



Jahresgesundheitsbericht Cottbus 2005

850
J A H R E
COTTBUS CHOSEBUZ

Inhalt

1	Einleitung Gesundheitsberichterstattung 2005 der Stadtverwaltung Cottbus	1
2	Bevölkerung	2
2.1	Die Bevölkerungsentwicklung von 1989 bis 2005	2
2.2	Bevölkerungsprognosen für die Stadt Cottbus und allgemeine Entwicklungstrends	6
3	Gesundheitszustand	8
3.1	Mortalität	8
3.1.1	Allgemeine Sterblichkeit	8
3.1.2	Todesursachenspezifische Sterblichkeit	10
3.2	Morbidität	11
3.2.1	Übertragbare Krankheiten	12
3.2.1	Allgemeine Feststellungen	12
3.2.2	Bewertungen einzelner Infektionen	12
3.2.3	Krankenhaushygiene und Infektionsprävention	13
3.2.4	Beratungen zu sexuell übertragbaren Krankheiten und AIDS	14
3.2.5	Tuberkulosefürsorge	15
4	Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung	17
4.1	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst	17
4.1.1	Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes	17
4.1.2	Inanspruchnahme von Angeboten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes	18
4.1.2.1	Die Angebote der Interdisziplinären Frühförder- und Beratungsstelle	18
4.1.2.2	Vorschulbereich	23
4.1.2.3	Schulbereich	24
4.1.2.4	Psychologische Beratungsstelle des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes	25
4.2	Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst	26
4.2.1	Ergebnisse zur Zahn- und Mundgesundheit	26
4.2.2	Präventive Maßnahmen	30
4.2.2.1	Öffentlichkeitsarbeit	31
4.2.2.2	Gutachtertätigkeit	31
4.2.3	Schlussfolgerungen/Rückblick und Ausblick	32
4.3	Angebote der Beratungsstelle Gesundheitsförderung	34
4.3.1	Suchtprävention als Aktionismus	36
4.4	Beratungen zu sexuell übertragbaren Krankheiten (STD), HIV-Infektionen und AIDS	39
4.5	Inanspruchnahme der Tuberkulosefürsorge	40
4.6	Schutzimpfungen/Impfberatungsstelle	41
4.7	Psychosoziale/psychiatrische Versorgung	44
4.7.1	Psychische Gesundheit und Erkrankungshäufigkeit	44
4.7.2	Die Entwicklung der psychosozialen/psychiatrischen Versorgung	45

4.8	Inanspruchnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes	48
4.9	Das Wirksamwerden der Sucht- und Drogenberatungsstelle	50
4.9.1	Das Aufgabenspektrum	50
4.9.2	Erbrachte Leistungen	51
4.9.3	Ausblicke	52
4.10	Das Wirksamwerden der Betreuungsbehörde	53
4.11	Leistungen des Amts- und Vertrauensärztlichen Dienstes	56
5	Gesundheitsrisiken aus der natürlichen und technischen Umwelt	58
5.1	Einhaltung der Infektionshygiene	58
5.2	Stellungnahmen zu Bau- u. a. Unterlagen	58
5.3	Beschwerden	59
5.3.1	Unhygienische Wohnungen	59
5.3.2	Schimmel	59
5.3.3	Gesundheitsschädlinge	60
5.4	Trink- und Badewasserhygiene	60
6	Apotheken und Arzneimittelwesen	64
7	Ambulante Versorgung durch freiberuflich Tätige der Berufe des Gesundheitswesens	65
7.1	Die ärztliche Versorgung	65
7.2	Die zahnärztliche Versorgung	68
7.3	Sonstige selbstständig Tätige in Berufen des Gesundheitswesens	69
7.4	Ambulante pflegerische Versorgung	70
7.4.1	Sozialstationen	70
7.4.2	Private häusliche Krankenpflegen	71
8	Öffentliche Einrichtungen mit medizinischer Bedeutung	72
8.1	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus	72
8.1.1	Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen	73
8.1.2	Personal	74
8.1.3	Wirtschaftliche Verhältnisse des Carl-Thiem-Klinikums	74
8.1.4	Baumaßnahmen	75
8.2	DRK-Blutspendedienst Cottbus	76
8.3	Rettungsdienst	78
8.3.1	Rettungswachen	78
8.3.2	Einsätze der Rettungsmittel im Berichtszeitraum	78
9	Das Gesundheitsamt der Stadt Cottbus	79
9.1	Struktur des Gesundheitsamtes	79
10	Schlussfolgerungen und Aussicht	80

1. Einleitung

Gesundheitsberichterstattung 2005 der Stadtverwaltung Cottbus

Um die kommunale Gesundheitsplanung auf eine solide Grundlage zu stellen, ist es erforderlich, eine regionale, mit aussagekräftigen Daten versehene Bestandsaufnahme und problemorientierte gesundheitliche Analyse zu erarbeiten – den kommunalen Gesundheitsbericht.

Kommunen sind die Orte, an denen Gesundheit gefährdet, zugleich aber auch erhalten, gefördert und wiederhergestellt werden kann. Deshalb können sie einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung leisten. Das kann nicht nur Aufgabe der Verwaltung sein, sondern ist das Ergebnis breiten, selbst bestimmten gesundheitsbewussten Handelns der Bürgerinnen und Bürger.

Der Gesundheitsbericht für das Jahr 2005 schließt an diese Berichterstattung von 2002 inhaltlich und im Aufbau an. Der Leser kann die Daten beider Berichtsjahre vergleichen. Außerdem können Leser, die den Vorbericht nicht kennen, oder denen sein Inhalt nicht gegenwärtig ist, einen Gesamtüberblick gewinnen. Insoweit strebt der vorgelegte Bericht eine relativ inhaltliche Breite und Ausführlichkeit der Daten aus allen Gebieten des Themas an.

Auf dem Gebiet der Gesundheitsberichterstattung bereits erfahrene Verwaltungen, wie Hamburg oder Berlin, haben bereits den nächsten Schritt getan. Nachdem die Basisdaten der gesundheitlichen Situation bekannt gegeben wurden, bieten diese Großstädte nunmehr Spezialberichte zu Einzelfragen an. Diesen Weg wird im Rahmen ihrer Möglichkeiten auch die Stadt Cottbus gehen, ebenso wie die Landesregierung Brandenburg. Bei der Wahl der besonders dringlichen Themen ist die Stadtverwaltung Cottbus für Vorschläge und Anregungen jederzeit offen und wünscht sich eine breite Diskussion über den Inhalt des vorgelegten Berichtes ebenso wie weiterführende Hinweise.

Ebenso ist die Form des Gesundheitsberichtes kein Tabu, sondern diskussionswürdig. Manche Kommunen bevorzugen einen lockeren, stark journalistisch geprägten Stil und fürchten nichts so sehr, wie Datenfriedhöfe. Solche Berichte lesen sich leicht, bergen aber auch die Gefahr, über offene Fragen hinwegzugehen und den Leser zu den vorgelegten Schlussfolgerungen der Berichterstatter zu überreden, als zu überzeugen. Cottbus bevorzugt einen fundierten, deshalb auch reichlich Daten enthaltenden Bericht. Durch den hohen Anteil grafischer Darstellungen, die meist zusätzlich zu den Tabellen angeboten werden, ist dem Leser sowohl das rasche Durchblättern als auch eine fundierte Analyse möglich.

Mit dem Stil des Berichtes selbst und mit diesen Hinweisen wollen die Berichterstatter zu einer breiten Diskussion anregen, die über den Anlass hinaus in eine Diskussion gesundheitlicher Fragen einmünden soll.

2. Bevölkerung

2.1 Die Bevölkerungsentwicklung von 1989 bis 2005

1989 lebten in Cottbus 128.943 Bürger. Im Wendejahr 1989 zu 1990 sank aufgrund der veränderten gesellschaftlichen Bedingungen die Anzahl der Cottbuser um ca. 3.000 Personen. Auch in den folgenden Jahren reduzierte sich die Bevölkerung ständig.

Zum einen ergibt sich die Rückläufigkeit aus der natürlichen Bevölkerungsentwicklung. Den 1.076 Sterbefällen standen 2005 nur 715 Geburten gegenüber. Zum anderen trägt der Wanderungssaldo seit Jahren ein negatives Vorzeichen.

Deutlich sichtbar ist aber, dass in den letzten Jahren der Bevölkerungsrückgang von Jahr zu Jahr geringer ausfällt.

Jahr	Bevölkerung	Saldo zum Vorjahr	Entwicklung zum Vorjahr in %
1993*	128.347	4.753	103,9
1994	124.283	- 4.064	96,8
1995	122.430	- 1.853	98,5
1996	119.333	- 3.097	97,5
1997	116.770	-2.563	97,8
1998	113.041	- 3.729	96,8
1999	110.722	- 2.319	98,0
2000	108.241	-2.481	97,8
2001	105.493	- 2.748	97,5
2002	103.239	- 2.254	97,9
2003**	106.784	3.545	103,4
2004	105.422	- 1.362	98,7
2005	104.413	- 1.009	99,0

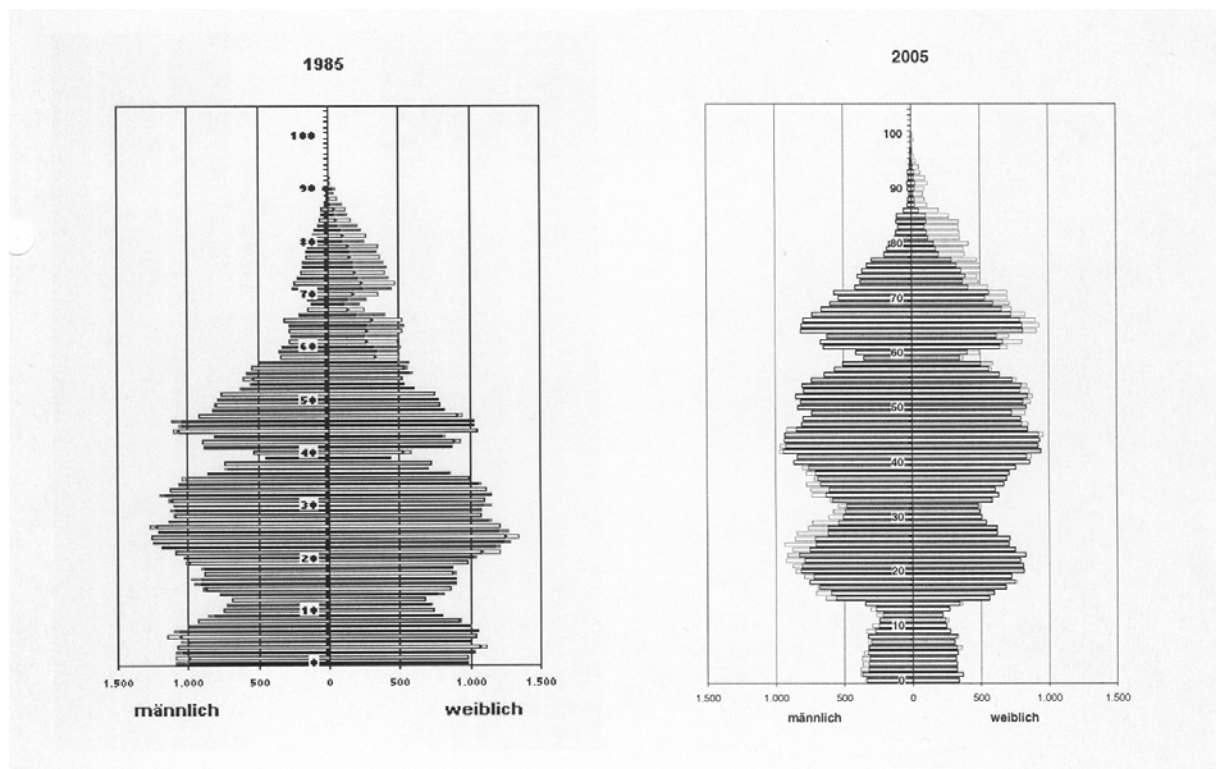
* Eingemeindung von Merzdorf, Branitz, Kahren, Döbbrick, Sielow, Willmersdorf

** Eingemeindung von Groß Gaglow, Gallinchen, Kiekebusch

Alle Untersuchungen beziehen sich auf die vorläufigen Angaben des Bürgeramtes der Stadtverwaltung zum 31.12.2005.

Der forcierte Wohnungsneubau in den 70-er und 80-er Jahren trug dazu bei, dass sich vor allem junge Familien in Cottbus niederließen. Das Durchschnittsalter betrug damals ca. 33 Jahre. Bis 2005 stieg dieses auf 43,1 Jahre an.

Die Veränderung der Altersstruktur wird besonders deutlich, wenn man die Lebensbäume verschiedener Jahre miteinander vergleicht.



Betrachtet man die Entwicklung der Geburten, so ergibt sich folgendes Bild.

Die Zahl der Geburten je 1.000 der Bevölkerung ist gegenüber dem Vorjahr um 0,6 Lebendgeburten zurückgegangen. Im Vorwendejahr 1988 betrug diese Kennziffer 13,6 und ist auf nur 4,5 im Jahr 1993 zurückgegangen, seit dem aber über mehrere Jahre wieder gestiegen. Im Jahr 2005 lag diese Zahl bei einer Größenordnung von 6,9.

Auch die Anzahl der Geburten absolut, die 1993 mit 576 ihren Tiefstand erreichte, nahm seit 1994 wieder zu. Im Jahr 1997 wurde mit 891 Geburten der höchste Stand nach dem „Geburteneinbruch“ zu Beginn der 90-er Jahre erreicht. Mit 715 Geburten im Jahr 2005 gab es 10,0 % weniger Neugeborene in Cottbus als im Vorjahr.

Negativ auf die Geburtenentwicklung wirkt sich der anhaltende Rückgang der Frauen im gebärfähigen Alter aus. Mit der Verschiebung der Erstgeburt auf ein höheres Alter der Mutter erfolgte in den vergangenen Jahren die Anpassung an westdeutsche Verhaltensmuster. Gleichzeitig sinkt mit der späteren Geburt des ersten Kindes auch die Wahrscheinlichkeit für weitere Kinder.

Jahr	Lebendgeburten	Je 1.000 der Bevölkerung
1989	1.663	12,9
1990	1.593	12,7
1991	880	7,1
1992	667	5,1
1993	576	4,5
1994	638	5,1
1995	723	5,9
1996	773	6,5
1997	891	7,6
1998	787	7,0
1999	862	7,8
2000	804	7,4
2001	738	7,0
2002	766	7,4
2003	706	7,0
2004	791	7,5
2005	715	6,9

Tab. 1: Lebendgeborene nach dem Alter der Mutter

Altersgruppen	2003		2004		2005	
	Lebend-geborene	Anteil in %	Lebend-geborene	Anteil in %	Lebend-geborene	Anteil in %
insgesamt	706		791		715	
unter 20 Jahre	55	7,8	48	6,1	48	6,7
20 bis unter 25 Jahre	163	23,1	182	23,0	154	21,6
25 bis unter 30 Jahre	222	31,4	264	33,4	214	29,9
30 bis unter 35 Jahre	189	26,8	213	26,9	196	27,4
35 bis unter 40 Jahre	66	9,4	69	8,7	96	13,4
40 Jahre und älter	11	1,6	15	1,9	7	1,0

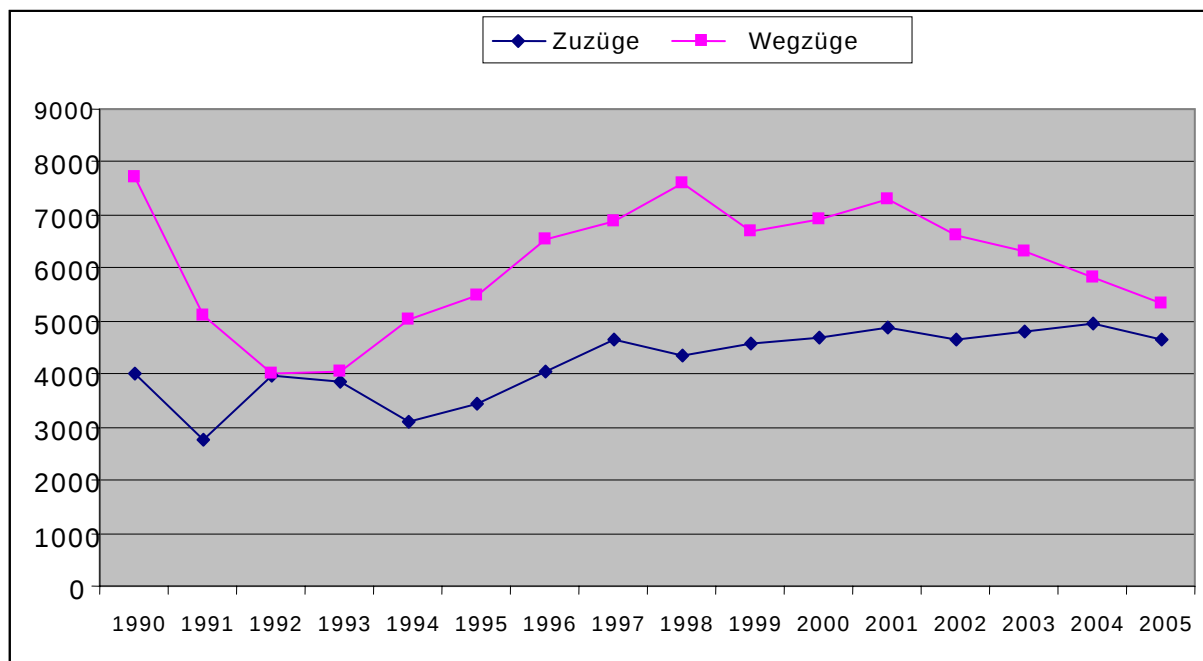
Der Anteil nicht ehelich geborener Kinder hat sich von 30,1 % im Jahre 1988 mit steigendem Trend auf 62,4 % in 2005 erhöht und lässt auf das veränderte Heiratsverhalten schließen. Das Lebensalter dieser Mütter liegt hier in der Mehrheit zwischen 20 und 30 Jahren.

Neben den Geburten wird die Bevölkerungsentwicklung durch das Wanderungsverhalten beeinflusst.

Die Wanderungsgewinne der 70-er und 80-er Jahre schlugen 1988 erstmals in Wanderungsverlust um, der 1990 seine Negativspitze mit 3.717, gefolgt von 1998 mit 3.218 Personen, erreichte.

Ab 2001 ist der negative Wanderungssaldo aufgrund gestiegener Zuzüge gegenüber den Vorjahren zurückgegangen und erreichte 2005 mit 669 Personen seinen Tiefststand seit 1994.

Jahr	Zuzüge	Wegzüge	Wanderungssaldo
1990	4.010	7.727	- 3.717
1991	2.777	5.115	- 2.338
1992	3.988	4.005	- 17
1993	3.873	4.038	- 165
1994	3.100	5.018	- 1.918
1995	3.448	5.489	- 2.041
1996	4.056	6.545	- 2.489
1997	4.662	6.878	- 2.216
1998	4.364	7.582	- 3.218
1999	4.589	6.694	- 2.105
2000	4.702	6.929	- 2.227
2001	4.889	7.310	- 2.421
2002	4.666	6.607	- 1.941
2003	4.812	6.315	- 1.503
2004	4.965	5.814	- 849
2005	4.665	5.334	- 669



Bei den Wegziehenden handelt es sich hauptsächlich um Familien mit Kindern. Die Eltern sind in der Regel zwischen 18 und 45 Jahre alt.

Die 2.551 Zuziehenden dagegen kommen vor allem zur Ausbildung und zum Berufsstart in die Stadt. Es sind zum größten Teil Personen zwischen 18 und 30 Jahren.

Andererseits verließen 2.762 Personen dieser Altersgruppe Cottbus, um außerhalb der Region Ausbildungs- und Arbeitsplätze zu finden.

Nach dem Geburtenrückgang der 90-er Jahre wurde die Anzahl der Kinder durch die Wanderung weiter verringert. 2005 zogen 288 Kinder von 0 bis unter sechs Jahren und 314 Kinder und Jugendliche im Alter von sechs bis unter 18 Jahren infolge des Umzugs der Eltern von Cottbus weg. Das sind insgesamt 22 % weggezogene Kinder und Jugendliche weniger als im Vorjahr.

In der Altersgruppe 65 und älter sank der positive Wanderungssaldo auf 19 Personen. Damit wird der Zuzug von älteren Menschen weitgehend durch den Wegzug ausgeglichen.

Das Durchschnittsalter der Bevölkerung beträgt inzwischen 43,1 Jahre und steigt kontinuierlich pro Jahr etwas um 0,5 Altersjahre an.

2.2 Bevölkerungsprognosen für die Stadt Cottbus und allgemeine Entwicklungstrends

Von der Stadtverwaltung Cottbus, Amt für Stadtentwicklung und Stadtplanung, wurde eine Bevölkerungsprognose auf der Basis 2003 erarbeitet.

Für wichtige Fachplanungen (Stadtumbaukonzept, Wohnungsrückbaukonzept) und kommunale Entscheidungen ist es erforderlich, eigene Erfahrungen und Trendberechnungen in eine Prognose einzubringen, um eine reale Basis für Entscheidungen zu haben.

Als interne Arbeitsrichtung gilt:

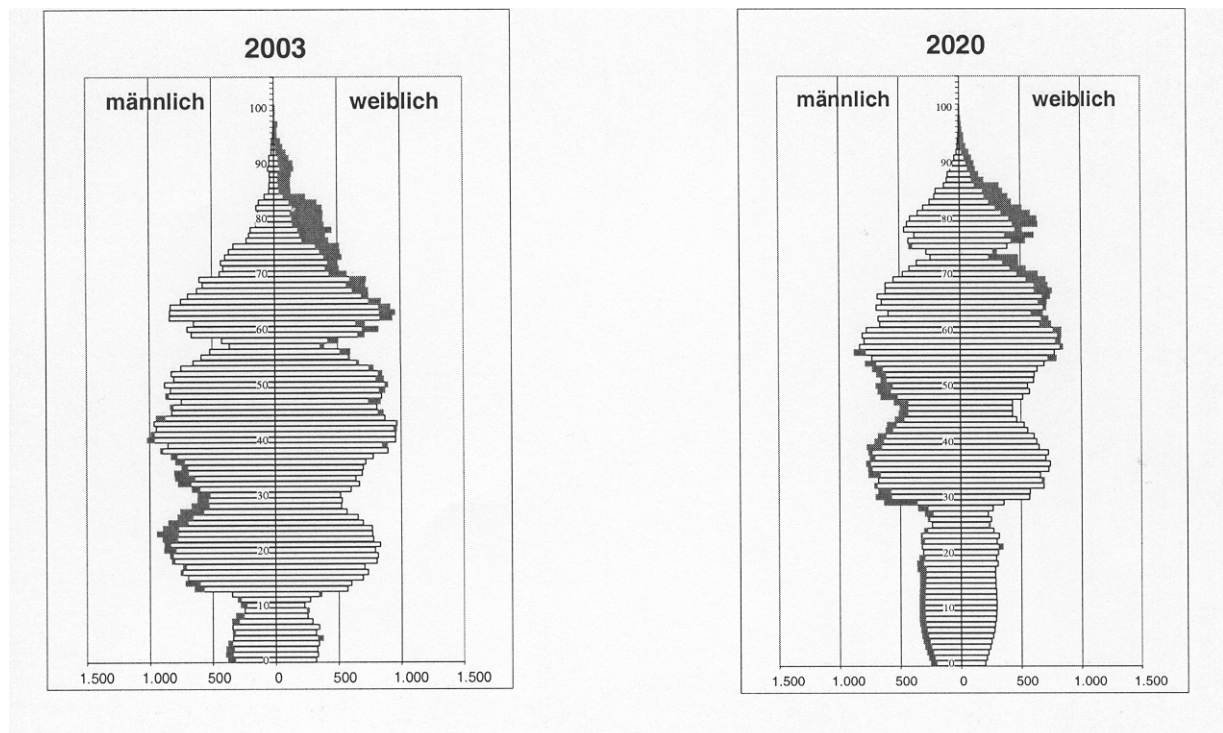
1. Die Stadt Cottbus wird im Jahr 2020 ungefähr 87.134 Einwohner haben.
2. Die Geburten werden von 766 im Jahr 2003 auf 580 Geburten 2015 und auf weniger als 500 Lebendgeborene 2020 zurückgehen.
Die Anzahl der Gestorbenen steigt von jetzt 1.125 Personen auf 1.500 Personen im Jahr 2020 an.
3. Erst 2020 wird ein Wanderungssaldo von 0 erreicht werden. Bis dahin wird der Saldo schrittweise von

2005	- 1.170	2010	- 590
2015	- 290	2020	0

zurückgehen.

Die Altersstruktur wird dementsprechend folgendermaßen aussehen:

Jahr	unter 20 Jahren	20 bis unter 65 Jahren	65 Jahre und älter
2002	18,2 %	64,9 %	16,9 %
2003	17,4 %	65,0 %	17,6 %
2015	3,6 %	63,1 %	23,3 %
2020	13,6 %	60,8 %	25,6 %



Die vorliegende Prognose ist eine Modellrechnung. Die künftige Entwicklung der Einwohnerzahl kann bei veränderten Rahmenbedingungen entsprechend positiver aber auch negativer als das prognostizierte Ergebnis verlaufen.

Weicht auch die tatsächliche Entwicklung wahrscheinlich von dieser Prognose ab, so bleiben dennoch folgende Entwicklungstrends bestehen:

1. Der anhaltende Rückgang der Einwohnerzahlen ist mittelfristig nicht zu stoppen.
2. Die Geburtenzahl bleibt weiterhin unter dem zur Bestandserhaltung notwendigen Niveau.
3. Anhaltende Sterbefallüberschüsse bestimmen die natürliche Bevölkerungsbewegung.
4. Die Altersstruktur der Stadtbevölkerung verändert sich erheblich in der Art, dass die Gruppe „0- bis 15-Jährige“ wesentlich kleiner ist als die „Gruppe über 65-Jährige“.
5. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen geht zunächst weiter zurück und stabilisiert sich später auf niedrigem Niveau.
6. Die Zahl der Personen im arbeitsfähigen Alter entwickelt sich rückläufig.
7. Die Zahl der Rentner steigt weiter an.

