



12hundert05
Magdeburg

Magdeburg - sozial

Forschungsprojekt „Gesundheit als integrierendes Leitziel in der Konzeption und Erprobung eines regionalen Berichtssystems nachhaltiger Entwicklung“

Beschreibung der sozialen Lage

Jugendhilfe-, Sozial- und Gesundheitsplanung
2005 - Band 3

Herausgegeben von der Stabsstelle für Jugendhilfe-, Sozial- und Gesundheitsplanung
der Landeshauptstadt Magdeburg

Magdeburg 2005

Postanschrift: Landeshauptstadt Magdeburg,
Der Oberbürgermeister
Stabsstelle für Jugendhilfe-, Sozial- und Gesundheitsplanung
39090 Magdeburg

Hausanschrift: Landeshauptstadt Magdeburg,
Der Oberbürgermeister
Stabsstelle für Jugendhilfe-, Sozial- und Gesundheitsplanung
W.- Höpfner- Ring 4
39116 Magdeburg

Telefon: (0391) 540 3240
Fax: (0391) 540 3243

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

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

Inhaltsverzeichnis

1 DEMOGRAFISCHE SITUATION	1
1.1 BEVÖLKERUNGSSTAND	1
1.2 WANDERUNGSBEWEGUNG	5
1.2.1 Altersstruktur in der räumlichen Wanderungsbewegung.....	5
1.2.2 Zielgebiete und Herkunftsregionen der Wanderungsbewegung	7
1.2.3 Natürliche Bevölkerungsbewegung.....	7
1.3 BEVÖLKERUNGSDICHTE	9
1.4 AUSLÄNDISCHE BEVÖLKERUNG IN MAGDEBURG	11
1.5 TABELLEN ZUR DEMOGRAFIE.....	14
2 GESUNDHEIT	21
2.1 ERGEBNISSE DER SCHULUNTERSUCHUNGEN	21
2.1.1 Einleitung	21
2.1.2 Rechtliche Grundlagen im Land Sachsen-Anhalt	22
2.1.3 Schuleingangsuntersuchung in Magdeburg	22
2.1.4 Erfassung und Auswertung des Impfstandes bis zum 7. Lebensjahr - ein Pilotprojekt.....	27
2.1.5 U - Untersuchungen	28
2.1.6 Impfstand der 4. Klassen 2004 in Magdeburg	29
2.1.7 Untersuchungen der 10. Klassen 2001 in Magdeburg.....	29
2.1.8 Zusammenfassung	32
2.2 DIE ZAHNGESUNDHEIT IN MAGDEBURG	34
2.2.1 Einführung.....	34
2.2.2 Entwicklung oraler Gesundheit in Magdeburg.....	36
2.3 MELDEPFLICHTIGE INFektionsKRANKHEITEN 2002/1997	41
2.3.1 Enteritis infectiosa (infektiöse Darmerkrankungen)	42
2.3.2 Tuberkulose	45
2.3.3 Sonstige meldepflichtige Infektionserkrankungen.....	46
2.4 APOTHEKEN UND AMBULANT TÄTIGE ÄRZTE UND ZAHNÄRZTE IM STADTGEBIET	50
2.5 STRAßENVERKEHRSUNFÄLLE	54
2.6 BEHINDERTE FRAUEN UND MÄNNER IN DER STADT MAGDEBURG	57
2.6.1 Schwerbehinderte nach Altersgruppen in Magdeburg.....	59
2.6.2 Schwerbehinderte nach Art der schwersten Behinderung	61
2.7 PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	62
2.8 STERBLICHKEIT UND TODESURSACHEN	64
2.8.1 Alters und Geschlechtsstruktur der Sterbefälle.....	64
2.8.2 Todesursachen im Überblick.....	66
2.8.3 Vermeidbare Todesursachen.....	68
2.8.4 Säuglingssterblichkeit	70
2.8.5 Tabellen zu den Todesursachen	71

3. BILDUNG	73
3.1 ALLGEMEINBILDENDE SCHULEN	73
3.1.1 Schüler der Klassenstufe 7 in den Schularten.....	74
3.1.2 Schulabgänger.....	75
3.1.3. Schulverweigerer.....	77
4 SOZIALES.....	78
4.1 HAUSHALTSGRÖßEN IN MAGDEBURG	78
4.2 WOHNUNGSSITUATION.....	80
4.3 SOZIALHILFEBEDÜRFTIGKEIT	82
4.3.1 Entwicklung der Sozialhilfe-Ausgaben.....	82
4.3.2 Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen	84
4.3.3 Hilfe in besonderen Lebenslagen	99
4.4 WOHNUNGSGELD.....	101
4.5 MIETSCHULDEN.....	104
4.6 OBDACHLOSIGKEIT	108
4.6.1 Entwicklung von Räumungsklagen und Zwangsräumungen.....	108
4.6.2 Städtische Obdachloseneinrichtungen	110
4.7 EINKOMMENSITUATION IN MAGDEBURG	112
4.8 ARBEITSLOSIGKEIT.....	115
4.9 JUGENDDELINQUENZ UND JUGENDHILFE	118
4.9.1 Gewaltkriminalität	119
4.9.2 Rauschgiftdelikte/Alkoholmissbrauch	120
4.9.3 Jugendgerichtshilfe (JGH)	120
4.9.4 Jugendhilfe	123
5 PARTIZIPATION UND WAHLEN.....	131
5.1 SELBSTHILFEGRUPPEN.....	131
5.2 GEMEINWESENARBEIT.....	133
5.3 DIE BETEILIGUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN ALS INTEGRALER BESTANDTEIL DER KOMMUNALPOLITIK DER LANDESHAUPTSTADT MAGDEBURG	134
5.3.1 Gesetzliche Grundlagen für die Partizipation von Kindern und Jugendlichen	134
5.3.2 Das Projekt „MACHT MIT“	134
5.3.3 Jugendforum Magdeburg	136
6 KOMMUNALE ÖKONOMIE.....	140
6.1 BRUTTOWERTSCHÖPFUNG	140
6.1.1 Zum Begriff der Bruttowertschöpfung.....	140
6.1.2 Einordnung der BWS in die gesamtwirtschaftliche Darstellung	140
6.1.3 Statistik zur Bruttowertschöpfung der Stadt Magdeburg.....	140
6.2 EINNAHMEN UND AUSGABEN DER STADT MAGDEBURG	143
6.2.1 Begriffserklärung	143
6.2.2 Statistik zu den Einnahmen und Ausgaben der Stadt Magdeburg	144
6.2.3 Ein Vergleich der Städte Dessau, Halle und Magdeburg	145
6.3 PRO-KOPF-VERSCHULDUNG	146
6.3.1 Begriffserklärung	146
6.3.2 Statistik zur Verschuldung der Stadt Magdeburg	146
6.4 ERWERBSTÄTIGKEIT.....	148
6.5 UNTERNEHMENSBESTAND.....	151

7 UMWELT	153
7.1 FLÄCHENNUTZUNG IN MAGDEBURG	153
7.2 LÄRMBELASTUNG	154
7.2.1 <i>Einleitung</i>	154
7.2.2 <i>Lärmwirkungen und Gesundheit</i>	154
7.2.3 <i>Elemente und Instrumente der Lärmbekämpfung</i>	157
7.2.4 <i>Schallimmissionspläne Magdeburgs</i>	162
7.2.5 <i>Das Neubaugebiet Olvenstedt</i>	164
7.2.6 <i>Zusammenfassung</i>	165
7.3 DIE SCHADSTOFFBELASTUNG DER LUFT	166
7.3.2 <i>Kohlenmonoxid CO</i>	167
7.3.3 <i>Stickstoffoxide</i>	168
7.3.4 <i>Ozon O₃</i>	169
7.3.5 <i>Feinstaub PM 10</i>	170
7.3.6 <i>Benzol</i>	170
7.3.7 <i>Toluol und Xylole</i>	171
7.3.8 <i>Ruß</i>	171
7.4 PKW-BESTAND IN MAGDEBURG	172
QUELLEN	174
ERLÄUTERUNG WICHTIGER FACHBEGRIFFE.....	178
INDIKATORENVERZEICHNIS.....	179
TABELLENVERZEICHNIS	182
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	186

1 Demografische Situation

1.1 Bevölkerungsstand

Detaillierte Kenntnisse über die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung sind eine wichtige Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung. In Abhängigkeit vom Alter und Geschlecht ändert sich die Anfälligkeit für bestimmte Krankheiten und Unfälle. Mit fortschreitendem Alter kommt es im Allgemeinen zu einem höheren Bedarf an gesundheitlicher Versorgung. Für einen Vergleich von Daten über Krankheitshäufigkeiten ist in Anbetracht der unterschiedlichen Entwicklung der Bevölkerungsstruktur ein Bezug auf die entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppen notwendig.

Am 31.12.2003 hatte Magdeburg 227 129 Einwohner mit Hauptwohnsitz in der Landeshauptstadt, darunter 117 825 Frauen. Wie in den vergangenen Jahren setzte sich auch im Jahr 2003 der Einwohnerverlust mit 1041 Personen auf geringem Niveau fort. Im Laufe des Vorjahres verlor Magdeburg noch 1585 Personen.

Ursache für den Bevölkerungsverlust 2003 ist das anhaltende Geburtendefizit. Die Wanderungsbewegung, die seit der Wende den größten Anteil an der negativen Bevölkerungsentwicklung hatte, führte im Berichtsjahr zu einem positiven Saldo von 304 Personen.

2003 kamen statistisch gesehen 108 Magdeburgerinnen auf 100 Magdeburger. Im Jahr 1990 lag das Geschlechterverhältnis noch bei 111 zu 100.

Die Entwicklung der Einwohnerzahlen in Magdeburg zeigt die nachfolgende Tabelle.

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

(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt; 2003 Fortschreibung des Amtes für Statistik auf der Basis des Einwohnermelderegisters)

Jahr	Einwohner gesamt	männlich	weiblich	Altersdurchschnitt
1990	278 807	132 067	146 740	38,26
1991	275 238	130 768	144 470	39,07
1992	272 516	129 879	142 637	39,48
1993	270 546	129 920	140 626	39,88
1994	265 379	127 713	137 666	40,45
1995	257 656	124 096	133 560	41,08
1996	251 031	120 577	130 454	41,67
1997	245 509	117 763	127 746	42,22
1998	239 462	115 028	124 434	42,73
1999	235 073	112 839	122 234	43,21
2000	231 450	110 977	120 473	43,69
2001*	229 755	110 263	119 492	44,09
2002	228 170	109 672	118 498	44,40
2003	227 129	109 304	117 825	44,72

* Eingemeindung von Beyendorf- Sohlen am 01.04.2001 mit 1239 Einwohnern

Bedingt durch den Rückgang der Geburten seit Beginn der neunziger Jahre und den Verlust von vorrangig jungen Leuten durch die Wanderungsbewegung erhöhte sich der Altersdurchschnitt der Magdeburger Bevölkerung seit 1990 um ca. 6,5 Jahre auf 44,72 Jahre.



Abbildung 1: Altersstruktur der Magdeburger Hauptwohnsitzbevölkerung 2003

(Quelle: Landeshauptstadt Magdeburg, Einwohnermeldeamt, Amt für Statistik, Stand 31.12.2003)

Die Bevölkerungspyramide in der Abbildung 1 zeigt deutlich das Geburtendefizit seit 1991. Ebenso ist zu erkennen, dass sich das Geschlechterverhältnis vom Männerüberschuss ab etwa dem 47. Lebensjahr in ein Männerdefizit umkehrt.

Weitere Merkmale der Bevölkerungspyramide sind der so genannte Pillenknick bei den jetzt etwa 30-Jährigen sowie der Geburtenausfall infolge des Zweiten Weltkrieges bei den jetzt ca. 60-Jährigen.

Das Geburtendefizit, wie auch die nicht ausgeglichene Wanderungsbewegung führten zu einem Bevölkerungsverlust in Magdeburg, der jedoch vorrangig die jüngeren bis mittleren Altersgruppen betraf. Die Altersgruppe der ab 65-Jährigen vergrößerte sich jedoch nicht nur anteilmäßig, sondern auch zahlenmäßig. Gab es 1990 noch 35 519 Einwohner ab 65 Jahren, so waren es 1997 schon 38 740. Im Jahr 2002 waren 44 065 und im Jahr 2003 bereits 45 995 Einwohner über 65 Jahre alt. Da zunehmend stark besetzte Jahrgänge diese Altersschwelle überschreiten, ist mit einem Fortschreiten dieser Entwicklung zu rechnen. Das Statistische Landesamt Sachsen-Anhalt gibt mit seiner regionalisierten Bevölkerungsprognose für 2010 einen voraussichtlichen Bestand von 48 951 Einwohnern ab 65 Jahre an. [1]

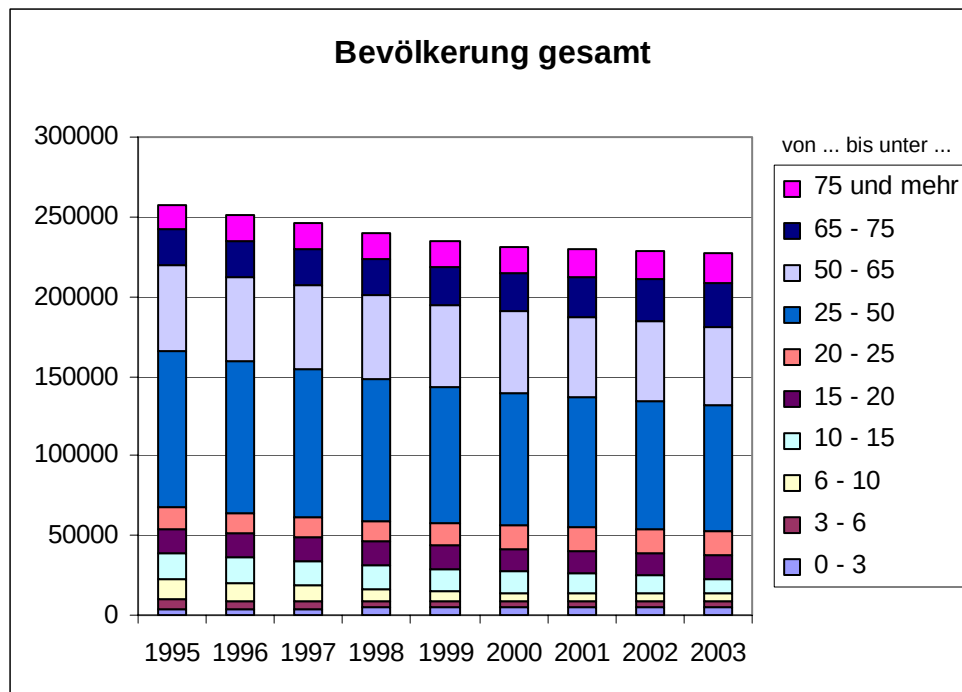


Abbildung 2: Entwicklung der Hauptwohnsitzbevölkerung nach Altersgruppen [1]

Deutlich erkennbar ist die Bevölkerungsabnahme vorrangig in den Altersgruppen von 25 bis unter 50 Jahren und von 3 bis unter 15 Jahren. Die Altersgruppe von unter 3 Jahren ist bereits durch das Geburtendefizit seit Beginn der 90-er Jahre dezimiert, sodass in dieser Darstellung ein nahezu gleich bleibender Bestand erkennbar ist.

Die Altersstruktur der Bevölkerung von Magdeburg ist in den einzelnen Stadtteilen unterschiedlich. Ein Einflussfaktor auf die Altersstruktur in den Stadtteilen ist trotz der Wanderungsbewegung innerhalb der Stadtgrenzen und damit der Vermischung der Altersgruppen auch der Entstehungszeitraum von neuen Wohnsiedlungen. Neu Olvenstedt, als letzte Neubaugroßsiedlung in Magdeburg, hat immer noch einen überdurchschnittlichen Anteil an unter 45-Jährigen. Vor wenigen Jahren war dieses Merkmal noch stärker ausgeprägt. 1997 waren noch ca. 75 % der Neu Olvenstedter Bevölkerung in einem Alter unter 45 Jahren, im Jahr 2003 waren es dagegen weniger als 58 %. Aber auch insgesamt nahm die Einwohnerzahl in diesem Zeitraum um etwa 40 % in Neu Olvenstedt ab.

Die älteren Neubaugebiete sind bereits geprägt von einem überdurchschnittlichen Anteil an 45- Jährigen und Älteren (Neustädter See, Kannenstieg, Reform). Im Stadtteil Neustädter See haben mehrere größere Altenpflegeheime einen Einfluss auf die Altersstruktur.

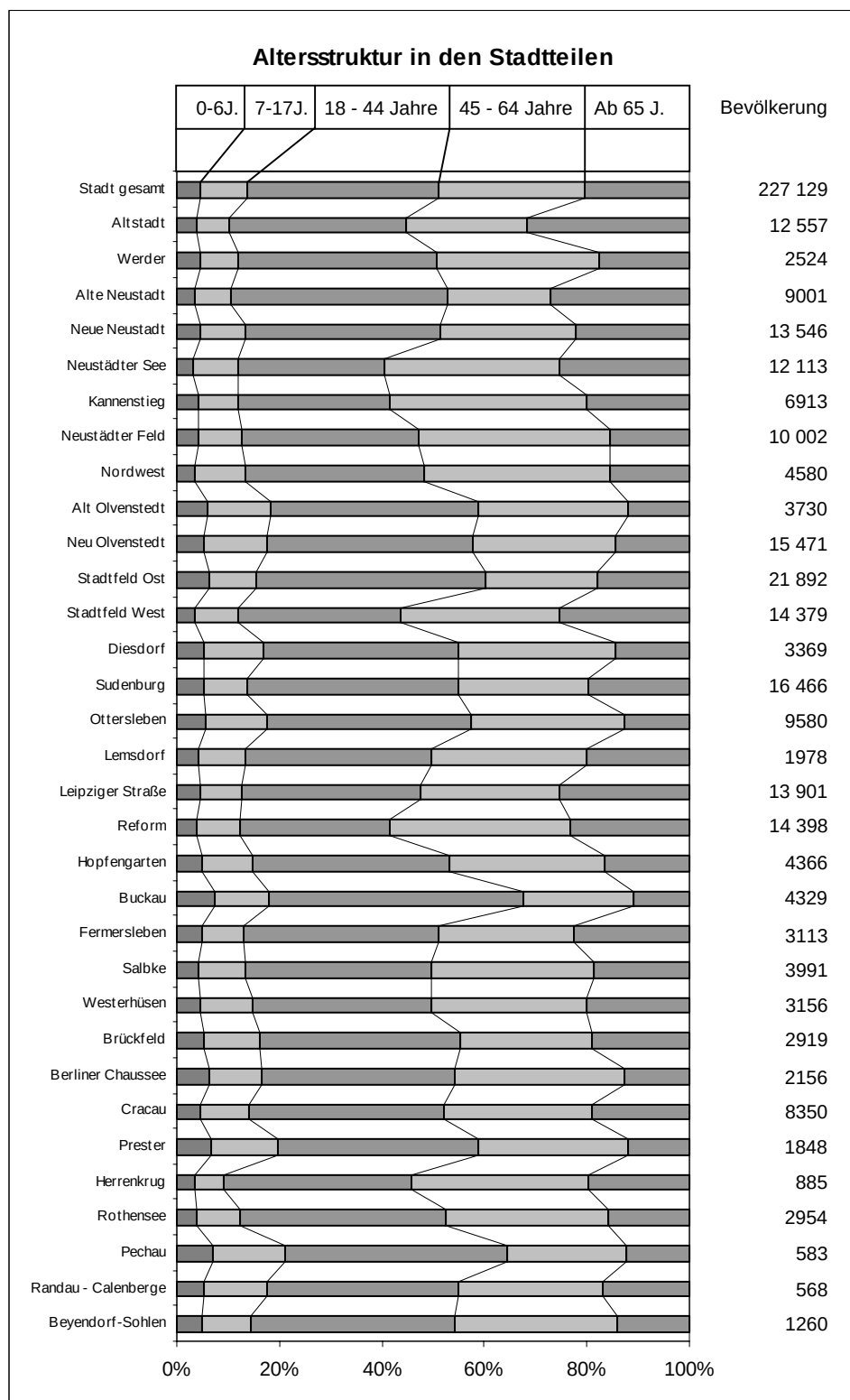


Abbildung 3: Altersstruktur der Magdeburger Bevölkerung in den Stadtteilen 2003 [1]

(nicht aufgeführte Stadtteile haben weniger als 100 Einwohner)

(Quelle: Fortschreibung des Amtes für Statistik auf der Basis des Einwohnermelderegisters, Stand 31.12.2003)

1.2 Wanderungsbewegung

Die Stadt Magdeburg hat seit 1990 einen Rückgang der Bevölkerung um etwa 51 700 Personen zu verzeichnen. Bis zum Jahr 2000 wurde dieser Einwohnerverlust zum größten Teil durch überproportionale Wegzüge aus Magdeburg verursacht. Im Jahr 1995 war der nicht ausgeglichene Saldo der Wanderungsbewegung zu 82 % und der Saldo Geburten - Sterbefälle nur zu 18 % am Bevölkerungsverlust beteiligt. 2003 sind in Magdeburg mehr Zuzüge als Wegzüge zu verzeichnen. Daraus ergab sich im Berichtsjahr ein Wanderungsgewinn von 304 Personen, der jedoch den Verlust von 981 Personen durch die höhere Anzahl von Sterbefällen im Vergleich zu den Geburten nicht kompensieren konnte.

1.2.1 Altersstruktur in der räumlichen Wanderungsbewegung

In der nachfolgenden Abbildung sind die Wegzüge aus Magdeburg für verschiedene Altersgruppen in den letzten sieben Jahren dargestellt. Um eine Vergleichbarkeit herzustellen, wurden die Zahlen nicht absolut dargestellt, sondern auf 1000 Personen der Altersgruppe bezogen. Die Zahlen zu den dargestellten Abbildungen finden Sie im Anhang dieses Abschnittes unter 1.5.

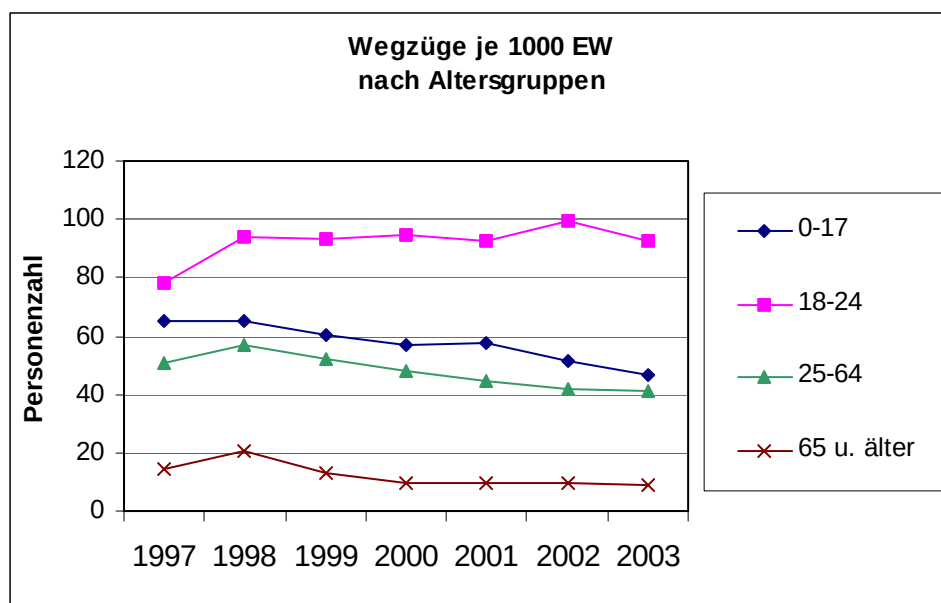


Abbildung 4: Wegzüge aus Magdeburg je 1000 Einwohner nach Altersgruppen, 1997 bis 2003 [1]

Die Gruppe der 18- bis 24-Jährigen zeigt hier die höchste Fluktuationsrate. Da diese Altersgruppe Studenten und junge Leute beim Einstieg in das Arbeitsleben beinhaltet, ergeben sich für Magdeburg als Hochschulstandort ebenfalls eine hohe Zahl von Zuzügen. Von ca. 71 Zuzügen pro 1000 Einwohner dieser Altersgruppe im Jahr 1997 stieg die Zahl der Zuzüge auf 124 Zuzüge pro 1000 Einwohner bis zum Jahr 2003 kontinuierlich an. Im Berichtsjahr ergibt sich damit ein Zuwachs von 666 Personen durch die Wanderungsbewegung bei den 18- bis 24-Jährigen.

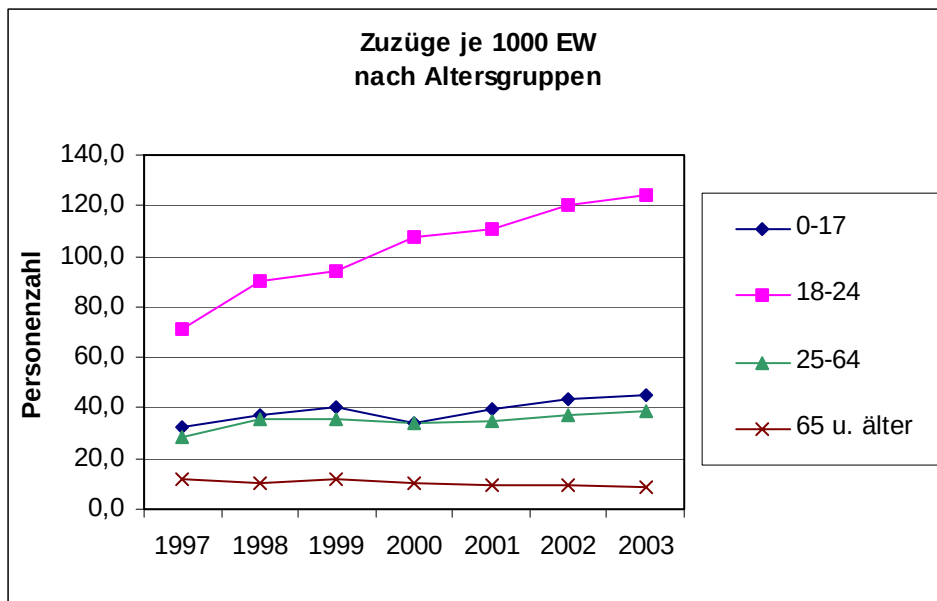


Abbildung 5: Zuzüge nach Magdeburg je 1000 Einwohner nach Altersgruppen, 1997 bis 2003

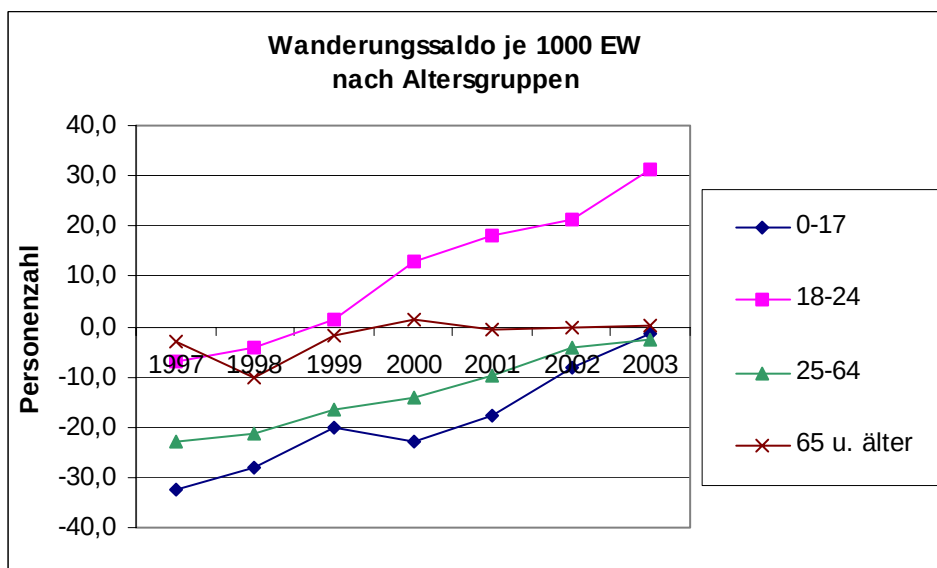


Abbildung 6: Wanderungssaldo je 1000 Einwohner nach Altersgruppen, 1997 bis 2003

Die Altersgruppe der 0- bis 17-Jährigen sowie die Altersgruppe der 25- bis 64-Jährigen haben ähnliche Quoten beim Zuzug, wie auch beim Wegzug. Sie repräsentieren Familien mit Kindern. Die Wegzüge dieser Altersgruppen aus Magdeburg verringerten sich im Verlauf der letzten sieben Jahre stetig, ebenso nahmen die Zuzüge geringfügig zu.

Ergab sich 1997 in diesen Altersgruppen noch ein Einwohnerverlust von 4587 Personen durch die Wanderungsbewegung, so betrug im Berichtsjahr der Einwohnerverlust nur noch 376 Personen.

Die Altersgruppe der 65- Jährigen und Älteren ist im Beobachtungszeitraum durch eine geringe Mobilität gekennzeichnet, die sich im Saldo der letzten Jahre nahezu ausgleicht. Lediglich im Jahr 1998 war eine größere Abwanderung festzustellen (433 Zuzüge zu 867 Wegzügen). [1]

1.2.2 Zielgebiete und Herkunftsregionen der Wanderungsbewegung

Für die deutsche Hauptwohnsitzbevölkerung waren im Jahr 2003 die umliegenden Kreise (Jerichower Land, Ohrekreis, Bördekreis und Kreis Schönebeck) die beliebtesten Ziele. Etwa 34 % der Wegziehenden ließen sich in den Nachbarkreisen nieder, aber auch 37 % der nach Magdeburg Ziehenden hatten ihren Wohnsitz vorher dort.

Die zweitgrößte Gruppe (29 %) der aus Magdeburg Wegziehenden verlegten ihren Wohnsitz in die alten Bundesländern und nach Berlin. 25 % der Zugezogenen kamen aus den alten Bundesländern und Berlin.

Das übrige Sachsen-Anhalt hatte unter den Zuziehenden einen Anteil von 15 % und unter den Wegziehenden ließen sich 10 % in Sachsen-Anhalt nieder. Die anderen neuen Bundesländer waren mit je 8 % als Ziel der Wegziehenden, aber auch als Herkunftsregion, beteiligt.

In das Ausland zogen weniger als 2 % der Wegziehenden. Etwa den gleichen Anteil stellen die aus dem Ausland Zugezogenen. [1]

1.2.3 Natürliche Bevölkerungsbewegung

Nachdem die räumliche Wanderungsbewegung weiter an Einfluss verloren hat, wirkt sich die natürliche Bevölkerungsbewegung, das Verhältnis von Verstorbenen zu Lebendgeborenen, stärker auf die Bevölkerungsentwicklung in Magdeburg aus.

Seit etwa 1997 hat sich der Saldo der natürlichen Bevölkerungsbewegung nach dem Einschnitt am Anfang der 90-er Jahre stabilisiert. In diesen Jahren lag die Schwankungsbreite des Bevölkerungsverlustes zwischen 978 (2001) und 1099 (1998). Das Jahr 2003, mit einem Bevölkerungsverlust von 981 Personen durch die natürliche Wanderungsbewegung, bestätigt diese These. Weder bei den Geburtenzahlen, die in den letzten sieben Jahren bei ca. 1600 Geburten pro Jahr liegen noch bei den Sterbefällen mit einem Durchschnitt von ca. 2650 Verstorbenen pro Jahr, lässt sich eine Tendenz erkennen.

Die Geburtenziffer erlebte 1993 in Magdeburg ihren Tiefpunkt mit 5,1 Lebendgeborenen je 1000 Einwohner. Seitdem stieg die Geburtenziffer kontinuierlich an und erreichte im Jahr 2000 einen Wert von 7,2 Geburten je 1000 Einwohner. Bis zum Jahr 2003 mit einer Geburtenziffer von 7,1 blieb sie mit geringer Schwankungsbreite nahezu konstant.

Von besonderer Bedeutung für die Geburtenentwicklung ist in Magdeburg auch der Rückgang der Frauen im gebärfähigen Alter (15 bis 44 Jahre) in der Gesamtbevölkerung. Die Einwohnerzahl der Hauptwohnsitzbevölkerung verminderte sich seit 1990 auf 81,5 %, die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter ist im gleichen Zeitraum jedoch auf 73,6 % gesunken. Grund für diese Entwicklung sind die überproportional hohen Wegzüge aus Magdeburg in dieser Altersgruppe.

Die Fruchtbarkeitskennziffer beschreibt die Zahl der Lebendgeborenen je 1000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren. Diese Zahl ist nach dem Tiefpunkt im Jahr 1993 mit 24,4 Lebendgeborenen je 1000 Frauen im gebärfähigen Alter gleichmäßig angestiegen und erreichte im Jahr 2003 einen Wert von 36,8. Bereits seit dem Jahr 2000 bewegte sich die Fruchtbarkeitskennziffer zwischen 36,4 und 37,0 und liegt damit bereits über der Fruchtbarkeitskennziffer des Jahres 1991 (33,0), jedoch weit entfernt von den Werten des Jahres 1989 mit 51,6 Geburten je 1000 Frauen im gebärfähigen Alter.

Die Tabelle 2 zeigt die Kennziffern zur natürlichen Bevölkerungsbewegung.

Tabelle 2: Natürliche Bevölkerungsbewegung in der Stadt Magdeburg
in den Jahren 1989 bis 2003 [1]

(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt; 2003 Fortschreibung des
Amtes für Statistik auf der Basis des Einwohnermelderegisters)

Jahr	Lebend- geborene	Geburtenziffer (Lebendgeb. auf 1000 Einwohner)	Anzahl d. Frauen im gebärfähigen Alter (in 1000) 15 – 44 Jahre	Anteil d. Frauen an der Gesamtbe- völkerung in %	Fruchtbar- keitsziffer 1)	Sterbefälle	Saldo
1989	3470	12,0	61,8	52,5	56,1	3449	21
1990	3099	11,1	60,2	52,6	51,4	3492	-393
1991	1906	6,9	57,9	52,5	33,0	3331	-1425
1992	1572	5,8	57,3	52,3	27,4	3206	-1634
1993	1386	5,1	56,8	52,0	24,4	3183	-1797
1994	1390	5,2	55,4	51,8	25,1	3085	-1695
1995	1338	5,2	53,2	51,8	25,2	2848	-1510
1996	1499	6,0	51,3	52,0	29,2	2831	-1332
1997	1602	6,5	49,6	51,9	32,3	2689	-1087
1998	1573	6,6	47,9	52,0	32,8	2672	-1099
1999	1578	6,7	46,7	52,0	33,8	2596	-1018
2000	1681	7,2	45,6	52,0	36,8	2666	-985
2001	1638	7,1	45,1	52,0	36,4	2616	-978
2002	1651	7,2	44,6	51,9	37,0	2671	-1020
2003	1620	7,1	44,1	51,9	36,8	2601	-981

1) Lebendgeborene je 1000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren

Weiterführende Informationen zum Thema Bevölkerung finden Sie in [1].

1.3 Bevölkerungsdichte

Tabelle 3: Bevölkerungsdichte nach Stadtteilen am 31.12.2003 [1]

Stadtteil	Fläche in ha	Einwohner mit Hauptwohnung	Bevölkerungsdichte Einwohner je ha
01 Altstadt	377,79	12 557	33,24
02 Werder	359,00	2 524	7,03
04 Alte Neustadt	253,96	9 001	35,44
06 Neue Neustadt	455,68	13 546	29,73
08 Neustädter See	477,00	12 113	25,39
10 Kannenstieg	116,82	6 913	59,18
12 Neustädter Feld	202,40	10 002	49,42
14 Sülzegrund	335,55	9	0,03
18 Nordwest	275,65	4 580	16,62
20 Alt Olvenstedt	319,47	3 730	11,68
22 Neu Olvenstedt	337,35	15 471	45,86
24 Stadtfeld Ost	327,29	21 892	66,89
26 Stadtfeld West	466,88	14 379	30,80
28 Diesdorf	1 012,06	3 369	3,33
30 Sudenburg	528,30	16 466	31,17
32 Ottersleben	1 652,21	9 580	5,80
34 Lemsdorf	133,32	1 978	14,84
36 Leipziger Straße	335,63	13 901	41,42
38 Reform	318,53	14 398	45,20
40 Hopfengarten	277,23	4 366	15,75
42 Beyendorfer Grund	601,35	12	0,02
44 Buckau	219,83	4 329	19,69
46 Fermersleben	340,01	3 113	9,16
48 Salbke	774,13	3 991	5,16
50 Westerhüsen	724,30	3 156	4,36
52 Brückfeld	148,47	2 919	19,66
54 Berliner Chaussee	503,65	2 156	4,28
56 Cracau	260,65	8 350	32,04
58 Prester	514,67	1 848	3,59
60 Zipkeleben	467,59	14	0,03
64 Herrenkrug	1 195,75	885	0,74
66 Rothensee	210,82	2 954	14,01
68 Industriehafen	365,38	37	0,10
70 Gewerbegebiet Nord	938,83	7	0,01
72 Barleber See	540,65	75	0,14
74 Pechau	739,00	583	0,79
76 Randau-Calenberge	1 359,00	568	0,42
78 Beyendorf-Sohlen	812,95	1 260	1,55
gesamt	20 140,79	227 129	11,28

Die Bevölkerungsdichte in Magdeburg betrug am 31.12.2003 bezogen auf die Bevölkerung mit Hauptwohnsitz 11,28 Einwohner je Hektar. Innerhalb der Stadt variiert dieser Wert zwischen den (bewohnten) Stadtteilen sehr stark von 0,01 bis zu 66,89 Einwohnern je Hektar. Bei dem Vergleich der Bevölkerungsdichten in den Stadtteilen muss beachtet werden, dass sich innerhalb der Stadtteile auch unbewohnte Flächen, zum Beispiel ausgedehnte Parkanlagen oder Gewerbegebiete u. ä. befinden, so dass z. T. trotz hoher Bebauungsdichte in einigen Wohngebieten nur geringe Werte für die Bevölkerungsdichte für den gesamten Stadtteil vorliegen.

Im Vergleich mit anderen deutschen Städten ähnlicher Größenordnung liegt Magdeburg hinsichtlich der Bevölkerungsdichte im unteren Bereich.

Tabelle 4: Bevölkerungsdichte im Vergleich ausgewählter Städte

	Fläche in km ²	Einwohner mit Hauptwohnung am 31.12.2003	Bevölkerungsdichte Einwohner je km ²	Quelle
Magdeburg	201,41	227 129	1128	
Halle	135,00	240 119	1779	1
Chemnitz (Angaben für 2002)	220,86	252 618	1144	2
Leipzig	297,61	494 795	1663	2
Dresden	328,30	480 228	1463	2
Kassel	.	194 748	1824	3
Wiesbaden	.	271 076	1329	3
Offenbach	.	118 429	2638	3
Mannheim	144,96	308 353	2127	4
Erfurt (Angaben für 2001)	269,15	201 645	749	5
Potsdam	109,00	.	1192	6

1 Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt - www.stala.sachsen-anhalt.de

2 Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen - www.statistik.sachsen.de

3 Hessisches Statistisches Landesamt - www.hsl.de

4 Statistisches Landesamt Baden-Württemberg - www.statistik.baden-wuerttemberg.de

5 Thüringer Landesamt für Statistik - www.tls.thueringen.de

6 Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Land Brandenburg - www.brandenburg.de

1.4 Ausländische Bevölkerung in Magdeburg

Die Zahl der in Magdeburg lebenden Ausländer nahm in den vergangenen Jahren geringfügig zu. Am 31.12.2003 waren in Magdeburg 7967 Ausländer gemeldet. Der Anteil der ausländischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung betrug damit 3,5 %. Im Vergleich zu anderen deutschen Großstädten ist diese Zahl sehr gering. So erreichte z. B. Stuttgart im Jahr 2003 einen Ausländeranteil von 22,3 %. Im Land Sachsen- Anhalt betrug der Ausländeranteil 2,0 %. Sachsen Anhalt hat damit gemeinsam mit dem Freistaat Thüringen den geringsten Ausländeranteil in der Bevölkerung.

Als Ausländer gelten Personen, die nicht Deutsche im Sinne des Artikels 116 Abs. 1 des Grundgesetzes sind. Ebenso zählen hierzu auch Staatenlose und Personen mit nicht geklärt Staatsangehörigkeit.

Tabelle 5: Ausländer mit Hauptwohnsitz Magdeburg

(Quelle: Fortschreibung des Amtes für Statistik auf der Basis des Einwohnermelderegisters, Stand: 31.12. des Jahres)

Jahr	gesamt	darunter Frauen	Anteil an der Hauptwohnsitzbevölkerung
1995	6109	1824	2,4
1996	5882	1936	2,3
1997	5817	1969	2,4
1998	6339	2213	2,6
1999	6563	2479	2,8
2000	6441	2597	2,8
2001	6668	2763	2,9
2002	7249	3071	3,2
2003	7967	3428	3,5

Der Frauenanteil unter der ausländischen Bevölkerung betrug im Jahr 1995 noch 29,9 % und stieg bis zum Jahr 2003 auf 43,0 % an. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung mit einem Frauenanteil von 52 % ist der Anteil ausländischer Frauen deutlich geringer.

Von den ausländischen Frauen wurden im Jahr 2003 insgesamt 101 Kinder geboren. Damit wurde eine Geburtenziffer 12,7 Geburten je 1000 ausländischen Einwohnern erreicht. Diese Geburtenziffer liegt noch über der Geburtenziffer des Jahres 1989 für die Magdeburger Bevölkerung. Angesichts der großen Unterschiede beim Vergleich der Altersstrukturen der Gesamtbevölkerung und der ausländischen Bevölkerung ist diese Tatsache jedoch nicht geeignet, Schlussfolgerungen abzuleiten. Während in der deutschen Bevölkerung die Altersgruppe der 18- bis 44- Jährigen (die den größten Teil der Frauen im gebärfähigen Alter einschließt) nur einen Anteil von etwa einem Drittel ausmacht, dominiert diese Altersgruppe unter der ausländischen Bevölkerung mit einem Anteil von fast zwei Dritteln. Einen Überblick über die Entwicklung der Altersstruktur der ausländischen Bevölkerung mit Hauptwohnsitz in Magdeburg gibt die folgende Abbildung.

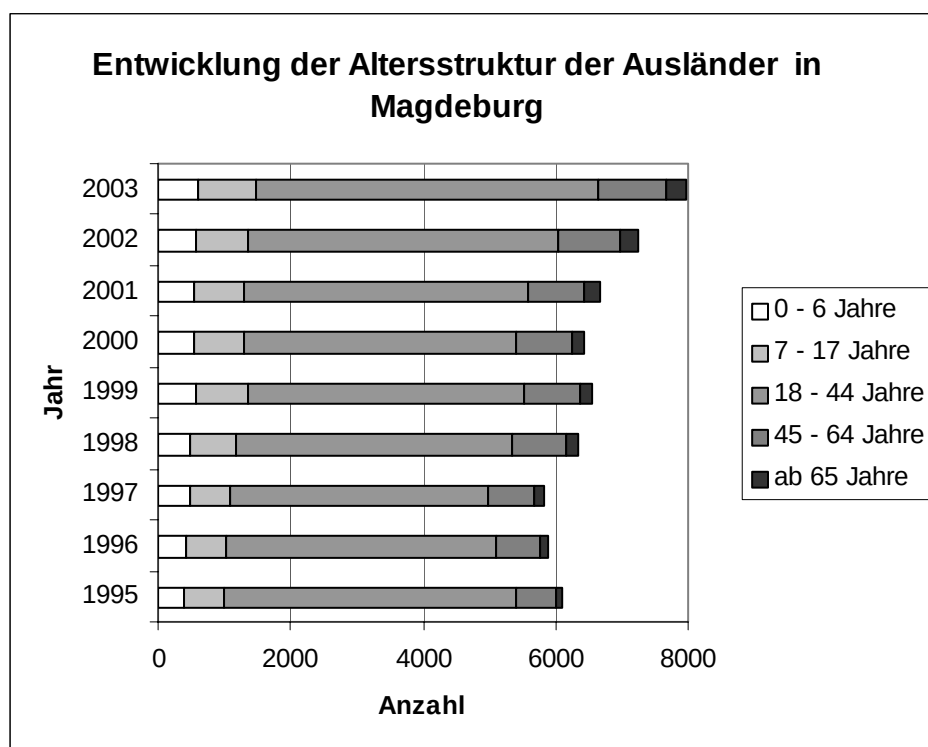


Abbildung 7: Entwicklung der Altersstruktur der Ausländer Magdeburg

(Quelle: Fortschreibung des Amtes für Statistik auf der Basis des Einwohnermelderegisters, Stand: 31.12. des Jahres)

Nach Angaben des Statistischen Amtes der Landeshauptstadt Magdeburg lebten am 31.12.2002 Ausländer aus insgesamt 126 Ländern in Magdeburg. Diese hohe Anzahl unterschiedlicher Nationalitäten deutet die unterschiedlichen Bedürfnisse der einzelnen Bevölkerungsgruppen an, die teilweise nur mit einer geringen Anzahl von Personen belegt sind.

Die stärkste Belegung haben die Gruppen der Ausländer mit Herkunftsgebiet ehemalige Sowjetunion und deren Nachfolgestaaten. Am 31.12.2003 stammten 26 % der in Magdeburg lebenden Ausländer aus diesen Ursprungsländern. 10,9 % der Ausländer in Magdeburg kamen aus dem ehemaligen Jugoslawien und den daraus hervorgegangenen Nachfolgestaaten. Die drittstärkste Bevölkerungsgruppe in Magdeburg sind die Vietnamesen mit einem Anteil von 9,4 %. Weitere relativ starke Bevölkerungsgruppen sind die Türken mit einem Anteil von 4,7 %, die Bulgaren mit einem Anteil von 3,4 % und die Polen mit einem Anteil von 3,2 %. In der Tabelle 6 sind die häufigsten, in Magdeburg mit Hauptwohnsitz lebenden Ausländergruppen seit 1997 zahlenmäßig zusammengefasst.

In der Stadt Magdeburg waren die meisten Ausländer in den Stadtteilen Altstadt und Alte Neustadt gemeldet. Insgesamt konzentrieren sich 31 % der in der Stadt lebenden Ausländer in diesen beiden Stadtteilen. Der Stadtteil Alte Neustadt erreicht damit einen Ausländeranteil von 14 %, im Stadtteil Altstadt liegt er bei 9,6 %. Ein Grund für diesen hohen Ausländeranteil könnte der Standort der Otto-von-Guericke-Universität im Stadtteil Alte Neustadt sein, an der im Wintersemester 2002/2003 1163 ausländische Studenten eingeschrieben waren [3].

Tabelle 6: Ausländer mit Hauptwohnsitz Magdeburg nach ausgewählten Nationalitäten

(Quelle: Fortschreibung des Amtes für Statistik auf der Basis des
Einwohnermelderegisters, Stand: 31.12. des Jahres)

Nationalität	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
ehem. Jugoslawien 1)	771	706	955	854	829	834	867
Bulgarien	124	136	147	180	212	228	267
Polen	228	236	213	195	197	208	254
Rumänien	133	127	107	66	63	63	70
Türkei	261	375	368	339	328	365	372
ehem. Sowjetunion 2)	1171	1485	1587	1674	1719	1880	2072
Algerien	79	75	65	63	58	54	52
Vietnam	558	440	500	543	602	666	745
sonst.	2492	2759	2621	2527	2660	2951	3268
Gesamt	5817	6339	6563	6441	2228	7249	7967

1) ehemaliges Jugoslawien und Nachfolgestaaten: Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Slowenien, Jugoslawien und Mazedonien

2) ehemalige Sowjetunion und Nachfolgestaaten: Estland, Lettland, Litauen, Moldavien, Sowjetunion, Russische Föderation, Ukraine, Weißrussland, Armenien, Georgien, Kasachstan, Kirgistan, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan.

