

Stadt Halle (Saale)

2005

**Gesundheitsberichterstattung
mit integriertem Berichtsteil
Kindergesundheit**

Geschäftsbereich Soziales, Jugend und Gesundheit

Vorwort

Die Stadt Halle (Saale), Geschäftsbereich Jugend, Gesundheit und Soziales legt mit diesem Bericht erstmals eine integrierte Gesundheitsberichtserstattung vor. Gemeinsam mit weiteren neun Städten der neuen Bundesländer und in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizin-Soziologie am Zentrum für psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf wurden dafür in einem von der Bundesregierung geförderten Projekt 35 Kernindikatoren zur Berichterstattung entwickelt. Diese lassen zukünftig eine standardisierte und damit vergleichbare Gesundheitsberichterstattung zu. Der Bericht vermittelt der Öffentlichkeit ein Bild über die Rahmenbedingungen und die medizinische Versorgung in unserer Stadt. Die zusammengestellten Daten berücksichtigen im Wesentlichen das Jahr 1997 und die Jahre 2002/ 2003. Wir gehen damit einen ersten Schritt auf dem Weg zu einer umfassenden Bewertung von Einflussfaktoren auf die gesundheitliche und soziale Lage der Bürgerinnen und Bürger in unserer Stadt.

Ein gesondertes Kapitel beschäftigt sich mit der Kindergesundheit. Zukünftig werden bei der gesundheitlichen Auswertung kleinräumige Zuordnungen möglich sein. Damit wird dann ein noch direkterer Bezug auf die erhobenen Daten im Zusammenhang mit der Gesamtsituation der dort lebenden Bürgerinnen und Bürger möglich sein. Viele gesundheitliche Probleme haben ihren Ursprung in der Kindheit. So ist bekannt, dass ein Aufwachsen in Armut, Gesundheitsrisiken nach sich ziehen kann.

Eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage kann nur unter Einbeziehung der Fachleute aus den jeweiligen Sachgebieten erfolgen. Dieses erfordert aber eine sachkundige Analyse sowie die daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen. Im Ergebnis müssen entsprechende Zielvorstellungen erarbeitet werden. Gerade hierfür kann die Gesundheitsberichterstattung durch die Darstellung von Zahlen und Fakten einen Überblick schaffen und auf Probleme hinweisen.

Es gilt Erkenntnisse in konkrete Gesundheitsziele und Handlungen umzusetzen, um zu einer weiteren Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Menschen in unserer Stadt Halle (Saale) beizutragen! So werden wir zukünftig auf breiter Basis Gesundheitsförderkonferenzen veranstalten und Präventionsmaßnahmen mit diesem Bericht gezielter durchführen können. Ich wünsche diesem Bericht eine gute Aufnahme.

Dagmar Szabados
Bürgermeisterin der Stadt Halle (Saale)

Der Bericht entstand in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizin-Soziologie am Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf im Rahmen des Forschungsprojektes „Gesundheit als integrierendes Leitziel in der Konzeption und Erprobung eines regionalen Berichtssystems nachhaltiger Entwicklung“. Es handelt sich um ein Teilprojekt des Forschungsschwerpunktes „Problemorientierte regionale

Berichterstattungssysteme“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und wurde von diesem von 5/2002 bis 4/2005 gefördert (Förderkennzeichen: 07 RBS 08).

Inhaltsverzeichnis

1 Demografische Lage	5
1.1 Bevölkerungsentwicklung	5
1.2 Geburten, Sterbefälle	8
1.3 Zu- und Abwanderung.....	9
1.4 Ausländische Wohnbevölkerung	10
2 Gesundheit der Bevölkerung in Halle (Saale)	12
2.1 Ausgewählte meldepflichtige Erkrankungen.....	12
2.2 Mortalität (Sterblichkeit und Todesursachen).....	15
2.3 Schwerbehinderte Menschen	18
2.4 Anzahl der Verkehrsunfälle	19
2.5 Niedergelassene Fachärzte	20
3 Gesundheitszustand hallescher Kinder und Jugendlicher	21
3.1 Früherkennungsuntersuchungen für Kinder.....	22
3.2 Vorsorgeuntersuchungen	25
3.3 Befundhäufigkeiten bei Schuleingangsuntersuchungen	26
3.4 Befundhäufigkeiten der Schüler der 3. ; 6. und 10. Klassen	30
3.5 Durchimpfungsgrad bei Kindern	34
3.6 Zahngesundheit in den verschiedenen Altersgruppen.....	36
3.7 Psychisch kranke Kinder und psychosomatische Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen	40
3.8 Entwicklungschancen von Kindern	46
4 Bildung von Kindern und Jugendlichen	47
5 Allgemeine soziale Lage	49
5.1 Wohnsituation.....	49
5.2 Durchschnittliches Einkommen	50
5.3 Einkommensverteilung.....	50
5.4 Arbeitsmarkt und Arbeitslosenquote	50
5.5 Sozialhilfequote	51
5.6 Wohngeldempfänger	52
5.7 Privathaushalte-Mikrozensus.....	53
5.8 Familien.....	53

5.9 Jugendgerichtshilfe	56
6 Kommunale Wirtschaft.....	57
6.1 Bruttowertschöpfung, Einnahmen und Ausgaben pro Haushaltsjahr.....	57
6.2 Pro-Kopf-Verschuldung	58
6.3 Gewerbestatistik und Insolvenzverfahren	58
6.4 Erwerbstätige am Arbeitsort und nach Stellung im Beruf	60
7 Umwelt.....	62
7.1 Luftbelastung	62
7.2 Lärmbelastung und Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel	64
8 Wahlen/ Partizipation.....	65
8.1 Entwicklung der Wahlbeteiligung	65
8.2 Selbsthilfegruppen	68
9 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	69
10 Verzeichnisse	74
11 Anlagen.....	78

1 Demografische Lage

1.1 Bevölkerungsentwicklung

Halle (Saale) ist die größte Stadt Sachsen-Anhalts und bildet zusammen mit Leipzig eine bedeutende Wirtschaftsregion in Mitteldeutschland.

Ende 2003 betrug die Wohnbevölkerung in der Stadt Halle (Saale) 238 078 Einwohner. Damit wurde im Jahr 2003 erstmals seit 1990 eine positive Bevölkerungsentwicklung registriert.

Betrachtet man jedoch den Zeitraum von 1997 bis 2003 insgesamt, so hatte unsere Stadt einen Bevölkerungsverlust von 29 698 (-12,47%) Einwohnern zu verzeichnen.

Seit 1990 ging ein Bevölkerungsanteil von 71 328 Einwohnern (-23,1%) verloren.

Nach dem Zusammenschluss mit der ehemaligen kreisfreien Stadt Halle-Neustadt im Jahr 1990 lebten noch 309 406 Einwohner in unserer Stadt.

Tabelle 1: Bevölkerungsfortschreibung 1993 bis 2003

Jahr	Bestand am 01.01.	Geburten	Sterbefälle	Zuzüge	Wegzüge	Korrektur (+/-)	Bestand am 31.12.
1993	300 536	1 625	3 218	7 517	10 572	-147	295 741
1994	295 741	1 685	3 290	7 208	11 393	-42	289 909
1995	289 909	1 574	3 145	8 476	14 434	-31	282 349
1996	282 349	1 839	3 046	9 817	15 304	-51	275 604
1997	275 604	1 821	2 785	9 913	16 688	-89	267 776
1998	267 776	1 892	2 965	11 032	17 654	-156	259 925
1999	259 925	1 993	2 728	10 198	16 564	400	253 224
2000	253 224	2 000	2 688	9 705	15 450	-341	246 450
2001	246 450	1 923	2 537	10 314	14 361	-79	241 710
2002	241 710	1 959	2 803	10 863	13 818	40	237 951
2003	237 951	1 906	2 678	13 671	12 697	-75	238 078

Quelle: Fachbereich Bürgerservice

Neben der Entwicklung der absoluten Bevölkerungszahl ist die Altersstruktur der Bevölkerung aufschlussreich. Es zeigt sich, wie auch in der gesamten Bundesrepublik, dass sich der Altersaufbau der Bevölkerung zu Gunsten der älteren Generation verschiebt. Seit 1993 sind erhebliche Veränderungen besonders in der Altersgruppe der unter 18-Jährigen sowie der 65-Jährigen und älter sichtbar.

So ist bis zum Jahr 2003 bei den Kindern und Jugendlichen (0 bis unter 18 Jahre) ein Bevölkerungsrückgang um 27 875 (-45,07%) Personen zu erkennen, während die Personenanzahl im Rentenalter (65 und älter) um 5 893 (14,82%) zunahm.

Jede Bevölkerungsstruktur hat ihren Ursprung in der Bevölkerungsgeschichte. Veränderungen der Struktur werden dabei durch Bevölkerungsbewegungen hervorgerufen, durch Geburten, Sterbefälle und natürlich auch durch territoriale Wanderungsbewegungen.

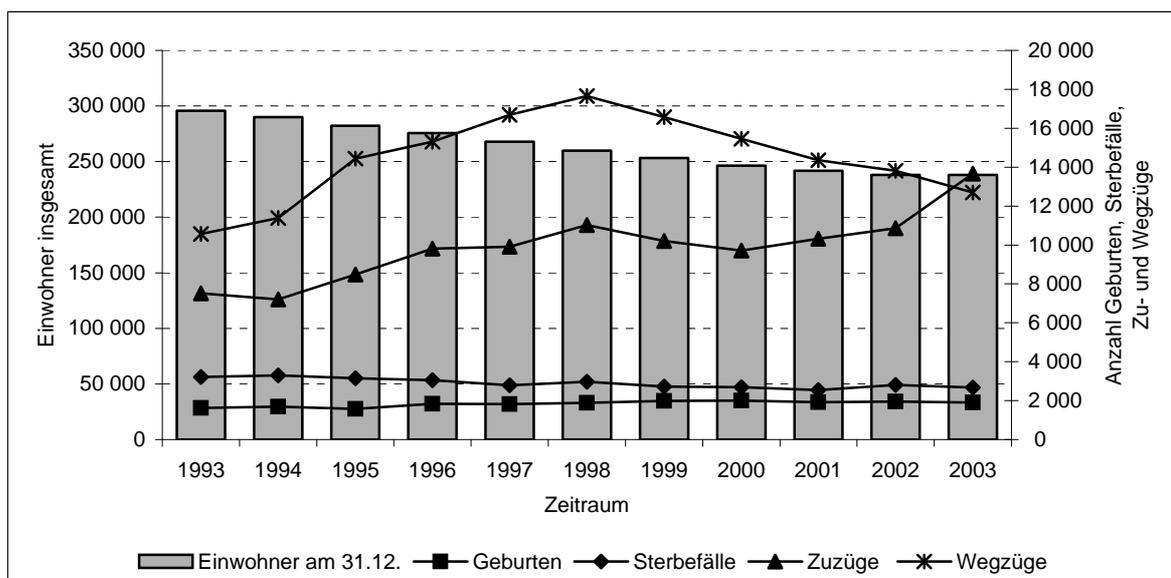


Abbildung 1: Einwohner insgesamt und Anzahl der Geburten, Sterbefälle, Zu- und Wegzüge im Vergleich 1993 bis 2003

Quelle: Fachbereich Bürgerservice

Der Rückgang der Geburten wie auch die nicht ausgeglichenen Wanderungsbewegungen der verschiedenen Jahre führten im Trend zu diesen Bevölkerungsverlusten der vorwiegend jüngeren Generation.

Tabelle 2: Bevölkerung nach Altersgruppen und ausgewählten Jahren

Einwohner im Alter von... bis unter ... Jahren	Geschlecht	Jahr						
		1993	1998	1999	2000	2001	2002	2003
0 - 18	männlich	31 744	23 040	21 508	20 112	18 915	18 075	17 379
	weiblich	30 163	22 011	20 627	19 324	18 252	17 352	16 653
	Insgesamt	61 907	45 051	42 135	39 436	37 167	35 427	34 032
18 - 30	männlich	26 194	21 999	21 213	20 270	19 566	19 376	20 389
	weiblich	24 187	20 125	19 512	18 899	18 451	18 281	20 094
	Insgesamt	50 381	42 124	40 725	39 169	38 017	37 657	40 483
30 - 45	männlich	33 581	29 979	29 084	28 041	27 643	27 038	26 477
	weiblich	34 397	29 114	28 008	26 955	26 109	25 244	24 544
	Insgesamt	67 978	59 093	57 092	54 996	53 752	52 282	51 021
45 - 65	männlich	36 579	35 137	34 484	33 720	33 087	32 375	31 712
	weiblich	39 146	38 297	37 763	37 098	36 573	35 932	35 187
	Insgesamt	75 725	73 434	72 247	70 818	69 660	68 307	66 899
65 und älter	männlich	12 578	13 706	14 256	14 874	15 542	16 218	16 976
	weiblich	27 172	26 517	26 769	27 157	27 572	28 060	28 667
	Insgesamt	39 750	40 223	41 025	42 031	43 114	44 278	45 643
Insgesamt	männlich	140 676	123 861	120 545	117 017	114 753	113 082	112 933
	weiblich	155 065	136 064	132 679	129 433	126 957	124 869	125 145
	Insgesamt	295 741	259 925	253 224	246 450	241 710	237 951	238 078

Quelle: Fachbereich Bürgerservice

Damit erhöhte sich das Durchschnittsalter der Bevölkerung von 1992 mit 39,3 Jahren um 6,1 Jahre auf 45,4 Jahre im Jahr 2003. Interessant ist dabei, dass sich gegenüber der allgemeinen Bevölkerungsentwicklung die Anzahl der Studierenden und die Personenanzahl im Rentenalter gegenläufig entwickelt.

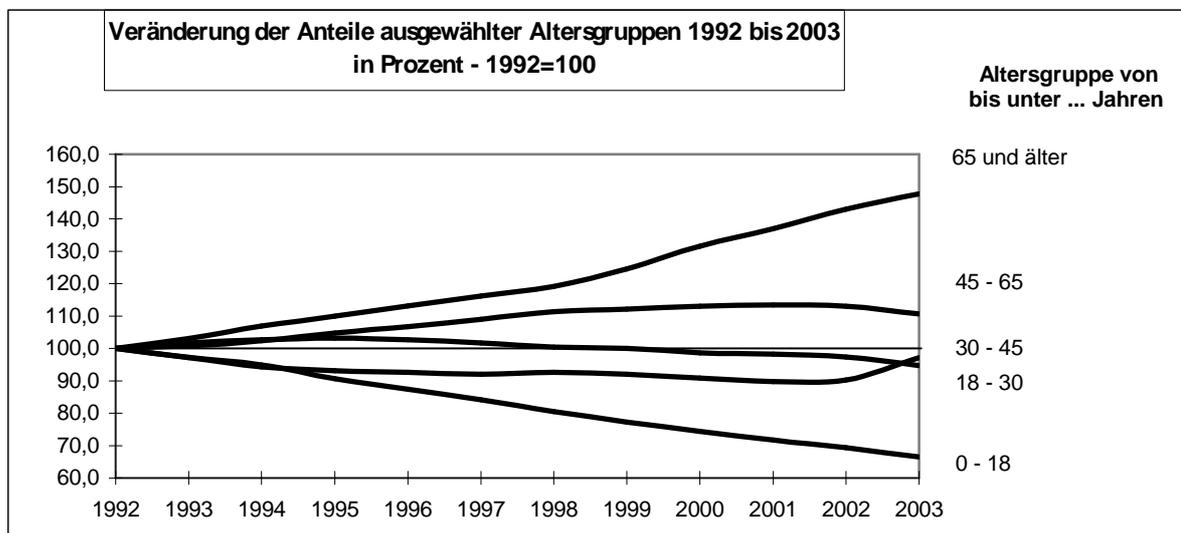


Abbildung 2: Veränderung der Anteile ausgewählter Altersgruppen

Quelle: Fachbereich Bürgerservice

Bei den Studierenden dürfte die Ursache in der Erhebung der Zweitwohnsitzsteuer liegen, infolge dessen sich viele Studenten in der Stadt Halle (Saale) mit ihrem Erstwohnsitz anmelden.

Die nachfolgenden Übersichten enthalten ausgewählte Bevölkerungsgruppen und stellen die Entwicklung ab 1994 dar.

Tabelle 3: Bevölkerungsentwicklung einzelner Personengruppen

	Jahr									
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Schulanfänger	3 452	3 349	3 175	2 408	1 640	1 474	1 398	r 1 250	1 313	1 408
Schüler	41 440	41 004	39 708	37 414	34 504	31 742	29 047	27 667	r 25 811	24 319
Berufsschüler	12 387	12 572	12 759	12 761	13 002	13 114	12 491	12 338	11 671	11 093
Studierende	11 711	12 519	12 943	13 336	13 952	14 343	15 001	15 530	16 797	18 809
Personen im Rentenalter	40 141	40 389	40 494	40 498	40 223	41 025	42 031	43 114	44 278	45 643
	Entwicklung in Prozent - 1994=100									
Schulanfänger	100	97	92	69,8	47,5	42,7	40,5	r 36,2	38	40,8
Schüler	100	98,9	95,8	90,3	83,3	76,6	70,1	66,8	r 62,3	58,7
Berufsschüler	100	101,5	103	103	105	105,9	100,8	99,6	94,2	89,6
Studierende	100	106,9	110,5	113,9	119,1	122,5	128,1	132,6	143,4	160,6
Personen im Rentenalter	100	100,6	100,9	100,9	100,2	102,2	104,7	107,4	110,3	113,7

Quelle: Fachbereich Bürgerservice

1.2 Geburten, Sterbefälle

Neben der räumlichen Wanderungsbewegung spielt in den letzten Jahren die natürliche Bevölkerungsbewegung als Verhältnis von Verstorbenen zu den Geburten eine entscheidende Rolle. Auslöser der Verschiebungen in der Altersstruktur ist der, wenn auch in den letzten Jahren zurückgehende, Geburtenrückgang.

Tabelle 4: Natürliche Bevölkerungsbewegung 1945 bis 2003 nach ausgewählten Jahren

	Geburten	Sterbefälle	Geburtenüberschuss/-defizit (-)
1945	2 837	5 744	-2 907
1950	3 730	3 000	730
1953	4 620	3 242	1 378
1956	4 091	3 281	810
1958	3 729	3 422	307
1962	4 496	3 862	634
1968	3 845	3 827	18
1971	3 579	3 756	-177
1974	2 340	3 650	-1 310
1977	2 916	3 479	-563
1980	3 344	3 621	-277
1990	3 518	3 600	-82
1991	2 131	3 662	-1 531
1992	1 845	3 463	-1 618
1993	1 625	3 218	-1 593
1994	1 685	3 290	-1 605
1995	1 574	3 145	-1 571
1996	1 839	3 046	-1 207
1997	1 821	2 785	-964
1998	1 892	2 965	-1 073
1999	1 993	2 728	-735
2000	2 000	2 688	-688
2001	1 923	2 537	-614
2002	1 959	2 803	-844
2003	1 906	2 678	-772

Quelle: Staatliche Zentralverwaltung für Statistik, Bezirksstelle Halle
 Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt
 FB Bürgerservice

Die allgemeine Geburtenziffer (Lebendgeborene auf 1000 der Bevölkerung) sank dramatisch im Jahr 1990 innerhalb nur eines Jahres von 10,9 Lebendgeburten auf 6,9 im Jahr 1991.

Die bisher niedrigsten Geburtenzifferwerte wurden 1993 und 1995 mit 5,4 Lebendgeburten auf 1000 der Bevölkerung erzielt. Seither werden wieder mehr Kinder geboren.

Für 1997 ergab sich ein Wert von 6,6 und im Jahr 2002 wurde eine Geburtenziffer von 8,2 ermittelt. Das ist gleichzeitig die höchste Geburtenziffer im Zeitraum von 1991 bis 2002. Im Jahr 2003 betrug die Geburtenziffer 8,0.

1.3 Zu- und Abwanderung

Die Zu- und Abwanderung in bzw. aus der Stadt Halle war in den Jahren vor 1997 bezogen auf das Wanderungsdefizit stärker, eine stetige Abschwächung ist erst seit 1998 erkennbar. Im Jahr 2002 betrug der Saldo Außenwanderung -2 955 Personen.

Bei der Abwanderung der Bevölkerung in die alten Bundesländer ist im Zeitraum von 1994 bis 1997 eine relative Stagnation, ab 1998 bis 2001 wieder eine deutliche Zunahme zu erkennen. Im Jahr 2002 wurde dieser Trend unterbrochen.

Bei den Zuzügen ist ab 2002 für die Stadt Halle eine positive Veränderung dahingehend eingetreten, dass die Zuwanderung aus den alten Bundesländern gegenüber dem Vorjahr 23,8% betrug.

Zielgebiete der Wanderungsbewegungen

Von den im Jahr 2002 erfolgten 13.818 Wegzügen verließen die Stadt Halle (Saale) in Richtung neue Bundesländer 45,4%, in die alten Bundesländer 36,2% und ins Ausland 4,6%.

Bei 13,8% dieser Wegzüge war keine Zuordnung möglich.

Einen hohen Stellenwert bei der Abwanderung nimmt dabei der die Stadt Halle umschließende Saalkreis ein (2002 allein 16,3% aller Wegzüge).

Die Ursache für die Wanderungen in den Saalkreis in den vergangenen Jahren liegt in der dortigen Entstehung von Eigenheimsiedlungen.

Im Ergebnis der natürlichen und räumlichen Bevölkerungsbewegung in Halle ist bei 24 der 43 Stadtteile/ -viertel im Zeitraum von 1993 bis 2002 ein Rückgang des Bevölkerungsstandes zu erkennen.

Für 19 Stadtteile/-viertel wird dem gegenüber eine Bevölkerungszunahme festgestellt. Vom Bevölkerungsverlust überwiegend betroffen sind die in Montagebauweise errichteten Stadtteile/-viertel. So verringerte sich beispielsweise seit 1993 der Bevölkerungsstand des Stadtteils Silberhöhe um 50,9%.

Ähnliche Entwicklungen sind für Halle-Neustadt (-36,3%), Heide-Nord/ Blumenau (-34,8%) sowie die Südstadt (-24,2%) feststellbar.

Im Bereich der Innenstadt ist im Zuge der Sanierung und Modernisierung vieler Wohnhäuser wieder ein Anstieg der Bevölkerungszahlen ersichtlich.

Ein Bevölkerungszuwachs ist in den Stadtteilen festzustellen, in denen sich seit 1990 ein verstärkter Eigenheimbau entwickelt hat.

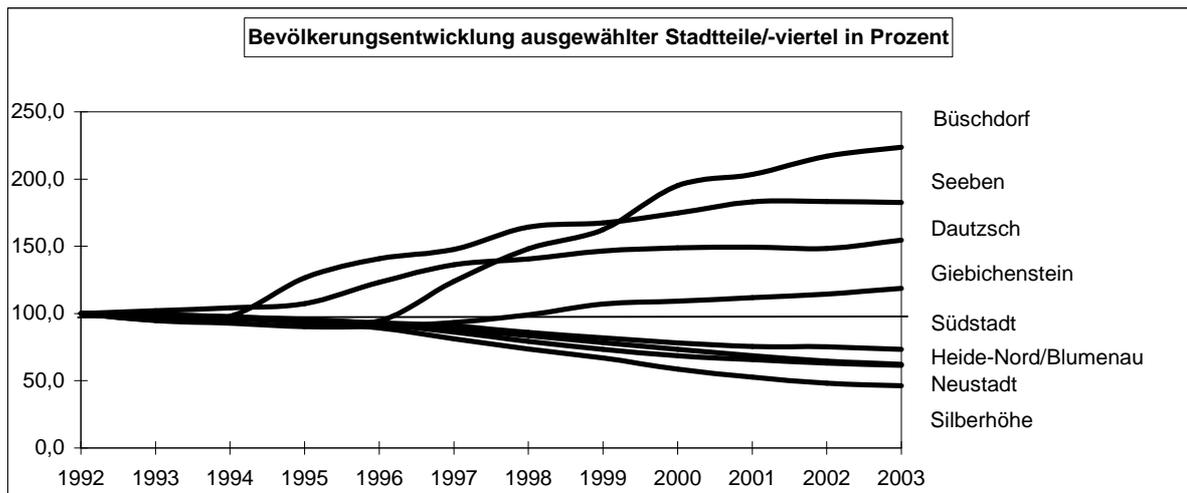


Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung einiger ausgewählter Stadtteile
 Quelle: Fachbereich Bürgerservice

1.4 Ausländische Wohnbevölkerung

Ende 2003 lebten in unserer Stadt insgesamt 9 169 Ausländer. Das sind 3,85% der Gesamtbevölkerung 2003.

Vergleichend hierzu lag der Anteil der ausländischen Bürger 1997 bei 7 637 Personen (2,85%).

