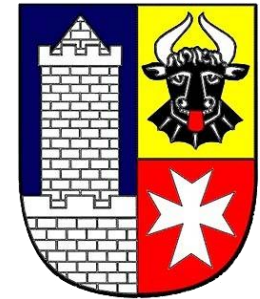


Ausgewählte Ergebnisse des 3. Gesundheitsberichts des Landkreises Mecklenburg-Strelitz Berichtszeitraum 2005 - 2010



Kathrin Bernateck, B.Sc. (Public Health and Administration)

Stefan Fischer, B.Sc. (Public Health and Administration)

Regionale Fachtagung: „Regionale Gesundheitsberichterstattung – Ergebnisse und Perspektiven für Mecklenburg-Vorpommern“

Hochschule Neubrandenburg

16. März 2012

Inhalt

- I. Vorstellung des 3. Gesundheitsberichts des Landkreises Mecklenburg-Strelitz in seinen Hauptpunkten
- II. Ausgewählte Ergebnisse
 1. **Bevölkerungsentwicklung**
 2. **Soziale Lage der Bevölkerung**
Entwicklung der Arbeitslosigkeit, des Einkommens und Armutsquote
 3. **Gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen**
 4. **Sterblichkeit im Landkreis MST**
Sterblichkeit und Todesursachen im LK MST
Regionale Sterblichkeitsunterschiede in M-V
 5. **Medizinische Versorgung**
ambulante ärztliche Versorgung
Versorgung von psychisch Kranken
- III. Herausforderungen für die (regionale) GBE aus praktischer Sicht

I. Gliederung des 3. Gesundheitsberichts des LK MSt

1	Bevölkerung, soziale Lage und Umwelt.....	8
1.1	Bevölkerung.....	8
	<i>Stefan Fischer</i>	
1.1.1	Bevölkerung nach Amtsverwaltung.....	8
1.1.2	Entwicklung der gesamten Bevölkerungszahl.....	10
1.1.3	Bevölkerungsbewegungen.....	16
1.1.4	Prognosen der Bevölkerungsentwicklung.....	18
1.2	Soziale Lage.....	22
	<i>Stefan Fischer</i>	
1.2.1	Arbeit.....	22
1.2.2	Arbeitslosigkeit.....	25
1.2.3	Einkommen und Armutsquote.....	28
1.2.4	Öffentliche Sozialleistungen.....	30
	1.2.4.1 Sozialhilfe.....	30
	1.2.4.2 Wohngeld.....	31
	1.2.4.3 Elterngeld.....	32
1.3	Umwelt.....	33
	<i>Stefan Fischer und Birgit Manthe</i>	
1.3.1	Trinkwasser.....	33
	1.3.1.1 Trinkwasserversorger.....	33
	1.3.1.2 Trinkwasserqualität.....	36
	1.3.1.2.1 Mikrobiologische Parameter.....	36
	1.3.1.2.2 Chemische Parameter.....	42
1.3.2	Badewasser.....	47
1.3.3	Sonstige kontrollierte Einflüsse.....	52
	1.3.3.1 Raumakustik in Schulen und Kindertagesstätten.....	52
	1.3.3.2 Gesundheits-, Vorrats- und Materialschädlinge, Lästlinge, Zecken und Schimmelpilze.....	54



I. Gliederung des 3. Gesundheitsberichts des LK MSt

2	Gesundheitliche Lage ausgewählter Bevölkerungsgruppen	58
2.1	Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen.....	58
	<i>Kathrin Bernateck</i>	
2.1.1	Entwicklung der Schülerzahlen	58
2.1.2	Vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst untersuchte Gruppen von Kindern und Jugendlichen	59
2.1.2.1	Ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung	61
2.1.2.2	Besonders häufige Befunde in den drei schulärztlich untersuchten Klassenstufen.....	70
2.1.2.3	Ausgewählte Befunde im Vergleich von Regel- und Förderschülern.....	76
2.1.2.4	Durchimpfungsraten bei der Schuleingangsuntersuchung.....	78
2.1.2.5	Durchimpfungsraten in Klasse 4.....	80
2.1.2.6	Durchimpfungsraten in Klasse 8.....	80
2.1.3	Kinder bis zum sechsten Lebensjahr mit Entwicklungsverzögerungen	82
2.1.3.1	Frühförderung	82
2.1.3.2	Förderung durch Integration in Kindertagesstätten.....	83
2.1.4	Mundgesundheit	84
2.1.4.1	Zahnärztliche Untersuchungsbefunde.....	85
2.1.4.2	Gruppenprophylaxe	96
2.1.5	Handlungsbedarf entsprechend der Befunde der kinder- und jugendärztlichen und –zahnärztlichen Untersuchungen	98
2.2	Gesundheitliche Lage der arbeitenden Bevölkerung am Beispiel der AOK-Versicherten.....	100
	<i>Stefan Fischer</i>	
2.2.1	Entwicklung des Krankenstandes	101
2.2.2	Arbeitsunfähigkeitstage nach Krankheitshauptgruppen	103
2.2.3	Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Krankheitshauptgruppen	105



I. Gliederung des 3. Gesundheitsberichts des LK MST

3	Ausgewählte Erkrankungen und Sterbefälle	108
	<i>Kathrin Bernateck</i>	
3.1	Meldepflichtige Infektionskrankheiten	108
3.1.1	Bakteriell und viral bedingte Durchfallerkrankungen.....	110
3.1.2	Weitere meldepflichtige Infektionskrankheiten/ impfpräventable Erkrankungen	112
3.2	Sterblichkeit und Todesursachen	116
3.2.1	Sterblichkeit nach Geschlecht und Alter.....	116
3.2.2	Säuglingssterblichkeit.....	120
3.2.3	Todesursachen	121
3.2.4	Vermeidbare Sterbefälle	129
3.3	Weitere vermeidbare Erkrankungen und Sterbefälle	131
4	Ressourcen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung	134
	<i>Stefan Fischer</i>	
4.1	Medizinische Versorgung	134
4.1.1	Ambulante ärztliche Versorgung	134
4.1.2	Zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung	148
4.1.3	Ausgewählte nichtärztliche Berufe des Gesundheitswesens.....	149
4.1.4	Stationäre medizinische Versorgung	150
4.2	Pflegerische Versorgung	151
4.2.1	Pflegebedürftige.....	151
4.2.2	Ambulante Pflegedienste	152
4.2.3	Stationäre Pflegeeinrichtungen	155
4.3	Rehabilitationseinrichtungen.....	158
4.4	Versorgungssystem für psychisch Kranke und seelisch behinderte Personen und Netzwerk der Suchtkrankenhilfe.....	158
4.4.1	Versorgung der psychisch Kranken und seelisch behinderten Personen	166
4.4.2	Versorgung von suchtkranken Personen.....	168
4.5	Apotheken.....	170
5	Gesundheitsförderung und Selbsthilfe	176
	<i>Kathrin Bernateck</i>	
5.1	Gesundheitsförderung	176
5.2	Selbsthilfe	179