3 Gesundheitszustand

3.1 Mortalität

Die Sterblichkeit (Mortalität) ist ein allgemeines Maß des Gesundheitszustandes der Bevölkerung. Sie wird als Inzidenz (Rate der Neuerkrankungen), d. h. mit der Anzahl der Todesfälle je 100.000 Einwohner und Jahr ausgedrückt (0/0000). Bei der Berechnung der Mortalitätsraten können verschiedene Ungenauigkeiten auftreten.

Zum einen sind die auf den Totenscheinen angegebenen Todesursachen nicht fehlerlos, weil im fortgeschrittenen Alter meist mehrere Ursachen am Tod eines Menschen beteiligt sind. Die Differenzierung ist oft problematisch. Außerdem sind die Ergebnisse undifferenzierter Zahlenvergleiche („rohe Sterblichkeit“) von Störfaktoren beeinträchtigt, die sich aus der Altersstruktur ergeben. Eine Reihe wichtiger Erkrankungen bevorzugt bestimmte Altersgruppen, ohne auf diese beschränkt zu sein, wie etwa die Kinderkrankheiten und die Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. Um diese Störquelle auszuschließen, werden die nachstehenden Zahlen zum Teil auf je 100.000 Einwohner gleichen Alters bezogen (altersstandardisierte Mortalität), was zu genaueren Aussagen beiträgt.

Statistik allein kann die Ursachen für Unterschiede in der Sterblichkeit nicht ermitteln. Festgestellte Unterschiede können jedoch wissenschaftliche Fragen aufwerfen, aus denen sich weitere medizinisch-soziologische Untersuchungen und Forschungsansätze ergeben.

3.1.1 Allgemeine Sterblichkeit

a) Sterblichkeit in Cottbus

Jahr	Gestorbene	je 1.000 der Bevölkerung	Geburten- bzw. Sterbefallüberschuss
1989	1.162	9,0	501
1990	1.132	9,0	461
1991	1.112	9,0	- 232
1992	1.088	8,9	- 421
1993	1.101	8,6	- 525
1994	1.198	9,5	- 560
1995	1.111	9,0	- 388
1996	1.145	9,6	- 368
1997	1.087	9,2	- 222
1998	1.098	9,6	- 297
1999	1.058	9,5	- 202
2000	1.065	9,8	- 274
2001	1.066	10,1	- 319
2002	1.079	10,5	- 313
2003	1.125	11,1	- 419
2004	1.167	11,1	- 376
2005	1.076	10,3	- 361

Quelle: Stadtverwaltung Cottbus, Statistikstelle

1991 war erstmals ein Sterbefallüberschuss zu verzeichnen. Bis 1994 erhöhte sich diese Negativzahl erheblich. Seit 1995 erfolgte auf Grund der steigenden Geburtenzahlen wieder ein leichter Rückgang des negativen Saldos.

Auf Grund der niedrigen Anzahl von Geburten stieg 1998 der Sterbefallüberschuss nach dem stetigen Rückgang von 1995 bis 1997 erstmals wieder an.

Nach einem leichten Rückgang 1999 lag das Jahr 2000 wieder über dem Vorjahresniveau.

2001 gab es auf Grund der weiter rückläufigen Geburtenzahlen einen erneut ansteigenden Sterbefallüberschuss, der sich in 2002 auf Grund der steigenden Geburten leicht verringert hat, 2003 aber wieder stark anstieg. Ab 2004 sank der negative Saldo wieder auf 361 im Jahr 2005.

b) Säuglingssterblichkeit

Als Säuglinge werden in der Bevölkerungsstatistik Kinder bis zum vollendeten ersten Lebensjahr bezeichnet. Ihre Sterblichkeit, die allgemein, abweichend vom sonst üblichen Bezug auf 100.000 Einwohner (0/0000) auf je 1.000 Säuglinge berechnet wird (Promille = 0/00), gilt als bedeutsames Maß für das allgemeine, kulturelle, hygienische und medizinisch-therapeutische Niveau. Sie wird daher hier gesondert beschrieben, obwohl in allen Vergleichen keine Auffälligkeiten auftraten.

Tab. 2: Gestorbene Säuglinge, Totgeborene und Sterblichkeitskennziffer
Kreisfreie Stadt Cottbus

	1998	1999	2000	2001	2003	2004	2005
insgesamt	5	2	2	1	4	7	6
dar. weiblich	1	1	1	1	1	2	1
im Alter unter 7 Tagen	2	-	-	-	4	2	2
Totgeborene	2	3	5	3	3	4	2
Säuglingssterblichkeit (‰)	6,2	2,4	2,5	1,3	5,4	8,9	8,4
Totgeborenenrate (‰)	2,5	3,6	6,3	4,0	4,0	5,1	2,8

Quelle: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Land Brandenburg

Die Zahl der gestorbenen Säuglinge ist in den Jahren von 1998 bis 2001 kontinuierlich gesunken, stieg aber bis 2005 wieder an.

Die Totgeborenenrate erreichte in den Jahren 2000 und 2004 Höhepunkte, zwischenzeitlich fiel sie wieder ab.

3.1.2 Todesursachenspezifische Sterblichkeit

Die Betrachtung der gesundheitspolitisch besonders relevanten Krankheiten in Form von Diagnosegruppen der Sterbefälle ergibt im Vergleich zum Land Brandenburg 2005 folgendes Bild:

	Land Brandenburg je 1.000 der Bevölk.	Cottbus je 1.000 der Bevölk.
bösartige Neubildungen	2,7	2,9
Krankheiten des Kreislaufsystems	4,8	4,7
Krankheiten des Atmungssystems	0,7	0,6
Krankheiten des Verdauungssystems	0,6	0,7
Unfälle	0,4	0,4
Selbstmord/Selbstbeschädigung	0,1	0,1
sonstige, nicht aufgegliederte Todesursachen	0,4	0,4

Krankheiten des Kreislaufsystems und bösartige Neubildungen sind nach wie vor die häufigsten Todesursachen.

Die zeitliche Gegenüberstellung der Diagnosegruppen stellt sich für Cottbus wie folgt dar:

	1999	2001	2003	2005
Sterbefälle insgesamt	1.058	1.066	1.136	1.099
bösartige Neubildungen	287	293	300	310
dar.: des Magens	18		20	...
der Lunge	48		47	...
Diabetes mellitus	19	27	19	25
Krankheiten des Kreislaufsystems	492	490	525	497
dar.: Akuter Myokardinfarkt	123		134	110
sonst. Ischämische Herzkrankheiten	94		208	183
Krankh. d. cerebrovasculären Systems	142		137	136
Krankheiten des Atmungssystems	44	45	75	62
dar.: Pneumonie	23		52	...
Bronchitis	15		8	...
Asthma	3		-	...
Krankheiten des Verdauungssystems	71	64	72	77
Unfälle	42	34	38	39
dar.: Transportmittelunfälle	6	13	11	7
Unfälle durch Sturz	25	13	19	11
Selbstmord/Selbstbeschädigung	14	15	16	9
sonstige, nicht aufgegliederte Todesursachen	89	72	45	46

Quelle: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Land Brandenburg

Der Anteil der an bösartigen Neubildungen Verstorbenen lag im Berichtszeitraum bei durchschnittlich 27 % der Gesamtsterbefälle. Die Krankheiten des Kreislaufsystems sanken anteilig leicht von 46,5 % im Jahr 1999 auf 45,2 % im Jahr 2005.

3.2 Morbidität

3.2.1 Übertragbare Krankheiten

Das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten (IfSG) vom 20. Juli 2000 hat mit dem 01. Januar 2001 das Bundesseuchengesetz (BSeuchG) abgelöst und damit auch das Geschlechtskrankheitengesetz und andere Rechtsverordnungen.

Vereinfacht wurde das Meldewesen für die meldepflichtigen Krankheiten; erweitert dagegen die Liste der meldepflichtigen Nachweise von Krankheitserregern. Im Land Brandenburg wurde die Meldepflicht für Mumps, Röteln, Pertussis und Borreliose beibehalten.

Die bisher in Deutschland unzureichend geregelte Erfassung und Analyse infektionsepidemiologischer Daten wurde mit dem Infektionsschutzgesetz wesentlich verbessert. Erst mit einer validen epidemiologischen Datenlage und deren Bewertung auf regionaler, Landes- und Bundesebene ist eine effiziente Prävention von übertragbaren Krankheiten möglich.

Wichtiger Partner ist für die Gesundheitsämter auch das Robert-Koch-Institut (RKI) geworden, dem durch das Infektionsschutzgesetz die zentrale Koordinierung der Datenerhebung, -analyse und -bewertung übertragbarer Krankheiten auf Bundesebene übertragen worden ist.

Wesentliches Arbeitsinstrument für die Impfprävention von übertragbaren Erkrankungen sind die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut.

Auf der Grundlage des Infektionsschutzgesetzes ist eine wesentliche Verbesserung des Hygienemanagements in Krankenhäusern und Einrichtungen des ambulanten operierens möglich geworden. Änderungen des Gesetzes machen sich auch bei der epidemiologischen Überwachung von Gemeinschaftseinrichtungen und Schulen sowie Lebensmittel verarbeitenden Betrieben bemerkbar.

Die Erfassung und Bewertung der Häufigkeit und der Verbreitung von Infektionskrankheiten ist wichtig, um effiziente Maßnahmen der Prävention von Infektionskrankheiten umsetzen zu können.

Die Erfassung impfpräventabler Erkrankungen verdeutlicht die Notwendigkeit und den Einfluss von Schutzimpfungen.

Tab. 3: Impfpräventable Infektionen in den Jahren 2003 bis 2005

Diagnose	2003	2004	2005
Influenza A	3	9	18
Influenza B	0	1	3
Hepatitis A	0	1	1
Hepatitis B	11	6	9
Röteln	0	0	1
Keuchhusten	11	0	14
Mumps	0	0	1
	25	17	47

3.2.1 Allgemeine Feststellungen

Tab. 4: Die häufigsten Infektionserkrankungen in Cottbus 2003 – 2005

	2003	2004	2005
Salmonellen	83	86	68
Windpocken	241	159	247
Rotaviren	135	87	77
Kopfläuse	64	118	150
Scharlach	118	94	44
Borreliose	97	94	126
Influenza A	3	9	18
Influenza B	-	1	3
Camphylobacter	99	97	90
Yersinien	34	5	3
Coli	14	13	8
Meningitiden	5	-	2
Hepatitis A	-	1	1
Hepatitis B	11	6	9
Hepatitis C	24	23	14

3.2.2 Bewertungen einzelner Infektionen

a) Lyme- Borreliose

Der Lyme- Borreliose muss seit einigen Jahren vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Die Lyme- Borreliose ist die häufigste durch Zecken übertragene Erkrankung. Dabei handelt es sich um eine durch Bakterien (*Borrelia burgdorferi*) verursachte Infektion. Nach einer einleitenden Hautrötung, die langsam fortschreitet (Erythema migrans), kann es zu Schädigungen der Haut und des Stütz- und Bewegungsapparates, aber auch am Herzen, am Gehirn, am Nervensystem und anderen Organen kommen.

Im Gegensatz zur ebenfalls durch Zecken übertragbaren Zeckenencephalitis (Frühsommermeningoencephalitis = FSME), mit der sie nicht verwechselt werden darf, gibt es gegen die Borreliose keine wirksame Schutzimpfung.

Im Land Brandenburg gehören der Erkrankungsfall und der Tod, laut Meldeverordnung, zur Meldepflicht. Alle medizinischen Labore sind zur Meldung von auffälligen Befunden an die Gesundheitsämter verpflichtet, ebenso die behandelnden Ärzte. Bei ihnen hält das Gesundheitsamt auch gezielt Rückfragen.

Um Wissenslücken auf diesem Gebiet zu schließen, führt man im Land Brandenburg (Labor Dr. Talaska, Frankfurt/Oder als Leiteinrichtung und Referenzlabor der Weltgesundheitsorganisation) eine verstärkte Beobachtung durch.

Jährlich erfolgen dazu entsprechende Rückinformationen und Auswertungen.

b) Kopfläuse

Kopfläuse kommen in den besten Familien vor. Oft bringen Kinder sie aus der Schule oder dem Kindergarten mit nach Hause.

Durch die Öffentlichkeitsarbeit des Gesundheitsamtes wurde das Interesse in Gemeinschaftseinrichtungen zwar verstärkt, jedoch entgeht immer noch eine Vielzahl von Vorfällen der Aufmerksamkeit.

Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG § 34) besteht Meldepflicht für Kopfläuse an das Gesundheitsamt. Befallene Personen dürfen Gemeinschaftseinrichtungen nicht besuchen. Wenn im Gesundheitsamt Meldungen oder andere Hinweise eingehen, veranlasst es eine Information der Eltern sowie des Erziehungspersonals und die entsprechenden Maßnahmen. Dabei ist es wichtig, niemanden zu diskriminieren.

Eltern und Betreuungspersonal werden in speziellen Situationen und auf Wunsch beraten. Ein zwischen allen Beteiligten abgestimmtes Verhalten ist notwendig, damit Läuse sich nicht über Wochen und Monate im Kindergarten oder in der Schule halten. Ziel ist die schnellstmögliche Läuse- und Nissenfreiheit, um Kinder nicht zu lange vom Kita- oder Schulalltag auszuschließen und die Berufstätigkeit der Eltern nicht über das Maß zu beeinträchtigen.

c) Pertussis

Keuchhusten (Pertussis) ist eine quälende, langwierige Atemwegs-Erkrankung, die durch das Keuchhusten- Bakterium (*Bordella pertussis*) ausgelöst wird. Ein Impfschutz hält nach vollständiger Impfung etwa 10 Jahre, dann können sich Jugendliche und Erwachsene wieder neu infizieren. Eine Empfehlung zur generellen Impfung von Erwachsenen ist damit jedoch nicht verbunden. Das Robert-Koch-Institut empfiehlt jedoch eine Auffrischungsimpfung im Alter von 9 bis 17 Jahren.

3.2.3. Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

Am 1. Januar 2001 ist das Gesetz zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften und mit diesem das Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Kraft getreten. Anders als im bis dahin geltenden Bundesseuchengesetz, das als bereichsspezifische Regelung lediglich eine Meldepflicht über das gehäufte Auftreten von Krankenhausinfektionen enthielt, wird im neuen Recht Prävention und Kontrolle nosokomialer Infektionen in mehreren Vorschriften geregelt.

Nosokomiale Infektionen und die Zunahme der Antibiotikaresistenzen bei bestimmten Krankheitserregern haben eine erhebliche medizinische, epidemiologische und ökonomische Bedeutung und stellen eine ständige Herausforderungen für die Krankenhausleitungen, den Beschäftigten auf Bettenstationen, in anderen Krankenhausabteilungen, in der ambulanten Versorgung und für das Hygienefachpersonal in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens dar. Dabei ist die Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention Verständigungsgrundlage zwischen den Mitarbeitern im Krankenhaus, anderen medizinischen Einrichtungen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst bei Begehungen oder anderen Überwachungsmaßnahmen.

Inhaltlich geht es um Prävention nosokomialer Infektionen, Hygienemanagement, Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen, Verhinderung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten sowie der Verhütung der Übertragung von Infektionen durch Personal auf Patienten.

Als Maßnahme des vorbeugenden Gesundheitsschutzes ist unter anderem das Rundschreiben vom 22.03.2000 des MASGF zu sehen. Im Punkt 2 ist der Gegenstand und in Punkt 3 die Durchführung der Überwachung beschrieben, das heißt, in welchem Rahmen und in welcher Kontinuität Begehungen erfolgen sollen.

Im Carl-Thiem-Klinikum werden Schwerpunkt-/Risikobereiche mindestens zweijährlich begangen, andere Bereiche alle zwei bis drei Jahre. Bei Baumaßnahmen, Rekonstruktionen, Nutzungsänderungen usw. wird das Gesundheitsamt grundsätzlich in die Planungs- und Genehmigungsverfahren integriert.

3.2.4 Beratungen zu sexuell übertragbaren Krankheiten und AIDS

Mit Ausnahme von HIV und Syphilis unterliegen die sexuell übertragbaren Krankheiten in Deutschland keiner Meldepflicht. Die Meldungen erfolgen durch das Labor, welches den Erregernachweis führt. Die Erkrankungen werden an das Robert-Koch-Institut gemeldet.

Das Robert-Koch-Institut hatte im Jahr 2005 insgesamt 2.490 neu diagnostizierte HIV-Infektionen erfasst. Damit steigt die Zahl der HIV-Neudiagnosen im Jahr 2005 um 13 % gegenüber dem Vorjahr an. Diese Zahl hat in den letzten Jahren am stärksten in der Gruppe der Männer, die sexuelle Kontakte mit Männern (MSM) haben, zugenommen.

Auch bei Personen mit Angabe eines heterosexuellen Übertragungsrisikos hat die Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen von 276 im Vorjahr auf 344 im Jahr 2005 zugenommen. Der Anteil dieser Gruppe fällt mit 25 % stärker aus als bei MSM. In den anderen Betroffenenengruppen (i. v. Drogengebraucher, Personen aus Hochprävalenzländern) änderten sich die Zahlen im Vergleich zum Vorjahr nur unwesentlich.

Im Land Brandenburg wurden im Jahr 2005 insgesamt 35 HIV-Neuinfektionen erfasst. Damit stieg auch hier die Zahl der Neuinfektionen kontinuierlich an. Im Jahr 2003 wurden 23 und im Jahr 2004 28 Neuinfektionen registriert.

Tab. 5: Meldungen über bestätigte positive HIV-Antikörpertests

	2003	2004	2005
Bundesland Brandenburg	23	28	35
Deutschland	1.976	2.210	2.490

Im Jahr 2005 sind im Robert-Koch-Institut insgesamt 1.103 Berichte über neu an AIDS erkrankte Personen eingegangen. Die gemeldeten Erkrankungen verteilen sich auf mehrere Diagnosejahre. Damit steigt die Gesamtzahl der an das Robert-Koch-Institut gemeldeten Erkrankungen mit dem Vollbild AIDS seit Beginn der Epidemie auf insgesamt 24.335.

Tab. 6: Anzahl der gemeldeten AIDS-Fälle

	2003	2004	2005
Bundesland Brandenburg	8	10	3
Deutschland	620	596	309
Gesamtzahl aller Jahre	22.678	23.546	24.335

Die Zahl der lebenden HIV-Infizierten steigt kontinuierlich an. Ursachen dafür sind zum einen der Rückgang der Todesfälle bei HIV-Infizierten aufgrund der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten und zum anderen aber auch eine deutliche Zunahme von HIV-Infektionen seit dem Jahr 2000. Auch die Zahl der aktuell lebenden Patienten, bei denen bereits mindestens eine AIDS-definierende Erkrankung diagnostiziert worden ist, steigt seit 1996 langsam aber kontinuierlich an. Wird spätestens nach der AIDS-Diagnose mit einer Therapie begonnen, ist die weitere Prognose relativ gut. Todesfälle bei HIV-Infizierten werden zum einen bei Patienten beobachtet, bei denen die HIV- und AIDS-Diagnose zu spät erfolgen, zum anderen bei AIDS-Patienten mit längerer Behandlungsvorgeschichte, wenn sich Mehrfachresistenzen gegen die verfügbaren Medikamente entwickelt haben oder die Behandlung nicht konsequent durchgeführt wurde. Zudem seit einigen Jahren bei steigender Zahl von HIV-Patienten, bei denen vor ihrem Tod niemals eine typische AIDS-definierende Erkrankung diagnostiziert wurde (ca. 1/3 der aktuellen Todesfälle).

Die Syphilis ist nicht namentlich meldepflichtig. Im Jahr 2005 erfasste das Robert-Koch-Institut insgesamt 3.210 Erkrankungen an Syphilis. Im Vergleich zu der Erkrankungsrate von 2004 mit 3.352 Fällen ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Im Jahr 2003 wurden 2.932 Infektionen gemeldet.

	2003	2004	2005
Bundesland Brandenburg	54	58	64
Deutschland	2.932	3.352	3.210

3.2.5 Tuberkulosefürsorge

Die Grundlage für die Arbeit in der Tuberkulosefürsorge bildet das Infektionsschutzgesetz.

Die erkrankten Personen werden entsprechend medizinischer und sozialer Belange beraten und betreut. Der Krankheits- und Therapieverlauf wird überwacht. Die Kontaktpersonen des Erkrankten werden in bestimmten Abständen bis zu einem Zeitraum von zwei Jahren untersucht, um weitere Infektionen auszuschließen bzw. rechtzeitig zu erkennen.

Die Erkrankungszahlen an Tuberkulose sind seit Jahren in Deutschland rückläufig. Der abnehmende Trend gilt auch für die offene Tuberkulose, deren Inzidenz von 4,9 pro 100.000 Einwohner im Jahr 2003 auf eine Inzidenz von 4,5 pro 100.000 Einwohner im Jahr 2004 gesunken ist. Im Jahr 2005 wurden insgesamt 6.057 Meldungen von Tuberkulose an das Robert-Koch-Institut übermittelt. Dies entspricht einer Inzidenz von 7,3 pro 100.000 Einwohner. Im Jahr 2004 wurden 6.549 und im Jahr 2003 wurden 7.184 Erkrankungen erfasst.

Männer waren im Durchschnitt 1,5-fach öfter betroffen als Frauen.

Die Inzidenz der Tuberkulose ist bei Bürgern mit ausländischer Staatsangehörigkeit 5,5-mal höher als die der deutschen Bevölkerung. Der Anteil ausländischer Staatsbürger unter den Erkrankten ist deutlich angestiegen.

Jahr	Gesamtzahl der Tuberkuloseerkrankungen in Deutschland
2003	7184
2004	6549
2005	6057

Die Resistenzlage der Erreger spielt weltweit eine wichtige Rolle in der Tuberkulosekontrolle, denn Erkrankungen durch resistente Erreger sind schwer behandelbar und bleiben oftmals länger infektiös. Der rückläufige Trend, der bei den Erkrankungszahlen zu beobachten ist, schlägt sich nicht im Anteil resistenter Erreger nieder. Die Auswertung der Resistenzdaten durch das Robert-Koch-Institut zeigt einen kontinuierlichen Anstieg der Erreger. So ist der Anteil von Erregern mit jeglicher Resistenz von 11,9 % im Jahr 2001 auf 13,9 % im Jahr 2004 angestiegen. Auch der Anteil von multiresistenten Erregern ist mit 2,5 % gegenüber den Vorjahren weiter gestiegen und im internationalen Vergleich hoch.

Jahr	Gesamtzahl der Tuberkuloseerkrankungen im Land Brandenburg
2003	198
2004	148
2005	142

Im Land Brandenburg wurden 2005 142 Erkrankungen, 2004 148 Meldungen und 2003 198 Fälle registriert. Der Rückgang an Tuberkuloseerkrankungen seit 2002 setzt sich auch in Brandenburg weiter fort.

4 Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung

4.1 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

4.1.1 Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes

Der Öffentliche Gesundheitsdienst trägt neben der individualmedizinischen Betreuung durch Kinder-, Haus- und andere Fachärzte wesentliche Verantwortung für den Gesundheitsschutz der Kinder und Jugendlichen. Der Schutz und die Fürsorge für die heranwachsende Generation sind von so herausragender gesundheitspolitischer Bedeutung, dass für den Öffentlichen Gesundheitsdienst umfangreiche Pflichtaufgaben gesetzlich definiert wurden.

Für den Öffentlichen Gesundheitsdienst schreibt das Brandenburgische Gesundheitsdienstgesetz insbesondere vor:

- die Schaffung ausreichender Frühförder- und Beratungsangebote für behinderte bzw. von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche,
- regelmäßige ärztliche Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, Behinderungen und Entwicklungsstörungen,
- Überprüfung und ggf. Ergänzung des Impfstatus,
- die Feststellung der gesundheitlichen Schulfähigkeit und die Schulabgangsuntersuchung in Kombination mit der Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz,
- die Beratung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen, deren körperliche, geistige oder seelische Gesundheit gefährdet oder gestört ist sowie ihrer Sorgeberechtigten.

Fixiert werden diese Aufgaben auch durch die Festlegungen im § 11 des Kita-Gesetzes des Landes Brandenburg, das eine jährliche Vorsorgeuntersuchung aller in Kita's befindlicher Kinder im Vorschulalter in Ergänzung vorhandener Vorsorgeangebote fordert sowie durch die Festlegungen des Schulreformgesetzes, das für das Schulalter zusätzlich Reihenuntersuchungen im 3. oder 4. sowie im 6. oder 7. und im 10. Schuljahr vorsieht.

Neben den Vorsorgeuntersuchungen und den übrigen zuvor genannten Aufgaben fallen für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst eine Reihe von gutachtlichen Aufgaben an. Dazu gehören z. B. die Sportbefreiungen, Gutachten für den Sozialhilfeträger nach § 39 Bundessozialhilfegesetz hinsichtlich der Gewährung von Eingliederungshilfen, zur Gewährung von Landespflegegeld sowie Gutachten zur Frage der Zurückstellung vom Schulbesuch und schulärztliche Gutachten für das Förderungsausschussverfahren.

Trotz festgeschriebener gesetzlicher Pflichtaufgaben ist eine Verschiebung des Leistungsprofils des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes zu verzeichnen. Die Aufgaben trotz des Rückgangs der Zahl der Kinder im Vorschulalter bei einer im wesentlichen gleich bleibenden Zahl der Schulkinder werden kompensiert durch verbesserte diagnostische Maßnahmen und den quantitativ und qualitativ höheren Aufwand bei der Betreuung von behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern in Frühfördereinrichtungen und Förderschulen.

