

Gesundheitsbericht der Hansestadt Rostock 2015

(Berichtszeitraum 2004 bis 2013)



Impressum

Hansestadt Rostock
Neuer Markt 1
18055 Rostock
Tel.: 0381 381 - 0
Fax: 0381 381 - 1902
E-Mail: info@rostock.de
Internet: rathaus.rostock.de

Ansprechpartner

Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock
Herr Dr. med. Markus Schwarz
Amtsleiter
Paulstraße 22
18055 Rostock
Tel.: 0381 381 - 5301
Fax: 0381 381 - 5399
E-Mail: markus.schwarz@rostock.de

Rostock, Juni 2015

© *Alle Rechte sind der Hansestadt Rostock vorbehalten.*

Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

jede Zeit hat ihre eigenen Herausforderungen und nie ist es möglich, jederzeit auf alles vorbereitet zu sein. In den letzten knapp dreißig Jahren hat sich die Bevölkerungsstruktur massiv verändert, sind Lebensgewohnheiten deutlich andere und hat der Präventionsgedanke eine ganz neue Rolle bekommen. Zuerst sank die Zahl der Kinder und Jugendlichen, heute steigt die Zahl der alten und sehr alten Menschen. Aktuell kommen viele Menschen aus anderen Teilen der Welt zu uns, mit Krankheitsbildern, die hier selten sind und vor allem mit einer großen Sprachbarriere. Dass alles erfordert bestimmte Strukturen, deren Gestaltung auch Aufgabe der Hansestadt Rostock ist.



Auf der einen Seite ist das Bewusstsein für eine gesunde Lebensführung gewachsen, treiben so viele Menschen Sport wie selten zuvor und wird gesunde Ernährung immer wichtiger. Auf der anderen Seite erleben wir eine massive Zunahme ernährungsbedingter Erkrankungen, gerade auch bei Kindern und Jugendlichen. Auch hier sind Antworten gefragt.

Die medizinischen Möglichkeiten entwickeln sich in atemberaubender Weise – ebenso wie die Anforderungen an und die Kosten für das Gesundheitssystem. Diese Prozesse beeinflussen auch den Öffentlichen Gesundheitsdienst der Hansestadt Rostock ganz massiv. Hat er doch zum Beispiel die Aufgabe, sämtliche Schuleingangsuntersuchungen vorzunehmen, den Gesundheitszustand der Jugendlichen bis zur Volljährigkeit weiter im Auge zu behalten, eine fundierte Erkenntnis über die Zahngesundheit zu erlangen. Ebenso steigen die Anforderungen für die Kontrolle der hygienischen Verhältnisse in Pflegeheimen oder in den Formen des betreuten Wohnens. Die Einschätzung der Möglichkeiten trotz bestimmter Erkrankungen selbstbestimmt und in der eigenen Häuslichkeit zu leben, ist eine weitere und eine stark anwachsende Aufgabe. Etwas langsamer als das Wachstum der Aufgaben ist das Wachstum der dafür zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Auch um diese besser planen zu können, ist es von unschätzbarem Wert, nun nach langer Zeit erneut eine so fundierte Analyse vorliegen zu haben. Dieser Gesundheitsbericht erlaubt es uns, gezielter auf Bedürfnisse einzugehen, Präventionsprogramme zu entwickeln und Strukturen zu schaffen. So wollen wir auch erreichen, dass alle Einwohnerinnen und Einwohner dieser Stadt einen adäquaten Zugang zu allen erforderlichen medizinischen Leistungen haben.

Ich möchte die Gelegenheit nutzen, um mich bei den Autorinnen und Autoren dieses Gesundheitsberichtes zu bedanken. Ebenso möchte ich meinen Dank an all jene richten, die in Rostock jeden Tag an ihrer Stelle etwas dafür tun, dass Menschen nicht krank werden, Kranke schnell gesund werden oder zumindest gut versorgt und betreut sind.

Steffen Bockhahn

Senator für Jugend, Soziales, Gesundheit, Schule und Sport
2. Stellvertreter des Oberbürgermeisters

Vorwort

Liebe Bürgerinnen und Bürger unserer Heimatstadt Rostock,

wir freuen uns, Ihnen nach Monaten intensiver Arbeit den „Gesundheitsbericht der Hansestadt Rostock 2015“ vorlegen zu können.

Der Bericht, der Auskunft gibt über den gesundheitlichen Zustand der Rostocker Bevölkerung, über die „Gesundheitsinfrastruktur“ der Hansestadt, über Versorgungsstrukturen und Potenziale der Zusammenarbeit der „Gesundheitsdienstleister“ am Patienten, der aber auch notwendige Handlungswege der kommunalen Gesundheitspolitik für die nahe Zukunft skizziert und offenlegt, ist eine Gemeinschaftsarbeit vieler Personen, Ämter und Institutionen.

Wie im § 24 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern vom 19. Juli 1994 (letztmals geändert am 15. April 2014) dargestellt, dient die Gesundheitsberichterstattung der Planung und Durchführung von Maßnahmen, die die Gesundheit fördern und Krankheiten verhüten.

Das Aufzeigen von „Parametern der Gesundheit“ (sog. Indikatoren), wie Geburtenraten, Sterberaten, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder die Charakterisierung der gesundheitlichen Situation der Einschüler in einer Stadt oder in einem Kreis, schafft tatsächlich eine Vergleichbarkeit zwischen den Gemeinden in Nord und Süd oder Ost und West unseres Landes. Insofern kann letztlich auch Aussage getroffen werden über den „Stand der Gesundheit in der mecklenburgischen Stadt Rostock“ zu Anfang des 21. Jahrhunderts.

Die geneigte Leserin, der geneigte Leser wird u. a. erste Antworten auf folgende Fragestellungen finden:

- Wie entwickelt sich die Hansestadt Rostock? Welche Tendenzen in der Bevölkerungsentwicklung, in dem Verhältnis zwischen jungen und älteren Mitbürgerinnen und Mitbürgern sind zu erwarten? Wie hoch ist der Anteil der Migranten?
- Woran erkranken, woran sterben die Einwohner der Hansestadt Rostock? Unterscheiden wir uns dabei von anderen Kommunen?
- Wie gestaltet sich die ambulante und stationäre medizinische Versorgungsstruktur in unserer Heimatstadt? Woran mangelt es? Was ist zu tun? Welche neuen Entwicklungen sind zu beobachten?
- Welche Infektionskrankheiten bestimmen heute unser städtisches Leben? Worauf muss ich achten?
- Werden unsere Kinder gesünder? Welche gesundheitlichen Defizite sind bei den Einschülern der vergangenen Jahre markant auffällig? Besteht Handlungsbedarf?
- Ist die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben auch für behinderte Menschen und chronisch Kranke gelebte Realität oder nur leere Floskel?
- Sind Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in unserer Stadt schon eine „gesunde Symbiose“ eingegangen?
- Welche Aspekte der Gesundheitsförderung sind in den folgenden Jahren für Rostock zu realisieren?

Um diese Fragen beantworten zu können, bedurfte es der Auswertung eines umfangreichen Datenmaterials. Das nun vorliegende Material bedarf der Pflege und Ergänzung, damit auch in Zukunft derartige Berichte zur Situation der Gesundheit in der Hansestadt Rostock veröffentlicht werden können. Ausgewählte Fragen könnten dann z. B. zur Kindergesundheit oder

zur gesundheitlichen Situation der älteren Bürgerinnen und Bürger in sogenannten „themenspezifischen Gesundheitsberichten“ dokumentiert werden.

Von der im Jahr 1907 sowohl vom Kaiserlichen Gesundheitsamt als auch vom Kaiserlichen Statistischen Amt in Berlin als Gemeinschaftswerk herausgegebenen Veröffentlichung „Das Deutsche Reich in gesundheitlicher und demographischer Beziehung“ als vielleicht erstem Gesundheitsbericht bis zum vorliegenden ersten „Basis-Gesundheitsbericht“ über grundlegende gesundheitliche Aspekte im kommunalen Raum der Hansestadt Rostock war es wahrlich ein weiter Weg. Geblieben ist die Aufgabe des Berichtes, notwendige Handlungsoptionen für Politik und Gesellschaft aufzuzeigen, die dem Ziel, in Würde gesund aufzuwachsen, zu leben und alt zu werden, dienen.



Dr. Markus Schwarz
Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock

Danksagung

Der „Gesundheitsbericht der Hansestadt Rostock 2015“ ist eine Gemeinschaftsarbeit der Hochschule Neubrandenburg und des Gesundheitsamtes als Institution der Stadtverwaltung der Hansestadt Rostock.

Frau Anica Stürtz kam dabei im Rahmen ihrer Masterarbeit an der Hochschule Neubrandenburg für den Fachbereich Gesundheit, Pflege und Management zusammen mit ihrem Mentor, Professor Dr. Elkeles, die Federführung und damit die Hauptverantwortung für dieses „Dokument der Zeitgeschichte“ zu. Ohne ihrer beider Engagement, ihrer Geduld, ihrer freundlichen Stringenz wäre das vorliegende Werk nicht realisierbar gewesen.

Zwischen Hochschule und Stadtverwaltung bedurfte es eines „wissenden Begleiters“, einer Person, die praktisches Hochschulwissen mit den Besonderheiten des Anspruches einer Stadtverwaltung in Relation setzen konnte. Dieser Aufgabe kam ohne Unterlass und zu jeder Zeit Frau Kristin Schünemann, Koordinatorin für Gesundheitsförderung, nach. Ihr beispielhaftes zielorientiertes Arbeiten war ebenso eine Grundvoraussetzung für die erfolgreiche Erstellung des Berichtes.

Die Arbeit ist aber auch Resultat eines intensiven Gedankenaustausches, einer fruchtbaren Zusammenarbeit verschiedener Ämter innerhalb der Stadtverwaltung. Hier sei stellvertretend für viele Akteure Frau Becke mit ihrem Team vom Sachgebiet Kommunale Statistikstelle genannt. Neben einer Vielzahl von Daten zum Rostocker Sozialraum verdanken wir ihr wichtige und wertvolle Hinweise. Nicht denkbar wäre die Erstellung einer „Gesundheitscharakteristik einer mittelgroßen Stadt“ durch die freimütige Auskunft, Hilfestellung und proaktive Mitarbeit von Herrn Wagner aus dem Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern sowie von Herrn Wohlfeil von der AOK Nordost.

Letztlich waren es natürlich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamtes selbst, die durch ihre fleißige, über Jahre hinweg kontinuierlich vorgehaltene verantwortungsvolle Tätigkeit die Basis für dieses Werk legten.

Sie waren es auch, die neben der Erfüllung ihrer täglichen Fachaufgaben die Grundlagen für die Kapitelinhalte des Berichtes maßgeblich gestaltet haben. Auch ihnen gilt ein aufrichtiger Dank.

Möge zukünftig die immense „Aufbauarbeit“ für diesen ersten Gesundheitsbericht in weiteren Gesundheitsberichten für unsere Stadt Rostock ihre Fortsetzung finden.



Dr. Markus Schwarz
Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock

Einleitung

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung ist eine Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Ziel der Berichterstattung ist es, über die gesundheitliche Lage und die Versorgungssituation der Bürgerinnen und Bürger zu informieren sowie Handlungsbedarfe aufzuzeigen. Die geringen personellen Ressourcen für das Berichtswesen, auch innerhalb des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, gaben Anlass, die Gesundheitsberichterstattung (2004-2013) durch die Hochschule Neubrandenburg im Rahmen der Betreuung einer Masterthesis wissenschaftlich begleiten zu lassen. Basierend auf den Primärdaten des Gesundheitsamtes, den statistischen Kommunaldaten sowie auf AOK-Daten werden wesentliche Entwicklungen für die Hansestadt Rostock im Vergleich zu Landes- und Bundesstatistiken 2004 bis 2013 analysiert, bewertet sowie regionale Handlungsempfehlungen abgeleitet.

Die Hafenstadt Rostock mit ihren 203.673 Einwohnern (Stand: 31.12.2013) wird als wirtschaftlicher und kultureller Entwicklungsmotor im Land Mecklenburg-Vorpommern angesehen. Die gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen des demografischen Wandels werden in der Rostocker Bevölkerungsentwicklung deutlich. Beispielsweise erhöhte sich das Durchschnittsalter seit der Wiedervereinigung im Jahr 1989 bis heute um fast 10 Jahre (1989: 35,0 Jahre, 2013: 44,8 Jahre). Neben dieser Thematik orientiert sich der Gesundheitsbericht an Themenfeldern, die auch bundesweit für eine einheitliche und vergleichbare Gesundheitsberichterstattung bedeutend sind: die soziale Lage der Rostocker Bevölkerung, die gesundheitliche Lage ausgewählter Bevölkerungsgruppen, ausgewählte Erkrankungen und Sterbefälle, die Ressourcen der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie die Kommunale Gesundheitsförderung und Selbsthilfe. Unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten der Hansestadt Rostock als größte (Hafen-)Stadt in Mecklenburg-Vorpommern sollen ausgewählte Ergebnisse und regionale Handlungsbedarfe zu den genannten Themen herausgearbeitet werden.

Um einige der im Gesundheitsbericht für die Hansestadt Rostock ermittelten Ergebnisse in einen adäquaten Vergleich bringen zu können, wurde die Landeshauptstadt Schwerin als hinreichend ähnliche Kommune herangezogen. Wenngleich historisch und kulturell sowie nach Fläche und Einwohnerzahl Unterschiede zwischen der Hansestadt Rostock und der Landeshauptstadt Schwerin bestehen – die Hansestadt Rostock ist eine Industrie-, Hafen- und Universitätsstadt, hingegen Schwerin eine typische Residenzstadt ohne Hochschule mit ihrer eigenen kulturellen und sozialen Prägung – so gelten für beide als kreisfreie Städte in Mecklenburg-Vorpommern prinzipiell gleiche politische und rechtliche Verhältnisse.

Im Gesundheitsbericht wurde versucht alle Indikatoren in einem Berichtszeitraum von 2004 bis 2013 mit dem jeweiligen Stand zum 31.12. abzubilden. Da die Indikatoren zum Teil von verschiedenen Datenhaltern stammen und mitunter zu unterschiedlichen Stichtagen und Erhebungsturnussen erfasst wurden, war es nicht immer möglich einen einheitlichen Berichtszeitraum darzustellen (z. B. bilden bei den Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen sowie des Zahnärztlichen Dienstes Schuljahre die Datengrundlage, in der Pflegestatistik werden wiederum die Daten im zweijährigen Erhebungsturnus zum 15.12. ermittelt).

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird innerhalb des Gesundheitsberichtes für die Hansestadt Rostock die männliche Personenform verwendet. Diese ausschließliche Verwendung der männlichen Form soll explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden und schließt, sofern nicht ausdrücklich anders bezeichnet, die weibliche Form mit ein.

Autorenverzeichnis

Anica Stürtz B. Sc.

Hochschule Neubrandenburg

Kristin Schünemann M. A.

Koordinatorin für Gesundheitsförderung, Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock

Dr. med. Markus Schwarz

Amtsleiter, Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock

Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Thomas Elkeles

Hochschule Neubrandenburg

Mitarbeit an den Kapiteln

Dipl. soz. paed. Doreen Donath

Fachberaterin Suchtprävention für Kinder und Jugendliche

Dr. med. Frauke Jakobs

Abteilungsleiterin/ Ärztin, Abt. Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Dipl. Stom. Sabine Klimas

Zahnärztin, Abt. Zahnärztlicher Dienst

Dr. med. Thomas Leyk

Abteilungsleiter/ Arzt, Abt. Sozialpsychiatrischer Dienst

Dipl.-oec. Karin Marquardt

Abteilungsleiterin Allgemeine Angelegenheiten

Dr. med. Kerstin Neuber

Abteilungsleiterin/ Ärztin, Abt. Hygiene u. Infektionsschutz

Sabine Schmidt

Sachbearbeiterin Medizinalaufsicht

Wissenschaftliche Vorbereitung

Susanne Kästner

Hochschule Neubrandenburg, Bachelorstudiengang Gesundheitswissenschaften
(Datenaufbereitung des Kinderjugendgesundheitsdienstes)

Peter Schilling M. A.

(Recherche und Datenaufbereitung für die Kapitel Bevölkerung und soziale Lage)

Inhaltsverzeichnis

GRUßWORT	I
VORWORT	III
DANKSAGUNG	V
EINLEITUNG	VII
AUTORENVERZEICHNIS	IX
1 BEVÖLKERUNG UND SOZIALE LAGE	1
<i>Anica Stürtz</i>	
1.1 BEVÖLKERUNG	1
1.1.1 Bevölkerung nach Stadtbereichen	1
1.1.2 Entwicklung der Bevölkerungszahl	4
1.1.3 Bevölkerungsbewegung	17
1.1.4 Prognose der Bevölkerungsentwicklung	20
1.2 SOZIALE LAGE	25
1.2.1 Arbeit.....	25
1.2.2 Arbeitslosigkeit	29
1.2.3 Einkommen und Armut	32
1.2.4 Öffentliche Sozialleistungen.....	39
2 GESUNDHEITLICHE LAGE AUSGEWÄHLTER BEVÖLKERUNGSGRUPPEN	48
2.1 GESUNDHEITLICHE LAGE VON KINDERN UND JUGENDLICHEN	48
<i>Anica Stürtz und Frauke Jakobs</i>	
2.1.1 Entwicklung der Schülerzahlen	50
2.1.2 Vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst untersuchte Gruppen von Kindern... und Jugendlichen	51
2.1.2.1 Ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen.....	51
2.1.2.2 Grundimmunisierung zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung.....	60
2.1.2.3 Darstellung der Entwicklung ausgewählter Befunde in den drei schulärztlich untersuchten Klassenstufen	61
2.1.3 Handlungsempfehlungen und Schlussfolgerungen	66
2.1.4 Zahn- und Mundgesundheit	72
<i>Anica Stürtz und Sabine Klimas</i>	
2.1.4.1 Ausgewählte Ergebnisse zahnärztlicher Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen	75
2.1.4.1.1 Zahn- und Mundgesundheit der 3- bis 18-jährigen Kinder und Jugendlichen	76

2.1.4.1.2 Zahn- und Mundgesundheit der Kinder in den Kindertagesstätten (Kitas)	79
2.1.4.1.3 Zahn- und Mundgesundheit der 6-jährigen Kinder	82
2.1.4.1.4 Zahn- und Mundgesundheit der Kinder in den Grundschulen	83
2.1.4.1.5 Zahn- und Mundgesundheit in den 5. und 6. Klassen	85
2.1.4.1.6 Zahn- und Mundgesundheit in den 7. bis 12./13. Klassen.....	86
2.1.4.1.7 Zahn- und Mundgesundheit der Förderschüler	88
2.1.4.1.8 DMF/T-Index der 12-Jährigen.....	90
2.1.4.2 Die zahnmedizinische Prävention in der Hansestadt Rostock.....	91
2.1.4.2.1 Säulen der Gruppenprophylaxe	91
2.1.4.2.2 Zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen	93
2.1.4.2.3 Intensivprophylaxeprogramm	95
2.1.4.3 Handlungsempfehlungen und Schlussfolgerungen	96
2.2 GESUNDHEITLICHE LAGE DER ARBEITENDEN BEVÖLKERUNG AM BEISPIEL DER	
VERSICHERTEN DER AOK-NORDOST	101
<i>Anica Stürtz</i>	
2.2.1 <i>Entwicklung des Krankenstandes</i>	<i>102</i>
2.2.2 <i>Arbeitsunfähigkeitstage nach Diagnosehauptgruppen</i>	<i>106</i>
2.2.3 <i>Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Diagnosehauptgruppen.....</i>	<i>108</i>
3 AUSGEWÄHLTE ERKRANKUNGEN UND STERBEFÄLLE	111
3.1 MELDEPFLICHTIGE INFEKTIONSKRANKHEITEN	111
<i>Anica Stürtz und Kerstin Neuber</i>	
3.1.1 <i>Bakteriell und viral bedingte Durchfallerkrankungen</i>	<i>112</i>
3.1.2 <i>Weitere meldepflichtige Infektionskrankheiten/ impfpräventable Erkrankungen .</i>	<i>121</i>
3.1.3 <i>Sexuell übertragbare Infektionen bzw. Blutkontaktinfektionen</i>	<i>126</i>
3.1.4 <i>Multiresistente Bakterien</i>	<i>128</i>
3.1.5 <i>Handlungsempfehlungen und Schlussfolgerungen</i>	<i>129</i>
3.2 STERBLICHKEIT UND TODESURSACHEN	130
<i>Anica Stürtz</i>	
3.2.1 <i>Sterblichkeit nach Geschlecht und Alter.....</i>	<i>130</i>
3.2.2 <i>Säuglingssterblichkeit.....</i>	<i>132</i>
3.2.3 <i>Todesursachen.....</i>	<i>134</i>
4 RESSOURCEN DER GESUNDHEITLICHEN UND PFLEGERISCHEN VERSORGUNG ..	
.....	141
4.1 MEDIZINISCHE VERSORGUNG	141
<i>Anica Stürtz und Sabine Schmidt und Karin Marquardt</i>	
4.1.1 <i>Ambulante vertragsärztliche Versorgung</i>	<i>141</i>

4.1.2	Zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung	150
4.1.3	Nichtärztliche Heilberufe	152
4.1.4	Stationäre und teilstationäre medizinische Versorgung	153
4.1.5	Palliativmedizinische Versorgung	158
4.2	PFLEGERISCHE VERSORGUNG	160
	<i>Anica Stürtz und Sabine Schmidt</i>	
4.2.1	Pflegebedürftige	161
4.2.2	Ambulante Pflegedienste	164
4.2.3	Stationäre Pflegeeinrichtungen	170
4.2.4	Pflegestützpunkte	172
4.3	REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN	174
	<i>Anica Stürtz und Sabine Schmidt</i>	
4.4	VERSORGUNG VON PSYCHISCH KRANKEN UND SEELISCH BEHINDERTEN MENSCHEN SOWIE STRUKTUREN DER SUCHTKRANKENHILFE	175
	<i>Anica Stürtz und Thomas Leyk</i>	
4.4.1	Versorgungsangebote für psychisch Kranke und seelisch behinderte Menschen	183
4.4.2	Versorgungsangebote der Suchtkrankenhilfe	186
	<i>Anica Stürtz und Doreen Donath</i>	
4.5	APOTHEKEN	192
	<i>Anica Stürtz und Sabine Schmidt</i>	
4.6	DAS GESUNDHEITSAMT DER HANSESTADT ROSTOCK – EIN AMT MIT BREIT GEFÄCHERTEM AUFGABENSPEKTRUM	195
	<i>Markus Schwarz</i>	
4.7	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	202
	<i>Anica Stürtz</i>	
5	KOMMUNALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND SELBSTHILFE	208
	<i>Kristin Schünemann</i>	
5.1	KOMMUNALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG	208
5.2	SELBSTHILFE	213
5.3	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	215
6	ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT	218
	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	VI
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	VII
	TABELLENVERZEICHNIS	XIV

1 Bevölkerung und soziale Lage

1.1 Bevölkerung

Anica Stürtz

1.1.1 Bevölkerung nach Stadtbereichen

Die Hansestadt Rostock ist eine kreisfreie Stadt im Norden Deutschlands mit Lage an der Ostsee. Sie ist vom Landkreis Rostock umgeben und wird durch die Warnow in eine westliche und eine östliche Stadthälfte geteilt. Im Westen der Hansestadt befindet sich der größte bebaute Teil Rostocks. Die Osthälfte ist durch den Überseehafen, weitere Gewerbestandorte und das Waldgebiet der Rostocker Heide gekennzeichnet.¹ Die Gesamtfläche der Hansestadt Rostock beträgt einschließlich Warnow ca. 181 km², die Fläche ohne Warnow umfasst ca. 168 km². Mit dieser Fläche und einer Einwohnerzahl von 203.673 ist Rostock die größte Stadt des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Stand: 31.12.2013).² Als geografischer Mittelpunkt zwischen den Metropolen Hamburg, Kopenhagen/ Öresund, Stettin und Berlin wird Rostock eine übergeordnete Funktion für die Region zuteil. Ihre strategisch besonders günstige Lage in Küstennähe und südlich von Skandinavien ermöglichen es, wichtige Koordinierungs- und Steuerungsfunktionen zu übernehmen. Ferner besitzt die Hafenstadt Rostock einen für Passagierverkehr und Güterumschlag bedeutenden Seehafen wie auch Kreuzfahrthafen in Deutschland. *„Rostock [ist] ein wichtiger Standort der maritimen Verbundwirtschaft in Deutschland, Knotenpunkt internationaler Logistikketten und größtes Wirtschafts- und Dienstleistungszentrum im Land Mecklenburg-Vorpommern.“*³ Dafür verfügt Rostock über eine gute Verkehrsanbindung – die Autobahnen A19 und A20, die Bundesstraßen B103, B105 sowie B110, den Flughafen Rostock-Laage-Güstrow und einen Eisenbahnanschluss, u. a. nach Berlin, Leipzig, Schwerin und Hamburg. Als Wissenschaftszentrum in Mecklenburg-Vorpommern – Rostock verfügt über zahlreiche Bildungs- und Forschungseinrichtungen – repräsentiert die kreisfreie Stadt gleichermaßen ein einmaliges Reservoir für den Wissens-, Kreativitäts- und Innovationsaustausch. Die Hansestadt Rostock wird als kultureller und wirtschaftlicher Entwicklungsmotor im Land Mecklenburg-Vorpommern angesehen.⁴

Das Stadtgebiet Rostocks unterteilt sich in 31 Ortsteile. Diese wurden für statistische Zwecke in 21 Stadtbereiche (A bis U) zusammengefasst. (Abb. 1.1)

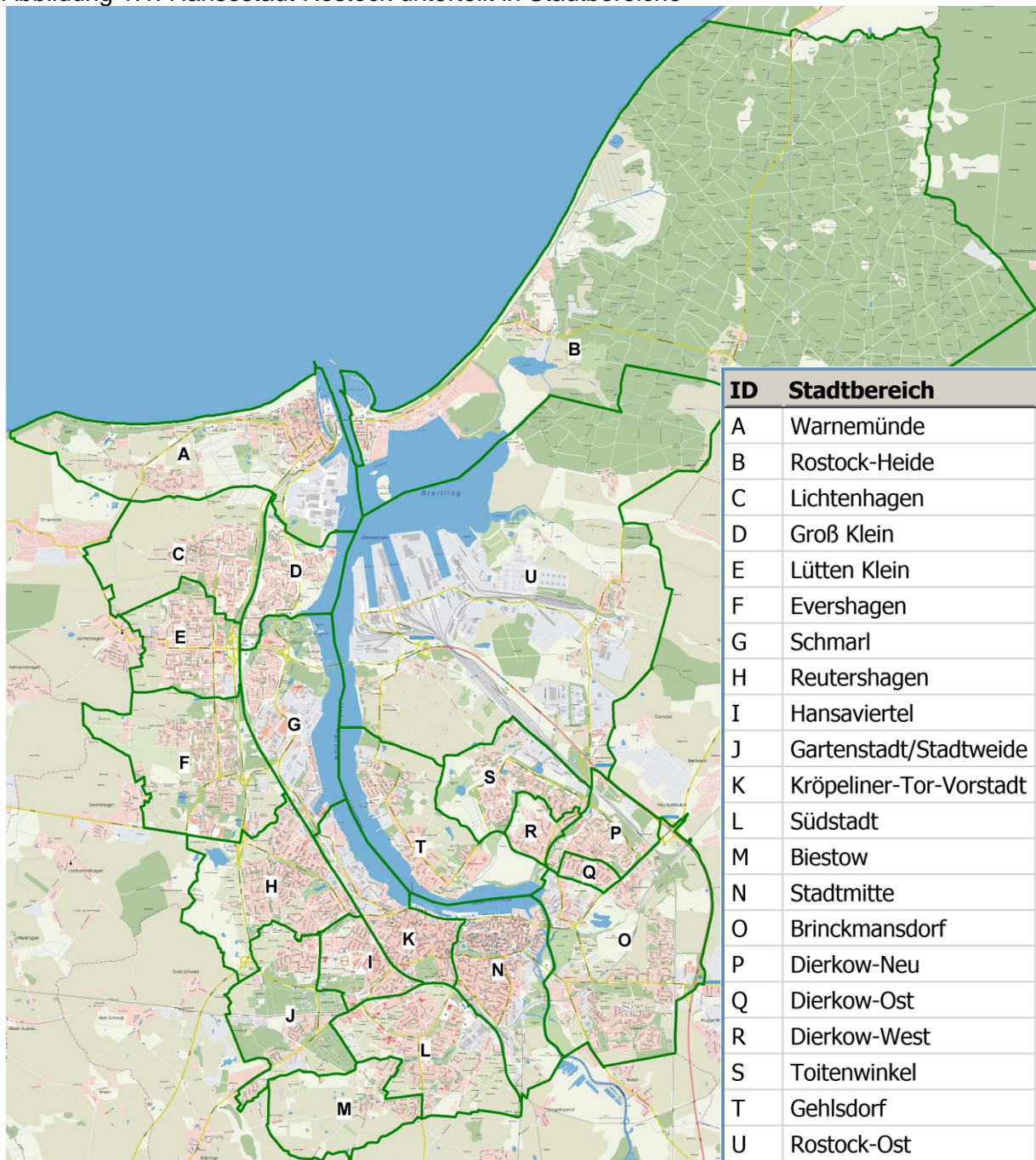
¹ vgl. Hansestadt Rostock, Büro des Oberbürgermeisters, Presse- und Informationsstelle 2007

² Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister

³ Hansestadt Rostock, Presse- und Informationsstelle 2012: 5

⁴ vgl. ebd., Hansestadt Rostock, Tourismuszentrale Rostock und Warnemünde 2008

Abbildung 1.1: Hansestadt Rostock unterteilt in Stadtbereiche



Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle

Im nordwestlichen Teil von Rostock befindet sich Warnemünde (A). Dieser Stadtbereich schließt die Ortsteile Seebad Warnemünde und Diedrichshagen mit ein. Nordöstlich von der Warnow erstreckt sich der Stadtbereich Rostock-Heide (B). In diesem werden die Ortsteile Hohe Düne, Markgrafenheide, Hinrichshagen, Torfbrücke und Wiethagen zusammengefasst. Im Nordwesten von Rostock befinden sich die Stadtbereiche Lichtenhagen (C), Groß Klein (D), Lütten Klein (E), Evershagen (F) und Schmarl (G). Den Westen der Hansestadt bilden die Stadtbereiche Reutershagen (H), Hansaviertel (I) und Gartenstadt/Stadtweide (J). Südlich von der Warnow liegen die Stadtbereiche Kröpeliner-Tor-Vorstadt (K), Südstadt (L), Biestow (M), Stadtmitte (N) und Brinckmansdorf (O). An Brinckmansdorf (O) grenzen die Stadtbereiche

Dierkow-Neu (P), Dierkow-Ost (Q) und Dierkow-West (R). Zusammen mit Gehlsdorf (T), Toitenwinkel (S) und Rostock-Ost (U) – Rostock-Ost umfasst die Ortsteile Krummendorf, Hinrichsdorf, Nienhagen, Peez, Stuthof und Jürgeshof – formen diese Stadtbereiche den Osten der Hansestadt.

Im Jahr 2013 zählte die Hansestadt Rostock 203.673 Einwohner (Stichtag: 31.12.2013). Neben dem Bevölkerungsstand werden in der Tab. 1.1 der Anteil der Bevölkerung, gemessen an der Gesamtbevölkerung der Hansestadt Rostock, die Fläche in km², und die sich daraus ergebende Bevölkerungsdichte nach Stadtbereichen (A bis U) und für Gesamt-Rostock abgebildet. Hierbei wird deutlich, dass in der Kröpeliner-Tor-Vorstadt (9,5%), dicht gefolgt von der Stadtmitte (9,1%) und Reutershagen (8,9%), der größte Anteil der Bevölkerung der Hansestadt wohnt. Die Stadtbereiche Rostock-Heide (0,8%), Rostock-Ost (0,6%) und Dierkow-West (0,6%) sowie Dierkow-Ost (0,5%) machen hingegen den kleinsten Anteil der Gesamtbevölkerung aus. (Tab. 1.1)

Tabelle 1.1: Stadtbereiche in der Hansestadt Rostock 2013

Stadtbereich	Bevölkerung mit Hauptwohnung	Anteil an der Gesamtbevölkerung der Hansestadt Rostock (in%)	Fläche in km ²	Bevölkerungsdichte (Einw./km ²)
A Warnemünde	7.864	3,9	9,5	825,8
B Rostock-Heide	1.563	0,8	52,4	29,8
C Lichtenhagen	14.255	7,0	5,9	2.407,5
D Groß Klein	12.903	6,3	2,3	5.537,8
E Lütten Klein	16.983	8,3	3,6	4.769,2
F Evershagen	16.585	8,1	7,0	2.372,3
G Schmarl	8.412	4,1	4,4	1.899,7
H Reutershagen	18.114	8,9	5,7	3.156,8
I Hansaviertel	8.509	4,2	2,0	4.352,4
J Gartenstadt/Stadtweide	3.295	1,6	4,8	681,6
K Kröpeliner-Tor-Vorstadt	19.438	9,5	3,0	6.547,0
L Südstadt	14.700	7,2	5,6	2.627,8
M Biestow	2.844	1,4	3,8	745,7
N Stadtmitte	18.513	9,1	4,7	3.977,0
O Brinckmansdorf	8.165	4,0	10,2	800,0
P Dierkow-Neu	10.579	5,2	2,2	4.765,3
Q Dierkow-Ost	1.095	0,5	0,5	2.138,7
R Dierkow-West	1.172	0,6	1,0	1.160,4
S Toitenwinkel	13.269	6,5	3,7	3.606,7
T Gehlsdorf	4.232	2,1	4,9	858,9
U Rostock-Ost	1.183	0,6	30,8	38,4
Hansestadt Rostock	203.673	100,0	181,3	1.123,7

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister (Stand: 31.12.2013)

Angesichts der Bevölkerungsdichte von Mecklenburg-Vorpommern, welche 69 Einwohner/ km² (31.12.2013) beträgt⁵, weist die Hansestadt Rostock mit 1.124 Einwohnern pro km² eine, im Vergleich zum Bundesland, überdurchschnittliche Bevölkerungsdichte auf. Aus der Tab. 1.1 wird die Kröpeliner-Tor-Vorstadt mit einer Bevölkerungsdichte von 6.547 Einwohnern pro km² als der am dichtesten besiedelte Stadtbereich erkennbar. Auch die Stadtbereiche Groß Klein (5.537,8 Einwohner/ km²), Lütten Klein (4.769,2 Einwohner/ km²), Dierkow-Neu (4.765,3 Einwohner/ km²) und das Hansaviertel (4.352,4 Einwohner/ km²) weisen, im Vergleich zu den anderen Stadtbereichen, eine deutlich höhere Besiedlungsdichte auf und liegen damit weit über der Bevölkerungsdichte der Hansestadt. Die flächenmäßig größten Stadtbereiche Rostock-Heide (52,4 km²) und Rostock-Ost (30,8 km²) gehören hingegen zu den Gebieten mit der niedrigsten Einwohnerdichte (29,8 bis 38,4 Einwohner/ km²).

1.1.2 Entwicklung der Bevölkerungszahl

Seit dem Jahr 1992 bis hin zum Jahr 1994 sank die Bevölkerung der Hansestadt Rostock von 240.481 auf 230.919 Einwohner. Damit lässt sich, innerhalb dieses Zeitraumes, ein durchschnittlicher Bevölkerungsrückgang von ca. 2% verzeichnen. Ursächlich dafür waren ein Überschuss an Sterbefällen (Abb. 1.10) und ein negativer Wanderungssaldo (Abb. 1.11). Dieser Bevölkerungsrückgang setzte sich über die Folgejahre von 1995 bis 2002 fort und erreichte im Jahr 2002, mit einer Bevölkerungszahl von 194.978, einen neuen Tiefstand. Damit betrug die Bevölkerung der Hansestadt im Jahr 2002, im Vergleich zum Jahr 1994 (240.481), nur noch etwa 85%. Ab dem Jahr 2003 kam es, bedingt durch einen positiven Wanderungssaldo – die Zuzüge überwogen die Fortzüge –, zu einem Bevölkerungswachstum (Abb. 1.11). Waren es im Jahr 2003 noch 195.157 Menschen, die in der Hansestadt Rostock lebten, bewirkte ein durchschnittlicher Anstieg zwischen 0,1% (2005) bis 0,6% (2010) ein Bevölkerungswachstum auf 200.621 bis zum Jahr 2010. In den Folgejahren von 2011 (202.131), über 2012 (203.104) bis 2013 verzeichnete sich, auf der Grundlage eines positiven Wanderungssaldos, nochmals ein Bevölkerungswachstum von 202.131 auf 203.673.⁶ (Abb. 1.11).

Der Anteil der ausländischen Bevölkerung⁷ in der Hansestadt erhöhte sich von 2004 bis 2008 leicht von 3,4% auf 3,7%. In den Jahren 2009 und 2010 ging er wieder zurück, anschließend erfolgte eine erneute leichte Zunahme. Im Jahr 2013 wurden unter der Rostocker Bevölkerung 7.909 Personen gemeldet, die keine deutsche Staatsbürgerschaft besaßen. Damit wurde 2013 in der Hansestadt der vorerst höchste Anteil der ausländischen Bevölkerung (3,9%) der vergangenen Jahre erreicht.⁸ Hintergründe für diese Entwicklung sind in der politischen Situation Nordafrikas und im „Nahen Osten“ sowie in der visafreien Einreise aus Serbien, Bosnien und Herzegowina, Mazedonien und dem Kosovo zu suchen. Schon zum Ende des Jahres 2010 erteilte das Land Mecklenburg-Vorpommern Weisungen an die Landkreise und kreisfreien, Städte sich auf einen steigenden Zulauf vorzubereiten und ihre Aufnahmemöglichkeiten

⁵ Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern Schwerin

⁶ Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister

⁷ Als Ausländer werden alle Personen bezeichnet, die keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. Sie sind nicht Deutsche im Sinne des Art. 116 Abs. 1 GG. Auch Staatenlose und Personen mit ungeklärter Staatsangehörigkeit zählen zu der Gruppe der Ausländer. Personen, die über zwei Staatsangehörigkeiten verfügen, eine deutsche und eine fremde, gehören nicht zur ausländischen Bevölkerung. (vgl. Statistisches Bundesamt 2014a:4)

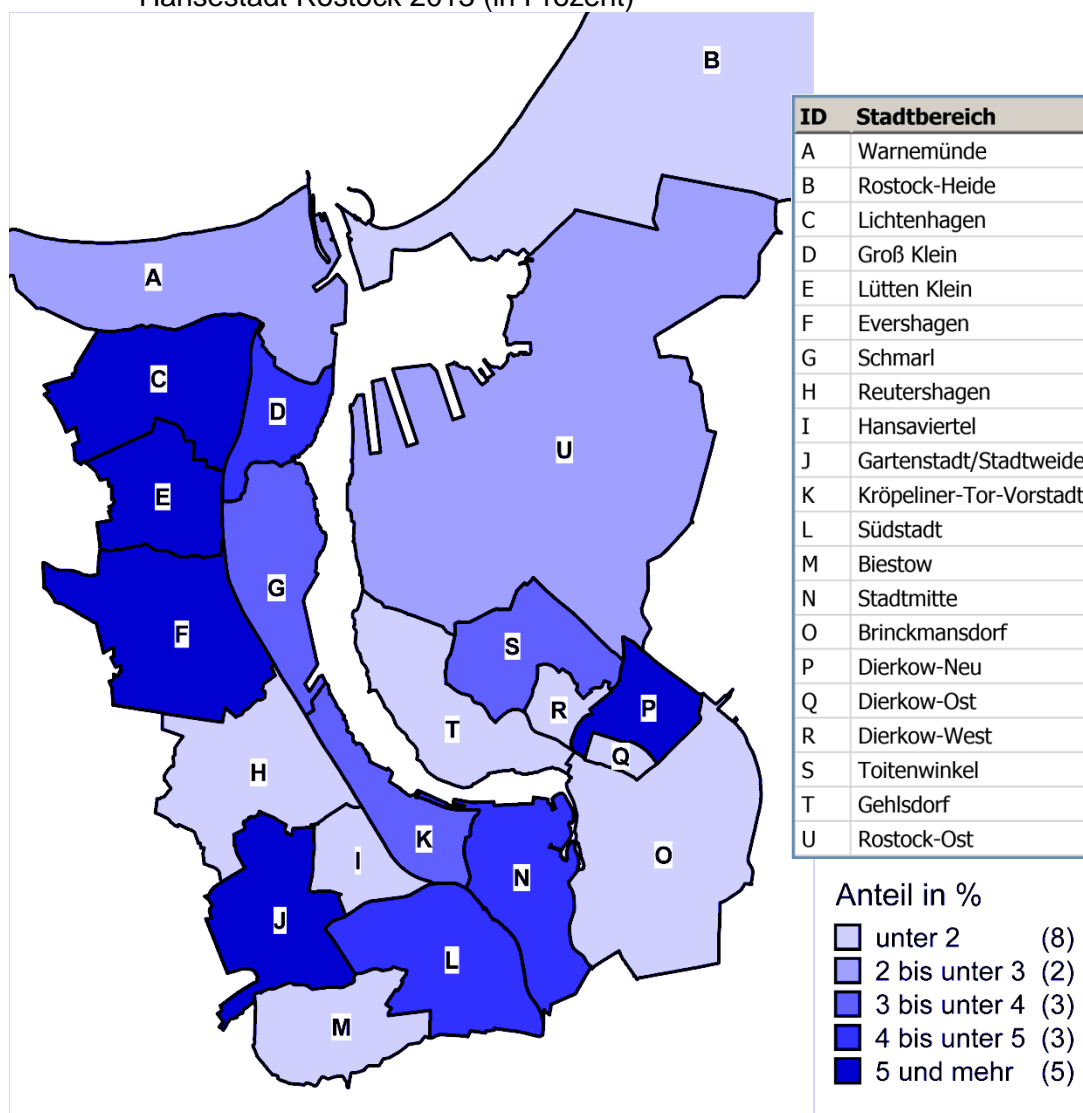
⁸ Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister

ten für Flüchtlinge zu erweitern.⁹ Um freie Kapazitäten zu generieren, entschied sich die Stadtverwaltung der Hansestadt für eine dezentrale Unterbringung (in eigenem Wohnraum).¹⁰ Diese Variante der Quartierzuweisung spiegelt sich in der Abb. 1.2 wieder, in welcher die prozentuale Verteilung der ausländischen Bevölkerung über das Stadtgebiet Rostock für das Jahr 2013 veranschaulicht wird. (Abb. 1.2) Die Ziffern in den Klammern stehen für die Anzahl der Stadtbereiche, die den Anteil der jeweiligen Kategorie aufweisen. Demnach haben bspw. acht Stadtbereiche der Hansestadt Rostock einen Anteil von weniger als 2% ausländischer Einwohner. (Abb. 1.2)

⁹ Für politisch Verfolgte gilt in Deutschland das Asylrecht – das ist ein im Grundgesetz verankertes Grundrecht. Beantragt ein Ausländer in Deutschland Asyl, schließt sich ein Anerkennungsverfahren nach dem Asylverfahrensgesetz an. Das Asylverfahren wird durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) geleitet. Dieses Bundesamt verteilt die Asylbewerber auf die Aufnahmeeinrichtungen der Bundesländer. (vgl. Regierungsportal Mecklenburg-Vorpommern) Der Anteil der Asylbewerber, den ein jedes Bundesland aufnehmen muss, wird u. a. über bestehende Aufnahmequoten bestimmt. Diese werden auf der Basis des „Königsteiner Schlüssels“ festgesetzt, welcher auf der Grundlage der Steuereinnahmen und Einwohnerzahl eines Bundeslandes berechnet wird. (vgl. BAMF 2014) Nachdem alle Asylantragsteller entsprechend des Verteilungsschlüssels den Bundesländern zugeordnet wurden, werden diese landesintern den kommunalen Gebietskörperschaften – den Landkreisen und kreisfreien Städten – zugeteilt. (vgl. Regierungsportal Mecklenburg-Vorpommern, Hansestadt Rostock, Amt für Jugend und Soziales 2012: 1) Diese Zuteilung erfolgt mit Hilfe eines computerbasierten Verteilungssystems namens „EASY“ (Erstverteilung von Asylbegehrenden) und garantiert, dass Mecklenburg-Vorpommern sowie alle anderen Bundesländer eine ihrem Anteil am „Königsteiner Schlüssel“ gemäße Personenzahl aufnehmen. (vgl. Landesamt für innere Verwaltung Mecklenburg-Vorpommern, Amt für Migration und Flüchtlingsangelegenheiten 2013: 2, BAMF 2014) Die Aufnahmequote für die Hansestadt Rostock wird durch das Ministerium des Inneren und Sport festgelegt. (vgl. Hansestadt Rostock, Amt für Jugend und Soziales 2012: 1)

¹⁰ vgl. Hansestadt Rostock, Amt für Jugend und Soziales 2012: 3

Abbildung 1.2: Anteil der ausländischen Einwohner mit Hauptwohnungen gemessen an den Einwohnern mit Hauptwohnungen insgesamt in den Stadtbereichen der Hansestadt Rostock 2013 (in Prozent)



Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister (Stand: 31.12.2013)

Der Stadtbereich Gartenstadt/Stadtweide weist im Vergleich zu den anderen Stadtbereichen mit 9,3% den größten Anteil an ausländischer Bevölkerung auf. Hintergrund dafür ist das in diesem Stadtbereich liegende Asylbewerberheim, welches als Erstaufnahme-Einrichtung für Asylsuchende gilt und die Ursache für einen hohen Anteil an ausländischer Bevölkerung darstellt.¹¹ Weiterhin zeichnen sich die Stadtbereiche Evershagen (6,1%), Dierkow-Neu (5,3%), Lütten Klein (5,2%) und Lichtenhagen (5,0%) durch einen ebenfalls höheren Anteil aus.¹² (Abb. 1.2) „Die meisten der insgesamt 7.909 ausländischen Einwohner [...] wohnen in den Stadtbereichen: Evershagen [1.009 ausländische Personen], Stadtmitte [893 ausländische Personen], Lütten Klein [884 ausländische Personen], Südstadt [704 ausländische Personen]

¹¹ vgl. NNN Norddeutsche Neueste Nachrichten GmbH 2014

¹² Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister

sowie der Kröpeliner-Tor-Vorstadt [690 ausländische Personen].“¹³ Diese dezentrale Verteilung lässt sich, wie oben bereits erwähnt, auf einen steigenden Zustrom ab dem Jahr 2010 zurückführen, bei dem neue Kapazitäten erschlossen wurden und damit eine auf die Hansestadt verteilte Unterbringung in eigenem Wohnraum stattfand. In der Zukunft wird damit gerechnet, dass die Zuweisungszahlen in der Hansestadt Rostock weiter steigen werden.¹⁴ Der kontinuierliche Anstieg der Aufnahmequote der vergangenen zehn Jahre untermauert diese Annahme: ausgehend von 5,68 Asylbewerber v. H. im Jahr 2004 hat sich die Aufnahmequote der Hansestadt auf 6,25 Asylbewerber v. H. bis 2013 erhöht.¹⁵

Rostocks Anteil ausländischer Bevölkerung ist mit 3,9% (2013)¹⁶ im Vergleich zu Mecklenburg-Vorpommerns Anteil (2013: 2,2%)¹⁷ leicht höher. Eine Erklärung ist zum einem in der Zuordnung der Asylbewerber nach dem Verteilungsschlüssel zu suchen – als größte Stadt Mecklenburg-Vorpommerns steht die Hansestadt gemäß des „Königsteiner Schlüssels“ in der Pflicht eine größere Anzahl an Asylsuchenden aufzunehmen. Eine andere Begründung resultiert daher, dass die Hansestadt z. B. in den Jahren 2003 bis 2009 zunehmend Asylbewerber anderer Landkreise aufgenommen hat, weil deren Unterkünfte keine Aufnahme mehr zuließen.¹⁸ Im Bundesländervergleich zum Stichtag 31.12.2013 ist Mecklenburg-Vorpommern das Bundesland mit den wenigsten Einwohnern ohne deutsche Staatsbürgerschaft und hat mit Brandenburg und Sachsen-Anhalt den zweitniedrigsten Anteil ausländischer Bevölkerung hinter Thüringen (2,2%). Die Hansestadt Hamburg hingegen weist den höchsten Anteil ausländischer Bevölkerung auf (14,4%).¹⁹

Bei der Betrachtung der geschlechterspezifischen Bevölkerungsentwicklung der vergangenen 20 Jahre sind geringfügige Unterschiede erkennbar. Nach Daten der Kommunalen Statistikstelle der Hansestadt Rostock lebten zum Stichtag 31.12.2013 104.231 Frauen und 99.442 Männer in Rostock. Dabei überwog stets die Anzahl der Frauen die der Männer – im Durchschnitt gab es in der Hansestadt Rostock, im dargestellten Zeitverlauf, circa 105 Frauen auf 100 Männer. Von 1992 bis zum Jahr 2013 verlief die Bevölkerungsentwicklung geschlechterspezifisch nahezu identisch. Im Zeitintervall von 1992 bis 2002 ist bei beiden Geschlechtern ein Bevölkerungsrückgang, im Intervall von 2003 bis 2013 ein Bevölkerungszuwachs zu verzeichnen. (Abb. 1.3) Bei der Geschlechterverteilung der ausländischen Bevölkerung ist ein anderes Verhältnis erkennbar. Hier überwiegt die Zahl der ausländischen Männer (4.266 Personen/ 31.12.2013) die Zahl der ausländischen Frauen (3.643 Personen/ 31.12.2013).²⁰

¹³ Hansestadt Rostock, Presse- und Informationsstelle 2014: 36

¹⁴ vgl. Hansestadt Rostock, Amt für Jugend und Soziales 2012: 13

¹⁵ Quelle: Amt für Jugend und Soziales der Hansestadt Rostock

¹⁶ Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister

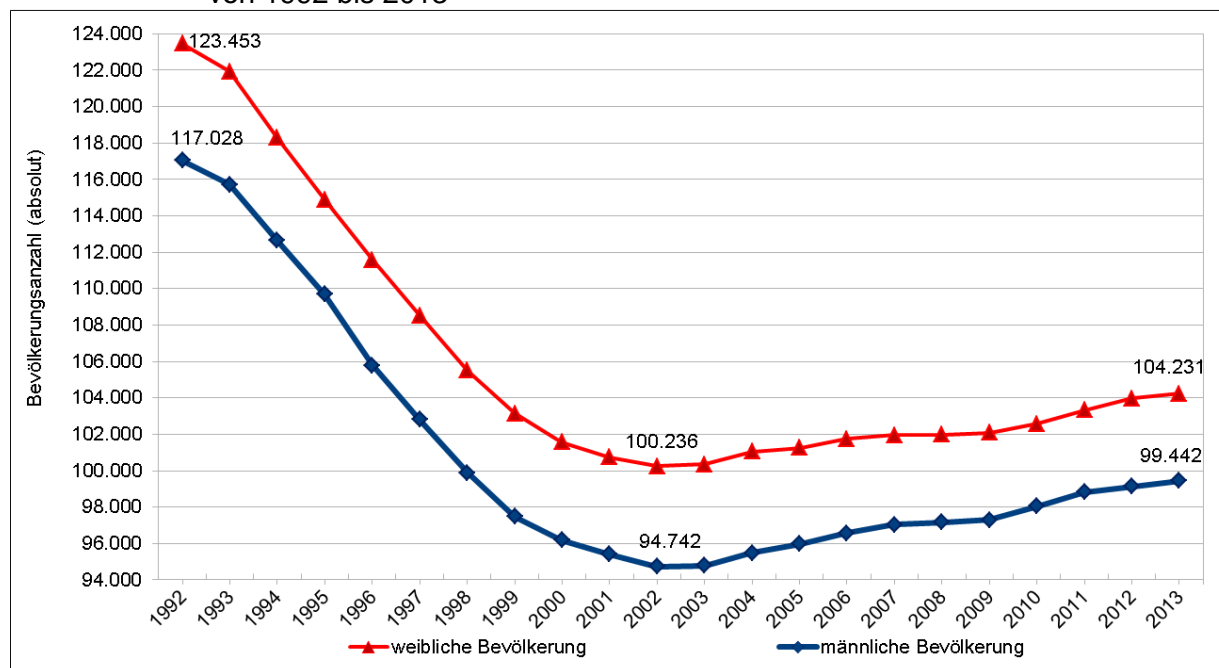
¹⁷ Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern Schwerin

¹⁸ vgl. Hansestadt Rostock, Amt für Jugend und Soziales 2012: 2

¹⁹ Quelle: Eigene Berechnung nach Daten des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2014b)

²⁰ Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister

Abbildung 1.3: Geschlechterspezifische Bevölkerungsentwicklung in der Hansestadt Rostock von 1992 bis 2013



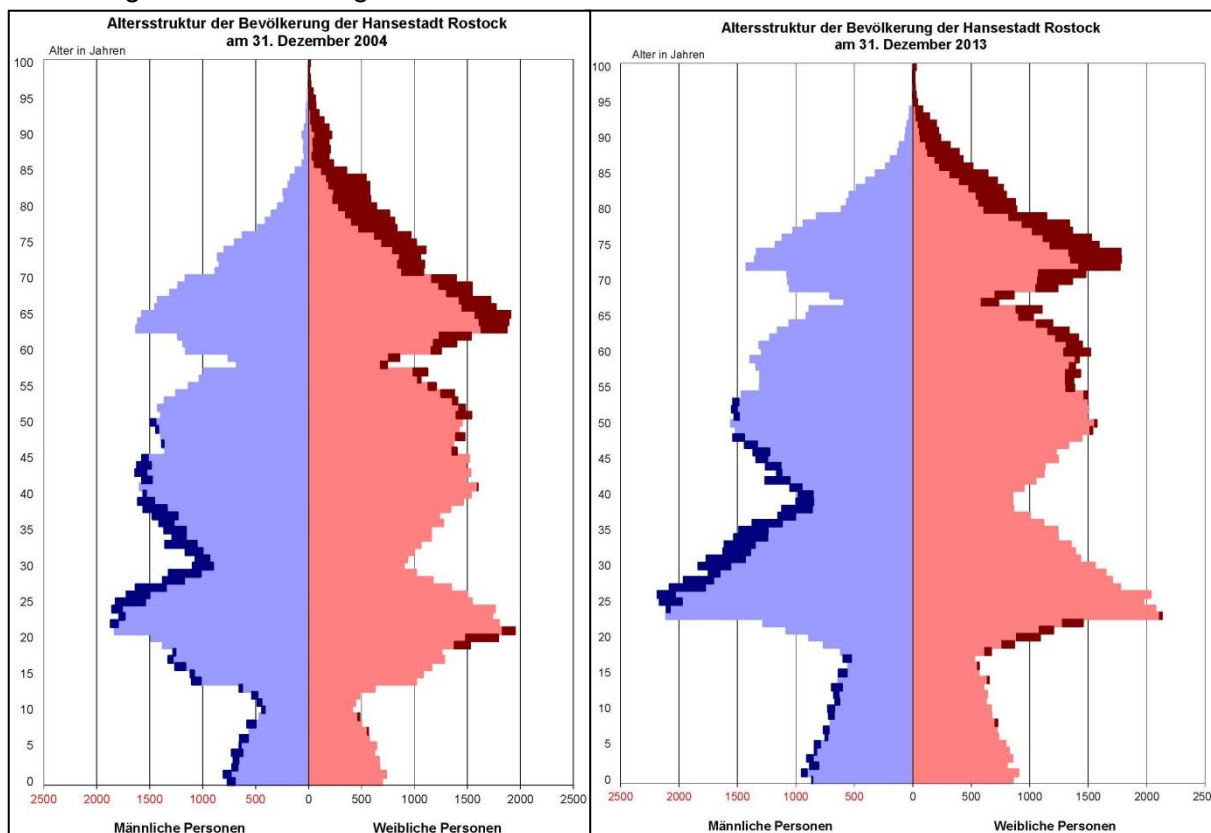
Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister

Im Rahmen einer Darstellung der Entwicklung der Bevölkerung in der Hansestadt Rostock bedarf es auch einer Betrachtung der Altersstruktur. Anhand der Abb. 1.4 in der je eine Bevölkerungspyramide für die Jahre 2004 und 2013 (Stand: 31.12.) dargestellt wird, lässt sich die Verteilung einzelner Geburtenjahrgänge, nach dem Geschlecht differenziert, ablesen. Dabei gibt die linke Seite der Bevölkerungspyramide – blau hinterlegt – Auskunft über die Anzahl der männlichen Bevölkerung je Altersjahr zum jeweiligen Stichtag, und die rechte Seite der Bevölkerungspyramide – rot hinterlegt – gibt Auskunft über die Anzahl der weiblichen Bevölkerung je Altersjahr zum jeweiligen Stichtag. Überwog die Anzahl der Männer die Anzahl der Frauen in einem Altersjahr zum Stichtag und umgekehrt, ist dies in der Abb. 1.4 in einem dunkleren Blau bzw. Rot farblich hervorgehoben.

Im Vergleich der Bevölkerungsstrukturen der Hansestadt Rostock von 2004 und 2013 wird eine Zunahme der Anteile jüngerer Jahrgänge sichtbar. Im Jahr 2004 gab es 18.965 Personen unter 15 Jahren, im Jahr 2013 (22.687) hingegen 3.722 mehr. Diese Entwicklung lässt sich auf eine stetige Zunahme an Lebendgeborenen zurückführen (Abb. 1.10). In der Bevölkerungspyramide haben sich die geburtenstarken Jahrgänge der Bevölkerung im Jahr 2004 in den Altersgruppen von ca. 15 bis 25 Jahren und ca. 60 bis 70 Jahren für das Jahr 2013 nach 'oben bewegt'. Im Jahr 2004 gab es im Alter zwischen 25 und 45 Jahren einen leichten Männerüberschuss, der sich 2013 verstärkt hat. Einerseits durch einen höheren Anteil an männlichen Lebendgeborenen begründbar, ist diese Entwicklung andererseits auf ein nach Männern und Frauen unterschiedlicher Wanderungssaldo zurückzuführen. Stärkere Zuzüge der Männer gegenüber den Frauen dieser Altersgruppe verursachen einen „Überschuss“ an Männern. Hingegen überwiegt ab dem Alter über 55 Jahre die Zahl der Frauen die der Männer deutlich („Frauenüberschuss“). Dieses Verhältnis zeigt sich in beiden Bevölkerungspyramiden und

ergibt sich aufgrund der höheren Lebenserwartung der Frauen gegenüber den Männern. Im Vergleich der Jahre 2004 und 2013 wird weiterhin eine Zunahme in den höheren Altersgruppen deutlich. 2013 erreichen weitaus mehr Menschen ein höheres Lebensalter als im Vergleich zu 2004, dieses ist der allgemeine Anstieg der Lebenserwartung.²¹ (Abb. 1.4)

Abbildung 1.4: Bevölkerungsstruktur der Hansestadt Rostock 2004 und 2013



Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister (Stand: jeweils zum 31.12.)

Die Bevölkerungsentwicklung der Hansestadt Rostock folgt der gesamtgesellschaftlich vorherrschenden demografischen Entwicklung. Somit nimmt der Anteil der Bevölkerung im Alter von über 65 Jahren kontinuierlich zu und überwiegt den Anteil der Bevölkerung im Kindesalter unter 15 Jahren. Dies stellt auch die Abb. 1.5 zur „Senioren-Kinder-Relation“ heraus. Die „Senioren-Kinder-Relation“ ist ein Maß, welches die Altersstruktur einer Bevölkerung beschreibt und angibt, wie viele Personen im Alter von 65 Jahren und älter der Bevölkerung im Alter bis unter 15 Jahren gegenüber stehen.²² Die Abb. 1.5 verdeutlicht eine starke Zunahme der „Senioren-Kinder-Relation“ im Betrachtungszeitraum. 2004 standen 100 Kinder 207 Senioren gegenüber, damit gab es mehr als doppelt so viele Einwohner im Alter ab 65 Jahre als Kinder. Bis zum Jahr 2007 erhöhte sich die Quote der Senioren weiter auf 235. Im Jahr 2013 wurde mit einer Quote von 206 Senioren ein ähnliches Niveau wie 2004 (207) erreicht. Die Quote der Kinder bis unter 15 Jahren stieg seit 2006, dies bewirkte eine Abflachung der Entwicklung der

²¹ Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister und Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern

²² vgl. Wimes 2014: 19

„Senioren-Kinder-Relation“ und führte seit 2008 bis 2013 sogar zu einer leichten Abnahme des Wertes. (Abb. 1.5)

Abbildung 1.5: Entwicklung der „Senioren-Kinder-Relation“ in der Hansestadt Rostock 2004 bis 2013

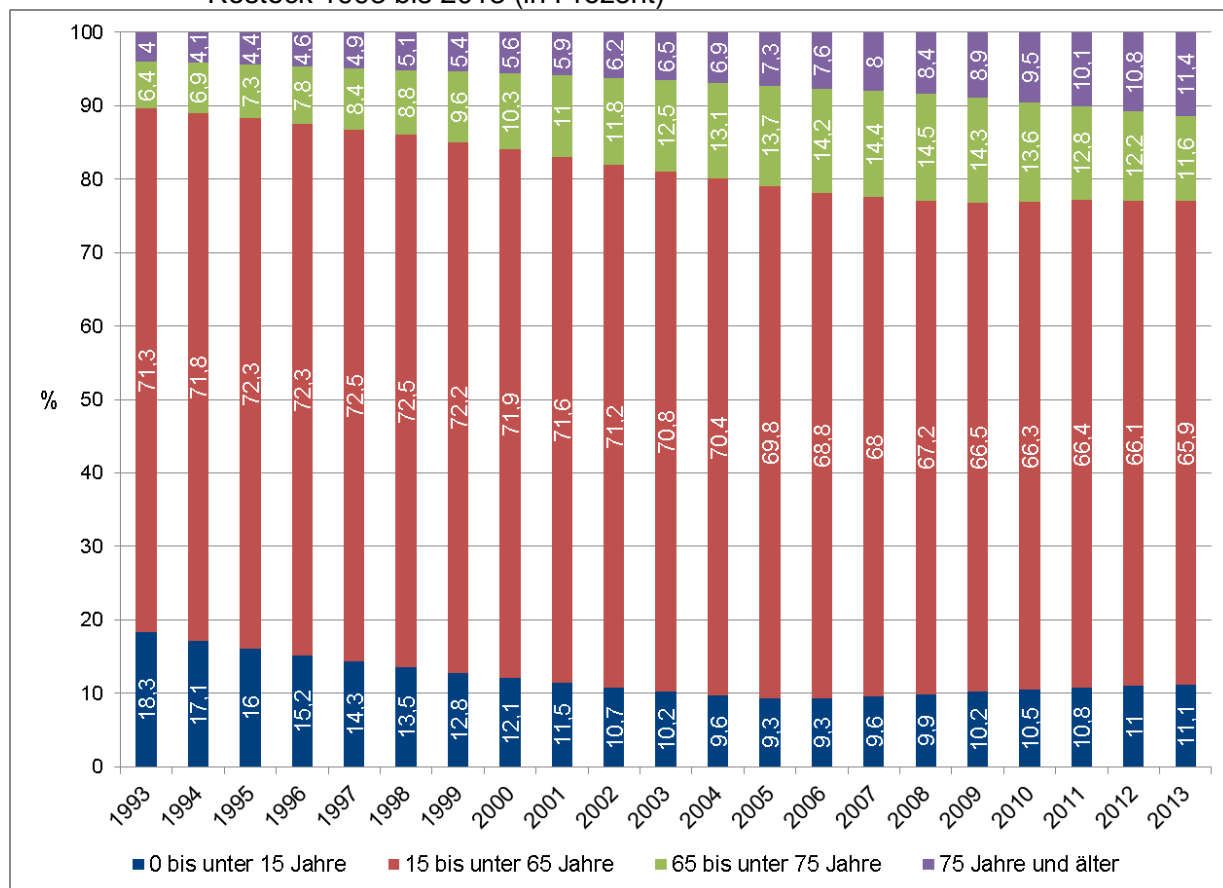


Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister

In Abb. 1.6 werden die Anteile der Altersgruppen an der Bevölkerung von 1993 bis 2013 dargestellt. Wengleich der Anteil der Altersgruppe der 0- bis unter 15-Jährigen seit dem Jahr 2006 schrittweise steigt, so liegt dieser im Vergleich zu 1993 (18,3%) mit 11,1% im Jahr 2013 nach wie vor unter dem Ausgangswert. Im Gegensatz dazu erhöhte sich der Anteil der ab 65-Jährigen deutlich, und zwar von 6,4% in der Altersgruppe der 65- bis unter 75-Jährigen und 4,0% in der Altersgruppe der ab 75-Jährigen im Jahr 1993 auf 11,6% (65- bis unter 75 Jahren) und 11,4% (75 Jahre und älter) in 2013. Diese Entwicklung verdeutlicht sich nochmals, fasst man die ältere Bevölkerung zur Gruppe der ab 65-Jährigen zusammen: War im Jahr 1993 lediglich jeder zehnte Einwohner der Hansestadt Rostock im Alter von 65 Jahren und älter (10,4%), so ist der Anteil bis 2013 deutlich gestiegen (23,0%). Somit hat nahezu jeder Vierte das 65. Lebensjahr erreicht oder überschritten. Hingegen hat der Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15 bis unter 65 Jahren) im Zeitraum von 1993 bis 2013 einen nahezu kontinuierlichen Rückgang von 71,3% auf 65,9% zu verzeichnen.²³ (Abb. 1.6)

²³ Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister

Abbildung 1.6: Anteile der Altersklassen an der Gesamtbevölkerung in der Hansestadt Rostock 1993 bis 2013 (in Prozent)

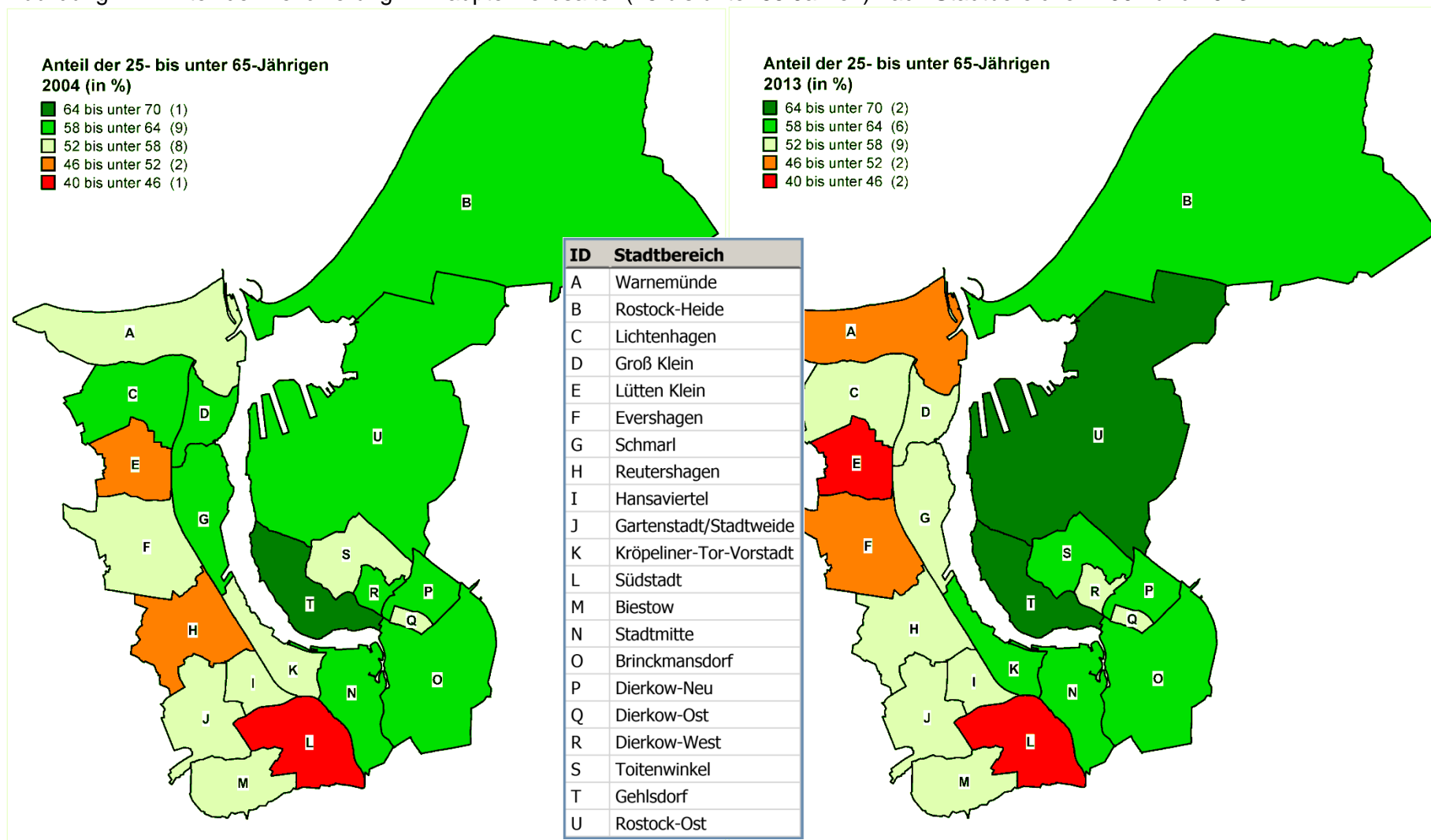


Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach Daten der Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister

In der Abb. 1.7 wird die Entwicklung des Anteils an der Bevölkerung im Haupterwerbsalter²⁴ von 25 bis unter 65 Jahren nach Stadtbereichen im Zehnjahresvergleich für die Jahre 2004 und 2013 dargestellt.

²⁴ Personen im Haupterwerbsalter gehören der Altersgruppe der 25- bis unter 65-Jährigen an. In dieser Altersgruppe finden Jugendliche keine Betrachtung, weil ein Großteil von ihnen noch den Status eines Auszubildenden hat. (vgl. Wimes 2014: 14)

Abbildung 1.7: Anteil der Bevölkerung im Haupterwerbsalter (25 bis unter 65 Jahren) nach Stadtbereichen 2004 und 2013



Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister (Stand: jeweils zum 31.12.)

Im Zeitraum von 2004 bis 2013 hat sich in Rostock die Zahl der Personen im Alter von 25 bis unter 65 Jahren um 4,3% (+4.603 Personen) erhöht. Nachdem die Hansestadt 2004 bis 2006 sowie im Jahr 2009 Einwohnerverluste der 25- bis unter 65-Jährigen verbuchen musste, ereignete sich über die Jahre 2007 und 2008 sowie seit 2010 eine Zunahme der Bevölkerung im Haupterwerbsalter. Nach Stadtbereichen differenziert, ergaben sich im Jahr 2013 gegenüber 2004 in Groß Klein, Schmarl, Reutershagen, Hansaviertel, Gartenstadt/ Stadtweide, Kröpeliner-Tor-Vorstadt, Südstadt, Stadtmitte, Brinckmansdorf, Dierkow-Neu, Toitenwinkel, Gehlsdorf und Rostock-Ost Einwohnergewinne von Personen im Haupterwerbsalter. Der größte absolute Einwohnerverlust war in Lütten Klein (-1.201 Personen) zu verzeichnen. In Rostock-Ost (68,1%), Gehlsdorf (65,4%) und Dierkow-Neu (63,7%) leben – auf die Gesamtbevölkerung je Stadtbereich bezogen – die höchsten Anteile von Menschen im Haupterwerbsalter (25 bis unter 65 Jahren). Demgegenüber weisen Lütten Klein und Südstadt die geringsten Anteile auf. Hintergrund dafür ist der in diesen Stadtbereichen – im innerstädtischen Vergleich – erhöhte Anteil der älteren Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter.²⁵ (Abb. 1.7)

Das Durchschnittsalter der Rostocker Bevölkerung betrug mit Stand vom 31.12.2013 44,8 Jahre. Vor zehn Jahren (2004) war die Gesamtbevölkerung der Hansestadt mit einem Durchschnittsalter von 43,2 Jahren noch 1,6 Jahre jünger, im Jahr 1989 sogar nahezu zehn Jahre jünger (1989: 35 Jahre, 2013: 44,8 Jahre) – ein Ergebnis des demografischen Wandels. Nach Geschlechtern zeigt sich ein deutlicher Unterschied. Männer (43,1 Jahre) sind im Durchschnitt 3,4 Jahre jünger als Frauen (46,5 Jahre) (31.12.2013).²⁶ Ein Vergleich der Durchschnittsalter der Hansestadt Rostock (2013: 44,8 Jahre) mit der Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns (2013: 46,3 Jahre) macht deutlich, dass die Rostocker Bevölkerung etwas jünger ist als die Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns, und zwar um 1,5 Jahre. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch im Vergleich der Hansestadt zur kreisfreien Stadt Schwerin (2013: 46,5 Jahre).²⁷

Die Stadtbereiche der Hansestadt Rostock weisen eine differenzierte Altersstruktur auf. Dies zeigt die Betrachtung des Durchschnittsalters nach Stadtbereichen in der Abb. 1.8. Die Ziffern in den Klammern stehen für die Anzahl der Stadtbereiche, die das jeweilige Durchschnittsalter aufweisen. Demnach beträgt bspw. in vier Stadtbereichen der Hansestadt Rostock das Durchschnittsalter der Rostocker Bevölkerung unter 42 Jahren. (Abb. 1.8)

Die im Durchschnitt jüngsten Einwohner der Hansestadt leben in der Kröpeliner-Tor-Vorstadt (Durchschnittsalter 37 Jahre), gefolgt von der Stadtmitte (Durchschnittsalter 39 Jahre), Dierkow-Neu (Durchschnittsalter 40,7 Jahre) und Toitenwinkel (Durchschnittsalter 41 Jahre). Die Stadtbereiche, die im Gegenteil ein hohes Durchschnittsalter aufweisen, sind Dierkow-West (Durchschnittsalter 51 Jahre), Südstadt und Rostock-Heide (Durchschnittsalter 51,1 Jahre) sowie Dierkow-Ost (Durchschnittsalter 52,3 Jahre). Die Warnemünder haben das höchste Durchschnittsalter (54,1 Jahre).²⁸ Diese Unterschiede im Durchschnittsalter erklären sich durch die unterschiedliche Verteilung der Altersgruppen in den Stadtbereichen. Weil beispielsweise in Warnemünde, im Verhältnis zu den anderen Stadtbereichen, ein sehr geringer Anteil an Kindern unter 6 Jahren (2,8%)

²⁵ Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister

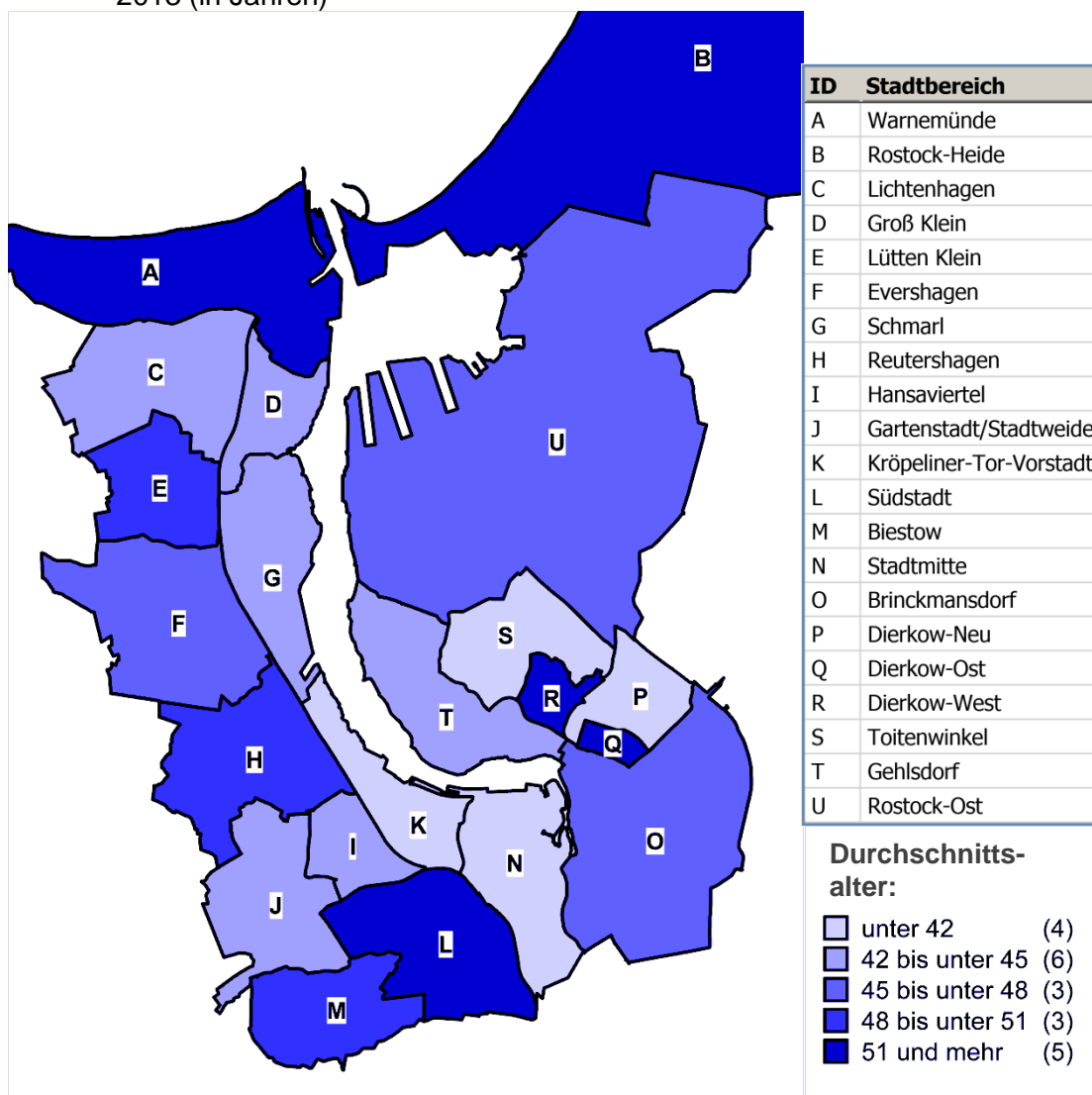
²⁶ Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (1989 bis 1991) und Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister (ab 1992)

²⁷ Berechnungen der Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle auf Basis der Fortschreibung des Zensus (9.11.2011)

²⁸ Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister

und an Jugendlichen im Alter von 15 bis unter 25 Jahren (5%) sowie an Personen im Haupterwerbsalter zwischen 25 bis unter 65 Jahren (50,4%), aber ein großer Anteil an Personen im Alter ab 65 Jahren (37,3%) lebt, hat Warnemünde auch das höchste Durchschnittsalter. Anders ist es in der Kröpeliner-Tor-Vorstadt. Dieser Stadtbereich kennzeichnet sich durch einen vergleichsweise höheren Anteil an Kindern unter 6 Jahren (5,5%) sowie an Jugendlichen im Alter von 15 bis unter 25 Jahren (16,3%). Weiterhin hebt sich die Kröpeliner-Tor-Vorstadt durch einen vergleichsweise höheren Anteil an Personen im Haupterwerbsalter zwischen 25 bis unter 65 Jahren (61,1%) und durch einen sehr niedrigen Anteil an Älteren im Alter ab 65 Jahren (12%) hervor – daher ist sie der jüngste Stadtbereich der Hansestadt.²⁹ (Abb. 1.8)

Abbildung 1.8: Durchschnittsalter der Bevölkerung der Hansestadt Rostock nach Stadtbereichen 2013 (in Jahren)



Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister (Stand: 31.12.2013)

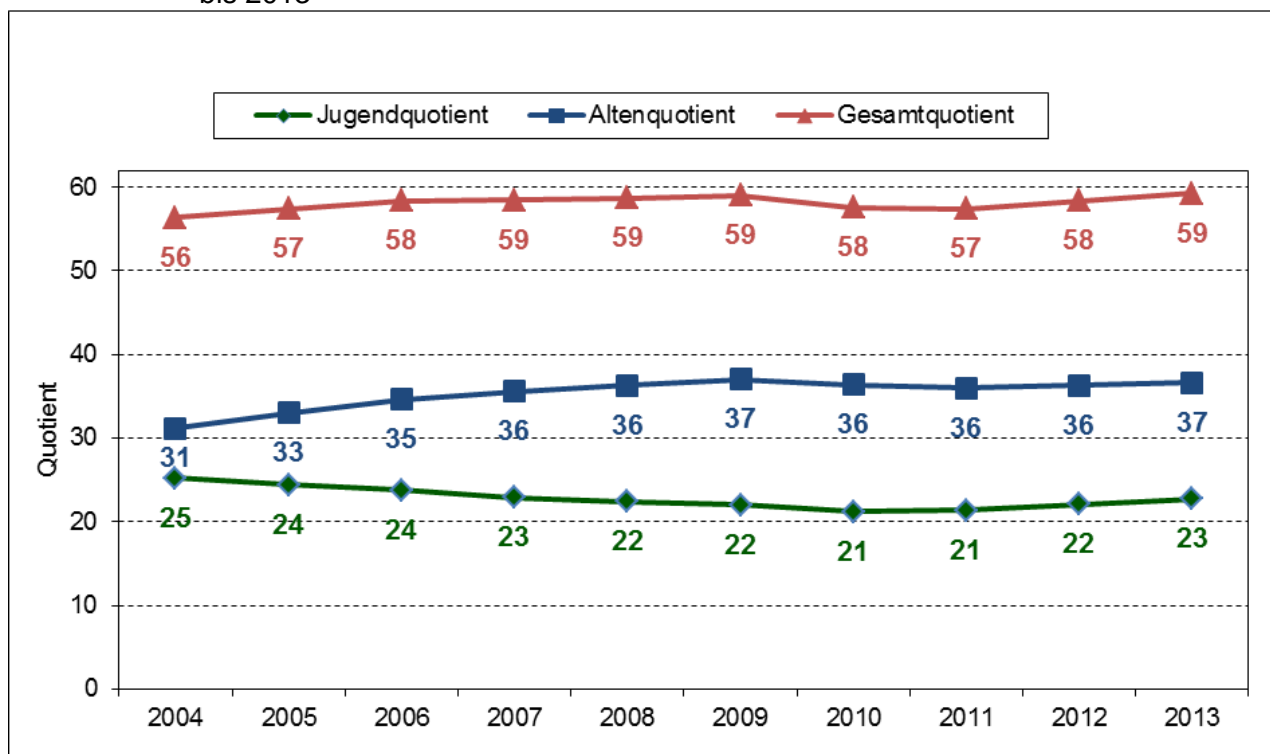
²⁹ Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister

Der Wandel der Altersstruktur – die Einwohnerzahl der jüngeren Altersgruppen geht zurück und die ältere Bevölkerung wächst absolut und auch relativ – zeigt sich auch unter Betrachtung der Entwicklung bestimmter Verhältnisse der Altersgruppen zueinander. Diese Verhältnisse werden als Jugend- und Altenquotient³⁰ in der Abb. 1.9 dargestellt. Zusätzlich wird hier der Gesamtquotient abgebildet. Dieser Wert ergibt sich durch Zusammenfassung des Jugend- und Altenquotienten. Der Alten- und Jugendquotient der Hansestadt Rostock verläuft im Betrachtungszeitraum 2004 bis 2013 unterschiedlich. Während der Altenquotient in diesem von 31 (2004) bis auf 37 (2009) ansteigt und das Niveau bis 2013 beibehält, nimmt der Jugendquotient zunächst von 2004 (25) bis 2010 (21) leicht ab und steigt ab 2012, im Vergleich zum Altenquotient, nur geringfügig. Der relativ starke Anstieg des Altenquotienten resultiert aus der Zunahme der Bevölkerung ab 65 Jahren und der gleichzeitigen Verminderung der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (20 bis unter 65 Jahren). Im Jahr 2013 erreichte der Jugendquotient in der Hansestadt einen Wert von 23, damit stehen 100 Personen im erwerbsfähigen Alter 23 Kinder und Jugendliche im Alter bis unter 20 Jahren gegenüber. Der Altenquotient ergibt im selben Jahr (2013) 37 Personen im Alter von 65 Jahren und älter bezogen auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (20 bis unter 65 Jahren). Der Gesamtquotient zeigt aufgrund des ansteigenden Altenquotienten eine leicht steigende Tendenz – er hat sich von 2004 mit 56 auf 59 im Jahr 2013 erhöht. Somit standen im Jahr 2013 59 Kinder, Jugendliche und Senioren 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (20 bis unter 65 Jahren) gegenüber.³¹ (Abb. 1.9)

³⁰ Für den Jugendquotienten sowie für den Altenquotienten gibt es keine festgeschriebenen Altersgrenzen, am häufigsten werden Abgrenzungen bei 15 bzw. 20 Jahren nach unten und 60 bzw. 65 Jahren nach oben gebraucht. Der Jugendquotient wird im vorliegenden Dokument als Verhältnis der Personen von 0 bis unter 20 Jahren zu den Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren (erwerbsfähiges Alter) angegeben. (vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2014a) Die Zahl der Senioren ab 65 Jahren und älter im Verhältnis zu der Bevölkerung im Alter von 20 bis unter 65 Jahren definiert im Dokument den Altenquotienten. (vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2014b) Diese gewählten Altersgrenzen für Jugend- und Altenquotient sind keine tatsächlichen Abgrenzungen der Nichterwerbsbevölkerung von der erwerbsfähigen Bevölkerung. Das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben kann vor allem in historischen oder internationalen Gegenüberstellungen in verschiedenem Alter erfolgen sowie die tatsächliche Erwerbstätigkeit durch unterschiedliche Ursachen beeinflusst werden. Aus diesem Grund sind der Jugend- und der Altenquotient eher als eine Rechengröße zu verstehen: Der Jugendquotient zur Bewertung möglicher Abhängigkeit der jungen – überwiegend noch nicht erwerbstätigen – Bevölkerungsgruppe von der erwerbsfähigen Bevölkerung. Der Altenquotient zur Bewertung potenzieller Abhängigkeit der älteren – überwiegend nichterwerbsfähigen – Bevölkerungsgruppe von der Bevölkerung im potenziell erwerbsfähigen Alter. (vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2014a, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2014b)

³¹ Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister

Abbildung 1.9: Jugendquotient, Altenquotient und Gesamtquotient in der Hansestadt Rostock 2004 bis 2013



Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle

In der Landeshauptstadt Schwerin, in Mecklenburg-Vorpommern und in der Bundesrepublik Deutschland zeigt sich über die vergangenen drei Jahre (2011-2013) eine ähnlich zunehmende Entwicklung des Altenquotienten wie in der Hansestadt. Beim Altenquotienten weisen sie aber voneinander abweichende Werte auf: Der Altenquotient von Schwerin ist dabei mit 40,9 im Jahr 2013 der höchste Wert. Wie in Schwerin liegen auch die Altenquotienten von Mecklenburg-Vorpommern (2013: 36,1) und der Hansestadt Rostock (2013: 36,6) über dem Bundesdurchschnitt (2013: 34,1). Die Jugendquotienten von Schwerin, von Mecklenburg-Vorpommern und von der Hansestadt Rostock weichen in ihrer Entwicklung von 2011 bis 2013 vom Bundesgebiet ab. Der Jugendquotient von Schwerin steigt von 24,3 (2011) auf 25,6 (2013). In Mecklenburg-Vorpommern erhöht sich der Jugendquotient von 23,5 (2011) auf 24,7 (2013) und in Rostock steigt der Jugendquotient von 21,4 (2011) auf 22,7 (2013). Dagegen nimmt der Jugendquotient in der Bundesrepublik Deutschland ab (2011: 30,1; 2013: 29,7). Somit liegen die Jugendquotienten im Jahr 2013 von der Hansestadt Rostock (2013: 22,7), von der Landeshauptstadt Schwerin (2013: 25,6) und von Mecklenburg-Vorpommern (2013: 24,7) unter dem der Bundesrepublik Deutschland (2013: 29,7).³² Die Entwicklung eines verstärkt zunehmenden Altenquotienten im Verhältnis zu einem viel kleineren Jugendquotienten deuten auf die demografische Entwicklung der Bevölkerung hin. Wenngleich sich bei der Hansestadt Rostock die Tendenz zu einer zukünftig weiteren Zunahme dieser Entwicklung erkennen lässt, so sei darauf hingewiesen, dass diese allen Regionen widerfährt. Die Ausmaße der Alterung werden aber in den Regionen sehr differenziert ausfallen.

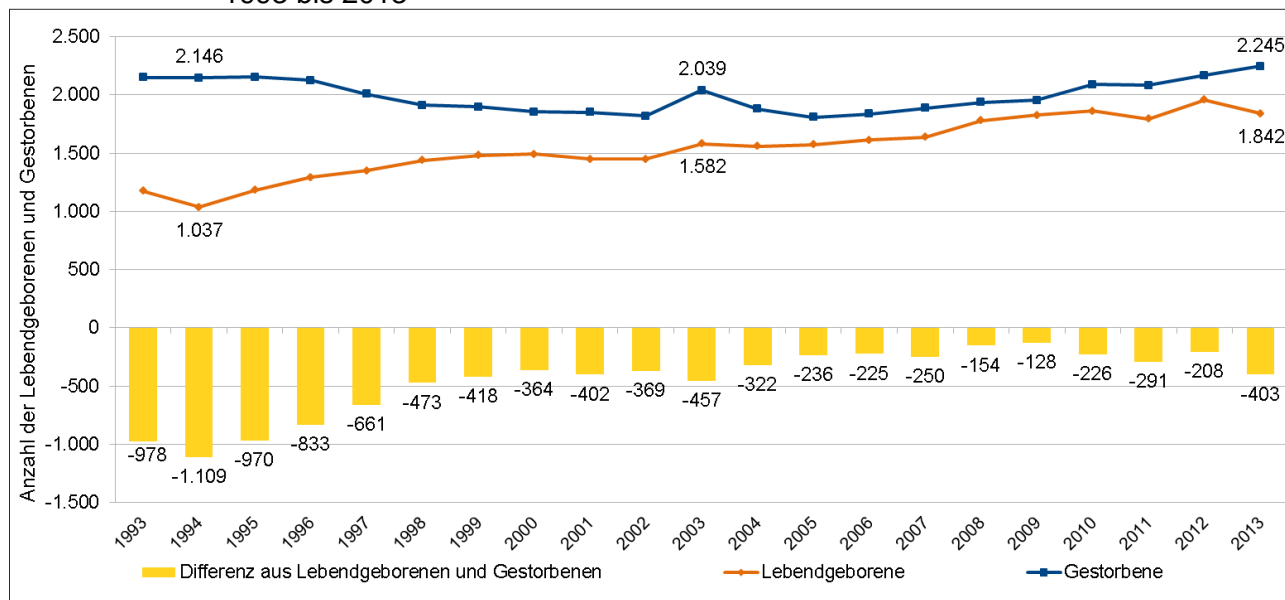
³² Berechnungen der Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle auf Basis der Fortschreibung des Zensus (09.11.2011)

1.1.3 Bevölkerungsbewegung

Bevölkerungsbewegungen finden in jeder Region statt. Zusätzlich zu den Wanderungen – die Fort- und Zuzüge – findet die natürliche Bevölkerungsbewegung – die Geburten und Sterbefälle – Betrachtung. Das Verhältnis der Anzahl der Geborenen zu der Anzahl der Gestorbenen ist von besonderer Bedeutung für die Entwicklung der Einwohnerzahl. Überwiegen beispielsweise die Sterbefälle die Geburten in einer Region, trägt dies zur Abnahme der Bevölkerung bei. Hingegen kann beispielsweise ein Geborenenüberschuss einem Bevölkerungsrückgang, welcher aus Fortzügen resultiert, entgegen wirken.³³

Bei der längerfristigen Beobachtung der natürlichen Bevölkerungsbewegung der Hansestadt Rostock von 1955 bis 1990 lässt sich erkennen, dass zu Zeiten der DDR die Anzahl der Lebendgeborenen stets die Anzahl der Gestorbenen überwog, d. h. ab 1955 bis 1990 konnte ein Positivsaldo der natürlichen Bevölkerungsbewegung verzeichnet werden. Im Ergebnis politischer Veränderungen im Zusammenhang mit der Wiedervereinigung sanken die Geburtenraten in den darauffolgenden Jahren 1991 bis 1994 weit unter das Niveau der Gestorbenen. (Abb. 1.10) Mitunter aus diesem Grund kam es bis zum Jahr 1994 zu einem erheblichen Bevölkerungsrückgang in der Hansestadt. 1994 wurde der größte negative Saldo (-1.109) gemessen. Während seit 1995 die Zahl der Gestorbenen leicht abnahm, begannen die Geburtenzahlen in Rostock dann erneut zu steigen. In Folge verkleinerte sich die Differenz aus Lebendgeborenen und Gestorbenen – die Anzahl der Geburten näherte sich der Anzahl der Gestorbenen an. Von 2001 bis 2013 zeigt sich bei den Sterbefällen eine leicht schwankende Entwicklung, die Geburtenzahlen hatten hingegen einen schwachen, kontinuierlichen Anstieg. Im gesamten Betrachtungszeitraum (1993 bis 2013) liegt ein Gestorbenenüberschuss vor und somit insgesamt ein negativer Saldo, d. h. in Rostock starben mehr Menschen als dass Menschen geboren wurden.³⁴ (Abb. 1.10)

Abbildung 1.10: Entwicklung der natürlichen Bevölkerungsbewegung in der Hansestadt Rostock 1993 bis 2013



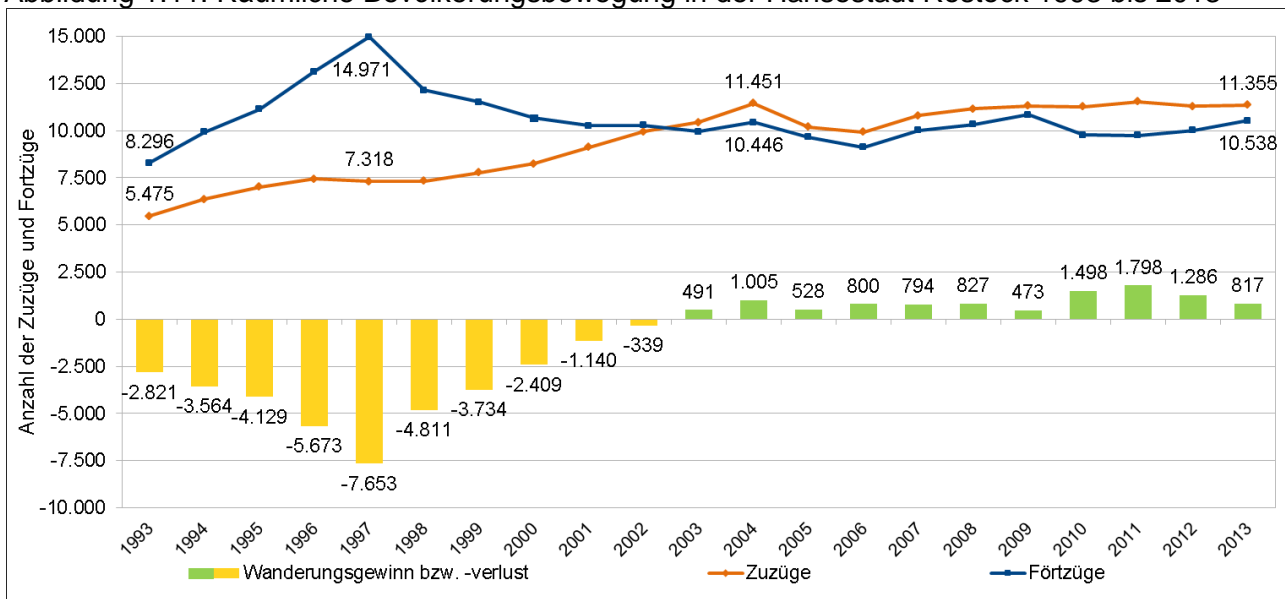
Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern

³³ vgl. Wimes 2014: 21

³⁴ Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern

Neben der natürlichen Bevölkerungsbewegung können auch Fort- und Zuzüge einen Einfluss auf die Entwicklung der Bevölkerungszahl einer Region nehmen. Bei der Betrachtung der Wanderungen über die Stadtgrenzen der Hansestadt Rostock hinaus zeigt sich in den Jahren von 1989 bis 1997 ein Abwanderungsschub. Ab 1998 (12.150 Fortzüge) nahm die Anzahl der Fortzüge bis 2006 (9.128 Fortzüge) – mit Ausnahme von 2004 (10.446) – allmählich ab. Da die Fortzüge die Zuzüge in Rostock bis 2002 überwogen, ergab sich ein negativer Wanderungssaldo. Im Ergebnis sank die Bevölkerungszahl bis zum Jahr 2002. Seit dem Jahr 1994 stiegen in der Hansestadt die Zuzüge. Während die Zuzüge bis 2013 einen nahezu stetigen Anstieg verzeichneten, und die Fortzüge ab 1998 abnahmen, resultierten daraus ab 2003 in Rostock Wanderungsgewinne. Beruhend auf diese positiven Wanderungssalden begann die Rostocker Bevölkerung zu wachsen. Dieses Wachstum war allerdings in den letzten drei Jahren rückläufig.³⁵ (Abb. 1.11)

Abbildung 1.11: Räumliche Bevölkerungsbewegung in der Hansestadt Rostock 1993 bis 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern

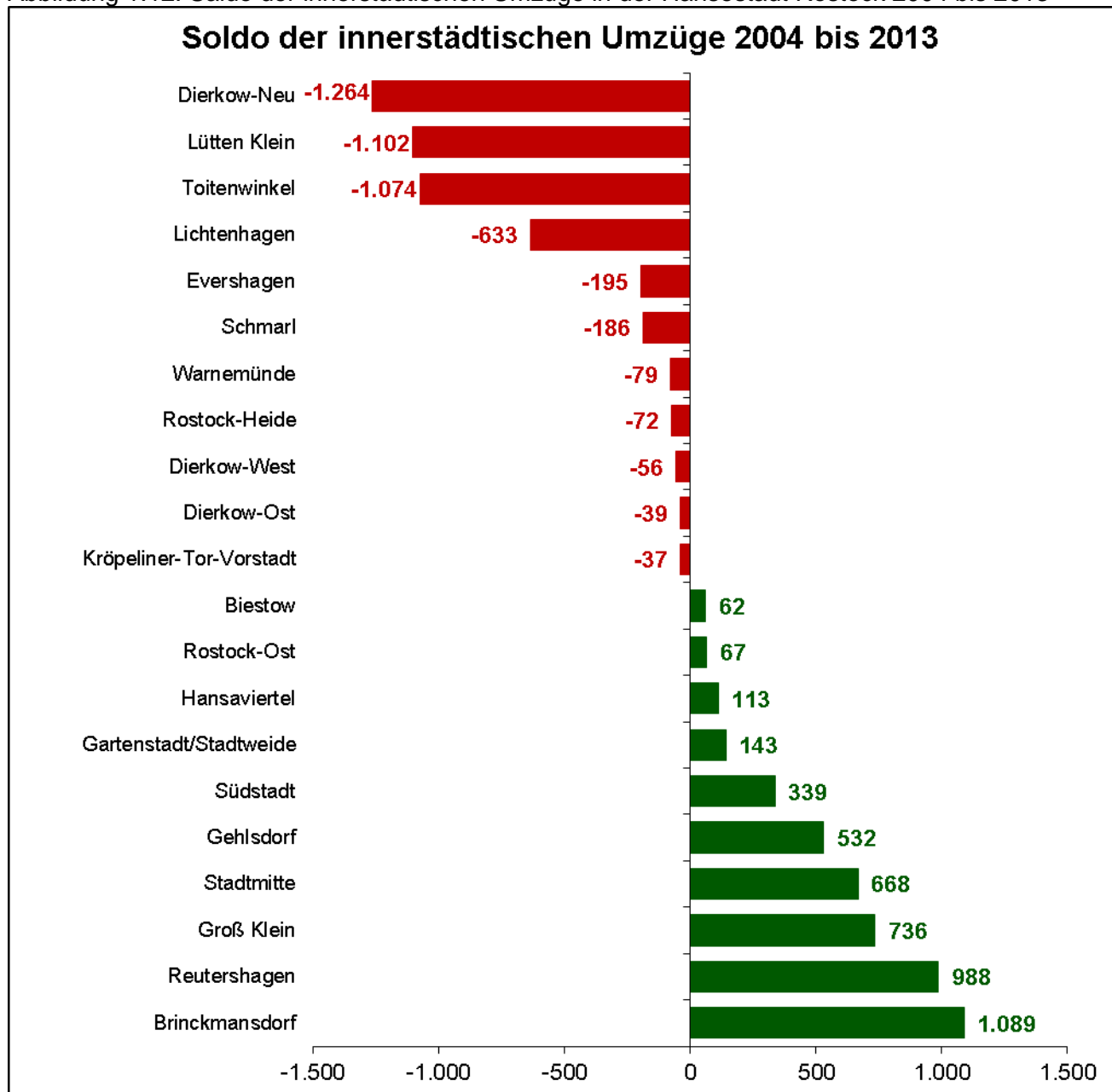
In der Abb. 1.12 werden die Umzüge zwischen den Stadtbereichen veranschaulicht. Bewegungen innerhalb der Stadtgrenzen lassen zumeist auf die Attraktivität eines Stadtbereiches schließen. Finden in einem Stadtbereich mehr innerstädtische Fortzüge als Zuzüge statt, liegt ein „Negativsaldo“ vor. Überwiegen die innerstädtischen Zuzüge in einem Stadtbereich hingegen die Fortzüge, handelt es sich um ein „Positivsaldo“.

