GESUNDHEITSBERICHT FÜR DEN LANDKREIS SÖMMERDA 2015

Allgemeine Hinweise:

Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Nennung der weiblichen und männlichen Schreibweise verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

Blau hinterlegte Textfelder markieren Textpassagen, die eine Schlussfolgerung oder ein Zwischenfazit wiedergeben.

Gelb hinterlegte Textfelder markieren Textpassagen, die als Handlungsoptionen / -vorschläge / -impulse interpretiert werden können.

Impressum

Herausgeber
Landratsamt Sömmerda
Dezernat Soziales, Gesundheit, Schule
Bahnhofstraße 9
99610 Sömmerda
www.landkreis-soemmerda.de

Verfasser
Stabsstelle Integrierte Sozialplanung
Christiane Maurer
Telefon: 03634 354-782
Telefax: 03634 354-628
E-Mail: sozialplanung@LRA-soemmerda.de

SSID: 564688

Redaktionsschluss
Dezember 2016

Inhalt

1 Einleitung: Gesundheit, Gesundheitsplanung und Gesundheitsziele 3
2 Basisdaten....7
2.1 Demografie 7
2.2 Gesundheitsstatus der Kreisbevölkerung 9
2.2.1 Lebenserwartung 9
2.2.2 Todesursachen....11
2.2.3 Subjektive Gesundheit 12
2.2.4 Häufige Erkrankungen....13
2.2.5 Infektionserkrankungen und Impfstatus....17
2.2.6 Allergien 23
2.3 Besondere Zielgruppen....24
2.3.1 Kinder und Jugendliche 24
2.3.2 Senioren 30
2.3.3 Flüchtlinge und Neuzugewanderte....31
2.4 Gesundheitliche Versorgung und Infrastruktur 34
2.4.1 Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) 34
2.4.2 Ambulante und stationäre medizinische Versorgung....34
2.4.3 Pflege und Palliativversorgung 37
2.4.4 Erwerbstätige in der Gesundheitswirtschaft....39
2.5 Sozialversicherung und Gesundheitsausgaben....39
3 Schutz- und Risikofaktoren....41
3.1 Gesundheitsverhalten 42
3.1.1 Ernährung und Bewegung....42
3.1.2 Ungesunde Konsumweisen – Suchtverhalten 43
3.2 Sozioökonomischer Status, Arbeitslosigkeit und Bildungsgrad 49
4 Handlungsfelder für die Gesundheitsförderung....51
5 Fazit 53
6 Literatur....54
Anlage 1: Weiterführende Links 58
Anlage 2: Selbsthilfegruppen im Landkreis Sömmerda 59

1 Einleitung: Gesundheit, Gesundheitsplanung und Gesundheitsziele

Gesundheit ist ein hohes Gut. Doch was verstehen wir eigentlich darunter? In der Literatur gibt es keine einheitliche, allgemein anerkannte Definition von Gesundheit. Die **Weltgesundheitsorganisation WHO** (World Health Organization) definiert den Begriff Gesundheit als einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als Zustand der Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen."[1]

Krankheit kann man im Umkehrschluss als „eine Störung der körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen" definieren, „die ein Ausmaß erreicht hat, bei dem eine medizinische Behandlung erforderlich wird."[2]

Demnach gibt es zwei Komponenten zu berücksichtigen, wenn man den Zustand von Gesundheit bzw. Krankheit beschreiben möchte. Einerseits den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand einer Person und andererseits objektive medizinische Befunde.[3]

Die individuelle Gesundheit trägt maßgeblich zum eigenen Wohlbefinden bei und ist eine wesentliche Basis für die eigene Lebensgestaltung. Aber auch für eine Gesellschaft ist die Gesundheit der Bevölkerung wichtig, schließlich bildet sie die Grundlage der ökonomischen Entwicklung in gleichem Maße, wie hohe Krankenlasten also Krankheitskosten die Sozialkassen belasten.

Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, die Zahlen und Indikatoren für Gesundheit zu kennen und gegebenenfalls Handlungsbedarfe abzuleiten, d.h. Risikofaktoren und Risikogruppen zu identifizieren, die Versorgungslage einzuschätzen und gesundheitsförderliche Maßnahmen bedarfsgerecht zu gestalten (Prävention und Rehabilitation).

Diese Art von Gesundheitsberichterstattung ist die Grundlage für ein Gesundheitsmonitoring oder auch „Public Health"-Monitoring, wobei man unter „Public Health" die Gesamtheit aller Anstrengungen einer Gesellschaft versteht, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern.[4]

In Zeiten knapper Ressourcen bedarf es geeigneter Strategien abgeleitet von den entsprechenden Daten, um sowohl die individuelle Gesundheit als auch die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen zu fördern. Die **WHO** hat dazu die „**Health in all policies**"-Strategie („Gesundheit in allen Politikfeldern") entwickelt. Darin ist erläutert, dass das Thema Gesundheit eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe ist und somit eines integrierten Planungsprozesses bedarf.[5]

Die WHO-Vorgaben fanden auch Eingang in die **EU-Gesundheitsstrategie**, die drei Hauptziele hat:

- Förderung der Gesundheit in einem alternden Europa
- Schutz der Bürgerinnen und Bürger vor Gesundheitsgefährdungen
- Förderung dynamischer Gesundheitssysteme und neuer Technologien.

---

[1] Übersetzung aus der WHO constitution (Verfassung), wo es im Original heißt: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." Die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation wurde am 22. Juli 1946 während der International Health Conference in New York von 61 Staaten unterzeichnet und trat am 7. April 1948 in Kraft. Der Wortlaut ist zu finden unter: http://www.who.int/about/mission/en/, abgerufen am 08.09.2016, 10:39 Uhr.
[2] Vgl. RKI (2009), GBE des Bundes, Heft 48, S. 8.
[3] Erhart/Wille/Ravens-Sieberer (2006), S. 322 f.
[4] 3. Gesundheitsbericht des Bundes (2015), S. 5.
[5] 3. Gesundheitsbericht des Bundes (2015), S. 284.

Aufbauend auf den internationalen wie den europäischen Leitlinien hat auch die **Bundesregierung** eine Gesundheitsstrategie formuliert. Kerngedanke ist es, die Lebenswelten (Settings) der Menschen gesundheitsförderlicher zu gestalten und gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen.[6]

Dabei soll sich die Planung an konkreten Zielvorgaben orientieren. Um einen konsensualen Zielfindungsprozess auf Bundesebene anzustoßen, wählten das Bundesgesundheitsministerium (BMG) und die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Jahr 2000 ein Internetforum als Instrument zur Etablierung eines systematischen fachlichen Dialogs aller Akteure der unterschiedlichen Ebenen im Gesundheitssystem. Im Kooperationsverbund **gesundheitsziele.de** stimmen sich Bund, Länder und Kommunen sowie die (selbstverwalteten) Kostenträger und Leistungserbringer über gemeinsame Gesundheitsziele ab.[7]

Mit dem im Juli 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – **PrävG**) wurde der Gesundheitszieleprozess gesetzlich verbindlich verankert. Im Folgenden wurde der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Umsetzung nachfolgender **nationaler Gesundheitsziele** beauftragt:

- Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken; Erkrankte früh erkennen und behandeln
- Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen
- Tabakkonsum reduzieren
- Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung
- Gesundheitliche Kompetenzen erhöhen: Souveränität der Patienten stärken
- Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln
- Gesund älter werden
- Alkoholkonsum reduzieren.[8]

Außerdem etablierte der Gesetzgeber die Prävention als vierte Säule im System der Gesundheitssicherung.

Abbildung 1: Die vier Säulen im System der Gesundheitssicherung.[9]

[6] 3. Gesundheitsbericht des Bundes (2015), S. 488.
[7] 3. Gesundheitsbericht des Bundes (2015), S. 397f.
[8] 3. Gesundheitsbericht des Bundes (2015), S. 397f.
[9] 3. Gesundheitsbericht des Bundes (2015), S. 247.

Im Rahmen des im Jahr 2007 ins Leben gerufenen **Thüringer Gesundheitszieleprozesses** werden im Zielbereich „Entwicklung bedarfsgerechter und qualitätsgesicherter Angebote und Strukturen der Gesundheitsförderung“ über die erarbeiteten Ziele und Strategien Rahmenbedingungen entwickelt, die eine Verankerung von Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene unterstützen sollen. Schwerpunkte sind hierbei u.a. die Etablierung eines integrierten Berichtssystems auf kommunaler Ebene und die Förderung kommunaler Vernetzungsprozesse.[10]

Koordinierungsstelle für den Gesundheitszieleprozess in Thüringen ist die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – **AGETHUR**. Die Arbeit der AGETHUR konzentriert sich auf folgende Arbeitsbereiche:

- Aufbau Kommunaler Netzwerke Gesundheit
- Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit
- Koordinierungsstelle Aidsprävention und Sexualpädagogik
- Psychische Gesundheit
- Gesundheitsförderung und Prävention im Alter
- Gesundheitsförderung in Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen.[11]

In **Thüringen** kann aus der „Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten“ (ÖGD-VO) die Grundlage für eine kommunale Gesundheitsberichterstattung abgeleitet werden. Hieraus ergibt sich, dass die wesentlichen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes die Förderung und der Schutz der Gesundheit der Menschen sowie die Beobachtung und Bewertung der gesundheitlichen Verhältnisse sind.

Der **Landkreis Sömmerda** verfolgt einen integrierten Planungsansatz in der sozialen Kommunalentwicklung, in den sich auch die Gesundheitsberichterstattung einfügen soll, um eine Gesamtstrategie zur Armutsprävention zu entwickeln.[12]

Dem Anspruch der **Gesundheitsberichterstattung des Bundes** folgend, soll der nachfolgende kommunale Gesundheitsbericht konkret sein, zeitnah auf aktuelle Entwicklungen eingehen und Handlungsbedarfe aufzeigen.[13] Ziel der Berichterstattung ist es, Entscheidungen für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen wissensbasiert vorzubereiten.[14]

Die gesundheitspolitische Zielsetzung für den **Landkreis Sömmerda** sollte sich an den entsprechenden Zielsetzungen des Bundes orientieren, da die datenbasierte Ausarbeitung und Priorisierung der nationalen Gesundheitsziele von einer interdisziplinären Expertenkommission in einem multidimensionalen Verfahren unter Einbeziehung einer großen Zahl von Indikatoren durchgeführt wurde, zu denen außerdem Umsetzungsstrategien, Maßnahmenkataloge sowie Evaluationskonzepte entwickelt und Informationsmaterialien erstellt wurden. Auch sollten die Ergebnisse und Erfahrungen aus der Thüringer

---

[10] http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/thueringen/wie-kann-gesundheitsberichterstattung-in-der-kommune-gelingen/ (abgerufen am 18.05.2016).
[11] Vgl. http://agethur.de/arbeitsbereiche/ (abgerufen am 03.01.2017).
[12] Der Landkreis Sömmerda erhält hierfür eine Förderung gemäß der Richtlinie über die Gewährung von Zuschüssen aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) und des Freistaats Thüringen zur Förderung der Kompetenz lokaler Akteure in der Armutsprävention – Förderrichtlinie gemäß Prioritätsachse B, Förderung der sozialen Inklusion und Bekämpfung von Armut und jeglicher Diskriminierung, des Programms Europäischer Sozialfonds 2014 bis 2020 im Freistaat Thüringen (Armutspräventionsrichtlinie). Dazu wurde ein Planungskoordinator für die integrierte Sozialplanung in der Kreisverwaltung, Dezernat Soziales, Gesundheit und Schule installiert.
[13] 3. Gesundheitsbericht des Bundes (2015), S. 5.
[14] 3. Gesundheitsbericht des Bundes (2015), S. 285.

Gesundheitskonferenz Berücksichtigung finden, um eine regional angepasste Fokussierung der kommunalen Gesundheitsberichterstattung und -planung zu verfolgen, die schließlich im integrierten Konzept der Armutsprävention verankert werden kann.

Ein Planungsgremium ähnlich einer „**Kommunalen Gesundheitskonferenz**“ könnte den Zieleprozess begleiten. Denkbar wäre ebenfalls ein Untergremium zum geplanten Planungsbeirat für die Integrierte Sozialplanung im Landkreis Sömmerda.

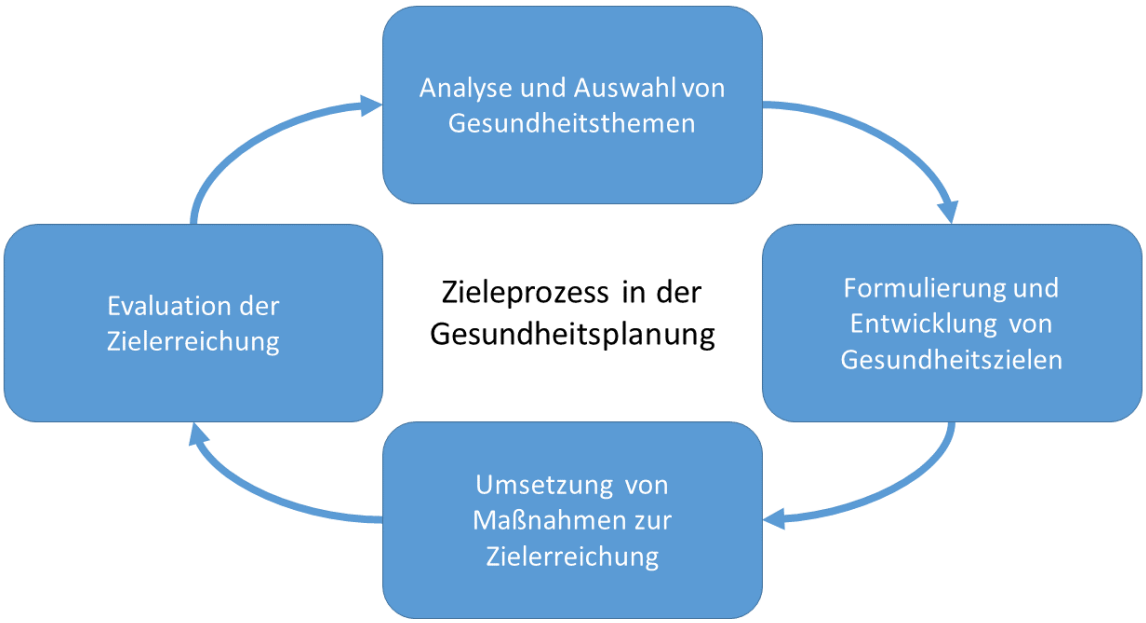

Abbildung 2: Grafische Darstellung des Zieleprozesses in der Gesundheitsplanung.[15]

Für diesen Zieleprozess werden belastbare Zahlen und Daten benötigt. Diese sollen im nachfolgenden Bericht dargestellt bzw. im Laufe der Fortschreibungen ermittelt werden.

Dabei speisen sich die Erkenntnisse und Informationen aus einer Vielzahl von Datenquellen, von denen hier nur einige exemplarisch aufgelistet werden sollen:

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes sowie WHO und OECD
- European Working Conditions Survey (EWCS)
- Evaluationsdaten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Studien des Robert Koch-Instituts (RKI) zum Gesundheitsmonitoring, u.a.:
    - Studie zur Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)
    - Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)
    - Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) sowie
    - KiGGS Welle 1 – Landesmodul Thüringen im Auftrag des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit

[15] Eigene Darstellung auf Basis des 3. Gesundheitsberichts des Bundes (2015), S. 400.

- Sozio-ökonomisches Panel (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW)
- Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL)
- Präventionsberichte der Krankenkassen
- Amtliche Statistik des Thüringer Landesamts für Statistik (TLS) und aus dem Thüringer Online-Sozialstrukturatlas (ThOnSA) sowie dem Thüringer Online Gesundheitsportal
- Gesundheitsamt des Landkreises Sömmerda
- Experten.

2 Basisdaten

Um ein detailliertes Bild vom Gesundheitszustand der Bevölkerung im Landkreis Sömmerda zu erhalten, können zahlreiche Indikatoren herangezogen werden, die wie Puzzleteile aneinandergefügt einen umfassenden Gesamteindruck vermitteln. Neben einem kurzen Blick auf die demografischen Daten sollen vor allem einige einschlägige, an den Ausführungen des Bundesgesundheitsberichts orientierte Kennzahlen aus dem Gesundheitsbereich berichtet werden. Dabei sind leider nicht alle Angaben für den Landkreis verfügbar. In diesen Fällen wird in der Regel auf die Thüringer Werte zurückgegriffen.

2.1 Demografie

Über die demografische Entwicklung in Europa, Deutschland und Thüringen ist bereits viel berichtet worden. Der Trend geht zu einer immer höheren Lebenserwartung bei gleichzeitig sinkenden bzw. stagnierenden Geburtenraten, was zu Verschiebungen in der Altersstruktur der Bevölkerung hin zu den hohen Altersgruppen führt. Für Thüringen lässt sich das exemplarisch wie folgt visualisieren:

Bei gleicher Skaleneinteilung und -einfärbung wird auf einen Blick deutlich, dass sich der Jugendquotient thüringenweit von ehemals über 30 % auf 20 % und weniger reduziert hat. Im gleichen Zeitraum stieg der Altenquotient von 20-25 % auf 30 % und mehr an.

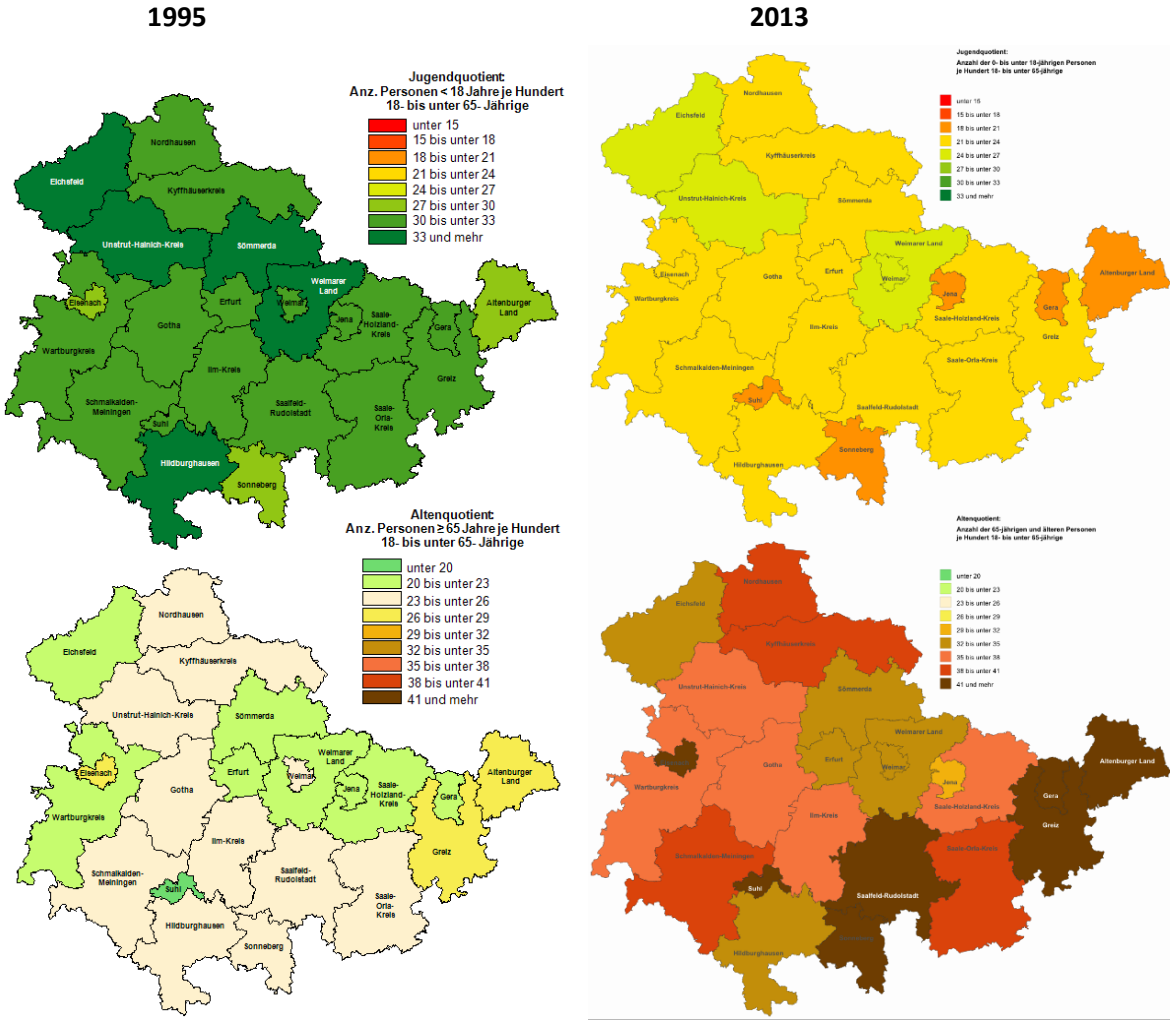

Abbildung 3: Grafische Gegenüberstellung der Jugend- und Altersquotienten für die Landkreise und kreisfreien Städte in Thüringen im Jahresvergleich 1995 und 2013.[16]

Optisch schnell zu erfassen ist die Veränderung, die sich über die betrachtete Zeitspanne im Landkreis Sömmerda vollzogen hat. Der vergleichsweise hohe Jugendquotient kurz nach der Wiedervereinigung ist im Zeitverlauf stark abgesunken und nun auf ähnlichem Niveau wie in den Nachbarregionen. Der Altersquotient ist im gleichen Zeitraum von einem sehr niedrigen Wert auf eine mittlere Position angestiegen. Auffällig ist aber auch, dass es in Thüringen Regionen gibt, in denen eine weniger starke Bevölkerungsalterung zu verzeichnen ist (z.B. Jena, Eichsfeld), aber auch Regionen, die stärker von Alterungsprozessen betroffen sind (z.B. Suhl, Gera).

Um es auch zahlenmäßig zu belegen: Im Landkreis Sömmerda lebten 70.600 Menschen zum Stichtag 31.12.2015. Im Vergleich zum Jahr 2005 hat sich der Altenquotient[17] um mehr als 14 Punkte erhöht und liegt nunmehr bei 62,1. Im gleichen Zeitraum ist der Jugendquotient[18] von ursprünglich 30,4 auf

[16] Vgl. TLS Online Gesundheitsportal: http://www.statistik.thuerin-gen.de/GBE/index.asp?id=indikatoren&art=karte&tf=02&tt=&tab=007&typ=L&kjahr=1995 (abgerufen am 23.09.2016).

[17] Der Altenquotient gibt das Verhältnis der Personengruppe im Alter von 60 Jahren und älter bezogen auf 100 Personen der Bevölkerung im Alter von 20 bis unter 60 Jahren an.

[18] Der Jugendquotient gibt das Verhältnis der Personengruppe im Alter von unter 20 Jahren bezogen auf 100 Personen der Bevölkerung im Alter von 20 bis unter 60 Jahren an.

einen Wert von 26,0 abgesunken und erholt sich erst seit einigen Jahren, was über die Dekade betrachtet einer Stagnation gleichkommt.

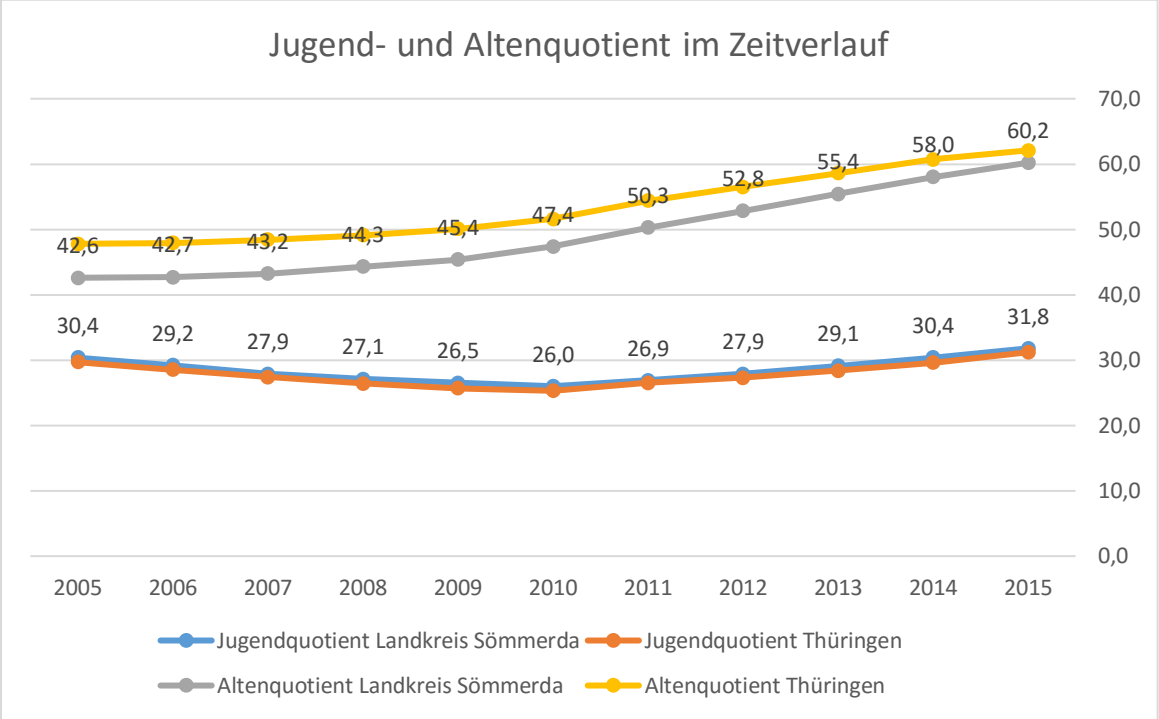

Abbildung 4: Grafische und zahlenmäßige Darstellung der Bevölkerungsquotienten für den Landkreis Sömmerda sowie die grafische Darstellung der Thüringer Referenzwerte. Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten des TLS.

Plakativ lässt sich zusammenfassen: Wir werden immer älter und immer weniger. Insbesondere für den ländlichen Raum ergeben sich hieraus große Herausforderungen zur Gestaltung der Daseinsvorsorge, zu der auch die medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung zählt.

Dass die Altersstruktur der Bevölkerung große Auswirkungen auf den Gesundheitszustand insgesamt hat, soll im Folgenden näher ausgeführt werden.

2.2 Gesundheitsstatus der Kreisbevölkerung

2.2.1 Lebenserwartung

Als einer der wichtigsten Indikatoren für die Gesundheit einer Bevölkerung gilt die Lebenserwartung.[19] Dabei unterscheidet man die mittlere Lebenserwartung bei Geburt[20] und die ferne Lebenserwartung

[19] RKI (2011), GBE des Bundes, Heft 52, S. 8.

[20] Die mittlere Lebenserwartung bei Geburt gibt die Anzahl der Jahre an, die ein neugeborenes Kind unter den gegenwärtigen Sterblichkeitsverhältnissen im Durchschnitt leben wird. „Da dieses Maß unabhängig vom Altersaufbau einer Bevölkerung ist, ermöglicht es einen Vergleich zwischen verschiedenen Zeitpunkten, Bevölkerungsgruppen oder auch Ländern. Aus der Entwicklung der Lebenserwartung einer Bevölkerung wird darum häufig auf die Entwicklung der gesundheitlichen Lage im Allgemeinen geschlossen.“ S. 3. Gesundheitsbericht des Bundes (2015), S. 22.

(bei einem Alter von 65 Jahren). Ein Mädchen, das 1995 in Thüringen geboren wurde, hatte eine mittlere Lebenserwartung von rund 78,0 Jahren (D: 79,5), ein Junge 71,3 Jahre (D: 73,0). 2014 hatten sich diese Werte bereits auf 82,9 (D: 83,0) bzw. 77,2 Jahre (D: 78,1) erhöht.[21]

Dabei hat die Lebenserwartung offenbar eine starke geschlechtsspezifische Komponente. So ist seit Jahrzehnten zu beobachten, dass Frauen deutlich länger leben als Männer, wenngleich sich die Lebenserwartung in jüngster Zeit schrittweise angenähert hat. Forscher führen nur einen Unterschied von 1 bis 2 Jahren auf **biologische Faktoren**[22] zurück und schreiben alle weiteren Unterschiede **verhaltens- und umweltbedingten Umständen** zu.[23] Man kann demnach von Gesundheitsförderung ein großes Potenzial für die Erhöhung der Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung und insbesondere der Männer erhoffen.

