



Gesundheitliche Situation der Bevölkerung in der Stadt Halle (Saale)

Impressum

Herausgeberin:	Stadt Halle (Saale), Die Oberbürgermeisterin
Verantwortlich für den Inhalt:	Dr. med. Eberhard Wilhelms Gesundheitsamt, Lebensmittelüberwachung und Veterinärwesen der Stadt Halle (Saale)
Autoren:	Silke Jordan, Gesundheitsamt, Lebensmittelüberwachung und Veterinärwesen der Stadt Halle (Saale) in Zusammenarbeit mit den Ressoren des Gesundheitsamtes und Ämtern in der Stadt- verwaltung; Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland; Krankenkassen: Barmer-GEK und DAK; Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt
Druck:	Hausdruckerei der Stadt Halle (Saale)
Redaktionsschluss:	31.07.2011



Vorwort

Die Lebensqualität in der Stadt Halle (Saale) hängt in besonderem Maße von der gesundheitlichen Situation ihrer Bürger ab. Für eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung wird es deshalb zunehmend wichtiger, die zahlreichen Angebote den sich verändernden demografischen Verhältnissen und Erfordernissen in unserer Stadt anzupassen. Der aktuelle Gesundheitsbericht liefert dafür eine umfassende Grundlage.

Wie hat sich die Gesundheit in der Stadt Halle (Saale) entwickelt? Im Rahmen von amtlich verfügbaren Daten gibt der Gesundheitsbericht einen Überblick. Er stellt unter anderem dar, welche Krankheiten im Stadtgebiet häufig auftreten und welche Beschwerden vielfach mit einem stationären Aufenthalt verbunden sind. Aber auch Erkrankungen, die häufig zu Arbeitsunfähigkeit führen, die Sucht- und Drogensituation und das Rettungswesen in unserer Stadt werden beschrieben.

Der Gesundheitsbericht knüpft an einen Seniorenbericht zur gesundheitlichen Situation älterer Menschen aus dem Jahr 2007 an, der gemeinsam mit den Städten Leipzig und Erfurt erstellt wurde. Außerdem bündelt er zahlreiche Informationen zu gesundheitsbezogenen Leistungs- und Versorgungsangeboten. Und er erlaubt einen direkten Vergleich mit anderen Städten auf Landes- und Bundesebene.

Ich wünsche mir, dass dieser Gesundheitsbericht dazu beiträgt, das gesundheitspolitische Handeln stärker auf die Bedürfnisse und Erfordernisse der Hallenserinnen und Hallenser auszurichten - für eine nachhaltige Verbesserung der gesundheitlichen Situation und damit eine höhere Lebensqualität in unserer Stadt.

Dagmar Szabados
Oberbürgermeisterin

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	- 6 -
2	Demografische Situation	- 7 -
2.1	Bevölkerungsvorausschätzungen.....	- 7 -
2.2	Kinder/Jugendliche und Altenbevölkerung in den Stadtbezirken	- 8 -
3	Gesundheitliche Lage der Bevölkerung.....	- 10 -
3.1	Gesundheit von Kindern.....	- 10 -
3.1.1	Häufigste gesundheitliche Beeinträchtigungen von Schulanfängern	- 10 -
3.1.2	Untersuchungen in den 3. und 6. Klassen.....	- 13 -
3.1.3	Zahnärztliche Untersuchungen	- 14 -
3.2	Alleinerziehende und Gesundheit.....	- 17 -
3.3	Stationäre Behandlungsfälle - Männer und Frauen im Vergleich.....	- 18 -
3.3.1	Ausgewählte chronische Erkrankungen	- 19 -
3.3.2	Hauptdiagnosen in der Stadt Halle und Verweildauer in den Krankenhäusern	- 20 -
3.3.3	Psychische Erkrankungen	- 22 -
3.4	Meldepflichtige übertragbare Krankheiten	- 27 -
3.4.1	Gastrointestinale Erkrankungen	- 27 -
3.4.2	Virushepatitiden und Tuberkulose.....	- 32 -
3.4.3	Sexuell übertragbare Krankheiten - AIDS.....	- 34 -
3.5	Lebenserwartung und Sterblichkeit	- 36 -
3.6	Häufigste Todesursachen	- 38 -
3.7	Sonstige gesundheitsbezogene Einflussfaktoren.....	- 41 -
4	Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitswesen	- 43 -
4.1	Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit	- 43 -
5	Ausgewählte gesundheitliche Beratungen	- 46 -
5.1	Schwangerschaftsabbrüche und Schwangerschaftskonfliktberatung	- 46 -
5.2	Sucht- und Drogenberatung.....	- 48 -
6	Weitere gesundheitsbezogene Schwerpunkte	- 49 -
6.1	Behinderung	- 49 -
6.2	Verminderte Erwerbsfähigkeit	- 51 -
7	Medizinische Versorgung	- 55 -

Inhaltsverzeichnis

7.1	Ambulante Versorgung	- 55 -
7.1.1	Niedergelassene Ärzte und Apotheken	- 55 -
7.1.2	Sonstige medizinische Praxen	- 58 -
7.1.3	Rettungswesen	- 59 -
7.2	Stationäre Versorgung	- 60 -
8	Sportangebote.....	- 64 -
9	Zufriedenheit der Bürger/innen - Ergebnisse aus der Bürgerumfrage 2009	- 66 -

1 Einleitung

Gesundheit ist eine Voraussetzung für das Wohlbefinden der Menschen und für dessen Initiierung zur sozialen Teilhabe. Die Gesundheit eines jeden Einzelnen unterscheidet sich nach Alter und Geschlecht, nach sozialen und kulturellen Hintergründen, nach finanziellen und Umweltfaktoren und natürlich nach den eigenen körperlichen Voraussetzungen.

In dem Bericht werden wesentliche Aspekte der Gesundheit (u. a. Demografie, Morbidität und Mortalität, medizinische Versorgungslage) verschiedener Altersgruppen der Bevölkerung vorwiegend für den Zeitraum von 2005 bis 2009 dargestellt.

Mit zunehmender Alterung verändert sich das Erkrankungsspektrum. Altersassoziierte Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartige Neubildungen, Demenz) sind in ihrer Häufigkeit im Ansteigen. Ausführliche Aussagen wurden hierzu und zu der Pflegebedürftigkeit und Selbsthilfe in dem Seniorenbericht aus dem Jahr 2007 vorgestellt, so dass in diesem Bericht explizit nicht noch einmal darauf eingegangen wird.

Auch wenn die Kinder die gesündeste Bevölkerungsgruppe sind, gibt es Anlass zur Sorge bei den Sprachstörungen. Die sprachliche Entwicklung eines Kindes ist ein entscheidender Faktor für seine soziale Teilhabe. Eine rechtzeitige Initiierung von Fördermaßnahmen und ihre ausführliche Erläuterung gegenüber den Eltern erscheinen besonders wichtig.

Die Einstellung zur Gesundheit ist ein entscheidendes Kriterium für die Etablierung einer ungesunden Lebensweise im späteren Leben mit seinen gesundheitlichen Folgen.

Psychische Störungen und Erkrankungen nehmen zu. Sie gelten als neue verdeckte Volkskrankheit. An den Krankheitsbildern und den wirksamen Behandlungen wird weiter geforscht. Als wichtige Ursachen gelten neben instabilen wirtschaftlichen Verhältnissen, Stress in Arbeit und Alltag und die familiären Verhältnisse.

Infektionskrankheiten haben in der heutigen Zeit nicht mehr die todbringende Wirkung. Durch medikamentöse Behandlung treten auch bei hohen Erkrankungszahlen keine schwerwiegenden Folgen auf. Häufig sind bei uns Infektionserkrankungen durch Bakterien wie Salmonellen und Campylobacter sowie durch verschiedene Virenarten (z. B. Influenza). Die Globalisierung in Handel und Wirtschaft und der internationale Reiseverkehr sind ein entscheidendes Kriterium für die Verbreitung von Krankheitserregern.

Der Basisbericht zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in der Stadt Halle dient der Orientierung. Er gibt mit seinen Daten und Fakten zur Gesundheit Hinweise für Handlungsfelder der Akteure und Einrichtungen in der gesundheitlichen Versorgung.

Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen sind eine Grundlage für den fachlichen Austausch von Entscheidungsträgern und Leistungserbringern und für die Gestaltung einer nachhaltigen kommunalen Gesundheitsversorgung, zu denen nicht zuletzt auch die Sicherstellung ausreichend qualifizierter personeller Ressourcen in der Stadt Halle zielführend sind. Für die Bürgerinnen und Bürger soll dieser Gesundheitsbericht als Informationsgrundlage für eine Förderung eigener gesundheitlicher Potentiale dienen und ein aktives gesundheitsbewusstes Miteinander fördern.

2 Demografische Situation

2.1 Bevölkerungsvorausschätzungen

Über die Geburtenanzahl, Sterblichkeit bzw. Lebenserwartung und Zuwanderung kann die Bevölkerungsentwicklung einer Region näher beschrieben werden. Für Deutschland gibt es eine Vielzahl umfassender Publikationen zur demografischen Entwicklung der Bevölkerung. Die Gebiete mit der stärksten zukünftigen Bevölkerungsabnahme liegen überwiegend in den neuen Bundesländern. Eine steigende Lebenserwartung und die kontinuierliche Alterung der Bevölkerung mit seinen Folgen und Problemen stellen sich zunehmend als Herausforderung dar.

Das Statistische Landesamt Sachsen-Anhalt berechnete ausgehend von der Altersstruktur des Basisjahres 2008 die voraussichtlichen Bevölkerungszahlen bis zum Jahr 2025 für Sachsen-Anhalt, die kreisfreien Städte und Landkreise.

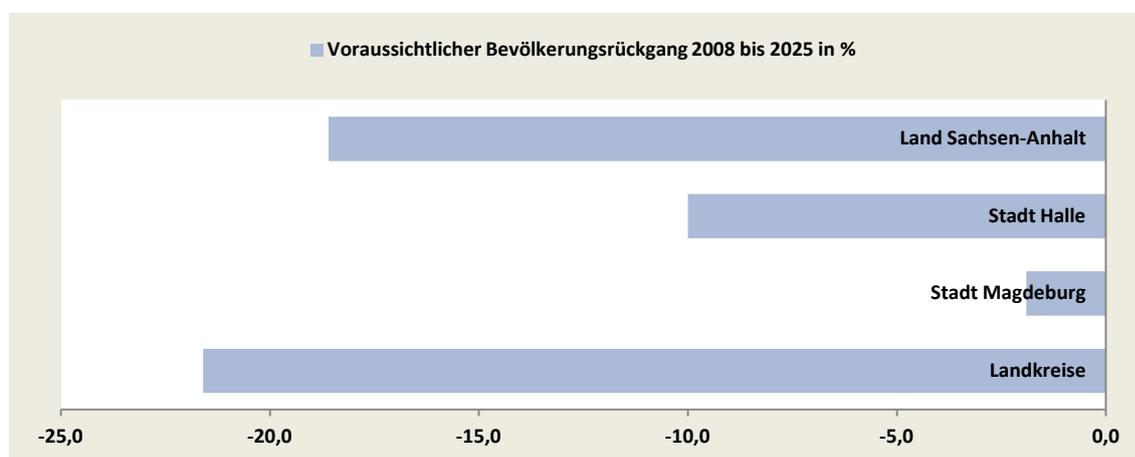


Abb. 1 Bevölkerungsvorausschätzungen im Land Sachsen-Anhalt, Stadt Halle, Stadt Magdeburg und Landkreise

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

Danach werden die beiden Städte Magdeburg und Halle im Vergleich zum Landesdurchschnitt mit zwei bzw. zehn Prozent einen geringeren Bevölkerungsrückgang aufweisen. Sie profitieren von ihrer Altersstruktur, einer Umkehr der Stadt-Umland-Wanderungen und von den günstigen Studienbedingungen für junge Menschen. [1]

Neben dem Überblick über die Gesamtbevölkerung zeigt die nachfolgende Grafik vergleichende Berechnungen zu einzelnen Altersgruppen in der Bevölkerung des Landes Sachsen-Anhalt und der Stadt Halle. So wird der Anteil der Kinder und Jugendlichen trotz gesamter Abnahme in Sachsen-Anhalt gleich bleiben, in der Stadt Halle aufgrund o. g. Gegebenheiten leicht zunehmen.

Die Anzahl der Erwerbsfähigen (hier 20 bis unter 65 Jahre) wird weiter abnehmen. Die Anzahl älterer Menschen (ab 65 Jahre) und besonders der Hochbetagten (ab 90 Jahre) zunehmen.

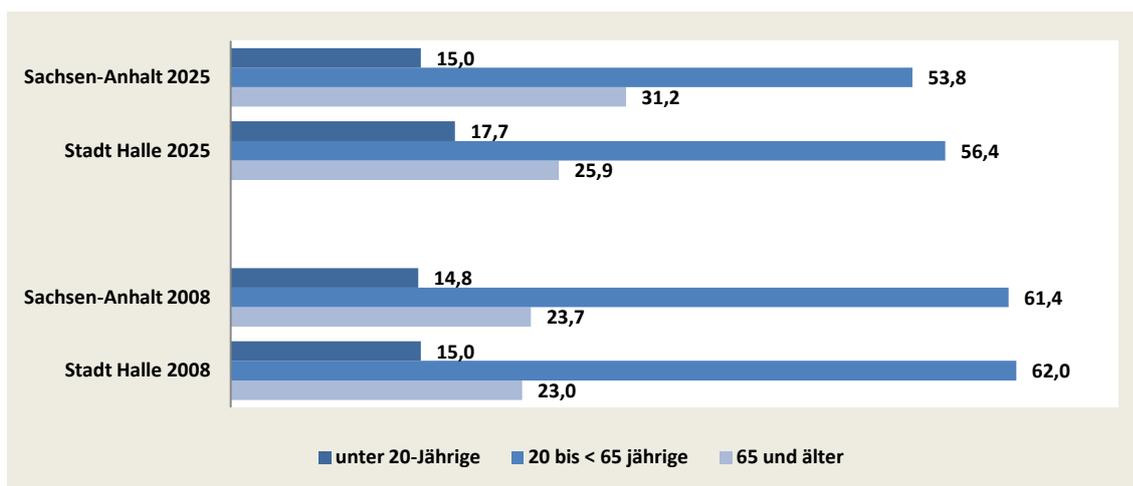


Abb. 2 5. Regionalisierte Bevölkerungsprognose 2008 bis 2025 Anteil ausgewählter Altersgruppen an der Bevölkerung insgesamt (Angaben in %)

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt (PM 47/2010)

2.2 Kinder/Jugendliche und Altenbevölkerung in den Stadtbezirken

Kinder und Jugendliche

Die Gründe der Veränderungen in den Anteilen verschiedener Altersgruppen liegen in der Stadt Halle nach der Wende in den niedrigen Geburtenzahlen und in einer hohen Abwanderung insbesondere jüngerer Frauen, zusammen mit den sich ändernden Lebens- und Familienplanungen. Für den Betrachtungszeitraum von 2005 bis 2009 weisen die Altersgruppen der unter 15-jährigen und die Altersgruppe der über 65-jährigen tendenziell einen Anstieg auf, während die erwerbsfähige Altersgruppe (15 bis unter 65-jährige) und die Gesamtzahl der Bevölkerung in dieser Zeit einen absteigenden Trend zu verzeichnen hat.

Die folgende Grafik zeigt für das Jahr 2009 einen Überblick des Verhältnisses der Einwohner unter 15 Jahre zu den Einwohnern im erwerbsfähigen Alter (15 bis unter 65 Jahre) auch bezeichnet als Jugendquote.

Ein leichter Anstieg der Jugendquote zum Jahr 2009 auf insgesamt 17,1% ausgehend vom Jahr 2005 mit 14,7% ist anteilmäßig auf die Stadtbezirke etwa gleichmäßig verteilt.

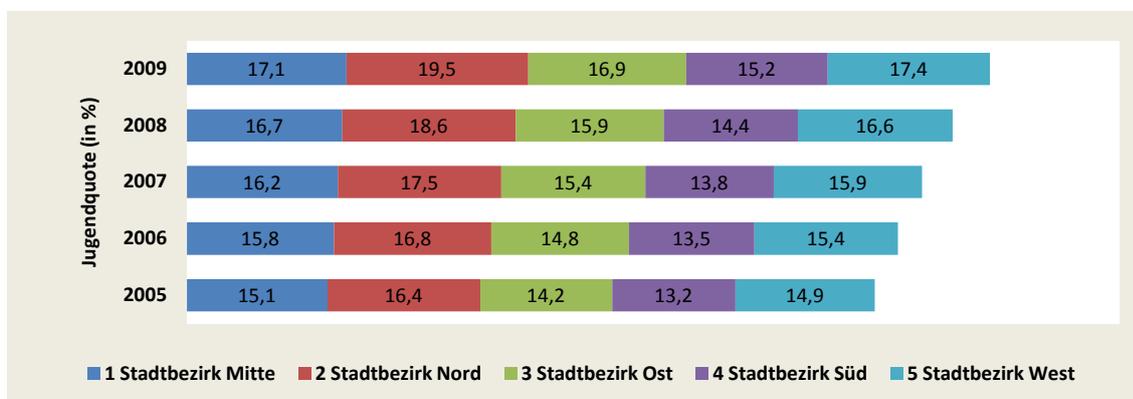


Abb. 3 Jugendquote nach Stadtteilen und ausgewählten Jahren (Angaben in %)

Quelle: Stadt Halle, Amt für Bürgerservice

Die Jugendquote ist das Verhältnis der Einwohner im Alter von unter 15 Jahren zu den Einwohnern im erwerbsfähigen Alter (15 bis unter 65 Jahre).

Altenbevölkerung

Die Lebenserwartung ist seit der Wende weiter kontinuierlich gestiegen. Zwischen den neuen und den alten Bundesländern hat sich der Abstand in den letzten Jahren deutlich verringert. Er ist aber immer noch vorhanden.

Ähnlich dem Bundestrend hat auch in der Stadt Halle die Altersgruppe ab 65 Jahre in dem Betrachtungszeitraum von 2005 bis 2009 stetig zugenommen (2005:49 077 Einwohner auf 2009:54 217 Einwohner).

Die folgende Grafik zeigt den Anstieg der Altenquote in den verschiedenen Stadtbezirken für die Jahre 2005 bis 2009. Die Altenquote beschreibt dabei das Verhältnis der Einwohner im Alter von 65 Jahren und älter zu den Einwohnern im erwerbsfähigen Alter (15 bis unter 65 Jahre). Die Verringerung der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter führt zu einem sich ändernden Größenverhältnis der Anteile, so dass sich der Anteil der Einwohner im Alter von 65 Jahre und älter im Jahr 2009 auf 36,0% von (2005:30,1%) erhöht hat.

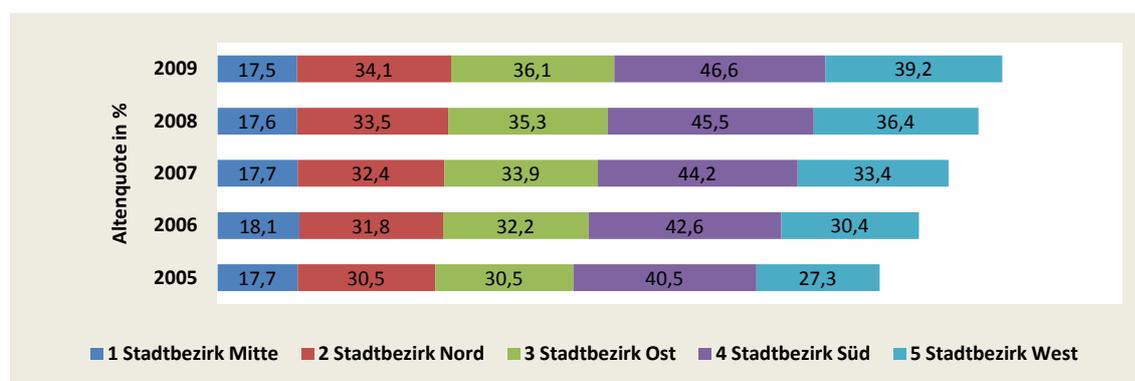


Abb. 4 Altenquote nach Stadtteilen und ausgewählten Jahren (Angaben in %)

Quelle: Stadt Halle, Amt für Bürgerservice

Die Altenquote ist das Verhältnis der Einwohner im Alter von 65 Jahren und älter zu den Einwohnern im erwerbsfähigen Alter (15 bis unter 65 Jahre).

Der Trendverlauf der Altenquote fällt in den Stadtbezirken unterschiedlich aus. Während im Stadtbezirk Mitte die Anteile innerhalb der betrachteten fünf Jahre etwa gleichbleibend sind, ist er im Stadtbezirk West weiter angestiegen.

Fazit:

- Der demografische Wandel spiegelt sich in konkreten Zahlen auch in der Stadt Halle wider. Bereits zum jetzigen Zeitpunkt ist ersichtlich, dass die Anzahl der über 65-jährigen und der über 90-jährigen (Hochbetagten) weiter zunehmen wird. Die Stadtbezirke werden davon in den kommenden Jahren unterschiedlich betroffen sein.
- Die nachhaltige kommunale Gesundheitsplanung in der Stadt Halle wird auch an der zeitlich effizienten Umsetzung von altersgerechten Wohnraum mit seinen gesundheitlichen und sozialen Anforderungen gemessen werden.

3 Gesundheitliche Lage der Bevölkerung

3.1 Gesundheit von Kindern

Über die Schuleingangsuntersuchung werden alle Kinder ein Jahr vor Schulbeginn untersucht. Grundlage für diese Untersuchung ist neben dem Gesundheitsdienstgesetz das Schulgesetz des Landes Sachsen-Anhalt. Zusätzlich werden auf der Basis weiterer Anweisungen die Inhalte der Untersuchungen den aktuellen Erfordernissen angepasst (letztmalig in Form des Runderlasses Land Sachsen-Anhalt vom 18.06.2010). Die Schuleingangsuntersuchung als eine Screeninguntersuchung lässt Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand für diese Altersgruppe zu. Neben der körperlichen Untersuchung wird eine Beurteilung der geistigen, sozialen und emotionalen Reife vorgenommen. Der Arzt erhält wichtige Hinweise zur Umsetzungsfähigkeit von gestellten Aufgaben, bezogen auf Selbständigkeit und Koordination. Den Eltern wird in einem abschließenden Beratungsgespräch neben der Schulempfehlung eine Beratung zum Impfstatus und ggf. Empfehlungen zu Fördermaßnahmen gegeben. Diese Untersuchungen bieten eine gute Möglichkeit frühzeitig Krankheiten und Entwicklungsverzögerungen zu erkennen.

Ergebnisse

- In den letzten fünf Jahren besuchten durchschnittlich 92% der Kinder vor der Einschulung einen Kindergarten.
- In Sachsen-Anhalt wünschten in den Jahren 2008/2009 durchschnittlich 2,1% der Eltern eine vorzeitige Einschulung: im Paulusviertel, Giebichenstein, Kröllwitz, Trotha, Heide-Nord ist der Anteil am vorzeitigen Einschulen am höchsten, in Halle-Neustadt am niedrigsten.
- Im Zeitraum der letzten fünf Jahre wurde der Antrag zur sonderpädagogischen Überprüfung für einen besonderen Förder- bzw. Hilfebedarf im Jahr 2008 mit 7,2% am häufigsten gestellt.
- Landesweit wurde in den Jahren 2008 und 2009 in 4,9% der Fälle eine sonderpädagogische Überprüfung angeraten.

3.1.1 Häufigste gesundheitliche Beeinträchtigungen von Schulanfängern

Die Sprachauffälligkeiten zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen stellen nach wie vor die am häufigsten festgestellten Auffälligkeiten dar.

Das Krankheitsbild der Sprachauffälligkeiten ist sehr vielfältig. Es werden einfache/minimale Lautbildungsstörungen bis zu genetisch bedingten Entwicklungsstörungen ebenso darunter angegeben wie multiple Dyslalien und Dysgrammatismus. Der prozentuale Anteil der Sprachauffälligkeiten/Sprachstörungen ist über den letzten 5-Jahreszeitraum konstant bei 36%. Damit treten Sprachstörungen in dieser Altersgruppe in der Stadt Halle um 5% häufiger auf als im Landesdurchschnitt Sachsen-Anhalt [2].

Die Vergleichbarkeit ist nicht generell gegeben, da im Land Sachsen-Anhalt bisher keine einheitlichen Testverfahren zur Sprachüberprüfung im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst existieren. Deshalb sollten landesweit einheitliche Untersuchungsstandards erarbeitet werden.

Nach Wiedereinführung einer Untersuchung der Kindergartenkinder im Alter von 4 Jahren befanden sich im Jahr 2010 bei der Einschulungsuntersuchung (betrifft Einschulung 2011) anteilig mehr Kinder in logopädischer Behandlung (2010:16,1% zu 2009:12,1%). Zum Untersuchungszeitpunkt waren in ihrer sprachlichen Entwicklung weniger Kinder auffällig (2010: 9,6% zu 2009:17,6%), so dass keine erneute Therapieempfehlung ausgesprochen werden musste. Es bleibt abzuwarten, ob dieser positive Trend sich fortsetzen wird und ob sich eine weitere Verbesserung der sprachlichen Fähigkeiten durch Fortsetzung der Untersuchungen in den Kindertagesstätten herbeiführen lässt. Seit dem Jahr 2009 wird in den Kindereinrichtungen bei den 4-jährigen Kindern die Sprachstandserhebung durch die Erzieher/innen durchgeführt. Das Ergebnis dieses Testes muss nicht konform sein mit dem Ergebnis aus der Sprachüberprüfung im Rahmen der Untersuchung in den Kindertagesstätten oder der Einschulungsuntersuchung. Hier gibt es noch Aufklärungsbedarf zur Vermeidung von Missverständnissen. Ein fachlich abklärendes Gespräch zwischen den Professionen und mit den Eltern kann hier Abhilfe schaffen.

Betrachtet man einzelne Untersuchungsergebnisse aus der Stadt Halle und vergleicht diese mit Angaben aus dem Landesgesundheitsbericht für Kinder und Jugendliche [2] so fällt auf, dass in den Bereichen „Verhalten“ und „Haltungsschwäche“ mehr Defizite bei den Hallenser Kindern vorzuliegen scheinen. Eine ursächliche Erklärung fällt schwer, da auch hier nicht auf einen flächendeckend standardisierten Test (insbesondere für den Bereich „Verhalten“) zurückgegriffen werden kann.

	Stadt Halle 2008	Sachsen- Anhalt 2008	Stadt Halle 2009	Sachsen- Anhalt 2009
Angaben in %				
Grobmotorik	6,5	9,8	3,4	8,7
Feinmotorik	6,5	14,9	6,5	13,6
Brillenträger	6,0	7,2	7,0	6,8
Haltungsschwäche	9,4	5,4	7,8	4,5
Verhaltensauffälligkeiten	7,7	5,9	7,1	6,0
Untergewicht	7,7	10,8	7,5	9,6
Übergewicht	5,7	11,2	4,8	11,7
Adipositas	k. A.	4,7	4,0	5,1
Asthma bronchiale	0,3	1,1	0,2	1,8
Neurodermitis	k. A.	4,8	2,4	5,7

Abb. 5 Befunderhebungen der Schuleingangsuntersuchungen Stadt Halle und Sachsen-Anhalt im Vergleich, 2008 und 2009

Quelle: Stadt Halle, Gesundheitsamt

Der Erhalt der Freude an der Bewegung, die Motivation bereits im Vorschulalter regelmäßig Sport zu treiben, bietet einen guten Ansatz für eine aufrechte Körperhaltung.

Das Bewusstsein, dass eine gesunde Ernährung ein Baustein für eine gesunde Entwicklung darstellt, wird den Kindern zunehmend im Kindergartenalltag auch durch gezielte Projekte vermittelt.

Im letzten Untersuchungsjahr der Einschüler im vergangenen Jahr 2010 wurde das Verhältnis der Gewichtsklassen zum Sozialstatus (ermittelt aus der Beantwortung eines Fragebogens durch die Eltern) bestimmt. Die folgende Abbildung belegt die anteilig häufiger anzutreffenden Normalgewichtsklassen (3 bis 6) bei den Kindern aus Elternhäusern mit hohem und mittlerem Sozialstatus.