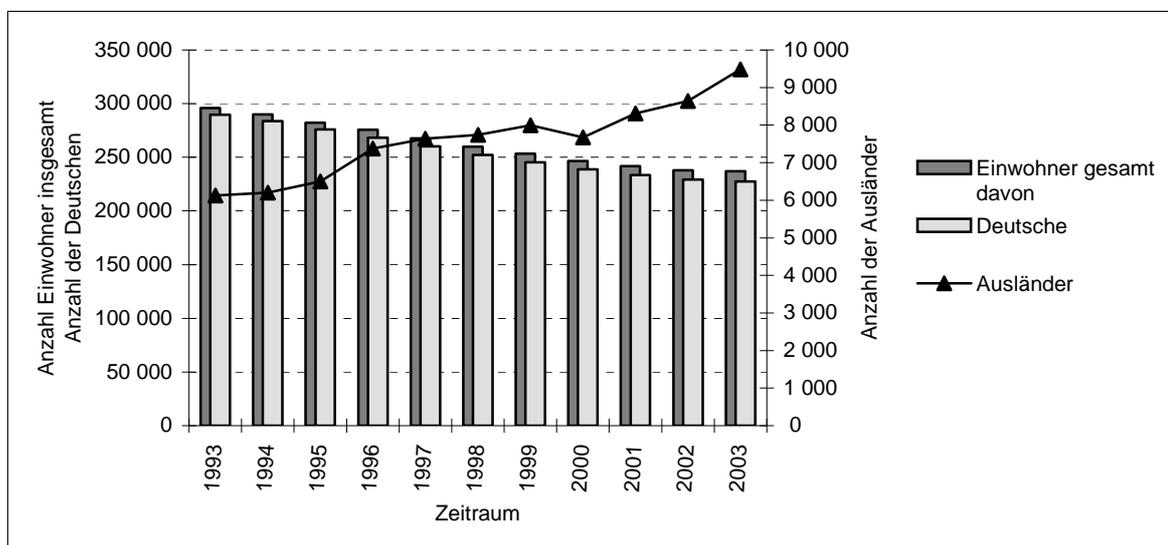


Abbildung 4: Anzahl der Einwohner insgesamt und davon Anzahl der deutschen und ausländischen Einwohner 1993 bis 2003

Quelle: Fachbereich Bürgerservice

Altersstruktur der Bevölkerung der Stadt Halle (Saale) Stand 31.12.2003

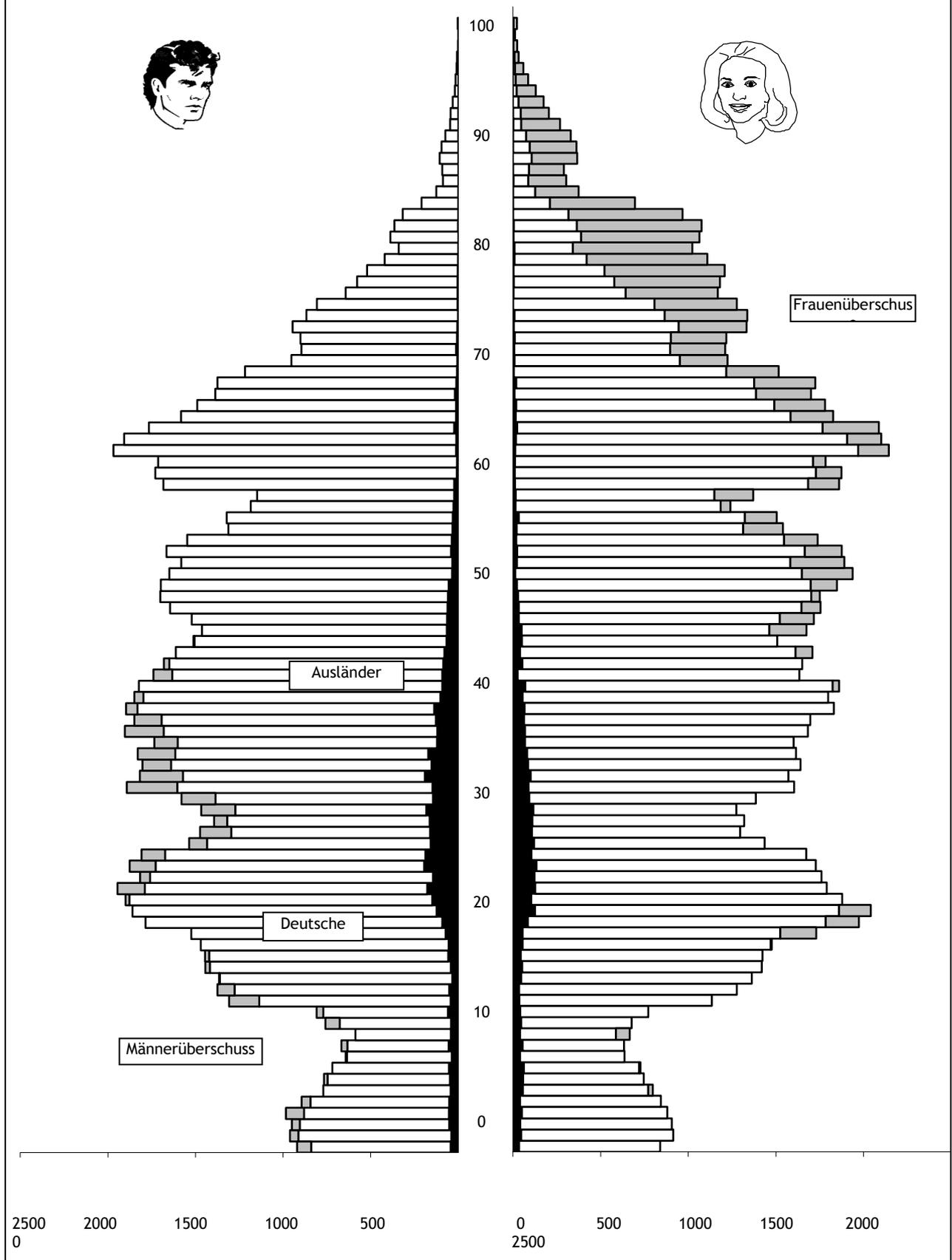


Abbildung 5: Bevölkerungspyramide
 Quelle: Fachbereich Bürgerservice

Die halesche Bevölkerungspyramide (Bevölkerungsstruktur nach Geburtsjahrgängen und Geschlecht) widerspiegelt das erhebliche Geburtendefizit seit 1990 deutlich.

Das Geschlechterverhältnis, welches bei Kindern nahezu ausgeglichen ist, kehrt sich ab Mitte des 40-sten Lebensjahrzehntes von einem vordem bestehenden Überschuss männlich in einen Überschuss weiblich um.

Der sogenannte Geburtenknick, seit 1991, ist dabei ebenso erkennbar wie das Geburtendefizit durch den sogenannten Pillenknick bei den ca. 30-Jährigen. Weiterhin ist auch der Geburtenausfall durch den Zweiten Weltkrieg bei den jetzt ca. 60-Jährigen zu erkennen. Obwohl die allgemeine Geburtenziffer (Lebendgeborene auf 1000 der mittleren Bevölkerung) seit 1996 mit Ausnahme 2001 gestiegen ist, konnte die Zahl der Sterbefälle in keinem der Jahre kompensiert werden.

2 Gesundheit der Bevölkerung in Halle (Saale)

2.1 Ausgewählte meldepflichtige Erkrankungen

Seit 01.01.2001 wird die Erfassung und Bearbeitung meldepflichtiger übertragbarer Erkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz (Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten) geregelt.

In diesem Gesetz sind die namentliche Meldung von Verdacht, Erkrankung und Tod bei verschiedenen Krankheitsbildern ebenso enthalten wie eine namentliche Meldung der Nachweise von Krankheitserregern durch das Labor. Erkrankungen und Verletzungen deren Ursache ein tollwutkrankes bzw. -verdächtigtes Tier ist, unterliegen ebenfalls der Meldepflicht.

Weiterhin gilt die Verordnung über die erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten vom 12.04.2005 für das Land Sachsen-Anhalt. Zur Meldung verpflichtet sind zuerst die behandelnden Ärzte, aber auch die Leiter der Laboreinrichtungen sowie die Leiter der Krankenhäuser, Pflegeheime, Schulen, Kindereinrichtungen und weiterer Gemeinschaftseinrichtungen.

Übertragbare Infektionskrankheiten spielen bei der Gesundheitsberichterstattung eine herausragende Rolle, da diese Krankheiten vom Grundsatz her durch entsprechende Impfungen bzw. ein hygienisch einwandfreies Verhalten verhindert werden können.

Die Aufgaben des Fachbereiches Gesundheit/ Veterinärwesen liegen in der Vermeidung der Krankheitsausbreitung, der Ermittlung der Infektionsquellen, der Einleitung verhütender Maßnahmen zum frühestmöglichen Zeitpunkt.

Tabelle 5: Ausgewählte meldepflichtige Erkrankungen 1997, 2002 und 2003

	1997		2002		2003	
	absolut	Fälle pro 10 000 EW	absolut	Fälle pro 10 000 EW	absolut	Fälle pro 10 000 EW
Enteritis infectiosa						
Salmonellose	557	21	426	18	312	13
übrige Formen	901	34	1 470	62	1 476	62
Virushepatitis						
A	19	1	3	0	17	1
B	8	0	8	0	11	0
C	9	0	34	1	40	2
Masern	6	0	7	0	5	0
Tuberkulose	34	1	38	2	34	1
Keuchhusten	x	x	x	x	27	1

Quelle: Fachbereich Gesundheit/ Veterinärwesen

Dazu können die Isolierung der Infektionsquelle, die Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen und die Anordnung zur Durchführung von Desinfektionsmaßnahmen sowie auch Quarantänemaßnahmen gehören.

Zu den häufigsten Infektionskrankheiten gehören die infektiösen Darmerkrankungen, darunter besonders die Salmonellosen.

Salmonellosen sind durch Bakterien der Gattung *Salmonella* verursachte Erkrankungen, die vor allem den Darm betreffen.

Beim Erkrankungsbild steht der Durchfall im Vordergrund, es können aber auch Erbrechen, Übelkeit und Fieber, die meist wenige Stunden bis zu einigen Tagen andauern, auftreten.

Die Erreger der Salmonellose finden sich weltweit vor allem in landwirtschaftlichen Nutztieren und ihren Produkten, z. Bsp. Geflügel und Eier, mit Rohei zubereiteten Speisen aber auch Milcherzeugnissen.

Die **Rotaviren** als ein großer Schwerpunkt der infektiösen Darmerkrankungen verursachen Durchfallerkrankungen, die vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern auftreten. Die Viren werden mit dem Stuhl ausgeschieden und durch Schmierinfektion, durch verunreinigtes Wasser und verunreinigte Lebensmittel übertragen.

Im Jahr 2003 wurden 629 absolute Fälle an Rotaviren gemeldet.

Die **Tuberkulose**, die weltweit zu den häufigen Infektionskrankheiten gehört, hat in Deutschland eine niedrige Infektionsrate.

Als Tuberkulose werden Erkrankungen bezeichnet, die durch Erreger des *Mycobacterium-tuberculosis*-Komplex hervorgerufen werden.

Der Übertragungsweg erfolgt aerogen durch Tröpfchen von Mensch zu Mensch. Wichtig ist deshalb das frühzeitige Erkennen dieser Infektion und die schnellstens eingeleitete Therapie über mindestens 6 Monate.

Betrachtet man die Tabelle 5, so kann man eine für diese Erkrankung erhebliche Schwankungsbreite erkennen.

Aus den Erfahrungen der letzten Jahre wissen wir, dass die Bevölkerungsgruppe Ausländer/ Asylbewerber daran mit ca. 30 bis 40% beteiligt ist.

Der **Hepatitis-A-Virus** führt zu einer akuten Leberentzündung mit dem klinischen Bild einer Gelbsucht.

Verursacht wird diese Erkrankung durch direkten Kontakt mit verunreinigten Lebensmitteln oder verunreinigtem Trinkwasser.

Vorwiegend sind ungeimpfte Personen aus Reiseländern betroffen. Ein entsprechender Impfstoff steht zur Verfügung.

Im Jahr 2003 kam es zu einer Häufung in Kindereinrichtungen. Insgesamt erkrankten 16 Kinder.

Die **Hepatitis B** ist eine durch Hepatitisviren ausgelöste Leberentzündung. Hier ist eine Impfung möglich, die bis zum 18. Lebensjahr kostenlos erfolgt.

Die Anzahl der Fälle der letzten Jahre enthält eine gewisse Schwankungsbreite, deren Höchststand von 13 absoluten Erkrankungen aus dem Jahr 2001 stammt.

Die STIKO (Ständige Impfkommision des BGA) empfiehlt die Impfung für alle Kinder und Jugendlichen. Die Übertragung erfolgt durch Körperflüssigkeiten.

Die **Hepatitis C** ist eine durch Hepatitis-C-Viren ausgelöste Leberentzündung, deren Übertragung ähnlich der Hepatitis B erfolgt.

Ohne Therapie nehmen ca. 70% der Erkrankungen einen chronischen Verlauf, der in eine Leberzirrhose oder ein Leberkarzinom übergehen kann. Ein Impfstoff steht bisher nicht zur Verfügung. Die Anzahl der Fälle ist seit 1997 mit einer gewissen Schwankungstoleranz stetig gestiegen.

Die **Masern** werden als hochansteckende Viruserkrankung aerogen übertragen und weisen als Symptome Fieber, eine Entzündung der oberen Luftwege und einen typischen Ausschlag auf.

Die Gefahr besteht in dem Auftreten von Komplikationen wie Mittelohr-, Lungen- oder Gehirnentzündung.

In den letzten Jahren wurde eine geringe Anzahl von Masernerkrankungen festgestellt.

Eine entsprechende Impfung steht zur Verfügung.

2.2 Mortalität (Sterblichkeit und Todesursachen)

Die vorzeitige Sterblichkeit ist eine international angewandte Kennziffer für auffällige Mortalitätsentwicklungen in der Bevölkerung. Sie ist damit wichtig für eine Beurteilung bevölkerungsbezogener Krankheitsentwicklungen.

Die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD-10“ wurde von einer Expertengruppe unter Beteiligung der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft erarbeitet.

Über eine einheitliche Systematik werden die Todesursachen aller Verstorbenen in den Statistischen Landesämtern ermittelt und in die Todesursachenstatistik eingearbeitet.

Damit bildet die Todesursachenstatistik die entscheidende Grundlage für das wichtige Gebiet der Todesursachenforschung.

Sie vernachlässigt jedoch Krankheiten, die zwar zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität, jedoch nur selten zum Tod führen.

Bis zum Jahr 1997 galt die „Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen, ICD-9“.

Tabelle 6: Gestorbene 1997 nach Geschlecht und ausgewählten Todesursachenklassen 9. Revision (Pos.-Nr. der ICD - 9)

Jahr	Geschlecht	Insgesamt	darunter					
			II 140-239 (Neu- bildungen)	III 240-279 (Endokrino- pathien, Ernährungs- und Stoff- wechsel- krankheiten sowie Störungen im Immun- system)	VII 390-459 (Krank- heiten des Kreislauf- systems)	VIII 460-519 (Krank- heiten der Atmungs- organe)	IX 520-579 (Krank- heiten der Ver- dauungs- organe)	XVII 800-999 (Ver- letzungen und Ver- giftungen)
1997	männlich	1 328	343	31	583	67	102	105
	weiblich	1 563	400	68	818	56	75	38

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

Seit dem Jahr 1998 gilt die 10. Revision (ICD-10), für die Signierung der Todesursachen, die 10. „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“.

**Tabelle 7: Gestorbene 1998 - 2003 nach Geschlecht und ausgewählten Todesursachen
10. Revision (Pos.-Nr. der ICD-10)**

Jahr	Geschlecht	Insgesamt	darunter					
			C00 - D48 (Neu- bildungen)	E00 - E90 (Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel- krankheiten)	I00 - I99 (Krank- heiten des Kreislauf- systems)	J00 - J99 (Krank- heiten des Atmungs- systems)	K00 - K93 (Krank- heiten des Ver- dauungs- systems)	S00 - T98 (Ver- letzungen, Ver- giftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen)
1998	männlich	1 243	323	36	553	67	88	80
	weiblich	1 589	353	87	898	45	89	39
2002	männlich	1 224	367	42	493	45	91	67
	weiblich	1 460	349	89	740	51	78	39
2003	männlich	1 227	386	47	469	50	89	60
	weiblich	1 489	348	93	785	47	85	36

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

In der halleschen Bevölkerung verstarben im Jahr 2003 insgesamt 2 716 Personen, davon

1 227 männliche und 1 489 weibliche Personen. Gegenüber dem Jahr davor betrug die Tendenz steigend 1,2%.

Bei den natürlichen Todesursachen stehen in der Rangfolge, wie in den vorherliegenden Jahren, die Todesfälle durch Krankheiten des Kreislaufsystems an erster Stelle. Daran starben 2003 insgesamt 469 Männer und 785 Frauen. Die Neubildungen waren in zweiter Position mit zusammen 386 Männern und 348 Frauen vertreten. Eine weitere häufig auftretende Todesursache sind auf die Krankheiten des Verdauungssystems rückführbar.

In den Jahren 1997 bis 2003 sind sowohl die chronische Leberkrankheit und -zirrhose in der Altersgruppe von 15 - 65 Jahren sowie die koronaren Herzkrankheiten im Alter von 35 - 65 Jahren auffällig.

Bei den bösartigen Neubildungen als häufige Todesursache im mittleren Lebensalter liegt der Lungenkrebs bei den Männern deutlich vorn.

Bei den Frauen liegt der Brustkrebs im Vordergrund. Die Entwicklung und der Aufbau von Brustzentren, u. a. hier in Halle (Saale), ist ein weiterer wichtiger Schritt auf dem Weg einer erfolgreichen Bekämpfung dieser Erkrankung. Suizide und Verkehrsunfälle als Formen der nicht natürlichen Todesursachen unterliegen der Anzahl nach Schwankungen, spielen jedoch zahlenmäßig eine untergeordnete Rolle.

Säuglingssterblichkeit

Als Säuglingssterblichkeit wird der prozentuale Anteil der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder pro 1 000 Lebendgeborene des gleichen Zeitraumes definiert.

An der Säuglingssterblichkeit wird international die gesundheitliche Lage in der Bevölkerung gemessen.

Neben der Säuglingssterblichkeit gilt die perinatale Sterblichkeit, als Summe der Totgeborenen und in den ersten 7 Lebenstagen Gestorbenen als wichtige Kennziffer.

Sie wird mithin in einer Gesellschaft als ein Indikator zur Beurteilung der Qualität in der Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe verstanden.

Der medizinische Fortschritt sowie die intensive Betreuung der Schwangeren führte zu einer Senkung der Todesfälle.

Die Angaben der Säuglingssterblichkeit und auch der perinatalen Sterblichkeit unterliegen erheblichen Schwankungen, die über die geringe Fallzahl erklärbar sind.

Tabelle 8: Perinatale Mortalität und Säuglingssterblichkeit 1997 bis 2003
(je 1000 Lebendgeburten)

Berichtsjahr	Geschlecht	Perinatale Mortalität	Säuglingssterblichkeit
1997	m	12,3	3,1
	w	4,4	5,5
	i	8,5	4,3
1998	m	5,3	8,5
	w	6,5	4,4
	i	5,9	6,4
1999	m	2,9	x
	w	4,1	x
	i	3,5	2,5
2000	m	2,7	7,3
	w	6,0	5,0
	i	4,3	6,2
2001	m	5,9	4,9
	w	6,2	6,2
	i	6,1	5,6
2002	m	6,0	x
	w	5,4	x
	i	5,7	2,6
2003	m	15,1	11,1
	w	2,2	3,3
	i	7,1	7,3

X aus datenschutzrechtlichen Gründen keine Angabe möglich

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Halle (Saale), 2004

Für nichtgewerbliche Zwecke sind Vervielfältigung und unentgeltliche Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet. Die Verbreitung, auch auszugsweise, über elektronische Systeme/Datenträger bedarf der vorherigen Zustimmung. Alle übrigen Rechte bleiben vorbehalten.

2.3 Schwerbehinderte Menschen

Als Behinderte gelten Menschen, die körperlich oder geistig zeitweise oder dauernd benachteiligt sind, so dass die Möglichkeiten der selbständigen Lebensführung teilweise oder ganz eingeschränkt sind.

Dabei ist es nicht von Bedeutung, ob die Behinderung angeboren, auf Krankheit rückführbar oder eventuell auf einem Unfall beruht.

Der Grad der Behinderung wird nach festgelegten Kriterien ermittelt, einer hierfür festgelegten **GdB-Tabelle**, in Zehnergraden von 10 bis 100.

Allgemeine normale Alterserscheinungen gehören nicht dazu. Nach dem Schwerbehindertengesetz gelten Behinderte mit einem Behinderungsgrad von mindestens 50 als Schwerbehinderte.

Nach dem 9. Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen - erhalten Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen entsprechende Leistungen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern.

Ende 2003 waren 18 334 Hallenser mit einem Behinderungsgrad von mindestens 50 als Schwerbehinderte erfasst. Das sind 7,70% der Gesamtbevölkerung, vergleichend hierzu lag der Anteil Ende 1997 bei 6,97%.

In der Statistik wird dabei stets die stärkste/ auffälligste Behinderung angegeben.

Nach Anzahl und Behinderungsart unterteilt, steht die Beeinträchtigung der Funktion der inneren Organe bzw. Organsysteme an erster Stelle, gefolgt von der zusammengefassten Gruppe der Querschnittslähmung und der zerebralen Störungen, der geistig-seelischen Behinderungen und der Suchtkrankheiten.

Anschließend folgt die Gruppe der Funktionseinschränkungen von Gliedmaßen.

Die Ursachen der Hauptbehinderung sind zu einem geringeren Teil angeborene Behinderungen, einige sind auf Unfälle rückführbar.

Viele Fälle sind durch Krankheit erworben, wobei dieser Anteil mit dem Lebensalter zunimmt.

Bei der Betrachtung der Schwerbehinderten je 1 000 Einwohner ergab sich für den Betrachtungszeitraum tendenziell ein Absinken der Anzahl in den verschiedenen Altersgruppen, die Ausnahmen bilden die Gruppen der 15 - 25-Jährigen, sowie der 60 - 65-Jährigen.

In der Gruppe der **Kinder und Jugendlichen** ist von ganz entscheidender Bedeutung, dass ein frühzeitiges Erkennen von Entwicklungsstörungen durch den Kinderarzt z. B. im Rahmen der U-Untersuchungen möglich ist. Über eine sich anschließende Frühförderung bzw. Therapie unter Einbeziehung der Eltern können drohende

Behinderungen vermieden bzw. vorhandene Beeinträchtigungen beseitigt oder gemindert werden.

Mit seinen therapeutisch - medizinischen, heilpädagogischen und auch sozialen Maßnahmen ist die Frühförderung die frühestmögliche Eingliederungshilfe zur Vermeidung bzw. Verringerung von Behinderungen.

2.4 Anzahl der Verkehrsunfälle

Die Anzahl der Verkehrsunfälle ging innerhalb des betrachteten Zeitraumes erheblich zurück.

Während 1997 noch 12 173 Unfälle registriert wurden, so waren es im Jahr 2002 noch 9 620.

Es sank die Anzahl der getöteten Personen (auch in der Altersgruppe der Kinder) und der Anteil der verletzten Personen.

Die Verkehrssicherheitslage wird durch viele Baumaßnahmen und durch einen hohen Fahrzeugbestand beeinflusst.

Die Ursache vieler Verkehrsunfälle ist in dem risikoreichen Verhalten zahlreicher Verkehrsteilnehmer zu finden.

Tabelle 9: Anzahl der Verkehrsunfälle sowie der getöteten und verletzten Personen

	1997	2002
Unfälle	12 173	9 620
Unfälle mit Personenschaden	1 336	1 066
Getötete Personen	16	12
darunter Kinder bis 15 Jahre	1	0
Personen / 10 000 Einw.	0,6	0,5
Anteil an der Gesamtsterblichkeit	0,6	0,4
Verletzte Personen	1 672	1 260
darunter Kinder bis 15 Jahre	274	101
Verletzte Personen / 10 000 Einw.	61,4	52,7

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Polizeidirektion Halle (Saale)

Die Verbesserung der Maßnahmen für einen ausreichenden persönlichen Schutz wie die Anschnallpflicht im Auto bzw. das Tragen eines Fahrradhelmes, sowie eine verbesserte Rettungsmedizin führten in den vergangenen Jahren, trotz des weiter wachsenden Verkehrsaufkommens, zu einem leichten Absinken der Verkehrsunfallzahlen.

Kinder sind als Fußgänger, Radfahrer oder Mitfahrer am Straßenverkehr beteiligt, so dass auch von ihnen die Verkehrsregeln einzuhalten sind.

Daher ist in den Kindertagesstätten und Schulen die Verkehrserziehung weiter zu intensivieren.

Die Sicherheit der Fußgängerüberwege, die Geschwindigkeitsbeschränkungen in Straßen mit viel Fußgängerverkehr helfen präventiv bei der Vermeidung von Unfällen.

