

# **Gesundheitsbericht der Landeshauptstadt Magdeburg 2000/2001**



*erarbeitet vom Gesundheits- und Veterinäramt Magdeburg*

Herausgegeben vom Gesundheits- und Veterinäramt  
der Landeshauptstadt Magdeburg

Magdeburg 2003

Postanschrift: Landeshauptstadt Magdeburg,  
Gesundheits- und Veterinäramt  
39090 Magdeburg

Hausanschrift: Landeshauptstadt Magdeburg,  
Gesundheits- und Veterinäramt  
Lübecker Straße 32  
39124 Magdeburg

Telefon: (0391) 540 6002  
Fax: (0391) 540 6006

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden bei der Angabe von Berufs- und anderen Bezeichnungen häufig nur die allgemeine bzw. die männliche Form genannt.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung und Quellenangabe gestattet.

## **Einleitung**

Der vorliegende Gesundheitsbericht über das Jahr 2000 und 2001 ist der sechste kommunale Gesundheitsbericht, den das Gesundheits- und Veterinäramt der Landeshauptstadt Magdeburg seit 1995 vorlegt. Eine Fortschreibung der vorausgegangenen Gesundheitsberichte bilden die Punkte 1 -3, die sich mit der demographischen Situation, der Todesursachenanalyse und der Erkrankungshäufigkeit an meldepflichtigen Erkrankungen in den beiden Berichtsjahren beschäftigen.

Das Schwerpunktthema in diesem Bericht (Pkt. 4 ) ist die Darstellung einiger uns wichtig erscheinender Aspekte der gesundheitlichen Situation von Mädchen und Frauen in Magdeburg im Vergleich zur Gesundheitssituation der männlichen Bevölkerung und die Ableitung von Empfehlungen und Schlussfolgerungen.

Grundlagen für die Bearbeitung dieses Themas sind das vorhandene Zahlenmaterial, Materialien und Literatur des Landes und des Bundes sowie Zuarbeiten anderer Ämter der Stadtverwaltung und freier Träger. Es ist uns bewusst, dass mit diesem Beitrag nicht die ganze Breite und Vielfalt dieser Thematik betrachtet wurde. Wir hoffen aber, zur Diskussion dieses Themenkomplexes beigetragen zu haben.

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

- dem Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg,
- dem Amt für Gleichstellungsfragen der Landeshauptstadt Magdeburg,
- dem Statistischen Landesamt Sachsen- Anhalt,
- der Magdeburger Krebsliga e.V.,
- dem Ortsverband Magdeburg des Deutschen Allergie - und Asthmabundes e.V.
- dem Verein für Epilepsiekranken und deren Angehörige in Magdeburg e.V.,
- Wildwasser Magdeburg e.V.,
- der Beratungsstelle PRO FAMILIA e.V. und
- der Jugend - und Drogenberatungsstelle Magdeburg e.V. (DROBS)

und allen beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheits- und Veterinäramtes Magdeburg.

Bröcker  
Beigeordnete für Soziales,  
Jugend und Gesundheit

Ltd. MD Dr. med. Weise  
Leiterin des Gesundheits-  
und Veterinäramtes



# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Demographische Situation</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Bevölkerungsstand</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Natürliche Bevölkerungsbewegung</b>	<b>5</b>
<b>1.3 Wanderungsbewegung</b>	<b>6</b>
<b>2 Sterblichkeit und Todesursachen (Mortalität)</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Alters- und Geschlechtsstruktur der Sterbefälle</b>	<b>7</b>
<b>2.2 Todesursachen im Überblick</b>	<b>9</b>
2.2.1 Nicht natürliche Todesursachen	9
2.2.2 Natürliche Todesursachen	11
<b>2.3 Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen</b>	<b>15</b>
2.3.1 Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems	15
2.3.2 Sterblichkeit an Neubildungen bzw. Krebserkrankungen	17
<b>2.4 Altersstandardisierung der wichtigsten Kennziffern zur Sterblichkeit</b>	<b>19</b>
<b>2.5 Säuglingssterblichkeit</b>	<b>20</b>
<b>3 Meldepflichtige Infektionskrankheiten</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Enteritis infectiosa (infektiöse Darmerkrankungen)</b>	<b>23</b>
3.1.1 Salmonellen	23
<b>3.2 Übrige Formen der Enteritis infectiosa</b>	<b>24</b>
<b>3.3 Tuberkulose</b>	<b>27</b>
<b>3.4 Sonstige meldepflichtige Infektionskrankheiten</b>	<b>27</b>
3.4.1 Typhus und Paratyphus	27
3.4.2 Shigellosen	27
3.4.3 Virushepatitis	28
3.4.4 Meningitis	28
3.4.5 Malaria	29
3.4.6 Borreliose	29
3.4.7 Pertussis	30
3.4.8 Röteln	30
3.4.9 Mumps	30
3.4.10 Varicellen	30
3.4.11 Scharlach	31
3.4.12 Kopflausbefall	31
3.4.13 Tollwutexposition	31
3.4.14 Skabies	32
3.4.15 Keratokonjunctivitis epidemica	32
3.4.16 Gasbrand	32
3.4.17 Ätiologisch ungeklärte Erkrankungshäufungen	32
3.4.18 Influenza A	33
<b>4 Zur Gesundheitlichen Situation von Frauen und Mädchen in Magdeburg</b>	<b>35</b>
<b>4.1 Der kleine Unterschied</b>	<b>35</b>
<b>4.2 Gesundheitshandeln von Frauen und Männern</b>	<b>45</b>
<b>4.3 Behinderte Frauen und Männer in der Stadt Magdeburg</b>	<b>55</b>
4.3.1 Schwerbehinderte nach Altersgruppen in Magdeburg	56

<b>4.4 Bösartige Neubildungen bei Frauen im Vergleich zu Männern</b>	<b>63</b>
<b>4.5 Migration und Gesundheit bei ausländischen Frauen</b>	<b>71</b>
4.5.1 Schwerpunkte der Migration	71
4.5.1.1 Sprachbarriere	71
4.5.1.2 Schwersttraumatisierte Flüchtlinge aus Kriegsgebieten	72
4.5.1.3 Schwangerschaften und Geburten bei ausländischen Frauen	72
4.5.2 Zur gesundheitlichen und sozialen Situation von Migrantinnen und Migranten im Stadtgebiet von Magdeburg	73
4.5.2.1 Anteil ausländischer Bevölkerung in der Stadt Magdeburg im Vergleich mit anderen Städten	73
4.5.2.2 Schwangeren- und Mütterberatung für ausländische Frauen	75
4.5.2.3 Impfungen bei ausländischen Mädchen und Jungen	75
4.5.2.4 Tuberkulose-Beratung	76
4.5.2.5 Ausländische Prostituierte	76
4.5.3 Schlussfolgerungen für das Gebiet der Landeshauptstadt Magdeburg	77
<b>4.6 Mobbing</b>	<b>78</b>
<b>4.7 Sichtweisen auf das Thema Frauengesundheit in Magdeburg</b>	<b>81</b>
4.7.1 Frauenspezifische Gesundheitsversorgung in der Landeshauptstadt Magdeburg	81
4.7.1.1 Ausgangslage	81
4.7.1.2 Situation	82
4.7.1.3 Schwerpunktsetzung des Amtes für Gleichstellungsfragen	84
4.7.1.4 Handlungsnotwendigkeiten	86
4.7.2 Sexualisierte Gewalt an Mädchen und Frauen	88
4.7.2.1 Kurze Selbstdarstellung Wildwasser Magdeburg e.V.	88
4.7.2.2 Aus dem Tätigkeitsbericht für das Jahr 2000 zum Arbeitsbereich „Beratung und Therapie“	89
4.7.2.3 Das Thema Traumatisierung in der beraterischen und therapeutischen Arbeit	91
4.7.3 Die Beratungsstelle PRO FAMILIA Magdeburg	94
4.7.3.1 Die Ehe-, Familien-, Lebens- und Sexualberatung als ein Schwerpunkt der PRO FAMILIA Arbeit	94
4.7.3.2 Ehe- und Partnerschaftsberatung als ein wesentlicher Schwerpunkt der Ehe-, Familien- und Lebensberatung	97
4.7.3.3 Sexualberatung als ein wesentlicher Schwerpunkt der Ehe-, Familien- und Lebensberatung	100
4.7.3.4 Ausblick	102
4.7.4 Beratung und therapeutische Begleitung von essgestörten Mädchen und Frauen durch die Jugend- und Drogenberatungsstelle Magdeburg im Jahr 2000	103
4.7.4.1 Ausgangssituation - Beratung, Betreuung und Vermittlung von essgestörten Mädchen, jungen Frauen und deren Angehörigen durch die DROBS Magdeburg	103
4.7.4.2 Methodisches Setting von Beratung und therapeutischer Begleitung in der Jugend- und Drogenberatungsstelle Magdeburg	106
4.7.4.3 Ausblick und prognostische Aussagen - Beratung, therapeutische Betreuung von essgestörten Mädchen und jungen Frauen, Notwendigkeit von präventiver Arbeit mit Kindern und Jugendlichen	107
4.7.5 Magdeburger Krebsliga e.V.	108
4.7.6 Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. Ortsverband Magdeburg	116
4.7.7 Verein für Epilepsieerkrankte und deren Angehörige in Magdeburg e. V.	119

<b>4.8 Zusammenfassung und Empfehlungen</b>	<b>123</b>
4.8.1 Zusammenfassung	123
4.8.2 Allgemeine Schlussfolgerungen	123
4.8.3 Empfehlungen für die Landeshauptstadt Magdeburg	125
4.8.3.1 Kommunale Gesundheitsberichterstattung	125
4.8.3.2 Institutionalisierung geschlechterdifferenzierender Forschung und gesundheitlicher Versorgung	126
4.8.3.3 Vernetzung kommunaler Aktivitäten	127
4.8.3.4 Vorrang der Gesundheitsförderung und Prävention	127
<b>Quellen</b>	<b>128</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>133</b>
<b>Erläuterung wichtiger Fachbegriffe</b>	<b>134</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>137</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>138</b>



# 1 Demographische Situation

## 1.1 Bevölkerungsstand

Am 31.12.2001 hatte die Landeshauptstadt Magdeburg 229 714 Einwohner und damit 1736 Einwohner weniger als im Vorjahr. Im Jahr 2000 war der Einwohnerverlust mit 3623 Personen noch mehr als doppelt so hoch. Durch die Eingemeindung von Beyendorf- Sohlen (1239 Einwohner) konnte ein Teil des Einwohnerverlustes im Jahr 2001 ausgeglichen werden.

Unter der Hauptwohnsitzbevölkerung befanden sich 119 460 Personen weiblichen Geschlechts mit einem Anteil von 52,0 Prozent und 110 254 Personen männlichen Geschlechts mit einem Anteil von 48,0 Prozent.

Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Einwohnerzahlen und des Altersdurchschnittes der Bevölkerung von Magdeburg in den letzten Jahren.

**Tabelle 1:** Einwohnerzahlen und Altersdurchschnitt in ausgewählten Jahren von Magdeburg [1]

Jahr	Einwohner gesamt	davon weiblich	Altersdurchschnitt
1990	278.807	146.740	38,26
1991	275.238	144.470	39,07
1992	272.516	142.637	39,48
1993	270.546	140.626	39,88
1994	265.379	137.666	40,45
1995	257.656	133.560	41,08
1996	251.031	130.454	41,67
1997	245.509	127.342	42,22
1998	239.462	124.434	42,73
1999	235.073	122.234	43,21
2000	231.450	120.473	43,69
2001*	229.714	119.460	44,11

\* Eingemeindung von Beyendorf- Sohlen am 01.04.2001 mit 1239 Einwohnern  
(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt; 2001 Fortschreibung des Amtes für Statistik auf der Basis des Einwohnermelderegisters)

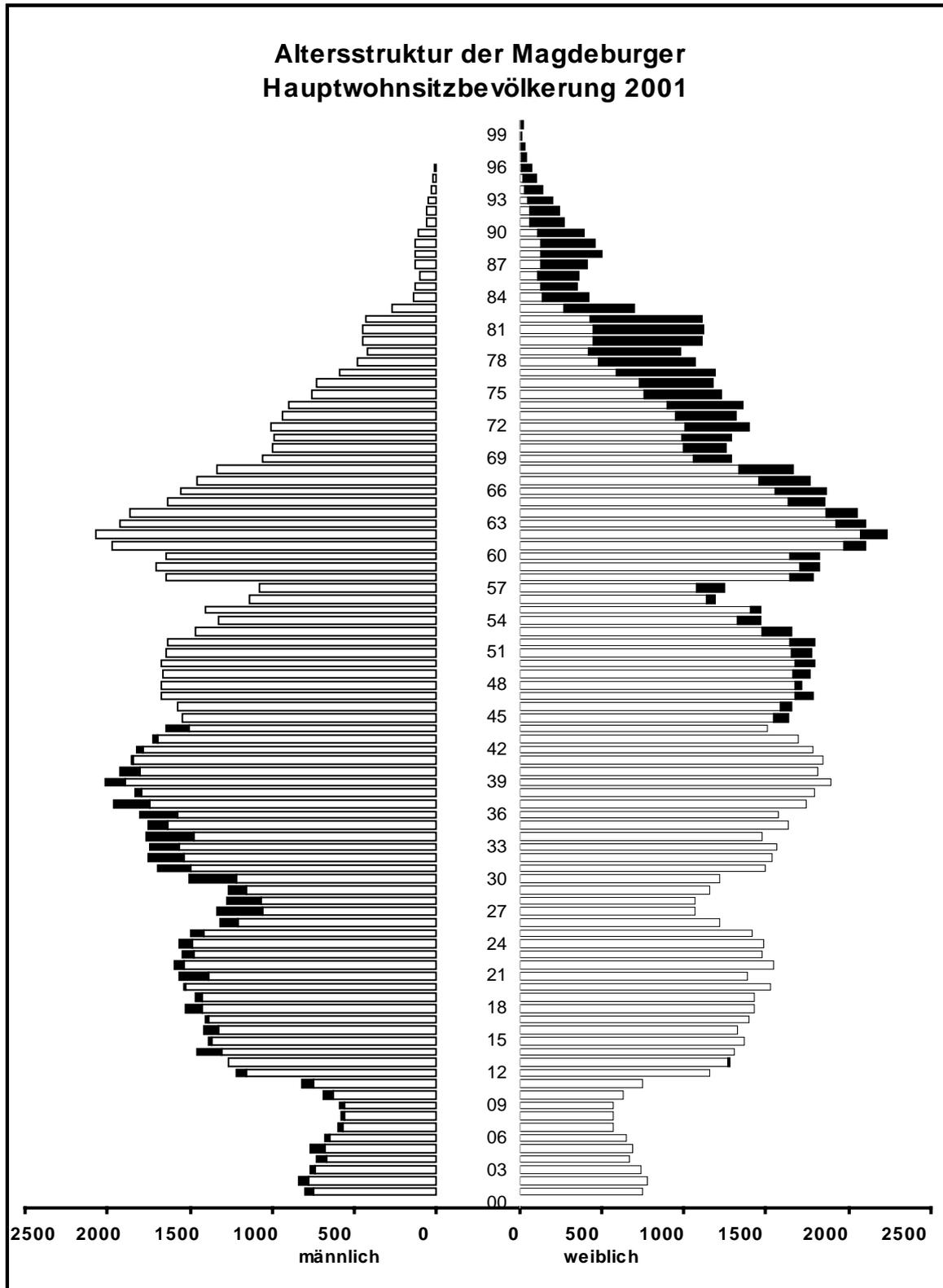
Innerhalb der letzten 10 Jahre stieg das Durchschnittsalter der Bevölkerung in Magdeburg um mehr als 5 Jahre auf 44,11 Jahre an.

Vergleichszahlen vom Statistischen Landesamt Sachsen- Anhalt aus dem Jahr 1999 nennen ein Durchschnittsalter für Dessau mit 43 Jahren und für Halle (Saale) mit 41,3 Jahren. Von der Bundesrepublik Deutschland wurde das Durchschnittsalter mit 41,2 Jahren und von Sachsen- Anhalt mit 42,2 Jahren angegeben.

Das Durchschnittsalter der Weltbevölkerung betrug dagegen im Jahr 1999 26,6 Jahre. Nur 6,9 Prozent der Weltbevölkerung war 65 Jahre oder älter. In Sachsen- Anhalt lag dieser Anteil bei 17,5 Prozent und in Deutschland bei 16,2 Prozent [2]. In Magdeburg waren im Berichtsjahr 18,7 Prozent der Hauptwohnsitzbevölkerung 65 Jahre oder älter. Von den Frauen waren in Magdeburg 22,5 Prozent älter als 65 Jahre.

Bedingt durch die höhere Lebenserwartung der Frauen, die für Sachsen- Anhalt bei neugeborenen Mädchen mit 79,4 Jahren angegeben wird,

während sie für neugeborene Knaben 72,5 Jahre beträgt, wird auch in Zukunft der Anteil der Frauen in den oberen Altersgruppen überwiegen [3]. In der Abbildung 1 ist die Altersstruktur der Magdeburger Hauptwohnsitzbevölkerung in der Bevölkerungspyramide dargestellt.



© Landeshauptstadt Magdeburg Quelle:Einwohnermelderegister Stand 31.12.2001

**Abbildung 1:** Altersstruktur der Magdeburger Hauptwohnsitzbevölkerung 2001 [1]

Obwohl in Magdeburg seit 1990 ein kontinuierlicher Einwohnerverlust zu verzeichnen ist, hat sich die Anzahl der Personen in der Altersgruppe der über 64 Jährigen nicht nur prozentual sondern auch zahlenmäßig erhöht. Seit 1995 nahm diese Altersgruppe um mehr als 1500 Frauen und 3000 Männer zu.

Der Hauptgrund für die zahlenmäßige Vergrößerung der Altersgruppe der über 64 Jährigen ist in der Altersstruktur der Magdeburger Bevölkerung zu suchen. Bis vor wenigen Jahren setzte sich diese Altersgruppe aus den Geburtsjahrgängen zusammen, die durch Kriegseinwirkung schon dezimiert waren. Besonders unter den Männern macht das die Abbildung 1 deutlich. Zunehmend kommen gut besetzte Jahrgänge in das Rentenalter. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Entwicklung voraussichtlich in den nächsten 8 Jahren anhält. Erst dann gehen gering besetzte Jahrgänge (Geburtenausfälle des 2. Weltkrieges) in das Rentenalter über.

Vom Wanderungsdefizit ist diese Altersgruppe nicht betroffen, da vorrangig jüngere Menschen die Stadt verlassen.

In der Tabelle 2 sind die Anteile der Alters- und Geschlechtsgruppen an der Bevölkerung dargestellt.

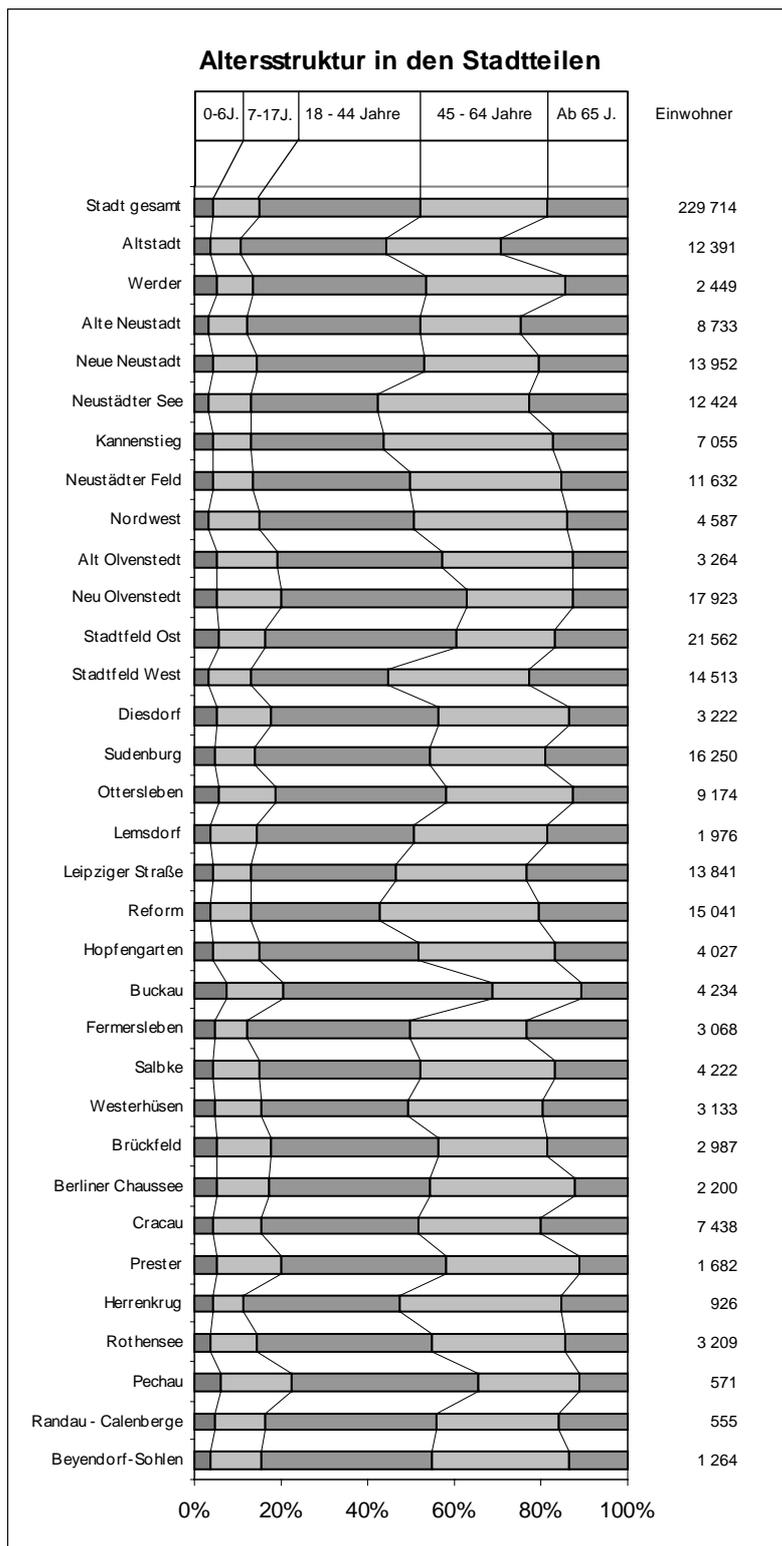
**Tabelle 2:** Anteile der Alters- und Geschlechtsgruppen an der Hauptwohnsitzbevölkerung Magdeburgs 2001 [1]

Altersgruppe	gesamt		weiblich		männlich		Anteil der weiblichen Bevölkerung in der Altersgruppe
	absolut	Anteil d. Altersgruppe	absolut	Anteil d. Altersgruppe	absolut	Anteil d. Altersgruppe	
0 - 6 Jahre	10.029	4,3 %	4.832	4,1%	5.197	4,7 %	48,2 %
7 - 17 Jahre	24.092	10,5 %	11.744	9,8%	12.348	11,2 %	48,7 %
18 - 44 Jahre	85.233	37,1%	40.943	34,3%	44.290	40,2 %	48,0 %
45 - 64 Jahre	67.478	29,4%	35.047	29,3%	32.431	29,4 %	51,9 %
ab 65 Jahre	42.882	18,7%	26.894	22,5%	15.988	14,5%	62,7 %
gesamt	229.714	100,0%	119.460	100,0%	110.254	100,0 %	52,0 %

(Quelle: Fortschreibung des Amtes für Statistik auf der Basis des Einwohnermelderegisters)

Die Altersstruktur der Bevölkerung von Magdeburg in den einzelnen Stadtteilen ist in Abbildung 2 dargestellt.

Einfluss auf die Altersstruktur eines Stadtteils haben unter anderem größere Wohnanlagen für ältere Menschen, wie es im Stadtteil Neustädter See der Fall ist, aber auch der Entstehungszeitraum von neuen Wohnsiedlungen aus DDR-Zeiten.



**Abbildung 2** Altersstruktur der Magdeburger Bevölkerung in den Stadtteilen 2001 [1]  
 (nicht aufgeführte Stadtteile haben weniger als 100 Einwohner)  
 (Stand: 31.12.2001 ; Fortschreibung des Amtes für Statistik auf der Basis des Einwohnermelderegisters )

## 1.2 Natürliche Bevölkerungsbewegung

Im Jahr 2001 wurden in Magdeburg 1636 Geburten registriert. Im Vorjahr waren es 1681 Geburten. Damit ergibt sich ein leichter Geburtenrückgang. Seit der niedrigsten Geburtenziffer (Anzahl der Lebendgeborenen je 1000 der Bevölkerung im Berichtszeitraum) im Jahr 1993 von 5,1 war ein gleichmäßiger Anstieg dieser Kenngröße in den letzten Jahren zu beobachten. Im Jahr 2000 wurden statistisch 7,2 Lebendgeburten je 1000 Einwohner registriert und 2001 blieb die Ziffer fast konstant bei 7,1. Die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter (von 15 bis 45 Jahren) nahm in Magdeburg in den letzten Jahren stärker als die übrige Bevölkerung ab. Seit 1989 sank die Hauptwohnsitzbevölkerung auf ca. 80 Prozent des Ausgangswertes. Bei den Frauen im gebärfähigen Alter ist im gleichen Zeitraum ein Rückgang auf ca. 72 Prozent zu beobachten. Die Fruchtbarkeitskennziffer berücksichtigt die Anzahl der Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren. Seit der niedrigsten Fruchtbarkeitskennziffer von 24,4 Geburten je 1000 Frauen im gebärfähigen Alter im Jahr 1993 ist diese Ziffer wieder kontinuierlich bis zum Jahr 2000 auf 36,8 angestiegen. 2001 gab es einen leichten Rückgang der Fruchtbarkeitskennziffer auf 36,5. Für das Jahr 1989 wurde in Magdeburg die Fruchtbarkeitskennziffer mit 56,1 angegeben.

In der Tabelle 3 sind die Zahlen und Kennziffern zur natürlichen Bevölkerungsbewegung der letzten Jahre zusammengestellt.

**Tabelle 3:** Natürliche Bevölkerungsbewegung in der Stadt Magdeburg in den Jahren 1989 bis 2001 [1]

Jahr	Lebendgeborene	Geburtenziffer (Lebendgeb. auf 1000 Einwohner)	Anzahl d. Frauen im gebärfähigen Alter (in 1000)	Anteil d. Frauen an der Gesamtbevölkerung in %	Fruchtbarkeitsziffer 1)	Sterbefälle	Saldo
1989	3.470	12,0	61,8	52,5	56,1	3.449	21
1990	3.099	11,1	60,2	52,6	51,4	3.492	-393
1991	1.906	6,9	57,9	52,5	33,0	3.331	-1.425
1992	1.572	5,8	57,3	52,3	27,4	3.206	-1.634
1993	1.386	5,1	56,8	52,0	24,4	3.183	-1.797
1994	1.390	5,2	55,4	51,8	25,1	3.085	-1.695
1995	1.338	5,2	53,2	51,8	25,2	2.848	-1.510
1996	1.499	6,0	51,3	52,0	29,2	2.831	-1.332
1997	1.602	6,5	49,6	51,9	32,3	2.689	-1.087
1998	1.573	6,6	47,9	52,0	32,8	2.672	-1.099
1999	1.578	6,7	46,7	52,0	33,8	2.596	-1.018
2000	1.681	7,2	45,6	52,0	36,9	2.666	-985
2001	1.636	7,1	44,8	52,0	36,5	2.619	-983

1) Lebendgeborene je 1000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren  
(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt; 2001 Fortschreibung des Amtes für Statistik auf der Basis des Einwohnermelderegisters)

Den 1636 Geburten stehen im Jahr 2001 in Magdeburg 2619 Sterbefälle gegenüber. Daraus ergibt sich ein Bevölkerungsverlust von 983 Personen aufgrund der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Im Jahr 2000 war dieser Bevölkerungsverlust in Höhe von 985 Personen etwa ebenso groß, die höhere Geburtenzahl wurde durch die ebenfalls größere Anzahl von Sterbefällen relativiert.

### ***1.3 Wanderungsbewegung***

Im Jahr 2000 waren ca. 73 Prozent des Bevölkerungsverlustes in Magdeburg dem nicht ausgeglichenen Saldo von Zu- und Wegzügen zuzuordnen, im Jahr 2001 waren es noch 67 Prozent. Bei dieser Entwicklung ist die Eingemeindung von Beyendorf- Sohlen am 01.04.2001 mit 1239 Personen zu berücksichtigen.

Eine Übersicht über die Entwicklung der Wanderungsbewegung in Magdeburg ist in der Tabelle 4 enthalten.

**Tabelle 4:** Entwicklung der Wanderungsbewegung in den Jahren 1990 - 2000 in der Stadt Magdeburg [1]

<b>Jahr</b>	<b>Zuzüge</b>	<b>Wegzüge</b>	<b>Wanderungssaldo</b>
1990	5401	14.556	-9155
1991	4977	7121	-2144
1992	5512	6600	-1088
1993	6955	7128	-173
1994	5892	10.234	-4342
1995	6153	12.366	-6213
1996	7263	12.556	-5293
1997	7182	11.617	-4435
1998	7560	12.508	-4948
1999	7783	11.154	-3371
2000	7624	10.262	-2638
2001	7955	9916	-1961

(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt )

Weiterführende Aussagen zu den Bevölkerungszahlen in Magdeburg sind in [1], [4], [5] und [6] enthalten.

## **2 Sterblichkeit und Todesursachen (Mortalität)**

Die Analyse des Sterbe geschehens gilt derzeit als vollständigste Quelle zur bevölkerungsbezogenen Beurteilung von Krankheitsentwicklungen. Unzureichend erfasst werden jedoch die Krankheiten, die selten zum Tode führen aber die Lebensqualität des Betroffenen stark beeinträchtigen. Seit dem Jahr 1998 erfolgt die Erfassung der Todesursachen nach der "Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD- 10" [7][8].

Für die hier dargestellte Analyse wurden die Zahlen der amtlichen Mortalitätsstatistik des Statistischen Landesamtes Sachsen- Anhalt [9] [10] verwendet.

Eine Analyse der im Gesundheitsamt vorliegenden Totenscheine wird nur vorgenommen, wenn keine anderen Daten verfügbar sind.

### ***2.1 Alters- und Geschlechtsstruktur der Sterbefälle***

Für das Jahr 2000 wurden vom Statistischen Landesamtes Sachsen- Anhalt 2666 Verstorbene gezählt, die ihren Hauptwohnsitz in Magdeburg hatten. Unter den Verstorbenen befanden sich 1427 Personen weiblichen Geschlechts (53,5 %) und 1239 Personen männlichen Geschlechts (46,5 %). Im Berichtsjahr betrug die Sterberate (Verstorbene je 100 000 der Bevölkerung) 1152  $\text{‰}$ . Für die weiblichen Verstorbenen betrug die Sterberate 1184  $\text{‰}$  und für die männlichen Verstorbenen 1116  $\text{‰}$ .

Im Jahr 2001 verringerte sich die Anzahl der Verstorbenen um 50 auf 2616, darunter befanden sich 1415 weibliche und 1201 männliche Verstorbene. Die Sterberate änderte sich bei den weiblichen Verstorbenen im Vergleich zum Vorjahr nicht, bei den männlichen Verstorbenen ging sie jedoch leicht zurück (1089  $\text{‰}$ ).

Diese Sterberate ist eng an die Altersstruktur der Magdeburger Bevölkerung geknüpft und ist dadurch nur bedingt mit anderen Regionen vergleichbar. Nach der Altersstandardisierung mit der "neuen europäischen Standardbevölkerung" ergab sich für die Frauen im Jahr 2001 eine Sterberate von 830  $\text{‰}$  und für die Männer ergab sich eine Sterberate von 876  $\text{‰}$ . Die standardisierte Sterberate lässt sich wesentlich besser vergleichen, da die Einflüsse durch Altersunterschiede in den Vergleichsgruppen eliminiert werden. Deutlich wird die höhere Lebenserwartung der Frauen durch die niedrigere standardisierte Sterberate widerspiegelt.

Im Vergleich zum Vorjahr ist die standardisierte Sterberate bei den Frauen um 12  $\text{‰}$  und bei den Männern um 47  $\text{‰}$  gesunken.

Das mittlere Sterbealter lag im Jahr 2001 für die Verstorbenen aus Magdeburg bei 75,4 Jahren. Für die Frauen erhöhte es sich im Vergleich zu 2000 um 1,3 Jahre auf 79,9 Jahre, bei den Männern trat ebenfalls eine geringfügige Erhöhung des Sterbealters um 0,6 Jahre auf 70,2 Jahre ein. Die nachfolgenden Tabellen stellen die Alters- und Geschlechtsstruktur der Verstorbenen dar, die in Magdeburg ihren Hauptwohnsitz hatten.

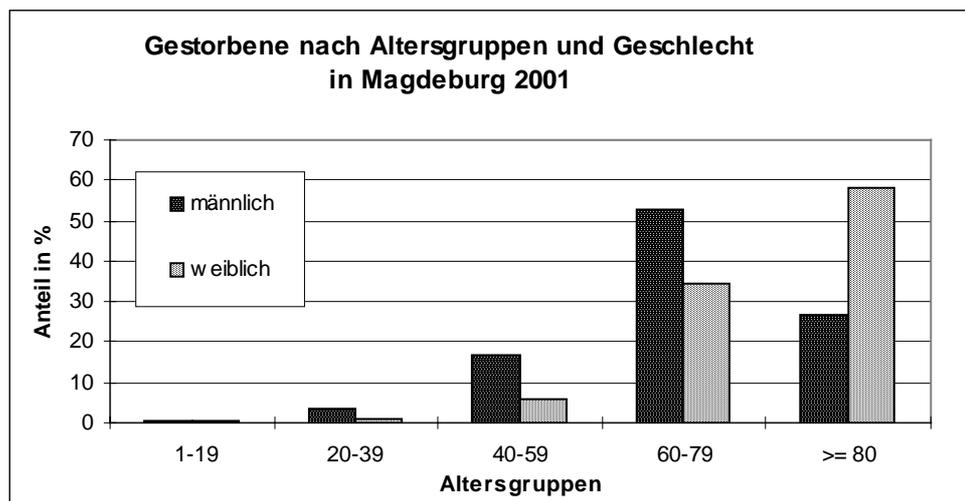
**Tabelle 5:** Gestorbene absolut und in Prozent nach Geschlecht und Altersgruppen in Magdeburg 2000 [9]

Altersgruppe	Gestorbene insgesamt		davon weiblich		davon männlich	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
unter 1 Jahr	6	0,23	-	-	-	-
01 -14 Jahre	-	-	-	-	-	-
15 - 19 Jahre	8	0,30	4	0,28	4	0,32
20 - 24 Jahre	13	0,49	-	-	-	-
25 - 29 Jahre	8	0,30	-	-	-	-
30 - 34 Jahre	16	0,60	5	0,35	11	0,89
35 - 39 Jahre	24	0,90	6	0,42	18	1,45
40 - 44 Jahre	46	1,73	13	0,91	33	2,66
45 - 49 Jahre	69	2,59	15	1,05	54	4,36
50 - 54 Jahre	72	2,70	20	1,40	52	4,20
55 - 59 Jahre	134	5,03	38	2,66	96	7,75
60 - 64 Jahre	216	8,10	74	5,19	142	11,46
65 - 69 Jahre	225	8,44	86	6,03	139	11,22
70 - 74 Jahre	358	13,43	169	11,84	189	15,25
75 - 79 Jahre	399	14,97	244	17,10	155	12,51
80 - 84 Jahre	322	12,08	210	14,72	112	9,04
85 und mehr	748	28,06	533	37,35	215	17,35
Summe	2666	100,00	1427	100,00	1239	100,00
	100%		53,5%		46,5%	

**Tabelle 6:** Gestorbene absolut und in Prozent nach Geschlecht und Altersgruppen in Magdeburg 2001 [10]

Altersgruppe	Gestorbene insgesamt		davon weiblich		davon männlich	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
unter 1 Jahr	-	-	-	-	-	-
01 -14 Jahre	6	0,23	-	-	-	-
15 - 19 Jahre	5	0,19	-	-	-	-
20 - 24 Jahre	8	0,31	-	-	-	-
25 - 29 Jahre	8	0,31	4	0,28	4	0,33
30 - 34 Jahre	16	0,61	4	0,28	12	1,00
35 - 39 Jahre	18	0,69	-	-	-	-
40 - 44 Jahre	45	1,72	14	0,99	31	2,58
45 - 49 Jahre	53	2,03	20	1,41	33	2,75
50 - 54 Jahre	76	2,91	22	1,55	54	4,50
55 - 59 Jahre	114	4,36	31	2,19	83	6,91
60 - 64 Jahre	195	7,45	58	4,10	137	11,41
65 - 69 Jahre	226	8,64	73	5,16	153	12,74
70 - 74 Jahre	311	11,89	130	9,19	181	15,07
75 - 79 Jahre	390	14,91	226	15,97	164	13,66
80 - 84 Jahre	352	13,46	228	16,11	124	10,32
85 und mehr	791	30,24	595	42,05	196	16,32
Summe	2616	100,00	1415	100,00	1201	100,00
	100%		54,1%		45,9%	

Im Jahr 2000 erreichten in Magdeburg mehr als die Hälfte der verstorbenen Frauen (52,2 %) ein Alter von 80 und mehr Jahren. Von den verstorbenen Männern erreichte nur etwa ein Viertel (26,4 %) dieses Alter, die Mehrzahl der Männer verstarb in der Altersgruppe zwischen 60 und 79 Jahren. Im Folgejahr 2001 erreichten 58,2 Prozent der verstorbenen Frauen und 26,6 Prozent der verstorbenen Männer ein so hohes Sterbealter. Der Unterschied im Sterbealter zwischen Männern und Frauen wird in der Abbildung 3 deutlich.



**Abbildung 3:** Gestorbene nach Altersgruppen und Geschlecht in Magdeburg 2001

## 2.2 Todesursachen im Überblick

Bei 96,4 % aller Verstorbenen in Magdeburg führte 2002 eine natürliche Todesursache zum Tode. In den letzten Jahren blieb dieser Anteil in Magdeburg nahezu gleich (2000: 96,3%; 1999: 96,6 %).

98,0 Prozent der verstorbenen Frauen und 94,6 Prozent der verstorbenen Männern starben an einer natürlichen Todesursache. Im Jahr 2000 hatten 97,8 Prozent der Todesfälle unter den Frauen bzw. 94,9 Prozent der Todesfälle unter den Männern eine natürliche Todesursache.

### 2.2.1 Nicht natürliche Todesursachen

*Die Einteilung dieser Todesursachen erfolgt in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten 10. Revision [7] (ICD-10) bei der Klasse der „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ unter den Schlüsselnummern (S00 - T98).*

Den größten Anteil (34 %) an den nicht natürlichen Todesursachen hatten im Jahr 2001 die **vorsätzlichen Selbstbeschädigungen (X60 - X84)**. Insgesamt verstarben 11 Frauen und 21 Männer an den Folgen einer Selbsttötung in Magdeburg. Das mittlere Sterbealter betrug für die Frauen 63,0 Jahre und für die Männer 48,0 Jahre. Im Vergleich zum Vorjahr mit 28 Suiziden (6 Frauen und 22 Männer) hat diese Todesursache zugenommen.

An zweiter Stelle der nicht natürlichen Todesursachen stehen die **Transportmittelunfälle (V01 - V99)** mit insgesamt 26 Verstorbenen, darunter 7 Frauen. Das mittlere Sterbealter betrug für die Frauen 58,4 Jahre und für die Männer 38,8 Jahre. Im Jahr 2000 verstarben 6 Frauen und 17 Männer an dieser Todesursache.

Die **Stürze (W00 - W19)** wurden 2001 in Magdeburg für 3 Frauen und 16 Männer als Todesursache bei einem mittleren Sterbealter von 87,5 Jahren (Frauen) und 69,3 Jahren (Männer) angegeben.

Im Vorjahr verstarben 8 Frauen und 7 Männer an den Folgen eines Sturzes.

In den nachfolgenden Tabellen sind die Angaben zu den nicht natürlichen Todesfällen der Jahre 2000 und 2001 zusammengefasst.

**Tabelle 7:** Äußere Ursachen von nicht natürlichen Sterbefällen absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 2000 [9]

Diagnoseklasse (laut ICD)	Gestorbene insgesamt			davon weiblich			davon männlich		
	absolut	in % )*	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )**	mittleres Sterbe- alter	Absolut	in % )***	mittleres Sterbe- alter
<b>V01 - V99</b> Transportmittel- unfälle	23	0,86	46,6	6	0,42	45,0	17	1,37	47,2
<b>W00 - W19</b> Stürze	15	0,56	68,3	8	0,56	70,8	7	0,56	65,5
<b>X60 - X84</b> vorsätzliche Selbstbeschädigung	28	1,05	51,2	6	0,42	61,7	22	1,78	48,2
<b>X85 - Y09</b> tätlicher Angriff	4	0,15	45,0	-			-		

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl aller in Magdeburg 2000 Verstorbenen (2.666)\* bzw. auf die verstorbenen Frauen (1.427)\*\* oder auf die verstorbenen Männer (1.239)\*\*\*.

**Tabelle 8:** Äußere Ursachen von nicht natürlichen Sterbefällen absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 2001 [10]

Diagnoseklasse (laut ICD)	Gestorbene insgesamt			davon weiblich			davon männlich		
	absolut	in % )*	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )**	mittleres Sterbe- alter	Absolut	in % )***	mittleres Sterbe- alter
<b>V01 - V99</b> Transportmittel- unfälle	26	0,99	44,1	7	0,49	58,4	19	1,58	38,8
<b>W00 - W19</b> Stürze	16	0,61	72,7	3	0,21	87,5	13	1,08	69,3
<b>X60 - X84</b> vorsätzliche Selbstbeschädigung	32	1,22	53,1	11	0,78	63,0	21	1,75	48,0

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl aller in Magdeburg 2001 Verstorbenen (2.616)\* bzw. auf die verstorbenen Frauen (1.415)\*\* oder auf die verstorbenen Männer (1.201)\*\*\*.

### 2.2.2 Natürliche Todesursachen

Die häufigsten Todesursachen waren im Jahr 2001 für beide Geschlechter in Magdeburg die **Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 - I99)** mit einem Anteil von 56,0 Prozent bei den Frauen und 44,0 Prozent bei den Männern. Insgesamt sind 793 Frauen und 529 Männer an diesen Erkrankungen verstorben.

Das mittlere Sterbealter für diese Todesursachen lag bei den Frauen mit 83,8 Jahren und bei den Männern mit 74,6 Jahren um einige Jahre über dem allgemeinen mittleren Sterbealter der Frauen bzw. der Männer.

Die **Neubildungen (C00 - D49)** standen im Berichtsjahr mit 666 Sterbefällen (25,5 %) an zweiter Stelle der Todesursachen. Bei 319 Frauen und 347 Männern wurden die Neubildungen als Todesursache angegeben. Das mittlere Sterbealter betrug für die Frauen 74,0 Jahre und für die Männer 70,1 Jahre.

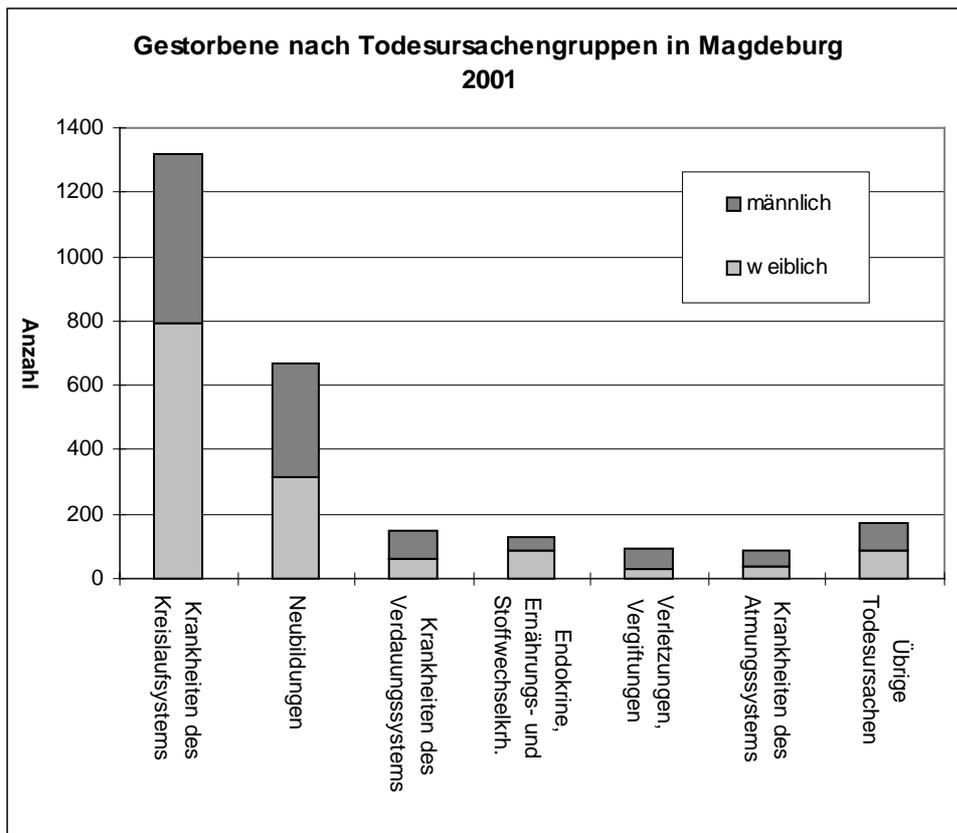
Die dritthäufigsten Todesursachen unter den weiblichen Verstorbenen waren die **endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00 - E90)** mit einem Anteil von 6,0 Prozent. 85 Frauen sind an diesen Erkrankungen bei einem mittleren Sterbealter von 80,8 Jahren verstorben. Bei den Männern war diese Erkrankungsgruppe an sechster Stelle der häufigsten Todesursachen mit 45 Verstorbenen, einem Anteil von 3,7 Prozent und einem mittleren Sterbealter von 72,1 Jahren eingeordnet.

Die **Krankheiten des Verdauungssystems (K00 - K93)** waren bei den Männern die dritthäufigste Todesursache mit 84 Verstorbenen und einem mittleren Sterbealter von 62,6 Jahren. Unter den Frauen betraf diese Todesursachengruppe 62 Todesfälle mit einem mittleren Sterbealter von 73,4 Jahren und war damit an der vierten Stelle der häufigsten Todesursachen.

Weitere häufige Todesursachen waren bei den Frauen die **Krankheiten des Atmungssystems (J00 - J99)** mit 40 Verstorbenen und die **Verletzungen und Vergiftungen (S00 - T98)** sowie die **Krankheiten des Urogenitalsystems (N00 - N99)** mit je 28 Verstorbenen.

Bei den Männern waren an der vierten Stelle der häufigsten Todesursachen die **Verletzungen und Vergiftungen (S00 - T98)** mit 65 Todesfällen und die **Krankheiten des Atmungssystems (J00 - J99)** mit 47 Todesfällen an der fünften Stelle die eingeordnet.

Abbildung 4 stellt die Anteile der wichtigsten Diagnoseklassen an den Sterbefällen in Magdeburg im Jahr 2001 dar.



**Abbildung 4:** Gestorbene nach Todesursachengruppen in Magdeburg 2001

Beim Vergleich der Todesursachengruppen des Jahres 2001 zum Vorjahr fällt auf, dass trotz einer insgesamt geringeren Anzahl von Todesfällen nicht nur ein prozentualer, sondern ein zahlenmäßiger Anstieg bei den Krankheiten des Kreislaufsystems als Todesursache um 24 Todesfälle zu verzeichnen war. Betrachtet man nur die Geschlechtsgruppe der Frauen fällt dieser Anstieg mit 31 Todesfällen noch größer aus.

Der Anteil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen unter den Todesursachen der Frauen stieg von 53,4 % im Jahr 2000 auf 56,04 % im Jahr 2001. Diese Entwicklung ist im Zusammenhang mit der Erhöhung des mittleren Sterbealters der Frauen um 1,3 Jahre auf 79,9 Jahre im Jahr 2001 zu sehen. Besonders unter der Geschlechtsgruppe der Frauen steigt mit dem Sterbealter der Anteil der Todesursache Herz-Kreislauf-Erkrankungen stark an. So sind in der Altersgruppe über 85 Jahre 69,9 % aller Todesfälle diesen Erkrankungen zuzuordnen. Bei den Männern kommt diese Entwicklung nicht zum Tragen, weil die höheren Altersjahrgänge relativ schwach belegt sind (Abbildung 1).

In der Tabelle 7 sind die Absolutzahlen der Sterbefälle, die prozentualen Häufigkeiten und das mittlere Sterbealter in den Geschlechtsgruppen zusammengefasst.

**Tabelle 9:** Gestorbene absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 2000 [9]

Diagnoseklasse (laut ICD)	Gestorbene insgesamt			davon weiblich			davon männlich		
	absolut	in % )*	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )**	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )***	mittleres Sterbe- alter
<b>A00 - B99</b> bestimmte infektiöse u. parasitäre Krankheiten	11	0,41	63,4	7	0,49	71,1	4	0,32	50,0
<b>C00 - D48</b> Neubildungen	697	26,14	70,9	345	24,18	73,1	352	28,41	68,7
<b>C00 - C97</b> bösartige Neubildung	689	25,84	70,9	339	23,76	73,1	350	28,25	68,7
<b>D50 - D89</b> Krh. d. Blutes u. d. blutbildenden Organe u. best. Störungen m. Beteilig. d. Immunsy.	7	0,26	79,3	-	-	-	-	-	-
<b>E00 - E90</b> Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrh.	132	4,95	77,1	90	6,31	80,8	42	3,39	69,2
<b>F00 - F99</b> Psychische und Verhaltensstörungen	15	0,56	63,2	3	0,21	85,8	12	0,97	57,5
<b>G00 - G99</b> Krankheiten des Nervensystems	32	1,20	71,3	12	0,84	70,9	20	1,61	71,6
<b>I00 - I99</b> Krh. d. Kreislaufsystems	1298	48,69	79,5	762	53,4	82,9	536	43,26	74,7
<b>J00 - J99</b> Krh. d. Atmungssystems	122	4,58	77,1	54	3,78	79,4	68	5,49	75,3
<b>K00 - K93</b> Krh. d. Verdauungssystems	171	6,41	66,2	78	5,47	72,8	93	7,51	60,7
<b>N00 - N99</b> Krh. d. Urogenitalsystems	36	1,35	75,1	21	1,47	74,3	15	1,21	76,3
<b>P00 - P96</b> best. Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatal- periode haben	3	0,11	0,2	3	0,21	0,2	-	-	-
<b>Q00 - Q99</b> angeb. Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomen-anomalien	6	0,23	27,2	3	0,21	19,3	3	0,24	35,1
<b>R00 - R99</b> Symptome u. abnorme klin. u. Laborbefunde	33	1,24	60,7	12	0,84	72,6	21	1,69	53,9
<b>S00 - T98</b> Verletzungen, Vergiftungen und best. andere Folgen äußerer Ursachen	98	3,68	51,6	31	2,17	61,9	67	5,41	46,8

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl aller in Magdeburg 2000 Verstorbenen (2.666)\* bzw. auf die verstorbenen Frauen (1.427)\*\* oder auf die verstorbenen Männer (1.239)\*\*\*.