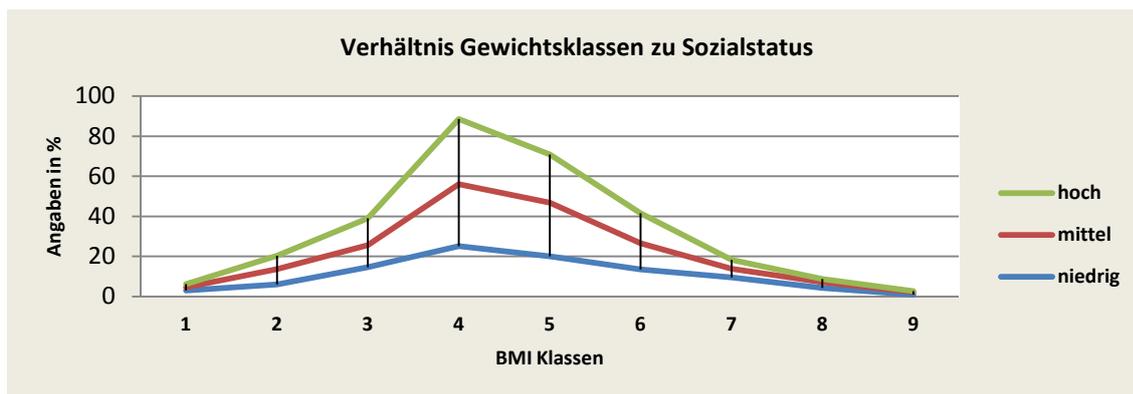


Abb. 6 Befunderhebungen der Schuleingangsuntersuchungen Stadt Halle, 2010

*Perzentil-BMI-Klasse nach AGA (Arbeitsgemeinschaft Adipositas)

Quelle: Stadt Halle, Gesundheitsamt - Auswertung im Rahmen der Elternbefragung

Die anamnestisch erfassten Angaben zu Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Bauchschmerzen variieren bei Kindern in der Stadt Halle nur wenig im Vergleich zu den landesweit erhobenen Daten (Abb.7).

Schuleingangsuntersuchung	Stadt Halle 2008	Sachsen-Anhalt 2008	Stadt Halle 2009	Sachsen-Anhalt 2009
Angaben in %				
Kopfschmerzen	1,8	1,7	1,1	1,1
Bauchschmerzen	2,6	2,9	1,3	1,5
Schlafstörungen	1,2	1,2	0,8	1,1

Abb. 7 Befunderhebungen bei den Schuleingangsuntersuchungen Stadt Halle und Sachsen-Anhalt im Vergleich, 2008 und 2009

Quelle: Stadt Halle, Gesundheitsamt - Auswertung im Rahmen der Elternbefragung

Zur Impfsituation sei nur so viel gesagt, dass eine hohe Grundimmunisierungsrate vorliegt. Nicht für alle impf-präventablen Erkrankungen liegt die Immunisierungsrate bei 90%. Hier ist neben der sorgfältigen Aufklärung durch die niedergelassenen Kinderärzte auch im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung weiterhin auf Impflücken hinzuweisen und die Vorteile einer Immunisierung aufzuzeigen. Die Auffrischungsimpfungen sind zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen oft noch nicht erfolgt, werden aber bei der dann noch durchzuführenden U9 erteilt.

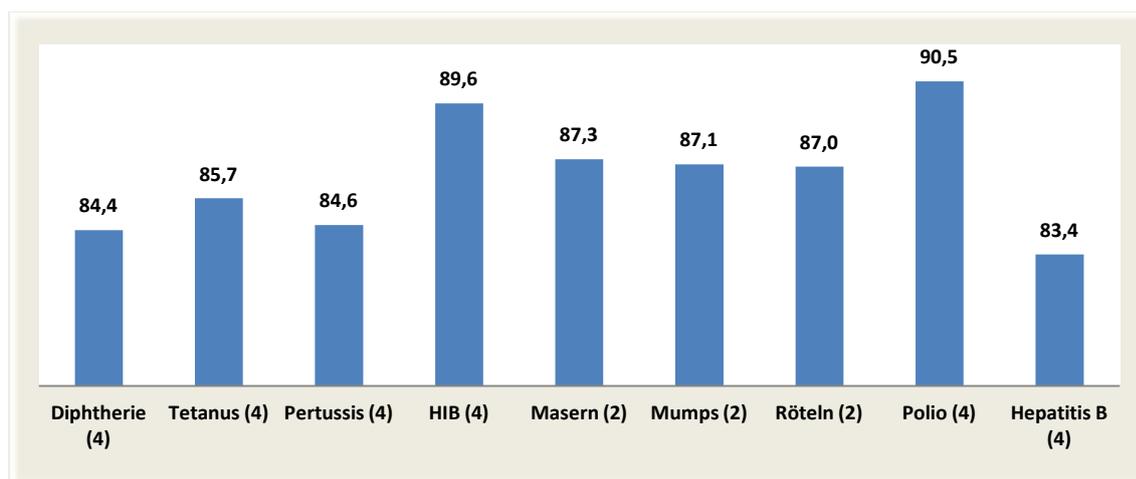


Abb. 8 Anteil der vollständig geimpften Schulanfänger, 2009 (Angaben in %, mit Angabe der Anzahl der Impfungen)
Die in Klammer gesetzten Zahlen entsprechen den durch die Ständige Impfkommission für einen vollständigen Impfschutz vorgeschriebenen Impfungen.

Quelle: Stadt Halle, Gesundheitsamt

3.1.2 Untersuchungen in den 3. und 6. Klassen

Nach dem Schulgesetz des Landes Sachsen-Anhalt werden Schülerinnen und Schüler zur Teilnahme an den Maßnahmen der „amtsärztlichen Schulgesundheitspflege einschließlich Sucht- und Drogenberatung verpflichtet“. Im Rahmen der Vorsorge beinhaltet die Untersuchung bei den Kindern der 3. und 6. Klassen neben der Erfassung von Körpergewicht und Körperlänge einen Sehtest, Hörtest und eine körperliche Untersuchung, sowie die Erfassung der Impfdaten und die Beratung zu alterstypischen Gesundheitsfragen.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Untersuchungsergebnisse, für die 3. und 6. Klassen in der Stadt Halle und im Land Sachsen-Anhalt.

Schuljahr 2008/2009	3. Klassen		6. Klassen	
	Stadt Halle	Land Sachsen-Anhalt	Stadt Halle	Land Sachsen-Anhalt
Angaben in %				
Herabsetzung d. Sehschärfe	9,8	13,0	14,9	19,1
Beeinträchtigung des Hörvermögens	1,5	2,5	1,2	1,9
Skoliose (Fehlstellung der Wirbelsäule)	4,0	3,2	5,4	6,0
Schädigung der unteren Extremitäten	19,3	12,9	12,2	13,2
Haltungsschwäche	11,9	7,6	15,1	10,0
Asthma bronchiale	2,1	3,0	2,6	6,0
Neurodermitis	6,1	4,9	6,3	5,1
ADHS	2,2	2,3	3,9	2,8
Kopfschmerzen	9,8	10,0	15,7	14,0
Übergewicht	7,3	10,1	9,9	12,3
Adipositas (Fettsucht)	4,1	7,3	5,9	8,9
Untergewicht	10,5	9,5	10,4	9,4

Abb. 9 Anteil der Kinder mit positiven Befunden bei der ärztlichen Untersuchung und nach Elternfragebogen

Quelle: Stadt Halle, Gesundheitsamt

Für die Auswertungen wurden die jeweils vorhandenen Mehrfachausprägungen zusammengefasst, d. h. die Summe aus positiven Befund ohne Arztüberweisung zusammen mit erstmaliger Arztüberweisung nach der schulärztlichen Untersuchung und dem Kriterium ob das Kind zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits in Behandlung war.

Während einige gesundheitliche Parameter in beiden Klassenstufen ähnliche Werte aufweisen, liegen die Werte z. B. bei der Haltungsschwäche oder der Sehschärfe ziemlich weit auseinander. Einige Befundhäufigkeiten von den 3. Klassen zu den 6. Klassen sind ansteigend. Das betrifft neben den oben genannten Erkrankungen auch die Skoliose, die Kopfschmerzen, aber auch Übergewicht und Adipositas.

Entscheidend für diese Entwicklung ist der Bewegungsmangel, dessen Ursache unter anderem der hohe Anteil von Freizeitaktivitäten mit nur wenig Bewegung ist. Möglichkeiten der aktiven Pausengestaltung durch die Nutzung von schulinternen Spielplätzen oder der Motivation zur Bewegung durch das Lehrpersonal in der unterrichtsfreien Zeit könnten einen Anstoß zur Entdeckung der Bewegungsfreude sein. Eine schülerorientierte, interessante Aufarbeitung des Themas „Gesunde Ernährung“ ist ein wichtiger Baustein für eine gesundheitsbewusste Lebenshaltung.

Eine schlechte Haltung durch eine wenig ausgeprägte Muskulatur und Übergewicht können zudem ursächlich für weitere gesundheitliche Einschränkungen verantwortlich sein (z. B. Schäden der unteren Extremitäten /Fußschäden).

Neben den ärztlichen Befunderhebungen gilt dem Impfstand ein besonderes Augenmerk. Die Impfungen gehören zu den einfachen präventiven Gesundheitsmaßnahmen. Sie schützen die geimpften Kinder und damit die Bevölkerung vor schweren Infektionserkrankungen. Sekundär profitieren alle vom sogenannten Kollektivschutz, da Erkrankungen sich nicht mehr in großer Anzahl ausbreiten können. Im Rahmen der Untersuchung wird um die Vorlage des Impfheftes gebeten und auf noch fehlende Impfungen hingewiesen.

3.1.3 Zahnärztliche Untersuchungen

Über den Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst im Gesundheitsamt werden die Kinder und Jugendlichen sowie ihre Familien in Fragen der Zahn- und Mundhygiene beraten und betreut. Die zahnärztlichen Untersuchungen erfolgen Schuljahresweise.

Vergleicht man die Untersuchungsergebnisse aus dem Schuljahr 2004/2005 mit denen des Jahres 2009/2010, so kann festgestellt werden, dass der Anteil der Kinder mit primär gesunden Gebissen im Kindergartenalter um knapp 2% gestiegen ist. Die Anzahl der behandlungsbedürftigen Gebisse ist nahezu konstant geblieben.

	2004/2005	2009/2010
Angaben in %		
Primär gesundes Gebiss	67,7	69,6
Saniertes Gebiss	9,3	7,7
Behandlungsbedürftiges Gebiss	23,05	22,7

Abb. 10 Gebissgesundheit, Untersuchungsergebnisse in den Kindertagesstätten im vergleichenden Zeitraum der Schuljahre 2004/2005 und 2009/2010

Quelle: Stadt Halle, Gesundheitsamt

Die regelmäßigen gruppenprophylaktischen Maßnahmen haben einen großen Anteil an der Verbesserung der Zahngesundheit. Leider wird eine Zunahme der Karies bei Kindergartenkindern beobachtet. Wesentlich verantwortlich könnte die „Nuckelflaschenkaries“ sein. Hier ist noch viel Aufklärungsarbeit für und mit den Eltern zu leisten. Erfreulich ist, dass die Karies bei den Grundschulkindern rückläufig ist.

Betrachtet man nun den DMF/T-Index (ein von der Weltgesundheitsorganisation -WHO- empfohlenen Indikator für die Schwere bzw. Auswirkung einer Karieserkrankung) so zeigt sich, dass dieser Wert bei 12-jährigen Kindern aus Förderschulen höher liegt. Es bedarf einer weitgefasteren Aufklärung als bei gleichaltrigen Kindern aus den Regelschulen.

Das besondere Augenmerk gilt deshalb Kindern dieser Schulform. Hier wird durch zusätzliche Putzaktionen, Ernährungsberatung und Aktionen zur Mundhygiene die Wichtigkeit der Zahnpflege vermittelt.

	6-jähriger Grundschüler	6-jähriger Förderschüler	12-jähriger Regelschüler	12-jähriger Förderschüler
Angaben in %				
Schuljahr 2004/2005	0,1	0,1	1,0	1,7
Schuljahr 2009/2010	0,12	0,39	0,95	1,88

Abb.11 DMF-T-Index, Untersuchungsergebnisse der Schuljahre 2004/2005 und 2009/2010

Quelle: Stadt Halle, Gesundheitsamt

Fazit:

- *Ärztliche Befunde wie Haltungsschwäche, Übergewicht/Adipositas, aber auch die Herabsetzung des Sehvermögens und das Auftreten von Kopfschmerzen nehmen in ihrer Häufigkeit von den Schuleingangsuntersuchungen zu den 3.Klassen und dann 6. Klassen zu.*
- *Eine Zunahme der Leistungsanforderungen mit dem Schulalter, wachstumsbedingte Entwicklungen bis zur Pubertät und auch das familiäre und soziale Umfeld, in denen das Kind aufwächst wirken nachhaltig auf die Einstellung, auf das Gesundheitsbewusstsein des Heranwachsenden.*

- *Die sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes sind von erheblicher Bedeutung für dessen weitere Entwicklung. Diese spiegelt sich nicht nur bei der Aufnahme von sozialen Kontakten wider. Sprache ist und bleibt ein entscheidender Faktor zur Teilhabe an der Kommunikation und ist für die Initiierung sozialer Kontakte in vielen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens ein wichtiges Kriterium. Die Ergebnisse der Sprachtestungen in den Kindereinrichtungen und die Überprüfung der sprachlichen Fähigkeiten im Rahmen der Kindergarten- bzw. Einschulungsuntersuchungen müssen den Eltern exakt erläutert werden. Während die Untersuchung mittels Sprachtest im Kindergarten die Fähigkeiten zum Sprachverständnis beinhaltet, liegt bei der Überprüfung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen der Schwerpunkt auf Lautverbindungen, Pluralbildung, Satzbau und Zeitformen. Fast noch wichtiger scheint es, den Eltern die entsprechenden Testergebnisse und die daraus resultierenden Maßnahmen detailliert zu erläutern. Nur so können die Eltern die getroffenen Entscheidungen verstehen (Therapie oder abwartendes Verhalten) und umsetzen. Die rechtzeitige Initiierung entsprechender Fördermaßnahmen ist für die Kinder von erheblicher Bedeutung. Für einen messbaren Vergleich ist hier die Einführung landesweit einheitlicher Untersuchungsstandards wichtig.*
- *Der Schulverweigerung und der Schulangst bei Kindern soll über Arztprechstunden in Schulen vor Ort aktiv begegnet werden. Eine gute Kooperation zwischen den Schulen und den zuständigen Beratungsstellen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes ist die Basis für das Gelingen einer solchen Sprechstunde.*
- *Für Eltern, die eine angemessene Pflege und Erziehung der Kinder nicht allein bewältigen können, sind engmaschige Beratungsangebote medizinisch und auch mit sozialem Schwerpunkt vorzuhalten. Eine intensivere Vernetzung der Einrichtungen mit entsprechenden Hilfsangeboten ist wünschenswert.*
- *Besonders wichtig ist die enge Zusammenarbeit mit dem Jugendamt bei auftretenden akuten Fällen der Kindeswohlgefährdung. Hier wird in Helferkonferenzen das weitere Procedere für die Kinder und ihre Familien besprochen.*
- *Eine enge Zusammenarbeit erfolgt seit der Verabschiedung des Kinderschutzgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt im Netzwerk Kinderschutz und im Sozialen Frühwarnsystem zur Abwendung von Kindeswohlgefährdung im Stadtteil Silberhöhe. Der Kinderschutzbund „Blauer Elefant“ kann auf die Unterstützung aus medizinischer Sicht durch die Ärzte des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes zurück greifen.*
- *Der in letzter Zeit beobachteten Zunahme von Karies bei den jüngeren Kindern in den Kindertagesstätten ist mit einem intensiven Beratungs- und Betreuungsbedarf entgegenzuwirken. Langfristig ist über die Etablierung einer Beratung zur Zahngesundheit bereits in der Schwangerschaft nachzudenken. Ein erster Schritt hierzu ist eine geplante intensivere Zusammenarbeit mit den Schwangerschaftsberatungsstellen.*

3.2 Alleinerziehende und Gesundheit

Alleinerziehende sind eine wichtige Bevölkerungsgruppe. Das Gesundheitsamt kann keine expliziten Aussagen zur Gesundheit Alleinerziehender in der Stadt Halle machen. Deshalb beziehen wir uns ausschließlich auf externe Studien und Quellen.

Ähnlich der Bevölkerungsentwicklung haben sich auch die Lebens- und Familienplanungen in den neuen Bundesländern verändert. Die Zahl der Familien und die Zahl der minderjährigen Kinder sind rückläufig. Der Anteil der Alleinerziehenden liegt in den neuen Bundesländern mit (2007:24%) weit über dem Anteil in den alten Bundesländern mit (2007:17%). [3]

Die Privathaushalte in der Stadt Halle weisen einen Anstieg des Anteils der Ein- und Zweifamilienhaushalte auf, während die Haushaltsgrößen ab drei Personen rückläufig sind.

Bei den verschiedenen Familientypen hat in den letzten Jahren die Gruppe der Alleinerziehenden stetig zugenommen. In der Stadt Halle ist der Anteil von (2005:11,5%) auf 12,6% im Jahr 2009 gestiegen. Auch die Zahl der alleinerziehenden Mütter lag im Jahr 2009 bei 11,5% zu (2005:10,8%). [4]

Nach Ergebnissen der Stressforschung können belastende Lebenssituationen langfristig die physische und psychische Gesundheit beeinträchtigen und zu gesundheitlichen Schäden führen. Nach Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 sind alleinerziehende Mütter deutlich häufiger von Nieren- und Lebererkrankungen, chronischer Bronchitis und Migräne betroffen als verheiratete Mütter. [5]

Weitere Ergebnisse zeigen, dass sich die starke gesundheitliche Belastung alleinerziehender Mütter relativiert, wenn die soziale Schicht berücksichtigt wird. Die finanzielle Lage alleinerziehender Mütter ist von zentraler Bedeutung dafür, wie sich die Lebensform auf die gesundheitliche Lage auswirkt. Und es zeigt sich, dass auch die alleinerziehenden Männer gesundheitlich belastet sind, die geringe Anzahl lässt allerdings keine Verallgemeinerung der Ergebnisse zu. [6]

Fazit:

- *Alleinerziehende weisen eine höhere gesundheitliche Beschwerdelast aus.*
- *Die Hilfe liegt in der Schaffung von sozial vernetzten Unterstützungsangeboten. Diese haben eine positive Wirkung auf das psychische Wohlbefinden. Sie können damit einer Überforderung und Resignation entgegenwirken und tragen zum Aufbau einer stabilen physischen und psychischen Gesundheit bei.*

3.3 Stationäre Behandlungsfälle - Männer und Frauen im Vergleich

Eine wichtige Datenquelle für die Beurteilung des Krankheitsspektrums in der Bevölkerung ist die Krankenhausdiagnosestatistik. Mit ihrer Hilfe können Informationen über stationär behandelte Patienten entnommen werden. Einen Überblick und Vergleich relevanter Krankenhausdiagnosen der Jahre 2005 und 2009 für die mit Hauptwohnsitz in der Stadt Halle gemeldeten Männer und Frauen ergeben die beiden folgenden Grafiken. Die Ergebnisse werden je 100 000 Einwohner, nach Altersgruppen und geschlechtsspezifisch dargestellt.

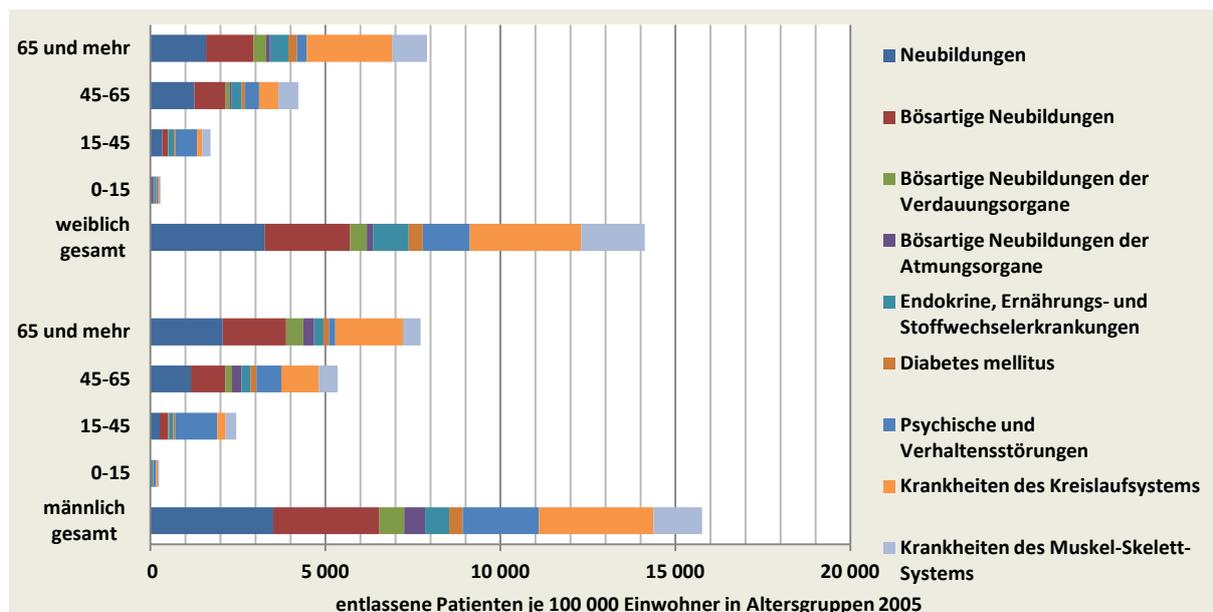


Abb. 12 Stationäre Behandlungsfälle - Aus den Krankenhäusern entlassene vollstationäre Patienten mit Wohnsitz in Halle, nach Diagnoseklassen, Geschlecht und Altersgruppen, 2005

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

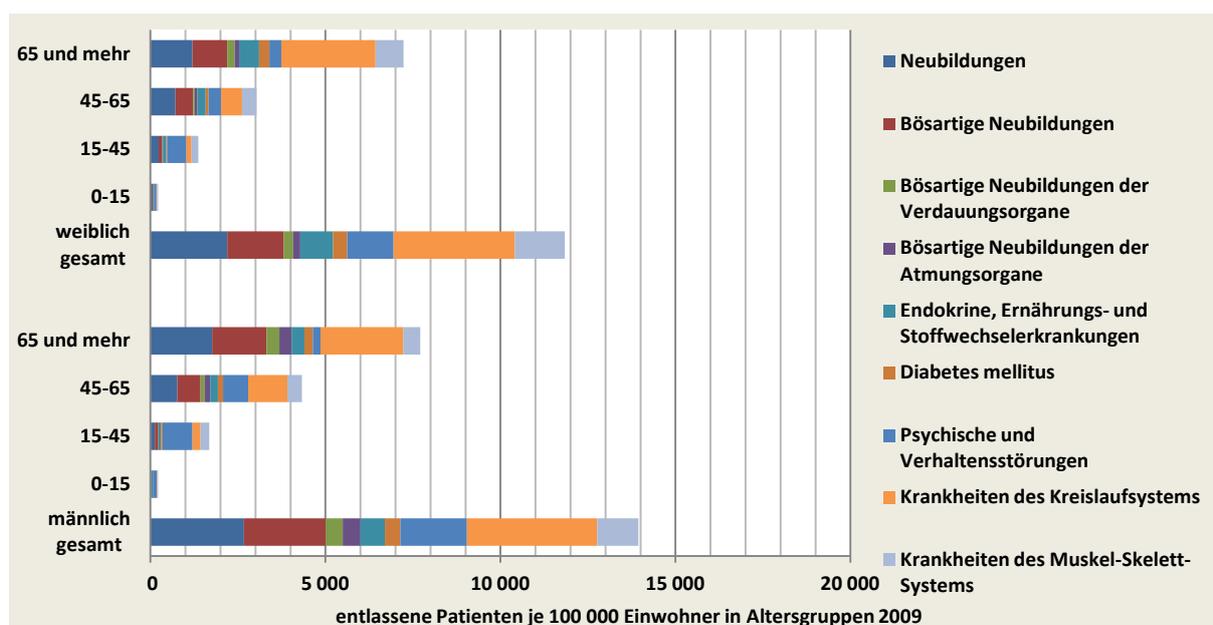


Abb. 13 Stationäre Behandlungsfälle - Aus den Krankenhäusern entlassene vollstationäre Patienten mit Wohnsitz in Halle, nach Diagnoseklassen, Geschlecht und Altersgruppen, 2009

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

Erkennbar ist, dass die aufgeführten Erkrankungszahlen vom Jahr 2005 zum Jahr 2009 in der überwiegenden Anzahl der Erkrankungen eine fallende und damit eine erfreuliche positive Tendenz aufweisen. Steigende Erkrankungszahlen treten vor allem in der Altersgruppe ab 65 Jahre auf.

Für die jüngeren Altersgruppen sind ansteigende Erkrankungszahlen festzustellen bei den bösartigen Neubildungen (Krebserkrankungen) der Atmungsorgane (Frauen: 45 bis 65 Jahre), den psychischen und Verhaltensstörungen (beide Geschlechter: 0 bis 15 Jahre und Männer: 45 bis 65 Jahre) sowie den Krankheiten des Kreislaufsystems (Männer und Frauen: 45 bis 65 Jahre).

3.3.1 Ausgewählte chronische Erkrankungen

Auf Grundlage der zur Verfügung stehenden statistischen Daten dominieren in der Stadt Halle und auch deutschlandweit seit Jahren die Herz-Kreislaufkrankungen und die Neubildungen, die ihrerseits einen hohen Anteil an den Todesursachen haben. Da es sich um Erkrankungen handelt die im Alter zunehmen sind diese Erkenntnisse eine weitere Bestätigung der Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung, der steigenden Lebenserwartung mit dem begleitenden Erkrankungsspektrum und nicht zuletzt damit ein Indiz der guten medizinischen Versorgung.

Für die Stadt Halle sind für ausgewählte chronische Erkrankungen folgende Feststellungen zu treffen.

- Die chronisch ischämischen Herzleiden sind in der Stadt Halle (und in Sachsen-Anhalt) tendenziell ansteigend.
- Die Anzahl der Herzinfarkte ist in der Stadt Halle entgegen dem Sachsen-Anhalt Trend zahlenmäßig gesunken.
- Insgesamt wurden weniger Schlaganfälle festgestellt.
- Die bösartigen Neubildungen sind auf hohem Niveau tendenziell abfallend. Eine Ausnahme bilden die Neubildungen der Atmungsorgane (Lungenkrebhäufigkeit).
- Die Krankenhausfälle infolge Diabetes mellitus liegen in Sachsen-Anhalt und der Stadt Halle über den deutschlandweit gemeldeten Erkrankungszahlen. Im Unterschied zu Sachsen-Anhalt sind in der Stadt Halle neben den Männern auch die Frauen der Altersgruppe über 65 Jahre tendenziell steigend erkrankt. Bei den jüngeren Altersgruppen wurde ein abfallender Trend festgestellt.

3.3.2 Hauptdiagnosen in der Stadt Halle und Verweildauer in den Krankenhäusern

In der folgenden Tabelle werden die häufigsten Hauptdiagnosen der Personen mit Hauptwohnsitz in der Stadt Halle, zusammen mit der Verweildauer in den Krankenhäusern Sachsen-Anhalts für das Jahr 2009, insgesamt und getrennt nach Geschlechtern dargestellt.

Gesamt je 100 000 Einwohner		Verweildauer in Tagen
Herzinsuffizienz	519	10,7
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	366	10,1
Intrakranielle Verletzung (Gehirnerschütterung)	297	2,5
Sonst. Formen der Herzkrankheit (Vorhofflattern u. -flimmern)	244	5,6
chronisch ischämische Herzkrankheit	221	6,6
männlich		
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	641	9,9
Herzinsuffizienz	470	10,4
Intrakranielle Verletzung (Gehirnerschütterung)	324	2,4
Bösartige Neubildungen der Prostata	320	5,7
Krankheiten der männlichen Genitalorgane	315	5,8
weiblich		
Herzinsuffizienz	563	10,9
Hypertonie (Bluthochdruck)	286	4,4
Intrakranielle Verletzung (Gehirnerschütterung)	273	2,5
Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung	267	3,7
Sonst. Formen der Herzkrankheit (Vorhofflattern u. -flimmern)	240	5,9

Abb. 14 Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten nach häufigen Hauptdiagnosen und Geschlecht je 100 000 Einwohner, Patientenwohnort Halle zusammen mit der Verweildauer im Krankenhaus (in Tagen), 2009

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

Als häufigste Erkrankungsdiagnosen treten Herzerkrankungen auf. Sie betreffen bei beiden Geschlechtern vorwiegend die Altersgruppe über 65 Jahre.

Die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol treten besonders häufig bei den männlichen Patienten, vorrangig in den Altersgruppen 15 bis 45 Jahre und 45 bis 65 Jahre auf.

Die häufigsten Einweisungsdiagnosen bei den jungen Patienten in der Altersgruppe von 0 bis 15 Jahren sind auf die intrakraniellen Verletzungen (Gehirnerschütterung) zurückzuführen.

Bei den chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, bei Diabetes mellitus und den Neubildungen sind gesundheitspräventive Maßnahmen gut möglich. Als beeinflussbare Risikofaktoren gelten das Zigarettenrauchen, der Bluthochdruck, das Übergewicht bis zur Adipositas, sowie die Störungen des Fettstoff- und Zuckerstoffwechsels. Die chronischen Erkrankungen manifestieren sich oft erst im mittleren oder höheren Alter. Prägende Ursachen für das spätere Krankheitsrisiko sind relevante Risikofaktoren schon in der Kindheit und Jugend, wie mangelnde körperliche Bewegung, Fehl- und Überernährung.