2.5 Niedergelassene Fachärzte

Die Anzahl der ambulant tätigen Ärzte, Zahnärzte und Kinderärzte gibt Auskunft über die medizinische und zahnmedizinische Versorgung in unserer Stadt.

Dadurch können mögliche Lücken und Defizite aufgedeckt werden und in der weiteren gesundheitlichen Planung Berücksichtigung finden. Ende 2002 waren 470 Fachärzte, 34 Kinderärzte und 210 Zahnärzte in eigener Niederlassung registriert. Gegenüber 1997 entsprach das einer ansteigenden Betreuungsquote pro 1000 Einwohner von 50,6 % bei den Fachärzten und 278,8 % bei den Zahnärzten. Der Betreuungsgrad der Kinderärzte pro 1000 Einwohner blieb von 1997 zu 2002 konstant. Die ärztliche Versorgung ist in allen Fachbereichen gesichert. Bei der territorialen Aufteilung der Fachärzte ist eine Bevorzugung des Sozialraumes I festzustellen (betrifft u. a. die Altstadt und die Nördliche Innenstadt). Andere Stadtteile weisen dem gegenüber eine geringere Arztdichte auf. Einen erheblichen Anstieg von 1997 zu 2002 ergab die Zahnärztdichte pro 1000 Einwohner im Sozialraum IV (Halle-Neustadt).

Beachtenswert ist, dass durch die Stadt Halle (Saale) ein nicht unerheblicher Teil der zu versorgenden Patienten aus den umliegenden Gemeinden mit versorgt wird.

Tabelle 10: Niedergelassene Fachärzte am 31.12.1997 und 31.12.2002 nach Sozialräumen

Sozialräume	1997					
	Fachärzte (absolut)	Fachärzte (pro 1000 Einwohner)	Kinderärzte (absolut)	Kinderärzte (pro 1000 Einwohner)	Zahnärzte (absolut)	Zahnärzte (pro 1000 Einwohner)
Sozialraum I	190	56	12	2	92	22
Sozialraum II	54	4	5	0	14	2
Sozialraum III	111	8	8	1	47	3
Sozialraum IV	71	3	10	0	39	2
Sozialraum V	21	6	k. A.	k. A.	12	4
Insgesamt	447	77	37	4	204	33
Sozialräume	2002					
	Fachärzte (absolut)	Fachärzte (pro 1000 Einwohner)	Kinderärzte (absolut)	Kinderärzte (pro 1000 Einwohner)	Zahnärzte (absolut)	Zahnärzte (pro 1000 Einwohner)
Sozialraum I	216	94	12	2	103	60
Sozialraum II	53	5	4	0	16	2
Sozialraum III	106	8	7	1	44	3
Sozialraum IV	75	4	9	1	36	57
Sozialraum V	20	5	k. A.	k. A.	11	2
Insgesamt	470	116	34	4	210	125

Quelle: Fachbereich Gesundheit/ Veterinärwesen

3 Gesundheitszustand hallescher Kinder und Jugendlicher

Das Kindesalter gilt im allgemeinen als Zustand guter gesundheitlicher Befindlichkeit. In dieser Lebensphase werden die Weichen für die Gesundheit und Lebensqualität im höheren Alter gestellt. Bestimmte Verhaltensweisen können später über den Verlauf chronischer Erkrankungen mitentscheiden.

Einen erheblichen Einfluss haben die psychische Entwicklung und das soziale Verhalten auf den Gesundheitszustand des Einzelnen und ganzer Bevölkerungsgruppen.

Bei der Feststellung und Lösung dieser Aufgaben und damit verbundenen Probleme spielt im öffentlichen Gesundheitsdienst der Kinder- und Jugendärztliche Dienst eine ganz entscheidende Rolle.

Aus den im Rahmen seiner Pflichtaufgaben gesammelten Analysen der Vorsorgeuntersuchungen ist er in der Lage, Aussagen zu treffen über den Gesundheits- und Entwicklungszustand bei der übergroßen Zahl der Kinder in den verschiedenen Altersstadien. Er kann entscheidend dazu beitragen Entwicklungsstörungen in ihren Anfängen (möglichst bis spätestens im Kindergartenalter) zu erkennen und notwendige Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen zeitnah einzuleiten.

In den letzten 10 - 15 Jahren haben sich die gesundheitlichen Probleme der Kinder und Jugendlichen in unserer Stadt grundlegend geändert. Zurückgegangen sind die früher akut behandlungsbedürftigen Infektionskrankheiten und Mangelkrankheiten. An Bedeutung gewonnen haben statt dessen chronische Erkrankungen (auch Allergien), psychische Entwicklungsauffälligkeiten und Suchterkrankungen.

Die Untersuchungen der letzten Jahre zeigen, dass die meisten der Vorschulkinder gesund und altersgemäß entwickelt sind, jedoch nicht wenige von ihnen Gesundheitsstörungen oder Entwicklungsdefizite vor allem auch psychische Störungen in den Leistungs-, Wahrnehmungs-, Gefühls- und weiteren Entwicklungsbereichen aufweisen, die das Wohlbefinden und auch den Schulerfolg und das Sozialverhalten über Jahre nachhaltig negativ beeinflussen können.

Aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklungen haben Kinder heute motorische Defizite mit steigender Tendenz.

Bewegungsarmut und Ernährungsfehlverhalten führen schon im Kindesalter zu Übergewicht und gelegentlich zur Diabeteserkrankung.

Die Familie ist der früheste und aussichtsreichste Ort, wo Fehlentwicklungen erkannt und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen entwickelt werden können.

Das gesamte soziale Umfeld, in dem das Kind aufwächst ist von erheblicher Bedeutung für die Gesundheit des Kindes. Der Bezug zwischen gesundheitlicher Entwicklung und sozialer Benachteiligung ist aber nur über eine kleinräumige Erfassung individueller Sozialdaten herstellbar.

Die Gesundheitsberichterstattung dient dabei als Informationsquelle für gesundheitspolitische Entscheidungen. Sie verweist auf Defizite, die nicht so schnell erkennbar sind.

Aufgrund der unzureichenden EDV-Grundausstattung konnte das vorliegende Datenmaterial in den vergangenen Jahren nur unzureichend elektronisch erfasst werden, so dass die Auswertungen der vergangenen Jahre eines erheblichen Aufwandes bedurften.

Mit einer soliden Datenbasis und den hieraus gewonnenen Erkenntnissen können gesundheitsfördernde Maßnahmen und Projekte zur Krankheitsvorbeugung gezielter entwickelt werden und bestimmte Therapien eingesetzt werden.

Unter Zuhilfenahme dieser Ergebnisse und aufbauend auf den bisherigen Erfahrungen der letzten Jahre soll eine erste Orientierung über den Gesundheitszustand der Kinder in unserer Stadt, besonders in der Einschulungsphase dokumentiert werden.

3.1 Früherkennungsuntersuchungen für Kinder

Auf das von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanzierte Vorsorgeuntersuchungsprogramm U1 bis J1 haben alle versicherten Kinder nach § 26 Abs. 1 SGB V einen Rechtsanspruch. Die Teilnahme daran ist jedoch freiwillig. Diese Früherkennungsuntersuchungen können im folgenden Kindesalter vorgenommen werden:

- U1 bis U2 - nach der Geburt
- U3 bis U4 - bis zum 4. Lebensmonat
- U5 bis U7 - bis zum 2. Lebensjahr
- U8 - bis zum 4. Lebensjahr
- U9 - bis zum 5. Lebensjahr
- J1 - im 13. - 14. Lebensjahr

Die Untersuchungen zielen darauf ab Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten sowie Krankheiten der Organe, des Nervensystems und der Zähne rechtzeitig festzustellen.

Die Inanspruchnahme am Krankheitsfrüherkennungsprogramm wird erheblich beeinflusst vom Gesundheitsbewusstsein der Eltern, sowie den Kindereinrichtungen,

den niedergelassenen Ärzten, den Krankenkassen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen ist die Teilnahmequote eines jeden Jahrganges gut ermittelbar.

So ist aus den Schuleingangsuntersuchungen der letzten Jahre festzustellen, dass die Teilnahme an dem Vorsorgeuntersuchungsprogramm nur bis zur U6 (vollendetes 1. Lebensjahr) ausreichend ist.

Mit zunehmenden Alter der Kinder werden die Früherkennungsuntersuchungen durch die Eltern weniger in Anspruch genommen. Die geringere Akzeptanz der U8 und U9 entspricht einer bundesdurchschnittlichen Entwicklung.

Eine der Ursachen liegt mit großer Wahrscheinlichkeit an dem größeren Abstand zur Vorsorgeuntersuchung U7 und auch an der allgemeinen Tatsache, dass sich Vorschulkinder nicht mehr so regelmäßig in ärztlicher Behandlung befinden wie z. B. Kleinkinder.

Aus den Erfahrungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes wissen wir, dass die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen eine Art Schichtgradierung aufweist, das heißt Kinder aus den unteren sozialen Schichten sowie ausländischer Herkunft nehmen tendenziell weniger häufig daran teil.

Zielführend ist es jedoch alle Kinder zu erreichen!

In dieser Altersgruppe nimmt die Anzahl der Kinder mit auffälligen Befunden ihres Gesundheits- und Entwicklungszustandes zu.

Die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen soll helfen, schulrelevante Entwicklungsverzögerungen (z.B. in Sprache, Fein- und Grobmotorik) rechtzeitig zu erkennen.

Entsprechend kann anschließend zeitnah mit der Einleitung von Frühförderungs- und Integrationsmaßnahmen begonnen werden.

Nur so ist es möglich, dass Kinder (ohne Intelligenzminderung) auch ohne erhebliche gesundheitliche Nachteile in die Schule kommen.

Um dieses Ziel zu erreichen, beginnt der Kinder- und Jugendärztliche Dienst z. Zt. mit einem Projekt, initiiert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Ich geh zur U und Du?“. Erreicht werden sollen dabei Kinder und ihre Eltern aus bekannt sozial schwachen Stadtteilen in Halle. Hierfür sind zwei Kindertagesstätten aus der Silberhöhe benannt, um mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst als Projektbegleiter die Bereitschaft zur Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen quantitativ zu erhöhen.

Der individuelle Hilfebedarf des Kindes und auch sein soziales Umfeld sind von entscheidender Bedeutung und daher zu berücksichtigen. Ist das soziale Umfeld nicht in der Lage diese Kinder optimal zu unterstützen könnte es sein, dass diese Kinder eine schulische Entwicklung unterhalb ihrer eigentlichen Fähigkeiten durchlaufen.

Erinnerungsbriefe, erstellt z. B. durch den öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. auch Plakate in den Kindertagesstätten wären eine Möglichkeit, betroffene Eltern an die noch ausstehenden Vorsorgeuntersuchungen zu erinnern.

Eine autorisierte fach- und ämterübergreifende Arbeitsgruppe könnte hierbei die Aufgaben erheblich vereinfachen.

Tabelle 11: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U2 - U9 nach Vorlage des Vorsorgeheftes zur Einschulungsuntersuchung (Angaben in %)

Vorsorgeuntersuchung	1998/ 99	1999/ 00	2000/ 01	2001/ 02	2002/ 03
U2 (3. - 10. Lebensstag)	99,75	97,07	98,02	98,39	97,85
U3 (4. - 6. Lebenswoche)	98,82	95,34	97,65	96,95	97,69
U4 (3. - 4. Lebensmonat)	97,38	94,39	96,80	96,44	96,34
U5 (6. - 7. Lebensmonat)	96,03	93,10	95,39	93,82	95,78
U6 (10. -12. Lebensmonat)	93,25	91,98	95,20	94,07	94,59
U7 (21. - 24. Lebensmonat)	87,59	87,14	89,92	88,91	90,38
U8 (43. - 48. Lebensmonat)	79,16	81,28	82,30	80,11	83,27
U9 (60. - 64. Lebensmonat)	64,14	79,21	79,38	78,17	80,12

Quelle: Fachbereich Gesundheit/ Veterinärwesen

3.2 Vorsorgeuntersuchungen

Die Schuleingangsuntersuchung ist eine gesetzlich vorgeschriebene schulärztliche Untersuchung und seit dem 26.01.2004 mit dem Runderlass des MK LSA neu geregelt. Ziel aus amtsärztlicher Sicht ist es, den körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Entwicklungszustand der Kinder festzustellen.

Die Schuleingangsuntersuchung ist eine medizinische Begutachtung von Vorschulkindern und gehört zu den Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen. Die dokumentierten Befunde sind Ergebnisse aus einer Anamnese und einem Screening. Eine fachärztliche Rückmeldung nach Befunderhebung und Arztüberweisung ist bisher jedoch nicht gegeben.

Ziel der Untersuchungen aus ärztlicher Sicht ist das Feststellen von Hinweisen zur Einschulung der Kinder um dabei ggf. Empfehlungen sowie Fördermaßnahmen einzuleiten, die dann noch vor Schulbeginn oder mit einer Empfehlung der Sonderbeschulung (im Jahr 2003 bei ca. 5,1% der einzuschulenden Kinder) beginnen können.

Daneben werden in Kooperation mit den Eltern und Kinderärzten prophylaktische und therapeutische Hinweise gegeben.

Dies trifft derzeit bei ca. 30-40% der Kinder zu. Das Untersuchungsspektrum beinhaltet folgende Schwerpunkte.

Über die Eigenanamnese und Aussage der Eltern werden bei Kindern krankhafte überwachungsbedürftige Befunde von beispielsweise endokrinen Erkrankungen, von Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, von Erkrankungen des Nervensystems, der Sinnesorgane und psychiatrischen Krankheiten, von Krankheiten des Kreislaufsystems und des Atemsystems ermittelt und beraten (Vermittlung von Fachärzten, Terminabsprachen usw.). Die Ganzkörperuntersuchung beinhaltet die Erhebung von Größe, Gewicht und Blutdruck und eine Überprüfung der Fein- und Grobmotorik, der kognitiven Fähigkeiten (Konzentrationsfähigkeit, Zahlen-, Mengen-, Formenbegriff), eine Hör- und Sehtestung sowie eine Sprachentwicklungsprüfung und Beobachtung von Verhaltensauffälligkeiten.

Die Daten werden erstellt aus dem Anamnesebogen, der den Eltern vor den eigentlichen ärztlichen Untersuchungen zur Beantwortung übergeben wird, sowie aus den Befunden der ärztlichen Untersuchungen selbst.

Aus der nachfolgenden Tabelle 12 und der Abbildung 6 sind Tendenzen und auch Schwankungen der häufigsten Befunde ersichtlich.

Bei den Kindern nehmen die Allergiegefährdungen und allergische Ekzeme sowie die Anzahl der Atemwegserkrankungen zu.

3.3 Befundhäufigkeiten bei Schuleingangsuntersuchungen

Tabelle 12: Befundhäufigkeiten bei Schuleingangsuntersuchungen

Befundhäufigkeit bei Einschülern	1998/ 99	1999/ 00	2000/ 01	2001/ 02	2002/ 03
Anzahl der untersuchten Kinder	1507	1491	1338	1421	1509
Angaben in %					
Herabsetzung der Sehschärfe	11,75	13,54	13,55	13,52	8,35
Sprachstörungen	21,15	23,27	23,27	20,92	15,77
Verhaltensauffälligkeiten	0,93	1,88	3,88	1,97	3,04
Motorisch-koordinativer Entwicklungsrückstand	1,39	1,81	4,11	2,46	1,99
Übergewicht	3,85	4,16	5,08	4,93	18,22
Neurodermitis	11,94	12,14	13,68	12,72	14,78
Asthma	2,59	2,01	2,39	1,66	2,05
Kinder mit Allergien	8,03	9,26	7,47	9,93	10,73

Quelle: Fachbereich Gesundheit/ Veterinärwesen

Der starke Anstieg des Übergewichtes im Jahr 2002/ 03 ist über die bis zu diesem Jahr erfolgte Erfassung der Adipositas und nicht des Übergewichtes zu erklären. Bei einer Erhebung von Daten sind immer Änderungen möglich. Es ist sinnvoll beide Kriterien zu erfassen und diese mit den kommenden Einschulungsdaten zu vergleichen.

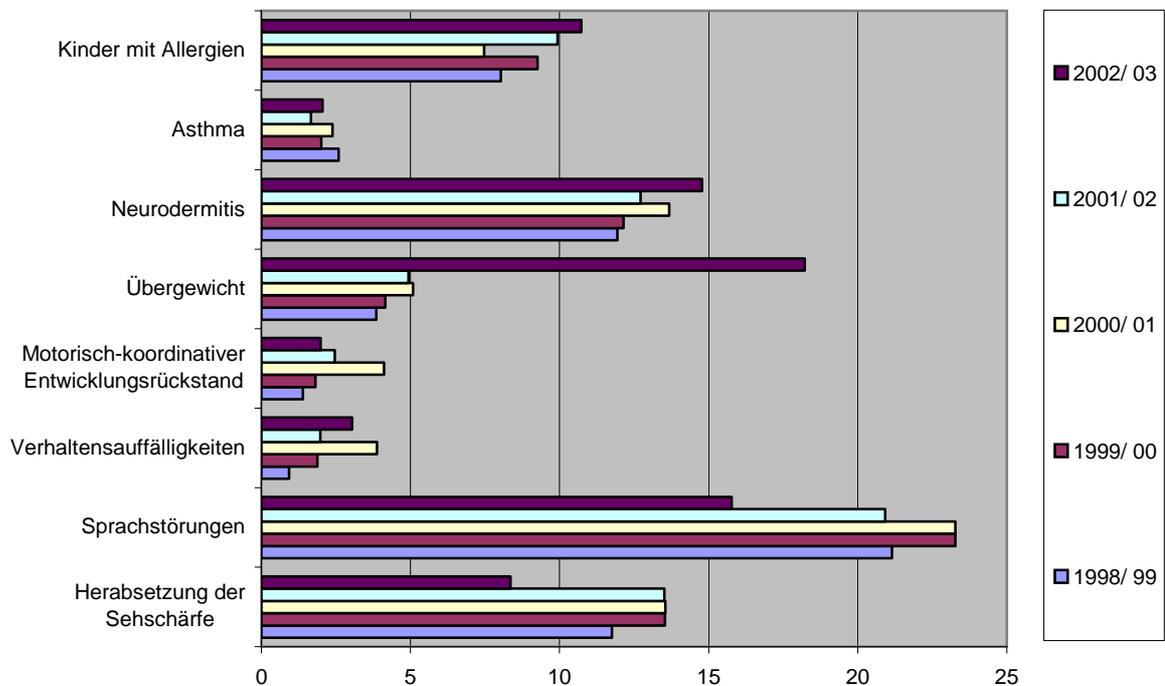


Abbildung 6: Befundhäufigkeiten der Schuleingangsuntersuchungen (in %)

Quelle: Fachbereich Gesundheit/ Veterinärwesen

Seit Jahren ist die Herabsetzung der **Sehschärfe** bei Schulanfängern ein häufig beobachteter Befund. Ist dieser Befund vor der Einschulungsuntersuchung noch nicht erkannt worden, erfolgt eine entsprechende Überweisung zum Augenarzt.

Die Sehschwäche hat damit im allgemeinen keinen Einfluss auf die Schulfähigkeit der Einschüler.

Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen sind im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen bei ca. jedem 4. bis 6. Kind festzustellen. Ein großer Teil der Kinder befindet sich bereits in adäquater Behandlung oder wird in den Sprachheilkindergarten eingegliedert.

Die Sprache ist sowohl für die soziale als auch für die schulische und spätere berufliche Entwicklung sehr wichtig. Sie entscheidet im hohen Maße über den Platz in der Gesellschaft den ein heranwachsender Mensch erreichen kann.

Übergewicht ist bei den Einschülern prozentual vorhanden und spielt in den höheren Altersklassen eine zunehmende Rolle.

So führen unregelmäßiges und hastiges Essen und dessen fehlerhafte Zusammensetzung zu Essstörungen, gekoppelt mit Bewegungsmangel und Fernsehkonsum wiederum bereits in den etwas älteren Altersklassen zu Übergewicht und Adipositas. Übergewicht in der Kindheit ist der Grundstein für Übergewicht im Erwachsenenalter und damit verantwortlich für eine deutlich erhöhte Krankheitsrate und auch vorzeitige Sterblichkeit.

Für das Ernährungsverhalten sind gesundheitsfördernde Projekte, in die auch die Eltern ansatzweise mit einbezogen werden sollten, einzusetzen (z. Zt. als Beispiel das Projekt „Gesundes Frühstück“).

Verhaltensauffälligkeiten und Befindlichkeitsstörungen wurden in den letzten Jahren in den Kindereinrichtungen und Schulen häufiger beobachtet. Ursachen sind wahrscheinlich die veränderten Lebens- und Umweltbedingungen wie u.a. auch der Mangel an körperlicher Bewegung und der passive Medienkonsum in hohem Ausmaß.

Verhaltensauffällige Kinder zeigen Symptome von starker Gehemmtheit, Ängstlichkeit oder aber Aggressivität, motorischer Unruhe, mangelnder Ausdauer, leichter Ablenkbarkeit, Tics usw.. Das in den letzten Jahren zunehmend beobachtete Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) spielt eine erhebliche Rolle.

Im Allgemeinen führen solche Auffälligkeiten zu erkennbaren Beeinträchtigungen des Kindes und seines sozialen Umfeldes.

In diesen Altersgruppen ist der Kinder- und Schularzt besonders auf die Angaben und Mithilfe der Eltern und Erzieher angewiesen. Ältere Kinder können auch detailliert selber befragt werden. Verunsicherte Eltern müssen beraten und die Kinder dem Facharzt zugeführt werden.

Wichtig ist, dass Zusammenhänge zwischen den Risikokindern, evtl. Misshandlungen und Risikofamilien erkennbar werden. Exakte ärztliche Beurteilungen helfen, in Zusammenarbeit mit dem ASD, der Familienhilfe und evtl. dem Vormundschaftsgericht zu verhindern, dass aus Risikokindern, Risikojugendliche und anschließend wieder Risikofamilien werden.

Im Rahmen der Schülervorsorgeuntersuchungen werden **psychosomatische Beschwerden** ermittelt, die ein Alarmzeichen für Suchtverhalten und Drogenkonsum sein können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der kindliche Organismus auf Nikotin, Alkohol und auch illegale Drogen viel empfindlicher reagiert. Das Projekt „Rauchfreie Schule“ wird zur Zeit von mehreren Schulen in dieser Stadt begonnen oder bereits praktiziert.

Schon bestehende Suchtneigungen können so erkannt werden, und sind damit ein wichtiger Beitrag zur Suchtprävention mit frühzeitiger Interventionsmöglichkeit.

Ausgangspunkt der Bewältigung wichtiger Entwicklungsaufgaben ist die Befriedigung der Grundbedürfnisse von Kindern in den ersten Lebensjahren wie das Bedürfnis nach Verständnis, seelischer und körperlicher Zuwendung, nach Anregung und altersgerechter Leistung.

3.4 Befundhäufigkeiten der Schüler der 3. ; 6. und 10. Klassen

Tabelle 13: Befunde der Untersuchungen in den 3. Klassen

Befundhäufigkeit	1998/ 99	2002/ 03
Anzahl der untersuchten Schüler	1153	996
Angaben in %		
Herabsetzung der Sehschärfe	17,01	19,48
Sprachstörungen	1,73	7,13
Verhaltensauffälligkeiten	1,73	4,42
Psychovegetative Auffälligkeiten	k. A.	9,24
Haltungsschwäche	14,92	23,7
Schäden der unteren Extremitäten	24,46	22,59
Übergewicht	8,93	10,44
Diabetes mellitus	0,35	0,2
Ekzem	6,33	7,13
Asthma	2,43	3,81

Quelle: Fachbereich Gesundheit/ Veterinärwesen

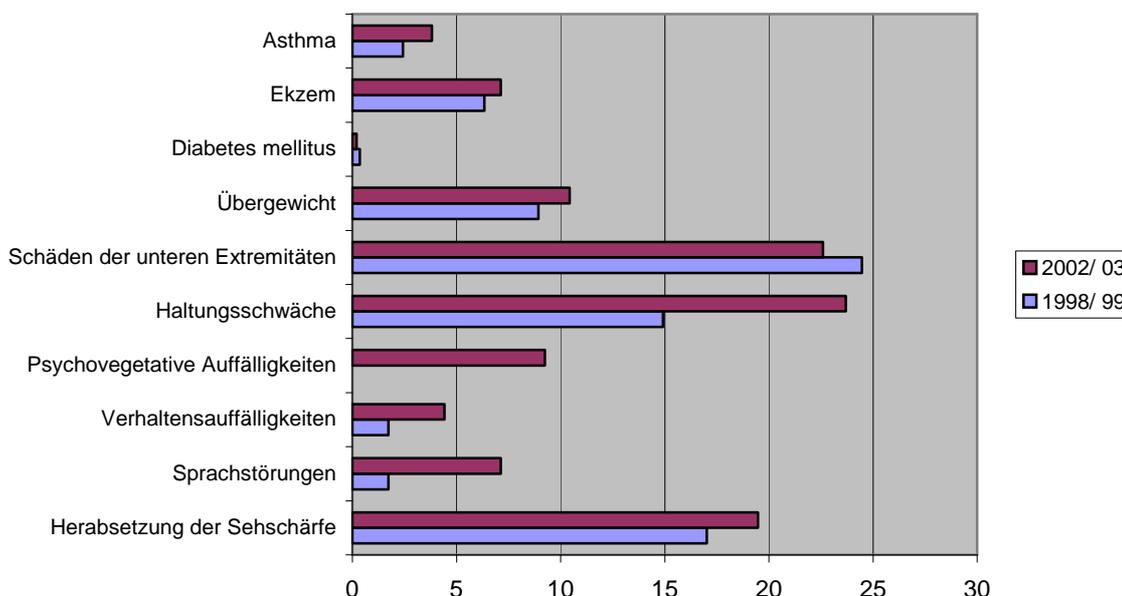


Abbildung 7: Befundhäufigkeiten der 3. Klassen (in %)

Quelle: Fachbereich Gesundheit/ Veterinärwesen

Gesundheitliche Probleme wie Sprachauffälligkeiten, Konzentrationsschwierigkeiten, Befindlichkeitsstörungen sowie Kopf- und Bauchschmerzen, Übelkeit, Schlafstörungen und auch der beobachtete Anstieg des Suchtverhaltens bezüglich Tabakkonsum, Fernsehverhalten und Spielsucht sind ein wichtiges Signal für uns Erwachsene auf die Heranwachsenden gezielter und auch sensibler einzugehen.

