

Gesundheit in Thüringen

Ausgewählte Daten 1993–2002

Inhaltsverzeichnis

1	Gesundheitspolitik in Thüringen	3
2	Gesundheitliche Lage	8
2.1	Lebenserwartung und Sterblichkeit	8
2.2	Chronische Krankheiten	14
2.3	Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	20
3	Gesundheitsverhalten	23
3.1	Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern	23
3.2	Teilnahme an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	24
3.3	Teilnahme am Gesundheits-Check-up	25
3.4	Altersgerechter Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen	25
4	Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens	28
4.1	Ärztliche Versorgung und Versorgungsgradfeststellung	28
4.2	Ambulante diabetologische Versorgung – diabetologische Schwerpunktpraxen in Thüringen	36
4.3	Ambulante rheumatologische Versorgung	37
4.4	Ambulante onkologische Versorgung – onkologisch verantwortliche Vertragsärzte in Thüringen	38
4.5	Stationäre Versorgung – Entwicklung der Krankenhäuser	39
4.6	Entwicklung der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	40
4.7	Fachspezifische Zentren an Thüringer Krankenhäusern	42
4.8	Aufgaben der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste sowie der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter	44
4.9	Erweitertes Neugeborenencreening auf angeborene Stoffwechsel- und Hormonstörungen im Jahr 2002	46
Anlage:	Erläuterungen und Zeichenerklärungen	48

1 Gesundheitspolitik in Thüringen

Ein Bericht über Maßnahmen der Landesregierung

Seit Wiedergründung des Freistaats Thüringen sind die **Leitlinien seiner Gesundheitspolitik** in besonderem Maße dem Menschen verpflichtet. Die Landesregierung stellt das Wohl der Bürgerinnen und Bürger als Patienten in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen, ohne sie dabei in ihrer Funktion als Beitrags- und Steuerzahler aus dem Auge zu verlieren. Mit der Betonung von Freiheit und Selbstverantwortung sowie mit dem Streben nach sozialer Gerechtigkeit und Solidarität fügt sich diese Politik in die verfassungsmäßige Grundordnung des Landes ein. Thüringer Gesundheitspolitik hat dabei stets auf die wechselseitigen Abhängigkeitsbeziehungen von Freiheit und Eigenverantwortung hingewiesen und daran erinnert, dass auch das Prinzip der Solidarität nicht eine Einbahnstraße ist, sondern Gesellschaft und Individuum zugleich verpflichtet. Ihr Anliegen ist, dem Gebot der Subsidiarität zu entsprechen, d. h. grundsätzlich Aufgaben dort erfüllen zu lassen, wo sie von den Beteiligten unmittelbar und praxisnah erledigt werden können. Diese Politik hat aktiv ihren Beitrag dazu geleistet, dass die Komplexität und Pluralität unserer Gesellschaft auch im Gesundheitsbereich Niederschlag findet und weiterentwickelt wird. Konkreter Ausdruck hiervon ist vor allem das Bestreben, im akutstationären und Reha-Bereich Trägervielfalt unter den Leistungsanbietern zu verwirklichen. Die Selbstverständlichkeit freier Arztwahl sowie eine funktionsfähige und leistungsstarke Selbstverwaltung sind gleichfalls vitale Grundlagen einer derart angelegten Gesundheitspolitik.

Die Leistungsfähigkeit dieses Gesundheitssystems in den jungen Ländern, das in seinen wesentlichen Teilen binnen weniger Jahre umstrukturiert oder neu geschaffen werden musste, hat sich trotz historisch und wirtschaftlich bedingter Probleme im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bewährt und einen vergleichsweise guten Gesundheitszustand der Bevölkerung bewirkt.

Die aktuelle Diskussion um das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (GMG) zeigt jedoch auch, wie sehr Gesundheitspolitik den Einflüssen gesamtwirtschaftlicher Rahmendaten unterliegt.

Infolge ihrer Ausrichtung auf den Menschen war und ist die Thüringer Gesundheitspolitik grundsätzlich präventiv orientiert, d. h. **Gesundheitsförderung** und **Prävention von Krankheiten** kommen eine herausgehobene Bedeutung zu. So bietet Thüringen seit November 2001 für seine jüngsten Bürger das erweiterte Neugeborenencreening an, durch das mindestens 12 angeborene Stoffwechsel- und Hormonstörungen rechtzeitig erkannt, behandelt und damit schwere gesundheitliche Folgen vermieden werden können. Da diese Leistung mit Ausnahme der Untersuchung auf eine angeborene Schilddrüsenunterfunktion noch nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziell getragen wird, übernimmt das Land hierfür die Kosten. Es bleibt zu hoffen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in absehbarer Zeit die Entscheidung über eine Aufnahme des erweiterten Neugeborenencreenings in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung trifft.

Eine gute gesundheitliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen, insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsvorsorge, ist nur durch eine enge Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der behandelnden Kinder- und Jugendmediziner zu verwirklichen. Das Besondere und hier Unverzichtbare der Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes besteht darin, dass er gerade auch die Kinder aus sozial benachteiligten Familien erreicht. Durch die ärztlichen und zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen

im Rahmen der Schulgesundheitspflege können drohende oder beginnende gesundheitliche Störungen rechtzeitig erkannt und damit rechtzeitig einer Behandlung zugeführt werden.

Die Förderung gesundheitlicher Ressourcen, die Vermeidung von Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten sowie das frühzeitige Erkennen und Behandeln eines Krankheitsgeschehens sind vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und des gegenwärtig vorherrschenden Krankheitsspektrums von entscheidender Bedeutung. Dabei geht es nicht nur um präventive Maßnahmen innerhalb des medizinischen Versorgungssystems oder der Arbeitswelt, sondern ganz entscheidend darum, das Gesundheitsbewusstsein der Menschen zu stärken, sie zu einer gesunden Lebensführung zu befähigen und die Schaffung bzw. Weiterentwicklung gesundheitsfördernder Umweltbedingungen sowie auch das Ringen um eine menschengerechte Gestaltung der Arbeit zu unterstützen.

Gesundheitsförderung ist langfristig angelegt und reicht in alle Lebensbereiche hinein - in Familie, Arbeitswelt, Kindergarten und Schule, Jugendarbeit, Freizeit und Sport, Wohngebiete und Gemeinden. Der Freistaat Thüringen hat schon frühzeitig damit begonnen, die Voraussetzungen für gezielte Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu schaffen. Als landesweite Fach- und Koordinationsstelle ist seit 1990 die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen - AGETHUR - e. V. tätig. Sie arbeitet mit einer Vielzahl von Vereinen, Verbänden, Einrichtungen und Organisationen zusammen, die gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen in das Lebensumfeld der Menschen hineinbringen. Für die Aufgaben der Suchtprävention stehen seit Beginn der 90-er Jahre landesweit speziell weitergebildete Fachkräfte zur Verfügung. Ihre Arbeit wird von der Thüringer Koordinierungsstelle Suchtprävention inhaltlich und methodisch angeleitet und untereinander sowie mit anderen Trägern der Gesundheitsförderung koordiniert.

In einer zunehmend technisch bestimmten, in immer enger werdende weltweit reichende Beziehungen eingebundenen Gesellschaft spielen naturgemäß **übertragbare und umweltbedingte Krankheiten** eine besondere Rolle. Daher richtet die Landesregierung ihr besonderes Augenmerk auf die Festigung wirksamer Strukturen für die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Sie legt besonderen Wert auf die Einrichtung von Impfprogrammen und die Überprüfung der Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen durch Feststellung der Durchimpfungsraten in ausgewählten Personengruppen. Im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten fördert sie den Auf- und Ausbau einer effektiven Trink-, Badewasser- und Badegewässerüberwachung, mit deren Hilfe Gefährdungspotenziale für die menschliche Gesundheit schnell erfasst und auf rechtzeitige Abänderungsmaßnahmen hingewirkt werden kann. Mit Hilfe von Untersuchungen der Umwelteinflüsse aus Altlasten auf die menschliche Gesundheit besonders bedrohter Regionen schafft die Landesregierung frühzeitig Voraussetzungen, daraus resultierende Gefahren abzuwenden.

Das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit hat stets ein besonderes Augenmerk auf die besondere **Problematik chronisch Kranker** gerichtet. Es steht seit Jahren kontinuierlich im Gespräch mit der Selbstverwaltung, um gerade diesem Patientenkreis insbesondere von Diabetikern, Rheumatikern und Krebspatienten eine verbesserte Versorgung zuteil werden zu lassen. Die diabetologische, rheumatologische und onkologische Versorgung der Bevölkerung ist insgesamt als gut einzuschätzen. Zur Verbesserung der Versorgung Krebskranker hat der Freistaat Thüringen 2003 als viertes der am Gemeinsamen Krebsregister (GKR) beteiligten sechs Länder die Meldepflicht für Ärzte und Zahnärzte bei Feststellung einer Krebserkrankung eingeführt und damit einen ganz wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der

Datenqualität, der Krebsursachenforschung sowie der Bewertung von präventiven und therapeutischen Maßnahmen geleistet. Das kommt aktuell auch der Evaluation des präventiven Mammographie-Screenings, das von den Ländern ab Januar 2004 eingeführt wird, zugute.

Seit 2001 ist dem **Katastrophenschutz im Gesundheitssystem** ein besonderes Gewicht zuge wachsen. Die Behandlung von Folgen aus Naturkatastrophen, wie z. B. Überflutungen, Erdbeben, aber auch von terroristischen Anschlägen, gehört stärker als bisher zum regulären Leistungsspektrum von Gesundheitseinrichtungen. Demgemäß hat die Landesregierung zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Thüringer Krankenhäuser einen Krankenhausnotfallbettenplan erarbeitet, der die Bettenkapazitäten enthält, die bei Eintreten eines größeren Schadensereignisses oder einer Katastrophe innerhalb kurzer Zeit zur Verfügung gestellt werden können. Da es bei einem Großschadensereignis wesentlich darauf ankommt, dass alle Dienste und Einrichtungen störungsfrei miteinander kooperieren, wurde mit Hilfe eines Planspiels die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen simuliert und trainiert. Die Überlegungen des Ministeriums werden begleitet und angeregt durch die Tätigkeit des Arbeitskreises „Katastrophenschutz im Krankenhaus“, in dem Vertreter der Krankenhäuser, der niedergelassenen Ärzte, der Apotheker, der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, des Pflegepersonals und des Rettungsdienstes zusammenwirken.

Wegen seiner Verpflichtung, die Bemühungen der Verbände und Körperschaften zu ständigen Verbesserungen der **Qualität der medizinischen Versorgung** gesundheitspolitisch zu begleiten, hatte das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit im März 2001 eine erste Konferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen durchgeführt. Im Ergebnis der Konferenz wurde beschlossen, die Bestandsaufnahme und die gemeinsame Beratung bestehender Probleme in 2-bis 3-jährigem Turnus zu wiederholen. Die nächste Konferenz ist für den 18.03.2004 vorgesehen.

Entsprechend den internationalen Anforderungen kommt der **Sicherheit von Arzneimitteln und Medizinprodukten** für die Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger eine besondere Bedeutung zu. So überwacht Thüringen im Rahmen eines Qualitätssicherungssystems risikoabgestuft alle Einrichtungen im Freistaat, die am Verkehr mit Arzneimitteln und Medizinprodukten teilnehmen. Blutspendeeinrichtungen und pharmazeutische Unternehmen werden routinemäßig inspiziert, jährlich etwa 100 Produkte entnommen und amtlich untersucht. Etwa 200 Apotheken wurden im letzten Jahr teilweise mit Hilfe ehrenamtlicher Landespharmazieräte inspiziert.

Die neue Möglichkeit zum Bezug von Arzneimitteln über behördlich genehmigte Internetapotheken soll interessierten Patienten eine alternative Versorgungsmöglichkeit bieten. Zum Schutz der Verbraucher bleiben Angebote von apothekenpflichtigen Arzneimitteln über apothekenfremde Internetportale verboten. Den Verbrauchern wird ein kritischer Umgang mit gesundheitsbezogenen Angeboten außerhalb der Fachkreise empfohlen.

Zukünftig muss dem Schutz der Bürgerinnen und Bürger vor dem Einschleusen von Fälschungen oder bedenklichen Produkten verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet werden. So wird der Großhandel mit Arzneimitteln ab dem Jahr 2004 durchgängig in das Genehmigungsverfahren einbezogen.

Der seit etwa zwei Jahren feststellbare **Ärztmangel** in Thüringen wird – wie auch in den übrigen neuen Ländern, ja sogar deutschlandweit – zunehmend zu einer Herausforderung für die Gesundheitspolitik. Zwar sind die ambulante wie stationäre Versorgung im Freistaat noch

flächendeckend sichergestellt, aber besonders in ländlichen Gebieten - und dort vor allem im hausärztlichen Bereich – können immer mehr frei werdende Praxen infolge fehlender Bewerber nicht wieder besetzt werden. Hinzu kommt, dass seit etwa zwei Jahren die Anzahl der Zulassungen von Hausärzten rückläufig ist. Auch die Krankenhäuser in Thüringen beklagen eine zunehmende Zahl freier Arztstellen. Mit allen Verantwortlichen hat das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit sich dieses gesamtgesellschaftlichen Problems angenommen. Vorrangig gilt es, den Weggang junger Ärzte in die alten Länder oder in das Ausland dadurch zu verringern, dass die Attraktivität einer Tätigkeit in Thüringen erhöht wird. Neben einer besseren Honorierung der ärztlichen Tätigkeit und einer gezielten Landesförderung für eine Praxisübernahme soll – besonders für die hausärztliche Versorgung – die geplante Einrichtung eines Lehrstuhls für Allgemeinmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität Jena mit-helfen, dem Mangel an Hausärzten entgegenzuwirken.

Aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und infolge seiner hohen wirtschaftspolitischen Bedeutung erwächst dem Freistaat Thüringen im Hinblick auf die **akutstationäre Versorgung der Bevölkerung** eine besondere Planungs- und Förderverantwortung. So hat das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit aktuell mit In-Kraft-Treten des **4. Thüringer Krankenhausplans** zum 01.01.2002 die Vorgaben des Thüringer Krankenhausgesetzes umgesetzt, im Freistaat eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhäusern zu gewährleisten. Im Rahmen dieses Krankenhausplanes wurden ca. 600 nicht mehr benötigte Krankenhausbetten abgebaut. Dies bedeutet jedoch keine Verschlechterung der medizinischen Versorgung – im Gegenteil. Die Qualität der Thüringer Krankenhäuser ist in den letzten Jahren erheblich gestiegen.

Wesentliches Instrument zur Umsetzung der Krankenhausplanung und damit der Schaffung einer leistungsfähigen, bedarfsgerechten und modernen Krankenhauslandschaft ist die **Förderung von Investitionen** gemäß § 9 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). In den Jahren 1991 bis einschließlich 2003 hat Thüringen insgesamt ca. 2,4 Milliarden EURO Fördermittel für seine Krankenhäuser bereitgestellt. Weitere nicht unerhebliche Investitionen haben insbesondere die privaten Krankenhausträger aufgebracht.

Mit diesen Mitteln wurden bisher sieben Krankenhäuser neu gebaut und neun Krankenhäuser vollständig saniert. Fünf Krankenhäuser werden ihre Sanierung im Verlaufe des Jahres 2004 abschließen. An weiteren 21 Krankenhäusern wird sie gegenwärtig in Bauabschnitten durchgeführt. Das im Haushaltsjahr 2003 begonnene Investitionsprogramm mit einem Umfang von insgesamt 305 Millionen EURO soll den Abschluss der baulichen Grundsanierung aller Thüringer Krankenhäuser bis spätestens zum Jahr 2010 sicherstellen. Damit werden alle Kliniken die notwendige Infrastruktur erhalten, um mit dem ab dem Jahr 2003 schrittweise eingeführten neuen Abrechnungssystem nach diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) erfolgreich wirtschaften zu können.

Auf der konzeptionellen Grundlage von zwei Psychiatrieberichten hat der Freistaat Thüringen in den zurückliegenden Jahren konsequent an der Umsetzung der **Reform der Psychiatrie** gearbeitet. In der **stationären psychiatrischen Versorgung** ist im Jahr 2002 der Trägerwechsel der drei Landesfachkrankenhäuser für Psychiatrie und Neurologie vollzogen worden.

Mit der Entlassung der psychiatrischen Fachkrankenhäuser aus der Trägerschaft des Landes konnte ein weiterer Schritt im Hinblick auf die Gleichbehandlung psychisch Kranker mit somatisch Kranken getan werden. Die hoheitlichen Aufgaben des **Maßregelvollzuges** (Unterbringung psychisch kranker und abhängigkeitskranker Straftäter) wurden durch öffentlich-rechtliche Verträge mit den neuen Trägern sichergestellt. Der Trägerwechsel der Fachkrankenhäuser zu

drei unterschiedlichen Trägern unterstreicht den Anspruch des Landes auf Trägerpluralität. Gleichzeitig steigen die Möglichkeiten, flexibler auf die wirtschaftlichen Anforderungen eines Krankenhauses zu reagieren, um so der Betriebsführung eines zeitgemäßen, modernen psychiatrischen Fachkrankenhauses gerecht zu werden.

In der **ambulanten psychiatrischen Versorgung** sollen die **gemeindepsychiatrischen Verbände** ein stärkeres Gewicht erhalten. Nach dem im Jahr 2003 erfolgreichen Abschluss des Bundesprojektes „Implementation des personenbezogenen Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung“, an dem der Freistaat Thüringen mit der Region Gera beteiligt war, sollen in Zukunft weitere gemeindepsychiatrische Verbände in Thüringen aufgebaut werden.

Ein Modellprojekt hat die Herstellung von Budgettransparenz, die Einführung einheitlicher Hilfeplanung im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich der Eingliederungshilfe und die Schaffung von geeigneten Austausch- und Entscheidungsstrukturen auf örtlicher Ebene erprobt. Gerade im Zusammenhang mit der Neustrukturierung der Sozialhilfe wird auch in den Regionen die Notwendigkeit gesehen, eine stärkere Koordinierung der verschiedenen Leistungsträger vorzunehmen, um für psychisch kranke Menschen eine gemeindenahere Versorgung sicherzustellen.

Fachlich gestützt auf zwei weitere Berichte hat der Freistaat Thüringen den Auf- und Ausbau eines differenzierten Systems der **Suchtkrankenhilfe** gefördert. Die gesundheitlichen und sozialen Hilfen für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen zielen darauf ab, die körperliche und psychische Gesundheit wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern sowie die berufliche und soziale Integration zu fördern bzw. zu stabilisieren. Alle Hilfen sind der Würde der Betroffenen verpflichtet und richten sich auch gegen soziale Ausgrenzung und Diskriminierung. Sie tragen darüber hinaus zum Schutz der Bevölkerung vor negativen Auswirkungen des schädlichen Substanzkonsums bei. Der Auf- und Ausbau der Suchtkrankenhilfe folgte der konzeptionellen Linie, Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote in einem Verbund vorzuhalten und den Menschen gemeindenah zur Verfügung zu stellen.

In den vergangenen Jahren ist auf diese Weise ein leistungsstarkes, landesweit verfügbares Hilfesystem entstanden. In ihm kommt den Suchtberatungsstellen, die das Ergebnis einer langjährigen gezielten Förderpolitik des Freistaats sind, zentrale Bedeutung zu.

Besonders hervorzuheben ist der Ausbau von Hilfen für Menschen, deren Leben durch eine Suchtkrankheit nachhaltig in gesundheitlicher, beruflicher und sozialer Hinsicht gestört ist und die der Hilfe zur (Wieder-)Eingliederung bedürfen. Für sie stehen in Thüringen 13 Wohnheime und zwei Tagesstätten zur Verfügung. Damit konnte die völlig defizitäre Situation überwunden werden, in der sich die Thüringer Suchthilfe zu Beginn ihres Aufbaus befand.

Die inhaltlich-konzeptionelle Ausgestaltung der Angebotsstrukturen ist ein kontinuierlicher Prozess, in dem auf veränderte Konsummuster ebenso eingegangen wird wie auf Veränderungen der Zielgruppen. Als Antwort auf die Zunahme des Konsums illegaler Drogen haben sich aus bisher integrativ arbeitenden Suchtberatungsstellen spezielle Drogenberatungsstellen entwickelt. Es sind Einrichtungen, in denen drogenabhängige oder Drogen missbrauchende Jugendliche Entwöhnungsbehandlung oder sozialtherapeutische Hilfe finden.

Die Thüringer Landesregierung bemüht sich konsequent um die Schaffung bzw. Sicherung der für eine qualitätsgesicherte wie patientenfreundliche Versorgung erforderlichen Rahmenbedingungen.

2 Gesundheitliche Lage

2.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit

Lebenserwartung

In Thüringen steigt die Lebenserwartung stetig an. Die Sterblichkeitsverhältnisse unterliegen einer positiven Entwicklung. So stieg die durchschnittliche Lebenserwartung sowohl für die männliche als auch weibliche Bevölkerung in den vergangenen Jahren stetig.