Ebenfalls einen hohen Ausländeranteil erreicht der Stadtteil Buckau mit 13,6 %. Aufgrund der geringeren Bevölkerungszahl ist die absolute Anzahl von Ausländern geringer. Die Ausländerzahlen in den Stadtteilen Buckau und Stadtteil Leipziger Straße werden durch die Belegung der dortigen Asylbewerberheime beeinflusst. Weitere Stadtteile mit hohen Ausländerzahlen sind Sudenburg, Stadtfeld Ost und Neue Neustadt. Eine Übersicht über die Entwicklung der Ausländerzahlen in den Stadtteilen der Landeshauptstadt Magdeburg befindet sich im Tabellenteil dieses Abschnittes.(ab Tabelle 17, Seite 19)

1.5 Tabellen zur Demografie

Tabelle 7: Hauptwohnsitzbevölkerung in Magdeburg gesamt nach Altersgruppen 1995 bis 2003

(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt; 2003 nach Fortschreibung des
Einwohnermelderegisters durch das Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg)

von ... bis unter ... Jahre	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
0 - 3	3949	4083	4313	4516	4604	4620	4759	4847	4795
3 - 6	6178	4575	4000	3727	3833	4005	4205	4339	4462
6 - 10	12496	11724	10149	8356	6761	5324	4802	4758	5051
10 - 15	16109	15606	14959	14551	13918	13333	12047	10570	8865
15 - 20	15241	15293	15072	14793	14825	14571	14448	14188	14092
20 - 25	14417	13095	12980	13159	13680	14366	14984	15359	15686
25 - 50	96748	94901	92570	89279	86099	83028	81184	80009	79179
50 - 65	54299	53290	52726	52124	51378	50953	50595	50035	49004
65 - 75	22835	22625	22488	22654	23433	24256	25330	26273	27532
75 und mehr	15384	15839	16252	16303	16542	16994	17401	17792	18463
0 -15	38732	35988	33421	31150	29116	27282	25813	24514	23173
15 - 65	180705	176579	173348	169355	165982	162918	161211	159591	157961
65 und mehr	38219	38464	38740	38957	39975	41250	42731	44065	45995
gesamt	257656	251031	245509	239462	235073	231450	229755	228170	227129

Tabelle 8: Frauen gesamt in Magdeburg nach Altersgruppen 1995 bis 2003

(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt; 2003 nach Fortschreibung des
Einwohnermelderegisters durch das Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg)

von ... bis unter ... Jahre	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
0 - 3	1913	2000	2093	2164	2204	2214	2294	2338	2327
3 - 6	2995	2195	1940	1812	1890	1956	2019	2056	2142
6 - 10	6051	5719	4892	4100	3258	2560	2331	2333	2429
10 - 15	7878	7679	7348	7093	6829	6512	5856	5091	4328
15 - 20	7498	7520	7397	7231	7227	7120	7128	6996	6884
20 - 25	6581	6098	6136	6302	6615	7032	7270	7401	7587
25 - 50	47272	46412	45018	43523	41911	40423	39450	38780	38235
50 - 65	28069	27577	27318	27078	26752	26532	26362	26149	25636
65 - 75	14106	13705	13352	13264	13518	13814	14330	14738	15343
75 und mehr	11197	11549	11848	11867	12030	12310	12452	12616	12914
0 -15	18837	17593	16273	15169	14181	13242	12500	11818	11226
15 - 65	89420	87607	85869	84134	82505	81107	80210	79326	78342
65 und mehr	25303	25254	25200	25131	25548	26124	26782	27354	28257
gesamt	133560	130454	127342	124434	122234	120473	119492	118498	117825

Tabelle 9: Männer gesamt in Magdeburg nach Altersgruppen 1995 bis 2003

(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt; 2003 nach Fortschreibung des
Einwohnermelderegisters durch das Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg)

von ... bis unter ... Jahre	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
0 - 3	2036	2083	2220	2352	2400	2406	2465	2509	2468
3 - 6	3183	2380	2060	1915	1943	2049	2186	2283	2320
6 - 10	6445	6005	5257	4256	3503	2764	2471	2425	2622
10 - 15	8231	7927	7611	7458	7089	6821	6191	5479	4537
15 - 20	7743	7773	7675	7562	7598	7451	7320	7192	7208
20 - 25	7836	6997	6844	6857	7065	7334	7714	7958	8099
25 - 50	49476	48489	47552	45756	44188	42605	41734	41229	40944
50 - 65	26230	25713	25408	25046	24626	24421	24233	23886	23368
65 - 75	8729	8920	9136	9390	9915	10442	11000	11535	12189
75 und mehr	4187	4290	4404	4436	4512	4684	4949	5176	5549
0 -15	19895	18395	17148	15981	14935	14040	13313	12696	11947
15 - 65	91285	88972	87479	85221	83477	81811	81001	80265	79619
65 und mehr	12916	13210	13540	13826	14427	15126	15949	16711	17738
gesamt	124096	120577	118167	115028	112839	110977	110263	109672	109304

Tabelle 10: Hauptwohnsitzbevölkerung nach Altersgruppen und Stadtteilen in Magdeburg 2003

(Fortschreibung des Einwohnermelderegisters durch das Amt für Statistik der Landeshauptstadt
Magdeburg)
(berücksichtigt wurden nur Stadtteile mit mehr als 100 Einwohnern)

	0 - 6 Jahre	7 - 17 Jahre	18 - 44 Jahre	45 - 64 Jahre	ab 65 Jahre	gesamt
Beyendorf-Sohlen	63	118	501	400	178	1260
Randau - Calenberge	31	69	213	159	96	568
Pechau	42	82	251	136	72	583
Rothensee	117	249	1186	936	466	2954
Herrenkrug	31	50	323	306	175	885
Prester	121	246	717	541	223	1848
Cracau	387	803	3153	2410	1597	8350
Berliner Chaussee	140	216	816	707	277	2156
Brückfeld	150	318	1150	750	551	2919
Westerhüsen	142	322	1100	961	631	3156
Salbke	162	371	1448	1271	739	3991
Fermersleben	155	256	1181	818	703	3113
Buckau	320	459	2144	933	473	4329
Hopfengarten	209	437	1669	1333	718	4366
Reform	569	1222	4187	5069	3351	14398
Leipziger Straße	653	1132	4800	3815	3501	13901
Lemsdorf	81	181	722	599	395	1978
Ottersleben	532	1168	3791	2876	1213	9580
Sudenburg	867	1369	6822	4169	3239	16466
Diesdorf	177	388	1291	1026	487	3369
Stadtfeld West	513	1206	4549	4447	3664	14379
Stadtfeld Ost	1361	2008	9788	4813	3922	21892
Neu Olvenstedt	805	1904	6203	4323	2236	15471
Alt Olvenstedt	221	466	1501	1095	447	3730
Nordwest	162	447	1603	1655	713	4580
Neustädter Feld	415	866	3450	3710	1561	10002
Kannenstieg	300	524	2057	2644	1388	6913
Neustädter See	399	1030	3481	4134	3069	12113
Neue Neustadt	627	1177	5174	3552	3016	13546
Alte Neustadt	326	637	3803	1786	2449	9001
Werder	116	183	981	798	446	2524
Altstadt	467	794	4355	2966	3975	12557
Stadt gesamt	10669	20710	84536	65219	45995	227129

Tabelle 11: Zuzüge nach Magdeburg 1997 - 2003 nach Altersgruppen und Geschlecht

(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt; 2003 nach Fortschreibung des
Einwohnermelderegisters durch das Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg)

Jahr	männlich				weiblich				gesamt				
	0-17	18-24	25-64	65 u. älter	0-17	18-24	25-64	65 u. älter	0-17	18-24	25-64	65 u. älter	alle Alters- gr.
1997	647	704	2528	136	646	673	1562	341	1293	1377	4090	477	7237
1998	736	854	3116	179	648	913	1878	254	1384	1767	4994	433	8578
1999	738	954	3020	145	667	949	1810	356	1405	1903	4830	501	8639
2000	588	1088	2813	153	542	1135	1676	324	1130	2223	4489	477	8319
2001	643	1128	2791	147	609	1194	1789	282	1252	2322	4580	429	8583
2002	661	1285	2901	167	640	1255	1926	303	1301	2540	4827	470	9138
2003	700	1231	2942	165	602	1397	1965	282	1302	2628	4907	447	9284

Tabelle 12: Wegzüge von Magdeburg 1997 - 2003 nach Altersgruppen und Geschlecht

(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt; 2003 nach Fortschreibung des
Einwohnermelderegisters durch das Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg)

Jahr	männlich				weiblich				gesamt				
	0-17	18-24	25-64	65 u. älter	0-17	18-24	25-64	65 u. älter	0-17	18-24	25-64	65 u. älter	alle Alters- gr.
1997	1285	797	4265	222	1284	715	3136	384	2569	1512	7401	606	12088
1998	1254	900	4668	270	1166	946	3332	597	2420	1846	8000	867	13133
1999	1085	924	4295	192	1027	953	2780	386	2112	1877	7075	578	11642
2000	974	945	3917	131	913	1014	2450	283	1887	1959	6367	414	10627
2001	907	933	3452	145	902	1011	2404	314	1809	1944	5856	459	10068
2002	783	991	3167	158	762	1098	2209	313	1545	2089	5376	471	9481
2003	721	906	3122	143	617	1056	2125	290	1338	1962	5247	433	8980

Tabelle 13: Saldo der Wanderungsbewegung von und nach Magdeburg 1997 - 2003 nach Altersgruppen und Geschlecht

(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt; 2003 nach Fortschreibung des
Einwohnermelderegisters durch das Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg)

Jahr	männlich				weiblich				gesamt				
	0-17	18-24	25-64	65 u. älter	0-17	18-24	25-64	65 u. älter	0-17	18-24	25-64	65 u. älter	alle Alters- gr.
1997	-638	-93	-1737	-86	-638	-42	-1574	-43	-1276	-135	-3311	-129	-4851
1998	-518	-46	-1552	-91	-518	-33	-1454	-343	-1036	-79	-3006	-434	-4555
1999	-347	30	-1275	-47	-360	-4	-970	-30	-707	26	-2245	-77	-3003
2000	-386	143	-1104	22	-371	121	-774	41	-757	264	-1878	63	-2308
2001	-264	195	-661	2	-293	183	-615	-32	-557	378	-1276	-30	-1485
2002	-122	294	-266	9	-122	157	-283	-10	-244	451	-549	-1	-343
2003	-21	325	-180	22	-15	341	-160	-8	-36	666	-340	14	304

Tabelle 14: Zuzüge nach Magdeburg 1997 - 2003 nach Altersgruppen und Geschlecht je 1000 Einwohner

(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt; 2003 nach Fortschreibung des Einwohnermelderegisters durch das Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg)

Jahr	männlich				weiblich				gesamt				
	0-17	18-24	25-64	65 u. älter	0-17	18-24	25-64	65 u. älter	0-17	18-24	25-64	65 u. älter	alle Alters-gr..
1997	31,9	69,9	34,6	9,3	33,6	72,5	21,6	12,8	32,7	71,2	28,1	11,6	29,5
1998	38,7	84,3	44,1	11,7	35,7	96,3	26,8	9,5	37,3	90,1	35,5	10,3	35,8
1999	41,0	92,6	44,0	9,1	39,1	95,9	26,6	13,0	40,1	94,2	35,4	11,6	36,8
2000	34,6	103,3	42,1	9,2	33,7	112,3	25,3	11,6	34,2	107,7	33,7	10,7	35,9
2001	39,9	104,7	42,4	8,4	40,0	116,7	27,4	9,8	39,9	110,5	34,9	9,3	37,4
2002	42,8	118,7	44,7	9,0	44,0	122,5	29,9	10,3	43,4	120,6	37,4	9,8	40,0
2003	47,4	113,6	45,9	8,4	43,4	134,9	31,1	9,3	45,4	124,0	38,5	9,0	40,9

Tabelle 15: Wegzüge von Magdeburg 1997 - 2003 nach Altersgruppen und Geschlecht je 1000 Einwohner

(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt; 2003 nach Fortschreibung des Einwohnermelderegisters durch das Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg)

Jahr	männlich				weiblich				gesamt				
	0-17	18-24	25-64	65 u. älter	0-17	18-24	25-64	65 u. älter	0-17	18-24	25-64	65 u. älter	alle Alters-gr.
1997	63,4	79,2	58,3	15,1	66,7	77,1	43,4	14,5	65,0	78,2	50,9	14,7	49,2
1998	66,0	88,8	66,1	17,7	64,3	99,8	47,6	22,2	65,1	94,1	56,9	20,6	54,8
1999	60,3	89,7	62,6	12,0	60,3	96,3	40,9	14,1	60,3	92,9	51,8	13,3	49,5
2000	57,4	89,7	58,7	7,8	56,8	100,3	36,9	10,1	57,1	94,9	47,8	9,3	45,9
2001	56,3	86,6	52,5	8,3	59,2	98,8	36,8	11,0	57,7	92,5	44,6	9,9	43,8
2002	50,7	91,6	48,8	8,5	52,4	107,2	34,3	10,6	51,6	99,2	41,6	9,8	41,6
2003	48,8	83,6	48,7	7,3	44,4	102,0	33,6	9,6	46,7	92,6	41,2	8,7	39,5

Tabelle 16: Saldo der Wanderungsbewegung von und nach Magdeburg 1997 - 2003 nach Altersgruppen und Geschlecht je 1000 Einwohner

(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt; 2003 nach Fortschreibung des Einwohnermelderegisters durch das Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg)

Jahr	männlich				weiblich				gesamt				
	0-17	18-24	25-64	65 u. älter	0-17	18-24	25-64	65 u. älter	0-17	18-24	25-64	65 u. älter	alle Alters gr.
1997	-31,5	-9,2	-23,7	-5,9	-33,1	-4,5	-21,8	-1,6	-32,3	-7,0	-22,8	-3,1	-19,8
1998	-27,3	-4,5	-22,0	-6,0	-28,6	-3,5	-20,8	-12,8	-27,9	-4,0	-21,4	-10,3	-19,0
1999	-19,3	2,9	-18,6	-2,9	-21,1	-0,4	-14,3	-1,1	-20,2	1,3	-16,4	-1,8	-12,8
2000	-22,7	13,6	-16,5	1,3	-23,1	12,0	-11,7	1,5	-22,9	12,8	-14,1	1,4	-10,0
2001	-16,4	18,1	-10,0	0,1	-19,2	17,9	-9,4	-1,1	-17,8	18,0	-9,7	-0,6	-6,5
2002	-7,9	27,2	-4,1	0,5	-8,4	15,3	-4,4	-0,3	-8,1	21,4	-4,2	0,0	-1,5
2003	-1,4	30,0	-2,8	1,1	-1,1	32,9	-2,5	-0,3	-1,3	31,4	-2,7	0,3	1,3

Tabelle 17: Ausländer mit Hauptwohnsitz Magdeburg nach Stadtteilen

(Stand: 31.12. des Jahres, Fortschreibung des Amtes für Statistik auf der Basis des Einwohnermelderegisters)

Stadtteil	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Ausl. Anteil 2003
Altstadt	761	817	776	807	988	1063	1201	9,6%
Werder	59	69	65	53	61	52	62	2,5%
Alte Neustadt	522	614	750	808	967	1082	1262	14,0%
Neue Neustadt	479	460	455	438	418	485	566	4,2%
Neustädter See	174	177	182	184	171	213	203	1,7%
Kannenstieg	152	157	167	153	142	136	156	2,3%
Neustedter Feld	276	281	315	238	211	192	160	1,6%
Nordwest	55	37	19	20	15	15	17	0,4%
Alt Olvenstedt	12	7	13	16	15	16	19	0,5%
Neu Olvenstedt	521	515	559	518	449	437	430	2,8%
Stadtfeld Ost	355	599	671	721	624	682	725	3,3%
Stadtfeld West	128	172	190	152	94	102	143	1,0%
Diesdorf	-	9	12	10	13	15	18	0,5%
Sudenburg	295	410	432	493	544	605	736	4,5%
Ottersleben	38	49	51	68	56	63	66	0,7%
Lemsdorf	13	11	13	14	17	24	13	0,7%
Leipziger Straße	199	225	494	564	632	700	751	5,4%
Reform	59	68	72	86	88	105	119	0,8%
Hopfengarten	14	14	17	18	22	18	18	0,4%
Buckau	350	498	507	508	543	601	588	13,6%
Fermersleben	34	18	35	50	55	60	79	2,5%
Salbke	134	73	75	72	61	46	50	1,3%
Westerhüsen	66	75	54	65	39	40	66	2,1%
Brückfeld	52	55	50	50	60	58	25	0,9%
Berliner Chaussee	15	21	18	18	17	17	43	2,0%
Cracau	112	99	90	94	107	152	172	2,1%
Prester	846	707	231	6	4	4	10	0,5%
Herrenkrug	4	6	14	18	28	25	22	2,5%
Rothensee	45	45	189	182	214	223	231	7,8%
Industriehafen	4	4	12	12	-	4	-	
Gewerbegebiet Nord	38	38	31	-	4	4	4	57,1%
Randau-Calenberge	-	9	4	-	-	-	-	
Beyendorf- Sohlen					8	9	6	0,5%

Nicht aufgeführte Stadtteile haben weniger als 4 ausländische Einwohner.

Asylbewerberheim Grusonstraße/ Bahnikstraße ab 1999 im Stadtteil Leipziger Straße.

Asylbewerberheim Am Wolfswerder im Stadtteil Buckau.

Asylbewerberheim in der Thomas-Mann-Straße, Stadtteil Prester wurde am 31.12.1999 aufgelöst.

Tabelle 18: Ausländer mit Hauptwohnsitz Magdeburg nach Altersgruppen

(Quelle: Fortschreibung des Amtes für Statistik auf der Basis des
Einwohnermelderegisters, Stand: 31.12. des Jahres)

Jahr	0 - 6 Jahre	7 - 17 Jahre	18 - 44 Jahre	45 - 64 Jahre	ab 65 Jahre
1995	404	578	4429	588	110
1996	437	582	4077	657	129
1997	482	593	3905	694	143
1998	489	697	4164	811	178
1999	564	792	4181	840	186
2000	533	778	4085	846	199
2001	531	778	4281	852	226
2002	568	797	4676	943	265
2003	611	870	5164	1017	305

2 Gesundheit

2.1 Ergebnisse der Schuluntersuchungen

2.1.1 Einleitung

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist die Organisation von Dienststellen auf der Ebene von Bund, Ländern, Kreisen und Gemeinden, die dem Schutz der Gesundheit der Gemeinschaft und des Einzelnen dient. Wahrgenommen wird der ÖGD im Schwerpunkt von den Gesundheitsämtern (GÄ), aber auch nach den regionalen Gegebenheiten von anderen Ämtern (z.B. Umweltschutzämtern). Neben den staatlichen und kommunalen Einrichtungen des ÖGD gibt es noch mittelbare Träger der Staatsverwaltung (Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen) und sonstige Institutionen, die von den Trägern der unmittelbaren oder mittelbaren Staatsverwaltung errichtet und getragen werden (z. B. Verbände, Vereine). Der ÖGD wird in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung als "Dritte Säule" eingestuft. Ihm obliegen zahlreiche wichtige Aufgaben. Diese Aufgaben werden aber mit sehr bescheidenen personellen und finanziellen Mitteln wahrgenommen. Eine Verbesserung dieser unzureichenden Ausstattung wird seit langem gefordert. Grundsätzlich ist das Gesundheitswesen Aufgabe des Bundes und der Länder. Die Zuständigkeit ergibt sich aus dem Grundgesetz (Gesundheitsgesetzgebung). Die Organisationsform und die Zuständigkeit für Fragen des Gesundheitswesens werden im Rahmen der Gesetze im Bund von der Bundesregierung, für die Länder, die Kreise und Gemeinden von den Landesregierungen bestimmt.

Die Gesundheitsförderung schon bei Kindern und Jugendlichen ist aus medizinischer, sozialer und wirtschaftlicher Sicht am günstigsten: Lebenslang wirksame Verhaltensweisen lassen sich am ehesten im Kindes- und Jugendalter einüben.

Die Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche wird zum einen abgedeckt durch 9 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (bis zum 6. Lebensjahr), zum anderen finden Untersuchungen der Berufsanfänger nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz statt (15. bis 18. Lebensjahr). Ergänzt werden diese Angebote durch die schulärztlichen Untersuchungen und die Jugendzahnpflege des ÖGD. Sie binden einen großen Teil der Arbeitskapazität (= Schulhygiene).

Die Schulgesundheitspflege soll die bestmögliche Entwicklung aller Schulkinder in körperlicher, geistiger, seelischer und sozialer Hinsicht gewährleisten. Zur Schulgesundheitspflege gehören die ärztliche Untersuchung von Kindern auf Hinderungsgründe für den Schulbesuch (bestimmte Schulstufe und Schulart, besondere Förderungsmaßnahmen), Beratung der Kinder und Sorgeberechtigten in gesundheitlichen Belangen sowie Gesundheitserziehung und -aufklärung für Schüler, Eltern und Lehrer. Eine zunehmend bedeutsame Aufgabe ist das Sammeln, Verknüpfen und Auswerten von bereits vorhandenen und neu zu erhebenden gesundheitsbezogenen Daten. Damit soll eine Verbesserung des Kenntnisstandes über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und deren Entwicklungstrends sowie über Leistungen, Inanspruchnahmeverhalten und Gesundheitsausgaben erreicht werden.

Der Rückgang von Stellen im ÖGD, in den Bundesländern auf verschiedenen Wegen, nimmt aktuell einen bedrohlichen Zustand an. Es ist abzusehen, dass diese Entwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes fatale Folgen für die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen haben wird.

Vor allem sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche werden den systematischen Abbau des ÖGD bald schmerzhaft zu spüren bekommen.

Zurzeit führen die Kinder- und Jugendärzte des ÖGD noch die Schuleingangsuntersuchungen durch. Sie suchen sozial benachteiligte Familien auf und betreuen Kindergärten, Heime und Schulen. Dabei werden z. B. Sprach- und Entwicklungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und lückenhafter Impfschutz frühzeitig entdeckt und die medizinische Behandlung eingeleitet. Gleichzeitig hat der ÖGD bisher die Gesundheitsberichterstattung geleistet und damit wichtige Weichen für die medizinische Versorgung in den Kommunen gestellt.

Vor allem Kinder aus sozial benachteiligten Familien haben von der aufsuchenden Fürsorge des kinder- und jugendärztlichen Dienstes des ÖGD profitiert, denn deren Eltern nehmen das Versorgungsangebot der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte häufig nicht wahr. Gleichzeitig ist aber gerade der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen aus sozial schwachen Familien schlecht.

Wir können es uns daher nicht erlauben, den ÖGD einzuschränken. Der ÖGD muss im Gegenteil erheblich ausgebaut und fest mit Jugend- und Sozialämtern sowie den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten verzahnt werden. Die Beteiligung an den künftigen gesundheits- und sozialpolitischen Aufgaben ist für den ÖGD unverzichtbar.

2.1.2 Rechtliche Grundlagen im Land Sachsen-Anhalt

Grundsätzlich sind die Aufgaben des ÖGD gesetzlich festgelegt. Eine Einteilung in Pflichtaufgaben des eigenen Wirkungskreises und in Aufgaben des übertragenen Wirkungskreises ist sinnvoll und im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Sachsen-Anhalt geregelt. Daneben sind noch freiwillige Aufgaben der Kommune zu nennen, die mittlerweile praktisch nicht mehr bewältigt werden können. Die regelnden Gesetze und Verwaltungsvorschriften für die Schuleingangsuntersuchungen sind im Land Sachsen-Anhalt im Vergleich zu den Fachgesetzen im Bundesgebiet als sehr fortschrittlich einzuschätzen. Das Gesundheitsdienstgesetz regelt im § 9, dass der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst „...vor der Einschulung und während der Schulzeit regelmäßig Untersuchungen mit dem Ziel durchführt, Krankheiten und Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen...“

Das Schulgesetz regelt im § 37, dass „vor der Aufnahme in die Schule eine amtsärztliche Untersuchung durchzuführen ist.“

2.1.3 Schuleingangsuntersuchung in Magdeburg

2.1.3.1 Anamnese, Impfdaten

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen werden die Eltern oder Sorgeberechtigten um Angaben zur Krankheitsgeschichte des Kindes gebeten. Dazu wird ein einheitlicher Fragebogen verwendet, der im kommenden Schuljahr auch für das Land Sachsen-Anhalt maßgebend sein wird. Neben den Angaben zu einigen Sozialdaten wird Einsicht in den Impfausweis vorgenommen und die Impfdaten dokumentiert. Epidemiologisch bedeutsam ist jedoch, dass es vorerst in Magdeburg und auch in Sachsen-Anhalt keine Angaben zum altersgerechten Impfstand **bis** zum 7. Lebensjahr gibt. Dazu wird in 2.1.4 gesondert Stellung genommen.

Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die aktuelle Situation des Impfstandes von Einschülern in Magdeburg wieder:

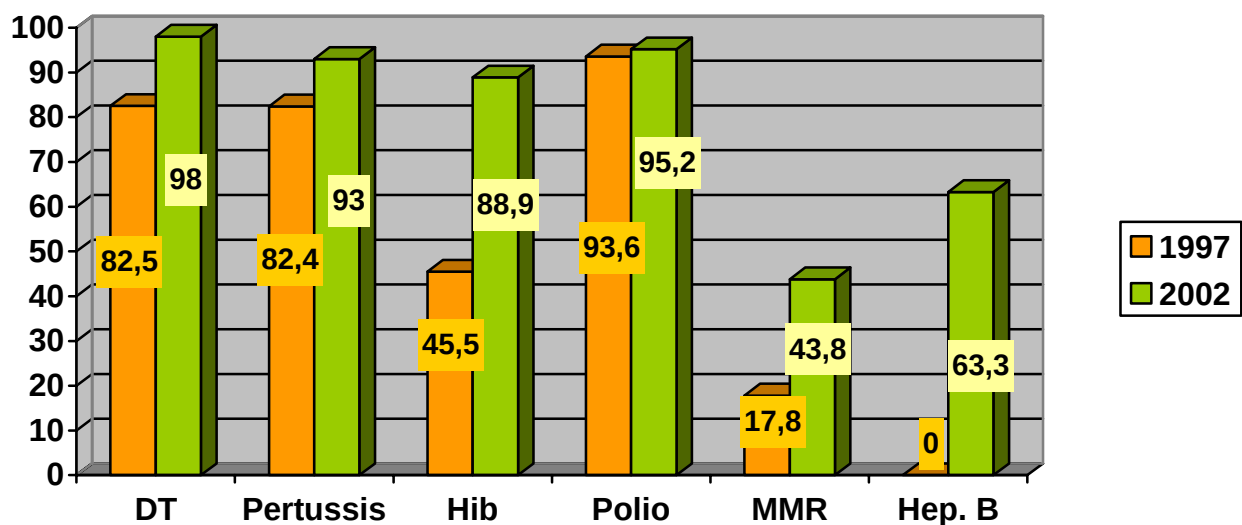


Abbildung 8: Impfstand der Einschüler in Magdeburg 1997 und 2002 (Angaben in %)

DT – Diphtherie, Tetanus	Pertussis – Keuchhusten
Hib – Haemophilus Influenzae Typ B, lebensgefährliche Entzündung im Hals- Nasen- Ohrenbereichs	Polio – Poliomyelitis, Kinderlähmung
MMR – Masern, Mumps (Ziegenpeter), Röteln	Hep.B – Hepatitis B, Gruppe der Gelbsucht

Grundlage der Angaben ist die Definition eines altersgerechten Impfstandes im Land Sachsen-Anhalt, der durch den Arbeitskreis „Impfen“ des Landes Sachsen-Anhalt festgelegt wurde und der aktuelle Impfkalendar der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut in Berlin. Besonders hervorzuheben sind die Impfraten von Hepatitis B und die MMR-Impfung. Die MMR-Impfraten von beziehen sich auf 2 Impfungen.

Im Rahmen des Gesundheitszieles „Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 % der Bevölkerung“ des Landes Sachsen-Anhalt ist in Magdeburg unter Beibehaltung der Anstrengungen aktuell lediglich zusätzlicher Handlungsbedarf bei den MMR-Impfungen festzustellen.

Die folgende Grafik gibt eine Übersicht über die Impfraten des Jahres 2004.

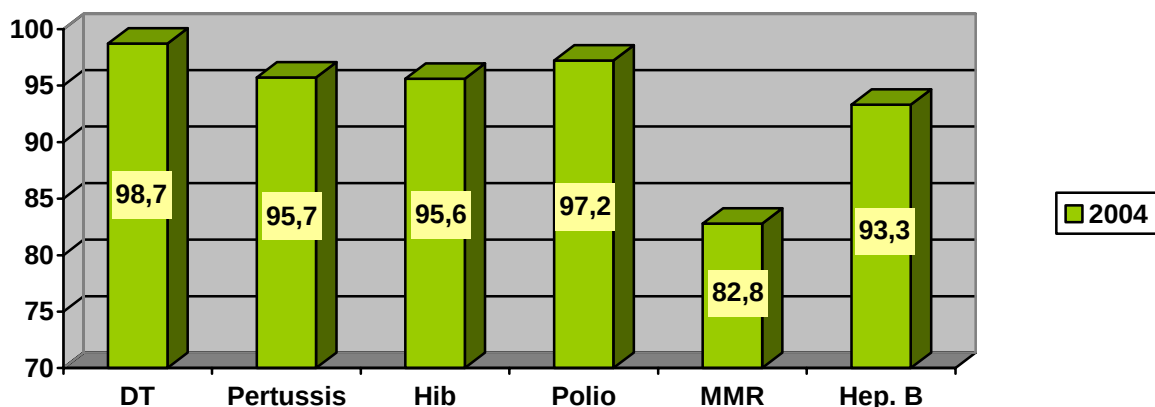


Abbildung 9: Impfstand Einschüler in Magdeburg 2004 (Angaben in %)

2.1.3.2 Auswertung

Aus der Grafik ist der kontinuierliche Anstieg der Durchimpfungsraten in den vergangenen Jahren ersichtlich. Auf Grund der konsequenten Impfstrategie primär der niedergelassenen Kinderärzte und auch der Allgemeinmediziner der Stadt Magdeburg und unter Beachtung der im Verlauf der Jahre eingeschränkten Kontraindikationen ist dieses Ergebnis als sehr positiv zu bewerten. Bei den altersentsprechenden Impfungen haben wir im Jahr 2004 das Impfziel bei Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hib, Poliomyelitis und Hepatitis erreicht. Bei den MMR-Impfungen hatten nur 82,8 % zwei Impfungen.

In erster Auswertung der Impfraten der bisher untersuchten Einschüler 2005 ist ersichtlich, dass auch bei den MMR-Impfungen die wichtige 90%-Marke angestrebt werden kann. Im Altersbereich der Einschüler Magdeburgs wäre das Gesundheitsziel „Erreichen eines altersgerechten Impfstandes bei 90 % der Bevölkerung“ dann erreicht.

2.1.3.3 Gesundheit und soziale Lage

Gesundheitliche Unterschiede, die mit dem Sozialstatus zusammenhängen, stellen Herausforderungen für die Gesundheitspolitik dar. Hierbei geht es um Fragen der Gerechtigkeit, Fairness und Chancengleichheit. Dies gilt besonders für Kinder, da diese ihren Status nicht selbst beeinflussen können. Daher empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO-Regionalbüro für Europa 1991) die Auswertung von gesundheitlichen Daten unter dem Aspekt der sozialen Unterschiedlichkeit. Solche Auswertungen erlauben ein Urteil darüber, inwieweit Chancengleichheit im Gesundheitsbereich besteht und erleichtern die Identifizierung von Schwerpunkten für die Prävention. Über den Zusammenhang zwischen sozialen Verhältnissen und Gesundheit gibt es eine jahrzehntelange, gesicherte wissenschaftliche Forschung – Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen sind häufiger krank und haben eine geringere Lebenserwartung. Es ist somit notwendig, sozial bedingte Gesundheitsrisiken von Kindern und Jugendlichen durch Gegenmaßnahmen zu verringern und auf landespolitischer Ebene Lösungen zu diskutieren. Um sozialkompensatorische Präventionsmaßnahmen planen und Hilfesysteme auf die relevanten Zielgruppen ausrichten zu können, braucht das Land im Einzelnen gesicherte Erkenntnisse, in welchen gesundheitlichen Bereichen und in welchem Ausmaß Unterschiede in der Gesundheit mit sozialen Unterschieden zusammenhängen. Die landesweit durchgeführten Einschulungsuntersuchungen können zur Beantwortung der Fragen beitragen.

Die vorliegenden Daten aus Magdeburg stellen in diesem Zusammenhang soziale Daten und gesundheitliche Aspekte zusammen.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen wurden im Jahr 2003 insgesamt 1357 Kinder untersucht. Im Vorfeld der Untersuchung erhielten die Eltern einen Fragebogen, in den sie gesundheitliche Angaben und einige soziale Angaben eintragen sollten. Der Rücklauf dieser Fragebögen war über 98 %.

Im Folgenden soll zunächst der verwendete Fragebogen vorgestellt und kurz diskutiert werden.

Wir bitten Sie um die Angabe einiger sozialer Daten:

Anzahl der Geschwister: _____ Kindergartenbesuch: Ja ☐ Nein ☐

Schulbildung der Eltern:

Vater: 8. Klasse ☐ 10. Klasse ☐ Abitur ☐
Mutter: 8. Klasse ☐ 10. Klasse ☐ Abitur ☐

Erwerbstätigkeit der Eltern:

Vater erwerbstätig: ☐ Ja ☐ Nein
Mutter erwerbstätig: ☐ Ja ☐ Nein

Anzahl der im Haushalt lebenden Personen:

Kinder: _____ Erwachsene: _____

Abbildung 10: Fragebogen zur Sozialanamnese

Ziel war es, einen möglichst einfachen Fragebogen zu entwerfen. Die Schulbildung der Eltern entspricht einem Bildungsgang, der in der ehemaligen DDR üblich war, zumal die Eltern der Einschüler überwiegend aus Magdeburg und Umgebung kamen und dem Alter nach noch vor der politischen Wende ihre Schule abschlossen.

Im Bereich der Erwerbstätigkeit ist die gewählte Fragestellung nach Ansicht des Verfassers ausreichend, um die soziale Situation der Familien in Bezug auf das generelle Ziel der Untersuchung einschätzen zu können.

Über die Angaben zu der Anzahl der im Haushalt lebenden Personen lässt sich auf allein erziehende Eltern schlussfolgern.

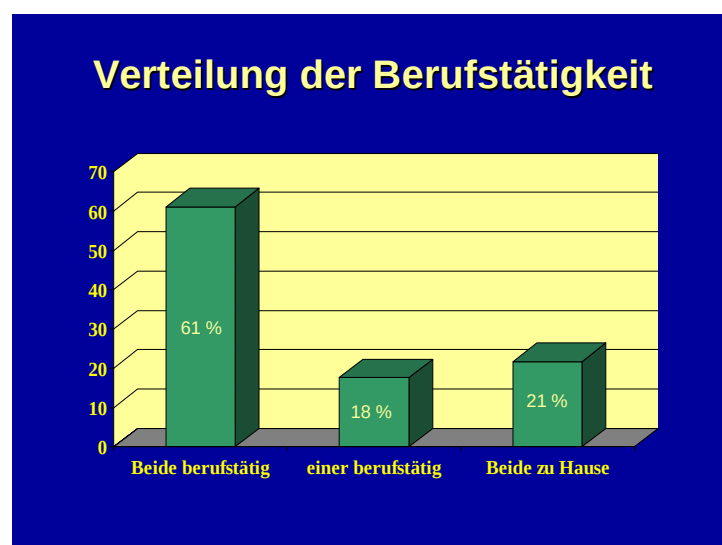
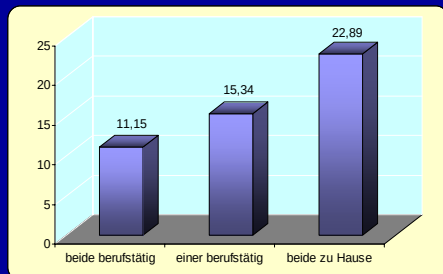


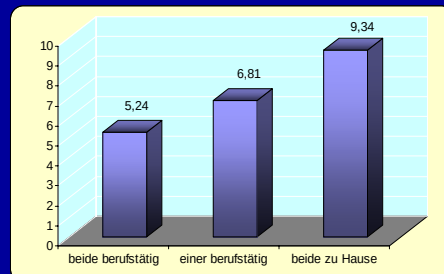
Abbildung 11: Die Verteilung der Berufstätigkeit

Nachstehend wird versucht, eine Zusammenführung von ausgewählten Gesundheitsdaten und der lt. Fragebogen erhobenen Sozialdaten darzustellen.

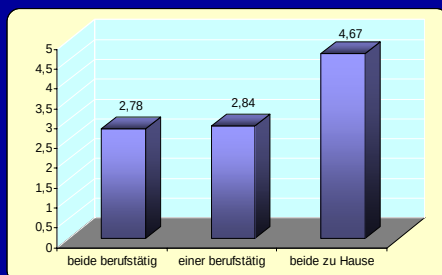
Auffälligkeiten Motorik / Koordination



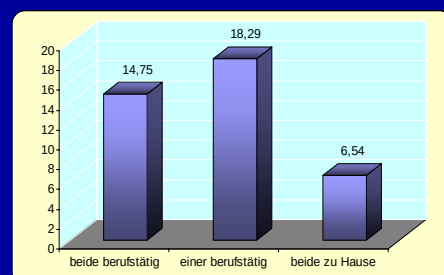
Sprachbehinderung



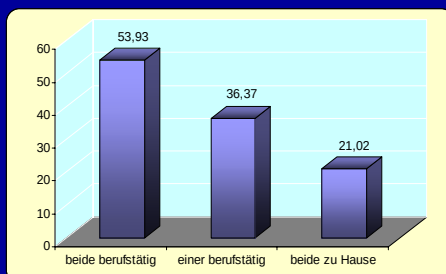
Sehbehinderung



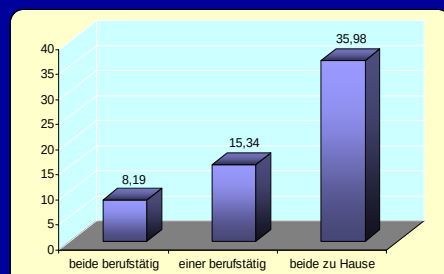
Neurodermitis



Zahnstatus primär gesund



Mehr als 3 kranke Milchzähne



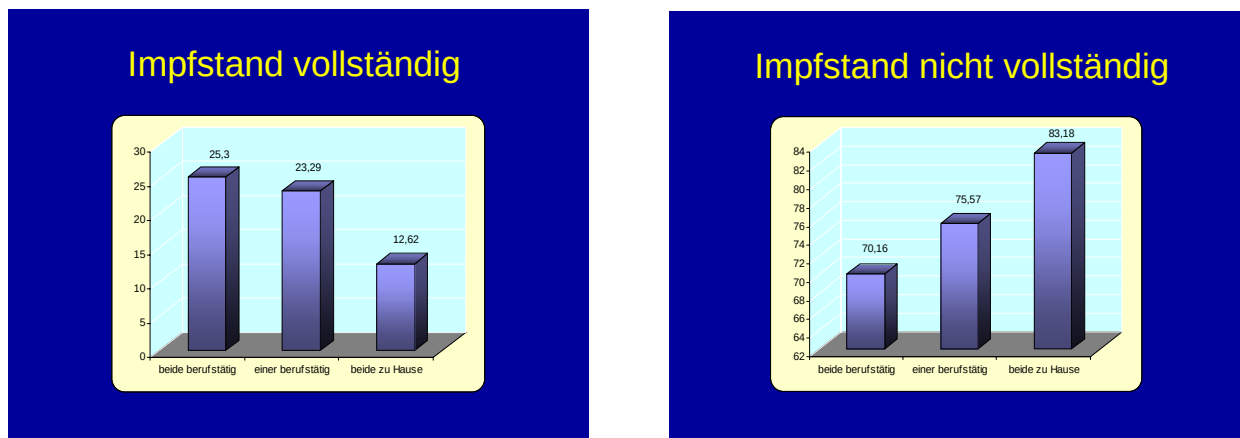


Abbildung 12: Ausgewählte Gesundheitsdaten und Sozialdaten

Die Säulendiagramme kennzeichnen den Anteil (in %) der untersuchten Kinder der jeweiligen Gruppe aus den Sozialdaten.

In Familien mit Erwerbslosigkeit findet sich ein hoher Anteil an gesundheitlichen – und Entwicklungsproblemen bei den Kindern. Das betrifft auch Befunde, die durch ein gutes Gesundheitsbewusstsein vermieden werden könnten (Karies, Impfstand). In Familien mit Erwerbstätigkeit beider Eltern verzeichnen wir lediglich eine erhöhte Rate an Allergien und allergischen Hauterkrankungen (Neurodermitis).

Soziale Benachteiligung geht mit gesundheitlicher Benachteiligung einher, wie in dieser Untersuchung gezeigt wurde. Da Kinder auf die Lebensverhältnisse, in denen sie groß werden, selbst keinen Einfluss haben, ist die gesellschaftliche Verantwortung zur Verminderung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit hier besonders groß. Notwendig sind dazu einerseits gesamtgesellschaftliche Strategien zur Bewältigung der zugrunde liegenden sozialen Problematik (z.B. Bekämpfung von Arbeitslosigkeit und Armut), andererseits aber auch ein spezifischer Beitrag des Gesundheitssektors, um die gesundheitlichen Folgen sozialer Ungleichheit zu verringern.

2.1.4 Erfassung und Auswertung des Impfstandes bis zum 7. Lebensjahr - ein Pilotprojekt

In Sachsen-Anhalt sind Impfungen bei Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr an das Gesundheitsamt namentlich zu melden. Ziel der Meldepflicht ist die Verbesserung und Stabilisierung des altersgerechten Impfstatus. Bei der Umsetzung der Meldepflicht gibt es Schwierigkeiten, die mit einem Modellprojekt in den Gesundheitsämtern Magdeburg und Halle analysiert und behoben werden sollen.

Entscheidend für die Umsetzung der Meldepflicht sind das Einverständnis der Eltern, die Bereitschaft der impfenden Ärzte und die personellen und technischen Möglichkeiten im Gesundheitsamt. Eine Befragung niedergelassener Kinder- und Hausärzte ergab, dass Vorbehalte gegen die Meldepflicht bezüglich des Datenschutzes und der rechtlichen Absicherung weit verbreitet sind. Die Hausärzte glauben außerdem, dass die Eltern mit einer namentlichen Meldung nicht einverstanden sind. Dass dies nicht der Fall ist, ergab eine Befragung junger Mütter. Entscheidend für die Zustimmung junger Mütter zur Meldepflicht ist, dass der impfende Arzt ebenfalls eine positive Haltung einnimmt.

Um die Impfmeldepflicht umzusetzen, ist es daher zwingend notwendig, die Bedenken der Ärzte hinsichtlich der Meldepflicht auszuräumen und den unmittelbaren Nutzen der Meldungen in der täglichen Praxis erlebbar zu machen. Aufgabe des Gesundheitsamtes ist es dann, die eingegangenen Meldungen datentechnisch aufzuarbeiten und mittels eines vom Robert-Koch-Institut zur Verfügung gestellten PC-Programms ein Impfregister und ein Impferinnerungssystem aufzubauen.

2.1.5 U - Untersuchungen

Die neun Früherkennungsuntersuchungen („U-Untersuchungen“) gehören zum kostenlosen und freiwilligen Programm für die gesunde Zukunft eines Kindes. Bei jeder der neun Untersuchungen überprüft der von den Eltern gewählte Arzt, ob sich das Kind altersgerecht entwickelt und trägt die Ergebnisse in ein "Untersuchungsheft für Kinder" ein. So werden neben körperlichen Untersuchungen auch die Bewegungsfähigkeiten und die Sinnesorgane des Kindes überprüft.

Die Eltern können bei allen Untersuchungen dabei sein.

Es bietet sich hier für den Arzt die Möglichkeit, neben dem gesunden Wachstum eines Kindes, Krankheiten oder Behinderungen frühzeitig zu erkennen, um dann gegebenenfalls unmittelbar die geeigneten Behandlungen einleiten zu können.

Die Inanspruchnahme dieser Untersuchungen wird im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen ermittelt.

Für die Landeshauptstadt Magdeburg wurden folgende Angaben ermittelt (Schuleingangsuntersuchung 2004):

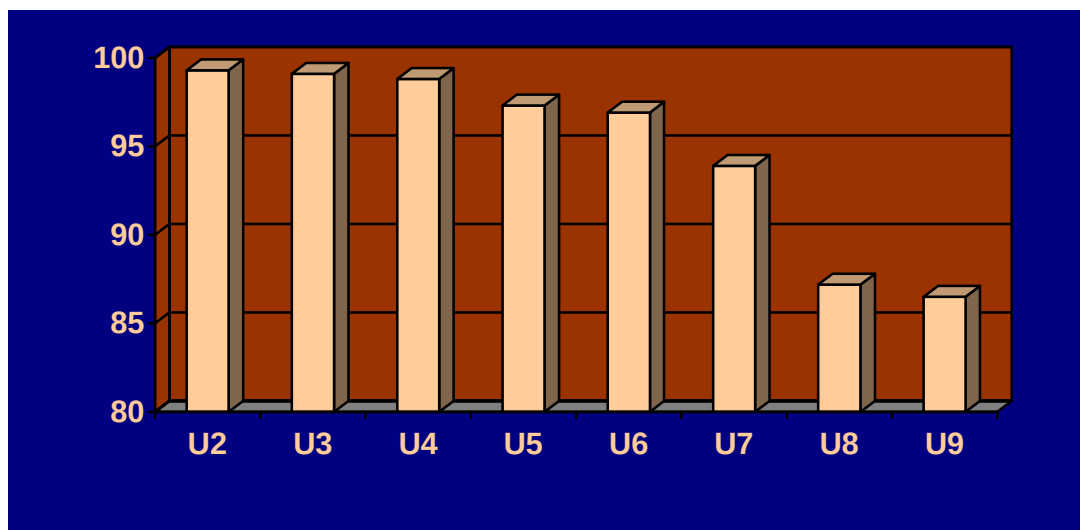


Abbildung 13: Inanspruchnahme der U-Untersuchungen 2004 (Angaben in %)

Aus der Grafik ist ein Rückgang der vorgenommenen Untersuchungen ab der U 7 zu ersehen. Bei der U 8 verzeichneten wir einen Anteil von lediglich 87,2 % und bei der U 9 von 86,5 %. Dies spiegelt den allgemeinen Trend auch des Bundesgebietes wider.

Als Gründe sind die mit zunehmendem Alter sinkende „Besuchsfrequenz“ beim Kinderarzt zu nennen und ein mit zunehmendem Alter sinkendes Beratungsbedürfnis.

2.1.6 Impfstand der 4. Klassen 2004 in Magdeburg

2.1.6.1 Ergebnisse

Im Rahmen einer Impfausweiskontrolle wurden in Magdeburg 879 Ausweise von Schülerinnen und Schülern der 4. Klassen eingesehen. Das entspricht 79,3 % der Kinder dieser Altersklasse. Grundlage der Auswertung war der vom Arbeitskreis „Impfen“ des Landes Sachsen-Anhalt definierte altersgerechte Impfstand und die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (RKI).

Folgende Ergebnisse sind gegenwärtig:

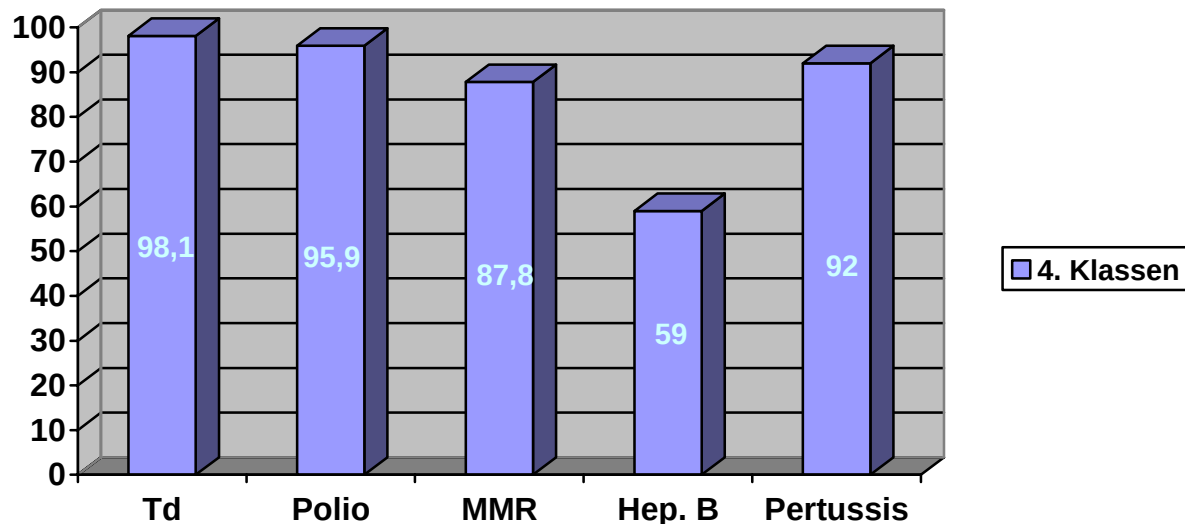


Abbildung 14: Impfquote bei Einzelimpfungen 4. Klassen in Magdeburg 2004 (Angaben in %)

Anhand der Daten ist ersichtlich, dass insbesondere bei den Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Polio und Pertussis die 90 % - Marke überschritten ist. Bei der MMR-Impfung haben 87,8% die angestrebten 2 Impfungen. Zusätzlich zu der abgeschlossenen Immunisierung bei Hepatitis B (59%) sind 12,5% angefangene Immunisierungen zu nennen.

2.1.7 Untersuchungen der 10. Klassen 2001 in Magdeburg

Die Untersuchung der Schülerinnen und Schüler der 10. Klassen durch Kinderärzte des Gesundheitsamtes stellt einen wichtigen Beitrag in der diagnostischen und präventiven Medizin dar.

Ab dem 15./16. Lebensjahr bis zum Abschluss der Ausbildung oder des Studiums besteht eine medizinisch-präventive Versorgungslücke, die derzeit in der Praxis durch kein anderes System der Gesundheitsvorsorge geschlossen wird.

In Verbindung mit der gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchung zum Jugendarbeitsschutzgesetz ist diese Jahrgangsuntersuchung Chance und Gelegenheit, neben der Überprüfung des Impfstatus, den körperlichen und psychischen Gesundheitszustand einzuschätzen und notwendige Maßnahmen einzuleiten.

Die Untersuchung der Schülerinnen und Schüler der Gymnasien ist ebenfalls eine notwendige Vorsorgeuntersuchung mit der Möglichkeit, den altersgerechten Impfstand zu überprüfen und Impfungen vorzunehmen. Leider werden diese Schülerinnen und Schüler praktisch nicht mehr untersucht, da sie nicht unter das Jugendarbeitsschutzgesetz fallen.

Die vorgelegte Statistik belegt die Notwendigkeit dieser Untersuchung zu diesem Zeitpunkt. Das individuelle Gesundheitsgespräch hat eine umfassende medizinisch-soziale Beratung zum Inhalt.

Aktuell werden jedoch im Land Sachsen-Anhalt auf Grund von „Kapazitätsgründen“ zunehmend diese Jahrgangsuntersuchungen nicht mehr durchgeführt. In Magdeburg wurde diese Untersuchungen 2004 ebenfalls erstmalig nicht durchgeführt und mit deutlichen Schwierigkeiten den Hausärzten übertragen. Es ist geplant, ab dem Schuljahr 2005/06 diese wichtige Untersuchung wieder durch den KJGD vorzunehmen.

