter infolge von Unfällen beträgt für Männer 46,8 Jahre.

Bei den Frauen zeigt sich eine Häufung erst im Alter ab 70 Jahren. In diesem Altersbereich ereigneten sich 7 der insgesamt 11 Unfälle mit tödlichem

Ausgang. So lag das mittlere Sterbealter der Frauen durch Unfälle mit 63,7 Jahren entsprechend höher.

Im Vergleich zum Vorjahr waren es 1997 zwei unfalltote Männer mehr. Das mittlere Sterbealter durch Unfälle verlagerte sich 1997 insgesamt um ca. 3 Jahre zu den jüngeren Jahrgängen.

Ein **Verkehrsunfall** war 1997 bei 22 der Verstorbenen (0,83 %) die Todesursache. Diese 22 Verstorbenen waren ausschließlich Magdeburger Bürger die an den Folgen eines Verkehrsunfalls, auch außerhalb von Magdeburg verstorben waren. Unter den Verkehrstoten befanden sich 9 Personen weiblichen und 13 Personen männlichen Geschlechts. Jeweils 6 Frauen und 6 Männer, die an einem Verkehrsunfall verstarben, gehörten den Altersgruppen von 15 bis 39 Jahren an. Die anderen Verkehrstoten gehörten den Altersgruppen von 50 bis 79 Jahren an. Das mittlere Sterbealter durch Verkehrsunfälle lag 1997 bei den Frauen bei 38 Jahren und bei den Männern bei 46,8 Jahren. Im Vergleich zum Vorjahr hat die Anzahl der verkehrstoten Frauen von 3 (1996) auf 9 (1997) zugenommen. Bei den Männern kam es dagegen zu einem Rückgang der Verkehrstoten von 18 (1996) auf 13 (1997).

An einem **Suizid** verstarben 1997 in Magdeburg insgesamt 54 Personen, davon 18 Frauen und 36 Männer. Damit hatte diese Todesursache bei den Männern einen Anteil von 3,1 %. Bei den Frauen lag der Anteil bei 1,2 %. Das mittlere Sterbealter für Suizid betrug für die Frauen 55,5 Jahre und für die Männer 49,5 Jahre. Die Zahl der Suizide nahm im Vergleich zum Vorjahr stark zu. Im Jahr 1996 starben an dieser Todesursache 6 Frauen und 29 Männer.

2.3.2. Natürliche Todesursachen

Unter den natürlichen Todesfällen waren im Jahr 1997 wieder die **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** mit einem Anteil von 51,5 % und 1.363 Verstorbenen die häufigsten Todesursachen. Unter den Frauen war der Anteil noch höher, er lag bei 56,2 %. Die Männer starben zu 45,5 % an diesen Erkrankungen. An dem hohen mittleren Sterbealter für diese Erkrankungen von 82,4 Jahren für Frauen und 73,6 Jahren für Männer, welches weit über dem mittleren Sterbealter von 77,5 Jahren für Frauen bzw. 68,7 Jahren für Männer liegt wird deutlich, daß die Mehrzahl dieser Todesfälle in einem sehr hohen Alter auftritt. Das hohe Sterbealter deutet damit eher auf einen guten Gesundheitszustand hin. [2]

Die **Neubildungen** folgen an zweiter Stelle der natürlichen Todesursachen mit einem Anteil von 23,7 % und 627 Verstorbenen. Bei 26,1 % der verstorbenen Männer wurde auf dem Totenschein eine Krebserkrankung als Todesursache angegeben. Bei den Frauen waren es dagegen 21,7 %. An den nächsten Stellen folgten die **Erkrankungen des Verdauungssystems** mit 159 Verstorbenen und einem Anteil von 6 % und die **Erkrankungen des Atmungssystems** mit 125 Verstorbenen und einem Anteil von 4,7 %. Im Jahr 1996 befand sich die Gruppe der **Verletzungen und Vergiftungen**, welche die nicht natürlichen Todesarten beinhaltet, noch an der sechsten

Stelle der Häufigkeiten. Im Jahr 1997 wurde diese Diagnoseklasse an der fünften Stelle mit 121 Verstorbenen und einem Anteil von 4,6 % registriert. Die **Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten** wurden mit 119 Verstorbenen und einem Anteil von 4,5 % an die sechste Stelle bei den Todesursachenhäufigkeiten verdrängt. In der nachfolgenden Abbildung sind die Sterbefälle als Anteile der Diagnoseklassen dargestellt.

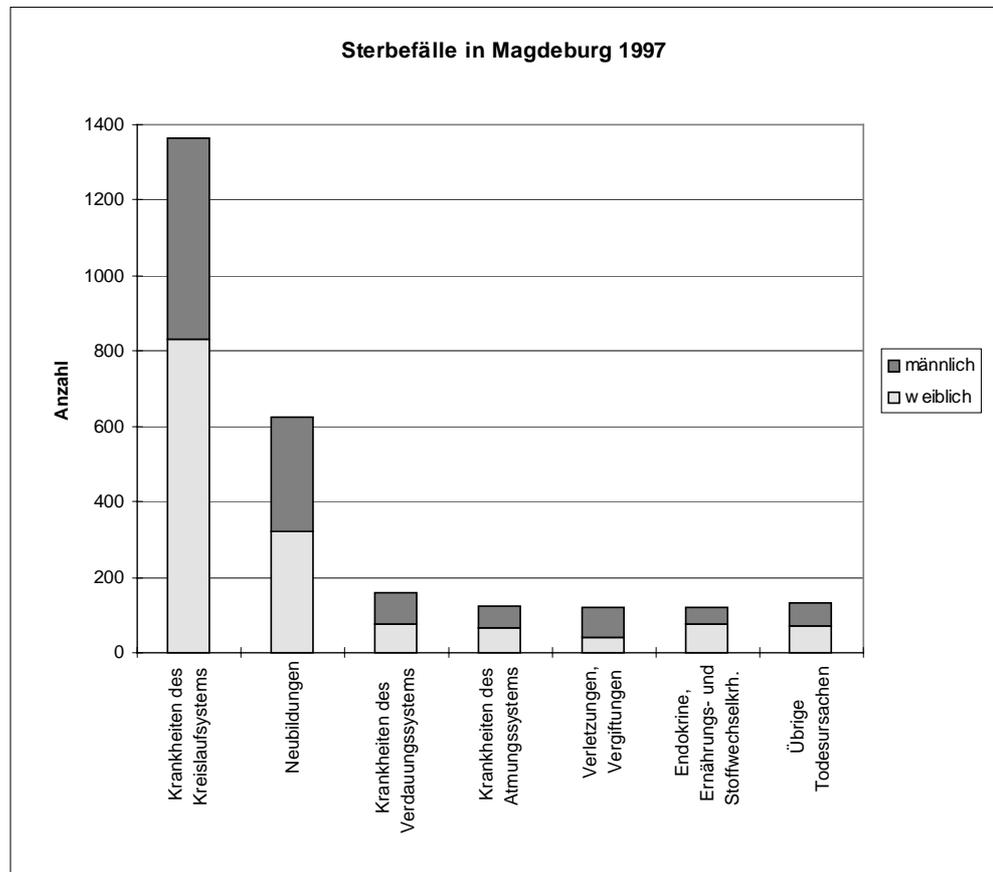


Abbildung 5: Sterbefälle nach Todesursachen in Magdeburg 1997

Bei den verstorbenen Männern war die Häufigkeitsverteilung der Todesdiagnosegruppen ähnlich der allgemeinen Häufigkeitsverteilung. Lediglich die Gruppe der Verletzungen und Vergiftungen belegte vor den Krankheiten des Atmungssystems den Rang vier.

Bei den verstorbenen Frauen ergab sich nach den Krankheiten des Kreislaufsystems und den Neubildungen eine andere Rangfolge der Todesursachengruppen. Nach der Gruppe Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten als dritthäufigste Diagnosegruppe folgten die Krankheiten des Verdauungssystems und die Krankheiten des Atmungssystems an vierter und fünfter Stelle. Die Verletzungen und Vergiftungen auf Rang sechs hatten 1997 mit 41 Verstorbenen einen Anteil von 2,8 % an den verstorbenen Frauen. Bei den Frauen gab es dagegen einen leichten Rückgang des mittleren Sterbealters um 0,3 Jahre auf 77,5 Jahre.

Tabelle 7: Gestorbene absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (9. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 1997

Diagnoseklasse (laut ICD)	Gestorbene insgesamt			davon weiblich			davon männlich		
	absolut	in %)*	mittleres Sterbe- alter	absolut	in %)**	mittleres Sterbe- alter	absolut	in %)***	mittleres Sterbe- alter
001-139 infek. u. parasit. Krankheiten	9	0,34	73,8	3	0,20	76,0	6	0,51	72,7
140-239 Neubildungen	627	23,68	69,3	321	21,72	70,0	306	26,15	67,9
240-279 Endokrine, Ernährungs u. Stoffwechselkrh.	119	4,49	74,6	75	5,07	77,8	44	3,76	69,2
280-289 Krh. d. Blutes u. d. blutbildenden Organe	13	0,49	81,1	6	0,41	84,5	7	0,60	78,1
290-319 Psychische Krankheiten	21	0,79	68,2	10	0,68	73,7	11	0,94	63,3
320-389 Krh. d. Nervensystems u. d. Sinnesorgane	24	0,91	57,4	12	0,81	63,3	12	1,03	51,5
390-459 Krh. d. Kreislaufsystems	1.363	51,47	78,9	831	56,22	82,4	532	45,47	73,6
460-519 Krh. d. Atmungssystems	125	4,72	76,8	66	4,47	78,3	59	5,04	75,0
520-579 Krh. d. Verdauungssystems	159	6,00	62,7	74	5,01	67,7	85	7,26	58,4
580-629 Krh. d. Urogenitalsystems	29	1,10	77,6	19	1,29	77,5	10	0,85	77,7
680-709 Krh. d. Haut u. d. Unterhautgewebes	9	0,34	76,0	7	0,47	77,0	2	0,17	72,5
710-739 Krh. d. Muskel- u. Skelettsystems u. d. Bindegewebes	3	0,11	63,0	2	0,14	75,5	1	0,09	38,0
740-759 Angeborene Anomalien	4	0,15	36,8	1	0,07	19,0	3	0,26	42,7
780-799 Symptome, u. ungenau bezeichnete Zustände	13	0,49	60,4	6	0,41	66,0	7	0,60	55,6
800-999 Verletzungen und Vergiftungen	121	4,57	52,4	41	2,77	57,2	80	6,84	49,9

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl aller in Magdeburg 1997 Verstorbenen (2.648)* bzw. auf die verstorbenen Frauen (1.478)** oder auf die verstorbenen Männer (1.170)***.

Dieser Rückgang ist begründet durch die größere Anzahl der durch einen nicht natürlichen Tod verstorbenen Frauen. Dieser Anteil erhöhte sich von 1,69 % im Vorjahr auf 2,77 % im Berichtsjahr, gleichzeitig fiel das mittlere Sterbealter für diese Diagnoseklasse bei den Frauen von 67,0 Jahren auf 57,2 Jahre. Bei den Männern trat ebenfalls eine Erhöhung der nicht natürlichen Todesfälle auf, jedoch erhöhte sich hier das mittlere Sterbealter für diese Todesursachen von 46,9 Jahren auf 49,9 Jahre.

2.4. Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen

2.4.1. Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems

Mehr als die Hälfte aller Todesfälle waren 1997 in Magdeburg die Folge einer Herz- Kreislauferkrankungen. Davon verursachten die Durchblutungsstörungen, die Arterienverkalkung und das Herzversagen die meisten Todesfälle unter diesen Erkrankungen. Das mittlere Sterbealter an diesen Erkrankungen liegt weit über dem allgemeinen mittleren Sterbealter von 77,5 Jahren für Frauen bzw. 68,7 Jahren für Männer.

Dagegen liegt beim Herzinfarkt, der als Ursache für 168 Todesfälle (Anteil: 6,34 %) angegeben wurde, das mittlere Sterbealter ca. zwei Jahre unter dem allgemeinen mittlerem Sterbealter.

Im Vergleich zum Jahr 1996 gab es geringfügige Änderungen. Bei den Frauen nahmen die Todesfälle durch Arterienverkalkung um ca. 1,8 % und durch Herzversagen um ca. 1,2 % ab, die Todesfälle durch akute Gefäßerkrankungen des Gehirns nahmen um ca. 1% zu. Bei den Männern erhöhte sich die Zahl der Todesfälle infolge von Durchblutungsstörungen um ca. 1 %. Das Herzversagen verursachte bei den Männern ca. 1,2 % weniger Todesfälle als im Vorjahr.

In der nachfolgenden Tabelle sind die Zahlen über die an einer Herz- Kreislauferkrankung Verstorbenen zusammengefaßt.

Tabelle 8: Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (9. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 1997

Diagnoseklasse (laut ICD)	Gestorbene insgesamt			davon weiblich			davon männlich		
	absolut	in %)*	mittleres Sterbe- alter	absolut	in %)**	mittleres Sterbe- alter	absolut	in %)***	mittleres Sterbe- alter
414 Durchblutungs- störungen	306	11,56	80,0	184	12,45	82,0	122	10,43	76,9
440 Arterienverkalkung	252	9,52	83,0	168	11,37	85,2	84	7,18	78,7
428 Herzversagen	170	6,42	84,2	118	7,98	85,8	52	4,44	80,5
410 Herzinfarkt	168	6,34	70,3	72	4,87	75,5	96	8,21	66,5
401 Bluthochdruck	79	2,98	78,1	55	3,72	81,3	24	2,05	70,7
437 sonst. Gefäßerkrankungen des Gehirns	63	2,38	83,2	50	3,38	83,6	13	1,11	82,0
436 akute Gefäßerkrankung des Gehirns	52	1,96	81,4	37	2,50	84,9	15	1,28	72,8

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl aller in Magdeburg 1997 Verstorbenen (2.648)* bzw. auf die verstorbenen Frauen (1.478)** oder auf die verstorbenen Männer (1.170)***.

2.4.2. Sterblichkeit an Neubildungen bzw. Krebserkrankungen.

Die höchste Krebssterblichkeit mit 4 % aller Todesfälle wurde durch die bösartigen Neubildungen an Luftröhre, Bronchien und Lunge verursacht. Sehr häufig trat diese Todesursache bei den Männern mit einem Anteil von 6,4 % auf. Das Bronchialkarzinom gehört zu den besonders bösartigen Tumorformen mit einer hohen Mortalität. Der entscheidende Risikofaktor für die Entstehung dieser Erkrankung ist das Rauchen [2]. Für Frauen steht diese Krebsart nach Brustkrebs mit 3,8 % erst an zweiter Stelle der Krebstodesursachen mit 2,1 %.

Die zweithäufigste Krebstodesursache für Männer mit einem Anteil von 2,6% und die dritthäufigste für Frauen mit einem Anteil von 2 % ist der Magenkrebs. Weitere häufige Todesursachen unter den Neubildungen sind der Dickdarmkrebs mit einem Anteil von 1,8 % , der Pankreas- und der Enddarmkrebs mit je einem Anteil von 1,4 % an den Verstorbenen.

Die nachfolgende Tabelle gibt Auskunft über die Mortalität an Krebserkrankungen 1997 in Magdeburg.

Tabelle 9: Sterblichkeit an Neubildungen absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (9. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 1997

Diagnoseklasse (laut ICD)	Gestorbene insgesamt			davon weiblich			davon männlich		
	absolut	in %)*	mittleres Sterbe- alter	absolut	in %)**	mittleres Sterbe- alter	absolut	in %)***	mittleres Sterbe- alter
162 bösart. Neubildung Luftr. Bronchus, Lunge	106	4,00	67,9	31	2,10	71,7	75	6,41	66,3
153 bösart. Neubildung Dickdarm	48	1,81	71,5	26	1,76	72,5	22	1,88	70,2
154 bösart. Neubildung Enddarm	36	1,36	71,0	15	1,01	73,3	21	1,79	69,4
174 bösart. Neubildung weibl. Brustdrüse	56	2,11	67,5	56	3,79	67,5	-	-	-
157 bösart. Neubildung Pankreas	37	1,40	70,0	22	1,49	71,7	15	1,28	67,6
151 bösart. Neubildung Magen	59	2,23	72,1	29	1,96	72,7	30	2,56	71,5
185 bösart. Neubildung Prostata	17	0,64	71,6	-	-	-	17	1,45	71,6
156 bösart. Neubildung Galle	16	0,60	72,8	12	0,81	74,7	4	0,34	67,0
188 bösart. Neubildung Harnblase	15	0,57	80,0	6	0,41	83,0	9	0,77	78,0
189 bösart. Neubildung Niere	20	0,76	72,3	8	0,54	74,3	12	1,03	70,9
180 bösart. Neubildung Muttermund	8	0,30	63,1	8	0,45	63,1	-	-	-

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl aller in Magdeburg 1997 Verstorbenen (2.648)* bzw. auf die verstorbenen Frauen (1.478)** oder auf die verstorbenen Männer (1.170)***.

2.4.3. Sterblichkeit an weiteren häufigen Todesursachen

Die Leberzirrhose zählte im Jahr 1997 mit 98 Sterbefällen und einem Anteil von 3,7 % wieder zu den häufigen Einzeltodesursachen. Im Vergleich zum Vorjahr ergab sich ein Anstieg um 22 Sterbefälle. Die Leberzirrhose kann verschiedene Ursachen, z.B. bestimmte Hepatitisformen, haben. Die überwiegende Anzahl der Erkrankungsfälle ist jedoch auf den Alkoholkonsum zurückzuführen [2].

Durch Auswertung der Diagnoseuntergruppen der Leberzirrhose läßt sich erkennen, daß ca. zwei Drittel dieser Sterbefälle durch Alkohol bedingt war. In wieweit bei den anderen Sterbefällen durch diese Erkrankung bereits eine Vorschädigung durch Alkohol bestand, läßt sich nicht nachweisen.

Das mittlere Sterbealter bei Leberzirrhose ist mit 60,5 Jahren bei den Frauen und 56,9 Jahren bei den Männern ausgesprochen niedrig. Bei der alkoholbedingten Leberzirrhose liegt das mittlere Sterbealter ca. 3 Jahre darunter. Bei den anderen alkohol- und drogenbedingten Sterbefällen gab es im Vergleich zum Vorjahr geringfügige Änderungen. So stieg die Zahl der durch Alkohol- und Drogenabhängigkeit und Mißbrauch Verstorbenen um einen Sterbefall an. Die Todesfälle durch Alkoholvergiftung nahmen um 3 ab. Die statistischen Angaben zu den ausgewählten Todesursachen sind in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 10: Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (9. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 1997

Diagnoseklasse (laut ICD)	Gestorbene insgesamt			davon weiblich			davon männlich		
	absolut	in %)*	mittleres Sterbe- alter	absolut	in %)**	mittleres Sterbe- alter	absolut	in %)***	mittleres Sterbe- alter
571 Leberzirrhose	98	3,70	58,4	41	2,77	60,5	57	4,87	56,9
dav.: 571.0 - 571.3 alkohol.Leberzirrhose	65	2,45	55,1	21	1,42	57,1	44	3,76	54,2
303 - 305 Alkohol - Drogen Abhäng. u. Mißbrauch	8	0,30	55,6	3	0,20	57,0	5	0,43	54,8
980 Alkoholvergiftung	2	0,08	42,5	1	0,07	39,0	1	0,09	46,0
491 Chronische Bronchitis	28	1,06	79,3	20	1,35	80,4	8	0,68	76,4
485 Bronchopneumonie	34	1,28	80,7	21	1,42	80,8	13	1,11	80,7

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl aller in Magdeburg 1997 Verstorbenen (2.648)* bzw. auf die verstorbenen Frauen (1.478)** oder auf die verstorbenen Männer (1.170)***.

2.5. Häufige Todesursachen in den Altersgruppen

Die Angabe des mittleren Sterbealters gibt lediglich einen Hinweis, welche Altersgruppe durch die jeweilige Todesursache am meisten betroffen ist. In den nachfolgenden Tabellen wurden die häufigsten Todesursachen und Todesursachengruppen in den Altersgruppen dargestellt. Die mit **G** bezeichneten Ursachen beziehen sich auf die gesamte Diagnosegruppe, wie sie in Tabelle 7 zusammengefaßt sind. Das Kennzeichen **E** weist auf eine häufig auftretende Einzelerkrankung hin, die in einer an höherer Rangstelle aufgelisteten Diagnosegruppe enthalten sein kann. Die Diagnosegruppe wurde jedoch nicht mit aufgeführt, wenn ausschließlich Sterbefälle durch diese Einzelerkrankung in der Diagnosegruppe enthalten sind. So wurde die Diagnosegruppe „Erkrankungen des Verdauungssystems“ bei den Frauen der Altersgruppe 20 - 39 Jahre nicht aufgeführt, weil beide Sterbefälle dieser Gruppe durch die Einzelerkrankung Leberzirrhose verursacht wurden. Die Diagnosegruppen und Einzeldiagnosen wurden nach ICD (9. Revision) angegeben.

2.5.1. Altersgruppe 1 - 19 Jahre

In der Altersgruppe bis zum 19. Lebensjahr (ohne Säuglinge) haben die nicht natürlichen Todesfälle (5) durch Unfälle, Verkehrsunfälle und Suizid einen großen Anteil an den Todesursachen. Die weiteren 7 Todesfälle wurden durch unterschiedliche Einzelerkrankungen verursacht. Eine Aufgliederung in männlich/ weiblich ist aufgrund der geringen Fallzahl nicht sinnvoll (Tabelle 11).

Tabelle 11: häufige Todesursachen der Altersgruppe 1 - 19 Jahre, gesamt

Rang	Ursache	Anzahl	Anteil an der Altersgruppe
1.	Verletzungen und Vergiftungen (ICD 800-999) G	5	41,6 %

2.5.2. Altersgruppe 20 - 39 Jahre

Die Todesursachengruppe der Verletzungen und Vergiftungen spielte bei den 49 verstorbenen Männern und 23 verstorbenen Frauen der Altersgruppe von 20 bis 39 Jahren mit einem Anteil von 53 % bzw. 46 % die dominierende Rolle. Bei den Frauen waren die Krebserkrankungen die zweithäufigsten Todesursachen in dieser Gruppe. Der Brustkrebs trat nicht häufiger als andere Krebserkrankungen auf (Tabelle 12).

Tabelle 12: häufige Todesursachen der Altersgruppe 20 - 39 Jahre, Frauen

Rang	Ursache	Anzahl	Anteil an der Altersgruppe
1.	Verletzungen und Vergiftungen (ICD 800-999) G	12	46,1 %
2.	Neubildungen (ICD 140-239) G	5	19,2 %
3.	Krankh. d. Kreislaufsystems (ICD 390-459) G	3	11,5 %
4.	Leberzirrhose (ICD 571) E	2	7,7 %

Bei den Männern dieser Altersgruppe folgten nach den nichtnatürlichen Todesfällen durch Unfälle, Verkehrsunfälle und Suizide bereits die Gruppe der Krankheiten des Verdauungssystems und hier als häufigste Einzeltodesursache die alkoholisch bedingte Leberzirrhose (Tabelle 13).