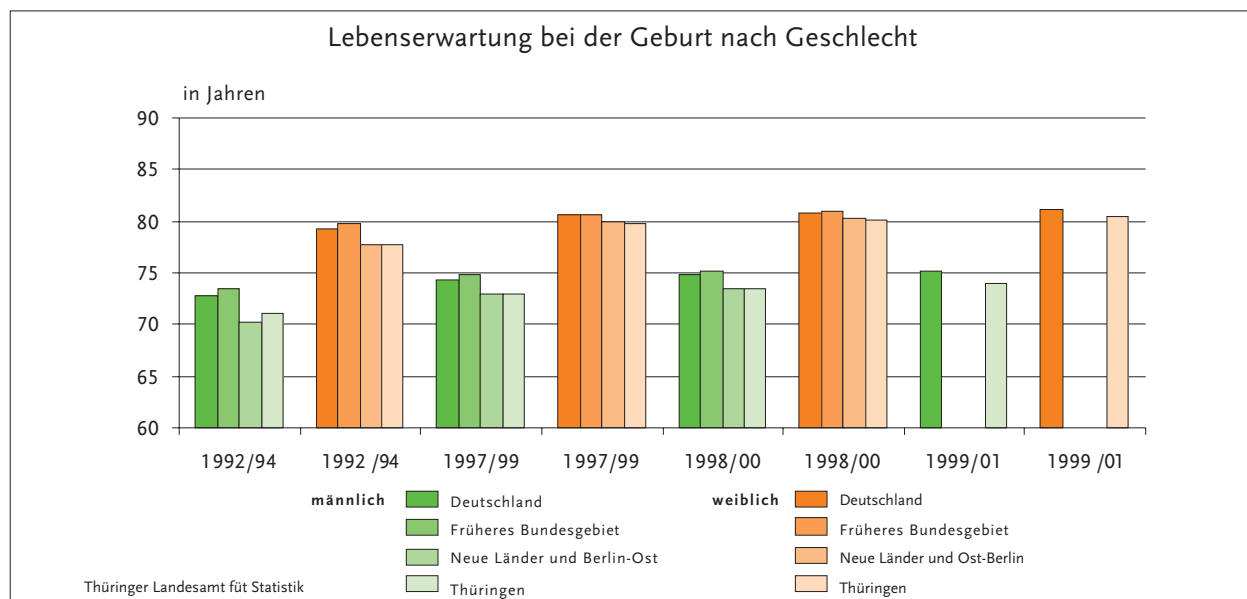
Ein heute in Thüringen geborener Junge hat eine durchschnittliche Lebenserwartung von 74,0 Jahren. Für ein neugeborenes Mädchen beträgt sie im Durchschnitt 80,5 Jahre. Zu der durchschnittlichen Lebenserwartung in den neuen Ländern besteht kaum ein Unterschied. Damit näherte sich die Lebenserwartung in den vergangenen Jahren auch an die gesamtdeutsche Entwicklung an.

Die durchschnittliche Lebenserwartung für einen neugeborenen Jungen in Deutschland liegt bei 75,1 und für Mädchen bei 81,1 Jahren. In der vorhergehenden Sterbetafel 1998/2000 waren 74,8 bzw. 80,8 Jahre ermittelt worden. Eine Ursache für die stetige Zunahme der Lebenserwartung in Deutschland ist die Verbesserung der Sterblichkeitsverhältnisse in den alten und neuen Ländern. Der Anstieg der Lebenserwartung in den neuen Ländern fiel im betrachteten Zeitraum allerdings höher aus.

Durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt 1992/1994 bis 1999/2001 nach Geschlecht

Gebiet	Durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren							
	männlich				weiblich			
	1992/1994	1997/1999	1998/2000	1999/2001	1992/1994	1997/1999	1998/2000	1999/2001
Deutschland	72,8	74,4	74,8	75,1	79,3	80,6	80,8	81,1
Früheres Bundesgebiet	73,4	74,8	75,1	...	79,7	80,7	80,9	...
Neue Länder und Berlin-Ost	70,3	73,0	73,5	...	77,7	80,0	80,3	...
Thüringen	71,0	72,9	73,5	74,0	77,7	79,7	80,1	80,5

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik



Gesamtsterblichkeit

Werden die Sterbefälle ohne Unterscheidung einzelner Krankheiten betrachtet, so war die Sterbeziffer in Thüringen zwischen 1993 bis 2001 rückläufig. Der Rückgang betrug 10,5 Prozent und erreichte den bisherigen Tiefststand von 1053,2 Sterbefällen je 100 000 der Bevölkerung. Im Jahr 2002 stieg sie um 2,8 Prozent an und erreichte einen Stand von 1082,5. Bei den Männern war der Anstieg zum Vorjahr um 0,8 Prozentpunkte höher als bei den Frauen. Dennoch lag die Sterbeziffer der Thüringer Männer weiterhin weit unter der der Frauen. Das mittlere Sterbealter betrug im Jahr 2002 75,1 Jahre. 1993 starben die Thüringer im Durchschnitt 1,7 Jahre früher. Bundesweit betrug die Sterbeziffer im Jahr 2001 1006,2. Somit lag der Thüringer Wert um 47,0 über dem Bundesdurchschnitt. Im Vergleich zu den neuen Bundesländern war sie um 16,0 niedriger und gegenüber dem Durchschnitt der alten Bundesländer um 59,6 höher. Thüringen hatte bis zum Jahr 2001 mit 10,5 Prozent den größten Rückgang der Sterbeziffer seit 1993. In den neuen Bundesländern betrug der Rückgang durchschnittlich 10,2 Prozent, in den alten Ländern 8,0 Prozent und im Durchschnitt der Bundesrepublik lag er bei 8,6 Prozent.

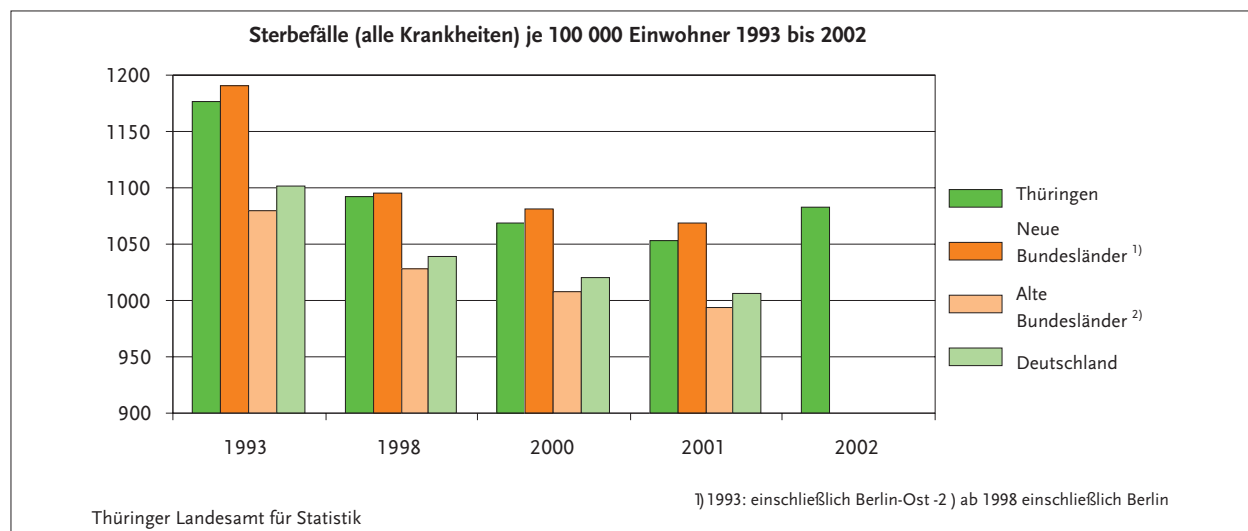
Sterbefälle (alle Krankheiten) je 100 000 Einwohner 1993 bis 2002

ICD-9: 001 - 999

ICD-10: A00 - T98

Merkmal	1993	1998	2000	2001	2002
Thüringen	1 177,0	1 092,7	1 068,8	1 053,2	1 082,5
männlich	1 130,8	1 046,2	1 014,9	998,7	1 030,6
weiblich	1 219,8	1 136,9	1 120,4	1 105,6	1 132,6
unter 15 Jahre	39,6	45,6	38,3	37,2	39,1
von 15 bis unter 35 Jahre	83,1	73,3	64,7	60,7	59,0
von 35 bis unter 65 Jahre	632,5	502,4	463,0	451,8	438,6
von 65 bis unter 80 Jahre	3 713,6	3 256,0	3 045,0	2 872,0	2 859,0
80 Jahre und älter	14 178,7	13 962,3	13 443,2	12 578,6	12 486,6
mittleres Sterbealter	73,4	74,2	74,7	74,8	75,1
Neue Bundesländer ¹⁾	1 190,3	1 094,8	1 080,7	1 069,2	...
Alte Bundesländer ²⁾	1 080,3	1 027,6	1 008,4	993,6	...
Deutschland	1 101,3	1 039,1	1 020,6	1 006,2	...

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

¹⁾ 1993: einschließlich Berlin-Ost - ²⁾ ab 1998 einschließlich Berlin

Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen Bösartige Neubildungen

Die bösartigen Neubildungen – umgangssprachlich auch als Krebs bezeichnet – sind in Thüringen eine Todesursache mit steigender Tendenz. Die Sterbeziffer betrug 1993 236,6 und im Jahr 2002 lag sie bei 252,4 Sterbefällen je 100 000 Einwohner. Damit erhöhte sich die Sterbeziffer in Thüringen um 6,7 Prozent.

Im Bundesdurchschnitt sank sie dagegen bis 2001 um 4,0 Prozent. Trotz des unterschiedlichen Ausgangsniveaus im Jahr 1993 glichen sich die Werte im Laufe der Jahre an und erreichten im Jahr 2002 beide den Wert von 252,1.

Sterbefälle (bösartige Neubildungen) je 100 000 Einwohner 1993 bis 2002

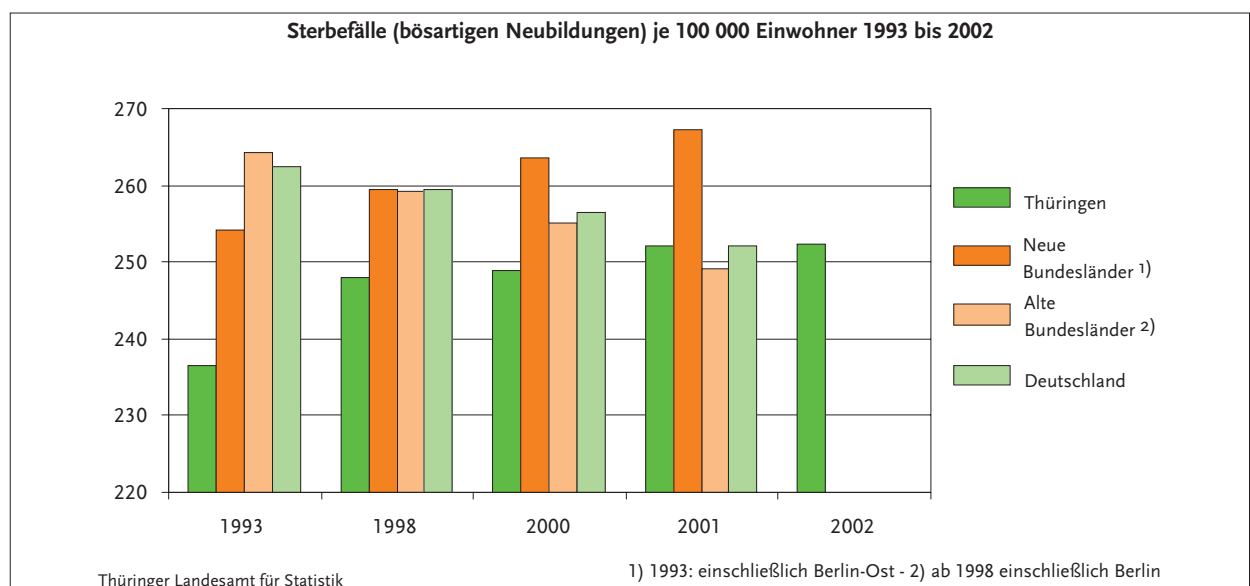
ICD-9: 140 - 208

ICD-10: C00 - C97

Merkmal	1993	1998	2000	2001	2002
Thüringen	236,6	247,9	249,0	252,1	252,4
männlich	251,6	263,5	267,8	280,2	275,7
weiblich	222,7	233,1	231,0	225,1	230,0
unter 15 Jahre	2,8	2,2	3,4	2,6	2,8
von 15 bis unter 35 Jahre	9,4	8,6	6,4	6,0	6,8
von 35 bis unter 65 Jahre	202,8	176,8	170,6	170,6	157,4
von 65 bis unter 80 Jahre	917,4	904,4	883,1	867,4	849,2
80 Jahre und älter	1 539,9	1 762,2	1 665,8	1 599,4	1 627,5
mittleres Sterbealter	69,0	70,1	70,5	70,4	70,9
Neue Bundesländer ¹⁾	254,2	259,5	263,6	267,2	...
Alte Bundesländer ²⁾	264,3	259,3	255,0	249,1	...
Deutschland	262,4	259,4	256,4	252,1	...

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

¹⁾ 1993: einschließlich Berlin-Ost - ²⁾ ab 1998 einschließlich Berlin



Herz-Kreislauferkrankungen

Die Krankheiten des Kreislaufsystems sind nach wie vor die Todesursache Nummer eins. Der Anteil an den Sterbefällen lag in Thüringen im Jahr 2002 bei 50,8 Prozent. Obwohl die Sterbeziffer im Jahr 2002 gegenüber 2001 um 3,7 Prozent anstieg, ist der Rückgang der Sterbeziffer seit 1993 jedoch äußerst erfreulich. 1993 lag sie noch bei 650,0. Damit ist ein Rückgang bis zum Jahr 2002 von 15,3 Prozent zu verzeichnen. Bis zum Jahr 2001 waren es sogar 18,4 Prozent. Im Durchschnitt der neuen Bundesländer betrug der Rückgang bis 2001 14,3 Prozent und lag mit einem Wert von 535,5 Gestorbenen je 100 000 der Bevölkerung um 4,9 höher als in Thüringen. Im Durchschnitt der alten Bundesländer sank die Sterbeziffer seit 1993 bis 2001 um 11,1 Prozent und erreichte im Jahr 2001 einen Wert von 463,7. Bundesweit betrug sie 475,7 und sank seit 1993 um 12,1 Prozent.

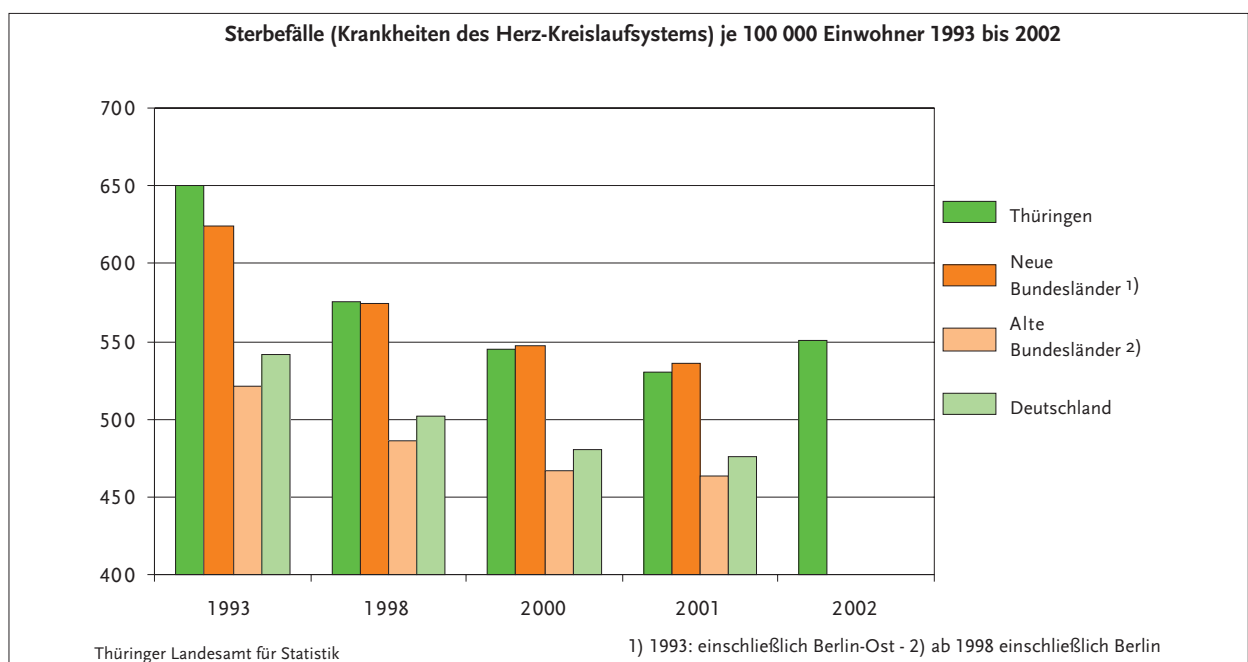
Sterbefälle (Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems) je 100 000 Einwohner 1993 bis 2002

ICD-9: 390 - 459 ICD-10: I00 - I99

Merkmal	1993	1998	2000	2001	2002
Thüringen	650,0	575,5	545,3	530,6	550,3
männlich	553,1	487,4	449,4	430,7	454,4
weiblich	740,1	659,3	637,1	626,6	642,6
unter 15 Jahre	1,3	,8	1,6	1,0	,3
von 15 bis unter 35 Jahre	7,0	5,4	4,5	2,5	5,0
von 35 bis unter 65 Jahre	213,4	152,6	125,7	120,2	118,0
von 65 bis unter 80 Jahre	1 980,8	1 620,4	1 448,8	1 322,4	1 338,6
80 Jahre und älter	10 021,3	9 639,2	9 084,3	8 457,8	8 275,1
mittleres Sterbealter	78,1	79,1	79,7	79,9	79,9
Neue Bundesländer ¹⁾	624,7	574,6	547,7	535,5	...
Alte Bundesländer ²⁾	521,4	486,4	467,0	463,7	...
Deutschland	541,2	501,5	480,7	475,7	...

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

¹⁾ 1993: einschließlich Berlin-Ost - ²⁾ ab 1998 einschließlich Berlin



Herzinfarkt

Bei der Todesursache Herzinfarkt als Bestandteil der Herz-Kreislaufkrankungen insgesamt ist ebenfalls eine rückläufige Entwicklung der Sterbeziffer zu verzeichnen. Das mittlere Sterbealter stieg jedoch kontinuierlich von 71,2 Jahre im Jahr 1993 auf 74,3 Jahre im Jahr 2002. In Thüringen betrug der Rückgang der Sterbeziffer bis zum Jahr 2002 15,4 Prozent und erreichte einen Wert von 97,6 Sterbefällen je 100 000 Einwohner. Ein Jahr zuvor betrug er 101,7 und lag somit 8,4 unter dem der neuen Länder, aber 20,2 über dem der alten Länder. Die Sterbeziffer in Deutschland betrug im Jahr 2001 86,3. Der Rückgang der Sterbeziffer gegenüber 1993 vollzog sich in den alten Ländern (22,7 Prozent) fast doppelt so schnell wie in den neuen Ländern (12,4 Prozent).

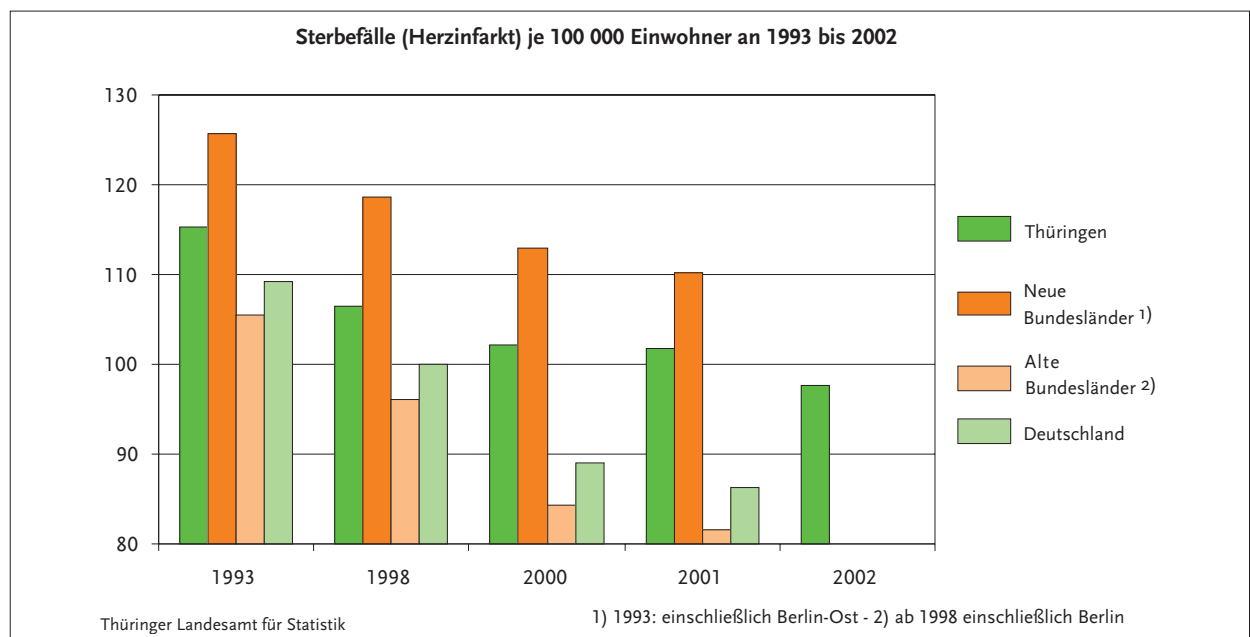
Sterbefälle (Herzinfarkt) je 100 000 Einwohner 1993 bis 2002

ICD-9: 410 ICD-10: I21 - I22

Merkmal	1993	1998	2000	2001	2002
Thüringen	115,3	106,4	102,2	101,7	97,6
männlich	142,3	129,0	118,5	118,0	113,3
weiblich	90,3	84,9	86,7	86,0	82,6
unter 15 Jahre	-	-	-	-	-
von 15 bis unter 35 Jahre	1,6	1,2	1,1	0,5	0,8
von 35 bis unter 65 Jahre	82,2	55,4	50,1	50,0	39,5
von 65 bis unter 80 Jahre	480,7	420,6	372,8	352,1	337,4
80 Jahre und älter	868,0	931,7	929,2	893,7	868,1
mittleres Sterbealter	71,2	72,8	73,3	73,6	74,3
Neue Bundesländer ¹⁾	125,7	118,6	112,9	110,1	...
Alte Bundesländer ²⁾	105,5	96,1	84,3	81,5	...
Deutschland	109,3	100,0	89,1	86,3	...

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

¹⁾ 1993: einschließlich Berlin-Ost - ²⁾ ab 1998 einschließlich Berlin



Schlaganfall

Die Sterbeziffer auf Grund von Schlaganfällen ist in Thüringen von 1993 bis 2002 um fast ein Viertel (22,7 Prozent) gesunken.