2.1.7.1 Ergebnisse

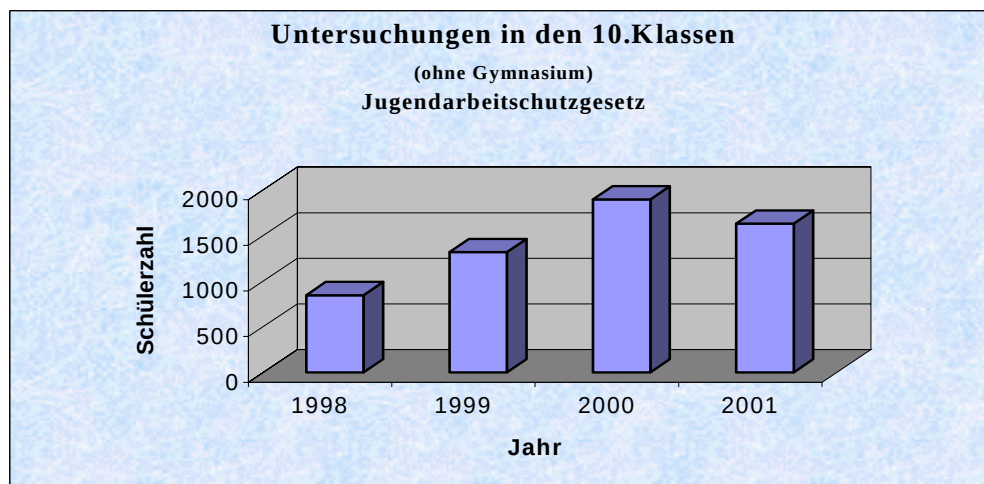


Abbildung 15: Untersuchungszahlen von 1998-2001 (10. Klassen)

In dieser Grafik sind die Schülerzahlen dargestellt, die zur Erstuntersuchung im Gesundheitsamt erschienen sind. Die Schüler wurden klassenweise untersucht. Die verschiedenen Untersuchungszahlen sind auf interne und personelle Ursachen im Gesundheitsamt zurückzuführen (z. B. Krankheit, Planung), nicht auf die entsprechenden Jahrgangszahlen.

Bei den Untersuchungen der Jugendlichen der 10. Klassen (bis 2000 einschließlich der Gymnasien, ab 2001 nur Realschulen und IGS) wurden Überweisungen (einschl. Impfüberweisungen) zu Fachkollegen ausgestellt. Im Jahr 1998 mussten bei 53 % der untersuchten Schüler Überweisungen ausgestellt werden, im Jahr 1999 bei 41 % im Jahr 2000 bei 30 % und im Jahr 2001 bei 33 %. Dies betraf insbesondere Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Sehschwächen und Hauterkrankungen.

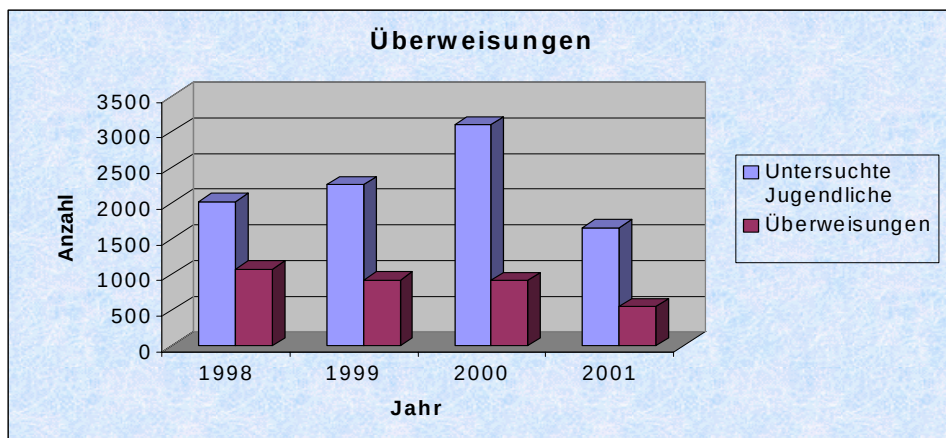


Abbildung 16: Zahl der Untersuchungen und der Überweisungen (10. Klassen)

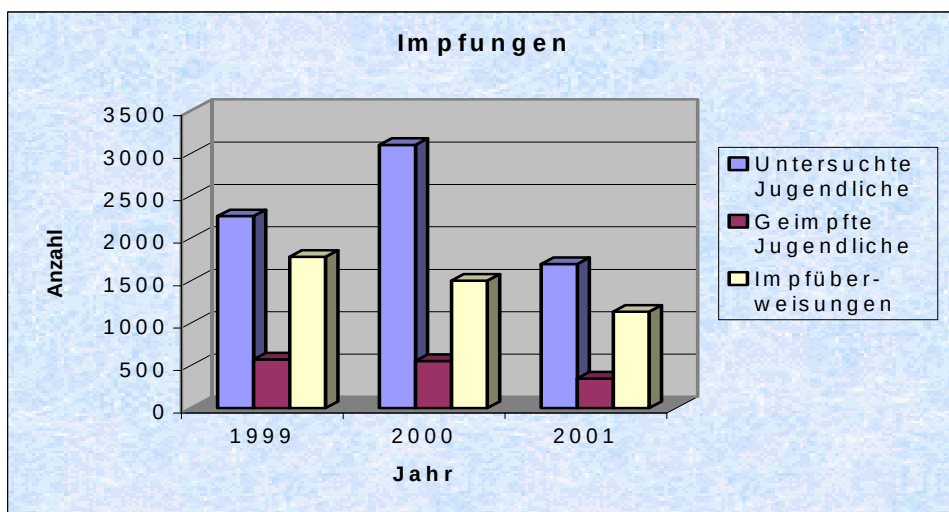


Abbildung 17: Impfungen und Impfüberweisungen (10. Klassen)

Aus dieser Abbildung ist ersichtlich, dass wir im Rahmen der Untersuchungen zum Jugendarbeitsschutzgesetz durchschnittlich jeden 5. Jugendlichen einer oder mehrerer Impfungen unterzogen haben. Dies stellt keinesfalls den Bedarf für einen altersgerechten Impfstand dar, sondern vielmehr nur die Leistung im Rahmen unserer Möglichkeiten. Von allen untersuchten Jugendlichen, die auch einen Impfausweis vorlegten, erhielt noch eine große Zahl von Jugendlichen eine „Impfüberweisung“ für den Hausarzt. Um einen altersgerechter Impfstand in diesem Alter zu erreichen, bedarf es noch organisatorischer Bemühungen.

2.1.7.2 Diskussion

Die Untersuchung der Jugendlichen in der 10. Klasse ist ein medizinisches Erfordernis. So stellen wir nicht nur ein mangelndes präventives Gesundheitsbewusstsein in diesem Alter fest (Arztbesuch nur im Notfall), sondern müssen auch auf Grund der medizinischen Befunde der Jugendlichen auf die Wichtigkeit dieser Untersuchung hinweisen.

2.1.8 Zusammenfassung

Kinder sind heute eher seltener „krank“ als noch vor etwa 50 Jahren. Zurückgegangen sind insbesondere Infektionskrankheiten, Mangelkrankheiten und akut behandlungsbedürftige Störungen. Allerdings ist eine relative Zunahme von chronischen Erkrankungen und Behinderungen (darunter auch Allergien), Suchterkrankungen und vor allem auch psychischen Störungen in Leistungs-, Wahrnehmungs-, Gefühls-, Kontakt- und sonstigen Entwicklungsbereichen zu beobachten.

Wir verzeichnen auch, dass die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den letzten 5 Jahren zunehmend in den Vordergrund der Interessen der Gesundheits- und Kommunalpolitik gerückt ist.

Sie ist das derzeitige Schwerpunktthema der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Es steht für einen lebensbegleitenden Ansatz der Gesundheitsförderung in Familie, Kindergarten, Schule und Freizeit. Der Hintergrund: wissenschaftliche Untersuchungen belegen wiederholt gesundheitliche Defizite bei Kindern im Vorschulalter - z. B. hinsichtlich körperlicher Ausdauerleistung, Koordinationsfähigkeit, altersgemäßer Körperkraft oder Über- und Untergewicht.

Das für die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendliche zentrale Konzept einer gesunden Entwicklung beinhaltet die Notwendigkeit, sich nicht auf Präventions- und Vorsorgeangebote im engeren Sinne zu beschränken. Vielmehr ist die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen insgesamt zu überprüfen und so weiterzuentwickeln, dass angemessene Rahmenbedingungen für die Förderung einer gesunden Entwicklung für alle Kinder und Jugendlichen in Magdeburg bestehen. Diese komplexe und langfristig angelegte Aufgabe kann nicht von einem Versorgungssektor allein, z. B. dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), bewältigt werden, sondern muss in Kooperation mit sozialen Diensten, der Selbsthilfe, Krankenkassen und anderen Partnern innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens in Angriff genommen werden.

Die Familie ist der früheste und aussichtsreichste Ort für die Prägung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen. Sie ist ebenso der Ort, wo Fehlentwicklungen erkannt und alternative Lösungen entwickelt werden können. Die landesweit gegründeten Bündnisse für Familien sind ein erster Ansatz.

Kinder und Jugendliche gehören zu den Bevölkerungsgruppen, die ihre gesundheitliche Versorgung bzw. ihre sozialversicherungsrechtlichen Ansprüche nicht ohne fremde Hilfe sichern können. Die bestehenden Angebote zur gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Magdeburg sind - wie in anderen vergleichbaren deutschen Städten auch - überwiegend in „Komm-Strukturen“ organisiert. Sie setzen somit die Initiative und die Eigenverantwortung der Eltern bei der Inanspruchnahme der Angebote und Institutionen des Gesundheitswesens voraus, Voraussetzungen, die bei manchen Familien nicht gegeben sind. Einem sehr differenzierten und leistungsfähigen System zur Behandlung von Gesundheitsstörungen stehen – mit Ausnahme einzelner, zumeist zeitlich begrenzter Projekte - eher fragmentarische und bisher nur unzureichend vernetzte Angebote auf dem Gebiet der Prävention gegenüber. Es gibt für die Sicherung einer systemübergreifenden (d. h. die Bereiche Medizin, Erziehungs- und Bildungswesen, Jugendarbeit und Sozialwesen

umfassende) Prävention keine gesetzlichen Grundlagen. Insbesondere werden hierbei keine verbindlichen Standards vorgegeben. Deshalb ist auf kommunaler Ebene ein entsprechender politischer Wille und eine langfristig angelegte intensive Zusammenarbeit der beteiligten Akteure unter Einbeziehung der Eltern erforderlich, um Kinder und Jugendliche in dieser Stadt vor vermeidbaren gesundheitlichen Problemen und Gefahren zu schützen. Derzeit ist über die (besonders von sozial benachteiligten und gesundheitlich besonders gefährdeten Kindern viel zu wenig in Anspruch genommenen) Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen durch niedergelassene Ärzte hinaus nicht sichergestellt, dass sich anbahnende Gesundheits-, vor allem aber auch körperliche, seelische und geistige Entwicklungsstörungen bei allen Kindern so rechtzeitig erkannt werden, dass eine Behandlung oder entsprechende Förderung erfolgen könnte, bevor es in der Schule zu Versagenserfahrungen, zur Zuweisung von Außenseiterpositionen und zu sekundären neurotischen Entwicklungen kommt, durch die der Schulerfolg gefährdet und der spätere Übergang ins Erwerbsleben erschwert werden können. Hierzu bedarf es einer regelmäßigen und ausreichenden kinder- und jugendärztlichen Untersuchung und Beratung der Kinder bzw. ihrer Sorgeberechtigten bereits in den Kindergärten. Aber auch während der Schulzeit müssen gesundheitlich bedingte Fehlentwicklungen rechtzeitig erkannt und ggf. behandelt werden.

2.2 Die Zahngesundheit in Magdeburg

2.2.1 Einführung

2.2.1.1 Allgemeine Grundlagen – Prophylaxe und Zahn- und Munderkrankungen

Zahn- und Munderkrankungen sind wichtige Public Health Probleme. Die Gründe für ihre Bedeutung sind ihr häufiges Vorkommen, die Auswirkungen auf das Individuum und die Gesellschaft in Form von Schmerzen, Beschwerden, funktionellen Einschränkungen oder sogar Behinderungen und ihr Einfluss auf die Lebensqualität. Außerdem verursachen sie für den Einzelnen und die Gesellschaft sehr hohe Kosten.

Die Erkenntnis, dass restaurative Behandlungsmaßnahmen nicht finanzierbar sind und dass die Konzentration auf die Reparatur von Schäden langfristig keine Verbesserung der Mundgesundheit bringt, hat dazu geführt, dass in vielen Ländern der Schwerpunkt in Richtung Prävention und Mundgesundheitsförderung verschoben wurde.

Der Zusammenhang zwischen Zuckerkonsum und Karies kann heute in den Industrieländern nicht mehr gesehen werden. Die Kariesprävalenz fiel, obwohl der Zuckerkonsum weiter anstieg oder zumindest gleich hoch blieb.

Als Grund hierfür werden neben einer allgemein verbesserten Mundhygiene die eingeführten Fluoridierungsmaßnahmen genannt.

Es ist festzustellen, dass der Zusammenhang zwischen steigender Kariesprävalenz und steigendem Zuckerkonsum in Populationen, in denen systematisch Fluoridierungen stattfinden, nicht mehr gegeben ist.

In den letzten zwei Jahrzehnten wurde weltweit eine drastische Senkung der Kariesprävalenz gemeldet. Wir wissen, dass die Einführung von wirksamen, fluorhaltigen Zahnputzmitteln entscheidend zu diesem Phänomen beigetragen hat, aber selbst die beste fluorhaltige Zahnpasta kann weder Karies noch parodontale Krankheiten verhüten, wenn sie nicht richtig angewendet wird.

Prophylaxe-Schulungen sind auf allen Ebenen - vom Kindes- bis zum Seniorenalter - sehr wichtig, damit die Mundhygienemaßnahmen richtig eingesetzt werden und die Zahngesundheit global weiter verbessert wird.

Orale Präventivmedizin ist eine lebenslange Aufgabe, wobei - abgesehen von Kindheit und Jugend - gerade bei Senioren aufgrund der altersbedingten Abnutzung, dem Rückgang der Regenerationsfähigkeit und der oralen Wirkung von Allgemeinerkrankungen und Medikamenten eher mit einem erhöhten Bedarf zu rechnen ist.

2.2.1.2 Der Jugendzahnärztliche Dienst Magdeburg

Im Januar 1991 nahm der Zahnärztliche Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Magdeburg seine Tätigkeit auf.

Auf der Basis des Kindertagesstättengesetzes und des Schulgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt § 38 Abs. 1 und 2 werden in den Kindertagesstätten, Kindergärten und Schulen Reihenuntersuchungen für alle Kinder im Alter von 3 - 12 Jahren durchgeführt, das heißt, wir betreuen derzeit 88 Kindergärten, 43 Grundschulen, 21 Sekundarschulen, 6 Gymnasien, 2 Integrierte Gesamtschulen und 11 Sonderschulen.

Im Jahr 1993 trat die Stadt Magdeburg der Rahmenvereinbarung über die Verhütung von Zahnerkrankungen nach § 21 SGB V im Land Sachsen-Anhalt bei. Auf dieser Grundlage wurde für die Stadt Magdeburg ein Arbeitskreis „Jugendzahnpflege“ gegründet. Mitglieder in diesem Arbeitskreis sind die Stadt Magdeburg, vertreten durch den Zahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes, die ortsansässigen Krankenkassen AOK, VdAK/AEV, BKK, IKK und die Zahnärztekammer.

Dem Zahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes obliegt die Geschäftsführung des Arbeitskreises „Jugendzahnpflege“. Von der Clearingstelle der Landesarbeitsgemeinschaft „Jugendzahnpflege“ wird dem Arbeitskreis Geld für die zahnärztliche Gruppenprophylaxe zur Verfügung gestellt.

Zu den Aufgaben des Arbeitskreises „Jugendzahnpflege“ gehören folgende Maßnahmen:

- Durchführung von Zahnputzübungen mit fluoridhaltiger Zahnpasta in Kindertagesstätten und Kindergärten
- Anleitung der Erzieherinnen, um ein tägliches Zähneputzen in den Kindereinrichtungen zu gewährleisten
- ab 4. Lebensjahr Einbürsten eines altersgerechten Fluoridgelees 1x wöchentlich (mit Einverständniserklärung der Eltern)
- Zahngesunde Ernährung
- Motivation der Kinder, Eltern, Lehrer und Erzieher zur Zahngesundheit
- Durchführung von Zahnschmelzhärtungen
- intensive Betreuung von Kariesrisikokindern
- Durchführung von Prophylaxe-Unterricht für Schulkinder
- Ausgestaltung von Elternabenden, Projekttagen, Zahnputzfesten
- Tag der Zahngesundheit (bundesweit am 25.09. jeden Jahres)
- Besuche von Kindergartengruppen und Schulklassen im Prophylaxeraum des Gesundheitsamtes und in den Praxen der niedergelassenen Zahnärzte zum Angstabbau der Kinder vor dem Zahnarzt und der zahnärztlichen Behandlung
- spezielle und intensive Betreuung im Rahmen der Gruppenprophylaxe bei geistig und körperlich behinderten Kindern

Für die Gruppenprophylaxemaßnahmen werden vom Arbeitskreis die verschiedensten Materialien wie Zahnbürsten, Zahnpasta, Fluoridgelee und anderes zur Verfügung gestellt. Mindestens 1x jährlich, meist jedoch mehrmals im Jahr erhalten die Kinder Prophylaxeimpulse.

In den Einrichtungen für körperlich oder geistig behinderte Kinder bemühen wir uns im Rahmen der Intensivprophylaxe 4 x jährlich Schmelzhärtungen mittels Fluorlacktouchierungen durchzuführen.

Die Zahl der niedergelassenen Zahnärzte, die sich an den gruppenprophylaktischen Maßnahmen in den Kindergärten beteiligen, sinkt stetig und umfasst nunmehr nur noch 11 Zahnärzte, die regelmäßig 1 x Jahr einen Kindergarten betreuen.

Ziel dieser gesamten Prophylaxemaßnahmen ist es, den Kariesbefall an den Gebissen der Kinder und Jugendlichen zu reduzieren.

2.2.2 Entwicklung oraler Gesundheit in Magdeburg

2.2.2.1 DMFT-Index

Mithilfe des DMFT-Index können Informationen über die Kariesfrequenz, den Behandlungsbedarf, sowie den Sanierungszustand bei der Erstuntersuchung gewonnen werden.

Nach eingehender Untersuchung wird jeder Zahn entweder als gesund, als kariös oder gefüllt oder als fehlend aufgezeichnet. Entsprechend internationalen Empfehlungen (World Health Organisation) wird der Kariesbefall der Kinder und Jugendlichen durch den DMFT-Index dargestellt. Dabei steht das englische

- **D** (decayed = kariös) für die Karieserkrankung der einzelnen bleibenden Zähne
- **M** (missing = fehlend) für die infolge Karies und ihren Folgeerscheinungen vorgenommenen Extraktionen der Zähne, und
- **F** (filled = gefüllt) für die abgeschlossene zahnärztliche Behandlung des Zahnes durch Legen einer Füllung.
- **T** (Tooth = Zahn)

Dieser Index bezieht sich auf bleibende Zähne bei Großschreibung und auf Milchzähne bei Kleinschreibung.

Der DMFT-Index beinhaltet die Gesamtzahl aller kariösen, fehlenden und gefüllten Zähne aller untersuchten Kinder.

Er gibt somit für definierte Altersgruppen (Schultypus, Geschlecht usw.) den Mittelwert des Kariesbefalls pro Individuum wieder. Dies schließt einerseits die Existenz von Kindern mit Kariesfreiheit ein (primär gesunde Kinder) und andererseits die mit höherem oder hohem Kariesbefall.

Der D-Wert ist gleich dem noch ausstehenden Behandlungsbedarf, während durch den F- und M-Wert die geleistete zahnärztliche Behandlung zum Ausdruck kommt. Allerdings ist eine höhere Anzahl extrahierter Zähne (M-Wert) stets ein Zeichen frühzeitiger Gebissdestruktion infolge zu später Zuführung der Kinder zur zahnärztlichen Behandlung.

2.2.2.2 Kariesprävalenz in Magdeburg 1997 - 2002

Es ist keine deutliche Reduktion der Kariesprävalenz zu verzeichnen. Lediglich die Kariesprävalenz der Vorschul- und Grundschulkinder hat sich leicht verbessert. (siehe Tabelle 22)

Tabelle 19: DMFT-Index als Indikator für Kariesprävalenz

	1997	2002	2004
DMFT 6. Lebensjahr	0,18	0,11	0,07
DMFT 12. Lebensjahr	1,4	1,5	1,6

Allerdings ist eine Polarisierung innerhalb der letzten Jahre festzustellen. Auf der einen Seite haben wir eine große Gruppe von Kindern, die nur wenig oder keine Karies haben, auf der anderen Seite vereint eine kleine Gruppe von Kindern und Jugendlichen mehr als die Hälfte des gesamten Kariesbefalls auf sich. Diese Kinder und Jugendlichen gehören zur Kariesrisikogruppe und bedürfen einer intensiveren zahnärztlichen und gruppenprophylaktischen Betreuung.

Kariesrisiko als Indikator für sozial-ökonomische Strukturen

So zeigt sich ein deutlicher Einfluss der Migrationserfahrung auf die Kariesprävalenz. Kinder mit Migrationserfahrung weisen mehr Karies auf als Kinder ohne. [6]

Auch zeigt die Zahngesundheit signifikante Zusammenhänge mit sozialer Benachteiligung, wobei dies natürlich mit ungünstigem Ernährungs- und Mundhygieneverhalten, schlechtem Wissensstand sowie mangelndem Gesundheitsbewusstsein korreliert.

Tabelle 20: Untersuchung aller Kinder 3.-12. Lebensjahr zweier Stadtgebiete mit unterschiedlicher Sozialstruktur 2002

	Gebiet I *	Gebiet II **
Anteil an Kariesrisikokindern	10,0%	32,0%
Anteil an sanierungsbedürftigen Kindern	18,8%	39,4%

) * mit überdurchschnittlich hohem Anteil an Familien, in denen beide Eltern erwerbstätig sind

) ** mit überdurchschnittlich hohem Anteil an Familien, in denen beide Eltern nicht erwerbstätig sind

Behinderte Kinder und Jugendliche zeigen einen erhöhten Kariesbefall (mehr als 3x so viel kariöse Zähne; Tabelle 21), einen schlechten Sanierungszustand und entsprechend großem Behandlungsbedarf.

Vor allem aufgrund ihrer Schwierigkeiten bei der Durchführung der Mundhygiene, aber auch wegen häufiger krankheitsspezifischer Probleme wie Schmelzhypoplasie, spezieller Diäten oder medikamentös induzierter Xerostomie zählen viele Patienten mit Behinderungen zur Risikogruppe kariöser Erkrankungen.

Tabelle 21: Kariesprävalenz und Sanierungsgrad im Vergleich weiterführende Schule (Sekundarschule, Gesamtschule, Gymnasium) und Sonderschule (Förderschule für geistig Behinderte, für Lernbehinderte, für Körperbehinderte, Schule mit Ausgleichsklassen, Sprachheilschule) 2002

	11. Lebensjahr weiterführende Schule	11. Lebensjahr Sonderschule
DMFT-Wert	0,8	2,1
Durchschnittliche Anzahl kariöser bleibender Zähne (D-T) pro Kind	0,25	0,8
Anteil primär gesunder Kinder	47%	26%
Anteil sanierter Kinder	30%	34%
Anteil sanierungsbedürftiger Kinder	23%	40%

Große Sorge bereitet auch der massive Kariesbefall an den Zähnen der Kleinkinder. Bei Kindern ab dem 2. Lebensjahr ist vermehrt eine Zunahme der Milchzahnkaries vor allem der Oberkieferfrontzähne (Nursing bottle syndrom) zu beobachten. Dies sind die Folgen der ständigen Benutzung der Trinkflasche ohne Kontrolle der Eltern.

Es ist wichtig, schon frühzeitig (1.-2. Lebensjahr) mit der Zahnpflege zu beginnen. Wichtig ist schon in diesem Alter die richtige, zahngesunde Ernährung. Das bedeutet, dass man auf versteckte Zucker in Kindertees und Kindernahrung achtet, dass man dem Kind Obst und rohes Gemüse anbietet und nach dem Essen die Zähne des Kindes regelmäßig reinigt.

Hierfür muss das Verständnis der Eltern geweckt werden, denn die gruppenprophylaktischen Maßnahmen erhalten die Kinder erst, wenn sie eine Kindertagesstätte oder einen Kindergarten besuchen.

Um den Anteil der Kariesrisikokinder festzustellen, wurden die Untersuchungsergebnisse der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen im Bereich Kindertagesstätten/ Kindergärten speziell ausgewertet. Das Ergebnis zeigt die folgende Tabelle.

Tabelle 22: Kariesrisiko- Kinder im 3. - 7. Lebensjahr

(Anteil der Kariesrisikokinder an den untersuchten Kindern)

	1997	2002	2004
3. - 4. Lebensjahr	20,75 %	21%	19%
5. Lebensjahr	16,7 %	17%	16%
6. - 7. Lebensjahr	16,6 %	14%	12%

Tabelle 23: Entwicklung der Zahngesundheit von 1994 bis 1997, 2002 und 2004

		1994	1995	1996	1997	2002	2004
1.	zahnärztlich behandlungsbedürftige Kinder)*	26,5%	24,2%	24,6%	28,2%	31,9%	34,2%
2.	kieferorthopädisch behandlungsbedürftige Kinder)*	16,4%	19,7%	13,8%	13,7%	26,2%	25,5%
3.	spezielle Fluoridierungs- maßnahmen)**	4,9%	15,7%	13,9%	25,8%	12,6%	10,9%
4.	Teilnehmer an Zahnputzaktionen**	52,0%	85,2%	67,3%	76,5%	k. A. ***	55,8%

)* Anteil an den untersuchten Kindern

)** Anteil an allen Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren in Magdeburg

) *** 2002 erfolgte die Umstellung auf rein digitale Abrechnung und eine Erfassung war nicht möglich

2.2.2.3 Diskussion der Ergebnisse

Die Erhöhung des Anteils der behandlungsbedürftigen Kinder und die Verbesserung der Zahngesundheit der Vorschul- und Grundschulkinder bis zum Jahr 2004 lässt folgende Schlüsse zu:

- Die Anleitung der Eltern und Erzieher in den Kindergärten und Kinderkrippen durch die Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes hat ein Bewusstsein für orale Gesundheit geschaffen, das nun auch erhalten werden muss.
- Aufgrund des vermehrten Wohnortwechsels und einer Migration in die alten Bundesländer hat sich die soziale Struktur verändert, was die Zahngesundheit als Indikator deutlich zeigt.

2.2.2.4 Empfehlungen

Die Untersuchungen beweisen einen hohen Kariesbefall und indizieren die Ausweitung des bestehenden Präventionsprogrammes, um die Prävalenz der Karies innerhalb der nächsten Jahre effektiv zu verringern, um in den nächsten Jahren den Bundesdurchschnitt erreichen zu können.

Darüber hinaus wird dringend empfohlen, die Kinder möglichst schon im Vorschulalter in den Genuss von Prophylaxemaßnahmen kommen zu lassen.

Die Absicht, möglichst viele Kinder mit einem Kariespräventionsprogramm zu erreichen, lässt sich am besten verwirklichen, wenn die Kindereinrichtungen mit einbezogen werden. Für ein solches Schulzahnpflegeprogramm bedarf es neben der notwendigen Einsatzbereitschaft von Zahnärzten, Lehrern und Hilfspersonal aber vor allem der personellen Ressourcen.

Die Vermittlung von Kenntnissen zur oralen Gesundheit, gesunden Ernährung, Erziehung zur Eigenverantwortlichkeit, regelmäßige Fluoridierungsmaßnahmen und das wiederholte Einüben des Zähneputzens sollten dabei im Mittelpunkt stehen.

Gleich effektive Präventionsmaßnahmen sind mit sehr unterschiedlichem Kostenaufwand verbunden. Prophylaxemaßnahmen in zahnärztlichen Praxen sind teuer, Public-Health-Maßnahmen haben eine exzellente Kosten-Nutzen-Relation. (Harald Strippel; Medizinischer Dienst der Krankenkassen)

2.3 Meldepflichtige Infektionskrankheiten

2002/1997

Die Erfassung und Bearbeitung meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten erfolgte im Jahr 2002 auf der Grundlage des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz). Im Jahr 1997 galt noch das Bundesseuchengesetz. Nach der Landesverordnung über die erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten von 1997 sind weitere Infektionskrankheiten meldepflichtig.

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

Die Übermittlung der Daten erfolgt vom Gesundheitsamt computergestützt über das Landesuntersuchungsamt für Gesundheits-, Umwelt- und Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt an das Robert-Koch-Institut.

Nachweise einiger Krankheitserreger werden gemäß Infektionsschutzgesetz nicht mehr wie bisher nach dem alten Bundesseuchengesetz an das Gesundheitsamt, sondern durch die Labore direkt nichtnamentlich an das Robert-Koch-Institut gemeldet. Dies betrifft die Erkrankungen: Malaria, Lues, AIDS, konnatale Röteln, konnatale Toxoplasmose und Echinokokkose.

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

Die im Jahr 2002 im Gesundheits- und Veterinäramt Magdeburg nach den o. g. Rechtsgrundlagen erfassten und bearbeiteten meldepflichtigen übertragbaren Krankheitsfälle sind den nachfolgenden Aufstellungen zu entnehmen.

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

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

Im Jahresbericht werden die Häufigkeiten der Infektionskrankheiten mit dem Begriff Morbidität beschrieben. Die Morbidität stellt die absolute Anzahl der Erkrankten bezogen auf 100 000 Personen in einem bestimmten Zeitraum (hier: Kalenderjahr) dar.

2.3.1 Enteritis infectiosa (infektiöse Darmerkrankungen)

2.3.1.1 Salmonellosen

Salmonellosen sind durch Bakterien der Gattung *Salmonella* verursachte Magen-Darm-Entzündungen. Beim Krankheitsbild steht Durchfall im Vordergrund. Möglich sind auch Fieber, Übelkeit, Erbrechen und Bauchschmerzen. Die Symptome dauern in der Regel nur wenige Stunden oder Tage. Wichtigste Erregerreservoir für die menschliche Salmonellose sind landwirtschaftliche Nutztiere (insbesondere Geflügel, Rinder, Schweine) und die davon gewonnenen Lebensmittel. Am häufigsten verursachen Eiprodukte (vor allem mit Rohei zubereitete Speisen) und Geflügel Salmonellosen. Aber auch Wurstwaren, unzureichend erhitztes Schmor- und Bratenfleisch und Milcherzeugnisse können Infektionsquelle sein. Sehr selten sind Fischerzeugnisse, Muscheln, Schokolade oder Trockenprodukte verursachend. Nur ca. 10 % der Infektionen verlaufen so schwer, dass sie erkannt und dem Gesundheitsamt gemeldet werden. Man kann davon ausgehen, dass mehr Menschen jährlich an einer Salmonellose erkranken, ohne dass es zu einer Meldung kommt.

Im Jahr 2002 wurden in Magdeburg 359 Salmonellosen und 5 Ausscheider gemeldet. Dies entspricht einer Morbidität von 157,34 ‰ (Erkrankungen/100 000 Einwohner). Im Vergleich zum Vorjahr (Morbidität 140,17 ‰) war ein Anstieg der Erkrankungszahl zu verzeichnen. Der Anstieg kann auf die mit dem Infektionsschutzgesetz neben der Arztmeldung neu eingeführte Labormeldung zurückgeführt werden.

1997 wurden 468 Salmonellosen und 25 Ausscheider registriert. Dies entsprach einer Morbidität von 190,63 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner. Gegenüber 2002 wurden somit 33,29 Erkrankungen mehr pro 100 000 Einwohner erfasst.

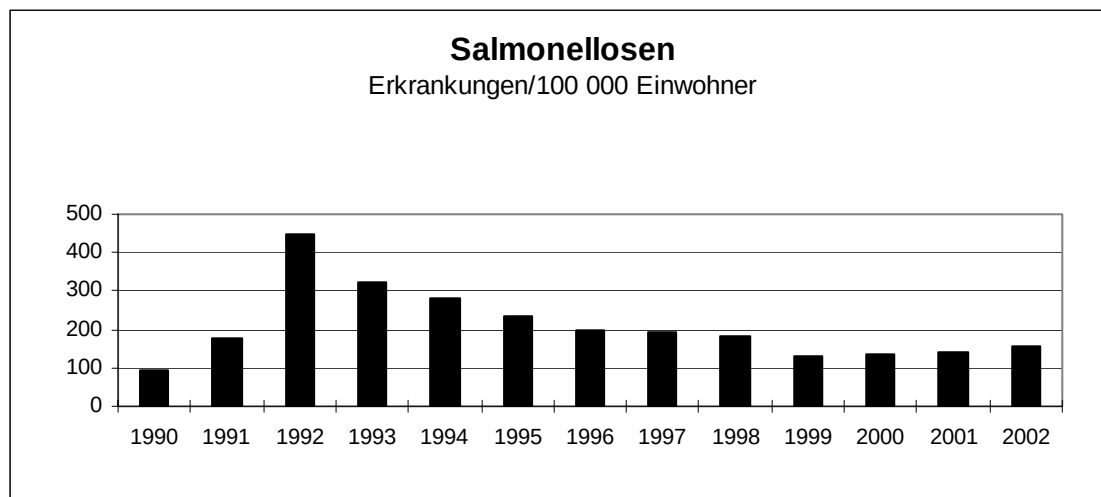


Abbildung 18: Salmonellosen in Magdeburg

Am Gesamtgeschehen der infektiösen Darmerkrankungen waren die Salmonellosen 2002 zu 22,7 % beteiligt.

Unter den Serovaren der gesamten Meldungen der Salmonellosen war *Salmonella Enteritidis* mit einem Anteil von 54,6 % am häufigsten vertreten, gefolgt von *Salmonella Thyphimurium* mit 27,3 %. Weitere 19 *Salmonella*-Serovare (z. B. *Salmonella Infantis*, *Salmonella Agona*) wurden nachgewiesen und erreichten einen Anteil von 18,1 %.

Eine Erkrankungshäufung durch *Salmonella Enteritidis* wurde ermittelt. Nach einer Geburtstagsfeier im Land Brandenburg erkrankten 4 Personen in Magdeburg mit gastrointestinalen Symptomen. Durch Untersuchung von Lebensmittel-Restproben wurde *Salmonella Enteritidis* des gleichen Lysotyps in gegrilltem Gyrosfleisch nachgewiesen. Das Fleisch war wahrscheinlich bei der Zubereitung nur unzureichend erhitzt.

2.3.1.2 Übrige Formen der Enteritis infectiosa

Die Darminfektionen, die unter „übrige Formen der Enteritis infectiosa“ neben den Salmonellen zusammengefasst werden, hatten im Jahr 2002 einen Anteil von 77,3 %.

Tabelle 24: Übrige Formen der Enteritis infectiosa 2002 in Magdeburg

Enteritis infectiosa	Erkrankungen pro 100 000 Einwohner	Änderungen zum Vorjahr / Erkrankungen pro 100 000 Einwohner	prozentualer Anteil am Gesamtspektrum
Salmonellen	157,34		
Übrige Formen gesamt	535,12		100
Amoebenruhr	-	-	-
Campylobacteriose	60,04	+3,45	11,2
Coli- Enteritis	4,82	-2,58	0,9
Yersiniosen	19,28	+3,61	3,6
Rotavirusinfektion	153,83	-19,43	28,8
Noroviren	291,89	+174,36	54,5
Giardia lamblia	4,82	+2,64	0,9
Cryptosporidium parvum	0,44	-1,74	0,1
mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftungen	-	-	-

Den größten Anteil in der Gruppe „übrige Formen der Enteritis infectiosa“ nahmen die **Norovirus-Erkrankungen** ein. Seit 2001 sind Labornachweise von Noroviren meldepflichtig.

Noroviren sind weltweit verbreitet, sehr umweltresistent und für einen Großteil der nicht bakteriell bedingten ansteckenden Magen-Darm-Entzündungen bei Kindern und Erwachsenen verantwortlich. Krankheitsbeschwerden wie Erbrechen, Übelkeit, wässrige Durchfälle bestehen in der Regel 12 bis 72 Stunden. Noroviren wurden früher als Norwalk-ähnliche Viren bezeichnet. Häufig sind sie Ursache von Ausbrüchen in Gemeinschaftseinrichtungen. Die wichtigste Ansteckungsquelle sind neben kontaminierten Lebensmitteln infizierte Menschen, die die Viren mit dem Stuhl ausscheiden, aber auch – z. B. durch Erbrechen – auf dem Luftweg übertragen können.

Im Jahr 2002 wurden in Magdeburg 666 Erkrankungen durch Noroviren erfasst. Dies entspricht einer Morbidität von 291,89 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner. Somit war im Jahr 2002 ein ausgeprägter Anstieg der Erkrankungsmeldungen gegenüber 2001 (Morbidität 117,53 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner) festzustellen.

Rund 89 % der übermittelten Erkrankungen traten im Rahmen von 17 Erkrankungshäufungen in Gemeinschaftseinrichtungen auf. Betroffene Einrichtungen waren Kindereinrichtungen, Krankenhausstationen, Altenpflegeheime und in einem Fall eine Betriebsstätte. In den Einrichtungen wurden durch das Gesundheits- und Veterinäramt Hygienemaßnahmen hinsichtlich betrieblich-organisatorischer Abläufe und der Desinfektion angeordnet.

Da das Virus sehr leicht von Mensch zu Mensch und über Gegenstände übertragbar ist und auf kontaminierten Oberflächen und Händen trotz Desinfektion zum Teil infektionstüchtig bleiben kann, kommen die Erkrankungsausbrüche oftmals nicht sofort nach Einleiten von verstärkten Hygienemaßnahmen zum Sistieren.

Die Zunahme von Ausbrüchen durch Noroviren wurde sowohl in Deutschland als auch in anderen europäischen Ländern und Nordamerika beobachtet. Dieses Phänomen ist nicht allein durch eine verbesserte Diagnostik oder eine verstärkte Surveillance zu erklären. Es wird vermutet, dass die deutliche Zunahme der Norovirus-Infektionen durch das Zirkulieren von Virusstämmen mit neuen Erregereigenschaften bedingt ist. Mittels molekularbiologischer Charakterisierung der zirkulierenden Virusstämmen wird zurzeit versucht, diese Hypothese zu bestätigen (Quelle: Robert Koch-Institut 2003).

1997 wurden keine Erkrankungen an Noroviren erfasst.

Den zweitgrößten Anteil innerhalb der Gruppe „übrige Formen der Enteritis infectiosa“ nahmen 2002 die **Rotavirusinfektionen** mit 28,8 % ein. Die Morbidität entsprach 153,83 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner. Im Vergleich zum Vorjahr wurden 19,43 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner weniger registriert.

1997 betrug die Morbidität 147,45 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner.

Der Hauptteil, der durch Rotaviren Erkrankten war im Vorschulalter.

Rotaviren treten weltweit auf und verursachen Durchfallerkrankungen vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern. Die Viren werden mit dem Stuhl ausgeschieden und durch Schmierinfektion aber auch durch verunreinigte Lebensmittel übertragen.

Der dritthäufigste nachgewiesene Erreger der „übrigen Formen der Enteritis infectiosa“ war **Campylobacter Species**. Der Anteil am Gesamtspektrum der übrigen Gastroenteritiden betrug im Jahr 2002 11,2 %, die Morbidität lag bei 60,04 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner, es wurden im Vergleich zum Vorjahr 3,45 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner mehr erfasst.

Im Jahr 1997 betrug die Morbidität 69,24 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner.

Gehäuft ist Campylobacter jejuni beim Geflügel, Campylobacter coli beim Schwein nachweisbar. Beide Bakterien-Species kommen auch bei Rindern, Schafen und im Oberflächenwasser vor. Häufige Ursache für die Darminfektion, die mit wässrigem, gelegentlich auch blutigem Durchfall und Fieber einhergeht, sind z. B. der Verzehr von roher bzw. zu wenig erhitzter Milch und die Übertragung von Mensch zu Mensch.

Die Erkrankungshäufigkeit hat ihren Gipfel gewöhnlich im Schulalter. Im Berichtszeitraum waren allerdings mehr Erwachsene (68,6 %) und weniger Schulkinder (16,8 %) betroffen.

Der Anteil des Bakteriums **Yersinia enterocolitica** am Gesamtspektrum der übrigen Gastroenteritiden betrug 3,6 %. 19,28 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner wurden im Jahr 2002 ermittelt. Im Vergleich zum Vorjahr wurden 3,61 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner mehr festgestellt. Hauptsächlich erkrankten Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 15 Jahren. 1997 wurden 23,21 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner erfasst.

Yersinia enterocolitica ist weltweit verbreitet, kommt jedoch bevorzugt in gemäßigten bis kühlen Klimazonen vor. Yersinien können sich auch bei Kühlschranktemperaturen in Lebensmitteln vermehren. Die durch pathogene Stämme von Yersinia enterocolitica hervorgerufenen Darminfektionen gehen von ungenügend erhitzten Lebensmitteln wie Milch, Milchprodukten und Schweinefleisch, vorrangig von den Innereien, aus.

Die Morbidität von Gastroenteritiden durch das Bakterium **Escherichia coli** (E. coli) sank im Jahr 2002. 4,82 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner wurden erfasst (Vorjahr: 7,40 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner). Der Anteil am Gesamtspektrum der übrigen Gastroenteritiden betrug 0,9 %. Die Erkrankungen durch E. coli traten fast ausschließlich bei Säuglingen und Kindern im Alter bis zu 10 Jahren auf. Enterohämorrhagische Escherichia coli, die blutige Durchfälle und lebensbedrohliche Komplikationen auslösen können, wurden 2002 nicht gemeldet.

Im Jahr 1997 war eine deutlich höhere Morbidität mit 17,51 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner zu verzeichnen.

E. coli ist ein normaler Bewohner des menschlichen Darms. Manche Bakterienstämme können mehr oder weniger schwere Darmerkrankungen hervorrufen.

Die Morbidität der Erkrankung an **Giardiasis** stieg auf 4,82 Erkrankungen pro 100.000 Einwohnern gegenüber dem Vorjahreswert 2,64 an. In drei Fällen hielten sich die Erkrankten während der Inkubationszeit in den Ländern Türkei, Dominikanische Republik und Usbekistan auf. Weiterhin war eine aus Russland stammende Aussiedlerin betroffen. Die Erkrankung wird durch den weltweit verbreiteten Dünndarmparasiten Giardia lamblia verursacht. Die Infektion kann unauffällig verlaufen, allerdings auch zu lang andauernden und über Jahre wiederkehrenden Durchfällen und Oberbauchbeschwerden mit Fieber und Gewichtsabnahme führen. Der Erreger wird über den Stuhl durch direkten Kontakt, Nahrungsmittel oder Trinkwasser (wenn Aufbereitung nicht dem Stand der Technik entspricht) übertragen.

An **Kryptosporidiose** erkrankte eine Bürgerin mit Bauchkrämpfen und wässrigen Durchfällen nach einem Urlaubsaufenthalt in der Türkei.

Der Darmparasit Cryptosporidium parvum wird von befallenen Haustieren und Menschen mit dem Stuhl ausgeschieden und über verunreinigtes Wasser sowie Lebensmittel übertragen.

2.3.2 Tuberkulose

Erreger der Tuberkulose sind Mykobakterien. Die für den Menschen relevanten Arten werden als Mycobacterium-tuberculosis-Komplex zusammengefasst. Der häufigste Erreger von Tuberkulose-Infektionen des Menschen ist Mycobacterium tuberculosis. Die Tuberkulose ist weltweit verbreitet. Die Übertragung erfolgt aerogen durch Tröpfchen, die insbesondere beim Husten und Niesen freigesetzt werden. Wichtig ist die frühzeitige Entdeckung ansteckungsfähiger Fälle und eine konsequent durchgeführte Behandlung, um Infektketten zu unterbrechen. Unbehandelt nimmt die Krankheit einen langen schweren Verlauf.

Im Jahr 2002 wurden 35 Tuberkuloseerkrankungen, darunter ein Sterbefall, ermittelt. Die Morbidität stieg mit 15,34 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner gegenüber dem Vorjahreswert (11,75) an. Betroffen waren 26 Deutsche und 9 Ausländer. Auch 2002 erkrankten überwiegend ältere Deutsche und jüngere Ausländer. Die Ausländer stammen aus Russland, Rumänien, Jugoslawien, Vietnam, Indien, Äthiopien und Jemen. An einer Tuberkulose der Atmungsorgane erkrankten 29 Personen. Bei 6 Erkrankten waren andere Organsysteme wie das Lymphdrüsensystem (3x), das Hautorgan (1x), der Urogenitaltrakt (1x) und die Hirnhäute (1x) betroffen.

1997 wurden 31 Tuberkuloseerkrankungen, darunter ein Sterbefall, ermittelt. Die Morbidität lag bei 12,63 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner und war somit etwas niedriger im Vergleich zum Jahr 2002. An einer Tuberkulose der Atmungsorgane erkrankten 24 Personen. Bei 7 Erkrankten waren andere Organsysteme betroffen wie das Lymphdrüsensystem (5x) und das Hautorgan (2x).

2.3.3 Sonstige meldepflichtige Infektionserkrankungen

2.3.3.1 Typhus und Paratyphus

Typhus abdominalis und Paratyphus gehören zu den systemischen Infektionskrankheiten. Im Jahr 2002 wurden sechs Typhus- und fünf Paratyphusausscheider betreut, da diese zur Infektionsquelle werden können. Erkrankungen an Typhus oder Paratyphus wurden nicht gemeldet. Infektionen können vor allem aus durch Touristen und einreisenden Personen aus Endemiegebieten importiert werden. Typhus- und Paratyphusbakterien werden von Mensch zu Mensch übertragen, meist über kontaminierte Lebensmittel und Wasser. Dauerausscheider von Typhus- oder Paratyphusbakterien dürfen nicht in Lebensmittelbetrieben arbeiten.

2.3.3.2 Virushepatitis

Hepatitis B

Die Hepatitis B ist eine Leberentzündung. Erreger sind Hepatitis-B-Viren, die durch sexuellen Kontakt und durch Blut übertragen werden. Bei 5-10 % der Erkrankten kann die Hepatitis B chronisch verlaufen und in eine Leberzirrhose oder ein Leberzellkarzinom übergehen. Gegen Hepatitis B besteht Impfmöglichkeit.

Im Jahr 2002 wurden drei Hepatitis-B-Erkrankungen erfasst. Dies entspricht einer Morbidität von 1,32 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner und einem geringen Anstieg gegenüber dem Vorjahreswert (0,44). Ein erhöhtes Infektionsrisiko waren in einem Fall homosexuelle Kontakte. Bei den anderen Erkrankten wurden Bluttransfusionen als erhöhtes Infektionsrisiko gewertet.

1997 wurden 6 Hepatitis-B-Erkrankungen ermittelt. Dies entsprach einer Morbidität von 2,44 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner.

Hepatitis C

Die Hepatitis C ist eine Leberentzündung, hervorgerufen durch Hepatitis-C-Viren. Die Erreger gelangen über das Blut einer infizierten Person in die Blutbahn oder Gewebe (über Verletzungen) des Empfängers. Ca. 70 % der Erkrankungen nehmen einen chronischen Verlauf, in der Folge sind eine Leberzirrhose oder ein Leberzellkarzinom möglich. Eine Schutzimpfung steht nicht zur Verfügung.

Im Jahr 2002 wurden 11 Erkrankungen ermittelt. Die Morbidität beträgt 4,82 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und sank gegenüber dem Vorjahr (9,14 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner) um ca. die Hälfte. Drei Personen hatten als erhöhtes Infektionsrisiko eine i. v.- Drogenabhängigkeit. Weiterhin waren drei Ausländer betroffen. Bei den übrigen Patienten ließen sich keine Hinweise auf erhöhte Infektionsrisiken ermitteln.

1997 wurden keine Hepatitis C-Infektionen erfasst.

Tabelle 25: Virushepatitis in Magdeburg

Erkrankung	2000		2001		2002	
	absolut	Morbidität ‰ ₀₀₀₀	absolut	Morbidität ‰ ₀₀₀₀	absolut	Morbidität ‰ ₀₀₀₀
Hepatitis A	4	1,73	3	1,31	-	-
Hepatitis B	-	-	1	0,44	3	1,32
Hepatitis C	15	6,48	21	9,14	11	4,82

2.3.3.3 Meningokokken, invasive Erkrankung

Meningokokken sind Bakterien, die durch Tröpfchen übertragen werden und vorrangig eine Meningitis oder eine primäre Meningokokkensepsis auslösen. Für eine Infektion ist ein enger Kontakt mit Übertragung von Sekreten aus dem Nasen- und Rachenraum erforderlich (Kontakt von Angesicht zu Angesicht).

Im Jahr 2002 wurden fünf Erkrankungen, darunter ein Sterbefall, erfasst. Dies entspricht einer Morbidität von 2,19 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner. Vier Erkrankungen traten in der kühlen Jahreszeit auf. Die Erkrankten waren in einem Alter von einem Jahr, 11 Jahren, 14 Jahren, 22 Jahren und 44 Jahren. Eine Jugendliche verstarb an der septischen Verlaufsform (Waterhouse-Friderichsen-Syndrom).

2.3.3.4 Invasive *Streptococcus pneumoniae*-Erkrankungen

Das Bakterium *Streptococcus pneumoniae* verursacht invasive Erkrankungen wie zum Beispiel Meningitis oder Sepsis bei eingeschränkter Abwehrlage. Eine herabgesetzte Immunabwehr liegt bei älteren Personen, Rauchern, Alkoholabusus, Tumorleiden oder anderen Grunderkrankungen vor.

Im Berichtszeitraum wurden fünf Erkrankungen durch *Streptococcus pneumoniae* ermittelt. Als invasive Erkrankungen wurden Sepsis, Pneumonie und Meningitis diagnostiziert. In drei Fällen lag neben einer Meningitis oder Pneumonie auch eine Sepsis vor. Als Grunderkrankungen wurden zweimal Alkoholabusus, einmal Lupus erythematodes und eine Herz-Kreislauf-Krankheit angegeben. Ein Patient hatte durch sein Alter von 75 Jahren ein erhöhtes Infektionsrisiko.

Entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut wird Personen über 60 Jahre und Personen mit Grunderkrankungen unabhängig vom Alter die Impfung gegen *Streptococcus pneumoniae*-Erkrankungen angeraten.