**Tabelle 10:** Gestorbene absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 2001 [10]

Diagnoseklasse (laut ICD)	Gestorbene insgesamt			davon weiblich			davon männlich		
	absolut	in % )*	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )**	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )***	mittleres Sterbe- alter
<b>A00 - B99</b> bestimmte infektiöse u. parasitäre Krankheiten	5	0,19	75,7	-	-	-	-	-	-
<b>C00 - D48</b> Neubildungen	666	25,46	72,0	319	22,54	74,0	347	28,89	70,1
<b>C00 - C97</b> bösartige Neubildung	661	25,27	71,9	317	22,40	74,0	344	28,64	70,0
<b>D50 - D89</b> Krh. d. Blutes u. d. blutbildenden Organe u. best. Störungen m. Beteilig. d. Immunsy.	6	0,23	81,2	-	-	-	-	-	-
<b>E00 - E90</b> Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrh.	130	4,97	77,7	85	6,01	80,8	45	3,75	72,1
<b>F00 - F99</b> Psychische und Verhaltensstörungen	13	0,50	68,4	6	0,42	75,2	7	0,58	62,5
<b>G00 - G99</b> Krankheiten des Nervensystems	48	1,83	74,6	22	1,55	79,9	26	2,16	70,0
<b>I00 - I99</b> Krh. d. Kreislaufsystems	1322	50,54	80,1	793	56,04	83,8	529	44,05	74,6
<b>J00 - J99</b> Krh. d. Atmungssysteme	87	3,33	75,2	40	2,83	78,0	47	3,91	72,7
<b>K00 - K93</b> Krh. d. Verdauungssysteme	146	5,58	67,2	62	4,38	73,4	84	6,99	62,6
<b>N00 - N99</b> Krh. d. Urogenitalsystems	42	1,61	78,3	28	1,98	78,0	14	1,17	79,0
<b>P00 - P96</b> best. Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatal- periode haben	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Q00 - Q99</b> angeb. Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomen-anomalien	3	0,11	11,7	-	-	-	-	-	-
<b>R00 - R99</b> Symptome u. abnorme klin. u. Laborbefunde	49	1,87	62,3	17	1,20	73,4	32	2,66	56,4
<b>S00 - T98</b> Verletzungen, Vergiftungen und best. andere Folgen äußerer Ursachen	93	3,56	53,5	28	1,98	61,1	65	5,41	50,0

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl aller in Magdeburg 2001 Verstorbenen (2.616)\* bzw. auf die verstorbenen Frauen (1.415)\*\* oder auf die verstorbenen Männer (1.201)\*\*\*.

## 2.3 Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen

### 2.3.1 Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems

Wie in den vergangenen Jahren stellen die Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD 10 - I00 bis I99) in Magdeburg auch im Jahr 2000 die gewichtigste Todesursachengruppe. Insgesamt hatten diese Todesursachen einen Anteil von 48,7 Prozent an allen Verstorbenen.

Unter den 1298 im Jahr 2000 in Magdeburg an Krankheiten des Kreislaufsystems Verstorbenen befanden sich 762 Frauen. Damit lag der Frauenanteil bei diesen Todesursachen bei 58,7 Prozent. Das mittlere Sterbealter betrug für das weibliche Geschlecht 82,9 Jahre und 74,7 Jahre für das männliche Geschlecht. Es lag damit ca. 4 -5 Jahre über dem allgemeinen mittleren Sterbealter.

Innerhalb der Gruppe der Krankheiten des Kreislaufsystems wurden im Jahr 2000 folgende Grundleiden häufig als Todesursache angegeben.

(Tabelle 11)

Die ischämischen Herzkrankheiten einschließlich des Herzinfarktes waren unter den Krankheiten des Herz- Kreislaufsystems mit einem Anteil von 56 Prozent und die zerebrovaskulären Krankheiten mit 21 Prozent die häufigsten Todesursachen.

**Tabelle 11 :** Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 2000 [9]

Diagnoseklasse (laut ICD)	Gestorbene insgesamt			davon weiblich			davon männlich		
	absolut	in % )*	mittleres Sterbe- alter	absolut	In % )**	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )***	mittleres Sterbe- alter
<b>I10 - I15</b> Hypertonie (Hoch- druckkrankheit)	57	2,14	78,5	39	2,73	81,9	18	1,45	71,1
<b>I20 - I25</b> ischämische Herzkrankheiten	727	27,27	79,4	411	28,8	82,8	316	25,50	75,0
<b>I21</b> akuter Myokardinfarkt	328	12,3	77,0	147	10,3	81,1	181	14,61	73,7
<b>I22</b> rezidivierender Myokardinfarkt	42	1,58	72,3	14	0,98	77,6	28	2,26	69,6
<b>I30 - I52</b> sonstige Formen der Herzkrankheit	138	5,18	80,6	88	6,17	83,7	50	4,04	75,0
<b>I60 - I69</b> zerebrovaskuläre Krankheiten	269	10,09	80,2	158	11,07	83,6	111	8,96	75,3
<b>I64</b> Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	96	3,60	81,9	49	3,43	84,7	47	3,79	78,9
<b>I70 - I79</b> Krankh. d. Arterien, Arteriolen und Kapillaren	60	2,25	81,9	40	2,80	83,8	20	1,61	78,2

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl aller in Magdeburg 2000 Verstorbenen (2.666)\* bzw. auf die verstorbenen Frauen (1.427)\*\* oder auf die verstorbenen Männer (1.239)\*\*\*.

Im Jahr 2001 erhöhte sich der Anteil der Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems an allen Todesursachen auf 50,5 Prozent. Unter den verstorbenen Frauen ist der Anteil dieser Todesursache mit 56,0 Prozent noch höher. Insgesamt verstarben 2001 in Magdeburg 793 Frauen und 529 Männer an den Folgen dieser Krankheitsgruppe.

Der Grund für diesen hohen Frauenanteil ist, wie schon unter Pkt. 2.2.2 angedeutet, in der Altersstruktur der Magdeburger Bevölkerung zu suchen. Während der Herzinfarkt als Todesursache im Jahr 2001 unter den Frauen und Männern im Vergleich zum Vorjahr leicht abgenommen hat, wurde der höhere Anteil der Herz- und Kreislaferkrankungen an den Todesursachen vorrangig durch die Zunahme von Todesfällen durch die Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (I79 - I79), zu denen unter anderem auch die Arteriosklerose gehört, verursacht. Dieser Anstieg traf für beide Geschlechter zu.

Bei den verstorbenen Frauen war zusätzlich eine leichte Zunahme beim Schlaganfall (I64) als Todesursache zu beobachten. (Tabelle 12)

Insgesamt wurden durch diese Erkrankungen 39 Sterbefälle mehr als im Vorjahr registriert, obwohl die Gesamtzahl der Sterbefälle zurückgegangen ist. Da diese Todesursachen ein hohes mittleres Sterbealter aufweisen und im Vergleich zum Vorjahr das mittlere Sterbealter weiter angestiegen ist, kann von einer normalen Entwicklung ausgegangen werden.

**Tabelle 12 :** Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 2001 [10]

Diagnoseklasse (laut ICD)	Gestorbene insgesamt			davon weiblich			davon männlich		
	absolut	in % )*	mittleres Sterbe- alter	absolut	In % )**	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )***	mittleres Sterbe- alter
<b>I10 - I15</b> Hypertonie (Hoch- druckkrankheit)	71	2,71	81,2	45	3,18	83,8	26	2,16	76,9
<b>I20 - I25</b> ischämische Herzkrankheiten	714	27,29	80,1	404	28,55	84,2	310	25,81	74,7
<b>I21</b> akuter Myokardinfarkt	296	11,31	77,5	140	9,89	82,4	156	12,99	73,2
<b>I22</b> rezidivierender Myokardinfarkt	35	1,34	73,6	12	0,85	81,4	23	1,92	69,5
<b>I30 - I52</b> sonstige Formen der Herzkrankheit	154	5,89	78,3	92	6,50	83,7	62	5,16	70,3
<b>I60 - I69</b> zerebrovaskuläre Krankheiten	242	9,25	81,4	164	11,59	83,4	78	6,49	77,1
<b>I64</b> Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	86	3,29	82,1	60	4,24	83,8	26	2,16	78,4
<b>I70 - I79</b> Krankh. d. Arterien, Arteriolen und Kapillaren	88	3,36	82,7	57	4,03	85,9	31	2,58	76,8

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl aller in Magdeburg 2001 Verstorbenen (2.616)\* bzw. auf die verstorbenen Frauen (1.415)\*\* oder auf die verstorbenen Männer (1.201)\*\*.\*

### 2.3.2 Sterblichkeit an Neubildungen bzw. Krebserkrankungen

Die Todesursache Krebs ( bösartige Neubildungen; ICD10, C00 - C97) wurde im Jahr 2000 in Magdeburg bei 23,8 Prozent aller weiblichen und 28,2 Prozent aller männlichen Sterbefälle und im Jahr 2001 bei 22,4 Prozent aller weiblichen und 28,6 Prozent aller männlichen Sterbefälle gestellt.

In Tabelle 13 und 14 sind die Sterblichkeiten durch die bösartigen Neubildungen der letzten 2 Jahre zusammengefasst.

**Tabelle 13:** Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 2000 [9]

Diagnoseklasse (laut ICD)	Gestorbene insgesamt			davon weiblich			davon männlich		
	absolut	in % )*	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )**	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )***	mittleres Sterbe- alter
<b>C00 - C97</b> bösartige Neubildungen	689	25,8	70,9	339	23,8	73,1	350	28,2	68,7
<b>C15 - C26</b> bösart. Neubildung der Verdauungsorgane	232	8,7	73,0	116	8,1	76,0	116	9,4	70,1
<b>C30 - C39</b> bösart. Neubildg. der Atmungsorgane und sonst. intrathorakaler Organe	150	5,6	67,8	43	3,0	68,5	107	8,6	67,5
<b>C43 - C44</b> Melanom u. sonstige bösart. Neubildungen der Haut	8	0,3	66,3	3	0,2	70,8	5	0,4	63,5
<b>C50</b> bösart. Neubildung der Brustdrüse	-			50	3,5	72,3	-		
<b>C51 - C58</b> bösart. Neubildung d. weibl. Genitalorgane	-			48	3,4	69,0	-		
<b>C60 - C63</b> bösart. Neubildung d. männl. Genitalorgane	-			-			21	1,7	81,5
<b>C64 - C68</b> bösart. Neubildung d. Harnorgane	48	1,8	72,6	14	1,0	78,7	34	2,7	70,0
<b>C81 - C96</b> bösart. Neubildung d. lymphatischen, blut- bildenden u. ver- wandten Gewebes	50	1,9	70,2	26	1,8	72,8	24	1,9	67,5

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl aller in Magdeburg 2000 Verstorbenen (2.666)\* bzw. auf die verstorbenen Frauen (1.427)\*\* oder auf die verstorbenen Männer (1.239)\*\*\*.

**Tabelle 14:** Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 2001 [10]

Diagnoseklasse (laut ICD)	Gestorbene insgesamt			davon weiblich			davon männlich		
	absolut	in % )*	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )**	mittleres Sterbe- alter	absolut	in % )***	mittleres Sterbe- alter
<b>C00 - C97</b> bösartige Neubildungen	661	25,27	71,9	317	22,40	74,0	344	28,64	70,0
<b>C15 - C26</b> bösart. Neubildung der Verdauungsorgane	220	8,41	73,0	106	7,49	76,0	114	9,49	70,2
<b>C30 - C39</b> bösart. Neubildg. der Atmungsorgane und sonst. intrathorakaler Organe	124	4,74	70,3	35	2,47	73,4	89	7,41	69,2
<b>C43 - C44</b> Melanom u. sonstige bösart. Neubildungen der Haut	8	0,31	77,8	-	-	-	-	-	-
<b>C50</b> bösart. Neubildung der Brustdrüse	-	-	-	45	3,18	73,2	-	-	-
<b>C51 - C58</b> bösart. Neubildung d. weibl. Genitalorgane	-	-	-	46	3,25	71,9	-	-	-
<b>C60 - C63</b> bösart. Neubildung d. männl. Genitalorgane	-	-	-	-	-	-	35	2,91	75,5
<b>C64 - C68</b> bösart. Neubildung d. Harnorgane	43	1,64	75,4	11	0,78	75,7	32	2,66	75,3
<b>C81 - C96</b> bösart. Neubildung d. lymphatischen, blut- bildenden u. ver- wandten Gewebes	54	2,06	68,4	27	1,91	70,9	27	2,25	65,8

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl aller in Magdeburg 2001 Verstorbenen (2.616)\* bzw. auf die verstorbenen Frauen (1.415)\*\* oder auf die verstorbenen Männer (1.201)\*\*\*.

Bei den Männern, wie auch bei den Frauen dominieren die bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane (C15 - C26). 7,5 Prozent der Frauen und 9,5 Prozent der Männer sind daran im Jahr 2001 in Magdeburg verstorben.

Weitere häufige Todesursachen unter den bösartigen Neubildungen waren für die Frauen die bösartigen Neubildungen der Brustdrüse, der weiblichen Genitalorgane gefolgt von den bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe.

Bei den Männern erreichten die bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane (C30 - C39) als Todesursache einen Anteil von 7,4 Prozent. Während bei den Männern die Sterblichkeit an den bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane in den Jahren bis 2000 auf recht hohem Niveau schwankt, zeichnete sich bei den Frauen ein leichter, aber stetiger Anstieg ab. Im Jahr 2001 war für beide Geschlechtsgruppen ein Rückgang an diesen Todesursachen zu beobachten.

**Tabelle 15:** Anteil der Verstorbenen an bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane (C30 - 39) an allen Verstorbenen der Geschlechtsgruppe

	1998	1999	2000	2001
Frauen	2,1 %	2,3%	3,0 %	2,5%
Männer	9,4 %	8,4%	8,6 %	7,4 %

Den größten Anteil an den bösartigen Neubildungen des Atmungssystems und sonstiger intrathorakaler Organe hat das Lungen- und Bronchialkarzinom, als dessen Hauptrisikofaktor das Rauchen gilt .

#### ***2.4 Altersstandardisierung der wichtigsten Kennziffern zur Sterblichkeit***

Sterberaten in der Form von X Verstorbenen je 100.000 Einwohner bieten sich zum Vergleich über Zeit oder Region an, haben aber den Nachteil, dass es bei unterschiedlicher Alters- und Geschlechtsstruktur der Vergleichsbevölkerungen zu Fehlinterpretationen kommen würde. Die verschiedenen Einflüsse auf die Bevölkerungsstruktur von Magdeburg in den letzten Jahren machen für eine Vergleichbarkeit der Zahlen eine Altersstandardisierung erforderlich.

Aus diesem Grund wurde auf der Basis der "Neuen Europa- Standard-Bevölkerung" eine Altersstandardisierung der wichtigsten Kennziffern zur Sterblichkeit für Magdeburg vorgenommen.

Die "Neue Europa- Standard- Bevölkerung" wurde durch die WHO entwickelt und bildet die durchschnittliche europäische Bevölkerung einschließlich der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Altersstruktur ab.

Einfluss auf die Zuverlässigkeit der altersstandardisierten Sterberaten haben unter anderem die Fallzahlen der zu standardisierenden Todesursache.

Bei einer geringen Fallzahl von z.B. 31 an Verletzungen und Vergiftungen verstorbenen Frauen im Jahr 2000 ergibt sich eine standardisierte Sterberate von 21 Verstorbenen je 100.000 Frauen. Der Vertrauensbereich, in dem mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % der wahre Wert für diese standardisierte Sterberate liegt, bewegt sich zwischen  $13,2 \text{ ‰}$  und  $28,2 \text{ ‰}$ .

In diesem Fall ist ein Vergleich problematisch, da sich durch die niedrige Fallzahl ein Vertrauensbereich ergibt, der die Größenordnung der standardisierten Sterberate erreicht.

Erst wenn sich die Grenzen der Vertrauensbereiche bei den zu vergleichenden Sterberaten nicht mehr überschneiden, kann von einer bedeutenden Abweichung gesprochen werden. [11] [12]

Gegenüber dem Vorjahr verminderte sich im Jahr 2001 die allgemeine Sterberate bei beiden Geschlechtern, besonders stark jedoch bei den Männern von 923 Verstorbenen je 100 000 Einwohnern ( $\text{‰}$ ) im Jahr 2000 auf  $867 \text{ ‰}$  im Jahr 2001. Ein leichter Anstieg war bei der Sterberate durch Krankheiten des Kreislaufsystems bei den Frauen von  $435 \text{ ‰}$  auf  $453 \text{ ‰}$  zu verzeichnen. Diese Todesursache hatte bei den Männern mit  $393 \text{ ‰}$  einen sehr viel geringeren Anteil. Dagegen waren im Jahr 2001 alle anderen

standardisierten Sterberaten der betrachteten Todesursachengruppen bei den männlichen Verstorbenen höher als bei den weiblichen Verstorbenen. Die genannten Veränderungen sind jedoch zu gering, um von einer Signifikanz zu sprechen.

In der nachfolgenden Tabelle sind die altersstandardisierten Sterberaten der Jahre 1999, 2000 und 2001 von Magdeburg zusammengefasst.

**Tabelle 16:** Sterbefälle in Magdeburg 1999/2000/2001, altersstandardisiert je 100.000 der Bevölkerung

Todesursachen	1999		2000		2001	
	weiblich ‰/0000	männlich ‰/0000	weiblich ‰/0000	männlich ‰/0000	weiblich ‰/0000	männlich ‰/0000
alle Ursachen	855	907	842	923	830	867
natürliche Todesursachen	835	854	821	865	808	821
Krankheiten des Kreislaufsystems	475	396	435	404	453	393
Neubildungen (Krebserkrankungen)	199	279	208	252	190	239
Krankheiten des Verdauungssystems	47	56	48	66	38	59
Krankheiten des Atmungssystems	26	38	32	50	24	35
Verletzungen und Vergiftungen	19	52	21	58	21	55

(Standardbevölkerung: "Neue Europa- Standard- Bevölkerung")

In der Bundesrepublik Deutschland betrug die standardisierte Sterberate im Jahr 1999 für die weiblichen Verstorbenen 801,6 ‰/0000 und für die männlichen Verstorbenen 853,9 ‰/0000 .[13]

### 2.5 Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit gibt das Verhältnis von verstorbenen Säuglingen je 1.000 Geburten (‰/00) an. Zu den Säuglingen zählen Neugeborene bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres.

In Magdeburg wurden im Jahr 2000 insgesamt 6 verstorbene Säuglinge registriert. [9] Davon sind 5 Säuglingssterbefälle der Frühsterblichkeit (innerhalb der ersten 168 Stunden nach der Geburt) zuzuordnen.

Unter Berücksichtigung der 1681 Geburten im Berichtsjahr ergibt sich eine Säuglingssterblichkeit von 3,6 ‰/00 . Das ist die niedrigste Säuglingssterblichkeit der letzten fünf Jahre. Im Jahr 2001 kam es zu einer weiteren Verringerung der Säuglingssterbefälle in Magdeburg.

Jedoch dürfen aufgrund der geringen Fallzahlen die zufallsbedingten Einflüsse bei der Interpretation dieses Ergebnisses nicht außer Betracht gelassen werden.

Hauptursachen für die Säuglingssterbefälle waren wieder die angeborenen Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (ICD 10 - Q 00 bis Q 99) sowie bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (ICD 10 - P 00 bis P 96).

Im Jahr 1999 betrug die Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland 4,54 ‰. [14]

Nach Angaben des Statistischen Landesamtes Sachsen- Anhalt betrug die Säuglingssterblichkeit 2001 im Land 4,0 ‰ . Deutlich unter dem Landesdurchschnitt waren die Regierungsbezirke Dessau mit 2,5 ‰ und Magdeburg mit 3,8 ‰ Im Regierungsbezirk Halle war 2001 eine Zunahme der Säuglingssterblichkeit im Jahr 2001 auf 5,3 ‰ zu verzeichnen.[15]

Durch Auswertung der im Gesundheitsamt Magdeburg vorliegenden Totenscheine wurden im Jahr 2000 zehn Totgeburten und im Folgejahr vier Totgeburten registriert.

In der Tabelle 17 sind die Säuglingssterbefälle und die Totgeburten der letzten Jahre von Magdeburg zusammengefasst .

**Tabelle 17:** Säuglingssterbefälle und Totgeburten in Magdeburg 1995 - 2001

<b>Jahr</b>	<b>Säuglingssterbefälle absolut</b>	<b>Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeburten</b>	<b>Totgeburten</b>
1995	8	6,0	4
1996	8	5,3	6
1997	8	5,0	5
1998	12	7,6	9
1999	7	4,4	6
2000	6	3,6	10
2001	-	1,2	4

Quelle: [1][9][10]; Säuglingssterbefälle 1995 bis 1997 und Totgeburten eigene Auswertung

### **3 Meldepflichtige Infektionskrankheiten**

Die Erfassung und Bearbeitung meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten erfolgte im Jahr 2000 noch auf der Grundlage des Bundesseuchengesetzes und ab 01. Januar 2001 auf Basis des neuen Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz). Weiterhin gilt die Landesverordnung über die erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten.

Im Infektionsschutzgesetz sind verschiedene Formen der Meldepflicht an das Gesundheitsamt geregelt: die namentliche Meldung von Verdacht, Erkrankung und Tod bei verschiedenen Krankheitsbildern; die namentliche Meldung der Nachweise von Krankheitserregern (Labormeldung); Erkrankungsausbrüche und die Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes, -verdächtiges oder ansteckungsverdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen.

Die Übermittlung der Daten erfolgt vom Gesundheitsamt computergestützt über das Landesuntersuchungsamt für Gesundheits-, Umwelt- und Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt an das Robert Koch-Institut. Nachweise einiger Krankheitserreger werden mit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes nicht mehr wie bisher nach dem Bundesseuchengesetz an das Gesundheitsamt, sondern direkt nichtnamentlich an das Robert Koch-Institut gemeldet. Dies betrifft die Erkrankungen: Malaria, Lues, AIDS, konnatale Röteln, konnatale Toxoplasmose und Echinokokkose.

Die Meldung ist im Interesse der Allgemeinheit unerlässlich, um epidemische Ausbrüche erkennen und kontrollieren zu können. Ihre Einhaltung ist Voraussetzung für das Tätigwerden des Sachgebietes Infektionsschutz des Gesundheits- und Veterinäramtes. Das Gesundheits- und Veterinäramt führt aufgrund des angezeigten meldepflichtigen Tatbestandes (Krankheitsverdacht, Erkrankung, Tod, Ausscheider) die erforderlichen Ermittlungen über Art, Ursache, Ansteckungsquelle und Ausbreitung der Krankheit durch und ordnet die sich daraus eventuell ergebenden Schutzmaßnahmen an. Diese können in Absonderung der Ansteckungsquelle, Untersagung der Ausübung bestimmter beruflicher Tätigkeiten, Verbot des Besuches von Gemeinschaftseinrichtungen, Desinfektionsmaßnahmen u.ä. bestehen. Im Interesse der Allgemeinheit müssen sich Betroffene und, soweit Ansteckungsverdacht besteht, die Personen der unmittelbaren Umgebung sowie bestimmte Dritte diesen Maßnahmen unterwerfen.

Die in den Jahren 2000 und 2001 im Gesundheits- und Veterinäramt Magdeburg nach den o.g. Gesetzen erfassten und bearbeiteten meldepflichtigen übertragbaren Krankheitsfälle sind den nachfolgenden Tabellen zu entnehmen.

Darüber hinaus wurde eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Meldungen aus Krankenhäusern und Untersuchungslaboren, die Patienten anderer Städte und Landkreise betrafen, an die für den Hauptwohnsitz zuständigen Gesundheitsämter weitergeleitet und sind somit nicht in der Berichterstattung erschienen.

Voraussetzung für eine exakte Infektionsstatistik ist, dass alle zur Meldung verpflichteten Personen die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten entsprechend anzeigen.

Die nachfolgenden Analysen zeigen, dass auch im Berichtszeitraum 2000/2001 die infektiösen Gastroenteritiden einen epidemiologischen Schwerpunkt im Gesamtgeschehen darstellten, im Jahr 2000 mit einem Anteil von 61,8 % und im Jahr 2001 mit einem Anteil von 52,0 %.

### 3.1 Enteritis infectiosa (infektiöse Darmerkrankungen)

#### 3.1.1 Salmonellose

Salmonella- Enteritiden sind meist akut verlaufende Gastroenteritiden. Das Reservoir der Enteritis- Salmonellen sind Haus- und Wildtiere. Die wichtigsten Infektionsquellen sind kontaminierte tierische Lebensmittel (z.B. nicht ausreichend erhitztes Fleisch und Eier). Nach einer Salmonellose können die Erreger trotz Symptomlosigkeit über längere Zeit im Stuhl ausgeschieden werden. Salmonellen können auch von Personen, die niemals typisch krank waren, über den Darm ausgeschieden werden.

Im Jahr 2000 wurden in Magdeburg 300 Salmonellosen und 10 Ausscheider gemeldet, im Jahr 2001 322 Salmonellosen und 12 Ausscheider. Dies entspricht 2000 einer Morbidität von 133,96  $\text{‰}$  (Erkrankungen / 100.000 Einwohner) und 2001 einer Morbidität von 140,17  $\text{‰}$ . Im Vergleich zu 1999 (Morbidität 127,62  $\text{‰}$ ) war ein geringer Anstieg zu verzeichnen. Dieser Morbiditätsanstieg ist auf die rückläufige Bevölkerungszahl zurückzuführen, es handelt sich nicht um eine echte Erkrankungszunahme.

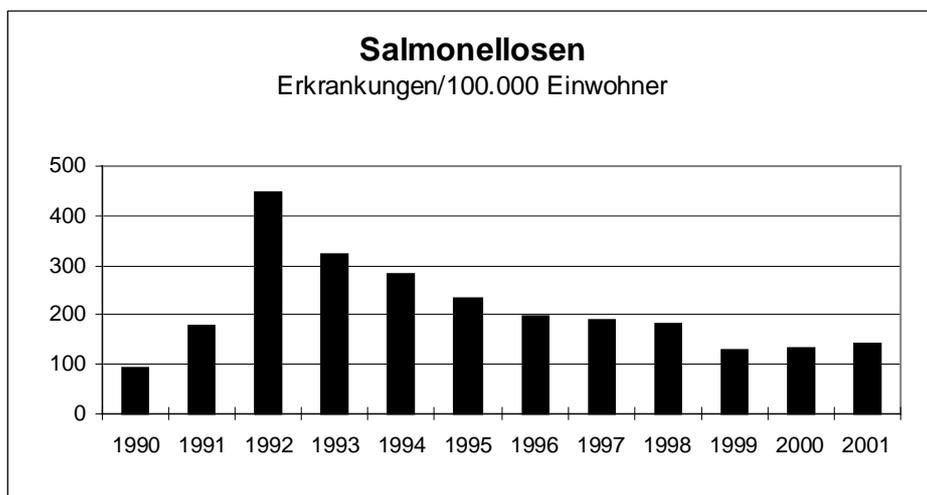


Abbildung 5: Salmonellosen in Magdeburg

Am Gesamtgeschehen der infektiösen Darmerkrankungen waren die Salmonellosen 2000 zu 36,6 % und 2001 zu 35,3 % (1999: 33,5 %) beteiligt.

Unter den Serovaren der gesamten Meldungen der Salmonellosen war *Salmonella Enteritidis* mit einem Anteil von ca. 53,0 % am häufigsten vertreten, gefolgt von *Salmonella Typhimurium* mit ca. 26 %. Weitere 15 nachgewiesene *Salmonella*- Serovare spielten eine untergeordnete Rolle. Im Jahr 2000 wurde eine Erkrankungshäufung mit 11 Erkrankten nach Dönerverzehr aus einem Imbissverkaufsstand ermittelt. Bei 7 Patienten wurde *Salmonella Typhimurium* nachgewiesen. Die hygienisch-mikrobiologischen Kontrolluntersuchungen verliefen mit negativem Ergebnis. Im Jahr 2001 erkrankten auf einer Neugeborenenstation eines Krankenhauses innerhalb einer Woche 5 Neugeborene mit leicht durchfälligen Stühlen durch *Salmonella Enteritidis*. Übertragungsmöglichkeiten wurden bei der täglichen dreistündigen Betreuung der Kinder durch das Pflegepersonal in einem gemeinsamen Kinderzimmer und bei der nicht ausreichenden Desinfektion von Fieberthermometern vermutet. Durch das Gesundheits- und Veterinäramt wurden umfangreiche Hygienemaßnahmen wie die konsequente Einhaltung der Hände-, Flächen- und Fieberthermometerdesinfektion veranlasst.

### ***3.2 Übrige Formen der Enteritis infectiosa***

Die Darminfektionen, die unter „übrige Formen der Enteritis infectiosa,, neben den Salmonellosen zusammengefasst werden, hatten im Jahr 2000 einen Anteil von 63,4 % und im Jahr 2001 einen Anteil von 64,7%.

Im Jahr 2000 stieg die Anzahl der ***Adenovirusinfektionen*** gegenüber 1999 um 4,2 % an. Bei Kleinkindern ist die durch Adenoviren hervorgerufene Enteritis die zweithäufigste Form virusbedingter Enteritis nach der durch Rotaviren verursachten. So betrafen 74 % der Adenovirus- Enteritiden Kinder. 62 % der Erkrankten waren im Alter von unter 5 Jahren. Ab 2001 unterliegen die durch Adenoviren verursachten Enteritiden nicht mehr der Meldepflicht.

Die ***Rotavirusinfektionen*** nahmen mit 55 % und 67,4 % wie in den Vorjahren den größten Anteil innerhalb der Gruppe "übrige Formen der Enteritis infectiosa" ein. Der Anstieg um 12,4 % im Berichtszeitraum ist auf die mit dem neuen Infektionsschutzgesetz eingeführte Labormeldung zurückzuführen. Ein echte Krankheitszunahme ist nicht abzuleiten. 90,1 % der durch Rotaviren Erkrankten waren im Vorschulalter.

**Tabelle 18:** Übrige Formen der Enteritis infectiosa 2000 in Magdeburg

Enteritis infectiosa	Erkrankungen pro 100.000 Einwohner	prozentualer Anteil am Gesamtspektrum	Änderung zum Vorjahr
Salmonellosen	133,96		
übrige Formen gesamt	232,05	100	-3,1
Amoebenruhr	0,43	0,2	+0,2
Adenovirus-infektionen	21,61	9,3	+4,2
Campylobacteriose	47,10	20,3	-6,7
Coli- Enteritis	7,34	3,0	-1,4
Rotavirusinfektion	127,48	55,0	-2,1
Yersiniosen	18,15	7,9	-2,0
mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftungen	9,94	4,3	-3,6

**Tabelle 19:** Übrige Formen der Enteritis infectiosa 2001 in Magdeburg

Enteritis infectiosa	Erkrankungen pro 100.000 Einwohner	prozentualer Anteil am Gesamtspektrum	Änderung zum Vorjahr
Salmonellosen	140,17		
übrige Formen gesamt	257,30	100	
Amoebenruhr	-	-	-
Campylobacteriose	56,59	22,0	+1,7
Coli- Enteritis	7,40	2,9	-0,1
Rotavirusinfektion	173,26	67,4	+12,4
Yersiniosen	15,67	6,1	-1,8
Giardiasis	2,18	0,8	+0,8
Cryptosporidiose	2,18	0,8	+0,8
mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftungen	-	-	-

Der zweithäufigste nachgewiesene Erreger der "übrigen Formen der Enteritis infectiosa" war *Campylobacter Species*. Der Anteil am Gesamtspektrum der übrigen Gastroenteritiden betrug 20,3 -22,0 % . Im Jahr 2000 war eine Abnahme um 6,7 %, im Jahr 2001 eine leichte Zunahme um 1,7 % festzustellen.

Gehäuft ist *Campylobacter jejuni* beim Geflügel, *Campylobacter coli* beim Schwein nachweisbar. Beide Species kommen auch bei Rindern, Schafen und im Oberflächenwasser vor. Häufige Ursache für die Enteritis, die mit wässrigen, gelegentlich auch blutigem Durchfall und Fieber einhergeht, sind der Verzehr von ungenügend erhitztem Fleisch sowie roher bzw. zu wenig erhitzter Milch und die Übertragung von Mensch zu Mensch. Die Erkrankung hat ihren Gipfel gewöhnlich im Schulalter. Im Berichtszeitraum waren allerdings mehr Erwachsene ( 68,7 % ) und weniger Schulkinder ( 20,8 % ) betroffen.

Im Jahr 2000 wurden 17 Erkrankungen, ein Ausscheider und im Jahr 2001 17 Erkrankungen und vier Ausscheider durch *Escherichia coli* erfasst. Ein leichter Rückgang war festzustellen. Bei fünf Kindern im Alter von einem bis zwei Jahren und drei Erwachsenen wurde eine Infektion mit enterohämorrhagischen *Escherichia coli*- Stämmen (EHEC) durch den Nachweis von Shiga-Toxin im Stuhl nachgewiesen. Es handelte sich um Einzelinfektionen, die enteritischen Symptome waren leicht bis mittelschwer.

Enteritiden durch *Yersinia enterocolitica* waren im Berichtszeitraum rückläufig. Die Morbidität lag im Jahr 2000 bei 18,15<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>. und im Jahr 2001 bei 15,97<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>. 40,5 % der Erkrankungen betrafen im Jahr 2000 Kinder im Alter zwischen ein und fünf Jahren. *Yersinia enterocolitica* ist weltweit verbreitet, jedoch unter Bevorzugung gemäßiger bis kühlerer Klimazonen. Die Bakterien vermehren sich aufgrund ihrer kälteliebenden Eigenschaften insbesondere durch eine längere Lagerung im Kühlschrank im betroffenen Lebensmittel zu einer für eine Infektion ausreichenden Menge. Infektionen gehen von nicht genügend erhitzten Lebensmitteln wie Milch, Milchprodukten und Schweinefleisch, bevorzugt von den Innereien, aus.

Bei einer Bürgerin, die seit 1997 an rezidivierenden Durchfällen litt, wurde 2000 im Rahmen der Differentialdiagnostik *Entamoeba histolytica/ dispar* (Amöbenruhr) nachgewiesen. Die Patientin hielt sich 1997 in Ägypten auf.

Mit Einführung der Labormeldung im neuen Infektionsschutzgesetz besteht seit 2001 auch eine Meldepflicht für den Nachweis der Erreger der Parasitosen *Kryptosporidiose* und *Giardiasis*. Somit wurden im Jahr 2001 jeweils fünf Erkrankungen an Kryptosporidiose und Giardiasis gemeldet. Dies entsprach einer Morbidität von je 2,18<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>. Die Erreger *Cryptosporidium parvum* und *Giardia lamblia* kommen weltweit vor. Der Infektionsweg ist fäkal-oral. Prophylaxe sind die allgemeine Nahrungsmittel- und Körperhygiene sowie eine dem Stand der Technik angepasste Trinkwasseraufbereitung.

Im Jahr 2000 wurde ein Cluster mit insgesamt 23 Erkrankten durch **mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftungen** gemeldet. In der Soße eines gemeinsamen Mittagessens wurde *Bacillus cereus* ermittelt. Enteropathogene Stämme von *Bacillus cereus* produzieren ein Enterotoxin, die Durchfälle dauern ein bis zwei Tage, eine spezifische Therapie ist nicht notwendig.

### **3.3 Tuberkulose**

Im Jahr 2000 wurden 20 Tuberkuloseerkrankungen ermittelt. Die Morbidität lag bei 8,64 ‰ und war im Vergleich zu 1999 (9,78 ‰) leicht rückläufig. Betroffen waren 14 Deutsche und 6 Ausländer. Bei den Ausländern handelte es sich um Personen aus Jugoslawien, Spanien, Pakistan, Uganda, Nicaragua und Burkina Faso. Hinsichtlich der Altersverteilung erkrankten vor allem jüngere Ausländer und ältere Deutsche. 17 Patienten litten an einer Tuberkulose der Atmungsorgane. Eine offene Lungentuberkulose hatten 14 Patienten.

Die Tuberkuloseerkrankungen der übrigen Organe betrafen das Knochen-Gelenksystem, die peripheren Lymphknoten und das Hautorgan.

Im Jahr 2001 wurden 27 Erkrankungen gemeldet. Die Morbidität stieg auf 11,75 ‰ an. Es waren 23 Deutsche und 4 Ausländer erkrankt. Die Ausländer stammen aus Sierra Leone, Kasachstan, von der Elfenbeinküste und den Philippinen. Auch 2001 waren überwiegend ältere Deutsche und jüngere Ausländer betroffen. An einer Tuberkulose der Atmungsorgane erkrankten 24 Personen. Von den übrigen Organerkrankungen waren zweimal das Lymphdrüsen- und einmal das Knochen-System betroffen.

### **3.4 Sonstige meldepflichtige Infektionskrankheiten**

#### **3.4.1 Typhus und Paratyphus**

Im Jahr 2000 wurden sieben Typhus- und fünf Paratyphusausscheider betreut. Im Jahr 2001 verringerte sich die Typhusausscheiderzahl auf sechs. An Paratyphus A erkrankte 2000 ein 40-jähriger Ausländer nach einem Heimaturlaub. Die Erkrankung wurde serologisch und bakteriologisch durch den Nachweis von *Salmonella Paratyphi A* in der Blutkultur bestätigt. In den letzten 10 Jahren wurden somit insgesamt 5 Typhus- bzw. Paratyphuserkrankungen (1994, 1996, 1999 und 2000) registriert.

#### **3.4.2 Shigellosen**

Mit vier gemeldeten Erkrankungen gab es bei den Shigellosen im Jahr 2000 im Vergleich zu 1999 einen geringen Morbiditätsanstieg. 2001 wurden zwei Shigellosen registriert. Fünf Erkrankungen wurden durch *Shigella sonnei* und eine durch *Shigella flexneri* verursacht. Fünf Infektionen wurden nach Urlaubsaufenthalten im Ausland (3x Ungarn, 1x Kuba, 1x Tunesien) erworben. Bei einem Erkrankungsfall ergab sich kein Infektionsrisiko.

### 3.4.3 Virushepatitis

#### *Hepatitis A*

Im Jahr 2000 war bei einer Morbidität von 1,73 ‰ eine Zunahme der Hepatitis A- Erkrankungen festzustellen (1999: 0,43 Erkrankungen je 100.000 Einwohner). Vier Erkrankungen wurden registriert. Eine junge Frau erkrankte nach einer Studienreise in Ägypten. Bei drei Personen lagen keine Hinweise auf erhöhte Infektionsrisiken vor.

Im Jahr 2001 wurden drei Erkrankungen erfasst, dies entsprach einer Morbidität von 1,31 ‰. Eine Jugendliche erkrankte vermutlich während einer Klassenfahrt in der Tschechischen Republik.

Im Berichtszeitraum wurde die *Hepatitis B*- Infektion einer Frau gemeldet. Eine mögliche Infektionsquelle blieb unbekannt.

#### *Hepatitis C*

Die Zahl der Hepatitis C- Infektionen war im Jahr 2000 mit 15 gemeldeten Fällen niedriger als 1999 (17 Erkrankungen). Im Jahr 2001 wurden 21 Infektionen erfasst. Dies entsprach einem Morbiditätsanstieg auf 9,14 ‰. Im Berichtszeitraum wurden bei 6 Patienten eine Bluttransfusion als erhöhtes Infektionsrisiko gewertet. In zwei Fällen handelte es sich um Kontakterkrankungen. Vier Erkrankte waren Aussiedler aus Kirgistan und Russland. 7 Personen hatten als erhöhtes Infektionsrisiko eine i.V.- Drogenabhängigkeit. Weiterhin war ein Bürger aus dem Irak betroffen. Bei den übrigen Patienten ließen sich keine Hinweise auf erhöhte Infektionsrisiken ermitteln.

An *Hepatitis E* erkrankte ein 33-jähriger Mann nach einem fünf Monate dauernden Aufenthalt in Tunesien.

**Tabelle 20:** Virushepatitis in Magdeburg 1999 bis 2001

Erkrankung	1999		2000		2001	
	absolut	Morbidität ‰	absolut	Morbidität ‰	absolut	Morbidität ‰
<b>Hepatitis A</b>	1	0,43	4	1,73	3	1,31
<b>Hepatitis B</b>	4	1,70	-	-	1	0,44
<b>Hepatitis C</b>	17	7,23	15	6,48	21	9,14

### 3.4.4 Meningitis

#### *Meningokokken- Meningitis*

Im Jahr 2000 wurden 6 Erkrankungsfälle, darunter ein Sterbefall, erfasst. Die Morbidität nahm mit 2,59 ‰ gegenüber 1999 (0,43 ‰) zu.

Die Hälfte der Erkrankten war im Alter zwischen 15 und 25 Jahren. Fünf Erkrankungen traten in der kühlen Jahreszeit auf (I. und IV. Quartal).

Eine junge Frau verstarb an Meningokokkensepsis (Waterhouse-Friderichsen- Syndrom).

Im Jahr 2001 wurde die Erkrankung eines Mannes registriert.

### **Andere bakterielle Meningitiden**

Im Berichtszeitraum wurden drei nicht durch Meningokokken verursachte bakterielle Meningitiden gemeldet. Die Morbidität war gegenüber 1999 rückläufig. Bei einem Patienten wurden im Liquor spezifische Antikörper gegen *Borrelia burgdorferi* (Neuroborreliose) nachgewiesen. In einem Erkrankungsfall war *Streptococcus pneumoniae* das ätiologische Agens. Bei einem weiteren Patienten konnte kein Erreger nachgewiesen werden.

### **Virus-Meningoencephalitis**

Im Berichtszeitraum wurden zwei Erkrankungen registriert. Die Diagnose wurde jeweils klinisch gestellt, Erregernachweise erfolgten nicht.

**Tabelle 21:** Meningitis in Magdeburg 1999 bis 2001

Erkrankung	1999		2000		2001	
	absolut	Morbidität ‰/0000	absolut	Morbidität ‰/0000	absolut	Morbidität ‰/0000
<b>Meningitis insgesamt</b>						
Erkrankungen	8	3,40	8	3,50	3	1,31
<b>davon: - Meningokokken- meningitis</b>						
Erkrankungen	-	-	6	2,59	1	0,44
<b>- andere bakt. Meningitis</b>						
Erkrankungen	5	2,13	2	0,86	1	0,44
<b>- Virus- Meningo- encephalitis</b>						
Erkrankungen	-	-	-	-	1	0,44

### **3.4.5 Malaria**

Im Jahr 2000 betrafen zwei Erkrankungen an *Malaria tropica* (Morbidität 0,86 Erkrankungen je 100.000 Einwohner) einheimische Bürger, die die Infektion während ihres Urlaubes erworben hatten. Reiseländer waren Nigeria, Senegal, Gambia. Beide Patienten hatten keine Chemoprophylaxe durchgeführt.

Mit dem neuen Infektionsschutzgesetz werden ab 2001 Malariaerkrankungen nicht mehr an die Gesundheitsämter gemeldet. Die Meldung erfolgt durch die Labore bei Erregernachweis direkt an das Robert Koch-Institut.

### **3.4.6 Borreliose**

Im Jahr 2000 wurden fünf serologisch bestätigte Borrelioseinfektionen (Morbidität 2,16 ‰/0000) erfasst. An vorausgegangene Zeckenstiche konnten sich drei Patienten erinnern. Bei einem Patienten entwickelte sich ein Erythema migrans. Bei den übrigen Erkrankungen waren Symptome wie

Hypertonie, Kollapsneigung und Schweißausbrüche Anlass, eine Borreliose differentialdiagnostisch abzuklären.

Im Jahr 2001 stieg die Anzahl der Borrelioseinfektionen auf 54, dies entsprach einer Morbidität von 23,51 ‰. Der starke Morbiditätsanstieg ist auf die neue Meldepflicht des Erregernachweises zurückzuführen. Von 54 Patienten konnten sich 34 an einen Zeckenstich erinnern. In 39 Fällen entwickelte sich ein Erythema migrans. Weitere Symptome waren Facialisparesse, Schwindel, Kopfschmerzen und Gelenkbeschwerden.

### **3.4.7 Pertussis**

Mit 10 Erkrankungen an Pertussis nahm im Jahr 2000 die Morbidität (4,32 ‰) gegenüber 1999 (0,43 ‰) deutlich zu. Das Jahr 2000 hatte die höchste Erkrankungsziffer der letzten 10 Jahre. Betroffen waren 5 Schulkinder und 5 Erwachsene. Von den Kindern waren drei vollständig, ein Kind unvollständig geimpft, und ein Kind war ungeimpft. Fünf Erkrankungen standen im Zusammenhang mit familiären Häufungen. Im Jahr 2001 wurden fünf Erkrankungen gemeldet. Dies entsprach einem Morbiditätsrückgang von 2,14 ‰. Erkrankt waren drei vollständig geimpfte Schulkinder und zwei Erwachsene.

### **3.4.8 Röteln**

Mit sieben gemeldeten Erkrankungen im Jahr 2000 (Morbidität 3,02 ‰) und vier Erkrankungen im Jahr 2001 (Morbidität 1,74 ‰) war die Röteln-Situation unauffällig.

### **3.4.9 Mumps**

Im Jahr 2000 blieb die Morbidität von 2,59 ‰ (6 Erkrankungen) gegenüber 1999 nahezu konstant. Im Jahr 2001 wurde eine Erkrankung an Mumps gemeldet, was einer Morbidität von nur 0,44 ‰ entsprach.

### **3.4.10 Varicellen**

Mit 68 Erkrankungen (Morbidität 29,38 ‰) im Jahr 2000 und 67 Erkrankungen (Morbidität 29,17 ‰) im Jahr 2001 wurden deutlich weniger Erkrankungen als 1999 erfasst (263 Erkrankungen, Morbidität 111,88 ‰). Hinsichtlich der Altersverteilung war besonders die Altersgruppe der 1 - 5 Jährigen betroffen. Gegen die Erkrankung an Windpocken werden zurzeit nur einige Risikogruppen geimpft. Es steht ein Impfstoff mit abgeschwächten Varizella-Virus zur Verfügung.

### 3.4.11 Scharlach

Im Jahr 2000 wurde eine Morbidität von 24,20 ‰ (56 Erkrankungen) registriert. Dies entsprach einem deutlichen Anstieg gegenüber 1999 (Morbidität 11,49 ‰). Im Jahr 2001 war die Morbidität mit 20,46 ‰ (47 Erkrankungen) leicht rückläufig. Von Scharlach waren überwiegend Krippen- und Kindergartenkinder, weniger Schulkinder, betroffen.

### 2.4.12 Kopflausbefall

Mit 175 festgestellten Befällen bei Kindern im Jahr 2000 und 177 Befällen im Jahr 2001 blieb die Morbidität im Vergleich zu 1999 auf einem fast gleichbleibenden Niveau. Etwa 90 % der Befälle betrafen Schulkinder, die größtenteils im Rahmen von Kopflauskontrollen in den Schulen (2000: 1.414 Kontrollen, 2001: 1.742 Kontrollen) erfasst wurden. Bei den restlichen Befällen handelte es sich überwiegend um Krippen- und Kindergartenkinder sowie Angehörige der betroffenen Kinder. Hinsichtlich der jahreszeitlichen Verteilung stellte wie in den Vorjahren das IV. Quartal einen besonderen Schwerpunkt dar.

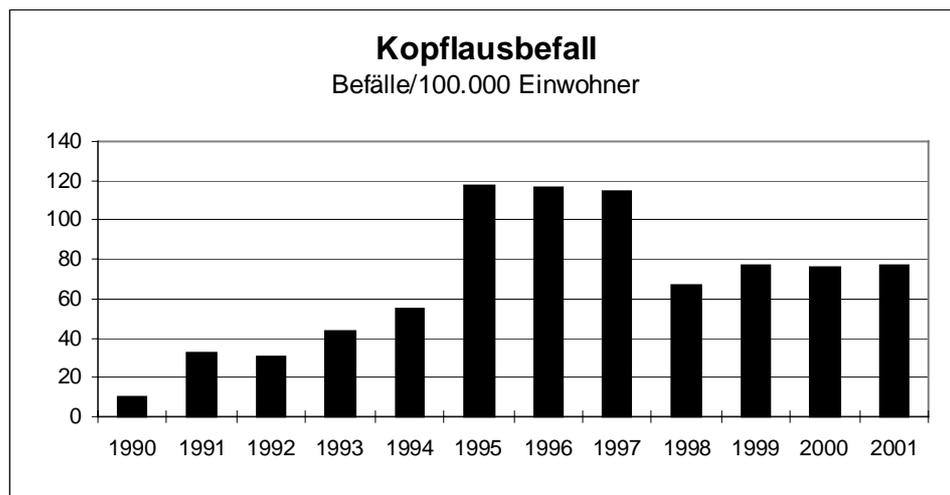


Abbildung 6: Kopflausbefall in Magdeburg

### 3.4.13 Tollwutexposition

Bei zwei Personen wurde im Jahr 2000 aufgrund eines nicht auszuschließenden Tollwutverdacht nach Bissverletzungen durch unbekannte Tiere geimpft. In einem Fall erfolgte die Bissverletzung im Ausland. Im Jahr 2001 wurde kein Fall registriert.