Sie betrug im Jahr 1993 102,9 Sterbefälle je 100 000 der Bevölkerung und sank über den Betrachtungszeitraum kontinuierlich auf 79,5 im Jahr 2002.

Im Bundesdurchschnitt lag sie im Betrachtungszeitraum zwischen 2,3 und 7,0 Prozent unter der von Thüringen. Der Entwicklungstrend war jedoch gleich. Auch hier ging die Sterbeziffer 2001 gegenüber 1993 um 22,1 Prozent zurück.

Sterbefälle (Schlaganfall) je 100 000 Einwohner 1993 bis 2002

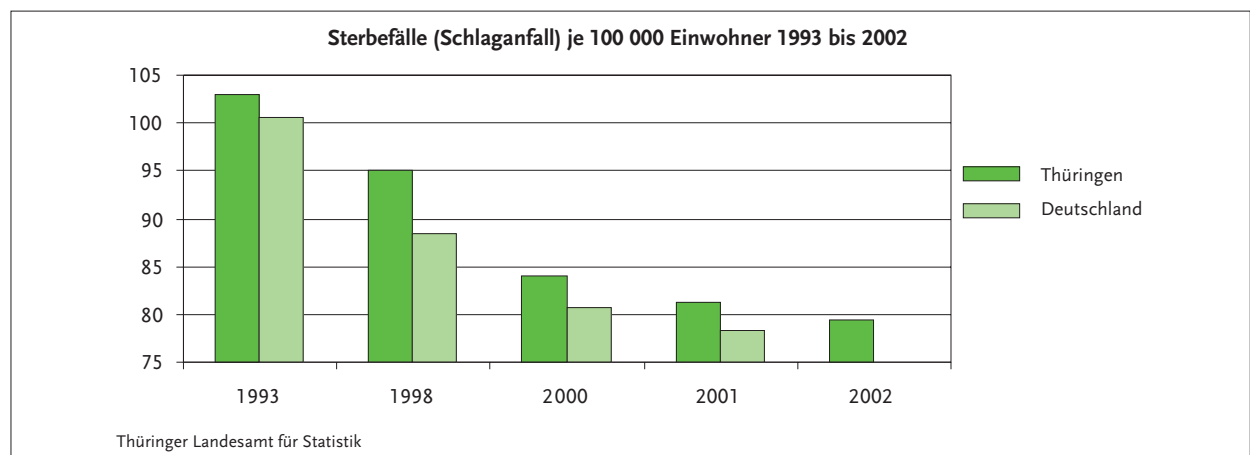
ICD-9: 431; 432.x; 434.x; 436.x; 433.x; 438.x;

ICD-9: I61.x; I62.x; I63.x; I64; I65.x; I69.1; I69.2; I69.3; I69.4;

Merkmal	1993	1998	2000	2001	2002
Thüringen	102,9	95,1	84,1	81,2	79,5
männlich	76,4	73,7	61,1	56,7	59,3
weiblich	127,5	115,5	106,2	104,7	99,0
unter 15 Jahre	0,2	-	-	-	-
von 15 bis unter 35 Jahre	0,3	0,5	0,3	-	0,8
von 35 bis unter 65 Jahre	25,3	20,5	14,4	12,2	16,0
von 65 bis unter 80 Jahre	330,3	291,3	237,2	207,6	200,7
80 Jahre und älter	1 637,4	1 567,3	1 417,7	1 354,7	1 180,6
mittleres Sterbealter	78,8	79,3	80,2	80,5	79,5
Neue Bundesländer ¹⁾
Alte Bundesländer ²⁾
Deutschland	100,5	88,4	80,7	78,3	...

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

¹⁾ 1993: einschließlich Berlin-Ost - ²⁾ ab 1998 einschließlich Berlin



2.2 Chronische Krankheiten

Bösartige Neubildungen

Häufigste Krebsneuerkrankungen (einschl. DCO-Fälle) in Thüringen 2001 nach Altersgruppen und Geschlecht

0-14 Jahre		15-29 Jahre		30-44 Jahre	
männlich		männlich		männlich	
	% ¹⁾		% ¹⁾		% ¹⁾
1 Gehirn/ZNS	40,0	1 Hoden	29,4	1 Hoden	25,0
1 Leukäm., Lymph.	40,0	1 Leukäm., Lymph.	29,4	2 Leukäm., Lymph.	14,6
3 sonst. Tumoren	20,0	3 Malignes Melanom der Haut	9,8	3 Mund, Rachen	9,2
		4 Mund, Rachen	5,9	4 Malignes Melanom der Haut	7,9
		4 Niere	5,9	5 Dick-, Mastdarm	7,1
		4 Gehirn/ZNS	5,9	6 Gehirn/ZNS	6,7
		7 Knochen, Gel.-Kn.	3,9	7 Lunge	5,8
		7 Schilddrüse	3,9	8 Niere	4,6
		9 Magen	2,0	9 Magen	3,8
		9 Herz, Mediastinum, Rippenfell	2,0	10 Kehlkopf	2,9
Fälle	5	Fälle	51	Fälle	240
weiblich		weiblich		weiblich	
	% ¹⁾		% ¹⁾		% ¹⁾
1 Leukäm., Lymph.	40,0	1 Schilddrüse	16,3	1 Brustdrüse	43,0
2 Gehirn/ZNS	30,0	2 Gebärmutterhals	14,0	2 Gebärmutterhals	14,3
3 Mund, Rachen	10,0	2 Leukäm., Lymph.	14,0	3 Malignes Melanom der Haut	7,4
3 Mesoth./ Weichteilg.	10,0	4 Brustdrüse	11,6	4 Eierstock	6,6
3 Schilddrüse	10,0	5 Malignes Melanom der Haut	9,3	5 Leukäm., Lymph.	4,9
		6 Mesoth./ Weichteilgew.	7,0	6 Dick-, Mastdarm	4,0
		6 Eierstock	7,0	7 Schilddrüse	3,4
		6 Gehirn/ZNS	7,0	8 Niere	3,2
		9 Dick-, Mastdarm	4,7	9 Gebärmutterkörper	2,6
		10 Mund, Rachen	2,3	10 Magen	2,0
Fälle	10	Fälle	43	Fälle	349
alle Altersgruppen					
männlich		weiblich			
	% ¹⁾		% ¹⁾		
1 Lunge	18,0	1 Brustdrüse	28,6		
2 Prostata	16,5	2 Dick-, Mastdarm	15,0		
3 Dick-, Mastdarm	15,3	3 Leukäm., Lymph.	7,1		
4 Leukäm., Lymph.	7,1	4 Gebärmutterkörper	5,9		
5 Niere	5,6	5 Eierstock	4,8		
6 Magen	5,4	6 Magen	4,4		
7 Harnblase	4,9	6 Lunge	4,4		
8 Mund, Rachen	3,9	8 Niere	3,9		
9 Pankreas	3,6	9 Gebärmutterhals	3,6		
10 Malignes Melanom der Haut	2,4	10 Pankreas	3,5		
Fälle	5 277	Fälle	4 944		

Quelle:
Gemeinsames Krebsregister,
Registerstelle

¹⁾ Anteil an allen Krebsneuerkrankungen (ohne sonstige Haut) in Prozent

45-59 Jahre		60-74 Jahre		75 Jahre und älter	
	% ¹⁾		% ¹⁾		% ¹⁾
1 Lunge	16,8	1 Lunge	20,3	1 Prostata	24,3
2 Dick-, Mastdarm	16,5	2 Prostata	17,5	2 Lunge	16,8
3 Niere	8,0	3 Dick-, Mastdarm	16,7	3 Dick-, Mastdarm	13,6
4 Mund, Rachen	7,7	4 Niere	6,1	4 Magen	7,8
4 Prostata	7,7	5 Leukäm., Lymph.	5,7	5 Harnblase	7,6
4 Leukäm., Lymph.	7,7	6 Harnblase	4,9	6 Leukäm., Lymph.	7,4
7 Magen	5,2	7 Magen	4,5	7 Pankreas	3,5
8 Malignes Melanom der Haut	4,1	8 Pankreas	3,9	8 Niere	3,0
9 Pankreas	3,8	9 Mund, Rachen	3,5	9 Leber	2,2
10 Speiseröhre	3,5	10 Leber	2,4	10 Mesoth./ Weichteilgew.	1,5
Fälle	911	Fälle	2 772	Fälle	1 298
	% ¹⁾		% ¹⁾		% ¹⁾
1 Brustdrüse	43,7	1 Brustdrüse	28,8	1 Dick-, Mastdarm	20,5
2 Dick-, Mastdarm	9,7	2 Dick-, Mastdarm	15,0	2 Brustdrüse	18,0
3 Leukäm., Lymph.	6,4	3 Gebärmutterkörper	8,4	3 Leukäm., Lymph.	8,5
4 Gebärmutterkörper	5,2	4 Leukäm., Lymph.	6,1	4 Magen	7,5
5 Gebärmutterhals	4,9	5 Eierstock	5,8	5 Pankreas	5,4
6 Niere	4,5	6 Lunge	4,9	6 Lunge	4,4
7 Lunge	4,4	7 Niere	4,6	7 Gebärmutterkörper	4,3
8 Eierstock	4,2	8 Magen	3,6	8 Eierstock	3,7
9 Malignes Melanom der Haut	2,5	9 Pankreas	3,5	9 Gallenblase	3,6
10 Magen	1,8	10 Gallenblase	2,8	10 Niere	3,1
Fälle	904	Fälle	1 942	Fälle	1 696

Die Übersicht zeigt die häufigsten Krebsneuerkrankungen in Thüringen, im Diagnosejahr 2001, nach Altersgruppen und Geschlecht. Die Auswertung erfolgte mit DCO-Fällen (*Death Certificate Only*).

Häufigste Neuerkrankung bei Männern ist mit 18,0% nach wie vor Lungenkrebs. Damit kann die vom Robert-Koch-Institut für Deutschland insgesamt getroffene Aussage, dass Prostatakrebs nunmehr die häufigste Krebserkrankung ist, für Thüringen anhand der GKR-Daten noch nicht bestätigt werden.

Bei Frauen im Alter von 30-74 Jahren ist Brustkrebs die häufigste Lokalisation und hat insgesamt einen Anteil von 28,6%.

Die Verteilung der häufigsten Lokalisationen in Thüringen entspricht weitgehend dem Bild für das gesamte Einzugsgebiet des GKR.

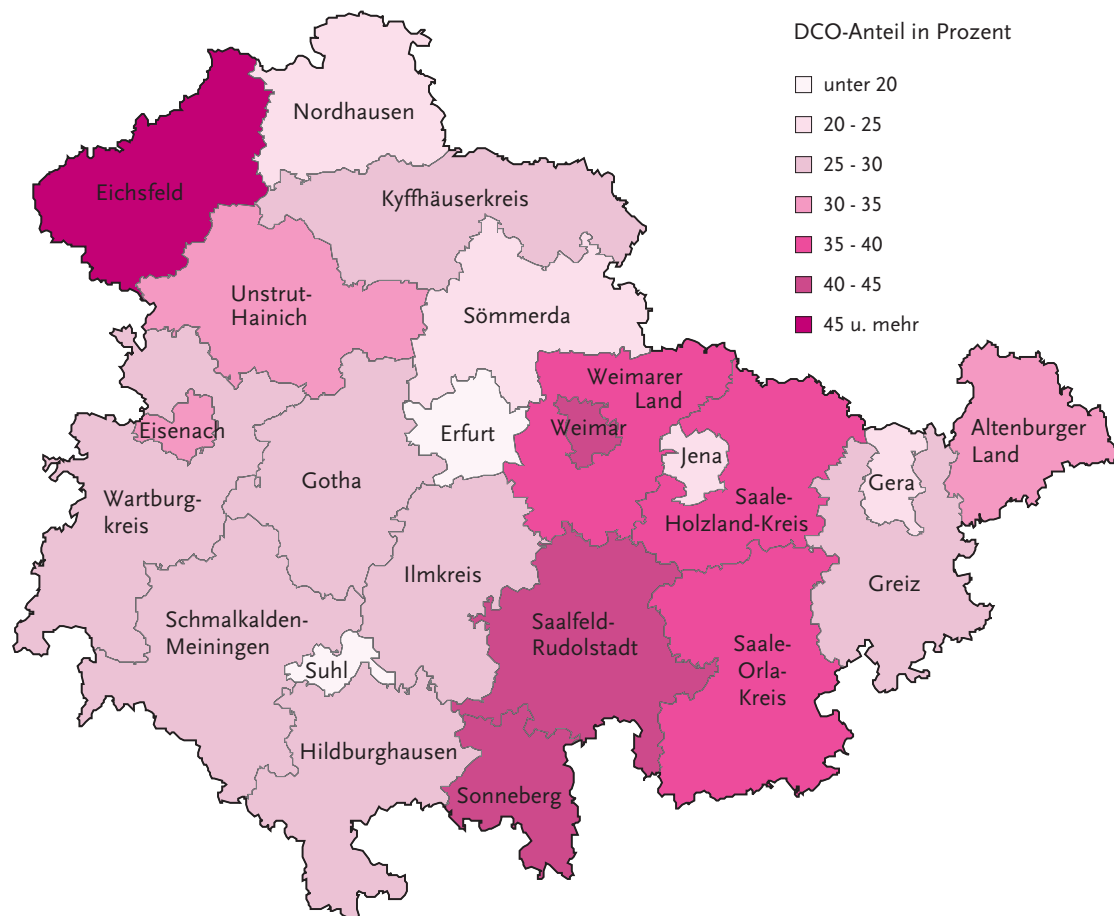
DCO steht für *Death Certificate Only* und bezeichnet somit Fälle, die dem Krebsregister ausschließlich vom Leichenschauschein bekannt sind, für die also keine ärztliche Meldung zu Lebzeiten vorlag.

Damit ist der DCO-Anteil ein wichtiges Qualitätskriterium der Daten eines Krebsregisters. Mit einem Anteil von 29,0% im Jahr 2001 ist die Zahl der DCO-Fälle in Thüringen noch zu hoch, obwohl ein leichter, kontinuierlicher Rückgang seit 1997 zu verzeichnen ist (1997: 31,3%, 1999: 30,8%). Der höchste DCO-Anteil findet sich im Eichsfeld-Kreis, aus Erfurt kommen die wenigsten Meldungen nur durch den Totenschein (höchste aktive Melderate).

Daneben ist der DCO-Anteil ein Indikator für die Vollzähligkeit der Krebserfassung – je höher der DCO-Anteil, desto niedriger die Vollzähligkeit. Der in epidemiologischen Krebsregistern angestrebte DCO-Anteil von weniger als 10% wird derzeit in Thüringen noch nicht erreicht, auch nicht in einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten. Insbesondere im Eichsfeld (>60%), aber auch in Weimar, in Sonneberg und Saalfeld-Rudolstadt (jeweils >40%) sind deutlich mehr Aktivitäten nötig, um die ärztliche Melderate zu erhöhen. Thüringen hat im Februar 2003 als viertes der am GKR beteiligten sechs Länder die Meldepflicht eingeführt.

Anteil der DCO-Fälle an allen Krebsneuerkrankungen im Diagnosejahr 2001

ICD-9 140-208, ohne 173



Rheuma

Die stationären Behandlungsfälle aufgrund einer klassischen rheumatischen Erkrankung haben im Jahr 2001 im Vergleich zum Vorjahr um 6 % deutlich zugenommen. Waren es im Jahr 2000 noch rund 410 Fälle auf 100 000 Einwohner, lag die Zahl für 2001 schon bei 434 Fällen auf 100 000 Einwohner.

Frauen waren dabei nahezu doppelt so häufig betroffen wie Männer. Die meisten der rheumatischen Behandlungsfälle im Krankenhaus betrafen Patienten von 65 bis unter 80 Jahren mit rund 1623 Fällen je 100 000 Einwohner dieser Altersgruppe.

Ein Vergleich mit bundesweiten Ergebnissen ist nicht möglich, da diesbezügliche Angaben nicht vorliegen.

Zur Erläuterung:

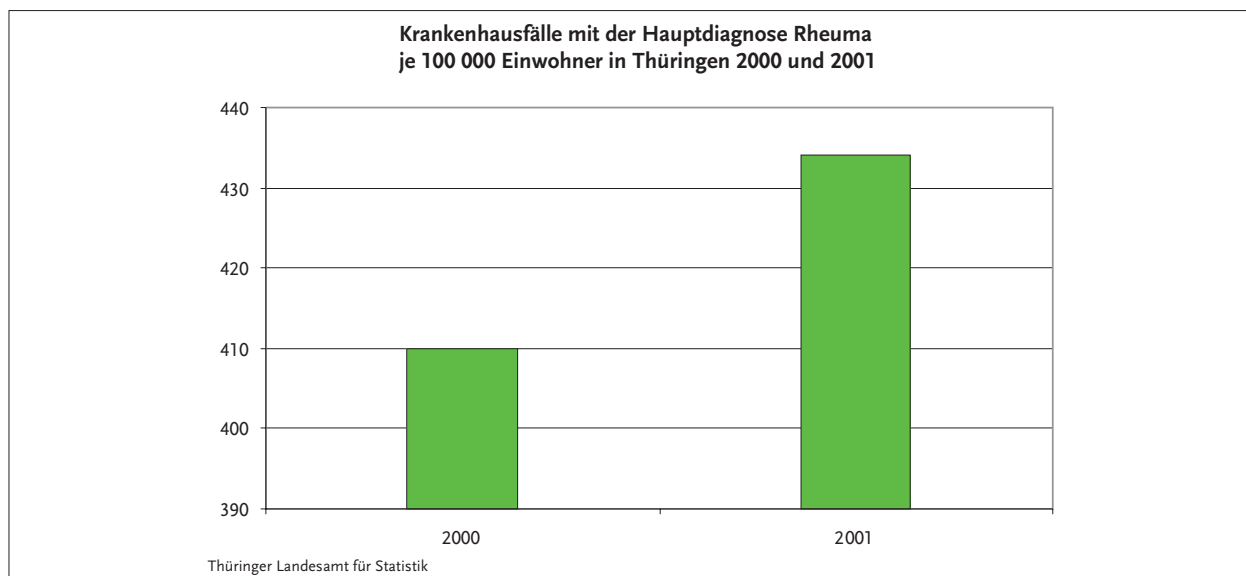
Die nachfolgenden Tabellen beinhalten Krankenhausfälle (ohne Stundenfälle, einschließlich Sterbefälle). Das sind Behandlungsfälle, die im Laufe des Berichtsjahres vollstationär entlassen wurden. Wurde ein Patient im Laufe des Jahres mehrfach im Krankenhaus behandelt, wurde er auch mehrfach gezählt. Es handelt sich um Fälle Thüringer Krankenhäuser. Dabei ist es unerheblich, in welchem Land oder Bundesland der Patient seinen Wohnsitz hatte. Bei den nachfolgenden Betrachtungen wird davon ausgegangen, dass sich die Patientenströme zwischen den Landesgrenzen ausgleichen.

Krankenhausfälle mit der Hauptdiagnose Rheuma je 100 000 Einwohner 2000 bis 2001

ICD-10: M06; M07; M10; M16; M17; M45; M81

Merkmal	2000	2001
Thüringen	409,9	434,0
männlich	283,6	301,3
weiblich	530,7	561,5
unter 15 Jahre	2,5	4,0
von 15 bis unter 35 Jahre	29,8	24,3
von 35 bis unter 65 Jahre	380,5	387,4
von 65 bis unter 80 Jahre	1 578,9	1 622,6
80 Jahre und älter	740,3	959,9
Neue Bundesländer	.	.
Alte Bundesländer	.	.
Deutschland	...	...

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik



Asthma

In Thüringer Krankenhäusern sind die Behandlungsfälle auf Grund von Asthma, bezogen auf 100 000 Einwohner, im Jahr 2001 gegenüber 1993 um 25,5 Prozent gesunken. Im Bundesdurchschnitt ist bis 1998 auch ein Rückgang zu verzeichnen. Er lag in diesem Betrachtungszeitraum bei 20,6 Prozent. Angaben über 2000 liegen auf Bundesebene noch nicht vor.

In den Thüringer Krankenhäusern waren wegen Asthma am häufigsten die Kinder und Jugendlichen im Alter bis unter 15 Jahre in Behandlung. Auf 100 000 Einwohner dieser Altersgruppe wurden im Untersuchungszeitraum zwischen 82,3 und 98,1 Fälle behandelt.

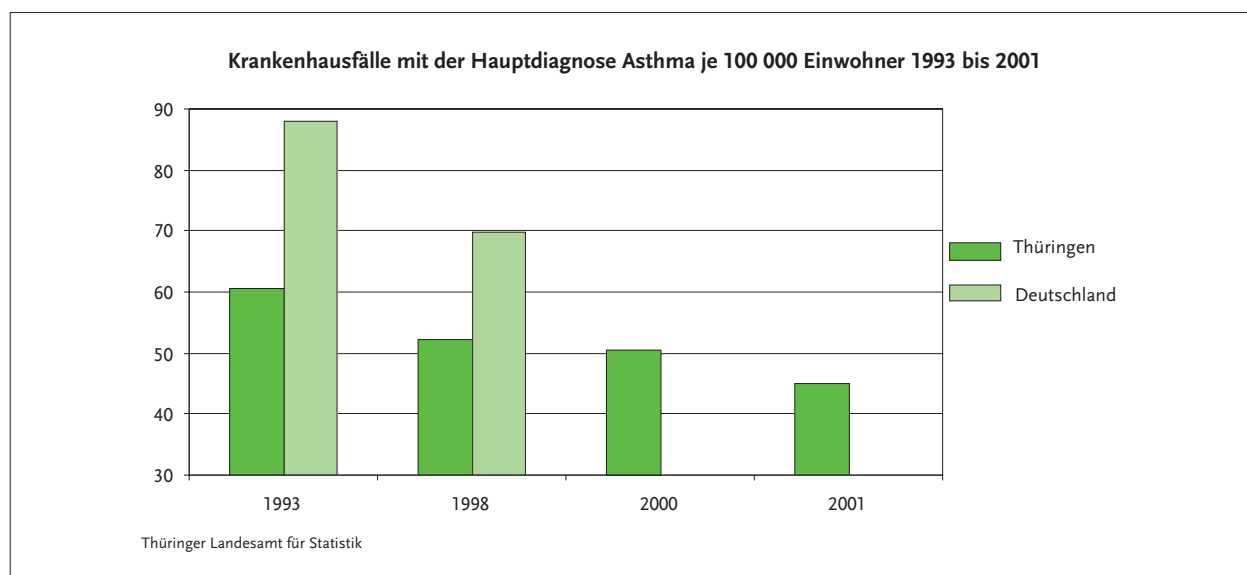
Am wenigsten mussten Patienten im Alter zwischen 15 und 35 Jahren wegen dieser Krankheit stationär versorgt werden.