Mit der Lebenserwartung geht die Erhöhung des **mittleren Sterbealters** einher. In Thüringen betrug es 2014 laut statistischem Landesamt 77,4 Jahre. Dieser Trend ist auch im Landkreis Sömmerda zu verzeichnen, wenngleich in der nachfolgenden Grafik augenfällig ist, dass das mittlere Sterbealter im Landkreis Sömmerda stets deutlich unter dem Thüringer Wert liegt. Was nicht weniger bedeutet, als dass die Menschen im Landkreis Sömmerda statistisch früher sterben als der durchschnittliche Thüringer.

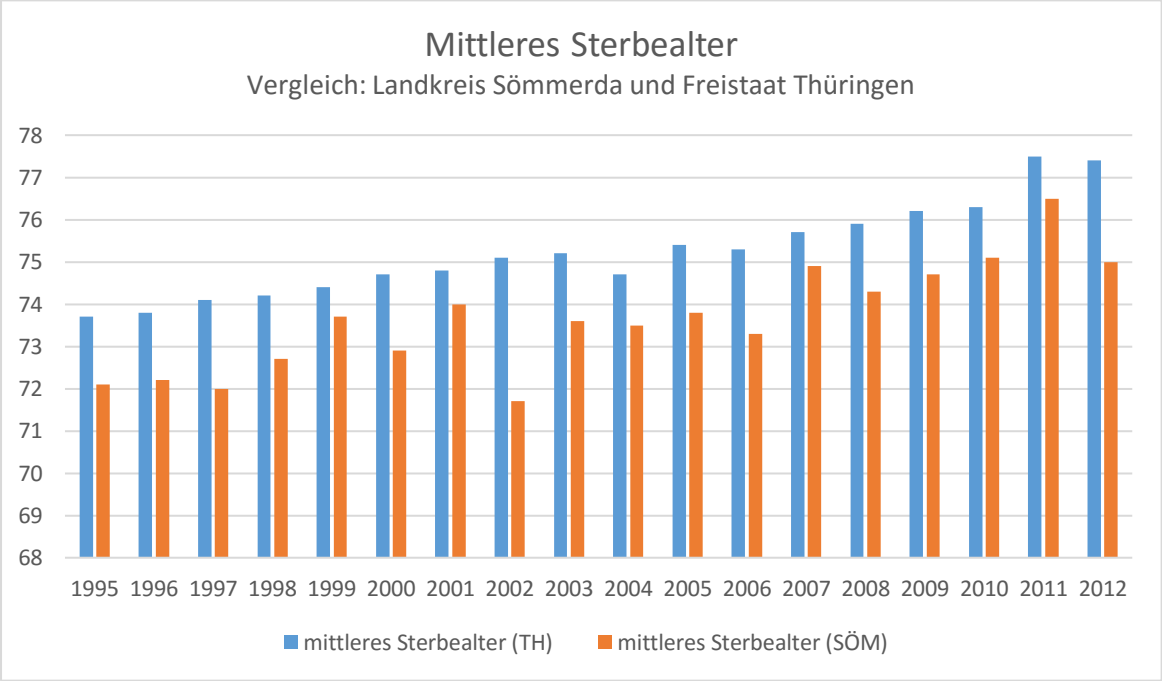

Abbildung 5: Entwicklung des mittleren Sterbealters im Landkreis Sömmerda und im Freistaat Thüringen (1995-2014).[24]

Erklärungen hierfür könnte unter anderem eine Betrachtung der Todesursachen liefern.

---

[21] Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Online-Datenbank: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC (abgerufen am 20.09.2016).

[22] Erkenntnisse hierzu liefert(e) die sog. Klosterstudie unter Leitung des Bevölkerungswissenschaftlers Marc Luy, die nachwies, dass Nonnen und Mönche ähnlich lange Lebenserwartungen haben, was unter der Annahme ähnlicher Lebensumstände die biologische Komponente bei der Übersterblichkeit von Männern im Wesentlichen ausschließt. Weiterführende Informationen im Internet unter http://www.cloisterstudy.eu/.

[23] RKI (2011), GBE des Bundes, Heft 52, S. 15.

[24] Eigene Darstellung auf Datenbasis des TLS, Onlinequelle: http://www.tls.thueringen.de/datenbank/portrait.asp?auswahl=krs&nr=68&vonbis=&TabelleID=kr001404 (abgerufen am 20.09.2016).

2.2.2 Todesursachen

Aussagen über statistische Befunde zu Todesursachen sind grundsätzlich mit großer Sorgfalt abzuwägen. Die Todesursachenstatistik weist grundsätzlich für jeden Sterbefall nur eine einzige Ursache aus, die wiederum als Kausalkette vom Grundleiden während der ärztlichen Leichenschau abgeleitet wurde und in der entsprechenden Bescheinigung kodiert wird. Diese Vorgehensweise weist bestimmte Unschärfen auf, die bei der Beurteilung der statistischen Befunde stets berücksichtigt werden sollten. So muss etwa bedacht werden, dass ältere Menschen öfter an einer Multimorbidität[25] leiden, die die Zuweisung nur einer Todesursache erschwert. Zudem gibt es in Deutschland sehr niedrige Obduktionsraten, um die ärztliche Befundung zu stützen. [26] Außerdem mangelt es an einer qualifizierten Durchführung der ersten Leichenschau sowie einer bundeseinheitlichen Erstellung und Auswertung der Totenscheine.

Im Jahr 2014 starben im Landkreis Sömmerda 853 Personen, davon 410 Frauen und 443 Männer. Die häufigsten Todesursachen waren Krankheiten des Kreislaufsystems (329 Personen) und Tumorerkrankungen (220 Personen). Diese beiden Todesursachen sind für fast zwei Drittel aller Sterbefälle verantwortlich.

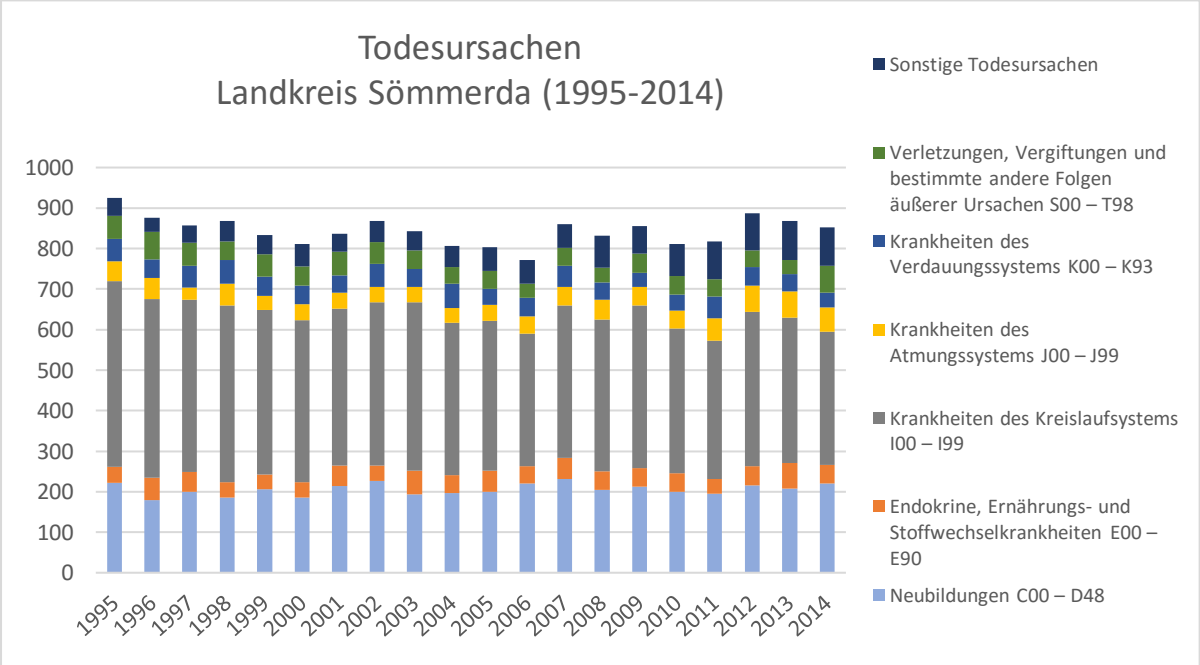

Abbildung 6: Todesursachen im Landkreis Sömmerda in den letzten 20 Jahren.[27]

Bei den Kreislauferkrankungen kommt der **ischämischen Herzkrankheit** („Arterienverkalkung" der Herzkranzgefäße) eine besondere Bedeutung zu. Die amtliche Statistik weist hier für den Landkreis

[25] Der Begriff Morbidität bezeichnet die statistische Größe der Krankheitshäufigkeit. Multimorbid ist, wer gleichzeitig an mehreren Krankheiten leidet.
[26] RKI (2011), GBE des Bundes, Heft 52, S. 27.
[27] Eigene Darstellung auf Datenbasis des TLS, Onlinequelle: http://www.tls.thueringen.de/datenbank/portrait.asp?TabelleID=KR001405&auswahl=krs&nr=68&Aevas2=Aevas2&daten=jahr&ersterAufruf=x&tit2=&TIS=&SZDT (abgerufen am 20.09.2016).

Sömmerda die höchste standardisierte Sterblichkeitsrate (SMR – Standardized Mortality Ratio) thüringenweit aus.[28]

Bei einer differenzierteren Betrachtung des mittleren Sterbealters bei Unterscheidung der häufigsten Todesursachen ist auffällig, dass Menschen mit folgenden Diagnosen im Landkreis **statistisch früher sterben als im Thüringenvergleich**. Bei einem Myokardinfarkt (Herzinfarkt) beispielsweise beträgt diese Differenz fast fünf Jahre (SÖM: 70,3 Jahre; TH: 75,2 Jahre), ebenso bei Krankheiten des Atmungssystems (SÖM: 73,8 Jahre; TH: 78,8 Jahre). Eine Differenz von drei Jahren weisen Lebererkrankungen als Todesursache auf (SÖM: 60,5 Jahre; TH: 63,6 Jahre), auch bei Krebserkrankungen liegt die Lebenserwartung im Landkreis Sömmerda unter der im Freistaat.[29]

Ursachen dieser Unterschiede sind letztlich unklar, da der Tod ein multifaktorielles Geschehen ist. Über den Anteil, den der Grad der medizinischen Versorgung an diesem statistischen Befund hat, sollte diskutiert werden. Mitbetrachtet werden sollten dabei auch Kodierungsunschärfen bei der Erstellung des Totenscheins und ein möglicher Zusammenhang zum Durchschnittsalter der im Landkreis praktizierenden Mediziner.

Ein weiterer Indikator für den Zustand der Gesundheitsversorgung einer Bevölkerung ist die **Säuglingssterblichkeit**. Hier weist die Statistik für Thüringen sinkende Fallzahlen aus. Starben 1980 noch 480 Säuglinge im ersten Lebensjahr, waren es 2014 mit 42 deutlich weniger, was einer Absenkung von 12 auf 2,3 von 1.000 Lebendgeborenen entspricht.[30] Besonders ausgeprägt war diese Entwicklung in den Jahren nach der deutschen Wiedervereinigung. Wurden 1990 noch 228 Fälle dokumentiert, waren es fünf Jahre später noch 80. Häufigste Todesursache sind bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode (also Komplikationen um den Zeitpunkt der Geburt herum) haben. Im Jahr 2014 waren dies 19 der 42 Sterbefälle, 10 sind auf angeborene Fehlbildungen und 3 auf plötzlichen Kindstod zurückzuführen.[31]

In den jungen und mittleren Lebensjahren sind Verletzungen und Vergiftungen die häufigsten Todesursachen. Von den 2014 im Alter von 20 bis 30 Jahren insgesamt 104 Verstorbenen betraf das 68,3 %. Ab einem Alter von 30 Jahren kommen auch Krebserkrankungen größere Bedeutung als Todesursache zu. Rund 13,8 % aller Krebstoten waren 2014 unter 60 Jahre alt, bei Krankheiten des Verdauungssystems als Todesursache waren es sogar 22,8 %.

Eine räumliche Ausdifferenzierung dieser Werte für den Landkreis Sömmerda ist auf der Grundlage der vom Thüringer Landesamt für Statistik publizierten Daten nicht möglich.

2.2.3 Subjektive Gesundheit

Die **Subjektive Gesundheit** wird in epidemiologischen Studien häufig im Rahmen einer Selbsteinschätzung abgefragt, da sie den Forschern Aufschluss darüber gibt, ob und inwieweit sich Studienteilnehmer gesund bzw. krank fühlen.

Damit ist die subjektive Gesundheit auch ein Faktor im umfassenden Konzept der **gesundheitsbezogenen Lebensqualität**, das von einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit ausgeht und als multidimensionales Konstrukt verstanden werden kann, welches körperliche, emotionale, mentale,

[28] Thüringer Online-Sozialstrukturatlas (ThOnSA): https://statistikportal.thueringen.de/thonsa/tabanzeige.php?auswahl=tbl&thema=&auspid=&tabid=630 (abgerufen am 20.09.2016).
[29] TLS, Statistischer Bericht (2015): Gestorbene in Thüringen 2014.
[30] TLS Online Gesundheitsportal: http://www.statistik.thueringen.de/GBE/index.asp?id=indikatoren&art=tabelle&tf=03&tab=053&typ=K (abgerufen am 23.09.2016).
[31] TLS, Statistischer Bericht (2015): Gestorbene in Thüringen 2014.

soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Sicht der Betroffenen abbildet.[32]

Tatsächlich konnte festgestellt werden, dass die subjektive Gesundheit oft mit objektiven Indikatoren wie der Mortalität[33] korreliert und damit ein gutes Maß für die Gesundheit der befragten Person darstellt.[34]

Außerdem hat die individuelle Einstellung zu Gesundheit und Krankheit maßgeblich Einfluss auf das persönliche Wohlbefinden, das Gesundheitsverhalten der betreffenden Person wie auch auf ihre Kompetenzen im Umgang mit Erkrankungen.

Die subjektive Gesundheit von Individuen und in ihrer Gesamtheit auch von einer Bevölkerung erlaubt somit Ableitungen zu Morbidität und Mortalität und ist damit ein Kriterium für die Auswahl von Maßnahmen zur Präventionsplanung, -steuerung und -bewertung.[35]

Repräsentative Normdaten liefert die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS), die Bestandteil des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI) ist. Die Forscher kommen u.a. zu dem Ergebnis, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit steigender Altersgruppe abnimmt, dass Frauen eine geringere gesundheitliche Lebensqualität aufweisen als Männer und chronisch Kranke grundsätzlich von einem schlechteren Gesundheitszustand – physisch wie psychisch – berichten als nicht chronisch Kranke.

Außerdem hat die DEGS-Auswertung ergeben, dass sich der Gesamtgesundheitszustand der deutschen Bevölkerung in den letzten zehn Jahren verbessert hat, insbesondere in den höheren Altersgruppen, was u.a. auf eine bessere Versorgung Älterer zurückgeführt wird.[36]

Für den Freistaat gab es 2007 im Rahmen der Altersstudie Thüringen eine Erhebung zur Lebenszufriedenheit von Senioren ab 60 Jahren. Hier ergab sich, dass 45 % der Älteren den eigenen Gesundheitszustand als mittelmäßig, ein gutes Drittel ihn für gut, weitere 7 % sogar für sehr gut, befinden. Demnach ist die große Mehrheit nicht unzufrieden mit dem eigenen Gesundheitszustand. „Sogar unter den Hochaltrigen sind diejenigen mit einem (sehr) guten Gesundheitszustand zahlreicher als diejenigen, denen es nach eigener Einschätzung (sehr) schlecht geht.“[37]

Bei der Befragung im Rahmen der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) – Landesmodul Thüringen im Alter von 0 bis 17 Jahren beschrieben 93,8 % der Studienteilnehmer ihren allgemeinen Gesundheitszustand mit „gut“ oder „sehr gut“.[38]

2.2.4 Häufige Erkrankungen

Krankheiten werden weltweit einheitlich nach einem von der WHO ausgegebenen Diagnoseklassifikationssystem codiert, dem sog. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), das aktuell in der 10. Ausgabe vorliegt und daher als ICD-10 bezeichnet wird.

Allgemein kann man Infektionskrankheiten und nicht übertragbare Krankheiten unterscheiden.

---

[32] Ellert/Kurth (2013), S. 643.
[33] Der Begriff Mortalität bedeutet Sterblichkeit.
[34] Dragano et al. (2016), S. 222.
[35] Erhart/Wille/Ravens-Sieberer (2006), S. 334.
[36] Ellert/Kurth (2013), S. 648.
[37] Vgl. Edinger/Hallermann (2007): Altersstudie Thüringen, S. 22.
[38] KiGGS Welle 1 – Modul Thüringen, S. 10 f.

Aussagen zu häufigen Erkrankungen werden meist aus der Mortalitätsstatistik abgeleitet. Dazu gibt es beispielsweise Berechnungen der Anzahl der durch Tod vor Vollendung des 65. Lebensjahres verlorenen Lebensjahre (PYLL[39]) oder auch Ableitungen zur Krankheitslast (DALY[40]).

Die Krankheiten mit den höchsten PYLL-Werten sind in Thüringen Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.[41]

Eine Studie der WHO zur sog. Global Burden of Disease (Krankheitslast) bestätigt diese Befunde für Deutschland. Hier stehen in einem Ranking für 2013 ischämische Herzkrankheit („Arterienverkalkung") und Lungenkrebs als die Krankheiten auf den ersten beiden Rängen, die die meisten Lebensjahre durch vorzeitigen Tod kosten (YLLs), dicht gefolgt von Schlaganfall und der Alzheimer Krankheit. Wobei in einem Vergleich zu Erhebungen aus dem Jahr 1990 deutlich wird, dass die Alzheimer Krankheit sehr stark zugenommen hat (90 %), wohingegen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen seit Jahren rückläufig sind.[42]

Beide Entwicklungen sind Indiz dafür, dass unsere Gesellschaft älter wird, denn im Alter nimmt das Alzheimer- bzw. Demenzrisiko zu. Gleichzeitig zeigt dies aber auch, dass der medizinische Fortschritt und auch Veränderungen im Gesundheitsverhalten positive Auswirkungen auf manche Krankheiten und die damit verbundene Lebenserwartung haben.

Einen weiteren Anhaltspunkt für die Häufigkeit und vor allem die Schwere bestimmter Krankheiten lässt sich auch aus den Rentendaten gewinnen. Für Thüringen gibt es eine statistische Auswertung nach Ursachen für Erwerbsunfähigkeitsberentungen. Der Anteil der Erwerbsunfähigkeitsberentung an allen Rentenzugängen in einem Jahr beträgt im Freistaat durchschnittlich 11 %.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Rentenzugänge Thüringen gesamt[43]	36.408	36.976	35.982	36.413	36.786	34.006	34.776
Davon wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	4.014	4.085	4.133	4.198	3.938	3.705	3.880
	11,0%	11,0%	11,5%	11,5%	10,7%	10,9%	11,2%

[39] PYLL ist das Akronym für Potential Years of Life Lost = Verlorene Lebensjahre.
[40] DALY ist das Akronym für Disability-Adjusted Life Years (behinderungsbereinigte Lebensjahre) und bezeichnet die Jahre, die durch vorzeitigen Tod und Einschränkungen aufgrund von Erkrankungen (Behinderungen) verloren gegangen sind. Die Maßzahl wurde von der WHO im Rahmen der Global Burden of Disease-Studie entwickelt und macht internationale Vergleiche möglich.
[41] ThOnSA: https://statistikportal.thueringen.de/thonsa/tabanzeige.php?auswahl=tbl&thema=&auspid=&tabid=640&zeit=&sortspalte=2&xls=&zeit=2012 (abgerufen am 26.09.2016).
[42] GBD-Studie. Onlinequelle: http://www.healthdata.org/germany (abgerufen am 26.09.2016).
[43] DRV (2015): Rentenzugang nach Wohnort (Bundesland) des Rentenempfängers, S. 46 f.

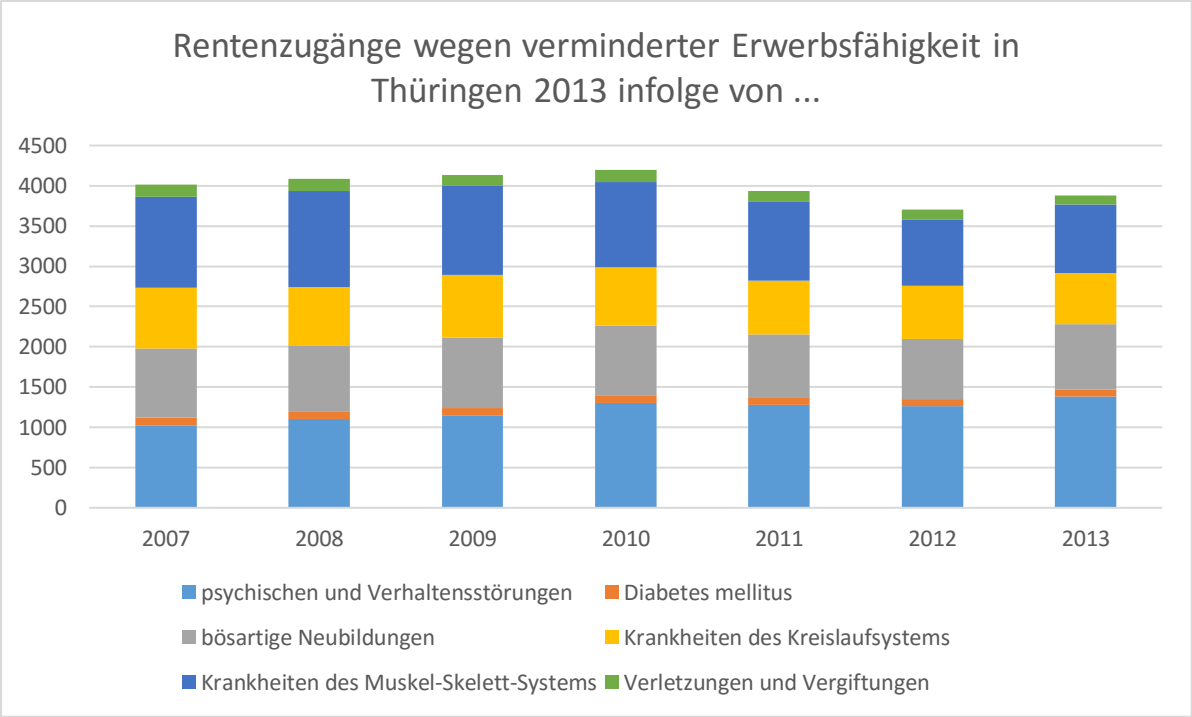

Abbildung 7: Übersicht über die Hauptursachen für eine Frühberentung in Thüringen.[44]

Besonders augenfällig an dieser Aufstellung ist der Anstieg der Frühberentungen im Bereich psychischer Störungen. Wo alle anderen Ursachen eher rückläufige Tendenzen haben oder im Zeitverlauf nahezu konstant bleiben, steigt der prozentuale Anteil der Menschen, die aufgrund einer psychischen Störung vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden um 10,2 % im betrachteten Zeitraum. Dies bedeutet, dass im Jahr 2013 über ein Drittel der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (35,7 %) ihre Ursache in einer psychischen und/oder Verhaltensstörung haben.

Für die Landkreise liegt eine solch detaillierte Auswertung nicht vor.

Allerdings kann zumindest eine zahlenmäßige Auswertung der Schwerbehindertenfeststellungsverfahren erfolgen. Im Jahr 2015 wurden im Leistungsamt des Landkreises Sömmerda (kommunale Versorgungsverwaltung) 819 Erstanträge und 746 Neufeststellungen gezählt. Gegenüber 2010 ist das ein Rückgang von rund einem Viertel bei den Antragstellungen und rund 8 % bei den Neufeststellungen. Damit kann aber noch keine Aussage über den Art der festgestellten Behinderung oder gar deren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit dokumentiert werden. Eine Schwerbehinderung liegt per definitionem immer dann vor, wenn dem Betroffenen auf Antrag vom Versorgungsamt ein Grad der Behinderung von 50 oder mehr zuerkannt worden ist.

[44] Eigene Darstellung auf Datenbasis des TLS Online Gesundheitsportals: http://www.statistik.thuringen.de/GBE/index.asp?id=themenfelder&tf=03&tt=II (abgerufen am 26.09.2016).

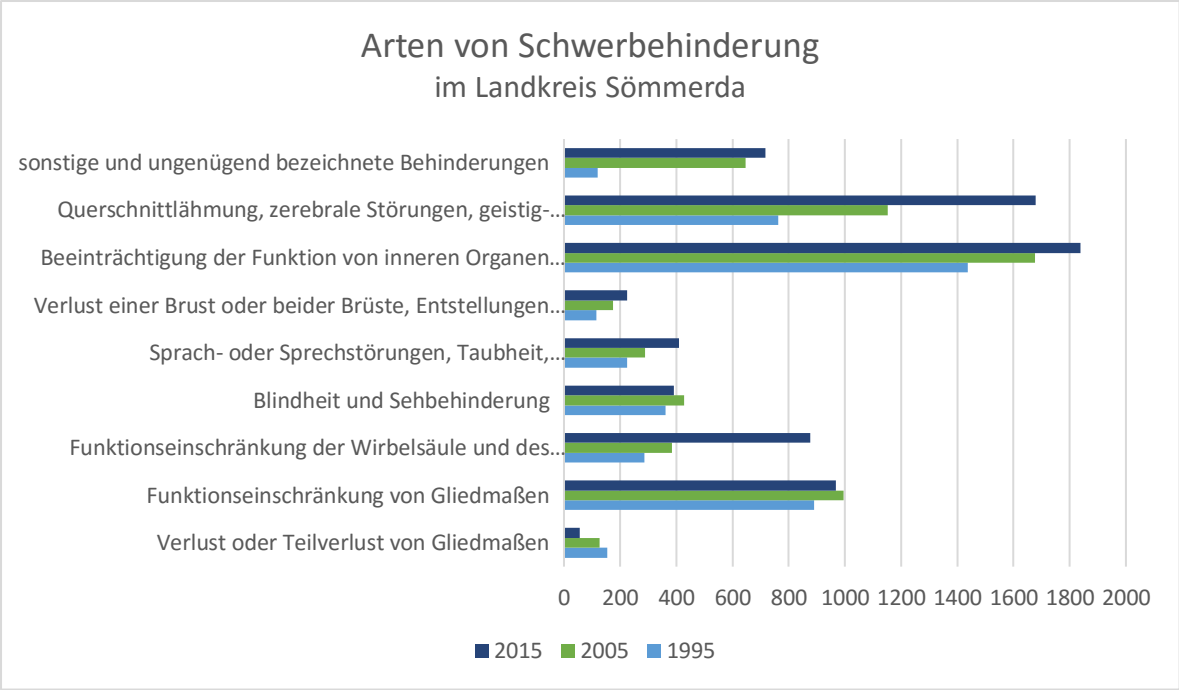

Abbildung 8: Anzahl schwerbehinderter Menschen nach Art der schwersten Behinderung (Oberkategorien).[45]

Auch steht der Rückgang der Fallzahlen im Schwerbehindertenfeststellungsverfahren nicht im Verhältnis zu den Größenentwicklungen des Personenkreises schwerbehinderter Menschen im Landkreis Sömmerda. Der Anteil Schwerbehinderter ist seit 1995 kontinuierlich angestiegen und liegt 2015 bei 10,1 % der Kreisbevölkerung und damit sowohl über dem Landes- (TH: 9,3 %[46]) als auch über dem Bundeswert (D: 9,3 %[47]).