Der scheinbare Rückgang der Vorschulkinder ist auf die Änderungen in der Kinderbetreuung zurückzuführen. Da weniger Kinder in Kindertagesstätten untergebracht sind, werden nicht mehr alle Vorschulkinder erfasst.

Bei den Einschulungsuntersuchungen werden alle Kinder dieser Altersgruppe untersucht. Dabei werden von den Kinderärzten des Gesundheitsamtes auch die Kinder untersucht, deren Eltern Versorgungsangebote der niedergelassenen Kinderärzte nicht oder ungenügend für ihre Kinder genutzt haben. Insbesondere sind das Kinder sozial schwacher Familien. Ihre Zahl ist gleich bleibend bzw. im Ansteigen begriffen.

Nach § 15 Abs. 1 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes sind die Angaben der Sorgeberechtigten, Befunde und Ergebnisse der Reihenuntersuchungen Teil der Gesundheitsberichterstattung.

4.2.1 Inanspruchnahme von Angeboten des KJGD

4.2.1.1 Die Angebote der Interdisziplinären Frühförder- und Beratungsstelle

Seit 2003 bildet die „Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder“ die gesetzliche Grundlage der Arbeit der Interdisziplinären Frühförder- und Beratungsstelle (IFFB) Cottbus.

Das wichtigste Prinzip ist die interdisziplinäre Arbeitsweise der einzelnen Fachbereiche, die in Cottbus bereits seit Jahren praktiziert wird. Mit der Erstellung einer entsprechenden Konzeption im September 2005 wurde ein weiterer Schritt zur Qualitätssicherung der IFFB Cottbus vollzogen.

Das im Rahmen der Komplexeleistung eingeführte „offene Beratungsgespräch“ hat sich als niederschwelliges Angebot in Form einer wöchentlichen Sprechzeit seit Februar 2004 hervorragend bewährt. Eltern oder andere Bezugspersonen können ohne Formalitäten eine erste Beratung in Anspruch nehmen.

Die mobile Arbeit in der Familie, in Integrations- und Regelkindertagesstätten sowie die Hausbesuche zur Erstellung der Sozialanamnese nehmen einen hohen Stellenwert ein. Die ambulante Förderung und Therapie erfolgt in den Räumen der Frühförderstelle.

Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum bei gemeinsam betreuten Kindern sichert die IFFB die mobile Förderung und Therapie in der häuslichen Umgebung und in den Integrationskindertagesstätten ab.

Aufgrund wachsender Kinderzahlen aus sozialen Problemfamilien wird die Zusammenarbeit mit der Erziehungs- und Beratungsstelle im Hopfengarten, der Erziehungsberatung des Jugendhilfe Cottbus e. V. und dem Jugendamt immer wichtiger. Ein optimaler Informationsfluss erleichtert die Absprachen mit dem Jugendamt bei gemeinsam betreuten Kindern mit Pflegefamilien oder Empfehlungen zu vorzeitigen Kita-Aufnahmen.

Um den Forderungen der Krankenkassen gerecht zu werden, wurde die Abrechnung der therapeutischen Leistungen mittels einer neuen Software auf Datenträger umgestellt. Insgesamt konnte somit die vierteljährliche Beantragung und Abrechnung der Leistungen vereinfacht werden.

Alle Mitarbeiter der IFFB nahmen regelmäßig an Weiterbildungsveranstaltungen teil, um ihr fachbezogenes Wissen zu erweitern. Folgende Abschlüsse wurden erworben:

- * Physiotherapeuten - Abschluss Sensorische Integrationstherapie Grundkurs
- * Heilpädagogen - Frostig-Zertifikat
- Zertifikat Heilpädagogische Diagnostik
- * 3 Mitarbeiter - Zertifikat Beratungskompetenz

Um der Aufgabe der Früherkennung gerecht zu werden, stellte die IFFB 2004 ihr Leistungsspektrum beim Kinderärztestammtisch vor. Somit konnte die Zusammenarbeit mit den Kinderärzten der Stadt Cottbus weiter intensiviert werden.

Im Rahmen der Früherkennung und Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Kindereinrichtungen wurden mit dem Jugendamt jährlich Weiterbildungsveranstaltungen für Erzieher und Tagesmütter zu folgenden Themen organisiert:

- „Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten“
- „Linkshändigkeit“
- „Das Lernen aus neurophysiologischer Sicht“
- „Cerebralparesen – Ursachen und Verlauf“

Seit 2003 wird jährlich ein Therapielager für deutsche und polnische an Multipler Sklerose Erkrankter in Zusammenarbeit mit der Behindertenbeauftragten der Stadt Cottbus und dem Reiterhof Sielow durchgeführt.

Um die Zusammenarbeit aller an der Frühförderung beteiligten Einrichtungen und Institutionen weiterhin gut zu koordinieren, werden jährlich drei Treffen des regionalen Arbeitskreises „Frühförderung Cottbus“ durch die IFFB organisiert. Zur Qualitätssicherung in der Frühförderung erarbeiteten Mitarbeiter des Arbeitskreises eine Handreichung für Heilpädagogen. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit wurde ein Wegweiser zu Einrichtungen und Diensten in der Stadt Cottbus erstellt.

Tab. 7: Kinderärztliche Leistungen

	2003	2004	2005
betreute Kinder in der IFFB, insgesamt	285	286	231
- dav. ärztlich in der IFFB in Betreuung	211	204	169
- dav. ärztlich im SPZ in Betreuung	74	82	62
Arztvorstellungen in der IFFB, insgesamt	109	123	168
- dav. neue Arztvorstellungen	74	80	108
- dav. Wiedervorstellungen	35	43	60
Interdisziplinäre Teamgespräche mit Arzt	342	411	276

Die Untersuchungen der Kinder von 0 Jahren bis zum Schuleintritt erfolgten in den Jahren 2003/2004 durch einen Facharzt für Kinderheilkunde und Kinderneurologie auf der Basis eines Honorarvertrages zur Untersuchungstätigkeit.

Im Jahr 2005 wurden die Arztprechstunden vom leitenden Kinderarzt des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes übernommen. Diese personelle Verbindung wirkte sich durch die unmittelbare Zusammenarbeit positiv auf die Erbringung der inhaltlichen als auch quantitativen Leistungen aus. Besonders hervorzuheben war die Verkürzung der Wartezeiten bei ärztlichen Untersuchungen von Säuglingen durch zusätzliche Arztprechstunden.

Die allgemeine Wartezeit bei der Terminvergabe für eine Arztvorstellung (Kinder von 1 Jahr bis Schuleintritt) ist auf zwei bis drei Monate angestiegen, da der Bedarf zur Klärung der Entwicklungsauffälligkeiten besonders durch Sprachentwicklungsstörungen und Problemen im sozialen Bereich erheblich zugenommen hat. Um die Wartezeiten nicht noch weiter zu verlängern, konnten durch den Arzt nur vorwiegend Erstvorstellungen, d. h. Neuzugänge, untersucht werden. Entwicklungskontrollen als Wiedervorstellungen wurden nur in den dringendsten Fällen realisiert. Die Begleitung des Rehabilitationsprozesses ist leider bei der geringen Stundenzahl für die ärztliche Tätigkeit nicht machbar.

Säuglinge und Kleinkinder (0 bis 2 Jahre) sollten auf eine Erstvorstellung in einer Frühförderstelle nicht länger als zwei bis vier Wochen warten. Deshalb haben wir für diese Kinder mit deren Bezugspersonen die Möglichkeit einer physiotherapeutischen Beratung vor dem Arzttermin geschaffen. Probleme bei der Terminvergabe gab es außerdem

- an den Jahresenden besonders 2004 wegen der Änderung des Stichtages zur Einschulung auf den 30. September,
- wegen des Andrangs von 5 bis 6-jährigen Kindern zur Entwicklungsbewertung bei Schulrückstellungen.

Schulrückstellungen sind nur dann sinnvoll, wenn während der Rückstellungszeit dem Kind Fördermaßnahmen angeboten werden können und eine vorhergehende psychologische Testung mit Beurteilung des Entwicklungsstandes und Empfehlungen erfolgen. Hier hat sich die unerlässliche Teamarbeit zwischen Arzt und Psychologe bewährt.

Die medizinische Diagnostik ist ein Teil des interdisziplinären Diagnostikprozesses im Rahmen der Komplexeleistung. Auf Grundlage erfolgte Entwicklungsdiagnostik wird vom Kinderarzt der IFFB der Behandlungsplan aufgestellt. Dieser legt die notwendigen Behandlungsmaßnahmen auf physiotherapeutischem, logopädischem und heilpädagogischem Fachgebiet fest. In Teambesprechungen erfolgt eine genaue Abstimmung in Abhängigkeit vom Störungsbild des Kindes und seiner Entwicklung. Die Neuerarbeitung entsprechender Formulare zur Sozialanamnese sowie medizinischer und therapeutischer Daten und die dadurch konkretere Dokumentation stellt eine weitere Qualitätsverbesserung in der IFFB dar.

Besonders bewährt hat sich die Erstellung eines Arztbriefes über die erfolgte Entwicklungsdiagnostik und die empfohlenen Fördermaßnahmen am Kind sowie den erforderlichen Rehabilitationsprozess aus der Sicht des Entwicklungspädiaters für die Zusammenarbeit mit dem ambulant tätigen Kinderarzt und dem Arzt des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes. Zur ärztlichen Tätigkeit in der IFFB gehört neben der Kontaktaufnahme zu den niedergelassenen Kinderärzten auch die Zusammenarbeit mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum, allen erforderlichen Ämtern (Jugendamt, Sozialamt, Schulamt, Sonderpädagogische Förder- und Beratungsstelle), Familienhelfern und Erziehern.

Tab. 8: Sozialarbeit in der IFFB

	2003	2004	2005
Offenes Beratungsangebot	-	73	49
Hausbesuche	-	51	65
Begleitung von Arztprechstunden	109	123	168

Anmerkung: 2005 zusätzlich offenes Beratungsangebot Logopädie

Die Sozialarbeit wurde insgesamt qualitativ verbessert. Die Unterlagen für die Sozialanamnese wurden in Teamberatungen gemeinsam überarbeitet und erweitert. Das notwendige Anamnesegespräch findet überwiegend in der häuslichen Umgebung des Kindes statt.

Dies hat sich sehr gut bewährt, da schon vor der Arztprechstunde ein besseres Vertrauensverhältnis zu den Eltern aufgebaut werden kann. Diese zusätzlichen Informationen sind für die interdisziplinäre Diagnostik von großer Bedeutung.

Tab. 9: Logopädische Leistungen

	2003	2004	2005
Anzahl der Therapieeinheiten	1.054	612	699
Anzahl der logopädischen Beratungen einschl. Diagnostik	-	-	76

Anmerkung: Durch einen Therapeutenwechsel im Jahr 2004 konnte der logopädische Leistungsspiegel nicht vollständig dokumentiert werden.

Die logopädische Betreuung der Kita's „Spielhaus“ und „Sonnenblume“ wurde 2004 um die neu anerkannte Integrations-Kita „Nesthäkchen“ erweitert. Mit der Umstrukturierung des Sprachheilkindergartens 2004 in die Integrations-Kita „Regenbogen“ und dem Wegfall der logopädischen Therapien in dieser Kita erhöhte sich der logopädische Therapiebedarf in der Stadt insgesamt. Dieser zusätzliche logopädische Bedarf als Folge der daraus resultierenden Erhöhung der Integrationsplätze in den anderen Kita's konnte nicht durch die IFFB aufgefangen werden.

Bei den Vorschuluntersuchungen in den Kita's durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst war eine deutliche Zunahme an sprachauffälligen Kindern zu verzeichnen. Aufgrund dessen wurde für die Eltern 2005 ein offenes logopädisches Beratungsangebot einschließlich der Möglichkeit einer Erstdiagnostik eingerichtet. Die rege Inanspruchnahme zeigt, dass viele Eltern Fragen zur Sprachentwicklung ihrer Kinder haben.

Durch das Beratungsgespräch kann ein Therapiebedarf frühstmöglich festgestellt bzw. die Therapie eingeleitet werden.

Tab. 10: Heilpädagogische Leistungen

	2003	2004	2005
Insgesamt geförderte Kinder	42	57	50
- dav. in Regel-Kita´s	26	33	34
- dav. im ambulanten Bereich	11	17	10
- dav. im häuslichen Bereich	5	7	6
Fördereinheiten, insgesamt	677	836	877
- dav. in Regel-Kita´s	356	558	649
- dav. im ambulanten Bereich	240	184	147
- dav. im häuslichen Bereich	81	94	81
Elterngespräche	570	559	432
- dav. in Regel-Kita´s	139	279	202
- dav. im ambulanten Bereich	310	169	149
- dav. im häuslichen Bereich	106	94	81
- Aufnahmegespräche im Elternhaus	15	36	19

Anmerkung: 2003 Einstellung einer zweiten Heilpädagogin

Die pädagogischen Aufgaben bestehen darin, die Entwicklung des Kindes in allen Bereichen und die Entfaltung seiner Persönlichkeit mit heilpädagogischen Mitteln anzuregen. Als Basis der Frühförderung erfolgt eine heilpädagogische Diagnostik unter Anwendung von Entwicklungsscreeningverfahren und der Förderdiagnostik. In interdisziplinären Teamgesprächen werden alle Elemente der Diagnostik zusammengefasst und in individuellen Förderplänen mit differenzierten Schwerpunkten für Eltern und Erzieher festgeschrieben. Die heilpädagogischen Förderungen sind handlungs- und alltagsorientiert. Sie sind in die Lebenswelt des Kindes eingebettet. Sie finden in Zusammenarbeit mit der Familie und/oder anderer Bezugspersonen statt, welche anhand ständig aktualisierter Entwicklungsverlaufsprotokolle beraten und begleitet werden. Die Erweiterung und Festigung der Zusammenarbeit mit Regelkindertagesstätten ist zu einem festen Bestandteil der heilpädagogischen Arbeit geworden.

Die heilpädagogische Förderung von entwicklungsbedrohten und behinderten Kindern erfolgt einzeln oder in Kleingruppen mobil, im häuslichen Milieu, in der Kita oder ambulant in der IFFB. Zur Elternberatung gehört die Hilfe zur Entscheidungsfindung des anzustrebenden Schulbildungsweges.

Tab. 11: Physiotherapeutische Leistungen

Einrichtung	2003				2004				2005*			
	Jan. – Juli		Aug. – Dez.		Jan. – Juli		Aug. – Dez.		Jan. – Juli		Aug. – Dez.	
	TE	KZ	TE	KZ	TE	KZ	TE	KZ	TE	KZ	TE	KZ
IFFB	40	40	16	16	29	26	33	30	31	31	34	34
Kita „Janusz Korczak“	24	15	24	15	28	19	25	16	24	16	25	17
Hippotherapie	19	17	17	17	18	18	7	7	12	12	12	12
Kita „Regenbogen“	24	24	17	17	17	17	17	17	12	12	10	10
Kita „Sonneblume“	13	13	8	8	9	9	9	9	6	6	7	7
Kita „Spielhaus“	9	9	8	8	8	8	9	9	10	9	11	10
Familienkita	28	24	22	20	23	21	19	17	20	18	22	18
Montessori-Kinderhaus	4	3	5	3	5	3	4	3	4	3	2	1
Hausbesuche	7	3	7	3	1	1						
Bauhausschule Hippotherapie			18	18	4	4						
TE = geplante Therapieeinheiten pro Woche							KZ = Kinderzahl pro Woche					

	2003	2004	2005*
abgerechnete Therapieeinheiten	3.517	3.193	2.957
behandelte Kinder, insgesamt	128	129	108
Beratungen	68	90	57
Anzahl der Kinder	25	34	28
Kurzbefunde (Zuarbeit für Arztprechstunde)	-	-	10

* 2005 längere Erkrankungen von zwei Physiotherapeutinnen

4.1.2.2 Vorschulbereich

Bei den Schuleingangsuntersuchungen wurde eine vollständige Erfassung aller Einschüler erreicht.

Alle Amtshilfeersuchen des Sozialamtes zur Feststellung des Anspruchs auf Eingliederungshilfe gemäß §§ 39/40 BSHG sowie Kurzgutachten zur Prüfung auf Zuordnung zum Personenkreis gemäß § 35 a SGB bzw. §§ 39/40 BSHG wurden bearbeitet.

Ebenso wurden alle geforderten Gutachten zur Feststellung sonderpädagogischen Förderbedarfs erstellt.

Tab. 12: Tätigkeiten im Vorschulbereich

	1999/ 2000	2000/ 2001	2001/ 2002	2002/ 2003	2003/ 2004	2004/ 2005
Vorsorgeuntersuchungen von Kindern des 0. bis 5. Lebensjahres	2.170	2.349	1.838	1.716	2.061	1.561
Einschulungsuntersuchungen	580	634	674	712	717	879
Beratungsgespräche	268	406	335			
Schulärztliche Gutachten - Eingliederungshilfe nach § 54 BSHG	88	64	66	50	89	62

4.1.2.3 Schulbereich

Schwerpunkte waren die Schulabgängeruntersuchungen in der Klassenstufe 10, verbunden mit der Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz sowie die Erstellung schulärztlicher Gutachten zur Ermittlung des sonderpädagogischen Förderbedarfs.

Die reduzierte ärztliche Personalsituation führte zu einem Rückgang der Untersuchungen der Schüler der 6. Klassen sowie einer Förderschule.

Tab. 13: Tätigkeiten im Schulbereich

	1999/ 2000	2000/ 2001	2001/ 2002	2002/ 2003	2003/ 2004	2004/ 2005
Unters. in den 6. Klassen	971	1.107	644	743	297	
Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz	1.091	1.298	1.212	1.172	1.182	1.250
Nachuntersuchungen n. § 33 Jugendarbeitsschutzgesetz	100	64	59	92	99	53
Unters. in Förderschulen	643	768	549	494	176	123
Beratungen/Konsultationen	720	1.010	838	717	469	446
telefonische Beratungen	1.007	1.165	1.277	1.792	894	856
Blutentnahmen zur Vaterschaftsbestimmung	10	8	7			
Impfungen (MMR, Td, Polio)	212	86	103	80	48	29

4.1.2.4 Psychologische Beratungsstelle des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes

Konsultationen erfolgten zu Leistungs- und/oder Verhaltensproblemen, fraglicher Schulfähigkeit, fraglichem sonderpädagogischen Förderbedarf, familiären Beziehungsproblemen oder pathopsychischen Symptomen. Die Psychologin führte Erziehungsberatungen sowie psychotherapeutische Interventionen durch.

Die psychologischen Berichte wurden für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, für Schulen, Kindergärten und die Frühförder- und Beratungsstelle erarbeitet. Dazu erfolgten Hospitationen und Rücksprachen in den Einrichtungen, die die Beobachtung des Kindes im sozialen Kontext ermöglichten. Informationen aus Rücksprachen mit Lehrern und Erziehern flossen in die Gesamtbeurteilung des Kindes ein.

Gegebenenfalls erfolgten Beratungen zur geeigneten Einflussnahme auf das Kind.

Konsultationen mit der schulpsychologischen Beratungsstelle und dem Sozialpädagogischen Zentrum dienten dem Erfahrungs- und Diagnostikaustausch bei gemeinsamen Patienten.

Die Mitarbeit in der Frühförder- und Beratungsstelle erfolgte zwecks Überweisung von Kindern zur Feststellung des mentalen Entwicklungsstandes, zur allgemeinen Beurteilung und Einschätzung sowie zu Beratungen hinsichtlich der Schulprognose.

4.2 Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst

Die gruppenprophylaktische Betreuung gemäß § 21 SGB V begann im Land Brandenburg mit dem Aktionsprogramm der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Sicherstellung des Fortbestandes der kinderzahnärztlichen Betreuung in den neuen Bundesländern 1991.

Die daraus resultierende Vereinbarung zwischen dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen, den Landesverbänden der Krankenkassen, der Landeszahnärztekammer, dem Landkreistag und dem Städte- und Gemeindeverbund von 1993 wird durch jährliche Beratungen der Vereinbarungspartner bestätigt und gilt immer noch als die wichtigste Rechtsgrundlage der Tätigkeit der Zahnärzte des brandenburgischen öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Neben der obersten Zielsetzung, der flächendeckenden gruppenprophylaktischen Betreuung der Schul- und Kindergartenkinder sind für die Jahre 2003 und 2004 folgende Schwerpunkte zur Umsetzung durch die Zahnärztlichen Dienste der kommunalen Gesundheitsämter vereinbart worden:

- Erhalt der flächendeckenden Betreuung mit dem 1. Prophylaxe-Impuls,
- zielorientierte und bedarfsgerechte Erweiterung der Gruppenprophylaxe um einen 2. Prophylaxe-Impuls, wobei Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko eine vorrangige Zielgruppe bilden,
- schrittweise Einbeziehung der 12- bis 16-Jährigen in Schulen, in denen das Kariesrisiko überdurchschnittlich hoch ist
(Priorität haben in dieser Altersgruppe Förderschüler).

Die inhaltlichen Schwerpunkte der präventiven zahnmedizinischen Betreuung der Kinder und Jugendlichen bestehen unverändert fort. Aufgrund eines sich abzeichnenden Karieszuwachses bei Kindern im Vorschulalter wird an der Stelle ein zusätzlicher Betreuungsschwerpunkt gesetzt.

Eine Plakataktion der Landeszahnärztekammer zu den Gefahren für Milchzähne durch ständiges Trinken aus dem Fläschchen wurde mit einer Presse- und Fernsehmitteilung im Frühjahr 2005 gestartet und wird in Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst in Kindertagesstätten durchgeführt.

4.2.1 Ergebnisse zur Zahn- und Mundgesundheit

a) Erfassungs- und Betreuungsgrad

In den Schuljahren 2003/2004 und 2004/2005 wurden alle Kindergärten sowie Grund- und weiterführenden Schulen in Cottbus betreut. Der Betreuungsgrad stieg von 93 % auf 94 %.