Krankenhausfälle mit der Hauptdiagnose Asthma je 100 000 Einwohner 1993 bis 2001

ICD-9: 493 ICD-10: J45 - J46

Merkmal	1993	1998	2000	2001
Thüringen	60,5	52,2	50,4	45,1
männlich	61,7	50,3	50,3	46,7
weiblich	59,3	54,1	50,5	43,6
unter 15 Jahre	88,3	93,6	98,1	82,3
von 15 bis unter 35 Jahre	35,9	32,1	27,0	29,4
von 35 bis unter 65 Jahre	59,5	44,8	45,1	42,3
von 65 bis unter 80 Jahre	84,9	76,1	64,6	49,5
80 Jahre und älter	45,3	41,0	59,2	42,3
Neue Bundesländer	.	.	.	.
Alte Bundesländer	.	.	.	.
Deutschland	87,9	69,8	...	...

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik



Diabetes mellitus

Die Zahl der Patienten, die wegen der Hauptdiagnose Diabetes mellitus in Thüringer Krankenhäusern behandelt wurden, war im Betrachtungszeitraum relativ konstant. Je 100 000 Einwohner lagen die Werte zwischen 310,2 und 321,3. Im Jahr 2001 betrug die Zahl 317,1.

Im Bundesdurchschnitt lagen die Fälle je 100 000 Einwohner in den Jahren 1993 und 1998 um 25,3 und 19,1 Prozent unter denen von Thüringen.

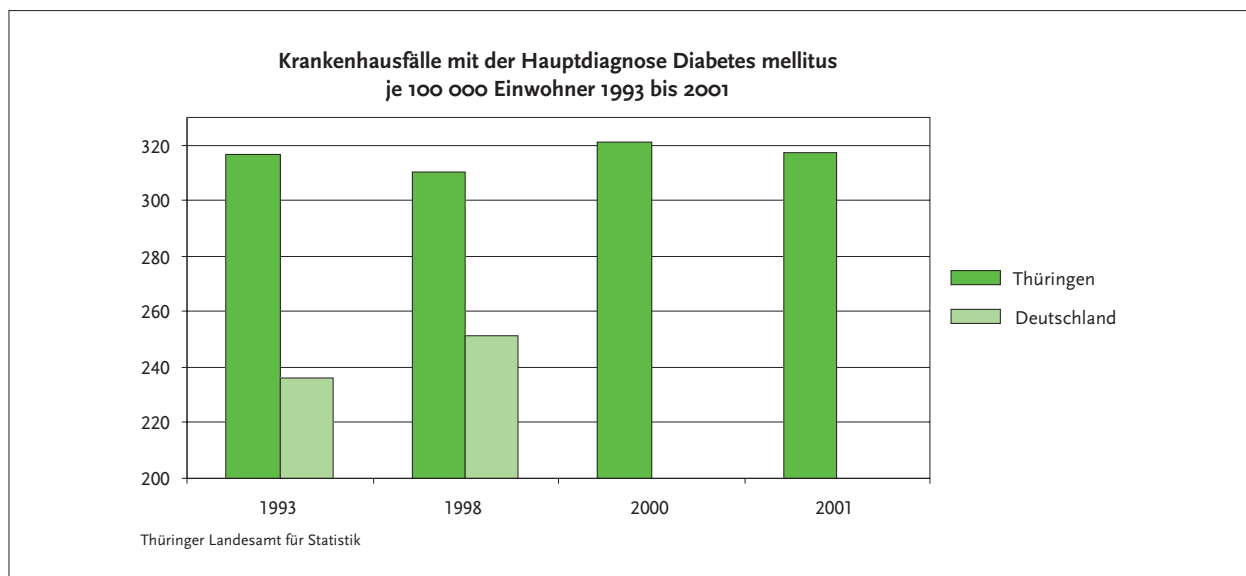
Bei der Betrachtung der Thüringer Krankenhausfälle zeigt sich, dass junge Leute im Alter bis unter 35 Jahre relativ wenig stationär wegen Diabetes mellitus behandelt werden müssen. Die Fälle mit Patienten im Alter zwischen 35 und 65 Jahren betragen in etwa das 4- bis 5-fache der jüngeren Altersgruppe. Patienten im Alter zwischen 65 und 80 Jahren mussten im Jahr 2001 in 989,0 Fällen je 100 000 Einwohner stationär behandelt werden und Patienten über 80 Jahre sogar in 1 519,0 Fällen.

Krankenhausfälle mit der Hauptdiagnose Diabetes mellitus je 100 000 Einwohner 1993 bis 2001

ICD-9: 250 ICD-10: E10 - E14

Merkmal	1993	1998	2000	2001
Thüringen	316,4	310,2	321,3	317,1
männlich	250,0	254,6	286,8	281,3
weiblich	378,2	363,1	354,3	351,4
unter 15 Jahre	55,4	66,6	72,8	75,6
von 15 bis unter 35 Jahre	70,7	60,1	54,9	52,8
von 35 bis unter 65 Jahre	309,7	276,4	265,6	237,9
von 65 bis unter 80 Jahre	1 135,9	996,3	990,2	989,0
80 Jahre und älter	1 167,1	1 278,5	1 493,3	1 519,0
Neue Bundesländer	.	.	.	.
Alte Bundesländer	.	.	.	.
Deutschland	236,2	251,1	...	...

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik



2.3 Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Häufigkeit ausgewählter Befunde, die im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter erhoben werden

Die von den Jugendärzten erhobenen Befunde setzen sich zusammen aus Befunden, die erstmals oder wiederholt einer Arztüberweisung bedürfen, Befunden, deren Behandlung ausreichend durchgeführt oder bereits eingeleitet ist, und Befunden, die nach abgesicherter Diagnostik nicht oder nicht mehr behandlungsbedürftig oder -fähig sind. Ob die Befunde, die eine Arztüberweisung erforderten, nach eingehender Diagnostik bestätigt werden, ist häufig nicht bekannt.

Die Ursachen für die Störungen sind – z. T. auch auf die einzelne Störung bezogen – vielgestaltig. Während z. B. **Seh- und Hörstörungen** (die bei durchschnittlich 18,0 % bzw. 5,4 % aller untersuchten Kinder vorkommen) mit annähernd gleichbleibenden Werten im Zeitraum von 1997 bis 2002 überwiegend organische, z. T. wachstumsassoziierte Gründe haben, werden beim **Übergewicht**, bei **Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen** sowie **Verhaltensauffälligkeiten** die Wurzeln im gesellschaftlichen und familiären Umfeld gesehen.

Bei den drei zuletzt genannten Befunden sind langsam aber stetig ansteigende Werte bei der Einschulungsuntersuchung erkennbar. Der Anteil von Kindern mit Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen an der Gesamtzahl aller untersuchten Kinder erhöhte sich im Berichtszeitraum um 1,7 Prozentpunkte. Bei Verhaltensauffälligkeiten beträgt die Steigerungsrate 2,5 Prozentpunkte.

Kinder mit Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen sowie Verhaltensauffälligkeiten sollten rechtzeitig eine Förderung (Frühförderung) erhalten, damit schulischen Problemen vorgebeugt werden kann. Bei Jugendlichen der 8./9. Klassen, einschließlich derer, die im Vorschulalter oder jungen Schulalter gefördert wurden, spielen diese Störungen eine deutlich geringere Rolle (im Durchschnitt 1,5 % Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen und 2,2 % Verhaltensstörungen). Eine Steigerungstendenz ist hier bei den Verhaltensauffälligkeiten mit 0,6 Prozentpunkten erkennbar.

Übergewicht bzw. Adipositas (extreme Form des Übergewichts) im Kindesalter ist ein erheblicher Risikofaktor für die Gesundheit und das Wohlbefinden, auch für den später erwachsenen Menschen. Die Gefahr der Erkrankung an Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Krebs, orthopädischen Komplikationen oder Gallenblasenleiden und das Risiko einer erhöhten Sterblichkeit wurde in verschiedenen Studien bewiesen.

Häufigkeit ausgewählter Befunde 1998 bis 2002 in Prozent

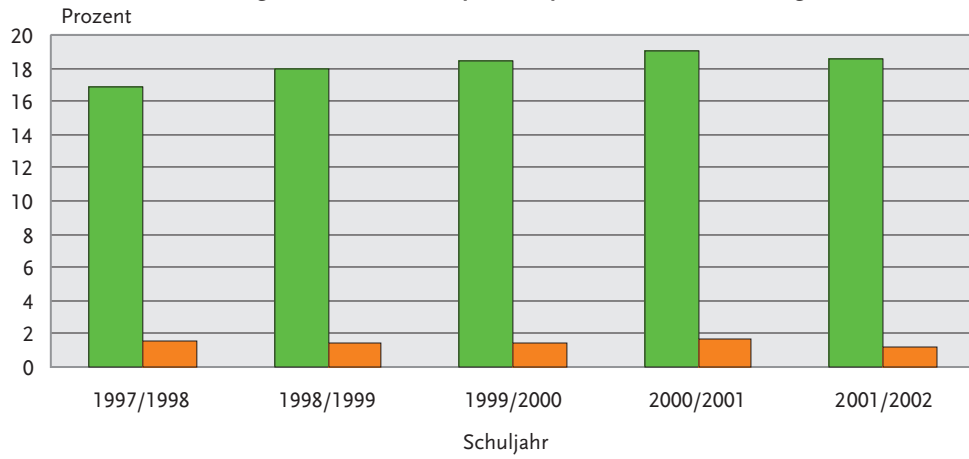
Zeitpunkt der Befunderhebung	Verminderte Sehschärfe					Hörstörung					Skoliose				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
Einschulung	18,1	18,3	17,4	18,4	17,7	4,9	5,6	5,4	5,5	5,7	2,2	2,1	2,2	2,6	2,3
8./9. Klasse	28,5	29,6	31,3	30,5	31,2	3,0	2,8	2,6	2,4	2,3	7,6	8,8	8,3	8,3	8,8

Zeitpunkt der Befunderhebung	Adipositas					Sprech-, Sprach-, Stimmstörung					Verhaltensauffälligkeit				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
Einschulung	5,4	5,6	5,6	5,9	6,3	16,9	18,0	18,4	19,0	18,6	9,1	10,1	10,4	10,9	11,6
8./9. Klasse	7,0	7,2	8,2	8,5	8,7	1,6	1,4	1,5	1,7	1,2	1,8	2,0	2,3	2,3	2,4

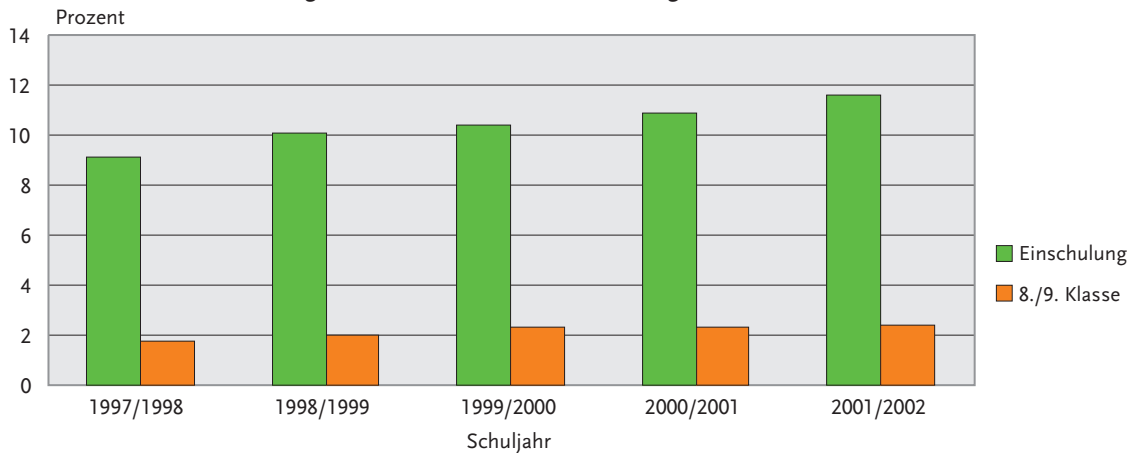
Quelle: Thüringer Landesverwaltungsamt; Thüringer Landesamt für Statistik; Thüringer Gesundheitsämter

Anmerkungen: In der Tabelle ist die Befundhäufigkeit angegeben als Anteil der Kinder bzw. Jugendlichen mit dem angegebenen Befund an der Gesamtzahl der Untersuchten. Die Jahreszahlen bezeichnen jeweils das zweite Kalenderjahr eines Schuljahres, das als Untersuchungszeitraum gilt.

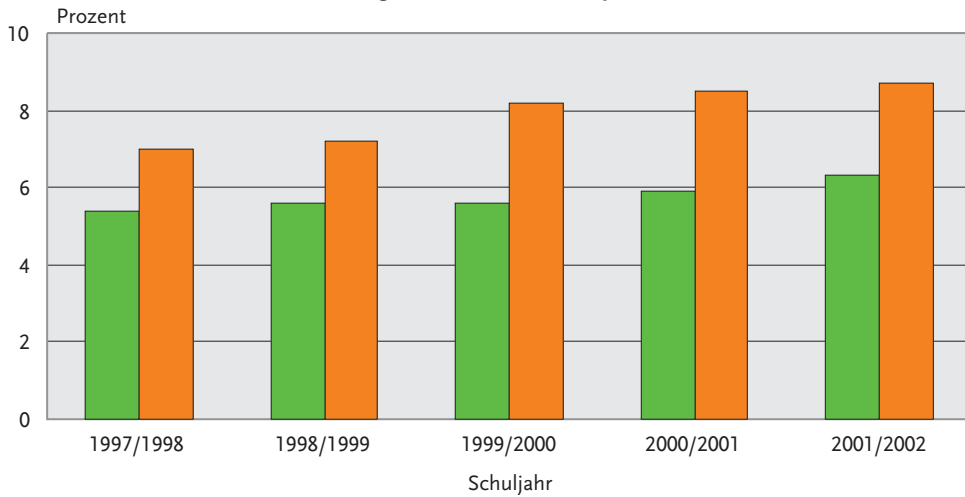
Häufigkeit des Befunds „Sprech-, Sprach- und Stimmstörung“



Häufigkeit des Befunds „Verhaltensauffälligkeit“



Häufigkeit des Befunds „Adipositas“



Für die jugendärztlichen Befunde sind keine Vergleichswerte für alle neuen Bundesländer und die gesamte Bundesrepublik verfügbar. Bei den Einschulungsuntersuchungen 2002 wurden in Thüringen mit 17,7 % Sehstörungen, 5,7 % Hörstörungen und 6,3 % Adipositas Befundhäufigkeiten festgestellt, welche denen in anderen Bundesländern in etwa entsprechen. Lediglich bei den Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen liegt Thüringen mit 18,6 % geringfügig unter dem Durchschnitt der betrachteten Bundesländer.

Kinder- und Jugendärztliche Befunde bei der Einschulungsuntersuchung 1998 bis 2002 in Prozent

Gebiet	Verminderte Sehschärfe			Hörstörung			Adipositas (Fettsucht)			Sprech-, Sprach-, Stimmstörung		
	1998	2000	2002	1998	2000	2002	1998	2000	2002	1998	2000	2002
Thüringen	18,1	17,4	17,7	4,9	5,4	5,7	5,4	5,6	6,3	16,9	18,4	18,6
Sachsen	.	.	17,9	.	.	5,5	.	.	5,1	.	.	23,3
Mecklenburg-Vorpommern	23,6	19,9	18,3	4,9	4,8	5,4	6,7	7,5	7,5	18,6	17,9	22,7
Nordrhein-Westfalen ¹⁾	17,6	17,3	17,3	6,8	6,9	6,6	6,1	6,1	6,6	14,1	15,1	14,8

Quelle: Thüringer Landesverwaltungsamt; Thüringer Landesamt für Statistik; Thüringer Gesundheitsämter; Sächsisches Staatsministerium für Soziales; Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern; Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen

¹⁾ Die Spalten mit der Angabe „2002“ enthalten die Werte für 2001.

Anmerkungen: In der Tabelle ist die Befundhäufigkeit angegeben als Anteil der Kinder bzw. Jugendlichen mit dem angegebenen Befund an der Gesamtzahl der Untersuchten. Die Jahreszahlen bezeichnen jeweils das zweite Kalenderjahr eines Schuljahres, das als Untersuchungszeitraum gilt.

Indikatoren, die im Rahmen der zahnärztlichen Schulgesundheitspflege ermittelt werden

Die Zahlen beweisen, dass die gruppenprophylaktischen Maßnahmen in den Kindertageseinrichtungen und Schulen eindeutig positive Wirkungen zeigen. Der **DMF-Index** als Summe der kariösen (decayed), fehlenden (missing) und gefüllten (filled) Zähne aller Zwölfjährigen, bezogen auf die Anzahl der untersuchten Kinder, gibt die durchschnittliche Anzahl nicht gesunder Zähne pro Kind wieder. Das WHO-Ziel, nach dem Kinder durchschnittlich weniger als zwei kranke oder fehlende Zähne aufweisen sollten, konnte in Thüringen bereits 1999 unterschritten werden. Der positive Trend setzt sich bis heute fort.

48 % der Sechsjährigen in Thüringen haben naturgesunde Zähne. Damit konnte seit 1998 zwar eine Steigerung um 7 Prozentpunkte, das WHO-Ziel von 50 % aber noch nicht ganz erreicht werden.

Indikatoren der Zahngesundheit

Merkmal	Realisierung der WHO-Ziele in Thüringen					WHO-Ziele
	1998	1999	2000	2001	2002	
DMF-Index der Zwölfjährigen	2,07	1,71	1,60	1,52	1,40	2,00
Anteil naturgesunder Gebisse bei Sechsjährigen in Prozent	41,0	46,0	50,0	49,3	48,0	50,0

Quelle: Thüringer Gesundheitsämter; Thüringer Landesverwaltungsamt

Anmerkung: Die Jahreszahlen bezeichnen jeweils das zweite Kalenderjahr des Schuljahres, das als Untersuchungszeitraum gilt.

3 Gesundheitsverhalten

3.1 Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern

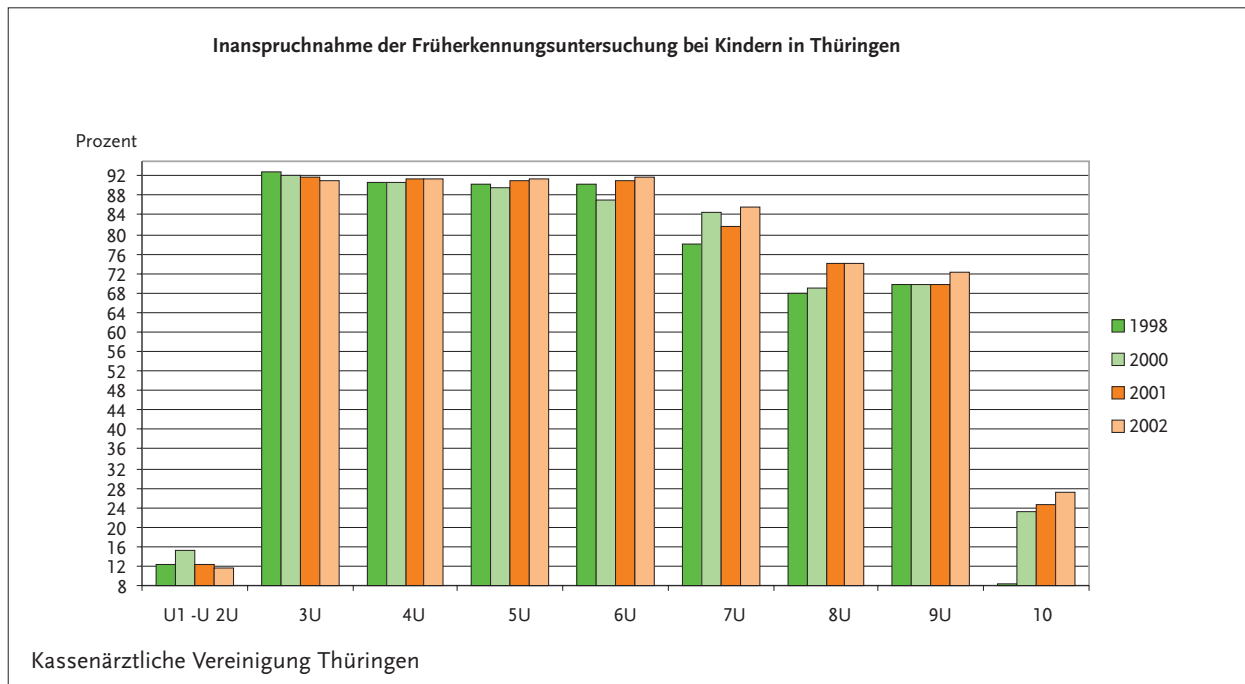
Durch Früherkennungsuntersuchungen können Krankheiten und Fehlentwicklungen in einem frühen Stadium erkannt und therapiert werden. Chronifizierungen können auf diese Weise verhindert, die Heilungschancen verbessert und die Lebensqualität erhöht werden.