II. Ausgewählte Ergebnisse

1. Bevölkerungsentwicklung in Mecklenburg-Strelitz

- **Bevölkerungsrückgang** in den zurückliegenden 20 Jahren
(1989: 88.706 Einwohner, 2010: 77.509 Einwohner; Stand jeweils 31.12.)
- jährliche Bevölkerungsabnahme von ca. 1.000 bis 1.500 Einwohner in den letzten 5 Jahren
- ‚Männerüberschuss‘ in den Altersklassen der 20 bis 50-Jährigen;
‚Frauenüberschuss‘ in der Altersklasse der über 70-Jährigen
- **geringe Besiedlungsdichte** im LK MST: ca. 37 Einwohner pro km²
(MV: 71 Einw./km²; BRD: 229 Einw./km²)
- Anstieg des Anteils der **über 65-Jährigen** an der Bevölkerung
(1989: 12,0% auf 2010: 22,1%);
Anteil der **unter 15-Jährigen** hat sich verringert (1989: 21,5% auf 2010: 11,4%)



2. Soziale Lage: Arbeitslosigkeit, Einkommen und Armutsquote

- **Rückgang der Arbeitslosigkeit** (von allen zivilen Erwerbspersonen) von 24,3% (2004) auf 14,2% (2010) im LK MST einhergehend mit der Entwicklung auf Landesebene (MV: 20,5% 2004 auf 14,0% 2010; BRD: 10,5% 2004 auf 7,7% 2010)
- Anstieg des durchschnittlichen **verfügbaren Einkommens** von 13.276 Euro je Einwohner (2004) auf 16.486 Euro (2008) im LK MST (MV: 2004: 13.385 Euro auf 2008: 14.944 Euro)
- **Armutsquote** (definiert: <60% des durchschnittlichen äquivalenzgewichteten Einkommens) in den LK der Mecklenburgischen Seenplatte mit 24,6% über dem Durchschnitt der ABL (12,9%) und NBL (19,5%)

3. Gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen

- Jeder 3. Einschüler mit Defiziten in der Feinmotorik, jeder 6. bis 7. in der Grobmotorik

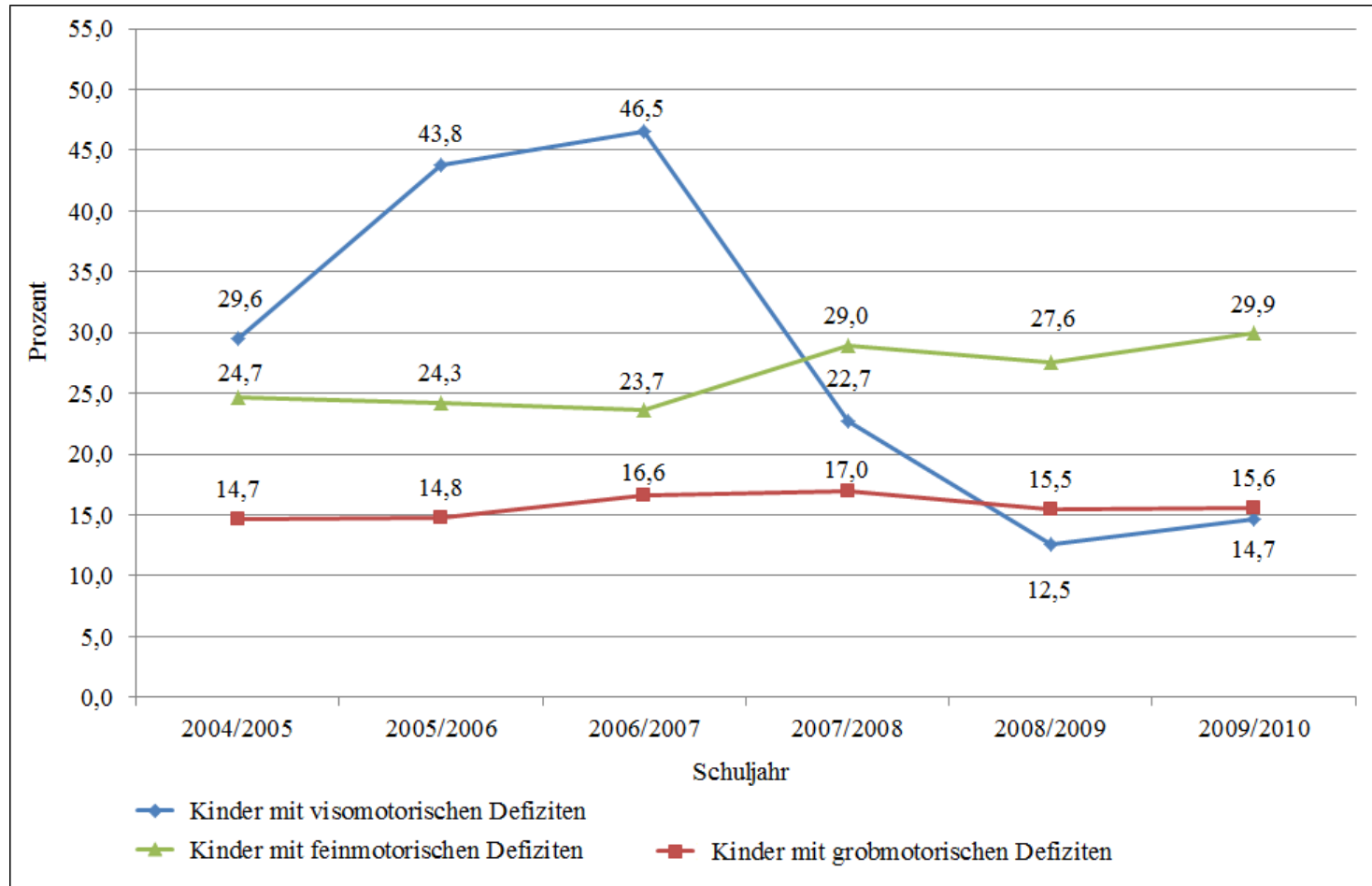


Abb. 1: Anteil der Einschüler mit motorischen Auffälligkeiten 2004/2005 bis 2009/2010 (in %)

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Referats Gesundheit des LK MST



3. Gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen

2009/2010: Übergewicht 12%, Adipositas 6%, Untergewicht 6% der Einschüler
 21% Übergewicht und 9% Adipositas in Klasse 4
 30% Übergewicht und 15% Adipositas in Klasse 8