Tabelle 13: häufige Todesursachen der Altersgruppe 20 - 39 Jahre, Männer

Rang	Ursache	Anzahl	Anteil an der Altersgruppe
1.	Verletzungen und Vergiftungen (ICD 800-999) G	26	53,1 %
2.	Krankheiten des Verdauungssystems (ICD 520-579) G	8	16,3 %
3.	alkoholisch bedingte Leberzirrhose (ICD 571.0-571.3) E	6	12,2 %
4.	Neubildungen (ICD 140-239) G	4	8,2 %
5.	Krankh. d. Kreislaufsystems (ICD 390-459) G	4	8,2 %

2.5.3. Altersgruppe 40 - 59 Jahre

Die nichtnatürlichen Todesfälle durch Verletzungen und Vergiftungen wurden bei den 105 verstorbenen Frauen und 228 verstorbenen Männern der Altersgruppe von 40 bis 59 Jahren auf den 6. Rang zurückgedrängt. Bei den Frauen waren die häufigsten Todesursachengruppen die Krebserkrankungen mit 53 Todesfällen und einem Anteil von über 50 %. Innerhalb der Krebserkrankungen waren die häufigsten Einzeltodesursachen der Brustkrebs mit 15 Todesfällen sowie der Lungen- und der Magenkrebs mit je 5 Todesfällen. Die häufigste zum Tode führende Einzelerkrankung bei den Frauen war wiederum die Leberzirrhose mit 16 Todesfällen, wovon 13 Todesfälle alkoholisch bedingt waren (Tabelle 14).

Tabelle 14: häufige Todesursachen der Altersgruppe 40 - 59 Jahre, Frauen

Rang	Ursache	Anzahl	Anteil an der Altersgruppe
1.	Neubildungen (ICD 140-239) G	53	50,5 %
2.	Krankheiten des Verdauungssystems (ICD 520-579) G	18	17,1 %
3.	Leberzirrhose (ICD 571) E (davon 13 alkohol. Leberzirrhosen)	16	15,2 %
4.	Krankh. d. Kreislaufsystems (ICD 390-459) G	15	14,3 %
5.	bösart. Neubildung der weibl. Brustdrüse (ICD 174) E	15	14,3 %
6.	Verletzungen und Vergiftungen (ICD 800-999) G	6	5,7 %
7.	bösart. Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge (ICD 162) E	5	4,8 %
8.	bösart. Neubildung des Magens (ICD 151) E	5	4,8 %

Bei den Männern dieser Altersgruppe waren die Krankheiten des Kreislaufsystems und die Krebserkrankungen mit je einen Anteil von ca. einem Drittel an den Todesfällen beteiligt. Als Einzelerkrankung lag der Herzinfarkt mit 26 Todesfällen kurz vor der Leberzirrhose mit 25 Todesfällen. Von den Todesfällen durch Leberzirrhose hatten 21 einen alkoholischen Hintergrund (Tabelle 15).

Tabelle 15: häufige Todesursachen der Altersgruppe 40 - 59 Jahre, Männer

Rang	Ursache	Anzahl	Anteil an der Altersgruppe
1.	Krankh. d. Kreislaufsystems (ICD 390-459) G	73	32,0 %
2.	Neubildungen (ICD 140-239) G	70	30,7 %
3.	Krankheiten des Verdauungssystems (ICD 520-579) G	34	14,9 %
4.	akuter Myokardinfarkt (ICD 410) E	26	11,4 %
5.	Leberzirrhose (ICD 571) E (davon 21 alkohol. Leberzirrhosen)	25	11,0 %
6.	Verletzungen und Vergiftungen (ICD 800-999) G	21	9,2 %
7.	bösart. Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge (ICD 162) E	17	7,5 %

2.5.4. Altersgruppe 60 - 79 Jahre

Diese Altersgruppe beinhaltet ca. 43 % aller Verstorbenen. Dadurch kommt es zu einer Annäherung der Todesursachenhäufigkeiten an die allgemeine Todesursachenstatistik (Abschnitt 2.3.).

Tabelle 16: häufige Todesursachen der Altersgruppe 60 - 79 Jahre, Frauen

Rang	Ursache	Anzahl	Anteil an der Altersgruppe
1.	Krankh. d. Kreislaufsystems (ICD 390-459) G	250	43,8 %
2.	Neubildungen (ICD 140-239) G	185	32,4 %
3.	chronisch. ischämische Herzkrankheit (ICD 414) E	56	9,8 %
4.	akuter Myokardinfarkt (ICD 410) E	42	7,4 %
5.	Krankheiten des Verdauungssystems (ICD 520-579) G	37	6,5 %
6.	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (ICD 240-279) G	32	5,6 %
7.	bösart. Neubildung der weibl. Brustdrüse (ICD 174) E	29	5,1 %
8.	Arteriosklerose (ICD 440) E	28	4,9 %

Die Todesfälle durch Krebserkrankungen waren mit einem Anteil von nahezu einem Drittel noch stärker vertreten, die Herz- Kreislauf-erkrankungen haben in dieser Altersgruppe noch nicht den hohen Anteil erreicht (Tabellen 16 und 17) .

Tabelle 17: häufige Todesursachen der Altersgruppe 60 - 79 Jahre, Männer

Rang	Ursache	Anzahl	Anteil an der Altersgruppe
1.	Krankh. d. Kreislaufsystems (ICD 390-459) G	252	44,8 %
2.	Neubildungen (ICD 140-239) G	177	31,5 %
3.	chronisch. ischämische Herzkrankheit (ICD 414) E	56	10,0 %
4.	akuter Myokardinfarkt (ICD 410) E	53	9,4 %
5.	bösart. Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge (ICD 162) E	49	8,7 %
6.	Krankheiten des Verdauungssystems (ICD 520-579) G	37	6,6 %
7.	Arteriosklerose (ICD 440) E	30	5,3 %

2.5.5. Altersgruppe ab 80 Jahre

In dieser Altersgruppe bestimmten die Herz- Kreislauferkrankungen bei den Frauen mit einem Anteil von 73 % und bei den Männern mit einem Anteil von 63% die Todesursachenhäufigkeiten. Auf Rang zwei folgten die bösartigen Neubildungen mit 10 % Anteil bei den Frauen und 17 % Anteil bei den Männern.

2.6. Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit beschreibt die Anzahl der im ersten Lebensjahr Gestorbenen. Sie wird unterteilt in Frühsterblichkeit, welche sich auf das Alter von Geburt bis unter sieben Tagen beschränkt, und die Spät- und Nachsterblichkeit, die sich auf die verstorbenen Säuglinge im Alter von sieben Tagen bis unter einem Jahr bezieht.

Dem Gesundheitsamt Magdeburg liegen die Totenscheine von 8 Säuglingssterbefällen (4 männlich und 4 weiblich) und 5 Totgeburten vom Jahr 1997 vor. Fünf dieser Säuglingssterbefälle waren der Frühsterblichkeit und drei der Spätsterblichkeit zuzuordnen.

Das Todesursachenspektrum der gestorbenen Säuglinge wird vor allem durch kongenitale Anomalien und von Ursachen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben, geprägt.

In den Jahren 1995 und 1996 gab es ebenfalls jeweils acht Säuglingssterbefälle, jedoch verringerte sich die Säuglingssterblichkeit (Anzahl der verstorbenen Säuglinge bezogen auf 1000 Lebendgeborene) kontinuierlich von 6,21 ‰ im Jahr 1995 über 5,4 ‰ im Jahr 1996 auf 4,99 ‰ im Jahr 1997.

Diese Verringerung der Säuglingssterbeziffer beruht allein auf den in den letzten Jahren leicht angestiegenen Geburtenzahlen.

Allerdings würde ein Säuglingssterbefall mehr die Säuglingssterblichkeit um ca. 0,7 ‰ erhöhen und es ist möglich, daß nicht alle Todesbescheinigungen von verstorbenen Säuglingen dem Gesundheitsamt zur Auswertung vorlagen.

3. Morbidität meldepflichtiger 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 Landesverordnung über die erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten.

Im Bundesseuchengesetz ist unter anderem die Meldepflicht für die wichtigsten übertragbaren Krankheiten geregelt und der zur Meldung verpflichtete Personenkreis festgelegt.

Die Landesverordnung regelt darüber hinaus die zusätzliche Meldepflicht für bestimmte übertragbare Krankheiten, u.a. die nach Erregern differenzierte Meldung für die übrigen Formen der Enteritis infectiosa. 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 Ansteckungsgefahr besteht, die Personen der unmittelbaren Umgebung sowie bestimmte Dritte, diesen Maßnahmen unterziehen. Die 1997 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 Salmonellen und die übrigen infektiösen Darmerkrankungen - auch 1997 das Infektionsgeschehen bestimmt haben. Deutliche Morbiditätsanstiege gegenüber dem Vorjahr waren u.a. bei den Campylobacter-Erkrankungen, den Coli- Enteritiden, der Keratoconjunktivitis epidemica und der Skabies zu verzeichnen.

3.1. Enteritis infectiosa (infektiöse Darmerkrankungen)

3.1.1. Salmonellosen

Die Salmonellosen weisen nach wie vor unter den meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten und unter den infektiösen Darmkrankheiten die höchste Morbidität auf. Mit 468 Erkrankungen mit 25 Ausscheidern und einer Morbidität von 190,63 ‰ hat sich die Situation gegenüber dem Vorjahr (196,90 ‰) kaum verändert.

Der seit 1993 zu beobachtende rückläufige Trend hat sich nur geringfügig fortgesetzt (Abbildung 6).

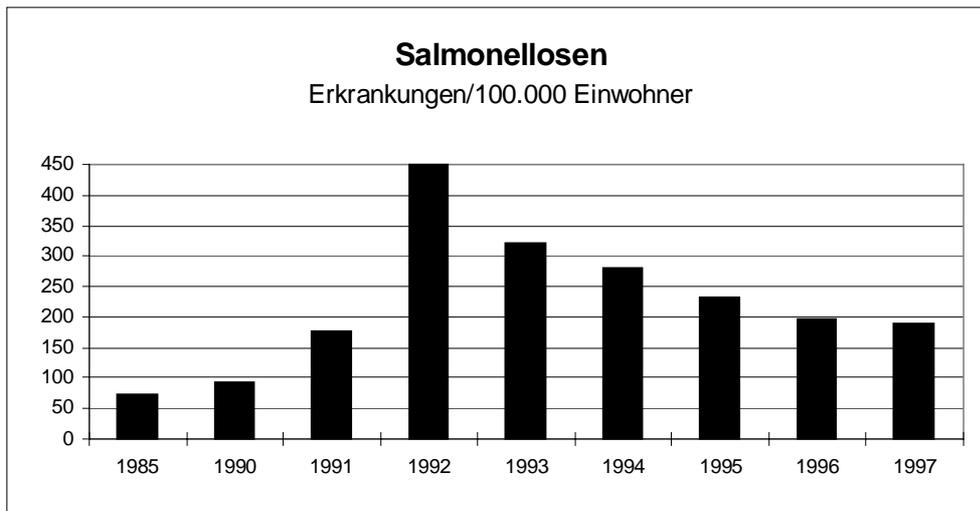


Abbildung 6: Salmonellosen in Magdeburg

Der zahlenmäßige Rückgang um 24 Fälle im Vergleich zum Vorjahr und die Tatsache, daß viele leicht und asymptomatisch verlaufende Infektionen aufgrund unterlassener Arztbesuche nicht erfaßt werden, verdeutlichen, daß die Salmonellensituation nach wie vor einer hohen Aufmerksamkeit bedarf.

Am Gesamtgeschehen der infektiösen Darmkrankheiten waren die Salmonellosen zu 42 % (Vorjahr 48,5 %) beteiligt.

Hinsichtlich der jahreszeitlichen Verteilung war in den Monaten Juni bis Oktober eine höhere Erkrankungshäufigkeit zu verzeichnen. Insgesamt wurden 27 Serovare nachgewiesen, von denen, wie in den Vorjahren, *Salmonella Enteritidis* (Verbreitung über Hühnereier und Geflügel) mit 53,1 % das Infektionsgeschehen bestimmt hat, gefolgt von *Salmonella Typhimurium* mit 31,2 %. Die übrigen 25 Salmonellen - Serovare haben mit 15,7 % eine untergeordnete Rolle gespielt.

Salmonella Enteritidis war auch für zwei Erkrankungshäufungen mit je 6 und 17 Erkrankungen nach Verzehr von Rohei bzw. Backwaren mit Puddingfüllung verantwortlich.

(‰ entspricht: Erkrankungen pro 100.000 Einwohner)

3.1.2. Übrige Formen der Enteritis infectiosa

Unter dieser Gruppe werden Erkrankungen durch Adenoviren, Campylobacter, Escherichia coli, Rotaviren, Entamoeba histolytica (Amoebenruhr), Yersinia enterocolitica sowie andere mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftungen erfaßt. Am Gesamtgeschehen der infektiösen Darmkrankheiten war diese Gruppe zu 58,0 % beteiligt (1996 - 51,5 %). Damit hat sich der im Vorjahr abzeichnende ansteigende Trend fortgesetzt. Der Anstieg, der teilweise auch auf eine intensivere Erfassung und verbesserte Diagnostik zurückzuführen ist, resultiert vor allem aus dem Morbiditätsanstieg bei den Campylobactererkrankungen und den Coli-Enteritiden sowie der unverändert hohen Morbidität bei den Rotaviruserkrankungen.

Bei den Campylobactererkrankungen, die nach den Salmonellosen die bedeutendsten bakteriell bedingten und durch Lebensmittel ausgelöste Durchfallerkrankungen sind, ist mit 170 Erkrankungen und einer Morbidität von $69,24 \text{ ‰}$ gegenüber dem Vorjahr (1996 - 35 Erkrankungen, Morbidität $13,92 \text{ ‰}$) ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. Damit wurde nach 1994 (215 Erkrankungen, Morbidität $79,71 \text{ ‰}$) die zweithöchste Morbidität der letzten 10 Jahre erreicht.

Im zweiten Halbjahr 1997, insbesondere in den Monaten September und Oktober, lagen die Erkrankungszahlen deutlich über dem Niveau des ersten Halbjahres. Bei Auslandsaufenthalten wurden 18 Erkrankungen (10,6 %) erworben.

Die Coli - Enteritiden sind mit 43 Erkrankungen und drei Ausscheidern (Morbidität gesamt $18,74 \text{ ‰}$) gegenüber dem Vorjahr (7 Erkrankungen, Morbidität $2,78 \text{ ‰}$) ebenfalls deutlich angestiegen, wobei die höchsten monatlichen Erkrankungszahlen in den Monaten August bis Oktober registriert wurden. Bei einer klinisch als hämorrhagische Colitis (blutige Darmentzündung) verlaufenden Erkrankung wurde durch den Nachweis von Escherichia coli 0157 und Bildung von Shiga - Toxin eine EHEC - Infektion bestätigt.

Die epidemiologische Situation bei den Rotaviruserkrankungen wies außer einer Verschiebung des jahreszeitlichen Auftretens gegenüber dem Vorjahr keine wesentlichen Veränderungen auf. Die 362 Erkrankungen (Morbidität $147,45 \text{ ‰}$; 1996 - 371 Erkrankungen, Morbidität $147,58 \text{ ‰}$) betrafen zu 93,1 % Kinder im Vorschulalter, davon allein 226 Kinder im Alter bis zu 2 Jahren. Hinsichtlich des jahreszeitlichen Auftretens kam es zu einer Konzentration im II. Quartal (Vorjahr I. Quartal) mit Gipfelform im Mai / Juni.

Die 57 durch Yersinia enterocolitica bedingten Erkrankungen (Morbidität $23,22 \text{ ‰}$) bedeuten gegenüber dem Vorjahr (49 Erkrankungen, Morbidität $19,49 \text{ ‰}$) einen leichten Anstieg. Bei einer Erkrankung an Amoebenruhr (Morbidität $0,41 \text{ ‰}$) ist die Infektion während eines Indienaufenthaltes erfolgt. Bei den Adenovirusinfektionen ist gegenüber dem Vorjahr ein Morbiditätsrückgang zu verzeichnen.

Tabelle 18: Salmonellosen und übrige Formen der Enteritis infektiosa

	1996				1997			
	Erkrankung		Ausscheider		Erkrankung		Ausscheider	
	absolut	Morbidität ‰/0000	absolut	Morbidität ‰/0000	absolut	Morbidität ‰/0000	absolut	Morbidität ‰/0000
Enteritis infectiosa								
- Salmonellosen	495	196,91	22	8,75	468	190,63	25	10,18
- übrige Formen	545	216,80	3	1,19	679	276,57	3	1,22
davon: Adenovirus- infektionen	83	33,02	-	-	46	18,74	-	-
Amoebenruhr	-	-	2	0,80	1	0,41	-	-
Campylobacter	35	13,92	1	0,40	170	69,24	-	-
Coli-Enteritis	7	2,78	-	-	43	17,51	3	1,22
Rotavirusinfektion	371	147,58	-	-	362	147,45	-	-
Yersiniosen	49	19,49	-	-	57	23,22	-	-

3.2. Tuberkulose

(durch Bakterien hervorgerufene Infektionskrankheit)

Die Zahl der Tuberkulosefälle hatte sich 1997 gegenüber dem Vorjahr um einen Fall verringert.

Die Anzahl der **ansteckungsfähigen Lungentuberkulose mit Bakteriennachweis** ist von 1996 mit 18 Erkrankungsfällen im Berichtsjahr 1997 auf 12 Erkrankungsfälle zurückgegangen.

Es erkrankten 1997

- 4 Personen im Alter von 25 - 50 Jahren,
- 3 Personen im Alter von 55 - 70 Jahren und
- 5 Personen im Alter von 75 - 85 Jahren.

Es besteht ein Gleichstand der ansteckungsfähigen Lungentuberkulose mit Bakteriennachweis und der geschlossenen Lungentuberkulose ohne Bakteriennachweis.

Bei der **geschlossenen Lungentuberkulose ohne Bakteriennachweis** kam es im Jahr 1997 zu 12 Neuerkrankungen, im Vorjahr waren es 11 Erkrankte.

Es erkrankten 1997

- 1 Kind im Alter von 10 Jahren
- 5 Personen im Alter von 20 - 40 Jahren,
- 4 Personen im Alter von 50 - 70 Jahren und
- 2 Personen im Alter von 75 - 85 Jahren.

Bei der **Tuberkulose der anderen Organe** (Lymphknoten, Haut) ist der Erkrankungsstand auf 7 Erkrankungsfälle (1996 - 3 Erkrankungen) angestiegen.

Es erkrankten 1997

- 4 Personen im Alter von 25 - 35 Jahren und
- 3 Personen im Alter von 75 - 90 Jahren.

Zu erneuten Erkrankungen von Personen, die bereits eine Tuberkuloseerkrankung durchgemacht haben, kam es 1997 in 9 Fällen. Das Alter dieser Personen lag zwischen 53 und 78 Jahren. Die Hälfte der Wiedererkrankten war im Alter über 70 Jahre.

Im Vorjahr gab es in Magdeburg eine Wiedererkrankung weniger. Die Zahl der an Tuberkulose erkrankten Ausländer ist mit 9 Erkrankungsfällen im Jahr 1996 auf 7 Erkrankungsfälle im Jahr 1997 gesunken. Die 7 Personen waren im Alter von 26 bis 28 Jahren. Im Rahmen der Umgebungsuntersuchungen lt. BSeuchG § 31 ermittelte das Gesundheitsamt Magdeburg im Berichtsjahr 4 Neuerkrankungen. Im Vorjahr wurden 6 Neuerkrankungen unter den Kontaktpersonen zu Tuberkuloseerkrankungen erkannt. Eine Person verstarb 1997 an den Folgen der Tuberkulose, im Vorjahr verstarben 4 Personen an der schweren Erkrankung. 1996 wurden zwei Tuberkulosefälle durch Sektion gesichert, im Berichtsjahr wurde dem Gesundheitsamt Magdeburg ein Tuberkulose Todesfall nach einer Sektion gemeldet.

Tabelle 19: Tuberkulosefälle in Magdeburg 1994 bis 1997

Erkrankung	1994	1995	1996	1997
aktive offene Lungen- Tbk	24	21	18	12
aktive geschlossene Lungen-Tbk	12	7	11	12
aktive extrapulmonale Tbk	7	3	3	7
Tbk- Fälle insgesamt	43	31	32	31
Tbk- Fälle bekannt durch Tod	3	1	2	1
Sterbefälle an Tuberkulose	-	3	4	1
Reaktivierungen	-	7	10	9
Tbk- Erkrankung bei Exponierten	5	4	6	4
Tbk- Erkrankungen - Ausländer	4	4	9	7

3.3. Sexuell übertragbare Krankheiten

Im Berichtsjahr 1997 wurden entsprechend dem Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten 70 meldepflichtige sexuell übertragbare Krankheiten aus der Stadt Magdeburg an das Statistische Landesamt Sachsen- Anhalt gemeldet. Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die Geschlechtskrankheiten und die Alters- und Geschlechtsgruppen werden in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 20: sexuell übertragbare Krankheiten in Magdeburg 1997 [4]

Erkrankungen	insges.	weiblich		männlich	
		unter 20 Jahre	ab 20 Jahre	unter 20 Jahre	ab 20 Jahre
Gonorrhoe	63	5	31	-	27
Syphilis	7	-	1	-	6

3.4. HIV und AIDS

Laut Statistik des Robert- Koch- Institutes stellt sich die epidemiologische Situation für das Land Sachsen- Anhalt im IV. Quartal 1997 wie folgt dar:

Tabelle 21: HIV- Infizierte und AIDS- Kranke im IV. Quartal 1997 in Sachsen Anhalt

	HIV	AIDS	davon verstorben
Sachsen- Anhalt gesamt	235	18	7
Raum Magdeburg	21	4	3
Raum Halle	54	4	2
übriges Land	160	10	2

Im Vergleich mit den Zahlen von 1996 bedeutet das für Magdeburg eine Zunahme von 11 %, im Landesdurchschnitt ist die Neuinfektionsrate um 13,6 % angestiegen.

Das im nationalen Vergleich insgesamt niedrige Niveau der Zuwachsrate an Infektionen ist mit hoher Wahrscheinlichkeit der intensiven multimedialen HIV- Primär- Prävention zuzurechnen, wodurch offenbar eine Änderung im Sexualverhalten (Saver Sex) vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen eingetreten ist.

Die höhere Gesamtinfektionszahl der Stadt Halle ist sicherlich auf das bevölkerungsdichtere Umland sowie die Nähe zu Leipzig zurückzuführen (Großraum Halle/ Leipzig).

Die AIDS- Beratung des Gesundheitsamtes Magdeburg hat 1997 mit 53 Präventionsveranstaltungen 1.187 Teilnehmer erreicht. Die Anzahl der durchgeführten Bluttestungen auf HIV lag mit 405 deutlich über der Zahl des Vorjahres (326) bei annähernd gleichgebliebener Gesamtkonsultations- zahl (1.390).

Die unter Anleitung des Gesundheitsamtes in der Landeshauptstadt aufgebauten Kooperationsstrukturen

- Arbeitskreis AIDS- Prävention
(Gesundheitsamt Magdeburg, AIDS- Hilfe e.V. Magdeburg, Beratungsstelle der Caritas für homosexuelle Männer und Frauen, DRK, KKH)
sowie der
- Arbeitskreis Testberatung
(Gesundheitsamt, Universitätsklinik, AIDS- Hilfe e.V. Magdeburg, Beratungsstelle der Caritas für homosexuelle Männer und Frauen, Landeshygieneinstitut und Medizinischer Dienst der Justizvollzugsanstalt)

haben sich bewährt und tragen über ihre geleistete Arbeit zu der nur geringfügig gestiegenen Infektionsrate bei. Mit Bedauern wurde allerdings

das Ausscheiden der Krankenkassen (Ausnahme: KKH) aus der Präventionsstruktur zur Kenntnis genommen.

3.5. Sonstige meldepflichtige übertragbare Krankheiten

3.5.1. Typhus und Paratyphus

(bakteriell bedingte Infektionskrankheit des Verdauungssystems)

1997 wurden keine Typhus- und Paratyphuserkrankungen bzw. -ausscheider gemeldet (1996 - 1 Typhuserkrankung).

Die Anzahl der in Magdeburg bekannten Typhus- und Paratyphusausscheider hat sich weiterhin verringert, so daß 1997 nur noch 9 Typhus- und 6 Paratyphusausscheider registriert waren.