U 1 nach der Geburt	Kontrolle von Hautfarbe, Atmung, Muskeltätigkeit, Reflexen und Herzschlag
U 2 3. - 10. Lebensstag	Untersuchung aller Organe, Überprüfung der Reflexe, Bluttest zur Erkennung von Stoffwechsel- und Hormonstörungen
U 3 4. - 6. Lebenswoche	Kontrolle der altersgerechten Entwicklung, Ernährung und Gewichtszunahme, Kontrolle des Hörvermögens, Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke
U 4 3. - 4. Lebensmonat	Kontrolle von Hüftgelenk, von Hör- und Sehvermögen, des Nervensystems und der motorischen Entwicklung
U 5 6. - 7. Lebensmonat	Überprüfung der motorischen Entwicklung, des Hör- und Sehvermögens und des altersgemäßen Verhaltens des Kindes
U 6 10. - 12. Lebensmonat	Überprüfung von motorischer (krabbeln, sitzen, stehen können) und geistiger Entwicklung
U 7 21. - 24. Lebensmonat	Kontrolle der motorischen Koordination und der Sprachentwicklung
U 8 3 1/2. - 4. Lebensjahr	Untersuchung aller Organe, Überprüfung der Bewegungsabläufe, Befragung der Eltern zu bereits durchlebten Krankheiten
U 9 5. - 5 1/2. Lebensjahr	Untersuchung aller Organe und ihrer Funktionen sowie der Feinmotorik
U 10 13. bis 15. Lebensjahr	körperliche Untersuchung, Beratungsgespräch über Themen, wie z.B. Rauchen, Alkohol, Drogen und Sexualität.

Früherkennungsuntersuchung	Anteil an der Gesamtzahl der Kinder der entsprechenden Altersgruppe in %			
	1998	2000	2001	2002
U1 - U2	12,25	15,22	12,18	11,46
U3	93,00	92,00	91,84	90,85
U4	90,70	90,73	91,53	91,22
U5	90,38	89,75	90,98	91,42
U6	90,24	87,04	91,13	91,71
U7	78,03	84,56	81,58	85,44
U8	68,03	68,88	74,12	73,90
U9	69,76	69,87	69,59	72,20
U10	8,40	23,14	24,49	27,26

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

Die U1 und U2, die bei nahezu allen Neugeborenen bereits im Krankenhaus durchgeführt werden, sind entsprechend hoch in der Akzeptanz. In der Tabelle sind nur die ambulant durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen erfasst (Hausgeburten, Geburtshaus). Die Statistik zeigt deutlich, dass mit steigendem Alter die Anzahl der Früherkennungsuntersuchungen deutlich sinkt. Die regelmäßigen Besuche beim Kinderarzt gehen vor allem ab dem 13. Lebensjahr (U 10) stark zurück.



3.2 Teilnahme an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei Frauen

In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherte Frauen haben entsprechend ihres Alters Anspruch auf Krebsvorsorgeuntersuchungen. Frauen ab 20 Jahre können jährlich Untersuchungen der inneren und äußeren Geschlechtsorgane durchführen lassen. Für Frauen ab 30 Jahre kommen Untersuchungen von Brust und Haut hinzu. Ab 50 Jahre können zusätzlich Untersuchungen des Rektums und des übrigen Dickdarmes in Anspruch genommen werden.

Bei den Frauen sieht die prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen in den vergangenen Jahren wie folgt aus:

Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennungsuntersuchung^{*)} bei Frauen ab dem 20. Lebensjahr

Merkmal	1998	2000	2001	2002
Anteil in %	44,2	46,1	47,1	46,7

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

^{*)} Nicht berücksichtigt wurde die Krebsfrüherkennung in Verbindung mit dem Gesundheits-Check-up, da diese erst ab dem 36. Lebensjahr möglich ist und verschwindend gering genutzt wird.

Zu verzeichnen ist ein leichter Anstieg der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen bis zum Jahr 2001. Danach geht die Zahl der Untersuchungen wieder zurück. Auch hier ist weiterhin darauf zu drängen, dass alle Frauen regelmäßig die Untersuchungen in Anspruch nehmen. Je früher eine Erkrankung diagnostiziert werden kann, desto höher sind besonders bei Krebserkrankungen die Heilungs- und Überlebenschancen. Dennoch ist die Zahl der Untersuchungen im Gegensatz zu der männlichen Bevölkerung sehr hoch. Zurückzuführen ist dies vor allem auf die verschreibungspflichtigen Verhütungsmittel.

Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei Männern

In der GKV versicherte Männer haben ab dem Alter von 45 Jahren die Möglichkeit, an Krebsvorsorgeuntersuchungen teilzunehmen. Untersucht werden die äußeren Geschlechtsorgane, Prostata, Haut und Darm.

Die steigende Akzeptanz der Krebsvorsorge lässt sich in der folgenden Tabelle ablesen. Dennoch ist die Gesamtzahl der in Anspruch genommenen Untersuchungen in keiner Weise zufriedenstellend.

Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen^{*)} bei Männern ab dem 45. Lebensjahr

Merkmal	1998	2000	2001	2002
Anteil in %	9,9	16,0	16,9	17,2

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

^{*)} Berücksichtigt wurden die Gesundheitsuntersuchung (nach GO-Nr. 158) und die Krebsfrüherkennung in Verbindung mit der Gesundheitsuntersuchung (GO-Nr. 162), da beides ab dem 45. Lebensjahr in Anspruch genommen werden kann und die Anzahl der Untersuchungen auf beide nahezu gleich verteilt sind.

3.3 Teilnahme am Gesundheits-Check-up

Ab dem 36. Lebensjahr können Frauen und Männer – versichert in der gesetzlichen Krankenversicherung – die so genannten Gesundheits-Check-up alle zwei Jahre in Anspruch nehmen. Der Gesundheits-Check-up dient insbesondere der Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie von Diabetes mellitus. Die Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchungen ist zwar leicht gestiegen, erfolgt aber immer noch in viel zu geringem Umfang. Die prozentuale Beteiligung der Bevölkerung an den Untersuchungen belegt nachfolgende Tabelle.

Anzahl Gesundheits-Check-up ab dem 36. Lebensjahr

Merkmal	1998	2000	2001	2002
Anteil in %	6,2	10,5	11,2	11,3

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

3.4 Altersgerechter Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen

Die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter prüfen regelmäßig den Impfstatus von Kindern und Jugendlichen bestimmter Altersgruppen, um entsprechende Empfehlungen geben zu können. Die Bewertung des Impfschutzes orientiert sich dabei an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut in Berlin (STIKO). Die folgende Tabelle zeigt den Anteil der Kinder und Jugendlichen mit altersgerechtem Impfschutz gegen die angegebenen Krankheiten an der Gesamtzahl der Untersuchten mit Impfausweis (in Prozent). Berücksichtigt wurden die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung sowie der Schuluntersuchungen in der 3./4. bzw. 8./9. Klasse.

Die Durchimpfungsraten gegen **Tetanus** und **Diphtherie** sind in allen Altersgruppen hoch (in der Größenordnung 95 – 98 %). Bei Kindern der 3./4. Klasse ist eine leicht fallende Tendenz

erkennbar. Diese könnte ein Hinweis darauf sein, dass die erste Auffrischungsimpfung, die bei Kindern im Alter von fünf bis sechs Jahren fällig ist, nicht mehr so konsequent wahrgenommen wird. Insbesondere gegen Tetanus sollte jedes Kind und auch jeder Erwachsene geimpft sein!

Verbessert werden müssten die Durchimpfungsraten gegen **Pertussis (Keuchhusten)**, die mindestens 90 % betragen sollten. Während dieses Ziel zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung 2002 fast erreicht war, bestanden besonders bei Kindern der 3./4. Klasse größere Impflücken.

Die **Hepatitis-B**-Impfung wurde erst 1995 eingeführt. Von den Krankenkassen werden die Kosten der Schutzimpfung nur bei bestimmten Altersgruppen erstattet (Säuglinge und Kleinkinder vom 11. bis zum vollendeten 15. Lebensmonat sowie Kinder und Jugendliche ab dem 10. Geburtstag bis zum 18. Geburtstag). Für Jugendliche besitzt der Schutz gegen Hepatitis B große Bedeutung. In dieser Altersgruppe steht unter den möglichen Infektionswegen die sexuelle Übertragung im Vordergrund.

Die Pflichtimpfung gegen **Masern** für alle Kinder und Jugendlichen vor 1990 und die inzwischen gut angenommene freiwillige Masern-Mumps-Röteln-Impfung (nach 1990) bewirkten die hohen Durchimmunisierungsraten von mehr als 96 % bei Schulanfängern und Jugendlichen in den 8./9. Klassen. Lediglich bei Kindern in den 3./4. Klassen sind die Werte von 1998 bis 2002 merklich abgefallen (von 94,2 % auf 74,9 %). Dies betrifft die Geburtsjahrgänge der „Wendezeit“ und der ersten „Nachwendejahre“, in denen der Übergang von der Pflichtimpfung zur freiwilligen Impfung vollzogen wurde. In diesen Jahrgängen sind noch in größerem Maße Masern-Mumps-Röteln-Impfungen nachzuholen, um die z. T. schweren Komplikationen, die im Falle einer Infektion mit den betreffenden Krankheitserregern auftreten können (Lungen- und Mittelohrentzündung, Gehirnentzündung), zu vermeiden. Damit ein effektiver kollektiver Schutz erreicht wird, müssen mehr als 95 % der Kinder bzw. Jugendlichen geimpft sein.

Größere Lücken bestehen beim Impfschutz gegen **Mumps** und **Röteln** für alle vor 1990 geborenen Kinder, da in der DDR Impfstoffe gegen diese beiden Krankheiten nicht verfügbar waren. Wegen der Gefahr von Rötelnembryopathien (Missbildungen beim Kind während der Schwangerschaft infolge einer Infektion mit Röteln-Viren) sollten insbesondere Mädchen über einen entsprechenden Impfschutz verfügen (zweimalige Masern-Mumps-Röteln-Impfung).

Altersgerechter Impfschutz 1998 bis 2002 in Prozent

Zeitpunkt der Impfstaterhebung	Diphtherie					Tetanus					Pertussis				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
Einschulung	98,0	98,5	98,5	98,7	98,9	98,1	98,6	98,4	98,7	99,0	77,1	83,4	85,9	88,1	89,7
3./4. Klasse	97,9	97,7	97,3	96,0	95,2	98,3	97,8	97,3	96,2	95,4	81,3	66,1	69,8	73,9	78,6
8./9. Klasse	99,1	99,1	99,0	98,9	98,8	99,2	99,3	99,0	98,9	99,2	88,5	88,5	88,3	88,0	86,5

Zeitpunkt der Impfstaterhebung	Hib-Infektion					Hepatitis B					Poliomyelitis				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
Einschulung	63,7	75,3	81,6	84,7	86,4	5,3	11,0	17,8	27,8	56,6	94,2	94,4	94,6	94,8	95,0
3./4. Klasse	0,2	1,7	9,5	39,5	63,5	3,0	7,3	12,6	15,2	14,2	99,5	99,0	98,2	97,3	96,5
8./9. Klasse	0,1	0,1	0,6	0,4	0,4	5,6	20,4	33,5	41,3	48,8	99,6	99,7	99,5	99,4	99,2

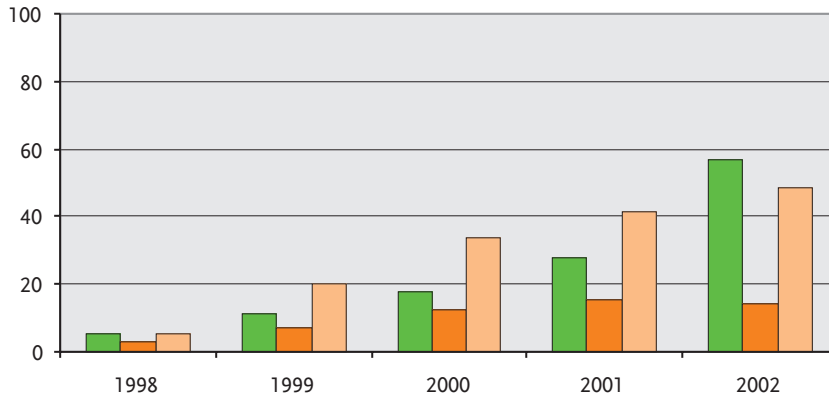
Zeitpunkt der Impfstaterhebung	Masern					Mumps					Röteln				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
Einschulung	94,1	94,9	95,4	95,9	96,2	93,1	94,2	94,8	95,5	96,0	92,0	93,2	93,9	94,8	95,5
3./4. Klasse	94,2	88,5	78,2	75,3	74,9	11,6	28,7	55,5	71,3	73,6	11,1	27,6	54,7	70,5	73,1
8./9. Klasse	95,6	97,0	97,5	97,2	97,6	2,7	7,0	13,9	26,0	38,6	6,1	12,1	19,7	28,5	39,1

Quelle: Thüringer Landesverwaltungsamt; Thüringer Landesamt für Statistik; Thüringer Gesundheitsämter

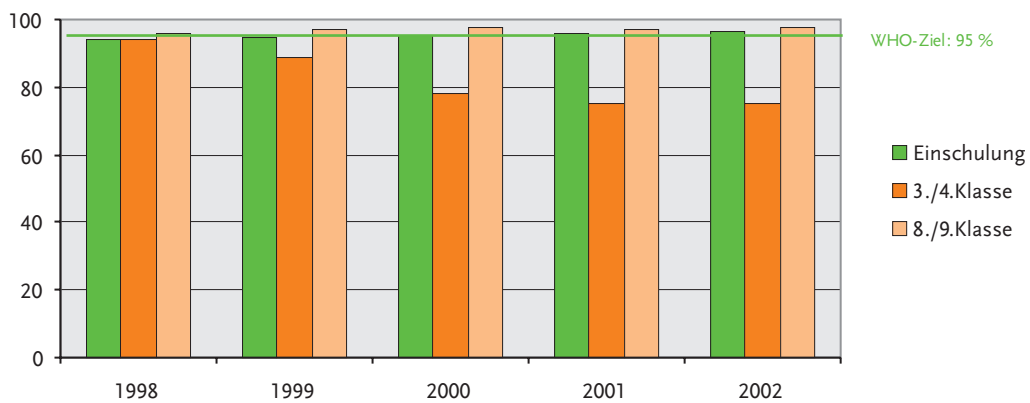
Anmerkung: Die Jahreszahlen bezeichnen jeweils das zweite Kalenderjahr eines Schuljahres, das als Untersuchungszeitraum gilt.

Anteil der Kinder und Jugendlichen mit altersgerechtem Impfschutz gegen die angegebenen Krankheiten an der Gesamtzahl der Untersuchten mit Impfausweis

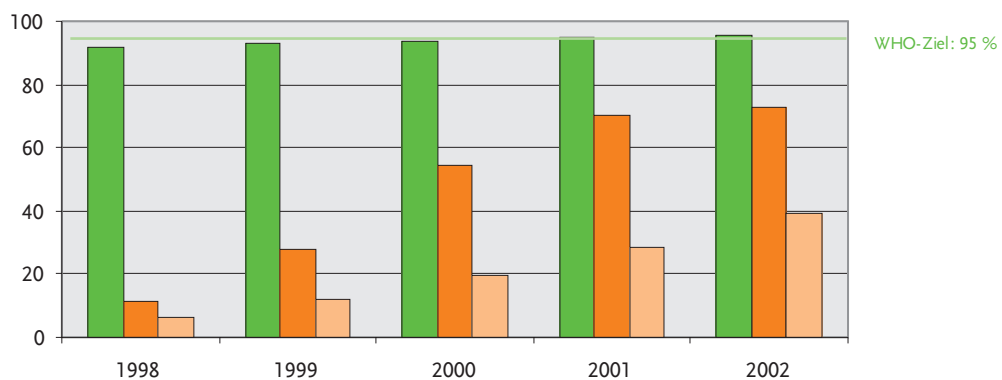
Hepatitis B



Masern



Röteln



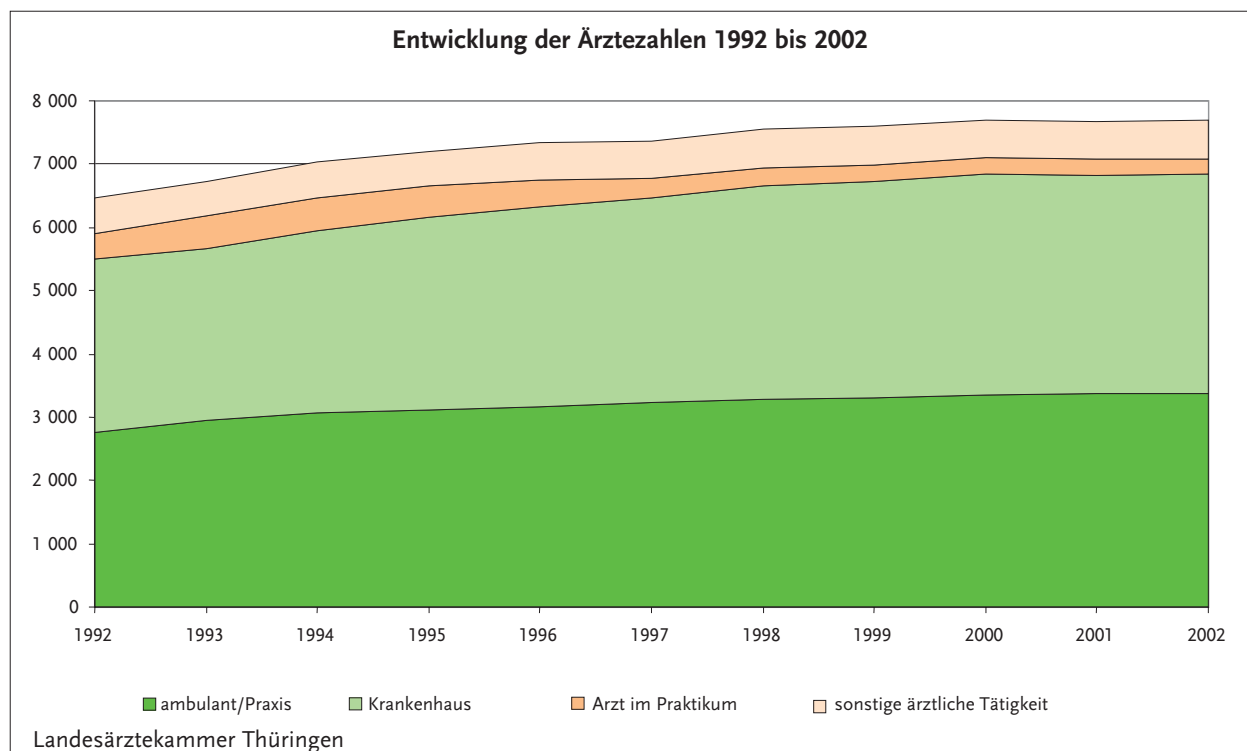
4 Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens

4.1 Ärztliche Versorgung und Versorgungsgradfeststellung

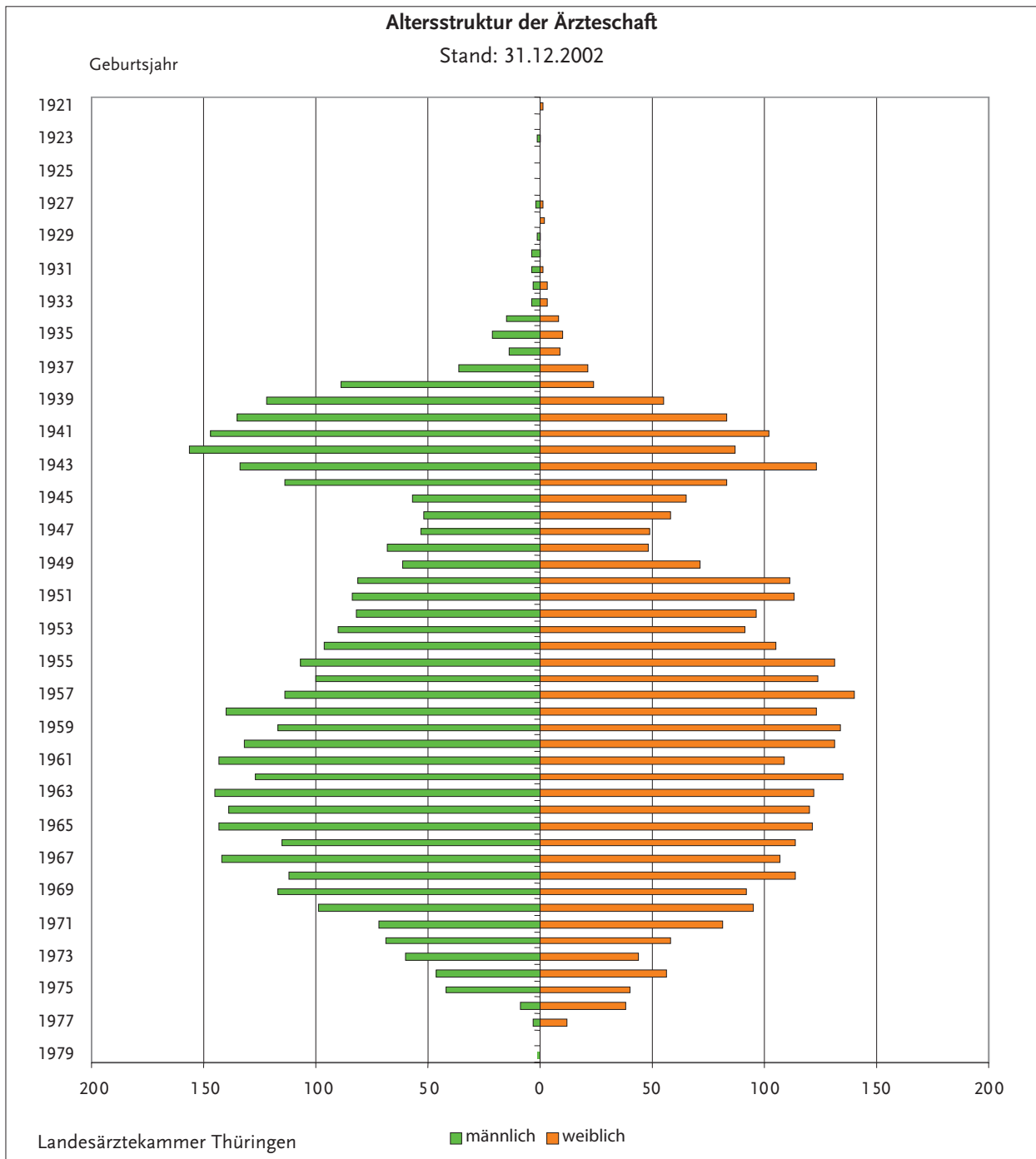
Anzahl der Ärzte 1992 bis 2002 nach Tätigkeitsbereichen