Die Adipositas und damit zusammenhängende Störungen im Kindesalter erhöhen z. B. im Erwachsenenalter das Risiko für eine Diabeteserkrankung.

Es gibt Hinweise, dass Depressionen als Risikofaktoren für die Herzinfarktentstehung gelten. Insgesamt steigt das Gesamterkrankungsrisiko im Erwachsenenalter mit der Gesamtmenge von Risikofaktoren aus der Kindheit.

Aus Studien ist bekannt, dass besonders zu Diabeteserkrankungen, Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruckrisiken die Informationen und das Wissen nicht ausreichend vorhanden sind.

Fazit:

Die Aussagen beruhen auf den vorhandenen ausgewerteten stationären Behandlungsfällen. Für den ambulanten Sektor liegen keine Aussagen der amtlichen Statistik vor.

- *Für chronische Erkrankungen wie das Herz-Kreislauf-System, Diabetes mellitus und Neubildungen gibt es erhebliches Präventionspotential. Zunehmend setzen Beteiligte, gesundheitspolitische Akteure (Angehörige v. Heilberufen, Krankenkassen, Versicherungen, Bürger und Patienten, Politiker, Wissenschaftler) Schwerpunkte, wo sie Bedarf zur Verbesserung festgestellt haben und entwickeln auch Verfahren und Verantwortlichkeiten für die Umsetzung. [7]*
- *Zu den präventiven und nachhaltigen Möglichkeiten in der Bevölkerung gehören:*
 - *Die stetigen Informationen über die Angebote der gesetzlichen Krankenversicherung zu Maßnahmen der Früherkennung von Krankheiten und die Motivation zu deren Inanspruchnahme.*
 - *Die Früherkennungsuntersuchungen und auch präventiv wirkende Möglichkeiten sollten verstärkt aktiv aus hausärztlicher Sicht an die Patient/Innen herangetragen und empfohlen werden.*

3.3.3 Psychische Erkrankungen

In vielen Veröffentlichungen, so auch in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, wird Auskunft über die Verbreitung psychischer Erkrankungen in Deutschland gegeben. Als klar definierte psychische Störungen werden u. a. Depression, Angststörungen, Alkoholabhängigkeit und Demenz benannt. Die psychischen Störungen gewinnen anteilmäßig an Bedeutung.

- So werden im Jahr 2020 unter den zehn wichtigsten Erkrankungen weltweit wahrscheinlich allein fünf psychische Störungsbilder zu finden sein (Murray, Lopez 1996).
- Nach aktuellen Schätzungen liegt die Depression in Deutschland bereits an dritter Stelle (WHO 2009).
- Aus einer repräsentativen Bevölkerungsstudie in Deutschland dem Bundesgesundheitsurvey 1998 wurden psychische Störungen anhand klinischer Diagnosen erhoben. Dabei zeigte sich, dass 42,6% der Menschen in Deutschland im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Störung erkranken (Jacobi et al. 2004).

Hinweise auf psychische Auffälligkeiten finden sich derzeit bei einem Siebtel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland.

In den neuen und alten Bundesländern zeigen sich insgesamt keine bedeutsamen Unterschiede. Hinweise auf psychische und Verhaltensauffälligkeiten fanden sich in der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, die nach Elternangaben von über 14 000 Kindern ausgewertet wurde, bei 14,7% der 3 bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Die Jungen sind in der Risikogruppe häufiger vertreten als Mädchen (17,8%:11,5%). [3]

In der Stadt Halle hat die Zahl der psychisch Kranken oder der seelisch behinderten Einwohner trotz des Rückganges der Bevölkerung nicht abgenommen. Die stationäre medizinisch-psychiatrische Behandlung wird von zwei Psychiatrischen Kliniken übernommen. Für das Jahr 2009 enthält die folgende Tabelle einen Überblick über die Anzahl der Hauptdiagnosen bei der vollstationären und teilstationären Aufnahme und Behandlung in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (PUK MLU) und dem AWO Psychiatriezentrum Halle (AWO PZH).

Ursache der Aufnahme	AWO PZH	PUK MLU	Gesamtanzahl von Aufnahmen
PsychKG (§§13/15)	131	110	241
BGB (§1906)	25	31	56
freiwillige Aufnahme	1 085	1 318	2 403

Abb. 15 Stationäre Aufnahmen im Jahr 2009

Quelle: Stadt Halle, Gesundheitsamt

Der Sozialpsychiatrische Dienst mit seinen drei auf das Stadtgebiet verteilten Beratungsstellen bietet psychisch kranken Menschen, die krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, für eine Behandlung eine Nervenarztpraxis oder Ambulanz aufzusuchen, eine Betreuung mit Beratungen, Diagnosestellungen, Vermittlung in das Hilfesystem sowie Begutachtungen für verschiedene Auftraggeber an.

Die Hilfsangebote für die psychisch Kranken werden unterteilt in:

- Medizinische Hilfen,
- Wohnen,
- Soziale Teilhabe/Beratungsstellen,
- Arbeit und Beschäftigung.

Nach einer Probephase erfolgte vor kurzem die Umwandlung der bisherigen Struktur der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Halle/Saalekreis unter Leitung der Stadt Halle und des Landkreises Saalekreis in eine „Kommunale Arbeitsgemeinschaft -PSAG- Halle/Saalekreis“ mit der Aufgabe der gemeinsamen Gestaltung und Sicherung der Angebote für psychisch kranke Menschen.

Auf der Grundlage der Förderung der Selbsthilfe nach Sozialgesetzbuch (SGB) V werden die regionalen Selbsthilfegruppen und die Paritätische Selbsthilfekontaktstelle Halle-Saalekreis des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (DPWV) durch die Krankenkassen gefördert. An der Finanzierung der Angebote beteiligt sich auch die Stadt mit dem Ziel der Stärkung und Sicherung der Selbstverantwortung der Betroffenen.

Die Versorgung psychisch kranker/auffälliger Kinder und Jugendlicher erfordert aufgrund des komplexen Reife- und Entwicklungsprozesses ein spezielles Hilfesystem, dass zu einem Teil durch die Jugendhilfe der Stadt Halle bestimmt wird. Daher sind neben den Leistungen der Krankenkasse und des überörtlichen Sozialhilfeträgers auch Leistungen der Jugendhilfe nach SGB VIII bestimmend.

Die stationäre Kinder- und jugendpsychiatrische / psychotherapeutische Versorgung für die Stadt Halle erfolgt schwerpunktmäßig durch die am St. Elisabeth/St. Barbara Krankenhaus bestehende Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychiatrie. Die zugehörige Institutsambulanz und ein Sozialpädiatrisches Zentrum bieten überregional ambulante Leistungen an.

Dabei ist die ambulante ärztliche Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung noch gewährleistet, eine Nachbesetzung durch den Wegfall einer Praxis ist jedoch erforderlich.

Gerontopsychiatrie

Das Ministerium für Gesundheit und Soziales prognostizierte im März 2009 mit dem Geriatriekonzept für das Jahr 2025 eine Erhöhung des Anteils der Menschen über 65 Jahre auf 31%. Das erfordert auch in der Stadt Halle die Entwicklung tragfähiger Lösungen im Einvernehmen mit den Kostenträgern und Leistungserbringern. Die im Alter auftretenden chronischen Erkrankungen (besonders dementiell und psychisch) schränken die Selbsthilfefähigkeit, die soziale Teilhabe und häufig die Behandlung von Begleiterkrankungen ein.

Die hohe Überschneidung zwischen medizinischen Behandlungsleistungen im Bereich der Gerontopsychiatrie und Geriatrie war Anlass für die Gründung einer Arbeitsgruppe „Initiative Demenznetz“ des Arbeitskreises Gerontopsychiatrie in der kommunalen Arbeitsgemeinschaft -PSAG- Halle/Saalekreis. In der Arbeitsgruppe sollen die Zusammenarbeit und die Hilfsangebote einzelner Leistungserbringer besser bekannt gemacht und vernetzt werden. In der stationären Versorgung behandeln das AWO Psychiatriezentrum Halle und die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg die Patienten über 66 Jahre auf einer gerontopsychiatrisch spezialisierten Station. Zusätzlich verfügt das Diakoniekrankenhaus über ein geriatrisches Zentrum mit stationären und ambulanten Plätzen und eine geriatrische Gedächtnisambulanz. Die ambulante Versorgung der gerontopsychiatrischen Patienten findet vorwiegend über die Hausärzte statt. Der Sozialpsychiatrische Dienst am Gesundheitsamt bietet neben einer ambulanten Erstdiagnostik sozialrechtliche und krankheitsbildbezogene Beratungen an. Seitens der kommunalen Verwaltung wurde im letzten Jahr eine Vereinbarung für die vernetzte Pflegeberatung mit den Pflegekassen abgeschlossen.

Besondere Personengruppen

Wohnungslose und von Wohnungslosigkeit betroffene Menschen:

Zu der Gruppe der Wohnungsnotfälle gehören oft Menschen, die psychisch krank, seelisch belastet, behindert sowie suchtkrank bzw. suchtgefährdet sind. Es wurde eine klientenbezogene Zusammenarbeit zur Erarbeitung von Soforthilfen und Hilfeplänen zwischen der Stadt Halle und verschiedenen Einrichtungen wie dem Haus der Wohnhilfe, dem Träger des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, der Evangelischen Stadtmission und dem Sozialamt vereinbart.

Migranten:

Zu den Migranten gehören u. a. auch Eingebürgerte, ehemalige DDR-Vertragsarbeiter mit Bleiberecht und EU-Bürger. Der Hilfebedarf resultiert hauptsächlich aus traumatisierten Erlebnissen und destabilisierenden Lebensumständen, aber auch aus psychotischen Erkrankungen. Die Beratungsstellen für Migranten und das Psychosoziale Zentrum für Migration bieten eine gute Basis der Zusammenarbeit, und zusammen mit dem Gesundheitsführer eine Hilfe für die Zugänglichkeit zu medizinischen und therapeutischen Hilfen.

Suizide

Auch Suizide sind häufig auf depressive Erkrankungen zurückzuführen. Aus der folgenden Grafik ist ersichtlich, dass sich die Suizidraten in der Stadt Halle in den letzten Jahren verringert haben. Aufgrund der bleibend hohen Anzahl psychischer Störungen in der Bevölkerung können daher auch die Ursachen des abnehmenden Trends in der verbesserten psychosozialen und medizinischen Versorgung liegen.

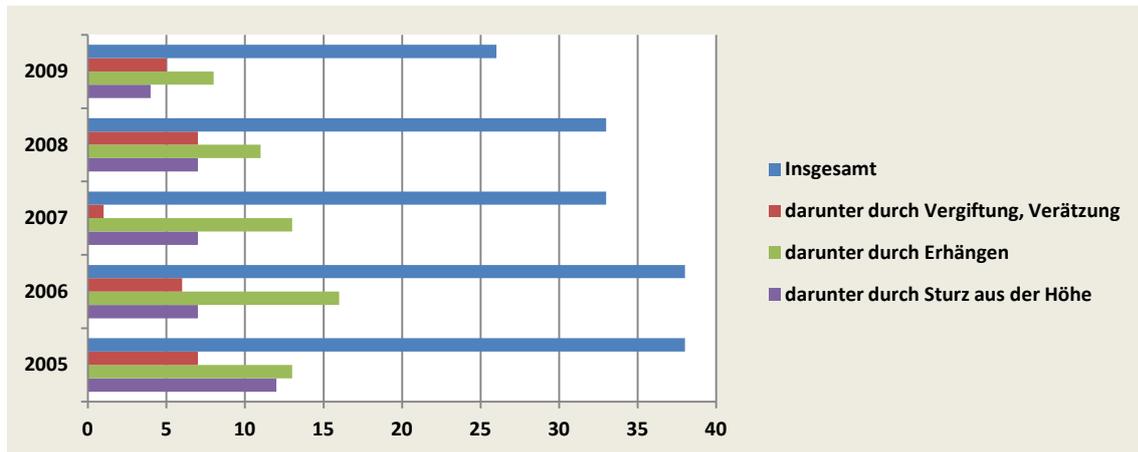


Abb. 16 Suizide in der Stadt Halle pro 100 000 Einwohner, 2005 bis 2009

Quelle: Stadt Halle, Polizeirevier Halle, Revierkriminaldienst, Amt für Bürgerservice (eigene Berechnung)

Fazit:

- Die Aufgabenstellungen aus der Psychiatrieplanung des Sozialpsychiatrischen Dienstes am Gesundheitsamt beinhalten den aktuellen Planungsstand der Versorgung und der Angebote für psychisch Kranke einschließlich Suchtkranker in der Stadt Halle und in Zusammenarbeit mit dem Saalekreis.
- Nach dem Gesetz über die Hilfen und Schutzmaßnahmen für Psychisch Kranke des Landes Sachsen-Anhalt (PsychKG LSA) - ist Personen, die an einer Psychose, einer Suchtkrankheit, einer anderen krankhaften seelischen oder geistigen Störung leiden durch die Organisation von „ortsnahen“ Hilfen, Vor- und Nachsorge und therapeutische Möglichkeiten, Linderung zu verschaffen.
- Im Sozialpolitischen Gesamtkonzept von 2009 des Landes Sachsen-Anhalt ist die Sicherstellung einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung als Daueraufgabe definiert worden. Im Vergleich zu anderen Bundesländern bestehen in Sachsen-Anhalt noch innovative Ressourcen (es gibt keine Soziotherapie, keine „Zu-Hause-Behandlung“, keine ambulante psychiatrische Pflege...).
- Der Anstieg der Zahl psychisch Kranker oder seelisch behinderter Einwohner hat trotz Rückgang der Bevölkerung nicht abgenommen. Dies beweist unter anderem die seit Jahren stabile und tendenziell steigende Zahl der sozialpsychiatrisch versorgten Klienten und die Inanspruchnahme stationärer, teilstationärer und ambulanter Angebote.

- *Die Zahlen der Eingliederungshilfeempfänger steigen landesweit.*
- *Im Bereich der psychiatrischen Versorgung ist Halle von Landkreisen umgeben, die diesbezüglich deutlich weniger Angebote haben. Dies führt dazu, dass Personen aus anderen Regionen Angebote in Halle nutzen. Nur der Saalekreis finanziert einige durch seine Bewohner genutzte Angebote in Halle anteilig mit (Begegnungsstätten, Suchtberatungsstellen). [8]*
- *Die geriatrische und gerontopsychiatrische Grundversorgung kann von der sinkenden Zahl der Hausärzte nicht geleistet werden. In der Stadt Halle fehlen gerontopsychiatrische oder geriatrische Schwerpunktpraxen.*
- *Aufgrund der Defizite besteht eine Forderung in der Schaffung qualifizierter Zentren, um über den stationären Bereich hinaus ambulant tätig werden zu können.*
- *Die ambulante Versorgung sollte stadtviertelweise und vernetzt, in der Nähe von öffentlichen Verkehrsmitteln, angesiedelt sein.*
- *Die weitere über das Jahr 2011 hinausgehende, gesicherte Verfügbarkeit von Dolmetschern ist für die Zugänglichkeit bestehender regionale Hilfen erforderlich.*

3.4 Meldepflichtige übertragbare Krankheiten

3.4.1 Gastrointestinale Erkrankungen

Im Infektionsschutzgesetz ist eine fallbezogene Meldepflicht für übertragbare Krankheiten vorgeschrieben. Ergänzend dazu gibt es in Sachsen-Anhalt, ähnlich anderen Bundesländern eine erweiterte Meldepflicht. In der sind über die im Infektionsschutzgesetz genannten Krankheiten hinaus bezeichnete Krankheiten und Krankheitserreger zu melden.

Zu den ausgewählten und hier näher erläuterten Erkrankungshäufigkeiten zählen die Gastrointestinalen Erkrankungen, die bei den Menschen vorzugsweise, aber nicht ausschließlich, über den Verzehr von Lebensmitteln (insbesondere nicht oder unzureichend erhitzte Fleischprodukte, Rohei enthaltene Speisen, nicht pasteurisierte Milch etc.) auftreten. Erreger sind meist Bakterien und Viren. Sie führen bei den Betroffenen zu Durchfällen und z. T. zu krampfartigen Bauchschmerzen.

An dieser Stelle werden die vier häufigsten Magen-Darm-Erkrankungen in der Stadt Halle näher betrachtet: Infektionen mit Campylobacter, Noroviren, Salmonellen und Rotaviren.

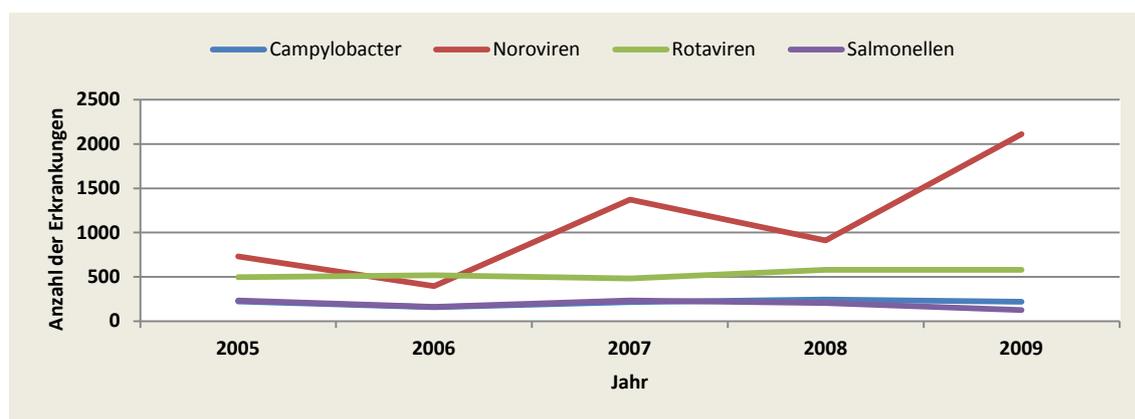


Abb. 17 Gesamterkrankungszahl der Campylobacter-Enteritiden, Norovirus-Gastroenteritiden, Rotaviruserkrankungen und der Salmonellosen in der Stadt Halle, 2005-2009

Quelle: Robert-Koch-Institut: SurvStat, <http://www3.rki.de/SurvStat>, Datenbestand: 16.12.2010

Die Gesamterkrankungszahlen der Rotaviruserkrankungen, der Campylobacter-Enteritiden und der Salmonellosen lagen im Betrachtungszeitraum (2005 bis 2009) jeweils auf annähernd gleichem Niveau. Die jährliche Fallzahl der Norovirus-Gastroenteritiden zeigte dagegen einen deutlichen Anstieg (2005:736; 2009:2 111). Die direkte Übertragung von Mensch zu Mensch über den Stuhl und das Erbrochene (eine minimale Infektionsdosis genügt bereits) ist eine Ursache für die sehr schnelle Infektionsausbreitung innerhalb von Gemeinschaftseinrichtungen und damit die hohe Zahl an Norovirus-Infektionen.

Die folgende Abbildung vergleicht die Inzidenzen der Campylobacter-Enteritiden (die Inzidenz entspricht der Erkrankungszahl bezogen auf 100 000 Einwohner) für die Stadt Halle mit den Inzidenzen für Sachsen-Anhalt und Deutschland.

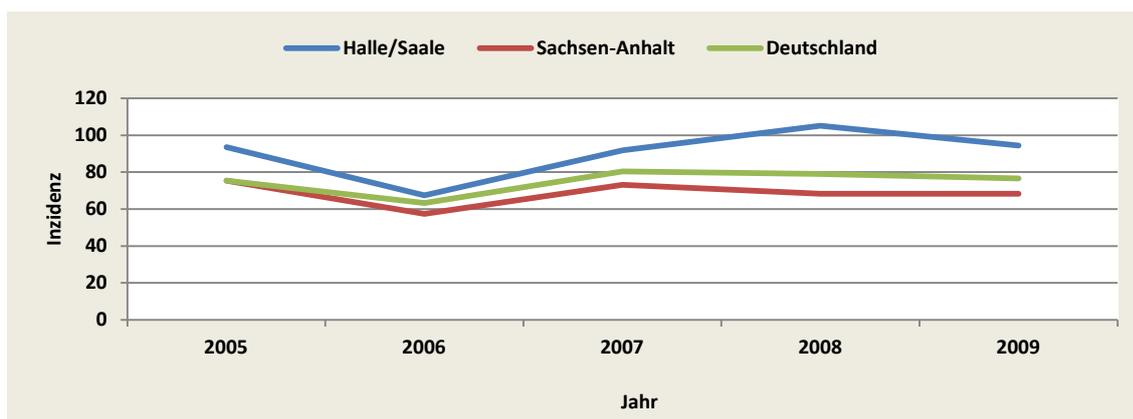


Abb. 18 Gesamtinzidenz der Campylobacter-Enteritiden in der Stadt Halle im Vergleich mit Sachsen-Anhalt und Deutschland, 2005 bis 2009

Quelle: Robert-Koch-Institut: SurvStat, <http://www3.rki.de/SurvStat>, Datenbestand: 16.12.2010

Dabei fällt auf, dass die Inzidenzen für die Stadt Halle im gesamten Betrachtungszeitraum deutlich über dem Landes- und Bundesdurchschnitt liegen.

Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über die Norovirus-Gastroenteritiden für das Jahr 2009. Diese Erreger traten über das gesamte Jahr verteilt auf. Eine saisonale Häufung war sowohl auf städtischer als auch auf Landes- und Bundesebene in den Wintermonaten festzustellen.

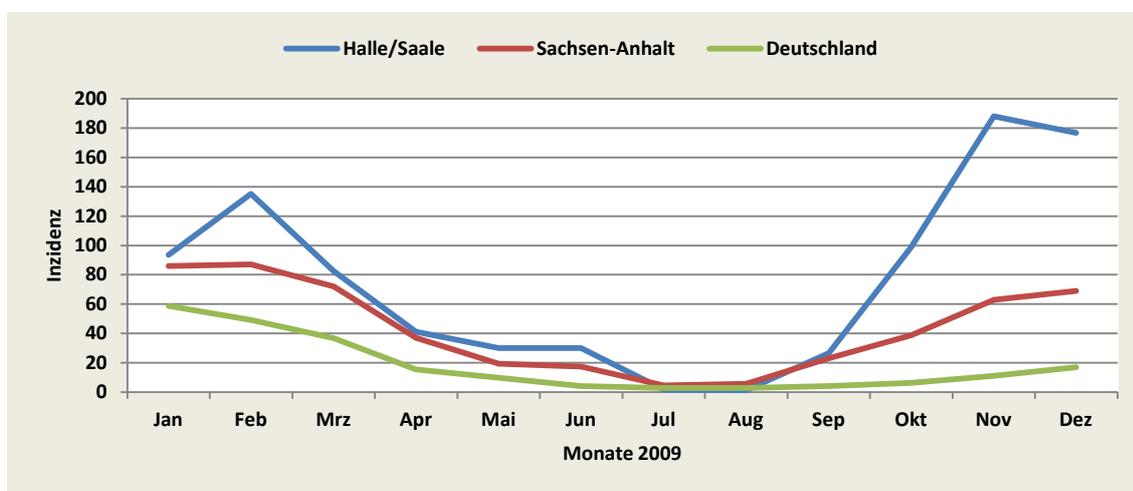


Abb. 19 Saisonale Verteilung der Norovirus-Gastroenteritiden in der Stadt Halle im Vergleich mit Sachsen-Anhalt und Deutschland, 2009

Quelle: Robert-Koch-Institut: SurvStat, <http://www3.rki.de/SurvStat>, Datenbestand: 16.12.2010

Die höchste Fallzahl des Jahres 2009 wurde in der Stadt Halle mit 482 Erkrankungen im November gemeldet.

Betrachtet man die Jahre 2005 bis 2009 so lag die Inzidenz der Noroviruserkrankungen im Vergleich mit Deutschland und Sachsen-Anhalt in der Stadt Halle in nahezu allen betrachteten Jahren z. T. erheblich über den Bundes- und Landesinzidenzen.

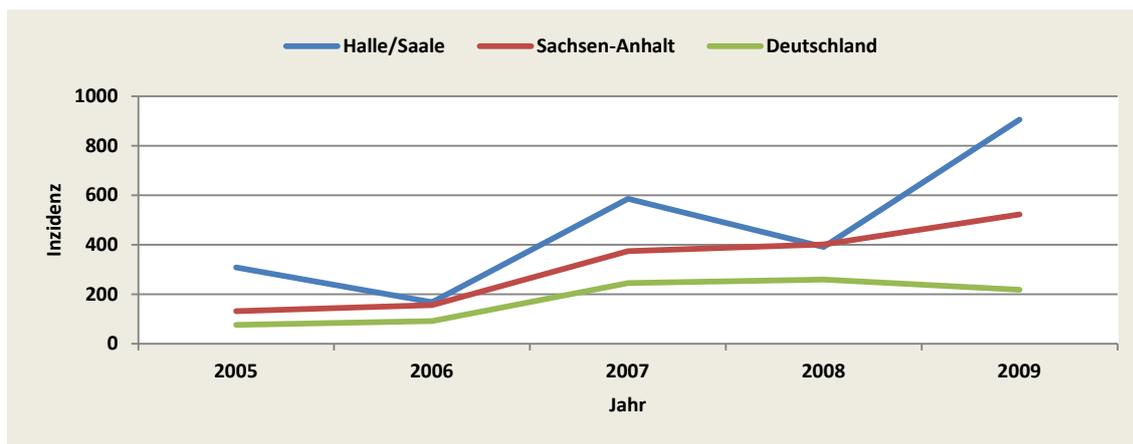


Abb. 20 Gesamtinzidenz der Norovirus-Gastroenteritiden in der Stadt Halle im Vergleich mit Sachsen-Anhalt und Deutschland, 2005 bis 2009

Quelle: Robert-Koch-Institut: SurvStat, <http://www3.rki.de/SurvStat>, Datenbestand: 16.12.2010

Eine Besonderheit stellen die zahlreichen Erkrankungshäufungen dar. Im Jahr 2009 konnten in Halle 858 Noroviruserkrankungen zu 64 Erkrankungshäufungen zugeordnet werden. Betroffen waren vor allem 16 Altenheime und 19 Kindertagesstätten. In insgesamt 29 Fällen waren die Krankenhäuser betroffen.

Infektionen mit Enteritis-Salmonellen sind seit 2007 sowohl auf städtischer als auch auf Bundes- und Landesebene rückläufig. Im Jahr 2009 lag die Inzidenz der Salmonellosen für die Stadt Halle (54,50 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner) geringfügig unter der Inzidenz für Sachsen-Anhalt (56,76 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner) und deutlich über der Inzidenz für das gesamte Bundesgebiet (38,29 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner).

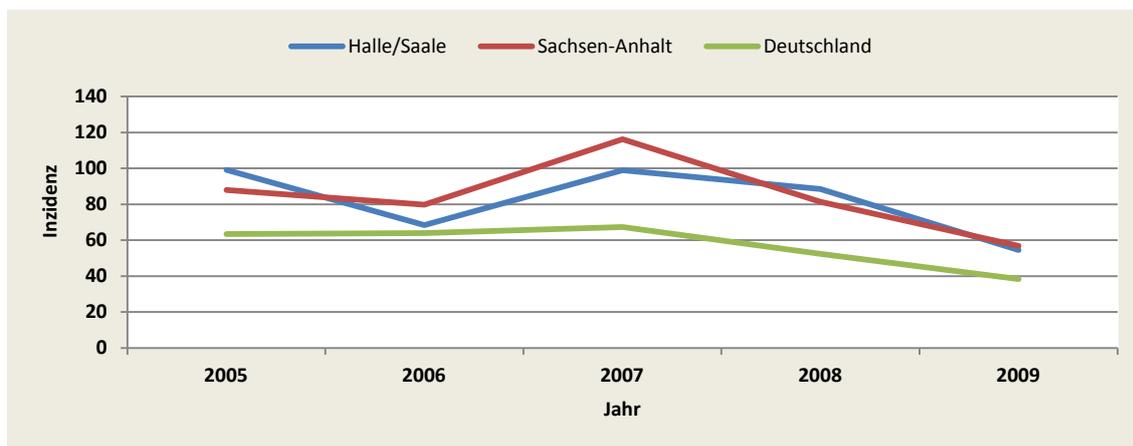


Abb. 21 Gesamtinzidenz der Salmonellosen in der Stadt Halle im Vergleich mit Sachsen-Anhalt und Deutschland, 2005 bis 2009

Quelle: Robert-Koch-Institut: SurvStat, <http://www3.rki.de/SurvStat>, Datenbestand: 16.12.2010

Salmonellosen treten vorwiegend in den Sommermonaten auf. Ein typischer Anstieg der Fallzahlen war im Jahr 2009 in der Stadt Halle in den Monaten Juni (21 Erkrankungen) und August (24 Erkrankungen) zu verzeichnen.