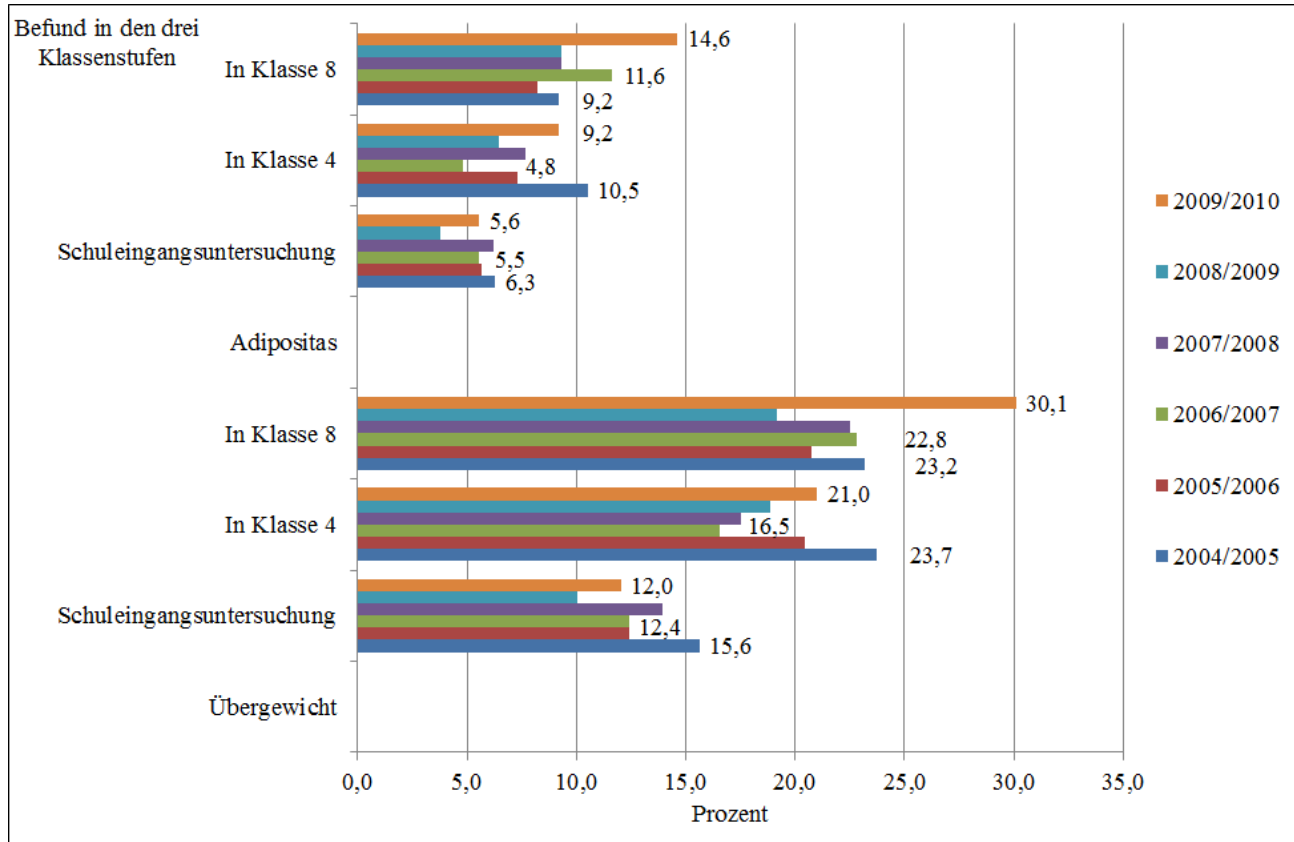


Abb. 2: Anteil der Schüler mit Übergewicht und Adipositas in den drei untersuchten Altersklassen 2004/2005 bis 2009/2010 (in %), Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Referats Gesundheit des LK MST



3. Gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen

- Bedeutung von Übergewicht und Adipositas für die Entstehung von Krankheiten → Handlungsbedarf
 - Vergleich Regel- und Förderschulen
 - Sozialstatus

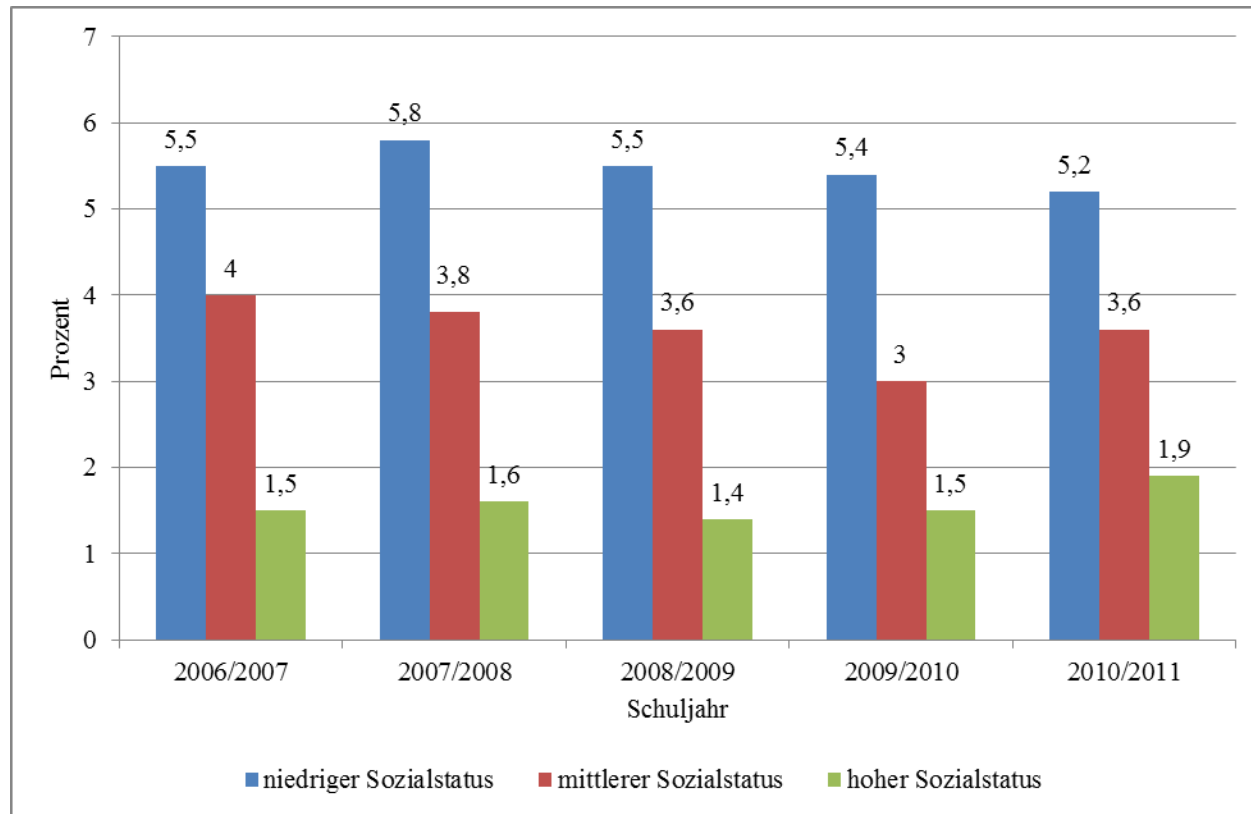


Abb. 3: Einschüler im Land Brandenburg mit Adipositas nach Sozialstatus 2006/2007 bis 2010/2011 (in %), Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der Abteilung Gesundheit des LUGV (vgl. LASV 2011:148)

3. Gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen

Vergleich/Fazit

- Erfassung und Auswertung der sozialen Daten der Einschüler als wichtiger Aspekt zukünftiger Berichterstattung
 - Einschüler als einzige Gruppe, die jährlich flächendeckend untersucht wird
 - verlässliche Daten als Grundlage für die Gesundheits- und Sozialpolitik
 - Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage ist nachgewiesen (vgl. u.a. Lampert et al. 2010, Siegrist und Marmot 2008, Hermann 2006, Lampert et al. 2005)
 - Prävention und Gesundheitsförderung sollten bereits im Kindesalter sozialkompensatorisch ausgelegt sein
- sozialräumliche Betrachtung zum Nachweis ungleicher räumlicher Verteilung gesundheitlicher Konstellationen (abweichend von der Landkreis-Betrachtung)