#### **3.4.14 Skabies**

Im Jahr 2000 nahm die Zahl der gemeldeten Skabieserkrankungen ( 22 Erkrankungen, Morbidität 9,51 ‰) gegenüber 1999 (48 Erkrankungen, Morbidität 20,42 ‰) um etwa die Hälfte ab. Im Jahr 2001 stieg die Morbidität auf 16,1 ‰ bei einer Erkranktenzahl von 37. 42 Erkrankungen standen im Berichtszeitraum im Zusammenhang mit 6 Clustern in einem Krankenhaus und in fünf Altenpflegeheimen. Zu einer Häufung kam es auf einer Station eines Krankenhauses. Betroffen waren 6 Beschäftigte und eine Mitarbeiterin in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung. Als Indexfall kam eine 90- jährige Patientin in Betracht, die sich in beiden Einrichtungen aufhielt. Sie litt seit längerem an Hauterscheinungen, die erst später der Diagnose Skabies zugeordnet werden konnten.

#### **3.4.15 Keratokonjunctivitis epidemica**

Im Jahr 2000 nahm die Morbidität von 3,46 ‰ bei einer Anzahl von 8 Erkrankten im Vergleich zu 1999 ( Morbidität 0,43 ‰) zu. Vier Erkrankungen waren Einzelfälle. Vier weitere Fälle standen im Zusammenhang mit einer familiären Häufung. Im Jahr 2001 wurden vier Einzelerkrankungen (Morbidität 1,74 ‰) gemeldet.

#### **3.4.16 Gasbrand**

Eine Erkrankung an Gasbrand wurde im Jahr 2001 erfasst. Die Morbidität blieb gegenüber dem Vorjahr ( 0,43 ‰) auf einem gleichbleibenden Niveau.

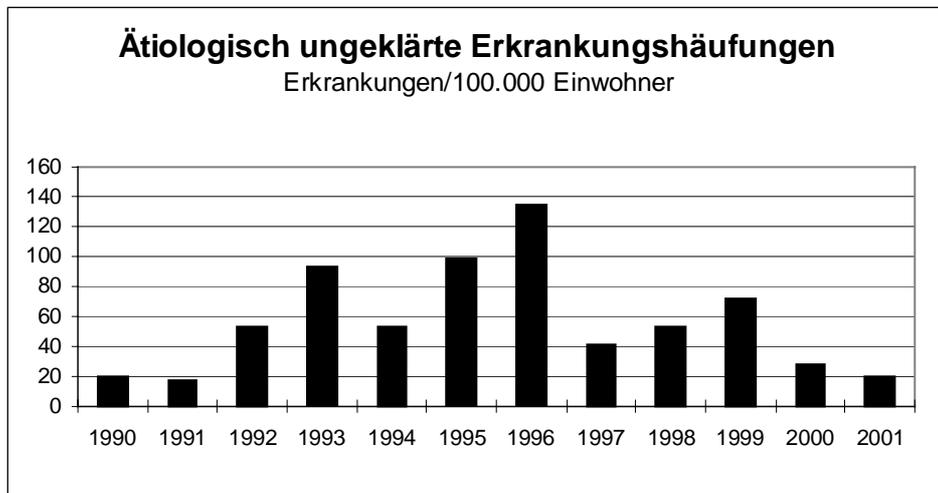
Bei einem älteren Bürger mit arterieller Verschlusskrankheit erfolgte wegen zunehmender Nekrosebildung die Unterschenkelamputation am rechten Bein. Am dritten postoperativen Tag entwickelte der Patient die klinischen Symptome eines Gasbrandes, und es wurde eine Nachamputation vorgenommen. Im Wundabstrich wurde Clostridium perfringens nachgewiesen.

Ab 2001 unterliegt die Erkrankung an Gasbrand nicht mehr der Meldepflicht.

#### **3.4.17 Ätiologisch ungeklärte Erkrankungshäufungen**

Im Jahr 2000 wurden vier ätiologisch ungeklärte Erkrankungshäufungen mit insgesamt 65 Erkrankten gemeldet. Im Jahr 2001 wurden drei Erkrankungshäufungen mit 47 Erkrankungen registriert. Damit nahm die Zahl dieser Geschehen im Vergleich zum 1999 (9 Geschehen mit 169 Erkrankungen) deutlich ab. Sämtliche Erkrankungen gingen mit gastrointestinalen Beschwerden einher. Betroffen waren vier Altenpflegeheime, zwei Kindertagesstätten und eine Krankenhausstation. Eine wahrscheinlich durch Astroviren bedingte Erkrankungshäufung wurde in einem Altenheim erfasst. Es erkrankten 7 von 70 Heimbewohnern mit Durchfall und Erbrechen. In zwei von vier Stuhlproben wurden Astroviren nachgewiesen. Bei den anderen Geschehen blieben die im Rahmen der

Ursachenermittlung durchgeführten bakteriologischen und virologischen Untersuchungen ohne Ergebnis.



**Abbildung 7:** Infektionskrankheiten unklarer Ursache in Magdeburg

### 3.4.18 Influenza A

Im Jahr 2000 wurden 36 und im Jahr 2001 53 durch Laborbefunde bestätigte Influenzaerkrankungen erfasst. Die Erkrankungen traten von Januar bis April auf, wobei der Erkrankungsgipfel die Monate Februar und März betraf. Im Jahr 2000 betrug der Anteil der über 60-jährigen Erkrankten 77,8 % . Hiervon waren 84,2 % ungeimpft. Dagegen wurde im Jahr 2001 keine Erkrankung in dieser Altersgruppe gemeldet. Im Jahr 2001 waren hauptsächlich (84,9 %) Personen im Alter zwischen 5 und 25 Jahren erkrankt. Hiervon waren 95,6 % nicht gegen Influenza geimpft. Laut den Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (Stand: Juli 2001) wird die Impfung gegen Influenza allen Personen über 60 Jahre; Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens sowie Personen mit erhöhter Gefährdung durch z. B. umfangreichen Publikumsverkehr empfohlen.

### 3.4.19 Listeriose

Im Jahr 2001 wurden zwei Erkrankungen an Listeriose erfasst. Betroffen waren eine 69-jährige Frau und ein 57-jähriger Mann. In den Liquores wurde jeweils der Erreger *Listeria monocytogenes* nachgewiesen. Bei immunkompetenten Menschen kommt es nur selten zu einer Erkrankung bei der Aufnahme des Erregers zum Beispiel über kontaminierte Lebensmittel. Die Gefahr einer Erkrankung besteht für abwehrgeschwächte Personen. Als erhöhtes Infektionsrisiko bestand bei dem 57-jährigen Mann ein metastasiertes Lungenkarzinom. In beiden Fällen lagen Hinweise auf eine mögliche Infektionsquelle nicht vor.

### 3.4.20 Dengue-Fieber

Im Jahr 2001 wurde eine serologisch bestätigte Erkrankung an Dengue-Fieber registriert.

Eine 32-jährige Frau erkrankte während eines 14-tägigen Aufenthaltes in Thailand mit Schüttelfrost, Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen sowie Exanthem. In tropischen und subtropischen Gebieten wird das Dengue-Virus über tagaktive, hauptsächlich in der Dämmerung stechende Mücken übertragen.

**Tabelle 22:** Ausgewählte meldepflichtige Erkrankungen 1999 bis 2001 in Magdeburg

Erkrankungen	1999		2000		2001	
	absolut	Morbidität ‰	absolut	Morbidität ‰	absolut	Morbidität ‰
<b>Pertussis</b> Erkrankungen	1	0,43	10	4,32	5	2,18
<b>Masern</b> Erkrankungen	1	0,43	-	-	-	-
<b>Borreliose</b> Erkrankungen	4	1,70	5	2,16	54	23,51
<b>Röteln</b> Erkrankungen	5	2,13	7	3,02	4	1,74
<b>Mumps</b> Erkrankungen	7	2,98	6	2,59	1	0,44
<b>Varicellen</b> Erkrankungen	263	111,88	68	29,38	67	29,17
<b>Scharlach</b> Erkrankungen	27	11,49	56	24,20	47	20,46
<b>Keratokonjunktivitis epidemica</b> Erkrankungen	1	0,43	8	3,46	4	1,74
<b>Influenza A</b> Erkrankungen	25	10,64	36	15,56	53	23,07
<b>Skabies</b> Erkrankungen	48	20,42	22	9,51	37	16,1
<b>Kopfläuse</b> Befälle	182	77,42	175	75,62	177	77,05
<b>ätiolog. ungekl. Erkrankungshäufungen</b>						
Erkrankungen	169	71,89	65	28,09	47	20,46
Geschehen	9	-	4	-	3	-

## 4 Zur Gesundheitlichen Situation von Frauen und Mädchen in Magdeburg

### 4.1 Der kleine Unterschied

*Bemerkungen zu Geschlechtsdifferenzen in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten.*

Während im anglo - amerikanischen Raum die geschlechtsspezifische Betrachtung von Gesundheitsaspekten im Rahmen von 'gender studies' bereits eine längere Tradition hat, ist in der Bundesrepublik Deutschland die Sichtweise auf die Aspekte 'Frauengesundheit' und 'Männergesundheit' noch immer relativ unterentwickelt, nimmt aber in der Politik, in der Forschung und der medizinischen Praxis einen zunehmenden Raum ein. Einrichtungen und Gremien wie der Gesprächskreis Frauenpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, der Ausschuss für Frauen- und Gleichstellungsangelegenheiten des Deutschen Städtetages, Frauen- bzw. Gleichstellungsbeauftragte vieler Einrichtungen, aber auch Mediziner, Psychologen und Sozialwissenschaftler beschäftigen sich zunehmend mit der Frage, wie erreicht werden kann, dass die Gesundheitspolitik und die medizinische Praxis stärker als bisher auf frauenspezifische bzw. geschlechtsspezifische Belange orientiert wird. Der im Jahr 2001 erschienene Bericht der Bundesregierung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland sowie andere Studien zu dieser Thematik und Erfahrungswerte sind ein Beleg für diese Entwicklung. Dieser Bundesgesundheitsbericht weist deutlich auf geschlechtsspezifische Unterschiede im Gesundheitshandeln, im Erleben von Gesundheit und Krankheit und im Auftreten von Erkrankungen hin. Wesentliche Ausgangspunkte für eine verstärkte Berücksichtigung der Einbettung des Individuums in die dingliche und soziale Umwelt und der Wechselwirkung zwischen biologischen, sozialen und psychischen Faktoren in der Medizin waren die *Ottawa-Charta(1986)* zur Gesundheitsförderung sowie die Weiterentwicklung dieser Gedanken in *bio-psycho-sozialen Modellen*, insbesondere im *Salutogenese- Modell von ANTONOWSKY* (1997) [16], das in hohem Maße die individuellen Ressourcen zur Gesunderhaltung berücksichtigt.

Die Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Personen sowohl hinsichtlich ihrer biologischen Voraussetzungen, als auch bezüglich ihrer sozialen und psychischen Lebensbezüge führen zu Unterschieden zwischen den Geschlechtern, die sich in der unterschiedlichen Lebenserwartung und in Unterschieden des Krankheitsgeschehens , auch hinsichtlich des Krankheitserlebens und der Krankheitsbewältigung sowie hinsichtlich gesundheitsförderlicher Ressourcen nachweisen lassen. Geschlechtsbezogene Unterschiede lassen sich statistisch bei vielen Krankheitsgruppen, unter anderem bei Herz - Kreislauf- Erkrankungen, Krebserkrankungen, Erkrankungen des Atemtraktes, Suchterkrankungen und bei psychischen Störungen, nachweisen (siehe auch Gesundheitsbericht der Landeshauptstadt Magdeburg 1997)[17].

Solche und andere Unterschiede im Krankheitsgeschehen sind eine Ursache für die im Durchschnitt höhere Lebenserwartung der Frauen gegenüber den Männern. Frauen leben statistisch ca. 7 Jahre länger als Männer. In Magdeburg erreichen mehr als die Hälfte der Frauen das 80. Lebensjahr, von den Männern erreichen weniger als 30 % dieses Lebensalter [17]. Daraus könnte geschlussfolgert werden, dass Frauen allgemein gesünder oder gesundheitlich stabiler sind als Männer. Die alleinige Betrachtung der Lebensdauer bzw. Lebenserwartung berücksichtigt jedoch nicht den bedeutsamen Faktor der Lebensqualität (siehe auch MASCHIEWSKI-SCHNEIDER, 1996)[18].

Als Ursachen für die geschlechtsbezogenen Differenzen in der gesundheitlichen Lage von Männern und Frauen werden von der amerikanischen Medizinsoziologin VERBRUGGE (1990) [19] unter Berücksichtigung medizinischer, sozialer und epidemiologischer Erklärungsansätze folgende fünf Ebenen angegeben:

- unterschiedliche biologische Risiken, insbesondere genetische, anatomische und physiologische bzw. hormonelle Faktoren.
- unterschiedliche Risiken aus der Arbeitsumwelt und sonstigen Umwelt. Hierunter werden auch Risiken erfasst, die gesellschaftlich induziert sind und sich als gesundheitsbezogenes Verhalten (z.B. Rauchen, Drogen, Fehlernährung) auf das Krankheitsgeschehen niederschlagen.
- psychosoziale Risiken.  
Diese umfassen Aspekte des Gesundheitsverhaltens, wie Wahrnehmung und Attributierung von Symptomen, Suche nach Behandlung und Umgang mit Behinderung und Beeinträchtigung. Hiermit ist vor allem die psychosozial vermittelte Sichtweise und Bewertung von Gesundheit und Krankheit gemeint.
- die unterschiedliche Bereitschaft, über Krankheit, Gesundheit und Befinden zu berichten, bzw. sich entsprechend nach außen darzustellen (*self presentation behavior and health reporting behavior*) und
- die geschlechtsbezogen unterschiedlich verarbeiteten Erlebnisse und Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und der gesundheitlichen Versorgung.

Aus diesen sich gegenseitig beeinflussenden und bedingenden Ebenen ergeben sich komplexe Forschungsinhalte, in deren Mittelpunkt die Frage nach den geschlechtsspezifischen Unterschieden von Krankheit und Gesundheit steht. Solche Programme sind nur in Zusammenarbeit verschiedenster wissenschaftlicher Fachdisziplinen, wie der Epidemiologie, der klinisch - medizinischen und psychologischen Forschung und den Sozialwissenschaften zu bearbeiten.

Der Grundstein für gesundheitsbezogenes Verhalten und Handeln wird bereits im Verlauf der Kindheitsentwicklung gelegt. Über elterliches

Erziehungsverhalten und gelebtes Gesundheitshandeln werden sowohl körperbezogenes Gesundheitsverhalten als auch psychosoziale Anteile gesundheitsbezogenen Verhaltens vermittelt.

Beginnend in der frühen Kindheit werden Mädchen zu Frauen und Jungen zu Männern entsprechend dem gesellschaftlich traditionell verwurzelten **Rollenbild** erzogen bzw. durch Nachahmung und Identifikation geprägt, wobei in den meisten Familien vor allem Mütter und andere weibliche Erziehungs- und Bezugspersonen an der Vermittlung der Rollen, auch der männlichen Rolle, wesentlich teilhaben.

So kann unter anderem die unterschiedliche Prägung bezüglich der emotionalen Haltung, des Sozialverhaltens und der Kommunikation, hinsichtlich der Einstellung zu körperlicher Attraktivität und Hygiene sowie zu den vorherrschenden Formen sozialer Konfliktlösungen zu Differenzen im Gesundheitsverhalten zwischen den Geschlechtern führen.

Für die Entwicklung von Gesundheitsstörungen haben psychosoziale Einflüsse aus der Herkunftsfamilie sowie gesellschaftlich determinierte Rollenklischees wesentlichen Einfluss.

Es wird vermutet, dass für die gesundheitliche Situation der Frauen der häufig zu beobachtende Widerspruch zwischen

- Erwerbsarbeit,
- Familienarbeit
- sowie dem Streben, der Rolle als Mutter gerecht zu werden,

von Bedeutung ist.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern ist die nach wie vor unterschiedliche Aufgabenverteilung. Selbst wenn in einer Partnerschaft Frau und Mann beruflich tätig sind, wird in den meisten Fällen der überwiegende Teil der Haus- und Familienarbeit sowie der Erziehungsarbeit von der Frau geleistet. Die Mehrfachbelastung kann sich unmittelbar auf die körperliche Gesundheit auswirken, aber auch - wenn sie stark negativ erlebt wird- zu Lebensunzufriedenheit und damit verminderter Lebensqualität führen.

Die Lebensgeschichte und die Gesundheit von Frauen werden, in spezieller, anderer Weise als die von Männern, bedeutsam geprägt durch mögliche oder notwendige Entscheidungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt sowie durch Aufgaben der Pflege und Erziehung von Kindern. Dazu können z.B. gehören eine Entscheidung für oder gegen einen Abbruch einer Schwangerschaft sowie Auseinandersetzung und Entscheidungsprozesse im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen während einer Schwangerschaft (Pränataldiagnostik). Einschränkungen, Möglichkeiten und Ressourcen einer Lebensgestaltung mit Kindern, auch und vor allem mit behinderten Kindern, werden sehr wesentlich beeinflusst durch die gesellschaftlichen Voraussetzungen. Dazu gehören insbesondere auch Möglichkeiten und Chancen für berufsorientierte und alleinerziehende Frauen.

Es sind auch überwiegend Frauen, die traditionell innerhalb der Familie die Aufgaben der Pflege von Angehörigen übernehmen und dadurch mit

speziellen Belastungen leben. Diese Anforderungen fallen oft in den Zeitraum des Klimakteriums und in die Zeit, in der die erwachsenen Kinder den Haushalt verlassen. Das bedeutet, dass die Frauen mehrfachen Anforderungen an Umstellungsleistungen und Belastungen ausgesetzt sind. Auswirkungen auf den Gesundheitszustand in Abhängigkeit auch von vorhandenen Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten sind naheliegend. Konkurrierende Rollenanforderungen können bei anhaltender konflikthafter Bewältigungsstrategie und/oder überfordernden situativen Bedingungen zu psychosozial determinierten gesundheitlichen Belastungen und Beeinträchtigungen führen. Interessante Hinweise darauf, wie vielschichtig und individuell unterschiedlich diese Rollenkonflikte sein können, gibt eine Untersuchung, die von MASCHEWSKI-SCHNEIDER (1996) [18] beschrieben ist. Es wird gezeigt, dass "beide Bereiche (Familie und Beruf)... für die Frauen Belastungen, aber auch einen wesentlichen Identitätsgewinn" mit sich bringen können. Bei der Betrachtung der Lebensgeschichte der Frauen wurden Hinweise darauf gefunden, wie ihre "...Zufriedenheit in der jeweiligen Situation von ihren Vorerfahrungen in Beruf und" ... (Herkunfts-) ... "Familie bestimmt wurden".

Neben äußeren situativen Bedingungen, Vorerfahrungen aus der Lebensgeschichte und gesellschaftlich - traditionellen Rollenerwartungen haben auch unterschiedliche individuelle, intrapsychische Bewältigungsstrategien und Bewertungen sowie gelernte Handlungsmöglichkeiten einen wesentlichen Einfluss auf den Grad von Zufriedenheit/Unzufriedenheit. Von einer wechselseitigen Beeinflussung dieser Bedingungen kann ausgegangen werden.

Traditionelle Rollenzuweisung an Frauen ist abhängig von einer komplementären Rollenzuweisung an Männer. Diese Rollenzuweisungen haben sicher ihre jeweils eigenen psychosozialen Belastungen mit entsprechenden gesundheitlichen Risiken.

Wenn zum Rollenbild und zum Selbstverständnis des Mannes gehört, Gefühle nicht zu zeigen, stark und erfolgreich zu sein, die Familie ernähren zu können, so muss dies nicht unbedingt ein psychosozialer Faktor sein, der die Gesundheit von Männern fördert. Ebenso beeinträchtigt die Übernahme der traditionellen Frauenrolle nicht zwangsläufig die Gesundheit. Es ist auch zu beachten, dass eine Änderung des Rollenverständnisses und -Verhaltens von Frauen undenkbar ohne eine Änderung des Rollenverständnisses und -Verhaltens von Männern ist.

In diesem Zusammenhang sollte weiterhin bedacht werden, dass feste Rollenverteilung im Alltagsleben nicht nur einen belastenden, sondern auch einen entlastenden Aspekt aufweisen kann. Vor allem Rollenverteilungen, die frei gewählt und abgestimmt werden können, werden häufiger psychosozial entlastend wirken als aufgezwungene Rollenzuweisungen.

Es erscheint als erstrebenswert, für Frauen und Männer der individuellen Situation (biologisch, konstitutionell, äußere situative Bedingungen, Alter und Anzahl der Kinder) angepasste Rollenverteilungen, bzw. Entlastungen zu ermöglichen, indem in einem bestimmten Rahmen soziale Wahlmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden.

In der Literatur konnte vielfach belegt werden, dass für das Erkrankungsrisiko *soziale Faktoren* eine wichtige Rolle spielen. Nationale Gesundheitssurveys zeigen, dass Frauen wie Männer aus der untersten Sozialschicht ein signifikant höheres Herzinfarktisiko haben als Personen aus besser gestellten Schichten. HELMERT u.a.( 1993 ) [20] zeigten z.B., dass in der unteren Sozialschicht (Schichtzuordnung nach Einkommen, Schulbildung und Stellung im Beruf) ein 2,1- fach erhöhtes Herzinfarktisiko besteht. Ein solcher Zusammenhang blieb auch bestehen, wenn man statistisch intervenierende Faktoren, wie Alter und Herz - Kreislauf- - Risikofaktoren, kontrollierte.

In diesem Zusammenhang sei zu erwähnen, dass auch alleinstehende, verwitwete und geschiedene Frauen gegenüber verheirateten Frauen ein deutlich erhöhtes Infarktisiko, hatten.

Für den Brustkrebs ist das Verhältnis zwischen Erkrankungsrisiko und sozialer Lage umgekehrt. In der Bremer Gesundheitsberichterstattung (Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, 1992) [21] konnte z.B. anhand von Mortalitätsdaten für die 70er und 80er Jahre gezeigt werden, dass die Brustkrebsmortalität bei Frauen in den sozial besser gestellten Stadtgebieten höher lag als in den sozial schlechter gestellten Regionen, allerdings mit abnehmender Tendenz in den 80er Jahren). Welche Faktoren der Lebensweise für die sozialen Unterschiede in der Mortalität eine Rolle spielen, kann allerdings auf dem Hintergrund der internationalen epidemiologischen Literatur bislang nur gemutmaßt werden. Diese Beispiele zeigen, dass für die Erklärung geschlechtsspezifischer Unterschiede bei vielen Erkrankungen neben biologischen auch verhaltensbedingte und soziale Faktoren eine bedeutsame Rolle spielen. Eine Gewichtung der Relevanz der einzelnen Ebenen erscheint schwer und auch eine theoretisch begründbare Quantifizierung des Einflusses biologischer gegenüber sozialer Faktoren z.Zt. kaum möglich.

Nachfolgend seien einige Faktoren dargestellt, die zwischen den Geschlechtern unterschiedlich ausgeprägt sind und sich psychosozial different auswirken können:

- Frauen haben häufig schlechter bezahlte Arbeitsplätze und weniger verantwortungsvoll definierte Tätigkeiten.
- Durch Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit auf Grund von Schwangerschaft und Mutterschaft sind Aufstiegschancen häufig geringer als bei Männern.
- Da es wesentlich mehr alleinerziehende Frauen als männliche Singles mit Kind gibt, ist von einer häufigeren Mehrfachbelastung der Frauen in dieser Situation auszugehen. Besonders problematisch ist die materielle und soziale Situation der Frauen, deren ehemalige Partner sich der Unterhaltszahlung entziehen.
- Frauen sind in vielen Regionen stärker von Arbeitslosigkeit betroffen als Männer. Besonders zu berücksichtigen ist auch die Zahl von langzeitarbeitslosen Frauen, der Anteil von Frauen auf dem 2. Arbeitsmarkt, der Anteil geringfügig beschäftigter Frauen sowie der Anteil an Sozialhilfeempfängern.

**Frauen in den neuen Bundesländern** sind in der Vergangenheit unter anderen sozialen Bedingungen aufgewachsen als Frauen in den alten Bundesländern. Für die Mehrzahl der Mädchen und Frauen war es in der Vergangenheit selbstverständlich und im Sozialisationsprozess verinnerlicht, nach dem Erlernen eines Berufes neben der Rolle als Frau und Mutter auch eine berufliche Tätigkeit auszufüllen. Es wird vermutet, dass bedingt durch diese Vorerfahrungen und entsprechende Erwartungseinstellungen die Umstellung auf veränderte gesellschaftliche und soziale Bedingungen, wie Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe, bei entsprechender individueller Bewertung als psychisch besonders belastend empfunden werden kann.

Bei anhaltender konflikthafter Verarbeitung und Unzufriedenheit sind auch Auswirkungen auf den Gesundheitszustand denkbar.

Diese veränderten Bedingungen bedeuten sicher auch für Männer eine erhöhte psychosoziale Belastung, wenn auch aus ihrer traditionell beeinflussten Rollenperspektive. Allerdings muss in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass mehr Frauen als Männer einen sozialen Abstieg produktiv bewältigen können; so sind Verwahrlosungstendenzen und soziale Entwurzelung bei Frauen seltener zu beobachten als bei Männern. Es kann deshalb vermutet werden, dass Frauen schwerwiegende Änderungen der sozialen und materiellen Bedingungen meist besser bewältigen als Männer.

Arbeitslosigkeit wird oft nicht als schicksalhaft, sondern als Selbstwertminderung erlebt, dies trifft sicher noch ausgeprägter auf die Rolle als Sozialhilfeempfänger zu. Dies betrifft jedoch sowohl Frauen als auch Männer. Möglicherweise in unterschiedlichem Anteil. Für berufstätige Frauen kann sich eine erhöhte psychosoziale Belastung ergeben, wenn berufliche Anforderungen mit familiären Anforderungen nur unzulänglich und sehr unbefriedigend vereinbart werden können. Wenn z.B. damit die Angst verbunden ist, den Arbeitsplatz zu verlieren oder andererseits die Kinder zu vernachlässigen, kann sich Dauerstress mit gesundheitlichen Auswirkungen entwickeln.

Genauere Zusammenhänge müssten künftige Untersuchungen im Rahmen der sozialmedizinischen bzw. sozialepidemiologischen Forschung erkunden. Dabei sollten Untersuchungen zur gesundheitlichen Situation von Frauen nicht losgelöst und nicht konträr zur psychosozialen gesundheitlichen Situation von Männern erfolgen. Im Zusammenhang mit den nicht zu unterschätzenden Sozialisationsunterschieden zwischen den alten und neuen Ländern wird davon ausgegangen, dass noch über einen längeren Zeitraum eine einfache Übertragung von Erkenntnissen aus den alten Bundesländern auf die neuen Länder auszuschließen ist. Die sozialmedizinische Forschung sollte diese Differenzen in ihren Forschungsansätzen angemessen berücksichtigen.

Eine bedeutsame Phase für die Entwicklung der Geschlechterrolle ist die **Zeit des Heranwachsens der Jugendlichen**. Vorstellungen Jugendlicher, aber auch Erwachsener zur Lebensplanung lassen sich oft in der Lebensrealität nicht umsetzen.[22] Orientierungsprozesse sind weit über die Jugendphase hinaus charakteristisch und notwendig, um gesellschaftlichen Ansprüchen an Flexibilität und Offenheit gerecht werden zu können. Damit werden immer wieder Änderungen in der Lebensplanung notwendig. Dies beinhaltet zwar Freiräume, erschwert aber auch immer wieder Entscheidungsprozesse. Zunächst offen erscheinende Gestaltungsräume sind dann in der Realität häufig eingengt. Sie sind oftmals sehr begrenzt durch die wirtschaftliche Lage und z.T. damit verbundene bzw. mitbedingte geschlechtsspezifische Rollenzuschreibungen und Zwänge.

So möchten "die meisten Menschen .....mit Kindern in einer Familie leben". Entsprechende Studien belegen: Viele Jugendliche wünschen sich nach beruflicher Etablierung einmal Kinder. Die soziale Realität zeigt ein anderes Bild als diese Idealvorstellung: Beispielsweise ist ein erheblicher Geburtenrückgang zu verzeichnen, der sich vor allem nach der Wende in den neuen Bundesländern dramatisch entwickelt hat. ... Die Entscheidung zur Elternschaft wird durch materielle Einbußen, drohende Arbeitslosigkeit und Probleme der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, z.B. mangelnde Teilzeitangebote für Frauen und Männer sowie unzureichende Betreuungsangebote für Kinder zunehmend schwerer. ...aus zahlreichen Familienstudien ist bekannt, dass die Zufriedenheit der Eltern mit ihrer Partnerschaft nach der Geburt eines Kindes abnimmt. Dazu gehört u.a., dass ein eher egalitäres Partnerschaftsmodell mit der Zeit einem eher traditionellen mit klassischer Rollenverteilung weicht: Die Frau ist für die Hausarbeit mit Kindererziehung zuständig, der Mann für das Geldverdienen. Eine wechselseitige Abhängigkeit entsteht, die Enttäuschungen und Krisen zur Folge haben kann. " (BZgA-Jahresbericht 2000, S.51) [22]

Daraus können sich Belastungen und Konsequenzen für weitere Lebensgestaltung, die Lebenszufriedenheit und Verhaltensmöglichkeiten für Gesundheit und Krankheitsrisiken ergeben, wie z.B. die mögliche Entwicklung von süchtigem Verhalten.

Vielfach wird **der Einfluss männlicher Gewalt** als ein wesentlicher gesundheitsbeeinträchtigender, die weibliche Persönlichkeit potentiell negativ beeinflussender Faktor angesehen. Sexualisierte Gewalt wirkt sich häufig massiv auf die psychische Gesundheit aus. Besonders problematisch ist es, dass die betroffenen Mädchen sehr häufig alleingelassen werden, weil die Handlungen der Täter (oft Väter, Brüder, Onkel) von den Müttern und anderen Familienangehörigen gedeckt werden. So kann permanenter oder langwährender Missbrauch begünstigt werden; notwendige Hilfe kann nicht oder nur zu spät erfolgen. Gesundheitliche Auswirkungen sexualisierter Gewalt bei erwachsenen Frauen und Männern sind ebenfalls bekannt. Aussagen, dass Männer - außerhalb des Bereiches körperlicher und speziell sexualisierter Gewalt - generell gewalttätiger sind als Frauen, können nicht in jeder Hinsicht belegt werden. Allerdings werden geschlechtsspezifische Unterschiede in der Anwendung von Gewaltmitteln angenommen. Hierbei sollte neben der körperlichen Gewalt besonders die Problematik der

psychischen Gewaltausübung Beachtung finden. In diesem Zusammenhang sei auf die an Brisanz zunehmende **Mobbing**- Problematik hingewiesen.

Wichtig im Rahmen der Betrachtung wesentlicher Aspekte der Frauengesundheit ist die **Berücksichtigung geschlechtsbezogener Aspekte im Rahmen der medizinischen Versorgung**.

Besonders im Rahmen der Gestaltung der Beziehung zwischen den präventiv, diagnostisch, therapeutisch und rehabilitativ tätigen Fachleuten einerseits und den Patientinnen andererseits sollte das Prinzip der WHO, dass Gesundheit ein Zustand körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Fehlens von Krankheit und Behinderung ist, angemessene Berücksichtigung finden.

Sicherlich kann vielfach beobachtet werden, dass in der medizinischen Praxis weniger die Individualität als das erkrankte Organ oder die gestörte Funktion Priorität hat. Dies ist z.B. in der Akut- und Notfallmedizin nicht völlig zu vermeiden; eine andere Prioritätensetzung könnte in der Notfallmedizin sogar Menschenleben kosten.

Trotz Berücksichtigung solcher und anderer notwendiger Prioritäten ist die Einbeziehung geschlechtsspezifischer Aspekte im Rahmen der medizinischen Forschung von eminenter Bedeutung. Die Berücksichtigung dieser Aspekte erfolgt in der interdisziplinären Forschung bereits vielerorts. Für die Einbeziehung weiterer sozialer und psychologischer Aspekte können z.B. Netzwerke „Frauen und Gesundheit“, wie das von der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. initiierte, nützlich sein. Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind beobachtbar im unterschiedlichen Herangehen an und Zugang zu medizinischer Betreuung. Frauen suchen häufiger medizinische Hilfe als Männer, nehmen häufiger an Vorsorgeuntersuchungen teil und geben häufiger an, sich um ihre Gesundheit zu sorgen. Dies kann einerseits zur höheren Lebenserwartung der Frauen beitragen, kann aber andererseits durch intensivere gedankliche Beschäftigung mit Krankheiten zu einer verminderten Lebenszufriedenheit beitragen.

Auch seitens der Professionellen werden Unterschiede in der Betrachtung beider Geschlechter beobachtet. So werden Frauen eher als Männern psychische Beschwerdebilder zugeschrieben. Dies wirkt sich unter anderem in einer höheren Verschreibungsrate psychotroper Substanzen vor allem bei älteren Frauen. Diese Überversorgung birgt z.B. die Gefahr einer iatrogenen Begünstigung der Entwicklung der Medikamentenabhängigkeit von Frauen (MASCHEWSKY - SCHNEIDER et.al, 2001) [23].

Auch in anderen Bereichen bedingt die nicht ausreichende Berücksichtigung des Geschlechts eine Unterversorgung, Überversorgung oder Fehlversorgung der Frauen. Diskutiert werden unter anderem die wesentliche Unterversorgung von Frauen mit Gewalterfahrungen und die Überversorgung bezüglich der Hormonbehandlung für Frauen in der Menopause. Letzteres erfolgt in hohem, kostenintensiven Umfang, obwohl wissenschaftliche Studien bisher keine eindeutigen Beweise vorlegen, ob der gesundheitliche Nutzen (z.B. Herzinfarktprävention) gegenüber möglichen Schädigungen (z.B. Brustkrebs) überwiegt (MASCHEWSKY - SCHNEIDER et.al, 2001) [23].

Besondere Bedeutung wird in der Literatur der Berücksichtigung des Geschlechtsaspektes im Rahmen der *psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung* zugemessen [24].

Vor allem in der klinischen Psychologie bzw. der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie und der Sozialpädagogik spielt der Geschlechtsaspekt, sowohl hinsichtlich der Erkundung der Ursachen psychischer Störungen als auch bezüglich der Anwendung von Interventionsmethoden seit jeher eine besondere und zunehmende Rolle. Im Rahmen des Aufbaus der sozialpsychiatrischen Dienste im Land Sachsen-Anhalt wurden die Betreuungsaufgaben durch das PsychKG LSA festgeschrieben, d. h., dass Beratung und Betreuung nicht nur frauenspezifisch, sondern bedarfsgerecht beidgeschlechtlich erforderlich sind. Grundlage ist das zu betreuende Individuum. Im Rahmen der Betrachtung der Individualität ist eine angemessene Berücksichtigung des Geschlechts selbstverständlich.

Nicht nur im unterschiedlichen Zugang zu den angebotenen Hilfen können Geschlechtsunterschiede beobachtet werden. Die Problematik geschlechtsspezifischen Suchtverhaltens findet in der Forschung und im medizinischen Handeln zunehmend Berücksichtigung. Auf die Bedeutung einer geschlechtsbezogen unterschiedlichen Sucheinstiegs motivation bereits im frühen Jugendalter weisen HELFFERICH und FRANZKOWIAK (1997) [25] hin. Bei den Geschlechtern entwickeln sich unterschiedliche Gefährdungsstrukturen und Lösungsmuster; z.B. dominieren Jungen bei den Alkoholgefährdeten, Mädchen dagegen bei den Ess-Störungen. Bei den substanzabhängigen Suchterkrankungen im Erwachsenenalter sind ebenfalls Geschlechtsunterschiede zu beobachten. Von den rund 1,4 Millionen Medikamentenabhängigen sind 70% Frauen, unter den Alkoholkranken liegt der weibliche Anteil bei ca. 30%, allerdings mit steigender Tendenz. Überhaupt sollten nicht nur Geschlechtsdifferenzen, sondern auch der Wandel dieser Differenzen im Zeitverlauf Beachtung finden. So ist auch beim Nikotinkonsum ein starker Anstieg bei Mädchen und Frauen zu verzeichnen, während vor allem bei jüngeren Männern ein erheblicher Rückgang zu beobachten ist. In manchen Schulklassen raucht bereits die Mehrheit der Mädchen, während die Mehrheit der Jungen nicht oder nicht mehr raucht. Die Untersuchung der Ursachen solcher Entwicklungen ist von besonderer Bedeutung, da das Rauchen der wesentlichste gesundheitsgefährdende Faktor für die Entstehung von Herz - Kreislauf- Erkrankungen und Krebserkrankungen bzw. Erkrankungen des Atemtraktes ist. Es sei in diesem Zusammenhang hervorgehoben, dass in Deutschland die Sterblichkeit an Lungenkrebs in den 15 Jahren zwischen 1980 und 1995 bei den Frauen um 60 % angestiegen ist, während bei den Männern die Lungenkrebssterblichkeit konstant geblieben ist.

Hinsichtlich der medizinischen Versorgung erscheint es insgesamt wichtig, durch Vermittlung der in der Forschung gewonnenen Erkenntnisse im Rahmen der Aus- und Fortbildung die Voraussetzungen zu schaffen, dass das medizinische Personal im Rahmen der auf das Individuum bezogenen

- präventionsorientierten
- diagnostischen,
- therapeutischen und
- rehabilitativen

Herangehensweisen den Aspekt der Geschlechtszugehörigkeit angemessen berücksichtigt.

Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich auch in *der Entwicklung gesundheitsbezogener Selbsthilfe* feststellen. In der Mehrzahl der vorhandenen Selbsthilfegruppen dominieren zahlenmäßig die Frauen. Als eine Ursache wird angenommen, dass Frauen kommunikativer sind als Männer. Es kann daraus geschlossen werden, dass Frauen mehr von der Kommunikation mit Gleichbetroffenen profitieren als Männer. Dies kann sich häufig positiv hinsichtlich der Krankheitsverarbeitung und Krankheitsbewältigung, wie auch der Krisenbewältigung und Trauerarbeit auswirken; viele Beispiele sprechen dafür.

Der vorliegende Gesundheitsbericht soll dazu beitragen, geschlechtsspezifischen Aspekten im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Angestrebt werden sollten sicher Bedingungen, die im Sinne von 'gender mainstreaming' soziale Chancengleichheit und Wahlfreiheit für individuelle Lösungen weitgehend ermöglichen, von den äußeren sozialökonomischen Lebensbedingungen her als auch unter medizinischen und biopsychosozialen Gesichtspunkten. Auf Seiten der Geschlechter erfordert dies sicher kommunikative Fähigkeiten, sich über die jeweiligen individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten zu äußern und auszutauschen.

Frauen und Männer benötigen ausführliche fachlich fundierte medizinische Informationen und therapeutische Hilfe, die insbesondere auch ihre soziale, durch das Geschlecht mitgeprägte, Situation berücksichtigen, um Entscheidungsfreiheit ausüben zu können.

## **4.2 Gesundheitshandeln von Frauen und Männern**

FALTERMEIER et al. (1998) [34] verstehen unter Gesundheitshandeln u.a.

- das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit,
- den Umgang mit dem Körper,
- Umgang mit Beschwerden und Krankheiten,
- Umgang mit Risiken und Belastungen,
- die Aktivierung der gesundheitlichen Ressourcen und
- die Einbeziehung der sozialen Umwelt.

Es können

- Lebensweisen ohne ausgeprägtes Gesundheitshandeln (z.B. riskanter Lebensstil, beschwerdenbezogenes Gesundheitshandeln)
- spezifisches Gesundheitshandeln ( z.B. Berücksichtigung von Aspekten eines gesunden Lebensstils) und ein
- in die Lebensweise integriertes Gesundheitshandeln (bewusstes Gesundheitshandeln dominiert die Lebensweise)

unterschieden werden.

Während bei Männern häufiger Lebensweisen ohne ausgeprägtes Gesundheitshandeln beobachtet werden, integrieren Frauen gesundheitsbewusstes Handeln in ihre Lebensweise.

KLESSE et al.(1992) [35] stellen auf der Grundlage von Interviews dar, dass das Gesundheitshandeln von Frauen im Vergleich zu Männern anders ausgeprägt ist. Aus der Literatur ist zu entnehmen, dass Frauen unter anderem stärker auf ihre Gesundheit achten und besser in der Lage sind, soziale Netze zum Umgang mit Erkrankungen und zur Gesundheitsförderung zu nutzen. Sie sind eher bereit, erlebte Gefühle zum Ausdruck zu bringen, nutzen die Möglichkeiten zur Kommunikation besser im gesundheitsförderlichen Sinn. Im Unterschied zu Männern sind Frauen eher bereit zur Gesundheitsvorsorge, suchen Ärzte früher auf als Männer und sind eher bereit, Überforderungen zu vermeiden.

Nachfolgend seien einige Aspekte des unterschiedlichen Gesundheitsverhalten, die sich

- aus den Berichten von Selbsthilfegruppen,
- Berichten von Beratungseinrichtungen,
- der Teilnahme an gesundheitsförderlichen Kursen des Gesundheits- und Veterinärämtes und
- der Inanspruchnahme der Angebote des Gesundheits- und Veterinärämtes

dargestellt.

Aus den in diesen Gesundheitsbericht aufgenommenen Darstellungen der **Selbsthilfeeinrichtungen**

- Magdeburger Krebsliga e. V. (siehe Pkt. 4.7.5)
- Vereins für Epilepsiekranken und deren Angehörige e.V.(siehe Pkt. 4.7.7) und
- Ortsverband Magdeburg des Deutschen Allergie - und Asthmabundes e. V.(siehe Pkt. 4.7.6)

wird deutlich, dass die Selbsthilfegruppen zwischen 80 und 95 % aus Frauen bestehen. Persönliche - auch telefonische - Beratung nutzen ebenfalls überwiegend Frauen ( ca. 70 - 95 % ), wobei beobachtet wurde, dass Männer die telefonische Beratung einer direkten Beratung vorziehen. Die Magdeburger Krebsliga e.V. stellt dar, dass gerade 9 % der Ratsuchenden männlichen Geschlechtes sind. Im Unterschied zu den Frauen greifen Männer beim Erstkontakt häufiger zum Telefon. Dies wird mit der größeren Distanziertheit der Männer und der Angst, sich ganz zu zeigen und zu öffnen, erklärt. Die Beobachtung, dass sich Männer gegenüber beratenden Frauen, z.B. über Prostataerkrankungen und Hodenkrebs, nur schwer öffnen, weist daraufhin, dass nicht nur die geringere Bereitschaft der Männer, sich aktiv mit Gesundheit/Krankheit auseinander zusetzen, eine Ursache für die geringere Beratungsfrequenz ist. Auch die Tatsache, dass in den meisten gesundheitsbezogenen Selbsthilfeeinrichtungen Frauen als Beraterinnen, Ansprechpartnerinnen und Gruppenmitglieder dominieren, dürfte eine erhebliche Zugangsschwelle für die Männer darstellen. Gesonderte Beratungsangebote mit gleichgeschlechtlichen Beratern könnten sich dann als sinnvoll erweisen, wenn Beratung mit sehr persönlichen und intimen Inhalten verbunden ist.

Bereits im Kindes - und Jugendalter ist eine Geschlechterdifferenzierung im Zugang zu gesundheitsförderlicher Beratung zu beobachten; Mädchen nutzen Beratungsangebote häufiger als Jungen. So suchten den Beratungsstand des Deutschen Allergie und Asthmabundes ca. 60 % Mädchen gegenüber 40% Jungen auf.

Die Teilnahme an Beratungen in der Fachberatungsstelle Magdeburg der **PRO FAMILIA e.V.** (vgl. Pkt. 4.7.3) zeigt ein ähnliches Bild. Im Rahmen der Ehe-, Familien- und Lebensberatung (einschließlich der Sexualberatung) nahmen Frauen zu 63,5 % an Erstkontakten teil. Einzelberatungen wurden zu 71,9 % von Frauen und zu 28,1 % von Männern genutzt. Auch in diesem Zusammenhang ist unklar, ob ein Angebot der Beratung durch männliches Beratungspersonal den Anteil der Männer erhöhen würde.

Die Darstellung der Jugend - und Drogenberatungsstelle **DROBS** (vgl. Pkt. 4.7.4) zur Beratung bei Ess-Störungen hat zu berücksichtigen, dass der Anteil von Ess-Störungen bei Mädchen und Frauen wesentlich höher ist als bei Jungen und Männern ; weniger als 10 % sind männlich. Trotzdem wird die Beobachtung, dass im Jahr 2000 nur 2 essgestörte Männer Kontakt zur Beratungsstelle suchten, als Hinweis gewertet, dass Männer unverhältnismäßig seltener vorhandene Hilfsangebote nutzen. Es wird auch

als möglich angesehen, dass Ärzte z.B. bei untergewichtigen Männern seltener die Diagnose 'Ess-Störung' stellen als bei Frauen und demzufolge nicht auf Hilfe- und Therapieangebote hinweisen, obgleich bekannt ist, dass zunehmend junge Männer die Nahrungsverweigerung als Konfliktlösungsstrategie nutzen und fragwürdigen Schlankheitsidealen folgen.

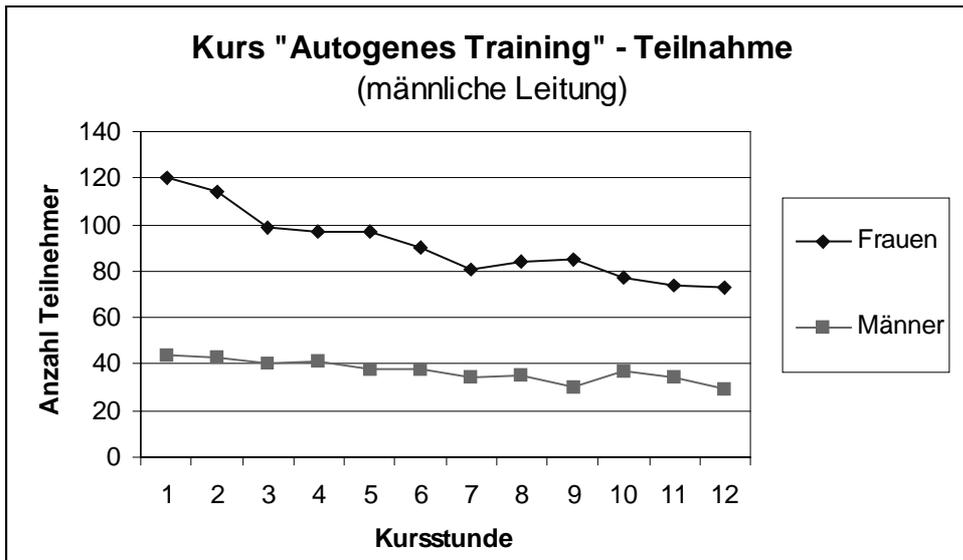
Der **Verein Wildwasser e.V.** (vgl. Pkt. 4.7.2) bietet als Beratungseinrichtung für Mädchen und Frauen Hilfsangebote für Opfer sexualisierter Gewalt. Männliche Opfer werden nur telefonisch beraten bzw. vermittelt. Der Verein geht davon aus, dass die Täter zu 90 % männlichen Geschlechts sind, und dass weibliche Opfer dreimal so häufig sind wie männliche Opfer sexualisierter Gewalt. Aus anderer Quelle (LENZ, 2000) [27] ist jedoch zu entnehmen, dass die Dunkelziffer bei den männlichen Opfern wesentlich größer ist als bei den weiblichen Opfern und somit von höheren Fallzahlen ausgegangen werden kann. Im Gegensatz zur männlichen Täterrolle wird die Opferseite von Männern in der Öffentlichkeit, auch von Medizinern, kaum wahrgenommen. Es existieren im Unterschied zu weiblichen Opfern auch weniger therapeutische und Hilfsangebote. Vorhandene Angebote werden von männlichen Opfern aus Scham seltener angenommen als von weiblichen Betroffenen.

Der öffentliche Gesundheitsdienst hat die Aufgabe nach § 1 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz - GDG LSA), Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge für die Bevölkerung anzubieten. Als Einrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bietet das Gesundheits- und Veterinäramt gesundheitsförderliche Leistungen für Einzelpersonen und für Gruppen, unter anderem in Form von Kursen an. Aus der Teilnahme an diesen **gesundheitsförderlichen Kursen** lassen sich Hinweise auf Unterschiede im gesundheitsförderlichen Verhalten zwischen Frauen und Männern ableiten.