Im Zeitraum vom 01.01.2004 bis 31.12.2013 weist der Stadtbereich Dierkow-Neu den stärksten Negativsaldo an innerstädtischen Umzügen auf (-1.264). Das bedeutet, dass die Umzugsfortzüge im Betrachtungszeitraum die Umzugszuzüge stets überwogen. Eine ähnliche Entwicklung fand in den Stadtbereichen Lütten Klein und Toitenwinkel statt. Wenngleich in diesen beiden Stadtbereichen die Salden innerstädtischer Umzüge auch zwischendurch einmal schwankten, überwogen im Betrachtungszeitraum dennoch insgesamt die Negativsalden. Der Stadtbereich Brinckmansdorf verzeichnete im Gegenzug im selbigen Betrachtungszeitraum den größten Gewinn an innerstädti-

³⁵ Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern

schen Umzügen (+1.089), gefolgt von den Stadtbereichen Reutershagen (+988) und Groß Klein (+736). (Abb. 12) Von 2004 bis 2013, mit Ausnahme von 2012, waren die innerstädtischen Umzugssalden von Brinckmansdorf positiv.³⁶

Abbildung 1.12: Saldo der innerstädtischen Umzüge in der Hansestadt Rostock 2004 bis 2013



Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister

³⁶ Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister

1.1.4 Prognose der Bevölkerungsentwicklung

Prognosen³⁷ der kommunalen Bevölkerungsentwicklung stellen ein wichtiges Instrument für die Einschätzung von zukünftigen Trends hinsichtlich der historischen, räumlichen und strukturellen Entwicklung einer Stadt dar.³⁸ Nachfolgende Bevölkerungsprognosen für Rostock wurden durch das Wirtschaftsinstitut Wimes (2013) im Auftrag der Hansestadt Rostock – dem Amt für Stadtplanung und Stadtentwicklung – erstellt. Grundlage bildeten die Daten der Kommunalen Statistikstelle der Hansestadt Rostock. Die Prognose beginnt ab dem Jahr 2012 (Datenbasis bildet das Startjahr 2011³⁹ [Stand 31.12.]). In dieser wird ein Bezug zu der Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung mit Hauptwohnsitz⁴⁰ in der Hansestadt hergestellt. Weiterhin finden dabei sowohl Wanderungssalden als auch Geburten- und Sterbefälle der Rostocker Bevölkerung Berücksichtigung.⁴¹

Die vorliegende Bevölkerungsprognose für Rostock wurde nach dem „regional-realistischen Szenario“ berechnet.⁴² Diesem gingen feste Annahmen, die gesamte Stadt Rostock betreffend und stadtbereichsbezogen, voraus: Insgesamt wird von einem regionalen Bevölkerungszuwachs ausgegangen. Eine vorherrschende Verbindung von Stadt und Umland fließt mit in die Annahme ein, d. h. im Umland lebende Personen werden als „funktionale Bevölkerung“ der Hansestadt angesehen und sind auch z. B. als Arbeitspendler zum Einkaufen oder Arztbesuch an die Hansestadt Rostock gebunden. Ihre Kinder sind als vermutlich zukünftige Bevölkerung der Stadt von großer Bedeutung. Weiterhin basiert das Szenario auf umfassenden Ergebnissen zu alters- und geschlechtsspezifischen sowie zielortorientierten⁴³ Wanderungsbewegungen. Nutzbarer Raum für Wohnbau wurde ebenfalls bei dieser Prognoseberechnung berücksichtigt. Des Weiteren wurde davon ausgegangen, dass sich die Anzahl der Studenten der Universität Rostock im Prognosezeitraum nicht verändert, vorausgesetzt es werden keine Studiengebühren eingeführt. Ebenfalls angenommen wurde, dass Studenten und Auszubildende aufgrund der Rostocker Zweitwohnsteuer ihren Hauptwohnsitz in Rostock wählen.⁴⁴

Entsprechend dieser Annahmen wird laut der Prognose von Wimes (2013) bis 2016 ein jährlicher Bevölkerungszuwachs vorausgesagt. Bis 2025 wird ein Rückgang der Bevölkerungszahl erwartet – für 2025 werden 197.902 Einwohner in der Hansestadt Rostock prognostiziert.⁴⁵ Zusätzlich werden

³⁷ Prognosen dienen als beratendes Instrument unterstützend bei der Orientierung für bestimmte Vorhaben. Für gewöhnlich sind Prognosen „Wenn-dann-Aussagen“, denen zuvor definierte Annahmen zugrunde liegen. Die Basis für Darstellungen zukünftiger Begebenheiten bilden reale demografische Daten. (vgl. Wimes 2013: 6)

³⁸ vgl. ebd.: 6

³⁹ Ausgangswert für die Bevölkerungsprognose von Wimes ist der Bevölkerungsstand der Hansestadt Rostock von 2011 (31.12.). Basierend auf diesem wurden Bevölkerungsprognosen für die Hansestadt für die Jahre bis 2025 berechnet. Ein Abgleich des Jahres 2013 von prognostizierter Bevölkerungsentwicklung (204.752 Einwohner mit Hauptwohnsitz in der Hansestadt) und Realentwicklung (203.673 Einwohner mit Hauptwohnsitz in der Hansestadt) – Bevölkerungsstand am 31.12.2013 – zeigt nach dem „regional-realistischen Szenario“ eine Abweichung von 1.079 Personen. Damit weist die Bevölkerungsprognose eine negative Abweichung der Realentwicklung um 0,5 Prozent von der Prognose auf. Da sich die Realzahlen in der Prognose bewegen (die maximale Abweichung dürfte 3 bis 4 Prozent betragen, damit die Prognose noch als gültig zu bewerten ist), ist sie ausgehend vom Stand der Bevölkerung zum 31.12.2011 nach wie vor auch noch für 2013 aussagekräftig. (vgl. Wimes 2014: 5)

⁴⁰ Einwohner mit Nebenwohnsitz wurden in diesen außen vor gelassen. (vgl. Wimes 2013: 6)

⁴¹ vgl. ebd.

⁴² Die Prognosen der Hansestadt wurden durch Wimes in zwei Szenarien gerechnet. Nebst dem „regional-realistischen Szenario“ wurde das „natürliche Szenario“ ermittelt. Da bei der Berechnung des natürlichen Szenarios nur die natürliche Bevölkerungsbewegung – Geburtenzahlen und Sterbefälle – mit einbezogen wurden – Wanderungssalden über die Stadtgrenzen hinaus fanden keine Berücksichtigung –, ist dieses für bevölkerungsnahe Aussagen über zukünftige Entwicklungen hinreichend aussagekräftig. (vgl. ebd.)

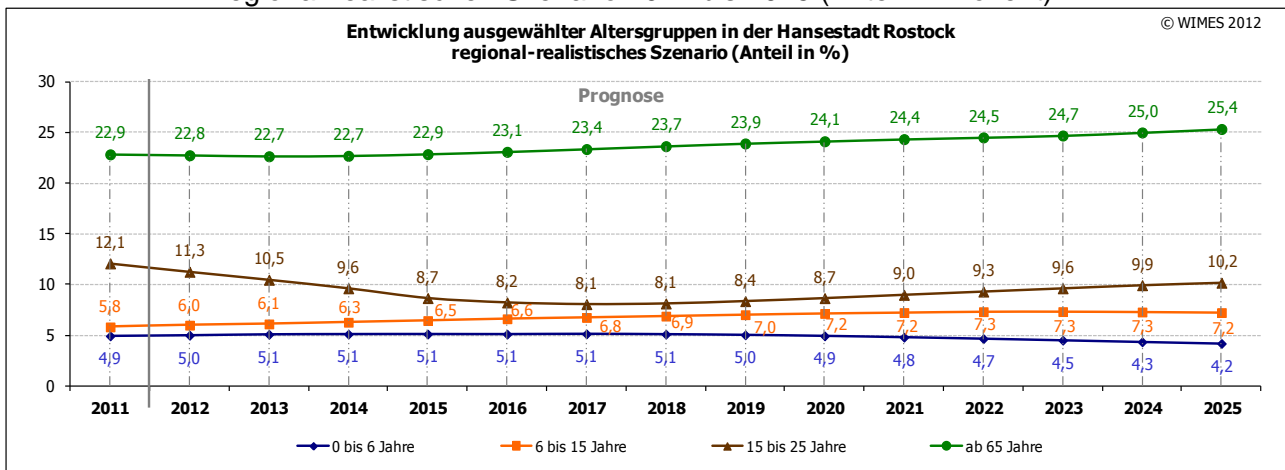
⁴³ Dazu zählen das Stadttinnere von Rostock, das Rostocker Umland und Regionen darüber hinaus.

⁴⁴ vgl. ebd.: 6-11

⁴⁵ vgl. Wimes 2014: 5

Aussagen zum erwarteten Migrationssaldo für die Gesamtstadt Rostock getroffen. Der Wanderungssaldo wird bis zum Jahr 2021 positiv verlaufen. In den darauffolgenden Jahren bis 2025 werden die Fortzüge und Zuzüge ein annähernd gleiches Niveau erreichen. Die Sterbefälle werden kontinuierlich bis 2025 zunehmen, die Geburtenzahlen hingegen werden bis 2015 steigen und anschließend (im besonderen Maße ab 2020) zurückgehen. Für das Jahr 2025 wird ein Negativsaldo der natürlichen Migration von -1.291 Personen prognostiziert.⁴⁶ Im Hinblick auf die Altersgruppen wird der Anteil der Senioren laut Prognose ab 2016 steigen. Der Anteil der Menschen im Alter von 65 Jahren und älter an der Bevölkerung wird sich im Vergleich zum Startjahr (22,9%/ 2011) bis 2025 um 2,5% erhöhen und somit 25,4% erreichen. Ebenso wird sich der Anteil der Personen im Alter von 6 bis 15 Jahren im Prognosezeitraum von 2011 (5,8%) bis 2025 (7,2%) um 1,3% erhöhen. Der Anteil der Altersgruppe der Personen im Alter von 0 bis 6 Jahren (-0,7%), der Personen im Alter von 15 bis 25 Jahren (-1,9%) und der Personen im erwerbsfähigen Alter (25 bis 65 Jahre) (-4,4%) wird abnehmen.⁴⁷ (Abb. 1.13)

Abbildung 1.13: Entwicklung ausgewählter Altersgruppen in der Hansestadt Rostock nach dem regional-realistischen Szenario 2011 bis 2025 (Anteil in Prozent)



Quelle: Wimes 2013: 13

Die prognostizierte Entwicklung der Altersgruppen der Rostocker Bevölkerung zeigt sich auch bei der Darstellung des regional-realistischen Szenarios zu der „Senioren-Kinder-Relation“ in Abb. 1.14. Im Betrachtungszeitraum von 2011 bis 2025 wird erwartet, dass die Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter kontinuierlich zunehmen wird, und zwar um ca. 8,6% (2011: 46.198 Personen im Alter ab 65 Jahre 2025: 50.187 Personen im Alter ab 65 Jahre). Bei Kindern von 0 bis 15 Jahren wird vorausgesagt, dass sie sich bis 2019 in ihrer Anzahl von 21.751 auf 24.649 erhöhen und dann bis 2025 um -2070 Kinder bis 15 Jahre stetig verringern werden (2025: 22.624 Kinder im Alter von 0 bis 15 Jahren). Anhand der Prognose zur „Senioren-Kinder-Relation“⁴⁸ wird deutlich, dass das Verhältnis aus der Anzahl der älteren Bevölkerung zu 100 jungen Personen von 2011 bis 2018 – ausgenommen 2016 bis 2018, weil sie in diesem Zeitraum stagniert – leicht zurückgeht. Während im Jahr 2011 212 Senioren 100 Kindern gegenüber stehen, sind es 2018 nur 197 Senio-

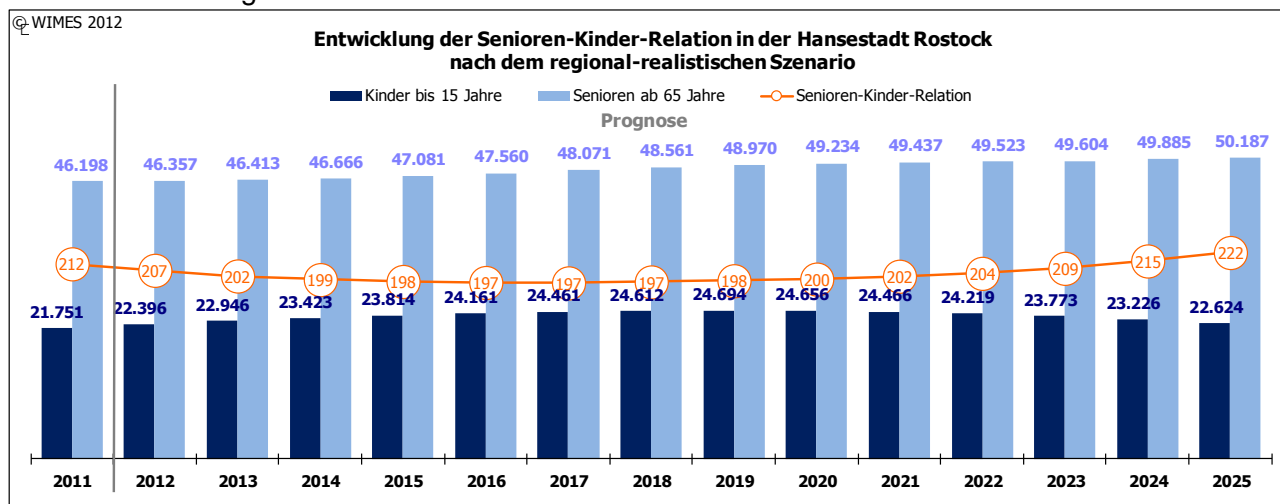
⁴⁶ vgl. Wimes 2013: 13

⁴⁷ vgl. ebd.

⁴⁸ Die „Senioren-Kinder-Relation“ besagt wie viele Senioren ab 65 Jahren 100 Kindern bis 15 Jahren gegenüber stehen.

ren auf 100 Kinder. Allerdings erhöht sich mit zu erwartendem Rückgang der Anzahl der Kinder bis 15 Jahren und gleichzeitig angenommenem kontinuierlichen Anstieg der Anzahl der Senioren ab 65 Jahren die „Senioren-Kinder-Relation“ ab dem Jahr 2019 erneut. Für das Jahr 2025 wird eine „Senioren-Kinder-Relation“ von 222 prognostiziert – 222 Senioren werden 100 Kindern gegenüber stehen.⁴⁹ (Abb. 1.14)

Abbildung 1.14: Entwicklung der „Senioren-Kinder-Relation“ in der Hansestadt Rostock nach dem regional-realistischen Szenario 2011 bis 2025



Quelle: Wimes 2013: 15

Diese prognostizierten Trends für die Hansestadt Rostock zeigen sich auch bei der zukünftigen Entwicklung der Bevölkerung im gesamten Bundesland Mecklenburg-Vorpommern. Der Umfang der zu erwartenden Veränderung ist aber im Vergleich zur Hansestadt unterschiedlich. Anhand der 4. aktualisierten Landesprognose für Mecklenburg-Vorpommern (2012)⁵⁰ wurde eine Bevölkerungsprognose für das Bundesland bis 2030 erstellt. Ausgehend vom Jahr 2010 (1.642.327 Einwohner) wird für Mecklenburg-Vorpommern bis 2030 ein Bevölkerungsrückgang von 166 Tsd. Einwohnern, d. h. eine Abnahme der Bevölkerung von ca. 0,5% pro Jahr, erwartet. Diese Entwicklung im Prognosezeitraum (2010-2030) lässt sich alleinig von Gestorbenenüberschüssen herleiten. Weil mit weniger Geburten als mit Sterbefällen zu rechnen ist, werden im Bundesland in der Zukunft Einwohnerverluste zu verzeichnen sein.⁵¹ Gemäß der Prognose ist davon auszugehen, dass

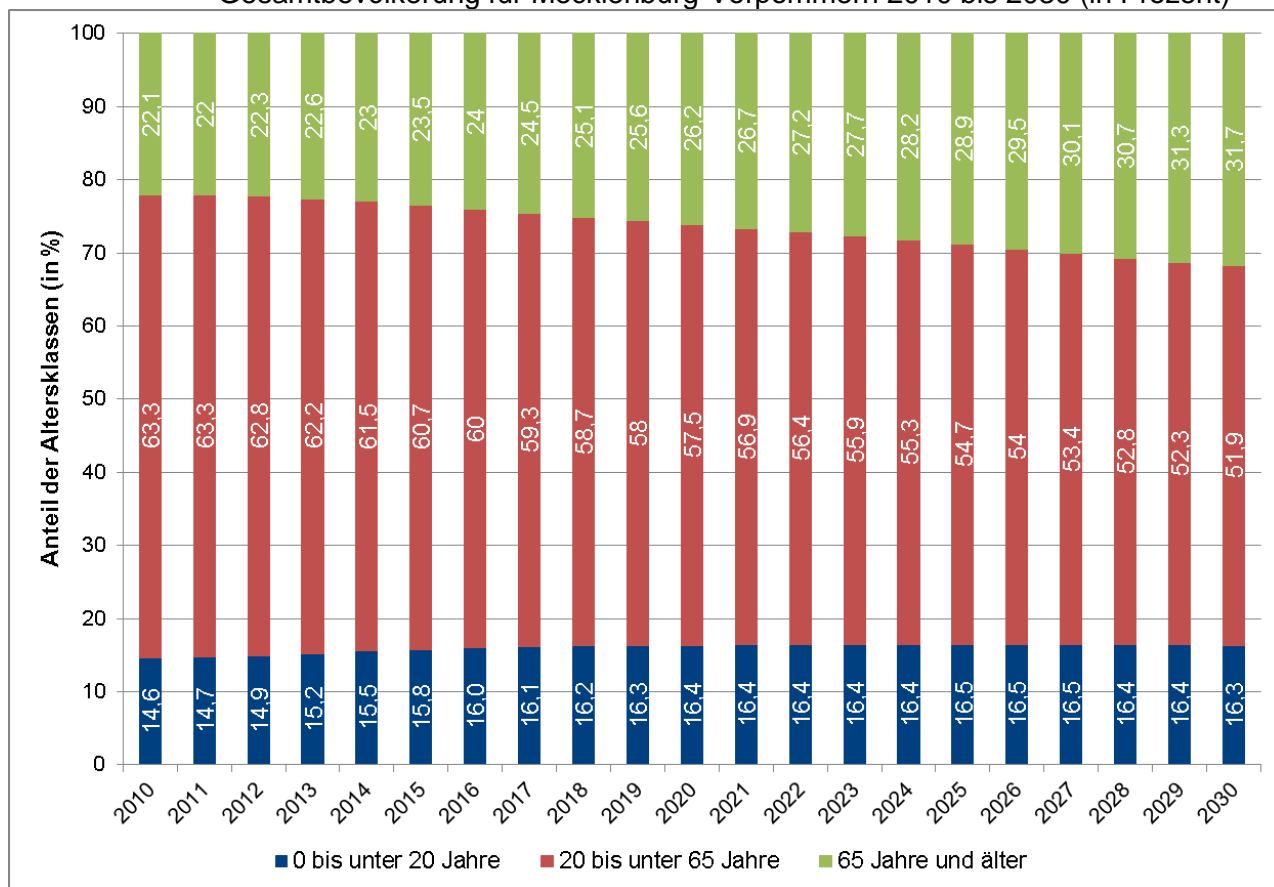
⁴⁹ vgl. Wimes 2013: 15

⁵⁰ Die 4. aktualisierte Landesprognose beruht auf den Grundannahmen der 4. Landesprognose vom 30.09.2008, welche auf Basis des Bevölkerungsstandes vom 31.12.2006 erstellt wurde. Orientierend an den Grundannahmen der 2008er Prognose behält diese den gleichen Prognosezeitraum bis 2030 bei. Abweichend von der 2008er Prognose trägt die 2012er Prognose aktuellen Entwicklungen zur natürlichen Migration und regionalen Wanderung des Basisjahres 2010 (Stand 31.12.2010) in den Annahmen Rechnung. Diese 2012er Prognose beruht auf den Annahmen, dass: bis zum Jahr 2015 die Geburtenhäufigkeit einen Wert von 1,5 Kinder je Frau erreichen und auf diesem Niveau bis 2030 bleiben wird. Die Lebenserwartung wird sich bis 2030 für neugeborene Jungen um 4,63 Jahre und für neugeborene Mädchen um 3,24 Jahre erhöhen. In Mecklenburg-Vorpommern werden die Fortzüge bis 2030 um ca. die Hälfte (Basis ist der Durchschnitt der Fortzüge der Jahre 2008 bis 2010 (nur Binnenwanderungen)), die Zuzüge um ca. 10% (Basis ist der Durchschnitt der Zuzüge der Jahre 2008 bis 2010 (nur Binnenwanderungen)) sinken. Als Prognose wird eine Standardvariante sowie eine „optimistische“ und eine „pessimistische“ Rechnung vorgenommen. Die beiden letzteren entstehen durch abgeänderte Annahmen zu den Wanderungen und Geburten und somit auf Basis von differenzierten Rechnungsgrundlagen, um die „schlechteste“ und „beste“ Entwicklung darzustellen. Hauptaugenmerk der Ausführungen liegt bei der Standardvariante. (vgl. Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern 2012:1-2)

⁵¹ vgl. ebd.: 2

sich die Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern im Prognosezeitraum 2010 bis 2025 weitaus mehr verringern (-7,2%) wird als in der Hansestadt Rostock (-2,1%). Niedrige Geburtenzahlen und eine im besonderen Maße ansteigende Lebenserwartung sowie vereinzelte Wanderungen, vordergründig Jüngerer, werden einen besonderen Einfluss auf den Wandel der Altersstruktur in Mecklenburg-Vorpommern haben. Für Mecklenburg-Vorpommern bedeutet das für die Zukunft, dass wie bei der Rostocker Bevölkerung, bis 2025 eine Abnahme an Erwerbsfähigen und eine verstärkte Zunahme an älteren Menschen zu erwarten ist. (Abb. 1.15)

Abbildung 1.15: Prognose der Bevölkerungsentwicklung – Anteile der Altersklassen an der Gesamtbevölkerung für Mecklenburg-Vorpommern 2010 bis 2030 (in Prozent)



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern 2013

In Bezug auf den Anteil der 20- bis unter 65-Jährigen wird für diesen von 2010 bis 2025 eine Abnahme um 7,6% (2010: 62,3%; 2025: 54,7%) prognostiziert, bezogen auf den Anteil der Personen im Alter ab 65 Jahren wird eine Erhöhung um 6,8% (2010: 22,1%; 2025: 28,9%) angenommen. Im Vergleich zu Rostock steigt der Anteil der Bevölkerung der Altersklasse ab 65 Jahre und älter im identischen Prognosezeitraum in Mecklenburg-Vorpommern (2011-2025: 8,6%) deutlich weniger.⁵² Laut der Prognose von Wimes (2013) wird im Jahr 2025 jeder vierte Einwohner in der Hansestadt Rostock das 65. Lebensjahr erreicht oder gar überschritten haben.⁵³ Nach der 4. aktualisierten

⁵² vgl. ebd.: 2-3; Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2013

⁵³ vgl. Wimes 2013: 13

Landesprognose für Mecklenburg-Vorpommern (2012) wird für das Jahr 2030 hingegen angenommen, dass jeder dritte Einwohner in Mecklenburg-Vorpommern der Altersklasse der über 65-Jährigen angehören wird.⁵⁴

Die Bevölkerungsprognose von Wimes (2013) zeigt, dass auf die Gesamtbevölkerung der Hansestadt Rostock zukünftig verschiedene Veränderungen warten, welche entsprechende soziale, politische und wirtschaftliche Herausforderungen erahnen lassen. Nicht nur, dass bis 2025 die Bevölkerung zurückgehen wird, zusätzlich wird sich der Anteil der Kinder (0 bis 15 Jahre) sowie der Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter (15 bis 65 Jahre) verringern und einem wachsenden Anteil an älteren Personen (65 Jahre und älter) gegenüber stehen.

⁵⁴ vgl. Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern 2012: 3; Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2013

1.2 Soziale Lage

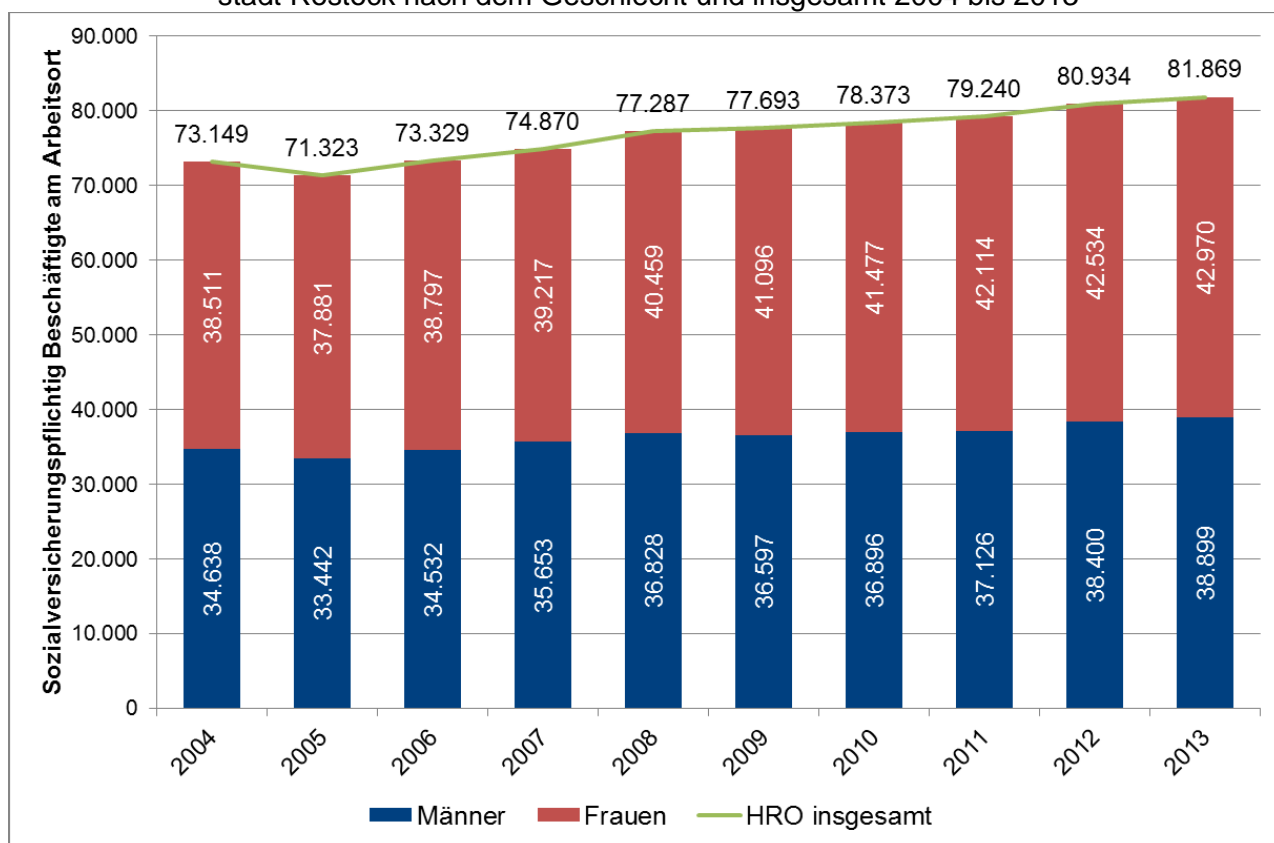
Anica Stürtz

1.2.1 Arbeit

In der Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten muss grundlegend zwischen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Arbeitsort und am Wohnort unterschieden werden. Erwerbspersonen, die einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung am Arbeitsort Rostock nachgehen, schließen alle Beschäftigten ein, die in der Hansestadt Rostock beruflich tätig sind, unabhängig davon, ob sich der Wohnsitz der Erwerbsperson in Rostock oder z. B. im Umland befindet. Die Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Wohnort Rostock bezieht sich auf die Erwerbspersonen, die ihren Wohnsitz in der Hansestadt Rostock haben, ohne Berücksichtigung des Ortes, in dem der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgegangen wird.

In der Abb. 1.16 wird die Entwicklung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach dem Arbeitsort in der Hansestadt Rostock geschlechtsspezifisch und insgesamt im Zeitraum von 2004 bis 2013 dargestellt. Nach den Daten der Bundesagentur für Arbeit ist die Anzahl der in der Hansestadt Rostock sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zunächst kontinuierlich bis 2005 zurückgegangen. Von ursprünglich 123.638 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Jahr 1992 waren im Jahr 2005 nur noch 71.323 Personen in der Hansestadt beschäftigt. Seit 2005 wächst die Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Personen in der Hansestadt stetig. Im Jahr 2013 sind 81.869 sozialversicherungspflichtige Beschäftigte am Arbeitsort in der Hansestadt Rostock einer Beschäftigung nachgegangen. Der Vergleich der Geschlechter zeigt, dass im Berichtszeitraum stets mehr Frauen als Männer einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung am Arbeitsort in der Hansestadt Rostock nachgegangen sind. Parallel zur gestiegenen Anzahl der Beschäftigten insgesamt im Berichtszeitraum ist sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern eine nahezu kontinuierliche Zunahme der Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten ab 2005 bis 2013 erkennbar. (Abb. 1.16)

Abbildung 1.16: Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Arbeitsort in der Hansestadt Rostock nach dem Geschlecht und insgesamt 2004 bis 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der Bundesagentur für Arbeit (Stand: jeweils zum 30.06.)

Im Hinblick auf die Anzahl der am Wohnort Rostock sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zeigt sich von 2004 bis 2005 ein leichter Rückgang von 61.902 auf 60.040. Seit 2005 bis 2013 steigt die Anzahl der Beschäftigten in der Hansestadt Rostock am Wohnort kontinuierlich. Demzufolge hat sich die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Wohnort von 60.040 auf 71.858 erhöht.⁵⁵

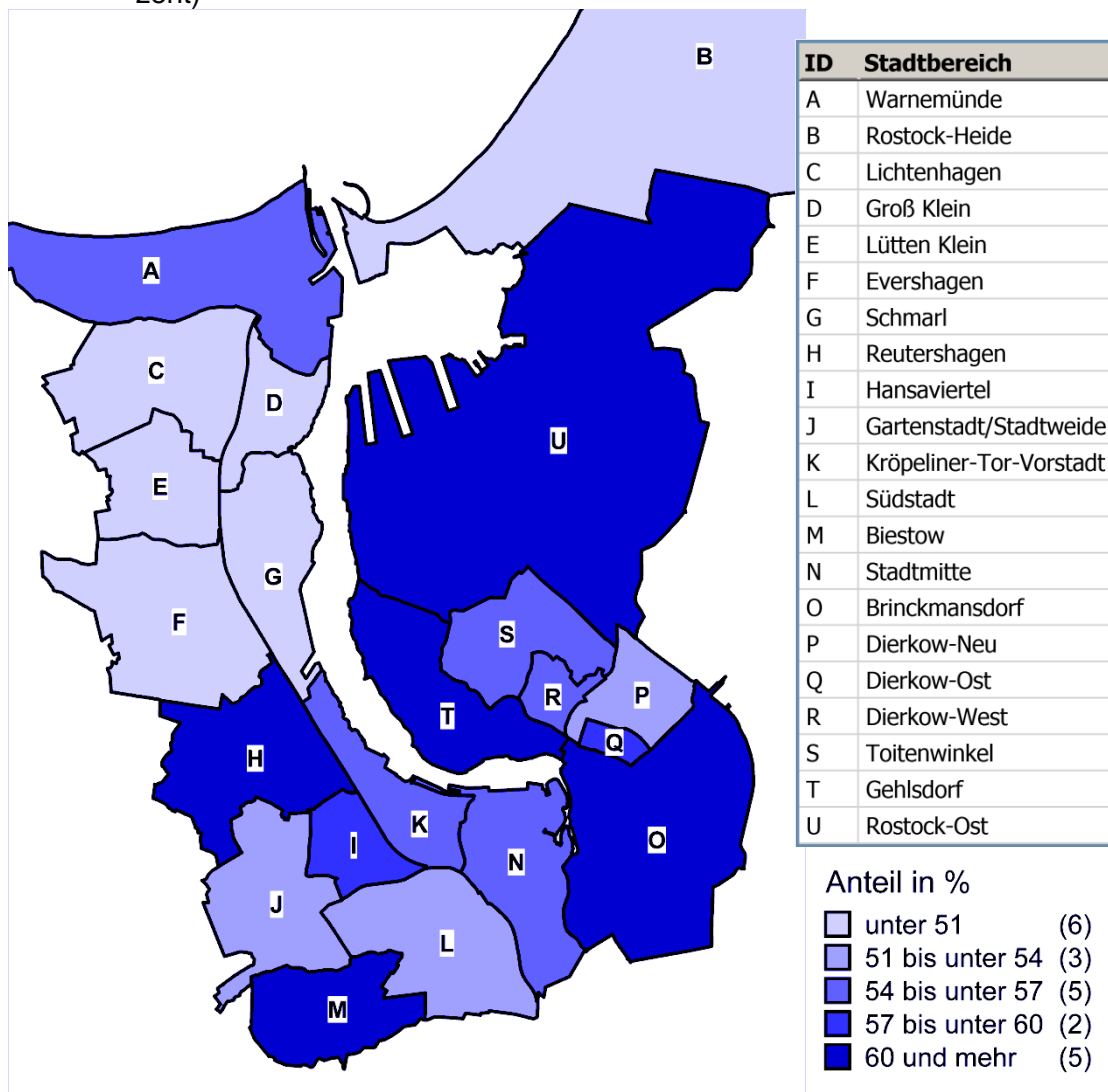
In der Abb. 1.17 wird die Beschäftigungsquote⁵⁶ in der Hansestadt Rostock für den Dezember 2013 nach Stadtteilen kartografisch dargestellt. Die Ziffern in den Klammern stehen für die Anzahl der Stadtteile, die den Anteil der jeweiligen Kategorie aufweisen. Demnach haben bspw. sechs Stadtteile der Hansestadt Rostock einen Anteil von weniger als 51% sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Wohnort. (Abb. 1.17) Die anderen 15 Stadtteile weisen einen Anteil von über 51% sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Wohnort auf. Den größten Anteil an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Wohnort hat der Stadtteil Rostock-Ost (64,1%), gefolgt von Brinckmansdorf mit 62,3% und Gehlsdorf (60,8%). Diese überdurchschnittlichen Anteile an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Wohnort lassen sich auf

⁵⁵ Quelle: Bundesagentur für Arbeit (Stand: jeweils zum 30.06.)

⁵⁶ Die Beschäftigungsquote ist der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Wohnort gemessen an den Einwohnern mit Hauptwohnung in Rostock im Alter von 15 bis unter 65 Jahren (in %).

hohe Anteile an Menschen im Haupterwerbsalter (25- bis 65-Jährige) in diesen Stadtbereichen zurückführen. Der kleinste Anteil an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Wohnort wurde in Groß Klein (46,5%) ermittelt. (Abb. 1.17)

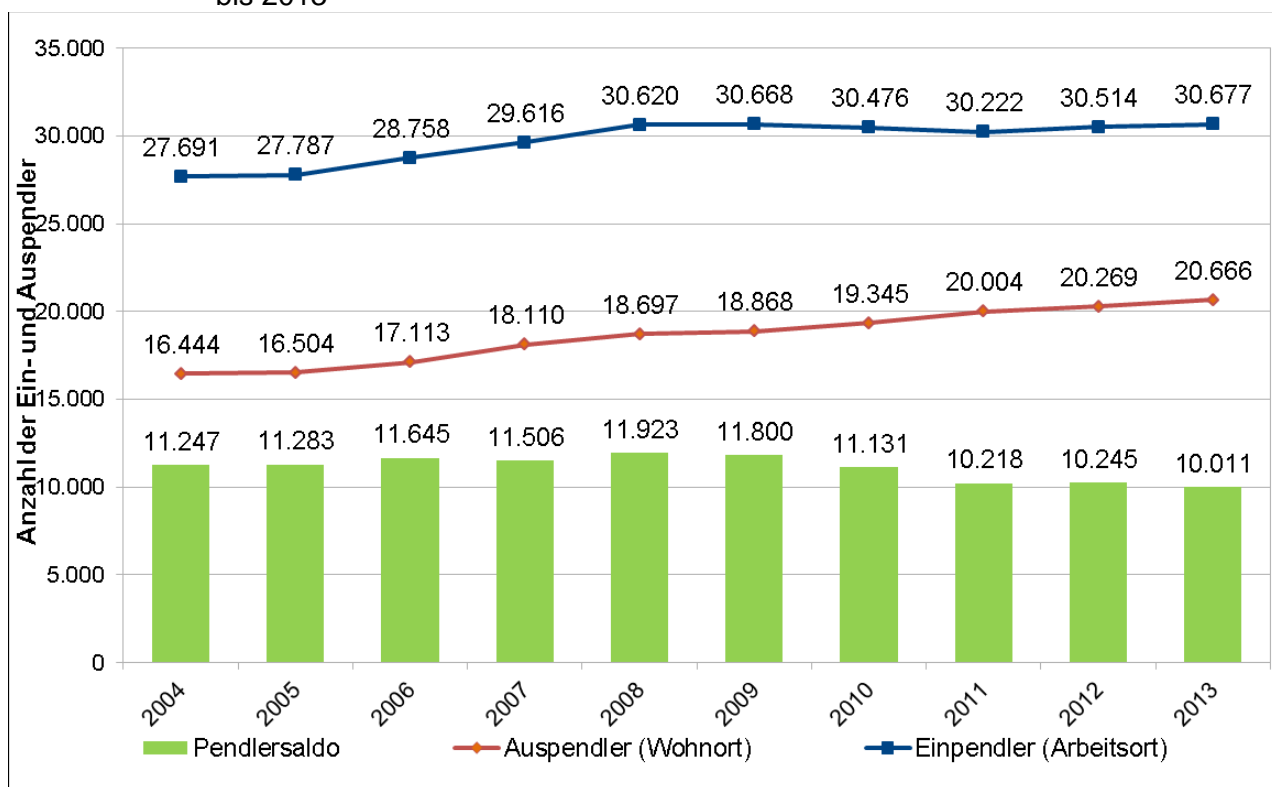
Abbildung 1.17: Beschäftigtenquote in der Hansestadt Rostock nach Stadtbereichen 2013 (in Prozent)



Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle nach Daten der Bundesagentur für Arbeit und Hansestadt Rostock, Melderegister (Stand: 31.12.2013)

Die Hansestadt Rostock ist eine Pendler-Stadt. Pendler sind sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, deren Wohnort vom Sitz des Beschäftigtenbetriebes abweicht. Man unterscheidet Aus- und Einpendler. Auspendler sind Personen, die in Rostock wohnhaft sind und einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung außerhalb der Stadtgrenzen nachgehen. Hingegen werden Personen, die außerhalb von Rostock ihren Wohnsitz haben und in Rostock einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen, als Einpendler bezeichnet. Die Entwicklung der Anzahl der Aus- und Einpendler sowie der Pendlersaldo, die Differenz zwischen Aus- und Einpendlern, wird für die Hansestadt Rostock im Berichtszeitraum 2004 bis 2013 in der Abb. 1.18 dargestellt.

Abbildung 1.18: Anzahl der Aus- und Einpendler sowie Pendlersaldo der Hansestadt Rostock 2004 bis 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der Bundesagentur für Arbeit (Stand: jeweils zum 30.06.)

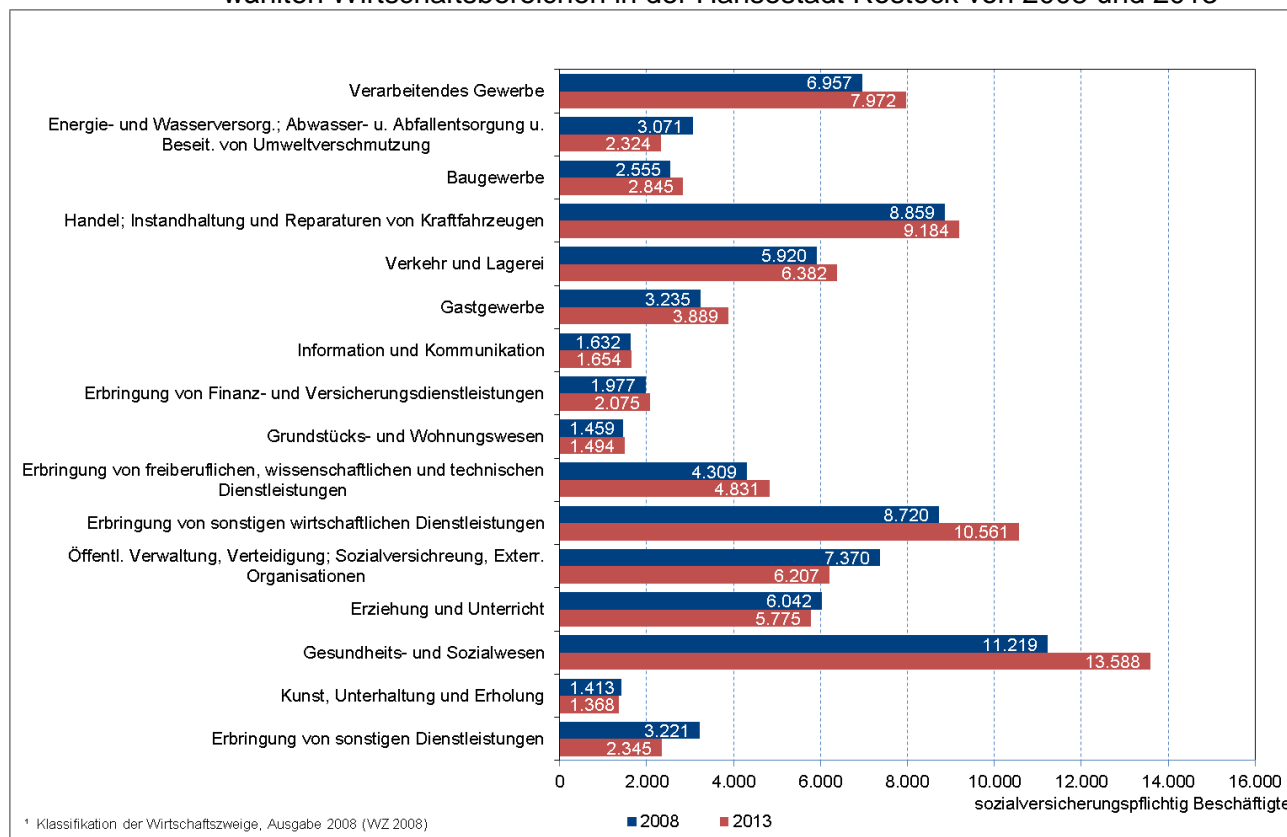
Über den gesamten Berichtszeitraum lag die Anzahl der Einpendler deutlich über der der Auspendler – der Pendlersaldo war demzufolge stets positiv. Von 2004 bis 2009 ist die Anzahl der Einpendler von 27.691 auf 30.668 kontinuierlich angestiegen, 2010 und 2011 haben sie leicht abgenommen. Seit 2012 steigt die Anzahl der Einpendler erneut. Im Juni 2013 wurden 30.677 Einpendler erfasst, die außerhalb von Rostock wohnen und in der Hansestadt Rostock einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen. Die Anzahl der Auspendler hat sich im Berichtszeitraum stetig erhöht. Von 16.444 Auspendlern im Jahr 2004 ist die Anzahl der Auspendler bis auf 20.666 im Juni 2013 gestiegen. Wenngleich der Pendlersaldo über den gesamten Berichtszeitraum einen positiven Verlauf nahm, so zeigt sich seit 2011 ein leichter Rückgang. (Abb. 1.18)

Im Folgenden soll eine Betrachtung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Arbeitsort in der Hansestadt Rostock nach Wirtschaftsbereichen stattfinden. Dafür wird die Anzahl der Beschäftigten am Arbeitsort in ausgewählten Wirtschaftsbereichen für die Jahre 2008 und 2013⁵⁷ in der Abb. 1.19 gegenübergestellt. Der Wirtschaftszweig „Gesundheits- und Sozialwesen“ hatte von 2008 bis 2013 den größten Zuwachs an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Arbeitsort in der Hansestadt Rostock (+2.369 Beschäftigte). Einen ebenfalls hohen Zuwachs an Beschäftigten hatte mit 1.841 zusätzlichen Beschäftigten der Wirtschaftszweig „Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen“. Hingegen wurde für den Wirtschaftszweig „Öffentliche Verwaltung,

⁵⁷ Hier werden die Daten vor der Revision im Jahr 2014 dargestellt.

Verteidigung, Sozialversicherung“ der größte Verlust an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Arbeitsort in Rostock (-1.163 Beschäftigte) im Zeitraum von 2008 bis 2013 erfasst. (Abb. 1.19)

Abbildung 1.19: Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Arbeitsort nach ausgewählten Wirtschaftsbereichen in der Hansestadt Rostock von 2008 und 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der Bundesagentur für Arbeit (Stand: jeweils zum 31.12.)

1.2.2 Arbeitslosigkeit

Im Berichtszeitraum ist die Anzahl der Arbeitslosen in der Hansestadt Rostock von 19.607 auf 12.019 Arbeitslose fast kontinuierlich gesunken. Damit einhergehend hat sich auch die Arbeitslosenquote bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen⁵⁸ in der Hansestadt Rostock von 19,3% im Jahr 2004 auf 11,5% im Jahr 2013 verringert.⁵⁹ Im Geschlechtervergleich überwog der Anteil an arbeitslosen Männern stets den Anteil an arbeitslosen Frauen. Waren 2004 53,7% der Männer arbeitslos, waren es hingegen nur 46,3% der Frauen. Trotz kleinerer Schwankungen nahm der Anteil an arbeitslosen Rostocker Männern im Berichtszeitraum zu, der Anteil an arbeitslosen Rostocker Frauen verringerte sich zeitgleich. Im Jahr 2013 waren von den 12.019 Betroffenen

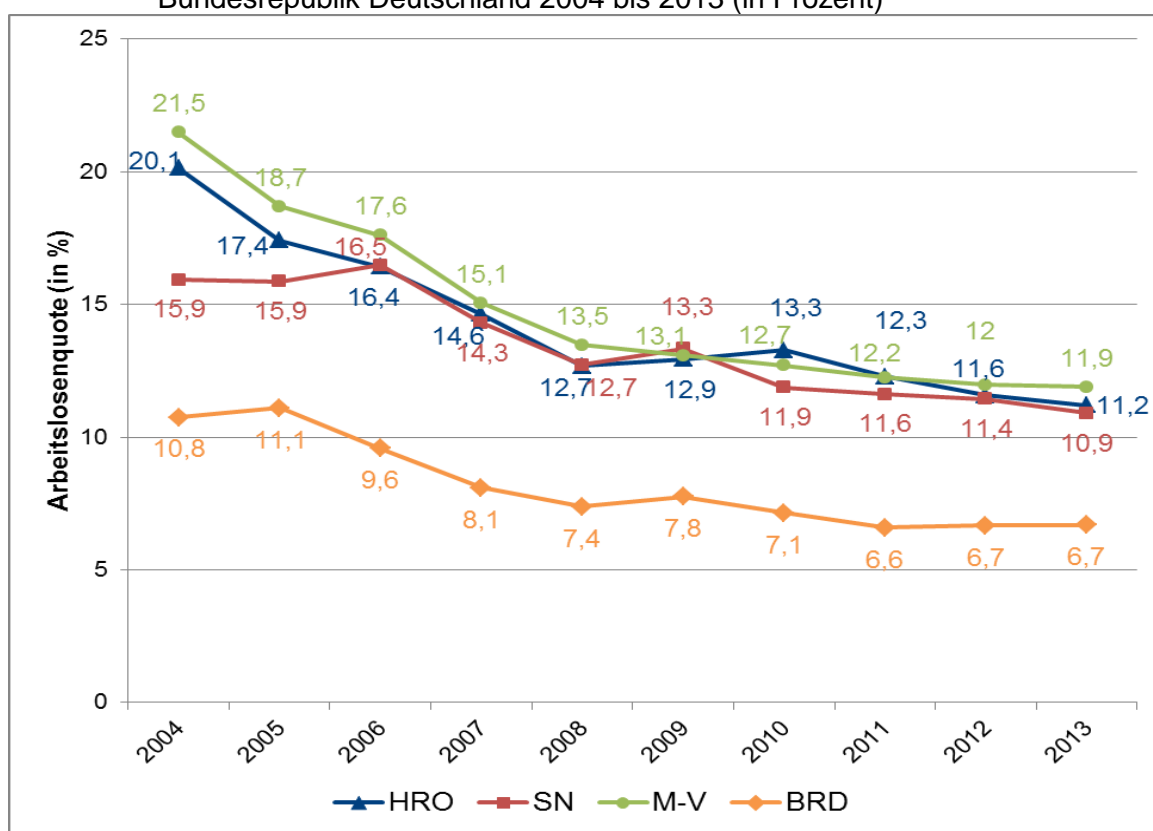
⁵⁸ Die Arbeitslosenquote auf Basis aller zivilen Erwerbspersonen ist der prozentuale Anteil der Arbeitslosen an allen zivilen Erwerbspersonen zuzüglich der Arbeitslosen. Zu den zivilen Erwerbspersonen zählen alle abhängig zivilen Erwerbstätigen sowie Selbständigen (einschließlich mithelfenden Familienangehörigen). (Quelle: Bundesagentur für Arbeit)

⁵⁹ Quelle: Bundesagentur für Arbeit (Jahresdurchschnitt)

57,8% der Männer und 42,2% der Frauen in Rostock ohne eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung.⁶⁰

Ein Vergleich der Arbeitslosenquoten bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen in der Hansestadt Rostock (HRO) mit denen in der Landeshauptstadt Schwerin (SN), im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern (M-V) und in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) wird in der Abb. 1.20 dargestellt.⁶¹ Für alle zeigt sich über den gesamten Berichtszeitraum ein abnehmender Anteil an Arbeitslosen. In der Hansestadt Rostock und in der Landeshauptstadt Schwerin lagen die Arbeitslosenquoten im Berichtszeitraum, mit wenigen Ausnahmen, stets unter dem Landesdurchschnitt. Seit 2010 bis 2013 überwiegt die Arbeitslosenquote in Rostock die Arbeitslosenquote in Schwerin. (Abb. 1.20)

Abbildung 1.20: Arbeitslosenquote bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen in der Hansestadt Rostock, der Landeshauptstadt Schwerin, in Mecklenburg-Vorpommern und in der Bundesrepublik Deutschland 2004 bis 2013 (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der Bundesagentur für Arbeit (Stand: jeweils zum 30.06.)

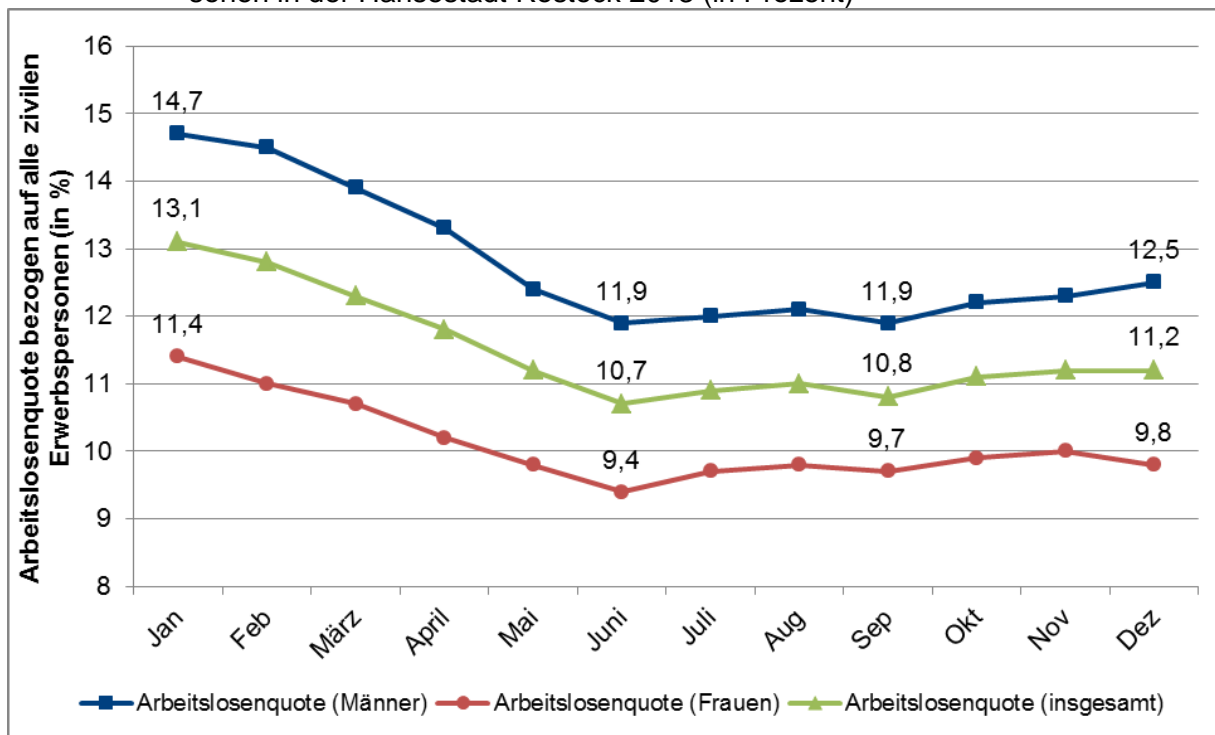
Bei der Betrachtung der Arbeitslosenquote in der Hansestadt Rostock im Jahr 2013 nach Monaten zeichnen sich die Monate Januar, Februar, März und April mit den höchsten Arbeitslosenquoten ab. (Abb. 1.21) In diesen Monaten lag die Arbeitslosenquote zwischen 13,1% und 11,8%. Bis Juni

⁶⁰ Quelle: Bundesagentur für Arbeit (Jahresdurchschnitt)

⁶¹ Mit Berichtsmonat August 2014 wurde die Arbeitslosen-Statistik der Bundesagentur für Arbeit rückwirkend ab Januar 2007 revidiert. Dadurch hat sich der Bestand an Arbeitslosen geringfügig geändert und es kann Abweichungen von den vorhergehenden Daten geben.

sank die Arbeitslosenquote stetig und erreichte mit 10,7% ihren Jahrestiefstand. Über die Monate Juli und August stieg die Arbeitslosenquote in der Hansestadt Rostock wiederholt geringfügig auf 11% an und nahm im September erneut um 0,2% ab (10,8%). Bis Dezember verzeichnete die Arbeitslosenquote wieder einen geringfügigen Zuwachs um 0,4% (11,2%). Die Arbeitslosenquoten der Männer und Frauen hatten dabei im Jahresverlauf eine ähnliche Entwicklung. Der Anteil an arbeitslosen Männern lag ganzjährig über dem Anteil an arbeitslosen Frauen. (Abb. 1.21)

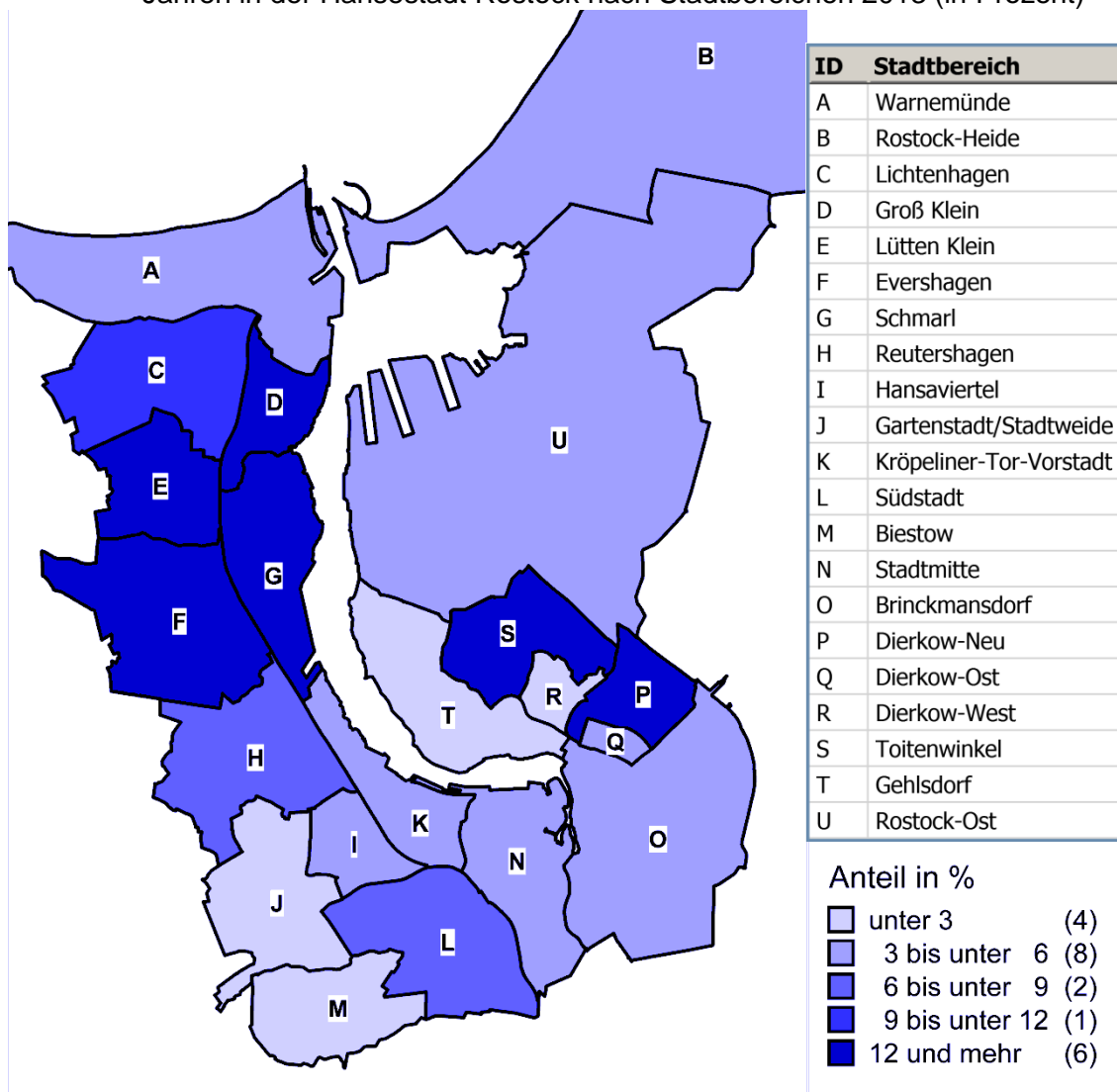
Abbildung 1.21: Geschlechterspezifischer Verlauf der Arbeitslosenquote aller zivilen Erwerbspersonen in der Hansestadt Rostock 2013 (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der Bundesagentur für Arbeit (Stand: August 2014)

In der Abb. 1.22 werden die Anteile der Arbeitslosen, bezogen auf die Bevölkerung im Alter von 15 bis unter 65 Jahren, nach Stadtbereichen in der Hansestadt Rostock kartografisch für den Dezember 2013 dargestellt. Die Ziffern in den Klammern stehen für die Anzahl der Stadtbereiche, die den Anteil der jeweiligen Kategorie aufweisen. Demnach haben bspw. vier Stadtbereiche der Hansestadt Rostock einen Anteil von unter 3% Arbeitslosen. Die geringsten Anteile an Arbeitslosen haben mit 2,1% die Stadtbereiche Gehlsdorf und Biestow. Den zweitgeringsten Anteil an Arbeitslosen hat der Stadtbereich Gartenstadt/Stadtweide (2,9%). Im Stadtbereich Groß Klein (14,7%) wurde der höchste Anteil an Arbeitslosen ausgewiesen. Weiterhin sind die Stadtbereiche Lütten Klein (14,2%), Schmarl (14,2%), Dierkow-Neu (13,9%) und Toitenwinkel (13,4%) durch, im Vergleich zu den anderen Stadtbereichen, erhöhte Anteile an Arbeitslosen gekennzeichnet. (Abb. 1.22)

Abbildung 1.22: Anteil an Arbeitslosen bezogen auf die Bevölkerung im Alter von 15 bis unter 65 Jahren in der Hansestadt Rostock nach Stadtbereichen 2013 (in Prozent)



Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle nach Daten der Bundesagentur für Arbeit und Hansestadt Rostock, Melderegister (Stand: 31.12.2013)

1.2.3 Einkommen und Armut

Für eine individuelle Lebensführung ist ein ausreichendes und kontinuierlich fließendes Einkommen eine wichtige Voraussetzung, um sich einerseits mit materiellen Gütern und Dienstleistungen versorgen zu können und um andererseits am sozialen und kulturellen Leben teilzunehmen.⁶² Das Einkommen kann einen Hinweis auf den Wohlstand einer Bevölkerung liefern und gleichermaßen ein Indikator für Armut sein. In den folgenden Ausführungen wird auf die Entwicklung des verfügbaren Einkommens der privaten Haushalte für die Hansestadt Rostock und ausgewählte Regionen eingegangen. Daran anschließend wird auf den Anteil der armutsgefährdeten Personen in der Hansestadt Rostock verwiesen.

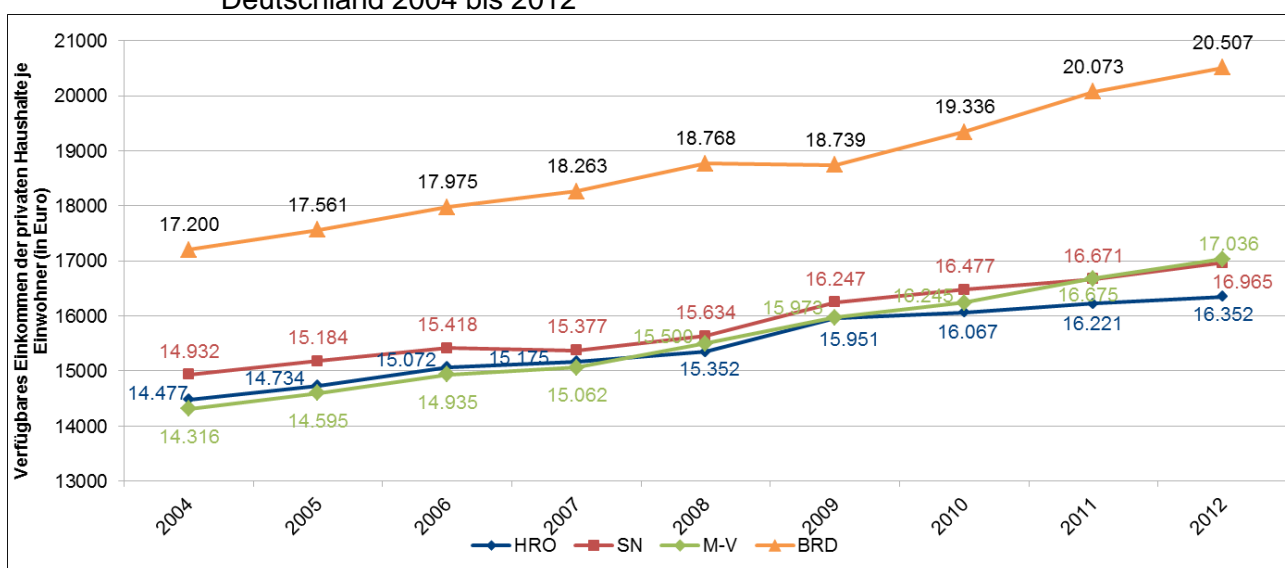
⁶² vgl. Bäcker et al. 2010: 213

Einkommen

Das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte stellt den Betrag dar, der den privaten Haushalten zufließt und, nachdem alle regelmäßigen Zahlungsverpflichtungen getätigt wurden, für private Konsum- und Sparzwecke zur Verfügung steht.

In der Abb. 1.23 ist das durchschnittlich verfügbare Einkommen der privaten Haushalte je Einwohner (in Euro) für die Hansestadt Rostock (HRO), für die Landeshauptstadt Schwerin (SN), für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern (M-V) und für die Bundesrepublik Deutschland (BRD) im Zeitraum von 2004 bis 2012 dargestellt.

Abbildung 1.23: Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte je Einwohner (in Euro) in Rostock, in Schwerin, in Mecklenburg- Vorpommern und in der Bundesrepublik Deutschland 2004 bis 2012¹



¹ Die zurückgerechneten Ergebnisse für die Jahre 1995 bis 2010 nach der Revision 2011 sind nicht mit Angaben der früheren Berechnungsstände vergleichbar.

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern (Stand: September 2014)

In Bezug auf das zur Verfügung stehende Einkommen der privaten Haushalte je Einwohner zeigen sich in den Jahren von 2004 bis 2012 erhebliche Unterschiede zwischen den norddeutschen kreisfreien Städten Rostock und Schwerin sowie dem Bundesland Mecklenburg-Vorpommern und der Bundesrepublik. Über den gesamten hier betrachteten Zeitraum lag das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte in den kreisfreien Städten Rostock und Schwerin sowie im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern weit unter dem im Durchschnitt verfügbaren Einkommen der privaten Haushalte in der Bundesrepublik. Insgesamt ist das verfügbare Einkommen der Bevölkerung im Berichtszeitraum gestiegen. Während ein Bundesbürger 2004 im Durchschnitt ein verfügbares Einkommen von 17.200 Euro hatte, standen diesem im Jahr 2012 mit 20.507 Euro durchschnittlich 3.307 Euro mehr zur Verfügung. (Abb. 1.23)

Das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte hat sich parallel zum durchschnittlich verfügbaren Einkommen der privaten Haushalte im Bundesgebiet auch in Mecklenburg-Vorpommern sowie in den kreisfreien Städten Rostock und Schwerin erhöht. Die Differenz zwischen dem verfügbaren Einkommen der privaten Haushalte im Bundesgebiet und in Mecklenburg-Vorpommern betrug im Jahr 2004 2.884 Euro und hat sich bis 2012 sogar auf 3.471 Euro erhöht. (Abb. 1.23)

Für die Hansestadt Rostock fand im Berichtszeitraum eine vom Bundesland und von der Landeshauptstadt Schwerin abweichende Entwicklung statt. Von 2004 bis 2007 lag das durchschnittlich verfügbare Einkommen der privaten Haushalte in der Hansestadt Rostock über dem in Mecklenburg-Vorpommern verfügbaren Einkommen. Seit dem Jahr 2008 hat sich das verfügbare Einkommen in der Hansestadt Rostock im Vergleich zum Bundesland etwas verringert. Im Jahr 2012 lag das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte in der Hansestadt Rostock mit 16.352 Euro deutlich unter dem im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern zur Verfügung stehenden Einkommen der privaten Haushalte (17.036 Euro). Im Vergleich zur Landeshauptstadt Schwerin lag das verfügbare Einkommen in der Hansestadt Rostock im gesamten betrachteten Zeitraum unter dem Einkommen, das den privaten Haushalten in Schwerin durchschnittlich zur Verfügung stand. (Abb.1.23)

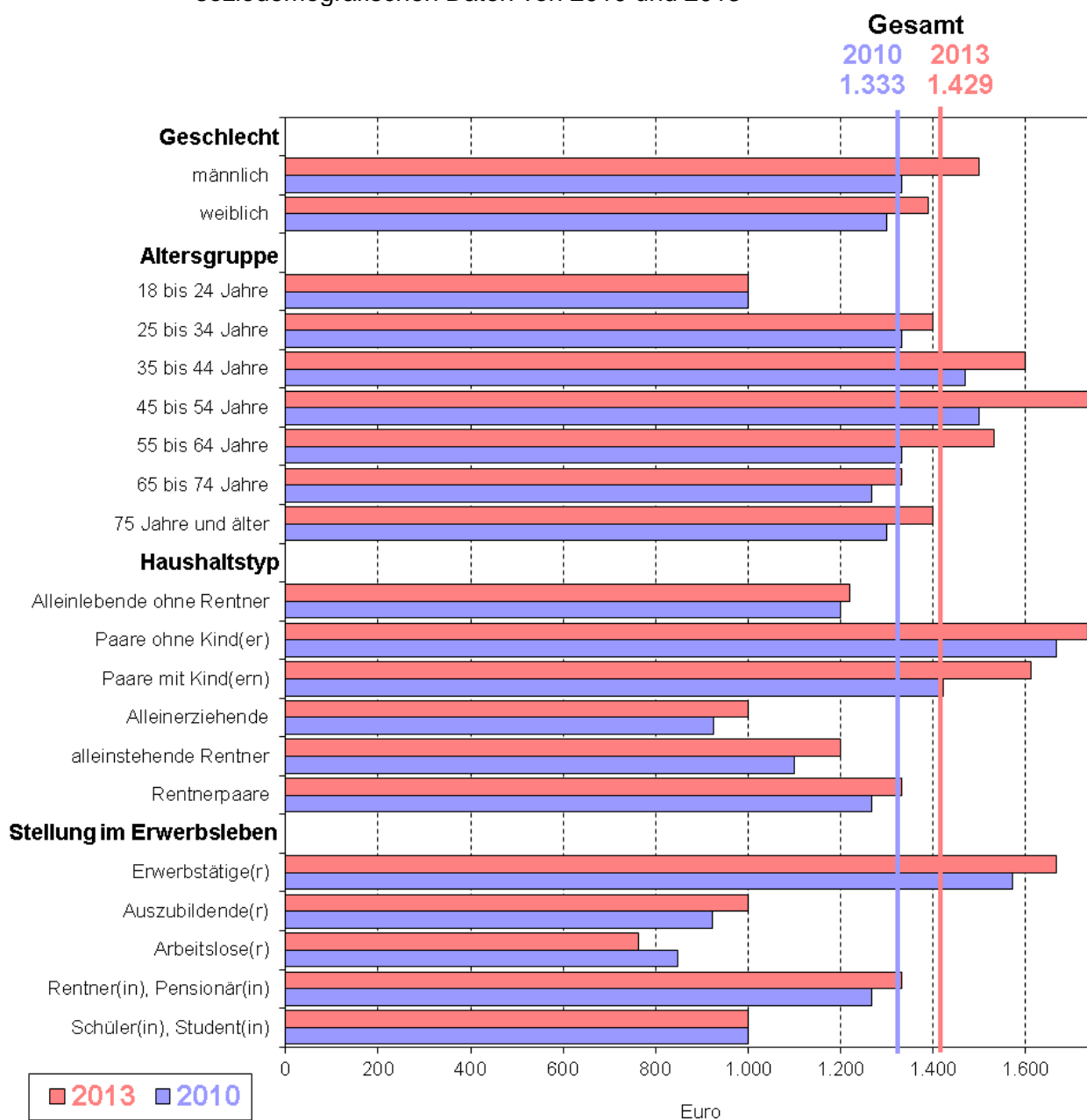
Um die Einkommenssituation von Haushalten unterschiedlicher Zusammensetzung vergleichen zu können, wird das Nettoäquivalenzeinkommen eines Haushaltes bestimmt. Das Äquivalenzeinkommen ist ein Wert, welcher sich aus dem Einkommen eines Haushaltes insgesamt und der Anzahl sowie dem Alter der von diesem Einkommen lebenden Personen ergibt. Nach der OECD-Skala wird jeder Person im Haushalt ein Gewichtungsfaktor zugeteilt, durch welchen der Mehrheitsbedarf, der durch jede weitere Person im Haushalt entsteht, berücksichtigt werden soll. Das Haushaltsnettoeinkommen wird durch die Summe der Gewichtungsfaktoren geteilt und man erhält das Nettoäquivalenzeinkommen je Haushaltsmitglied in Euro.⁶³

Im Jahr 2013 lag das durchschnittliche monatliche Nettoäquivalenzeinkommen (Median) der Haushalte in Rostock bei 1.429 Euro pro Person. Im Vergleich der Jahre 2010 und 2013 hat sich das Durchschnittseinkommen 2013 um 7% erhöht.⁶⁴ In der Abb. 1.24 wird das durchschnittliche monatliche Nettoäquivalenzeinkommen (Median in Euro) nach soziodemografischen Daten in den Jahren 2010 und 2013 dargestellt.

⁶³ Die Darstellung zur Einkommenssituation der Rostocker Bevölkerung geht auf die Ergebnisse einer schriftlichen „Kommunalen Bürgerrinnen- und Bürgerumfrage“ zurück, die durch die Kommunale Statistikstelle des Hauptamtes der Hansestadt Rostock Ende 2013 erfolgte. Diese wird im Abstand von drei Jahren durchgeführt und macht einen Vergleich mit den vergangenen Befragungen (2004, 2007 und 2010) möglich. Für die Erhebung wurden 10.000 Bürger per Zufallsstichprobe aus dem Einwohnermelderegister ausgewählt. Die Stichprobe wurde nach folgenden Kriterien gezogen: die Befragten mussten mit ihrem Hauptwohnsitz in Rostock gemeldet und im Alter von 18 bis 84 Jahren sein. Ausgewählte Gemeinschaftseinrichtungen (Altenpflege- und Behindertenheime) sowie fiktive Adressen für Seeleute blieben bei der Befragung unberücksichtigt. Die Stichprobenziehung erfolgte gewichtet nach den 21 Stadtbereichen der Hansestadt Rostock und nach vier Altersgruppen innerhalb eines jeden Stadtgebietes. Pro Haushalt wurde möglichst nur eine Person befragt. Mit einem Rücklauf von 3.213 ausgefüllten Fragebögen spiegelt das Ergebnis der Bürgerumfrage einen Anteil von 2,7% aller Haushalte in der Hansestadt Rostock wider und ist repräsentativ. (vgl. Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Bürgerrinnen- und Bürgerumfrage 2013: 4)

⁶⁴ vgl. ebd.: 20-21

Abbildung 1.24: Durchschnittliches monatliches Nettoäquivalenzeinkommen (Median in Euro) nach soziodemografischen Daten von 2010 und 2013



Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle (Stand: Dezember 2013)

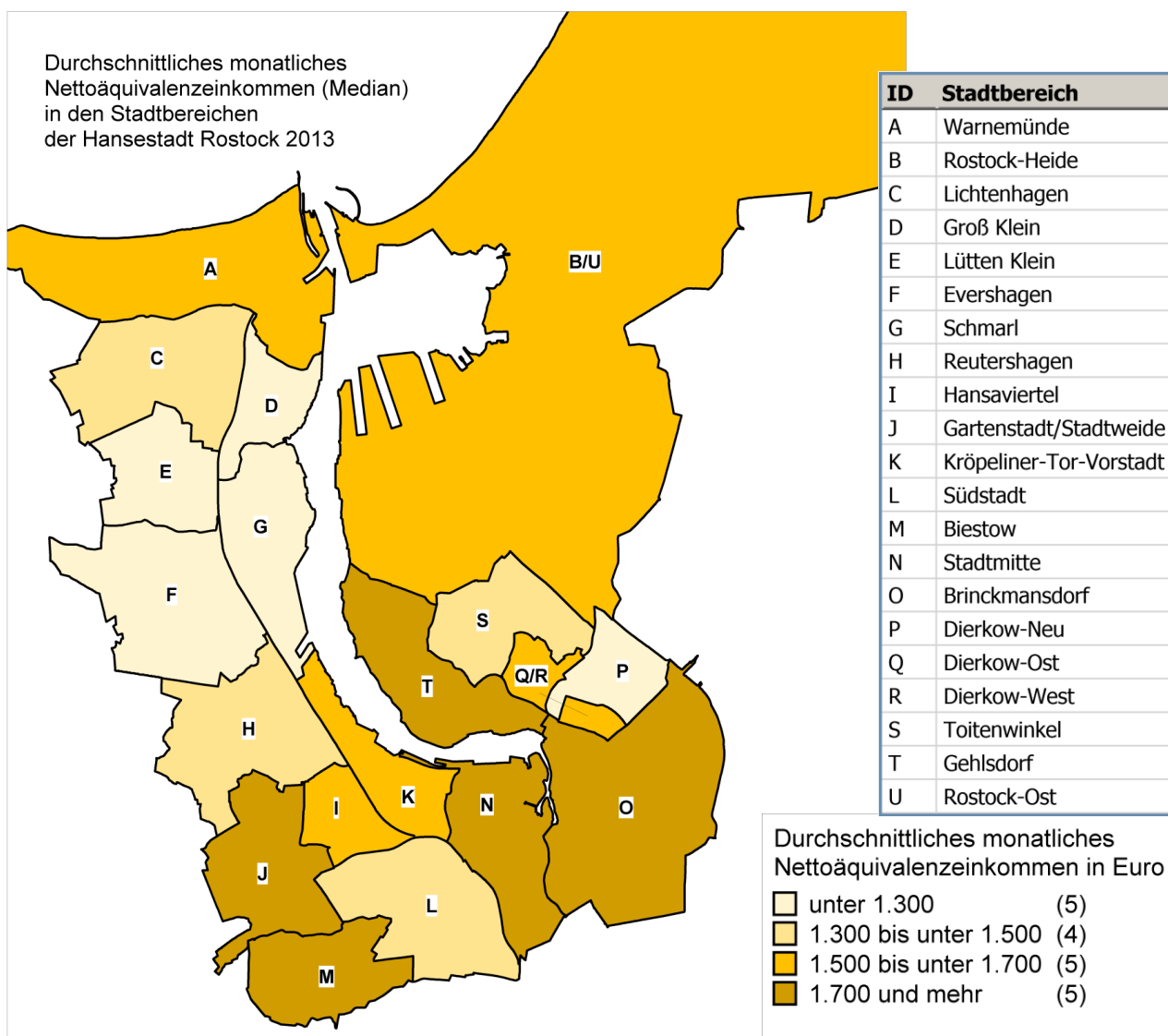
Zwischen den Geschlechtern zeigt sich ein Unterschied im Hinblick auf das durchschnittliche monatliche Nettoäquivalenzeinkommen. Hintergrund ist die Konstellation der Haushalte: ein sehr viel größerer Anteil der Rostocker Frauen lebt im Vergleich zu den Männern in den Haushalten der Alleinerziehenden (93% Frauen) und der alleinstehenden Rentner (74% Frauen).

Das im Durchschnitt höchste monatliche Einkommen hat die Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen. Nach dem Haushaltstyp verfügen Paare ohne Kind(er) über das höchste durchschnittliche monatliche Nettoäquivalenzeinkommen.

Beim Vergleich des Einkommens nach der Stellung im Erwerbsleben haben die Erwerbstätigen (1.667 Euro pro Person) im Gegensatz zu den Arbeitslosen (763 Euro pro Person) mehr als das doppelte monatliche Nettoäquivalenzeinkommen zur Verfügung. (Abb. 1.24)

Ferner zeigen sich auch in den Stadtbereichen der Hansestadt Rostock Differenzierungen im Hinblick auf das monatliche Nettoäquivalenzeinkommen. In der Abb. 1.25 wird das durchschnittliche monatliche Nettoäquivalenzeinkommen (Median) nach Stadtbereichen mit dem Stand zum Dezember 2013 dargestellt.

Abbildung 1.25: Durchschnittliches monatliches Nettoäquivalenzeinkommen (Median) nach Stadtbereichen 2013



Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle (Stand: Dezember 2013)

Zu den Stadtbereichen mit den durchschnittlich monatlich höchsten Nettoäquivalenzeinkommen gehören Gehlsdorf, Biestow, Gartenstadt/Stadtweide, Stadtmitte und Brinckmansdorf – die Haushalte dieser Stadtbereiche verfügen über ein durchschnittliches monatliches Nettoäquivalenzein-

kommen von 1.700 Euro und mehr. Die Haushalte in Schmarl, Lütten Klein, Dierkow-Neu, Groß Klein und Evershagen haben mit unter 1.300 Euro die im Durchschnitt je Monat niedrigsten Nettoäquivalenzeinkommen. (Abb. 1.25) Im Jahr 2010 waren die Ergebnisse ähnlich.

Armut

Zum Begriff der Armut lassen sich verschiedene Definitionen und Ansätze finden. Für die Bundesrepublik Deutschland ist das Thema der „relativen Armut“ von Bedeutung.⁶⁵ Als relativ arm werden Personen oder Haushalte beschrieben, „die über nur so geringe materielle, kulturelle und soziale Mittel verfügen, dass sie von der Lebensweise ausgeschlossen sind, die in der Bundesrepublik als unterste Grenze des Akzeptablen annehmbar ist“.⁶⁶ Relative Einkommensarmut lässt sich auf unterschiedliche Weise bestimmen. Am gebräuchlichsten ist in der EU die Berechnung auf Basis der OECD-Skala. Nach dieser gilt jemand als armutsgefährdet, wenn er weniger als 60% des Medians der Äquivalenzeinkommen der jeweiligen Bevölkerung zur Verfügung hat.⁶⁷ Auf anderem Wege kann die relative Einkommensarmut auf der Grundlage des Bezuges von staatlichen Unterstützungsleistungen wie der Sozialhilfe bzw. Grundsicherung bestimmt werden.⁶⁸

Im Jahr 2013 liegt die Armutsgefährdungsgrenze in Rostock bei einem monatlichen Nettoäquivalenzeinkommen von 857 Euro (2010: 800 Euro), armutsgefährdet sind etwa 13% der Haushalte – 2010 waren es 11%. Den 13% Armutsgefährdeten stehen 16% Einkommensreiche⁶⁹ gegenüber.⁷⁰ In der Abb. 1.26 werden die Anteile der Armutsgefährdeten den Anteilen der Einkommensreichen nach Stadtbereichen im Jahr 2013 gegenübergestellt – sie werden absteigend nach dem Anteil der Armutsgefährdeten dargestellt. Es wird deutlich, dass sich die Stadtbereiche in ihren Anteilen an finanziell schlechter bzw. besser Gestellten unterscheiden. Schmarl, Lütten Klein, Groß Klein und Dierkow-Neu sind die Stadtbereiche mit den höchsten Armutsgefährdungsquoten. Hingegen sind die höchsten Anteile an Einkommensreichen in den Stadtbereichen Gartenstadt/Stadtweide, Biestow und Gehlsdorf zu verzeichnen. (Abb. 1.26) 2010 gab es ähnliche Ergebnisse.⁷¹

⁶⁵ vgl. Butterwegge 2010: 19

⁶⁶ Klocke u. Hurrelmann 2001: 12

⁶⁷ vgl. Butterwegge 2010: 20, Deckl 2010: 1104, Butterwegge et al 2004: 19-20

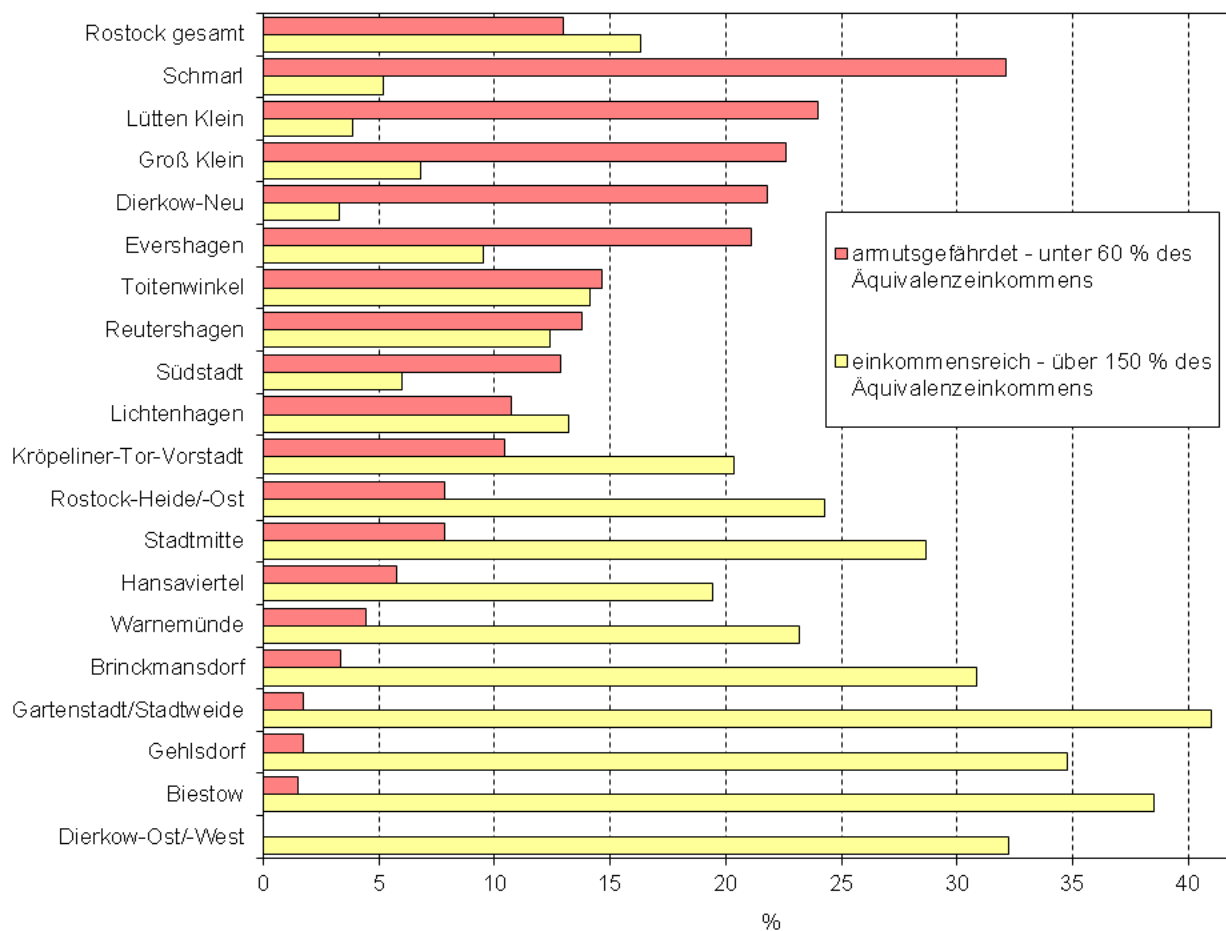
⁶⁸ vgl. Butterwegge 2010: 20, Bäcker et al. 2010: 329-366

⁶⁹ Als einkommensreich gelten die Haushalte, die pro Monat mehr als 150% des Nettoäquivalenzeinkommens (2.143 Euro) haben. (vgl. Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Bürgerinnen- und Bürgerumfrage 2013: 23)

⁷⁰ Grundlage für diese und die folgenden Angaben bilden die Ergebnisse einer schriftlichen „Kommunalen Bürgerinnen- und Bürgerumfrage“, die durch die Kommunale Statistikstelle des Hauptamtes der Hansestadt Rostock Ende 2013 angestellt wurde. (vgl. ebd.: 4)

⁷¹ vgl. ebd.: 23

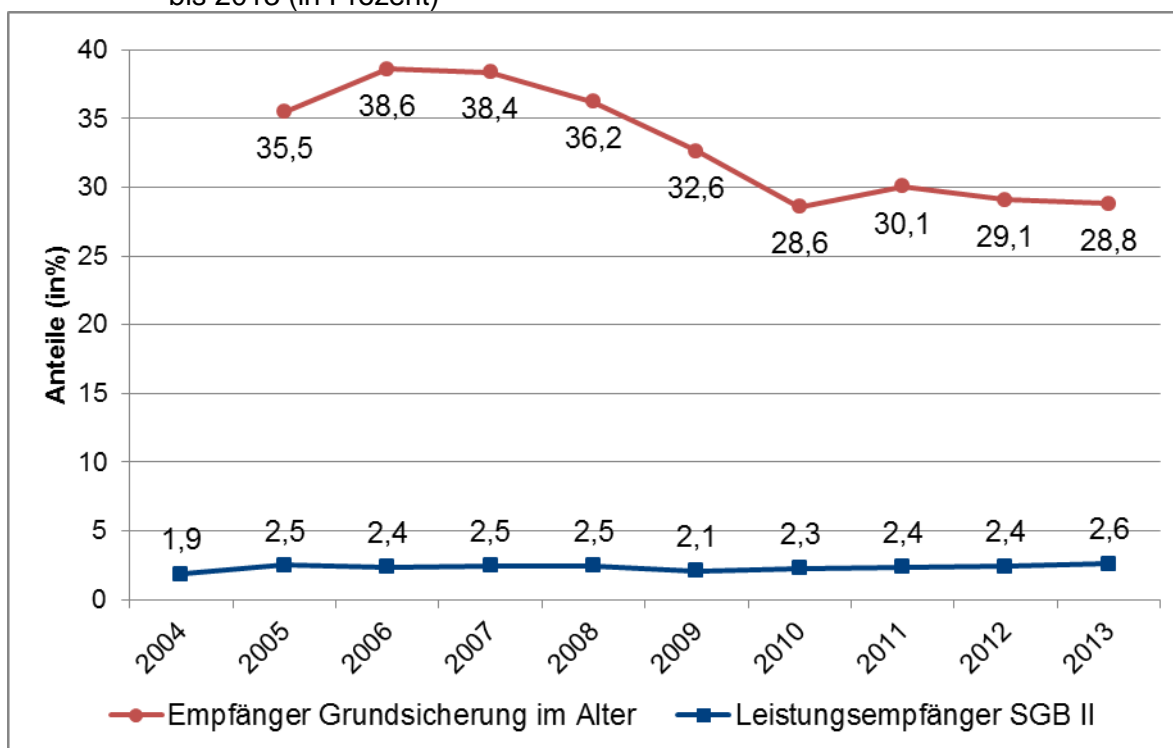
Abbildung 1.26: Anteile der Armutsgefährdeten und Einkommensreichen nach Stadtbereichen 2013



Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle (Stand: Dezember 2013)

In der Abb.1.27 werden die Anteile der Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 15 Jahren, die Sozialgeld nach SGB II erhalten, sowie die Anteile der Empfänger von Grundsicherung im Alter von 65 Jahren und älter in der Hansestadt Rostock im Berichtszeitraum von 2004 bis 2013 dargestellt.

Abbildung 1.27: Anteile der Kinder und Jugendlichen, die Sozialgeld nach SGB II erhalten, und Anteile der Empfänger von Grundsicherung im Alter in der Hansestadt Rostock 2004 bis 2013 (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle

Im Jahr 2005 erhielten 35,5% der Rostocker Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 15 Jahren Sozialgeld nach SGB II. Bis 2006 erhöhte sich der Anteil leicht auf 38,6%. In den folgenden Jahren bis 2006 verringerte sich der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die Sozialgeld erhielten, auf 28,6%. Im Jahr 2011 nahm der Anteil erneut leicht zu (30,1%) und verringerte sich bis 2013 wiederholt. Im Jahr 2013 erhielten 28,8% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 15 Jahren in Rostock Sozialgeld nach SGB II. (Abb. 1.27)

Der Anteil der Personen, die Grundsicherung im Alter erhielten, ist im Berichtszeitraum in der Hansestadt Rostock insgesamt gestiegen. Im Jahr 2004 bekamen 1,9% der Personen im Alter von 65 Jahren und älter Grundsicherung. Bis 2005 hat sich der Anteil der Personen, die Grundsicherung im Alter erhielten, um 0,6% auf 2,5% erhöht und ist über die Jahre bis 2008 auf gleichem Niveau geblieben. Von 2008 bis 2009 hat sich der Anteil der Personen, die im Alter von 65 Jahren und älter Grundsicherung erhielten, leicht verringert (2,1%). In den Folgejahren ist dieser bis 2013 erneut kontinuierlich bis auf 2,6% gestiegen. (Abb. 1.27)

1.2.4 Öffentliche Sozialleistungen

Personen, die aufgrund von Notlagen wie Invalidität, Alter, Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Arbeitslosigkeit u. a. für die Deckung ihrer Lasten der Unterstützung bedürfen, können staatliche Dienst-, Geld- oder Sachleistungen beantragen. Am Bedarf des Empfängers bemessen, werden diese transferierten Sozialleistungen mit dem Ziel der sozialen Sicherung gewährt. Anhand des Umfan-

ges der gezahlten Sozialleistungen in einer Region können soziale Problemlagen abgeleitet werden.

Zum 01. Januar 2005 fand eine Neugestaltung des Sozialhilferechts statt womit eine Änderung des Erhebungsverfahrens in der Statistik einherging. Da ein großer Teil der bisherigen Sozialhilfeempfänger durch die neuen gesetzlichen Regelungen seit dem Jahr 2005 für verschiedene andere Arten staatlicher Hilfe leistungsberechtigt wurden (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und die Grundsicherung für Arbeitssuchende – Arbeitslosengeld II), ist die Vergleichbarkeit mit den vorhergehenden Statistiken nicht mehr gegeben. Aufgrund der Reform werden ausgewählte öffentliche Sozialleistungen im Berichtszeitraum von 2005 bis 2013 dargestellt.

Sozialhilfe

Die Hilfearten der Sozialhilfe werden im Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII)⁷² definiert. Nach § 1 SGB XII kommt der Sozialhilfe die Aufgabe zu, dem Leistungsberechtigten ein Leben in Würde zu ermöglichen. Die Leistungen der Sozialhilfe umfassen:

- „1. Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27 bis 40),
2. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41 bis 46a),
3. Hilfen zur Gesundheit (§§ 47 bis 52),
4. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53 bis 60),
5. Hilfe zur Pflege (§§ 61 bis 66),
6. Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 bis 69),
7. Hilfe in anderen Lebenslagen (§§ 70 bis 74)

sowie die jeweils gebotene Beratung und Unterstützung.“⁷³

Nach § 27 erhalten Personen Hilfe zum Lebensunterhalt, wenn sie nicht oder in nicht ausreichendem Maße in der Lage sind ihren Lebensunterhalt zu bestreiten.⁷⁴

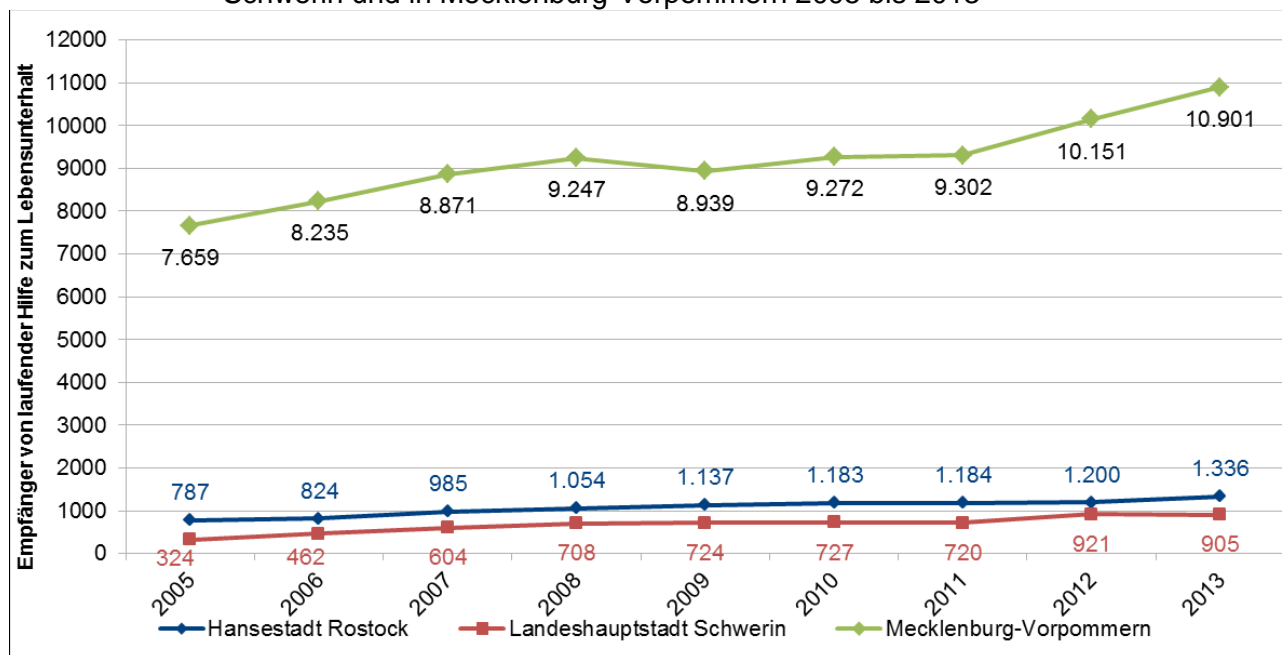
In der Abb. 1.25. werden die Empfänger laufender Hilfe zum Lebensunterhalt in der Hansestadt Rostock, Landeshauptstadt Schwerin und im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern im Berichtszeitraum 2005 bis 2013 dargestellt.

⁷² Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – in der Fassung vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S.3022, 3023), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133).

⁷³ § 8 SGB XII

⁷⁴ vgl. § 27 SGB XII

Abbildung 1.28: Anzahl der Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt in Rostock, in Schwerin und in Mecklenburg-Vorpommern 2005 bis 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern (Stand: jeweils zum 31.12.)

In der Hansestadt Rostock hat sich die Anzahl der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt von 787 Personen im Jahr 2005 auf 1.336 Personen im Jahr 2013 kontinuierlich erhöht. (Abb. 1.25) Von den 1.336 Personen war der größte Anteil im Alter von 60 Jahren und älter (21,6%). Ebenfalls erhöhte Anteile an Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt hatten die Altersgruppen der 50- bis unter 60-Jährigen (19,5%), der 40- bis unter 50-Jährigen (16,2%) sowie die 30- bis unter 40-Jährigen (15,6%). Den geringsten Anteil an Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt hatte die Altersgruppe der 15- bis 18-Jährigen (0,9%).⁷⁵ Über den gesamten Berichtszeitraum überwiegt die Anzahl der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt in der Hansestadt Rostock die Anzahl der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt in der Landeshauptstadt. In Mecklenburg-Vorpommern hat sich die Anzahl der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt – bis auf das Jahr 2009, in diesem ist die Anzahl einmalig zurückgegangen – kontinuierlich erhöht. (Abb. 1.28)

In Anteilen heißt das, dass 0,7% der Rostocker Bevölkerung im Jahr 2013 Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt waren. Der Anteil der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern war im Jahr 2013 mit 0,7% auf gleichem Niveau mit der Hansestadt Rostock. In der Landeshauptstadt Schwerin war der Anteil der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt mit 1,0% geringfügig höher.⁷⁶

⁷⁵ Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern

⁷⁶ Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern; nach Daten des Statistischen Bundesamtes für Schwerin und Mecklenburg-Vorpommern sowie nach Daten der Hansestadt Rostock, Kommunale Statistikstelle, Melderegister; alle Bevölkerungszahlen auf Basis der Fortschreibung des Zensus (09.11.2011)

Wenn mit dem Erreichen der Altersgrenze oder aufgrund der dauerhaft vollen Erwerbsminderung die Teilnahme am Erwerbsleben nicht mehr möglich ist und keine ausreichenden Rentenansprüche bestehen, d. h. der Lebensunterhalt nicht eigenständig erbracht werden kann, wird durch die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung eine Hilfe zur Existenzsicherung gewährt.⁷⁷ Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung steht Personen ab 65 Jahren sowie Personen ab 18 Jahren mit auf Dauer voller Erwerbsminderung zu. Mit dieser kann eine „versteckte Altersarmut“ verhindert werden.

In der Hansestadt Rostock ist die Anzahl der Empfänger von bedarfsorientierter Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, ausgenommen im Jahr 2009, kontinuierlich gestiegen. Haben im Jahr 2005 2.160 Personen (0,8% der Rostocker Bevölkerung⁷⁸) eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bezogen, waren es im Jahr 2013 3.178 Personen (1,6% der Rostocker Bevölkerung⁷⁹) und somit +1.018 Personen mehr. Gleichermaßen ist im Berichtszeitraum die Anzahl der Empfänger von bedarfsorientierter Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in der Landeshauptstadt Schwerin (2005: 1.181 Personen; 2013: 1.948 Personen) und im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern (2005: 14.246 Personen; 2013: 21.009 Personen) gestiegen.⁸⁰

Leistungen nach dem SGB II

Für Personen, die sich auf der Suche nach einer Arbeit befinden, kann nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II)⁸¹ eine Grundsicherung gezahlt werden. Die Grundsicherung für Arbeitssuchende soll dem erwerbsfähigen Leistungsberechtigten zu einem Leben in Würde sowie zur Wiederaufnahme oder Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit verhelfen und den Lebensunterhalt sicherstellen.⁸²

In der Hansestadt Rostock hat sich die Anzahl der Bedarfsgemeinschaften⁸³, die Leistungen nach dem SGB II erhalten, im Jahresdurchschnitt⁸⁴ insgesamt von 2005 bis 2013 verringert. Haben im Jahr 2005 im Jahresdurchschnitt 19.372 Bedarfsgemeinschaften Leistungen nach dem SGB II erhalten, waren es im Jahr 2013 im Jahresdurchschnitt nur noch 16.795. Den größten Anteil der Empfänger von Leistungen nach dem SGB II hatten über den gesamten Berichtszeitraum Bedarfsgemeinschaften mit einer Person (2013: 63,5%⁸⁵).⁸⁶

⁷⁷ vgl. § 41 SGB XII

⁷⁸ Eigene Berechnung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern und der Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle, Melderegister

⁷⁹ ebd.

⁸⁰ Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern

⁸¹ Das Zweite Buch Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitssuchende – in der Fassung vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S.850, 2094), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2411).

⁸² vgl. § 1 SGB II

⁸³ Bedarfsgemeinschaften umfassen Personenhaushalte von einer bis fünf Personen.

⁸⁴ Jahresdurchschnittszahlen wurden wie folgt berechnet: für Arbeitslose, offene Stellen aus 12 Monatswerten (halber Dezember des Vorjahres, Januar bis November und halber Dezember des laufenden Jahres).

⁸⁵ Quelle: Eigene Berechnung nach Daten der Bundesagentur für Arbeit

⁸⁶ Quelle: Bundesagentur für Arbeit (Jahresdurchschnitt)

Wohngeld

Wohngeld wird für ein angemessenes und familiengerechtes Wohnen zur wirtschaftlichen Absicherung gezahlt. Die Gewährung von Wohngeld kann für jede Art von Wohnraum erfolgen. Zwar gilt das Wohngeld als eine Form der Sozialleistung, es ist aber keine Leistung der Sozialhilfe.

Im Zuge der Neugestaltung des Sozialhilferechts mit dem Inkrafttreten des Vierten Gesetzes für „Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ („Harz IV“) zum 01.01.2005 fanden erhebliche Veränderungen in der Wohngeldstatistik statt. Seitdem werden Empfänger, die anderweitige Transferleistungen (z. B. Arbeitslosengeld II) erhalten, vom Wohngeldbezug ausgeschlossen, wenn bei der Berechnung dieser Leistungen bereits die Unterkunfts- und Wohnkosten berücksichtigt wurden. Die Erhebung bezieht sich auf die Empfängerhaushalte von allgemeinem Wohngeld, das nur auf Antrag bewilligt werden kann. Allgemeines Wohngeld können Mieter von Wohnungen als Mietzuschuss und Eigentümer eines Eigenheims bzw. einer Eigentumswohnung als Lastenzuschuss für den selbstgenutzten Wohnraum beantragen. Die Vergleichbarkeit mit den Vorjahren ist nicht mehr gegeben.

In der Hansestadt Rostock haben im Jahr 2006 7.622 Empfängerhaushalte allgemeines Wohngeld erhalten. Bis 2008 hat sich die Anzahl der Haushalte mit allgemeinem Wohngeld auf 5.640 verringert. Von 2008 bis 2010 ist die Anzahl der Haushalte auf 15.184 gestiegen. Diese deutliche Zunahme kann u. a. auf das Inkrafttreten der Wohngeldnovelle zum 01.01.2009 zurückgeführt werden. In deren Zuge fanden Leistungserhöhungen statt, womit nicht nur der Wohngeldbetrag angehoben wurde, sondern auch die Stadt Rostock einer höheren Mietstufe zugeordnet wurde. Seit dem Jahr 2010 hat die Anzahl der Haushalte mit Wohngeld kontinuierlich abgenommen. Somit erhielten im Jahr 2013 in der Hansestadt Rostock nur noch 8.402 Haushalte allgemeines Wohngeld.⁸⁷

Elterngeld

Die Statistik zum Elterngeld liefert Angaben zu den Elterngeldbeziehenden und dem antragsbegründeten Kind. Nebst Höhe des Elterngeldanspruchs und der Berechnungsgrundlage im ersten und letzten Bezugsmonat werden in dieser auch Angaben zur Bezugsdauer von Elterngeld gemacht. Da seit dem 01. Januar 2008 die Erhebung zur Statistik zum Elterngeld von der so genannten Antragsstatistik auf die beendeten Leistungsbezüge umgestellt wurde, wird folglich nur der Berichtszeitraum zum Elterngeld von 2008 bis 2012 dargestellt.

In der Hansestadt Rostock haben im Jahr 2012 2.249 Personen Elterngeld bezogen. Davon waren 76,2% Frauen und 23,8% Männer. Im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern war der Anteil der Frauen, die im Jahr 2012 Elterngeld bezogen haben, mit 80,8% etwas höher. Von 2008 (1.906 Personen) bis 2011 hat sich die Anzahl der Elterngeldbezieher in Rostock kontinuierlich auf 2.290 erhöht. Im Jahr 2012 ist die Anzahl der Personen mit Elterngeld wieder leicht zurückgegangen (2.249). Im Bundesland zeigte sich eine identische Entwicklung. Der Anteil der männlichen Elterngeldbezieher hat sich im Berichtszeitraum sowohl in der Hansestadt Rostock als auch im Land Mecklenburg-Vorpommern insgesamt erhöht. Haben in Rostock 2008 18,2% der Männer Elterngeld bezogen, waren es im Jahr 2012 23,8%. Im selben Zeitraum hat sich der Anteil der Männer

⁸⁷ Quelle: Hansestadt Rostock, Amt für Jugend und Soziales

mit Elterngeld in Mecklenburg-Vorpommern von 15,9% auf 19,2% erhöht. Die Bezugsdauer des Elterngeldes erfolgte sowohl für Rostock als auch für Mecklenburg-Vorpommern über den gesamten Berichtszeitraum zumeist von 10 bis 12 Monaten.⁸⁸

⁸⁸ Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern

Literaturverzeichnis – Bevölkerung und soziale Lage

Bäcker, Gerhard, Naegele, Gerhard, Bispinck, Reinhard, Hofemann, Klaus, Neubauer, Jennifer (2010): Einkommen. In: Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Band 1: Grundlagen, Arbeit, Einkommen und Finanzierung. VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden. S. 213-387

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2014): Verteilung der Asylbewerber
<http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylverfahren/Verteilung/verteilung-node.html>
[09.10.2014]

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2014a): Jugendquotient
<http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/J/jugendquotient.html>
[03.01.2015]

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2014b): Altenquotient
<http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/A/altenquotient.html> [03.01.2015]

Butterwegge, Carolin (2010): Schlüsselbegriffe, (Kinder-) Armutskonzepte und Überblick über die Untersuchungsgruppe. In: Butterwegge, Carolin (2010): Armut von Kindern mit Migrationshintergrund. Ausmaß, Erscheinungsformen und Ursachen. VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden. S.19-61

Butterwegge, Christoph, Holm, Karin, Imholz, Barbara, Klundt, Michael, Michels, Caren, Schulz, Uwe, Wuttke, Gisela, Zander, Margherita, Zeng, Matthias (2004): Armut und Kindheit. Ein regionaler, nationaler und internationaler Vergleich. VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Wiesbaden.