3.5.2. Shigellosen

(Bakterienruhr)

Von den insgesamt 4 Shigellosen waren 2 Erkrankungen durch den Erreger *Shigella sonnei* und 2 Erkrankungen durch den Erreger *Shigella flexneri* bedingt. Bei allen Erkrankungen ist die Infektion während eines Urlaubs im Ausland erfolgt.

Die *Shigella sonnei*- Erkrankungen sind auf Aufenthalte in Ägypten und Tunesien zurückzuführen, die *Shigella flexneri*- Erkrankungen wurden in der Dominikanischen Republik erworben.

3.5.3. Virushepatitis

(Leberentzündung)

Mit 4 Erkrankungen (Morbidity 1,63 ⁰/₀₀₀₀) liegen die Hepatitis A- Fälle (Erreger: Hepatitis A- Virus; Übertragung: fäkal- oral, Schmierinfektion, kontaminierte Speisen und Getränke) wie im Vorjahr unter der Zahl der Hepatitis B- Fälle, sind aber gegenüber dem Vorjahr (Morbidity 0,80 ⁰/₀₀₀₀) leicht angestiegen. Zu allen Fällen konnte die Infektionsquelle nicht eruiert werden.

Bei den beiden anikterischen Fällen wurde die Erkrankung anlässlich der Untersuchungen für eine Blutspende bzw. zu einer anderen Erkrankung diagnostiziert.

Die Situation bei der Hepatitis B (Erreger: Hepatitis B- Virus; Übertragung: Blut und Blutprodukte, sexuelle Kontakte, perinatal, Nadeltausch bei i.v.- Drogenkonsum) ist mit 6 Erkrankungen (Morbidity 2,44 ⁰/₀₀₀₀) gegenüber dem Vorjahr (Morbidity 2,78 ⁰/₀₀₀₀) unverändert. Die Erkrankungen betrafen Erwachsene im Alter von 22 - 55 Jahren. In einem Fall wurde die Infektion vermutlich in Thailand erworben, bei den übrigen Fällen haben die Ermittlungen keine Hinweise auf die Infektionsquelle ergeben. 9 Personen wurden als Carrier (Träger des Hepatitis B- Virus) erfaßt. Diese Personen sind nicht erkrankt, können aber unter Umständen das Virus weiterverbreiten. Für Personen, die durch individuelle Kontakte zu bekannten Virusträgern gefährdet sind, ist die Hepatitis B- Impfung eine wichtige Schutzmaßnahme (Tabelle 22).

Mit Hepatitis C- spezifischen Laborbefunden wurden 6 Personen erfaßt (Erreger: Hepatitis C- Virus, Übertragung: wie Hepatitis B).

Die Laborbefunde wurden im Rahmen von Blutspenderuntersuchungen (2) bzw. der Diagnostik zu anderen Erkrankungen (4) erhoben.

In 3 Fällen wurde ein erhöhtes Infektionsrisiko ermittelt (1x i.v.- Drogenkonsum, 2x invasive medizinische Eingriffe, davon 1x während eines langjährigen Auslandsaufenthaltes).

Tabelle 22: Virushepatitis

Erkrankung	1995		1996		1997	
	absolut	Morbidität ‰	absolut	Morbidität ‰	absolut	Morbidität ‰
Hepatitis A						
- Erkrankungen gesamt	4	1,55	2	0,80	4	1,63
davon : ikterisch	2	0,77	1	0,40	2	0,81
anikterisch	2	0,77	1	0,40	2	0,81
Hepatitis B						
- Erkrankungen gesamt	5	1,94	7	2,78	6	2,44
davon : ikterisch	5	1,94	5	1,99	4	1,63
anikterisch	-	-	2	0,80	2	0,81
Hepatitis C						
- Erkrankungen gesamt	1	0,39	-	-	-	-
davon : ikterisch	-	-	-	-	-	-
anikterisch	1	0,39	-	-	-	-
Hepatitis E						
- Erkrankungen gesamt	-	-	-	-	-	-
davon : ikterisch	-	-	-	-	-	-
anikterisch	-	-	-	-	-	-

Die Hepatitis C- Infektion verläuft in vielen Fällen asymptomatisch und somit unbemerkt. Probleme bei der Erfassung ergeben sich daraus, daß die Laborbefunde eine Unterscheidung zwischen akuter und chronischer Infektion nicht ermöglichen. Deshalb erfolgt die Erfassung gesondert (siehe Carrier unter Hepatitis B). Die Infektion mit dem Hepatitis C- Virus führt bei ca. 60 - 80 % der Infizierten zu chronischen Verläufen mit Viruspersistenz. Diese Personen können das Virus weiterverbreiten.

3.5.4. Meningitis

(Hirnhautentzündung)

Meningokokkenmeningitis

Bei der Meningokokkenmeningitis ist mit 4 Erkrankungen (Morbidity 1,63 ‰) gegenüber dem Vorjahr (Morbidity 0,80 ‰) ein Anstieg zu verzeichnen. Die Erkrankungen betrafen Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 19 Jahren. Ein 10-jähriges Kind ist an der Krankheit verstorben. 47 Personen (30 Erwachsene und 17 Kinder) mit engem Kontakt zu den Erkrankten wurden vorsorglich mit Rifampicin behandelt.

andere bakterielle Meningitiden

Mit 4 Erkrankungen (Morbidity 1,63 ‰) war gegenüber dem Vorjahr (7 Erkrankungen, 1 Sterbefall - Morbidity 2,78 ‰) eine Verbesserung zu verzeichnen. Bei den Erkrankten hat es sich um ein Kind im Alter von 2 Monaten und 3 Erwachsene gehandelt.

Zwei Erkrankungen waren durch die Erreger *Streptococcus pneumoniae* bzw. *Listeria monocytogenes* bedingt.

In zwei Fällen konnte ein Erregernachweis nicht mehr erbracht werden, da die Patienten bereits antibiotisch anbehandelt waren.

Virus - Meningoencephalitis

Die 4 gemeldeten Erkrankungen (Morbidity 1,63 ‰) betrafen ein 7 Monate altes Kind und 3 Erwachsene und bedeuten gegenüber dem Vorjahr (Morbidity 0,40 ‰) einen Anstieg. 3 Erkrankungen sind in den Sommermonaten Juli / August aufgetreten, was eventuell im Zusammenhang mit verstärkter Zirkulation von Virusmeningitiden verursachenden Enteroviren zu sehen ist.

Tabelle 23: Meningitis

Erkrankung	1996		1997	
	absolut	Morbidity ‰	absolut	Morbidity ‰
Meningitis insgesamt				
Erkrankungen	10	3,98	12	4,89
Sterbefälle	1	0,40	1	0,41
davon: - Meningokokkenmeningitis				
Erkrankungen	2	0,80	4	1,63
Sterbefälle	-	-	1	0,41
- andere bakt. Meningitis				
Erkrankungen	7	2,78	4	1,63
Sterbefälle	1	0,40	-	-
- Virus-Meningoencephalitis				
Erkrankungen	1	0,40	4	1,63
Sterbefälle	-	-	-	-

3.5.5. Malaria

(fiebrhafte Tropenkrankheit, von Mücken übertragen)

Mit 5 Erkrankungen und einer Morbidität von 2,04 ‰ ist gegenüber dem Vorjahr (Morbidität 1,19 ‰) eine Zunahme um 2 Erkrankungen zu verzeichnen. In 3 Fällen hat es sich um eine Malaria tropica (Erreger: Plasmodium falciparum) und in 2 Fällen um Malaria tertiana (Erreger: Plasmodium vivax) gehandelt. Die Erkrankungen betrafen ausschließlich einheimische Bürger, die die Infektion während ihres Urlaubs (4) bzw. beruflichen Aufenthaltes (1) in Malariagebieten erworben hatten (2 Erkrankungen in Kenia und Tansania, je 1 Erkrankung in Gambia, Malawi, Papua Neuguinea). In 3 Fällen war eine für die entsprechenden Länder nicht ausreichende medikamentöse Prophylaxe durchgeführt worden, in 2 Fällen ist angeblich eine ordnungsgemäße Malariaphylaxe erfolgt.

3.5.6. Masern

(durch Viren ausgelöste Infektionskrankheit mit charakterist. Hautausschlag)
Gegenüber dem Vorjahr (7 Erkrankungen, Morbidität 2,78 ‰) war mit einer gemeldeten Erkrankung (Morbidität 0,41 ‰) eine wesentliche Verbesserung der Lage zu verzeichnen.

Die Erkrankung betraf eine ungeimpfte Person im Erwachsenenalter mit unbekannter Infektionsquelle.

3.5.7. Borreliose

(häufigste zeckenübertragene Krankheit)

Mit 13 Erkrankungen (Morbidität 5,30 ‰) ist gegenüber dem Vorjahr (Morbidität 9,55 ‰) ein Rückgang zu verzeichnen. Die Erkrankungen betrafen ein Schulkind und 12 Erwachsene. Nur in 3 Fällen konnte von den Betroffenen ein Zeckenstich in der Vorgeschichte angegeben werden. Bei 4 Patienten wurde ein Erythema migrans (ringförmige Hautrötung), das als typisch für eine Borreliose gilt, diagnostiziert. Die Befunderhebung bei den übrigen Fällen erfolgte im Rahmen der Diagnostik aufgrund einer vielgestaltigen, z.T. neurologischen Symptomatik.

3.5.8. Ätiologisch ungeklärte Erkrankungshäufungen

(Häufungen von Infektionskrankheiten des Verdauungssystems mit ungeklärter Ursache)

Die 5 gemeldeten Erkrankungsgeschehen mit 101 Erkrankungen (Morbidität 41,14 ‰) bedeuten gegenüber dem Vorjahr (Morbidität 134,45 ‰) einen Rückgang. Die Erkrankungen, bei denen eine gemeinsame alimentäre Ursache auszuschließen war, waren durch eine gastrointestinale Symptomatik gekennzeichnet. 63,4 % der Erkrankungen betrafen Alten- und Pflegeheime. Hinsichtlich des zeitlichen Auftretens waren das I. Quartal (3 Geschehen, 73 Erkrankungen) und das IV. Quartal (2 Geschehen, 28 Erkrankungen) auffällig (Abbildung 7).

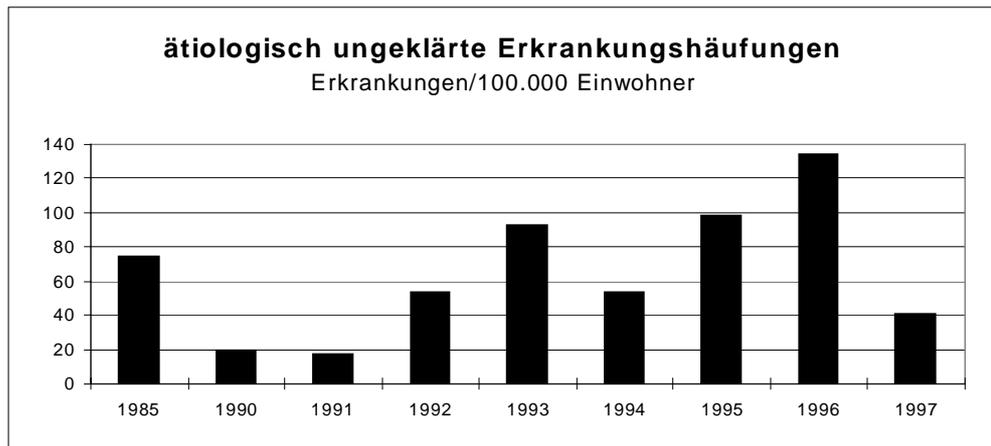


Abbildung 7: Infektionserkrankungen ungeklärter Ursache

3.5.9. Röteln

(durch Viren ausgelöste Infektionskrankheit mit Hautausschlag, bei Schwangeren gefährlich für das Embryo)

Bei den Röteln war der Status mit 6 gemeldeten Erkrankungen (Morbidity $2,44 \text{ ‰}$) wie in den Vorjahren unauffällig, wobei eine Untererfassung jedoch nicht auszuschließen ist.

3.5.10. Mumps

(Ziegenpeter, durch Viren ausgelöste Infektionskrankheit mit Entzündung der Ohrspeicheldrüse)

Die 7 Erkrankungen (Morbidity $2,85 \text{ ‰}$) bedeuten zwar gegenüber dem Vorjahr (Morbidity $1,19 \text{ ‰}$) einen leichten Anstieg, beeinflussen aber nicht die seit 1993 durch eine niedrige Erkrankungshäufigkeit gekennzeichnete Mumpssituation.

3.5.11. Pertussis

(Keuchhusten)

Mit nur einer Erkrankung (Morbidity $0,41 \text{ ‰}$), die ein ungeimpftes Schulkind betraf, war die Lage gegenüber dem Vorjahr (Morbidity $0,39 \text{ ‰}$) unverändert.

3.5.12. Varicellen

(Windpocken)

Die Meldungen an Varicellen sind mit 95 Erkrankungen (Morbidity $38,70 \text{ ‰}$) gegenüber dem Vorjahr (236 Erkrankungen, Morbidity $93,88 \text{ ‰}$) deutlich zurückgegangen.

3.5.12. Scharlach

(bakteriell bedingte Infektionskrankheit mit hoher Komplikationsgefahr)

Mit 29 Erkrankungen und einer Morbidity von $11,81 \text{ ‰}$ blieben die Scharlacherkrankungen weiterhin auf dem niedrigen Niveau der letzten Jahre. Gegenüber dem Vorjahr ($15,12 \text{ ‰}$) waren sie leicht rückläufig.

3.5.13. Skabies

(Krätze)

Die Skabieserkrankungen (36 Erkrankungen, Morbidität 14,66⁰/₀₀₀₀) sind gegenüber dem Vorjahr (Morbidität 1,59⁰/₀₀₀₀) deutlich angestiegen. Die Erkrankungen betrafen 10 Kinder und 26 Erwachsene. Die Skabieserkrankungen bei den Erwachsenen wurden bei ärztlichen Gesundheitskontrollen in einem Alten- und Pflegeheim erfaßt.

3.5.14. Kopflausbefall

Mit Kopflausbefall wurden 281 Kinder (Morbidität 114,46⁰/₀₀₀₀) erfaßt. Damit liegen gegenüber dem Vorjahr (Morbidität 116,95⁰/₀₀₀₀) annähernd gleiche Verhältnisse vor. 267 Befälle (95,0 %) betrafen Schulkinder, die größtenteils im Rahmen von Kopflauskontrollen (3.671) in den Schulen erfaßt wurden. Bezüglich der jahreszeitlichen Verteilung stellte das IV. Quartal einen besonderen Schwerpunkt dar.

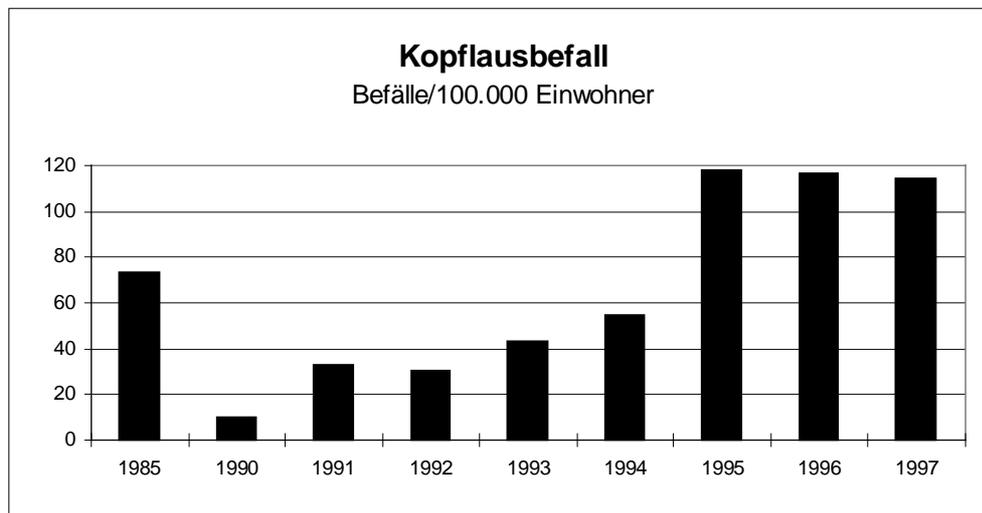


Abbildung 8: Kopflausbefall

Varicellen, Skabies, Scharlach und Kopflausbefall werden gemäß §§ 45, 48 des Bundesseuchengesetzes erfaßt.

3.5.15. Keratokonjunktivitis epidemica

(virusbedingte, infektiöse Bindehautentzündung)

Mit den 51 gemeldeten Erkrankungen (Morbidität 20,77⁰/₀₀₀₀), die gegenüber dem Vorjahr (Morbidität 1,59⁰/₀₀₀₀) einen deutlichen Morbiditätsanstieg darstellen, wurde nach 1988 (75 Erkrankungen, Morbidität 25,88⁰/₀₀₀₀) die zweithöchste Morbidität der letzten 10 Jahre registriert. Die Erkrankungen waren im Zeitraum Juni bis Dezember aufgetreten, wobei im Juli (30 Erkrankungen) und im September (9 Erkrankungen) ein vermehrtes Auftreten in Form kleinerer Erkrankungshäufungen zu verzeichnen war.

3.5.16. Legionellose

(durch Bakterien ausgelöste Infektionserkrankung der Lunge)

Die vier Erkrankungen an Legionellose (Morbidity 1,63 ‰, Vorjahr 0,80 ‰) betrafen ausschließlich ältere, gesundheitlich vorgeschädigte Patienten. Ein Patient war an der Legionellose, die unter dem klinischen Bild einer schweren atypischen Pneumonie verlief, verstorben. In zwei Fällen war die Infektion im Ausland erworben worden.

3.5.17. Creutzfeldt- Jacob- Krankheit

(schwammartige Zerstörung des Gehirns)

Erstmals seit Einführung der Meldepflicht für humane spongiforme Enzephalopathien im Jahre 1994 wurde ein Sterbefall an der Creutzfeldt-Jacob- Krankheit gemeldet. Die Erkrankung wurde nach der Obduktion bestätigt.

3.5.18. Angeborene Listeriose

(durch Bakterien ausgelöste, fieberhafte Infektionskrankheit)

Bei einem Neugeborenen, das an einer Sepsis erkrankt war, wurde in der Blutkultur *Listeria monocytogenes* nachgewiesen. Eine Infektion der Mutter war nicht bekannt.

Tabelle 24: ausgewählte meldepflichtige Erkrankungen 1995 bis 1997 in Magdeburg

Erkrankungen	1995		1996		1997	
	absolut	Morbidity ‰	absolut	Morbidity ‰	absolut	Morbidity ‰
Malaria Erkrankungen	2	0,77	3	1,19	5	2,04
Sterbefälle			1	0,40	-	-
Masern Erkrankungen	1	0,39	7	2,78	1	0,41
Borreliose Erkrankungen	13	5,04	24	9,55	13	5,30
äthiolog. ungekl. Erkrankungshäufungen						
Erkrankungen	254	98,41	338	134,45	101	41,14
Geschehen	9	3,49	18	7,16	5	2,04
Röteln Erkrankungen	4	1,55	3	1,19	6	2,44
Mumps Erkrankungen	10	3,87	3	1,19	7	2,85
Pertussis Erkrankungen	1	0,39	1	0,40	1	0,41
Varizellen Erkrankungen	241	93,37	236	93,88	95	38,70
Scharlach Erkrankungen	36	13,95	38	15,12	29	11,81
Scabies Erkrankungen	17	6,56	4	1,59	36	14,66
Kopfläuse Befälle	304	117,78	294	116,95	281	114,46

4. Versorgungsstrukturen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen und Menschen mit Suchterkrankungen in der Stadt Magdeburg

4.1. Einleitung

Gemäß § 10 SGB I obliegen den Landkreisen und kreisfreien Städten im Rahmen der Daseinssorge die Errichtung und Organisation von Hilfen für Personen, die ohne ein Hilfesystem ein Leben in der Gemeinschaft nicht führen können.

Zu diesen Personen zählen psychisch Kranke, seelisch und geistig Behinderte, Suchtkranke und die von einer solchen Erkrankung oder Behinderung bedrohten Personen.

Das PsychKG LSA (Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt) § 3 fordert für diesen Personenkreis gemeindenaher Hilfen. Es besteht ein Rechtsanspruch gegenüber den Kommunen.

Behinderten Menschen, u.a. seelisch Behinderten und Suchtkranken, ist nach §§ 39/40 BSHG Eingliederungshilfe zu gewähren.

Behinderten, bei denen das Ziel der Eingliederungshilfe nach § 39 BSHG nicht mehr erreicht werden kann, ist nach § 68 BSHG „Hilfe zur Pflege“ zu gewähren.

Nach dem heutigen Erkenntnisstand sind 10-15% der Bevölkerung im weitesten Sinne psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandlungsbedürftig. Für die Bevölkerung der Stadt Magdeburg ergibt sich daraus eine Zahl von mindestens 24.500 Menschen, die wegen psychischer Probleme zu den Behandlungsbedürftigen zählen. Im Gesundheitsbericht der Landeshauptstadt Magdeburg 1996 ist bereits darauf verwiesen, daß die Zahl psychischer Störungen als Reaktion auf berufliche, familiäre und persönliche Beanspruchungen weiter ansteigen wird.

Im engeren Sinne psychiatrisch behandlungsbedürftig, d.h. an einer psychischen Krankheit leidend, sind 1% der Bevölkerung, bezogen auf die Stadt Magdeburg 2.450 Menschen, die unbedingt auf fachkompetente Hilfen angewiesen sind.

Von diesen psychisch Kranken wiederum haben 10-20% dringenden Anspruch auf ein komplexes Hilfesystem, da sie in ihrer Lebensbewältigung vorübergehend langfristig oder dauernd eingeschränkt sind und nur durch gezielte, kontinuierliche Hilfsangebote Bewältigungsstrategien lernen und umsetzen können.

Bundesweit wird die Zahl der Suchtkranken mit 4-5% der Bevölkerung angenommen. Für die Stadt Magdeburg resultiert daraus eine Zahl von 9.800 bis 12.250 Personen .

Es ist davon auszugehen, daß von 100 Suchtkranken ein bis zwei Betroffene zu dem Personenkreis der mehrfach geschädigten Suchtkranken gerechnet werden können. Für die Stadt Magdeburg muß daher von mehrfach geschädigten Alkoholkranken in einer Größenordnung von 100 bis 250 ausgegangen werden.