2.3.3.5 Mumps, Masern, Röteln

Mumps, Masern und Röteln sind Infektionskrankheiten, die durch Impfung verhindert werden können.

Das *Mumpsvirus* löst eine fieberhafte Ohrspeicheldrüsenentzündung aus und wird durch Tröpfcheninfektion übertragen. Komplikationen können z. B. Meningitiden oder Beeinträchtigungen des Hörvermögens sein. Im Jahr 2002 wurde die Erkrankung an Mumps eines 6-jährigen Mädchens übermittelt. Das Mädchen sei vollständig geimpft gewesen.

Masern sind eine hoch ansteckende Viruserkrankung, die aerogen übertragen wird und durch Fieber, Entzündung der oberen Atemwege und einen typischen Ausschlag gekennzeichnet ist. Komplikationen können Mittelohr-, Lungen- oder Gehirnentzündungen sein. Schwere bleibende Schäden sind möglich. An Masern erkrankte 2002 ein 33-jähriger Mann.

(Morbidität 0,44 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner). Der Impfstatus war unbekannt. Hinweise auf eine mögliche Infektionsquelle waren nicht zu ermitteln.

Auch im Jahr 1997 wurde eine Erkrankung an Masern erfasst, die eine ungeimpfte Person im Erwachsenenalter mit unbekannter Infektionsquelle betraf. (Morbidität 0,41 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner).

Röteln werden durch das Rötelnvirus hervorgerufen, durch Tröpfcheninfektion übertragen und sind gekennzeichnet durch einen Hautausschlag, Atemwegsinfektionen, Lymphknotenschwellungen und Augenbindehautentzündungen, Komplikationen sind möglich. An Röteln erkrankte 2002 ein 5 Monate alter Junge.

2.3.3.6 Pertussis

Keuchhustenbakterien verursachen vermehrt im Herbst/Winter über Tröpfcheninfektion ein Krankheitsbild, das vor allem durch starke Hustenanfälle gekennzeichnet ist. Komplikationen sind möglich. Eine Impfung gegen Keuchhusten steht zur Verfügung.

Im Jahr 2002 wurden zwei Einzelerkrankungen an Keuchhusten gemeldet. Dies entspricht einer Morbidität von 0,88 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner. Betroffen waren ein 11-jähriges Mädchen und ein 51-jähriger Mann. Beide waren ungeimpft.

Im Jahr 1997 wurde eine Erkrankung an Pertussis gemeldet und betraf ein ungeimpftes Schulkind. Dies entsprach einer Morbidität von 0,39 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner.

2.3.3.7 Influenza

Die Influenza (echte Virusgrippe) wird durch das Influenzavirus ausgelöst und über Tröpfchen übertragen. Für die Erkrankung ist der plötzliche Beginn typisch. Symptome sind hohes Fieber, Muskel- und Kopfschmerzen. Die Influenza tritt saisonal in Grippewellen auf.

Im Jahr 2002 wurde in Deutschland der Höhepunkt der Grippewelle im März/April erreicht.

Auch in Magdeburg wurde der Hauptteil (87 %) der Erkrankungen in diesen Monaten registriert, die restlichen Erkrankungen im Januar. Bei den Erkrankten wurden mehr Influenza-B-Viren als Influenza-A-Viren nachgewiesen (15 x Influenza B, 8 x Influenza A). Die Influenza-A-Viren gehörten dem Subtyp A(H₃N₂) an und stimmten mit dem aktuellen Impfstoff der Saison überein. Von 23 Erkrankten waren 21 ungeimpft.

2.3.3.8 Borreliose

Borreliose-Bakterien werden in Mitteleuropa durch Stiche der Schildzecke *Ixodes ricinus* (Holzbock) übertragen. Eine Infektionsgefährdung besteht in allen Teilen Deutschlands. Eine Impfung steht noch nicht zur Verfügung. Die Erkrankung verläuft bei fehlender Behandlung in drei Stadien und kann bleibende Schäden hinterlassen. Für das Stadium 1 ist das Erythema chronicum migrans typisch. Unspezifische Krankheitssymptome wie Fieber, Abgeschlagenheit, Muskel- und Gelenkschmerzen kommen hinzu. Eine Therapie mit Antibiotika ist in der Frühphase am erfolgreichsten.

Im Berichtszeitraum wurden 80 Erkrankungen gemeldet, von denen nach Ermittlung der Krankheitsfälle aber nur 35 Erkrankungen an das Robert-Koch-Institut übermittlungsfähig waren. Die 35 Erkrankungen entsprechen einer Morbidität von 15,34 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner. 34 Personen erkrankten mit einem Erythema chronicum migrans, in einem Fall wurde eine Facialisparesie diagnostiziert. 26 Patienten konnten sich an einen Zeckenstich erinnern. Nach Aufenthalt im Freiland mit hohem Gras, Kraut, Farnen und Strauchwerk sollte der Körper sorgfältig nach Zecken abgesucht werden, auch der Haaransatz.

2.3.3.9 Listeriose

Listeriose-Bakterien lösen vor allem bei älteren oder abwehrgeschwächten Personen Blutvergiftungen und Meningitiden aus. Listerien kommen ubiquitär vor. Insbesondere Rohmilchprodukte (Käse), Rohfleisch und –fisch können übertragende Lebensmittel sein.

Im Berichtsjahr wurden die Erkrankungen einer 67-jährigen Frau und eines 68-jährigen Mannes ermittelt. Die Immunitätslage schwächende Grundkrankheiten waren ein Tumorleiden und eine Erkrankung des Blut bildenden Systems. Der Erregernachweis erfolgte in der Blutkultur.

2.3.3.10 Legionellose

Legionella-Bakterien rufen eine Atemwegserkrankung hervor. Man unterscheidet das leichter verlaufende Pontiac-Fieber und die schwerer verlaufende Legionärskrankheit mit atypischer Pneumonie. Die Infektion erfolgt durch das Einatmen erregerehaltiger Aerosole.

Im Jahr 2002 wurde die klinisch und labordiagnostisch bestätigte Erkrankung eines 13-jährigen Jungen mit Pneumonie nach einem Urlaubsaufenthalt in einer Hotelanlage in Ägypten erfasst. Das Hotelzimmer war mit einer Klimaanlage ausgestattet.

2.3.3.11 Scharlach

Scharlach ist eine besondere Verlaufsform der Angina durch A-Streptokokken. Im Jahr 2002 wurde eine Morbidität von 34,18 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner (78 Erkrankungen) registriert. Dies entsprach einem deutlichen Anstieg gegenüber dem Jahr 2001 (Morbidität von 20,46 Erkrankungen bei 47 Erkrankungen). Von Scharlach waren überwiegend Krippen- und Kindergartenkinder, weniger Schulkinder, betroffen.

2.3.3.12 Windpocken

Windpocken werden durch das Varizella-Zoster-Virus übertragen. Insgesamt 66 Erkrankungen an Windpocken wurden im Jahr 2002 gemeldet. Dies entsprach einer Morbidität von 28,92 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner. Es erkrankten 56 Krippen- und Kindergartenkinder, 9 Schulkinder und ein Erwachsener.

2.3.3.13 Skabieshäufungen

Im Jahr 2002 wurden ein kleines Cluster von drei Erkrankungen in einem Altenheim registriert. Betroffen waren drei Heimbewohner.

2.3.3.14 Kopflausbefall

Im Jahr 2002 wurde in 179 Fällen Kopflausbefall festgestellt. Betroffen waren hauptsächlich Schulkinder, die größtenteils im Rahmen von Kopflauskontrollen in den Schulen erfasst wurden.

2.3.3.15 Tollwutexposition

Bei einer Person wurde im Jahr 2002 aufgrund eines nicht auszuschließenden Tollwutverdachts nach Hundebissverletzung geimpft. Die Bissverletzung erfolgte im Ausland (Thailand).

2.3.3.16 Keratokonjunctivitis epidemica

Die hoch ansteckende Augenbindehautentzündung wird durch Adenoviren verursacht. Im Jahr 2002 wurden 11 labordiagnostisch bestätigte Erkrankungen an Keratokonjunctivitis epidemica ermittelt. Drei Erkrankungen standen im Zusammenhang mit einer Häufung in einer Augenarztpraxis.

2.3.3.17 Ätiologisch ungeklärte Erkrankungshäufungen

Im Jahr 2002 wurden zwei ätiologisch ungeklärte Erkrankungshäufungen mit insgesamt 61 Erkrankten gemeldet. Sämtliche Erkrankungen gingen mit gastrointestinalen Beschwerden einher. Betroffen waren zwei Altenpflegeheime. Die im Rahmen der Ursachenermittlung durchgeführten bakteriologischen und virologischen Untersuchungen blieben ohne Ergebnis.

2.4 Apotheken und ambulant tätige Ärzte und Zahnärzte im Stadtgebiet

Für die Sicherstellung der kassenärztlichen ambulanten medizinischen Versorgung in Magdeburg ist die Kassenärztliche Vereinigung zuständig. Dazu wird eine regelmäßige kassenärztliche Bedarfsplanung durchgeführt und die Versorgungsgrade bewertet. Nach der 124. Fortschreibung des Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen vom 24.11.2004 liegt in Magdeburg nur noch bei den Anästhesisten, Nervenärzten, und Psychotherapeuten eine Versorgung unter 110 % vor.

In Magdeburg hat sich in den vergangenen Jahren die medizinische Versorgung durch frei niedergelassene Ärzte erheblich verbessert. War im Jahr 1997 noch ein Arzt für die medizinische Betreuung von 571 Einwohnern zuständig, so hat er im Jahr 2003 nur noch 478 Einwohner zu versorgen. Insgesamt erhöhte sich die Zahl der Ärzte in freier Niederlassung in diesem Zeitraum von 430 auf 475 Ärzte. Das Land Sachsen-Anhalt hatte im Jahr 2000 eine Arztdichte von 799 Einwohner je Arzt.

Bei den Zahnärzten und Kieferorthopäden in freier Niederlassung zeigt sich ein ähnliches Bild. Seit 1997 erhöhte sich deren Anzahl von 198 auf 210. Musste ein Zahnarzt/Kieferorthopäde in Magdeburg 1997 noch 1240 Patienten versorgen, so verringerte sich die Zahl der Patienten im Jahr 2003 auf 1082. Die Zahnärztliche Versorgungsdichte betrug im Jahr 2000 im Land Sachsen-Anhalt 1452 Einwohner je niedergelassenen Zahnarzt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung des Versorgungsgrades an Ärzten, Zahnärzten/ Kieferorthopäden und Apotheken in Magdeburg, bezogen auf 1000 Personen der Hauptwohnsitzbevölkerung.

Tabelle 26: Ärzte, Zahnärzte/ Kieferorthopäden in eigener Niederlassung und Apotheken je 1000 Einwohner [2], [4]

	1997	2002	2003
	je 1000 Einwohner		
Ärzte einschl. Zahnärzte u. Kieferorthopäden	2,56	3,01	3,02
nur Ärzte (ohne Zahnärzte u. Kieferorth.)	1,75	2,09	2,09
nur Zahnärzte/ Kieferorthopäden	0,81	0,93	0,92
Apotheken	0,24	0,30	0,30

Ebenso, wie bei den Ärzten und Zahnärzten hat sich auch die Versorgungssituation mit Apotheken im Stadtgebiet von Magdeburg seit 1997 weiter verbessert. Die Anzahl der Apotheken erhöhte sich seit 1997 von 60 auf 68 Apotheken im Jahr 2003. Damit ist jede Apotheke für die Versorgung von 3340 Einwohnern zuständig. 1997 mussten sich, statistisch gesehen, noch 4092 Einwohner von Magdeburg eine Apotheke teilen. Zwei der angegebenen Apotheken sind Krankenhausapotheken.

Wie sieht nun die ambulante medizinische Versorgung in den Stadtteilen aus?

Etwa 60 % der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Kieferorthopäden konzentrieren sich in den Stadtteilen Altstadt, Neue Neustadt, Stadtfeld Ost, Sudenburg, Leipziger Straße und Buckau. Diese Stadtteile zeichnen sich durch eine zentrale Lage, und damit eine relativ gute Erreichbarkeit aus. Andere bevölkerungsreiche Stadtteile, wie z.B. Neu Olvenstedt, sind ebenfalls noch gut versorgt. Lediglich Reform weist als bevölkerungsreicher Stadtteil mit 1,18 Ärzten je 1000 Einwohnern eine unterdurchschnittliche Versorgung aus, ist jedoch

unmittelbar dem sehr gut versorgten Stadtteil Leipziger Straße benachbart, der auch Standort des Universitätsklinikums der Otto-von-Guericke Universität ist. In dünn besiedelten Stadtrandgebieten von Magdeburg, besonders östlich der Elbe, besteht ebenfalls eine Unterversorgung. Die nachfolgende Abbildung stellt die Ärztedichte in den Magdeburger Stadtteilen dar. In der Tabelle am Ende dieses Abschnittes finden Sie die Bezeichnung der Stadtteile sowie die zugehörige Ärztedichte.

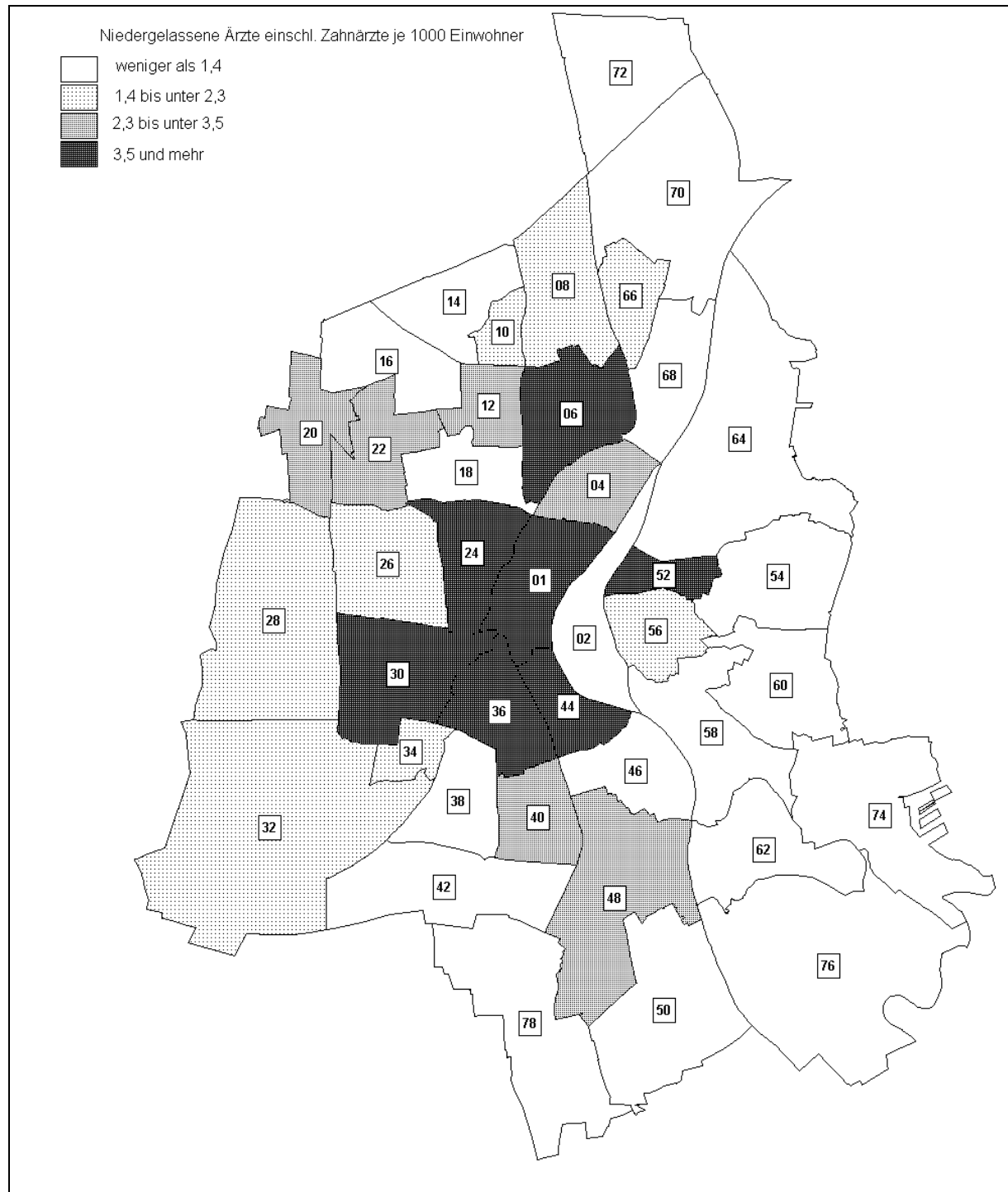


Abbildung 19: Dichte von Ärzten, Zahnärzten/ Kieferorthopäden in eigener Niederlassung je 1000 Einwohner in den Stadtteilen [2]

(Stand Dezember 2003)

Die Standorte der Apotheken konzentrieren sich ebenfalls auf die von den niedergelassenen Ärzten bevorzugten Stadtteile. In den gut versorgten Stadtteilen liegen die Apotheken teilweise weniger als 100 m auseinander, während für die Bewohner der Stadtrandgebiete, die häufig keine einzige Apotheke in der Nähe haben, ein langer Anfahrtsweg zur Medikamentenbeschaffung nötig ist.

Im Stadtteil Großer Silberberg (16) wurde eine Korrektur in der nachfolgenden Abbildung vorgenommen, hier befindet sich eine Apotheke (eines Einkaufszentrums) in einem unbewohnten Stadtteil.

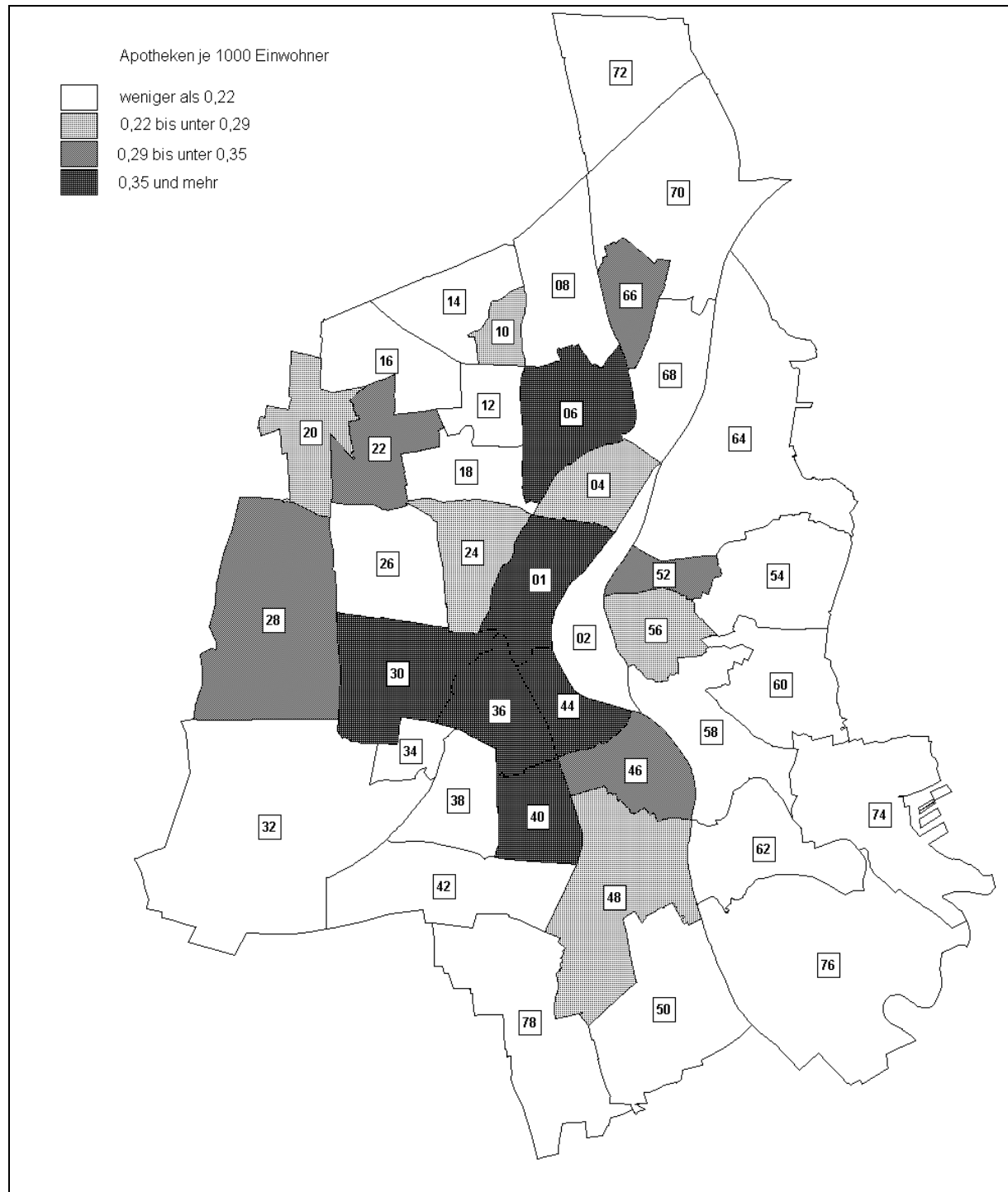


Abbildung 20: Apothekendichte je 1000 Einwohner in den Stadtteilen [2]

(Stand Dezember 2003)

Tabelle 27: Ärzte, Zahnärzte/ Kieferorthopäden in eigener Niederlassung und Apotheken nach Stadtteilen

(Quelle: Landeshauptstadt Magdeburg, Amt für Statistik) [2], [4], [5]

Stadtteil	Ärzte und Zahnärzte insgesamt			Ärzte			Zahnärzte gesamt						Apotheken		
							Zahnärzte			Kieferorthopäden					
	1997	2002	2003	1997	2002	2003	1997	2002	2003	1997	2002	2003	1997	2002	2003
01Altstadt	85	107	107	62	84	85	18	20	19	5	3	3	8	10	11
02Werder	2	2	2	1	1	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-
04Alte Neustadt	23	27	26	15	15	14	8	11	11	-	1	1	2	2	2
06Neue Neustadt	44	54	51	33	37	34	10	16	16	1	1	1	4	5	5
08Neustädter See	18	17	17	16	14	14	2	3	3	-	-	-	2	2	2
10Kannenstieg	11	12	12	6	7	7	4	4	4	1	1	1	-	2	2
12Neustädter Feld	24	26	25	12	16	15	10	8	8	2	2	2	1	1	1
14Sülzegrund	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16Gr.Silberberg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1
18Nordwest	3	4	4	3	4	4	-	-	-	-	-	-	1	1	1
20Alt Olvenstedt	10	10	10	6	6	6	4	4	4	-	-	-	-	1	1
22Neu Olvenstedt	43	40	41	27	25	25	16	15	16	-	-	-	5	5	5
24Stadtfeld Ost	77	98	99	48	68	68	27	28	29	2	2	2	4	5	6
26Stadtfeld West	25	27	29	19	21	23	6	6	6	-	-	-	3	3	3
28Diesdorf	4	5	5	1	2	2	3	3	3	-	-	-	1	1	1
30Sudenburg	59	69	68	42	49	49	16	16	15	1	4	4	7	7	7
32Ottersleben	18	15	15	15	12	12	3	3	3	-	-	-	2	2	2
34Lemsdorf	4	3	3	3	2	2	1	1	1	-	-	-	-	-	-
36Leipziger Str.	49	53	52	29	31	31	18	20	19	2	2	2	5	5	5
38Reform	15	17	17	9	10	10	6	7	7	-	-	-	2	3	3
40Hopfengarten	13	14	13	9	9	8	4	5	5	-	-	-	2	2	2
42Beyendorfer Gr.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
44Buckau	34	31	33	30	27	29	4	4	4	-	-	-	2	2	2
46Fermersleben	6	4	4	3	3	3	3	1	1	-	-	-	1	1	1
48Salbke	15	13	13	10	8	8	5	5	5	-	-	-	2	2	1
50Westerhüsen	2	1	1	-	-	-	2	1	1	-	-	-	-	-	-
52Brückfeld	21	14	14	17	11	11	4	3	3	-	-	-	2	2	1
54Berliner Chaussee	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
56Cracau	17	18	18	10	10	10	7	8	8	-	-	-	2	2	2
58Prester	1	1	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60Zipkeleben	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
64Herrenkrug	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
66Rothensee	5	5	5	3	3	3	2	2	2	-	-	-	1	1	1
68Industriehafen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
70Gewerbegeb. Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
72Barleber See	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
74Pechau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
76Randau-Calenb.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
78Beyendorf-Sohlen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Stadt gesamt	628	687	685	430	476	475	184	195	194	14	16	16	60	68	68

2.5 Straßenverkehrsunfälle

Der Straßenverkehr liefert eine ganze Reihe von negativen Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung. Neben Lärm und Luftverschmutzung ist die Gefahr durch Verkehrsunfälle besonders zu betrachten.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der meldepflichtigen Verkehrsunfälle (Verkehrsunfälle mit Personenschaden oder schwerwiegende Unfälle mit Sachschaden) seit 1997 in Magdeburg. Diese Angaben beziehen sich auf Unfälle, die sich im Stadtgebiet von Magdeburg ereigneten. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Beteiligten ihren Hauptwohnsitz in Magdeburg haben.

Tabelle 28: Meldepflichtige Unfälle

(Quelle: Polizeidirektion Magdeburg, Amt für Statistik Magdeburg) [2]

	Insgesamt	Dabei				unter Alkohol- einfluss
		Verletzte	darunter Kinder	Getötete	darunter Kinder	
	Anzahl	Personen				Anzahl
1997	1975	1710	196	10	-	388
1998	1722	1516	182	10	-	284
1999	1771	1654	171	3	-	275
2000	1511	1395	113	7	1	235
2001	1370	1234	116	14	1	237
2002	1371	1257	110	7	-	233
2003	1399	1276	118	11	-	222

Die Anzahl der meldepflichtigen Unfälle ist nach einem Höhepunkt 1994 mit 2994 meldepflichtigen Unfällen kontinuierlich zurückgegangen.

Im Berichtszeitraum 1997 bis 2003 nahmen diese Verkehrsunfälle um nahezu 30 % ab. Die Zahl der Verletzten nahm in diesem Zeitraum ebenfalls um 25 % ab.

Besonders erfreulich ist die Tatsache, dass sich die Anzahl der verletzten Kinder überproportional um fast 40 % verringerte.

Die Zahl der im Straßenverkehr getöteten Personen war im Berichtszeitraum schwankend zwischen dem Höchstwert von 14 Getöteten im Jahr 2001 und 3 getöteten Personen im Jahr 1999. Hier lässt sich keine Tendenz erkennen.

Eine anschauliche Beschreibung dieser Entwicklung lässt sich beim Bezug der verunglückten Personen auf die Bevölkerung erreichen. Als Bezugsgröße wird hier die mittlere Bevölkerung des Jahres genutzt. Dieser Bezug ist zwar nicht korrekt, da nicht alle Betroffenen aus Magdeburg kommen, ist aber eine Möglichkeit um die Zahlen vergleichbar zu machen.

In der Abbildung 21 sind die Zahlen der bei meldepflichtigen Verkehrsunfällen verletzten und getöteten Personen einschließlich der verletzten Kinder, bezogen auf 10 000 Menschen der jeweiligen Bevölkerungsgruppe, dargestellt.

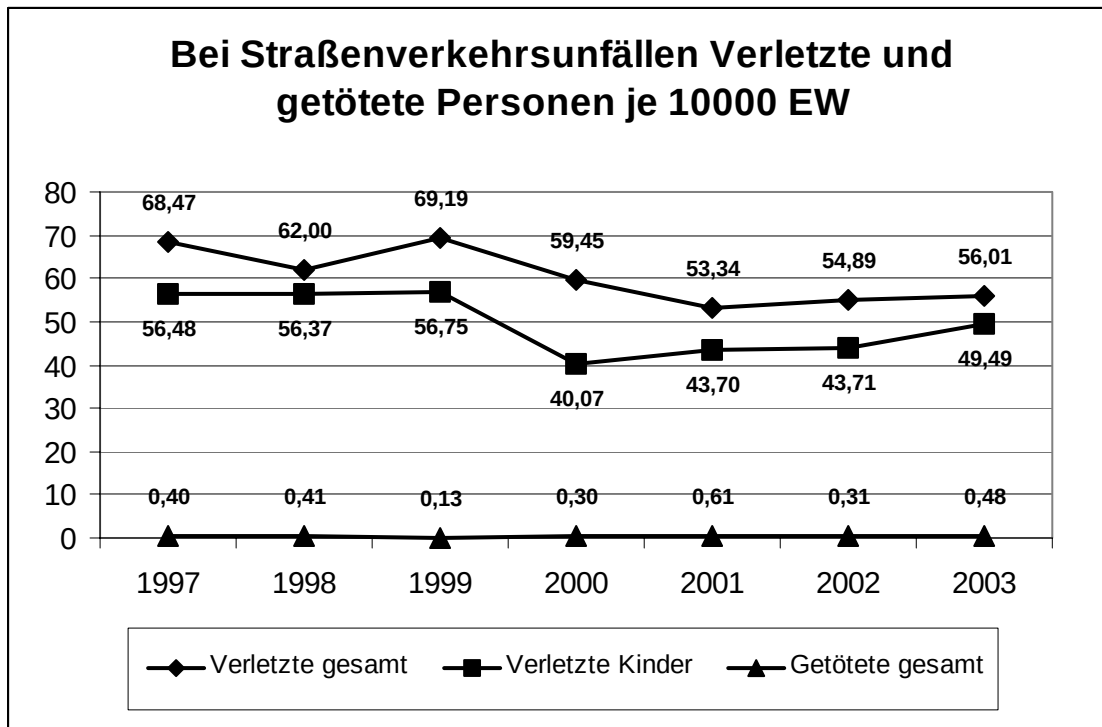


Abbildung 21: Verletzte und getötete Personen je 10000 Einwohner [2]

Welche Verkehrsteilnehmer waren von Unfällen betroffen? Am häufigsten waren im Stadtgebiet von Magdeburg PKW an Unfällen beteiligt. Im Jahr 2003 waren das ca. 86 %. Im Berichtszeitraum seit 1997 hat sich der Anteil der Personenkraftwagen an den Unfallbeteiligten um etwa 1 % erhöht. LKW waren 1997 noch zu 9,7 % an Unfällen beteiligt. Deren Anteil ging jedoch bis 2003 um ca. 2 % zurück und betrug noch 7,7 %.

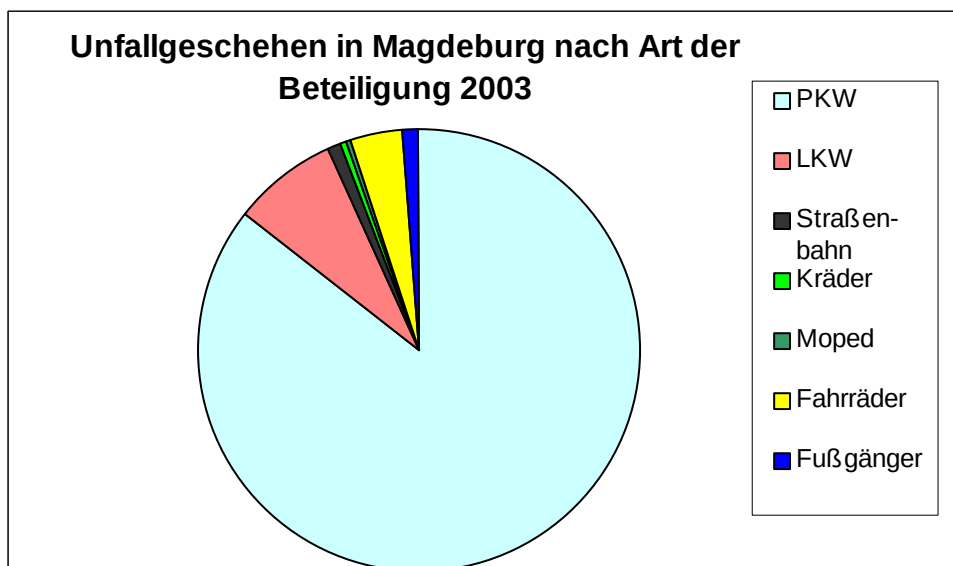


Abbildung 22: Unfallgeschehen nach Art der Beteiligung

(Quelle: Polizeidirektion Magdeburg, Amt für Statistik Magdeburg) [2]

An dritter Stelle unter den Unfallbeteiligten in Magdeburg im Jahr 2003 stehen die Fahrradfahrer mit einem Anteil von 3,9 %. Der Anteil dieser Gruppe stieg seit 1997 um etwa 1 % an. Während die Fußgänger noch zu etwa einem Prozent an den Unfällen beteiligt waren, haben die Kräder, die Straßenbahnen und die Mopeds in den Jahren von 1997 bis 2003 nur einen Anteil von unter einem Prozent an den Straßenverkehrsunfällen.

In der Abbildung 22 und der nachfolgenden Tabelle sind die Anteile und Absolutzahlen der Unfallbeteiligten dargestellt.

Tabelle 29: Unfallgeschehen nach Art der Beteiligung

(Quelle: Polizeidirektion Magdeburg, Amt für Statistik Magdeburg)

	PKW	LKW	Straßen- bahn	Krad	Moped	Fahrrad	darunter Kinder	Fußgänger	darunter Kinder
1997	18243	2093	176	127	86	639	113	265	82
1998	17976	1833	164	137	53	527	91	270	90
1999	17341	1766	202	160	58	699	104	227	67
2000	15681	1459	149	138	38	550	78	200	45
2001	15629	1384	157	127	37	491	45	200	56
2002	14830	1246	128	134	45	496	58	216	54
2003	14181	1279	128	131	36	649	63	170	44

2.6 Behinderte Frauen und Männer in der Stadt Magdeburg

Es wird davon ausgegangen, dass in der Stadt Magdeburg zurzeit über 30 000 Menschen leben, die aufgrund von körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen behindert sind. Statistisch erfasst wurden jedoch am 31.12.2003 nur 18864 Menschen, also alle Personen, bei denen ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 und mehr festgestellt wurde. Da nicht in jedem Fall ein Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderung im Landesamt für Versorgung und Soziales erfolgte, wird die tatsächliche Zahl schwerbehinderter Menschen höher sein. Im Vergleich zum Jahr 1997 ist damit ein Rückgang der Schwerbehinderten um 2115 Personen bzw. ca. 10 % zu verzeichnen.

Die statistische Erhebung der Schwerbehindertendaten wird alle 2 Jahre vom Statistischen Landesamt Sachsen-Anhalt durchgeführt, die letzte Erhebung erfolgte zum Stichtag 31.12.2003.

Beim Vergleich der Anteile der Grade der Behinderung in den Jahren 1997 und 2003 zeigen sich nur geringe Differenzen. Die größte Änderung ergab sich beim GdB von 50. Hier kam es zu einer Zunahme von 2,7 %.

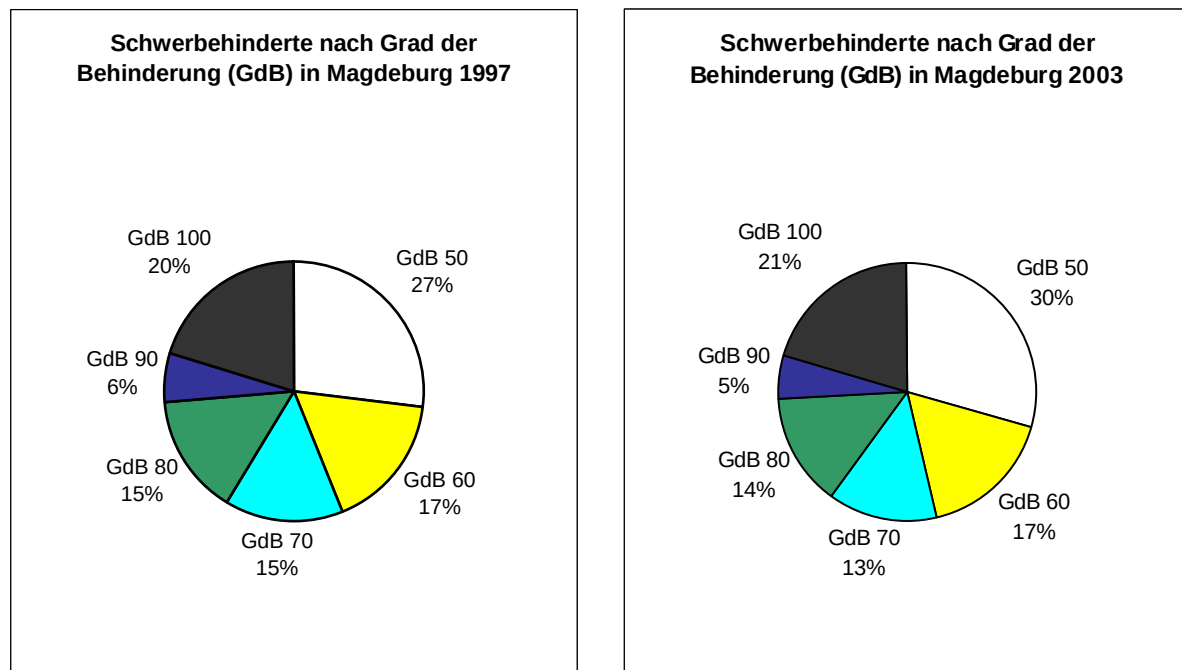


Abbildung 23: Schwerbehinderte in Magdeburg nach Grad der Behinderung 2003 im Vergleich zu 1997

(Quelle Statistisches Landesamt) [7]

Die Erfassung der Schwerbehindertenzahl erfolgte in den neuen Bundesländern zum 31.12.1993. Dabei wurden 19 688 schwerbehinderte Personen in Magdeburg, darunter 10 655 Frauen erfasst. Bei der folgenden Statistik im Jahr 1995 erhöhte sich die Zahl der Schwerbehinderten um 1 813 Personen.

Das Jahr 1995 war mit insgesamt 21501 schwerbehinderten Menschen das Jahr mit der höchsten Schwerbehindertenzahl. In den nachfolgenden Statistiken wurden kontinuierlich weniger Schwerbehinderte gemeldet. Die folgende Abbildung gibt Auskunft über die Entwicklung der Schwerbehindertenzahlen in Magdeburg.

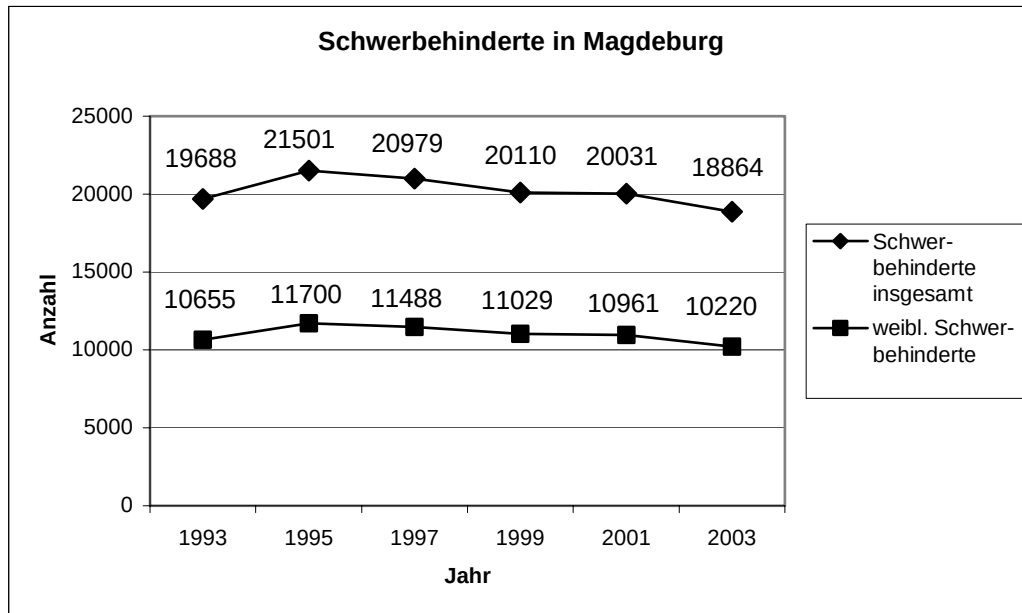


Abbildung 24: Schwerbehinderte in der Stadt Magdeburg

(Stand 31.12. des Jahres, Quelle Landeshauptstadt Magdeburg, Amt für Statistik) [7]

Die Abbildung 24 zeigt, dass in der Stadt Magdeburg die Anzahl schwerbehinderter Frauen von 1993-2003 leicht über der Anzahl schwerbehinderter Männer lag. Im Jahr 2003 waren 10 220 (54,2 %) schwerbehinderte Frauen erfasst, die Zahl bei den männlichen Schwerbehinderten betrug 8644 (45,8 %).

Hinweise auf die Art der behinderungsbedingten Einschränkungen geben die Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis, die dem Nachteilsausgleich dienen. In der nachfolgenden Tabelle ist dargestellt, wie sich die Häufigkeit der zuerkannten Merkzeichen vom 31.12.2001 zum 31.12.2003 verändert hat. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass Schwerbehinderte mehrere Merkzeichen erhalten können.

Tabelle 30: Schwerbehinderte in Magdeburg mit gültigem Ausweis und Merkzeichen

(Quelle: Statistisches Landesamt) [7]

Schwerbehinderte/ Merkzeichen	31.12.2001	31.12.2003
Schwerbehinderte mit gültigem Ausweis (GdB 50 und höher)	20031	18864
AG außergewöhnlich gehbehindert	1167	1075
G Einschränkung der Bewegungsfähigkeit	11841	10724
B ständige Begleitung erforderlich	4614	4362
H Hilflosigkeit	2214	2146
RF Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht	3115	2889
BI Blindheit	518	466
GL Gehörlosigkeit	196	196

2.6.1 Schwerbehinderte nach Altersgruppen in Magdeburg

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

Tabelle 31: Schwerbehinderte nach Altersgruppen in Magdeburg

(Quelle: Landeshauptstadt Magdeburg, Amt für Statistik, Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt) [7]

		Altersgruppe					
		0 - 14	15 - 24	25 - 44	45 - 59	60 - 64	ab 65
1997	gesamt	371	458	1986	4342	2223	11599
	männlich	216	260	1032	2075	1101	4807
	weiblich	155	198	954	2267	1122	6792
2003	gesamt	245	501	1769	3311	2426	10612
	männlich	145	292	959	1535	1280	4433
	weiblich	100	209	810	1776	1146	6179

Der Anteil schwerbehinderter Personen in der Bevölkerung steigt mit zunehmendem Lebensalter. Geht man davon aus, dass durchschnittlich 83 Menschen je 1000 Einwohner schwerbehindert sind (87 weibliche Schwerbehinderte je 1000 Frauen), lässt sich erkennen, dass in den Altersklassen bis 55 Jahre die Zahl der schwerbehinderten Menschen je 1000 Einwohner unter diesem Durchschnittswert liegt. Ab einem Alter von 60 Jahren liegt der Anteil der schwerbehinderten Menschen deutlich über dem Durchschnitt.

Während der Anteil der schwerbehinderten Frauen in allen anderen Altersgruppen leicht unter dem Durchschnitt der jeweiligen Altersgruppe liegt, ist in der Gruppe der 45 bis 59-jährigen Frauen der Anteil behinderter Frauen etwas höher als der Anteil der Männer in dieser Altersgruppe.

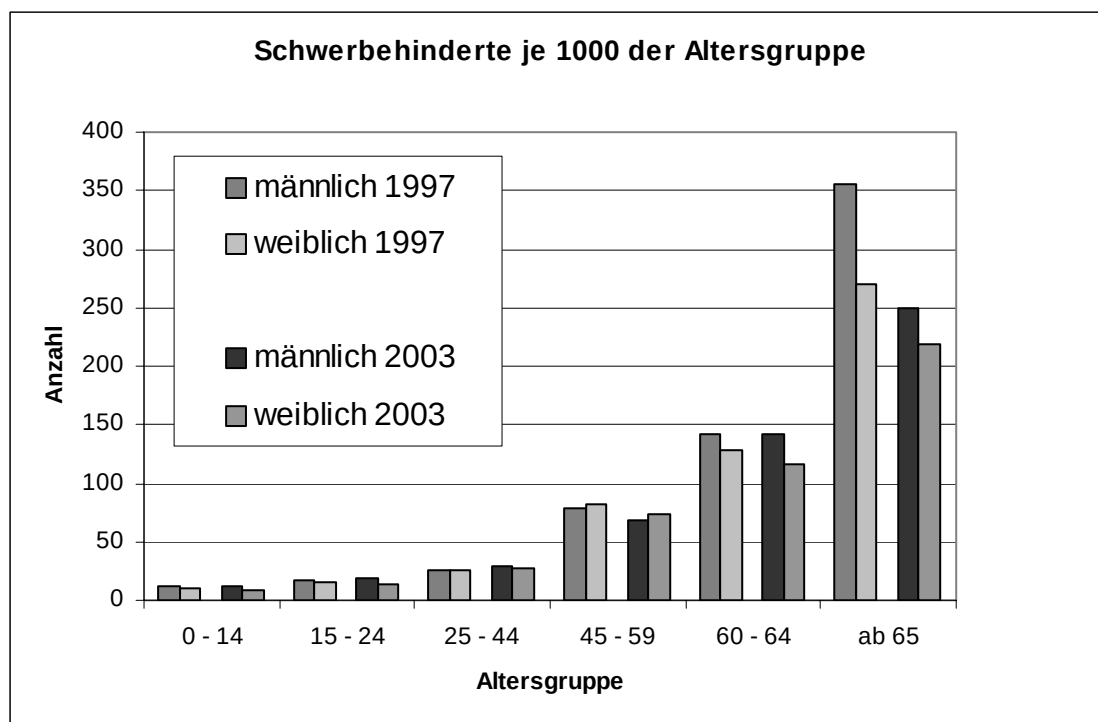


Abbildung 25: Schwerbehinderte Menschen je 1000 Einwohner der Altersgruppe

(Quelle: Landeshauptstadt Magdeburg, Amt für Statistik, Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt) [7]

Ab dem 65. Lebensjahr gibt es zahlenmäßig mehr schwerbehinderte Frauen als schwerbehinderter Männer. Von den Frauen dieser Altersgruppe sind ca. 22 % schwerbehindert. Unter den Männern ab 65 Jahre ist der Anteil von Schwerbehinderten mit 25 % etwas höher.

Tabelle 32: Schwerbehinderte Menschen je 1000 der Altersgruppe

(Quelle: Landeshauptstadt Magdeburg, Amt für Statistik, Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt)[7]

		Altersgruppe						gesamt
		0 - 14	15 - 24	25 - 44	45 - 59	60 - 64	ab 65	
1997	gesamt	11	16	26	81	135	299	85
	männlich	13	18	26	79	143	355	80
	weiblich	10	15	26	82	128	270	90
2003	gesamt	11	17	28	72	128	231	83
	männlich	12	19	29	69	142	250	79
	weiblich	9	14	27	74	115	219	87

2.6.2 Schwerbehinderte nach Art der schwersten Behinderung

Die Beeinträchtigung der Funktion von inneren Organen bzw. Organsystemen wird mit 33,3 % (6286 Schwerbehinderte) als häufigste Art der schwersten Behinderung angegeben. Hier ergibt sich im Vergleich zu 1997 der größte Rückgang.

An zweiter Stelle bei den Arten der Behinderung folgen Querschnittslähmung, zerebrale Störungen, geistig-seelische Behinderung, Suchtkrankheiten mit 16,0 % (3027 Schwerbehinderte). Mit 1,9 % (365 Schwerbehinderte) steht der Verlust/ Teilverlust von Gliedmaßen an letzter Stelle bei den Arten der schwersten Behinderungen.

Tabelle 33: Schwerbehinderte Menschen in Magdeburg nach Art der schwersten Behinderung

(Quelle: Landeshauptstadt Magdeburg, Amt für Statistik, Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt) [7]

	1997		2003	
	Anzahl	Anteil %	Anzahl	Anteil %
Verlust/ Teilverlust von Gliedmaßen	473	2,3%	365	1,9%
Funktionseinschränkung von Gliedmaßen	2146	10,2%	2015	10,7%
Funktionseinschränkung der Wirbelsäule und des Rumpfes, Deformierung des Brustkorbes	2618	12,5%	2233	11,8%
Blindheit und Sehbehinderung	1690	8,1%	1561	8,3%
Sprach-/Sprechstörung, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörung	1079	5,1%	1005	5,3%
Verlust einer oder beider Brüste, Entstellungen u.a.	621	3,0%	729	3,9%
Beeinträchtigung der Funktion von inneren Organen bzw. Organsystemen	8017	38,2%	6286	33,3%
Querschnittslähmung, zerebrale Störungen, geistig-seelische Behinderungen, Suchtkrankheiten	2567	12,2%	3027	16,0%
Sonstige und ungenügend bezeichnete Behinderungen	1768	8,4%	1643	8,7%
insgesamt	20979	100,0%	18864	100,0%

Weiterführende Aussagen zum Thema Behinderung in Magdeburg finden Sie im Jahresbericht des Behindertenbeauftragten der Landeshauptstadt Magdeburg für das Jahr 2004. [29]

2.7 Pflegebedürftigkeit

Die Ausführungen in diesem Kapitel stützen sich im Wesentlichen auf die Ergebnisse der Bundespflegestatistik über die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Pflegebedürftigkeit wird demzufolge in diesem Abschnitt im Sinne des SGB XI¹ gefasst. Danach wird von Pflegebedürftigkeit gesprochen, wenn Personen aufgrund „einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen“². Das Ausmaß des Hilfebedarfes wird in drei Pflegestufen unterteilt:³

- Pflegestufe I = erheblich Pflegebedürftige
- Pflegestufe II = Schwerpflegebedürftige
- Pflegestufe III = Schwerstpflegebedürftige

Andere Pflegeleistungen wie z. B. Leistungen aus privater Pflegeversicherung, Pflege unterhalb der Pflegestufen oder Pflege für reine Selbstzahler sind nicht erfasst, da hierzu keine statistischen Daten verfügbar sind. Der Anteil der Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung an der Bevölkerung lag 2002 im Bundesdurchschnitt bei 85,75 %⁴, so dass die Daten einen hinreichenden Überblick über die Pflegesituation geben können.