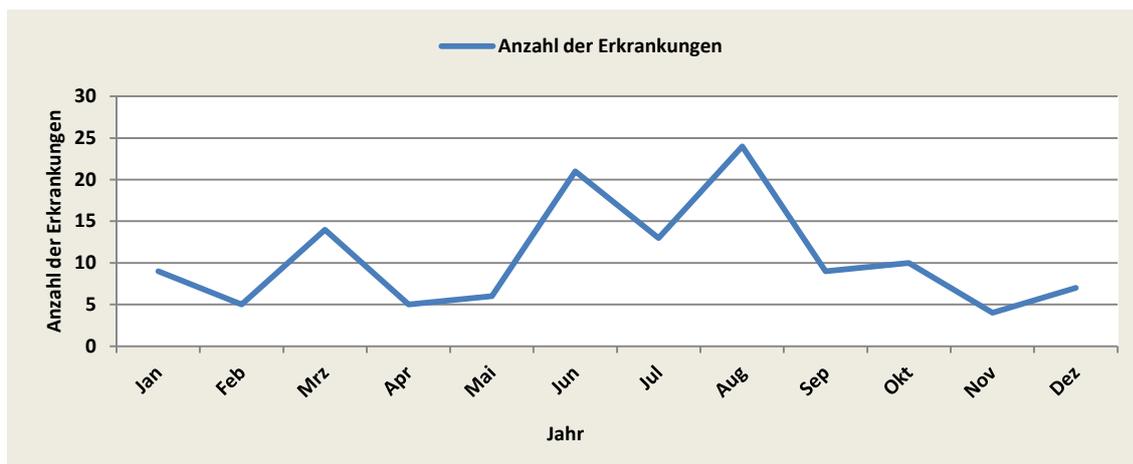


Abb. 22 Saisonale Verteilung der Salmonellosen in der Stadt Halle, 2009

Quelle: Robert-Koch-Institut: SurvStat, <http://www3.rki.de/SurvStat>, Datenbestand: 16.12.2010

Die Inzidenz der Rotaviruserkrankungen lag im betrachteten Zeitraum deutlich über den Inzidenzen für Sachsen-Anhalt und Deutschland.

Im Jahr 2009 lag die Inzidenz für die Saalestadt auf dem Wert des Vorjahres (2008 und 2009 jeweils: 248,05 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner).

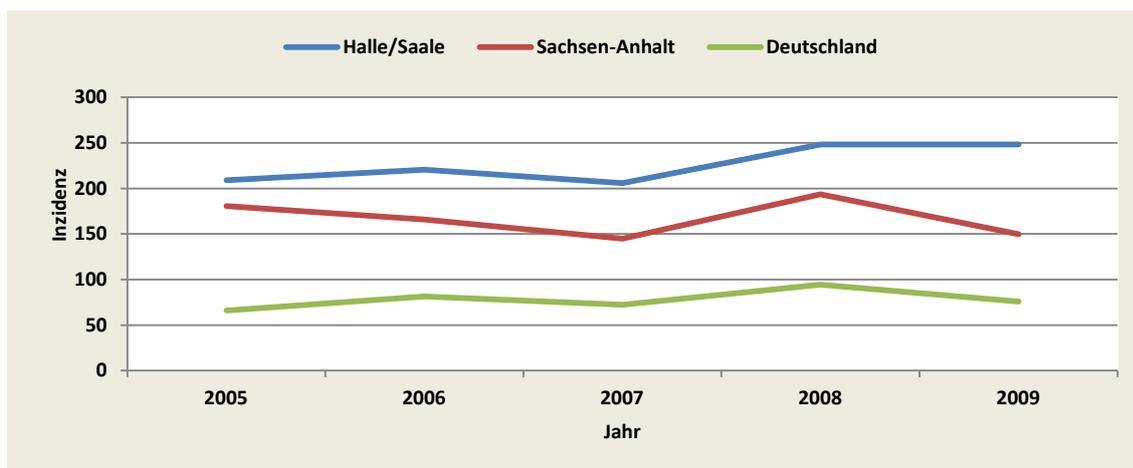


Abb. 23 Gesamtinzidenz der Rotaviruserkrankungen in der Stadt Halle im Vergleich mit Sachsen-Anhalt und Deutschland, 2005 bis 2009

Quelle: Robert-Koch-Institut: SurvStat, <http://www3.rki.de/SurvStat>, Datenbestand: 16.12.2010

Die Rotaviruserkrankungen traten im Zeitraum 2005 bis 2009 überwiegend bei den unter 1-jährigen und den 1-jährigen Kindern auf. Virale Darminfektionen sind die häufigste Ursache der Erkrankungen bei Kindern.

Die höchste altersspezifische Inzidenz (die altersspezifische Inzidenz entspricht die Anzahl Erkrankter einer Altersgruppe bezogen auf 100 000 Personen dieser Altersgruppe) wurde bei den 1-jährigen Kindern mit 8 228,23 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner dieser Altersgruppe registriert. Das Geschlechterverhältnis war ausgewogen: in dem betrachteten Zeitraum erkrankten 1 335 (50,3%) der weiblichen Personen und 1 319 (49,7%) Personen männlichen Geschlechts.

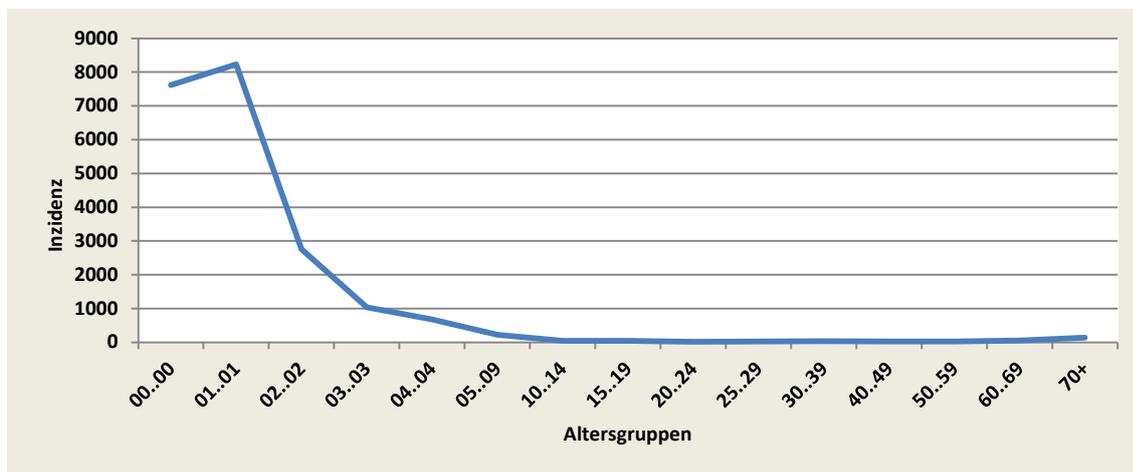


Abb. 24 Rotaviruserkrankungen, altersspezifische Inzidenzen, Stadt Halle, 2005 bis 2009

Quelle: Robert-Koch-Institut: SurvStat, <http://www3.rki.de/SurvStat>, Datenbestand: 16.12.2010

Zur Prävention gastrointestinaler Erkrankungen ist die konsequente Einhaltung der Hygienevorschriften bei der Gewinnung, Verarbeitung, beim Transport und Verkauf sowie bei der Zubereitung tierischer Lebensmittel entscheidend.

Im Erkrankungsfall ist die Toiletten- und Händehygiene bzw. die Händedesinfektion von großer Bedeutung. In Deutschland sind seit Februar bzw. Juni 2006 zwei Lebendimpfstoffe gegen Rotaviren für Säuglinge bis zur vollendeten 24. bzw. 26. Lebenswoche zugelassen. Die Akzeptanz einer Impfung mit dem Rotavirusimpfstoff ist noch zu niedrig.

Weitergehende Informationen zu den einzelnen Erkrankungen, zur Symptomatik und Therapie sowie zur Prävention sind zu finden in den Merkblättern unter www.halle.de.

Neue Influenza A H1 N1

Eine Besonderheit im Jahr 2009 war das weltweit auftretende neue Virus Influenza A H1 N1, auch bezeichnet als „Schweinegrippe“. Nach einer Änderung der Meldepflicht im April 2009 war der Krankheitsverdacht, die Erkrankung und der Tod eines Menschen an Influenza A H1 N1 namentlich zu melden.

Ab April 2009 wurden im Gesundheitsamt der Stadt Halle 931 laborbestätigte Erkrankungen erfasst. In 15 Gemeinschaftseinrichtungen traten Erkrankungshäufungen auf. Zusätzlich wurden 1 050 Verdachtsfälle gemeldet. Ab November 2009 stand ein Impfstoff zur Verfügung.

3.4.2 Virushepatitiden und Tuberkulose

Hepatitis A

Hepatitis A (Gelbsucht) wird durch verschiedene Viren ausgelöst. Die Übertragung der Hepatitis A ist fäkal-oral durch Kontakt- und Schmierinfektion oder indirekt durch kontaminierte Lebensmittel oder durch Wasser möglich. Auch für Fernreisende die unter niedrigem Hygienestandard reisen ist das Risiko erhöht.

Im Zeitraum von 2005 bis 2009 wurden in der Stadt Halle insgesamt 10 Fälle an Hepatitis A gemeldet. Damit lag die Inzidenz der Hepatitis-A-Erkrankungen in der Stadt Halle im Jahr 2005 unter dem Landes- und Bundesdurchschnitt und 2006 bis 2008 zwischen beiden Werten, mit einem Maximum im Jahr 2008 (1,29 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner). Im Jahr 2009 erreichte die städtische Inzidenz den niedrigsten Wert des betrachteten Zeitraums (0,43 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner) und lag damit sowohl unter dem Landes- als auch deutlich unter dem Bundesdurchschnitt.

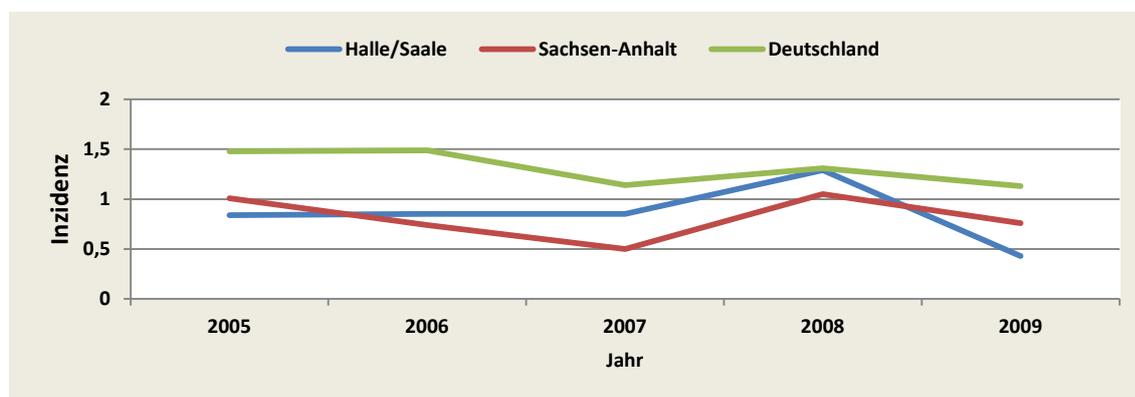


Abb. 25 Inzidenz der Hepatitis-A-Erkrankungen, Stadt Halle, Sachsen-Anhalt und Deutschland im Vergleich, 2005 bis 2009,

Quelle: Robert-Koch-Institut: SurvStat, <http://www3.rki.de/SurvStat>, Datenbestand: 16.12.2010

Betroffen waren die Altersgruppen 5 bis 9 Jahre und 30 bis über 70 Jahre. Die höchste altesspezifische Inzidenz mit 2,42 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner wurde in der Altersgruppe der 5-9-jährigen ermittelt.

Hepatitis B

Der Übertragungsweg der Hepatitis B Viren sind Blut- und Sexualkontakte. Das betrifft neben intravenösem Drogenkonsum die Infektionen über ungeschützten Geschlechtsverkehr.

Das Robert-Koch-Institut hat über die Ständige Impfkommission die Empfehlung einer Regelpfimpfung gegen Hepatitis B im Kindesalter herausgegeben, deren Verabreichung auch in Kombination gegen Hepatitis A möglich ist.

Die Inzidenz der Hepatitis-B-Erkrankungen in der Stadt Halle lag im Betrachtungszeitraum über dem Landes- und Bundesdurchschnitt. Der niedrigste Wert wurde im Jahr 2009 mit 1,29 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner registriert. Insgesamt wurden im Zeitraum von 2005 bis 2009 insgesamt 52 Hepatitis-B-Infektionen ermittelt, in der Tendenz abfallend. Betroffen waren Personen ab 15 Jahre.

Die höchste altersspezifische Inzidenz mit 10,71 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner trat in der Altersgruppe der 40-49-jährigen auf.

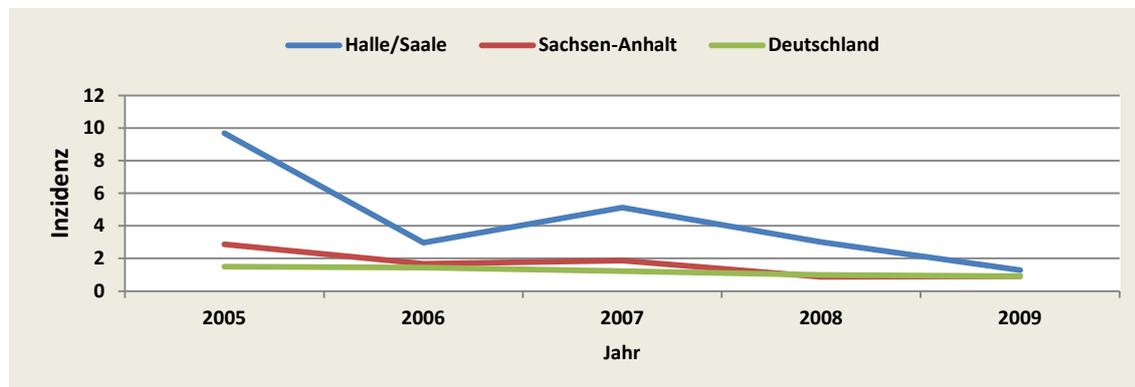


Abb. 26 Inzidenz der Hepatitis-B-Erkrankungen in der Stadt Halle, Sachsen-Anhalt und Deutschland im Vergleich, 2005 bis 2009

Quelle: Robert-Koch-Institut: SurvStat, <http://www3.rki.de/SurvStat>, Datenbestand: 16.12.2010

Für die übrigen Hepatitis-Erkrankungen der Formen C, D und E liegen keine Impfstoffe vor. Erwähnenswert ist die Hepatitis C. Hier wurden im Jahr 2008 insgesamt 36 Fälle ermittelt, im Jahr 2009 waren es 43 Erkrankungen.

Die Übertragungswege in der Bevölkerung sind noch weitgehend ungeklärt, ausgenommen die Übertragung über die nicht sterilen Nadeln intravenöser Drogensüchtiger.

Tuberkulose

Die Tuberkulose (Tb) ist eine durch Bakterien hervorgerufene und weltweit verbreitete Erkrankung, die überwiegend als Lungentuberkulose auftritt und sich im weiteren Verlauf auch auf andere Organe ausweiten kann. Deutschlandweit wurden 2009 absolut 4 446 Fälle gemeldet, die die vorgegebenen Referenzdefinitionen erfüllen, was einer Tb-Inzidenz von 5,4 Fällen pro 100 000 Einwohner entspricht. [9]

In Sachsen-Anhalt wurden im Jahr 2009 insgesamt 129 Tuberkulosefälle übermittelt. Die Inzidenz lag bei 5,24 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner (2008: 5,69). In den letzten Jahren ist ein moderater Rückgang von Fallzahl und Inzidenz festzustellen. [10]

In der Stadt Halle wurden im Jahr 2009 insgesamt 18 Erkrankungen erfasst, das entspricht einer Inzidenz von 7,64 pro 100 000 Einwohner.

Vergleichend zum Land Sachsen-Anhalt und Deutschland tritt die Tuberkulose in Halle häufiger auf. Die Differenz ist mit großer Wahrscheinlichkeit auf die städtische Struktur zurückzuführen.

Die Tuberkulose tritt weltweit auf und gehört auch zu den weltweit am häufigsten auftretenden 10 Erkrankungen. In einigen Ländern der Welt ist sie stark verbreitet, so dass bei den Ermittlungen nach dem Infektionsschutzgesetz u. a. das Geburtsland und die Staatsangehörigkeit der erkrankten Person anzugeben sind. Damit findet die erhöhte Ansteckungsgefahr durch Migranten aus gefährdeten Gebieten Berücksichtigung.

Zusätzlich führt das Gesundheitsamt nach Eingang der Meldung weitere Ermittlungen durch, die neben den Kontaktpersonen des Infizierten auch Personen aus dem Lebens- und Wohnbereich des Patienten einschließen.

Eine erhöhte Gefahr sind Reisende aus östlichen Ländern sowie Drogensüchtige und anderweitig abwehrgeschwächte Personen. Daher werden z. B. in den Gemeinschaftsunterkünften und bei Umgebungsuntersuchungen notwendige Untersuchungen angeordnet.

3.4.3 Sexuell übertragbare Krankheiten - AIDS

Als AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) wird eine definierte Gruppe von Krankheiten bezeichnet, die für das Endstadium der chronisch verlaufenden Infektion mit dem HIV (Human Immunodeficiency Virus) charakteristisch ist. Das Virus verursacht irreversible Schädigungen des Immunsystems. Der Zeitraum zwischen der Infektion und dem Endstadium der Erkrankung beträgt im Mittel etwa 10 Jahre. Eine HIV-Infektion führt i. d. R. zum Tod, ein kleiner Teil der Betroffenen bleibt jedoch über lange Zeiträume symptomfrei. Studien zeigen, dass sich 14 Jahre nach der Infektion rund 70 % der Patienten im Endstadium von AIDS befinden oder verstorben sind. [11]

Die folgende Grafik enthält einen Vergleich der gemeldeten HIV-Diagnosen pro 100 000 Einwohner.

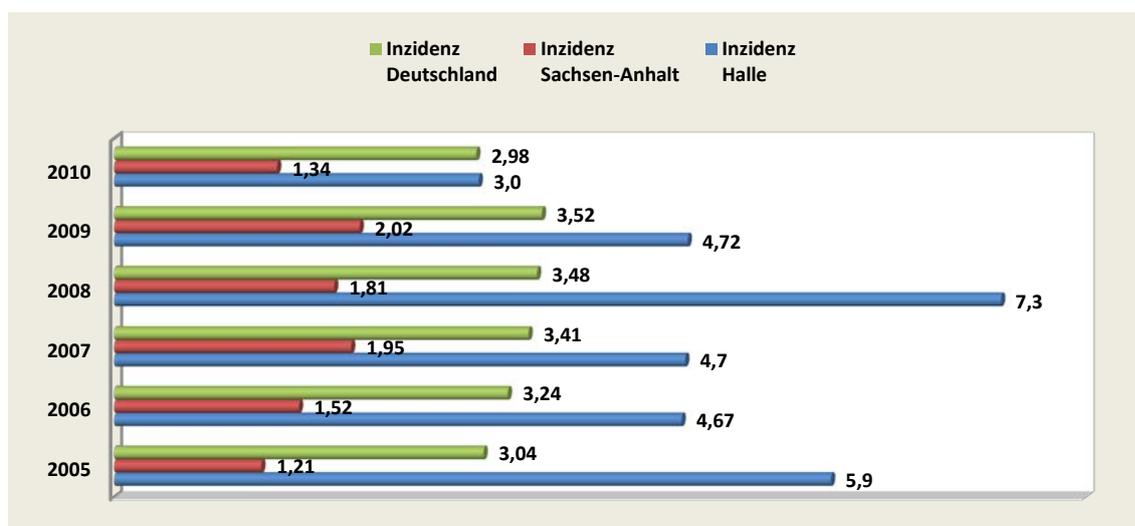


Abb. 27 Gemeldete HIV-Neu-Diagnosen pro 100 000 Einwohner nach Jahr, in der Stadt Halle, in Sachsen-Anhalt und in Deutschland in den Jahren 2005 bis 2010,

Quelle: Fälle entsprechend der Referenzdefinition des RKI; Datenstand: 01.01.2011

Nach dem Infektionsschutzgesetz werden über die Gesundheitsämter anonyme Beratungen und Untersuchungen zu HIV und AIDS sowie zu weiteren sexuell übertragbaren Krankheiten angeboten.

Nach Mitteilungen des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt zum Welt-Aids-Tag am 1. Dezember 2010 wurden im Jahr zuvor beim Robert-Koch-Institut 48 HIV-Erstdiagnosen für Sachsen-Anhalt ausgewiesen. Das sind fünf mehr als im Jahr 2008. Unter den Neuinfizierten waren 38 Personen männlichen Geschlechts.

Häufigste Ursache einer HIV-Infektion bei Männern war der ungeschützte Geschlechtsverkehr mit homo- oder bisexuellen Männern. Rund drei Viertel aller Männer infizierten sich auf diese Weise. Damit bilden homo- bzw. bisexuelle Männer das größte Infektionsrisiko. [12]

Geschlecht	2005	2006	2007	2008	2009
männlich	12	8	7	14	7
weiblich	2	3	4	3	4

Abb. 28 Gemeldete HIV-Neu-Diagnosen nach Geschlecht und Meldejahr, Deutschland, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, Bundesländer: Sachsen-Anhalt; Regierungsbezirke: Sachsen-Anhalt; Kreise: SK Halle (Saale); Fälle entsprechend der Referenzdefinition des RKI; Datenstand: 01.02.2011

Quelle Robert Koch-Institut: SurvStat, <http://www3.rki.de/SurvStat>, Datenstand: 26.01.2011

Fazit

- *Trotz der guten medizinischen Versorgung bleibt in Deutschland die Zahl der Neuinfektionen hoch.*
- *Die Infektionsrisiken in Deutschland sind unterschiedlich verteilt, so dass neben den Aufklärungs- und Informationskampagnen an die gesamte Bevölkerung auch zielgruppenspezifische präventive Maßnahmen durchgeführt werden, wie z. B. präventive Maßnahmen zum Schutz vor der sexuellen Übertragung von HIV in den Hauptbetroffenengruppen; bei Personen mit Drogenkonsum-assoziiertem, dem homosexuellen und zunehmend auch heterosexuellem Infektionsrisiko (z. B. Prostitution).*
- *Die Prävention ist mit den Bereichen der Betreuung und Behandlung zu vernetzen, dabei sind Defizite in der illegalen und legalen Migration zu berücksichtigen.*
- *Die HIV/ AIDS Problematik ist in die Ausländerarbeit zu integrieren. Zur Zeit gibt es bundesweit keine einheitliche Regelung für HIV/ AIDS-Test -und Beratungsangebote für Asylsuchende.*

3.5 Lebenserwartung und Sterblichkeit

Die mittlere Lebenserwartung ist die Zahl der Jahre, die ein neugeborenes Kind unter Annahme der gegenwärtigen Sterblichkeitsverhältnisse im Schnitt leben würde. [5]

Die allgemeine Sterblichkeit dient der Einschätzung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung, da in ihr alle verkürzenden und verlängernden Lebensbedingungen summiert eingehen. Vorzeitig auftretende Sterbefälle (Sterblichkeit unter 65 Jahre) geben Rückschlüsse auf besondere Gesundheitsrisiken, denen erhöhte Aufmerksamkeit beizumessen ist.

Die Berechnung der Lebenserwartung erfolgt in Deutschland über die aktuellen Sterbetafeln des Statistischen Bundesamtes, welche die exakte Zahl der Überlebenden und Gestorbenen pro 100 000 Einwohner früherer Jahrgänge nach dem durchschnittlichen Lebens- bzw. Sterbealter in Jahren ausweisen. Die Entwicklung von Lebenserwartung und Sterblichkeit geben Hinweise auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung. Zu Beginn der 1990er-Jahre zeigte sich ein Ost-West-Unterschied in der mittleren Lebenserwartung bei Geburt zu Ungunsten der neuen Bundesländer. Inzwischen sind noch verbleibende Ost-West-Unterschiede in der mittleren Lebenserwartung bei Geburt erheblich geschrumpft. Die Sterblichkeitsverhältnisse von Ost- und Westdeutschland haben sich bisher bei den Frauen stärker angeglichen. [3]

Die folgende Tabelle zeigt einen Überblick der Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland im Vergleich zu den neuen Bundesländern.

Periodensterbetafel des Jahres	Region	Geschlecht	
		Männer	Frauen
2005/2007	Deutschland	76,89	82,25
2005/2007	Neue Länder	75,80	82,02
2006/2008	Deutschland	77,17	82,40
2006/2008	Neue Länder	76,09	82,20
2007/2009	Deutschland	77,33	82,53
2007/2009	Neue Länder	76,27	82,37

Abb. 29 Durchschnittliche Lebenserwartung im Alter in Jahren: Lebenserwartung bei Geburt, in Deutschland und in den Neuen Bundesländern, unterteilt nach Geschlecht, 2005/2007 bis 2007/2009

Quelle: © GeroStat - [Deutsches Zentrum für Altersfragen](#), Berlin. Basisdaten: [Statistisches Bundesamt](#), Wiesbaden - [Bevölkerungsstatistik: Geburten und Sterbefälle](#)

In Sachsen-Anhalt ist die durchschnittliche Lebenserwartung in den Jahren 2007/2009 bei den Männern auf 75,25 Jahre (2005/2007:74,87) und bei den Frauen auf 81,59 Jahre (2005/2007:81,29) gestiegen.

Es wird davon ausgegangen, dass die Ursachen der Geschlechtsunterschiede bei der Lebenserwartung in den biologisch-konstitutionellen Faktoren liegen, daneben vor allem soziale, ökonomische und kulturelle Variablen, die sich in geschlechtsdifferenten Verhaltensweisen und Lebensumständen widerspiegeln. Hier werden u. a. das Rauchverhalten, der Alkoholkonsum, die Ernährungsweisen, das riskante Verhalten (z. B. im Straßenverkehr) sowie das Gesundheitsverhalten hervorgehoben. [13]

Fazit:

- *Die Lebenserwartung differiert zwischen den Männern und Frauen zu Ungunsten der Männer. Neben der Forschung sind die Politik und das Gesundheitssystem gefordert geschlechtsspezifische Zusammenhänge erkennbar zu machen.*
- *Darüber hinaus sind geeignete zielgruppenorientierte Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen.*

3.6 Häufigste Todesursachen

Aufgrund fehlender Krankheitshäufigkeitsstatistiken dient die Todesursachenstatistik als umfassende Statistik der Analyse, der Verbreitung und Bedeutung einzelner Krankheiten. Die häufigsten Todesursachen werden nach Einzeldiagnosen klassifiziert, das jeweilige Grundleiden welches zum Tod geführt hat, wird statistisch erfasst. Unberücksichtigt bleiben die Begleitumstände, gleichzeitig vorliegende verschiedene Erkrankungen und Krankheitsverläufe. So ist die Erhöhung der Lebenserwartung vergleichend zum letzten Jahrhundert mit einem veränderten Todesursachenspektrum einhergegangen. Die früher vorherrschenden Infektionskrankheiten wurden durch andere Krankheitsgruppen abgelöst. In der heutigen Zeit bilden Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, die Neubildungen (Krebsleiden) sowie die Endokrinen-, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten die häufigsten Todesursachen.

In der folgenden Grafik sind die Sterbefälle nach Haupttodesursachen je 100 000 Einwohner in Deutschland, Sachsen-Anhalt und Stadt Halle für das Jahr 2009 vergleichend dargestellt.