Seit 1991 wurden im Gesundheits- und Veterinäramt insgesamt 28 Kurse zur Vermittlung der **Entspannungsmethode des Autogenen Trainings** zur Stress-Bewältigung und zur Krankheitsbewältigung, geleitet von einer Psychologin ( 12 Kurse) und einem Psychologen (16 Kurse) durchgeführt. Die nachfolgende Tabelle und Darstellung zeigt die Teilnahme an den von einem Psychologen geleiteten Kurs im Verlauf:

**Tabelle 23:**    Teilnahmehäufigkeit im Verlauf des Autogenen Trainings  
                  (männliche Leitung)

Kurs- stunde	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Frauen</b>	120	114	99	97	97	90	81	84	85	77	74	73
<b>Männer</b>	44	43	40	41	38	38	34	35	30	37	34	29
<b>Gesamt</b>	164	157	139	138	135	128	115	119	115	114	108	102

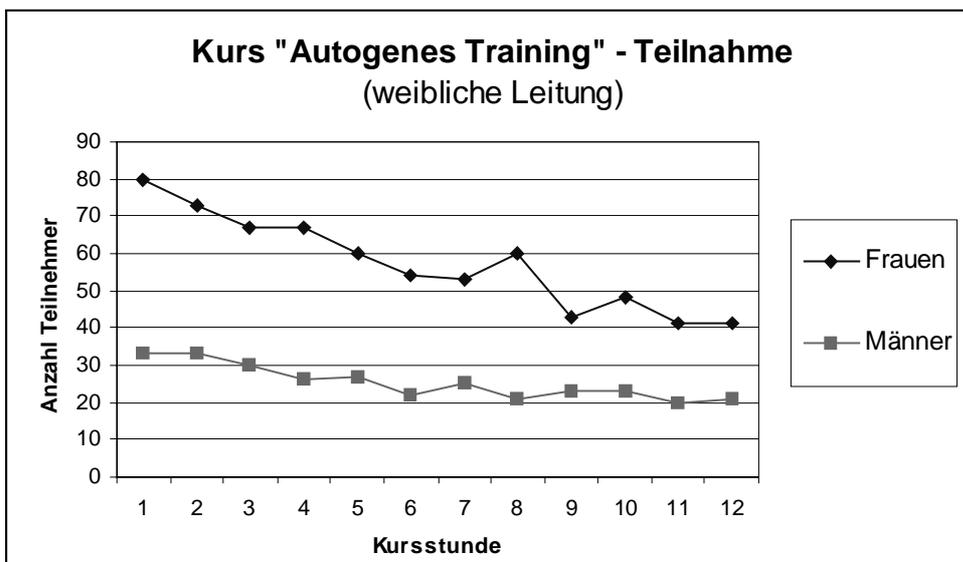


**Abbildung 8:** Kurs 'Autogenes Training' - Teilnahme (männliche Leitung)

Im Vergleich dazu die Verläufe in den von einer Psychologin durchgeführten Kursen:

**Tabelle 24:** Teilnahmehäufigkeit im Verlauf des Autogenen Trainings (weibliche Leitung)

Kursstunde	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Frauen</b>	80	73	67	67	60	54	53	60	43	48	41	41
<b>Männer</b>	33	33	30	26	27	22	25	21	23	23	20	21
<b>Gesamt</b>	113	106	97	93	87	76	78	81	66	71	61	62



**Abbildung 9:** Kurs 'Autogenes Training' - Teilnahme (weibliche Leitung)

Die Tabellen und Diagramme zeigen deutlich, dass Frauen dieses gesundheitsförderliche Angebot - unabhängig vom Geschlecht des Kursleiters - eher annahmen als Männer. Männer nahmen die Angebote seltener wahr, nahmen aber deutlich konstanter teil als die Frauen. Ähnlich können die Kursabbrüche interpretiert werden. Von den teilnehmenden Frauen brachen insgesamt 33,5 % den Kurs ab; bei den Männer waren es 23,3 %.

Ein etwas anderes Bild zeigt das Teilnahmeverhalten von Frauen und Männern an den **Raucherentwöhnungskursen** des Gesundheits- und Veterinäramtes. Wie im Gesundheitsbericht 1999 ausführlich dargestellt, nahmen an 21 dokumentierten Kursen 121 Frauen und 130 Männer teil. Da der Anteil der Raucher bei den Frauen wesentlich geringer ist als bei den Männern, spricht dieses Ergebnis wiederum dafür, dass mehr Frauen als Männer gesundheitsförderliche Angebote wahrnehmen. Die Häufigkeit der Teilnahme und der Kursabbrüche war bei Männern und Frauen fast identisch. 34 % der Frauen und 34 % der Männer besuchten den Kurs bis zum Abschluss. Auch in der Reduktion des Rauchens fand sich eine hohe Übereinstimmung zwischen beiden Geschlechtern, wobei allerdings der Ausgangswert bei den Männern höher lag (Vgl. Gesundheitsbericht 1999 des Gesundheits- und Veterinäramtes Magdeburg) [36].

Ein weiteres gesundheitsförderliches Angebot des Gesundheits- und Veterinäramtes Magdeburg ist **das Trainingsprogramm „Abnehmen- aber mit Vernunft“** für Gruppen zur Reduktion von Übergewicht. Nach dem Erwerb der Kursleiter-Qualifikation durch eine Diplom-Sozialarbeiterin und eine Diplom-Sozialpädagogin wurden im Gesundheits- und Veterinäramt Magdeburg im Rahmen der Präventionsaufgaben im Zeitraum von 1994 - 2001 nach dem Programm der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 12 Kurse zur Gewichtsreduktion durchgeführt. Für die Kursteilnehmer entstanden - außer einem geringen Unkostenbeitrag für die Kursmaterialien der BZgA - keine Kosten. Dieses Programm ist für Gruppen zur Reduktion von Übergewicht geeignet. Es beruht auf den Möglichkeiten der Verhaltensänderung und Selbstkontrolle der Teilnehmer in Bezug auf Essgewohnheiten und Lebensmittelzusammensetzung. Besonders wird auf das Wohlbefinden und die Zufriedenheit im Alltag geachtet, wobei das zu reduzierende Gewicht nicht im Mittelpunkt stehen sollte. Eine Dokumentation der Gewichtsreduktion der einzelnen Teilnehmerinnen ist schwierig, da die Höhe der Gewichtsabnahme auf einer Selbsterfassung durch die Teilnehmerinnen beruht.

An den 12 dokumentierten Kursen haben insgesamt 167 Personen teilgenommen. Die Teilnehmerzahl setzte sich aus 158 Frauen und 9 Männern zusammen.

74 Frauen und 5 Männer haben bis zur 18. Kursstunde am Kurs teilgenommen. Die Männer verteilten sich in 7 Kursen zu je einem Teilnehmer und in einem Kurs zu zwei Teilnehmern. Zwei der 9 männlichen Teilnehmer kamen zusammen mit der Partnerin.

Es wurde insgesamt eine Gewichtsreduktion von 809,4 kg erreicht, das entspricht einer durchschnittlichen Gewichtsabnahme von ca. 10 kg pro Teilnehmer in 18 Wochen.

Das Programm hat aus der Sicht der Gruppenleiterinnen eine große Multiplikatorenwirkung auf die Familien der Teilnehmer.

Kursbeobachtungen durch die Kursleiter haben ergeben, dass Kursabbrüche zu jedem Zeitpunkt stattfinden. Die Kursabbrüche in der 1.-2. Kursstunde sind Folge einer aufwändigen Beobachtungsphase des Essverhaltens und die Kursabbrüche ab der 3. Kursstunde sind Folge der Veränderungsphase (Veränderung des Essverhaltens in bezug auf Essgewohnheiten und Lebensmittelzusammensetzung).

Weitere Abbrüche erfolgten während der Treffen ohne Kursleiter in der 9., 11., 13., 15. und 17. Kursstunde. Bei etlichen Teilnehmern war zu beobachten, dass sie nur zu Treffen ohne Kursleiter nicht erschienen sind, während sie zu den angeleiteten Kursstunden in der 12., 14., 16. und 18. Kursstunde wieder teilgenommen hatten.

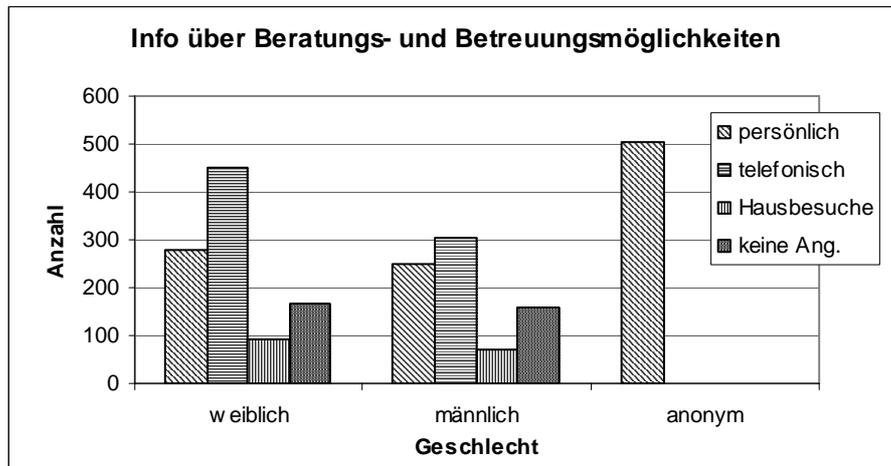
Die meisten Frauen gaben als Motivationsgrund zur Gewichtsreduktion eine Verbesserung der körperlichen Attraktivität verbunden mit einem höheren Selbstbewusstsein an und nannten weniger gesundheitliche Aspekte. Bei den Männern dominierten die gesundheitlichen Aspekte bei der Motivation zur Gewichtsabnahme.

Weitere Hinweise auf ein unterschiedliches Gesundheitshandeln bei Frauen und Männern ergeben sich aus einer differenzierten **Recherche zur Frequentierung von gesundheitsförderlichen Angeboten für Einzelpersonen** des Gesundheits- und Veterinärarnates Magdeburg, die im Zeitraum Dezember 1999 - Februar 2000 vorgenommen wurde. Einbezogen wurden die Arbeitsbereiche:

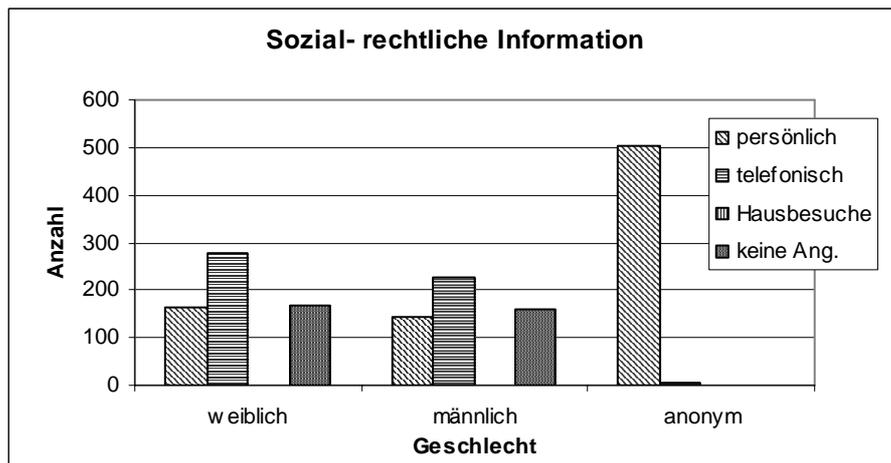
- Beratung für chronisch kranke und behinderte Menschen
- Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
- Beratungsstelle für Schwangere/ Mutter und Kind
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Beratung sexuell übertragbarer Krankheiten
- AIDS- Beratung

Nachfolgende Abbildungen zeigen die z.T. erheblichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern bezüglich der Inanspruchnahme von

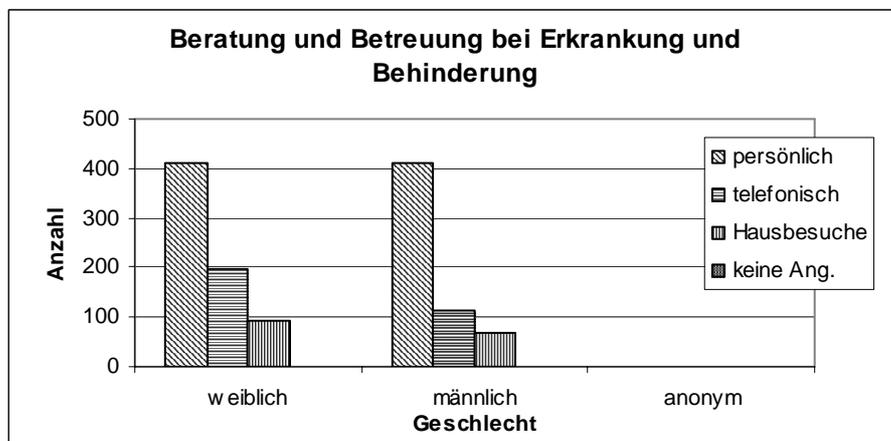
- Informationen über Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten (Abb. 10), sozial - rechtlichen Informationen (Abb. 11),
- Beratungs- und Betreuungsangeboten bei Erkrankung und Behinderung (Abb. 12), Beratungs- und Betreuungsangeboten für Suchtkranke und Gefährdete (Abb. 13), Beratungs- und Betreuungsangeboten bei Gewalterlebnissen (Abb. 14), Beratungsangeboten bei beruflicher und privater Belastung (Abb. 15),
- Gruppenangeboten ( Präventions- und Informationsveranstaltungen, Abb. 16).



**Abbildung 10:** Information über Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten



**Abbildung 11:** Sozial- rechtliche Information



**Abbildung 12:** Beratung und Betreuung bei Erkrankung und Behinderung

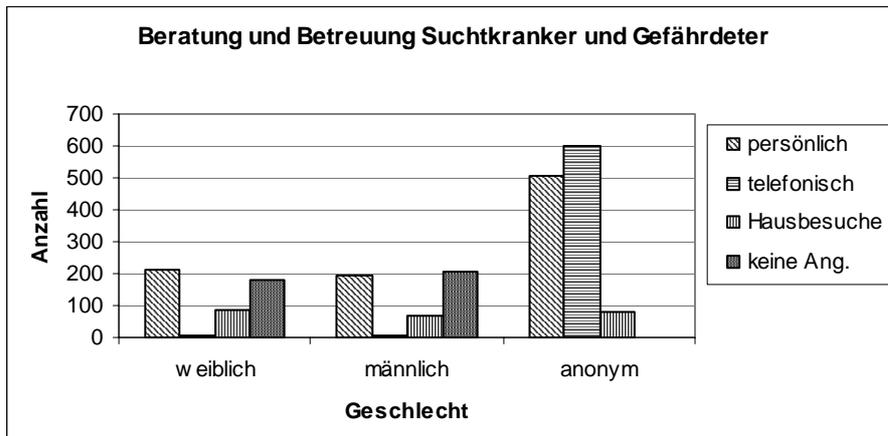


Abbildung 13: Beratung und Betreuung Suchtkranker und Gefährdeter

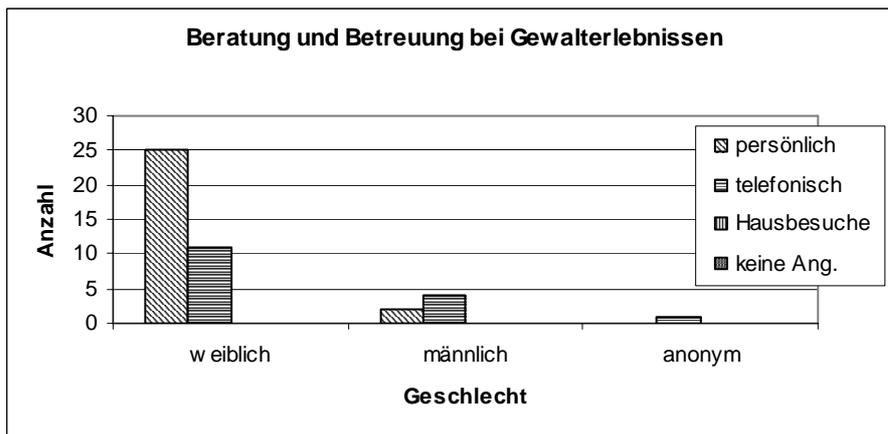


Abbildung 14: Beratung und Betreuung bei Gewalterlebnissen

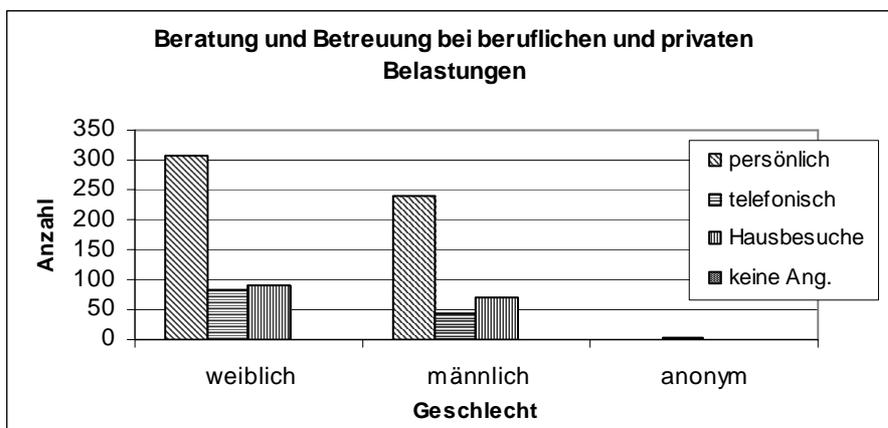
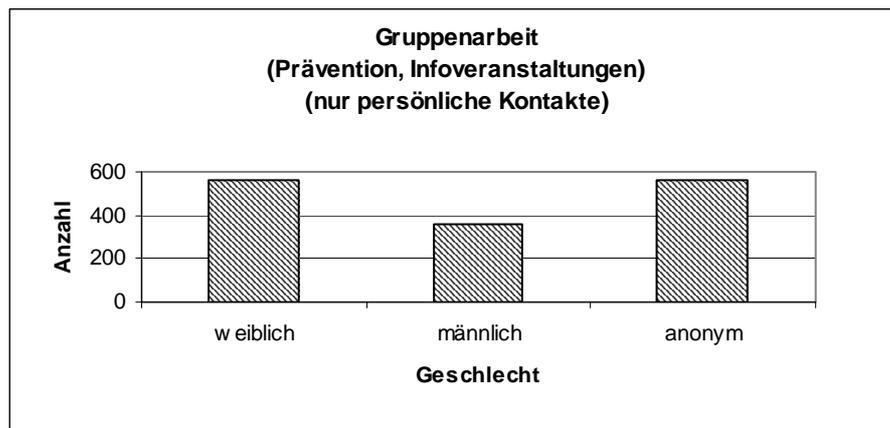


Abbildung 15: Beratung und Betreuung bei beruflichen und privaten Belastungen



**Abbildung 16:** Gruppenarbeit (Präventions- und Informationsveranstaltungen)

Auffallend ist, dass der Anteil der Frauen bei allen Angeboten über dem der Männer liegt. Wie auch die Abbildung 10 zeigt, sind die Differenzen besonders ausgeprägt bei den Informationen über Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten, der Beratung bei Belastungen und hinsichtlich der Teilnahme an Gruppenveranstaltungen.

Gering sind die Unterschiede bei sozial - rechtlichen Informationen. Der ebenfalls geringe Unterschied bei der Beratung Suchtkranker und Gefährdeter hat die unterschiedliche Häufigkeit vor allem bezüglich des Alkoholkonsums zwischen den Geschlechtern zu berücksichtigen. Wenn davon ausgegangen wird, dass Männer im Mittel wesentlich mehr Alkohol konsumieren, zeigen diese Zahlen, dass Frauen eher die Beratungsangebote annehmen als Männer. Der bei Frauen stärker ausgeprägte Missbrauch von psychotropen Medikamenten spielt in dieser Statistik eine untergeordnete Rolle, weil Medikamentenmissbrauch seltener zu Auffälligkeiten führt und meist kein Krankheitsbewusstsein entwickelt wird.

Besonders zu beachten ist auch die insgesamt seltene Nennung von Gewalterfahrungen als Beratungsgrund. Es wird angenommen, dass erlittene Gewalt als Beratungsgrund aus "Scham, Angst vor Verurteilungen oder unsensiblen Reaktionen" (MASCHEWSKY-SCHNEIDER, 2001, S.774) [23] von anderen Symptomen verdeckt wird, also in der Realität wesentlich häufiger auftreten dürfte.

Aus vorstehenden Darstellungen und Daten von Einrichtungen freier Träger, Selbsthilfeeinrichtungen und des Gesundheits- und Veterinärämtes werden Beobachtungen zum Gesundheitshandeln aus der Fachliteratur im Wesentlichen bestätigt. Frauen sind mehr um ihre Gesundheit bemüht und nehmen gesundheitsförderliche Angebote relativ häufiger an als Männer. Wie unter anderem der Beitrag zum Gewichtsreduktionskurs zeigt, sind Frauen z.T. anders motiviert als Männer; während Männer vorwiegend aus gesundheitlichen Gründen ihr Gewicht reduzieren wollen, spielen bei Frauen Aspekte der Verbesserung der körperlichen Attraktivität eine größere Rolle. Aus den Darstellungen lassen sich nur wenige Hinweise auf Unterschiede hinsichtlich der Beständigkeit der Motivation bzw. Teilnahmestabilität an

Gruppenkursen ableiten. Lediglich in den Entspannungskursen zeigte sich, dass zwar weniger Männer das Angebot annahmen, die Teilnahme der Frauen jedoch weniger stabil war und prozentual mehr Frauen den Kurs abbrechen als Männer, unabhängig davon, ob der Kurs von einer Frau oder einem Mann geleitet wurde.

Den einbezogenen Darstellungen wird weiterhin entnommen, dass ein Faktor für die häufigere Teilnahme an Beratungen und gesundheitsförderlichen Maßnahmen die Tatsache ist, dass die überwiegende Mehrzahl von Angeboten der Selbsthilfe sowie der Beratungs- und Betreuungseinrichtungen von weiblichem Personal vorgehalten wird. Diese Angebote sind damit für Frauen niedrigschwelliger als für Männer, besonders bei heikleren Themen.

Die - statistisch gesehen - intensivere Auseinandersetzung der Frauen mit Gesundheit und Krankheit ist z.T. ressourcenfördernd, sollte aber differenziert betrachtet werden. Die stärkere Nutzung medizinischer Angebote bei den Frauen kann wesentlich zur Früherkennung und intensiveren Behandlung von Erkrankungen führen und damit zur Erhöhung der Lebenserwartung beitragen. Umgekehrt kann die intensivere Beschäftigung mit Krankheit auch zu Beschwerdenfixiertheit, einem angstbesetzten Umgang mit der gesundheitlichen Zukunft und damit zu einer beeinträchtigten Lebensqualität führen. Bei Männern kann die geringere Auseinandersetzung mit Gesundheit/Krankheit zwar erhöhte Risiken mit sich bringen, das Gesundheitserleben kann durch geringere Beschwerdenfixierung besser sein. Vielleicht erklärt dies zum Teil das Paradox, dass Frauen bei 'harten' Kriterien (Lebenserwartung, Risikofaktorenstatus) eine eher günstigere gesundheitliche Situation als Männer haben, bei den subjektiven Indikatoren ( z.B. selbstberichteter Gesundheitszustand ) jedoch schlechter abschneiden als Männer. So kann der bei Frauen mit zunehmendem Alter stark ansteigende Medikamentenkonsum, vor allem psychotroper Medikamente, durchaus auch als Hinweis auf fehlende Ressourcen zur selbstbestimmten Krankheitsbewältigung angesehen werden.

Differenzierte wissenschaftliche Studien zu diesen und anderen Aspekten des Gesundheitshandelns bei Frauen und Männern sind unseres Erachtens wichtig für eine erfolgreiche geschlechterorientierte Gesundheitsförderung.

### 4.3 Behinderte Frauen und Männer in der Stadt Magdeburg

Es wird davon ausgegangen, dass in der Stadt Magdeburg zur Zeit über 30 000 Menschen leben, die aufgrund von körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen behindert sind.

Statistisch erfasst wurden jedoch im Jahr 2001 nur 20 031 Menschen, also alle Personen, bei denen ein Grad der Behinderung von 50 und mehr festgestellt wurde. Da nicht in jedem Fall ein Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderung im Landesamt für Versorgung und Soziales erfolgte, wird die tatsächliche Zahl schwerbehinderter Menschen höher sein.

Die statistische Erhebung der Schwerbehindertendaten wird alle 2 Jahre vom Statistischen Landesamt Sachsen-Anhalt durchgeführt, die letzte Erhebung erfolgte zum Stichtag 31.12.2001.

**Tabelle 25:** Schwerbehinderte im Regierungsbezirk Magdeburg

	1993	1995	1997	1999	2001
Schwerbehinderte insgesamt	72.340	83.325	83.336	80.765	82.803
darunter weibl. Schwerbehinderte insgesamt	35.644	41.254	41.593	40.151	41.288

(Quelle: Landeshauptstadt Magdeburg, Amt für Statistik/ Landesamt für Versorgung und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt - Stand 31.12. des Jahres)

**Tabelle 26:** Schwerbehinderte in der Stadt Magdeburg

	1993	1995	1997	1999	2001
Schwerbehinderte insgesamt	19.688	21.501	20.979	20.110	20.031
darunter weibl. Schwerbehinderte insgesamt	10.655	11.700	11.488	11.029	10.961

(Quelle: Landeshauptstadt Magdeburg, Amt für Statistik - Stand 31.12. des Jahres)

Die Tabelle 26 zeigt, dass in der Stadt Magdeburg der Anteil an schwerbehinderten Frauen von 1993-2001 leicht über dem Anteil an schwerbehinderten Männern lag. Im Jahr 2001 waren 10 961 (54,7 %) schwerbehinderte Frauen erfasst, die Zahl bei den männlichen Schwerbehinderten betrug 9070 (45,3 %).

Vergleicht man diese Tendenz mit den Zahlen des gesamten Regierungsbezirk Magdeburg (Tabelle 25), so waren im Regierungsbezirk von 1993-2001 etwas mehr Männer als Frauen schwerbehindert. Im Jahr 1999 waren im Regierungsbezirk Magdeburg 40 151 (49,7 %) schwerbehinderte Frauen und 40 614 (50,3 %) schwerbehinderte Männer statistisch erfasst.

Im Jahr 2001 waren es 41 288 (49,9 %) schwerbehinderte Frauen und 41 515 (50,1 %) schwerbehinderte Männer.

Ende des Jahres 2001 hatten 173 475 Menschen in Sachsen-Anhalt nach Angaben des Statistischen Landesamtes einen gültigen Schwerbehindertenausweis. Bezogen auf die Einwohner Sachsens-Anhalts hatte im Jahr 2001 etwa jeder 15. eine anerkannte Schwerbehinderung.

#### 4.3.1 Schwerbehinderte nach Altersgruppen in Magdeburg

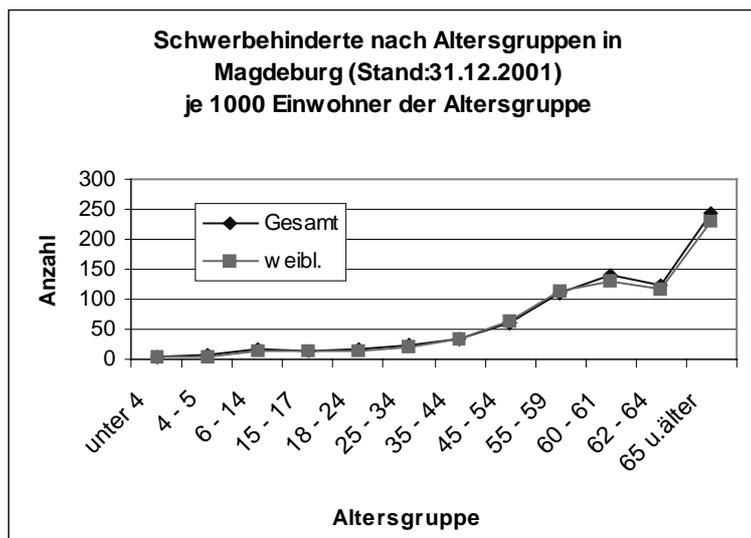
Für die eigene Lebensgeschichte sind die Ursache, die Art der Behinderung, die Prognose und das Alter beim Auftreten der Behinderung von Bedeutung.

**Tabelle 27:** Schwerbehinderte nach Altersgruppen in Magdeburg  
je 1000 Einwohner der Altersgruppe (Stand: 31.12.2001)

Alter in Jahren von...bis...unter	Schwerbehinderte je 1000 der Altersgruppe in der Bevölkerung	weibliche Schwerbehinderte je 1000 der Alters- u. Geschlechtsgruppe
unter 4	4	3
4 - 6	8	3
6 - 15	16	14
15 - 18	15	13
18 - 25	17	15
25 - 35	22	20
35 - 45	34	33
45 - 55	61	63
55 - 60	111	114
60 - 62	139	130
62 - 65	124	116
65 u. älter	242	231
<b>Insgesamt</b>	<b>87</b>	<b>92</b>

*(Quelle: Landeshauptstadt Magdeburg, Amt für Statistik)*

Mit zunehmendem Lebensalter steigt der Anteil schwerbehinderter Personen in der Bevölkerung. Geht man davon aus, dass insgesamt je 1000 Einwohner 87 Menschen schwerbehindert sind ( weibliche Schwerbehinderte insgesamt 92 je 1000 Einwohner), lässt sich erkennen, dass in den Altersklassen bis 55 Jahre die Zahl der schwerbehinderten Menschen je 1000 Einwohner unter diesem Durchschnittswert liegt. Ab der Altersgruppe 55 Jahre und älter liegt der Anteil der schwerbehinderten Menschen deutlich über dem Durchschnitt. Während der Anteil der schwerbehinderten Frauen in allen anderen Altersgruppen leicht unter dem Durchschnitt der jeweiligen Altersgruppe liegt, ist in den Gruppen der 45- bis unter 60 -jährigen Frauen der Anteil behinderter Frauen geringfügig höher als der Anteil der Männer dieser Altersgruppe.



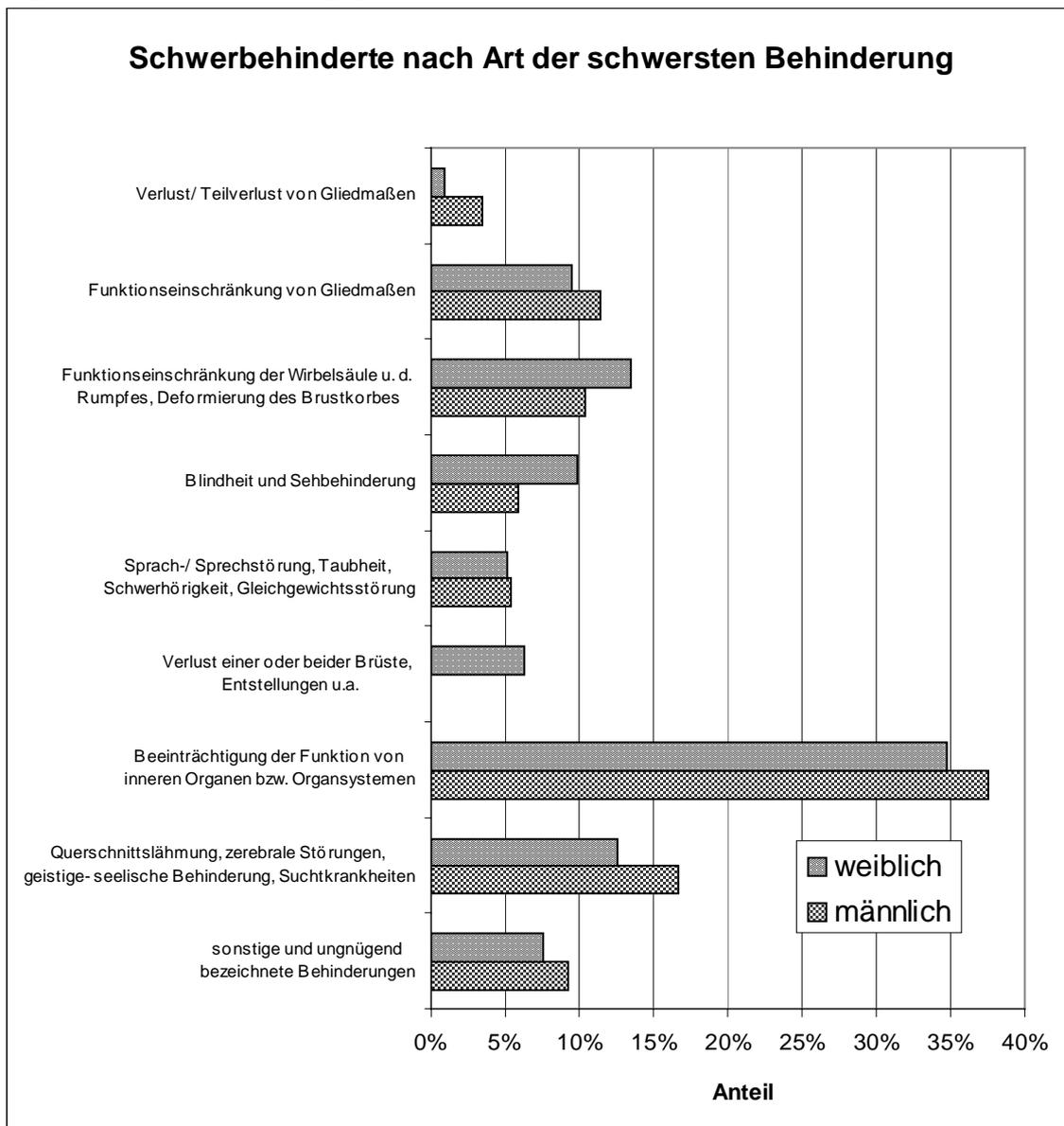
**Abbildung 17:** Schwerbehinderte nach Altersgruppen in Magdeburg je 1000 Einwohner der Altersgruppe(Stand:31.12.2001)

**Tabelle 28:** Schwerbehinderte nach Ursache der Behinderung (Stand 31.12.2001)

Ursache der schwersten Behinderung	2001 gesamt		davon männlich		davon weiblich	
	Anzahl	Anteil %	Anzahl	Anteil %	Anzahl	Anteil %
Angeborene Behinderung	867	4,3	489	5,4	378	3,4
Arbeitsunfall* Berufskrankheit	320	1,6	262	2,9	58	0,5
Verkehrsunfall	45	0,2	34	0,4	-	-
Häuslicher Unfall	5	-	-	-	-	-
Sonstiger oder nicht näher bezeichneter Unfall	96	0,5	63	0,7	33	0,3
Anerkannte Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung	484	2,4	459	5,1	25	0,2
Allgemeine Krankheit (einschl. Impfschaden)	18156	90,6	7733	85,3	10423	95,1
Sonstige, mehrere oder ungenau bezeichnete Ursachen	58	0,3	-	-	30	0,3
<b>insgesamt</b>	<b>20031</b>	<b>100</b>	<b>9070</b>	<b>100</b>	<b>10961</b>	<b>100</b>

\*einschl. Wege- und Betriebswegeunfall  
(Quelle: Landeshauptstadt Magdeburg, Amt für Statistik)

Die in der Tabelle 28 dargestellten Ursachen der schwersten Behinderung zeigen, dass die Gruppe der allgemeinen Krankheiten die häufigste Ursache für eine Schwerbehinderung sind. Von insgesamt 20 031 schwerbehinderten Menschen im Jahr 2001 war bei 18 156 (90,6 %) eine allgemeine Krankheit ursächlich. Davon waren 10 423 Frauen und 7733 Männer betroffen. Angeborene Behinderungen standen als Ursache mit 867 (4,3 %) schwerbehinderten Menschen an zweiter Stelle. Betroffen waren 378 Frauen und 489 Männer. Als seltenste Ursache für eine Schwerbehinderung wird der häusliche Unfall insgesamt 5 Betroffenen angegeben.



**Abbildung 18:** Schwerbehinderte nach Art der schwersten Behinderung  
 (Quelle: Landeshauptstadt Magdeburg, Amt für Statistik)

Die Beeinträchtigung der Funktion von inneren Organen bzw. Organ-systemen wird mit 36,1 % (7228 Schwerbehinderte, davon 3815 weiblich) als häufigste Art der schwersten Behinderung angegeben. An zweiter Stelle bei den Arten der Behinderung folgen Querschnittslähmung, zerebrale Störungen, geistige- seelische Behinderung, Suchtkrankheiten mit 14,4 % (2887 Schwerbehinderte, davon 1375 weiblich). Mit 2,0 % (408 Schwerbehinderte, davon 96 weiblich) steht der Verlust/ Teilverlust von Gliedmaßen an letzter Stelle bei den Arten der schwersten Behinderungen.

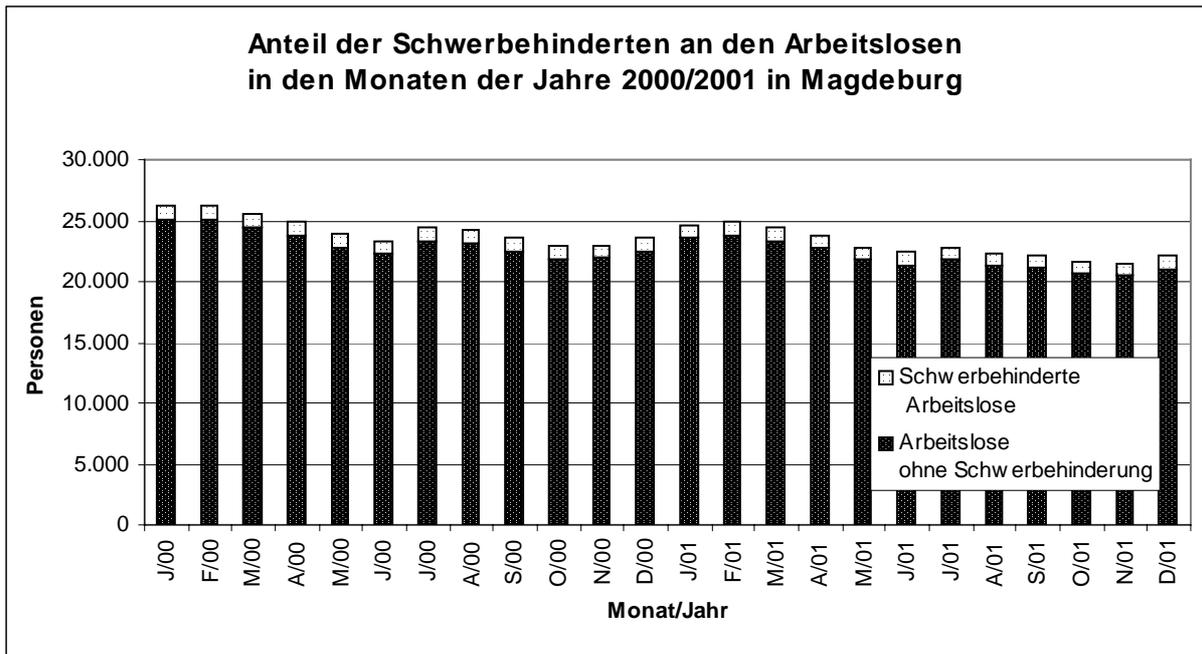
**Tabelle 29:** Arbeitslosigkeit behinderter Frauen und Männer in Magdeburg 2000 [38]

<b>Jahr 2000 Monat</b>	<b>Arbeitslose gesamt</b>	<b>dav. Frauen</b>	<b>Schwerbehinderte Arbeitslose</b>	<b>dav. Frauen</b>
Januar	26.190	12.746	1.145	511
Februar	26.167	12.613	1.143	521
März	25.498	12.191	1.143	530
April	24.887	11.851	1.109	509
Mai	23.919	11.436	1.084	501
Juni	23.346	11.199	1.073	482
Juli	24.362	11.812	1.090	493
August	24.255	11.745	1.088	493
September	23.562	11.488	1.084	489
Oktober	22.915	11.225	1.093	492
November	22.999	11.160	1.074	474
Dezember	23.591	11.286	1.089	479

**Tabelle 30:** Arbeitslosigkeit behinderter Frauen und Männer in Magdeburg 2001[39]

<b>Jahr 2001 Monat</b>	<b>Arbeitslose gesamt</b>	<b>dav. Frauen</b>	<b>Schwerbehinderte Arbeitslose</b>	<b>dav. Frauen</b>
Januar	24.655	11.582	1.119	488
Februar	24.848	11.588	1.118	497
März	24.356	11.284	1.088	466
April	23.781	10.961	1.076	462
Mai	22.832	10.661	1.047	449
Juni	22.378	10.503	1.038	438
Juli	22.770	10.802	1.035	447
August	22.293	10.640	1.014	439
September	22.212	10.632	1.019	440
Oktober	21.611	10.281	1.010	436
November	21.432	10.026	1.016	430
Dezember	22.069	10.158	1.038	454

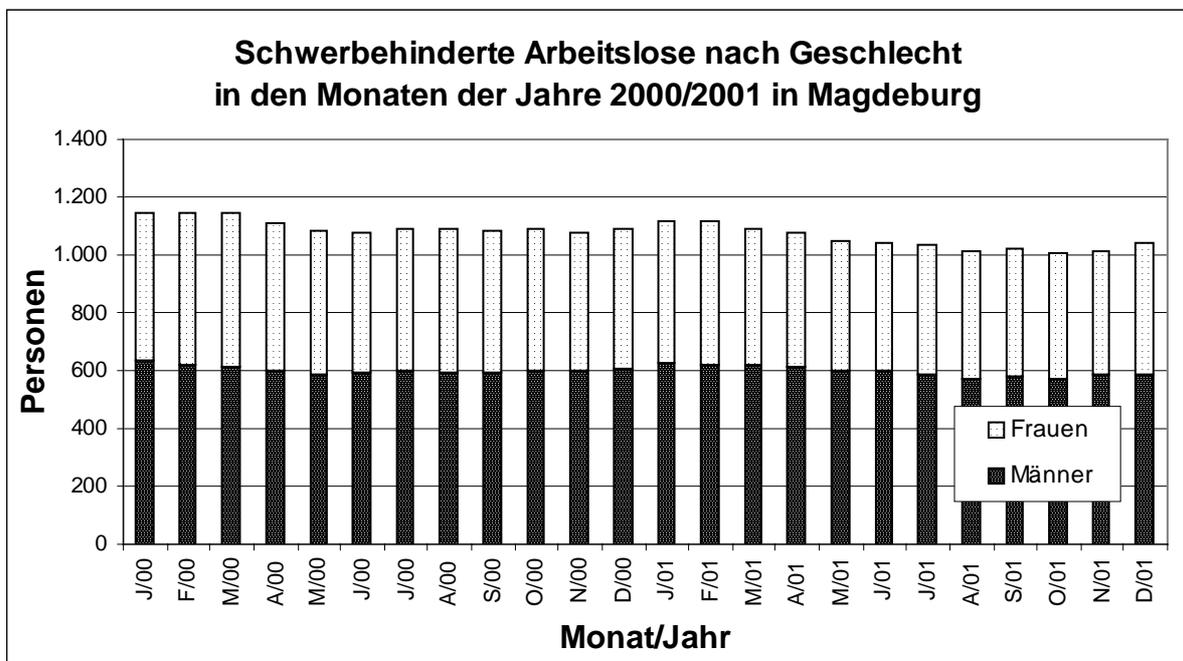
Die Tabellen 29 und 30 zeigen, dass in den Jahren 2000 und 2001 weniger Frauen als Männer arbeitslos gemeldet waren. Diese Tendenz zeigt sich auch bei den schwerbehinderten Frauen. Eine Ursache könnte das massive Wegbrechen der Arbeitsplätze im traditionellen Schwermaschinen- und Anlagenbau von Magdeburg sein, die vorrangig durch körperliche Arbeit geprägt und damit eine Männerdomäne waren. Da die Berufsbilder für Frauen seltener mit schwerer körperlicher Arbeit verbunden sind, ist bei Schaffung entsprechender Arbeitsbedingungen auch mit einer Behinderung eine Weiterbeschäftigung möglich.



**Abbildung 19:** Anteil der Schwerbehinderten an den Arbeitslosen in Magdeburg 2000/2001 [38] [39]

Im Jahr 2000 waren 4,53 % der Arbeitslosen in der Stadt Magdeburg schwerbehindert. Im Folgejahr blieb der Anteil der schwerbehinderten Arbeitslosen mit 4,58 % fast gleich.

Es ist anzunehmen, dass viele schwerbehinderte Menschen bereits berentet sind und deshalb im Arbeitsamt nicht mehr als arbeitssuchend erfasst werden.



**Abbildung 20:** Schwerbehinderte Arbeitslose nach Geschlecht in Magdeburg 2000/2001 [38] / [39]

Die Abbildung 20 zeigt den Anteil schwerbehinderter weiblicher Arbeitsloser im Vergleich zu den schwerbehinderten männlichen Arbeitslosen.

In Statistiken und Berichten sind Zahlen über die Anzahl schwerbehinderter Menschen, Angaben zur Erwerbstätigkeit, berufliche Maßnahmen bzw. vorhandenen Wohnraum für behinderte Menschen erfasst. Einen Überblick „Zur Situation behinderter Menschen in Magdeburg“ geben die Jahresberichte des Behindertenbeauftragten für die Jahre 2001 und 2000 [40]/[41].

Informationen zu individuellen Problemen bei der Lebensgestaltung und in den unterschiedlichen Altersgruppen behinderter Frauen (wie Partnerschaft, Schwangerschaft oder Kinderversorgung) in der Stadt Magdeburg wurden in Gesprächen in den Beratungseinrichtungen geäußert. Eine umfassende Untersuchung zur Lebenssituation von Frauen mit Behinderung in Magdeburg ist nicht bekannt.

Für das Land Sachsen-Anhalt wurde im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Frauen Gesundheit und Soziales der "Behindertenreport des Landes Sachsen-Anhalt 2001" erstellt. Dieser Bericht dokumentiert empirische Untersuchungen über die aktuellen Lebenssituationen von Menschen mit Behinderungen im Land.[42]

Auf Bundesebene und auf kommunaler Ebene sind vielfältige Beschlüsse gefasst worden, deren Umsetzung zur Verbesserung der Integration behinderter Menschen beitragen sollen.

Im Oktober 2000 wurde das Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen verabschiedet. Mit der Verabschiedung dieses Gesetzes ist für die Region die Zielstellung verbunden, in Sachsen-Anhalt ca. 8750 Schwerbehinderte, davon ca. 2100 über das Arbeitsamt Magdeburg auf dem ersten Arbeitsmarkt wieder einzugliedern. Der Integrationsfachdienst als gemeinsames Angebot des Arbeitsamtes und des Integrationsamtes vermittelt bzw. koordiniert die Anliegen der schwerbehinderten Arbeitssuchenden und die der Arbeitgeber.

Im Juli 2001 ist das SGB IX zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben in Kraft getreten. Im Rahmen dieses Gesetzes wurden örtliche Servicestellen der Rehabilitationsträger eingerichtet, die behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen umfassende Beratung und Unterstützung anbieten.

Das Bundeskabinett hat im November 2001 das Gleichstellungsgesetz für behinderte Menschen beschlossen. Im März 2002 ist es im Bundesrat gebilligt worden. Hauptziel ist die Barrierefreiheit in Verkehrsbereichen, also Bahn-, Luft- und Nahverkehr, die Zugänglichkeit von Bildungseinrichtungen, umfassende Nutzung elektronischer Medien für blinde oder sehbehinderte Menschen, die Anerkennung der Gebärdensprache sowie die barrierefreie Teilnahme an den Wahlen.

Ein weiteres Ziel des Gesetzes ist die Gleichstellung behinderter Frauen.

Im Mai 2001 trat die neugefasste Bauordnung des Landes Sachsen-Anhalt in Kraft. Sie beinhaltet unter anderem Regelungen für barrierefreies Bauen.

In Magdeburg erscheint seit 1994 alle zwei Jahre ein "Stadtführer für Behinderte", der behinderten Menschen aktuelle Informations- und Orientierungshilfen bietet.

Von 1992-1994 arbeitete in Magdeburg ein ehrenamtlicher Behindertenbeirat. Im Jahr 1996 hat die Stadt eine Stelle für einen hauptamtlichen Behindertenbeauftragten eingerichtet.

Seit 1999 gibt es eine Arbeitsgruppe "Behinderte in Magdeburg" in der sich Frauen und Männer die von einer Behinderung betroffen sind, Mitarbeiter von Selbsthilfeeinrichtungen, Vereinen und Verbänden sowie Mitarbeiter aus verschiedenen Verwaltungsbereichen aktiv für die Weiterentwicklung der Lebensbedingungen behinderter Menschen engagieren.

Zur Schaffung gleicher Lebensbedingungen und -chancen und zur weiteren Integration behinderter Menschen in die Gemeinschaft hat die Landeshauptstadt Magdeburg im Oktober 2001 "Leitlinien zur kommunalen Behindertenpolitik beschlossen. Die Ziele dieser Leitlinie sind:

- Gleichstellung
- Selbstbestimmung
- Barrierefreiheit
- Integration
- Vorrang der ambulanten vor stationären Angeboten
- Förderung von Selbsthilfe und Ehrenamt
- besondere Förderung behinderter Frauen und Mädchen

Die behinderten Menschen, freien Träger, Vereine, Verbände, Selbsthilfegruppen sowie die Landeshauptstadt Magdeburg sind seit Jahren bestrebt, die gesellschaftliche Integration behinderter Menschen zu intensivieren.

Bei der Vielschichtigkeit der zu bewältigenden Problemen wird es immer ein Kompromiss zwischen individuellen Anforderungen und gemeinschaftlichen Interessen geben müssen.

#### ***4.4 Bösartige Neubildungen bei Frauen im Vergleich zu Männern***

Die Zahl der jährlichen **Neuerkrankungen an Krebs** in Deutschland wird auf 173 400 Fälle bei Frauen und 164 900 Fälle bei Männern geschätzt. Das mittlere Erkrankungsalter liegt für Männer bei ca. 65,6 und für Frauen bei 67,2 Jahren.

Um exakte Aussagen zur Morbidität (Erkrankungshäufigkeit) treffen zu können, sind bevölkerungsbezogene (epidemiologische) Krebsregister unerlässlich.

Es muss jedoch von Schätzungen ausgegangen werden, da trotz des vom Bundestag beschlossenen Krebsregistergesetzes vom 04. November 1994 noch keine Vollständigkeit in der Erfassung von Krebserkrankungsfällen in Deutschland erreicht werden konnte.

Im Gesundheitsbericht Sachsen- Anhalt 2000 kann man auf Seite 84 nachlesen, dass das bevölkerungsbezogene Krebsregister der neuen Länder für Sachsen-Anhalt infolge erheblicher Meldedefizite nur einen Erfassungsgrad von weniger als zwei Dritteln aufweist. Daher können auch in Sachsen-Anhalt keine gesicherten epidemiologischen Aussagen zum Morbiditätsgeschehen angegeben werden.[44]

Den Schätzungen des Gemeinsamen Krebsregisters zufolge waren in Sachsen-Anhalt 1996 insgesamt 12 154 Neuerkrankungen an Krebs zu erwarten, wobei jedoch nur 7662 Fälle gemeldet wurden.

Wenn man Statistiken, wissenschaftliche Untersuchungen und Berichte zum Thema "Krebs in Deutschland" vergleicht, fallen geschlechtsspezifische Unterschiede in der Morbidität bei bestimmten Krebserkrankungen auf. Frauen haben höhere Fallzahlen als Männer. Diese Erscheinung wird durch den Überhang der weiblichen Bevölkerung in den hohen Altersgruppen, in denen die Neubildungen besonders häufig auftreten, erklärt.

In Deutschland ist der Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung bei Frauen mit ca. 26 % aller Krebsneuerkrankungen und ca. 18 % aller Krebstodesfälle. [45]

Auch die Krebserkrankungen des Gebärmutterkörpers gehören mit einem Anteil von ca. 6 % an allen bösartigen Neubildungen zu den häufigsten Krebslokalisationen bei Frauen.

Nicht nur die Betrachtung der unterschiedlichen Häufigkeit von Krebserkrankungen bei Frauen und Männer ist bedeutsam, sondern auch die mittel- und langfristige Veränderung der Relationen. So ist die auf Veränderungen der Lebensweise zurückzuführende zunehmende Häufigkeit von bösartigen Neubildungen des Atemtraktes bei Frauen bei gleichzeitiger Stagnation bei den Männern ein bedeutsamer Anlass zum Nachdenken über präventive Maßnahmen.

Um Aussagen zur gesundheitlichen Lage von Frauen und Männern in Sachsen-Anhalt und Magdeburg bezüglich des Auftretens von Krebserkrankungen treffen zu können, ist es notwendig, die statistischen Daten zur Erfassung der Gestorbenen nach Todesursache und Geschlecht zu betrachten, wobei Zahlen der amtlichen Mortalitätsstatistik des statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt [9] und [10] sowie der Magdeburger Statistischen Blätter [37] und [38] zugrunde gelegt werden.

Auf der 1. Landesgesundheitskonferenz vom 26. März 1998 wurde das Gesundheitsziel: "Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit an Krebs auf Bundesdurchschnitt" für das Land Sachsen-Anhalt verabschiedet.

Die Situation 1998 war für das Land Sachsen-Anhalt gekennzeichnet durch

- eine Mortalität, die besonders bei Männern über dem Bundesdurchschnitt lag
- einen ausgeprägten abnehmenden (sinkenden) Trend im Vergleich zum Jahr 1993.

Bezüglich der vorzeitigen Mortalität war bei Frauen 1998 der Bundesdurchschnitt fast erreicht. Die folgende Tabelle zeigt einen Vergleich der Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt zum Bundesdurchschnitt. (Referenzwert Bundesdurchschnitt = 1,0)

**Tabelle 31:** Entwicklung der Krebssterblichkeit in Sachsen- Anhalt [44]

Jahr	Sterblichkeit aller Altersgruppen		Vorzeitige Sterblichkeit	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1993	1,12	1,08	1,19	1,07
1996	1,15	1,01	1,15	0,99
1998	1,07	1,00	1,08	1,01

In der Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen-Anhalt 2000 kann man nachlesen, dass 1998 bei 26 Prozent aller männlichen und 22 Prozent aller weiblichen Sterbefälle in Sachsen-Anhalt die Todesursache *Krebs* gestellt wurde.

Für die Stadt Magdeburg sind es 29 Prozent aller männlichen und 24 Prozent aller weiblichen Sterbefälle. Die prozentualen Angaben beziehen sich auf den Gesundheitsbericht der Landeshauptstadt Magdeburg von 1998.

Die folgende Tabelle stellt die Alters- und Geschlechtsstruktur der im **Jahr 1999** an bösartigen Neubildungen in Magdeburg Verstorbenen dar:

**Tabelle 32:** Sterbefälle 1999 an bösartigen Neubildungen nach Geschlecht in Magdeburg (Anzahl) [46]

Pos.Nr. ICD-10	Todesursache			Davon nach Altersgruppen von...bis unter...Jahren	
				m w z	Gestorbene insgesamt
C00- C97	Bösartige Neubildungen	m	365	141	224
		w	317	81	236
		z	682	222	460
C15- C26	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	m	136	49	87
		w	126	19	107
		z	262	68	194
C30- C39	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe	m	99	44	55
		w	32	13	19
		z	131	57	74
C50	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	m	-	-	-
		w	38	13	25
		z	38	13	25
C51-C58	Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane	m	-	-	-
		w	41	17	24
		z	41	17	24
C60- C63	Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane	m	24	3	21
		w	-	-	-
		z	24	3	21
C64- C68	Bösartige Neubildungen der Harnorgane	m	26	8	18
		w	22	3	19
		z	48	11	37
C81- C96	Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	m	30	13	17
		w	24	7	17
		z	54	20	34
ohne Angaben		m	50	24	26
		w	34	9	25
		z	84	33	51

Es starben 1999 an bösartigen Neubildungen in Magdeburg 365 Männer und 317 Frauen.

Auf die Darstellung der Sterbefälle an bösartigen Neubildungen der Positions-Nummern C 43-C44 (Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut) wurde aus Gründen der statistischen Geheimhaltung wegen Geringfügigkeit verzichtet.

Die Fallzahlen wurden unter der Rubrik "ohne Angaben" hinzugefügt.

Es wird festgestellt, dass in den hohen Altersgruppen bei Frauen wie bei Männern die Zahl der Gestorbenen an bösartigen Neubildungen naturgemäß am häufigsten ist. Von allen an Krebs Gestorbenen ist der Anteil der unter 65-jährigen (vorzeitige Sterberate) bei Männern 39 % und bei Frauen 26 %. Die folgenden Tabelle zeigt die Alters- und Geschlechtsstruktur der im **Jahr 2000** an bösartigen Neubildungen in Magdeburg Verstorbenen.

**Tabelle 33:** Sterbefälle 2000 an bösartigen Neubildungen nach Geschlecht in Magdeburg (Anzahl) [9]

Pos.Nr. ICD-10	Todesursache		Gestorbene insgesamt	Davon nach Altersgruppen von...bis unter...Jahren	
				1 - 65	65 und älter
		m w z			
C00- C97	Bösartige Neubildungen	m w z	350 339 689	136 86 222	214 253 467
C15- C26	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	m w z	116 116 232	44 18 62	72 98 170
C30- C39	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe	m w z	107 43 150	45 16 61	62 27 89
C50	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	m w z	- 50 50	- 18 18	- 32 32
C51-C58	Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane	m w z	- 48 48	- 17 17	- 31 31
C64- C68	Bösartige Neubildungen der Harnorgane	m w z	34 14 48	13 2 15	21 12 33
C81- C96	Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	m w z	24 26 50	6 6 12	18 20 38
ohne Angaben		m w z	69 42 111	28 9 37	41 33 74

Es starben im Jahr 2000 an bösartigen Neubildungen in Magdeburg 350 Männer und 339 Frauen.

Geringfügige Fallzahlen wurden der Rubrik "ohne Angaben" hinzugefügt. Im Vergleich zur Tabelle des Jahres 1999 (Tabelle 32: Sterbefälle 1999 an bösartigen Neubildungen nach Geschlecht in Magdeburg) ist zu ersehen, dass die Sterbefälle an bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane bei den Frauen um 34 % zugenommen haben.

Von allen an Krebs Gestorbenen ist der Anteil der unter 65-jährigen (vorzeitige Sterberate) bei Männern 39 % und bei Frauen 25 % und hat sich zum Vorjahr fast nicht verändert.

Die folgenden Tabelle zeigt die für das **Jahr 2001** an bösartigen Neubildungen in Magdeburg Verstorbener nach Geschlecht und Altersgruppe:

**Tabelle 34:** Sterbefälle 2001 an bösartigen Neubildungen nach Geschlecht in Magdeburg (Anzahl) [10]

Pos.Nr. ICD-10	Todesursache		Gestorbene insgesamt	Davon nach Altersgruppen von...bis unter...Jahren	
				1 - 65	65 und älter
		m w z			
C00- C97	Bösartige Neubildungen	m w z	344 317 661	108 69 177	236 248 484
C15- C26	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	m w z	114 106 220	36 19 55	78 87 165
C30- C39	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe	m w z	89 35 124	28 6 34	61 29 90
C50	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	m w z	- 45 45	- 12 12	- 33 33
C51-C58	Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane	m w z	- 46 46	- 13 13	- 33 33
C60- C63	Bösartige Neubildungen der der männlichen Genitalorgane	m w z	35 - 35	4 - 4	31 - 31
C64- C68	Bösartige Neubildungen der Harnorgane	m w z	32 9 41	6 - 6	26 9 35
C81- C96	Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	m w z	27 27 54	13 7 20	14 20 34
ohne Angaben		m w z	47 49 96	21 12 33	26 37 63

Auch hier wurden geringfügige Fallzahlen der Rubrik „ohne Angaben“ zugeordnet.

Betrachtet man die Todesursache entsprechend den Krebsformen, so kann man feststellen, dass in der Stadt Magdeburg bei den Männern und Frauen die bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane an erster Stelle stehen.

Bei der vorzeitigen Sterberate folgen bei den Männern nach den Verdauungsorganen die Atmungsorgane. Bei den Frauen sind die Lokalisationen Atmungsorgane, Brustdrüse und Genitalorgane mit etwa gleichem Anteil vertreten. Bei weiteren Todesursachen unterscheiden sich Frauen und Männer nicht wesentlich bzw. können auf Grund der geringen Fallzahlen für die Stadt Magdeburg nicht verifiziert werden.

Die Differenzierung nach Todesursache in % für das Jahr 2001 kann der folgenden Tabelle entnommen werden:

**Tabelle 35:** Anteile der Lokalisationen an den Krebs-Sterbefällen 2001 in Magdeburg [10]

Todesursache	unter 65 Jahre vorzeitige Sterberate in %			über 65 Jahre in %			insgesamt in %		
	m	w	z	m	w	z	m	w	z
<b>Basiszahl für 100%: Absolute Anzahl =</b>	<b>108</b>	<b>69</b>	<b>177</b>	<b>236</b>	<b>248</b>	<b>484</b>	<b>344</b>	<b>317</b>	<b>661</b>
Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	33	28	31	33	35	34	33	33	33
Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe	26	9	19	26	12	19	26	11	19
Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	-	17	7	-	13	7	-	14	7
Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane	-	19	7	-	13	7	-	15	7
Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane	4	-	2	13	-	6	10	-	5
Bösartige Neubildungen der Harnorgane	6	-	3	11	4	7	9	3	6
Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	12	10	11	6	8	7	8	9	8
ohne Angaben	19	17	19	11	15	13	14	15	15

Diese Tabelle zeigt in Übereinstimmung mit veröffentlichten Statistiken und wissenschaftlichen Untersuchungen zum Thema Krebs geschlechtsspezifische Unterschiede in der Mortalität bei bestimmten Krebserkrankungen. Während sich geschlechtsspezifische Vergleiche bei den bösartigen Neubildungen der Genitalorgane und der weiblichen Brustdrüse verbieten,

sollten in zunehmendem Maße die am häufigsten auftretenden Gruppen von Krebstodesfällen genauer analysiert werden und im Rahmen der **Vorsorge und Früherkennung** besondere Berücksichtigung finden.

Früherkennung von Krebs ist ein wesentlicher Faktor für die Einleitung wirksamer Therapiemaßnahmen und ausschlaggebend für bessere Heilungschancen.

Ein gutes Krebsfrüherkennungsprogramm kann die vorzeitige Sterblichkeit an Krebs wirksam beeinflussen. Im SGB V, § 25 (2) wurden gesetzlich Gesundheitsuntersuchungen zur Krebsfrüherkennung für Frauen und Männer in bestimmten risikoreichen Altersabschnitten festgelegt.

Die Inanspruchnahme der Untersuchungsangebote kann durch die ärztliche Abrechnung ermittelt werden. Wie der Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen-Anhalt 2000 [44] (Seite 117) zu entnehmen ist, haben Frauen in Sachsen-Anhalt 1998 die Früherkennungsuntersuchungen ab 20 Jahre mit einer Beteiligungsquote von 42 Prozent am häufigsten in Anspruch genommen. Männer dagegen blieben mit einer Beteiligungsquote von 6,4 Prozent deutlich hinter den Vergleichswerten der Frauen zurück. Diese großen Unterschiede geben Anlass, verstärkt über eine gezielte Aufklärungsarbeit in der Öffentlichkeit nachzudenken und eventuell durch ein Bonussystem Anreize zu schaffen, die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zu verbessern.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, die vorzeitige Sterblichkeit an Krebs, besonders an Lungenkrebs zu senken, ist die Förderung des Nichtrauchens bzw. die deutliche Senkung des Zigarettenkonsums. Es rauchen beispielsweise 32 Prozent der Frauen mit Hauptschulabschluss, aber nur 18 Prozent der Frauen mit Hochschulabschluss.[47]

Besondere zielgruppenbezogene Aufklärungsmaßnahmen und geeignete Angebote zu Möglichkeiten der Raucherentwöhnung sollten verstärkt der Öffentlichkeit angeboten werden.

Wie wichtig nach wie vor Bemühungen auf diesem Gebiet sind, zeigt die Entwicklung des Anteils der an Lungenkrebs verstorbenen Personen im Alter unter 65 Jahren an allen an Krebs Verstorbenen in Magdeburg im Zeitraum zwischen 1991 und 1998:

**Tabelle 36:** Verstorbene an Lungenkrebs in Magdeburg unter 65 Jahren 1991 bis 1998

	<b>1991 in %</b>	<b>1995 in %</b>	<b>1998 in %</b>
Männer	4,8	7,3	9,7
Frauen	1,7	3,6	4,6
gesamt	3,6	6,2	8,2

(Zahlen beziehen sich auf Auswertung der im Ges.-u. Veterinäramt Magdeburg vorliegenden Totenscheine der Stadt Magdeburg)

Diese Zahlen zeigen eindeutig den negativen Trend zur Zunahme des Anteils der Frauen an der vorzeitigen Sterblichkeit bei Lungenkrebs.

Auch den geschätzten Neuerkrankungszahlen des Diagnosejahres 1998 in Deutschland zufolge, gehört der Lungenkrebs bei den Frauen mit jährlich etwa 8.900 Neuerkrankungen zu den sechs häufigsten Krebsformen. Bei den Männern mit etwa 27.900 Neuerkrankungen jährlich ist der Lungenkrebs die zweithäufigste Krebserkrankung. Hauptrisikofaktor ist bei den Männern mit 90% und bei den Frauen mit 60% das seit langem benannte aktive Rauchen.[45]

Der Trend zeigt in Deutschland bei den Männern seit etwa 20 Jahren eine nahezu konstante Inzidenz mit beginnender Rückläufigkeit. Bei den Frauen steigt die Inzidenz mit einer jährlichen Zuwachsrate von etwa 3% an. Das bedeutet, dass in Hinblick auf die Förderung des Nichtrauchens noch wesentliches zu tun ist. Insbesondere junge Leute sollten gestärkt werden, gar nicht erst mit dem Rauchen zu beginnen. Auch sollten besonders Frauen mit niedriger Schulbildung und unterem Sozialstatus angesprochen werden. [37]

Aus Sicht des Gesundheits- und Veterinärarnamtes Magdeburg ist es notwendig, eine deutliche Minderung des Anteils der Raucher in der Bevölkerung Magdeburgs zu erreichen, um chronischen und insbesondere Krebserkrankungen vorzubeugen.

Das Gesundheits- und Veterinärarnamt Magdeburg bietet im Rahmen der Beratungsleistungen für chronisch Kranke, Krebskranke und Behinderte auch Beratung für Raucher mit folgenden Leistungen an:

- individuelle Einzelberatung von Rauchern und deren Angehörige
- Raucherentwöhnungskurs der BZgA  
“Eine Chance für Raucher - Rauchfrei in 10 Schritten”
- Aktionstage zum Thema “Rauchen”
- Präventionsveranstaltungen für Schulen und Einrichtungen
- systemische Beratung für Familien zum Thema „Rauchen“.

## ***4.5 Migration und Gesundheit bei ausländischen Frauen***

### **4.5.1 Schwerpunkte der Migration**

Migration - vielfältige Anforderungen und Belastungen

Die Anforderungen unserer Gesellschaft an Mobilität und Flexibilität erfordern immer wieder ein hohes Maß an Anpassungsleistung an veränderte soziale Lebenszusammenhänge. Dabei bedeutet Migration eine besonders eingreifende Veränderung.

Zugänge zu medizinischen Leistungen und Behandlungsmöglichkeiten sind abhängig vom jeweiligen Aufenthaltsstatus. Dieser ist bei Asylbewerbern und Kriegsflüchtlingen mit Einschränkungen in der Finanzierung von Behandlungsmöglichkeiten verbunden. Es "spielen Abschiebeängste, Bedrohung des Aufenthaltsstatus etc. bei Gesundheitsstörungen, Inanspruchnahme von Hilfen und Krankheitsverläufen der Migranten oft eine wesentliche Rolle." [51]

Sozioökonomische und kulturelle Bedingungen haben die Entwicklung der ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürger in ihrem Heimatland geprägt und haben auch im Gastland bedeutsamen Einfluss auf ihre Lebensgestaltung, eröffnen oder begrenzen ihre Möglichkeiten, soziale Einrichtungen zu nutzen. Missglückte Integrationsbemühungen und fehlende Ressourcen führen zu verstärkten psychosozialen Belastungen mit Auswirkungen auf den Gesundheitszustand und mögliche Krankheitssymptome.

Der Zugang zu Hilfemöglichkeiten ist erschwert, wenn die Struktur der sozialen und Gesundheitseinrichtungen im Aufnahmeland nicht ausreichend bekannt ist.

Zu beachten sind auch frauenspezifische Belastungen bedingt durch die traditionelle Rolle der Frau in Familie und Gesellschaft im jeweiligen Kulturkreis des Heimatlandes.

So kann im Aufnahmeland der Zugang zu medizinischer Versorgung für Frauen erschwert sein, wenn sie an häusliche Aufgaben und die Betreuung und Erziehung ihrer Kinder gebunden sind und Unterstützung durch eine traditionelle Frauengemeinschaft hier nicht zur Verfügung steht.

#### ***4.5.1.1 Sprachbarriere***

Insbesondere Sprachkenntnisse und kulturelle Kompetenzen haben einen wesentlichen Einfluss auf wechselseitige Integrationsleistungen und gegenseitige Annäherung von Menschen verschiedener Nationalitäten. Sprachliche Verständigungsprobleme stellen ein bedeutsames Hindernis für den Zugang zu bedarfsgerechter medizinischer Behandlung dar. Dies wirkt sich auch im Bereich der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung aus. Dieses Problem wird zusätzlich verstärkt für Frauen aus traditionell patriarchalen Kulturen. Das starke Eingebundensein in familiäre Aufgaben erschwert diesen Frauen, mögliche Zugänge zum Erwerb der deutschen Sprache für sich zu nutzen.

So kann es z.B. sein, dass die Frau zur gesundheitlichen Beratung gemeinsam mit dem Ehemann kommt, der auch die Gesprächsführung übernimmt, so dass die Frau kaum eine Möglichkeit hat, sich selbst zu äußern.

Bei Übersetzungen durch Familienangehörige erfolgt häufig eine Filterung der Darlegungen der Frau durch die Sichtweise des Übersetzers. Wenn dadurch wichtige Krankheitssymptome nicht zur Sprache kommen, kann dies schwerwiegende Auswirkungen in Diagnostik und Therapie haben. Dieses Problem kann natürlich ebenso für einen männlichen Patienten entstehen, wenn ein Familienmitglied als Dolmetscher fungiert.

Der Einsatz von Dolmetschern im Gesundheitsbereich ist auch deshalb als problematisch einzuschätzen, da das Vertrauensverhältnis beeinträchtigt wird.

Bei unzureichenden Sprachkompetenzen wird jedoch ein professioneller Dolmetscher notwendig und sehr hilfreich sein, um den Zugang zur benötigten medizinischen Versorgung zu erleichtern.

Die günstigste und wünschenswerte Variante ist das Gespräch in der Muttersprache der Migrantin, und natürlich ebenso des Migranten, zumindest wenn und solange die Sprache des Aufnahmelandes nicht ausreichend gelernt werden konnte.

#### ***4.5.1.2 Schwersttraumatisierte Flüchtlinge aus Kriegsgebieten***

Besonderen gesundheitlichen Belastungen sind schwersttraumatisierte Flüchtlinge, die an Folgen von Folter und Misshandlungen leiden, ausgesetzt. Sie benötigen eine psychosomatische und psychiatrische/ psychotherapeutische Versorgung, die ihren Leiden gerecht wird.

Etwa 25 % der in Deutschland lebenden Asylsuchenden und Flüchtlingen aus Kriegsgebieten waren in ihren Heimatländern schlimmsten körperlichen und seelischen Folterungen unterworfen.

Familiäre Beziehungen, die Nähe und Geborgenheit verleihen und für den Heilungsprozess von Bedeutung sind, stehen ihnen im Aufnahmeland oft nicht zur Verfügung.

#### ***4.5.1.3 Schwangerschaften und Geburten bei ausländischen Frauen***

Aussagekräftige Studien zeigen bei Migrantinnen gegenüber deutschen Frauen Unterschiede im Verlauf von Schwangerschaften und Geburten. "Am deutlichsten sind diese Unterschiede bei türkischen Frauen. Zudem korrelieren Risiken mit der sozialen Schichtung. Dies beginnt bereits mit höheren Defiziten und Bedarf an Familienplanung und einer wesentlich höheren anamnestischen Belastung ausländischer Schwangerer, z.B. an Aborten und fetoinfantilen Todesfällen." [51]

"Bei ausländischen Kindern liegt die Rate der Totgeborenen immer noch höher als bei deutschen. Von 1000 Kindern wurden 1993 4,2 ausländische und 2,9 deutsche Kinder tot geboren. Die Säuglingssterblichkeit wie die perinatale Sterblichkeit ausländischer Kinder hat sich in den letzten Jahren erfreulicherweise verringert und weitgehend dem Stand der deutschen Kinder angenähert. " [52]

## 4.5.2 Zur gesundheitlichen und sozialen Situation von Migrantinnen und Migranten im Stadtgebiet von Magdeburg

### 4.5.2.1 Anteil ausländischer Bevölkerung in der Stadt Magdeburg im Vergleich mit anderen Städten

Nach "Magdeburger Statistische Blätter des Amtes für Statistik, Statistisches Jahrbuch, Das Jahr 1999 in Zahlen" [48], lebten am 31.12.1999 in der Stadt Magdeburg insgesamt 6563 ausländische Bürgerinnen und Bürger (mit Hauptwohnsitz in Magdeburg), davon waren 2479 Ausländerinnen und 4084 Ausländer.

Ein Jahr später, am 31.12.2000, lebten in der Stadt Magdeburg nach "Magdeburger Statistische Blätter des Amtes für Statistik, Statistisches Jahrbuch, Das Jahr 2000 in Zahlen" [4], insgesamt 6441 ausländische Bürgerinnen und Bürger (mit Hauptwohnsitz in Magdeburg), davon waren 2597 Ausländerinnen und 3844 Ausländer.

**Tabelle 37:** Ausländerinnen und Ausländer in Magdeburg

Jahr	ausländische Bürgerinnen und Bürger	Ausländerinnen	Ausländer	Ausländerinnen Anteil in %
31.12.1999	6563	2479	4084	38
31.12.2000	6441	2597	3844	40
31.12.2001	6668	2763	3905	41

Gegenüber dem Vorjahr hat im Jahr 2000 die Zahl der Ausländer in Magdeburg leicht abgenommen. Weiterhin überwiegt der deutlich höhere Anteil der Männer gegenüber Frauen, wobei sich jedoch im Jahr 2000 die Zahl der Ausländerinnen in der Stadt leicht erhöht hat.

Im darauffolgenden Jahr 2001 ist per 31.12.2001 mit insgesamt 6668 ausländischen Bürgern eine leichte Zunahme des Anteils ausländischer Bevölkerung zu verzeichnen, davon waren 2763 Ausländerinnen und 3905 Ausländer. Damit hat sich der Anteil der Ausländerinnen nochmals leicht erhöht. [1]

Der Anteil der ausländischen Bevölkerung in der Landeshauptstadt liegt mit 2,7 % in 1998 deutlich über dem Landesdurchschnitt Sachsen-Anhalt und dem Durchschnitt in allen Landkreisen. Im Land Sachsen-Anhalt ist die ausländische Bevölkerung hauptsächlich in den Großstädten konzentriert. [44]

Im Vergleich mit anderen Großstädten der Bundesrepublik ist jedoch der Anteil ausländischer Bevölkerung gering.

"Die zahlenmäßig meisten Ausländer lebten 1997 in Berlin (ca. 440.000). Damit erreichten sie einen Anteil von 13,0 % an der Gesamtbevölkerung. In Hamburg lag der Ausländeranteil im gleichen Jahr bei 16 %. Den weitaus größten Ausländeranteil an der Gesamtbevölkerung hatten 1997 die Großstädte Frankfurt/Main mit 29,5 % und Stuttgart mit 24,0 %" [36].

In der Landeshauptstadt lebten im Jahr 2000 überwiegend ausländische Bürgerinnen und Bürger aus dem ehemaligen Jugoslawien (12,2 %), Vietnam (8,4 %) und der Türkei (5,3 %) [5].

Im Jahr 2001 waren die prozentualen Anteile ausländischer Bevölkerung aus diesen Nationalitäten nur wenig verändert. Bürger aus dem ehemaligen Jugoslawien (11,3 %), Vietnam (9,0 %) und der Türkei (4,9 %) hatten ebenfalls den größten Anteil. [1]

Ein geringer Anteil ausländischer Bevölkerung lässt nicht unbedingt auf geringe Probleme schließen, die für diese Bevölkerungsgruppe auftreten sowie ein höherer Anteil nicht generell mehr Probleme bedeuten muss. So wird sich bei einem höheren Anteil von Migrantinnen und Migranten in der Bevölkerung gesundheitsbezogen positiv auswirken können, dass dann auch ein höherer Anteil medizinischer Fachkräfte unter ihnen vertreten ist. Für die Bedürfnisse der jeweiligen Migranten und Migrantinnen dieser Nationalität kann diese muttersprachliche Fachkompetenz sehr hilfreich eingesetzt werden.

Insbesondere psychosoziale Betreuung und Psychotherapie sollte muttersprachlich erfolgen.

In dieser Hinsicht benötigt besonders die Gruppe der schwerstraumatisierten Migrantinnen und Migranten therapeutische Angebote.

Ein geringerer Anteil an ausländischen Bürgerinnen und Bürgern wird diesbezüglich eher mit Problemen verbunden sein, wenn das gesundheitliche Versorgungssystem kaum auf die Bedürfnisse der Migranten und Migrantinnen eingestellt ist. Andererseits gibt es Erfahrungen, dass ausländische Ärzte / Ärztinnen in eigener Niederlassung von der einheimischen Bevölkerung wenig angenommen werden, wenn andere Nationalitäten den Stellenwert von Ausnahme bedeuten.

Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger erhalten Krankenhilfe durch Behandlungsscheine vom Sozialamt der Stadt Magdeburg:

Per 31.12.2000 waren in der Landeshauptstadt Magdeburg von insgesamt 6033 Sozialhilfefällen laufender Hilfe 1186 Migrantinnen und Migranten. Ihr Anteil unter den Krankenhilfeempfängern ist gegenüber dem Stichtag 31.12.1999 leicht zurückgegangen, von 47,8 % per 31.12.1999 auf 45,7 % per 31.12.2000. [50]

Nach Information vom Sozialamt werden Behandlungsscheine laufend beansprucht. Diese Behandlungsscheine werden nur für einen kurzen, begrenzten Zeitraum ausgestellt, da eine akute Erkrankung zugrunde liegen muss.

Die folgenden Angaben zur Inanspruchnahme von Behandlungsscheinen durch ausländische Frauen und Männer sind lediglich Näherungsangaben dem Eindruck nach, da hierzu keine statistischen Erhebungen durchgeführt wurden.

Bezogen auf alle zu betreuenden Asylbewerberinnen und Asylbewerber beanspruchte der nachfolgend aufgeführte Anteil medizinische Hilfe bei den jeweiligen Fachbereichen:

-Allgemeinmedizin	ca.	90%	
-Gynäkologie	ca.	90%	der Asylbewerberinnen
-Innere Medizin	ca.	60%	
-Orthopädie	ca.	40%	
-Chirurgie	ca.	30%	
-HNO	ca.	20%	
-Augenarzt	ca.	20%	
-Neurologie/Psychiatrie	ca.	40%	
-Zahnmedizin	ca.	40%	(davon ca. 30% akut, ca. 10% Zahnersatz)"

Weiterhin fällt auf, dass häufig physiotherapeutische Leistungen benötigt werden sowie Behandlungen aufgrund von vor Jahren erlittenen Unfällen/Misshandlungen.

Die von Migrantinnen benötigten bzw. in Anspruch genommenen medizinischen Fachrichtungen sind dem Eindruck nach in der Tendenz überwiegend Orthopädie, Gynäkologie, Neurologie/Psychiatrie sowie der Augenärztliche- und HNO-Bereich.

#### ***4.5.2.2 Schwangeren- und Mütterberatung für ausländische Frauen***

In der Schwangeren- und Mutter-Kind-Beratung des Gesundheits- und Veterinäramtes Magdeburg werden ausländische Frauen verschiedener Nationalität beraten und betreut. Sie erhalten Hilfe und Unterstützung für finanzielle Beihilfe unter Berücksichtigung ihres Aufenthaltsstatus, wie z.B. Leistungen nach BSHG, über Anträge aus der Bundes- und Landesstiftung für Familien in Not oder aus Fonds anderer freier Träger.

Ausländische Frauen erhalten weiterhin individuelle Beratung im präventiven Bereich, zur Familienplanung (Schwangerschaftsverhütungsmethoden), zur gesunden Lebensweise (Säuglingsernährung) und Pflege und Entwicklung des Kindes.

Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten können oft mit Hilfe von Mimik und Gestik überbrückt werden. Teilweise nehmen Familienmitglieder oder jemand aus dem Freundeskreis als Sprachkundige an einem Gespräch teil. Es gibt Hinweise in manchen Gesprächsverläufen, aus denen entnommen wird, dass Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung z.T. durch kulturelle Traditionen begrenzt werden.

#### ***4.5.2.3 Impfungen bei ausländischen Mädchen und Jungen***

Im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Abteilung Gesundheit des Gesundheits- und Veterinäramtes werden seit Juni 1999 ausländische Kinder nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) des Robert-Koch-Institutes gemäß dem Asylbewerberleistungsgesetz geimpft. Die empfohlenen Impfungen sind freiwillig und umfassen Altersstufen beginnend ab dem 3. Lebensmonat bis zum 18. Lebensjahr. Im Jahr 2000 wurden 164 Mädchen und 148 Jungen geimpft. Im Jahr 2001 erhielten 149

Mädchen und 154 Jungen Impfungen. Zur Überwindung der Sprachbarrieren zwischen den Impfähren und den Eltern der ausländischen Kinder stellt der Kinder- und Jugendärztliche Dienst umfassende mehrsprachige Informationsvorlagen zur Verfügung.

#### **4.5.2.4 Tuberkulose-Beratung**

In Sachsen-Anhalt wie auch in anderen Gebieten Deutschlands besteht bei Tuberkuloseerkrankungen eine erheblich geringere Erkrankungsrate der weiblichen Bevölkerung gegenüber der männlichen Bevölkerung. Bei beiden Geschlechtern ist die Erkrankungsrate seit 1995 rückläufig. Im Jahr 1998 waren von den 323 Neuerkrankungen an Tuberkulose 71 Ausländerinnen und Ausländer und 252 Deutsche. "Im Bundesdurchschnitt hatten Ausländer 1998 ein drei- bis vierfach höheres Erkrankungsrisiko als Deutsche, in Sachsen-Anhalt war das Risiko um den Faktor 9 erhöht." [44]

An Tuberkulose erkranken weltweit jährlich mehr als acht Millionen Menschen. Das Infektionsrisiko in Deutschland wird sowohl durch Auslandsreisen bzw. durch Auslandskontakte deutscher Bürgerinnen und Bürger als auch durch die ausländische Bevölkerung beeinflusst. In die Tuberkuloseberatung der Abteilung Gesundheit des Gesundheits- und Veterinärarnes kommen Asylbewerber und Asylbewerberinnen, wenn eine Kontrolluntersuchung notwendig ist. Beide Geschlechter sind etwa gleich häufig vertreten. Für die Betroffenen wird kostenlos eine Röntgenuntersuchung durchgeführt. Es fällt auf, dass ausländische Frauen fast ausschließlich von ihren Ehemännern zur Beratung begleitet werden. In der Beratungssituation sprechen die Männer überwiegend für ihre Frauen. Dabei mag die Sprachbarriere eine Rolle spielen, kann aber für dieses Verhalten sicher nicht die alleinige Erklärung sein. Es wird vermutet, dass traditionelle soziale Rollenbeziehungen der Herkunftsländer hierfür eine wesentliche Bedeutung haben. Teilweise zeigt sich, dass Kinder bessere Deutschkenntnisse als ihre Mütter haben.

#### **4.5.2.5 Ausländische Prostituierte**

Der überwiegende Teil der Prostituierten in Magdeburg, die die Abteilung Gesundheit des Gesundheits- und Veterinärarnes aufsuchen, sind ausländische Frauen. Sie kommen aus wirtschaftlicher Notlage nach Deutschland, um Geld für ihr Familie und ihre Kinder zu verdienen. Diese Frauen bleiben nur relativ kurze Zeit in Magdeburg und reisen dann wieder in ihre Heimatländer zurück. Die präventiv-aufsuchende Tätigkeit der zuständigen Sozialarbeiterin der Abteilung Gesundheit des Gesundheits- und Veterinärarnes fördert bei diesen Frauen, wie auch bei deutschen Prostituierten, in erheblichem Maß eine Vertrauensbildung und erhöht somit die Bereitschaft, sich einer regelmäßigen Untersuchung zu unterziehen. Diese Frauen werden allgemein als gesundheitsbewusst eingeschätzt und nehmen die Angebote der Abteilung Gesundheit wahr (Beratung und Untersuchung).

#### **4.5.3 Schlussfolgerungen für das Gebiet der Landeshauptstadt Magdeburg**

- Es wäre zu überlegen, ob durch die Otto-v.-Guericke-Universität oder die Fachhochschule Magdeburg eine Studie bzw. Erhebungen zur gesundheitlichen Situation von Migrantinnen und Migranten in der Landeshauptstadt Magdeburg durchgeführt werden kann, um genauere Informationen zu erhalten.
- Eine Möglichkeit, sprachliche Verständigungsprobleme zu vermindern, könnte sein, fremdsprachige medizinische Fachkräfte in Einrichtungen des Gesundheitswesens bei Neueinstellungen mehr zu berücksichtigen.
- Wünschenswert wären mehr Fortbildungsangebote für das Personal in Gesundheitseinrichtungen zur Förderung von kultureller Kompetenz für die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten.
- Eine Verbesserung der Zusammenarbeit von Gesundheitseinrichtungen zur Information über fremdsprachige Fachkräfte wäre denkbar. Für die Zukunft wäre evtl. daran zu denken, Kontakte mit Kassenärztlichen Vereinigungen der Region aufzunehmen, um Informationen zu fremdsprachigen Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen zu erhalten. Dies kann für Migrantinnen und Migranten von Bedeutung sein, für die eine Fachkraft, die ihre Muttersprache spricht, in der Nähe nicht zur Verfügung steht.
- Zur Verminderung der Sprachbarrieren und Erleichterung von Integration können sowohl Angebote für die ausländische Bevölkerung, die deutsche Sprache zu erlernen, als auch mehr fremdsprachiges Fachpersonal in Gesundheitseinrichtungen beitragen.

#### 4.6 Mobbing

Unter Mobbing wird psychische und seltener körperliche Gewaltausübung mittels sozialer Isolierung, Kommunikationseinengung, Demütigung, beruflicher Diskreditierung und Verleumdung mit dem Ziel der Vertreibung aus dem Team bzw. aus der beruflichen Tätigkeit verstanden.

Im Rahmen der psychosozialen Beratung chronisch Kranker und Behinderter des Gesundheits- und Veterinärarmtes Magdeburg bzw. der psychologischen Krisenberatung spielen die durch Mobbing bedingten Befindens- und Gesundheitsstörungen eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Nachfolgend wird die Anzahl der Klientinnen und Klienten, die über Mobbing klagten, über einen Verlauf von 2 Jahren dargestellt:

**Tabelle 38:** Mobbingfälle

Jahr	Klienten gesamt	Frauen	Männer	einmalige Beratung	psychol. Betreuung	zeitl. Umfang (arithm.Mittel)
1999	95	83	12	52	43	2h 55 min
2000	106	98	8	58	52	3h 10 min

Das **Überwiegen der Frauen als Mobbing - Betroffene** hängt aus unserer Sicht weniger davon ab, dass Männer weniger gemobbt werden, sondern hat andere Ursachen, z.B.:

- die beratenen und betreuten Klienten stammten überwiegend aus Einrichtungen mit hohem Anteil der Frauen in der Belegschaft (medizinische Einrichtungen, Kinderbetreuungseinrichtungen, Verwaltungen).
- Männer dieser Einrichtungen haben relativ häufiger einen höheren sozialen Status.
- Frauen sind eher bereit, sich in psychischen Belastungssituationen Professionellen gegenüber zu öffnen.

Bei der überwiegenden Zahl der Klienten, die nur einmal zur Beratung kamen, wird aus psychologischer Sicht eingeschätzt, dass nicht im eigentlichen Sinne zielgerichtetes Mobbing ausgeübt wurde, sondern dass in vielen Fällen Probleme im Umgang mit sachbezogener Kritik und mangelnde Konfliktfähigkeit vorlagen.

Als **Mobbingfolgen** gaben Klienten, bei denen eine psychologische Betreuung über mehrere Konsultationen eingeleitet wurde, an (Mehrfachnennungen) :

**Tabelle 39:** Mobbingfolgen

	1999	2000	gesamt
Anzahl der Betreuten	43 (dav.41 weiblich)	52 (dav. 48 weiblich)	95 (dav. 89 weiblich)
Unruhezustände, Schlafstörungen	40	51	91
Leistungsstörungen	35	46	81
psychosomatische Beschwerden	37	40	77
Ängste	43	50	93
Depressionen	28	37	65
Selbstwertminderung	35	43	78
Suizidgedanken	27	34	61
Suizidversuche	2	3	5

Die 1999 und 2000 psychologisch betreuten Frauen gaben zur **Person der Mobber** folgendes an:

**Tabelle 40:** Person des Mobbers

Mobber	Gemobbte (gesamt 89)
1 weibl. Person auf gleicher Ebene	35
1 männl. Person auf gleicher Ebene	12
Vorgesetzte	16
Vorgesetzter	14
mehrere Personen	12

Diese Darstellung zeigt, dass Frauen nicht nur Mobbing- Betroffene sein können, sondern auch als aktiv handelnde eine große Rolle spielen. Auch in der Literatur zu dieser Problematik gibt es keinen Hinweis darauf, dass Frauen weniger Gewalt dieser Art ausüben als Männer, lediglich die Gewaltmittel scheinen unterschiedlich zu sein [28]. Die häufig beobachtete Tatsache, dass Mobbing durch Vorgesetzte häufig von Männern ausgeht, hängt damit zusammen, dass in vielen Einrichtungen mehr Männer in Leitungsebenen zu finden sind. Mobbing durch weibliche Vorgesetzte, vor

allem gegenüber weiblichen Untergebenen, ist ebenfalls häufig anzutreffen, wie die Darstellung zeigt. Beim Mobbing auf gleicher Ebene werden von Frauen vorwiegend Frauen, seltener Männer, angegriffen. Dies ändert sich, wenn Männer wegen körperlicher und mentaler Beeinträchtigungen als weniger "vollwertig" angesehen werden; in diesen Fällen kommt es häufiger zu Mobbing durch Frauen (LEYMANN, 1993, S.87-88)[28]. Solche Ergebnisse weisen daraufhin, dass Mobbing offensichtlich weniger ein Geschlechtsproblem, sondern eher ein Problem des Umgangs vermeintlich Stärkerer mit vermeintlich Schwächeren ist.

Vorstehende Daten und Ergebnisse können nicht repräsentativ sein, haben jedoch Hinweiskarakter für ein gesundheitsbezogen sehr ernstes soziales Problem.

#### ***4.7 Sichtweisen auf das Thema Frauengesundheit in Magdeburg***

Nach der Definition der WHO ist die Gesundheit nicht nur durch das Fehlen von Krankheit, sondern auch durch einen Zustand körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens gekennzeichnet. Diese Aussage macht deutlich, dass die Gesundheit weit über die rein medizinische Versorgung hinausgeht und von einer Vielzahl von Institutionen, Vereinen, Verbänden und Selbsthilfegruppen getragen wird. Wir haben einige dieser Akteure in der Stadt Magdeburg gewinnen können, um ihre Erfahrungen unter Berücksichtigung der Besonderheiten zwischen Frauen und Männern bei der Beratung mitzuteilen.

Die nachfolgenden Beiträge widerspiegeln die unterschiedlichen Blickwinkel auf die Frauengesundheit, können aber nur einen kleinen Ausschnitt des gesamten Spektrums darstellen. Die Arbeiten wurden unverändert übernommen, lediglich die Gestaltung wurde dem Bericht angepasst. Sie repräsentieren die Meinungen der jeweiligen Einrichtungen, die nicht unbedingt mit der Meinung des Gesundheitsamtes übereinstimmen müssen.

#### **4.7.1 Frauenspezifische Gesundheitsversorgung in der Landeshauptstadt Magdeburg**

*aus Sicht des Amtes für Gleichstellungsfragen der Landeshauptstadt Magdeburg*

Gesundheitsberichterstattung verfolgt das Ziel, die gesundheitliche Situation der Bevölkerung zu beschreiben, Handlungsbedarfe der gesundheitlichen Versorgung zu ermitteln, planungsrelevante Daten zur Verfügung zu stellen und daraufhin erforderliche Hilfen und Bestände zu erweitern (GDG LSA vom 21. 11. 1997).

##### ***4.7.1.1 Ausgangslage***

Aus allgemeiner Zielstellung heraus wurde in den 90-er Jahren in Deutschland wiederholt eine systematische Frauengesundheitsberichterstattung eingefordert. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) formulierte 1992 ebenfalls, der Gesundheit von Frauen ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit zuzumessen.

Die Gesundheitsberichterstattung 2000 des Landes Sachsen-Anhalt „Daten zur Gesundheit“ trägt schon mit einer erweiterten geschlechtsdifferenzierten Auflistung dieser Forderung Rechnung. Als ein neues Gesundheitsziel wurde die „Frauenspezifische Gesundheitsversorgung“ Sachsen-Anhalt festgelegt.

Mit dem „Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend liegen seit 2001 außerdem umfassende wissenschaftliche Erkenntnisse zur Gesundheit von Frauen auf Bundesebene vor. Die Bundesrepublik Deutschland stellte hiermit zugleich den Anschluss an Initiativen im europäischen sowie außereuropäischen Ausland her, was internationale Vergleichbarkeit ermöglicht.

Weiterhin sind im Rahmen gesundheitspolitischer Entscheidungen Spezialberichte zur Gesundheit von Mädchen, älteren Frauen, Migrantinnen, zur reproduktiven Gesundheit, zu sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit vorgesehen. Das Defizit an Frauengesundheitsforschung wird zunächst auf Bundesebene durch die Gesamtstrategie gender-mainstreaming, durch ein Kompetenznetz Herz-Kreislaufkrankungen, Pflegeforschung und Ursachenforschung zu Brustkrebs behandelt.

Die im Bericht aufgeworfenen Schwerpunkte orientieren sich an dem spezifischen Versorgungsbedarf von Frauen.

Der vorgelegte Bericht ist auch richtungsweisend für die Landeshauptstadt Magdeburg, um die gesundheitliche Versorgung für Frauen zu verbessern und Leistungen zielgerichtet und wirksam einzusetzen und zu ergänzen.

#### ***4.7.1.2 Situation***

Für die Orientierung auf eine differenziertere kommunale Berichterstattung ist es zunächst notwendig, geschlechtsspezifische Analysen für die Stadt herauszuarbeiten, aus folgenden Gründen:

- Krankheiten und gesundheitliche Einschränkungen von Frauen und Männern sind unterschiedlich.
- In Lebens- und Arbeitszusammenhängen von Frauen und Männern werden unterschiedliche Faktoren wirksam, die Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensweise bestimmen.
- Hinsichtlich körperlicher und biologischer Bedingungen unterscheiden sich beide Geschlechter.
- Frauen und Männer gehen auf unterschiedliche Weise mit Gesundheit und Krankheit um. Gesundheitsvorsorge wird aus Schamgefühl auch von Männern vernachlässigt.
- Beide Geschlechter nehmen unterschiedliche Versorgungsbereiche in Anspruch.

Die bisher noch unzureichende Datenlage und der Mangel an Forschungsergebnissen geschlechtsspezifischer Unterschiede erfordert eine jährliche Fortschreibung zur Frauengesundheit.

Aus bisher vorliegenden Expertisen, so z.B. einer Untersuchung des BKK-Bundesverbandes, April 2001, ergeben sich folgende Hinweise auf Fehl-, Unter- bzw. Überversorgung von Patientinnen:

- Frauen erhalten nicht zu wenig, sondern zu viel Medikamente - insbesondere, wenn sie mit psychosomatischen vegetativen Befunden die Arztpraxis aufsuchen.
- 33 % mehr Frauen als Männer erhalten umstrittene Arzneimittel und billigere Medikamente. Sie erhalten im Vergleich zu Männern dreimal so häufig Migränemittel. Bei chronischen Erkrankungen, beispielsweise Bluthochdruck oder Herzinsuffizienz sind es 15 bis 25 % billigere Präparate.
- Jedes zweite Röntgen ist medizinisch nicht notwendig.
- Polymedikation ist vor allem bei älteren Frauen ein großes Problem im Hinblick auf Unverträglichkeit und Nebenwirkungen der Wirkstoffe.
- Akute Unterleibsbeschwerden bei jungen Frauen als funktionelle Beschwerden mit psychosomatischem Hintergrund werden häufig als Appendizitis fehldiagnostiziert und operiert. Gegenüber Männern wird eine 50 %-ige Erhöhung von Krankenhauseinweisungen und 25 % unnötiger Blinddarmoperationen angegeben.
- Als medizinisch nicht begründet erweisen sich ein Viertel der Eierstock- und Eileiteroperationen. Noch kritischer wird die Häufigkeit der Gebärmutteroperationen bewertet.
- Die Medikalisierung natürlicher Lebensphasen von Frauen fällt ebenfalls in den Bereich der Überversorgung. Die Hormonsubstitution in den Wechseljahren ist umstritten. 50 % aller Frauen nehmen Hormone.
- Qualitätsdefizite gibt es in der Brustkrebsvorsorge, z. B. bei Mammografiebefunden. Brustkrebs ist eine der Haupttodesursachen für Frauen, fast jede 10. Frau erkrankt im Laufe ihres Lebens daran. Hier sollte auf die Ermöglichung der besten medizinischen Versorgung gedrängt und die Wege der Früherkennung verstärkt aufgezeigt werden.
- Nach einem Herzinfarkt besteht für Frauen unter 60 Jahren eine 50 %-ige höhere Sterblichkeit.
- Die Unterversorgung von Frauen mit psychosomatischen Krankheitsbildern zeigt sich darin, dass sie überhäufig Psychopharmaka, zudem oftmals umstrittene Kombinationspräparate erhalten, ehe sie nach ca. fünf Jahren einer geeigneten Rehabilitationsmaßnahme zugeführt werden. Auch Essstörungen bei Mädchen werden zu spät erkannt.

Der Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen ist ein weiteres notwendiges Handlungsziel.

Zur Heilung sozialer Schäden muss verstärkt auf Problemgruppen eingegangen werden. Dies ist durch bessere sozialmedizinische Versorgung, aber auch durch Managementmethoden wie „Soziale Stadt/Quartiersmanagement“ und die Gemeinwesenarbeit zu leisten.

Im Hinblick auf die Entwicklung künftiger Generationen ergibt sich der Handlungsbedarf daraus, dass Kinder massiv durch Armut belastet sind, eine enorm hohe Zahl der Sozialhilfeempfänger Jugendliche sind, dass Kinder unter Falschernahrung leiden, sich Adipositas häuft, motorische, Verhaltens-, Sprech- und Sprachstörungen zunehmen, die Zahngesundheit und die Nutzung des Impfangebotes nicht befriedigt. Mittlerweile ist das Gesundheitswesen die Feuerwehr des Sozialwesens, so eine Aussage des 7. Kongresses Armut und Gesundheit des Vereines Gesundheit Berlin.

#### ***4.7.1.3 Schwerpunktsetzung des Amtes für Gleichstellungsfragen***

Aus der Praxis des Amtes für Gleichstellungsfragen erweisen sich unter Berücksichtigung vorhandener Strukturen und Ressourcen der Stadt einige Schwachstellen, die in den Blickwinkel genommen werden müssen. Dies sind:

- Sozialhilfeempfängerinnen

Voraussetzung für den Bezug von Sozialhilfe ist Armut. Gesundheitliche Risiken finden sich besonders häufig in einkommensschwachen sozialen Schichten. Die Statistik des Sozial- und Wohnungsamtes legt per 30. 9. 2001 folgende Quoten vor:

1211 weibliche Sozialhilfeempfängerinnen im Gegensatz zu 742 männlichen im Alter von 18 bis 25 Jahren.

486 Frauen gegenüber 297 Männern ab 60 Jahren, arm geboren wurden  
657 Mädchen und 738 Jungen.

Viele dieser Personen finden den Zugang zur Hilfe nicht. Durch Geh-Hin-Strukturen muss Sorge getragen werden, dass Angebote angenommen werden.

- Allein erziehende Mütter

Die gesundheitliche Situation von allein erziehenden Müttern (in unserer Stadt sind lt. Sozial- und Wohnungsbericht 1653 von 1727 allein erziehende Mütter) verschärft sich insbesondere durch die Tatsache der Verantwortung für die Kinder.