4.2. Versorgungsstrukturen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen

Die Versorgungsstrukturen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen stellen sich in der Stadt Magdeburg wie folgt dar:

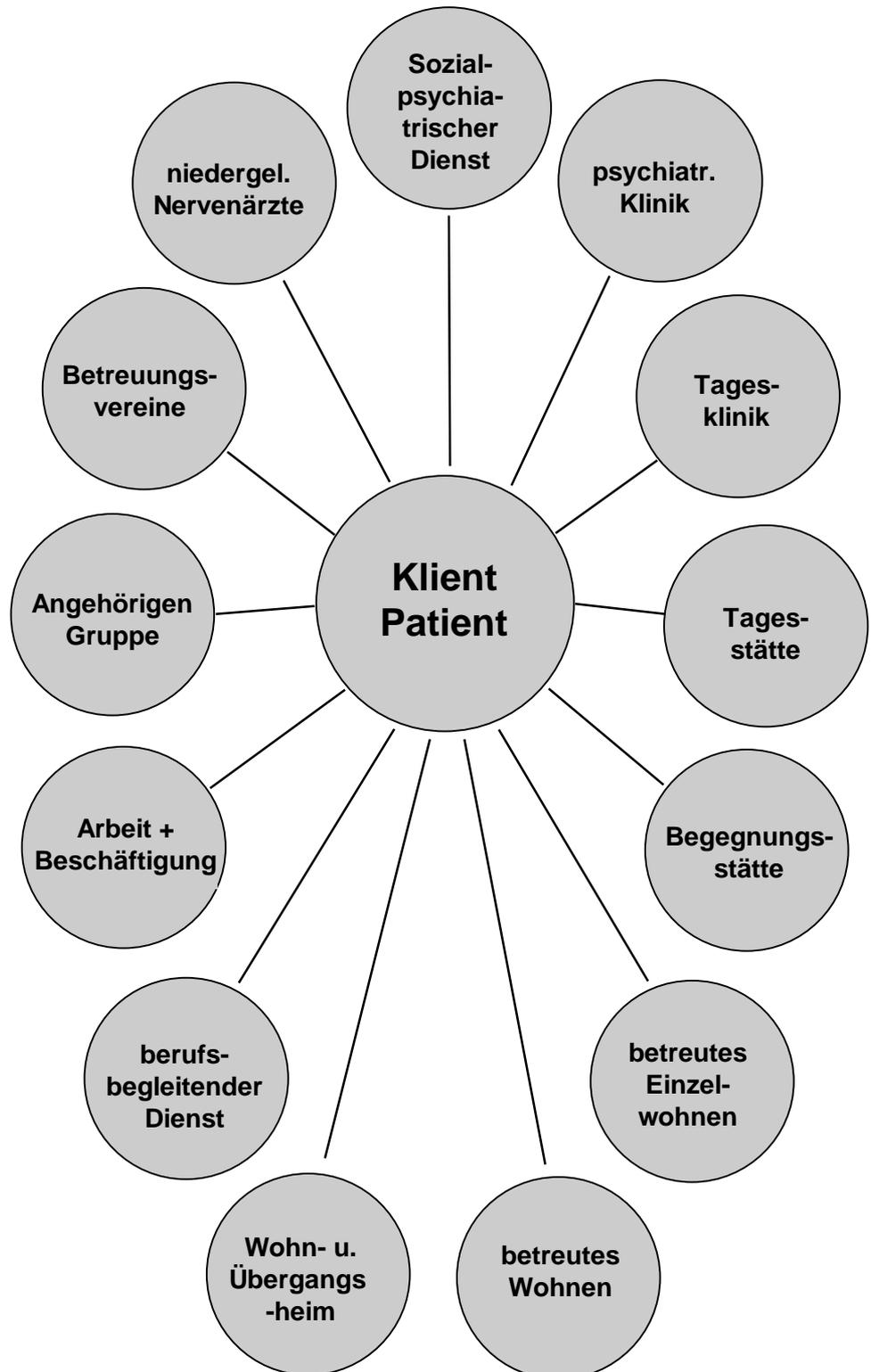


Abbildung 9: Versorgungsstrukturen für psychisch kranke und seelisch Behinderte Menschen in Magdeburg

4.2.1. Komplementäre Versorgung:

4.2.1.1. *Kontakt- und Begegnungsstätten für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen*

Kontakt- und Begegnungsstätten für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen als ambulante Vor- und Nachsorgeeinrichtungen obliegt es, sozial- rehabilitativ zu wirken, d.h. eine hohes Maß an Selbständigkeit und Normalität zu erreichen. Die Begegnungsstätten helfen dem psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen, seinen Tag zu gestalten, Kommunikation zu erhalten bzw. wiederzuerlernen und die soziale Isolation aufzuheben oder zu vermindern.

In der Stadt Magdeburg existieren 3 Kontakt- und Begegnungsstätten:

- **Begegnungsstätte für psychisch kranke Menschen**
in der Leibnizstraße 48
Träger: Magdeburger Stadtmission e.V.; Mitglied im Diakonischen Werk
- **Begegnungs- und Integrationsstätte für psychisch kranke Menschen**
in der Georg- Singer- Str. 32
Träger: „Der Weg“ e.V. ; Mitglied im DPWV
- **Begegnungsstätte „Backstube“**
in der Buckauer Straße 9
Träger: DRK - Kreisverband Magdeburg e.V.

Um den Aufgabenstellungen einer Kontakt- und Begegnungsstätte gerecht zu werden, halten die Einrichtungen folgende Angebote vor:

- Einzel- und Gruppengespräche
- Information und Hilfe beim Umgang mit Behörden und Ämtern
- Gruppenangebote zum Basteln, Malen, Singen, Kochen etc.
- kreative Beschäftigungsmöglichkeiten
- kulturelle Aktivitäten
- Sportliche Betätigung
- bei Bedarf Vermittlung in andere Beratungsstellen
- Tagesfahrten, Exkursionen
- Begleitung und Unterstützung in schwierigen Situationen
- Einüben sozialer Kontakte (Befähigung)

Zielstellung:

- Förderung von Gemeinschaftsfähigkeit durch Reflexion eigenen Verhaltens und Einüben angemessener Verhaltensweisen
- Abbau von Ängsten
- Suizidprävention
- Verhinderung von Dekompensation und damit verbundenen Krankenhausaufenthalten
- Förderung selbständiger Lebensführung
- Erfahrungsaustausch und damit Solidaritätserfahrung für Angehörige

Die Einschätzung der Besucher der Begegnungsstätte der Magdeburger Stadtmission lautet wie folgt:

„Die Begegnungsstätte für psychisch kranke Menschen der Magdeburger Stadtmission e.V. ist uns wichtig, weil:

- wir uns hier unter Gleichbetroffenen aussprechen können
- wir das Gefühl haben, daß andere Gruppenmitglieder die Probleme verstehen, Probleme, worüber gesunde Menschen nur lachen
- wir uns hier gegenseitig stärken können oder auch Stärkung erfahren
- die Gruppe Lebensmut und Lebenshilfe verbreitet
- gemeinsame Unternehmungen das Selbstbewußtsein und das Zusammengehörigkeitsgefühl stärken.“

(Meinungen von Besuchern der Begegnungsstätte)

Die personelle Situation stellte sich 1997 in diesen drei Kontakt- und Begegnungsstätten wie folgt dar:

1. Die Magdeburger Stadtmission e.V. hat als einzige Einrichtung eine Fachkraft für die Begegnungsstätte. Diese wurde über AB- Maßnahme nach 249 h finanziert. Die Maßnahme lief bereits im 5. Förderjahr und damit endgültig zum 31.5.1998 aus.
2. „Der Weg e.V.“ hatte seine Kontakt- und Begegnungsstätte bis August 1997 mit zwei Betreuerinnen über AB- Maßnahme 249h (5. Förderjahr) besetzt. Diese Maßnahme lief zum 31.8.1997 aus. Durch kurzfristige Bereitstellung finanzieller Mittel über das Sozialamt bis zum Ende des Jahres konnte die Schließung dieser Kontakt- und Begegnungsstätte vermieden werden, allerdings war es nicht möglich, eine Fachkraft für einen Halbjahres- Arbeitsvertrag zu finden.
3. Der DRK - Kreisverband Magdeburg e.V. hat zur Aufrechterhaltung der Kontakt- und Begegnungsstätte „Backstube“ eine Mitarbeiterin aus einer anderen Einrichtung des DRK eingesetzt. Diese Stelle lief zum 31.10.1997 aus. Um die Arbeit zu unterstützen und die Schließung der Einrichtung zu vermeiden, hat das Gesundheitsamt der Stadt der „Backstube“ einen Jahrespraktikanten für den Zeitraum von April 1997 bis März 1998 stundenweise zur Verfügung gestellt.

Aus dieser genannten Situation heraus ergab sich dringender Handlungsbedarf, da die Schließung der Kontakt- und Begegnungsstätten ab 1998 unmittelbar bevorstand.

Die Stadtverwaltung Magdeburg wurde durch die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) auf diesen Sachstand hingewiesen:

„Die Personalkostenförderung durch die Kommune wird ab 1998 als dringlich angesehen, insbesondere da das Land als Zuwendungsgeber für Kontakt- und Begegnungsstätten nicht in Frage kommt. Laut Psychiatrieplan des Ministeriums für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales liegt die Schaffung ambulanter Angebote in der originären Zuständigkeit der Kommune.

Ohne die Bereitstellung der für 1998 erforderlichen Personal- und Sachkosten muß die Stadt der Schließung der Kontakt- und Begegnungsstätten entgegensehen.“

Die Problematik kam in den Gesundheits- und Sozialausschuß. Dort wurde nach Möglichkeiten gesucht, die notwendigen finanziellen Mittel bereitzustellen.

Während der Erstellung dieses Gesundheitsberichtes wurden Entscheidungen zum Erhalt der genannten Einrichtungen getroffen.

4.2.1.2. Tagesstätte „Neustadt“

in der Umfassungsstraße 82

Diese Einrichtung wurde zum 01.09.1997 eröffnet.

Träger: DRK - Kreisverband Magdeburg e.V.

Kapazität: 20 Plätze

Zielgruppe: psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen,

- die nach Aufhalten in psychiatrischen Fachkrankenhäusern oder auf psychiatrischen Stationen große Schwierigkeiten mit der Alltagsbewältigung haben
- die vorübergehend arbeitsunfähig sind, die noch nicht oder nicht mehr mit Aussicht auf Erfolg in den Arbeitsprozeß eingegliedert werden können,
- die sich wieder an einen strukturierten Tagesablauf gewöhnen möchten und ihre lebenspraktischen Fähigkeiten weiterentwickeln wollen

Zielstellung:

Die Tagesstätte hält regelmäßige und verbindliche Angebote zur sozialen Eingliederung vor und bietet eine Betreuung, Beratung und Förderung an, die dem psychisch Kranken eine seinen Fähigkeiten und Bedürfnissen entsprechende soziale Eingliederung und Teilhabe am Alltagsleben ermöglicht.

Die Tagesstätte soll dazu beitragen, die Lebensqualität psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen spürbar zu verbessern und die aus der Erkrankung resultierenden funktionalen Einschränkungen und sozialen Beeinträchtigungen zu überwinden.

Personelle Besetzung: 2 Sozialarbeiterinnen

Der Zugang des Betroffenen in diese Einrichtung kann über die Kliniken, die niedergelassenen Ärzte oder den Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes erfolgen. Der Betroffene kann auch den direkten Kontakt zur Tagesstätte aufnehmen.

Problematik:

Zur Aufnahme in die Tagesstätte stellt der Hilfesuchende beim Träger der Tagesstätte einen formlosen Aufnahmeantrag und beim zuständigen Sozialamt einen Antrag auf Eingliederungshilfe nach §§ 39/40 BSHG. Die damit verbundenen Einkommens- und Vermögensgrenzen bereiten hinsichtlich des Aufnahmeverfahrens große Probleme. Die bei 4.500 DM liegende Vermögensgrenze wird dabei rasch überschritten, die Eingliederungshilfe wird abgelehnt bzw. nur unter der Voraussetzung der Selbstbeteiligung an den Kosten zugesagt. Seit Eröffnung der Tagesstätte waren 14 Personen davon betroffen. Nur 8 Betroffenen wurde Eingliederungshilfe gewährt, so daß die vorhandene Platzkapazität bis zum 31.12.97 nicht ausgelastet werden konnte.

4.2.1.3. Angehörigengruppe psychisch Kranker

Die Angehörigengruppe ist im Verein „Der Weg“ e.V. integriert. Ziel der Arbeit ist die Unterstützung, Betreuung und Beratung der Angehörigen in verschiedenen Fragen und die Hilfestellung bei der Bewältigung von Krisensituationen. Ein wichtiges Element in der Angehörigengruppe ist die Information der Angehörigen über das Krankheitsbild psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen. Zu dieser Thematik finden in der Gruppe Vorträge und Erfahrungsaustausche statt.

Die Angehörigen treten für die Rechte und Interessen der Betroffenen ein und stellen in dem Zusammenhang fest:

Noch immer fehlt die rechtliche Gleichstellung psychisch Kranker mit den Körperbehinderten.

Das Verständnis der Gesellschaft, der Öffentlichkeit und der Medien für das Krankheitsbild und die damit verbundenen Probleme psychisch kranker Menschen ist noch nicht zufriedenstellend.

Mit Bedauern wird festgestellt, daß es für psychisch kranke Menschen ungenügend spezifische Arbeits- und Beschäftigungsangebote gibt.

(Meinungen von den Angehörigen psychisch kranker Menschen)

Als begleitende Dienste stehen dem psychisch kranken Menschen der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes, die Betreuungsvereine und der berufsbegleitende Dienst zur Verfügung.

4.2.1.4. Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes

Gemäß §3 des Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt (PsychKG LSA) hat der sozialpsychiatrische Dienst die Aufgabe, nachsorgende Hilfen nach einer Klinikbehandlung oder nach einer Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung durchzuführen und vorbeugende Maßnahmen einzuleiten, damit krisenhafte Entgleisungen bei psychisch Kranken, geistig Behinderten oder Suchtkranken vermieden werden.

Im Sozialpsychiatrischen Dienst sind 6 Diplom- Sozialarbeiterinnen, 1 Sozialpädagoge sowie 1 Ärztin für Psychiatrie und Neurologie tätig. Die Mitarbeiter beraten an 2 Tagen der Woche alle Ratsuchenden, die eigene Schwierigkeiten durch ihren Leidenszustand haben, sowie Angehörige, die den Betroffenen zur Seite stehen, und auch Institutionen, die zur Behinderungsart und -schwere Fragen haben.

Dabei ergeben sich zahlreiche konkrete Hilfen zur Regelung von sozialen Angelegenheiten, die ein Zusammenwirken mit anderen Ämtern und Behörden erforderlich machen. Den Betroffenen wird auch Begleitung angeboten, insbesondere dann, wenn Ängste, Antriebsstörungen und Hemmungen Hinderungsgründe für die selbständige Problembewältigung sind.

Der Sozialpsychiatrische Dienst hat eine „Geh- hin- Struktur“. Dazu gehören Hausbesuche, damit Hilfemaßnahmen vor Ort eingeleitet werden können.

Die Mitarbeiter sind an drei Tagen in der Woche außerhalb des Gesundheitsamtes im Einsatz.

Der Sozialpsychiatrische Dienst gewährleistet eine tägliche Ansprechbarkeit durch einen Mitarbeiter im Dienst, der für alle Bereiche im Erstgespräch zuständig ist.

Der Sozialpsychiatrische Dienst umfaßt drei Beratungsbereiche:

- Beratung psychisch Kranker und seelisch Behinderter
- Beratung geistig behinderter Erwachsener
- Beratung Suchtkranker (Alkohol - Drogen - Medikamentenabhängigkeit)
[vgl. 4.3.1.2.]

Die Mitarbeiter kennen die Versorgungsangebote der Stadt und stellen die Weichen zu den erforderlichen Hilfemaßnahmen.

Im Sozialpsychiatrischen Dienst treffen sich seelisch Behinderte in einer Gruppe im Abstand von vier Wochen.

Arbeitsberatungen zum betreuten Wohnen werden vierteljährlich gemeinsam mit dem Sozialamt und dem Träger DRK durchgeführt.

Eine Beratung für psychisch kranke Menschen wird auch vom Caritasverband durchgeführt. Die Mitarbeiterin vereinbart auf Wunsch der Betroffenen auch Besuche zu Hause.

Für die Stadt Magdeburg ist nicht vorgesehen, die Beratungskapazitäten zukünftig zu erweitern.

4.2.1.5. *Betreuungsvereine*

- **Persönliche Hilfen Sachsen- Anhalt (PEHISA)**
Betreuungsverein Magdeburg e.V. in der Halberstädter Straße 48
- **Paritätischer Betreuungsverein Sachsen-Anhalt e.V.**
in der Wittenberger Straße 21

Die beiden gemeinnützigen Vereine betreuen u.a. volljährige psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen auf der Grundlage des Betreuungsgesetzes.

Eine weitere Aufgabe der Betreuungsvereine besteht darin, ehrenamtliche Betreuer zu gewinnen, diese in die Tätigkeit einzuführen, zu beraten und fortzubilden.

4.2.1.6. *Berufsbegleitender Dienst für Schwerbehinderte im Arbeits- und Berufsleben*

in der Umfassungsstraße 82

Träger: „Der Weg“ e.V.
Der Berufsbegleitende Dienst arbeitet im Auftrag der Hauptfürsorgestelle des Landes Sachsen-Anhalt.

Angebote:

- Information über Rehabilitationsmaßnahmen
- Unterstützung bei Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß
- Unterstützung bei Fragen des Umgangs mit Ämtern und Institutionen
- Besuche am Arbeitsplatz, Gespräche mit Vorgesetzten und Mitarbeitern
- Analyse von Arbeitsabläufen über die Ermittlung von Anforderungs- und Leistungsprofilen
- Einzelgespräche

4.2.1.7. Betreutes Wohnen

Erwachsene mit einer psychischen Störung, die nicht oder nicht mehr der stationären Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus bedürfen, die nicht oder nicht mehr in einem Heim leben müssen, aber dennoch vorübergehend oder für längere Zeit nicht zur selbständigen Lebensführung fähig sind, haben die Möglichkeit, in eine betreute Wohnform zu ziehen.

In Magdeburg existierten 1997 folgende Einrichtungen für betreutes Wohnen:

- **Betreutes Wohnen in der Buckauer Straße 9**

Träger: DRK- Kreisverband Magdeburg e.V.

Kapazität: 17 Plätze in der betreuten Wohngemeinschaft
11 Plätze im betreuten Einzelwohnen

Ziel ist es, dem psychisch Kranken eine Lebensform anzubieten, die einerseits ein Maximum an Selbständigkeit ermöglicht, andererseits überall dort Unterstützung gibt, wo eine selbständige Lebensführung, soziale Kontakte oder eine befriedigende Tätigkeit nicht oder noch nicht möglich sind.

Angebote:

- Hilfen bei der Alltagsbewältigung
- Hilfen bei der Tagesstrukturierung
- Hilfen bei der Aufnahme / Gestaltung sozialer Beziehungen
- Hilfen bei Konfliktbewältigung
- Hilfen bei der Inanspruchnahme psychiatrischer/medizinischer Hilfen, Dienste u. Einrichtungen

- **Wohn- und Übergangsheim in der Georg- Singer- Straße 32**

Träger: „Der Weg“ e.V.

Kapazität: 54 Plätze

Das Heim wurde erst 1996 eröffnet. Die Platzkapazität der modernen Einrichtung ist voll ausgeschöpft. Unter den Bewohnern befinden sich 47 Magdeburger. Ein Teil der Bewohner sind seelisch behinderte Menschen, die zuvor im Behindertenpflegeheim „St. Georgi I“ gelebt haben und dort zusammen mit geistig behinderten und alten pflegebedürftigen Menschen untergebracht waren. Im Zuge der Entflechtung dieser Einrichtung konnte ihnen ein ihrer Behinderung entsprechender Wohnheimplatz im Wohn- und Übergangsheim für seelisch Behinderte angeboten werden.

Neben diesen Wohnheimplätzen konnten 1997 6 Plätze in Außenwohngruppen geschaffen werden.

Eine Bibliothek und ein Sportraum sowie die in der Einrichtung integrierte Kontakt- und Begegnungsstätte bieten den Bewohnern Möglichkeiten der Freizeitgestaltung.

Für individuelle Beratungen steht rund um die Uhr Fachpersonal zur Verfügung. Daneben verfügt das Haus über therapeutische Angebote, z.B. eine Ergotherapie.

Personelle Besetzung: 31 qualifizierte Mitarbeiter

In Initiative des Vereins „Der Weg“ e.V. wird in der Einrichtung ohne kommerzielles Interesse ein **Stadtcafé** betrieben. Dieses Café bietet 6 psychisch kranken Menschen eine sinnvolle Beschäftigung. Darüber hinaus gibt es in der Stadt für diesen Personenkreis keine speziellen Arbeits- und Beschäftigungsangebote. Seelisch behinderte Menschen können zur Zeit nur in den Werkstätten für geistig Behinderte der Pfeifferschen Stiftungen und des Lebenshilfe- Werkes Magdeburg gGmbH integriert werden.

4.2.2. Medizinische Versorgung

Die medizinische Versorgung von Menschen mit einer psychischen Störung oder seelischen Behinderung erfolgt in der Stadt Magdeburg

- im ambulanten Bereich durch die 17 niedergelassenen Nervenärzte, 3 Fachärzte für Psychotherapie und psychotherapeutisch tätige Psychologen und
- im stationären Bereich in der Psychiatrischen Universitätsklinik Otto von Guericke und im Walter- Friedrich- Krankenhaus. 1997 standen in beiden Häusern 137 Betten (ohne Gerontopsychiatrie) einschließlich tagesklinischer Plätze zur Verfügung.

Bei Bedarf kann für stationäre Aufenthalte auch das Fachkrankenhaus Haldensleben herangezogen werden.

4.3. Versorgung Suchtkranker

4.3.1. Ambulante und teilstationäre Angebote

Die ambulanten und teilstationären Angebote in der Suchtkrankenhilfe der Stadt Magdeburg stellen sich wie folgt dar:

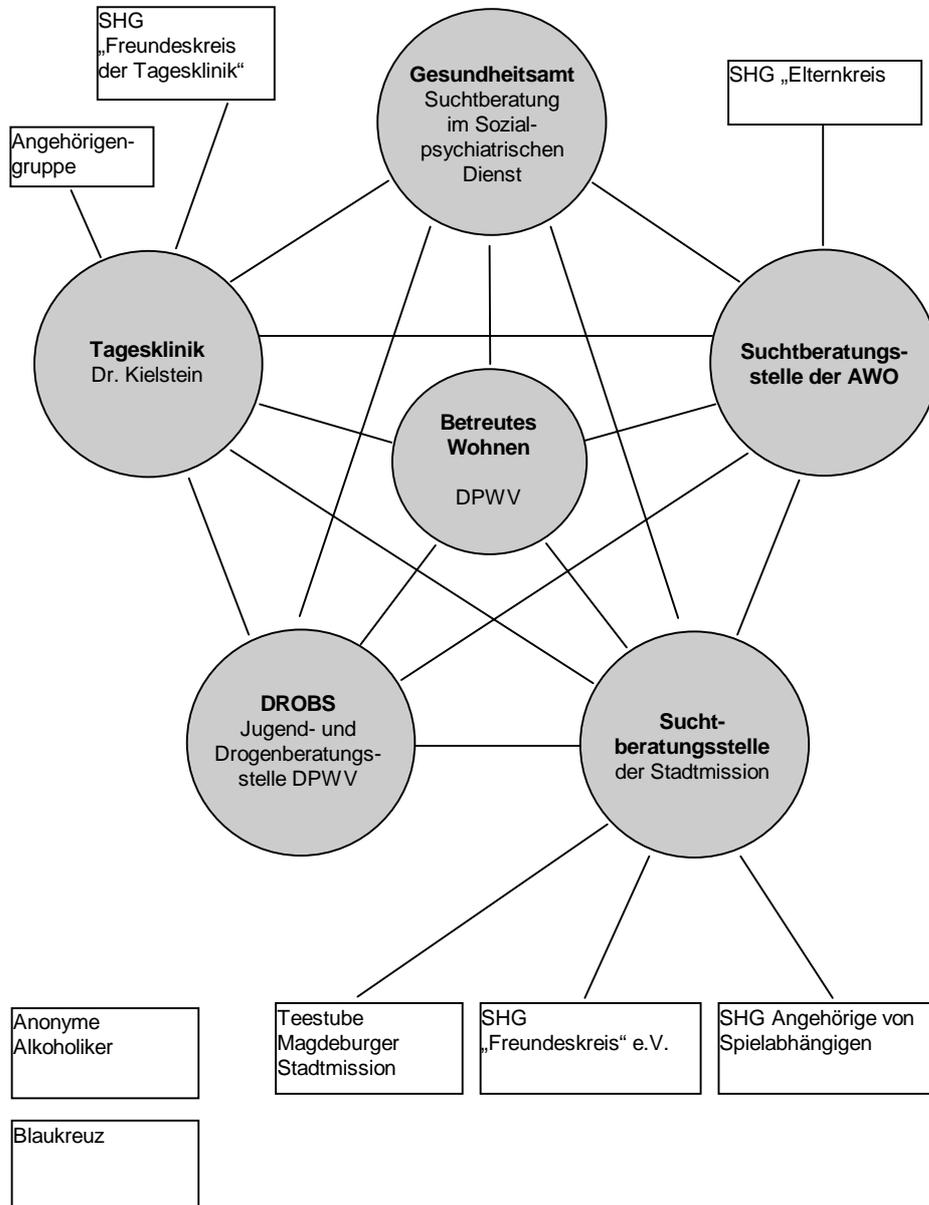


Abbildung 10: Suchtkrankenhilfe in der Stadt Magdeburg

4.3.1.1. Suchtberatungsstellen

In der Stadt Magdeburg existieren 3 Suchtberatungsstellen, die für Menschen mit Suchtproblemen aller Art und deren Angehörige anonyme und kostenlose Beratung bieten.