Tab. 14: Betreuungsgrad in Kindertagesstätten und Schulen,
Stadt Cottbus, Schuljahr 2003/2004

Einrichtungen	Gesamt- zahl	Einrichtungen, in denen „RU ¹ “ durchgeführt wurden	Einrichtungen, in denen „GP ² “ durchgeführt wurden	Anzahl der zu untersuchenden Kinder/Jugendlichen	Anzahl der untersuchten Kinder/Jugendlichen
Kindertagesstätten	48	48	48	3.100	2.860
Grundschulen incl. Gesamtschulen mit Grundschulteil Kl. 1 bis 6	19	19	19	3.376	3.205
Gymnasien Kl. 5 und 6	2	2	2	106	100
Förderschulen Kl. 1 bis 10	6	6	6	624	569
Gesamtschulen Kl. 7 bis 10	7	7	-	2.373	2.101
Realschulen Kl. 7 bis 10	4	4	-	1.194	1.127
Gymnasien und Waldorf-Schule Kl. 7 bis 10	7	7	-	2.213	2.099
insgesamt	93	93	75	12.986	12.061
insgesamt in %		100	81 ³		93

Tab. 15: Betreuungsgrad in Kindertagesstätten und Schulen,
Stadt Cottbus, Schuljahr 2004/2005

Einrichtungen	Gesamt- zahl	Einrichtungen, in denen „RU ¹ “ durchgeführt wurden	Einrichtungen, in denen „GP ² “ durchgeführt wurden	Anzahl der zu untersuchenden Kinder/Jugendlichen	Anzahl der untersuchten Kinder/Jugendlichen
Kindertagesstätten	50	50	50	3.054	2.838
Grundschulen incl. Gesamtschulen mit Grundschulteil Kl. 1 bis 6	17	17	17	3.357	3.245
Gymnasien Kl. 5 und 6	2	2	2	91	89
Förderschulen Kl. 1 bis 10	6	6	6	659	610
Gesamtschulen Kl. 7 bis 10	6	6	-	1.837	1.632
Realschulen Kl. 7 bis 10	4	4	-	1.038	989
Gymnasien und Waldorf-Schule Kl. 7 bis 10	7	7	-	2.051	1.939
insgesamt	92	92	75	12.087	11.342
insgesamt in %		100	82 ³	100	94

1 RU = zahnärztliche Reihenuntersuchungen

2 GP = gruppenprophylaktische Maßnahmen

3 Gemäß § 21 SGB V sind gruppenprophylaktische Maßnahmen für die Altersgruppe von 2 bis 12 Jahren und für Förderschüler bis zum 16. Lebensjahr vorgesehen. Nach diesem Kriterium wurde eine 100 %-ige Betreuung der Einrichtungen erreicht.

b) Sanierungszustand

Abb. 1: Vergleich des Sanierungsgrades der Kindergartenkinder (2 - 6 J.) in den Schuljahren 2002/03 und 2003/04

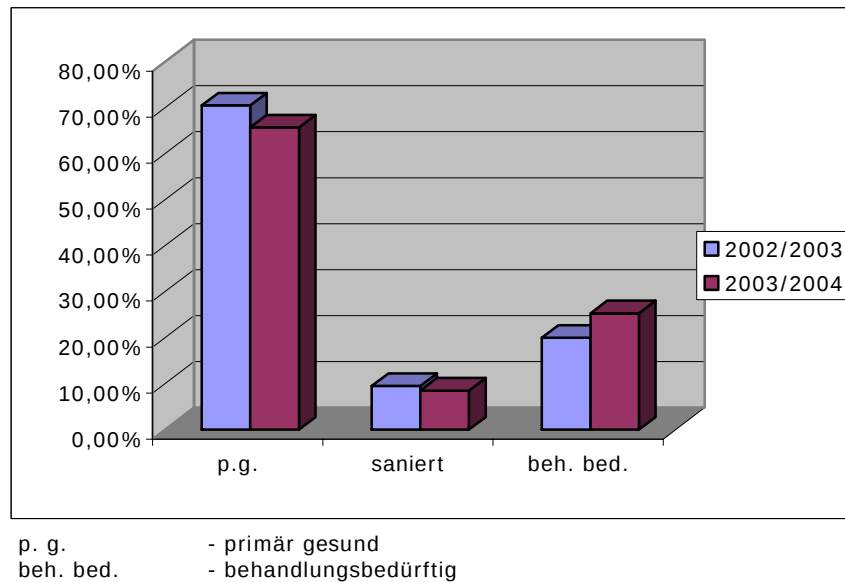
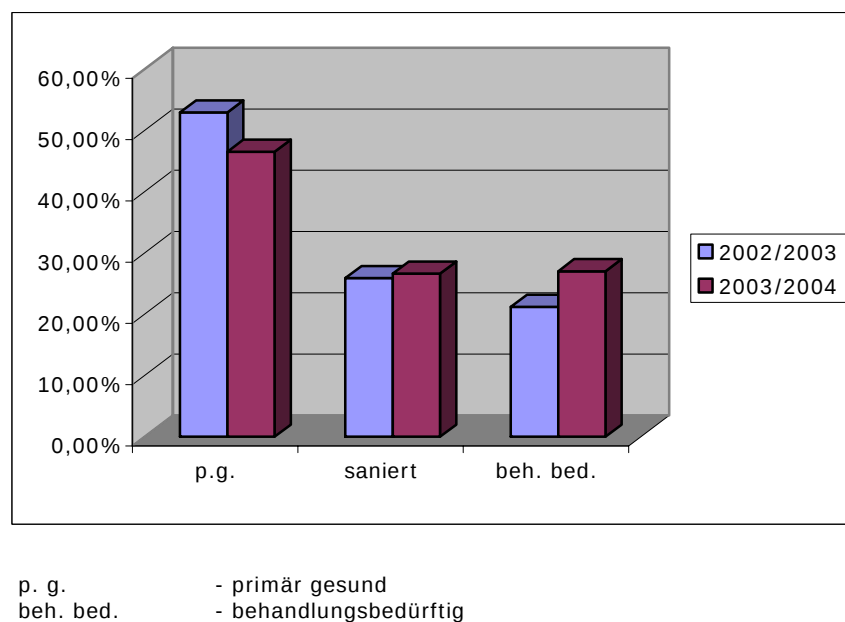


Abb. 2: Vergleich des Sanierungsgrades der Schüler (1.-6. Klasse) in den Schuljahren 2002/03 und 2003/04

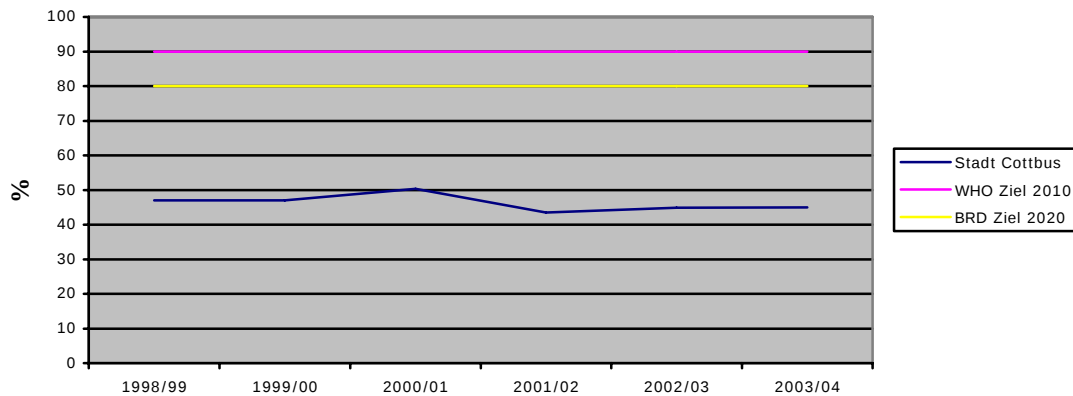


Positive Tendenz zeigt die Entwicklung des Anteiles der sanierten Gebisse unter den Schulkindern (seit 2002 Anstieg um ca. 9 %).

Auffallend ist jedoch, dass sich der Anteil von primär gesunden Gebissen sowohl bei Kindergartenkindern (um ca. 5 %) als auch bei Schülern (um ca. 3 %) verringert hat.

Diese Situation ist in erster Linie auf den schlechten Zustand der Milchzahngebisse zurückzuführen, deswegen muss eine intensive Betreuung der Kleinkinder noch vor dem 2. Lebensjahr mit der Beratungsmöglichkeit zukünftiger Eltern erfolgen. Zu diesem Thema wurden bereits die ersten Gespräche mit den Kinderärzten in Cottbus geführt.

Abb. 3: Anteil kariesfreier Gebisse der 6-Jährigen/Mundgesundheitsziele

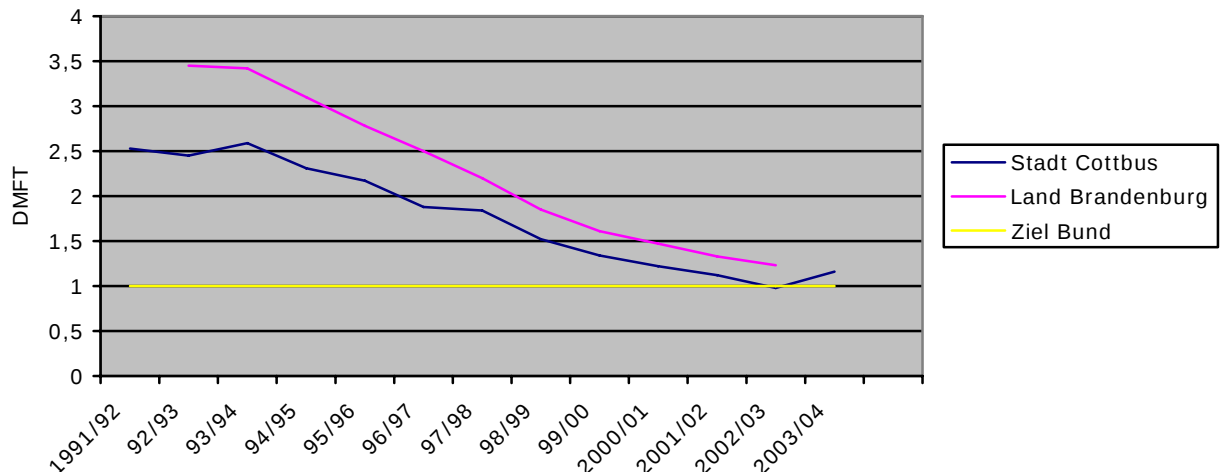


Anhand des dargestellten Diagramms wird deutlich, dass gerade im Bereich der Kleinkinder in Cottbus noch viel geschehen muss, bis das für 2010 angesetzte WHO-Ziel (80 % kariesfreier Gebisse bei den 6-Jährigen) erreicht wird.

c) DMF-T-Index

Der DMF-T-Index, der bei Kariesepidemiologischen Erhebungen verwendet wird, entspricht der Summe der kariösen (**D**ecayed), der fehlenden (**M**issing) und der gefüllten (**F**illed) bleibenden Zähne (**T**eeth). Dieser Index ist von besonderem Interesse zur Beurteilung der Zahngesundheit bei den 11 bis 12-Jährigen. Zum einen kann in dieser Altersgruppe das bleibende Gebiss diagnostiziert werden, zum anderen stellt diese Altersgruppe den Abschluss gruppenprophylaktischer Maßnahmen (mit Ausnahme der Förderschulen) dar.

Abb. 4: DMF-T der 12-Jährigen/Mundgesundheitsziele



Der DMF-T-Index der beiden letzten Schuljahre beträgt 0,98 und 1,2 – das bedeutet einen minimalen Anstieg. Eine geringe Steigerung wurde schon einmal beobachtet, von 2,5 auf 2,6 in den Jahren 1992/93 und 1993/94. Die Tendenz der letzten zwölf Jahre ist dennoch positiv (von 2,5 im Schuljahr 1991/92 auf 1,2 im Schuljahr 2003/04). Das WHO-Ziel für das Jahr 2000 (DMF-T = 2) ist in Cottbus bereits 1996/97 erreicht worden. Auch im Landesvergleich spielt Cottbus immer noch in der oberen Liga.

Anders in der bundesweiten Skala – das Ziel des Bundes – $DMF-T < 1$ wurde zwar im letzten Schuljahr erreicht, jedoch haben wir uns in diesem Jahr wieder etwas davon entfernt.

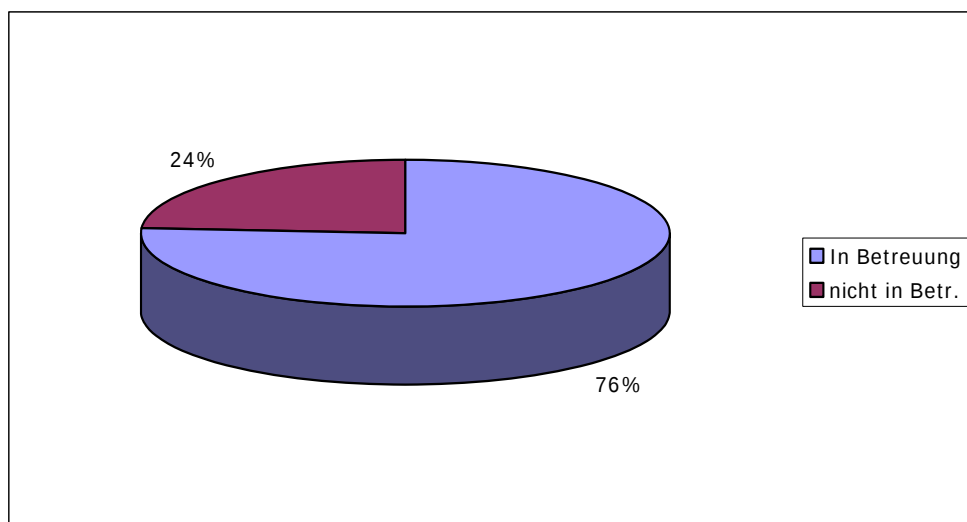
4.4.2 Präventive Maßnahmen

Zu präventiven Maßnahmen in der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe gehören:

- Theoretische Anweisungen zu Mundhygiene (incl. Zahnputzübungen), gesunder Ernährung, Anatomie und Physiologie der Zähne, zahnärztlicher Behandlungsmethoden und Möglichkeiten,
- Zahnputztraining und Ernährungslenkung für die Kindergartenkinder,
- lokale Fluoridierung.

In den beiden letzten Schuljahren erfolgten neben den Reihenuntersuchungen in allen Kindergärten zusätzlich flächendeckende präventive Maßnahmen. Nach wie vor putzen die 2 bis 6-Jährigen in allen Einrichtungen regelmäßig ihre Zähne. Im Grund- und Förderschulbereich bis einschließlich Klassenstufe 6 wurden theoretische und praktische Kenntnisse zum Thema Mundgesundheit vermittelt. In der Förderschule für Geistigbehinderte (Spreeschule) erfolgte diese Art von Betreuung bis zum 18. Lebensjahr (Zahlenangaben zur gruppenprophylaktischen Maßnahmen in Tabellen 1 und 2).

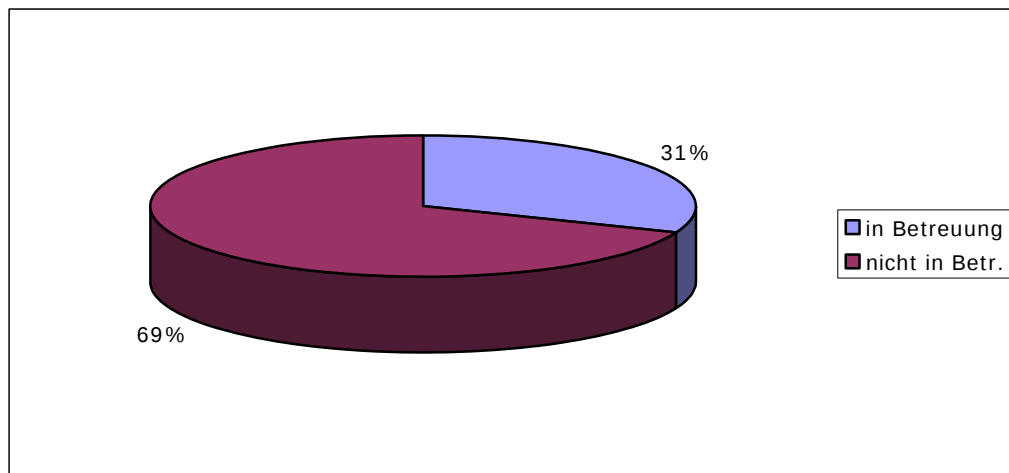
Abb. 5: Gruppenprophylaktisch betreute Kinder in Cottbus 2003/2004 (tägliches Zähneputzen und/oder Unterrichtsstunde zum Thema Mundgesundheit und/oder Zahnputzübungen)



Im Schuljahr 2003/2004 wurden 76 % aller Kinder durch präventive Betreuung (wie oben beschrieben) erfasst. Beim Mundhygieneunterricht waren neben dem zahnärztlichen Team die Mitarbeiterinnen der Abteilung für Gesundheitsförderung aktiv beteiligt.

Darüber hinaus hatten Vorschulkinder, Hortkinder und Förderschüler die Möglichkeit (nach Einwilligung der Eltern) an Fluoridierungsmaßnahmen teilzunehmen. Im Schuljahr 2003/2004 nahmen insgesamt 31 % der Cottbuser Kinder an solchen Programmen teil.

Abb. 6: Teilnahme Cottbuser Schüler an Fluoridprogrammen 2003/2004
(lokale Fluoridierung: Gelee 1 x wöchentlich oder Lack 2 x jährlich)



Ab dem Schuljahr 2004/05 ist eine Erweiterung der Fluoridierungsmaßnahmen in allen Förderschulen vorgesehen. Die 12 bis 16-jährigen Schüler werden schrittweise in das Präventionsprogramm einbezogen.

4.2.2.1 Öffentlichkeitsarbeit

Bei Aktionen zum Tag der Zahngesundheit wurden in den Schuljahren 2002/03 und 2003/04 insgesamt 250 Kinder in vier ausgewählten Einrichtungen erreicht (14. Grundschule, Kita Studentenwerk, Sprachheilkindergarten und Hort Nesthäkchen). Die Teilnahme an Veranstaltungen dieser Art wird in jedem Jahr verschiedenen Einrichtungen alternierend angeboten.

4.2.2.2 Gutachtertätigkeit

Neben der gruppenprophylaktischen Betreuung der Kinder und Jugendlichen der Stadt Cottbus sind in dem Zeitraum der beiden letzten Schuljahre Gutachten erstellt worden. Die Gutachtenerstellung erfolgte nach bundes- und landesrechtlichen Regelungen, gemäß der Vereinbarungen der Stadt mit anderen öffentlichen Einrichtungen. 2002/03 wurden 85 Gutachten bearbeitet, vorwiegend im Auftrag des Sozialamtes; 2003/04 waren es insgesamt 61 Gutachten.

4.2.3 Schlussfolgerungen/Rückblick und Ausblick

Tab. 16: Zahnsanierungsstand in Cottbus seit 1998

Schuljahr	Untersuchte Kinder/Jugendliche	Naturgesunde Gebisse		Behandlungsbedürftige Gebisse		Sanierte Gebisse	
	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Kindergartenkinder (2 - 6 Jahre)							
1998/99	2.488	1.756	70,6	591	23,7	141	5,7
1999/00	2.567	1.832	71,4	562	21,9	173	6,7
2000/01	2.704	1.879	69,5	641	23,7	184	6,8
2001/02	2.716	1.881	69,2	602	22,2	233	8,6
2002/03	2.814	1.984	70,5	564	20,0	266	9,5
2003/04	2.860	1.880	65,7	736	25,3	244	8,5
2004/05	2.838	1.888	66,5	697	24,6	253	8,9
Schulkinder (6 -16 Jahre)							
1998/99	15.225	5.514	36,2	2.316	15,2	7.395	48,6
1999/00	13.703	5.372	39,2	1.927	14,1	6.404	46,7
2000/01	12.092	5.138	42,5	1.581	13,1	5.373	44,4
2001/02	5.479	2.767	50,5	994	18,1	1.718	31,4
2002/03	7.269	3.334	45,9	1.189	16,4	2.737	37,7
2003/04	9.201	3.991	43,4	1.488	16,2	3.722	40,5
2004/05	8.504	3.848	45,3	1.434	16,9	3.222	37,9

Aus der Perspektive der letzten zehn Jahre betrachtet, hat sich die Zahngesundheit der Kinder in Cottbus generell verbessert. Bei den 12-Jährigen ist ein kontinuierlicher Erfolg zu verzeichnen. Im Milchzahngebiss zeigt die Kariesprävalenz einen nur moderaten Rückgang oder wird als stabil bezeichnet. Wenn man jedoch die Ergebnisse der letzten Schuluntersuchungen in Betracht zieht, wird eine Verschlechterung der Zahngesundheit deutlich sichtbar, insbesondere bei den Vorschulkindern.

Mit dem Rückgang der Kariesprävalenz verschob sich die Konzentration der Karies auf eine relativ kleine Zielgruppe. Dabei besteht eine starke Korrelation der Mundgesundheit mit den sozioökonomischen Faktoren. Wie viele Kinder tatsächlich besonders gefährdet sind, kann durch den Kariesrisikofaktor nach den DAJ-Kriterien (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege)* ermittelt werden.

Bei den 12-Jährigen gibt es einen stetigen Rückgang des Anteiles der Kariesrisikokinder. Im Schuljahr 2003/04 waren es ca. 6 %. Alarmierend hingegen ist die Entwicklung im Kindergartenbereich. Die Anzahl der Kariesrisikokinder unter den 2 bis 6-Jährigen betrug 2002/03 14,8 % und stieg 2003/04 auf 19 %. Es ist sehr beunruhigend, dass 2003/04 nahezu 18 % der 2 bis 3-Jährigen zu Kariesrisikokindern gehörten.

* Kariesrisiko (DAJ):

bis 3 Jahre	–	dmf-t (Milchgebiss) > 0
bis 4 Jahre	–	dmf-t > 2
bis 5 Jahre	–	dmf-t > 4
6 – 7 Jahre	–	dmf-t/DMFT > 5 oder D-T > 0
8 – 9 Jahre	–	dmf-t/DMFT > 7 oder D-T > 2
10 – 12 Jahre	–	DMF-S (surface-Zahnglattflächen) > 0

Diese durchaus negative Entwicklung muss unter anderem im Zusammenhang mit der sich stets verändernden sozialen Struktur der Stadt gesehen werden.

Basierend auf den Ergebnissen der Untersuchungen der letzten beiden Schuljahre, kristallisieren sich für die nächste Zukunft zwei zusätzliche Aufgabenschwerpunkte, denen, insofern es die personelle Struktur des Zahnärztlichen Dienstes erlauben wird, Rechnung getragen werden muss:

- zum einem der schrittweise Einbeziehung der 12- bis 16-jährigen Förderschüler in präventive Programme, insbesondere durch Erweiterung der Maßnahmen zur lokalen Fluoridierung,
- zum anderen eine Intensivierung der Betreuung von Kleinkindern, noch bevor sie das Kindergartenalter erreicht haben.

4.3 Angebote der Beratungsstelle Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderung der Kinder und Jugendlichen im Bildungs- und Freizeitbereich der Stadt Cottbus bildete nach wie vor den Hauptschwerpunkt der Arbeit.

Thematisch konzentrierte sich die Primärprävention auf:

- die ursachenorientierte Suchtprävention,
- die Verhinderung bzw. Ausbreitung von sexuell übertragbaren Erkrankungen und
- die allgemeine Sexualerziehung.

Der zweite Teil der Arbeit richtete sich schwerpunktmäßig auf die weitere Vernetzung und Koordinierung von bestehenden bzw. zu planenden Gesundheitsaktivitäten mit anderen Einrichtungen, Vereinen usw., die sich mit gesundheitspolitisch wichtigen Themen in der Stadt auseinandersetzen.

Dazu wurden in den vergangenen zwei Jahren vielfältige Koordinatorentreffen genutzt, um eine höhere Effektivität bei der Umsetzung von Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu erreichen. Mit Vertretern des Schul- bzw. Jugendamtes, der Fachhochschule Lausitz, mit REKIS, den Krankenkassen DAK, BARMER, AOK und der Bundesknappschaft, dem Präventionsrat der Stadt Cottbus und der Polizeilichen Beratungsstelle wurde daran gearbeitet, gemeinsam noch enger für die Gesundheitsförderung zu kooperieren. Teilerfolge haben sich eingestellt, in dem wir fachliche und teilweise auch finanzielle Unterstützung für unsere Projekte erhielten, aber auch unseren Erfahrungsschatz und den Medienpool einsetzen konnten.

Als Leiterin der AG Prävention des „Regionalen Arbeitskreises Gesundheitsförderung“ im Auftrag des Gesundheitsamtes ist es bis jetzt gelungen, diesen seit 1992 mit momentan 15 Mitgliedern als Arbeitsgremium zu erhalten. Die Vertreter des Arbeitskreises haben im Jahr 2001 ein Projekt „Die Stadt Cottbus gemeinsam gegen Drogen“ ins Leben gerufen. Kontinuität in der Prävention war das Ziel, und das erfordert die Bündelung und Verständigung vorhandener Kräfte.

Mehrere Umfragen (in Cottbus drei) zum Konsum von Rauschmitteln bei Kindern und Jugendlichen und die Entwicklung von Alltagssüchten (z. B. Essstörungen) machen den Handlungsbedarf deutlich. Das in der Öffentlichkeit am stärksten beachtete Problem der illegalen Drogen ist nur die „Spitze des Eisbergs“ im Umgang von Schülern und Jugendlichen mit Suchtmitteln allgemein, denn Nikotin und Alkohol sind das Hauptproblem, gleich gefolgt von der Zunahme der Essstörungen bei Jungen und Mädchen.

Die Palette der Argumentation für Prävention in diesem Bereich reicht von ziemlicher Verharmlosung über eine enorme Fehleinschätzung des Problems bis hin zur bekannten Verdrängung.

Deshalb wählten wir für unser Projekt die Schüler der 7. Klassen aus, weil es in dieser Altersgruppe noch keine festgelegten normativen Strukturen gibt und Schüler sich im Abnabelungsprozess von den Eltern befinden.

Viele bewährte, aber auch neue Wege in der Präventionsarbeit zeigen, dass in der Suchtvorbereitung die Unterscheidung von legalen und illegalen Drogen von nachrangiger Bedeutung sind. Grundsätzlich umfasst sie sichtspezifische und spezifische Maßnahmen und richtet sich an jede Art süchtigen Verhaltens. Deshalb haben wir es uns zur Aufgabe gemacht, durch zielgruppen- und situationsbedingte Maßnahmen erlebnisorientiert und eingeordnet in das Alltagsgeschehen mit den Schülern zu arbeiten. Nach einem Bewerbungsverfahren können alle Schulen in Cottbus, die 7. Klassen haben, an dem Projekt teilnehmen. Zugangsvoraussetzungen gibt es keine.

Das Angebotspaket für die Schüler und anderen Multiplikatoren beinhaltet Folgendes:

- a) „Entdeckung“ und Zusammenarbeit aller Präventionskräfte, die auf kommunaler Ebene arbeiten
 - in Ämtern und Behörden wie
 - * Schulamt, Schulen, Koordinatoren für Suchtprävention, Lehrer
 - * Jugendamt mit Jugendförderung
 - * Gesundheitsamt mit Gesundheitsförderung und Suchtberatungszentrum
 - * Präventionskräfte der Polizei
 - * Schulverwaltungsamt mit Schulsozialarbeitern
 - Krankenkassen
 - bei freien Trägern im Kinder- und Jugendbereich
 - in der Fachhochschule Lausitz, Bereich Sozialwesen, Lehrkräfte und Studenten
 - unter den Eltern, Elternvertretern ebenso wie unter den Kindern und Jugendlichen und ihren Vertretern
- b) Bündelung der Aktivitäten und Verteilung der Aufgaben (nicht jeder alles, sondern es wird der Part übernommen, der am besten realisiert werden kann und für den der Partner fachlich am kompetentesten ist).

Bestandteile des Angebots

- a) Schulungsveranstaltungen für Lehrer u. a. Mitarbeiter an Schulen
 - Verhaltensweisen, Erkennungshilfen im Bereich der Suchtprävention (Stoffkunde)
 - Psychosoziale Faktoren und Suchtmittelgebrauch (süchtige Verhaltensweisen im persönlichen Umfeld, Auseinandersetzung mit Normen, verstärkende Faktoren)
 - Auseinandersetzung mit zentralen Begriffen der Suchtprävention (Begriffsbestimmung, Phasen der Suchtprävention, Trends)

- Rechtliche Aspekte zur Thematik „Illegale Drogen in der Schule“
- Konfliktmanagement in der Schule
- b) Informationsveranstaltung für Eltern, deren Kinder die 7. Klasse besuchen
- Methodische Ansätze der Suchtprävention
- Informationen über die Wirkungskreise von Suchtmitteln bei Kindern und Jugendlichen, Auswirkungen des Missbrauchs von Suchtmitteln
- Stoffkunde
- Zusammenhänge zwischen Umwelt, Individuum und Suchtmittelgebrauch
- c) Ursachenorientierte Prävention mit Schülern der 7. Klassen
- Kompetente Ansprechpartner gestalten mit den Schülern Projekte, um durch praktische Übungen eine soziale Widerstandsfähigkeit und eine individuelle Grenzfindung zu entwickeln
- Schulung von Gleichaltrigengruppen mit dem Ziel, dass Schüler ihre Mitschüler informieren
- Nutzung der Erlebnispolitik in den Bereichen Sport, Touristik, Romantik und Selbsterfahrung

4.3.1 Suchtprävention als Aktionismus ist zum Scheitern verurteilt

In den neu gebildeten 7. Klassen gibt es noch keine festgelegten normativen Strukturen. Dies bietet die Chance für einen sensiblen Umgang mit der Thematik. Für eine stetige und langfristige Präventionsarbeit sind erforderlich:

- Nachbereitung der durchgeführten Veranstaltungen
- situatives Reagieren auf bestimmte Beobachtungen
- positives Vorleben und vertrauensvoller Umgang mit Beobachtungen.