Jahr	Tätige Ärzte				insgesamt
	ambulant/Praxis	Krankenhaus	Arzt im Praktikum	sonstige ärztliche Tätigkeit	
1992	2 752	2 735	421	561	6 469
1993	2 961	2 692	529	553	6 735
1994	3 060	2 894	523	553	7 030
1995	3 112	3 037	495	565	7 209
1996	3 167	3 159	416	594	7 336
1997	3 222	3 239	322	590	7 373
1998	3 284	3 360	287	627	7 558
1999	3 310	3 413	254	629	7 606
2000	3 345	3 490	265	592	7 692
2001	3 363	3 465	242	590	7 660
2002	3 363	3 471	240	612	7 686

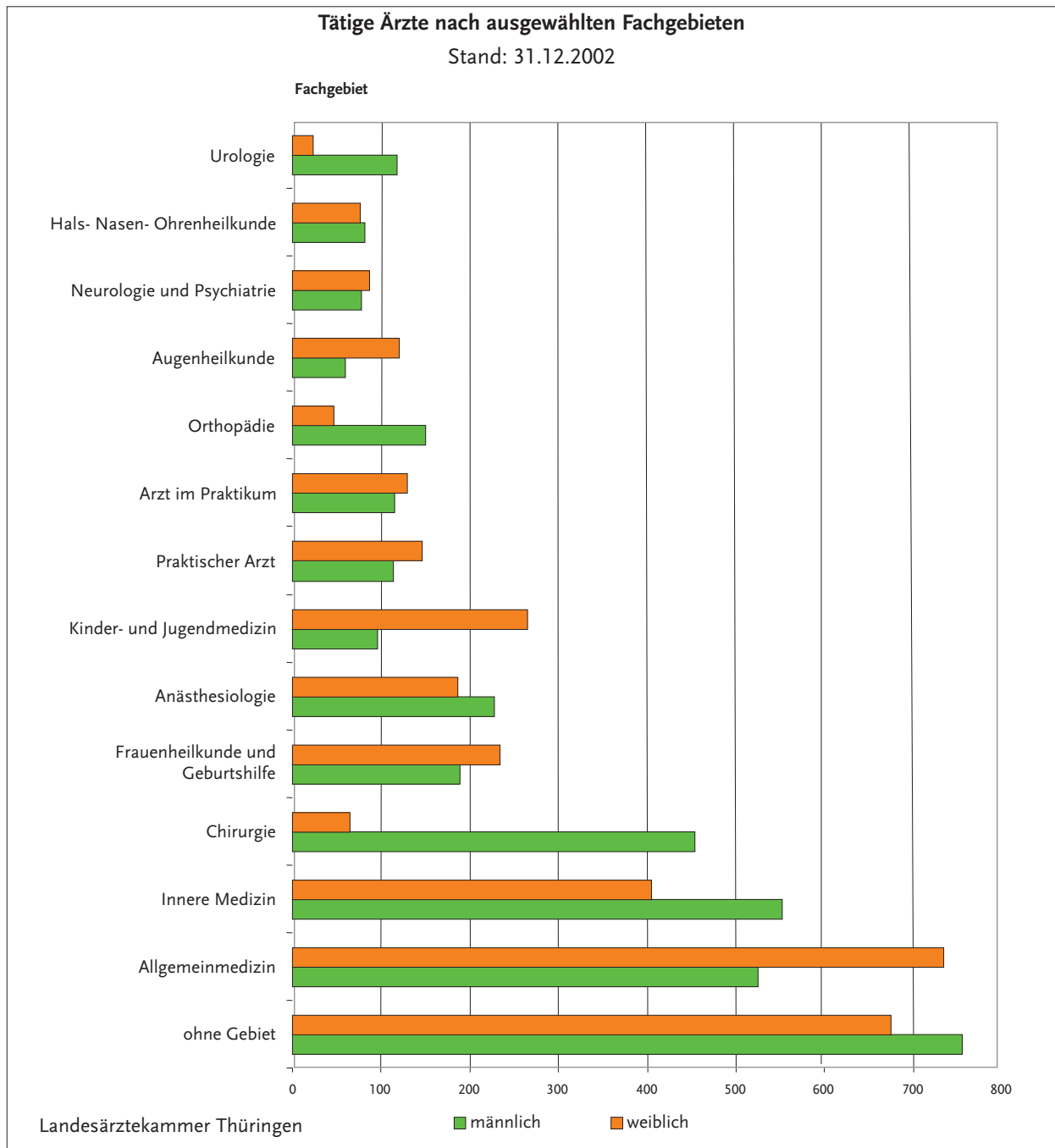
Quelle: Landesärztekammer Thüringen



Bei den Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Bereich handelt es sich um niedergelassene sowie um angestellte Mediziner in Praxen und Polikliniken. Die Zahl der Krankenhausärztinnen und -ärzte umfasst sowohl Fachärzte als auch die sich in Weiterbildung zum Facharzt befindenden Ärzte. Ärzte im Praktikum arbeiten nach Abschluss des Studiums für einen Zeitraum von 18 Monaten zumeist im Krankenhaus, allerdings unter Anleitung. Die Kategorie sonstige ärztliche Tätigkeit bezeichnet Arbeit in Behörden, Gesundheitsämtern oder in der Pharmaindustrie.



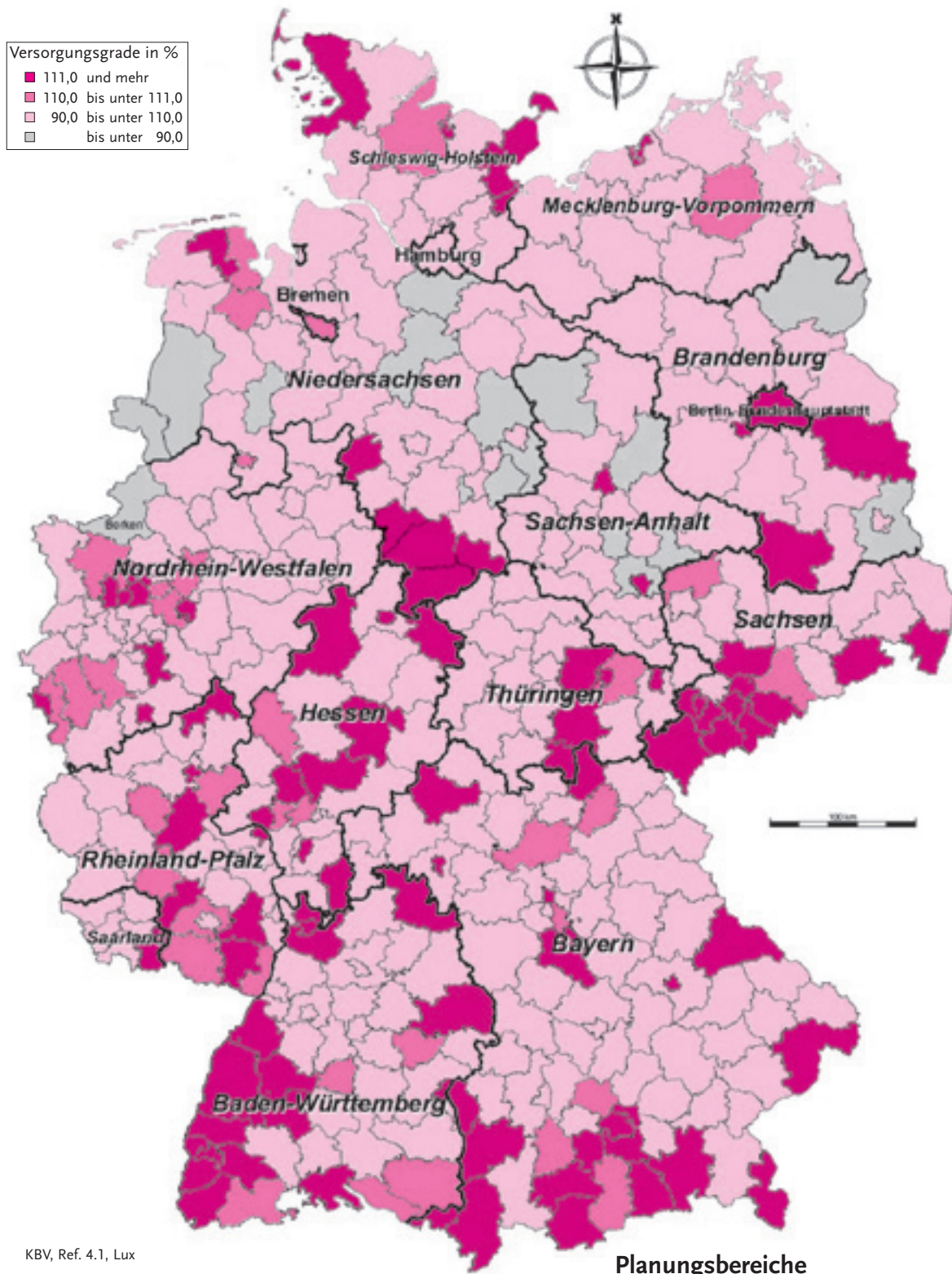
Aus der Altersstruktur ist ersichtlich, dass in den folgenden Jahren ein größerer Anteil von Ärztinnen und Ärzten aus der medizinischen Versorgung ausscheidet. Gleichzeitig rücken zu wenige Ärzte nach. Deshalb sind Versorgungsgengpässe zu erwarten.

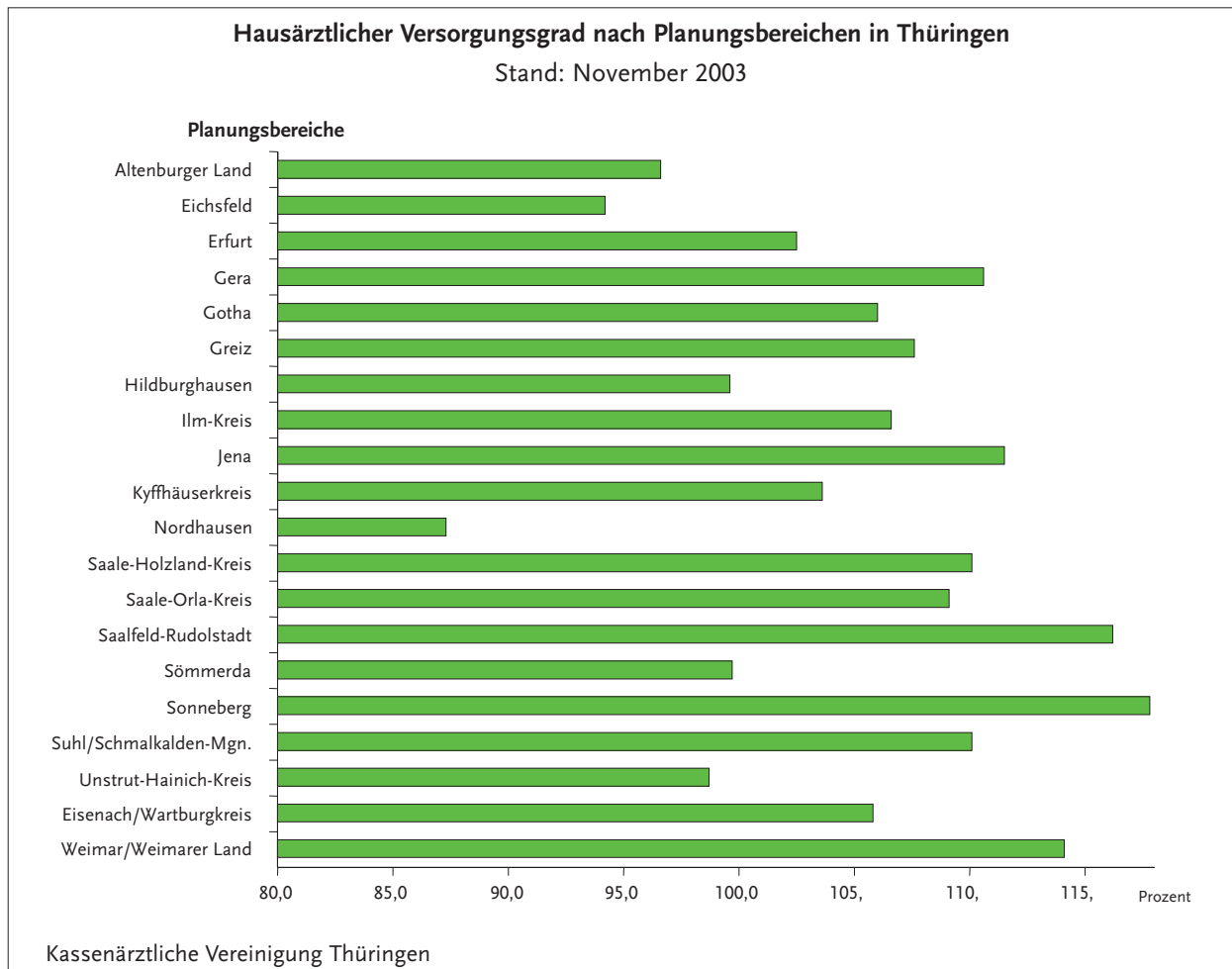


Bei Ärztinnen und Ärzten ohne Fachgebiet handelt es sich größtenteils um jene, die eine Weiterbildung zum Facharzt absolvieren.

Hausärztlicher Versorgungsgrad in Deutschland Frühjahr 2003 nach Planungsbereichen in Prozent

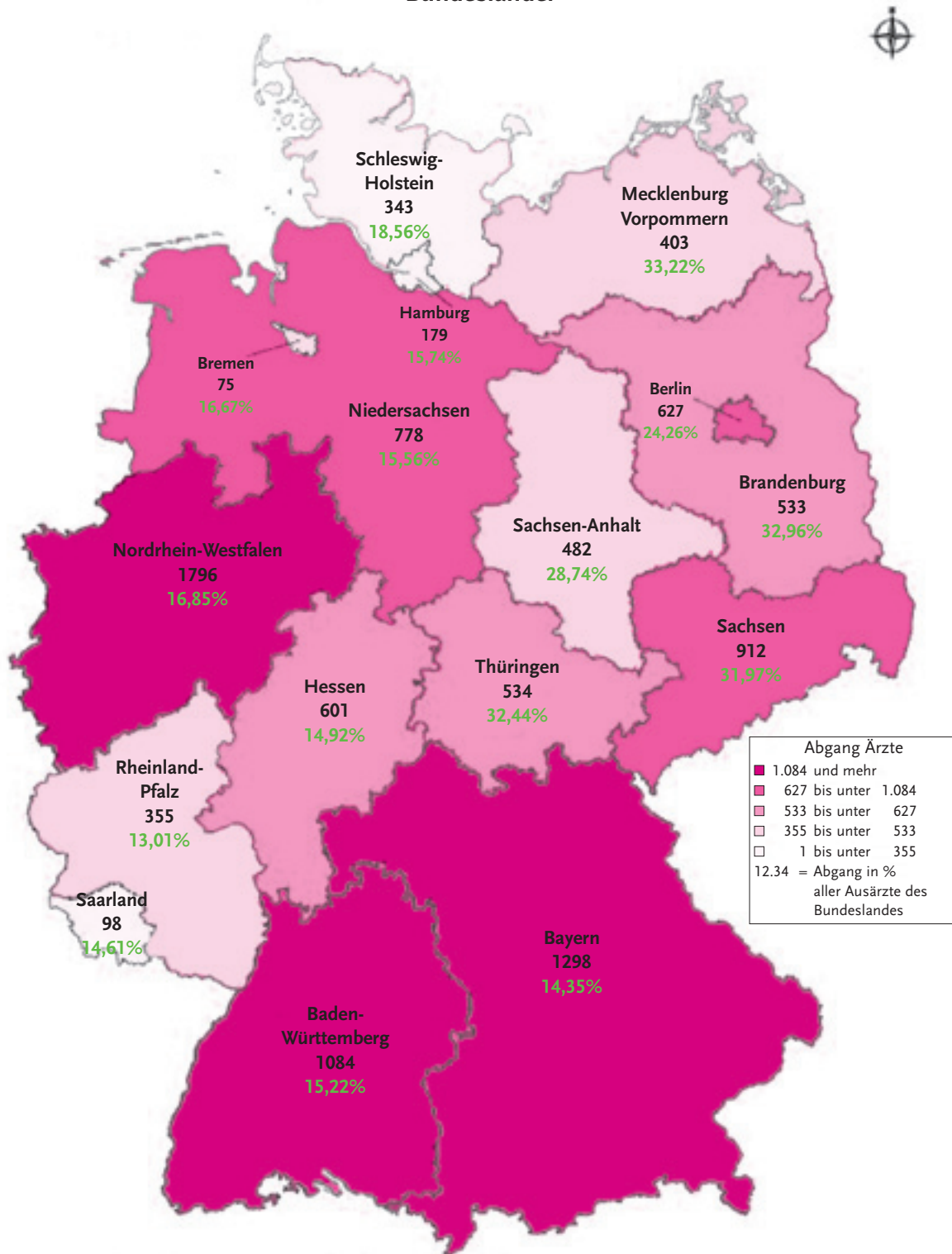
Hausärztliche Versorgungsgrade Frühjahr 2003



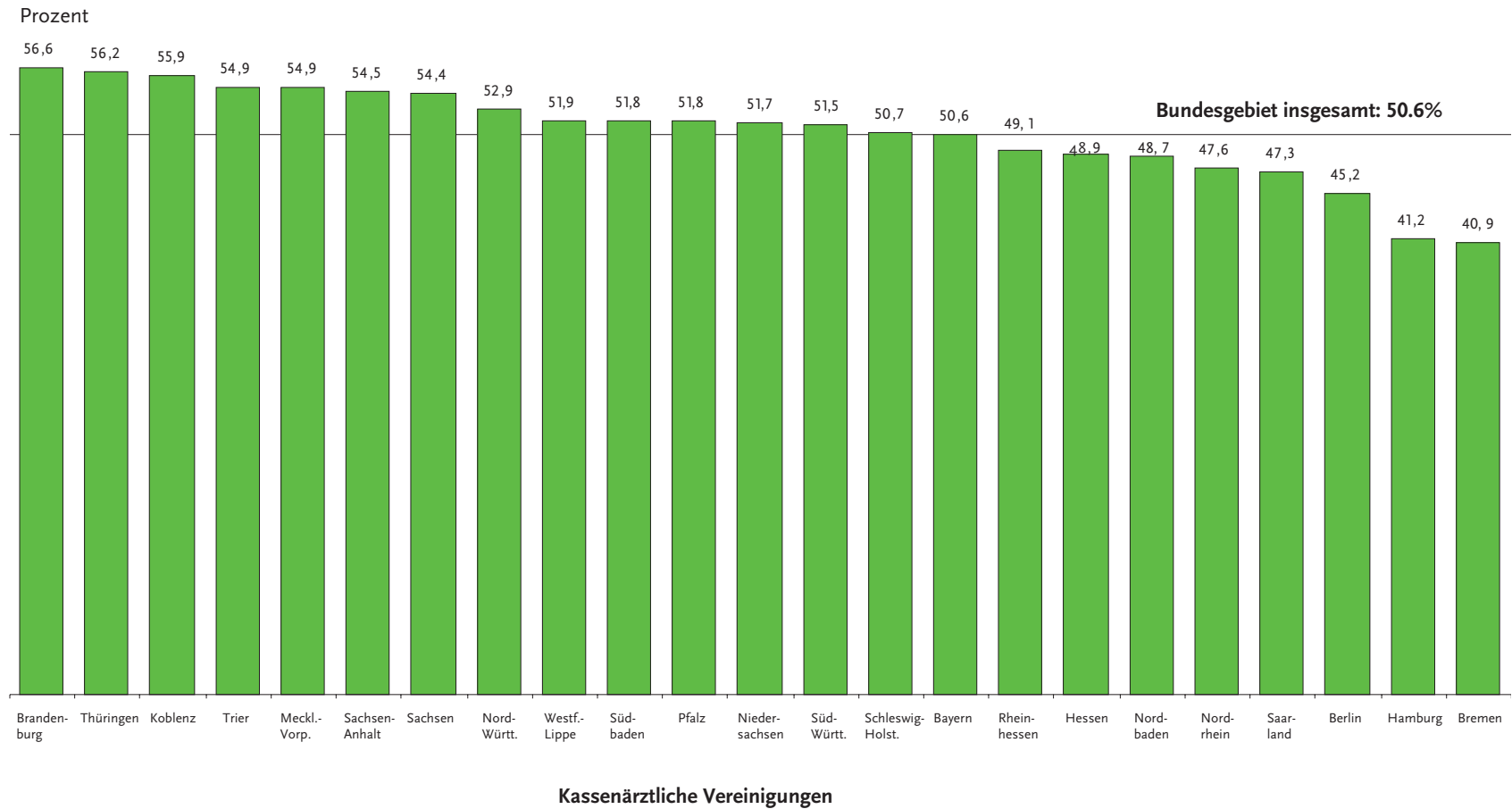


Derzeit gibt es im Freistaat Thüringen eine flächendeckende ambulante ärztliche Versorgung bei den Hausärzten. Erst bei einer Versorgungsgradfeststellung unter 75 % ist bei der hausärztlichen Versorgung eine Unterversorgung zu vermuten.