Eine positive Bewältigung der Entwicklung im Kindesalter ist entscheidende Voraussetzung für eine gute Bewältigung der Aufgaben und Anforderungen in der Jugendphase.

Tabelle 14: Befunde der Untersuchungen in den 6. Klassen

Befundhäufigkeit	1998/ 99	2002/ 03
Anzahl der untersuchten Schüler	2798	830
Angaben in %		
Herabsetzung der Sehschärfe	19,01	20,36
Sprachstörungen	1,68	4,58
Psychovegetative Auffälligkeiten	k. A.	13,97
Haltungsschwäche	14,51	16,02
Schäden der unteren Extremitäten	15,8	18,43
Übergewicht	9,11	20,05
Diabetes mellitus	0,18	
Ekzem	6,29	4,94
Asthma	1,96	5,18

Quelle: Fachbereich Gesundheit/ Veterinärwesen

Auffällig ist hier das erhebliche Ansteigen der Haltungsschwäche und auch der Anstieg der Verhaltensauffälligkeiten und Sprachstörungen.

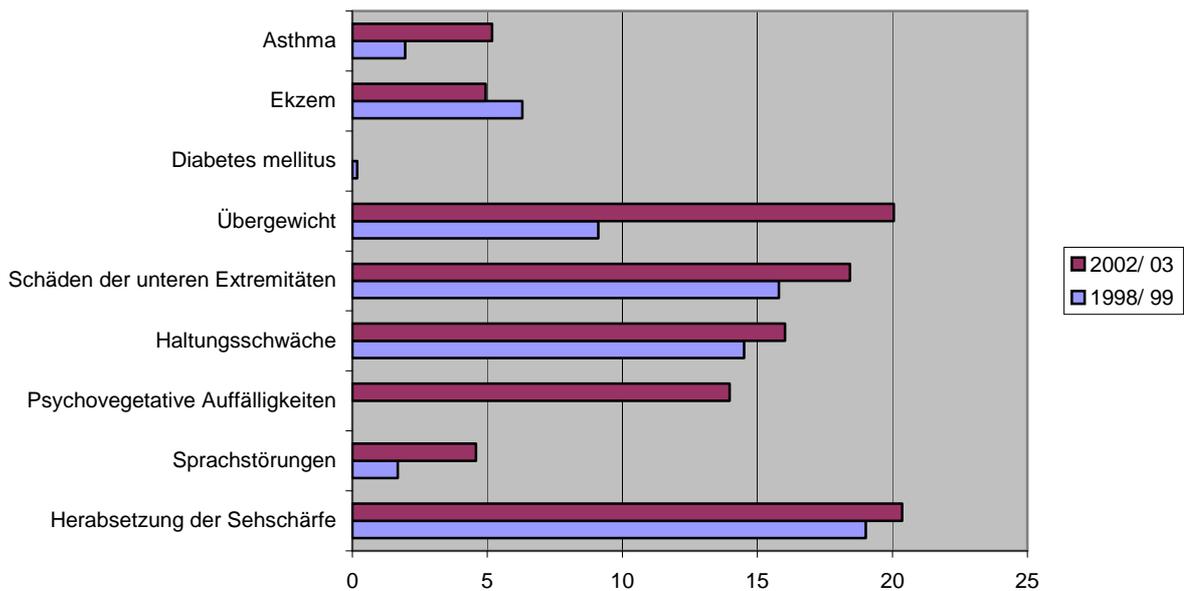


Abbildung 8: Befundhäufigkeiten der 6. Klassen (in %)

Quelle: Fachbereich Gesundheit/ Veterinärwesen

Die Befundhäufigkeiten in den 6. und 10. Klassen (Abb. 8 und 9) sind bei den hier verglichenen Merkmalen in fast allen Bereichen im Jahr 2002/ 03 verglichen mit dem Jahr 1998/ 99 angestiegen.

Tabelle 15: Befunde der Untersuchungen in den 10. Klassen

Befundhäufigkeit	1998/ 99	2002/ 03
Anzahl der untersuchten Schüler	2794	858
Angaben in %		
Herabsetzung der Sehschärfe	22,55	28,09
Psychovegetative Auffälligkeiten		7,92
Haltungsschwäche	17,07	21,56
Schäden der unteren	15,8	19,58
Skoliose (Rückratverkrümmung)	7,98	13,05
Übergewicht	4,76	13,29
Diabetes mellitus	0,14	k. A.
Ekzem	2,47	5,01
Asthma	1,93	2,68

Quelle: Fachbereich Gesundheit/ Veterinärwesen

Die hohe Schüleranzahl in den 6. und 10. Klassen des Schuljahres 1998/ 99 erklärt sich aus der Untersuchung von zwei Jahrgängen und ist damit dem Leistungsumfang im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst geschuldet.

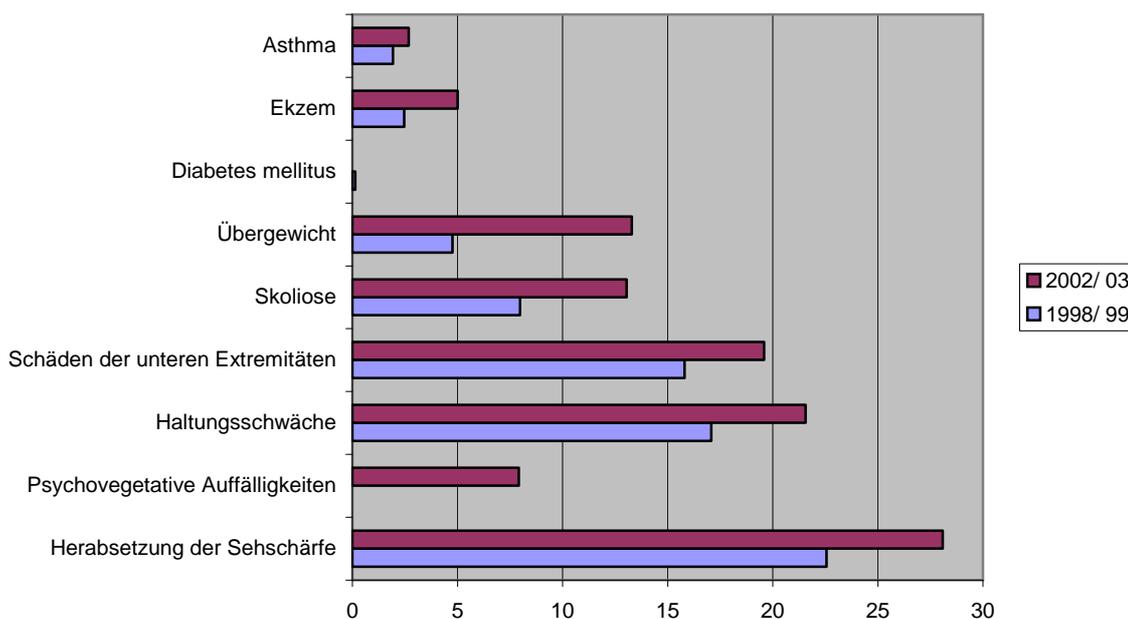


Abbildung 9: Befundhäufigkeiten der 10. Klassen (in %)

Quelle: Fachbereich Gesundheit/ Veterinärwesen

Im Rahmen einer Ost-West-Schulanfängerstudie in Sachsen-Anhalt (vergleichend in Sachsen und Nordrhein-Westfalen) werden seit 1991 jährlich Fragebogenaktionen für eine Erfassung des Gesundheitszustandes der Kinder in Halle (Saale), neben Merseburg und Magdeburg, zum Einfluss von Luftverunreinigungen in industriellen Ballungsgebieten auf die Gesundheit von Schulanfängern durchgeführt.

Diese im 3-Jahresrhythmus (1991, 1994, 1997, 2000 und 2003) stattgefundenen Komplexuntersuchung beinhaltet Messungen der inneren Schadstoffbelastung durch Blut- und Urinalanalysen, sowie von Haut- und Atemluftanalysen.

In Halle nahmen 2003 insgesamt 736 Kinder an diesen Studien, die dem Erkennen umweltbezogener Risikofaktoren dienen, teil.

Die Ergebnisse der Studie zeigen seit 1994, dass die erhebliche Reduzierung der Luftbelastung mit Schwefeldioxid (SO₂) und Staub zu einer deutlichen Verringerung der Reizungen und Infekte der oberen Luftwege bei Kindern in vormals besonders belasteten ostdeutschen Gebieten führen.

In Halle (Saale) sind die Infekthäufigkeiten erheblich gesunken:

Jahr	1991	1997
in Prozent	18	3,75

Quelle: Fachbereich Gesundheit/ Veterinärwesen

Für Allergiesymptome und Allergiesensibilisierung wurden wenig Zusammenhänge mit der Außenluft gefunden. Sie waren z. B. bei Schulanfängern in NRW deutlich häufiger.

Die Luftschadstoffbelastung hat sich verändert durch den stärkeren Straßenverkehr. Aber auch die Lebensumweltkultur und die umgebenden Innenraumrisikofaktoren haben sich verändert.

Aus den vergangenen Auswertungen wird deutlich, dass die Allergiegefährdungen bei Kindern die nach der Wende zur Welt kamen deutlich zugenommen hat.

Die Gründe liegen im zunehmenden Autoverkehr und in den veränderten Lebens- und Kulturumständen.

So sind die Erkrankungen mit atopischen Ekzemen bei hallenser Kindern angestiegen von ehemals 17% im Jahr 1991 auf 20,5% im Jahr 2000:

Jahr	1991	1997	2000
in Prozent	17	15	20,5

Quelle: Fachbereich Gesundheit/ Veterinärwesen

Von Bedeutung ist dabei, dass sich bei 20% der Kinder mit atopischem Ekzem später ein Bronchialasthma entwickeln kann.

Zu den direkten Ursachen können neue Allergene ebenso zählen wie evtl. eine Zunahme von Aeroallergenen (besonders im Innenraum) veränderte Allergene usw..

In einer Studie durch das Umweltforschungszentrum Leipzig in Zusammenarbeit mit der Universität Leipzig wurde herausgefunden, dass Expositionen durch den Verkehr einen Einfluss auf Asthma und Allergien haben, hausbrandtypische Expositionen auf Bronchitis und innenraumassoziierte Expositionen auf Allergien und Infekte.

3.5 Durchimpfungsgrad bei Kindern

Impfungen sind als präventive Gesundheitsmaßnahme der wirksamste Schutz vor zahlreichen übertragbaren Krankheiten und bieten ein enormes Potential zur Verminderung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten.

In Deutschland besteht keine gesetzliche Impfpflicht.

Als allgemeinverbindliche Regelungen sind die Empfehlungen der STIKO ausgegeben.

Öffentlich empfohlene Impfungen sind u. a. möglich gegen:

- Diphtherie,
- Wundstarrkrampf (Tetanus),
- Keuchhusten (Pertussis),
- Hepatitis B,
- Kinderlähmung (Poliomyelitis),
- Hirnhautentzündung durch Haemophilus influenzae Typ b (Hib),
- Masern,
- Mumps (Ziegenpeter),
- Röteln und
- Windpocken (Varizellen).

Diese Impfungen werden im Kindesalter kostenfrei durchgeführt (bis 18 Jahre).

Entsprechend den Gesundheitszielen der WHO und des Landes Sachsen-Anhalt werden zur Ausrottung der Infektionskrankheiten allgemein Durchimpfungsraten von über 90% gefordert, um so ein Zirkulieren der Erreger zu unterbinden.

Dieses Ziel ist nur durch ständig zu wiederholende Aufklärung und Impfwerbung erreichbar.

Eine Ausnahme bildet dabei die Tetanuserkrankung, die nicht von Mensch zu Mensch übertragbar ist. Im Rahmen der gesundheitlichen Vorsorge werden in den Kindertagesstätten unserer Stadt Halle bei den 3 - 5-Jährigen, bei den Schuleingangsuntersuchungen und in den 3., 6. und 10. Klassen in den Schulen innerhalb der gesetzlichen Vorgaben durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst Impfstandskontrollen anhand der vorgelegten Impfausweise durchgeführt und Impfeempfehlungen ausgesprochen.

Es ergibt sich ein, nach einigen ausgewählten Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen aktuelles Bild, dass nach den verschiedenen Impfungen differenziert zu betrachten ist.

Bei Diphtherie, Tetanus und Poliomyelitis ist das Ziel der geforderten Durchimpfungsrate von über 90% in den Altersgruppen erreicht.

Die Lage der Impfquote bei Masern, Mumps und Röteln ist nicht so günstig.

Während in den unteren Altersklassen ein guter Durchimpfungsgrad erreicht wird, liegt er für Mumps und Röteln bei den Schulabgängern niedriger.

Die Hepatitis B wird erst seit 1995 von der STIKO empfohlen.

Die unteren Jahrgänge weisen auch hier eine höhere Durchimpfung auf, in den höheren Jahrgängen nimmt der Anteil der Impfbereitschaft ab.

Die folgenden Abbildungen geben eine Übersicht über die Impfquoten der verschiedenen Altersgruppen.

(*Abgeschlossene Grundimmunisierung)

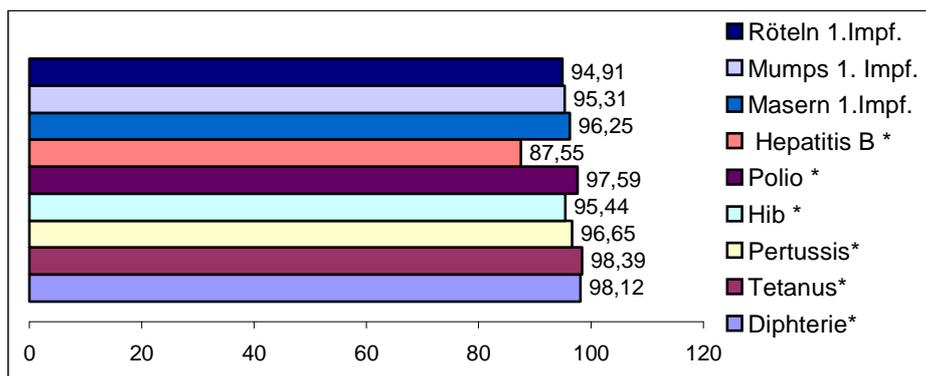


Abbildung 10: Impfstatus Altersgruppe 3 - 5 Jahre 2002/ 03 (in %)

Quelle: Fachbereich Gesundheit/ Veterinärwesen

(*Abgeschlossene Grundimmunisierung)

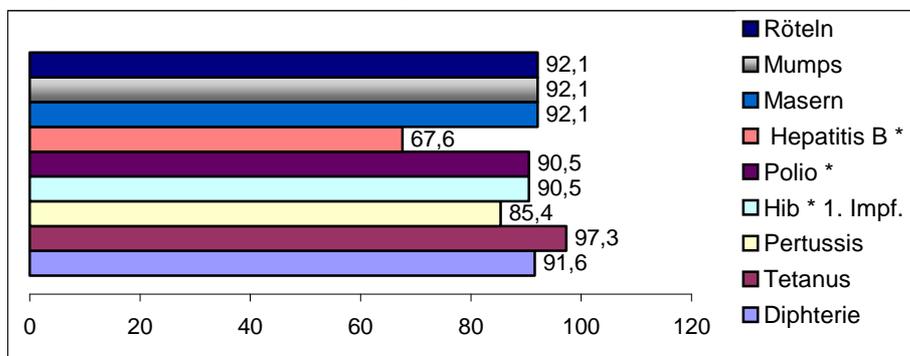


Abbildung 11: Impfstatus der Einschüler (6 -7 Jahre) für 2002/ 03 (in %)

Quelle: Fachbereich Gesundheit/ Veterinärwesen

Hinweis: In den 10. Klassen bestand bis 2004 das Angebot der Abgängeruntersuchungen nach Jugendarbeitsschutzgesetz, die damit auch gleichzeitig als ein guter Zugang zur Impfstatusüberprüfung, der Schließung von Impflücken und dem Aussprechen von Impfempfehlungen dienten.

(* abgeschlossene Grundimmunisierung)

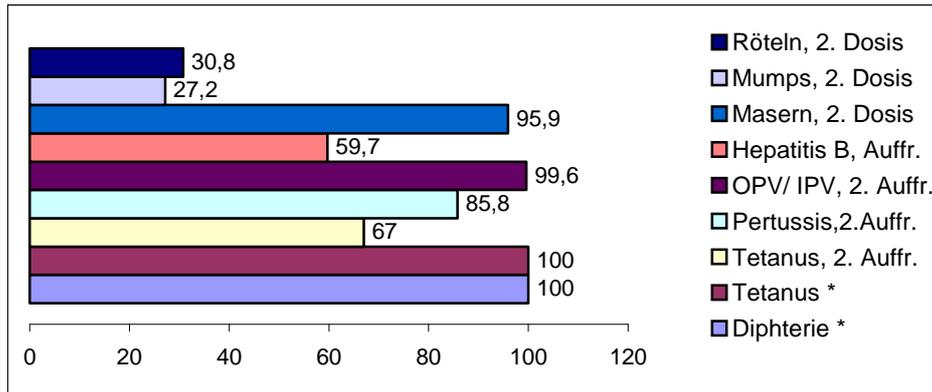


Abbildung 12: Impfstatus der 10. Klassen 2002/ 03 (in %)

Quelle: Fachbereich Gesundheit/ Veterinärwesen

Die 16- und 17-jährigen Schüler sind in der ehemaligen DDR gut grundimmunisiert. Auch die 1. und 2. Maserndosis liegt mit 95,9% sehr gut, dagegen liegen die 2. Gaben von Mumps und Röteln niedrig.

Die Hepatitis B Grundimmunisierung ist mit fast 60% höher als erwartet.

Ganz entscheidend für das Erzielen von guten Ergebnissen bei diesen Aktionen ist eine gute Zusammenarbeit mit den Schulleitungen.

3.6 Zahngesundheit in den verschiedenen Altersgruppen

Ein gesunder Mund ist ein Stück Lebensqualität. Es ist deshalb wichtig ihm besondere Aufmerksamkeit und Pflege zukommen zu lassen.

In den letzten Jahren ist die Prophylaxe zu einem Schwerpunkt in der Zahnmedizin geworden. Wirksame präventive Ansätze sind dabei besonders im Kindes- und Jugendalter festzustellen.

Das international gebräuchliche Messinstrument zur Beurteilung der Zahngesundheit ist der Kariesindex (DMF - T-Index).

Dieser Index dient insbesondere bei Bevölkerungsuntersuchungen zur Dokumentation des Kariesbefalls.

DMF wird abgeleitet von:

D = diseased = erkrankt (auch decayed)

M = missing = fehlend

F = filled = gefüllt (mit einer Füllung versehen)

DMF - T - Index (T = tooth/ teeth) bedeutet: auf den ganzen Zahn/ Zähne bezogen.

DMF - S - Index (S = surfaces bedeutet: auf eine einzelne Zahnfläche bezogen.

dmf - Index (kleine Buchstaben) gilt für das Milchgebiss.

Mit dem DMF - Index kann man eine Aussage über die Zahngesundheit in einer Region oder im einem Land treffen und feststellen, wie sich der Kariesbefall bei Durchführung einer systematischen Kariesprophylaxe ändert.

Als Teilziel bei der WHO- Strategie „Gesundheit für alle“ ist angestrebt, dass „die Schwere der Zahnkaries und der parodontalen Erkrankungen zurückgeht, so dass Kinder im Alter von 12 Jahren nicht mehr als zwei kariöse, fehlende oder gefüllte Zähne haben.“ (DMF - T - Index < 2).

In Deutschland wurden im Jahr 1989 im Sozialgesetzbuch (SGB) V § 21 zur Verhütung von Zahnerkrankungen gruppenprophylaktische Maßnahmen festgelegt. Diese Maßnahmen erfolgen in Zusammenarbeit der Krankenkassen, der Zahnärzte und den jeweils in den Ländern für die Zahngesundheit verantwortlichen Einrichtungen.

Die Erziehung zur Zahn- und Mundpflege ist vor allem eine Aufgabe der Eltern!

Dennoch ist die Zahngesundheits-erziehung ein Teil der allgemeinen Gesundheitserziehung und damit auch in den Kindereinrichtungen und Schulen durchzuführen.

Die vom Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst regelmäßig durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen der Kinder in den Kindertagesstätten und den Schulen dienen der Feststellung von Zahnerkrankungen nach dem dmf-/ DMF -T - Index, der Erkrankung des Zahnhalteapparates sowie von Kieferanomalien und auch dem Erkennen von Kindern mit einem besonders hohen Kariesrisiko. Sie dienen damit der kontinuierlichen Überwachung der Gebissentwicklung für den rechtzeitigen Beginn einer erfolgreichen Behandlung. Behandlungsbedürftige Kinder sind damit frühzeitig einer zahnmedizinischen Behandlung zuführbar.

In Halle sind für jedes Kind ab dem 2. Lebensjahr in allen Kindertagesstätten und in den Schulklassen 1 bis 6, zwei Prophylaxeimpulse vorgesehen.

Den Kariesrisikokindern werden spezifische Betreuungsprogramme angeboten.

Das Konzept der Prophylaxemaßnahmen beinhaltet für Vorschulkinder und Schulkinder die Zahngesundheits-erziehung und die Durchführung spezieller Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Zahngesundheit. Die Gruppenprophylaxe umfasst im Einzelnen die Untersuchung der Mundhöhle und die Erhebung des Zahnstatus, den Fluorideinsatz zur Verbesserung der Qualität des Zahnschmelzes, die Anleitung zur Mundhygiene und auch die Ernährungsberatung.

Es werden flächendeckend alle Kindereinrichtungen und alle Schulen gruppenprophylaktisch betreut.

Die zahnärztlichen Untersuchungen dienen der Feststellung des Zahnstatus und des Kariesbefalls in den verschiedenen Alterstufen.

Die folgende Tabelle zeigt die Veränderung des DMF -T -Indexes im Vergleich der beiden Schuljahre 1997/ 98 und 2002/ 03.

Tabelle 16: DMF - T - Index 1997/ 98 bis 2003/ 04
(Untersuchungen erfolgten in Kindertagesstätten und Schulen)

KITA/ Alter in Jahren Klasse	1997/ 1998		2002/ 2003		2003/ 2004	
	Anzahl der Kinder	DMF - T - Index	Anzahl der Kinder	DMF - T - Index	Anzahl der Kinder	DMF - T - Index
KITA*/ 3	1245	0,45	5042	1,19	5152	1,2
KITA*/ 4	1547	1,29				
KITA*/ 5	2042	1,95				
1.Kl.	2729	0,25	1301	0,11	1522	0,1
2.Kl.	3175	0,48	1121	0,24	1397	0,2
3.Kl.	3007	0,80	1194	0,41	1192	0,4
4.Kl.	2961	1,18	1224	0,57	1317	0,6
5.Kl.	3133	1,50	1308	0,93	1310	0,8
6.Kl.	3384	2,23	1914	1,13	1333	1,2
7.Kl.			1363	1,59	1083	1,9
8.Kl.			1242	2,35	1112	2,1
9.Kl.			1241	2,71	1157	2,7
10.Kl.			1206	3,12	1091	3,2

* in den Kindertagesstätten als dmf

Quelle: Fachbereich Gesundheit/ Veterinärwesen

Der Gesundheitszustand der Gebisse ist besser, je kleiner der DMF -T -Index ist.