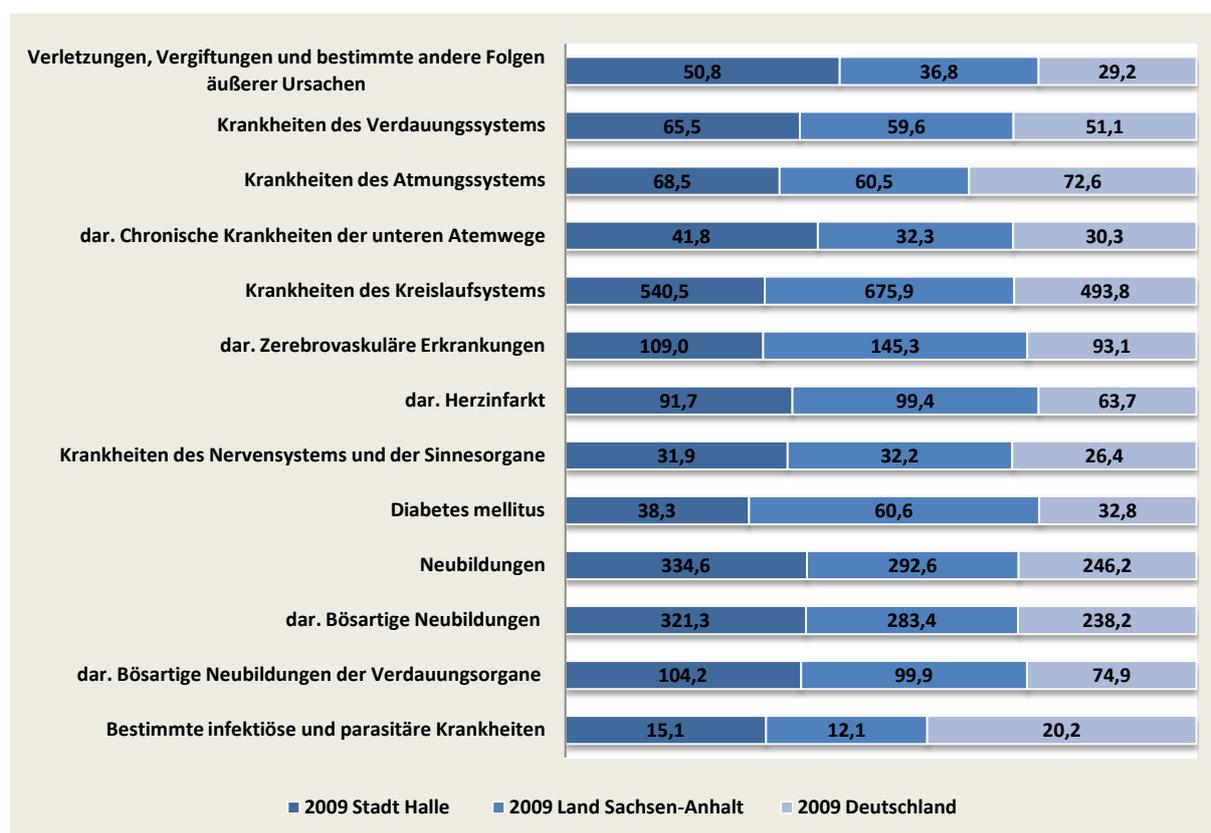


Abb. 30 Sterbefälle nach Haupttodesursachen in Deutschland, Sachsen-Anhalt und Stadt Halle je 100 000 Einwohner, 2009

Quelle Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

Vergleichend mit Deutschland und Sachsen-Anhalt treten in der Stadt Halle besonders häufig die Neubildungen, darunter die bösartigen Neubildungen, die Erkrankungen des Verdauungssystems und die chronischen Krankheiten der unteren Atemwege sowie die Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen auf.

In der Stadt Halle gibt es dafür weniger Todesfälle an Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit ihren Einzeldiagnosen.

Die Haupttodesursachen vor allem im höheren Alter, sind die Krankheiten des Kreislaufsystems. Besonders die chronisch ischämische Herzkrankheit mit ihren Folgeerkrankungen, zu der auch der Herzinfarkt zählt, führt in ihrer Häufigkeit die Sterbestatistik für die Jahre 2005 und 2009 in der Stadt Halle, in Sachsen-Anhalt (Ausnahme männliche Einwohner - 2. Rang) und auch deutschlandweit an. Diese Erkrankung führt vor allem in der Altersgruppe 65 und älter zum Tod.

Während in der Stadt Halle in den Jahren 2005 und 2009 mehr Personen daran verstarben, ist in Sachsen-Anhalt und Deutschland die Tendenz leicht fallend.

Die Relevanz ist in der anschließenden Grafik nochmals für die Stadt Halle dargestellt.

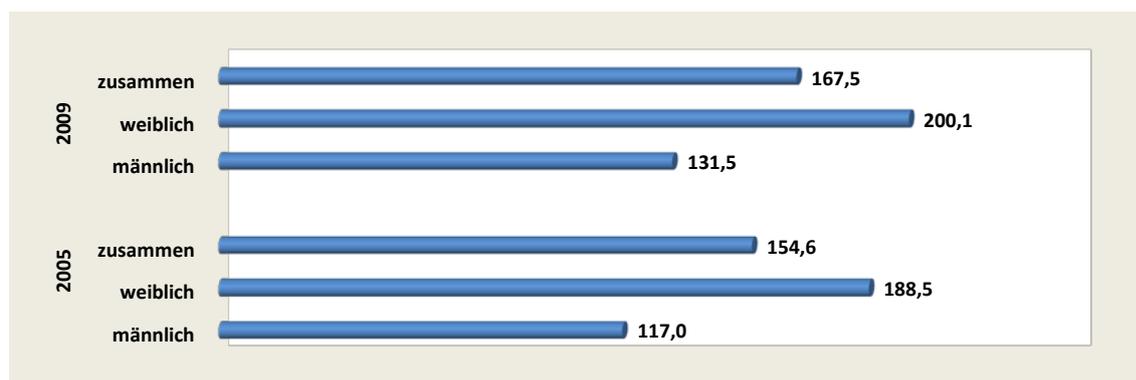


Abb. 31 Sterbefälle in der Stadt Halle durch die chronisch ischämische Herzkrankheit als häufigste Todesursache, Gestorbene je 100 000 Einwohner, unterteilt nach Geschlecht, 2005 und 2009

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

In der Altersgruppe 45 bis 65 Jahre nimmt neben den o. g. Herz-Kreislauf-Erkrankungen bereits die Krebssterblichkeit zu. Es dominieren in der Altersgruppe ab 45 Jahre und älter bei den Männern die bösartigen Neubildungen der Bronchien, der Lunge und der Prostata, der alkoholischen Leberkrankheit und der bösartigen Neubildungen im Bereich der Verdauungsorgane.

Die Frauen versterben in dieser Altersgruppe häufig an bösartigen Neubildungen der Brustdrüse (Brustkrebs), bösartigen Neubildungen der Atemorgane sowie bei den Kreislaufkrankheiten speziell am Schlaganfall.

Bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 25 Jahren sind die Verletzungen einschließlich der Unfälle die Haupttodesursache. Mit zunehmendem Alter gewinnen bei beiden Geschlechtern die Herz-Kreislauf-Leiden an Bedeutung. [5]

Die Säuglingssterblichkeit wird über die Säuglingssterbeziffer dargestellt, die sich auf die Zahl der gestorbenen Säuglinge auf 1 000 Lebendgeborene des gleichen Zeitraumes bezieht. Die hauptsächlichen Todesursachen liegen im Ursprung in der Perinatalperiode, anteilmäßig zu benennen sind vor allem Krankheiten des Atmungs- und Kreislaufsystems.

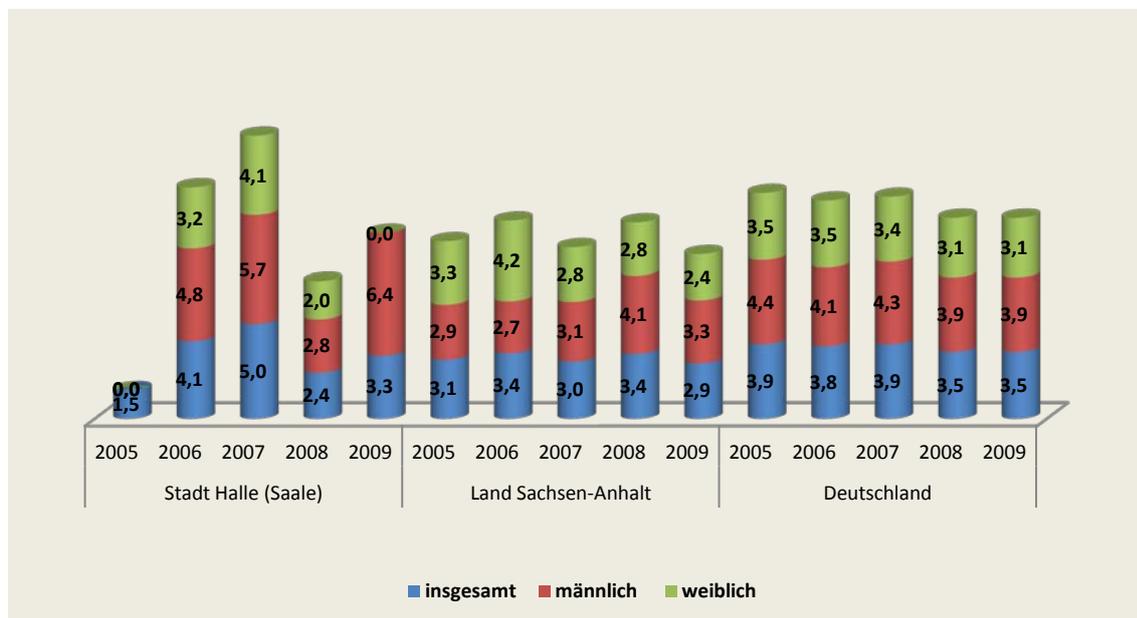


Abb. 32 Säuglingssterbefälle nach Geschlecht im ersten Lebensjahr (je 1000 Lebendgeborene), 2005 bis 2009 (ohne Totgeborene, nachträglich beurkundete Kriegssterbefälle und gerichtliche Todeserklärungen)

Anmerkung zu dem Wert 0,0: Aus Gründen des Datenschutzes ist der Nachweis nach Geschlecht für die Stadt Halle im Jahr 2005 nicht möglich .

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt und Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn

3.7 Sonstige gesundheitsbezogene Einflussfaktoren

Nichtnatürliche Sterbefälle in Folge von Verkehrsunfällen

Neben den bereits im Kapitel 3.3.3 aufgeführten Suiziden sind noch die Straßenverkehrsunfälle zu benennen, bei denen infolge des Fahrverkehrs Personen getötet wurden. Getötete sind dabei Personen die am Unfallort oder innerhalb von 30 Tagen danach an den Unfallfolgen sterben.

Die Anzahl der getöteten Personen liegt im Betrachtungszeitraum bei 3 bis 5 Personen. Eine Ausnahme ist das Jahr 2007 mit 7 getöteten Personen.

Thematisch vergleichend ist hierzu in der folgenden Grafik die Anzahl der Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden dargestellt.

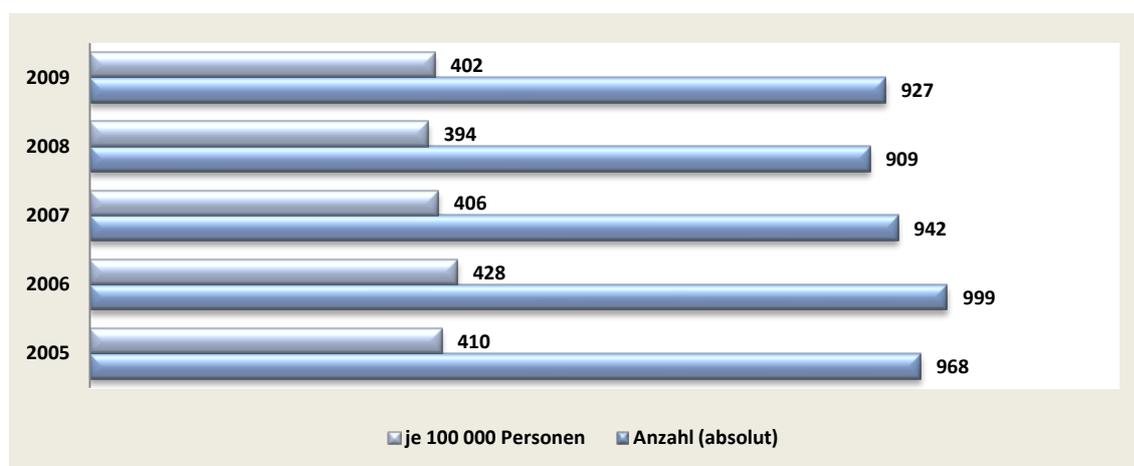


Abb. 33 Zahl der Straßenverkehrsunfälle (mit Personenschaden) bei denen infolge des Fahrverkehrs Personen verletzt wurden. Stadt Halle, 2005 bis 2009

Quelle: Stadt Halle, Polizeirevier Halle, Verkehrsorganisation, Amt für Bürgerservice

Lebensform und Erwerbsstatus

Neben der individuellen Unterscheidung in zahlreichen Gesundheitsindikatoren spielen bei der Morbidität und der Mortalität das Alter und das Geschlecht, die soziale Schicht, auch die Lebensform und der Erwerbsstatus eine nicht unerhebliche Rolle. Im mittleren Alter (30 bis 64 Jahre) sind mehr als zwei Drittel aller Männer und Frauen verheiratet. Auch in der Gruppe der Nichtverheirateten lebt ein Großteil mit einem/r Partner/in und knapp die Hälfte mit einem bzw. mehreren Kindern zusammen. Analysen der Todesursachenstatistik weisen darauf hin, dass die Ehe einen schützenden Effekt ausübt, denn die Sterblichkeit nicht Verheirateter ist etwa 1,5 bis 2,5-mal so hoch. Auffällig ist, dass die Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen Verheirateten und nicht Verheirateten bei den Männern wesentlich größer sind. In der Ehe wird ein sozialer Kontext geschaffen, indem die Partner sich wechselseitig im gesundheitsförderlichen Verhalten unterstützen und im Krankheitsfall Hilfe und Unterstützung mobilisieren können. In Bezug auf die Krankheitslast kann man feststellen, dass bei beiden Geschlechtern im mittleren Alter diejenigen, die mit Partner/in und Kind leben, über die geringsten Beschwerden berichten. [6]

Der Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus und Gesundheit ergibt ein heterogenes Bild, z. B. weil die Frauen und Männer auch bei gleichen Berufen unter unterschiedlichen Bedingungen arbeiten, die Teilzeitquote unterschiedlich hoch ist und die Frage der Vereinbarkeit von Berufs- und Familienarbeit mit ihren Auswirkungen auf die Gesundheit bisher ungenügend untersucht ist. Analysen zeigen, dass die in der Altersgruppe der 45 bis 64-jährigen nicht Erwerbstätigen beiderlei Geschlechts unter einem höheren Ausmaß an Erkrankungen leiden und Vollzeit-erwerbstätige das niedrigste Krankheitsrisiko tragen. [6]

Fazit:

- *Die Erwerbslosigkeit bzw. bestimmte Arbeitsbedingungen können als zentrale Risikofaktoren für die Gesundheit der Männer und Frauen angesehen werden.*
- *Es zeigt sich, dass der Verlust des Arbeitsplatzes bei den Männern stärkere gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich zieht.*
- *Frauen investieren mehr Zeit in die Haus- und Familienarbeit, unabhängig davon ob sie erwerbstätig sind.*
- *Zur Entlastung einer Familie bedarf die Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienarbeit einer nachhaltigen Förderung.*

4 Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitswesen

4.1 Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit

Die Arbeitsfähigkeit ist eine Wechselwirkung zwischen den menschlichen Ressourcen und den Arbeitsanforderungen. Exemplarisch soll am Beispiel der Krankenkasse der Barmer GEK der Krankenstand Erwerbstätiger für das Jahr 2009 dargestellt werden. Da es viele Krankenkassen gibt, ist zu beachten, inwieweit die Mitglieder der Barmer GEK für die Stadt Halle repräsentativ sind. Nachfolgend wird ein Überblick über dort Versicherte, über ihre Erkrankungsarten und ihre Arbeitsunfähigkeit gegeben.

Vergleicht man die Mitgliederzahlen der Barmer GEK mit denen der DAK in der Region Stadt Halle und in Sachsen-Anhalt so ist die Gesamtmitgliederanzahl der DAK höher und in der Altersgruppe 50 und älter stärker vertreten.

	Barmer		DAK	
	Region "Stadt Halle"	Land "Sachsen-Anhalt"	Region "Stadt Halle"	Land "Sachsen-Anhalt"
Anzahl der Mitglieder	16 302	100 000	19 120	113 908
Angaben in %				
Männer	33,3	33,2	41,0	38,0
Frauen	66,7	66,8	59,0	62,0
unter 30 Jahre	21,3	19,9	15,4	14,6
30 - 39 Jahre	17,8	16,2	14,4	11,6
40 - 49 Jahre	27,1	28,3	16,8	15,8
50 und älter	33,7	35,6	53,4	57,9

Abb. 34 Übersicht über die Anzahl und Zusammensetzung der Mitglieder der Barmer GEK und DAK, in der Stadt Halle und in Sachsen-Anhalt, 2009

Quelle: Barmer Ersatzkrankenkasse, DAK-Ersatzkrankenkasse

Regionen Stadt Halle und Sachsen-Anhalt im Vergleich

Der folgende Überblick wurde von der Barmer GEK aus dem Unternehmensreport Gesundheit für die Region „Stadt Halle“, Arbeitsunfähigkeitsdaten für das Jahr 2009 entnommen.

[14]

- Der Krankenstand in der Region Halle liegt standardisiert* mit 4,5% in der Höhe des Wertes der Vergleichsgruppe Sachsen-Anhalt.
- Ein durchschnittlicher Beschäftigter war in der Region Halle im Jahr 2009 aufgrund von Krankheit 18,8 Tage arbeitsunfähig.

*Über ein auf Übereinstimmung aller Ersatzkassen beruhendes Standardisierungsverfahren werden zu vergleichenden Gruppen rechnerisch eine identische Alters- und Geschlechtsstruktur unterlegt.

- Die Fallhäufigkeit (Arbeitsunfähigkeit) liegt mit 153 Erkrankungsfällen (je 100 ganzjährig bei der Barmer GEK versicherten Beschäftigten) vergleichend hoch zu dem Durchschnittswert der Vergleichsgruppe Sachsen-Anhalt.
- Die durchschnittliche Erkrankungsdauer mit 11,0 Tagen entspricht etwa dem Wert der Vergleichsgruppe Sachsen-Anhalt.

Weitere Aussagen zur Region Stadt Halle für das Jahr 2009

Arbeitsunfähigkeit

Insgesamt 54,3% der Beschäftigten hatten wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit, wobei die Betroffenheitsquote den Prozentanteil der Versicherten mit mindestens einem Arbeitsunfähigkeitsfall innerhalb eines Kalenderjahres bezeichnet.

Damit lag für 45,7% aller Barmer GEK - Mitglieder im Jahr 2009 keine Arbeitsunfähigkeit vor.

Männer und Frauen im Vergleich

Der Krankenstand zeigt Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Die Frauen haben mit 5,2% einen deutlich höheren Krankenstand vergleichend zu den Männern mit 4,0%. Die Frauen weisen eine erhöhte Fallhäufigkeit (Arbeitsunfähigkeit) gegenüber den Männern auf (Frauen:180,3 gegenüber Männer:133,8). Die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung ist bei den Frauen im Vergleich zu den Männern etwas geringer (10,6 gegenüber 11,2 Tagen).

Krankenstand nach Alter

Bei den über 40-jährigen steigt der Krankenstand im Allgemeinen an. Jüngere Menschen sind häufiger krank, die Erkrankungen sind meist von kurzer Dauer. Ältere Menschen erkranken seltener. Verstärkt handelt es sich dann aber um chronische oder schwerwiegendere Erkrankungen von längerer Dauer, die insgesamt zu einem höheren Krankenstand führen.

Wichtigste Krankheitsarten

Die folgende Grafik zeigt die fünf häufigsten Krankheitsarten der Barmer GEK und DAK im Vergleich. Dabei ist zu beachten, dass nur diejenigen Krankheitsarten aufgenommen werden, die im Jahr 2009 mindestens 10 Mal aufgetreten sind.

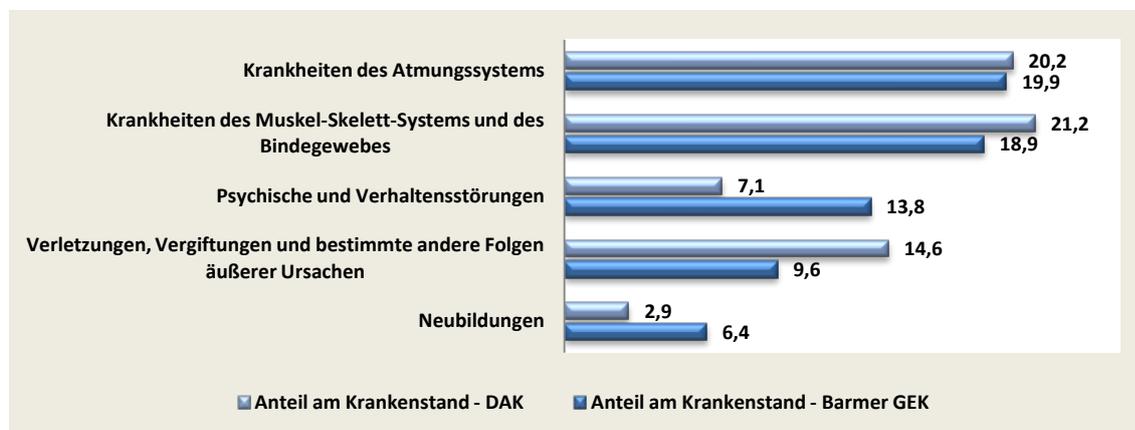


Abb. 35 Übersicht über die fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand der Barmer GEK und DAK im Vergleich (in %), in der Stadt Halle, 2009

Quelle: Barmer Ersatzkrankenkasse, DAK-Ersatzkrankenkasse

In der Häufigkeitsverteilung vorn liegen die Krankheiten des Atmungssystems, die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Anschließend folgen die Psychischen und Verhaltensstörungen sowie die Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen.

Häufig betroffene Berufsgruppen

Zu den vier größten Beschäftigungsgruppen bei den Barmer GEK-Versicherten gehören zu 23% die Berufsgruppe der Bürokräfte, mit 6,8% die Berufsgruppe der Krankenschwestern, Krankenpfleger und Hebammen und zu 4,7% die Verkäufer/innen.

Die verschiedenen Branchen weisen deutliche Unterschiede im Krankenstand auf. Den höchsten Krankenstand nimmt die Berufsgruppe der Wächter/Aufseher mit 7,9% ein. Auch die Gruppe der Stenografen und -typisten, der Maschinenschreiber und der Telefonisten haben noch über dem Durchschnitt der Region Stadt Halle liegende Werte.

Unterschiedlich hohe Krankenstände können durch berufsgruppenspezifische Belastungen am Arbeitsplatz entstehen. Analysen in den Betrieben können zu einem Abbau von krankheitsverursachenden Arbeitsbedingungen und damit zu Verbesserungen führen.

Fazit

- *Der Krankenstand der Barmer GEK-Versicherten in der Region „Stadt Halle“ liegt etwa auf gleicher Höhe mit der Vergleichsgruppe im Land „Sachsen-Anhalt“.*
- *Als häufige Erkrankungen gelten die Krankheiten des Atmungssystems, die Krankheiten des Muskels-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Zu den Krankheiten des Atmungssystems gehören die Infektionen der Atemwege, die Grippe, und auch die Asthmaerkrankungen und die Lungenentzündungen. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer ist relativ kurz.*
- *Die Krankheiten des Muskel-Skelett-Apparates deuten auf einen Mangel der körperlichen Konstitution (Alter, Körperbau, Trainingszustand) und einen Bewegungsmangel, auf psychosoziale Faktoren, auf Stress- und Zeitdruck, aber auch auf eine mögliche Über- bzw. Unterforderung.*
- *Gegenmaßnahmen liegen in der Stärkung des Immunsystems und in der Beseitigung der möglichen Erkrankungsauslöser wie Nikotinkonsum, Mangel an Bewegung, un- ausgewogene Ernährung und sind damit wirkungsvoll für eine Steigerung der allgemeinen gesundheitlichen Konstitution der Hallenser/innen.*

5 Ausgewählte gesundheitliche Beratungen

5.1 Schwangerschaftsabbrüche und Schwangerschaftskonfliktberatung

Das Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz) fordert nach § 5 eine Schwangerschaftskonfliktberatung zum Schutz des ungeborenen Lebens. Die Beratung dient der Aufklärung im Rahmen der gesundheitlichen Vorsorge und der Vermeidung von Schwangerschaftskonflikten.

Die Beratungsstellen sind Anlaufpunkt bei Konfliktsituationen als Folge der Schwangerschaft, für ein Beratungsgespräch nach § 218 und § 219 Strafgesetzbuch (STGB) sowie zur Information und Beratung für einen Schwangerschaftsabbruch. Im Jahr 2009 wurden in Sachsen-Anhalt 920 Schwangerschaftskonfliktberatungen gemeldet. [16]

In Deutschland sind Schwangerschaftsabbrüche durch Ärzte nach einer Beratung der Schwangeren in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten nicht strafbar. Über 95% der Abbrüche werden in diesem Zeitraum vorgenommen. Anschließend vorgenommene Abbrüche sind noch bei erheblicher gesundheitlicher Gefährdung erlaubt.

Im Zeitraum von 2005 bis 2009 war die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Sachsen-Anhalt im Alter von 15 bis unter 45 Jahren etwa gleichbleibend. Sie lagen zahlenmäßig über den deutschlandweit gemeldeten Fällen.

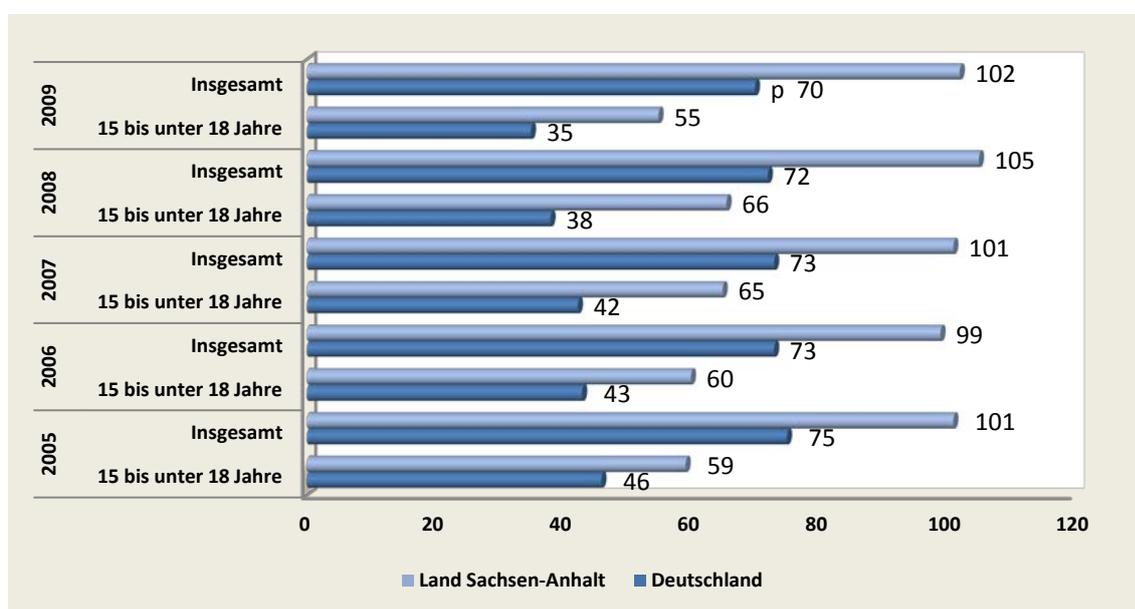


Abb. 36 Schwangerschaftsabbrüche je 10 000 Frauen in Deutschland und Sachsen-Anhalt, 2005 bis 2009
 Altersgruppen: Gesamt und von 15 bis unter 18 Jahren.

Anmerkung: Berechnung bis 2008 aufgrund der jahresdurchschnittlichen Bevölkerungszahl;

p = vorläufige Angaben

Quelle: Statistisches Bundesamt

Für das Jahr 2009 wurden von den Schwangerschaftsberatungsstellen in Sachsen-Anhalt u. a. folgende Abbruchgründe, in abfallender Häufigkeit benannt:

- Partnerschaftsgründe,
- körp./ psych. Überforderung,
- abgeschlossene Familienplanung,
- berufliche Gründe in absteigender Reihenfolge benannt,
- Alter (zu jung/zu alt),
- Ausbildung.

Bei einer Strukturanalyse in Sachsen-Anhalt zum Umfeld der Schwangeren nach Familienstand waren im Jahr 2009 unter den 4 217 gemeldeten Schwangerschaftsabbrüchen 65,8% ledig, 30,7% verheiratet und 3,1% geschieden.

Im Jahr 2009 fanden von den insgesamt 920 Schwangerschaftskonfliktberatungen 10 Beratungen bei den unter 15-jährigen statt. Insgesamt 35 Beratungen betrafen die Altersgruppe von 15 bis unter 18 Jahren und in der Altersgruppe der 18 bis unter 20-jährigen suchten 59 Schwangere die Beratungsstelle auf. [16]

Fazit

- *In der Stadt Halle gibt es 6 anerkannte Schwangerschaftsberatungsstellen in denen kostenlose, vertrauliche und anonyme Beratungen u. a. zu Vorsorgeuntersuchungen und zu sozialrechtlichen und finanziellen Anfragen beantwortet werden.*
- *Das Beratungsnetz steht den Ratsuchenden unterschiedlicher Weltanschauung offen und hilft bei Abwägung der Gründe und Konflikte eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen.*
- *Die Beratungsstellen bieten in Zusammenarbeit mit weiteren Einrichtungen wertvolle Unterstützung bei einer individuellen Lösungsfindung der Schwangeren.*

5.2 Sucht- und Drogenberatung

In der Stadt Halle werden für suchtkranke Menschen, von Sucht Bedrohten und deren Angehörige unterschiedliche Angebote auf der Grundlage verschiedener Rechtsnormen zur kommunalen Versorgung u. a. dem Sozialgesetzbuch, dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt vorgehalten. Die Stadt Halle verfügt über drei Sucht- und Drogenberatungsstellen (SBS), deren individuelle Beratungsprofile den Betroffenen und Angehörigen aus der Stadt Halle und dem Saalekreis zur Verfügung stehen.