Bundesländer



Anteil der Hausärzte (einschließlich Kinderärzte) an der Gesamtzahl der Vertragsärzte zum 31.12.2002



Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Zusammenfassung der Versorgungsgradfeststellung (in Prozent) für die ambulante ärztliche Versorgung im Freistaat Thüringen

Stand: 11.11.2003

Planungsbereich	Fachrichtung														
	Anae	Au	C	fä I	F	HNO	D	K	KJPP* Anzahl	N**	Psych	O	R	U	HÄ
Altenburger Land	113,8	99,2	188,0	306,0	112,2	155,9	110,3	182,7	-	103,5	90,1	94,4	147,6	141,3	96,6
Eichsfeld	0,0	104,2	97,5	143,3	116,0	76,6	94,4	145,0	-	134,2	109,7	71,9	161,0	152,2	94,2
Erfurt	73,6	115,7	120,8	136,5	107,4	115,0	114,8	160,8	3,5	110,2	104,1	117,1	121,7	110,6	102,5
Gera	50,6	111,2	154,2	171,3	117,0	135,6	124,7	147,5	0,5	76,5	82,3	101,4	156,3	119,3	110,6
Gotha	129,6	120,5	158,5	169,0	110,7	118,3	167,5	138,7	1,0	123,7	91,2	107,5	140,0	143,0	106,0
Greiz	104,3	127,3	229,7	204,0	92,5	171,5	134,8	133,9	-	71,1	82,6	129,8	202,9	129,5	107,6
Hildburghausen	188,3	103,5	133,1	174,6	131,3	155,3	82,2	145,2	-	127,1	126,6	43,0	279,5	151,1	99,9
Ilm-Kreis	97,4	128,1	256,9	223,0	121,8	139,6	185,2	161,3	-	157,2	123,9	127,5	389,7	115,5	106,6
Jena	90,9	119,9	124,7	113,7	119,5	113,7	134,5	114,5	3,5	111,9	123,6	115,8	144,4	128,7	111,5
Kyffhäuserkreis	0,0	136,2	210,1	172,3	118,4	81,7	194,7	286,5	-	100,3	99,9	67,9	588,3	119,3	103,6
Nordhausen	164,7	121,1	275,4	214,2	112,4	118,7	146,3	147,4	-	124,8	95,7	104,4	187,1	132,7	87,3
Saale-Holzland-Kreis	252,3	165,9	199,7	48,1	126,2	180,8	179,9	164,1	0,5	152,7	124,8	256,9	336,5	149,5	110,1
Saale-Orla-Kreis	121,1	132,8	191,7	138,6	196,9	130,2	57,6	143,2	-	97,7	119,8	105,7	80,8	143,6	109,1
Saalfeld-Rudolstadt	180,5	138,4	309,4	309,8	112,8	161,6	171,5	170,7	-	72,8	114,7	131,3	240,6	133,7	116,2
Sömmerda	0,0	96,6	232,5	168,2	110,2	157,9	139,7	208,5	-	118,5	103,8	128,2	0,0	87,1	99,7
Sonneberg	0,0	146,4	199,7	172,6	146,7	86,1	106,1	152,8	-	135,7	138,7	151,4	181,0	128,3	117,8
Suhl/Schmalkalden-Meiningen	170,3	146,1	261,0	233,8	133,6	199,4	170,2	152,5	-	112,9	115,4	75,6	129,0	137,2	110,1
Unstrut-Hainich-Kreis	45,4	116,8	189,6	157,3	120,7	122,6	120,9	156,6	-	128,8	87,8	103,5	154,6	146,2	98,7
Eisenach/Wartburgkreis	85,5	104,8	143,0	160,6	99,2	107,8	95,0	131,2	-	97,2	88,3	108,4	129,6	114,8	105,8
Weimar/Weimarer Land	123,7	158,1	136,2	242,0	146,3	158,2	213,2	145,6	1,0	112,5	125,2	119,7	160,4	136,5	114,1

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

*) KJPP = Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Anzahl der zugelassenen Vertragsärzte; Fachrichtung wird nicht im Bedarfsplan aufgeführt)

**) zu den Nervenärzten gehören: Facharzt für Neurologie und Psychiatrie; Facharzt für Neurologie; Facharzt für Psychiatrie; Facharzt für Nervenheilkunde; Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Anae = Anästhesisten

D = Hautärzte

HNO = HNO-Ärzte

N = Nervenärzte

R = Radiologen

Au = Augenärzte

F = Frauenärzte

HÄ = Hausärzte

Psych = Psychologische Psychotherapeuten

U = Urologen

C = Chirurgen

fä I = Fachärztlich tätige Internisten

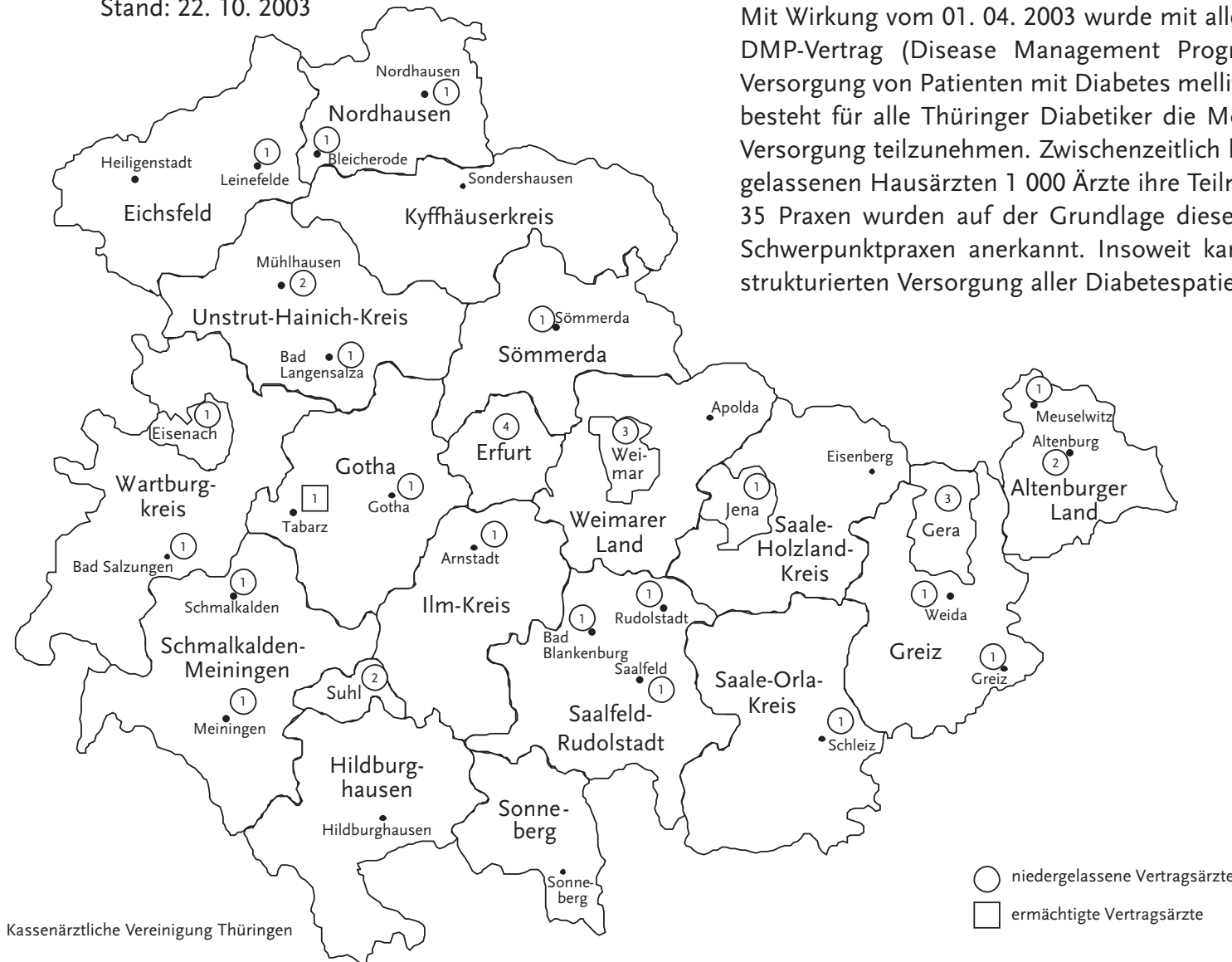
K = Kinderärzte

O = Orthopäden

In Thüringen gibt es derzeit keine Unterversorgung. Das Vorliegen einer Unterversorgung ist zu vermuten, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 vom Hundert und der Stand der fachärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 vom Hundert unterschreitet. Überversorgung ist anzunehmen, wenn der tatsächlich ermittelte Versorgungsgrad größer als 110 % ist.

4.2 Ambulante diabetologische Versorgung – diabetologische Schwerpunktpraxen in Thüringen

Stand: 22. 10. 2003



Mit Wirkung vom 01. 04. 2003 wurde mit allen Thüringer Krankenkassen ein DMP-Vertrag (Disease Management Programm) über eine strukturierte Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 abgeschlossen. Damit besteht für alle Thüringer Diabetiker die Möglichkeit, an der strukturierten Versorgung teilzunehmen. Zwischenzeitlich haben von den ca. 1 600 niedergelassenen Hausärzten 1 000 Ärzte ihre Teilnahme erklärt. 35 Praxen wurden auf der Grundlage dieses Vertrages als diabetologische Schwerpunktpraxen anerkannt. Insoweit kann von einer flächendeckenden strukturierten Versorgung aller Diabetespatienten gesprochen werden.

4.3 Ambulante rheumatologische Versorgung

Niedergelassene und ermächtigte Rheumatologen

(einschließlich der Hausärzte, die laut Weiterbildungsverordnung das Teilgebiet Rheumatologie haben)

Stand: 27. 10. 2003

Grundsätzlich werden Rheumapatienten durch Hausärzte versorgt. Eine spezialisierte Versorgung erfolgt durch Fachärzte mit dem Teilgebiet Rheumatologie sowie durch Hausärzte mit der Berechtigung zum Führen des Teilgebietes Rheumatologie. Das sind zurzeit 15 niedergelassene und 12 persönlich ermächtigte Fachärzte mit dem Teilgebiet Rheumatologie sowie die Poliklinik der FSU Jena. Damit hat sich die Versorgungssituation gegenüber 2002 verbessert, da im Jahr 2003 drei Rheumatologinnen (Jena, Erfurt) ihre Tätigkeit aufgenommen haben und weitere Ermächtigungen ausgesprochen wurden. Die Versorgung von Rheumapatienten ist dadurch im Wesentlichen sichergestellt.



4.4 Ambulante onkologische Versorgung – onkologisch verantwortliche Vertragsärzte Thüringen

Stand: 04. 12. 2003



In Thüringen sind 50 Ärzte als onkologisch verantwortliche Ärzte anerkannt, die sich wie folgt auf nachfolgend genannte Fachgruppen verteilen:

- 19 Innere Medizin
- 9 Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 21 Urologie
- 1 Haut- und Geschlechtskrankheiten

Die KV Thüringen geht davon aus, dass damit eine nahezu flächendeckende Versorgung der onkologischen Patienten gewährleistet ist. Bei der Versorgung wird dabei von einem Umkreis von ca. 50 bis 80 km ausgegangen.

4.5 Stationäre Versorgung – Entwicklung der Krankenhäuser

Am Ende des Jahres 2002 gab es in Thüringen 49 Krankenhäuser. Ende 1993 waren es 65 Häuser. Der Rückgang der Anzahl ist nicht nur auf Schließungen, sondern vor allem auf Zusammenschlüsse von Häusern zurückzuführen.

Die Anzahl der aufgestellten Betten sank von 20 603 im Jahr 1993 um 3 624 auf 16 979 im Jahr 2002. Bezogen auf 100 000 Einwohner waren das 1993 81,2 Betten und im Jahr 2002 70,7 Betten. Gleichzeitig stiegen jedoch die Fallzahlen. Während sie im Jahr 1993 noch bei 428 415 lag, betrug sie im Jahr 2002 540 570. Das war ein Anstieg um 26,2 Prozent. Die durchschnittliche Verweildauer sank kontinuierlich, beginnend bei 13,4 Tagen im Jahr 1993 lag sie erstmals im Jahr 2001 mit 9,8 unter 10 Tagen und erreichte im Jahr 2002 ihren bisherigen Tiefststand von 9,3 Tagen. Der Nutzungsgrad der Betten in Thüringer Krankenhäusern erhöhte sich von 76,3 Prozent auf 81,2 Prozent. Im Durchschnitt der neuen Bundesländer entwickelte sich der Nutzungsgrad der Betten bis zum Jahr 2000 ähnlich der in den Thüringer Krankenhäusern. Er stieg von 77,8 Prozent im Jahr 1993 auf 82,9 Prozent im Jahr 2000, sank dann aber im Jahr 2001 um 0,7 Prozentpunkte auf 82,2 Prozent.

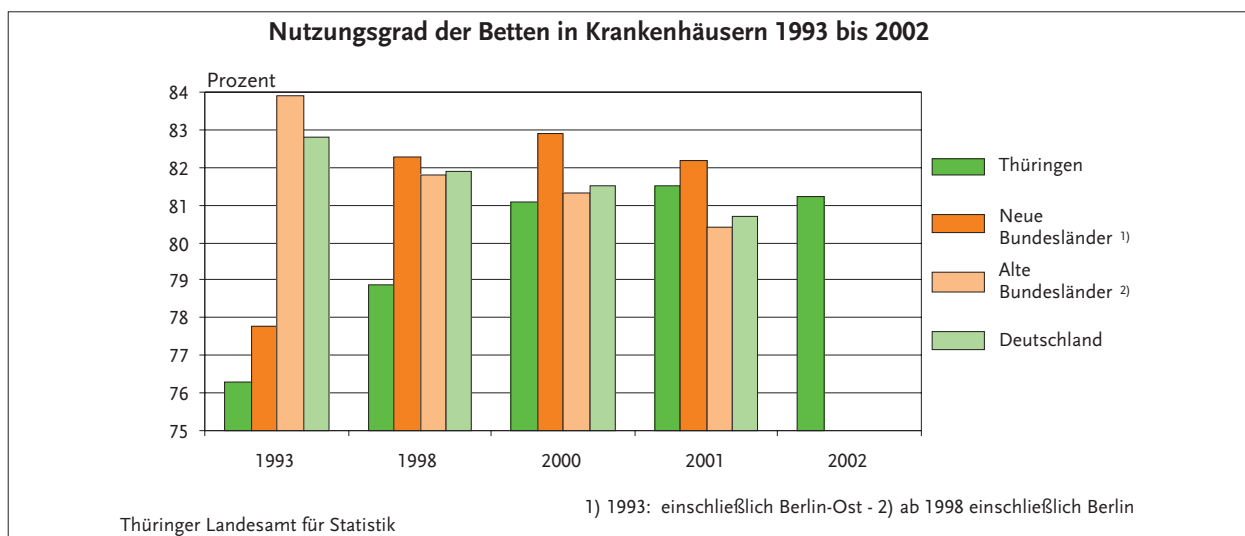
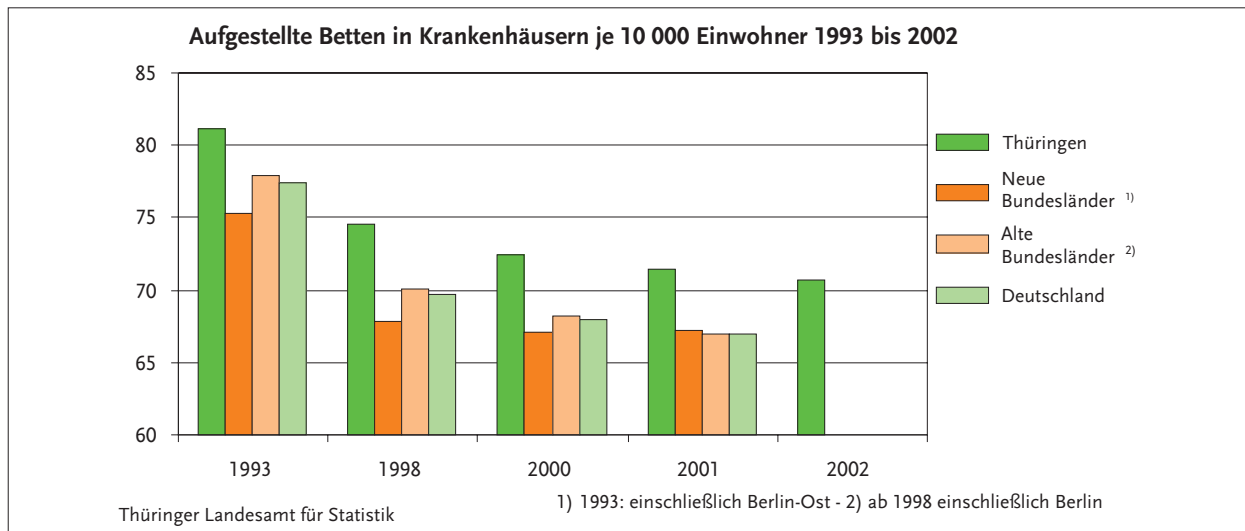
Im Durchschnitt der alten Bundesländer ist der Trend der Entwicklung des Nutzungsgrades genau umgekehrt. Er begann im Jahr 1993 mit 83,9 Prozent auf einem sehr hohen Niveau. Er lag mit 7,6 Prozentpunkten über dem Thüringer. In den Folgejahren sank er kontinuierlich und erreichte im Jahr 2000 fast Gleichstand mit dem Thüringer Wert. Im Jahr 2001 war der Nutzungsgrad der Betten in Thüringer Krankenhäusern mit 81,5 Prozent erstmals höher als im Durchschnitt der alten Bundesländer. Hier betrug er 80,4 Prozent, 1,1 Prozentpunkte weniger als in Thüringen. Einzelheiten zu den Standorten und Leistungsstrukturen der Krankenhäuser sind dem 4. Thüringer Krankenhausplan zu entnehmen (www.thueringen.de).

Entwicklung der Krankenhäuser 1993 bis 2002

Merkmal	Einheit	1993	1998	2000	2001	2002
Thüringen						
Krankenhäuser	Anzahl	65	56	53	53	49
Aufgestellte Betten	Anzahl	20 603	18 404	17 593	17 250	16 979
je 10 000 Einwohner	Anzahl	81,2	74,5	72,4	71,5	70,7
Fallzahl	Anzahl	428 415	499 938	517 961	525 435	540 570
Durchschnittliche Verweildauer	Tage	13,4	10,6	10,1	9,8	9,3
Nutzungsgrad der Betten	Prozent	76,3	78,9	81,1	81,5	81,2
Neue Bundesländer 1)						
Krankenhäuser	Anzahl	355	303	290	289	...
Aufgestellte Betten	Anzahl	117 851	95 281	92 888	92 257	...
je 10 000 Einwohner	Anzahl	75,3	67,8	67,1	67,2	...
Fallzahl	Anzahl	2 542 610	2 738 728	2 837 071	2 867 204	...
Durchschnittliche Verweildauer	Tage	13,2	10,5	9,9	9,7	...
Nutzungsgrad der Betten	Prozent	77,8	82,3	82,9	82,2	...
Alte Bundesländer 2)						
Krankenhäuser	Anzahl	1 999	1 960	1 952	1 951	...
aufgestellte Betten	Anzahl	510 807	476 348	466 763	460 423	...
je 10 000 Einwohner	Anzahl	77,9	70,1	68,2	67,0	...
Fallzahl	Anzahl	1 1 842 806	1 3 213 343	1 3 649 601	1 3 716 702	...
Durchschnittliche Verweildauer	Tage	13,2	10,8	10,2	9,8	...
Nutzungsgrad der Betten	Prozent	83,9	81,8	81,3	80,4	...
Deutschland						
Krankenhäuser	Anzahl	2 354	2 263	2 242	2 240	...
Aufgestellte Betten	Anzahl	628 658	571 629	559 651	552 680	...
je 10 000 Einwohner	Anzahl	77,4	69,7	68,0	67,0	...
Fallzahl	Anzahl	1 4 385 416	1 5 952 070	1 6 486 672	1 6 583 906	...
Durchschnittliche Verweildauer	Tage	13,2	10,7	10,1	9,8	...
Nutzungsgrad der Betten	Prozent	82,8	81,9	81,5	80,7	...