Bei der Auswertung der Untersuchungsergebnisse in den Kindertagesstätten und Schulen ist erkennbar, dass sich in dem benannten Zeitraum der Gebisszustand in den verschiedenen Altergruppen verbessert hat.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat für die Zahngesundheit in den Ländern bestimmte Parameter zum Vergleich herausgegeben.

Bei den 6-Jährigen wird als Maß der Anteil der primär gesunden Gebisse gewertet. Hier galt bis zum Jahr 2000 ein Wert von 50%, für 2010 ist ein Wert von 90% angestrebt.

Für 12-jährige Kinder galt als Zielvorgabe bis zum Jahr 2000 ein DMF-T- Index von < 2,0. Für das Jahr 2010 wird ein DMF-T- Index von < 1,0 anvisiert.

In den halleschen Schulen, Sonderschulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Kinder überproportional hoch ist, gelten die gruppenprophylaktischen Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr und es werden noch zusätzliche Programme entwickelt (Intensivprophylaxe).

In der nachfolgenden Tabelle ist zu erkennen, dass auch in diesen Einrichtungen bereits seit 1999 Erfolge zu erkennen sind.

Es ist hier im Schuljahr 2003/ 04 erstmalig gelungen den WHO-Standard von 2,0 in der Altersgruppe der 12-Jährigen zu erreichen.

Tabelle 17: DMF - T - Index 2001/ 02 bis 2003/ 04
(Untersuchungen erfolgten in Sonderkindertagesstätten und Sonderschulen)

Kita/ Alter in Jahren	2001/ 2002		2002/ 2003		2003/ 2004	
	Anzahl der Kinder	DMF- T - Index	Anzahl der Kinder	DMF- T - Index	Anzahl der Kinder	DMF - T - Index
* KITA/ 3- Jährige	41	0,95	47	0,81	43	0,87
* KITA/ 4- Jährige						
* KITA/ 5- Jährige						
6 Jahre	147	0,41	190	0,31	55	0,05
7 Jahre	140	0,47	179	0,57	153	0,21
8 Jahre	184	1,05	187	0,95	165	0,51
9 Jahre	240	1,10	232	1,18	141	0,64
10 Jahre	223	1,77	249	1,48	172	1,19
11 Jahre	272	1,83	280	2,21	169	1,41
12 Jahre	333	2,56	266	2,53	215	1,82
13 Jahre	236	2,66	297	2,85	233	2,14
14 Jahre	205	3,35	211	3,38	2,65	2,57
15 Jahre	133	3,17	1,48	3,53	271	3,18
16 Jahre					149	3,39
17 Jahre					82	3,54
18 Jahre					35	4,14

* in den Kindertagesstätten als dmf

Quelle: Fachbereich Gesundheit/ Veterinärwesen

Bei den primär gesunden Gebissen der Kinder in den Kindertagesstätten (5-6 Jahre) lag der Anteil im Jahr 2002/ 2003 mit 49 % über dem Landesdurchschnitt von 45%. Auch bei den Kariesrisikokindern in den Kindertagesstätten im Jahr 2002/ 2003 lag Halle mit 14% unterhalb des Landesdurchschnittes in Sachsen-Anhalt (18%).

Tabelle 18: Vergleich Stadt Halle (Saale) zu Land Sachsen - Anhalt in %:

Primär gesunde Gebisse				
Schuljahr	1. Klasse		6. Klasse	
	Halle	Sachsen-Anhalt	Halle	Sachsen-Anhalt
1997/ 1998	30	-	28	-
2002/ 2003	39	32,3	52	48
Behandlungsbedürftige Gebisse				
Schuljahr	1. Klasse		6. Klasse	
	Halle	Sachsen-Anhalt	Halle	Sachsen-Anhalt
1997/ 1998	44	-	19	-
2002/ 2003	40	47,4	13	15
Sanierete Gebisse				
Schuljahr	1. Klasse		6. Klasse	
	Halle	Sachsen-Anhalt	Halle	Sachsen-Anhalt
1997/ 1998	26	-	53	-
2002/ 2003	21	20,3	35	37

Quelle: Fachbereich Gesundheit/ Veterinärwesen

Die dokumentierten Ergebnisse zeigen, dass für die Mundgesundheit die Zielvorgabe der WHO (im Jahr 2000 mit 50% kariesfreier Gebisse bei den 6-Jährigen Kindern) mit 49% nahezu erreicht ist.

Die Kinder und Jugendlichen der Stadt Halle (Saale) haben im Schuljahr 2002/ 2003 in allen wesentlichen Kennziffern bessere Werte als im Landesdurchschnitt von Sachsen-Anhalt.

Diese positiven Ergebnisse können im Zusammenhang mit einer bisher guten personellen Ausstattung des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes gesehen werden.

Für eine kleinere Zahl von Kindern ist eine alarmierende Verschlechterung der Zahngesundheit zu konstatieren. Diese Kinder werden folgerichtig als „Kariesrisikokinder“ bezeichnet und sind überwiegend in sozial schwierigen Verhältnissen anzutreffen. Die Zahl der Kariesrisikokinder in den Kindertagesstätten mit

z. T. vollständig kariös zerstörtem Milchzahngewebis hat sich im Gegensatz zur allgemein positiven Entwicklung der Mundgesundheit nicht verringert, liegt aber trotz allem unter dem Durchschnittswert von Sachsen-Anhalt.

Diese „Kariesrisikokinder“ bedürfen besonders intensiver Betreuung.

Vorgesehen ist, die Erzieherinnen in den Kindertagesstätten und die Lehrer in den Schulen und Sonderschulen noch intensiver in die gruppenprophylaktischen Maßnahmen einzubeziehen und Möglichkeiten zu suchen, auch Eltern von „Kariesrisikokindern“ zu erreichen, die oft aus sozio- ökonomisch schlecht gestellten oder benachteiligten Bevölkerungsgruppen kommen.

Nicht nur die richtige Zahnpflege muss vermittelt werden, sondern es ist auch der Ernährungsberatung im Zusammenhang mit der Übergewichtigkeit bei Kindern und Jugendlichen ein größerer Stellenwert einzuräumen.

Welche Bedeutung ein gesunder Mund und ein kaufähiges Gebiss haben, wird leider oft erst dann erkannt, wenn Zahnverlust und fehlende Kaufunktion eingetreten sind.

Prävention sollte als gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet und entsprechend gefördert werden.

3.7 Psychisch kranke Kinder und psychosomatische Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen

Ob Kinder und Jugendliche heute häufiger psychisch krank oder verhaltensauffälliger sind als vor 10 oder 20 Jahren kann so nicht beantwortet werden, da weder bundesrepublikweit noch in unserer Stadt methodisch vergleichbare Studien

vorliegen, die eine Darstellung der Entwicklung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen über einen längeren Zeitraum erlauben.

Vielfach sind Verhaltensauffälligkeiten entwicklungsabhängig und treten in unterschiedlichen Erscheinungsformen auf.

Nach Expertenmeinung Remschmidt (1995) werden kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen definiert als "ein Zustand unwillkürlich gestörter Lebensfunktionen, der durch Beginn, Verlauf und ggf. auch Ende eine zeitliche Dimension aufweist und ein Kind oder einen Jugendlichen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen". Er geht davon aus, dass ca. 8 bis 15 % der Kinder und Jugendlichen psychisch auffällig sind. (Quelle: Robert Koch-Institut (2004) Schwerpunktheft: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen 2004, S. 123/ 124).

Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie von 1990 liegt der Prozentsatz bei Stichproben in deutschen Großstädten bei den 13- bis 14-Jährigen sogar bei 20 %. Bei ca. einem Drittel der Genannten liegen psychische Störungen von einem Krankheitswert vor, der professioneller Behandlung bedarf.

Entsprechend der Einwohnerzahl von Halle für Ende 2002 von 237 951 Bürgern und einem Anteil von 14,9 % an Personen bis zum 18. Lebensjahr (35 427 Personen) wäre demnach für ca. 2 360 Kinder und Jugendliche kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsbedarf dringend angezeigt.

Im Kindesalter spielen die sozialen Faktoren eine besondere Rolle. Für eine gesunde Entwicklung von Kindern sind Sicherheit, der soziale Kontakt, der liebevolle und verständnisvolle Umgang der Bezugspersonen sowie Anerkennung als auch Orientierung entscheidend.

Aus Gegenüberstellungen in verschiedenen Altersstufen wird ersichtlich, dass sich der Anteil der Störungen mit dem Alter kaum verändert, jedoch bei der Geschlechtergegenüberstellung deutliche Veränderungen sichtbar werden.

So wurde in einer Mannheim-Studie 1992 ermittelt, dass bis zur Pubertät die Verhaltensauffälligkeiten bei Jungen häufiger sind als bei Mädchen. Nach der Pubertät treten depressive Syndrome und Suizidversuche bei Mädchen häufiger auf als bei Jungen. (Quelle: Robert Koch-Institut (2004) Schwerpunktheft: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen 2004, S. 124)

In den Schülervorsorgeuntersuchungen durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der vergangenen Jahre war in unserer Stadt Halle (Saale) auffällig, dass die Kinder und Jugendlichen häufig Befindlichkeitsstörungen, vor allem allgemeine und unspezifische Beeinträchtigungen, wie schnelle Ermüdung und Nervosität schilderten. Zur Ermittlung von psychosomatischen Störungen wurde daher vor einigen Jahren eine Pilotstudie durchgeführt. Hierzu erhielten Schülerinnen und Schüler der 6. und 10. Klassen in den zwei Schuljahren von 1994 bis 1996 (insgesamt 4 278 befragte

Schülerinnen und Schüler) und 1998/99, (insgesamt 3 046 Befragte) im Rahmen der schulärztlichen Vorsorgeuntersuchungen Erhebungsbögen, in denen sie u.a. Auskunft über Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Übelkeit und Schlafstörungen geben sollten.

Im Ergebnis erwies sich in den Schuljahren 1995/96 und 1998/99 die Kopfschmerzrate unter den Beschwerdearten am höchsten.

1995/96 wurden Kopfschmerzen von 16,7% und 1998/99 von 14,1% aller befragten Schüler angegeben.

Anhand der weiteren Befragungen wurde sichtbar, dass psychosomatische Beschwerden und das Fortbestehen von Wohlbefindensstörungen über einen längeren Zeitraum Anzeichen einer gestörten Körper-Seele-Balance darstellen und damit ein Einstieg in eine Suchtkarriere bereitet werden kann.

So hat z. B. der Anteil der täglich rauchenden Schülerinnen und Schüler vom Schuljahr 1995/95 (32%), zum Schuljahr 1998/99 (42,6%) bis zum Schuljahr 2000/01 (43,85%) zugenommen. (Quelle: Dokumentation Kind und Umfeld, S. 61 ff.)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Kinder und Jugendliche zwar diffuse Beschwerden benennen, jedoch hieraus der Krankheitswert dieser Beschwerden kaum beurteilt werden kann.

Diese allgemeinen Beschwerden können auch als Hinweis auf eine erhöhte psychosoziale Belastung dienen.

In diesem Zusammenhang wird auch wiederholt auf die besondere Sensibilität von Kindern und Jugendlichen gegenüber ungünstigen Faktoren aus dem Lebensumfeld verwiesen (Beispiel: Arbeitslosigkeit, instabile Familienbeziehungen).

Möglichkeiten zur nachhaltigen Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen

In den bisherigen Ausführungen wurde verdeutlicht, wie eng die Wechselbeziehungen sind zwischen der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, ihrer geistigen, körperlichen sowie seelischen Entwicklung im Verhältnis zu ihren Chancen auf eine entsprechend ihren individuellen Möglichkeiten und Fähigkeiten angemessenen Teilhabe am Leben der Gesellschaft.

Daraus ergeben sich wichtige Handlungsfelder.

Zum einen ist die Steigerung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen vor allem der älteren Kinder wichtig, um so Therapien gegen gesundheitliche Störungen und Gefährdungen rechtzeitig einleiten zu können.

Dazu gehört auch eine bessere Früherkennung sich anbahnender emotionaler und psychischer Störungen in den Leistungs-, Wahrnehmungs- und anderen Entwicklungsbereichen.

Es ist eine weitergehende Kooperationsverbesserung und engere Zusammenarbeit z. B. zwischen dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, den Kindereinrichtungen und Schulen sowie zum Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsangebot der Stadt Halle zu entwickeln.

Die Priorität der Einschüleruntersuchung sollte nicht nur auf die Schulfähigkeit ausgerichtet sein, sondern wie im Runderlass vom 26.01.2004 neu geregelt den körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Entwicklungsstand der Kinder aus amtsärztlicher Sicht feststellen.

Der individuelle Förderbedarf wird ermittelt und anschließend ggf. mit der Kindertagesstätte und der Schule das Reagieren darauf aus ärztlicher Sicht abgesprochen.

Diese Kooperation ist im Aufbau durch das „Bündnis für Bildung“ der Stadt Halle (Saale).

Auch wenn aus praktischer Überlegung heraus vieles nicht machbar erscheint, wäre es wünschenswert, Möglichkeiten der Förderung sogenannter „Hauskinder“ zu erarbeiten. Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst hätte die Möglichkeit mit Einverständnis der Eltern eine namentliche Erfassung dieser Kinder zu erarbeiten (bisher nur prozentuale Erfassung). Eine nicht geringe Anzahl dieser Kinder weist einen sozialen und geistigen Entwicklungsrückstand auf.

Ein Vorschlag zur Minimierung dieser Defizite wäre z. B. das Einrichten von Vorschulen.

Es wäre auch wünschenswert, wenn die Schulen verstärkt bei jedem Einzelschüler auf seine individuellen Stärken und Schwächen d. h. auf den jeweiligen Entwicklungsstand und die sozialen Bedingungen eingehen würden.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt in einer Verbesserung der Angebote zur Beratung, Unterstützung und Zusammenarbeit von Erziehern, Lehrern und auch Schülern z. B. über Schülersprechstunden.

Auf dem Gebiet der gesundheitlichen Aufklärung wäre das die wiederholende Information der Eltern über die gesunde Entwicklung und Ernährung ihrer Kinder, die Impfaufklärung, die gesundheitliche Aufklärung in Kindereinrichtungen und Schulen, die Suchtprophylaxe, die HIV- und AIDS-Prävention und die Umsetzung präventiver Projekte im Suchtbereich.

So sollte die in letzter Zeit verstärkte Diskussion in den verschiedenen Bundesländern über die Einführung rauchfreier Schulen auch in unserer Stadt als ein wichtiges Signal einer Trendentwicklung angenommen werden.

Bei allen Maßnahmen ist das besondere Angebot auf die sozial benachteiligten Familien, und andere schwer erreichbare, aber dabei hoch belastete soziale Gruppen zu richten.

Es ist jedoch auch darauf zu achten, dass alle Familien umfangreiche Unterstützung erhalten und in eine allgemeine Fürsorge enger einbezogen werden.

3.8 Entwicklungschancen von Kindern

Die Stadt Halle (Saale) verfügt über ein flächendeckendes Netz von Familienbildungsstätten, welche sowohl sozialraumorientiert als auch sozialraumübergreifend arbeiten. Dabei stehen sowohl die Bildungsarbeit, niederschwellige Begegnungsangebote, erfahrungs- und erlebnisorientierte als auch selbsthilfeunterstützende Angebote im Mittelpunkt der Arbeit mit Eltern und Familien.

Ergänzend zu den 5 Familienbildungsstätten hält die Stadt Halle zwei Begegnungsstätten in unterschiedlicher Trägerschaft vor, die ihr Einrichtungsprofil auf ausländische Familien ausgerichtet haben.

Das Kontaktangebot im und um das Netzwerk der Familienbildungsstätten und die Vermittlung von Erziehungskompetenzen sind auf die Stärkung der Familien und die Unterstützung der Selbsthilfe in den Familien ausgerichtet.

Diese Netzwerkarbeit der Familienbildungsstätten ist in ihrer Form einmalig für Sachsen/ Anhalt, da hier eine enge Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Trägern und verschiedenen Diensten der Jugend-, Gesundheits- und Sozialhilfe besteht, die sich eng am Bedarf der Stadt orientiert und auf die Verbesserung der Lebens- und Bildungssituation der Familien gerichtet ist.

Ein weiterer Aspekt zur Umsetzung einer familienfreundlichen Kommunalpolitik ist das bestehende flächendeckende Netz von Kindertagesstätten. Unterschiedliche Träger halten dabei auf der Grundlage einrichtungsspezifischer Konzepte vielfältige Erziehungs- und Bildungsangebote vor, aus denen die Eltern für ihr Kind die optimalste Einrichtung auswählen können. Die im Sozialraum I, auf Grund der starken Nachfrage teilweise bestehenden Engpässe in der Versorgung, werden durch Vorhalten von freien Plätzen in den anderen Sozialräumen abgedeckt.

Die Jugendarbeit der Stadt findet zu einem großen Teil in sieben Jugendeinrichtungen statt. Diese befinden sich in unterschiedlicher Trägerschaft und sind in allen Sozialräumen angesiedelt. Darüber hinaus gibt es drei soziokulturelle Zentren und jugendgemäße Angebote in den Familienbildungsstätten zur Vorhaltung bedarfsorientierter Angebote.

Im Januar 2002 hat sich die Stadt Halle (Saale) in einem Beschluss mit der Einführung einer Kinderfreundlichkeitsprüfung (KFP) für die Stadtverwaltung zur Kinderfreundlichkeit verpflichtet. Damit wurde das Verwaltungshandeln auf den Prüfstand gestellt, um noch konsequenter als bisher die Belange und Bedürfnisse der Kinder zu berücksichtigen. Sie ist damit Ausdruck des städtischen Willens, vorrangig das Wohl der Kinder und Jugendlichen in unserer Stadt zu fördern und zu gestalten. *Diese Kinderfreundlichkeitsprüfung wird zur Zeit im Sinne einer Familienverträglichkeitsprüfung weiterentwickelt.*

Das zur Förderung der Teilhabe und Bildung der Kinder im Dezember 2001 gegründete Kinderbüro ist für die Umsetzung der KFP verantwortlich. Die Funktion des Kinderbüros besteht allgemein in der Unterstützung der Kinderinteressen innerhalb der kommunalen Struktur, in der allgemeinen Verbesserung der Lebenssituation der Kinder, in der Koordinierung der Kinderfreundlichkeitsprüfung und auch in der Koordinierung des Bereiches Familienbildung.

Die enge Zusammenarbeit zwischen der Verwaltung und dem Kinderbüro führte in der bisherigen Arbeit dazu, dass verschiedene Projekte zur Neugestaltung von Spielplätzen und Schulhöfen umgesetzt werden konnten.

Im Rahmen der bundesweiten Initiative "Stadtumbau - nur mit uns" erhielt die Stadt Halle für eines dieser Projekte einen Sonderpreis des Bundesministeriums für Wirtschaft.

Weiterhin fand ein Kinderkongress (2002) zur Umsetzung der Kinderfreundlichkeit und 2003 die Durchführung einer Kinderkulturwoche statt.

4. Bildung von Kindern und Jugendlichen

Das Schulsystem in Sachsen-Anhalt unterliegt z. Zt. grundlegenden Reformen.

Das betrifft u. a. die Rückkehr zum Abitur nach 12 Schuljahren und die Wiedereinführung der Schuljahrgänge 5 und 6 am Gymnasium.

Entsprechend dem Schulgesetz besteht bundesweit und damit auch für alle im Land Sachsen-Anhalt wohnenden Kinder und Jugendlichen die Schulpflicht.

Sie beginnt für Kinder, die bis zum 30. Juni das sechste Lebensjahr vollenden, mit dem folgenden Schuljahr und endet nach zwölf Jahren.

Die Vollzeitschulpflicht beträgt für Schülerinnen und Schüler, die ab 1999 in das 7. Schuljahr wechselten, zehn Jahre.

Sie gilt aber auch als erfüllt, wenn neun Jahre lang Schulen in der Primarstufe und in der Sekundarstufe I besucht wurden und sich unmittelbar eine Berufsausbildung anschließt.

Tabelle 19: Anteil der Schüler nach Schularten (in %)

	1997/1998			2002/2003		
	Ins- gesamt	davon		Ins- gesamt	davon	
		männlich	weiblich		männlich	weiblich
Grundschulen	31,6	31,5	31,7	20,3	19,9	20,7
Sekundarschulen	29,5	31,1	27,9	28,4	30,4	26,4
Gymnasien	24,0	21,1	27,0	29,6	26,0	33,3
Sonderschulen	8,2	10,0	6,3	10,2	12,6	7,7
übrige Schulen ¹⁾	6,7	6,2	7,2	11,5	11,2	11,8

¹⁾ Gesamtschulen, Schulen in freier Trägerschaft

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

Die Zahl der allgemeinbildenden Schulen in Halle (Saale) ist in den letzten Jahren weiter zurückgegangen. Im Jahr 2003 existierten noch 96 Schulen. Der dramatische Geburtenrückgang der Geburtenjahrgänge 1988 bis 1994 veränderte die Schullandschaft bis heute erheblich.

Die niedrigen Geburtsjahrgänge und die damit verbundene rückläufige Schülerzahl ist die Ursache für Schließungen bzw. Fusionierungen einzelner Schulen.

Tabelle 20: Anzahl der Schüler in der 9. Klasse nach Schulart 1998/99 bis 2003/2004

	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04
Sekundarschule	1 617	1 540	1 506	1 362	1 293	1 165
Gymnasium	936	986	902	842	823	784
Gesamtschule	361	336	395	307	336	344
Sonderschule	205	176	200	230	207	270
freie Träger	253	279	252	282	279	292

In den Daten der Sonderschulen 1998/99 bis 2000/01 sind nur kommunale Schuleinrichtungen berechnet, da andere Einrichtungen keine Untergliederung nach Klassenstufen angegeben haben.

Quelle: Schuljahresanfangsstatistik des Fachbereiches Schule, Sport und Bäder

Daten vom Statistischen Landesamt Sachsen-Anhalt liegen in dieser Form nicht vor.

Im Jahr 2002 besuchten 25 811 Schüler die Schuleinrichtungen, 2003 waren es 24 319, also bereits 1 492 Schüler (- 5,8%) weniger.

Die Schüler wurden dabei von 2 557 Lehrern unterrichtet.

Tabelle 21: Anteil der Schulabgänger 1997/98 und 2002/03 nach Art des Abschlusses (in %)

	1997/98		2002/2003	
	Gesamt	Weiblich	Gesamt	Weiblich
Schulabgänger				
davon Hochschulreife	31,2	17,6	31,9	18,2
Fachhochschulreife	1,4	0,7	1,3	0,7
erweiterter Realschulabschluss	16,4	9,8	17,4	9,7
Realschulabschluss	30,5	13,3	23,7	10,5
qualifizierter Hauptschulabschluss	2,5	1,3	5,3	2,4
Hauptschulabschluss	7,3	3,1	5,4	2,3
Abschluss/Schule für Lernbehinderte	3,0	1,1	4,7	2,3
Abgänger/Schule für geistig Behinderte	0,7	0,4	1,0	0,4
Abgangszeugnis	6,9	1,8	9,3	3,2

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

5 Allgemeine Soziale Lage

5.1 Wohnsituation

Die Wohnsituation, d.h. die Möglichkeit eine den persönlichen Interessen und Bedürfnissen gerechte bezahlbare Wohnung zu finden ist ein wichtiger Indikator für das Wohlbefinden in einer Stadt. Gab es noch Ende der 80-iger Jahre einen Mangel an Wohnraum, so ist der Wohnungsmarkt jetzt durch ein Überangebot geprägt.

Die Hauptursachen hierfür liegen im Wegzug von 72 973 Einwohnern zwischen 1990 und 2005 sowie im Neubau von Ein- und Zweifamilienhäusern. Neben der nur schwer messbaren qualitativen Verbesserung im Komfort und Zustand der Wohnungen kann die Wohnfläche und die Wohnraumverfügbarkeit quantitativ dargestellt werden.

Tabelle 22: Anzahl der qm pro Person 1995 und 1999 bis 2002

	1995	1999	2000	2001	2002
Stadt Halle (Saale) insgesamt	30,22	35,67	37,05	37,68	37,81

Quelle: Fachbereich Soziales

Die Anzahl der qm an Wohnraum pro Person gibt Auskunft über die Entwicklung der Nutzung von Wohnraum für die Bevölkerung in der Stadt Halle (Saale).

Aufgrund des vorhandenen Leerstandes besteht die Möglichkeit in allen Stadtteilen mit Wohnbevölkerung bei einem geplanten Wohnungswechsel auch innerhalb des gleichen Sozialraumes umzuziehen. Durch den ansteigenden Anteil der leerstehenden Wohneinheiten am Gesamtbestand von insgesamt 10,17% auf 19,76% kann der Umzugswunsch bei Beachtung der jeweiligen Kosten und Bedingungen auch realisiert werden.