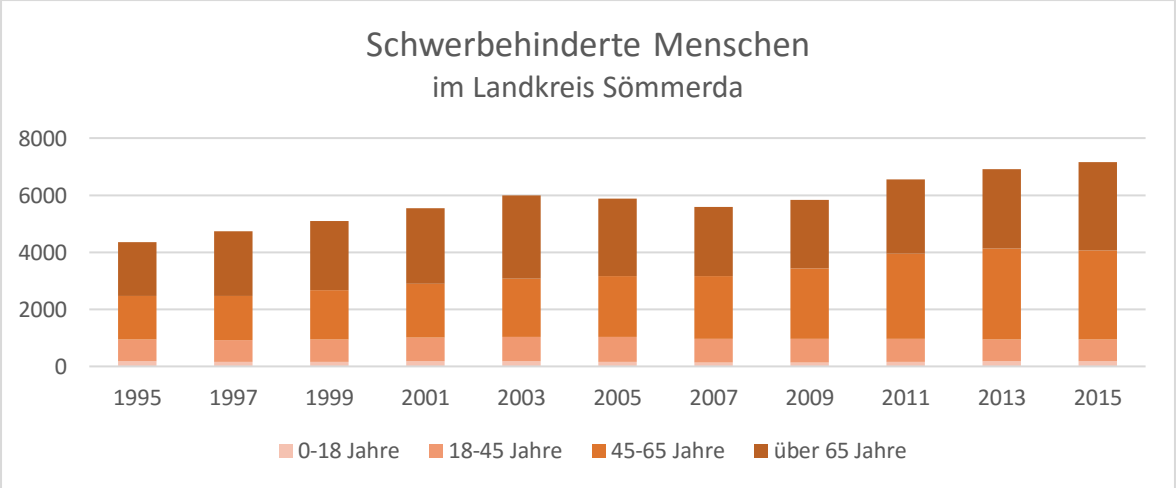

Abbildung 9: Die Anzahl schwerbehinderter Menschen im Landkreis Sömmerda im Zeitverlauf.[48]

---

[45] Eigene Darstellung auf Basis der Daten des TLS: http://www.tls.thueringen.de/datenbank/portrait.asp?auswahl=krs&nr=68&vonbis=&TabelleID=kr001542 (abgerufen am 29.09.2016).
[46] Eigene Berechnung auf Basis der ThOnSA-Daten: https://statistikportal.thueringen.de/thonsa/tabanzeige_1.php?auswahl=ind&thema=&auspid=&w%5B5%5D=bev&w%5B414%5D=sb_mg (abgerufen am 03.01.2017).
[47] Destatis: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Behinderte/Tabellen/-SchwerbehinderteAlterGeschlechtQuote.html (abgerufen am 04.01.2017).
[48] Eigene Darstellung auf Basis der Daten des TLS: http://www.tls.thueringen.de/datenbank/portrait.asp?auswahl=krs&nr=68&vonbis=&TabelleID=kr001540 (abgerufen am 29.09.2016).

Der Anstieg der Gesamtzahlen schwerbehinderter Menschen wird dabei deutlich vom Anstieg der Fallzahlen der mittleren Altersgruppe getragen. Der Anteil Schwerbehinderter unter den Über-65-Jährigen ist über den betrachteten Zeitraum um rund 60 % angestiegen, wohingegen sich die Zahlen in der Altersgruppe der 45- bis unter 65-Jährigen mehr als verdoppelt hat.

Außerdem bemerkenswert ist, dass der Anstieg der Schwerbehindertenquote der zweithöchste in ganz Thüringen ist. Dies kann nicht allein durch den Bevölkerungsrückgang im gleichen Zeitraum begründet werden, da der Landkreis in einem thüringenweiten Ranking dabei nur einen der mittleren Plätze belegt.[49]

Die Ursachen und die Auswirkungen des **Anstiegs der Anzahl schwerbehinderter Menschen und insbesondere mittleren Alters** könnten Bestandteil detaillierter Untersuchungen sein, um gesundheitspräventive Maßnahmen einzusteuern bzw. eine entsprechende Vernetzung zur betrieblichen Gesundheitsförderung der Krankenkassen zu initiieren.

2.2.5 Infektionserkrankungen und Impfstatus

In den westlichen Industrienationen hat sich das Krankheitsspektrum über die Jahrhunderte stark gewandelt. So haben Infektionskrankheiten gegenüber nichtübertragbaren chronisch-degenerativen Krankheiten an Bedeutung als Todesursache verloren.[50] Dies hängt unter anderem mit der Verbesserung der sozioökonomischen Situation und den hygienischen Bedingungen zusammen[51], ist aber auch auf Fortschritte in der Forschung, im Meldewesen, beim Impfen und der Intensivierung der Aufklärungsarbeit zurückzuführen.

Durch das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (**Infektionsschutzgesetz** – IfSG) legt der Bund fest, welche Krankheiten und welche Labornachweise von Erregern bundesweit meldepflichtig sind und welche Melde- und Übermittlungsfristen u.a. für Parotitis (Mumps), Pertussis (Keuchhusten), Rubella (Röteln) und Varizellen (Windpocken) bestehen.

Im Landkreis Sömmerda gab es 2015 804 meldepflichtige Erregernachweise, darunter 292 Fälle ausgelöst durch das Norwalk-ähnliche Virus (humanpathogenes Norovirus), 147 Fälle von Streptokokken und 129 Fälle von Influenza.

Außerdem verzeichnet die Gesundheitsamt-Statistik des Landkreises 2015 125 meldepflichtige Erkrankungen, darunter 34 Fälle von Pertussis und 77 Fälle von Scharlach.

Beachtlich, weil durch Immunisierung vermeidbar, sind aber auch sieben Fälle von Windpocken sowie einige Fälle[52] von Tuberkulose, akuter Virushepatitis und Masern.

---

[49] Eigene Berechnung auf Basis der ThOnSA-Daten: https://statistikportal.thueringen.de/thonsa/tabanzeige_1.php?auswahl=ind&thema=&auspid=&w%5B5%5D=bev&w%5B414%5D=sb_mg (abgerufen am 03.01.2017).

[50] 3. Gesundheitsbericht des Bundes (2015), S. 84.

[51] RKI (2004), GBE des Bundes, Heft 1, S. 7.

[52] Die genauen Zahlen sind dem Gesundheitsamt bekannt, können aber aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen nicht näher beziffert werden.

Da bei mangelndem Impfschutz längst besiegt geglaubte Krankheiten wiederkehren können, ist eine Betrachtung der **Immunisierungsraten** in der hiesigen Bevölkerung von Interesse. Dabei erhöhen hohe Durchimpfungsraten nicht nur den Schutz des Individuums vor schweren Infektionskrankheiten, sondern auch den Kollektivschutz der Bevölkerung (sog. Herdimmunität).[53]

Grundlage der zu betrachtenden Impfungen sind die **Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO)** am Robert Koch-Institut, die stetig aktualisiert im Impfkalender festgehalten werden:

Impfung	Alter in Wochen	Alter in Monaten					Alter in Jahren					
	6	2	3	4	11–14	15–23	2–4	5–6	9–14	15–17	ab 18	ab 60
Tetanus		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2		A (ggf. N) [e]	
Diphtherie		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2		A (ggf. N) [e]	
Pertussis		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2		A (ggf. N) [e]	
Hib *H. influenzae* Typ b		G1	G2 [c]	G3	G4	N	N					
Poliomyelitis		G1	G2 [c]	G3	G4	N	N		A1		ggf. N	
Hepatitis B		G1	G2 [c]	G3	G4	N	N					
Pneumokokken [a]		G1		G2	G3	N						S [g]
Rotaviren	G1 [b]	G2	(G3)									
Meningokokken C					G1 (ab 12 Monaten)		N					
Masern					G1	G2	N				S [f]	
Mumps, Röteln					G1	G2	N					
Varizellen					G1	G2	N					
Influenza												S (jährlich)
HPV Humane Papillomviren									G1 [d] G2 [d]	N [d]		

Erläuterungen

G Grundimmunisierung (in bis zu 4 Teilimpfungen G1–G4)

A Auffrischimpfung

S Standardimpfung

N Nachholimpfung (Grund- bzw. Erstimmunisierung aller noch nicht Geimpften bzw. Komplettierung einer unvollständigen Impfserie)

a Frühgeborene erhalten eine zusätzliche Impfstoffdosis im Alter von 3 Monaten, d. h. insgesamt 4 Dosen.
b Die 1. Impfung sollte bereits ab dem Alter von 6 Wochen erfolgen, je nach verwendetem Impfstoff sind 2 bzw. 3 Dosen im Abstand von mindestens 4 Wochen erforderlich.
c Bei Anwendung eines monovalenten Impfstoffes kann diese Dosis entfallen.
d Standardimpfung für Mädchen im Alter von 9–13 bzw. 9–14 Jahren (je nach verwendetem Impfstoff) mit 2 Dosen im Abstand von 6 Monaten, bei Nachholimpfung beginnend im Alter > 13 bzw. > 14 Jahren oder bei einem Impfabstand von < 6 Monaten zwischen 1. und 2. Dosis ist eine 3. Dosis erforderlich (Fachinformation beachten).
e Td-Auffrischimpfung alle 10 Jahre. Die nächste fällige Td-Impfung einmalig als Tdap- bzw. bei entsprechender Indikation als Tdap-IPV-Kombinationsimpfung.
f Einmalige Impfung mit einem MMR-Impfstoff für alle nach 1970 geborenen Personen ≥ 18 Jahre mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit
g Einmalige Impfung mit Polysaccharid-Impfstoff

Abbildung 10: Impfkalender (Standardimpfungen) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene 2016.[54]

Diese Impfempfehlungen werden vom Freistaat Thüringen übernommen[55]. Dies ist unter dem Aspekt interessant, dass wer durch eine der oben aufgeführten empfohlenen Impfungen einen **Impfschaden** erleidet, auf Antrag Versorgungsleistungen nach § 60 Abs. 1 Nr. 1 IfSG erhalten kann.

Für Thüringen werden im Rahmen der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen u.a. Impfdaten erhoben und vom Thüringer Landesverwaltungsamt gemeinsam mit dem Thüringer Landesamt für Statistik und den Thüringer Gesundheitsämtern in der Statistik des öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Kinder- und Jugendgesundheit (ÖGD-Statistik KJG) ausgewertet.

Zur korrekten Einordnung der Impfquoten muss angemerkt werden, dass sich die im Rahmen der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen erhobenen Daten stets auf die Kinder beschränkt, die zur Untersuchung ihren Impfausweis vorgelegt haben. Außerdem werden bei den Vorschuluntersuchungen ausschließlich Kinder in Kindertageseinrichtungen berücksichtigt. Zur Schuleingangsuntersuchung

[53] RKI (2004), GBE des Bundes, Heft 1, S. 8.
[54] Vgl. RKI (2016): Epidemiologisches Bulletin 34/2016, S. 303.
[55] Siehe Veröffentlichung im Thüringer Staatsanzeiger 50/2014, S. 1914-1915.

können Daten über die gesamte Altersgruppe erhoben werden, da die Untersuchung für alle Kinder verpflichtend ist.

Für **Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis** wurde festgestellt, dass die Impfziele (Durchimpfungsrate von mindestens 95 %) seit dem Schuljahr 1997/98 in allen untersuchten Altersklassen (Kindergarten / Vorschule, Schuleingang, 4. Klasse und 8. Klasse) stets erreicht wurden. In Bezug auf Poliomyelitis leistet die nationale Impfstrategie in Deutschland damit auch einen Beitrag zum weltweit von der WHO angelegten Vorhaben zur Polioeradikation bis 2018.[56]

Zur Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 2013/2014 konnte für den Landkreis Sömmerda eine Impfquote von 97,1 % für Diphtherie, 97,3 % für Pertussis und 96,1 % für Poliomyelitis festgestellt werden.[57] Bei den Kindergartenkindern bestand im gleichen Betrachtungszeitraum ein altersgerechter Impfschutz bei Diphtherie von 97,9 %, bei Pertussis von 97,5 % und bei Poliomyelitis von 97,5 %.

Potenziale gibt es bei der Impfung gegen **Haemophilus influenzae Typ b-Erkrankungen (Hib)**, bei der eine Durchimpfungsrate von 95 % seit Umstellung von drei auf vier Impfdosen aktuell in Thüringen noch knapp unterschritten wird (Schuljahr 2013/14: 94,4 %). Im Landkreis Sömmerda lag der Wert bei den Schuleingangsuntersuchungen noch unter dem Thüringenwert bei 92,7 %, bei den untersuchten Kita-Kindern konnte allerding eine Impfquote von 96,1 % belegt werden.

In Thüringen liegt auch die Impfquote bei **Hepatitis B** mit 91,3 % unter dem vorgegebenen Impfziel von 95 %. Die Werte im Landkreis Sömmerda sind nur etwas über dem Thüringer Wert und lagen 2013/2014 bei den Einschulungsuntersuchungen bei 92,8 % und bei den Kindergartenkindern bei 93,8 %.

Ein ähnliches Bild zeichnet sich auch bei der Impfung gegen **Varizellen** (Windpocken). Hier steht ebenfalls ein Impfziel von 95 %. Die Thüringer Kinder unterschreiten diesen Wert mit einer Impfquote von 87,5 %. Das Impfziel kann auch im Landkreis Sömmerda nicht erreicht werden, allerdings liegen die Werte sowohl bei den Schuleingangsuntersuchungen (88,8 %) als auch bei den Vorschuluntersuchungen im Kindergarten (91,5 %) über dem Thüringer Schnitt.

Für **Tetanus** wird eine 100 %-ige Impfrate empfohlen, der aktuelle Wert lag 2013/2014 in Thüringen bei 97,2 %. Im Landkreis Sömmerda konnte zur Einschulungsuntersuchung eine Impfquote von 96,9 % und zur Vorschuluntersuchung von 97,9 % festgestellt werden.

Erst seit 2006 ist die Impfung gegen **Pneumokokken** Bestandteil des STIKO-Impfkalenders, für die eine Durchimpfungsrate von 80 % empfohlen wird. Zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung im Schuljahr 2013/14 konnte der Zielwert in Thüringen für zwei Impfdosen erreicht werden (90,8 %), für vier Impfdosen wurde er allerdings unterschritten (73,3 %).

Regionale Unterschiede ergeben sich bei allen Impfquoten, besonders markant sind sie aber naturgemäß im Bereich der **Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)**. Für die durch Zeckenstich übertragbare Infektionskrankheit werden Risikogebiete definiert, für die die STIKO Impfempfehlungen für Personen mit Zeckenexposition ausgibt. Die Bewertung, welche Regionen als Risikogebiete klassifiziert werden, wird jährlich durch das RKI überprüft. Der Landkreis Sömmerda gehört nicht zu einem FSME-Risikogebiet.

Ein großes Thema im Bereich der Infektionskrankheiten ist die Durchimpfungsrate bei **Masern**. Hier sind die WHO-Vorgaben schon seit vielen Jahren auf eine Masernelimination ausgelegt. Dem hohen

[56] RKI (2016): Epidemiologisches Bulletin 16/2016, S. 139.
[57] ÖGD-Statistik. Die Angaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der untersuchten Kinder, die zur Untersuchung ein Impfheft vorgelegt haben.

Kontagiositätsindex des Masern-Erregers (Maßzahl für Ansteckungsrisiko) wird mit erhöhten Impfzielvorgaben von 97 % Rechnung getragen, die aber seit Einführung der erhöhten Anforderungen 1991 (zwei Impfdosen) bisher nicht mehr erreicht wurden. Die Impfquote für Masern lag im Schuljahr 2013/14 im Freistaat auf einem sehr niedrigen Niveau von 93,7 %. Im Landkreis Sömmerda konnte im Rahmen der Einschulungsuntersuchung mit 95,6 % ein höherer Wert festgestellt werden, der aber immer noch unter den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation liegt. Allein bei den Untersuchungen der Kita-Kinder lag die Impfquote mit 97,3 % darüber.

Allerdings muss festgestellt werden, dass es oftmals zu einer relativ späten Masern-Impfung kommt, was unter anderem darauf zurückgeführt werden kann, dass der Impfkalender für Kleinkinder sehr umfangreich ist.

Von allen beteiligten Akteuren sollte darauf hingewirkt werden, dass eine zeitgerechte **Masern-Immunisierung** vorliegt, spätestens **vor dem Eintritt in eine Kindertageseinrichtung** oder Tagespflege sollte ein umfassender Impfschutz avisiert werden.

Masern werden seit 1990 üblicherweise in Kombination mit **Mumps** und **Röteln** in der sog. **MMR-Impfung** geimpft, was bei diesen beiden Infektionskrankheiten zu einem Anstieg der Impfquoten geführt hat.[58] Bei den Schuleingangsuntersuchungen im Schuljahr 2013/2014 lag die Impfquote von Mumps und Röteln für Thüringen bei jeweils 93,4 % (zwei Impfdosen) und im Landkreis Sömmerda bei 95,6 % für Mumps und 95,1 % für Röteln. Bei den Untersuchungen der Kindergartenkinder wurden Impfquoten von 91,5 % auf Landesebene und 97,3 % auf Kreisebene ermittelt.

Auch gegen eine **Meningokokken**-Infektion gibt es eine STIKO-Impfempfehlung. Meningokokken sind Bakterien, die sich im Nasen-Rachen-Raum des Menschen befinden und über Tröpfcheninfektion übertragen werden. Sie können eine schwere Meningitis (Hirnhautentzündung) oder Sepsis hervorrufen, die in etwa 9 % der Erkrankungsfälle zum Tod führen kann[59]. Generell weisen invasive Meningokokken-Erkrankungen sehr hohe Komplikations-, Folgeschadens- und Letalitätsraten auf.[60] Daher gibt die STIKO seit 2006 eine Impfempfehlung zur Standardimpfung mit Meningokokken-C-Impfstoff für alle Kinder möglichst früh im zweiten Lebensjahr. Als besondere Risikogruppe weist die STIKO zudem Männer aus, die Sex mit Männern (MSM) haben. Seit 2007 kann ein kontinuierlicher Anstieg der Impfquoten in Deutschland verzeichnet werden, in Thüringen lag die Impfquote zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchungen 2014 bei 92,3 %.[61] Zur Schuleingangsuntersuchung im Schuljahr 2013/2014 konnten im Landkreis Sömmerda bei 96,4 % der untersuchten Kinder ein altersgerechter Meningokokken-Impfschutz nachgewiesen werden. Bei den vorschulischen Untersuchungen in den Kindertageseinrichtungen betrug die Impfquote im gleichen Zeitraum 96,3 %.

Gegen **Influenza** gibt die STIKO eine Impfempfehlung für Risikogruppen, wie etwa Personen über 60 Jahre, Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene mit chronischen Grunderkrankungen, Schwangere ab dem zweiten Trimenon und Beschäftigte im Gesundheitswesen. Ihnen wird empfohlen, sich jährlich mit dem angepassten Grippeschutzimpfstoff immunisieren zu lassen. Der Rat der Europäischen Union hat als Impfziel drei Viertel der Bevölkerung über 60 Jahre ausgegeben.[62] Allerdings sind die tatsächlichen Impfquoten deutlich niedriger und lagen in der Saison 2012/13 in dieser Risikogruppe bundesweit

[58] ÖGD-Statistik KJG (2016), S. 64 ff.
[59] Lamego Greiner/Goffrier/Schulz (2016): Grundimmunisierung gegen Meningokokken C, S. 3.
[60] Lamego Greiner/Goffrier/Schulz (2016): Grundimmunisierung gegen Meningokokken C, S. 1.
[61] RKI (2016), Epidemiologisches Bulletin 16/2016, S. 131 f.
[62] Empfehlung des Rates vom 22. Dezember 2009 zur Impfung gegen die saisonale Grippe, Amtsblatt der Europäischen Union vom 29.12.2009.

bei 37,0 %. Für den Landkreis Sömmerda lag diese im gleichen Zeitraum bei 42,2 %, was über dem Bundesdurchschnitt liegt, aber gleichzeitig den niedrigsten Wert aller Thüringer Kommunen darstellt.[63]

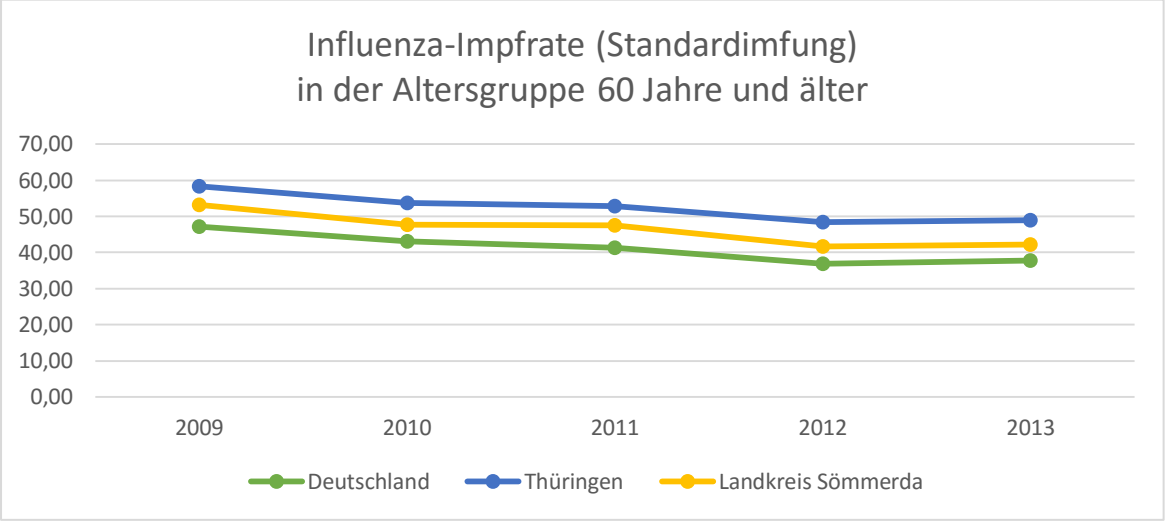

Abbildung 11: Influenza-Impfraten im Zeitvergleich.[64]

Über den dargestellten Zeitraum wird ein **Absinken der Impfquoten** deutlich. Eine Trendanalyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) macht hierfür im Wesentlichen zwei Gründe aus. Einerseits kam es in der Vergangenheit aufgrund von Rabattverträgen zu Engpässen bei der Impfstoffverfügbarkeit auf der Angebotsseite. Andererseits kann ein Nachfragerückgang beobachtet werden, den die Experten vor allem auf die kontroverse Berichterstattung im Zusammenhang mit dem Ausbruch des in der Saison 2009/2010 aufgetretenen Virus A(H1N1) zurückführen sowie auf den Umstand, dass Influenza in Teilen der Bevölkerung nicht mehr als schwere Krankheit wahrgenommen wird.[65]

Das Absinken von Impfquoten ist allerdings nicht nur bei der Influenza-Schutzimpfung zu beobachten, sondern auch bei anderen impfpräventablen Infektionskrankheiten. Als Gründe hierfür könnten allgemein u.a. sinkende Impfakzeptanz, Impfmüdigkeit, mangelndes Wissen bzw. mangelnde Erfahrung zur Gefährlichkeit von Infektionskrankheiten wie auch Defizite bei der Informationsweitergabe von Ärzten an ihre Patienten angeführt werden.

Relativierend muss festgehalten werden, dass Thüringen bei vielen Impfquoten einen der vorderen Plätze im bundesweiten Ranking einnimmt, was u.a. daran liegen könnte, dass in Ostdeutschland die Immunisierungsraten in der Regel grundsätzlich höher sind als in den westdeutschen Bundesländern, was möglicherweise auf die in der DDR herrschende Impfpflicht und eine höhere Impfakzeptanz in der Bevölkerung zurückgeführt werden kann.[66]

---

[63] Versorgungsatlas-Bericht 15/19. Onlinequelle: http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=1&uid=68 (abgerufen am 26.09.2016).
[64] Eigene Darstellung auf Datenbasis des Versorgungsatlas-Berichts 15/19. Onlinequelle: http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=1&uid=68 (abgerufen am 26.09.2016).
[65] Bätzing-Feigenbaum et al. (2015): Entwicklung der saisonalen Influenzastandardimpfraten, S. 7 f.
[66] RKI (2004), GBE des Bundes, Heft 1, S. 11 sowie 3. Gesundheitsbericht des Bundes (2015), S. 252.

Im Jahr 2015 wurden im Landkreis Sömmerda im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes 215 Impfungen durchgeführt, hauptsächlich wurde der Impfschutz von Asylbewerbern bedarfsgerecht angepasst (179 Impfungen). Am häufigsten wurde die **Vierfach-Schutzimpfung** gegen Tetanus (Wundstarrkrampf), Diphtherie, Pertussis (Keuchhusten) und Poliomyelitis (Kinderlähmung) verabreicht sowie die **MMR-Impfung** gegen Masern, Mumps und Röteln. Hinzu kamen 16 Riegelungsimpfungen[67], davon acht gegen Hepatitis A und acht gegen Masern.

Darüber hinaus wurden bei allen schulärztlichen Untersuchungen **Beratungen zum Thema Impfen** durchgeführt, sei es in Form eines Gesprächs mit den Eltern oder als schriftliche Rückmeldung an die Eltern zum Impfstatus des Kindes (2015: 1.585 Beratungen).

Impfen ist ein wesentlicher Beitrag zur Vorbeugung schwerer Erkrankungen. Aus diesem Grund sollte die **Erhöhung der Impfquoten** im öffentlichen Interesse sein. Hierzu bedarf es einer zielgruppenspezifischen Aufklärung der Bevölkerung sowie einer kontinuierlichen **Information der Ärzteschaft** und einer **Harmonisierung der Präventionsbotschaften** in einem gut abgestimmten **Präventionsnetzwerk**.

Zu den Infektionskrankheiten gehören auch die **sexuell übertragbaren Krankheiten** (engl. sexually transmitted infections, STI). Neben dem bekanntesten Vertreter dieser Krankheitsklasse **AIDS** bzw. **HIV-Infektion** zählen hierzu auch **Chlamydien**, **Tripper** (Gonorrhö), **Herpes**, **Syphilis**, **Feigwarzen** (HPV), **Candidose** (Pilz), **Trichomoniasis** und **Hepatitis**.

In Deutschland gab es 2013 rund 80.000 **HIV-Infizierte**, 3.263 Menschen infizierten sich neu, 550 HIV-Infizierte starben. Das größte Infektionsrisiko besteht für Männer, die Sex mit Männern (MSM) haben (70,0 %), bei (ungeschütztem) heterosexuellen Geschlechtsverkehr (24,0 %) und dem gemeinsamen Gebrauch unsteriler Spritzen unter Drogenabhängigen (4,0 %).[68]

Chlamydieninfektionen zählen weltweit zu den häufigsten sexuell übertragbaren Erkrankungen. Wenngleich sie in den meisten Fällen symptomlos bleiben, können Infizierte das Bakterium an ihre Sexualpartner weitergeben. Im schlimmsten Fall kann eine Chlamydien-Infektion zur **Unfruchtbarkeit** führen, bei Frauen, weil die Eileiter verkleben, bei Männern, weil es zur Entzündung des Nebenhodens führen kann. Außerdem steigt das Risiko für **Eileiterschwangerschaften**. Bei einer Geburt kann die Infektion von der Mutter auf das Kind übertragen werden.

Außer gegen HPV und Hepatitis A und B gibt es **keine Impfungen gegen STI**, daher bleibt in den meisten Fällen das **Kondom** der wirksamste Schutz gegen eine Ansteckung sowie entsprechende Hygieneregeln[69].

Ein wichtiger Präventionsansatz besteht in der **Information und Förderung des Symptom- und Risikobewusstseins in der Bevölkerung**.

Die **Gesundheitsförderung** des Landkreises Sömmerda fokussiert in ihrer Aufklärungsarbeit das Thema AIDS, insbesondere durch Veranstaltungen, Projekte und Gesprächsrunden in den weiterführenden

[67] Eine Riegelungsimpfung ist eine Impfung, die ungeimpften Kontaktpersonen regional begrenzt nach Ausbruch einer Erkrankung angeboten wird, um die weitere Verbreitung des Erregers zu unterbinden (einen Riegel vorzuschieben). Siehe RKI-Fachwörterbuch (2015), S. 111.

[68] 3. Gesundheitsbericht des Bundes (2015), S. 86 f.

[69] Umfangreiche Informationen bietet hierzu die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit ihren Kampagnen „Gib AIDS keine Chance“ und „Liebesleben“, Onlinequelle: https://www.gib-aids-keine-chance.de/wissen/sti/vorbeugung_und_schutz_praevention.php und http://www.liebesleben.de/dein-liebesleben/sexpraktiken-und-schutz (abgerufen am 19.10.2016).

Schulen des Landkreises gemeinsam mit dem Jugendamt. Aber bereits im Grundschulalter werden Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamts Sömmerda präventiv in Schulklassen tätig und informieren in altersgerechter Art und Weise zum Aufbau und der Funktionsweise der Geschlechtsorgane, Zyklus und Sexualität sowie Körperhygiene.

2.2.6 Allergien

Allergischen Erkrankungen treten am häufigsten an der Haut, an den Schleimhäuten und an den Atemwegen auf. Sie sind eine Überreaktion des körpereigenen Immunsystems auf bestimmte Stoffe, die sog. Allergene, wie etwa Pollen, Tierhaare und Schimmelpilzsporen oder Kontaktallergene, wie Nickel. Zu den am weitesten verbreiteten Erkrankungen zählen Neurodermitis (atopisches Ekzem oder atopische Dermatitis), Heuschnupfen (allergische Rhinitis) und Asthma bronchiale. [70]

Laut KiGGS-Studie wurde bei 17,6 % der Kinder und Jugendlichen in Thüringen eine **Neurodermitis** diagnostiziert. Damit liegen die Thüringer Werte über dem Bundesdurchschnitt (14,3 %).[71] Bei den Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes ergaben sich deutlich niedrigere Untersuchungsergebnisse für den Befund „Ekzem“, der im Schuljahr 2013/14 beispielsweise für das Kindergartenalter bei 3,8 % und bei den Viertklässlern bei 4,7 % lag.[72] Allerdings sind diese Werte Stichtagserhebungen, wohingegen bei der KiGGS-Studie „Jemals“-Diagnosen abgefragt wurden.