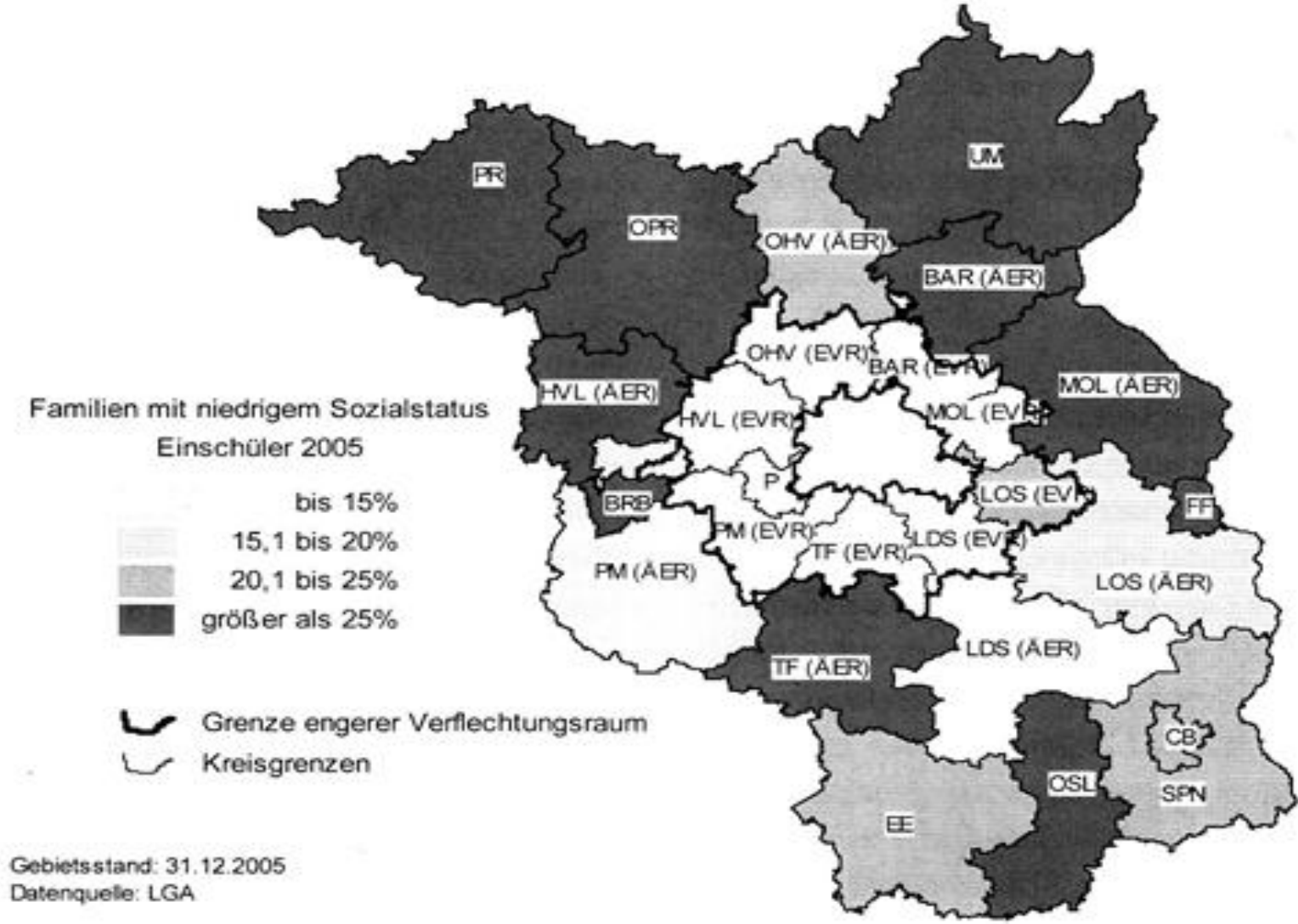


Abb. 4: Anteil der Einschüler mit niedrigem Sozialstatus in den Landkreisen und kreisfreien Städten Brandenburgs 2005, Quelle: MASGF (2007: 22), Anmerkung: Die an Berlin grenzenden Landkreise sind jeweils geteilt in Berliner Umland (ehem. engerer Verflechtungsraum - EVR) und weiteren Metropolenraum (ehem. äußerer Entwicklungsraum - ÄER). Hieran wird deutlich, dass es innerhalb der Landkreise deutliche Unterschiede in der Sozialstruktur gibt.



3. Gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen Vergleich/Fazit

- Brandenburg: finanzielle Zuweisungen an Kitas für Maßnahmen der Sprachförderung in Abhängigkeit vom Sozialstatus (pers. Mitteilung von Lüdecke, LUGV, 4.10.2011)
- Berlin: Formulierung konkreter kurzfristiger Gesundheitsziele für Kinder mit ressortübergreifenden Kooperationsnetzen auf Basis der Ergebnisse der SEU
- MV: settingorientierte Arbeit der Gesundheitsförderung (Settings Kita, Schule) könnte noch gezielter auf Basis der Daten erfolgen