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

1) 1993: einschließlich Berlin-Ost - 2) ab 1998 einschließlich Berlin



4.6 Entwicklung der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

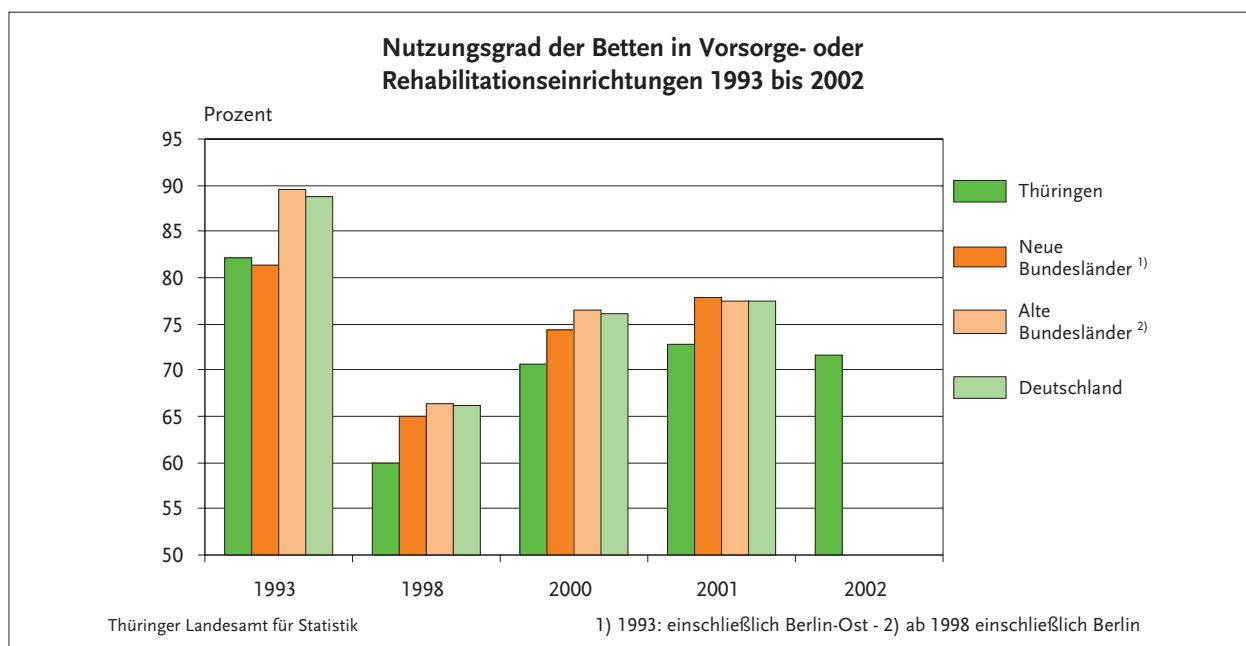
Ende 2002 gab es in Thüringen 37 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Das war eine Einrichtung mehr als Ende 1993. Die aufgestellten Betten haben sich im Untersuchungszeitraum mehr als verdoppelt, sind jedoch seit dem Jahr 2000 leicht rückläufig. Während die durchschnittliche Verweildauer 1993 noch 30,4 Tage betrug, war 1998 ein deutlicher Rückgang um durchschnittlich 4,6 auf 25,8 Tage zu verzeichnen. Die durchschnittliche Verweildauer blieb in den Folgejahren relativ konstant. Im Jahr 2002 waren es in Thüringen durchschnittlich 26,0 Tage. Sowohl im Durchschnitt der neuen als auch der alten Bundesländer verlief die Entwicklung ähnlich. Sie begann im Jahr 1993 mit 29,5 bzw. 31,1 Tagen und belief sich im Jahr 2001 auf 25,7 Tage in den neuen Ländern und 25,5 Tage im Durchschnitt der alten Länder. Der Nutzungsgrad der Betten betrug 1993 in Thüringen 82,2 Prozent. Damit lag er um 0,8 Prozentpunkte über dem Durchschnitt der neuen Länder und 7,3 Prozentpunkte unter dem der alten Bundesländer. 1998 sank der Nutzungsgrad deutlich. In Thüringen sank er um 22,3 Prozentpunkte auf 59,9 Prozent, in den neuen Ländern um 16,4 Prozentpunkte auf 65,0 Prozent und im Durchschnitt der alten Bundesländer um 23,1 Prozentpunkte auf 66,4 Prozent. In den Folgejahren erhöhte er sich wieder und stieg bis 2001 auf 72,7 Prozent (2002: 71,7 Prozent) in Thüringen, auf 77,8 Prozent im Durchschnitt der neuen Länder und 77,4 Prozent in dem der alten Länder.

Entwicklung der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1993 bis 2002

Merkmal	Einheit	1993	1998	2000	2001	2002
Thüringen						
Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	Anzahl	36	42	41	40	37
Aufgestellte Betten	Anzahl	3 189	6 818	6 809	6 658	6 472
Durchschnittliche Verweildauer	Tage	30,4	25,8	25,9	26,1	26,0
Nutzungsgrad der Betten	Prozent	82,2	59,9	70,7	72,7	71,7
Neue Bundesländer ¹⁾						
Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	Anzahl	117	188	194	193	...
Aufgestellte Betten	Anzahl	13 235	34 284	35 866	35 608	...
Durchschnittliche Verweildauer	Tage	29,5	25,9	26,3	25,7	...
Nutzungsgrad der Betten	Prozent	81,4	65,0	74,4	77,8	...
Alte Bundesländer ²⁾						
Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	Anzahl	1 128	1 207	1 199	1 195	...
Aufgestellte Betten	Anzahl	142 396	156 683	153 956	153 645	...
Durchschnittliche Verweildauer	Tage	31,1	26,5	25,7	25,5	...
Nutzungsgrad der Betten	Prozent	89,5	66,4	76,5	77,4	...
Deutschland						
Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	Anzahl	1 245	1 395	1 393	1 388	...
Aufgestellte Betten	Anzahl	155 631	190 967	189 822	189 253	...
Durchschnittliche Verweildauer	Tage	30,9	26,4	25,8	25,5	...
Nutzungsgrad der Betten	Prozent	88,8	66,1	76,1	77,5	...

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik

1) 1993: einschließlich Berlin-Ost - 2) ab 1998 einschließlich Berlin

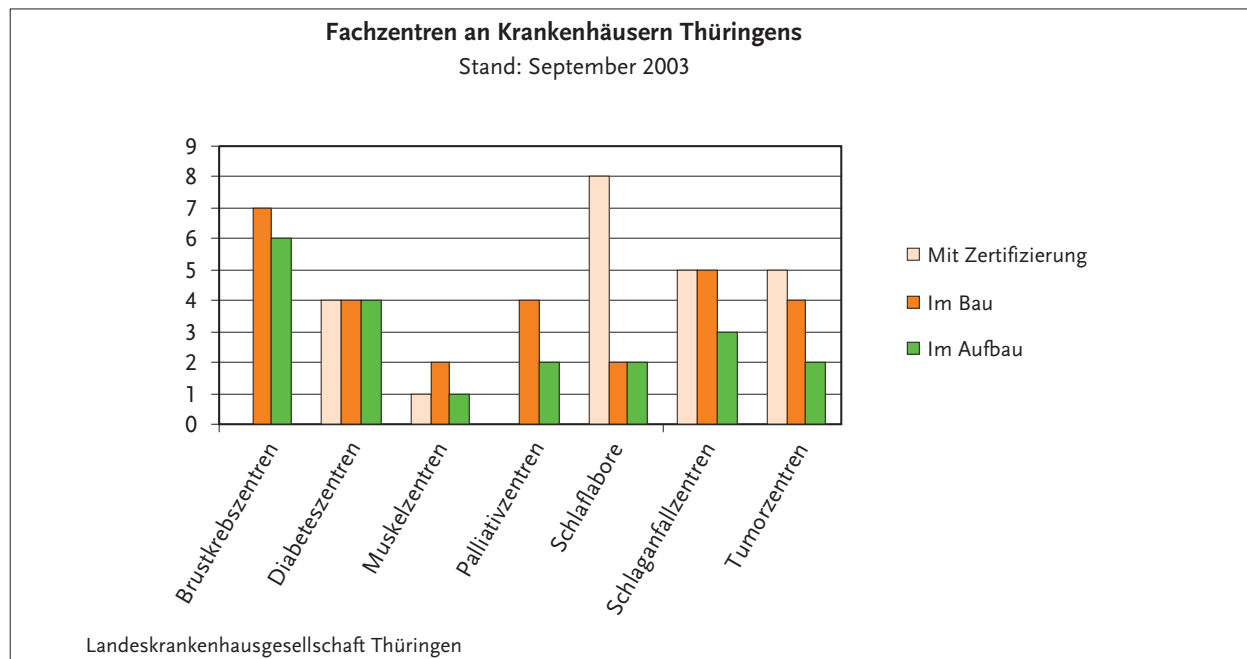


4.7 Fachspezifische Zentren an Thüringer Krankenhäusern

Der Zusammenschluss von medizinisch-fachlichen und medizinisch-technischen Kompetenzen zu fachspezifischen, ggf. auch krankenhausübergreifenden Zentren ist Ausdruck eines verstärkten Bemühens um qualitätsgesicherte Leistungserbringung im Krankenhaus. Die damit einhergehende Verbesserung von Strukturqualität ermöglicht gleichzeitig Verbesserungen in Prozess- und Ergebnisqualität. Äußerer Ausdruck solcher Qualitätsverbesserungen sind Anerkennungen durch externe Bewertungsgremien.

Diese Anerkennungen werden regelhaft als Ergebnis interner (Selbstbewertung) bzw. externer Prüfungen (Fremdbewertung) vorgenommen. Fremdbewertungen, z.B. durch bundesweit agierende, medizinische Fachgesellschaften, münden in entsprechende Listungen, Akkreditierungen oder Zertifikate dieser Fachgesellschaften.

Dieser Prozess der Bildung von fachspezifischen Zentren befindet sich derzeit in einer aktiven Phase. Die in den nachfolgenden Übersichten enthaltenen Behandlungsschwerpunkte und zugehörigen Zentren stellen deshalb eine Momentaufnahme dar.



Fachspezifische Zentren an Thüringer Krankenhäusern

Stand: September 2003

Krankenhäuser	Brustkrebs- zentren	Diabetes- zentren	Muskel- zentren	Palliativ- zentren	Schlaflabore	Schlagan- fallzentren	Tumor- zentren
Altenburg, Kreiskrankenhaus Altenburg gGmbH	■	■		■		■	■
Arnstadt, Marienstift Arnstadt			■				
Bad Berka, Zentralklinik Bad Berka GmbH					■		
Bad Langensalza, Hufeland Krankenhaus GmbH	■	■				■	■
Bad Salzungen, Kreiskrankenhaus Bad Salzungen gGmbH							■
Blankenhain, HELIOS Klinik Blankenhain		■			■		
Eisenach, St. Georg Klinikum Eisenach gGmbH				■			
Erfurt, HELIOS Klinikum Erfurt GmbH	■	■	■		■	■	■
Erfurt, Katholisches Krankenhaus „St. Johann Nepomuk“				■		■	
Friedrichroda, Krankenhaus Waltershausen-Friedrichroda GmbH	■						
Gera, Wald-Klinikum Gera gGmbH	■	■					■
Hildburghausen, Henneberg Kliniken gGmbH	■	■				■	
Ilmenau, Kreiskrankenhaus Ilmenau					■		
Jena, Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena	■	■	■	■	■	■	■
Meiningen, Klinikum Meiningen GmbH	■	■			■		■
Mühlhausen, Kreiskrankenhaus Unstrut-Hainich	■	■				■	■
Mühlhausen, Ökumenische Hainich Klinikum gGmbH						■	
Neustadt, Evangelisches Fachkrankenhaus für Atemwegserkrankungen					■		
Nordhausen, Südharz-Krankenhaus Nordhausen gGmbH	■	■	■	■	■	■	■
Reifenstein, Eichsfeld Klinikum gGmbH	■				■		
Rudolstadt, Kreiskrankenhaus Rudolstadt gGmbH		■				■	
Saalfeld, Thüringen-Klinik gGmbH „Georgius Agricola“	■				■	■	■
Sonneberg, Kreiskrankenhäuser Neuhaus und Sonneberg gGmbH					■		
Stadtroda, ASKLEPIOS Fachklinik Stadtroda GmbH					■		
Suhl, Zentralklinikum Suhl gGmbH	■			■		■	■
Weimar, Sophien- und Hufeland-Klinikum gGmbH		■				■	

Quelle: Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen

Anmerkung: Angaben laut Selbstauskunft der Krankenhäuser

- im Aufbau, in der Planung / Vorbereitung
- in Betrieb
- in Betrieb mit Akkreditierung, Listung, Zertifizierung

4.8 Aufgaben der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste sowie der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter

Vorsorgeuntersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste

In Thüringen führen Schulärztinnen und Schulärzte aufgrund gesetzlicher Bestimmungen (§ 55 Thüringer Schulgesetz in Verbindung mit der Thüringer Verordnung über die Schulgesundheitspflege und weiteren Rechtsvorschriften) bei Schulanfängern sowie Kindern bestimmter Klassenstufen Vorsorgeuntersuchungen durch. Bei den Einschulungsuntersuchungen erreichen sie dabei nahezu den gesamten Einschulungsjahrgang. Die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter sichern mit der Schulgesundheitspflege die sozial- und präventivmedizinische Betreuung der Kinder und Jugendlichen. Ziel ist es, Gesundheits-, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen vorzubeugen, Probleme rechtzeitig zu erkennen und Wege für die Verhütung und Heilung von Krankheiten aufzuzeigen.

Die Untersuchung nahezu aller Kinder einer Klassenstufe innerhalb weniger Monate erlaubt eine von anderen Ärzten weitgehend unabhängige, unselektierte Einschätzung der Schulfähigkeit bei Einschülern sowie des Gesundheitszustandes bei den untersuchten Jahrgangsstufen. Die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste erreichen mit ihren Angeboten an flächendeckenden Vorsorgeuntersuchungen insbesondere auch die Kinder und Jugendlichen aus sozial schwachen Familien.

Neben den Schulkindern untersuchen die Ärztinnen und Ärzte der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste gemäß § 15 Kindertageseinrichtungsgesetz im Einverständnis mit den Eltern einmal jährlich die Kinder in Kindertageseinrichtungen. Im Vorschulalter sind Entwicklungsverzögerungen bzw. -störungen noch nicht fixiert. Das rechtzeitige Erkennen von Problemen ermöglicht die frühzeitige Förderung und bestimmt somit den Erfolg der Maßnahmen.

Zahl der ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und Beteiligungsrate

Untersuchungsart	1997/1998		1998/1999		1999/2000		2000/2001		2001/2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Kindergarten-/Vorschuluntersuchung	13 128	26,1	13 251	25,7	13 933	24,9	15 512	25,6	14 832	26,8
Einschulungsuntersuchung	17 447	99,8	15 252	99,8	14 406	99,9	14 026	99,8	15 276	99,9
Schuluntersuchungen	54 861	87,1	53 102	90,9	46 965	85,2	39 491	77,3	34 016	76,9
Förderschuluntersuchungen	5 506	x	4 767	x	6 078	x	5 946	x	3 803	x

Quelle: Thüringer Gesundheitsämter

Anmerkungen: *Kindergarten/Vorschule*-Untersuchungen in vorschulischen Einrichtungen schließen Untersuchungen in Kindergärten sowie Vorschulen an Fördereinrichtungen ein. Zu den *Schuluntersuchungen* gehören Untersuchungen in der 3./4. Klasse und Untersuchungen in der 8./9. Klasse. *Förderschuluntersuchungen* schließen darüber hinaus noch Untersuchungen in weiteren Klassenstufen an Förderschulen ein. Die mit „x“ überschriebenen Spalten enthalten jeweils den Anteil der Untersuchten an der Gesamtzahl der Kinder bzw. Jugendlichen der genannten Personengruppe bzw. Klassenstufe.

Vorsorgeuntersuchungen der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste

Die Vorsorgeuntersuchungen der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste werden auf der gleichen gesetzlichen Grundlage durchgeführt wie die Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste. Darüber hinaus bilden die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen die Basis für die Aufgabenerfüllung aller Beteiligten im Rahmen des § 21 Sozialgesetzbuch V (zahnmedizinische Gruppenprophylaxe). Ziel der Reihenuntersuchungen ist die rechtzeitige Erkennung von Zahngesundheitsschäden, verbunden mit frühzeitiger Einleitung von Therapiemaßnahmen und individueller Aufklärung. Darüber hinaus dienen sie der Gewinnung von Erkenntnissen zur Organisation effizienter Vorsorgemaßnahmen – einschließlich der gruppenprophylaktischen Maßnahmen – zur Vorbeugung von Zahnerkrankungen.

Auch hier gilt: Die Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste erreichen mit ihrem flächen-deckenden Angebot an zahnärztlichen Reihenuntersuchungen nahezu alle Angehörigen eines Jahrgangs, insbesondere auch die Kinder und Jugendlichen aus sozial schwachen Familien. Sie haben damit einen wesentlichen Anteil an der medizinischen Betreuung und Beratung der zuletzt genannten Personengruppe.

Die Erfassung der Befunde erfolgt nach den Kriterien der WHO.

Zahl der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und Beteiligungsrate

Altersstufe	1997/1998		1998/1999		1999/2000		2000/2001		2001/2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Kindergarten/Vorschule	44 437	71,8	42 973	71,6	45 558	73,7	47 398	71,8	48 555	72,0
1.–4. Klasse	108 144	90,3	93 791	91,4	76 747	88,9	61 097	87,1	53 678	89,7
5.–10. Klasse	123 775	60,2	122 388	60,4	114 327	57,2	110 841	57,4	106 106	58,7

Quelle: Thüringer Gesundheitsämter

Anmerkung: Die mit „%“ überschriebenen Spalten enthalten jeweils den Anteil der Untersuchten an der Gesamtzahl der Kinder bzw. Jugendlichen der genannten Personengruppe bzw. Klassenstufe.

Maßnahmen der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter im Rahmen der Gruppenprophylaxe

Die Maßnahmen im Rahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe gemäß § 21 Sozialgesetzbuch V werden im schulischen Bereich ausschließlich durch die Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter durchgeführt, während in den Kindertageseinrichtungen der größte Teil der Kinder von Patenschaftszahnärzten aus dem niedergelassenen zahnärztlichen Bereich sowie von den Gruppenprophylaxe-Helferinnen der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e. V. gruppenprophylaktisch betreut wird. Ziele sind der Schutz der Zähne vor Karies und die Vermittlung gesundheitsbewusster Verhaltensweisen zur Vorbeugung von Zahnerkrankungen.

Gruppenprophylaktische Maßnahmen richten sich in erster Linie an Kinder im Alter bis zu 12 Jahren. Nur bei bestimmten Risikogruppen ist eine längere gruppenprophylaktische Betreuung bis zum 16. Lebensjahr möglich. Die Fluoridprophylaxe gilt – verbunden mit einer eingehenden Ernährungsberatung sowie Gesundheitsaufklärung – als effektivstes Mittel. Die Jugendlichen in den höheren Klassen werden vom Jugendzahnarzt insbesondere auf notwendige Zahnarztbesuche hingewiesen und erhalten Empfehlungen zur Wahrnehmung individualprophylaktischer Maßnahmen (Fissurenversiegelung etc.) beim niedergelassenen Zahnarzt.

Gruppenprophylaktische Maßnahmen des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes

Klassenstufe	Anzahl der zu erreichenden Kinder				
	1997/1998	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002
1.–4. Klasse	119 699	102 552	86 334	70 131	59 858
5.–6. Klasse	67 932	66 073	65 037	61 864	55 184

Klassenstufe	Anteil der an gruppenprophylaktischen Maßnahmen beteiligten Kinder in Prozent									
	Lokale Fluoridierung					Putzaktionen				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
1.–4. Klasse	29,3	34,8	36,4	44,6	54,7	55,1	54,3	54,0	55,1	61,4
5.–6. Klasse	3,8	5,1	6,3	10,7	16,7	3,4	5,1	11,1	12,6	7,0

Quelle: Thüringer Gesundheitsämter

Anmerkung: Die Jahreszahlen im zweiten Teil der Übersicht bezeichnen jeweils das zweite Kalenderjahr des Schuljahres, das als Untersuchungszeitraum gilt.

4.9 Erweitertes Neugeborenen-Screening auf angeborene Stoffwechsel- und Hormonstörungen im Jahr 2002

Art der Untersuchung	Anzahl der untersuchten Neugeborenen	Nachgewiesene Erkrankungen
Hypothyreose-Screening ¹⁾	13 297	3 kongenitale Hypothyreosen
AGS-Screening ²⁾	15 217	–
PKU-Screening ³⁾	15 217	3 Phenylketonurien 3 Hyperphenylalaninämien
Galaktosämie-Screening ⁴⁾	15 217	–
Biotinidase-Screening ⁵⁾	15 217	1 partieller Biotinidase-Defekt
Tandem-Massenspektrometrie (TMS)	15 217	2 MCAD-Defekte ⁶⁾ 1 Propionacidurie ⁷⁾ 1 Homocystinämie ⁸⁾

¹⁾ Untersuchung auf angeborene Schilddrüsenunterfunktion; einige stationäre Einrichtungen führen das Hypothyreose-Screening in eigener Verantwortung durch

²⁾ Untersuchung auf Adrenogenitales Syndrom, eine Störung der Produktion von Nebennierenrindenhormonen

³⁾ Untersuchung auf Phenylketonurie und Hyperphenylalaninämie (Verwertungsstörungen der Aminosäure Phenylalanin)

⁴⁾ Untersuchung auf eine Störung der Verwertung des Milchzuckers Galaktose

⁵⁾ Untersuchung auf eine Störung der Verwertung des Vitamins Biotin

⁶⁾ Fettsäureverwertungsstörung

⁷⁾ Störung im Stoffwechsel organischer Säuren

⁸⁾ Störung des Abbaus schwefelhaltiger Aminosäuren

Die vorliegenden Angaben beziehen sich ausschließlich auf die Tätigkeit des Screeninglabors am Thüringer Landesamt für Lebensmittelsicherheit und Verbraucherschutz – TLLV -, Abteilung Medizinaluntersuchung. Einzelne Geburtseinrichtungen nehmen für das Neugeborenencreening Laboratorien in anderen Bundesländern in Anspruch.

Im Rahmen des erweiterten Neugeborenencreenings auf angeborene Stoffwechsel- und Hormonstörungen können seit November 2001 zwölf verschiedene Stoffwechseldefekte und 2 hormonelle Störungen sicher nachgewiesen werden. Durch ein rechtzeitiges Erkennen und Behandeln dieser Erkrankungen ist es möglich, lebensbedrohliche Stoffwechselkrisen, gravierende Organschäden und Entwicklungsstörungen bis zur körperlichen und geistigen Behinderung zu vermeiden.

Durch Einführung der Tandem-Massenspektrometrie in das Neugeborenencreening im November 2001 wurden im Screeninglabor des TLLV 4 zusätzliche Stoffwechseldefekte erkannt. Die Nachweisrate therapierbarer Stoffwechseldefekte wurde somit von 1: 2 174 auf 1:1 383 erhöht und der präventive Nutzen des Screenings damit deutlich gesteigert.

Anlage

Erläuterungen

ICD	–	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme Grundlage für die Todesursachenstatistik bildete bis 1997 die ICD-9 (9.Revision). Beginnend mit dem Berichtsjahr 1998 galt die ICD-10 (10. Revision). In der Krankenhausdiagnosestatistik wurde die ICD-10 erst zwei Jahre später, im Jahr 2000, eingeführt.
GKR	–	Gemeinsames Krebsregister
LKHG	–	Landeskrankenhausgesellschaft
ZNS	–	Zentralnervensystem
GO	–	Gebührenordnung
KBV	–	Kassenärztliche Bundesvereinigung
FSU	–	Friedrich-Schiller-Universität
OT	–	Ortsteil
Hib	–	Haemophilus influenzae, Tyb b
WHO	–	World Health Organization [engl.] = Weltgesundheitsorganisation

Zeichenerklärungen

–	nichts vorhanden (genau Null)
...	Angaben lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor
.	Zahlenwert unbekannt
>	größer als
x	Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll