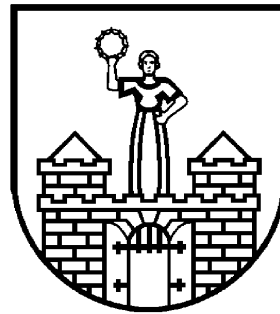


# **Gesundheitsbericht der Landeshauptstadt Magdeburg 1998**



*erarbeitet vom Gesundheits- und Veterinäramt Magdeburg*

Herausgegeben vom Gesundheits- und Veterinäramt  
der Landeshauptstadt Magdeburg

Magdeburg 1999

Postanschrift: Landeshauptstadt Magdeburg,  
Gesundheits- und Veterinäramt  
39090 Magdeburg

Hausanschrift: Landeshauptstadt Magdeburg,  
Gesundheits- und Veterinäramt  
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**

Das Gesundheits- und Veterinäramt Magdeburg legt mit dieser Veröffentlichung den kommunalen Gesundheitsbericht 1998 für die Stadt Magdeburg vor.

Für diesen Bericht wurden zwei Schwerpunktthemen sowie die auf das Berichtsjahr bezogene demographische Situation, Todesursachenanalyse (Mortalität) und Erkrankungshäufigkeit (Morbidität) an meldepflichtigen Erkrankungen bearbeitet. Durch die Analyse der Daten zur Morbidität und Mortalität kann die Entwicklung der gesundheitlichen Situation in Magdeburg im Vergleich zu den Vorjahren verfolgt und bewertet werden.

Auf der ersten Landesgesundheitskonferenz im März 1998 wurden zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in Sachsen- Anhalt sechs Gesundheitsziele formuliert.

Ein Schwerpunkt dieses Gesundheitsberichtes beschreibt die Situation in Magdeburg bzw. wie das Erreichen dieser Ziele durch die Stadt Magdeburg und unter anderem auch durch das Gesundheits- und Veterinäramt unterstützt wird.

Ein zweites Schwerpunktthema dieses Gesundheitsberichtes befasst sich mit dem Verlauf und den Erfahrungen eines Bundesmodellprojektes zur „Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche der Stadt Magdeburg“. Dieses Bundesmodellprojekt endete nach dreijähriger Laufzeit im Juni 1999.

Unser Dank gilt allen, die zum Erscheinen dieses Berichtes beigetragen haben. Besonders ist zu danken

- dem Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg,
- dem Statistischen Landesamt Sachsen- Anhalt

und allen beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsamtes Magdeburg.

Dr. Tabke  
Beigeordneter für Kommunal-  
und Ordnungsangelegenheiten  
i.V. Beigeordneter für Soziales,  
Jugend und Gesundheit

MD Dr. med. Weise  
Amtsärztin



# Inhaltsverzeichnis

## *Einleitung*

<b>1. Demographische Situation</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Bevölkerungsstand</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Ausländer</b>	<b>4</b>
<b>1.3. Natürliche Bevölkerungsbewegung</b>	<b>5</b>
<b>1.4. Wanderungsbewegung</b>	<b>6</b>
<b>2. Sterblichkeit und Todesursachen (Mortalität)</b>	<b>8</b>
<b>2.1. Alters- und Geschlechtsstruktur der Sterbefälle</b>	<b>8</b>
<b>2.2. Todesursachen im Überblick</b>	<b>9</b>
2.2.1. Nicht natürliche Todesursachen	10
2.2.2. Natürliche Todesursachen	11
<b>2.3. Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen</b>	<b>13</b>
2.3.1. Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems	13
2.3.2. Sterblichkeit an Neubildungen bzw. Krebserkrankungen	14
2.3.3. Sterblichkeit an weiteren häufigen Todesursachen	15
<b>2.4. Säuglingssterblichkeit</b>	<b>16</b>
<b>3. Morbidität meldepflichtiger Krankheiten</b>	<b>17</b>
<b>3.1. Enteritis infectiosa (infektiöse Darmerkrankungen)</b>	<b>18</b>
3.1.1. Salmonellen	18
3.1.2. Übrige Formen der Enteritis infectiosa	19
<b>3.2. Tuberkulose</b>	<b>21</b>
<b>3.3. Sonstige meldepflichtige übertragbare Krankheiten</b>	<b>22</b>
3.3.1. Typhus und Paratyphus	22
3.3.2. Shigellosen	22
3.3.3. Virushepatitis	22
3.3.4. Meningitis	23
3.3.5. Masern	25
3.3.6. Borreliose	25
3.3.7. Ätiologisch ungeklärte Erkrankungshäufungen	25
3.3.8. Röteln	26
3.3.9. Mumps	26
3.3.10. Tollwutexposition	26
3.3.11. Pertussis	26
3.3.12. Varicellen	27
3.3.13. Scharlach	27
3.3.14. Kopflausbefall	27
3.3.15. Skabies	28
3.3.16. Keratoconjunktivitis epidemica	28
3.3.17. Influenza	28
3.3.18. Angeborene Listeriose	28
<b>3.4. Beratung für sexuell übertragbare Krankheiten</b>	<b>30</b>
<b>3.5. Beratung HIV- Infizierter und AIDS- Kranker</b>	<b>31</b>

<b>4. Beiträge des Gesundheits- und Veterinärarnates Magdeburg zur Unterstützung der Gesundheitsziele des Landes Sachsen- Anhalt</b>	<b>33</b>
<b>4.1. Senkung der Säuglingssterblichkeit auf Bundesdurchschnitt und Erreichung eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 % der Bevölkerung</b>	<b>34</b>
<b>4.2. Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit durch Krebs auf Bundesdurchschnitt</b>	<b>35</b>
<b>4.3. Senkung des Alkoholkonsums in allen Altersgruppen</b>	<b>39</b>
<b>4.4. Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen</b>	<b>42</b>
<b>5. Bundesmodellprojekt: „Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche der Stadt Magdeburg“</b>	<b>45</b>
<b>5.1. Ausgangslage</b>	<b>45</b>
5.1.1. Kooperationspartner	45
5.1.2. Versorgungsgebiet	46
5.1.3. Zielpopulation	46
<b>5.2. Konzeptentwicklung</b>	<b>47</b>
5.2.1. Kooperationsvereinbarung	48
5.2.2. Kooperationskonferenz	48
5.2.3. Systemische Organisationsberatung	49
5.2.4. Projektwörterbuch	50
5.2.5. Fallmoderation	50
5.2.6. Fallkonferenz	51
<b>5.3. Die Arbeit der wissenschaftlichen Begleitung</b>	<b>51</b>
<b>5.4. Ergebnisse</b>	<b>52</b>
5.4.1. Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf	52
5.4.2. Qualifizierung der institutionellen Kooperation	56
5.4.3. Auswirkungen qualifizierter Kooperation auf den Prozess der Hilfeplanung	57
<b>5.5. Beantwortung der Erprobungsfragen des Bundesministeriums für Gesundheit an das Modellprojekt</b>	<b>59</b>
<b>5.6. Zusammenfassung</b>	<b>63</b>
<b>5.7. Anhang</b>	<b>64</b>
5.7.1. Leitfaden zur Abklärung und Einleitung komplexer Hilfeleistungen	64
5.7.2. Datensammlung	66
<b>Quellen</b>	<b>70</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>72</b>
<b>Erläuterung wichtiger Fachbegriffe</b>	<b>73</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>77</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>77</b>

# 1. Demographische Situation

## 1.1. Bevölkerungsstand

Die Bevölkerungsstatistik ermittelt die Bezugswahlen, die zur weiteren Analyse und Bewertung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung erforderlich sind.

239.481 Einwohner mit Hauptwohnsitz in Magdeburg wurden am 31.12.1998 gezählt. Damit setzt sich der seit 1990 anhaltende Einwohnerverlust kontinuierlich fort. Im Jahr 1998 verminderte sich die Einwohnerzahl um 6.028 Personen. Wie in den vergangenen Jahren ist an dieser Entwicklung nicht nur die unausgeglichene natürliche Bevölkerungsbewegung (Verhältnis Geburten - Sterbefälle) sondern in großem Maße die räumliche Wanderungsbewegung beteiligt.

**Tabelle 1:** Einwohnerzahlen und Altersdurchschnitt in ausgewählten Jahren von Magdeburg [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
1998	239.481	124.445	42,72

Die angegebenen Bevölkerungszahlen von 1998 basieren auf der Fortschreibung des Einwohnermelderegisters durch das Amt für Statistik.

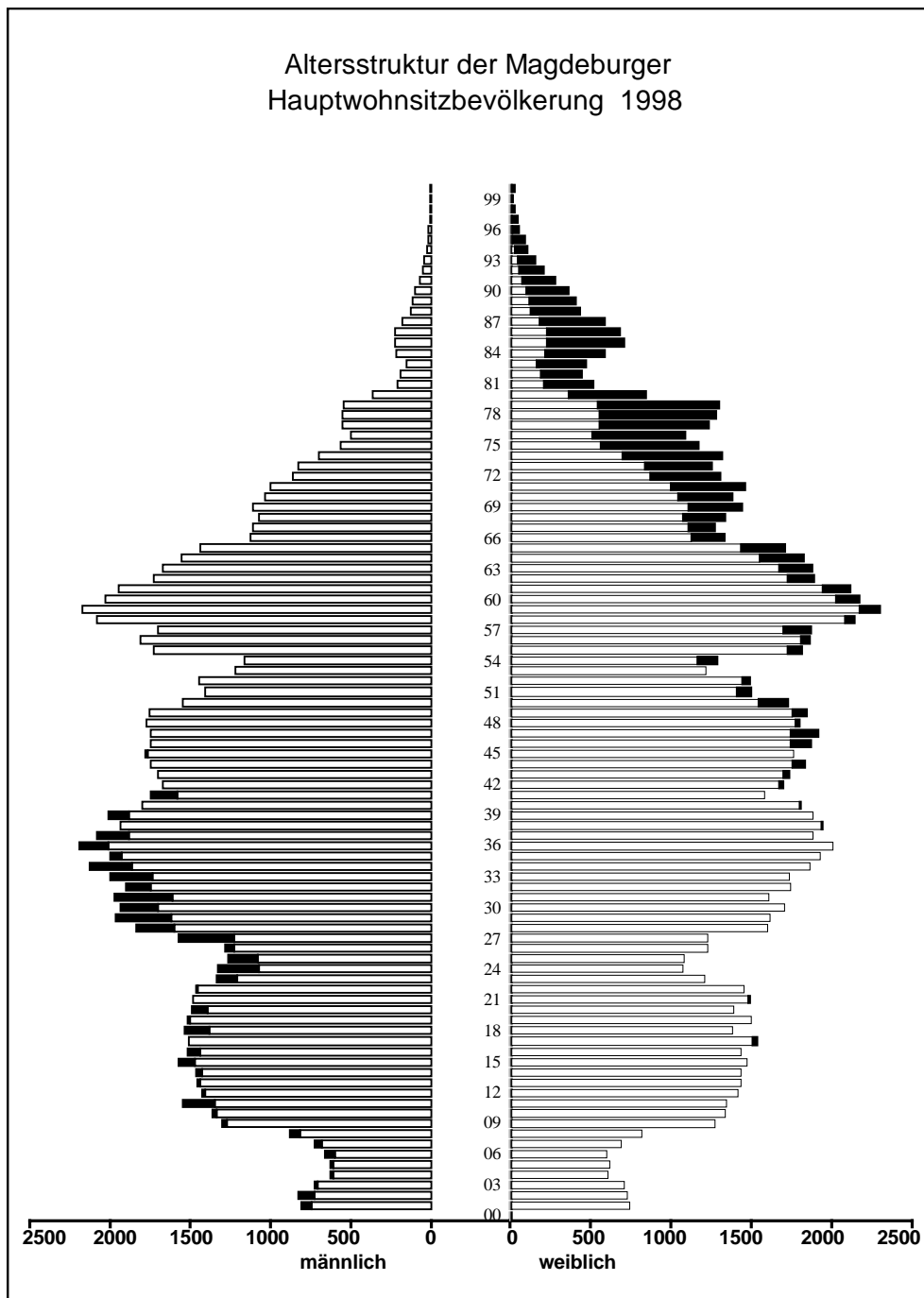
Durch die vorrangige Abwanderung von jungen Familien und die zu niedrige Geburtenzahl erhöhte sich der Altersdurchschnitt der Magdeburger Bevölkerung von 1990 bis 1998 um ca. 4,5 Jahre auf 42,72 Jahre. Die Tabelle 1 stellt die Entwicklung der Einwohnerzahlen sowie des Altersdurchschnittes der Bevölkerung von Magdeburg in den letzten Jahren dar.

**Tabelle 2:** Anteile der Alters- und Geschlechtsgruppen an der Hauptwohnsitzbevölkerung Magdeburgs 1998 [1]

Altersgruppe	gesamt		weiblich		männlich		Anteil der männlichen Bevölkerung in der Altersgruppe
	absolut	Anteil d. Altersgruppe	absolut	Anteil d. Altersgruppe	absolut	Anteil d. Altersgruppe	
0 - 6 Jahre	9.572	4,0%	4.632	3,7%	4.940	4,3%	51,6%
7 - 17 Jahre	30.537	12,7%	14.890	12,0%	15.647	13,6%	51,2%
18 - 44 Jahre	90.699	37,9%	43.612	35,1%	47.087	40,9%	51,9%
45 - 64 Jahre	69.646	29,1%	36.140	29,0%	33.506	29,1%	48,1%
ab 65 Jahre	39.027	16,3%	25.171	20,2%	13.856	12,1%	35,5%
gesamt	239.481	100,0%	124.445	100,0%	115.036	100,0%	48,0%

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

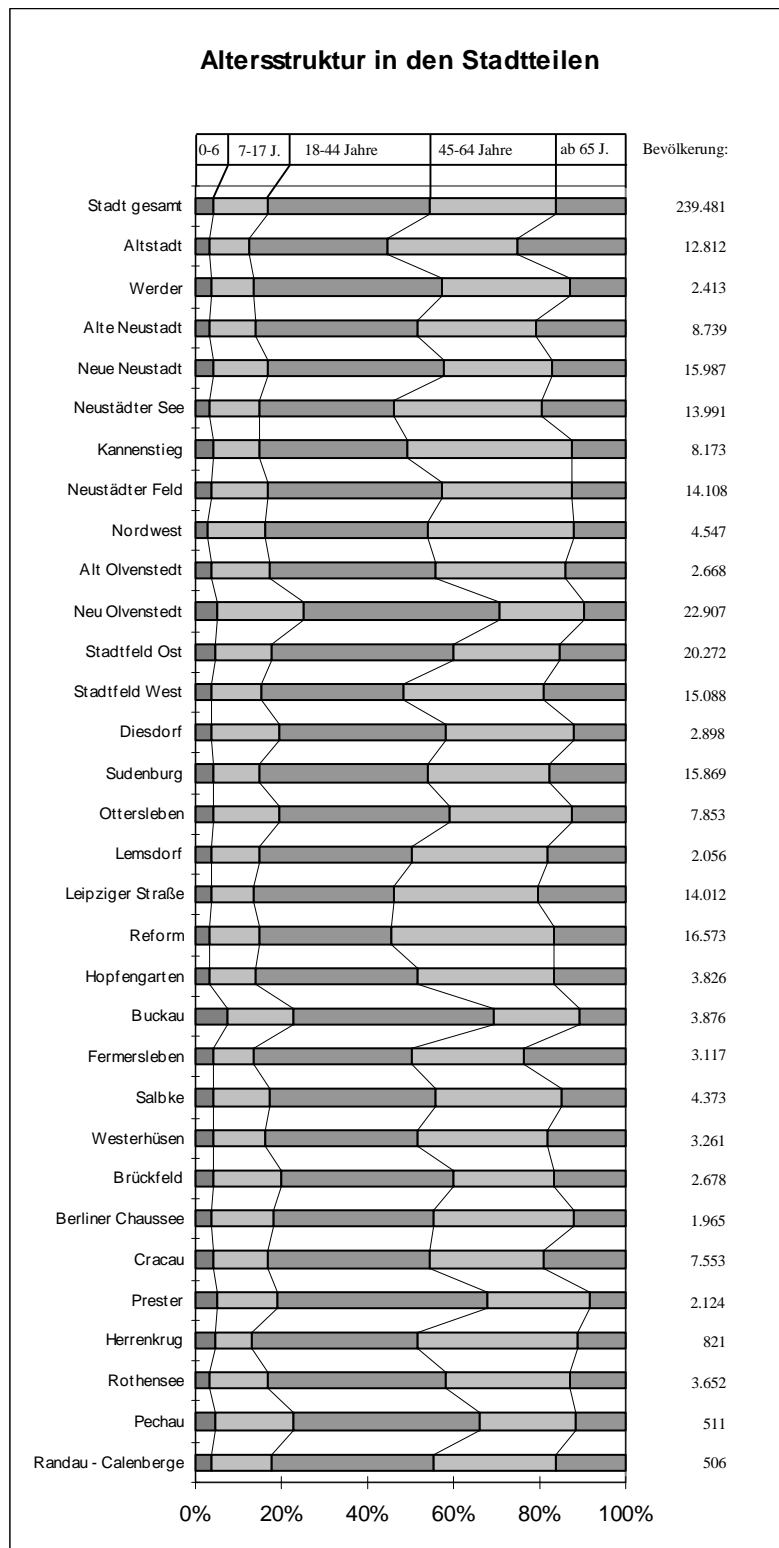
Die Anteile der Geschlechter in der Bevölkerung der Landeshauptstadt änderten sich gegenüber dem Vorjahr nicht. 52 % waren weiblichen Geschlechts und 48 % waren männlichen Geschlechts (Tabelle 2). In den Altersgruppen bis etwa zum 40. Lebensjahr überwiegt die männliche Bevölkerung. Oberhalb dieses Alters nimmt der Anteil der Männer in der Gesamtbevölkerung stetig ab. In der Bevölkerungsgruppe über 65 Jahre liegt der Anteil der Männer bei 35,5 % . Seit 1995 ist der Anteil der Männer in dieser Altersgruppe um 1,7 % angestiegen.



**Abbildung 1:** Altersstruktur der Magdeburger Hauptwohnsitzbevölkerung 1998 [1]



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



**Abbildung 2:** Altersstruktur der Magdeburger Bevölkerung in den Stadtteilen 1998 [1]  
(nicht aufgeführte Stadtteile haben weniger als 100 Einwohner)

Die Verteilung der Altersgruppen in den Stadtteilen von Magdeburg ist recht unterschiedlich. Hier heben sich die Wohngebiete, die vorrangig von jungen Familien mit Kindern bewohnt werden (Neu Olvenstedt) deutlich aus dem Durchschnitt der gesamten Stadt heraus. Die Altersstruktur in den Stadtteilen von Magdeburg zeigt Abbildung 2.

### ***1.2. Ausländer***

In Magdeburg lebten am 31.12.1998 6.339 Ausländer. Sie haben damit einen Anteil von 2,6 % an der Gesamtbevölkerung. Die zahlenmäßig stärkste Ausländergruppe kommt mit 631 Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Die Zahl der in Magdeburg lebenden Vietnamesen hat sich in den letzten Jahren von 764 (1994) auf 440 (1998) verringert. Die Personenzahl der Bevölkerungsgruppe der Türken erhöhte sich im Jahr 1998 um über einhundert auf 375 Personen. Bei den anderen Ausländergruppen gab es nur geringfügige Änderungen.

Die Tabelle 3 zeigt die Entwicklung der Ausländerzahlen in Magdeburg in den letzten Jahren.

**Tabelle 3:** Ausländer mit Hauptwohnsitz in Magdeburg nach ausgewählten Nationalitäten in den Jahren 1994 bis 1998 [1]

<b>Nationalität</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
ehem. Jugoslawien	423	674	664	631	631
Vietnam	764	673	617	558	440
Türkei	193	229	241	261	375
Polen	477	253	254	228	236
ehem. Sowjetunion	510	427	337	261	215
Bulgarien	467	449	252	124	136
Rumänien	584	568	290	133	127
Algerien	107	95	88	79	75
sonstige	2.301	2.741	3.139	3.542	4.104
<b>Gesamt</b>	<b>5.826</b>	<b>6.109</b>	<b>5.882</b>	<b>5.817</b>	<b>6.339</b>

Fortschreibung des Amtes für Statistik auf der Basis des Einwohnermelderegisters

### 1.3. Natürliche Bevölkerungsbewegung

Die natürliche Bevölkerungsbewegung resultiert aus dem Verhältnis von Geburten zu Sterbefällen. Seit 1990 ist ein leichter Rückgang der Sterbefälle zu verzeichnen. Bedingt durch den starken Geburtenrückgang seit dem Jahr 1991 ist der Saldo nicht mehr ausgeglichen. Den 1.544 Geburten im Jahr 1998 stehen 2.760 Sterbefälle gegenüber. Daraus ergibt sich ein Bevölkerungsverlust von 1.216 Personen.

Ein Merkmal zur Bewertung der Geburten ist die Geburtenziffer (Anzahl der Lebendgeborenen je 1.000 der Bevölkerung im Berichtszeitraum).

1998 wurden in Magdeburg 6,4 Geburten je 1000 Einwohner registriert. Die Geburtenziffer beachtet jedoch den Anteil der Frauen im gebärfähigen Alter in der Gesamtbevölkerung nicht.

In Magdeburg ist 1998 im Vergleich zu 1989 ein Rückgang der Hauptwohnsitzbevölkerung auf 83,1 % zu verzeichnen. Die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter verminderte sich im gleichen Zeitraum überproportional auf 77,2 % . Dieser Einfluss wird in der Fruchtbarkeitsziffer (Lebendgeborene je 1000 Frauen im gebärfähigen Alter von 15 bis unter 45 Jahren) berücksichtigt.

Bis 1993 war die Fruchtbarkeitskennziffer stark rückläufig ( 24,4 Neugeborene auf 1000 Frauen im gebärfähigen Alter).

In den folgenden Jahren stieg diese Kennziffer bis auf 32,4 ‰ im Jahr 1997 an. Trotz des leichten Geburtenrückganges um 58 Geburten im Jahr 1998 änderte sich die Fruchtbarkeitskennziffer im Jahr 1998 nicht.

Im Land Sachsen- Anhalt erhöhte sich die Fruchtbarkeitskennziffer zwischen 1994 und 1996 von 25,3 ‰ auf 29,0 ‰ [2] .

In der Tabelle 4 sind die Zahlen und Kennziffern zur natürlichen Bevölkerungsbewegung der letzten Jahre zusammengestellt.

**Tabelle 4:** Natürliche Bevölkerungsbewegung in der Stadt Magdeburg in den Jahren 1989 bis 1998 [1]

(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt)

Jahr	Lebendgeborene	Geburtenziffer (Lebendgeb. auf 1000 Einwohner)	Anzahl d. Frauen im gebärfähigen Alter (in 1000)	Anteil d. Frauen an der Gesamtbevölkerung in %	Fruchtbarkeitsziffer 1)	Sterbefälle	Saldo
1989	3.470	12,0	61,8	52,5	56,1	3.449	21
1990	3.099	11,1	60,2	52,9	51,4	3.492	-393
1991	1.906	6,9	57,9	52,4	33,0	3.331	-1.425
1992	1.572	5,8	57,3	52,3	27,4	3.206	-1.634
1993	1.386	5,1	56,8	52,0	24,4	3.183	-1.797
1994	1.390	5,2	55,4	51,8	25,1	3.085	-1.695
1995	1.338	5,2	53,2	51,8	25,2	2.848	-1.510
1996	1.499	5,9	51,7	52,0	28,5	2.831	-1.332
1997	1.602	6,5	49,4	52,0	32,4	2.689	-1.087
1998	1.544	6,4	47,7	52,0	32,4	2.760	-1.216

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

1998 Fortschreibung des Amtes für Statistik auf der Basis des Einwohnermelderegisters

#### 1.4. Wanderungsbewegung

Weit mehr als die natürliche Bevölkerungsbewegung wirkt sich in Magdeburg die Wanderungsbewegung auf die Bevölkerungszahlen aus. In den vergangenen Jahren trugen die Wegzüge vier- bis fünfmal mehr zum Einwohnerverlust in Magdeburg bei, als das Defizit beim Saldo Geburten - Sterbefälle.