4. Sterblichkeit und Todesursachen im Landkreis MST

Häufige Todesursachen von 2007 bis 2010

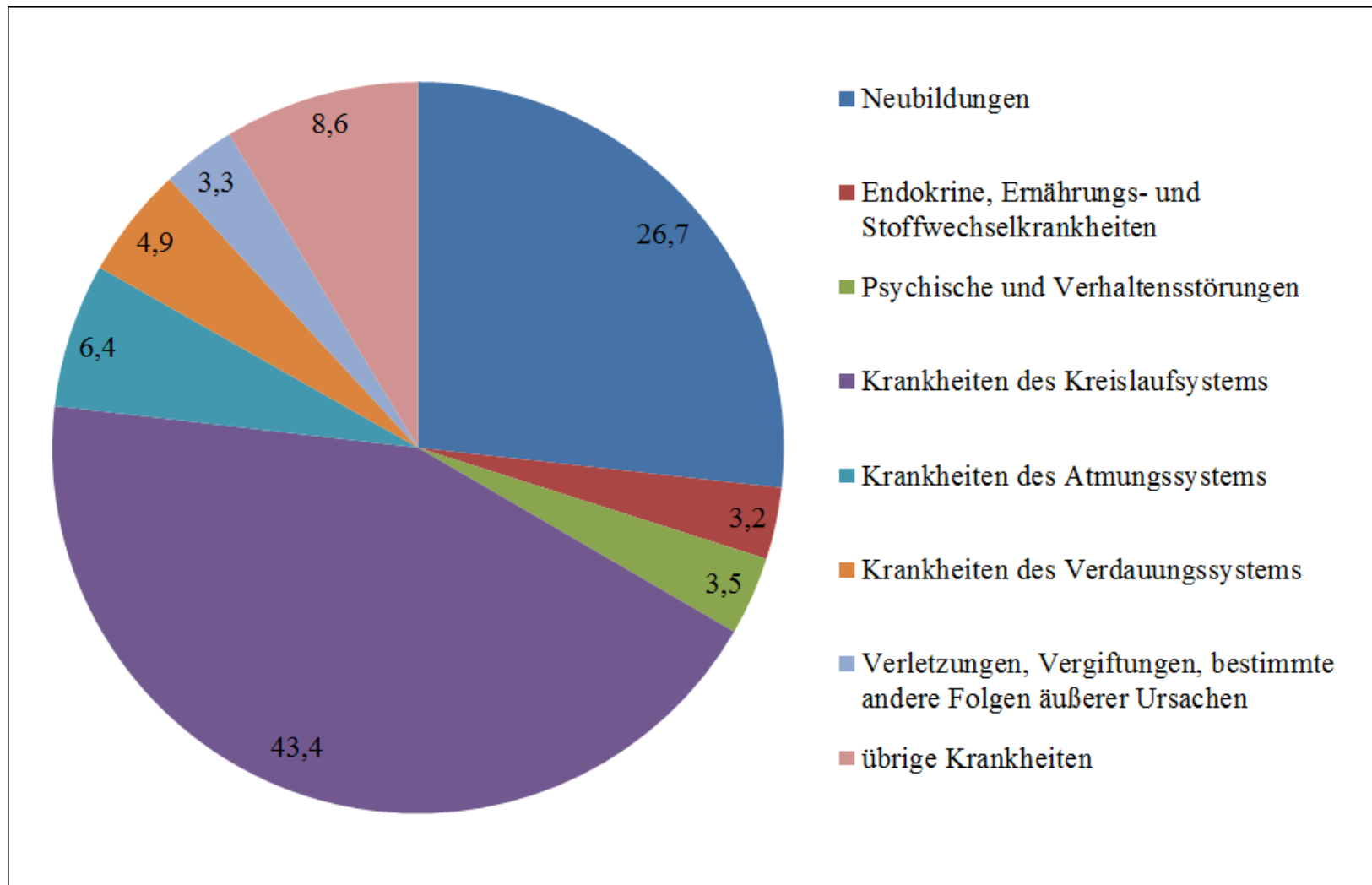


Abb. 5: Anteil der Todesursachen (Diagnoseklassen) an allen Verstorbenen im LK MST 2007 bis 2010 (in %, als Durchschnitt), Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Referats Gesundheit des LK MST

4. Sterblichkeit und Todesursachen im Landkreis MST

Sterblichkeit der männlichen Bevölkerung an Neubildungen

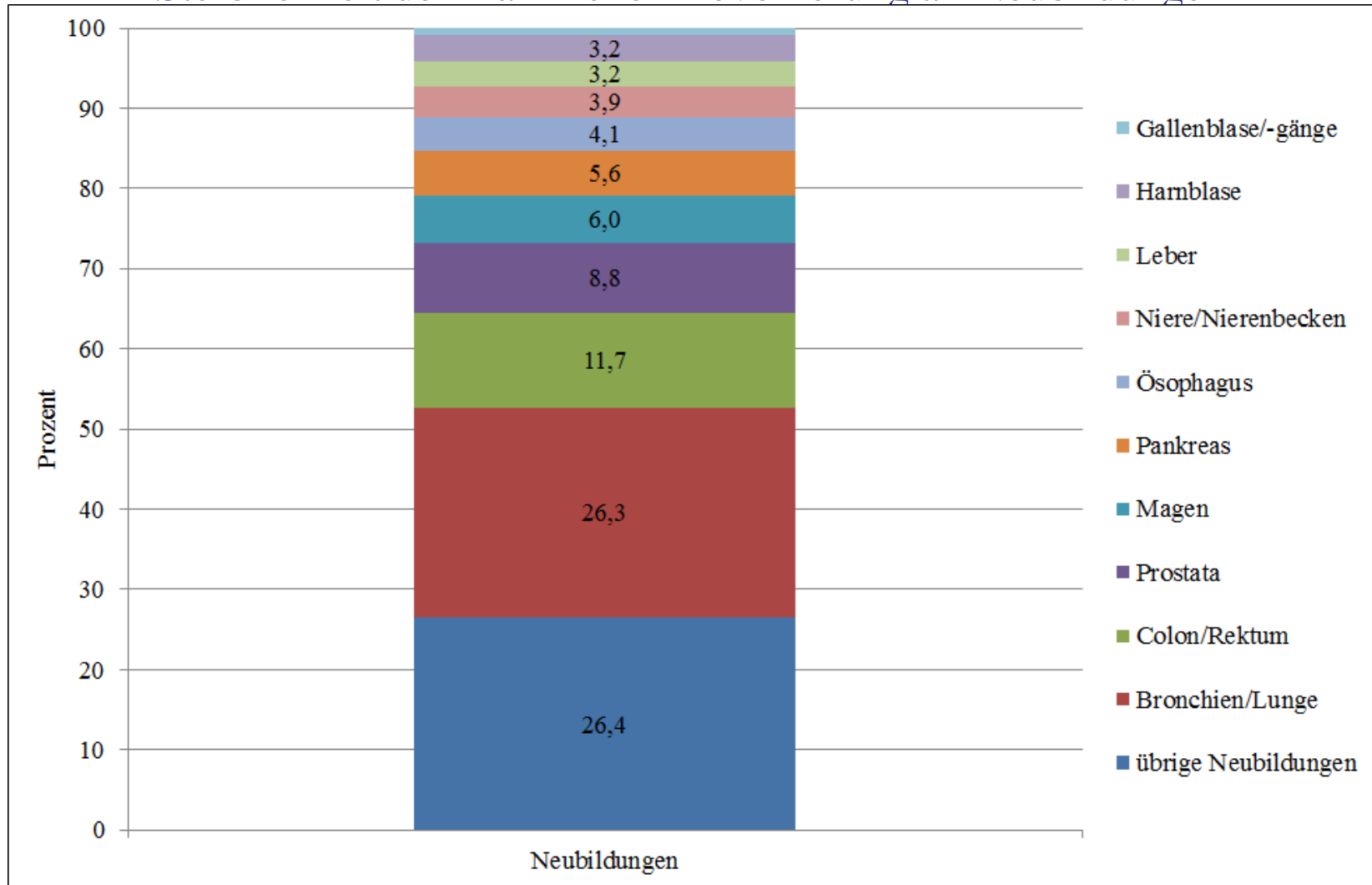


Abb. 6: Anteile häufiger zum Tode führender Neubildungen an allen zum Tode führenden Neubildungen im LK MST in den Jahren 2007 bis 2010 bei den Männern (in %), Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Referats Gesundheit des LK MST