Deckl, Silvia (2010): LEBEN IN EUROPA 2009 - Bundesergebnisse für Sozialindikatoren über Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011): Wirtschaft und Statistik. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. S. 1098-1109

Hansestadt Rostock, Amt für Jugend und Soziales (2012): Vorlage 2012/IV/4078 der Hansestadt Rostock. Entwicklung der Asylbewerberzahlen in der Hansestadt Rostock 2003-2012.
http://195.37.188.171/bi/_tmp/tmp/45081036794983973/794983973/01074976/76.pdf
[09.10.2014]

Hansestadt Rostock, Büro des Oberbürgermeisters, Presse- und Informationsstelle (2007)
http://rathaus.rostock.de/sixcms/detail.php?template=seite_startseite_de [30.08.2014]

Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle (Hrsg.) (2014): Statistisches Jahrbuch 2014.

Hansestadt Rostock, Presse- und Informationsstelle (Hrsg.) (2014): Integrationskonzept der Hansestadt Rostock. Zukunft in Vielfalt.

Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle (Hrsg.) (2013): Kommunale Bürgerinnen- und Bürgerumfrage 2013. Teil 1.
http://rathaus.rostock.de/sixcms/media.php/1068/Teil%201_Kommunale%20B%C3%BCrgerumfrage%202013.pdf [10.04.2015]

Hansestadt Rostock, Presse- und Informationsstelle (Hrsg.) (2012): Rostock 2025. Leitlinien zur Stadtentwicklung

Hansestadt Rostock, Tourismuszentrale Rostock & Warnemünde (2008): Zahlen und Fakten.
<http://www.rostock.de/rostock-warnemuende-ostsee/zahlen-und-fakten-hansastadt-rostock.html>
[30.08.2014]

Klocke, Andreas, Hurrelmann, Klaus (2001): Kinder und Jugendliche in Armut. Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen, 2., überarb. Auflage. Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Landesamt für innere Verwaltung Mecklenburg-Vorpommern, Amt für Migration und Flüchtlingsangelegenheiten (2013): Jahresbericht 2013.
http://www.laiv-mv.de/land-mv/LAiV_prod/LAiV/amf/Zentrale_Auslaenderbehoerde/Jahresberichte/2013.pdf
[09.10.2014]

Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern (2012): Aktualisierte 4. Landesprognose zur Bevölkerungsentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern bis 2030. Aktualisierung der 4. Landesprognose auf das Basisjahr 2010.
http://www.statistik-mv.de/cms2/STAM_prod/STAM/de/bhf/Analysen_Aufsaeetze/Themenheft_Bevoelkerungsprognose/AktualisiertePrognose.pdf [18.11.2014]

Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung (2013): Landesregierung aktualisiert Prognose zur Bevölkerungsentwicklung. Pressemitteilung 3/13.
http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/vm/Service/Presse/Aktuelle_Pressemitteilungen/?&pid=42644 [18.11.2014]

NNN Norddeutsche Neueste Nachrichten GmbH (2014): Platznot im Asylbewerberheim.
<http://www.nnn.de/lokales/rostock/platznot-im-asylbewerber-heim-id6838191.html> [12.11.2014]

Planungsverband Region Rostock (2014): Regiopolregion Rostock. Region an Ostsee und Warnow.
<http://www.regiopolregion-rostock.de/de/die-region/an-ostsee-und-warnow/> [30.08.2014]

Regierungsportal Mecklenburg-Vorpommern (o.J.): Asyl und Flüchtlinge.
http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/im/Themen/Asyl_und_Fluechtlinge/index.jsp [07.11.2014]

Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2014): Bestand an Arbeitslosen und Arbeitslosenquoten, Hannover.

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2013): Statistische Berichte. Aktualisierte 4. Landesprognose (Basisjahr 2010). Bevölkerungsentwicklung des Landes Mecklenburg-Vorpommern sowie der kreisfreien Städte und Landkreise bis 2030 nach Einzelalter.
http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CDwQFjAC&url=http%3A%2F%2Fservice.mvnet.de%2Fstatmv%2Fdaten_stam_berichte%2Febibointerth01%2Fbevoelkerung--haushalte--familien--flaeche%2Fai_%2Fa183_%2Fa1832_%2Fdaten%2Fa1832-2012-01.xls&ei=QctsVLmmLo6qPJDYgdAM&usq=AFQjCNHeK_B9-PS_GdzUDZeBb3aihZSyBg&bvm=bv.80120444,d.ZWU [19.11.2014]

Statistisches Amt Mecklenburg Vorpommern (2014a): Landesdaten im Überblick.
http://www.statistik-mv.de/cms2/STAM_prod/STAM/de/bhf/index.jsp [29.08.2014]

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern Schwerin (2014): Veröffentlichungen. Statistische Berichte: Bevölkerung, Haushalte, Familien, Fläche.

http://www.statistik-mv.de/cms2/STAM_prod/STAM/de/bhf/Veroeffentlichungen/index.jsp?para=e-BibolnterTh01&linkid=010105&head=0101 [24.09.2014]

Statistisches Bundesamt (2014a): Genesis-Online: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ausländische Bevölkerung. Ergebnisse des Ausländerzentralregisters. Fachserie 1 Reihe 2 – 2013. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Auslaend/Bevoelkerung2010200137004.pdf?__blob=publicationFile [17.09.2014]

Statistisches Bundesamt (2014b): Genesis-Online. Ausländerstatistik. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;jsessionid=46321B8F37C73E1E111B937C2584E186.tomcat.GO_2_1?operation=statistikAbruftabellen&levelindex=0&levelid=1412156889726&index=3 [30.09.2014]

Wimes – Stadt- und Regionalentwicklung (2014): Monitoring Stadtentwicklung der Hansestadt Rostock. Berichtsjahr 2013. Teil Bevölkerungsentwicklung. Fortschreibung zum Stichtag 31.12.2013.

2 Gesundheitliche Lage ausgewählter Bevölkerungsgruppen

2.1 Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen

Anica Stürtz und Frauke Jakobs

Die Gesundheit ist über die gesamte Lebensspanne von großer Bedeutung. Bereits im Kindesalter werden Gesundheitsressourcen geschaffen und gesundheitsbezogene Verhaltensweisen erlernt. Somit wird ein Fundament für die gesundheitliche Lage im weiteren Leben geschaffen und damit auch die Chance zur gesellschaftlichen Teilhabe gewährt. Dabei wird die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen von verschiedenen Einflüssen geprägt. Ob ein Leben in guter bzw. schlechter Gesundheit geführt werden kann, ergibt sich somit aus einem Zusammenspiel von biologischen, psychischen und sozialen Gegebenheiten – d. h. neben körperlichen und psychischen Faktoren nimmt auch das familiäre und soziale Gefüge eine wichtige Rolle ein.⁸⁹ Wird die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen beeinträchtigt, kann dies negative Auswirkungen auf das aktuelle Wohlergehen, aber auch negative Folgen im Erwachsenenalter mit sich bringen.⁹⁰ Aus diesem Grund sind frühzeitige Vorsorgeuntersuchungen von besonderer Bedeutung, um den Gesundheits- und Entwicklungszustand von Kindern und Jugendlichen ärztlicherseits zu bewerten.

Die Vorsorgeuntersuchungen „U1 bis U9“ sind ein wesentlicher Beitrag für eine gesunde kindliche Entwicklung. Sie werden für Kinder bis zum 64. Lebensmonat empfohlen. Bei diesen handelt es sich um insgesamt zehn vorgegebene Untersuchungstermine, die in bestimmten Zeiträumen, im Rahmen einer ambulanten Versorgung durch kassenärztlich tätige Kinder- und Hausärzte, durchgeführt werden.⁹¹ Gleichzeitig können mit deren Hilfe die Entwicklung eines Kindes begleitet werden und, weil die Kinder in regelmäßigen Abständen vorbeugend untersucht werden, frühzeitig Gesundheitsstörungen oder Verzögerungen in der Entwicklung aufgedeckt und behandelt werden. Die Befunde in den Vorsorgeuntersuchungen werden durch den Kinder- oder Hausarzt in einem Vorsorgeheft festgehalten. Im besten Fall sind alle zehn empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen bis zur Einschulung durchgeführt.⁹² Nach dem 64. Lebensmonat schließen sich zur Bewertung der kindlichen Entwicklung schulärztliche Untersuchungen vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) an.

Im Fokus des Fachbereiches des KJGD steht die Förderung der körperlichen und seelischen Gesundheit von Säuglingen, Kleinkindern sowie von Kindern und Jugendlichen.⁹³ Der KJGD arbeitet nach folgenden gesetzlichen Grundlagen: das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern (ÖGDG M-V)⁹⁴, das Schulgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern (SchulG M-V)⁹⁵, die Schulgesundheitspflegeverordnung (SchulGesPfIVO M-V)⁹⁶ so-

⁸⁹ vgl. RKI 2014: 4

⁹⁰ vgl. RKI 2014: 4, Gottschling-Lang et al. 2014: 241

⁹¹ Es ist von Bedeutung, dass die Früherkennungsuntersuchungen in den vorgegebenen Zeiträumen wahrgenommen werden, weil wichtige Entwicklungsschritte der Kinder in bestimmten Zeiträumen stattfinden. Somit ist die Chance auf eine rechtzeitige Behandlung gewährleistet und der Arzt ist in der Lage den Entwicklungsstand eines Kindes besser zu beurteilen. (vgl. BZgA 2015)

⁹² vgl. BZgA 2015

⁹³ vgl. § 15 ÖGDG M-V, § 58 Abs. 3 SchulG M-V

⁹⁴ Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern in der Fassung vom 19. Juli 1994, mehrfach geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 15. April 2014 (GVOBl. M-V S. 150, 152). Im § 15 „Kinder- und Jugendärztlicher Dienst“ ÖGDG M-V werden die besonderen Aufgaben des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes bestimmt.

⁹⁵ Schulgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. September 2010, mehrfach geändert durch Gesetz vom 13. Dezember 2012 (GVOBl. M-V S. 555).

wie das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG)⁹⁷. Darüber hinaus bestimmen das Sozialgesetzbuch (SGB) Achtes Buch (VIII) – Kinder und Jugendhilfe⁹⁸, das Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe⁹⁹ und das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)¹⁰⁰ die Arbeitsweise des KJGD indirekt.

Die Arbeit des KJGD ist in erster Linie präventiv, sie dient der Beratung von Eltern, Kindern und Jugendlichen, dem Betreuungspersonal (z. B. in Kindertageseinrichtungen, Schulhorten, von Kindern und Jugendlichen in Heimunterbringung), Lehrern sowie von Mitarbeitern anderer Ämter.¹⁰¹ Der KJGD berät zu speziellen Fördermaßnahmen im Rahmen der Eingliederungshilfen, wie z. B. zur Frühförderung von Kindern, zur heilpädagogischen Förderung in Integrativen Kindertagesstätten und zum Einsatz von Integrationshelfern bzw. Schulbegleitern. Darüber hinaus wirkt er auch bei Verhaltensauffälligkeiten, gesundheitlichen Problemen oder Entwicklungsverzögerungen der Kinder unterstützend.¹⁰² Entsprechend der Richtlinien des ÖGDG werden durch den KJGD außerdem Impfungen angeboten.¹⁰³

Alle Einschüler und Förderschüler sowie die Schüler der 4. und 8. Klassen werden vom KJGD des Gesundheitsamtes ärztlich untersucht.¹⁰⁴ Diese Untersuchungen sind verpflichtend und der Bewertung des physischen und psychischen Gesundheits- und Entwicklungszustandes von Kindern sowie zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten und Fehlbildungen dienlich.¹⁰⁵ Die erste flächendeckende Untersuchung des KJGD für die Hansestadt Rostock findet vor der Einschulung, im Rahmen von sog. „Einschulungsuntersuchungen“¹⁰⁶, bei den Vorschulkindern statt. Anhand dieser Untersuchungen soll aus medizinischer Sicht eingeschätzt werden, ob sich das Kind altersgerecht entwickelt. Hinzukommend werden den Eltern bei Abweichungen entsprechende weiterführende spezialisierte Untersuchungen bei Fachärzten, wie z.B. Augenärzten, Hals-Nasen-Ohren-Ärzten, Fachärzten für Orthopädie oder Förderangebote angeraten. Die dokumentierten Früherkennungsuntersuchungen „U1 bis U9“ im Vorsorgeheft werden dabei, ebenso wie Entwicklungsberichte aus den Kindertagesstätten, berücksichtigt. Weiterhin folgen schulärztliche Untersuchungen in den Klassenstufen 4 und 8. Des Weiteren führt der KJGD auch Untersuchungen in Förderzentren sowie Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz durch.¹⁰⁷

⁹⁶ In der Schulgesundheitspflegeverordnung in der Fassung vom 10. Juli, letzte berücksichtigte Änderungen der §§ 2, 3 und 6 geändert durch Verordnung vom 09. Juli 2011 (GVBl. M-V S. 856). Im § 4 „Umfang der schulärztlichen Untersuchungen“ SchulGesPfVO M-V werden die Rahmenbedingungen für die Untersuchungen ausgeführt.

⁹⁷ Infektionsschutzgesetz in der Fassung vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt durch Artikel 2 Absatz 36 u. Artikel 4 Absatz 21 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154) geändert. In den §§ 3, 20 (1), 22 und 34 (11) werden die Aufgaben des Gesundheitsamtes bezüglich der Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten konkretisiert.

⁹⁸ Das Achte Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. September 2012 (BGBl. I S. 2022), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 29. August 2013 (BGBl. I S. 3463).

⁹⁹ Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022, 3023), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133).

¹⁰⁰ Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2439).

¹⁰¹ vgl. § 15 Abs. 1 u. 6 ÖGDG M-V

¹⁰² vgl. SGB VIII und SGB XII

¹⁰³ vgl. § 15 Abs. 5 ÖGDG M-V, § 20 IfSG

¹⁰⁴ vgl. § 3 Abs. 1 SchulGesPfVO M-V

¹⁰⁵ vgl. § 58 SchulG M-V, § 1 SchulGesPfVO M-V, § 15 ÖGDG M-V

¹⁰⁶ In der Hansestadt Rostock findet die ärztliche Untersuchung des KJGD in den Schulen statt. Dafür werden die zukünftigen Schulkinder in die Schule eingeladen, in der sie sich angemeldet haben. Die Einschulungsuntersuchungen erfolgen von Dezember bis Mai – vor dem Eintritt in die erste Klasse. Für Kinder, die auf Wunsch der Eltern vorerst vom Schulbesuch zurückgestellt werden sollen, ist das Vorgehen vergleichbar. (vgl. RED 2014: 3)

¹⁰⁷ vgl. § 3 Abs. 1 SchulGesPfVO M-V

Die schulärztlichen Untersuchungen des KJGD orientieren sich an dem Verfahren des „Bielefelder Modells“¹⁰⁸. Durch dieses werden für die Durchführung und Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen feste Kriterien vorgegeben und für jedes Kind ein landeseinheitlicher Schulgesundheitsbogen angelegt. Die Vorgaben des „Bielefelder Modells“ unterstützen nicht nur die Datenerhebung, sondern gleichermaßen die Dokumentation und Auswertung der individuellen Befunde und Maßnahmen. Durch die Einhaltung dieses Vorgehens wird eine überregionale Vergleichbarkeit möglich.¹⁰⁹ Neben einer Ganzkörperuntersuchung werden die Körpergröße und das Gewicht ermittelt, das Hör- und Sehvermögen, die sprachliche und motorische Entwicklung, die Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsfähigkeit der Kinder sowie der Impfstatus geprüft.¹¹⁰ Alle erhobenen Befunde werden durch den KJGD standardisiert dokumentiert.¹¹¹ Das heißt, sobald ein Befund vorliegt, wird notiert, ob dieser einem Minimalbefund entspricht bzw. keiner Behandlung bedarf und ob der Befund bereits bekannt war oder das Kind aktuell schon eine ärztliche Behandlung erfährt. Des Weiteren wird geprüft und dokumentiert, ob eine Konsultation bei einem niedergelassenen Arzt notwendig ist und ob eine schwere Erkrankung vorliegt. Zusätzlich werden im Rahmen des „Bielefelder Modells“ auch nichtärztliche Maßnahmen, wie z. B. eine empfohlene oder bereits stattfindende Sprach- und Sprechbehandlung und/ oder Ergotherapie, eine Sonderpädagogische Förderung (wird in den 4. und 8. Klassen aufgenommen) oder die Empfehlung von kompensatorischem Sport, festgehalten. Außerdem besteht die Möglichkeit, Empfehlungen zur Rückstellung vom Schulbesuch aus medizinischer Indikation zu geben oder eine Einschränkung für den Sportunterricht (Sport- und Teilsportbefreiung) festzulegen und ebenfalls zu erfassen.¹¹²

2.1.1 Entwicklung der Schülerzahlen

In der Abb. 2.1 ist die Anzahl der vom KJGD schulärztlich untersuchten Kindern und Jugendlichen der Schuljahre 2004/2005 bis 2013/2014 dargestellt. Im Berichtszeitraum erhöhte sich die Anzahl der eingeschulerten Kinder. Demnach kamen im Schuljahr 2013/2014 (1.671 Kinder) über 350 Kinder mehr in die Schule als im Schuljahr 2004/2005 (1.347 Kinder). Auch ist ein kontinuierlicher Anstieg der Schülerzahlen in den 4. Klassen, von 882 Kindern im Schuljahr 2004/2005 auf 1.474 Kinder im Schuljahr 2013/2014, festzustellen. Im Schuljahr 2004/2005 besuchten 1.342 Schüler die 8. Klasse. In den folgenden Schuljahren bis 2007/2008 ist ein deutlicher Rückgang der Schülerzahlen in den 8. Klassen zu registrieren. Dieser ist auf den Rückgang der Geburtenzahlen zum Anfang der 90er Jahre zurückzuführen. Ab 2008/2009 ist auch in der 8. Klasse ein Ansteigen der Schülerzahlen zu erkennen. Bis 2012/2013 differierten die Schülerzahlen stark. Im Schuljahr 2013/2014 wurden 1.106 Schüler der 8. Klasse schulärztlich untersucht. (Abb. 2.1)

¹⁰⁸ Das „Bielefelder Modell“ und dessen Definitionen wurden auf der Homepage des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) abgerufen.

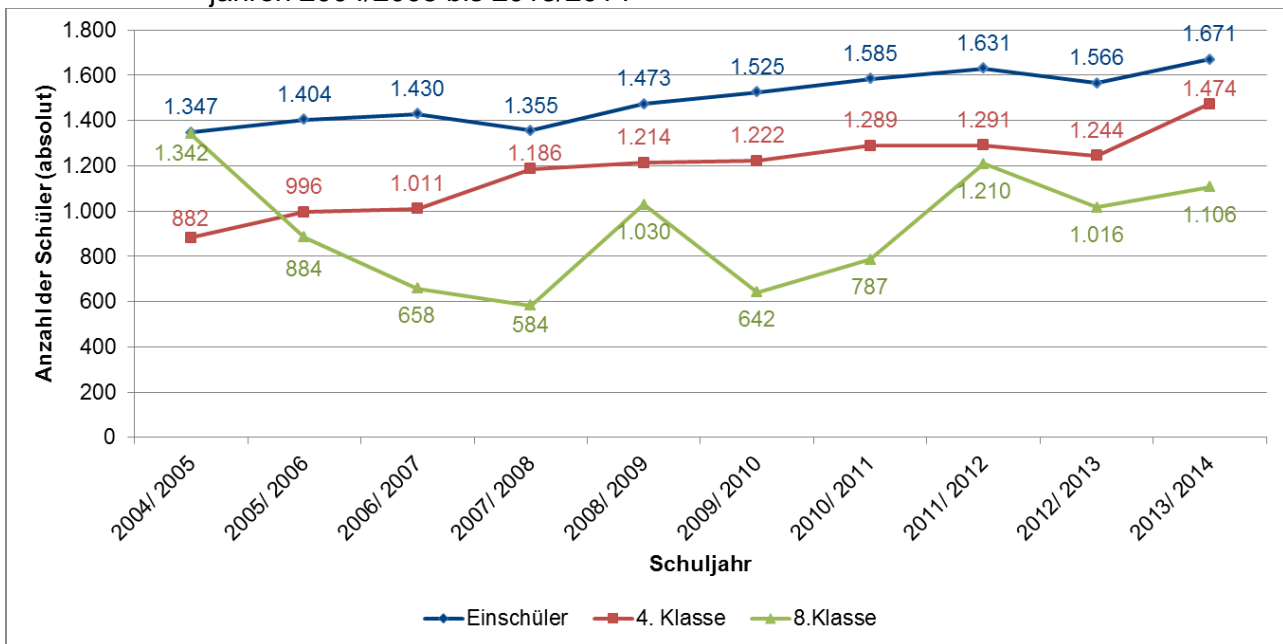
¹⁰⁹ siehe Homepage LIGA.NRW

¹¹⁰ vgl. § 4 Abs. 1 SchulGesPfVO M-V, LIGA.NRW

¹¹¹ vgl. § 6 SchulGesPfVO M-V

¹¹² vgl. LIGA.NRW

Abbildung 2.1: Entwicklung der absoluten Schülerzahlen der Hansestadt Rostock in den Schuljahren 2004/2005 bis 2013/2014



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, KJGD

Im Folgenden werden ausgewählte Untersuchungsergebnisse des KJGD der Hansestadt Rostock der Schuljahre 2004/2005 bis 2013/2014 im Hinblick auf den physischen und psychischen Entwicklungsstand der Rostocker Kinder dargestellt und bewertet.

2.1.2 Vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst untersuchte Gruppen von Kindern und Jugendlichen

2.1.2.1 Ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen

Für alle potenziellen Schulanfänger – das betrifft die Kinder, die bis zum 30.6. des Jahres der Einschulung das sechste Lebensjahr¹¹³ vollendet haben – besteht vor Schuleintritt die Pflicht zur Teilnahme an der Schuleingangsuntersuchung des KJGD des Gesundheitsamtes.¹¹⁴ Ziel ist es, mit Hilfe von standardisierten Testbögen des „Bielefelder Modells“ eine altersgerechte Entwicklung der Kinder zu prüfen und ggf. notwendigen Förderbedarf zu erkennen. Dabei werden alle Auffälligkeiten oder Beeinträchtigungen der Kinder in den Tests durch den KJGD dokumentiert.¹¹⁵

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse zu verschiedenen Befunden, die aus den Schuleingangsuntersuchungen hervorgegangen sind, dargestellt.

¹¹³ Wenn Kinder, die erst bis zum 30. Juni des darauffolgenden Jahres das sechste Lebensjahr vollenden, körperlich, geistig sowie verhaltensmäßig aber schon frühzeitiger für die Schule geeignet sind, können deren Erziehungsberechtigte per Antrag eine Aufnahme erwirken. Dabei entscheidet die Schule. (vgl. Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur des Landes M-V)

¹¹⁴ vgl. Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur des Landes M-V, RED 2014: 3, § 15 Abs. 2 ÖGDG M-V, LIGA.NRW

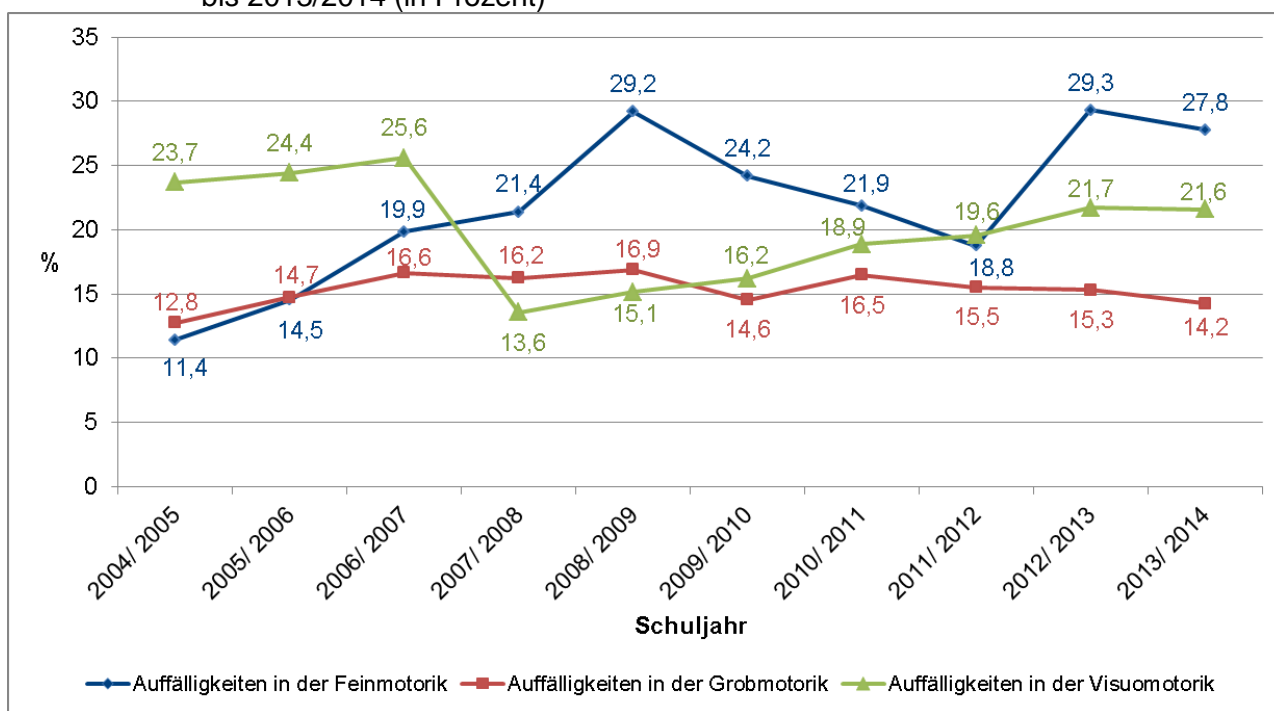
¹¹⁵ Definiert durch das „Bielefelder Modell“. (vgl. LIGA.NRW)

Motorische Auffälligkeiten

Bei den Untersuchungen der motorischen Fähigkeiten der Einschüler durch den KJGD findet eine Beurteilung der Fein- und Grobmotorik sowie der Visuomotorik statt. Bei der Untersuchung der *Feinmotorik* werden die Finger- und Handfertigkeiten der Kinder in Augenschein genommen. Bei der *Grobmotorik* geht es um die Prüfung des Gleichgewichts sowie der Körperkoordination, z. B. dem Hüpfen auf einem Bein sowie dem seitlichen Hüpfen mit geschlossenen Beinen. Die *Visuomotorik* ist für das Erlernen des Schreibens eine elementare Fähigkeit. Sie umfasst die räumliche Auffassungsgabe eines Kindes sowie dessen Fähigkeit zum Erkennen und Verarbeiten von Formen und Informationen. Weil das Zusammenwirken der motorischen Fähigkeiten der Fein- und Grobmotorik sowie der Visuomotorik für die Aufgabenbearbeitung in der Schule fundamental ist, bedürfen diese der Überprüfung durch den KJGD.¹¹⁶

In der Abb. 2.2 werden die motorischen Auffälligkeiten der Kinder in den Schuleingangsuntersuchungen der Schuljahre 2004/2005 bis 2013/2014 gezeigt.

Abbildung 2.2: Anteil der Einschüler mit motorischen Auffälligkeiten in den Schuljahren 2004/2005 bis 2013/2014 (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, KJGD

Die Ergebnisse des KJGD zu den motorischen Auffälligkeiten verdeutlichen, dass im Berichtszeitraum zur Einschulung bei den motorischen Tests vermehrt Schwierigkeiten auftraten. Zwischen den Schuljahren 2004/2005 und 2006/2007 erhöhte sich der Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten in der *Visuomotorik* von 23,7% auf 25,6%. Damit konnte nahezu jedes vierte untersuchte Kind der visuomotorischen Testaufgabe nicht gerecht werden. Im Schuljahr 2007/2008 zeigte sich unter den Kindern eine Verbesserung der Visuomotorik um 12%. Somit hatten nur noch 13,6% der Einschü-

¹¹⁶ Definiert durch das „Bielefelder Modell“. (vgl. LIGA.NRW)

ler Auffälligkeiten in der Visuomotorik. Diese Entwicklung könnte im Zusammenhang mit einer neu eingeführten standardisierten Testmethode gesehen werden: „Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen (S-ENS)“. Mit der Einführung des „S-ENS“ wurden die Ansprüche an einen Einschüler neu definiert und veränderte einheitliche Bewertungsmaßstäbe zugrunde gelegt.¹¹⁷ Da mit der Änderung der Methodik auch Unsicherheiten einhergehen, können Schwankungen in den Daten die Folge sein – so ist es auch bei den motorischen Auffälligkeiten der Fall. Diese Schwankungen sind aber nicht überzubewerten, da sie sich über lange Sicht wieder auf einem ähnlichen Niveau einpendeln. Somit hat sich seit dem Schuljahr 2007/2008 der Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten in der Visuomotorik kontinuierlich erhöht. Im Schuljahr 2013/2014 erfüllte weniger als jedes fünfte Kind (21,6%) die visuomotorische Testaufgabe nicht vollständig. (Abb. 2.2)

Bei der *Feinmotorik* erhöhte sich der Anteil der Einschüler mit Auffälligkeiten vom Schuljahr 2004/2005 (11,4%) bis zum Schuljahr 2008/2009 (29,2%) fast um das Dreifache. Bis zum Schuljahr 2011/2012 verbesserten sich die feinmotorischen Fähigkeiten der Kinder wieder – der Anteil der Kinder mit feinmotorischen Einbußen betrug somit nur noch 18,8% (2011/2012). Eine mögliche Ursache für diese Entwicklung könnte in der Novellierung des Kindertagesförderungsgesetzes (KiFöG M-V)¹¹⁸ im Jahr 2010 in Mecklenburg-Vorpommern zu suchen sein. Darüber hinaus könnte diese Entwicklung auch durch die Bildungskonzeption für 0- bis 10-jährige Kinder in Mecklenburg-Vorpommern beeinflusst worden sein. Nach einem erneuten Anstieg des Anteils der Kinder mit feinmotorischen Auffälligkeiten im Schuljahr 2012/2013, sank der Anteil im Schuljahr 2013/2014 erneut um 1,5%. Somit hatte mehr als jeder vierte Einschüler (2013/2014: 27,8%) Probleme bei den feinmotorischen Tests. (Abb. 2.2) Im Jahr 2013 erfolgte eine weitere Novellierung des KiFöG M-V. Der Rückgang der Auffälligkeiten in der Feinmotorik unter den Einschülern im Schuljahr 2013/2014 könnte auf dessen Einführung zurückzuführen sein.

Im Vergleich zu den anderen motorischen Auffälligkeiten ist der Anteil der Einschüler mit grobmotorischen Schwierigkeiten im Berichtszeitraum am geringsten. Der Anteil der Einschüler mit Einbußen in der *Grobmotorik* verbleibt im Zehnjahresverlauf auf einem relativ gleichbleibenden Niveau. Im Schuljahr 2013/2014 wurde jedes sechste bis siebte untersuchte Kind (14,2%) den Anforderungen der grobmotorischen Tests des KJGD nicht gerecht. (Abb. 2.2)

Sprachstörungen

Die Herausbildung der Sprache stellt einen wesentlichen Entwicklungsbereich im Kindesalter dar, welcher von Störungen betroffen sein kann. Die Sprache und die Fähigkeit zum Sprechen sind grundlegende Voraussetzungen, um am Unterrichtsgeschehen in der Schule aktiv teilnehmen zu können. Störungen der Sprache sind häufig mit einer eingeschränkten Lesefertigkeit und mit Auffälligkeiten im Verhalten verbunden. Sobald Kinder bspw. schlechtere Leistungen in der Unterscheidung von Lauten oder eine niedrige auditive Merkfähigkeit aufweisen, d. h. Schwierigkeiten dabei haben sich Wörter, die einem vorgesprochen werden, zu merken, vollständige Sätze zu bilden und richtig nachzusprechen, kann das ein Hinweis auf eine gestörte Entwicklung in der

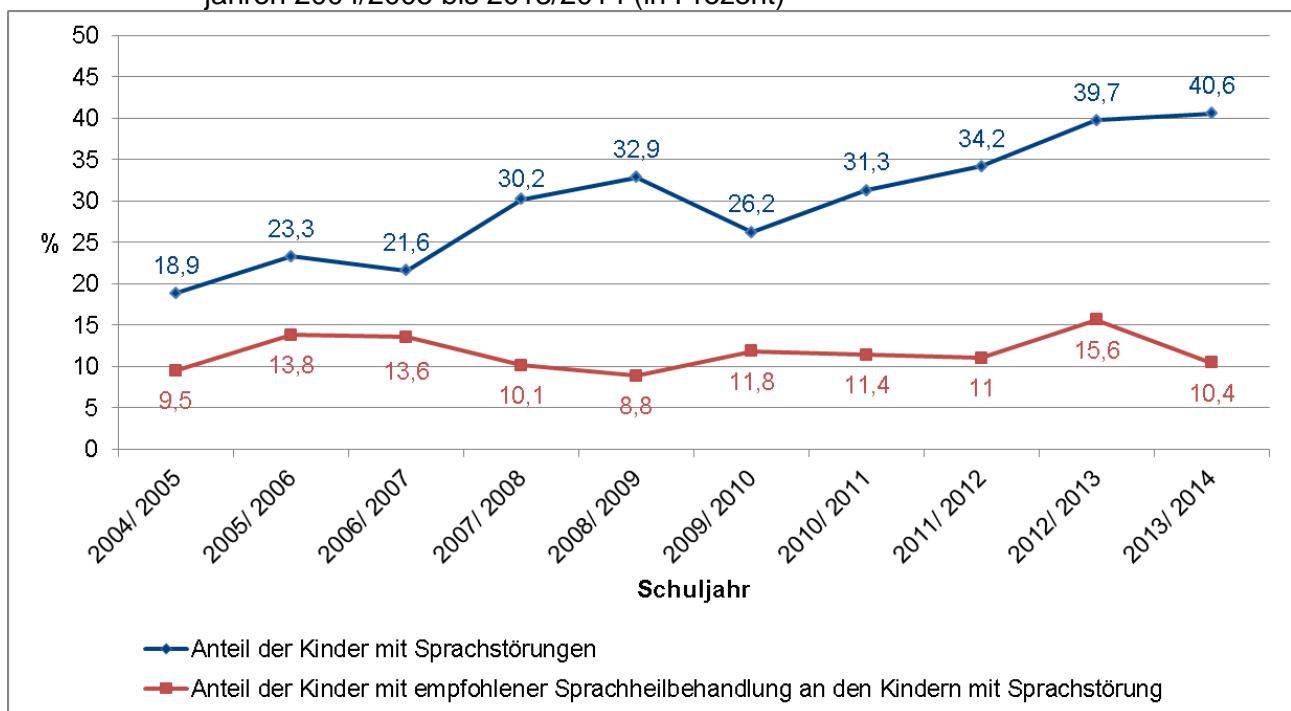
¹¹⁷ vgl. Döpfner et al. 2005

¹¹⁸ Gesetz zur Förderung von Kindern in Kindertageseinrichtungen und in Kindertagespflege in der Fassung vom 01. April 2004, §§18 und 24 zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 3. November 2014 (GVOBL. M-V S. 594)

Sprachfähigkeit des Kindes sein.¹¹⁹ Aus medizinischer Sicht bedarf eine solche Sprachentwicklungsstörung einer frühzeitigen Behandlung, damit erhebliche Beeinträchtigungen des Kindes, die zu einem späteren Zeitpunkt kaum aufzuholen sind, verhindert werden können. Bei einem Anzeichen für eine sprachliche Entwicklungsstörung empfiehlt der KJGD eine weitere Diagnostik beim niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt (*Empfehlung zur Sprachheilbehandlung*).¹²⁰

Im Bereich der Sprachstörungen zeigt sich, wie bei den motorischen Auffälligkeiten, über den Berichtszeitraum eine zunehmende Betroffenheit bei den untersuchten Rostocker Einschülern. In der Abb. 2.3 werden der Anteil der Einschüler mit Sprachauffälligkeiten sowie der Anteil der Einschüler, die vom KJGD eine Empfehlung zur Sprachheilbehandlung erhielten, dargestellt. (Abb. 2.3)

Abbildung 2.3: Anteil der Einschüler mit Sprachstörungen und Anteil der Einschüler mit empfohlener Sprachheilbehandlung an den Einschülern mit Sprachstörungen in den Schuljahren 2004/2005 bis 2013/2014 (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, KJGD

Im Zehnjahresverlauf hat sich der Anteil der Kinder mit Sprachstörungen von 18,9% (2004/2005) auf 40,6% (2013/2014) mehr als verdoppelt. Im Schuljahr 2013/2014 ist somit nahezu jedes dritte bis zweite (40,6%) Kind sprachauffällig gewesen. (Abb. 2.3) Diese Entwicklung lässt sich vermutlich auf eine Zunahme der Sprachstörungen im Allgemeinen zurückführen, aber auch auf eine erhöhte Sensibilisierung der Ärzte, d. h. die Diagnostik für Sprachstörungen hat sich im Zeitverlauf verschärft.

Trotz zunehmendem Anteil der Kinder mit Sprachstörungen ist der Anteil der Kinder mit Empfehlung zur Sprachheilbehandlung an den Kindern mit Sprachstörung über den Berichtszeitraum rela-

¹¹⁹ vgl. Petermann u. Rißling 2012: S. 241, LIGA.NRW

¹²⁰ Definiert durch das „Bielefelder Modell“. (vgl. LIGA.NRW)

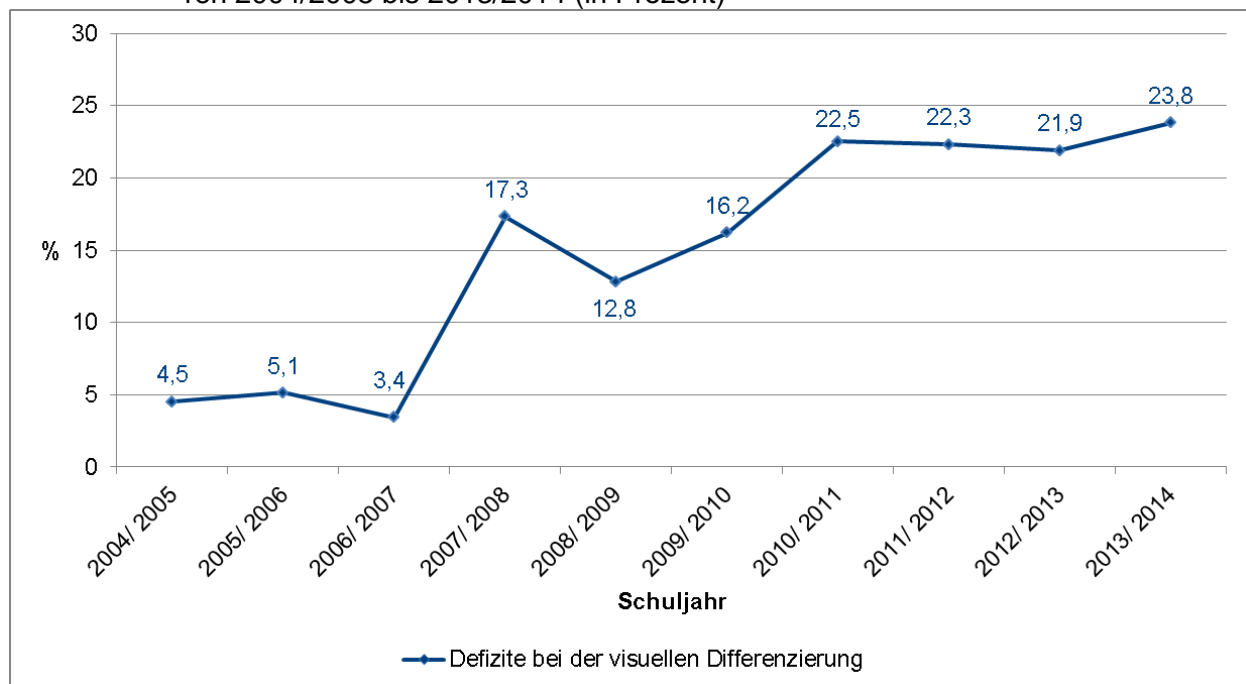
tiv konstant geblieben. (Abb. 2.3) Dem kann eine womöglich gesteigerte Wahrnehmung der Sprachstörungen im Lebensumfeld der Kinder (z. B. bei den Eltern oder beim Betreuungspersonal in der Kita) zu Grunde liegen. Demzufolge wird einer erkennbaren Sprachstörung womöglich mit einer bedarfsorientierten Förderung rechtzeitig nachgegangen.¹²¹ Zusätzlich ist anhand der Darstellung anzunehmen, dass sich eine ansteigende Zahl der Kinder bereits in durch niedergelassene Kinder- (und ggf. Zahn- und HNO-) Ärzte verordneter sprachtherapeutischer Behandlung befindet.

Visuelle Wahrnehmung

Zum Erlernen der Techniken des Lesens, Schreibens und Rechnens sowie für die Wissensaneignung in der Schule ist auch die Fähigkeit des visuellen Wahrnehmens und Schlussfolgerns wichtig. Die Fertigkeit zur visuellen Wahrnehmung hilft beim Erkennen von Gleichem und Unterschiedlichem – dienlich, um u. a. Buchstaben und Zahlen sowie Formen und Größen auseinander halten und auch um logische Zusammenhänge erfassen zu können.¹²²

In der Abb. 2.4. zeigt sich die Entwicklung des Anteils der Einschüler mit Defiziten bei der visuellen Differenzierung im Zehnjahresverlauf. (Abb. 2.4)

Abbildung 2.4: Anteil der Einschüler mit Defiziten bei der visuellen Differenzierung in den Schuljahren 2004/2005 bis 2013/2014 (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, KJGD

¹²¹ Diese Begründung ist dem Kinder- und Jugendgesundheitsbericht für das Jahr 2012 entnommen. (vgl. Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V 2012: 31)

¹²² Definiert durch das „Bielefelder Modell“. (vgl. LIGA.NRW)

Vom Schuljahr 2004/2005 bis zum Schuljahr 2013/2014 zeigt sich unter den Rostocker Einschülern ein zunehmender Anteil an Kindern mit Defiziten bei der visuellen Differenzierung. Im Zehnjahrestrend hat sich die Fähigkeit zum visuellen Differenzieren von 4,5% (2004/2005) auf 23,8% (2013/2014) deutlich verschlechtert. (Abb. 2.4)

Auch hier ist zu bemerken, dass mit Einführung des S-SENS (2007/2008) zunächst ein deutlicher Unterschied in den Anteilen der Einschüler mit Defiziten bei der visuellen Differenzierung zu den Vorjahren zu verzeichnen war. Eine mögliche Begründung für diese Verschlechterung der Fähigkeit zum visuellen Differenzieren ist darin zu suchen, dass die Testung mit dem S-SENS deutlich umfangreicher und anspruchsvoller geworden ist. Haben die Kinder vorher vier Doppelbilder mit je einem unterschiedlichen Doppelbild verglichen, sind es jetzt zehn Aufgaben, bei denen jeweils mehrere grafische Darstellungen verglichen werden.

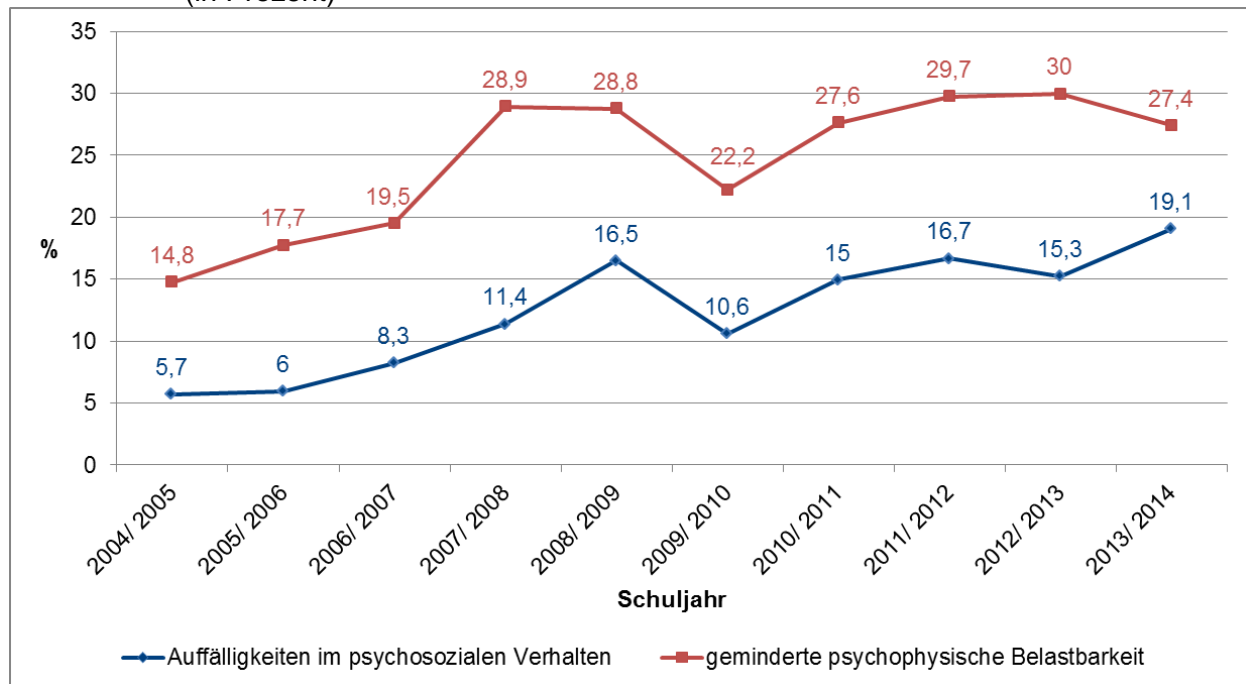
Psychosoziales Verhalten und psychophysische Belastbarkeit

Kinder, die u. a. Anzeichen einer übertriebenen Ängstlichkeit aufweisen, verstärkt zu Stimmungsschwankungen neigen sowie schlecht lenkbar sind oder soziale Regeln missachten, gelten als verhaltensauffällig. Bei diesen Verhaltensausrägungen ist die Rede von einem auffälligen *psychosozialen Verhalten* der Kinder. Zeigen sich Kinder in den Schuleingangsuntersuchungen u. a. motorisch unruhig, schweifen sie leicht vom Thema ab und zeigen sie eine mangelnde Leistungsbereitschaft, kann von einer unzureichenden *psychophysischen Belastbarkeit* gesprochen werden.¹²³

In der Abb. 2.5 wird ersichtlich, wie sich der Anteil der Einschüler mit Auffälligkeiten im psychosozialen Verhalten sowie im Hinblick auf die psychophysische Belastbarkeit im Zehnjahresverlauf entwickelt hat. (Abb. 2.5)

¹²³ Alle hier verwandten Definitionen stammen aus dem „Bielefelder Modell“. (vgl. LIGA.NRW)

Abbildung 2.5: Anteil der Einschüler mit Auffälligkeiten im psychosozialen Verhalten und mangelhafter psychophysischer Belastbarkeit in den Schuljahren 2004/2005 bis 2013/2014 (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, KJGD

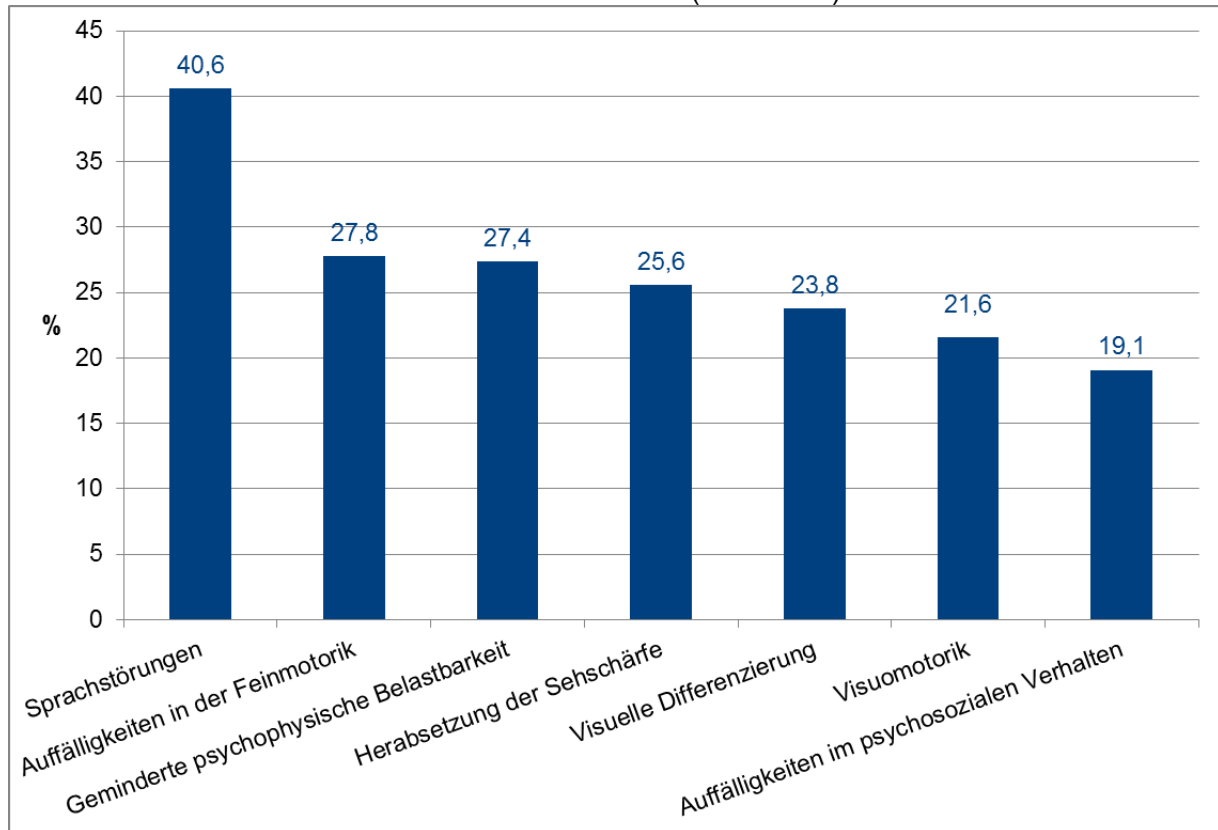
Der Anteil der Einschüler mit Auffälligkeiten im psychosozialen Verhalten ist im Betrachtungszeitraum zunehmend. Im Schuljahr 2004/2005 wurde mit 5,7% der geringste Anteil gemessen. Ein Peak wurde im Schuljahr 2008/2009 mit 16,5% erreicht. Über die Folgejahre blieb der Anteil der untersuchten Einschüler mit Auffälligkeiten im psychosozialen Verhalten auf annähernd gleichem Niveau. Im Schuljahr 2013//2014 wurde mit 19,1% der bisher höchste Anteil gemessen. (Abb. 2.5)

Von den untersuchten Kindern weisen weitaus mehr Kinder eine herabgesetzte psychophysische Belastbarkeit auf als Auffälligkeiten im psychosozialen Verhalten. Im Schuljahr 2004/2005 zeigten 14,8% der untersuchten Kinder eine geminderte psychophysische Belastbarkeit. Im Zeitverlauf verschlechterte sich der Trend zunehmend. Nach einem Peak im Schuljahr 2007/2008 (28,9%) und im Folgejahr (2008/2009: 28,8%) nahm der Anteil der Einschüler mit einer mangelhaften psychophysischen Belastbarkeit im Schuljahr 2012/2013 noch einmal weiter zu und erreichte einen weiteren Peak (30,0%). Im Schuljahr 2013/2014 verringerte sich der Anteil minimal um 2,6% auf 27,4%. (Abb. 2.5) Somit zeigte im Schuljahr 2013/2014 jeder vierte bis dritte Einschüler Verhaltensauffälligkeiten. Ursachen für diese Entwicklung könnten in der medialen Reizüberflutung, mangelnder Grenzsetzung, aber auch in sozialen Begebenheiten (z. B. eine mangelnde Kommunikation in der Familie, Eltern mit geringem Zeitbudget für familiäre Belange) und medizinischen Gegebenheiten (z. B. eine zunehmende Diagnosestellung von ADHS, Zunahme der Kinder, die bereits in kinderpsychiatrischer und kinderpsychologischer Behandlung sind und Zunahme ehemaliger Frühgeborener und Risikoneugeborener mit Entwicklungsrückständen) zu suchen sein.

Auffällige Befunde der Schuleingangsuntersuchung im Jahr 2013/2014 im Überblick

In der Abb. 2.6 werden die häufigsten Befunden bei den untersuchten Einschülern (n = 1.671) im Schuljahr 2013/2014 nach dem Anteil der betroffenen Kinder dargestellt.

Abbildung 2.6: Häufigste Diagnosen bei den untersuchten Einschülern im Schuljahr 2013/2014 nach dem Anteil der betroffenen Kinder (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, KJGD

Im Schuljahr 2013/2014 wiesen 40,6% der untersuchten Einschüler Sprachstörungen auf. Damit hatte nahezu jeder dritte bis zweite Schüler eine beeinträchtigte Sprachfähigkeit. 27,8% aller untersuchten Kinder zeigten Auffälligkeiten in der Feinmotorik. Bei 25,6% wurden Sehstörungen diagnostiziert. 19,1% der untersuchten Kinder zeigten Auffälligkeiten im psychosozialen Verhalten. (Abb. 2.6) Weiterhin (nicht in Abb. 2.6 dargestellt) zeigten 15% eine Schwäche in der Merkfähigkeit von Zahlen. Auch waren die untersuchten Einschüler – um nur einige der häufigen Befunde zu nennen – zu einem relativ hohen Anteil von Auffälligkeiten in der Grobmotorik (14,2%), von einer geminderten Merkfähigkeit von Sätzen (12,0%), von Veränderungen im Bewegungssystem (11,4%) und von Übergewicht (11,3%) betroffen.¹²⁴

Stellt man ausgewählte Befunde der Rostocker Einschüler mit den entsprechenden Befunden von Einschülern aus dem Bundesland Mecklenburg-Vorpommern für das Schuljahr 2013/2014 in einen Vergleich, zeigen sich zum Teil bezüglich der Betroffenheit prägnante Unterschiede. (Tab. 2.1)

¹²⁴ Nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, KJGD

Tabelle 2.1: Ausgewählte Diagnosen und Defizite bei den untersuchten Einschülern der Hansestadt Rostock und des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern im Schuljahr 2013/2014 nach Anteil der betroffenen Kinder (in Prozent)

Schuljahr 2013/ 2014		
	HRO	M-V
Sprachstörungen	40,6 *	22,3
Auffälligkeiten in der Feinmotorik	27,8	14,8
Geminderte psychophysische Belastbarkeit	27,4 *	18,4
Herabsetzung der Sehschärfe (Arztüberweisung und in Behandlung)	25,6 *	19,2
Auffälligkeiten im psychosozialen Verhalten	19,1	12,5
Auffälligkeiten in der Grobmotorik	14,2	14,3
Übergewicht	11,3	12,7
Ekzem	7,0 *	3,9
Adipositas	3,7	5,6
Asthma bronchiale	2,5 *	2,4

* die Angaben weichen aufgrund von Definitionsänderungen von den Angaben des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V ab

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, KJGD für die Hansestadt Rostock und nach Daten des Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V, Referat IX300-Gesundheitspolitik, Rechtsangelegenheiten der Abteilung, Gesundheitsberichterstattung für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern. Die Zahlen werden in Absprache mit dem Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V verwandt.

Sprachstörungen sind sowohl in Rostock als auch im Bundesland zu einem vergleichsweise hohen Anteil bei Einschülern vertreten. Der Anteil der Einschüler mit Sprachstörungen liegt allerdings in der Hansestadt Rostock mit 40,6% weit über dem Landesdurchschnitt (22,3%). Weiterhin lag der Anteil betroffener Einschüler im Schuljahr 2013/2014 in der Hansestadt Rostock bei Auffälligkeiten der Feinmotorik, bei einer geminderten psychophysischen Belastbarkeit, bei der Herabsetzung der Sehschärfe sowie bei Ekzem und Asthma bronchiale über dem Landesdurchschnitt. Bei den Befunden zu Auffälligkeiten in der Grobmotorik, Übergewicht und Adipositas hingegen überschritten die Anteile der betroffenen Einschüler im Bundesland die Anteile der Rostocker Einschüler.¹²⁵ (Tab. 2.1)

¹²⁵ In diesem Zusammenhang muss die hohe Dichte an therapeutischen (Sprach-, Ergo-, Physio- und Psychotherapie) und heilpädagogischen Praxen in Rostock, in denen Frühförderung in Kombination mit medizinischen Leistungen realisiert wird, erwähnt werden. Viele der erfassten Befunde betreffen Kinder, die bereits in diesen Einrichtungen behandelt werden.

2.1.2.2 Grundimmunisierung zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung

Die ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfiehlt einen lückenlosen Impfschutz für alle Säuglinge und Kinder, gleichermaßen wie für Jugendliche und Erwachsene. Impfungen stellen bei bestimmten Krankheiten die bedeutendste und wirkungsvollste präventive Schutzmaßnahme dar. Eine hohe Impfquote lässt sich durch eine hohe Akzeptanz unter der Bevölkerung sowie durch eine vermehrte Durchführung von Schutzimpfungen erreichen. Somit besteht die Chance, einzelne Krankheitserreger regional zu bekämpfen und letztendlich weltweit zu beseitigen. Auf nationaler und internationaler Ebene wird gesundheitspolitisch bspw. die Vernichtung der Infektionskrankheiten Masern, Röteln und Poliomyelitis fokussiert und für erreichbar erklärt.¹²⁶

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es keine Impfpflicht. Die Gesundheitsämter übernehmen durch die Aufklärung der Bevölkerung über den Nutzen von Schutzimpfungen und weiteren Maßnahmen zur Abwehr von übertragbaren Krankheiten eine wesentliche Aufgabe. Darüber hinaus werden auf Basis der STIKO-Empfehlungen Impfungen öffentlich angeraten.¹²⁷ Für Säuglinge und Kleinkinder werden die Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Hib (Haemophilus influenzae Typ b), Hepatitis B und Poliomyelitis, Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Pneumokokken und Meningokokken empfohlen.¹²⁸ Für einen ordnungsgemäßen Impfschutz trägt heute der niedergelassene Kinder- und Hausarzt Sorge. Durch diesen sollte frühestmöglich, bereits im Säuglingsalter und bei Kleinkindern im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen „U1 bis U9“, die Grundimmunisierung durchgeführt und zeitgemäß abgeschlossen werden. Anschließend an die Grundimmunisierung müssen – zur Bewahrung des Impfschutzes und zur Abwendung von weiteren Infektionskrankheiten – in regelmäßigen Abständen Auffrischungsimpfungen durchgeführt werden. Weil unzureichend geimpfte Kinder nur über einen mangelhaften Impfschutz verfügen und deshalb für Infektionskrankheiten anfälliger sind, sollte aus Sicht des ÖGD bereits vor der Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung und spätestens zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung der Impfschutz vervollständigt werden. Bei jedem Arztbesuch von Kindern, wie auch von Jugendlichen und Erwachsenen, ist aus diesem Grunde nach dem Robert Koch-Institut für einen vollständigen Impfschutz Sorge zu tragen, und zwar ein Leben lang.¹²⁹

Der KJGD des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock überprüft nach den Empfehlungen der STIKO im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen und schulärztlichen Untersuchungen sowie bei jedem Kontakt mit den Kindern, z. B. bei Untersuchungen im Rahmen amtsärztlicher Stellungnahmen, den jeweils bestehenden Impfstatus des Kindes und Jugendlichen. Falls Impfungen fehlen, werden die Eltern schriftlich darüber informiert und eine Empfehlung zur Impfung beim Haus-/Kinderarzt oder in den Impfsprechstunden des Gesundheitsamtes ausgesprochen. Zusätzlich werden Schutzimpfungen in Schulen angeboten.

In der Abb. 2.7 wird der Anteil der geimpften Einschüler nach ausgewählten Impfungen in den Schuljahren 2004/2005 bis 2013/2014 dargestellt. Dabei werden nur die Daten der Kinder ersichtlich, die ihren Impfausweis zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung in der Hansestadt Rostock vorgelegt haben.

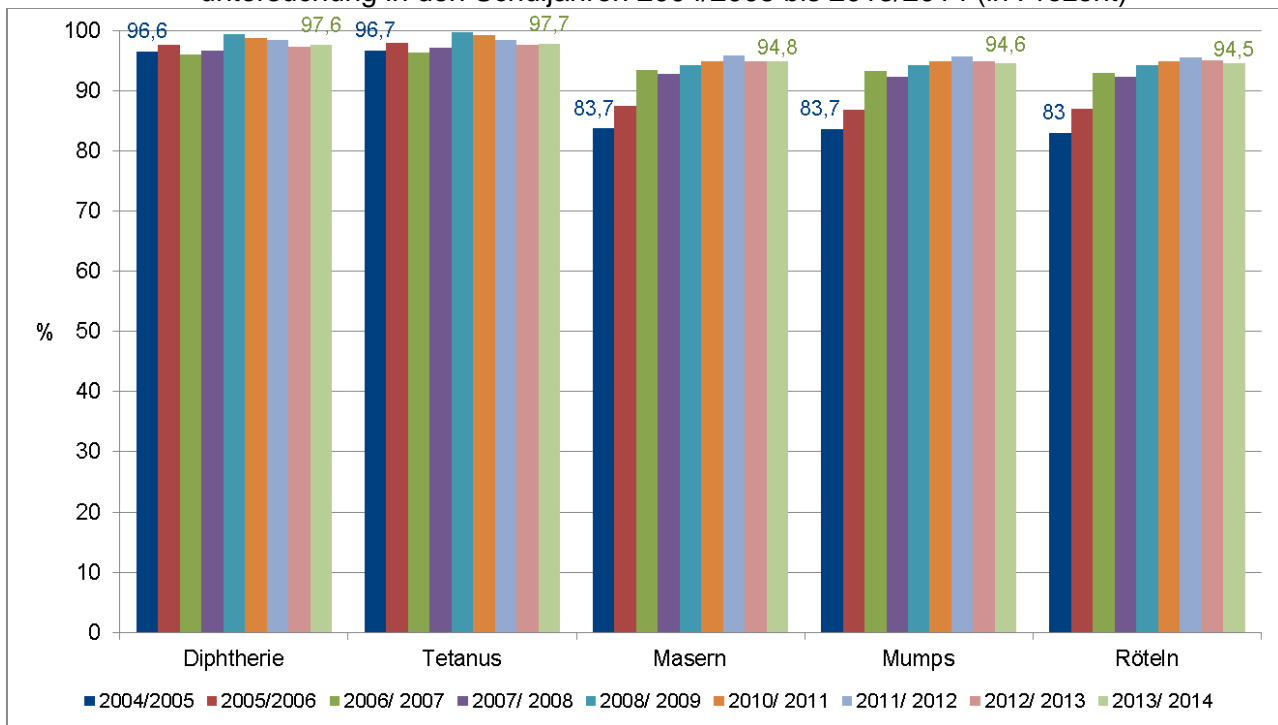
¹²⁶ vgl. Epidemiologisches Bulletin 34/2014, vom 25. August 2014: 305

¹²⁷ vgl. § 10 ÖGDG M-V, Epidemiologisches Bulletin 34/2014, vom 25. August 2014: 305, § 20 Abs. 3 IfSG

¹²⁸ vgl. Epidemiologisches Bulletin 34/2014, vom 25. August 2014: 306

¹²⁹ vgl. ebd.: 305-306

Abbildung 2.7: Anteil der geimpften Kinder nach ausgewählten Impfungen bei der Schuleingangsuntersuchung in den Schuljahren 2004/2005 bis 2013/2014 (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, KJGD

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden in der Abb. 2.7 nur die Schuljahre 2004/2005 und 2013/2014 mit ihren jeweiligen Zahlen ausgewiesen.

Im Berichtszeitraum ist für alle dargestellten Impfungen ein Anstieg zu erkennen. Die Grundimmunisierungsrate hat bei den Einschülern im Schuljahr 2013/2014 bei Diphtherie und Tetanus annähernd 98%, bei Masern, Mumps und Röteln über 94% erreicht. Hinsichtlich der von der STIKO empfohlenen Impfungen ist in der Hansestadt Rostock bei den untersuchten Kindern mit einer Durchimpfungsrate von über 90% ein wirksamer Schutz gegeben. (Abb. 2.7)

2.1.2.3 Darstellung der Entwicklung ausgewählter Befunde in den drei schulärztlich untersuchten Klassenstufen

In den drei nachfolgenden Abbildungen wird die Entwicklung des Anteils der untersuchten Kinder und Jugendlichen anhand von den drei ausgewählten Befunden *Herabsetzung der Sehschärfe*, *Gewicht* und *Veränderungen am Bewegungssystem* dargestellt. Mit diesen Grafiken wird versucht zu zeigen, wie sich ein Befund, der durch den KJGD im Rahmen der schulärztlichen Untersuchungen in den drei Klassenstufen bei den Schülern festgestellt wurde, mit dem Älterwerden der Kinder im Zeitverlauf – angefangen bei der Einschulung über die 4. Klasse bis zur 8. Klasse – entwickelt hat. Dabei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund von z. B. unterschiedlich schnellen Entwicklungsphasen der Kinder (u. a. Überspringen einer Klassenstufe oder Wiederholen einer Klasse, Umzug), die Schüler in der 4. Klasse im Schuljahr 2009/2010 nicht stets dieselben Schüler waren, die im Schuljahr 2005/2006 in den Schuleingangsuntersuchungen untersucht wurden. Gleiches ist für die

Klassenstufe 8 zu bedenken. Der Leitgedanke für die Darstellung der nachfolgenden Abbildungen liegt einzig darin, einen Trend hinsichtlich der Befunde aufzuzeigen.

Herabsetzung der Sehschärfe

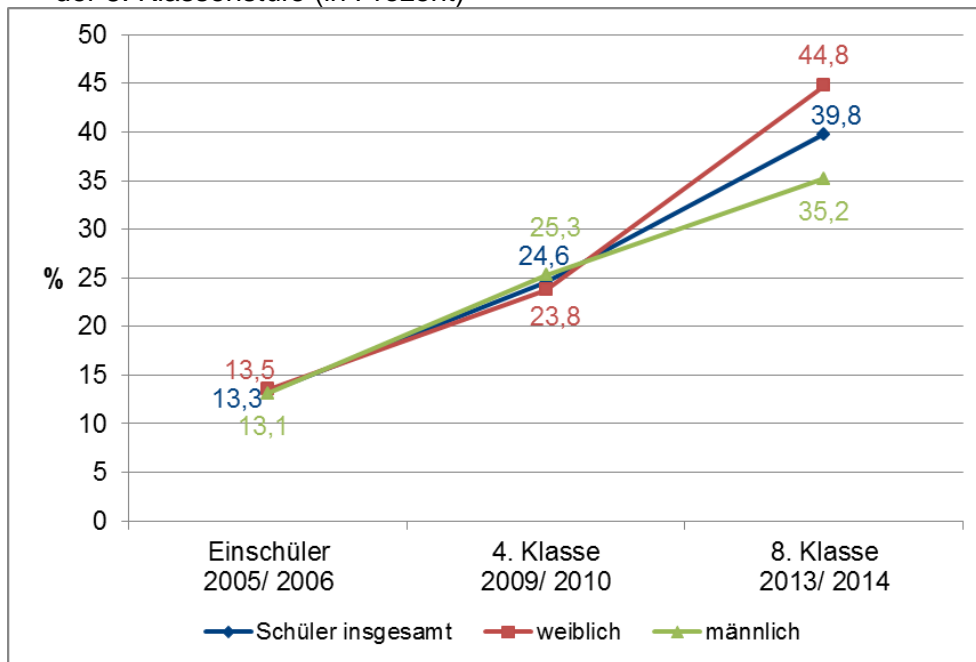
Die Fähigkeit des Sehens ist für das Lernen und die aktive Beteiligung in der Schule ausschlaggebend. Kinder mit einer gestörten Sehfähigkeit sind auf eine intensivere Zuwendung durch die Schule angewiesen. Wird durch den KJGD, im Rahmen der Untersuchung, ein gravierender Befund im Hinblick auf eine Herabsetzung der Sehschärfe festgestellt, muss im Nachhinein eine entsprechende Behandlung für das Kind sichergestellt werden.¹³⁰

In der Abb. 2.8 wird die Entwicklung des Anteils der Kinder und Jugendlichen mit Herabsetzung der Sehschärfe über den Zeitraum der drei schulärztlichen Untersuchungen dargestellt.

Die Anteile der Kinder und Jugendlichen mit *Herabsetzung der Sehschärfe* haben in allen drei schulärztlich untersuchten Klassenstufen für den Berichtszeitraum von der Einschulung (2005/2006) über die 4. Klasse (2009/2010) bis zur Klassenstufe 8 (2013/2014) zugenommen. Bei den Einschülern lag der Anteil mit Herabsetzung der Sehschärfe im Schuljahr 2005/2006 bei 13,3%. Bei den Mädchen war der Anteil mit 13,5%, gegenüber den Jungen mit 13,1%, leicht erhöht. Mit zunehmendem Alter zeigt sich, dass der Anteil der ehemaligen Einschüler mit Herabsetzung der Sehschärfe in der 4. Klasse um 11,3% (2009/2010 24,6%) weiter zunahm. Der Anteil der Jungen mit Herabsetzung der Sehschärfe in der 4. Klasse überzog nun mit 25,3% den Anteil der Mädchen in der 4. Klasse (23,8%). In der 8. Klasse (2013/2014) ist der Anteil der Schüler mit Herabsetzung der Sehschärfe weiter auf 39,8% gestiegen. Die Mädchen in der 8. Klasse wiesen, im Vergleich zu den Jungen in derselben Klassenstufe, mit 44,8% um fast 10% häufiger eine Herabsetzung der Sehschärfe auf. (Abb. 2.8)

¹³⁰ vgl. LIGA.NRW

Abbildung 2.8: Geschlechterspezifische Entwicklung des Anteils der Kinder und Jugendlichen mit Herabsetzung der Sehschärfe ab dem Zeitpunkt der Einschulung bis zum Erreichen der 8. Klassenstufe (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, KJGD

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Herabsetzung der Sehschärfe nahm mit dem Alter zu. Wenngleich zur Einschulung nur jeder achte bis siebente Schüler eine Herabsetzung der Sehschärfe aufwies, war es in der 4. Klasse jeder vierte und in der 8. Klasse sogar jeder dritte bis zweite Schüler.

Übergewicht, Adipositas und Untergewicht

Bei den schulärztlichen Untersuchungen des KJGD wird bei den Kindern und Jugendlichen auch die Gewichtskategorie ermittelt. Dabei werden die Körpergröße und das Körpergewicht bestimmt und daraus der Body-Mass-Index (BMI)¹³¹ gebildet. Der BMI korreliert mit dem Alter eines Kindes. Aus diesem Grunde lassen sich Kinder und Jugendliche mithilfe des BMI und des Alters den Gewichtskategorien Unter-, Normal- und Übergewicht zuordnen. Diese Zuordnung erfolgt nach den Perzentilcurven nach Kromeyer-Hauschild für Mädchen und Jungen getrennt. Das Körpergewicht eines Kindes ist in der 10. bis 90. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile (P10 bis P90) normal. Liegt das Gewicht eines Kindes oberhalb der 90. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile (P90), gilt das Kind als übergewichtig. Oberhalb der 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile gilt es als stark übergewichtig, auch als adipös (fettleibig) bezeichnet. Sobald bei Kindern ein BMI ermittelt wird, der unterhalb der 10. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile liegt, gilt es als untergewichtig.

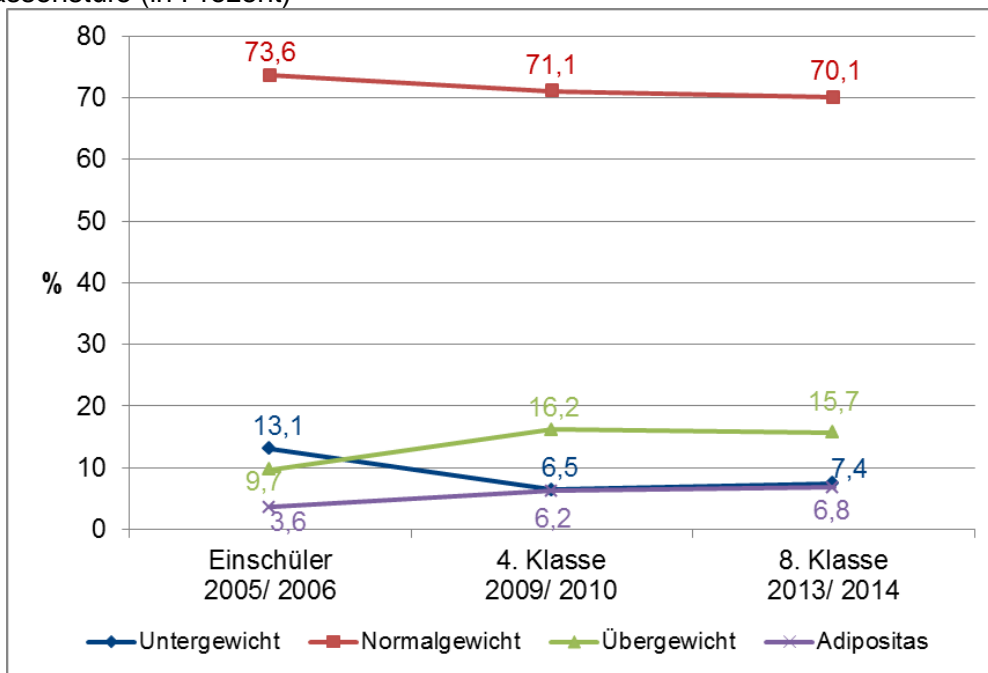
¹³¹ Der BMI ist das Verhältnis aus dem Körpergewicht in Kilogramm zum Quadrat der Körpergröße in Metern. Die Berechnungsformel lautet: $BMI = \text{Körpergewicht (kg)} / (\text{Körpergröße (m)})^2$.

Bei *Übergewicht* ist das Körpergewicht im Verhältnis zur Körpergröße zu hoch. Bei *starkem Übergewicht*, auch als *Adipositas* (Fettleibigkeit) bezeichnet, ist der Körperfettanteil im Verhältnis zur Gesamtkörpermasse zu hoch.

Übergewicht und Adipositas stellen unter der deutschen Bevölkerung ein zunehmendes Problem dar. Aktuell sind in Deutschland ca. 8,7% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahre übergewichtig (BMI 90.-97. Perzentile), 6,3% sind adipös (BMI > 97. Perzentile).¹³²

In der Abb. 2.9 wird diese Problematik auch bei den Anteilen der Rostocker Schüler mit Übergewicht und Adipositas über den Zeitraum der drei schulärztlichen Untersuchungen deutlich.

Abbildung 2.9: Entwicklung der Anteile der Kinder und Jugendlichen mit Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas ab dem Zeitpunkt der Einschulung bis zum Erreichen der 8. Klassenstufe (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, KJGD

Tendenziell zeigt sich mit zunehmendem Alter ein Anstieg des Anteils der Kinder und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas. Zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung (2005/2006) waren 9,7% der Einschüler übergewichtig, vier Jahre später hat sich der Anteil auf 16,2% (2009/2010) erhöht und vier weitere Jahre auf 15,7% (2013/2014) wieder leicht verringert. Hingegen hat der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Adipositas kontinuierlich zugenommen: von der Einschulung mit 3,6% (2005/2006), über 6,2% (2009/2010) in der 4. Klasse auf 6,8% (2013/2014) in der 8. Klasse. Unter den Rostocker Schülern hat neben Übergewicht auch ein nicht unbedeutender Anteil Untergewicht. Im Schuljahr 2005/2006 lag der Anteil unter den Einschülern bei 13,1%. In Klasse 4 hat sich der Anteil untergewichtiger Schüler auf 6,5% (2009/2010) verringert und in der Klassenstufe 8 abermals leicht erhöht (2013/2014: 7,4%). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Normalgewicht hat im Zeitverlauf abgenommen. (Abb. 2.9)

¹³² vgl. Böhler et al. 2012: 4

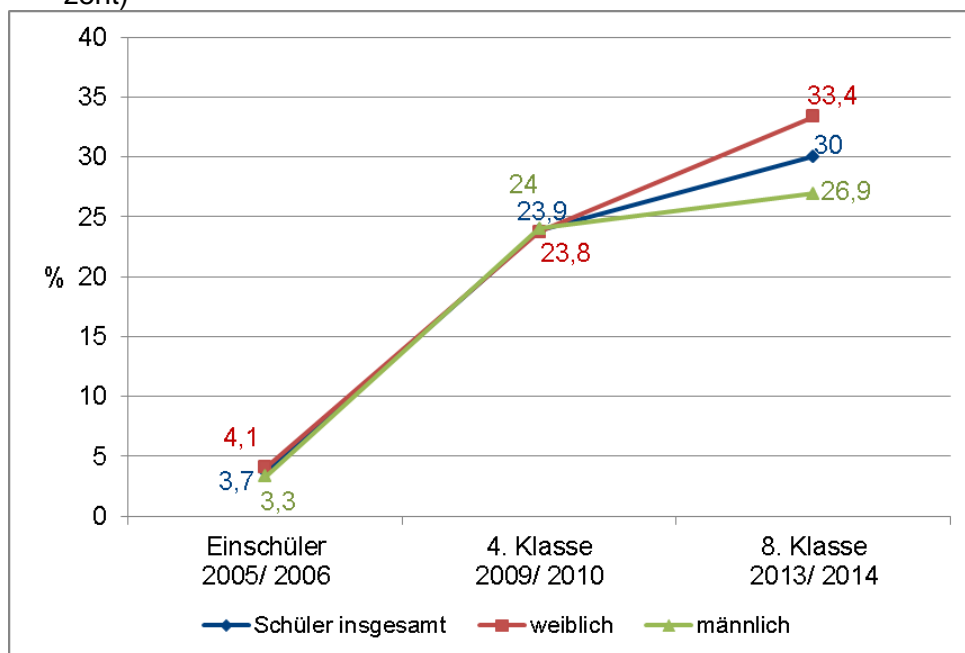
Wenngleich der größte Anteil der Kinder und Jugendlichen normalgewichtig ist, so zeigen die Daten der schulärztlichen Untersuchungen dennoch, dass ein hoher Anteil an Kindern und Jugendlichen Probleme mit dem Gewicht hat. Da Übergewicht und Untergewicht die Entstehung von Krankheiten begünstigen, besteht diesbezüglich ein dringender Handlungsbedarf.

Veränderung am Bewegungssystem

Die Feststellung von Veränderungen am Bewegungssystem bei Kindern und Jugendlichen erfolgt durch ärztliche Beobachtungen während der schulärztlichen Untersuchungen. Für die nachfolgenden Daten wurden alle Befunde, die auf eine Veränderung am Stütz- und Bewegungsapparat hindeuten, zusammengefasst. Dazu zählen Haltungs-, Hüft- und Fußschäden sowie Erkrankungen der Wirbelsäule – die Skoliose und Kyphose.

In der Abb. 2.10 wird der Anteil der Rostocker Schüler, insgesamt und nach dem Geschlecht differenziert, mit Veränderungen am Bewegungssystem über den Zeitraum der drei schulärztlichen Untersuchungen abgebildet.

Abbildung 2.10: Geschlechterspezifische Entwicklung der Veränderungen am Bewegungssystem ab dem Zeitpunkt der Einschulung bis zum Erreichen der 8. Klassenstufe (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, KJGD

Es wird deutlich, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Veränderungen am Bewegungssystem mit zunehmendem Alter kontinuierlich gestiegen ist. Zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchungen zeigten 3,7% (2005/2006) der Einschüler Veränderungen am Bewegungssystem. Vier Jahre später erhöhte sich der Anteil unter den Schülern auf 23,9% (2009/2010). Nach vier weiteren Jahren, als die Schüler in der 8. Klasse waren, erhöhte sich der Anteil auf 30%

(2013/2014). Damit hatte in der 8. Klasse annähernd jeder dritte Schüler Veränderungen am Bewegungssystem. (Abb. 2.10)

Differenziert nach Mädchen und Jungen, zeigte sich zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchungen im Schuljahr 2005/2006 ein minimaler Unterschied im Hinblick auf den Anteil der Betroffenen – mehr Mädchen (4,1%) als Jungen (3,1%) wiesen Veränderungen am Bewegungssystem auf. Vier Jahre später erhöhte sich der Anteil der Mädchen (2009/2010: 23,8%) und Jungen (2009/2010: 24%) mit Veränderungen am Bewegungssystem für beide Geschlechter deutlich, es gab aber geschlechterspezifisch keinen gravierenden Unterschied in den Anteilen. In der 8. Klasse überstieg der Anteil der Mädchen mit Veränderungen am Bewegungssystem (2013/2014: 33,4%) deutlich den der Jungen (2013/2014: 26,9%). (Abb. 2.10)

2.1.3 Handlungsempfehlungen und Schlussfolgerungen

Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird nach Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) des Robert Koch-Instituts in der Bundesrepublik Deutschland als gut bis sehr gut eingestuft. Allerdings sind die Chancen auf ein Leben ohne Krankheit und Gesundheitsstörungen nicht für alle Kinder gleich verteilt. Im hohen Maße weisen Kinder aus sozial benachteiligten Familien Gesundheitsrisiken auf, die sich sowohl auf die Lebensbedingungen als auch auf die Gewohnheiten zurückführen lassen. Diese sind vermehrt von verschiedenen Erkrankungen, Übergewicht und Verhaltensauffälligkeiten betroffen.¹³³ Auch unter den Rostocker Kindern und Jugendlichen zeigt sich solch eine Risikoverteilung. Vor dem Hintergrund, dass die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen über das gesundheitliche Befinden im Erwachsenenalter mit entscheidet, sind für die Hansestadt Rostock Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen notwendig.

Für das Land Mecklenburg-Vorpommern wurde ein erster Schritt in Richtung Verbesserung der Kindergesundheit mit den neuformulierten Gesundheitszielen geebnet, die durch die Akteure des Aktionsbündnisses für Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern auf der Kindergesundheitskonferenz am 18. April 2013 und unter dem Motto „Chancengleich gesund aufwachsen in Mecklenburg-Vorpommern“ auf den Weg gebracht wurden.

- „1. Stärkung der Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen
2. Förderung der Bewegungsfreude und eines bewegungsorientierten Lebensstils
3. Mit Spaß und Genuss sich ausgewogen ernähren
4. Verbesserung der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen
5. Stärkung der Gesundheit im Säuglings- und Kleinkindsalter
6. Stärkere Nutzung der Angebote der Gesundheitsvorsorge von Jugendlichen.“¹³⁴

Diese Gesundheitsziele lassen sich als geeignete Maßnahmen für die Förderung der Gesundheit der Rostocker Kinder und Jugendlichen wie folgt übertragen.¹³⁵

Die Ergebnisse des KJGD für die untersuchten Rostocker Kinder im Berichtszeitraum der Schuljahre 2004/2005 bis 2013/2014 verdeutlichen eine Zunahme der Störungen im psychosozialen Verhalten und in der psychophysischen Belastbarkeit bei den Einschülern. Dieser Entwicklung

¹³³ vgl. RKI 2014

¹³⁴ Aktionsbündnis für Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern 2013

¹³⁵ Auf das Thema Zahn- und Mundgesundheit wird im Kapitel 2.1.4 ausführlich eingegangen.

kann z. B. durch „Stärkung der Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen“ entgegengewirkt werden. Kinder und Jugendliche müssen dafür tiefgreifender durch das pädagogische Personal in Kindertagesstätten und durch Lehrer in den Schulen individuell gefördert werden. Die psychosozialen Kompetenzen der Kinder müssen verstärkt ausgebildet und ihre Fähigkeiten zur Konfliktbewältigung geschult werden.

Neben den Störungen im psychosozialen Verhalten und in der psychischen Belastbarkeit stellen die Entwicklung der grob- und feinmotorischen Fähigkeiten, das Körpergewicht und die Körperhaltung unter den untersuchten Einschülern in der Hansestadt Rostock des Weiteren zunehmende Probleme dar. Eine Möglichkeit zur Verbesserung dieser Störungen liegt in einer gesteigerten körperlichen Aktivität, so wie es auch in dem Gesundheitsziel „Förderung der Bewegungsfreude und eines bewegungsorientierten Lebensstils“ formuliert wird. Weil der Alltag eines Kindes zunehmend durch langes Sitzen in der Schule, vor dem Fernseher und PC gekennzeichnet ist – selbst zur Schule geht es mit dem Auto oder den öffentlichen Verkehrsmitteln – finden körperliche Aktivitäten kaum statt. Noch hinzukommend erschwert das Schulsystem der Ganztagschule, körperlichen Aktivitäten in ausreichendem Maße nachzukommen. Dabei haben Kinder nicht nur ein natürliches Bedürfnis nach Bewegung. In keiner anderen Lebensphase wie in der Kindheit spielt die körperliche Aktivität eine so wichtige Rolle. Nach einer Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für eine gesundheitsfördernde körperliche Aktivität wird für Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 17 Jahren eine mindestens 60-minütige moderate bis stark intensive körperliche Aktivität pro Tag angeraten. Vordergründig sollte die körperliche Aktivität aus Ausdauertraining bestehen. Hinzukommend sollten mindestens dreimal in der Woche kräftige körperliche Aktivitäten zur Stärkung der Muskeln und Knochen eingebaut werden.¹³⁶ Da Bewegung einen positiven Einfluss auf wichtige Gesundheitsparameter hat, wie z. B. die Erhöhung der körperlichen Fitness, die Stärkung der Muskelkraft, die Erhaltung eines gesunden Körpergewichts, die Reduzierung des Körperfettanteils sowie die Verbesserung der Koordinations- und Bewegungssteuerung, gilt es diese mit entsprechenden Maßnahmen zu unterstützen.¹³⁷ Die Kinderbewegungstage in der Hansestadt Rostock gelten zur Umsetzung des Gesundheitsziels „Förderung der Bewegungsfreude und eines bewegungsorientierten Lebensstils“ als ein Beispiel guter Praxis, welche im Rahmen der Kindergesundheitskonferenz vorgestellt wurden und im Kapitel 5 ausführlich beschrieben werden.¹³⁸

Die Diagnose Sprachstörungen zeigte unter den Ergebnissen der schulärztlichen Untersuchungen des KJGD in der Hansestadt Rostock die weitaus gravierendste Entwicklung. Im Berichtszeitraum nahm der Anteil der von Sprachstörungen betroffenen Kinder kontinuierlich zu. Aus diesem Grund ist die Förderung der sprachlichen Entwicklung bereits in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Ursachen, die eine ungenügende Sprachentwicklung begünstigen, sind u. a. eine mangelnde Kommunikation in der Familie, die häufige Nutzung der medialen Möglichkeiten mit geringen Anreizen zur sprachlichen Verständigung und eine langwierige Nutzung von Schnullern. Um dieser Entwicklung entgegen zu wirken, wurde sich im Jahr 2014 durch das Arbeitstreffen „Forum Sprache“¹³⁹ über ein „Konsensuspapier zur Sprachstandserhebung und Sprachförderung in den Kitas“

¹³⁶ vgl. WHO 2010: 20

¹³⁷ vgl. ebd.: 18-20

¹³⁸ Ausführliche Dokumentation der Kindergesundheitskonferenz unter: <http://www.aktionsbuendnis-gesundheit-mv.de/materialien/kindergesundheitskonferenz-18-04-2013/>

¹³⁹ In dem „Forum Sprache“ arbeiten der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (bvkj e. V.), der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl e. V.), der Deutsche Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs e. V.), die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs e. V.) und der Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD) zusammen

verständlich. Mit Hilfe von bundeseinheitlichen Empfehlungen für die Durchführung von Fördermaßnahmen zur Verbesserung der Kommunikations- und Sprachfähigkeit der Kinder bis zum Eintritt in die Schule sollen die Sprachstörungen der Kinder somit rechtzeitig therapiert werden. Dafür sollte u. a. in den Kindertageseinrichtungen der Hansestadt Rostock geschultes Personal eingesetzt werden, um die Ressourcen von Kindern in allen Entwicklungsbereichen positiv zu unterstützen. Darüber hinaus müssen auch die Eltern befähigt werden, eine kommunikationsfördernde Umgebung für ihr Kind zu schaffen. Diesbezüglich muss verstärkt auch der Einfluss von Hebammen, Kinderärzten, Familienbildungseinrichtungen sowie von Einrichtungen der Frühen Hilfen, Kindertageseinrichtungen und Schulen gestärkt werden.

Die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen des KJGD in der Hansestadt Rostock spiegeln ferner Übergewicht und Adipositas als wachsende Problematik bei den untersuchten Kindern und Jugendlichen wider. Das Ernährungsverhalten spielt bereits im Kindes- und Jugendalter eine entscheidende Rolle für die gesundheitliche Entwicklung. Somit können in der Kindheit angeeignete Ernährungsgewohnheiten zumeist über das Heranwachsen bis ins Erwachsenenalter andauern und auf lange Sicht, bei z. B. falscher Ernährung¹⁴⁰, zahlreiche Krankheiten begünstigen.¹⁴¹ Vor dem Hintergrund der Zunahme von Übergewicht und Adipositas unter den Rostocker Schülern sind Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Lebensstils im Kindes- und Jugendalter bedeutsam. Dies ist nur durch eine sozialräumliche Vernetzung der Akteure möglich. Dabei geht es nicht nur darum, Kinder und deren Eltern/ Familie frühzeitig über ein gesundes Ernährungsverhalten aufzuklären und dafür zu sensibilisieren. Eine gesunde Ernährungsweise setzt gleichermaßen gute Rahmenbedingungen in Kindertageseinrichtungen, bei Tagespflegepersonen sowie in Schulen und Freizeiteinrichtungen voraus.¹⁴² Wie in dem Gesundheitsziel „Mit Spaß und Genuss sich ausgewogen ernähren“ formuliert, bildet eine vielseitige Ernährung dabei den wesentlichen Grundstein. Essen ist auch Kommunikation und sollte in der Gemeinschaft erfahren werden. Die kontinuierliche Förderung des Ernährungsverhaltens sollte auf den wissenschaftlichen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE)¹⁴³ basieren. Es ist wünschenswert und ratsam, dass alle Einrichtungen, die eine Verpflegung in Gemeinschaftseinrichtungen anbieten, sich an die Empfehlungen der DGE halten. Des Weiteren sind verstärkt Bildungsangebote für Eltern zum Thema gesunde Ernährung, in denen auch Hinweise auf „versteckte“ Bestandteile (Fette und Zucker) in Nahrungsmitteln gegeben werden, notwendig. Zusätzlich sollten verstärkt Unterrichtsinhalte bezüglich einer gesunden Kost im Lehrplan verankert sein.¹⁴⁴

Für die ganzheitliche Gesundheitsförderung der Kinder und Jugendlichen stellt insbesondere das Gesundheitsziel die „Stärkung der Gesundheit im Säuglings- und Kleinkindalter“ einen wesentlichen Bereich dar. Dies ist vor dem Hintergrund, dass bereits während der Schwangerschaft wichtige Grundlagen für die Gesundheit eines Kindes gelegt werden und weil das gesunde Aufwachsen eines Kindes durch die vorherrschenden familiären Rahmenbedingungen bestimmt wird, von be-

¹⁴⁰ Zu einer falschen Ernährung zählt u. a. eine übermäßige Energiezufuhr, eine zu fettreiche Ernährung, die Aufnahme von zu vielen Süßigkeiten oder eine zu einseitige Ernährung, bei der ein ausgewogenes Angebot von Obst, Gemüse und Ballaststoffen fehlt.

¹⁴¹ vgl. RKI u. BZgA 2008: 99

¹⁴² vgl. Aktionsbündnis für Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern 2013

¹⁴³ Dazu werden von der DGE regelmäßig aktualisierte Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen herausgegeben. Die Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr sollten in der Gemeinschaftsverpflegung von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden. Sie bilden eine wichtige Grundlage für lebensmittelbezogene Ernährungsempfehlungen sowie für Bestrebungen bei der Aufklärung, Beratung und Motivation bezüglich einer vollwertigen Ernährung.

¹⁴⁴ vgl. Aktionsbündnis für Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern 2013

sonderer Wichtigkeit. Um die Entwicklungschancen und -möglichkeiten von Kindern und Eltern in der Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern und einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern zu gewährleisten, muss die Arbeitsgruppe „Frühe Hilfen“ noch weiter unter der Bevölkerung an Bekanntheit gewinnen und ausgebaut werden. Auf diesem Wege können Familien mit Unterstützungsbedarf oder in Problemlagen flächendeckend versorgt werden.

Literaturverzeichnis – Kinder und Jugendgesundheit

Aktionsbündnis für Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2013): Gesund aufwachsen in MV.
<http://www.aktionsbueundnis-gesundheit-mv.de/gesund-aufwachsen-in-mv/> [29.01.2015]

Böhler, Thomas, Bengel, Jürgen, Goldapp, Cornelia, Mann, Reinhard (2012): Bericht zur EvAKuJ-Studie im Rahmen des Qualitätssicherungsprozesses der BZgA zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen.
http://www.bzga-kinderuebergewicht.de/adipo_mtp/pdf/Abschlussbericht%20Beobachtungsstudie_04102012.pdf [26.01.2015]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2015): Die Untersuchungen U1 bis U9.
<http://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/frueherkennung-u1-u9-und-i1/untersuchungen-u1-bis-u9/die-untersuchungen-u1-bis-u9/> [23.01.2015]

Döpfner, Manfred, Mersmann, Heiner, Trost-Brinkhues, Gabriele (2005): Theoretische und statistische Grundlagen. Manual. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen.

Epidemiologisches Bulletin 34/2014, vom 25. August 2014, Berlin.

Gottschling-Lang, Annika, Franze, Marco, Hoffmann, Wolfgang (2014): Gezielte individuelle Förderung von 3- bis 6-Jährige. Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen in sozial benachteiligten Regionen. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* (2014), 9:241-246.

LIGA.NRW (o. J.): Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen nach dem Bielefelder Modell, Kinder- und Jugendärztliche Definitionen für das Bielefelder Modell Aktualisierung – August 2007
<http://www.liga.nrw.de/> [17.01.2015]

Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales (2012): Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2012.
http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/sm_Service/Publicationen/index.jsp?&publikid=6297 [13.01.2015]

Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur des Landes M-V (o. J.): Bildungsserver Mecklenburg-Vorpommern. Einschulung.
<http://www.bildung-mv.de/schueler/schule-und-unterricht/schularten/grundschule/einschulung/> [13.01.2015]

Petermann, Franz, Reißling, Julia-Katharina (2012): Sprachdiagnostik in der Praxis. In: *Zeitschrift des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V.* (2012), 43(5): 241-245.

RED (2014): Zur Einschulung. Schulen laden zu Untersuchungen ein. In: *Warnow Kurier – Wochenzeitung für Rostock & Umgebung* vom 12. November 2014. Nr. 46/23.

Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin.
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/GPA_Daten/Ernaehrung.pdf?__blob=publicationFile [30.01.2015]

Robert Koch-Institut (2014): KIGGS – Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – 2013.

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Kiggs_w1/kiggs_welle1_broschuere.pdf;jsessionid=21BE182766E5A1D0DAA23029726C65F9.2_cid298?_blob=publicationFile [07.01.2015]

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2010): Global Recommendations on Physical Activity for Health. Genf.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf?ua=1 [30.01.2015]

2.1.4 Zahn- und Mundgesundheit

Anica Stürtz und Sabine Klimas

Die Zahn- und die Mundgesundheit sind wichtige Aspekte der allgemeinen Gesundheit und stehen für eine umfassende Funktionalität und Beschwerdefreiheit der Organe im Mundraum. Diese umfassen die Zähne, den Zahnhalteapparat (fester Halt des Zahnes im Kieferknochen und Zahnfleisch), die Schleimhäute, die Zunge, Kiefergelenke und Speicheldrüsen.¹⁴⁵ Das Thema Zahn- und Mundgesundheit ist über die gesamte Lebenszeit allgegenwärtig.¹⁴⁶ Eine unzureichende Mundgesundheit kann bei Kindern nicht nur orale Erkrankungen begünstigen, sondern auch gesundheitliche Folgen im höheren Alter mit sich führen. Die Zahn- und Mundgesundheit wird durch sozioökonomische Faktoren, wie bspw. das Einkommen und das Bildungsniveau, beeinflusst.¹⁴⁷ Da bereits im Kindesalter das Fundament für ein bleibendes Gebiss gelegt wird, welches bis ins hohe Alter erhalten werden kann, bedarf die Zahngesundheitspflege im Kindesalter der besonderen Förderung.¹⁴⁸

In der Mitte der 90er Jahre wurden strukturierte Prophylaxekonzepte – auf altersbedingte Risiken ausgerichtet – ausgearbeitet, die in Deutschland einen Paradigmenwechsel von der kurativen zur präventiven Zahnmedizin antrieben.¹⁴⁹ Im Mundgesundheitsbericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2003 wurde für den Zeitraum von 1980 bis 2000 in den Industrieländern ein beachtlicher Rückgang der Karies beschrieben. Dieser Rückgang kann auf eine wirkungsvolle Mundhygiene und Kariesprävention zurückgeführt werden.¹⁵⁰ Damit dieser Trend des abnehmenden Kariesaufkommens fortgesetzt wird, hat die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) Mundgesundheitsziele¹⁵¹ für Deutschland bis 2020¹⁵² in Anlehnung an die internationalen Ziele der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des Weltzahnärzteverbandes (FDI) aufgestellt.¹⁵³

¹⁴⁵ vgl. RKI 2009: 7

¹⁴⁶ vgl. Oesterreich 2014: 312, Kettler et al. 2014: 45

¹⁴⁷ vgl. Streicher 2012: 5, Oesterreich 2014: 312

¹⁴⁸ vgl. ebd., RKI 2009: 7

¹⁴⁹ vgl. Kettler et al. 2014: 45

¹⁵⁰ vgl. RKI 2009: 7, KZBV u. BZÄK 2014: 6, Kettler et al. 2014: 46

¹⁵¹ Mundgesundheitsziele schaffen eine breitgefächerte Problemsicht, verhelfen zur Abstimmung über wichtige Aspekte in der Versorgung und verdeutlichen deren Wirkung in anderen Versorgungsbereichen. (vgl. Prchala 2012: 2758)

¹⁵² Als Vorlage für die Mundgesundheitsziele in Deutschland dienten die im Jahr 2003 für den zahnärztlichen Bereich durch die Weltgesundheitsorganisation WHO und den Weltzahnärzteverband FDI niedergeschriebenen „Global Goals for the Health by the Year 2020“. An diese knüpfte die BZÄK im Jahr 2004 mit einer überarbeiteten Version ihrer im Jahr 2000 herausgegebenen lokalen Mundgesundheitsziele an. Damit war es das erste Land, welches die neuen internationalen Bestrebungen der WHO und FDI für die nationale Ebene aufbereitete. Die Fassung der BZÄK von 2004 wurde im Jahr 2012 noch einmal aktualisiert und unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Ergebnisse für 2020 geändert. (vgl. Prchala 2012: 2758, Kettler et al. 2014: 47)

¹⁵³ vgl. Prchala 2012: 2758

Dafür wurden für verschiedene Altersgruppen spezielle Untersuchungskriterien zur Erfolgsbewertung von zahnmedizinischen Vorsorgemaßnahmen entwickelt. Wesentliche Zielsetzungen bis 2020, die für die im Folgenden zu betrachtenden Kinder und Jugendlichen der Hansestadt Rostock im Alter von 3 bis 18 Jahren auch angestrebt werden, lauten:

- den Anteil von kariesfreien Gebissen bei den Kindern im Alter von 6 Jahren von mindestens 80% zu erreichen und
- den DMFT¹⁵⁴-Index¹⁵⁵ der 12-Jährigen auf einen Wert von unter 1,0 zu reduzieren.¹⁵⁶ (Tab. 2.2)

Tabelle 2.2: Mundgesundheitsziele der Bundeszahnärztekammer für Deutschland 2020

BZÄK Mundgesundheitsziele für 2020				
Konkrete Zielsetzungen (Überblick)				
Alter	Ziele Deutschland 2000	Ist-Zustand 1997/2000	Ist-Zustand 2005/2009	Ziele Deutschland 2020 (Im Jahr 2004 formuliert und 2012 aktualisiert)
6 Jahre (Milchzähne)	60% kariesfreie Gebisse	33%-60% kariesfreie Gebisse	53,9% (42,7%-62,3%) kariesfreie Gebisse	80% kariesfreie Gebisse
12 Jahre	2,0 DMFT	1,2 DMFT	0,7 DMFT	weniger als 1,0 DMFT
12 Jahre	-	Anteil der 12-Jährigen mit einem hohen Kariesbefall (DMFT-Index > 1) im Jahr 1997: 29.6%	Anteil der 12-Jährigen mit einem hohen Kariesbefall (DMFT-Index >2) im Jahr 2005: 10,2%	ALT (2004): Halbierung des Anteils der 12-Jährigen mit hohem Kariesbefall (DMFT-Index >2) NEU (2012): Der Anteil der 12-Jährigen mit hohem Kariesbefall (DMFT-Index >2) soll weiter reduziert werden.

Quelle: Eigene Darstellung (Auszug) nach Ziller et al. 2012, zit. nach Prchala 2012: 2759

Seit 1992 erfolgt eine aktive Zusammenarbeit zwischen dem Zahnärztlichen Dienst (ZÄD) des Gesundheitsamtes Rostock und der Kreisarbeitsgemeinschaft (KAG) zur Förderung der Jugendzahn-pflege Rostock. Das Gesundheitsamt und die KAG – ein Zusammenschluss der regionalen gesetzlichen Krankenkassen, des Gesundheitsamtes und niedergelassener Zahnärzte – übernehmen die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe als kommunale Aufgabe.¹⁵⁷ Die zahnärztlichen Untersuchungen liegen ausschließlich in der Hand des öffentlichen Dienstes.