Die Leistungserbringung erfolgt durch die Jugend- und Drogenberatungsstelle (drobs) des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (DPWV) mit dem Schwerpunkt auf illegale psychoaktive Substanzen, die AWO Erziehungshilfen Halle (Saale) gGmbH mit dem Schwerpunkt auf legale und illegale psychoaktive Substanzen und die Evangelische Stadtmission Halle e.V., deren Beratung sich auf legale psychoaktive Substanzen und Cannabis erstreckt.

Die Beratungsstelle der AWO bietet seit dem Jahr 2008 über das Modellprojekt „Frühe Intervention beim Pathologischen Glücksspiel“ eine qualifizierte Beratung an.

Seit Februar 2011 sind die Sucht- und Drogenberatungsstellen der AWO und die Jugend- und Drogenberatungsstelle drobs auf Grund ihrer bisherigen Erfahrungen Schwerpunktberatungsstellen für exzessiven Medienkonsum, und werden als solche auch in der Übersicht der Suchtberatungsstellen des Landes geführt. Neben den drei Sucht- und Drogenberatungsstellen in freier Trägerschaft werden bzgl. der Primärdiagnose Alkohol Beratungsangebote vom Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Halle unterbreitet. Die Beratungsstellen sind in das kommunale Suchtkrankenhilfesystem eingebunden. Im Rahmen der Substitutionsbehandlung gibt es in der Stadt Halle drei suchtmittelmedizinisch ausgerichtete Facharztpraxen (Bertram/Jeschke; Gerdes/Damochwal; Lindner). Die Einrichtungen der drobs und der AWO erbringen die nach § 5 Abs. 2 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung notwendige psychosoziale Begleitung der Klienten. Bis Ende 2009 war das Land Sachsen-Anhalt allein für die Zulassung von Sucht- und Drogenberatungsstellen und für deren Finanzierung anteilig zuständig. Mit dem Inkrafttreten des 2. Funktionalreformgesetzes 2010 sind die Kommunen und Landkreise für die Zulassung der Suchtberatungsstellen zuständig. Derzeit gibt es in der Stadt Halle eine Rahmenrichtlinie zur Zulassung von Sucht- und Drogenberatungsstellen, in der die fachlichen Voraussetzungen, die Leistungsbeschreibung, die räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten festgelegt sind.

Fazit:

- *Durch verschiedene Struktur- und Aufgabenänderungen in den letzten Jahren bedürfen die drogenpolitischen Ziele aus dem Jahr 2000 einer Aktualisierung. Die Überarbeitung wird noch in diesem Jahr erfolgen.*
- *Für alle Beratungsstellen wird seit dem Jahr 2008 eine einheitliche Aufgliederung der Altersgruppen sowie eine Trennung der Leistungszahlen aus der Stadt Halle und dem Umland vorgenommen bzw. spätestens ab dem Jahr 2012 realisiert.*

6 Weitere gesundheitsbezogene Schwerpunkte

6.1 Behinderung

Zu den bedeutendsten individuellen Krankheitsfolgen gehört neben der Pflegebedürftigkeit und dem Verlust potenzieller Lebensjahre auch die Behinderung.

Von einer Behinderung im Sinne des SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ wird gesprochen, wenn bei Menschen die körperliche Funktion, die geistige Fähigkeit oder die seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Auf der Grundlage des SGB IX erhobene Daten erfassen Personen mit einem anerkannten Grad der Behinderung von mindestens 50. [5] Eine Ursache der Behinderung können angeborene Störungen sein. Oft sind es jedoch Folgen von Krankheit und Alter oder bedingten Unfall- und Verletzungsfolgen. Die dadurch auftretenden Einschränkungen haben vor allem Auswirkungen auf die Selbständigkeit, die Bildungsfähigkeit und die Berufsfähigkeit der jeweiligen Person.

Die häufigsten Behinderungsgründe sind deutschlandweit und auch in der Stadt Halle auf Funktionsbeeinträchtigungen der inneren Organe bzw. Organsysteme zurückzuführen. Das betrifft die Schädigungen des Herz-Kreislauf-Systems und orthopädische, d. h. entsprechende Funktionseinschränkungen der Extremitäten.

Die folgende Grafik gibt einen Überblick des Anteils schwerbehinderter Personen im erwerbsfähigen Alter von 18 bis unter 65 Jahren.



Abb. 37 Anteil der schwerbehinderten Personen im erwerbsfähigen Alter in der Stadt Halle und Sachsen-Anhalt im Vergleich, 2005, 2007 und 2009 (Angaben in %)

Quelle: Stadt Halle, Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

Im Betrachtungszeitraum von 2005 bis 2009 ist in der Stadt Halle der Schwerbehindertenanteil in den jüngeren Altersgruppen etwa gleichbleibend. Tendenziell gesunken ist der Anteil der Altersgruppe 35 bis 45 Jahre. In den Altersgruppen der 45 bis 60-jährigen ist ein steigender Trend auffällig.

Vergleicht man für das Jahr 2009 die Anteile der über 65-jährigen nach Art der schwersten Behinderung in der Stadt Halle mit dem Land Sachsen-Anhalt (55,7% zu 53,3%), so ist die Stadt Halle in höherem Maße betroffen.

Nach einer Differenzierung bei der schwersten Behinderungsart treten in der Stadt Halle 2009 in der Altersgruppe der über 65-jährigen besonders häufig die Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule und des Rumpfes, die Deformierung des Brustkorbes mit 71,0% auf. Daran schließen sich die Beeinträchtigung der Funktion von inneren Organen bzw. Organsystemen mit 66,6% sowie die Blindheit und Sehbehinderung mit 66,4% an.

Personen mit einem Behinderungsgrad von 50 stellen die größte Gruppe der Schwerbehinderten in der Stadt Halle und in Sachsen-Anhalt dar. Die Gesamtzahl der schwerbehinderten Personen (je 100 000 Einwohner) liegt im Betrachtungszeitraum von 2005 bis 2009 in der Stadt Halle über den Zahlen in Sachsen-Anhalt. Sie beträgt in der Stadt Halle im Vergleich zu in Sachsen-Anhalt je 100 000 Einwohner z. B. für das Jahr 2009 (7 943 Personen zu 7 270 Personen). Die Betreuung und Förderung wird in der Stadt Halle in verschiedenen Einrichtungen durchgeführt. So gibt es 15 Schuleinrichtungen für körperlich und/oder geistig Behinderte. Dazu gehören:

- Einrichtungen für Lernbehinderte,
- 2 Ausgleichsklassen,
- 2 Sprachheilschulen,
- Einrichtungen für geistig Behinderte,
- 1 Landesbildungszentrum für Blinde und Sehbehinderte,
- 1 Landesbildungszentrum für Körperbehinderte,
- 1 Landesbildungszentrum für Hörgeschädigte.

Fazit:

- *Durch Prävention können chronische Krankheiten und teilweise Behinderungen aufgehalten bzw. vermieden werden.*
- *Die gesundheitliche Versorgung muss Maßnahmen der Vorsorge, Früherkennung und ihrer Behandlung anbieten und dazu beitragen, die Behinderung zu vermeiden bzw. diese frühzeitig zu erkennen, um eine Teilhabe Betroffener in allen gesellschaftlichen Bereichen zu ermöglichen. Die Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen helfen den behinderten und chronisch kranken Menschen den Störungen an der gesellschaftlichen Teilhabe entgegenzuwirken.*
- *In der Stadt Halle wird für behinderte Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren entsprechend der Behinderung eine Frühförderung in verschiedenen integrativen Kindertageseinrichtungen angeboten.*
- *Es bedarf einer ausreichenden begleitenden Unterstützung für die Nutzung vorhandener Angebote auf dem Freizeit- und Bildungssektor sowie der Förderung der Teilhabe im gesellschaftlichen und kulturellen Leben über die speziellen Werkstätten für Behinderte, die Beratungsstellen und die Vereine.*
- *Eine große Rolle nimmt in diesem Zusammenhang der Rehabilitationssport ein.*

6.2 Verminderte Erwerbsfähigkeit

Seit dem 01.01.2001 wird mit dem Rentenbeginn (über die Gesetzliche Rentenversicherung) das bisherige System der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten durch eine zweistufige Erwerbsminderungsrente ersetzt. Dabei bildet die aus arbeitsmedizinischer Sicht festgestellte noch vorhandene Arbeitsfähigkeit ein wichtiges Kriterium für die Rentenhöhe:

- Volle Erwerbsminderungsrente bei einem Restleistungsvermögen von unter 3 Stunden pro Tag,
- Halbe Erwerbsminderungsrente bei einem Restleistungsvermögen von 3 bis 6 Stunden pro Tag; bei Verschlussheit des Arbeitsmarktes wird statt der halben Erwerbsminderungsrente die volle Erwerbsminderungsrente gezahlt. [17]

Die verminderte Erwerbsfähigkeit wurde eingeführt für Personen die krankheits- bzw. behinderungsbedingt ganz oder teilweise arbeitsunfähig geworden sind. Die Fähigkeit des Menschen ist dabei so eingeschränkt, dass er nicht mehr in der Lage ist seinen Lebensunterhalt über eine berufliche Tätigkeit zu verdienen.

Bundesweit sind die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit von 17,5% im Jahr 2005 auf 19,9% in 2009 angestiegen. Im gleichen Zeitraum ist der Anteil der Renten aus Gründen des Alters von 82,5% auf 80,1% gesunken. Dieser deutschlandweite Trend setzt sich fort in den neuen Bundesländern, so auch in Sachsen-Anhalt. Auffällig ist, dass er dabei in den neuen Bundesländern gravierender ausfällt als in den alten Bundesländern. Eine der häufigsten Gründe für eine vorzeitige Berentung sind die chronischen Krankheiten. Dabei spielen insbesondere jene Leiden eine Rolle, die nicht unmittelbar lebensbedrohlich sind, aber die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen. [5]

Bezieht man die Frühberentungszugänge auf die aktiv Versicherten..., so weisen die Ergebnisse auf die Berufswelt als wichtigen Einflussfaktor hin. Arbeiter und Arbeiterinnen tragen wesentlich höhere Frühberentungsrisiken als männliche und weibliche Angestellte. Als Bestimmungsfaktoren der gesundheitsbedingten Frühberentung gelten neben den gesetzlichen Regelungen, auch die Demografie und die wirtschaftlichen Einflussfaktoren. Auf der individuellen Ebene zählen der Gesundheitszustand, das Alter und Geschlecht, die berufliche Tätigkeit und die Arbeitsplatzsituation. [17] Die Wahrscheinlichkeit aus dem Erwerbsleben auszuscheiden, nimmt erwartungsgemäß mit dem Alter zu.

In der folgenden Grafik sind für die Stadt Halle die Anteile der Hauptdiagnosen der Rentenzugänge nach SGB VI wegen verminderter Erwerbsfähigkeit für das Jahr 2009 vergleichend für Männer und Frauen dargestellt. Neben den hauptsächlich auftretenden psychischen Krankheiten bei beiden Geschlechtern ist die erheblich höhere Anzahl betroffener Männer durch Krankheiten des Kreislaufsystems bemerkenswert.

Bei den Frauen sind neben den psychischen Erkrankungen als häufigste Berentungsursache die Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes zu benennen. Als dritthäufigste Berentungsursache sind bei beiden Geschlechtern die Neubildungen aufgeführt.

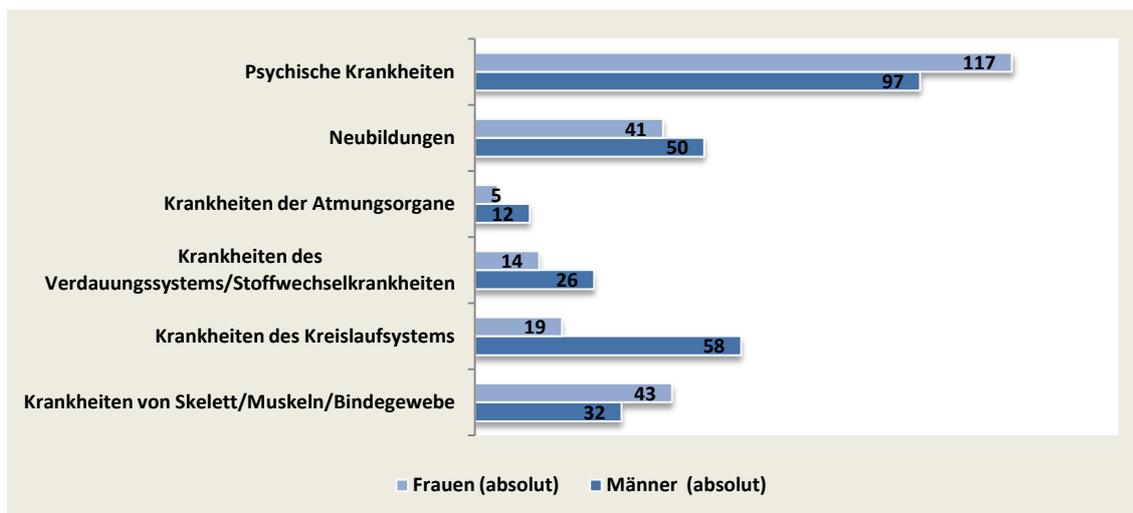


Abb. 38 Anzahl der Rentenzugänge nach SGB VI wegen verminderter Erwerbsfähigkeit unterteilt in Männer und Frauen und nach Hauptdiagnosegruppen in der Stadt Halle, 2009 (absolute Zahlen)

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Das recht niedrige Rentenniveau wird darauf zurückgeführt, dass jüngere und schwerere Erwerbsminderungsfälle in die Berentung gelangt sind, während Ältere die vorgezogenen Renten, insbesondere wegen Arbeitslosigkeit beantragen. [17]

Im Folgenden wird ein vergleichender Überblick des durchschnittlichen Zugangsalters für den Rentenbeginn zusammen mit den häufigsten Hauptdiagnosegruppen in der Stadt Halle vergleichend zu Sachsen-Anhalt gegeben.

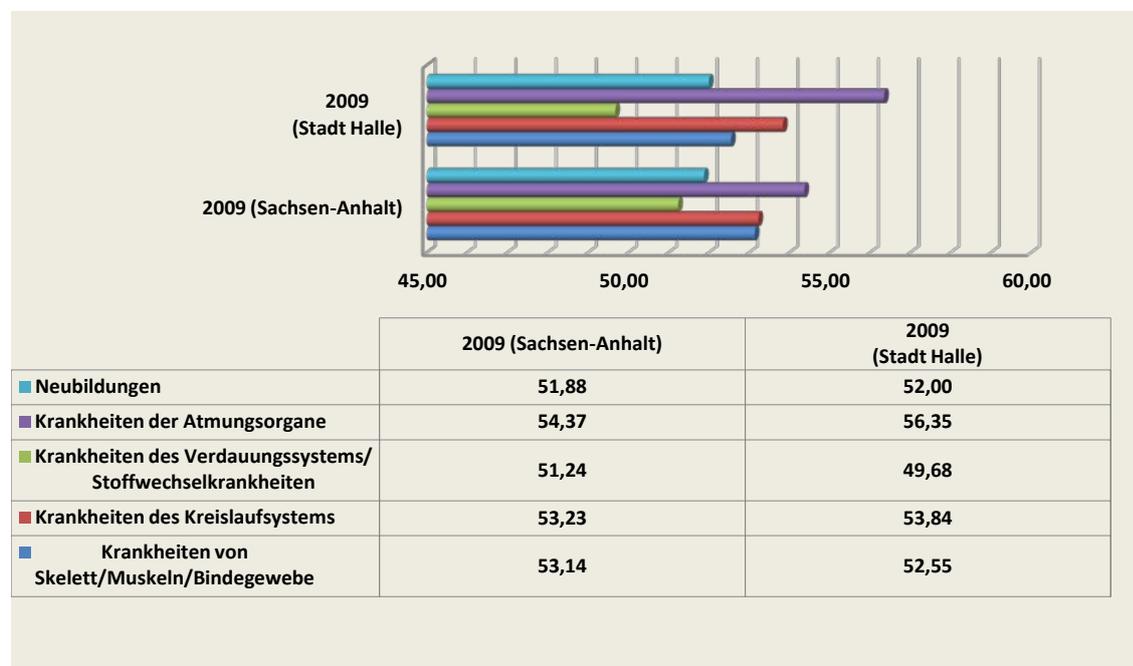


Abb. 39 Rentenzugänge nach SGB VI wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Durchschnittsalter und Hauptdiagnosen (ohne Psychische Erkrankungen) für Männer und Frauen, 2009

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Bei dem Zugangsalter treten zwischen der Stadt Halle und Sachsen-Anhalt größere Unterschiede bei den Krankheiten der Verdauungsorgane/Stoffwechselerkrankungen und den Krankheiten der Atemorgane auf, wobei in der Stadt Halle das Durchschnittsalter des

Renteneintritts mit unter 50 Jahren bei den Krankheiten des Verdauungssystems/Stoffwechselerkrankungen besonders niedrig ist.

Die nachfolgende Grafik vergleicht das Durchschnittsalter des Renteneintritts wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei der führenden Hauptdiagnose, den psychischen Erkrankungen in der Stadt Halle und in Sachsen-Anhalt, getrennt für Männer und Frauen.

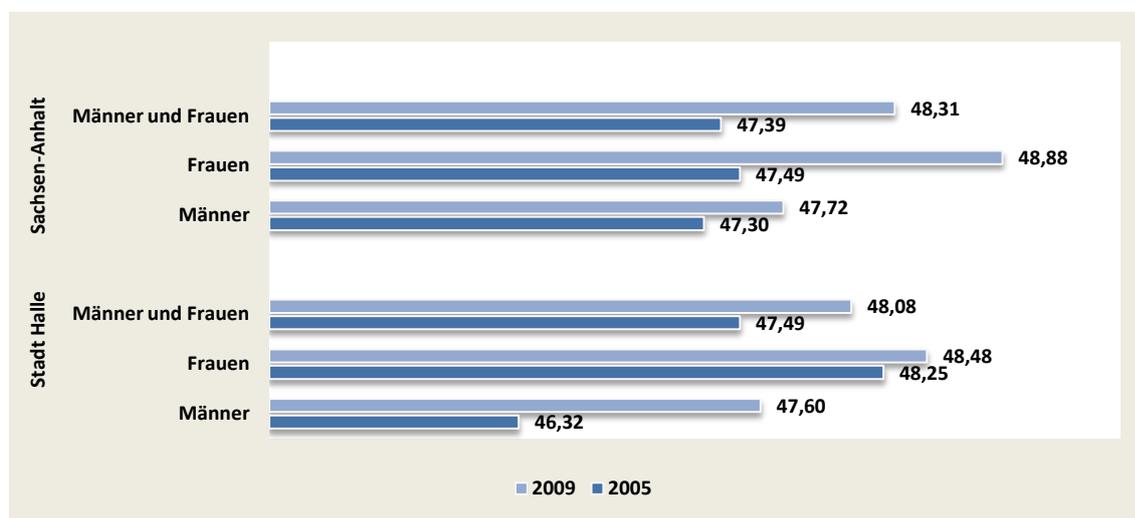


Abb. 40 Rentenzugänge nach SGB VI wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Verteilung bei den psychischen Erkrankungen nach Durchschnittsalter und Geschlecht bei Rentenbeginn, 2005 und 2009

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Die Unterschiede bei den Rentenzugängen zwischen Sachsen-Anhalt und der Stadt Halle sind recht gering. Dabei ist das Durchschnittsalter in den Jahren 2005 bis 2009 generell angestiegen. Im Kapitel 3.3 wurde bereits über die psychischen Erkrankungen berichtet.

Die Berentungen wegen psychischer Erkrankungen haben generell zugenommen und sind in der Stadt Halle besonders in der Altersgruppe der 50 bis 59-jährigen zu finden. Werden alle Altersgruppen einbezogen, so lag im Jahr 2005 bei den psychischen Erkrankungen das Verhältnis von Männern zu Frauen bei 72:112. Im Jahr 2009 lagen die absoluten Zahlen bei 97:117. Die Anzahl der Rentenzugänge nach SGB VI wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben bei den Männern tendenziell stärker zugenommen. Auch in Sachsen-Anhalt ist über den Betrachtungszeitraum ein ansteigender Trend bei beiden Geschlechtern festzustellen, der jedoch bei den Frauen gravierender ausfällt.

Durch die deutschlandweit insgesamt höhere Erwerbstätigkeit der Männer fällt auch der Anteil an den Renten wegen verminderter Erwerbstätigkeit höher aus.

Der Anstieg bei den Männern dürfte als Indikator die zunehmenden psychosozialen Belastungen in der Arbeitswelt und Gesellschaft abbilden.

Der hohe Anstieg bei den Frauen dürfte auf die vielfältigen sozio-psychologischen Belastungen der heutigen Zeit hinweisen, die sich bei Frauen stärker auswirken. [17]

Die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene haben in der Stadt Halle von 2005 zu 2009 zugenommen. Von insgesamt 2 082 Fällen im Jahr 2005 sind sie auf 2 346 Fälle im Jahr 2009 gestiegen. Besonders häufig werden diese Leistungen beansprucht bei den Neubildungen, den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie den Psychischen und Verhaltensstörungen. Auffällig ist eine fast Verdoppelung der Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol bei den Männern von 2005 mit 56 Fällen zu dem Jahr 2009 mit 106 Fällen. Bei den Frauen dominieren weiter ansteigend die psychischen Erkrankungen ohne Sucht von 150 Fällen im Jahr 2005 gestiegen auf 187 Fälle (Jahr 2009).

Fazit:

- *Die Anzahl der Renten nach SGB VI wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben im Zeitraum von 2005 zu 2009 in der Stadt Halle und in Sachsen-Anhalt insgesamt zugenommen. Auch das Durchschnittsalter bei Rentenbeginn ist insgesamt leicht angestiegen.*
- *In der Altersgruppe der 50 bis 59-jährigen nehmen die chronischen Erkrankungen zu. Damit steigt in dieser Altersgruppe der Anteil der Rentenzugänge nach SGB VI wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erwartungsgemäß überproportional an.*
- *Auch die psychischen Erkrankungen haben insgesamt zugenommen. Bei den Männern und Frauen dominieren im Jahr 2009 die Diagnoseuntergruppe der sonstigen psychischen Erkrankungen im Verhältnis Männer zu Frauen von 58:107, die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol im Verhältnis von 39:9.*
- *Das Durchschnittsalter des Eintritts nach SGB VI wegen verminderter Erwerbsfähigkeit liegt bei den Hauptdiagnosen in der Stadt Halle ähnlich den Vergleichswerten in Sachsen-Anhalt.*
- *Zugenommen haben die stationären Leistungen der medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene. Das trifft korrelierend zu den bisherigen Aussagen über die Diagnosegrundgruppe der psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol für die Männer zu. Bei den Frauen dominieren hier die gleichfalls ansteigenden psychischen Erkrankungen ohne Sucht.*

7 Medizinische Versorgung

7.1 Ambulante Versorgung

7.1.1 Niedergelassene Ärzte und Apotheken

Die ambulante ärztliche Versorgung wird in Deutschland von den niedergelassenen (Vertrags-) Ärzten getragen. Diese sind in der Regel die ersten Ansprechpartner der Bevölkerung bei gesundheitlichen Problemen. Die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen wurde in einer bundesweiten Studie der Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2009) ausgewertet. Demnach gaben bei der Befragung über 10 % der Befragten an im letzten Jahr keinen Kontakt zu einem niedergelassenen Haus- oder Facharzt (ohne Zahnärzte) gehabt zu haben. Frauen wiesen eine erheblich höhere Arztinanspruchnahmerate auf als Männer. Signifikante Unterschiede der Inanspruchnahme nach Bildungsstatus waren nicht zu erkennen. Tendenziell war im Vergleich die Gruppe derjenigen, die keinen Arztbesuch angaben, bei den 30-jährigen Frauen und Männern aus niedrigen Bildungsgruppen größer. Die ambulante Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte wird dabei in erster Linie durch individuelle Faktoren wie Krankheitshäufigkeit und gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie Alter und Geschlecht beeinflusst. [19]

In den letzten Jahren fanden im ambulanten Versorgungsbereich zahlreiche Änderungen statt. Neben der Einführung der Praxisgebühr und Veränderungen in der Selbstbeteiligung wurden u. a. die hausarztzentrierte Versorgung sowie Bonusmodelle und die Möglichkeiten einer vertraglichen Gestaltung zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern eingeführt. Ein zentraler Punkt in der ambulanten Gesundheitsversorgung sind die Arztpraxen.

Bundesweit haben sich die fachärztlichen Versorgungsangebote im ambulanten Sektor erhöht, während die Zahl der Allgemeinmediziner/innen in etwa konstant geblieben ist. [5]

Als eine Datenquelle zur Darstellung der Inanspruchnahme ambulanter (vertrags-) ärztlicher Versorgung können die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung herangezogen werden. Danach ist die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle pro GKV-Versicherten in den neuen Bundesländern in den 1990er-Jahren angestiegen und bedingt durch die Einführung der Praxisgebühr im Jahr 2004 gesunken. [3]

In Sachsen-Anhalt stellt die Kassenärztliche Vereinigung die ambulante Versorgung sicher. Über den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Sachsen-Anhalt erfolgt nach Sozialgesetzbuch V eine Überprüfung der Fachgruppen in der ambulanten ärztlichen Versorgung, auf Grund dessen Zulassungsbeschränkungen angeordnet bzw. aufgehoben werden können. Mit der 189. Fortschreibung vom 04.03.2011 hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Sachsen-Anhalt im Planungsbereich Halle von den ehemals überversorgten 14 Fachrichtungen bei drei Fachgruppen keine Überversorgung mehr festgestellt. Die Fachgruppen Orthopädie, Urologie und Hausärzte wurden daher neu entsperrt. Die folgende Tabelle enthält einen Überblick über den Versorgungsstand der 189. Fortschreibung in den einzelnen Landkreisen in Sachsen-Anhalt. [18]

Abb. 41 Bedarfsplanung, 189. Fortschreibung des Versorgungsstandes in den Landkreisen Sachsen-Anhalt
 Quelle: www.kvsa.de/versorgungsgrad-Internet-v-11.05.2011

Versorgungsstand in den einzelnen Landkreisen von Sachsen Anhalt (189. Fortschreibung)
 Grundlage: Bedarfsplanungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Planungs- bereich	Fachgebiet													
	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Fachärztlich tätige Internisten	Frauenärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Psychotherapeuten	Radiologen	Urologen	Hausärzte
Altmarkkr. Salzw.														
Anhalt-Zerbst														
Aschersl.-Staßf.														
Bernburg														
Bördekreis														
Burgenlandkreis														
Dessau-Bitterfeld														
Halberstadt														
Halle														
Jerichower Land														
Köthen														
Magdeburg														
Mansfelder Land														
Merseburg-Quer.														
Ohrekreis														
Quedlinburg														
Saalkreis														
Sangerhausen														
Schönebeck														
Stendal														
Weißenfels														
Wemigeroide														
Wittenberg														

Arztbestand zum 12.01.2011		Keine Anordnung von Zulassungsbeschränkungen*	
		Anordnung von Zulassungsbeschränkungen**	
		Anordnung von Zulassungsbeschränkungen**, dennoch Zulassungen von Psychotherapeuten möglich	

* da rechnerisch gem. § 101 I 2 SGB V i.V.m. §§ 15, 20 Bedarfsplanungsrichtlinien nicht überversorgt bzw. aufgrund des Beschlusses des Landesausschusses vom 06.10.2005
 ** da rechnerisch gem. § 101 I 2 SGB V i.V.m. §§ 15, 20 Bedarfsplanungsrichtlinie überversorgt bzw. aufgrund des Beschlusses des Landesausschusses vom 06.10.2005

Zahl der überversorgten Fachrichtungen: 256

	Neu gesperrte Planungsbereiche (incl. Psychotherapeuten, wenn keine Zulassung möglich)	 5
	Neu entsperrte Planungsbereiche	 24
	Neu gesperrte Planungsbereiche Psychotherapeuten	 0

Die positiven Zahlen der Bedarfsplanung geben die ambulante Versorgungssituation anscheinend nicht korrekt wieder. Die vielfach berichteten langen Wartezeiten auf ambulante Arzttermine, vor allem für gesetzliche versicherte Patienten sind u. a. auch auf die alters- und morbiditätsbedingt hohen Fall- und Kontaktzahlen zurückzuführen. Die Patienten werden früher aus dem Krankenhaus entlassen und ambulant nachversorgt. Zusätzlich werden in steigendem Maße Operationen ambulant durchgeführt. [20]

In der Stadt Halle ist die Gesamtanzahl der Vertragsärzt/innen leicht gesunken. Im Betrachtungszeitraum von 2005 bis 2009 lag in der Stadt Halle die größte Niederlassungsanzahl insgesamt bei den Fachärzt/innen, bei den Zahnärzt/innen und Kieferorthopäd/innen, daran anschließend den Allgemeinmediziner/innen und praktischen Ärzt/innen.

Es gilt der Grundsatz der freien örtlichen Niederlassung innerhalb des Stadtgebietes von Halle. Die Verteilung der Ärzte verhält sich daher nicht proportional zu der Bevölkerungsdichte in den verschiedenen Stadtgebieten.

Im folgenden Diagramm wird anschaulich über die Jahre 2005 bis 2009 die Verfügbarkeit der Einwohner je Arzt der Fachrichtung Praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin dargestellt.

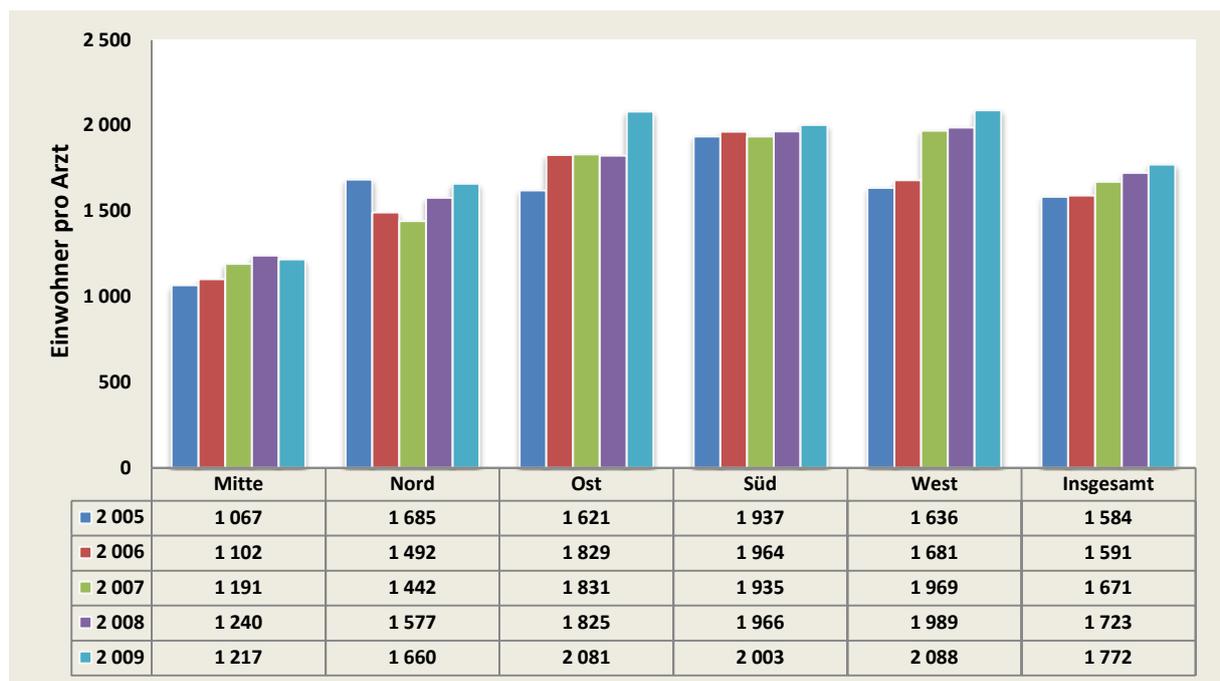


Abb. 42 Einwohner pro Arzt - Praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin in den Stadtbezirken, 2005 bis 2009 (absolute Zahlen)

Quelle: Stadt Halle, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, Amt für Bürgerservice

In den sozial besser gestellten Stadtteilen, vor allem in dem Stadtbezirk Mitte, ist die Anzahl der zu versorgenden Einwohner pro Arzt mit im Jahr 2009:1 217 Einwohner geringer.

Die höchsten Versorgungsdichten liegen im Stadtbezirk West (2009:2 088) und im Stadtbezirk Ost (2009:2 081).

Eine Bewertung der bevölkerungsbezogenen Arztdichte hängt von dem medizinischen Versorgungsbedarf ab. Dieser wird bestimmt aus der Altersstruktur, der Morbidität und den infrastrukturellen Gegebenheiten (zeitliche und räumliche Verfügbarkeit).

Es sind daher für den ambulant bedingten Versorgungsmehrbedarf der älteren Bevölkerung neben der Verfügbarkeit von Fachärzt/innen die Erreichbarkeit der Praxen sowie die fachübergreifend vernetzten Versorgungsmöglichkeiten u. a. auch die Apotheken wichtig.

Die Anzahl der Apotheken je 100 000 Einwohner liegt in der Stadt Halle von 2005 bis 2009 erheblich über der Anzahl in Sachsen-Anhalt und in Deutschland gesamt. Damit ist eine gute Versorgung der Einwohner gesichert.

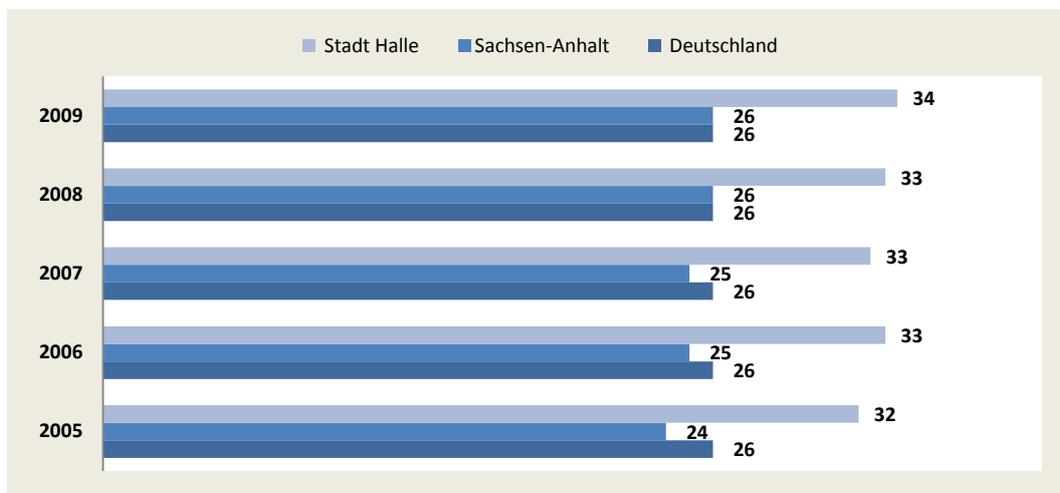


Abb. 43 Anzahl und Dichte öffentlicher Apotheken (inklusive Filialapotheken) in Deutschland, Sachsen-Anhalt und Stadt Halle(Saale) 2005 bis 2009, (Anzahl je 100 000 Einwohner)

Quelle Bundesvereinigung Dt. Apothekerverbände - BRD und Land Sachsen-Anhalt, Landesverwaltungsamt Sachsen- Anhalt

7.1.2 Sonstige medizinische Praxen

Zu der ambulanten Gesundheitsversorgung gehören auch die verschiedenen nichtärztlichen Einrichtungen und Akteure, wie z. B. die Heilpraktiker/innen, die Hebammen und die sogenannten Heilmittelerbringer (Dienstleister auf ärztliche Verordnung z. B. für physikalische oder Sprachtherapien). Dazu zählen die Physiotherapeuten/innen, die Logopäden/innen und Ergotherapeut/innen.

Bundesweit nimmt die Physiotherapie an Bedeutung zu. Auch die Rolle der freiberuflichen Hebammen ist gewachsen. Zurückzuführen ist dies auf die zunehmende Beliebtheit von Geburtshäusern, Hausgeburten sowie Zwischenformen zwischen ambulanter und stationärer Geburtshilfe. [5]

In Sachsen-Anhalt benötigen Heilpraktiker/innen für ihre Berufsausübung eine Erlaubnis des zuständigen Gesundheitsamtes. Sie werden nicht über die gesetzlichen Krankenkassen finanziert.

Die Anzahl der nichtärztlichen Praxen ist in der Stadt Halle in den Jahren 2005 bis 2009 zahlenmäßig von 136 Praxen auf 216 Praxen gewachsen.

Besonders zugenommen haben in diesem Zeitraum die Berufsgruppen der Ergotherapeuten und die Podologen, die sich zahlenmäßig nahezu verdreifacht haben. Durch das Fehlen einer Meldepflicht ist die nachfolgende Grafik ein Überblick mit Richtwerten.

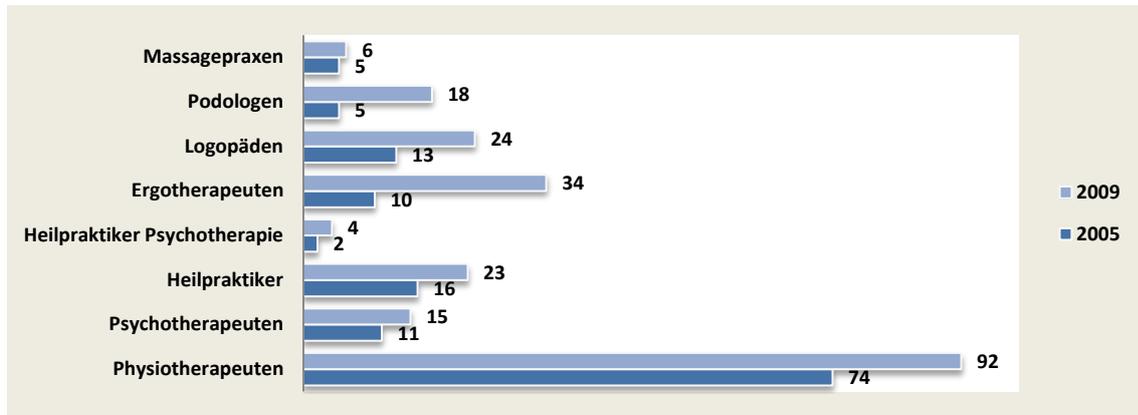


Abb. 44 Nichtärztliche Praxen in der Stadt Halle, 2005 und 2009 (Zahlen sind Richtwerte)

Quelle: Stadt Halle Gesundheitsamt

7.1.3 Rettungswesen

Der Rettungsdienst obliegt dem Land Sachsen-Anhalt. Die Aufgaben wurden weiterführend per Gesetz auf die Landkreise und die kreisfreien Städte übertragen. In der Stadt Halle ist der Rettungsdienst an die hauptberuflichen Kräfte der Feuerwehr übertragen. Die Einsätze werden durch die Rettungsleitstelle alarmiert und koordiniert. Die Finanzierung der Vorhaltung ist unterschiedlich geregelt, für den Patiententransport kommt in der Regel die Krankenversicherung des Patienten auf. Wie aus der nachfolgenden Grafik ersichtlich, ist die Anzahl der Einsätze in der Tendenz steigend.

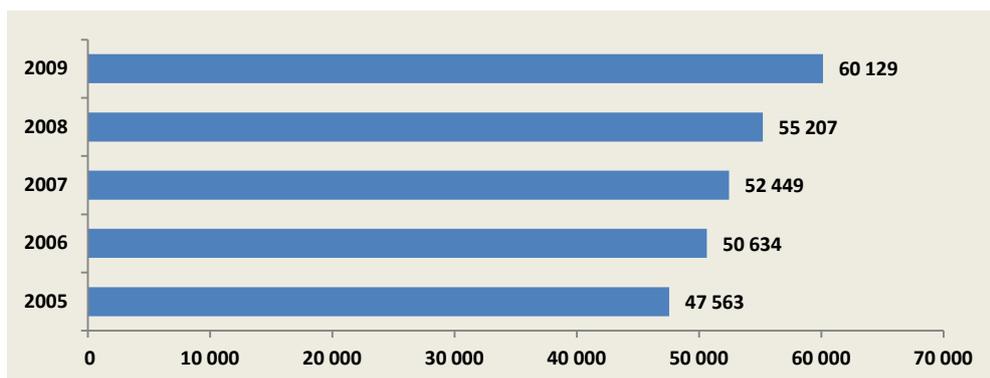


Abb. 45 Zahl der Einsätze des Rettungsdienstes in der Stadt Halle, 2005 bis 2009

Quelle: Stadt Halle, Amt für Brand-, Katastrophenschutz und Rettungsdienst, Amt für Bürgerservice (eigene Berechnung)

Die Anzahl der Einsätze erhöhen sich jährlich. Die Gründe können in Veränderungen der gesetzlichen Regelungen liegen, dem zunehmenden Lebensalter und dem zunehmenden Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung. Der erhebliche Anstieg der Rettungseinsätze zwischen den Jahren 2008 zu 2009 resultiert aus der Verlängerung der Vorhaltezeit, d. h. der Erhöhung der Einsatzzeit der Fahrzeuge.

7.2 Stationäre Versorgung

Im bundesweiten Durchschnitt sank seit Anfang der 1990er Jahre die Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten. Die Ursache liegt in den Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen, die auf eine leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung (DRG-System - Abrechnung nach Fallpauschalen) abzielen.

Der Anteil der Behandlungsfälle und der Anteil älterer Patienten haben sich in den Kliniken erhöht, die Liegezeiten haben sich dagegen verkürzt. Von dem Abbau der Bettenkapazität in den letzten zehn Jahren waren deutschlandweit besonders die Kinderheilkunde und die Psychiatrie betroffen. In der plastischen und Neurochirurgie sowie der psychotherapeutischen Medizin ist das Angebot erweitert worden. [5]

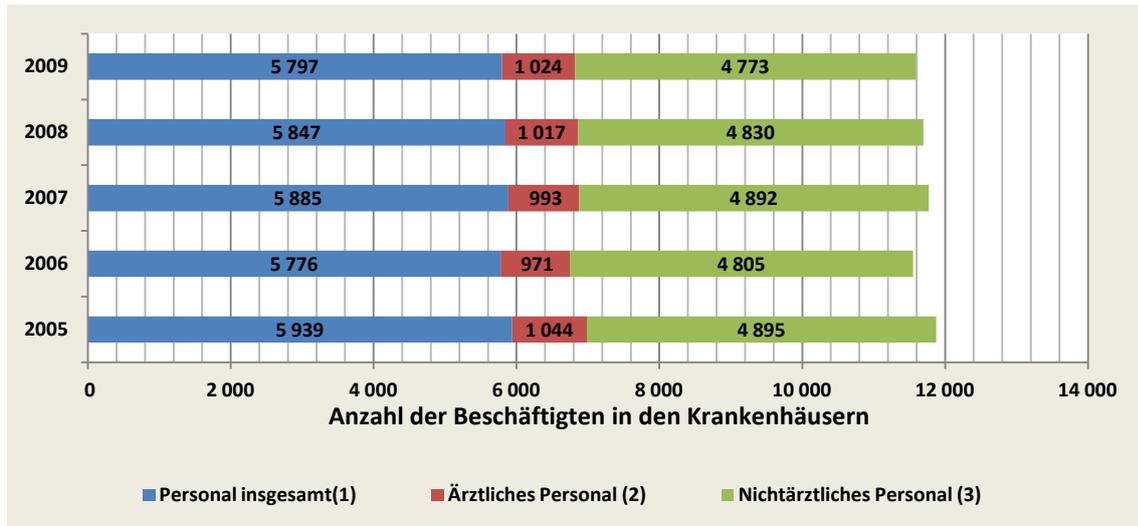
Die Angleichung der Vergütung für vergleichbare Leistungen erforderte auch in Sachsen-Anhalt eine Umstellung der Krankenhausplanung von der Kapazitäts- auf eine Leistungsplanung. Die damit verbundene Wettbewerbsverstärkung unter den Krankenhäusern hat zu weiteren Umstrukturierungsprozessen geführt. In den Krankenhäusern sind verschiedene Behandlungszentren und umfassende Schwerpunktversorgungsbereiche entstanden.

In Sachsen-Anhalt sichert der aufgestellte und in zeitlichen Abständen anzupassende Krankenhausplan eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit stationären medizinischen Leistungen unter Berücksichtigung der Morbiditäts- und demografischen Entwicklung. Die aktuelle Krankenhausrahmenplanung fördert die Kooperation zwischen den Krankenhäusern.

Mit der Vorgabe der Entwicklung eines Geriatriezentrums in jedem Landkreis wird die aktuelle Bevölkerungsentwicklung berücksichtigt.

In der Stadt Halle gibt es 6 Krankenhäuser, darunter ein Psychiatrisches Krankenhaus. Die Trägerschaft wird zwischen freigemeinnützig, öffentlich und privat unterschieden. Das Klinikum Kröllwitz der Martin-Luther-Universität, das AWO Psychiatriezentrum und die Berufsgenossenschaftlichen Kliniken befinden sich in öffentlicher Trägerschaft, das Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle sowie das Diakoniekrankenhaus sind freigemeinnützig tätig. Die Trägerschaft des Krankenhauses Martha Maria Halle Dölau ist freigemeinnützig/privat. Die Krankenhäuser sind als ein funktionelles Versorgungsnetz nach dem Standort und den Fachrichtungen in verschiedenen Versorgungsstufen ausgerichtet (Basisversorgung, Schwerpunktversorgung, Spezialversorgung und universitäre Versorgung).

Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die Anzahl der Beschäftigten in den Krankenhäusern der Stadt Halle im direkten Beschäftigungsverhältnis der Jahre 2005 bis 2009.



1) Ohne nichthauptamtliche Ärzte/innen und ohne Personal der Ausbildungsstätten.

2) Ohne nichthauptamtliche Ärzte/innen und Zahnärzte/innen.

3) Ohne Personal der Ausbildungsstätten und Schüler/innen bzw. Auszubildende.

Abb. 46 Personalanzahl (umgerechnet in Vollzeitkräfte) in den Krankenhäusern der Stadt Halle, 2005 bis 2009

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Statistisches Bundesamt

Das Personal hat sich insgesamt in den Krankenhäusern von 2005 zu 2009 verringert. Bei dem nichtärztlichen Personal war zwischenzeitlich in den Jahren 2007 und 2008 nochmals ein ansteigender Trend festzustellen. Die Anzahl der Ärzte lag im Jahr 2006 mit nur 971 Vollzeitkräften besonders niedrig und ist bis zum Jahr 2009 anzahlmäßig auf 1 024 Vollzeitkräfte angestiegen.

Die Arztdichte an den Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt hat derzeit in etwa dasselbe Niveau wie im Bundesdurchschnitt und zeigt einen steigenden Trend. Viele Experten schätzen die stationäre Versorgung in Sachsen-Anhalt als gefährdet ein und berichten von stationären Engpässen. Ein/e Arzt/Ärztin in Sachsen-Anhalt hat im stationären Bereich mehr Krankenhaufälle und mehr vollzeitig belegte Betten zu betreuen. Die Arbeitsbelastung für Krankenhausarzt/innen in Deutschland und Sachsen-Anhalt ist derzeit noch so hoch, dass die Arztdichte für eine Arzt- und Patientengerechte Versorgung nicht ausreichend ist. [20]

Die demografische Entwicklung führt auch in der Stadt Halle zu Veränderungen in den Versorgungsleistungsspektren der Krankenhäuser. Auf Grund der jahrelangen niedrigen Geburtenrate verringerte sich in den letzten Jahren der Anteil des Leistungsangebotes für Kinder und Jugendliche. Im Diakoniekrankenhaus Halle entstand dagegen ein Zentrum für Geriatrie, Akutgeriatrie und Frührehabilitation.

Weitere Auswirkungen auf die Krankenhausstruktur hat die nach Sozialgesetzbuch V festgelegte integrierte Versorgung im Krankenhaus, welche die ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte bzw. die ambulante Behandlung im Krankenhaus regelt.

Die folgende Grafik bestätigt den sinkenden Trend der Verweildauer der Patienten in vielen Krankenhäusern. Im Betrachtungszeitraum von 2005 bis 2009 lag die Verweildauer in der Stadt Halle tendenziell über der in Sachsen-Anhalt.

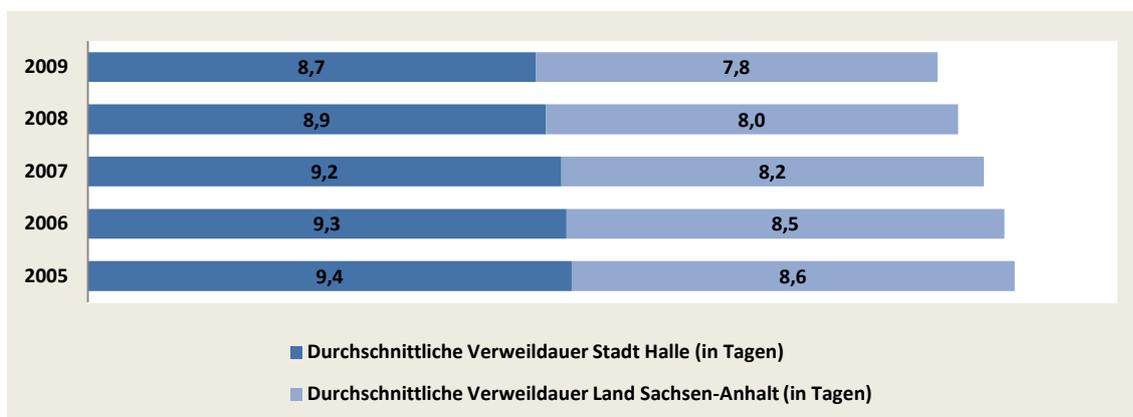


Abb. 47 Durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern der Stadt Halle und Sachsen-Anhalt, 2005 bis 2009
 Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

In der nachfolgenden Grafik ist ein Vergleich der prozentualen Bettenauslastung in der Stadt Halle mit Sachsen-Anhalt dargestellt. Danach haben sich im Jahr 2009 die vergleichenden prozentualen Bettenauslastungen, vor allem gegen über dem Jahr 2008 wieder einander angenähert.

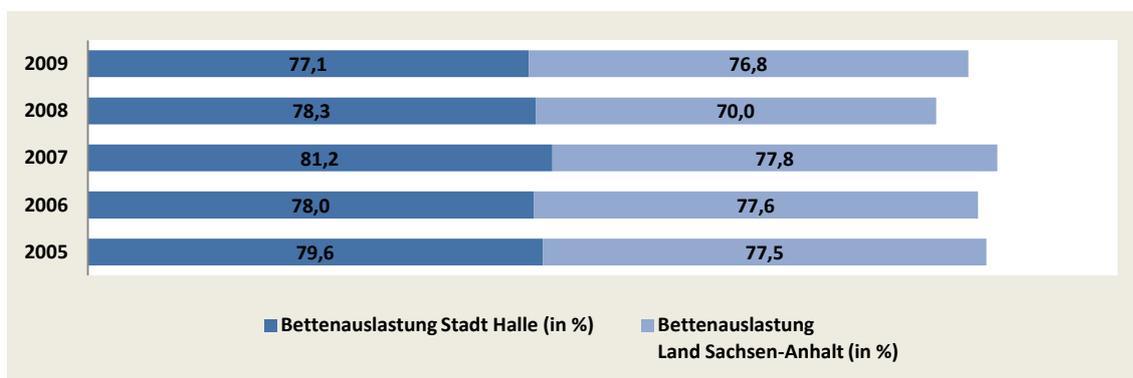


Abb. 48 Durchschnittliche Bettenauslastung in den Krankenhäusern der Stadt Halle und Sachsen-Anhalt, 2005 bis 2009

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

Die stetige Reduzierung der Pfl egetage und eine weitere Abnahme der Verweildauer bleibt auch unter ... steigenden Fallzahlen erkennbar. Diese Entwicklungen sind in erster Linie auf die Einführung des DRG-Systems zurückzuführen, jedoch auch auf den medizinisch-technischen Fortschritt und verbesserte Behandlungsmöglichkeiten, die zum einen eine frühere Entlassung der Patienten, zum anderen eine Verlagerung der stationären Fälle in andere Bereiche ermöglichen. [21]

Fazit:

- *Das Gesundheitswesen in Sachsen-Anhalt befindet sich im Wandel.*
- *Eine auf Grund der demografischen Entwicklung bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, heißt zukünftig geriatrische Angebote weiter auszubauen und gezielt geschlechtsspezifisch weiterzuentwickeln und die Angebote wie in der Geburtshilfe und in der Kinder- und Jugendmedizin reduzierend anzupassen.*
- *Die Zusammenarbeit der Versorgungsstrukturen muss sowohl zwischen den Krankenhäusern, als auch mit den niedergelassenen Ärzten und den weiteren gesundheitsversorgenden Einrichtungen optimiert werden. Das Ziel sollte in einem weiteren Ausbau umfassender und vernetzter Kooperationen stationärer, ambulanter und rehabilitativer Angebote auch mit noch weiteren Leistungserbringern bestehen.*
- *Die psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen sind ansteigend, so dass die stationäre Fallzahlentwicklung in entscheidendem Maße davon abhängen wird, inwieweit komplementäre Angebote in der ambulanten Versorgung der Allgemeinpsychiatrie und für die Gerontopsychiatrie ausreichend vorgehalten werden. [21]*

8 Sportangebote

Körperliche Aktivität hat einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit. Das Risiko für sogenannte Zivilisationskrankheiten, wie koronare Herzkrankheit, Schlaganfall und einige Krebserkrankungen kann damit gesenkt werden. Obwohl die Bedeutung des Sportes für die Gesundheit als wichtig angesehen wird, integrieren Männer und Frauen in den mittleren Altersgruppen ein geringes Maß an körperlicher Aktivität in ihr Leben.

Erfreulich zugenommen hat der Anteil der Mitglieder in den Sportvereinen in der Stadt Halle von im Jahr 2005 mit 14,5% auf 15,6% im Jahr 2009. Damit liegt er im anteilmäßig über Sachsen-Anhalt und verläuft auch entgegen dessen Trend.

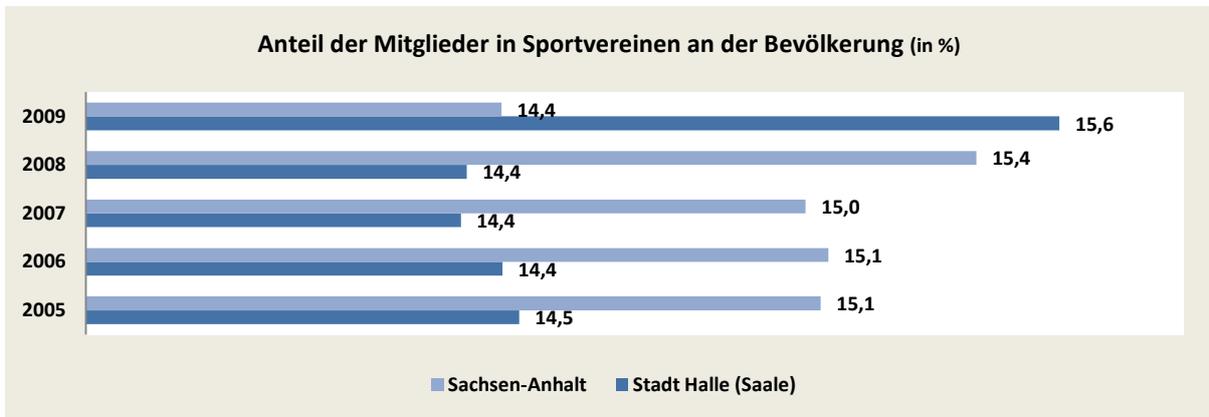


Abb. 49 Anteil der Mitglieder in Sportvereinen an der Bevölkerung pro 100 000 Einwohner (in %) Quelle: Stadt Halle, Stadtsportbund Halle e. V., Amt für Bürgerservice (eigene Berechnung)

Betrachtet man die verschiedenen Altersgruppen, so steigt der Mitgliederanteil besonders bei den Kindern bis 14 Jahre und der Altersgruppe ab 60 Jahre. Dagegen ist die Mitgliederzahl in der Altersgruppe der 15 bis 18-jährigen tendenziell rückläufig.

Die nachfolgende Grafik zeigt einen Überblick der verschiedenen Altersgruppen mit ihren Mitgliedschaften.

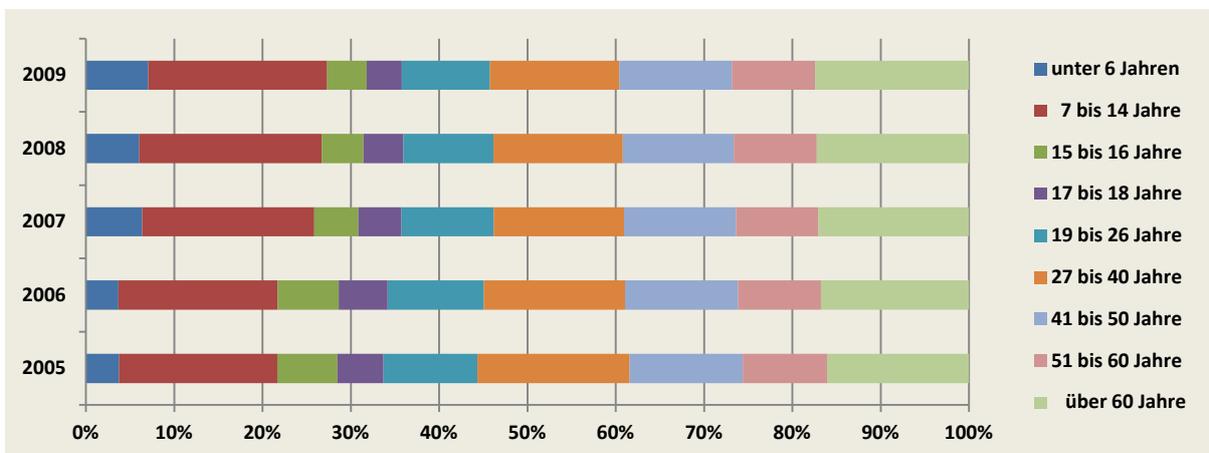


Abb. 50 Zahl der Mitglieder in Sportvereinen der Stadt Halle, 2005 bis 2009 Quelle: Stadtsportbund Halle e. V.