4. Sterblichkeit und Todesursachen im Landkreis MST

Sterblichkeit der weiblichen Bevölkerung an Neubildungen

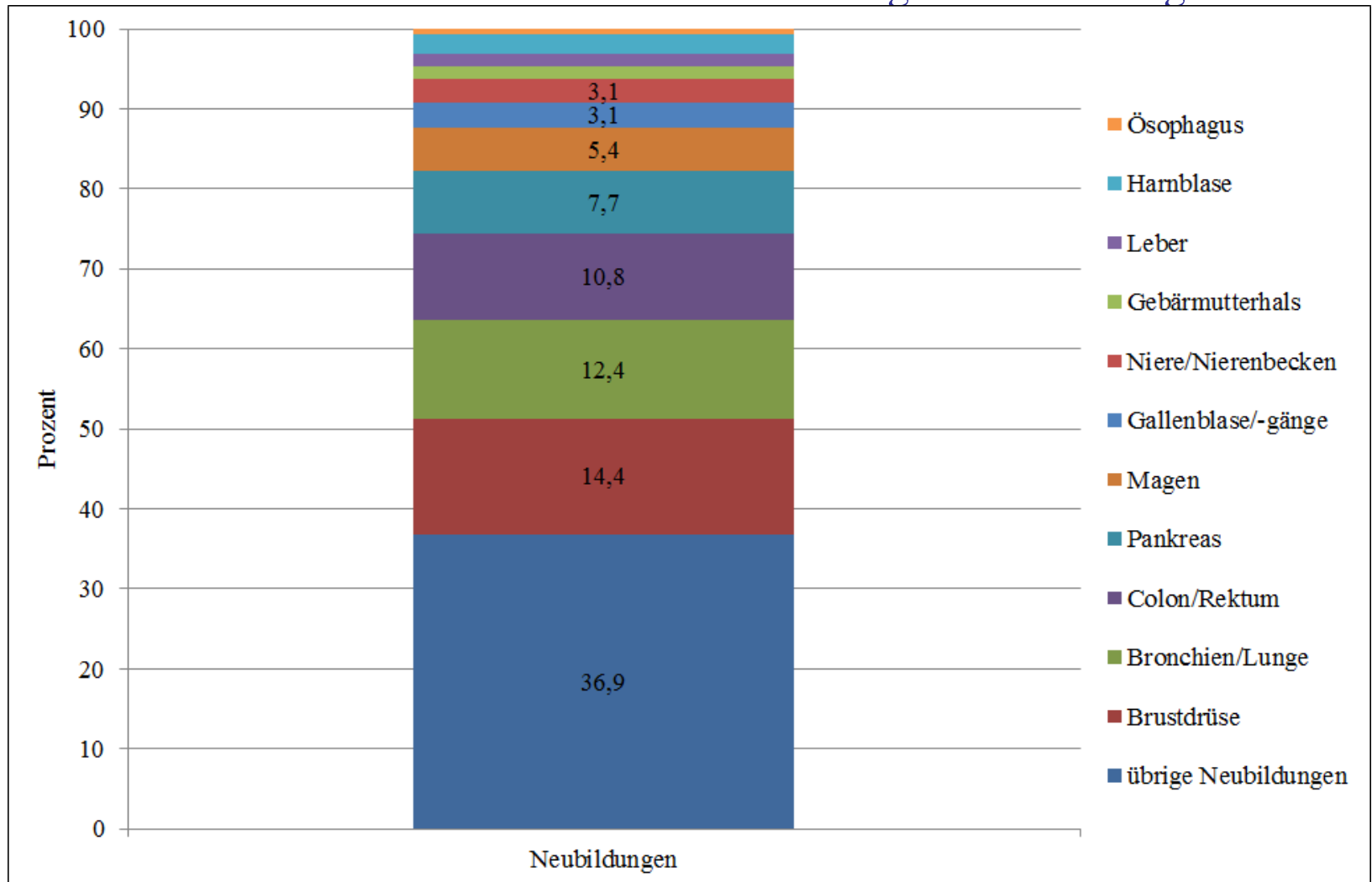


Abb. 7: Anteile häufiger zum Tode führender Neubildungen an allen zum Tode führenden Neubildungen im LK MST in den Jahren 2007 bis 2010 bei den Frauen (in %), Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Referats Gesundheit des LK MST

Sterblichkeit an Bronchial- und Lungenkrebs im zeitlichen Verlauf

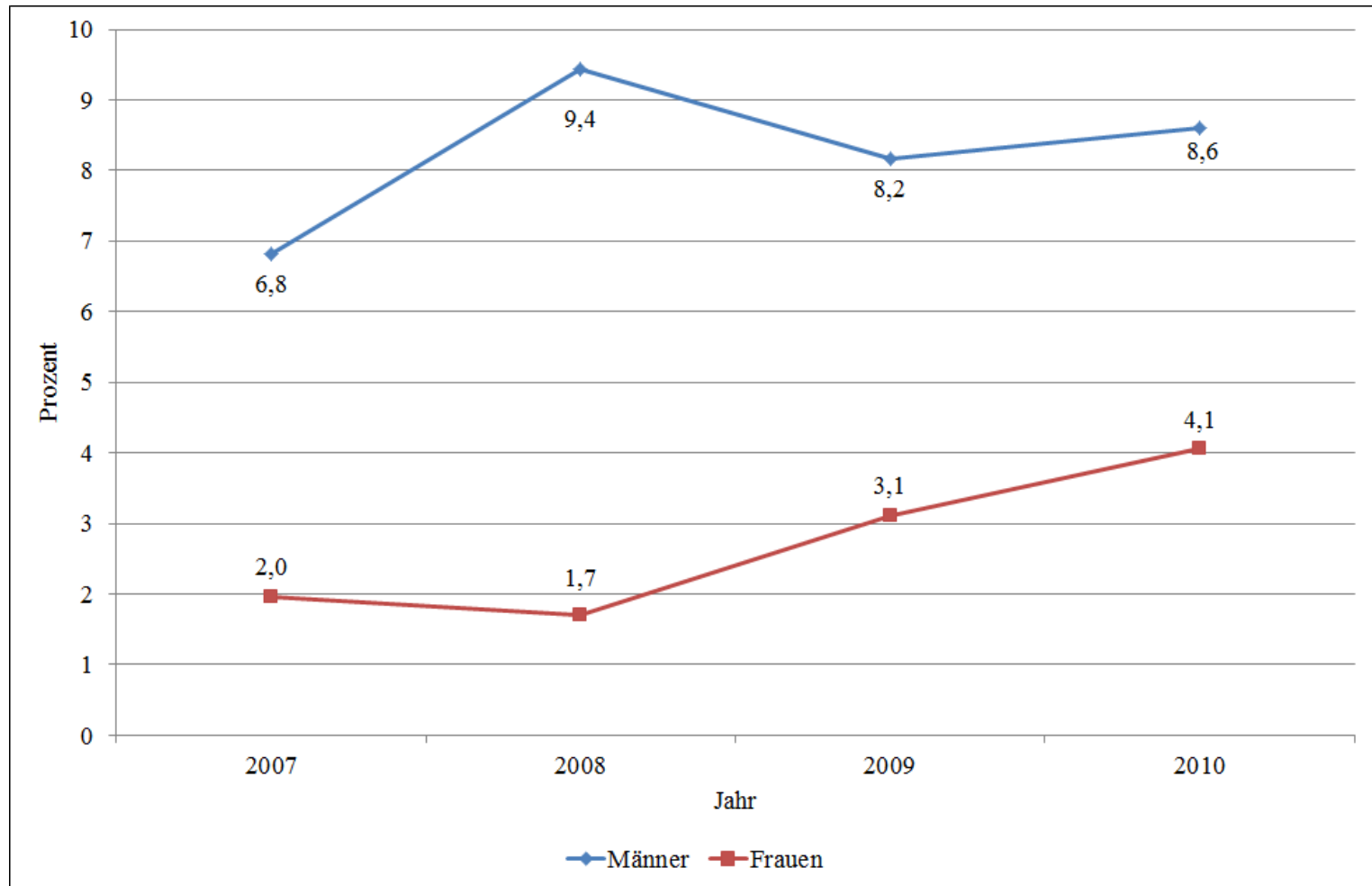


Abb. 8: Anteil der Sterblichkeit an Bronchial- und Lungenkrebs an allen im LK MST Verstorbenen in den Jahren 2007 bis 2010 nach Geschlecht (in %), Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Referats Gesundheit des LK MST