¹⁵⁴ DMFT/dmft wird in Großbuchstaben für bleibende Zähne, in Kleinbuchstaben für Milchzähne genutzt. (vgl. BZÖG 2013: 12)

¹⁵⁵ Das Vorkommen von Karies unter der Bevölkerung wird mit Hilfe eines Kariesindexes, welcher international angewandt wird, ermittelt – der DMFT-/dmft-Index. DMFT/dmft setzt sich aus Decayed (kariös), Missing (fehlend), Filled (gefüllt) und Teeth (Zähne) zusammen. Der DMFT-/dmft-Index ermöglicht eine Bewertung des Kariesbefalls auf Basis der Anzahl betroffener bleibender Zähne bzw. Milchzähne. Über diesen Index werden die Gesamtheit der kariösen, fehlenden und gefüllten Zähne einer Person oder die im Durchschnitt kariösen, fehlenden und gefüllten Zähne einer Gruppe von Menschen angegeben. (vgl. Kramer u. Holzinger 1999: 28, KZBV u. BZÄK 2006: 8)

¹⁵⁶ vgl. Ziller et al. 2012, zit. nach Prchala 2012: 2759

¹⁵⁷ vgl. Jaentsch 2001: 8, Kettler et al. 2014: 47

Der Zahnärztliche Dienst arbeitet auf der Grundlage einer für das Land Mecklenburg-Vorpommern einheitlichen Gesetzgebung. Als Richtlinie gilt das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern (ÖGDG M-V)¹⁵⁸, das Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)¹⁵⁹, das Schulgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern (SchulG M-V)¹⁶⁰ sowie die Schulgesundheitspflegeverordnung (SchulGesPflVO M-V)¹⁶¹. Nach dem Schulgesetz für Mecklenburg-Vorpommern haben Kinder und Jugendliche die Pflicht, an den zahnärztlichen Untersuchungen¹⁶² des ZÄD teilzunehmen. Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 18 Jahren werden einmal jährlich zahnärztlich untersucht.¹⁶³ Die angestrebte flächendeckende Gruppenprophylaxe¹⁶⁴ findet bei allen Kindern bis zum 12. Lebensjahr, bei Kindern und Jugendlichen mit erhöhtem Kariesrisiko bis zum 16. Lebensjahr, statt.¹⁶⁵ Das Ziel der Untersuchung ist es, orale Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig zahnmedizinisch zu intervenieren. Im Anschluss an die Untersuchung erhalten Kinder mit einem Behandlungsbedarf eine Mitteilung an die Eltern mit dem Verweis auf einen notwendigen Zahnarztbesuch. Dieser umfasst eine Behandlung von Karies, Zahn-/ Kieferfehlstellungen sowie eine Individualprophylaxe und/oder eine Diagnostik von Sprachauffälligkeiten.¹⁶⁶

Der ZÄD erfüllt in Kooperation mit den Partnern der KAG folgende Pflichtaufgaben:

- Durchführung flächendeckender zahnärztlicher Untersuchungen in Kindertagesstätten, Schulen und Behinderteneinrichtungen für die Altersgruppe der 3- bis 18-Jährigen (ausschließlich durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst)¹⁶⁷
- Umsetzung einer flächendeckenden Gruppenprophylaxe für alle Kinder von 3 bis 12 Jahren¹⁶⁸
- Erweiterung intensivprophylaktischer Maßnahmen für Kariesrisikogruppen bis zum 16. Lebensjahr¹⁶⁹

¹⁵⁸ Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern in der Fassung vom 19. Juli 1994, mehrfach geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 15. April 2014 (GVOBl. M-V S. 150, 152). Im §16 „Zahnärztlicher Dienst“ ÖGDG M-V werden die Hauptaufgaben des ZÄD festgehalten.

¹⁵⁹ Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – in der Fassung vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 2. Dezember 2014 (BGBl. I S. 1922). In den Paragraphen §§ 21 „Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)“ und 22 „Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)“ SGB V sind wichtige Grundsätze zur Förderung der Mundgesundheit fixiert.

¹⁶⁰ Schulgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. September 2010, mehrfach geändert durch Gesetz vom 13. Dezember 2012 (GVOBl. M-V S. 555).

¹⁶¹ In der Schulgesundheitspflegeverordnung in der Fassung vom 10. Juli, letzte berücksichtigte Änderungen der §§ 2, 3 und 6 geändert durch Verordnung vom 09. Juli 2011 (GVOBl. M-V S. 856). Im § 5 „Zahnärztliche Untersuchungen“ SchulGesPflVO M-V, werden die Vorsorgeuntersuchungen konkretisiert.

¹⁶² Die zahnärztlichen Untersuchungen, zuvor "Reihenuntersuchungen", sind sekundärpräventive Maßnahmen, die dazu dienen im Rahmen der Früherkennung die Mundhöhle zu untersuchen und den Zahnstatus von Kindern und Jugendlichen zu ermitteln. (vgl. § 21 SGB V, DAJ 2009: 3)

¹⁶³ vgl. § 58 SchulG M-V

¹⁶⁴ Die Gruppenprophylaxe (siehe auch 2.1.5.2 Gruppenprophylaxe) dient der Vorbeugung von Zahnerkrankungen. (vgl. § 21 SGB V) Sie beinhaltet sowohl Elemente der Gesundheitserziehung ("Verhaltensprävention") als auch der Gesundheitsförderung ("Verhältnisprävention"). Dementsprechend vereint sie verschiedene Maßnahmen, u. a. die Untersuchung der Mundhöhle und Ermittlung des Zahnstatus, die Verbesserung des Verhaltens zur Mundhygiene, die Ernährungsberatung, die Aufklärung über die Effektivität von regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchungen sowie die Aufklärung zur Vorbeugung von (früh-)kindlichen Fehlentwicklungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Diese Maßnahmen werden vorrangig in Gruppen in gesellschaftlichen Institutionen, im Besonderen in Kindertagesstätten und Schulen, durchgeführt. Ihre Kosten werden von der Krankenkasse getragen. (vgl. § 21 SGB V, DAJ 2000)

¹⁶⁵ vgl. Kettler et al. 2014: 46

¹⁶⁶ vgl. Jaentsch 2001: 8

¹⁶⁷ vgl. § 16 ÖGDG M-V, §§ 21, 22 SGB V

¹⁶⁸ vgl. § 5 SchulGesPflVO M-V

¹⁶⁹ vgl. § 21 SGB V, DAJ 2009: 3-4

- Öffentlichkeitsarbeit im engen Zusammenwirken mit allen Multiplikatoren für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung¹⁷⁰
- Gesundheitsberichterstattung
- Organisation und Mitwirkung in der KAG zur Förderung der Jugendzahnpflege in der Hansestadt Rostock¹⁷¹
- Erarbeitung von zahnmedizinischen Stellungnahmen in Amtshilfe gemäß Bundessozialhilfegesetz, Asylbewerberleistungsgesetz und Heilfürsorgebestimmungen.

2.1.4.1 Ausgewählte Ergebnisse zahnärztlicher Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse wurden im Rahmen zahnärztlicher Untersuchungen des ZÄD des Gesundheitsamtes Rostock bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 18 Jahren ermittelt und dokumentiert.¹⁷² Die Erhebungen erfolgten standardisiert mit Mundspiegel und zahnärztlicher Sonde sowie mit einer geeigneten Lichtquelle. Die Datenerfassung erfolgte per Laptop. Für die Datenverarbeitung wurde das Softwareprogramm "Octoware" verwendet.¹⁷³ Im Rahmen dieser Untersuchungen wurde die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen geprüft – der Anteil der naturgesunden Zähne und der Anteil der Zähne mit Karies und Füllungen wurden festgestellt.¹⁷⁴ Zur Bewertung der Mundgesundheit werden die DMFT-/dmft-Werte, die Anzahl der:

- d/D – kariösen Milch- oder bleibenden Zähne
- m/M – fehlenden Milch- oder bleibenden Zähne und
- f/F – gefüllten Milch- oder bleibenden Zähne

ausgewiesen sowie der Kariesstatus bewertet.¹⁷⁵

Für den Kariesstatus gibt es drei Kategorien: „primär gesund“, „saniert“ und „behandlungsbedürftig“.¹⁷⁶

- | | |
|--------------------------|---|
| – „primär gesund“ | „Das Gebiss ist von Karies und ihren Folgeerkrankungen frei.“ |
| – „saniert“ | „Das Gebiss ist saniert, wenn alle kariösen [Defekte] sowie deren Folgezustände therapeutisch definitiv versorgt sind.“ |
| – „behandlungsbedürftig“ | „Das Gebiss ist behandlungsbedürftig, wenn unbehandelte Karies vorliegt.“ ¹⁷⁷ |

¹⁷⁰ vgl. § 16 ÖGDG M-V

¹⁷¹ vgl. DAJ 2000

¹⁷² Die Datengrundlage bilden die in den Einrichtungen erhobenen zahnärztlichen Untersuchungsbefunde des ZÄD des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock.

¹⁷³ Angaben des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD

¹⁷⁴ vgl. § 5 SchulGesPfVO M-V, § 21 SGB V, Kramer u. Holzinger 1999: 28

¹⁷⁵ vgl. Kramer u. Holzinger 1999: 28, KZBV u. BZÄK 2006: 8

¹⁷⁶ vgl. BZÖG 2013: 16

¹⁷⁷ BZÖG 2013: 16

2.1.4.1.1 Zahn- und Mundgesundheit der 3- bis 18-jährigen Kinder und Jugendlichen

In der Tab. 2.3 ist die Anzahl der Kinder und Jugendlichen von 3 bis 18 Jahren pro Schuljahr der vergangenen zehn Schuljahre (2004/2005 bis 2013/2014) dargestellt, die im Rahmen einer zahnärztlichen Untersuchung in der Hansestadt Rostock untersucht wurden. Im Schuljahr 2013/2014 waren es 12.165 Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 18 Jahren. (Tab. 2.3)

Tabelle 2.3: Anzahl aller zahnärztlich untersuchten Kinder und Jugendlichen vom 3. bis 18. Lebensjahr

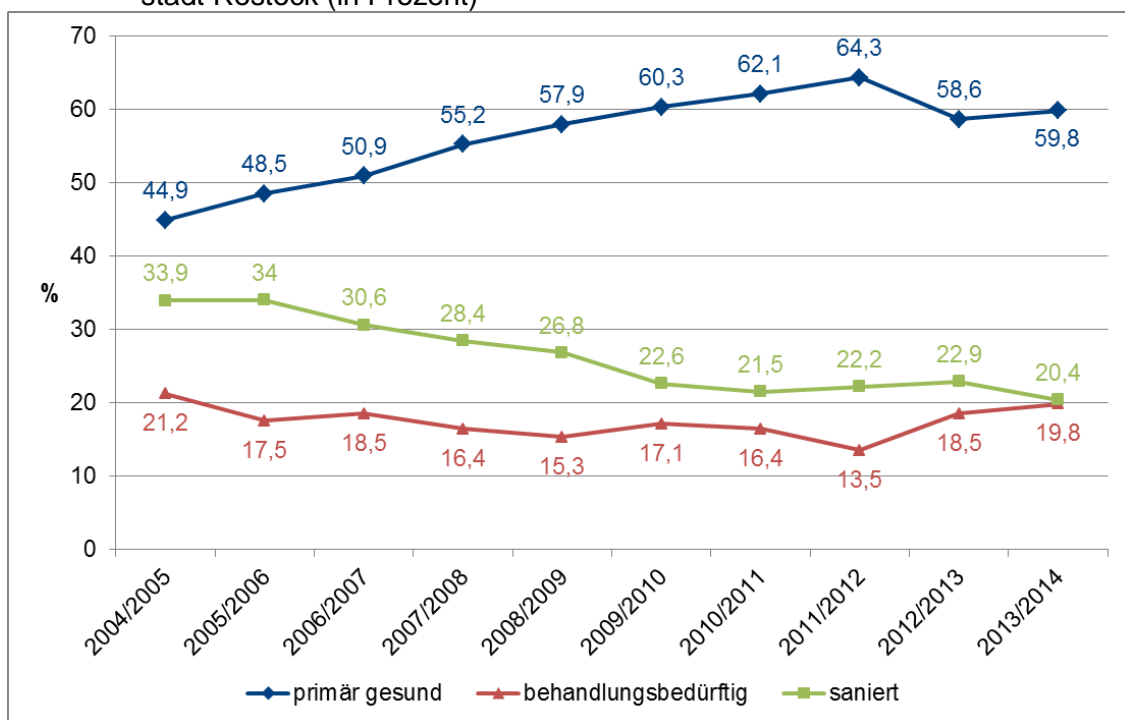
Schuljahr	Anzahl der Untersuchten
2004/2005	12.879
2005/2006	16.542
2006/2007	14.426
2007/2008	15.908
2008/2009	16.223
2009/2010	11.021
2010/2011	13.480
2011/2012	13.187
2012/2013	13.706
2013/2014	12.165

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD

Alle nachfolgenden Auswertungen werden sich auf die Anzahl der in den Kindertagesstätten (Kitas), Grundschulen, weiterführenden Schulen (5. und 6. Klasse sowie 7. bis 12./13. Klasse) sowie Förderschulen zahnärztlich untersuchten Rostocker Kinder und Jugendlichen beziehen.

Bei den untersuchten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 18 Jahren zeigt sich über die vergangenen zehn Jahre eine deutliche Verbesserung der Zahngesundheit. (Abb. 2.11) Das ist das Ergebnis eines Umdenkens hin zu einer minimalinvasiven (schonenden), auf die Ursachen abgestimmten und vor allem vorbeugenden Zahnheilkunde über die gesamte Lebenszeit.¹⁷⁸ Der Anteil der untersuchten 3- bis 18-Jährigen mit primär gesunden Zähnen hat sich vom Schuljahr 2004/2005 (44,9%) bis zum Schuljahr 2011/2012 (64,3%) um fast 20% erhöht. Im Schuljahr 2013/2014 wurde ein etwas geringerer Anteil der untersuchten Kinder und Jugendlichen mit kariesfreien Zähnen und Zähnen ohne Füllungen (59,8%) ermittelt. Im identischen Zeitraum verringerte sich parallel dazu der Anteil sanierter Gebisse um 13,5% (2004/2005: 33,9%; 2013/2014: 20,4%). Der Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse ist über die Jahre schwankend. Im Zehn-Jahres-Vergleich (2004/2005 vs. 2013/2014) zeigt sich eine abnehmende Entwicklung des Anteils: im Schuljahr 2013/2014 (19,8%) hatten 1,4% weniger Kinder und Jugendliche ein behandlungsbedürftiges Gebiss als im Schuljahr 2004/2005 (21,2%). (Abb. 2.11)

Abbildung 2.11: Anteil der untersuchten Kinder und Jugendlichen vom 3. bis 18. Lebensjahr mit primär gesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebissen in der Hansestadt Rostock (in Prozent)

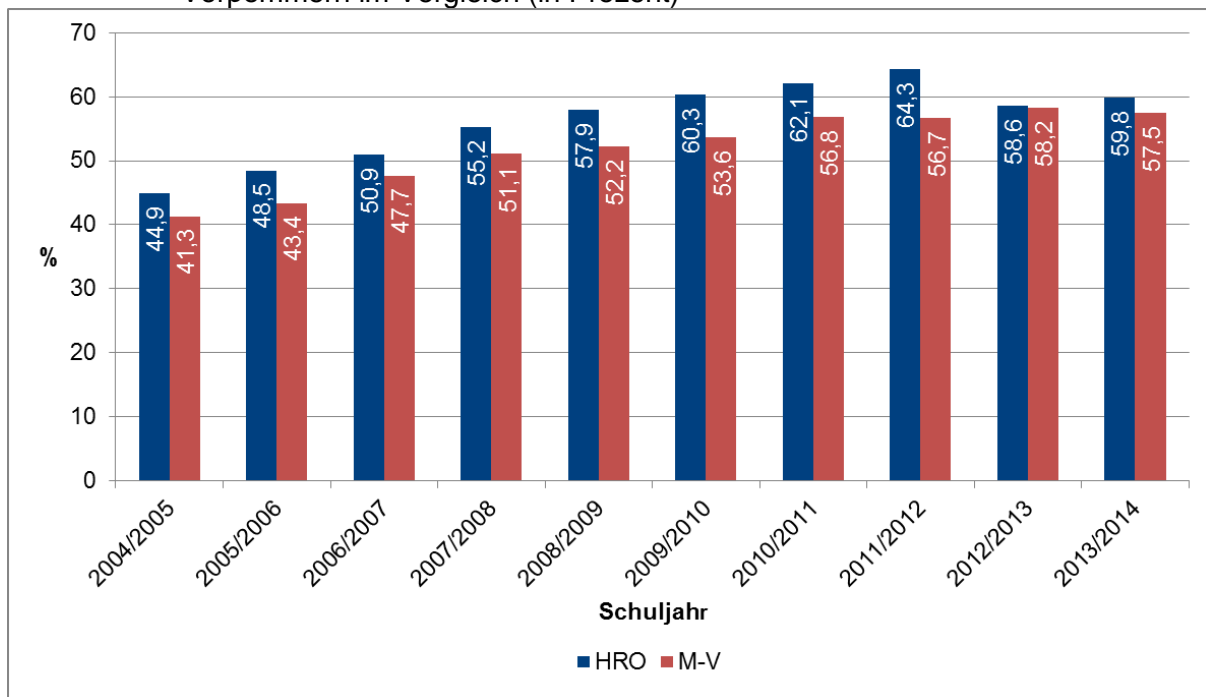


Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD

¹⁷⁸ vgl. Oesterreich 2014: 312, Kettler et al. 2014: 45

Bei einem Vergleich der Daten der Hansestadt Rostock mit dem Bundesland Mecklenburg-Vorpommern wird deutlich, dass sich der Anteil primär gesunder Gebisse sowohl in der kreisfreien Stadt Rostock als auch im Bundesland über die vergangenen zehn Schuljahre erhöht hat. Seit dem Schuljahr 2004/2005 liegt Rostocks Anteil der Kinder und Jugendlichen mit primär gesundem Gebiss über dem Landesdurchschnitt. (Abb. 2.12)

Abbildung 2.12: Anteil der Kinder und Jugendliche mit primär gesunden Gebissen an allen untersuchten Kindern und Jugendlichen vom 3.-18. Lebensalter der Schuljahre 2003/2004 bis 2013/2014 in der Hansestadt Rostock und Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD; Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V, Ref. 300-2

Anschließend werden die Untersuchungsbefunde des ZÄD der Hansestadt Rostock für einzelne Altersgruppen dargestellt.

2.1.4.1.2 Zahn- und Mundgesundheit der Kinder in den Kindertagesstätten (Kitas)

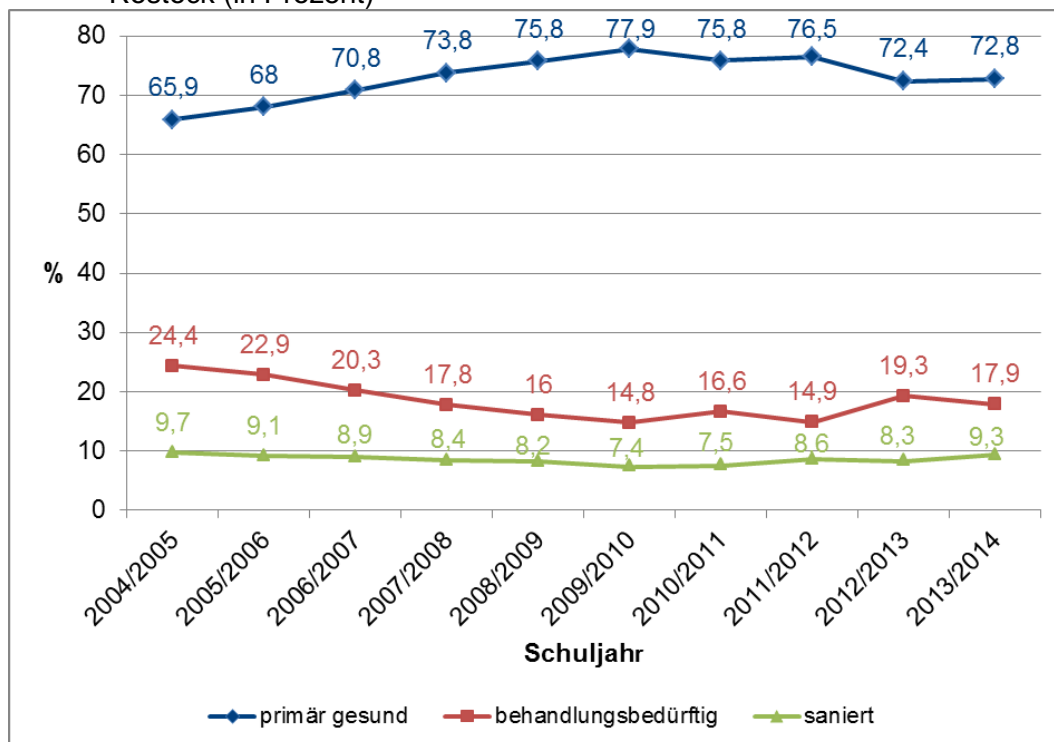
In der Tab. 2.4 wird die Anzahl der zahnärztlich untersuchten 3- bis 6-jährigen Kindergartenkinder dokumentiert. In der Abb. 2.13 folgt die Darstellung der Anteile der Gebisszustände der untersuchten Kindergartenkinder.

Tabelle 2.4: Anzahl aller zahnärztlich untersuchten Kindergartenkinder im Alter von 3 bis 6 Jahren

Schuljahr	Anzahl der Untersuchten
2004/2005	2.890
2005/2006	3.543
2006/2007	3.677
2007/2008	3.823
2008/2009	4.232
2009/2010	3.689
2010/2011	3.961
2011/2012	3.771
2012/2013	3.447
2013/2014	4.276

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD

Abbildung 2.13: Anteil der untersuchten Kindergartenkinder im Alter von 3 bis 6 Jahren mit primär gesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebissen in der Hansestadt Rostock (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD

In dieser Altersgruppe stieg der Anteil primär gesunder Gebisse seit dem Schuljahr 2004/2005 (65,9%) bis 2013/2014 (72,8%) um nahezu 7%. Somit hatten im Schuljahr 2013/2014 von 4.276 zahnärztlich untersuchten Kindergartenkindern im Alter von 3 bis 6 Jahren 3.111 Kinder ein primär gesundes Gebiss. Der Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse nahm im Betrachtungszeitraum von 24,4% (2004/2005) um 6,5% ab (2013/2014: 17,9%). Der Anteil der Kindergartenkinder mit sanierten Gebissen blieb auf annähernd gleichem Niveau (2004/2005: 9,7%; 2013/2014: 9,3%). (Abb. 2.13)

Die Kinder der Hansestadt Rostock weisen im Vergleich zum Land Mecklenburg-Vorpommern gesündere und weniger behandlungsbedürftigere Gebisse auf. Die Gebisse der 3- bis 6-Jährigen Rostocker Kinder sind im Durchschnitt um 4,5% gesünder. (Tab. 2.5)

Tabelle 2.5: Anteil der 3- bis 6-Jährigen mit entsprechendem Gebisszustand in Kindergärten der Hansestadt Rostock und des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern im Schuljahr 2013/2014 im Vergleich (in Prozent)

Schuljahr 2013/2014	Kita	
	HRO	M-V
primär gesund	72,8	68,3
behandlungsbedürftig	17,9	22,2
saniert	9,3	9,5

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD; Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V, Ref. 300-2

Entsprechend des gesetzlichen Auftrages werden Kinder ab dem dritten Lebensjahr zahnärztlich untersucht. Allerdings akzentuiert sich bei Kleinkindern unter 3 Jahren in Deutschland und international die Problematik der frühkindlichen Karies¹⁷⁹ ("Early Childhood Caries" [ECC]). Als häufigste chronische Erkrankung im Kleinkind- und Vorschulalter stellt sie ein zunehmendes und gleichzeitig folgenschweres Problem dar.¹⁸⁰ Nach Ergebnissen aus regionalen Untersuchungen der vergangenen zehn Jahre liegt ihre Krankheitshäufigkeit für unter 3-Jährige zwischen 5% bis 17%.¹⁸¹ Die Ursachen der frühkindlichen Karies sind vielfältig, dazu gehören z. B. sozial- und verhaltensbedingte Faktoren. Aufgrund des Ge- bzw. Missbrauchs von Baby-Saugerflaschen wird diese Erkrankung auch als "Nuckel- oder Saugerflaschenkaries" (NFK) bezeichnet. Zudem begünstigt eine unzureichende Mundhygiene – bspw. wenn das Putzen der Zähne mit Durchbruch des ersten Milchzahnes oder die Zufuhr von Fluoriden vernachlässigt wird – das Entstehen einer frühkindlichen Karies.¹⁸²

Gesunde Milchzähne sind für eine gesunde Entwicklung des Kauorgans und des Kindes im Allgemeinen substantziell: Milchzähne ermöglichen die Nahrungsaufnahme und das Sprechen und sind wichtig für die psychische und soziale Entwicklung. Vor diesem Hintergrund bedarf die ECC einer frühestmöglichen Bekämpfung und sollte idealerweise bereits in der Schwangerschaft als "Primär-

¹⁷⁹ Die frühkindliche Karies ist ein kariöser Defekt an mindestens einem Milchzahn, der sich bei einem Kleinkind innerhalb der ersten drei Lebensjahre im Mund herausbilden kann. (vgl. KZBV u. BZÄK 2014: 8)

¹⁸⁰ vgl. KZBV u. BZÄK 2014: 6-9

¹⁸¹ vgl. Kettler et al. 2014: 46

¹⁸² vgl. KZBV u. BZÄK 2014: 6-9

Primär-Prophylaxe" Beachtung finden – vor allem weil hier die Grundlage für eine gesunde Gebissentwicklung des Kindes gelegt wird.¹⁸³ Da in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kein separates zahnärztliches Leistungsangebot für Prophylaxemaßnahmen für Kinder bis zum 30. Lebensmonat im Berichtszeitraum¹⁸⁴ existiert, werden von vielen Zahnärzten gleichwohl für die Altersgruppe der unter 3-Jährigen präventive Maßnahmen durchgeführt.¹⁸⁵ Auch die Hansestadt Rostock setzt seit zwei Jahren in den Hebammenpraxen einen Schwerpunkt auf „Prophylaxeimpulse“¹⁸⁶. Im Schuljahr 2013/2014 wurden von den Zahnärzten des Gesundheitsamtes in Rostock 759 Kinder unter 3 Jahren zahnärztlich untersucht. Hier lag das schriftliche Einverständnis der Eltern vor, da die gesetzlichen Rahmenbedingungen fehlen.

In den Hebammenpraxen und Kinderkrippen findet eine intensive Aufklärung der Eltern statt. Themen wie das Putzen mit Durchbruch des ersten Zahnes, ein frühzeitiger Zahnarztbesuch beim Hauszahnarzt, eine zuckerarme Ernährung und die Vermeidung von Kieferfehlentwicklungen stehen u. a. dabei im Fokus der Wissensvermittlung.¹⁸⁷ Allerdings werden Zahnärzte von nur wenigen Eltern mit ihren Kleinkindern aufgesucht. Aus diesem Grunde ist es noch nicht gelungen, das Kariesaufkommen in Deutschland für Kinder der Altersgruppe der bis 3-Jährigen noch mehr zu reduzieren.¹⁸⁸

¹⁸³ vgl. Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern o. J.: 6, KZBV u. BZÄK 2014: 6-7, Kettler et al. 2014: 46

¹⁸⁴ Seit dem Jahr 2014 werden durch einzelne Krankenkassen Vorsorgeprogramme angeboten, die eine dentale Frühprävention für die unter 3-Jährigen anbieten. Konkrete Ausführungen dazu siehe Gliederungspunkt 2.1.4.3 Handlungsempfehlungen.

¹⁸⁵ Kettler et al. 2014: 46

¹⁸⁶ „Prophylaxeimpulse“ sind Einheiten bei denen theoretische und/ oder praktische Maßnahmen zu Themen der Mundgesundheit für bestimmte Zielgruppen (Kinder und Jugendliche, werdende Mütter) vermittelt werden. (vgl. DAJ 2009: 2-3)

¹⁸⁷ vgl. Grabowski et al. 2009: 91, DAJ 2009: 2-3

¹⁸⁸ Kettler et al. 2014: 46

2.1.4.1.3 Zahn- und Mundgesundheit der 6-jährigen Kinder

In der Tab. 2.6 ist die Anzahl der untersuchten 6-jährigen Kinder insgesamt der letzten zehn Schuljahre gelistet. Des Weiteren werden von den untersuchten Kindern im Alter von sechs Jahren die Anzahl und der Anteil der Kinder dargestellt, die in den vergangenen zehn Jahren über ein primär gesundes Gebiss verfügt haben. (Tab. 2.6)

Tabelle 2.6: Anzahl und Anteil der 6-jährigen Kinder mit primär gesundem Gebiss der Schuljahre 2004/2005 bis 2013/2014

Jahr	Untersuchte	davon primär gesund	
		Anzahl	Anteil (in %)
2004/2005	924	441	47,7
2005/2006	1.012	502	49,6
2006/2007	1.004	488	48,6
2007/2008	1.060	561	52,9
2008/2009	1.190	693	58,2
2009/2010	1.053	657	62,4
2010/2011	1.129	695	61,6
2011/2012	1.022	613	60,0
2012/2013	1.058	615	58,1
2013/2014	1.036	563	53,5

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD

Der Anteil der 6-Jährigen Kinder mit primär gesundem Gebiss ist im Betrachtungszeitraum um 5,8% gestiegen (2004/2005: 47,7%; 2013/2014: 53,5%). Damit hatte über die Hälfte der untersuchten Kinder im Alter von sechs Jahren ein primär gesundes Gebiss. (Tab. 2.6) Unter Berücksichtigung der Mundgesundheitsziele für Deutschland besteht für Rostock dennoch ein Handlungsbedarf, wenn im Jahr 2020 80% der 6-Jährigen ein karies- und füllungsfreies Gebiss haben sollen.

2.1.4.1.4 Zahn- und Mundgesundheit der Kinder in den Grundschulen

In der Tab. 2.7 wird die Anzahl der zahnärztlich untersuchten Grundschüler dargestellt.

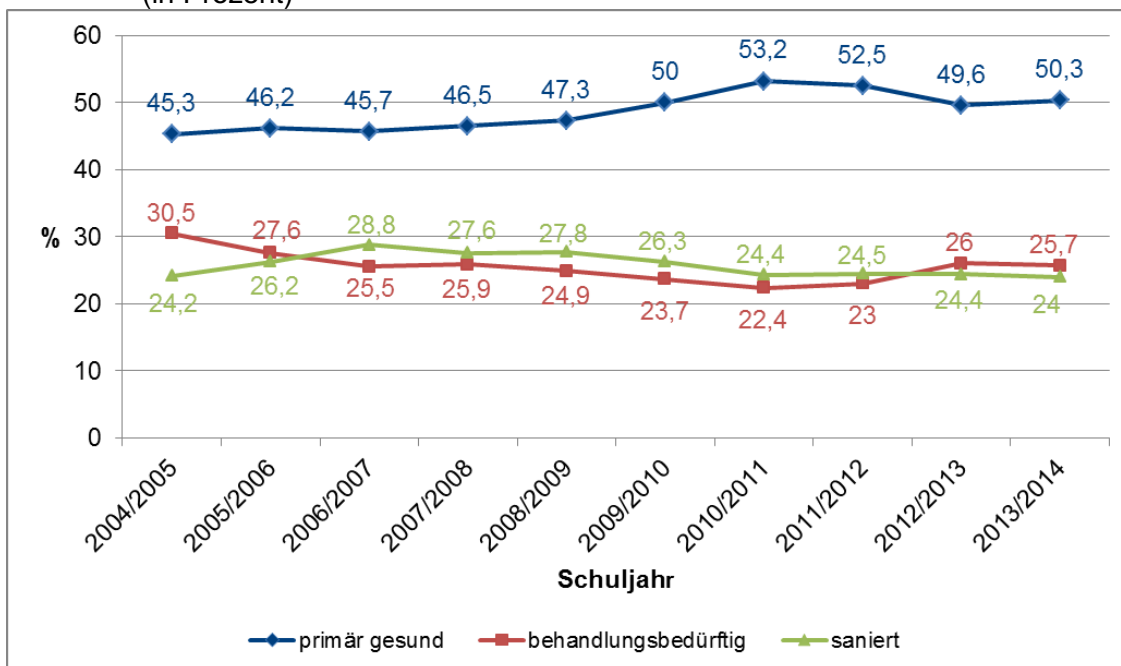
Tabelle 2.7: Anzahl aller zahnärztlich untersuchten Kinder in den Grundschulen der 1. bis 4. Klasse

Schuljahr	Anzahl der Untersuchten
2004/2005	3.312
2005/2006	4.134
2006/2007	4.694
2007/2008	4.604
2008/2009	4.580
2009/2010	4.073
2010/2011	4.768
2011/2012	4.565
2012/2013	4.792
2013/2014	4.869

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD

Seit dem Schuljahr 2004/2005 hat sich die Anzahl der untersuchten Grundschüler bis zum Schuljahr 2013/2014 um ca. 1.500 erhöht. (Tab. 2.7) Im Schuljahr 2013/2014 überwogen die Grundschüler mit primär gesundem Gebiss (2.451) die Grundschüler mit behandlungsbedürftigem (1.251) und saniertem Gebiss (1.167). Im Betrachtungszeitraum ist der Anteil der Grundschüler mit primär gesundem Gebiss um 5% gestiegen (2004/2005: 45,3%; 2013/2014: 50,3%). Im Gegensatz dazu ist der Anteil der Grundschüler mit behandlungsbedürftigem Gebiss um 4,2% gesunken (2004/2005: 30,5%; 2013/2014: 25,7%). Der Anteil sanierter Gebisse liegt im Schuljahr 2013/2014 mit 24,4% auf einem ähnlichen Niveau wie vor zehn Jahren (2004/2005: 24,2%). (Abb. 2.14)

Abbildung 2.14: Anteil der untersuchten Grundschüler der 1. bis 4. Klasse mit primär gesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebissen in der Hansestadt Rostock (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD

Im Vergleich zu den Durchschnittswerten der Grundschüler des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern zeigen diese Ergebnisse, dass Rostocker Grundschüler im Schuljahr 2013/2014 über eine bessere Zahngesundheit verfügten. In der Hansestadt Rostock haben knapp über die Hälfte der Grundschüler ein primär gesundes Gebiss (50,3%), im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern sind es nur 46,6%. Des Weiteren haben in Rostock weniger Grundschüler behandlungsbedürftige und sanierte Zähne als im Länderdurchschnitt. (Tab. 2.8)

Tabelle 2.8: Anteil der Grundschüler mit entsprechendem Gebisszustand der Hansestadt Rostock und des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern im Schuljahr 2013/2014 (in Prozent)

Schuljahr 2013/2014	Grundschüler	
	HRO	M-V
primär gesund	50,3	46,6
behandlungsbedürftig	25,7	27,7
saniert	24,0	25,7

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD; Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V, Ref. 300-2

2.1.4.1.5 Zahn- und Mundgesundheit in den 5. und 6. Klassen

In der Tab. 2.9 wird die Anzahl der zahnärztlich untersuchten Schüler der 5. und 6. Klassen dokumentiert.

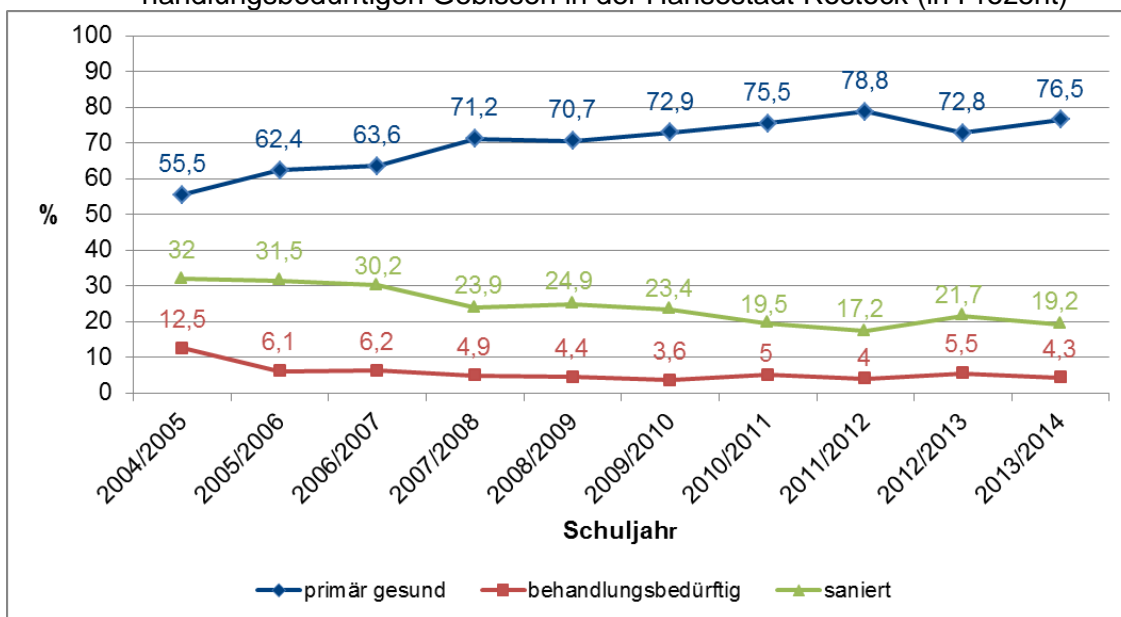
Tabelle 2.9: Anzahl aller zahnärztlich untersuchten Schüler der 5. und 6. Klassenstufe

Schuljahr	Anzahl der Untersuchten
2004/2005	1.160
2005/2006	1.734
2006/2007	1.286
2007/2008	2.044
2008/2009	2.225
2009/2010	909
2010/2011	1.767
2011/2012	2.413
2012/2013	1.868
2013/2014	1.007

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD

Der Anteil der primär gesunden Gebisse unter den Schülern der 5. und 6. Klassen stieg im Zehnjahresverlauf kontinuierlich um 21% (2004/2005: 55,5%; 2013/2014: 76,5%). Somit wiesen drei Viertel der Kinder der 5. und 6. Klassen im Schuljahr 2013/2014 weder Karies noch Füllungen auf. Im Betrachtungszeitraum ist der Anteil der behandlungsbedürftigen Gebisse von 12,5% (2004/2005) auf 4,3% (2013/2014) gesunken. Der Anteil der sanierten Gebisse hat sich verringert – von 32% (2004/2005) auf 19,2% (2013/2014). (Abb. 2.15)

Abbildung 2.15: Anteil der Schüler der 5. und 6. Klassen mit primär gesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebissen in der Hansestadt Rostock (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD

Bei Gegenüberstellung der Gebisszustände der Rostocker Schüler der 5. und 6. Klassen mit den Schülern der 5. und 6. Klassen im Durchschnitt von Mecklenburg-Vorpommern im Schuljahr 2013/2014 haben Rostocker Schüler gesündere Zähne. Des Weiteren liegt die Behandlungsbedürftigkeit im Land Mecklenburg-Vorpommern um 2% höher. (Tab. 2.10)

Tabelle 2.10: Anteil der Schüler der 5. und 6. Klassenstufe mit entsprechendem Gebisszustand der Hansestadt Rostock und des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern im Schuljahr 2013/2014 (in Prozent)

Schuljahr 2013/2014	5. und 6. Klasse	
	HRO	M-V
primär gesund	76,5	73,6
behandlungsbedürftig	4,3	6,3
saniert	19,2	20,2

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD; Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V, Ref. 300-2

2.1.4.1.6 Zahn- und Mundgesundheit in den 7. bis 12./13. Klassen

In den 7. bis 12./13. Klassen wurden in den Schuljahren von 2004/2005 bis 2013/2014 die in der Tab. 2.11 aufgeführten Schüler zahnärztlich untersucht.

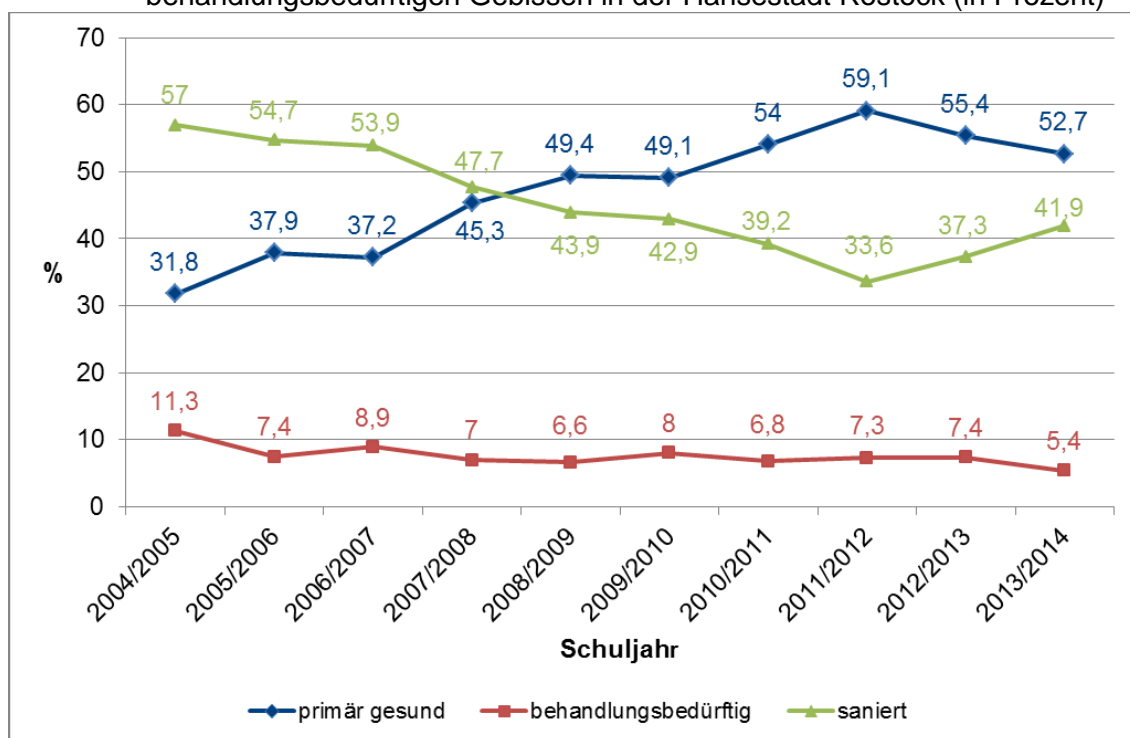
Tabelle 2.11: Anzahl aller zahnärztlich untersuchten Schüler der 7. bis 12./13. Klassenstufe in der Hansestadt Rostock

Schuljahr	Anzahl der Untersuchten
2004/2005	4.239
2005/2006	5.860
2006/2007	3.579
2007/2008	4.231
2008/2009	4.136
2009/2010	1.414
2010/2011	1.834
2011/2012	1.479
2012/2013	2.482
2013/2014	864

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD

In dieser Altersklasse lässt sich ein positiver Trend für eine gute Zahngesundheit erkennen. Die Anzahl der Kinder mit primär gesundem Gebiss hat sich im Betrachtungszeitraum um ca. 19% erhöht (2004/2005: 31,8 %; 2013/2014: 52,7%). Der Anteil notwendiger Behandlungen ist vom Schuljahr 2004/2005 bis 2013/2014 um ca. 5% (2004/2005: 11,3%; 2013/2014: 5,4%) gesunken. Ebenso ist der Anteil sanierter Gebisse um ca. 15% gesunken (2004/2005: 57,0%; 2013/2014: 41,9%). (Abb. 2.16)

Abbildung 2.16: Anteil der Schüler der 7. bis 12./13. Klassen mit primär gesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebissen in der Hansestadt Rostock (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD

Eine Gegenüberstellung der Gebisse der Schüler der 7. bis 12./13. Klassen der Hansestadt Rostock mit den Durchschnittswerten für die Schüler der 7. bis 12./13. Klassen in Mecklenburg-Vorpommern im Schuljahr 2013/2014 verdeutlicht, dass in Mecklenburg-Vorpommern (58,5%) 5,8% mehr Kinder dieser Altersgruppe über ein Gebiss ohne Karies und Füllungen verfügten als in Rostock (52,7%). In der Hansestadt waren die Gebisse der Schüler der 7. bis 12./13. Klassen weniger behandlungsbedürftig (5,4%) als in Mecklenburg-Vorpommern (7,1%). Allerdings bedurften jedoch 7,5% der Rostocker Schüler dieser Altersgruppe mehr einer Sanierung ihres Gebisses (41,9%) im Vergleich zu Mecklenburg-Vorpommern (34,4%). (Tab. 2.12)

Tabelle 2.12: Anteil der Schüler der 7. bis 12./13. Klassenstufe mit entsprechendem Gebisszustand der Hansestadt Rostock und des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern im Schuljahr 2013/2014 (in Prozent)

Schuljahr 2013/2014	7. bis 12./13. Klasse	
	HRO	M-V
primär gesund	52,7	58,5
behandlungsbedürftig	5,4	7,1
saniert	41,9	34,4

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD; Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V, Ref. 300-2

2.1.4.1.7 Zahn- und Mundgesundheit der Förderschüler

Kinder und Jugendliche, die einer sonderpädagogischen Förderung bedürfen, werden an Förder- oder auch Sonderschulen unterrichtet. Es gibt je nach Förderbedarf unterschiedliche Förderzentren, z. B. Förderschulen für Sprachbehinderte, Lernbehinderte u. a.

In der Tab. 2.13 wird die Anzahl der in Rostock in den Schuljahren von 2004/2005 bis 2013/2014 zahnärztlich untersuchten Förderschüler dargestellt.

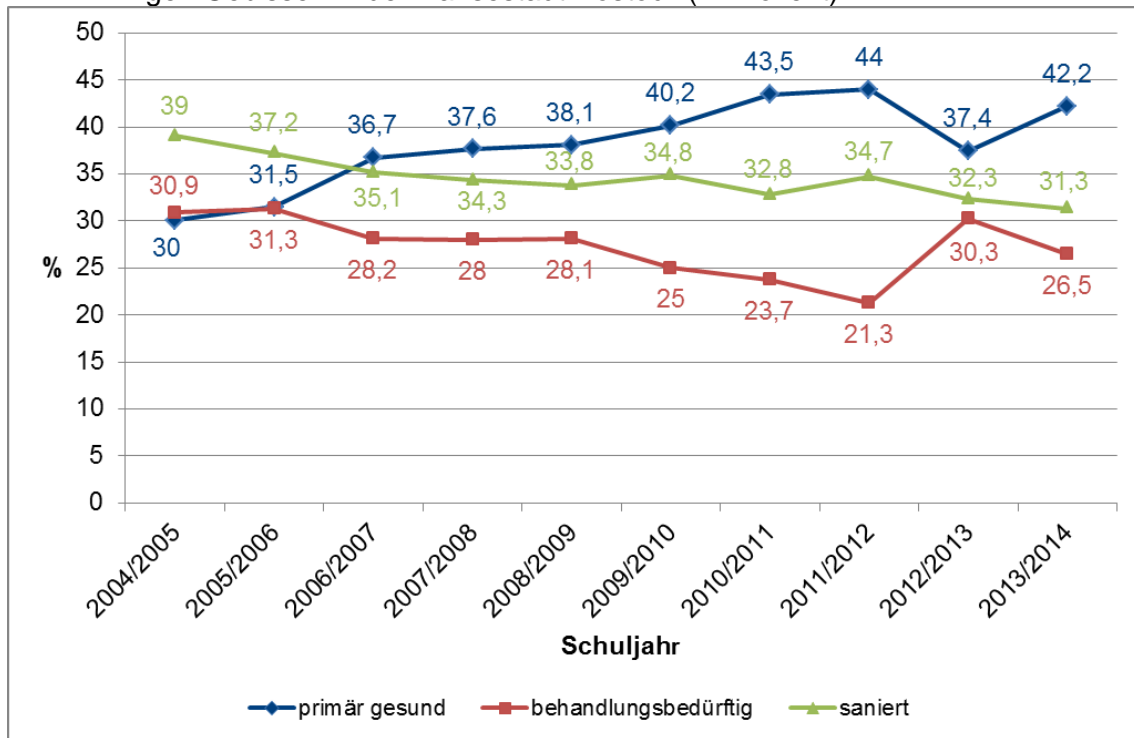
Tabelle 2.13: Anzahl aller zahnärztlich untersuchten Förderschüler

Schuljahr	Anzahl der Untersuchten
2004/2005	1.278
2005/2006	1.271
2006/2007	1.190
2007/2008	1.206
2008/2009	1.050
2009/2010	936
2010/2011	1.150
2011/2012	959
2012/2013	1.117
2013/2014	1.149

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD

Unter den Förderschülern ist im Zehnjahresverlauf ein stetiger Anstieg des Anteils der Kinder mit primär gesunden Gebissen zu verzeichnen. Von ursprünglich 30% (2004/2005) hat sich der Anteil bis zum Schuljahr 2013/2014 um 12,2% auf 42,2% erhöht. Der Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse ist bei den Förderschülern im Betrachtungszeitraum um 4,4% auf 26,5% (2013/2014) gesunken. Im Schuljahr 2013/2014 wurden 31,3% der Förderschüler mit saniertem Gebiss ermittelt. Das waren 7,7% weniger als vor zehn Jahren (2004/2005). (Abb. 2.17)

Abbildung 2.17: Anteil der Förderschüler mit primär gesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebissen in der Hansestadt Rostock (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD

Gegenüber den Kindern der 5. und 6. Klassen sowie der 7. und 12./13. Klassen zeigte sich im Schuljahr 2013/2014 unter den zahnärztlich untersuchten Förderschülern ein höherer Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse. Dies zeigt, dass Förderschulen als Kariesrisikoschulen eingestuft werden, weil in diesen Einrichtungen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler im Vergleich zu anderen Schulen überproportional hoch ist.¹⁸⁹ Damit liegt im Schuljahr 2013/2014 der Anteil der behandlungsbedürftigen Gebisse der Förderschüler (26,5%) gegenüber Kindern der 5./6. Klassen (4,3%) und der 7. bis 12./13. Klassen (5,4%) deutlich höher, sogar um mehr als 20%. (Abb. 2.17)

Bei der Gegenüberstellung der Gebisszustände der Rostocker Förderschüler mit den Förderschülern im Landesdurchschnitt von Mecklenburg-Vorpommern im Schuljahr 2013/2014, zeigt sich, dass die Mundgesundheit der Rostocker Förderschüler unter diesem liegt. (Tab. 2.14)

¹⁸⁹ vgl. Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen 2000

Tabelle 2.14: Anteil der Förderschüler mit entsprechendem Gebisszustand der Hansestadt Rostock und des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern im Schuljahr 2013/2014 (in Prozent)

Schuljahr 2013/2014	Förderschüler	
	HRO	M-V
primär gesund	42,2	43,3
behandlungsbedürftig	26,5	24,5
saniert	31,3	32,2

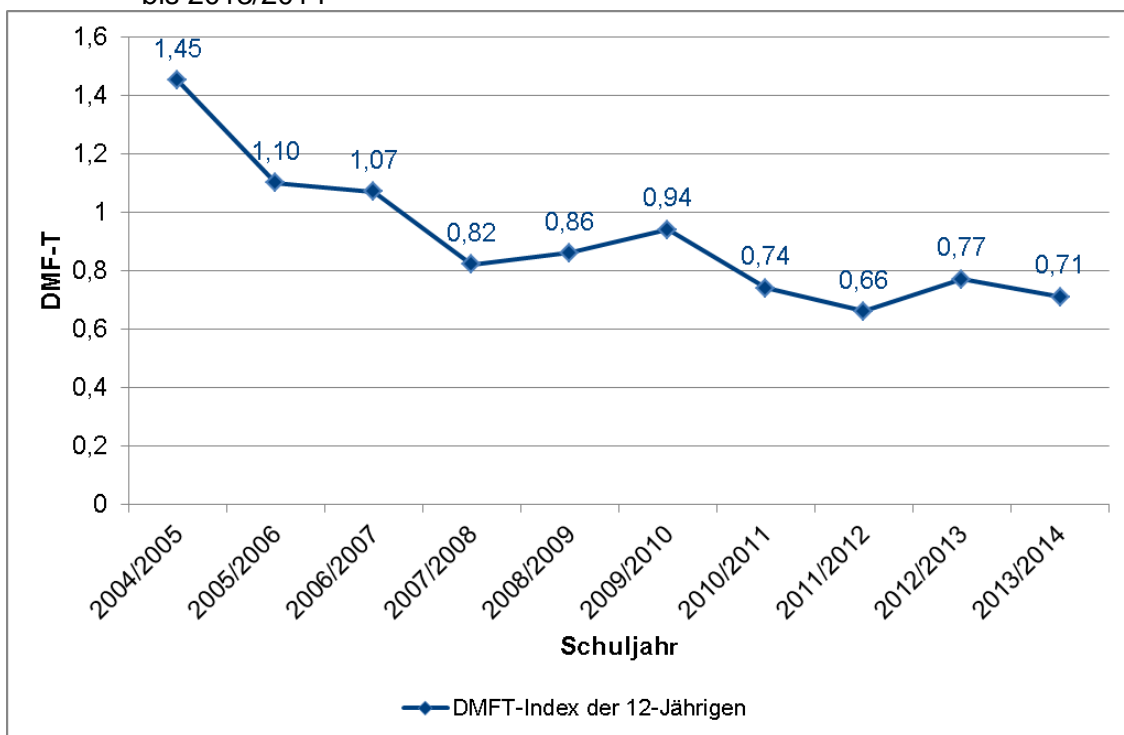
Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD; Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern, Ref. 300-2

2.1.4.1.8 DMF/T-Index der 12-Jährigen

Der DMF-T-Index ist der Quotient aus der Summe der kariösen (D), fehlenden (M) und gefüllten (F) bleibenden Zähne und aus der Anzahl der Probanden. Je mehr Zähne eines Kindes von Karies befallen sind, desto höher ist auch der DMF-T-Wert. Eine Ermittlung des dmf-t/DMF-T-Wertes findet in verschiedenen Altersstufen statt, bei den 3-Jährigen, 6-Jährigen, 12-Jährigen und den 15-Jährigen.¹⁹⁰

In der Abb. 2.18 werden die DMF-T-Werte im Zehnjahresverlauf für 12-jährige Schüler der Hansestadt Rostock dargestellt.

Abbildung 2.18: Entwicklung des DMFT-Index bei den 12-Jährigen in den Schuljahren 2004/2005 bis 2013/2014



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD

¹⁹⁰ vgl. BZÖG 2013: 18

Die grafische Darstellung zeigt, dass sich der DMF-T-Wert seit 2004/2005 bis 2013/2014 kontinuierlich verringert hat. Innerhalb der zehn Jahre hat sich der DMF-T-Wert von 1,45 (2004/2005) auf 0,71 (2013/2014) halbiert. Das heißt, dass auch der Kariesbefall in dieser Altersgruppe abgenommen hat – somit ist weniger als ein Zahn bei den 12-jährigen Schülern im Durchschnitt kariös, fehlend oder gefüllt. (Abb. 2.18)

In Anlehnung an die Mundgesundheitsziele für Deutschland bis 2020 – laut diesen soll der DMFT-Index der 12-Jährigen auf einen Wert von unter 1,0 reduziert werden – erfüllt die Hansestadt Rostock bereits seit dem Schuljahr 2007/2008 die Vorgaben.¹⁹¹ Gleiches trifft für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern zu, dort wurde im Schuljahr 2013/2014 mit 0,68 ein noch etwas geringerer DMF-T-Wert als in Rostock erreicht.

2.1.4.2 Die zahnmedizinische Prävention in der Hansestadt Rostock

Ein zahnmedizinisches Präventionskonzept vereinigt zum einen Prophylaxemaßnahmen zur primären Vorbeugung von altersbedingten Erkrankungen des Mundraumes über die komplette Lebensspanne – von Geburt an bis ins hohe Lebensalter, zum anderen greifen Maßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention. In der Zahngesundheitspflege gibt es drei wesentliche Organisationsformen der Prophylaxe. Zu diesen gehören die *Individualprophylaxe*, die *Gruppenprophylaxe* und weitere Präventionsformen im Rahmen der *Kollektivprophylaxe*. Während bei der Individualprophylaxe das einzelne Individuum zumeist in der Zahnarztpraxis untersucht und dessen Zahngesundheit bestimmt wird, findet die Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen statt und stellt Teilgruppen der Bevölkerung in den Fokus der zahnmedizinischen Betreuung. Mit der Kollektivprophylaxe hingegen besteht die Bestrebung, möglichst viele Menschen einer sozialen Gemeinschaft zu erreichen.¹⁹²

2.1.4.2.1 Säulen der Gruppenprophylaxe

Die Gruppenprophylaxe als Beispiel für eine erfolgreiche Umsetzung der Kooperation zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst, Zahnärzteschaft und Krankenkassen ist in Rostock ein unverzichtbares Instrument für die zahnmedizinische Prävention auf kommunaler Ebene.¹⁹³ Es werden sowohl Kontinuität als auch Nachhaltigkeit gewährleistet, beides Grundvoraussetzungen für eine hohe Wirksamkeit. Im Berichtszeitraum wurden in Deutschland die Ausgaben für Gruppenprophylaxe durch die Krankenkassen von 34,6 Mio Euro auf 43,2 Mio Euro angehoben¹⁹⁴ und somit auch in Rostock entsprechend der Kinderzahl über die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Mecklenburg-Vorpommern e. V. angepasst.

Die Gruppenprophylaxe beinhaltet die Vorbeugung und Verhütung von Zahnerkrankungen in den Einrichtungen nach dem Prinzip der Chancengleichheit – d. h. alle werden unabhängig von ihrem sozialen Status erreicht – mit vielen Vorteilen:

- ein leichteres und effektiveres Lernen in der Gruppe

¹⁹¹ vgl. Ziller et al. 2012, zit. nach Prchala 2012: 2759

¹⁹² vgl. Kettler et al. 2014: 45

¹⁹³ vgl. BZÄK 2000: 9, Petrakakis 2014

¹⁹⁴ Anfrage des ZÄD an die KZBV (Stand: 06.2014)

- ein spielerisches Einüben mit Vorbildwirkung
- eine hohe breitflächige Wirksamkeit
- Multiplikatorenschulung für Lehrer/Erzieher
- Erreichbarkeit der Eltern über die Einrichtung.¹⁹⁵

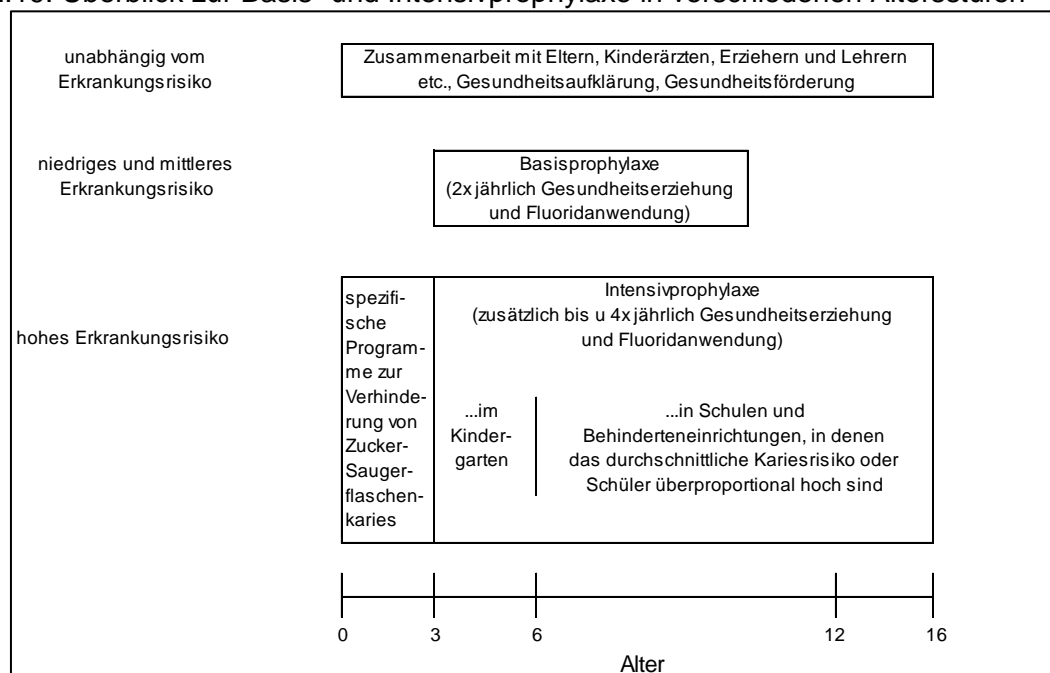
Im Jahr 2012 ging laut der Barmer GEK jedes dritte Kind im Alter von 2 bis 6 Jahren zur zahnmedizinischen Vorsorgeuntersuchung. Durch Gruppenprophylaxe aber werden wesentlich mehr Kinder erreicht und somit alle sozialen Schichten vorbeugend betreut.¹⁹⁶ Besonders sozial benachteiligte Kinder mit einer im Schnitt zwei bis dreifach höheren Kariesbelastung profitieren auch in Rostock vom aufsuchenden Betreuungsprinzip.

Als Maßnahmen der Gruppenprophylaxe sind die vier Säulen *mit zahngesunder Ernährung, effektiver Zahn- und Mundhygiene, regelmäßiger Fluoridanwendung und Motivation zum regelmäßigen Zahnarztbesuch* umzusetzen.¹⁹⁷ Auch hier sind die Mundgesundheitsziele 2020 der BZÄK für die Hansestadt Rostock bindend. Sie lauten:

- Eine Erhöhung des gruppenprophylaktischen Betreuungsgrades für Kindergärten und Grundschulen in Deutschland auf 80%.
- Eine verstärkte Ernährungsberatung mittels interdisziplinärer Zusammenarbeit.¹⁹⁸

Eine Gruppenprophylaxe vereinigt verschiedene prophylaktische Maßnahmen, diese werden in „Basis- und Intensivprophylaxe“ unterteilt. In der folgenden Abb. 2.19 wird die Struktur einer Gruppenprophylaxe dargestellt. Dabei werden der zeitliche Hergang und das Ineinanderfließen verschiedener Prophylaxephasen und –dimensionen erkennbar.¹⁹⁹ (Abb. 2.19)

Abbildung 2.19: Überblick zur Basis- und Intensivprophylaxe in verschiedenen Altersstufen



Quelle: Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen 2000: 21

¹⁹⁵ vgl. § 21 SGB V, BZÄK 2000: 10-11

¹⁹⁶ vgl. Schlenker 2014

¹⁹⁷ vgl. Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen 2000: 17

¹⁹⁸ vgl. Prchala 2012: 2760

¹⁹⁹ vgl. Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen 2000: 21

Kinder mit einer erhöhten Kariesgefährdung werden in den Einrichtungen mehrfach betreut. Bei Einrichtungen mit einer hohen Karieshäufigkeit finden im Verhältnis zu anderen verstärkt prophylaktische Maßnahmen statt. In den Einrichtungen mit überdurchschnittlich hohem Kariesrisiko wird eine intensivprophylaktische Betreuung in der Einrichtung durchgeführt. Diese kann bis zu viermal im Jahr stattfinden.²⁰⁰

2.1.4.2.2 Zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen

Die Gruppenprophylaxe (GP) wird in Rostock altersgruppenspezifisch vornehmlich vor Ort in den Einrichtungen (Setting) und entsprechend der Leitlinie „Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe“ durchgeführt.²⁰¹ Die Tab. 2.15 zeigt die prophylaktischen Maßnahmen für jede Zielgruppe.

Tabelle 2.15: Maßnahmenkatalog für Gruppenprophylaxe im Settingansatz in Rostock

Kita	<ul style="list-style-type: none"> • theoretische Impulssetzung mit Schwerpunkt Ernährung und Zahnpflege (Stuhlkreis, Lieder, Spiele, Geschichten) • praktische Impulssetzung mit angeleiteten Zahnputzübungen, Einführung des täglichen Zähneputzens sowie des Putzens in den Vorschulgruppen mit Fluoridzahncreme (ca. 1500ppm) • spezielle Angebote wie „Krokoprojekt“²⁰² im Amt und in den Einrichtungen, Infostände für die Eltern vor Ort in den Einrichtungen • Praxisbesuch bei Patenschaftszahnärzten der Kreisarbeitsgemeinschaft
Grundschule	<ul style="list-style-type: none"> • theoretische Impulssetzung durch zahnärztliche Untersuchung, Unterricht nach altersspezifischen Konzepten zu den 4 Säulen der GP • praktische Impulssetzung in Horten mit angeleiteten Zahnputzaktionen • Fluoridierung • Elternabende • „Tag der Zahngesundheit“
5. und 6. Klasse	<ul style="list-style-type: none"> • theoretische Impulssetzung durch zahnärztliche Untersuchung und Unterricht zu den 4 Säulen der GP • Fluoridierung
Förderschulen	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretische Impulssetzung durch zahnärztliche Untersuchung, Unterricht zu den 4 Säulen der GP • Praktische Impulssetzung mit angeleiteten Zahnputzaktionen sowie teilweise mehrmaligen Wiederholungen • Fluoridierung • Projektarbeit (z. B. „Gesundes Frühstück“)

Quelle: Angaben des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD

²⁰⁰ vgl. ebd.

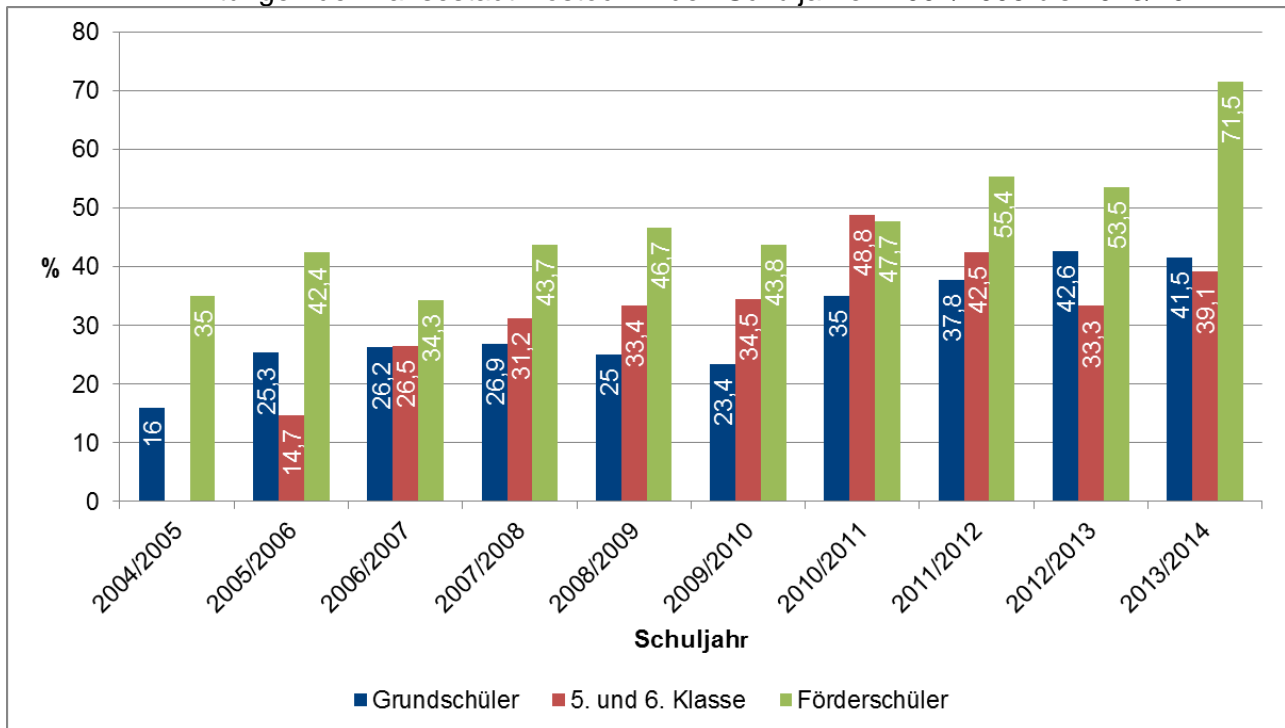
²⁰¹ vgl. Hellwig et al. 2013: 3-4

²⁰² Das „Krokoprojekt“ ist eine vom ZÄD des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock entwickelte Konzept, in dem zusätzliche, spezielle gruppenprophylaktische Aktivitäten mit der Handpuppe „Kroko dem Krokodil“ zur Zahn- und Mundgesundheitsaufklärung in den Kitas bzw. im Gesundheitsamt durchgeführt werden.

Die Fluoridierung umfasst Maßnahmen, die im Rahmen der Kariesprävention eine wichtige Rolle spielen. Eine dieser Maßnahmen ist das Zähneputzen mit fluoridierter Zahnpasta. Weil die Fluoridierung für die Vorbeugung von Karies einen hohen Nutzen verspricht, findet sie bei den Schulkindern der Grundschule, der 5. und 6. Klasse sowie bei Förderschülern statt.²⁰³

In der Abb. 2.20 werden die Ergebnisse in den einzelnen Zielgruppen im Bereich der Fluoridierung der Schuljahre 2004/2005 bis 2013/2014 in der Hansestadt Rostock dargestellt.

Abbildung 2.20: Anteil der durch Fluoridierung erreichten Kinder und Jugendliche in den Einrichtungen der Hansestadt Rostock in den Schuljahren 2004/2005 bis 2013/2014



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD

Es wird darauf verwiesen, dass die Kinder im Fluoridprogramm zweimal im Abstand von einem halben Jahr erreicht wurden. Das schriftliche Einverständnis der Eltern ist Voraussetzung zur Durchführung. Die Fluoridierung wurde in allen Förderschulen angeboten.²⁰⁴ Im Schuljahr 2013/2014 wurde diese von 71,5% der Förderschüler in Anspruch genommen. (Abb. 2.20)

Im „elmex-gelee-Projekt“, bei dem einmal wöchentlich die Kinder unter Anleitung der Lehrer Fluorid einbürsten, sind derzeit 20 Gruppen erfasst. Auch dabei ist das Einverständnis der Eltern einzuholen sowie eine regelmäßige Betreuung durch den Zahnärztlichen Dienst umzusetzen.²⁰⁵

In der Hansestadt Rostock sind im Schuljahr 2013/2014 15 Grundschulen, 10 weiterführende Schulen und 8 Förderschulen durch Fluoridierung betreut worden. Bei der Fluoridierung für die 10-

²⁰³ vgl. Hellwig et al. 2013: 3-4

²⁰⁴ Im Schuljahr 2004/2005 wurde keine Fluoridierung bei den Grundschülern durchgeführt.

²⁰⁵ Angaben des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD

bis 12-Jährigen nimmt Rostock eine „Vorreiterrolle“ ein, diese Maßnahme wird ansonsten nur vereinzelt in Mecklenburg-Vorpommern umgesetzt. Hintergrund dafür ist, dass sich die Fluoridierung als sehr zeit- und arbeitsintensiv gestaltet, z. B. muss ab der 5. Klasse erneut das Einverständnis der Eltern eingeholt und der Zweitbesuch in den Schulalltag eingegliedert werden. Für die Durchführung der Maßnahme der Fluoridierung ist der ZÄD auf die Unterstützung des Schulpersonals angewiesen.

Von den 68 bestehenden Kitas in Rostock haben die Prophylaxefachschwestern des Gesundheitsamtes in 65 Kitas das tägliche Zähneputzen etabliert. In den anderen drei Kitas kann das tägliche Zähneputzen aus baulichen Gründen – in diesen gibt es keine Räumlichkeiten, die für alle Kinder das Zähneputzen möglich machten – nicht durchgeführt werden.

Ab dem Schuljahr 2011/2012 wird ausschließlich in den Vorschulgruppen mit Zahnpasta mit entsprechendem Fluoridgehalt (ca. 1500ppm) geputzt.²⁰⁶

In Rostock besteht in allen Einrichtungen, aufgrund des über 20-jährigen Bestehens des ZÄD, eine hohe Akzeptanz für die zahnmedizinische Vorsorge. Nur so und mit großem Engagement der Lehrer/Erzieher gelingt es, die Gruppenprophylaxe in den Alltag zu integrieren. Im Schuljahr 2013/2014 wurden in den 68 Kitas und 27 Grundschulen 78,3% der in den Kitas und 91,5% in den Grundschulen gemeldeten Kinder gruppenprophylaktisch erreicht.²⁰⁷ Damit wird an der Erfüllung der Vorgaben der BZÄK – bis 2020 soll in Kindergärten und Grundschulen der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad auf 80% erhöht werden²⁰⁸ – in Rostock bereits erfolgreich gearbeitet.

2.1.4.2.3 Intensivprophylaxeprogramm

Die Hansestadt Rostock beteiligt sich seit 2004 am Projekt zur Intensivierung der Gruppenprophylaxe „Gesunde Zähne ein Leben lang“ für Mecklenburg-Vorpommern. Dabei werden eine Prophylaxefachkraft sowie die notwendigen Sachmittel von der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Mecklenburg-Vorpommern e. V. finanziert. Ziel ist es, Gruppenprophylaxeimpulse insbesondere in Einrichtungen mit erhöhtem Kariesrisiko zu verstärken.

Im Rahmen einer 8-Jahres-Evaluation konnte durch Prof. Splieth von der Universität Greifswald eine Zunahme der Betreuungsimpulse um 145.000 pro Jahr nachgewiesen werden. Schwerpunkte dabei bildeten die wirksam evaluierten Maßnahmen der Fluoridierungen und Mundhygieneunterweisungen. Weiterhin konnte Prof. Dr. Splieth aufzeigen, dass mit durchschnittlich 1,5 eingesparten Füllungen pro Kind insgesamt 19.500 Füllungen weniger pro Jahr in Mecklenburg-Vorpommern resultieren.²⁰⁹ Durch die nachgewiesene Effektivität des Projektes ist es gelungen, nach zehnjähriger erfolgreicher Durchführung eine Entfristung zu erwirken, so dass auch für Rostock eine kontinuierliche Weiterführung gewährleistet ist.

²⁰⁶ Angaben des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD

²⁰⁷ nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, ZÄD

²⁰⁸ vgl. Prchala 2012: 2760

²⁰⁹ vgl. Splieth 2012

2.1.4.3 Handlungsempfehlungen und Schlussfolgerungen

Der ZÄD erfüllt in der Hansestadt Rostock wichtige Aufgaben, um eine langfristig positive Entwicklung der Mundgesundheit der Bevölkerung zu gewährleisten. Der ZÄD hat als einzige entsprechende Institution der Stadt Zugang zu *allen Kindern* der Hansestadt Rostock und betreut diese im Rahmen der Gruppenprophylaxe. Der kontinuierlich enge Kontakt zu großen Menschengruppen und die bundesweite Vernetzung ermöglichen es außerdem, statistische Bewertungen vorzunehmen, um verschiedene Präventionsansätze mit hoher Effektivität und unter Vermeidung rivalisierender Konzepte auf den Weg zu bringen. Die Zahn- und Mundgesundheit ist ein grundlegender Beitrag zur Kindergesundheit. Sie gilt auch als ein Indikator für die Kinderfreundlichkeit einer Region. Auch wenn der Anteil primär gesunder Gebisse in Rostock in fast allen Gruppen steigt, der Großteil aller Kinder zahnärztlich betreut wird, zeigen gerade auch Schwankungen und Stagnationen, so z. B. beim DMF-T-Wert oder im Förderschulbereich, dass die Bemühungen um die Zahngesundheit der Kinder nicht nachlassen dürfen. Negative Trends müssen rechtzeitig erkannt und ihnen mit entsprechenden Interventionen entgegengewirkt werden.

Unter 3-Jährige

In der Hansestadt Rostock stellt die Sensibilisierung für eine frühzeitige zahnärztliche Kontrolle und Behandlung der Milchzähne unter den Kindern in der Bevölkerung aktuell noch ein Problem dar. Diesbezüglich gilt, dass Eltern für die Vorsorge der Zahn- und Mundgesundheit ihrer Kinder schon in den ersten Lebensmonaten besser erreicht werden müssen.²¹⁰ Hinzukommend werden Kinder unter drei Jahren gruppenprophylaktisch nur unzureichend erfasst, weil weniger als 25% in eine betreute Einrichtung gehen und darüber hinaus gruppenprophylaktische Aktivitäten der Landesarbeitsgemeinschaften zur Verbesserung der Jugendzahnpflege nur bei den 3- bis 12-Jährigen auf gesetzlicher Grundlage stattfinden. Es fehlt bis dato an einer gesetzlich verankerten Vorgabe, die eine *zahnmedizinische Untersuchung bei Kindern vor dem 3. Lebensjahr* veranlasst. Die Durchführung von frühzeitigeren Untersuchungen liegt derzeit allein bei den niedergelassenen Kinderärzten.²¹¹ Aus diesem Grund haben die KZBV und BZÄK (2014) einen Konzeptvorschlag gemacht. In diesem fordern sie eine Ergänzung des Kinder-Untersuchungsheftes des Gemeinsamen Bundesausschusses.²¹² Damit könnten Schwächen bei der Versorgung von Kleinkindern behoben und ein möglicher Weg für eine strukturierte Betreuung gefunden sowie das Gesundheitsverhalten im Hinblick auf die Zahn- und Mundgesundheit von Kleinkindern positiv beeinflusst werden.²¹³

Ein Versorgungskonzept zur Vermeidung frühkindlicher Karies wird von der Zahnärzteschaft sowie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst bereits diskutiert.²¹⁴ Für die Erreichung des Mundgesundheitszieles – 80% der 6-Jährigen sollen bis 2020 ein naturgesundes Gebiss haben – muss *eine frühzeitige zahnärztliche Versorgung der Kleinkinder* intensiv mit den niedergelassenen Zahnärz-

²¹⁰ vgl. KZBV u. BZÄK 2014: 6-7

²¹¹ vgl. ebd: 12-14

²¹² Vor dem Hintergrund der Bedeutung einer frühzeitigen frühkindlichen dentalen Versorgung für die unter 3-Jährigen wird seit 2014 dieses Konzept von einigen Krankenkassen bereits umgesetzt. (Rundbrief-Nr.: 9/2014 der KZV Mecklenburg-Vorpommern vom 20.11.2014)

²¹³ vgl. KZBV u. BZÄK 2014: 7-9, Kettler et al. 2014: 46

²¹⁴ vgl. Kettler et al. 2014: 46

ten kommuniziert werden.²¹⁵ Diesbezüglich sind *Hebammen und Kindertagespflegepersonen in die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe* einzubeziehen und der Betreuung der unter 3-Jährigen zur Vorbeugung und Bekämpfung der frühkindlichen Karies Aufmerksamkeit zu widmen.

Kitas

In den Kitas der Hansestadt muss das *tägliche Zähneputzen fortgeführt bzw. etabliert* werden, z. B. garantiert durch eine Aufnahme in Betreuungsverträge zwischen dem Jugendamt und den Trägern der Kitaeinrichtungen. Des Weiteren muss in den Kitas der Ernährung eine weiterhin verstärkte Beachtung geschenkt werden. Hierfür stellt die Einführung der Gemeinschaftsverpflegung mit einem Schwerpunkt auf der Reduktion des Zuckerkonsums einen erfolgversprechenden Ansatz im Sinne der Verhältnisprävention dar. Darüber hinaus befähigt das mit dem Schuljahr 2014/2015 etablierte Projekt der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (LAJ) „Kita mit Biss“ ausgewählte Einrichtungen zur fachlich begleiteten Durchführung einer umfassenden zahnmedizinischen Prävention unter Einbeziehung der Eltern.

6-Jährige

Unter Berücksichtigung des oben genannten Mundgesundheitszieles für Deutschland besteht für Rostock auch im Hinblick auf die Altersgruppe der 6-Jährigen Handlungsbedarf. Zur Realisierung der Zielstellung, dass bis 2020 80% der 6-Jährigen ein karies- und füllungsfreies Gebiss haben sollen (aktuell in Rostock 53,5%), ist ein aktives Zusammenwirken zwischen ZÄD, Eltern und den Trägern der Kitas unter Einbeziehung des Jugendamtes gefordert. Nur so können die Zahnpflege, ein regelmäßiger Zahnarztbesuch und eine gesunde Ernährung für die Kinder kontinuierlich in allen Bereichen umgesetzt werden und Erfolg bringen.

Grundschüler

Die Durchführung von kontinuierlichen, flächendeckenden zahnärztlichen Untersuchungen hat oberste Priorität. Damit wird, neben der Aufforderung zum regelmäßigen Zahnarztbesuch, eine lückenlose Bewertung der Zahngesundheit gewährleistet. Die Fluoridierung, als äußerst effektive Maßnahme der Kariesreduktion, ist fortzuführen – möglichst auch in weiteren Grundschulen.

Förderschüler

Trotz intensiver Bemühungen ist die Mundgesundheit der Rostocker Förderschüler noch besserungsbedürftig. Zwar sind präventive Interventionen, die den Anteil von primär gesunden Gebissen im Betrachtungszeitraum stetig erhöht haben, als Erfolg zu werten, dennoch erfordert der im Zehnjahresverlauf nahezu stagnierende Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse zunehmende Aufmerksamkeit und Konzentration auf diese Zielgruppe. Für die Zukunft muss in Förderschulen die Intensivprophylaxe verstärkt stattfinden.

²¹⁵ vgl. Ziller et al. 2012, zit. nach Prchala 2012: 2759

Für alle Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen in der Hansestadt Rostock gilt, dass die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen sowie die *Gruppenprophylaxe stärker flächendeckend ausgerichtet* werden müssen. Um zu erreichen, dass die Rostocker Kinder bei Schulantritt gesunde Zähne haben, schlägt der ZÄD vor, dass zur Schuleingangsuntersuchung ein Attest vom Hauszahnarzt mitzubringen ist. Somit könnte eine notwendige Gebissbehandlung der Kinder sichergestellt und der Sanierungsstand bei 6-Jährigen auf lange Sicht verbessert werden. Für Rostocker Kinder müssen Fluoridprogramme fortgeführt bzw. etabliert werden – dies hat vorrangig in den Grundschulen zu erfolgen. Darüber hinaus muss der *Gesetzgeber für eine kontinuierliche zahnmedizinische Prophylaxe durch den ÖGD von Geburt an sensibilisiert* werden. Es müssen *gesundheitsorientierte Rahmenbedingungen im Sinne einer Verhältnisprävention* – z. B. die Einbindung von zahnmedizinischen Vorsorgemaßnahmen in die Verträge zwischen Jugendamt und Trägern der Einrichtungen (bspw. das tägliche Zähneputzen sowie die Nutzung von fluoridiertem Speisesalz für die Gemeinschaftsverpflegungen) – geschaffen werden. Außerdem ist ein *Personalentwicklungskonzept*, das sich an den Evaluierungsergebnissen und den Gesundheitszielen der WHO und der Bundeszahnärztekammer orientiert, notwendig.

Der Zahnärztliche Öffentliche Gesundheitsdienst als einziger Partner, der dem Allgemeinwohl der Bevölkerung verpflichtet ist und interessenneutral arbeitet, gewährleistet durch das Aufsuchen in den Einrichtungen die vorbeugende zahnmedizinische Betreuung aller Rostocker Kinder. Der Problematik ungleich verteilter Erkrankungsrisiken in den verschiedenen Gesellschaftsschichten kann der ÖGD als einzige Institution wirksam begegnen und eine hohe Kontinuität und eine nachhaltige Wirkung gewährleisten.

Literaturverzeichnis – Zahn- und Mundgesundheit

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (Hrsg.) (2000): Gruppenprophylaxe 2000. Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Weiterentwicklung der Maßnahmen nach § 21 Abs. 1 SGB V (Weiterentwicklungskonzept Gruppenprophylaxe) vom 20. November 2000. http://www.mds-ev.de/media/pdf/Konzept_Gruppenprophylaxe_in_Kindergaerten_und_Schulen.pdf [25.11.2014]

Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BZÖG) (2013): Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Berichte & Materialien Band 25. 1.Auflage. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf.

Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (o. J.): Mundgesundheitsziele für Deutschland – 2020 <http://www.kzbv.de/mundgesziele-2020.download.a6f147c2cb3cffb25355cbc535df16d9.pdf> [13.11.2014]

Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Ausschuss Präventive Zahnheilkunde (2000): Leitfaden der Bundeszahnärztekammer. Förderung der Mundgesundheit durch Gruppenprophylaxe. Baustein zum Gesamtkonzept „Prophylaxe ein Leben lang“.

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) (2000) Grundsätze für Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit im Rahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V. Stand 20. Juni 2000. http://www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/grundsaeetze.pdf [11.12.2014]

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) (2009): Erläuterungen für die Dokumentation gruppenprophylaktischer Maßnahmen nach § 21 SGB V auf Basis der aktuellen Dokumentationsbogen A1 – A3. Stand 06/2009. http://www.daj.de/fileadmin/user_upload/dok_2008_2009.pdf [11.12.2014]

Grabowski, Rosemarie, Hinz, Ralf, Stahl de Castrillon, Franka (2009): Das kieferorthopädische Risikokind. Gebissentwicklung und Funktionsstörungen – KFO-Prävention und Frühbehandlung. Zahnärztlicher Fach-Verlag, Herne.

Hellwig, Elmar, Schiffner, Ulrich, Schulte, Andreas (2013): S2-k-Leitlinie / Kurzfassung: Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe. http://www.dgzmk.de/uploads/tx_szdqzmkdocuments/LLFluoridierungUpdate2013Kurzfssg.pdf [26.11.2014]

Jaentsch, W. (2001): Zahnärztlicher Dienst und Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen in Mecklenburg-Vorpommern. In: Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BZÖG) (Hrsg.) (2001): Zahnärztlicher Gesundheitsdienst (2001), 3:3-19.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV) - Kurzfassung.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (2014): Frühkindliche Karies vermeiden. Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern. http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/presse/pk/140207/ECC_Konzept.pdf [11.12.2013]

Kettler, Nele, Wehry, Christian, Dreager, Sebastian, Jordan, Rainer (2014): Zahnmedizinische Prävention in Deutschland. In: *Monitor Versorgungsforschung* 06/2014:45-50.

Kramer, Enno, Holzinger, Werner (1999): Prophylaxefibel. Grundlagen der Zahngesundheitsvorsorge. 8. vollständig überarbeitete Auflage. Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV-Hanser, Köln, München.

Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2009): Mundgesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 47.

Schlenker, Rolf-Ulrich (2014): Statement BARMER GEK Zahnreport 2014. Zahnmedizin in Deutschland – ein Paradies mit Schönheitsfehlern Privatanteile bei Zahnersatzbehandlungen hoch. Wurzelbehandlung als effektive Methode zum Zahnerhalt.

<http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Statements-Positionen/Statement-Zahnreport-2014-Schlenker,property=Data.pdf>

[25.11.2014]

Splieth, Christian H. (2012): Gesunde Zähne ein Leben lang. 8-Jahres-Evaluation 2012. Kariesintensivprophylaxe für Risikokinder in Mecklenburg-Vorpommern.

http://www.zaekmv.de/cms2/ZAEK_prod/ZAEK/zaek/de/400_Patienten/400_LAJ_Kinder-und_Jugendzahnpflege/200_Downloads/_mitte/Evaluation.pdf

[25.11.2014]

Streicher, Frank (2012): Dissertation: Die Beurteilung der gemischten dmft/DMFT-Werte bei Grundschulkindern in einer Kleinstadt im ländlichen Bayern –eine Langzeitstudie.

Oesterreich, Dietmar (2014): Präventionslücken schließen. In: *Zahnärztliche Mitteilungen* (zm) (2014), 104(4 A):312.

Petrakakis, Pantelis (2014): Öffentliche Zahngesundheitsvorsorge und Gesundheitsberichterstattung in Deutschland – eine Standortbestimmung

<https://www.rhein-erft-kreis.de/stepone/data/downloads/a1/8d/00/petrakakis-oegd-layout1.pdf>

[13.11.2014]

Prchala, Gabriele (2012): Mundgesundheitsziele für Deutschland auf den Punkt gebracht. In: *Zahnärztliche Mitteilungen* (zm) (2012), 102(21 A):2758-2761.

Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (Hrsg.) (o. J.): Zahnärztlicher Kinderpass.

Ziller, Sebastian, Oesterreich, Dietmar, Micheelis, Wolfgang (2012): Mundgesundheitsziele für Deutschland 2020 – Zwischenbilanz und Ausblick, Prävention und Versorgung. Thieme Verlag, Stuttgart, New York. Seite 1002-1023.

2.2 Gesundheitliche Lage der arbeitenden Bevölkerung am Beispiel der Versicherten der AOK-Nordost

Anica Stürtz

Die dynamische Entwicklung der Arbeitswelt und der fortdauernde Wandel von einer Industrie- hin zu einer Dienstleistungsgesellschaft gehen mit veränderten Anforderungen an Mitarbeiter und Betriebe einher. Während sich im Laufe der Zeit der Anteil an körperlich schweren Arbeiten verringert hat, hat sich zugleich der Anteil an geistiger Arbeit erhöht. Im Zuge der Neugestaltung von Arbeit veränderte sich ebenso das Verständnis von Gesundheit. Dabei wird nicht mehr nur der Frage nachgegangen, was den Menschen krank, sondern gleichermaßen, was ihn gesund macht.²¹⁶ Wie es um die gesundheitliche Lage der arbeitenden Bevölkerung in der Hansestadt Rostock bestellt ist, soll im folgenden Unterkapitel am Beispiel der Versicherten der AOK Nordost dargelegt werden.

Im Jahr 2013 waren von 80,8 Millionen Einwohnern in der Bundesrepublik Deutschland rund 70 Millionen gesetzlich krankenversichert und somit ca. 86,5% der deutschen Bevölkerung Mitglieder in der GKV.²¹⁷ In Mecklenburg-Vorpommern waren im Jahr 2013 rund 1,45 Millionen Einwohner gesetzlich versichert.²¹⁸ In unserem Bundesland betrug der Anteil der in der GKV Versicherten somit ca. 90%.²¹⁹ Nach Kassenarten aufgegliedert war im Jahr 2013 der größte Anteil der rund 70 Millionen gesetzlich Versicherten bei einer Ersatzkasse versichert (37,2%). Des Weiteren war etwa jeder Dritte bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) (34,8%) versichert. Weitere 16,6% waren Mitglieder einer Betriebskrankenkasse (BKK), 7,9% hatten ein Versicherungsverhältnis bei einer Innungskrankenkasse (IKK) und 3,4% waren bei einer anderen Krankenkasse versichert.²²⁰ Rund 9 Millionen Menschen in Deutschland hatten im Jahr 2013 einen privaten Krankenversicherungsschutz, d. h. dass ca. 11% der deutschen Bevölkerung PKV-Mitglieder waren.²²¹ Selbstständige, Beamte und Personen, die ein regelmäßiges Jahresentgelt erhalten, das die Versicherungspflichtgrenze (2013: 52.200 Euro pro Jahr bzw. 4.350 Euro monatlich mind. ein Jahr lang) überschreitet, können gegen das Krankheitsrisiko eine private Vorsorge (private Krankenvollversicherung) abschließen. Der zuletzt genannte Personenkreis mit einem regelmäßigen Verdienst über der Versicherungspflichtgrenze kann nach § 6 SGB V seine Krankenversicherung „freiwillig“ wählen, d. h. er ist nicht verpflichtet, sich gesetzlich zu versichern, sondern kann entweder eine gesetzliche oder eine private Krankenversicherung abschließen.

Im folgenden Unterkapitel wird auf die gesundheitliche Lage der erwerbstätigen Rostocker AOK-Mitglieder (Pflicht- und freiwillig Versicherte zusammengefasst)²²² für den Berichtszeitraum von 2006 bis 2013 eingegangen. Für dieses Unterkapitel werden die Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK Nordost verwendet. Hintergrund für diese Wahl ist, dass die AOK Nordost – die Versichertendaten

²¹⁶ vgl. Badura et al. 2010: V

²¹⁷ Quelle: Berechnungen des VdEK nach Daten des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, des Statistischen Bundesamtes und nach dem Verband der privaten Krankenversicherung (Stand: Dezember 2013)

²¹⁸ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, KM 6-Statistik: Mitgliederstruktur (Stand: 06.09.2013)

²¹⁹ Quelle: Eigene Berechnungen nach Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, KM 6-Statistik: Mitgliederstruktur (Stand: 06.09.2013), Statistisches Bundesamt nach dem Zensus 2011.

²²⁰ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2013: 117

²²¹ Quelle: Berechnungen des VdEK nach Daten des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, des Statistischen Bundesamtes und nach dem Verband der privaten Krankenversicherung (Stand: Dezember 2013)

²²² vgl. AOK Nordost 2013: 8

der Regionen Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern umfassend – als die bei weitem größte Krankenkasse im östlichen Versorgungsgebiet gilt.

Üblicherweise erstellt die AOK Nordost ihre Gesundheitsberichte zu den krankheitsbedingten Fehlzeiten ihrer Versicherten nach dem „Arbeitsortprinzip“, d. h. die Grundlage für die Arbeitsunfähigkeitsdaten der Berichte bilden die Arbeitsunfähigkeitsmeldungen aller erwerbsfähigen AOK-Mitglieder nach den Arbeitsstätten (Postleitzahlen) der Arbeitgeber. Diese Methodik der Datenaufbereitung gründet sich auf die unterstützende und begleitende Funktion der AOK Nordost für Unternehmen im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Durch die Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsdaten lassen sich Ressourcen und arbeitsbedingte Belastungen der Angestellten identifizieren und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen für die Arbeitsstätten ableiten sowie das Gesundheitsverhalten dieser stärken.²²³ Da die Hansestadt Rostock eine Stadt mit beträchtlichen Pendlerbewegungen ist – im Juni 2013 hatte Rostock 37,7% Einpendler und 28,7% Auspendler²²⁴ – sind die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach dem Arbeitsortprinzip aus der Perspektive einer kommunalen Gebietskörperschaft mit ihren eigenen Zielgruppenperspektiven weniger geeignet. Für das Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock wurde aus diesem Grunde eine Sonderauswertung durch die AOK Nordost durchgeführt. Im Rahmen dieser Sonderauswertung wurden die Arbeitsunfähigkeitsdaten aller erwerbsfähigen AOK-Mitglieder der Hansestadt Rostock nach dem „Wohnortprinzip“ berechnet und für dieses Unterkapitel zur Verfügung gestellt.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die im Folgenden dargestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten von den eigentlichen Arbeitsunfähigkeitsdaten der Gesundheitsberichte der AOK Nordost (2006 bis 2013) abweichen, weil, wie bereits beschrieben, in der Sonderauswertung eine andere Zielgruppe – in diesem Falle die Kommune (Wohnort) und nicht wie üblich die Arbeitsstätte (Arbeitsort) – die Grundlage für die krankheitsbedingten Fehlzeiten bildet. Die Sonderauswertung fand statt für die Hansestadt Rostock und Landeshauptstadt Schwerin sowie teilweise für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern.

2.2.1 Entwicklung des Krankenstandes

Im Jahr 2013 waren 12.492 Rostocker bei der AOK versichert. Diese AOK-Mitglieder waren zu 54% männliche und zu 46% weibliche Versicherte. Im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern gab es 144.759 AOK-Versicherte (2013). Mecklenburg-Vorpommern wies 2013 einen Krankenstand²²⁵ von 5,4% auf. Im Vergleich zu diesem war der Krankenstand in Rostock mit 4,9% etwas geringer. In der Landeshauptstadt Schwerin befand sich der Krankenstand mit 5,5% auf einem ähnlichen Niveau wie in Mecklenburg-Vorpommern.²²⁶

In der Abb. 2.21 wird die Entwicklung des Krankenstandes von 2006 bis 2013 in Rostock, Schwerin und Mecklenburg-Vorpommern dargestellt. Dabei sind unterschiedliche Entwicklungen zu erkennen. In der Hansestadt Rostock ist der Krankenstand von 2006 von 4,7% auf 5,1% im Jahr 2009 gestiegen. Bis 2011 ist dieser auf gleichem Niveau geblieben, hat sich dann geringfügig verringert und im Jahr 2013 4,9% erreicht. Hingegen hat sich der Krankenstand in der Landeshaupt-

²²³ vgl. AOK Nordost 2013: 7

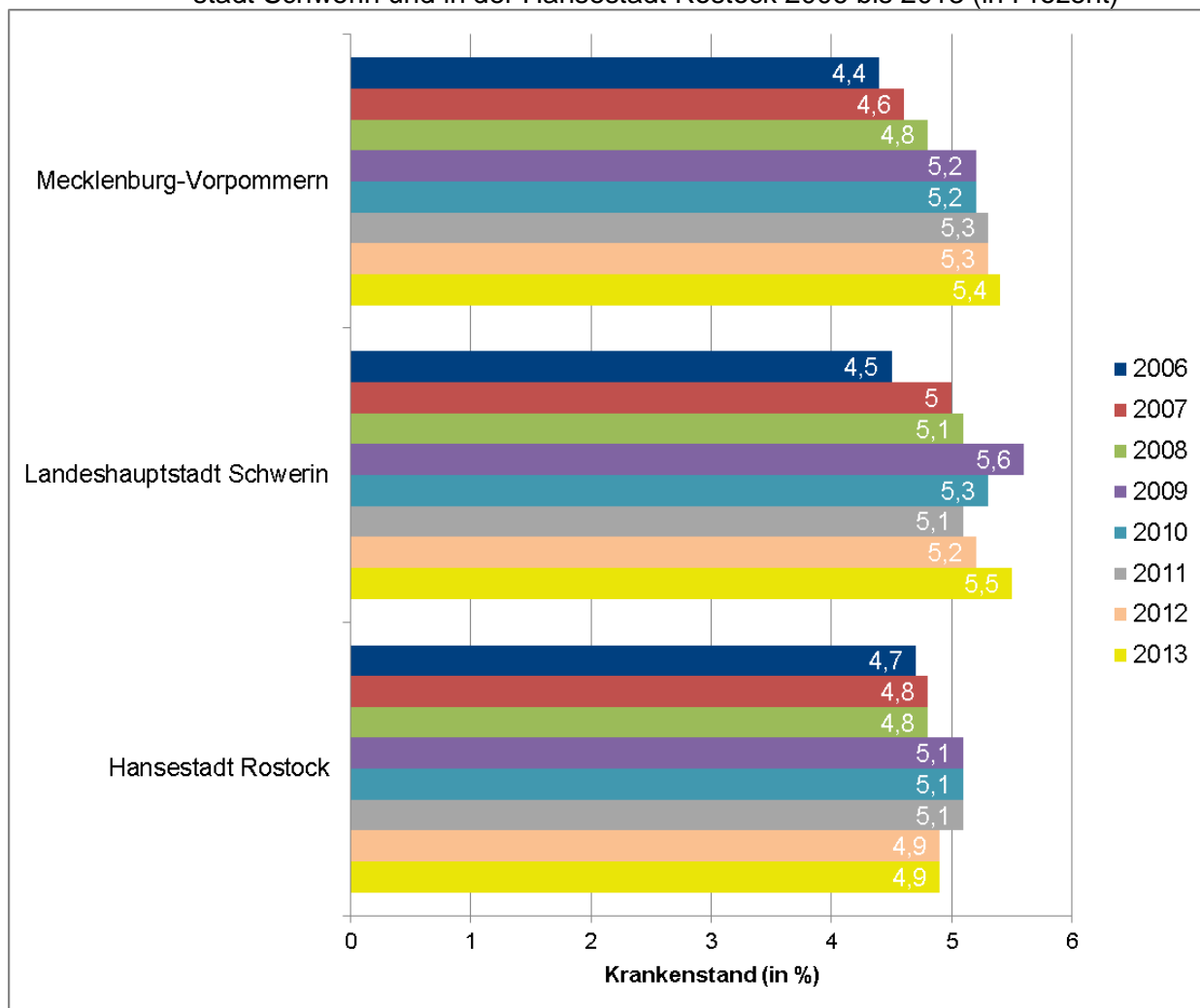
²²⁴ Quelle: Bundesagentur für Arbeit (Stand: 31.06.2013)

²²⁵ Der Krankenstand wird errechnet, indem die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Summe der Versicherten-tage dividiert wird. Er wird in Prozent dargestellt. (AOK Nordost 2013: 9)

²²⁶ Quelle: AOK Nordost

stadt Schwerin von 4,5% im Jahr 2006 um 1,1% bis 2009 erhöht, ist dann bis 2011 gesunken und erneut bis 2013 auf 5,5% gestiegen. Im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern hat sich der Krankenstand im selben Zeitraum kontinuierlich von 4,4% (2006) bis 2013 auf 5,4% erhöht. (Abb. 2.21)

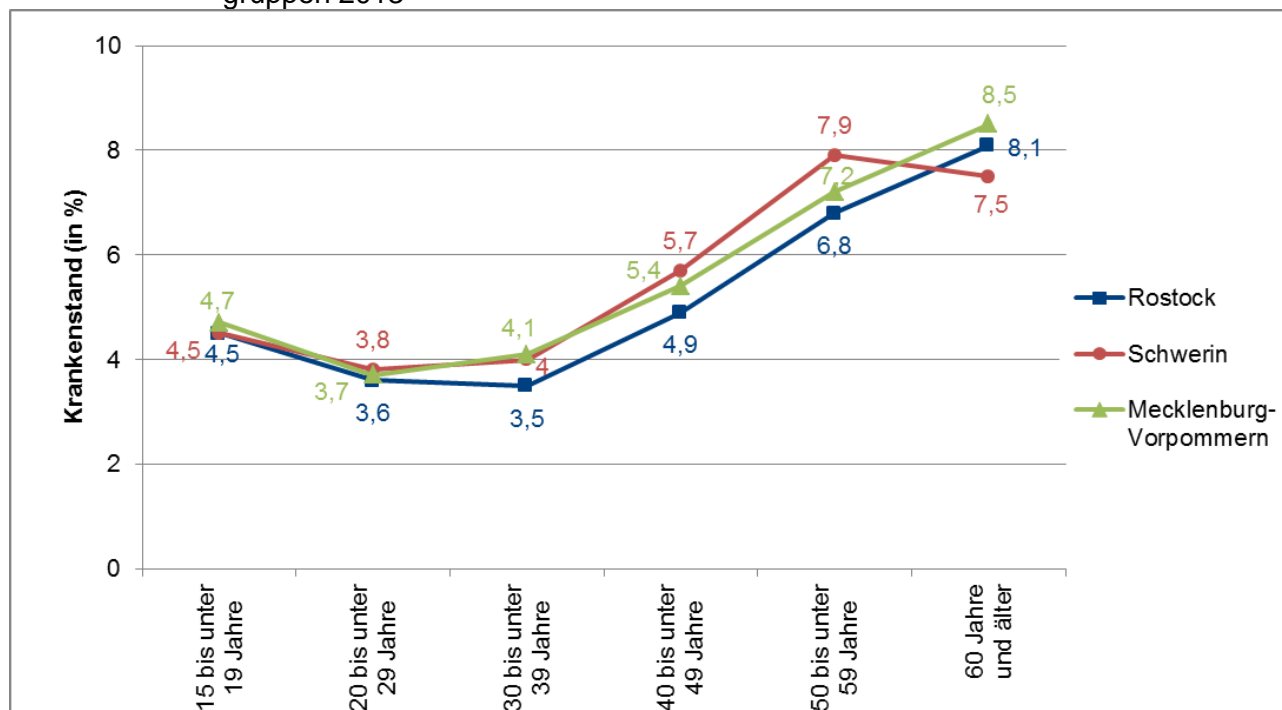
Abbildung 2.21: Entwicklung des Krankenstandes in der Hansestadt Rostock, in der Landeshauptstadt Schwerin und in der Hansestadt Rostock 2006 bis 2013 (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung nach Sonderberechnung der AOK Nordost

In der folgenden Abb. 2.22 wird der Krankenstand für die Hansestadt Rostock, die Landeshauptstadt Schwerin und für Mecklenburg-Vorpommern im Durchschnitt im Berichtsjahr 2013 nach Altersgruppen dargestellt.

Abbildung 2.22: Krankenstand in Rostock, Schwerin und Mecklenburg-Vorpommern nach Altersgruppen 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Sonderberechnung der AOK Nordost

Im Jahr 2013 zeigt sich im Altersgruppenvergleich im Hinblick auf den Krankenstand bei allen hier betrachteten Regionen ein ähnlicher Verlauf. Ausgehend von der jüngsten Versichertengruppe (15- bis unter 19-Jährige) sinkt der Krankenstand zunächst und steigt dann kontinuierlich in der Altersgruppe der 30- bis unter 39-Jährigen. Sowohl in Rostock als auch in Schwerin und im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern erhöht sich der Krankenstand sodann mit zunehmendem Alter. Die AOK-Versicherten weisen in Rostock (8,1%) und im Bundesland (8,5%) ab 60 Jahren den höchsten Krankenstand auf – in Schwerin haben die 50- bis unter 59-Jährigen den höchsten Krankenstand (7,9%). Die geringsten Krankenstände sind in Schwerin (3,8%) und im Bundesland (3,7%) bei den 20- bis unter 29-Jährigen zu erkennen – in Rostock hingegen bei den 30- bis unter 39-Jährigen (3,5%).