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung können als *Geldleistung* zur Bezahlung von selbstorganisierter Pflege z. B. durch Angehörige, als *Sachleistung* in Form von Pflegeleistungen durch professionelle Pflegedienste oder als *Kombination von Geld- und Sachleistung* beantragt und gewährt werden.

Gemäß der Auswertung der Pflegestatistik durch das Statistische Landesamt Sachsen-Anhalt erhielten 2003 in Sachsen-Anhalt 2,88 % der Bevölkerung Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Davon wurden 23,29 % ambulant durch Pflegedienste gepflegt, 28,06 % erhielten stationäre Pflege und 48,65 % bekamen Pflegegeld. [8]

Für die Stadt Magdeburg wurden 5 256 Leistungsempfänger ausgewiesen. Das waren 2,29 % der Bevölkerung. Davon erhielten 21,33 % (= 1 121 Personen) ambulante Pflege durch professionelle Pflegedienste, 37,73 % (= 1 983 Personen) wurden stationär gepflegt (darunter 1 938 vollstationäre Dauerpflege) und 41,02 % erhielten Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflege (= 2 152 Personen). Magdeburg weicht damit von den Gesamtwerten des Landes Sachsen-Anhalt ab. Der Anteil stationärer Pflege ist in Magdeburg höher als im Landesdurchschnitt - möglicherweise auch als Folge der entsprechend vorhandenen Platzkapazitäten. Der Anteil von Pflegegeldempfänger ist dagegen geringer. Das weist auf einen geringeren Anteil von Pflege durch Angehörige in Magdeburg hin. In Vergleich dazu sind in der Stadt Halle die Anteile von Geld- und Sachleistung in gleicher Richtung gegenüber dem Landesdurchschnitt verschoben wie in Magdeburg, was vermuten lässt, dass möglicherweise der Großstadtcharakter einen Einfluss auf die Verteilung der verschiedenen Pflegeleistungen hat. Jedoch hat Halle einen deutlich höheren Anteil an ambulant gepflegten Personen (29,35 %) und einen geringeren Anteil an stationärer Pflege (30,13 %) als Magdeburg.

¹ Sozialgesetzbuch Elftes Buch. Soziale Pflegeversicherung

² vgl. §14 (1) SGB XI

³ vgl. §15 (1) SGB XI

⁴ Anzahl der Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung lt. Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung „Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2001 und 2002 - statistischer und finanzieller Bericht“ = 70,78 Mio

Die Differenzierung nach Pflegestufen - wie in Tabelle 34 dargestellt - zeigt, dass Pflegegeld und ambulante Pflegesachleistungen in erster Linie für die Pflegestufen I und II in Anspruch genommen wurden. Bei den Pflegebedürftigen der Pflegestufe III sind 63,4 % in stationärer Pflege. Allerdings werden auch 24,0 % der Pflegebedürftigen der Pflegestufe I stationär gepflegt.

Tabelle 34: Pflegebedürftige Personen in Magdeburg am 15.12.2003 nach Art der Pflegeleistung und Pflegestufe [8]

	Pfl.stufe I	Pfl.stufe II	Pfl.stufe III	noch ohne Zuordnung	gesamt
Ambulante Pflege	712	343	66		1 121
Stationäre Pflege	698	929	335	21	1 983
Pflegegeld ⁵	1 497	528	127		2 152
gesamt	2 907	1 800	528	21	5 256

Abbildung 26: Anteile der Pflegestufen bei ambulant gepflegten Personen in Sachsen Anhalt

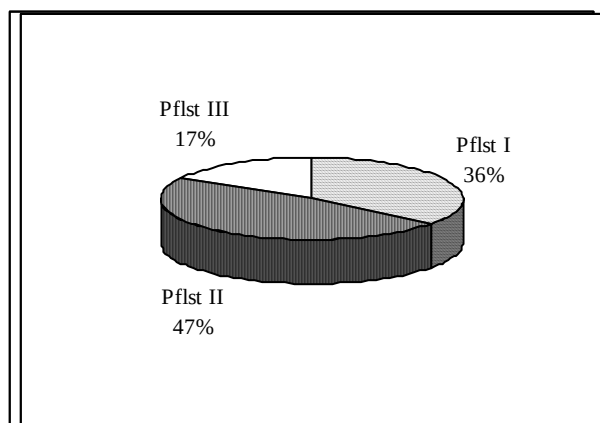


Abbildung 27: Anteile der Pflegestufen bei stationär gepflegten Personen in Sachsen Anhalt

Angaben zur Alters- und Geschlechtsstruktur der Pflegebedürftigen liegen nur auf Landesebene vor. Separate Werte für Magdeburg sind nicht erfasst. Insgesamt sind ca. 70 % der Pflegebedürftigen weiblich. Dies ergibt sich in erster Linie aus dem höheren Frauenanteil in den oberen Altersgruppen, die in stärkerem Maße von Pflegebedürftigkeit betroffen sind. 50,3 % der Pflegebedürftigen in Sachsen-Anhalt sind 80 Jahre oder älter, darunter in der ambulanten Pflege 58,6 %, bei den stationär gepflegten Personen 65,4 % und bei den Pflegegeldempfängern 37,6 %.

Für die pflegerische Versorgung der pflegebedürftigen Personen stehen in Magdeburg 33 ambulante Pflegedienste und 21 stationäre Einrichtungen mit insgesamt 2 108 Plätzen zur Verfügung.

⁵ nur Leistungsempfänger, die ausschließlich Pflegegeld erhalten, Empfänger von Kombinationsleistungen sind bei der ambulanten oder stationären Pflege mit erfasst

2.8 Sterblichkeit und Todesursachen

Aus den Daten über die Sterblichkeit lassen sich wichtige Aussagen über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung ableiten. Sie ist gegenwärtig eine der vollständigsten Quellen zur Beurteilung der bevölkerungsbezogenen Krankheitsentwicklung, vernachlässigt dabei aber jene Krankheiten, welche die Lebensqualität der Betroffenen stark beeinträchtigen oder hohe Kosten für das Gesundheitssystem verursachen aber selten zum Tode führen.

Im Rahmen dieser Auswertung wurden die Todesursachen der Jahre 2002 und 2003 betrachtet und den Todesursachen des Jahres 1997, wie durch das Forschungsprojekt RBS vorgegeben, gegenübergestellt.

Soweit vorhanden wurden in den Zeitreihen die Daten aus den dazwischen liegenden Jahren ergänzt. Das Jahr 1997 ist als Vergleichsjahr nicht sehr gut geeignet, da in diesem Jahr letztmalig Todesursachen nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-9“ verschlüsselt wurden. Außerdem musste für eine weitgehende Vergleichbarkeit auf die interne Auswertung der Totenscheine des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Magdeburg zurückgegriffen werden (siehe auch Gesundheitsbericht des Jahres 1997 [9]).

Für die Jahre 2002 und 2003 wurden die Zahlen der amtlichen Mortalitätsstatistik des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt [10] und [11] verwendet.

2.8.1 Alters und Geschlechtsstruktur der Sterbefälle.

Die Mortalitätsstatistik des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt weist für das Jahr 2002 insgesamt 2671 Verstorbene und für 2003 insgesamt 2548 Verstorbene mit Hauptwohnsitz in Magdeburg aus. Im Jahr 2002 waren 1426 Verstorbene bzw. 53,4 % weiblichen Geschlechts und 1245 bzw. 46,6 % männlichen Geschlechts. Im Folgejahr kam es bei beiden Geschlechtern zu einem leichten Rückgang der Sterbefälle. Unter den Verstorbenen im Jahr 2003 befanden sich 1369 Personen weiblichen Geschlechts (53,8 %) und 1179 Personen männlichen Geschlechts (46,8 %). Erfreulicherweise gingen auch die Sterbefälle bei den unter 65- Jährigen bei beiden Geschlechtern weiter zurück, so dass 2003 die niedrigsten Werte der letzten 5 Jahre aufweist. In der nachfolgenden Tabelle sind die Sterbefallzahlen der letzten Jahre zusammengefasst.

Tabelle 35: Anzahl der Verstorbenen in Magdeburg 1997, 1999 bis 2003

Quelle: 1997 [14]; 1999-2003 Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

	1997	1999	2000	2001	2002	2003
männlich gesamt	1174	1179	1239	1201	1245	1179
männlich unter 65 Jahre	423	412	429	383	394	354
Anteil unter 65-Jähriger (m)	36,0%	34,9%	34,6%	31,9%	31,6%	30,0%
weiblich gesamt	1484	1417	1427	1415	1426	1369
weiblich unter 65 Jahre	208	198	185	163	187	156
Anteil unter 65-Jähriger (w)	14,0%	14,0%	13,0%	11,5%	13,1%	11,4%

Die Bevölkerung in Magdeburg wird immer älter. Für ältere Bevölkerungsgruppen steigt, statistisch gesehen, das Sterberisiko und dieses müsste sich in höheren Sterbezahlen ausdrücken.

Gegen diese Entwicklung wirkt die in Sachsen-Anhalt allgemein ansteigende Lebenserwartung. Erkennbar wird diese Tatsache schon beim Betrachten des mittleren Sterbealters in den vergangenen Jahren. Hier ist bei den Männern seit 1997 ein Anstieg um 1,8 Jahre auf 70,5 Jahre und bei den Frauen ein Anstieg um 2,5 Jahre auf 80,0 Jahre festzustellen.

Tabelle 36: Mittleres Sterbealter in Magdeburg

Quelle: 1997 [14]; 1999-2003 Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

	1997	1999	2000	2001	2002	2003
männlich	68,7	69,2	69,6	70,2	70,5	70,5
weiblich	77,5	78,3	78,6	79,9	78,9	80,0

Aus einer Veröffentlichung des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt geht hervor, dass sich in den letzten zehn Jahren die Lebenserwartung um 4,2 Jahre für männliche und um 3,8 Jahre für weibliche Personen erhöht hat. Nach der aktuellen Sterbetafel 2001/2003 beträgt die Lebenserwartung für neugeborene Knaben 73,6 Jahre und für neugeborene Mädchen 80,6 Jahre. Trotz dieses starken Anstiegs liegt die Lebenserwartung in Sachsen-Anhalt noch unter dem Bundesdurchschnitt. In der Bundesrepublik Deutschland beträgt die Lebenserwartung für neugeborene Knaben 75,6 Jahre und für neugeborene Mädchen 81,3 Jahre. [15]

Wie an den unstandardisierten Kurven in Abbildung 28 zu erkennen ist, liegt die Sterblichkeit der Frauen höher als bei den Männern. In den hohen Altersgruppen, die mit einem höheren Sterberisiko rechnen müssen, ist auch der Frauenanteil entsprechend größer.

Für eine Vergleichbarkeit der Sterberaten mit Regionen anderer Altersstruktur, aber auch beim Vergleich mit den Vorjahren ist daher eine Altersstandardisierung erforderlich. Aus diesem Grund wurde auf der Basis der "Neuen Europa-Standard-Bevölkerung" eine Altersstandardisierung der wichtigsten Kennziffern zur Sterblichkeit für Magdeburg vorgenommen. Die "Neue Europa-Standard-Bevölkerung" wurde durch die WHO entwickelt und bildet die durchschnittliche europäische Bevölkerung einschließlich der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Altersstruktur ab.

Tabelle 37: Sterbefälle in Magdeburg altersstandardisiert/ nicht altersstandardisiert je 100000 der Bevölkerung

(Altersstandardisierung nach der "Neuen Europa-Standard-Bevölkerung")
Quelle: 1997 [12]; 1999-2003 Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

Sterberate	1997	1999	2000	2001	2002	2003
männlich standardisiert	935	907	923	876	909	832
weiblich standardisiert	912	855	842	830	846	821
männlich unstandardisiert	994	1045	1116	1089	1135	1079
weiblich unstandardisiert	1165	1159	1185	1185	1203	1162

Bei der Betrachtung der altersstandardisierten Sterberaten ist ein Schwankungen unterworfenen leichter Abwärtstrend zu erkennen. Obwohl allgemein die Männer eine höhere Sterblichkeit aufweisen, ist im Jahr 2003 zwischen den Geschlechtern nur noch eine geringe Differenz zwischen den Geschlechtern zu erkennen.

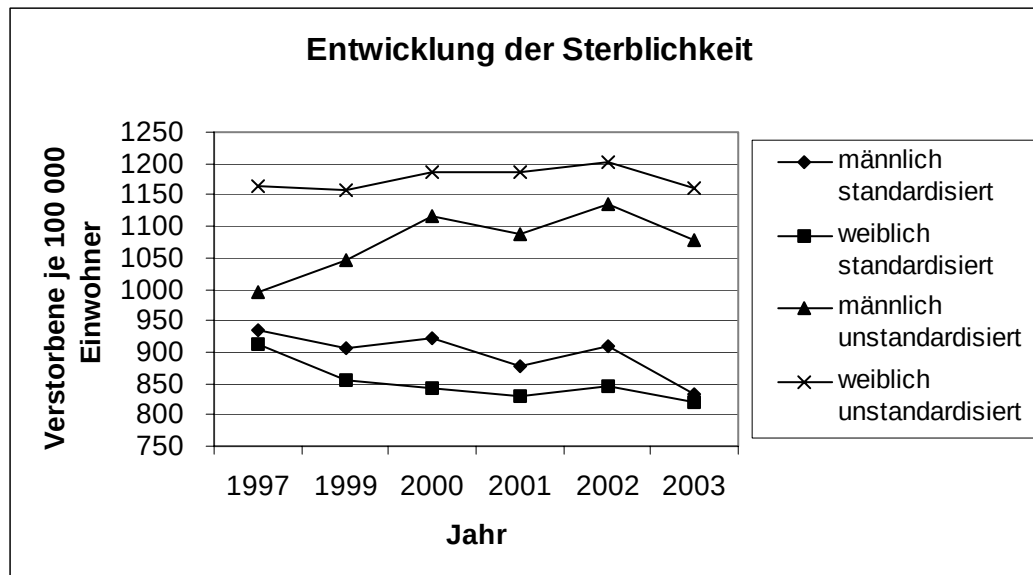


Abbildung 28: Entwicklung der Sterblichkeit in Magdeburg 1997, 1999 bis 2003

Quelle: 1997 [14]; 1999-2003 Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

2.8.2 Todesursachen im Überblick

Drei von vier Todesfällen waren im Jahr 2003 den Todesursachengruppen Herz-Kreislaufkrankungen oder den Krebserkrankungen zuzurechnen.

Die Todesursachen der Frauen setzen sich im Jahr 2003 zu 53 % aus Herz-Kreislaufkrankheiten, zu 23 % aus Krebserkrankungen und zu 6,2 % aus Endokrinen-, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten zusammen. Die Verletzungen und Vergiftungen haben bei den verstorbenen Frauen einen Anteil von 2,3 %.

Bei den Männern dominieren die Krankheiten des Herz- und Kreislaufsystems ebenfalls, allerdings nur mit einem Anteil von 38 % im Jahr 2003. Im Jahr 2002 war dieser Anteil noch höher und lag bei 43 % und damit fast so hoch wie im Jahr 1997 mit 45 %. Gleichzeitig mit diesem Rückgang der Herz- und Kreislaufkrankheiten als Todesursache kommt es bei den Männern zu einem Anstieg der Neubildungen (Krebserkrankungen) als Todesursache. Betrug der Anteil dieser Krankheiten im Jahr 1997 noch 26 %, so ist er auf 29,4 % im Jahr 2002 und auf 35,0 % im Jahr 2003 angestiegen und kommt damit als Todesursache bei den Männern fast so häufig vor, wie die Herz- Kreislaufkrankheiten. Positiv zu bewerten ist bei den Männern der Rückgang der Verletzungen und Vergiftungen an den Todesursachen. Im Jahr 2003 starben an diesen Todesursachen 3,6 % der Männer und damit 3,3 % weniger als noch 1997. Die nachfolgenden Abbildungen geben einen Überblick über die Anzahl der verstorbenen Frauen und verstorbenen Männer an den jeweiligen Todesursachengruppen. Die zugehörigen Tabellen finden Sie im Tabellenteil dieses Abschnittes, unter 2.8.5.

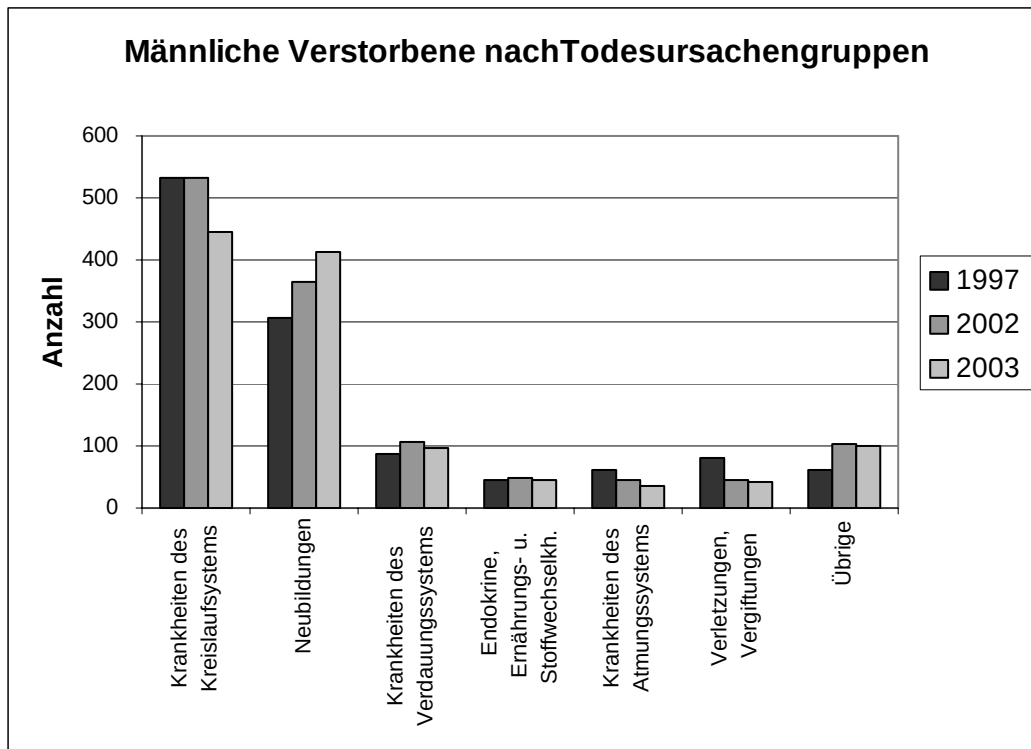


Abbildung 29: Männliche Verstorbene nach Todesursachengruppen 1997, 2002 und 2003

Quelle: 1997 [14]; 2002, 2003 Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

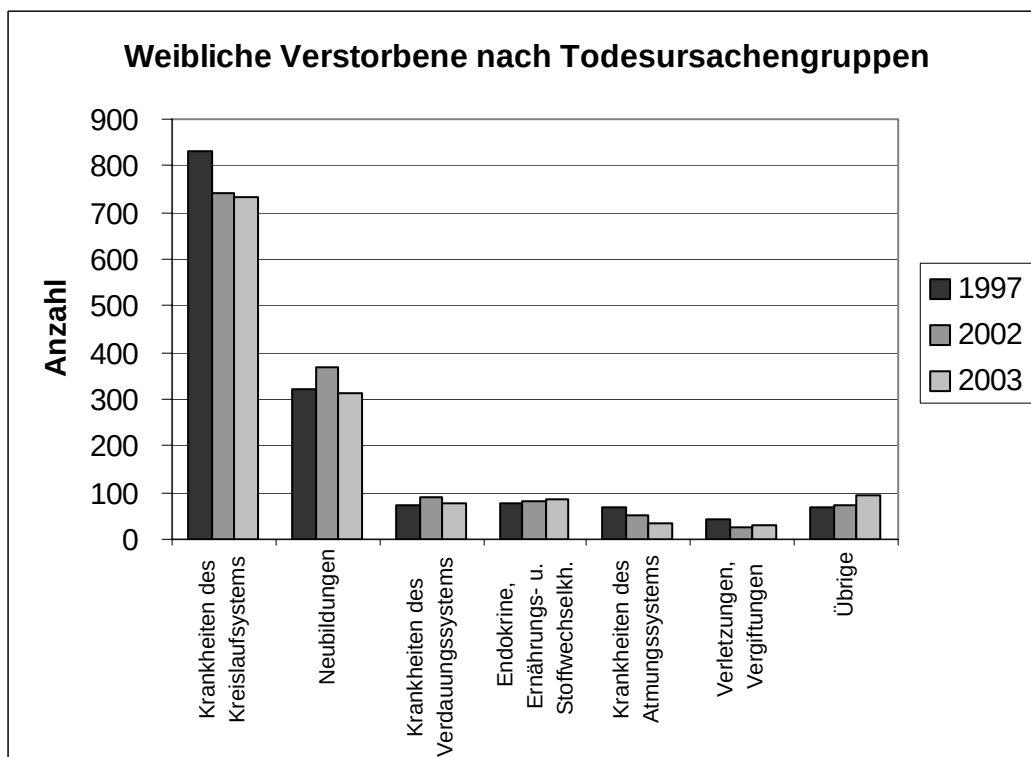


Abbildung 30: Weibliche Verstorbene nach Todesursachengruppen 1997, 2002 und 2003

Quelle: 1997 [14]; 2002, 2003 Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

2.8.3 Vermeidbare Todesursachen

Mit dem Begriff Sterbefälle nach vermeidbaren Todesursachen werden die Todesfälle bezeichnet, die bei rechtzeitiger Erkennung und nach dem gegenwärtigen medizinischen Wissensstand optimal behandelt ganz oder zum großen Teil vermeidbar gewesen wären. Die Vermeidbarkeit bezieht sich nicht generell auf die angeführten Diagnosen, sondern schränkt diese auf bestimmte Altersgruppen ein. Die vermeidbaren Todesfälle beschreiben nicht nur den Gesundheitszustand der Bevölkerung, sie sind gleichzeitig ein wichtiger Indikator für die Effektivität und Qualität der Gesundheitsversorgung und der Krankheitsvorsorge.

In der nachfolgenden Tabelle sind die vermeidbaren Todesfälle und die zugehörigen Altersgruppen für Magdeburg für die Jahre 1997, 2002 und 2003 zusammengefasst. Für einen Teil der aufgeführten Diagnosen gibt es in Magdeburg keine Todesfälle oder die Fallzahlen waren so klein, dass sie aus Datenschutzgründen nicht veröffentlicht werden dürfen.

Tabelle 38: Vermeidbare Todesursachen 1997, 2002 und 2003 in Magdeburg

Quelle: 1997 [14]; 2002, 2003 Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

"Sterblichkeit an vermeidbaren Todesursachen" (ICD-9;ICD-10)	Altersgruppe von ... bis unter ...	Geschlecht	1997		2002		2003	
			Anzahl	je 100000 Einwohner der Bevölkerungsgruppe	Anzahl	je 100000 Einwohner der Bevölkerungsgruppe	Anzahl	je 100000 Einwohner der Bevölkerungsgruppe
Chron. Leberkrankheit u. -zirrhose (571;K70-K74)	15 - 65	gesamt	67	38,7	65	40,7	68	43,0
		männlich	40	45,7	40	49,8	53	66,6
		weiblich	27	31,4	25	31,5	15	19,1
Chron. Rheumat. Herzkrankheiten (393-398;I05-I09)	5 - 65	gesamt	-	-	-	-	-	-
		männlich	-	-	-	-	-	-
		weiblich	-	-	-	-	-	-
Bluthochdruck u. Schlaganfall (401-405,430-438; I10-I15,I60-I69)	35 - 65	gesamt	27	25,1	26	25,5	21	20,9
		männlich	22	41,7	20	39,9	-	-
		weiblich	5	9,1	6	11,6	-	-
Koronare (Ischämische) Herzkrankheiten (410-414; I20-I25)	35 - 65	gesamt	82	76,2	78	76,5	46	45,9
		männlich	64	121,3	65	129,7	34	68,8
		weiblich	18	32,9	13	25,1	12	23,6
Lungenkrebs (162; C33-C34)	5 - 65	gesamt	39	19,5	43	24,4	37	23,4
		männlich	33	32,6	33	37,1	28	35,2
		weiblich	6	6,1	10	11,4	9	11,5
Brustkrebs (174; C50)	25 - 65	weiblich	24	33,2	7	10,8	12	18,8
Gebärmutterhalskrebs (180;C53)	15 - 65	weiblich	5	5,8	6	7,6	-	-
Morbus Hodgkin (201; C81)	5 - 65	gesamt	-	-	-	-	-	-
		männlich	-	-	-	-	-	-
		weiblich	-	-	-	-	-	-
Magen- u. Duodenalgeschwüre (531-534; K25-K28)	25 - 65	gesamt	-	-	4	3,1	-	-
		männlich	-	-	-	-	-	-
		weiblich	-	-	-	-	-	-
Asthma (493; J45-J46)	5 - 65	gesamt	6	3,0	-	-	-	-
		männlich	-	-	-	-	-	-
		weiblich	-	-	-	-	-	-
Kraftfahrzeug- / Transportmittelunfälle (E810-E825; V01-V99)	alle	gesamt	22	9,0	9	3,9	17	7,5
		männlich	13	11,0	-	-	7	6,4
		weiblich	9	7,1	-	-	10	8,5
Suizide (E950-E959; X60-X84)	alle	gesamt	54	22,0	24	10,5	19	8,4
		männlich	36	30,5	16	14,6	16	14,6
		weiblich	18	14,1	8	6,8	3	2,5

Insgesamt zeigt sich seit 1997 bei den vermeidbaren Sterbefällen eine positive Entwicklung. Waren 1997 noch 12,3 % aller Sterbefälle vermeidbar, so verringerte sich der Anteil im Jahr 2003 auf 8,6 %. Unter den männlichen Verstorbenen waren 2003 noch 11,7 % (1997: 17,7 %) und unter den weiblichen Verstorbenen noch 4,5 % (1997: 7,6 %) der Todesfälle als vermeidbar zu bezeichnen.

Die meisten vermeidbaren Sterbefälle sind in den drei betrachteten Jahren der Todesursache chronische Leberkrankheit und Leberzirrhose anzulasten. Fast ein Drittel der vermeidbaren Sterbefälle im Jahr 2003 wurde durch diese Erkrankungsgruppe verursacht. Seit 1997 hat diese vermeidbare Todesursache einen gleich bleibend hohen Anteil. Bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung zeigt sich ein Rückgang dieser Todesursache bei den Frauen, während bei den vorzeitig verstorbenen Männern der Anteil dieser Todesursache weiter angestiegen ist.

An zweiter Stelle der häufigsten vermeidbaren Todesursachen befinden sich die koronaren (ischämischen) Herzkrankheiten, zu denen auch der Herzinfarkt zählt. Zu ca. 20 % trug diese Todesursache zu den vorzeitigen Todesfällen im Jahr 2003 bei. Unter ihnen befanden sich zu etwa 25 % Frauen.

Der Lungenkrebs ist in Magdeburg die dritthäufigste vermeidbare Todesursache im Jahr 2003 gewesen. Sie hatte einen Anteil von 17 % an den vermeidbaren Todesursachen.

Insgesamt gehen zwei Drittel der vermeidbaren Todesfälle im Jahr 2003 in Magdeburg auf diese drei Todesursachengruppen zurück. Die wichtigsten Einflussgrößen auf die Ausbildung dieser Erkrankungen sind in der Lebensweise zu suchen und betreffen bekanntermaßen das Rauchen und übermäßigen Alkoholkonsum.

Die Suizide sind seit 1997 stark zurückgegangen, sie haben im Jahr 2003 einen Anteil von unter 9 % an den vermeidbaren Sterbefällen. Diese Entwicklung deckt sich mit der Entwicklung in Sachsen-Anhalt. Bezogen auf 100 000 Einwohner begingen in Magdeburg 14,6 Männer bzw. 2,5 Frauen im Jahr 2003 Selbstmord. In Sachsen-Anhalt waren es im gleichen Jahr durchschnittlich 19,9 Männer und 6,2 Frauen, die sich selbst töteten.

2.8.4 Säuglingssterblichkeit

In Magdeburg wurden im Jahr 2003 insgesamt 8 verstorbene Säuglinge registriert. Davon sind 3 Säuglingssterbefälle der Frühsterblichkeit (innerhalb der ersten 168 Stunden nach der Geburt) zuzuordnen.

Unter Berücksichtigung der 1620 Geburten im Berichtsjahr ergibt sich eine Säuglingssterblichkeit von 4,9 ‰.

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

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

Durch Auswertung der im Gesundheitsamt Magdeburg vorliegenden Totenscheine wurden im Jahr 2002 drei Totgeburten und im Folgejahr sechs Totgeburten registriert.

In der Tabelle 39 sind die Säuglingssterbefälle der Jahre 1997, 2002 und 2003 von Magdeburg zusammengefasst.

Tabelle 39: Säuglingssterbefälle in Magdeburg 1997, 2002 und 2003 [10 – 12]

Jahr	Perinatale Sterbefälle (Totgeborene und bis zum 7. Lebenstag Verstorbene)	Säuglingssterbefälle (1. bis 365. Tag)	Säuglingssterblichkeit (1. bis 365. Tag) pro 1.000 Lebendgeborene
1997	8	8	5,0
2002	8	6	3,6
2003	9	8	4,9

2.8.5 Tabellen zu den Todesursachen

Tabelle 40: Gestorbene absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 2002 [10]

Diagnoseklasse (laut ICD10)	Gestorbene insgesamt			davon weiblich			davon männlich		
	absolut	in %)*	mittleres Sterbe- alter	absolut	in %)**	mittleres Sterbe- alter	absolut	in %)***	mittleres Sterbe- alter
A00 - B99 bestimmte infektiöse u. parasitäre Krankheiten	11	0,4	67,2	5	0,4	61,5	6	0,5	71,9
C00 - D48 Neubildungen	733	27,4	71,1	367	25,7	73,3	366	29,4	68,9
C00 - C97 bösartige Neubildung	726	27,2	71,1	364	25,5	73,3	362	29,1	68,8
D50 - D89 Krh. d. Blutes u. d. blutbildenden Organe u. best. Störungen m. Beteilig. d. Immunsy.	9	0,3	76,5	3	0,2	75,8	6	0,5	76,9
E00 - E90 Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrh.	130	4,9	79,9	80	5,6	82,1	50	4,0	76,3
F00 - F99 Psychische und Verhaltensstörungen	10	0,4	60,5	3	0,2	57,5	7	0,6	61,8
G00 - G99 Krankheiten des Nervensystems	41	1,5	68,5	16	1,1	70,4	25	2,0	67,3
I00 - I99 Krh. d. Kreislaufsystems	1274	47,7	80,1	742	52,0	83,8	532	42,7	75,0
J00 - J99 Krh. d. Atmungssystems	94	3,5	76,8	50	3,5	79,4	44	3,5	73,9
K00 - K93 Krh. d. Verdauungssysteme	193	7,2	68,0	88	6,1	72,3	105	8,4	64,4
N00 - N99 Krh. d. Urogenitalsystems	46	1,7	77,3	22	1,5	80,7	24	1,9	74,3
P00 - P96 best. Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	5	0,2	0,2						
Q00 - Q99 angeb. Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomen- anomalien	3	0,1	6,9						
R00 - R99 Symptome u. abnorme klin. u. Laborbefunde	46	1,7	59,2	16	1,1	67,2	30	2,4	54,9
S00 - T98 Verletzungen, Vergiftungen und best. andere Folgen äußerer Ursachen	71	2,7	52,1	25	1,8	57,7	46	3,7	49,0

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl aller in Magdeburg 2002 Verstorbenen (2671)* bzw. auf die verstorbenen Frauen (1426)** oder auf die verstorbenen Männer (1245)***.

Tabelle 41: Gestorbene absolut, in Prozent und mittleres Sterbealter nach Diagnoseklassen der ICD (10. Revision) und Geschlecht, Magdeburg 2003 [11]

Diagnoseklasse (laut ICD10)	Gestorbene insgesamt			davon weiblich			davon männlich		
	absolut	in %)*	mittleres Sterbe- alter	absolut	in %)**	mittleres Sterbe- alter	absolut	in %)***	mittleres Sterbe- alter
A00 - B99 bestimmte infektiöse u. parasitäre Krankheiten	13	0,5	72,5	8	0,6	73,8	5	0,4	70,5
C00 - D48 Neubildungen	727	28,5	71,8	314	22,9	74,0	413	35,0	70,2
C00 - C97 bösartige Neubildung	718	28,2	71,8	310	22,6	74,0	408	34,6	70,1
D50 - D89 Krh. d. Blutes u. d. blutbildenden Organe u. best. Störungen m. Beteilig. d. Immunsy.	9	0,4	70,8	.	.	.	.	.	.
E00 - E90 Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrh.	131	5,1	79,1	85	6,2	81,9	46	3,9	73,9
F00 - F99 Psychische und Verhaltensstörungen	11	0,4	64,9	4	0,3	80,3	7	0,6	56,1
G00 - G99 Krankheiten des Nervensystems	44	1,7	73,9	25	1,8	80,3	19	1,6	65,0
I00 - I99 Krh. d. Kreislaufsystems	1175	46,1	81,4	731	53,4	84,4	444	37,7	76,5
J00 - J99 Krh. d. Atmungssystems	69	2,7	76,6	34	2,5	78,7	35	3,0	74,5
K00 - K93 Krh. d. Verdauungssystems	176	6,9	66,9	78	5,7	74,1	98	8,3	61,2
N00 - N99 Krh. d. Urogenitalsystems	35	1,4	80,8	19	1,4	83,2	16	1,4	78,0
P00 - P96 best. Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatal- periode haben	4	0,2	0,2	.	.	.	.	.	.
Q00 - Q99 angeb. Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomen- anomalien	3	0,1	7,6	.	.	.	.	.	.
R00 - R99 Symptome u. abnorme klin. u. Laborbefunde	73	2,9	62,3	27	2,0	72,5	46	3,9	56,3
S00 - T98 Verletzungen, Vergiftungen und best. andere Folgen äußerer Ursachen	75	2,9	56,8	32	2,3	62,8	43	3,6	52,4

Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl aller in Magdeburg 2003 Verstorbenen (2548)* bzw. auf die verstorbenen Frauen (1369)** oder auf die verstorbenen Männer (1179)***.

3. Bildung

3.1 Allgemeinbildende Schulen

Der starke Geburtenrückgang seit Beginn der 90er Jahre wirkt sich auch dramatisch auf die Schülerzahlen in Magdeburg aus. Zwischen 1997 und 2003 kam es in den allgemeinbildenden Schulen (ohne Schulen des zweiten Bildungsweges) zu einem Rückgang der Schüler um 32 %. Die Zahl der allgemeinbildenden Schulen musste aus diesem Grund ebenfalls durch Schließung bzw. Fusionierung einzelner Schulen verringert werden.

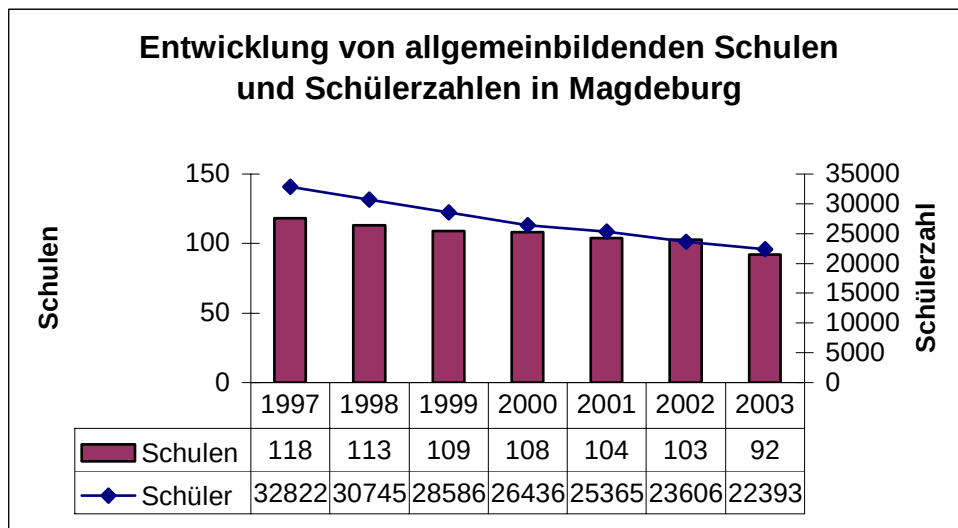


Abbildung 31: Schülerzahlen und allgemeinbildende Schulen in Magdeburg

(Quelle: Amt für Statistik)

Gleichfalls wirken sich die immer noch nicht abgeschlossenen Reformen auf das Schulsystem in Sachsen Anhalt aus. Besonderen Einfluss hat dabei Wiedereinführung der fünften und sechsten Klassen am Gymnasium und die Rückkehr zum Abitur nach 12 Schuljahren.

3.1.1 Schüler der Klassenstufe 7 in den Schularten

Im Berichtszeitraum Schuljahr 1996/1997 bis Schuljahr 2004/2005 zeichnete sich in der Klassenstufe sieben aufgrund des Geburtenrückganges eine rückläufige Schülerzahl ab. Insgesamt verringerte sich die Schülerzahl (ohne Sonderschulen für geistig Behinderte) von 3250 Schüler im Schuljahr 1996/1997 auf 1701 Schüler im Schuljahr 2004/2005. Seit dem Schuljahr 1996/1997 ist damit die Schülerzahl um nahezu die Hälfte (48 %) zurückgegangen.

Die Verteilung der Schüler auf die Schularten änderte sich im betrachteten Zeitraum ebenfalls. Im Schuljahr 1996/1997 lernten noch 41 % aller Schüler der 7. Klassen an Integrierten Gesamtschulen und Gymnasien. In den Folgejahren stieg dieser Anteil bis auf 51 % im Schuljahr 2002/2003 an und bewegt sich seit dem um die 50 %.

Die folgende Tabelle stellt die Schülerzahlen in der Klassenstufe sieben in den einzelnen Schuljahren dar. Bei den betrachteten Schuljahren 2001/2002 und 2002/2003 erfolgte in der 7. Klasse keine Differenzierung nach Realschulbildungsgang und Hauptschulbildungsgang.

Tabelle 42: Schüler der 7. Klasse nach Schulart

(Quelle: Amt für Statistik)

Schuljahr	1996/97	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
Sekundarschule	1462 R 251 H	1253	1145	778 R 181 H	606 R 102 H
dav. weiblich	690 R 105 H	532	488	335 R 68 H	281 R 30 H
Gymnasium und IGS	1324	1387	1451	1203	837
dav. weiblich	706	738	797	613	425
Sonderschulen*	213	253	228	203	156
dav. weiblich	67	83	91	74	56

R - Realschulbildungsgang

H - Hauptschulbildungsgang

*) ohne SOS G (Geistig Behinderte)

3.1.2 Schulabgänger

Allgemeinbildende Schulen

Von den 2850 Schulabgängern des Schuljahres 2003/2004 erreichten etwa die Hälfte die Hochschulreife. Der Mädchenanteil unter den Schulabgängern mit Hochschulreife betrug 57,9 % während die Anteile der männlichen und weiblichen Schulabgänger des betrachteten Jahres fast gleich groß waren.

Auch beim erweiterten Realschulabschluss, den 16,6 % der Schulabgänger erhielten, war der Mädchenanteil mit 55,3 % überdurchschnittlich.

Mit einem Realschulabschluss konnten im Schuljahr 2003/2004 in Magdeburg 23,6 % der 2850 Schulabgänger die Schule beenden. Hier lag der Mädchenanteil mit 44,1 % jedoch unter dem Jungenanteil.

Bei den Hauptschulabschlüssen, wie auch bei den Schulabgängern ohne Abschluss ist der Mädchenanteil geringer als der Jungenanteil.

Etwa 10 % der Schulabgänger erreichte im Schuljahr 2003/2004 einen Hauptschulabschluss, davon 42 % nach der 10. Klasse.

Tabelle 43: Schulabgänger nach Abschluss

(Quelle: Statistisches Landesamt)

		1996/97		2001/02		2002/03		2003/04	
		absolut	Anteil	absolut	Anteil	absolut	Anteil	absolut	Anteil
Insgesamt		3293		2977		2765		2850	
dav. weiblich		1639	49,8%	1480	49,7%	1348	48,8%	1403	49,2%
Hochschulreife		1047	31,8%	995	49,7%	888	48,8%	957	49,2%
dav. weiblich *)		608	37,1%	584	39,5%	489	36,3%	554	39,5%
Fachhochschulreife		54	1,6%	31	1,0%	43	1,6%	53	2%
dav. weiblich *)		31	1,9%	14	0,9%	23	1,7%	28	2,0%
erweiterter Realschulabschluss		559	17,0%	371	12,5%	517	18,7%	474	16,6%
dav. weiblich *)		326	19,9%	228	15,4%	294	21,8%	262	18,7%
Realschulabschluss		914	27,8%	1036	34,8%	639	23,1%	673	23,6%
dav. weiblich *)		422	25,7%	452	30,5%	286	21,2%	297	21,2%
Hauptschulabschluss nach dem 10. Schuljahrgang		121	3,7%	3	0,1%	167	6,0%	118	4,1%
dav. weiblich *)		42	2,6%	-	-	63	4,7%	53	3,8%
Hauptschulabschluss		299	9,1%	122	4,1%	126	4,6%	163	5,7%
dav. weiblich *)		98	6,0%	53	3,6%	43	3,2%	72	5,1%
Abschluss der Schule für Lernbehinderte	Schulabgänger ohne Abschluss	89	2,7%	154	5,2%	156	5,6%	173	6,1%
		36	2,2%	61	4,1%	71	5,3%	66	4,7%
Abgänger der Schule f. Geistigbehinderte		28	0,9%	44	1,5%	30	1,1%	21	0,7%
		13	0,8%	17	1,1%	12	0,9%	11	0,8%
Abgangszeugnis		182	5,5%	221	7,4%	199	7,2%	218	7,6%
dav. weiblich *)		63	3,8%	71	4,8%	67	5,0%	60	4,3%

*) Die prozentualen Anteile der weiblichen Schulabgänger in den einzelnen Abschlüssen beziehen sich auf die Gesamtzahl der weiblichen Schulabgänger des betrachteten Schuljahres

Ohne Schulabschluss verließen im betrachteten Schuljahr 14,5 % aller Schulabgänger die Schule. Etwa ein Drittel unter ihnen waren Mädchen.

Die Absolutzahlen der Schulabgänger der Schuljahre 1996/1997, 2001/2002, 2002/2003 und 2003/2004 sind in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst. Die rückläufigen Geburtenzahlen wirken sich noch nicht auf die Zahlen der Schulabgänger der betrachteten Jahre aus.

Berufsbildende Schulen

In der Landeshauptstadt Magdeburg gibt es sechs berufsbildende Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft. Nach der Verordnung über Berufsbildende Schulen (BbS-VO) vom 20. Juli 2004 werden in den berufsbildenden Schulen verschiedene Schulformen angeboten.

Berufsschulen und Ausbildungsbetriebe erfüllen in der dualen Ausbildung einen gemeinsamen Bildungsauftrag. Sie sind dabei jeweils eigenständige Lernorte und gleichberechtigte Partner. Das **Berufsvorbereitungsjahr** vermittelt fachliche und allgemeine Lerninhalte unter der besonderen Berücksichtigung der Anforderungen an eine berufliche Tätigkeit und bereitet auf eine Berufsausbildung vor.

Das **Berufsgrundbildungsjahr** vermittelt eine berufliche Grundbildung, allgemeine und auf der Breite eines Berufsfeldes fachtheoretische und fachpraktische Lerninhalte.

Berufsfachschulen bieten eine Vielfalt von Ausbildungsmöglichkeiten. Die Dauer des Besuchs dieser Schulen, wie auch die Aufnahmebestimmungen sind unterschiedlich. Es gibt Ausbildungsgänge mit und ohne beruflichen Abschluss.

Fachschulen führen zu qualifizierten Abschlüssen in der beruflichen Weiterbildung für Fachkräfte mit bereits vorliegender beruflicher Erfahrung.

Fachoberschulen vermitteln Schülerinnen und Schülern eine vertiefte berufliche Bildung und befähigen sie, ihren Bildungsweg an einer Fachhochschule fortzusetzen.

Fachgymnasien führen als gymnasiale Oberstufe mit berufsbezogenen Fachrichtungen zur allgemeinen Hochschulreife.

Schulen für Berufe im Gesundheitswesen sind staatlich anerkannten Schulen und bilden Schülerinnen und Schüler nach bundesrechtlichen Vorschriften aus.

In den nachfolgenden Tabellen sind die Zahlen Schulabgängerinnen und Schulabgänger in den einzelnen Schulformen der berufsbildenden Schulen von Magdeburg der letzten Jahre zusammengefasst. Dabei ist jedoch zu beachten, dass an den berufsbildenden Schulen nicht nur Schülerinnen und Schüler mit Hauptwohnsitz Magdeburg ausgebildet werden.

Tabelle 44: Schulabgängerinnen und Schulabgänger der berufsbildenden Schulen in der Stadt Magdeburg nach Schulformen ohne Schulen des Gesundheitswesens

(Quelle: Statistisches Landesamt)

Schuljahr	Ins- gesamt	Davon nach Schulformen						
		Berufs- schulen	Berufs- vorberei- tungs- jahr	Berufs- grund- bildungs- jahr	Berufs- fach- schulen	Fach- schulen	Fach- ober- schulen	Fach- gymnasien
1998/1999	5115	3075	321	95	921	473	136	94
1999/2000	5454	3166	305	78	1111	494	195	105
2000/2001	5358	3120	325	85	1137	391	197	103
2001/2002	5086	2875	310	73	1066	425	255	82
2002/2003	5042	2689	338	104	1123	419	261	108
2003/2004	5494	2715	337	113	1246	631	291	161

Tabelle 45: Schulabgängerinnen und Schulabgänger nach Berufen bzw. Fachrichtungen mit und ohne Abschlusszeugnis in Magdeburg nur Schulen für Berufe im Gesundheitswesen

(Quelle: Statistisches Landesamt)

Schuljahr	Ins- gesamt	Davon						ohne Abschluss- zeugnis
		mit Ab- schluss- zeugnis	davon nach Berufen bzw. Fachrichtungen					
		Kranken-, Kinder- kranken- schwester/ -pfleger	Heb- amme/ Entbin- dungs- pfleger	Kranken- pflege- helfer/in, Rettungs- assistent/in, -sanitäter/in	Medi- zinisch- tech- nische Assistenz	Sonstige)		
1998/1999	222	207	167	-	-	21	19	15
1999/2000	210	184	126	16	-	31	11	26
2000/2001	199	188	143	-	-	31	14	11
2001/2002	189	183	126	17	-	24	16	6
2002/2003	229	200	126	-	39	25	10	29
2003/2004	328	276	141	14	77	28	16	52

*) dazu zählen : Logopädie, Medizinische Dokumentationsassistentin, Physiotherapie und Sozialpflege

3.1.3. Schulverweigerer

Eine amtliche fortgeschriebene Statistik über Schulverweigerer und Schulpflichtverletzungen liegt nicht vor, jedoch wurde im 1. Halbjahr 2003 an den allgemeinbildenden Schulen von Magdeburg eine Erhebung zu dieser Thematik durchgeführt. Diese nachfolgenden aufgeführten Zahlen decken jedoch nicht vollständig das betreffende Schulhalbjahr ab.

Insgesamt gab es an den Magdeburger allgemeinbildenden Schulen im genannten Zeitraum 471 Fälle von Schulpflichtverletzungen mit mehr als 5 Stunden Fehlzeit. Davon wurden 23 Schulpflichtverletzungen an Grundschulen, 285 Schulpflichtverletzungen an Sekundarschulen, 134 Schulpflichtverletzungen an Sonderschulen und 29 Schulpflichtverletzungen an Gymnasien registriert.

Insgesamt kann eingeschätzt werden, dass davon ca. 20 % als schwerwiegende Schulpflichtverletzungen eingestuft werden können. Eine schwerwiegende Schulpflichtverletzung liegt vor, wenn Fehlzeiten von mehr als 40 Einzelstunden oder mehr als ein Monat zusammenhängend ermittelt werden.

Da es sich bei diesen Daten um eine Einzelerhebung handelt, können keine Angaben zur Entwicklung der Schulpflichtverletzungen in den letzten Jahren gemacht werden.

4 Soziales

4.1 Haushaltsgrößen in Magdeburg

In Sachsen-Anhalt leben immer mehr Menschen in kleinen Haushalten.

72 % der 1,2 Millionen Privathaushalte sind nach Angaben des Statistischen Landesamtes Ein- und Zweipersonenhaushalte. Im Jahr 1991 waren es noch 59 % der Haushalte. Die Anzahl der Einpersonenhaushalte stieg in diesem Zeitraum um ein Drittel auf 423 400 und nahm seit 1996 kontinuierlich zu. Bei den Zweipersonenhaushalten kam es zu einem Anstieg um 13 % auf 436 700. Den stärksten Rückgang gab es bei den Vierpersonenhaushalten, er betrug in unserem Bundesland 44 %. [16]

Nach dem Mikrozensus ist in Magdeburg im Zeitraum von 1997 bis 2003 die Anzahl der Haushalte um 4,4 % auf 116 200 Haushalte zurückgegangen. Der Anteil der Ein- und Zweipersonenhaushalte ist höher als im Landesdurchschnitt. Mehr als drei Viertel aller Haushalte (77,4 %) sind Ein- oder Zweipersonenhaushalte.

Wie die nachfolgende Abbildung zeigt, ist die Entwicklung der Haushaltsstruktur in Magdeburg Schwankungen unterworfen, die einen Trend nur schwer erkennen lassen. Deutlich erkennbar ist jedoch die Abnahme der größeren Haushalte. Besonders in den Jahren zwischen 1998 und 2000 kam es zu einem Rückgang der Haushalte mit vier oder mehr Personen um ca. 40 %, der jedoch in den Folgejahren teilweise ausgeglichen wurde. Am Ende des Betrachtungszeitraumes 1997 bis 2003 war der Bestand dieser Haushaltsgröße auf ca. 70 % zurückgegangen.