4. Regionale Sterblichkeitsunterschiede in M-V

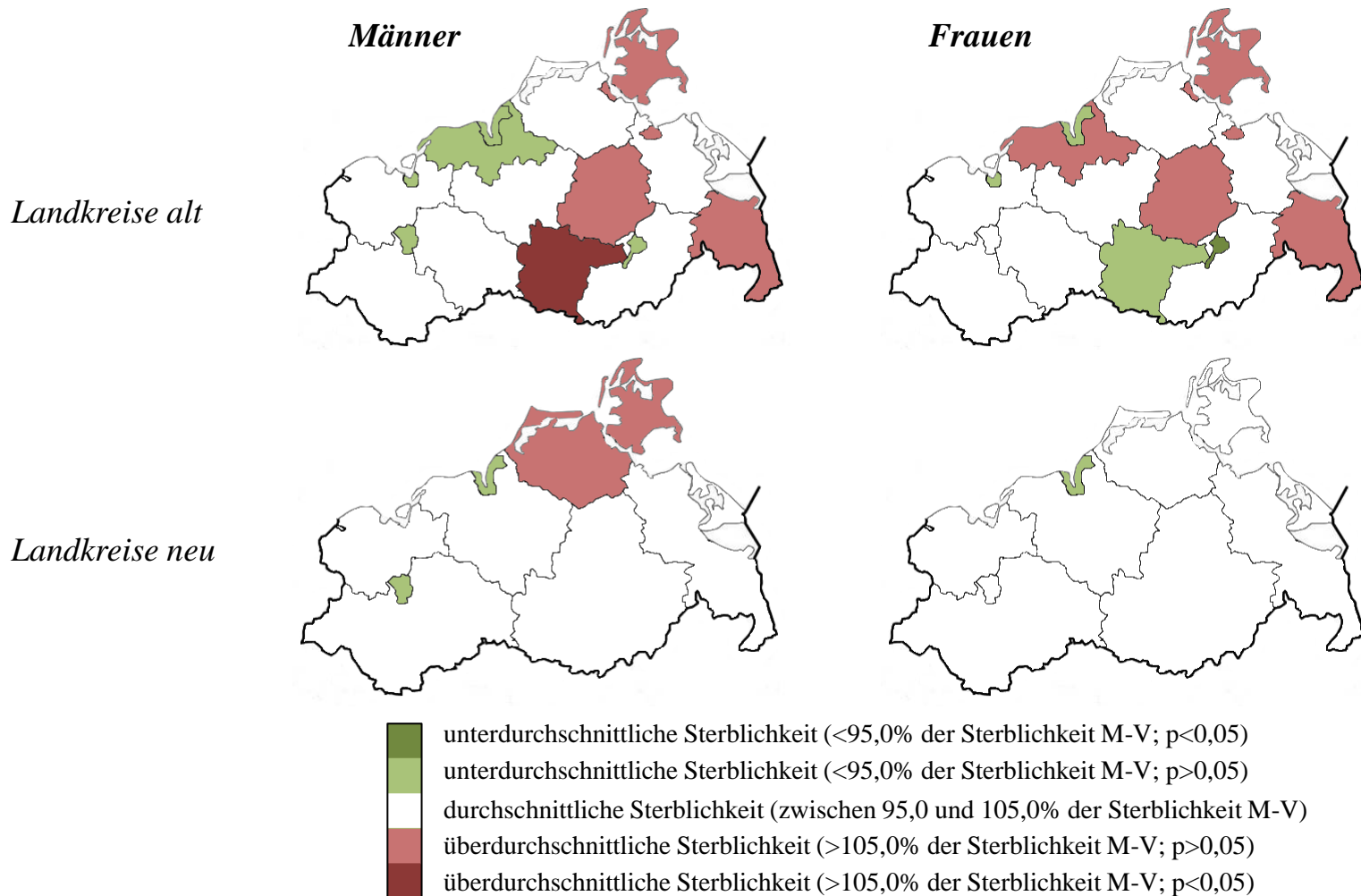
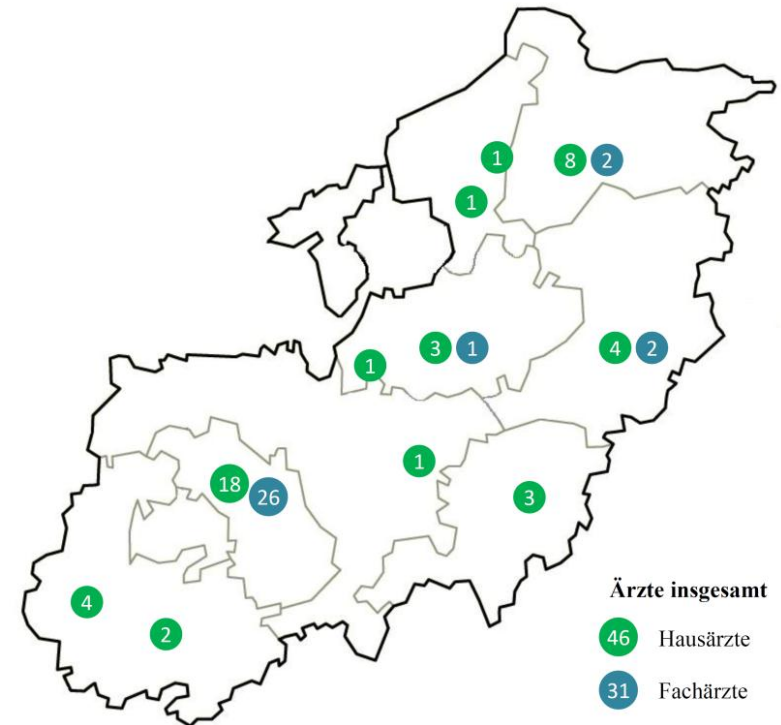


Abb. 9: Allgemeine Sterblichkeit (ICD-10: A00-T98) in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg-Vorpommerns 2010 nach Geschlecht; altersstandardisierte Sterblichkeit M-V: Männer 789,2; Frauen 825,9 Verstorbene je 100.000 Einwohner (Standardbevölkerung BRD 1987) Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen nach Daten des Statistischen Landesamtes M-V

5. Medizinische Versorgung: Ambulante ärztliche Versorgung

- insgesamt 77 Vertragsärzte im LK Mecklenburg-Strelitz
 - **46 Hausärzte** (Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Internisten mit hausärztlicher Tätigkeit)
 - **31 Fachärzte**
 - Innere Medizin (6), Chirurgie (3), Gynäkologie (6), Augenheilkunde (6), HNO (2), Dermatologie(2), Orthopädie (2), Urologie (2), Pädiatrie (1), Psychiatrie (1)
- Konzentration der fachärztlichen Versorgung
 - 84% der Fachärzte (n=26) in Neustrelitz (39% der Hausärzte; n=18)



*Abb. 10: Regionale Verteilung der Hausärzte (n=46) und Fachärzte (n=31) im LK MST (Stand 31.12.2010)
Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Referats Gesundheit des LK MST*