Im Altersgruppenvergleich hatten die Rostocker AOK-Versicherten in allen Altersgruppen, bis auf die Altersgruppe der 60- bis unter 69-Jährigen, den niedrigsten Krankenstand. (Abb. 2.22)

Krankschreibungshäufigkeit und -dauer

Im Jahr 2013 wurden in der Hansestadt Rostock 148 AU-Fälle je 100 Versichertenjahre²²⁷ gemeldet. In der Landeshauptstadt Schwerin waren es mit 157 AU-Fällen je 100 Versichertenjahre 9 Fälle mehr. Demgegenüber war die Krankschreibungsrate in MV geringer (144 AU-Fälle je Versichertenjahre).²²⁸

Die Krankschreibungsdauer (AU-Tage²²⁹) hat sich in Rostock, Schwerin und Mecklenburg-Vorpommern im Berichtszeitraum von 2006 bis 2013 nahezu kontinuierlich erhöht. Auf Bundeslandebene waren die Versicherten der AOK Nordost im Vergleich zu Rostock und Schwerin im Durchschnitt am längsten arbeitsunfähig. Die Anzahl der AU-Tage je Fall hat sich von 11,9 AU-Tagen (2006) auf 13,7 AU-Tage (2013) in Mecklenburg-Vorpommern erhöht. In der Landeshauptstadt lag die Anzahl der AU-Tage je Fall im Jahr 2006 bei 10,6 und ist bis 2013 auf 12,8 AU-Tage je Fall angestiegen. In der Hansestadt überwog 2006 die Anzahl der AU-Tage je Fall mit 10,9 zwar geringfügig die AU-Tage je Fall in Schwerin (2006: 10,6 AU-Tage je Fall), bis 2013 sind diese in Rostock aber wieder gesunken und haben mit 12,2 AU-Tagen je Fall die Arbeitsunfähigkeitstage in Schwerin (2013: 12,8 AU-Tage je Fall) leicht unterschritten.²³⁰

Für die Hansestadt Rostock wird in der Abb. 2.23 die Entwicklung der Krankschreibungshäufigkeit und Krankschreibungsdauer sowie die AU-Quoten²³¹ von 2006 bis 2013 dargestellt.

²²⁷ Für die Anzahl der „AU-Fälle“ wird jede AU-Meldung, mit Ausnahme von Verlängerungen, als ein Fall gezählt. Ein AU-Fall hat einen definierten Anfangs- und Endtermin und kann mehrere Diagnosen umfassen. Im Jahr kann ein Mitglied mehrere AU-Fälle haben. Die Anzahl der AU-Fälle (Krankschreibungshäufigkeit) wird zu Vergleichszwecken auf 100 Versichertenjahre normiert. (AOK Nordost 2013: 9)

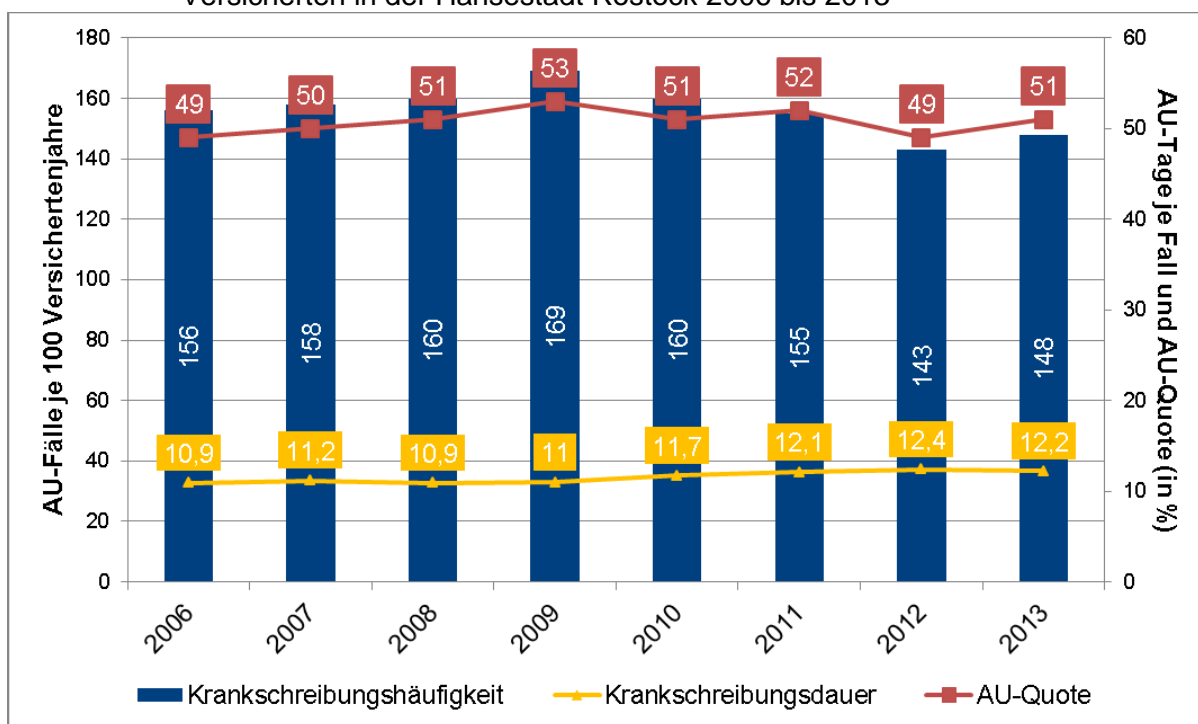
²²⁸ Quelle: AOK Nordost

²²⁹ Mit „AU-Tagen“ wird die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage (Montag bis Sonntag), die im Auswertungszeitraum anfallen, ausgewiesen. Bei „AU-Tagen je Fall“ wird die durchschnittliche Krankschreibungsdauer errechnet, indem die Summe der AU-Tage durch die Summe der AU-Fälle dividiert wird. Die Anzahl der AU-Tage wird zu Vergleichszwecken auf 100 Versichertenjahre normiert. (AOK Nordost 2013: 9)

²³⁰ Quelle: AOK Nordost

²³¹ Die AU-Quote ist der Anteil der Mitglieder mit einem oder mehreren AU-Fällen im Berichtszeitraum im Verhältnis zu allen Mitgliedern in Prozent. (AOK Nordost 2013: 9)

Abbildung 2.23: Krankschreibungshäufigkeit und -dauer sowie AU-Quoten (in Prozent) der AOK-Versicherten in der Hansestadt Rostock 2006 bis 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Sonderberechnung der AOK Nordost

Im Berichtszeitraum haben sich die AU-Fälle je 100 Versichertenjahre in der Hansestadt Rostock, nachdem sie von 156 AU-Fälle je 100 Versichertenjahre im Jahr 2006 bis auf 169 AU-Fälle je 100 Versichertenjahre (2009) angestiegen waren, auf 148 AU-Fälle je 100 Versichertenjahre im Jahr 2013 verringert. Hingegen ist die Falldauer von 10,9 AU-Tagen je Fall auf 12,2 AU-Tage je Fall im selben Zeitraum kontinuierlich angestiegen. Der Anteil der Versicherten mit mindestens einem AU-Fall im Auswertungszeitraum im Verhältnis zu allen Mitgliedern (AU-Quote) lag im Berichtszeitraum zwischen 49% und 53%. Damit war die Hälfte der AOK-Versicherten in Rostock von 2006 bis 2013 mindestens einmal im Jahr arbeitsunfähig. (Abb. 2.23)

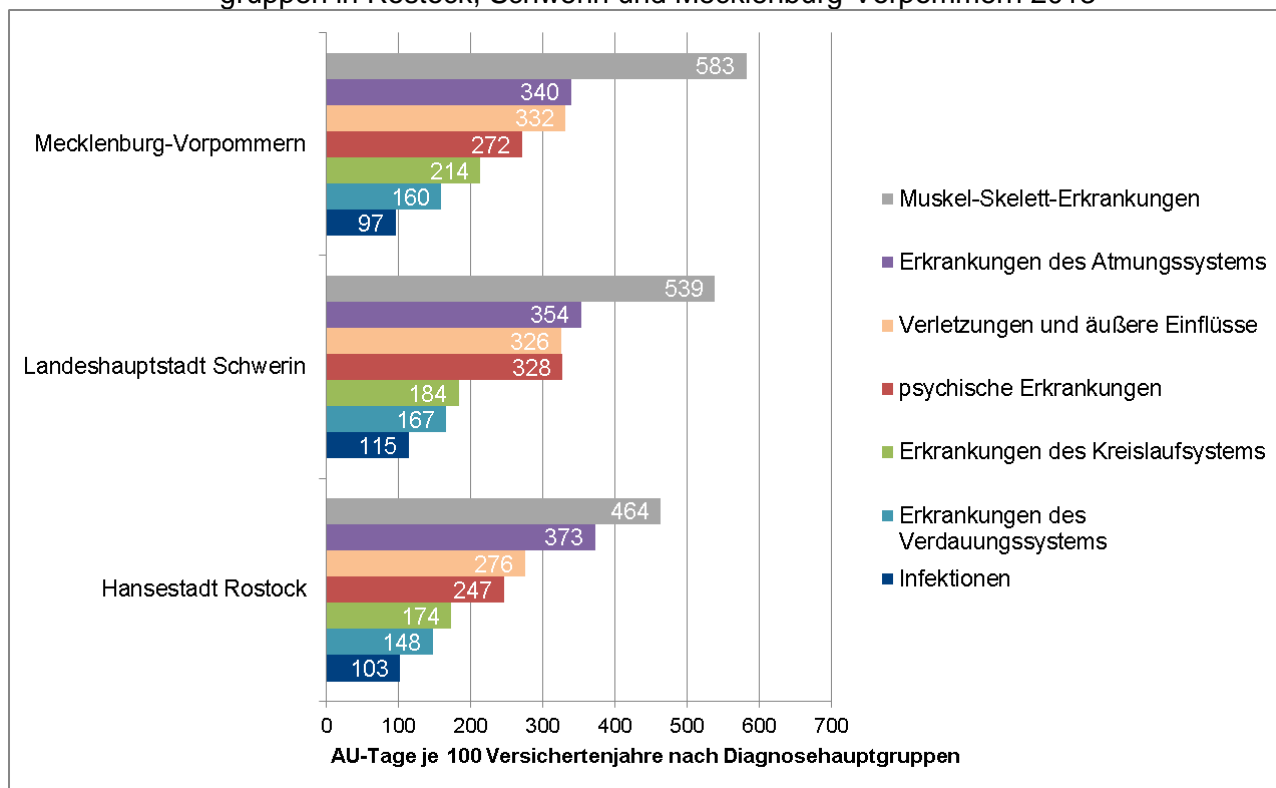
2.2.2 Arbeitsunfähigkeitstage nach Diagnosehauptgruppen

Die Abb. 2.24 zeigt die Krankschreibungsdauer der AOK-Versicherten nach ausgewählten Diagnosegruppen²³² in der Hansestadt Rostock im Vergleich zu der Landeshauptstadt Schwerin und dem Bundesland Mecklenburg-Vorpommern für das Jahr 2013. Die ausgewählten Diagnosen enthalten die Hauptgruppen: Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen („Verletzungen und äußere Einflüsse“), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes („Muskel-Skelett-Erkrankungen“), Krankheiten des Verdauungssystems („Erkrankungen des Verdauungssystems“), Krankheiten des Atmungssystems („Erkrankungen des Atmungssystems“), Krankheiten des Kreislaufsystems („Erkrankungen des Kreislaufsystems“), psychische und

²³² Die ausgewählten Diagnosegruppen sind unter allen erfassten Diagnosegruppen die häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeiten. Sie sind Diagnosegruppen nach dem ICD-Schlüssel. Beispieldiagnosen können dem Gesundheitsbericht der AOK (siehe AOK Nordost 2013: 36) entnommen werden.

Verhaltensstörungen („psychische Erkrankungen“) sowie bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten („Infektionen“). (Abb. 2.24)

Abbildung 2.24: Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versichertenjahre nach ausgewählten Diagnosegruppen in Rostock, Schwerin und Mecklenburg-Vorpommern 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Sonderberechnung der AOK Nordost

Die Hauptgruppe der *Muskel-Skelett-Erkrankungen* spielt im Berichtsjahr 2013 in allen hier betrachteten Regionen im Hinblick auf den Krankenstand die größte Rolle. Es sind in der Hansestadt Rostock 464 AU-Tage je Fall, in der Landeshauptstadt 539 AU-Tage je Fall und in Mecklenburg-Vorpommern 583 AU-Tage je Fall auf Muskel-Skelett-Erkrankungen zurückzuführen.

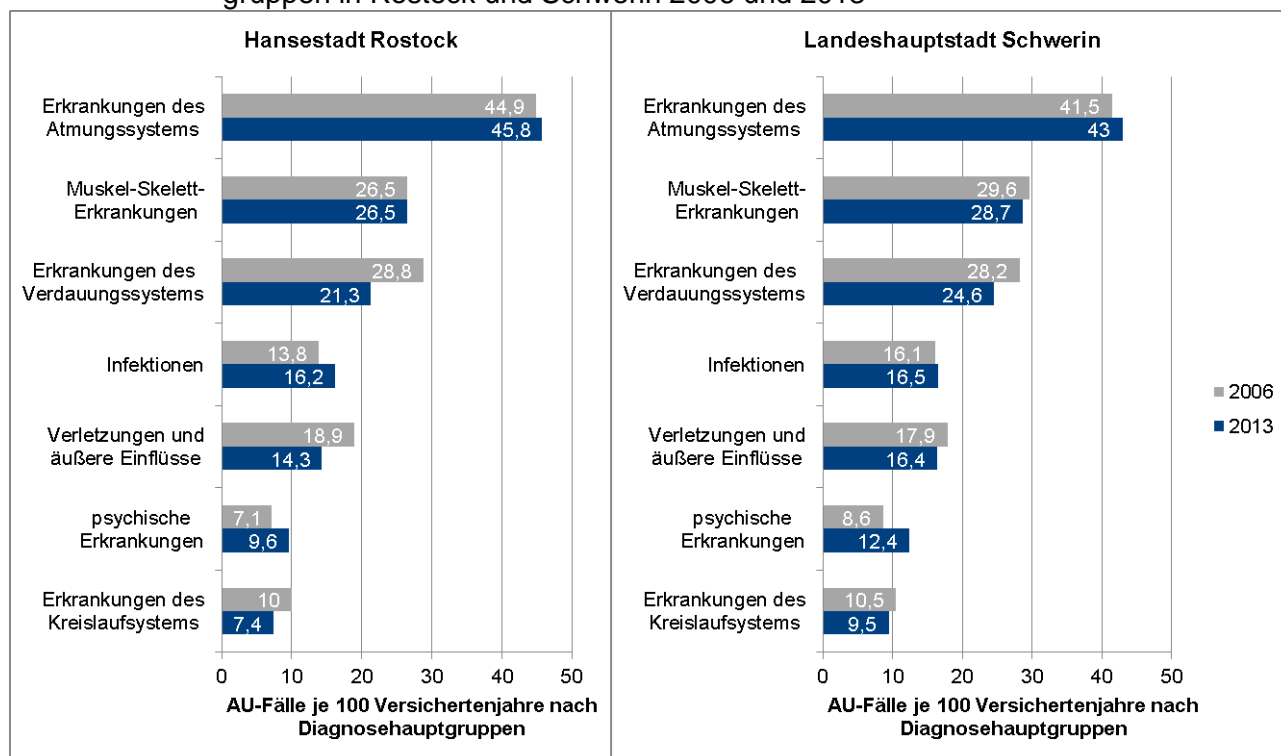
Zweithäufigste Diagnosegruppe für die AU-Tage der AOK-Versicherten sind im Jahr 2013 sowohl in der Hansestadt Rostock als auch in der Landeshauptstadt Schwerin und im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern die *Erkrankungen des Atmungssystems*. In der Hansestadt Rostock wurden 373 AU-Tage je Fall, in Schwerin 354 AU-Tage je Fall und in Mecklenburg-Vorpommern 340 AU-Tage je Fall aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems bescheinigt.

Verletzungen und äußere Einflüsse sind als die dritthäufigste Diagnosegruppe für die AU-Tage der AOK-Versicherten in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg-Vorpommern verantwortlich. Die vierthäufigste Diagnosegruppe bei den AU-Tagen bilden für diese beiden Regionen im Jahr 2013 die *psychischen Erkrankungen*. Dagegen stellen für die Landeshauptstadt Schwerin *psychische Erkrankungen* die dritthäufigste sowie *Verletzungen und äußere Einflüsse* die vierthäufigste Diagnosegruppe bei den AU-Tagen dar. (Abb. 2.24)

2.2.3 Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Diagnosehauptgruppen

Im Folgenden werden die AU-Fälle der AOK-Versicherten nach ausgewählten Krankheitsdiagnosegruppen für die Hansestadt Rostock und für die Landeshauptstadt Schwerin in den Jahren 2006 und 2013 gegenübergestellt. (Abb. 2.25.)

Abbildung 2.25: Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versichertenjahre nach ausgewählten Diagnosegruppen in Rostock und Schwerin 2006 und 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Sonderberechnung der AOK Nordost

In der Hansestadt Rostock und in der Landeshauptstadt Schwerin können in den Jahren 2006 und 2013 die meisten AU-Fälle auf *Erkrankungen des Atmungssystems* zurückgeführt werden. In beiden Regionen haben sich im Jahr 2013, bezogen auf diese Diagnosegruppe, die AU-Fälle im Vergleich zu 2006 erhöht.

Die zweithäufigste Diagnosegruppe bei den AU-Fällen sind *Muskel-Skelett-Erkrankungen*. In der Hansestadt sind die AU-Fälle aufgrund einer Muskel-Skelett-Erkrankung mit 26,5 AU-Fällen je Versichertenjahre 2013 auf demselben Niveau wie 2006. Hingegen haben sich in Schwerin die AU-Fälle je 100 Versichertenjahre bei Muskel-Skelett-Erkrankungen von 29,6 AU-Fällen je 100 Versichertenjahre (2006) auf 28,7 AU-Fälle je 100 Versichertenjahre im Jahr 2013 reduziert.

Im Jahr 2013 waren in Rostock 21,3 Krankschreibungen (AU-Fälle je 100 Versichertenjahre) die Folge von *Erkrankungen des Verdauungssystems*. Im Vergleich zum Jahr 2013 haben sich die AU-Fälle je Versichertenjahre bezogen auf diese Diagnosegruppe in Rostock verringert. In der Landeshauptstadt Schwerin waren Erkrankungen des Verdauungssystems 2006 und 2013 ebenfalls die dritthäufigste Ursache für AU-Fälle. Gegenüber der Hansestadt Rostock haben sich die

AU-Fälle in Schwerin im Hinblick auf die Krankheitsdiagnosegruppe Erkrankungen des Verdauungssystems im Jahr 2013 ebenfalls verringert. (Abb. 2.25)

Literaturverzeichnis – Gesundheitliche Lage der arbeitenden Bevölkerung

AOK Nordost (2013): Gesundheitsbericht 2013. Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsdaten für Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern.

Badura, Bernhard, Schröder, Helmut, Klose, Joachim, Macco, Katrin (Hrsg.) (2010): Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Springer Medizin Verlag, Berlin Heidelberg.

Böhm, Karin (2013): 8 Gesundheit und soziale Sicherung. 8.1 Gesundheitszustand der Bevölkerung und Ressourcen der Gesundheitsversorgung. (Auszug aus dem Datenreport 2013). In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013): Datenreport 2013: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. S. 227-298

Brand, Désirée (2010): Gesundheitsbericht 2010. Ein Bericht der AOK Nordost – die Gesundheitskasse. Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsdaten für Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern von 2006 - 2010. AOK Nordost: Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (2013): Daten des Gesundheitswesens.
http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Daten_des_Gesundheitswesens_2013.pdf [01.04.2015]

GKV-Spitzenverband, Stabsbereich Kommunikation (Hrsg.) (2015): Kennzahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung.
http://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2014_q4/GKV_Kennzahlen_Booklet_Q4-2014_300dpi_2015-03-26.pdf [01.04.2015]

VdEK (2014): Daten zum Gesundheitswesen: Versicherte.
http://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html [13.11.2014]

3 Ausgewählte Erkrankungen und Sterbefälle

3.1 Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Anica Stürtz und Kerstin Neuber

Das Leben und die Gesundheit der Allgemeinbevölkerung sowie des einzelnen Individuums sind vor der Gefahr von Infektionen zu schützen. Dieses Ziel ist im Infektionsschutzgesetz (IfSG)²³³ festgeschrieben.²³⁴ Per Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern (ÖGDG M-V)²³⁵ hat ein Gesundheitsamt die Aufgabe der Verhütung übertragbarer Erkrankungen wahrzunehmen. Zu dieser Präventionsaufgabe gehören die Aufklärung der Allgemeinheit über Infektionserreger, Übertragungswege und Schutz vor Ansteckung im Alltag oder auf Urlaubsreisen. Die Mitarbeiter des Infektionsschutzes geben Hinweise an Betroffene zu Verhaltensweisen während einer Infektionserkrankung, um eine Weiterverbreitung, ausgehend von der infektiösen Person, zu verhindern. Anlassbezogen können durch das Gesundheitsamt Bekämpfungsmaßnahmen angeordnet werden, um generell eine Ausbreitung von übertragbaren Erkrankungen und die Entstehung von Erkrankungsgeschehnissen zu unterbinden.²³⁶

Die Meldepflicht ist ein Instrument zur Überwachung übertragbarer Krankheiten. Es gibt Infektionserkrankungen, bei welchen der Krankheitsverdacht, die Erkrankung und der Tod gemeldet werden müssen. Diese Infektionen werden auf dem regulären Meldeweg von Ärzten, Krankenhäusern, Tierärzten, Luftfahrzeugführern, Kapitänen, Heilpraktikern und Leitern von Gemeinschaftseinrichtungen wie Pflegeeinrichtungen, Kindertagesstätten, Heimen u. a. an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet. Nachgewiesene Infektionserreger werden durch die Untersuchungslabore übermittelt.²³⁷ In der Hansestadt Rostock erfolgt die Meldung an die Mitarbeiter des Sachgebietes Infektionsschutz und Epidemiologie der Abteilung Hygiene und Infektionsschutz des Gesundheitsamtes. In diesem Sachgebiet erfolgt die Überprüfung der Zuständigkeit für die erfolgten Meldungen, weil das zuständige Gesundheitsamt im Einzugsgebiet der Meldenden auch Befunde von behandelten Personen erhält, welche ihren Wohnsitz nicht in der Hansestadt Rostock haben. Das Gesundheitsamt ist verpflichtet, diese Meldungen an die zuständige Behörde weiterzuleiten. Nach einer Ermittlung von notwendigen Daten und einer epidemiologischen Bewertung erfolgt die anonyme Meldung an das Dezernat Infektionsschutz, Prävention des Landesamtes für Gesundheit und Soziales (LAGuS). Von dort werden die Daten an das Robert Koch-Institut (RKI) in Berlin übermittelt. Infektionen internationaler Tragweite werden an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) weitergemeldet. Die Meldung von Infektionen hat spätestens innerhalb von 24 Stunden zu erfolgen, um rechtzeitig die Entwicklung von Krankheitshäufungen erkennen und mit entsprechenden Maßnahmen entgegenwirken zu können.²³⁸ Die Aufgabe eines Gesundheitsamtes ist es, der Weiterverbreitung von Infektionen innerhalb von Gemeinschaftseinrichtungen, innerhalb des Ein-

²³³ Infektionsschutzgesetz in der Fassung vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt durch Artikel 2 Absatz 36 u. Artikel 4 Absatz 21 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154) geändert.

²³⁴ vgl. § 1 IfSG

²³⁵ Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern in der Fassung vom 19. Juli 1994, mehrfach geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 15. April 2014 (GVOBl.M-V S. 150, 152). Insbesondere gilt hierbei der § 10 „Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten“ ÖGDG M-V.

²³⁶ vgl. § 10 Abs. 1 ÖGDG M-V

²³⁷ vgl. §§ 6-12 IfSG

²³⁸ vgl. § 11 IfSG

zugsbereiches des Amtes, überregional und international vorzubeugen bzw. diese zu unterbinden.²³⁹

Im Rahmen der Ermittlungstätigkeit werden Infektionsketten erkannt und Maßnahmen, die einer Epidemie entgegenwirken, eingeleitet.

Bei den beschriebenen statistischen Erhebungen für die Hansestadt Rostock ist von einer Untererfassung auszugehen. Die Erfassung der Infektionen wird durch die Einhaltung der im Infektionsschutzgesetz geforderten Meldepflicht beeinflusst. Die Meldungen von nachgewiesenen Erregern durch Untersuchungslabore sind am verlässlichsten, da in den Laborsoftwares Automatismen eingearbeitet sind, die vom Programm ausgehend Meldungen auslösen. Voraussetzung ist natürlich, dass niedergelassene Ärzte mikrobiologische Diagnostik veranlassen. Bei Erkrankungen, bei welchen sich aus Untersuchungsergebnissen keine therapeutische Konsequenz ergibt, wird häufig die weiterführende Diagnostik unterlassen, das sind vor allem Durchfallerkrankungen, können aber auch Erkrankungen der oberen Luftwege sein.

3.1.1 Bakteriell und viral bedingte Durchfallerkrankungen

Bei allen in der Hansestadt Rostock im Zeitraum 2004 bis 2013 gemeldeten Infektionskrankheiten ist der Anteil von viral und bakteriell bedingten Durchfallerkrankungen am höchsten. Hierbei werden am häufigsten die *Noro-* und *Rotaviren*, gefolgt von den bakteriellen Erregern wie *Campylobacter*, *Salmonellen* und *Escherichia coli* (*E. Coli*) nachgewiesen. (Tab. 3.1 und 3.2)

Tabelle 3.1: Anzahl der gemeldeten viral bedingten Durchfallerkrankungen in der Hansestadt Rostock im Zeitraum von 2004 bis 2013

Jahr / Prävalenz	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Noroviren	261	182	151	307	330	214	568	813	698	714
Rotaviren	350	419	685	517	516	370	202	256	200	192

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Robert Koch-Instituts (Stand: 31.12.2014)

Tabelle 3.2: Anzahl der gemeldeten bakteriell bedingten Durchfallerkrankungen in der Hansestadt Rostock im Zeitraum von 2004 bis 2013

Jahr / Prävalenz	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Campylobacter	356	354	354	467	376	320	325	435	303	280
Salmonellen	179	133	242	135	144	106	85	77	76	71
E. Coli	11	5	15	13	2	23	5	45	231	224

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Robert Koch-Instituts (Stand: 31.12.2014)

²³⁹ vgl. § 10 Abs. 1 ÖGDG M-V

Die meisten Häufungen an Durchfallerkrankungen treten in Gemeinschaftseinrichtungen wie Pflegeheimen und Kindertagesstätten auf. Die Übertragung von Infektionen wird durch die engen Kontakte in diesen Einrichtungen begünstigt. Krankheitshäufungen treten regelmäßig, aber vor allem im Zeitraum Oktober bis März auf. Vor allem die limitierte personelle Besetzung in den Gemeinschaftseinrichtungen, erschwert oft die Einhaltung geforderter Hygienemaßnahmen. Obwohl die Hygieneinspektoren bei den Begehungen von Gemeinschaftseinrichtungen die geforderten Hygienepläne vorfinden und auf den Einsatz von notwendigen vorzuhaltenden Desinfektionsmittel hinweisen, kann dadurch nicht zwingend von einer Besserung der Hygienesituation ausgegangen werden.

In Kindertagesstätten werden Durchfallerkrankungen häufig dadurch bedingt, dass sich infektiöse Kinder mit klinischen Symptomen in der Gemeinschaftseinrichtung aufhalten. Bei einer Infektion, bedingt durch Noroviren, reicht schon ein kurzzeitiger Aufenthalt in der Einrichtung, um Neuinfektionen auszulösen. Eine ausreichend lange elterliche Pflege zuhause würde die Genesung positiv beeinflussen und die Anfälligkeit für erneute Infektionen verringern. Dadurch würde weiteren Erkrankungen in der Einrichtung vorgebeugt werden können.²⁴⁰

Schätzungen gehen davon aus, dass weltweit etwa die Hälfte aller Gastroenteritis-Ausbrüche durch Noroviren verursacht werden.²⁴¹ Norovirus-Ausbrüche können das ganze Jahr über vorkommen, eine deutliche Zunahme der Aktivität ist in den Monaten November bis April zu verzeichnen. Noroviren sind hoch ansteckend, weniger als 100 Viruspartikel reichen für eine Infektion aus. Am häufigsten werden Ausbrüche durch Virus-Übertragungen von Mensch-zu-Mensch (z. B. durch Einatmung virushaltiger Tröpfchen, die im Rahmen des schwallartigen Erbrechens entstehen) verursacht, sie können aber auch durch kontaminierte Lebensmittel oder Flüssigkeiten oder durch Kontakt zu verunreinigten Oberflächen ausgelöst werden.²⁴²

Ein Noroviren-Ausbruch ereignete sich im Herbst 2012 in fünf ostdeutschen Bundesländern. Bei diesem in Deutschland bislang größten bekannten lebensmittelbedingten Krankheitsausbruch, der durch Norovirus-kontaminierte Tiefkühlerdbeeren ausgelöst wurde, waren insgesamt 390 Einrichtungen (überwiegend Kindergärten und Schulen) betroffen, in denen fast 11.000 Erkrankungsfälle auftraten. Obwohl das bundesweit agierende Cateringunternehmen auch Schulen in Rostock versorgte, traten in Rostock keine Erkrankungshäufungen auf, weil die Belieferung mit unbedenklichen regionalen Produkten stattfand. Nach einer Norovirus-Infektion besteht wahrscheinlich nur für wenige Monate ein Immunschutz vor weiteren Infektionen mit dem gleichen Norovirus-Stamm. Der Kontakt mit einem Norovirus erzeugt keinen Schutz vor einer Infektion mit anderen Noroviren. Obwohl bei nahezu jedem Erwachsenen Norovirus-Antikörper zu finden sind, konnte bisher kein Langzeitschutz nachgewiesen werden. In Deutschland wurden gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) von 2001 bis 2010 klinisch-laboridiagnostisch und klinisch-epidemiologisch bestätigte Fälle an das RKI übermittelt. Nach Änderung der Falldefinition werden seit 2011 jedoch nur noch laboridiagnostisch bestätigte Norovirus-Erkrankungen an das RKI übermittelt, wodurch es zu einer weiteren Untererfassung der tatsächlich aufgetretenen Fallzahlen kommt. Insbesondere Fälle, die im Rahmen von Häufungen auftreten, wie z. B. in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Kindergärten, sind hiervon betroffen, da diese häufig nur klinisch-epidemiologisch bestätigt werden. Die

²⁴⁰ Angaben des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, Abt. Hygiene und Infektionsschutz

²⁴¹ vgl. Epidemiologisches Bulletin 4/2000, 28. Januar 2000

²⁴² vgl. Epidemiologisches Bulletin 19/2014, 12. Mai 2014

Inzidenzen²⁴³ je Saison liegen in der BRD zwischen 114,4 Erkrankungen/100.000 Einwohner (2012/2013) bis 179,5 Erkrankungen/100.000 Einwohner (2009/2010). Zwischen 2001 und 2007 zeigte sich ein ausgeprägter Wechsel zwischen schwachen und hochepidemischen Wintersaisons. Ab der Saison 2006/2007 kam es zu einem deutlichen Anstieg der Fallzahlen mit einem Maximum in der Saison 2009/2010. In den darauf folgenden drei Saisons nahmen die Zahlen wieder etwas ab, blieben aber weiter auf einem hohen Niveau.²⁴⁴

Rotavirus

Rotavirus (RV)-Infektionen sind die führende Ursache für Magen-Darm-Infektionen bei Säuglingen und Kleinkindern und müssen in dieser Altersgruppe auch häufig im Krankenhaus behandelt werden. Die RV-Infektion ist seit Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Jahr 2001 meldepflichtig.²⁴⁵ Die jahreszeitliche Verteilung der Erkrankungszahlen zeigt eine jedes Jahr wiederkehrende Saisonalität. Wie in anderen Ländern der nördlichen Hemisphäre treten RV-Erkrankungen auch in Deutschland gehäuft in den Wintermonaten auf. Die RV-Saison beginnt mit stetig ansteigenden Fallzahlen im Oktober und erreicht meist im März ihr saisonales Maximum. Die Fallzahlen gehen dann bis Ende Juni kontinuierlich zurück und befinden sich in den Sommermonaten auf einem zwischensaisonalen Tief.

Die jährliche Inzidenz variierte in Deutschland zwischen 57,8 Erkrankungen/100.000 Einwohner im Jahr 2004 und 94,6 Erkrankungen/100.000 Einwohner im Jahr 2008. Die Jahre mit den höchsten Fallzahlen liegen alle nach dem Jahr 2004, als das deutsche Krankenhausvergütungssystem reformiert wurde und das Diagnose-related-Groups (DRG)-System eingeführt wurde. Es wird vermutet, dass es sich bei dem verzeichneten Anstieg nicht um eine tatsächliche Zunahme der RV-Gastroenteritiden handelt, sondern dass, getriggert durch das DRG-System, die Zahl der labordiagnostisch bestätigten Erkrankungen zugenommen hat, da in Krankenhäusern eine RV-Gastroenteritis höher vergütet wird als eine infektiöse Gastroenteritis ohne Erregernachweis.²⁴⁶

Von 2008 bis 2013 ist die Fallzahl an Rotavirusinfektionen in Rostock wie auch bundesweit insgesamt zurückgegangen – diese Entwicklung veranschaulicht die Abb. 3.1.

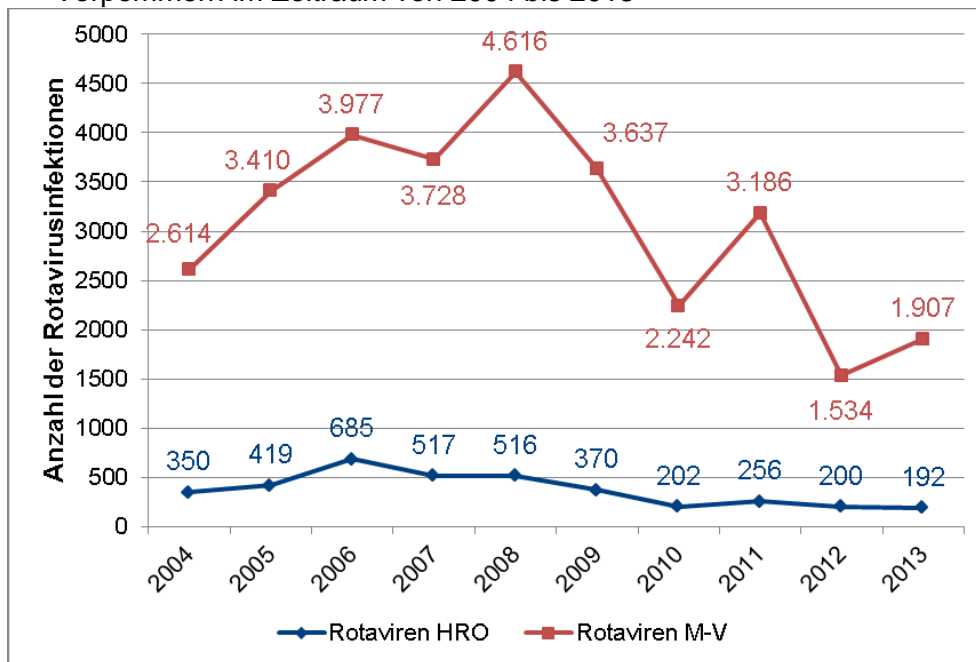
²⁴³ Die Inzidenz ist diejenige Maßzahl, die die Häufigkeit von Neuerkrankungen beschreibt.

²⁴⁴ vgl. Epidemiologisches Bulletin 19/2014, 12. Mai 2014

²⁴⁵ vgl. § 7 IfSG

²⁴⁶ vgl. Epidemiologisches Bulletin 44/2012, 5. November 2012

Abbildung 3.1: Anzahl der gemeldeten Rotaviren in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg-Vorpommern im Zeitraum von 2004 bis 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Robert Koch-Instituts (Stand: 31.12.2014)

Seit Juni 2006 sind zwei von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) zugelassene RV-Impfstoffe, Rotarix® und RotaTeq®, in Deutschland verfügbar. Der rückläufige Trend ist zum Teil auf die verfügbare RV-Impfung zurückzuführen, die trotz fehlender STIKO-Empfehlung intensiver in Anspruch genommen wurde. Diese Schutzimpfung wird seit 2009 in Mecklenburg-Vorpommern empfohlen, allerdings erfolgte die Finanzierung nicht durch alle Krankenkassen, so dass die Impfung durch die Eltern finanziert wurde. Im Jahr 2009 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die RV-Impfung weltweit empfohlen. Die STIKO hat erst auf ihrer 75. Sitzung am 19./20. März 2013 die Aufnahme der Rotavirus-Schluckimpfung als Standardimpfung für Säuglinge in den Impfkalender beschlossen.²⁴⁷

Laut Angaben des RKI besteht ähnlich wie bei anderen Impfungen auch für die Inanspruchnahme der RV-Impfung ein deutlicher West-Ost-Unterschied. Für die Geburtskohorte 2010 betrug die RV-Impfquote (vollständige Impfung mit einem der beiden o. g. Impfstoffe) in den westlichen Bundesländern 28% (KI 24 – 32%) und für die östlichen Bundesländer 56% (KI 45 – 68%). In einer Studie des RKI wurden die Inzidenzen der RV-bedingten Hospitalisierungen im Zeitraum vor (2004–2006) und nach (2008–2011) Einführung der Impfung verglichen. Durch die Impfung kam es zu einem signifikanten Rückgang der RV-bedingten Hospitalisierungen bei den 6 bis 23 Monate alten Kindern. In dieser Altersgruppe ist die Inzidenz in diesem Zeitraum in den östlichen Bundesländern um 36% und in den westlichen um 25% statistisch signifikant zurückgegangen. Zusätzlich zeigte sich, dass in diesem Zeitraum die Inzidenz der im Krankenhaus oder in anderen medizinischen Einrichtungen erworbenen RV-Erkrankungen bei den 6 bis 11 Monate alten Säuglingen signifikant zurückging.²⁴⁸

²⁴⁷ vgl. Epidemiologisches Bulletin 35/2013, 2. September 2013

²⁴⁸ vgl. Epidemiologisches Bulletin 44/2012, 5. November 2012

Bei sinkenden Fallzahlen in den jüngeren Altersgruppen ist der Anteil der RV-Gastroenteritiden bei den ≥ 70 -Jährigen größer geworden. Es ist jedoch unklar, worauf dieser Anstieg zurückzuführen ist. Am ehesten scheint dieses mit einer gestiegenen Aufmerksamkeit und dem Labor-Anforderungsverhalten bei Gastroenteritiden in dieser speziellen Altersgruppe erklärbar zu sein.²⁴⁹

Im Zeitraum vom 01.07.2010 bis 30.06.2011 nahm das Gesundheitsamt Rostock an der Studie „RotaSurv-Kid in M-V“ teil. Diese Studie wurde vom Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Infektionsepidemiologie am RKI Berlin durchgeführt. Bei dieser Studie wurden der Einfluss von Impfungen auf die Erkrankungsrate, auf die Schwere der Erkrankung bzw. das Auftreten von Impfversagen beobachtet. Dazu war eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsamt, den Laboratorien und in Rostock tätigen Kinderärzten notwendig. Alle Rotaviruserkrankungen wurden analysiert und bei geimpften Kindern zusätzliche Diagnostik veranlasst. Mit dieser Studie wurden weitere Daten zur eingeführten Schutzimpfung gegen Rotaviren gesammelt. In die Impfempfehlungen für Mecklenburg-Vorpommern wurde die Rotavirenimpfung schon 2009 aufgenommen. Anfangs übernahmen allerdings die gesetzlichen Krankenkassen nur vereinzelt die Finanzierung der Schutzimpfung. Somit bezahlten Eltern diese Impfung selbst.²⁵⁰

Die Impfung gegen Rotaviren schützt Kleinkinder effektiv vor schweren Rotavirusinfektionen und ist in der Lage, die Erkrankungslast, insbesondere die Hospitalisierungsrate, zu minimieren. In der Studie wurde festgestellt, dass geimpfte Kinder im Fall einer Erkrankung nur zu 23% hospitalisiert werden mussten. Bei ungeimpften Kindern betrug die Hospitalisierungsrate 61%.²⁵¹

Campylobacter

Campylobacterinfektionen treten vorrangig mit Beginn der Grillzeit auf. Hauptursache dafür ist der unsachgemäße Umgang mit dem Rohfleisch (unvollständiges Durcherhitzen, fehlendes Händewaschen nach dem Kontakt mit dem Fleisch) Eine Übertragung von Mensch zu Mensch wurde vom Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock noch nicht beobachtet.

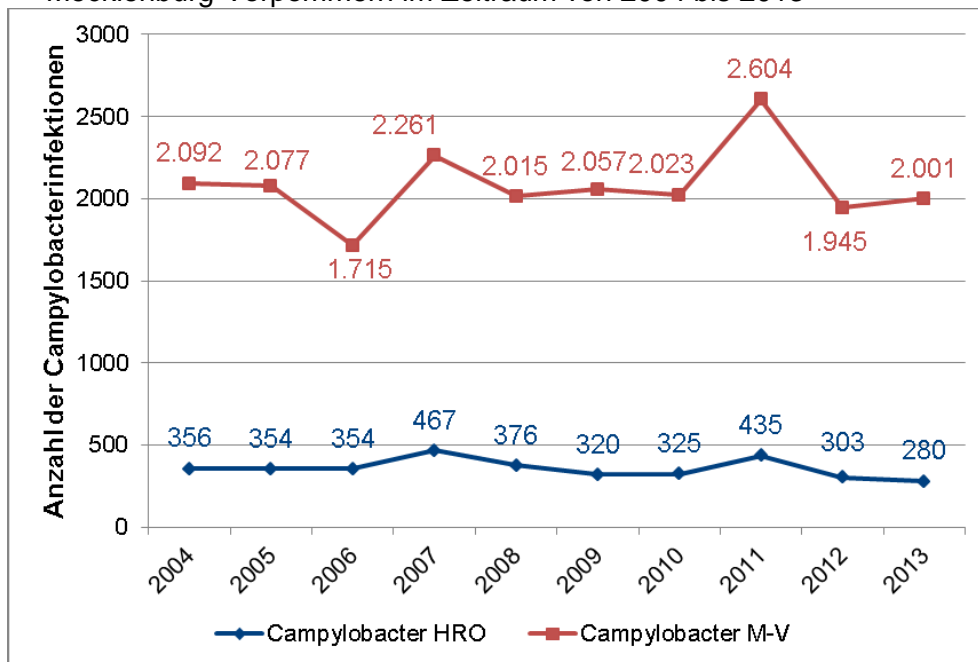
In der Abb. 3.2 werden die in Rostock und im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern im Zeitraum von 2004 bis 2013 gemeldeten Campylobacterinfektionen dargestellt. Über den Berichtszeitraum bleiben die Campylobacterinfektionen in der Hansestadt Rostock auf einem gleichbleibend hohen Niveau, in Mecklenburg-Vorpommern zeigen sich vereinzelt Schwankungen. (Abb. 3.2)

²⁴⁹ vgl. Epidemiologisches Bulletin 44/2012, 5. November 2012

²⁵⁰ vgl. ebd.

²⁵¹ Übermittlung der Ergebnisse der Studie von Frau Dr. Littmann (LAGuS) am 18.02.2015

Abbildung 3.2: Anzahl der gemeldeten Campylobacterinfektionen in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg-Vorpommern im Zeitraum von 2004 bis 2013



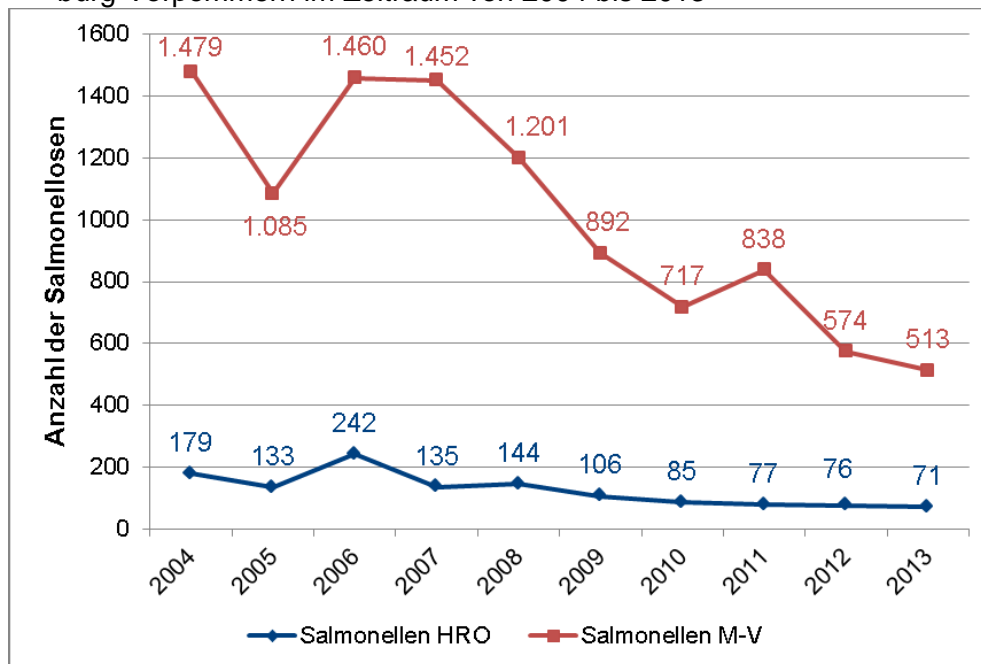
Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Robert Koch-Instituts (Stand: 31.12.2014)

Salmonellosen

Bei den Salmonellosen ist festzustellen, dass die gezielten Maßnahmen²⁵² in der Landwirtschaft zur Verminderung der Kontamination von tierischen Lebensmitteln mit Salmonellen offenbar greifen. Seit 2006 verringert sich die Zahl der Salmonellosen in der Hansestadt Rostock sowie im Bundesland systematisch. (Abb. 3.3)

²⁵² Um Salmonelleninfektionen vorzubeugen, wurden in der Landwirtschaft Verordnungen erlassen, die zur Vermeidung einer Kontaminierung beitragen. Dazu wurden bspw. die *Schweine-Salmonellen-Verordnung* (Verordnung zur Verminderung der Salmonellenverbreitung durch Schlachtschweine – SchwSalmoV) im Jahr 2007 sowie die *Geflügel-Salmonellen-Verordnung* (Verordnung zum Schutz gegen bestimmte Salmonelleninfektionen beim Haushuhn und bei Puten – GflSalmoV) im Jahr 2009 erlassen.

Abbildung 3.3: Anzahl der gemeldeten Salmonellosen in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg-Vorpommern im Zeitraum von 2004 bis 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Robert Koch-Instituts (Stand: 31.12.2014)

Im Jahr 2006 wurden in Rostock 242 Infektionen mit Salmonellen registriert. Seit 2010 werden jährlich zwischen 71 und 85 Nachweise an Salmonellen bei veranlassten Stuhluntersuchungen aufgrund einer Durchfallerkrankung erfasst. (Abb. 3.3) Die Beobachtungen bestätigen die Angaben des Bundesinstitutes für Risikobewertung (BfR) im Bericht „Erreger von Zoonosen in Deutschland 2011“. Zoonosen sind vom Tier auf den Mensch übertragene Erkrankungen. Die Übertragung erfolgt meist über Nahrungsmittel. Lebensmittel in Deutschland sind immer weniger mit Salmonellen belastet. Das BfR führt den Rückgang der bakteriellen Verunreinigungen auf konsequent durchgeführte Bekämpfungsprogramme in Tierbeständen und auf eine bessere Schlachthofhygiene zurück. In der Europäischen Union (EU) ist die Zahl der Salmonelleninfektionen durch Maßnahmen zur Kontrolle von Geflügelbeständen, Lebensmittelindustrie, Handel und Transport deutlich zurückgegangen. Der insgesamt geringere Infektionsdruck macht sich im Rückgang der an das RKI gemeldeten Salmonellenerkrankungen beim Menschen bemerkbar.

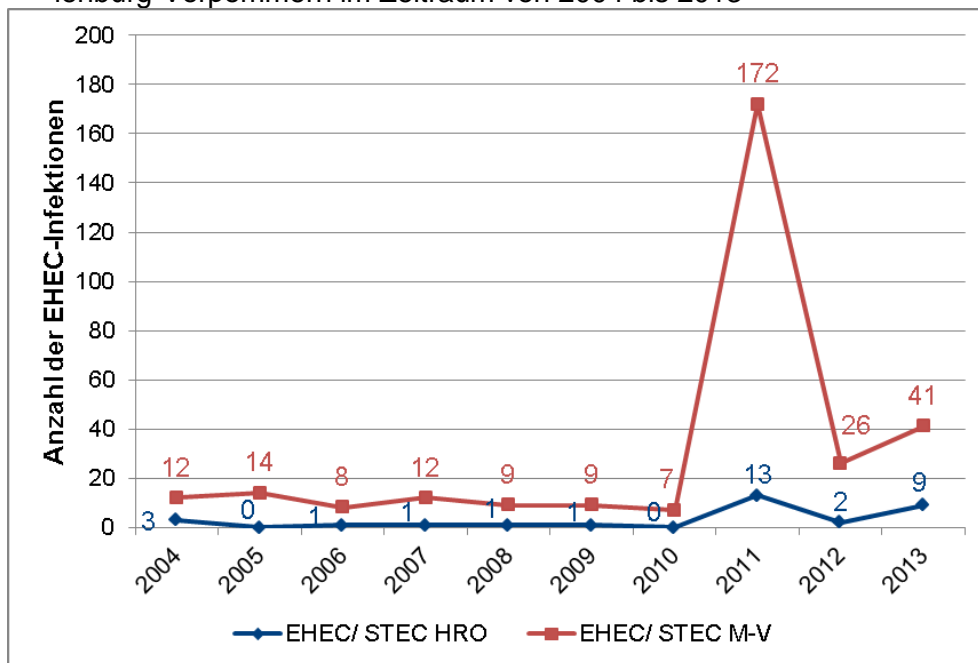
EHEC

Von Mai bis Juli 2011 ereignete sich in Deutschland ein großer Ausbruch von *EHEC-Gastroenteritis* (EHEC = Enterohämorrhagische Escherichia coli), verursacht durch den vorher wenig bekannten und sehr seltenen EHEC-Serotyp „O104:H4“. Mehr als 20% der Erkrankten entwickelten ein hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS). Dabei zerstören Bakteriengifte Blutzellen und es kommt zur Schädigung der Nierenfunktion eventuell bis zum Nierenversagen. Gemessen an der Zahl der gemeldeten HUS-Fälle handelte es sich um den größten bekannten derartigen Ausbruch weltweit. Als Infektionsquelle wurde der rohe Verzehr von aus Bockshornklee-Samen in Deutschland gezogenen Sprossen identifiziert, wobei es aber auch zu Folgefällen durch Mensch-

zu-Mensch-Übertragung oder andere, wahrscheinlich sekundär kontaminierte, lokale Lebensmittel kam. Die meisten Infektionen traten in Norddeutschland auf. Es handelte sich um den bisher größten Krankheitsausbruch durch EHEC-Infektionen in Deutschland und bezogen auf die Anzahl der HUS-Fälle um den größten, weltweit beschriebenen derartigen Ausbruch.²⁵³

Bei den Erkrankten handelte es sich überwiegend um Erwachsene. Dies steht im deutlichen Gegensatz zu den bisher in den Meldedaten beobachteten Erkrankungsfällen an EHEC-Gastroenteritis und HUS der letzten Jahre, als vor allem Kleinkinder betroffen waren. Unter den HUS-Patienten verstarben bundesweit 35 (4,1%) und unter den EHEC-Patienten mit Gastroenteritis 18 (0,6%). Erkrankungsfälle wurden aus allen Bundesländern berichtet, jedoch waren die fünf nördlichsten Bundesländer Hamburg, Schleswig-Holstein, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen am stärksten betroffen. Die Labornachweise von EHEC betragen 2011 in Mecklenburg-Vorpommern 172, davon waren 13 Nachweise in der Hansestadt Rostock. (Abb. 3.4)

Abbildung 3.4: Anzahl der gemeldeten EHEC-Infektionen in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg-Vorpommern im Zeitraum von 2004 bis 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Robert Koch-Instituts (Stand: 31.12.2014)

Es wurden damals viele Patienten in den Rostocker Kliniken behandelt, das waren aber nicht alle Rostocker Bürger. Die 13 Betroffenen aus Rostock waren Gäste in belieferten Restaurants außerhalb Rostocks. Andere befanden sich als Touristen, Arbeitnehmer oder Teilnehmer von Weiterbildungsveranstaltungen in den nördlichen Bundesländern, vor allem in Hamburg.

Seit dem Jahr 2011 steigt die Zahl der Meldungen von EHEC in Mecklenburg-Vorpommern und Rostock an, da die Labore durch Veranlassung der hoch sensibilisierten Ärzte viele Stuhlproben auf diese Erreger untersuchen. Bis 2010 wurde EHEC in Rostock gar nicht oder einmal jährlich gemeldet. Der häufigere Nachweis von EHEC seit 2011 ist allerdings selten mit einer ausgepräg-

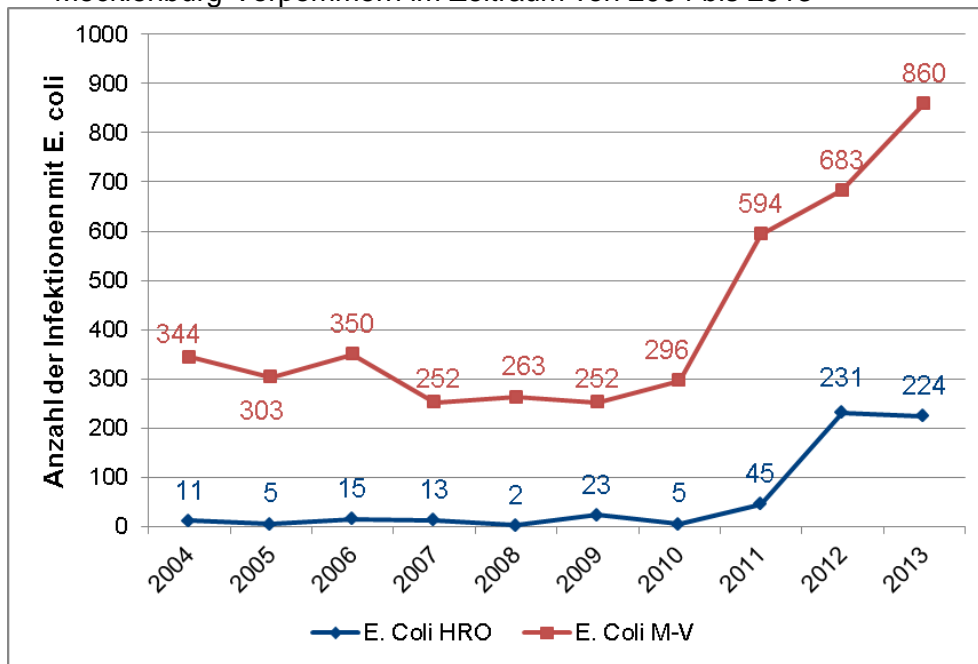
²⁵³ Angaben des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, Abt. Hygiene und Infektionsschutz

ten klinischen Symptomatik verbunden. Die meisten Nachweise betreffen wie in den Jahren vor 2011 vorwiegend Kinder bis zum 5. Lebensjahr. (Abb. 3.4)

E. coli

Im Jahr 2011 wurden in Mecklenburg-Vorpommern 564 Infektionen mit *E. coli* gemeldet, davon 45 in der Hansestadt. (Abb. 3.5)

Abbildung 3.5: Anzahl der gemeldeten Infektionen mit *E. coli* in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg-Vorpommern im Zeitraum von 2004 bis 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Robert Koch-Instituts (Stand: 31.12.2014)

Inzidenzen meldepflichtiger Durchfallerkrankungen in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg-Vorpommern (Stand 31.12.2013) im Vergleich

Beim Vergleich der Erkrankungen an bakteriellen und viralen Gastroenteritiden fällt auf, dass im beschriebenen Zeitraum die meldepflichtigen Durchfallerkrankungen in Rostock einen ähnlichen Verlauf wie in Mecklenburg-Vorpommern hatten, allerdings unterscheiden sich die Erkrankungszahlen.²⁵⁴

Die Anzahl von 714 durch den *Norovirus* Erkrankten in Rostock im Jahr 2013 entspricht einer Inzidenz von 351 je 100.000 Einwohner. Die durchschnittliche Neuerkrankungsrate durch den *Norovirus* des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern lag im Jahr 2013 mit 305 je 100.000 Einwohner niedriger.

²⁵⁴ Nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern

Die Anzahl von 192 durch den *Rotavirus* - Erkrankten im Jahr 2013 entspricht einer Inzidenz von 94 je 100.000 Einwohner in Rostock, während in Mecklenburg-Vorpommern die Inzidenz an Rotavirus-Erkrankungen mit 119 je 100.000 Einwohner höher lag.²⁵⁵

Bei den Infektionen mit *Campylobacter* betrug 2013 die Inzidenz 138 Erkrankungen je 100.000 Einwohner in Rostock und lag über der durchschnittlichen Inzidenz im Land von 125 Erkrankungen je 100.000 Einwohner.²⁵⁶

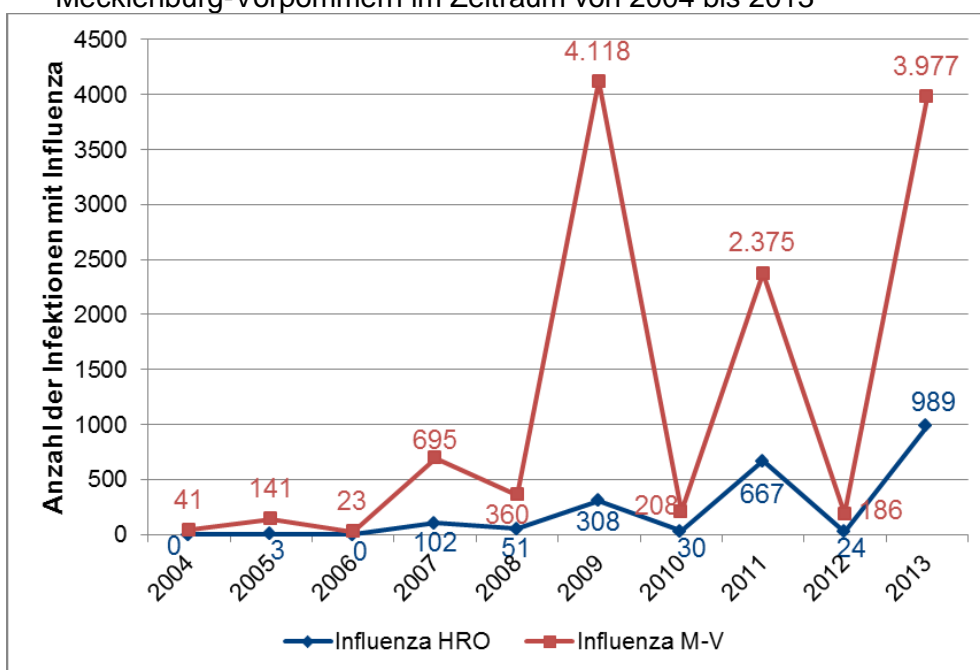
Die *Salmonellosen* entsprechen mit 35 Erkrankungen je 100.000 Einwohner in Rostock im Jahr 2013 etwa der Inzidenz von Mecklenburg-Vorpommern mit 32 Erkrankungen je 100.000 Einwohner.

3.1.2 Weitere meldepflichtige Infektionskrankheiten/ impfpräventable Erkrankungen

Influenza

Durch die Meldung von Erkrankungen kann auch die Effektivität von Schutzimpfungen zur Infektionsprävention überprüft werden. Es gibt allerdings in Deutschland keine Impfpflicht. Ein infektiologisch bedeutendes Ereignis spielte 2009 die ausgerufene Pandemie mit der Neuen *Influenza A* (H1N1). In Rostock wurden 2009 308 Infektionen gemeldet und in Mecklenburg-Vorpommern 4.118.

Abbildung 3.6: Anzahl der gemeldeten Infektionen mit Influenza in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg-Vorpommern im Zeitraum von 2004 bis 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Robert Koch-Instituts (Stand: 31.12.2014)

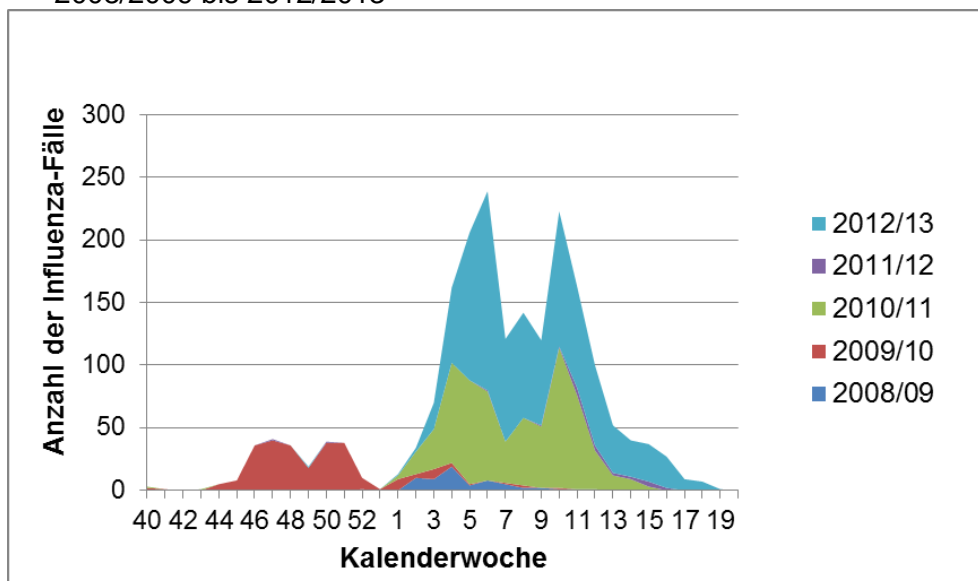
²⁵⁵ Berechnungen des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, Abt. Hygiene und Infektionsschutz
²⁵⁶ ebd.

Die Inzidenz betrug in Rostock 153 Erkrankungen je 100.000 Einwohner und lag unter der durchschnittlichen Inzidenz von 249 Erkrankungen je 100.000 Einwohner im Land Mecklenburg-Vorpommern.²⁵⁷ Im Vergleich dazu betrug im Jahr 2013 in der Hansestadt Rostock die Inzidenz 486 Erkrankungen je 100.000 Einwohner, bedingt durch eine starke Influenzawelle der Saison 2012/2013, während diese im Land Mecklenburg-Vorpommern erneut 249 Erkrankungen je 100.000 Einwohner erreichte. Dies kann durch die Ballung der Bevölkerung in der Stadt bedingt sein. In den ländlichen Räumen ist die Wahrscheinlichkeit der Übertragung von Influenzaviren geringer.²⁵⁸

Die Influenza ist eine saisonale Infektion, die hauptsächlich im Zeitraum November des Vorjahres bis zum April des Folgejahres beobachtet wird. Deshalb können die absoluten Erkrankungszahlen eines Kalenderjahres keine Aussage zu einer Influenzasaison treffen. Eine Erfassung der Influenzaerkrankungen saisonal (40. Kalenderwoche des Vorjahres bis 20 Kalenderwoche des Folgejahres) stellt die Erkrankungszahlen optimal dar.

In der Abb. 3.7 wird ein saisonaler Verlauf einer Influenza über den Zeitraum von 2008 bis 2013 in der Hansestadt Rostock dargestellt.

Abbildung 3.7: Saisonaler Verlauf einer Influenza in der Hansestadt Rostock über die Jahre 2008/2009 bis 2012/2013



Quelle: Darstellung des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, Abt. Hygiene und Infektionsschutz nach Daten des Robert Koch-Instituts

In der Abb. 3.7 wird deutlich, dass während der Pandemie²⁵⁹ 2009 die Erkrankungswelle bereits in der 45. Kalenderwoche begann. In der Saison 2010/11 und 2012/13 hatte die Hansestadt Rostock eine wesentlich höhere Krankheitslast an Influenza registriert als im Jahr 2009.

²⁵⁷ Berechnungen des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, Abt. Hygiene und Infektionsschutz

²⁵⁸ ebd.

²⁵⁹ Eine Pandemie beschreibt eine örtlich nicht beschränkte Ausbreitung einer Infektionskrankheit. Die Reichweite einer Pandemie ist somit länder- und kontinentübergreifend.

An der „Influenza–Surveillance“ des Landesamtes für Gesundheit und Soziales nehmen sechs niedergelassene Arztpraxen der Hansestadt Rostock teil. Außerdem wurde seit 2005 ein Überwachungssystem in Kindertagesstätten des Landes Mecklenburg-Vorpommern aufgebaut. Von der 40. Kalenderwoche des Vorjahres bis zur 15. Kalenderwoche des Folgejahres wird in den beteiligten Kindertagesstätten wöchentlich die Erkrankungsrate an akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) erfasst. Die Zahlen der gemeldeten Erkrankungen werden als Indikator genutzt, um anhand der Ausbreitung von Atemwegserkrankungen die Entwicklung einer Influenza zu erkennen und Hinweise auf eine sich entwickelnde Pandemie frühzeitig zu erhalten.

Die Influenzawellen zeigen, dass die meisten Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter auftreten. Deshalb gibt es seit 2013 eine Empfehlung der STIKO zur Impfung von Kindern und Jugendlichen gegen Influenza. Anfangs nahmen an der ARE-Surveillance zwischen sieben und elf Kindertagesstätten jährlich teil, derzeit beteiligen sich nur noch sechs Einrichtungen. Die Teilnahme ist freiwillig und die Kindertagesstätten bzw. die Träger werden jährlich durch das Gesundheitsamt angeschrieben. Sie erhalten nach der Teilnahme eine Urkunde, welche in der Kindertagesstätte aushängt werden kann. Als Begründung für die Nichtwiederteilnahme an der Surveillance wird Personalmangel angegeben.²⁶⁰

Masern

Masern traten in der Hansestadt Rostock zweimal in den Jahren 2007 und 2011 als Einzelinfektion auf. Der Impfschutz ist die wirksamste Prävention.

Meningokokken

Durch *Meningokokken* bedingte Erkrankungen als Hirnhautentzündung bzw. septische Komplikation treten in der Hansestadt Rostock selten auf. Im Jahr 2006 wurden mit 5 Einzelinfektionen und im Jahr 2011 mit 3 Meningitiserkrankungen die höchsten Anzahlen im Zeitraum 2004 bis 2013 gemeldet, darunter ein Todesfall im Jahr 2011. Sonst wurden jährlich 1 bis 2 Infektionen gemeldet. In den Jahren 2009, 2010 und 2012 trat in Rostock keine Meningokokkenmeningitis auf. Im oben benannten Zeitraum gab es in der Hansestadt Rostock keine Häufungen an bakterieller Meningitis. Eine Meningitis kann sehr dramatisch verlaufen, deshalb ist diese Infektion immer mit einer hohen öffentlichen Aufmerksamkeit verbunden. Eine Gefährdung für Meningokokkenmeningitis besteht bei sehr engen Kontakten, sogenannten „face to face“-Kontakten, vorwiegend saisonal im Winter und Frühjahr.

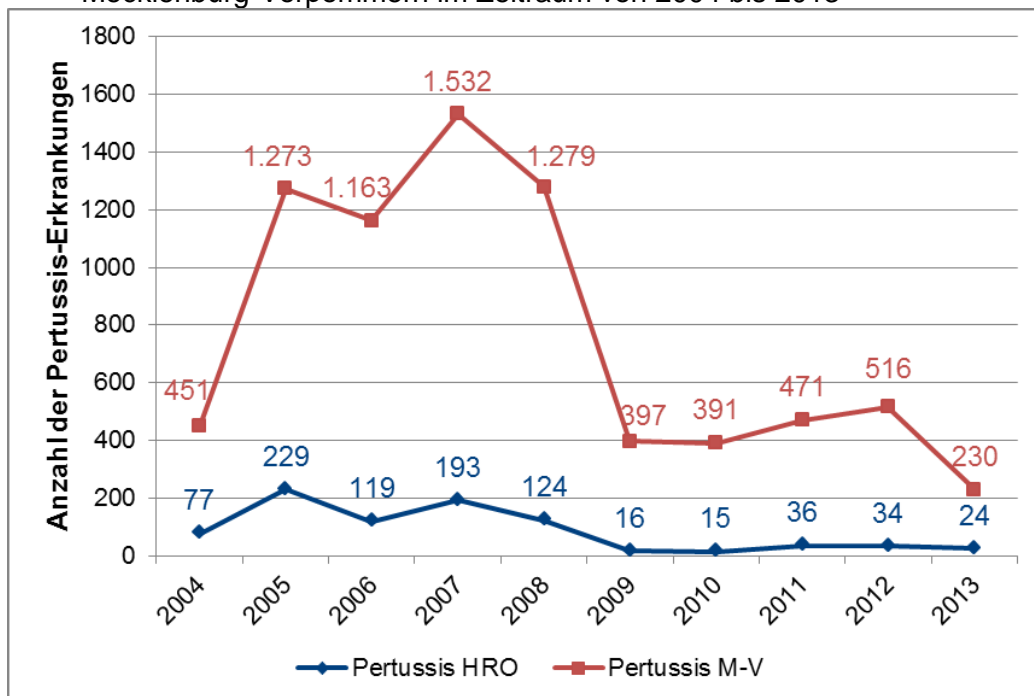
Keuchhusten (Pertussis)

Keuchhusten ist eine hoch ansteckende Infektionskrankheit, die auf dem Luftwege (aerogen) übertragen wird. Keuchhusten wurde erst am 29.03.2013 nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtig. Gemäß landesspezifischer Meldeverordnung bestand davor bereits in Mecklenburg-Vorpommern eine Meldepflicht und die Daten lagen dem RKI seit 2002 vollständig vor. Seit 2002

²⁶⁰ Antworten auf telefonische Nachfragen durch das Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, Abt. Hygiene und Infektionsschutz, bei Nichtwiederteilnahme

wurde ein Anstieg der Erkrankungsrate an Keuchhusten in der Altersklasse 5 bis 15 Jahre in den neuen Bundesländern beobachtet. Deshalb wurde auf der 53. Sitzung der STIKO 2006 empfohlen, die Auffrischimpfung gegen Tetanus und Diphtherie im Alter von 5 bis 6 Jahren durch eine Auffrischimpfung gegen Tetanus- Diphtherie – Keuchhusten zu ersetzen. Seit 2005 sollte bei Frauen mit Kinderwunsch überprüft werden, ob ein adäquater Immunschutz gegen Pertussis für enge Haushaltskontaktpersonen und Betreuer eines Neugeborenen besteht und der Impfschutz aktualisiert ist.²⁶¹ Da die Krankheitslast nicht wesentlich abnahm, wurde im Februar 2009 die Empfehlung gegeben, die bestehenden Indikationsimpfungen zu erweitern. Jeder Erwachsene sollte einmalig zusammen mit der nächsten fälligen Tetanus-Diphtherieimpfung gegen Keuchhusten geimpft werden.²⁶² Der Erfolg dieser Regelungen spiegelt sich in den absoluten Erkrankungszahlen an Pertussis in Mecklenburg-Vorpommern und in der Hansestadt Rostock anhand der Abb. 3.8 wider. In dieser sind die gemeldeten Infektionen mit Pertussis in Rostock und im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern im Berichtszeitraum dargestellt.

Abbildung 3.8: Anzahl der gemeldeten Infektionen mit Pertussis in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg-Vorpommern im Zeitraum von 2004 bis 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Robert Koch-Instituts (Stand: 31.12.2014)

Wurden in Mecklenburg-Vorpommern 2007 1.532 Pertussis-Erkrankungen gemeldet, so waren es 2013 nur noch 230 erfasste Infektionen. In Rostock registrierte der Infektionsschutz im Jahr 2005 die höchste Erkrankungszahl mit 229 Fällen. Seit 2009 wurden 16 bis 36 Erkrankungen pro Jahr erfasst. (Abb. 3.8)

²⁶¹ vgl. Epidemiologisches Bulletin 3/2006, 20. Januar 2006.

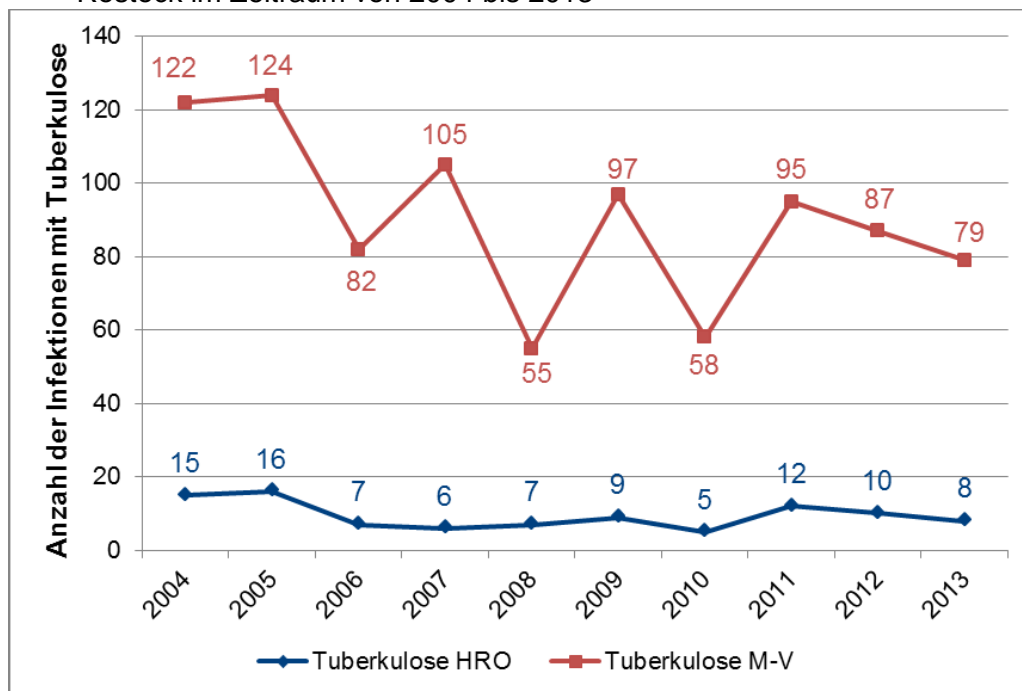
²⁶² vgl. Epidemiologisches Bulletin 31/2009, 3. August 2009.

Tuberkulose

Die Tuberkulose trat im Jahr 2005 mit 16 gemeldeten Fällen am häufigsten auf. Sonst bewegen sich die Zahlen zwischen 6 und 12 Fällen pro Jahr. Bei den gemeldeten Fällen einer offenen Lungentuberkulose werden Umgebungsuntersuchungen bei Kontaktpersonen (Familienmitglieder, Wohngemeinschaft, Pflegepersonal, Sportgemeinschaft, Chor usw.) durchgeführt, um Infektionsquellen oder Neuinfektionen ermitteln zu können.

In der Abb. 3.9 werden die gemeldeten Fälle von Tuberkulose in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg Vorpommern für den Berichtszeitraum 2004 bis 2013 veranschaulicht.

Abbildung 3.9: Anzahl der gemeldeten Fälle mit Tuberkulose und Pertussis in der Hansestadt Rostock im Zeitraum von 2004 bis 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Robert Koch-Instituts (Stand: 31.12.2014)

Hepatitis A

Die Virushepatitis A gilt in der Hansestadt Rostock im Wesentlichen als Reisekrankheit. Sie wird auf fäkal-oralen Weg übertragen. Sie tritt nur vereinzelt auf. Im Zeitraum 2004 bis 2013 erfasste der Infektionsschutz in Rostock insgesamt 15 Fälle. In den Jahren 2007, 2008 und 2011 wurden keine Infektionen registriert. Im Jahr 2009 wurde mit 4 Einzelinfektionen die höchste Erkrankungszahl erreicht. Der Hepatitis A kann man mit einer sehr wirksamen Schutzimpfung vorbeugen. Viele gesetzliche Krankenkassen übernehmen inzwischen teilweise oder komplett die Finanzierung der Reiseschutzimpfung.

Hepatitis B

Für die Abwendung einer Ansteckung mit Hepatitis B gilt als zuverlässigster Schutz eine aktive Impfung dagegen. Bereits seit dem Jahr 1995 wird eine Hepatitis B-Impfung durch die STIKO für Säuglinge und Kleinkinder sowie Jugendliche ab der Pubertät bis zum 18. Lebensjahr, vorausgesetzt es wurde bis dahin noch nicht geimpft, angeraten. Die Empfehlung der STIKO schließt darüber hinaus Risikogruppen wie medizinisches Personal, Dialyse-Patienten, männliche Homosexuelle, Drogensüchtige und Prostituierte mit ein. Hinzukommend wird durch die STIKO vor großen Operationen, bei denen Blutübertragungen wahrscheinlich werden, eine Hepatitis B-Impfung empfohlen.²⁶³ Vor Fernreisen kann vor allem bei chronisch kranken Personen eine Impfung in Betracht gezogen werden. Die Hepatitis B-Impfung ist Kassenleistung bei Kindern, Jugendlichen und Personen, die einer Risikogruppe angehören. Einige Kassen erstatten bei Erwachsenen die Kosten einer Reiseimpfung als Satzungsleistung. Bei beruflicher Indikation trägt der Arbeitgeber für den Impfschutz die Kosten.

Tabelle 3.3: Anzahl der gemeldeten Infektionen mit Hepatitis B in der Hansestadt Rostock im Zeitraum von 2004 bis 2013

Jahr	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Hepatitis B	4	7	2	1	0	1	2	1	1	2

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Robert Koch-Instituts (Stand: 31.12.2014)

In der Hansestadt Rostock wurden 2005 7 Einzelinfektionen erfasst. Seit 2006 wurden jährlich keine bis 2 Erkrankungen mit Hepatitis B gemeldet. Die Infektion mit Hepatitis B ist eine der seltensten Infektionen in Rostock.²⁶⁴

3.1.3 Sexuell übertragbare Infektionen bzw. Blutkontaktinfektionen

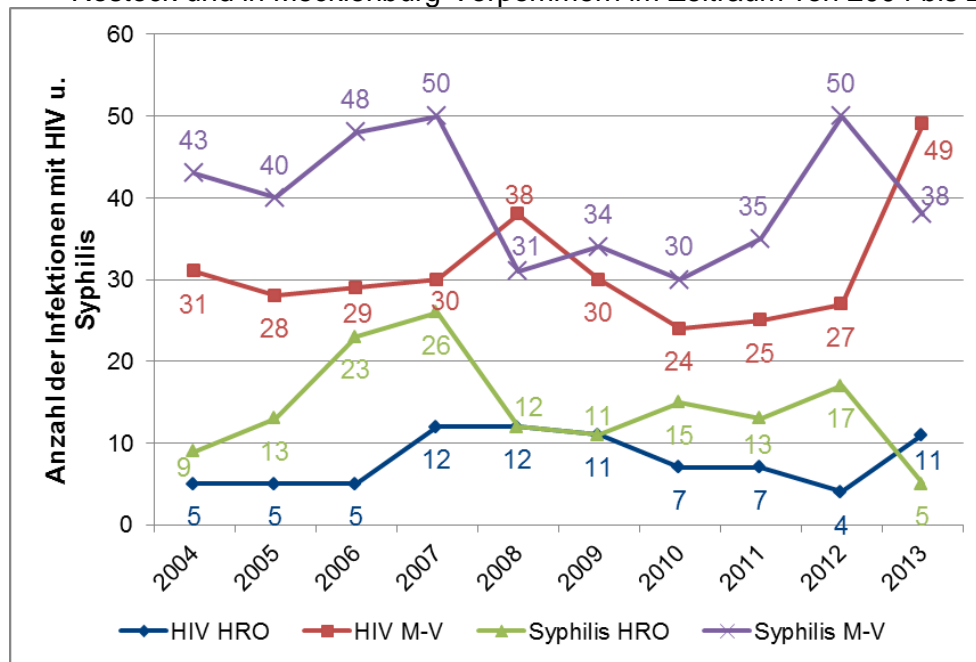
Im Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock steht eine Beratungsstelle für sexuell übertragbare Erkrankungen als Dienstleistung für die Bevölkerung zur Verfügung. Neben dem aufklärenden und beratenden Angebot, können sich die Bürger kostenfrei und anonym auf *HIV* und *Syphilis* testen lassen. Die Kosten für die Untersuchungen trägt das Land Mecklenburg-Vorpommern. Die Diagnostik erfolgt im Landesamt für Gesundheit und Soziales. Die Meldung des Nachweises der Infektionen erfolgt seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes 2001 direkt und nichtnamentlich an das Robert Koch-Institut.

²⁶³ vgl. BVF u. DGGG 2015

²⁶⁴ Angaben des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, Abt. Hygiene und Infektionsschutz

In der Abb. 3.10 werden die gemeldeten HIV- und Syphilis-Fälle in der Hansestadt Rostock und im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern im Berichtszeitraum dargestellt.

Abbildung 3.10: Anzahl der gemeldeten Infektionen mit HIV und Syphilis in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg-Vorpommern im Zeitraum von 2004 bis 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Robert Koch-Instituts (Stand: 31.12.2014)

Der Verlauf der gemeldeten HIV- und Syphilis-Erkrankungen ist im Berichtszeitraum in der Hansestadt Rostock und im Bundesland nahezu gleich. Durchschnittlich wurden im Zeitraum von 2004 bis 2013 in Rostock jährlich 5 bis 26 Syphilisfälle registriert. Auffällig waren erhöhte Infektionszahlen in den Jahren 2006 und 2007. (Abb. 3.10)

Am häufigsten werden HIV und Syphilis bei Männern nachgewiesen, die Sex mit Männern (MSM) haben. Hintergrund dafür ist die in den letzten Jahren gestiegene Testbereitschaft in dieser Risikogruppe. Die zunehmende Testbereitschaft ist das Ergebnis einer guten Aufklärungsarbeit und zeigt eine Erhöhung der Sensibilisierung in dieser Risikogruppe, bei auftretenden Symptomen eine Diagnostik durchführen zu lassen. Bei den heterosexuellen Personen wird oft das Risiko einer Übertragung von Erregern durch sexuelle Kontakte zurückhaltend betrachtet. Inzwischen gibt es aber Partner, die sich vor einer festen Bindung gemeinsam testen lassen. Kritisch zu werten ist der Umgang der Altersklassen über 40 Jahre mit sexuell übertragbaren Infektionen. Viele von Ihnen sehen kein Risiko hinsichtlich sexuell übertragbarer Infektionen, da diese oft als Erkrankungen der jüngeren Generation angesehen werden.

Seit 2013 steigt in der Hansestadt Rostock gleichermaßen wie im Land Mecklenburg-Vorpommern die Zahl der Neuinfektionen mit HIV an. Aufgrund einer erhöhten Übertragungswahrscheinlichkeit von HIV durch HIV-positive Patienten mit gleichzeitig vorliegender Syphilis-Infektion, wie auch ei-

ner erhöhten Empfänglichkeit für HIV bei einer nicht HIV-infizierten Person, kommt einer frühzeitigen Diagnose und Behandlung von Syphilis-Infektionen eine hohe Bedeutung zu.²⁶⁵

3.1.4 Multiresistente Bakterien

MRSA

Der Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) stellt in den letzten Jahren ein neues Problem im Infektionsschutz dar. In Deutschland wird ein Anstieg dieser multiresistenten Erreger, vor allem als Krankenhauskeim, beobachtet. Momentan tritt MRSA unter verschiedenen Risikogruppen in der Bevölkerung als „Hospital-assoziiertes MRSA“, „Community-assoziiertes MRSA“ und „Livestock-assoziiertes MRSA“ auf.

Den „Hospital-assoziierten“ MRSA weisen vorwiegend Patienten mit häufigem Kontakt zu Einrichtungen des Gesundheitswesens auf. Diese Patienten haben klassische MRSA-Risiken wie Antibiotikabehandlung, invasive medizinische Eingriffe und multiple Grunderkrankungen. Der Krankenhauskeim bereitet zunehmend Probleme in der Behandlung von Patienten. Die Resistenzentwicklung wurde vorwiegend durch den nicht gezielt erfolgenden Einsatz von Antibiotika und die häufigere Verwendung von Breitbandantibiotika induziert.

Der „Community-assoziierte MRSA“ tritt bei Personen unabhängig von einem vorausgehenden Kontakt zu Gesundheitseinrichtungen auf. Diese Personen haben keine Probleme hinsichtlich der Immunabwehr, haben keine chronischen Grunderkrankungen und sind oft wesentlich jünger. Die Verbreitung erfolgt von Mensch zu Mensch, aber auch von Flächen auf den Menschen z. B. im Freizeitbereich bzw. bei beengter Unterbringung.

Besiedlungen und ambulant erworbene Infektionen mit dem „Livestock-assoziierten MRSA“ treten bei Personen mit unmittelbarem Kontakt zur kommerziellen Massentierhaltung/ Tiermast auf.²⁶⁶ Im Juli 2009 wurde die Labormeldepflicht des direkten Nachweises von MRSA in Liquor und Blutkulturen eingeführt. Seitdem wurden in der Hansestadt Rostock jährlich 7 bis 15 Infektionen erfasst. In den Jahren 2009 bis 2013 wurden keine Häufungen an MRSA in den Kliniken Rostocks beobachtet.

²⁶⁵ vgl. Epidemiologisches Bulletin 50/2014, 15. Dezember 2014

²⁶⁶ vgl. Epidemiologisches Bulletin 21/2013, 27. Mai 2013

3.1.5 Handlungsempfehlungen und Schlussfolgerungen

Die Erfassung und Bewertung der Daten von Infektionen in der Hansestadt Rostock sind Voraussetzung, um Trends der Entwicklung und Organisation von Abwehrmaßnahmen gegenüber Infektionserkrankungen zu erkennen. Eine Abnahme der Erkrankungszahlen spiegelt auch die Effektivität von Vorsorgemaßnahmen in der Bevölkerung wider. Zu diesen zählen unter anderem besondere Maßnahmen zur Herstellung sicherer tierischer Lebensmittel, die Änderung und Anpassung von Impfempfehlungen an die aktuelle epidemiologische Situation oder Maßnahmen der gezielten Anwendung von Antibiotika, um der Entwicklung einer Multiresistenz von Bakterien vorzubeugen. So konnten in den vergangenen zehn Jahren in Rostock Hepatitis B Infektionen, Keuchhusten und Salmonellosen zurückgedrängt werden.

Eine herausfordernde Aufgabe bleibt die Senkung der Häufungen an Infektionen in Gemeinschaftseinrichtungen, vor allem in Alten- und Pflegeheimen. Dies ist nur möglich durch die korrekte Umsetzung der in den Einrichtungen etablierten Hygienepläne, vor allem während der Saison für Magen-Darm-Infektionen und in der Influenzasaison. Hierbei sollte besonderes Augenmerk auf die ausreichende personelle Ausstattung von Pflegeeinrichtungen gelegt werden.

In Zukunft wird die Meldepflicht für multiresistente Erreger (MRE) im Infektionsschutzgesetz erweitert. Ziel ist es, die Situation in medizinischen Einrichtungen besser einschätzen zu können und auf der Grundlage der Anpassung der Antibiotikatherapie das weitere Auftreten von Multiresistenzen zu verringern. Durch die Schaffung von regionalen MRE-Netzwerken soll die Kommunikation zwischen Kliniken, ambulanten medizinischen Einrichtungen sowie Alten- und Pflegeheimen verbessert werden, um einer Verbreitung von MRE entgegen zu wirken.

Die Neuinfektionen mit HIV stiegen von 12 im Jahr 2013 auf 23 im Jahr 2014. Auffällig ist der Anstieg der Syphiliszahlen im gleichen Zeitraum von 7 auf 52 diagnostizierte Fälle. Da die Infektion mit Syphilis die Anfälligkeit für HIV erhöht, ist es notwendig, die Neuinfektionen mit Syphilis rechtzeitig zu erkennen, um eine entsprechend qualifizierte fachärztliche Behandlung einzuleiten und damit einer Übertragung innerhalb der Bevölkerung entgegenzuwirken. Der Aufrechterhaltung der Aufklärungsarbeit auf dem Gebiet der sexuell übertragbaren Infektionen (engl.: sexually transmitted infection (STI)), auch durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst, kommt eine hohe Bedeutung zu. Das niedrigschwellige und kostenfreie Angebot zur Untersuchung auf STI und HIV muss bestehen bleiben.

Die Umsetzung der Aufgaben des Infektionsschutzes und die Realisierung neuer bevorstehender Herausforderungen setzen eine gute Qualifikation der Mitarbeiter sowie eine ausreichende personelle Ausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes voraus. Auch in den Gemeinschaftseinrichtungen sowie medizinischen Versorgungsbereichen können die allgemeinen Forderungen der Hygiene nur durch eine angepasste Personalausstattung realisiert werden. Die korrekte Umsetzung eines umfassenden Hygieneregimes erfordert ausreichend Zeit für das Personal und eine ausreichende finanzielle Berücksichtigung bei der Organisation von materiellen Vorhaltungen. Aufklärung, hygienisches Verhalten und Impfschutz können zur Minimierung von Infektionen beitragen.

3.2 Sterblichkeit und Todesursachen

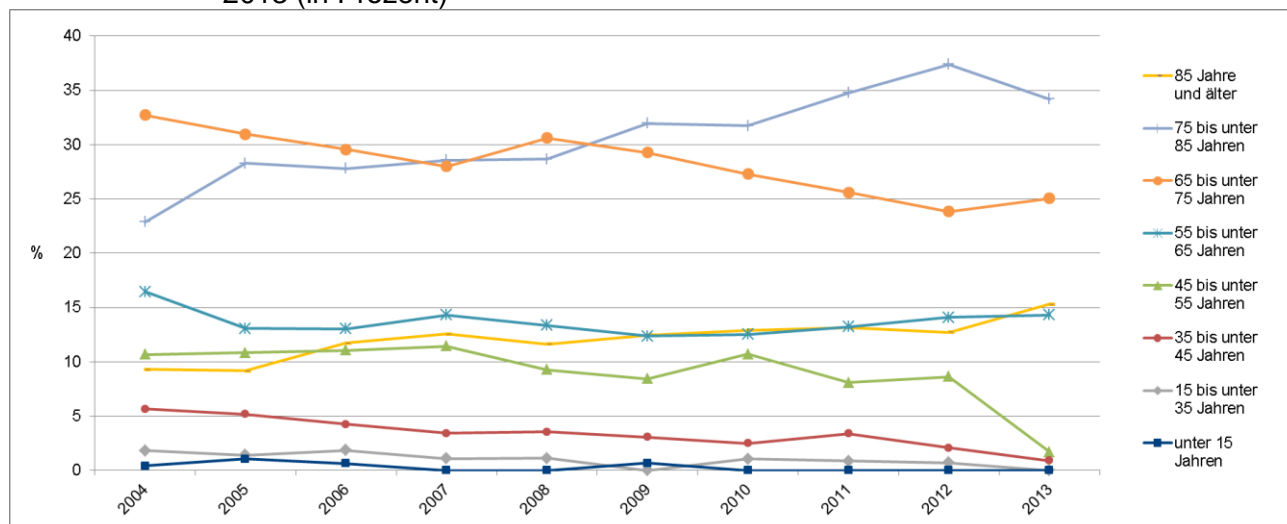
Anica Stürtz

Daten zur Sterblichkeit und zu Todesursachen tragen dazu bei, die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und deren Entwicklung beurteilen zu können. Für die Darstellung und Untersuchung des Sterbegeschehens und der Todesursachenstruktur lassen sich verschiedene Kennziffern heranziehen.²⁶⁷ Im folgenden Unterkapitel wird auf ausgewählte Kennziffern – auf die Sterblichkeit nach Geschlecht und Alter, auf die Säuglingssterblichkeit und auf die Sterblichkeit nach Todesursachen – eingegangen.

3.2.1 Sterblichkeit nach Geschlecht und Alter

In den nachfolgenden Abbildungen werden die Anteile der verstorbenen Männer (Abb. 3.11) und Frauen (Abb. 3.12) der Hansestadt Rostock nach dem Alter im Berichtszeitraum 2004 bis 2013 dargestellt.

Abbildung 3.11: Verstorbene Männer in der Hansestadt Rostock nach Altersgruppen 2004 bis 2013 (in Prozent)



Quelle: Eigene Berechnungen²⁶⁸ und Darstellung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern.

Den größten Anteil an den verstorbenen Männern hatte von 2004 bis 2006 in Rostock die Altersgruppe der 65- bis unter 75-Jährigen. 2007 waren die Anteile der Altersgruppe der 65- bis unter 75-Jährigen an den gestorbenen Männern fast genauso hoch (28%) wie die Anteile der Altersgruppe der 75- bis unter 85-Jährigen (28,6%) an den gestorbenen Männern. Während im Jahr 2008 der Anteil der Männer im Alter von 65 bis unter 75 Jahren an allen Gestorbenen mit 30,6% wiederholt anstieg, nahm dieser in den Folgejahren kontinuierlich ab und erhöhte sich 2013 wiederholt leicht. Hingegen stieg der Anteil an den gestorbenen Männern der Altersgruppe der 75- bis

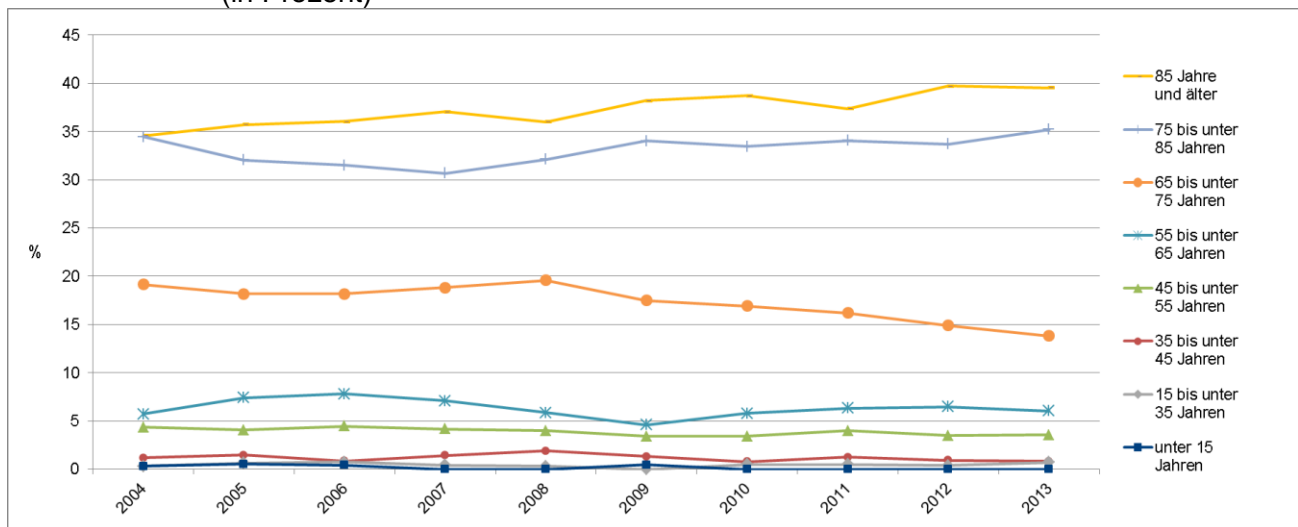
²⁶⁷ vgl. RKI 2011: 7

²⁶⁸ In einigen Altersgruppen werden aus Datenschutzgründen keine Angaben zu der Anzahl der Verstorbenen gemacht. Aus diesem Grunde sind Abweichungen in den Anteilen möglich.

unter 85-Jährigen ab 2007 bis 2012 beständig und verringerte sich 2013 leicht. Weiterhin hat sich im Berichtszeitraum der Anteil der Männer im Alter von 85 Jahren und älter an den Gestorbenen kontinuierlich erhöht und im Jahr 2013 mit 15,3% einen vorläufigen Höchststand erreicht. (Abb. 3.11)

Bei den Frauen lagen die Anteile der Altersgruppe der 85-Jährigen und älteren an den Gestorbenen deutlich über denen der Männer. Über den gesamten Berichtszeitraum waren die Anteile an allen gestorbenen Frauen dieser Altersgruppe am höchsten (2004: 34,6%, 2013: 39,5%), gefolgt von den Anteilen der Altersgruppe der 75- bis unter 85-Jährigen Frauen. (Abb. 3.12) Entsprechend wurden die Rostocker Frauen stets älter als die Männer. Dieser Trend zeigt sich auch landes- und bundesweit.

Abbildung 3.12: Verstorbene Frauen in der Hansestadt Rostock nach Altersgruppen 2004 bis 2013 (in Prozent)



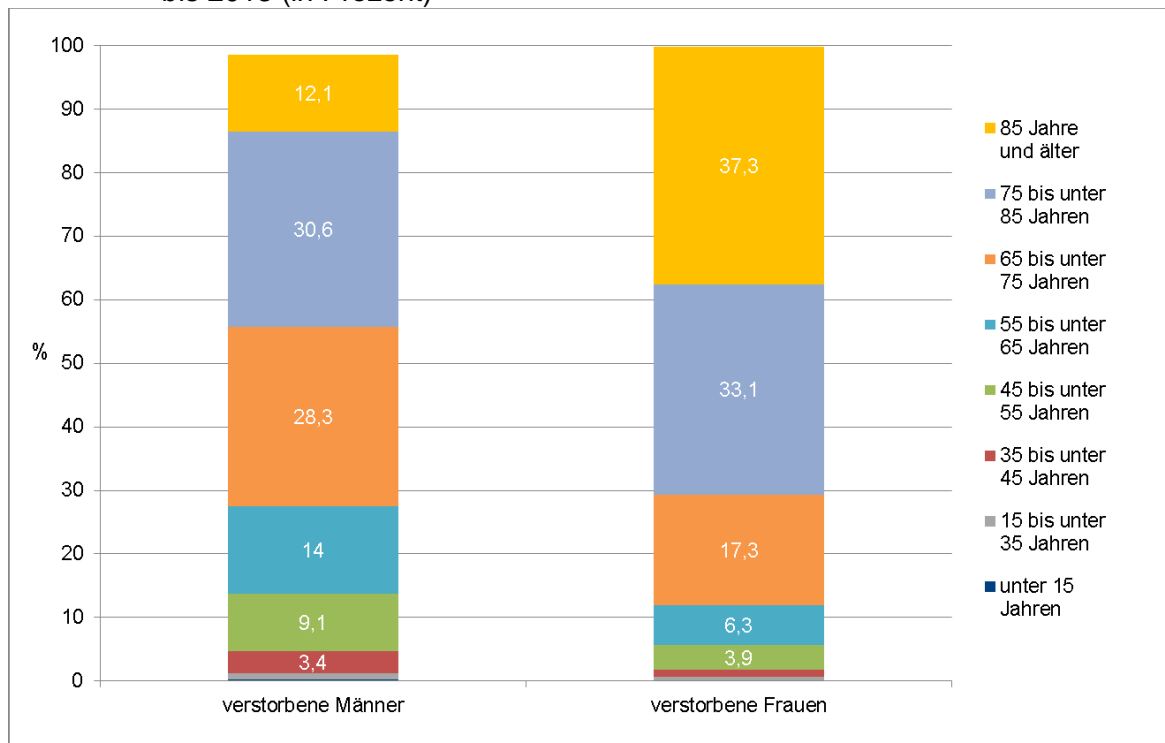
Quelle: Eigene Berechnungen²⁶⁹ und Darstellung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern.

In der Abbildung 3.13 werden die in der Hansestadt Rostock Verstorbenen nach dem Geschlecht und dem Alter zusammengefasst (Durchschnittswerte der Jahre 2004 bis 2013 dargestellt).

Dabei zeigt sich erneut, dass die Sterblichkeit der Rostocker Frauen im Vergleich zu den Rostocker Männern zu einem deutlich höheren Anteil in den Altersgruppen der 85-Jährigen und älteren sowie der 75- bis unter 85-Jährigen lag. Dagegen waren die Anteile der darunter liegenden Altersgruppen der 65- bis unter 75- Jährigen, der 55- bis 65-Jährigen und der 45- bis 55-Jährigen bei der Sterblichkeit sichtlich höher als die der Frauen. (Abb. 3.13)

²⁶⁹ In einigen Altersgruppen werden aus Datenschutzgründen keine Angaben zu der Anzahl der Verstorbenen gemacht. Aus diesem Grunde sind Abweichungen in den Anteilen möglich.

Abbildung 3.13: Verstorbene in der Hansestadt Rostock nach Altersgruppen und Geschlecht 2004 bis 2013 (in Prozent)



Quelle: Eigene Berechnungen²⁷⁰ und Darstellung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern.

3.2.2 Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit gilt als eine allgemeine Kenngröße zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Darüber hinaus zählt sie zu den bedeutendsten Indikatoren zur Bewertung der medizinischen Versorgung.²⁷¹

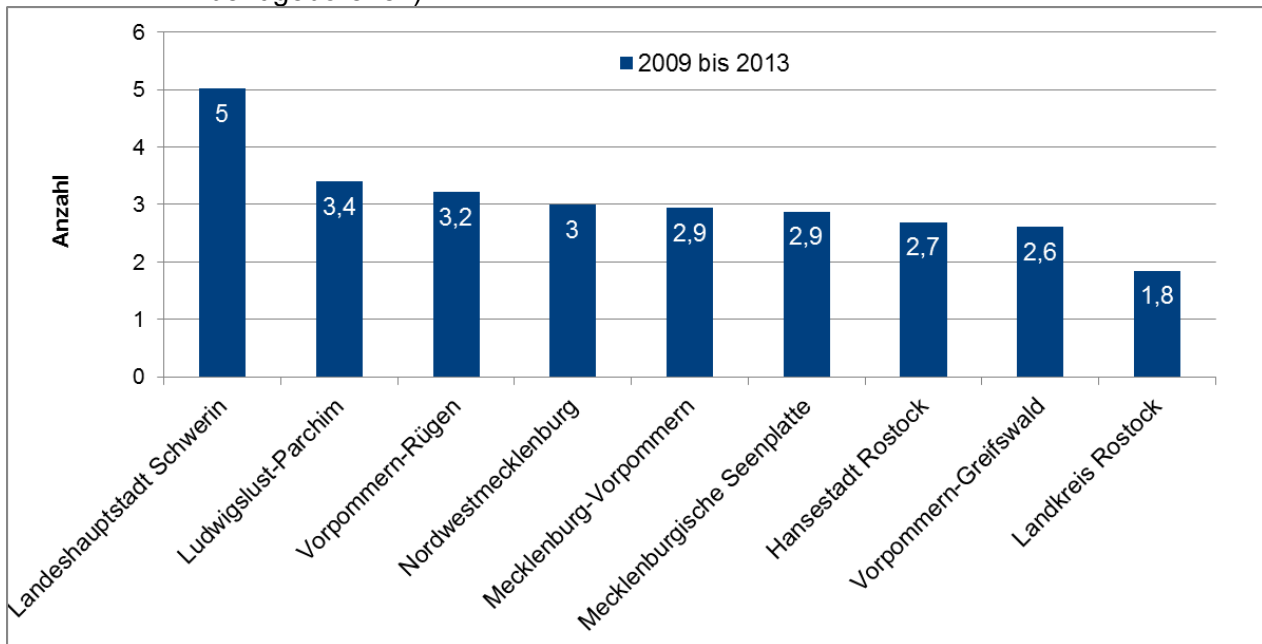
Kinder, die im ersten Lebensjahr sterben, werden in der amtlichen Statistik unter dem Indikator der Säuglingssterblichkeit erfasst. Die Säuglingssterblichkeit wird zumeist je 100.000 oder 1.000 Lebendgeborene angegeben.