Bei einer weiteren Interpretation dürfte die mitunter geringe Quantität an Wohnraum z. B. in der Saaleaue im Verhältnis zum dafür hohen Prozentsatz an Leerraum stehen. Seit 2002 werden großflächig nicht benötigte Wohnungen, vor allem unsanierte Plattenbauten und Hochhäuser durch Rückbau vom Wohnungsmarkt genommen.

Der Wohnungsleerstand ist nicht nur ein wirtschaftliches Problem für die Wohnungseigentümer sondern vor allem in den Großplattensiedlungen auch ein soziales Problem für die dort lebenden Einwohner. Gezielte Maßnahmen vor allem in den Stadtteilen Halle - Neustadt und Stadtgebiet Silberhöhe sollen dazu beitragen, durch Wohnabriss eine Wohnumfeldverbesserung zu erreichen, Mieterbestände zu erhalten und der Bevölkerungssegregation, vor allem problematischer Gruppen, entgegenzuwirken.

Fördermittel von Bundes- und Landesprogrammen wie „Urban 21“ oder „Soziale Stadt“ kommen hier neben städtischen Mitteln gezielt zum Einsatz.

5.2 Durchschnittliches Einkommen

Hierbei findet die allgemeine Einkommensentwicklung Berücksichtigung.

Sie ist Ausdruck des Lebensstandards des wirtschaftlich aktiven Teils der Bevölkerung und damit auch ein Maß der Kaufkraft der Stadt.

Tabelle 23: Durchschnittliches Einkommen

Für das Jahr 2001 liegen die Daten noch nicht vor, daher sind keine Angaben möglich.

x = Nachweis nicht sinnvoll oder nicht möglich

	1998	2001
	Euro	
Durchschnittliches Einkommen	25 693	x

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

5.3 Einkommensverteilung

Die Verteilung auf unterschiedliche Gruppen je nach Höhe des zu versteuernden Einkommens weist auf die Differenzierung der Einkommensstruktur hin, die unteren Einkommensgruppen mit ihrer schwierigen sozialen Lage, zu den mittleren Einkommensklassen und höheren Einkommen.

Ein Absinken der mittleren Gruppe in den unteren Bereich beeinflusst nicht nur die Kaufkraft einer Stadt und damit die Verringerung der Steuereinnahmen sondern verändert auch den Lebensstandard, was eine stärkere Polarisierung zu der höheren Einkommensgruppe bewirkt.

Der Anteil am Gesamteinkommen von 6,5% in der unteren Einkommensklasse (bis 12.500 €) korrespondiert mit der Sozialhilfequote in Anlage 8 in verschiedenen Sozialräumen.

Tabelle 24: Einkommensverteilung im Jahr 1998

Für das Jahr 2001 liegen die Daten nicht vor, daher sind keine Angaben möglich.

Einkommensklassen	Einkommen von ... bis unter ... €	Anteil am Gesamteinkommen in %	Anteil an der Gesamtzahl der Steuerpflichtigen in %
untere	bis 12 500 €	6,5	30,1
mittlere	12 500 € - 37 500 €	43,8	48,1
höhere	über 37 500 €	49,7	21,8

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

Die Schwankungsbreite ist entsprechend den Wohngebieten unterschiedlich. Ein leichter Anstieg der Sozialhilfequote vom Jahr 1997 zu 2002 ist festzustellen.

5.4 Arbeitsmarkt und Arbeitslosenquote

Die regionalen Bedingungen auf dem Erwerbs- und Arbeitsmarkt bestimmen die soziale Lage einer Stadt. Die kommunalen Einkommen und die Kaufkraft steigen mit der Anzahl der Erwerbstätigen.

Die steigende Arbeitslosigkeit und die Minderung der Steuereinnahmen ist mit einer Steigerung der Sozialhilfeausgaben und mit einer Zunahme gesundheitlicher und sozialer Probleme verbunden.

Dies führt zu einem vermehrten Abwandern besonders der jungen Menschen.

Die verschiedenen Stadtteile/-viertel ergeben in der Auswertung recht unterschiedliche Veränderungen. In einigen Stadtteilen wie z. B. der nördlichen Innenstadt korrespondiert die Arbeitslosenquote mit der Gesamtzahl an Arbeitslosen. In anderen Stadtteilen wie Heide Nord/ Blumenau und Kröllwitz hat sich die soziale Situation stabilisiert, die Arbeitslosenquote ist gesunken, die Ursache hierfür könnte auch im Wegzug von Arbeitslosen liegen.

Der Anteil Jugendlicher an der Arbeitslosengesamtzahl ist trotz des Wegzuges vieler Jugendlicher leicht gestiegen, ein Anstieg ist ebenfalls bei den Langzeitarbeitslosen und den Schwerbehinderten festzustellen.

Dies entspricht der allgemeinen Tendenz der momentanen Klimaverschärfung und der wirtschaftlichen Lage der Stadt.

5.5 Sozialhilfequote

Die Erfassung der Empfänger laufender Hilfen zum Lebensunterhalt (HLU -Empfänger) erfolgt in der Statistik zum 31.12. des Berichtsjahres.

Die Sozialhilfe war bis 2004 eine öffentlich-rechtliche Sozialleistung, die entsprechend dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) die vorgeschriebene Aufgabe hat, „dem Empfänger der Hilfe die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht“. (BSHG §1, Abs. 2).

Die Sozialhilfequote ist 2002 gegenüber 1999 gestiegen. Dem gegenüber ist die absolute Empfängerzahl leicht zurückgegangen (Anlage 8).

Da Halle im Vergleich zu anderen, insbesondere westdeutschen Städten eine außergewöhnliche Bevölkerungsentwicklung aufweist, ist die Entwicklung der Sozialhilfequote im bundesweiten Städtevergleich nur sehr bedingt aussagefähig.

Die Wechselwirkung von Bevölkerungsentwicklung und Sozialhilfequote lässt sich kleinräumig am deutlichsten am Wohngebiet Silberhöhe darstellen. Obwohl die absolute Zahl der Sozialleistungsempfänger dort um fast 20 % zurückgegangen ist, hat sich ihr Quotenanteil an der Bevölkerung um nahezu den gleichen Prozentsatz erhöht. Maßgebliche Ursache hierfür ist der starke Bevölkerungsrückgang.

Die reduzierte Zahl der Sozialleistungsempfänger auf der Silberhöhe in 2002 lässt den Rückschluss zu, dass die Bemühungen der Vermieter, eine sinnvolle Durchmischung der Mieterstruktur zu erreichen, Wirkung zeigen. Ohne diese Gegensteuerung wäre

der Anteil der Sozialleistungsempfänger in der Silberhöhe 2002 wahrscheinlich deutlich höher.

Anders gelagert ist die Situation in der südlichen Neustadt. Auch hier sind, wie in der Silberhöhe, ein Bevölkerungsrückgang und eine Steigerung der Sozialhilfequote zu verzeichnen.

Im Gegensatz zur Silberhöhe ist jedoch die absolute Zahl der Sozialleistungsempfänger ebenfalls gestiegen. Damit ist die Situation in der südlichen Neustadt deutlich problematischer als auf der Silberhöhe. Ursache dürfte vor allem die Konzentration von Migranten in der südlichen Neustadt sein.

Nicht verwunderlich ist, dass die höchste Zahl der Sozialleistungsempfänger in den großen Plattensiedlungen zu finden ist und hier insbesondere dort, wo unsanierte oder teilsanierte Plattenwohnungen zur Verfügung stehen. Dies korrespondiert mit den Beobachtungen für die Silberhöhe, wo die Abrissmaßnahmen am bisher stärksten gegriffen haben, so dass der vorbezeichnete Wohnraum hier geringer wird und mithin auch eine Fluktuation unter den Sozialhilfeempfängern ausgelöst wurde.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Sozialraum IV und hier insbesondere die südliche Neustadt sich am stärksten zu einem Sozialhilfe- und Sozialleistungsschwerpunkt entwickelt, während im Sozialraum V mit Ausnahme von Heide-Nord eine klar umgekehrte Tendenz vorherrscht.

Eine Art Schwebezustand scheint auf der Silberhöhe zu bestehen, wo trotz steigender Sozialhilfequote eine gewisse Parallelität zwischen Bevölkerungsentwicklung und Leistungsempfängerzahl zu verzeichnen ist.

Hinweis: Mit der Zusammenführung der Arbeitslosen- und Sozialhilfe zum 1. Januar 2005 (SGB II) entstehen neue gesetzliche Ansprüche und Bedingungsgefüge für viele Menschen.

Dieser gesetzliche Schritt macht eine Fortführung von quantitativen Betrachtungen ab 2005 nicht sinnvoll.

Hier ist eine neue Definition von Sozialdaten zugrunde zu legen.

5.6 Wohngeldempfänger

Die Anzahl der Wohngeldempfänger ist stetig gewachsen, sie korrespondiert mit der Sozialhilfequote und zeigt das weitere Anwachsen der sozialen Bedürftigkeit.

Tabelle 25: Wohngeldempfänger in der Stadt Halle (Saale) 1997 bis 2003

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Empfänger von Tabellenwohngeld	10 332	13 130	12 355	13 808	13 343	15 513	15 929
Empfänger von pauschalitem Wohngeld	4 239	5 757	5 860	6 298	6 050	6 520	6 026
Anteil der Wohngeldempfänger an der Gesamtzahl der Haushalte in %	11,24	x	x	x	x	16,44	x

Quelle: Fachbereich Soziales

5.7 Privathaushalte-Mikrozensus

Der Anteil der Haushalte mit einer Person ist weiter gestiegen. Die Anzahl der Haushalte sinkt mit Ansteigen der Personenzahl pro Haushalt proportional.

Tabelle 26: Mikrozensus - Privathaushalte 1997, 2002 und 2003

	1997		2002		2003	
		%		%		%
Privathaushalte	127 200		132 900		129 700	
davon nach Haushaltsgröße						
mit 1 Person	40 900	32,2	60 200	45,3	57 700	44,5
mit 2 Personen	47 000	37	45 900	34,5	45 400	35,0
mit 3 Personen	22 000	17,3	17 000	12,8	17 400	13,4
mit 4 Personen	13 800	10,8	(7 600)	(5,7)	(7 100)	(5,5)
mit 5 und mehr Personen	/	/	/	/	/	/
Personen pro Haushalt	2,15		1,85		1,85	

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

Anmerkung: Zu beachten ist dabei, dass wie bei jeder Stichprobenerhebung mit Zufallsfehlern gerechnet werden muss. Fehler sind um so größer, je schwächer ein Merkmal besetzt ist. Wegen dieser Zufallsfehler sind in den Tabellen

Werte unter 5 000, das sind weniger als 50 Erfasste in der Stichprobe, nicht ausgewiesen. Sie werden durch das Zeichen / dargestellt.

Angaben zwischen 5 000 und 10 000 sind wegen der eingeschränkten Aussagekraft in Klammer () gesetzt.

Wie bundesweit insgesamt ist auch in Halle ein Trend zu kleineren Haushalts- und Familienstrukturen festzustellen.

Fast die Hälfte der Einwohner lebt inzwischen in sogenannten Single - Haushalten.

Der Wohnungsmarkt ist darauf nur begrenzt eingestellt, da z.B. gerade kleinere preiswerte 2 - Raumwohnungen nicht genügend zur Verfügung stehen.

Die sozialen Folgen von Haushalten mit weniger Personen, der Trend zum Ein - Personen - Haushalt werden mit Blick auf die sozialen, familiären und nachbarschaftlichen Unterstützungssysteme weiter zu beobachten sein.

5.8 Familien

Die Entwicklung zeigt, dass bei sinkenden Bevölkerungszahlen die prozentualen Anteile der Arbeitslosenquote und insbesondere bei den Sozialhilfeempfängern auch die absoluten Werte steigen.

Tabelle 27: Familienstrukturdaten

	1999	Anteil in %	2003	Anteil in %	Diff. in %
Bevölkerung insgesamt	253 224		238 078		-6,0
0 - 18 jährige/ Ant. an Bevölkerung	42 135	16,6	34 032	14,3	-2,3
Sozialhilfeempfänger	14 286	5,6	16 818	7,1	1,5
0 - 7 jährige	3 206	22,4	3 395	20,2	-2,2
0 - 18 jährige	6 023	42,2	6 840	40,6	-1,6
Arbeitslose (Quote)	27.136	21,5	23 503	20,1	-1,4
arbeitslose Jugendliche	3 030	11,2	2 733	11,6	0,4
sozialversicherungspflichtige Beschäftigte	90 242		74 671		-17,3

Quelle: Fachbereich Bürgerservice

Demgegenüber sinkt der Anteil der sozial versicherungspflichtigen Beschäftigten rapide.

Diese Zahlen unterstützen die These, dass die Bürger, die mobil sind und anderweitig Arbeits- und Ausbildungsplätze erhalten, die Stadt eher verlassen, die Problemlagen in der Stadt jedoch zunehmen.

Auswirkungen auf die Familiensysteme

Die Zahl der Haushalte mit Kindern ist rückläufig. Lebten 1997 noch in einem Drittel der Haushalte Kinder, so waren es 2002 lediglich noch ein Viertel.

Die Ursachen liegen in einem Wegzug von Familien mit Kindern in Regionen wo Arbeit gefunden wird und auch in das Umland.

Tabelle 28: Mikrozensus - Familien mit Kindern unter 18 Jahren 1997, 2002 und 2003

	1997		2002		2003	
		%		%		%
Familien insgesamt	108 800	100	104 700	100	98 900	100
darunter Familien mit Kindern unter 18 Jahren	34 500	31,7	26 000	24,8	23 300	23,6

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

Demgegenüber nimmt der Anteil an Ratsuchenden, die Hilfe und Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Problemlagen bei dem Allgemeinen Sozialen Dienst des Fachbereiches Kinder, Jugend und Familie suchen, jährlich zu.

Hier sind die in Familien Lebenden ebenso betroffen, wie die Alleinerziehenden.

Tabelle 29: Anteil an Ratsuchenden zur Unterstützung bei Problemlagen

	2002	2003	Anzahl Stadt	in %
Anzahl ratsuchender Einzelpersonen * einschließlich der vermittelten Familien durch Kitas, Schulen, Ärzte u.a.	9 475	10 165	98 900 (Haushalte)	10,3
davon				
in Familien lebend	3 411	3 404	13 819	24,6
Alleinerziehende	4 320	4 526	17 133	26,4

Quelle: FB Kinder, Jugend und Familie

Eine Analyse der Problemfelder, die Konfliktsituationen in den Familien verursachen und als Anlass der Beratung benannt werden, ergab folgendes Bild.

Tabelle 30: Analyse der Beratungsleistungen

Beratungsleistungen (Mehrfachnennungen)	2002		2003
Erziehungs- / Familienprobleme	15 226		16 115
Beratung zum Umgang bei getrennt lebenden Familien	1 090		1 441
Beratung und Unterstützung bei Wohnungsproblemen, Schulden, Bezug von Sozialleistungen	1 154		2 052

Quelle: FB Kinder, Jugend und Familie

Insgesamt ist festzustellen, dass die Problemlagen und Konfliktsituationen immer komplexer werden. Neben dem Allgemeinen Sozialen Dienst halten 5 Erziehungsberatungsstellen in freier Trägerschaft Beratungsleistungen und Unterstützungsangebote vor.

Bei ca. 10% der o.g. Ratsuchenden ist die Beratung nicht mehr ausreichend. Hier sind Hilfen im Sinne des §§ 27 ff SGB VIII erforderlich.

Tabelle 31: Hilfen zur Erziehung

Hilfen	Ist 1995	in %	Ist 2004	in %
ambulant / teilstationär	203	22%	340	35,5%
stationär	484	52%	338	35,5%
Pflegschaften	246	26%	273	29%
Gesamtfallzahl	933	100%	951	100%

Quelle: FB Kinder, Jugend und Familie

Das bedeutet, dass Personensorgeberechtigte einen Anspruch auf Hilfeleistungen haben, „wenn eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet werden kann“ (SGB VIII § 27).

Dies können ambulante Hilfen (z. B. Sozialpädagogische Familienhilfe, soziale Gruppenarbeit), stationäre Heimaufenthalte oder zeitlich befristete Aufenthalte in Pflegefamilien sein.

Das Ziel im Bereich der Hilfen zur Erziehung ist, vorrangig ambulante Hilfen zu ermöglichen, da hier die Kinder bzw. Jugendlichen in ihren Familien verbleiben.

Dieser Umbauprozess (von stationär zu ambulant) wird weiter gestaltet.

Ein Anzeichen u.a. für die Auswirkungen der Problemlagen ist der Anstieg der Fallzahlen nach § 35a SGB VIII - Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche oder die von einer solchen Behinderung bedroht sind.

Tabelle 32: Entwicklung Fallaufkommen § 35a SGB VIII

	1999	2003
Fallzahlen insgesamt	16	74
davon Minderjährige		
in Einrichtungen	9	29
außerhalb von Einrichtungen	4	35
davon Volljährige		
in Einrichtungen	3	8
außerhalb von Einrichtungen	0	2

Quelle: FB Kinder, Jugend und Familie

Der § 35a SGB VIII wurde 1995 mit dem ersten Änderungsgesetz eingeführt und soll die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche regeln.

Damit wurde dieser Personenkreis aus dem §§ 39, 40 BSHG (jetzt SGB XII) Eingliederung für Behinderte herausgelöst mit der Absicht, den Stigmatisierungsaspekt zu minimieren.

5.9. Jugendgerichtshilfe

In Halle (Saale) betreut der Fachdienst Jugendgerichtshilfe des Fachbereiches Kinder, Jugend und Familie straffällige Jugendliche.

Hier werden junge Menschen betreut, die mit den Gesetzen in Konflikt geraten sind und zur Tatzeit 14 bis 20 Jahre alt waren.

Tabelle 33: Jugendgerichtshilfe

	Fallzahl 1)				
	Insgesamt	davon	Heranwachsende		
		Jugendliche	absolut	pro 10 000 EW	absolut
1997	1 541	860	32	681	25
2002	1 824	1 021	43	803	34

Quelle: FB Kinder, Jugend und Familie

1) Mehrfacherfassung von Personen möglich

Vergleicht man 1997 mit 1 541 Fällen bei denen der Staatsanwalt gegen junge Leute ermittelte oder auf die bereits eine Gerichtsverhandlung zukam, mit den aus dem Jahr 2002 stammenden 1 824 Fällen, so ist hier ein Anstieg von 18,4% zu verzeichnen. Während der Anstieg bei den männlichen Jugendlichen gering ist, liegt ein erheblicher Zuwachs bei dem weiblichen Klientel von 198 Fällen aus dem Jahr 1997 auf 450 Fälle im Jahr 2002 (Anstieg um ca. 127%) vor.

6 Kommunale Wirtschaft

Die Stadt Halle (Saale) kann als größte Stadt in Sachsen-Anhalt auf eine mehr als tausendjährige wirtschaftliche und kulturelle Entwicklung verweisen.

Eingebettet in den traditionsreichen mitteldeutschen Wirtschaftsraum ist die Wirtschaftsstruktur der Stadt bzw. Region durch Unternehmen der chemischen Industrie, des Maschinen-, Fahrzeug- und Anlagenbaus sowie der Lebensmittelindustrie geprägt.

Im Anstieg ist der Anteil der Unternehmen der Dienstleistungsbranche.

Der Anteil der Brancheneinträge im Bereich der öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen sowie der Erbringung von Dienstleistungen für Unternehmen hat sich im Zeitraum von 1998 bis 2003 um 5,7% auf insgesamt einen Anteil von 21,8% erhöht.

Für arbeitskräfteintensive Branchen wie das produzierende Gewerbe und das Baugewerbe sank in diesem Zeitraum der Anteil um 1,2% auf 13,2% im Jahr 2003.

6.1 Bruttowertschöpfung, Einnahmen und Ausgaben pro Haushaltsjahr

Die Bruttowertschöpfung als Summe aller in der Kommune hergestellten Waren und Dienstleistungen ermöglicht die Einschätzung der Wirtschaftskraft. Sie hat sich im Zeitraum von 1994 bis 2002 erhöht.

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass die Einwohnerzahl als abhängiger Faktor der Bruttowertschöpfung regelmäßig abgenommen hat, so dass die Pro-Kopf-Bruttowertschöpfung der Hallenser angestiegen sein muss.

Tabelle 34: Bruttowertschöpfung zu Herstellungspreisen in Euro pro Einwohner

	Einwohner	Bruttowertschöpfung
1994	290 051	16 159
1996	276 624	17 240
1998	260 838	17 919
2000	247 736	18 726
2002	239 355	20 058

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Fachbereich Bürgerservice

Die Einnahmen und Ausgaben pro Haushaltsjahr ergeben Rückschlüsse auf die allgemeine wirtschaftliche Situation einer Stadt bzw. Gemeinde.

Es werden hierzu die Steuereinnahmen den vorgesehenen Ausgaben gegenübergestellt.

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, ergibt sich für unsere Stadt eine negative Tendenz.

Tabelle 35: Einnahmen und Ausgaben pro Haushaltsjahr

	bereinigte Gesamteinnahmen	bereinigte Gesamtausgaben	Differenz
	in 1 000 €		
1997	574 332	621 858	-47 526
2002	539 582	588 904	-49 322

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Fachbereich Bürgerservice

6.2 Pro-Kopf-Verschuldung

Die Pro-Kopf-Verschuldung errechnet sich aus der Gesamtverschuldung durch die Einwohnerzahl. Mit diesem Parameter ist zu erkennen, wie sich die Schuldenlast der Kommune auf den Bevölkerungsstand je Einwohner verteilt.

Die Pro-Kopf-Verschuldung stieg in den Jahren 1997 und 2002.

Tabelle 36: Pro-Kopf-Verschuldung in Euro

	Schuldenstand am Jahresende in € je Einwohner
1997	666
2002	1 346

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

6.3 Gewerbestatistik und Insolvenzverfahren

Das Verhältnis der Gewerbeanmeldungen zu den Gewerbeabmeldungen hat sich in den letzten Jahren zunehmend ungünstiger gestaltet.

Im Jahr 1991 fielen auf 100 Gewerbeanmeldungen lediglich 32 Gewerbeabmeldungen. Ab 1999 bis einschließlich 2002 überwogen im Jahresergebnis die Gewerbeabmeldungen. Im letzten Jahr 2003 standen erstmalig wieder 100 Gewerbeanmeldungen im Verhältnis zu 92 Gewerbeabmeldungen.

Tabelle 37: Gewerbestatistik

	1997	2002
bestehende Betriebsstätten	14 389	14 305
Neuerrichtungen	2 149	1 665
davon Anteil an bestehenden Betriebsstätten in %	14,9	11,6
Anzahl der Insolvenzverfahren	135	334
davon Anteil an bestehenden Betriebsstätten in %	0,9	2,3

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Fachbereich Ordnung, Sicherheit und Sauberkeit

Betrachtet man die Entwicklung des Bestandes der Betriebsstätten aufgeschlüsselt auf die verschiedenen Stadtteile /-viertel, so nahm diese im Zeitraum von 1997 bis 2003 in 28 von 43 Stadtteilen/ -vierteln zu, in 15 verringerte sich die Zahl der gemeldeten Betriebsstätten. Festzustellen ist, dass sich in den Stadtteilen, die überwiegend in Montagebauweise errichtet wurden (Nördliche, Südliche und Westliche Neustadt, Silberhöhe, Südstadt, Heide-Nord) eine vollständige Reduzierung des Bestandes an Betriebsstätten ergab.

Tabelle 38: Übersicht der Insolvenzverfahren in der Stadt Halle (Saale) 1991 bis 2003

	Insolvenzverfahren				Voraussichtliche Forderungen aus Insolvenzverfahren insgesamt in 1 000 €
	Insgesamt	davon			
		eröffnet	mangels Masse abgelehnt	Schuldenbereinigungsplan	
1991	3	•	•	x	•
1992	21	18	3	x	235 136
1993	26	11	15	x	9 086
1994	27	18	9	x	13 985
1995	151	65	86	x	102 570
1996	168	69	99	x	147 768
1997	135	52	83	x	67 686
1998	178	53	125	x	112 309
1999	156	68	88	x	87 807
2000	158	73	85	x	57 798
2001	180	88	92	x	105 995
2002	334	244	89	1	136 742
2003	322	222	93	7	72 028

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

Diese Tendenz ist in der Mehrzahl der Stadtbezirke Mitte, Nord und Ost sowie in den städtischen Randgebieten gegenläufig, hier ist eine Zunahme an Betriebsstätten erkennbar.