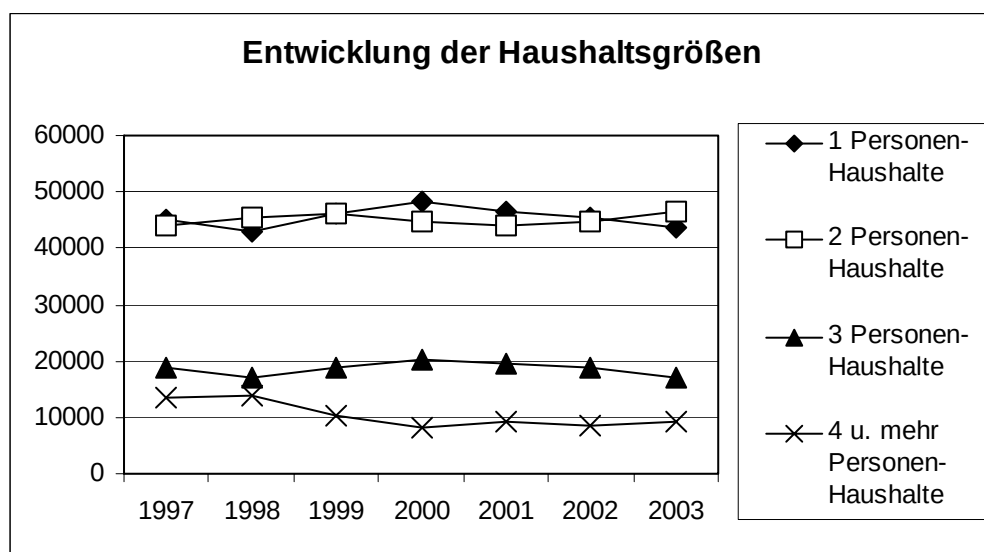


Abbildung 32: Entwicklung der Haushaltsgrößen in Magdeburg

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Stichtag: jeweils April/Mai des Jahres, Mikrozensus) [2]

Wie bereits im Abschnitt demografische Situation dargestellt, wirkt sich das Geburtendefizit seit Anfang der neunziger Jahre auch auf die Haushaltsstruktur in Magdeburg aus.

Dementsprechend ist die Anzahl der Haushalte mit Kindern zwischen 1997 und 2003 um 21,6 % auf 30 100 zurückgegangen, während bei den Haushalten ohne Kindern ein Zuwachs von 3,6 % auf 86 100 zu verzeichnen war. Die Haushalte mit zwei und mehr Kinder nahmen in Magdeburg besonders stark ab, hier wurden am Ende des Berichtszeitraumes noch 11 000 Haushalte (72 % des Ausgangsbestandes 1997) gezählt.

Tabelle 46: Haushaltsgrößen in Magdeburg

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Stichtag: jeweils April/Mai des Jahres, Mikrozensus) [2]

		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
mittlere Haushaltsgröße		2,03	2,04	1,96	1,92	1,94	1,94	1,96
Gesamthaushalte		121 500	119 300	121 700	121 500	119 100	117 600	116 200
davon:	1 Person	45 100	42 800	46 200	48 200	46 400	45 300	43 500
	2 Personen	44 200	45 300	46 300	44 700	44 100	44 900	46 500
	3 Personen	18 800	17 200	18 800	20 300	19 400	18 800	16 900
	4 u. mehr Pers.	13 400	14 000	10 400	8 300	9 200	8 600	9 300
davon:	ohne Kinder	83 100	81 100	87 300	88 600	85 800	85 700	86 100
	mit Kindern	38 400	38 200	34 400	32 900	33 300	31 900	30 100
	darunter							
	1 Kind	23 100	22 400	22 700	22 200	21 100	20 300	19 100
	2 u. mehr Kinder	15 300	15 800	11 700	10 700	12 200	11 600	11 000
Anteil 1 Personen-Haushalte		37,1%	35,9%	38,0%	39,7%	39,0%	38,5%	37,4%
Anteil 2 Personen-Haushalte		36,4%	38,0%	38,0%	36,8%	37,0%	38,2%	40,0%
Anteil 3 Personen-Haushalte		15,5%	14,4%	15,4%	16,7%	16,3%	16,0%	14,5%
Anteil 4 Personen-Haushalte		11,0%	11,7%	8,5%	6,8%	7,7%	7,3%	8,0%

4.2 Wohnungssituation

Der Bestand an Wohnungen in Magdeburg ist bis 2001 kontinuierlich gestiegen. Von 2001 bis 2003 reduzierte sich die Zahl der Wohnungen um 665. Das entspricht einem Rückgang von ca. 0,5 % des gesamten Bestandes.

Tabelle 47: Fortschreibung des Wohnungsbestandes ab 1991 nach bundesweit geltender Methodik [17]

Bei der Aufstellung sind Wohnheime nicht erfasst. Für das Jahr 1991 liegen keine Angaben zur Wohnfläche vor.

am 31.12. d. J.	Whgen. gesamt	Wohnungen in Wohn - und Nichtwohngebäuden davon mit ... Räumen							Wohn - fläche 100 m ²
		1	2	3	4	5	6	7 od. mehr	
1991	130 483	717	11 526	43 060	53 137	17 789	3 440	814	.
1992	131 085	720	11 600	43 258	53 426	17 831	3 435	815	79 707
1993	131 124	715	11 614	43 254	53 431	17 844	3 439	827	79 765
1994	132 979	933	11 668	43 739	54 025	18 139	3 556	919	81 210
1995	136 482	1 923	11 304	46 136	52 882	18 925	3 682	1 630	84 761
1996	138 881	2 080	11 727	46 881	53 587	19 180	3 731	1 695	86 522
1997	140 760	2 259	12 043	47 490	54 017	19 375	3 833	1 743	87 891
1998	142 661	1 980	12 563	48 120	54 531	19 697	3 931	1 839	89 613
1999	143 909	2 012	12 730	48 524	54 850	19 898	3 999	1 896	90 762
2000	144 499	1 793	12 893	48 670	55 011	20 087	4 078	1 967	91 547
2001	145 480	1 793	12 949	48 913	55 134	20 383	4 225	2 083	92 567
2002	145 317	1 819	12 863	48 690	54 931	20 551	4 298	2 165	92 892
2003	144 815	1 814	12 743	48 384	54 496	20 719	4 428	2 231	93 090

Durch die Zunahme des Wohnungsbestandes bei gleichzeitigem Rückgang der Einwohnerzahl durch geringe Geburtenzahlen und vermehrte Abwanderungen ist in Magdeburg ein Wohnungsangebot entstanden, das weit über dem Bedarf liegt. Die Mikrozensusergebnisse wiesen in den zurückliegenden Jahren einen leichten Trend zur Verkleinerung der Haushalte aus, was einen Mehrbedarf an Wohnungen nach sich zieht. Das Wohnungsangebot übersteigt aber diese zusätzliche Nachfrage. Im Jahr 2002/2003 kamen in Magdeburg 1,57 Personen auf eine Wohnung. 1997 waren es noch 1,74 Personen je Wohnung. Die durchschnittliche Haushaltsgröße wurde laut Mikrozensus für April 2002 mit 1,94 Personen, für April 2003 mit 1,96 Personen angegeben. 1997 lag die durchschnittliche Haushaltsgröße noch bei 2,03 Personen.

Die durchschnittlich pro Einwohner vorhandene Wohnfläche hat sich in den zurückliegenden 12 Jahren um ca. 40 % erhöht. 2003 standen je Einwohner 40,9 m² Wohnfläche zur Verfügung.

Tabelle 48: Entwicklung des Wohnungsbestandes im Verhältnis zur Einwohnerzahl

Quelle: eigene Berechnung auf der Grundlage der Daten vom Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

am 31.12. des Jahres	Anzahl der Wohnungen	Wohnfläche in 100 m ²	Einwohner mit Hauptwohnsitz	durchschn. Zahl der Einw. pro Wohnung	m ² Wohnfläche je Einwohner
1991	130 483	.	275 238	2,11	.
1992	131 085	79 707	272 516	2,08	29,2
1993	131 124	79 765	270 546	2,06	29,5
1994	132 979	81 210	265 379	2,00	30,6
1995	136 482	84 761	257 656	1,89	32,9
1996	138 881	86 522	251 031	1,81	34,5
1997	140 760	87 891	245 509	1,74	35,8
1998	142 661	89 613	239 462	1,68	37,4
1999	143 909	90 762	235 073	1,63	38,6
2000	144 499	91 547	231 450	1,60	39,6
2001	145 480	92 567	229 755	1,58	40,3
2002	145 317	92 892	228 170	1,57	40,7
2003	144 815	93 090	227 535	1,57	40,9

Mit dem derzeitigen Bestand an Wohnungen ist es in Magdeburg - wie auch in anderen ostdeutschen Städten - zu einem für die Wirtschaftlichkeit des Wohnungsmarktes bedrohlichen Wohnungsüberangebot gekommen. Der Wohnungsleerstand wird in Magdeburg seit 1999 erhoben. Danach lag die Leerstandsquote in den Jahren 1999 bis 2003 zwischen 22 % und 24 % des Wohnungsbestandes. Diese Werte beruhen auf Meldungen der Wohnungsunternehmen an die Stadtverwaltung, welche durch eigene Erhebungen der Stadt in den einzelnen Stadtteilen bezüglich der Wohnungsbestände kleinerer Privatvermieter ergänzt wurden. Auf diese Weise sind etwa 91 % des gesamten Wohnungsbestandes erfasst. Im Dezember 2001 verabschiedete der Stadtrat ein Stadtumbaukonzept für die Landeshauptstadt Magdeburg, welches gemeinsam mit den Wohnungseigentümern erarbeitet worden war. Dieses Konzept orientiert nicht nur auf die bloße Reduzierung des Wohnungsleerstandes, sondern legt besonderes Augenmerk auf die Entwicklung attraktiver und funktionierender Stadtteile und Quartiere. In den Zielen des Stadtumbaukonzeptes ist dabei auch der Anspruch formuliert, dass ein „vielfältiges, den Bedürfnissen der Einwohner entsprechendes Wohnraumangebot zu sichern und zu entwickeln (ist), um die weitere Abwanderung ins Umland zu verhindern und umzugswilligen Bürgern attraktive Wohnstandorte anbieten zu können.“ vgl. „Stadtumbaukonzept“ der Landeshauptstadt Magdeburg [18].

4.3 Sozialhilfebedürftigkeit

Sozialhilfebedürftigkeit gilt als ein Indikator für Einkommensarmut. Die Hilfe zum Lebensunterhalt stellt das gesellschaftlich definierte Existenzminimum dar. Wer über geringere Mittel verfügt und keine Möglichkeit hat, aus eigener Kraft seine Einkünfte zu erhöhen, hat Anspruch auf Sozialhilfe-Leistungen.

Der Bezug von Sozialhilfe wird z. T. als „bekämpfte Armut“ bezeichnet, da durch die Leistung das Existenzminimum als gesichert gilt. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass es eine Dunkelziffer derer gibt, die im Grunde einen Anspruch auf Sozialhilfe haben, diese jedoch aus verschiedensten Gründen nicht in Anspruch nehmen.

4.3.1 Entwicklung der Sozialhilfe-Ausgaben

Die Ausgaben für Sozialhilfeleistungen stellen einen großen, nur geringfügig beeinflussbaren Anteil am Verwaltungshaushalt der Stadt dar. In den folgenden Tabellen sind nicht nur die Sozialhilfe-Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) dargestellt, sondern auch die Leistungen nach dem Asylbewerber-Leistungsgesetz (AsylbLG) und dem Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiG), welche für bestimmte Personengruppen gelten und dem Grunde nach dem gleichen Zweck dienen.

Tabelle 49: Anteil der Sozialhilfe-Ausgaben am städtischen Verwaltungshaushalt

Als Sozialhilfe-Ausgaben sind hier Leistungen nach BSHG, dem AsylbLG und ab 2003 auch nach dem GSiG gefasst.

Haushaltsjahr	Verwaltungshaushalt Ausgaben-Ist	Ausgaben für Sozialhilfe (Ist)	Anteil der Sozialhilfeleistungen am Verwaltungshaushalt
1995	1.147.246.987 DM	119.525.602 DM	10,4%
1996	1.063.861.058 DM	103.289.792 DM	9,7%
1997	983.838.810 DM	99.925.593 DM	10,2%
1998	948.991.776 DM	104.111.465 DM	11,0%
1999	885.199.000 DM	104.965.491 DM	11,9%
2000	866.756.578 DM	111.041.445 DM	12,8%
2001	860.215.785 DM	116.449.329 DM	13,5%
2002	480.870.187 €	63.369.321 €	13,2%
2003	504.879.559 €	69.871.899 €	13,8%

Die Gesamtausgaben in der Sozialhilfe (im weiteren Sinne) sind seit 1997 kontinuierlich gestiegen. Der zwischenzeitliche Ausgabenrückgang 1995/1996 ist im Wesentlichen auf die Einführung der Pflegeversicherung zurückzuführen. Der Anteil der Sozialhilfe-Ausgaben an den Gesamtausgaben des Verwaltungshaushaltes lag 2003 bereits bei 13,8 %.

Eine unmittelbare Belastung für den städtischen Haushalt liegt bei den Ausgaben vor, die die Stadt als örtlicher Sozialhilfe-Träger aufzubringen hat. Andere Ausgaben werden vom Land Sachsen-Anhalt als überörtlichen Sozialhilfe-Träger erstattet.

Tabelle 50: Bruttoausgaben der Sozialhilfe nach Hilfeart

Sozialhilfeausgaben nach BSHG - örtlicher Sozialhilfeträger			(Ausgaben in €)		
1. Hilfe außerh. von Einricht.	1999	2000	2001	2002	2003
Hilfe zum Lebensunterhalt	29.393.703	31.227.789	32.028.780	32.620.956	34.193.134
Hilfe zur Pflege	551.029	649.674	685.024	795.156	826.783
Eingliederungshilfe für Behinderte	83.014	88.987	47.039	68.689	72.108
Krankenhilfe	1.080.714	1.101.923	994.420	1.157.333	1.424.090
sonst. Hilfe in besond. Lebenslagen	94.397	54.599	52.045	51.509	30.356
2. Hilfe in Einrichtungen					
Hilfe zum Lebensunterhalt	1.610.601	956.754	557.271	360.228	448.661
Eingliederungshilfe für Behinderte	422.802	298.303	308.571	341.231	388.318
Krankenhilfe	1.511.537	1.235.387	683.456	1.309.125	1.447.502
sonst. Hilfe in besond. Lebenslagen	26.071	36.958	28.040	35.244	8.067
Summe örtlicher Träger	34.773.868	35.650.373	35.384.647	36.739.471	38.839.019
Sozialhilfe nach BSHG - überörtlicher Sozialhilfeträger					
1. Hilfe außerh. von Einricht.	1999	2000	2001	2002	2003
Hilfe zum Lebensunterhalt	-	-	-	-	-
Hilfe zur Pflege	-	-	-	-	-
Eingliederungshilfe für Behinderte	27.889	22.947	9.606	7.220	9.431
Krankenhilfe	99.348	106.137	142.621	164.786	192.157
sonst. Hilfe in besond. Lebenslagen	70.214	77.261	86.958	78.083	81.469
2. Hilfe in Einrichtungen					
Hilfe zum Lebensunterhalt	-	-	-	-	-
Hilfe zur Pflege	1.178.895	1.312.343	1.590.224	1.917.351	2.105.032
Eingliederungshilfe für Behinderte	14.719.146	15.330.612	16.877.509	18.754.928	21.484.159
Krankenhilfe	567.117	380.469	865.729	595.533	606.551
sonst. Hilfe in besond. Lebenslagen	32.016	2.062	114.802	70.544	62.642
Summe überörtlicher Träger	16.694.625	17.231.831	19.687.448	21.588.445	24.541.441
Ausgaben nach dem Grundsicherungsgesetz (GSiG) in 2003					894.085
Ausgaben nach Asylbewerberleistungsgesetz					
1. Hilfe außerh. von Einricht.	1999	2000	2001	2002	2003
Leist. in besond. Fällen § 2	51	45.400	187.436	410.967	837.047
Grundleistungen § 3	161.558	1.867.139	326.194	3.343.447	3.478.469
Leistungen bei Krankheit § 4	64.427	106.434	160.243	963.872	767.246
Sonstige Leistungen § 6	2.805	8.439	24.023	323.119	514.592
2. Hilfe in Einrichtungen					
Leist. in besond. Fällen § 2	-	60.965	102.556	-	-
Grundleistungen § 3	1.233.497	1.161.357	2.623.947	-	-
Leistungen bei Krankheit § 4	693.862	554.512	844.208	-	-
Sonstige Leistungen § 6	43.308	88.138	198.894	-	-
Summe nach AsylbLG	2.199.510	3.892.384	4.467.502	5.041.405	5.597.354
Ausgaben gesamt	53.668.003	56.774.589	59.539.597	63.369.321	69.871.899

Durch Rückzahlung von Darlehen, Heranziehung von Unterhaltspflichtigen, Erstattung von Vorschussleistungen etc. werden in der Sozialhilfe Einnahmen realisiert, die den Ausgaben gegenübergestellt werden und die Belastung der Stadt geringfügig verringern. Dieses Verhältnis ist für die zurückliegenden sechs Jahre in der folgenden Tabelle dargestellt. Die Nettoausgaben der Stadt für Sozialhilfe, d. h. die um die entsprechenden Einnahmen geminderten Ausgaben betrugen im Jahr 2003 ca. 38 Mio. Euro. Bezogen auf die Einwohnerzahl der Stadt am 31.12. des jeweiligen Jahres, waren 2003 pro Einwohner 167,17 Euro für Sozialhilfe-Leistungen durch die Stadt aufzubringen. Durch das Zusammenspiel von steigenden Ausgaben und sinkender Einwohnerzahl hat sich dieser Wert seit 1996 mehr als verdoppelt.

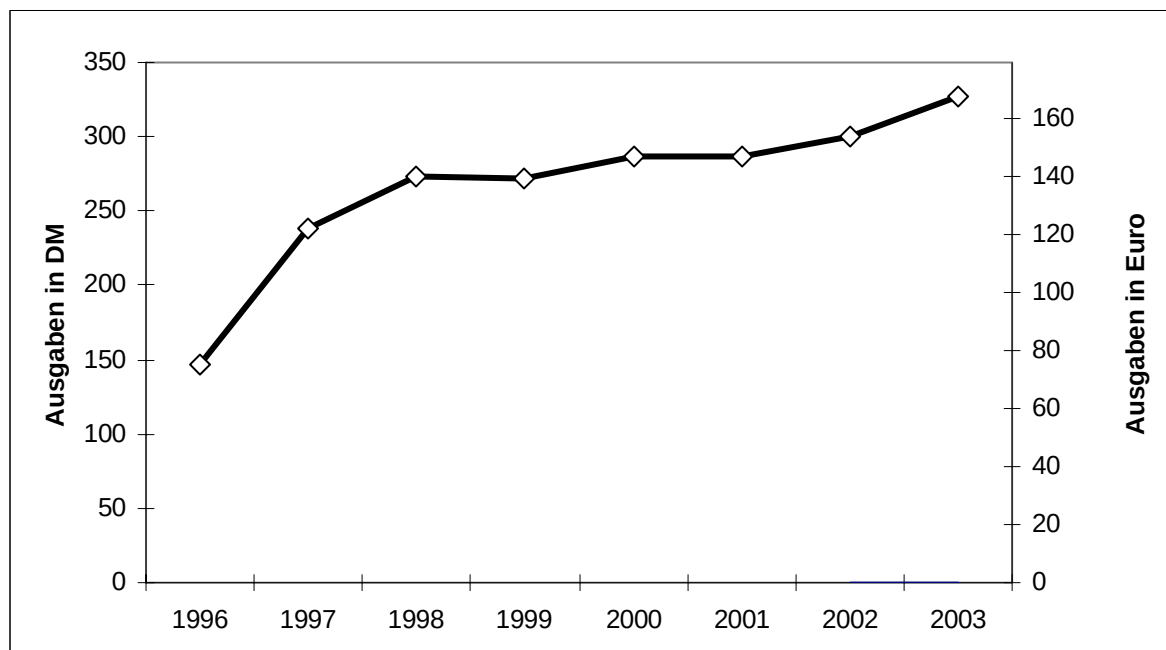


Abbildung 33: Entwicklung der Nettoausgaben für Sozialhilfe je Einwohner 1996 - 2003

4.3.2 Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen

Hilfe zum Lebensunterhalt ist im Abschnitt 2 des BSHG geregelt. Sie wird, sofern erforderlich, auch in Einrichtungen gewährt. In diesem Kapitel beschränkt sich die Betrachtung jedoch auf die Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen. Hilfe in Einrichtungen wird im Abschnitt - 4.3.3 Hilfe in besonderen Lebenslagen - mit behandelt. Die folgende Darstellung der Hilfeempfänger in Magdeburg stützt sich auf eigene Auswertungen aus dem Datenbestand des Sozialhilfe-Bearbeitungsprogramms PROSOZ/S. In den Zahlen sind Personen ohne festen Wohnsitz, die Sozialhilfe in Form von Tagessätzen erhalten sowie Personen, für deren Sozialhilfegewährung die Landeshauptstadt Magdeburg gemäß § 97 BSHG zuständig ist, die jedoch außerhalb von Magdeburg leben nicht enthalten.

Ende 2003 waren in Magdeburg insgesamt 6 985 Bedarfsgemeinschaften im Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen. Damit waren 12 975 Personen, d. h. 5,7 % der Magdeburger Bevölkerung betroffen. In den zurückliegenden Jahren ist diese Quote fast ununterbrochen gestiegen.

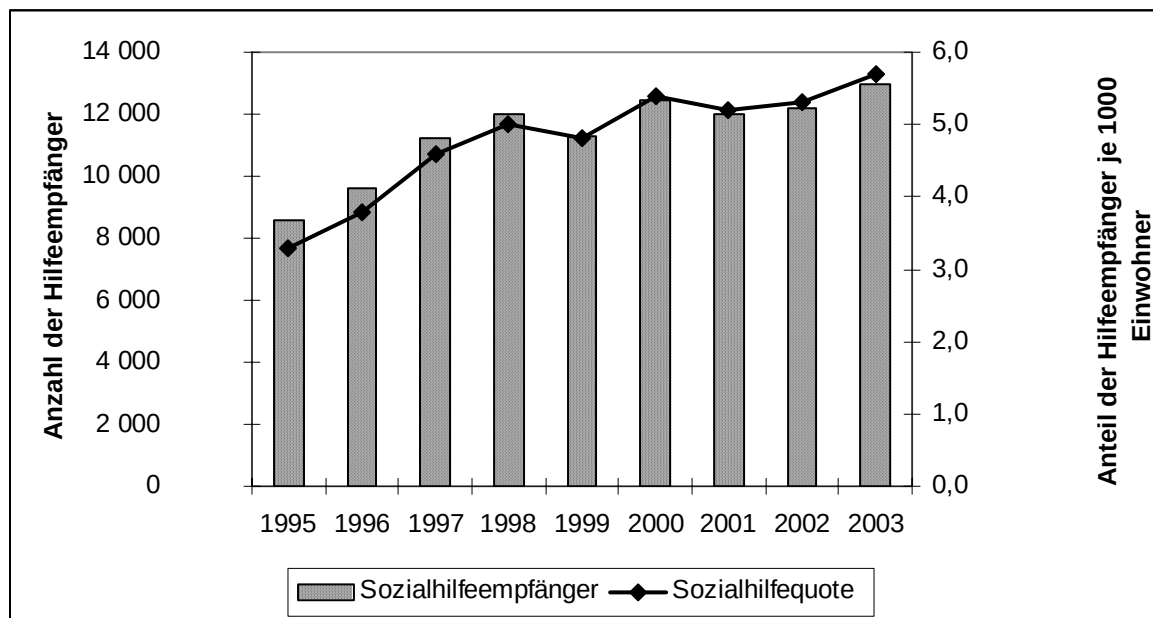
Tabelle 51: Entwicklung der Sozialhilfeempfängerzahl und der Sozialhilfequote

	Sozialhilfeempfänger ¹⁾	Einwohner mit Hauptwohnsitz ²⁾	Sozialhilfequote ³⁾
1995	8 561	257 775	3,3
1996	9 606	251 902	3,8
1997	11 213	245 509	4,6
1998	12 008	239 481	5,0
1999	11 261	235 072	4,8
2000	12 451	231 373	5,4
2001	11 982	229 714	5,2
2002	12 168	227 990	5,3
2003	12 975	227 129	5,7

1) Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen

2) Quelle für Angaben zur Einwohnerzahl: Landeshauptstadt Magdeburg, Amt für Statistik

3) Anzahl der Hilfeempfänger je 100 Einwohner

**Abbildung 34:** Entwicklung der Sozialhilfeempfängerzahl und der Sozialhilfequote

Da Arbeitslosigkeit in Magdeburg die Hauptursache für Sozialhilfe-Bedürftigkeit darstellt, ist ein wesentlicher Rückgang der Sozialhilfeempfängerzahlen ohne eine Verbesserung der Arbeitsmarktsituation nicht zu erwarten. Die Veränderungen ab 01.01.2005 mit dem Inkrafttreten des SGB II und des SGB XII werden an der Situation der derzeitigen Sozialhilfeempfänger nichts grundsätzlich ändern.

Auf die Entwicklung der Sozialhilfequote wirkt sich zusätzlich aus, dass am negativen Wanderungssaldo in stärkerem Umfang wirtschaftlich stabile Erwerbstätigenhaushalte beteiligt sind. (z. B. Wegzüge aufgrund von Arbeitsplatzwechsel oder Arbeitsaufnahme in anderen Bundesländern, Umzüge in umliegende Landkreise zur Wohneigentumsbildung)

Im Vergleich mit anderen Städten ähnlicher Größenordnung in der Bundesrepublik Deutschland liegt Magdeburg im unteren bis mittleren Niveau. Vor allem in Städten der westlichen Bundesländer liegen die Sozialhilfequoten z. T. deutlich höher, wie die Ergebnisse eines Kennzahlen-Vergleichsrings mittelgroßer Großstädte, an dem sich Magdeburg in den Jahren 2001 bis 2003 beteiligt hatte, zeigen.

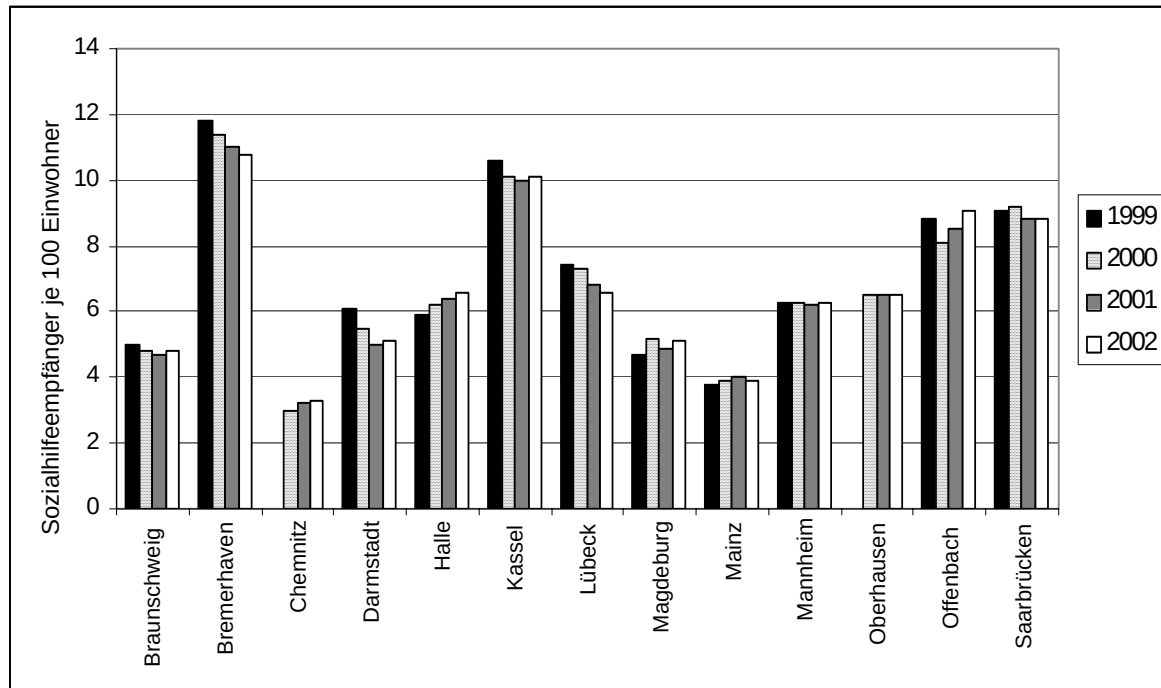


Abbildung 35: Vergleich der Sozialhilfequoten ausgewählter deutscher Städte 1999 - 2002

Quelle: Benchmarking der mittleren Großstädte der Bundesrepublik Deutschland [19]

Kleinräumige Verteilung der Sozialhilfe in Magdeburg

Innerhalb von Magdeburg ist die Sozialhilfe-Bedürftigkeit unterschiedlich verteilt. Die Sozialhilfequoten der Stadtteile lagen Ende 2003 innerhalb einer Spanne von 0 bis 12,6 %. Die Tabelle 52 gibt einen Überblick über die Verteilung der Sozialhilfeempfänger auf die Stadtteile.

Die in den zurückliegenden Jahren beobachtete Ungleichverteilung der Sozialhilfeempfänger im Stadtgebiet hat sich weiter verfestigt. Buckau und Neu Olvenstedt sind dabei besondere Schwerpunkte, deren Sozialhilfedichte mehr als doppelt so hoch ist, wie der gesamtstädtische Durchschnitt.

Auch die Stadtteile Neue Neustadt, Fermersleben, Kannenstieg, Sudenburg, Brückfeld, Altstadt und Neustädter Feld weisen Sozialhilfedichten auf, die über dem Mittelwert der gesamten Stadt liegen.⁶

Deutlich unterdurchschnittliche Sozialhilfedichten haben die Stadtteile Prester, Alt Olvenstedt, Beyendorf-Sohlen, Nordwest, Diesdorf, Hopfengarten, Berliner Chaussee, Ottersleben, Werder, Herrenkrug, Randau-Calenberge, Westerhüsen und Pechau.

⁶ Der Wert für den Stadtteil Industriehafen hat aufgrund der geringen Einwohnerzahl keine statistische Aussagekraft und wird daher nicht weiter interpretiert. Für die übrigen Stadtteile mit geringen Einwohnerzahlen wird ebenfalls keine Wertung vorgenommen.

Tabelle 52: Sozialhilfeempfänger am 31.12.2003 nach Stadtteilen⁷

Sozialhilfeempfänger nach Stadtteilen

(Sozialhilfeempfänger: Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen, ohne Asylbewerber

Sozialhilfequote: Sozialhilfeempfänger je 100 Einwohner. Die Tabelle enthält die am 31.12.2003 noch laufenden Fälle.)

Stadtteil	Einwohner mit Hauptwohnung	Empfänger von HLU	Sozialhilfequote in %	Verteil. der HLU-Empf. nach Stadtteil in %
01 Altstadt	12 557	845	6,7	6,5
02 Werder	2 524	36	1,4	0,3
04 Alte Neustadt	9 001	329	3,7	2,5
06 Neue Neustadt	13 546	1 222	9,0	9,4
08 Neustädter See	12 113	600	5,0	4,6
10 Kannenstieg	6 913	576	8,3	4,4
12 Neustädter Feld	10 002	661	6,6	5,1
18 Nordwest	4 580	41	0,9	0,3
20 Alt Olvenstedt	3 730	30	0,8	0,2
22 Neu Olvenstedt	15 471	1 943	12,6	15,0
24 Stadtfeld Ost	21 892	1 066	4,9	8,2
26 Stadtfeld West	14 379	441	3,1	3,4
28 Diesdorf	3 369	30	0,9	0,2
30 Sudenburg	16 466	1 321	8,0	10,2
32 Ottersleben	9 580	116	1,2	0,9
34 Lemsdorf	1 978	69	3,5	0,5
36 Leipziger Straße	13 901	741	5,3	5,7
38 Reform	14 398	579	4,0	4,5
40 Hopfengarten	4 366	38	0,9	0,3
42 Beyendorfer Grund	12	-	-	-
44 Buckau	4 329	532	12,3	4,1
46 Fermersleben	3 113	270	8,7	2,1
48 Salbke	3 991	117	2,9	0,9
50 Westerhüsen	3 156	78	2,5	0,6
52 Brückfeld	2 919	202	6,9	1,6
54 Berliner Chaussee	2 156	24	1,1	0,2
56 Cracau	8 350	415	5,0	3,2
58 Prester	1 848	8	0,4	0,1
60 Zipkeleben	14	-	-	-
64 Herrenkrug	885	13	1,5	0,1
66 Rothensee	2 954	87	2,9	0,7
68 Industriehafen	37	5	(13,5)	0,0
72 Barleber See	75	-	-	-
74 Pechau	583	.	.	0,0

⁷ Stadtteile mit weniger als 10 Einwohnern sind nicht aufgeführt. Hilfeempfängerzahlen unter 4 werden nicht ausgewiesen. „Stadtteil unbekannt“ betrifft Bewohner von Obdachloseneinrichtungen und Hilfeempfänger, deren Adresse unvollständig oder fehlerhaft gespeichert ist und daher nicht ausgewertet werden kann.

Struktur der Sozialhilfeempfänger

Die Altersstruktur der Sozialhilfeempfänger weist auf das hohe Sozialhilferisiko von Kindern hin. Mit zunehmendem Alter sinkt tendenziell die Sozialhilfequote. Lediglich von den Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren zu den jungen Erwachsenen von 18 bis 24 Jahren ist ein leichter Anstieg erkennbar.

Tabelle 53: Altersstruktur der Sozialhilfeempfänger am 31.12.2003

Alters- gruppe	Einwohner mit Hauptwohnung		Sozialhilfeempfänger		Sozialhilfe- quote
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
0.. 6	10 669	4,7	2 386	18,4	22,4
7..13	10 007	4,4	1 352	10,4	13,5
14..17	10 703	4,7	836	6,4	7,8
18..24	21 572	9,5	1 897	14,6	8,8
25..44	62 964	27,7	4 155	32,0	6,6
45..64	65 219	28,7	1 905	14,7	2,9
ab 65	45 995	20,3	444	3,4	1,0
gesamt	227 129	100,0	12 975	100,0	5,7

Die altersspezifischen Sozialhilfequoten sind in den zurückliegenden Jahren nahezu gleich geblieben. Die hohe Sozialhilfequote von Kindern und die abnehmende Sozialhilfebedürftigkeit mit steigendem Alter ist bundesweit typisch. Die erhöhte Sozialhilfequote bei den 18- bis 24-Jährigen ist vor allem in Städten in den ostdeutschen Bundesländern zu beobachten.

Personen im Rentenalter sind seltener von Sozialhilfe-Bedürftigkeit betroffen. Die Sozialhilfequote der über 65-Jährigen ist gegenüber den Vorjahren weitgehend unverändert. Für dauerhaft voll erwerbsgeminderte Personen und für Personen ab 65 Jahren werden seit dem 01.01.2003 Leistungen nach dem GSiG durch die Grundsicherungsbehörde gezahlt. Mit diesem Gesetz sollte erreicht werden, dass die sog. verschämte Armut verringert wird. Personen, die den Gang zum Sozialamt scheuen oder die Heranziehung der Angehörigen zum Unterhalt vermeiden wollten, soll die Inanspruchnahme der Leistung erleichtert werden. Für Leistungsberechtigte, die vorher bereits Sozialhilfe erhielten, schlägt sich das noch nicht in der Sozialhilfequote nieder, da in der Umstellungszeit vielfach für diesen Personenkreis zunächst noch bis zur endgültigen Antragsbearbeitung und -bescheidung HLU-Leistungen als Vorschuss gezahlt wurden. Wie hoch der Anteil derer ist, die durch die Grundsicherungsleistung unabhängig von Sozialhilfe werden, hängt davon ab, ob neben der Grundsicherungsleistung noch ein Anspruch auf ergänzende Sozialhilfe besteht.

Im Unterschied zu früheren Berichtszeiträumen war 2003 erstmals das Geschlechterverhältnis bei der Gesamtheit der Sozialhilfeempfänger ausgewogen. Der Anteil weiblicher Sozialhilfeempfänger lag mit 51,6 % sogar geringfügig unter dem weiblichen Bevölkerungsanteil, der am 31.12.2003 51,9 % betrug. Im Vorjahr betrug der Anteil weiblicher Sozialhilfeempfänger noch 52,9 % bei einem weiblichen Bevölkerungsanteil 51,9 %.

Bei getrennter Betrachtung verschiedener Altersgruppen treten jedoch deutliche Unterschiede zwischen Frauen/Mädchen und Männern/Jungen zutage. Bei den 18- bis 24-jährigen Frauen zeigt sich ein deutlich höherer Sozialhilfeempfängeranteil und bei den 25- bis 44-jährigen Frauen ist der Anteil leicht erhöht. Bei den Kindern unter 14 Jahren sowie in der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre ist dagegen ein erhöhter männlicher Anteil erkennbar.

Tabelle 54: Geschlechtsspezifische Anteile der Sozialhilfeempfänger nach Altersgruppen

Altersgruppe	Sozialhilfeempfänger				Sozialhilfe-Quote	
	Anzahl weibl.	Anteil weibl. in %	Anzahl männl.	Anteil männl. in %	weiblich	männlich
0.. 6	1 109	46,5	1 277	53,5	21,6	23,1
7..13	630	46,6	722	53,4	13,0	14,0
14..17	409	48,9	427	51,1	7,8	7,8
18..24	1 124	59,3	773	40,7	10,7	7,0
25..44	2 189	52,7	1 966	47,3	7,3	6,0
45..64	947	49,7	958	50,3	2,8	3,1
ab 65	293	66,0	151	34,0	1,0	0,9
gesamt	6 701	51,6	6 274	48,4	5,7	5,7

Bedarfsgemeinschaften in der Hilfe zum Lebensunterhalt

Jeder Hilfebedürftige, auch wenn er in einem Familienverband lebt, hat einen eigenen Sozialhilfeanspruch. Eine Bedarfsgemeinschaft bezeichnet diejenigen Personen in einer Familie (auch in einer eheähnlichen Gemeinschaft), die hilfebedürftig sind und miteinander eine Einsatzgemeinschaft bilden, d. h. die gegenseitig unterstützungspflichtig sind.

Eine Bedarfsgemeinschaft kann auch aus nur einer Person bestehen. Die Bedarfsgemeinschaft ist nicht gleichzusetzen mit einer Haushaltsgemeinschaft, in der auch Personen enthalten sein können, die keinen Hilfebedarf haben. Volljährige hilfebedürftige Kinder im Haushalt ihrer Eltern bilden eine eigene Bedarfsgemeinschaft (vgl. § 11 (1) Bundessozialhilfegesetz).

Die 12 975 Sozialhilfeempfänger in Magdeburg am 31.12.2003 bildeten 6 985 Bedarfsgemeinschaften. Die durchschnittliche Zahl der Personen je Bedarfsgemeinschaft betrug 1,85. In mehr als der Hälfte der Fälle (54,6 %) bestand die Bedarfsgemeinschaft aus nur einer Person.

Tabelle 55: Größe der Bedarfsgemeinschaften

Größe der Bedarfsgemeinschaft	Fälle am 31.12.03	
	Anzahl	in %
Einzelperson	3 813	54,6
2 Personen	1 560	22,3
3 Personen	887	12,7
4 Personen	440	6,3
5 Personen	161	2,3
6 Personen	83	1,2
7 u. mehr Personen	41	0,6
Summe	6 985	100,0

Tendenziell hat sich der Anteil der Bedarfsgemeinschaften mit nur einer Person in den zurückliegenden Jahren erhöht, Bedarfsgemeinschaften mit 3 oder mehr Personen haben dagegen abgenommen.

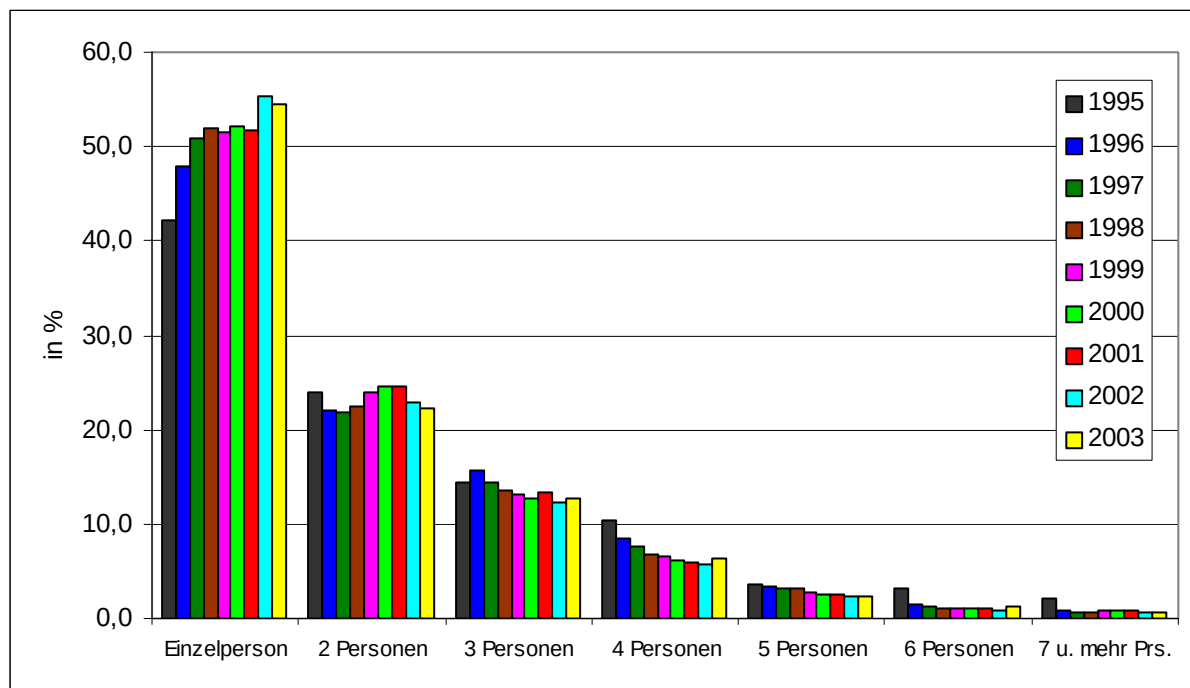


Abbildung 36: Entwicklung der Größe der Bedarfsgemeinschaften von 1995 bis 2003

Einfluss auf die Sozialhilfebedürftigkeit hat auch die Haushaltszusammensetzung. Bei dieser Betrachtung wurden alle zum Haushalt gehörenden Personen berücksichtigt, unabhängig davon, ob sie selbst zur Bedarfsgemeinschaft zählen oder nicht. Auf diese Weise werden die tatsächlichen Lebensumstände der Hilfeempfänger realistischer abgebildet.⁸

Danach sind allein lebende Personen (50,3 % aller Fälle) sowie Haushalte mit Kindern unter 18 Jahren (38,6 % aller Fälle) besonders stark von Sozialhilfebedürftigkeit betroffen. Einen Schwerpunkt bilden die Haushalte allein erziehender Eltern, mit 23,8 % aller Sozialhilfefälle.⁹ Nach den Werten des Mikrozensus 2003 beträgt der Anteil von allein lebenden Personen an allen Haushalten in Magdeburg jedoch nur ca. 33 %, der Anteil der Haushalte mit Kindern ca. 30 %. Alleinerziehenden-Haushalte gab es in Magdeburg ca. 11 %.

Der hohe Anteil von Haushalten mit Kindern korrespondiert auch mit der oben beschriebenen Altersstruktur der Sozialhilfeempfänger.

Für die verstärkte Betroffenheit von Sozialhilfebedürftigkeit bei Alleinerziehenden treffen im Wesentlichen folgende Gründe zu: schlechtere Arbeitsmarktchancen allein erziehender Mütter und Väter, Nichterwerbstätigkeit wegen Inanspruchnahme der Elternzeit aber oftmals auch die Nichterfüllung der Unterhaltspflicht durch den anderen Elternteil.

⁸ z. B. würde sonst bei Betrachtung ausschließlich der zur Bedarfsgemeinschaft gehörenden Personen eine sozialhilfebedürftige allein erziehende Mutter, deren Kind seinen Bedarf aus eigenem Einkommen, z. B. Unterhaltsleistungen des Vaters, deckt und das daher nicht zur Bedarfsgemeinschaft zählt dann als Einzelperson gewertet werden, was jedoch die Situation dieser Frau falsch widerspiegeln würde, für die die Eigenschaft als allein erziehende Mutter evtl. ausschlaggebend für die Sozialhilfebedürftigkeit ist.

⁹ Als allein erziehend wurden in dieser Auswertung Haushalte gezählt, bei denen ein Elternteil ohne Ehe- oder Lebenspartner gemeinsam mit minderjährigen Kindern lebt. Eventuell mit im Haushalt lebende volljährige Kinder oder sonstige Personen heben dabei den Status „allein erziehend“ nicht auf.

Tabelle 56: Sozialhilfefälle am 31.12.2003 nach Haushaltstypen

Art und Größe des Haushalts	Anzahl der Fälle	Anteil an Gesamtfallzahl in %
Alleinlebende Personen	3 516	50,3
Alleinerziehende	1 659	23,8
dav. mit 1 Kind	1 020	14,6
mit 2 Kindern	456	6,5
mit 3 Kindern	126	1,8
mit mehr als 3 Kindern	57	0,8
dar.alleinerziehende Frauen	1 526	21,8
dav. mit 1 Kind	933	13,4
mit 2 Kindern	420	6,0
mit 3 Kindern	117	1,7
mit mehr als 3 Kindern	56	
Ehe-/Lebensgemeinschaften	1 580	22,6
dav. ohne Kind	544	7,8
mit 1 Kind	468	6,7
mit 2 Kindern	316	4,5
mit 3 Kindern	129	1,8
mit mehr als 3 Kindern	123	1,8
Sonst. Mehrprs.gemeinsch.	230	3,3
Haushalte gesamt	6 985	100,0

Bei den allein lebenden Personen überwiegt der Anteil der Männer mit 60,4 %. Nach den Ergebnissen des Mikrozensus sind in der Gesamtbevölkerung bei den 1-Personen-Haushalten Männer nur mit 43,2 % vertreten.

Diese Verteilung der Sozialhilfefälle nach Haushaltstypen ist ähnlich wie in anderen Städten in der Bundesrepublik Deutschland.

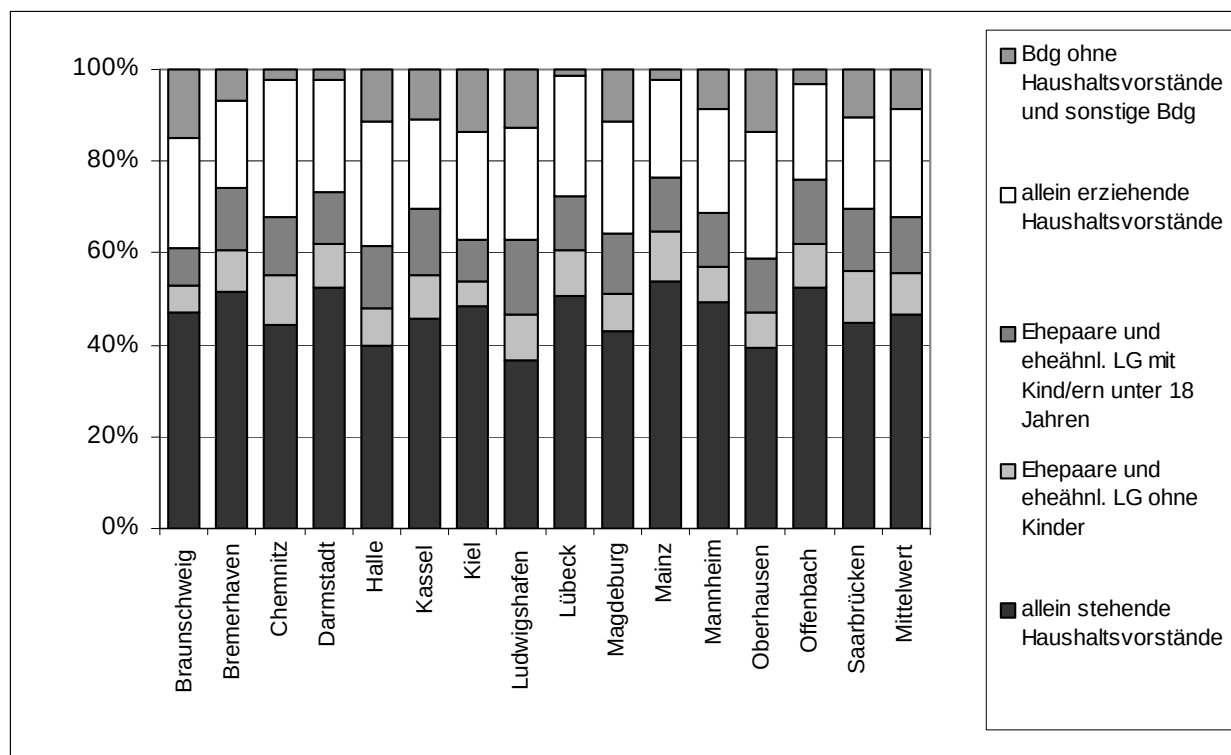


Abbildung 37: Vergleich der Haushaltstypen der Sozialhilfebezieher in ausgewählten deutschen Städten – Stand 31.12.2002 [19]

Dauer des Hilfebezuges

Grundsätzlich soll Sozialhilfe zur Überbrückung einer zeitweiligen Notlage dienen. Die Schwierigkeit der Überwindung der Sozialhilfebedürftigkeit zeigt sich jedoch in der Hilfedauer der laufenden Fälle. 59,3 % der aktuellen Fälle bzw. 62,7 % der im Hilfebezug stehenden Personen am 31.12.2003 bezogen bereits seit mindestens einem Jahr Sozialhilfe. Bei den Fällen, die im Jahr 2003 die Sozialhilfebedürftigkeit überwinden konnten, waren nur ca. ein Drittel (32,9% bei Bedarfsgemeinschaften; 36,1 % bei Personen) über ein Jahr im Hilfebezug.