²⁷⁰ In einigen Altersgruppen werden aus Datenschutzgründen keine Angaben zu der Anzahl der Verstorbenen gemacht. Aus diesem Grunde sind Abweichungen in den Anteilen möglich.

²⁷¹ vgl. Gaber 2011: 23

Die Hansestadt Rostock zählt zu den Gemeinden in Mecklenburg-Vorpommern mit einer unterdurchschnittlichen Säuglingssterblichkeit. Im 5-Jahres-Durchschnitt²⁷² im Zeitraum von 2009 bis 2013 starben in der Hansestadt Rostock 2,7 von 1.000 Lebendgeborenen im Alter unter einem Jahr. (Abb. 3.14) Da bei insgesamt geringen Gestorbenenanzahlen kleine Schwankungen zu deutlichen Veränderungen der Rate führen, sind Vergleiche mit Vorsicht anzustellen.

Abbildung 3.14: Säuglingssterblichkeit nach Landkreisen, kreisfreien Städten und im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern 2009 bis 2013 (gleitendes 5-Jahres-Mittel, je 1.000 Lebendgeborenen)



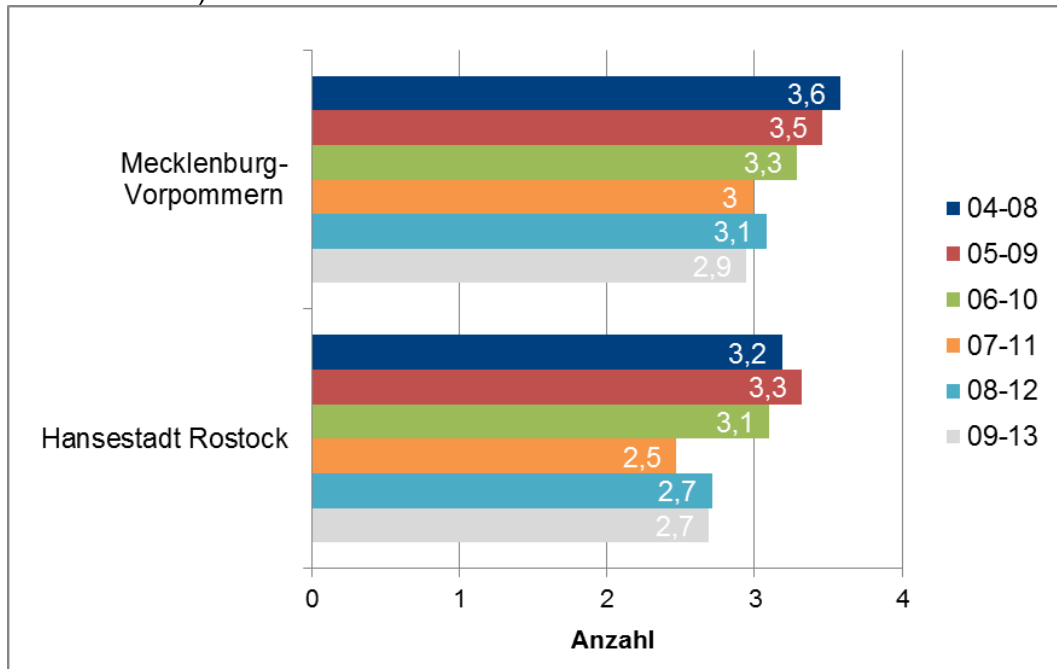
Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern

In Deutschland ist die Säuglingssterblichkeit in den vergangenen Jahrzehnten deutlich gesunken.²⁷³ Diese Entwicklung zeigt sich auch in der Hansestadt Rostock sowie im gesamten Bundesland Mecklenburg-Vorpommern. Der Abb. 3.15 ist eine insgesamt abnehmende Rate der Säuglingssterblichkeit für beide Regionen im 5-Jahres-Durchschnitt von 2004 bis 2013 zu entnehmen. (Abb. 3.15)

²⁷² Ein weiterer Begriff für den 5-Jahres-Durchschnitt ist das „gleitende 5 Jahres-Mittel“. Dafür wird zur Berechnung das arithmetische Mittel (der Durchschnitt) aus den Stichtagen der vergangenen fünf Jahre bestimmt.

²⁷³ vgl. Gaber 2011: 23

Abbildung 3.15: Säuglingssterblichkeit in der Hansestadt Rostock und im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern 2004 bis 2013 (gleitendes 5-Jahres-Mittel, je 1.000 Lebendgeborene)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern

3.2.3 Todesursachen

Die Todesursachenstatistik basiert auf den von Ärzten ausgestellten Todesbescheinigungen. Auf diesen werden alle Krankheiten ausgewiesen, die unmittelbar und mittelbar zum Tode geführt haben. Letztendlich fließt aber nur das zum Tode führende „Grundleiden“²⁷⁴ – im Sinne einer „monokausalen Aufbereitung“ – in die Statistik ein.²⁷⁵

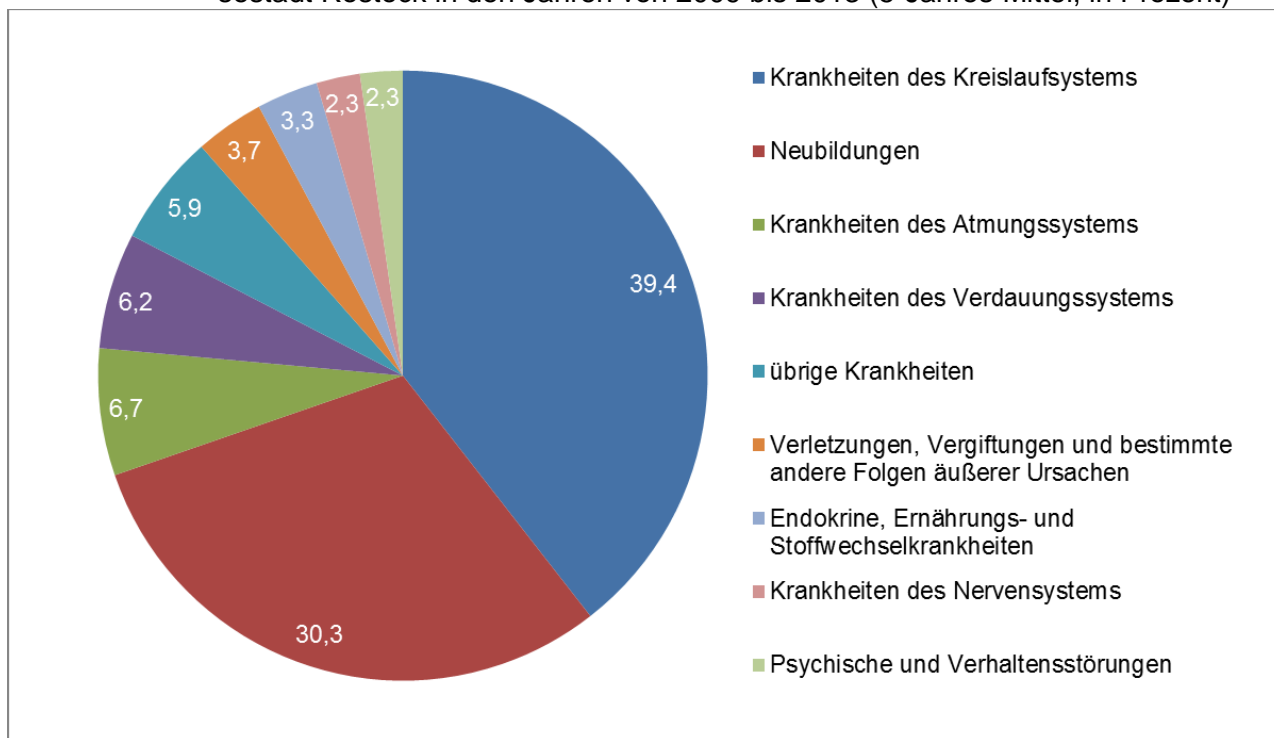
²⁷⁴ Als „Grundleiden“ wird diejenige Diagnose bezeichnet, welche für alle anderen Erkrankungen die Ursache dargestellt hat. (vgl. Schelhase 2014: 220)

²⁷⁵ vgl. Statistisches Bundesamt 2015, RKI 2011: 27, Schelhase 2014: 220

Häufigste Todesursachen

In der Abb. 3.16 werden die Anteile der Todesursachen an allen Sterbefällen in der Hansestadt Rostock im 5-Jahres-Durchschnitt der Jahre 2009 bis 2013 dargestellt.

Abbildung 3.16: Anteile der Todesursachen (Diagnoseklassen) an allen Verstorbenen in der Hansestadt Rostock in den Jahren von 2009 bis 2013 (5-Jahres-Mittel, in Prozent)



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern

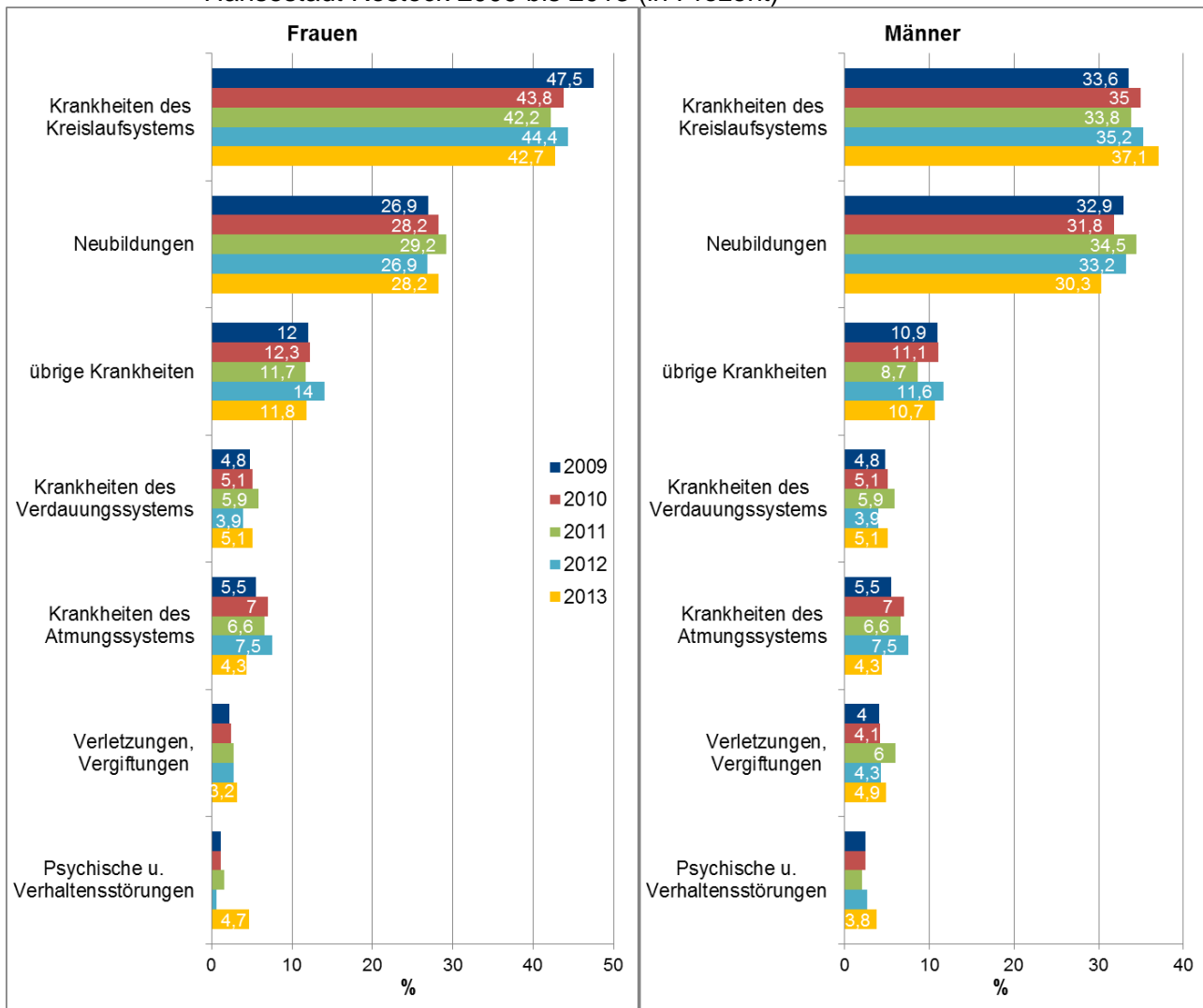
Im Durchschnitt der Jahre 2009 bis 2013 waren in der Hansestadt Rostock 39,4% aller Sterbefälle auf *Erkrankungen des Kreislaufsystems* zurückzuführen. Demzufolge ist annähernd jeder Dritte an einer Erkrankung dieser Diagnosegruppe gestorben. 30,3% der Todesfälle wurden als *Neubildungen* ausgewiesen – davon war fast jeder dritte Verstorbene betroffen. Weitere Sterbefälle waren zu 6,7% auf *Erkrankungen des Atmungssystems* und zu 6,2% auf *Erkrankungen des Verdauungssystems* zurückzuführen. In der Kategorie der *übrigen Krankheiten*²⁷⁶ wurden verschiedene Diagnosen zusammengefasst. Von 2009 bis 2013 starben 6,5% in Folge einer dieser Erkrankungen. Die sechsthäufigste Todesursachengruppe im 5-Jahres-Durchschnitt waren *Verletzungen und Vergiftungen* (3,7%). Es folgten *Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen* (3,3%), *Erkrankungen des Nervensystems* (2,3%) sowie *psychische und Verhaltensstörungen* (2,3%) (Abb. 3.16) In Deutschland stimmen die Anteile der Todesursachen an den Sterbefällen mit der Reihenfolge in Rostock überein.²⁷⁷

²⁷⁶ Unter dem Begriff der übrigen Krankheiten wurden folgende Diagnosegruppen zusammengefasst: „bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten“, „Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe“, „Krankheiten der Haut und der Unterhaut“, „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“, „Krankheiten des Urogenitalsystems“, „bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“, „angeborene Fehlbildungen“ sowie „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde“.

²⁷⁷ Gaber 2011: 28-29

Die Abb. 3.17 zeigt die Anteile der häufigsten Todesursachen in den Jahren 2009 bis 2013 nach dem Geschlecht.

Abbildung 3.17: Häufigste Todesursachen (Diagnoseklassen) der Männer und der Frauen in der Hansestadt Rostock 2009 bis 2013 (in Prozent)



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern

Sowohl bei Frauen als auch bei Männern der Hansestadt Rostock bildeten Erkrankungen des Kreislaufsystems die häufigste Todesursache. Über den gesamten Berichtszeitraum verstarben mehr Frauen als Männer an dieser Diagnosegruppe. Der Anteil der an Erkrankungen des Kreislaufsystems verstorbenen Frauen ist von 2009 bis 2013 gesunken (2009: 47,5%, 2013: 42,7%), hingegen hat sich der Anteil der verstorbenen Männer dieser Diagnosegruppe erhöht (2009: 33,6%, 2013: 37,1%).

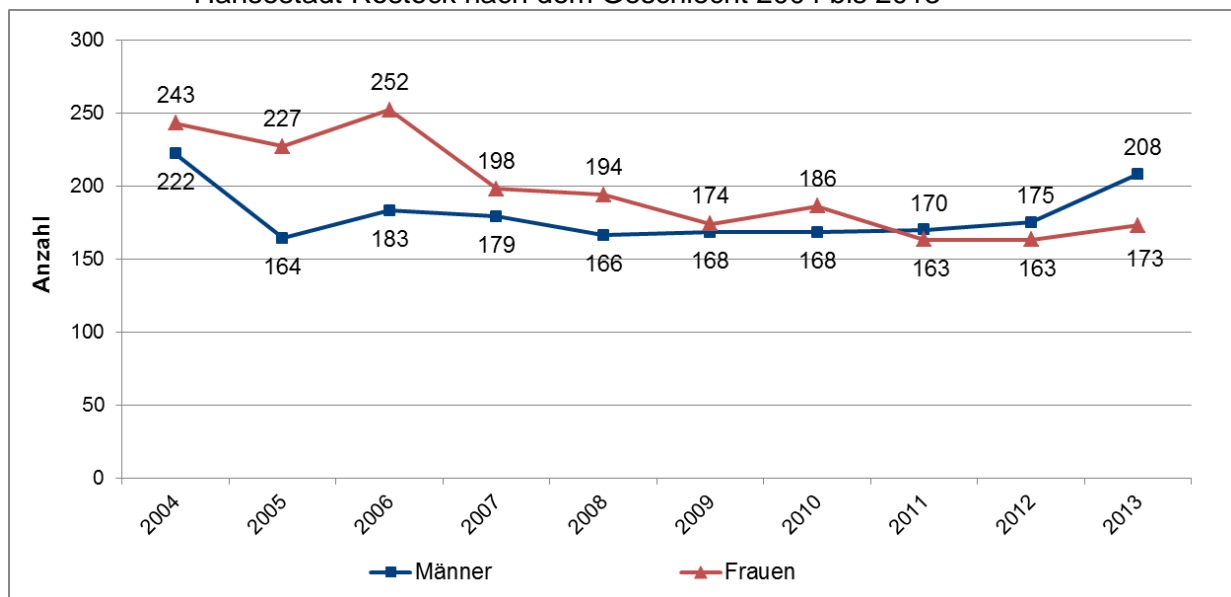
Neubildungen waren für Frauen und Männer jeweils die zweithäufigste Todesursache. Der Anteil der an Neubildungen verstorbenen Männer überwog im Berichtszeitraum stets den Anteil der verstorbenen Frauen dieser Diagnosegruppe.

Auffällig war der zunehmende Anteil der Sterbefälle beider Geschlechter wegen *psychischer und Verhaltensstörungen* im Berichtszeitraum. Waren 2009 1,1% der Sterbefälle der Frauen auf diese Diagnosegruppe zurückzuführen, waren es 2013 3,6% mehr (2013: 4,7%). Der Anteil der an psychischen und Verhaltensstörungen verstorbenen Männer hat sich ebenfalls von 2,5% (2009) auf 3,8% (2013) erhöht. (Abb. 3.17) Nicht nur in der Hansestadt Rostock, sondern auch in der gesamten Bundesrepublik Deutschland hat der Anteil der Verstorbenen dieser Diagnosegruppe zugenommen. Laut dem Statistischen Bundesamt ist der Großteil dieser Sterbefälle auf Demenzerkrankungen zurückzuführen. Der Anteil der Todesfälle dieser Diagnosegruppe sei gestiegen, weil die Demenz häufiger als Grundleiden und damit als tatsächliche Ursache des Todes angegeben wurde.²⁷⁸

Sterblichkeit an ausgewählten Erkrankungen des Kreislaufsystems und an Neubildungen

Unter den zum Tode führenden Erkrankungen des Kreislaufsystems nehmen *ischämische Herzkrankheiten* einen bedeutenden Platz ein. Auf sie ist der größte Anteil an Sterbefällen in dieser Diagnosegruppe zurückzuführen. In der Abb. 3.18 werden die Sterbefälle der Frauen und Männer an ischämischen Herzkrankheiten im Zeitraum von 2004 bis 2013 dargestellt.

Abbildung 3.18: Entwicklung der Anzahl der Sterbefälle durch ischämische Herzkrankheiten in der Hansestadt Rostock nach dem Geschlecht 2004 bis 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern

Von 2004 bis 2010 starben in der Hansestadt Rostock mehr Frauen an *ischämischen Herzkrankheiten* als Männer. Seit dem Berichtsjahr 2011 überwiegen die Sterbefälle der Männer in dieser Diagnosegruppe, die der Frauen sind bis 2013 aber ebenfalls kontinuierlich gestiegen. (Abb. 3.18) Auch in Deutschland überstieg nach Daten von 2011 die Sterbeziffer der Männer (161,2 je 100.000 Einwohner) bei ischämischen Herzkrankheiten leicht jene der Frauen (149,6 je 100.000 Einwoh-

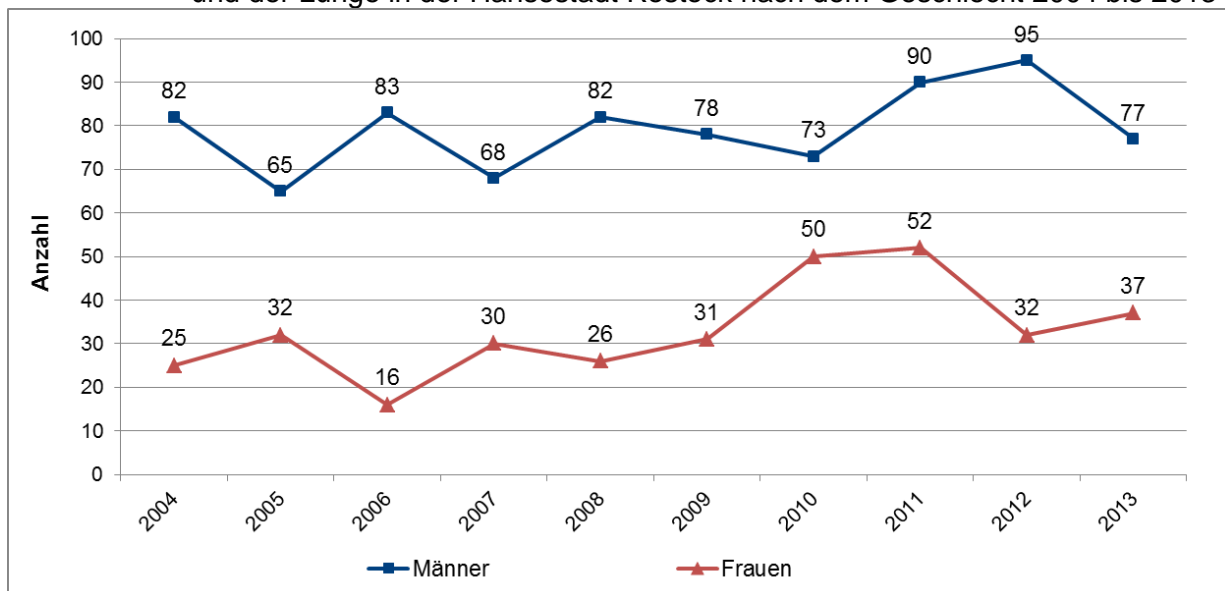
²⁷⁸ vgl. Ärzte Zeitung 2014

ner). Die Sterblichkeit bei den ischämischen Herzkrankheiten ist deutschlandweit von 2000 bis 2010 beständig zurückgegangen.²⁷⁹

Bei den Neubildungen sind ein Großteil der Sterbefälle auf *Bronchial- bzw. Lungenkrebs* zurückzuführen. In der Abb. 3.19 wird die Entwicklung der Sterbefälle in dieser Diagnosegruppe geschlechterspezifisch dargestellt. Dabei zeigt sich, dass in der Hansestadt Rostock Bronchial- bzw. Lungenkrebs bei den verstorbenen Männern häufiger als Todesursache auftrat als bei den verstorbenen Frauen. (Abb. 3.19) Diese Begebenheit zeigt sich auch Deutschlandweit: im Jahr 2010 war der Lungenkrebs mit einem Anteil von 25% die häufigste Krebstodesursache bei Männern, bei den Frauen starb jede dritte Frau (14%) an Lungenkrebs.²⁸⁰

Die Todesfälle an Neubildungen der Bronchien und der Lunge schwanken bei den Männern im Berichtszeitraum beträchtlich. Bis 2012 haben sie sich stetig erhöht, im Jahr 2013 sind sie erneut zurückgegangen. Hingegen sind bei den Frauen bis 2011 nahezu kontinuierlich steigende Sterbefälle an Bronchial- und Lungenkrebs zu erkennen. 2012 wurden weniger Sterbefälle ausgewiesen, 2013 haben sie sich erneut erhöht. (Abb. 3.19)

Abbildung 3.19: Entwicklung der Anzahl der Sterbefälle durch bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge in der Hansestadt Rostock nach dem Geschlecht 2004 bis 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern

Insgesamt entsprechen diese Verhältnisse in der Hansestadt Rostock denen auf Landes- und Bundesebene.

²⁷⁹ Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. 2014
²⁸⁰ RKI 2013: 56-57

Literaturverzeichnis – Ausgewählte Erkrankungen und Sterbefälle

Ärzte Zeitung online (2014): Woran in Deutschland gestorben wird. Todesursachen im Jahr 2013. <http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/krebs/article/874314/statistik-auffaellige-verschiebung-haeufigsten-todesursachen.html> [30.03.2015]

Berufsverband der Frauenärzte e. V. (BVF), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (2015): Hepatitis. Impfungen & Schutzmaßnahmen. http://www.frauenaerzte-im-netz.de/de_hepatitis-impfung-schutzma-nahmen_731.html [03.02.2015]

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. German Cardiac Society (2014): Neuer Deutscher Herzbericht. Herzmedizin-Fortschritte: Sterblichkeit nimmt weiter ab, immer bessere Versorgung. Pressemitteilung: Presstext DGK 01/2014. <http://dggk.org/daten/pa-herzbericht.pdf> [10.04.2015]

Hansestadt Rostock, Hauptamt, Kommunale Statistikstelle (Hrsg.) (2014): Statistisches Jahrbuch 2014.

Epidemiologisches Bulletin 4/2000; 28. Januar 2000. http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reV2v4APOnOyo/PDF/23794WIT2ojel.pdf [02.02.2015]

Epidemiologisches Bulletin 3/2006; 20. Januar 2006. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2006/Ausgabenlinks/03_06.pdf?_blob=publicationFile [03.02.2015]

Epidemiologisches Bulletin 31/2009; 3. August 2009. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/Ausgaben/31_09.pdf?_blob=publicationFile [03.02.2015]

Epidemiologisches Bulletin 44/2012; 5. November 2012. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2012/Ausgaben/44_12.html [15.01.2015]

Epidemiologisches Bulletin 21/2013, 27. Mai 2013 http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/21_13.pdf?_blob=publicationFile [03.02.2015]

Epidemiologisches Bulletin 35/2013; 2. September 2013. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/35_13.pdf?_blob=publicationFile [02.02.2015]

Epidemiologisches Bulletin 19/2014; 12. Mai 2014. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2014/Ausgaben/19_14.html [15.01.2015]

Epidemiologisches Bulletin 50/ 2014; 15. Dezember 2014 http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2014/Ausgaben/50_14.pdf?_blob=publicationFile [03.02.2015]

Gaber, Elisabeth (2011): Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 52, RKI (Hrsg.), Berlin.

Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2013): Krebs in Deutschland 2009/2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 9. Ausgabe. Robert Koch-Institut (Hrsg.) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (Hrsg.). Berlin.

Schelhase, Torsten (2014): Die Todesursachenstatistik der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder. In: Madea, Burkhard (Hrsg.) (2014): Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, Praktische Durchführung, Problemlösung. Springer, Berlin Heidelberg. S. 217-225.

Statistisches Bundesamt (2015): Todesursachenstatistik.

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Methoden/Todesursachenstatistik.html> [30.03.2015]

4 Ressourcen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung

4.1 Medizinische Versorgung

Anica Stürtz und Sabine Schmidt und Karin Marquardt

Die medizinische Versorgung erfolgt im Rahmen der ambulanten und stationären Versorgung. In diesem Kapitel werden für die Hansestadt Rostock zunächst die verschiedenen Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung behandelt und ihre Verteilung nach Stadtbereichen dargestellt. Dabei wird auch auf den medizinischen Versorgungsgrad in Rostock eingegangen. Es folgen Ausführungen zu Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung im Stadtgebiet Rostock.

4.1.1 Ambulante vertragsärztliche Versorgung

Grundsätzlich werden zwei ambulante Versorgungsebenen unterschieden: die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung.²⁸¹ Die hausärztliche Versorgung erfolgt durch niedergelassene Hausärzte. Alle Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten, praktische Ärzte, welche nach § 73 SGB V die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben sowie Ärzte im Angestelltenverhältnis werden als Hausärzte zusammengefasst. Bei der Darstellung der niedergelassenen Hausärzte werden angestellte Ärzte herausgerechnet.²⁸² Die fachärztliche Versorgung unterteilt sich in drei Ebenen von Arztgruppen: allgemeine, spezialisierte und gesonderte fachärztliche Versorgung. Die Bezeichnung der Arztgruppen stützt sich auf die entsprechenden Facharztbezeichnungen, die im Rahmen verbindlicher Weiterbildungsordnungen erworben wurden.²⁸³

Hausärztliche Versorgung

In der Hansestadt Rostock waren im Jahr 2013 128 Hausärzte in eigener Niederlassung im ambulanten Bereich tätig. Im Vergleich zu 2004 (143 niedergelassene Hausärzte) hat sich die Anzahl der niedergelassenen Hausärzte in Rostock kontinuierlich verringert. Eine ähnliche Entwicklung ereignete sich auch in Mecklenburg-Vorpommern. Von 1.120 niedergelassenen Hausärzten im Jahr 2004 waren 2013 nur noch 1.019 im Bundesland tätig.²⁸⁴ Die Entwicklung der Anzahl der niedergelassenen Hausärzte in der Hansestadt Rostock, in Gegenüberstellung zum Bundesland Mecklenburg-Vorpommern, wird in der Tab. 4.1 dargestellt.

²⁸¹ vgl. § 5 BP-RL 2013: 5

²⁸² telefonische Angaben der KVMV (Stand 12.03.2015)

²⁸³ vgl. §§ 5, 6, 7 BP-RL 2013: 5

²⁸⁴ Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Arztregister (Stand 12.12.2014)

Tabelle 4.1: Entwicklung der Anzahl der niedergelassenen Hausärzte in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg-Vorpommern 2004 bis 2013 (ohne angestellte Hausärzte)

Jahr	Anzahl der Hausärzte in Niederlassung	
	HRO	M-V
2004	143	1.120
2005	142	1.113
2006	140	1.104
2007	139	1.105
2008	135	1.090
2009	133	1.073
2010	130	1.055
2011	129	1.041
2012	126	1.025
2013	128	1.019

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Arztregister (Stand: 12.12.2014)

Erläuterungen zur Bedarfsplanung der ambulanten medizinischen Versorgung

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist per Bundesgesetz den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) übertragen. Zur Gewährung der vertragsärztlichen Versorgung schließen die KVen, gemäß § 72 Abs. 2 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V)²⁸⁵, mit den Verbänden der Krankenkassen schriftliche Verträge. Die vertragsärztliche Versorgung muss dabei, unter Berücksichtigung von gesetzlichen Vorschriften, den Kriterien „[...] ausreichend[e], zweckmäßig[e] und wirtschaftlich[e] [...] [gerecht werden und auf den] allgemein anerkannten Stand[es] der medizinischen Erkenntnisse [...]“²⁸⁶, abgestimmt sein.

Auf Basis der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)²⁸⁷ erlassenen Richtlinien, sowie nach Einigung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, erstellt die KV auf Landesebene einen Bedarfsplan. Der Bedarfsplan bestimmt einen bundeseinheitlich vorgegebenen Rahmen für die Definierung von Arztzahlen im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung. Mit diesem werden die aktuelle Versorgungssituation sowie der vorherrschende Bedarf in einer Region aufgezeigt, so dass auf dessen Grundlage der Landesausschuss über die Versorgungsgrade in den Arztgruppen, u. a. über die Anzahl der Zulassungen sowie über Zulassungssperren etc., entscheiden kann.²⁸⁸

²⁸⁵ Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - in der Fassung vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462). Im § 72 „Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung“ SGB V werden hinzukommend die an der Sicherstellung beteiligten Akteure benannt und näher definiert, welchen Kriterien die Versorgung entsprechen soll.

²⁸⁶ § 72 Abs. 2 SGB V

²⁸⁷ Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das höchste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in der Bundesrepublik. (für weitere Informationen zum G-BA siehe www.g-ba.de)

²⁸⁸ vgl. Rosenbrock u. Gerlinger 2006: 130, § 99 Abs. 1 SGB V, KVMV 2013: 2, BP-RL 2013: 2

Am 20. Dezember 2012 hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) beschlossen, welche zum 01. Januar 2013 in Kraft getreten ist. Hintergrund für diese neue Bedarfsplanungs-Richtlinie war, die ambulante medizinische Versorgung für den Patienten besser zugänglich zu machen.²⁸⁹ Geknüpft an diesen Aspekt fand eine Neudefinierung der Planungsbereiche²⁹⁰ – zu den Planungsbereichen gehören Mittelbereiche, Kreise bzw. kreisfreie Städte, Raumordnungsregionen sowie das KV-Gebiet – statt. Neben den neudefinierten Planungsbereichen wurde mit dem Inkrafttreten der neuen BPL-RL (2013) die Verhältniszahl – sie legt fest, bei welcher Einwohner-Arzt-Relation eine bedarfsgerechte Versorgung vorherrscht – modifiziert. Dabei wurde auch die Alterung der Bevölkerung berücksichtigt und ein Demografiefaktor zur Modifikation der Verhältniszahl eingebunden.²⁹¹ Entsprechend der BPL-RL (2013) wurde für alle Planungsbereiche bundesweit eine Verhältniszahl von einem Hausarzt auf 1.671 Einwohner beschlossen.²⁹²

Im Rahmen der hausärztlichen Versorgung gab es für die Städte Rostock, Schwerin, Stralsund, Greifswald und Neubrandenburg eine Abweichung²⁹³ von den Vorgaben der BPL-RL (2013). Hintergrund dafür war, dass sie als „Oberzentren“ innerhalb ihrer Stadtgrenzen autonome Planungsbereiche darstellen und ungebunden von ihren zugehörigen Mittelbereichen geplant werden müssen, damit eine flächendeckende und wohnortnahe hausärztliche Versorgung garantiert werden kann.²⁹⁴

Für alle Planungsbereiche identisch ist aber die Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades im Hinblick auf eine Über- bzw. Unterversorgung. Wird die Verhältniszahl um 10% überschritten, gilt ein Planungsbereich als überversorgt. Als Konsequenz wird für diesen eine Zulassungssperre veranlasst.²⁹⁵ Kann hingegen eine im Bedarfsplan vorgegebene bedarfsgerechte Arztdichte auf lange Sicht nicht gewährleistet werden, ist eine Unterversorgung zu vermuten. Nach BPL-RL wird bei Hausärzten bei einer Abweichung von 25% vom Versorgungsgrad und bei einer allgemeinen fachärztlichen und spezialisierten fachärztlichen Versorgung bei einer Abweichung von 50% eine Unterversorgung angenommen.²⁹⁶

²⁸⁹ vgl. Münnch 2013: 76

²⁹⁰ Planungsbereiche sind Versorgungsbereiche mit ausgewiesenen räumlichen Bezugsgrößen. (vgl. Kahl 2013: 15)

Bisher fand die Einteilung der Planungsbereiche nach den kreisfreien Städten und Landkreisen statt und auf diese bezog sich auch die Bedarfsplanung. Mit Inkrafttreten der BPL-RL (2013) ist der Planungsbereich um einen sogenannten „Mittelbereich“ ergänzt worden. Durch die Neudefinierung der Mittelbereiche besteht nunmehr eine verbesserte Möglichkeit Versorgungslücken zu schließen bzw. Überversorgung zu erkennen. Bei der Festlegung der Mittelbereiche hat sich das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), durch welches diese definiert wurden, u. a. an Entfernungen, Lagebeziehungen sowie an der Inanspruchnahme von Infrastrukturen zur Daseinsvorsorge durch die Bevölkerung orientiert. (vgl. ebd.: 76-77)

²⁹¹ vgl. § 9 BP-RL 2013

²⁹² Die Verhältniszahlen sind eine Fortschreibung des bundesweiten Status quo vom 31. Dezember 1990 (vgl. Kahl 2011b: 8-9)

²⁹³ Gründe für Abweichungen von der Bedarfsplanung-Richtlinie stellen u. a. die regionale Demografie bzw. Morbidität (Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe), sowie räumliche Faktoren oder gesonderte Versorgungssituationen dar. (vgl. BP-RL 2013: 3)

²⁹⁴ Würde eine Planung der genannten Städte mit ihrem Umland als Mittelbereich erfolgen, könne man davon ausgehen, dass sich die hausärztlichen Zulassungen im Stadtzentrum häufen und die hausärztliche Versorgungsdichte der ländlichen Regionen in der Umgebung abnehmen würde. (vgl. KVMN 2013: 20)

²⁹⁵ vgl. §§ 23, 24 BPL-RL 2013

²⁹⁶ vgl. ebd. §§ 27, 28, 29

Auf Basis der in der Hansestadt Rostock wohnhaft gemeldeten Bevölkerung (Stand Einwohner zum 31.12.2011: 202.131)²⁹⁷ sowie der Anzahl der in der Hansestadt niedergelassenen Hausärzte (Stand Arztzahlen zum 19.07.2013: 146 Hausärzte)²⁹⁸, lässt sich für das Berichtsjahr 2013 eine Einwohner-Arzt-Relation von 1.384 Einwohner pro Arzt bestimmen.²⁹⁹ Mit dieser Verhältniszahl unterschreitet die tatsächliche Anzahl der Einwohner pro Arzt in Rostock die in der Bedarfsplanungs-Richtlinie für den Planungsbereich Rostock vorgegebene Verhältniszahl von 1.629³⁰⁰ Einwohnern pro Hausarzt um 245 Einwohner. Entsprechend der Definition nach den §§ 23 und 24 BPR-RL (2013) liegt in Rostock eine Überversorgung in der hausärztlichen Versorgung vor. Entsprechend der für den Planungsbereich Rostock vorgegebenen Verhältniszahl wäre eine Anzahl von 124 Hausärzten für eine bedarfsgerechte Versorgung (Versorgungsgrad 100%) im Jahr 2013 erforderlich gewesen.³⁰¹ Im Ergebnis einer Sitzung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 15. Mai 2013 zum Erlass von Zulassungsbeschränkungen sowie zur Beurteilung von (möglicher) Unterversorgung und lokalem Versorgungsbedarf, gilt Rostock als gesperrter Planungsbereich.³⁰²

Da eine Berechnung der Verhältniszahlen für eine fachärztliche Versorgung an dieser Stelle den Rahmen sprengen würde, wird keine detaillierte Darstellung zum Versorgungsgrad für die fachärztliche Versorgung in der Hansestadt Rostock geleistet.

Nach Angaben der KVMV wurde für die Hansestadt gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie für die hausärztliche und allgemein fachärztliche Versorgung eine Unterversorgung weder festgestellt noch prognostiziert. Hingegen wurde für die Hansestadt Rostock sowohl für die hausärztliche Versorgung als auch für die allgemein fachärztliche³⁰³ und spezialisierte fachärztliche Versorgung aufgrund einer festgestellten Überversorgung eine Zulassungssperre verhängt. Für das Rostocker Umland hingegen wurden per Beschluss vom 15. Mai 2013 18,5 fehlende Hausärzte ausgewiesen.³⁰⁴

Im Gegensatz zu den Aussagen der KVMV hinsichtlich der Verhältniszahlen muss allerdings besonders auch für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung der Hansestadt Rostock konstatiert werden, dass durch immer komplexer werdende Krankheitsbilder, durch eine immer älter werdende Bevölkerung innerhalb der Stadtgrenzen und eine zunehmende Versorgung auch von Bevölkerungsteilen aus dem Rostocker Umland (und darüber hinaus) die derzeitige Bedarfsplanung (weiterhin) reformbedürftig ist.

²⁹⁷ Quelle: Hansestadt Rostock, Hauptamt Kommunale Statistikstelle, Melderegister

²⁹⁸ Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Arztregister

²⁹⁹ Aufgrund eines Zeitverzuges bei den Bevölkerungsdaten, bestimmt die KV den Versorgungsgrad immer aus den im Berichtsjahr aktuellen Arztzahlen (2013) und den Bevölkerungszahlen von vor zwei Jahren (2011).

³⁰⁰ Quelle: Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

³⁰¹ Quelle: Eigene Berechnung nach Daten der Hansestadt Rostock, Hauptamt Kommunale Statistikstelle, Melderegister (Einwohner für Rostock Stand 31.12.2011) und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (demografiebereinigte Verhältniszahl für Rostock für 2013)

³⁰² Die Beurteilung der Versorgungssituation, d. h. ob eine Über- oder Unterversorgung vorliegt, wird nicht stadtbereichsbezogen vorgenommen. Angesichts der Größe der Stadt Rostock scheint dies nur eingeschränkt sinnvoll, da im großen Maße unter den Stadtbereichen Mitversorgungseffekte vorherrschen. (vgl. Kahl 2011a)

³⁰³ Bis auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten, für diese bestehen trotz festgestellter Überversorgung noch Zulassungen bzw. Anstellungen mit Leistungsbegrenzung. (vgl. Kahl 2013: 17)

³⁰⁴ vgl. ebd.: 16-17

Altersstruktur der niedergelassenen Hausärzte

Das Durchschnittsalter der Rostocker Hausärzte in eigener Niederlassung betrug im Jahr 2013 52,4 Jahre. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (2013: 53,5 Jahre) waren die niedergelassenen Hausärzte in Rostock im Durchschnitt ein Jahr jünger.³⁰⁵ Die Tab. 4.2. zeigt die Entwicklung des Durchschnittsalters der niedergelassenen Hausärzte in der Hansestadt Rostock in Gegenüberstellung zum Bundesland Mecklenburg-Vorpommern im Berichtszeitraum von 2004 bis 2013.

Tabelle 4.2: Entwicklung des Durchschnittsalters der niedergelassenen Hausärzte im Zehnjahresverlauf in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg-Vorpommern

Jahr	Alter der Hausärzte in Niederlassung	
	HRO	M-V
2004	52,3	51,8
2005	51,8	51,9
2006	51,9	51,9
2007	51,7	52,2
2008	51,9	52,3
2009	52,3	52,3
2010	52,5	52,7
2011	52,6	53
2012	52,2	53,2
2013	52,4	53,5

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Arztregister (Stand 12.12.2014)

Anhand der Darstellung der Zehn-Jahres-Entwicklung zum Durchschnittsalter der niedergelassenen Hausärzte (Tab. 4.2) wird ersichtlich, dass sich das Durchschnittsalter der niedergelassenen Hausärzte in Rostock, wenngleich es in den zehn Jahren zu minimalen Abweichungen kam, kaum verändert hat (2004: 52,3; 2013: 52,4). Im Bundesland hat sich das Durchschnittsalter hingegen von 2004 bis 2013 um über 1,5 Jahre, von 51,8 Jahre auf 53,5 Jahre, erhöht. (Tab. 4.2)

Vor dem Hintergrund einer gesamtgesellschaftlich fortschreitenden demografischen Entwicklung wird in den nächsten Jahrzehnten ein wachsender Bedarf an Ärzten prognostiziert. Im Jahr 2013 war von den Rostocker Hausärzten bereits dieses eine Fünftel 60 Jahre alt und älter. In Anbetracht eines Praxisabgabalters von 65 Jahren, wird innerhalb der nächsten fünf Jahre damit zu rechnen sein, dass dieses eine Fünftel einen Nachfolger benötigen wird.

³⁰⁵ Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Arztregister (Stand: 12.12.2014)

Die ambulante ärztliche Versorgung stadtteilbezogen und nach Fachrichtungen

Die Hansestadt Rostock verfügt über ein breites Angebot für die ambulante ärztliche Versorgung. In der Tab. 4.3 werden die Anzahl der Ärzte nach Fachrichtungen und Postleitzahlen (PLZ) für das Stadtgebiet Rostock aufgelistet.

Tabelle 4.3: Übersicht der ambulant ärztlichen Versorgung in der Hansestadt Rostock nach Postleitzahlen

Fachrichtung \ PLZ	18055	18057	18059	18069	18106	18107	18109	18119	18146	18147	Gesamt
Hausärzte*	28	29	13	9	13	14	12	9	8	11	146
Innere Medizin (fachärztlich)	3	10	5	-	-	9	1	-	-	-	28
Augenheilkunde	8	11	6	1	1	5	1	1	1	1	36
Chirurgie	4	1	4	1	-	3	1	1	1	1	17
Frauenheilkunde	6	4	10	2	4	5	2	2	2	1	38
Kinder- und Jugendmedizin	4	2	2	3	2	6	2	1	4	1	27
Nervenheilkunde	5	7	1	3	1	2	-	-	-	3	22
Neurochirurgie	-	3	-	-	-	1	-	-	-	-	5
Nuklearmedizin	2	-	-	-	-	2	-	-	-	1	5
Radiologie	4	3	1	1	1	3	-	-	-	-	13
Hals-Nasen-Ohren Heilkunde	3	1	3	1	1	3	2	1	1	-	16
Orthopädie	1	3	3	1	1	3	1	2	1	3	19
Haut- und Geschlechts-Krankheiten	3	-	3	1	2	2	1	-	2		14
Psychotherapie	33	13	4	5	-	4	4	11	2	2	79
Urologie	1	2	1	1	-	3	1	-	-	1	10

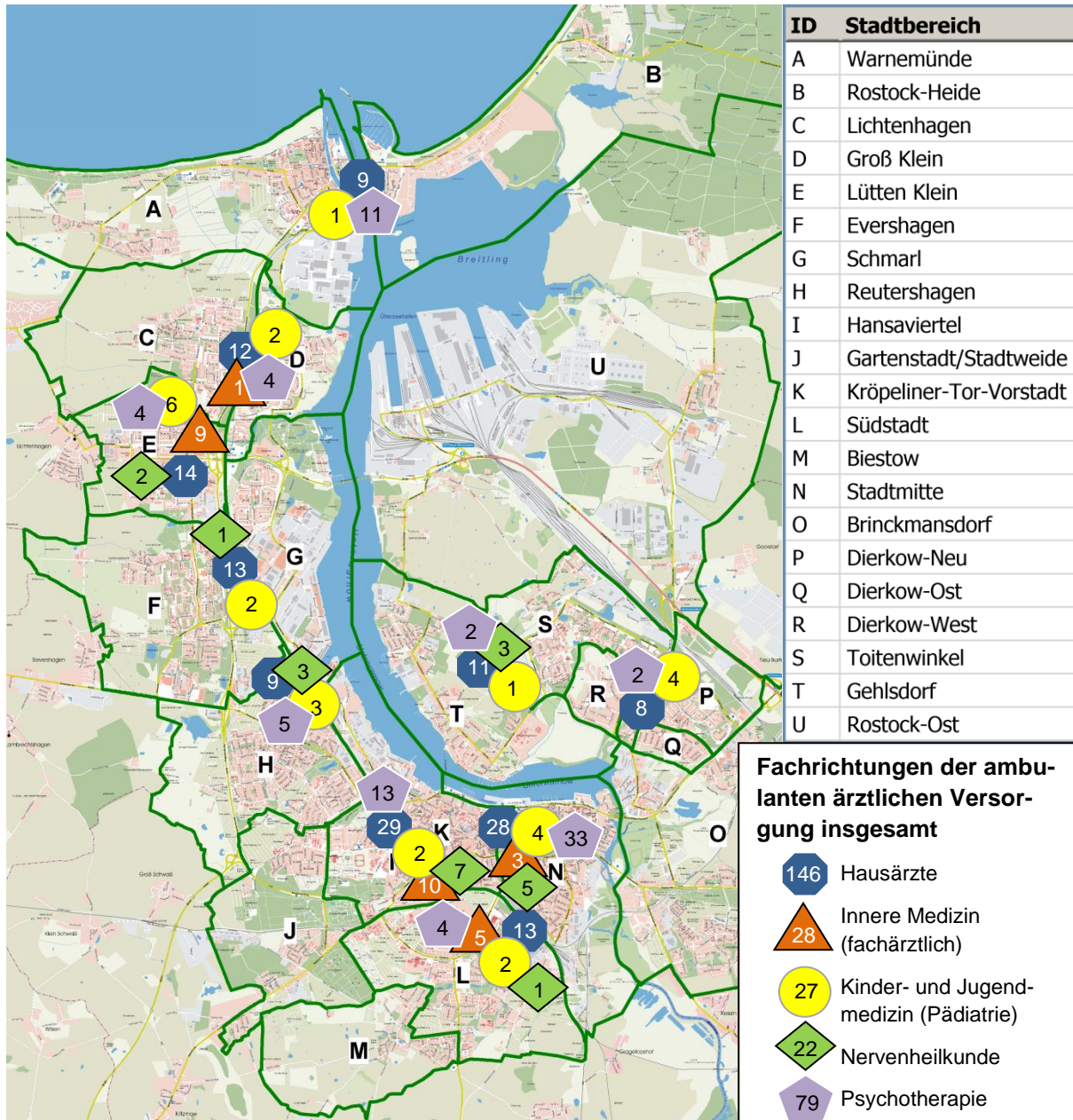
* zu den Hausärzten werden Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten, praktische Ärzte und in Praxen angestellte Ärzte gezählt

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (Stand: 25.07.2013)

Zur besseren Veranschaulichung der in der Tab. 4.3 aufgeführten Hausärzte und Fachärzte werden ausgewählte Ärzte bestimmter Fachrichtungen sowie alle Hausärzte noch einmal kartografisch nach Stadtteilen in der Abb. 4.1 dargestellt. Da für die Darstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung über das Planungsgebiet Rostock die Postleitzahlen und nicht die Anschriften die Grundlage bilden, sollte die grafische Darstellung nicht als tatsächlich bestehende Versorgungsstruktur im Planungsbereich Rostock verstanden werden. Da eine Postleitzahl gleich mehrere

Stadtgebiete umfasst (bspw. verbergen sich hinter der PLZ 18055 die Stadtgebiete Stadtmitte, Kröpeliner-Tor-Vorstadt und Brinckmansdorf), muss der Radius der Akteure für die ambulante ärztliche Versorgung in der Abb. 4.1 größer, über die Stadtgebiete verteilt und stadtgebietenübergreifend, verstanden werden.

Abbildung 4.1: Verteilung der Hausärzte und ausgewählter Fachärzte in der Hansestadt Rostock nach Stadtgebieten im Jahr 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (Stand 25.07.2013)

Noch ist das gesamte Stadtgebiet Rostock durch eine breite Verteilung der Hausärzte und Fachärzte gekennzeichnet. Zudem wird der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung durch einen gut ausgebauten öffentlichen Personennahverkehr für die Einwohner der Hansestadt

Rostock ermöglicht. Die größte Anzahl an Hausärzten und Fachärzten befindet sich im Stadtkern, in den Stadtbereichen Stadtmitte und Kröpeliner-Tor-Vorstadt sowie im Hansaviertel und in der Südstadt. (Abb. 4.1) Rostock wird aber gemäß KV-Richtlinie als ein Planungsgebiet gezählt und damit besteht kein Einfluss auf den Niederlassungsort innerhalb der Hansestadt Rostock.

Neben den in der Tab. 4.3 aufgeführten Hausärzten und Fachärzten sind im ambulanten Bereich dreizehn Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivmedizin im Planungsbereich Rostock tätig. Hinzukommend gibt es neun nephrologisch tätige Ärzte sowie acht Durchgangsärzte³⁰⁶ (kurz: D-Arzt). Für die ambulanten Kurgäste stehen in Rostock zwei Kurärzte zur Verfügung.

In den Schwerpunktpraxen und Praxen mit besonderem Behandlungsbedarf der Hansestadt Rostock gibt es des Weiteren vierzehn Onkologen, darüber hinaus arbeiten acht Ärzte palliativmedizinisch³⁰⁷. Ferner existiert in Rostock eine Schwerpunktpraxis, die Methadon-Substitution anbietet. Weitere spezielle Therapien und Diagnostiken werden in den folgenden niedergelassenen internistischen Praxen angeboten: zwei rheumatologische, vier pulmonologische und fünf diabetologische Schwerpunktpraxen sowie sechs kardiologische, fünf haematologische und zwei gastroenterologische Praxen. Außerdem stehen in Rostock den Patienten zwei unfallchirurgische und zwei handchirurgisch spezialisierte Praxen zur Verfügung.

Auf dem Gebiet der Naturheilkunde sind in Rostock fünfzehn Ärzte mit dieser Zusatzbezeichnung im niedergelassenen Bereich tätig. Neben den freien Niederlassungen in den einzelnen Fachgebieten der Medizin mit einer kassenärztlichen Zulassung, haben sich sechszehn Ärzte privat, ohne eine derartige Zulassung zu besitzen, niedergelassen. Diese üben ihren Beruf z. B. auf dem Gebiet der Naturheilkunde, Umweltmedizin, der ästhetischen Chirurgie und der Dermatologie aus.³⁰⁸ Nach Angaben der KVMV und der Ärztekammer fehlen für die Hansestadt Rostock Fachärzte mit einer Weiterbildung für das Fachgebiet Geriatrie.

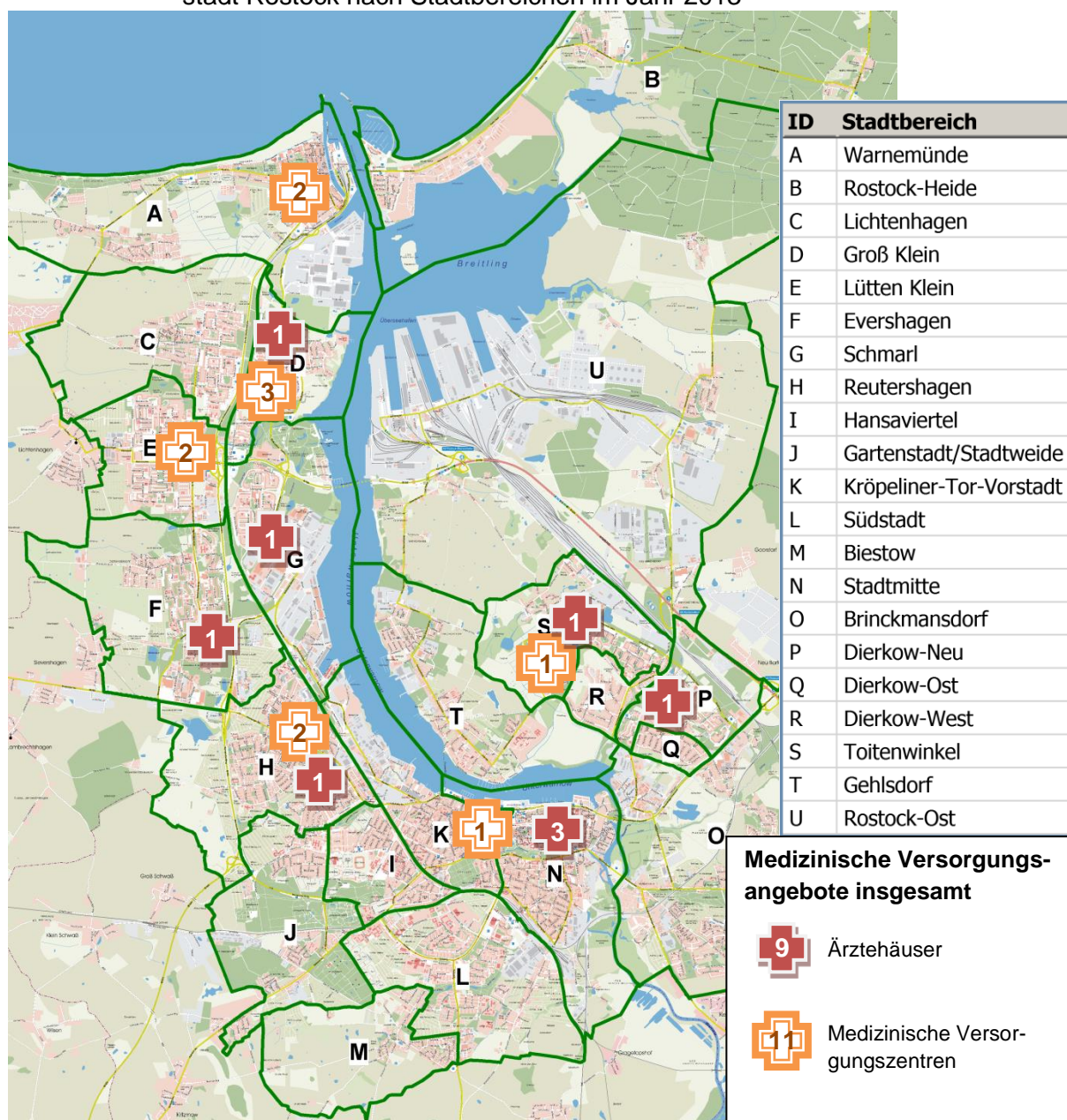
Neben der Anzahl der im Stadtgebiet der Hansestadt Rostock tätigen Haus- und Fachärzte, spielen die Anzahl der Ärztehäuser und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) eine ebenso wichtige Rolle im Hinblick auf eine gute ambulante Versorgung im Planungsbereich Rostock. In der Abb. 4.2 werden die ambulanten Einrichtungen, die den Patienten für eine unmittelbare medizinische Versorgung im Jahr 2013 zur Verfügung standen, kartografisch – entsprechend ihrer Anschrift – dargestellt.

³⁰⁶ Ein Durchgangsarzt ist ein Facharzt für bspw. Chirurgie mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie. Er übernimmt die Behandlung nach Arbeitsunfällen.

³⁰⁷ In einer palliativmedizinischen Versorgung steht die Lebensqualität des Patienten im Vordergrund. Da die Erkrankung des Patienten unheilbar ist, z. B. Krebs, wird ihm im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung zu einer möglichst hohen Lebensqualität verholfen u. a. durch Linderung von Schmerzen und anderen Krankheitsbeschwerden.

³⁰⁸ Nach Angaben des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, Abt. Sozialmedizinischer/Amtsärztlicher Dienst

Abbildung 4.2: Verteilung der Medizinischen Versorgungszentren und Ärztehäuser in der Hansestadt Rostock nach Stadtteilen im Jahr 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock

Groß Klein hat drei MVZ's. Im Stadtbereich Warnemünde befinden sich zwei MVZ's, genauso wie in Lütten Klein und Reutershagen. Darüber hinaus gibt es in der Kröpeliner-Tor-Vorstadt und in Toitenwinkel jeweils ein MVZ. In den Stadtteilen Groß Klein, Schmarl, Evershagen, Reutershagen, Toitenwinkel und Dierkow-Neu gibt es jeweils ein Ärztehaus. In Stadtmitte stehen überdies drei weitere Ärztehäuser für die medizinische Versorgung zur Verfügung. Wenngleich die Stadtteile Lichtenhagen, Hansaviertel, Gartenstadt/ Stadtweide, Biestow, Südstadt, Brinckmansdorf, Dierkow-Ost, Dierkow-West, Gehlsdorf, Rostock-Ost sowie Rostock-Heide über keine Ärztehäuser und MVZ's verfügen, so gewährleisten zum einen weitere medizinische Angebote

(Hausarztpraxen und stationäre Angebote) sowie darüber hinaus zum anderen ein ausgebauter ÖPNV auch für diese Stadtbereiche einen guten Zugang für die Bevölkerung zur ambulanten medizinischen Versorgung. (Abb. 4.2)

4.1.2 Zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung

Die vertragszahnärztliche Versorgung in der Hansestadt Rostock wird von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KZV MV) übernommen. Das Hauptaugenmerk liegt dabei vor allem in der Sicherstellung der zahnmedizinischen Versorgung.

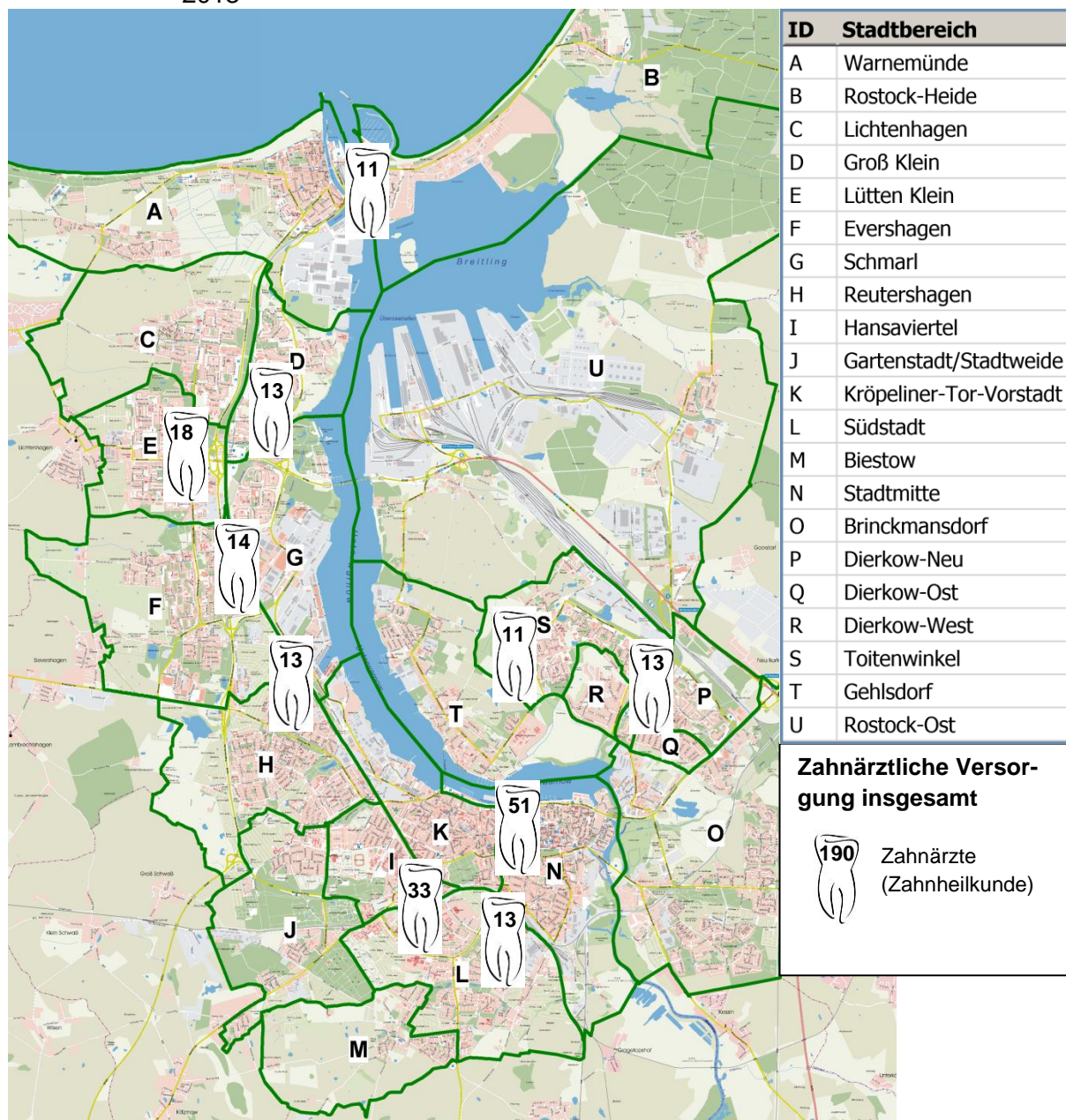
In der Hansestadt Rostock waren im Jahr 2013 190 Zahnärzte vertragszahnärztlich tätig.³⁰⁹ Nach Angaben der KZV MV gilt der Planungsbereich Rostock im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung als überversorgtes Gebiet.

In der Abb. 4.3 wird die zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung in der Hansestadt Rostock stadtbereichsbezogen und nach Fachrichtungen für das Jahr 2013 dargestellt. Da für das Abbild der zahnärztlichen und kieferorthopädischen Versorgung über das Planungsgebiet Rostock die Postleitzahlen und nicht die Anschriften die Grundlage bilden, sollte die grafische Darstellung nicht als tatsächlich bestehende Versorgungsstruktur im Planungsbereich Rostock verstanden werden. Da eine Postleitzahl gleich mehrere Stadtbereiche umfasst (bspw. verbergen sich hinter der PLZ 18055 die Stadtbereiche Stadtmitte, Kröpeliner-Tor-Vorstadt und Brinckmansdorf), muss der Radius der Akteure für die zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung in der Abb. 4.3 größer, über die Stadtbereiche verteilt und stadtbereichsübergreifend, verstanden werden.

Auch hier gilt Rostock – gemäß der Bedarfsplanungsrichtlinie der KZV MV – als ein Planungsgebiet und damit besteht kein Einfluss auf den Niederlassungsort innerhalb der Hansestadt Rostock.

³⁰⁹ Quelle: Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (Stand: 30.07.2013)

Abbildung 4.3: Verteilung der Zahnärzte über das Stadtgebiet der Hansestadt Rostock im Jahr 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (Stand: 30.07.2013)

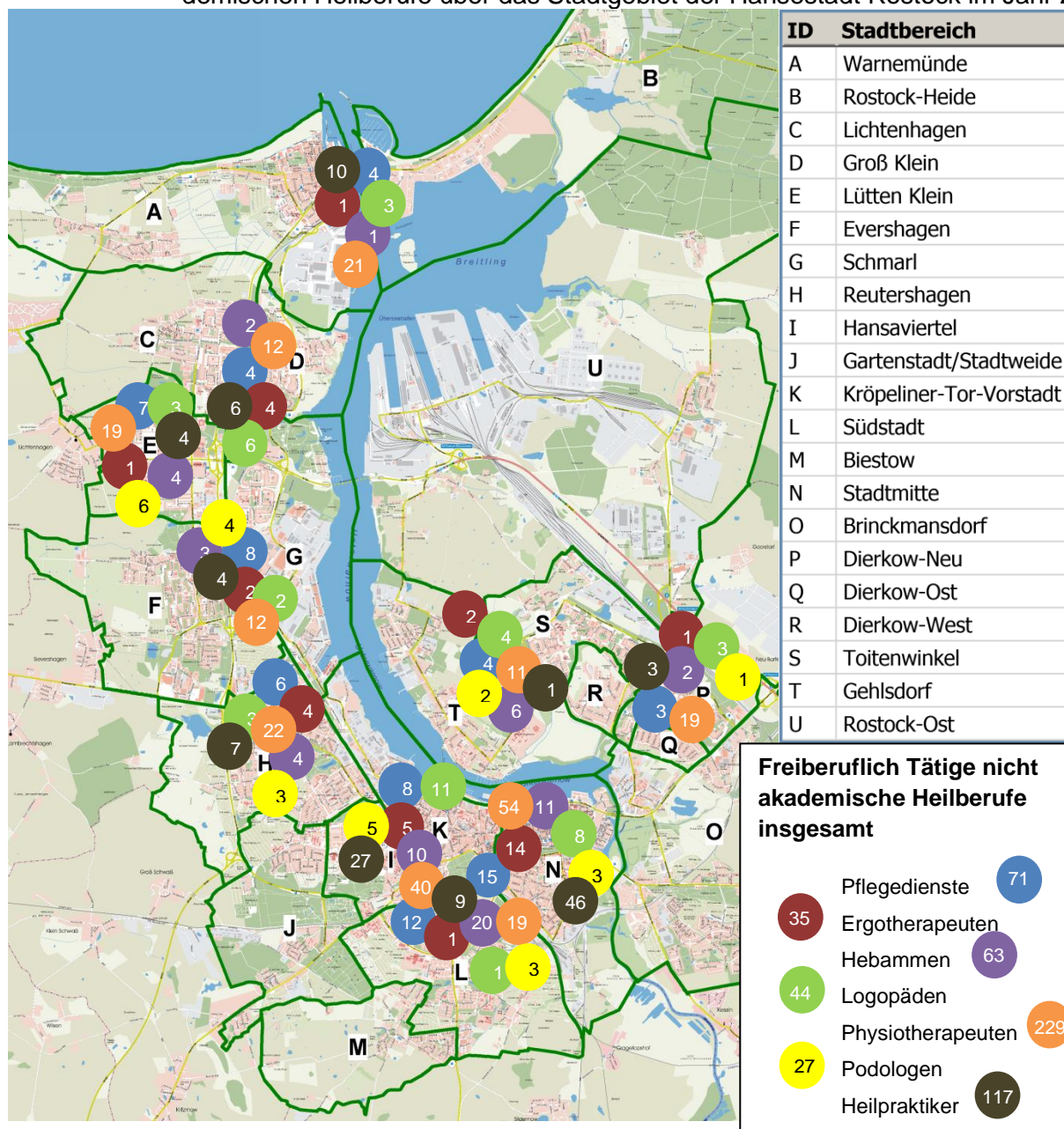
Die zahnärztliche Versorgung findet über den gesamten Planungsbereich Rostock verteilt statt. Wenngleich sich das Angebot an Zahnärzten im Stadtzentrum und den nahe gelegenen Stadtteilen (Stadtmitte, Kröpeliner-Tor-Vorstadt, Hansaviertel und Südstadt) bündelt, findet die Rostocker Bevölkerung nahezu in jedem Stadtteil einen Zugang zur zahnärztlichen Versorgung. Für Stadtteile ohne Zahnarzt ist der Zugang durch den ÖPNV trotzdem möglich. Insgesamt sind in Rostock 190 Zahnärzte, elf Oralchirurgen, neun Kieferorthopäden und ein Mund-Kiefer-Gesichtschirurg tätig (Stand: 30.07.2013). (Abb. 4.3)

4.1.3 Nichtärztliche Heilberufe

Neben den niedergelassenen Haus- und Fachärzten stellen die nichtärztlichen Heilberufe ein weiteres wichtiges Glied in der ambulanten medizinischen Versorgung dar. Hierunter fallen u. a. Pflegeberufe, Ergotherapeuten, Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten, Podologen und Heilpraktiker.

Eine Übersicht zu der Anzahl und Verteilung der freiberuflich Tätigen nicht akademischen Heilberufe über das Stadtgebiet der Hansestadt Rostock im Jahr 2013 liefert die Abb. 4.4.

Abbildung 4.4: Anzahl und stadtbereichsbezogene Verteilung der freiberuflich Tätigen nicht akademischen Heilberufe über das Stadtgebiet der Hansestadt Rostock im Jahr 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock (Stand: 31.07.2013)

In der Hansestadt Rostock machen die Physiotherapeuten den größten Anteil an nichtärztlichen Berufen aus. Im Jahr 2013 gab es in Rostock 229 Physiotherapeuten. Die größte Anzahl an Physiotherapeuten befindet sich im und in der Nähe des Stadtzentrums der Hansestadt (Stadtmitte, Kröpeliner-Tor-Vorstadt, Hansaviertel, Südstadt). Den zweitgrößten Anteil an nichtärztlichen Berufen machen die Heilpraktiker aus. Von ihnen gab es im Jahr 2013 117 in der Hansestadt. Sie sind, wie auch die Physiotherapeuten, am häufigsten im Stadtkern angesiedelt. Die Verteilung der freiberuflich Tätigen nicht akademische Heilberufe im Stadtgebiet Rostock ist breit gefächert und gewährleistet somit eine gute ambulante medizinische Versorgung für die Rostocker Bevölkerung. (Abb. 4.4)

4.1.4 Stationäre und teilstationäre medizinische Versorgung

Zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern verpflichtet das Krankenhausfinanzierungsgesetz die Bundesländer zur Aufstellung von Krankenhausplänen.

„Rechtsgrundlagen für die Krankenhausplanung des Landes Mecklenburg-Vorpommern bilden das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG)³¹⁰, das Krankenhausgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern (Landeskrankenhausgesetz – LKHG M-V) sowie das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils geltenden Fassung.“³¹¹

Bisher wurden durch das Land Mecklenburg–Vorpommern 1992, 1997, 1999 und 2005 Krankenhauspläne verabschiedet. Der seit 01. Januar 2012 geltende Krankenhausplan 2012 löst auf der Grundlage von § 9 des am 18. Mai 2011 vom Landtag Mecklenburg-Vorpommern verabschiedeten Krankenhausgesetzes den Vierten Krankenhausplan aus dem Jahr 2005 ab und ist aktuell gültig.

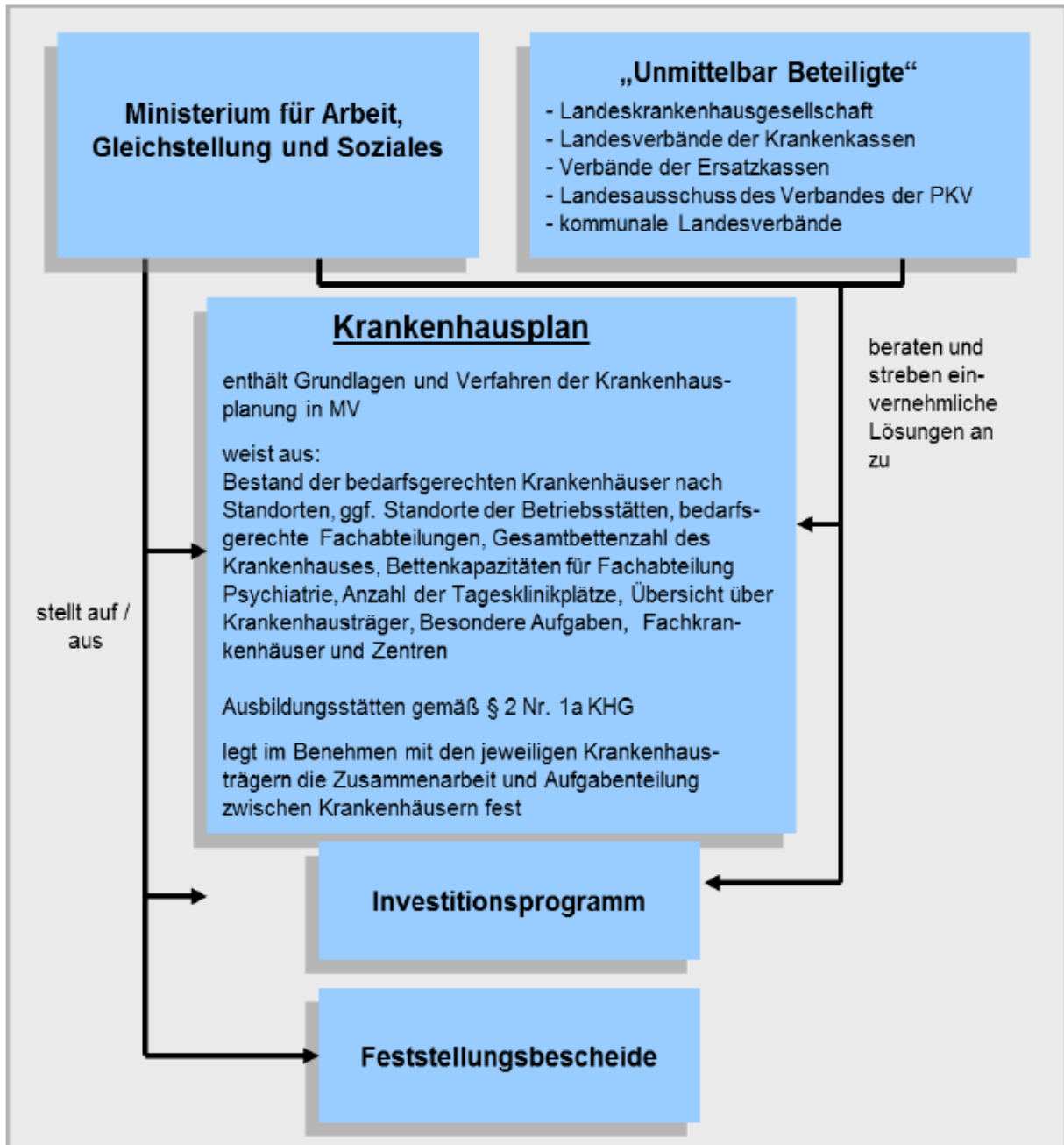
Die Krankenhausplanung ist ein kontinuierlicher Prozess, da sie sich u. a. am erforderlichen Bedarf, der medizinischen Leistungsfähigkeit, der Qualitätssicherung, der wirtschaftlichen Leistungserbringung, der wohnortnahen medizinischen Versorgung und weiteren Kriterien orientiert. Sie ist somit als Rahmenplanung angelegt. Der Krankenhausplan 2012 weist den Bestand der bedarfsgerechten Krankenhäuser nach Standorten, die bedarfsgerechten Fachabteilungen ohne Angabe der Bettenzahl, die Gesamtbettenzahl des jeweiligen Krankenhauses sowie besondere Aufgaben aus. Die Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie, die Psychosomatische Medizin, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie die teilstationären Versorgungsangebote (tagesklinische Betten) werden im Krankenhausplan 2012 mit konkreten Betten- bzw. Platzkapazitäten ausgewiesen.³¹² (Tab. 4.4) Die Krankenhausplanung für Mecklenburg-Vorpommern wird in der Abb. 4.5 dargestellt, der Krankenhausplan für die Hansestadt Rostock aus dem Jahr 2012 mit aktueller Gültigkeit folgt in der Tab. 4.4.

³¹⁰ „Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze“ (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt durch Artikel 16a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133).

³¹¹ Quelle: Krankenhausplan 2012 des Landes Mecklenburg Vorpommern

³¹² Auf die medizinische Versorgung von psychisch kranken Menschen und die stationäre Versorgungsangebote, die die Hansestadt Rostock für psychisch Kranke, behinderte und suchtkranke Menschen vorhält, wird im Kapitel 4.3 eingegangen.

Abbildung 4.5: Prozess der Krankenhausplanung in Mecklenburg-Vorpommern



Quelle: Krankenhausgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern (LKHG M-V), zit. nach Deutsche Krankenhausgesellschaft 2014: 37

Tabelle 4.4: Krankenhausplan für die Hansestadt Rostock

Krankenhausplan 2012		
	Klinikum Südstadt	Universitätsmedizin
Fachabteilungen (Rahmenplan) Planbetten	420	832
Anästhesiologie und Intensivmedizin	x	x
Augenheilkunde		x
Chirurgie	x	x
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	x	
Frührehabilitation		
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde		x
Haut- und Geschlechtskrankheiten		x
Herzchirurgie		x
Innere Medizin	x	x
Kinderchirurgie		x
Kinder- und Jugendmedizin	x (Neonatologie, Schlaflabor)	x
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie		x
Neurochirurgie		x
Neurologie		x
Nuklearmedizin		x
Orthopädie/ Unfallchirurgie	x	x
Strahlentherapie		x
Urologie		x
darunter IST/IMC-Betten	24	109
Fachabteilungen (Detailplanung)	Zahl der Planbetten (Detailplanung)	
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		35
Psychiatrie und Psychotherapie		126
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		35
Tageskliniken	Zahl der tagesklinischen Plätze	
Diabetologie	1	
Frührehabilitation		
Geriatrie		
Gerontopsychiatrie		
Kinderonkologie		2
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		
Onkologie	9	15
Psychiatrie und Psychotherapie		7
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		16
Rheumatologie	20	
Schmerztherapie	15	
Besondere Aufgaben		
Frührehabilitation von schweren Schädel-Hirn-Schädigungen		
Frührehabilitation von Querschnittslähmungen		
Perinatalzentrum	x	
Überregionale Stroke Unit		x
Adipositas-Chirurgie	x	
Transplantationszentrum gemäß § 10 Transplantationsgesetz		x
Zentren		
Onkologisches Zentrum		x
Gesamtkapazität		
Planbetten	420	1028
Tagesklinische Plätze	45	40

Quelle: Krankenhausplan 2012 des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Stand: Januar 2015)

Das Klinikum der Universität Rostock hat 1.028 stationäre Planbetten, 40 tagesklinische Plätze und besondere Aufgaben als überregionale Stroke Unit (Schlaganfallzentrum), als Transplantationszentrum sowie als Onkologisches Zentrum. Das Klinikum Südstadt Rostock verfügt über 420 stationäre Planbetten, 45 tagesklinische Plätze und nimmt besondere Aufgaben als Perinatalzentrum sowie auf dem Gebiet der Adipositas-Chirurgie wahr. Durch beide Kliniken werden der Rostocker Bevölkerung sowie für die Bevölkerung aus dem Umland insgesamt 1.448 Planbetten und 85 Tagesklinische Plätze für die stationäre Versorgung zur Verfügung gestellt.³¹³ (Tab. 4.4)

In der Tab. 4.5 werden ausgewählte Kennziffern der stationären Versorgung, die Anzahl der aufgestellten Betten, die Anzahl der abgegangenen Patienten, der Nutzungsgrad sowie die Anzahl der Betten je 10.000 Einwohner, nach Fachrichtungen in der Hansestadt Rostock für die Jahre 2004 und 2013 dargestellt.

³¹³ Die Rostocker Krankenhäuser haben auch eine überregionale Versorgungsfunktion. Im Jahr 2013 wurden bspw. 61.000 Behandlungsfälle registriert, von denen nur ca. 44% der behandelten Patienten Rostocker Bürgerinnen und Bürger waren. (Quelle: Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V Schwerin)

Tabelle 4.5: Kennziffern der stationären Versorgung nach Fachrichtungen in der Hansestadt Rostock für die Jahre 2004 und 2013

Kennziffern Fachrichtung	Aufgestellte Betten		Patientenabgang		Nutzungsgrad		Aufgestellte Betten	
	2004	2013	2004	2013	2004	2013	2004	2013
	Anzahl		Personen		in %		je 10 000 Einwohner	
Augenheilkunde	29	24	1.854	2.518	82,0	87,0	1,5	1,2
Chirurgie	267	285	10.597	10.701	86,8	79,0	13,4	14,0
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	142	136	7.001	7.068	65,5	62,0	7,1	6,7
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	46	30	2.370	2.257	83,4	82,0	2,3	1,5
Haut- und Geschlechtskrankheiten	40	20	1.005	1.049	74,4	86,0	2,0	1,0
Herzchirurgie	33	36	673	713	82,7	78,0	1,7	1,8
Innere Medizin	407	417	15.116	16.620	76,7	81,0	20,5	20,5
Kinderchirurgie	- *	18	- *	1.277	- *	68,0	- *	0,9
Kinderheilkunde	92	67	4.844	3.277	76,7	68,0	4,6	3,3
Kinder- und Jugendpsychiatrie	26	36	229	382	93,7	95,0	1,3	1,8
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	25	19	864	1.008	65,9	82,0	1,3	0,9
Neurochirurgie	18	27	567	812	88,8	78,0	0,9	1,3
Neurologie	54	90	2.442	3.158	89,7	81,0	2,7	4,4
Nuklearmedizin (Thrapie)	11	10	1.064	679	92,9	65,0	0,6	0,5
Orthopädie	51	41	1.634	1.756	85,5	75,0	2,6	2,0
Psychiatrie und Psychotherapie	148	147	2.264	2.690	88,7	99,0	7,4	7,2
Psychosomatik	16	- *	100	- *	100,5	- *	0,8	- *
Psychotherapeutische Medizin/ Psychotherapie	- *	15	- *	91	- *	104,0	- *	0,7
Strahlentherapie	45	41	1.003	1.125	86,4	82,0	2,3	2,0
Urologie	42	44	2.170	2.520	84,6	81,0	2,1	2,1
sonstige Fachrichbereiche	1	- *	11	- *	22,7	- *	0,1	- *

*Hier kam es zu Neuzuordnungen/-bildungen bzw. Umbenennungen der Fachrichtungen.

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten von der Universität Rostock, Eigenbetrieb "Klinikum Südstadt Rostock"

Im Berichtszeitraum 2004 bis 2013 erhöhte sich die Zahl der aufgestellten Betten aller Fachrichtungen von insgesamt 1.493 aufgestellten Betten um 10 (2013: 1.503 aufgestellte Betten). Bezogen auf 10.000 Einwohner wurden im Vergleich zu 2004 mit 75 Betten im Jahr 2013 (74 Betten) ein Bett weniger vorgehalten. In den Fachrichtungen Chirurgie, Herzchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurochirurgie und Neurologie kam es bezogen auf die aufgestellten Betten je 10.000 Einwohner zu Zuwächsen, hingegen verzeichneten alle anderen Fachrichtungen – bis auf die Fachrichtungen Innere Medizin und Urologie bei diesen war in den Jahren 2004 und 2013 die Anzahl der Betten je 10.000 Einwohner identisch – Reduzierungen. (Tab. 4.5)

Die stationäre Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern hat sich seit 1991 in Deutschland erheblich gewandelt. Das gilt sowohl für die Leistungsangebote als auch für deren Inanspruchnahme. Die Ursachen sind vielfältig. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, erweiterte Angebote und Möglichkeiten ambulanter, teilstationärer sowie vor- und nachstationärer Behandlungsmethoden aber auch veränderte Abrechnungsformen spielen in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle. Gleichmaßen sind auf der Patientenseite Veränderungen, insbesondere begründet durch eine höhere Lebenserwartung und des damit teilweise zunehmenden Erkrankungsrisikos, zu verzeichnen.

Neben den Kliniken, welchen eine hohe Verantwortung im Zuge der gesellschaftlichen Veränderungen zukommt, ist es ebenso die Aufgabe aller an der Krankenhausplanung beteiligten Institutionen, die weitere Entwicklung zu beobachten und diese bei der Fortschreibung der Krankenhausplanung zu berücksichtigen.

4.1.5 Palliativmedizinische Versorgung

Das „Palliativmedizinische Netz Rostock GbR“ arbeitet koordinierend in der Hansestadt Rostock im Netzwerk „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) als ein Leistungserbringer der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die palliativmedizinische Versorgung richtet sich an Patienten mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung. Die Versicherten werden von der SAPV mit ärztlichen und pflegerischen Leistungen versorgt. Die Palliativversorgung im Netzwerk ist darauf ausgerichtet, Schmerzen und weitere Symptome der betroffenen Patienten unter Kontrolle zu bringen sowie psychologische, soziale und konfessionelle Probleme zu lindern, indem auch zu fachkompetenten Ansprechpartnern vermittelt wird.

Das Netzwerk der palliativmedizinischen Versorgung in Rostock setzt sich aus fünf Einrichtungen zusammen, die in der Tab. 4.6 dargestellt werden. Hinzukommend werden die in den Einrichtungen tätigen ambulanten Hospizhelfer und vorhandenen Palliativbetten dargestellt.

Tabelle 4.6: Übersicht zu den Angeboten im Bereich der palliativmedizinischen Versorgung in der Hansestadt Rostock im Jahr 2013

Einrichtung	Ambulante Hospizhelfer	Palliativbetten
Palliativeinheit am Klinikum Süd	keine	9
Hospiz am Klinikum Süd	11	10
Palliativmedizin der Universität Rostock	keine	10
Ökumenischer ambulanter Hospizdienst	37	keine
Ökumenischer Kinderhospizdienst "Oskar"	36	keine
Gesamt	84	29

Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock

In der Hansestadt Rostock gibt es eine Palliativeinheit am Klinikum Südstadt Rostock mit neun stationären Betten. Hier werden neben der Arbeit am Patienten Schulungen angeboten, um medizinisches Fachpersonal im Bereich der Palliativmedizin weiterzubilden. Zudem gibt es ein Hospiz am Klinikum Südstadt Rostock mit zehn Einzelbetten, elf ambulanten und 38 stationären Hospizhelfern. Einen interdisziplinären Bereich für Palliativmedizin gibt es im Zentrum für Innere Medizin, Klinik III-Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin der Universität Rostock mit zehn stationären Betten. Diese Einrichtung verfügt über einen 24-Stunden-Notruf-Dienst, der den Versicherten und deren Angehörigen zur Verfügung steht. Weiterhin gibt es in Rostock einen ökumenischen ambulanten Hospizdienst, bei dem die Caritas und die Diakonie Träger sind. In diesem arbeiten 37 ehrenamtliche Hospizhelfer, drei davon übernehmen zusätzlich die Kinderhospizarbeit. Darüber hinaus gibt es einen ökumenischen ambulanten Kinderhospizdienst „OSKAR“, der über eine „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ für Kinder als Netzwerk verfügt. Hier sind die gesetzlichen Krankenkassen Leistungserbringer, Träger sind die Rostocker Stadtmission und die Caritas Rostock. In diesem sind 36 ehrenamtliche Hospizhelfer für die Kinderhospizarbeit tätig. „OSKAR“ arbeitet nicht nur für die Hansestadt Rostock, sondern überregional für Mecklenburg-Vorpommern.³¹⁴ (Tab. 4.6)

³¹⁴ Nach Angaben des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock

4.2 Pflegerische Versorgung

Anica Stürtz und Sabine Schmidt

Die Versorgung von Personen, die der Pflege bedürfen, findet in der Hansestadt Rostock über verschiedene Einrichtungen statt: ambulante Pflegedienste, ambulante Tagespflegeeinrichtungen, Einrichtungen für die ambulante Intensivpflege sowie stationäre Pflegeeinrichtungen – auf diese soll im nachfolgenden Abschnitt eingegangen werden. Da die Daten zur Pflegestatistik seit dem Berichtsjahr 1999 in zweijährigen Erhebungsturnussen (stets zum 15. Dezember) ermittelt werden, beziehen sich die nachfolgenden Ausführungen auf die Berichtsjahre 2003, 2005, 2007, 2009, 2011 und 2013.

Zu Beginn werden Ausführungen zu den Pflegebedürftigen in der Hansestadt Rostock, in Schwerin und im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern gemacht. Darauffolgend werden Aussagen zur Entwicklung der Anzahl der Empfänger von Pflegeleistungen in Rostock getroffen. Anschließend wird auf die Angebote der Pflege im ambulanten und stationären Bereich eingegangen und ihre Verteilung über die Stadtbereiche der Hansestadt dargestellt.

Erläuterungen zur Pflegebedürftigkeit, Sozialen Pflegeversicherung und zu den Pflegestufen

Nach § 14 „Begriff der Pflegebedürftigkeit“ SGB XI³¹⁵ gelten Personen als pflegebedürftig, wenn sie „[...] wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.“

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung. Dabei werden vorrangig Leistungen für die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn gewährt, um für möglichst lange Zeit ein Leben in der häuslichen Umgebung zu unterstützen. Ebenso gehen Leistungen für die teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege den Leistungen der vollstationären Pflege voraus. Der Leistungskatalog der Pflegeversicherung umfasst Dienst-, Sach- und Geldleistungen für grundlegende Bedarfe sowie zur Kostenerstattung. Entsprechend dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und je nachdem, ob die Pflege in der Häuslichkeit, teilstationär oder vollstationär erfolgt, werden die Art und der Umfang festgelegt.³¹⁶ Für die Leistungsgewährung erfolgt eine Einteilung der pflegebedürftigen Personen (§ 14) nach § 15 SGB XI in drei Pflegestufen:

„1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.“

³¹⁵ Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462).

³¹⁶ vgl. §§ 3, 4 SGB XI

2. *Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.*

3. *Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.*³¹⁷

*Entscheidend für die Zuordnung zu einer der Pflegestufen ist der im Durchschnitt tägliche Zeitaufwand, der für die notwendigen Pflegemaßnahmen aufgebracht werden muss.*³¹⁸ *Je nach Pflegestufe werden unterschiedliche Pflegesachleistungen gewährt. Ist der Pflegebedürftige in der Lage für die eigene Grundpflege³¹⁹ und hauswirtschaftliche Versorgung selbst Sorge zu tragen, d. h. bedarf er keiner häuslichen Pflegehilfe, kann dieser dafür Pflegegeld beantragen. Ferner ist eine Kombination aus beiden – Pflegesachleistung und Pflegegeldleistung (auch als Kombinationsleistungen zusammengefasst) – möglich: der Pflegebedürftige würde demnach zum Teil die häusliche Pflege beanspruchen können und ein anteiliges Pflegegeld gezahlt bekommen.*³²⁰

Mit der Pflegereform im Jahr 2008 wurde die „Pflegestufe 0“ eingeführt. Damit wurde besonders den Menschen Rechnung getragen, die nach dem § 45a SGB XI in ihrer Alltagskompetenz³²¹ dauerhaft erheblich eingeschränkt sind und regelmäßiger Unterstützung bei der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung bedürfen (z. B. Menschen mit einer demenziellen Erkrankung), die aber nicht die Vorbedingungen für die Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen. Mit dem „Pflege-Neuausrichtungsgesetz“ wurden für Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (Pflegestufe 0), insbesondere für demenziell erkrankte Menschen, zum 01. Januar 2013 veränderte Leistungen beschlossen – seither besteht für diese erstmalig ein Anspruch auf Pflegegeld oder Pflegesachleistungen.³²² Menschen ohne Pflegestufe mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz werden seit 2013 erstmalig statistisch erfasst.

4.2.1 Pflegebedürftige

Über die Berichtsjahre der Pflegestatistik (2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013) zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Anzahl der pflegebedürftigen Menschen in der Hansestadt Rostock. Von 4.608 pflegebedürftigen Menschen im Jahr 2003 hat sich die Anzahl der Pflegebedürftigen bis 2009 auf 6.067 erhöht und im Jahr 2013 mit 7.760 einen vorläufigen Höchststand erreicht. In der Landeshauptstadt Schwerin hat die Anzahl der Pflegebedürftigen ebenfalls stetig zugenommen. Hier erhöhte sich die Anzahl von 2.810 Pflegebedürftigen (2003) bis 2013 auf 4.566 Pflegebedürftige (+1.756 Pflegebedürftige). (Abb. 4.6.) Eine gleiche Entwicklung gab es auch im Land Mecklenburg-Vorpommern (2003: 44.817 Pflegebedürftige; 2013: 72.445 Pflegebedürftige).

³¹⁷ § 15 Abs. 3 SGB XI

³¹⁸ vgl. § 15 Abs. 3 SGB XI

³¹⁹ Der Begriff der Grundpflege umfasst alltägliche menschliche Bedürfnisse wie die Körperpflege, Nahrungsaufnahme, den Gang zur Toilette, sich anziehen können sowie dafür notwendige Wege bewältigen zu können.

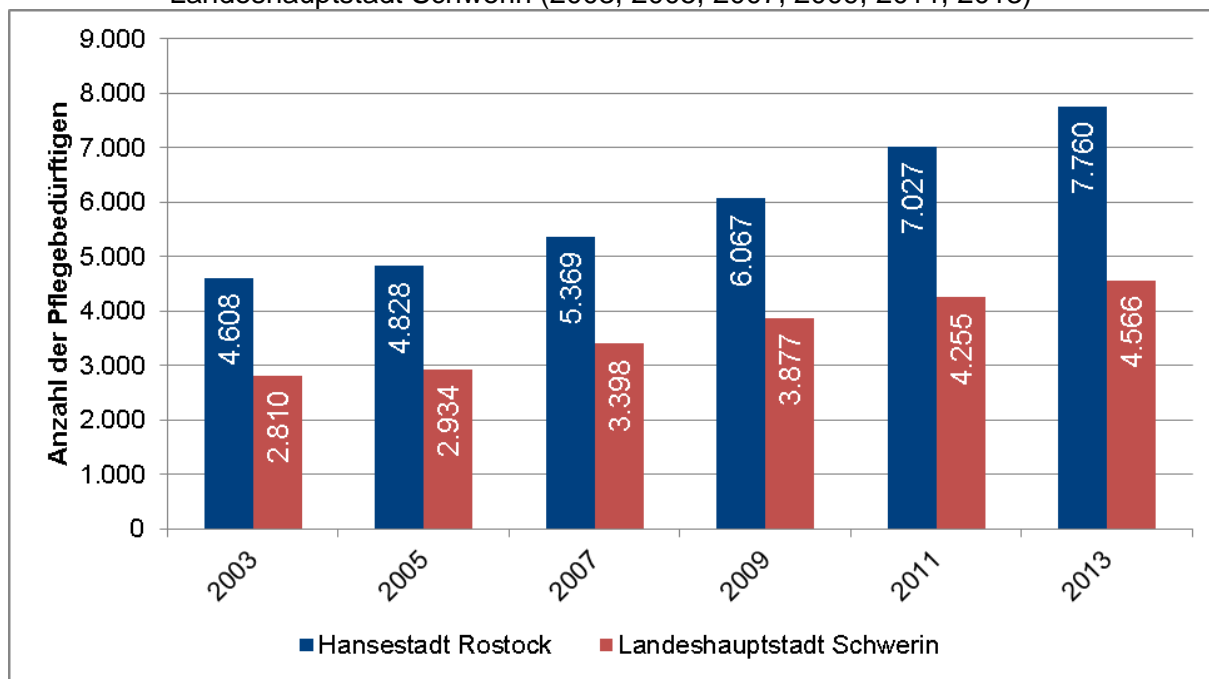
³²⁰ Der Begriff der Alltagskompetenz beschreibt die Fähigkeit eines Erwachsenen seine alltäglichen Handlungen selbstständig und in alleiniger Verantwortung unabhängig erfüllen zu können. (vgl. § 45a SGB XI)

³²¹ vgl. §§ 36, 37, 38 SGB XI

³²² vgl. BMG 2014a

In der Abb. 4.6 wird die Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen in Rostock sowie in der Landeshauptstadt Schwerin in den Berichtsjahren 2003, 2005, 2007, 2009, 2011 und 2013 dargestellt.

Abbildung 4.6: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen in der Hansestadt Rostock und in der Landeshauptstadt Schwerin (2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern, Pflegeversicherungsstatistik (Stand: 15.12.2013)

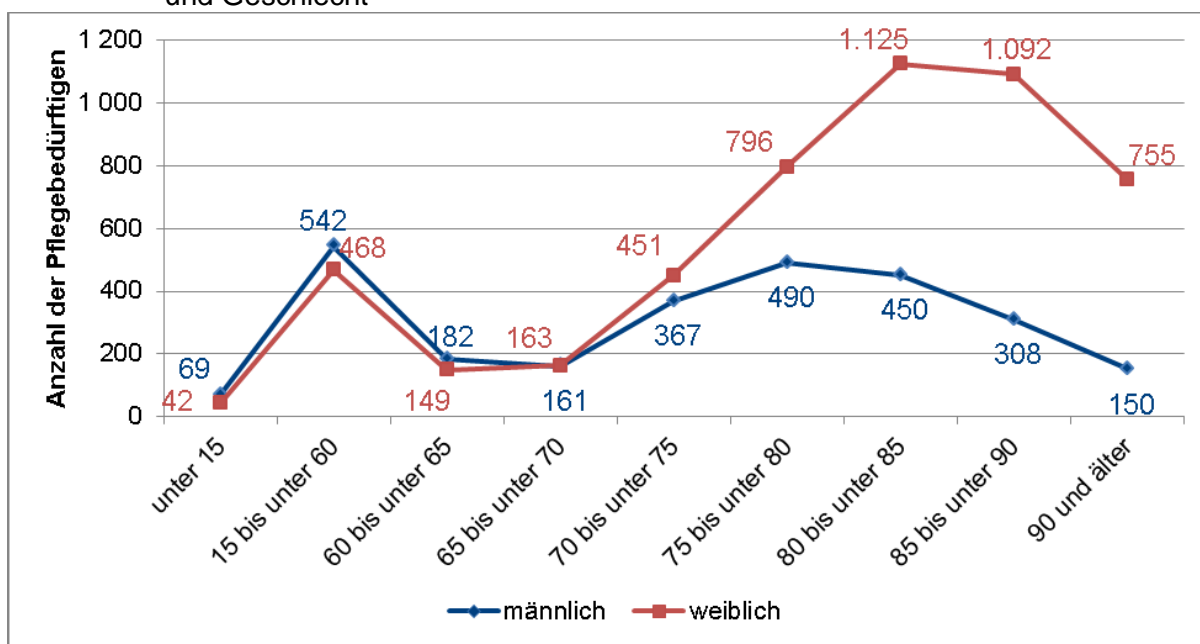
Im Dezember 2013 wurde erstmalig die Anzahl der Pflegebedürftigen bestimmt, die nach § 45a SGB XI eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz aufwiesen. In der Hansestadt Rostock waren es 36% (2.799 Pflegebedürftige). Weiterhin wurden 231 Personen erfasst, die 2013 zwar eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz hatten, aber nicht der Pflegestufe I zugeordnet werden konnten.³²³

Da in Verbindung mit Pflegebedürftigkeit auch immer häufiger demenzielle Erkrankungen auftreten, ist in Zukunft aufgrund der zunehmenden demografischen Entwicklung mit einer wachsenden Anzahl an Menschen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz zu rechnen.

In der Abb. 4.7 wird die Anzahl der Pflegebedürftigen in der Hansestadt Rostock im Dezember 2013 nach dem Alter und Geschlecht abgebildet. In dieser Abbildung bestätigt sich der Zusammenhang zwischen dem Alter und der Pflegebedürftigkeit – mit zunehmendem Lebensalter nimmt die Pflegebedürftigkeit zu. Ab einem Alter von 70 bis unter 75 Jahren erhöht sich die Anzahl der von Pflegebedürftigkeit betroffenen Frauen und Männer. Es wird ersichtlich, dass die Frauen in diesem Alter sowie in den höheren Altersgruppen, stets häufiger von Pflegebedürftigkeit betroffen sind als Männer. (Abb. 4.7)

³²³ Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, Pflegeversicherungsstatistik (Stand: 15.12.2013)

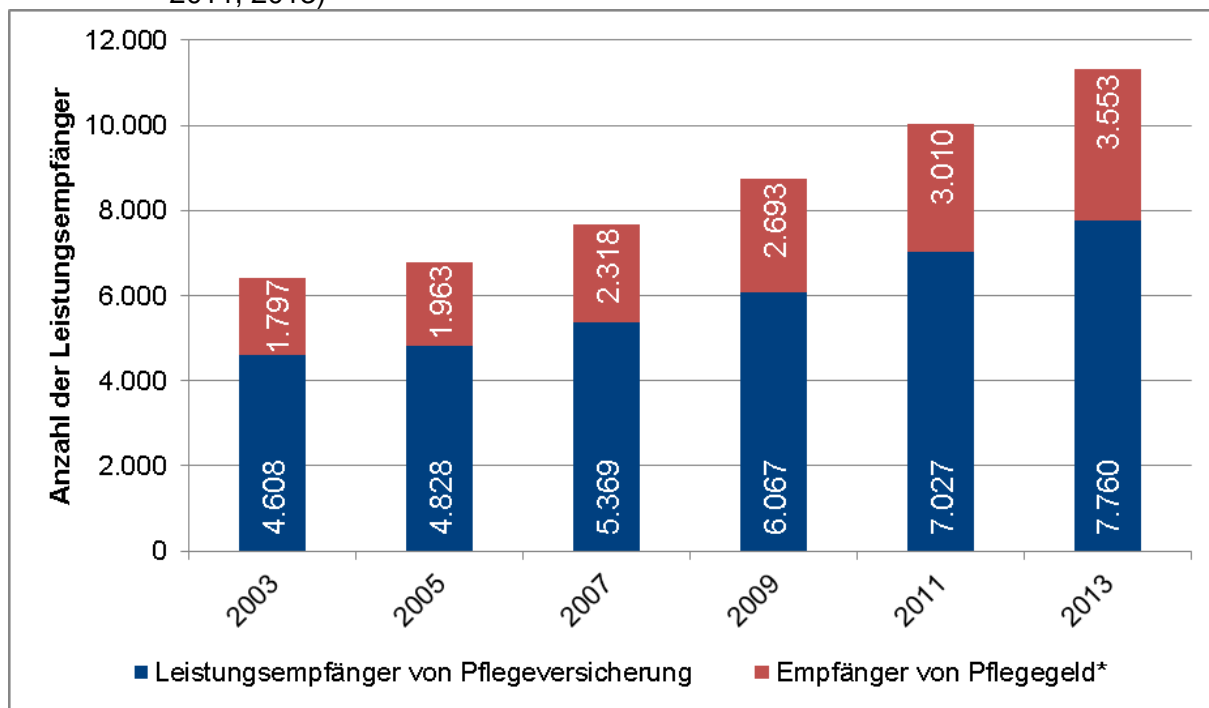
Abbildung 4.7: Anzahl der Pflegebedürftigen in der Hansestadt Rostock im Jahr 2013 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern, Pflegeversicherungsstatistik (Stand: 15.12.2013)

Im Jahr 2013 erhielten 7.760 Menschen in der Hansestadt Rostock Leistungen von der Pflegeversicherung, davon bekamen 3.553 Menschen Pflegegeld. Im Verlauf der Jahre von 2003 bis 2013 ist die Anzahl der Leistungsempfänger kontinuierlich gestiegen – die Anzahl der Leistungsempfänger von der Pflegeversicherung hat sich in diesem Zeitraum um 3.152 Menschen erhöht. Ebenso ist die Anzahl der Empfänger von Pflegegeld von 1.797 (2003), um 1.756, auf 3.553 Pflegegeldempfänger (2013) gestiegen. Der besonders hohe Anstieg von Pflegegeldempfängern von 2011 bis 2013 (+543 Pflegegeldempfänger), lässt sich u. a. auf die gesetzlichen Änderungen durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz zum 1. Januar 2013 zurückführen. Mit diesem wurde beschlossen, dass Menschen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz (Pflegestufe 0) erstmalig Pflegegeld in Anspruch nehmen können. (Abb. 4.8)

Abbildung 4.8: Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung, darunter Empfänger von Pflegegeld in der Hansestadt Rostock (2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013)



*Empfänger, die Kombinationsleistungen erhalten und bereits in der ambulanten und stationären Pflege erfasst wurden, werden hier nicht berücksichtigt

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern, Pflegeversicherungsstatistik (Stand: 15.12.2013)

Im Hinblick auf die Geschlechterverteilung zeigt sich, dass nahezu immer mehr Frauen als Männer Leistungen der Pflegeversicherung erhalten haben. Im Jahr 2013 waren es z. B. 2.095 Frauen und 1.458 Männer.³²⁴ Der größere Anteil bei Frauen ist auf die höhere Lebenserwartung des weiblichen Geschlechts im Vergleich zu den Männern sowie auf eine damit verbundene erhöhte Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit zurückzuführen.