Im Jahr 1998 wurden 8.578 Zuzüge registriert. Die Zahl der Zuzüge erreichte damit seit 1990 einen Höhepunkt. Insgesamt haben im Berichtsjahr 13.133 Personen Magdeburg verlassen. So viele Wegzüge wie 1998 gab es vorher nur im Jahr 1990 nach Öffnung der Mauer .

Aus der räumlichen Wanderungsbewegung resultiert ein Einwohnerverlust von 4.555 Personen im Jahr 1998.

Eine Übersicht über die Entwicklung der Wanderungsbewegung ist in der Tabelle 5 enthalten.

**Tabelle 5:** Entwicklung der Wanderungsbewegung in den Jahren 1990 - 1998 in der Stadt Magdeburg [1]

(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt 1990 - 1997 amtliche Zahlen 1998 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	7.182	11.617	-4.435
1998	8.578	13.133	-4.555

Zum großen Teil ließen sich die aus der Landeshauptstadt wegziehenden Personen in der Umgebung von Magdeburg nieder. Spitzenreiter unter den Zielgebieten ist der Ohrekreis gefolgt vom Jerichower Land.

Mehr als ein Drittel der Magdeburg verlassenden Menschen sind 1998 in diese beiden Nachbarkreise der Landeshauptstadt gezogen. Der Einwohnerverlust an diese beiden Kreise macht sogar über die Hälfte des gesamten Einwohnerverlustes durch die Wanderungsbewegung aus, denn es gibt nur relativ wenige Zuzüge aus diesen Kreisen. (Tabelle 6)

**Tabelle 6:** Zu- und Wegzüge der deutschen Hauptwohnsitzbevölkerung im Jahr 1998 nach und von Magdeburg [1]

(Stand: 31.12.1998, Fortschreibung des Amtes für Statistik auf der Basis des Einwohnermelderegisters)

<b>Region</b>	<b>Zuzüge</b>	<b>Wegzüge</b>	<b>Wanderungs-saldo</b>
Jerichower Land	524	1.239	-715
Ohrekreis	928	2.904	-1.976
Bördekreis	360	940	-580
Schönebeck	324	426	-102
Übr. Regierungsbezirk	600	701	-101
Übr. LSA	360	304	56
Übr. neue Bundesländer	470	529	-59
Alte Bundesländer	1.342	2.039	-697
Berlin	146	192	-46
EU- Staaten	20	35	-15
Übr. Ausland	100	60	40

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

## 2. Sterblichkeit und Todesursachen (Mortalität)

Die Analyse des Sterbegeschehens liefert wichtige Hinweise zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung.

Für die Todesursachenstatistik des Jahres 1998 stehen die Zahlen des Statistischen Landesamtes Sachsen- Anhalt zur Verfügung [3]. Allerdings wurden die Todesursachen erstmals nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision“ (ICD 10) ausgewertet. Eine unmittelbare Vergleichbarkeit mit den Daten aus früheren Jahren ist damit nicht in allen Todesursachenklassen möglich.

### 2.1. Alters- und Geschlechtsstruktur der Sterbefälle

Durch das Statistische Landesamt Sachsen- Anhalt wurden für das Jahr 1998 insgesamt 2.672 Sterbefälle von Bürgern aus Magdeburg registriert.

Unter den Verstorbenen befanden sich 1.451 Personen weiblichen Geschlechts und 1.221 Personen männlichen Geschlechts.

Im Berichtsjahr betrug die Sterberate (Verstorbene je 100.000 der Bevölkerung) in Magdeburg 1.116  $\text{‰}$ . Für die weiblichen Verstorbenen lag die Sterberate bei 1.166  $\text{‰}$  und für die männlichen Verstorbenen bei 1.061  $\text{‰}$ .

**Tabelle 7:** Gestorbene absolut und in Prozent nach Geschlecht und Altersgruppen in Magdeburg 1998 [3]

Altersgruppe	Gestorbene insgesamt		davon männlich		davon weiblich	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
unter 1 Jahr	12	0,45	5	0,41	7	0,48
01 -14 Jahre	5	0,19	4	0,33	-	-
15 - 19 Jahre	-	-	-	-	-	-
20 - 24 Jahre	7	0,26	6	0,49	-	-
25 - 29 Jahre	10	0,37	8	0,66	-	-
30 - 34 Jahre	17	0,64	13	1,06	4	0,28
35 - 39 Jahre	34	1,27	26	2,13	8	0,55
40 - 44 Jahre	51	1,91	40	3,28	11	0,76
45 - 49 Jahre	65	2,43	42	3,44	23	1,59
50 - 54 Jahre	76	2,84	43	3,52	33	2,27
55 - 59 Jahre	162	6,06	115	9,42	47	3,24
60 - 64 Jahre	206	7,71	145	11,88	61	4,20
65 - 69 Jahre	261	9,77	166	13,60	95	6,55
70 - 74 Jahre	304	11,38	139	11,38	165	11,37
75 - 79 Jahre	396	14,82	167	13,68	229	15,78
80 - 84 Jahre	371	13,88	130	10,65	241	16,61
85 und mehr	693	25,94	170	13,92	523	36,04
Summe	2.672	100,00	1.221	100,00	1.451	100,00
	100%		45,7%		54,3%	

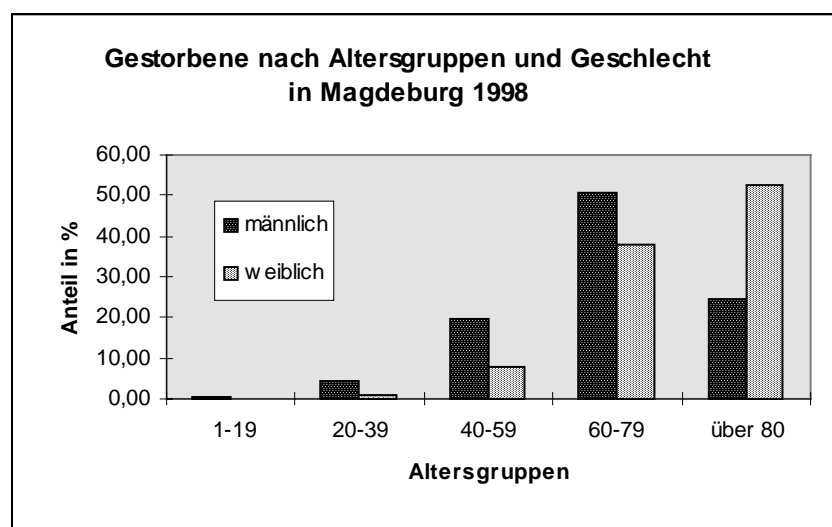
Das mittlere Sterbealter lag 1998 in Magdeburg bei 73,7 Jahren. Für Frauen betrug das mittlere Sterbealter 78,2 Jahre, während es für die Männer mit 68,5 Jahren ca. 10 Jahre niedriger war.

Obwohl die Frauen - betrachtet man das mittlere Sterbealter - länger leben, verstarben 1998 mehr Frauen als Männer.

Der Grund für diese Tatsache liegt an dem größeren Anteil der Frauen unter der Bevölkerung im höherem Lebensalter. In Abbildung 1 (Seite 2) ist der Frauenüberschuss in dieser Bevölkerungsgruppe deutlich erkennbar.

Mehr als die Hälfte der im Jahr 1998 verstorbenen Frauen (52,65 %) hat ein Alter über 80 Jahren erreicht. Unter den verstorbenen Männern erreichten nur 24,57 % dieses Alter.

Die Verteilung der Verstorbenen in den Alters- und Geschlechtsgruppen verdeutlicht die Abbildung 3.



**Abbildung 3:** Gestorbene nach Altersgruppen und Geschlecht in Magdeburg 1998

## 2.2. Todesursachen im Überblick

Bei 95,8 % der 2.672 Verstorbenen in der Stadt Magdeburg wurde ein natürlicher Tod als Todesursache angegeben. Unterschiede zeigten sich hier beim Vergleich der Geschlechter. 98,0 % der Frauen und 93,3 % der Männer verstarben eines natürlichen Todes.

Im Vergleich zum Vorjahr zeigen sich kaum Differenzen. Der natürliche Tod wurde im Jahr 1997 bei 95,3 % aller Verstorbenen als Todesursache angegeben (Frauen: 97,2 % ; Männer: 92,8 %).

(1997 wurde die Todesursachenstatistik durch Auswertung der im Gesundheitsamt vorliegenden Totenscheine ermittelt.)

### 2.2.1. Nicht natürliche Todesursachen

Zur Auswertung der nicht natürlichen Todesursachen wird in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten 10. Revision [4] (ICD-10) bei der Klasse der „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ zusätzlich zur Schlüsselnummer für die Art der Verletzung eine Schlüsselnummer zur Erfassung der äußeren Ursache (V01 - Y98) angegeben. Anhand dieser Einteilung lassen sich bestimmte Ursachen für nicht natürliche Todesfälle unterscheiden. Ein Vergleich mit den nicht natürlichen Todesursachen der Vorjahre, die nach ICD-9 ausgewertet wurden, ist dabei aber nur bedingt möglich.

Durch **Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00 - T98)** sind insgesamt 111 Bürger aus Magdeburg im Jahre 1998 verstorben (4,15 % aller Verstorbenen). Nur ca. ein Viertel (29) der nicht natürlichen Todesfälle betraf Frauen. Bei dem mittleren Sterbealter in dieser Rubrik zeigten sich ebenfalls große geschlechtsspezifische Unterschiede. Während das mittlere Sterbealter durch diese Todesursachengruppen bei den Frauen bei 72,8 Jahren lag, starben die Männer im Durchschnitt mit 46,9 Jahren.

Die **Transportmittelunfälle (V01 - V99)** haben einen großen Anteil an dem niedrigen mittleren Sterbealter der Männer bei den nichtnatürlichen Todesfällen. Es liegt hier für die 24 unter diesen Umständen verstorbenen Männer bei 42,3 Jahren. 5 Frauen aus Magdeburg sind im Jahr 1998 bei Transportmittelunfällen ums Leben gekommen, das mittlere Sterbealter betrug 77,5 Jahre. Transportmittelunfälle (V01 - V99) sind alle Unfälle, an denen Transportmittel (z.B. auch Fahrräder) beteiligt sind. Eine Unterscheidung, ob diese Unfälle im Straßenverkehr oder außerhalb des Straßenverkehrs stattgefunden haben, konnte nicht getroffen werden, da hierzu keine Auswertung vorlag.

Die **Vorsätzlichen Selbstbeschädigungen (X60 - X84)** (Selbsttötungen) trugen ebenfalls zum niedrigen mittleren Sterbealter der Männer bei. 10 Frauen und 34 Männer wurden im Berichtsjahr mit dieser Todesursache registriert. Das mittlere Sterbealter betrug für die Frauen 68,6 Jahre, während es für die Männer bei 49,6 Jahren lag.

Die Klasse der Todesursachen durch **Stürze (W000 - W19)** betraf im Jahr 1998 hauptsächlich Frauen. Durch diese Todesursache kamen in Magdeburg 8 Frauen und 3 Männer ums Leben. Im Durchschnitt erreichten die Frauen zum Zeitpunkt des Unfalls ein Alter von 84,2 Jahren. Für die Männer lag das mittlere Sterbealter für diese Unfallkategorie 20 Jahre niedriger, bei 64,2 Jahren.

Durch einen **Tätlichen Angriff (X85 - Y09)** kamen 1998 in Magdeburg 9 Personen, unter ihnen 4 Frauen ums Leben. In dieser Klasse werden alle Verletzungen durch eine andere Person in Verletzungs- oder Tötungsabsicht zusammengefasst. Für diese Todesursache betrug das mittlere Sterbealter für Frauen 55,0 Jahre und für Männer 37,5 Jahre.



## 2.2.2. Natürliche Todesursachen

Wie in den vergangenen Jahren machen die **Krankheiten des Kreislaufsystems** mit einem Anteil von 48,7 % nahezu die Hälfte aller Todesfälle 1998 in Magdeburg aus. Verstorben sind an diesen Erkrankungen 779 Frauen und 523 Männer. Unter den verstorbenen Frauen erreichen die Erkrankung des Kreislaufsystems einen Anteil von 53,7 % unter den Männern dagegen nur 42,8 %.

Das mittlere Sterbealter für diese Todesursachen lag bei den Frauen mit 82,0 Jahren um ca. 4 Jahre und bei den Männern mit 74,7 Jahren um ca. 6 Jahre über dem allgemeinen mittleren Sterbealter der Frauen bzw. der Männer. Mehr als die Hälfte (699) der an den Krankheiten des Kreislaufsystems Verstorbenen erreichte ein Alter über 80 Jahren.

Die **Neubildungen** standen an zweiter Stelle der Rangfolge der Todesursachen. 715 Sterbefälle (26,8 %) waren diesen Erkrankungen anzulasten. Unter den Verstorbenen befanden sich 356 Frauen und 359 Männer. Für die Frauen lag das mittlere Sterbealter bei 72,6 Jahren und für die Männer bei 67,7 Jahren. Abbildung 4 stellt die Anteile der wichtigsten Erkrankungsgruppen an den Sterbefällen dar.

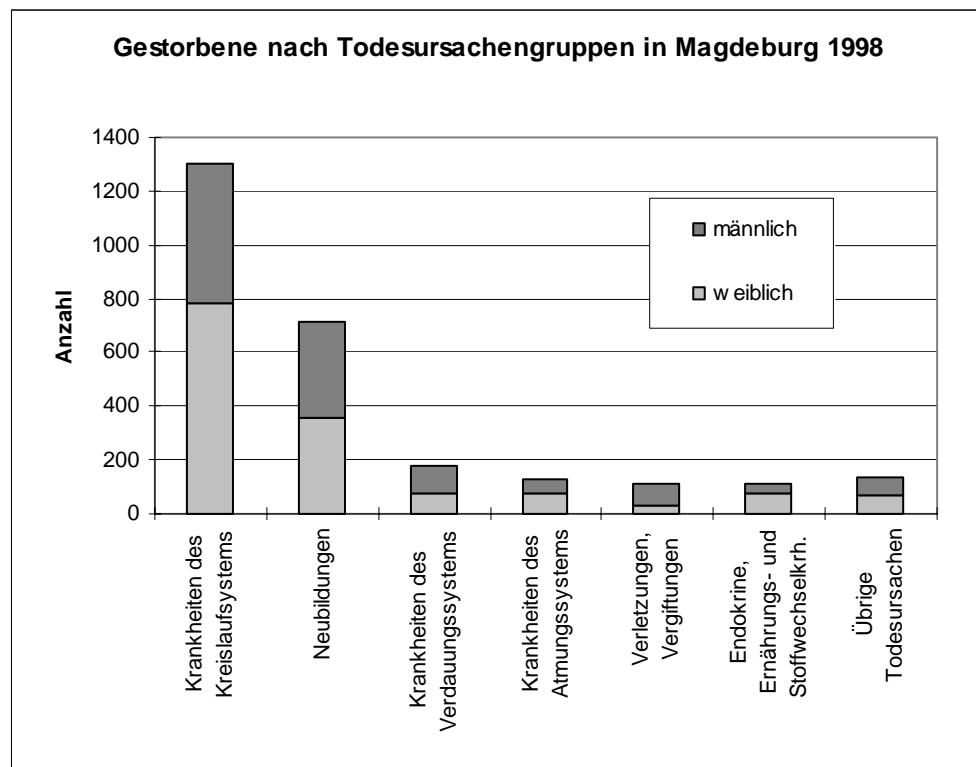


Abbildung 4: Gestorbene nach Todesursachengruppen in Magdeburg 1998

Bei den Frauen wurden ca.  $\frac{4}{5}$  aller Todesfälle durch die Erkrankungen des Kreislaufsystems und die Neubildungen verursacht. Weitere häufige Todesursachen unter den weiblichen Verstorbenen waren die **Krankheiten des Verdauungssystems** und die **endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten** mit einem Anteil von je 5,03 %.

Die **Verletzungen und Vergiftungen** lagen unter den Todesursachen der Frauen an 5. Stelle mit einem Anteil von 2,00 %.

Die *Erkrankungen des Kreislaufsystems* sowie die *Neubildungen* sind ebenfalls unter den Männern mit einem Anteil von zusammen 72,2 % die häufigsten Todesursachen im Jahr 1998 gewesen. An dritter Stelle unter den Todesursachen lagen die Krankheiten des Verdauungssystems mit einem Anteil von 8,52 %. Anschließend folgten bei den Männern bereits die Verletzungen und Vergiftungen mit einem Anteil von 6,72 %.

In der Tabelle 8 sind die Absolutzahlen der Sterbefälle, die prozentualen Anteile und das mittlere Sterbealter in den Geschlechtsgruppen dargestellt.

**Tabelle 8:** Gestorbene absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 1998 [3]

Diagnoseklasse (laut ICD)	Gestorbene insgesamt			davon weiblich			davon männlich		
	absolut	in % )*	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )**	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )***	mittleres Sterbe- alter
<b>A00 - B99</b> bestimmte infektiöse u. parasitäre Krankheiten	10	0,37	69,0	5	0,34	69,5	5	0,41	68,5
<b>C00 - D48</b> Neubildungen	715	26,76	70,1	356	24,53	72,6	359	29,40	67,7
<b>C00 - C97</b> bösartige Neubildung	695	26,01	70,1	345	23,78	72,6	350	28,67	67,6
<b>D50 - D89</b> Krh. d. Blutes u. d. blutbildenden Organe u. best. Störungen m. Beteilig. d. Immunsy.	7	0,26	79,6	6	0,41	79,2	-	-	-
<b>E00 - E90</b> Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrh.	110	4,12	79,3	73	5,03	81,6	37	3,03	74,7
<b>F00 - F99</b> Psychische und Verhaltensstörungen	11	0,41	69,4	4	0,28	89,0	7	0,57	58,2
<b>G00 - G99</b> Krankheiten des Nervensystems	40	1,50	63,9	17	1,17	74,1	23	1,88	56,4
<b>I00 - I99</b> Krh. d. Kreislaufsystems	1.302	48,73	79,1	779	53,69	82,0	523	42,83	74,7
<b>J00 - J99</b> Krh. d. Atmungssystems	123	4,60	77,1	71	4,89	79,9	52	4,26	73,4
<b>K00 - K93</b> Krh. d. Verdauungssystems	177	6,62	63,7	73	5,03	69,8	104	8,52	59,4
<b>N00 - N99</b> Krh. d. Urogenitalsystems	36	1,35	81,3	23	1,59	81,7	13	1,06	80,7
<b>P00 - P96</b> best. Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatal- periode haben	6	0,22	0,2	3	0,21	0,2	3	0,25	0,2
<b>Q00 - Q99</b> angeb. Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	5	0,19	14,1	4	0,28	15,8	-	-	-
<b>R00 - R99</b> Symptome u. abnorme klin. u. Laborbefunde	13	0,49	38,0	4	0,28	51,3	9	0,74	32,0
<b>S00 - T98</b> Verletzungen, Vergiftungen und best. andere Folgen äußerer Ursachen	111	4,15	53,7	29	2,00	72,8	82	6,72	46,9

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl aller in Magdeburg 1998 Verstorbenen (2.672)\* bzw. auf die verstorbenen Frauen (1.451)\*\* oder auf die verstorbenen Männer (1.221)\*\*.\*

## 2.3. Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen

### 2.3.1. Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems

Wie bereits angedeutet, hatten die Kreislauferkrankungen 1998 wieder den größten Anteil an den Todesursachen. Betrachtet man das Sterbealter für diese Erkrankungen, so fällt das recht hohe mittlere Sterbealter auf, welches bis auf wenige Ausnahmen beträchtlich über dem allgemeinen mittleren Sterbealter liegt. Bei ca.  $\frac{2}{3}$  der Verstorbenen, die ein Alter von mindestens 85 Jahre erreicht hatten, war die Todesursache eine Kreislauferkrankung.

Etwa die Hälfte der Todesfälle unter den Kreislauferkrankungen wurden durch die ischämischen Herzkrankheiten (I20 - I25) verursacht. Das mittlere Sterbealter für die 402 an dieser Todesursache verstorbenen Frauen betrug 82,0 Jahre, die 329 Männer starben mit dem durchschnittlichen Alter von 74,2 Jahren. In dieser Krankheitsklasse sind der akute Myokardinfarkt (I21) und der rezidivierende Myokardinfarkt (I22) enthalten, welche zusammen einen Anteil an den Todesursachen unter den Frauen von 11,51 % und unter den Männern von 15,31 % erreichten.

Die Sterblichkeiten an weiteren Krankheiten des Kreislaufsystems sind in der Tabelle 9 dargestellt.

**Tabelle 9 :** Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 1998 [3]

Diagnoseklasse (laut ICD)	Gestorbene insgesamt			davon weiblich			davon männlich		
	absolut	in % )*	mittleres Sterbe- alter	absolut	In % )**	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )***	mittleres Sterbe- alter
<b>I10 - I15</b> Hypertonie (Hoch- druckkrankheit)	49	1,83	76,3	26	1,79	84,4	23	1,88	67,3
<b>I20 - I25</b> ischämische Herzkrankheiten	731	27,36	78,5	402	27,71	82,0	329	26,95	74,2
<b>I21</b> akuter Myokardinfarkt	305	11,41	75,1	146	10,06	79,4	159	13,02	71,2
<b>I22</b> rezidivierender Myokardinfarkt	49	1,83	74,1	21	1,45	76,4	28	2,29	72,3
<b>I30 - I52</b> sonstige Formen der Herzkrankheit	146	5,46	81,2	106	7,31	83,7	40	3,28	74,6
<b>I60 - I69</b> zerebrovaskuläre Krankheiten	259	9,69	80,4	164	11,30	81,5	95	7,78	78,4
<b>I64</b> Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	92	3,44	80,8	57	3,93	81,1	35	2,87	80,3
<b>I70 - I79</b> Krankh. d. Arterien, Arteriolen und Kapillaren	74	2,77	79,9	51	3,51	81,7	23	1,88	75,9

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl aller in Magdeburg 1998 Verstorbenen (2.672)\* bzw. auf die verstorbenen Frauen (1.451)\*\* oder auf die verstorbenen Männer (1.221)\*\*\*.

### 2.3.2. Sterblichkeit an Neubildungen bzw. Krebserkrankungen

An den bösartigen Neubildungen (Krebs) starben 1998 in Magdeburg 345 Frauen und 350 Männer. 23,78 % aller Todesfälle waren beim weiblichen Geschlecht diesen Erkrankungen anzulasten. Beim männlichen Geschlecht waren es 28,67 % .

Die bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane waren bei den Frauen mit einem Anteil von 10,06 % an allen verstorbenen Frauen bei weitem am häufigsten vertreten. Danach folgten die bösartigen Neubildungen der weiblichen Brustdrüse und der weiblichen Genitalorgane mit je 3,24 % Anteil. Bei den Männern waren die bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane (9,91 %) und die bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe (9,42 %) unter den Todesursachen durch Neubildungen am häufigsten vertreten.

In Tabelle 10 sind die Sterblichkeiten durch die bösartigen Neubildungen zusammengefasst.

**Tabelle 10:** Sterblichkeit an Neubildungen absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 1998 [3]

Diagnoseklasse (laut ICD)	Gestorbene insgesamt			davon weiblich			davon männlich		
	absolut	in % )*	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )**	mittleres Sterbe- alter	Absolut	in % )***	mittleres Sterbe- alter
<b>C00 - C97</b> bösartige Neubildungen	695	26,01	70,1	345	23,78	72,6	350	28,67	67,6
<b>C15 - C26</b> bösart. Neubildung der Verdauungsorgane	267	9,99	71,7	146	10,06	74,9	121	9,91	67,9
<b>C30 - C39</b> bösart. Neubildg. der Atmungsorgane und sonst. intrathorakaler Organe	145	5,43	67,3	30	2,07	69,0	115	9,42	66,9
<b>C43 - C44</b> Melanom u. sonstige bösart. Neubildungen der Haut	4	0,15	65,0	-	-	-	-	-	-
<b>C50</b> bösart. Neubildung der Brustdrüse	47	1,76	69,9	47	3,24	69,9	-	-	-
<b>C51 - C58</b> bösart. Neubildung d. weibl. Genitalorgane	47	1,76	68,4	47	3,24	68,4	-	-	-
<b>C60 - C63</b> bösart. Neubildung d. männl. Genitalorgane	30	1,12	79,8	-	-	-	30	2,46	79,8
<b>C64 - C68</b> bösart. Neubildung d. Harnorgane	33	1,24	69,9	8	0,55	76,9	25	2,05	67,7
<b>C81 - C96</b> bösart. Neubildung d. lymphatischen, blut- bildenden u. ver- wandten Gewebes	47	1,76	68,7	25	1,72	73,5	22	1,80	63,2

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl aller in Magdeburg 1998 Verstorbenen (2.672)\* bzw. auf die verstorbenen Frauen (1.451)\*\* oder auf die verstorbenen Männer (1.221)\*\*.\*

Das mittlere Sterbealter bei der Todesursachengruppe der bösartigen Neubildungen liegt wesentlich niedriger als das mittlere Sterbealter bei den Krankheiten des Herz- Kreislaufsystems.

Unter den bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane sind Neubildungen der Nasenhöhlen, des Kehlkopfes, der Bronchien, der Lungen u.a. zusammengefasst. Die bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane enthalten u.a. die Neubildungen von Speiseröhre, Magen ,Dünn-, Dick-, Mastdarm, sowie die Neubildungen der Leber, Gallenblase und der Bauchspeicheldrüse.

### 2.3.3. Sterblichkeit an weiteren häufigen Todesursachen

Die in diesem Bericht bisher verwendeten Sterblichkeitszahlen waren die amtlichen Zahlen des Statistischen Landesamtes.

Um eine Vergleichbarkeit der Sterblichkeiten mit den in vorangegangenen Gesundheitsberichten gesetzten Schwerpunkten zu ermöglichen, müssen die Zahlen in gleicher Weise erfasst und ausgewertet werden.

Aus diesem Grunde wurde für diesen Abschnitt auf die Auswertung der im Gesundheitsamt vorliegenden Totenscheine zurückgegriffen und die Kodierung nach der ICD 9 angewendet.

Die hier dargestellten Angaben können daher Unterschiede zur amtlichen Todesursachenstatistik aufweisen. Als Fehlerquellen kommen beispielsweise im Gesundheitsamt nicht vorliegende Totenscheine oder Autopsieunterlagen in Betracht.

**Tabelle 11:** Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (9. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 1998

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	92	3,46	59,9	26	1,8	64,4	66	5,42	58,1
dav.: 571.0 - 571.3 alkohol. Leberzirrhose	64	2,41	56,6	16	1,11	58,2	48	3,94	56,1
303 - 305 Alkohol - Drogen Abhängigkeit u. Missbrauch	10	0,38	54,5	-	-	-	8	0,66	54,9
162 böart. Neubildung Luftr. Bronchus, Lunge	126	4,74	66,2	27	1,87	67,1	99	8,13	65,9

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der im Gesundheits- und Veterinäramt Magdeburg im Jahr 1998 erfassten Verstorbenen (2.660)\* bzw. auf die verstorbenen Frauen (1.442)\*\* oder auf die verstorbenen Männer (1.218)\*\*\*.

Im Jahr 1998 starben 26 Frauen und 66 Männer an den Folgen einer Leberzirrhose.

Etwa  $\frac{2}{3}$  dieser Todesfälle waren auf die alkoholisch bedingte Leberzirrhose zurückzuführen.

Im Vergleich zu 1997 trat bei den Frauen ein Rückgang von 21 auf 16 Todesfälle und bei den Männern eine Erhöhung von 44 auf 48 Todesfälle durch die alkoholisch bedingte Leberzirrhose ein.

1,11 % aller weiblichen Verstorbenen und 3,94 % aller männlichen Verstorbenen waren 1998 von dieser Todesursache betroffen.

An den Folgen von Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie Alkoholvergiftung sind in Magdeburg 1998 weitere 12 Personen verstorben. Nicht erfasst wurden die an den Folgen von unter Alkoholeinfluss verursachten Unfällen oder Verkehrsunfällen Verstorbenen.

Eine weitere Sucht - das Rauchen - gilt als Hauptrisikofaktor für den Lungenkrebs. Obwohl diese Todesursache bereits im Abschnitt 2.3.2. erwähnt wurde, soll an dieser Stelle ein Vergleich mit den Zahlen des Jahres 1997 erfolgen.

Der Lungenkrebs wurde im Jahr 1998 bei 99 Männern und 27 Frauen als Todesursache angegeben. Er erreicht damit als Einzelerkrankung unter den männlichen Verstorbenen einen Anteil von 8,13 %. Im Vorjahr waren 75 Männer an dieser Erkrankung verstorben und der Anteil lag bei 6,41 %. Bei den Frauen ergab sich im Vergleich zu 1997 ein leichter Rückgang der Sterblichkeit an Lungenkrebs von 31 Verstorbenen (1997) auf 27 Verstorbenen (1998). Der Anteil dieser Todesursache verringerte sich bei den verstorbenen Frauen von 2,10 % (1997) auf 1,81 % (1998) .

#### **2.4. Säuglingssterblichkeit**

Die Säuglingssterblichkeit gilt als Indikator zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Als Säuglingssterblichkeit wird die Zahl der im ersten Lebensjahr verstorbenen Säuglinge bezogen auf die Lebendgeborenen beschrieben. Durch die stark zurückgegangenen Geburtenzahlen der letzten Jahre wirken sich die zufallsbedingten Einflüsse stärker auf diesen Indikator aus.

In Sachsen- Anhalt bewegte sich die Säuglingssterblichkeit von 1990 bis 1996 zwischen 9,10 ‰ (verstorbene Säuglinge je 1000 Lebendgeburten) im Jahr 1991 und 5,70 ‰ im Jahr 1996 [2].

Vom Statistischen Landesamt wurden in der Todesursachenstatistik von Magdeburg im Jahr 1998 insgesamt 12 verstorbene Säuglinge registriert (5 männliche und 7 weibliche). Unter Berücksichtigung der vom Amt für Statistik im Berichtsjahr in Magdeburg ermittelten 1.544 Geburten ergibt sich für Magdeburg im Jahr 1998 eine Säuglingssterblichkeit von 7,8 ‰. Hauptursache für die Säuglingssterbefälle waren, wie bereits in den vergangenen Jahren, bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben sowie angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien.

Im Gesundheitsamt wurden durch Auswertung der eingegangenen Totenscheine im Jahr 1997 fünf Totgeburten und im Jahr 1998 neun Totgeburten erfasst .

### **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 Meldung 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 u.ä. bestehen.

Im Interesse der Allgemeinheit müssen sich Betroffene und, soweit Ansteckungsverdacht besteht, die Personen der unmittelbaren Umgebung sowie bestimmte Dritte diesen Maßnahmen unterwerfen.

Die 1998 im Gesundheitsamt Magdeburg nach o.g. 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 zeigt, dass die seit Jahren bestehenden epidemiologischen Schwerpunkte - die Salmonellosen und die übrigen infektiösen Darmerkrankungen - auch 1998 das Infektionsgeschehen bestimmt haben.

Der Anstieg bei den infektiösen Darmerkrankungen ist vor allem durch die gegenüber dem Vorjahr deutlich höhere Erkrankungshäufigkeit bei den übrigen Formen der Enteritis infectiosa, bei gleichzeitig geringfügigem Rückgang der Salmonellosen, bedingt. Morbiditätsanstiege waren auch bei den Shigellosen, den Hepatitis A -, Pertussiserkrankungen sowie bei Varicellen, Scharlach und Influenza 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 Darmerkrankungen die höchste Morbidität auf.

Infektionen mit Salmonellen werden durch den Verzehr von kontaminierten Lebensmitteln tierischen Ursprungs (Eier, Fleisch, Wurst) ausgelöst. Die Kontamination von Lebensmitteln durch Erkrankte und Ausscheider im Lebensmittelverkehr stellt ebenfalls eine Infektionsgefahr dar.

1998 wurden 434 Salmonellenerkrankungen und 18 Ausscheider gemeldet, das entspricht einer Morbidität von 181,40  $\text{0}/\text{0000}$ . Im Vergleich zum Vorjahr (468 Erkrankte, Morbidität 190,63  $\text{0}/\text{0000}$ ) wurden weniger Erkrankungen registriert. Damit hat sich der seit 1993 zu beobachtende rückläufige Trend weiterhin geringfügig fortgesetzt. Seit 1996 bewegen sich die Salmonellosen auf annähernd gleichem Niveau und die 1998 registrierte Erkrankungszahl ist noch doppelt so hoch wie die von 1985 (212 Erkrankte).

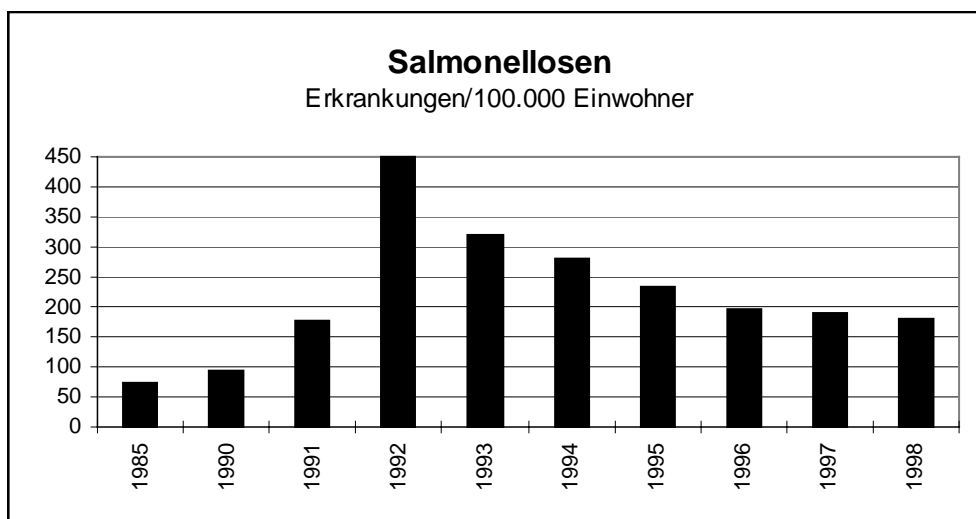


Abbildung 5: Salmonellosen in Magdeburg

Am Gesamtgeschehen der infektiösen Darmkrankheiten waren die Salmonellosen zu 36,2 % (Vorjahr 42,0 %) beteiligt.

Insgesamt wurden 20 verschiedene Serovare nachgewiesen, von denen, wie seit Jahren Salmonella Enteritidis (Verbreitung über Hühnereier und Geflügel) mit 54,9 % das Infektionsgeschehen bestimmt hat, gefolgt von Salmonella Typhimurium mit 25,4 %. Die übrigen Salmonellen- Serovare haben mit 19,7 % eine untergeordnete Rolle gespielt.

Hinsichtlich der jahreszeitlichen Verbreitung war in den Monaten Juni bis Oktober eine höhere Erkrankungshäufigkeit zu verzeichnen. Schwerpunkt bildete der Monat August mit 62 Fällen, davon betrafen 16 Fälle eine Gruppenerkrankung nach dem gemeinsamen Verzehr einer Speise mit Roheizusatz.



### 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 63,8 % (1997 - 58,0 %) beteiligt. Mit insgesamt 797 Erkrankungen und einer Morbidität von 333,12  $\text{‰}$  (1997 679 Erkrankungen, Morbidität 276,57  $\text{‰}$ ) hat sich der seit Jahren ansteigende Trend fortgesetzt.

Der Anstieg, der unter anderem auch auf eine bessere Erfassung zurückzuführen ist, resultiert vor allem aus dem Morbiditätsanstieg bei den Campylobactererkrankungen, den Yersiniosen, den Adenovirus- und Rotaviruserkrankungen.

Innerhalb der Gruppe "übrige Formen der Enteritis infectiosa" dominieren die **Rotaviruserkrankungen** mit einem Anteil von 54,2 %.

Mit 432 Erkrankungen und einer Morbidität von 180,56  $\text{‰}$  (Vorjahr 387 Erkrankungen, Morbidität 147,45  $\text{‰}$ ) wurde die bisher höchste Erkrankungsziffer seit der Ersterfassung im Jahre 1984 registriert. Rotaviren sind weltweit die häufigste Ursache für Durchfallerkrankungen im Kindesalter (insbesondere im Säuglings- und Kleinkindalter), was auch die gemeldeten Erkrankungszahlen verdeutlichen.

378 Erkrankungen (87,5 %) betrafen Kinder im Vorschulalter, davon waren mit 254 Erkrankungen Kinder im Alter bis zu zwei Jahren betroffen.

Hinsichtlich des jahreszeitlichen Auftretens kam es zu einer saisontypischen Konzentration im Zeitraum Januar bis April mit Gipfelbildung im März.

Bei den **Campylobactererkrankungen**, die nach den Salmonellosen die bedeutendsten bakteriell bedingten und durch kontaminierte Lebensmittel tierischen Ursprungs (Verzehr roher oder unzureichend erhitzter Lebensmittel) ausgelöste Durchfallerkrankungen sind, ist mit 202 Erkrankungen und einer Morbidität von 84,43  $\text{‰}$  gegenüber dem Vorjahr (170 Erkrankungen, Morbidität 69,24  $\text{‰}$ ) ein weiterer Anstieg zu verzeichnen. Seit der Ersterfassung im Jahre 1983 wurde damit die bisher höchste Morbidität erreicht. Innerhalb der Gruppe der übrigen Formen der Enteritis infectiosa nehmen die Campylobactererkrankungen mit einem Anteil von 25,5 % die zweite Position hinter den Rotaviruserkrankungen ein.

Die 76 durch **Yersinia enterocolitica** bedingten Erkrankungen (Morbidität 31,77  $\text{‰}$ ) bedeuten gegenüber dem Vorjahr (57 Erkrankungen, Morbidität 23,22  $\text{‰}$ ) einen leichten Anstieg, ohne dass die Morbiditäten der Jahre 1993 - 1995 erreicht wurden.

Die Erkrankungen betrafen vorwiegend Kinder bis zum 15. Lebensjahr (68 Erkrankungen) und waren mit Ausnahme der Monate Juli und Dezember (je 10 Erkrankungen) annähernd gleichmäßig über das Jahr verteilt.

Bei den **Adenovirusinfektionen** ist mit 57 Erkrankungen und einer Morbidität von 23,82  $\text{‰}$  gegenüber dem Vorjahr (46 Erkrankungen, Morbidität 18,74  $\text{‰}$ ) ebenfalls ein leichter Anstieg zu verzeichnen.

Die Erkrankungen sind vermehrt im 2. Halbjahr mit Schwerpunkt IV. Quartal (32 Erkrankungen) aufgetreten und betrafen überwiegend Kinder im Vorschulalter.

Mit 23 Erkrankungen (Morbidity 9,61 ‰) weisen die *Coli- Enteritiden*, bei denen 8 verschiedene Serovare nachgewiesen wurden, gegenüber dem Vorjahr (43 Erkrankungen, Morbidity 17,51 ‰) einen deutlichen Rückgang auf.

Bei den 4 *mikrobiell bedingten Lebensmittelvergiftungen* (ohne Erregernachweis) hat es sich um 3 Erkrankungen nach dem Verzehr von Rohkostsalaten mit Dressing und eine Pilzvergiftung nach dem Verzehr selbstgesammelter Karbol- Egerlinge gehandelt.

**Tabelle 12:** Salmonellosen und übrige Formen der Enteritis infectiosa

	1998				1997			
	Erkrankung		Ausscheider		Erkrankung		Ausscheider	
	absolut	Morbidity ‰	absolut	Morbidity ‰	absolut	Morbidity ‰	absolut	Morbidity ‰
Enteritis infectiosa								
- Salmonellosen	434	181,40	18	7,52	468	190,63	25	10,18
- übrige Formen	794	331,86	3	1,25	679	276,57	3	1,22
davon:								
Adenovirus- infektionen	57	23,82	-	-	46	18,74	-	-
Amoebenruhr	-	-	-	-	1	0,41	-	-
Campylobacter	202	84,43	1	0,42	170	69,24	-	-
Coli- Enteritis	23	9,61	1	0,42	43	17,51	3	1,22
Rotavirusinfektion	432	180,56	-	-	362	147,45	-	-
Yersiniosen	76	31,77	1	0,42	57	23,22	-	-
mikrobiell bedingte Lebensmittel- vergiftungen	4	1,67			-	-		

### 3.2. Tuberkulose

Für den Berichtszeitraum 1998 kann man von einem leichten Rückgang an Neuzugängen der Tuberkulose der Atmungsorgane, sowie der Tuberkulose der übrigen Organe im Vergleich zu 1997 ausgehen.

1997 - 31 Erkrankungen

1998 - 24 Erkrankungen

Die Zahl der ansteckungsfähigen **Tuberkulosen der Atmungsorgane mit Bakteriennachweis** ist 1998 mit 14 Erkrankungsfällen (1997 - 18) leicht rückläufig.

Es erkrankten im Alter von:

15 - 25 Jahren - 3 Personen

25 - 45 Jahren - 4 Personen

über 45 Jahren - 7 Personen.

An einer **Tuberkulose der Atmungsorgane ohne Bakteriennachweis** erkrankten 7 Personen, ein deutlicher Rückgang zu 1997 (12 Fälle).

Bei der **Tuberkulose der anderen Organe** (Lymphknoten, Urogenitalsystem) kam es zu 3 Neuerkrankungen, ebenfalls ein deutlicher Rückgang zu 1997 (7 Fälle).

Von 24 Erkrankungen an Tuberkulose im Jahr 1998 handelt es sich in 6 Fällen um Wiedererkrankungen, das Alter dieser Patientengruppe liegt zwischen 58 und 75 Jahren.

Neu ist der verhältnismäßig hohe Anteil der Erkrankungen bei Aussiedlern (Kasachstan, Russland) mit 4 Erkrankungsfällen. Für Aussiedler besteht bei der Einreise bisher keine Untersuchungspflicht.

Bei den Umgebungsuntersuchungen wurden keine Neuerkrankungen nach Bundesseuchengesetz ermittelt.

### **3.3. Sonstige meldepflichtige übertragbare Krankheiten**

#### **3.3.1. Typhus und Paratyphus**

*(bakteriell bedingte Allgemeininfektion mit Keimansiedlung in verschiedenen Organen)*

Wie im Vorjahr wurden keine Typhus- und Paratyphuserkrankungen bzw. -ausscheider gemeldet. In den letzten 10 Jahren wurden lediglich 2 Typhus- und 1 Paratyphuserkrankung erfasst.

Die Anzahl der in Magdeburg bekannten Dauerausscheider hat sich gegenüber dem Vorjahr um 1 Paratyphusausscheider verringert, so dass per 31.12.98 noch 9 Typhus- und 5 Paratyphusausscheider registriert waren.

#### **3.3.2. Shigellosen**

*(Bakterienruhr)*

Von den insgesamt 8 Shigellosen war die Infektion in 7 Fällen (Erkrankungen) durch den Erreger *Shigella sonnei* und in einem Fall (Ausscheider) durch den Erreger *Shigella flexneri* bedingt. 6 *Shigella sonnei* - Infektionen (85,7 %) wurden im Ausland erworben. In einem Erkrankungsfall haben die Ermittlungen keinen Hinweis auf die Infektionsquelle ergeben.

Bei dem Ausscheider von *Shigella flexneri* hat es sich um einen ausländischen Bürger gehandelt, der im Rahmen der Einreiseuntersuchung erfasst wurde.

#### **3.3.3. Virushepatitis**

*(infektiöse Leberentzündung)*

**Die Hepatitis A - Erkrankungen** (Erreger: Hepatitis A - Virus, Übertragung: fäcal- oral, Schmierinfektion, kontaminierte Speisen und Getränke) sind mit 7 Erkrankungen (Morbidität 2,93 ‰) gegenüber dem Vorjahr leicht angestiegen (4 Erkrankungen, Morbidität 1,63 ‰). Die Erkrankungen betrafen 2 Kinder im Vorschulalter und 5 Erwachsene, wobei es sich bei den beiden Kindern und einer Erwachsenen um eine Familie gehandelt hat. In 3 Fällen (Familie) war die Infektion während eines Indienaufenthaltes erfolgt, in einem Fall wurde die Infektion in Mexiko, vermutlich über den Verzehr von Meeresfrüchten, erworben. Zu den übrigen 3 Fällen konnte die Infektionsquelle nicht eruiert werden.

Mit 3 Erkrankungen und einer Morbidität von 1,25 ‰ hat sich bei der **Hepatitis B** (Erreger: Hepatitis B - Virus, Übertragung: sexuelle Kontakte, perinatal, Nadelaustausch bei intravenösem Drogenkonsum, Blut und Blutprodukte) der im Vorjahr abzeichnende leichte Rückgang (1997 - 6 Erkrankungen, Morbidität 2,44 ‰) fortgesetzt.

Bei den Erkrankungen hat es sich um Einzelerkrankungen von Erwachsenen ohne konkrete Hinweise auf die Infektionsquelle gehandelt. In einem Fall war die Erfassung bei Umgebungsuntersuchungen erfolgt.

5 Personen wurden als Carrier (Träger des Hepatitis B - Virus) erfasst. Diese Personen sind nicht erkrankt, können aber unter Umständen das Virus weiterverbreiten.

Die Hepatitis C - Infektionen verlaufen zu 70 – 80 % asymptomatisch. Die gemeldeten 12 Erkrankungen (Morbidity 5,02 ‰) wurden zufällig oder bei gezielten Untersuchungen festgestellt. Da die diagnostischen Tests keine Abgrenzung zwischen akuter und chronischer Infektion erlauben, gestaltet sich die Bewertung und Einordnung der Fälle schwierig. Bei der Mehrzahl der Fälle muss von einer chronischen Infektion ausgegangen werden.

**Tabelle 13:** Virushepatitis in Magdeburg

Erkrankung	1998		1997	
	absolut	Morbidity ‰	absolut	Morbidity ‰
<b>Hepatitis A</b>				
- Erkrankungen gesamt	7	2,93	4	1,63
davon :  ikterisch	4	1,67	-	-
anikterisch	3	1,25	-	-
<b>Hepatitis B</b>				
- Erkrankungen gesamt	3	1,25	6	2,44
davon :  ikterisch	-	-	4	1,63
anikterisch	3	1,25	-	-
<b>Hepatitis C</b>				
- Erkrankungen gesamt	12	5,02	-	-
davon :  ikterisch	-	-	-	-
anikterisch	12	5,02	-	-

### 3.3.4. Meningitis

*(Hirnhautentzündung)*

#### **Meningokokkenmeningitis**

Mit 5 gemeldeten Erkrankungen (Morbidity 2,09 ‰) ist gegenüber dem Vorjahr (4 Erkrankungen, Morbidity 1,63 ‰) ein Anstieg um eine Erkrankung zu verzeichnen.

Die Mehrzahl der Erkrankungen (80 %) ist saisonal in der kälteren Jahreszeit (1 Erkrankung Januar, 1 Erkrankung Oktober, 2 Erkrankungen Dezember) aufgetreten.

60 Personen mit engem Kontakt zu den Erkrankten (Übertragung durch Tröpfcheninfektion bei engem Kontakt) wurde vorsorglich die Rifampicinprophylaxe empfohlen.

### ***andere bakterielle Meningitiden***

Auch bei den anderen bakteriellen Meningitiden wurde mit 5 Erkrankungen (Morbidity 2,09 ‰) eine Erkrankung mehr als im Vorjahr (4 Erkrankungen, Morbidity 1,63 ‰) registriert.

Die Erkrankungen betrafen 2 Kinder sowie 3 Erwachsene.

Bei 2 Erkrankungen wurden als verursachende Erreger die Bakterien *Streptococcus pneumoniae* und *Klebsiella oxytoca* nachgewiesen.

In 3 Fällen waren die Erkrankten bereits antibiotisch anbehandelt, so dass der Erregernachweis nicht mehr erbracht werden konnte.

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

Es wurden 2 Erkrankungen (Morbidity 0,84 ‰) gemeldet. Damit lag die Erkrankungsziffer unter der des Vorjahres (4 Erkrankte, Morbidity 1,63 ‰).

Die Erkrankungen betrafen Erwachsene, von denen ein Patient im höheren Lebensalter an der Krankheit verstorben ist.

In einem Fall war die Erkrankung durch das Herpes simplex Virus bedingt.

**Tabelle 14:** Meningitis in Magdeburg

Erkrankung	1998		1997	
	absolut	Morbidity ‰	absolut	Morbidity ‰
<b>Meningitis insgesamt</b>				
Erkrankungen	12	5,02	12	4,89
<b>davon: - Meningokokkenmeningitis</b>				
Erkrankungen	5	2,09	4	1,63
<b>- andere bakt. Meningitis</b>				
Erkrankungen	5	2,09	4	1,63
<b>- Virus- Meningoencephalitis</b>				
Erkrankungen	2	0,84	4	1,63

### **3.3.5 Masern**

Bei den Masern war eine unauffällige Situation zu verzeichnen. Wie im Vorjahr wurde nur eine Masernerkrankung (Morbidity 0,42 ‰) gemeldet. Die Erkrankung betraf einen Erwachsenen, der als Kind nur einmal gegen Masern geimpft worden war.

### **3.3.6. Borreliose**

Die 10 gemeldeten Borreliosen (Morbidity 4,18 ‰) bedeuten gegenüber dem Vorjahr (13 Erkrankungen, Morbidity 5,30 ‰) einen Rückgang um 3 Erkrankungen.

Bei den Erkrankten hat es sich um ein Kind im Vorschulalter und 9 Erwachsene gehandelt. In 60 % der Fälle war die Befunderhebung im Rahmen der Diagnostik aufgrund einer vielgestaltigen, überwiegend neurologischen Symptomatik erfolgt.

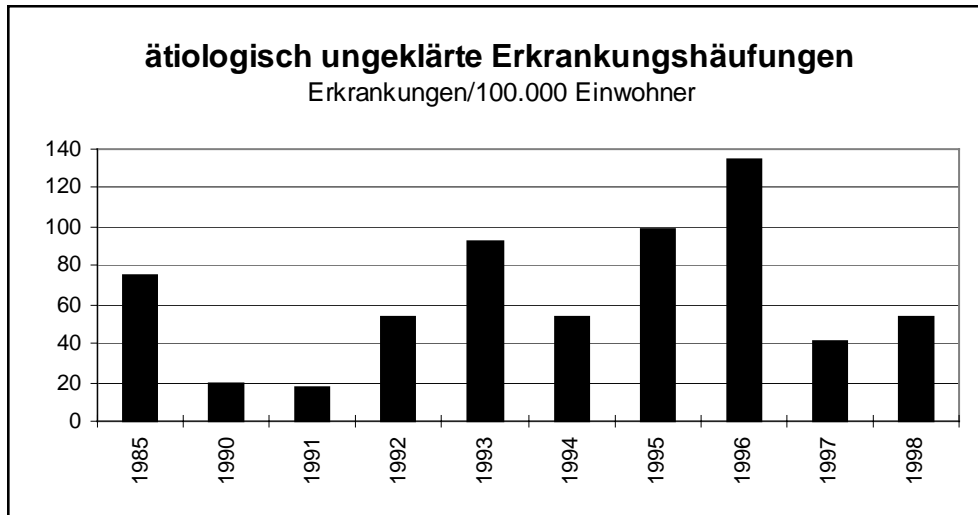
Ein Erythema chronicum migrans (ringförmige Hautrötung, Wanderröte), das typisch für eine Borreliose im Frühstadium ist, war in 4 Fällen Anlass der Arztkonsultation. Nur in 5 Fällen war ein Zeckenstich in der Vorgeschichte eruierbar.

### **3.3.7. Ätiologisch ungeklärte Erkrankungshäufungen**

Mit den 8 Erkrankungsgeschehen und insgesamt 127 Erkrankungen (Morbidity 53,08 ‰) mit gastrointestinaler Symptomatik ist im Vergleich zum Vorjahr (5 Geschehen, 101 Erkrankungen, Morbidity 42,14 ‰) ein Anstieg sowohl bei der Anzahl der Geschehen als auch der Erkrankungen zu verzeichnen.

Bei 56,7 % der Erkrankten hat es sich um Bewohner von Alten- und Pflegeheimen und bei 26,8 % um Kinder aus Kindereinrichtungen gehandelt. Hinsichtlich des zeitlichen Auftretens waren das I. Quartal (3 Geschehen, 47 Erkrankungen) und das IV. Quartal (3 Geschehen, 54 Erkrankungen) auffällig.

Die im Rahmen der Ursachenermittlung durchgeführten bakteriologischen und virologischen Untersuchungen verliefen bis auf ein Geschehen, bei dem in 6 Fällen Norwalk- Viren nachgewiesen wurden, negativ.



**Abbildung 6:** Infektionserkrankungen ungeklärter Ursache in Magdeburg

### 3.3.8. Röteln

Wie in den letzten 3 Jahren war die Situation bei den Röteln aufgrund der geringen Anzahl der gemeldeten Erkrankungen (4 Erkrankungen, Morbidität 1,67 ‰) unauffällig.

### 3.3.9. Mumps

*(Ziegenpeter)*

Mit 6 Erkrankungen und einer Morbidität von 2,51 ‰ war die seit 1993 durch eine niedrige Erkrankungshäufigkeit gekennzeichnete Mumpssituation gegenüber dem Vorjahr (7 Erkrankungen, Morbidität 2,85 ‰) unverändert.

### 3.3.10. Tollwutexposition

Ein Kind wurde während seines Urlaubsaufenthaltes auf Teneriffa und eine Erwachsene während ihres Bulgarienuurlaubs von unbekanntem Hund gebissen. Beide wurden gegen Tollwut geimpft.

### 3.3.11. Pertussis

*(Keuchhusten)*

Die 5 Erkrankungen (Morbidität 2,09 ‰) bedeuten die höchste Erkrankungsziffer der letzten 15 Jahre (1994 - 2 Erkrankungen, 1993 und 1995 bis 1997 je 1 Erkrankung, 1984 - 1992 keine Erkrankungen).

Von den 5 erkrankten Personen hatten 2 als Kind eine Impfung erhalten. Bei 3 Erkrankten hat es sich um medizinisches Personal gehandelt.



### 3.3.12. Varicellen

(Windpocken)

Die Meldungen an Varicellen weisen mit 227 Erkrankungen und einer Morbidität von 94,88  $\text{‰}$  gegenüber dem Vorjahr (95 Erkrankungen, Morbidität 38,70  $\text{‰}$ ) eine deutliche Zunahme auf.

217 Erkrankungen (95,6%) betrafen Kinder aus Kindergärten und Kindertagesstätten.

### 3.3.13. Scharlach

Beim Scharlach, dessen Erkrankungsmeldungen in den letzten drei Jahren auf einem annähernd gleichem niedrigem Niveau lagen, ist mit

73 Erkrankungen (Morbidität 30,51  $\text{‰}$ ) im Vergleich zum Vorjahr (29 Erkrankungen, Morbidität 11,81  $\text{‰}$ ) ein Anstieg zu verzeichnen.

### 3.3.14. Kopflausbefall

Mit Kopflausbefall wurden 159 Kinder (Morbidität 66,46  $\text{‰}$ ) erfasst. Das bedeutet zwar gegenüber dem Vorjahr (281 Befälle, Morbidität 114,46  $\text{‰}$ ) einen zahlenmäßigen Rückgang, aber keine wesentliche Änderung der Gesamtsituation, da die im Vergleich zum Vorjahr geringere Anzahl von Kopflauskontrollen und eine gewisse Dunkelziffer zu beachten sind.

95,0 % der Befälle betrafen Schulkinder, die größtenteils im Rahmen von Kopflauskontrollen (2065) erfasst wurden. Bei den restlichen 5,0 % handelte es sich um Kindergartenkinder. Wie in den Vorjahren stellte hinsichtlich des jahreszeitlichen Auftretens das IV. Quartal einen besonderen Schwerpunkt dar.

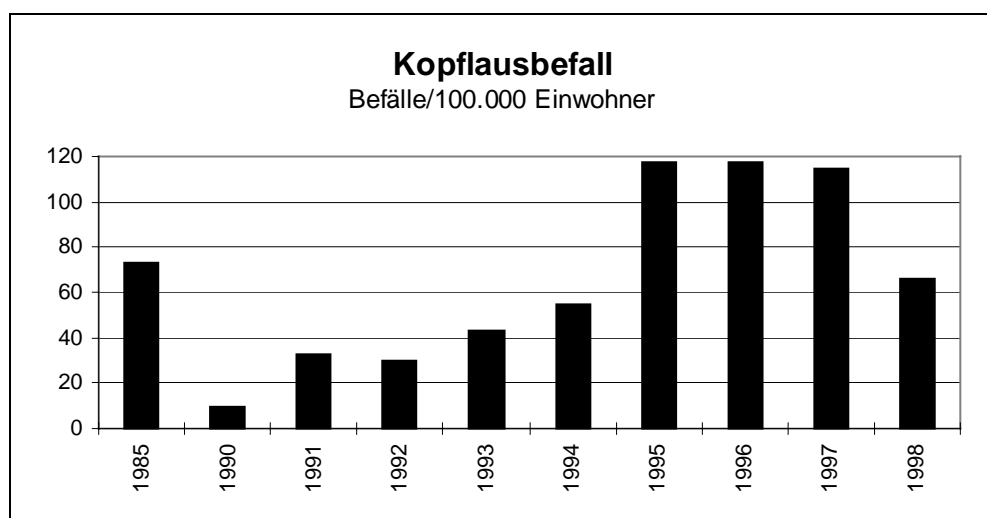


Abbildung 7: Entwicklung des Kopflausbefalls in Magdeburg

### **3.3.15. Skabies**

*(Krätze)*

Die gemeldeten Skabieserkrankungen (24 Erkrankungen, Morbidität 10,03 ‰) waren gegenüber dem Vorjahr (36 Erkrankungen, Morbidität 14,66 ‰) rückläufig. Die Erkrankungshäufigkeit lag jedoch deutlich über dem Niveau der Jahre 1991 bis 1996.

Betroffen waren 3 Kindergarten- und 6 Schulkinder sowie 15 Erwachsene aus einer Gemeinschaftseinrichtung.

Varicellen, Skabies, Scharlach und Kopflausbefall werden gem. §§ 45, 48 des Bundesseuchengesetzes (Meldung von Erkrankungen in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen) erfasst.

### **3.3.16. Keratoconjunktivitis epidemica**

*(übertragbare Horn- und Bindehautentzündung des Auges)*

Die 8 Erkrankungen (Morbidität 3,34 ‰) bedeuten gegenüber dem Vorjahr (51 Erkrankungen, 20,77 ‰) einen deutlichen Rückgang und eine Annäherung an die seit 1990 (Ausnahme: 1997) bestehende Situation.

Die Erkrankungen betrafen ausschließlich Erwachsene. Hinsichtlich des jahreszeitlichen Auftretens war das I. Quartal mit 7 Erkrankungen auffällig.

### **3.3.17. Influenza**

*(Virusgrippe)*

Es wurden insgesamt 12 durch Laborbefunde bestätigte Influenza-Erkrankungen (Morbidität 5,02 ‰) erfasst, die ausschließlich durch das Influenza A - Virus bedingt waren.

11 Erkrankungen (91,7 %) sind im Zusammenhang mit der zu dieser Zeit beobachteten erhöhten Influenzaaktivität zu sehen. Bei den Erkrankten hat es sich ausschließlich um ungeimpfte Erwachsene gehandelt, wobei der Anteil der über 65-Jährigen 58,3 % betrug. In 11 Fällen erfolgte eine stationäre Behandlung.

### **3.3.18. Angeborene Listeriose**

*(durch Bakterien ausgelöste fieberhafte Infektionskrankheit)*

Die Erkrankung betraf ein Neugeborenes, das unmittelbar nach der Geburt fieberte und einen schwerkranken Eindruck machte. Die Geburt war aufgrund einer hochfieberhaften Erkrankung der Mutter vorzeitig eingeleitet worden. In der Blutkultur der Mutter und im Liquor des Kindes wurde der Erreger *Listeria monocytogenes* nachgewiesen.

**Tabelle 15:** ausgewählte meldepflichtige Erkrankungen 1996 bis 1998  
in Magdeburg

Erkrankungen	1996		1997		1998	
	absolut	Morbidität ‰	absolut	Morbidität ‰	absolut	Morbidität ‰
<b>Malaria</b> Erkrankungen	3	1,19	5	2,04	-	-
Sterbefälle	-	-	-	-	-	-
<b>Masern</b> Erkrankungen	7	2,78	-	-	-	-
<b>Borreliose</b> Erkrankungen	24	9,55	13	5,30	10	4,18
<b>äthiolog. ungekl. Erkrankungshäufungen</b>						
Erkrankungen	338	134,45	101	41,14	127	53,08
Geschehen	18	7,16	5	2,04	8	3,34
<b>Röteln</b> Erkrankungen	3	1,19	6	2,44	4	1,67
<b>Mumps</b> Erkrankungen	3	1,19	7	2,85	6	2,51
<b>Pertussis</b> Erkrankungen	-	-	-	-	5	2,09
<b>Varicellen</b> Erkrankungen	236	93,88	95	38,70	227	94,88
<b>Scharlach</b> Erkrankungen	38	15,12	29	11,81	73	30,51
<b>Skabies</b> Erkrankungen	4	1,59	36	14,66	24	10,03
<b>Kopfläuse</b> Befälle	294	116,95	281	114,46	159	66,46

### 3.4. Beratung für sexuell übertragbare Krankheiten

Im Bereich Beratung für sexuell übertragbare Krankheiten im Gesundheitsamt der Stadt Magdeburg ist eine Untersuchung für weibliche und männliche Prostituierte möglich. Alle anderen Patienten werden, wenn sie es wünschen, zu einem Facharzt vermittelt.

1998 wurden im Gesundheitsamt 262 Prostituierte (davon 255 weibliche und 7 männliche Prostituierte) untersucht, beraten und , soweit erforderlich, weiterbetreut.

Der Erstkontakt zu den Prostituierten wird durch die aufsuchende Tätigkeit einer Sozialarbeiterin hergestellt, in deren Folge ihnen ein umfassendes Beratungs- und Betreuungsangebot offeriert wird.

Die Vertrauensbildung der in der Prostitution Tätigen zu unseren Mitarbeiterinnen wird durch die Problematik illegale Prostitution von Ausländerinnen sowie bestimmte Rechtsunsicherheiten (Prostitution nicht strafrelevant, deren Förderung dagegen ja) oft erheblich belastet.

Hier ist auch für unsere Mitarbeiterinnen eine größere Rechtssicherheit anzumahnen.

**Tabelle 16:** Bei der Beratung für sexuell übertragbare Krankheiten durchgeführte Untersuchungen

Durchgeführte Untersuchungen	1998
gesamt	6.993
davon auf Gonokokken	3.088
Chlamydien	2.987
Lues	463
HIV	436
Anti HB's	19

Bei den Pflichtuntersuchungen wird 14- tägig ein Abstrich auf Gonokokken und Chlamydien durchgeführt. Im ¼ - jährlichen Rhythmus erfolgt eine Blutuntersuchung auf Syphilis.

Der HIV- Test ist keine Pflichtuntersuchung, wird aber angeboten und darf nur durchgeführt werden, wenn eine Zustimmung erfolgt.

Im Berichtszeitraum 1998 wurden 50 sexuell übertragbare Krankheiten festgestellt, davon 48 Gonokokkeninfektionen (4 Prostituierte) und 2 Syphilisinfektionen (1 Prostituierte). Die Fallzahlen waren annähernd gleich zum Vorjahreszeitraum.

Die Sozialarbeiterin führte insgesamt 522 Hausbesuche im Rahmen der Kontaktaufnahme zu den Prostituierten, der Infektionsquellenforschung wie auch der Dispensairebetreuung syphilisinfizierter Patienten durch.

### 3.5. Beratung HIV- Infizierter und AIDS- Kranker

Laut Statistik des Robert- Koch- Institutes stellt sich die epidemiologische Situation für das Land Sachsen- Anhalt im IV. Quartal 1998 wie folgt dar:

**Tabelle 17:** HIV- Infizierte und AIDS- Kranke im IV. Quartal 1998 in Sachsen Anhalt [7]

	HIV	AIDS	davon verstorben
<b>Sachsen- Anhalt gesamt</b>	273	24	9
<b>Raum Magdeburg</b>	30 (+30%)	4	2
<b>Raum Halle</b>	66 (+18,2%)	5	3
<b>übriges Land</b>	177 (+10,6%)	15	4

Die relativ starke Zunahme der HIV- Neuinfektionen um 30 % im Raum Magdeburg ist einerseits im Vergleich zum niedrigen Gesamtniveau der Vorjahreszahlen zu sehen, zum anderen ist sie Ausdruck einer angestiegenen Testbereitschaft.

Die insgesamt höhere Infektionszahl in der Region Halle ist auf die größere Bevölkerungsdichte sowie die Nähe zu Leipzig zurückzuführen.  
(Großraum Halle- Leipzig)

In über insgesamt 58 Präventionsveranstaltungen wurden im Berichtsjahr durch die AIDS- Beratung des Gesundheitsamtes Magdeburg 1.370 Teilnehmer mit der HIV/ AIDS- Problematik vertraut gemacht.  
(1997: 1.187 Teilnehmer in 53 Präventionsveranstaltungen)

Die Anzahl der HIV- Antikörper- Teste lag mit 447 Untersuchungen um 9,3 % über dem Vorjahresniveau.

Die Gesamtkonsultationszahl blieb 1998 (1370) im Vergleich zu 1997 (1390) nahezu konstant.

#### ***Kooperationsstrukturen zur AIDS- Bekämpfung in der Landeshauptstadt Magdeburg***

- **Arbeitskreis AIDS- Prävention:**  
Gesundheitsamt Magdeburg,  
AIDS- Hilfe Magdeburg e.V.,  
AIDS- Beratung des Caritasverbandes,  
Jugendamt Magdeburg,  
Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen- Anhalt e.V.
- **Arbeitskreis Testberatung:**  
Gesundheitsamt Magdeburg,  
Universitätsklinikum O.- v.- Guericke,  
AIDS- Hilfe Magdeburg e.V.,  
AIDS- Beratung des Caritasverbandes,  
Hygieneinstitut Sachsen- Anhalt,  
medizinischer Dienst der Justizvollzugsanstalt Magdeburg,  
zentrale Anlaufstelle für Asylbewerber Halberstadt

Diese Arbeitskreise tagen unter der Leitung des Gesundheitsamtes monatlich bzw. vierteljährlich. Ziel dieser Zusammenarbeit ist es, optimale Beratungs- und Betreuungsstrukturen zu schaffen, fachliche Kompetenz in hoher Qualität anzubieten sowie nach regelmäßiger Analyse der aktuellen Infektionssituation schnell und wirksam reagieren zu können. Das ist für die Verhinderung einer Ausbreitung sexuell übertragbarer Krankheiten, bei denen in den letzten Jahren wieder ein Anstieg zu verzeichnen ist, von erheblicher Bedeutung. Es ist sicher dieser Zusammenarbeit sowie der in den letzten Jahren stetig intensivierten Prävention zu danken, dass die Zunahme von HIV- Infektionen in der Landeshauptstadt Magdeburg auf niedrigem Niveau erfolgte.

#### **4. Beiträge des Gesundheits- und Veterinärarnes Magdeburg zur Unterstützung der Gesundheitsziele des Landes Sachsen-Anhalt**

*„Ziel der Gesundheitspolitik des Landes Sachsen-Anhalt ist die Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Dies soll zur Minimierung krankheitsbedingter Einschränkungen der Lebensqualität führen und den vorzeitigen Tod vermeiden.“ [5]*

Eine direkte Messbarkeit des Gesundheitszustandes der Bevölkerung ist nicht möglich. Der Gesundheitszustand lässt sich nur im Vergleich der durch die Gesundheitsberichterstattung aufgearbeiteten epidemiologischen Daten mit anderen Regionen bewerten.

Viele Faktoren wirken auf die Gesundheit der Bevölkerung. Nicht nur die Rahmenbedingungen der medizinische Versorgung ( Anzahl der Krankenhausbetten, Ärzte oder Apotheken u.a. pro Bevölkerungszahl) sondern auch das gesundheitsbewusste Verhalten der Bevölkerung sind wichtige Einflussgrößen. Was nutzt eine kostenlose Vorsorgeuntersuchung oder Schutzimpfung, wenn sie aus Unkenntnis oder Bequemlichkeit nicht in Anspruch genommen wird ?

Die Gesundheitsberichterstattung des Landes zeigte, dass in Sachsen Anhalt im Vergleich zur Bundesrepublik der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbesserungswürdig ist. Die Stadt Magdeburg bildet keine Ausnahme. Zur Bündelung der Maßnahmen und zum planmäßigen Handeln aller an der Förderung der Gesundheit des Landes Beteiligten wurden auf der ersten Gesundheitskonferenz des Landes Sachsen- Anhalt, am 26. März 1998 sechs Gesundheitsziele formuliert [6] :

1. Senkung der Säuglingssterblichkeit auf Bundesdurchschnitt
2. Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 % der Bevölkerung
3. Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit an Herz- Kreislauf-Erkrankungen auf Bundesdurchschnitt
4. Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit durch Krebs auf Bundesdurchschnitt
5. Senkung des Anteils der Raucher in allen Altersgruppen  
Senkung des Alkoholkonsums in allen Altersgruppen  
Verringerung alkoholbedingter Unfälle im Straßenverkehr
6. Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen

In den nachfolgenden Beiträgen soll dargestellt werden, wie sich diese Problematik in der Landeshauptstadt darstellt bzw. wie das Erreichen dieser Ziele durch die Stadt Magdeburg und unter anderem auch durch das Gesundheits- und Veterinärarnet der Stadt Magdeburg unterstützt wird.

#### ***4.1. Senkung der Säuglingssterblichkeit auf Bundesdurchschnitt und Erreichung eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 % der Bevölkerung***

An beiden Zielen arbeiten mehrere Mitarbeiterinnen des Gesundheits- und Veterinäramtes vorrangig aus der Abt. Kinder- und Jugendgesundheitsschutz mit. Die Mitarbeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes wird durch das GDG v. 21. 11. 1997, insbesondere durch die §§ 4, 7, 8, 9 begründet.

Im ersten Schritt wurden Workshops zu den Gesundheitszielen veranstaltet, die Problematik erörtert, eine Verständigung über erste Maßnahmen angestrebt.

Im zweiten Schritt wurden Arbeitskreise und Unterarbeitsgruppen gebildet, in denen konkrete Maßnahmen geplant und erarbeitet wurden, zunächst für ihre Umsetzung im Jahr 1999 und weiterhin für den Projektzeitraum bis 2002.

Die ersten beiden Sitzungen des Arbeitskreises "Senkung der Säuglingssterblichkeit" fanden unter der Leitung von Frau Dr. Willer, Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen- Anhalt, statt. Es wurden der Maßnahmenkatalog aufgrund der prae-, peri- und postnatalen Faktoren, die maßgeblichen Einfluss auf die Säuglingssterblichkeit haben, erarbeitet und konkrete Arbeitsziele formuliert.

Aus dem Gesundheits- und Veterinäramt arbeitet eine Diplom- Sozialarbeiterin in der Arbeitsgruppe zur Initiierung eines Projektes zur Betreuung von sozialen Randgruppen mit.

Für die Ärztinnen der Abt. Kinder- und Jugendärztlicher Dienst stehen die Aufgaben der Unterstützung der Gesundheitserziehung in den Schulen und die Verbesserung der Aufklärung über Risikofaktoren in der Schwangerschaft und Stillzeit (Fehlbildungen, Rauchen, Alkohol, Ernährung und soziale Verhältnisse) zielgruppenorientiert an Schülerinnen der 10. Schuljahrgangsuntersuchung.

Im Arbeitskreis "Impfen" unter der Leitung von Frau Dr. Oppermann, Hygieneinstitut des Landes Sachsen- Anhalt, mit dem Ziel "Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 % der Bevölkerung" arbeitet die Abteilungsleiterin der Abt. Kinder- und Jugendärztlicher Dienst in der Untergruppe "Datenlage verbessern" mit, deren Ziel es ist, die Datenlage zu regionalen und altersspezifischen Durchimpfungsraten zu verbessern. Darüber hinaus ergibt sich eine zeitweise Mitarbeit in den weiteren Unterarbeitsgruppen "Multiplikatoren fortbilden", "Zielgruppen aufklären" und "Infrastrukturen verbessern".

Bisher fanden 4 Arbeitsberatungen der AG "Impfen" statt. Die Unterarbeitsgruppe traf sich bisher zweimal, erste Ergebnisse wurden gewertet.



#### **4.2. Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit durch Krebs auf Bundesdurchschnitt**

Auf Basis der Daten der Jahre 1990 -1996 hat das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Sachsen- Anhalt das Gesundheitsziel ‚Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit durch Krebs auf Bundesdurchschnitt‘ definiert. Die vorzeitige Sterblichkeit (Sterbefälle unterhalb des 65.Lebensjahres) durch eine Krebserkrankung erreichte 1996 in Sachsen- Anhalt einen Anteil an der Gesamtsterblichkeit von 38 % bei Männern und 43 % bei Frauen (altersstandardisiert). Dieser Anteil liegt im Bundesdurchschnitt bei 35 bzw. 40 %. Diese Differenz weist auf ein geringeres durchschnittliches Sterbealter im Lande Sachsen- Anhalt gegenüber dem Bundesdurchschnitt hin. [2]

Die nachfolgende Darstellung zeigt die Sterblichkeit an Krebs in der Stadt Magdeburg im Vergleich zum Land Sachsen- Anhalt:

**Tabelle 18:** Vergleich Krebssterblichkeit Sachsen- Anhalt und Magdeburg 1996

an Krebs Verstorbene (Anzahl)	gesamt		< 65 Jahre	
	Sachsen- Anhalt [2]	Magdeburg	Sachsen- Anhalt [2]	Magdeburg
Männlich	4.066	328	1.509	129
Weiblich	3.546	336	925	85
Summe	7.612	664	2.434	214

Der Anteil der Personen im Alter unter 65 Jahren im Vergleich zur Gesamtzahl der an Krebs Verstorbenen (nicht altersstandardisiert) ist in der Stadt Magdeburg mit den Daten des Landes, bezogen auf die jeweiligen Einwohnerzahlen, vergleichbar. Damit liegt auch in der Landeshauptstadt Magdeburg eine gegenüber dem Bundesdurchschnitt erhöhte vorzeitige Sterblichkeit durch Krebs vor.

Nicht zuletzt diese Datenlage hat das Gesundheits- und Veterinäramt Magdeburg veranlasst, das vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen- Anhalt formulierte Gesundheitsziel **Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit durch Krebs auf Bundesdurchschnitt** aktiv zu unterstützen.

Um die Beschäftigung mit diesem Thema initiieren, hat das Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen- Anhalt im November 1998 einen Workshop zum Gesundheitsziel „Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit durch Krebs auf Bundesdurchschnitt“ durchgeführt. An diesem Workshop nahmen Vertreter des Gesundheits- und Veterinäramtes teil.

Folgende Unterarbeitsgruppen wurden gegründet:

1. Epidemiologische Fragen
2. Durchsetzung anerkannter Präventionsstrategien
3. Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie

#### 4. Nachsorge und Lebensqualität.

Zwei Mitarbeiter des Gesundheits- und Veterinärarnamtes wirken in der von Herrn Prof. Frommer ( Leiter der psychosomatischen Klinik des Universitätsklinikums der Otto- von- Guericke- Universität Magdeburg) geleiteten Arbeitsgruppe ‚Nachsorge und Lebensqualität‘ mit. In dieser Arbeitsgruppe wurde ein Antragsentwurf zur Förderung des Aufbaus psychoonkologischer Ambulanzen an den Tumorzentren Halle, Magdeburg und Dessau erarbeitet. Das Gesundheits- und Veterinärarnamt Magdeburg hat an diesem Antragsentwurf mitgearbeitet und Vorstellungen zur Kooperation, Zusammenarbeit und Vernetzung der auf onkologischem Gebiet Tätigen eingebracht (Stand September 1999).

Einen besonderen Schwerpunkt legt das Gesundheits- und Veterinärarnamt Magdeburg im Rahmen der Krebsprävention auf die Verminderung der Gesundheitsgefährdung durch das Rauchen. Der Nikotinkonsum ist nachgewiesenermaßen ein Hauptrisikofaktor für die Entstehung von Erkrankungen des Herz - Kreislauf - Systems und Krebserkrankungen, vor allem des Lungenkrebses. Wie notwendig Bemühungen auf diesem Gebiet sind, zeigt die Entwicklung des Anteils der an Lungenkrebs verstorbenen Personen im Alter unter 65 Jahren an allen Verstorbenen unter 65 Jahren in Magdeburg im relativ kurzen Zeitraum zwischen 1991 und 1998:

**Tabelle 19:** Anteil der an Lungenkrebs verstorbenen Personen unter 65 Jahren an allen Verstorbenen unter 65 Jahren in Magdeburg

	1991	1995	1998
Männer	4,8 %	7,3 %	9,7 %
Frauen	1,7 %	3,6 %	4,6 %
Gesamt	3,6 %	6,2 %	8,2 %

Diese Zahlen zeigen nicht nur die negative Entwicklung der vorzeitigen Sterblichkeit an Lungenkrebs, sondern auch den Trend der Zunahme des Anteils der Frauen.

Das Gesundheits- und Veterinärarnamt bietet auf diesem speziellen Gebiet folgende Leistungen an:

- individuelle Beratung von Rauchern zu den Möglichkeiten der Entwöhnung,
- Raucherentwöhnungskurse der BZgA „Rauchfrei in 10 Schritten“,
- Aktionstage zum Thema „Rauchen“
- Präventionsveranstaltungen in Schulen und
- Beratung für Betroffene und Angehörige.

Weitere Leistungen bzw. Angebote des Gesundheits- und Veterinärarnates auf dem Gebiet der Krebspräventionen und – nachsorge sind:

- die Durchführung von Präventionsveranstaltungen für Schulklassen andere Einrichtungen, vor allem zu den Themen : „Krebs und Lebensweise“ sowie „Rauchen und Deine Gesundheit“,
- Organisation und Durchführung der Woche „Europa gegen den Krebs“, die europaweit jeweils im Oktober stattfindet. Im Jahr 1998 hat das Gesundheits- und Veterinärarnat Magdeburg im Rahmen dieser Präventionswoche die Veranstaltung zum Thema „Krebs beim Mann: Prostata-, Blasen- und Hodenkrebs“ als eine gemeinsame Veranstaltung mit der Magdeburger Krebsliga e.V. und der Urologischen Universitätsklinik organisiert und durchgeführt. Außerdem wurden Präventionsveranstaltungen für Schulklassen angeboten. In der Eingangshalle des Gesundheits- und Veterinärarnates konnten sich Betroffene und Interessierte an Infoständen zum Thema Krebs beraten lassen.
- Mitgliedschaft im Arbeitskreis APOSA (Arbeitskreis Psychosoziale Onkologie in Sachsen- Anhalt) seit 1996
- psychosoziale Betreuung und Nachsorge Krebskranker und Angehöriger durch eine Diplompsychologin und einen Diplompsychologen sowie durch eine Diplom- Sozialarbeiterin und eine Diplom- Sozialpädagogin und
- die Vermittlung von Krebsbetroffenen und Angehörigen in Selbsthilfeeinrichtungen.

### ***4.3. Senkung des Alkoholkonsums in allen Altersgruppen***

Der Zugriff zu legalen Suchtmitteln - Alkohol als Droge Nummer eins - wird nach wie vor leicht gemacht, so dass bereits Jugendliche zur Party oder zum Ausflug Alkohol als Stimmungsmacher mitnehmen.

Der Umgang mit Alkohol im Zusammenleben der Menschen ist nicht kritisch und nicht - Alkohol - trinkende Personen werden oft nicht akzeptiert.

In der Stadt Magdeburg sehen wir, dass an bestimmten Plätzen trinkende Menschen angetroffen werden, die bereits in den Vormittagsstunden zum Bier greifen.

Die Bundeszentrale gegen die Suchtgefahren geht von 4 - 5 % Alkoholkranken in der Gesamtbevölkerung aus.

Für Magdeburg bedeutet es, dass 9.800 bis 12.300 Personen als alkoholkrank zu bezeichnen sind. Diese Personen müssten sich alle behandeln lassen.

Leider sind die wenigsten behandlungsbereit. Eine erfolgreiche Behandlung zieht den ständigen Verzicht auf das Suchtmittel nach sich: also totale Alkoholabstinenz.

Warum ist ein Kompromiss mit dem Alkohol für alkoholranke Menschen nicht möglich?

Die Erklärung liegt darin, dass die natürlichen Steuermechanismen, die den Körper vor zuviel Alkohol warnen, im Laufe der Zeit ihre Funktion aufgegeben haben. Aus gewohnheitsmäßigem, regelmäßigem oder auch zeitweilig übermäßigem Trinken hat sich eine Abhängigkeit entwickelt, die die Zufuhr der Droge Alkohol fordert.

Das Gebot des Konsums von Alkohol wird so stark, dass der gesamte Körper und auch die Seele eine andere Wahl ohne therapeutische Hilfe nicht mehr zulässt. Es stellen sich Angst, Körperschmerzen, starkes Zittern und Schweißausbrüche ein - sogenannte Entzugserscheinungen.

Daraus wächst der Zwang zum Trinken. Die Unterbrechung eines ausgeprägten, insbesondere regelmäßigen Trinkverhaltens (es werden täglich oft mehr als 0,7 l Spirituosen getrunken) ist nur in einer Klinik möglich, da bei Verkennen von Entzugserscheinungen lebensbedrohliche Zustände eintreten können (u. a. Krampfanfälle, Bewusstseinsstörungen, Wahrnehmungsstörungen mit Fehlhandlungen).

Neben den Entzugserscheinungen, die zu den beschriebenen Komplikationen führen können, gibt es noch chronische Folgeerscheinungen der legalen Droge Alkohol - zu diesen Erscheinungen gehören:

#### ***Herz- Kreislaufstörungen***

(in der Regel ein Bluthochdruck mit seinen Folgen auf das Herz...)

#### ***Störungen im Verdauungstrakt*** (Magenschleimhautentzündungen,

-geschwüre, bis zu Bauchspeicheldrüsenentzündungen u. a. m. mit der Begünstigung einer Krebsentstehung)

### ***Leberstörungen***

(Fettleber, Lebergewebschaden bis zur Entwicklung einer Schrumpfleber )

### ***Störungen der Hirnleistungsfunktion***

(Merk- und Konzentrationsschwäche, Gedächtnisschwund, chronisch veränderte Wahrnehmungen und Orientierungsstörungen, bis hin zur Pflegebedürftigkeit)

### ***Störungen der Fortbewegung***

(durch Lähmungserscheinungen an den Beinen mit Veränderung der Empfindungen und der Durchblutung)

Nicht selten ist die Fortbewegung mit Gehstützen oder nur im Rollstuhl möglich.

Trotz dieser schweren und chronischen Folgeerkrankungen gelingt es nicht jedem Menschen, der durch sein Alkoholtrinken gefährdet ist, und in die Abhängigkeit geraten ist, das Trinken abzustellen.

Die erforderliche Selbstkritik leidet unter dem regelmäßigen Alkoholkonsum und die Betroffenen merken oft nicht, in welche gefährliche Situationen sie geraten.

Kritik durch andere ist ihnen sehr unangenehm und wird meist durch Alkohol verdrängt. Menschliche Beziehungen werden oft aufgegeben. Gleichgesinnte, ebenfalls trinkende Personen werden gesucht oder es beginnt ein Trinken in der Isolation.

Neben den zahlreichen Folgen bezogen auf den Körper und die Seele, stellen sich Probleme im sozialen Bereich ein.

Zahlreiche Ehescheidungen werden auf den Alkohol eines Partners zurückgeführt.'

Das Aufwachsen von Kindern in Pflegefamilien oder Heimen hat häufig ihre Ursachen im Alkoholkonsum der Eltern. Das Scheitern im beruflichen Werdegang lässt sich häufig auf Alkohol zurückführen.

Gibt es Hilfen aus dieser Zwangsläufigkeit einer Alkoholkarriere herauszukommen?

Ja, es gibt sie!

Zunächst kann jeder, der über sein andersartiges Trinken nachdenkt, sich seinem Hausarzt anvertrauen.

Anhand bestimmter Laborparameter kann eine Aussage getroffen werden, ob kritische Funktionsmerkmale vorhanden sind und welche Konsequenzen sich für den weiteren Konsum von Alkohol aufzeigen lassen.

Es gibt die Möglichkeit des Aufsuchens einer Beratungsstelle für Suchtkranke. Dort erfolgen umfangreiche vertrauliche Gespräche, Gespräche über die breite Palette der zum kritischen Trinkverhalten geführten Besonderheiten des Einzelfalles, wobei das Verstehen der individuellen Problematik im Vordergrund steht. Es wird gemeinsam mit dem/der Betroffenen ein Weg gesucht, die erforderliche Lebensänderung - ein Leben ohne Alkohol - beginnen zu können.

In Magdeburg gibt es folgende Beratungsstellen für Suchtkranke:

- Suchtberatungsstelle des AWO- Kreisverbandes Magdeburg e. V.  
Thiemstraße 12, 39104 Magdeburg, Tel. 4042600
- Tagesklinik für Abhängigkeitsprobleme und psychosomatische Störungen,  
Plankstraße 4 - 5, Tel. 5656611
- Gesundheits- u. Veterinäramt Magdeburg, sozialpsychiatrischer Dienst,  
Lübecker Straße 32, 39124 Magdeburg, Tel. 540 6080 / 540 6081
- Suchtberatungsstelle der Magdeburger Stadtmission e. V.  
Leibnizstraße 48, 39104 Magdeburg, Tel. 532490

In diesen Beratungsstellen sind Sozialarbeiter/innen und spezielle Suchttherapeuten tätig.

Darüber hinaus können sich Betroffene und ihre Angehörigen in folgenden Selbsthilfegruppen Hilfeangebote machen lassen:

AA-Gruppe, Brüderstraße 1  
AA-Gruppe, Dequeder Straße 31a  
AA-Gruppe, M.-J.-Metzger-Straße 1a  
AA-Kontakttelefon - Tel. 19295

Kontaktcafe "Johanniter Unfallhilfe", Dequeder Straße 31a

Blaues Kreuz Deutschland, Breiter Weg 230  
Freundeskreis Magdeburg Leibnizstraße 48  
Guttempler Orden, Am Charlottentor 31

Im Gesundheits- und Veterinäramt besteht in der Abteilung sozialpsychiatrischer Dienst in der Suchtberatung die Möglichkeit einer Beratung über alle Hilfen, die es in der Stadt Magdeburg gibt. Bei zusätzlich bestehender sozialer Hilflosigkeit versuchen die Mitarbeiterinnen des sozialpsychiatrischen Dienstes für den Betroffenen Regelungen vor Ort durchzuführen. Es werden Hausbesuche gemacht, um weiterer sozialer Veränderungen vorzubeugen.

Die Mitarbeiterinnen des sozialpsychiatrischen Dienstes werden in solchen Fällen gemäß §§ 2/8/31 PsychKG LSA tätig, wobei der Datenschutz für alle personenbezogenen Daten unabdingbar ist.

#### **4.4. Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen**

Am 26. März 1998 fand die Gesundheitskonferenz des Ministeriums für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales im Land Sachsen- Anhalt statt. Auf dieser Gesundheitskonferenz wurde auf Initiative der Krankenkassen das Gesundheitsziel

„*Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen*“

beschlossen.

Für die Verbesserung der Zahngesundheit setzt sich der zahnärztliche Dienst des Gesundheits- und Veterinärarnamtes Magdeburg schon seit Jahren ein. Speziell werden die Kinder im Alter von 0 - 12 Jahren betreut. Einmal jährlich findet in den Kindertagesstätten, Kindergärten und Schulen die zahnärztliche Reihenuntersuchung statt. Hier wird festgestellt, ob die Kinder kariöse (kranke) Zähne haben und zur zahnärztlichen Behandlung müssen. Weiterhin wird untersucht, ob einzelne Zähne schief stehen oder der gesamte Kiefer fehlgebildet ist und eine kieferorthopädische Behandlung erfolgen muss.

Die Eltern erhalten eine Mitteilung, auf dem die festgestellten Schäden angegeben sind. Die Behandlung des Kindes sollte dann beim Hauszahnarzt erfolgen.

Durch die Mitarbeiterinnen des zahnärztlichen Dienstes werden im Rahmen des Arbeitskreises Jugendzahnpflege Gruppenprophylaxe- Maßnahmen in den Kindertagesstätten, Kindergärten und Schulen durchgeführt.

Bei den Gruppenprophylaxe- Maßnahmen erlernen die Kinder, wie man sich richtig die Zähne putzt, wie oft man sich die Zähne putzen soll, welche Nahrung zahngesund ist, warum man zur Härtung des Zahnschmelzes Fluoride verwenden sollte und sie erlernen das richtige Einbürsten der fluoridhaltigen Gelees.

In den Kindertagesstätten und Kindergärten putzen die Kinder täglich die Zähne unter Anleitung der Erzieherinnen.

In den Schulen wird der Prophylaxe- Unterricht durchgeführt. Wichtig ist die Motivation aller an der Erziehung der Kinder beteiligten Partner (Eltern, Lehrer und Erzieher), um die Zahngesundheit zu fördern.

Trotz aller Maßnahmen, die durchgeführt werden, ist der Zahngesundheitszustand der Kinder noch nicht so, wie wir ihn uns wünschen und anstreben. Jedoch muss man sagen, dass es eine große Gruppe von Kindern gibt, die wenig oder keine Karies haben. Dieser Kindergruppe steht eine kleine Gruppe von Kindern mit einem hohen Kariesbefall gegenüber. Dies sind sogenannte Kariesrisikokinder. Oftmals werden diese Kinder nicht dazu angehalten, auf ihre Zahngesundheit zu achten. Man benötigt also spezielle Programme (Kariesrisikoprogramme), um auch diesen Kindern eine Zahngesundheit zu ermöglichen.

Sicher steht an erster Stelle die Eigenverantwortung der Eltern, aber leider gibt es Eltern, die diese nicht wahrnehmen. So haben diese Kinder nur eine Chance auf Zahngesundheit, wenn ihnen die Teilnahme an Kariesrisikoprogrammen ermöglicht wird.



**Tabelle 20:** Kariesrisikokinder im 3. - 7. Lebensjahr, Kindergartenstufe  
(Anteil der Kariesrisikokinder an den untersuchten Kindern)

	1996	1997	1998
3.-4. Lebensjahr	22,5 %	20,75 %	16,5 %
5. Lebensjahr	19,9 %	16,7 %	23,6 %
6.-7. Lebensjahr	23,1 %	16,6 %	16,4 %

**Tabelle 21:** Kariesrisikokinder im 7. - 12. Lebensjahr,  
Klassenstufe 1 - 6 Schuljahr 1997/ 1998

(Anteil der Kariesrisikokinder an den untersuchten Kindern)

Klassenstufe	Schuljahr 1997/ 1998
1. Klasse	21,0 %
2. Klasse	23,2 %
3. Klasse	13,9 %
4. Klasse	18,1 %
5. Klasse	10,6 %
6. Klasse	5,0 %

Die Tabellen 20 und 21 zeigen, dass gerade in der Altersstufe vom 6. bis 10. Lebensjahr der Anteil der Kariesrisikokinder besonders hoch ist. Hier sind es vor allem kariöse Milchzähne, die oftmals nicht behandelt werden. Somit sind aber die Bedingungen für die in dieser Zeit in die Mundhöhle durchbrechenden bleibenden Zähne sehr schlecht. Durch die kariösen Milchzähne befindet sich eine hohe Keimzahl in der Mundhöhle, in den Löchern der Milchzähne halten sich Beläge und Speisereste. Unter diesen Bedingungen können die bleibenden Zähne ebenfalls sehr schnell erkranken. Aus diesen Gründen fordern wir eine konsequente und frühzeitige Behandlung von kariösen Milchzähnen.

Im Workshop zur Verbesserung der Zahngesundheit im Land Sachsen-Anhalt wurde ein Maßnahmenkatalog erstellt, wie dieses Ziel erreicht werden soll. Kritisch bemerken muss man, dass trotz Einladung die Politiker nicht zu dieser Veranstaltung erschienen sind. Viele Details des Maßnahmenkataloges lassen sich aber nur auf politischer Ebene durchsetzen. Als nächster Schritt soll sich eine Arbeitsgruppe bilden, die die Vorbereitung für die Durchsetzung der Maßnahmen trifft.

Nachfolgend werden die Maßnahmen für die Altersgruppe der Kinder bis 12 Jahren gezeigt:

**Maßnahmen für die Altersgruppe  
der Kinder bis 12 Jahre**

- Stärkere fachliche Unterstützung der regionalen Arbeitskreise
- Personelle Stärkung der Jugendärztlichen Dienste
- Anstellung von mehr Prophylaxepersonal
- Beschleunigung der Vereinsgründung
- Gewinnung neuer Partner
- Stärkere Einbindung der niedergelassenen Zahnärzte
- Verbesserung der Fortbildungsangebote
- Breitenwirksame Öffentlichkeitsarbeit
- Förderung von Fluoridmaßnahmen
- Einführung Fluoridpass/ zahnärztlicher Kinderpass
- Prophylaxeprogramme für Risikogruppen (Intensivprophylaxe)

## **5. Bundesmodellprojekt: „Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche der Stadt Magdeburg“**

**Durch Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendamt, Sozialamt und Staatlichem Schulamt**

**Träger:** Landeshauptstadt Magdeburg,  
Gesundheits- und Veterinäramt,  
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

**Projektleiterin:** Frau Dr. med. S. Herden

### **Projektmitarbeiterinnen:**

Frau Dipl.-Psych. K. Stoltze  
Frau Dipl.-Soz.-Arb. B. Punde  
Frau Dr. med. M. Ibsen-Firsching  
Frau Päd. B. Hägebarth  
Frau Dipl.-Psych. B. Grimberg  
Frau Dipl.-Soz.-Päd. B. Wolf

### **Wissenschaftliche Begleitung:**

Dr. med. Dipl.-Psych. J. Jungmann, Weinsberg, et al.

### **Organisationsberatung:**

Dr. med. M. Lauterbach

### **Literaturangaben:**

[8] bis [19]

## **5.1. Ausgangslage**

### **5.1.1. Kooperationspartner**

Die Stadt Magdeburg, speziell der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst, hatte vom Bundesministerium für Gesundheit einen Erprobungsauftrag angenommen, der zu einer Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die auf Grund ihrer ausgeprägten psychischen Störungen und ihrer schwierigen Lebenssituation ein komplexes Hilfeangebot benötigen, führen soll. Ziel war es, für Kinder und Jugendliche sowie deren Familien/Bezugspersonen geeignete und notwendige Hilfen zu verbessern und zugänglich zu machen, indem Kooperationsstrukturen, die bereits bestehen, effektiv genutzt, koordiniert und weiterentwickelt werden.

Die Arbeit im Bundesmodellprojekt begann am 01.07.1996 und endete am 30.06.1999.

Als Kooperationsgebiet wurde der Stadtteil Neu- Olvenstedt als jüngster Stadtteil mit dem höchsten Anteil an Kindern und Jugendlichen pro Einwohner ausgewählt.

Als Kooperationspartner arbeiteten daher zusammen:

1. Aus der Abteilung Soziale Dienste des Jugendamtes:  
das Sozialzentrum III unter direkter Mitwirkung der Leiterin und einer Sozialarbeiterin.
2. Aus der Abteilung Hilfe in besonderen Lebenslagen des Sozialamtes:  
die Sozialarbeiterin und die Leiterin des Sachgebietes  
Eingliederungshilfe.
3. Aus dem Staatlichen Schulamt:  
die schulfachliche Dezernentin für Neu- Olvenstedt sowie die  
überwiegend für Sonderpädagogischen Förderbedarf verantwortliche  
schulfachliche Dezernentin.
4. Aus dem Gesundheitsamt der Stadt Magdeburg die Mitarbeiterinnen des  
Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD), als einem  
Fachbereich des Jugendärztlichen Dienstes (JAD)  
sowie 3 Mitarbeiterinnen, die für die Arbeit im Bundesmodellprojekt  
eingestellt werden konnten.

### **5.1.2. Versorgungsgebiet**

Als Kooperationsgebiet war das Gebiet Olvenstedt ausgewählt worden. Hier lebten (12/97) 28.400 Einwohner, unter ihnen 6.960 Kinder und Jugendliche. Der Anteil von Kindern und Jugendlichen in Olvenstedt liegt mit ca. 24 % der Einwohnerzahl deutlich über den anderen Stadtgebieten Magdeburgs (ca. 17 %).

Olvenstedt zählt auch zu den Stadtteilen Magdeburgs mit dem höchsten Anteil an Sozialhilfeempfängern. In 45 % der Haushalte, die Sozialhilfe erhalten, lebt mindestens 1 Kind. Die Gruppe der Alleinerziehenden (überwiegend Mütter) machte darunter 41 % der betroffenen Haushalte aus. Kinder und Jugendliche stellen etwa die Hälfte der Olvenstedter Sozialhilfeempfänger.

Dieser kurze demographische Abriss macht deutlich, dass in Olvenstedt auf dem Gebiet der Jugend und Sozialhilfe ein hoher Hilfebedarf bestand und dass davon auszugehen war, dass der Anteil der Kinder mit problematischem Verhalten und auch mit psychischen Störungen bedeutsam war.

### **5.1.3. Zielpopulation**

Für welche Kinder und Jugendliche und ihre Familien sollte im Bundesmodellprojekt durch qualifizierte Kooperation die Hilfeplanung verbessert werden?

Geplant war das Bundesmodellprojekt für die Kinder und Jugendlichen, die auf Grund ihrer ausgeprägten und anhaltenden psychischen Störungen und ihrer schwierigen Lebenssituation Hilfen von mindestens 3 der 4 o. g. Kooperationspartner über einen längeren Zeitraum benötigen. Es sollte den Kindern und Jugendlichen geholfen werden, bei denen ein Hilfsbedarf besteht, dem bei alleinigem Vorgehen eines Partners nicht abgeholfen werden kann. Ein solcher Hilfsbedarf wird im Bundesmodellprojekt als "Komplexer Hilfsbedarf" definiert.

Es geht um die Hilfeplanungsprozesse, die bei alleinigem oder unzureichend aufeinander abgestimmtem Vorgehen erhebliche personelle und auch finanzielle Ressourcen binden und trotzdem zu scheitern drohen oder schon gescheitert sind. Dabei sollen wie eingangs schon erwähnt, Kooperationsstrukturen, die bereits bestehen, effektiv genutzt, koordiniert und weiterentwickelt werden. Die Etablierung neuer Strukturen ist nicht geplant.

## **5.2. Konzeptentwicklung**

Der Kooperationsverbund des Modellprojektes musste festlegen, bei welchen Problemen er kooperieren wollte. Er benötigte eine klare, von allen Kooperationspartnern getragene Falldefinition auf deren Grundlage die Kooperation im Einzelfall mit konkretem Zielauftrag erfolgen konnte. Als Zielpopulation wurden „Fälle“ mit komplexem Hilfebedarf ausgewählt. Durch die qualifizierte Kooperation der gleichzeitig miteinander und nicht zeitlich versetzt nacheinander kooperierenden Fachdienste sollte sich das Ergebnis der einzelfallbezogenen qualifizierten Hilfeplanung steigern lassen. Der Kooperationsverbund sollte nicht die Durchführung der Hilfe selber leisten, er hatte sie vorzubereiten und eventuell fachlich zu begleiten. Weitere Leistungserbringer wie etwa niedergelassene Ärzte, Erziehungsberatungsstellen, Kindernotdienst, Sozialpädiatrisches Zentrum etc. sollten bei Notwendigkeit einbezogen werden können.

Das Modellprojekt wurde auf Initiative des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes Magdeburg eingeleitet. Hier fanden sich zu Beginn des Modellprojektes daher die stärkste Motivation und aufgrund der bereitgestellten Mittel der Schwerpunkt personeller und finanzieller Ressourcen. Die erste Aufgabe bestand darin, die anderen Dienste für einen Kooperationsverbund zu gewinnen. Für alle Beteiligten musste ein deutlicher Gewinn an Effektivität und Qualitätsverbesserung in Aussicht stehen. Es war zu beachten, dass in der Anfangsphase mit Personal- bzw. Zeiteinsatz verbundene Mehrbelastungen von den beteiligten Mitarbeitern und Ämtern zu tragen sind. Die im Rahmen des Modells zu entwickelnden oder auszubauenden Strukturen der Zusammenarbeit sollten sich spürbar auf das Ergebnis der Hilfeplanungsprozesse auswirken.

Neben der Klärung der gemeinsamen Zielvorstellungen kam der Verbindlichkeit der zu treffenden Kooperationsvereinbarungen hervorragende Bedeutung zu.

Der Kooperationsverbund entwickelte folgende Instrumente:

- Kooperationsvereinbarung
- Kooperationskonferenz
- Systemische Organisationsberatung
- Kooperationswörterbuch
- Leitfaden zur Einleitung komplexer Hilfeleistungen
- Datensammlung
- Fallmoderation
- Fallkonferenz

### **5.2.1. Kooperationsvereinbarung**

Im ersten Schritt wurde eine Kooperationsvereinbarung mit den Diensten des beabsichtigten Kooperationsverbundes erarbeitet, die den zeitlichen und personellen Rahmen festlegte. Wesentliches Ziel war die **Verbindlichkeit** der Zusammenarbeit durch die Benennung der am Kooperationsmodell teilnehmenden Mitarbeiterinnen und die Definition eines Zeitkontingentes. Hierzu verpflichteten sich auf der institutionellen Ebene die Amtsleiter bzw. seinerzeit der koordinierende Schulrat.

Auf der Mitarbeiterenebene wurde vereinbart:

- wer Ansprechpartner für die Hilfeempfänger sein soll
- dass alle Partner gleichberechtigt den Kooperationsverbund nutzen
- dass alle Mitarbeiterinnen der wissenschaftlichen Begleitung in einem zeitlich definierten Umfang zur Verfügung stehen.

Auf Klientenebene waren einheitliche Kriterien erarbeitet worden:

- über die Analyse des komplexen Hilfebedarfes und die Entwicklung entsprechender Angebote
- über die notwendigen wechselseitigen diagnostischen Kriterien
- über die (weitestgehend einheitliche) Form eines Angebotes an die Sorgerechtsträger zur Aufnahme in das Bundesmodellprojekt.

Die besonderen Aufgaben des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes lagen in der Verantwortung für alle organisatorischen Tätigkeiten. Er blieb zuständig für Fragen der inhaltlichen Gestaltung, der Beziehungen zwischen den einzelnen Kooperationspartnern und für die Modellfortschreibung.

### **5.2.2. Kooperationskonferenz**

Als verbindliches Gremium der beteiligten Institutionen wurde die Kooperationskonferenz der Vertreterinnen der vier beteiligten Ämter installiert. Sie stellte das zentrale Gremium des Modellprojektes dar. Die Kooperationskonferenzen fanden überwiegend unter Beteiligung der systemischen Organisationsberatung statt.

An den Konferenzen nahmen teil:

- 2 Vertreterinnen des Sozialamtes
- 2 Vertreterinnen des Staatlichen Schulamtes
- 2 Vertreterinnen des Jugendamtes/Sozialzentrum Olvenstedt und
- 6 Mitarbeiterinnen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes.

Die Kooperationskonferenz trat zunächst monatlich, in der zweiten Hälfte der Arbeitszeit des Bundesmodellprojektes in Abständen von 8 Wochen zusammen.

Erster Arbeitsschritt war die wechselseitige Information über die jeweiligen gesetzlichen Grundlagen, Arbeitsstrukturen und Dienstleistungsangebote.

Die Kenntnis dieser Arbeitsvoraussetzung erwies sich als wesentliche Grundlage für das gegenseitige Verständnis in der weiteren Arbeit.

Im zweiten Schritt wurden die Arbeitsmittel "**Leitfaden zur Einleitung komplexer Hilfeplanung**" und "**Datensammlung**" entwickelt (siehe 5.7. ).

Diese Instrumente dienten der einheitlichen Fallführung und der gemeinsamen Reflektion des Hilfeplanungsprozesses. Der Leitfaden war in mannigfachen Abstimmungsgesprächen erstellt worden. Die Erfahrungen, die in der Arbeit mit diesem Instrument gesammelt wurden, führten am Ende der Projektzeit zu einer nochmaligen Überarbeitung.

Diese ging entscheidend von den Mitarbeiterinnen des Sozialzentrums III des Jugendamtes aus. Die endgültig vorliegende Form enthält alle notwendigen Informationen, ist sehr übersichtlich und erfordert einen geringen Zeitaufwand bei der Anwendung. Dies ist im Hinblick auf die angestrebte Übertragung der Ergebnisse des Bundesmodellprojektes auf die anderen Stadtteile Magdeburgs und zwei Landkreise Sachsen- Anhalts von Vorteil. Der Leitfaden gibt die Schritte zur rationellen Organisation einer Fallkonferenz vor.

Die Idee zur Datensammlung entstand aus der Feststellung, dass die Moderatorinnen ein Gerüst benötigen, das ihnen hilft, die Vorstellung des Falles in der Fallkonferenz zeitlich zu straffen und gleichzeitig die entscheidungsrelevanten Daten verfügbar zu haben. Die Datensammlung enthält Informationen, die die Mitarbeiterinnen der verschiedenen Ämter unter Wahrung der Belange des Datenschutzes aus ihrer jeweiligen Sicht benötigen, um den Hilfebedarf beurteilen zu können. Ferner legt die Datensammlung einen Schwerpunkt auf die Helferanamnese, die Ressourcen und das Kooperationsverhalten der Familie.

Auch das Instrument Datensammlung wurde anhand konkreter Fälle besprochen und nach den Bedürfnissen der verschiedenen Einrichtungen modifiziert.

### **5.2.3. Systemische Organisationsberatung**

Die externe Kooperationsberatung erfolgte auf der Grundlage systemischer Denk- und Arbeitsmodelle. Die Fähigkeit der Mitarbeiterinnen zur ressourcen- und lösungsorientierten Gesprächsführung konnte durch die im Bundesmodell zur Verfügung gestellten Mittel geübt werden. Die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Ämtern bzw. Institutionen hat ihre Schnittstellen. Diese bergen die Gefahr der Verschiebung der Verantwortung ("Das ist nicht unsere Aufgabe, da seid ihr zuständig.") oder der gegenseitigen Kompetenzstreitigkeiten ("Das ist doch unser Aufgabengebiet.") in sich. In beiden Situationen wird die Hilfeplanung behindert. Wirksame Kooperationsstrukturen setzen voraus, dass die daraus

resultierenden unterschiedlichen "Arbeitskulturen" von den Beteiligten gegenseitig wohlwollend in Rechnung gestellt werden. Als gelungen kann eine Kooperation angesehen werden, wenn alle Beteiligten gleichwertig zur Geltung kommen können und kein Kampf geführt wird um die Frage wessen Arbeitsweise besser ist bzw. wer "Recht" hat. Die hilfreiche zentrale Frage ist: "Wie kann ich mit meiner Arbeit die Arbeit der anderen bei ihrem Beitrag zu der gemeinsamen Aufgabe unterstützen?".

Unter dieser Vorgehensweise konnten folgende Fachfragen bearbeitet werden.

- Welche bi- oder multilateralen Strukturen ermöglichen Zusammenarbeit, welche müssen weiterentwickelt werden? Was erleichtert den wechselseitigen Umgang der beteiligten Dienste?
- Wie können Bemühungen um institutionelle Kooperation mit der konkreten fallbezogenen Kooperation verbunden werden?
- In welcher Weise müssen hilfeschuchende Familien oder junge Menschen in den Ablauf der koordinierten Hilfeplanung mehrerer Dienste einbezogen werden?
- Welche Konsequenzen für den Umgang mit personenbezogenen Daten hat die Intensivierung der fallbezogenen Kooperation?
- Was ist bei der Gestaltung von Grenzen und Nahtstellen zwischen den Kooperationspartnern aus deren Sicht jeweils zu beachten?
- Welche Hilfsmittel erleichtern die fallbezogene kooperative Hilfeplanung?
- Welche Elemente können eine qualifizierte Fallkooperation langfristig gewährleisten?

#### **5.2.4. Projektwörterbuch**

Aus der Erfahrung, dass bei der Zusammenarbeit verschiedener Professionen die verwendeten Fachtermini häufig zu wechselseitigen Missverständnissen Anlass geben, wurde die Idee zu einem "Projektwörterbuch" geboren. Hier werden Begriffe aus den Bereichen Schule, Jugendhilfe, Sozialhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in synoptischer Form dargestellt. Ziel ist ein Nachschlagewerk für die Zusammenarbeit, nicht die Etablierung "richtiger" Begriffe. Das Projektwörterbuch ist als offenes Nachschlagemanuskript begonnen worden und kann jeweils fortgeführt werden. Eine praktische Fortführung findet derzeit in Regie der weiterführenden Landesprojekte statt.

#### **5.2.5. Fallmoderation**

Die Kooperationspartner vereinbarten die gemeinsame Bereitschaft zur verantwortlichen Fallmoderation. Der jeweils zuerst angesprochene Dienst sollte die Erstmoderation übernehmen, über die Aufnahme des Falles in das Modellprojekt entscheiden und die Zuständigkeit abstimmen. Die "Moderatorin" hat über den gesamten Prozess der Hilfeplanung die Klienten zu begleiten, den Überblick über die einzelnen Aktivitäten zu behalten, Beteiligte über erforderliche Schritte zu informieren und die Dokumentation zu leisten. Eine weitere Aufgabe der Fallmoderatorin ist die Führung der



Eltern, Familien und jungen Menschen bei den Erläuterungen aller institutionellen Schritte.

Gleichzeitig soll vermittelt werden, dass die finanziellen und gesetzlichen Bestimmungen den jeweils eigenen Entscheidungsspielraum der betroffenen Institutionen zu berücksichtigen haben.

### **5.2.6. Fallkonferenz**

Das Organ der auf den Einzelfall bezogenen Kooperation ist die Fallkonferenz. Die verbindliche Bereitstellung wöchentlicher Termine durch je eine Mitarbeiterin des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes führte sukzessiv zu einer Nutzung dieses Angebotes und half durch ihre Regelmäßigkeit (jeden Donnerstagnachmittag) zu einer überschaubaren Strukturierung der zeitlichen Ressourcen im Hilfeplanungsprozess. Die Aufgabe der Fallkonferenz besteht in der Entwicklung, Vorbereitung und eventuell auch Einleitung und Koordination fachlich angemessener, auf den Einzelfall bezogener Hilfe. Sie soll nicht die Durchführung der für erforderlich gehaltenen Hilfe oder Behandlungsmaßnahme leisten. Im Verlauf der Modellarbeit konnte die anfängliche Arbeitsweise, Fallkonferenzen zunächst ohne Klienten zu organisieren, zugunsten einer gleichberechtigten Teilnahme der Klienten aufgegeben werden. Der Zeitaufwand reduzierte sich von eingangs ca. 90 min. pro Fallkonferenz auf ca. 60 min. gegen Ende der Modelllaufzeit. Die **Verbindlichkeit** der gemeinsam erarbeiteten Schritte bei der weiteren Hilfeplanung nahm zu.

### **5.3. Die Arbeit der wissenschaftlichen Begleitung**

Die Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung bestand in der Evaluierung des Kooperationsprozesses im Sinne einer Prozessevaluation. Die änderungsrelevanten Variablen der Kooperationsqualität und der Versorgungsqualität wurden untersucht.

Die Kooperationsqualität stellte sich in den Kontexten:

- Kooperationskonferenz
- Kooperationsbeziehung
- Fallkonferenz dar.

Die Versorgungsqualität beinhaltet:

- die fallbezogene Versorgungsqualität (die Effektivität der Hilfeplanung, d.h. die Frage inwieweit die entwickelten Hilfen zur spezifischen Problemlage der Familie passen, ob die betroffenen Systeme von dem Hilfeangebot erreicht wurden und ob sie in die Hilfeplanung eingebunden werden konnten)
- die ressourcenbezogene Versorgungsqualität (die Effizienz der Hilfeplanung auch unter dem Kosten- Nutzen- Aspekt)
- die feldbezogene Versorgungsqualität (die Verteilung der Hilfen über die epidemiologisch geschätzte Population)

Hypothese des Bundesmodellprojektes war, dass Änderungen der Kooperationsqualität Änderungen der Versorgungsqualität anstoßen.

Als Indikatoren und Erhebungsinstrumente der Kooperationsqualität dienten die Fragebögen :

- Fragebogen zur internen Kooperation
- Fragebogen zur externen Kooperation
- Fallkonferenzbewertungsbogen

Indikatoren und Erhebungsinstrumente der fallbezogenen Versorgungsqualität waren wiederum die Fallkonferenzbewertungsbögen (auch der Eltern) und die Bewertungsbögen zur Hilfeplanung.

Die ressourcenbezogene Versorgungsqualität (Kosten-Nutzen-Analyse) ließ sich im zeitlich begrenzten Rahmen des Bundesmodellprojektes nur sehr bedingt durchführen. Wichtigste Nutzenindikatoren waren die Akzeptanz der Hilfeempfänger für den Hilfeplan und die dokumentierte Zuversicht in die Effektivität der geplanten Maßnahmen. Diese Kosten wurden als zeitlicher Einsatz (Dauer der Fallkonferenz; Dauer der fallbezogenen Zusammenarbeit) operationalisiert und als die erlebte Belastung der Helfer im Hilfeplanungsprozess (Fallkonferenzbewertungsbogen) erfasst. Die feldbezogene Versorgungsqualität soll den "Nutzen" des Modellprojektes zur Lösung von Versorgungsproblemen der Region aufzeigen. Hierzu wurde die Befragung der fachlichen Mitarbeiter des Projektes sowohl innerhalb der regelmäßig abgehaltenen Kooperationskonferenzen als auch in den Instrumenten der Fragebögen zur internen "und externen" Kooperation herangezogen.

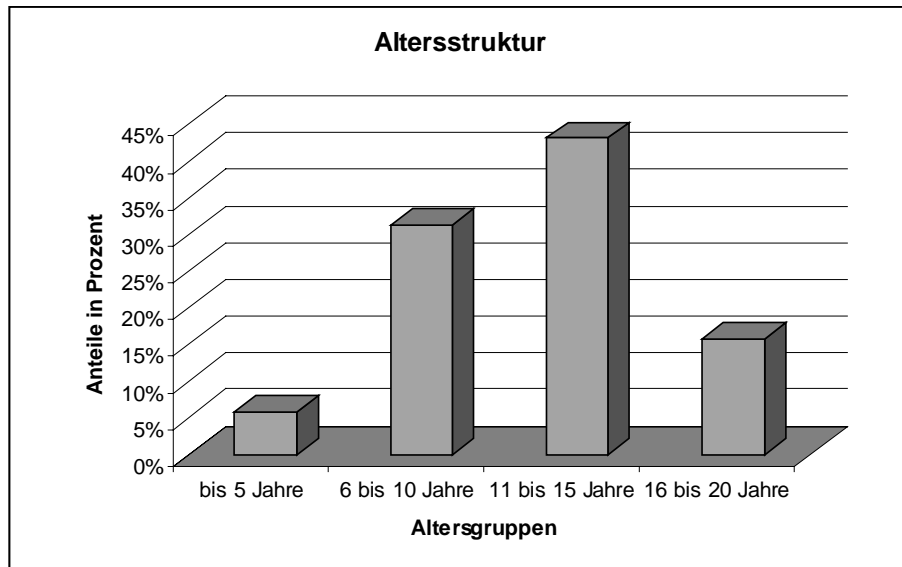
## **5.4. Ergebnisse**

### **5.4.1. Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf**

#### ***Besonderheiten der psychosozialen Situation der betroffenen Kinder und Jugendlichen.***

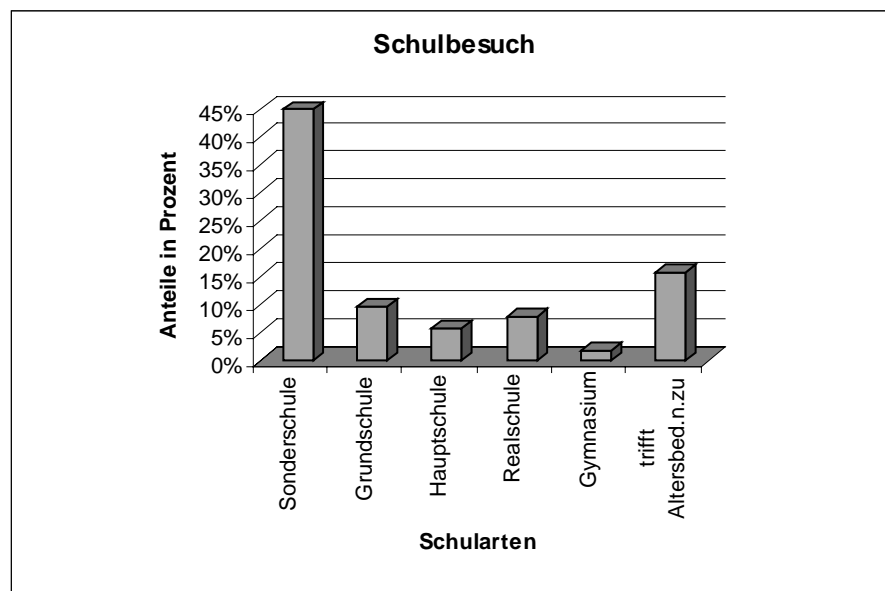
Im Verlauf des Modellprojektes wurden 49 Fälle erfasst. Das Hauptinteresse galt der Qualifikation von Hilfeplanungsprozessen, mit welchen miteinander kooperierende Dienste gemeinsam an der Bewältigung schwieriger Versorgungsprobleme arbeiten. Nachdem konkrete Strukturen einer verlässlichen Kooperation erarbeitet worden waren und diese unter Beachtung notwendiger Korrekturen ständig weiterentwickelt wurden, konnte die Zahl der in das Projekt aufgenommenen jungen Menschen und ihrer Familien zunehmend gesteigert werden. Der Anteil alleinerziehender Eltern, vornehmlich der alleinerziehenden Mütter, lag deutlich oberhalb der Rate, die sonst in Inanspruchnahmepopulationen Kinder- und Jugendpsychiatrischer Einrichtungen im großstädtischen Bereich zu verzeichnen ist (Möllmann et al. 1998) .

Das Geschlechterverhältnis der vorgestellten Kinder, Jugendlichen und jungen Heranwachsenden war durch ein leichtes Überwiegen von Jungen und männlichen Jugendlichen gegenüber Mädchen und weiblichen Jugendlichen in einem Verhältnis 55 zu 45 Prozent gekennzeichnet. In epidemiologischen Untersuchungen zur Häufigkeit kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen findet sich ein noch deutlich höherer Anteil der männlichen Geschlechtszugehörigkeit vor allem im Schulkindalter mit einer zwei bis drei mal höheren Auffälligkeit der Jungen (Remschmidt & Schmidt 1988). Die Altersverteilung der Kinder, Jugendlichen und jungen Heranwachsenden zeigte einen Gipfel in der Altersstufe der 11 - 15-jährigen. ( Abbildung 8)



**Abbildung 8:** Altersstruktur der Kinder und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf

Nur in 30 % der Fälle zeigten Kinder und Jugendliche eine regelrechte Schullaufbahntwicklung. Ein Fünftel hatte mehrmals eine Schulklasse wiederholt, die übrigen waren wiederholt umgeschult worden oder hatten den Schulbesuch abgebrochen. 45 % der beschulten Kinder und Jugendlichen wurde in Sonderschulen unterrichtet. Hierbei fiel besonders der hohe Anteil von Sonderschülern aus der Schule mit Ausgleichsklassen auf.



**Abbildung 9:** Schularten der Kinder und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf

Nach statistischen Untersuchungen besuchen in der Bundesrepublik Deutschland etwa 7 % aller Kinder eine Sonderschule, so dass die im

Modellprojekt erfasste Population in besonderer Weise durch Auffälligkeiten der schulischen Integration gekennzeichnet ist. Der Befund bringt zum Ausdruck, dass der Kooperationsverbund zu einem erheblichen Teil für Kinder und Jugendliche tätig wurde, die im Rahmen ihres komplexen Hilfebedarfes Beeinträchtigungen in der schulischen Entwicklung zeigten und für die Lehrer Kooperationsbedarf zur Einleitung qualifizierter Hilfen angemeldet haben.

Die Bevölkerungsverteilung des Modellbezirks wies sozialökonomische Besonderheiten mit einem erhöhten Anteil von Familien in ökonomischen Notlagen auf. Etwa 20 % der Haushalte, die 1997 Sozialhilfe bezogen, waren alleinerziehende Mütter mit ihren Kindern. Der Sozialstatus der Familien war im Vergleich zu anderen epidemiologischen Untersuchungen gering. Jugendpsychiatrische Untersuchungen zum Inanspruchnahme-verhalten zeigen, dass die Verbindung von Scheidung/Trennung der Eltern mit prekären Einkommenssituationen das Risiko der Entwicklung schwerer Störungen des Sozialverhaltens in der Regel verbunden mit emotionalen Störungen deutlich erhöht. Vor diesem Hintergrund kann davon ausgegangen werden, dass die in der Stichprobe zum Ausdruck kommenden Besonderheiten der psychosozialen Lebenssituation soziale Risikofaktoren des Modellbezirkes abbilden.

In mindestens 38 % der Fälle wurde eine psychische Störung eines weiteren Familienangehörigen angegeben. Die hohe Rate von psychischen Erkrankungen oder Behinderungen eines Elternteils stellt eine weitere Besonderheit der im Modellprojekt versorgten Kinder und Jugendlichen im Vergleich zu epidemiologischen Untersuchungen Kinder- und Jugendpsychiatrischer Stichproben dar, in denen psychosoziale Belastungen dieser Art nahezu nur halb so oft mitgeteilt wurden (Jungmann 1978, Werner & Poustka 1996).

### ***Verhaltens- und Befindensstörungen, die den komplexen Hilfebedarf begründen.***

Als häufigste Störungen der Kinder und Jugendlichen, die in die gemeinsame Hilfeplanung des Kooperationsverbundes aufgenommen wurden, fanden sich gravierende ***Störungen des Sozialverhaltens*** und ***Hyperkinetische Störungen*** im Sinne der ICD-10-Klassifikation.

Mit 45 % lagen sie wiederum wesentlich höher als in anderen epidemiologischen Untersuchungen (Eggers 1997, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie 1990, Döpfner et al. 1993). Störungen des Sozialverhaltens persistieren, besonders wenn sie nicht behandelt werden, über lange Zeit. Genau wie hyperkinetische Störungen, die zwar im Verlauf der Adoleszenz abnehmen, gefährden sie die Entwicklung der Kinder wegen der Folgen der mangelhaften sozialen Orientierung.

Als zweithäufigstes Problemfeld wurden ***Störungen im Leistungsbereich*** genannt. Der hohe Anteil von Mitteilungen zu Leistungsstörungen verweist wiederum auf die besondere schulische Problematik dieser Stichprobe. Prävalenzangaben für kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder kennzeichnen emotionale Störungen mit relativ hohen Häufigkeiten zwischen 20 und 30 % der vorgestellten Kinder und Jugendlichen. (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie 1990; Eggers 1997)

In fast 50 % der Fallstichproben fanden sich ***Störungen von Stimmung, Affekt und Antrieb*** sowie ***Angststörungen*** und auch ***depressive Verstimmungen*** der Kinder und Jugendlichen.

Prävalenzuntersuchungen zur Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung weisen Störungen des emotionalen Erlebens mit sehr viel geringeren Häufigkeiten auf.

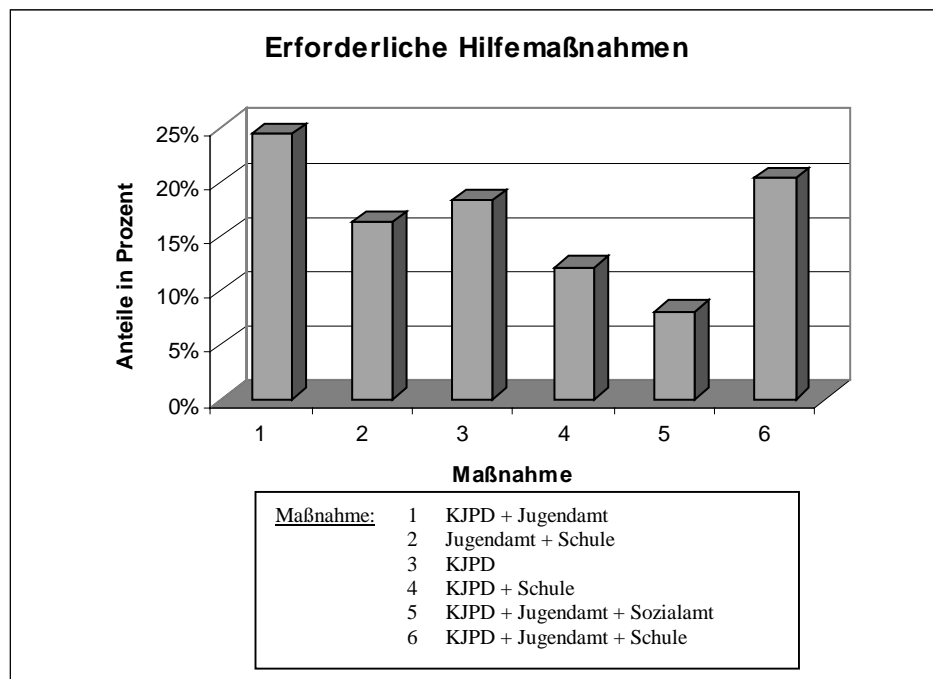
(5 bis 7 % bei 12 bis 18-jährigen nach Remschmidt und Walter 1990 und Esser et al. 1992).

Bei 6 Kindern fanden sich umschriebene Entwicklungsstörungen (des Sprechens und der Sprache, der Lese- und Rechtschreibfähigkeit, des Rechnens oder der motorischen Funktionen). Bei fast 90 % der Kinder gaben die Sorgeberechtigten an, dass eine oder mehrere erhebliche Auffälligkeiten im Verhalten bereits im Vorschulalter beobachtet worden waren. Bei 5 Jugendlichen wurde Einnahme von Suchtmitteln berichtet (2 x Alkohol, 3 x illegale Drogen).

***Welche Dienste wurden bisher von den Sorgeberechtigten in Anspruch genommen?***

Vor Einschaltung des Kooperationsverbundes waren in knapp 90 % der Fälle bereits andere Dienste in Anspruch genommen worden. Nur in 40 % der Fälle ging die Initiative zur Vorstellung der betroffenen Kinder und Jugendlichen von den Sorgeberechtigten aus. Die Tatsache, dass in den überwiegenden Fällen andere Einrichtungen als die Familie die Initiative des Kooperationsverbandes auslöste, kann als Hinweis dafür gewertet werden, dass die betroffenen Familien von sich aus nur eingeschränkt in der Lage waren, nach weiteren Hilfemöglichkeiten zu suchen und dass die betroffenen Eltern und ihre Kinder zu dem Personenkreis gehörten, der nur durch besondere Anstrengungen um Vertrauen und Kooperation erreicht werden kann.

Die für erforderlich gehaltenen Hilfen bestanden in erster Linie in einer Kombination aus Maßnahmen der Jugendhilfe mit ambulanten bzw. stationären Maßnahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Etwa gleich häufig stand am Anfang der Hilfeplanung die in etwa 50 % der Fälle erkennbare Notwendigkeit der Kooperation der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Schule und dem Jugendamt. (siehe Abbildung 10)



**Abbildung 10:** Anteile der erforderlichen Hilfemaßnahmen

### 5.4.2. Qualifizierung der institutionellen Kooperation

Den Kooperationskonferenzen kam zu Beginn des Projektes der größte Stellenwert zu, da hier die Strukturen des Verbundes und die Regeln der fallbezogenen Zusammenarbeit entwickelt und verbindlich festgelegt wurden.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurde der Fortgang des Qualifizierungsprozesses dieser institutionellen Form der Kooperation durch regelmäßige schriftliche Befragungen beobachtet. Hierzu wurden 12 Vertreterinnen der 4 beteiligten Institutionen regelmäßig Fragebögen (Fragebogen "interne Kooperation") vorgelegt.

Tabelle 22 gibt einen Gesamtüberblick über die Bewertungen der Projektmitarbeiterinnen, unterschieden nach den Beurteilungen der zeitlich ersten und zweiten Projekthälften. Negativ formulierte Items wurden bei der Auswertung umgepolt.

**Tabelle 22:** Befragungsergebnisse der Vertreterinnen in den Kooperationskonferenzen

Fragebogen „interne Kooperation“ – Ausgewählte Items N = 77  1:N = 33 2:N = 44	Bewertung - / +	Bewertung +	Bewertung ++
	1. Projekthälfte  2. Projekthälfte	1. Projekthälfte  2. Projekthälfte	1. Projekthälfte  2. Projekthälfte
1. Wie zufriedenstellend verläuft die Zusammenarbeit innerhalb der Kooperationsrunde?	„wenig“ 21 % 21 %	„gut“ 73 % 72 %	„sehr gut“ 6 % 7 %
3. Wie gut fühlen Sie sich mit Ihrer fachlichen Sicht in den Konferenzen akzeptiert?	„wenig“ 21 % 6 %	„gut“ 67 % 64 %	„sehr gut“ 12 % 30 %
4. Empfinden Sie die Atmosphäre in den Konferenzen als angespannt?	„eher ja“ 18 % 23 %	„nein“ 61 % 50 %	„überhaupt nicht“ 21 % 27 %
7. Wie hoch schätzen Sie in der Kooperationsrunde das Interesse an produktiver und engagierter Arbeit ein?	„wenig“ 12 % 9 %	„gut“ 61 % 41 %	„sehr gut“ 27 % 50 %
11. Waren Sie von der Arbeit in der Kooperationsrunde enttäuscht?	„manchmal“ 27 % 23 %	„nein“ 58 % 55 %	„überhaupt nicht“ 15 % 22 %
13. Haben Sie den Eindruck, dass die Kooperationstreffen zur Arbeit mit den Klienten	„wenig“ 27 %	„durchaus“ 64 %	„sehr“ 9 %

(weiter) nützlich sind?	14 %	40 %	46 %
-------------------------	------	------	------

Die Beantwortung der Fragen zeigte durchweg hohe Zustimmung im Sinne der konstruierten Kriterien. Gemäß der Messintention lassen die Antworten auf ein hohes Maß an wechselseitiger Akzeptanz, Vertrauen und Offenheit der Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Kooperationskonferenzen schließen. Der erwartete Nutzen der Zusammenarbeit wurde im zweiten Projektabschnitt noch positiver als zu Projektbeginn gewertet.

Dies kommt beispielsweise im Item Nr. 13 zum Ausdruck. Während die Mitarbeiterinnen während der ersten Projekthälfte mit insgesamt rund 73 % die Nützlichkeit der Kooperationskonferenzen betonten, lag der entsprechende Prozentsatz in der zweiten Projekthälfte bei über 86 %.

Auch das Vertrauen in die Wechselseitigkeit des eingebrachten Engagements und Interesses sowie die erlebte fachliche Akzeptanz zeigten in den Antworten zu den entsprechenden Fragen Anstiege von der ersten zur zweiten Projekthälfte. Nennenswerte negative Verschiebungen ergaben sich nicht. Bei der Prüfung der Auswirkungen des Projektes auf die alltägliche und neben dem Modellprojekt weiter laufende Kooperationspraxis ergab sich nach den Beantwortungen der Fragen zur "externen Kooperation" eine Zunahme der Bereitschaft Hilfeplangespräche von Anfang an zusammen mit den Betroffenen bzw. Familien zu führen.

#### **5.4.3. Auswirkungen qualifizierter Kooperation auf den Prozess der Hilfeplanung**

Das Modellprojekt ging von der Hypothese aus, dass die Hilfeplanung für psychisch beeinträchtigte, in ihrer sozialen und emotionalen Entwicklung erheblich gefährdete Kinder und Jugendliche durch qualifizierte Kooperation in Form eines theoretisch reflektierten, verbindlich strukturierten regionalen Komplexverbundes verbessert werden kann. Zur wissenschaftlichen Evaluation diente der Fallkonferenzbewertungsbogen, der auf die fachliche Beurteilung der jeweiligen Fallkonferenz abzielte. Die Fragen des Bogens bezogen sich auf die Qualität des Kooperationsprozesses, die fallbezogene Ergebnisqualität und die Ressourcenbelastung der Helfer in der einzelnen Fallkonferenz. Entsprechende Bewertungsbögen wurden auch von den Sorgeberechtigten ausgefüllt. Die Sorgeberechtigten bewerteten die Fallkonferenzen bis auf zwei Fälle positiv. Auch die Befragung der Sorgeberechtigten zur Qualität der Hilfeplanung zeigte eine recht hohe Zufriedenheit mit den Hilfeangeboten in der Inanspruchnahmepopulation. 10 % gaben auf die Frage "Wie zufrieden sind sie mit der Hilfeplanung?" eine negative Bewertung ab. Aus der Sicht der kooperierenden Fachdienste kann anhand der Fallkonferenzbewertungsbögen eine allgemeine Zufriedenheit von 70 % konstatiert werden. Die fachliche Zufriedenheit der Helfer mit den Fallkonferenzen lag damit auf einem hohen Niveau. Die Ressourcenbelastung zeigte Werte, die im unteren Drittel der 5-Stufen-Skala verblieben. Insgesamt belegen die Befragungsergebnisse, dass sich das interdisziplinäre Kooperationsorgan Fallkonferenz im Projekt fachlich bewährt hat und konstruktiv genutzt wurde.

Ein Vergleich der Bewertungen der Hilfeplanungsprozesse zwischen Betroffenen und kooperierenden Fachdiensten zeigte eine hohe Übereinstimmung. Diese Übereinstimmung kann als Indikator für die Prozessqualität angesehen werden. Die Ergebnisse der Befragungen belegten, dass die gewünschte und fachlich zu fordernde Einbeziehung der Hilfeempfänger

in den Prozess der Hilfeplanung nicht nur quantitativ sondern auch qualitativ überzeugend geleistet worden war.

Das Prinzip der gleichberechtigten Fallannahme der verschiedenen Dienste war im Verlauf des Projektes zunehmend realisiert worden. In 85 % der Fälle sollten die Leistungen von mindestens drei Diensten kombiniert werden. In 74 % der Fälle blieb das Jugendamt in die Fortführung der Hilfestellung einbezogen.

In 40 % der Kasuistiken übernahm der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst Aufgaben in der Hilfestellung. In 26 % entfielen Aufgaben auf das Schulamt. In 11 % wurden Leistungsaufgaben über die örtliche Sozialhilfe geleistet. In 58 % der Fälle waren externe Partner (freie Träger, Kliniken) Träger der vorgesehenen Hilfestellungen.

Die Bewertung der Hilfeplanung erfolgte jeweils am Abschluss des Hilfeplanungsprozesses durch die jeweilige fallverantwortliche Moderatorin.

Die Evaluierung erfolgte unter folgenden Gesichtspunkten:

- Problemorientierung
- Personenorientierung
- Zeitnähe
- Realisierungsprobleme bei der Umsetzung.

Nach Einschätzung der befragten Moderatorinnen wurden die einzelfallbezogenen Hilfepläne den Problemlagen überwiegend gerecht. In 77 % der Fälle wurde das "Passungsverhältnis" von Hilfeplan und Problemlage als "ziemlich" bis "sehr gut" bewertet. Entsprechend gering war die Zahl der Kasuistiken, in denen davon ausgegangen wurde, die Kinder/Jugendlichen würden die Hilfe in der geplanten Form "eher nicht" annehmen können. Die Zeitnähe der geplanten Hilfen zum Planungsprozess wurde von den Moderatorinnen bis auf sehr wenige Fälle als gut bis sehr gut bewertet.



### **5.5. Beantwortung der Erprobungsfragen des Bundesministeriums für Gesundheit an das Modellprojekt**

Der Erprobungsauftrag beinhaltete 8 Fachfragen. In diesem Bericht wird auf die Beantwortung von 2 Fragen eingegangen.

**Welche organisatorischen und strukturellen Maßnahmen sind erforderlich, um die Kooperation zwischen Gesundheitsamt und Jugendamt bzw. zwischen Hilfeangeboten der Jugendhilfe so zu gestalten, dass ein qualifiziertes und bedarfsgerechtes Hilfeprogramm für solche psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen vorgehalten werden kann, die Jugendhilfeleistungen erhalten, aber darüber hinaus nicht angemessen versorgt werden können?**

Eine Qualifizierung der Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (im Modellprojekt dargestellt durch den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Magdeburg – KJPD) und den Hilfeangeboten der Jugendhilfe benötigt nach den Erkenntnissen des Projektes wesentlich die Mitwirkung der Schule und auch der Dienste der Sozialhilfe. Das resultiert aus der erheblichen Belastung der betroffenen Kinder durch schulische Integrationsprobleme und ihr Angewiesensein auf komplexe Hilfestellungen.

Als ein wesentliches Bestimmungsstück qualifizierter Zusammenarbeit stellte sich eine **hohe Verbindlichkeit** der angestrebten und im Projekt weitgehend erreichten Kooperation **auf der institutionellen Ebene** dar. Trotz der unter den vier Kooperationspartnern gleichermaßen hohen Motivation zur Realisierung des Projektes bedurfte es des Weiteren der Bereitschaft zur Übernahme der **zentralen Verantwortlichkeit durch einen der Kooperationspartner**. Diese Aufgabe leistete im Modellprojekt der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst (KJPD), der nicht nur als Initiator, sondern auch in seiner Rolle als ständiger Koordinator den Verlauf des Kooperationsmodelles garantierte.

Als dauerhafte, tragfähige Grundlage der institutionalisierten Kooperation erwies sich der Abschluss einer **Kooperationsvereinbarung** zwischen den beteiligten Diensten, die unter der Federführung des KJPD entwickelt worden war, und in der der genaue zeitliche und personelle Einsatz der kooperierenden Institutionen verbindlich festgelegt wurde. Zuvor waren definitorische Abstimmungen über **Zielpopulation und Aufgabenstellung** des Kooperationsverbundes getroffen und ebenfalls schriftlich niedergelegt worden.

Durch die Bestimmung eines *letzverantwortlichen Fallmoderators* wurde die „*Hilfeplanung aus einer Hand*“ sichergestellt. Den Betroffenen sollten mehrfache institutionelle Wege erspart werden. Jede der vier beteiligten Institutionen sollte nach einer Erstprüfung der optimalen fachlichen Zuständigkeit prinzipiell gleichberechtigt sein. Dadurch können sowohl eine hohe wechselseitige fachliche Wertschätzung als auch das Ziel eines gleichberechtigten kollegialen Dialoges erreicht werden.

Die eingangs beschriebenen Arbeitsinstrumente und Arbeitsstrukturen

- Leitfaden der Fallmoderation
- Fallkonferenz
- die Vereinbarung der gleichberechtigten Fallmoderation
- angemessener und zeitnaher Informationsaustausch mit Dokumentation (Datensammlung)
- Entwurf eines Projektwörterbuches
- wechselseitige Fortbildung
- systemische Organisationsberatung

stellten wesentliche Voraussetzungen zur Lösung des Auftrages dar.

Die Akzeptanz bei den Kooperationspartnern und die Bereitschaft zur Teilnahme am Kooperationsvorhaben wurden wesentlich durch die Erwartung begründet, dass es durch qualifizierte, kooperative Hilfeplanung gelingen sollte, bei solchen Fällen zu effektiven Lösungen zu kommen, die durch ihre besondere Problemlage die personellen und finanziellen, vor allem aber zeitlichen Ressourcen belasten und die in der Regel von vornherein die Kompetenz und Zuständigkeit des einzelnen Fachdienstes überschreiten.

Die qualifizierte Kooperation der Hilfeplanung erwies sich als effektiv:

- bei Kindern und Jugendlichen, die auf Grund ihrer Problematik von vornherein nicht mit der Zuständigkeit nur einer der vier Fachdisziplinen zu behandeln waren
- bei Problemkonstellationen, die mit einer hohen Gefährdung der sozialen Integration des jungen Menschen verbunden waren. Das galt im Besonderen für Kinder und Jugendliche mit Schulverweigerung und drohendem Verlust der Beschulbarkeit
- bei Familien mit mangelhafter sozialer Kompetenz. Nach Einschätzung der Mitarbeiterinnen erleichterte es den betroffenen Familien sich verantwortlich an der gemeinsamen Hilfeplanung zu beteiligen, wenn diese an den Fallkonferenzen teilnahmen und verantwortlich in den gemeinsamen Prozess der Lösungssuche eingebunden wurden.

Das Vorgehen erwies sich als nicht hinreichend effektiv:

- bei Problemstellungen, bei denen die Mitarbeitsbereitschaft der Eltern/Sorgeberechtigten nicht erreicht werden konnte
- bei Kindern und Jugendlichen mit delinquenten Verhalten. Hier muss darauf hingewiesen werden, dass Vertreter der Justiz und Polizei, die durchaus zu einem regionalen Kooperationsverbund gehören könnten, innerhalb des Modellprojektes nicht vertreten waren
- in Fällen, in denen alle, bzw. die Mehrheit der beteiligten Mitarbeiterinnen die Grenzen ihrer Handlungsmöglichkeiten erreicht sahen. Dabei war grundsätzlich die Frage nach der Indikation einer Hilfeplanung durch die beteiligte Fachdisziplin zu stellen. Das galt beispielsweise für ältere Jugendliche, die sich den Maßnahmen von Erziehung und Bildung entzogen. Hier wurde die Notwendigkeit gesehen, zur gesellschaftlichen, politischen Diskussion solcher Probleme anzuregen.

Bei der Einleitung komplexer Hilfeleistungen wurde im Modellprojekt die hohe Bedeutung einer frühzeitigen und kompetenten Einbeziehung der Schule nachgewiesen, denn psychische Störungen bedrohen die Entwicklungschancen der betroffenen jungen Menschen vor allem deshalb, weil sie sich auf ihre Fähigkeit zur altersgemäßen Teilnahme an ihrem sozialen Lebensumfeld und stets auch auf die Entfaltung der ihnen möglichen Leistungsfähigkeiten der schulischen und beruflichen Bildung auswirken.

**Welche Rahmenbedingungen sollten auch anderorts geschaffen werden, damit in erforderlichem Umfang Kooperation und Koordination von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Institutionen der Jugendhilfe sichergestellt werden?**

Den Mitarbeiterinnen des Kooperationsprojektes war bewusst, dass bereits während der Zeit des befristeten Modellprojektes die Grundlage dafür gelegt werden musste, positive Effekte des Modells längerfristig durch Fortführung der in der Modellphase gebildeten neuen Kooperationsstrukturen zu sichern. Gleichzeitig sollten solche Überlegungen auch für die Beantwortung der Frage genutzt werden, inwieweit die im Projekt erarbeiteten Strukturen und Abläufe zur Verbesserung einer qualifizierten Kooperation der Hilfeplanung für Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf in andere Regionen übertragbar sind. Diesem Ziel dienten zunächst die *Außendarstellung* und die Information regionaler und überregionaler Dienste zur psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie von Gremien, die mit entsprechenden Planungsaufgaben betraut sind.

In der Schlussphase befassten sich die Mitarbeiterinnen des Projektes intensiv mit Überlegungen dazu, wie die Verbindlichkeit der weiteren Zusammenarbeit nach Ende des Projektes zumindest auf der Stadtebene Magdeburg sichergestellt werden kann und wie die organisatorischen und strukturellen Maßnahmen auf die anderen Stadtgebiete übertragen werden können. Hierzu wurde das Modell eines Kooperationsvertrages entwickelt, der die Kooperation für die Zeit nach Modellende am 30.06.1999 vorbereiten sollte.

Die "**Kooperationsvereinbarung zwischen der Landeshauptstadt Magdeburg, vertreten durch den Oberbürgermeister, und dem Staatlichen Schulamt**" wurde im Mai 1999 durch den Oberbürgermeister der Stadt Magdeburg, Herrn Dr. W. Polte, und durch den Leiter des Staatlichen Schulamtes, Herrn Reinhardt, unterzeichnet. Sie war zuvor in mannigfaltigen Abstimmungsgesprächen mit der Beigeordneten des Dezernates V, den Leitern des Gesundheitsamtes, des Sozialamtes und des Jugendamtes unter Konsultation des Rechtsamtes erarbeitet worden. Die Vereinbarung legt auf der institutionellen Ebene und auf der Mitarbeiter-ebene detailliert die verbindliche Zusammenarbeit ab 01.07.1999 fest.

### ***5.6. Zusammenfassung***

Das vorgelegte Arbeitskonzept geht von der Überzeugung aus, dass ein Kind mit komplexem Hilfebedarf keine komplexe Zuständigkeit benötigt. Vielmehr müssen unter Umständen vielfältige Hilfemöglichkeiten auf die einmalige Individualität und Lebenssituation des betroffenen jungen Menschen ausgerichtet werden. Diese Bemühungen müssen die Fachleute und nicht die Familien leisten. Die dazu erforderliche Kooperation kann durch das beschriebene Qualitätsmanagement in ihrer Effizienz und Effektivität beeinflusst werden. Es kann als eine erste Bestätigung der Modellerprobung gewertet werden, dass mit Beginn am 01.07.1999 die Erweiterung der institutionellen Kooperationsvereinbarung auf die anderen Stadtteile Magdeburgs verbindlich festgelegt wurde. Darüber hinaus hat das Bundesland Sachsen- Anhalt die Vorarbeit zur Durchführung eines Landesmodellprojektes aufgenommen um unter Einsatz der im Modellprojekt entwickelten Strategien und Instrumente Vorgehensweisen für qualifizierte Kooperation für Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf auch in anderen Regionen des Landes weiterzuentwickeln.

## 5.7. Anhang

### 5.7.1. Leitfaden zur Abklärung und Einleitung komplexer Hilfeleistungen

(Blatt 1 von 2)

*Kooperationsverbund  
Gesundheitsamt  
Jugendamt  
Sozialamt  
Staatliches Schulamt*



### Leitfaden zur Abklärung und Einleitung komplexer Hilfeleistungen

1. Feststellung des komplexen Hilfebedarfs am .....  
von .....  
3-4 Institutionen beteiligt  
Beschäftigung mit dem Fall  
mindestens 2-3 Monate  
bisherige Hilfeversuche sind gescheitert  
oder werden voraussichtlich scheitern
2. Auftragsannahme oder Weiterleitung am .....  
an .....
3. Eltern über Fallkonferenz informiert am .....  
von .....
4. Datensammlung/ kurze Falldarstellung unter Beachtung von Datenschutz bearbeitet  
von .....  
Schweigepflichtsentbindung vorhanden
5. Fallkonferenz am .....  
mit Eltern  
mit Kind/ Jugendlicher/m  
Festlegungen (inhaltlich, Reflexionstermin, Moderator/in)  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Leitfaden zur Abklärung und Einleitung komplexer Hilfeleistungen**  
(Blatt 2 von 2)

Fallkonferenz am .....

mit Eltern

mit Kind / Jugendlicher/m

Festlegungen (inhaltlich, Reflexionstermin, Moderator/in)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fallkonferenz am .....

mit Eltern

mit Kind / Jugendlicher/m

Festlegungen (inhaltlich, Reflexionstermin, Moderator/in)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fallkonferenz am .....

mit Eltern

mit Kind / Jugendlicher/m

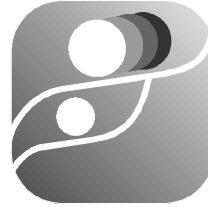
Festlegungen (inhaltlich, Reflexionstermin, Moderator/in)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 5.7.2. Datensammlung

(Blatt 1 von 4)

### Datensammlung



### Genogramm

### Aktueller Stand

Überweisungskontext

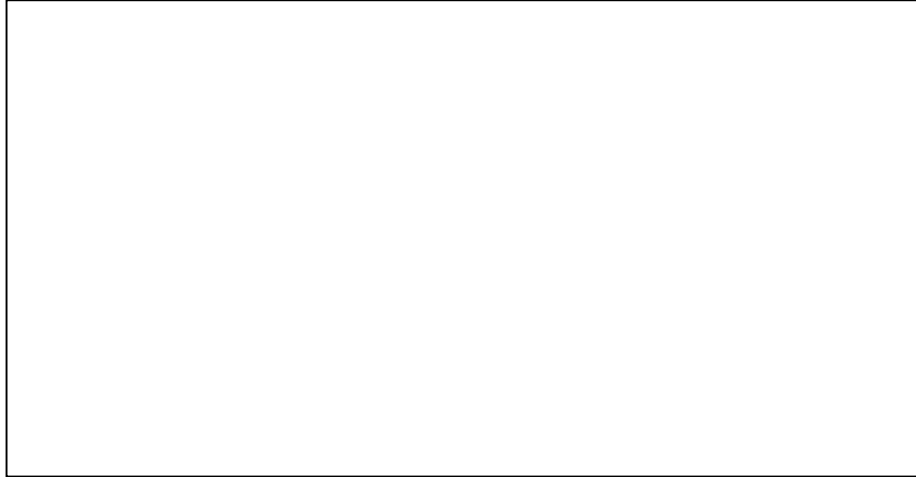
Soziale Anamnese: Wohnverhältnisse, Bildungsstand, Berufstätigkeit, Geburtsjahre der Eltern



## Datensammlung

(Blatt 2 von 4)

Biographische Anamnese: Geschwisterreihe, frühere Behandlungen, Auffälligkeiten, Krankheiten, Entwicklung in den ersten Lebensjahren (Einrichtungen, Verhalten, Besonderheiten), Schwangerschaft / Geburt



Schullaufbahn, Leistungsstand



Familienanamnese: Familienstand / Patchwork, Entwicklung der Partnerschaft, eventuelle Krankheiten in der Familie



## Datensammlung

(Blatt 3 von 4)

### Helferanamnese

Welche Erfahrungen hat die Familie im Umgang mit den „Helfern“ gemacht? (Wiederholungen vermeiden, Anregungen für neue Beziehungsmöglichkeiten, Zuständigkeiten / Verantwortlichkeiten transparent machen)

Was wird die Familie weiterhin nutzen?

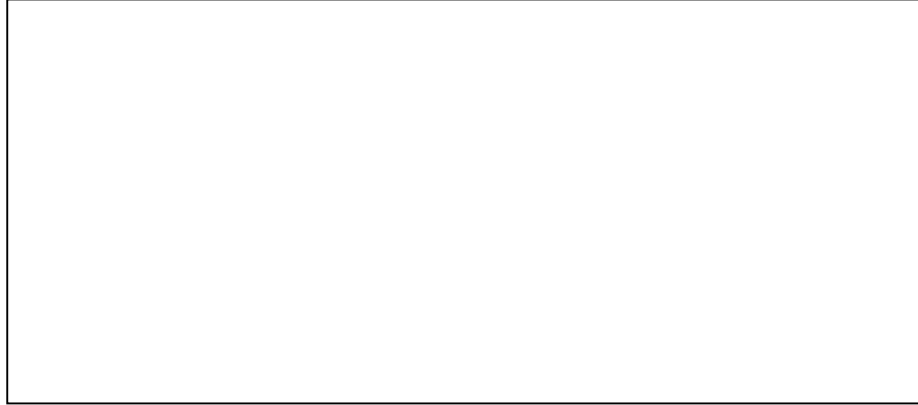
Wie sah vergangenes Lösungsverhalten aus? Wie sieht gegenwärtiges Lösungsverhalten aus?

## Datensammlung

(Blatt 4 von 4)

### Zusammenfassung (aus erster Moderationsentscheidung / Auftragsübernahme)

Ressourcen / Hilfebedarf



Eigene Angebote / Kooperationsbedarf



Kooperationsverhalten der Familie



## Quellen

- [1] Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg  
Magdeburger Statistische Blätter Heft 28  
„Bevölkerungsbestand Bevölkerungsveränderungen  
in Magdeburg im Jahr 1998“
- [2] Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Sachsen- Anhalt  
„Daten zur Gesundheit“  
Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen- Anhalt 1997
- [3] Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt  
„Sterbefälle 1998 nach ausgewählten Todesursachen, Altersgruppen  
und Geschlecht , Magdeburg“
- [4] Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information,  
DIMDI  
„ICD-10 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten  
und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision“  
Band I - Systematisches Verzeichnis  
Springer- Verlag Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris,  
Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest
- [5] Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Sachsen- Anhalt  
„Gesundheit für alle“ Teil 1: Gesundheitliche Versorgung im Land  
Sachsen- Anhalt, Teil 2: Gesundheitsziele
- [6] Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales  
des Landes Sachsen- Anhalt  
„1. Landesgesundheitskonferenz“ Dokumentation
- [7] Robert- Koch- Institut  
HIV- Infizierte und AIDS- Kranke im IV. Quartal 1998  
in Sachsen Anhalt
- [8] Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie:  
Denkschrift zur Lage der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der  
Bundesrepublik Deutschland. Marburg 1990
- [9] Döpfner, M.; Plück, J.; Berner, W.; Fegert, J.; Huss, M.; Lenz, K.;  
Schmeck, K.; Lehmkuhl, G.:  
Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in  
Deutschland - Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik,  
Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte.  
Z. Kinder-Jugendpsychiatrie 25, 218-233, 1997
- [10] Eggers, Chr.:  
Psychische Auffälligkeiten im frühen Schulalter.  
Päd., 471-480, 1997

- [11] Englert, E.; Jungmann, Lam.; Wienand, F.; Poustka, F.:  
Die Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie Spektrum 5,  
129-146, 1998
- [12] Gemeinsames Positionspapier der Jugendministerkonferenz und  
Gesundheitsministerkonferenz 1990
- [13] Landeshauptstadt Magdeburg:  
Bedarfs- und Entwicklungsplan der Kindertageseinrichtungen  
1996/1997
- [14] Landeshauptstadt Magdeburg - Sozialamt / Amt für Statistik:  
Sonderheft, Bericht zur sozialen Situation in Magdeburg  
(Stand: 31.12.1995) Magdeburg, 1996
- [15] Landeshauptstadt Magdeburg - Amt für Statistik:  
Heft 14, Bevölkerungsstand und Bevölkerungsveränderungen in  
Magdeburg im Jahr 1995, Magdeburg, 1996
- [16] Landeshauptstadt Magdeburg:  
Heft 16, Statistisches Jahrbuch 1995  
Magdeburg, 1996
- [17] Frau Laucht, M.; Esser, G.; Schmidt, M. H.:  
Risiko- und Schutzfaktoren der frühkindlichen Entwicklung:  
Empirische Befunde.  
Z. Kinder- und Jugendpsychiatrie 26, 6-20, 1998
- [18] Mattejat, F.:  
ILK, Inventar zur Beurteilung der Lebensqualität von Kindern  
In Bearbeitung. Marburg, 1997
- [19] Remschmidt, H.; Schmidt, M. H.:  
Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des  
Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO  
Huber, Bern, 1994

Eigene Erhebungen des Gesundheits- und Veterinäramts Magdeburg

## Abkürzungsverzeichnis

AIDS	–	acquired immunodeficiency syndrom, erworbene Immunschwäche
BCG	–	Erreger der Tuberkulose
BSeuchG	–	Bundeseseuchenschutzgesetz
BSHG	–	Bundessozialgesetzbuch
BZgA	–	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
e.V.	–	eingetragener Verein
et al.	–	und andere
HIV	–	human immunodeficiency virus (Erreger der AIDS- Erkrankung)
ICD	–	Diagnoseschlüssel für Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen
KJPD	–	Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst
Krh.	–	Krankheiten
LSA	–	Land Sachsen- Anhalt
Mb.	–	Morbus (Krankheit)
PsychKG	–	Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen
SGB	–	Sozialgesetzbuch
Tbk, Tbc	–	Tuberkulose
VO	–	Verordnung
‰	–	bezogen auf 1.000
‱	–	bezogen auf 100.000 (der Bevölkerung)
- (in Tabellen)	–	Angabe lag nicht vor, ist nicht sinnvoll oder kann aus Gründen der statistischen Geheimhaltung nicht veröffentlicht werden

## Erläuterung wichtiger Fachbegriffe

Nachfolgende Aufzählung 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
Adoleszenz	- späteres Jugendalter, 18 – 21 Jahre
Amoebenruhr	- Tropenruhr, übertragbare Infektionskrankheit
Anamnese	- Vorgeschichte
anikterisch	- ohne Gelbfärbung der Haut
Anomalie	- Abweichung, Veränderung
anonymisiert	- Verzicht auf Namenszuordnung
Antikörper	- vom Körper gebildete Abwehrstoffe bei Vorhandensein von Antigenen
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	- Entzündung der Bronchien
Bulimie	- Essstörung, Ess- Brech- Sucht

### C

Campylobacter pylori	- Bakterium, Krankheitserreger
Cholera	- Infektionskrankheit, sog. Gallenbrechruhr
chronische Krankheit	- langdauernde, häufig wiederkehrende Krankheit
Coli- Enteritis	- übertragbare, anzeigepflichtige Darmerkrankung der Säuglinge

### D

Demographie	- Beschreibung der Bevölkerung
delinquent	- straffällig, kriminell
Desinfektion	- Keimabtötung
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	- Amöbenart mit ausgeprägten Formwechsel
Enteritis infectiosa	- ansteckende Darmerkrankung
Epidemie	- massenhaftes Auftreten einer Infektionskrankheit in örtlicher und zeitlicher Begrenzung
Escherichia coli	- Kolibakterien
Evaluation	- Beurteilung

## **F**

- fäcal - den Kot betreffend
- Fluor - Halogen, manche Fluorverbindungen schützen vor Karies
- Fluor- Lacktouchierung - Zahnversiegelung
- Fruchtbarkeitsziffer - Lebendgeborene je 1000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren

## **G**

- gastrointestinal - Magen und Darm betreffend
- Geburtenziffer - Anzahl der Lebendgeborenen je 1.000 der Bevölkerung
- Gelbfieber - ansteckende Tropenkrankheit
- Genogramm - grafische Darstellung der Abstammung
- Gonokokken - Bakterien; Krankheitserreger
- Gonorrhoe - Geschlechtskrankheit

## **H**

- Hepatitis - Leberentzündung, Gelbsucht
- Herzinsuffizienz - Herzmuskelschwäche, ungenügende Herzleistung
- Hypertonie - erhöhter Blutdruck

## **I**

- ikterisch, Ikterus - Gelbfärbung der Haut
- Immunsierung - gezielte Herbeiführung der Immunität
- Immunität - Unempfindlichkeit gegenüber Erregern nach wiederholtem Kontakt
- Infektion - Ansteckung, ansteckende Erkrankung
- Influenza - Virusgrippe
- Integration - Eingliederung
- intrathorakale Organe - Organe im Brustkorb
- Inzidenz - Neuerkrankungszahlen
- ischämisch - örtliche Blutleere, Unterbrechung der arteriellen Blutversorgung
- Item - einzelne Frage, Testaufgabe

## **K**

- Karies - Zahnfäule
- Kariesrisikokinder - Kinder mit mehr kariös zerstörten Zähnen - nach einem Kariesrisikoschema bestimmt
- Kasuistik - Falldarstellung
- Keratoconjunktivitis epidemica - übertragbare Horn- und Bindehautentzündung des Auges
- kontaminiert - verseucht, mit Keimen verschmutzt

## **L**

- Leberzirrhose - krankhafte Veränderung des Lebergewebes
- Legionellose - Legionärskrankheit, Infektionserkrankung
- Liquor - Flüssigkeit
- Lymphknoten - kleine Organe des Lymphsystems

## **M**

- Malaria - ansteckende Erkrankung, 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
- Morbidität - Begriff für das Erkranken und das Kranksein
- Mortalität - Sterblichkeit; Sterbeziffer
- Mumps - Ziegenpeter
- Myokardinfarkt - Herzinfarkt



<b>N</b>	
Neurologie	- Lehre von den Nervenerkrankungen
<b>O</b>	
oral	- den Mund betreffend, mit dem Mund
<b>P</b>	
Paratyphus	- Erkrankung des Verdauungssystems mit Fieber, Milzschwellung und Darmgeschwüren
Patchwork	- hier: Familien mit Kindern aus verschiedenen Partnerschaften
perinatal	- Zeit um die Geburt herum
peripher	- außen, am Rand liegend
Pertussis	- Keuchhusten
Population	- Bevölkerung, Bevölkerungsgruppe
postnatal	- nach der Geburt
pränatal	- vor der Geburt
Prävention	- Vorbeugung, Verhütung
Prophylaxe	- vorbeugender Gesundheitsschutz
Prostata	- Vorsteherdrüse
Psychiatrie	- Lehre von den seelischen und geistigen Erkrankungen
psychisch	- die seelischen und geistigen Vorgänge betreffend; seelisch
psychosozial	- das Psychische und Soziale in ihrer Abhängigkeit betreffend
psychotherapeutisch, Psychotherapie	- Krankenbehandlung mittels psychologischer Methoden
<b>R</b>	
Rektum	- Mastdarm
rezidivierend	- zurückkehrend ; Rückfall der Erkrankung
Rifampicinprophylaxe	- medikamentöse Vorbeugung gegen Meningitis epidemica (Hirnhautentzündung)
Rotaviren	- Virus, Erreger von Magen- Darmentzündungen
<b>S</b>	
Salmonellen	- Bakterien, Erreger von Darmkrankheiten
Salmonellosen	- durch Salmonellen hervorgerufene Darmerkrankungen; bakterielle Lebensmittelvergiftung
Scabies, Skabies	- Krätze
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
<b>T</b>	
Tetanus	- Wundstarrkrampf
Tuberkulose (Tbk, Tbc)	- durch Bakterien hervorgerufene, meist chronisch verlaufende Infektionskrankheit, die unterschiedliche Organe befallen kann.
Typhus	- Infektionskrankheit des Verdauungssystems
<b>U</b>	
Urogenitalsystem	- System der Harn- und Geschlechtsorgane
Urologie	- Lehre von den Erkrankungen der Harnorgane

**V**

Varicellen

- Windpocken

Virus

- Mikroorganismus, Krankheitserreger

Virushepatitis

- durch Viren hervorgerufene Lebererkrankung,  
Virusgelbsucht

Virus-

Meningoencephalitis

- durch Viren hervorgerufene Hirnhautentzündung, die  
auf das Hirn übergreift**Y**

Yersinia

- Bakteriengattung

Yersiniosen

- durch Yersinia hervorgerufene Magen-  
Darmerkrankung**Z**

zerebral

- das Großhirn betreffend

zerebrovaskuläre  
Erkrankungen- Durchblutungsstörungen und Gefäßerkrankungen  
des Gehirns

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Einwohnerzahlen und Altersdurchschnitt in ausgewählten Jahren von Magdeburg [1]	1
Tabelle 2:	Anteile der Alters- und Geschlechtsgruppen an der Hauptwohnsitzbevölkerung Magdeburgs 1998 [1]	1
Tabelle 3:	Ausländer mit Hauptwohnsitz in Magdeburg nach ausgewählten Nationalitäten in den Jahren 1994 bis 1998 [1]	4
Tabelle 4:	Natürliche Bevölkerungsbewegung in der Stadt Magdeburg in den Jahren 1989 bis 1998 [1]	5
Tabelle 5:	Entwicklung der Wanderungsbewegung in den Jahren 1990 - 1998 in der Stadt Magdeburg [1]	6
Tabelle 6:	Zu- und Wegzüge der deutschen Hauptwohnsitzbevölkerung im Jahr 1998 nach und von Magdeburg [1]	7
Tabelle 7:	Gestorbene absolut und in Prozent nach Geschlecht und Altersgruppen in Magdeburg 1998 [3]	8
Tabelle 8:	Gestorbene absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 1998 [3]	12
Tabelle 9:	Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 1998 [3]	13
Tabelle 10:	Sterblichkeit an Neubildungen absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 1998 [3]	14
Tabelle 11:	Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (9. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 1998	15
Tabelle 12:	Salmonellosen und übrige Formen der Enteritis infectiosa	20
Tabelle 13:	Virushepatitis in Magdeburg	23
Tabelle 14:	Meningitis in Magdeburg	24
Tabelle 15:	ausgewählte meldepflichtige Erkrankungen 1996 bis 1998 in Magdeburg	29
Tabelle 16:	Bei der Beratung für sexuell übertragbare Krankheiten durchgeführte Untersuchungen	30
Tabelle 17:	HIV- Infizierte und AIDS- Kranke im IV. Quartal 1998 in Sachsen Anhalt [7]	31
Tabelle 18:	Vergleich Krebssterblichkeit Sachsen- Anhalt und Magdeburg 1996	35
Tabelle 19:	Anteil der an Lungenkrebs verstorbenen Personen unter 65 Jahren an allen Verstorbenen unter 65 Jahren in Magdeburg	37
Tabelle 20:	Kariesrisikokinder im 3. - 7. Lebensjahr, Kindergartenstufe	43
Tabelle 21:	Kariesrisikokinder im 7. - 12. Lebensjahr, Klassenstufe 1 - 6 Schuljahr 1997/ 1998	43
Tabelle 22:	Befragungsergebnisse der Vertreterinnen in den Kooperationskonferenzen	56

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Altersstruktur der Magdeburger Hauptwohnsitzbevölkerung 1998 [1]	2
Abbildung 2:	Altersstruktur der Magdeburger Bevölkerung in den Stadtteilen 1998 [1]	3
Abbildung 3:	Gestorbene nach Altersgruppen und Geschlecht in Magdeburg 1998	9
Abbildung 4:	Gestorbene nach Todesursachengruppen in Magdeburg 1998	11
Abbildung 5:	Salmonellosen in Magdeburg	18
Abbildung 6:	Infektionserkrankungen ungeklärter Ursache in Magdeburg	26
Abbildung 7:	Entwicklung des Kopflausbefalls in Magdeburg	27
Abbildung 8:	Altersstruktur der Kinder und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf	53
Abbildung 9:	Schularten der Kinder und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf	53
Abbildung 10:	Anteile der erforderlichen Hilfsmaßnahmen	55