Tabelle 57: Gegenüberstellung der bisherigen Hilfebezugsdauer aktueller Fälle und der Gesamthilfedauer beendeter Fälle - Bedarfsgemeinschaften

Hilfebezugsdauer	aktuelle Fälle am 31.12.2003		in 2003 beendete Fälle	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
unter 3 Monate	789	11,3	1 382	33,9
3 Monate bis unter 1 Jahr	2 057	29,4	1 354	33,2
1 Jahr und länger	4 139	59,3	1 339	32,9
gesamt	6 985	100,0	4 075	100,0

Tabelle 58: Gegenüberstellung der bisherigen Hilfebezugsdauer aktueller Fälle und der Gesamthilfedauer beendeter Fälle - Personen

Hilfebezugsdauer	Sozialhilfeempfänger am 31.12.2003		Personen, deren Hilfebezug in 2003 endete	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
unter 3 Monate	1 273	9,8	2 146	32,1
3 Monate bis unter 1 Jahr	3 571	27,5	2 127	31,8
1 Jahr und länger	8 131	62,7	2 411	36,1
gesamt	12 975	100,0	6 684	100,0

Etwa ein Drittel der Sozialhilfeempfänger konnte die Sozialhilfebedürftigkeit innerhalb eines recht kurzen Zeitraums von max. 3 Monaten überwinden.

In der folgenden Tabelle ist die bisherige Hilfebezugsdauer der Sozialhilfeempfänger am 31.12.2003 differenziert nach Altersgruppen und dem Geschlecht dargestellt. Auffällig ist dabei der vergleichsweise höhere Anteil von Kurzzeitbeziehern in der Altersgruppe 18 bis 24 Jahre sowohl bei Männern als auch bei Frauen sowie bei den 25- bis 44-jährigen Männern. Sozialhilfebedürftigkeit ist in dieser Altersgruppe in stärkerem Maße eine vorübergehende Situation.

Ein überdurchschnittlich hoher Anteil der Langzeitbezieher ab 1 Jahr ist bei den Personen ab 65 Jahre zu verzeichnen. In dieser Altersgruppe besteht im Allgemeinen kaum noch eine Möglichkeit, die eigene Einkommenssituation zu verbessern.

Insgesamt gesehen ist bei weiblichen Sozialhilfeempfängern ein höherer Anteil von längeren Hilfebezugszeiten erkennbar.

Tabelle 59: Anteil der Hilfeempfänger am 31.12.2003 nach bisheriger Hilfebezugsdauer in den jeweiligen Altersgruppen in Prozent

Alters- gruppe	männliche Hilfeempfänger			weibliche Hilfeempfänger		
	bis 3 Monate	3 Monate bis unter 1 Jahr	ab 1 Jahr	bis 3 Monate	3 Monate bis unter 1 Jahr	ab 1 Jahr
0.. 6	7,2	26,9	65,9	8,7	25,4	65,8
7..13	9,0	23,1	67,9	7,3	24,1	68,6
14..17	7,7	19,2	73,1	6,1	24,7	69,2
18..24	16,0	46,3	37,6	13,1	39,8	47,2
25..44	13,0	30,7	56,3	9,3	25,7	65,0
45..64	9,0	22,5	68,5	7,5	23,1	69,4
ab 65	6,0	7,3	86,8	6,1	8,5	85,3
gesamt	10,6	28,4	61,0	9,1	26,7	64,2

Erwerbsstatus der Sozialhilfeempfänger

Hauptursache für Sozialhilfe-Bedürftigkeit ist Arbeitslosigkeit. Die (Wieder-)Aufnahme einer Erwerbsarbeit kann zur Überwindung der Sozialhilfebedürftigkeit führen. In vielen Fällen würde die Integration in Erwerbsarbeit nicht nur den Betroffenen selbst aus dem Sozialhilfe-Bezug herauslösen, sondern oftmals auch die Sozialhilfe-Bedürftigkeit der haushalts-angehörigen Kinder überwunden werden.

Im Folgenden sollen die Sozialhilfeempfänger hinsichtlich ihres Erwerbspotenzial betrachtet werden. Diese Auswertung bezieht sich nur auf die Personen der Altersgruppe ab 15 bis unter 65 Jahre. Für 99,7 % der Hilfeempfänger dieser Altersgruppe waren Angaben zum Erwerbsstatus erfasst.¹⁰

Tabelle 60: Hilfeempfänger am 31.12.2003 nach Erwerbsstatus

Alter in Jahren	männlich				weiblich			
	unter 18	18 bis 26	27 bis 49	50 bis 64	unter 18	18 bis 26	27 bis 49	50 bis 64
Vollzeiterwerbstätig	1	43	90	13	-	76	127	17
Teilzeiterwerbstätig	-	11	19	3	-	15	46	13
nicht erwerbstätig	286	926	1 293	490	257	1 296	1 712	507
davon:								
arbeitslos mit SGB III-Leistungen	1	275	264	120	4	283	704	214
arbeitslos ohne SGB III-Leistungen	10	491	815	244	5	524	523	160
nicht erwerbstät. wegen Aus- und Fortbildung	128	31	6	-	121	87	13	-
nicht erwerbstät. wegen häuslicher Bindung	2	29	19	-	4	274	286	10
nicht erwerbstät. wegen Krankh., Behinderung, Arbeitsunfähigkeit	2	15	68	54	3	17	49	51
nicht erwerbstät. aus Altersgründen	47	16	-	20	39	16	-	23
nicht erwerbstät. aus sonstigen Gründen	96	69	121	52	81	95	137	49
Gesamt	287	980	1 402	506	257	1 387	1 885	537

Von den betrachteten Hilfeempfängern waren nur etwa 6,2 % erwerbstätig. Von den nicht erwerbstätigen Personen war der überwiegende Teil (76,9 % der nicht erwerbstätigen Personen) arbeitslos. Die übrigen Hilfeempfänger waren aus unterschiedlichen Gründen an einer Erwerbstätigkeit gehindert.

¹⁰ Bei der Interpretation der Aussagen ist zu beachten, dass die Angaben zum Erwerbsstatus der Hilfeempfänger nur bei Antragstellung erfasst werden und eventuelle Veränderungen während der Hilfebezugsdauer im Datenbestand nicht berücksichtigt werden.

Die zweithäufigste Ursache für Nichterwerbstätigkeit war nach Arbeitslosigkeit (abgesehen von der nicht näher bestimmten Kategorie „aus sonstigen Gründen“) die häusliche Bindung. Diese Kategorie traf bis auf wenige Fälle fast ausschließlich bei Frauen zu. Nur 8,0 % der Hilfeempfänger mit diesem Erwerbsstatus waren männlich. Für nur 1,6 % der Männer in der betrachteten Altersgruppe aber für 14,1 % der Frauen traf diese Kategorie zu. Hier spiegelt sich das traditionelle Rollenverhalten zwischen den Geschlechtern wider, wonach Kinderbetreuung und auch die Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen als Aufgabe der Frauen gilt.

Erwartungsgemäß ist der Anteil derjenigen, die wegen Aus- oder Fortbildung nicht erwerbstätig sind, in der Altersgruppe unter 18 Jahren mit 45,8 % am höchsten und beträgt bei den 18- bis 26-Jährigen nur noch 4,1 %.

Die Chancen zur (Wieder-)Eingliederung in eine Erwerbsarbeit werden unter anderem von der beruflichen Qualifikation der Arbeitsuchenden beeinflusst. Angaben zum Berufsabschluss lagen für 6 804 Hilfeempfänger der Altersgruppe 15 bis 64 Jahre vor. 2 620 (entspricht 38,5 %) von ihnen verfügten über keinerlei beruflichen Ausbildungsabschluss und standen auch nicht in Ausbildung. Vor allem die Altersgruppe der 15- bis 17-jährigen Hilfeempfänger ist hier mit 439 Personen ohne Abschluss von insgesamt 451 Hilfeempfänger dieser Altersgruppe vertreten. Das entspricht einem Anteil von 97,3 %. Nur 10 Personen dieser Altersgruppe befanden sich zum Erfassungszeitpunkt in beruflicher Ausbildung. Jedoch auch bei den Hilfeempfängern ab 18 Jahre ist der Anteil derer ohne beruflichen Ausbildungsabschluss mit 34,3 % sehr hoch.

Tabelle 61: Hilfeempfänger am 31.12.2003 nach beruflichem Ausbildungsabschluss

Alter in Jahren	männlich				weiblich			
	unter 18	18 bis 26	27 bis 49	50 bis 64	unter 18	18 bis 26	27 bis 49	50 bis 64
kein Abschluss	231	533	268	92	208	637	512	139
in Ausbildung befindlich	2	17	7	-	8	54	6	2
abgeschlossene kauf- männische Lehre	-	32	34	8	-	139	210	63
abgeschlossene gewerb- liche Lehre	-	162	775	219	-	174	520	93
abgeschlossene berufs- schulische Ausbildung	-	86	251	48	1	178	237	64
abgeschlossener Fach-, Meister-, Technikerausb.	-	1	18	11	-	7	20	8
Fachhochschul-, Hochschulabschluss	-	1	33	9	-	6	42	10
anderer Abschluss	-	38	184	35	1	92	222	56
gesamt	233	870	1 570	422	218	1 287	1 769	435
	3 095				3 709			
	6804							

In den Altersgruppen bis 26 überwiegt der Anteil der männlichen Hilfeempfänger ohne Berufsabschluss (69,3 % der männlichen Hilfeempfänger, 56,1 % der weiblichen Hilfeempfänger dieser Altersgruppe). Ab 27 Jahre ist der Anteil der Frauen ohne Berufsabschluss höher (29,5 % der Frauen, 18,1 % der Männer).

Deutlich höhere Anteile der Frauen sind auch bei den noch in Ausbildung befindlichen Hilfeempfängern (1,9 % der Frauen aber nur für 0,8 % der Männer) und denjenigen mit einer Lehre im kaufmännischen Bereich (2,4 % der Männer und 11,1 % der Frauen) zu erkennen. Eine abgeschlossene Lehre im gewerblichen Bereich ist dagegen häufiger bei den männlichen Hilfeempfängern zu finden (37,4 % der Männer und 21,2 % der Frauen).

Mit Inkrafttreten von Hartz IV zum 01.01.2005 und den damit verbundenen gesetzlichen Regelungen im SGB II werden sich die sozialen Sicherungssysteme vollkommen neu strukturieren.

Die der Arge Magdeburg vorliegenden Informationen der Statistik zum Rechtskreis SGB II geben hochgerechnete Strukturdaten wieder.

Antragsausgaben bis zum 31.12.04	
Arbeitslosenhilfeempfänger (Einzelpersonen)	20.301
Sozialhilfeempfänger (Bedarfsgemeinschaften)	4.683
Antragstellungen bis 31.12.04	
Arbeitslosenhilfeempfänger (Bedarfsgemeinschaften)	17.812
Sozialhilfeempfänger (Bedarfsgemeinschaften)	4.025

Mit Stand Ende Januar 2005 liegen werden danach für den Bereich der Jobcenter Arge Magdeburg GmbH folgende Daten ausgewiesen: [28]

Bedarfsgemeinschaften	17.002
Personen in Bedarfsgemeinschaften	29.843
erwerbsfähige Hilfebedürftige	23.248
davon unter 25 Jahre	4.254
davon über 25 Jahre	18.994
Empfänger von ALG II bei unter 25	2.635

Bis zum 31.01.2005 sind 2.014 Widersprüche gegen Bescheide der Arge eingegangen.

Davon richten sich

414	gegen eine generelle Ablehnung
613	gegen die Höhe der Leistung

Tabelle 62: Bedarfsgemeinschaften und Leistungsempfänger nach SGB II

Berichtsmonat: März 2005 © Bundesagentur für Arbeit

Regionale Gliederung	Bedarfsgemeinschaften		Empfänger Alg II		Empfänger Sozialgeld	
	insgesamt ¹⁾	darunter: aus A2LL bzw. XSozial ²⁾	insgesamt ¹⁾	darunter: aus A2LL bzw. XSozial ²⁾	insgesamt ¹⁾	darunter: aus A2LL bzw. XSozial ²⁾
Hamburg, Freie und Hansestadt	100.506	100.506	127.842	127.842	46.295	46.295
Braunschweig, Stadt	12.855	12.855	16.522	16.522	5.690	5.690
Berlin	279.183	279.183	362.104	362.104	126.759	126.759
Greifswald	5.084	5.084	6.750	6.750	2.034	2.034
Rostock	17.070	17.070	22.488	22.488	6.173	6.173
Stralsund	5.732	5.732	7.728	7.728	1.904	1.904
Chemnitz, Stadt	16.103	16.103	21.928	21.928	6.194	6.194
Dresden, Stadt	24.359	24.359	33.489	33.489	10.214	10.214
Halle (Saale), Stadt	21.287	21.287	28.501	28.501	8.485	8.485
Magdeburg, Landeshauptstadt	18.960	18.960	25.622	25.622	6.945	6.945
Erfurt, Stadt	14.891	14.891	19.884	19.884	5.997	5.997

1) teilweise geschätzt

2) Die Auswertungen beruhen zum einen auf dem IT-Fachverfahren A2LL bzw. Datenaustausch mit dem Verfahren XSozial und zum anderen auf Schätzungen von Daten für kommunale Träger, die dieses Verfahren nicht genutzt haben.

Tabelle 63: Personen in den Bedarfsgemeinschaften

Berichtsmonat: März 2005 © Bundesagentur für Arbeit

Berichtsmonat: März 2009 © Bundesagentur für Arbeit

Region	Personen in Bedarfs- gemein- schaften insgesamt	Erwerbsstatus		Personen unter 25 Jahre insgesamt	Personen 15 Jahre bis unter 65 Jahre	Frauen insgesamt
		erwerbsfähige Hilfebedürftige insgesamt	nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige insgesamt			
absolut						
Hamburg, Freie und Hansestadt	174.137	127.842	46.295	68.275	129.146	84.722
Braunschweig, Stadt	22.212	16.522	5.690	8.458	16.693	10.643
Berlin, Stadt	488.863	362.104	126.759	190.680	367.456	233.027
Greifswald, Hansestadt	8.784	6.750	2.034	3.537	6.853	4.172
Rostock, Hansestadt	28.661	22.488	6.173	10.498	22.863	13.656
Stralsund, Hansestadt	9.632	7.728	1.904	3.680	7.779	4.571
Chemnitz, Stadt	28.122	21.928	6.194	9.965	22.295	13.934
Halle (Saale), Stadt	36.986	28.501	8.485	14.325	28.724	17.954
Magdeburg, Landeshauptstadt	32.567	25.622	6.945	11.936	25.833	15.540
Erfurt, Stadt	25.881	19.884	5.997	10.186	19.951	12.562

Region	Personen in Bedarfs- gemein- schaften insgesamt	Erwerbsstatus		Personen unter 25 Jahre insgesamt	Personen 15 Jahre bis unter 65 Jahre	Frauen insgesamt
		erwerbsfähige Hilfebedürftige insgesamt	nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige insgesamt			
- Anteile in % -						
Hamburg, Freie und Hansestadt	100	73,4	26,6	39,2	74,2	48,7
Braunschweig, Stadt	100	74,4	25,6	38,1	75,2	47,9
Berlin, Stadt	100	74,1	25,9	39,0	75,2	47,7
Greifswald, Hansestadt	100	76,8	23,2	40,3	78,0	47,5
Rostock, Hansestadt	100	78,5	21,5	36,6	79,8	47,6
Stralsund, Hansestadt	100	80,2	19,8	38,2	80,8	47,5
Chemnitz, Stadt	100	78,0	22,0	35,4	79,3	49,5
Halle (Saale), Stadt	100	77,1	22,9	38,7	77,7	48,5
Magdeburg, Landeshauptstadt	100	78,7	21,3	36,7	79,3	47,7
Erfurt, Stadt	100	76,8	23,2	39,4	77,1	48,5

4.3.3 Hilfe in besonderen Lebenslagen

Hilfe in besonderen Lebenslagen ist im Abschnitt 3 des BSHG geregelt. Sie wird gewährt, wenn aufgrund besonderer Lebensumstände Bedarfe entstehen, die vom Betroffenen nicht durch eigenes Einkommen oder Vermögen oder auf andere Weise – z. B. vorrangige soziale Leistungen oder durch Unterhaltsverpflichtete - gedeckt werden können.

Die Entwicklung der Fallzahlen für Hilfen in besonderen Lebenslagen sowie der Hilfe in Heimen gestaltete sich in den zurückliegenden Jahren je nach Hilfeart recht unterschiedlich. Die Zahl der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen, d. h. Personen in Altenpflegeheimen ohne oder mit nur geringfügiger Pflegebedürftigkeit, die nicht zu einer Pflegestufe führt, ist seit Jahren rückläufig. Das zeigt, dass zunehmend ambulante Möglichkeiten zur Realisierung ihres Hilfebedarfes verfügbar sind und genutzt werden. Diese Entwicklung wurde durch das Vorrangprinzip ambulanter vor stationärer Pflege, das im SGB XI¹¹ verankert ist, gefördert. Dieser Trend wirkt sich auch auf hilfe- und pflegebedürftige Menschen aus, die Sozialhilfeleistungen beziehen. Ohne Vorliegen einer Pflegestufe erfolgt in der Regel keine Aufnahme in ein Pflegeheim, sodass die Zahl der HLU-Empfänger in den Heimen perspektivisch gegen null gehen wird. Bei der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen ist dagegen eine deutliche Fallzahlsteigerung zu erkennen. Dementsprechend sind auch die Ausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen gesunken, für Hilfe zur Pflege in Einrichtungen gestiegen.¹² Die Erhöhung im Bereich der stationären und teilstationären Eingliederungshilfe beruhte überwiegend auf der Zunahme auswärtig untergebrachter behinderter Menschen und der Erweiterung in den Platzkapazitäten vor Ort. Auch die Zunahme teilstationärer und stationärer Eingliederungshilfe und der Rückgang der ambulanten Eingliederungshilfen schlägt sich in der Ausgabenentwicklung nieder.

Tabelle 64: Fallzahlentwicklung bei ausgewählten Hilfen in besonderen Lebenslagen

Stand:	Dezember 2000	Dezember 2001	Dezember 2002	Dezember 2003
Hilfe in Einrichtungen	958	960	989	1 051
Hilfe zum Lebensunterhalt	78	60	45	34
Hilfe zur Pflege	300	314	338	362
Eingliederungshilfe	580	586	606	655
Hilfe außerh. von Einrichtungen				
Eingliederungshilfe teilstationär	661	727	761	730
Eingliederungshilfe ambulant	62	59	36	27
Betreutes Wohnen ambulant	60	68	64	75
Hilfe zur Pflege	301	334	370	308
Krankenhilfefälle	2 036	2 166	1 634	1 964
betroffene Personen	3 146	3 271	2 507	3 070

¹¹ Sozialgesetzbuch Elftes Buch, Soziale Pflegeversicherung

¹² vgl. Tabelle 50: Bruttoausgaben der Sozialhilfe nach Hilfeart, Seite 83

Bei der Krankenhilfe wird die Hilfeempfängerzahl zu einem hohen Anteil von der Zahl der krankenhilfeberechtigten Zuwanderer (Spätaussiedler, Asylbewerber, Asylberechtigte, jüdische Zuwanderer, Flüchtlinge, Ausländer mit Duldung oder Aufenthaltsbefugnis) beeinflusst. Der Anteil dieser Personengruppen an der Gesamtzahl der Krankenhilfeempfänger lag Ende 2003 bei 54,6 %.

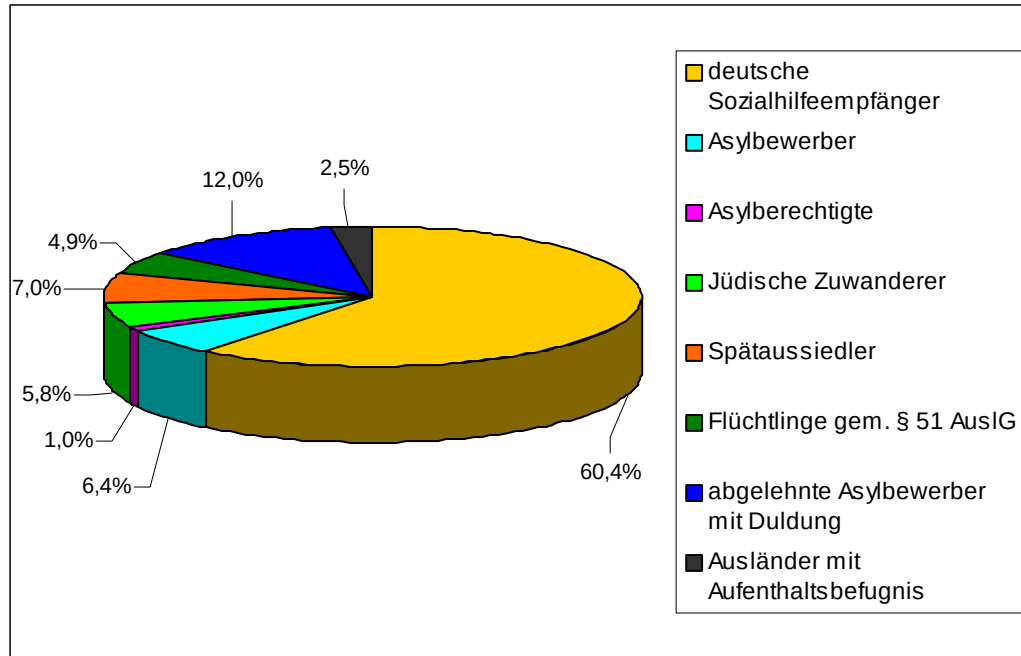


Abbildung 38: Krankenhilfeempfänger am 31.12.2003 nach Personengruppen

Ab dem 1. Januar 2004 gilt das Gesundheitsmodernisierungsgesetz, in dem unter anderem geregelt ist, dass nicht krankenversicherte Sozialhilfeempfänger den Mitgliedern der Krankenkassen gleichgestellt werden. Die Versorgung der Sozialhilfeempfänger erfolgt per Chip-Karte über die Krankenkassen, die die Kosten von den zuständigen Sozialhilfe-Trägern erstattet bekommen. Die Zahl der Krankenhilfefälle nach dem BSHG in der bisherigen Form ging damit deutlich zurück, wenngleich die Kosten weiterhin beim Sozialhilfe-Träger verblieben.

Mit der Einführung des SGB II und der Überführung des BSHG in das SGB XII ab 1. Januar 2005 erfolgte eine nochmalige Verringerung der Krankenhilfefälle, da Empfänger von Arbeitslosengeld II nun in der Krankenversicherung pflichtversichert sind. Da ein Teil dieser Personen bisher krankenhilfeberechtigt war, verringern sich dadurch die Krankenhilfefälle und gleichzeitig auch die Krankenhilfekosten für die Sozialhilfe-Träger.

4.4 Wohngeld

Da das Wohnen ein existenzielles Grundbedürfnis eines jeden darstellt, wird auch durch entsprechende Leistungsgesetze dafür Sorge getragen, dass jeder in der Lage ist, angemessenen Wohnraum zu bezahlen. Eine wesentliche Rolle spielt dabei das Wohngeld. Dieses gibt es in zwei Formen: das allgemeine Wohngeld und der besondere Mietzuschuss. Das allgemeine Wohngeld wird nur auf Antrag bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen als Miet- oder Lastenzuschuss gewährt. Besonderen Mietzuschuss beziehen Mieter ohne Antrag, wenn sie Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten (Fünfter Teil des Wohngeldgesetzes). Mietzuschuss gibt es für Mieter von Wohnraum, Nutzungsberechtigte von Wohnraum mit einem mietähnlichen Nutzungsverhältnis und Bewohner von Heimen im Sinne des Heimgesetzes, sofern sie nicht nur vorübergehend dort untergebracht sind. Einen Lastenzuschuss können Eigentümer einer Eigentumswohnung, eines Eigenheimes sowie Inhaber eines eigentumsähnlichen Dauerwohnrechts für den eigengenutzten Wohnraum erhalten. Erbbauberechtigte sind den Eigentümern gleichgestellt.

In diesem Kapitel wird nur das allgemeine Wohngeld behandelt, da die Empfänger des besonderen Mietzuschusses als Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt bereits im Kapitel 4.3 Sozialhilfebedürftigkeit betrachtet wurden.

Die Gewährung von Wohngeld ist vor allem abhängig vom verfügbaren Einkommen aller Haushaltsangehörigen und von der Höhe der Belastung durch eine angemessene Wohnung.

Ende 2003 standen in Magdeburg 10 440 Haushalte im Bezug von allgemeinem Wohngeld (Jahresdurchschnitt 10 429). Im Vergleich zu zurückliegenden Jahren ist dieser Wert relativ konstant. Bezogen auf die Gesamtzahl der Haushalte in Magdeburg von 116 000 erhielten damit 9 % aller Magdeburger Haushalte allgemeines Wohngeld [20].

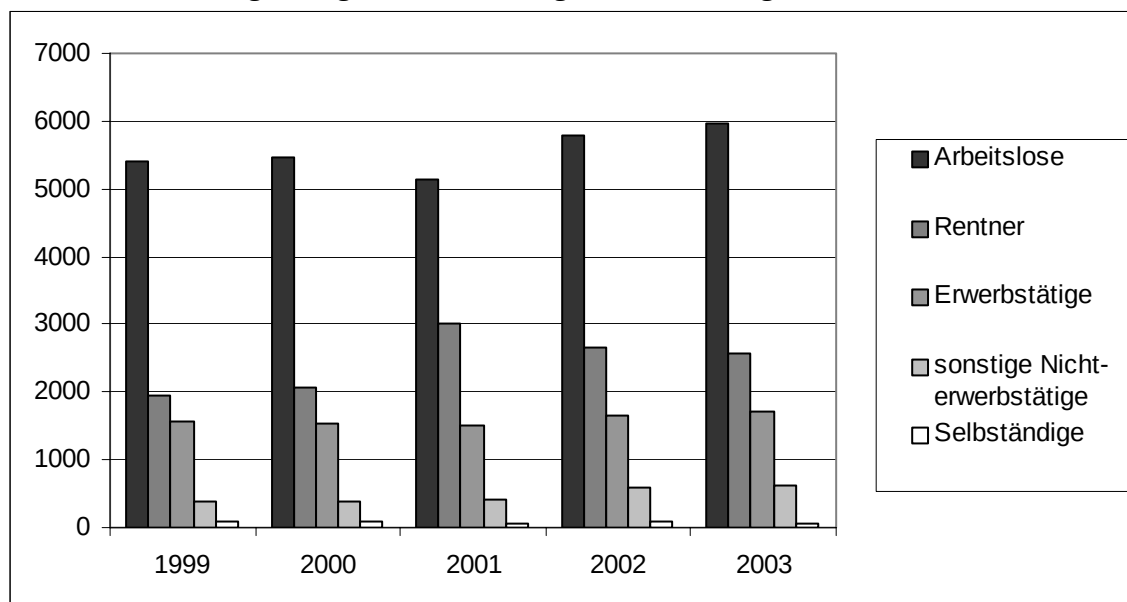


Abbildung 39: Soziale Struktur der Wohngeldempfänger

Bei der Betrachtung der sozialen Struktur der Wohngeldempfänger zeigt sich, dass in den zurückliegenden drei Jahren der Anteil der Rentnerhaushalte leicht rückläufig ist und der Anteil der Haushalte mit arbeitslosem Haushaltsvorstand zugenommen hat.

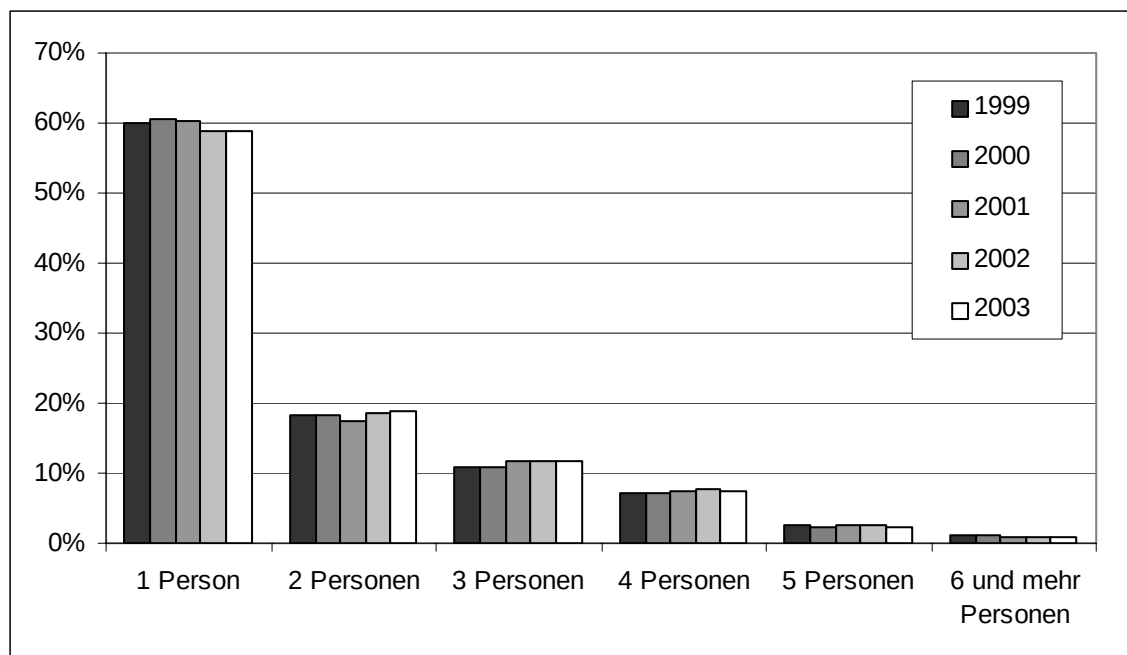


Abbildung 40: Wohngeldempfängerhaushalte nach Personenzahl

Der Anteil der Einpersonenhaushalte im Wohngeldbezug ist überdurchschnittlich. Ihr Anteil an der Bevölkerung beträgt nur 33 % [20].

Zum 01.01.2005 trat eine gravierende Änderung im Wohngeldrecht ein. Danach haben Empfänger von Transfer-Leistungen (ALG I und II, HLU nach SGB XII) grundsätzlich keinen Wohngeldanspruch mehr, sondern Unterkunftskosten sind über diese Leistungssysteme zu decken. Somit wird ab 2005 ein deutlicher Rückgang der Wohngeldempfänger erfolgen.

Räumliche Verteilung der Wohngeldempfänger

Zur kleinräumigen Verteilung der Wohngeld-Empfänger wurde im Mai 2003 eine Sonderauswertung der Wohngelddaten durch das Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg vorgenommen, deren Ergebnisse im Folgenden wiedergegeben werden.

Bei der Beschreibung der Betroffenheit der Bevölkerung in den einzelnen Stadtteilen ist zu beachten, dass die Empfänger von Wohngeld Haushalte sind. Die Anzahl der Haushalte je Stadtteil ist jedoch nicht bekannt. Die Zahl der Wohngeld-Empfänger kann somit nur zu den Einwohnerzahlen ins Verhältnis gesetzt werden, wodurch gewisse Unschärfen entstehen, da die durchschnittlichen Haushaltsgrößen in den Stadtteilen aufgrund unterschiedlicher sozialer Struktur der Einwohner vermutlich voneinander abweichen.

Hohe Zahlen von Wohngeldempfänger-Haushalten (mehr als 5 Fälle je 100 Einwohner) weisen die Stadtteile Neu Olvenstedt, Neue Neustadt, Buckau, Neustädter See, Cracau, Neustädter Feld und Farmersleben auf. Hierbei handelt es sich um Stadtteile, die auch eine über dem gesamtstädtischen Durchschnitt liegende Sozialhilfequote haben¹³.

Geringe Anteile von Wohngeld-Empfängern (weniger als 2 Fälle je 100 Einwohner) finden sich in den Stadtteilen Berliner Chaussee, Prester, Alt Olvenstedt, Diesdorf, Ottersleben, Herrenkrug, Nordwest, Beyendorf-Sohlen und Hopfengarten.

¹³ vgl. Abschnitt 4.3.2 Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen“

Tabelle 65: Verteilung der Wohngeldempfänger nach Stadtteilen

Stadtteil	Einwohner mit Hauptwohnung am 31.05.2003	Einwohner-anteil an Gesamtstadt in %	Empfänger von Wohngeld (Haushalte) im Mai 2003	Fälle je 1000 Einwohner	Verteilung der Wohngeld-Empfänger nach Stadtteilen in %
01 Altstadt	12 506	5,5	493	39,4	5,4
02 Werder	2 477	1,1	65	26,2	0,7
04 Alte Neustadt	8 869	3,9	267	30,1	2,9
06 Neue Neustadt	13 792	6,1	820	59,5	8,9
08 Neustädter See	12 069	5,3	676	56,0	7,4
10 Kannenstieg	6 903	3,0	339	49,1	3,7
12 Neustädter Feld	10 360	4,6	540	52,1	5,9
14 Sülzegrund	9	0,0	-	-	-
18 Nordwest	4 546	2,0	66	14,5	0,7
20 Alt Olvenstedt	3 499	1,5	34	9,7	0,4
22 Neu Olvenstedt	16 108	7,1	1 208	75,0	13,1
24 Stadtfeld Ost	21 885	9,6	772	35,3	8,4
26 Stadtfeld West	14 344	6,3	441	30,7	4,8
28 Diesdorf	3 364	1,5	36	10,7	0,4
30 Sudenburg	16 436	7,2	741	45,1	8,1
32 Ottersleben	9 440	4,2	116	12,3	1,3
34 Lemsdorf	1 986	0,9	65	32,7	0,7
36 Leipziger Straße	13 922	6,1	596	42,8	6,5
38 Reform	14 611	6,4	519	35,5	5,6
40 Hopfengarten	4 181	1,8	69	16,5	0,8
42 Beyendorfer Grund	12	0,0	-	-	-
44 Buckau	4 355	1,9	254	58,3	2,8
46 Fermersleben	3 090	1,4	161	52,1	1,8
48 Salbke	4 042	1,8	107	26,5	1,2
50 Westerhüsen	3 093	1,4	77	24,9	0,8
52 Brückfeld	2 915	1,3	144	49,4	1,6
54 Berliner Chaussee	2 149	0,9	10	4,7	0,1
56 Cracau	8 187	3,6	442	54,0	4,8
58 Prester	1 778	0,8	12	6,7	0,1
60 Zipkeleben	9	0,0	-	-	-
64 Herrenkrug	918	0,4	13	14,2	0,1
66 Rothensee	3 018	1,3	89	29,5	1,0
68 Industriehafen	31	0,0	-	-	-
70 Gewerbegebiet Nord	7	0,0	-	-	-
72 Barleber See	77	0,0	-	-	-
74 Pechau	578	0,3	-	-	-
76 Randau-Calenberge	562	0,2	-	-	-
78 Beyendorf-Sohlen	1 236	0,5	18	14,6	0,2
gesamt	227 438	100,0	9 196	40,4	100,0

4.5 Mietschulden

Mietschulden stellen aufgrund ihrer schwerwiegenden Konsequenzen wie Wohnungsverlust und der damit zusammenhängenden sozialen Folgen ein großes Problem dar.

Die Kündigung des Mietverhältnisses durch den Vermieter bei Mietrückständen bis hin zu Räumungsklage und Zwangsräumung sind die konsequente Reaktion der Vermieter auf das Fehlverhalten der Mietschuldner.

Die absolute Zahl aller Mietschuldner in Magdeburg ist nicht bekannt. Eine Erhebung bei den Vermietern in Magdeburg würde keinen korrekten Wert ergeben, da zahlreiche verschuldete Haushalte versuchen, durch Wohnungswechsel dem Problem aus dem Weg zu gehen und z. T. bei mehreren Vermietern Mietrückstände angehäuft haben. Die Erhebung bei den Vermietern würde somit Doppelzählungen enthalten. Die folgenden Ausführungen beziehen sich daher nur auf die in der Mietschuldnerberatungsstelle des Sozial- und Wohnungsamtes bekannten Fälle. Da nicht alle Betroffenen die Hilfe der Beratungsstelle in Anspruch nehmen, sind hier nicht alle Mietschuldner erfasst. Eine „Meldepflicht“ für Mietschulden besteht aus Datenschutzgründen nicht. Das Sozial- und Wohnungsamt und die Wohnungsunternehmen haben zwar gemeinsam eine Mietererklärung entwickelt, mit welcher sich Mieter beim Neuabschluss eines Mietvertrages einverstanden erklären, dass im Falle von Mietrückständen durch den Vermieter die Mietschuldnerberatung des Sozial- und Wohnungsamtes in Kenntnis gesetzt werden darf. Diese Mietererklärung beruht jedoch auf freiwilliger Basis und wird daher nicht immer eingesetzt.

Im Jahr 2003 wurden in der Mietschuldnerberatung 1 185 Neufälle erfasst. Das heißt durchschnittlich werden pro Monat ca. 100 neue Mietschuldnerfälle beraten.

Das Sozial- und Wohnungsamt Magdeburg versucht seit Jahren, möglichst frühzeitig den Betroffenen Hilfen anzubieten und Auswege aufzuzeigen. Nur durch professionelle Hilfe bei auftretenden Mietrückständen und das unverzügliche Einleiten von Maßnahmen zur Entschuldung kann ein drohender Wohnungsverlust abgewendet werden. Da Mietschulden die häufigste Ursache für Zwangsräumung von Wohnungen sind, ist die Mietschuldnerberatung die wichtigste Form der Prävention von Obdachlosigkeit.

Die Mietschuldnerberatung nimmt im Rahmen der Beratungstätigkeit eine Analyse der Schuldenhöhe, der Ursachen für den Mietrückstand, der sozialen Situation der Mietschuldnerhaushalte und ihrer Einkommensverhältnisse vor und versucht, Möglichkeiten zur Entschuldung zu erschließen. Wenn die Einkommens- und Vermögensverhältnisse eine Eigenentschuldung nicht zulassen, werden zunächst bisher nicht geltend gemachte Ansprüche auf staatliche Leistungen wie Wohngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld oder -hilfe, Rente, Sozialhilfe u. ä. geprüft und ggf. bei der Beantragung dieser Leistungen unterstützt mit dem Ziel, die Einkommenssituation zu verbessern. Den Mietern werden die Konsequenzen ihres Verhaltens und die rechtlichen Möglichkeiten der Vermieter deutlich gemacht. Sie werden zur sofortigen Zahlung der laufenden Miete, zur Mitwirkung und zum Abschluss von Ratenzahlungsvereinbarungen aufgefordert. Ziel ist in jedem Fall, eine Entschuldung zu erreichen und den Erhalt des Wohnraums zu sichern. Im Einzelfall und bei Vorliegen der sozialhilferechtlichen Voraussetzungen werden eine anteilige oder vollständige Übernahme der Mietrückstände in Form einer Beihilfe oder eines Darlehens gemäß § 15a BSHG geprüft. Gleichzeitig wird seitens der Mietschuldnerberatung versucht, an den Ursachen der Mietschulden zu arbeiten und den Betroffenen weitergehende Hilfen angeboten bzw. vermittelt. Z. B. wird bei Komplexverschuldungen über die Möglichkeiten der Restschuldbefreiung im Rahmen der Insolvenzordnung informiert und an die Schuldnerberatungsstellen der freien Träger verwiesen. Bei zu großem und zu teurem Wohnraum wird versucht, die Mietbelastung durch Umzug in preisgünstigeren, der Haushaltsgröße angemessenen

Wohnraum zu verringern und hierbei Unterstützung durch die Wohnraumvermittlung gewährt.

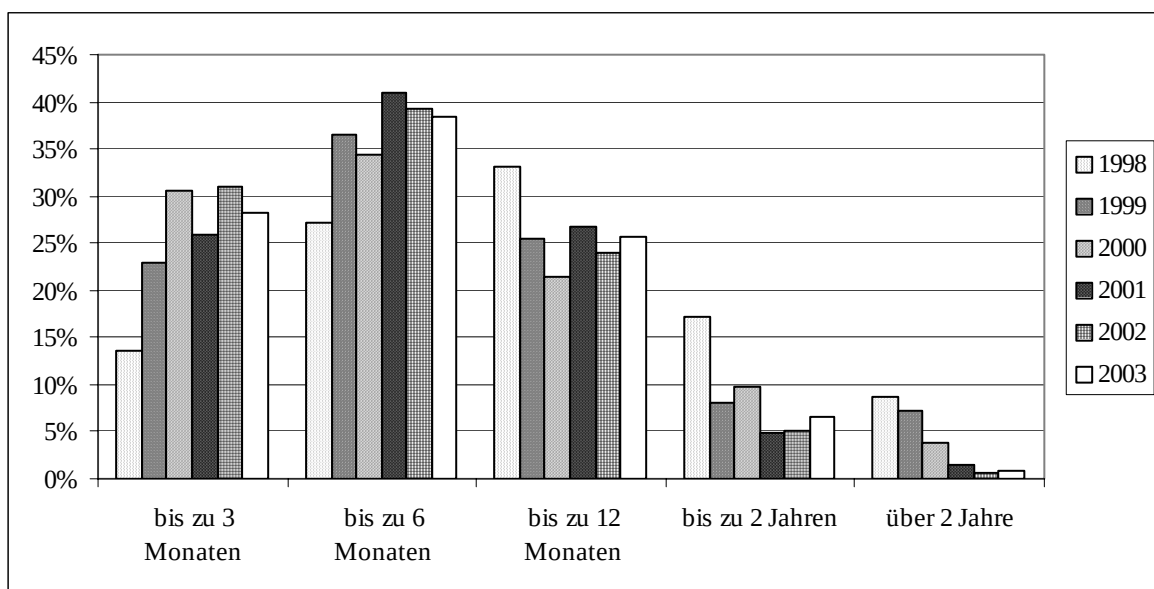
Die durchschnittliche Schuldenhöhe pro Fall beim erstmaligen Kontakt mit der Mietschuldnerberatungsstelle lag 2003 bei 2 000 EUR und ist gegenüber den Vorjahren (2002: 1 900,18 EUR, 2001: 1 743,52 EUR) angestiegen.

Aus der Einkommenssituation der Haushalte ist zu erkennen, dass das Selbsthilfepotential zur Selbstentschuldung gering ist. Bei 40,8 % der Mietschuldnerhaushalte besteht das Haupteinkommen aus Arbeitslosenhilfe oder Arbeitslosengeld, 36,6 % erhielten Hilfe zum Lebensunterhalt. Nur 11,6 % hatten Einkommen aus Erwerbsarbeit (Lohn oder Gehalt). Daraus lässt sich schließen, dass die Mehrheit der Mietschuldner zu den einkommensschwachen Haushalten gehört, auch wenn zur Höhe der Haushaltseinkommen keine statistischen Angaben verfügbar sind.

Oft erfährt das Sozial- und Wohnungsamt erst recht spät von Mietrückständen und damit drohendem Wohnungsverlust. Z. T. werden Mietschuldnerfälle erst dadurch bekannt, dass vom Amtsgericht über eine vorliegende Räumungsklage informiert wird. Beim Bekanntwerden der Mietschulden lag in 42,0 % der Fälle eine Klage, bei 30,6 % eine Kündigung und bei 9,5 % eine Mahnung des Vermieters vor.

Im Zeitverlauf der zurückliegenden 6 Jahre zeigt sich, dass die Dauer der Mietrückstände bis zur Erstberatung leicht zurückgegangen ist. Dennoch hatte auch 2003 etwa ein Drittel der Neufälle Mietrückstände von mehr als einem halben Jahr.

Abbildung 41: Dauer der Mietrückstände bis zur Erstberatung



Die Tatsache, dass von den in 2003 in der Mietschuldnerberatung des Sozial- und Wohnungsamtes betreuten Klienten 33 % bereits zu einem früheren Zeitpunkt wegen Mietschulden beraten wurden, es sich also um Wiederholungsfälle handelt, macht die Bedeutung von sozialarbeiterischer Begleitung und Nachbetreuung deutlich. Es reicht nicht aus, die aktuelle Schuldensituation zu überwinden. Es ist notwendig, für die Betroffenen einen Ausweg aus den zugrundeliegenden Problemlagen, die die Ursache der Mietrückstände waren, zu finden.

Besonders problematisch ist der hohe Anteil von Mietschuldnern, die dem Problem ausweichen, bei Entschuldungsbemühungen nicht ausreichend mitwirken oder auf Hilfeangebote nicht reagieren. 200 Haushalte waren 2003 trotz wiederholter Hilfeangebote von einer Zwangsräumung betroffen.

Eine Übernahme der Mietrückstände im Rahmen der Möglichkeiten des § 15a BSHG erfolgte 2002 in 100 Fällen, 2003 in 128 Fällen. In 33 % der Fälle erfolgte die Mietschuldenübernahme in Form eines Darlehens, zu 67 % als nicht rückzahlbare Beihilfe. Aufgrund der wirtschaftlichen Situation der Haushalte wurde in den zurückliegenden Jahren der Anteil der Beihilfen erhöht.

Die Mietschuldenübernahmen erfolgten überwiegend über die gesamte Schuldensumme, da die Vermieter nur unter dieser Bedingung den Wohnraumerhalt zusichern und langfristige Ratenzahlungsvereinbarungen weniger abgeschlossen werden können.

Aufgrund fehlender Mitwirkung der Betroffenen oder weil bereits zu einem früheren Zeitpunkt finanzielle Hilfe wegen Mietschulden geleistet wurde (Wiederholungsfälle), mussten im Jahr 2002 52 Anträge auf Übernahmen abgelehnt werden, 2003 erfolgten 130 Ablehnungen der Schuldenübernahme.

Die Beratungsfälle der Mietschuldnerberatungsstelle verteilen sich ungleichmäßig über das Stadtgebiet. Im Folgenden ist der Anteil der Mietschuldner je 1000 Einwohner im Stadtteil dargestellt. Diese Betrachtungsweise ist nicht ganz korrekt, da Mietschulden nicht durch Personen sondern durch Haushalte entstehen. Die Zahl der Haushalte in Mietwohnungen in den einzelnen Stadtteilen ist jedoch nicht bekannt. Deshalb wird ersatzweise auf die Einwohnerzahlen zurückgegriffen. Da anzunehmen ist, dass einerseits die durchschnittliche Haushaltsgröße in den verschiedenen Stadtteilen voneinander abweicht, und andererseits der Anteil von Mietwohnungen in den Stadtteilen unterschiedlich ist, führt das zu leichten, jedoch unvermeidbaren Verfälschungen.

Besonders auffällig ist der Stadtteil Neu Olvenstedt mit 19,3 Mietschuldnerhaushalten je 1000 Einwohner. Des weiteren haben Buckau (11,3), Neustädter Feld (10,7) und Neue Neustadt (9,4) sehr hohe Mietschuldneranteile.

Die Mietschuldnerberatungsstelle im Sozial- und Wohnungsamt als städtisches Hilfeangebot wird ergänzt von verschiedenen Beratungsstellen freier Träger, speziell Schuldnerberatungsstellen. Eine wichtige Funktion zur Überwindung von Mietschulden hat auch die Installierung von Sozialarbeit bei den Wohnungsunternehmen. An dieser Stelle ist die schnelle Reaktion bereits nach kurzzeitigem Zahlungsverzug möglich, da hier keine datenschutzrechtlichen Beschränkungen des Informationsflusses bestehen.

Tabelle 66: Beratungsfälle der Mietschuldnerberatung nach Stadtteilen

Stadtteil	erfasste Mietschuldner am 31.12.2003	Einwohner mit Hauptwohnung	Mietschuldner je 1000 Einwohner	Verteilung der Mietschuldnerhaushalte nach Stadtteilen in %
01 Altstadt	61	12 557	4,9	4,9
02 Werder	7	2 524	2,8	0,6
04 Alte Neustadt	29	9 001	3,2	2,3
06 Neue Neustadt	128	13 546	9,4	10,2
08 Neustädter See	65	12 113	5,4	5,2
10 Kannenstieg	47	6 913	6,8	3,7
12 Neustädter Feld	107	10 002	10,7	8,5
18 Nordwest	.	4 580	.	0,2
20 Alt Olvenstedt	.	3 730	.	0,2
22 Neu Olvenstedt	299	15 471	19,3	23,8
24 Stadtfeld Ost	69	21 892	3,2	5,5
26 Stadtfeld West	51	14 379	3,5	4,1
28 Diesdorf	.	3 369	.	0,2
30 Sudenburg	85	16 466	5,2	6,8
32 Ottersleben	5	9 580	0,5	0,4
34 Lemsdorf	12	1 978	6,1	1,0
36 Leipziger Straße	55	13 901	4,0	4,4
38 Reform	65	14 398	4,5	5,2
40 Hopfengarten	.	4 366	.	0,2
44 Buckau	49	4 329	11,3	3,9
46 Fermersleben	21	3 113	6,7	1,7
48 Salbke	10	3 991	2,5	0,8
50 Westerhüsen	14	3 156	4,4	1,1
52 Brückfeld	13	2 919	4,5	1,0
54 Berliner Chaussee	.	2 156	.	0,2
56 Cracau	38	8 350	4,6	3,0
64 Herrenkrug	.	885	.	0,1
66 Rothensee	14	2 954	4,7	1,1
gesamt	1 256	227 129	5,5	100,0

Stadtteile, in denen zum Auswertungszeitraum keine Mietschuldner erfasst waren, sind nicht aufgeführt.
Mietschuldnerzahlen unter 4 werden nicht ausgewiesen, sondern durch "." dargestellt.

In dem seit 1995 in Magdeburg bestehenden Arbeitskreis „Prävention von Obdachlosigkeit“, arbeiten Wohnungsunternehmen, Schuldnerberatungsstellen, Wohlfahrtsverbände, Mieterverein, Energieversorger und das Sozial- und Wohnungsamt eng zusammen, um gemeinsam die Vorgehensweise zur Verringerung von Mietschulden und zur Vermeidung von Obdachlosigkeit abzustimmen.