Mit zunehmendem Alter klingen die Symptome, wie Juckreiz und Hautauschläge, meist ab, allerdings weisen Neurodermitis-Patienten im Erwachsenenalter ein erhöhtes Risiko für andere allergische Erkrankungen auf. Außerdem beeinträchtigt die Erkrankung die Lebensqualität der Betroffenen, was häufig mit Schlafstörungen und verringertem Selbstwertgefühl (aufgrund der sichtbaren Ekzeme) einhergeht.[73]

Auch bei der **Heuschnupfen**-Diagnose gibt es Unterschiede in den Daten der KiGGS-Studie und der ÖGD-Statistik. Laut KiGGS-Studie sind 13,6 % der Thüringer Kinder und Jugendlichen von allergischer Rhinitis betroffen, was etwa den bundesdeutschen Werten (12,6 %) entspricht.[74] Die ÖGD-Statistik weist für die Viertklässler im Schuljahr 2013/14 einen Wert von 8,1 % aus.[75] Allerdings stützen beide Erhebungen gleichermaßen zwei Befunde: Die Krankheitshäufigkeit nimmt mit den Altersgruppen zu und betroffen sind häufiger Jungen als Mädchen. Dabei ist zu beobachten, dass allergische Rhinitis familiär gehäuft und oftmals in Kombination mit anderen allergischen Krankheiten auftritt. Außerdem haben die kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen ergeben, dass die Krankheitshäufigkeit in Thüringen seit den 1990er Jahren deutlich zugenommen hat, aber seit ca. 10 Jahren auf hohem Niveau stagniert.

Eine Überempfindlichkeit der Bronchien auf bestimmte Allergene, die zu Husten, Atemnot und Pfeifgeräuschen beim Atmen führen kann, wird unter dem Begriff **Asthma bronchiale** gefasst. Auch hier weisen Jungen höhere Krankheitshäufigkeiten als Mädchen auf. In Thüringen sind laut KiGGS-Studie 7,3 % der Kinder und Jugendlichen betroffen, die kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen im Schuljahr 2013/14 ergaben einen Wert von 5,2 % bei den Achtklässlern.[76] Damit rangiert Thüringen etwa auf Bundesschnitt (6,3 %). Die oft als sehr belastend erfahrene Krankheit führt bei etwa der Hälfte

[70] 3. Gesundheitsbericht des Bundes (2015), S. 77.
[71] KiGGS Welle 1 – Modul Thüringen, S. 31 f.
[72] ÖGD-Statistik KJG (2016), S. 37 f.
[73] KiGGS Welle 1 – Modul Thüringen (2016), S. 31.
[74] KiGGS Welle 1 – Modul Thüringen (2016), S. 28 f.
[75] ÖGD-Statistik KJG (2016), S. 30 f.
[76] KiGGS Welle 1 – Modul Thüringen (2016), S. 25 ff. sowie ÖGD-Statistik KJG (2016), S. 32 f.

der Betroffenen auch im Erwachsenenalter zu symptombedingten Einschränkungen, während die Symptome bei der anderen Hälfte in der Pubertät abklingen.

Zur Gruppe der Lebensmittelunverträglichkeiten, wie etwa der Laktoseintoleranz oder der Glutenunverträglichkeit (Zöliakie), liegen aktuell keine empirischen Befunde vor.

2.3 Besondere Zielgruppen

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung lohnt ein detaillierterer Blick auf einige besondere Zielgruppen. Dabei wird der Blick gelenkt von der Idee, dass förderliche wie schädliche Umwelteinflüsse im Kinder- und Jugendalter und früh gelernte (Gesundheits-)Verhaltensweisen sich im Lebenslauf auswirken und negative Effekte im Seniorenalter kumulieren. In der öffentlichen Gesundheitssorge muss daher ein besonderes Augenmerk auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gelegt werden.[77] Aus diesem Grund sollen im Folgenden die Gruppe der Kinder und Jugendlichen sowie die Gruppe der Senioren kurz näher betrachtet werden. Anschließend soll ein kurzer Exkurs etwas zur gesundheitlichen Situation von Flüchtlingen im Landkreis Sömmerda berichten.

2.3.1 Kinder und Jugendliche

Wie bereits dargestellt, geben vor allem die kinder- und jugendärztlichen sowie kinder- und jugendzahnärztlichen Untersuchungen eine sehr umfangreiche Informationsquelle zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Landkreis Sömmerda. Die Daten werden im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen in den Kindertageseinrichtungen, zur Schuleingangsuntersuchung sowie in der ersten Schuluntersuchung in der vierten Klasse und zur zweiten Schuluntersuchung der Achtklässler standardisiert nach dem „Bielefelder Modell“[78] erhoben, dokumentiert und im Rahmen der Statistik kinder- und jugendärztlicher Untersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Thüringen (SKJU) ausgewertet.

Im Schuljahr 2014/15 wurden durch den kinder- und jugendärztlichen Dienst des Landkreises Sömmerda von den 2.805 Kindern, die in einer Kindertageseinrichtung betreut werden, 464 (16,5 %) untersucht, das entspricht 71,8 % der 646 Vorschulkinder in der priorisierten Altersgruppe von 4 Jahren (2 Jahre vor Einschulung). Außerdem wurden alle einzuschulenden Kinder der Schuleingangsuntersuchung unterzogen, das waren im Betrachtungszeitraum 688. Von den 757 Viertklässlern wurden 34 (4,5 %) und von den 750 Achtklässlern 448 (59,7 %) untersucht. Auch zu den Vorsorgeuntersuchungen für Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf, die alle zwei Jahre stattfinden sollen, konnten aufgrund von Personalmangel und dem durch den hohen logistischen Aufwand, den die inklusive Beschulung der betreffenden Kinder bedeutet, von den 165 Schülern nur 30 untersucht werden (18,2 %).

[77] KiGGS Welle 1 – Modul Thüringen (2016), S. 5.

[78] Das Bielefelder Modell beschreibt Standarddefinitionen, um gesundheitsbezogene Daten einheitlich zu erheben und zu dokumentieren, damit vergleichbare Auswertungen erfolgen können. Es wurde vom Institut für Dokumentation und Information, Sozialmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen (IDIS) entwickelt. ÖGD-Statistik KJG (2016), S. 25.

Da bei den Schuleingangsuntersuchungen nahezu alle Kinder einer Altersgruppe vom Gesundheitsamt untersucht werden und sich damit das umfassendste Bild vom allgemeinen Gesundheitszustand formen lässt, sollen einige der im Rahmen dieser Untersuchung festgestellten Befunde[79] für den Landkreis Sömmerda für das Schuljahr 2013/2014[80] im Vergleich zu den Thüringer Ergebissen im Folgenden dargestellt werden. Es wurden 614 Kinder untersucht. Folgendes Ranking der Befundhäufigkeiten kann für den Landkreis gezeichnet werden:

Rang	Befund	Befundhäufigkeit im Landkreis Sömmerda	Thüringer Vergleichswert
1	Verminderte Sehrschärfe	26,9 %	17,4 %
2	Verhaltensauffälligkeit	23,6 %	16,7 %
3	Sprech-, Sprach- und Stimmstörung	20,5 %	22,6 %
4	Auffälligkeit der Motorik und der Koordination	17,3 %	12,6 %
5	Fußschaden	16,0 %	12,1 %
6	Haltungsschwäche	15,5 %	5,2 %
7	Übergewicht (inkl. Adipositas)	11,6 %	11,3 %
8	Hörstörung	10,6 %	5,2 %

In 12 von 614 Schuleingangsuntersuchungen kam der kinder- und jugendärztliche Dienst zu dem Ergebnis, eine **Zurückstellung der Einschulung** zu empfehlen (2,0 %)[81].

Im Rahmen der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen wird auch die Inanspruchnahmequote von **Vorsorgeuntersuchungen** erfasst. Im Rahmen der Kindervorsorgeuntersuchungen **U 1 bis U 9** sowie der Vorsorgeuntersuchungen für Jugendliche **J 1 und J 2** können behandlungsbedürftige Erkrankungen frühzeitig erkannt und therapiert werden, die altersgemäße Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen ärztlich begleitet und der Impfschutz regelmäßig überprüft werden. Die Teilnahme an den Untersuchungen wird im sog. „Gelben Heft“ dokumentiert. Dieses wiederum sollte zu den Untersuchungen des kinder- und jugendärztlichen Diensts in der Kita und zur Schuleingangsuntersuchung vorgelegt werden.

Im Schuljahr 2013/2014 legten anlässlich der Untersuchung der Vierjährigen (bzw. der Altersgruppe der Kinder zwei Jahre vor Schuleintritt) in den Kindertageseinrichtungen des Landkreises Sömmerda 517 der 553 untersuchten Kinder das Nachweisheft für die Vorsorgeuntersuchungen vor (93,5 %). Folgende Inanspruchnahmequoten konnten daraus für die U 1 bis U 9 dokumentiert werden[82]:

Inanspruchnahmequote (Kindergartenkinder)								
U 1	U 2	U 3	U 4	U 5	U 6	U 7	U 8	U 9
98,7 %	99,8 %	99,4 %	99,2 %	99,2 %	98,3 %	99,2 %	94,0 %	28,1 %[83]

[79] Ausgewählt wurden nur Befunde, deren Befundhäufigkeit über 10 Prozent der untersuchten Kinder lag.
[80] Aktuellere Daten waren leider zum Zeitpunkt der Berichterstellung im Rahmen der SKJU nicht verfügbar.
[81] SKJU Einschulungsuntersuchung Schuljahr 2013/2014, KiGeST-Jahresliste 05 Maßnahmen.
[82] Auswertung des Gesundheitsamts, Stand: 04.01.2017, Grundgesamtheit n=517.
[83] Der geringe Wert lässt sich folgendermaßen erklären: Die Untersuchungen in den Kindertageseinrichtungen finden in der Regel vor dem 5. Geburtstag eines Kindes statt, für die U 9 ist aber ein Untersuchungsintervall vom 60 bis zum 64. Lebensmonat empfohlen.

Aus der Vorlage des Nachweishefts zur Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 2013/14 von 581 der 614 untersuchten Schulanfänger des Landkreises Sömmerda (94,6 %) können folgende Inanspruchnahmequoten abgeleitet werden:[84]

Inanspruchnahmequote (Schulanfänger)								
U 1	**U 2**	**U 3**	**U 4**	**U 5**	**U 6**	**U 7**	**U 8**	**U 9**
98,6 %	99,5 %	99,1 %	99,0 %	98,1 %	97,8 %	99,7 %	99,8 %	96,6 %

Da **Übergewicht** ernstzunehmende Folgen für die Gesundheit hat, wird zur Einschulungsuntersuchung auch das Körpergewicht der Kinder erfasst und ins Verhältnis zur ihrer Körpergröße gesetzt.[85] Der so ermittelte **Body Mass Index (BMI)**[86] kann Aufschluss über vorhandene Gewichtsprobleme geben. Für das Schuljahr 2014/15 wiesen lediglich 531 von 681 Schülern Normalgewicht auf (78,0 %). 36 galten als untergewichtig, 17 sogar als ausgeprägt untergewichtig. Bei 62 Schülern musste Übergewicht festgestellt werden und bei 35 Schüler wurde sogar Adipositas (Fettleibigkeit) diagnostiziert. Damit liegt der Landkreis Sömmerda im Thüringenvergleich auf einem der oberen Ränge und mit einem Adipositas-Anteil von 5,1 % über dem Landesschnitt von 4,7 %. Beachtlich ist auch die Anzahl der übergewichtigen Kinder in Summe. Zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung waren 14,2 % der Kinder im Landkreis Sömmerda übergewichtig, der Thüringer Durchschnitt liegt bei 11,4 %. Die niedrigsten Werte sind in den kreisfreien Städten Thüringens zu finden, die höchsten Quoten weisen die nördlichen Landkreise Kyffhäuserkreis (16,3 %), Nordhausen und Eichsfeld (jeweils 15,1 %) sowie der Kreis Sonneberg (15,6 %) auf.[87]

Die Anzahl **schwerbehinderter Kinder und Jugendliche** hat in den letzten Jahren wieder zugenommen, nachdem sie zwischen 2005 und 2009 zurückgegangen war. 1,7 % der Unter-18-Jährigen im Landkreis Sömmerda sind zum Stichtag 31.12.2015 schwerbehindert.

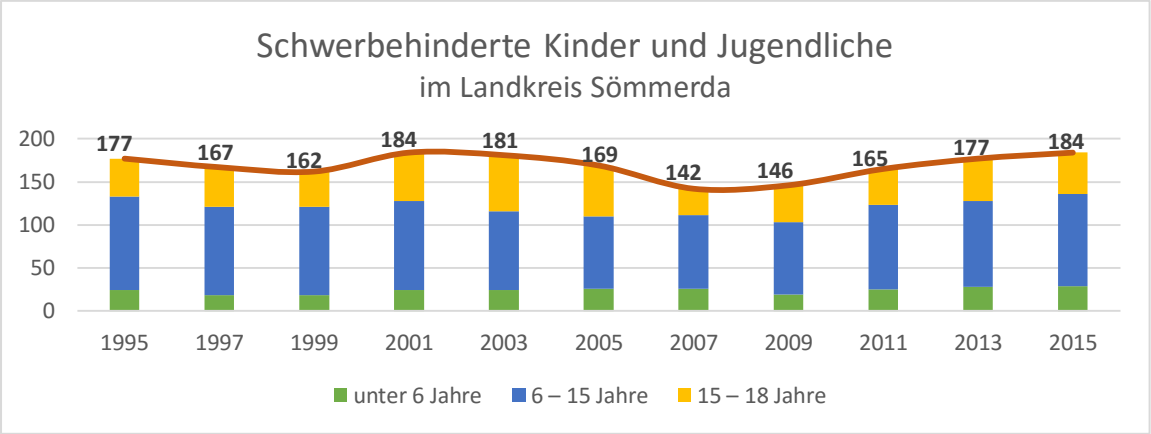

Abbildung 12: Die Entwicklung der Anzahl schwerbehinderter Kinder und Jugendliche im Landkreis Sömmerda seit 1995.[88]

[84] Auswertung des Gesundheitsamts, Stand: 04.01.2017, Grundgesamtheit n=581.
[85] Berechnungsformel BMI: Körpergewicht in Kilogramm geteilt durch Körpergröße in Meter zum Quadrat.
[86] Die Berechnungsformel für den BMI lautet Körpergewicht geteilt durch das Quadrat der Körpergröße in m.
[87] ThOnSA: https://statistikportal.thueringen.de/thonsa/tabanzeige_1.php?auswahl=ind&thema=&auspid=&w%5B390%5D=bmi1a&w%5B392%5D=bmi2a&w%5B393%5D=bmi2p&w%5B394%5D=bmi3a&w%5B395%5D=bmi3p&w%5B396%5D=bmi4a&w%5B397%5D=bmi4p&w%5B398%5D=bmi5a&w%5B399%5D=bmi5p&w%5B400%5D=bmi6a&w%5B401%5D=bmi6p, abgerufen am 29.09.2016, 11:43 Uhr.
[88] Eigene Darstellung auf Basis der Daten des TLS: http://www.tls.thueringen.de/datenbank/portrait.asp?auswahl=krs&nr=68&vonbis=&TabelleID=kr001540 (abgerufen am 29.09.2016).

Im thüringenweiten Vergleich weist die Statistik für den Landkreis Sömmerda stets einen der höchsten Anteile schwerbehinderter Kinder und Jugendliche an der altersgleichen Bevölkerung aus. Im Jahr 2005 lag der prozentuale Anteil nur in der Stadt Suhl höher, 2015 hatte nur der Kreis Altenburger Land im Verhältnis mehr schwerbehinderte Unter-18-Jährige.

In diesem Zusammenhang stellt sich aus sozialplanerischer Sicht vor allem die Frage nach geeigneten Strategien zur Integration bzw. Inklusion schwerbehinderter Kinder und Jugendlicher zur Sicherung ihrer (gesellschaftlichen) Teilhabechancen. Dafür wäre eine detaillierte Analyse der vorliegenden Arten von Behinderung notwendig, um einerseits das Ausmaß der Einschränkungen ableiten und andererseits den Unterstützungsbedarf ermitteln zu können, der notwendig ist, um Chancengleichheit für Kinder mit und ohne Behinderung zu erreichen.

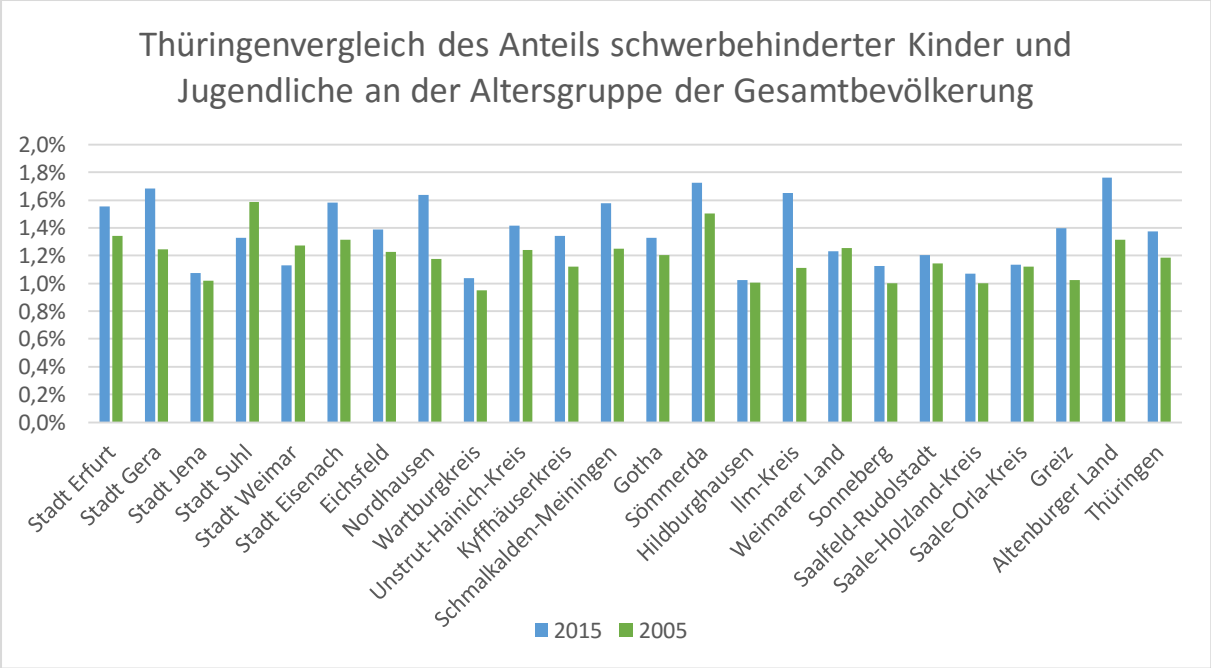

Abbildung 13: Der Anteil schwerbehinderter Kinder- und Jugendliche an der altersgleichen Bevölkerung im Vergleich der Thüringer Landkreise und kreisfreien Städte 2005 und 2015.[89]

Im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin ist in den letzten Jahrzehnten eine Verschiebung von akuten zu chronischen Krankheiten sowie von somatischen zu psychischen Störungen zu beobachten, die als „**Neue Morbidität**“ bezeichnet wird.[90] Insbesondere handelt es sich dabei um Verhaltens- und Entwicklungsstörungen, wie motorische Unterentwicklung, verzögerte Sprachentwicklung, Hyperaktivitätsprobleme, Depressionen und Aggressivität, die das individuelle Wohlbefinden und die soziale wie die Alltagsfunktionsfähigkeit der Betroffenen beeinträchtigen. So führen psychische Probleme in Kind-

[89] Eigene Darstellung auf Basis der Daten des ThOnSA, Bevölkerung am 31.12. nach Altersjahren und Schwerbehinderte Menschen am 31.12. nach Altersgruppen.
[90] KiGGS Welle 1 – Modul Thüringen (2016), S. 19.

heit und Jugend später potenziell zu einem schlechteren Bildungserfolg und erhöhten Wahrscheinlichkeiten für Paarkonflikte, soziale Schwierigkeiten und einer geringeren Lebenszufriedenheit, abhängig vom Grad der Ausprägung personaler, familiärer und sozialer Schutzfaktoren.[91]

Präventive Maßnahmen müssen demnach besonders früh ansetzen und neben der Gesundheitsförderung auch personale, familiäre und soziale Aspekte betrachten. Ein guter Ansatz sind in diesem Zusammenhang die **Frühen Hilfen**, die über die Bundesinitiative Frühe Hilfen und Familienhebammen im Landkreis Sömmerda u.a. über das Internetportal für werdende und junge Familien in Thüringen www.familienprofis-thueringen.de in multiprofessioneller Kooperation eingesteuert werden können.

Erhöhter Förderbedarf in der individuellen und sozialen Entwicklung von Kindern wird vom Jugendamt Sömmerda ermittelt und entsprechende Fördermaßnahmen eingeleitet. Kinder mit Entwicklungsverzögerungen unter sechs Monaten erhalten eine Förderung über das Thüringer Kindertageseinrichtungsgesetz (§ 7 ThürKitaG). Dies betraf im Jahr 2015 37 Kinder. Hauptförderschwerpunkte lagen in den Bereichen Sprache, Motorik, Kognition, Wahrnehmung und Sozialverhalten.[92] Die Förderung wird in den Kindertageseinrichtungen oder im häuslichen Umfeld durch Förderfachkräfte umgesetzt.

Kinder, bei denen eingeschätzt wird, dass eine Entwicklungsverzögerung von mehr als sechs Monaten vorliegt, erhalten auf Antrag Eingliederungshilfe über das Sozialamt. **Eingliederungshilfe** in Form ambulanter und mobiler Frühförderung, beispielsweise durch die **Interdisziplinären Frühförderstelle (IFF)**[93]**,** erhielten 2015 insgesamt 132 Kinder im Landkreis Sömmerda, teilstationäre Frühförderung 43.[94]

Ein wichtiges Anliegen des öffentlichen Gesundheitsdiensts ist ebenfalls die **Verbesserung der Mundgesundheit**. Auch hier gilt: Was in jungen Jahren an Verhaltensweisen eingeübt und an Wissen erlernt wurde, wirkt sich ein Leben lang aus.

Aus diesem Grund führt der Kinder- und jugendzahnärztliche Dienst (KJZD) des Gesundheitsamts Sömmerda regelmäßig auf gesetzlicher Grundlage (Kita-Gesetz, Schulgesetz) Untersuchungen in den Kindertageseinrichtungen und Schulen im Landkreis durch. Außerdem findet für alle Erst- bis Sechstklässler eine gruppenprophylaktische Betreuung u.a. mit **Zahnputztrainings**, **Ernährungsberatung** und **Fluoridierungsaktionen** statt.

In den Kindertagesstätten erfolgt die gruppenprophylaktische Betreuung in allen Kitas durch Patenschaftszahnärzte und eine bei der LAGJTh angestellte der Prophylaxehefachkraft. Dafür werden für alle Kindergartenkinder pro Jahr vier neue Zahnbürsten und Zahnpasta bereit gestellt, um das richtige Zähneputzen zu trainieren. Gefördert werden diese und weitere gruppenprophylaktische Maßnahmen von der **Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e. V. (LAGJTh)**, die von den gesetzlichen Krankenkassen, der Landeszahnärztekammer Thüringen, dem Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, dem Thüringischen Landkreistag und dem Thüringer Gemeinde- und Städtebund getragen und finanziert wird.

---

[91] Schlack/Hölling (2011): Neue Morbidität, S. 6 ff.
[92] Jugendamt Sömmerda (2016): Planung – Aufgabenfelder der Jugendhilfe – Bedarfsplanung zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflege/ Fortschreibung Kindergartenjahr 2016/2017, S. 127 f.
[93] Weitere Informationen: http://www.stiftungfinneck.de/index.php?id=189.
[94] Geschäftsstatistik des Sozialamts des Landkreises Sömmerda, Berichtszeitraum IV. Quartal 2015.

Im Schuljahr 2014/2015 wurden dabei von den 3.018 Kindern in Kindertageseinrichtungen 2.209 zahnärztlich untersucht (73,2 %). Im Zuge der zahnärztlichen Schuluntersuchungen wurden im gleichen Zeitraum 4.429 der 6.393 Schüler untersucht (69,3 %).[95]

Es konnte festgestellt werden, dass zwei der drei nationalen **Mundgesundheitsziele**, die von der Bundeszahnärztekammer für 2020 postuliert wurden, im Landkreis Sömmerda bereits erreicht werden konnten: Im Schuljahr 2014/15 betrug der **gruppenprophylaktische Betreuungsgrad** für Kinder und Jugendliche zwischen dem 3. und 16. Lebensjahr 87,6 %[96] (Zielwert: 80 %) und der **DMF/T-Index**[97] bei den 12-Jährigen einen Wert von 0,62 (Zielwert: unter 1,0).[98]

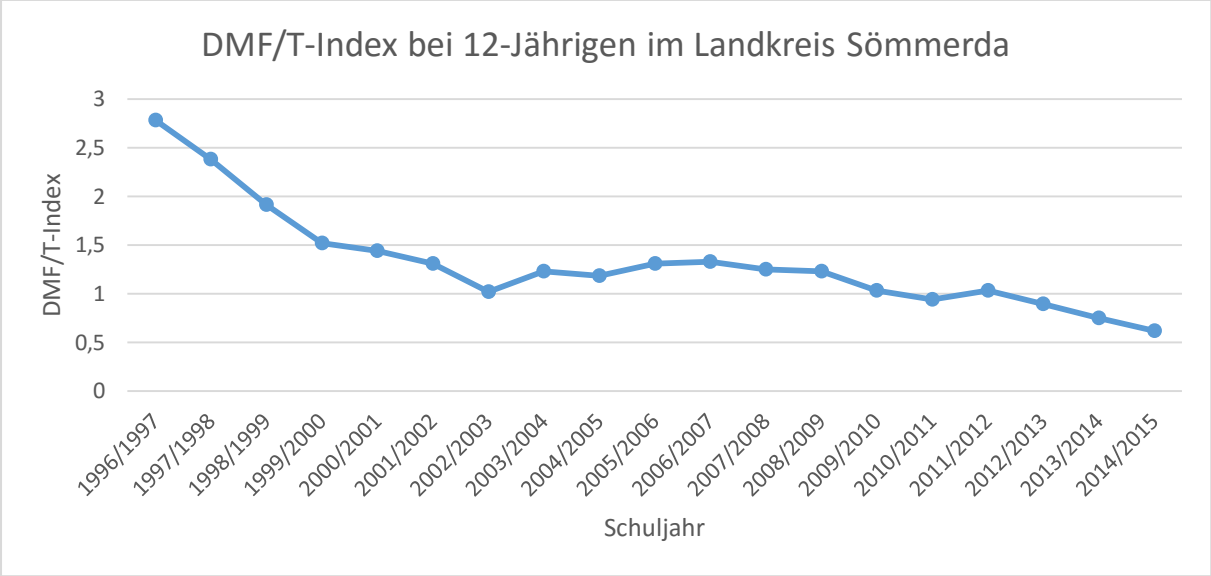

Abbildung 14: Entwicklung des DMF/T-Index bei 12-Jährigen im Landkreis Sömmerda seit dem Schuljahr 1996/1997.[99]

Noch nicht zufriedenstellend ist hingegen der geringe **Anteil kariesfreier Milchgebisse** der 6-jährigen Kinder. Hier sollte mindestens ein Wert von 80 % erreicht werden. Im Landkreis Sömmerda betrug dieser Anteil im Schuljahr 2014/15 lediglich 45,5 %.[100] Dieser Wert liegt unter dem Thüringer Wert, der in den letzten Jahren stets um die 50,0 % betragen hat.[101]

Auffällig ist in diesem Zusammenhang auch eine regionale Konzentrierung von Belastungen. Sowohl in den Kindertageseinrichtungen als auch in den Grundschulen des Landkreises lassen sich anhand der Daten des kinder- und jugendzahnärztlichen Dienstes sozialräumliche Disparitäten beim **Kariesrisiko**

[95] Jahresberichterstattung 2015 des Gesundheitsamts Sömmerda, VII Blatt 7.1 KJZD.
[96] Betrachtet man auch die Gruppenprophylaxe im Kitabereich ergibt sich ein Betreuungsgrad von 82,7 %. Siehe A2-Berichtsbogen der LAGJTh.
[97] Der DMF/T-Index kann auch als Kariesindex bezeichnet werden, der angibt, in welchem Zustand sich das untersuchte Gebiss befindet. Dabei stehen die Buchstaben für folgende englische Begriffe: „D“ für „decayed“ (kariös), „M“ für „missing“ (fehlend), „F“ für „filled“ (mit einer Zahnfüllung gefüllt) und „T“ für = tooth (Zahn). Ein Indexwert von 1 bedeutet, dass von 28 bleibenden Zähnen – Weisheitszähne werden nicht berücksichtigt – 1 Zahn entweder kariös, fehlend oder gefüllt ist.
[98] Jahresberichterstattung 2015 des Gesundheitsamts Sömmerda, VII Blatt 7.2 KJZD.
[99] Eigene Darstellung auf Basis einer Sonderauswertung des KJZD Sömmerda, Stand: 05.01.2017.
[100] Jahresberichterstattung 2015 des Gesundheitsamts Sömmerda, VII Blatt 7.2 KJZD.
[101] Siehe Epidemiologische Berichte für die jeweiligen Schuljahre der LAGJTh, Online: http://www.jugendzahnpflege-th.de/lzkth2/cms_de.nsf/lagjth/epidemiologische_berichte.htm (abgerufen am 06.01.2017).

abbilden. Gemäß einer Festlegung der LAGJTh besteht besonderer Handlungsbedarf bei Schulen, in denen mehr als 15 % der untersuchten Schüler ein erhöhtes Kariesrisiko aufweisen. Bei Kindertageseinrichtungen wurde ein Wert von 10 % festgelegt.