Heil- und Hilfsmittel, spezielle Impfungen, enorme Zuzahlungen bei Medikamenten, Kuren u. a. Behandlungen sind in der Regel immer weniger leistbar. Gesunde Lebensweise und gesunde Ernährung ist ebenfalls mit hohen Kosten verbunden.

- Spezielle Risikogruppen  
Bei suchtkranken Frauen kulminieren die Risiken. Sucht soll z. B. Armut, sexuellen Missbrauch, häusliche Gewalt, Einsamkeit und Isolation kompensieren, lässt jedoch die Frauen immer mehr abgleiten. Gewalt, Stress, Armut oder Süchte sind auch häufig Ursache für psychiatrische Erkrankungen. Frauengemäße Therapie wird in unserer Stadt nicht angeboten. Die Frauen finden sich in gemischten Stationen wieder oder in gemischt-geschlechtlichen Selbsthilfegruppen. Der Forderung nach Wahlmöglichkeit zwischen diesen und explizit für Frauen geschaffene Einrichtungen muss Genüge getan werden. Vorgeschlagen wurde und wird erneut vom Amt für Gleichstellungsfragen die Initiierung eines Frauengesundheitszentrums und einer Langzeitwohngemeinschaft für traumatisierte Frauen.  
Ein weiteres Problem ist die unzulängliche Kapazität bei Psychotherapie, Psychiatrie und Neurologie im ambulanten Bereich. Dies gilt auch in der Versorgung für Kinder.
- Frauen mit Gewalterfahrung  
Gewalt gegen Frauen ist eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen. Die häusliche Gewalt hat enorme körperliche, psychische und psychosomatische Kurz- und Langzeitfolgen für Frauen, ist allerdings nach wie vor vernachlässigtes Thema in der medizinischen und psychosozialen Versorgung, wird nur selten als Ursache von Gesundheitsstörungen erkannt. Medizinische Versorgung beschränkt sich häufig auf Symptombehandlung.  
Einer Studie (H. Mark/Berlin) zufolge erkennt nur jede/r 10. Ärzt/in Spuren häuslicher Gewalt. Dem entgegen zu wirken, ist es notwendig, sozialmedizinische Aspekte höher zu bewerten, diese Gewalt in Aus-, Fort- und Weiterbildung zu thematisieren, Versorgungsstandards mit qualitätssichernden Maßnahmen zu entwickeln, wie z. B. einen Frauennotruf rund um die Uhr, Interventionsprogramme in medizinischen Einrichtungen zu implementieren und sich mit Projekten gegen Gewalt stärker zu vernetzen. Gewalt gegen Frauen zieht sich durch alle sozialen Schichten und ist unabhängig vom Alter. Bislang unbeachtet sind die Bereiche Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen und gegen ältere Menschen. Bislang sind Kinder, die von häuslicher Gewalt mittel- und unmittelbar betroffen sind, viel zu wenig beachtet. Insbesondere gilt dies auch für Kinder in Obdachlosen- und Gemeinschaftsunterkünften.
- Pflegebedürftige/Ältere  
Die Situation von Pflegebedürftigen hat sich zwar durch die Pflegeversicherung verbessert, allerdings häufig nur für die zu Hause Gepflegten. Pflegebedürftige, die auf fremde Hilfe angewiesen sind, werden nach dem Prinzip „satt und sauber“ versorgt. Pflegenotstand herrscht auch bei den stationär Gepflegten. Pflegebedürftige sind auf Grund höherer Lebenserwartung in der Mehrzahl Frauen. Im Rahmen der Förderungen „Soziale Stadt“ sollten modellhaft gemeinsame Wohnformen erprobt werden.

- Frauen und Mädchen mit Behinderung  
Behinderungen verstärken die erwähnten Risiken. Integrative und förderliche Rahmenbedingungen sind auszubauen. Es mangelt an behindertengerechten Kleinstwohnungen für diese Personengruppe, um den Abhängigkeiten entgegen zu wirken. Der Wunsch vieler Frauen ist eine persönliche Assistenz für ein gleichberechtigtes, eigenständiges Leben.
- Migrantinnen  
In einer besonders schwierigen Situation befinden sich die ca. 6000 in Magdeburg lebenden Ausländerinnen und die darunter ca. 800 in Wohnheimen untergebrachten. Benachteiligt sind sie in doppelter Hinsicht. Eine individuelle Herangehensweise an vielschichtige Probleme ist nicht gewährleistet. Innere und äußere Verletzungen sind ein Kostenfaktor und professionelle Hilfe (Begutachtung, Traumatherapie u. ä.) scheitert daran.  
Bildungs- und Arbeitsbeteiligung von Jugendlichen und Frauen ist nicht gewährleistet und verhärtet die Situation der Forderung vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens.

#### **4.7.1.4 Handlungsnotwendigkeiten**

Folgende Aspekte sollten zur Verbesserung einer frauenspezifischen Gesundheitsversorgung beachtet werden und sich in der kommunalen Gesundheitsberichterstattung widerspiegeln:

- Frauenzentrierte Ansätze in der Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Versorgung. Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Erfahrungen in Bezug auf Wahlmöglichkeiten (auch alternative Heilmethoden), Informations- und Behandlungskultur und Behandlungsstrategien.
- Weibliche Lebenszusammenhänge, die soziale Situation und Gesundheit bedingen einander. Unerlässlich ist deshalb die Untersuchung der Lebenslagen in Armut, bei physischer, psychischer und sexualisierter Gewalt, das Ausmaß sexueller Missbräuche, der Bedarfslage von Frauen und Mädchen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und die Erfassung der Situation von Migrantinnen.
- Lebensphasenspezifische Belastungen, wie z. B. Pubertät, Zyklus, Familienplanung, Fruchtbarkeit, Alter.
- Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Diagnose- und Behandlungsmethoden, Erforschen unterschiedlicher Symptomlagen.
- Blick auf gesundheitsbezogene Risiken lenken, wie Suchttendenzen, besonders verstärkter Nikotinkonsum junger Mädchen, Gebrauchsmisbrauch-Abhängigkeit von psychotropen Medikamenten, Essstörungen.

- Frauengerechte Sicht auf präventive Maßnahmen und darauf, ganzheitlichen Methoden und Kräfte mobilisierende Behandlung den Vorrang gegenüber massiver Medikamentenverabreichung zu geben.
- Ausbau von Langzeitsicherung gesundheitsfördernder Effekte (Kuren, psychosoziale Versorgungseinrichtungen, frauenrelevante Projekte und Initiativen).
- Präventionsmaßnahmen gegen HIV/AIDS gezielter für Frauen einzusetzen, da die Ansteckungsgefahr für Frauen viel höher ist als allgemein bekannt.

Darüber hinaus sollte die kommunale Gesundheitsplanung im Zusammenwirken überörtlicher Institutionen z. B, darauf Einfluss nehmen,

- geschlechtsspezifische gesundheitliche Belange im Schulunterricht und in der Gesundheitsberufsausbildung zu verankern,
- frauengemäße Therapie - auch Psychiatrie - zu ermöglichen und
- dem **qualitätsgesicherten Mammografiescreening** Rechnung zu tragen,
- die Unterstützung zur Gründung eines Frauengesundheitszentrums in der Landeshauptstadt Magdeburg zu geben.
- Diskussionen zu strittigen Meinungen, wie etwa Babyklappe/ anonyme Geburt, Pflegestrukturen, Hormonersatzpräparate sind ebenfalls eine wichtige Dienstleistung im kommunalen Spektrum von Frauengesundheit.
- Das Amt für Gleichstellungsfragen sieht außerdem ein Erfordernis in der Vernetzung mit der Hochschule Magdeburg- Stendal (FH) und der Universität Magdeburg zu Forschungszwecken und schlägt gemeinsame Tagungen zur Auswertung aktueller Forschungsergebnisse, insbesondere zum Thema „Frauengesundheit“, vor.
- Für bessere Qualität und Effizienz sind neben Information und Aufklärung eine Qualitätsdebatte und ein kommunaler Handlungskatalog dringend geboten. Hilfreich könnte dazu eine zu bildende AG „Frauenspezifische Gesundheitsversorgung in der Stadt Magdeburg“ sein.
- Eine deutlich verstärkte Befassung durch relevante Ämter der Stadtverwaltung und Mitzeichnung bei der Vorlage des Gesundheitsberichtes der Landeshauptstadt Magdeburg ist anzustreben.

## **4.7.2 Sexualisierte Gewalt an Mädchen und Frauen**

Beitrag zum Gesundheitsbericht 2000/2001 von  
Wildwasser Magdeburg e.V.

### **4.7.2.1 Kurze Selbstdarstellung Wildwasser Magdeburg e.V.**

Wildwasser....

...symbolisiert einerseits die Gefahr, die von sexualisierter Gewalt ausgeht, es steht aber auch für die Lebendigkeit und die Lebenskraft, die Mädchen und Frauen haben, sich gegen alle Widerstände den eigenen Weg zu bahnen.

Wenn es um sexualisierte Gewalt geht, dann spielt die Kategorie „Geschlecht“ eine bedeutsame Rolle. Sexualisierte Gewalt erfahren Mädchen und Jungen/Frauen und Männer in unmittelbarem Zusammenhang mit ihrem Geschlecht. Sie trifft Mädchen und Jungen unterschiedlich häufig und sie erleben sie in vielen Punkten unterschiedlich.

Mädchen und Frauen sind wesentlich häufiger von sexualisierter Gewalt betroffen als Jungen und Männer. Für Mädchen ist die latente Bedrohung durch sexualisierte Gewalt ein gravierender Sozialisationsfaktor. Auf der „TäterInnenseite“ befinden sich überwiegend Männer, ungefähr 90 %. Auf der „Opferseite“ überwiegen Mädchen und Frauen (nach bundesdeutschen Studien sind ca. 25-30 % aller Mädchen und Frauen und ca. 8-10 % aller Jungen und Männer betroffen; vgl. Dirk Bange: Sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen. In Forum Sexualaufklärung 1/ 2- 1997).

Der Verein Wildwasser Magdeburg e.V. wurde im April 1992 von Frauen gegründet, die entweder selber sexuelle Gewalt/sexuellen Missbrauch erlebt hatten oder aus beruflichen Zusammenhängen damit konfrontiert waren. Ziel war, die Thematik sexualisierter Gewalt stärker in die öffentliche Diskussion zu bringen, um es von dem Tabu des „Nicht darüber zu reden“ zu befreien, und für betroffene Mädchen und Frauen Unterstützung und Hilfe zu bieten. Ein wichtiger Schritt war dabei der Aufbau und die Erhaltung einer Beratungsstelle für Mädchen und Frauen.

Beratung und Therapie ist bei uns kostenlos und kann auch anonym erfolgen. Die Beraterinnen unterliegen der Schweigepflicht. Für betroffene Mädchen und Frauen, Angehörige, Freunde, Nachbarn, LehrerInnen, SozialarbeiterInnen bieten wir an: Telefonberatung, persönliche Beratung, Krisenintervention, Therapie und Therapievermittlung, geleitete Gruppen. Betroffene Jungen und Männer beraten wir telefonisch und vermitteln Hilfsangebote. Wir beraten keine Täter und arbeiten nicht explizit mit Täterinnen. Frauen, auch die als Opfer zu uns kommen, können aber durchaus Täterinnen sein.

Für Fachfrauen/-männer und Institutionen führen wir Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen, Schulung von MultiplikatorInnen und Supervision/Beratung durch. Ein weiterer Schwerpunkt sind Veranstaltungen zur Prävention sexualisierter Gewalt: Sexualaufklärung für Mädchen, Selbstverteidigung für Mädchen und Frauen (WENDO), Veranstaltungen für

Schulklassen. Außerdem verfügen wir über eine kleine Fachbibliothek, aus der sich Interessierte Literatur zum Thema ausleihen können.

#### ***4.7.2.2 Aus dem Tätigkeitsbericht für das Jahr 2000 zum Arbeitsbereich „Beratung und Therapie“***

Die Statistik im Anhang zeigt, wie viele Mädchen und Frauen (Jungen/Männer) selbst bzw. deren Bezugspersonen unsere Beratungsstelle aufsuchten. Die Telefonberatungen sind nicht enthalten. Die Statistik sagt nichts über die Anzahl von „Missbrauchsfällen“ aus.

Wie zu sehen ist, nahmen aus Magdeburg 39 Mädchen und junge Frauen und ein junger Mann selbst unsere Beratung in Anspruch. Drei junge Frauen unter 27 Jahren kamen aus anderen Landkreisen.

Bei den über 27-jährigen Frauen waren es 45 aus Magdeburg und 3 aus anderen Landkreisen.

Für 67 Mädchen und junge Frauen suchten ihre Mütter oder Väter, andere familiäre Bezugspersonen wie Schwester, Großmutter, Tante, Cousine oder nichtfamiliäre bzw. professionelle Bezugspersonen die Beratungsstelle auf. Bei 9 Frauen, die nicht mehr in die Verantwortlichkeit des KJHG fallen, nahmen vor allem ihre professionellen Bezugspersonen die Beratung in Anspruch.

Erstmalig gesondert ausgewiesen wurde die Beratung für Jungen bzw. deren Bezugspersonen. Hier waren es Mütter bzw. Väter von 8 Jungen aus Magdeburg und von drei Jungen aus anderen Städten, die Unterstützung und Beratung suchten, sowie vorrangig professionelle Bezugs- oder Vertrauenspersonen für 9 Jungen aus Magdeburg.

Im Vergleich zum Vorjahr kamen ca. halb soviel jugendliche Mädchen (unter 18) selbst; die Anzahl der jungen erwachsenen Frauen ist ungefähr gleich hoch geblieben.

Dies zeigt zum einen, dass wir die Erreichbarkeit für jugendliche Mädchen verbessern müssen (bessere Öffentlichkeitsarbeit, Prävention) und zum anderen, dass unsere Beratungsstelle weiterhin ein wichtiges Angebot für junge Frauen ab 18 Jahren ist. Viele junge Frauen können sich erst lange nach Beendigung des Missbrauchs Hilfe holen, da sie zum Beispiel aufgrund ihrer Ausbildung das Elternhaus verlassen und Distanz gewinnen können. Oder der Missbrauch kann erst mit dem Auszug von zu Hause beendet werden. Hier spielt auch die spezifische Dynamik bei sexuellem Missbrauch eine Rolle (Ambivalenz, Verantwortungsübernahme für die Folgen einer Aufdeckung durch die Mädchen, Schuld- und Schamgefühle, Überlebensstrategien wie Dissoziation, Verdrängungsmechanismen). Deshalb sollten die Möglichkeiten des KJHG auf Unterstützung und Hilfe für Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen bis zum 27. Lebensjahr in jedem Falle ausgeschöpft werden.

Es wird deutlich, wie wichtig Bezugspersonen gerade für jüngere Kinder sind, aber auch für Jugendliche, wenn es um Schutz vor weiterem Missbrauch oder die Inanspruchnahme von Hilfen wie Beratung und

Therapie geht. Im Vergleich zu 1999 waren nur halb so viele Mütter in der Beratung. Auch an dieser Stelle müssen wir unsere Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit wieder verstärken.

Der Anteil der beraterischen und therapeutischen Arbeit mit erwachsenen Frauen ist leicht gestiegen (von 29 Frauen auf 34 Frauen); die Beratung mit Bezugspersonen von Frauen hat zugenommen. Dies resultiert aus der Tatsache, dass zu uns viele schwer traumatisierte Frauen kommen, die zum Beispiel in betreuten Wohneinrichtungen leben, denen gerichtlich bestellte Betreuerinnen an die Seite gestellt wurden, die stationär Therapie machen oder aufgrund von Krisensituationen sich in Kliniken befinden. Eine Zusammenarbeit mit anderen Professionellen ist deshalb sehr wichtig. Viele Professionelle nutzen aber auch unsere Erfahrungen in der Arbeit mit traumatisierten Frauen, um für sich selbst Unterstützung zu bekommen.

Die Beratungen erfolgen hauptsächlich in Form von Einzelgesprächen sowie für Frauen als angeleitete Gruppe. Die Einzelberatungen dauern in der Regel eine Stunde und finden ein Mal wöchentlich statt. Manche Klientinnen kommen auch 2 bis 3 mal wöchentlich oder haben zusätzlich noch telefonische Beratung.

Einige Klientinnen haben ausschließlich telefonischen Kontakt. Wir haben durchschnittlich 14 Stunden Telefonberatung pro Monat. Im Jahr 2000 waren die wenigsten Telefonberatungen im Januar mit 14 Stunden und die meisten im November mit 24 Stunden. Die meisten Ratsuchenden nehmen zuerst auch telefonisch Kontakt auf.

Die Termine für Beratungen liegen entsprechend des Bedarfes vorwiegend in den Nachmittags- und frühen Abendstunden. Die Beratung von Vätern, Partnern oder anderen männlichen Unterstützungspersonen erfolgt zu Zeiten, in denen keine Beratungen mit Mädchen oder Frauen sind.

Die Anzahl der persönlichen Beratungen betrug monatlich durchschnittlich 108 (1998 waren es 87 pro Monat, 1999 durchschnittlich 101 Beratungen pro Monat). Die Anzahl der monatlichen Beratungsstunden lag zwischen 80,5 und 142 Stunden bei persönlicher Beratung. Insgesamt erfolgten 1469,5 Stunden persönliche und telefonische Beratung.

Themen und Inhalte sind u.a. die Aufarbeitung von Gewalterfahrungen wie sexueller Missbrauch, Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, sexuelle Nötigung, sexuelle Belästigung in der Ausbildung oder am Arbeitsplatz, ritueller Missbrauch. Weiterhin der Umgang bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch eines Kindes, Verhalten bei aufgedecktem/offengelegtem Missbrauch, Umgang mit und Verstehen von Überlebensstrategien, psychische Krisen, Überlegungen zu familienrechtlichen Interventionen, Schutz vor weiterem Missbrauch, Überlegungen zu strafrechtlichen Maßnahmen.

Zum letztgenannten Thema soll an dieser Stelle betont werden, dass von unserer Seite keine Strafanzeige veranlasst wird. In der Beratung wird auf die Möglichkeit der Strafanzeige und die damit zusammenhängenden Schritte

hingewiesen. Eine Strafanzeige sollte grundsätzlich in Absprache mit dem betroffenen Mädchen oder der Frau und deren Einverständnis erfolgen und mit einer in Nebenklage erfahrenen Rechtsanwältin abgesprochen und begleitet werden. Unsere Aufgabe ist der Schutz des Mädchens oder Jungen vor weiterer Gewalt, aber auch vor Sekundärschädigungen, die bei einer vorschnellen und unüberlegten Strafanzeige eintreten können. Im Mittelpunkt eines Strafverfahrens steht nicht in erster Linie das Wohlergehen und der Schutz des Kindes, auch wenn sich die Rolle und Position von kindlichen Opferzeugen in den letzten Jahren verbessert hat.

#### ***4.7.2.3 Das Thema Traumatisierung in der beraterischen und therapeutischen Arbeit***

Kerstin Wohlrath

Sexuelle Misshandlung, Vergewaltigung, Katastrophen und Krieg sind traumatische Erfahrungen. Es passiert eine schreckliche, überwältigende Erfahrung, der das Kind oder die Erwachsene nicht ausweichen kann, die ihre bis dahin in ihrer psychischen Entwicklung gewonnenen Abwehrmechanismen (Copingstrategien) eindeutig übersteigt, auch als eine Todesnäheerfahrung erlebt wird und wo ihr niemand hilft. Eines der schwersten Traumata ist die Erfahrung sexueller Gewalt, da sie nicht nur psychisch verheerend ist, sondern auch die körperliche Integrität des Kindes/der Erwachsenen zerstört (Huber: Multiple Persönlichkeiten. 1999). Folgen sind schwere und schwerste Beeinträchtigungen der psychischen Struktur und Entwicklung.

Psychische Reaktionen auf Traumatisierungen sind Überlebensstrategien, die entwickelt werden, um mit einer Erfahrung zu leben, mit der sich eigentlich nicht leben lässt. Strategien können z.B. sein: Sozialer Rückzug, Vertrauensverlust, Angst, Panik, Zwänge, Essprobleme, Suizidgedanken, Selbstverletzendes Verhalten, Depression, Substanzgebrauch, Dissoziation, Multiple Persönlichkeit.

Dissoziative Phänomene wie Depersonalisation („*Das bin ich nicht, das passiert jetzt einer anderen, ich sehe da nur zu.*“) und Derealisation („*Alles schien wie im Zeitlupentempo zu geschehen.*“) sind häufige Merkmale des Erlebens in der unmittelbaren traumatischen Reaktion.

Typisch für die erste Zeit nach der traumatischen Erfahrung ist der Zustand einer „Betäubung“ mit einer Einengung des Bewusstseins und eingeschränkter Aufmerksamkeit, gekennzeichnet z.B. durch psychischen und sozialen Rückzug, Unruhezustände und Überaktivität. Charakteristisch für die darauf folgende Zeit (ca. 1/2 Jahr nach dem Trauma) ist das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen, Träumen und Alpträumen sowie andauernde Gefühle von emotionaler Stumpfheit und Teilnahmslosigkeit.

Die wiederkehrenden Erinnerungsbilder haben für die Betroffenen oft den Charakter einer unmittelbaren Wiederholung der traumatischen Situation. So kann da zwischen Gegenwart und Vergangenheit nicht mehr unterschieden werden. Die „flash-backs“ bestehen aus zusammenhanglosen

Sinnesfragmenten. Die Ursache dafür liegt darin, dass sich wahrscheinlich beim Erleben der traumatischen Situation automatisch zwei voneinander getrennt arbeitende Gedächtnissysteme (Amygdala und Hippocampus) einschalten, in denen die Sinnesfragmente voneinander getrennt gespeichert werden, weil das Gedächtnis von Eindrücken überflutet wird.

Das Hippocampussystem kommt außerhalb traumatisierender Erfahrungen z.B. beim Speichern biographischer Daten zum Einsatz: Wann habe ich wo was erlebt? Und das Wichtigste: Ich kann das Erlebte auch erzählen, weil das Hippocampussystem eine Verbindung zum Sprachzentrum hat. Während einer traumatisierenden Situation werden Teile des Erlebten im Amygdalasytem gespeichert. Dieses System ist nicht mit dem Sprachzentrum verbunden. Werden die dort gespeicherten Bilder erinnert, laufen z.B. als innere Bilder ab, finden wir zuerst keine Worte dafür. Oft handelt es sich um Erinnerungsfetzen, unzusammenhängend. Das Erleben von sich aufdrängenden Erinnerungen ist für die betroffenen Mädchen und Frauen oft mit sehr viel Unsicherheit und Angst verbunden: *Kann ich diesen Bildern glauben? Werde ich jetzt verrückt?* Um sich mit den Gedanken und Gefühlen an eine fremde Person zu wenden und zu erzählen braucht es Mut und viel Vertrauen. Und Vertrauen braucht Zeit. Viel Zeit. Aber Zeit ist nicht nur für Vertrauen wichtig, sondern auch um Strategien zu finden, Erinnerungen erst einmal in die Distanz zu bringen (kein Verdrängen, sondern bewusstes Distanzieren), um beim Suchen der Sprache für das Erlebte nicht von den Erinnerungen überschwemmt zu werden. Das bedeutet, wenn traumatische Erinnerungen "einfach so" erzählt werden, ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass die Betroffene „Es“ wie damals erlebt. Das kann ein erneutes Trauma bedeuten.

Die Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle versuchen den betroffenen Mädchen und Frauen die Zeit zu geben, Vertrauen aufzubauen, eine Sprache für das Erlebte zu finden, soziale Kontakte (wieder) aufzubauen. Wir schließen Zeit-Verträge mit ihnen ab, sich nicht zu töten, mündlich und manchmal auch schriftlich, versuchen für Krisenzeiten bewährte Strategien herauszufiltern und durch neue zu ergänzen.

Wir besuchen spezielle Fort- und Ausbildungen, um den betroffenen Mädchen und Frauen den Umgang mit und die Verarbeitung der Traumata möglich zu machen.

Wildwasser Magdeburg e.V. – Verein gegen sexuelle Gewalt an Mädchen und Frauen –

Beratungsstelle für Mädchen und Frauen

Ritterstr. 1

39124 Magdeburg

Tel. 0391/25 154 17

Fax: 0391/25 154 18

mail: [wildwasserMD@aol.com](mailto:wildwasserMD@aol.com)

[www.wildwasser-magdeburg.de](http://www.wildwasser-magdeburg.de)

**Tabelle 41:** Beratungsstatistik für 2000 von Wildwasser Magdeburg e.V.

Alter/ Personenkreis	0-5 Jahre		6-11 Jahre		12-17 Jahre		18-26 Jahre		Zwischensumme unter 27 Jahre		Über 27 Jahre		gesamt	
	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land
Mädchen/ Frau			1		8		30	3	<b>39</b>	<b>3</b>	34	2	<b>73</b>	<b>5</b>
Mütter/Väter	10		16	2	14	1	4		<b>44</b>	<b>3</b>	1		<b>45</b>	<b>3</b>
And. familiäre Bezugspersonen			2		3		2		<b>7</b>		2		<b>9</b>	
Außerfamiliäre Bezugspersonen			4		8	2	4	1	<b>16</b>	<b>3</b>	6		<b>22</b>	<b>3</b>
Gesamt	10		23	2	33	3	40	4	<b>106</b>	<b>9</b>	43	2	<b>149</b>	<b>11</b>

Alter/ Personenkreis	0-5 Jahre		6-11 Jahre		12-17 Jahre		18-26 Jahre		Zwischensumme unter 27 Jahre		Über 27 Jahre		gesamt	
	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land
Junge/ Mann							1		<b>1</b>				<b>1</b>	
Mütter/Väter			4	1	3	2	1		<b>8</b>	<b>3</b>			<b>8</b>	<b>3</b>
And. familiäre Bezugspersonen														
Außerfamiliäre Bezugspersonen	3		4		1		1		<b>9</b>				<b>9</b>	

### 4.7.3 Die Beratungsstelle PRO FAMILIA Magdeburg

- eine kurze Vorstellung

PRO FAMILIA, Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V., ist als Fach- und Beratungsverband eine Tochtergesellschaft der International Planned Parenthood Föderation (IPPF).

Seit ihrer Gründung 1952 in Kassel gibt es mittlerweile Beratungsstellen in allen Bundesländern der Bundesrepublik, seit 1991 auch in Sachsen-Anhalt. Unsere 10 Beratungsstellen in Sachsen-Anhalt sind Mitglied im DPWV.

Die Beratungsstelle Magdeburg definiert sich als integrierte Beratungsstelle, die verschiedene Angebote unter ihrem Dach vereint. Insgesamt sind 5 Mitarbeiterinnen in den Bereichen Schwangerschaftskonfliktberatung, Soziale Beratung in der Schwangerschaft, Sexualpädagogik, Erziehungsberatung sowie den umfangreichen Bereich der Ehe-, Familien- und Lebensberatung tätig.

Um den Bereich der Ehe-, Familien-, Lebens- und Sexualberatung soll es entsprechend der Thematik in den nächsten Ausführungen gehen. Alle folgenden Angaben beziehen sich auf den Zeitraum Januar-Dezember 2000.

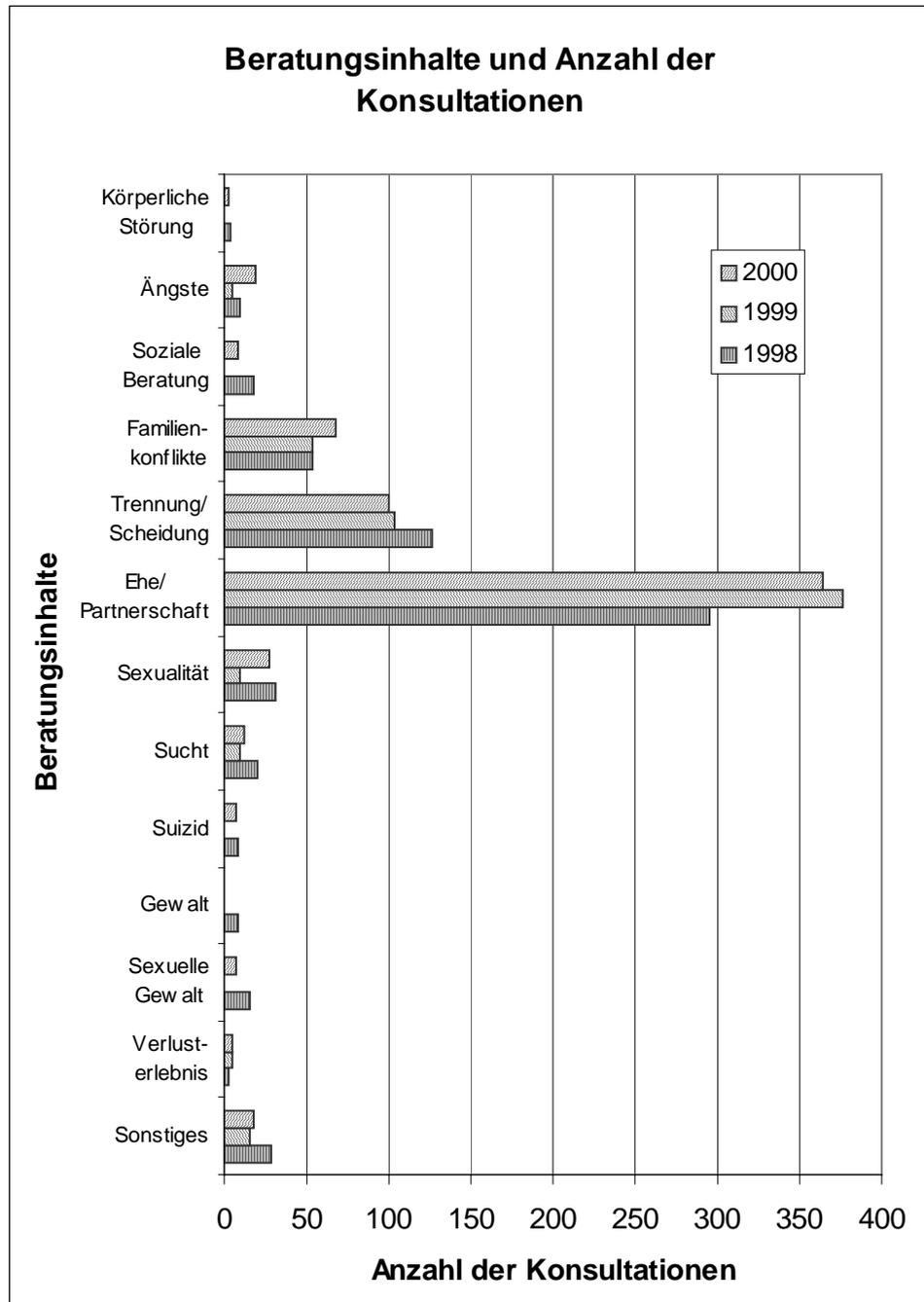
#### ***4.7.3.1 Die Ehe-, Familien-, Lebens- und Sexualberatung als ein Schwerpunkt der PRO FAMILIA Arbeit***

##### ***Inhalte und Prämissen der Ehe-, Familien- und Lebensberatung***

Der Bereich der Ehe-, Familien- und Lebensberatung stellt ein komplexes Beratungsangebot dar, sich aus mannigfaltigen Beratungsinhalten zusammensetzt. In geordneter Reihenfolge entsprechend der Gesamtanzahl der wahrgenommenen Konsultationen im Jahr 2000 waren die Inhalte folgende:

<b>Beratungsinhalt</b>	<b>Anzahl der Konsultationen</b>
1. Ehe und Partnerschaft	364
2. Trennung	100
3. Familiäre Konflikte	68
4. Sexualität	28
5. Ängste	19
6. Sonstiges (alle was unter Pkt. 1-13 nicht definiert ist)	18
7. Sucht	12
8. Soziale Beratung	8
9. Sexuelle Gewalt	7
10. Suizid	7
11. Verlusterlebnis	4
12. Körperliche Störungen	2
13. Gewalt	1

Die Beratungsinhalte Ehe und Partnerschaft, Trennung/Scheidung und familiäre Konflikte wurden favorisiert angenommen, gefolgt von den Themen Sexualität und Ängste. Die Anzahl der Gesamtkonsultationen im Jahr 2000 im Bereich der Ehe- und Lebensberatung wie auch deren Präferenz wiesen, verglichen mit den statistischen Angaben aus den Jahren 1999 und 1998 keine signifikanten Unterschiede auf.



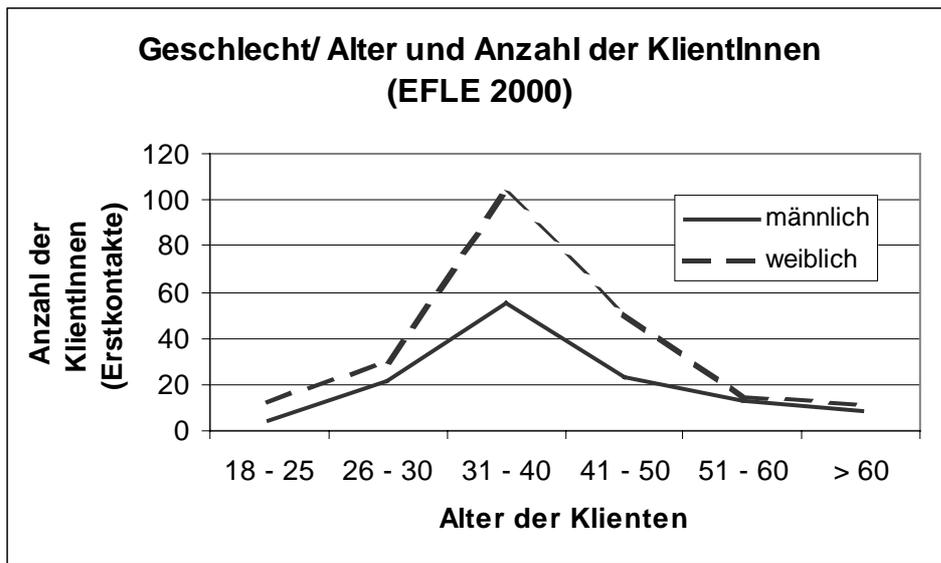
**Abbildung 21:** Beratungsinhalte und Anzahl der Konsultationen

Es sei zu erwähnen, dass sich alle in diesem Bericht angegebenen statistischen Daten auf die Beratung im Erwachsenenbereich beziehen. Ähnliche Beratungsinhalte für Kinder, Jugendliche und deren Eltern werden statistisch im Bereich der Erziehungsberatung (§28) erfasst.

### **Statistische Zusammenhänge zwischen Beratungsinhalten, Alter und Geschlecht in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung**

Unabhängig vom Alter der Klienten und der jeweils wahrgenommenen Anzahl der Konsultationen kam in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung zu insgesamt 346 Erstkontakten, wobei es sich zu 63,5 % um weibliche und zu 36,5 % um männliche Klienten handelte.

In jedem Altersbereich überwiegen mehr oder weniger signifikant die weiblichen Klienten. Die Mehrzahl der männlichen als auch weiblichen Klientels bewegte sich im Altersbereich zwischen 31 und 40 Jahren, gefolgt von den Altersbereichen 41-50 Jahren und 26-30 Jahren.

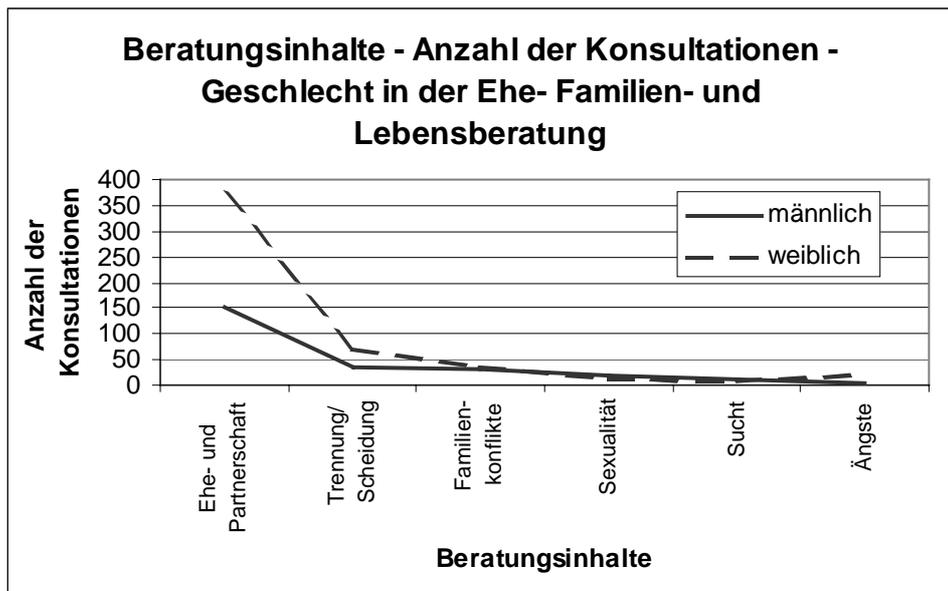


**Abbildung 22:** Geschlecht/ Alter und Anzahl der KlientInnen in der Ehe- Familien- und Lebensberatung 2000

Von der Gesamtanzahl der Konsultationen ausgehend nahmen sowohl die weiblichen als auch die männlichen Klienten verstärkt die Angebote im Bereich der Ehe- und Partnerschaftsberatung wahr, gefolgt von den Beratungsangeboten „Trennung/Scheidung und „Familiäre Konflikte“.

Auf Rang 4 und 5 folgten im weiblichen Bereich die Beratungsangebote im Bereich „Ängste“ und „Sexualität“, bei den Männern folgte die Sexualberatung auf Rang 4 gefolgt von Fragen im Bereich der Suchtberatung. (siehe nächste Abbildung)

Ausgehend von diesem kurzen Einblick in die Komplexität der Ehe-, Familien- und Partnerschaftsberatung im Erwachsenenbereich soll im Folgenden auf die Bereiche sowohl der Eheberatung als auch der Sexualberatung näher eingegangen werden.



**Abbildung 23:** Beratungsinhalte, Anzahl der Konsultationen und Geschlecht in der Ehe- Familien- und Lebensberatung

#### ***4.7.3.2 Ehe- und Partnerschaftsberatung als ein wesentlicher Schwerpunkt der Ehe-, Familien- und Lebensberatung***

##### ***Definition der Ehe- und Partnerschaftsberatung***

Im Folgenden sollen Inhalte und Arbeitsweise der Ehe- und Partnerschaftsberatung kurz beschrieben werden.

Ehe- und Partnerschaftsberatung wird angeboten für Klienten, die im Rahmen verschiedenster Lebensformen Beziehungen eingegangen sind bzw. Erfahrungen gesammelt haben, sei es in Ehen, eheähnlichen Beziehungen, räumlich getrennt lebenden Partnerschaften, bereits getrennt lebende oder Geschiedene.

Die mannigfaltigen Anliegen in der Ehe- und Partnerschaftsberatung können folgende sein:

- Kommunikationsstrukturen in der Partnerschaft, z. B. das Umgehen mit bzw. das Ansprechen von Konflikten und eigenen Wünschen und Bedürfnissen und denen des Partners/ der Partnerin
- Aufarbeiten einer gescheiterten und das Vorbereiten auf eine neue Partnerschaft
- Veränderungen von Lebenskontexten mit Auswirkungen auf die Partnerschaft, wie z. B. die Vereinbarung beruflicher Strukturen, die Bildung von „Patchwork“-familien, Verlusterlebnisse in der Familie
- Rollenverteilungen
- Außenbeziehungen /Eifersucht
- Sexuelle Probleme u. a.

### ***Arbeitsweise und Setting in der Ehe- und Partnerschaftsberatung***

Die Inanspruchnahme unseres Hilfsangebotes beruht auf freiwilliger Basis. Wir arbeiten im Rahmen einer Komm-Struktur. Die Beratung erfolgt kostenlos. Dauer und Häufigkeit der Beratung sowie deren Settings werden individuell flexibel gestaltet. In der Regel beträgt die Beratungszeit für ein Einzelgespräch 60 Minuten, für ein Ehe- Partnerschaftsgespräch 90 Minuten. Die Beratung versteht sich als Hilfe zur Selbsthilfe.

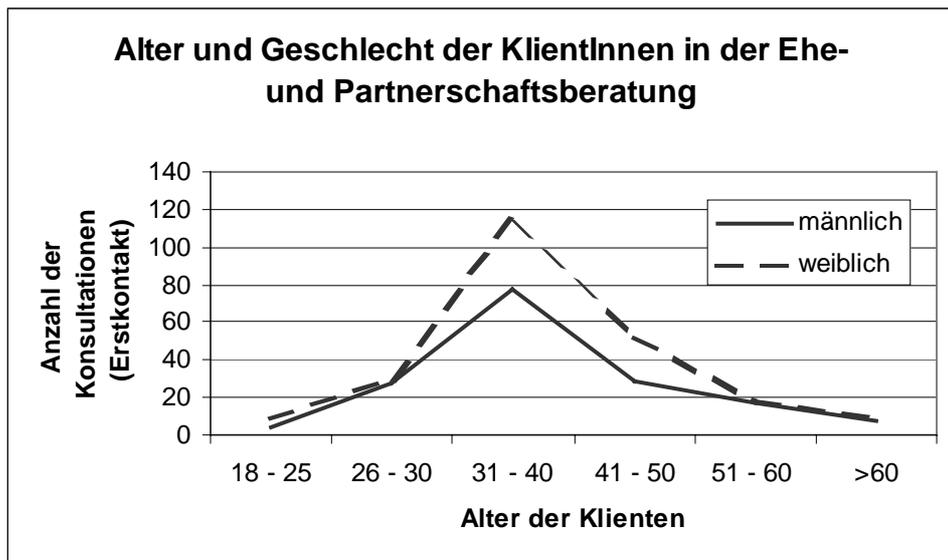
In der Ehe- und Partnerschaftsberatung hat sich der systemische familientherapeutische Ansatz bewährt. Es wird davon ausgegangen, dass die Klienten über eigene, individuelle Konfliktlösungspotentiale verfügen. Dabei wird eine Reflexion über bereits erfahrene und bewährte Lösungsmechanismen provoziert und das Erkennen und Probieren neuer Lösungsmodelle angeregt.

Als hilfreich, leider aus personellen und organisatorischen Gründen nur selten realisierbar, hat sich die Beratung im Team, d. h. 2 Beraterinnen gestalten eine Sitzung, erwiesen. In der Regel findet die Sitzung mit einer Beraterin und den Einzelklienten bzw. Paaren statt. Ob und wann eine weitere Sitzung stattfindet und das Setting beibehalten oder verändert werden soll, wird am Ende einer jeden Sitzung neu vereinbart.

### ***Statistische Zusammenhänge und Hypothesen zu Geschlecht - Alter - Anzahl der Konsultationen und Setting in der Ehe- und Partnerschaftsberatung***

1. Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern wurden die meisten Konsultationen im Altersbereich von 41-50 Jahren durchgeführt.
2. In den Altersbereichen 31-40 Jahren und 41-50 Jahren nehmen die Frauen wesentlich häufiger Erstkontakte wahr als die Männer. (Abbildung 24) (Nur beim Erstkontakt werden statistische Altersangaben erhoben)
3. 70,7 % der Ehe- und Partnerschaftsberatungen waren Einzelberatungen, 29,3 % der Beratungen fanden mit der Partnerin/dem Partner gemeinsam statt.
4. Die Einzelberatungen wurden zu 71,9 % von Frauen, zu 28,1 % von Männern in Anspruch genommen.

Die Inhalte in der Ehe- und Partnerschaftsberatung waren eher geschlechtsunspezifisch. Aufgrund der vorliegenden statistischen Erhebungen lassen sich verschiedene Hypothesen ableiten.



**Abbildung 24:** Alter und Geschlecht der KlientInnen in der Ehe und Partnerschaftsberatung

1. Der Altersbereich zwischen 31 und 40 Jahren sowie 41 und 50 Jahren ist von verschiedenen Lebensereignissen (live-events) geprägt. Themen wie Familiengründung, „Patchwork“-Familien, Trennung, Einfluss durch Veränderung beruflicher Strukturen auf Partnerschaft, wie z. B. Arbeitslosigkeit, sowie außereheliche Beziehungen spielten besonders in diesen Altersbereichen eine wesentliche Rolle.
2. Häufiger als die Männer wurden die Frauen aktiv, indem sie die Beratungsstelle aufsuchten. Man könnte vermuten, dass Frauen im familiären Kontext eher nach Lösungsstrategien suchen, Verantwortung für aktuelle Situationen und Lösungen übernehmen, eher bereit sind überholte, nicht bewährte Muster durch neue zu ersetzen und zu Konsequenzen bereit sind.
3. Die Dominanz der Einzelberatung gegenüber der Beratung im partnerschaftsbezogenen Setting lässt sich zum einen damit erklären, dass es sich zum einen um „Geschickte“ handelt, d.h. Beratungsangebote anzunehmen soll den Partner /die Partnerin von der Ernsthaftigkeit der Partnerschaftssituation oder der eigenen Änderungsbereitschaft überzeugen. Zum anderen ist die Einzelberatung eine Chance, autonom Vor- und Nachteile von Konsequenzen abzuwägen, sich die eigene Verantwortung und die eigenen Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Partnerschaftssituation zu verdeutlichen oder Partnerschaftssituationen in Verbindung mit eigenen biografischen Hintergründen zu betrachten.
4. Letzterem stellen sich vor allem die Frauen, was sich quantitativ in der Anzahl der in Anspruch genommenen Einzelberatungen niederschlägt.

### ***4.7.3.3 Sexualberatung als ein wesentlicher Schwerpunkt der Ehe-, Familien- und Lebensberatung***

#### ***Definition der Sexualberatung***

Zum einen ist die Sexualberatung inhaltlich integriert in den Bereich der Ehe- und Partnerschaftsberatung, zum anderen bieten wir autonom Sexualberatung an bei konkret beschriebenen Funktionsstörungen. Frauen und Männer definieren ihre Anliegen überwiegend unterschiedlich. Während Frauen überwiegend sexuelle Unlust und Orgasmusstörungen beschreiben, geben die Männer Potenzstörungen, Erektionsstörungen und Ejakulationsstörungen an.

#### ***Arbeitsweise und Setting in der Sexualberatung***

Die Arbeitsweise im Bereich der Sexualberatung orientiert sich an 2 Methoden, die sich gegenseitig ergänzen können. Sexualberatung im Rahmen der Ehe- und Partnerschaftsberatung beachtet die Kausalität zwischen der partnerschaftlichen bzw. familiären Situation und dem sexuellen Erleben bzw. sexuellen Wünschen und Bedürfnissen. Hier hat sich der systemisch - familientherapeutische Ansatz bewährt.

Sexualberatung als autonomes Anliegen basiert auf dem Hintergrund verhaltenstherapeutischer Methoden und gestattet verschiedene Interventionen, z. B.

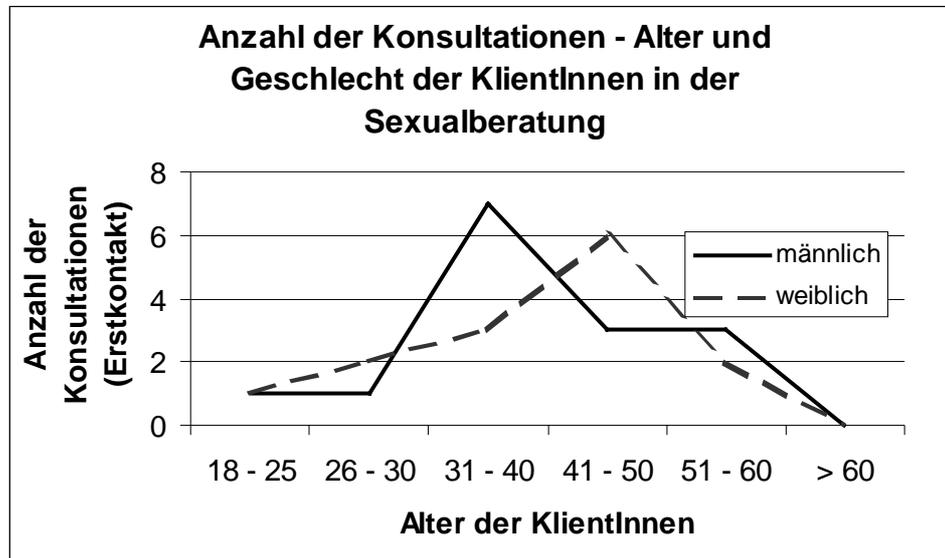
- das Herstellen objektiver Bedingungen für lustvolles Erleben
- Übungsangebote zur sexuellen Stimulation und zur Körperwahrnehmung
- verordnen von sexueller Enthaltbarkeit („Aus-Zeit“) u.a.

Das Setting wird analog dem in der Ehe- und Partnerschaftsberatung gestaltet. Die autonome Sexualberatung findet eher in Form von Einzelberatung statt. Auch bei der Sexualberatung bieten wir die Komm-Struktur an. Die Dauer der Konsultationen beträgt zwischen 60-90 Minuten.

#### ***Statistische Zusammenhänge und Hypothesen zu Geschlecht - Alter-Anzahl der Konsultationen und Setting in der Sexualberatung***

1. Die Mehrzahl der Konsultationen wurden sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen in den Altersbereichen zwischen 31 bis 40 Jahren und 41-50 Jahren wahrgenommen.  
Im Altersbereich von 31- 40 Jahren nahmen überwiegend die Männer den Erstkontakt auf, im Altersbereich von 41-50 Jahren waren es überwiegend die Frauen. (Auch hier beziehen sich die Angaben auf die Erstkontakte, da nur bei Erstkontakt das Alter erfasst wird.  
(Abbildung 25)
2. 35 % der Sexualberatungen wurden im Kontext der Ehe- und Partnerschaftsberatung durchgeführt, bei 65 % der Sexualberatungen handelte es sich um ausschließliche Sexualberatungen.
3. Unabhängig von Arbeitsweise und Setting setzte sich das Klientel zu 80 % aus Männern und zu 20 % aus Frauen zusammen.

4. Die Anliegen unterschieden sich insofern, dass die Frauen eher über Orgasmusstörungen und Unlust bezogen auf Befriedigung sexueller Bedürfnisse berichten, während Männer Potenzstörungen, Erektions- und Ejakulationsstörungen angaben.