5. Medizinische Versorgung: Altersstruktur der Vertragsärzte

- Durchschnittsalter der Vertragsärzte im LK MST über dem Bundesdurchschnitt (MST 53,9 Jahre; BRD 52,1 Jahre)
- nur geringe Unterschiede im Alter der Fachärzte (MST 52,4 Jahre; BRD 51,6 Jahre)
- Hausärzte in MST (55,0 Jahre) ca. 2 Jahre älter als im Bundesdurchschnitt (52,8 Jahre)
 - höheres Alter der nicht in Neustrelitz tätigen Hausärzte (56,5 Jahre)

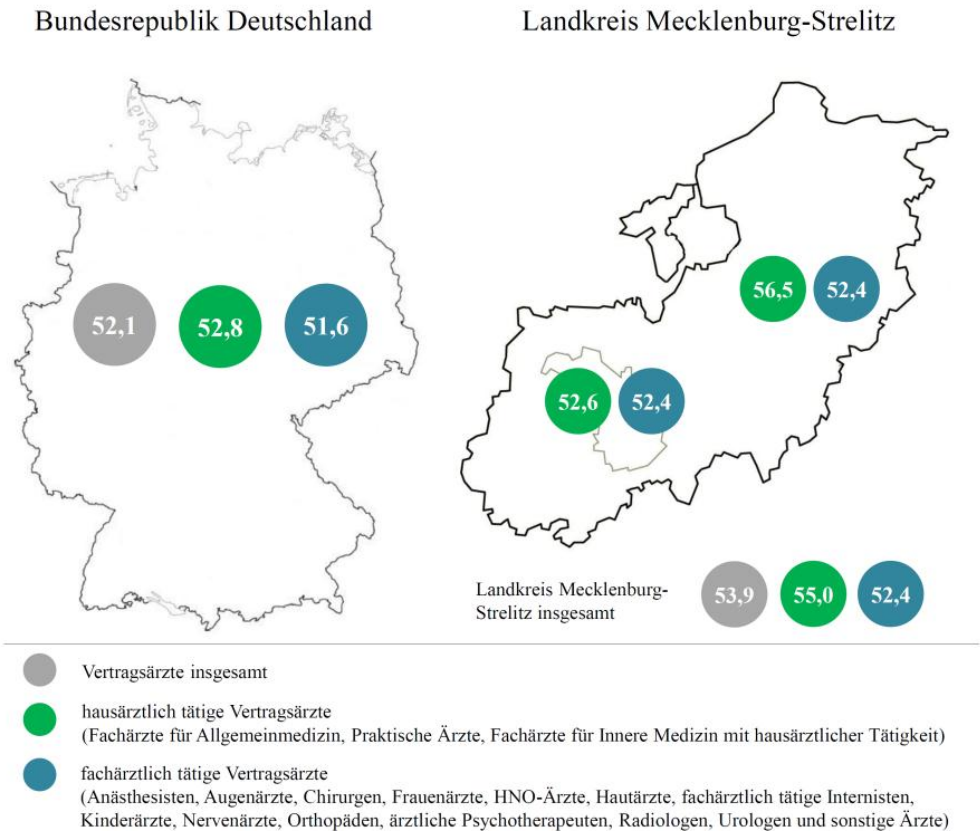


Abb. 11: Vergleich des Durchschnittsalters (in Jahren) der Vertragsärzte, Hausärzte und Fachärzte im LK MST (2010) und der BRD (2009) Quelle: Eigene Darstellung und Berechnungen nach Daten des Referats Gesundheit des LK MST und Kopetsch (2010: 22ff.)

5. Medizinische Versorgung: Sozialpsychiatrischer Dienst

- Versorgung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpiDi)
 - steigende Anzahl von Beratungen und Hausbesuchen
3.745 (2008) auf 5.229 Beratungen (2010)
771 (2008) auf 1.230 Hausbesuche (2010)
 - 81,4% der durch den SpiDi versorgten Klienten (n=904) waren 2010 psychisch kranke Menschen (11,7% Alkoholkranke/Medikamentenabhängige; 6,3% geistig behinderte Menschen; 0,7% Drogenabhängige)
 - zwischen 263 und 390 erstellte Gutachten pro Jahr (Zeitraum 2005 bis 2010)
- Alter der durch den SpiDi betreuten Personen (2010)
 - **27,1%** unter 30 Jahre (2006: **20,3%**)
 - 16,4% zwischen 30 und unter 40 Jahre (2006: 15,8%)
 - **20,1%** zwischen 40 und unter 50 Jahre (2006: **26,7%**)
 - 20,5% zwischen 50 und unter 60 Jahre (2006: 22,2%)
 - 15,9% 60 Jahre und älter (2006: 15,0%)

III. Herausforderungen für die (regionale) GBE aus praktischer Sicht

- einheitliche Regelungen/Verfahrensweise im neuen Landkreis bzw. landesweit (z.B. Bielefelder Modell/Prävalenzen; Sozialdaten)
- Räumliche Betrachtung (Achtung: nicht nur Großkreisebene)
- kontinuierliche Berichterstattung
 - Umfang, Zeiträume
- zeitnahe Datenerfassung in den Ämtern
- eigene Auswertungen sollten möglich sein
- Ziele:
 - Erfüllung gesetzlicher Vorgaben
 - Erfolgsbetrachtung/Evaluation eingeleiteter Maßnahmen
 - Argumentationsmöglichkeit vor verschiedenen Interessengruppen
 - Unterstützung der Entscheidungsfindung in allen Bereichen

Literatur

- Hermann, Sabine (2006): Konzept einer integrierten, handlungsorientierten Gesundheits- und Sozialberichterstattung im regionalen Ansatz - Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. Dissertation, Berlin.
http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2006/1288/pdf/hermann_sabine.pdf (Zugriff: 05.10.2011).
- Kopetsch, Thomas (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung. 5., aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage. Berlin.
http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie_03092010.pdf (Zugriff: 04.07.2011)
- LASV - Landesamt für Soziales und Versorgung (Hrsg.) (2011): Brandenburger Sozialindikatoren 2011. Aktuelle Daten zur sozialen Lage im Land Brandenburg. Cottbus.
<http://www.lasv.brandenburg.de/sixcms/detail.php/bb1.c.267687.de> (Zugriff: 27.09.2011).
- MASGF – Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (Hrsg.) (2007): Wir lassen kein Kind zurück. Soziale und gesundheitliche Lage von kleinen Kindern im Land Brandenburg. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 5, LGA Brandenburg im LASV, Zossen.
- Referat Gesundheit des Landkreises Mecklenburg-Strelitz (Hrsg.): 3. Gesundheitsbericht des Landkreises Mecklenburg-Strelitz. Berichtszeitraum 2005 bis 2010. Neustrelitz.
- Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsberichterstattung: Gesundheitsbericht für Deutschland.
- Lampert, Thomas; Hagen, Christine; Heizmann, Boris (2010): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, RKI, Berlin.
- Lampert, Thomas; Saß, Anke-Christine; Häfelinger, Michael; Ziese, Thomas (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, RKI, Berlin.
- Siegrist, Johannes; Marmot, Michael (Hrsg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Hans Huber, Bern.