<u>Suchtberatungsstelle</u>	DROBS	Stadtmission	AWO
<u>Anschrift</u>	Umfassungsstraße 82	Leibnizstraße 48	Thiemstraße 12
<u>Träger</u>	DPWV- Landesverband SA e.V.	Magdeburger Stadtmission e.V.	AWO- Kreisverband Magdeburg e.V.
<u>Öffnungszeiten</u>	Mo u. Do 8-18 Uhr Die 8-15 Uhr Mi nach Vereinbarung Fr 8-13 Uhr	Mo - Mi 8.30-18 Uhr Do 8.30-16 Uhr Fr 8.30-12 Uhr und nach Absprache	Mo, Die, Mi 9-12 u. 14-17 Uhr Do 14-17 Uhr Fr 9-13 Uhr
<u>Personelle Besetzung</u>	4 Mitarbeiter (konstant) -1 Psychologin mit Zusatzausbildg. -1 Diplom- Sozialarbeiter m. ZA -2 Sozialarbeiter	3 Mitarbeiter (konstant) -2 Diplom- Sozialarbeiter -1 Sozialarbeiter i. Ausbildung	1 Mitarbeiter (konstant) -1 Diplom- Sozialarbeiter mit Zusatzausbildung
<u>Angebote / Leistungsspektrum:</u>			
<ul style="list-style-type: none"> • Einzelberatung Betroffener • Einzelberatung von Angehörigen u. Bezugspersonen • Gruppenangebot f. Betroffene • Telefonberatungen • Beratung in der JVA • Aufsuchende Krankenhausarbeit • Hausbesuche • Persönliche Behördenkontakte • Vermittlung in Entgiftungs- u. Entwöhnungsbehandlungen • Präventionsveranstaltungen 	<ul style="list-style-type: none"> + 	<ul style="list-style-type: none"> + 	<ul style="list-style-type: none"> + + - - + + + + + + +
<u>Zielgruppe u. Schwerpunkte</u>	Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene u. deren Angehörige mit Alkohol u. Drogenproblematik	Erwachsene über 30 Jahre, vorwiegend Alkohol u. Spielsucht	Erwachsene mit Alkohol- und Drogenproblematik
<u>Spezifisches Angebot</u>	Beratung und Betreuung zu Anorexia nervosa u. Bulimie	Kurs für alkoholauffällige Kraftfahrer	Begleitung des Elternkreises drogengefährdeter und/oder drogenabhängiger Jugendlicher

Wie in der Übersicht ausgewiesen, erbringen die Suchtberatungsstellen in etwa das gleiche Leistungsspektrum, sind aber gleichzeitig auf bestimmte Altersgruppen und spezifische Suchtproblematiken ausgerichtet. Von daher sollte unbedingt angestrebt werden, alle 3 Suchtberatungsstellen zu erhalten.

Die räumlichen Gegebenheiten, die personelle Besetzung, bezogen auf die Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter, und die Öffnungszeiten der Beratungsstellen entsprachen in der DROBS und in der Suchtberatungsstelle der Magdeburger Stadtmission den „Rahmenrichtlinien zur Förderung von sozialen Beratungsstellen im Zuständigkeitsbereich des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt (MASG); Mindestkriterien für die Förderung von sozialen Beratungsstellen“ vom 30.9.96. Die personelle Besetzung in der Suchtberatungsstelle der AWO konnte bis November 1997 den vom MASG geforderten Mindestanforderungen gemäß der o.g. Rahmenrichtlinie nicht gerecht werden. Erst ab November 1997 konnte durch eine AB- Maßnahme und den Einsatz einer Praktikantin die personelle Situation verbessert werden, wobei es sich hierbei nicht um Fachpersonal handelte.

Zum Ende des Jahres 1997 ist es gelungen, zwischen dem Jugendamt und der DROBS eine Leistungsvereinbarung abzuschließen. Der Projektzeitraum beläuft sich bis 30.9.99. Mit dem Leistungsvertrag ist für beide Vertragspartner eine Planungssicherheit gegeben und die kontinuierliche Suchtarbeit mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, auch im Bereich der Suchtprävention, gewährleistet.

Der Abschluß dieser Leistungsvereinbarung war möglich, weil Pflichtleistungen nach dem KJHG vorgehalten werden.

Für die beiden anderen Suchtberatungsstellen, die überwiegend Erwachsene beraten und betreuen, konnten bisher keine Leistungsvereinbarungen abgeschlossen werden.

4.3.1.2. Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes

Zu den bereits unter Pkt. 4.2.1.4 getroffenen Aussagen zum Sozialpsychiatrischen Dienst muß an dieser Stelle folgendes ergänzt werden: Im Rahmen der Suchtkrankenhilfe werden durch einen Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes Beratungen in den Obdachlosenunterkünften der Stadt einmal wöchentlich durchgeführt. Diese Beratungen sind mit niedrigschwelligen Informationen über Suchtentwicklung und Alkoholfolgekrankheiten sowie Hilfeangeboten zur Bewältigung des Weges aus der Sucht verbunden.

Der Zuspruch wurde 1997 als sehr positiv eingeschätzt. Das Hilfeangebot wird weitergeführt werden.

4.3.1.3. Statistische Darstellung der Beratungstätigkeit

1997 ist es den 3 Suchtberatungsstellen und dem Sozialpsychiatrischen Dienst erstmals gelungen, eine einheitliche Statistik zur Suchtberatung zu führen.

Die 3 Suchtberatungsstellen und der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes führten im Jahr 1997 ca. 5.500 Beratungen für Betroffene durch. In einigen Fällen wurden die Klienten bzw. ihre Angehörigen auch mehrfach beraten. Insgesamt wurden mit diesen Beratungen etwa 2.000 Klienten erreicht.

Die Beratungen konzentrierten sich auf folgende Suchtprobleme:

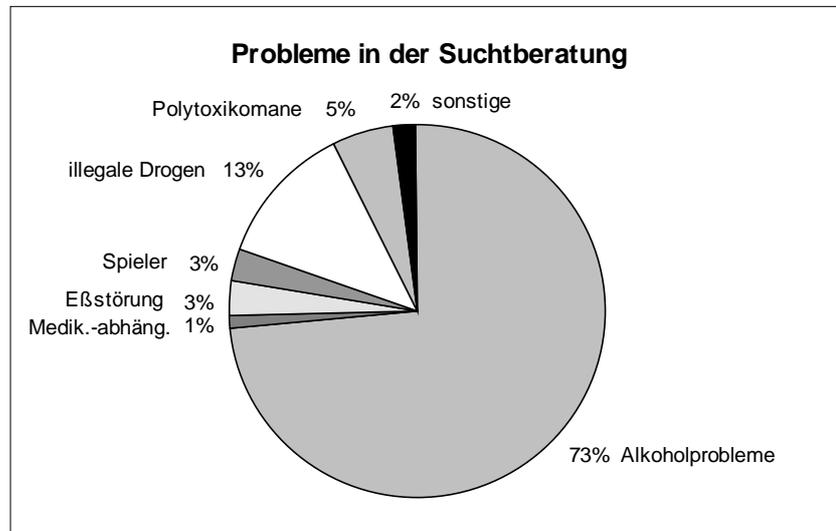


Abbildung 11: Anteile der Probleme in der Suchtberatung in der Stadt Magdeburg

Die folgenden Darstellungen schlüsseln diese Einzelberatungen nach dem Suchtmittel auf, unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht der Betroffenen.

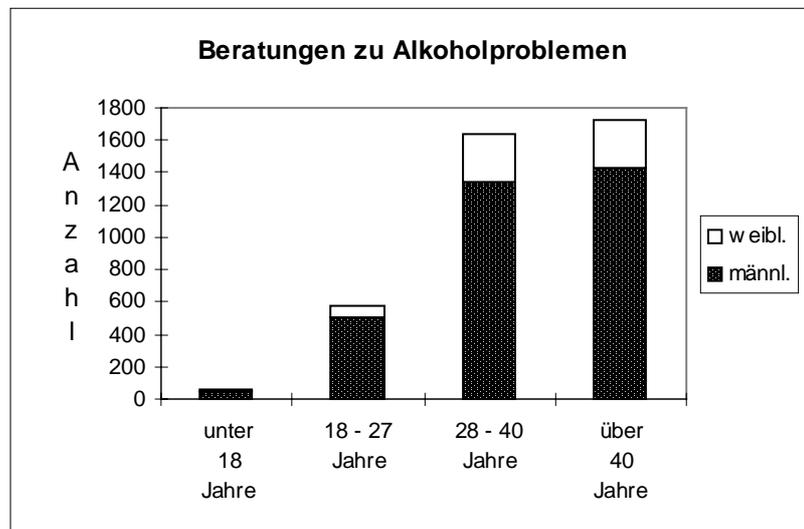


Abbildung 12: Beratung zu Alkoholproblemen in Magdeburg 1997

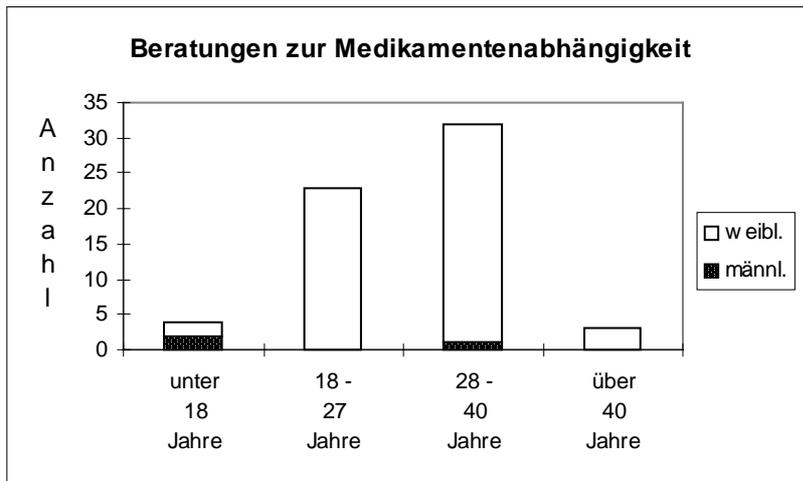


Abbildung 13: Beratungen zur Medikamentenabhängigkeit in Magdeburg 1997

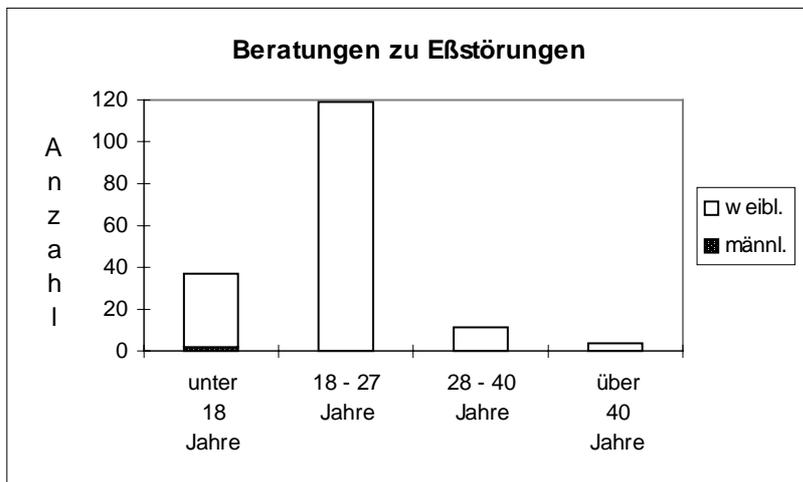


Abbildung 14: Beratungen zu Eßstörungen in Magdeburg 1997

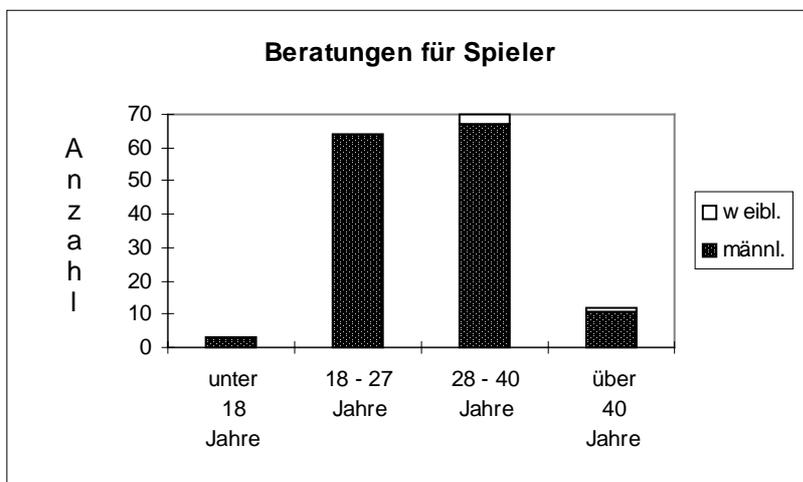


Abbildung 15: Beratungen für Spieler in Magdeburg 1997

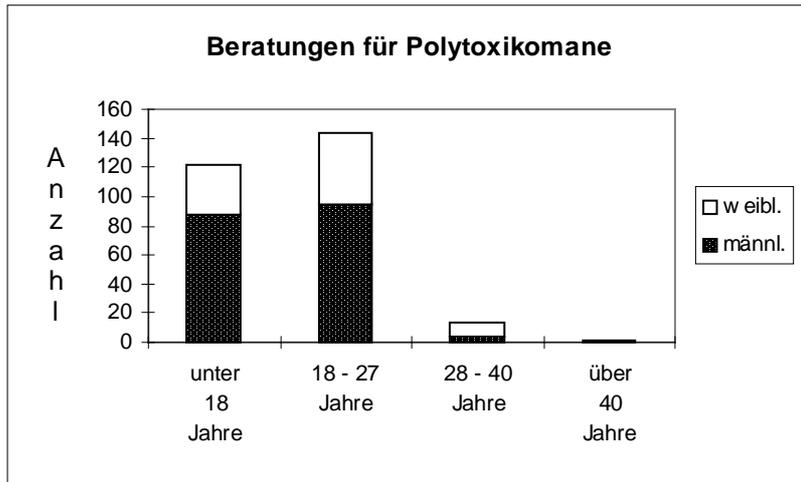


Abbildung 16: Beratungen von Polytoxikomanen (Mehrfachabhängigen) in Magdeburg 1997

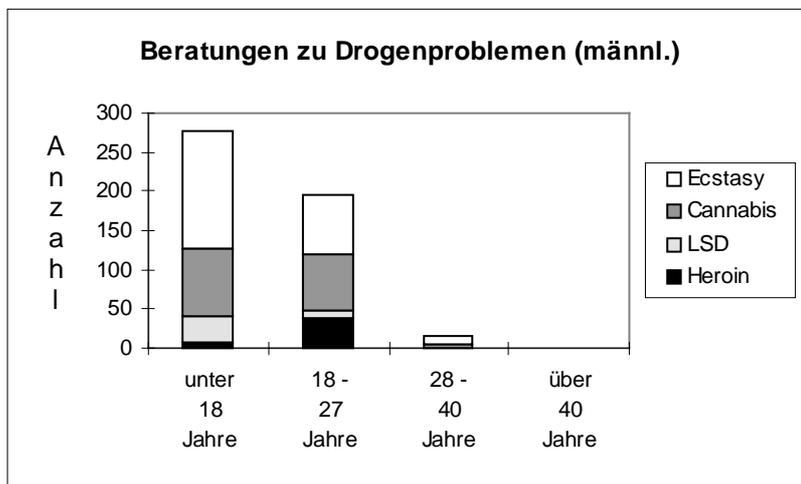


Abbildung 17: Beratungen zu Drogenproblemen bei Männern in Magdeburg 1997

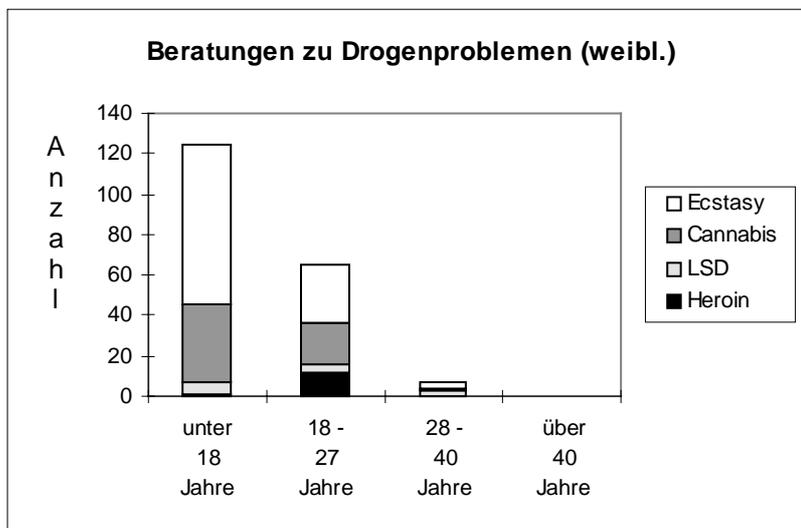


Abbildung 18: Beratungen zu Drogenproblemen bei Frauen in Magdeburg 1997

Die graphischen Darstellungen verdeutlichen, daß sich die überwiegende Anzahl der Beratungen auf Alkoholprobleme der Altersgruppe der über 30- jährigen Männer bezieht.

Im Bereich der illegalen Suchtmittel liegt der Trend im Konsumverhalten der Jugendlichen eindeutig bei Ecstasy. In diesem Bereich ist eine Zunahme der Beratungsgespräche im Vergleich zum Vorjahr um über 100% zu verzeichnen.

Tabelle 25: Leistungen der Suchtberatungsstellen (incl. des Gesundheitsamtes) in Magdeburg 1997

Leistung	Anzahl
Anzahl der Gruppen:	10
Anzahl der Gruppengespräche:	258
Telefonberatung:	2.240
Hausbesuche insgesamt:	751
davon mit Beratung:	608
persönl. Behördenkontakte:	550
- zum Sozialamt:	132
- zum Arbeitsamt:	72
- zum Wohnungsamt:	22
- zum Jugendamt:	83
- zum Gesundheitsamt:	95
- sonst.:	146
ambulante Entgiftung:	20
Vermittlung zur	
- amb. Entgiftung:	52
- stat. Entgiftung:	129
- stat. Entwöhnung:	53
erweiterte Angebote:	
- Krankenhaus	243
- JVA (Justizvollzugsanstalt)	107
- MPU (Medizinisch- psychologische Untersuchung)	39

Zunehmend machten auch mehr Mädchen und Frauen von Einzelberatungen Gebrauch.

Darüber hinaus gab es ca. 1.600 Beratungsgespräche mit Bezugspersonen der Betroffenen, d.h. mit Eltern, Partnern oder Vertretern aus Schulen, Betrieben etc.

Neben der Beratung von Betroffenen und Angehörigen erbrachten die Suchtberatungsstellen und der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes die in der Tabelle 25 dargestellten Leistungen. Die von den Suchtberatungsstellen durchgeführten Präventionsveranstaltungen sind in der Tabelle 26 zusammengefaßt.

Tabelle 26: Präventionsveranstaltungen der Suchtberatungsstellen und des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes 1997

Zielgruppe	90- minütige Veranstaltung	Teilnehmerzahl	Projekt-tage	Teilnehmerzahl
Vorschulkinder	-	-	-	-
Schüler Grundschule	14	304	2	50
Schüler Sekundarschule	48	945	7	292
Schüler Gymnasium	46	1.075	10	146
Schüler Sonderschule	1	14	-	-
Jugendliche (Freizeit)	28	276	-	-
Pädagogen/ Eltern	32	394	-	-
Auszubildende	43	588	-	-
Gesamt:	212	3.596	19	488

Der Vollständigkeit halber muß erwähnt werden, daß auch das Jugendamt 36 Präventionsveranstaltungen durchgeführt hat.

Mit der Einführung einer einheitlichen Statistik ist ein wesentlicher Schritt getan, um in den Folgejahren Tendenzen im Suchtbereich aufzeigen und daraus konkrete Bedarfe oder Nicht- Bedarfe in der Stadt Magdeburg ableiten zu können.

4.3.1.4. Selbsthilfe - Initiativen

Einen festen Platz im Gefüge der Suchtkrankenhilfe nimmt nach wie vor die Selbsthilfe ein. Dazu gibt es folgende Angebote:

- Anonyme Alkoholiker
- SHG Freundeskreis
- SHG Angehörige von Spielabhängigen
- SHG Blaues Kreuz
- Guttempler

Die Angebote in den Gruppen reichen von Informationen zu speziellen Themen und Erfahrungsaustauschen bis hin zu Seminaren und Freizeitangeboten.

4.3.1.5. Aussagen zum Bundesmodellprogramm „INTHIS“

Zu Beginn des Jahres 1997 bestand noch das Bundesmodellprogramm „INTHIS“ (Integrierte gemeindenahe Hilfen für Suchtkranke), das zum Ende des Jahres auslaufen sollte.

Zu diesem Bundesmodellprogramm gehörten:

- das „Betreute Wohnen“ des DPWV
- die „Teestube“ der Magdeburger Stadtmission e.V. und
- die „Notschlafstelle“ und „Streetwork“ des AWO- Kreisverbandes Magdeburg e.V.

Die vorzeitige Beendigung der Finanzierung des Bundesmodellprogramms von Seiten des Bundes zum 31.05.1997 veranlaßte die Kommune, die fachliche Notwendigkeit und die finanziellen Möglichkeiten des Erhalts dieser Projekte zu prüfen bzw. unter Einbeziehung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) prüfen zu lassen.

Das „**Betreute Wohnen für Suchtkranke**“ hatte sich bereits in der Modellphase als unverzichtbarer Bestandteil in der Suchtkrankenhilfe erwiesen und war aus fachlicher Sicht unumstritten. Aus dieser Sichtweise heraus wurde ab Juni 1997 eine Möglichkeit gefunden, das Projekt seitens der Kommune finanziell zu unterstützen.

In die Prüfung zur fachlichen Notwendigkeit der übrigen Projekte wurde z.T. der Fachausschuß Sucht der PSAG einbezogen. Daraus resultieren Stellungnahmen zum Bedarf an der Teestube und an der Notschlafstelle.

In der Stellungnahme des FA Sucht der PSAG zum Fortbestehen der „**Teestube**“ wurde empfohlen, das Projekt weiterhin als einen festen Bestandteil im Rahmen der Suchtkrankenhilfe zu belassen. Diese Empfehlung wurde damit begründet, daß die „Teestube“ sich als niederschwelliges Angebot an Kinder und Jugendliche, in deren Familien suchtmittelabhängige Angehörige leben, richtet. Gerade diese Zielgruppe benötigt Hilfen und Angebote, da das zerstörerische Lebensmuster der Eltern häufig auf die Kinder übergeht. Von den Kindern wird z.B. erwartet, daß sie die Rolle des Partners ersetzen, dadurch spezifische Verhaltensmuster annehmen, was ihre Flexibilität und die Entwicklung sozialer Fähigkeiten behindert. Um tragfähige Beziehungen zu schaffen, es den Kindern zu ermöglichen, über ihre eigenen Probleme zu sprechen, aber auch das Schweigen um die Sucht der Eltern zu beenden, sollte die „Teestube“ im Rahmen der Suchtkrankenhilfe erhalten bleiben.“ Die Prüfung der Möglichkeit des Erhalts der „Teestube“ wurde dem Jugendamt übergeben. Da es im Laufe des Jahres keine konkrete Entscheidung für das Projekt gegeben hat, konnte die Teestube nur noch über ehrenamtliche Tätigkeit aufrecht erhalten werden.

Nach intensiver Auswertung der Konzeption und der Statistik der „**Notschlafstelle**“ und zahlreicher Gespräche zu dieser Problematik konnte eine zwingende Notwendigkeit für das Fortbestehen dieser Einrichtung zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht gesehen werden.

Die Notschlafstelle mußte zum Juni des Jahres 1997 geschlossen werden.

Die Notwendigkeit der Fortführung des Projektes „**Streetwork**“ über das Bundesmodellprojekt hinaus konnte durch das Jugendamt der Stadt nicht

bestätigt werden, da Streetwork bereits durch das Jugendamt konzeptionell stadtteilorientiert vorgehalten wird.

4.3.1.6. Betreutes Wohnen für Suchtkranke

am Hermann- Bruse Platz 2

Suchtkranke Männer und Frauen , die weder der stationären Betreuung noch ständiger Pflege bedürfen, die aber bei der Gestaltung ihres Lebens auf regelmäßige lebenspraktische Hilfen angewiesen sind , haben die Möglichkeit, in eine betreute Wohnform aufgenommen zu werden.

Träger: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband,
Regionalstelle Magdeburg/ Schönebeck

Kapazität: 21 Plätze im (intensiven) betreuten Wohnen
6 Plätze betreutes Einzelwohnen

Zielstellung:

- Stabilisierung der Persönlichkeit
- Entwicklung einer selbstbestimmten Lebensperspektive
- Stabilisierung der Abstinenz
- angemessener Umgang mit Konflikt-u. Krisensituationen
- Befähigung zum Leben in der Gemeinschaft

Angebote:

- sozialpädagogische Angebote
- Hilfe zur Sicherstellung der materiellen Existenz
- Hilfe bei der Planung und Unterstützung der eigenen Haushaltsführung
- Hilfe zum Unterhalt bzw. Aufbau sozialer Kontakte
- Hilfen zur Vermittlung und zum Erhalt einer Wohnung
- Hilfen zur Freizeitgestaltung
- Krisenintervention
- Vermittlung in andere med. u. psychosoziale Dienste und therapeutische Maßnahmen in Form von Einzel- und Gruppengesprächen.

Personelle Besetzung:

- 1 Leiterin
- 1 Diplom-Sozialpädagoge
- 1 Mitarbeiterin über AB-Maßnahme
(z. Zt. in Ausbildung zur Fachkraft für soziale Arbeit)

Die hauptamtlichen Mitarbeiter wurden durch 2 Jahrespraktikanten sowie 1 Mitarbeiterin über den 2. Arbeitsmarkt unterstützt.

1997 wurden 10 Männer und eine Frau neu in das betreute Wohnen aufgenommen.

Insgesamt wurden 22 Klienten betreut, darunter 17 Magdeburger. Davon erreichten 4 Klienten die Zielstellung der Rehabilitation .

Für 1997 konnte festgestellt werden, daß die meisten Anfragen von Betroffenen im Alter von 30 bis 40 Jahren erfolgten.

4.3.1.7. Tagesklinik

Dr. Kielstein GmbH in der Planckstraße 4-5

Kapazität: 35 Plätze

Die Tagesklinik bietet eine teilstationäre Entgiftungs- und Motivationsbehandlung für Alkohol- und Medikamentenabhängige bzw. für Drogenabhängige mit noch ausreichender sozialer Einbindung.

Die tagesklinische Behandlung erstreckt sich über 5-6 Wochen und umfaßt:

- Gruppenpsychotherapie
- psychotherapeutische Einzelgespräche
- Arbeits- und Beschäftigungstherapie
- Gestaltungstherapie
- Sport- und Bewegungstherapie
- Soziotherapie, im Sinne der Einbeziehung des sozialen Umfeldes.

1997 zählte die Einrichtung ca. 350 Tagesklinikbesucher aus Magdeburg und den umliegenden Kreisen.

Der überwiegende Teil der Klientel gehört zur Altersgruppe der 35 bis 40- jährigen bzw. der über 50- jährigen.

Etwa ein Viertel bis ein Drittel der Betroffenen sind Frauen.

4.3.2. Stationäre Angebote

4.3.2.1. Entgiftungsbehandlung

Für Akutaufnahmen, auch für Einweisungen nach PsychKG bei Alkoholproblemen stehen derzeit die geschlossenen Stationen des Walter- Friedrich-Krankenhauses und der Universitätsnervenklinik zur Verfügung.

Wenn der Schwerpunkt der Behandlung im internistischen Bereich liegt, sind Entgiftungen auch in anderen Krankenhäusern möglich.

Regelbehandlung zur Entgiftung wird auch in der Salus GmbH Fachkrankenhaus Uchtspringe und im Fachkrankenhaus des Christlich Sozialen Werkes Haldensleben vorgenommen.

4.3.2.2. Entwöhnungsbehandlung

Nach einem Anmeldeverfahren werden Entwöhnungsbehandlungen durch den Rentenversicherungsträger geregelt und finanziert. Die Wartezeiten für die Entwöhnungsbehandlung liegen bei ca. 4 - 6 Wochen. Bei Ablehnung tritt für Sozialhilfeempfänger gegebenenfalls im Einzelfall nach entsprechendem Prüfverfahren der Sozialhilfeträger für die Finanzierung ein.

Für die Durchführung stationärer Entwöhnungsbehandlung hat der Rentenversicherungsträger Rehabilitationseinrichtungen geschaffen. Er legt die Anerkennung als Entwöhnungseinrichtung nach eigenen Maßstäben im Sinne der Rehabilitation für Suchtkranke fest.

In der Stadt Magdeburg stehen keine stationären Plätze für Entwöhnungsbehandlungen zur Verfügung.

Da Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen von jeweils unterschiedlichen Kostenträgern finanziert werden, ist eine Entwöhnungsbehandlung direkt im Anschluß an die Entgiftungsbehandlung sehr schwer und bisher nur im Ausnahmefall zu realisieren.

Ein fließender Übergang von der Entgiftungs- zur Entwöhnungsbehandlung als klientenorientierte „therapeutische Kette“ ist zur Zeit nicht möglich, wäre aber dringend erforderlich.

4.3.2.3. Heimunterbringung

In der Stadt Magdeburg steht das Haus „Am Westring“ für die Aufnahme von chronisch mehrfach geschädigten Suchtkranken mit suchtbedingter Hirnschädigung und schweren Lähmungserscheinungen der Beine bzw. für Suchtkranke mit einer wesentlichen Veränderung der Persönlichkeitsstruktur zur Verfügung:

Sozialtherapeutisches Zentrum Haus „Am Westring“

in der Großen Diesdorfer Str. 53

Träger: Volkssolidarität Verwaltungs- gGmbH Sachsen-Anhalt

Kapazität: 70 Plätze

Personelle Besetzung: 19 Mitarbeiter; davon 9x Fachpersonal

Zielstellung:

- abstinente Lebensweise bei zunehmender körperlicher und seelischer Erholung
- Wiedererlangen von sozialen Kompetenzen im Sinne der Eingliederungshilfe für Behinderte

Die Betreuung umfaßt folgende Bereiche:

- Alltagskompetenzen, lebenspraktischer Bereich
- körperliches Wohl, Gesundheit
- soziale Kompetenzen, soziale Kontakte
- psychosozialer Bereich
- Freizeitbereich

Problem:

Auf Grund der überalterten Bausubstanz, der unzureichenden Zimmergrößen und der zum Teil nicht den Anforderungen entsprechenden Gegebenheiten ist seitens der Heimaufsicht nur noch eine befristete Betriebslaubnis bis zum 31.12.98 erteilt.

Mit dem Beginn des Neubaus wird im 2. Halbjahr 1998 gerechnet. Zur Wiedereingliederung von einzelnen Suchtkranken mit positiver Entwicklungstendenz sind Außenwohnbereiche vorgesehen.

4.4. Kooperation

Zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Suchtkranker im Sinne der gemeindenahen Psychiatrie waren 1997 der „Fachausschuß für psychisch Kranke und seelisch behinderte Erwachsene“ und der „Fachausschuß für Suchtkranke“ der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) tätig.

Die Fachausschüsse setzen sich aus Vertretern jener Einrichtungen zusammen, die unter den Punkten 4.2. und 4.3. dargestellt worden sind. Die Mitglieder trafen sich in sechswöchigem Abstand zu themenzentrierten Arbeitsberatungen. Gegenseitige Information über geplante Aktivitäten und Vorhaben bzw. über neue Projekte und anstehende Umstrukturierungen sind zur Selbstverständlichkeit geworden.

Somit ist über die Tätigkeit der PSAG ein wesentlicher Beitrag zu einer verbesserten Kooperation aller in der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung Tätigen geleistet worden.

Es zählt zu den Aufgaben der PSAG, Vorhaben und Pläne ihrer Mitglieder und anderer Träger daraufhin zu prüfen, ob sie geeignet sind, zu einer bedarfsgerechten und zeitgemäßen Versorgung beizutragen. Unter diesem Gesichtspunkt wurden einige fachliche Stellungnahmen zu bestimmten Projekten erstellt, die an die entsprechenden Ämter der Stadtverwaltung bzw. über die Beigeordnete für Jugend, Soziales und Gesundheit an die zuständigen Ministerien des Landes Sachsen-Anhalt weitergeleitet worden sind. Fachliche Stellungnahmen und Empfehlungen der PSAG sollen den entsprechenden Ämtern und Ministerien als Grundlage bei der Entscheidungsfindung über die Fortführung oder Erweiterung von Projekten dienen.

Diese Stellungnahmen zeichnen sich dadurch aus, daß sie in gemeinsamer Beratung zwischen den freien Trägern und den Ämtern der Stadtverwaltung erstellt werden und die Arbeit bzw. die Inhalte der jeweiligen Projekte dabei intensiv hinterfragt werden.

Mit fachlichen Stellungnahmen zu Projekten und Konzepten und daraus resultierenden Empfehlungen versucht die PSAG, auf Qualität und Niveau der Arbeit sowie Prioritätensetzung Einfluß zu nehmen.

Die Effizienz der Tätigkeit der PSAG mit ihren 5 Fachausschüssen ist unabdingbar mit der Koordinatorin für gemeindeintegrierte Psychiatrie zum Aufbau und zum Erhalt der Versorgungsstrukturen verbunden, deren Tätigkeit durch ein Landesmodellprojekt realisiert wurde. Die Laufzeit des derzeitigen Landesmodellprojektes endet zum 31.12.1998.

5. Entwicklung der Zahngesundheit in Magdeburg von 1993 - 1997 Auswirkungen der Gruppenprophylaxe

5.1. Grundlagen

Im Januar 1991 nahm der Zahnärztliche Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Magdeburg seine Tätigkeit auf. Zu Beginn arbeiteten 4 Jugendzahnärztinnen und 4 Fachschwestern für Zahn- und Mundhygiene im Zahnärztlichen Dienst und führten die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen für die Kinder und Jugendlichen in den Schulen und Kindergärten der Stadt Magdeburg durch.

Nach dem Weggang von 2 Jugendzahnärztinnen und personeller Umbesetzung bildete sich das jetzige Team des Zahnärztlichen Dienstes heraus.

2 Jugendzahnärzte und 4 Fachschwestern für Zahn- und Mundhygiene sind gegenwärtig im Gesundheitsamt tätig.

Auf der Basis des Kindertagesstättengesetzes und des Schulgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt § 38 Abs. 1 und 2 werden in den Kindertagesstätten, Kindergärten und Schulen Reihenuntersuchungen für alle Kinder im Alter von 3 - 12 Jahren durchgeführt.

Obwohl die zu betreuende Kinderzahl ständig abnimmt, ist der normale Untersuchungsschlüssel (8.000 - 10.000 Kinder / Jugendzahnarzt) in Magdeburg noch nicht erreicht. Im Jahr 1997 war ein Jugendzahnarzt noch für 14.542 Kinder zuständig. Auf Grund dessen ist eine 100 % -ige Reihenuntersuchung bei allen Kindern der Stadt Magdeburg noch nicht gewährleistet.

Im Jahr 1993 trat die Stadt Magdeburg der Rahmenvereinbarung über die Verhütung von Zahnerkrankungen nach § 21 SGB V im Land Sachsen-Anhalt bei. Auf dieser Grundlage wurde für die Stadt Magdeburg ein Arbeitskreis „Jugendzahnpflege“ gegründet. Mitglieder in diesem Arbeitskreis sind die Stadt Magdeburg, vertreten durch den Zahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes, die ortsansässigen Krankenkassen AOK, VdAK/AEV, BKK, IKK und die Zahnärztekammer.

Dem Zahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes obliegt die Geschäftsführung des Arbeitskreises „Jugendzahnpflege“. Von der Clearingstelle der Landesarbeitsgemeinschaft „Jugendzahnpflege“ wird dem Arbeitskreis Geld für die zahnärztliche Gruppenprophylaxe zur Verfügung gestellt.

Zu den Aufgaben des Arbeitskreises „Jugendzahnpflege“ gehören folgende Maßnahmen:

- Durchführung von Zahnputzübungen mit fluoridhaltiger Zahnpasta in Kindertagesstätten und Kindergärten
- Anleitung der Erzieherinnen, um ein tägliches Zähneputzen in den Kindereinrichtungen zu gewährleisten
- ab 4. Lebensjahr Einbürsten eines altersgerechten Fluoridgelees 1x wöchentlich (mit Einverständniserklärung der Eltern)
- Zahngesunde Ernährung
- Motivation der Kinder, Eltern, Lehrer und Erzieher zur Zahngesundheit
- Durchführung von Zahnschmelzhärtungen
- intensive Betreuung von Kariesrisikokindern
- Durchführung von Prophylaxe- Unterricht für Schulkinder
- Ausgestaltung von Elternabenden, Projekttagen, Zahnputzfesten
- Tag der Zahngesundheit (bundesweit am 25.09. jeden Jahres)
- Besuche von Kindergartengruppen und Schulklassen im Prophylaxeraum des Gesundheitsamtes und in den Praxen der niedergelassenen Zahnärzte zum Angstabbau der Kinder vor dem Zahnarzt und der zahnärztlichen Behandlung
- spezielle und intensive Betreuung im Rahmen der Gruppenprophylaxe bei geistig und körperlich behinderten Kindern

Für die Gruppenprophylaxemaßnahmen werden vom Arbeitskreis die verschiedensten Materialien wie Zahnbürsten, Zahnpasta, Fluoridgelee und anderes zur Verfügung gestellt.

Mindestens 1x jährlich, meist jedoch mehrmals im Jahr erhalten die Kinder Prophylaxeimpulse.

Die Basisprophylaxe in den Kindergärten wird vom Gesundheitsamt durchgeführt, die Wiederholungsprophylaxe führen niedergelassene Zahnärzte der Stadt Magdeburg durch. Hierbei hat jeweils ein Zahnarzt die Betreuung eines Kindergartens übernommen.

Ziel dieser gesamten Prophylaxemaßnahmen ist es, den Kariesbefall an den Gebissen der Kinder und Jugendlichen zu reduzieren.

5.2. Entwicklung des Kariesbefalls

Bei einer wissenschaftlichen Studie, an der die Stadt Magdeburg teilnahm, zeigte sich, daß der Kariesbefall allgemein zurückgegangen ist. Ausgeprägt ist der Rückgang des Kariesbefalls vor allem in den Städten, die zu DDR-Zeiten eine Trinkwasserfluoridierung durchführten.

In Magdeburg wurde von 1973 bis 1990 das Trinkwasser fluoridiert.

Die quantitative Rückentwicklung des Kariesbefalls geht allerdings mit einer Polarisierung einher. Auf der einen Seite haben wir eine große Gruppe von Kindern, die nur wenig oder keine Karies haben, auf der anderen Seite vereint eine kleine Gruppe von Kindern und Jugendlichen mehr als die Hälfte des gesamten Kariesbefalls auf sich. Diese Kinder und Jugendlichen gehören zur Kariesrisikogruppe und bedürfen einer intensiveren zahn-ärztlichen und gruppenprophylaktischen Betreuung.

Die Betreuung der Kariesrisikogruppen erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen den Zahnärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes und den niedergelassenen Zahnärzten.

Große Sorge bereitet auch der nach 1991 aufgetretene massive Kariesbefall an den Zähnen der Kleinkinder. Bei Kindern ab dem 2. Lebensjahr ist vermehrt eine Zunahme der Milchzahnkaries zu beobachten. Dies sind die Folgen der ständigen Benutzung der Teeflasche ohne Kontrolle der Eltern. Es ist wichtig, schon frühzeitig (1.-2. Lebensjahr) mit der Zahnpflege zu beginnen.

Wichtig ist schon in diesem Alter die richtige, zahngesunde Ernährung. Das bedeutet, daß man auf versteckte Zucker in Kindertees und Kindernahrung achtet, daß man dem Kind Obst und rohes Gemüse anbietet und nach dem Essen die Zähne des Kindes regelmäßig reinigt. Hierfür muß das Verständnis der Eltern geweckt werden, denn die gruppenprophylaktischen Maßnahmen erhalten die Kinder erst, wenn sie eine Kindertagesstätte oder einen Kindergarten besuchen.

Auf Grund der 1. und 2. Neuordnung des Gesundheitsstrukturgesetzes sind die gesamten Maßnahmen zur Vorbeugung gegen Zahnkaries noch wichtiger geworden, da alle Kinder und Jugendlichen, die nach dem 31.12.1978 geboren sind, keinerlei Zuschüsse für den Zahnersatz mehr von der Krankenkasse bekommen.

Beratungen zu diesen Themen werden auch für Eltern im Gesundheitsamt durchgeführt.

5.3. Kariesrisiko

Um den Anteil der Kariesrisikokinder festzustellen, wurden 1996 und 1997 die Untersuchungsergebnisse der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen im Bereich Kindertagesstätten/ Kindergärten speziell ausgewertet. Das Ergebnis zeigt die folgende Tabelle.

Tabelle 27: Kariesrisiko- Kinder im 3. - 7. Lebensjahr
(Anteil der Kariesrisikokinder an den untersuchten Kindern)

	1996	1997
3. - 4. Lebensjahr	22,5 %	20,75 %
5. Lebensjahr	19,9 %	16,7 %
6. - 7. Lebensjahr	23,1 %	16,6 %

Die Entwicklung der Zahngesundheit von 1994 bis 1997 ist in der Tabelle 28 und der Abbildung 19 dargestellt. Die ersten beiden Zeilen der Tabelle geben den prozentualen Anteil der behandlungsbedürftigen Kinder an den untersuchten Kindern an. Die Zeilen 3 und 4 beziehen sich auf alle Kinder im Alter von 3 bis 12 Jahren in Magdeburg.

Tabelle 28: Entwicklung der Zahngesundheit von 1994 bis 1997

		1994	1995	1996	1997
1.	zahnärztlich behandlungsbedürftige Kinder)*	26,5%	24,2%	24,6%	28,2%
2.	kieferorthopädisch behandlungsbedürftige Kinder)*	16,4%	19,7%	13,8%	13,7%
3.	spezielle Fluoridierungsmaßnahmen)**	4,9%	15,7%	13,9%	25,8%
4.	Teilnehmer an Zahnputzaktionen**	52,0%	85,2%	67,3%	76,5%

)* Anteil an den untersuchten Kindern

)** Anteil an allen Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren in Magdeburg

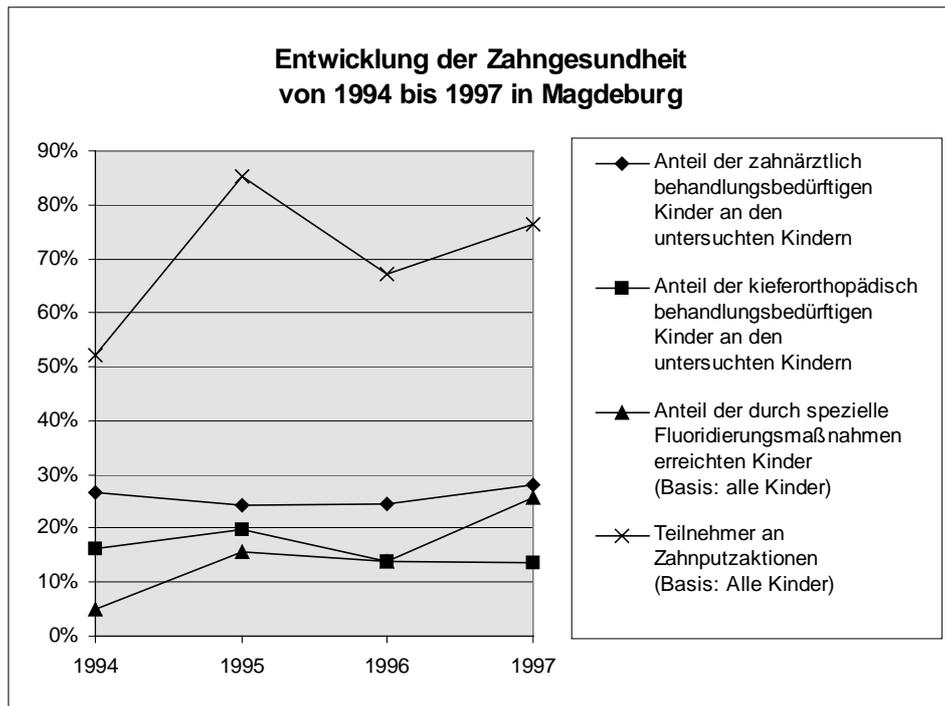


Abbildung 19: Entwicklung der Zahngesundheit von 1994 bis 1997 in Magdeburg

Die Erhöhung des Anteils der behandlungsbedürftigen Kinder im Jahr 1997 läßt folgende Schlüsse zu:

- nach Wegfall der Trinkwasserfluoridierung 1990 sind in den 1. Klassen erstmals Schüler untersucht worden, die an dieser kollektiven Fluoridierungsmaßnahme nicht mehr teilgenommen haben
- das Überangebot an Süßigkeiten, gesüßten Kindertees und Kindernahrung seit 1990 haben einer Kariesentwicklung Vorschub geleistet
- der Zusammenbruch der kinderstomatologischen Betreuung, sowie Veränderungen im Kindertagesstätten- und Kindergartenbereich fordern verstärkt die Verantwortung der Eltern für die Zahngesundheit ihrer Kinder
- der Aufbau der Gruppenprophylaxe in der Stadt Magdeburg seit 1993 konnte für die jetzt 7- und 8- jährigen Kinder die schon entstandenen Schäden an den Zähnen nicht mehr abfangen.

Im Schuljahr 1997/98 wird erstmalig für die einzelnen Altersstufen bis zum 12. Lebensjahr eine Kariesstatistik erstellt. Dort wird sich dann zeigen, in welchen Altersstufen das Kariesrisiko am höchsten ist. Aus den Ergebnissen dieser Statistik müssen dann weitere gruppenprophylaktische Betreuungsstrategien abgeleitet werden.

5.4. Wissenschaftliche Studie des Kariesbefalls

In den Jahren 1994 und 1995 führte der Zahnärztliche Dienst des Gesundheitsamtes gemeinsam mit Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. mult. W. Künzel vom Klinikum der Friedrich- Schiller- Universität, Poliklinik für Präventiv- und Kinderzahnheilkunde eine wissenschaftliche Studie zur Kariesentwicklung bei Kindern und Jugendlichen in der Stadt Magdeburg durch. [5] [6]

Die Stadt Magdeburg wurde neben Apolda, Cottbus, Dresden, Nordhausen, Rostock, Schwerin und Stralsund als Survey- Punkt in die Untersuchung aufgenommen, da in diesen Städten bereits 1964 und 1985 analoge Stichproben erhoben worden sind und somit das epidemiologische Datenmaterial für den angestrebten Vergleich der Mundgesundheit vorliegt.

5.4.1. Methodische Anmerkungen

Entsprechend internationalen Empfehlungen (WHO) wird der Kariesbefall der Kinder und Jugendlichen durch den DMFT-Index dargestellt. Dabei steht das englische

- **D** (decayed = kariös) für die Karieserkrankung der einzelnen bleibenden Zähne
- **M** (missing = fehlend) für die infolge Karies und ihren Folgeerscheinungen vorgenommenen Extraktionen der Zähne, und
- **F** (filled = gefüllt) für die abgeschlossene zahnärztliche Behandlung des Zahnes durch Legen einer Füllung.
- **T** (Tooth = Zahn)

Der DMFT-Index beinhaltet die Gesamtzahl aller kariösen, fehlenden und gefüllten Zähne aller untersuchten Kinder. Er gibt somit für definierte Altersgruppen (Schultypus, Geschlecht usw.) den Mittelwert des Kariesbefalls pro Individuum wieder. Dies schließt einerseits die Existenz von Kindern mit Kariesfreiheit ein (gesunde Kinder) und andererseits die mit höherem oder hohem Kariesbefall. Der D-Wert ist gleich dem noch ausstehenden Behandlungsbedarf, während durch den F- und M-Wert die geleistete zahnärztliche Behandlung zum Ausdruck kommt. Allerdings ist eine höhere Anzahl extrahierter Zähne (M-Wert) stets ein Zeichen frühzeitiger Gebißdestruktion infolge zu später Zuführung der Kinder zur zahnärztlichen Behandlung. Die Abbildung 20 zeigt den DMFT- Index des bleibenden Gebisses verschiedener Altersgruppen in Magdeburg in den Jahren 1974, 1985 und 1994 im Vergleich. In der Abbildung 21 werden die D-, M- und F- Werte am DMFT- Index gesondert dargestellt.

Ergänzend zu diesen Daten werden die prozentualen Anteile der Kinder mit gesunden, sanierten und sanierungsbedürftigen Gebissen sowie der Umfang von Fissurenversiegelungen angegeben.

Als Maß für den Mundhygieniezustand einer Population wird der OHI-S-Index (Simplified Oral Hygiene Index) verwendet. Dieser kann die Werte 0 = kein Plaque, 1 = weniger als ein Drittel der Kronenfläche mit Plaque oder farbigen Belägen bedeckt, 2 = weniger als zwei Drittel bedeckt

und 3 = mehr als zwei Drittel bedeckt, annehmen. Die Werte 2 und 3 sind Folge einer mangelhaften Mundhygiene. Beim OHI-S-Index wird nicht ein Mittelwert für die betrachtete Population angegeben, sondern der prozentuale Anteil der Kinder mit den entsprechenden Werten.

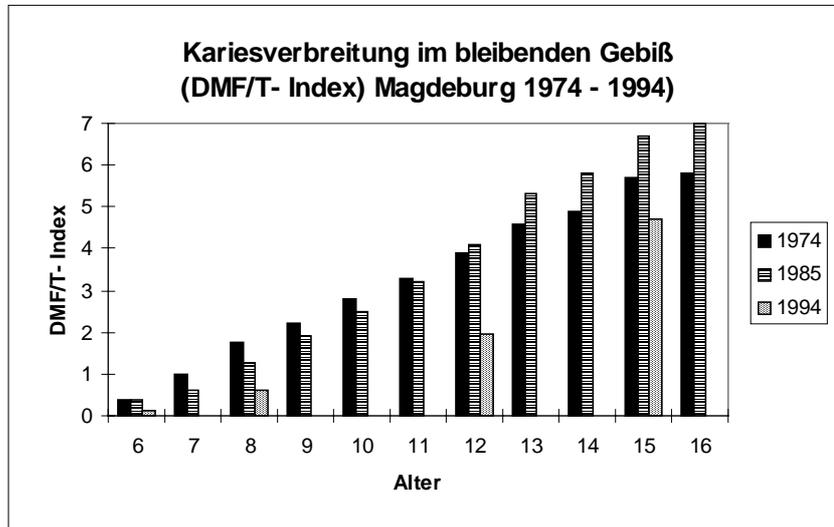


Abbildung 20: Kariesverbreitung im bleibenden Gebiß (DMF/T - Index) Magdeburg 1974 - 1994

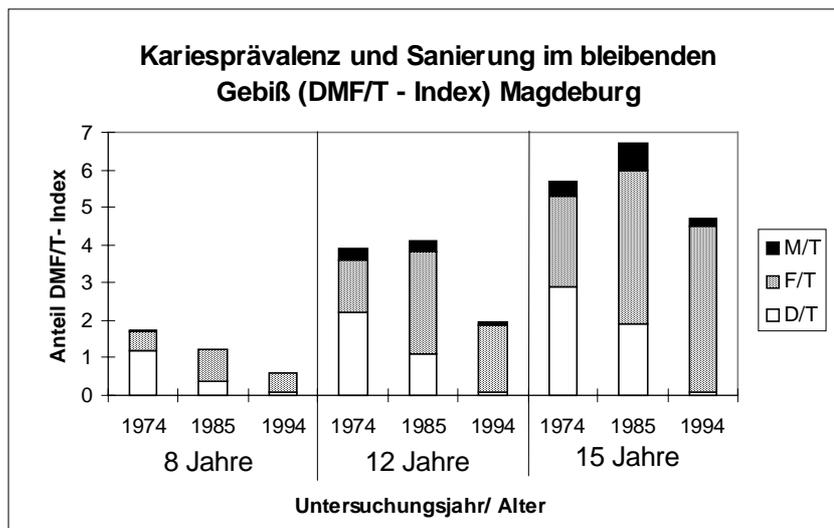


Abbildung 21: Kariesprävalenz und Sanierung im bleibenden Gebiß (DMF/T- Index) Magdeburg

Der Zustand des Zahnfleisches wird mittels des CPITN-Index (Community Periodontal Index of Treatment Needs) angegeben. Der CPITN hat den Wert 0, falls das Zahnfleisch keine Erkrankungserscheinungen aufweist. Der Wert 1 wird zugewiesen, falls die Gingiva bei vorsichtiger Sondierung zu bluten beginnt. Findet sich Zahnstein, so nimmt der Index den Wert 2 an. Für Jugendliche bis 15 Jahren ist dies der maximal mögliche Wert. Mittels eines zusätzlichen Fragebogens wird eine Analyse des Zusammenhanges der medizinischen Befunde und des Lebensumfeldes der Jugendlichen versucht. Gleichzeitig werden Bereiche aufgezeigt, in denen eine Betreuung intensiviert werden sollte.

Die Untersuchungen wurden in allen acht Städten des Surveys von Fr. Dr. Schmidt im Zeitraum von Mitte Januar 1995 bis Mitte Juni 1995 durchgeführt, so daß die Ergebnisse aller Städte gut vergleichbar sind. Insgesamt wurden 1.603 Jugendliche untersucht. Hierbei wurden gleiche Anteile 13- und 14- jähriger sowie männlicher und weiblicher Probanden in der Stichprobe angestrebt. In Anbetracht jüngerer Erkenntnisse über den unterschiedlichen Kariesbefall bei Schülern aus Sekundar- bzw. Realschulen und Gymnasien sollte der Anteil entsprechender Schüler in den Städten und der Stichprobe gleich sein. Bei größeren Abweichungen werden den einzelnen Beobachtungen Gewichte zugeteilt, so daß die Vergleichbarkeit gewährleistet bleibt.

5.4.2. Ergebnisbeschreibung

In diesem Abschnitt sollen zunächst die gefundenen medizinischen Befunde beschrieben werden und anschließend auf die Ergebnisse ausgewählter Fragen aus dem zur Studie gehörenden Fragebogen eingegangen werden. Die Daten und Ergebnisse werden in Tabellen und Abbildungen dargestellt.

5.4.3. Zahnärztliche Befunde

Aus den Jahren 1964 und 1985 liegen für die Kariesprävalenz statistische Daten vor, die nach gleichartigen methodischen Standards erhoben sind. Damit ist ein zeitbezogener wertender Vergleich möglich. Für alle betrachteten Größen ist ein horizontaler Vergleich mit den aktuellen Daten der anderen sieben Städte möglich.

Für Magdeburg wurde ein mittlerer DMFT von 3,6 ermittelt. Dies ist ein guter Wert im Vergleich mit allen acht betrachteten Städten (vgl. Abbildung 22).

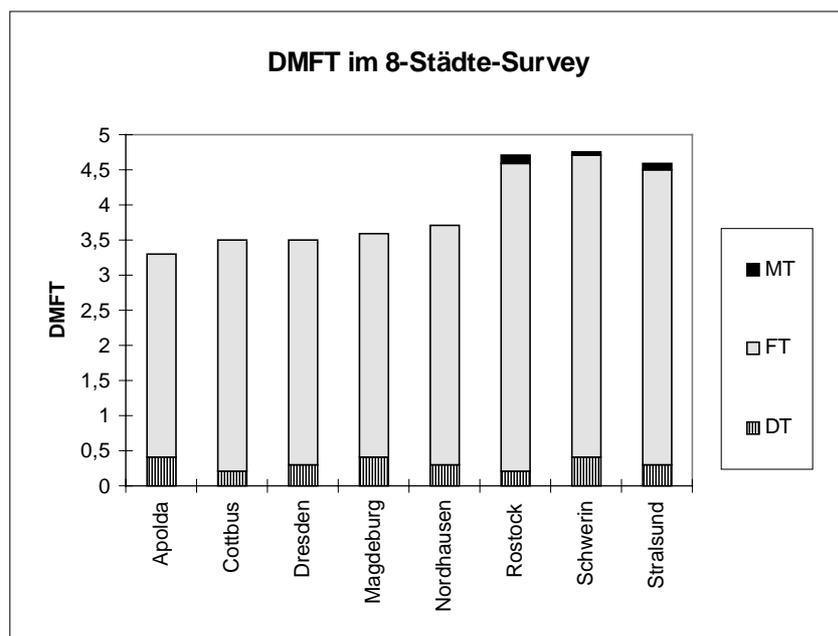


Abbildung 22: DMFT im 8- Städte- Survey

In Magdeburg liegt der mittlere DMFT für Mädchen mit 4,0 deutlich über dem der Jungen mit 3,3. Wie in fast allen anderen Städten haben die Gymnasialschüler mit 3,0 einen niedrigeren mittleren DMFT als die Schüler der Sekundarschulen, deren mittlerer DMFT bei 4,0 liegt. Im Vergleich mit den Ergebnissen von 1964 und 1985 (3,3 bzw. 4,0) erkennt man für Magdeburg seit 1985 eine leichte Verbesserung.

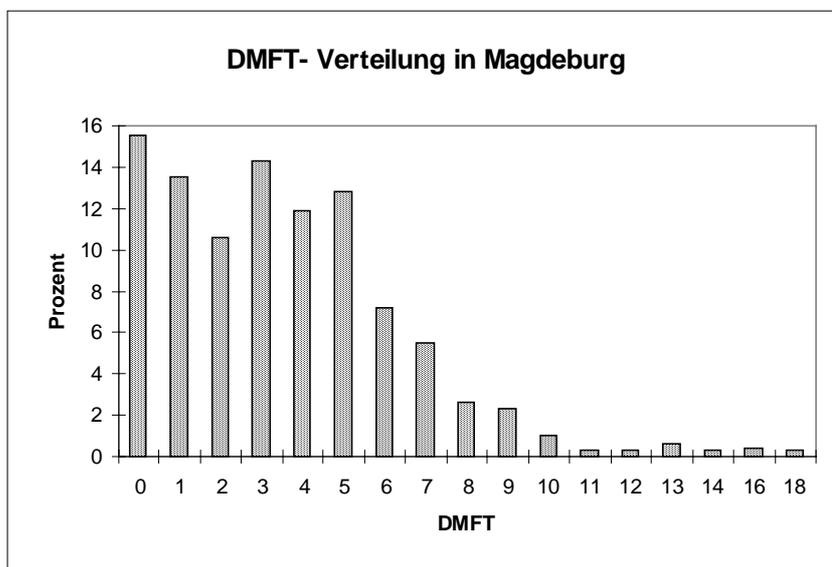


Abbildung 23: Häufigkeitsverteilung DMFT

Damit reiht sich die für Magdeburg nachgewiesene Kariesprävalenz nahtlos in den allgemeineren epidemiologischen Entwicklungstrend ein, der sich bei Kindern und Jugendlichen der neuen Bundesländer im Sinne eines Caries decline in einer ansteigenden Verbesserung der oralen Gesundheit abzeichnet.

Wie in Abbildung 22 dokumentiert, ist der Anteil der Füllungen (FT-Komponente) ausgesprochen hoch und erreicht einen prozentualen Anteil am DMFT-Index von 86,6 %. Gleichzeitig liegt der Anteil extrahierter Zähne mit einer M-Komponente von 0,03 ausgesprochen niedrig. Dies spricht für eine konsequent auf die Zahnerhaltung ausgerichtete kurative Betreuungskonzeption.

Der Anteil sanierter Probanden beträgt 62,9 %. Der Sanierungsbedarf liegt bei 21,7 %. Der Sanierungsgrad (FMT-Anteil am DMFT) beträgt 87,4 %. Im Vergleich mit den anderen Städten liegt Magdeburg beim Anteil der Kinder mit kariesfreiem Gebiß im Mittelfeld, gleichzeitig aber hat man einen höheren Wert beim Sanierungsbedarf. Sehr hoch ist mit etwa 55 % der Anteil der in kieferorthopädischer Behandlung stehenden Kinder.

Bei den untersuchten 231 Kindern fanden sich 33,8 % mit einer Fissurenversiegelung mit durchschnittlich 3,6 versiegelten Molaren. Dies deutet auf die bereits recht gute Integration der präventiven Betreuung in die zahnärztliche Praxistätigkeit.

Der Anteil der Kinder mit Zahnfleischbluten bei vorsichtiger Sondierung (CPITN=1) stellt mit 43,5 % das beste Ergebnis dar. Ebenso liegt der Anteil der Kinder mit gesundem Zahnfleisch (CPITN=0) mit 16,1 % im Vergleich sehr hoch. Damit hat analog ein unterdurchschnittlicher Anteil an Kindern

Zahnstein. Dennoch gibt es von Seiten der Zahnärzte sicherlich Interventionsmöglichkeiten zur weiteren Verbesserung dieser Situation. Bei der Mundhygiene - gemessen mit den OHI-S-Index - liegt Magdeburg ziemlich genau im Durchschnitt. So weisen 49,8 % aller Kinder einen OHI-S-Indexwert von 2 oder 3 auf. Bei diesen Kindern waren die Zähne bei der Untersuchung fast vollständig mit Plaque bedeckt. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Mundhygiene in allen Städten schlecht ist.

5.4.4. Ausgewählte Ergebnisse zum Fragebogen der Studie

In diesem Abschnitt werden ausgewählte Punkte aus dem Fragenkatalog beantwortet. Dazu gehören die Ernährungsgewohnheiten, das Zahnputzverhalten, die Einstellung zu Fragen der Zahngesundheit der Jugendlichen sowie einige weitere interessante Einzelpunkte. Die Angaben in den nachfolgenden Tabellen sind in Prozent dargestellt. Teilweise waren auch Mehrfachnennungen möglich.

Fast alle Jugendlichen Magdeburgs essen mindestens einmal pro Tag etwas zwischen den Hauptmahlzeiten. Ungefähr zwei von drei Jugendlichen (65,2 %) machen dies 1-2 mal täglich. Immer noch 28,3 % der Jugendlichen essen sogar 3-4 mal täglich zwischen den Mahlzeiten (Tabelle 29). Am beliebtesten sind dabei Obst und Gemüse (85,1 %), Eis bzw. andere Milchprodukte (59,8%) und Süßigkeiten (43,4 %) (Tabelle 30).

Tabelle 29: Wie oft ißt Du außerhalb der Hauptmahlzeiten irgendwelche Kleinigkeiten?

Antwort	Cottbus (CB)	Magdeburg (MD)	Schwerin (SN)	Dresden (DD)	Apolda (APD)	Nordhausen (NDH)	Rostock (HRO)	Stralsund (HST)
nie	0,9	0,6	0,7	0,7	1,8	1,0	1,5	0,6
1-2 mal	49,7	65,2	50,1	68,3	54,7	56,6	53,1	56,8
3-4 mal	37,5	28,3	37,8	25,8	33,8	32,5	37,0	33,3
5 mal und öfter	11,9	5,9	11,4	5,2	9,7	9,9	8,4	9,2

Tabelle 30: Was ißt Du zwischendurch besonders gerne?

Antwort	CB	MD	SN	DD	APD	NDH	HRO	HST
Obst, Gemüse	83,5	85,1	81,8	80,5	83,6	81,0	79,6	73,7
Brot mit Wurst oder Käse	22,3	18,3	17,7	23,1	22,2	12,0	15,8	15,6
Süßigkeiten	54,4	43,4	50,7	52,4	42,6	50,1	49,9	55,9
Kuchen, Kekse	34,7	28,1	37,5	22,7	32,2	22,6	31,8	28,6
Corn Flakes	31,9	35,3	32,3	35,3	22,3	27,9	23,6	31,1
Eis, Joghurt	55,7	59,8	65,9	52,0	60,8	64,4	56,3	60,7
Kartoffelchips	27,8	21,9	27,4	22,4	23,3	18,5	26,5	27,9
nichts	1,2	0,6	1,7	1,7	0,5	0,5	1,0	0,0

Diese Angaben decken sich weitestgehend mit den durchschnittlichen Werten aus allen 8 Städten. Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß nur 5,8 % der Jugendlichen beim Genuß von Süßigkeiten regelmäßig darauf achten, zahnfremdliche Süßigkeiten zu konsumieren. Der weitaus größte Teil (83,3 %) macht dies gelegentlich bzw. beachtet dies überhaupt nicht. (Tabelle 31)

Tabelle 31: Ißt Du auch zuckerfreie Süßigkeiten bzw. solche mit Zuckeraustauschstoffen?

Antwort	CB	MD	SN	DD	APD	NDH	HRO	HST
nie	10,4	10,9	12,7	9,0	9,1	7,1	8,5	8,4
hin und wieder	59,0	61,0	54,9	58,6	56,5	52,0	55,5	45,1
täglich	2,4	5,5	1,3	2,2	2,9	6,6	3,5	2,0
mehrmals täglich	0,3	0,3	2,4	1,1	0,8	1,3	1,5	0
ich achte nicht darauf	27,9	22,3	28,7	29,1	30,7	33,0	31,0	44,5

Häufigstes Getränk ist Fruchtsaft bzw. Limonade (64,0%) gefolgt von Milch (53,3 %) (Tabelle 32). Auch diese Angabe deckt sich mit den durchschnittlichen Angaben aller Jugendlichen.

Tabelle 32: Welches Getränk nimmst Du am häufigsten zu Dir?

Getränk	CB	MD	SN	DD	APD	NDH	HRO	HST
Milch	54,5	53,3	43,3	46,2	49,5	47,2	52,0	41,6
Fruchtmilch	13,9	12,3	13,2	14,5	9,2	17,4	12,8	17,9
Tee, ungesüßt	23,2	22,9	18,5	19,2	19,9	18,5	17,9	10,2
Tee, gesüßt	33,8	29,9	31,1	37,5	35,5	28,0	28,3	19,0
Kaffee	14,8	15,4	9,3	8,6	20,2	9,4	9,8	10,4
Cola	37,0	33,8	41,2	39,6	43,8	35,4	38,0	50,6
Cola light	9,8	12,8	8,0	9,1	11,7	10,5	12,7	9,5
Fruchtsaft	67,1	64,0	66,0	72,5	60,8	69,0	59,4	59,4
Mineralwasser	37,0	45,7	46,3	41,2	40,7	44,7	56,8	54,0

Der weitaus größte Teil der Jugendlichen (90,7 %) gibt an, mindestens zweimal täglich die Zähne zu putzen. Dabei werden die Zähne überwiegend einmal morgens (beim Aufstehen oder nach dem Frühstück) und einmal abends (nach dem Abendessen oder vor dem Zubettgehen) geputzt (Tabellen 33 und 34). Mittags putzen 14,8 % der Jugendlichen ihre Zähne. Allerdings kontrolliert nur jeder vierte Jugendliche die Dauer des Zähneputzens mit einer Uhr.

Tabelle 33: Wie oft putzt Du Dir die Zähne?

Antwort 100	CB	MD	SN	DD	APD	NDH	HRO	HST
mehr als 2 mal täglich	11,8	19,1	8,1	11,4	12,5	10,2	13,4	14,6
2 mal täglich	77,8	71,6	83,8	76,4	79,4	72,4	80,5	78,6
1 mal täglich	7,7	7,4	5,3	10,2	8,1	14,2	4,6	3,1
gelegentlich	1,5	1,9	2,8	2,0	0	3,2	1,0	3,7
nie	1,2	0	0	0	0	0	0,5	0

Tabelle 34: Wann putzt Du Deine Zähne?

Antwort	CB	MD	SN	DD	APD	NDH	HRO	HST
nach dem Aufstehen	59,0	63,7	50,9	53,8	59,4	49,6	38,3	46,0
nach dem Frühstück	43,0	42,6	51,5	40,3	43,3	50,9	64,7	58,8
nach dem Mittagessen	13,0	14,8	9,8	11,5	14,2	9,0	13,5	11,8
nach dem Abendessen	53,7	50,1	56,3	58,3	53,2	41,2	59,5	54,5
nach Zwischenmahlzeiten	5,0	7,0	3,7	9,2	3,1	3,2	5,6	3,8
vor dem Zubettgehen	56,4	56,1	50,6	52,4	51,9	52,5	46,2	53,6
bei Lust	6,6	5,5	9,6	7,8	3,3	12,7	7,8	10,7

Auch die Kontrolle des Putzens mit Hilfe von Färbetabletten findet kaum statt, nur 2,1 % benutzen sie regelmäßig. (Tabelle 35)

Tabelle 35: Um zu sehen, ob Du richtig geputzt hast, oder um Deine Zahnbeläge besser zu erkennen, verwendest Du zu Hause Färbetabletten?

Antwort	CB	MD	SN	DD	APD	NDH	HRO	HST
regelmäßig	1,6	2,1	1,5	0,7	1,9	2,5	2,0	0
unregelmäßig	8,2	9,8	3,0	11,0	10,9	10,0	3,5	3,0
nie	90,2	88,1	95,5	88,3	87,2	87,5	94,5	97,0

Die Mehrheit der Jugendlichen wählt die Zahnpasta nach dem Geschmack (44,1 %) und/oder nach dem Fluoridgehalt (58,1 %) aus. Werbung und Preis sind hier von untergeordneter Bedeutung. Neben der Zahnpasta werden von 26,6 % der Jugendlichen regelmäßig zusätzliche Zahnpflegemittel verwendet. Diese Zahl liegt über dem Durchschnitt aller 8 Städte. Häufigstes zusätzliches Zahnpflegemittel ist Mundwasser bzw. Mundspülung. Eher selten wird Zahnseide benutzt. (Tabellen 36 bis 38)

Tabelle 36: Wovon lässt Du Dich bei Verwendung der Zahnpasta leiten?

Antwort	CB	MD	SN	DD	APD	NDH	HRO	HST
vom Preis	17,6	14,3	15,4	13,1	22,8	26,9	21,7	30,1
von der Werbung	13,4	13,9	16,2	18,8	10,9	16,0	13,6	15,0
vom Geschmack	44,0	44,1	49,7	48,9	54,7	55,8	43,0	44,0
ob sie Fluorid enthält	51,9	58,1	41,7	55,7	49,6	54,2	52,8	39,2

Tabelle 37: Verwendest Du neben der Zahnpasta weitere Mund- und Zahnpflegemittel?

Antwort	CB	MD	SN	DD	APD	NDH	HRO	HST
nie	27,1	27,7	25,1	23,4	26,7	29,8	29,7	32,4
hin und wieder	41,5	45,7	49,1	56,1	57,1	52,5	52,6	56,9
ja	31,4	26,6	25,8	20,5	16,2	17,7	17,7	10,7

Tabelle 38: Welche weiteren Mund- und Zahnpflegemittel verwendest Du?

Antwort	CB	MD	SN	DD	APD	NDH	HRO	HST
Mundwasser	42,7	44,5	44,6	48,0	44,7	42,6	44,6	33,4
Zahnstoher	22,2	16,8	19,4	26,9	15,8	17,7	17,3	17,5
Zahnseide	7,2	6,8	7,5	8,9	3,3	6,1	8,5	4,6

Die große Mehrheit der Jugendlichen (84,6 %) hält gesunde und gerade stehende Zähne für sehr wichtig. Nur für 1,3 % ist diese Frage nebensächlich (Tabelle 39).

Tabelle 39: Wie wichtig ist es für Dich, gesunde und regelmäßig stehende Zähne zu haben ?

Antwort	CB	MD	SN	DD	APD	NDH	HRO	HST
sehr wichtig	84,1	84,6	79,3	79,4	83,4	84,3	80,3	79,5
weniger wichtig	12,4	14,1	14,0	17,4	15,2	13,9	14,7	17,5
nebensächlich	3,5	1,3	6,7	3,2	1,4	1,8	5,0	3,0

Auch der Anteil an Jugendlichen, der regelmäßig, mindestens einmal pro Halbjahr zum Zahnarzt geht, ist mit 88,6 % recht hoch (Tabelle 40).

Tabelle 40: Wie oft gehst Du zum Zahnarzt?

Antwort	CB	MD	SN	DD	APD	NDH	HRO	HST
vierteljährlich	31,7	24,9	47,0	31,8	37,5	23,4	56,7	34,0
halbjährlich	56,9	63,7	42,5	53,8	51,5	63,1	35,1	45,5
jährlich	5,4	3,5	3,2	1,8	4,5	7,0	1,4	5,2
unregelmäßig	4,0	5,9	6,1	10,9	6,1	3,7	6,8	12,7
fast nie	2,0	2,0	1,2	1,7	0,4	2,8	0	2,6

Weitestgehend unbekannt ist den Jugendlichen, ob im Haushalt zur besseren Fluoridversorgung mit fluoridiertem Speisesalz gekocht wird. Nur 21 % der Jugendlichen bejahen die Benutzung, während immerhin 15 % der Jugendlichen eine Verwendung ausschließen (Tabelle 41).

Tabelle 41: Wird bei Euch zu Hause Speisesalz mit Fluorid verwendet?

Antwort	CB	MD	SN	DD	APD	NDH	HRO	HST
ja	4,7	21,0	14,4	11,9	11,1	26,4	12,7	13,5
nein	17,5	15,0	17,6	21,3	20,5	24,8	22,9	22,2
ich weiß nicht	77,8	64,0	68,0	66,8	68,4	48,8	64,4	64,3

5.5. *Schlußfolgerungen*

Mit der im Rahmen des 8-Städte-Survey durchgeführten Untersuchungen konnte für die Kinder und Jugendlichen von Magdeburg der wissenschaftliche Nachweis geführt werden, daß die Kariesprävalenz an den bleibenden Zähnen im Vergleich zu den repräsentativen Kariesdaten aus den Jahren 1964 und 1985 deutlich zurückgegangen ist. Die Verbesserung der oralen Gesundheit dürfte auf verschiedene Ursachen zurückzuführen sein. Die wesentliche Rolle spielen sicherlich die Fluoride sowie die Mundhygiene, wobei vor allem auch auf die über 10 Jahre kariesreduzierend wirksame Trinkwasserfluoridierung hinzuweisen ist. Aus der Sicht der generellen Kariesentwicklung in der jugendlichen Population ist zudem an andere gesundheitsfördernde Faktoren zu denken, die es jedoch im Zusammenhang mit dieser wissenschaftlichen Einschätzung nicht zu diskutieren gilt. Aus der lokalen Sicht der Situation in Magdeburg ist herauszustellen, daß sich die Umstellung der kinderzahnärztlichen Betreuung von dem staatlichen System der systematischen Erfassung und Behandlung zu einem Behandlungssystem in der zahnärztlichen Praxis keinesfalls nachteilig für die Kinder ausgewirkt hat.

Während sich im System der früheren Polytechnischen Oberschulen (Zusammenfassung aller Kinder) offensichtlich soziale Unterschiede in der Höhe des Kariesbefalls nicht abgezeichnet haben, finden sich diese jedoch heute zwischen den Schülern der Realschulen und Gymnasien. Daraus lassen sich dann Schlußfolgerungen auf die Auslegung der präventiven Betreuung ziehen.

Zusammenfassend ist aus den kariesstatistischen Ergebnissen die Schlußfolgerung abzuleiten, daß das in Magdeburg existente zahnärztliche Präventionsprogramm im Sinne der epidemiologisch ausweisbaren Anhebung der oralen Gesundheit wirksam ist. Es empfiehlt sich deshalb, das Präventionsprogramm inhaltlich und organisatorisch weiter auszubauen. Die Schwerpunkte sollten auf der Lokalapplikation von Fluoriden, der gesundheitserzieherischen Anhebung der oralen Mundhygiene (Mundhygiene- Aktionen) sowie der Frühbehandlung von Kariesschäden liegen. Besonderes Augenmerk müßte auf der Verfügbarkeit und der Kenntnis fluoridangereicherten Speisesalzes sowie der Verwendung von Fluorid- Zahnpasten zur täglichen Mundhygiene gewidmet werden. Bei der qualifizierten Konzipierung des Präventionsprogrammes sollten sich abzeichnende Problemgruppen (Kinder mit seltener bzw. unregelmäßiger Zahnhygiene, Kinder mit unregelmäßigem Zahnarztbesuch, Kinder aus sozialen Randgruppen, Kinder mit hohem Kariesbefall) Anstoß für den Aufbau einer "Intensivprophylaxe" sein. Voraussetzung dafür ist die Einführung von Methoden zur rechtzeitigen Erkennung kariesgefährdeter Kinder (Kariesrisikogruppe). Bei der kontinuierlichen Weiterführung und Intensivierung des oralen Präventionsprogrammes (Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe als Einheit für die Zahngesundheit) kann über die kommenden 5 Jahre in Magdeburg mit einer weiteren Rückentwicklung des Kariesbefalles bei der jugendlichen Population gerechnet werden.

Quellen

- [1] Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg
Magdeburger Statistische Blätter Heft 24
„Bevölkerungsbestand Bevölkerungsveränderungen
in Magdeburg im Jahr 1997“
- [2] Bundesministerium für Gesundheit
„Nutrition Policy“ Bundesrepublik Deutschland 1996
- [3] Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Sachsen- Anhalt
„Daten zur Gesundheit Gesundheitsberichterstattung des Landes
Sachsen- Anhalt 1997“
- [4] Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt
Gemeldete Erkrankte an ansteckungsfähigen Geschlechtskrankheiten
01.01.1997 - 31.12.1997, Kreisfreie Stadt Magdeburg
- [5] Prof. Dr. Dr. h.c.mult. W. Künzel
Wissenschaftliche Einschätzung der Mundgesundheit bei Kindern
und Jugendlichen der Stadt Magdeburg vom 28.08.1995.
- [6] Prof. Dr. Dr. h.c.mult. W. Künzel
Wissenschaftliche Einschätzung der Mundgesundheit der Stadt
Magdeburg vom 05.06.1996.

Eigene Erhebungen des Gesundheitsamts Magdeburg

Abkürzungsverzeichnis

AIDS	–	acquired immunodeficiency syndrom, erworbene Immunschwäche
BCG	–	Erreger der Tuberkulose
BSeuchG	–	Bundesseuchenschutzgesetz
BSHG	–	Bundessozialgesetzbuch
DMFT	–	Zahnstatus (D= kariös, M= fehlend, F= gefüllt , T= Zahn) (Beschreibung Seite 61)
DPWV	–	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
DRK	–	Deutsches Rotes Kreuz
e.V.	–	eingetragener Verein
EW	–	Einwohner
GUS	–	Gemeinschaft unabhängiger Staaten (ehem. Staaten der Sowjetunion)
HIV	–	human immunodeficiency virus (Erreger der AIDS- Erkrankung)
ICD	–	Diagnosenschlüssel für Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen
i.v.	–	intravenös - (Injektion) in die Vene
KJHG	–	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KOBES	–	Kontakt- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen
Krh.	–	Krankheiten
LHI	–	Landeshygieneinstitut
LSA	–	Land Sachsen- Anhalt
Mb.	–	Morbus (Krankheit)
MASG	–	Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit
MMR	–	Masern- Mumps- Röteln
PSAG	–	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
PsychKG	–	Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen
SGB	–	Sozialgesetzbuch
SH	–	Selbsthilfe
SHG	–	Selbsthilfegruppe
STD	–	sexual transmitted diseases (sexuell übertragbare Krankheiten)
StGB	–	Strafgesetzbuch
STIKO	–	Ständige Impfkommission
Tbk, Tbc	–	Tuberkulose
Td	–	Tetanus- Diphtherie
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
- Amoebenruhr - Tropenruhr, übertragbare Infektionskrankheit
- anikterisch - ohne Gelbfärbung der Haut
- Anomalie - Abweichung, Veränderung
- anonymisiert - Verzicht auf Namenszuordnung
- Anorexie - Eßstörung, Magersucht
- Antikörper - vom Körper gebildete Abwehrstoffe bei Vorhandensein von Antigenen
- 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
- Autopsie - Leichenuntersuchung, Leichenöffnung

B

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

C

- Campylobacter pylori - Bakterium, Krankheitserreger
- Caries decline - Kariesrückgang
- cerebral - das Großhirn betreffend
- Chirurgie - operative Heilkunst
- 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)

D

- 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
E	
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	- Amoebenart mit ausgeprägten Formwechsel
Enteritis infectiosa	- ansteckende Darmerkrankung
Epidemie	- massenhaftes Auftreten einer Infektionskrankheit in örtlicher und zeitlicher Begrenzung
Escherichia coli exponiert	- Kolibakterien - herausgehoben
Extraktion (extrahiert) extrapulmonal	- Entfernung eines Zahnes - außerhalb der Lunge
F	
fäkal	- den Kot betreffend
Fissurenversiegelung	- Verschließen der Grübchen und Furchen der Backenzähne mit Kunststoff
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
Gingiva	- Zahnfleisch
Gonokokken	- Bakterien; Krankheitserreger
Gonorrhoe	- Geschlechtskrankheit
H	
Haemophilus influenzae	- Erreger, der zu Komplikationen der Virusgrippe führen kann
Hepatitis	- Leberentzündung, Gelbsucht
Herzinsuffizienz	- Herzmuskelschwäche ungenügende Herzleistung
I	
ikterisch, Ikterus	- Gelbfärbung der Haut
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
Inzidenz	- Neuerkrankungszahlen
ischämisch	- örtliche Blutleere, Unterbrechung der arteriellen Blutversorgung
K	
Karies	- Zahnfäule
Keratoconjunktivitis epidemica	- übertragbare Horn- und Bindehautentzündung des Auges
kontaminiert	- verseucht, mit Keimen verschmutzt
kurativ	- heilend
L	
Leberzirrhose	- krankhafte Veränderung des Lebergewebes
Legionellose	- Legionärskrankheit, Infektionserkrankung
Leukämie	- Blutkrebs
Logopädie	- Sprachheilkunde
Lokalisation	- räumliche Lage
Lymphknoten	- kleine Organe des Lymphsystems
M	
Malaria	- ansteckende Erkrankung, v.a. in Tropen und Subtropen; Wechselfieber
Melanom	- gutartige od. bösartige Neubildung des pigmentbildenden Gewebes der Haut und des Auges
Meningitis	- Hirnhautentzündung
Meningokokken	- Erreger der epidemischen Hirnhautentzündung
Meningokokkenmeningitis	- durch Meningokokken hervorgerufene Meningitis
mikrobiell	- auf mikroskopisch kleine Lebensformen bezogen
Mikrobiologie	- Lehre , die sich mit mikroskopisch kleinen Lebewesen beschäftigt
Molar	- Backenzahn
Morbidität	- zusammenfassender Begriff für das Erkrankten und das Kranksein
Mortalität	- Sterblichkeit; Sterbeziffer
Mumps	- Ziegenpeter
Myokardinfarkt	- Herzinfarkt
N	
Neisseria	- Bakteriengattung
Neurologie	- Lehre von den Nervenerkrankungen
O	
oral	- den Mund betreffend, mit dem Mund
P	
Pankreas	- Bauchspeicheldrüse
Paratyphus	- Erkrankung des Verdauungssystems mit Fieber, Milzschwellung und Darmgeschwüren
perinatal	- Zeit um die Geburt herum
peripher	- außen, am Rand liegend
Pertussis	- Keuchhusten

Pneumonie	- Lungenentzündung
Polio, Poliomyelitis	- infektiöse Erkrankung des Rückenmarks, Kinderlähmung
Population	- Bevölkerung, Bevölkerungsgruppe
Prävention	- Vorbeugung, Verhütung
Prophylaxe	- vorbeugender Gesundheitsschutz
Prostata	- Vorsteherdrüse
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
psychosozial	- das Psychische und Soziale in ihrer Abhängigkeit betreffend
psychotherapeutisch, Psychotherapie	- Krankenbehandlung mittels psychologischer Methoden
R	
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
Rifampicinprophylaxe	- medikamentöse Vorbeugung gegen Meningitis epidemica (Hirnhautentzündung)
Rotaviren	- Virus, Erreger von Magen- Darmentzündungen
S	
Salmonellen	- Bakterien, Erreger von Darmkrankheiten
Salmonellosen	- durch Salmonellen hervorgerufene Darmerkrankungen; bakterielle Lebensmittelvergiftung
Scabies, Skabies	- Krätze
Sekret	- Absonderung, v.a. von Drüsen
Sektion	- Leichenöffnung
Serovar	- Serotyp, Unterteilung aufgrund der Eigenschaften des Erregers
Shigellen	- Bakterien; Erreger der Bakterienruhr
Shigellose	- Bakterienruhr
Staphylokokken	- Bakteriengattung, bedingt Krankheitserreger
Stomatologie	- Zahnheilkunde
Streptokokken	- Bakteriengattung, bedingt Krankheitserreger
Suizid	- Selbsttötung
Symptom	- Krankheitszeichen
Syndrom	- in Kombination auftretende Krankheitszeichen
Syphilis	- ansteckende Geschlechtskrankheit
T	
Tetanus	- Wundstarrkrampf

- Tuberkulose (Tbk,Tbc) - durch Bakterien hervorgerufene, meist chronisch verlaufende Infektionskrankheit, die unterschiedliche Organe befallen kann.
- Typhus - Infektionskrankheit des Verdauungssystems
- U**
- Urogenitalsystem - System der Harn-und Geschlechtsorgane
- Urologie - Lehre von den Erkrankungen der Harnorgane
- V**
- Varicellen - Windpocken
- Virus - Mikroorganismus, Krankheitserreger
- Virushepatitis - durch Viren hervorgerufene Lebererkrankung, Virusgelbsucht
- Virus-Meningoencephalitis - durch Viren hervorgerufene Hirnhautentzündung, die auf das Hirn übergreift
- Viruspersistenz - Virus verbleibt über längeren Zeitraum im Organismus (mit oder ohne Krankheitserscheinungen) und vermehrt sich dabei geringgradig.
- Y**
- Yersinia - Bakteriengattung
- Yersiniosen - durch Yersinia hervorgerufene Magen-Darmerkrankung
- Z**
- zerebral - das Großhirn betreffend
- Zoonose - Tierkrankheit, dessen infektiöse Erreger auf den Menschen übertragen werden können

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1 : Altersdurchschnitt in ausgewählten Jahren [1]</i>	1
<i>Tabelle 2: Ausländer mit Hauptwohnsitz in Magdeburg nach ausgewählten Nationalitäten in den Jahren 1993 bis 1997 [1]</i>	4
<i>Tabelle 3: Natürliche Bevölkerungsbewegung in der Stadt Magdeburg in den Jahren 1989 bis 1997 [1]</i>	5
<i>Tabelle 4: Entwicklung der Wanderungsbewegung in den Jahren 1990 - 1997 in der Stadt Magdeburg [1]</i>	5
<i>Tabelle 5: Zu- und Wegzüge der deutschen Hauptwohnsitzbevölkerung im Jahr 1997 nach und von Magdeburg [1]</i>	6
<i>Tabelle 6: Gestorbene absolut und in Prozent nach Geschlecht und Altersgruppen in Magdeburg 1997</i>	7
<i>Tabelle 7: Gestorbene absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (9. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 1997</i>	12
<i>Tabelle 8: Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems 1997</i>	13
<i>Tabelle 9: Sterblichkeit an Neubildungen 1997</i>	14
<i>Tabelle 10: Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen 1997</i>	16
<i>Tabelle 11: Todesursachen der Altersgruppe 1 - 19 Jahre, gesamt</i>	17
<i>Tabelle 12: Todesursachen der Altersgruppe 20 - 39 Jahre, Frauen</i>	17
<i>Tabelle 13: Todesursachen der Altersgruppe 20 - 39 Jahre, Männer</i>	18
<i>Tabelle 14: Todesursachen der Altersgruppe 40 - 59 Jahre, Frauen</i>	18
<i>Tabelle 15: Todesursachen der Altersgruppe 40 - 59 Jahre, Männer</i>	19
<i>Tabelle 16: Todesursachen der Altersgruppe 60 - 79 Jahre, Frauen</i>	19
<i>Tabelle 17: Todesursachen der Altersgruppe 60 - 79 Jahre, Männer</i>	20
<i>Tabelle 18: Salmonellosen und übrige Formen der Enteritis infektiosa</i>	24
<i>Tabelle 19: Tuberkulosefälle in Magdeburg 1994 bis 1997</i>	25
<i>Tabelle 20: sexuell übertragbare Krankheiten in Magdeburg 1997</i>	25
<i>Tabelle 21: HIV- Infizierte und AIDS- Kranke im IV. Quartal 1997 in Sachsen Anhalt</i>	26
<i>Tabelle 22: Virushepatitis</i>	28
<i>Tabelle 23: Meningitis</i>	29
<i>Tabelle 24: ausgewählte meldepflichtige Erkrankungen 1995 bis 1997 in Magdeburg</i>	33
<i>Tabelle 25: Leistungen der Suchtberatungsstellen (incl. des Gesundheitsamtes) in Magdeburg 1997</i>	50
<i>Tabelle 26: Präventionsveranstaltungen der Suchtberatungsstellen und des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes 1997</i>	51
<i>Tabelle 27: Kariesrisiko- Kinder im 3. - 7. Lebensjahr (Anteil der Kariesrisikokinder an den untersuchten Kindern)</i>	60
<i>Tabelle 28: Entwicklung der Zahngesundheit von 1994 bis 1997</i>	60
<i>Tabelle 29: Wie oft ißt Du außerhalb der Hauptmahlzeiten irgendwelche Kleinigkeiten?</i>	66
<i>Tabelle 30: Was ißt Du zwischendurch besonders gerne?</i>	66
<i>Tabelle 31: Ißt Du auch zuckerfreie Süßigkeiten bzw. solche mit Zuckeraustauschstoffen?</i>	67
<i>Tabelle 32: Welches Getränk nimmst Du am häufigsten zu Dir?</i>	67
<i>Tabelle 33: Wie oft putzt Du Dir die Zähne?</i>	67

<i>Tabelle 34: Wann putzt Du Deine Zähne?</i>	67
<i>Tabelle 35: Um zu sehen, ob Du richtig geputzt hast, oder um Deine Zahnbeläge besser zu erkennen, verwendest Du zu Hause Färbetabletten?</i>	68
<i>Tabelle 36: Wovon läßt Du Dich bei Verwendung der Zahnpasta leiten?</i>	68
<i>Tabelle 37: Verwendest Du neben der Zahnpasta weitere Mund- und Zahnpflegemittel?</i>	68
<i>Tabelle 38: Welche weiteren Mund- und Zahnpflegemittel verwendest Du?</i>	68
<i>Tabelle 39: Wie wichtig ist es für Dich, gesunde und regelmäßig stehende Zähne zu haben ?</i>	68
<i>Tabelle 40: Wie oft gehst Du zum Zahnarzt?</i>	69
<i>Tabelle 41: Wird bei Euch zu Hause Speisesalz mit Fluorid verwendet?</i>	69

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Altersstruktur der Magdeburger Hauptwohnsitzbevölkerung 1997 [1]</i>	2
<i>Abbildung 2: Altersstruktur der Magdeburger Bevölkerung in den Stadtteilen 1997 [1]</i>	3
<i>Abbildung 3: Gestorbene nach Altersgruppen und Geschlecht in Magdeburg 1997</i>	8
<i>Abbildung 4: Gestorbene nach Sterbemonat und Geschlecht in Magdeburg im Jahr 1997</i>	9
<i>Abbildung 5: Sterbefälle nach Todesursachen in Magdeburg 1997</i>	11
<i>Abbildung 6: Salmonellosen in Magdeburg</i>	22
<i>Abbildung 7: Infektionserkrankungen ungeklärter Ursache</i>	31
<i>Abbildung 8: Kopflausbefall</i>	32
<i>Abbildung 9: Versorgungsstrukturen für psychisch kranke und seelisch Behinderte Menschen in Magdeburg</i>	35
<i>Abbildung 10: Suchtkrankenhilfe in der Stadt Magdeburg</i>	44
<i>Abbildung 11: Anteile der Probleme in der Suchtberatung in Magdeburg</i>	47
<i>Abbildung 12: Beratung zu Alkoholproblemen in Magdeburg 1997</i>	47
<i>Abbildung 13: Beratungen zur Medikamentenabhängigkeit in Magdeburg 1997</i>	48
<i>Abbildung 14: Beratungen zu Eßstörungen in Magdeburg 1997</i>	48
<i>Abbildung 15: Beratungen für Spieler in Magdeburg 1997</i>	48
<i>Abbildung 16: Beratungen von Polytoxikomanen (Mehrfachabhängigen) in Magdeburg 1997</i>	49
<i>Abbildung 17: Beratungen zu Drogenproblemen bei Männern in Magdeburg 1997</i>	49
<i>Abbildung 18: Beratungen zu Drogenproblemen bei Frauen in Magdeburg 1997</i>	49
<i>Abbildung 19: Entwicklung der Zahngesundheit von 1994 bis 1997 in Magdeburg</i>	61
<i>Abbildung 20: Kariesverbreitung im bleibenden Gebiß (DMF/T - Index) Magdeburg 1974 - 1994</i>	63
<i>Abbildung 21: Kariesprävalenz und Sanierung im bleibenden Gebiß (DMF/T- Index) Magdeburg</i>	63
<i>Abbildung 22: DMFT im 8- Städte- Survey</i>	64
<i>Abbildung 23: Häufigkeitsverteilung DMFT</i>	65