Dank unserer ständigen Bemühungen und des Durchhaltevermögens über finanzielle Durststrecken ist es uns aber gelungen, dass das Projekt als förderungsfähig vom Landespräventionsrat eingestuft wurde und wir zweimal Fördermittel erhielten. Dadurch war es möglich

- eine Broschüre für Jugendliche „Cool und clean“ herauszugeben,
- mit acht Klassen die erlebnisorientierte Suchtvorbeugung durchzuführen (als Partner z. B. „Prima-Abenteuer-Hochseilgarten“) und
- zweimal die Gleichaltrigenschulung in Deulowitz mit der Fachhochschule zu organisieren.

Das Projekt konnte jeweils in Potsdam und Königs Wusterhausen präsentiert werden.

Auch von der Stadt Cottbus erhielten wir eine Spende aus dem Erlös der Krebsaktion zur 850-Jahrfeier, die uns die Planung für das Jahr 2006 etwas leichter macht.

Zur Cottbuser KREBS-Aktion anlässlich der 850-Jahrfeier wurden 43 Sponsoren aus verschiedenen Branchen gewonnen. Die Spendenerlöse in Höhe von über 7.700,00 Euro werden zur Unterstützung des Projektes „Unsere Stadt gemeinsam gegen Drogen“ verwendet.

Folgende Daten ergeben sich aus der Umsetzung des Projektes:

In den ersten vier Schuljahren haben wir zur Aufklärung im Rahmen von Elternversammlungen und Lehrerseminaren ca. 1.100 Eltern von 73 Schulklassen und 350 Lehrer und Sozialarbeiter erreicht. Insgesamt beteiligten sich bis jetzt 9 Schulen.

Im Schuljahr 2004/2005 haben mit jeweils drei Klassen folgende Schulen teilgenommen:

- Fontane-Oberschule,
- Paul-Werner-Gesamtschule,
- Ludwig-Leichhardt-Gymnasium,
- Sachsendorfer Oberschule.

Im Rahmen des Projektes erfolgte keine Lehrerschulung mehr, jedoch 12 Elternversammlungen mit ca. 220 Eltern.

Erklärtes Ziel der Präventionsarbeit ist es, das Projekt flächendeckend in allen Cottbuser Schulen der Sekundarstufe I umsetzen zu können, d. h., alle Schüler der 7. Klassen, ihre Eltern und Lehrer haben die Möglichkeit, daran teilzunehmen.

Ein Kriterium für die Nachhaltigkeit der präventiven Maßnahmen sind Finanzierungsunsicherheit und –perspektive. Gegenwärtig ist die Finanzierung unseres Projektes im Sachkostenbereich nicht dauerhaft gegeben.

Effektives Arbeiten ist nur in Kooperation und aktivem Mitwirken mit allen anderen in diesem Bereich tätigen Institutionen möglich. Dieses wiederum stärkt die Ressourcen und fördert die Qualität der präventiven Aktivitäten.

Darüber hinaus unterstützen wir auch das Programm zur Gesundheitsförderung und Suchtvorbeugung an Grundschulen „Klasse 2000“. Dieses richtet sich an Schüler der 1. bis 4. Klassen zur Nichtraucherthematik. Ständig sind wir bemüht, neue Sponsoren zu erschließen, damit sich neue Grundschulklassen beteiligen können.

Interessierte Lehrer und Sozialarbeiter hatten die Möglichkeit, an einer anerkannten Ganztagsschulung zur Suchtthematik teilzunehmen, die durch uns organisiert und finanziert wurde. Referent war Dr. Lindenmeyer aus der „Salus-Klinik“ Lindow. Weiterhin gab es noch Veranstaltungen mit Beratungslehrern von Cottbuser Schulen, die vielfältige Themen der Gesundheitsförderung betrafen (z. B. sexueller Missbrauch, Ernährung).

In den Jahren 2004/2005 haben wir im Jugendhilfe- und Sozialhilfeausschuss unsere Arbeit präsentiert mit dem Anliegen der öffentlichen Unterstützung und Akzeptanz der Gesundheitsvorsorge.

Veranstaltungen	Berichtsjahr 2004	Berichtsjahr 2005
Sucht - Gesprächsrunden/Projekte	32	36
L/F/S - Gesprächsrunden - Projekte	29 11	
AIDS - Gesprächsrunden	8	25
Ernährung - Gesprächsrunden	1	
AG-Treffen	28	2
Elternabende zur Suchtthematik	4	
Multiplikatorenschulungen - Lehrer/Eltern, Sozialarbeiter	4	8
Veranstaltungen zur Gruppenprophylaxe „Zahngesundheit“	47	56
Gesundheitstage/Messen/Tag der offenen Tür/ Projektpräsentationen	4	13
Persönliche Beratungen	32	46
Arbeitskreis „Sexueller Missbrauch“ - Beratungen/Veranstaltungen	14	8
Koordination mit anderen Trägern/Vereinen	20	35
Projektpräsentation „Die Stadt Cottbus gemeinsam gegen Drogen“	9	
Jugendhilfeausschuss		5
Weiterbildungen	3	3

(Die konzeptionellen inhaltlichen Vorbereitungen, Absprachen und Materialbeschaffungen der jeweiligen Veranstaltungen sind hier nicht enthalten.)

Die Leitung des „Regionalen Arbeitskreises Gesundheitsförderung Cottbus“ mit seinen 15 Mitgliedern und der Aufgabe

- der Koordinierung und Vernetzung gesundheitspolitisch relevanter Themen im Territorium der Stadt Cottbus mit anderen Institutionen und freien Trägern und
- der Durchführung von Projekten und anderen Gesundheitsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche im Bildungs- und Freizeitbereich und Multiplikatoren (Eltern, Lehrer, Sozialarbeiter usw.)

nehmen einen großen Raum ein, sowohl organisatorisch, inhaltlich als auch verwaltungstechnisch.

Wichtig für Präventionsmaßnahmen sind für uns auch „schwer zugängliche Einrichtungen“ wie die berufsvorbereitenden Bildungseinrichtungen. Die häufig aus einem sozial schwachen Milieu kommenden Jugendlichen haben ein großes Informationsdefizit in vielen Lebensbereichen. Wir arbeiten daran Kontakte herzustellen, um gesundheitliche Aufklärung auch dort greifen zu lassen.

4.4 Beratungen zu sexuell übertragbare Krankheiten (STD), HIV-Infektionen und AIDS

Das Gesundheitsamt bietet den Bürgern anonyme, kostenlose Beratungen und Untersuchungen zu sexuell übertragbare Krankheiten, HIV und AIDS an. Informationen über Infektionsrisiken, Schutzmöglichkeiten und Gebrauch von Verhütungsmitteln werden vermittelt. Für Personen, die durch ihre Lebensweise ein erhöhtes Infektionsrisiko eingehen, gibt es spezielle Angebote, die soziale Beratung und medizinische Untersuchung umfassen.

Hilfesuchende HIV-Infizierte werden bei sozialen Problemen unterstützt, zu rechtlichen und medizinischen Fragen beraten und bei Bedarf zu Fachärzten weitervermittelt.

In bestimmten Fällen ist auch eine ambulante Behandlung durch den Arzt des Gesundheitsamtes möglich. Die gesetzliche Grundlage dafür bildet das Infektionsschutzgesetz.

Das Gesundheitsamt nimmt seit Oktober 2002 an einer Studie des Robert-Koch-Instituts teil. Mit dieser Studie sollen zusätzliche Daten zur Epidemiologie von STD's erfasst und ausgewertet werden. Seit Einführung des Infektionsschutzgesetzes zum 01.01.2001 sind nur noch die Syphilis und die HIV-Infektion als STD meldepflichtig.

Die bisherigen Ergebnisse der Studie verdeutlichen nach Aussage des Robert-Koch-Instituts, dass STD's keine seltenen Erkrankungen sind.

Chlamydien-Infektionen waren die am häufigsten berichteten Diagnosen. Bei 2,5 % - 10 % der über 14 Jahre alten Mädchen und Frauen wurden Chlamydien-Infektionen nachgewiesen. Die meisten der Infizierten wiesen jedoch keine Symptome auf. Als Präventionsmaßnahmen der möglichen schwerwiegenden Folgeerscheinungen, wie ungewollte Kinderlosigkeit, werden von Fachleuten die frühzeitige Erkennung und Behandlung durch routinemäßige Untersuchungsangebote für asymptomatische Personen in Form eines Chlamydien-Screenings und Verstärkung der Aufklärungsbemühungen zu Chlamydien diskutiert.

Die Sentinel-Daten belegen erneut einen hohen Anteil von bereits als HIV-positiv bekannten Syphilis-Patienten, sowie Patienten bei denen gleichzeitig eine HIV- und Syphilis-Infektion diagnostiziert wurde. Hier zeigt sich, dass beim Vorliegen einer STD immer auch das mögliche Vorliegen von Doppelinfektionen in Betracht gezogen werden muss. Zugleich fiel auf, dass die Erkrankung nur bei einer Minderheit der Syphilis Patienten bereits im Primärstadium diagnostiziert wurde. Dies könnte ein Hinweis auf eine mögliche Rolle der Syphilis bei dem beobachteten Anstieg der HIV-Infektionen unter Männern sein, die Sex mit Männern haben.

Im Gesundheitsamt Cottbus wurden im Jahr 2005 690 HIV-Beratungen durchgeführt. Es erfolgten insgesamt 273 HIV-Teste. Es ließen sich 154 Frauen und 119 Männer testen. Davon war ein HIV-Test positiv.

Es erfolgten 268 Beratungen für Risikogruppen und andere Bürger zu sexuell übertragbaren Krankheiten und deren Prävention, Gebrauch von Verhütungsmitteln und Beratung zu Hepatitis B und C. Risikogruppen wurden auch vor Ort aufgesucht und entsprechend beraten oder versucht telefonisch mit ihnen in Kontakt zu treten.

In der Beratungsstelle erfolgten insgesamt 265 Untersuchungen auf Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien, genitale Pilzkrankungen und Hepatitis B.

Bei Risikogruppen wurden 22 Hepatitis B Impfungen durchgeführt.

Es wurden im Gesundheitsamt im Jahr 2005 insgesamt 16 sexuell übertragbare Erkrankungen diagnostiziert und behandelt.

Zusammenarbeitend mit medizinischen Einrichtungen, Vereinen und anderen Kooperationspartnern leistete die Beratungsstelle umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit.

4.5 Inanspruchnahme der Tuberkulosefürsorge

Die Grundlage für die Arbeit in der Tuberkulosefürsorge bildet das Infektionsschutzgesetz.

Die erkrankten Personen werden entsprechend medizinischer und sozialer Belange beraten und betreut. Der Krankheits- und Therapieverlauf wird überwacht. Die Kontaktpersonen des Erkrankten werden in bestimmten Abständen bis zu einem Zeitraum von zwei Jahren untersucht, um weitere Infektionen auszuschließen bzw. rechtzeitig zu erkennen.

Im Gesundheitsamt Cottbus wurden 2005 fünf Neuerkrankungen an Tuberkulose erfasst und betreut sowie 31 Bürger mit nicht mehr behandlungsbedürftiger Tuberkulose. Bei den fünf Neuerkrankungen handelt es sich um fünf Lungentuberkulosen, davon drei Erkrankungen mit und zwei ohne Bakteriennachweis. Betroffenen waren vier Männer und eine Frau.

Unter den Erkrankten befanden sich ein Student aus Kamerun, ein Aussiedler aus Kasachstan und zwei Personen als Kontaktpersonen zu an Tuberkulose Erkrankten.

Resistenzen gegenüber Tuberkulosemedikamenten lagen nicht vor.

Im Jahr 2005 wurde im Vergleich zu den Jahren 2003 und 2004 eine geringere Anzahl an Tuberkulosen gemeldet. Aus diesem erstmaligen erheblichen Rückgang an Erkrankungszahlen können jedoch noch keine Rückschlüsse hinsichtlich der zukünftigen epidemiologischen Entwicklung für Cottbus gezogen werden.

	2003	2004	2005
Neuerkrankungen an Tbc, gesamt	10	10	5
- pulmonal	9	7	5
- extrapulmonal	1	3	0
untersuchte Kontaktpersonen	357	482	332

4.6 Schutzimpfungen/Impfberatungsstelle

Um Infektionskrankheiten wirksam verhüten zu können, ist großer Wert auf die aktive Immunisierung durch Schutzimpfungen zu legen. Je mehr Menschen gegen eine Krankheit geimpft sind, desto geringer ist das Risiko der Ausbreitung dieser Erkrankung in der Gesamtbevölkerung.

Im Infektionsschutzgesetz, das am 01.01.2001 rechtskräftig geworden ist, schreibt § 20 die Aufgabe der Gesundheitsämter fest, die Bevölkerung über die Bedeutung von Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten zu informieren.

Neu ist mit dem Infektionsschutzgesetz auch die bundesweite Zuständigkeit der an das Robert-Koch-Institut angebundenen „Ständigen Impfkommission“. Diese Kommission gibt regelmäßig aktualisierte Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen heraus, die sich an epidemiologischen Entwicklungen, dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand und den veränderten Möglichkeiten der Impfstoffherstellung orientieren.

Die aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut sind vom Juli 2003.

Die in diesen Empfehlungen genannten regulären Schutzimpfungen werden für die Bevölkerung unentgeltlich angeboten. Im Land Brandenburg ist der Impfstoff über einen gemeinsamen Fond von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert.

Eine gesetzliche Impfpflicht für die Bevölkerung besteht nicht. Somit sind die Impfungen freiwillig.

Die Gesundheitsämter jedoch sind in der Pflicht, regelmäßige Reihenuntersuchungen in den Kindereinrichtungen und Schulen durchzuführen und dabei Impfleistungen anzubieten.

Eine landesweite Auswertung der kommunalen Datenerhebungen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung zeigte in den zurückliegenden Jahren, dass im Vorschulalter eine gute Durchimpfungsrate der Kinder erreicht werden konnte. Bei einigen Impfungen, z. B. gegen Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln und die infektiöse Gelbsucht sieht im Jugendalter die Situation etwas anders aus. Hier sind Impflücken festzustellen.

Jugendliche und junge Erwachsene besuchen nicht mehr den Kinderarzt, bei dem die regulären Untersuchungen durchgeführt werden und der auf die Vollständigkeit der Impfungen achtet. Häufig gehen sie nur dann zum Arzt, wenn sie sich krank fühlen und kommen von sich aus nicht auf den Gedanken, mit Impfungen vorzubeugen. Gleichzeitig stellt die Krankheit, die einen Arztbesuch erforderlich macht, oft einen Hinderungsgrund für die Durchführung von Impfungen dar.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat erkannt, dass die Notwendigkeit von Impfungen zu einem bedeutenderen Thema in der Bevölkerung werden muss und gerade Jugendliche dazu befähigt werden sollen, eigenverantwortlich für ihre Gesundheit zu sorgen.

Das Gesundheitsamt Cottbus beteiligt sich an einem landesweiten gemeinsamen Projekt verschiedener Partner, das eine Verbesserung der Impfmotivation junger Menschen zum Ziel hat.

Schwerpunkt ist dabei Impfaufklärung in der Schule und im Elternhaus. In gemeinsamer Arbeit von ärztlichen Berufsverbänden, des Gesundheitsministeriums, des Bildungsministeriums, des Deutschen Grünen Kreuzes und anderer Partner wurde ein Unterrichtsmaterial entwickelt, das aus einer Unterrichtsvorbereitung für Biologielehrer und einem Satz von 20 Folien besteht. Die Kinder werden im Unterricht über Infektionskrankheiten und deren Gefährlichkeit informiert, über die Funktion des Immunsystems, aber auch über die Notwendigkeit von Impfungen.

Gleichzeitig wurden Impfkaktionen durchgeführt und Impfungen in den Schulen angeboten.

Impfungen im Gesundheitsamt selbst werden nur subsidiär, also ergänzend zu den Leistungen der niedergelassenen Ärzte, durchgeführt.

Nach einer erfolgten Impfung ist diese in jedem Fall zu dokumentieren.

Cottbuser Bürger, deren Impfdokumentationen verloren gegangen sind, können sich im Gesundheitsamt eine aktuelle Impfdokumentation mit den in der Impfdati archivierten Daten ausstellen lassen. Auch Daten aus alten Dokumentationen können in den international gültigen Impfausweis übertragen werden.

In dem Archiv der Impfberatungsstelle des Gesundheitsamtes Cottbus werden die Dokumentationen entsprechend gesetzlicher Regelung 30 Jahre lang aufbewahrt. Zu diesem Zweck können Ärztinnen und Ärzte in eigener Niederlassung mit dem Einverständnis der Bürger erfolgte Impfungen an das Gesundheitsamt melden (Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen vom 11.05.1998). Diese personenbezogene Datenerhebung dient dem Interesse des einzelnen Bürgers. So lassen sich bei Verlust von Impfdokumenten im Notfall auch zusätzliche und unnötige Impfungen vermeiden. Die Daten verbleiben im Gesundheitsamt und sind wie alle Patientenunterlagen datenrechtlich geschützt.

Mit der zahlenmäßigen Erfassung von Impfungen ist es dem Gesundheitsamt möglich, eine Aussage zu Durchimpfungsraten und damit zu Risiken in der Bevölkerung hinsichtlich der vermeidbaren Infektionskrankheiten zu treffen.

Mit der Methode der Gesundheitsberichterstattung ist es auch möglich, bedrohliche Entwicklungen rechtzeitig wahrzunehmen und darauf zu reagieren.

Wesentlicher Schwerpunkt für die Arbeit der Impfberatungsstelle ist die fachkompetente Beratung von Erwachsenen und Kindern zu vermeidbaren Infektionskrankheiten. Jeder interessierte Bürger erhält hier eine umfassende und kompetente Auskunft.

Mit der Herstellung von Kombinationsimpfstoffen hat sich die Anzahl der Impfungen verringert. So ist der Schutz gegen Infektionskrankheiten für den Bürger aber auch bequemer geworden, was in der Bevölkerung gern angenommen wird.

Nachstehend sind die in der Impfberatungsstelle des Gesundheitsamtes Cottbus erbrachten Leistungen verdeutlicht.

Geschäftsvorfälle	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Impfungen						
- bei Kindern	412	17	95	39	30	32
- bei Erwachsenen	385	538	217	494	342	460
Grippeschutzimpfungen	720	1.750	1.800	1.001*	348	867

* dav. 640 reisemedizinische und empfohlene Impfungen

4.7 Psychosoziale/Psychiatrische Versorgung

4.7.1 Psychische Gesundheit und Erkrankungshäufigkeit

Psychische Gesundheit wird durch die WHO als „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“ definiert.

Eine Vielzahl von Faktoren beeinflussen den psychischen Zustand von Menschen:

- biologische (z. B. genetische, geschlechtliche)
- individuelle (z. B. persönliche Erfahrungen)
- familiäre und soziale (z. B. soziale Unterstützung)
- wirtschaftliche und Umweltfaktoren (z. B. sozialer Status und Lebensbedingungen)

Die Wahrscheinlichkeit, psychisch krank zu werden, ist größer als allgemein angenommen: Etwa jeder Dritte erlebt in seinem Leben eine psychische Störung oder Krankheit. Das können allgemeine Lebenskrisen, psychosoziale Befindlichkeitsstörungen, psychosomatische Funktionsstörungen und psychische Krankheiten im engeren Sinne sein.

Im Folgenden werden beispielhaft prozentuale Erkrankungshäufigkeiten und sich daraus ergebende Erwartungszahlen für Cottbus dargestellt:

Prozentuale Erkrankungshäufigkeit	Erwartungszahlen für Cottbus
Ärztliche Behandlung aufgrund einer psychischen Störung 10 % (dar. die Gruppe der chronisch psychisch Kranken mit einem spezifischen Hilfebedarf und z. T. schwieriger Erreichbarkeit mit 1 %)	ca. 10.400 (ca. 1.040)
Abhängigkeitserkrankungen bei über 18-jährigen 3,5 – 5 % (dar. die Gruppe der Mehrfachgeschädigten mit einem spezifischen Hilfebedarf bei gleichzeitig besonders schwieriger Erreichbarkeit mit 0,5 %)	ca. 3.100 – 4.500 (ca. 450)
Psychosomatische Beeinträchtigungen 15 – 25 %	ca. 15.600 – 26.100
Kinder und Jugendliche 5 % Behandlungsbedarf 13 % Beratungsbedarf	ca. 700 ca. 1.750
Demenzerkrankungen bei über 85-jährigen 30 %	ca. 500

Nur ein kleiner Teil der Betroffenen wird durch Nervenärzte oder Psychiater versorgt. Besonders Hausärzte, aber auch Fachärzte aus allen anderen Gebieten, sind an der Versorgung beteiligt.

Aufgrund des Bevölkerungsrückgangs in Cottbus ist in allen Bereichen eine Abnahme in den durchschnittlichen Versorgungszahlen zu verzeichnen. Ausgenommen davon ist die Gruppe der über 65-jährigen Cottbuser, die entgegen dem Trend von 2002 zu 2005 eine Zunahme um 3.169 Cottbuser Bürger aufweist.

Zudem bleibt abzuwarten, wie sich die am meisten verbreiteten psychischen Störungen – Angst und Depression – prognostisch entwickeln. Gegenwärtig rechnet man damit, dass Depressionen bis zum Jahr 2020 in den Industriestaaten die zweithäufigste Ursache von Erkrankungen sein werden.

4.7.2 Die Entwicklung der psychosozialen/psychiatrischen Versorgung

Schwerpunkte der Entwicklung lagen nicht mehr im Aufbau neuer Versorgungsangebote, sondern darin, Angebote in ihrem Bestand zu sichern, entsprechend des Bedarfes bzw. neuer Leistungssegmente zu profilieren und Ressourcen aus besseren Kooperationsbeziehungen der Angebotsträger zu erschließen.

Zur Verdeutlichung der vorhandenen Angebote nachstehende Tabelle:

Tab. 17: Übersicht über vorhandene Dienste und Einrichtungen in Cottbus – Vergleich 1996 – 1999 – 2002 – 2005

	1996	1999	2002	2005
a) ambulante Angebote				
Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie	7	7	7	9
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie	-	1	2	2
Ärztliche Psychotherapeuten	2 (3)*	2 (3)*	3 (4)*	4 (5)*
Psychologische Psychotherapeuten	3	3	3	10
Institutsambulanz	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden
Sozialpsychiatrischer Dienst	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden
Häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke (ohne separate Leistungsvereinbarung)	-	1	1	1
b) komplementäre Angebote				
Kontakt- und Beratungsstelle	1	1	1	1
Tagesstätte	1 (15 Plätze)	1	1	1
Ambulant betreutes Wohnen	-	vorhanden	vorhanden	vorhanden
Wohnstätten	-	1 (14 Plätze)	2 (38 Plätze)	2 (38 Plätze)
Zweigwerkstatt für psychisch Kranke	-	vorhanden	vorhanden	vorhanden
Psychosozialer Dienst (jetzt Integrationsfachdienst)	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden

c) Stationäre und teilstationäre Versorgung				
	1996	1999	2002	2005
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie u. Psychosomatik	55 Betten	80 Betten	80 Betten	80 Betten
Tagesklinik	10 Plätze	20 Plätze	20 Plätze	20 Plätze
weitere Angebote				
Arbeitsgruppe Psychiatrie/Psycho-soziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden
Facharbeitsgruppe „Psychisch krank“	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden
Facharbeitsgruppe „Sucht“	-	vorhanden	vorhanden	vorhanden
Arbeitskreis „Betreuung“	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden
Facharbeitsgruppe „Kinder- und Jugendpsychiatrie“	-	vorhanden	vorhanden	vorhanden
Facharbeitsgruppe „Gerontopsychiatrie“ / Gerontopsychiatrischer Verbund	-	vorhanden	vorhanden	jetzt Geronto- psychiatrischer Verbund
Psychiatriekoordinator	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden
Angehörigengruppe	-	vorhanden	vorhanden	vorhanden
Selbsthilfegruppe	-	-	im Aufbau	vorhanden
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst eigenständig oder Teilbereich im Sozialpsychiatrischen Dienst	-	-	-	-

* Eine Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie führt die Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

Alle Angebote konnten erhalten werden. Positiv hervorzuheben ist die gestiegene Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten. Am schwierigsten stellt sich nach wie vor die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen dar.

Die eingangs beschriebene Abkehr von quantitativen zu qualitativen Aspekten bei der Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen bestätigt auch die nachfolgende Auflistung:

- Jährliche Aktualisierung des Wegweiser's „Hilfen für psychisch und suchtkranke Menschen und deren Angehörige in Cottbus“
- Fertigstellung und Präsentation des ersten Cottbuser Psychiatriepfades 2003
- 6. Cottbuser Psychiatrietag im Jahr 2003 zum Thema „Sucht“
- Etablierung eines Beratungsangebotes für junge Erwachsene mit Epilepsie in den vorhandenen Beratungsstrukturen des Sozialverbandes VdK Berlin-Brandenburg e. V., KV Cottbus und die Durchführung einer Informationsveranstaltung zum Thema „Epilepsie“ 2004
- Fachtagung zur „Gemeindepsychiatrie und personenzentrierte Hilfen“ im Jahr 2005

- Beteiligung an der Befragung von Schülern der 10. Klassen im Land Brandenburg zum Konsumverhalten im Jahr 2005
- Thematische und organisatorische Vorbereitung für die Arbeit in den Arbeitsgruppen „Psychisch Kranke“, „Sucht“ und „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ sowie der im Brandenburger-Psychisch.Kranken-Gesetz aufgeführten Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG)

Öffentlichkeitsarbeit einschließlich Aktualisierung der Datenlage sowie die Auseinandersetzung mit aktuellen fachlichen und gesetzlichen Änderungen in Zusammenarbeit mit Diensten und Einrichtungen vor Ort kennzeichnen die Aufgabenschwerpunkte der letzten drei Jahre. Dabei muss kritisch angemerkt werden, dass es bisher eine einseitige Ausrichtung auf die kommunalen Rehabilitationsträger (Jugendamt, Sozialamt) gab. Kontakte bspw. zum Arbeitsamt, jetzt Agentur für Arbeit, sowie den durch das SGB IX benannten Servicestellen gab es nur vereinzelt.

Im Land Brandenburg gibt es zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine wahrnehmbaren Aktivitäten oder Aussagen zur Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen. Nur so ist zu erklären, dass bundesweite Entwicklungen wie die Einführung der Soziotherapie und der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege sowie die Ermittlung des Hilfebedarfs bei psychisch Kranken bisher in Brandenburg kaum eine Rolle spielen.

Was bleibt, ist ein regionales Bemühen der freien und öffentlichen Träger um Psychiatrie in der Gemeinde, gebrochen durch politische Wahrnehmung und finanzielle Möglichkeiten vor Ort.

Fazit und Ausblick:

Die Familie, der Stadtteil und letztendlich die Stadt Cottbus sind die Sozialräume, in denen Bürger leben. Hier sind die Angebote, die sie passend für ihre Lebenssituation nutzen.

Wie gezeigt, hat sich die Versorgungssituation für psychisch kranke Menschen statistisch gesehen verbessert. Eine Aufgabe muss weiterhin darin bestehen, die vorhandenen Angebote „sichtbar“ und überschaubar zu präsentieren. Des Weiteren ist es wichtig, die Übergänge zwischen den Angebots- und Leistungsträgern bürgerfreundlich zu gestalten. Dazu wiederum benötigt es Transparenz und Verfahren, die das ermöglichen.

Das wiederum – so zeigt es die bundesweite Entwicklung – gelingt nur, wenn die Zusammenarbeit der Träger vor Ort verbindlich geregelt ist. Die so entstandenen Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV) regeln dann nicht nur auf struktureller Ebene den Umgang miteinander, sondern beschreiben auch fachliche Standards für die Versorgung der psychisch kranken oder behinderten Menschen.

4.8 Inanspruchnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Der Sozialpsychiatrische Dienst berät und betreut niederschwellig und aufsuchend psychisch kranke, suchtkranke und geistig behinderte Menschen sowie Angehörige und professionell Tätige, die mit psychisch kranken Menschen umgehen.

Die gesetzlichen Grundlagen und Pflichtaufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes sind im Brandenburger Gesundheitsgesetz und im Brandenburgischen psychisch Krankengesetz (BbgPsychKG) festgeschrieben.

Personell ist der Sozialpsychiatrische Dienst mit einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und zwei Sozialarbeiterinnen besetzt. Eine Sozialarbeiterin verfügt über eine suchtttherapeutische Zusatzausbildung. Im Rahmen der Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Lausitz steht der Sozialpsychiatrische Dienst auch als Praktikumsstelle für Studenten des 4. und 5. Semesters der Fachhochschule zur Verfügung.

Den Schwerpunkt der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes bildet die Beratung und Unterstützung von psychisch kranken Menschen, die in Verbindung mit ihrer Erkrankung in sozial schwierige Situationen geraten sind und die zu deren Überwindung multiprofessionelle, ihrem Krankheitsbild entsprechende Unterstützung und Hilfe benötigen. Dabei reichen die Hilfen von der kurzfristigen, konkreten Unterstützung wie z. B. der Begleitung bei Ämtergängen, der Vermittlung anderer Hilfsangebote bis zur langfristigen kontinuierlichen Begleitung und Betreuung.

Für diese Tätigkeit ist die Pflege einer umfassenden Kooperation zum einen mit anderen Ämtern, insbesondere aber auch mit den anderen Mitgliedern des gemeindepsychiatrischen Verbundes von großer Bedeutung. Zum anderen erfolgt durch den Sozialpsychiatrischen Dienst eine umfassende gutachtliche Tätigkeit sowohl in Bezug auf das Betreuungsrecht als auch auf das Sozialrecht.

Ein wichtiger Schwerpunkt der Arbeit ist die Kontaktaufnahme zu zunächst Hilfe ablehnenden Klienten, die anderweitig vom Hilfesystem nicht erfasst werden. Hier besteht das Ziel darin, die soziale Lage der Betroffenen abzuklären, erste Hilfestellungen zur Vermeidung weiterer krankheitsbedingter Nachteile zu geben und die Betroffenen dann kontinuierlich weiter zu betreuen bzw. in andere Einrichtungen, einschließlich der Klinik oder ambulanter Behandlungsstätten zu vermitteln. In diesem Zusammenhang steht auch die Unterstützung bei der Einweisung nach PsychKG oder der Einleitung von Betreuungsmaßnahmen bei bestehenden Gefährdungspunkten entsprechend dem Betreuungsgesetz.

Um oben beschriebene Klienten suffizient versorgen zu können, ist ein selbstverständlicher Teil der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes aufsuchende, niederschwellige Sozialarbeit und ärztliche Tätigkeit.

Die Arbeit mit den Angehörigen psychisch kranker Menschen einschließlich der Menschen mit Suchterkrankungen gehört ebenfalls zu den spezifischen Aufgaben des sozialpsychiatrischen Dienstes. Angehörige können im Sozialpsychiatrischen Dienst sowohl beraten als auch längerfristig betreut werden. Bei Bedarf kann neben den Einzelberatungen auch eine Angehörigengruppe vermittelt werden.

Für das Jahr 2005 konnten sich durch die wieder bestehende personelle Kontinuität die Anzahl von Patienten und Angehörigen, die durch den Sozialpsychiatrischen Dienst beraten wurden, stabilisieren. Im Jahr 2005 lagen 3.186 Betreuungsfälle vor, dabei erfolgten 2.095 Beratungen. Des Weiteren wurden 881 Hausbesuche durchgeführt. Dabei erfolgten bei

- 10 % der Klienten = 1 x Kontakt,
- 20 % der Klienten = 2 bis 5 x Kontakt,
- 20 % der Klienten = 6 bis 10 x Kontakt,
- 50 % der Klienten = mehr als 10 Kontakte.

Dies deutet darauf hin, dass die Kontakte zum Sozialpsychiatrischen Dienst von den Klienten als hilfreich und tragfähig erlebt werden.

Neben den kontinuierlichen Beratungen erfolgten ca. 2.500 telefonische Beratungen. Die Anzahl der unter Mitwirkung des Sozialpsychiatrischen Dienstes erfolgten Einweisungen nach PsychKG, seit Jahren konstant unter 10, betrug 2005 drei Einweisungen.

Im Zusammenhang mit den immer komplexer werdenden Behandlungs- und Beratungsanforderungen, in denen die Betreuung des Einzelnen zunehmend zeit- und personalaufwendiger gestaltet ist, kann der Sozialpsychiatrische Dienst weiterhin langfristig als koordinierende Behandlungs- und Beratungsstelle dienen, die mit einem multiprofessionellen Team niederschwellig und aufsuchend auf die wechselnden Bedürfnisse und Anforderungen in der psychosozialen Versorgungslandschaft in Cottbus reagieren kann.

Kennziffer	2000	2002	2005
Ärztliche Beratung/Untersuchung	926	642	1.287
Beratung durch Mitarbeiter	277	895	808
Hausbesuche			
- Arzt	172	195	249
- Sozialarbeiterinnen	67	428	632
Gutachten/ärztliche Bescheinigungen	126/203	117/9	150/6
Krankenhauseinweisungen	7	6	12
Arztberichte	21	58	45
Stationäre Einweisung nach PsychKG	2	-	3
Betreuungsfälle insgesamt	1.556	2.336	3.192

4.9 Das Wirksamwerden der Sucht- und Drogenberatungsstelle

4.9.1 Das Aufgabenspektrum

Die „Suchtberatung Cottbus des Tannenhof Berlin – Brandenburg e. V.“ (THBB) ist eine kombinierte Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtgefährdete, Suchtkranke und Angehörige bei allen Suchtformen im Sinne einer ambulanten „Vollversorgung“. Bei allen Suchtformen und suchtartigen Verhaltensweisen bietet die Suchtberatung Cottbus fachqualifizierte Angebote für die Bürger der Stadt Cottbus. Die Beratungstätigkeit, Motivationsarbeit und therapeutischen Angebote sind für jeden Bürger jeden Alters offen. Die Einrichtung ist auch „Heimstätte“ für die „Anonymen Alkoholiker Cottbus“ und zahlreiche Selbsthilfegruppen aus dem Bereich Sucht.

Die Suchtberatung Cottbus ist eine von den Rentenversicherungsträgern anerkannte ambulante Therapieeinrichtung gemäß der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ von DRV Bund und DRV Brandenburg. Die darin geforderte anerkannte fachliche und personelle Qualifikation und Kompetenz des interdisziplinären Fachteams ist gewährleistet.

Dank dem bewährten Kooperationsvertrag mit dem „SuchtBetreuung Cottbus e. V.“ kann die Suchtberatung Cottbus zusätzlich Tages-, Freizeit-, Sport- und Kulturangebote für Betroffene anbieten. Sie bilden einen unverzichtbaren Bestandteil fachlich qualifizierter und komplexer Suchtkrankenbetreuung. Ergänzend zu dem ursprünglichen Auftrag und Charakter der Cottbuser Suchtberatung sind die ambulanten Sucht-Therapie-Angebote und Nachsorge-Reha-Maßnahmen neue Zusatzangebote, welche dem Klientel und damit den Bürgern der Stadt effiziente Angebote der Behandlung vorhalten.

Weitere Partner in der Betreuung im Netzwerk sind u. a. der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes, die Kliniken des Städtischen Krankenhauses (Carl-Thiem-Klinikum), niedergelassene Ärzte (Substitution, Psychosomatik-Psychiatrie-Psychotherapie) sowie die im Zuständigkeitsbereich liegenden Einrichtungen für stationäre Entgiftungen und Kriseninterventionen.

Kontinuierlich enger Kontakt besteht zu den Suchtfachkliniken bei stationärer Entwöhnungsbehandlung.

International wurden 2004 erstmalig Kontakte zu polnischen Institutionen und Kollegen geknüpft. In 2005 nahmen Mitarbeiter vom THBB e. V. an Symposien und Workshops in Polen teil, polnische Fachleute waren im September 2005 in Forst und in der Suchtberatung Cottbus. Ein Kooperationsvertrag zwischen THBB e. V. und PTZN Zielona Gora wurde geschlossen, welcher weitere Kontakte, Begegnungen, Symposien, Workshops, gegenseitige Hospitationen usw. vorsieht.

4.9.2 Erbrachte Leistungen

Im Jahr 2005 suchten 805 Betroffenen sowie 41 Angehörige die Suchtberatung auf, darunter waren 651 männliche und 195 weibliche Klienten. Nach Altersgruppen betrachtet ergab sich folgendes Bild:

Altersgruppe	männlich	Anteil in %	weiblich	Anteil in %	Gesamtanteil in %
bis 19 Jahre	34	5,22	11	5,64	5,58
20 – 29 Jahre	156	23,96	33	16,92	22,32
30 – 39 Jahre	109	16,74	31	15,90	16,50
40 – 49 Jahre	197	30,26	69	35,38	31,40
50 – 59 Jahre	126	19,35	34	17,44	18,90
über 60 Jahre	29	4,4,5	17	8,72	5,42

Die meisten Beratungsfälle (rund 72 %) betrafen nach wie vor die Droge Alkohol, 19,4 % entfielen auf illegale Drogen und andere Stimulantien und 8,6 % auf primär psychische und psychosomatische Störungen bzw. akute seelische Krisenfälle.

Primäre Abhängigkeit	Anzahl	Anteil in %
Alkohol	608	71,87
Opiode	50	5,91
Cannabis	61	7,21
Sedativa und Hypnotika	19	2,25
Kokain	6	0,71
andere Stimulantien	14	1,65
Halluzinogene	9	1,06
Tabak	nicht erfasst	-
flüchtige Lösungsmittel	3	0,35
andere psychotrope Substanzen	12	1,42
Essstörungen	49	5,79
pathologisches Spielen	15	1,77

Die Anzahl der Beratungen - auch telefonisch - und Vermittlungen war 2005 auf 6.129 angewachsen.

Bei der aufsuchenden Sozialarbeit sowie psychosozialen Betreuung ergaben sich ca. 60 Kontakte pro Jahr bei Einzelberatung/bei Gruppenarbeit und ca. 60 Kontakte bei der Begleitung Suchtkranker und deren Angehöriger in Krisensituationen.

Die umfangreiche Unterstützung von Selbsthilfe- und Angehörigengruppen stellt sich wie folgt dar:

Art der Gruppe (z. B. Frauen, Angehörige)	Anzahl der Treffen/Jahr
Nachsorge	46
JVA	11
fachgeleitete Alkoholgruppe (1 + 2)	48
fachgeleitete Alkoholgruppe (3 + 4)	46
fachgeleitete Alkoholgruppe (5)	42
Donnerstag-Gruppe Alkohol	25
Samstag-Gruppe Alkohol	20
Anonyme Alkoholiker	48
Krankenhausgruppe	40
Kreativgruppe	43
Psychosoziale Gruppe	25
Spieler-Gruppe	10

Weitere besondere Aktivitäten der Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke sind das Ergebnis einer sich kontinuierlich entwickelnden Öffentlichkeitsarbeit.

Aktivitäten, z. B.	Anzahl/Jahr	Anmerkungen
- Prävention	10	Vorträge, Schulungen
- Öffentlichkeitsarbeit	12	Presse, Funk
- MPU-Kurs	141 Std.	informell und kursmäßig
- Informationsveranstaltungen	4	Agentur für Arbeit und das Haus stellen sich vor
- Ausflüge	14	
- Kreativangebote	43	Gruppenstunden
- JVA-Arbeit	11	Gruppentreff´s

4.9.3 Ausblicke

Die Stabilisierung der bisherigen Angebote im Fachbereich und im niederschweligen Bereich bleibt das Ziel der Einrichtung auch in den Jahren 2006 und 2007.

Die qualifizierte psychosoziale Begleitung von Opiatabhängigen wurde für die kommenden Jahre konzeptionell überarbeitet. Zwei weitere Mitarbeiter der Einrichtung werden sich zu Suchttherapeuten qualifizieren, damit die weitere Anerkennung der Einrichtung als ambulante Therapieeinrichtung gesichert ist.

4.10 Das Wirksamwerden der Betreuungsbehörde

Derzeit werden mehr als eine Million Bundesbürger mit richterlichem Beschluss betreut. Im Land Brandenburg sind es mehr als 37.000 Erwachsene, denen ein gesetzlicher Betreuer bestellt wurde.

Die Betreuungszahlen stiegen in den Jahren seit Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes stetig an. Dies trifft auch auf die kreisfreie Stadt Cottbus zu. Hier hat sich seit dem Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes im Jahr 1992 die Zahl der betreuten Personen mehr als verdoppelt.

Tab. 18: Entwicklung geführter Betreuungen

Geführte Betreuungen durch	2003		2005	
	Personen	Fälle	Personen	Fälle
- ehrenamtliche Betreuer		663		578
- Rechtsanwälte	2	16	4	17
- freiberufliche Betreuer	4	83	13	80
- Vereinsbetreuer	10	320	11	370
- Behördenbetreuer	2	16	2	17
insgesamt:		1.098*		1.062*

* Annäherungszahlen, da die Sterbefallstatistik und beendete Betreuungen nicht lückenlos geführt werden konnten

Trotz sinkender Einwohnerzahlen (2003 = 106.784, 2005 = 104.413) stieg die Zahl der Betreuungen um 23. Der Anteil der betreuten, über 18-jährigen Bürger blieb mit 1,2 Prozent in den Jahrgängen 2003 bis 2005 gleich.

Altersbedingte Demenzerkrankungen und eine dadurch eingeschränkte Geschäftsfähigkeit werden in den nächsten Jahren zu einem leichten Anstieg der Betreuungszahlen führen. Anzumerken sei auch, dass durch den Wegzug der jüngeren Generationen auch vermehrt der Personenkreis, der durch Bevollmächtigung die Einrichtung einer Betreuung vermeiden könnte, zunehmend fehlt. Eine örtliche Trennung macht es den Angehörigen dann oft nicht mehr möglich, sich um die Rechtsgeschäfte der Eltern und Großeltern zu kümmern. So müssen vermehrt Berufsbetreuer und Betreuungsvereine mit Betreuungen beauftragt werden.

Die Betreuungsbehörde mit zwei Mitarbeiterinnen erfüllt ihre Aufgabe auf der Grundlage des Betreuungsgesetzes (BtG 1992) bzw. des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (BtÄndG 1999) und des 2. Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (BtÄndG 2005).

Das Betreuungsbehördengesetz (BtBG) und die vorgenommenen Änderungen im Jahre 2005 regeln die Zuständigkeiten und Aufgaben der örtlichen Betreuungsbehörde. Diese sind u. a.:

- Beratung und Unterstützung der Betreuer und der Bevollmächtigten bei deren Aufgabenwahrnehmung und der Erstellung eines Betreuungsplanes,
- Sicherstellung eines Einführungs- und Fortbildungsangebotes für Betreuer,
- Aufgaben gegenüber dem Vormundschaftsgericht, der Vormundschaftsgerichtshilfe, Gewinnung von ehrenamtlichen Betreuern und Verfahrenspflegern,
- Aufklärung und Beratung zu Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen,
- Beglaubigung von Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen,
- kommunikative und Vernetzungsaufgaben,
- Aufgaben zur Entwicklung einer betreuerischen Infrastruktur,
- Übernahme und Führen von Behördenbetreuungen.

Damit hat sich das Aufgabenfeld der Betreuungsbehörden seit Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes 1992 deutlich erweitert.

Die Betreuer wurden durch die Behörde in ihrer Tätigkeit u. a. durch die Vermittlung von ambulanten Hilfen und Vermittlung zu Ämtern und Behörden unterstützt. Jährlich wurden vier Weiterbildungsveranstaltungen, gemeinsam den beiden Betreuungsvereinen, angeboten. Die Fachlichkeit in der Betreuungsarbeit konnte so weiter erhöht werden und ein reger Informations- und Gedankenaustausch der Betreuer gefördert werden. Die Referenten traten unendgültlich auf. Großes Interesse bestand besonders an Themen aus verschiedenen Rechtsgebieten und zu medizinischen und sozialhilferechtlichen Veränderungen.

Als positiv und Hilfreich wurde der jährlich durch die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft initiierte Cottbuser Psychiatrietag eingeschätzt. Die Betreuungsbehörde beteiligte sich aktiv an der Vorbereitung und Durchführung sowie an der Erarbeitung des Psychiatrieplanes und verschiedenen Wegweisern für psychisch Kranke und geistig Behinderte.

Gemäß § 6 Betreuungsbehördengesetz informierte die Behörde verstärkt zu Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen. Neben der Thematisierung in Weiterbildungsveranstaltungen und zahlreichen Vorträgen in Pflegeeinrichtungen, Seniorenclubs und Selbsthilfegruppen suchen immer mehr Bürger die individuelle Beratung in der Betreuungsbehörde. Die Informationsgespräche zu Vorsorgevollmachten haben sich seit 1999 mehr als verdoppelt (2005 ca. 330 Gespräche). Durch Presseberichte und andere Medien werden die Bürger über die Möglichkeit der Vorsorgevollmacht informiert und nutzen vermehrt die Möglichkeit der weiteren Beratung in der Betreuungsbehörde und den Betreuungsvereinen.

Im Rahmen der Vormundschaftsgerichtshilfe bearbeitete die Betreuungsbehörde insgesamt 662 Sachstandsermittlungen und/oder Sozialberichte. Das sind über 200 mehr als im Jahr 2003. Bedenkt man auch die wachsende Zahl der Informationsgespräche, so ist der Arbeitsaufwand weiter gewachsen.

Mehr als die Hälfte der Sachstandsermittlungen wurden in der Häuslichkeit eruiert. Gespräche mit Angehörigen, sozialen Diensten und Kontakte zu Haus- und Fachärzten halfen, den konkreten Hilfebedarf des Betroffenen zu ermitteln.

Gezielte und umfangreiche Beratungsgespräche ermöglichten es, in ca. $\frac{2}{3}$ der Fälle, Angehörige bzw. Ehrenamtliche für das Betreuungsamt zu gewinnen. Die Zahl der von Berufsbetreuern, Rechtsanwälten und Behördenmitarbeitern geführten Betreuungen hat sich leicht erhöht. Besonders schwierige Betreuungsfälle mit hohem rechtsgeschäftlichem Handlungsbedarf werden auch künftig von fachlich qualifizierten Betreuern geführt werden müssen. Drei Vereine, sieben mit Büro in Cottbus ansässige Berufsbetreuer und vier Rechtsanwälte sorgen deshalb für ihre ständige Qualifizierung.

Im Arbeitskreis „Betreuung“ erfolgte ein reger Erfahrungsaustausch zwischen Fachämtern der Stadtverwaltung, den Betreuungsvereinen und freiberuflichen Betreuern zu Problemen in der Betreuung, zu Versorgungsstrukturen für psychisch Kranke und geistig Behinderte, zu Änderungen im Betreuungsrecht und zu sozialhilferechtlichen Änderungen.

Über die Arbeitskreise und Gesprächsrunden wird die Betreuungsbehörde künftig verstärkt ihre kommunikativen und Vernetzungsaufgaben wahrnehmen und die betreuerische Infrastruktur weiterentwickeln. Mit den Änderungen im Betreuungsrecht wird eine stärkere Einbindung der Betreuungsbehörde in eine dienstleistungsorientierte Betreuungsstruktur gefordert. So ist die Möglichkeit der Beglaubigung von Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen durch die beiden Mitarbeiter der Behörde eine der Neuerungen auf diesem Wege. Sie wird von den Bürgern seit dem Sommer 2005 gut angenommen.

4.11 Leistungen des Amts- und Vertrauensärztlichen Dienstes

Der Amts- und Vertrauensärztliche Dienst ist für Begutachtungen entsprechend § 18 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (BbgGDG) vom 03.06.1994 zuständig. Danach sind amtliche Bescheinigungen, Zeugnisse und Gutachten auszustellen, soweit dies durch bundes- und landesrechtliche Regelungen vorgeschrieben ist oder durch Vereinbarungen der Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit anderen öffentlichen Einrichtungen sowie mit Leistungs- und Kostenträgern der gesundheitlichen Versorgung geregelt ist.

Die Begutachtungsanlässe im Amts- und Vertrauensärztlichen Dienst sind vielfältig. So werden Einstellungsuntersuchungen für den Öffentlichen Dienst, Untersuchungen zur Verbeamtung, Untersuchungen bei Dienstunfällen, Dienstfähigkeits- und Eignungsuntersuchungen durchgeführt wie auch Begutachtungen nach dem Sozialhilfegesetz oder im Rahmen der Amtshilfe für andere Behörden.

Nach dem Infektionsschutzgesetz sind Erstbelehrungen für Lebensmittelberufe durch das Gesundheitsamt vorzunehmen.

Auch Fahreignungsuntersuchungen für die Personenbeförderung, die Beurteilung der Fahreignung von behinderten Bürgern, Sportbefreiungen, Bescheinigungen zur Prüfungsfähigkeit, Vaterschaftsteste gehören zu dem umfangreichen Spektrum des Amts- und Vertrauensärztlichen Dienstes.

Diese Abteilung des Gesundheitsamtes steht Behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen nicht nur für Begutachtungen zur Verfügung, sondern auch mit Informationen und sozialmedizinischen Beratungen.

Im Rahmen der Begutachtungen werden vom Amts- und Vertrauensärztlichen Dienst Laborleistungen erbracht. Das sind Blutentnahmen, Messungen der Blutsenkungsgeschwindigkeit, Urinprofile, elektrokardiographische Untersuchungen, Lungenfunktionsprüfungen und Tuberkulintestungen.

Blutanalytische Untersuchungen werden in einem beauftragten Labor durchgeführt.

Seit Januar 2001 wirkten sich die Änderungen des Infektionsschutzgesetzes ab Januar 2001 auf den Amts- und Vertrauensärztlichen Dienst entlastend aus, anders als im Fachbereich Hygiene.

Statt unnötiger Untersuchungen für die Ausstellung von Gesundheitsausweisen setzte der Gesetzgeber für Tätigkeiten im Lebensmittelbereich Schwerpunkte in Richtung Aufklärung und Beratung sowie Eigenverantwortung der Bürger und Arbeitgeber. Körperliche Untersuchungen, Stuhluntersuchungen und Tuberkulintestungen sind für Lebensmittelberufe nach den Änderungen der seuchenrechtlichen Bestimmungen nicht mehr regulär erforderlich.

Die zunehmende Anzahl von Sozialhilfeempfängern in der Stadt spiegelt sich auch in der Anzahl der Begutachtungen nach dem BSHG wider.

Bei den behördlichen Untersuchungen nehmen Beurteilungen der Dienstfähigkeit zu. Begutachtungen zur Verbeamtung werden seltener.

Im Amts- und Vertrauensärztlichen Dienst ist die Impfstelle integriert. Es werden alle empfohlenen Impfungen der STIKO durchgeführt sowie Gripeschutzimpfungen.

Nachfolgend sind die Leistungen des Amts- und Vertrauensärztlichen Dienstes in den Jahren 2000 – 2002 aufgeführt.

Tab. 19: Untersuchungen und Begutachtungen

	2003	2004	2005
Gesundheitsbelehrungen	1.479	1.666	1.652
Einstellungsuntersuchungen	37	41	27
Verbeamtungen	54	32	28
Atteste/Bescheinigungen	32	27	15
Kuruntersuchungen	24	26	42
Begutachtungen zu Eignungen/ Befähigungen/Führerscheinen	38	36	50
Gutachten			
- Gerichtliche	7	6	
- Oberfinanzdirektion	9	5	
- andere	20	28	11
Diensttauglichkeiten	46	37	53
Dienstunfälle	23	26	20
Begutachtungen im Sozialhilferecht	285	236	90
dav.: - in der Sprechstunde	200	176	58
- Pflegegutachten	78	69	75
Begutachtungen im Rahmen der Amtshilfe	23	21	28

5. Umwelthygiene

5.1 Einhaltung der Betriebshygiene

Die Hygieneüberwachung umfasst die Kontrolle der Einhaltung von hygienischen Anforderungen sowie die Beratung der Betreiber in Fragen des Gesundheits- und Infektionsschutzes.

Tab. 20: Betriebsprüfungen durch die Abteilung Hygiene

	2003	2004	2005
Betriebsprüfungen	138	192	142

In den §§ 23, 33 und 36 des Infektionsschutz-Gesetzes (IfSG) und § 19 Gesundheitsdienstgesetz werden die Einrichtungen formuliert, welche infektionshygienisch zu überwachen sind.

Empfehlungen zu Häufigkeit und Umfang der Begehungen werden vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen vorgegeben.

Neben den Gemeinschaftseinrichtungen (Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder und Jugendliche betreut werden) gehören in das Überwachungsprogramm unserer Abteilung Hygiene u. a. Krankenhäuser, Arztpraxen, Praxen sonstiger Heilberufe sowie Studios für Tätowierungen und Piercing, Pflege-, Senioren-, Obdachlosen- und Asylbewerberheime, Hotels und Pensionen, Freizeit- und Sporteinrichtungen, Bäder und Saunen sowie die Wasserwerke.

Gemeinschaftseinrichtungen, Pflegeheime aller Art, das Carl-Thiem-Klinikum (vorrangig Risikobereiche) und die Wasserwerke und Bäder werden jährlich überprüft.

5.2 Stellungnahmen zu Bau- und anderen Unterlagen

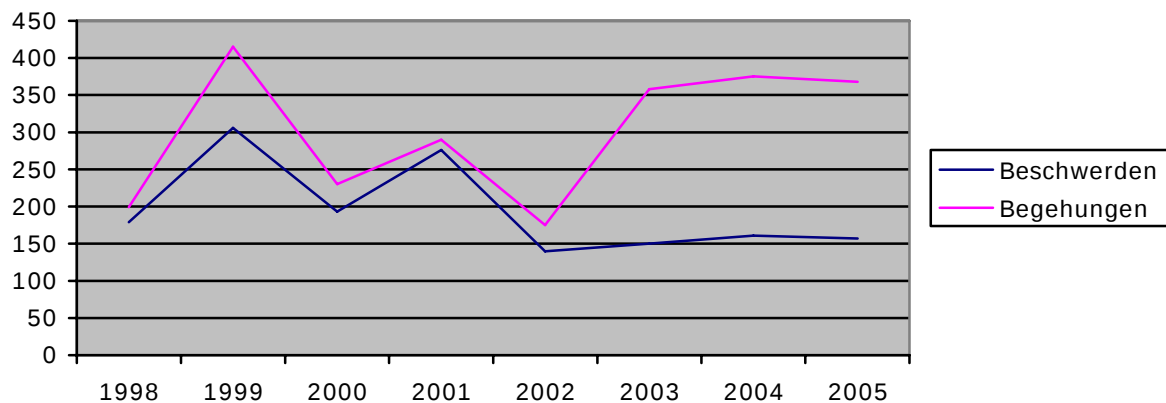
Die rechtzeitige Einflussnahme auf das Baugeschehen trägt zur Vermeidung hygienerelevanter Fehler bei der Baudurchführung bei. Deshalb werden Bauvorhaben bei Bauvorabfragen und im Rahmen der Genehmigungsplanung vom Gesundheitsamt geprüft und beurteilt.

	2003	2004	2005
Stellungnahmen/ Protokolle/ Ortsbesichtigungen	76	86	99

5.3 Beschwerden

Tab. 21: Hygienerelevante Beschwerden 1998 bis 2005

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Beschwerden	179	306	193	276	140	150	161	157
Begehungen	199	415	230	290	175	358	375	368



Wie aus der Darstellung zu entnehmen ist, kommt es bei ungefähr gleich bleibenden Beschwerdezahlen der vergangenen Jahre zu einer erhöhten Begehungsrates. Dies resultiert aus immer öfter notwendig werdenden Nachkontrollen zur Umsetzung von geforderten Maßnahmen.

5.3.1 Unhygienische Wohnungen

Auch in den Jahren 2003 bis 2005 waren verschmutzte Wohnungen der überwiegende Grund der vorgebrachten und meist berechtigten Beschwerden. Diese Wohnverhältnisse, die als Infektionsgefährdung für Verursacher und Mitmieter beurteilt werden mussten, entstehen meist durch Alkoholkrankheit oder andere Verhaltensstörungen der betreffenden Mieter. Durch intensive Gespräche, durch Hilfsangebote der Betreuungsbehörde und des Sozialpsychiatrischen Dienstes, durch Räumungsklagen des Vermieters und durch die Aufnahme in das Haus der Wohnhilfe wurde versucht, die Gefährdung der Mitmieter zu minimieren und der Menschenwürde der alkoholkranken Patienten dennoch gerecht zu werden.

Da häufig aber die Kooperation fehlt, konnten Probleme weder für die Betroffenen noch für die Mitmieter vermieden werden.

5.3.2 Schimmel

Ein weiterer Hauptbeschwerdepunkt waren die Belastungen durch vermehrtes Schimmelpilzwachstum in Wohnungen. Teils durch bauliche Mängel, teils durch ungenügendes Lüften werden immer wieder Bitten an das Gesundheitsamt herangetragen, bestehenden Schimmelbefall zu beurteilen.

Das Gesundheitsamt bestätigt im Allgemeinen nach Inspektion vor Ort den Befall und rät zur Beseitigung des Schimmels. Um gesundheitliche Beschwerden besser beurteilen zu können, werden auch immer öfter Artbestimmungen des Schimmels vorgenommen, die allerdings durch die Betroffenen selbst gezahlt werden müssen. Ein eventuell bestehender gesundheitsrelevanter Zusammenhang ist dann durch einen Arzt zu bewerten. Für bauliche Beurteilungen und die Suche nach Ursachen von Durchfeuchtungen werden Sachverständige einbezogen.

5.3.3 Gesundheitsschädlinge

Hervorgerufen durch Bautätigkeiten, vor allem lange leer stehende Gebäude und unkontrollierte Müllplätze, ist immer wieder ein Rattenbefall zu verzeichnen. Nach Beendigung der dauerhaften Rattenbekämpfung im Stadtzentrum konnte kein wesentlicher Anstieg der Belastung in diesem Bereich verzeichnet werden. Nach Eingang von Bürgerhinweisen wird jetzt nach Prüfung des Befalls eine gezielte Bekämpfung der öffentlichen Fläche durch das Gesundheitsamt veranlasst. Bei privaten Grundstücken werden die entsprechenden Eigentümer zur Rattenbekämpfung beauftragt.

Problematisch ist auch das häufig beobachtete Füttern von Tauben und von Bisamratten entlang der Spree. Das verstreute Futter zieht auch Ratten an und begünstigt die Verbreitung sowohl der Hausratten als auch der Wanderratten in der Stadt.

Des Weiteren gibt es auch vermehrt Beschwerden zu verwilderten Haustauben in unmittelbarer Wohnumgebung des Menschen, deren Vorkommen durch ein reiches Nahrungsangebot und ausreichend Nistplätze (leerstehende Häuser) begünstigt wird. Taubenvergrämnungsmaßnahmen verlagern oft nur das Problem. Durch das Veterinäramt werden verschiedene Maßnahmen ergriffen (z.B. Taubenverschlag Oberkirche), um eine gezielte Fütterungs- und Nistkontrolle durchzuführen.

Weitere Beschwerden betrafen gesundheitliche Belastungen aus Einrichtungsgegenständen (Möbel, Teppiche etc.), gebäudeseitige Beeinträchtigungen durch Ausdünstungen aus Farben, Lacken oder Schornsteinen und Foggingeffekte (Schwarzstaubablagerungen in Wohnungen) sowie ähnliche Fragestellungen. Diese Bürgerhinweise werden regulär auf Ihre gesundheitliche Relevanz geprüft.

5.4 Trink- und Badewasserhygiene

Zur Kontrolle der Wasserbeschaffenheit in der Stadt Cottbus werden durch das Gesundheitsamt regelmäßig Proben entnommen.

Die Anzahl der Trinkwasserproben setzt sich aus den amtlichen Proben zur Kontrolle des Wasserversorgungsunternehmens, Neuanschlussproben hygienerelevanter Einrichtungen, Brunnenproben zur Kontrolle von privaten Kleinanlagen sowie Beschwerdeproben zusammen.

Weiterhin werden regelmäßig Beckenbäder und Badeseen überprüft.

Die Überwachung der Trinkwasserqualität in der Stadt Cottbus erfolgt einerseits durch Eigenkontrollbeprobungen der LWG sowie durch amtliche Beprobungen durch das Gesundheitsamt. Die Probenahme erfolgt in den beiden Cottbuser Wasserwerken Sachsendorf und Fehrower Weg sowie an festgelegten Stellen im Versorgungsnetz. Die Ergebnisse ergaben meist keine Beanstandungen, so dass eine uneingeschränkte Trinkwasserversorgung gewährleistet werden konnte.

Mikrobiologische Beanstandungen des Trinkwassers bei Neuanschlussproben resultierten hauptsächlich aus ungenügendem Spülen und Desinfizieren der installierten Rohre innerhalb von Gebäuden. Bei Baumaßnahmen kann es hier zur Verkeimung des einwandfrei angelieferten Wassers kommen. Vereinzelt Überschreitungen der Grenzwerte waren lokal begründet und konnten größtenteils schnell behoben werden.

Mit der Einführung der neuen Trinkwasserverordnung 2003 ist eine regelmäßige Überwachung der Trinkwasserqualität in öffentlichen Einrichtungen, wie Kindergärten, Schulen, Krankenhäuser, Sport- und Freizeiteinrichtungen, Hotels usw., gefordert. Die Untersuchung erfolgt auf mikrobiologische Parameter und chemische Parameter, die sich in der Hausinstallation verändern können. Weiterhin werden Warmwassersysteme hinsichtlich einer möglichen Legionellenkontamination überprüft.

Die Nutzung von privaten Kleinanlagen (Brunnen) zur Trinkwasserversorgung gewinnt immer mehr an Bedeutung. Diese Anlagen sind im Gesundheitsamt anzeige- und überwachungspflichtig. Die Qualität des Wassers muss den Kriterien der Trinkwasserverordnung entsprechen und es werden auch hier regelmäßige Wasseruntersuchungen notwendig.

Die Kontrolle der Badeseen erfolgt in der Saison vom 15. Mai bis 15. September alle vier Wochen, bei anhaltend warmen Wetter alle zwei Wochen. Vereinzelt mikrobiologische Überschreitungen waren bei sofortigen Nachproben wieder einwandfrei, so dass keine Badeverbote ausgesprochen werden mussten.

Die Kontrolle der Sichttiefe erfüllte am Branitzer See nie den Grenzwert von 1 m. Hier ist eine Besserung nur durch Sanierung des Sees (Entschlammung) zu erreichen. Eine gesundheitliche Gefahr beim Baden besteht durch die geringe Sichttiefe nicht, solange kein vermehrtes Algenwachstum festgestellt wird. Bei empfindlichen Personen können dann Hautreaktionen auftreten. Jedoch kann es zur Erschwerung von Rettungsarbeiten kommen.

Die Überprüfung der Beckenbäder (Schwimmhalle, Freibad, Therapiebäder, Saunatauchbecken) war überwiegend ohne Beanstandung. Kurzzeitige Verkeimungen wurden durch entsprechende Maßnahmen (Hochchlorung) umgehend behoben.

Tab. 22: Wasserproben 2003

	gesamt	ohne Beanstandungen	beanstandet	freigegeben
Gesamtproben (338)	322	242	80	10
- bakteriell	16	16	0	0
- chemisch				
Trinkwasser				
- bakteriell	235	178	58	9
- chemisch	1	1	0	0
Badewasser				
-bakteriell	86	64	22	1
- chemisch	15	15	0	0
Brunnen				
- bakteriell	0	0	0	0
- chemisch	0	0	0	0

Sichttiefen Badeseen (insges. 5 Messungen)

0 > 1 m - 6 x Branitz und Ströbitz
 1 > 2 m - 10 x Ströbitz und Madlow
 2 m < - 4 x ausschl. Sachsendorf

Tab. 23: Wasserproben 2004

	gesamt	ohne Beanstandungen	beanstandet	freigegeben
Gesamtproben (413)	382	282	100	7
- bakteriell	31	19	12	0
- chemisch				
Trinkwasser				
- bakteriell	283	194	89	7
- chemisch	7	5	2	0
Badewasser				
-bakteriell	98	87	11	0
- chemisch	23	14	9	0
Brunnen				
- bakteriell	1	1	0	0
- chemisch	1	0	1	0

Sichttiefen Badeseen (insges. 4 Messungen + 1 Nachkontrolle)

0 > 1 m - 5 x Branitz und Ströbitz
 1 > 2 m - 7 x Ströbitz und Madlow
 2 m < - 5 x Sachsendorf und Ströbitz

Tab. 24: Wasserproben 2005

	gesamt	ohne Beanstandungen	beanstandet	freigegeben
Gesamtproben (488)	460	411	49	6
- bakteriell	28	22	6	1
- chemisch				
Trinkwasser				
- bakteriell	355	308	47	6
- chemisch	6	6	0	0
Badewasser				
-bakteriell	105	103	2	0
- chemisch	21	16	5	1
Brunnen				
- bakteriell	0	0	0	0
- chemisch	1	0	1	0

Sichttiefen Badeseen (insges. 5 Messungen + 1x Spree)

0 > 1 m - 5 x ausschl. Branitz
 1 > 2 m - 10 x Ströbitz, Madlow und Spree
 2 m < - 6 x Sachsendorf und Ströbitz

Tab. 25: Öffentliche Veranstaltungen in Cottbus

2003	2004	2005
41	52	53

Auch auf öffentlichen Veranstaltungen, wie Messen und Märkte, ist die Einhaltung der Hygiene zur Trinkwasserversorgung wichtig. Die Wasserversorgung erfolgt hier mittels Hydranten, von denen dann mehrere Anschlüsse abgehen. Viele Händler schließen hier, meist aus Unwissenheit, normale Gartenschläuche an, was nicht dem Stand der Technik nach TrinkwV 2001 entspricht. Ein gezielte Belehrung und Kontrolle durch das Gesundheitsamt ist hier dringend erforderlich.

6. Apotheken und Arzneimittelwesen

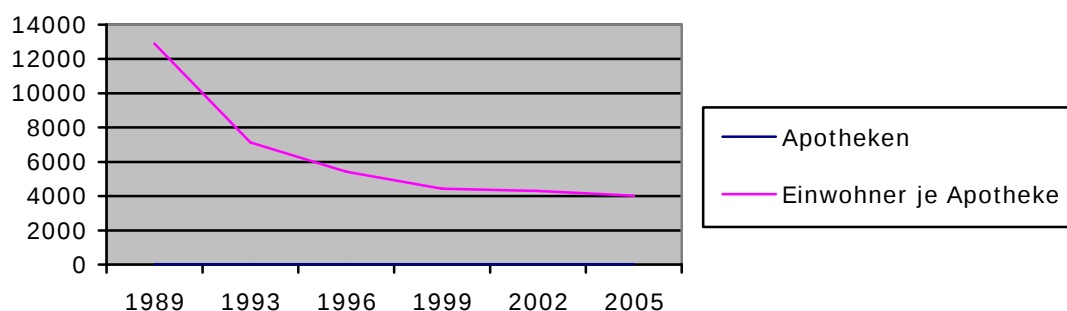
Die Apotheken sichern als Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung.

Die Zahl der Apotheken ist in der Stadt kontinuierlich gestiegen. So waren Ende 2005 insgesamt 26 Apotheken versorgungswirksam.

Aufgrund der gesunkenen Einwohnerzahl der Stadt Cottbus ist der Versorgungsgrad der Einwohner je Apotheke von 12.894 im Jahr 1989 auf 4.016 im Jahr 2005 positiv gesunken.

Tab. 26: Zahl der Apotheken und Einwohner je Apotheke

	1989	1993	1996	1999	2002	2005
Apotheken	10	18	22	25	24	26
Einwohner je Apotheke	12.894	7.131	5.425	4.429	4.302	4.016



Die Versorgungsleistungen der Apotheken werden durch ein breites Sortiment an freiverkäuflichen Arzneimitteln ergänzt.

Während für die Apotheken das Land zuständige Behörde ist, erfolgt die Überwachung des Einzelhandels mit freiverkäuflichen Arzneimitteln gemäß § 20 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst durch das Gesundheitsamt. Voraussetzungen für jeden Händler ist der Nachweis der Sachkunde.

Im Abstand von zwei Jahren werden Drogerien, Reformhäuser, Kräuterläden, Kaufhallen/Verbrauchermärkte, Messen/Märkte, Kosmetik- und Fußpflegesalons u. a. Händler von Mitarbeitern des Gesundheitsamtes auf Einhaltung der Gesetzlichkeit kontrolliert.

7. Ambulante Versorgung durch freiberuflich Tätige der Berufe des Gesundheitswesens

7.1 Die ärztliche Versorgung

Die beiden wichtigsten Beschäftigungsbereiche im Gesundheitswesen sind der stationäre Bereich mit dem Carl-Thiem-Klinikum und der ambulante Bereich mit den niedergelassenen Ärzten und ambulanten Pflegebereichen.

Hinzu kommen angestellte Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst, in Betrieben und Instituten.

Nach der großen Niederlassungswelle Anfang der 90er Jahre ist die Anzahl der berufstätigen Ärzte im Stadtgebiet kontinuierlich weiter gestiegen. Sie betrug 2005 insgesamt 622.

Der Anteil der Ärztinnen lag am 31.12.2005 bei 50,16 % und ist damit gegenüber 2002 um 1,89 % gestiegen.

Tab. 27: Beschäftigungsbereich der Ärzte in Cottbus

berufstätige Ärzte - gesamt	1994	1996	1999	2001	2002	2005
Carl-Thiem-Klinikum	227	293	309	313	318	341
in freier Praxis	187	199	210	214	206	216
sonst. Tätigkeiten	70	75	89	76	81	65
insges.:	484	567	608	601	605	622

berufstätige Ärzte - weiblich	1994	1996	1999	2001	2002	2005
Carl-Thiem-Klinikum	96	125	126	121	126	149
in freier Praxis	108	118	123	125	123	123
sonst. Tätigkeiten	41	51	47	45	43	40
insges.:	245	294	296	291	292	312

Nachdem im Jahr 2002 erstmalig die Anzahl der Niederlassungen um acht Einrichtungen im Vergleich zu 2001 gesunken war, konnte im Jahr 2005 ein Anstieg auf 216 registriert werden. Allerdings ist das Niveau bei den Allgemeinmedizinerinnen bzw. Praktischen Ärztinnen noch nicht wieder erreicht worden.

Tab. 28: Ärztliche Niederlassungen in Cottbus 1991 – 2005

Gebietsbezeichnung	1991	1995	1999	2002	2005
Allgemeinmedizin/ Praktischer Arzt	50	64	64	57	59
Anästhesie	1	4	4	6	6
Augenärzte	8	11	13	12	12
Chirurgie	5	9	10	10	9
Dermatologie	4	5	7	8	8
Diagnostische Radiologie	-	2	2	3	3
Gynäkologie	11	13	19	19	21
HNO – Heilkunde	9	10	9	8	8
Humangenetik	-	1	1	1	1
Internie	21	27	28	26	35
Pulmologie	2	2	2	2	1
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	-	2	2	2	2
Mikrobiologie und Inf.-Epidemiologie	-	-	1	-	-
Nervenheilkunde	-	3	7	8	9
Nuklearmedizin	-	-	1	-	-
Orthopädie	4	6	8	9	10
Pathologie	-	3	3	3	3
Pädiatrie	22	19	19	20	17
Physikal. u. rehabilitative Medizin	1	1	1	1	1
Psychotherapie	-	1	1	1	1
Radiologie	-	3	3	3	3
Urologie	3	4	4	5	5
Kinder- u. Jugendpsychiatrie	-	-	1	2	2
insges.:	141	190	210	206	216

Interessant ist nach wie vor die Betrachtung der Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte. 14,35 % der Ärzte sind der Altersgruppe 60 bis 65 Jahre zuzuordnen, 4,17 % sind über 65 Jahre alt.

Bei der Betrachtung der Einwohner-Arzt-Relation ist festzustellen, dass die Zahlen in Folge von (trotz kurzzeitig gestiegener Einwohnerzahlen durch Eingemeindungen) Veränderungen in der Anzahl der Niederlassungen in den Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Internie, Neurologie und Orthopädie gesunken sind.

Tab. 29: Einwohner-Arzt-Relation

Fachrichtung	Einwohner-/ Arztrelation bundesweit	1991	1993	1995
Allgemeinmedizin	2.460	2.466	2.070	1.913
Ophthalmologie	21.720	15.415	14.261	11.130
Chirurgie	46.180	24.664	21.391	13.603
Gynäkologie	12.820	11.211	9.168	9.418
HNO	28.500	13.702	12.835	12.243
Dermatologie	39.490	30.830	25.669	24.486
Internie (einschl. Pulmologie)	7.010	5.362	4.584	4.373
Pädiatrie	21.740	5.606	6.417	6.444
Nervenheilkunde	42.140	keine NL	64.174	40.810
Orthopädie	29.330	30.830	21.391	20.405
Urologie	51.040	41.107	32.087	30.608
Berechnungsgrundlage Anzahl Einwohner		123.321	128.347	122.430

Fachrichtung	1997	1999	2001	2002	2005
Allgemeinmedizin	1.854	1.758	1.730	1.812	1.770
Ophthalmologie	8.983	8.517	8.792	8.604	8.702
Chirurgie	12.975	11.073	9.591	10.324	11.602
Gynäkologie	6.488	5.828	5.553	5.434	4.973
HNO	12.975	12.303	11.722	12.905	13.052
Dermatologie	16.682	15.818	13.187	12.905	13.052
Internie (einschl. Pulmologie)	4.325	3.818	3.517	3.688	2.901
Pädiatrie	6.146	5.828	5.275	5.162	6.142
Nervenheilkunde	16.682	15.818	13.187	12.905	11.602
Orthopädie	19.462	13.841	11.722	11.471	10.442
Urologie	29.193	27.681	21.099	20.648	20.883
Berechnungsgrundlage Anzahl Einwohner	116.770	110.722	105.493	103.239	104.413

7.2 Die zahnärztliche Versorgung

Die Anzahl der berufstätigen Zahnärzte hat sich in den letzten zehn Jahren nur geringfügig geändert. Während bei den angestellten Zahnärzten seit 2002 ein leichter Rückgang zu verzeichnen ist, ist die Anzahl der niedergelassenen Zahnärzte konstant geblieben.

Auf Grund der erheblich gesunkenen Einwohnerzahl ist die Dichte­ziffer analog gefallen. Kamen 1995 noch 1.084 Einwohner auf einen ambulant niedergelassenen/ambulant tätigen Zahnarzt, so waren es 2005 nur 995 Einwohner.

Tab. 30: Berufstätige Zahnärzte in Cottbus

	1991	1993	1996	1999	2002	2005
berufstätige Zahnärzte						
- Angestellte	-	11	9	8	10	4
- Assistenten	-	7	10	8	5	8
prakt. Zahnärzte in Niederlassung	73	88	93	93	93	93
Kieferorthopäden in Niederlassung	6	7	7	7	6	5
Kiefer-Gesichtschirurgie/ Oralchirurgen in Niederlassung	1	2	2	2	2	2
insges.:	*	115	121	118	116	112

* keine statistische Aussage möglich

Nach Angaben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ergibt sich bei einem Zulassungsschlüssel von 1.280 Einwohnern je Zahnarzt zum 31.12.2005 ein Versorgungsgrad für Cottbus-Stadt von 113,42 %. Bei den Kieferorthopäden werden unter Berücksichtigung des Schlüssels von 16.000 Einwohnern je niedergelassenen Kieferorthopäden 114,3 % erreicht, so dass die im Jahr 2002 verhängte Sperre für Zulassungen in beiden Fachrichtungen bis über das Jahr 2005 bestehen bleibt.

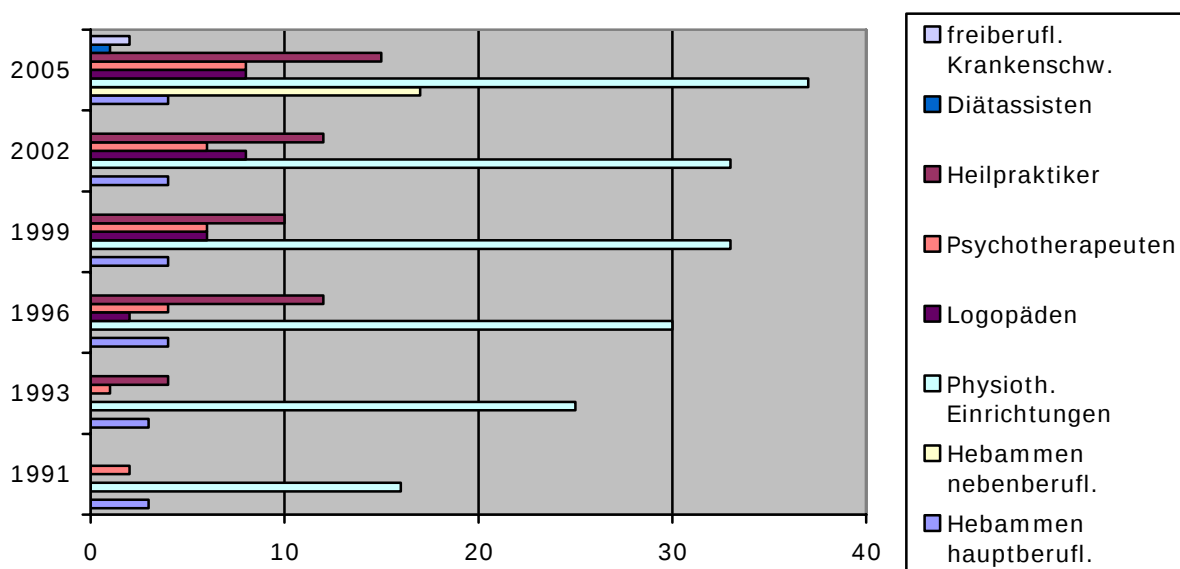
7.3 Sonstige selbstständig Tätige in Berufen des Gesundheitswesens

Mit Inkrafttreten der „Verordnung zur Bestimmung von anzeigepflichtige Tatsachen nach dem Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz“ werden seit Ende 1995 alle in Cottbus selbstständig Tätigen erfasst, die einen Beruf des Gesundheitswesens ausüben.

Die quantitative Entwicklung stellt sich im Stadtgebiet wie folgt dar:

Tab. 31: Selbstständig Tätige in Cottbus

	1991	1993	1996	1999	2002	2005
Hebammen - hauptberuflich	3	3	4	4	4	4
- nebenberuflich	-	-	-	-	-	17
Physiotherapeutische Einrichtungen	16	25	30	33	33	37
Logopäden	-	-	2	6	8	8
Psychotherapeuten	2	1	4	6	6	8
Heilpraktiker	-	4	12	10	12	15
Diätassistent	-	-	-	-	-	1
Freiberufl. Krankenschwester	-	-	-	-	-	2
insges.	21	33	52	59	63	92



Die Anzahl der Logopäden, Psychotherapeuten und Heilpraktiker ist zum Jahr 2005 weiter gestiegen. Neu hinzu gekommen sind 1 freiberufliche Diätassistentin und 2 freiberuflich tätige Krankenschwestern.

Beachtlich ist auch die hohe Anzahl der inzwischen nebenberuflich tätigen 17 Hebammen.

So kann eingeschätzt werden, dass sich, unter Beachtung der gesunkenen Einwohnerzahlen, der Versorgungsgrad weiter positiv entwickelt hat.

7.4 Ambulante pflegerische Versorgung

7.4.1 Sozialstationen

Im Berichtszeitraum erbrachten im Stadtgebiet vier Sozialstationen die Angebote der häuslichen Krankenpflege, Leistungen für die Pflegeversicherung und soziale Beratung.

Die Sozialstationen haben einen nicht unerheblichen Anteil an der ambulanten pflegerischen Versorgung.

Als Mitglied der „Qualitätsgemeinschaft Pflege der Liga der freien Wohlfahrtspflege im Land Brandenburg“, einer Institution, deren oberstes Ziel die kontinuierliche Verbesserung von Pflege und Betreuung im Sinne der pflegebedürftigen Patienten ist, arbeiten die Sozialstationen nach bundesweit einheitlichen Grundsätzen und gewährleisten somit eine qualifizierte ambulante Pflege nach der Sozialgesetzgebung.

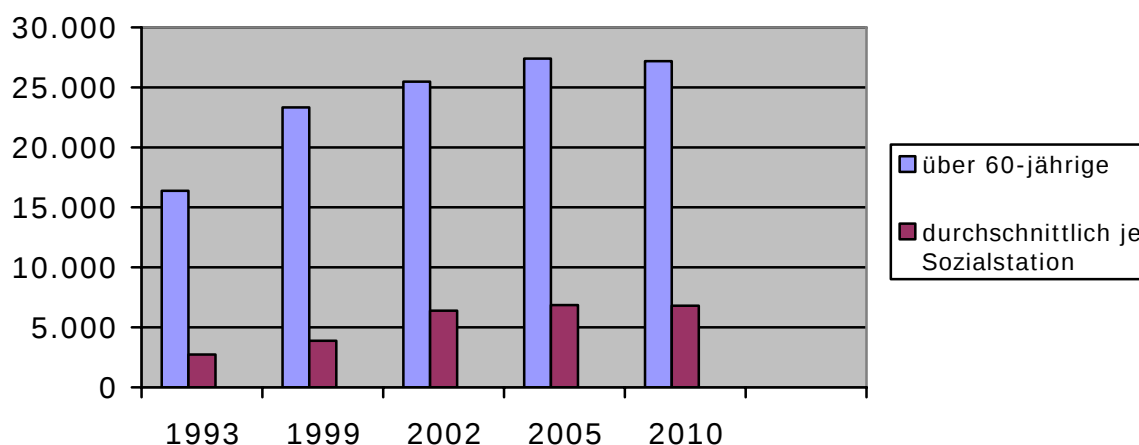
So wurden 2005 insgesamt 214.906 Einsätze in der häuslichen Krankenpflege geleistet, was eine Erhöhung um 7.583 gegenüber dem Jahr 2002 bedeutet. An Personal standen dafür 66 Mitarbeiter zur Verfügung, von denen 37 eine medizinische Ausbildung nachweisen können.

Von den 493 betreuten Bürgern waren 190 in die Pflegestufe I, 94 in die Pflegestufe II und 21 in die Pflegestufe III eingruppiert.

Unter dem Gesichtspunkt der in den kommenden Jahren erheblich steigenden Anzahl der über 60-jährigen Bürger und der damit verbundenen Verschiebung der Altersstruktur ist mit der Fortsetzung des Trends der quantitativ wachsenden Anforderungen an die Leistungen der Sozialstationen zu rechnen.

Tab. 32: Zunahme der Rentner, Cottbus-Stadt, 1993 – 2010

	1993	1999	2002	2005	2010
über 60-Jährige	16.386	23.323	25.477	27.401	27.190
durchschnittlich je Sozialstation	2.731	3.888	6.370	6.850	6.798



7.4.2 Private häusliche Krankenpflegen

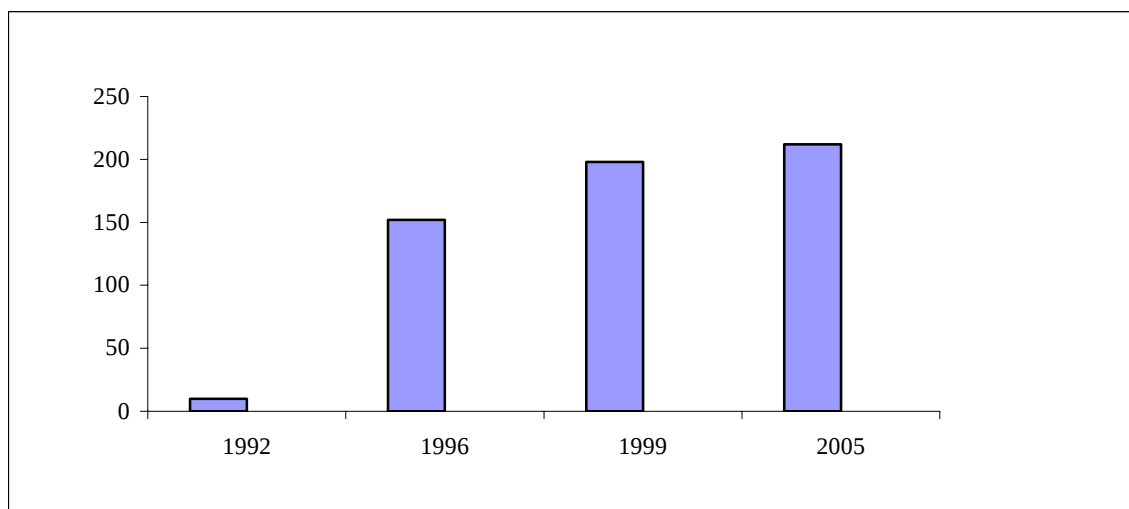
In Cottbus wird der überwiegende Teil der ambulanten Pflegeleistungen durch selbstständig tätige Krankenschwestern und Anbieter mit Angestellten der Heilhilfsberufe und pflegerischen Hilfskräfte erbracht.

Die quantitative Entwicklung der Versorgungsleistungen zeigt sich u. a. an der in den letzten Jahren stetig gewachsenen Anzahl der im Gesundheitsamt registrierten Beschäftigten in den häuslichen Krankenpflegen. Anfang der 90er Jahre begannen einzelne Krankenschwestern mit der freiberuflichen Tätigkeit. Mit veränderten Zulassungsbedingungen der Krankenkassen ab 1995 wurden zunehmend Angehörige der Berufe des Gesundheitswesens sowie pflegerische Hilfskräfte von etablierten Krankenpflegen eingestellt.

Im Jahr 2005 arbeiteten nur vier Krankenschwestern allein, in 17 weiteren Krankenpflegen waren 212 Beschäftigte tätig.

Tab. 33: Beschäftigte in häuslichen Krankenpflegen (ohne Sozialstationen)

	1992	1996	1999	2005
Anzahl der Beschäftigten	10	152	198	212



Dabei ist zu beachten, dass sich die Leistungsspektren der Anbieter in den letzten Jahren immer mehr erweitert haben. Neben der ambulanten Pflege werden hauswirtschaftliche Dienstleistungen und andere Betreuungsmöglichkeiten angeboten. Es ist zu erwarten, dass sich dieser Trend in den kommenden Jahren fortsetzen wird.

8. Öffentliche Einrichtungen mit medizinischer Bedeutung

8.1 Carl- Thiem- Klinikum Cottbus gGmbH

Die am 17. Dezember 2002 beschlossene 1. Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplanes des Landes Brandenburg besitzt nach wie vor Gültigkeit. Die Überarbeitung des Planes ist für das Jahr 2007 avisiert.

Das Carl-Thiem-Klinikum Cottbus wurde mit der Eintragung in das Handelsregister des Amtsgerichtes Cottbus am 18.11.2003 vom Eigenbetrieb der Stadt Cottbus in die Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH umgewandelt. Anhand der Bettenzahl und der Klinikstruktur ist die Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH die größte Einrichtung des Landes Brandenburg.

Tab. 34: Bettenkapazitäten

Fachabteilung	Betten (Stichtag 01.01.06)
Augenheilkunde	25
Chirurgie	247
Frauenheilkunde- und Geburtshilfe	101
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	52
Haut- und Geschlechtskrankheiten	26
Innere Medizin	349
dar.: Geriatrie	30
Rheumatologie	25
Kinderchirurgie	20
Kinderheilkunde	94
Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie	22
Neurochirurgie	35
Neurologie	33
Nuklearmedizin	10
Orthopädie	80
Psychiatrie	80
Strahlentherapie	25
Urologie	46
ges. (incl. Intensivmedizinische Kapazitäten)	1.245
Tagesklinik Rheumatologie	12
Tagesklinik Psychiatrie	20
ges.	1.277

Neben den aufgeführten Betten verfügt das Klinikum über folgende besondere Einrichtungen:

- Brandenburgisches Tumorzentrum,
Onkologischer Schwerpunkt Cottbus e.V.,
- Perinatalzentrum,
- Humangenetik,
- Rheumazentrum/Kinderrheumazentrum,
- Labor für Invitro-Fertilisation (Reproduktionsmedizin),
- Sozialpädiatrisches Zentrum.

Des Weiteren wird eine Apotheke vorgehalten.

Für Diagnostik und Therapie stehen bereichsübergreifend vier Institute zur Verfügung:

- Institut für Mikrobiologie und Krankenhaushygiene,
- Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik,
- Institut für Radiologie und Strahlentherapie,
- Institut für Pathologie.

Für die Entwicklung des Berufsnachwuchses sowie zur Weiterbildung hat die dem Carl-Thiem-Klinikum angegliederte Medizinische Fachschule mit 371 als förderfähig anerkannten Ausbildungsplätzen im Jahr 2005 besondere Bedeutung.

Das Carl-Thiem-Klinikum Cottbus ist akademisches Lehrkrankenhaus der „Charité` Berlin.

8.1.1 Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen

Im Jahr 2005 wurden 41.757,5 vollstationäre und 279 teilstationäre sowie 6.671 vorstationäre Patienten behandelt. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Fallzahl im vollstationären Bereich um 3,2 % gesunken, im vorstationären Bereich jedoch um 9,8 % gestiegen. Die Verweildauer ist mit 8,8 Tagen (Vorjahr 8,6 Tage) leicht angestiegen. Die Bettenauslastung aller Kliniken ist im Durchschnitt mit 81 % zu registrieren.

An medizinischen Großgeräten hält das Klinikum vor:

- 2 Computertomographen,
- 2 Linearbeschleuniger,
- 1 Linksherzkathedermessplatz,
- 1 Lithotripter,
- 1 Kernspintomograph,
- 1 digitale Subtraktionsangiographieanlage,
- 4 Gammakameras,
- 22 Dialysegeräte.

8.1.2 Personal

Zur Lösung der dargestellten Aufgaben standen 2005 durchschnittlich 1.944,9 Vollkräfte zur Verfügung, damit gehört das Klinikum zu den größten Arbeitgebern der Region.

Aufgeschlüsselt auf die Dienstarten ergibt sich folgender Überblick:

Dienstart	beschäftigte Vollkräfte (Ø)
Ärztlicher Dienst	304,3
Pflegedienst	765,0
Medizinisch-technischer Dienst	344,5
Funktionsdienst	169,1
Klinisches Hauspersonal	10,9
Wirtschafts- u. Versorgungsdienst	141,9
Technischer Dienst	53,4
Verwaltungsdienst	117,1
Personal der Ausbildungsstätte	29,1
Sonstiges	9,6
ges.	1.944,9

8.1.3 Wirtschaftliche Verhältnisse des Carl-Thiem-Klinikums

Das Jahr 2005 war insgesamt für das Carl-Thiem-Klinikum erneut ein Jahr mit positiver Tendenz, damit setzte sich diese Tendenz seit der letzten Berichterstattung unvermindert fort. Nicht nur die ausgeglichene Finanzlage, sondern auch die Leistungen der einzelnen Kliniken demonstrieren Stabilität, Wirtschaftlichkeit und medizinisches Können.

8.1.4 Baumaßnahmen

Wie in den Vorjahren wurden wieder umfangreiche Sanierungsmaßnahmen abgeschlossen. Sie wurden unter teilweise sehr erschwerten Bedingungen erbracht. Patienten und Beschäftigte mussten Lärm, Schmutz, veränderte Wegeführungen und Sperrungen ganzer Bereiche in Kauf nehmen. Ein besonderer Schwerpunkt war, wie in den Vorjahren, die weitere Umsetzung der Maßnahmen des Brandschutzes.

Weitere Kernprojekte waren:

- 5. Bauabschnitt mit Vorabmaßnahmen und dem 1. Teilabschnitt,
- Haus 33,
- Haus 60 mit 160 Betten.

8.2 DRK-Blutspendedienst Cottbus

Das Blutspendeinstitut Cottbus ist Bestandteil der DRK-Blutspendedienst Berlin und Brandenburg gGmbH, einer Tochtergesellschaft der DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg/Hessen gGmbH. Diese Gruppe von Blutspendediensten mit 1.400.000 Blut- und Plasmaspendern ist heute mit ihren Tochtergesellschaften der größte Blutspendedienst in der Bundesrepublik Deutschland.

In den Jahren 2003/2004 wurde das Institut Cottbus umfassend rekonstruiert und es präsentiert sich seit dieser Zeit in einem neuen Outfit.

Tätigkeitsschwerpunkte dieses Instituts sind die Entgegennahme von Blut- und Plasmaspenden im südlichen Teil des Landes Brandenburg sowie die Laboruntersuchungen aller in Berlin und Brandenburg gespendeten Blutkonserven. Von Cottbus aus werden die Kliniken im Süden und Osten Brandenburgs mit Blutkonserven versorgt.

In Zusammenarbeit mit zwei Krankenhäusern hat sich das Institut auf die Herstellung autologer Stammzellen spezialisiert.

Die Bereitschaft der Bürger Blut zu spenden, ist nach wie vor nicht ausreichend. Insbesondere die saisonalen Schwankungen (Urlaubszeit, Feiertage) führen teilweise zu Engpässen in der Blutversorgung.

Tab. 35: Entwicklung der Blutspenden im Territorium

	Einzugsgebiet des Cottbuser Instituts	Cottbus Stadt und Land
1998	35.306	9.042
1999	34.980	8.932
2000	33.788	9.158
2001	35.753	9.506
2002	37.011	9.368
2003	38.003	8.846
2004	37.962	8.996
2005	38.246	9.330

Aus den Zahlen ist ersichtlich, dass die Spendefreudigkeit in der Cottbuser Region in den letzten Jahren annähernd gleich geblieben ist.

Tab. 36: Verbrauch an Blutkonserven

	Carl-Thiem-Klinikum	Herzzentrum
1998	10.831	2.910
1999	10.765	5.529
2000	9.983	4.803
2001	9.466	4.715
2002	8.592	4.592
2003	8.485	4.209
2004	8.930	4.178
2005	8.676	2.178

Der Blutverbrauch in den beiden Cottbuser Kliniken, Carl-Thiem-Klinikum und Sana-Herzzentrum, zeigt, bedingt durch den gezielteren Einsatz der Blutprodukte, in den letzten Jahren eine rückläufige Tendenz. Die Zahlen zeigen aber auch, dass zur Versorgung der beiden Cottbuser Kliniken das Spendeaufkommen der Stadt nicht ausreicht.

Um auch künftig die beiden Kliniken stabil mit Blutprodukten zu versorgen, muss das Spendeaufkommen in der Stadt und Umgebung weiter gesteigert werden. Dazu bedarf es der Unterstützung durch Politik, Unternehmen, Verwaltungen usw. aus der Region.

8.3. Rettungsdienst

Träger des Rettungsdienstes ist entsprechend den gesetzlichen Regelungen die Stadt Cottbus. Der Versorgungsbereich umfasst ein Territorium von 15.036 ha. Im Cottbus nahen Teil des Landkreises Spree-Neiße werden ca. 41.000 Einwohner durch den Notarzt und ca. 16.000 Einwohner durch die RTW der Stadt Cottbus versorgt.

8.3.1. Rettungswachen

Seit der Errichtung des neuen Gebäudes im Jahr 1999 verfügt die Stadt Cottbus über drei Rettungswachen. Eine Übersicht zeigt Standorte, Betreiber und Rettungsmittel.

Ort	Betreiber	Rettungsmittel
Rettungswache I Hauptfeuer- und Rettungswache Dresdener Straße 46	Feuerwehr	2 RTW 1 NEF (Reserve: 2 RTW, 1 NEF, 1 KTW)
Rettungswache II Feuer- und Rettungswache Ewald-Hasse-Straße 3	Feuerwehr	1 RTW
	Deutsches Rotes Kreuz	2 KTW
Rettungswache III Welzower Straße 27 a	Johanniter- Unfallhilfe	1 NEF 1 KTW 1 RTW

RTW = Rettungstransportwagen
KTW = Krankentransportwagen
NEF = Notarzteinsetzfahrzeug

8.3.2 Einsätze der Rettungsmittel im Berichtszeitraum

Art der Rettungsmittel	Gesamteinsätze	dav. Fehleinsätze
RTW	10.310	1.171
NEF	5.282	209
KTW	1.743	13
Notarzteinsetze	5.282	209
insges.:	17.335	1.393

Gegenüber dem letzten Berichtszeitraum ist bei der Anzahl der Gesamteinsätze ein Rückgang von 13,32 % zu verzeichnen. Der Anteil der Fehleinsätze beträgt 8,04 % und liegt damit über dem Wert des vorigen Berichtszeitraumes, jedoch durchaus im bundesweiten Durchschnitt. In der Notfallrettung hat sich die Zahl der Einsätze pro Jahr auf einen kontinuierlichen Wert eingepegelt.

Die Zahl der KTW-Einsätze ist auf 35,5 % gesunken, sie ist mit der Umsetzung der Gesundheitsreform begründet. Es ist zu erwarten, dass diese sinkende Tendenz in den nächsten Jahren anhält.

9. Das Gesundheitsamt der Stadt Cottbus

9.1 Struktur des Gesundheitsamtes

Die Struktur des Gesundheitsamtes der Stadt Cottbus ist das Ergebnis der konsequenten Umsetzung des „Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg“ (BbgGDG vom 03.06.1994) sowie struktureller Veränderungen innerhalb der Stadtverwaltung.

Die Entwicklung der letzten Jahre war nach wie vor durch die weitere effektive Gestaltung und Komprimierung der verwaltungsorganisatorischen Abläufe geprägt. Nach den Ausgliederungen der Schwangerenkonfliktberatung im Jahr 2001 und der Suchtberatung im Jahr 2003 beschränkten sich die Aufgaben des Amtes weitestgehend auf Pflichtaufgaben per Gesetz.

Im Jahr 2006 wird die Entscheidung der Stadtverordneten zum Verbleib bzw. Wechsel in freie Trägerschaft der Interdisziplinären Frühförder- und Beratungsstelle des Gesundheitsamtes erwartet. Damit wird die Struktur des Amtes für einen längeren Zeitraum bestimmt werden, der mindestens bis zum Jahr 2012 reicht.

Stellen per 1.1.	1990	1994	1998	2001	2003	2004	2005
Ärzte	12 (11,8 VbE)	9 (8,8 VbE)	9 (8,8 VbE)	4	5	5	5
Zahnärzte	2	3 (2,88 VbE)	3 (2,88 VbE)	2	1	1	1
Psychologen	1	3	3	3 (2,8 VbE)	3 (2,8 VbE)	2 (1,88 VbE)	2 (1,88 VbE)
Physio- therapeuten	-	3	3	9 (8,04 VbE)	9 (8,04 VbE)	9 (8,04 VbE)	9 (8,04 VbE)
Heilpädagoge	-	-	1	1	2	2	2
Logopäde	-	-	1	1	1	1	1
Sozialarbeiter	35	20	17	12 (11,88 VbE)	8	4	4
Hygiene- inspektoren	14	5	5	4	4	4 (3,75 VbE)	5
Med.-Funkt.- Dienst	11 (10,7 VbE)	10 (9,48 VbE)	7 (6,88 VbE)	11 (10,55 VbE)	11 (10,43 VbE)	12 (11,18 VbE)	11 (10,18 VbE)
Verwaltungs- kräfte	20	4	4	3	3	3	3
Sekretärin/ Schreibkraft	7 (6,7 VbE)	5 (4,7 VbE)	3	3	3	2	2
Technisches Personal	6 (5,03 VbE)	6 (5,03 VbE)	1	-	-	-	-
Koordinator CTK	-	1	1	1	1	-	-
Betreuungs- behörde	-	2	2	2	2	2	2
Gesundheits- vorsorge	2	2	2	2	2	2	2
Archiv	-	3 (1,3 VbE)	5 (2,38 VbE)	3 (1,05 VbE)	3 (1,9 VbE)	3 (1,9 VbE)	3 (1,9 VbE)
Personen insgesamt:	110	76	67	61	58	52	52
in VbE:	107,73	72,19	63,94	57,32	55,17	48,75	49

10. Schlussfolgerungen und Aussicht

Mit dem vorliegenden Jahresgesundheitsbericht 2005 haben wir eine umfangreiche Datensammlung und umfassende Dokumentation in den Händen, die uns eine Beurteilung der gesundheitlichen Erfordernisse der Bevölkerung der Stadt Cottbus ermöglicht.

Wir sehen, dass eine an Zielgruppen orientierte Prävention zwingend erforderlich ist, um nicht mit den Folgen unentdeckter Erkrankungen und gesundheitlich beeinträchtigenden Entwicklungen kämpfen zu müssen.

Die veränderte demografische Entwicklung führt zu einer Aufgabenverschiebung in den verschiedensten Bereichen des Gesundheitswesens. Zunehmend muss sich Prävention auch auf Erkrankungen des höheren Lebensalters ausrichten.

In der Zukunft wird sich das Aufgabenspektrum in den Fachbereichen „Sozialpsychiatrie“ und „Betreuung“ erweitern.

Die positiven Ergebnisse bei der Beurteilung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie ihrer Zahngesundheit, die Seltenheit des Auftretens impfpräventabler Erkrankungen oder des Auftretens von epidemiologisch bedeutsamen Ereignissen sind Ergebnis kontinuierlicher Überwachung und Einleitung der notwendigen Maßnahmen.

Sehr positiv ist in Cottbus die Zusammenarbeit der einzelnen Partner in allen Fachbereichen, insbesondere der Gesundheitsförderung, der Sucht- und Drogenprävention und der psychiatrischen Versorgung hervorzuheben.

Eine effiziente kommunale Gesundheitspolitik ist nur möglich im Zusammenwirken aller im Gesundheitswesen der Stadt Beteiligten und auf der Grundlage konsequenter Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung.

Gesamtherstellung:

Stadtverwaltung Cottbus
Gesundheitsamt

Zuarbeiten folgender Ämter und Einrichtungen:

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Land Brandenburg
DRK-Blutspendedienst Berlin und Brandenburg gGmbH
Carl-Thiem-Klinikum Cottbus
Bürgeramt der Stadtverwaltung Cottbus

Ihre Rückfragen richten Sie bitte an:

Gesundheitsamt Cottbus
Frau Gisela Wasmus
Puschkinpromenade 25
03044 Cottbus

Tel.: 03 55/6 12 32 02
Fax: 03 55/6 12 35 04