4.2.2 Ambulante Pflegedienste

Die ambulanten Pflegedienste unterstützen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Pflege in der Häuslichkeit. Das Leistungsangebot der ambulanten Pflegedienste umfasst u. a. die Hilfe bei der Grundpflege, häusliche Krankenpflege sowie Beratungs- Betreuungs- und Entlastungsleistungen. Ambulante Pflegedienste arbeiten nach den Vorgaben des SGB XI. Ferner leisten sie auch einen wesentlichen Beitrag in der Nachsorge (z. B. nach einem operativen Eingriff) von bedürftigen Patienten auf der Grundlage von ärztlichen Verordnungen sowie für pflegebedürftige Patienten in der Häuslichkeit. Aufgrund des Prinzips „ambulant vor stationär“ wird ihnen eine bedeutende Position im Gesundheitssystem zuteil.

³²⁴ Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, Pflegeversicherungsstatistik (Stand: 15.12.2013)

In der Hansestadt Rostock haben sich 47 (2013) ambulante Pflegedienste etabliert. Von 33 ambulanten Pflegediensten im Jahr 2003, 34 im Jahr 2007, 42 im Jahr 2009, hat sich die Anzahl der ambulanten Pflegedienste auf mittlerweile 47 im Jahr 2013 kontinuierlich erhöht. Parallel dazu ist in den ambulanten Pflegediensten auch mehr pflegerisches Personal tätig (2003: 449 Personen; 2013: 1.021 Personen).³²⁵ Diese Entwicklung geht mit der Zunahme der von den ambulanten Pflegediensten betreuten pflegebedürftigen Menschen einher. In der Tab. 4.7 wird die Entwicklung der von den Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen insgesamt, die im Durchschnitt je Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen sowie die Pflegebedürftigen je 100 Einwohner in der Hansestadt Rostock in den Jahren 2003, 2005, 2007, 2009, 2011 und 2013 dargestellt. (Tab. 4.7)

Tabelle 4.7: Anzahl der von den ambulanten Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen insgesamt, die im Durchschnitt je Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen und die Pflegebedürftigen bezogen auf 100 Einwohner (2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013)

Jahr	Anzahl betreuter Pflegebedürftiger	Pflegebedürftige je Pflegedienst	Pflegebedürftige je 100 Einwohner
2003	1.265	38	6
2005	1.294	38	6
2007	1.450	43	7
2009	1.576	40	8
2011	1.718	41	8
2013	1.975	42	10

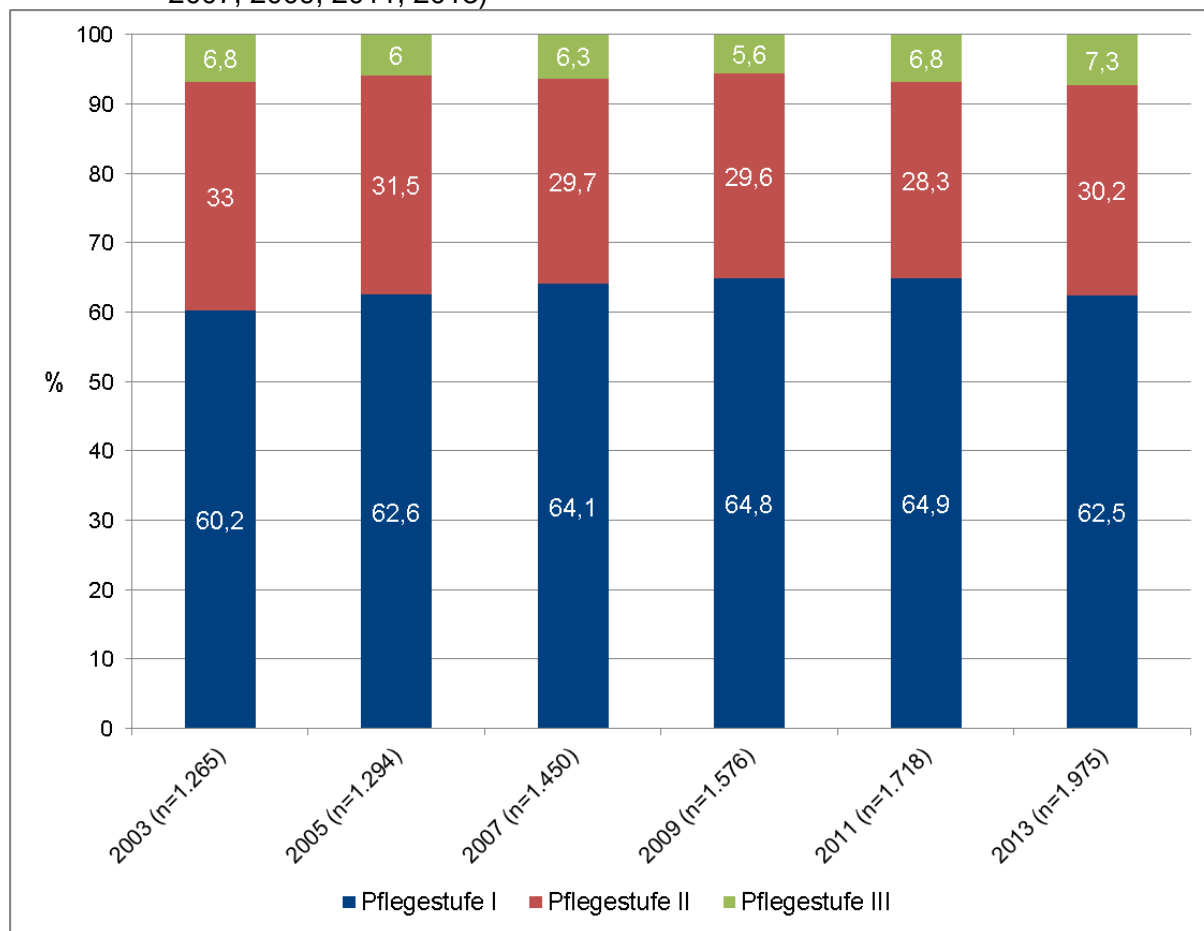
Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern, Pflegeversicherungsstatistik (Stand: 15.12.2013)

Im Jahr 2003 wurden 1.265 Pflegebedürftige durch die ambulanten Pflegedienste in Rostock versorgt. Bis 2013 stieg die Anzahl der von den ambulanten Pflegediensten betreuten Pflegebedürftigen kontinuierlich und erreichte einen vorläufigen Höchststand (1.975 betreute Pflegebedürftige). Die Anzahl der durchschnittlich versorgten Pflegebedürftigen je Pflegedienst erhöhte sich ebenfalls: von ursprünglich 38 Pflegebedürftigen (2003) wurden 2013 vier Pflegebedürftige im Durchschnitt mehr je Pflegedienst versorgt (2013: 42 Pflegebedürftige je Pflegedienst). Die Zunahme der von den ambulanten Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen sowie der bei den ambulanten Pflegediensten beschäftigten Pflegekräfte lässt sich auf eine über die Jahre angestiegene Zahl von Pflegebedürftigen zurückführen: waren 2003 von 100 Einwohnern in der Hansestadt Rostock sechs Menschen pflegebedürftig, waren es im Jahr 2013 bereits zehn je 100 Einwohner. (Tab. 4.7)

Eine Gegenüberstellung der Entwicklung der Anteile der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen I bis III, die von den ambulanten Pflegediensten 2003, 2005, 2007, 2009, 2011 und 2013 in Rostock versorgt wurden, wird in der Abb. 4.9 dargestellt.

³²⁵ Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, Pflegeversicherungsstatistik (Stand: 15.12.2013)

Abbildung 4.9: Entwicklung des Anteils der Pflegestufen I bis III an den durch die ambulanten Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen in der Hansestadt Rostock (2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013)

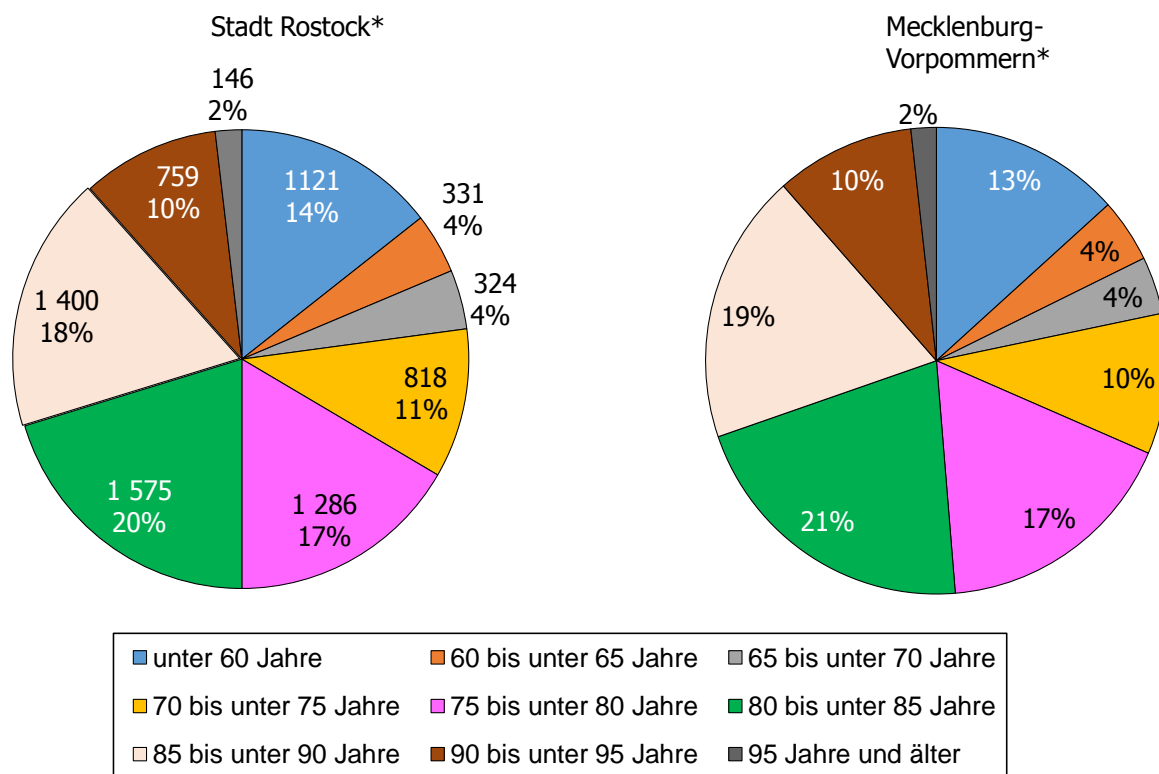


Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern, Pflegeversicherungsstatistik (Stand: 15.12.2013)

Bei der Aufschlüsselung der durch ambulante Pflegedienste in Rostock versorgten Pflegebedürftigen nach Pflegestufen I bis III, wird ersichtlich, dass die Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe I über den Berichtszeitraum stets den größten Anteil ausgemacht haben. Von 2003 (60,2%) bis 2011 stieg der Anteil der Pflegebedürftigen mit einer Pflegestufe I um 4,7% auf 64,9% an und ging bis 2013 wieder leicht zurück (62,5%). Den zweitgrößten Anteil der durch den ambulanten Pflegedienst versorgten Pflegebedürftigen hatten die Pflegebedürftigen mit einer Pflegestufe II. Ihr Anteil verringerte sich von 2003 (33%) bis 2011 (28,3%), stieg im Jahr 2013 aber erneut leicht an (30,2%). Der Anteil der Pflegebedürftigen mit einer Pflegestufe III war im Berichtszeitraum stets am kleinsten. Von 2003 (6,8%) bis 2013 (7,3%) ist dieser leicht angestiegen. (Abb. 4.9)

Da der Pflegebedarf im Zusammenhang mit dem Älterwerden steht, werden die von den ambulanten Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen nach ihrem Anteil an den Altersgruppen für die Hansestadt Rostock und das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern in der Abb. 4.10 dargestellt.

Abbildung 4.10: Altersverteilung der Pflegebedürftigen in den ambulanten Pflegediensten in der Hansestadt Rostock im Vergleich zu jenen im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2013



Quelle: Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS) 2014 nach Daten des statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern, Pflegeversicherungsstatistik (Stand: 15.12.2013)

In der Hansestadt Rostock machen im Jahr 2013 die 80- bis unter 85-Jährigen mit 20% den größten Anteil an der Betreuung durch die ambulanten Pflegedienste aus. Den zweitgrößten Anteil an der Betreuung durch die ambulanten Pflegedienste hat die Altersgruppe der 85- bis unter 90-Jährigen (18%), den drittgrößten Anteil haben die 75- bis unter 80-jährigen Pflegebedürftigen (17%). Die kleinsten Anteile an der Betreuung der ambulanten Pflegedienste in der Hansestadt Rostock haben die Altersgruppen der 95-Jährigen und älteren (2%), gefolgt von den 65- bis unter 70-Jährigen (4%) und den Pflegebedürftigen unter 60 Jahren (4%). Im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern ist die Altersverteilung der ambulant betreuten Pflegebedürftigen nahezu identisch. (Abb. 4.10)

Intensivpflege

Neben den ambulanten Pflegediensten hat sich in der Hansestadt Rostock die ambulante Intensivpflege etabliert. Intensivpflege findet als umfassende Gesundheitspflege und Versorgung dort Anwendung, wo Patienten der intensiven Überwachung und/ oder Unterstützung im Hinblick auf ihre Körperfunktionen bedürfen, bspw. als ambulante Intensivpflege in der Alten- und Heilerziehungspflege oder auch als häusliche Intensivpflege. Sie trägt ebenfalls dem Prinzip „ambulant vor

stationär“ Rechnung. In Anbetracht der fortschreitenden demografischen Entwicklung und des damit einhergehenden steigenden Pflegebedarfs wird die Nachfrage für die ambulante Intensivpflege zukünftig wachsen. Für die Qualitätssicherung und die Zuständigkeit der Melde- und Prüfrechte fehlt es derzeit noch an gesetzlichen Regelungen.

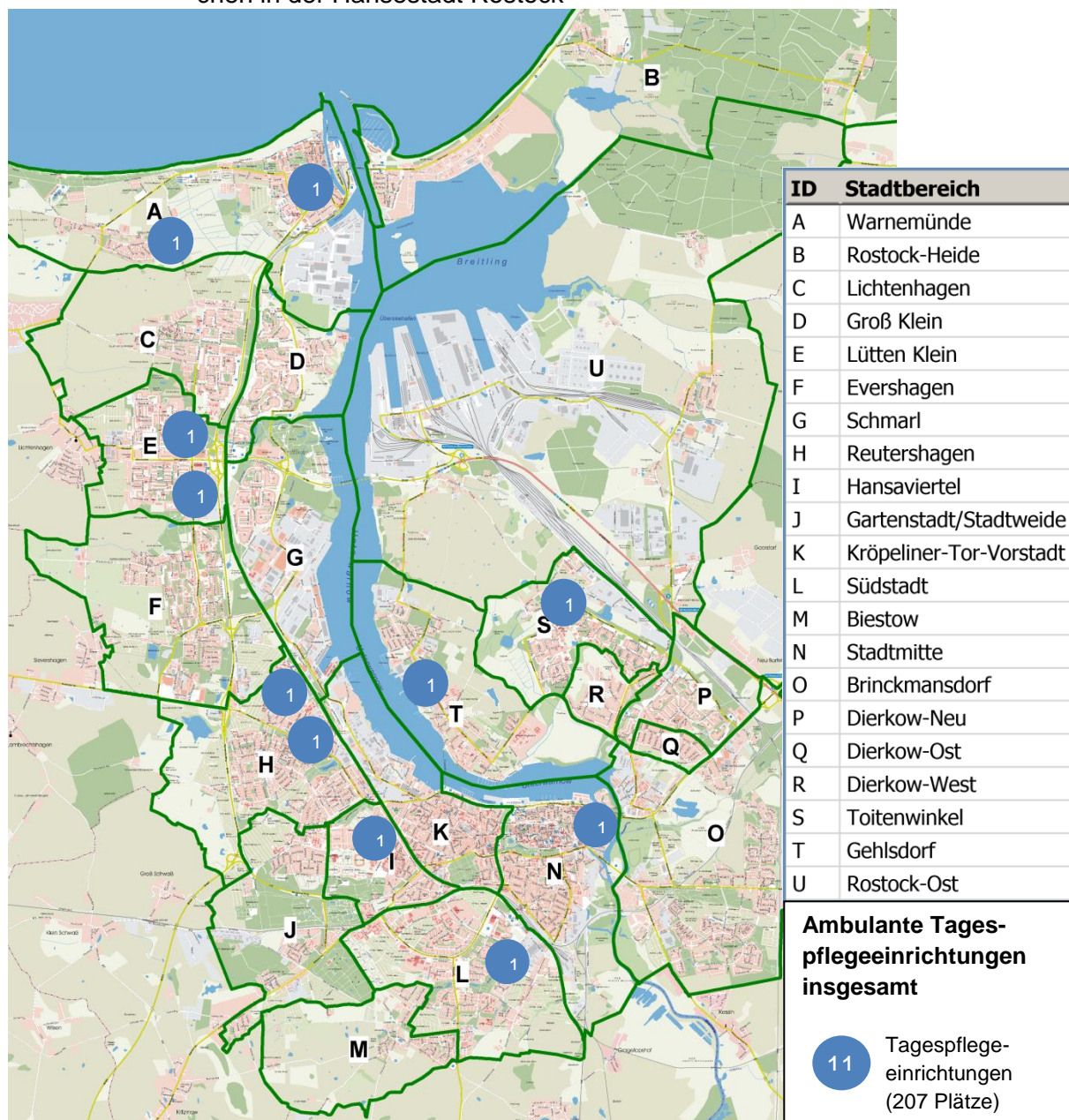
In Rostock gibt es zurzeit drei Praxen mit ambulanter Intensivpflege in betreuten Wohngemeinschaften, die insgesamt 19 Betten vorhalten (2013).

Ambulante Tagespflege

Ambulante Tagespflegeeinrichtungen tragen nicht nur zur Entlastung pflegender Angehöriger bei, sie können darüber hinaus die stationäre Unterbringung zeitlich verzögern oder gar abwenden. Die Tagespflege leistet einen erheblichen Beitrag für den Erhalt der physischen und psychischen Gesundheit von Pflegebedürftigen und verhilft einerseits zur Vermeidung der sozialen Isolation und Vereinsamung sowie andererseits zur Stabilisierung des Lebens in der Häuslichkeit.

In der Hansestadt Rostock gibt es elf Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 207 Plätzen. Diese werden entsprechend ihrer Anschrift nach Stadtbereichen in der Abb. 4.11 dargestellt.

Abbildung 4.11: Anzahl und Verteilung der ambulanten Tagespflegeeinrichtungen nach Stadtbereichen in der Hansestadt Rostock



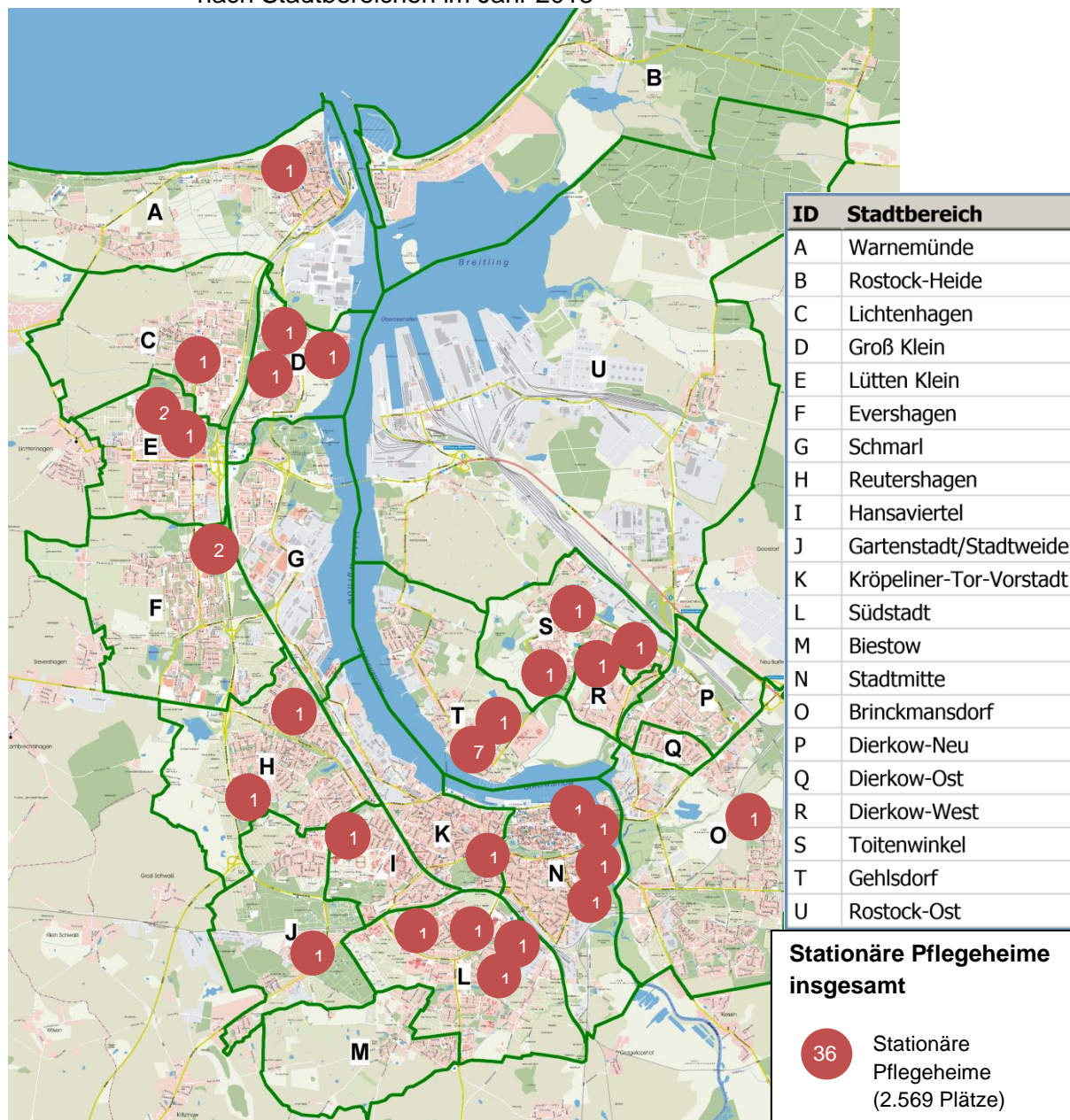
Quelle: Eigene Darstellung nach Angabe der Rostocker Heimaufsicht (Stand: März 2013)

Die ambulanten Tagespflegeeinrichtungen stehen im Stadtgebiet der Hansestadt Rostock vielfach zur Verfügung. Zwei Tagespflegen befinden sich im Stadtbereich Warnemünde, zwei weitere in Lütten Klein sowie zwei Tagespflegen in Reutershagen sind für die Bevölkerung vorhanden. Die Stadtbereiche Hansaviertel, Südstadt, Stadtmitte, Gehlsdorf und Toitenwinkel verfügen über je eine Tagespflege. (Abb. 4.11)

4.2.3 Stationäre Pflegeeinrichtungen

In der Hansestadt Rostock hat sich von 2003 bis 2013 die Anzahl der Pflegeheime von 18 auf 36 kontinuierlich erhöht. Die 36 stationären Pflegeheime halten 2.569 Plätze für eine vollstationäre Pflege vor. Bei den Einrichtungen handelt es sich vorrangig um Senioren- und Altenpflegeheime, Einrichtungen und Wohnstätten für behinderte Menschen sowie Wohn- und Pflegeheime, außerdem um ein Hospiz und eine psychiatrische Fachpflegeeinrichtung. Ihre Verteilung nach Stadtbereichen wird in der Abb. 4.12 dargestellt.

Abbildung 4.12: Anzahl und Verteilung der stationären Pflegeheime in der Hansestadt Rostock nach Stadtbereichen im Jahr 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der Rostocker Heimaufsicht (Stand: März 2013)

Die größte Anzahl an stationären Pflegeheimen befindet sich im Stadtbereich Gehlsdorf mit 8 Pflegeheimen. Weiterhin befinden sich in den Stadtbereichen Stadtmitte und Südstadt jeweils vier Pflegeheime. In Toitenwinkel, Groß Klein und Lütten Klein gibt es jeweils drei Pflegeheime. Jeweils zwei Pflegeheime sind in Evershagen und Reutershagen gelegen. In den Stadtbereichen Warnemünde, Hansaviertel, Gartenstadt/Stadtweide, Kröpeliner-Tor-Vorstadt, Brinckmansdorf und Dierkow-West ist darüber hinaus je ein Pflegeheim für Pflegebedürftige vorhanden. (Abb. 4.12) Die stationären Pflegeheime befinden sich in unterschiedlicher Trägerschaft. Die größte Anzahl an Pflegeheimen (7) befindet sich bspw. in Trägerschaft der Evangelischen Pflege- und Fördereinrichtung Michaelshof. Für fünf Pflegeheime verschiedener Stadtbereiche ist die Rostocker Heimstiftung der Träger, für vier weitere der DRK-Kreisverband Rostock e. V., um nur einige zu nennen.

Parallel zur gestiegenen Anzahl der Pflegeheime nahmen auch die Anzahl des Pflegepersonals, der Pflegebedürftigen und der verfügbaren Plätze in Pflegeheimen für eine vollstationäre Versorgung im Berichtszeitraum zu. Diese Entwicklungen werden in der Tab. 4.8 dargestellt.

Tabelle 4.8: Entwicklung der Anzahl des Pflegepersonals, der Pflegebedürftigen und der verfügbaren Plätze in den stationären Pflegeheimen der Hansestadt Rostock (2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013)

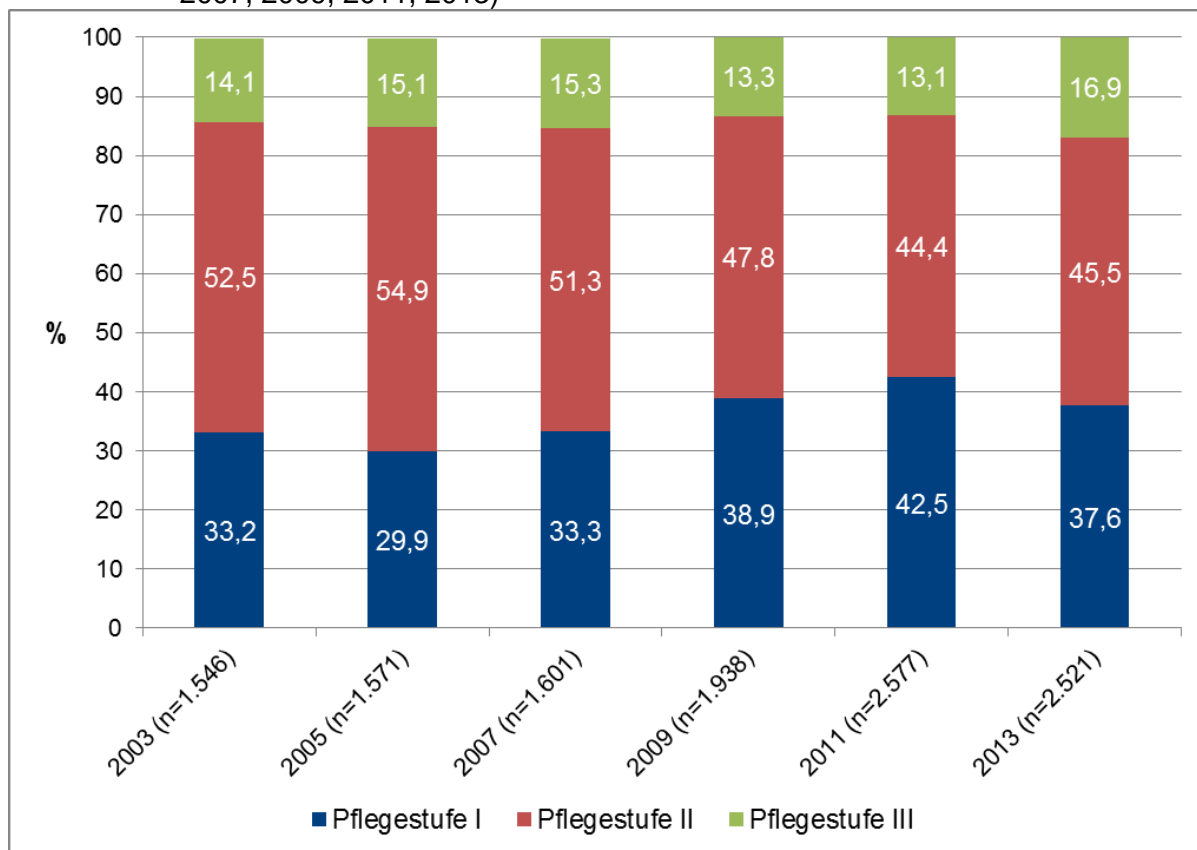
Jahr	in Pflegeheimen		
	Verfügbare Plätze (vollstationär)	Pflegepersonal	Pflegebedürftige insgesamt
2003	1.617	926	1.546
2005	1.584	986	1.571
2007	1.581	973	1.601
2009	1.864	1.252	1.938
2011	2.384	1.650	2.577
2013	2.284	1.687	2.521

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern, Pflegeversicherungsstatistik (Stand: 15.12.2013)

Die Anzahl des Pflegepersonals erhöhte sich in den stationären Pflegeheimen im Berichtszeitraum nahezu stetig (2003: 926 Pflegekräfte; 2013: 1.687 Pflegekräfte). Im Hinblick auf die Plätze für eine vollstationäre Pflege in den Pflegeheimen ist für den Zeitraum bis 2011 ebenfalls ein Anstieg erkennbar von 1.617 Plätzen (2003) auf 2.384 Plätze (2011). 2011 sank sie um 100 auf 2.284 Plätze. Eine gleiche Entwicklung zeigte die Anzahl der Pflegebedürftigen in den Pflegeheimen. Im selbigen Zeitraum ist die Zahl der Pflegebedürftigen in den Pflegeheimen kontinuierlich angestiegen (2003: 1.368; 2011: 2.577), danach sank sie leicht um 56 auf 2.521 Pflegebedürftige. (Tab. 4.8)

Die Entwicklung des Anteils der Pflegestufen I bis III an den in den stationären Pflegeheimen der Hansestadt Rostock versorgten Pflegebedürftigen im Berichtszeitraum wird in der Abb. 4.13 dargestellt.

Abbildung 4.13: Entwicklung der Anteile der Pflegestufen I bis III an den in den stationären Pflegeheimen versorgten Pflegebedürftigen in der Hansestadt Rostock (2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013)



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern, Pflegeversicherungsstatistik (Stand: 15.12.2013)

Im Jahr 2003 hatten 52,5% der in einem Pflegeheim versorgten Pflegebedürftigen eine Pflegestufe II, 33,2% hatten eine Pflegestufe I und 14,1% eine Pflegestufe III. Die Anteile der Pflegestufen an den in den stationären Pflegeheimen versorgten Pflegebedürftigen blieben über die Berichtsjahre annähernd gleich verteilt. Bis 2013 verringerte sich der Anteil der Pflegestufe II um 7% (45,5%). Die Anteile der Pflegestufe I (+4,4%; 2013: 37,6%) und Pflegestufe III (+2,8%; 2013: 16,9%) nahmen im Gegenzug leicht zu. (Abb. 4.13)

4.2.4 Pflegestützpunkte

Die zunehmende demografische Entwicklung macht es vor allem für den Altenpflegebereich notwendig, nebst der dynamischen Entwicklung der Pflegeinfrastruktur insbesondere die Verknüpfungen der vorhandenen regionalen Beratungsangebote sowie eine wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung aller Pflegebedürftigen – deren individuellen Bedürfnisse berücksichtigend – auszubauen. Nur auf diesem Wege kann, trotz eines zunehmenden Anteils älterer, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben im eigenen Zuhause realisiert werden. Unter diesem Gesichtspunkt hat die Landesregierung – die Kommunen einbezogen – auf den Aufbau einer Pflegestützpunktinfrastruktur hingewirkt. Nach Darstellung des Ministe-

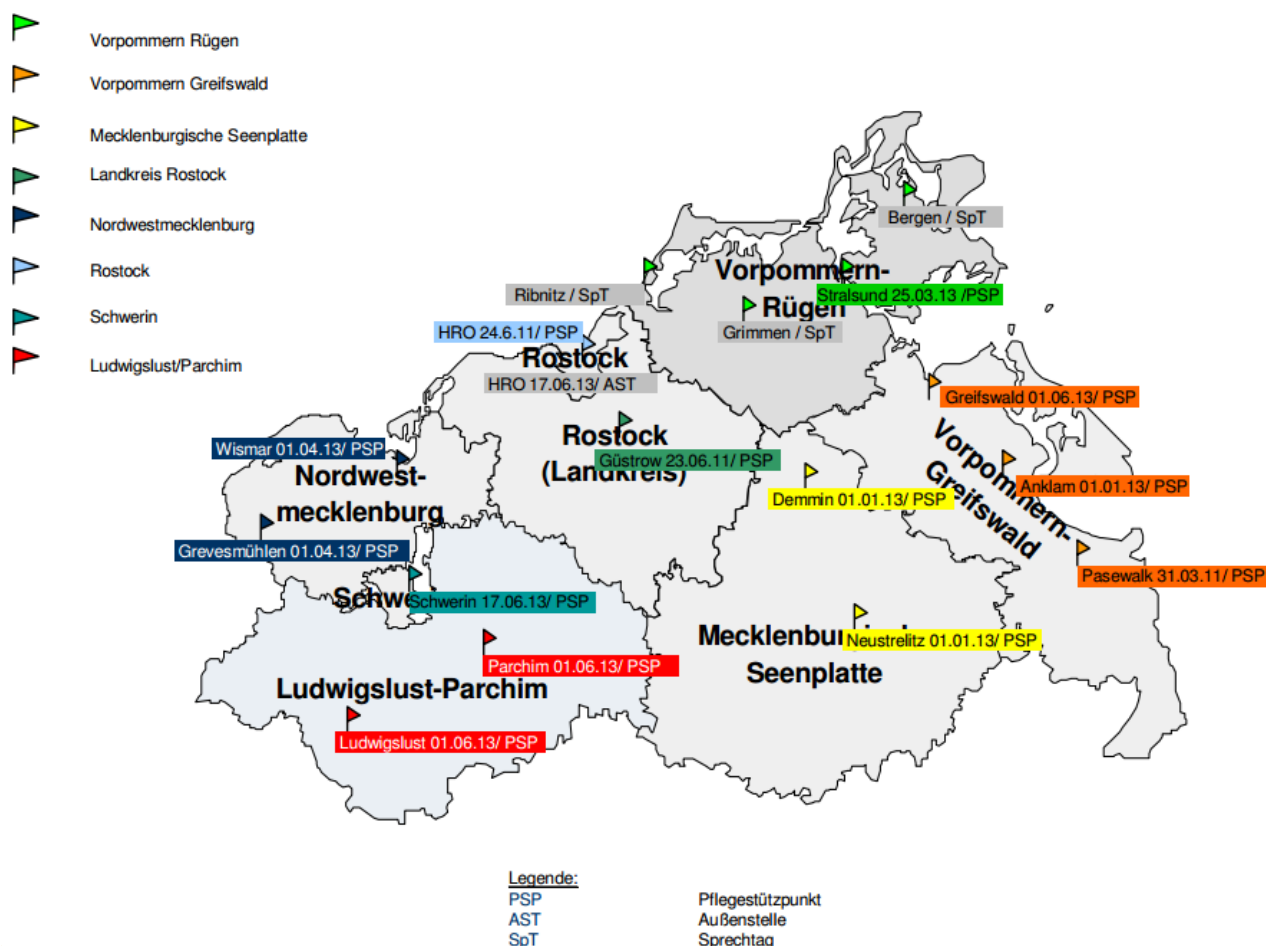
riums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern hat die Zusammenarbeit der Kommunen, des Landes und der Pflege- und Krankenkassen im Jahr 2013 zu einem deutlichen Zuwachs in der Anzahl der Pflegestützpunkte in ganz Mecklenburg-Vorpommern beigetragen.³²⁶

Pflegestützpunkte sind Informations- und Beratungsstellen für Pflegebedürftige, von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen, für ältere Menschen sowie für Menschen mit Behinderung und deren Angehörige. Ihre Aufgaben umfassen die Beratung sowie die auf das Wohnquartier ausgerichtete individuelle Versorgung und Betreuung.³²⁷

Von den in der Allgemeinverfügung des Landes Mecklenburg-Vorpommern vorgegebenen 18 Pflegestützpunkten wurden bis zum Jahresende 2013 15 Pflegestützpunkte konstituiert. In der Abb. 4.14 ist die Verteilung der Pflegestützpunkte in Mecklenburg-Vorpommern dargestellt.

Abbildung 4.14: Verteilung der Pflegestützpunkte mit ihren Außenstellen und Sprechtagen in Mecklenburg-Vorpommern

Pflegestützpunkte in Mecklenburg-Vorpommern



Quelle: Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (Stand: 17.06.2013)

³²⁶ vgl. Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern 2013:6

³²⁷ Für weitere Informationen zu den Pflegestützpunkten in M-V siehe www.pflegestuetzpunktemv.de

In der Hansestadt Rostock ist ein Pflegestützpunkt im Stadtbereich Lütten Klein, mit einer Außenstelle in der Südstadt, für die Rostocker Bevölkerung zugänglich.

4.3 Rehabilitationseinrichtungen

Zahlreiche medizinische Eingriffe verlangen nach einer systematischen und umfangreichen Rehabilitation, z. B. nach einem Schlaganfall oder nach einer Operation. Rehabilitationsleistungen werden in Deutschland durch verschiedene Sozialversicherungsträger – durch die Krankenversicherung, die Renten- und Unfallversicherung – gewährt. Rehabilitation verfolgt das Ziel körperliche, beruflichen und/ oder sozialen Fähigkeiten wiederzuerlangen bzw. zu erhalten. Darüber hinaus versucht die Rehabilitation gezielt Beeinträchtigungen, die aus chronischen Erkrankungen oder Unfällen resultieren können, zu verhindern.³²⁸

Gemäß § 15 SGB VI³²⁹ in Verbindung mit §§ 26-31 SGB IX³³⁰ bestehen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insbesondere aus der Behandlung durch Ärzte (und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden, einschließlich der Anleitung des Versicherten, eigene Abwehr und Heilungskräfte zu entwickeln), aus Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie, aus Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, aus Belastungserprobung und Arbeitstherapie sowie aus Hilfsmitteln und der stufenweise Wiedereingliederung.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können stationär oder ambulant erbracht werden.

In der Hansestadt Rostock stehen zwei ambulante Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung. Zum einen gibt es das „Zentrum für ambulante Rehabilitation Rostock (ZaR)“ in der Kröpeliner-Torvorstadt, zum anderen gibt es „MedPrevio“ in der Stadtmitte. Während das ZaR den Fokus auf Leistungen für eine ganztägige ambulante Rehabilitation legt, werden bei „MedPrevio“ physiotherapeutische Leistungen angeboten.³³¹

³²⁸ BMG 2014b

³²⁹ Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) - Gesetzliche Rentenversicherung - in der Fassung vom 19. Februar 1989 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2464).

³³⁰ Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - in der Fassung vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046, 1047), zuletzt geändert durch Artikel 1a des Gesetzes vom 7. Januar 2015 (BGBl. 2015 II S. 15).

³³¹ Auf eine weitere Rehabilitationseinrichtung, insbesondere für psychisch kranke Menschen, wird im Kapitel 4.4. eingegangen.

4.4 Versorgung von psychisch Kranken und seelisch behinderten Menschen sowie Strukturen der Suchtkrankenhilfe

Anica Stürtz und Thomas Leyk

In den vergangenen Jahren haben psychische Erkrankungsfälle und psychosoziale Notlagen in der Bevölkerung zugenommen.³³² Vor dem Hintergrund, dass das psychische Befinden u. a. die Gefühlswelt, die Leistungsfähigkeit und –bereitschaft, das soziale Verhalten sowie die körperliche Gesundheit beeinflusst, sind psychische Störungen über die Jahre verstärkt in den Mittelpunkt des gesamtgesellschaftlichen Interesses gerückt und für das Gesundheitswesen in ihrer Bedeutung gewachsen.³³³

Aus einer aktuellen Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit der Erwachsenen in Deutschland (DEGS₁, 2006-2011) und ihrem Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS₁-MH) geht hervor, dass innerhalb eines Jahres 27,7% der 18- bis 79-Jährigen aus der Allgemeinbevölkerung an einer psychischen Störung erkranken (12-Monats-Prävalenz). Mindestens vorübergehend war somit einer von vier bis fünf Männern und eine von drei Frauen von einer voll ausgeprägten Störung betroffen. Angst- und depressive Erkrankungen wurden dabei am häufigsten ermittelt. Als weitere, häufig auftretende psychische Erkrankungen gelten Psychosen und Suchtkrankheiten.³³⁴

Ferner verweisen die Gesundheitsreporte der Krankenkassen zusätzlich auf die zunehmende Relevanz von psychischen Störungen. Unter den sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in Deutschland, im Land Mecklenburg-Vorpommern sowie in der Hansestadt Rostock zählen sie zu bedeutenden Krankheitsarten. Zwar treten psychische Erkrankungen nicht so häufig auf wie andere Erkrankungen, dafür gehen sie aber mit verhältnismäßig langen Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tagen)/ Fehlzeiten einher.³³⁵ In der Zukunft wird sogar damit gerechnet, dass sich die Situation – auch wegen der demografischen Entwicklung – weiter zuspitzen wird.³³⁶

Zu einer hohen Krankheitslast in Deutschland tragen auch suchtmittelassoziierte Erkrankungen bei. Nach dem „Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) 2012“ sind psychische Störungen durch Alkohol, Tabak und Medikamente unter der deutschen Bevölkerung weit verbreitet. Weiterhin für problematisch werden auch der Konsum von Cannabis und anderen Drogen, das Glücksspiel sowie die exzessive Internetnutzung bewertet.³³⁷ Zwar haben bereits Maßnahmen zur Prävention und Frühintervention (z. B. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)) für einen rückläufigen Trend beim Rauchen geführt, darüber hinaus bedarf es aber weiterer effizienter und zielgruppenspezifischer Präventionsmaßnahmen, um den drogen- und suchtbedingten Problemen in Deutschland gezielt entgegenwirken zu können.³³⁸

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) nimmt sich u. a. der psychisch Kranken sowie der seelisch behinderten Menschen und der Suchtkranken an. Auf der Grundlage des § 17 Allgemeine Aufgaben der Gesundheitshilfe im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Meck-

³³² vgl. Badura et al. 2010: 10, WHO 2006: 1, Prütz et al. 2014: 4-5

³³³ vgl. Badura et al. 2010: 10, Prütz et al. 2014: 5

³³⁴ vgl. Jacobi et al. 2014: 83, DGPPN 2012, Prütz et al. 2014: 5

³³⁵ vgl. BARMER GEK 2014: 5-7, AOK 2013: 27, Techniker Krankenkasse 2014: 10

³³⁶ vgl. DGPPN 2012

³³⁷ vgl. Kraus et al. 2013

³³⁸ vgl. ebd.

lenburg-Vorpommern (ÖGDG M-V)³³⁹ übernimmt dieser eine beratende und betreuende sowie behandelnde Funktion.³⁴⁰

Im Anschluss an kurze Ausführungen zu wichtigen Definitionen, die für das Verständnis in diesem Kapitel wichtig sind, wird die kommunale Versorgungsstruktur für psychisch Kranke, seelisch behinderte und suchtkranke Menschen in der Hansestadt Rostock dargestellt.

Psychische Gesundheit vs. Psychische Erkrankung/ Störung

Die psychische Gesundheit bildet das Fundament für Lebensqualität und Leistungsfähigkeit. Nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1948) wird die psychische Gesundheit als „Zustand des Wohlbefindens beschrieben, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen.“ (WHO 2001). Weiterhin bildet die psychische Gesundheit eine Basis für die Verwirklichung des intellektuellen und emotionalen Könnens und das Fundament für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, in der Schule und im Arbeitsleben.³⁴¹

Nach dem „diagnostischen und statistischen Leitfadens psychischer Störungen“ (DSM-IV)³⁴² werden psychische Störungen als ein klinisch relevantes Verhaltens- oder psychisches Syndrom oder Muster verstanden, welches mit vorübergehendem Leiden (z. B. einem belastenden Symptom) oder einer Beeinträchtigung (z. B. in einem oder mehreren Lebensbereichen wie dem Beruf) einhergeht. Die Symptome, die sich mit den psychischen Erkrankungen/ Störungen zeigen, gründen sich auf multifaktorielle Ursachen. Zu diesen zählen u. a. die körperliche Veranlagung, die psychische Verwundbarkeit (Vulnerabilität) sowie externe psychosoziale Faktoren und das nahe Umfeld.³⁴³ Psychische Erkrankungen bedeuten für die betreffenden Personen erhebliche persönliche Einschränkungen, Partizipationsstörungen und einen enormen Verlust an Lebensqualität. In häufigen Fällen werden diese noch von weiteren psychischen oder körperlichen Erkrankungen begleitet. Psychische Erkrankungen gehen mit einer hohen Anzahl an AU-Tagen einher – wie es Ergebnisse der Gesundheitsreporte der Krankenkassen zeigen –, sie führen gleichermaßen zu vermehrten Kosten im Gesundheitssystem.³⁴⁴ Diesbezüglich wird die Bedeutung der Betreuungsfunktion von Einrichtungen des Gesundheitswesens, wie z. B. dem Sozialpsychiatrischen Dienst im Gesundheitsamt, deutlich.

³³⁹ Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern in der Fassung vom 19. Juli 1994, mehrfach geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 15. April 2014 (GVOBIM-V S. 150, 152).

³⁴⁰ § 17 ÖGDG M-V

³⁴¹ vgl. RKI 2012: 39

³⁴² Das DSM (engl.: „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“) ist ein Klassifikationssystem in der Psychiatrie herausgegeben von der American Psychiatric Association (APA). Seit 1996 gibt es diesen Leitfadens auch auf Deutsch „DSM-IV“. (vgl. APA 2000)

³⁴³ vgl. Wittchen 2011: 32, Scheider et al. 2012: 7-8

³⁴⁴ vgl. RKI 2012: 39, DGPPN 2012, Badura et al. 2010: V, Schneider et al. 2012: 4

Seelische Behinderung

Laut § 2 Abs. 1 SGB IX sind Menschen behindert, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ Die Diagnose für eine seelische Behinderung wird nach den Kriterien des „Internationalen Klassifikationsschemas für Krankheiten“ (ICD-10) durch einen Arzt gestellt. Das Krankheitsbild einer seelischen Behinderung kann sich bei jedem Betroffenen sehr unterschiedlich äußern. Häufig resultiert eine seelische Behinderung als Folge von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter.³⁴⁵

„Seelische Störungen, die eine Behinderung zur Folge haben können, sind:

1. körperlich nicht begründbare Psychosen
2. seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen
3. Suchtkrankheiten
4. Neurosen und Persönlichkeitsstörungen“³⁴⁶

Nach § 53 Abs. 1 SGB XII³⁴⁷ können „Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, [...] Leistungen der Eingliederungshilfe [erhalten] [...].“ Die Beurteilung, ob eine seelische Behinderung vorliegt, die den Anspruch auf Eingliederungshilfe bestätigt, fällt unter die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes.

Suchterkrankungen

Der Begriff der *Sucht* umfasst zweierlei klinische Diagnoseformen: den „Missbrauch“ psychoaktiver Substanzen³⁴⁸ und die „Abhängigkeit“ – wobei letzterer für gewöhnlich mit dem Suchtbegriff in Verbindung gebracht wird.³⁴⁹ Zur Sucht werden neben den Abhängigkeitserkrankungen alle risikoreichen, missbräuchlichen und abhängigen Verhaltensweisen, die Suchtmittel (legal und illegal) betreffen sowie nichtstoffgebundene Verhaltensweisen (bspw. Glücksspiel, exzessive Internetnutzung), gezählt.³⁵⁰

Nach der ESA-Studie (2009) stellen legale Drogen die größte Problematik in der deutschen Bevölkerung dar, gefolgt vom Medikamentenkonsum und dem Konsum illegaler Drogen. Für die Weiter-

³⁴⁵ vgl. Mehler-Wex u. Warnke (o. J.)

³⁴⁶ § 3 der Verordnung nach § 47 Bundessozialhilfegesetz (BSHG), Eingliederungshilfe-Verordnung in der Fassung vom 1.2.1975, BGBl I, S. 433.

³⁴⁷ Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – in der Fassung vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022, 3023), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133).

³⁴⁸ Der „Missbrauch“ psychoaktiver Substanzen wird als Oberbegriff sehr vielfältig definiert: synonym wird er auch als „problematischer Konsum“ oder, in Form von einer klinischen Diagnose, als schädlicher Gebrauch nach der ICD-10 oder als Missbrauch nach dem DSM-IV bezeichnet. (vgl. Künfer 2010: 271)

³⁴⁹ vgl. ebd.

³⁵⁰ vgl. BMG 2015

entwicklung der Drogen- und Suchtpolitik muss der Konsumtrend kontinuierlich beobachtet werden.³⁵¹

Organisation der kommunalen Psychiatrie

Auf der Grundlage des § 6 Abs. 2 PsychKG M-V³⁵² erfolgt die Betreuung der psychisch Kranken durch die Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen. Für die Koordination der Einrichtungen, wie z. B. des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der psychiatrischen Krankenhäuser sowie sonstiger psychiatrischer Einrichtungen, der niedergelassenen Ärzte, der Träger der Sozial- und Jugendhilfe u. a., ist ein Psychiatriekoordinator zuständig.³⁵³ Basis für die koordinierende Tätigkeit bildet der Plan zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen in Mecklenburg-Vorpommern.³⁵⁴

Die kommunale Psychiatrie der Hansestadt Rostock weist eine komplexe Struktur auf und wird mitgestaltet von einer Vielzahl von verschiedenen Akteuren im Versorgungssystem für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen. Zur Gestaltung und Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung wurde auf kommunaler Ebene seit 2006 ein Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV) eingerichtet. Der GPV setzt sich aus zwei Funktionsebenen zusammen, dem Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbund (GPSV) und dem Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbund (GPLV). Der Gemeindepsychiatrische Verbund ist ein freiwilliger Zusammenschluss von an der regionalen psychiatrischen Versorgung beteiligten Einrichtungen. Mit Hilfe des Verbundes wurde in der Hansestadt Rostock ein umfassendes und koordiniertes Leistungsangebot entsprechend dem Prinzip der Versorgungsverpflichtung entwickelt.

Über Eingliederungshilfe versorgten 2013 die AWO Sozialdienst Rostock gGmbH und die GGP mbH Rostock mit ihren Angeboten 504 Nutzer mit einem Gesamtbudget von ca. 5.856.000 €. ³⁵⁵ Um Angebote differenzierter gestalten zu können, wurden weitere Arbeitsgruppen initiiert: zu diesen zählen die Psychosoziale Arbeitsgruppe, AG³⁵⁶ Sucht, AG Gerontopsychiatrie, AG Hilfeplanung und AG Öffentlichkeitsarbeit.

Der Sozialpsychiatrische Dienst

Aufgrund landesgesetzlicher Regelungen von Mecklenburg-Vorpommern sind in allen Kreisen und kreisfreien Städten Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) einzurichten.³⁵⁷ Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind neben den anderen Abteilungen der Gesundheitsämter eine Säule des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und übernehmen damit primär allgemeine Aufgaben der öffentlichen Daseinssorge, speziell für psychisch Kranke und Menschen mit geistiger und seelischer Behinde-

³⁵¹ vgl. Kraus et al. 2013

³⁵² Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für Psychisch Kranke (Psychischkrankengesetz – PsychKG M-V) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. April 2000, letzte berücksichtigte Änderung §§ 1, 15, 16, 18, 33, 35, 36 geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 9. November 2010 (GVObI. M-V S. 642, 649)

³⁵³ vgl. § 6 Abs. 2 u. 3 PsychKG M-V

³⁵⁴ vgl. Ministerium für Arbeit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (2011)

³⁵⁵ Quelle: Amt für Jugend und Soziales der Hansestadt Rostock

³⁵⁶ AG ist eine Abkürzung für Arbeitsgruppe.

³⁵⁷ vgl. § 6 Abs. 1 PsychKG M-V

zung.³⁵⁸ Diagnostische oder therapeutische Leistungen im engeren Sinne sind somit vordergründig nicht vorgesehen.³⁵⁹

Auf der Basis von gesetzlichen Grundlagen, wie dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen psychisch Kranker (PsychKG M-V) und dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG M-V), sind die Sozialpsychiatrischen Dienste in einem definierten Spektrum tätig, in dem u. a. hoheitliche Aufgaben wahrzunehmen sind (Pflichtaufgaben, Fachaufsicht). Sie stellen in der derzeitigen Aufgabenverteilung die einzige Institution dar, welche „von Amts wegen“ tätig werden kann und hierfür auch gesonderte Rechte in Anspruch nehmen darf. Der SpDi ist eine fachkompetente und unabhängige Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen sowie deren Umfeld.³⁶⁰

Aufgaben des SpDi umfassen die Beratung und Betreuung von psychisch kranken Menschen, um Schäden sowie krankheitsbedingte soziale Benachteiligungen abzuwenden und sie in professionelle Hilfe zu vermitteln. In akuten Situationen erfolgen Kriseninterventionen wie auch die Beteiligung an Unterbringungsmaßnahmen gemäß PsychKG.³⁶¹ Da teilweise psychisch Kranke krankheitsbedingt allein keinen Zugang zum Hilfesystem finden, ist der SpDi auch Ansprechpartner vor allem für das soziale Umfeld psychisch kranker Menschen und Menschen mit Behinderungen und gestaltet so maßgeblich den ersten Kontakt zum Hilfesystem mit. Darüber hinaus werden vom SpDi, im Rahmen seines gesetzlichen Auftrages zur „Durchführung der vorsorgenden Hilfe“ nach § 7 PsychKG M-V, auch Hausbesuche unternommen.

In der Abb. 4.15 werden die Anzahl der durchgeführten Betreuungen³⁶² sowie die Anzahl der durchgeführten Hausbesuche durch den SpDi dargestellt.

³⁵⁸ vgl. § 7 PsychKG M-V

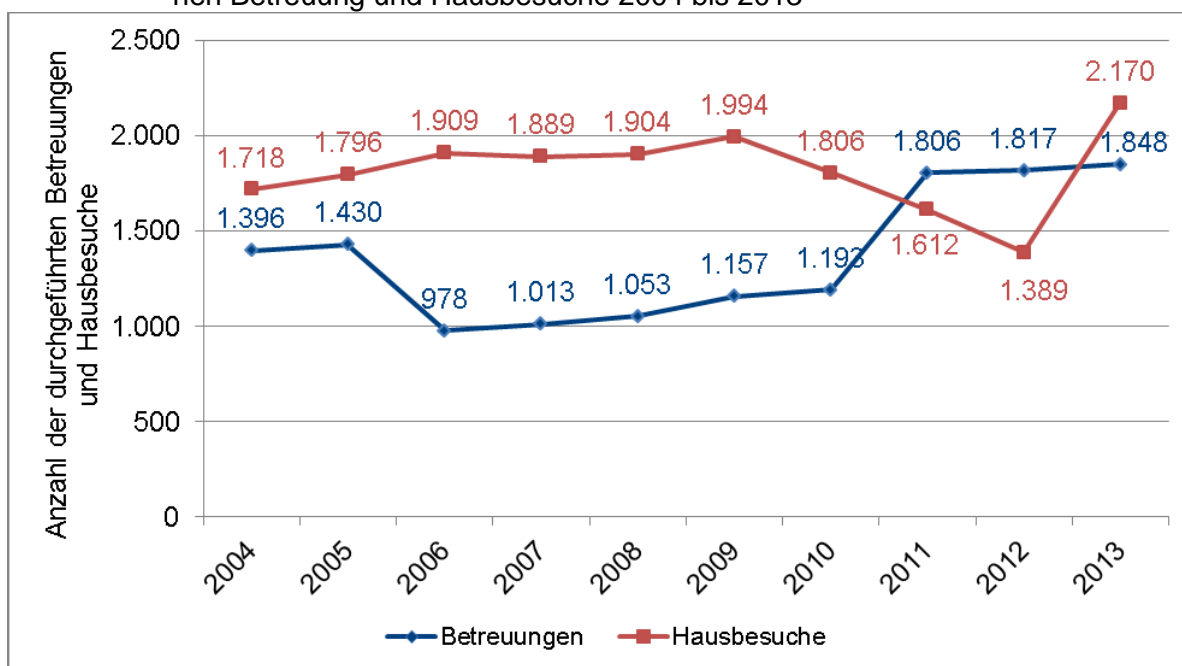
³⁵⁹ vgl. Ministerium für Arbeit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern 2011

³⁶⁰ vgl. ebd.

³⁶¹ vgl. §§ 6, 7, 8, 9 PsychKG M-V

³⁶² Als Betreuungen werden alle Klienten erfasst, die innerhalb eines Jahres, egal ob der Kontakt einmal oder mehrmals zu ihnen oder zu jemandem in ihrem Umfeld in diesem Zeitraum hergestellt wurde, mit dem SpDi Kontakt hatten.

Abbildung 4.15: Entwicklung der Anzahl der durch den Sozialpsychiatrischen Dienst unternommenen Betreuung und Hausbesuche 2004 bis 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, SpDi

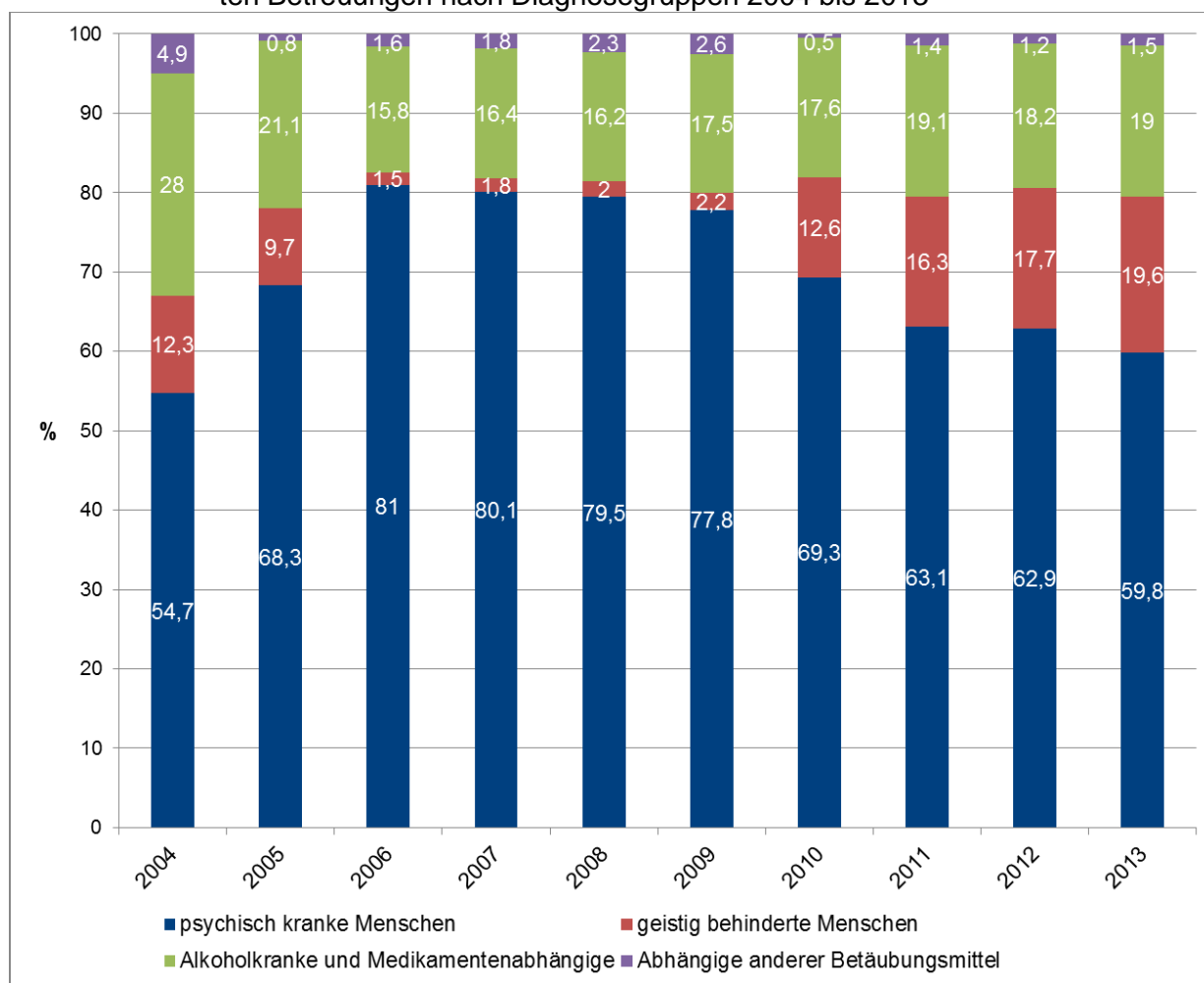
Im Jahr 2013 wurden insgesamt 1.848 Klienten durch den SpDi betreut, es wurden 2.170 Hausbesuche durchgeführt. Zehn Jahre zuvor fanden über 400 weniger Betreuungen statt (2004: 1.396 betreute Klienten), es wurden auch vergleichsweise weniger Hausbesuche durchgeführt (2004: 1.718 Hausbesuche). (Abb. 4.15)

Von 2004 bis 2005 nahm die Anzahl der betreuten Klienten um 34 Personen zu (2004: 1.396 Betreuungen; 2005: 1.430 Betreuungen). Im Jahr 2006 verringerte sich die Anzahl der durchgeführten Betreuungen und erreichte einen Tiefstand von 978. Diese Einbußen lassen sich u. a. auf personelle Ausfälle (z. B. Mutterschaft) zurückführen. Bis 2013 hat sich die Anzahl der durch den SpDi betreuten Klienten kontinuierlich erhöht. Im Jahr 2013 fanden mit 1.848 betreuten Klienten die meisten Betreuungen statt. (Abb. 4.15)

Von 2004 (1.718 Hausbesuche) bis 2009 (1.994 Hausbesuche) ist die Anzahl der Hausbesuche des SpDi kontinuierlich gestiegen. In den darauffolgenden Jahren ist die Anzahl der Hausbesuche bis 2012 bis auf einen Tiefstand von 1.389 stark zurückgegangen. Dieser Rückgang ist mitunter auf den Ausbau von SGB V-Angeboten (APP, Soziotherapie) und der Eingliederungshilfe zurückzuführen. Durch die „Aktivierung“ einer Außenstelle entfielen für den SpDi Hausbesuche. Im Jahr 2013 wurden innerhalb des Berichtszeitraumes am meisten Hausbesuche durchgeführt. (Abb. 4.15)

In der Abb. 4.16 werden die durch den SpDi betreuten Klienten nach ihren medizinischen Diagnosegruppen: psychische Erkrankung, geistige Behinderung, Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit und Abhängigkeit durch andere Betäubungsmittel nach Anteilen differenziert im Berichtszeitraum 2004 bis 2013 dargestellt.

Abbildung 4.16: Entwicklung der Anteile der durch den Sozialpsychiatrischen Dienst durchgeführten Betreuungen nach Diagnosegruppen 2004 bis 2013



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, SpDi

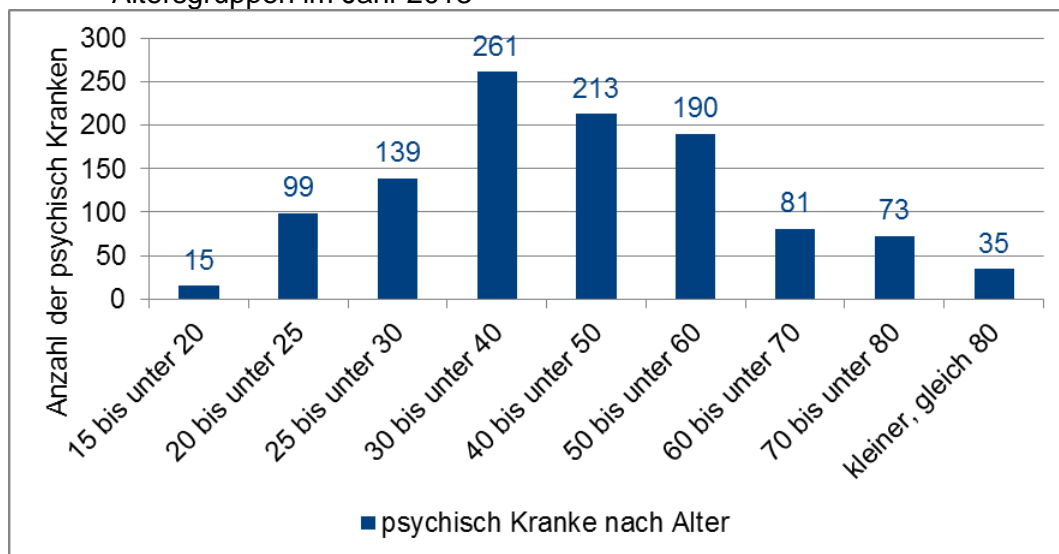
Im Jahr 2013 wurden 1.848 Klienten durch den SpDi betreut. Dabei fanden über die Hälfte der Betreuungen bei psychisch Kranken (59,8%) statt. Etwa jeder fünfte Klient wurde aufgrund von einer geistigen Behinderung (19,6%) oder Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit (19%) betreut. Abhängige anderer Betäubungsmittel machten im Jahr 2013 mit 1,5% nur einen äußerst geringen Anteil an der Gesamtmenge der Betreuungen durch den SpDi aus. (Abb. 4.16)

Im Berichtszeitraum unterlagen die Anteile der durch den SpDi durchgeführten Betreuungen nach Diagnosegruppen einigen Schwankungen. Von 2004 bis 2013 dominierte aber stets die Diagnosegruppe der psychischen Erkrankung die der anderen. Mit im Durchschnitt 69,7% machten sie den größten Anteil der durch den SpDi betreuten Klienten aus. Besonders im Vergleich zu den vorhergehenden Jahren ist seit 2010 der Anstieg des Anteils der Betreuungen von geistig behinderten Menschen auffällig. Vergleichsweise zu z. B. 2009 (2,2%) wurden 2010 (12,6%) über 10% mehr geistig behinderte Menschen durch den SpDi betreut – 2013 waren es mit 19,6% noch einmal mehr. Organisatorische Änderungen innerhalb des Gesundheitsamtes sowie zusätzliche Eignungsbegutachtungen in Folge des Entstehens weiterer tagesstrukturierender Einrichtungen für

Menschen mit geistiger Behinderung erklären den Anstieg oben genannter Personengruppe. (Abb. 4.16)

In der Abb. 4.17 werden die im Jahr 2013 durch den SpDi betreuten psychisch Kranken nach Altersgruppen dargestellt. Insgesamt wurden 1.106 (2013) psychisch kranke Menschen durch den SpDi betreut. Da der SpDi seinen Fokus hauptsächlich auf die volljährige Bevölkerung legt, war der Anteil der unter 20-Jährigen mit 1,4% (2013: 15 psychisch Kranke) eher gering. Den größten Anteil der durch den SpDi betreuten psychisch Kranken machte im Jahr 2013 mit 23,6% die Altersgruppe der 30- bis 40-Jährigen aus (261 psychisch Kranke). (Abb. 4.17)

Abbildung 4.17: Anzahl der vom Sozialpsychiatrischen Dienst betreuten psychisch Kranken nach Altersgruppen im Jahr 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, SpDi

Als eine weitere Aufgabe ist der SpDi für die Erstellung von Gutachten für verschiedene Auftraggeber, neben den Ämtern der Stadtverwaltung auch Behörden der Bundesländer, anderer Gemeinden, Gerichte und weiterer Auftraggeber zuständig. Hauptsächlich handelt es sich hierbei um Begutachtungen zu Eingliederungshilfen nach § 53ff. SGB XII.³⁶³

³⁶³ Ausführungen zu den Gutachten des SpDi und anderer Gutachten des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock werden im Kapitel 4.6 gemacht.

4.4.1 Versorgungsangebote für psychisch Kranke und seelisch behinderte Menschen

Ambulante psychiatrische Versorgung

Die ambulante psychiatrische Versorgung wird in Rostock überwiegend durch in eigenen Praxen niedergelassene Fachärzte und Psychologen sowie durch angestellte Ärzte in Institutsambulanzen erbracht. In der Hansestadt Rostock sind 26 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Nervenheilkunde, 11 ärztliche und 48 psychologische Psychotherapeuten, 13 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und 4 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig.³⁶⁴

Die sechs *Psychiatrischen Institutsambulanzen* (PIA) in unterschiedlicher Trägerschaft bieten ein differenziertes Behandlungsangebot, das vor allem für folgende Zielgruppen bestimmt ist:

- Patienten mit chronifizierten psychischen Erkrankungen (Schizophrenie, schizo-affektive und bipolare Störungen, schwere Persönlichkeitsstörungen, Demenzen, adulte ADHS)
- „nicht-wartezimmerfähige Patienten“
- Patienten mit stoffgebundenen Abhängigkeiten und komorbiden psychiatrischen Störungen
- Patienten, die eine stationäre Behandlung abgebrochen bzw. abgelehnt haben
- Patienten, die ein hochfrequentes und strukturiertes Behandlungsangebot benötigen.

Die psychiatrischen Institutsambulanzen haben sich nach Diagnosegruppen spezialisiert. Eine Institutsambulanz der Gerontopsychiatrie hält ein Behandlungsangebot für Patienten ab etwa 65 Jahre vor.

In der Hansestadt gibt es zwei *Medizinische Versorgungszentren* (MVZ), die psychiatrische Leistungen vorhalten. Eines davon befindet sich in der Reuterpassage (H) (Träger: Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH Rostock) und hält Angebote der Fachgebiete Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie vor. Das MVZ für Kinder- und Jugendliche in Groß-Klein (D) bietet ein Leistungsspektrum in den Fachbereichen Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an. (Abb. 4.18) Die ambulant tätigen Ärzte sind überwiegend Erst- und Hauptansprechpartner in der psychiatrischen Versorgung sowie bei Erfordernis Initiator für weiterführende Behandlungen oder Hilfen.

Neben der Versorgung durch Fachärzte und Psychologen sind auch *nichtärztliche Berufsgruppen* an der gesundheitlichen Versorgung der psychisch kranken Menschen in Rostock beteiligt:

- Die „ambulant psychiatrische Fachpflege“ ist eine hochspezialisierte Pflegeleistung der gesetzlichen Krankenkassen, die ausschließlich durch fachweitergebildete qualifizierte Pflegekräfte erbracht wird.
- „Soziotherapie“ ist ebenfalls ein ambulantes Behandlungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung und soll dazu dienen, schwer psychisch Kranke zu befähigen, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, sofern sie nicht ohne Unterstützung dazu in der Lage sind. Durch strukturierte Trainingsmaßnahmen und Motivationsarbeit sollen psychosoziale Defizite abgebaut werden.³⁶⁵

³⁶⁴ Angaben nach der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) (Stand: August 2014)

³⁶⁵ vgl. Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern 2011

- Zur Versorgung von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil wird sozialpsychiatrische Familienhilfe als kombinierte SGB VIII-/ SGB XII-Leistung von freien Trägern des Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbundes angeboten.

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen

Bis zum Jahr 2013 gab es in der Hansestadt Rostock keine Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen, erst seit 2014 ist die „Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen“ (RPK-Rostock) als eine ganztägig ambulante Einrichtung auf die medizinische und berufliche Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen im Alter von 18 bis 60 Jahren ausgerichtet. In drei Phasen und einer Gesamtdauer von bis zu 18 Monaten wird eine medizinische und berufliche Rehabilitationsbehandlung für 20 Teilnehmer angeboten. Das Angebot richtet sich vorrangig an Menschen mit:

- Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis
- schweren depressiven und bipolaren Störungen
- schweren Ich-strukturellen und Verhaltensstörungen
- schweren chronifizierten Angst- und Belastungsstörungen.

Teilstationäre Angebote in Tageskliniken

Die Betreuung in Tageskliniken richtet sich an Menschen, die selbständig in ihrem gewohnten Umfeld leben können, aber einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bedürfen. Nach dem Krankenhausplan des Landes sind die tagesklinischen Plätze Teile von Krankenhäusern oder eigene Tageskliniken.

Im Bereich der „Erwachsenenpsychiatrie“ betreibt die GGP mbH Rostock Tageskliniken an drei Standorten (Reutershagen (H), Gehlsdorf (T) und Lütten Klein (E)) sowie eine spezielle Tagesklinik für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie in Reuterhagen (H) und zwei Tageskliniken für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie ebenfalls in Reutershagen (H) und in der Dierkower Höhe (P). (Abb. 4.18)

Die Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin betreibt eine Tagesklinik in Stadtmitte (N). (Abb. 4.18)

Stationäre Angebote

Die Kliniken des Zentrums für Nervenheilkunde am Universitätsklinikum Rostock fungieren als Akutkrankenhäuser der psychiatrischen Versorgung. Sie haben laut Festlegungen durch das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales gemäß § 6 Abs. 3 PsychKG M-V die Vollversorgung für die Hansestadt Rostock als auch für das Territorium des ehemaligen Landkreises Bad Doberan übernommen. Die Kliniken des Zentrums für Nervenheilkunde am Universitätsklinikum Rostock sind im Stadtbereich Gehlsdorf (T) zu finden. (Abb. 4.18) Zu diesen zählen folgende:

- Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit Institutsambulanz; Bettenkapazität 146 Plätze und 7 tagesklinische Plätze im stationären Bereich

- Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kinder- und Jugendalter mit Institutsambulanz; Bettenkapazität 35 Plätze
- Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin; Bettenkapazität 15 Plätze

Weiterhin gehört zum Zentrum für Nervenheilkunde des Universitätsklinikums Rostock auch eine Klinik für Forensische Psychiatrie, die der Unterbringung und Therapie von psychisch kranken Rechtsbrechern dient.

Sozialpsychiatrische Versorgungsangebote

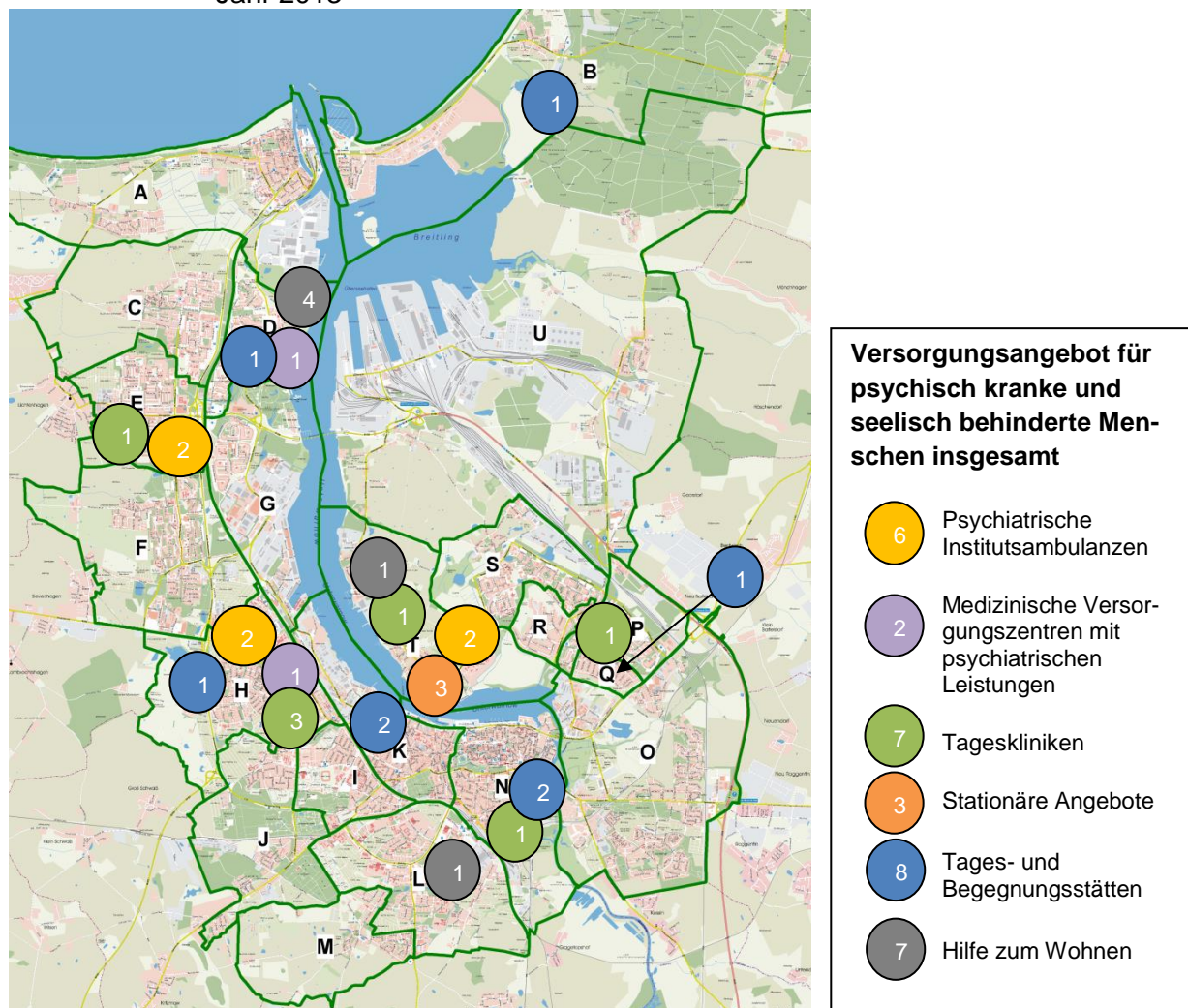
Ein Teil der psychisch kranken Menschen zeigt einen chronischen Krankheitsverlauf und ist dadurch in seiner Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt. Für diese Menschen mit seelischer Behinderung oder von Behinderung bedrohten Menschen gemäß Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) hat sich seit 2002 in der Hansestadt ein Netz sozialpsychiatrischer Versorgungsangebote im Rahmen der Eingliederungshilfen nach §§ 53 ff. SGB XII etabliert.

Über das gesamte Stadtgebiet der Hansestadt verteilt gibt es ambulant betreute Wohnungsangebote sowohl in Wohneinrichtungen als auch in privaten Haushalten der psychisch kranken Menschen: vier Wohneinrichtungen befinden sich in Groß Klein (D), eine in Gehlsdorf (T) und eine in der Südstadt (L). (Abb. 4.4)

Neben den Angeboten zur Hilfe zum Wohnen entstanden auch arbeits- und bildungsorientierte Tagesstätten. Bildungs-, Arbeits- und Beschäftigungsangebote werden für psychisch kranke Menschen in der Hansestadt Rostock an sieben Standorten in fünf Stadtbereichen angeboten: In Stadtmitte (N) gibt es die „Tagesstätte Sprungfeder“ und die „Berufsvorbereitende Tagesstätte“ (BvTS). In der Kröpeliner-Tor-Vorstadt (K) gibt es die „Kunst-Kreativ-Tagesstätte“ (KKTS) und die „Tagesstätte Computer und Rad“ (TS CoRa). Im Stadtbereich Groß Klein (D) befindet sich das „Tagesstrukturierende Zentrum 61“ (TAZ 61), in Dierkow-Ost (Q) die „Tagesstätte Tagewerk“ (TS TW) und in Rostock-Heide (B) liegt die Arbeitstagesstätte „In der Lehmkuhl“ (ATS). Die „Tagesstätte Paulus“ zog 2012 von Stadtmitte (N) nach Reutershagen (H). (Abb. 4.18)

Die folgende Abb. 4.18 zeigt das im Jahr 2013 verfügbare Hilfeangebot im Versorgungssystem für psychisch kranke und behinderte Menschen in der Hansestadt Rostock nach Stadtbereichen, welches zuvor erläutert wurde.

Abbildung 4.18: Anzahl und Verteilung der Versorgungsangebote für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen nach Stadtteilen in der Hansestadt Rostock im Jahr 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock

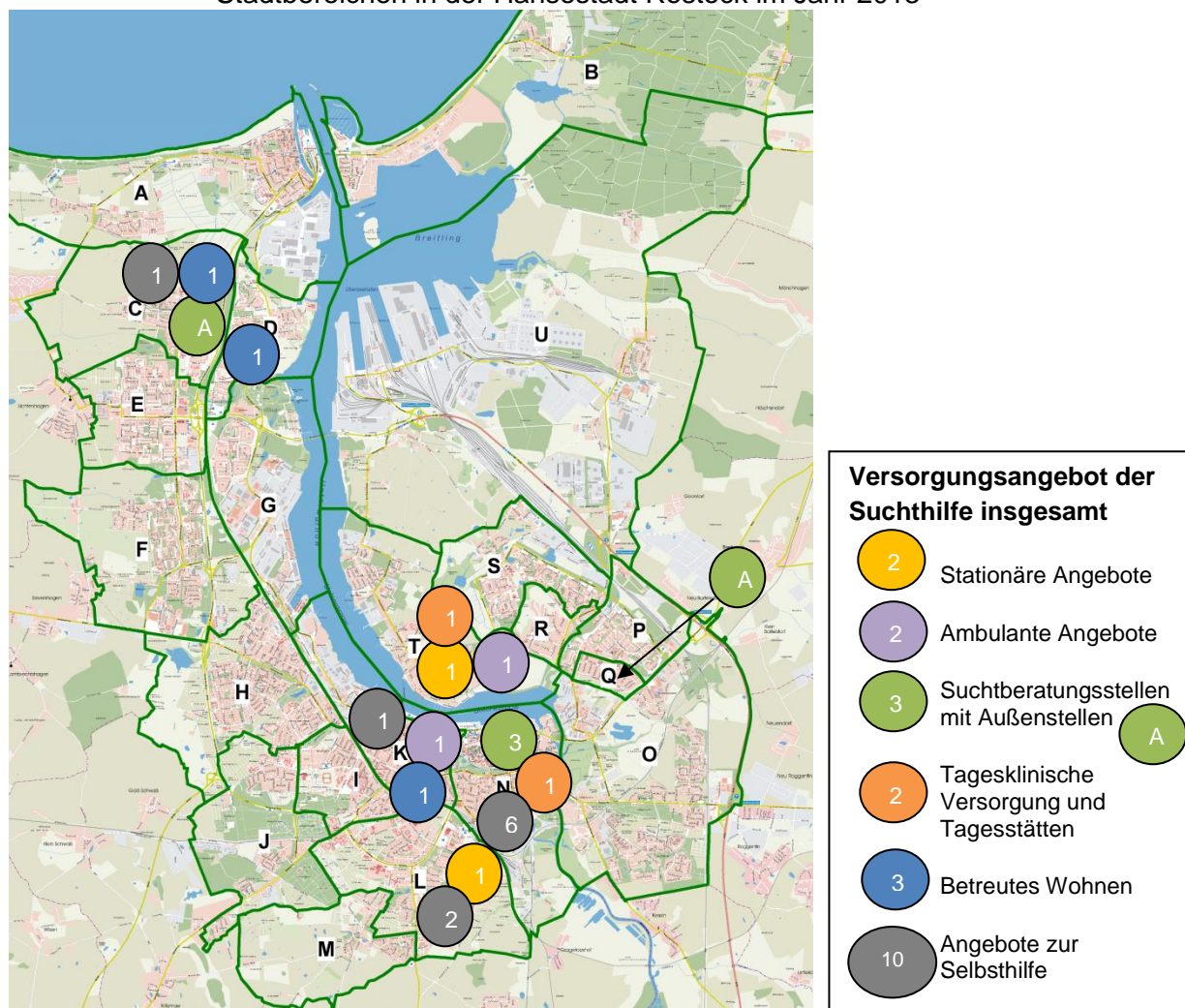
4.4.2 Versorgungsangebote der Suchtkrankenhilfe

Anica Stürtz und Doreen Donath

Die Kommune übernimmt im Rahmen der allgemeinen Daseinsvor- und -fürsorge ihrer Bürger auch für Suchtkranke und von Suchtkrankheit bedrohte Menschen die Aufgabe für eine bedarfsgerechte gemeindenahere Versorgung.³⁶⁶ Somit verfügt auch die Hansestadt Rostock über ein breit aufgestelltes Angebot zur Suchtkrankenhilfe (Abb. 4.19).

³⁶⁶ vgl. Netzwerk Suchtprävention in der Hansestadt Rostock

Abbildung 4.19: Anzahl und Verteilung der Versorgungsangebote der Suchtkrankenhilfe nach Stadtteilen in der Hansestadt Rostock im Jahr 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock

Im Berichtsjahr 2013 gab es in der Hansestadt zwei stationäre Angebote für Suchtkranke: in Gehlsdorf (T) die „Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit Institutsambulanz“ (qualifizierte Entgiftungsbehandlung) und in der Südstadt (L) die Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen „Friedrich-Petersen-Klinik“ (Entwöhnungstherapie). Im ambulanten Bereich gab es zwei Angebote für Menschen mit Suchterkrankungen, zum einen die „Schwerpunktpraxis Sucht“ in der Kröpeliner-Tor-Vorstadt (K) und in Gehlsdorf (T) die „Psychiatrische Institutsambulanz im Universitätsklinikum Rostock im Zentrum für Nervenheilkunde“. (Abb. 4.19)

Im Bereich der klinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, werden in der Rostocker Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter (KJPP) keine Jugendlichen mit einer ausschließlichen Suchtdiagnose behandelt. Wird im Rahmen einer Diagnostik eine Suchtproblematik festgestellt, so wird der Patient nach Stralsund überwiesen bzw. die Primärstörung vor Ort behandelt.

Des Weiteren verfügt die Hansestadt Rostock über drei anerkannte Beratungs- und Behandlungsstellen für Sucht- und Drogenerkrankte und –gefährdete (BBSD) im Stadtbereich Stadtmitte (N) mit zwei Außenstellen, eine davon in Lichtenhagen (C) und eine in Dierkow-Ost (Q), mit folgenden Behandlungsschwerpunkten:

- die Suchtberatungs- und Behandlungsstelle der Volkssolidarität Rostock-Stadt e.V. verfügt über Behandlungsschwerpunkte für Alkohol-, Medikamenten- und Drogensucht, über Raucherentwöhnung (Rauchfrei-Programm) sowie über den Schwerpunkt Glücksspielsucht
- die Evangelische Suchtberatung Rostock gGmbH fokussiert die Behandlungsschwerpunkte Alkohol- und Medikamentensucht, Essstörungen und exzessive Nutzung von Medien
- der Fachdienst Suchtkrankenhilfe der Caritas Mecklenburg e.V. hat seine Zuständigkeit für die Behandlungsschwerpunkte Alkohol-, Medikamenten-, Drogen- und Glücksspielsucht. Zusätzlich werden u. a. eine Suchtakupunktur sowie ein Drogen-Kontaktladen angeboten. (Abb. 4.19)

Die Suchtberatungsstellen nehmen die Aufgaben der Beratung und Betreuung als Einzel- und Gruppenangebote, unabhängig davon, welches Suchtmittel konsumiert oder welche Verhaltenssucht vorliegt, wahr. Darüber hinaus übernehmen sie die Aufgabe der Förderung und Begleitung von Selbsthilfe, der Beratung für Facheinrichtungen, Behörden und Betriebe sowie die Suchtprävention.³⁶⁷

Neben den Selbsthilfevereinen sind viele Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige an die Suchtberatungs- und Behandlungsstellen angebunden, die auch durch die Hansestadt Rostock finanziell gefördert werden. Im Berichtsjahr 2013 gab es in Rostock zehn Angebote der Selbsthilfe. Diese gliedern sich auf in Selbsthilfekontaktstellen, -gruppen und –vereine:

- eine Selbsthilfekontaktstelle in Stadtmitte (N), sie gibt Informationen und Unterstützung für Selbsthilfeinteressierte und Selbsthilfegruppen
- der „Abstinenzverein Trockendock e.V.“ in Lichtenhagen (C) mit derzeit 11 Selbsthilfegruppen in verschiedenen Stadtteilen für Betroffene und Angehörige
- das „Blaue Kreuz“ - Ortsverein Rostock in der Kröpeliner-Tor-Vorstadt (K)
- „Anonyme Alkoholiker in Rostock“ in der Südstadt (L)
- Zeitgemäße Elternselbsthilfe – Elternkreis suchtgefährdeter und abhängiger Kinder bzw. Jugendlicher im Stadtbereich Stadtmitte (N)
 - Angehörigenhilfe in der Südstadt (L) und in der Stadtmitte (N) („AI-Anon“; Selbsthilfegruppe für Angehörige in der Evangelischen Suchtberatung Rostock gGmbH; Angehörigengruppe Elternkreis drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher)
- Angeleitete Gesprächsgruppe für Angehörige in Stadtmitte (N) („Suchtberatungs- und Behandlungsstelle der Volkssolidarität e.V.“; „Fachdienst Suchtkrankenhilfe Caritas Mecklenburg e.V.“, Kreisverband Rostock). (Abb. 4.19)

³⁶⁷ Die Aufgaben der Suchtberatungsstellen sind in der „Richtlinie für die Gewährung von Zuwendungen an die Träger von Beratungs- und Behandlungsstellen für Sucht- und Drogenkranke und -gefährdete“ (BBSDZuwRL M-V) in der Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, in der Fassung vom 5. Oktober 2013 - IX 310 - 406.68.11 - VV Meckl.-Vorp. Gl. Nr. 630-245, S. 754-756 formuliert.

Weiterhin verfügte die Hansestadt im Berichtsjahr 2013 über eine Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Träger: Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH) und eine tagesstrukturierte Einrichtung („Tagesstätte Paulus“³⁶⁸). Ferner waren in Rostock drei Einrichtungen zur Hilfe zum Wohnen bzw. zum Betreuten Wohnen („Abstinenzverein Trockendock e. V.; Sozialpsychiatrische Suchtkrankenhilfe“³⁶⁹, Träger: Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH; „Evangelische Suchtberatung Rostock gGmbH“) für suchtkranke Menschen zugänglich. (Abb. 4.19)

Suchtprävention

Suchtprävention ist ein Bereich innerhalb der Suchthilfe mit spezifischem Profil, der sich in den letzten 20 Jahren als eigenständiges Arbeitsfeld entwickelt hat. Die Unterteilung in universelle, selektive und indizierte Suchtprävention orientiert sich an den unterschiedlichen Bedarfen und Lebenswelten der Zielgruppen und berücksichtigt Risiko- und Schutzfaktoren. Ihre Wirkung zeigt die Suchtprävention durch abgestimmte Maßnahmen aus Verhaltens- und Verhältnisprävention. Dabei beeinflusst die Verhältnisprävention gesellschaftliche Rahmenbedingungen (Jugendschutz, Verfügbarkeit der Suchtmittel, Preisregulierung, Werbung etc.) und zielt auf die Veränderung der Lebenswelten. Verhaltensprävention wiederum setzt am Verhalten des Einzelnen an und soll dieses positiv verändern. Dabei stehen nicht nur Wissensvermittlung im Vordergrund, sondern auch die Förderung von sozialen Kompetenzen, die Stärkung von Schutzfaktoren sowie die Reduzierung von Risikofaktoren.

Süchtiges Verhalten hat viele Gesichter. Es zeigt sich im Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln, aber auch Verhaltensweisen können zu Sucht bzw. suchtähnlichen Gesundheitsstörungen führen. Im Jahr 2013 wurde in der Hansestadt Rostock eine *Lebenswelt- und Sozialraum-analyse* in allen Stadtteilen mit ausgewählten Schulklassen durchgeführt. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass in der Hansestadt Rostock 21,7% der 15-Jährigen mindestens einmal in der Woche Alkohol trinken. 40 Prozent der Jugendlichen gaben an, unregelmäßig Alkohol zu trinken. Weiterhin verdeutlichen die Ergebnisse, dass mit zunehmendem Alter der Befragten der Anteil an den Jugendlichen, die Alkohol trinken, sowie die Häufigkeit des Alkoholkonsums steigen. 2012 wurden insgesamt 69 Kinder und Jugendliche mit einer Alkoholvergiftung behandelt, 2013 waren es 70 Betroffene.³⁷⁰

62% der befragten Schüler sind Nieraucher. 10% der 13-Jährigen gaben an, regelmäßig zur Zigarette zu greifen, bei den 16-Jährigen rauchte jeder Vierte täglich. Mit steigendem Alter erhöht sich das Risiko für eine Abhängigkeit.³⁷¹

Nach Alkohol und Tabak sind auch in der Hansestadt Rostock Cannabisprodukte die am häufigsten verwendeten illegalen Suchtmittel. Der Cannabiskonsum steigt mit zunehmendem Alter an.

³⁶⁸ Die Tagesstätte "Paulus" bietet Hilfe für Menschen mit einer chronifizierten Alkohol- oder Suchterkrankung in Form verschiedener psychosozialer und sozialtherapeutischer Grund- und Betreuungsleistungen bzw. Hilfen zum Umgang mit der Erkrankung an.

³⁶⁹ Sozialpsychiatrische und suchtherapeutische Beratung und Unterstützung in Wohngemeinschaften und in der eigenen Häuslichkeit sind ein differenziertes Unterstützungsangebot der Eingliederungshilfe für chronisch mehrfach beeinträchtigte, abhängigkeitskranke Menschen, die Abstinenz noch nicht zum Ziel haben.

³⁷⁰ vgl. Lebenswelt und Sozialraumanalyse KTV und Stadtmitte Hansestadt Rostock 2013

³⁷¹ vgl. ebd.

25% der 16- bis 17-Jährigen in Rostock nutzen diese Droge unregelmäßig. In Bezug auf chemische Drogen gaben 3,3% der Befragten an, diese schon einmal probiert zu haben.³⁷²

Das Erstkonsumalter für stoffgebundene Suchtmittel hat sich laut der Drogenaffinitätsstudie 2011 in Deutschland erhöht. Auch der Konsum an sich weist, insbesondere bei den 12- bis 17-Jährigen, rückläufige Tendenzen auf. Dennoch zeigen die Ergebnisse der Studie auch, dass der Suchtmittelkonsum mit steigendem Alter, insbesondere bei Jugendlichen männlichen Geschlechts, problematischer wird.³⁷³

In der Hansestadt Rostock konnte ebenfalls festgestellt werden, dass sich das Konsumverhalten mit steigendem Alter erhöht und dass z. B. der Alkoholkonsum bei den männlichen Jugendlichen verbreiteter ist. Des Weiteren konnte bei den Jugendschutzkontrollen festgestellt werden, dass die Jugendlichen eher nicht Bier und Wein konsumieren, sondern mit Brause oder Cola selbstgemixte spirituosenhaltige Getränke zu sich nehmen. Eine weitere Feststellung bei Jugendschutzkontrollen gab es in Bezug auf das Rauchen. Viele der kontrollierten Jugendlichen hatten keine Kenntnis darüber, dass das Rauchen in der Öffentlichkeit erst ab 18 Jahren gestattet ist. Sie waren häufig der Meinung, dies sei schon mit 16 erlaubt und äußerten, dass sie die Erlaubnis zum Rauchen von ihren Eltern hätten. Dies macht deutlich, dass in Bezug auf das Jugendschutzgesetz noch Wissenslücken bestehen, nicht nur bei den Jugendlichen, sondern auch bei den Eltern.³⁷⁴

Die Sucht entsteht nicht auf einmal oder von heute auf morgen. Die *Suchtentstehung* ist ein längerer Prozess, bei dem individuelle, gesellschaftliche und suchtmittelspezifische Faktoren zusammenwirken. *Suchtvorbeugung* ist ein ebenso langfristiger Prozess, der an diesen vielen verschiedenen Faktoren ansetzt und so als ein Teil der Gesundheitsförderung im Sinne der Förderung des körperlichen, geistigen und seelischen Wohlbefindens zu verstehen ist (WHO). *Suchtprävention* soll den Einstieg in den Drogenkonsum verhindern bzw. hinauszögern, um möglichst eine langfristige Drogenfreiheit zu gewährleisten. Nach dem aktuellen Stand der Präventionsforschung ist Suchtprävention wirksam, wenn:

- eine langfristige Ausrichtung,
- eine zielgruppenspezifische Arbeit,
- eine Förderung von Lebenskompetenzen,
- eine Verknüpfung von Lebenswelten sowie
- eine Vernetzung und Koordination von suchtvorbeugenden Angeboten

gewährleistet werden. Suchtprävention, welche die relevanten Zielgruppen systematisch in ihren Lebenswelten anspricht, ist besonders wirksam im Hinblick auf die gesundheitsförderliche Veränderung von Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen.

Ziel der kommunalen Suchtprävention ist es, ein Netzwerk zu schaffen, damit Strukturen, Programme und auch Projekte entstehen, die eine kontinuierliche und damit auch nachhaltige und effektive Suchtvorbeugung gewährleisten. Die konzeptionelle Arbeit der Fachberaterin für Suchtprävention besteht darin, durch erforderliche Maßnahmen die gesamtstädtische Ausstrahlung und Wirkung von Suchtprävention zu fördern, den Auf- und Ausbau von erforderlichen Strukturen zu stärken sowie die Steuerung und Koordinierung der Prävention zu initiieren, um eine institutions-

³⁷² vgl. Lebenswelt und Sozialraumanalyse KTV und Stadtmitte Hansestadt Rostock 2013

³⁷³ vgl. BZgA 2012

³⁷⁴ vgl. Lebenswelt und Sozialraumanalyse KTV und Stadtmitte Hansestadt Rostock 2013

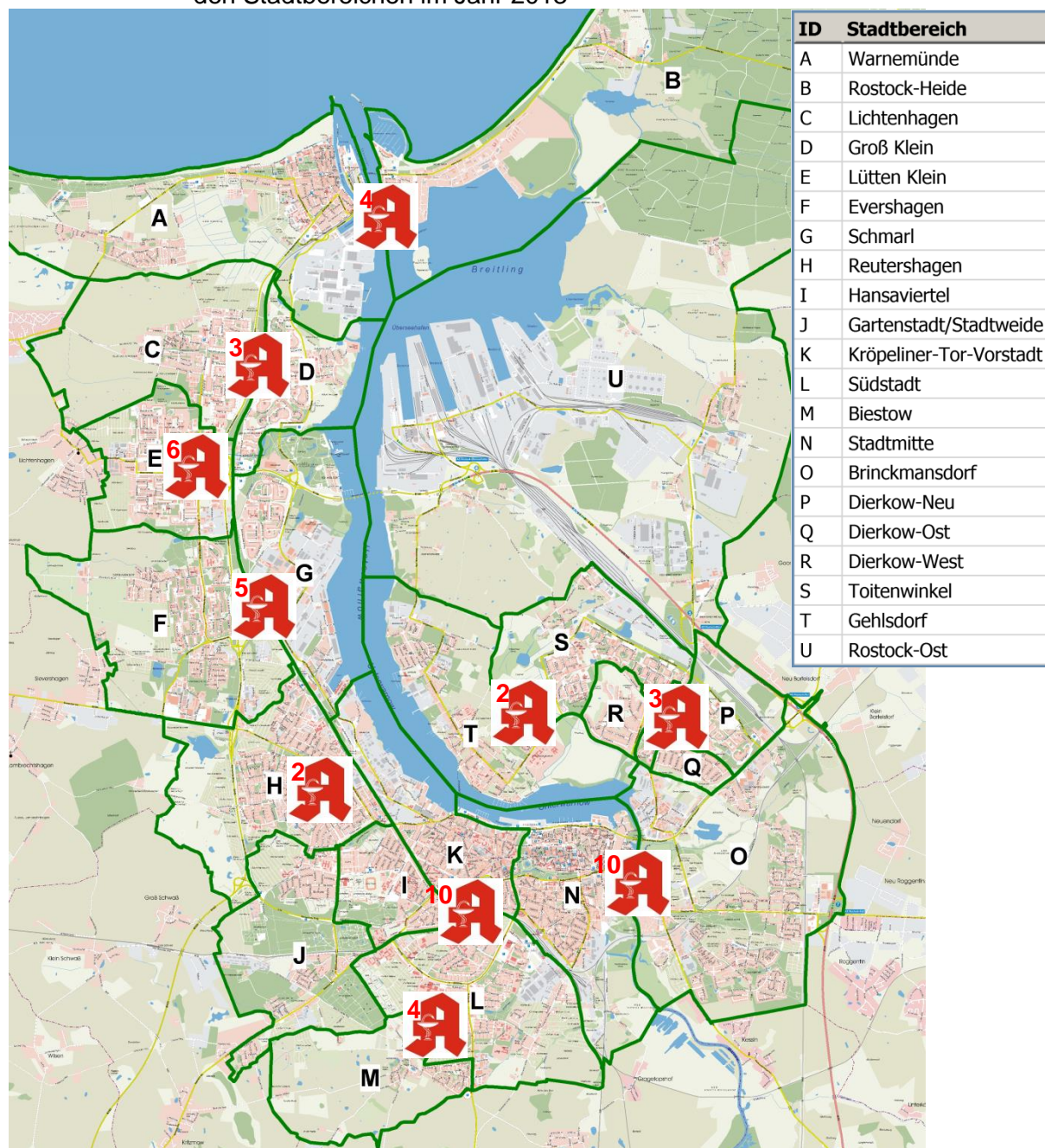
und ämterübergreifende Kooperation und Zusammenarbeit mit den verschiedensten Akteuren in der Hansestadt Rostock zu begünstigen. Hierzu zählen vor allem die Präventionsfachkräfte der drei Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtvorbeugung mit der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen, mit der Absicht des Hinauszögerns und/oder Vermeidens eines Einstieges in den Konsum von Suchtmitteln, der Früherkennung und -intervention bei riskantem Konsumverhalten sowie der Verringerung von Missbrauch und Sucht. Konkret bedeutet dies z. B. die Planung, Organisation und Durchführung von Suchtpräventionsveranstaltungen mit Schülern und Eltern, Aus-, Weiter- und Fortbildungen, auch im Sinne von Multiplikatorenschulungen, mit Menschen, die direkt mit Kindern und Jugendlichen arbeiten sowie die Implementierung von evaluierten Programmen in verschiedenen Settings. Suchtvorbeugung sollte aber nicht nur verhaltenspräventive Maßnahmen beinhalten, sondern auch verhältnispräventiv wirken, d. h. hinsichtlich der Veränderung von Strukturen in der Lebenswelt der Bevölkerung. Ein Beispiel dafür ist die gesetzlich geregelte Abgabe von alkoholischen Getränken im Rahmen des Jugendschutzgesetzes, deren Einhaltung z. B. durch ämterübergreifende Kontrollen auf Großveranstaltungen der Hansestadt Rostock kontrolliert wird.