Sportlich inaktiv sind in Deutschland besonders nicht erwerbstätige Männer und Frauen. Es kann davon ausgegangen werden, dass dies bis zum gewissen Grad mit der sozialen Schicht zusammenhängt. Auch hier gilt, dass in den unteren sozialen Schichten sowohl Männer als auch Frauen am wenigsten sportlich aktiv sind - im Vergleich zu den oberen sozialen Schichten. [6]

Fazit:

- *Über eine engere Kooperation der Schulen mit den Sportvereinen und der weiteren Schaffung ansprechender Sportangebote in den Stadtteilen könnten besonders Jugendliche in der Altersgruppe der 15 bis 18-jährigen verstärkt für den organisierten Sport gewonnen werden.*
- *Bei der zukünftigen umfassenden Förderung des Sportangebotes in der Stadt Halle ist, unter Berücksichtigung des demografischen Wandels und des steigenden Trends an Zivilisationskrankheiten, das Angebot und die Vielfalt im Sportbereich für die mittleren Altersgruppen stärker zu berücksichtigen.*
- *Für Menschen mit Behinderung könnte der Zugang zum Sport/Rehabilitationssport durch weitere enge Kooperationen zwischen schulischen, sportlichen und gesundheitspolitischen Bereichen in noch größerem Ausmaß ermöglicht werden.*

9 Zufriedenheit der Bürger/Innen - Ergebnisse aus der Bürgerumfrage 2009

Im Jahr 2009 führte die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg erneut in Zusammenarbeit mit der Stadtverwaltung Halle eine Bürgerumfrage zur Bewertung der kommunalen Lebensqualität durch, die sich in einigen Themenaspekten auch mit Fragen der Gesundheit beschäftigte. Hierzu wurden Fragen über die Zufriedenheit der Versorgung mit ambulanten Pflege- und Sozialdiensten, Ärzten und Krankenhäusern gestellt.

Wie zufrieden sind die Hallenser mit der Versorgung mit ambulanten Pflege- und Sozialdiensten?

(Nennungen getrennt nach eher zufrieden und sehr zufrieden in Prozent)

	2001		2005		2009	
	eher zufrieden	sehr zufrieden	eher zufrieden	sehr zufrieden	eher zufrieden	sehr zufrieden
Halle gesamt	44,9	5,7	39,4	7,2	45,5	8,4
18-29 Jahre	32,6	5,0	32,0	4,4	39,2	6,4
30-44 Jahre	42,8	4,8	35,5	6,9	45,0	6,1
45-59 Jahre	45,9	5,0	43,2	6,3	42,0	6,3
60-74 Jahre	53,9	7,6	46,1	10,6	51,1	9,7
Über 75 Jahre*	47,4	10,5	35,3	17,6	49,6	18,0

Abb. 51 Zufriedenheit der halleschen Bürger/innen mit den ambulanten Pflegediensten, Zeitvergleich 2001, 2005 und 2009

*(Erläuterung nächste Seite unter Abb. 53)

Quelle: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Soziologie

Wie zufrieden sind die Hallenser mit der Versorgung mit Ärzten und Krankenhäusern?

(Nennungen getrennt nach eher zufrieden und sehr zufrieden in Prozent)

	2001		2005		2009	
	eher zufrieden	sehr zufrieden	eher zufrieden	sehr zufrieden	eher zufrieden	sehr zufrieden
Halle gesamt	57,8	11,2	51,5	13,0	49,8	14,0
18-29 Jahre	56,9	10,5	52,5	14,9	45,9	17,8
30-44 Jahre	56,2	12,7	52,7	13,4	52,8	15,4
45-59 Jahre	58,2	7,3	49,2	11,4	45,4	11,4
60-74 Jahre	59,7	14,4	51,6	12,5	52,5	13,0
Über 75 Jahre*	50,0	9,1	55,0	20,0	52,6	14,2

Abb. 52 Zufriedenheit der halleschen Bürger/innen mit der Versorgung durch Ärzte und Krankenhäuser, Zeitvergleich 2001, 2005 und 2009

*(Erläuterung nächste Seite unter Abb. 53)

Quelle: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Soziologie

Insgesamt ist die medizinische Versorgungszufriedenheit gestiegen. Unterscheidet man die Ergebnisse der Aussagen der Zufriedenheit in die verschiedenen Altersgruppen so sind im Jahr 2009 18% der über 75-jährigen mit den ambulanten Pflege- und Sozialdiensten sehr zufrieden und liegen damit weit über den Gesamtwert von 8,4% für die Stadt Halle gesamt.

Mit der Versorgung durch Ärzte und Krankenhäuser sind im Jahr 2009 in der Altersgruppe der 18 bis 29-jährigen 17,8% und in der Altersgruppe der 30 bis 44-jährigen 15,4% sehr zufrieden. Sie liegen damit noch über dem Gesamtwert von 14%.

Die Frage inwieweit bzw. wie stark sich Hallenser durch Krankheiten bedroht fühlen, wurde wie folgt beantwortet.

Wie stark fühlen sich die Hallenser durch „Krankheiten“ bedroht?

(Nennungen getrennt nach eher bedroht und sehr bedroht Prozent)

	2001		2005		2009	
	eher bedroht	sehr bedroht	eher bedroht	sehr bedroht	eher bedroht	sehr bedroht
Halle gesamt	19,6	6,5	23,3	16,5	25,8	17,0
18-29 Jahre	13,7	5,9	20,7	12,5	20,9	11,2
30-44 Jahre	12,4	5,3	22,1	12,0	24,0	13,4
45-59 Jahre	22,1	8,2	22,9	20,1	25,4	19,1
60-74 Jahre	30,6	6,5	27,5	20,3	27,8	18,1
Über 75 Jahre*	5,6	0	10,5	31,6	32,9	25,6

Abb. 53 Empfinden einer Bedrohung durch Krankheiten durch die halleschen Bürger/innen, Zeitvergleich 2001, 2005 und 2009

Quelle: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Soziologie

*Anmerkung (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Soziologie)

Die Anzahl der befragten Personen, die über 75 Jahre alt sind, hat sich zwischen 2005 und 2009 sprunghaft vergrößert. Daher sind die Daten für die Jahre 2001 und 2005 für diese Altersgruppe nicht repräsentativ.

2001 = 28 Befragte von 1941 Befragten über 75 Jahre

2005 = 21 Befragte von 3428 Befragten über 75 Jahre

2009 = 287 Befragte von 2716 Befragten über 75 Jahre

Erwartungsgemäß nimmt das Empfinden der Bedrohung durch „Krankheiten“ mit dem Lebensalter proportional zu. Das sich die Altersgruppe der 45 bis 59-jährigen davon im Jahr 2009 im höherem Maße betroffen fühlt, bedarf ev. einer künftigen weiteren Beobachtung.

Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Die Bevölkerung in der Stadt Halle als eine Großstadt in Sachsen-Anhalt wird bis zum Jahr 2025 um etwa 10% abnehmen. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen wird leicht und der Anteil älterer Menschen (besonders der Hochbetagten) stärker zunehmen. Dagegen wird der Bevölkerungsanteil im erwerbstätigen Alter sinken.

Die Lebensqualität und das Wohlfühlen hängen entscheidend von der gesundheitlichen Situation ab. Aus sozialer und gesundheitlicher Sicht entscheiden neben den materiellen auch die immateriellen Lebensbedingungen über eine Verbesserung der Lebenssituation.

- *Ausbau niedrigschwelliger, gesundheitsfördernder und medizinischer Angebote in den Stadtteilen zu den Themen: Ernährung, Bewegung, Entspannung, Umwelt, Impfstatus, Gesundheitsinformation und Gesundheitsprävention.*
- *Anbieten ärztlicher Gesundheitsberatungen in den verschiedenen Einrichtungen in den Stadtteilen.*
- *Stärkere Einbindung sozial Benachteiligter insbesondere Kinder, Älterer und Bürger/innen in schwieriger sozialer Situation in das bestehende soziale Hilfesystem.*
- *Förderung der Gesundheitspotentiale durch Integration von Gesunde - Schule-Programmen und Ernährungsaktionen in den verschiedenen Einrichtungen der Stadtteile. (Schule, Kindereinrichtungen, Vereine).*
- *Entwicklung von Thementagen.*

Die ärztlichen Befunde im Kindesalter beinhalten vielfältige Verhaltens- und Entwicklungsstörungen der emotionalen und psychischen Entwicklung, der motorischen und besonders der sprachlichen Entwicklung. Die Kinder in der Stadt Halle weisen gegenüber Sachsen-Anhalt erhöhte sprachliche Defizite auf.

Nichtbehandelte Entwicklungsdefizite und Gesundheitsstörungen können später zu Krankheiten führen und die Lebensqualität einschränken. Die Risikokonstellationen betreffen niedrigen Sozialstatus, Armut, Instabilität der Familie und geringe Bildungschancen. In dem sozialen Bereich sind dies: wenig Anregungen, Gewalterfahrung und Überforderung der Eltern.

- *Aufbau von Projekten zur Gesundheitserziehung in Schulen und Ferienfreizeiten rund um das Thema Gesundheit und Wohlbefinden.*
- *Anti-Tabak Aufklärung in den Schulen.*
- *Im Sinne der Chancengleichheit: eine gezielte Förderung der sprachlichen Entwicklung über Projekte in den Kindereinrichtungen und Schulen.*
- *Beratung und Begleitung für Familien in den sozial benachteiligten Stadtteilen durch Angebote: familiäre Krisenhilfe, Familiencafe, Hebammenhilfe.*
- *Die Eltern sind in das Hilfesystem stärker einzubinden. Gefährdungen des Kindeswohls müssen frühzeitig erkannt werden um notwendige Hilfen vermitteln zu können. Aktive*

Unterstützung der Zusammenarbeit und Vernetzung der Gesundheitserziehung in den Schulen und Stadtteilen mit Sport- und Freizeiteinrichtungen.

- *Bekämpfung des Kariesanstiegs auf verschiedenen Ebenen: neben den Einrichtungen/Schulen eine konsequente Aufklärung und Information der Eltern in Form der Individualprophylaxe sowie eine Optimierung der kommunalen strukturellen Voraussetzungen.*

Die Lebenserwartung differiert zwischen Frauen und Männern zuungunsten der Männer.

Das stationäre Erkrankungsspektrum hat sich verändert von den akuten zu den chronischen Erkrankungen und von den körperlichen zu den seelischen Störungen. Die Krankenhausdiagnosen zeigen, dass besonders die Herzerkrankungen und auch die psychischen Erkrankungen in der Stadt Halle einen wachsenden Stellenwert einnehmen. Dabei treten Psychosomatische Störungen bei Frauen häufiger auf als bei den Männern.

Bei den Suchterkrankungen durch Alkohol sind die Männer deutlich häufiger betroffen.

Die chronischen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Neubildungen sind oft Folge von falschen Ernährungsgewohnheiten, Bewegungsmangel und mangelnder Vorsorge.

- *Absprachen mit den Krankenkassen für eine Verstärkung der Präventionsmaßnahmen im Zusammenhang mit § 20 SGB V zur Verringerung des Risikos von Herz-Kreislaufkrankungen besonders in den mittleren Altersgruppen.*
- *Förderung des Nichtrauchens unter Berücksichtigung des geschlechtsspezifischen Risikoverhaltens, die Gesundheitsrisiken sind durch Vortragsreihen und Thementage verstärkt in das Bewusstsein der Betroffenen selbst zu rücken.*
- *In Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Förderung der Verbesserung einer Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen.*
- *Vermittlung und Begleitung bei Arzt- und Behördengängen.*
- *Stärkere Berücksichtigung des geschlechtsspezifischen Bedarfes bei der psychiatrischen und Suchtbehandlung.*
- *Förderung positiver gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen: Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten, Vermittlung hauswirtschaftlicher Fähigkeiten rund um das Kochen, Budgetberatung.*
- *Entwicklung von wirkungsvollen auf das Alter bezogenen Fähigkeiten: z. B. durch Aufklärung über Bewegungsstörungen, Unfallverhütung, Essstörungen.*
- *Schaffung einer übergreifenden geriatrischen und gerontopsychiatrischen Grundversorgung durch den Aufbau von Schwerpunktpraxen unter Einbeziehung und dem Durchführen präventiver Hausbesuche.*

Männer und Frauen weisen Unterschiede im Krankenstand auf. Die häufigsten Erkrankungen für eine Arbeitsunfähigkeit betreffen das Atmungssystem und den Muskel-Skelett-Apparat. Danach schließen sich die psychischen und Verhaltensstörungen und die Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen an.

- *Förderung und Ausbau der präventiv wirkenden Gesundheitsangebote (wie bereits benannt) in den Stadtteilen.*
- *Entwicklung von Bewegungsprogrammen in Zusammenarbeit mit den Sportstudios.*
- *Aufstellen von Hilfsprogrammen bei der Beseitigung der Erkrankungsauslöser, wie Tabakabhängigkeit, Ernährungsmangel, Bewegungsmangel auch in Zusammenarbeit mit vorhandenen betrieblichen Gesundheitsförderungen.*
- *Positives Einwirken auf psychosoziale Faktoren, wie Stress und Zeitdruck durch Anti-stressprogramme, Entspannungskurse mit begleitenden Vorträgen..*

Die Anzahl der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI hat zugenommen, dies stärker bei den Männern. Die insgesamt höhere Erwerbstätigkeit der Männer könnte dafür neben den unterschiedlichen Arbeitsbedingungen von Männern und Frauen eine Rolle spielen. Während bei Frauen ein großer Anteil auf psychische Erkrankungen zurückführbar ist, spielen bei den Männern neben dem gleichfalls erhöhten Anteil an psychischen Erkrankungen auch die Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die Neubildungen eine entscheidendere Rolle. Die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sind dagegen bei den Frauen eine häufigere Diagnose für den Rentenzugang durch verminderte Erwerbsfähigkeit.

- *Die Männer üben ein gesundheitsriskanteres Verhalten aus. Es rauchen mehr Männer als Frauen und sie konsumieren mehr und regelmäßiger Alkohol. Männer ernähren sich ungesünder und nehmen seltener an Früherkennungsuntersuchungen und Präventionsangeboten teil.*
- *Über eine geschlechtersensible Analyse und Abstimmung der Programme für Präventionsangebote der Stadt Halle in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen könnten Ungleichbehandlungen im Erreichen der Ziele bei Männern und Frauen aufgedeckt und beseitigt werden.*
- *Nach Herz-Kreislaufferkrankungen ist eine stärkere Förderung der Inanspruchnahme Rehabilitationsleistungen notwendig.*

Die medizinische Gesundheitsversorgung befindet sich im Wandel. Für eine bedarfsgerechte Versorgung sind die verschiedenen Angebote den sich verändernden demografischen Verhältnissen anzupassen. Neben dem weiteren Ausbau der geriatrischen Versorgung ist die Kinder- und Jugendmedizin den tatsächlichen Erfordernissen anzugleichen.

- *In die ambulante Versorgungsplanung ist der Mehrbedarf der älteren Bevölkerung in den Stadtteilen, mit einer guten Erreichbarkeit und fachübergreifend vernetzten Möglichkeiten einzubeziehen. Dies sollte in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung geplant werden.*
- *Es sind Hilfen bei einer aktiven Teilhabe der Bürger/innen an der Gestaltung der Gesundheitsversorgung anzubieten, durch eine Förderung der Transparenz im Gesundheitswesen.*

- *Die Unterstützung der Bürger/innen bei der Informationsbeschaffung über behandlungsqualitative Aussagen z. B. durch unabhängige Verbraucherinformationsstellen ist zu fördern.*

Im Jahr 2009 hat der Anteil der Mitglieder in den Sportvereinen zugenommen. Der Sport nimmt eine wichtige Position im Kampf gegen die sogenannten Zivilisationskrankheiten ein. Die Förderung der Bewegung in jedem Alter führt u. a. zu einer Senkung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und mindert auch das Krebsrisiko.

Frauen und Männer weisen im mittleren Alter Unterschiede in ihrem Gesundheitszustand auf.

- *Die Förderprogramme des Sportes sind gezielt durch die Stabsstelle Sport in Zusammenarbeit mit Schuleinrichtungen auf die verschiedenen Altersgruppen abzustimmen.*
- *Die gesundheitsfördernden Sportangebote für die 15 bis 18-jährigen sind kommunikativ den Informationsbedürfnissen dieser Altersgruppe anzupassen.*
- *Eine enge Vernetzung der Schul- und Sporteinrichtungen ist zu fördern.*
- *Leer stehende Sporthallen sollten den Programmen der Bewegungsförderung zur Verfügung gestellt werden.*
- *Bei den Sportprogrammen für die erwerbstätige Altersgruppe sind die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Männern und Frauen zu berücksichtigen.*

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Bevölkerungsvorausschätzungen im Land Sachsen-Anhalt, Stadt Halle, Stadt Magdeburg und Landkreise	- 7 -
Abb. 2	5. Regionalisierte Bevölkerungsprognose 2008 bis 2025 Anteil ausgewählter Altersgruppen an der Bevölkerung insgesamt (Angaben in %).....	- 8 -
Abb. 3	Jugendquote nach Stadtteilen und ausgewählten Jahren (Angaben in %).....	- 8 -
Abb. 4	Altenquote nach Stadtteilen und ausgewählten Jahren (Angaben in %).....	- 9 -
Abb. 5	Befunderhebungen der Schuleingangsuntersuchungen Stadt Halle und Sachsen-Anhalt im Vergleich, 2008 und 2009.....	- 11 -
Abb. 6	Befunderhebungen der Schuleingangsuntersuchungen Stadt Halle, 2010	- 12 -
Abb. 7	Befunderhebungen bei den Schuleingangsuntersuchungen in der Stadt Halle und in Sachsen-Anhalt im Vergleich, 2008 und 2009.....	- 12 -
Abb. 8	Anteil der vollständig geimpften Schulanfänger, 2009 (Angaben in %, mit Angabe der Anzahl der Impfungen).....	- 13 -
Abb. 9	Anteil der Kinder mit positiven Befunden bei der ärztlichen Untersuchung und nach Elternfragebogen.....	- 13 -
Abb. 10	Gebissgesundheit, Untersuchungsergebnisse in den Kindertagesstätten im vergleichenden Zeitraum der Schuljahre 2004/2005 und 2009/2010.....	- 15 -
Abb. 11	DMF-T-Index, Untersuchungsergebnisse der Schuljahre 2004/2005 und 2009/2010.....	- 15 -
Abb. 12	Stationäre Behandlungsfälle - Aus den Krankenhäusern entlassene vollstationäre Patienten mit Wohnsitz in Halle, nach Diagnoseklassen, Geschlecht und Altersgruppen, 2005	- 18 -
Abb. 13	Stationäre Behandlungsfälle - Aus den Krankenhäusern entlassene vollstationäre Patienten mit Wohnsitz in Halle, nach Diagnoseklassen, Geschlecht und Altersgruppen, 2009	- 18 -
Abb. 14	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten nach häufigen Hauptdiagnosen und Geschlecht je 100 000 Einwohner, Patientenwohnort Halle zusammen mit der Verweildauer im Krankenhaus (in Tagen), 2009	- 20 -
Abb. 15	Stationäre Aufnahmen im Jahr 2009.....	- 22 -
Abb. 16	Suizide in der Stadt Halle pro 100 000 Einwohner, 2005 bis 2009	- 25 -
Abb. 17	Gesamterkrankungszahl der Campylobacter-Enteritiden, Norovirus-Gastroenteritiden, Rotaviruserkrankungen und der Salmonellen in der Stadt Halle, 2005 bis 2009	- 27 -
Abb. 18	Gesamtinzidenz der Campylobacter-Enteritiden in der Stadt Halle im Vergleich mit Sachsen-Anhalt und Deutschland, 2005 bis 2009	- 28 -
Abb. 19	Saisonale Verteilung der Norovirus-Gastroenteritiden in der Stadt Halle im Vergleich mit Sachsen-Anhalt und Deutschland, 2009.....	- 28 -
Abb. 20	Gesamtinzidenz der Norovirus-Gastroenteritiden in der Stadt Halle im Vergleich mit Sachsen-Anhalt und Deutschland, 2005 bis 2009	- 29 -
Abb. 21	Gesamtinzidenz der Salmonellosen in der Stadt Halle im Vergleich mit Sachsen-Anhalt und Deutschland, 2005 bis 2009	- 29 -
Abb. 22	Saisonale Verteilung der Salmonellosen in Stadt Halle, 2009.....	- 30 -
Abb. 23	Gesamtinzidenz der Rotaviruserkrankungen in der Stadt Halle im Vergleich mit Sachsen-Anhalt und Deutschland, 2005 bis 2009	- 30 -
Abb. 24	Rotaviruserkrankungen, altersspezifische Inzidenzen, Stadt Halle, 2005 bis 2009	- 31 -
Abb. 25	Inzidenz der Hepatitis-A-Erkrankungen, Stadt Halle, Sachsen-Anhalt und Deutschland im Vergleich, 2005 bis 2009	- 32 -

Abb. 26	Inzidenz der Hepatitis-B-Erkrankungen in der Stadt Halle, Sachsen-Anhalt und Deutschland im Vergleich, 2005 bis 2009	- 33 -
Abb. 27	Gemeldete HIV-Neu-Diagnosen pro 100 000 Einwohner nach Jahr, in der Stadt Halle, in Sachsen-Anhalt und in Deutschland, 2005 bis 2010	- 34 -
Abb. 28	Gemeldete HIV-Neu-Diagnosen nach Geschlecht und Meldejahr, Deutschland, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, Bundesländer: Sachsen-Anhalt; Regierungsbezirke: Sachsen-Anhalt; Kreise: SK Halle (Saale); Fälle entsprechend der Referenzdefinition des RKI; Datenstand: 01.02.2011.....	- 35 -
Abb. 29	Durchschnittliche Lebenserwartung im Alter in Jahren: Lebenserwartung bei Geburt, in Deutschland und in den Neuen Bundesländern, unterteilt nach Geschlecht, 2005/2007 bis 2007/2009	- 36 -
Abb. 30	Sterbefälle nach Haupttodesursachen in Deutschland, Sachsen-Anhalt und Stadt Halle je 100 000 Einwohner, 2009.....	- 38 -
Abb. 31	Sterbefälle in der Stadt Halle durch die chronisch ischämische Herzkrankheit als häufigste Todesursache, Gestorbene je 100 000 Einwohner, unterteilt nach Geschlecht, 2005 und 2009.....	- 39 -
Abb. 32	Säuglingssterbefälle nach Geschlecht im ersten Lebensjahr (je 1000 Lebendgeborene), 2005 bis 2009	- 40 -
Abb. 33	Zahl der Straßenverkehrsunfälle (mit Personenschaden) bei denen infolge des Fahrverkehrs Personen verletzt wurden, Stadt Halle, 2005 bis 2009	- 41 -
Abb. 34	Übersicht über die Anzahl und Zusammensetzung der Mitglieder der Barmer GEK und der DAK.....	- 43 -
Abb. 35	Übersicht über die fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand der Barmer GEK und der DAK.....	- 44 -
Abb. 36	Schwangerschaftsabbrüche je 10 000 Frauen in Deutschland und Sachsen-Anhalt, 2005 bis 2009.....	- 46 -
Abb. 37	Anteil der schwerbehinderten Personen im erwerbsfähigen Alter in der Stadt Halle und Sachsen-Anhalt.....	- 49 -
Abb. 38	Anzahl der Rentenzugänge nach SGB VI wegen verminderter Erwerbsfähigkeit unterteilt in Männer und Frauen und nach Hauptdiagnosegruppen in der Stadt Halle, 2009	- 52 -
Abb. 39	Rentenzugänge nach SGB VI wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Durchschnittsalter und Hauptdiagnosen (ohne psychische Erkrankungen) für Männer und Frauen,2009....	- 52 -
Abb. 40	Rentenzugänge nach SGB VI wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Verteilung bei den psychischen Erkrankungen nach Durchschnittsalter und Geschlecht bei Rentenbeginn, 2005 und 2009.....	- 53 -
Abb. 41	Bedarfsplanung, 189. Fortschreibung des Versorgungsstandes in den Landkreisen Sachsen-Anhalt	- 56 -
Abb. 42	Einwohner pro Arzt - Praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin in den Stadtbezirken, 2005 bis 2009 (absolute Zahlen)	- 57 -
Abb. 43	Anzahl und Dichte öffentlicher Apotheken (inkl. Filialapotheken) in Deutschland,	- 58 -
Abb. 44	Nichtärztliche Praxen in der Stadt Halle, 2005 und 2009	- 59 -
Abb. 45	Zahl der Einsätze des Rettungsdienstes in der Stadt Halle, 2005 bis 2009.....	- 59 -
Abb. 46	Personalanzahl (umgerechnet in Vollzeitkräfte) in den Krankenhäusern der Stadt Halle, 2005 bis 2009	- 61 -

Abb. 47	Durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern der Stadt Halle und Sachsen-Anhalt, 2005 bis 2009	- 62 -
Abb. 48	Durchschnittliche Bettenauslastung in den Krankenhäusern der Stadt Halle und Sachsen-Anhalt	- 62 -
Abb. 49	Anteil der Mitglieder in den Sportvereinen an der Bevölkerung pro 100 000 Einwohner (in %).....	- 64 -
Abb. 50	Zahl der Mitglieder in Sportvereinen der Stadt Halle, 2005 bis 2009.....	- 64 -
Abb. 51	Zufriedenheit der halleschen Bürger/innen mit den ambulanten Pflegediensten	- 66 -
Abb. 52	Zufriedenheit der halleschen Bürger/innen mit der Versorgung durch Ärzte und Krankenhäuser	- 66 -
Abb. 53	Empfinden einer Bedrohung durch Krankheiten durch die halleschen Bürger/innen.....	- 67 -

Literaturverzeichnis

- [1] Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Pressemitteilung 47/2010
Ort: Internet 2010-10-20
(<http://www.statistik.sachsen-anhalt.de/Internet/Home/Veroeffentlichungen/Pressemitteilungen/2010/04/47>)
- [2] Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt. Ergebnisse der ärztlichen und zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in den Schuljahren 2007/2008 und 2008/2009: Magdeburg, 2011
- [3] Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 20 Jahre nach dem Fall der Mauer - Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Berlin: Robert-Koch-Institut, 2009
- [4] Stadt Halle (Saale), Ressort Statistik und Wahlen (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 2009: Halle (Saale), 2010
- [5] Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2006
- [6] Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Alter. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2005
- [7] Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 33. Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2006
- [8] Stadt Halle (Saale), Gesundheitsamt (Hrsg.): Fortschreibung der Psychiatrieplanung der Stadt Halle 2010: Halle (Saale): Stadtverwaltung, 2011
- [9] Robert-Koch-Institut, Infektionsschutz
Ort: Internet 2011-01-26 (<http://www.3rki.de/SurvStat/2011/01/26>)
- [10] Landesamt für Verbraucherschutz, Jahresbericht. Infektionskrankheiten 2009 Sachsen-Anhalt. Magdeburg: Landesamt für Verbraucherschutz, 2010
- [11] Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Statistisches Bundesamt, 1998
- [12] Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Pressemitteilung 147/2010
Ort: Internet 2010-11-29
(<http://www.statistik.sachsen-anhalt.de/Internet/Home/Veroeffentlichungen/Pressemitteilungen/2010/11/147>)
- [13] Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 52. Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2011

- [14] Barmer GEK (Hrsg.): Unternehmensreport Gesundheit für die Region „Stadt Halle“. Arbeitsunfähigkeitsdaten 2009. Halle (Saale): Barmer GEK, 2011
- [15] DAK: Region „Stadt Halle“ 2009. Halle (Saale): DAK Regional, 2011
- [16] Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt. Halle (Saale): Landesverwaltungsamt, 2010
- [17] Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 30. Gesundheitsbedingte Frühberentung. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2006
- [18] Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Ort: Internet 2011-05-11
([http:// www.kvsa.de/ Publikationen/Pro-Magazine/Pro2011/pro_3_2011.pdf](http://www.kvsa.de/Publikationen/Pro-Magazine/Pro2011/pro_3_2011.pdf))
- [19] Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse aus GEDA 2009. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2011
- [20] Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt (Stand 2008). Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung des Landes. Magdeburg, 2011
- [21] Ministerium Land Sachsen-Anhalt: Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt. Magdeburg: Ministerium Land Sachsen-Anhalt, 2010