Dies traf im Schuljahr 2014/2015 auf die Grundschulen in Haßleben (15,6 %), Vogelsberg (17,2 %) und Kindelbrück (17,2 %) sowie die Diesterweg-Grundschule in Sömmerda (17,8%) und die Grundschule in Guthmannshausen (25,7%) zu.[102]

Ein hohes Kariesrisiko wurde außerdem in den Kindertageseinrichtungen von Alperstedt, Buttstädt, Guthmannshausen, Kindelbrück, „Feistkorn“ Kölleda, Olbersleben, „Mischka“ Sömmerda, „St. Bonifatius“ Sömmerda und Straußfurt festgestellt.[103]

In einem ersten Schritt wurden in diesen Schwerpunkteinrichtungen bereits auf Veranlassung des KJZD des Landkreises Sömmerda zusätzliche Projekte zur Mundgesundheit fokussiert. Um Ursachen und Auswirkungen noch zielgerichteter bekämpfen zu können, sollte eine dezidierte **Sozialraumanalyse** im Rahmen einer **Integrierten Sozialplanung** hier weitere Erkenntnisse liefern.

2.3.2 Senioren

Für die besonderen Belange Älterer hat sich ein eigener Medizinzweig herausgebildet: die Geriatrie. Die **Geriatrie** (Altersheilkunde) ist nicht zwangsläufig auf Heilung ausgerichtet, sondern betont aktivierende Pflege und Rehabilitation als Therapieform, insbesondere unter dem Aspekt der Multimorbidität im zunehmenden Alter. Demzufolge steht die Bewahrung oder Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit und Lebensqualität für die Patienten im Vordergrund.[104]

Multimorbidität ist ein bedeutendes Thema, wenn es um die Gesundheit älterer Menschen geht. Im Alter ist das Risiko an mehrfachen akuten bzw. chronischen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen zu leiden, die sich wechselseitig beeinflussen und die Fähigkeit zur selbständigen Alltagsbewältigung stark beeinträchtigen oder zumindest bedrohen[105], deutlich höher als in jungen Jahren.

Wenn die mit Erkrankungen einhergehenden Alltagseinschränkungen so groß werden, dass diese Menschen nicht mehr für sich selbst sorgen können, wird Pflege nötig. Diese kann zuhause von Angehörigen, mit Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes oder in einer stationären Einrichtung erfolgen.

Von **Pflegebedürftigkeit** betroffen sind im Landkreis Sömmerda 3.019 Menschen[106], von denen über die Hälfte von Angehörigen und mehr als 80 % zuhause gepflegt und betreut werden. Im thüringenweiten Vergleich liegt der Landkreis Sömmerda im Mittelfeld bezogen auf die Anzahl der Pflegebedürftigen je 1.000 Einwohner, aber die häuslichen Betreuungsquoten liegen deutlich über dem Thüringendurchschnitt (73,1 %).[107]

---

[102] Sonderauswertung des KJZD Sömmerda, Stand: 05.01.2017.
[103] Sonderauswertung des KJZD Sömmerda, Stand: 05.01.2017.
[104] 3. Thüringer Geriatrieplan, 1.3. Leitsätze geriatrischer Behandlung, S. 5.
[105] 3. Thüringer Geriatrieplan, 1.3. Leitsätze geriatrischer Behandlung, S. 3 f.
[106] Davon sind rund 90 % 65 Jahre und älter. Das kann aus der Statistik für Thüringen abgeleitet werden, die angibt, dass von den 20.958 Pflegebedürftigen 2.104 unter 65 Jahre alt sind. TLS, Statistischer Bericht (2015) Ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen in Thüringen am 15.12.2013, S. 14.
[107] TLS, Pflegebedürftige und Pflegeeinrichtungen, Landkreis Sömmerda: http://www.tls.thueringen.de/datenbank/portrait.asp?auswahl=krs&nr=68&vonbis=&TabelleID=kr001504 (abgerufen am 27.10.2015) sowie eigene Berechnungen. Annahme: Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, werden von Angehörigen

Eine besondere Herausforderung in der Pflege älterer Menschen ist das Thema **Demenz** und die damit einhergehende erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Menschen, die aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen auf Dauer in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind, bedürfen in besonderem Maße Betreuung und sind oft auch – insbesondere zur Verhütung von Gefahren – auf allgemeine Beaufsichtigung angewiesen.

Im Landkreis Sömmerda gibt es 1.148 Pflegebedürftige mit **erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz** zum Stichtag 31.12.2013, das bedeutet einen Anteil an der Gesamtzahl aller Pflegebedürftigen von 38 % und an der Gesamtbevölkerung von 1,6 %.[108] Experten gehen davon aus, dass sowohl die Zahl der Pflegebedürftigen wie auch die Zahl der demenziell Erkrankten in den nächsten Jahren noch steigen werden. Dabei wird auch von einer steigenden Professionalisierung in der Pflege[109] ausgegangen, da parallel zu dieser Entwicklung das familiäre Unterstützungspotenzial kleiner wird.[110]

Mit dem neuen **Pflegestärkungsgesetz (PSG)** I, II und III sollen hier wichtige Impulse gesetzt werden.

Wegen der Alterung des Immunsystems, der sog. „Immunoseneszenz“, und der Zunahme von Infektionen im Alter gibt es spezielle **Impfempfehlungen** der STIKO für Menschen über 60 Jahre. Insbesondere wird geraten, eine **Auffrischungsimpfung** gegen **Tetanus, Diphtherie und Pertussis** in einem Alter ab 60 Jahre zu veranlassen sowie eine **Standardimpfung** gegen **Pneumokokken** durchführen zu lassen. Zudem sollte jedes Jahr gegen **Influenza** geimpft werden.[111]

Bei der Standardimpfung gegen Pneumokokken kann für 2014 in Thüringen ein deutlich höherer Wert (18,1 %) ausgemacht werden als für den Bundesdurchschnitt (10,2 %).[112] Dennoch ist die Impfrate im Vergleich zu anderen, u.a. auch zur Influenzaimpfung, sehr niedrig.

Die **Influenzaimpfrate** bei Personen ab 60 Jahren im Zeitraum der Influenzasaison 2013/2014 betrug in Thüringen 49 % aller gesetzlich Krankenversicherten dieser Altersgruppe, was über dem Bundesdurchschnitt (37,8 %) liegt, aber unter den Werten der neuen Bundesländer (53,8 %).[113]

2.3.3 Flüchtlinge und Neuzugewanderte

Im Landkreis Sömmerda betrug der Ausländeranteil vor dem großen Flüchtlingszustrom 2015 stets unter 1 % der Gesamtbevölkerung. Asylbewerber waren dezentral in Wohnungen untergebracht. Erst mit der vermehrten Zuweisung von Flüchtlingen und Asylsuchenden im Jahr 2015 hat sich das geändert.

---

gepflegt. Stichtag Pflegebedürftige und ambulante Pflege: 15.12.2013, Stichtag Pflegegeldempfänger: 31.12.2013.

[108] Eigene Berechnung auf Datenbasis des TLS, Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz am 15.12.2013 nach Leistungsarten und Kreisen.

[109] Die Professionalisierung der Pflege meint ein Mehr an bezahlten Pflegekräften, die sich um die Versorgung von Pflegebedürftigen kümmern. Sie steht im Gegensatz zur „Laienpflege“, die in der Regel von Angehörigen ausgeführt wird. Mit der Bezeichnung ist keine Aussage zur Qualität verbunden.

[110] Beispielsweise Hagn (2011): Die Entwicklung der Pflegebedürftigen in Thüringen bis 2020, S. 2.

[111] Empfehlungen entsprechend dem aktuellen Impfkalender der STIKO am Robert-Koch-Institut, RKI (2016): Epidemiologisches Bulletin Nr. 34/2016, Erscheinungsdatum 29.08.2016, Onlinequelle: http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Aktuelles/Impfkalender.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 04.10.2016).

[112] Braeter/Schulz/Goffrier (2016): Pneumokokkenimpfung bei GKV-Versicherten, S. 23.

[113] Bätzing-Feigenbaum et al. (2015): Entwicklung der saisonalen Influenzastandardimpfraten, S. 13.

Mittlerweile unterhält der Landkreis Sömmerda vier Gemeinschaftsunterkünfte und eine größere Anzahl von Wohnungen zur Unterbringung von Flüchtlingen. Darüber hinaus existieren drei stationäre Jugendhilfeeinrichtungen zur Betreuung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen.

Zum Stichtag 30.06.2016 weist das Ausländerzentralregister (AZR) für den Landkreis Sömmerda 1.712 ausländische Personen aus, davon 1.019 Männer und 693 Frauen. Auffällig ist, dass im Gegensatz zur einheimischen Bevölkerung ein Großteil der ausländischen Personen unter 35 Jahre alt ist. Lediglich 38 Personen sind schon älter als 65 Jahre.

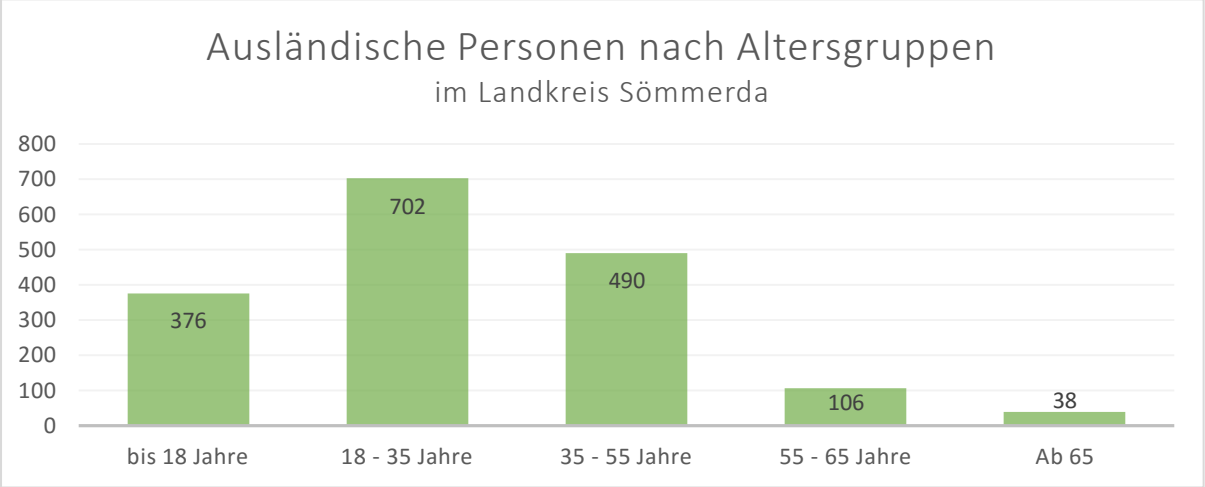

Abbildung 15: Übersicht zu den ausländischen Personen im Landkreis Sömmerda nach Altersgruppen.[114]

Der plötzliche Anstieg der Flüchtlingszahlen im Jahr 2015 hat an diesem Bild nichts verändert. Mit dem Flüchtlingszustrom sind nur sehr wenig ältere Personen (≥ 3) in den Landkreis Sömmerda gekommen, die meisten älteren Ausländer leben hier bereits seit 30 und mehr Jahren (22 Personen) und sind EU-Bürger (35 Personen).

Insgesamt sind in der Hochzeit 885 Personen im Kreis untergebracht worden. Ein großer Teil der Flüchtlinge kam aus Syrien, dem Irak und Afghanistan (526 Personen). Aber auch aus afrikanischen Staaten kamen 40 Menschen in den Landkreis.

Die **gesundheitliche Situation in den Herkunftsländern** ist sehr unterschiedlich, ebenso die im Zusammenhang mit der Flucht erlebten **physischen wie psychischen Belastungen**. Daher lässt sich über den Gesundheitszustand der Flüchtlinge, die im Landkreis Sömmerda leben, nur sehr wenig Konkretes sagen.

Allgemein kann festgehalten werden, dass beispielsweise die Polio-Impfquoten in Syrien seit Ausbruch des Bürgerkriegs 2010 von 99 % auf 68 % im Jahr 2012 zurückgegangen sind.[115] Wenngleich die Durchimpfungsrate gegen Poliomyelitis (Kinderlähmung) in Deutschland sehr hoch ist und daher eine Ansteckung bzw. Ausbreitung des Polio-Erregers unwahrscheinlich ist, gibt es ein Restrisiko. Aufgrund dieser

[114] Eigene Darstellung auf Datenbasis des AZR, Stichtag 30.06.2016.
[115] Empfehlung des Robert Koch-Instituts vom 17.04.2014 bezüglich des Poliomyelitis-Ausbruchs in Syrien: Beendigung der Stuhl-Surveillance bei Asylbewerbern. Onlinequelle: http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/P/Polio/Ausbruch_Syrien/Polio_Syrien_Empfehlung_Beendigung_Surveillance.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 04.10.2016).

Gefährdungseinschätzung hat die STIKO am Robert-Koch-Institut eine unbefristete Empfehlung ausgegeben, den Impfstatus von Asylbewerbern unabhängig von Alter und Herkunftsland möglichst rasch nach Einreise zu überprüfen und fehlende Impfungen unverzüglich zu ergänzen.

Im Jahr 2015 wurden im Gesundheitsamt Sömmerda 19 Asylbewerber untersucht, bei denen nicht bereits in einer Erstaufnahmeeinrichtung eine nach Asylgesetz verpflichtende Gesundheitsuntersuchung durchgeführt wurde. 591 Patientenakten von Asylbewerbern wurden überprüft und vervollständigt.[116] Dabei wird in der Regel bewertet, ob ein ausreichender Impfschutz vorliegt oder Nachimpfungen angezeigt sind. Dies war 2015 bei 179 Personen der Fall. Außerdem findet in diesem Rahmen eine Kontrolle statt, ob eine Untersuchung auf Tuberkulose durchgeführt wurde, ob akuter medizinischer Behandlungsbedarf oder Kontrollbedarf beispielsweise aufgrund einer diagnostizierten Infektionskrankheit besteht.

Asylbewerber haben auf Basis des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) Anspruch auf eine **medizinische Grundversorgung** zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände, bei Schwangerschaft und Geburt, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen (§ 4 AsylbLG). Bis zu einer gesetzlichen Neuregelung im Zuge des Asylbeschleunigungsgesetz (Asylpaket I) bedurfte es für die Kostenübernahme einer Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt oder im Krankenhaus einer Genehmigung durch die Ausländerbehörde, die vor Behandlungsbeginn eingeholt werden musste.

Dies konnte in der Praxis oft nicht umgesetzt werden. Vor allem bei einer Behandlung durch den Amtsarzt oder im Krankenhaus lag in einigen Fällen kein Behandlungsschein vor. Dies kann unter anderem darauf zurückgeführt werden, dass das gegliederte Gesundheitssystem in Deutschland von den Flüchtlingen nicht verstanden wird, da in ihren Heimatländern der erste Schritt zur Behandlung einer Erkrankung üblicherweise ins Krankenhaus führt. Hier ist sicher weitere Aufklärungsarbeit zu leisten.

2015 wurden ca. 1.400 Behandlungsscheine durch die Sömmerdaer Ausländerbehörde ausgestellt. Neun Geburten konnten verzeichnet werden.[117]

Das im Oktober 2015 in Kraft getretene Asylbeschleunigungsgesetz eröffnete den Bundesländern die Möglichkeit, mit den gesetzlichen Krankenkassen eine Rahmenvereinbarung zu schließen, die die Einführung der **elektronischen Gesundheitskarte für Asylbewerber** auch vor Ablauf der bisher geltenden 15-monatigen Aufenthaltsfrist vorsehen kann. Der Freistaat Thüringen plante eine solche Rahmenvereinbarung im Oktober 2016 abzuschließen, die ab Januar 2017 in Kraft treten soll.[118] Damit entfällt die Notwendigkeit zum Einholen einer Genehmigung der Ausländerbehörde vor dem Aufsuchen eines Arztes, der Leistungsumfang der Gesundheitsleistungen bleibt unverändert. Ob damit befürchtete Kostenaufwüchse verbunden sein werden oder eher Ersparnisse auf kommunaler Ebene aufgrund eines geringeren Verwaltungsaufwands zu verzeichnen sind, bleibt abzuwarten.

Für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge gelten die Regelungen zur Krankenhilfe aus dem Achten Sozialgesetzbuch.

---

[116] Jahresberichterstattung 2015 des Gesundheitsamts Sömmerda, V Blatt 5.2 Infektionsschutz.
[117] Auskunft der Ausländerbehörde Sömmerda vom 07.10.2016.
[118] Auskunft des TMMJV im Sozialausschuss des Thüringischen Landkreistags (ThLKT) am 21.09.2016.

2.4 Gesundheitliche Versorgung und Infrastruktur

2.4.1 Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

Das System der Gesundheitsversorgung ist in Deutschland kleingliedrig und föderal organisiert. Einen wichtigen regionalen Beitrag leisten die Gesundheitsämter.

Im Landratsamt Sömmerda umfasst das **Gesundheitsamt** neun Fachbereiche: Amtsärztlicher Dienst, Schulärztlicher Dienst, Jugendzahnärztlicher Dienst, Hygiene, Gesundheitsförderung, Behindertenberatung, Betreuungsbehörde, Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi) und Archiv.

Organisatorisch ist es dem Dezernat für Soziales, Familie, Gesundheit, Schule angegliedert. Die Amtsärztin ist gleichzeitig Amtsleiterin. Kernaufgabe des Gesundheitsamts ist es, auf gesundheitlich einwandfreie Lebensverhältnisse aller Menschen im Landkreis Sömmerda hinzuwirken. Für die Erfüllung dieses Auftrags stellte der Kreis 2015 22,5 Personalstellen (VbE = Vollbeschäftigteneinheit) zur Verfügung.[119]

2.4.2 Ambulante und stationäre medizinische Versorgung

Laut Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen gibt es im Landkreis Sömmerda zum **88 Ärzte**[120] **und 63 Zahnärzte**[121].

Für die **hausärztliche Versorgung** sieht der Gemeinsame Bundesausschuss[122] in seiner am 06.01.2016 in Kraft getretenen Bedarfsplanungs-Richtlinie einen Schlüssel von 1.671 Einwohner auf einen Hausarzt vor.[123]

Betrachtet man unter diesem Aspekt den Landkreis Sömmerda, dann kommen auf 70.600 Einwohner 35 Hausärzte[124], was einem **Versorgungsgrad von 82,8 %**[125] entspricht. Hierbei kann man noch nicht von einer Unterversorgung sprechen, da eine solche laut GKV-Spitzenverband erst dann vorliegt, wenn die vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebenen Werte um mehr als ein Viertel unterschritten werden. Tatsächlich besteht laut Kassenärztlicher Vereinigung Thüringen (KVT) eine Differenz von **vier Stellen** zwischen vorgesehenen und tatsächlich besetzten Hausarztstellen, somit bestünde noch eine **Zulassungsmöglichkeit** in entsprechender Höhe für die **hausärztliche Versorgung** im Landkreis Sömmerda.

---

[119] Jahresberichterstattung 2015 des Gesundheitsamts Sömmerda, I Blatt 1.1 Personelle Ausstattung des Gesundheitsamts.

[120] KVT-Auswertung vom 31.01.2017 zum Stichtag 31.12.2015.

[121] TLS: Hauptberuflich tätige voll- und teilzeitbeschäftigte Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und öffentliche Apotheken am 31.12.2015. Onlinequelle: http://www.tls.thueringen.de/datenbank/portrait.asp?auswahl=krs&nr=68&vonbis=&TabelleID=kr001403 (abgerufen am 07.10.2016).

[122] Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Siehe Onlinequelle: www.g-ba.de/ (abgerufen am 25.01.2017).

[123] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in Kraft getreten am 17. Dezember 2015, § 11 Abs. 4 i.V.m. Anlage 3.3: Raumordnungsregionen.

[124] KVT-Auswertung vom 31.01.2017 zum Stichtag 31.12.2015.

[125] Eigene Berechnung auf Basis der Vorgaben des GKV-Spitzenverband: Faktenblatt Bedarfsplanung und Versorgung, S. 4. Onlinequelle: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/bedarfsplanung_2/Faktenblatt_Bedarfsplanung_ohne_Karten_2014_05_16.pdf (abgerufen am 07.10.2016). Der Versorgungsgrad berechnet sich als Produkt aus Verhältniszahl, aktueller Arztzahl und 100 geteilt durch die aktuelle Einwohnerzahl.

Einen **zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf** stellte der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen explizit für die **Grundzentren Elxleben, Straußfurt und Weißensee** fest. Um die künftige hausärztliche Versorgung hier sicherzustellen, sollen Praxisübernahmen mit einem jeweiligen Investitionskostenzuschuss in Höhe von 60.000 Euro gefördert werden.[126]

Für die **allgemeine fachärztliche Versorgung** gilt eine Unterversorgung dann, wenn der Versorgungsgrad unter 50 % liegt. Eine Überversorgung wird stets dann festgestellt, wenn die lokale Verhältniszahl die allgemeinen Vorgaben um 10 % überschreitet. Für den Landkreis Sömmerda können aus den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Verhältniszahlen[127] sowie den Angaben der KVT zu den Arztzahlen zum Stichtag 31.12.2015 folgende Versorgungsgrade berechnet werden:

Fachärzte	Verhältniszahlen (Arzt je n Einwohner)	Ärzte im Landkreis Sömmerda	Versorgungsgrad
Augenärzte	22.151	3	94,1 %
Chirurgen	42.318	4	239,8 %
Frauenärzte	6.371	7	126,2 %
Hautärzte	41.924	2	118,8 %
HNO-Ärzte	33.071	3	140,5 %
Nervenärzte	31.938	3	135,7 %
Orthopäden	26.281	5	186,1 %
Psychotherapeuten	8.587	9	109,5 %
Urologen	49.573	2	140,4 %
Kindermediziner	3.990	6	224,2 %

Demnach wird außer bei der Versorgung mit Augenärzten in allen anderen Bereichen der vorgegebene Versorgungsgrad (deutlich) **übererfüllt**. Betrachtet man die Facharztstellen und nicht die Anzahl der Personen und vergleicht diese mit den Soll-Vorgaben, so gibt es entsprechend der Vorgaben der KVT eine **bedarfsgerechte Stellenbesetzung** bei Frauen-, Haut- und Nervenärzten sowie Psychotherapeuten und Urologen. Bei den Facharztgruppen der Chirurgen, der HNO-Ärzte, der Orthopäden und der Kindermediziner werden die Soll-Vorgaben überschritten und bei den Augenärzten unterschritten.[128] Laut Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bestehen aktuell keine Zulassungsmöglichkeiten für den Landkreis Sömmerda für die allgemeine fachärztliche Versorgung.[129]

Der Gemeinsame Bundesausschuss unterscheidet weiterhin die **spezialisierte fachärztliche Versorgung**, wozu Anästhesisten, Fachinternisten, Kinder- und Jugendpsychiater sowie Radiologen zählen, sowie die **gesonderte fachärztliche Versorgung**, zu der Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner, Strahlentherapeuten und Transfusionsmediziner gehören. Die Verhältniszahlen beziehen sich dabei nicht nur auf den Landkreis als Planungsbereich, sondern auf die gesamte Raumordnungsregion Mittelthüringen, wozu auch die Kreise Gotha und Weimarer Land, der Ilm-Kreis sowie die kreisfreien Städte Erfurt und Weimar zählen, bzw. den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung. Damit liegen diese Angaben teilweise weit

[126] KVT-Rundschreiben 12/2016, Anlage 4.
[127] Die Angaben beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung. Die Verhältniszahl der Kinderärzte bezieht sich auf die „bis unter 18-Jährigen“ (31.12.2015: 10.677 Personen). Die Verhältniszahl der Frauenärzte bezieht sich auf die weibliche Bevölkerung (31.12.2015: 35.326 Personen).
[128] KVT-Auswertung vom 31.01.2017 zum Stichtag 31.12.2015.
[129] Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 08.11.2016, wirksam ab: 02.12.2016.

über den Einwohnerzahlen des Landkreises, weshalb von einer detaillierten Darstellung abgesehen wird. Zum 31.12.2015 gab es laut KVT im Landkreis Sömmerda **einen Facharzt für Anästhesiologie, vier Fachinternisten, einen Neurochirurgen, einen Radiologen und zwei Strahlentherapeuten.**

Die **räumliche Verteilung** der niedergelassenen Ärzte weist große regionale Unterschiede auf. Über die Hälfte der Ärzte hat ihre Praxis in Sömmerda. Dabei gibt es eine starke Konzentration von Fachärzten in der Kreisstadt.

Laut Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen betrug das **Durchschnittsalter der Ärzteschaft** im Landkreis Sömmerda im Betrachtungszeitraum **52,8 Jahre**, bei der Gruppe der Hausärzte sogar 55,9 Jahre. Im Vergleich war die Ärzteschaft in Thüringen 2015 im Schnitt 53,2 Jahre, die Hausärzte 54,5 Jahre alt.[130]

Neben der ambulanten gibt es auch **stationäre medizinische Versorgung** im Landkreis: Das **Krankenhaus in Sömmerda** ist ein Akutkrankenhaus mit regionalem Versorgungsauftrag und hat eine Bettenkapazität von 182 Betten. Jährlich werden hier rund 9.300 Patienten stationär und rund 14.000 Patienten ambulant behandelt. Das Behandlungsspektrum umfasst **acht Fachabteilungen**: Allgemein- und Viszeralchirurgie (Adipositaschirurgie, Tumorchirurgie, minimal invasive Chirurgie, Beckenbodenchirurgie), Unfallchirurgie/Orthopädie, Anästhesieabteilung, interdisziplinäre Intensivtherapiestation, Innere Medizin (Schwerpunkt Kardiologie mit Herzkatheterlabor), gynäkologische Abteilung (als „Brustzentrum Mittelthüringen“ zertifiziert), Geburtshilfe sowie Kinder-und Jugendmedizin. [131]

Ergänzt wird die medizinische Versorgung durch die **31 Apotheker in 16 öffentlichen Apotheken** im Landkreis Sömmerda. Hier beträgt das Versorgungsverhältnis 2.277 Einwohner auf einen Apotheker.[132] Mit diesem Wert liegt der Kreis im unteren Thüringer Mittelfeld, eine dichtere Versorgungsstruktur weisen vor allem die kreisfreien Städte (mit Ausnahme von Suhl) auf.

Neben der Versorgung mit Arzneimitteln kommt den Apotheken die wichtige Aufgabe der Beratung bei Arzneimittelwirkung und -wechselwirkung, insbesondere bei **Polymedikation** (Multimedikation), der Parallel-Einnahme mehrerer verschiedener Medikamente, zu. Rund ein Viertel aller Erwachsenen nehmen laut einer Forsa-Umfrage im Auftrag des Deutschen Apothekertags dauerhaft drei oder mehr Medikamente gleichzeitig ein.[133] In Thüringen liegt der Wert mit 27 % sogar noch höher als im Bundesdurchschnitt, wobei über die Hälfte der Befragten angibt, dazu keine schriftliche Anweisung des Arztes zur Einnahme der Medikamente (Medikamentenplan) zu haben.

Da eine wesentliche Ursache für Polymedikation in der Multimorbidität der Patientenschaft gesehen wird[134], muss davon ausgegangen werden, dass sich das Problem mit dem Ansteigen des durchschnittlichen Bevölkerungsalters eher noch vergrößern wird. Hier könnten Aufklärung- und Informationskampagnen ansetzen.