**Abbildung 25:** Anzahl der Konsultationen in der Sexualberatung

In der Sexualberatung ergaben sich Unterschiede zwischen den Männern und Frauen bezüglich des bevorzugten Altersbereiches, in dem Beratung aufgenommen wurde, bezüglich des Anteils von Frauen und Männern an der Gesamtzahl der Klienten und bezüglich der bevorzugten Inhalte. Sowohl in der Ehe- und Partnerschaftsberatung als auch in der Sexualberatung fanden wir die Mehrzahl des Klientels in den Altersbereichen zwischen 31- 40 Jahren und 41-50 Jahren. Verglichen mit den Inhalten in diesen Beratungen wurde noch einmal deutlich, dass natürlich Umstrukturierungen in der Familie /Partnerschaft und belastende soziale oder partnerschaftliche Situationen Einfluss auf das sexuelle Erleben eines jeden einzelnen haben.

Auffallend im Gegensatz zur Ehe- und Partnerschaftsberatung war, dass im Altersbereich 31- 40 Jahre eher Männer die Sexualberatung in Anspruch nehmen, während im Altersbereich 41-50 Jahre es eher die Frauen waren. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass unseren Beratungserfahrungen entsprechend Frauen im Alter zwischen 31 und 40 Jahren eher mit Kindererziehung bzw. der Koordination Beruf- Erziehung - Hausfrau oder der Eingliederung in den Arbeitsprozess nach Beendigung des Erziehungsurlaubs integriert sind und zu diesem Zeitpunkt sexuellen Bedürfnissen eine eher sekundäre Rolle beimessen. Männer erleben in diesem Altersbereich die Vereinbarung ihrer Lebensorganisation aufgrund von Familienplanung und anderer Umstände als weniger gravierend, registrieren aber stärker als die Frauen Veränderungen im Sexualleben.

Bei Frauen spielt für ein lustvolles sexuelles Erleben die allgemeine Zufriedenheit (Beruf, Partner) eine wichtige Rolle.

Männer leben und erleben Sexualität eher als autonom, es gelingt ihnen eher Stresssituationen zu verdrängen. Andererseits war es unsere Erfahrung, dass Männer bei nicht funktionierender Sexualität einen höheren Leidensdruck als Frauen entwickelten.

#### ***4.7.3.4 Ausblick***

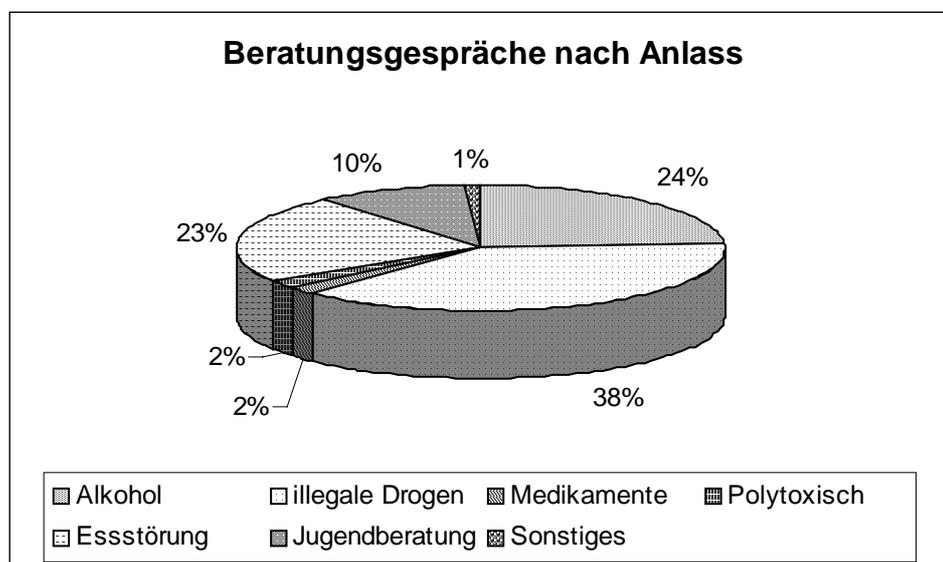
In Zeiten gesellschaftlicher Umbrüche, wie wir sie heute erleben, sind Beratungsstellen wie z. B. unsere integrierte PRO FAMILIA-Beratungsstelle ein notwendiger Bestandteil der sozialen Ausgestaltung einer modernen Gesellschaft. Die stetig wachsende Nachfrage nach Beratung zeugt davon, dass das einzelne Individuum, dass Paare und Familien in einem schwierigen Umfeld leben, welches die persönliche Entfaltung und das gemeinschaftliche Zusammenleben erschwert.

Unter dem Eindruck öffentlicher Spardebatten und Finanzkürzungen sieht sich auch unsere Beratungsstelle einem zunehmenden Druck ausgesetzt. Es wäre bedauerlich, wenn solch ein bürgernahes, kostenloses, niederschwelliges, ganzheitliches Angebot durch finanzielle Zwänge Beratungsbereiche einstellen müsste und dadurch seinen besonderen Charakter einer integrierten Beratungsstelle verlöre.

#### 4.7.4 Beratung und therapeutische Begleitung von essgestörten Mädchen und Frauen durch die Jugend- und Drogenberatungsstelle Magdeburg im Jahr 2000

##### 4.7.4.1 Ausgangssituation - Beratung, Betreuung und Vermittlung von essgestörten Mädchen, jungen Frauen und deren Angehörigen durch die DROBS Magdeburg

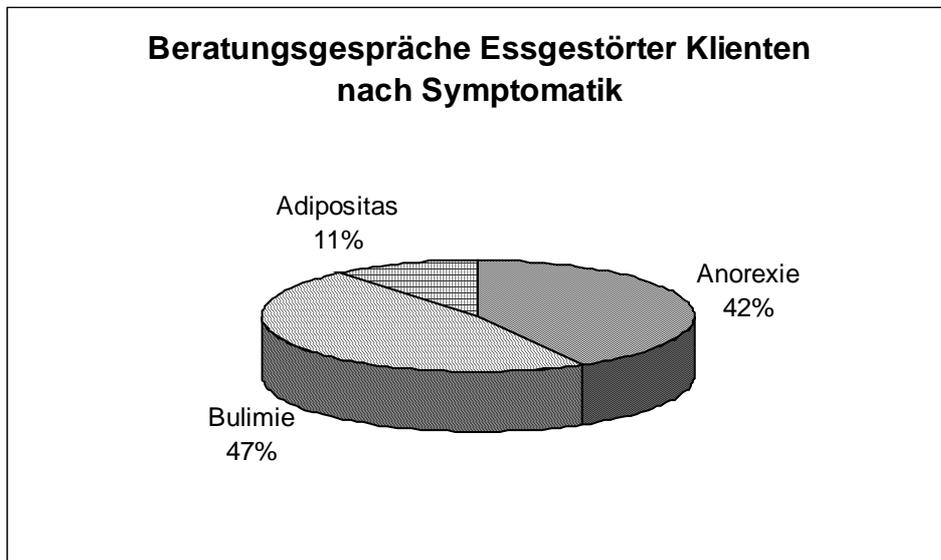
Die Jugend- und Drogenberatungsstelle Magdeburg arbeitet *seit Oktober 1992* primär mit dem Auftrag, Beratung, Betreuung, Vermittlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Suchtmittelproblemen, insbesondere im Bereich illegalisierter Substanzen in der Stadt Magdeburg zu sichern.



**Abbildung 26:** Beratungsgespräche nach Anlass

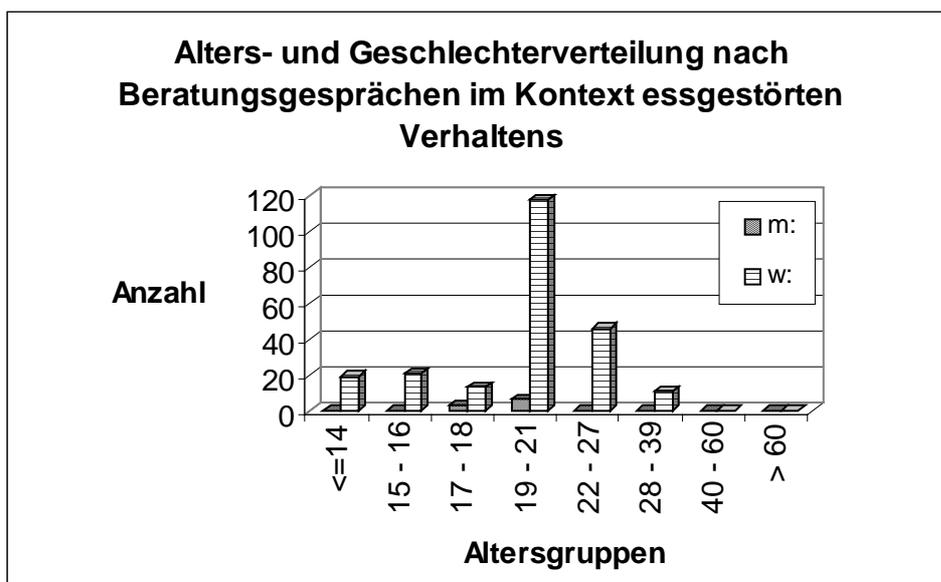
Bereits im Jahr 1992 nahmen **Jugendliche und junge Erwachsene mit Essstörungen** Kontakt auf, da neben der Drogenberatung auch Beratung und Hilfe **im Rahmen familiärer Kriseninterventionen** angeboten wurden. Insbesondere Angehörige aber auch vermehrt Betroffene mit Essstörungen nahmen die Hilfen an, da es in der Stadt Magdeburg kein weiteres Hilfsangebot gab, und bis heute im Rahmen spezialisierter Hilfe auch nicht vorgehalten werden kann. Durch Veröffentlichungen des Angebotes der Beratungsstelle in Zeitungen u.a. Medien stieg die Nachfrage auch im Altersbereich über 21 Jahre, so dass auch junge Erwachsene, beginnend mit dem 21. Lebensjahr bis 35 Jahre, um Hilfe baten. Die Versorgung der Betroffenen und deren Familien im Rahmen ambulanter Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeuten in freier Praxis konnte und kann bis heute die Nachfrage nicht abdecken, auch begründet aus der Tatsache, dass nur wenige Psychotherapeuten eine Spezialisierung im Bereich Essstörungen vorhalten und notwendige Gruppentherapie nicht realisiert wird. Die letzten Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen der DROBS in den letzten Jahren zeigen, dass die Häufigkeit der Anorexia nervosa in der

besonders betroffenen Altersgruppe der Frauen zwischen 15 und 30 Jahren ungefähr bei 1 % und die der Bulimia nervosa mindestens bei 2-3 % liegt.



**Abbildung 27:** Beratung Essgestörter Klienten nach Symptomatik

Die Komorbidität zu anderen Störungsbildern muss allerdings berücksichtigt werden. Die geschlechtsspezifische Verteilung ist bei beiden Essstörungen gemeinsam, weniger als 10% der Betroffenen sind Männer. Im Jahr 2000 hatte die DROBS Magdeburg Kontakt zu zwei männlichen Essgestörten, die meisten Beratungen, wo Essstörungen Beratungsanlass boten, fanden im Altersbereich zwischen 19-21 Jahren für Mädchen und Frauen statt, wobei Bulimie am häufigsten, Anorexie am zweithäufigsten Thema war.



**Abbildung 28:** Alters- und Geschlechterverteilung nach Beratungsgesprächen im Kontext essgestörten Verhaltens

Eine weitere Häufigkeit tritt in der Altersgruppe der 22 - 27 jährigen Frauen auf, die Hilfe suchen, wo eine Essstörungen Beratungsanlass bildet. In einigen Risikogruppen liegt die Prävalenz allerdings deutlich höher, denn eine bulimische oder anorektische Symptombildung wird begünstigt, wenn gruppeninterne Regeln oder Traditionen den schon außerhalb der Gruppe bestehenden gesellschaftlichen Druck nach einer schlanken Idealfigur noch verstärken.

Betrachtet man die Anzahl der Beratungen in der Jugend- und Drogenberatungsstelle Magdeburg in den letzten vier Jahren ergibt sich folgendes Bild:

**Tabelle 42:** Anzahl der Beratungen in der Jugend- und Drogenberatungsstelle DROBS

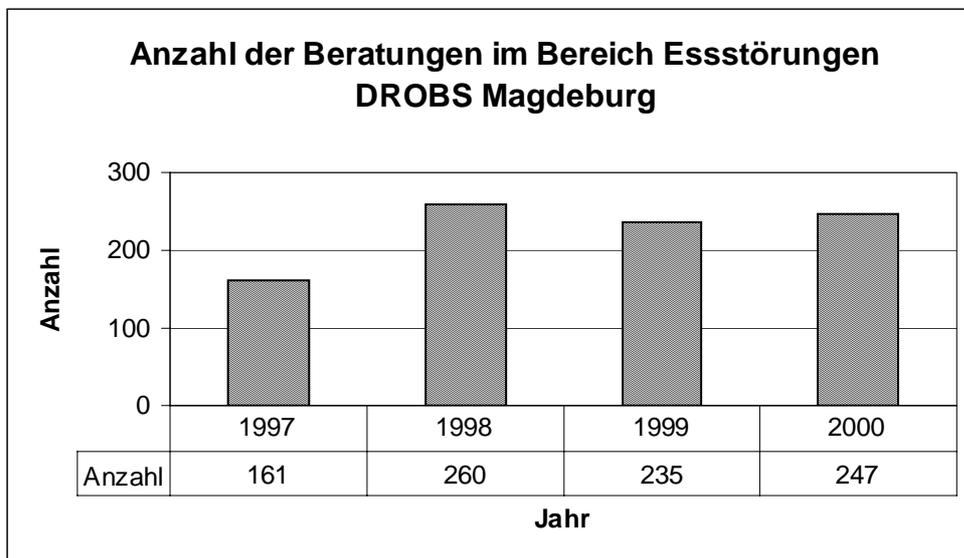
Beratungen Essstörungen 1997	Insgesamt: 161 Beratungen (Betroffene)
Beratungen Essstörungen 1998	Insgesamt: 260 Beratungen (Betroffene)
Beratungen Essstörungen 1999	Insgesamt: 235 Beratungen (Betroffene)
Beratungen Essstörungen 2000	Insgesamt: 247 Beratungen (einschl. Mehrpersonengespräche)

Schwerpunkt in der Beratung bildeten hauptsächlich Bulimia nervosa, Anorexia nervosa und anteilig im Bereich von Adipositas. Im Jahr 2000 fanden weniger Einzelberatungen sondern **Mehrpersonengespräche (MP)** statt, mit dem Versuch, die Arbeit zu effektiveren und den Personaleinsatz kostensparsamer halten zu können. **Die Mehrpersonengespräche** (mindestens zwei bis zu vier und mehr Personen) wurden als eine Beratung gezählt, dauern allerdings in der Regel länger als Einzelberatungen. Hoher Arbeitsaufwand entstand im Rahmen von Therapievermittlung in stationäre Einrichtungen im Rahmen der Kooperation zwischen Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern und Fachkliniken.

Im Jahr 2000 nahm der Bedarf an Beratung für Betroffene und deren Angehörige drastisch zu, ca.  $\frac{1}{3}$  **des Klientels ist älter als 21 Jahre** und darüber hinaus( vor allem Bulimia nervosa) und anteilig älter (vor allem Adipositas). Innerhalb eines Beratungsjahres nehmen durchschnittlich 100 Betroffene mit Essstörungen persönlich aber auch anteilig durch anonyme Telefonberatung Kontakt auf. Die Anzahl der Informations- und Vermittlungsgespräche nahm deutlich zu, insbesondere die Vermittlung in stationäre Einrichtungen und Anfragen bzgl. ambulanten Nachsorge mussten anteilig zurückgewiesen werden, da keine personellen Kapazitäten vorhanden waren.

Auf Grund der hohen **Komorbidität** zu anderen Störungsbildern wie z.B. von **Alkohol- Drogenabusus, Impulskontrollstörungen z.B. selbstverletzendes Verhalten, Kleptomanie 15 - 40 %** (nach GARNER et.al 1992) ist oftmals ein hoher Aufwand im Rahmen von Beratung, Begleitung und Vermittlung in Kliniken, einschließlich der Klärung der Kostenübernahme verbunden.

Der *Missbrauch von Medikamenten*, anteilig auch eine vorhandene *Medikamentenabhängigkeit* als Folge der Essstörung bilden oftmals einen weiteren Grund für Beratung. 40 bis 50 % der in der DROBS betreuten Klienten verwandten regelmäßig *Laxantien*, *30 bis 40 % Appetitzügler und Diuretika zwischen 10 und 33 %*.



**Abbildung 29:** Anzahl der Beratungen im Bereich Essstörungen DROBS Magdeburg 1997 bis 2000

Zusammenfassend kann eingeschätzt werden, dass der Bedarf für Beratung und Hilfen im Bereich der Essstörungen als auch im Bereich der illegalisierten Substanzen in den letzten zwei bzw. drei Jahren für Mädchen und junge Frauen stetig ansteigt. Häufig traten Mischformen auf, so dass *neben dem Essproblem auch illegalisierte Substanzen* wie z.B. *Ecstasy oder Amphetamine* verwandt werden, um eine Gewichtsregulation schnell herbeizuführen und manipulierend Einfluss nehmen zu können. Mit den vorhandenen gegenwärtigen personellen Kapazitäten in der DROBS können keine weiteren Hilfen realisiert werden, die Belastungsgrenze ist mit ca. 247 Beratungen erreicht und kann ohne zusätzliches Personal nicht mehr überschritten werden, trotz stetigem Anstieg der Nachfragen für Beratung und Therapie.

#### **4.7.4.2 Methodisches Setting von Beratung und therapeutischer Begleitung in der Jugend- und Drogenberatungsstelle Magdeburg**

Auf Grund der fachlich konzeptionellen Arbeit der Beratungsstelle im Bereich der *familientherapeutischen systemischen Tätigkeit* wurden neben Einzelberatungen *Familiengespräche mit Betroffenen und Angehörigen* durchgeführt. Die Familiengespräche erwiesen sich in diesem Beratungsfeld auch im Jahr 2000 hochgradig effektiv, - an diesen nahmen oftmals mindestens zwei, anteilig vier oder fünf Personen gleichzeitig teil, so dass im Bereich der Beratung für Betroffene gleichzeitig auch Angehörige mit beraten wurden, der Beratungsprozess aber unter Beratung für Betroffene registriert wurde. Die anscheinend gesunkene Beratungszahl im

Angehörigenbereich erklärt sich daraus, dass eine Trennung von "Betroffenen- und Angehörigenberatung" immer weniger erfolgte. Diese Möglichkeiten ergaben sich aus der hohen Qualifikation der Mitarbeiterinnen im Beratungsbereich.

Neben einem familientherapeutischen Setting wird *einzelfallorientiert verhaltenstherapeutisch* gearbeitet, insbesondere dann, wenn eine spezifische symptomorientierte Behandlung notwendig wird. Die Entwicklung von Tages- und Wochenplänen einschließlich der Integration von regelmäßigen Mahlzeiten in den Tagesablauf bilden im Rahmen verhaltenstherapeutischer Arbeit Konfrontationsebenen in der Auseinandersetzung mit Anorexie, Bulimie und Adipositas.

Neben der *Einzelberatung, Paar- und Familienberatung* bietet die Jugend- und Drogenberatungsstelle für betroffene Mädchen, Frauen aber auch für Männer *einmal wöchentlich eine angeleitete Selbsthilfegruppe für Essstörungen* an.

#### ***4.7.4.3 Ausblick und prognostische Aussagen - Beratung, therapeutische Betreuung von essgestörten Mädchen und jungen Frauen, Notwendigkeit von präventiver Arbeit mit Kindern und Jugendlichen***

Die Jugend- und Drogenberatungsstelle hält ein hochspezialisiertes Hilfsangebot für Betroffene von Essstörungen und deren Angehörige vor. Auf Grund des stetig steigenden Bedarfes im Rahmen von Beratung, therapeutische Begleitung braucht es dringend einen weiteren *personellen Ausbau* zur Abdeckung der Nachfragen. Insbesondere *fachgerechte Erstkontakte und die Vermittlung in Fachkliniken oder ambulante Hilfen*, als auch *Einzelfallhilfe und Familienbetreuung* sollten einen Schwerpunkt bilden. Insbesondere die *präventive Arbeit mit Kindern und Jugendlichen* kann in diesem Bereich gegenwärtig nicht gesichert werden. Vermehrt gab es Anfragen von Lehrern, Eltern, Medizinern, Institutionen, wie Kinderheime u.a..

Aus der Kooperation mit den zuständigen Fachkliniken wird deutlich, dass zunehmend auch junge Männer die Verweigerung von Nahrung als Konfliktlösestrategie wählen, die Konfrontation mit Lebensfragen meiden und einem „fragwürdigem“ Schlankheitsideal folgen. Hier stellt sich insgesamt die Frage ambulanter Vor- und Nachsorge. Die in den psychotherapeutischen Praxen arbeitenden Psychologen und Ärzte können den stetig steigenden Bedarf nicht abdecken.

#### **4.7.5 Magdeburger Krebsliga e.V.**

Die Selbsthilfe leistet als Ergänzung der professionellen Dienstleistungsangebote im Gesundheitssystem einen nicht mehr wegzudenkenden Beitrag und ist somit ein wichtiges sozial- und gesundheitspolitisches Hilfspotential geworden, weil sie etwas leistet, was der Sozialstaat nicht kann, was aber für eine Gesellschaft unabdingbar wichtig ist, nämlich ein Klima der "*Wärme und Geborgenheit*" herzustellen.

Das psychosoziale Beratungsangebot beinhaltet zum einen die Information und Hilfestellung bei sozialrechtlichen Ansprüchen und Problemen der Rehabilitation, zum anderen die Hilfestellung im Umgang mit den psychischen Belastungen, Ängsten und Folgen der Tumorerkrankung, deren Behandlung und Verlauf.

Die zunehmende ersatzlose Auflösung im gesellschaftlichen Umfeld macht deutlich, wie wichtig funktionierende soziale Einrichtungen sind, die Handlungsfelder schaffen, in denen sich beruflich Tätige, krebsbetroffene und nicht betroffene Menschen solidarisch betätigen können und dafür aktiv werden, dass es weniger Konflikte gibt.

Die infrastrukturelle Unterstützung der Selbsthilfe mit dem von der Beratungsstelle entwickelten Aufgabenprofil ist eine wesentliche Voraussetzung zur Stabilisierung und Aktivierung des Selbsthilfepotentials der Betroffenen.

Unsere Konzeption der psychosozialen Nachsorge besteht in der gleichwertigen Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und professionellen Sozialarbeitenden.

Unsere Erfahrungen besagen, dass sich Selbsthilfe-Initiativen als verantwortungsbewusste, zuverlässige und in ökonomischer Hinsicht als "gewinnbringende" Partner des Versorgungssystems erwiesen haben. Das freiwillige Engagement in den Selbsthilfegruppen kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden, es ist eine der Säulen unserer kommunalen Selbstverwaltung und wichtiger Bestandteil der Gesellschaft. Denn die Entstehung von Initiativen ist häufig nicht nur Indikator für alte ungelöste und neu auftretende Probleme, sondern auch für Versorgungslücken.

Selbsthilfe als aktive Solidarität für sich und andere hat Zukunft. Sie ist unmittelbar, ohne großen bürokratischen Aufwand und ohne administrative Vermittlung leistbar. Vor allem ist sie dicht an den Problemen der Menschen angesiedelt.

Krebsberatungsstellen leisten vor allem sozial-praktische Hilfe an den Schnittstellen zwischen dem stationären und ambulanten Bereich mit dem Ziel, eine optimale Selbsthilfefähigkeit zu erreichen.

In welchem Umfang und mit welcher Qualität unsere Beratungsstelle dem Anspruch gerecht werden kann, eine gute psychosoziale Nachsorge

anzubieten, sozialen Rückhalt und Lebensfreude zu fördern, ist immer von der Kooperation mit Partnern im Sozial- und Gesundheitswesen abhängig.

Im Bemühen um eine gemeinsame ganzheitliche Behandlung der an Krebs Erkrankten haben sich neue Formen in der Zusammenarbeit entwickelt.

Krebs wirksam bekämpfen heißt, dass alle Einrichtungen und Fachrichtungen konstruktiv an einer Gesamtkonzeption beteiligt sind: multiprofessionelle Zusammenarbeit von Ärzten, Betroffenen und beteiligten Organisationen. So kann das Beste, was die heutige Medizin auf dem Gebiet der Onkologie ermöglichen kann, durch einfühlsame und verständnisvolle psychosoziale Nachsorge ergänzt werden.

Die Beziehungen der Kontakt- und Beratungsstelle mit ihren Selbsthilfegruppen zum Tumorzentrum Magdeburg Sachsen-Anhalt e.V., dem Gesundheits- und Veterinäramt Magdeburg, Bereich Beratung für chronisch Kranke und Behinderte, den Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen haben sich für unsere Arbeit als sehr hilfreich erwiesen. Die Verzahnung der Hilfsangebote und die gegenseitige Unterstützung aller Einrichtungen haben das gemeinsame Ziel, Leben mit der Erkrankung Krebs lebbar zu machen und die Bedingungen dafür zu verbessern. Das Ziel unserer Arbeit besteht darin, Betroffenen die Möglichkeit zu gemeinsamen Aktivitäten zu geben, bestehende Hilfsmöglichkeiten optimal zu nutzen und neue Wege zur Selbsthilfe zu erproben.

Wir möchten weiterhin das Verständnis vertiefen und mit den Ärzten einen gemeinsamen Weg der Hilfe für die durch die Krankheit schwer geprüften Betroffenen finden, Mut und Hoffnung vermitteln und zeigen, dass die Krankheit "Krebs" nicht das Ende bedeutet, sondern durchaus eine Chance zum Neubeginn sein kann.

Wir möchten Mut machen zu einem neuen Leben zum "Leben mit Krebs". Rehabilitation bedeutet Wiedereingliederung. Sie umfasst in unserem Arbeitsfeld alle Bemühungen, die es den an Krebs erkrankten Menschen ermöglichen, ihren Alltag körperlich, familiär, sozial und beruflich so weit wie möglich selbstbestimmt zu gestalten und an der Gesellschaft teilzunehmen.

***Wir wollen, dass das Thema "Krebs" öffentlich wird*** - in dem Sinne, dass damit gerechnet werden muss, dass es jeden betreffen könnte und dass man mit der Krankheit leben kann.

Sozialpolitisch begründete Arbeit will auf öffentlichen Regelungsbedarf aufmerksam machen. Darauf, dass bestimmte individuelle Lebenslagen nicht nur privat bewältigt werden können, sondern zugleich eine gesellschaftliche Aufgabe sind.

Krebs ist kein rein biologisches Problem; die Krankheit trifft nicht nur den Körper des Patienten. Da hinter jeder Krebserkrankung die Todesfurcht steht, wird die ganze Persönlichkeit erfasst. Ja, die Auswirkungen bleiben

nicht auf den Kranken beschränkt, Familienangehörige, Freunde, und Ärzte sind von ihr ebenfalls betroffen.

Damit enthält die Krebserkrankung neben ihrer biologischen eine soziale Dimension, zu der die Politik Stellung beziehen muss.

Wenn die Politik zur sozialen Dimension der Krebserkrankung und -medizin Stellung beziehen will, reicht allerdings ein Aufruf an den Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen, nicht aus.

*(Wolfgang Thierse; Krebsmedizin als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Onkologisches Patientenseminar 2000)*

### **Warum ist unsere Arbeit so wichtig.**

Jährlich erkranken 340 000 Menschen an Krebs, die Tendenz ist steigend.

Nach der Diagnose einer Krebserkrankung setzen sich fast alle Betroffenen mit einer Vielzahl von bedrohlichen Gefühlen auseinander. Sie empfinden oft Angst und Zorn, sie neigen zu Selbstmitleid und haben oft das Gefühl, keinerlei Macht mehr über ihr Leben zu haben. Sie sind erschrocken über das emotionale Auf und Ab. Alles bisher Gewohnte und viele zukünftige Ziele scheinen zunächst in Frage gestellt. Daraus resultiert das Gefühl des Allein- und Ausgeschlossenenseins.

Sprachlosigkeit breitet sich aus in einer Situation, die Zuspruch und Begleitung erfordert.

Viel zu wenig sind die besonderen Schwierigkeiten von Krebspatienten bekannt, sei es im Familien-, Freundeskreis oder am Arbeitsplatz. Der vielfältige Unterstützungsbedarf krebserkrankter Menschen lässt sich mit den Angeboten in den Selbsthilfegruppen nicht bewältigen.

Auffällig erscheint, dass die Mehrheit der Ratsuchenden den Kontakt unter starkem emotionalen Druck in einem krankheitsbedingt eskalierten psychischen Konflikt aufnehmen.

Häufig werden Orientierungshilfen zur konstruktiven Bewältigung der Krankheit vergebens gesucht.

Betroffene kommen dann zu uns, wenn sie keine Ansprechpartner für ihre Probleme finden konnten.

Die Beratung und Unterstützung krebsbetroffener Menschen ist Kernpunkt unseres Leistungsangebotes. Dabei reicht die Spannbreite von Fragen der Erkrankung, Therapie und Nachsorge über das Einholen einer unabhängigen Zweitmeinung, Schwierigkeiten in der Arzt-Patientenverständigung, finanziellen Notsituationen, Hilfs- und Heilmittel bis hin zu Fragen der Rehabilitation und anderen sozialrechtlichen Anliegen.

In den Selbsthilfegruppen können hilfreiche Lösungswege erarbeitet werden. Besonders wichtig sind den Mitgliedern der Gruppe der Erfahrungsaustausch, die Zuwendung, Anerkennung, Geborgenheit und vor allem der Zusammenhalt in der Gruppe.

Hier finden sie eine neue Lebensqualität. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ob Frauen und Männer, die in die Gruppe kommen, können besser mit Angst und Depressionen umgehen und bauen Verhaltensweisen auf, die zu einem verbesserten Umgang mit der Krankheit führen können.

Da das Angebot der Beratungsstelle auch direkten Einfluss auf die Lebensqualität und die Zufriedenheit der Betroffenen hat, muss die Qualität der Leistungen gesichert und gemäss der sich ändernden gesellschaftlichen Anforderungen ausgerichtet sein.

**Das setzt jedoch den Fortbestand der bestehenden Sozialstrukturen voraus.**

Soziale Arbeit in der Beratungsstelle ist nur in hoher Qualität verantwortbar. Eine falsche Beratung ist kaum rückgängig zu machen. Durch unsere Leistungen werden Gesundheit und Lebensqualität unserer Nutzer direkt beeinflusst.

Die Besetzung einer Krebsberatungsstelle im Rotationsprinzip über Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen kann von den Nutzern nur schwer angenommen werden, denn mit dem Ausscheiden der vertrauten Beraterin zerbricht das so mühsam aufgebaute Vertrauensverhältnis. Neue Mitarbeiter brauchen viel Zeit, um angenommen zu werden. Die Spezifik der Krankheit setzt nicht nur eine gute psychosoziale Betreuung voraus, sondern erfordert auch solides Fachwissen, Kenntnis über sozial rechtliche Leistungen, und das kann in so kurzen Zeiträumen nicht erworben werden.

**Eine Regelfinanzierung für Krebsberatungsstellen konnte bis heute nicht erreicht werden.**

Mit der stetig steigenden Inanspruchnahme unserer Kontakt und Beratungsstelle müssen wir uns auch damit auseinandersetzen, dass immer mehr Arbeit von weniger Personal ausgeführt werden muss und die Mitarbeiterinnen oft über ihre Dienstzeit hinaus arbeiten. Dieser Sachverhalt darf aber gerade im sozialen Bereich nicht auf Kosten der Humanität gehen, sonst geht der Sozialarbeit ein wichtiger Aspekt verloren.

**Inhalte der Betreuungs- und Beratungsanliegen.**

Der Bekanntheitsgrad der Beratungsstelle ist gewachsen, die Arbeit ist umfangreicher und anspruchsvoller geworden, und - wie die Auswertung der Beratungsanliegen zeigt – der Bedarf nach einer unabhängigen Beratung, in vielen, das Leben selbst und das Leben mit der Erkrankung entscheidend beeinflussenden Anliegen gestiegen ist.

Besonders zu einer Zeit, in der Menschen bei der vorhandenen Medienflut eine sachgerechte und zuverlässige Orientierung suchen, sind sie auf konkrete Orientierungshilfen angewiesen.

Die Inanspruchnahme der Beratungsstelle wird mit Zahlen dokumentiert. Auf dieser Grundlage werden die Aufgaben für die Perspektive formuliert.

Festzustellen ist, dass Einzelberatungen und Entlastungsgespräche einen immer höheren Stellenwert einnehmen.

**Von den im Jahr 2000 stattgefundenen 4034 Kontakten waren 1156 persönliche Gespräche.**

Daran wird deutlich, wie sehr der Betroffene die Kommunikation wünscht. (Statistische Übersicht am Ende des Beitrages)

Vor allem brauchen Betroffene ein festes Netz, in dem sie sozialen Halt finden. Dieses Netz reicht nicht aus und wird gegenwärtig den Beratungsbedürfnissen nicht gerecht das trifft besonders für Krebsbetroffene im Umland zu.

Kranke brauchen das Gespräch mit Gleichbetroffenen, sie suchen jemand der sie versteht und ihre Schwierigkeiten nachvollziehen kann und vielleicht mit eigenen Erfahrungen aus seinem Leben mit der Krebserkrankung weiterhelfen kann.

Wo das nicht möglich ist, ist manchmal das Telefon aufgrund der Befindlichkeit des Betroffenen die einzige Verbindung zur Außenwelt. Es ermöglicht auch denen ein helfendes Gespräch, die krank im Bett liegen, am Arbeitsplatz unabhkömmlich sind oder weit von einer Beratungsstelle oder einer Vertrauensperson entfernt wohnen.

Aufgeschlossenes, verständnisvolles Zuhören mit wenig Rückfragen macht es dem Hilfesuchenden leichter, am Telefon über seine Probleme zu sprechen.

Die von krebskranken Menschen am meisten genannten Probleme waren dieselben wie in den Vorjahren. Auffallend war, dass die Anliegen "Berufliche Wiedereingliederung", Arzt-Patientenverständigung und soziale Fragen in der Häufigkeit zunahmen.

Insgesamt erhöht haben sich weiterhin alle Nachfragen im Zusammenhang mit hochwertigen Informationen, im Zusammenhang mit dem Wunsch nach einer zweiten Expertenmeinung zu Diagnostik und Therapien.

Die Diagnose Krebs bedeutet für die meisten Betroffenen und ihre Angehörigen einen plötzlichen Einschnitt in ihr Leben.

Unvermittelt sehen sie sich mit belastender Therapie und deren Folgen konfrontiert, mit denen sie vorher nichts zu tun hatten.

In der Beratungsstelle herrscht durchgängig bei den Betroffenen die Auffassung, dass gesichertes Wissen Angst vermindern könne, dass es dazu beiträgt, optimale Therapien zu bekommen und helfen kann, das Leben zu erhalten und zu verlängern.

Auch die Lebensqualität lässt sich mit dem Instrument der Information beeinflussen. Dabei geht es dem Ratsuchenden nicht *um medizinische Auskünfte, die wir ja nicht erteilen können und dürfen*, sondern um

niederschwellige Informationen, die aber für die Lebenshaltung der Betroffenen sehr wichtig sind.

Es entspricht einem menschlichen Grundbedürfnis, bei Krankheit nicht von einem zentral gelenkten Apparat behandelt zu werden, sondern Hilfe von Menschen zu bekommen, die Verständnis für ihre Situation haben.

Am häufigsten wird bei der Informationsbeschaffung gefragt, was der eigenen Lebensweise mit der Erkrankung am zuträglichsten ist. Wo wir nicht helfen können stehen uns Fachleute unterstützend zur Seite. Hier ist die gute Zusammenarbeit der Beratungsstelle mit Ärzten in Kliniken und mit niedergelassenen Ärzten onkologischer Praxen, mit Therapeuten, Psychologen und Ämtern eine sehr hilfreiche Unterstützung.

### **Die Auswertung der Anliegen der Nutzer des Leistungsangebotes sieht wie folgt aus.**

An erster Stelle wird die psychosoziale Betreuung angenommen. Die Inanspruchnahme intensiver psychosozialer Betreuung stieg in den Fällen des ungünstigen Verlaufs der Krankheit.

Gefolgt von der Vermittlung sozial rechtlicher Hilfen zur medizinischen Rehabilitation, zur beruflichen Wiedereingliederung und bei Problemen, die nicht zuletzt auch soziale Existenzfragen aufwerfen.

Mehrere Kontakte mit einem betroffenen Menschen wurden vor allem nötig, wenn berufliche Fragen, finanzielle Schwierigkeiten Gegenstand waren oder wenn es um das Organisieren ambulanter Hilfe ging.

Weitere Anfragen:

- Schwerbehindertenrecht
- stationäre Nachsorge (Rehabilitation/Kuren)
- Vermittlung bei Schwierigkeiten mit Ämtern und Behörden, Krankenkassen und anderen Institutionen
- finanzielle Notsituationen/Härtefonds
- Hilfs- und Heilmittel
- Vermittlung von Therapien zur Verbesserung der Lebensqualität
- Auskunft über Schmerzbehandlung
- begründete Widersprüche gegen Ablehnungsbescheide

Bei Inanspruchnahme unseres Angebotes durch Angehörige gab es zum Vorjahr kaum Veränderungen.

Fast die Hälfte waren Ehe- und Lebenspartner, an zweiter Stelle kamen Angehörige wegen eines Elternteils, an dritter Stelle waren es Menschen aus dem Bekanntenkreis.

Gehen wir von den Zahlen der Inanspruchnahme des Angebotes aus, können wir folgende Aussagen treffen:

Nach wie vor sind es mehr Frauen, die den Weg zu uns finden.  
Wir glauben, dass sie mit der Krankheitsverarbeitung besser zurechtkommen und mehr dafür tun.

Es liegt im Wesen der Beratungsstelle begründet, dass nicht jeder Betroffene nach seinem Alter befragt werden kann. (Das trifft zu für Betroffene, die Nichtmitglieder sind und die Beratungsstelle gelegentlich aufsuchen)

**Wir gehen davon aus, dass die Mehrzahl der ratsuchenden Frauen zwischen 50 und 65 Jahre alt ist.**

Bei den jüngeren Frauen zwischen 30 und 40 Jahren, die bis zur Erkrankung alle berufstätig waren und zum Teil noch schulpflichtige Kinder haben, spielt die Frage der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess eine vorrangige Rolle. (Finanzielle Probleme und oft wird dabei die Befindlichkeit übersehen)

Die Teilnahme an Veranstaltungen u.a. Angeboten kann bei den Frauen aus der Gruppe der Berufstätigen aufgrund der Belastung im Arbeitsprozess und anderer familiärerer Verpflichtungen nur bedingt angenommen werden. Das wird von den Frauen, die die Unterstützung besonders nötig hätten, sehr bedauert.

Männer nehmen unser Angebot sehr verhalten an.

**Gerade 9% der ratsuchenden Personen sind Männer.**

Sie öffnen sich sehr zögerlich und brauchen oft Ermunterung durch Angehörige, Freunde oder Bekannte.

Es fällt einem Mann schwer, z.B. mit einer Mitarbeiterin über seine Probleme zu sprechen. (Prostata- Hodenoperation /Stomaträger)

Unsere Erfahrungen besagen, dass Männer beim ersten Kontakt nicht selten zum Telefon greifen. Sie sind distanziert; sie haben Angst, sich ganz zu zeigen; sie wollen sich erst einmal über das Telefon öffnen und kommen dann eventuell später in die Beratungsstelle.

Hier wird durch mehr Informationsarbeit in Kliniken z. B. durch Auslegen von Handzetteln, Veranstaltungsangebote u.a.m. versucht, die Betroffenen zu erreichen.

Was die Prävention angeht sind wir mit den Ergebnissen unsere Arbeit nicht zufrieden. Krebs wird ausgegrenzt und ist für viele ein Tabu-Thema, solange man nicht selbst davon betroffen ist. (Berührungängste)

Präventionsveranstaltungen werden sehr oft von bereits Erkrankten besucht.

Die ehrenamtlich, gemeinnützig erbrachte Leistung ist im sozialen Betreuungsgefüge unverzichtbar.

Abschließend können wir sagen, dass die psychosoziale Rehabilitation krebsbetroffener Menschen mit unserer Arbeit hilfreich unterstützt wird.

**Tabelle 43:** Statistische Übersicht zum Leistungsangebot per 31.12.2000

	<b>Teilnehmer</b>
<b>Veranstaltungen</b>	<b>2183</b>
Gesprächskreise	407
Kreatives Gestalten	86
Vorträge	80
Therapieangebote	644
Infoveranstaltungen	435
Kulturveranstaltungen	281
Benefizveranstaltung	250
<b>Einzelberatungen</b>	<b>267</b>
Persönliche Gespräche	221
Telefonberatung	40
Schriftliche Beratung	6
<b>Betreuungen</b>	<b>1584</b>
Persönliche Gespräche	932
Hausbesuche	3
Telefonische Betreuung	357
Schriftliche Betreuung	177
Krankenhausbesuche	60
Betreuung von Angehörigen	55
<b>Kontakte gesamt:</b>	<b>4034</b>

#### **4.7.6 Deutscher Allergie - und Asthmabund e.V. Ortsverband Magdeburg**

Der Ortsverband wurde am **16.11.1990** in Magdeburg gegründet.

Frau SR Dr. med. Steinke begann dann mit dem systematischen Aufbau einer Selbsthilfegruppe für Asthmatiker.

Dazu hatte sie aus ihrem Sprechstundenbereich einige Patienten angesprochen und eingeladen.

Diese Treffen fanden einmal im Monat statt. Allgemein sprachen die Betroffenen über ihre Erkrankungen. Es fand ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch statt.

Aus organisatorischen Gründen fanden die Treffen der Selbsthilfegruppe an verschiedenen Orten statt, da wir oftmals unsere Anlaufstelle wechseln mussten.

Im **April 1992** richteten wir ein Beratungsbüro am Schleinufer ein, wo wir im Rahmen unserer ehrenamtlichen Tätigkeit die ersten öffentlichen Beratungen durchführten.

In den letzten 10 Jahren war eines unserer größten Ziele: Prävention in der Öffentlichkeit. Außerdem wurde eine Vielzahl von Kontakten aufgebaut, wie zu:

- Pulmologen
- Fachärzten
- Krankenkassen
- Apotheken
- Pharmafirmen

Die Treffen unserer Selbsthilfegruppe finden in den Räumen der AOK statt, die kostenlos zur Verfügung gestellt werden.

Um die Arbeit unserer Selbsthilfegruppe qualitativ zu verbessern erfolgte **1999** eine Umstrukturierung. Wir wollten einfach aktiver werden, nicht nur bei der Prävention sondern auch im Hinblick auf die Gesunderhaltung des Körpers durch Bewegung und kulturelle Freizeitgestaltung.

Der Ortsverband begann mit neuen Konzepten: Die Selbsthilfegruppe traf sich nur noch einmal im Monat zu Gesprächen, um mehr Zeit für verschiedene Aktivitäten zu haben. So wurde mit der Kureinrichtung SOLEPARK - Salzelmen eine Vereinbarung getroffen, die uns ermöglichte das Bad „Solequell“ preisgünstig für 2 Stunden zu nutzen. Außerdem erhalten unsere Mitglieder des DAAB bei jeder Gruppeninhalation 20 % Preisnachlass.

Eine ganz wichtige Etappe in der Arbeit unseres Ortsverbandes des DAAB ist die Eröffnung einer Kontakt - und Beratungsstelle in den Räumen der Apotheke am Theater. Hierbei leistet die Apotheke Unterstützung bei

Vorträgen und Beratungen zu den Krankheitsbildern: Asthma, Allergie, Neurodermitis.

Weiterhin besteht seit **April 2001** eine Eltern - Kind - Gruppe Allergie, Asthma u. Neurodermitis.

Unser Ziel wird es sein, durch Aufklärung und Schulung das Wissen über diese Krankheitsbilder zu verbessern. Die Schulungen werden durch den Facharzt, d.h. den Pulmologen in Zusammenarbeit mit Apotheken, Pharmafirmen und Selbsthilfegruppe durchgeführt. Durch entsprechende Schulung und regelmäßige Wiederholung des Erlernten wird der Patient in der Lage sein, die Verantwortung für seine Gesundheit selbst zu übernehmen.

In den letzten 11 Jahren wurden in der Stadt Magdeburg sehr viele Beratungen zu den Krankheitsbildern Asthma, Allergie und Neurodermitis durchgeführt.

Allein der Ortsverband Magdeburg hat im Jahr **2000** ca. **150**, zum Teil sehr intensive, Beratungen mit Betroffenen durchgeführt.

Bis zum September 2001 waren es schon 120 Beratungen.

Auf Grund der guten Öffentlichkeitsarbeit und dem daraus resultierenden Bekanntheitsgrad ist ein stetiges Ansteigen von Beratungen zu verzeichnen, auch Betroffenen aus dem Umland von Magdeburg wurden durch den OV Magdeburg beraten.

Die meisten Beratungen werden überwiegend telefonisch über den OV Magdeburg durchgeführt, der geringere Teil an Beratungen erfolgt direkt über unser Kontakt - und Beratungsbüro.

In der Regel ist es so, dass sich die Betroffenen mit den Krankheitsbildern Asthma, Allergie und Neurodermitis meistens telefonisch beraten lassen. Das sind ca. **70 - 80 %** der Hilfesuchenden.

Nur wenn die Krankheit den Betroffenen sehr stark belastet, wird die Kontakt- und Beratungsstelle aufgesucht. Dies ist aber nur möglich wenn die Betroffenen die notwendigen Informationen erhalten.

Während unserer Arbeit in den letzten 11 Jahren mussten wir feststellen, dass die Informationen über unseren Verband und unsere Beratungstätigkeit von den Ämtern, Medizinerinnen und Krankenkassen noch verbessert werden muss. Der Ortsverband Magdeburg wird von zwei aktiven Frauen, einem Mann und deren Familie organisiert und betreut.

Es bestehen drei Selbsthilfegruppen mit ca. 45 Mitgliedern, die entsprechend ihren Möglichkeiten sehr aktiv sind.

In den drei Selbsthilfegruppen sind ca. **80 %** der Mitglieder Frauen und **20 %** Männer integriert.

Seit diesem Jahr besteht im OV Magdeburg eine „Eltern-Kind-Gruppe“, es sind sieben Mütter und ein Vater, deren Kinder Probleme mit Asthma, Allergien und Neurodermitis haben.

Bei den telefonischen Beratungen wurde im allgemeinen festgestellt, dass meistens weibliche Personen anrufen (**ca. 80 % der Anrufer**). Dieser Trend ist auch bei den öffentlichen Beratungen, wie z.B. Allergiemobil, zu verzeichnen.

**1995** haben wir an einer Schule in Magdeburg Beratungen durchgeführt. Dabei suchten ungefähr **60 %** der Mädchen und **40 %** der Jungen unseren Stand in der Schule auf.

Bei den telefonischen Beratungen sind **90 %** der Ratsuchenden berufstätig. Die verbleibenden **10 %** besuchen unsere Kontakt- und Beratungsstelle. Dieser Personenkreis ist z.T. arbeitsunfähig bzw. arbeitslos.

### **Unsere Ziele und Leistungen:**

- Einzelgespräche - Gruppengespräche - Erfahrungsaustausch
- Einzelgespräche und Anleitung zu Hilfsmitteln
- Therapeutische Anregungen
- Aufklärung zum Krankheitsbild in Schrift, Ton und Bild
- Vermittlung zu anderen Selbsthilfegruppen und Fachärzten
- Kostenlose Beratung von Betroffenen und Angehörigen
- Tipps für allergenarme Kost
- Fachvorträge mit Referenten
- Klinikbesuch und Besuch von Kureinrichtungen
- Kulturelle Veranstaltungen
- Neben den planmäßigen Veranstaltungen (Gesprächskreis) gibt es noch Treffen und Aktivitäten der Selbsthilfegruppen I/II/III, wie schwimmen im Solebad - Salzelmen
- Mindestens ein mal im Jahr;  
Gesundheitstage: Atemgymnastik, Inhalationen, Gradieren und Spaziergänge

Ansprechpartner:     Christine Büchner     Tel.: 0391/7234677  
                              Andreas Dörner        Tel.: 0391/4016591  
                              Inge Ludwig

#### **4.7.7 Verein für Epilepsiekranke und deren Angehörige in Magdeburg e. V.**

Wir berichten aus der Arbeit des Von der Gründung der Selbsthilfegruppe (1990) bis zur heutigen Vereinsarbeit haben sich nicht nur die Ziele geändert, sondern auch das Aufgabenspektrum.

Stand anfangs Informations- und Erfahrungsaustausch sowie sozialer Kontakt im Vordergrund der Selbsthilfearbeit, so hat sich bald gezeigt, dass dies nicht ausreichend ist.

Mit Gründung des Vereins wurden zusätzlich zur Selbsthilfearbeit Interessengruppen gebildet, in die sich einzelne Mitglieder, ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten entsprechend, einbringen können.

Aus dem Erfordernis heraus wurde 1995 ein Büro und später eine Kontaktstelle mit festen Beratungszeiten eingerichtet.

Unsererseits werden jährlich ca. 450 Beratungsstunden angeboten.

1 % der Bevölkerung sind an einer Epilepsie erkrankt, so gibt es in Magdeburg ca. 3000 Epilepsiekranke (Dunkelziffer nicht eingerechnet).

Es gibt mehr als dreißig Formen epileptischer Anfälle und noch mehr Formen von Epilepsien, welche als Symptom einer anderen Störung oder Erkrankung des Gehirns auftreten, allerdings zu 60 % die genauen Ursachen nicht zu erkennen sind.