4.5 Apotheken

Anica Stürtz und Sabine Schmidt

In der Hansestadt Rostock waren nach Angaben der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2013 49 öffentliche Apotheken für die Bevölkerung verfügbar (Stand: 31.12.2013). In der Abb. 4.20 wird die Verteilung der Apotheken im Stadtgebiet Rostock kartografisch dargestellt.

Abbildung 4.20: Anzahl und Verteilung der öffentlichen Apotheken in der Hansestadt Rostock in den Stadtbereichen im Jahr 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern (Stand: 31.12.2013)

Die 49 öffentlichen Apotheken bieten eine breitflächige Versorgung im Stadtgebiet der Hansestadt Rostock. Im Vergleich der Stadtbereiche zeigt sich, dass sich insbesondere im Stadtzentrum Rostocks, in z. B. den Stadtbereichen Stadtmitte und Kröpeliner-Tor-Vorstadt, die größte Anzahl an Apotheken befindet. Zumeist sind die Apotheken in der Nähe von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Ärztehäusern oder Einkaufszentren gelegen. Wenngleich in der Abb. 4.20 auch ersichtlich wird, dass es Stadtbereiche gibt, bspw. Rostock-Ost, in denen sich keine Apotheke befindet, so verfügt die Hansestadt dennoch über eine gute Apotheken-Infrastruktur, vor allem auch vor dem Hintergrund, dass unter den Stadtbereichen Mitversorgungseffekte herrschen und gute Verkehrsanbindungen (Öffentlicher Personennahverkehr) gegeben sind.

In der Tab. 4.19 wird die Entwicklung der Anzahl öffentlicher Apotheken im Berichtszeitraum 2004 bis 2013 in der Hansestadt Rostock im Vergleich zum Bundesland Mecklenburg-Vorpommern abgebildet. Im Zehn-Jahres-Vergleich zeigt sich, dass sich die Anzahl der öffentlichen Apotheken in der Hansestadt Rostock kaum verändert hat. Im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern hingegen hat sich die Zahl der öffentlichen Apotheken um 26 erhöht. (Tab. 4.9)

Tabelle 4.9: Entwicklung der Zahl der öffentlichen Apotheken im Stadtgebiet Rostock im Vergleich zu Mecklenburg-Vorpommern von 2004 bis 2013

Jahr	Anzahl der Apotheken in	
	HRO	M-V
2004	48	384
2005	48	391
2006	48	397
2007	47	398
2008	49	406
2009	49	408
2010	49	411
2011	48	407
2012	48	409
2013	49	410

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern (Stand 31.12.2013)

Stellt man die Einwohner-Apotheken-Relation³⁷⁵ der Hansestadt Rostock mit der für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern in einen Vergleich, so zeigt sich, dass im Jahr 2013 im Stadtgebiet Rostock mehr Einwohner durch eine Apotheke versorgt wurden als im Bundesland. Während die Einwohner-Apotheken-Relation in der Hansestadt Rostock ca. 4.157 Einwohner³⁷⁶ pro Apotheke betrug, waren es im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern etwa 3.894 Einwohner³⁷⁷, die durch

³⁷⁵ Unter einer *Einwohner-Apotheken-Relation* versteht man das Verhältnis von den Einwohnern einer Region zu der Anzahl der vorhanden Apotheken in dieser Region, d. h. wie viele Einwohner werden durch eine Apotheke versorgt.

³⁷⁶ Eigene Berechnung nach Daten der Hansestadt Rostock, Stadtamt, Einwohnermelderegister (Bevölkerungsstand zum 31.12.2013 in der Hansestadt Rostock 203.673 Einwohner) und nach Daten der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern (Anzahl der Apotheken zum 31.12.2013 in Rostock 49)

³⁷⁷ Eigene Berechnung nach Daten des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern Schwerin (Bevölkerungsstand zum 31.12.2013 in Mecklenburg-Vorpommern 1.596.505 Einwohner) und nach Daten der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern (Anzahl der Apotheken zum 31.12.2013 in Mecklenburg-Vorpommern 410)

eine Apotheke versorgt wurden. Trotz der Tatsache, dass in Rostock etwa 263 Einwohner mehr durch eine Apotheke versorgt werden müssen als durchschnittlich im Bundesland, besteht in Rostock diesbezüglich ein sehr guter Versorgungsgrad.

4.6 Das Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock – ein Amt mit breit gefächertem Aufgabenspektrum

Markus Schwarz

Der neben der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung der Patienten in der Bundesrepublik Deutschland agierende Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) nimmt im Wesentlichen bevölkerungsmedizinische, präventive und Aufgaben der Gesundheitsförderung wahr. Die „komplementären“ Leistungen des Gesundheitsamtes haben auch heute noch eine sozialkompensatorische Funktion. Nicht selten sind die Einrichtungen des ÖGD für Menschen in sozialen Notlagen die tatsächlich oftmals „letzten Anlaufstellen“.

Der ÖGD, in der Vergangenheit häufig als „dritte Säule“ des Gesundheitswesens betrachtet, dient pauschal gesehen, dem Gesundheitsschutz, der Gesundheitsvorsorge und -hilfe der Bevölkerung und wäre, da aus öffentlich-rechtlichen Mitteln finanziert, demzufolge auch als eine Form der Daseinsfürsorge des Staates anzusehen.³⁷⁸

Das Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock mit seinen mehr als 60 Mitarbeitern ist, wie alle anderen Gesundheitsämter in der Bundesrepublik, als „untere Gesundheitsbehörde“ zu betrachten und bietet als wesentlicher Akteur des Öffentlichen Gesundheitswesens und „unmittelbarer Partner“ für die Bürgerinnen und Bürger der Stadt Dienstleistungen zur Besserung des gesundheitlichen Wohlbefindens des Einzelnen und der gesamten Einwohnerschaft gleichermaßen an.

In der Dienstdurchführung ist das Gesundheitsamt maßgeblich an Gesetze und Weisungen gebunden. Hauptsächlich ist das als Landes-Gesundheitsdienstgesetz bezeichnete Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern (ÖGDG M-V)³⁷⁹ als verbindliche Handlungsgrundlage zu betrachten. Daneben sind es aber auch Bundesgesetze, eine Vielzahl von Landesgesetzen und Verordnungen, wie z. B. das Infektionsschutzgesetz (IfSG)³⁸⁰ oder das Psychisch-Krankengesetz von Mecklenburg-Vorpommern (PsychKG M-V)³⁸¹, bzw. sind es internationale Gesetzeswerke, wie die Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV)³⁸², für deren inhaltlich adäquate Umsetzung die „untere Gesundheitsbehörde“ im Wesentlichen Verantwortung trägt.

Das Spektrum der Aufgaben, die ein Gesundheitsamt zu bewältigen hat, erscheint dem Außenstehenden sehr vielfältig, zuweilen außerordentlich kleinteilig. Neben der Bearbeitung hoheitlicher Aufgaben, wie z. B. der Überwachung des Krankheitsgeschehens vor Ort, inklusive der Kontrolle einer Einbringung von Gesundheitsgefahren über den Seeweg, der Validierung von Pandemie- und Einsatzplänen im Rahmen der gesundheitlichen Gefahrenabwehr, obliegt dem Amt auch die Observation des Trink- und Badewassers, die hygienische Beratung und infektionsepidemiologische Überwachung der Gemeinschaftseinrichtungen und medizinischen Einrichtungen, die Belehrungen von Dienstleistern im Lebensmittelsektor, die Observanz des Medizinalwesens in Rostock oder aber auch die Prüfung der Heilpraktiker, die sich im Stadtgebiet oder im übrigen Bundesland Mecklenburg-Vorpommern niederlassen wollen. (Tab. 4.10)

³⁷⁸ Müller 2012, Müller-Lissner 2012

³⁷⁹ „Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern“ vom 19. Juli 1994, in der jeweiligen Fassung.

³⁸⁰ „Infektionsschutzgesetz“ vom 1. Januar 2001, in der jeweiligen Fassung.

³⁸¹ „Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für Psychisch Kranke“ vom 13. April 2000, in der jeweiligen Fassung.

³⁸² „Gesetz zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005)“ vom 23. Mai 2005, in der jeweiligen Fassung.

Tabelle 4.10: Anzahl der im Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock in den Jahren 2006 bis 2014 durchgeführten Heilpraktiker-Prüfungen

Anzahl \ Jahr	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Σ
Heilpraktikerprüfungen	5	9	30	15	17	16	23	50	70	237

Quelle: Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock

Die Erarbeitung von ärztlichen gutachterlichen Stellungnahmen ist ein zentrales Tätigkeitsmerkmal des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock. Die in den Abteilungen des Gesundheitsamtes Rostock beschäftigten Fachärzte für Allgemeinmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Hygiene und Umweltmedizin, Neurologie und Psychiatrie, Kinder und Jugendheilkunde, Dermatologie und Venerologie sowie die Zahnärzte und Psychologen sind bei besonders hoher Verpflichtung in ihrer Unabhängigkeit, ihrer Interessenfreiheit und Neutralität prädestiniert, Verbeamtungen, Einschätzungen hinsichtlich der Dienst- bzw. Arbeitsfähigkeit von Beamten und Angestellten, von Reise- und Prüfungsfähigkeiten, von Gerichts- und Betreuungsgutachten, von Schuleingangsuntersuchungen sowie von Untersuchungen der Schüler der 4. und der 8. Klassen o. a. m. objektiv zu erstellen.³⁸³

Der Umfang der gutachterlichen Einschätzungen der Abteilungen für den Amtsärztlichen, Sozialpsychiatrischen sowie für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst weist für die vergangenen zehn Jahre im Verantwortungsbereich der Hansestadt Rostock, die in den Tabellen 4.11, 4.12 und 4.13 dokumentierte Entwicklung auf.

Im Zahnärztlichen Dienst wurden 2013 83 und 2014 102 zahnmedizinische Stellungnahmen als unabhängige Entscheidungshilfen für verschiedene Behörden entsprechend gesetzlicher Vorgaben erarbeitet (nicht in Tabelle 4.11 bis 4.13 enthalten). Zur Begutachtung kamen Fragestellungen zur medizinischen Notwendigkeit von prothetischen, parodontologischen, kieferchirurgischen und kieferorthopädischen Therapien.

³⁸³ vgl. § 26 ÖGDG M-V

Tabelle 4.11: Anzahl der erstellten Gutachten und gutachterlichen Stellungnahmen, differenziert nach Gutachtenart innerhalb der Abteilung Amtsärztlicher/ Sozialmedizinischer Dienst des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock von 2004 bis 2013 (inkl. Anzahl der Stellungnahmen der Betreuungsbehörde)

Anzahl der erstellten Gutachten \ Jahr	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Verbeurteilungen	127	121	83	77	117	111	79	126	130	197
Einstellungen	32	23	15	30	26	29	36	16	16	12
Arbeits- und Dienstfähigkeitsuntersuchungen	216	61	49	65	39	81	87	107	105	79
Eignungsfeststellung	375	205	147	172	182	221	202	249	251	288
Kurnotwendigkeiten	58	74	60	59	57	68	48	79	58	62
Sozialmedizinische Begutachtungen	639	328	231	287	233	235	243	201	219	308
Pflegegutachten	40	23	37	37	31	36	17	23	48	31
Leistungsgewährung	737	425	328	383	321	339	308	303	325	401
Vernehmungs-, Verhandlungs-, Prozess- und Haftfähigkeit	0	1	3	4	6	1	0	4	7	9
Reisefähigkeit/ Verhandlungsfähigkeit	15	9	11	5	3	7	2	6	3	20
Gerichtsärztliche Gutachten	15	10	14	9	9	8	2	10	10	29
Prüfungsunfähigkeit	125	160	162	182	227	268	300	408	296	286
Sportbefreiung	58	47	55	48	37	23	42	72	48	45
Dienstunfall	5	5	2	10	4	5	11	5	1	4
sonstige Untersuchungsanlässe	16	12	8	0	1	2	0	28	6	4
sonstige Untersuchungsanlässe	204	224	227	240	269	298	353	513	351	339
Betreuungsbehörden	1068	1061	1147	1242	1469	1537	1369	1368	1579	1480

Quelle: Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock, Amtsärztlicher Dienst

Tabelle 4.12: Anzahl der erstellten Gutachten und gutachterlichen Stellungnahmen innerhalb der Abteilung Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock von 2004 bis 2013

Anzahl der Gutachten \ Jahr	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gutachten	947	844	859	845	952	985	1.027	1.039	1.059	1.109

Quelle: Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock, Sozialpsychiatrischer Dienst

Tabelle 4.13: Anzahl der erstellten Gutachten und gutachterlichen Stellungnahmen innerhalb der Abteilung Kinder- und Jugendärztlicher Dienst des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock von 2006 bis 2013

Anzahl der Gutachten \ Jahr	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Integration	416	382	484	502	565	580	591	607
Frühförderung	399	231	110	125	160	103	99	155
Asylbewerberleistungsgesetz	50	47	28	64	44	45	64	59
Gesamt	865	660	622	691	769	728	754	821

Quelle: Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Die Tätigkeiten der Gutachter und Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Pflegefachkräfte bei der aktiv aufsuchenden Arbeit besonders bei Personen, die ein beeinträchtigtes Hilfesuchverhalten aufweisen oder das Finden einer geeigneten sozialmedizinischen Begleitung von Menschen unserer Heimatstadt mit einem komplexen Hilfebedarf, unabhängig von kriseninterventionellen Einsätzen, zeigen exemplarisch gesundheitsfürsorgliche Aspekte in der Tätigkeit des Amtes auf und setzen außerdem ein hohes Maß an Sach- und Fachkenntnissen der Mitarbeiter des Gesundheitsamtes voraus.

Aspekte der Gesundheitsvorsorge und –fürsorge sind sowohl innerhalb des Amtes, als auch vor Ort, in den entsprechenden Stadtteilen, vom Gesundheitsamt vielfältig zu realisieren. So werden z. B. für chronisch kranke und behinderte Bürger Rostocks, für Ratsuchende aus der Rostocker Bevölkerung sowie des Umlandes für den Bereich der sexuellen Gesundheit, in der Prostitution, für hilfsbedürftige Seeleute, für psychisch und suchtkranke Patienten regelmäßig Beratungssprechstunden angeboten. Auch die dem Gesundheitsamt der Hansestadt angegliederte Betreuungsbehörde bietet regelmäßige Konsultationen an.³⁸⁴

Zunehmende Bedeutung gewinnt der Hafen Rostock auch als Kreuzfahrtanlaufdestination. Mit dem Wirksamwerden der „Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV 2005)“ und der Charakterisierung des Hafens Rostock als „Hafen erster Ordnung“ ergeben sich auch für den Hafenärztlichen Dienst am Gesundheitsamt der Hansestadt neue und umfangreichere Aufgaben, die zum Teil nur mit externer Hilfe, in Kooperation mit dem Südstadt-Klinikum Rostock, erfüllt werden können. Seit 2012 neu eingerichtet wurde in Zusammenarbeit mit der Seemannsmission eine Hafenärztliche Sprechstunde, gedacht für alle Seeleute, die sich für nur kurze Zeit im Überseehafen einfinden, denen es jedoch nicht möglich ist, kurzfristig anderen Orts Hilfe akquirieren zu können. Tab. 4.14 zeigt die bisherigen Frequentierungen.

³⁸⁴ vgl. §§ 17 ÖGDG M-V

Tabelle 4.14: Sozialmedizinische Kontaktierungen der Seeleute im Rahmen der Hafenzärztlichen Sprechstunde in den Jahren 2012, 2013 und 2014

		Jahr		
		2012	2013	2014
Anzahl der Kontakte	Kontakte	47	102	125

Quelle: Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock, Abt. Hygiene und Infektionsschutz, Hafenzärztlicher Dienst

Die Anzahl der in der Reise- und Impfberatungsstelle am Gesundheitsamt Rostock in den vergangenen Jahren verabreichten Impfungen sowie die Zahlen der „Beratungsstelle für HIV und sexuell übertragbare Krankheiten“ in den vergangenen zehn Jahren werden in den Tabellen 4.15 und 4.16 aufgeführt.

Tabelle 4.15: Impfungen im Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock in den Jahren 2004 bis 2013, davon Gelbfieberapplikationen im Rahmen der hoheitlich definierten Tätigkeit der Gelbfieberimpfstelle des Gesundheitsamtes

Anzahl der Impfungen		Jahr									
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Impfungen		7.805	5.711	5.417	5.050	4.598	4.834	5.223	5.329	5.044	4.927
Gelbfieber		229	212	270	265	283	256	358	383	421	468

Quelle: Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock, Abt. Hygiene und Infektionsschutz

Tabelle 4.16: Anzahl der HIV-Tests, der Betreuung von Sexarbeiterinnen (Prostituierten) und deren Untersuchungen, Anzahl der Betreuung von Männern, die Sex mit Männern haben in der Beratungsstelle „HIV und Sexuell Transmitted Diseases“ am Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock in den Jahren 2004 bis 2013³⁸⁵

Anzahl der Tests, Betreuungen und Untersuchungen \ Jahr	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Anzahl der HIV-Tests	576	567	n.e.	500	475	561	547	450	548	516
Anzahl betreuter Sexarbeiterinnen	179	109	n.e.	72	74	77	81	16	27	55
Anzahl der Untersuchungen bei den Sexarbeitern*	97	50	n.e.	24	18	23	24+2m	16+2m	27+3m	55+2m
Anzahl homosexueller Männer mit Testbereitschaft	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.	56	76

*hauptsächlich wird hier die Anzahl der Sexarbeiterinnen (weiblich) dargestellt, sobald im Berichtszeitraum Männer untersucht wurden, wurden sie entsprechend der Anzahl an Untersuchungen mit einem kleingeschriebenen "m" mit ausgewiesen

Quelle: Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock, Abt. Hygiene und Infektionsschutz

Allein durch die gelebten Aktionen der „angewandten Prävention“ des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes in der Hansestadt Rostock im Rahmen der Karies-Gruppenprophylaxe sind bemerkenswerte Erfolge auf dem Gebiet der Besserung der Zahngesundheit der nachwachsenden „Rostock-Generation“ erreicht worden.³⁸⁶

Des Weiteren werden durch die Koordinatoren des Amtes für Gesundheitsförderung und Psychiatrie/Sucht regelmäßig öffentliche Veranstaltungen, Aktionstage, Unterweisungen, Tagungen und Seminare zur Prävention und Förderung der Gesundheit für verschiedene Altersgruppen in zahlreichen Rostocker Stadtteilen angeboten. Dieses geschieht in enger Zusammenarbeit mit einem umfassenden Netzwerk von Vereinen oder anderen Anbietern, die dem gesundheitlichen Wohl der Einwohner der Hansestadt ebenso verpflichtet sind. Auch konzeptionell–strukturelle Aufgaben im Bereich der Gesundheitsplanung sind von den beiden Koordinatorinnen regional und im Landesmaßstab zu leisten. Dabei sind insgesamt immer die in der „Ottawa-Charta“ für Gesundheitsförderung fixierten Handlungsprioritäten mit Blick auf die politischen Rahmenbedingungen unter Teilnahme des Einzelnen, der Schaffung von Netzwerken zwischen den relevanten Akteuren und der Einbindung der sozialen Lebenswelten im kommunalen Umfeld zu berücksichtigen.³⁸⁷

³⁸⁵ Im Jahr 2006 wurden keine Tests, Untersuchungen und Betreuungen erfasst (n.e.). Die Aufnahme der Testbereitschaft der homosexuellen Männer erfolgt erst seit 2012.

³⁸⁶ Ausführungen zu diesem Themenschwerpunkt werden im Kapitel 2.1.4 gegeben.

³⁸⁷ vgl. Beske 2003, Teichert-Barthel 2013; Ausführungen zu diesem Themenschwerpunkt werden im Kapitel 5 gegeben.

Letztlich ist es auch Aufgabe des Gesundheitsamtes, im Zusammenarbeit mit anderen Ämtern der Stadtverwaltung und weiteren Dienstleistern in der Gebietskörperschaft, in regelmäßigen Abständen einen Gesundheitsbericht zu erstellen, der einer interessierten Öffentlichkeit und der Politik präsentiert wird, um argumentativen Beistand zur Optimierung des öffentlichen Gesundheitswesens zu geben.³⁸⁸

Gerade durch die zentrale Stellung der „unteren Gesundheitsbehörde“ innerhalb der Akteure im präventiven Sektor kommt dem Gesundheitsamt eine wichtige Steuerungsfunktion auf kommunaler Ebene zu.

Eine permanente Herausforderung für das Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock wird es sein, zukünftig sowohl für Fachärztinnen und Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen als auch für Gesundheitsaufseher und andere Gesundheitsfachberufe vor Ort als attraktive Ausbildungseinrichtung zu dienen.

³⁸⁸ vgl. Riedmann 2000

4.7 Handlungsempfehlungen und Schlussfolgerungen

Anica Stürtz

Medizinische und pflegerische Versorgung

Entsprechend der Bedarfsplanungs-Richtlinie (2013) liegt aus statistischer Sicht für die ambulante Versorgung der Hansestadt Rostock – für die hausärztliche, fachärztliche sowie zahnärztliche Versorgung – ein Überangebot vor. Die pflegerische Versorgung wird im ambulanten und stationären Sektor für die Rostocker Bevölkerung durch ein breites Angebot gewährleistet. Durch ein gut ausgebildetes Netz des öffentlichen Personennahverkehrs sind die Angebote der medizinischen und pflegerischen Versorgung für die Rostocker Bevölkerung erreichbar.

Dennoch ist die künftige Entwicklung der Bevölkerung und die damit einhergehende Wandlung ihrer Altersstruktur eine große Herausforderung für die flächendeckende medizinische und pflegerische Versorgung in der Hansestadt Rostock sowie gleichermaßen für das gesamte Bundesgebiet. Nicht nur, dass die Bevölkerung in spärlich bewohnten Regionen in M-V sich verringern und altern wird, es werden auch chronische Erkrankungen, Krankenhausfälle und der Pflegebedarf mit zunehmendem Alter deutlich steigen. Im Zeitraum 2012 bis 2030 wird mit einem Bevölkerungsrückgang von ca. 10% für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern, für Rostock sogar mit einem Verlust von ca. 13,3%, gerechnet. Zugleich wird der Anteil der Altersgruppe der 65-Jährigen und älteren zunehmen.³⁸⁹

Vor dem Hintergrund, dass im Jahr 2013 von den Rostocker Hausärzten bereits ein Fünftel 60 Jahre alt und älter war, wird in den nächsten Jahrzehnten ein wachsender Bedarf an Ärzten erwartet. Für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung müssen entsprechende Lösungsansätze entwickelt und vor allem im hausärztlichen Bereich Nachwuchs gewonnen werden. Weiterhin wird angesichts der Herausforderungen des demografischen Wandels für die Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung eine stärkere Vernetzung des ambulanten und stationären Sektors sowie die Erprobung von neuen innovativen Versorgungsmodellen erforderlich. Komplexer werdende Krankheitsbilder sowie die Betreuung einer großen Zahl von Patienten aus dem Rostocker Umland verlangen ebenso die Überprüfung der Bedarfszahlen der medizinischen Versorgung für Mecklenburg-Vorpommern durch die Kassenärztliche Vereinigung.

Ferner fordert die zunehmende demografische Entwicklung eine verstärkte Fokussierung der medizinischen Versorgung auf die Bedürfnisse älterer Patienten. Da ältere Patienten zumeist mehrere Erkrankungen zugleich aufweisen, die zudem oftmals einen chronischen Verlauf nehmen, werden spezielle Versorgungsstrukturen nötig. Mit dem „Geriatric-Plan 2011“ wurde durch die Landesregierung bereits ein erster Schritt in die Richtung des Aufbaus spezieller Versorgungsstrukturen für geriatrische Patienten unternommen. Wenngleich es in der Hansestadt Rostock derzeit ein tagesklinisches Angebot für die Behandlung von geriatrischen Patienten (Tagesklinik für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie) gibt, wurden für Rostock durch die KVMV Fachärzte mit einer Weiterbildung für Geriatrie in Rostock als fehlend ausgewiesen. Vor dem Hintergrund, dass der Bedarf an einer geriatrischen Versorgung in der Zukunft steigen wird, sollten derartige Behandlungsangebote vermehrt und differenzierter ausgebaut werden.

³⁸⁹ vgl. Staatskanzlei Mecklenburg-Vorpommern 2014: 142

Da in einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft auch das Thema der Pflege und Pflegebedürftigkeit verstärkt in den Mittelpunkt rückt, müssen für die Zukunft nicht nur Gemeinschaftseinrichtungen der Altenhilfe sowie altengerechtes betreutes Wohnen weiter gefördert werden, sondern auch die häusliche ambulante Pflege bedarf der besonderen Stärkung.³⁹⁰ Ferner muss in Anbetracht der demografischen Entwicklung pflegenden Angehörigen noch mehr Unterstützung geschenkt werden. Die Pflege ist ein wichtiges Handlungsfeld im kommunalen Programm „Älter werden in Rostock“.³⁹¹

Die wachsende Bedeutung der Pflege und Pflegebedürftigkeit gab in der Hansestadt Rostock den Anlass, eine Pflegesozialplanung einzurichten. Im Jahr 2014 wurde somit durch die Hansestadt Rostock die Erstellung einer Pflegesozialplanung in die federführende Hand des Amtes für Jugend und Soziales gegeben. Die Pflegesozialplanung ist ein wichtiges Analyseinstrument, welches dazu dient, die demografische Situation und die Entwicklung des Pflegebedarfs in Rostock darzustellen. Ferner werden im Rahmen der Pflegesozialplanung Versorgungsangebote für hilfe- und pflegebedürftige Menschen zusammengetragen und Handlungsempfehlungen für die Hansestadt Rostock abgeleitet. Ausführlichere Ergebnisse sind der „Pflegesozialplanung für die Hansestadt Rostock“ (30. März 2015) zu entnehmen.

Versorgung psychisch kranker, seelisch behinderter und suchtkranker Menschen

Die Versorgungsstruktur der Hilfen für psychisch kranke Menschen ist in der Hansestadt Rostock im Vergleich zu anderen Kreisen und bundesweit sehr breit gefächert und differenziert.

Mit Blick in die Zukunft bedarf es aber einer verstärkten Ausrichtung der angebotenen Hilfen an die demografische Entwicklung. Vor allem muss, vor dem Hintergrund eines zukünftig zu erwartenden wachsenden Bedarfs an gerontopsychiatrischen Versorgungsangeboten, dem Bereich der Gerontopsychiatrie mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Darüber hinaus werden gewandelte Konsummuster, wie zum Beispiel der Konsum von „Crystal Meth“ u. a., die Versorgung vor neue Herausforderungen stellen. Im Hinblick auf diese Problematik bedarf es rechtzeitiger Lösungsansätze und des Ausbaus von entsprechenden Angebotsstrukturen. Hierzu zählt auch eine angemessene Versorgung der Kinder und Jugendlichen. Um den vielschichtigen und jugendspezifischen Themen gerecht zu werden, bedarf es einer Jugendberatung für die Hansestadt Rostock, an die sich nicht nur die Kinder und Jugendlichen selbst wenden können, sondern auch Eltern, Angehörigen und Fachkräfte, die unmittelbar mit Kindern und Jugendlichen arbeiten.

³⁹⁰ vgl. Staatskanzlei Mecklenburg-Vorpommern 2014: 145-147

³⁹¹ Ergänzende Ausführungen zum kommunalen Programm „Älter werden in Rostock“ werden im Kapitel 5 geliefert.

Literaturverzeichnis – Ressourcen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung

American Psychiatric Association (APA) (2000): Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. DSM-IV-TR. 4th Edition, Text Revision. American Psychiatric Association, Washington DC.

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse (2013): Gesundheitsbericht 2013. Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsdaten für Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern.

Badura, Bernhard, Schröder, Helmut, Klose, Joachim, Macco, Katrin (Hrsg.) (2010): Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Springer Medizin Verlag, Berlin Heidelberg.

BARMER GEK (Hrsg.) (2014): Gesundheitsreport 2014 Mecklenburg Vorpommern. Psychische Gesundheit im Erwerbsleben.

Beske, Fritz (2003): Prävention – das Gesundheitsamt als dezentrales Zentrum. In: *Gesundheitswesen* 2003, 65:593-595.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2014a): Pflegestufen.
<http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegebeduerftigkeit/pflegestufen.html> [20.03.2015]

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2014b): Rehabilitationsleistungen. Rehabilitation.
<http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/leistungen/rehabilitation.html> [30.03.2015]

Bundesministerium für Gesundheit (BGM) (2015): Sucht und Drogen.
<http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html>
[18.02.2015]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2012): Psychische Erkrankungen: Die unterschätzten Volkskrankheiten. Presse-Information Nr. 22 / 14.06.2012.
<http://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/detailansicht/article//psychische-e-6.html>
[07.02.2015]

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2014): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand: Januar 2014.

Jachertz, Norbert (2013): Psychische Erkrankungen: Hohes Aufkommen, niedrige Behandlungsrate. In: *Deutsches Ärzteblatt* 2013, 110 (7): A-269 / B-250 / C-250

Jacobi, Frank, Höfler, Michael, Strehle, Jens, Mack, Simon, Gerschler, Anja, Scholl, L., Busch, Markus A., Maske, Ulrike E., Hapke, Ulfert, Gaebel, Wolfgang, Maier, Wolfgang, Wagner, Michael, Zielasek, Jürgen, Wittchen, Hans-Ulrich (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. In: *Nervenarzt* 2014, 85(1):77-87. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Kahl, Oliver (2011): Drohende oder bestehende Unterversorgung. In: *Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern* 2011, 20(225):8-9.

Kahl, Oliver (2013): Umsetzung der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie. In: *Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern* 2013, 22(250):14-18.

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) (2013): Bedarfsplan für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern.
http://www.kvmv.info/aerzte/25/10/Bedarfsplanung_und_freien_Praxen/Bedarfsplan_KVMV_12112013.pdf [28.02.2015]

Krankenhausplan 2012 des Landes Mecklenburg-Vorpommern
<http://www.aek-mv.de/upload/file/presse/Krankenhausplan%202012.pdf> [17.03.2015]

Kraus, Ludwig, Piontek, Daniela, Gomes de Matos, Elena (2013): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Drogen_Sucht/Kurzbericht/2014-05-13_Kurzbericht_ESA_Suchtsurvey_2012.pdf [18.02.2015]

Küfner, Heinrich (2010): Epidemiologie des Substanzkonsums und der Suchterkrankungen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* (2010), 53(4):271-283.

Lebenswelt- und Sozialraumanalyse KTV und Stadtmitte Hansestadt Rostock 2013.
http://www.soziale-bildung.org/fileadmin/Forschung_Evaluation/Schulsozialraumanalyse_I/Lebenswelt_und_Sozialraumanalyse_KTV_Stadtmitte_neu.pdf

Mehler-Wex, Claudia, Warnke, Andreas (o. J.): Diagnostische Möglichkeiten zur Feststellung einer seelischen Behinderung (§35a SGB VIII).
<http://www.sgbviii.de/S81.html> [21.01.2015]

Ministerium für Arbeit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (Hrsg.) (2011): Plan zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen in Mecklenburg-Vorpommern.
http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/sm/Service/Publikationen/index.jsp?publikid=4665 [23.02.2015]

Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (2013): Landesplanerische Empfehlungen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur 2013 (Berichtszeitraum 2008 bis 2011).

Müller, Wolfgang (2011): Der Öffentliche Gesundheitsdienst: Fachlicher Auftrag und Bildungsangebote. In: *Der Landkreis* 02/2011:81-83.

Müller-Lissner, Adelheid (2012): Der Öffentliche Gesundheitsdienst in Berlin – arm, aber attraktiv. In: *Berliner Ärzte* 2012, 49(10):14-18.

Münch, Torsten (2013): Verbesserte Versorgung ist das Ziel. In: *Der Allgemeinarzt* (2013), 35(7):76-77.

Netzwerk Suchtprävention in der Hansestadt Rostock

<http://kommunale-suchtpraevention.de/node/81/submissions/1100/831> [23.02.2015]

Prütz, Franziska, Rommel, Alexander, Kroll, Lars Eric, Lampert, Thomas (2014): 25 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit. Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin.

Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte (Hrsg.) (2014): Hausärztliche Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte - Monitoring 2014 -

http://www.region-seenplatte.de/sites/default/files/downloads/attachment/monitoring_hae-versorgung_2014_rpv_mse.pdf [28.02.2015]

Riedmann Klaus (2000) Die historische Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 43:594-599.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

Rosenbrock, Rolf, Gerlinger, Thomas (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern.

Schneider, Frank, Wien, Sabine, Weber-Papen, Sabrina (2012): Epidemiologie und Ätiologie psychischer Erkrankungen. In: Schneider, Frank (Hrsg.) (2012): *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York. S. 3-11

Staatskanzlei Mecklenburg-Vorpommern (Hrsg.) (2014): Mecklenburg-Vorpommern: Weltoffen, modern, innovativ. Den demografischen Wandel gestalten. Aktualisierte Fassung des Strategiebereichs von 2011 der interministeriellen Arbeitsgruppe „Demografischer Wandel“ der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern.

http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/stk/Service/Publikationen/?publikid=3249 [22.03.2015]

Techniker Krankenkasse (2014): Gesundheitsreport 2014. Risiko Rücken. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 29. Hamburg.

Teichert-Barthel, Ute (2013) Öffentlicher Gesundheitsdienst, Prävention und Gesundheitsförderung – Eine Standortbestimmung. In: *Prävention* 04/2013: 99-102.

Walter, Klaus (2005): Was ist der ÖGD, was kann der ÖGD in Deutschland? *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2005, 48:1095-1102

Weltgesundheitsorganisation (2006): Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen: Bericht über die Ministerkonferenz der Europäischen Region der WHO.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/96453/E87301G.pdf?ua=1 [07.02.2015]

Wittchen, Hans-Ulrich (2011): Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In: Wittchen, Hans-Ulrich, Hoyer, Jürgen (Hrsg.) (2011): Klinische Psychologie & Psychotherapie. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. S. 27-55

5 Kommunale Gesundheitsförderung und Selbsthilfe

Kristin Schünemann

5.1 Kommunale Gesundheitsförderung

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“³⁹²

Seit 1992 gehört die Hansestadt Rostock zu einem Netzwerk von mehr als 70 Kommunen und Landkreisen in Deutschland, die sich einem ganz speziellen Anliegen verschrieben haben, den Ort, wo Menschen leben, zu einem gesünderen Lebensraum zu entwickeln. Der strategische Rahmen liegt in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung begründet, die 1986 von der Weltgesundheitsorganisation verabschiedet wurde.

Ziel der Gesundheitsförderung ist es nach der Ottawa-Charta, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.³⁹³ Das Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock nimmt eine zentrale Rolle der kommunalen Gesundheitsförderung ein. Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern (ÖGDG M-V, § 13) definiert in diesem Zusammenhang, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst die Bevölkerung über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung aufzuklären und sie zur Mitwirkung anzuregen hat. Ziel ist es, persönliche und gesellschaftliche Verantwortung für die Gesundheit zu entwickeln.³⁹⁴

Auf der Grundlage eines Bürgerschaftsbeschlusses erfolgte 1992 der Beitritt der Hansestadt Rostock, als eine der ersten Städte aus den neuen Bundesländern, in das Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland. Nach Gründung der Arbeitsgruppe „Kommunale Gesundheitsförderung“ wurde im Auftrag der Bürgerschaft begonnen, das Gesunde Städte-Projekt der Weltgesundheitsorganisation in Rostock zu realisieren.³⁹⁵ Seitdem wird das Ziel verfolgt, Rostock langfristig zu einer "Gesunden Stadt" zu entwickeln. Die kommunale Gesundheitsförderung (GF) unterstützt die Bevölkerung, ihre Gesundheitskompetenzen zu stärken, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben zu führen sowie Impulse für quartiersbezogene Maßnahmen zu setzen. Dabei sind vor allem die Lebenswelten der Menschen, die sogenannten Settings, als wichtige Schlüsselrolle für gesundheitsförderliche Initiativen zu berücksichtigen, wie z. B. der Kindergarten, die Schule und der Stadtteil. Die zielgruppenspezifische Konzeption, Organisation und Umsetzung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind entscheidende Gestaltungskriterien, um Kinder, Erwachsene wie auch ältere Menschen im Sinne der o. g. Definition der GF zu erreichen. Die kommunalen Aktivitäten zielen dabei auf die Förderung von gesunden Lebensweisen und die Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen.

³⁹² Charta der WHO, Ottawa 1986

³⁹³ ebd.

³⁹⁴ Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern in der Fassung vom 19. Juli 1994, mehrfach geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 15. April 2014 (GVOBl.M-V S. 150, 152).

³⁹⁵ Hansestadt Rostock, Gesunde Lebensräume in der Hansestadt Rostock 2025

Durch das Gesundheitsamt werden unter der Leitung der Koordinatorin für Gesundheitsförderung Projekte und Programme der kommunalen GF entwickelt, umgesetzt und fortgeschrieben. Die folgende Abbildung verdeutlicht zum einen die Struktur, Handlungsfelder sowie Beiträge der kommunalen GF in der Hansestadt Rostock in Anlehnung an die Gesundheitsziele „Gesund aufwachsen“ und „Gesund älter werden“. Zum anderen werden die lebensphasenbezogenen wie auch lebensweltorientierten Ansätze der GF - von der Familie, Krippe, Kita/Tagespflege, Schulen bis hin zum Stadtteil - veranschaulicht. (Abb. 5.1)

Abbildung 5.1: Struktur und Handlungsfelder der kommunalen GF



Quelle: Gesundheitsamt, eigene Darstellung der kommunalen Gesundheitsförderung

Gesund aufwachsen

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen bilden sich bereits im frühen Lebensalter. Die frühzeitige Stärkung von Gesundheitsressourcen ist daher von großer Bedeutung.³⁹⁶ Die Familie nimmt dabei eine Schlüsselrolle ein. Folglich können unterstützende Angebote für Mütter und Väter bereits ab der Schwangerschaft und rund um die Geburt einen wichtigen Beitrag zur Gesunderhaltung der Säuglinge und Kleinkinder leisten. Das Gesundheitsamt ist in diesem Zusammenhang ein starker Partner im Netzwerk der Frühen Hilfen,³⁹⁷ welches federführend vom Amt für Jugend und Soziales durch die Netzwerkkoordinatorin gestaltet wird.

³⁹⁶ vgl. RKI 2014: 4

³⁹⁷ Nach dem wissenschaftlichen Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, stellen Frühe Hilfen lokale und regionale Unterstützungssysteme dar, welche strukturierte Hilfeangebote für Eltern und Kinder zu Beginn der Schwangerschaft

Hinzu kommt das landesweite Projekt der Familienhebammen, gefördert vom Ministerium für Arbeit Gleichstellung und Soziales M-V, welches im Juni 2008 startete und ein wichtiges Angebot im Rahmen Früher Hilfen darstellt.³⁹⁸ Anliegen für den Einsatz der Familienhebammen ist die Gewährleistung eines niedrighschwelligem Angebotes für werdende Eltern und Familien zur Unterstützung, Beratung sowie Begleitung in gesundheitlichen und psychosozialen Fragestellungen und Problemsituationen. Die Koordinierung der Einsätze der Familienhebammen in den Kommunen erfolgt durch die Gesundheitsämter, in der Hansestadt Rostock konkret durch eine Sozialarbeiterin der Abteilung Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. Während im Jahr 2008 acht Familienhebammen tätig waren und in den Monaten Juni bis Dezember 16 Familien betreuten, waren es 2013 bereits 11 Familienhebammen, die 62 Familien durch ihre engagierte Arbeit unterstützten.

Im Rahmen der Kindergesundheitsziele in Rostock richten sich die Initiativen der Gesundheitsförderung an den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen aus, z. B. den Kindertagesstätten, den Schulen, den Vereinen, aber auch den Stadtteil- und Begegnungszentren. Zudem werden Schulungen von Fachkräften und Multiplikatoren durchgeführt.

Zur Förderung der Bewegungsfreude und eines bewegungsorientierten Lebensstils von Kindern in der Hansestadt Rostock und unter dem Aspekt der gesundheitlichen Chancengleichheit wurde das Konzept der Kinderbewegungstage in Rostock in Zusammenarbeit mit dem Landesturnverband M-V e. V. 2005 entwickelt. Ziel der Bewegungstage für Kita- und Grundschulkindern ist es, allen Kindern - unabhängig von Leistungsvoraussetzungen und sozialem Status – so früh wie möglich eine Teilhabe und Spaß an Bewegung zu ermöglichen. Seit 2005 ist die "Bewegungsüberraschung im Advent", von welcher ein Ausschnitt in der Abb. 5.2 dargestellt wird, ein fester Bestandteil im Jahresprogramm der Kindertagesstätten.

und für die ersten Lebensjahre – den Schwerpunkt bilden die Null- bis Dreijährigen – anbieten. Sie verfolgen das Ziel die Entwicklungschancen von Kindern frühestmöglich und fortdauernd zu verbessern. Ein besonderes Augenmerk legen sie auf die Unterstützung und Hilfe bei der Erziehung der Eltern. (vgl. Paul 2012: 7)

³⁹⁸ Seit 2010 erfolgt durch eine Koordinierungsstelle bei der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung M-V e. V. eine qualifizierte Begleitung und Entwicklung des Projektes.

Abbildung 5.2: Bewegungsüberraschung im Advent



**Akteure der
Kinder-Bewegungstage:**
Landesturnverband M-V e.V.,
Sportjugend Rostock,
Gesundheitsamt,
Übungsleiter und Trainer der
Sportvereine,
Ehrenamtsbörse Rostock,
regionale Unternehmen

Quelle: Gesundheitsamt

Im Jahr 2013 nahmen fast 500 Kinder teil, darunter auch Kinder aus integrativen Kindertageseinrichtungen. Seit 2007 wird für Grundschul Kinder ebenfalls ein Bewegungsevent als Höhepunkt im Jahresabschluss ausgerichtet. Der aktive Austausch zwischen den Akteuren der GF mit den Pädagogen ist zudem ein wichtiger Beitrag für die regionale Vernetzung, beispielsweise von Kitas und Grundschulen mit den Sportvereinen der Hansestadt Rostock.

Unter dem Motto „Gesunde Kinder – Gesundes Land“ wurden die Kinderbewegungstage im Rahmen der Kindergesundheitskonferenz am 18. April 2013 in Rostock vorgestellt. Vor allem die Berücksichtigung der Lebenswelten und Individualität der Kinder als auch der einfache Zugang zu diesem Angebot begründen die Kinderbewegungstage in Rostock als ein Beispiel guter Praxis.³⁹⁹

Gesund älter werden

Im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses der kommunalen GF entstand das Konzept der Veranstaltungsreihe „Gesund älter werden in Rostock“. Ziel dieser kostenlosen niedrigschwelligen Veranstaltungsreihe ist es, unterschiedliche Themen der Gesundheitsbildung und -aufklärung öffentlich wirksam vorzustellen sowie durch eine praktische Wissensvermittlung Alltagstipps aufzuzeigen und Hilfestellungen zu geben, z. B. im Bereich der Sturzprävention oder beim Lebensmitteleinkauf. Die diversen Akteure aus dem Netzwerk der GF nutzen zudem die Möglichkeit, den Bürgern auch nachgehende Angebotsformen und Partizipationsmöglichkeiten aufzuzeigen. Neben den klassischen Gesundheitsförderungsthemen, z. B. Ernährung, Bewegung und Entspannung, werden auch altersspezifische Aspekte, wie die Mobilität im Alter und Pflege,

³⁹⁹ Ausführlich Dokumentation der Kindergesundheitskonferenz unter:
<http://www.aktionsbuendnis-gesundheitmv.de/materialien/kindergesundheitskonferenz-18-04-2013>

thematisiert. Im Rahmen von drei Veranstaltungen im Kalenderjahr 2013 wurden beispielsweise die Themen Präventions- und Rehabilitationssport, Sturzprävention, die Patientenverfügung sowie das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz vorgestellt.

Abbildung 5.3: Impressionen von der Veranstaltungsreihe



Quelle: Gesundheitsamt

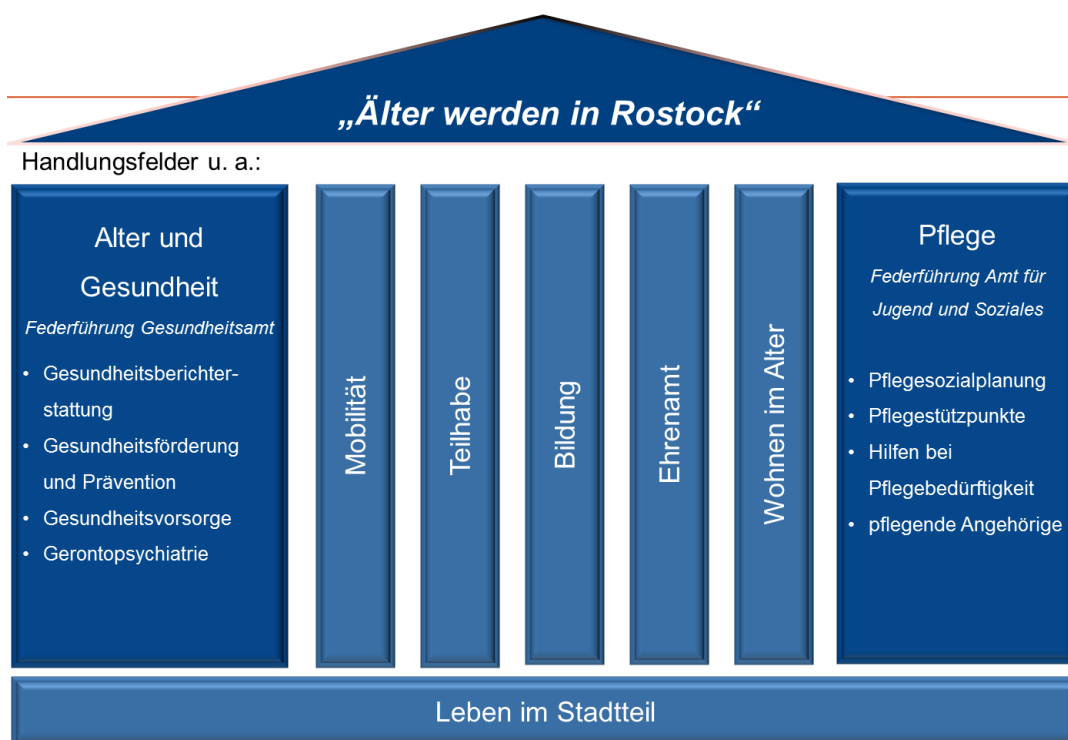
Im Folgejahr hingegen stand die Förderung der Mobilität im Alter im Fokus der Öffentlichkeitsarbeit der kommunalen Gesundheitsförderung. (Abb. 5.3)

Zur Qualitätssicherung und -entwicklung der Veranstaltungsreihe werden Feedbackbögen sowie persönliche Gespräche mit den Teilnehmern und Referenten ausgewertet sowie weitere Themenwünsche erfasst. Unterstützt wird die Veranstaltungsreihe durch die Ehrenamtsbörse und den Seniorenbeirat der Hansestadt Rostock. Um sozialräumliche Angebote der GF in der Hansestadt Rostock vorhalten zu können, finden zusätzlich in Kooperation mit den Stadtteil- und Begegnungszentren Seniorentage, aber auch Familiengesundheitstage, in einigen Stadtteilen statt. Letztgenanntes stellt dabei ein gutes Beispiel zur Umsetzung der Lebensweltorientierung (Setting-Ansatz) älterer Menschen dar. Die stadtteilspezifischen Seniorentage wie auch die Veranstaltungsreihe „Gesund älter werden in Rostock“ bieten folglich allen Interessenten die Möglichkeit, sich über verschiedene Angebote rund um die Gesundheit sowie über das Thema Älterwerden in Rostock zu informieren.

Die Initiativen der kommunalen Gesundheitsförderung im Rahmen des Gesundheitszieles „Gesund älter werden“ sind in den Leitlinien der Stadtentwicklung durch das Programm „Älter werden in Rostock“ verankert.⁴⁰⁰ In der Abb. 5.4 werden die Handlungsfelder dieses kommunalen Programms dargestellt.

⁴⁰⁰ vgl. Leitlinien der Stadtentwicklung 2025

Abbildung 5.4: Handlungsfelder des kommunalen Programms „Älter werden in Rostock“



Quelle: Gesundheitsamt

Unter Federführung des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock entstand im Rahmen des Gesunde Städte-Projektes ein kommunales Programm „Älter werden in Rostock“, das auf Initiative des Seniorenbeirats durch die Akteure der AG „Kommunale Gesundheitsförderung“ 2009 erstellt wurde. Insgesamt zielt das Programm „Älter werden in Rostock“ auf eine künftige Strategie zur nachhaltigen kommunalen Entwicklung in verschiedenen Lebensbereichen der Rostocker Bevölkerung und untersetzt den Prozess der Fortschreibung der Leitlinien zur Stadtentwicklung.⁴⁰¹

5.2 Selbsthilfe

Anliegen des Gesunde Städte-Projektes ist es seit 1992, in Rostock ein selbsthilfefreundliches Klima zu schaffen. Die Grundlage dafür bilden eine Plattform für die Beteiligung von Einwohnern am Prozess einer nachhaltigen gesundheitsfördernden Stadtentwicklung sowie die Vernetzung und der Erfahrungsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und -initiativen. Selbsthilfegruppen sind ein Treffpunkt von Menschen, die an chronischen Erkrankungen leiden und/oder behindert sind und/oder sich in einer schwierigen Lebensphase befinden. Durch das enge Vertrauensverhältnis der Mitglieder untereinander wirken sie der Vereinsamung der Betroffenen entgegen und können einfache Betreuungsaufgaben übernehmen (z. B. Besuche am Krankenbett, Begleitung zu ver-

⁴⁰¹ Hansestadt Rostock, „Älter werden in Rostock“ - ein kommunales Programm zur demografischen Entwicklung in Rostock, 2009

schiedenen Institutionen, Hilfestellung im Alltag).⁴⁰² Weil aber in Selbsthilfegruppen ausschließlich Betroffene mitwirken, ist eine Unterstützungsstruktur, die unabhängig vom Thema der Selbsthilfegruppe ist, unbedingt erforderlich. Selbsthilfe setzt immer die Bereitschaft zu engagiertem Handeln voraus. Eigeninitiative als persönliche Voraussetzung ist hierbei unerlässlich. Bis eine neu entstandene Selbsthilfegruppe eigenständig arbeitet, die Mitglieder vertrauensvolle Beziehungen aufgebaut haben und die positiven Wirkungen der Selbsthilfearbeit alle Gruppenmitglieder erreichen, vergehen mindestens sechs Monate, in denen immer wieder die Hilfestellung und Begleitung fester Ansprechpartner notwendig wird. Weiterhin erforderlich sind als strukturelles Angebot geeignete Räume. Ganz wichtig ist der Erhalt der öffentlichen sozialen Einrichtungen in ihrer noch bestehenden Trägervielfalt. Diese Einrichtungen halten mit ihren Angeboten unterschiedliche niedrigschwellige Projekte vor, die je nach ihrer Akzeptanz auch kurzfristig auf spezielle Zielgruppen zugeschnitten werden können. Zu diesen Trägern gehört auch die Selbsthilfekontaktstelle, die themenunabhängig Selbsthilfeinitiativen unterstützt. Besondere Bedeutung kommt den festen Ansprechpartnern zu. Sie bauen tragfähige Beziehungen zu den Gruppen auf und beraten bei Veränderungen, bei organisatorischen und inhaltlichen Fragen. Ohne kontinuierlich vorhandene Strukturen ist der Aufbau und die Begleitung von Selbsthilfegruppen und -initiativen nur sehr schwer möglich und ein Erhalt oder gar Ausbau der vorhandenen Angebote eher unwahrscheinlich. Das Selbsthilfeplenum "Rostocker Topf", ein Zusammenschluss von mehr als 130 gesundheits- und sozialbezogenen Selbsthilfegruppen, besteht seit 1991 und wird durch die Selbsthilfekontaktstelle sowie durch das Gesundheitsamt unterstützt.⁴⁰³

In der Hansestadt Rostock gibt es 124 Selbsthilfegruppen (SHG) (Stand: 31.12.2013). Die Anzahl der SHG und ihre Selbsthilfe-Themen werden in der Tab. 5.1 dargestellt.

Tabelle 5.1: Selbsthilfegruppen in der Hansestadt Rostock 2013

Selbsthilfegruppen (SHG)	Anzahl
Sucht	35
psychische Erkrankungen	9
chronische Erkrankungen/ Behinderungen	50
soziale Themen	3
Eltern und Angehörige	19
besondere Lebenslagen	8
Gesamtzahl der SHG im Einzugsbereich der Selbsthilfekontaktstelle (SHK)	124

Quelle: Eigene Darstellung nach der Selbsthilfekontaktstelle Rostock (Stand: 31.12.2013)

Den größten Anteil an den Selbsthilfegruppen in Rostock haben chronische Erkrankungen/ Behinderungen (50 SHG). Dafür gibt es u. a. SHG für Erwachsene mit ADHS, Personen mit Schlaganfall sowie Frauen mit Brustkrebs. Weiterhin gibt es in der Hansestadt Rostock 35 SHG für Suchterkrankungen: u. a. SHG für anonyme Alkoholiker, SHG für Essstörungen und SHG für Spielsüchtige. Für Eltern und Angehörige bieten 19 Selbsthilfegruppen Unterstützung und Hilfen an, z. B. für Angehörige von Suchtkranken, Essgestörten und Demenzkranken. (Tab. 5.1)

⁴⁰² vgl. Borgetto u. Kolba 2008: 423, Gühne et al. 2014: 34

⁴⁰³ Hansestadt Rostock, Gesunde Lebensräume in der Hansestadt Rostock 2025

In den Selbsthilfekontaktstellen sind die Anfragen von Interessenten mit psychischen Erkrankungen in den vergangenen Jahren gestiegen. Derzeit existieren in Rostock neun SHG für Personen mit psychischen Erkrankungen. Darunter gibt es beispielsweise SHG für Angst und Depression, den „Grünen Ring“ für verschiedene psychische Erkrankungen sowie SHG für Anonyme Messies⁴⁰⁴. Weitere acht SHG stehen in Rostock für besondere Lebenslagen, wie bspw. Trauer oder für behinderte und chronisch kranke Studenten (StuBeck), zur Verfügung. Darüber hinaus widmen sich drei SHG sozialen Themen: Frauensportgruppe, Gemeinschaft Rostocker Jahresringe (Senioren) und der ganzheitlichen Lebenshilfe. (Tab. 5.1)

Seit 1993 fördert die Hansestadt Rostock nach gemeinsam von den Gruppen und den Unterstützern erarbeiteten Förderrichtlinien kontinuierlich, auch finanziell, den „Rostocker Topf“. Es sind die Voraussetzungen geschaffen worden, um Selbsthilfegruppen und betroffene Bürger in den Prozess kommunaler Gesundheitsförderung einbeziehen zu können. Ein gewählter Vertreter des Plenums vertritt auch die Hansestadt Rostock für den Initiativenbereich im Gesunde Städte-Netzwerk Deutschlands und ist zugleich Mitglied der AG "Kommunale Gesundheitsförderung".⁴⁰⁵

5.3 Handlungsempfehlungen und Schlussfolgerungen

Prävention und Gesundheitsförderung sind wichtige Aufgaben des ÖGD. Auf dem Gebiet der kommunalen Gesundheitsförderung weist die Hansestadt Rostock eine gute regionale und bundesweite Vernetzung auf. Auch zukünftig bedarf es einer sozialräumlichen zielgruppenspezifischen Koordinierung der Gesundheitsförderung, um die Gesundheitskompetenzen der Kinder und Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen zu stärken sowie gesundheitsförderliche Impulse, z. B. durch quartiersbezogene Maßnahmen, zu setzen. Weiterhin werden der Auf- und Ausbau nachhaltiger Gesundheitsförderungsstrukturen und die Gesundheitsziele „Gesund aufwachsen“ und „Gesund älter werden“ im Fokus der kommunalen Gesundheitsförderung stehen.

Die enorme Herausforderung wie auch Chance der kommunalen Gesundheitsförderung ist es, die zahlreichen sozialräumlichen Akteure zu vernetzen und ein Zusammenwirken der Beteiligten in den jeweiligen Lebensräumen zu koordinieren.⁴⁰⁶ Hervorzuheben ist, dass kommunale Strategien Unterstützungsangebote im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung im Lebensverlauf verzahnen und einen Beitrag zur Gestaltung von gesunden Lebensräumen leisten.⁴⁰⁷ In den Leitlinien der Stadtentwicklung der Hansestadt Rostock 2025 sind sowohl die Kindergesundheitsziele als auch das Programm „Älter werden in Rostock“ verankert, welche federführend durch das Gesundheitsamt fachlich begleitet und fortgeschrieben werden.⁴⁰⁸

Die kommunale Politik trägt dabei eine wesentliche Schlüsselrolle, um gesundheitliche Themen verstärkt in Planungs- und Entscheidungsprozessen zu integrieren sowie kommunale Strategien zu begleiten.

⁴⁰⁴ Messies sind Menschen, die eine psychische Wertbeimessungsstörung (Messi-Syndrom) aufweisen, d. h. sie haben Schwierigkeiten damit den Wert und Nutzen verschiedener Dinge einzuschätzen. Diese Störung kann sich auf sehr unterschiedliche Dinge beziehen z. B. auf Lebensmittel, Verpackungsmaterial, Kleidung usw. Dabei werden die entsprechenden Gegenstände entweder gezielt beschaffen oder einfach behalten, anstatt sie zu entsorgen. Dieses Verhalten kann u. a. zur Verwahrlosung und Vermüllung führen.

⁴⁰⁵ Hansestadt Rostock, Gesunde Lebensräume in der Hansestadt Rostock 2025

⁴⁰⁶ vgl. Conrad 2015: 10

⁴⁰⁷ vgl. Kilian et al. 2015: 159-160

⁴⁰⁸ vgl. Leitlinien der Stadtentwicklung 2025

Die Kindergesundheitsziele sowie das kommunale Programm „Älter werden in Rostock“ sind, gemäß den Leitlinien der Stadtentwicklung 2025, fortzuschreiben.

Die Implementierung von bereits evaluierten Gesundheitsförderungsprogrammen in den Schulen der Hansestadt Rostock, z.B. das Gesundheitsförderungsprogramm für Grundschulen „Klasse 2000“, ermöglicht eine nachhaltige Realisierung frühzeitiger Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Kindesalter.

Ergänzend dazu ist die Erstellung themenspezifischer Gesundheitsberichte, z. B. Kindergesundheitsberichte, Berichte über die gesundheitliche Lage älterer Menschen in Rostock, anzustreben.

Literaturverzeichnis

- Borgetto, Bernhard, Kolba, Nicole (2008): Wie anfällig ist die gemeinschaftliche Selbsthilfe für die Reproduktion und Produktion sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit? In: Bauer, Ullrich, Büscher, Andreas (Hrsg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden. S. 423-446
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2011): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg.
- Gottschling-Lang, Annika, Franze, Marco, Hoffmann, Wolfgang (2014): Gezielte individuelle Förderung von 3- bis 6-Jährige. Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen in sozial benachteiligten Regionen. In: Prävention und Gesundheitsförderung (2014), 9:241-246.
- Gühne, Uta, Fricke, Ruth, Schliebener, Gudrun, Becker, Thomas, Riedel-Heller, Steffi (2014): Rat und Unterstützung durch Selbsthilfe. In: Gühne, Uta, Fricke, Ruth, Schliebener, Gudrun, Becker, Thomas, Riedel-Heller, Steffi (Hrsg.) (2014): Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Patientenleitlinie für Betroffene und Angehörige. Springer, Berlin Heidelberg. S 33-37
- Kilian, Holger, Block, Pia, Lehmann, Frank (2015): Konzepte zentral, Umsetzung dezentral? Neue Wege der Zusammenarbeit regionaler und überregionaler Akteure am Beispiel der Entwicklung von Präventionsketten. In: Kuhn, Joseph, Heyn, Martin (Hrsg.) (2015): Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. Verlag Hans Huber, Bern. S. 159-165
- Kuhn, Joseph, Heyn, Martin (Hrsg.) (2015): Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. Verlag Hans Huber, Bern.
- Ottawa Charta (1986) http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Ottawa_Charta.pdf [24.03.2015]
- Paul, Mechthild (2012): Was sind Frühe Hilfen? In: Frühe Kindheit – Sonderausgabe 2012, 4: 6-7.
- Robert Koch-Institut (2014): KIGGS – Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – 2013.
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Kiggs_w1/kiggs_welle1_broschüre.pdf;jsessionid=21BE182766E5A1D0DAA23029726C65F9.2_cid298?_blob=publicationFile [24.03.2015]
- Rostock 2025. Leitlinien zur Stadtentwicklung
http://rathaus.rostock.de/sixcms/media.php/1068/Brosch%C3%BCre%20Leitlinien%2010.4.13_komplett.pdf [24.03.2015]
- Selbsthilfekontaktstelle Rostock, <http://www.selbsthilfe-rostock.de/> [24.03.2015]
- Simon, Daniela, Härter, Martin (2009): Grundlagen der Partizipativen Entscheidungsfindung und Umsetzungsmöglichkeiten im Rahmen der Selbsthilfe. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz (2009), 52(1):86–91.

6 Zusammenfassung und Fazit

Die Hansestadt Rostock ist die größte (Hafen-)Stadt im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern. Als geografischer Mittelpunkt zwischen den Metropolen Hamburg, Kopenhagen/ Öresund, Stettin und Berlin wird Rostock eine übergeordnete Funktion für die Region zuteil. Ihre strategisch besonders günstige Lage in Küstennähe, südlich von Skandinavien, ermöglicht es, wichtige Koordinierungs- und Steuerungsfunktionen zu übernehmen. Ferner besitzt die Hafenstadt Rostock einen für Passagierverkehr und Güterumschlag bedeutenden See- wie auch Kreuzfahrthafen in Deutschland. Die Hansestadt Rostock wird als kultureller und wirtschaftlicher Entwicklungsmotor im Land Mecklenburg-Vorpommern angesehen.

In der Bevölkerung der Hansestadt Rostock sowie im gesamten Bundesland Mecklenburg-Vorpommern zeigen sich die Auswirkungen des **demografischen Wandels**. Von 1993 bis 2013 ist der Anteil der über 65-Jährigen in Rostock von 10,4% auf 23,0% deutlich gestiegen. Somit hat nahezu jeder Vierte das 65. Lebensjahr erreicht oder überschritten. Aktuell wächst die Rostocker Bevölkerung. In der Zukunft wird sich jedoch sowohl die Anzahl der Kinder (0 bis 15 Jahre) als auch der Personen im erwerbsfähigen Alter (15 bis 65 Jahre) weiter verringern und einem wachsendem Anteil an älteren Personen (65 Jahre und älter) gegenüber stehen.

Der Anteil der ausländischen Bevölkerung hat sich in der Hansestadt Rostock in den vergangenen zehn Jahren etwas erhöht und liegt leicht über dem Landesdurchschnitt. Im Bundesländervergleich ist Mecklenburg-Vorpommern das Bundesland mit der geringsten Einwohnerzahl mit ausländischer Staatsangehörigkeit. In den nächsten Jahren wird sich der Anteil an Zuweisungen von Migranten für die Hansestadt Rostock erhöhen.

Bei der Betrachtung der gesundheitlichen Lage ausgewählter Bevölkerungsgruppen kommt den Kindern und Jugendlichen eine besondere Bedeutung zu. Bereits im Kindesalter werden Gesundheitsressourcen geschaffen und gesundheitsbezogene Verhaltensweisen erlernt, die das Fundament für die gesundheitliche Lage im weiteren Leben bilden und damit auch die Chance zur gesellschaftlichen Teilhabe ermöglichen.

Durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Hansestadt Rostock werden alle Einschüler, die Schüler der 4. und 8. Klassen sowie die Förderschüler in den Sonderschulen regelmäßig untersucht, um Entwicklungsverzögerungen und gesundheitliche Probleme frühzeitig zu erkennen und ihnen entgegen wirken zu können. Auch die Impfausweise werden durchgesehen und in Abständen in ausgewählten Klassenstufen eine Komplettierung des Impfschutzes angeboten.

Die im Rahmen der Schuluntersuchungen erhobenen Befunde zeigten in der Auswertung des Berichtszeitraumes besorgniserregende Tendenzen auf. So wurde eine Zunahme der Auffälligkeiten der Feinmotorik, der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit, der psychophysischen Belastbarkeit und des Psychosozialverhaltens festgestellt. Besonders zu beachten sind Störungen der altersgerechten Sprachentwicklung. Bei 40,6% der untersuchten Einschüler des Schuljahres 2014/2015 wurden Sprachentwicklungsverzögerungen auffällig, wobei ca. 30% dieser Kinder bereits sprachtherapeutisch behandelt wurden.

Ferner spiegeln die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen eine wachsende Problematik in der Gewichtsentwicklung in Form von Untergewicht, Übergewicht und Adipositas wider. Auch weisen immer mehr Schüler Veränderungen am Bewegungssystem auf.

Vor dem Hintergrund dieser Feststellungen und der Tatsache, dass die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen über das gesundheitliche Befinden im Erwachsenenalter mit entscheidet, sind für die Hansestadt Rostock Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Lebensstils im Kindes- und Jugendalter von großer Bedeutung. Die für das Land Mecklenburg-Vorpommern neu formulierten Gesundheitsziele unter dem Thema „Chancengleich gesund aufwachsen in Mecklenburg-Vorpommern“ lassen sich auch auf die Hansestadt Rostock übertragen.

Bei den zahnärztlichen Untersuchungen konnte eine Verbesserung der Mundgesundheit im 10-Jahreszeitraum nachgewiesen werden. Der Anteil der untersuchten 3- bis 18-jährigen Kinder mit primär gesundem Gebiss ist von 44,9% (2004/2005) auf 64,3% (2013/2014) um fast 20% gestiegen.

Um den Mundgesundheitszustand statistisch zu erfassen, Entwicklungstendenzen aufzuzeigen und verschiedene Präventionsansätze mit hoher Effektivität auf den Weg zu bringen, sind die zahnärztlichen Untersuchungen flächendeckend als kommunale gesetzliche Aufgabe fortzuführen. Im Schuljahr 2013/2014 weisen nur 53,5% aller untersuchten 6-jährigen Kinder ein primär gesundes Gebiss auf. Entsprechend der Mundgesundheitsziele der BZÄK bis 2020 sind 80% die Zielstellung. Für eine Verbesserung der Mundgesundheit sollte die Gruppenprophylaxe kontinuierlich und flächendeckend erfolgen, letztlich auch zur Wahrung der Chancengleichheit aller Rostocker Kinder.

Einen Schwerpunkt bildet die Intensivprophylaxe in Kariesrisikoeinrichtungen und die konsequente Durchführung der Fluoridierung als besonders wirksame Säule der Gruppenprophylaxe. Die stagnierende frühkindliche Karies bei Kindern unter 3 Jahren bedarf erhöhter Aufmerksamkeit. In dieser Altersgruppe muss es gelingen, Früherkennungsuntersuchungen gesetzlich zu verankern, frühzeitige kommunale Präventionsmaßnahmen und -strategien festzuschreiben und gemeinsam mit Eltern, niedergelassenen Zahnärzten, Kita- und Krippenpersonal für eine gesunde Gebissentwicklung einzustehen.

Ein weiteres Thema dieses Berichtes sind ausgewählte Erkrankungen mit dem Schwerpunkt der meldepflichtigen Infektionskrankheiten. Die Erfassung und Bewertung der Daten von Infektionen in der Hansestadt Rostock sind Voraussetzung, um Trends der Entwicklung und Organisation von Abwehrmaßnahmen gegenüber Infektionserkrankungen zu erkennen. Eine Abnahme der Erkrankungszahlen spiegelt auch die Effektivität von Vorsorgemaßnahmen in der Bevölkerung wider. So konnten in den vergangenen zehn Jahren in Rostock Hepatitis B Infektionen, Keuchhusten und Salmonellen zurückgedrängt werden.

Eine herausfordernde Aufgabe bleibt die Senkung der Häufungen an Infektionen in Gemeinschaftseinrichtungen, vor allem in Alten- und Pflegeheimen. Nur durch die korrekte Umsetzung der in den Einrichtungen etablierten Hygienepläne, vor allem während der Saison für Magen-Darm-Infektionen und Influenzainfektionen, ist eine Senkung der Häufungen derartiger Krankheiten realisierbar. Hierbei sollte besonderes Augenmerk auf die ausreichende personelle Ausstattung von Pflegeeinrichtungen gelegt werden.

In Zukunft wird die Meldepflicht für multiresistente Erreger (MRE) im Infektionsschutzgesetz erweitert. Ziel ist es, die Situation in medizinischen Einrichtungen besser einschätzen zu können und auf der Grundlage der Anpassung der Antibiotikatherapie das weitere Auftreten von Multiresistenzen zu verringern. Durch die Schaffung von regionalen MRE-Netzwerken zur Minderung einer MRE-Verbreitung soll die Kommunikation zwischen den Kliniken, ambulanten medizinischen Einrichtungen sowie Alten- und Pflegeheimen verbessert werden.

Impfungen stellen bei bestimmten Krankheiten die bedeutendste und wirkungsvollste präventive Schutzmaßnahme dar. In Mecklenburg-Vorpommern sowie in der Hansestadt Rostock werden hohe Impfquoten erreicht, da die Akzeptanz unter der Bevölkerung noch hoch ist. Zunehmend gibt es auch Impfskeptiker sowie Impfgegner in unserer Region. Von der WHO wird ein Durchimpfungsgrad von 95% angestrebt, um aus medizinischen Gründen nicht impfbare Bevölkerungsanteile vor impfpräventablen Infektionen zu schützen. Bei den Einschülern im Schuljahr 2013/2014 in der Hansestadt Rostock wurde ein Durchimpfungsgrad gegen Tetanus und Diphtherie von 98% und bei Mumps, Masern und Röteln von über 94% erreicht. Die Erwachsenen sind nur über eine ausreichende öffentliche Aufklärung für die regelmäßige Durchführung der Auffrischung des Impfschutzes zu sensibilisieren.

Die Neuinfektionen mit HIV stiegen von 12 im Jahr 2013 auf 23 im Jahr 2014. Auffällig ist der Anstieg der Syphiliszahlen im gleichen Zeitraum von 7 auf 52 diagnostizierte Fälle. Da die Infektion mit Syphilis die Anfälligkeit für HIV erhöht, ist es notwendig, die Neuinfektionen mit Syphilis rechtzeitig zu erkennen, um eine entsprechend qualifizierte fachärztliche Behandlung einzuleiten und damit einer Übertragung innerhalb der Bevölkerung entgegenzuwirken. Der Aufrechterhaltung der Aufklärungsarbeit auf dem Gebiet der sexuell übertragbaren Infektionen, auch durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst, kommt eine hohe Bedeutung zu. Das niedrigschwellige und kostenfreie Angebot zur Untersuchung auf STI und HIV muss bestehen bleiben.

Bezogen auf die Rostocker Bevölkerung verfügt die Hansestadt Rostock im Hinblick auf die ambulante und stationäre Versorgung, die Apotheken und die Angebote in der Pflege über eine derzeit gute Infrastruktur.

Allerdings bergen die **demografische Entwicklung** und die zunehmende Mitversorgung des Rostocker Umlandes große Herausforderungen für die Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Zum einen ist zukünftig ein wachsender Bedarf an Ärzten abzudecken, zum anderen ist den Bedürfnissen einer alternden Gesellschaft mehr Rechnung zu tragen. Eine Möglichkeit wäre dem Beispiel des Bundeslandes Sachsen zu folgen und bisher fehlende „Fachärzte für Geriatrie“ auch in M-V als Facharzt auszubilden. Für die Sicherstellung insbesondere der hausärztlichen Versorgung in Rostock wäre die bedarfsgerechte Anpassung von Planzahlen durch die KVMV empfehlenswert. Darüber hinaus ist die Gewinnung von Nachwuchs zum Erhalt bestehender Arztpraxen auch unter Berücksichtigung einer Mitversorgung des Rostocker Umlandes als Herausforderung zu begreifen.

In der qualitäts- und bedarfsgerechten medizinischen und pflegerischen Versorgung ist die schnelle Umsetzung der bereits rechtlich vorgesehenen intensiven Vernetzung des ambulanten und stationären Sektors als wesentlich ökonomischer, fachgerechter und patientenfreundlicher zu betrachten.

Für die relativ neu etablierte sogenannte „ambulante“ Intensivpflege sind dringend rechtliche Regelungen zur Qualitätssicherung und Überwachungszuständigkeit im Interesse der Patienten und deren Angehörigen sowie zum Schutz der Mitarbeiter und deren Arbeitsbedingungen erforderlich.

Insgesamt bedürfen alle akademischen und nichtakademischen Heilberufe und hierbei besonders die Pflegeberufe des stationären und ambulanten Bereiches einer größeren Wertschätzung und einer besonderen Stärkung durch unsere Gesellschaft.

Die Versorgungsstruktur der Hilfen für psychisch kranke Menschen ist in der Hansestadt Rostock im Vergleich zu anderen Kreisen und bundesweit sehr breit gefächert und differenziert. Durch die Funktion als Oberzentrum konzentrieren sich in der Stadt psychiatrische Tageskliniken und Kliniken, die diagnosespezifische Behandlungsangebote vorhalten.

Im Bereich der kassenärztlichen psychiatrischen Versorgung wird wiederholt von längeren Wartezeiten berichtet, obwohl laut Planzahlen der Kassenärztlichen Vereinigung alle Kassenarzt- als auch kassenpsychologischen Sitze in Rostock besetzt sind. In Rostock als gesperrtem Planungsgebiet sind derzeit keine weiteren Zulassungen möglich. Aufgrund der Zentrumsfunktion behandeln die niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie und Psychologen aber auch hier im erheblichen Maße Patienten aus dem Rostocker Umland. Des Weiteren bedingt eine älter werdende Bevölkerung eine zunehmende Zahl multi-morbider Menschen mit einer erhöhten Nachfrage fachärztlicher Behandlungen.

Zukünftig sind die vorhandenen Versorgungsangebote auch hinsichtlich der **demografischen Entwicklung** und sich ändernder Nutzerwünsche regelmäßig zu überprüfen und anzupassen, wobei sich bei den gerontopsychiatrischen Versorgungsangeboten bereits ein wachsender Bedarf abzeichnet.

Die Suchtprävention ist ein wichtiger Bestandteil eines komplexen und ganzheitlich ausgerichteten Präventions- und Gesundheitsförderungskonzeptes. Obgleich bundesweite statistische Zahlen belegen, dass schon erste Erfolge im Konsumverhalten von Kindern und Jugendlichen in einigen Bereichen vorliegen, sind z. B. die Folgen des Alkoholkonsums sowohl für die Betroffenen und deren Familien als auch gesamtgesellschaftlich nach wie vor gravierend. Durch die Schaffung einer kommunalen Stelle „Fachberatung für Suchtprävention für Kinder und Jugendliche“ ist ein wesentlicher Bestandteil im Netzwerk der Suchtprävention in der Hansestadt Rostock hinzugekommen. Die Vernetzung einzelner Akteure innerhalb der Kommune ist für den Aufbau einer präventiven Infrastruktur notwendige Voraussetzung. Strukturelle Verbesserungen sind nur in Kooperation mit allen anderen in diesem Bereich tätigen Institutionen und Vereinen möglich. Daher besteht der Fokus für die Zukunft darin, die initial gewachsenen Strukturen weiter aufzubauen, sie zu pflegen und zu befördern. Eine stärkere Außenwahrnehmung der an der kommunalen Suchtprävention beteiligten Personen sowie eine gemeinsame konzeptionelle Arbeit mit den Regionalen Suchtpräventionsfachkräften an den verschiedenen Themen der Suchtprävention sind notwendig und können nur unter einer fachlichen Begleitung verbessert und spürbar umgesetzt werden. Suchtprävention für Kinder und Jugendliche soll nicht als „Feuerwehr“ fungieren, sondern langfristig, kontinuierlich und nachhaltig im Bildungsprozess integriert sein. Nur so können gesamtstädtisch Erfolge in der Suchtprävention erzielt werden. Die Einbeziehung von politischen Gremien zum Erreichen der suchtpreventiven Ziele ist unerlässlich.

Auf dem Gebiet der kommunalen Gesundheitsförderung weist die Hansestadt Rostock gute regionale und bundesweite Vernetzungen auf. Auch zukünftig bedarf es einer sozialräumlichen zielgruppenspezifischen Koordinierung der Gesundheitsförderung, um die Gesundheitskompetenzen der Kinder und Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen zu stärken sowie gesundheitsförderliche Impulse, z. B. durch quartiersbezogene Maßnahmen, zu setzen. Weiterhin werden der Auf- und Ausbau nachhaltiger Gesundheitsförderungsstrukturen und die Gesundheitsziele „Gesund aufwachsen“ und „Gesund älter werden“ im Fokus der kommunalen Gesundheitsförderung stehen. Die Kindergesundheitsziele sowie das kommunale Programm „Älter werden in Rostock“ sind, gemäß den Leitlinien der Stadtentwicklung 2025, fortzuschreiben. Ergänzend dazu ist die Erstellung themenspezifischer Gesundheitsberichte, z. B. Kindergesundheitsberichte, Berichte über die gesundheitliche Lage älterer Menschen in Rostock, anzustreben.

Die Hansestadt Rostock verfügt bereits über gute Ansätze, um den zukünftigen Herausforderungen, wie dem **demografischen Wandel**, zu begegnen. Durch den Bericht werden vielzählige Handlungsempfehlungen gegeben. Die nachhaltige Umsetzung dieser Empfehlungen und die kontinuierliche Fortschreibung der GBE können folglich einen Beitrag zur Förderung der Gesundheit der Rostocker Bevölkerung leisten. Hierfür ist aber auch eine intensivere Vernetzung von kommunalen Akteuren, Ämtern und freien Trägern anzustreben. Die kommunale Politik trägt dabei eine wesentliche Schlüsselrolle, um gesundheitliche Themen in Planungs- und Entscheidungsprozesse zu integrieren. Angesichts des breitgefächerten Aufgabenspektrums des ÖGD, welcher als einzige Institution einen Zugang zu allen Bevölkerungsgruppen hat, ist auch künftig die Funktionsfähigkeit des ÖGD durch eine adäquate Personalausstattung und eine ausreichende Finanzierung sicherzustellen.

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	DAJ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse	DGE	Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V.
Abb.	Abbildung	DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
Abt.	Abteilung	DMFT	Decayed Missing Filled Teeth
AG	Arbeitsgemeinschaft	DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz	ebd.	Ebenda
AU	Arbeitsunfähigkeit	ECC	Early Childhood Caries
BBSD	Beratungs- und Behandlungsstellen für Sucht- und Drogen-erkrankte und -gefährdete	EHEC	Enterohämorrhagische Escherichia coli
BfR	Bundesinstitut für Risiko-Bewertung	EMA	Europäischen Arzneimittelagentur
BGBI	Bundesgesetzblatt	engl.	englisch
BGM	Betriebliches Gesundheits-Management	e. V.	eingetragener Verein
BKK	Betriebskrankenkasse	FDI	Federation Dentaire International (dt. Weltzahnärzterverband)
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	G-BA	Gemeinsamen Bundesausschuss
BMI	Body-Mass-Index	GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
BP-RL	Bedarfsplanung-Richtlinie	GP	Gruppenprophylaxe
BRD	Bundesrepublik Deutschland	GPLV	Gemeindepsychiatrischer Leistungserbringerverbund
BSHG	Bundessozialhilfegesetz	GPSV	Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund
BZÄK	Bundeszahnärztekammer	GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	HRO	Rostock
BZÖG	Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.	Hrsg.	Herausgeber

ICD	Internationales Klassifikations- schema für Krankheiten	o. J.	ohne Jahr
IfSG	Infektionsschutzgesetz	ÖPNV	öffentlicher Personennahverkehr
IKK	Innungskrankenkasse	PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
KAG	Kreisarbeitsgemeinschaft	PLZ	Postleitzahl
KHG	Krankenhausfinanzierungs- gesetz	PsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutz- maßnahmen psychisch Kranker
KiFöG	Kindertagesförderungsgesetz	RKI	Robert Koch-Institut
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheits- dienst	RV	Rotavirus
KV	Kassenärztliche Vereinigung	SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativ- Versorgung
KVMV	Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern	SAGS	Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsfor- schung und Statistik
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundes- Vereinigung	SchulG	Schulgesetz
KZVMV	Kassenzahnärztlichen Vereini- gung Mecklenburg-Vorpommern	SGB	Sozialgesetzbuch
LAGuS	Landesamtes für Gesundheit und Soziales	SchulGes PfIVO	Schulgesundheitspflegeverord- nung
LAJ	Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege	SN	Schwerin
LKHG	Landeskrankenhausgesetz	SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
MRSA	Methicillin-resistente Staphy- lococcus aureus	STI	sexually transmitted infection
M-V	Mecklenburg-Vorpommern	STIKO	ständige Impfkommision
MVZ	Medizinisches Versorgungs- Zentrum	Tab.	Tabelle
NFK	Nuckel- oder Saugerflaschen- Karies	vgl.	vergleiche
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst	v. H.	von Hundert
ÖGDG M-V	Gesetz über den Öffentliche Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern	WHO	Weltgesundheitsorganisation
		ZÄD	Zahnärztlicher Dienst
		zit.	zitiert

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1: Hansestadt Rostock unterteilt in ihre Stadtbereiche 2013.....	2
Abbildung 1.2: Anteil der ausländischen Einwohner mit Hauptwohnungen gemessen an den Einwohnern mit Hauptwohnungen insgesamt in den Stadtbereichen in der Hansestadt Rostock 2013 (in Prozent)	6
Abbildung 1.3: Geschlechterspezifische Bevölkerungsentwicklung in der Hansestadt Rostock von 1992 bis 2013	8
Abbildung 1.4: Bevölkerungsstruktur der Hansestadt Rostock 2004 und 2013.....	9
Abbildung 1.5: Entwicklung der „Senioren-Kinder-Relation“ in der Hansestadt Rostock 2004 bis 2013.....	10
Abbildung 1.6: Anteile der Altersklassen an der Gesamtbevölkerung in der Hansestadt 1993 bis 2013 (in Prozent)	11
Abbildung 1.7: Anteil der Bevölkerung im Haupterwerbsalter (25 bis unter 65 Jahren) nach Stadtbereichen 2004 und 2013	12
Abbildung 1.8: Durchschnittsalter der Bevölkerung der Hansestadt Rostock nach Stadtbereichen 2013 (in Jahren).....	14
Abbildung 1.9: Jugendquotient, Altenquotient und Gesamtquotient in der Hansestadt Rostock 2004 bis 2013	16
Abbildung 1.10: Entwicklung der natürlichen Bevölkerungsbewegung in der Hansestadt Rostock 1993 bis 2013	17
Abbildung 1.11: Räumliche Bevölkerungsbewegung in der Hansestadt Rostock 1993 bis 2013 ...	18
Abbildung 1.12: Saldo der innerstädtischen Umzüge in der Hansestadt Rostock 2004 bis 2013...	19
Abbildung 1.13: Entwicklung ausgewählter Altersgruppen in der Hansestadt Rostock nach dem regional-realistischen Szenario 2011 bis 2025 (Anteile in Prozent)	21
Abbildung 1.14: Entwicklung der „Senioren-Kinder-Relation“ in der Hansestadt Rostock nach dem regional-realistischen Szenario 2011 bis 2025	22
Abbildung 1.15: Prognose der Bevölkerungsentwicklung – Anteile der Altersklassen an der Gesamtbevölkerung für Mecklenburg-Vorpommern 2010 bis 2030 (in Prozent).....	23
Abbildung 1.16: Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Arbeitsort in der Hansestadt Rostock nach dem Geschlecht und insgesamt 2004 bis 2013.....	26
Abbildung 1.17: Beschäftigtenquote in der Hansestadt Rostock nach Stadtbereichen 2013 (in Prozent)	27
Abbildung 1.18: Anzahl der Aus- und Einpendler sowie Pendlersaldo der Hansestadt Rostock 2004 bis 2013	28

Abbildung 1.19: Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Arbeitsort nach ausgewählten Wirtschaftsbereichen in der Hansestadt Rostock von 2008 und 2013	29
Abbildung 1.20: Arbeitslosenquote bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen in der Hansestadt Rostock, der Landeshauptstadt Schwerin, in Mecklenburg-Vorpommern und in der Bundesrepublik Deutschland 2004 bis 2013 (in Prozent)	30
Abbildung 1.21: Geschlechterspezifischer Verlauf der Arbeitslosenquote aller zivilen Erwerbspersonen in der Hansestadt Rostock 2013 (in Prozent)	31
Abbildung 1.22: Anteil an Arbeitslosen bezogen auf die Bevölkerung im Alter von 15 bis unter 65 Jahren in der Hansestadt Rostock nach Stadtbereichen 2013 (in Prozent)	32
Abbildung 1.23: Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte je Einwohner (in Euro) in Rostock, in Schwerin, in Mecklenburg-Vorpommern und in der Bundesrepublik Deutschland 2004 bis 2012	33
Abbildung 1.24: Durchschnittliches monatliches Nettoäquivalenzeinkommen (Median in Euro) nach soziodemografischen Daten von 2010 und 2013	35
Abbildung 1.25: Durchschnittliches monatliches Nettoäquivalenzeinkommen (Median) nach Stadtbereichen 2013.....	36
Abbildung 1.26: Anteile der Armutsgefährdeten und Einkommensreichen nach Stadtbereichen 2013.....	38
Abbildung 1.27: Anteile der Kinder und Jugendlichen, die Sozialgeld nach SGB II erhalten, und Anteile der Empfänger von Grundsicherung im Alter in der Hansestadt Rostock 2004 bis 2013 (in Prozent)	39
Abbildung 1.28: Anzahl der Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt in Rostock, in Schwerin und in Mecklenburg-Vorpommern 2005 bis 2013	41
Abbildung 2.1: Entwicklung der absoluten Schülerzahlen der Hansestadt Rostock in den Schuljahren 2004/2005 bis 2013/2014-.....	51
Abbildung 2.2: Anteil der Einschüler mit motorischen Auffälligkeiten in den Schuljahren 2004/2005 bis 2013/2014 (in Prozent)	52
Abbildung 2.3: Anteil der Einschüler mit Sprachstörungen und Anteil der Einschüler mit empfohlener Sprachheilbehandlung an den Einschülern mit Sprachstörungen in den Schuljahren 2004/2005 bis 2013/2014 (in Prozent)	54
Abbildung 2.4: Anteil der Einschüler mit Defiziten bei der visuellen Differenzierung in den Schuljahren 2004/2005 bis 2013/2014 (in Prozent).....	55
Abbildung 2.5: Anteil der Einschüler mit Auffälligkeiten im psychosozialen Verhalten und mangelhafter psychophysischer Belastbarkeit in den Schuljahren 2004/2005 bis 2013/2014 (in Prozent)	57

Abbildung 2.6: Häufigste Diagnosen bei den untersuchten Einschülern im Schuljahr 2013/2014 nach dem Anteil der betroffenen Kinder (in Prozent) 58

Abbildung 2.7: Anteil der geimpften Kinder nach ausgewählten Impfungen bei der Schuleingangsuntersuchung in den Schuljahren 2004/2005 bis 2013/2014 (in Prozent)..... 61

Abbildung 2.8: Geschlechterspezifische Entwicklung des Anteils der Kinder und Jugendlichen mit Herabsetzung der Sehschärfe ab dem Zeitpunkt der Einschulung bis zum Erreichen der 8. Klassenstufe (in Prozent) 63

Abbildung 2.9: Entwicklung der Anteile der Kinder und Jugendlichen mit Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas ab dem Zeitpunkt der Einschulung bis zum Erreichen der 8. Klassenstufe (in Prozent) 64

Abbildung 2.10: Geschlechterspezifische Entwicklung der Veränderungen am Bewegungssystem ab dem Zeitpunkt der Einschulung bis zum Erreichen der 8. Klassenstufe (in Prozent) 65

Abbildung 2.11: Anteil der untersuchten Kinder und Jugendlichen vom 3. bis 18. Lebensjahr mit primär gesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebissen in der Hansestadt Rostock (in Prozent) 77

Abbildung 2.12: Anteil der Kinder und Jugendliche mit primär gesunden Gebissen an allen untersuchten Kindern und Jugendlichen vom 3.-18. Lebensalter der Schuljahre 2003/2004 bis 2013/2014 in der Hansestadt Rostock und Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich (in Prozent) . 78

Abbildung 2.13: Anteil der untersuchten Kindergartenkinder im Alter von 3 bis 6 Jahren mit primär gesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebissen in der Hansestadt Rostock (in Prozent) 79

Abbildung 2.14: Anteil der untersuchten Grundschüler der 1. bis 4. Klasse mit primär gesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebissen in der Hansestadt Rostock (in Prozent) 84

Abbildung 2.15: Anteil der Schüler der 5. und 6. Klassen mit primär gesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebissen in der Hansestadt Rostock (in Prozent) 85

Abbildung 2.16: Anteil der Schüler der 7. bis 12./13. Klassen mit primär gesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebissen in der Hansestadt Rostock (in Prozent) 87

Abbildung 2.17: Anteil der Förderschüler mit primär gesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebissen in der Hansestadt Rostock (in Prozent) 89

Abbildung 2.18: Entwicklung des DMFT-Index bei den 12-Jährigen in den Schuljahren 2004/2005 bis 2013/2014 90

Abbildung 2.19: Überblick zur Basis- und Intensivprophylaxe in verschiedenen Altersstufen 92

Abbildung 2.20: Anteil der durch Fluoridierung erreichten Kinder und Jugendliche in den Einrichtungen der Hansestadt Rostock in den Schuljahren 2004/2005 bis 2013/2014 94

Abbildung 2.21: Entwicklung des Krankenstandes in der Hansestadt Rostock, in der Landeshauptstadt Schwerin und in der Hansestadt Rostock 2006 bis 2013 (in Prozent) 103

Abbildung 2.22: Krankenstand in Rostock, Schwerin und Mecklenburg-Vorpommern nach Altersgruppen 2013.....	104
Abbildung 2.23: Krankschreibungshäufigkeit und -dauer sowie AU-Quoten (in Prozent) der AOK-Versicherten in der Hansestadt Rostock 2006 bis 2013	106
Abbildung 2.24: Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versichertenjahre nach ausgewählten Diagnosegruppen in Rostock, Schwerin und Mecklenburg-Vorpommern 2013	107
Abbildung 2.25: Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versichertenjahre nach ausgewählten Diagnosegruppen in Rostock und Schwerin 2006 und 2013	108
Abbildung 3.1: Anzahl der gemeldeten Rotaviren in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg-Vorpommern im Zeitraum von 2004 bis 2013.....	115
Abbildung 3.2: Anzahl der gemeldeten Campylobacterinfektionen in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg-Vorpommern im Zeitraum von 2004 bis 2013	117
Abbildung 3.3: Anzahl der gemeldeten Salmonellosen in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg-Vorpommern im Zeitraum von 2004 bis 2013	118
Abbildung 3.4: Anzahl der gemeldeten EHEC-Infektionen in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg-Vorpommern im Zeitraum von 2004 bis 2013	119
Abbildung 3.5: Anzahl der gemeldeten Infektionen mit E. coli in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg-Vorpommern im Zeitraum von 2004 bis 2013	120
Abbildung 3.6: Anzahl der gemeldeten Infektionen mit Influenza in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg-Vorpommern im Zeitraum von 2004 bis 2013	121
Abbildung 3.7: Saisonaler Verlauf einer Influenza in der Hansestadt Rostock über die Jahre 2008/2009 bis 2012/2013.....	122
Abbildung 3.8: Anzahl der gemeldeten Infektionen mit Pertussis in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg-Vorpommern im Zeitraum von 2004 bis 2013	124
Abbildung 3.9: Anzahl der gemeldeten Fälle mit Tuberkulose und Pertussis in der Hansestadt Rostock im Zeitraum von 2004 bis 2013	125
Abbildung 3.10: Anzahl der gemeldeten Infektionen mit HIV und Syphilis in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg- Vorpommern im Zeitraum von 2004 bis 2013	127
Abbildung 3.11: Verstorbene Männer in der Hansestadt Rostock nach Altersgruppen 2004 bis 2013 (in Prozent)	130
Abbildung 3.12: Verstorbene Frauen in der Hansestadt Rostock nach Altersgruppen 2004 bis 2013 (in Prozent)	131
Abbildung 3.13: Verstorbene in der Hansestadt Rostock nach Altersgruppen und Geschlecht 2004 bis 2013	132

Abbildung 3.14: Säuglingssterblichkeit nach Landkreisen, kreisfreien Städten und im Bundesland Bundesland Mecklenburg-Vorpommern 2009 bis 2013 (gleitendes 5-Jahrs-Mittel, je 1.000 Lebendgeborenen).....	133
Abbildung 3.15: Säuglingssterblichkeit in der Hansestadt Rostock und im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern 2004 bis 2013 (gleitendes 5-Jahres-Mittel, je 1.000 Lebendgeborenen)-	134
Abbildung 3.16: Anteile der Todesursachen (Diagnoseklassen) an allen Verstorbenen in der Hansestadt Rostock in den Jahren von 2009 bis 2013 (5-Jahres-Mittel, in Prozent)	135
Abbildung 3.17: Häufigste Todesursachen (Diagnoseklassen) der Männer und der Frauen in der Hansestadt Rostock 2009 bis 2013 (in Prozent)	136
Abbildung 3.18: Entwicklung der Anzahl der Sterbefälle durch ischämische Herzkrankheiten in der Hansestadt Rostock nach dem Geschlecht 2004 bis 2013.....	137
Abbildung 3.19: Entwicklung der Anzahl der Sterbefälle durch bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge in der Hansestadt Rostock nach dem Geschlecht 2004 bis 2013	138
Abbildung 4.1: Verteilung der Hausärzte und ausgewählter Fachärzte in der Hansestadt Rostock nach Stadtbereichen im Jahr 2013.....	147
Abbildung 4.2: Verteilung der Medizinischen Versorgungszentren und Arzt Häuser in der Hansestadt Rostock nach Stadtbereichen im Jahr 2013	149
Abbildung 4.3: Verteilung der Zahnärzte über das Stadtgebiet der Hansestadt Rostock im Jahr 2013.....	151
Abbildung 4.4: Anzahl und stadtbereichsbezogene Verteilung der freiberuflich Tätigen nicht akademischen Heilberufe über das Stadtgebiet der Hansestadt Rostock im Jahr 2013	152
Abbildung 4.5: Prozess der Krankenhausplanung in Mecklenburg-Vorpommern	154
Abbildung 4.6: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen in der Hansestadt Rostock und in der Landeshauptstadt Schwerin (2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013).....	162
Abbildung 4.7: Anzahl der Pflegebedürftigen in der Hansestadt Rostock im Jahr 2013 nach Alter und Geschlecht.....	163
Abbildung 4.8: Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung, darunter Empfänger von Pflegegeld in der Hansestadt Rostock (2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013) ...	164
Abbildung 4.9: Entwicklung des Anteils der Pflegestufen I bis III an den durch die ambulanten Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen in der Hansestadt Rostock (2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013).....	166
Abbildung 4.10: Altersverteilung der Pflegebedürftigen in den ambulanten Pflegediensten in der..... Hansestadt Rostock im Vergleich zu jenen im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2013	167

Abbildung 4.11: Anzahl und Verteilung der ambulanten Tagespflegeeinrichtungen nach Stadtbereichen in der Hansestadt Rostock	169
Abbildung 4.12: Anzahl und Verteilung der stationären Pflegeheime in der Hansestadt Rostock nach Stadtbereichen im Jahr 2013.....	170
Abbildung 4.13: Entwicklung der Anteile der Pflegestufen I bis III an den in den stationären Pflegeheimen versorgten Pflegebedürftigen in der Hansestadt Rostock (2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013).....	172
Abbildung 4.14: Verteilung der Pflegestützpunkte mit ihren Außenstellen und Sprechtagen in Mecklenburg-Vorpommern.....	173
Abbildung 4.15: Entwicklung der Anzahl der durch den Sozialpsychiatrischen Dienst unternommenen Betreuung und Hausbesuche 2004 bis 2013.....	180
Abbildung 4.16: Entwicklung der Anteile der durch den Sozialpsychiatrischen Dienst durchgeführten Betreuungen nach Diagnosegruppen 2004 bis 2013.....	181
Abbildung 4.17: Anzahl der vom Sozialpsychiatrischen Dienst betreuten psychisch Kranken nach Altersgruppen im Jahr 2013	182
Abbildung 4.18: Anzahl und Verteilung der Versorgungsangebote für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen nach Stadtbereichen in der Hansestadt Rostock im Jahr 2013...	186
Abbildung 4.19: Anzahl und Verteilung der Versorgungsangebote der Suchtkrankenhilfe nach Stadtbereichen in der Hansestadt Rostock im Jahr 2013	187
Abbildung 4.20: Anzahl und Verteilung der öffentlichen Apotheken in der Hansestadt Rostock in den Stadtbereichen im Jahr 2013	192
Abbildung 5.1: Struktur und Handlungsfelder der kommunalen GF	208
Abbildung 5.2: Bewegungsüberraschung im Advent	211
Abbildung 5.3: Impressionen von der Veranstaltungsreihe.....	211
Abbildung 5.4: Handlungsfelder des kommunalen Programms „Älter werden in Rostock“.....	213

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1: Stadtbereiche in der Hansestadt Rostock 2013	3
Tabelle 2.1: Ausgewählte Diagnosen und Defizite bei den untersuchten Einschülern der Hanse- .	59
Tabelle 2.2: Mundgesundheitsziele der Bundeszahnärztekammer für Deutschland 2020	73
Tabelle 2.3: Anzahl aller zahnärztlich untersuchten Kinder und Jugendlichen vom 3. bis 18. Lebensjahr	76
Tabelle 2.4: Anzahl aller zahnärztlich untersuchten Kindergartenkinder im Alter von 3 bis 6 Jahren	79
Tabelle 2.5: Anteil der 3- bis 6-Jährigen mit entsprechendem Gebisszustand in Kindergärten der Hansestadt Rostock und des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern im Schuljahr 2013/2014 im Vergleich (in Prozent)	80
Tabelle 2.6: Anzahl und Anteil der 6-jährigen Kinder mit primär gesundem Gebiss der Schuljahre 2004/2005 bis 2013/2014.....	82
Tabelle 2.7: Anzahl aller zahnärztlich untersuchten Kinder in den Grundschulen der 1. bis 4. Klasse.....	83
Tabelle 2.8: Anteil der Grundschüler mit entsprechendem Gebisszustand der Hansestadt Rostock und des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern im Schuljahr 2013/2014 (in Prozent).....	84
Tabelle 2.9: Anzahl aller zahnärztlich untersuchten Schüler der 5. und 6. Klassenstufe	85
Tabelle 2.10: Anteil der Schüler der 5. und 6. Klassenstufe mit entsprechendem Gebisszustand der Hansestadt Rostock und des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern im Schuljahr 2013/2014 (in Prozent)	86
Tabelle 2.11: Anzahl aller zahnärztlich untersuchten Schüler der 7. bis 12./13. Klassenstufe in der	86
Tabelle 2.12: Anteil der Schüler der 7. bis 12./13. Klassenstufe mit entsprechendem Gebisszustand der Hansestadt Rostock und des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern im Schuljahr 2013/2014 (in Prozent)	87
Tabelle 2.13: Anzahl aller zahnärztlich untersuchten Förderschüler.....	88
Tabelle 2.14: Anteil der Förderschüler mit entsprechendem Gebisszustand der Hansestadt Rostock und des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern im Schuljahr 2013/2014 (in Prozent)	90
Tabelle 2.15: Maßnahmenkatalog für Gruppenprophylaxe im Settingansatz in Rostock	93
Tabelle 3.1: Anzahl der gemeldeten viral bedingten Durchfallerkrankungen in der Hansestadt Rostock im Zeitraum von 2004 bis 2013	112
Tabelle 3.2: Anzahl der gemeldeten bakteriell bedingten Durchfallerkrankungen in der Hansestadt Rostock im Zeitraum von 2004 bis 2013	112

Tabelle 3.3: Anzahl der gemeldeten Infektionen mit Hepatitis B in der Hansestadt Rostock im Zeitraum von 2004 bis 2013.....	126
Tabelle 4.1: Entwicklung der Anzahl der niedergelassenen Hausärzte in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg-Vorpommern 2004 bis 2013 (ohne angestellte Hausärzte).....	142
Tabelle 4.2: Entwicklung des Durchschnittsalters der niedergelassenen Hausärzte im Zehnjahresverlauf in der Hansestadt Rostock und in Mecklenburg-Vorpommern.....	145
Tabelle 4.3: Übersicht der ambulant ärztlichen Versorgung in der Hansestadt Rostock nach Postleitzahlen	146
Tabelle 4.4: Krankenhausplan für die Hansestadt Rostock	155
Tabelle 4.5: Kennziffern der stationären Versorgung nach Fachrichtungen in der Hansestadt Rostock für die Jahre 2004 und 2013.....	157
Tabelle 4.6: Übersicht zu den Angeboten im Bereich der palliativmedizinischen Versorgung in der Hansestadt Rostock im Jahr 2013	159
Tabelle 4.7: Anzahl der von den ambulanten Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen insgesamt, die im Durchschnitt je Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen und die Pflegebedürftigen bezogen auf 100 Einwohner (2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013).....	165
Tabelle 4.8: Entwicklung der Anzahl des Pflegepersonals, der Pflegebedürftigen und der verfügbaren Plätze in den stationären Pflegeheimen der Hansestadt Rostock (2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013).....	171
Tabelle 4.9: Entwicklung der Zahl der öffentlichen Apotheken im Stadtgebiet Rostock im Vergleich zu Mecklenburg-Vorpommern von 2004 bis 2013	193
Tabelle 4.10: Anzahl der im Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock in den Jahren 2006 bis 2014 durchgeführten Heilpraktiker-Prüfungen.....	196
Tabelle 4.11: Anzahl der erstellten Gutachten und gutachterlichen Stellungnahmen, differenziert nach Gutachtenart innerhalb der Abteilung Amtsärztlicher/ Sozialmedizinischer Dienst des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock von 2004 bis 2013 (inkl. Anzahl der Stellungnahmen der Betreuungsbehörde)	197
Tabelle 4.12: Anzahl der erstellten Gutachten und gutachterlichen Stellungnahmen innerhalb der Abteilung Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock von 2004 bis 2013	197
Tabelle 4.13: Anzahl der erstellten Gutachten und gutachterlichen Stellungnahmen innerhalb der Abteilung Kinder- und Jugendärztlicher Dienst des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock von 2006 bis 2013	197
Tabelle 4.14: Sozialmedizinische Kontaktierungen der Seeleute im Rahmen der Hafenzentralen Sprechstunde in den Jahren 2012, 2013 und 2014	199

Tabelle 4.15: Impfungen im Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock in den Jahren 2004 bis 2013 davon Gelbfieberapplikationen im Rahmen der hoheitlich definierten Tätigkeit der Gelbfieberimpfstelle des Gesundheitsamtes	199
Tabelle 4.16: Anzahl der HIV-Tests, der Betreuung von Sexarbeiterinnen (Prostituierten) und deren Untersuchungen, Anzahl der Betreuung von Männern, die Sex mit Männern haben in der Beratungsstelle „HIV und Sexuell Transmitted Diseases“ am Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock in den Jahren 2004 bis 2013	200
Tabelle 5.1: Selbsthilfegruppen in der Hansestadt Rostock 2013.....	213