Ergänzend zur medizinischen Versorgung bedarf es bei wachsenden Einschränkungen, den eigenen Alltag selbstständig zu bewältigen, oder gegebenenfalls auch beim Auftreten chronischer Multimorbi-

---

[130] KVT-Auswertung vom 31.01.2017 zum Stichtag 31.12.2015.
[131] Nach eigenen Angaben. Onlinequelle: http://www.krankenhausspiegel-thueringen.de/krankenhausportraits-a-z/drk-krankenhaus-soemmerda/ (abgerufen am 07.10.2016).
[132] TLS: Hauptberuflich tätige voll- und teilzeitbeschäftigte Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und öffentliche Apotheken am 31.12.2015. Onlinequelle: http://www.tls.thueringen.de/datenbank/portrait.asp?auswahl=krs&nr=68&vonbis=&TabelleID=kr001403 (abgerufen am 07.10.2016).
[133] Deutscher Apothekertag (2015): Probleme mit Polymedikation.
[134] ABDA (2016): Faktenblatt Polymedikation, S. 1.

ditäten erhöhter pflegerischer Hilfestellung. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist in § 14 SGB XI gesetzlich normiert. Anknüpfend ist die ambulante wie stationäre Pflege ebenfalls im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung zu betrachten.

Zur medizinischen Infrastruktur zählt auch der **Rettungsdienst**. Nach dem Thüringer Rettungsdienstgesetz ist der Landkreis Träger des bodengebundenen Rettungsdiensts, einschließlich der Berg- und Wasserrettung. Der Landkreis hat die Durchführung des Rettungsdiensts vertraglich dem DRK Kreisverband Sömmerda/Artern und dem ASB Kreisverband Sömmerda übertragen. Dazu werden im Landkreis Rettungswachen mit den erforderlichen Rettungsmitteln und dem notwendigen Personal in Sömmerda, Kölleda, Kindelbrück, Guthmannshausen und Schloßvippach unterhalten. In diesen Rettungswachen sind insgesamt fünf Rettungstransportwagen (RTW) und zwei Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF) für die Notfallrettung und zwei Krankentransportwagen (KTW) für den Krankentransport stationiert. Während alle RTW und ein NEF 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr zum Einsatz bereit stehen, sind ein NEF für acht Stunden an Wochentagen und die KTWs zehn bzw. acht Stunden wochentags in der Vorhaltung.

Auf den Rettungsfahrzeugen sind insgesamt 54 Rettungsassistenten und Sanitäter im Schichtdienst eingesetzt. Einige von ihnen haben 2016 die Zusatzqualifikation zum Notfallsanitäter erworben. Eine Mitarbeiterin beim Landratsamt sorgt für die Abrechnung aller Rettungsdiensteinsätze gegenüber den Krankenkassen und weiteren Kostenträgern. Im Jahr 2015 wurden insgesamt 12.316 Einsätze durchgeführt, davon waren 7.032 RTW- und 2.970 NEF-Einsätze mit dem Notarzt. Die Tendenz der Einsatzzahlen ist weiter steigend. Die Einsätze werden durch eine zentrale Rettungsleitstelle in der Landeshauptstadt Erfurt, ständig erreichbar über die Notrufnummer 112, vermittelt. Ein vom Landrat bestellter Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) überwacht Organisation und Ablauf der Notfallrettung sowie die medizinische Weiterbildung des eingesetzten nichtärztlichen Personals. Der ÄLRD ist gleichzeitig im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen für die Einsatzplanung der Notärzte auf den Notarztfahrzeugen verantwortlich.

Zur Sicherstellung der rettungsdienstlichen Versorgung bei größeren Notfallereignissen unterhalb der Katastrophenschwelle mit mehreren Verletzten oder Erkrankten kommen ein Leitender Notarzt und ein Organisatorischer Leiter zum Einsatz. Diese sind im Rahmen der kommunalen Gemeinschaftsarbeit mittels eines Vertrags mit der Stadt Erfurt bestellt und werden von dieser ständig einsatzbereit vorgehalten.

2.4.3 Pflege und Palliativversorgung

Im Landkreis Sömmerda gab es zum Stichtag 15.12.2013 **17 ambulante und 12 stationäre Pflegeeinrichtungen**. Die 12 stationären Einrichtungen verfügen insgesamt über 710 Plätze, davon 638 vollstationäre, was einer vollstationären Versorgungskapazität von 41,6 Plätzen auf 1.000 Einwohner der Altersgruppe über 65 Jahre entspricht. Der Thüringer Durchschnitt liegt bei 48,3 Plätzen auf 1.000 Über-65-Jährige. Im Ranking der kreisfreien Städte und Landkreise liegt der Landkreis Sömmerda damit auf Platz 5.[135]

[135] TLS, Statistischer Bericht (2015): Ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen in Thüringen am 15.12.2013.

Insgesamt wurden zum Stichtag 571 Menschen in vollstationärer Dauerpflege und 19 Personen in Kurzzeitpflege betreut. Somit errechnet sich eine tatsächliche **Quote vollstationärer Versorgung** bezogen auf die Gesamtbevölkerung **von 0,83 %**[136].

Dabei variieren die Kapazitäten vollstationärer Versorgung in den einzelnen Sozialräumen stark, wie die nachfolgende Aufstellung zeigt:

		vollstationäre Pflegeeinrichtungen*			
Sozialraum	Bevölkerung gesamt (Stichtag 31.12.2013)	kalkulatorischer Bettenbedarf (Quote 0,83%)	Betten-ange-bot[137]	Saldo	tatsächliche Belegung[138] (2015)
Erfüllende Gemeinde Elxleben	3.341	28	0	-28	0
Stadt Sömmerda	19.065	159	243	84	237
Stadt Weißensee	3.417	28	52	24	52
VG An der Marke	4.070	34	0	-34	0
VG Buttstädt	6.824	57	41	-16	40
VG Gera-Aue	4.973	41	66	25	66
VG Gramme-Aue	5.163	43	0	-43	0
VG Kindelbrück	5.730	48	0	-48	0
VG Kölleda	11.118	93	222	129	204
VG Straußfurt	7.132	59	0	-59	0
Landkreis Sömmerda	**70.833**	**590**	**624**	**32**	**599**

** Bitte beachten: In dieser Aufstellung sind Neubauten nach 2013 nicht berücksichtigt. Auch Angebote betreuter Wohnformen sind nicht berücksichtigt.*

Zum Stichtag 15.12.2013 befanden sich 799 Menschen im Landkreis Sömmerda in ambulanter Versorgung, was einer **ambulanten Versorgungsquote von 1,1 %** gemessen an der Gesamtbevölkerung entspricht.[139]

Am unmittelbaren Lebensende kann es notwendig sein, pflegerische Versorgung mit palliativmedizinischen und sterbebegleitenden Elementen zu ergänzen. Ein gesetzlicher Anspruch auf **Hospiz- und Palliativberatung** durch die Krankenkassen ist in § 37b SGB V normiert. Die sog. „**Palliative Care**“ hat zum Ziel, die Lebensqualität von Patienten zu verbessern. In der Palliativmedizin wie in der Hospizbewegung geht es um die symptomlindernde Behandlung und Begleitung von nicht mehr heilbaren Kranken, um ihnen Lebensqualität am Lebensende zu bewahren.

Im Landkreis Sömmerda bietet der Ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienst Sondershausen - Sömmerda - Artern Beratung, Begleitung und Linderung. Er fühlt sich der Hospizidee verpflichtet, die vor allem für ein Leben bis zuletzt nach eigenen Vorstellungen und in vertrauter Umgebung steht.[140]

---

[136] Dieser Wert ergibt sich zum Stichtag 31.12.2013 aus dem Verhältnis der Pflegebedürftigen in vollstationärer Versorgung zur Gesamteinwohnerzahl am 31.12.2013 (70.833). Eigene Berechnung auf Datenbasis des TLS.
[137] Das Bettenangebot basiert auf den Auskünften der (sieben) vollstationären Einrichtungen im Landkreis Sömmerda gegenüber dem Gesundheitsamt Sömmerda und berücksichtigt ausschließlich vollstationäre Plätze.
[138] Die tatsächliche Belegung bezieht sich auf die Angaben zur Anzahl Versorgter laut Transparenzbericht im Rahmen der Qualitätsprüfung nach § 114Abs. 1 SGB XI, einsehbar unter www.aok-pflegeheimnavigator.de. Alle Angaben stammen aus dem Jahr 2015.
[139] TLS, Statistischer Bericht (2015): Ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen in Thüringen am 15.12.2013. Eigene Berechnung.
[140] Siehe www.novalis-diakonie.de/soemmerda-hospizdienst.html (abgerufen am 18.01.2015).

Spezielle ambulante Palliativversorgung (SAPV) ist eine Leistung, die von einem Arzt verordnet und von einem palliativ-pflegerischen Team (speziell geschulte Ärzte und Pflegefachkräfte) erbracht wird. Sie umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen sowie eine umfassende Schmerztherapie und Symptomkontrolle in der Häuslichkeit. Im Landkreis Sömmerda wird SAPV durch einen freien Träger[141] realisiert.[142]

Stationäre Palliativversorgung bzw. Hospize gibt es im Umland, etwa in Nordhausen, Tambach-Dietharz (Kinderhospiz), Eisenach und Bad Berka.

Informativ ist im Zusammenhang mit Pflege und medizinischer Versorgung auch die Frage nach der Wertschöpfung im Gesundheitssegment und einer Beschreibung der personellen Ressourcen.

2.4.4 Erwerbstätige in der Gesundheitswirtschaft

Im **Pflegebereich** waren zum Stichtag 15.12.2013 **692 Beschäftigte** tätig, davon 293 Personen im ambulanten Sektor und 399 Personen im stationären Sektor.

Hinzu kommen 88 Ärzte, 63 Zahnärzte, schätzungsweise 450 Beschäftigte in den Arztpraxen, 26 Apotheker mit schätzungsweise 85 Apothekenbeschäftigten und rund 280 Beschäftigte im Krankenhaus. Darüber hinaus zählen rund 80 Personen hinzu, die in Heilberufen tätig sind, wie etwa Hebammen, Podologen oder Ergotherapeuten, und 15 Beschäftigte im Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie etwa 50 Rettungssanitäter, -assistenten bzw. Notfallsanitäter.[143]

Mittels dieser qualifizierten Schätzung ergibt sich, dass über **1.800 Personen im medizinischen Sektor** im Landkreis Sömmerda tätig sind. Insgesamt gab es im Landkreis Sömmerda 2013 22.461 sozialversicherungspflichtige Beschäftigte. Demnach machen die Beschäftigten im **Gesundheitssektor** einen **nicht unerheblichen Anteil aller Beschäftigten** aus.

2.5 Sozialversicherung und Gesundheitsausgaben

Das soziale Sicherungssystem in Deutschland ist umfassend. Für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung stehen die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung und die soziale Pflegeversicherung mit sich ergänzenden Leistungen zur Verfügung. Ergänzt wird das gesetzliche Sicherungssystem durch private Anbieter. Seit 2009 besteht in Deutschland Krankenversicherungspflicht.

Die Sozialversicherung ist zu großen Teilen beitragsfinanziert. Die bundeseinheitliche **Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung** beträgt 50.850 Euro im Jahr 2016 (2015: 49.500

---

[141] Palliatus – Palliative Care Team Weimar, im Internet: http://palliatus.com/ (abgerufen am 14.11.2016).
[142] Weitere Informationen über die thüringenweite Versorgung unter: http://www.krankenhausspiegel-thueringen.de/begleitung-schwerstkranker/ambulante-versorgung/ (abgerufen am 14.11.2016).
[143] Eigene Berechnungen und Schätzungen auf Datenbasis des TLS: Hauptberuflich tätige voll- und teilzeitbeschäftigte Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und öffentliche Apotheken am 31.12.2013 nach Kreisen in Thüringen i.V.m. TLS: Beschäftigte in Apotheken nach Berufsgruppen am 31.12.2013 in Thüringen, der Eigenangabe des DRK Krankenhauses auf http://www.krankenhausspiegel-thueringen.de/krankenhausportraits-a-z/drk-krankenhaus-soemmerda/ sowie der Jahresberichterstattung 2015 des Gesundheitsamts Sömmerda, I Blatt 1.1. personelle Ausstattung des Gesundheitsamts sowie III Blatt 3.1 Berufsaufsicht. Annahme: Auf jeden der 88 niedergelassenen Ärzte und 63 Zahnärzte kommen drei Beschäftigte Praxispersonal.

Euro). Arbeitnehmer, deren Einkünfte über dieser Bemessungsgrenze liegen, können sich auch privat versichern. In Thüringen sind 91,7 % der Einwohner gesetzlich krankenversichert.[144]

Ergänzende Sozialleistungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie etwa Sozialhilfe, Asylbewerberleistungen oder Kriegsopferfürsorge, aber auch Dienstleistungen für die Gesamtbevölkerung, wie etwa der öffentliche Gesundheitsschutz, werden zudem aus Steuermitteln finanziert.[145]

Gesundheitsausgaben werden in Deutschland nach dem von der OECD vorgelegten SHA-Standard (SHA = System of Health Accounts) ausgewiesen. Sie berücksichtigen „alle Ausgaben für Aktivitäten oder Güter, die von Einrichtungen und Individuen durchgeführt oder bereit gestellt werden, und die dabei medizinisches, hilfsmedizinisches oder pflegerisches Wissen oder die dafür erforderlichen Technologien anwenden“[146], die mit dem Ziel, Gesundheit zu fördern, Krankheiten zu heilen oder Personen zu versorgen, erbracht werden bzw. Investitionen in das Gesundheitssystem darstellen.

Rund drei Viertel der Gesundheitsausgaben beruhen auf Leistungen, die ärztlich erbracht bzw. veranlasst wurden, demnach steuern Ärzte in erheblichem Umfang die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens.[147]

2013 betrugen die **Gesundheitsausgaben** in Deutschland rund 315 Mrd. Euro, was 11,2 % des Bruttoinlandsprodukts entspricht. Im gleichen Jahr fielen **in Thüringen** 8,7 Mrd. Euro im Gesundheitswesen an, was hier 16,5 % des BIP bedeutet.[148]

Dies entspricht einem **Pro-Kopf-Betrag von 4.019 Euro für Thüringen**, der damit fast 100 Euro über dem deutschen Durchschnittswert (3.910 Euro) liegt.[149]

Der größte Anteil der Gesundheitsausgaben sind die **Krankheitskosten**, die sich neben den ärztlichen und pflegerischen bzw. therapeutischen Leistungen auch aus Waren, Transporten, Verwaltungsleistungen sowie Unterkunft, Verpflegung und Prävention zusammensetzen.

Eine genaue Bezifferung der **Krankheitskosten bestimmter Risikofaktoren** lässt sich indes nicht bzw. nur indirekt vornehmen, da die Krankheitskostenrechnung stets nur auf die Diagnose einer Krankheit, nicht aber auf ihre (mögliche) Ursache abzielt.[150]

Neben den direkten Kosten, die durch die Vorbeugung, Behandlung und Nachsorge von Krankheiten entstehen, gibt es auch volkswirtschaftliche Kosten, die aus Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigem Tod der erwerbstätigen Bevölkerung resultieren. Man berechnet diese Kosten in Form von **verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren** der erwerbsfähigen Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren.[151] Für Deutschland ergab sich 2008 ein Wert von 4,251 Millionen Jahren.[152]

Ressourceneinsparungen sind über Prozessinnovationen durch den **medizinisch-technischen Fortschritt** abbildbar, im gleichen Kontext können Ausgabensteigerungen aber auch durch neue Diagnose-

---

[144] Eigene Berechnung auf Datenbasis des TLS: Bevölkerung, darunter Ausländer, nach Geschlecht und Kreisen in Thüringen i.V.m. BMG KM6-Statistik, Stichtag 31.12.2014 bzw. 01.07.2014.
[145] RKI (2009), Heft 45, S. 10.
[146] Vgl. RKI (2009), Heft 45, S. 8.
[147] RKI (2009), Heft 45, S. 17 f.
[148] TLS, Online Gesundheitsportal: Gesundheitsausgaben in Deutschland und Thüringen 2008 bis 2013, Onlinequelle: http://www.statistik.thueringen.de/GBE/index.asp?id=indikatoren&art=tabelle&tf=10&tab=001&typ=B (abgerufen am 20.09.2016).
[149] Statistische Ämter der Länder, Gesundheitsökonomische Gesamtrechnung der Länder (GGRdL), Onlinequelle: http://www.ggrdl.de/GGR/A_P_VI_t_2008_2013.pdf (abgerufen am 20.09.2016).
[150] RKI (2009), Heft 48, S. 11.
[151] RKI (2009), Heft 48, S. 26.
[152] Statistisches Bundesamt (2010), Krankheitskosten, S. .

und Therapiemöglichkeiten hervorgerufen werden.[153] Exemplarisch sei hier auf die Erhöhung der Lebenserwartung verwiesen, die auch mit der Vermehrung chronischer Krankheitsverläufe einhergeht.

Ein zusätzlicher Kostenfaktor ist die **demografische Alterung** unserer Gesellschaft. Grundsätzlich ist mit einem Anstieg von Krebserkrankungen und chronischen Krankheiten zu rechnen, die im Alter häufiger auftreten. Auch steigt das Risiko von Multimorbidität im Alter an. Die steigenden Krankheitskosten sowie der steigende Pflegebedarf müssen aber mit einem sinkenden Erwerbstätigenpotenzial bewältigt werden.[154]

Für den Landkreis Sömmerda sollen nachfolgend exemplarisch einige **Kostenpositionen im Gesundheitssystem für das Jahr 2015** skizziert werden, die für den Kreishaushalt eine gewisse Relevanz besitzen:
Im Rahmen der **medizinischen Grundversorgung von Asylbewerbern** nach AsylbLG brachte der Kreis insgesamt 265.496,22 Euro auf, darunter 2.158 Euro für Schwangerschaftsmehrbedarf und 4.608 Euro für Baby-Erstausstattung.[155] Ein großer Teil dieser Kosten wird vom Land Thüringen erstattet.

Für Personal-, Fahrzeug- und Sachkosten im **Rettungsdienst** veranschlagte der Landkreis rund 2.675.000 Euro im Kreisetat. Ein RTW-Einsatz kostete 2015 rund 315 €, ein NEF-Einsatz rund 209 € und ein KTW-Einsatz rund 110 €. Hinzu kamen Pauschalen für die Einsatzvermittlung durch die Rettungsleitstelle und Pauschalen für den Einsatz des Notarztes.[156] Ein großer Teil dieser Kosten wird im Rahmen der Abrechnung von den Krankenkassen erstattet.

Hilfen zur Gesundheit nach Sozialgesetzbuch XII für bedürftige Menschen, die nicht krankenversichert sind, gewährte der Kreis im Jahr 2015 in Höhe von 114.099,31 Euro. Anspruchsberechtigt waren im Jahresmittel 17 Personen.[157]

3 Schutz- und Risikofaktoren

Die Gesundheit eines Individuums ist nicht nur abhängig von den genetischen Voraussetzungen, Alter und Geschlecht, sondern wird maßgeblich beeinflusst vom **individuellen Verhalten**, den **persönlichen und sozialen Ressourcen** sowie der **Umwelt**. Daher lassen sich verschiedene Schutzfaktoren identifizieren, die die Gesundheit erhalten, Heilung fördern und die Lebenserwartung steigern. Gleichermaßen gibt es Risikofaktoren, die Krankheiten begünstigen und das Leben verkürzen.

Gesundheit kann demnach als ein **Stadium des Gleichgewichts von Schutz- und Risikofaktoren** verstanden werden, „das eintritt, wenn einem Mensch eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt.“[158]

Wenn diese Faktoren also vom Menschen selbst oder der Gesellschaft beeinflussbar sind, bieten sie vielerlei Anknüpfungspunkte für die Gesundheitsförderung. Das diesbezügliche Potenzial ausgewählter Schutz- und Risikofaktoren soll im Folgenden dargestellt werden.

---

[153] RKI (2009), Heft 45, S. 11.
[154] Nowossadeck (2012), GBE kompakt, S. 6.
[155] Auskunft der Ausländerbehörde Sömmerda vom 07.10.2016.
[156] Auskunft des Ordnungsamts des Landkreises Sömmerda vom 15.11.2016.
[157] Eigene Berechnung auf Basis der Geschäftsstatistik des Sozialamts für 2015 sowie den Haushaltspositionen.
[158] Vgl. Hurrelmann (2010): Gesundheitssoziologie, S. 146.

3.1 Gesundheitsverhalten

Es gibt **gesundheitsförderliche und gesundheitsgefährdende Lebensweisen**. Der Lebensstil eines Individuums hat maßgeblichen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden, so sind bestimmte Essgewohnheiten, aber auch die Menge und Zusammensetzung von Mahlzeiten, das tägliche Maß an Bewegung, der Konsum von Drogen, Alkohol oder Tabak Einflussfaktoren, die es im Folgenden näher zu betrachten gilt.

3.1.1 Ernährung und Bewegung

Eine **gesunde Ernährung** leistet einen wichtigen Gesundheitsbeitrag. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. hat auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation WHO[159] beispielsweise zehn Regeln für eine vollwertige Ernährung ausgegeben, die als Richtschnur dienen können[160].

Außerdem existieren Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr, die von den jeweiligen Fachgesellschaften für Ernährung der drei deutschsprachigen Länder Deutschland (D), Österreich (A) und Schweiz (CH) ausgegeben wurden, die sog. **D-A-CH-Referenzwerte**.[161]

Ernährung wird zu einem Risikofaktor für die Gesundheit, sobald Tendenzen zu einer Über- oder Unterversorgung des Organismus vorliegen, die zu Über- oder Untergewicht führen. In diesem Zusammenhang besonders gesundheitsrelevant ist krankhaftes Übergewicht, die sog. **Adipositas**. Von Adipositas spricht man, wenn der Body Mass Index (BMI) einer Person den Wert von 30 kg/m^2 übersteigt.

Adipositas ist Ursache diverser körperlicher Beschwerden, wie etwa **Kurzatmigkeit** und **Gelenkschmerzen**, und steht im Zusammenhang mit anderen chronischen Erkrankungen, am häufigsten mit Bluthochdruck (**Arterielle Hypertonie**), **Typ 2-Diabetes** und **koronaren Herzkrankheiten**. Diese Begleiterkrankungen können zusammen beispielsweise ein **erhöhtes Herzinfarktrisiko** bewirken, wobei ein Herzinfarkt wiederum einen hohen Verlust von Lebensjahren bedeutet (hoher PYLL-Wert). Aber auch viele andere Folgeerkrankungen korrelieren mit Übergewicht, z.B. **Schlaganfälle, Schlafapnoe-Syndrom, Gicht, Gallensteine, Arteriosklerose, Krebserkrankungen**. Darüber hinaus stehen orthopädische (u.a. **Arthrose**) und psychosoziale Komplikationen (u.a. **Angststörungen** und **Depressionen**) im Zusammenhang mit Adipositas. Ihnen allen gemein ist die massive Abnahme von Wohlbefinden, was wiederum eine Abnahme von gesundheitsbezogener Lebensqualität bedeutet. Außerdem belegen Studien, dass das **allgemeine Mortalitätsrisiko** ab einem BMI von 30 mit steigendem BMI ansteigt, vor allem in jüngeren Jahren.[162]

Aufgrund der Vielzahl der Folge- und Begleiterkrankungen ist Adipositas ein ernstzunehmender Risikofaktor, dessen Eindämmung einen großen Nutzen für die Gesundheit des Individuums wie auch der Gesellschaft hat. Adipositas lässt sich durch Reduzierung der Kalorienaufnahme und Erhöhung des

[159] WHO (2015): Fact Sheet No. 394 – Healthy diet.
[160] Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2013): Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. Onlinequelle: http://www.dge.de/fileadmin/public/doc/fm/10-Regeln-der-DGE.pdf (abgerufen am 11.10.2016).
[161] Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Österreichische Gesellschaft für Ernährung, Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung, Schweizerische Vereinigung für Ernährung (Hrsg.) (2015): Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr, 2. Auflage, 1. Ausgabe, Bonn.
[162] RKI (2005), Heft 16, S. 15 ff.

Energieverbrauchs bekämpfen, demnach müssen **gesunde Ernährung und Bewegungsförderung** zentrale Themen der Gesundheitsförderung sein und bereits im Stadium der Prävention ansetzen, da Ernährungsgewohnheiten und Bewegungs- wie Freizeitverhalten schon im Kindesalter erlernt werden.

Einen wichtigen Beitrag zur Bewegungsförderung kann **Sport** leisten, da Muskelaufbau den Kalorienverbrauch (Grundumsatz) steigert bei einer gleichzeitigen Reduktion der Fettmasse.

Einen relativ neuen Ansatz für Präventionsmaßnahmen bietet der Forschungszweig der „**perinatalen Programmierung**“, der die Ausprägung von Merkmalen im Mutterleib untersucht, die nicht genetisch bedingt, sondern auf Einflüsse während der Schwangerschaft zurückzuführen sind und maßgeblich spätere Ausprägung von chronischen Erkrankungen begünstigen.[163] Hierbei steht auch das Erkennen und konsequente Behandeln einer Schwangerschaftsdiabetes mit deren langfristigen Auswirkungen auf das Kind im Zentrum der Forschung.

3.1.2 Ungesunde Konsumweisen – Suchtverhalten

Unbestreitbar kann der Konsum psychotroper Substanzen, wie illegale Drogen, Alkohol und Tabak, zu psychischen und Verhaltensstörungen führen, die sich negativ auf die Gesundheit eines Individuums auswirken. In der Fachliteratur wie auch der ICD-10-Klassifikation werden verschiedene Konsummuster unterschieden, insbesondere die akute Intoxikation (akuter Rausch), der schädliche Gebrauch (Konsummuster, die zu einer Gesundheitsschädigung führen bzw. Konsum, trotz bereits eingetretener gesundheitlicher und/oder sozialer Schäden) und das Abhängigkeitssyndrom (Sucht).

Neben der stoffgebundenen Sucht sind auch substanzungebundene Abhängigkeiten bekannt, wie etwa Spiel- oder Kaufsucht, Internetabhängigkeit, Arbeitssucht etc., die sich vor allem negativ auf das soziale Umfeld einer Person auswirken können und damit letztendlich ebenfalls zu einem Gesundheitsrisiko werden können. Im Folgenden soll sich aber auf stoffgebundene Abhängigkeiten begrenzt werden.

Eine große Gefährdung für die Gesundheit geht von **Tabakkonsum** aus. Tabakrauch enthält zahlreiche Schadstoffe, die durch das Inhalieren in den Körper gelangen und dort die Organe schädigen. Neben **Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen** kann das Rauchen auch die Augen, den Zahnhalteapparat, das Muskel- und Skelettsystem und den Verdauungstrakt schädigen. Außerdem hat Tabakkonsum nachweislich **negative Auswirkungen auf** die **Hautalterung** und die **Fruchtbarkeit**.[164]

Rund 80 % aller **Lungenkrebs**fälle sind auf das Rauchen zurückzuführen. Außerdem haben Raucher ein höheres Risiko, an **Tuberkulose**, Grippe und Erkältungen zu erkranken.[165]

Besonders für Schwangere und deren ungeborene Kinder birgt Rauchen schwerwiegende gesundheitliche Risiken, wie **Frühgeburt**, vorzeitige **Plazentaablösungen** oder **Spontanabort** (Fehlgeburt). Neugeborene, deren Mütter in der Schwangerschaft geraucht haben, leiden häufiger an **Fehlbildungen** und weisen sowohl ein **verringertes Geburtsgewicht** wie auch eine **verringerte Geburtsgröße** auf und haben ein höheres Risiko, am plötzlichen Kindstod zu versterben. Dennoch rauchen in Deutschland und 12,1 % aller Schwangeren.[166]

---

[163] DGE Presseinformation (2009): Presse, DGE aktuell 01/2009 vom 28.01.2009, Onlinequelle: https://www.dge.de/presse/pm/praevention-beginnt-bereits-im-mutterleib/ (abgerufen am 13.10.2016).
[164] GEDA-Faktenblatt (2012): Rauchen, S. 1.
[165] DKFZ (2015): Tabakatlas Deutschland, S. 26.
[166] DKFZ (2015): Tabakatlas Deutschland, S. 28 f.

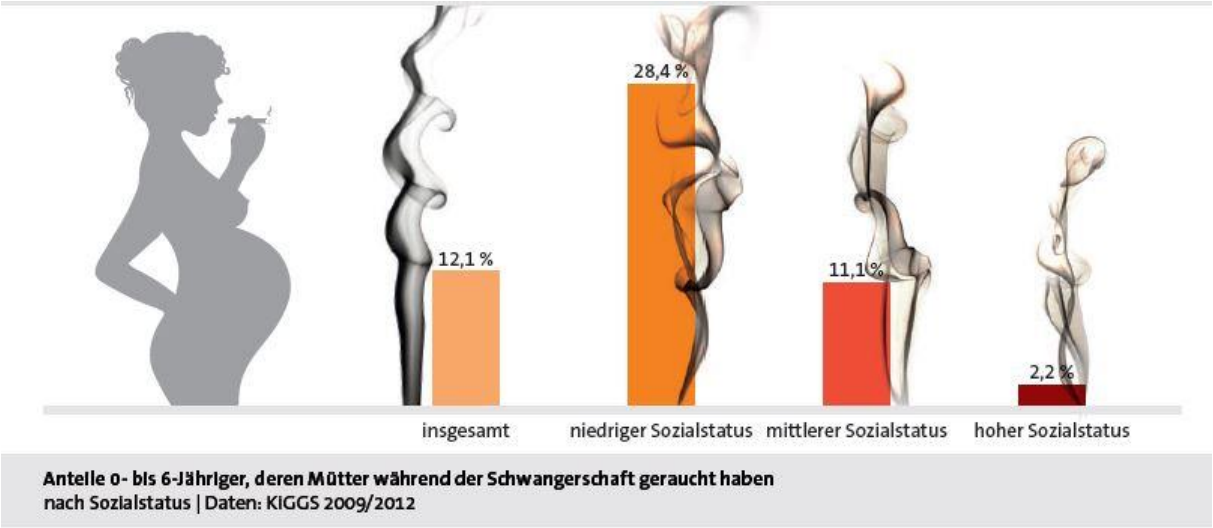

Abbildung 16: Quelle: Tabakatlas Deutschland 2015 des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ), S. 29.

Für das Jahr 2013 lassen sich in Thüringen 19,6 % aller Todesfälle bei Männern auf das Rauchen zurückführen (Frauen: 5,3 %), davon starben 86,5 % an Lungenkrebs (Frauen: 55,5 %).[167] Von den 1.184 Thüringern, die 2014 infolge von Tabakkonsum verstarben, waren 210 unter 60 Jahre alt.[168]

Ein zusätzliches Gesundheitsrisiko besteht für Menschen, die sich in einem Raum, in dem geraucht wird, aufhalten durch das sog. **Passivrauchen**. Das Erkrankungsrisiko für chronische Erkrankungen, die mit dem Tabakkonsum assoziiert sind, ist auch für Passivraucher erhöht. Kinder und Jugendliche sind besonders gefährdet, da sie aufgrund ihrer im Vergleich zu Erwachsenen erhöhten Atemfrequenz besonders viele Schadstoffe über die Atemluft aufnehmen.[169] Passivrauchen erhöht das Risiko für Asthma, Mittelohrentzündungen und Atemwegsinfekten. Der Anteil Jugendlicher, die täglich oder mehrmals wöchentlich einer Passivrauchbelastung ausgesetzt sind, liegt in Thüringen bei 18,3 %[170] und im Bundesvergleich bei 27,5 %[171].

Experten beziffern die jährlichen direkten **Kosten des Rauchens** für das deutsche Gesundheitssystem auf **25,41 Mrd. Euro**, die indirekten Kosten, die beispielsweise durch den frühen Tod von Rauchern, Erwerbsminderung und Arbeitsausfall entstehen, werden sogar auf **53,68 Mrd. Euro** geschätzt.[172]

Um sowohl die gesundheitlichen wie auch die volkswirtschaftlichen negativen Folgen des Rauchens zu bekämpfen, muss der gesetzlich normierte **Nichtraucherschutz** forciert werden. Außerdem bedarf es Aufklärungsarbeit, Rauchentwöhnungs- bzw. Rauchstopp-Kampagnen mit einem besonderen Fokus auf die Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen.

[167] DKFZ (2015): Tabakatlas Deutschland, S. 48 ff.
[168] TLS, Sterbefälle Thüringer Bürger infolge von Drogenkonsum nach Altersgruppen, Art der Droge und Geschlecht. Onlinequelle: http://www.tls.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=ld001420%7C%7C (abgerufen am 13.10.2016).
[169] DKFZ (2015): Tabakatlas Deutschland, S. 56.
[170] KiGGS Welle 1 – Modul Thüringen (2016), S. 68 f.
[171] 3. Gesundheitsbericht des Bundes (2015), S. 187.
[172] DKFZ (2015): Tabakatlas Deutschland, S. 66 f. mit Verweis auf eine Studie von Effertz (2015).

Ähnlich hohe Risiken für die Gesundheit ergeben sich durch (gefährlichen) **Alkoholkonsum**. Alkohol ist ein Zellgift und wirkt grundsätzlich toxisch auf Gewebe. Zur Einschätzung, ob Alkoholkonsum als gesundheitsgefährdend angesehen wird, kommen in der Wissenschaft verschiedene Verfahren zum Einsatz. So verwendet man in der empirischen Forschung beispielsweise den sog. „Alcohol Use Identification Test" (AUDIT), um eine **alkoholbezogene Störung** oder eine **Alkoholabhängigkeit** zu identifizieren.[173] Einen weiteren Kategorisierungsansatz für Trinkmuster und -mengen liefert der Frequenz-Mengen-Index (FM).

Die **Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)** definiert eine **risikoarme Schwellendosis** für Alkohol bei 24 g Reinalkohol pro Tag bei Männern und 12 g bei Frauen.[174] Werden diese Werte überschritten, kategorisiert dies riskanten Alkoholkonsum.[175] Dies entspricht etwa zwei kleinen Bier oder zwei Schnaps für Männer und einem kleinen Bier bzw. einem Schnaps für Frauen.[176]

Der **Epidemiologische Suchtsurvey (ESA)** des Bundesgesundheitsministeriums unterscheidet darüber hinaus **riskanten Konsum** (zwischen 24 und 60 g Alkohol pro Tag bei erwachsenen Männern und 12 bis 40 g bei Frauen), **gefährlichen Konsum** (Männer: 60-120 g, Frauen: 40-80 g) und **Hochkonsum** (Männer: über 120 g Reinalkohol täglich, Frauen: über 80 g).

Besonderer Bedeutung kommt dem **Alkoholkonsum in der Schwangerschaft** zu. Entgegen der früheren Auffassung, dass gelegentlicher und geringer Alkoholkonsum unschädlich sei, unterstreicht die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) eine **Null-Promille**-Empfehlung. Da der Alkoholstoffwechsel der Mutter, genetische Veranlagungen und die Alkoholdosis wie auch das jeweilige Entwicklungsstadium des Ungeborenen Einfluss auf die Auswirkungen der konsumierten Alkoholmenge haben, die nur schwer abschätzbar sind, kann keine Alkoholzufuhrmenge als ungefährlich angesehen werden.[177]

Im internationalen Vergleich wird oft der **Pro-Kopf-Konsum** von Alkohol zur Bewertung herangezogen. Dieser liegt in Deutschland bei etwa 10,0 Liter Reinalkohol im Jahr und damit weit über internationalem Durchschnitt.[178]

Zur Beurteilung des Gesundheitsrisikos von Alkoholkonsum werden unterschiedliche Statistikquellen herangezogen, etwa die Todesursachenstatistik, die Krankenhausstatistik, Unfallstatistiken und auch die polizeiliche Kriminalstatistik. Schwierig ist dabei die eineindeutige Zuweisung der Fallzahlen zu Alkoholkonsum als Hauptursache. So sind die jeweiligen Daten stets unter dem Aspekt der Zuordenbarkeit zu diskutieren.

Zu den dem riskanten Alkoholkonsum eindeutig zuordenbaren Erkrankungen (alkoholattributale Fraktion) zählen alkoholische **Leberzirrhose** und das **Alkoholabhängigkeitssyndrom**. Beachtenswert ist, dass die alkoholbedingte Sterblichkeit bei Männern etwa dreimal höher ist im Vergleich zu Frauen.[179] 2014 wurden in Thüringen 11.570 Patienten aufgrund alkoholassozierter Erkrankungen in einem Kran-

---

[173] Der AUDIT wurde im Rahmen des „World Health Organization Collaborative Project on the Detection and Management of Alcohol-related Problems in Primary Health Care" entwickelt. Außerdem gibt es eine Kurzversion (AUDIT-C), die nur aus drei Fragen besteht und beispielsweise bei der KiGGS-Studie zum Einsatz gekommen ist.
[174] Bühringer/Seitz (2010): Empfehlungen der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke.
[175] RKI (2008), Heft 40, S. 11.
[176] DHS (2015): Alkohol – Basisinformationen, S. 12.
[177] DGE Presseinformation (2015): Presse, DGE aktuell 09/2015 vom 06.10.2015, Onlinequelle: https://www.dge.de/presse/pm/null-promille-fuer-das-ungeborene-kind/ (abgerufen am 13.10.2016).
[178] 3. Gesundheitsbericht des Bundes (2015), S. 224.
[179] RKI (2008), Heft 40, S. 18.

kenhaus behandelt, wovon 184 verstarben. Der prozentuale Anteil von alkoholbedingten Krankenhausaufenthalten lag in Thüringen 2014 mit 1,9 % im Bundesdurchschnitt, die Sterbequote etwas darüber (TH: 1,5 %, D: 1,1 %).[180]

Eine besondere Form riskanten Alkoholkonsums ist das sog. **Rauschtrinken** (engl**. „binge drinking“**). Von Rauschtrinken spricht man, wenn zu einer Trinkgelegenheit fünf oder mehr alkoholische Getränke konsumiert werden.[181] Hierbei kann es zu einer akuten **Alkoholintoxikation** (Alkoholvergiftung) kommen, die nicht selten im Krankenhaus endet. In den vergangenen Jahren war zu beobachten, dass Rauschtrinken zu einem Jugendphänomen geworden ist.[182] Wenngleich die Zahlen zuletzt rückläufig waren, ist es dennoch besorgniserregend, dass beispielsweise die KiGGS-Untersuchung für Thüringen festgestellt hat, dass 13 % der Jugendlichen regelmäßiges Rauschtrinken praktiziert.[183]

Alkoholkonsum erhöht auch das **Unfallrisiko**, da er die physisch-motorische und kognitive Leistungsfähigkeit mindert.[184] Für Unfälle am Arbeitsplatz oder im häuslichen Umfeld gibt es keine statistisch belastbaren Daten, dafür aber aus der Verkehrsstatistik: Im Jahr 2014 gab es in Deutschland rund 21.300 **Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss**, davon endeten 260 tödlich. Rund zwei Drittel dieser Unfälle ereigneten sich innerhalb geschlossener Ortschaften.[185] Glücklicherweise sind die Zahlen seit vielen Jahren rückläufig, was u.a. auch auf das Herabsetzen der Promillegrenze zurückgeführt werden kann.

Im Zusammenhang mit Alkoholkonsum stehen auch zahlreiche **Belastungen für das soziale Umfeld** des Konsumenten, **Gewalt** und **Kriminalität**. Aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) des Bundesgesundheitsministeriums geht hervor, dass vor allem Belästigungen durch betrunkene Personen auf öffentlichen Plätzen, nächtliche Ruhestörung sowie Beschimpfungen und Beleidigungen zu den negativen gesellschaftlichen Folgen im Umfeld von Alkoholmissbrauch zählen. Davon betroffen sind in der Regel eher jüngere Personen[186], was daran liegen könnte, dass Alkohol hauptsächlich abends konsumiert wird[187], wenn Senioren nicht mehr unterwegs sind.

Da Alkohol akut enthemmend und teilweise auch aggressionsfördernd wirkt[188], stehen zahlreiche **Straftaten** im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch. Von allen Tatverdächtigen standen 2015 in Deutschland rund 10,0 % unter Alkoholeinfluss. Auffällig ist, dass insbesondere bei Gewaltdelikten der Anteil der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss hoch war, er lag beispielsweise bei Mord bei 15,3 %, bei Totschlag bei 31,6 % und bei Vergewaltigung bzw. sexueller Nötigung bei 26,0 %.[189]

Daraus ergeben sich auch **Belastungen im häuslichen und familiären Umfeld**, die neben den physischen auch ernst zu nehmende psychische Komponenten haben. Zudem muss beachtet werden, dass

---

[180] Eigene Berechnung auf Datenbasis Destatis Krankenhausstatistik, GENESIS Online Datenbank: Krankenhauspatienten: Deutschland, Jahre, Geschlecht, Altersgruppen, Wohnort des Patienten, Hauptdiagnose ICD-10 (1-3-Steller Hierarchie), unter Berücksichtigung der Diagnosen ICD-10 F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) und ICD-10 K70 (Alkoholische Leberkrankheit).
[181] DHS (2013): Alkoholabhängigkeit, S. 18.
[182] Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung (2016), S. 10.
[183] KiGGS Welle 1 – Modul Thüringen (2016), S. 58 f.
[184] RKI (2008), Heft 40, S. 16.
[185] Deutscher Verkehrssicherheitsrat (DVR). Onlinequelle: http://www.dvr.de/betriebe_bg/daten/unfallstatistik/de_alkohol.htm (abgerufen am 17.10.2016).
[186] Piontek/Schlösser/Kraus (2015), S. 3 f.
[187] RKI (2008), Heft 40, S. 25.
[188] RKI (2008), Heft 40, S. 17.
[189] Eigene Berechnung auf Basis der Polizeilichen Kriminalstatistik 2015, Onlinequelle: https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2015/pks2015_node.html (abgerufen am 18.10.2016).

die enthemmende Wirkung von Alkohol zu **riskantem Sexualverhalten** führen kann, was die Ansteckungsgefahr mit sexuell übertragbaren Krankheiten und das Risiko ungewollter Schwangerschaften erhöht. Zudem kann Alkoholkonsum auch zum **Arbeitsplatzverlust** führen, was wiederum **Isolation** und **sozialen Abstieg** zur Folge haben kann. Da Alkoholabhängigkeit gesellschaftlich geächtet ist und nicht als behandlungsbedürftige Krankheit eingeordnet wird, ist das Risiko einer **Ausgrenzung** Betroffener nicht auszuschließen.

Die **volkswirtschaftlichen Kosten**, die durch Alkoholkonsum verursacht werden, beziffern Experten auf **40 Mrd. Euro** jährlich.[190] Sie setzen sich aus direkten Kosten für die Behandlung und Rehabilitation und indirekten Kosten, wie etwa Mortalitätsverluste bewerteter Arbeitszeit und Frühberentung. Der PYLL-Wert alkoholassoziierter Erkrankungen ist besonders hoch und fällt stark ins Gewicht. So lag 2014 das mittlere Sterbealter in Thüringen etwa bei der Diagnose ICD-10 F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) bei 58,4 Jahren und für die ICD-10 K70-Diagnose (Alkoholische Leberkrankheit) bei 59,4 Jahren[191], was einen Zeitverlust bis zum 65. Lebensjahr von 6,4 bzw. 5,4 Jahren bedeutet und eine Differenz zum mittleren Sterbealter (TH 2014: 77,4 Jahre) von 19 bzw. 18 Jahren.

Um die negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums zu minimieren, sollte ein **verantwortungsvoller Umgang** praktiziert werden. Neben der Berücksichtigung der risikoarmen Schwellendosis sollte im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention über die Folgen von Alkoholmissbrauch sowie über Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Dabei sollten auch relativierende Aussagen, wie beispielsweise zur protektiven Wirkung von Alkohol, kritisch hinterfragt werden, da sie nur bei älteren Menschen mit kardiovaskulären Vorerkrankungen belegt werden können[192]. Zum Schutz von Kindern und Jugendlichen im Wachstum sollte eine **Alkoholmeidungsstrategie** entwickelt werden und eine konsequente Aufklärung im schulischen Umfeld erfolgen. Da die Effizienz von **Selbsthilfegruppen** belegbar ist[193], sollte diese Möglichkeit politisch und finanziell unterstützt werden, z.B. im Rahmen des neuen Präventionsgesetzes.

Neben der gesundheitsschädlichen Wirkung der legalen Drogen Tabak und Alkohol ist auch der **Konsum illegaler Substanzen** zu betrachten. Der Epidemiologische Suchtsurvey zeigt, dass 16,5 % der Thüringer Erwachsenenbevölkerung 2012 in ihrem Leben mindestens einmal eine illegale Droge, wie Cannabis, Amphetamine, Halluzinogene, Opiate, Kokain oder psychoaktive Pilze, konsumiert hat. Dabei tritt der Cannabiskonsum am häufigsten auf (55.000 zu 5.000 Fällen). Schätzungsweise 4.000 Thüringer konsumieren **Cannabis** täglich, bei rund 10.000 Personen gibt es Hinweise auf einen **Cannabismissbrauch** und bei 2.000 Personen Hinweise auf eine **Cannabisabhängigkeit**. [194]

Vor allem langfristiger Cannabiskonsum ist mit gesundheitlichen und sozialen Risiken verbunden, die in einer **Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit** und Konzentration mündet, auch können körperliche Abhängigkeitssymptome auftreten. Die **Lungenfunktion** kann durch Cannabisrauch, vor allem in Kombination mit Tabak, eingeschränkt sein. **Rückzugs- und Isolationstendenzen** können mit starkem Cannabiskonsum einhergehen. Vor allem bei Jugendlichen kann dies zu nachhaltigen Einschnitten in ihrer sozialen Entwicklung führen, da dauerhafter Cannabiskonsum in der Adoleszenz und Postadoleszenz mit einer geringeren Ausbildungsabschlussquote, einem geringerem Einkommen und

[190] DHS mit Verweis auf die Studie von Effertz, Onlinequelle: http://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html (abgerufen am 18.10.2016)
[191] TLS, Statistischer Bericht (2015): Gestorbene in Thüringen 2014, S. 8 f.
[192] Bühringer/Seitz (2010): Empfehlungen der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke.
[193] RKI (2008), Heft 40, S. 23.
[194] Kraus/Gomes de Mantos/Pabst/Piontek (2014): Epidemiologischer Suchtsurvey Thüringen 2012, S. 31 ff.

höherer Arbeitslosigkeit assoziiert ist. Die Aussage, dass Cannabis als Einstiegsdroge für härtere illegale Drogen fungiert, ist hingegen nicht sicher belegt.[195]

An zweiter Stelle beim illegalen Drogenkonsum rangieren **Amphetamine**, deren bekanntester Vertreter das sog. **Crystal Meth** (Methamphetamin) ist. 10,7 % der 25- bis 29-jährigen Thüringer haben diese Droge bereits mindestens einmal in ihrem Leben konsumiert. Crystal Meth führt rasch zu einer starken **psychischen Abhängigkeit**[196], die fatale gesundheitliche Folgen birgt. **Hirnschädigungen** führen langfristig zu einer beeinträchtigten Konzentrations- und Merkfähigkeit, die auch nach Konsumabstinenz irreversibel ist. **Herzrhythmus- und Kreislaufstörungen**, die **Schädigung von Zähnen (sog. Meth-Mund)**, **Magen**, **Nasenschleimhaut**, **Nieren** und anderen Organen sind körperliche Folgen. Die typische „Crystal-Akne" und eine vorzeitige Hautalterung in kürzester Zeit sind deutlich sichtbare Anzeichen des körperlichen Verfalls.[197] Psychische Folgen sind u.a. **Paranoia**, **Psychosen**, **Zwangsstörungen**, **Depressionen**, **Angstzustände** und ein **erhöhtes Suizidrisiko**.

Besonders schwerwiegend sind die Folgen für das ungeborene Kind beim **Crystalkonsum während der Schwangerschaft**. Dies kann zu **Fehlbildungen**, **Hyperaktivität** und **Persönlichkeitsauffälligkeiten** führen, nach der Geburt durchlebt das Baby einen **kalten Entzug**.

In Kombination mit anderen Drogen kann Crystal Meth unkalkulierbare Wirkungen haben. So steigt etwa das Risiko für **Alkoholvergiftungen** unter Crystal-Einwirkung, bei gleichzeitigem Konsum mit anderen aufputschenden Mitteln, wie Ecstasy, Speed oder Kokain, aber auch beim Ko-Konsum mit angstlösenden oder sedierenden Substanzen (Tranquilizer), wie Cannabis oder Benzodiazepin, kann die hohe Belastung des Herz-Kreislauf-Systems zu **Herzstillstand** oder **Kreislaufkollaps** führen. In Kombination mit Heroin steigt das Risiko für **Hirnblutungen** und **Atemlähmung**.[198]

Die **Suchtprävention** der Gesundheitsförderung im Landkreis Sömmerda fokussiert das Thema Crystal. Für die achten Klassen der Regelschulen und Gymnasien werden Projekte angeboten, die in drei bzw. vier Unterrichtsstunden Gesundheitsrisiken und strafrechtliche Belange thematisieren und auch Elternabende beinhalten. Besondere Schwerpunkte bilden die Städte **Sömmerda** und **Kölleda** sowie die Gemeinde **Straußfurt**. Eine Ausweitung des Angebots und eine Intensivierung der Elternarbeit scheinen geboten.

Auffällig bei illegalem Drogenkonsum ist der im Vergleich zu anderen Drogen geringere Unterschied zwischen den Geschlechtern. Unter den 233.000 Personen mit Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen sind 129.000 Männer (55,4 %) und 104.000 Frauen (44,6 %).

Dennoch gilt: Für alle drei Suchtkategorien, also Tabak, Alkohol und illegale Drogen, weisen Männer höhere Gefährdungsraten als Frauen auf. Sie konsumieren größere Mengen dieser Substanzen und sie sind auch zahlenmäßig die größere Gruppe gefährdeter Personen.

Nicht außer Acht gelassen werden darf aber auch, dass es bei Frauen in den letzten Jahren deutliche Konsumanstiege zu verzeichnen gab, so weist der Suchtsurvey beispielsweise nach, dass in Thüringen Frauen immer früher erste Erfahrungen mit Alkoholkonsum sammeln[199].

---

[195] DHS: Basisinformation Cannabis, S. 18 ff.
[196] Thüringer Landesstelle für Suchtfragen (2014): Crystal Meth, S. 9 ff.
[197] Exemplarisch hierzu die Kampagne einer US-amerikanischen Polizeistation in Oregon, die Vorher-Nachher-Porträts von Crystal-Süchtigen zur Abschreckung veröffentlicht, Onlinequelle: www.facesofmeth.us bzw. https://www.welt.de/vermischtes/gallery106259269/Das-schreckliche-Gesicht-von-Crystal-Meth.html (abgerufen am 18.10.2016).
[198] Thüringer Landesstelle für Suchtfragen (2014): Crystal Meth, S. 12 ff.
[199] Kraus/Gomes de Mantos/Pabst/Piontek (2014): Epidemiologischer Suchtsurvey Thüringen 2012, S. 39 f.

Präventionskampagnen gegen Drogenkonsum müssen diesen **Geschlechteraspekt** berücksichtigen und Männer als Zielgruppe besonders fokussieren, gerade auch, weil sie für Präventions- und Vorsorgethemen in der Regel weniger gut erreichbar sind.

Über die dargestellten Themen hinaus gibt es weitere gesundheitsgefährdende Suchtstoffe und -verhaltenweisen, wie etwa Medikamente, Glücksspiel und Ess-Störungen, die hier aber nicht weiter thematisiert werden sollen.

Die Suchtberatungsstelle des Landkreises Sömmerda weist folgende Fallzahlen in ihrer Jahresstatistik aus:

Suchtmittel/Problem	2013	2014	2015
Alkohol	165	127	146
Illegale Drogen	88	95	115
Stoffungebundene Abhängigkeit	3	7	8
Polytoxikomanie[200]	14	6	12
Sonstige	11	5	9

Demnach wurden 290 Suchtkranke betreut, darunter 167 Neuzugänge.[201]

Im Bereich der illegalen Drogen liegt der Schwerpunkt auf Crystal-Konsum. Im Jahr 2015 machte dieser laut Angaben der Suchtberatungsstelle 86 % des Fallaufkommens aus.

3.2 Sozioökonomischer Status, Arbeitslosigkeit und Bildungsgrad

Die empirische Sozialforschung belegt einen sehr engen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status eines Menschen und dessen Gesundheitszustand und -verhalten. Dabei wird der **sozioökonomische Status** als relative Position im Gesellschaftsgefüge verstanden, die sich nach den **finanziellen Ressourcen**, dem **Bildungsgrad** und dem sozialen wie beruflichen **Prestige** einer Person verorten lässt.[202] In der Regel werden drei soziale Schichten, Unter-, Mittel- und Oberschicht, differenziert. Die Schichtzugehörigkeit determiniert die gesundheitlichen Chancen und Risiken. Es gibt sogar Belege für einen **gesundheitsbezogenen Schichtgradienten**, der beschreibt, dass je niedriger der soziale Status einer Person, desto höher die Krankheitsbelastung.[203] Welche Einflussfaktoren hierbei zum Tragen kommen, soll im Folgenden kurz ausgeführt werden. Aufgrund der komplexen Korrelationen kann dieses Thema ausführlich aber nur im Kontext einer integrierten Sozialberichterstattung bzw. -planung behandelt werden.

Die Verflechtungsbeziehung von sozioökonomischem Status und Gesundheit lässt sich auf eine simple Formel reduzieren: Armut kann krank machen und Krankheit kann arm machen. Dies macht den Gesundheitsstatus einer Person gleichermaßen zu einem **Indikator für Armut** wie zu einer Auswirkung davon.

[200] Polytoxikomanie bezeichnet den gleichzeitigen Konsum mehrerer psychotroper Substanzen.
[201] Jahresberichterstattung 2015 des Gesundheitsamts Sömmerda, VIII Blatt 8.4 Gesundheitsförderung/ -prävention.
[202] Hurrelmann (2010): Gesundheitssoziologie, S. 25 f.
[203] Hurrelmann (2010): Gesundheitssoziologie, S. 27.

Geringe finanzielle Ressourcen bringen materielle Nachteile, weil beispielsweise gesundheitsfördernde Produkte und Dienstleistungen nicht gekauft werden können, sie vermindern aber auch die Teilhabechancen.[204] Als geringer erlebte Selbstverwirklichungschancen und das Gefühl eines Verlusts an Selbststeuerung und Selbstwirksamkeit des eigenen Handelns (Kontrollüberzeugung[205]) verstärken psychosoziale Belastungen, die krank machen.[206]

Es ist zu beobachten, dass arme bzw. von Armut bedrohte Menschen häufiger an **chronischen Krankheiten**, wie etwa chronische Lebererkrankung, Hypertonie, Diabetes mellitus, chronische Bronchitis und Depression, leiden und ihr Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko deutlich erhöht ist. Damit schließt sich ein **Teufelskreis**, da mit chronischen Krankheiten oftmals funktionelle **Einschränkungen** einhergehen, die die **Alltagsbewältigung** und die soziale Teilhabe erschweren und die Lebensqualität beeinträchtigen. [207] Für 21 der 25 häufigsten Krebsarten kann ein gradueller Zusammenhang zwischen Armutsbetroffenheit und dem Krebsüberleben empirisch nachgewiesen werden.[208]

Die höhere **Krankheitslast** in der Armutsrisikogruppe wird darüber hinaus durch eine tendenziell ungesündere Ernährung und **ungesünderes Gesundheitsverhalten** bezogen auf Tabakkonsum, Bewegungsmangel und Adipositas sowie schlechte Mundhygiene, erhöhtes Unfallrisiko und geringer Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen etc. verstärkt.[209]

Schlussendlich birgt Armut bzw. ein niedriger sozialer Status ein **erhöhtes Mortalitätsrisiko**. Der Unterschied in der mittleren Lebenserwartung bei Geburt zwischen der höchsten und der niedrigsten Einkommensgruppe beträgt bei **Frauen 8,4 Jahre** und bei **Männern 10,8 Jahre**. Die höhere Vulnerabilität von Männern erklären Forscher mit dem größeren Einfluss von Berufsstatus und Einkommen auf die männliche Gesundheit[210], in diesen Bereichen erlebte Defizite werden als Stressoren empfunden.

Im Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status belegen sozioepidemiologische Studien auch, dass ein **hoher Bildungsgrad als Schutzfaktor** und **Arbeitslosigkeit als Risikofaktor** für die Gesundheit wirkt.

Beispielsweise kann empirisch belegt werden, dass ein hoher Bildungsgrad positiv auf das Ernährungs-, Bewegungs- und Entspannungsverhalten wirkt[211], also im Allgemeinen zur Ausprägung gesundheitsförderlicherer Lebensstile beiträgt.[212] Außerdem erfahren Menschen mit einem hohen Bildungsstatus mehr soziale Unterstützung, die positive Effekte auf kardiovaskuläre, neuroendokrine und immunologische Körperfunktionen hat, die das psychische Wohlbefinden stärken, Stress lindern und die Auswirkungen ungünstiger Lebensbedingungen abmildern.[213]

Im Gegenzug geht Arbeitslosigkeit verstärkt mit gesundheitsriskantem Verhalten einher, so ist beispielsweise die Tabak- und Alkoholkonsumquoten bei Arbeitslosen höher und auch die Zahl der Übergewichtigen (vor allem Frauen). Der Zustand der Arbeitslosigkeit, der als Existenz bedrohend erlebt

---

[204] Lampert/Kroll (2010): GBE kompakt, Armut und Gesundheit, S. 3.
[205] Der Begriff basiert auf dem von dem Psychologen Julian B. Rotter 1966 entwickelten Modell des „Locus of control“.
[206] Hurrelmann (2010): Gesundheitssoziologie, S. 38.
[207] Lampert/Kroll (2010): GBE kompakt, Armut und Gesundheit, S. 3.
[208] Jansen/Eberle/Emrich et al. (2014): Infoblatt: Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischer Deprivation und dem Krebsüberleben in Deutschland, Onlinequelle: http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/52/Infoblatt_Zusammenhang%20zwischen%20Deprivation%20und%20Krebsueberleben_1.pdf (abgerufen am 04.10.2016).
[209] Lampert/Kroll (2010): GBE kompakt, Armut und Gesundheit, S. 4 f.
[210] RKI (2011), Heft 52, S. 21.
[211] Hurrelmann (2010): Gesundheitssoziologie, S. 39.
[212] RKI (2011), Heft 52, S. 22.
[213] RKI (2014), GEDA-Faktenblatt: Soziale Unterstützung.

wird, und der damit einhergehende Mangel an tagesstrukturierender Beschäftigung, Anerkennung und Prestige führen zu enormen psychosozialen Belastungen.[214] Folglich fühlen sich arbeitslose Menschen häufiger krank und ihre Lebenszufriedenheit sinkt mit der Dauer der Arbeitslosigkeit. Laut Gesundheitsreport der Betriebskrankenkassen sind Arbeitslose beinahe doppelt so häufig krank gemeldet wie Erwerbstätige.[215] Im Umkehrschluss belegt eine Analyse der KiGGS-Studie, dass die **Berufstätigkeit einer alleinerziehenden Mutter** einen protektiven Effekt auf die psychische Gesunderhaltung der Kinder hat.[216]

Damit kann auch gezeigt werden, dass bestimmte Verhaltensmuster schon in früher Kindheit geprägt werden und den späteren Lebenserfolg maßgeblich mitbestimmen. Der Gesundheitsstatus, insbesondere der psychische Gesundheitszustand, eines Kindes lässt Rückschlüsse auf die sozialen Bedingungen, unter denen es aufwächst, zu und ist ebenso Prädiktor für die Chancen seiner künftigen Entwicklung.

Umso wichtiger erscheint es, eine **soziallagenbezogene Gesundheitsförderung** umzusetzen, indem der Landkreis Strategien zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und zur Minderung gesundheitlicher Belastungen sozial benachteiligter Gruppen entwickelt. Dabei sollte ein Ansatz gewählt werden, der im frühesten Kindesalter ansetzt (enge Verknüpfung zu den **Frühen Hilfen**).

4 Handlungsfelder für die Gesundheitsförderung

Im vorliegenden Bericht sind bereits punktuell Ansätze für die Gesundheitsförderung im Landkreis Sömmerda dargestellt worden. Einen wesentlichen, weil kommunal plan- und steuerbaren Beitrag zur Gesundheitsförderung kann die Präventionsarbeit leisten.

Dabei unterscheidet man in **Verhältnisprävention**, die darauf abzielt, die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen in einer für die Bevölkerungsgesundheit dienlichen Weise zu entwickeln, von der **Verhaltensprävention**, die darauf ausgerichtet ist, das individuelle Gesundheitsverhalten durch Information, Beratung und das Einüben gesünderer Verhaltensweisen zu verbessern.[217]

Außerdem kann man Prävention unterscheiden in **Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention**. So zielt primäre Prävention auf das Ausschalten von Krankheitsursachen (z.B. durch Impfung), sekundäre Prävention auf Früherkennung und Behandlung und tertiäre Prävention auf die Vermeidung der sozialen und gesundheitlichen Folgen von Krankheit oder ihres Fortschreitens.

Wie bereits dargestellt wurde, existiert ein gradueller Einfluss des Sozialstatus auf die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen, d.h. je höher der sozioökonomische Status, desto wahrscheinlicher ist die Teilnahme an einer präventiven Maßnahme zu Ernährung, Bewegung oder Entspannung.[218] Dies wiederum führt zum sog. **Präventionsdilemma**, da verhaltenspräventive Maßnahmen vor allem

[214] Hurrelmann (2010): Gesundheitssoziologie, S. 44 ff.
[215] 3. Gesundheitsbericht des Bundes (2015), S. 491.
[216] Schlack/Hölling (2011): Neue Morbidität, S. 8.
[217] Jordan/von der Lippe (2012), GBE kompakt 3 (5), S. 1.
[218] Jordan/von der Lippe (2012), GBE kompakt 3 (5), S. 2 f.

von den Bevölkerungsgruppen angenommen werden, die ohnehin ein ausgeprägtes Gesundheitsverhalten haben, sozial Benachteiligte hingegen werden von den meisten Präventionsangeboten nicht erreicht.

Als **Handlungsfelder für die Gesundheitsförderung** lassen sich demnach formulieren:

Eine Kernaufgabe der (kommunalen) Gesundheitsförderung ist es, **Strategien** zu entwickeln, wie sozial Benachteiligte als Rezipientengruppe für **Präventionsmaßnahmen** erreicht werden können, wie dies z.B. über Projekte im schulischen Setting der Fall ist (alle erreichen).

Der Fokus der aktuellen Präventionsarbeit im Bereich der Suchtprävention auf Crystal Meth-Konsum und in der Krankheitsprävention auf AIDS basiert auf Erfahrungswerten und Weiterbildung der Fachkräfte, die es zukünftig **datenbasiert** zu untermauern gilt.

Außerdem wäre zur Steuerung der Präventionsarbeit eine Verständigung auf kommunale **Gesundheitsziele** auf Basis einer Bedarfs- bzw. Bedürfniserhebung hilfreich. Diese könnten im Rahmen einer **kommunalen Gesundheitskonferenz** unter (fach-)öffentlicher Beteiligung abgestimmt werden.

Einen zustätzlichen Erkenntnisgewinn ließe die **Ursachenforschung** zu den Aussagen und Ableitungen aus der **Todesursachenstatistik** hierbei erwarten und in Verbindung mit den statistischen Daten zum mittleren Sterbealter könnten Expertenbefragungen einen entscheidenden Diskussionsbeitrag liefern.

Eine weitere Unterstützung der Angebote der Hilfe zur Selbsthilfe könnte im **Aufbau von lokalen Allianzen** zu verschiedenen Gesundheitsthemen (z.B. Demenz, Adipositas) liegen.

Im Rahmen der **Flüchtlingsarbeit** könnte eine Informationskampagne über den Aufbau und die Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems im Allgemeinen und der kommunalen Strukturen im Besonderen zu mehr Transparenz führen und einen Integrationsbeitrag leisten.

Schlussendlich bedarf es für fundierte gesundheitspolitische Entscheidungen und die Erarbeitung einer kreislichen Gesundheitsstrategie einer gut strukturierten Datenbasis in Form eines **Gesundheitsmonitorings**. Vorhandene Datenlücken müssen geschlossen werden.

Außerdem sind Themen in diesem Gesundheitsbericht nicht oder nur sehr eingeschränkt berücksichtigt, die aber in einer weiterführenden Betrachtung Berücksichtigung finden sollten, wie etwa **betriebliches Gesundheitsmanagement**, die Zielgruppe der **Erwachsenen im Haupterwerbsalter** oder auch die künftigen Herausforderungen bezüglich **Personalqualifizierung und -sicherung im Gesundheitswesen** und insbesondere in der **Pflege**.

5 Fazit

Tabakgebrauch, schädlicher Alkoholkonsum, körperliche Inaktivität und ungesunde Ernährung sind laut WHO **die führenden Risikofaktoren für die Krankheitslast**[219] in den westlichen Industrieländern. Zudem handelt es sich hierbei um vermeidbare Gesundheitsrisiken.

Der Fokus einer gesundheitspolitischen Zielsetzung sollte aus heutiger Sicht konzentriert sein auf: Verringerung der sozialen Ungleichheit, Schaffung gesunder Lebensumwelten und Förderung einer gesunden Lebensweise.[220] Dabei ist auch klar, dass auf kommunaler Ebene in erster Linie etwas für die Gesundheitsförderung durch Prävention und Information getan und ein Beitrag zur Verbesserung der Lebenswelten der Bevölkerung geleistet werden kann.

Aufgrund der engen Verquickung von Gesundheit und Armut eröffnet die Einbettung des Querschnittsthemas Gesundheit in eine **kommunale Strategie zur Armutsprävention** gute Chancen für eine ganzheitliche Betrachtung. Im Rahmen der Integrierten Sozialplanung können beide Themen soziallagenorientiert bearbeitet werden.

Dabei sollte **Kindergesundheit** einen Schwerpunkt bilden. In jungen Jahren wird der Grundstein für das spätere Gesundheitsverhalten gelegt. Im Alter potenzieren sich positive wie negative Einflüsse, gleichzeitig verringern sich die Chancen für echte Kurskorrekturen einmal angeeigneter Verhaltensweisen. Besonderes Augenmerk sollte dabei dem Bereich der psychischen Störungen zukommen. Der Anstieg dieser Erkrankungen in den letzten Jahren („Neue Morbidität“) und das generelle Risiko der Chronifizierung bedürfen geeigneter Interventions- und Präventionsstrategien. Dafür spricht auch, dass psychische Störungen umfangreiche und tiefgreifende Auswirkungen auf andere Lebensbereiche haben können. Nicht nur der Verlust von Erwerbsfähigkeit, sondern vor allem die negativen Auswirkungen auf das soziale Gefüge Betroffener, ihre Lebensqualität im Allgemeinen und ihr gesundheitliches Wohlbefinden im Besonderen, sollten gesamtgesellschaftliches Engagement auf den Plan rufen.

Erste Schritte hierzu können in der fachöffentlichen Diskussion dieses Berichts sowie der Formulierung von kommunalen Gesundheitszielen und einer entsprechenden Ableitung geeigneter Maßnahmen zur Zielerreichung liegen.

---

[219] 3. Gesundheitsbericht des Bundes (2015), S. 140.

[220] Wie z.B. nach schwedischem Vorbild: Sweden’s New Public Health Policy, s. Lampert/Kroll (2010), GBE kompakt, S. 7.

6 Literatur

Bätzing-Feigenbaum, Jörg / Schulz, Maike / Schulz, Mandy / Acet, S / Gisbert Miralles, Javier (2015): Entwicklung der saisonalen Influenzastandardimpfraten im kassenärztlichen Versorgungssektor in Deutschland seit der Pandemie 2009 – eine Trendanalyse auf regionaler Ebene für den Zeitraum 2009/2010 bis 2013/2014, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/19, Berlin.
Onlinequelle: http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=68 (abgerufen am 26.09.2016).

Braeter, Ulrike / Schulz, Mandy / Goffrier, Benjamin / Schulz, Maike / Ihle, Peter / Bätzing-Feigenbaum, Jörg (2016): Pneumokokkenimpfung bei GKV-Versicherten im Altersbereich 60 bis 64 Jahre – Regionalisierte Analyse zur Umsetzung der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission anhand bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Versorgungsatlas-Bericht Nr. 16/04, Berlin.
Onlinequelle: Link: http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=74 (abgerufen am 05.10.2016).

Bühringer, Gerhard / Seitz, Helmut (2010): Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), Hamm.
Onlinequelle: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/Grenzwerte_Alkoholkonsum_Jul10.pdf (abgerufen am 17.10.2016).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2013): Alkoholabhängigkeit – Suchtmedizinische Reihe, Band 1, 5., vollständig überarbeitete und neugestaltete Auflage, Hamm.
Onlinequelle: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmed_Reihe_1_Alkohol.pdf (abgerufen am 17.10.2016).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2015): Alkohol – Basisinformationen, Hamm.
Onlinequelle: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Basisinfo_Alkohol.pdf (abgerufen am 17.10.2016).

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (2015): Tabakatlas Deutschland 2015, Heidelberg.

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2015): Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2015, Berlin.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2016): Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2016, Berlin.

Dragano, Nico /·Wahrendorf, Morten / Müller, Kathrin / Lunau, Thorsten (2016): Arbeit und gesundheitliche Ungleichheit. Die ungleiche Verteilung von Arbeitsbelastungen in Deutschland und Europa, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 59(2), S. 217–227.

Edinger, Michael / Hallermann, Andreas (2007): Altersstudie Thüringen, Studie der Friedrich-Schiller-Universität Jena im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung, Jena.

Effertz Tobias (2015) Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlicher Konsumgüter – Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas, Frankfurt am Main.

Ellert, Ute / Kurth, Bärbel-Maria (2013): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56(5/6), Heidelberg, S.643-649.

Erhart, Michael / Graf von Stillfried, Dominik (2012): Prävalenz depressiver Störungen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten (2007), Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Versorgungsatlas-Bericht Nr. 12/06, Berlin.
Onlinequelle: http://www.versorgungsatlas.de/themen/gesundheitsindikatoren/?tab=4&uid=3 (abgerufen am 04.10.2016).

Erhart, Michael / Wille, Nora / Ravens-Sieberer, Ulrike (2006): Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen, in: Richter/Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden, S. 321-338.

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2014): Faktenblatt Bedarfsplanung und Versorgung, Berlin.
Onlinequelle: https://www.gkv-spitzenver-band.de/media/dokumente/presse/presse_themen/bedarfsplanung_2/Faktenblatt_Bedarfsplanung_ohne_Karten_2014_05_16.pdf (abgerufen am 07.10.2016).

Hagn, Harald (2011): Die Entwicklung der Pflegebedürftigen in Thüringen bis 2020, in: Thüringer Landesamt für Statistik (Hrsg.): Statistisches Monatsheft, Heft-Nr. 02 / 2011.

Hurrelmann, Klaus (2010): Gesundheitssoziologie – Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 7. Auflage, Weinheim/München.

Jansen, Lina / Eberle, Andrea / Emrich, Katharina / Gondos, Adam / Holleczek, Bernd / Kajüter, Hiltraud / Maier, Werner / Nennecke, Alice / Pritzkuleit, Ron / Brenner, Hermann (2014): Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischer Deprivation und dem Krebsüberleben in Deutschland (1997 - 2006), Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Versorgungsatlas-Bericht Nr. 14/10, Berlin.
Onlinequelle: http://www.versorgungsatlas.de/themen/gesundheitsindikatoren/?tab=4&uid=52 (abgerufen am 04.10.2016).

Jordan, Susanne / von der Lippe, Elena (2012): Angebote der Prävention – Wer nimmt teil?, in: Robert Koch-Institut (Hrsg.), GBE kompakt 3 (5), Berlin.

Kraus, Ludwig / Gomes de Matos, Elena / Pabst, Alexander / Piontek, Daniela (2014): Epidemiologischer Suchtsurvey 2012, Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Thüringen, IFT-Berichte Bd. 186, IFT Institut für Therapieforschung (Hrsg.), München.
Onlinequelle: http://esa-survey.de/fileadmin/user_upload/esa_laenderberichte/Bd_186_ESA_Thueringen_2012.pdf (abgerufen am 18.10.2016).

Lamego Greiner, Marina / Goffrier, Benjamin / Schulz, Mandy / Schulz, Maike / Bätzing-Feigenbaum, Jörg (2016): Grundimmunisierung gegen Meningokokken C – Analyse zur Umsetzung der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission im Zeitraum 2009 bis 2014, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Versorgungsatlas-Bericht Nr. 16/05. Berlin.
Onlinequelle: http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=75 (abgerufen am 04.10.2016).

Lampert, Thomas / Kroll, Lars Eric (2010): Armut und Gesundheit, in: Robert Koch-Institut (Hrsg.), GBE kompakt 1 (5), Berlin.

Nowossadeck, Enno (2012): Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen, in: Robert Koch-Institut (Hrsg.), GBE kompakt 3 (2), Berlin.

Piontek, Daniela / Schlösser, Sanja / Kraus, Ludwig (2015): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012, Zusatzauswertungen zu negativen Folgen für die Bevölkerung durch den Alkoholkonsum dritter Personen, IFT Institut für Therapieforschung, München.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2004): Schutzimpfungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 1, überarbeitete Neuauflage, RKI, Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005): Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 16, geänderte Auflage, RKI, Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 40, RKI, Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2009): Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 45, RKI, Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2009): Krankheitskosten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 48, RKI, Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2011): Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 52, RKI, Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014): Rauchen, Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“, Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014): Soziale Unterstützung, Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“, Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, RKI, Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): RKI-Fachwörterbuch Infektionsschutz und Infektionsepidemiologie, Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2016): KiGGS Welle 1 – Landesmodul Thüringen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, RKI, Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2016): Epidemiologisches Bulletin 16/2016, S. 129-142. Onlinequelle: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/epid_bull_node.html (abgerufen am 04.10.2016).

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2016): Epidemiologisches Bulletin 34/2016, S. 301-340. Onlinequelle: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/epid_bull_node.html (abgerufen am 04.10.2016).

Rommel, Alexander / Saß, Anke-Christine / Rabenberg, Martina (2016): Alkoholbedingte Mortalität bei Erwachsenen. Journal of Health Monitoring 1(1), Robert Koch-Institut (Hrsg.), Berlin, S. 37-42. Onlinequelle: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_2016_01_alkohol4.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 13.10.2016).

Schlack, Robert / Hölling, Heike (2011): Neue Morbidität: Psychische Auffälligkeiten und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, in: Kindernetzwerk-Materialiensammlung „Neue

Morbiditäten im Kindes- und Jugendalter“,
Onlinequelle: http://www.kindernetzwerk.de/kindernetzwerk-materialiensammlungen/bayern/aschaffenburg/materialiensammlung-11664938.html (abgerufen: 18.08.2016, 12:11 Uhr).

Statistik kinder- und jugendärztlicher Untersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Thüringen (SKJU), Thüringer Landesverwaltungsamt / Thüringer Landesamt für Statistik / Gesundheitsämter in Thüringen.

Statistischer Bericht A IV - j / 14 (2015): Gestorbene in Thüringen 2014 nach Todesursachen, Geschlecht und Altersgruppen, Thüringer Landesamt für Statistik (Hrsg.), Heft-Nr. 227/15, Erfurt.

Statistischer Bericht K VIII - 2 j/13 (2015): Ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen in Thüringen am 15.12.2013, Thüringer Landesamt für Statistik (Hrsg.), Heft-Nr.: 32/15, Erfurt.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010): Gesundheit – Krankheitskosten 2002, 2004, 2006, 2008, Fachserie 12, Reihe 7.2, Wiesbaden.

Statistisches Jahrbuch Thüringen (2015), Thüringer Landesamt für Statistik (Hrsg.), Erfurt.

Thüringer Landesverwaltungsamt, Thüringer Landesamt für Statistik, Thüringer Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Thüringer Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst (Hrsg.) (2016): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Thüringen – Beschreibung ausgewählter Daten aus den Erhebungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Statistischer Bericht, Version 3/2016, Weimar und Erfurt.

Wächter-Raquet, Marcus (2016): Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge – Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

World Health Organization (2015): Fact Sheet No. 394, Healthy diet.
Onlinequelle: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/ (abgerufen am 12.10.2016).

Anlage 1: Weiterführende Links

Link	Kurzbeschreibung
www.bzga.de	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
www.degs-studie.de	Internetauftritt der Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit Erwachsender in Deutschland
www.dhs.de	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Informationsportal zu Suchthilfe und Suchtprävention; umfangreiche Sammlung von Daten und Fakten im Jahrbuch SUCHT
www.geda-studie.de	Internetauftritt der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ des Robert Koch-Instituts
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de	Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Initiative der BZgA im Auftrag des BMG); Ziel: Transparenz in der Gesundheitsförderung für benachteiligte Bevölkerungsgruppen, Angebotsqualität, Netzwerkarbeit Koordinierungsstelle Thüringen: AGETHUR
www.gesundheitsmonitor.de	Informationsportal der Bertelsmann-Stiftung zu Studienergebnissen / Patientenbefragungen etc. im Gesundheitsbereich
www.gesundheitsziele.de	Kooperationsverbund, der mittels systematischen, fachlichen Dialog aller Akteure im Gesundheitssystem acht nationale Gesundheitsziele abgestimmt hat, die im Präventionsgesetz festgeschrieben wurden
www.gkv-spitzenverband.de	Spitzenverband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen mit Daten und Fakten zu Kranken- und Pflegeversicherung
www.inforo-online.de	Portal der kommunalen Zusammenarbeit der Bundesinitiative „Frühe Hilfen“ und des „Partnerprozess Gesundheit für alle“ und damit zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen
www.kbv.de	Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Interessenvertretung der Kassenärzte); umfangreiche Bereitstellung von Gesundheitsdaten zur medizinischen Versorgungsstruktur
www.kiggs-studie.de	Internetauftritt der Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
www.kv-thueringen.de	Internetauftritt der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
www.kzv-thueringen.de	Internetauftritt der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen
www.lokale-allianzen.de	Überblick zu den Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz; u.a. zur Alzheimer Gesellschaft Thüringen e. V. - Selbsthilfe Demenz (Erfurt)
www.rki.de	Robert Koch-Institut mit der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) sowie der STIKO
www.tls.thueringen.de	Thüringer Landesamt für Statistik inklusive Online Gesundheitsportal mit den Daten zur Gesundheitsberichterstattung für Thüringen (www.statistik.thueringen.de/GBE/index.asp)
www.tls-suchtfragen.de	Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e.V. mit Informationen zum Thema Sucht und Prävention
www.versorgungsatlas.de	Angebot des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zur systematischen Aufbereitung und übersichtlichen Darstellung populationsbezogener Analysen und regionaler ärztlicher Versorgung bzw. medizinischer Infrastruktur
www.who.int	World Health Organization, Internetauftritt der Weltgesundheitsorganisation

Anlage 2: Selbsthilfegruppen im Landkreis Sömmerda

Ansprechpartner	Telefon/Email/ Internet	Adresse	Turnus der Gruppentreffen
Diabetiker-Selbsthilfegruppe Kölleda und Umgebung			
Birgit Hißbach	03635 / 483257 hissbach@web.de	Prof. Hofmann-Straße 2 99625 Kölleda	jeden letzten Donnerstag im Monat um 19.00 Uhr in der Wippertusapotheke Kölleda, Roßplatz 7
Frauenselbsthilfegruppe nach Krebs Landesverband Thüringen e.V. - Selbsthilfegruppe Sömmerda			
Elfi Ortlepp	03636 / 701902 elfi-ortlepp@ gmx.net	Oberdorf 7 99631 Ottenhausen	jeden 1. Montag im Monat in Sömmerda, Markt 5
Deutsche Multiple-Sklerose-Gesellschaft Landesverband Thüringen e. V. - Selbsthilfegruppe Sömmerda			
Cordula Ziemke	036375 / 647817 cordula.ziemke@ gmx.de	Kalkplatz 7 99638 Kindelbrück	einmal monatlich
Lutz Rose	03634 / 30646	Feldstraße 8 99610 Sömmerda	1 x monatlich, Mittwoch 14.00-16.30 Uhr in Sömmerda, Marktplatz 5 Gemeindezentrum
Parkinson-Selbsthilfegruppe Sömmerda			
Gunter Byrenheid	03636 / 701017	Hauptstraße 35 99631 Weißensee OT Ottenhausen	1 x monatlich Donnerstag ab 15.00 Uhr in der Cafeteria des DRK „Betreutes Wohnen“, Lessingstraße 7, 99610 Sömmerda
Reha-Sportverein R.O.S.E. e.V. – (Rheuma, Osteoporose und Schmerzerkrankungen)			
A. Liniger	03635 / 4789051 0172 / 6731778	Dorfstraße 38 99625 Dermsdorf	Sömmerda, Lindenschule, Mittwoch 19.00-20.00 Uhr Sömmerda, Schwimmhalle, Freitag 20.00-21.00 Uhr
Lebensumwege e.V. Selbsthilfe-Projekt Sömmerda (Depressionen, Angst- und manisch-depressive Erkrankungen)			
Hans-Christoph Richter	0173 / 3747221 info@lebens-um-wege.ev.de www.lebens-um-wege.ev.de	-	jeden 1. und 3. Montag im Monat um 18.30 Uhr in Sömmerda, Marktplatz 5, Gemeindezentrum
Selbsthilfegruppe für Menschen mit seelischer Erkrankung			
Renate Werner	036376 / 53976	In der Obergasse 57 99634 Wernings-hausen	14-tägig dienstags von 13.00-15.00 Uhr im Gesundheitsamt Sömmerda, Wielandstraße 4, 99610 Sömmerda

Gesundheitsamt Sömmerda – Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi) – Kontaktgruppen für psychisch Kranke			
Mitarbeiter des SpDi: **Elke Schmidt** **Claudine Schammel**	03634 / 354-781	Wielandstraße 4 99610 Sömmerda	14-tägig dienstags von 14.00-15.30 Uhr, mittwochs von 14.00-16.00 Uhr im Gesundheitsamt Sömmerda
Psychosoziale Beratungsstelle „Suchtberatung / Kurberatung“			
	03634 / 611066 suchtberatung@ asb-soemmerda.de	Am Rothenbach 45 99610 Sömmerda	
Kreuzbund e.V. Gruppe I – Begegnungsgruppe für Suchtkranke und deren Angehörige			
Frank Hübner	0361 / 3461746 0162 / 6175516		montags 19.00 Uhr in Sömmerda, Weißenseer Straße 44
Kreuzbund e.V. Gruppe II – Begegnungsgruppe für Suchtkranke			
Holger Bauer	03634 / 611066 03621 / 3506043		dienstags 19.30 Uhr in Sömmerda, Am Rothenbach 45, ASB-Gebäude
AGS-Arbeitsgemeinschaft Gemeinde und Suchtkrankenhilfe - Freikirchliche Gemeinde Sömmerda Begegnungsgruppe für Suchtkranke			
Michaela Kaiser	0174 / 7432201 ags-soemmerda@ gmx.de		jeden 1. Donnerstag im Monat um 17.00 Uhr, Thälmannstraße 65, 99610 Sömmerda / offen für Angehörige
Versehrten- und Behindertensportbund Sömmerda e.V. - Sportgruppe Krebsnachsorge			
Gizella Morawitz	03634 / 600227	Fichtestraße 22 99610 Sömmerda	Sömmerda, Turnhalle der Lindenschule, Mittwoch 17.30 Uhr bzw. Sömmerda, Schwimmhalle, Donnerstag 18.00 Uhr jeden 2. Montag Sprechstunde: Sömmerda, Stadtring 14 „Haus der Begegnung“
Selbsthilfegruppe „Morbus Werlhof“ - Immunthrombozytopenie			
Katrin Riese	03634 / 602556 s-riede@ t-online.de	Otto-Jessing-Str. 20 99610 Sömmerda	2 x jährlich bundesweit nach Vereinbarung
Selbsthilfegruppe „Angehörige Demenzkranker“ Sömmerda (SHG 10)			
Karola Eckard	03634 / 600579 karolaeckardt@ yahoo.de	Kantstraße 10 99610 Sömmerda	jeden 1. Montag im Monat im DRK-Seniorenpark „Am Mühlgraben“, Thälmannstraße 57, 99610 Sömmerda

Blinden- und Sehbehindertenverband Thüringen e.V. – Gruppe Sömmerda			
Kerstin Kucher	03634 / 6979162 kerstinkucher@ aol.com		jeden letzten Dienstag im Monat 14.00 Uhr im „Haus der Begegnung“ Stadtring 14, 99610 Sömmerda
Selbsthilfegruppe für Hörgeschädigte & Tinnitus für Sömmerda und Umgebung			
Werner Strack	03634 / 319102 strack.werner@ web.de	Weidenweg 22 99610 Sömmerda	jeden 4. Montag im Monat in den Räumlichkeiten der THEPRA, Stadtring 19/20, 99610 Sömmerda
Selbsthilfegruppe für Menschen mit Osteoporose, Osteochondrose / multiple Arthrosen Landesverband für Osteoporose Thüringen / GrNr. 359			
Ingrid Schulze	03634 / 30623 physio-soem-Schulze@ t-online.de	Friedrich-Ebert-Straße 42 99610 Sömmerda	Funktionstraining / Treffen: Dienstag 08.30-11.00 Uhr Donnerstag 08.15-12.00 Uhr im Gebäude der AOK Sömmerda, August-Bebel-Straße 3, 99610 Sömmerda individuelle Gruppentreffen nach Vereinbarung