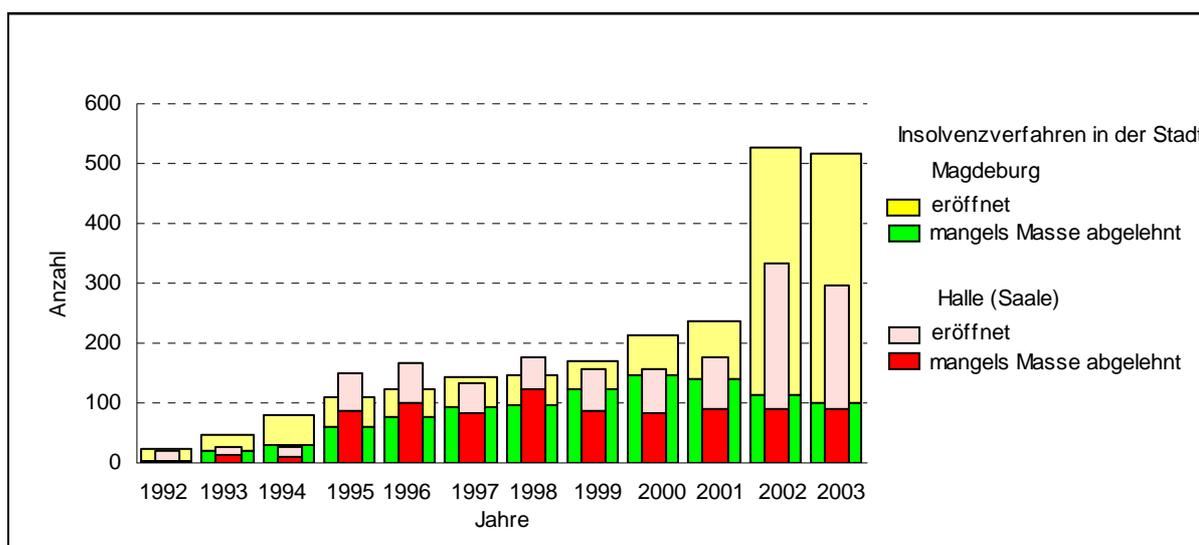


Abbildung 13: Insolvenzverfahren der Städte Magdeburg und Halle (Saale) 1992 bis 2003 im Vergleich

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Fachbereich Bürgerservice

Tabelle 39: Überblick über ausgewählte Strukturdaten in ausgewählten Großstädten 2003

	2003						
	Verarbeitendes Gewerbe		Fremdenverkehr			Finanzen	
	Beschäftigte	Gesamtumsatz	Betten	Ankünfte	Übernachtungen	Netto-Steuer-einnahmen	Schuldenstand am 31.12.
		1 000 €					1 000 €
Halle (Saale)	6 123	813 475	2 412	126 987	246 448	75 888	325 394
Leipzig	12 903	1 722 053	10 993	879 191	1 611 775	251 274	868 989
Dresden	25 136	5 837 186	15 041	1 105 469	2 355 014	257 261	720 763
Wuppertal	33 668	4 163 135	2 029	119 197	223 605	¹⁾ 244 714	164 960
Mannheim	43 852	^p 11 580 916	5 498	^p 384 741	^p 728 674	259 114	474 160
Bonn	²⁾ 10 568	¹⁾ 682 019	7 307	497 209	964 679	294 194	893 637
Gelsenkirchen	13 195	¹⁾ 9 857 106	973	^p 71 675	^p 124 148	136 294	353 429
Chemnitz	12 772	2 236 226	3 979	187 449	393 247	97 021	339 764
Karlsruhe	21 632	8 677 217	4 883	344 436	643 018	272 358	251 621
Magdeburg	6 331	920 036	4 267	233 738	401 174	76 006	245 641
Wiesbaden	13 130	3 178 900	6 185	434 712	961 974	315 953	x
Mönchengladbach	16 710	3 170 110	1 749	103 593	199 204	201 145	412 785
Hansestadt Rostock	^p 6 124	^p 865 363	7 769	471 546	1 186 340	^p 67 519	^p 221 512
Erfurt	6 853	^s 1 069 412	4 015	292 267	529 596	73 770	222 751

¹⁾ unvollständiger Jahreswert

²⁾ Stand: 3. Quartal 2003

p = vorläufige Zahlen

s = geschätzte Zahlen

Quelle: Deutscher Städtetag-Vergleichende Großstadtstatistik, Fachbereich Bürgerservice

6.4 Erwerbstätige am Arbeitsort und nach Stellung im Beruf

Der Strukturwandel seit 1990 führte zur Schließung nicht wettbewerbsfähiger Unternehmen.

Die ungünstige konjunkturelle Situation in Gesamtdeutschland bewirkte in der Mehrzahl der bestehenden Unternehmen einen Arbeitsplatzabbau. Als erwerbstätig wird dabei der Anteil der Bevölkerung verstanden, der aktiv am Erwerbsleben der Kommune teilnimmt und damit unmittelbar oder mittelbar Steuern an den kommunalen Haushalt zahlt.

Tabelle 40: Erwerbstätige im Jahresdurchschnitt 1991 bis 2002 nach Arbeitsortprinzip

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Personen in 1 000	154,7	150,6	150,1	155,3	147,3	144,8	137,3	136,7	136,5r	133,2	131,5r	128,2
Veränderung zum Vorjahr um %	x	-2,6	-0,3	+3,5	-5,2	-1,7	-5,2	-0,4	r 0,2	r 2,4	r -1,3	-2,5

Alle Ergebnisse sind vorläufig.

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

So verringerte sich z. B. die Zahl der Beschäftigten in den Betrieben des verarbeitenden Gewerbes in der Stadt im Zeitraum von 1991 bis 2002 um 71,6%.

Ähnlich sah es in den Betrieben des Bauhauptgewerbes bzw. im Ausbaugewerbe aus.

Tabelle 41: Erwerbstätige 1996 bis 2003 nach Stellung im Beruf (Mikrozensus)

Wie bei jeder Stichprobenerhebung muss auch beim Mikrozensus mit Zufallsfehlern gerechnet werden, die um so größer sind, je schwächer ein Merkmal besetzt ist. Deshalb sind in den Tabellen Werte unter 5 000, das sind weniger als 50 Erfasste in der Stichprobe, nicht ausgewiesen. Sie werden durch das Zeichen / dargestellt. Durch Rundungen können sich bei der Summierung der Einzelangaben geringfügige Abweichungen zur Endsumme ergeben. Angaben zwischen 5 000 und 10 000 sind wegen der eingeschränkten Aussagekraft in Klammern () gesetzt (Quelle: „Wirtschaft und Arbeitsmarkt“).

	1996		1998		2000		2001		2002		2003	
	Insge- samt	da- runte r weib- lich										
	in 1 000											
Selbständige	(7,6)	/	(6,1)	/	(5,0)	/	(6,4)	/	(7,0)	/	(8,2)	/
Beamte	/	/	(5,9)	/	(5,3)	/	/	/	/	/	(5,4)	/
Angestellte ¹⁾	75,7	50,5	69,2	42,7	58,4	33,9	62,2	35,6	58,6	34,5	55,2	32,4
Arbeiter ²⁾	44,6	10,4	32,7	(7,7)	30,0	(7,4)	27,4	(7,4)	24,7	(6,0)	30,2	10,3
Insgesamt	131,6	63,7	114,1	53,8	98,8	44,3	100,4	46,2	94,3	44,2	99,4	47,2

¹⁾ einschließlich Auszubildende in anerkannten kaufmännischen und technischen Ausbildungsberufen

²⁾ einschließlich Auszubildende in anerkannten gewerblichen Ausbildungsberufen

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

Von 1991 bis 2003 verringerte sich die Anzahl der Beschäftigten im Bauhauptgewerbe um 69,1% und im Ausbaugewerbe um 14,5%.

Der öffentliche Dienst verringerte die Beschäftigungszahl von 1993 bis 2002 um 24%, bei der Energie- und Wasserversorgung betrug der Stellenabbau von 1996 bis 2002 ca. 35%.

Die Stadt Halle hat mit Beginn der 90-er Jahre begonnen, ein konzentriertes Standortprofil zu entwickeln. Die alten Branchen hatten in Halle keine Zukunft mehr, so dass die Stadt auf die Naturwissenschaften und neue Technologien und das vorhandene wissenschaftliche Potential durch die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg setzt.

Ein Beispiel hierfür ist das Netzwerk „weinberg campus“ aus Universität, Forschungsinstituten und innovativen Unternehmen.

Die Wirtschaft befindet sich in einem andauernden Umbauprozess mit Marktorientierung.

Die Unternehmenslücke ist beträchtlich, daraus resultiert auch die hohe Arbeitslosenzahl und das geringe Gewerbesteueraufkommen.

In Halle gibt es ein Überangebot an Wohnungen, nicht jedoch an sanierten Wohnungen.

Dem hohen Leerstand soll durch Abriss von Plattengebäuden und Sanierung entgegen- gewirkt werden.

Durch die Nähe zu Leipzig hat Halle eine gute Infrastruktur (Flughafen, Leipziger Messe) und profitiert von den dort geschaffenen Arbeitsplätzen durch die Autohersteller BMW, Porsche und andere Unternehmen.

7 Umwelt

7.1 Luftbelastung

Die Verursacher der Luftverunreinigungen sind vor allem Industrieanlagen, verkehrsbedingte Emissionen und der Hausbrand, die jedoch alle in den letzten Jahren um jeweils Größenordnungen abgenommen haben.

Tabelle 42: CO₂ Emissionen (Klimaschutzkonzepte)

CO ₂ -Emissionen nach Nutzungsart	Nutzungsart	CO ₂ -Emissionen t CO ₂ /a	EW 1995	t/EW/a
(Klimaschutzkonzept 1994/1995)	Raumwärme*	1 240.000	282 349	4,39
	Strom	467 000	282 349	1,65
	Verkehr	240 000	282 349	0,85
	Summe:	1 947 000	282 349	6,89

CO ₂ -Emissionen nach Nutzungsart	Nutzungsart	CO ₂ -Emissionen t CO ₂ /a	EW Prognose 2010	t/EW/a
(Klimaschutzkonzept Prognose bis 2010)	Raumwärme*	401 000	219 781	1,82
	Strom	476 000	219 781	2,16
	Verkehr	174 000	219 781	0,79
	Summe:	1 051 000	219 781	4,78

*incl. Emissionsgutschrift für Kraft-Wärme-Kopplung
Quelle: Fachbereich Umwelt (Klimaschutzkonzepte)

Als Bewertungsmaßstab zur Beurteilung der Luftbelastung stehen das Bundesimmissionsschutzgesetz mit den entsprechenden Durchführungsverordnungen und der ersten allgemeinen Verwaltungsvorschrift „TA Luft“ zur Verfügung.

Die Immissionssituation wird im Stadtgebiet Halle (Saale) über das Messnetz des Lufthygienischen Überwachungssystems Sachsen-Anhalt (LÜSA) erfasst.

Das Luftüberwachungssystem Sachsen-Anhalt (LÜSA) ist ein Mess- und Informationssystem zur kontinuierlichen Erfassung von Luftverunreinigungen, welches im Auftrag des Ministeriums für Landwirtschaft und Umwelt Sachsen-Anhalt (MLU) vom Landesamt für Umweltschutz (LAU) betrieben wird.

Es besteht aus stationären Messstationen in Containerbauweise, die mit automatischen Messgeräten ausgestattet sind, und einer Messnetzzentrale in Magdeburg, die per Datenfernübertragung mit den Stationen verbunden ist.

Durch die Verbesserung der Immissionssituation, vor allem in Bezug auf das Schwefeldioxid, wurde 1999 die Smog-Verordnung des Landes aufgehoben. Zudem wurde mit der Anpassung der Luftüberwachung an die Forderungen der neuen Generation von EU-Richtlinien auf dem Gebiet der Luftreinhaltung begonnen.

Trotz allgemein guter Luftqualität in der Stadt Halle (Saale) besteht ein Problem in den Emissionen durch den Straßenverkehr und den neuen EU-Grenzwerten für Feinstaub-Konzentrationen.

Tabelle 43: Jahresmittelwerte der Immissionsbelastungen

Immissionsbelastungen	Substanz	1998	1999	2000	2001	2002
Jahresmittelwerte	in µg/m ³					
Messstelle: Halle/ Nord:	Stickstoffdioxid (NO ₂)	22,0	22,0	19,0	19,0	19,0
Messstelle: Halle/ Nord:	Stickstoffmonoxid (NO)	8,3	10,0	6,9	5,9	6,0
Messstelle: Halle/ Nord:	Kohlenmonoxid (CO) in mg	0,3	0,3	0,3	0,3	0,5
Messstelle: Halle/ Nord:	Schwebstaub (TSP)	32,0	34,0	30,0	29,0	30,0
Messstelle: Halle/ Nord:	Schwefeldioxid (SO ₂)	11,0	8,0	7,7	2,1	2,1
Messstelle: Halle/ Nord:	Ozon (O ₃)	46	46	43	45	49
Messstelle: Halle/ Verkehr:	Ruß	6,0	5,9	5,1	4,9	5,0
Messstelle: Halle/ Nord:	Benzol	1,9	1,5	1,1	1,3	1,4

Hinweis: Messstelle Halle/ Nord wird kein Ruß gemessen.

Quelle: Immissionsschutzberichte Sachsen-Anhalt

In den vergangenen zwei Jahren wurden in der Stadt die PM₁₀-Grenzwerte überschritten (d.h. Feinstaubpartikel kleiner 10 µm; Grenzwert 10 µg/m³ als Tagesmittel bei 35 zugelassenen Überschreitungen pro Jahr). Infolgedessen ist nach den Anforderungen des Bundesimmissionsschutzgesetzes § 47 ein Luftreinhalteplan aufzustellen, der die erforderlichen Maßnahmen zur dauerhaften Verminderung der Luftverunreinigungen festlegt.

Die Arbeiten für den Luftreinhalteplan der Stadt Halle (Saale) sind bis Ende Oktober 2005 abzuschließen.

Schwerpunkte des Luftreinhalteplanes sind die Analyse der Grenzwertüberschreitungen mit einer Ursachenermittlung sowie die Festlegung von Maßnahmen zur dauerhaften Einhaltung von Immissionsgrenzwerten.

Rechtlicher Hintergrund:

Nach Erlass der Rahmenrichtlinie 96/62/EG über die "Beurteilung und Kontrolle der Luftqualität", der so genannten Luftqualitäts-Rahmenrichtlinie vom September 1996, hat die Europäische Kommission im Oktober 1997 einen Vorschlag für eine Richtlinie über Grenzwerte für Schwefeldioxid, Stickstoffoxide, Partikel und Blei in der Luft vorgelegt. Diese trat am 19.7.1999 in Kraft.

Für Partikel werden in dieser so genannten 1. Tochterrichtlinie 1999/30/EG deutlich strengere Grenzwerte für den Schutz der menschlichen Gesundheit als bisher vorgegeben, die in einer ersten Stufe bis zum Jahr 2005 erreicht werden müssen.

Anstatt der bisher üblichen Erfassung des Gesamtschwebstaubes (Total Suspended Particles TSP) wird hier der PM₁₀-Staub (Partikel bis zur Korngröße 10 µg/m³) erfasst.

Die 2. Tochterrichtlinie zu 96/62/EG für Kohlenmonoxid und Benzol, 2000/69/EG, trat am 13.12.2000 in Kraft. Die Luftqualitäts-Rahmenrichtlinie sowie die 1. und 2. Tochterrichtlinie wurden durch Novellierung von BImSchG (7. Änderungsgesetz zum BImSchG) und 22. BImSchV in nationales Recht überführt. Die darin festgelegten Grenzwerte haben auch Eingang in die neue TA Luft vom 1.10.2002 gefunden.

Die 3. Tochterrichtlinie zur Luftqualitäts-Rahmenrichtlinie für Ozon, 2002/3/EG, wurde am 12.2.2002 verabschiedet. Die Überführung in nationales Recht erfolgte am 14.07.2004 mit Inkrafttreten der 33. BImSchV.

7.2 Lärmbelastung und Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel

Der wachsende Straßenverkehr ist einer der störendsten Umwelteinflüsse.

Über die Erarbeitung eines Konfliktplanes als Planungsinstrument soll die Notwendigkeit entsprechender Lärminderungsmaßnahmen aufgezeigt werden.

Hierzu wurden neue Schallimmissionspläne auf der Grundlage aktueller Emissionsdaten erarbeitet.

Diese Schallimmissionspläne wurden für die Zeithorizonte 1998 als Ist-Situation und 2010 als „Prognose 2010 für den Straßen-, Straßenbahn- und Schienenverkehr“ erstellt.

Durch einen Vergleich mit den der jeweiligen Flächennutzung (Wohngebiet, Mischgebiet usw.) zugeordnete Werten werden in den Konfliktplänen die entsprechenden Überschreitungen dargestellt.

Für die einzelnen Konfliktgebiete wurden die Bevölkerungszahlen ausgewertet und mittels Zuordnung zu den Konflikten als Betroffenheit dargestellt, um so für die Abwägung bei gebietsbezogenen Planungen Argumente zur Notwendigkeit von Lärmschutzmaßnahmen bereit zu stellen.

Tabelle 44: Repräsentative Verkehrserhebung

Verkehrsmittelanteil			
nach dem System Repräsentativer Verkehrserhebung (SRV) durch die Stadt Halle (Saale) (Verkehrsplanung) <u>Erhebung im Abstand von 4 bis 5 Jahren</u> Bei der Erhebung werden nur Wochentage erfasst.			
	1994	1998	2003*
Bus/ Bahn		21%	16%
zu Fuß		31%	28%
Fahrrad		9%	9%
MIV (Pkw)		36%	44%
Verkehrsmittelanteil			
Studie HAVAG <u>jährliche Erhebung</u> Wochentage und Wochenenden werden erfasst.			
	2001	2002	2003*
Bus/ Bahn			19%
zu Fuß			22%
Fahrrad			9%
MIV (Pkw)			50%

* im Zeitraum der Erhebung wurde der Frankeplatz umgestaltet
 Folge: Einschränkung von Bus- und Bahnbetrieb
 Quelle: Fachbereich Umwelt

8 Wahlen/ Partizipation

8.1 Entwicklung der Wahlbeteiligung

Die Stadt Halle (Saale) wurde bei der letzten Kommunalwahl des vergangenen Jahres in fünf Wahlbereiche unterteilt, die dann wiederum in 169 Wahlbezirke untergliedert wurden.

Im Jahr 2004 waren insgesamt 201 643 Bürger berechtigt an den Wahlen teilzunehmen. Diese Wahlen waren von einer sehr niedrigen Wahlbeteiligung gekennzeichnet.

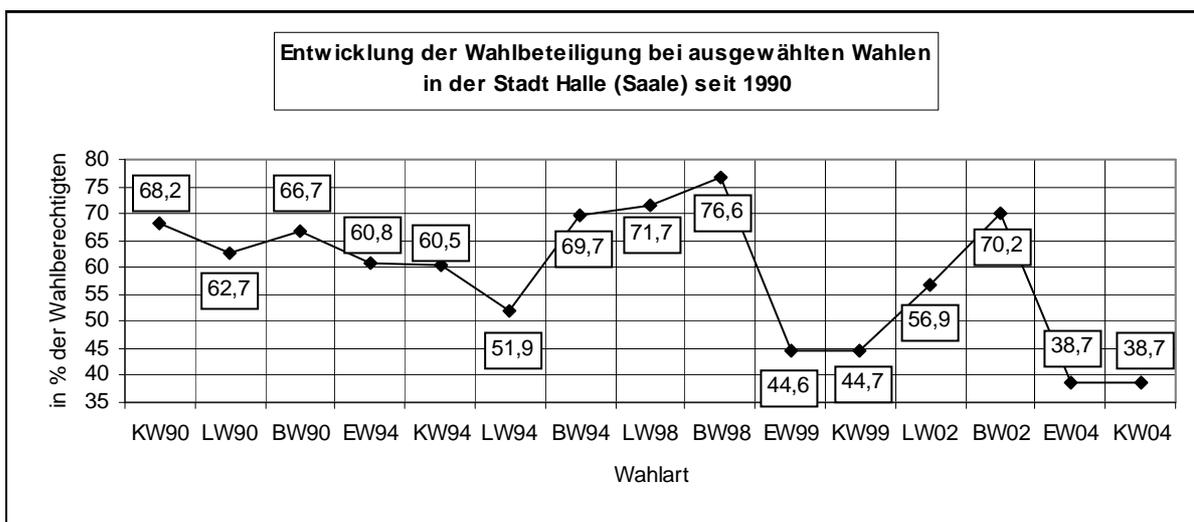
Neben der Europawahl, welche am selben Tag stattfand (38,7%), war die Wahlbeteiligung der Kommunalwahl mit 38,7% der Wahlberechtigten die niedrigste seit 1990. In der Gesamtheit der wahlberechtigten Bevölkerung stellten die Nichtwähler, wie auch bei der Kommunalwahl 1994, die stärkste Gruppierung.

Während der Anteil der Nichtwähler bei der Kommunalwahl 1994 bei 39,5% lag, betrug dieser bei der Kommunalwahl am 13. Juni 2004 bereits 61,3% der Wahlberechtigten.

Tabelle 45: Übersicht über die Entwicklung der Wahlbeteiligung in den Jahren 1990 bis 2004.

Wahl	Datum	Wahlbeteiligung in %	Wahl	Datum	Wahlbeteiligung in %
Kommunalwahl	06.05.1990	68,2	Bundestagswahl	27.09.1998	76,6
Landtagswahl	14.10.1990	62,7	Kommunalwahl	13.06.1999	44,7
Bundestagswahl	02.12.1990	66,7	Europawahl	13.06.1999	44,6
Kommunalwahl	12.06.1994	60,5	Oberbürgermeisterwahl	13.02.2000	37,5
Europawahl	12.06.1994	60,8	Oberbürgermeisterstichwahl	12.03.2000	30,5
Oberbürgermeisterwahl	12.06.1994	60,3	Landtagswahl	21.04.2002	56,9
Oberbürgermeisterstichwahl	26.06.1994	49,1	Bundestagswahl	22.09.2002	70,2
Landtagswahl	26.06.1994	51,9	Kommunalwahl	13.06.2004	38,7
Bundestagswahl	16.10.1994	69,7	Europawahl	13.06.2004	38,7
Landtagswahl	26.04.1998	71,7			

Quelle: Fachbereich Bürgerservice

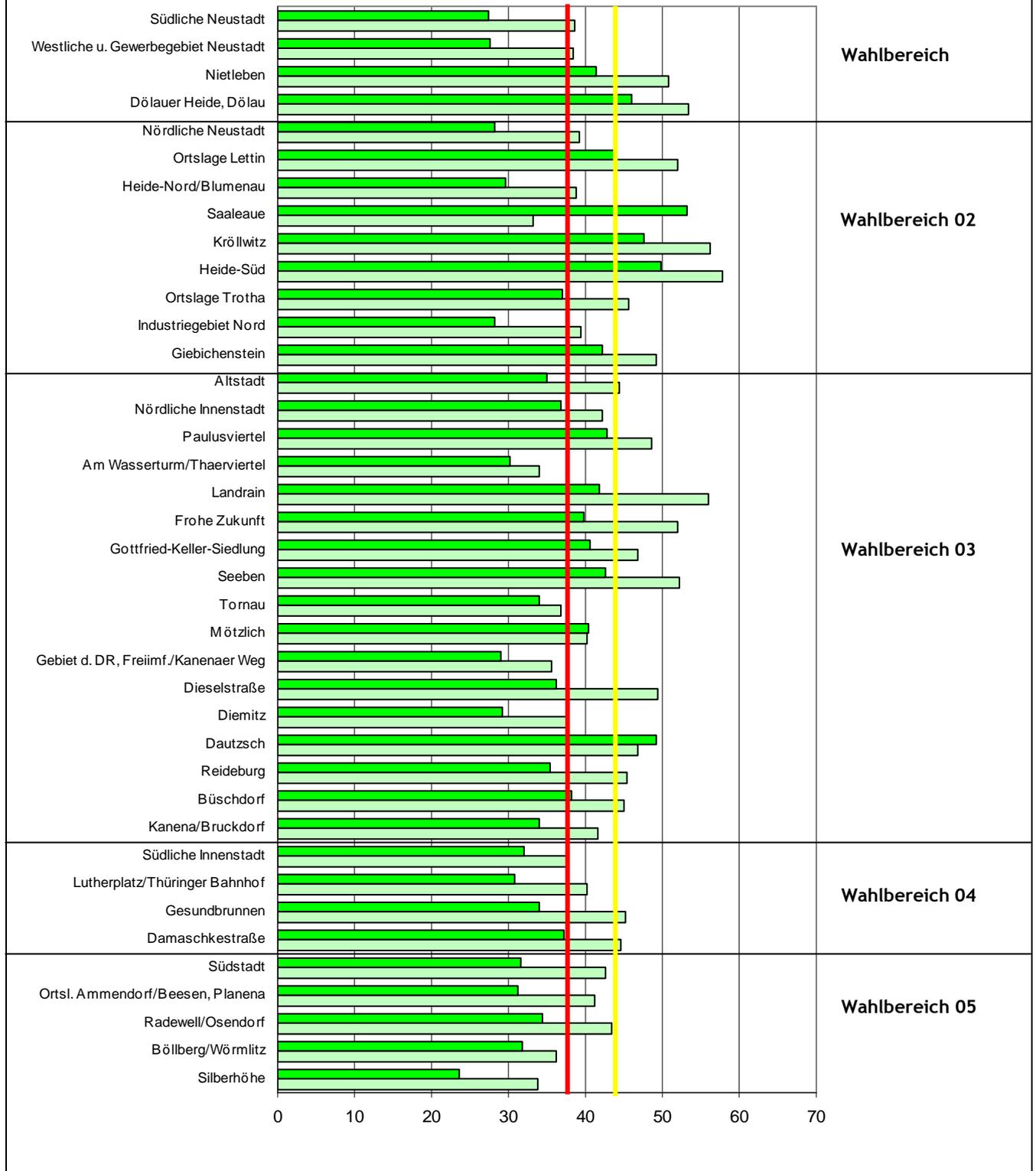


KW...Kommunalwahl, LW...Landtagswahl, BW...Bundestagswahl

Abbildung 14: Entwicklung der Wahlbeteiligung

Quelle: Fachbereich Bürgerservice

Wahlbeteiligung nach Stadtteilen/-vierteln 1999/2004 im Vergleich



□ 1999

■ 2004

— Halle 1999

— Halle 2004

**Wahlbeteiligung
nach Stadtteilen/-vierteln**

Wahlbeteiligung Stadt insgesamt

8.2 Selbsthilfegruppen

In unserer Gesellschaft gehören Selbsthilfe und ihre Organisationen zu den Formen der Bewältigung von Krankheit, Behinderung und psychosozialen Problemstellungen. Sie sind damit eine wichtige Ergänzung zu den professionellen Versorgungssystemen des öffentlichen Gesundheitswesens.

Selbsthilfegruppen sind oft lose Zusammenschlüsse von Menschen die psychosoziale Hilfestellungen für die Alltagsbewältigung und emotionale Unterstützung geben.

Betroffene lernen einen besseren Umgang mit der Krankheit. Ihr Ziel ist eine Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände.

Dabei kann das krankheits- und problembezogene Erfahrungswissen aus der Sicht Betroffener weitervermittelt werden und gleichzeitig über institutionalisierte Versorgungssysteme informiert werden (Quelle: GBE des Bundes Heft 23 S.12 und 16).

Bei der gruppenorientierten Selbsthilfe schließen sich Menschen mit vergleichbaren Anliegen zusammen, um sich gegenseitig zu helfen.

Der Umgang mit anderen Betroffenen stärkt die einzelnen Gruppenmitglieder und führt bei den Betroffenen und den Angehörigen oft zu neuen sozialen Bindungen.

Selbsthilfegruppen sollen der gegenseitigen Lebenshilfe sowie der Information von Betroffenen und Angehörigen dienen.

Sie sind mit ihrem Leistungsangebot auch eine preiswerte Ergänzung zum professionellen Gesundheitssystem.

Sie stellen keine eigene Rechtsform dar, können jedoch von der gesetzlichen Krankenversicherung sowie auch von Institutionen, wie z. B. den Kommunen und durch die Rentenversicherungen, gefördert werden.

Auf der Grundlage von Hochrechnungen geht man heute davon aus, dass in Deutschland ca. 70 000 bis 100 000 Selbsthilfegruppen ihre Hilfe anbieten, in denen ca. 3 Millionen Menschen mitwirken. Das entspricht einem Anteil von etwa 5% der 18- bis 80-jährigen Bevölkerung.

Dieser Anstieg in den letzten Jahren ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen, wie das Ansteigen der chronischen und psychischen Erkrankungen, den Änderungen im familiären Bindungsverhalten und auch der Zunahme von Angehörigengruppen.

Für die Stadt Halle (Saale) ergibt sich damit erfreulicherweise ein über dem Bundesdurchschnitt liegendes Engagement der Bevölkerung.

Tabelle 46: Anzahl der Selbsthilfegruppen in der Region Halle-Saalkreis

Jahr	Anzahl insgesamt	Bevölkerung insgesamt	Anzahl der Selbsthilfegruppen/ 10.000 E
1997	138	267776	5,15
2002	174	237951	7,31
2003	180	238078	7,56

keine Stichtagerfassung

Selbsthilfegruppendichte: ca. 5 - 20 Personen

Quelle: Selbsthilfekontaktstelle Halle-Saalkreis

Die Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in Halle - Saalkreis existiert seit 1990. Sie ist damals aus einem Modellprojekt entstanden und unterstützt die Selbsthilfegruppen in ihren Belangen. Sie nimmt dabei wichtige Koordinierungsaufgaben wahr.

9 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Der Bericht entstand unter Beteiligung von 10 ostdeutschen Städten, die alle Mitglieder des Gesunde-Städte-Netzwerkes sind, mit dem Ziel des Aufbaus einer integrierten nachhaltigkeitsorientierten Gesundheitsberichterstattung.

Innerhalb des Projektverlaufes wurden 35 Indikatoren entwickelt, die als Orientierung für die Gestaltung des Berichtes vorgegeben wurden.

Diese Indikatoren umfassen neben den Gesundheits- und Sozialdaten auch Daten der Demografie, Kommunalen Ökonomie, Bildung, Umwelt und Wahlen/ Partizipation.

Einige Bereiche des Berichtes enthalten vorwiegend orientierende Eckzahlen und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Der vorgegebene Berichtsaufbau soll in und auch außerhalb der verschiedenen Städte eine vergleichende Bewertung ermöglichen.

Die demografische Entwicklung zeichnet sich durch einen erheblichen Geburtenrückgang und durch hohe Wanderungsverluste vorwiegend junger Menschen aus, der Anteil der älteren Generation nimmt kontinuierlich zu.

Ein nicht unerheblicher Teil des Wegzuges der jungen Bevölkerung wird hervorgerufen z. B. durch den Eigenheimbau in den umliegenden außerstädtischen Bereich, so dass die Stadt weiterhin Lebensmittelpunkt bleibt.

Die Abwanderung ist auch zurückzuführen auf die schwierige Arbeitsmarktsituation und betrifft vorwiegend die bevölkerungspolitisch wichtige junge Zielgruppe.

Um dieser ganzheitlichen Entwicklung entgegenzuwirken ist es entscheidend, stärker auf die familiären und beruflichen Bedingungen für junge Familien Einfluss zu nehmen und diese im Interesse einer fördernden Familienentwicklung zu gestalten.

Mit der Gesundheitsberichterstattung ist eine Verlaufsbeobachtung der Gesundheit auf Bevölkerungsebene der Stadt Halle (Saale) möglich. Dies macht aber nur Sinn unter Beachtung der wirtschaftlichen und sozioökonomischen Entwicklung. So stellt

eine hohe Arbeitslosigkeit das bedeutendste Armutsrisiko für die jeweils Betroffenen dar.

Die bestehende soziale Ungleichheit in einem Teil der Bevölkerung ist in den verschiedenen Stadtteilen unterschiedlich ausgeprägt. So ist festzustellen, dass der Sozialraum IV, besonders südliche Neustadt sich zunehmend zu einem Sozialhilfe- und Sozialleistungsschwerpunkt entwickelt, im Gegensatz zum Sozialraum V (Ausnahme Heide-Nord).

Materielle Benachteiligung, geringer Zugang zu Bildung und Gesundheit führt häufig zu einer Verringerung der Fähigkeit der Menschen ihr Leben selber zu bestimmen. Geringes Bildungsniveau führt zu ungünstigeren Lebensbedingungen und damit häufig zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Bei Kindern, die in sozial benachteiligten Verhältnissen aufwachsen, ist dies über ihre gesamte Entwicklung erkennbar.

Die Gesundheit, besonders der Kinder und Jugendlichen, ist in den letzten Jahren verstärkt in den Vordergrund der Interessen der Gesundheits- und Sozialpolitik gerückt. Die aktuelle Kommunalpolitik ist bemüht die Interessen der Kinder und der Familien verstärkt anzunehmen.

Handlungsbedarf und Interventionsmöglichkeiten sind auf verschiedenen Ebenen erforderlich. Sie müssen sowohl individuell am einzelnen Kind bzw. deren Eltern ansetzen und gleichzeitig auch in den bestimmten Stadtteilen und Einrichtungen.

Die Zusammenarbeit zwischen Behörden und Betrieben und anderen Einrichtungen ist zu fördern, um solche Bedingungen für Familien mit Kindern zu schaffen, die es ermöglichen, Aufgaben aus Beruf und Familie nebeneinander wahrzunehmen. Ein bedeutender Schritt ist das im vergangenen Jahr gegründete „Lokale Bündnis für Familien“. Ein Schwerpunkt ist die Entwicklung neuer Lösungsansätze und Sichtweisen zur Kinderbetreuung. Über Unterstützungsangebote sind Strukturen aufzubauen, die Frauen auch mit einer erweiterten Ausbildung ermöglichen, eine Balance zwischen Beruf und Kindererziehung zu finden.

Wichtig sind qualifizierte bedarfsorientierte Kinder- und Jugendbetreuungsangebote über den ganzen Tag, einschließlich der Essenversorgung und der Nachhilfeförderung für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche.

Im Rahmen bestehender Benachteiligungen und der vorhandenen Gesundheitsdefizite ist die begonnene Erweiterung der Aufklärungs- und Präventionsarbeit in den Kindertagesstätten, Schulen und Freizeiteinrichtungen zu forcieren. Hier müssen Themen der Gesundheitsförderung dauerhaft in die Bildungs- und Erziehungsarbeit integriert werden. Bestehende Vernetzungen sind besser zu verknüpfen.

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben geben die Schuluntersuchungsdaten, die nach dem Infektionsschutzgesetz zu ermittelnden übertragbaren Krankheiten sowie die Sterblichkeit und damit die Häufigkeit bestimmter vermeidbarer Todesursachen Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung. Das ist für tieferegehende Recherchen zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung mit entsprechenden Auswertungen nicht ausreichend!

(Mit dem Begriff Sterbefälle nach vermeidbaren Todesursachen werden die Todesfälle bezeichnet, die bei rechtzeitiger Erkennung und nach dem gegenwärtigen medizinischen Wissensstand bei optimaler Behandlung ganz oder zum großen Teil vermeidbar wären).

Die vermeidbaren Todesfälle kennzeichnen nicht nur den Gesundheitszustand der Bevölkerung, sie sind gleichzeitig ein wichtiger Indikator für die Effektivität und Qualität der Gesundheitsversorgung und der Krankheitsvorsorge.

Häufige Vertreter sind die Herz-Kreislaufkrankungen und die Tumorerkrankungen. Diese ggf. vermeidbaren Todesursachen widerspiegeln auch die persönliche Bereitschaft des Einzelnen für eine gesunde Lebensweise, die wiederum von den individuellen Lebensverhältnissen beeinflusst wird.

Über Projekte und Initiativen sind wichtige Informationen zum weiteren Erkennen der gesundheitlichen Verhältnisse der Bürger, auch der älteren Generation einzuholen, um so einen wirkungsvollen Ansatz für präventive Maßnahmen zu finden. Denkbar wäre auch, unter Leitung des Gesunde Städte Projektes, die Durchführung von Gesundheitsförderkonferenzen in den jeweiligen Sozialräumen.

Die Berichtsgestaltung wurde in der Stadt Halle (Saale) um den Schwerpunkt Kindergesundheit erweitert. Es gelang damit das Gerüst für eine Kindergesundheitsberichterstattung vorzugeben und wichtige umfangreiche Aussagen im Bereich der Kindergesundheit zu treffen.

So liefern die Schuleingangsuntersuchungen wertvolle epidemiologische Daten zur Gesundheit von Kindern, da sie flächendeckend bei allen Kindern in der entsprechenden Altersstufe erhoben werden und somit repräsentativ sind. Sie geben Aufschluss, liefern Aussagen zur Inanspruchnahme der präventiven Angebote der gesetzlichen Krankenversicherung (empfohlene Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen) und stellen damit für die kommunale Gesundheitsplanung eine wichtige Grundlage dar.

Während die Mehrzahl der Indikatoren aus den anderen Bereichen eine kleinräumige Zuordnung zur Lokalisierung von Schwerpunktstadtteilen ermöglichen, liegen die gesundheitsbezogenen Daten in dieser Form bisher leider nicht vor. Über ein Präventionsprojekt zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit wird derzeit

zwischen dem Fachbereich Gesundheit und Veterinärwesen und der Martin-Luther-Universität die letzte Schulanfängerstudie bezüglich des Zusammenhanges zwischen den Befundhäufigkeiten, in Bezug auf den jeweiligen Sozialraum, ausgewertet. Das Ergebnis soll die regionale Häufung spezifischer Auffälligkeiten in Abhängigkeit von der sozialen Lage und dem Sozialraum kennzeichnen.

Ziel dieses Berichtes ist es daher an ausgewählten Details ein Bild über auffallende gesundheitliche Probleme zu ermöglichen. Der Zusammenhang zwischen der sozialen Situation in der das Kind aufwächst und dem sich daraus ergebenden Einfluss auf eine gesunde Entwicklung wird immer wieder benannt. Die Zunahme der Störungen und Befundhäufigkeiten kennzeichnen neben der Arbeitslosigkeit und den auseinanderbrechenden Familienstrukturen die ungünstigen sozialen Bedingungen, unter denen die Kinder zunehmend aufwachsen.

Eine Chancenverbesserung benachteiligter Kinder und Jugendlicher ist über die Erhöhung der Beteiligung an Früherkennungsuntersuchungen, vor allem auch der älteren Kinder erreichbar, um rechtzeitig Therapien gegen gesundheitliche Störungen einleiten zu können. Das Thema „Gesundheit“ ist in den Kindereinrichtungen zu intensivieren. Zwischen dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, den Kindereinrichtungen und Schulen sowie dem Kinder- und Jugendpsychiatrischem Beratungsangebot muss eine weitergehende Kooperation und engere Zusammenarbeit entwickelt werden. Gefördert werden muss die Verknüpfung verschiedener Dienststellen mit anderen Partnern außerhalb des öffentlichen kommunalen Bereiches (Krankenkassen, Ärzte, Pharmaindustrie).

Die Eltern tragen die Hauptverantwortung. Jedoch ist die ganzheitliche gesunde Entwicklung der Kinder eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die bestehende soziale Ungleichheit durch materielle Benachteiligung, geringerer Zugang zu Bildung und Gesundheit äußert sich über die verschiedenen Lebensphasen hinweg in einem unausgewogenen Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Tabak-, Alkohol- und Drogengenuss sowie auch in einem risikoreichen Sexualverhalten.

Den Bürgern muss durch eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit die Verantwortung für die eigene Gesundheit bewusster gemacht werden! Die Risikofaktoren zu erkennen, Problembewusstsein bei der eigenen Gesundheit zu entwickeln und die persönliche Verantwortung für die eigene Gesundheit bzw. die der Kinder zu übernehmen ist ein langer und immerwährender erzieherischer Prozess. Die Strategien effektiver Gesundheitsförderung stehen noch am Anfang. Probleme werden in dem kommunalen Zusammenwirken sichtbar.

Auf die Gestaltung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen einschließlich des Lebensumfeldes und die Entwicklung eigener gesundheitsfördernder

Verhaltensweisen müssen alle Verantwortungsträger ständig Einfluss nehmen und diese berücksichtigen.

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung in ihrer Funktion hilft dabei Orientierungsgrundlagen für weitere gesundheitspolitische Planungen und deren Steuerung zur Verfügung zu stellen.

Hilfreich dabei sind die zahlenmäßig und in ihrer Breite wachsenden Verbände und Selbsthilfegruppen.

Von Interesse ist, ob und wie sich bezüglich der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens Handlungsbedarf identifizieren lässt und mit gesundheitsfördernden Maßnahmen und Projekten gezielt unterlegen lässt.

Die Aktivitäten „Gesunde Städte Netzwerk“ und „Lokale Agenda“ leisten hierzu gleichermaßen ihren Beitrag.

10. Verzeichnisse

10.1 Literaturverzeichnis

Robert Koch-Institut, Schwerpunktheft: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin 2004

Robert Koch-Institut, Schwerpunktheft: Armut bei Kindern und Jugendlichen. Berlin 2001

Robert Koch-Institut, Schwerpunktheft: Neu und vermehrt auftretende Infektionskrankheiten. Berlin 2003

K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer: Jugendgesundheitsurvey - Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim und München 2003

Sonderveröffentlichung Fachbereich Bürgerservice: Bevölkerung der Stadt Halle (Saale) 1998 - 2002. Halle (Saale) 2003

Sonderveröffentlichung Fachbereich Bürgerservice: Publikation „Wirtschaft und Arbeitsmarkt“ in der Stadt Halle (Saale). Halle (Saale) 2004

Sonderveröffentlichung Fachbereich Bürgerservice: Kommunalwahl 2004 - Ergebnisse für die Stadt Halle. Halle (Saale) 2004

Statistisches Jahrbuch 2002. Fachbereich Bürgerservice: Halle (Saale) 2002

Statistisches Jahrbuch 2003. Fachbereich Bürgerservice: Halle (Saale) 2003

Dritter Umweltbericht der Stadt Halle (Saale). Umweltamt: Halle (Saale) 2001

Wohnungsmarktbericht. Geschäftsbereich Planen, Bauen und Straßenverkehr: Halle (Saale) 2003

Dokumentation: Kind und Umfeld. Geschäftsbereich Soziales, Jugend und Gesundheit: Halle (Saale) 2003

Konzept für den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst am Gesundheitsamt Halle (Saale). Geschäftsbereich Soziales, Jugend und Gesundheit: Halle (Saale) 2001

Gesundheitsberichterstattung der Stadt Zwickau. Zwickau 1997

Stadtdiagnose 2, Zweiter Hamburger Gesundheitsbericht: Hamburg 2001

10.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bevölkerungsfortschreibung 1993 bis 2003	5
Tabelle 2: Bevölkerung nach Altersgruppen und ausgewählten Jahren	6
Tabelle 3: Bevölkerungsentwicklung einzelner Altersgruppen	7
Tabelle 4: Natürliche Bevölkerungsbewegung 1945 bis 2003 nach ausgewählten Jahren 8	
Tabelle 5: Ausgewählte meldepflichtige Erkrankungen 1997, 2002 und 2003	13
Tabelle 6: Gestorbene 1997 nach Geschlecht und ausgewählten Todesursachenklassen	15
Tabelle 7: Gestorbene 1998 - 2003 nach Geschlecht und ausgewählten Todesursachen	16
Tabelle 8: Perinatale Mortalität und Säuglingssterblichkeit 1997 bis 2003	17
Tabelle 9: Anzahl der Verkehrsunfälle sowie der getöteten und verletzten Personen 19	
Tabelle 10: Niedergelassene Fachärzte am 31.12.1997 und 31.12.2002 nach Sozialräumen	20
Tabelle 11: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U2 - U9 nach Vorlage des Vorsorgeheftes zur Einschulungsuntersuchung (Angaben in %)	25
Tabelle 12: Befundhäufigkeiten bei Schuleingangsuntersuchungen	26
Tabelle 13: Befunde der Untersuchungen in den 3. Klassen	30
Tabelle 14: Befunde der Untersuchungen in den 6. Klassen	31
Tabelle 15: Befunde der Untersuchungen in den 10. Klassen	32
Tabelle 16: DMF - T - Index 1997/ 98 bis 2003/ 04	38
Tabelle 17: DMF - T - Index 2001/ 02 bis 2003/ 04	39
Tabelle 18: Vergleich Stadt Halle (Saale) zu Land Sachsen - Anhalt in %:	39
Tabelle 19: Anteil der Schüler nach Schularten (in %)	48
Tabelle 20: Anzahl der Schüler in der 9. Klasse nach Schulart 1998/99 bis 2003/2004	48
Tabelle 21: Anteil der Schulabgänger 1997/98 und 2002/03 nach Art des Abschlusses (in %)	48
Tabelle 22: Anzahl der qm pro Person 1995 und 1999 bis 2002	49
Tabelle 23: Durchschnittliches Einkommen	50
Tabelle 24: Einkommensverteilung im Jahr 1998	50
Tabelle 25: Wohngeldempfänger in der Stadt Halle (Saale) 1997 bis 2003	53
Tabelle 26: Mikrozensus - Privathaushalte 1997, 2002 und 2003	53
Tabelle 27: Familienstrukturdaten	54

Tabelle 28: Mikrozensus - Familien mit Kindern unter 18 Jahren 1997, 2002 und 2003	54
Tabelle 29: Anteil an Ratsuchenden zur Unterstützung bei Problemlagen	55
Tabelle 30: Analyse der Beratungsleistungen	55
Tabelle 31: Hilfen zur Erziehung.....	55
Tabelle 32: Entwicklung Fallaufkommen § 35a SGB VIII	56
Tabelle 33: Jugendgerichtshilfe.....	56
Tabelle 34: Bruttowertschöpfung zu Herstellungspreisen in Euro pro Einwohner	57
Tabelle 35: Einnahmen und Ausgaben pro Haushaltsjahr	58
Tabelle 36: Pro-Kopf-Verschuldung in Euro	58
Tabelle 37: Gewerbestatistik.....	58
Tabelle 38: Übersicht der Insolvenzverfahren in der Stadt Halle (Saale) 1991 bis 2003	59
Tabelle 39: Überblick über ausgewählte Strukturdaten in ausgewählten Großstädten 2003.....	60
Tabelle 40: Erwerbstätige im Jahresdurchschnitt 1991 bis 2002 nach Arbeitsortprinzip	60
Tabelle 41: Erwerbstätige 1996 bis 2003 nach Stellung im Beruf (Mikrozensus)	61
Tabelle 42: CO ₂ Emissionen (Klimaschutzkonzepte).....	62
Tabelle 43: Jahresmittelwerte der Immissionsbelastungen.....	63
Tabelle 44: Repräsentative Verkehrserhebung	65
Tabelle 45: Übersicht über die Entwicklung der Wahlbeteiligung in den Jahren 1990 bis 2004.....	66
Tabelle 46: Anzahl der Selbsthilfegruppen in der Region Halle-Saalkreis	69

10.3. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einwohner insgesamt und Anzahl der Geburten, Sterbefälle, Zu- und Wegzüge im Vergleich 1993 bis 2003.....	6
Abbildung 2: Veränderung der Anteile ausgewählter Altersgruppen.....	7
Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung einiger ausgewählter Stadtteile	10
Abbildung 4: Anzahl der Einwohner insgesamt und davon Anzahl der deutschen und ausländischen Einwohner 1993 bis 2003	10
Abbildung 5: Bevölkerungspyramide.....	11
Abbildung 6: Befundhäufigkeiten der Schuleingangsuntersuchungen (in %)	27
Abbildung 7: Befundhäufigkeiten der 3. Klassen (in %)	30
Abbildung 8: Befundhäufigkeiten der 6. Klassen (in %)	31
Abbildung 9: Befundhäufigkeiten der 10. Klassen (in %).....	32
Abbildung 10: Impfstatus Altersgruppe 3 - 5 Jahre 2002/ 03 (in %).....	35
Abbildung 11: Impfstatus der Einschüler (6 -7 Jahre) für 2002/ 03 (in %)	35
Abbildung 12: Impfstatus der 10. Klassen 2002/ 03 (in %).....	36
Abbildung 13: Insolvenzverfahren der Städte Magdeburg und Halle (Saale) 1992 bis 2003 im Vergleich.....	59
Abbildung 14: Entwicklung der Wahlbeteiligung.....	66

11. Anlagen

Anlage 1: Kommunale Gebietsgliederung

Anlage 2: Wohnbevölkerung 1997, 2002 und 2003 mit Hauptwohnsitz nach Sozialräumen und ausgewählten Altersgruppen

Anlage 3: Wanderungsbewegung 1997, 2002 und 2003 nach Sozialräumen

Anlage 4: Ausländische Wohnbevölkerung 1998, 2002 und 2003 mit Hauptwohnsitz nach Sozialräumen und ausgewählten Altersgruppen

Anlage 5: Vorzeitige Sterblichkeit für ausgewählte vermeidbare Todesursachen 1997, 2002 und 2003

Anlage 6: Wohnsituation 1995 und 2002 nach Sozialräumen

Anlage 7: Arbeitsmarktdaten 1997 und 2002 nach Sozialräumen

Anlage 8: HLU-Empfänger und Empfänger nach dem Asylbewerberleistungsgesetz außerhalb und innerhalb von Einrichtungen 1999 und 2002

Anlage 9: Bevölkerung und Erwerbsfähige nach Stadtteilen/-vierteln 2002 und 2003

Anlage 10: Flächenanteil nach Nutzungsart auf der Grundlage des Flächennutzungsplanes 2002



Herausgeber: Stadt Halle (Saale) - Die Oberbürgermeisterin
Redaktion: Geschäftsbereich Soziales, Jugend und Gesundheit,
Fachbereich: Gesundheit/Veterinärwesen
Internet: www.halle.de
Druck: Stadt Halle (Saale)



HALLE * *Die gesunde Stadt*