***Und obwohl 60 - 70 % aller Epilepsien mittels Medikamenten gut behandelbar sind (völlige Anfallsfreiheit bei guter Verträglichkeit der Medikamente), gehört diese Gesundheitsstörung immer noch zu denen, der in der Öffentlichkeit mit einer Vielzahl falscher Vorstellungen, Vorurteilen und Ablehnung begegnet wird.***

***Obwohl Epilepsie ebenso wenig eine Geisteskrankheit ist wie andere neurologische Erkrankungen und mehr als 90 % aller Epilepsien nicht erblich sind, wird lt. Umfragen in den neuen Bundesländern bemerkenswerter Weise von 20 % der Befragten Epilepsie für eine Geisteskrankheit gehalten, wovon 38 % denken, dass diese auch noch erblich ist. Auch dass 15 % der Befragten den Kontakt zu Menschen, die gelegentlich epileptische Anfälle haben, ablehnen, zeigt dass die soziale Akzeptanz noch zu wünschen übrig lässt.***

Auf Grund dieser Vorurteile ist eine Aufklärungsarbeit von vorn herein schwierig. Selbst in betroffenen Familien wird oft eine Isolierung dem offenen Umgang mit dieser Erkrankung vorgezogen.

Über 90 % aller Menschen mit einer Epilepsie sind im medizinischen Sinne nicht behindert. Ob sich ein Mensch mit einer Epilepsie behindert fühlt oder nicht, hängt aber nicht nur von der jeweiligen Epilepsie und dem betroffenen Menschen, sondern auch von seiner privaten, beruflichen Umwelt und damit von der Gesellschaft ab.

Auffällig ist, dass in unserer Kontaktstelle 60 % der Beratungen telefonisch erfolgen und oftmals Anonymität vorausgesetzt und von uns auch gewährleistet wird.

Das Bedürfnis nach Beratung entsteht langfristig.

Zu uns kommen in der Regel Epilepsiekranken, die schon lange versuchen, mit ihrer Erkrankung umzugehen und über wenige oder keine sozialen Kontakte verfügen.

Zu uns kommen diejenigen, die nicht mittels Medikamenten, Operationen oder alternativen Methoden anfallsfrei werden und somit ihre Erkrankung kaum noch verschweigen oder vertuschen können.

Für unsere Arbeit heißt das, dass wir ausschließlich mit Problemen konfrontiert werden, die weniger mit der Epilepsie zu tun haben, sondern mit den aus der Erkrankung resultierenden Einschränkungen.

Menschen mit Epilepsie stoßen teilweise schon im Kindergarten oder in der Schule auf Unverständnis, haben Schwierigkeiten bei der Berufswahl und Ausbildung und finden nur schwer eine Arbeitsstelle. Weitere Einschränkungen betreffen vorwiegend den sozialmedizinischen Bereich, wie die Fahr- und Wehrdiensttauglichkeit oder die Eignung für manche Berufe oder Sportarten und führen immer wieder zu Sonderrollen der Betroffenen.

Anlass für Beratungsgespräche mit uns sind:

- Suche nach Verständnis und Erfahrungsaustausch sowie nach Hilfe in der derzeitigen Lebenssituation.
- Suche der Angehörigen nach Erfahrungsaustausch.
- Suche nach weiteren Kontaktpersonen für 'ihre' Betroffenen.

Bei der Häufigkeit, des Auftretens von Epilepsien gibt es keine Unterschiede. Männer und Frauen sind gleich oft von Epilepsie betroffen.

Allerdings ist auffällig, dass zu 90 % Frauen den Kontakt zu uns aufnehmen. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um Epilepsiekranken oder deren Angehörige handelt. Für uns wird deutlich, dass Frauen eher bereit sind, gegebene Situationen zu verändern, Hilfe zu suchen und sie anzunehmen. Es zeigt sich auch, dass Frauen offensiver mit Problemen und der Suche nach Lösungen umgehen, eventuell auch deshalb, weil sie im täglichen Umgang differenzierter reagieren müssen und Männer dem gesellschaftlichen Bild vom „starken Geschlecht“ gerecht werden wollen.

Sind Frauen auch noch Mütter, so vervielfachen sich die Probleme in der Lebensgestaltung durch das Auftreten einer Epilepsie.

Der Alltag, bestehende Berufsziele und die gesamte Lebensplanung sind neu zu überdenken und zu organisieren.

Oftmals stehen Mütter immer und immer wieder vor der Situation, die Erkrankung ihres Kindes erklären zu müssen, ohne selbst ausreichend informiert zu sein.

Gesellschaftliche Vorurteile wirken sich im persönlichen Bereich aus, Schuldgefühle bilden und verstärken sich. Selbstisolation, Überforderung und Überbehütung des Kindes sind deren Folgen.

*Ein typisches Beispiel war die Mutter eines 14-jährigen Jungen, die 1 Jahr brauchte, um sich bei uns zu melden.*

*Durch die Überbehütung ihres an Epilepsie erkrankten Sohnes, war die Ehe gescheitert. Der Umzug nach Magdeburg und ein damit verbundener Schulwechsel brachten Schwierigkeiten mit sich, denen die Mutter nicht gewachsen war. Gegenüber den Arbeitskollegen war es ihr peinlich, über ihren Sohn, seine Erkrankung und den daraus resultierenden schulischen und sozialen Problemen zu reden. Am Tag der Zeugnisausgabe ließ sie sich regelmäßig beurlauben, um unangenehme Fragen ihrer Kollegen zum Zeugnis ihres Sohnes aus dem Weg zu gehen oder gar durch die Zeugnisse anderer Kinder an ihr vermeintlich eigenes Versagen erinnert zu werden.*

In unserer Kontaktstelle werden wir zu:

30 % von Müttern konsultiert, welche sich z.T. mit ihrer neuen Lebenssituation überfordert und alleingelassen fühlen.

40 % von Angehörigen, d.h. wiederum von Müttern, Geschwistern und Partnern, die für sich und ihre Jugendlichen oder erwachsenen Betroffenen, Hilfe und Kontakte suchen.

20 % von Epilepsiekranken, davon zu 90 % Frauen

und die verbleibenden 10 % sind Interessierte, welche in ihrem privaten oder beruflichen Umfeld mit Epilepsieerkrankten zu tun haben.

In der folgenden Tabelle (nächste Seite) wird auf die problemorientierten Beratungen nach weiblichem und männlichem Anteil eingegangen,

Schließlich sei noch erwähnt, dass bei Menschen mit Epilepsie Selbstmordversuche überdurchschnittlich häufig sind. Der Anteil von Selbstmorden an der Gesamtsterblichkeit liegt bei etwa 8 %, um das 4-fache höher als in der Durchschnittsbevölkerung. Ursächlich sind sowohl in direktem Zusammenhang mit Anfällen stehende Einflüsse wie depressive Verstimmungen, Angst, Panik als auch - und wahrscheinlich in erster Linie - die vielfältigen sozialmedizinischen Probleme.

Erfahrungen in der Analyse zeigen, dass zu 70 % Angehörige (Eltern, Geschwister und Partner, davon zu 95 % Frauen), den ersten Kontakt zur Herbeiführung eines Beratungsgesprächs zu uns suchen und den Betroffenen zum ersten Termin begleiten.

25% werden auf uns aufmerksam durch Öffentlichkeits- und Schulungsarbeit (Presse, Infostände und ausliegendes Informationsmaterial in Arztpraxen sowie Weiterbildungsveranstaltungen in Bildungseinrichtungen) und nutzen dann unsere individuellen Beratungsmöglichkeiten.

Leider nur 5 % kommen auf ärztliche Empfehlung.

Bemerkenswert ist, dass auch hier die Frauen in erster Linie die Initiative ergreifen, allerdings (*wenn der erste Schritt zu uns gemacht wurde*) die Bereitschaft, in der Selbsthilfe aktiv etwas zu tun, von Frauen und Männern zu gleichen Teilen getragen wird.

**Tabelle 44:** Problemorientierte Beratungen  
nach weiblichem und männlichem Anteil

<b>Problemorientierte Beratungen</b>	<b>weibl. Anteil</b>	<b>männl. Anteil</b>
Entwicklungsbedingte Probleme (Eltern von epilepsiekranken Kindern)	95%	5%
Fördermöglichkeiten und begleitende Unterstützung im schulischen Bereich. (Eltern, Pädagogen)	90%	10%
Berufsausbildung, Loslösung vom Elternhaus, Freizeitgestaltung (Jugendliche)	70%	30%
Informationen über Epilepsie (Erwachsene)	90%	10%
Kontaktsuche u. Freizeitgestaltung (Betroffene und Angehörige)	90%	10%
Partnerschaft u. Familienplanung (Betroffene und Angehörige)	80%	20%
Arbeitsplatzbeschaffung	verweisen wir an die Reha.-Abteilungen des Arbeitsamtes	
medizinische Anfragen sowie nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten	70%	20% (verweisen wir i.d.R. an Neurologen)
Fragen zum Schwerbehindertenrecht	60%	40%
Fragen zum Führerschein	30%	70%

Literatur: [56] [57]

Verein für Epilepsiekranken und deren Angehörige e.V.  
Kontakt- und Beratungsstelle  
Schamhorstring 41  
39130 Magdeburg

Tel./Fax: (0391)7232059

Öffnungszeiten:

Die. 9.00 Uhr - 12.00 Uhr-  
18.00 Uhr - 19.00 Uhr  
Do. 9.00 Uhr - 12.00 Uhr

## **4.8 Zusammenfassung und Empfehlungen**

### **4.8.1 Zusammenfassung**

Die biologischen, traditionell - gesellschaftlichen und psychosozialen Faktoren, die sich geschlechtsbezogen unterschiedlich auswirken können, sind sehr komplex und vielschichtig. Eine umfassende Darstellung im Rahmen eines kommunalen Gesundheitsberichtes ist aus diesem Grund nicht möglich.

Als wesentliche Erkenntnisse zu geschlechtsbezogenen Unterschieden, die sich aus diesem Bericht, den einbezogenen Zuarbeiten, vor allem dem Positionspapier des Amtes für Gleichstellungsfragen, der Gesundheitsberichterstattung der Bundes, des Landes Sachsen -Anhalt und anderer Länder sowie aus wissenschaftlichen Publikationen ergeben, werden nachfolgend zusammenfassend dargestellt:

- Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich körperlich-biologischer Bedingungen die die Gesundheit beeinflussen. Dies betrifft vor allem die reproduktive Gesundheit von Frauen, wie die Bereiche Schwangerschaft, Geburt, Klimakterium, aber auch z.B. Zusammenhänge zwischen hormonellen Faktoren und chronischen Erkrankungen .
- Frauen und Männer gehen auf Grund unterschiedlicher Sozialisationserfahrungen und Lebensbedingungen in verschiedener Weise mit Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Belastungen um.
- In den Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen und Männern werden unterschiedliche Faktoren wirksam , die ihre Gesundheit und ihre gesundheitsbezogene Lebensweise bestimmen können.
- Frauen und Männer leiden unterschiedlich unter Krankheiten, gesundheitlichen Einschränkungen und Behinderungen.
- Frauen und Männer nehmen unterschiedliche Versorgungsbereiche der Medizin in unterschiedlichem Ausmaß in Anspruch.
- Frauen und Männer werden in der medizinischen Versorgung von den Professionellen unterschiedlich wahrgenommen und behandelt.

### **4.8.2 Allgemeine Schlussfolgerungen**

Aus diesen thesenartig dargestellten Erkenntnisse werden nachfolgende allgemeine Schlussfolgerungen abgeleitet:

- Die biologischen, traditionell - gesellschaftlichen und psychosozialen Faktoren, die sich geschlechtsbezogen unterschiedlich auswirken können, sind sehr komplex und vielschichtig; in der vorstehenden Darstellung konnte nur ein Teil von beeinflussenden Faktoren dargestellt werden. Aus der Vielzahl unbekannter Zusammenhänge auf diesem Gebiet ergibt sich ein **Forschungsbedarf**, der in einer der Problematik angemessenen Weise nur in interdisziplinären Studien und Untersuchungen, im

Zusammenwirken von Medizin, Soziologie, Sozialpädagogik, Psychologie und anderen Sozialwissenschaften umgesetzt werden kann.

- Die so gefundenen wesentlichen Einflüsse und Wirkzusammenhänge auf die Gesundheit von Frauen und Männern sollten von der **Politik** berücksichtigt werden und in der **Gesetzgebung** ihre konkrete Umsetzung finden.
- Im Rahmen der Untersuchung der Zusammenhänge wie auch in der Umsetzung der Erkenntnisse können **Arbeitskreise**, wie der bundesweite Arbeitskreis "Frauen und Gesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft" (AFK) und das "Netzwerk Frauen und Gesundheit" der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. konkrete Beiträge leisten. In diesem Zusammenhang sei auf die Ausarbeitung von HAUFFE (1998) [26] hingewiesen, in der die Bildung von Fachgremien auf kommunaler Ebene zum Thema „Frauen und Gesundheit“ empfohlen wurde. In solchen Arbeitskreisen könnten kommunale Akteurinnen aller Disziplinen, wie Ärztinnen, Gesundheitsberaterinnen, SozialwissenschaftlerInnen und Politikerinnen zusammenwirken.
- Bei der Vermittlung psychosozial gesünderer Rollenbilder und gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen sowie beim Abbau schädlicher Klischees sollten die **Medien** einbezogen werden.
- Für Frauen und Männer sollten Wahlmöglichkeiten im **beruflichen Bereich** für individuelle Regelungen zur Verfügung gestellt werden, um Rollenanforderungen in Beruf und Familie besser vereinbaren zu können. Frauen, die sich für ihre Rolle als Mutter und Erzieherin der Kinder entschieden haben, sollten ebenso große Wertschätzung und Unterstützung erhalten, wie Frauen, die sich für ein volles Engagement im Beruf entscheiden. Dies gilt gleichermaßen für Männer, die sich für die Betreuung und Erziehung der Kinder entscheiden.
- Ein **Erziehungsverhalten** sollte angestrebt werden, das in Familie, Kindergarten, Schule und Ausbildung daraufgerichtet ist, dem Individuum mit seinen biologisch -konstitutionellen, seelischen und geistigen Eigenschaften gerecht zu werden bzw. den Einfluss einengenden „weiblichen“ und „männlichen“ Rollenverhaltens zu verringern.
- Im **Gesundheits- und Sozialbereich** sollten durch Gesetzgebung und Politik Voraussetzungen für individuelle, das Geschlecht berücksichtigende Regelungen geschaffen werden, um erhöhte Belastungen abzugleichen und körperliches, psychosoziales Wohlbefinden und somit Gesundheit zu fördern.
- Im **medizinischen Bereich** sollten durch Vermittlung gewonnener Erkenntnisse im Rahmen der Aus- und Fortbildung die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass das medizinische Personal im Rahmen individueller diagnostisch - therapeutischer Herangehensweisen den Geschlechtsaspekt in angemessenem Umfang berücksichtigt. Ein wichtiges Ziel ist die Verbesserung der Wahlmöglichkeiten für Frauen und Männer, bei Bedarf auf **Berater, Untersucher und Therapeuten des eigenen Geschlechtes** zurückzugreifen. Dies gilt vor allem für

körpernahe Behandlungen und psychotherapeutische Maßnahmen sowie Beratung bei durch sexualisierte Gewalt traumatisierten Personen. Darüber hinaus gehend ist darauf zu orientieren, dass zunehmend Berater, Untersucher und Therapeuten zur Verfügung stehen, die durch ihre Aus- und Fortbildung in die Lage versetzt werden, geschlechterorientiert und geschlechtssensibel zu handeln. Die Einrichtung spezifischer Therapieeinrichtungen bzw. Bildung von Therapiegruppen ausschließlich für Frauen, wie sie vom Amt für Gleichstellungsfragen angeregt wurde, ist keine generelle Lösung. Für Therapiegruppen für Frauen, die von sexualisierter Gewalt betroffen sind, ist ein solches Vorgehen sinnvoll. Bei anderen Therapie- und Betreuungsanlässen, sind aus therapeutischen Gründen geschlechtsintegrative Vorgehensweisen meist vorzuziehen.

- Ein wesentliches Mittel zur Erfassung von Ist-Zuständen und Veränderungen auf diesem Gebiet ist eine **geschlechtsbezogene Gesundheitsberichterstattung**.

Bereits in der Vergangenheit wurde im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung in der Landeshauptstadt Magdeburg vor allem bei den Daten zur Morbidität und zur Mortalität eine geschlechterdifferenzierende Darstellung im Rahmen der Möglichkeiten gewählt. Eine Geschlechterdifferenzierung ist jedoch nur möglich, wenn die Datenquellen eine solche Differenzierung vornahmen.

Bei sehr kleinen Häufigkeiten verbietet sich eine Geschlechterdifferenzierung, da sie eine Personenidentifikation ermöglicht und damit aus Datenschutzgründen nicht zulässig ist. Außerdem ist die Aussagekraft in solchen Fällen sehr gering.

#### **4.8.3 Empfehlungen für die Landeshauptstadt Magdeburg**

Aus den unter Pkt. 4.8.2 dargestellten allgemeinen Schlussfolgerungen werden nachfolgende konkretisierende Empfehlungen für die Landeshauptstadt Magdeburg abgeleitet, die sich vor allem auf die kommunale Gesundheitsberichterstattung, die Institutionalisierung des Bestrebens um eine geschlechterdifferenzierende Vorgehensweise im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung und die Vernetzung von Aktivitäten mit Vorrang der Gesundheitsförderung und Prävention bezieht:

##### **4.8.3.1 Kommunale Gesundheitsberichterstattung**

Im Rahmen der zukünftigen Gesundheitsberichterstattung ist vorgesehen, innerhalb der genannten Grenzen eine konsequente Geschlechterdifferenzierung vorzunehmen. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Betrachtung von Veränderungen im Rahmen von Längsschnittuntersuchungen. Diesem Ziel soll unter anderem ein weiterer Gesundheitsbericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen und Mädchen in der Stadt Magdeburg, der parallel zu dem vorliegenden Bericht nach einem Zeitraum von ca. 10 Jahren angefertigt werden soll. Es wird empfohlen, in diesen parallelen Bericht eine Befragung zu diesem Thema zu integrieren. Vorstellbar ist zu diesem Zweck eine Kooperation mit der

Hochschule Magdeburg/Stendal bzw. der Otto- von- Guericke- Universität Magdeburg.

Aus dem vorliegenden Gesundheitsbericht wird deutlich, dass für eine genauere Analyse der gesundheitlichen Situation von Frauen in spezifischen Lebenssituationen wenig aussagekräftige Daten vorliegen. Das betrifft insbesondere behinderte Frauen, Migrantinnen, Frauen in den unterschiedlichen Lebensaltersstufen, sozial benachteiligte Frauen, alleinstehende Mütter und Risikogruppen. Sicherlich sind genauere Analysen zu diesen Themen wichtig. Sinnvoll ist jedoch die überregionale Untersuchung möglicher Besonderheiten dieser Personengruppen z.B. auf der Landesebene, um eine ausreichend aussagekräftige Datenbasis zu erreichen. Ein anderer aus der Sicht des Gesundheits- und Veterinärarnes erfolgversprechender Weg ist eine weitgehende Vereinheitlichung der Gesundheitsberichterstattung im öffentlichen Gesundheitsdienst im Interesse der Herstellung einer hohen Vergleichbarkeit zwischen Gesundheitsberichten unterschiedlicher Herkunft und die überregionale Verdichtung der Daten. Mit der am 05.02.2003 abgeschlossenen Kooperationsvereinbarung zwischen der Landeshauptstadt Magdeburg und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizin- Soziologie, zum Bundesforschungsprojekt „Gesundheit als integrierendes Leitziel in der Konzeption und Erprobung eines Berichtssystems nachhaltiger Entwicklung (RBS)“ wird auch eine Fortsetzung der Entwicklung geschlechtsbezogener Betrachtungen in der Gesundheitsberichterstattung im Mittelpunkt stehen. Die Förderung der Frauen- und Mädchengesundheit wird ebenso zu den wichtigen Zielen der Landeshauptstadt Magdeburg im Gesunde- Städte- Netzwerk zählen.

#### ***4.8.3.2 Institutionalisierung geschlechterdifferenzierender Forschung und gesundheitlicher Versorgung***

Aus unterschiedlichen Gesundheitsberichten und Angaben aus wissenschaftlichen Publikationen wird deutlich, dass es eine Vielzahl unbearbeiteter Fragestellungen auf diesem Gebiet der Frauengesundheit gibt. Einige dieser Fragestellungen ergeben sich aus dem vorliegenden Gesundheitsbericht, den Zuarbeiten freier Träger und aus dem Beitrag des Gleichstellungsamtes. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die wissenschaftliche Überprüfung der Relevanz von Beobachtungen und Hypothesen und die Überprüfung der Gültigkeit dieser Annahmen für unterschiedlichen Regionen. Daraus ergibt sich ein ***Forschungsbedarf***, der in einer der Problematik angemessenen Weise nur in interdisziplinären Studien und Untersuchungen, im Zusammenwirken von Medizin, Soziologie, Sozialpädagogik, Psychologie und anderen Sozialwissenschaften umgesetzt werden kann. In diesem Zusammenhang erscheint eine weitere Vernetzung mit der Hochschule Magdeburg- Stendal (FH) und der Otto- von- Guericke- Universität Magdeburg im Rahmen der bestehenden Verträge zur Zusammenarbeit sinnvoll. Denkbar wäre eine Institutionalisierung der Forschung auf dem Gebiete von gender- health- studies z. B. auf Landesebene und die Durchführung von gemeinsamen Tagungen zur Auswertung aktueller Forschungsergebnisse. Basis für eine solche Institutionalisierung könnte die Neudefinition des Gesundheitsziels „Frauenspezifische Gesundheitsversorgung“ durch das Land Sachsen-Anhalt sein.

Mögliche Organisationsformen wären z.B. dezentral arbeitende 'virtuelle' Zentren analog den Tumorzentren oder die Gründung eines Institutes für gender studies, z.B. an einer Bildungseinrichtung, evtl. unter Eingliederung eines zu neu schaffenden Frauengesundheitszentrums in der Landeshauptstadt Magdeburg. Aus der Sicht des Gesundheits- und Veterinäramtes überschreiten solche Zentren bei weitem die finanziellen und logistischen Möglichkeiten der kommunalen Verwaltung. Hier wäre im Vorfeld die Trägerschaft, der regionale Leistungsumfang und die Finanzierung zu prüfen.

#### ***4.8.3.3 Vernetzung kommunaler Aktivitäten***

Für eine Verbesserung der geschlechtsspezifischen Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung in der Stadt Magdeburg wird die Gründung einer ständigen Arbeitsgruppe angeregt, in der Vertreter städtischer Ämter und Akteure der Stadt zusammenarbeiten. Aufgaben dieser Arbeitsgruppe könnten unter anderem sein

- Mitwirkung an der Erarbeitung von Empfehlungen zur gesundheitlichen Aufklärung, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung in der Kommune,
- Information und Aufklärung,
- Vorbereitung und Durchführung von Veranstaltungen,
- Vernetzung und Institutionalisierung der gesundheitlichen Versorgung sowie Qualitätssicherung.

Als eine Aufgabe einer solchen Arbeitsgruppe kann die Vorbereitung einer institutionalisierten Organisationsform für eine geschlechterspezifische gesundheitliche Versorgung angesehen werden (vgl. Pkt. 4.8.3.2).

#### ***4.8.3.4 Vorrang der Gesundheitsförderung und Prävention***

Es ist weitestgehend anerkannt, dass eine Schwerpunktverlagerung in Richtung präventiver Medizin und Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung der Geschlechterunterschiede wichtig und erfolgversprechend ist.

Besonders auf kommunaler Ebene sollte der Gesundheitsförderung als gemeinsames Ziel der Gesundheitseinrichtungen, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der freien Wohlfahrtsverbände, der Krankenkassen sowie der Ärzte- und Zahnärztekammer des Landes verstärkt Rechnung getragen werden.

Als Modelle bieten sich vom Stadtrat mitgetragene Vereinbarungen zwischen kommunalen Akteuren auf gesundheitlichem Gebiet und die Mitgliedschaft im Gesunde- Städte- Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland an.

## Quellen

- [1] Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg  
Magdeburger Statistische Blätter Heft 42  
„Bevölkerungsbestand Bevölkerungsveränderungen  
in Magdeburg im Jahr 2001“
- [2] Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt  
Pressemitteilung 101/2001  
"Sandbeindorf ist Sachsen- Anhalts jüngste Gemeinde"
- [3] Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt  
Pressemitteilung 132/2001  
"Weltweit mehr Männer als Frauen"
- [4] Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg  
Magdeburger Statistische Blätter Heft 40  
„Statistisches Jahrbuch - Das Jahr 2000 in Zahlen“
- [5] Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg  
Magdeburger Statistische Blätter Heft 38  
„Bevölkerungsbestand Bevölkerungsveränderungen  
in Magdeburg im Jahr 2000“
- [6] Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg  
Magdeburger Statistische Blätter Heft 46  
„Statistisches Jahrbuch - Das Jahr 2001 in Zahlen“
- [7] Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information,  
DIMDI  
„ICD-10 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten  
und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision“  
Systematisches Verzeichnis  
Deutscher Ärzte- Verlag 1999
- [8] Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information,  
DIMDI  
„ICD-10 Diagnosesynthesaurus 10. Revision“  
Deutscher Ärzte- Verlag 2000
- [9] Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt  
„Sterbefälle 2000 nach ausgewählten Todesursachen, Altersgruppen  
und Geschlecht , Stadt Magdeburg“ Stand 28.09.2001
- [10] Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt  
„Sterbefälle 2001 nach ausgewählten Todesursachen, Altersgruppen  
und Geschlecht , Stadt Magdeburg“ Stand 16.09.2002

- [11] Prof. Dr. Jens-Uwe Niehoff u.a.  
„Sozialmedizin systematisch“  
UNI-MED Verlag AG Lörch 1995
- [12] Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (LÖGD)  
„Statistische Methoden“  
[www.loegd.nrw.de](http://www.loegd.nrw.de)
- [13] Bundesministerium für Gesundheit  
Sterbefälle je 100.000 Einwohner 1999 in Deutschland nach  
Geschlecht, nicht altersstandardisiert/ altersstandardisiert nach der  
neuen Europastandardbevölkerung  
[www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)
- [14] Bundesministerium für Gesundheit  
Säuglingssterbefälle je 100.000 Lebendgeborene 1999 in Deutschland  
[www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)
- [15] Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt  
Pressemitteilung 119/2002  
"Säuglingssterblichkeit im Jahr 2001 deutlich gesenkt"
- [16] Antonowsky, A.(1997): Salutogenese. dgyt Verlag, Tübingen
- [17] Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Magdeburg  
Gesundheitsbericht 1997
- [18] Maschewski- Schneider(1996): Frauen leben länger als  
Männer- Sind sie auch gesünder. In: Gesundheitspolitik nicht auf  
Kosten von Frauen - Chancen der Veränderung; Referat  
Frauenpolitik der Friedrich - Ebert - Stiftung, Berlin,
- [19] Verbrugge, L. M.(1990): Pathways of Health and Death.  
In: Apple, R.D.(Hrsg.): Woman, Health and Medicine in America.  
Rutgers University Press New Brunswick, New Jersey
- [20] Helmert, U.; Maschewsky-Schneider, U.; Mielck, A.; Greiser, E.  
(1993): Soziale Ungleichheit bei Herzinfarkt und Schlaganfall in  
West-Deutschland. Soz. Präventivmed.
- [21] Gesundheitsberichterstattung Bremen (Bremer Institut für  
Präventionsforschung und Sozialmedizin, 1992)
- [22] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BzgA- Jahresbericht  
1999/2000 (Juni 2001) Köln

- [23] Maschewsky - Schneider, U., H. Hellbernd, W. Schaal, I. Irbschat und K. Wieners, (2001): Über-, Unter-, Fehlversorgung und Frauengesundheit. In: Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz 8/2001, Springer Verlag, S.771 - 774
- [24] Steen, A.-M.(1996): Mehr Aufmerksamkeit für frauenspezifische Gesundheitspolitik. In: Gesundheitspolitik nicht auf Kosten von Frauen - Chancen der Veränderung; Referat Frauenpolitik der Friedrich - Ebert - Stiftung, Berlin
- [25] Helferich, C. u. P. Franzkowiak (1997): Praxis und Theorie der geschlechtsbezogenen Suchtprävention. In: PRÄVENTION 3/1997, 20.Jahrgang
- [26] Hauffe, U.(1998): Gesundheitspolitik: Kommunale Handlungsstrategien für verbraucherinnenorientierte Konzepte für Frauengesundheit. Zur Vorlage für die 11 .Sitzung des Ausschusses „Frauen- und Gleichstellungsangelegenheiten,, ; Deutscher Städtetag am 05./06.02.98 Tübingen
- [27] Lenz, H.-J. (2000): Männliche Opfererfahrungen, Juventa Verlag Weinheim und München
- [28] Leymann, H(1993): Mobbing. Rowohlt Verlag
- [29] SCHMIDT, U.(1996): Gesundheitspolitik nicht auf Kosten von Frauen- Chancen der Veränderung. In: Gesundheitspolitik nicht auf Kosten von Frauen- Chancen der Veränderung; Referat Frauenpolitik der Friedrich - Ebert - Stiftung, Berlin
- [30] Netzwerk „Frauen und Gesundheit,,. Informationsmaterial der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.
- [31] Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg  
Magdeburger Statistische Blätter Heft 27  
„Statistisches Jahrbuch - Das Jahr 1997 in Zahlen“
- [32] World Health Organisation (1993). Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa, 1986. In: Franzkowiak, P.& P.Sabo(Hrsg.), Dokumente der Gesundheitsförderung. Mainz: P.Sabo
- [33] Gender- Institut Sachsen- Anhalt  
Gender- Report Sachsen- Anhalt 2002
- [34] Faltermaier,J. Kühnlein, I.; Burda-Viering, M.(1998): Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa

- [35] Klesse, R.; Sonntag,U.; Brinkmann,M.; Maschewsky - Schneider, U.(1992): Gesundheitshandeln von Frauen: Leben zwischen Selbst-Losigkeit und Selbst-Bewußtsein. Frankfurt/New York: Campus Verlag
- [36] Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Magdeburg, Gesundheitsbericht 1999
- [37] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, "Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland", Kohlhammer, 2001
- [38] Landeshauptstadt Magdeburg, Amt für Statistik, "Magdeburger Statistische Monatsberichte" 2000
- [39] Landeshauptstadt Magdeburg, Amt für Statistik, "Magdeburger Statistische Monatsberichte" 2001
- [40] Landeshauptstadt Magdeburg, Behindertenbeauftragter "Zur Situation behinderter Menschen in Magdeburg" Jahresbericht des Behindertenbeauftragten für das Jahr 2001, Information 0063/02
- [41] Landeshauptstadt Magdeburg, Behindertenbeauftragter "Zur Situation behinderter Menschen in Magdeburg" Jahresbericht des Behindertenbeauftragten für das Jahr 2000
- [42] ISIS- Institut für Sozialwissenschaftliche Informationen und Studien GmbH  
Behindertenreport des Landes Sachsen-Anhalt 2001
- [43] Landeshauptstadt Magdeburg, "Leitlinien für die kommunale Behindertenpolitik 2001, Drucksache 0251/01
- [44] Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales, Sachsen- Anhalt, Daten zur Gesundheit, Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen- Anhalt 2000
- [45] Arbeitsgemeinschaft bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland in Zusammenarbeit mit dem Robert- Koch- Institut, Krebs in Deutschland
- [46] Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt  
„Sterbefälle 1999 nach ausgewählten Todesursachen, Altersgruppen und Geschlecht , Stadt Magdeburg“ Stand 07.08.2000

- [47] Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit  
„Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW - Ziel 2: Krebs  
bekämpfen" 2000
- [48] Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg  
Magdeburger Statistische Blätter Heft 35  
„Statistische Jahrbuch - Das Jahr 1999 in Zahlen“
- [49] Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Magdeburg,  
Gesundheitsbericht 1998
- [50] Landeshauptstadt Magdeburg, Jahresbilanz 2000 des Amtes 50 -  
Sozial- und Wohnungsamt
- [51] Dokumentation der Fachtagung des Kölner Gesundheitsforums -  
Projektgruppe "Gesundheitsprobleme ausländischer Bürgerinnen und  
Bürger" - am 25. Oktober 1995 in Köln
- [52] Mitteilungen der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange  
der Ausländer, Nummer 6, In der Diskussion: Gesundheit und  
Migration, Modellprojekte von Gesundheitsämtern, April 1995
- [53] Report Psychologie, 5-6/2001, Fachzeitschrift des Berufsverbandes  
Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. , 26. Jahrgang
- [54] Gesundheitswesen 2001, 63 Sonderheft 2:S. 115-119,  
Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York)
- [55] Bundesweiter Arbeitskreis "Migration und öffentliche Gesundheit",  
Informationsdienst
- [56] Dr. G. KRAMER: Epilepsie: Antworten auf die häufigsten Fragen  
TRIAS-Thieme, 1998.
- [57] R. THORBECKER, D. RATING: was denkt man über Epilepsie ?  
Aus Epilepsie-Blätter, 1996.

Eigene Erhebungen des Gesundheits- und Veterinäramts Magdeburg

## Abkürzungsverzeichnis

AIDS	–	acquired immunodeficiency syndrom, erworbene Immunschwäche
BCG	–	Erreger der Tuberkulose
BSHG	–	Bundessozialgesetzbuch
BZgA	–	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
e.V.	–	eingetragener Verein
i.V.	–	Injektion in die Vene (intravenös)
HIV	–	human immunodeficiency virus (Erreger der AIDS- Erkrankung)
ICD	–	Diagnosenschlüssel für Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen
Krh.	–	Krankheiten
LSA	–	Land Sachsen- Anhalt
PsychKG	–	Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen
SGB	–	Sozialgesetzbuch
STIKO	–	Ständige Impfkommision
Tbk, Tbc	–	Tuberkulose
VO	–	Verordnung
‰	–	bezogen auf 1.000 (der Bevölkerung)
‱	–	bezogen auf 100.000 (der Bevölkerung)
- (in Tabellen)	–	Angabe lag nicht vor, ist nicht sinnvoll oder kann aus Gründen der statistischen Geheimhaltung nicht veröffentlicht werden

## Erläuterung wichtiger Fachbegriffe

Nachfolgende Aufführung von Fachbegriffen erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit und wissenschaftliche Exaktheit. Sie soll lediglich eine Hilfe zum Textverständnis sein.

### A

Amoebenruhr	- Tropenruhr, übertragbare Infektionskrankheit
Anamnese	- Vorgeschichte
Anomalie	- Abweichung, Veränderung
Antikörper	- vom Körper gebildete Abwehrstoffe bei Vorhandensein von Antigenen
ätiologisch, Ätiologie	- Lehre von Krankheitsursachen
ätiologisches Agens	- Krankheitsauslöser
Audiometrie	- Prüfung der Hörfähigkeit, Frequenzumfang
Ausscheider	- Personen, die Erreger ausscheiden , ohne selbst Krankheitszeichen zu haben
Autopsie	- Leichenuntersuchung, Leichenöffnung

### B

Bakterium	- Mikroorganismus; Krankheitserreger
Borreliose	- durch Zeckenbiss hervorgerufene Erkrankung
Bronchien	- Luftgefäße, Verzweigungen der Luftröhre
Bronchopneumonie	- Infektion der Luftwege und der Lunge; Entzündung der Bronchien
Bronchitis	

### C

Campylobacter pylori	- Bakterium, Krankheitserreger
Cholera	- Infektionskrankheit, sog. Gallenbrechruhr
Chromosomenanomalie	- Abweichung in den Erbanlagen
chronische Krankheit	- langdauernde, häufig wiederkehrende Krankheit
Cluster	- Häufung (Gruppe)
Coli- Enteritis	- übertragbare, anzeigepflichtige Darmerkrankung

### D

Demographie	- Beschreibung der Bevölkerung
Desinfektion	- Keimabtötung
Diphtherie	- Infektionskrankheit, Hals- Rachenbräune

### E

Echinokokkose	- Erkrankung durch Finnen des Hundebandwurmes
Encephalitis	- Gehirnentzündung
Endemie	- ständiges Vorkommen einer Infektionshäufung in einem bestimmten Gebiet
endokrin	- Drüsen und innere Sekrete betreffend
Endokrinopathien	- Krankheiten v.a. der hormonbildenden Drüsen bzw. Organe oder Gewebe
Entamoeba histolytica	- Amoebenart mit ausgeprägten Formwechsel
Enteritis infectiosa	- ansteckende Darmerkrankung
Entwicklungsretardierung	- Entwicklungsverzögerung
Epidemie	- massenhaftes Auftreten einer Infektionskrankheit in örtlicher und zeitlicher Begrenzung
Erythema migrans	- geröteter, sich peripher ausdehnender Fleck auf der Haut
Escherichia coli	- Kolibakterien
Exanthem	- Hautausschlag

### F

Facialisparese	- Lähmungserscheinungen im Gesicht
fäcal	- den Kot betreffend
Fruchtbarkeitsziffer	- Lebendgeborene je 1000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren

Frühsterblichkeit	- innerhalb der ersten 168 Stunden nach der Geburt
<b>G</b>	
gastrointestinal	- Magen und Darm betreffend
Geburtenziffer	- Anzahl der Lebendgeborenen je 1.000 der Bevölkerung
Gelbfieber	- ansteckende Tropenkrankheit
Gonokokken	- Bakterien; Krankheitserreger
Gonorrhoe	- Geschlechtskrankheit
<b>H</b>	
Hepatitis	- Leberentzündung, Gelbsucht
Herzinsuffizienz	- Herzmuskelschwäche, ungenügende Herzleistung
Hypertonie	- erhöhter Blutdruck
<b>I</b>	
ikterisch, Ikterus	- Gelbfärbung der Haut
Immunsierung	- gezielte Herbeiführung der Immunität
Immunität	- Unempfindlichkeit gegenüber Erregern nach wiederholtem Kontakt
Infektion	- Ansteckung, ansteckende Erkrankung
Influenza	- Virusgrippe
Integration	- Eingliederung
intrathorakale Organe	- Organe im Brustkorb
Inzidenz	- Neuerkrankungszahlen
ischämisch	- örtliche Blutleere, Unterbrechung der arteriellen Blutversorgung
<b>K</b>	
Keratoconjunktivitis epidemica	- übertragbare Horn- und Bindehautentzündung des Auges
kontaminiert	- verseucht, mit Keimen verschmutzt
Kyphose	- Buckelbildung der Brustwirbelsäule
<b>L</b>	
Leberzirrhose	- krankhafte Veränderung des Lebergewebes
Legionellose	- Legionärskrankheit, Infektionserkrankung
Liquor	- Flüssigkeit
Lymphknoten	- kleine Organe des Lymphsystems
<b>M</b>	
Malaria	- ansteckende Erkrankung, in Tropen und Subtropen; Wechselfieber
Melanom	- gutartige od. bösartige Neubildung des pigmentbildenden Gewebes der Haut und des Auges
Meningitis	- Hirnhautentzündung
Meningokokken	- Erreger der epidemischen Hirnhautentzündung
Migration	- Wanderung
mikrobiell	- auf mikroskopisch kleine Lebensformen bezogen
Morbidität	- Begriff für das Erkrankten und das Kranksein
Mortalität	- Sterblichkeit; Sterbeziffer
Myokardinfarkt	- Herzinfarkt
<b>N</b>	
Neurologie	- Lehre von den Nervenerkrankungen
<b>O</b>	
oral	- den Mund betreffend, mit dem Mund
<b>P</b>	
Paratyphus	- Erkrankung des Verdauungssystems mit Fieber, Milzschwellung und Darmgeschwüren
„Patchwork“-familien	- hier: Familien mit Kindern aus verschiedenen Partnerschaften
perinatal	- Zeit um die Geburt herum
Population	- Bevölkerung, Bevölkerungsgruppe

Prävention	- Vorbeugung, Verhütung
Prophylaxe	- vorbeugender Gesundheitsschutz
Psychiatrie	- Lehre von den seelischen und geistigen Erkrankungen
psychisch	- die seelischen und geistigen Vorgänge betreffend; seelisch
psychosozial	- das Psychische und Soziale in ihrer Abhängigkeit betreffend
psychotherapeutisch, Psychotherapie	- Krankenbehandlung mittels psychologischer Methoden
psychotrope Medikamente	- Medikamente mit Wirkung auf psychische Funktionen
<b>R</b>	
rezidivierend	- zurückkehrend ; Rückfall der Erkrankung
Rifampicinprophylaxe	- medikamentöse Vorbeugung gegen Meningitis epidemica (Hirnhautentzündung)
Rotaviren	- Virus, Erreger von Magen- Darmentzündungen
<b>S</b>	
Salmonellosen	- durch Salmonellen (Bakterien) hervorgerufene Darmerkrankungen; bakterielle Lebensmittelvergiftung
Säuglingssterblichkeit	- verstorbene Säuglinge je 1.000 Geburten ( $\text{‰}$ )
Scabies, Skabies	- Krätze
Serovar	- Serotyp, Unterteilung aufgrund der Eigenschaften des Erregers
Shigellen	- Bakterien; Erreger der Bakterienruhr
Shigellose	- Bakterienruhr
standardisierte Sterberate	- Sterberate, die auf eine Vergleichsbevölkerungsstruktur bezogen wurde
Staphylokokken	- Bakteriengattung, bedingt Krankheitserreger
Sterberate	- (Verstorbene je 100 000 der Bevölkerung)
Streptokokken	- Bakteriengattung, bedingt Krankheitserreger
Suizid	- Selbsttötung
Syndrom	- in Kombination auftretende Krankheitszeichen
<b>T</b>	
Tetanus	- Wundstarrkrampf
Toxoplasmose	- von Tieren auf den Menschen übertragbare Infektionskrankheit
Tuberkulose (Tbk,Tbc)	- durch Bakterien hervorgerufene, meist chronisch verlaufende Infektionskrankheit, die unterschiedliche Organe befallen kann.
Typhus	- Infektionskrankheit des Verdauungssystems
<b>U</b>	
Urogenitalsystem	- System der Harn- und Geschlechtsorgane
<b>V</b>	
Varicellen	- Windpocken
Virushepatitis	- durch Viren hervorgerufene Lebererkrankung, Virusgelbsucht
Virus- Meningoencephalitis	- durch Viren hervorgerufene Hirnhautentzündung, die auf das Hirn übergreift
<b>Y</b>	
Yersinia	- Bakteriengattung
Yersiniosen	- durch Yersinia hervorgerufene Magen- Darmerkrankung
<b>Z</b>	
zerebral	- das Großhirn betreffend
zerebrovaskuläre Erkrankungen	- Durchblutungsstörungen und Gefäßerkrankungen des Gehirns

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Einwohnerzahlen und Altersdurchschnitt in ausgewählten Jahren von Magdeburg	1
Tabelle 2:	Anteile der Alters- und Geschlechtsgruppen an der Hauptwohnsitzbevölkerung Magdeburgs 2001	3
Tabelle 3:	Natürliche Bevölkerungsbewegung in der Stadt Magdeburg in den Jahren 1989 bis 2001	5
Tabelle 4:	Entwicklung der Wanderungsbewegung in den Jahren 1990 - 2000 in der Stadt Magdeburg	6
Tabelle 5:	Gestorbene absolut und in Prozent nach Geschlecht und Altersgruppen in Magdeburg 2000 [9]	8
Tabelle 6:	Gestorbene absolut und in Prozent nach Geschlecht und Altersgruppen in Magdeburg 2001	8
Tabelle 7:	Äußere Ursachen von nicht natürlichen Sterbefällen absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 2000	10
Tabelle 8:	Äußere Ursachen von nicht natürlichen Sterbefällen absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 2001	10
Tabelle 9:	Gestorbene absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 2000	13
Tabelle 10:	Gestorbene absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 2001	14
Tabelle 11 :	Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 2000	15
Tabelle 12 :	Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 2001	16
Tabelle 13:	Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 2000	17
Tabelle 14:	Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 2001	18
Tabelle 15:	Anteil der Verstorbenen an bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane (C30 - 39) an allen Verstorbenen der Geschlechtsgruppe	19
Tabelle 16:	Sterbefälle in Magdeburg 1999/2000/2001, altersstandardisiert je 100.000 der Bevölkerung	20
Tabelle 17:	Säuglingssterbefälle und Totgeburten in Magdeburg 1995 - 2001	21
Tabelle 18:	Übrige Formen der Enteritis infectiosa 2000 in Magdeburg	25
Tabelle 19:	Übrige Formen der Enteritis infectiosa 2001 in Magdeburg	25
Tabelle 20:	Virushepatitis in Magdeburg 1999 bis 2001	28
Tabelle 21:	Meningitis in Magdeburg 1999 bis 2001	29
Tabelle 22:	Ausgewählte meldepflichtige Erkrankungen 1999 bis 2001 in Magdeburg	34
Tabelle 23:	Teilnahmehäufigkeit im Verlauf des Autogenen Trainings (männliche Leitung)	47
Tabelle 24:	Teilnahmehäufigkeit im Verlauf des Autogenen Trainings (weibliche Leitung)	48
Tabelle 25:	Schwerbehinderte im Regierungsbezirk Magdeburg	55
Tabelle 26:	Schwerbehinderte in der Stadt Magdeburg	55
Tabelle 27:	Schwerbehinderte nach Altersgruppen in Magdeburg je 1000 Einwohner der Altersgruppe (Stand: 31.12.2001)	56
Tabelle 28:	Schwerbehinderte nach Ursache der Behinderung (Stand 31.12.2001)	57

Tabelle 29:	<i>Arbeitslosigkeit behinderter Frauen und Männer in Magdeburg 2000</i>	59
Tabelle 30:	<i>Arbeitslosigkeit behinderter Frauen und Männer in Magdeburg 2001</i>	59
Tabelle 31:	<i>Entwicklung der Krebssterblichkeit in Sachsen-Anhalt</i>	64
Tabelle 32:	<i>Sterbefälle 1999 an bösartigen Neubildungen nach Geschlecht in Magdeburg (Anzahl)</i>	65
Tabelle 33:	<i>Sterbefälle 2000 an bösartigen Neubildungen nach Geschlecht in Magdeburg (Anzahl)</i>	66
Tabelle 34:	<i>Sterbefälle 2001 an bösartigen Neubildungen nach Geschlecht in Magdeburg (Anzahl)</i>	67
Tabelle 35:	<i>Anteile der Lokalisationen an den Krebs-Sterbefällen 2001 in Magdeburg</i>	68
Tabelle 36:	<i>Verstorbene an Lungenkrebs in Magdeburg unter 65 Jahren 1991 bis 1998</i>	69
Tabelle 37:	<i>Ausländerinnen und Ausländer in Magdeburg</i>	73
Tabelle 38:	<i>Mobbingfälle</i>	78
Tabelle 39:	<i>Mobbingfolgen</i>	79
Tabelle 40:	<i>Person des Mobbers</i>	79
Tabelle 41:	<i>Beratungsstatistik für 2000 von Wildwasser Magdeburg e.V.</i>	93
Tabelle 42:	<i>Anzahl der Beratungen in der Jugend- und Drogenberatungsstelle DROBS</i>	105
Tabelle 43:	<i>Statistische Übersicht zum Leistungsangebot per 31.12.2000</i>	115
Tabelle 44:	<i>Problemorientierte Beratungen nach weiblichem und männlichem Anteil</i>	122

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	<i>Altersstruktur der Magdeburger Hauptwohnsitzbevölkerung 2001</i>	2
Abbildung 2:	<i>Altersstruktur der Magdeburger Bevölkerung in den Stadtteilen 2001</i>	4
Abbildung 3:	<i>Gestorbene nach Altersgruppen und Geschlecht in Magdeburg 2001</i>	9
Abbildung 4:	<i>Gestorbene nach Todesursachengruppen in Magdeburg 2001</i>	12
Abbildung 5:	<i>Salmonellosen in Magdeburg</i>	23
Abbildung 6:	<i>Kopflausbefall in Magdeburg</i>	31
Abbildung 7:	<i>Infektionskrankheiten unklarer Ursache in Magdeburg</i>	33
Abbildung 8:	<i>Kurs 'Autogenes Training' - Teilnahme (männliche Leitung)</i>	48
Abbildung 9:	<i>Kurs 'Autogenes Training' - Teilnahme (weibliche Leitung)</i>	48
Abbildung 10:	<i>Information über Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten</i>	51
Abbildung 11:	<i>Sozial- rechtliche Information</i>	51
Abbildung 12:	<i>Beratung und Betreuung bei Erkrankung und Behinderung</i>	51
Abbildung 13:	<i>Beratung und Betreuung Suchtkranker und Gefährdeter</i>	52
Abbildung 14:	<i>Beratung und Betreuung bei Gewalterlebnissen</i>	52
Abbildung 15:	<i>Beratung und Betreuung bei beruflichen und privaten Belastungen</i>	52
Abbildung 16:	<i>Gruppenarbeit (Präventions- und Informationsveranstaltungen)</i>	53
Abbildung 17:	<i>Schwerbehinderte nach Altersgruppen in Magdeburg je 1000 Einwohner der Altersgruppe</i>	57
Abbildung 18:	<i>Schwerbehinderte nach Art der schwersten Behinderung</i>	58
Abbildung 19:	<i>Anteil der Schwerbehinderten an den Arbeitslosen in Magdeburg 2000/2001</i>	60
Abbildung 20:	<i>Schwerbehinderte Arbeitslose nach Geschlecht in Magdeburg 2000/2001</i>	60
Abbildung 21:	<i>Beratungsinhalte und Anzahl der Konsultationen</i>	95
Abbildung 22:	<i>Geschlecht/ Alter und Anzahl der KlientInnen in der Ehe- Familien- und Lebensberatung 2000</i>	96
Abbildung 23:	<i>Beratungsinhalte, Anzahl der Konsultationen und Geschlecht in der Ehe- Familien- und Lebensberatung</i>	97
Abbildung 24:	<i>Alter und Geschlecht der KlientInnen in der Ehe und Partnerschaftsberatung</i>	99

Abbildung 25:	Anzahl der Konsultationen in der Sexualberatung	101
Abbildung 26:	Beratungsgespräche nach Anlass	103
Abbildung 27:	Beratung Essgestörter Klienten nach Symptomatik	104
Abbildung 28:	Alters- und Geschlechterverteilung nach Beratungsgesprächen im Kontext essgestörten Verhaltens	104
Abbildung 29:	Anzahl der Beratungen im Bereich Essstörungen DROBS Magdeburg 1997 bis 2000	106