4.6 Obdachlosigkeit

4.6.1 Entwicklung von Räumungsklagen und Zwangsräumungen

Die Hauptursache für Zwangsräumungen sind Mietschulden. Wie im vorangegangenen Abschnitt beschrieben wurde, hängt der Erfolg von wohnraumerhaltenden Maßnahmen von dem rechtzeitigen Einsetzen der Hilfen und der Mitwirkung der Betroffenen ab. Diese Voraussetzungen sind häufig nicht gegeben. Wenn die Fachstelle für Wohnungsnotfälle erst bei Vorliegen eines rechtskräftigen Räumungsurteils bzw. bei festgesetztem Räumungstermin von dem drohenden Wohnungsverlust erfährt, ist die Abwendung der Obdachlosigkeit innerhalb der Fristen oftmals nicht mehr möglich.

Tabelle 67: Entwicklung von Räumungsklagen und Zwangsräumungen

	Mitteilungen über Räumungsklagen	Mitteilungen über Zwangsräumungen	vollzogene Zwangsräumungen
1994	480	99	80
1995	233	181	135
1996	338	240	134
1997	688	183	114
1998	594	186	139
1999	602	260	172
2000	695	230	171
2001	721	258	187
2002	561	275	185
2003	609	281	200

Im Jahr 2003 erhielt das Sozial- und Wohnungsamt vom Amtsgericht 609 Mitteilungen über Räumungsklagen. In der Mehrzahl der Fälle (91 %) waren Mietschulden der Klagegrund. 281 Termine zur Zwangsräumung wurden im Berichtsjahr durch die Gerichtsvollzieher festgesetzt, von denen 200 vollzogen wurden. Durch diese Zwangsräumungen verloren 259 Personen, davon 162 Männer, 59 Frauen und 38 Kinder ihren bisherigen Wohnraum. Bei einem nicht geringen Teil der betroffenen Haushalte, führte Alkoholabhängigkeit zu säumiger Mietzahlung und gleichgültiger Haltung bzw. fehlender Einsichtsfähigkeit gegenüber Mahnung, Kündigung und Räumungsklage, so dass wohnraumerhaltende Maßnahmen nicht rechtzeitig einsetzen bzw. wegen fehlender Mitwirkung nicht greifen konnten.

Tabelle 68: Von Zwangsräumung betroffene Personen

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Männer	94	113	150	146	152	153	162
Frauen	46	44	37	55	51	50	59
Kinder	76	38	43	42	24	27	38
Personen gesamt	216	195	230	243	227	230	259

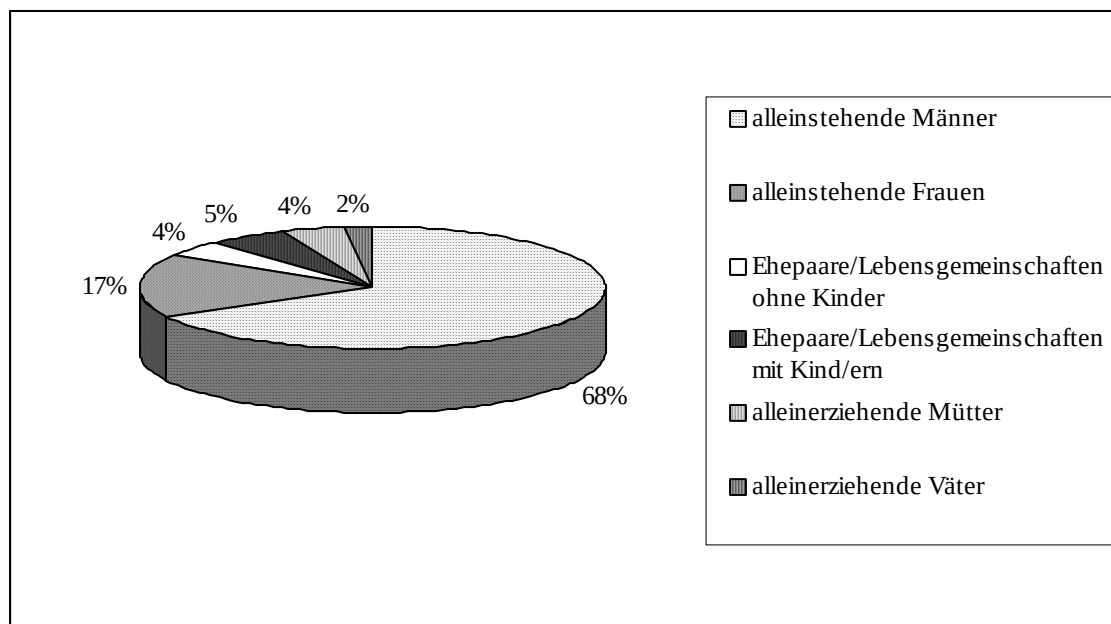


Abbildung 42: Haushaltstypen der in 2003 geräumten Haushalte

Bei der Betrachtung der Struktur der durch Zwangsräumung wohnungslos gewordenen Haushalte zeigt sich ein besonderer Schwerpunkt bei alleinlebenden Männern. Bei einem Teil von ihnen führte Alkoholabhängigkeit zu Gleichgültigkeit und zu mangelnder Einsichtsfähigkeit in die regelmäßige Mietzahlung. Das macht die Notwendigkeit von Hilfen über die Wohnraumsicherung hinaus deutlich, um eine dauerhafte Problemlösung zu erzielen. Suchthilfe und sozialpädagogische Begleitung sind für diese Personen besonders wichtig, um die Ursachen und Hintergrundprobleme des Wohnungsnotfalls zu bewältigen und eine dauerhafte, erfolgreiche Wohnraumversorgung zu erreichen. Diese Hilfen werden von den Betroffenen zum Teil nur sehr zögerlich angenommen.

Günstige Voraussetzungen für das Wirksamwerden von Hilfen bestehen bei den wohnungslosen Personen, die die Obdachloseneinrichtungen der Stadt nutzen, da hier eine sozialpädagogische Betreuung angeboten wird.

Das Angebot zur Unterbringung in den städtischen Obdachloseneinrichtungen nutzten direkt nach der Zwangsräumung 35 Personen.

Ein Großteil der betroffenen Haushalte (mehr als 50 %) war zum Zeitpunkt der Räumung nicht mehr in der Wohnung anwesend. Viele davon hatten sich bereits mit anderem Wohnraum versorgt. Der Wohnungsmarkt ließ dieses ausweichende Verhalten zu, wodurch jedoch sozialpädagogische Hilfe für eine dauerhafte Wohnraumsicherung erschwert wurde. Häufig wird in der neuen Wohnung das säumige Mietzahlungsverhalten fortgesetzt, wie der oben beschriebene hohe Anteil von Wiederholungsfällen in der Mietschuldnerberatung deutlich macht. Eine bundesweite Studie Ende 2003 ergab, dass von den zum Untersuchungszeitpunkt aktuell von Wohnungslosigkeit bedrohten Haushalten etwa ein Viertel (24,8 %) in den zurückliegenden fünf Jahren bereits einmal von Wohnungslosigkeit bedroht war.¹⁴ In der Gesamtheit der in die Untersuchung einbezogenen Städte lag der Anteil jedoch mit 32,2 % noch darüber.

¹⁴ Studie zur Wirksamkeit persönlicher und wirtschaftlicher Hilfen bei der Prävention von Wohnungslosigkeit, durchgeführt von der Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e. V. (GISS) in 44 deutschen Städten - unter anderem in Magdeburg. Erfasst wurden die bei den Fachstellen für Wohnungsnotfälle bekannten von Wohnungslosigkeit bedrohten Haushalte in einem Zeitraum von 6 Wochen Ende 2003.

4.6.2 Städtische Obdachloseneinrichtungen

Die Stadt verfügt über 2 Obdachlosenunterkünfte: das Übergangwohnheim für Männer mit einer Kapazität von 52 Plätzen und die soziale Wohneinrichtung für Frauen und Familien mit insgesamt 88 Plätzen.

Im Jahr 2003 wurden in den Obdachloseneinrichtungen 24 393 Übernachtungen gezählt, davon 11 848 im Übergangwohnheim für Männer und 12 545 in der Wohneinrichtung für Frauen und Familien. Gegenüber dem Vorjahr (19 930 Übernachtungen) ist das ein Anstieg um 22,4%. Insgesamt wurden 428 Personen aufgenommen, davon 198 im Übergangwohnheim für Männer und 230 Personen in der Wohneinrichtung für Frauen und Familien.

Die Auslastung der Einrichtungen lag im Jahr 2003 im Übergangwohnheim für Männer bei 62,4 % in der Wohneinrichtung für Frauen und Familien bei 70,9 %. Es zeichnet sich dabei eine steigende Tendenz ab. Im Jahr 2004 lag die Auslastung im Übergangwohnheim für Männer bei 83,1 % in der Wohneinrichtung für Frauen und Familien bei 75,1 %, im ersten Quartal 2005 bei 89,3 % (Männer) bzw. 84,5 % (Frauen und Familien). Das zeigt, dass die angebotenen Bettenkapazitäten derzeit zwar noch ausreichend sind, jedoch bei gleichbleibender Entwicklung bald an ihre Grenzen stoßen..

Neben der Bereitstellung der Unterkunft, können die Bewohner zur Bewältigung ihrer Problemsituationen sozialarbeiterische Betreuung in Anspruch nehmen und an der Erfassung des Hilfebedarfs und Zielsetzung der Hilfeplanung mitwirken.

Die Durchführung der im Jahr 2002 eingeführten Motivationsgruppe im Übergangwohnheim für Männer mit wöchentlichen Gesprächsrunden gemeinsam mit dem Gesundheitsamt hat sich bewährt und wurde zunehmend vom Klientel angenommen. Damit ist für suchtabhängige Klienten dieser Einrichtung ein niederschwelliges Beratungsangebot vor Ort gegeben.

Weiterhin gelang hier im Jahr 2003 die Einrichtung eines Arztzimmers, in dem wöchentlich einmal eine ärztliche Sprechstunde für die Bewohner abgehalten wird. Die Sprechstunden werden, nach ersten Anlaufschwierigkeiten, gut genutzt und haben sich bewährt. Die Wiederversorgung der Bewohner mit Wohnraum ist abhängig von ihrer Mietfähigkeit. Durch verschiedene Formen der seelischen Behinderung, meistens der Alkoholabhängigkeit, war eine Versorgung mit eigenem Wohnraum teilweise sehr schwer möglich. Im Jahr 2003 konnten nur 11 Männer durch die Fachstelle wieder dauerhaft mit Wohnraum versorgt werden.

Aus der Einrichtung für Frauen und Familien konnten im Ergebnis dieser Arbeit 17 Haushalte mit 23 Personen über die Fachstelle wieder mit Wohnraum versorgt werden. In einem Fall konnte die stationäre Aufnahme zur Entgiftung und die anschließende Unterbringung in einer betreuten Wohnform erreicht werden. In 10 Fällen haben sich die Personen selbst mit Wohnraum versorgt.

Die durchschnittliche Verweildauer der Personen, die 2003 die Einrichtung wieder verließen, betrug im Übergangwohnheim für Männer 104,5 Tage, in der Wohneinrichtung für Frauen und Familien 44,6 Tage. Das hängt vor allem damit zusammen, dass bei den alleinlebenden Männern ein höherer Anteil von Personen mit komplexen Problemlagen behaftet ist, die einer längeren sozialpädagogischen Begleitung bedürfen, um ein normales mietfähiges Verhalten zu entwickeln. Die Mehrzahl der Betroffenen lebte ein bis drei Monate in der Einrichtung. Das traf auch für die Frauen und Familien zu, wenngleich bereits hier etwa ein Drittel der Abgänge die Einrichtung nur zur kurzfristigen Überbrückung für wenige Tage nutzten. Ein hoher Anteil von wiederholten Aufnahmen derselben Personen zeigt dabei jedoch, dass der Auszug aus der Einrichtung häufig nicht in stabile Wohnverhältnisse erfolgte, sondern nur

kurzfristige Übergangslösungen vorlagen, die nach einiger Zeit zu einer erneuten Aufnahme in die Einrichtung führten.

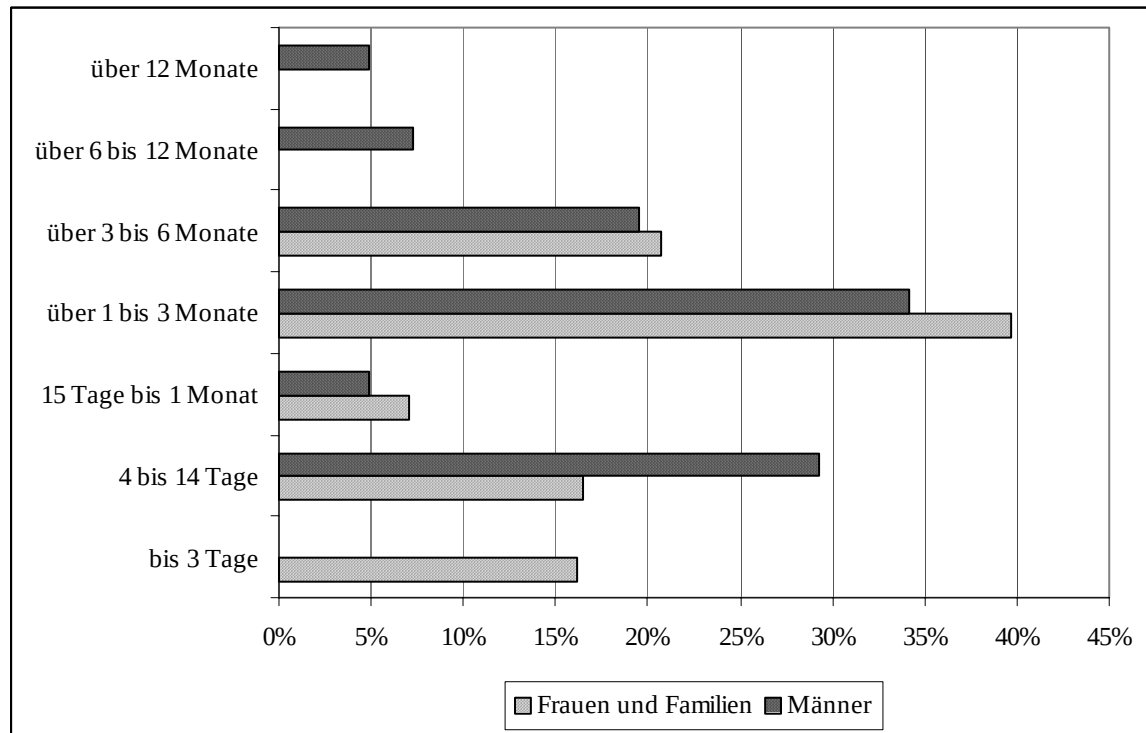


Abbildung 43: Verweildauer in den Einrichtungen für die Abgänge des Jahres 2003

4.7 Einkommenssituation in Magdeburg

Die Einkommenssituation in einer Kommune steht in engem Zusammenhang mit der ökonomischen Stärke durch die im Territorium verbleibende Kaufkraft. Der Lebensstandard für den wirtschaftlich aktiven Teil der Bevölkerung hängt ebenfalls davon ab. Auswirkungen hat die Einkommenssituation auf die Nutzung von kulturellen, sportlichen, gesundheitsförderlichen und anderen Angeboten und trägt damit zum Wohlbefinden der Bevölkerung bei.

Neben der Lohn- und Einkommenssteuerstatistik, die genaue Angaben über die Einkommensverhältnisse in der Kommune liefert, aber erst nach Abschluss der fiskalischen Bearbeitung sämtlicher Steuererklärungen des Jahres erstellt werden kann, liefert auch der Mikrozensus Informationen über die Einkommenssituation in der Kommune auf der Basis einer Hochrechnung. Die Ergebnisse des Mikrozensus sind dagegen relativ zeitnah verfügbar. Deshalb wurde hier auf diese Datenquelle zurückgegriffen.

In der nachfolgenden Tabelle ist die Gesamtbevölkerung nach Einkommensgruppen des monatlichen Nettoeinkommens dargestellt. In der Einkommensgruppe unter 300 Euro bzw. unter 600 DM zeigt sich seit 1997 ein Rückgang der Personenzahl ab. Befanden sich 1997 noch ca. 16 % der Männer und ca. 16 % der Frauen in dieser Einkommensgruppe, so ging der Anteil im Jahr 2003 bei den Männern auf ca. 7 % und bei den Frauen auf ca. 10 % zurück.

Tabelle 69: Bevölkerung mit monatlichem Nettoeinkommen [1], [4]

(Quelle: Statistisches Landesamt nach dem Mikrozensus des Jahres)

Monatliches Nettoeinkommen von ... bis unter ... Euro*	April 1997			April 2002			Mai 2003		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
	1000								
Unter 300	32,2	15,2	17,0	24,9	12,5	12,4	16,1	(5,6)	10,5
300 - 500	24,8	(7,3)	17,4	14,2	/	10,0	18,8	(7,3)	11,5
500 - 900	65,9	25,0	40,9	56,5	20,6	36,0	56,3	21,5	34,8
900 - 1500	72,5	42,5	30,0	74,9	41,8	33,1	76,3	43,4	32,9
1500 und mehr	16,2	11,0	(5,2)	28,0	16,7	11,3	24,8	13,8	11,0

*Für das Jahr 1997 entsprechen 1 Euro = 2 DM

Der überwiegende Teil der Frauen (38,8 %) befand sich 1997 noch in der Einkommensgruppe 500 bis 900 Euro. Dieser Anteil ging bis 2003 um 4,2 % zurück, dafür erhöhte sich der Anteil der Frauen in der nächsthöheren Einkommensgruppe um etwa den gleichen Anteil auf 32,7 %. Bei den Männern zeigt sich eine stärkere Ausprägung in der Einkommensgruppe 900 bis 1500 Euro.

Waren 1997 noch 45,4 % in dieser Gruppe, so erhöhte sich die Anzahl bis 2003 auf 55,1 %. Unter der Gesamtbevölkerung befinden sich neben den Erwerbstätigen auch Erwerbslose, deren Einkünfte aus Transferleistungen bestehen, deshalb sind die unteren Einkommensgruppen trotz der punktuell eingeschränkten Aussagekraft noch darstellbar. Betrachten wir jedoch die Nettoeinkommen der Erwerbstätigen, so haben die Angaben in den beiden unteren Einkommensgruppen, selbst nach der Zusammenfassung, nur geringe Aussagekraft bzw. konnten aufgrund zu geringer Belegung nicht dargestellt werden.

Tabelle 70: Erwerbstätige mit monatlichem Nettoeinkommen [1], [4]

(Quelle: Statistisches Landesamt nach dem Mikrozensus des Jahres)

Monatliches Netto- einkommen von ... bis unter ... Euro*	April 1997			April 2002			Mai 2003		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
	1000								
unter 500	12,7	/	(8,5)	12,0	/	(7,2)	11,5	/	(7,0)
500 - 900	28,1	12,7	15,4	24,8	10,4	14,4	24,6	9,4	15,2
900 - 1500	53,4	29,4	24,0	47,4	27,1	20,3	47,5	26,5	21,0
1500 und mehr	17,0	11,5	5,6	15,8	10,8	5,0	17,4	12,3	5,1

*Für das Jahr 1997 entsprechen 1 Euro = 2 DM

Im Berichtszeitraum kam es unter den Erwerbstätigen insgesamt nur zu geringen Verschiebungen innerhalb der einzelnen Einkommensgruppen. Etwa 47 % der Erwerbstätigen hatten 2003 ein Nettoeinkommen zwischen 900 – 1500 Euro zur Verfügung. Im Jahr 1997 war es noch ein Prozent mehr. Um zwei Prozent, auf 17,2 %, hat die Gruppe der Besserverdienenden mit einem Nettoeinkommen ab 1500 Euro zugenommen. Bei den Männern zeigt sich die Zunahme noch deutlicher, hier gab es in dieser Gruppe einen Anstieg von 3,4 % auf 23,3 %. Unter den erwerbstätigen Frauen blieb der Anteil dieser höchsten Einkommensgruppe in den Berichtsjahren mit geringen Schwankungen relativ konstant und erreichte 2003 einen Anteil von 10,6 %.

Die Einkommensgruppe unter 500 Euro ist bei den Männern so gering belegt, dass keine weiteren Aussagen darüber getroffen werden können.

Im Folgenden werden die Nettoeinkünfte von Privathaushalten und Familien betrachtet. Zu Familien zählen hierbei sowohl Ehepaare mit und ohne Kinder als auch allein erziehende ledige, verheiratet getrennt lebende, geschiedene und verwitwete Väter und Mütter mit ihren im gleichen Haushalt lebenden ledigen Kindern. Als Haushalt wird jede zusammenwohnende und eine wirtschaftliche Einheit bildende Personengemeinschaft sowie Personen, die allein wohnen und wirtschaften, gezählt. Zu einem Haushalt können verwandte und familienfremde Personen gehören.

Mussten 1997 noch 22400 Familien mit einem monatlichen Familiennettoeinkommen von weniger als 1800 DM/ 900 Euro auskommen, so verringerte sich diese Anzahl im Jahr 2003 auf 15800 Familien. Anteilig war das ein Rückgang um 5,8 % auf 16 %.

Um ca. 4 % verringerte sich auch die Zahl der Familien, denen ein Nettoeinkommen von 1800 bis 3000 DM bzw. 900 bis 1500 Euro zur Verfügung stand. Die Anzahl der Familien mit einem Einkommen zwischen 3000 DM/ 1500 Euro und 4000 DM/ 2000 Euro veränderte sich dagegen nur unwesentlich. Dafür vergrößerte sich die Gruppe der Familien mit einem Nettoeinkommen über 4000 DM/ 2000 Euro auf 29,1 % im Jahr 2002.

Im Jahr 2003 hatten nur noch 27,4 % bzw. ca. 27000 Familien in Magdeburg ein monatliches Nettoeinkommen von mehr als 2000 Euro zur Verfügung. In der folgenden Tabelle sind Einkommensgruppen der Familien in Magdeburg zusammengefasst.

Tabelle 71: Monatliches Familiennettoeinkommen [1], [4]

(Quelle: Statistisches Landesamt nach dem Mikrozensus des Jahres)

Monatliches Familien- nettoeinkommen von ... bis unter ... DM	April 1997	Monatliches Familien- nettoeinkommen von ... bis unter ... Euro	April 2002	Mai 2003
	1000		1000	1000
Anzahl der Haushalte insgesamt	102,7		97,9	98,7
unter 1800	22,4	unter 900	16,9	15,8
1800 - 3000	36,4	900 - 1500	29,3	32,3
3000 - 4000	20,0	1500 - 2000	20,2	20,4
4000 und mehr	21,0	2000 und mehr	28,5	27

Beim monatlichen Haushaltsnettoeinkommen ist dieser Rückgang bei den oberen Einkommensgruppen ab einem monatlichen Einkommen ab 2000 Euro vom Jahr 2002 zum Jahr 2003 nur sehr gering ausgeprägt. Insgesamt zeichnet sich zwischen 1997 und 2002 ein Rückgang der Belegung der unteren Einkommensgruppen bis 3000 DM/ 1500 Euro und ein Zuwachs in den darüber liegenden Einkommensgruppen ab. Vom Jahr 2002 zu 2003 wird diese Entwicklung teilweise wieder umgekehrt.

Tabelle 72: Privathaushalte nach monatlichem Haushaltsnettoeinkommen [1], [4]

(Quelle: Statistisches Landesamt nach dem Mikrozensus des Jahres)

Monatliches Haushalts- nettoeinkommen von ... bis unter ... DM	April 1997	Monatliches Haushalts- nettoeinkommen von ... bis unter ... Euro	April 2002	Mai 2003
	1000		1000	1000
Anzahl der Haushalte insgesamt	121,5		117,6	116,2
unter 1000	(6,5)	unter 500	(6,7)	(6,0)
1000 - 1800	22,4	500 - 900	17	14,8
1800 - 2500	26,5	900 - 1300	22,2	24,3
2500 - 3000	14,5	1300 - 1500	10,5	11,3
3000 - 4000	22,8	1500 - 2000	22,6	23,4
4000 - 5000	14,3	2000 - 2600	17,3	16
5000 und mehr	11,1	2600 und mehr	17,5	16,4

4.8 Arbeitslosigkeit

Die jahresdurchschnittliche Zahl der Arbeitslosen in Magdeburg ist seit 1997 von 25 063 Personen auf 23 497 Personen im Jahr 2003 leicht zurückgegangen.¹⁵

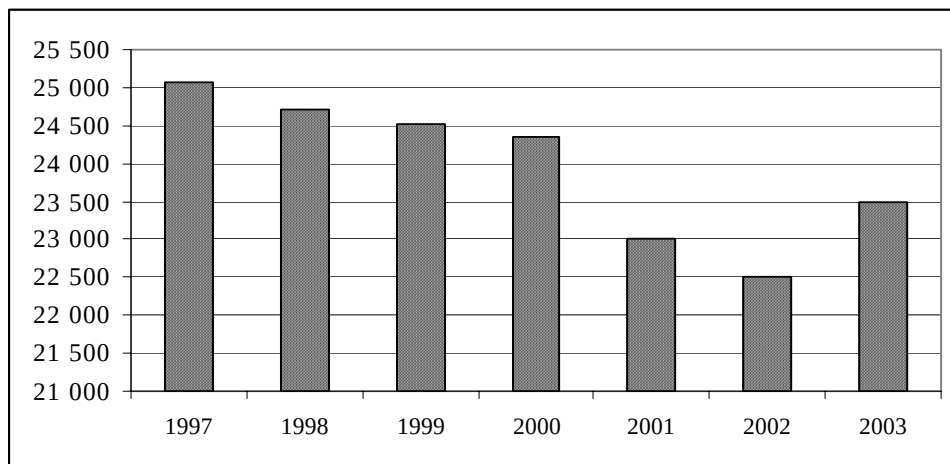


Abbildung 44: Entwicklung der Arbeitslosenzahlen in Magdeburg seit 1997

Die Arbeitslosenquote ist von durchschnittlich 20,3 % im Jahr 1997 auf einen Jahresdurchschnitt von 20,8 % in 2003 gestiegen.

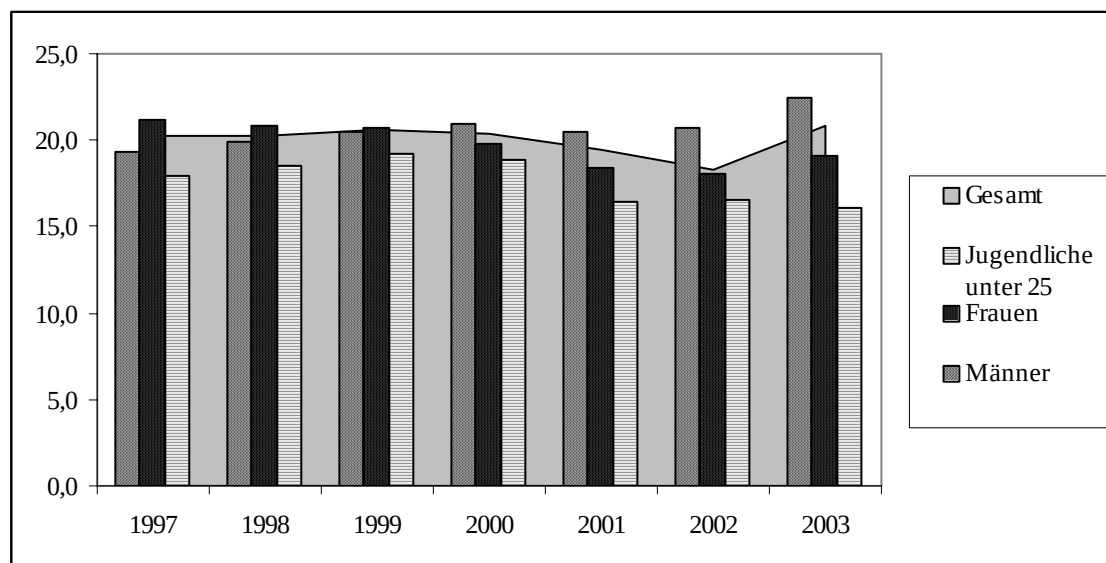


Abbildung 45: Arbeitslosenquoten in Magdeburg im Jahresdurchschnitt

Im Berichtszeitraum ist eine Tendenz zur Verschiebung der Arbeitslosenquoten von Frauen und Männer erkennbar. Nachdem in den vorangegangenen Jahren die Frauen-Arbeitslosenquote deutlich höher lag, wurde ab dem Jahr 2000 eine niedrigere

¹⁵ Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Arbeitsamt Magdeburg

Arbeitslosenquote der Frauen gegenüber der der Männer registriert. Das kann vielfältige Ursachen haben:

- mehr Beschäftigungsförderungsprogramme für Frauen,
- eine Verschiebung der Wirtschaftsstruktur von Industrie- und Baugewerbe mit klassischen Männerarbeitsplätzen verstärkt zum Dienstleistungsbereich mit höherem Anteil von Frauenarbeitsplätzen,
- ein höherer Anteil nicht erwerbstätiger Frauen, die nicht arbeitssuchend sind, (z. B. wegen Kindererziehungszeiten)

Langzeitarbeitslos, das heißt länger als 1 Jahr arbeitslos waren am 31.12.2003 in Magdeburg 9 850 Personen. Das waren 44,5 % der Arbeitslosen insgesamt. Diese Zahl ist in den zurückliegenden Jahren angestiegen, wie die folgende Abbildung verdeutlicht.

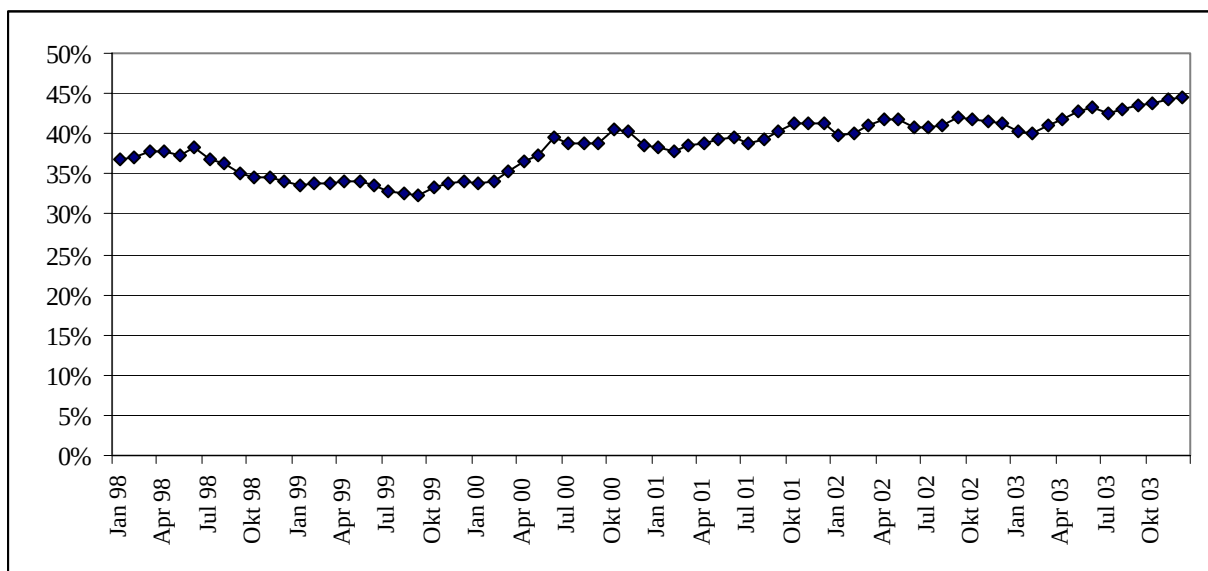


Abbildung 46: Anteil der Langzeitarbeitslosen an den Arbeitslosen insgesamt in Magdeburg ¹⁶

Die Anteil der Arbeitslosen an der Bevölkerung ist unterschiedlich im Stadtgebiet verteilt. Die Arbeitslosenquote kann zwar nicht nach Stadtteilen ausgewiesen werden, da die Zahl der „zivilen Erwerbspersonen“, die als Basis zur Ermittlung der Arbeitslosenquote herangezogen wird, nicht nach Stadtteilen bekannt ist. Ein anschauliches Bild ergibt sich jedoch, wenn die Zahl der arbeitslosen Personen in den einzelnen Stadtteilen zur Zahl der Einwohner im Alter zwischen 15 und 65 Jahren ins Verhältnis gesetzt wird. Für die gesamte Stadt ergab das einen Anteil von 14,5 % (Stand Dezember 2002). Die Ausprägung in den einzelnen Stadtteilen ist in der Abbildung auf der folgenden Seite ersichtlich.¹⁷

Besonders hohe Arbeitslosenanteile (über 18 %) wiesen die Stadtteile Neu Olvenstedt, Farmersleben, Buckau und Neue Neustadt auf. Einen geringen Anteil Arbeitsloser (unter 10 %) haben Randau-Calenberge, Prester, Herrenkrug, Hopfengarten, Werder, Nordwest und Ottersleben.

¹⁶ Quelle: Landeshauptstadt Magdeburg - Amt für Statistik, Arbeitsamt Magdeburg

¹⁷ Quelle: Landeshauptstadt Magdeburg - Amt für Statistik, Bundesanstalt für Arbeit - Nürnberg

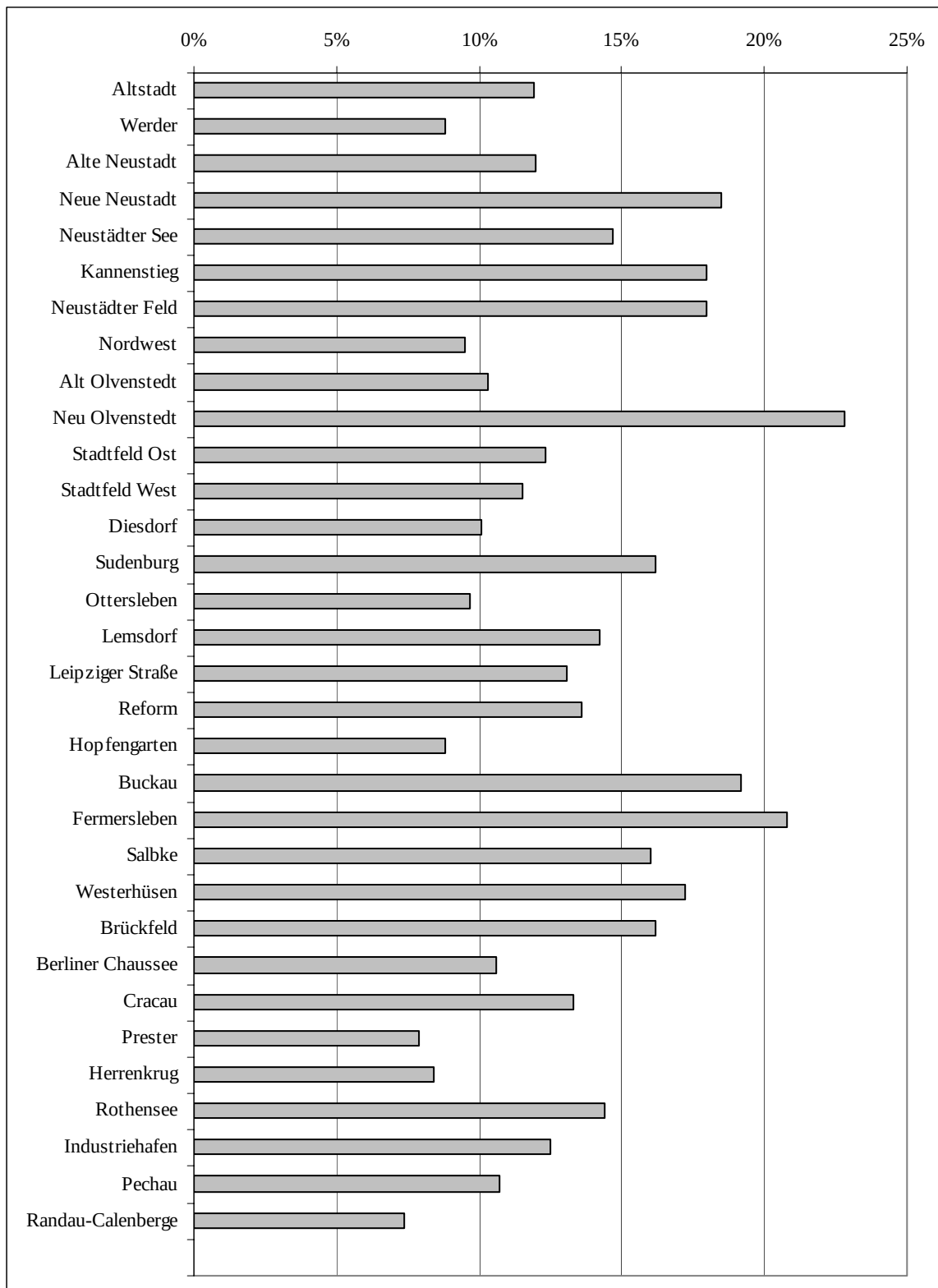


Abbildung 47: Anteil der Arbeitslosen an der Hauptwohnsitzbevölkerung im Alter zwischen 15 und 65 Jahren im Dezember 2002

4.9 Jugenddelinquenz und Jugendhilfe

(Quelle: Polizeiliche Kriminalitätsstatistik und Jugendgerichtshilfe)

Die Darstellung der Jugendkriminalität in Form einer „Kriminalitäts- Häufigkeitszahl“ der Jahre 1997 bis 2002 definiert das Verhältnis der Straftaten der 14- bis unter 21-Jährigen pro 10.000 Einwohner der Gesamtbevölkerung der Landeshauptstadt Magdeburg.

Jahr	Einwohner (31.12.d. J.)	14 bis unter 21Jährige
1997	245.509 EW	3.381 Tatverdächtige
1998	239.462 EW	3.621 Tatverdächtige
1999	235.073 EW	3.874 Tatverdächtige
2000	231.450 EW	3.854 Tatverdächtige
2001	229.755 EW	3.355 Tatverdächtige
2002	227.990 EW	3.274 Tatverdächtige

Im Ergebnis stellt sich dar:

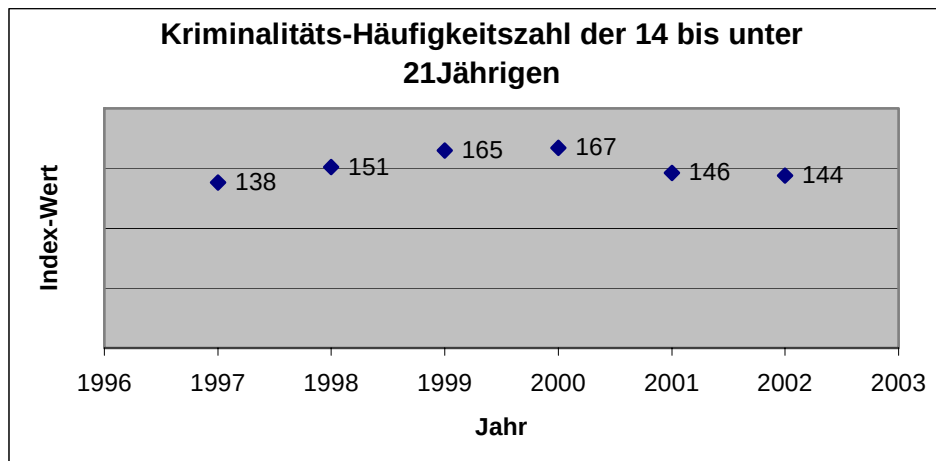


Abbildung 48: Tatverdächtige Jugendliche je 10 000 Einwohner

1997 wurden rund 15% der 14 bis unter 21 Jährigen tatverdächtig. Damit war 1997 jeder 7. Magdeburger dieses Altersbereiches strafrechtlich in Erscheinung getreten.

Für 2002 ist etwa gleiches Plateau festzustellen, wobei die Anteiligkeit der weiblichen Tatverdächtigen im angegebenen Altersbereich zunahm und der Anteil der männlichen Tatverdächtigen anteilig sank. Es ist ein Anstieg der weiblichen Tatverdächtigen einzuschätzen. Den deutlichsten Anstieg gab es bei den weiblichen Heranwachsenden, den stärksten Rückgang bei den männlichen Kindern.

Geschlechtsbezogen ergibt sich folgende Anteiligkeit für die Jahre 1998 bis 2002

- 1998 – ist ca. jeder fünfte Tatverdächtige weiblich.
- 1999 – ist ca. jeder vierte Tatverdächtige weiblich.
- 2000 – ist ca. jeder vierte Tatverdächtige weiblich.
- 2001 – ist ca. jeder fünfte Tatverdächtige weiblich.
- 2002 – ist ca. jeder vierte Tatverdächtige weiblich.

Der vermeintliche Anstieg der weiblichen Klientel ist größtenteils auf den statistischen Effekt zurückzuführen, dass sich die Anzahl der männlichen Jugendlichen und Heranwachsenden verringerte und so den Gesamtumfang verringert. Unabhängig davon ist die Anzahl der weiblichen Tatverdächtigen fast konstant.

Hinsichtlich der **Deliktarten** zeichnet sich hinsichtlich der Schwerpunktdelikte hinsichtlich der 14 bis unter 21 jährigen Jungtatverdächtigen (PD-Bereich Magdeburg/ Schönebeck) folgendes Bild:

4.9.1 Gewaltkriminalität

(Mord, vorsätzliche Tötungsdelikte, Vergewaltigung, Raub, räuberische Erpressung, räuberische Erpressung auf Kraftfahrer, Körperverletzungen mit Todesfolge, gefährliche und schwere Körperverletzung, Vergiftung, erpresserischer Menschenraub, Geiselnahme und Angriff auf den Luftverkehr)

1997 begingen 681 Jugendliche und junge Heranwachsende entsprechende Straftaten. Damit war in diesem Deliktbereich ca. jeder 2. Straftäter unter 21 Jahre.

Opfer von Gewaltkriminalität in diesem Altersbereich waren 365 Jugendliche und junge Heranwachsende (278 männlich/ 87 weiblich).

2002 waren in diesem Altersbereich 432 Jugendliche und junge Heranwachsende Opfer von Gewaltkriminalität – Straftaten gegen das Leben, gegen die sexuelle Selbstbestimmung, gegen die persönliche Freiheit, bei Rohheitsdelikten (358 männlich/ 74 weiblich).

Tabelle 73: Entwicklung der jugendlichen Tatverdächtigen an Gewaltkriminalität

Jahr	Tatverdächtige 14 bis unter 21 Jahre
1998	599
1999	385
2000	416
2001	441
2002	364

4.9.2 Rauschgiftdelikte/Alkoholmissbrauch

1997 begingen 328 Jugendliche und junge Heranwachsende entsprechende Straftaten (Rauschgiftdelikte 230). Es standen ca. jeder zehnte Jugendliche und junge Heranwachsende bei allen aufgeklärten Fällen als Tatverdächtige oder Tatverdächtiger unter Alkoholeinfluss, bei Rohheitsdelikten ca. jeder oder jede vierte.

Tabelle 74: Tatverdächtige Jugendliche an Rauschgiftdelikten/ Alkoholmissbrauch

Jahr	Rauschgiftdelikte	Allgemeine Verstöße gegen das BtMG
1998	369	nicht erfassbar
1999	262	245
2001	372	342
2002	322	260

2002 begingen 322 Jugendliche und junge Heranwachsende Rauschgiftdelikte. 260 Tatverdächtige des entsprechenden Altersbereiches begingen allgemeine Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz(BtMG) (2002 - Bezug Stadt Magdeburg).

Sozialpädagogisches Einwirken auf deviantes Verhalten Jugendlicher und junger Erwachsener wird im Rahmen der Jugendgerichtshilfe in der Landeshauptstadt Magdeburg gesichert.

4.9.3 Jugendgerichtshilfe (JGH)

Die Sozialarbeiter der Jugendgerichtshilfe der Abteilung Soziale Dienste des Jugendamtes nehmen die laut § 52 Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) vorgeschriebenen Aufgaben der Mitwirkung in Verfahren nach dem Jugendgerichtsgesetz wahr.

Dabei hat das Jugendamt frühzeitig zu prüfen, ob für den Jugendlichen oder jungen Volljährigen Leistungen der Jugendhilfe in Betracht kommen. Ist dies der Fall oder ist eine geeignete Leistung bereits eingeleitet oder gewährt worden, so hat das Jugendamt den Staatsanwalt oder den Richter umgehend davon zu unterrichten, damit geprüft werden kann, ob diese Leistung ein Absehen von der Verfolgung (§§ 45 Jugendgerichtsgesetz JGG) oder eine Leistung des Verfahrens (§ 47 JGG) ermöglicht.

Im Jahre 1997 wurden durch die Sozialarbeiter der JGH folgende Arbeitsvorgänge realisiert:

1. Anklagen insgesamt	1547	
davon Jugendliche	648 männlich (m)	44 weiblich (w)
davon Heranwachsende	816 m	39 w
2. Diversionsakten insgesamt	251 gegen 315 Beschuldigte	
davon Jugendliche	198 m	57 w
davon Heranwachsende	50 m	10 w
3. Polizeiinformationen insgesamt	1266	
davon Jugendliche	786 m	102 w
davon Heranwachsende	363 m	15 w
4. Gerichtstermine insgesamt	1727 gegen 2171 Angeklagte	
davon Einzelrichter	1321	
davon Jugendschöffen	360	
davon Jugendkammer	46	
davon Jugendliche	810 m	68 w
davon Heranwachsende	1228 m	65 w

Um eine Tendenz der Häufigkeit der aufgeführten Delikte zu erkennen, wurden die häufigsten Delikte des I. Quartals 1997 dem I. Quartal 1998 gegenübergestellt. Dies ergibt folgendes Bild:

Tabelle 75: Häufigste Delikte I.Qu.1997 /I.Qu.1998

	Tatbestand	I. Qu. 97	I. Qu. 98
§§ 242/243 Strafgesetzbuch	Diebstahl, schwerer Diebstahl	524	457
§§ 223/223a Strafgesetzbuch	Körperverletzung, gefährliche Körperverletzung	218	153
§ 21 Straßenverkehrsgesetz	Fahren ohne Fahrerlaubnis	120	92
§ 303 Strafgesetzbuch	Sachbeschädigung	75	82
§§ 249/250 Strafgesetzbuch	Raub, räuberische Erpressung	68	
§§ 1/6 Pflichtversicherungsges.	Verstoß gegen Haftpflichtversicherung		46

Die Tendenz des Rückganges setzte sich in einer absoluten Betrachtung bis 2002 fort, so dass im Jahr 2002 1 301 Anklagen (1154 männlich/ 147 weiblich) durch die Staatsanwaltschaft erhoben und unter sozialpädagogischen Gesichtspunkten durch das Jugendamt bearbeitet wurden.

Im Jugendamt wurden dabei insgesamt 25 Betreuungsweisungen, 32 Jugendliche in sozialen Trainingskursen und für 82 Jugendliche der Täter-Opfer-Ausgleich und 692 Jugendliche bei gerichtlich ausgesprochenen Arbeitsauflagen maßnahmebezogen begleitet.

Tabelle 76: Tätigkeiten der Jugendgerichtshilfe des Jugendamtes 2002 bis 2004

Aufgaben	2002	2003	2004
Anklagen	1301	1296	1405
Polizeimitteilungen	1538	2119	2327
Ordnungswidrigkeiten	281	301	289
Diversionsverfahren	168	99	145
-bei insgesamten J/H	188	117	167
Täter-Opfer-Ausgleich	77	62	44
-bei insgesamten J/H	82	73	61
Arbeitsauflagen	26625,5	21364,5	21992,5
-bei insgesamten J/H	692	807	790
Betreuungsweisungen	28	11	17
Sozialer Trainingskurs	31	13	12
Gerichtstermine	1114	961	967
Anhörungen	152	127	136
Haftprüfungen	23	24	17
Haftentscheidungshilfen	14	22	3
Fallbezogene Zusammenarbeit mit PH	246	249	253
Fallbezogene Zusammenarbeit mit Dritten	611	933	924
Haftbetreuung	85	78	64
Beratungsgespräche	3184	2201	2143
Hausbesuche	192	170	122
Projektarbeit	165	43	29
JGH-Berichte	891	979	977
Sachstandsmitteilungen	1123	711	1164

4.9.4 Jugendhilfe

Ausgewählte Bereiche der Jugendhilfe, die die soziale Lage von Kindern und Jugendlichen und deren Familien abbilden, werden nachfolgend vertiefend beschrieben.

In der Hausfrühförderung (HFF) werden entwicklungsgestörte, behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder betreut, die noch keine Kindertageseinrichtung besuchen.

Zum Aufgabenspektrum der HFF gehören:

- die Förderung der Kinder in der Familie oder in der Frühförder- und Beratungsstelle (in der Regel einmal pro Woche);
- Beratung und Anleitung der Eltern,
- Vermittlung von evtl. notwendiger medizinischer Diagnostik und zusätzlicher therapeutischer Maßnahmen sowie bei Wunsch und Bedarf Begleitung der Eltern beim Erstbesuch dorthin;
- Aktivitäten zur Krisenintervention.

Die Stadt Magdeburg hielt 1997 205 Plätze für die Betreuung 0 bis 6jähriger Kinder mit Behinderungen vor. 2003 gab es 282 Plätze für integrativ betreute oder speziell geförderte Kinder.

Die Belegungsentwicklung in den Tageseinrichtungen der Landeshauptstadt Magdeburg als präventives Betreuungs-, Bildungs- und Erziehungsangebot stellt sich von 1998 bis 2003 folgendermaßen dar:

Tabelle 77: Belegungsentwicklung in Magdeburger Tageseinrichtungen

Stand	bis 3 Jahre	3J. bis Schuleintritt	Hortkinder	Gesamt
Dezember 1998	2003	3984	15	6002
Dezember 1999	2221	4033	1182	7436
Dezember 2000	2126	4152	998	7276
Dezember 2001	2227	4345	3020	9592
Dezember 2002	2434	4431	3262	10127
Dezember 2003	2449	4642	3276	10367

* ab 2001 Übernahme der Horte in kommunale Trägerschaft

Derzeitig lassen sich sechs wesentliche Problembereiche für individuelle sozialpädagogische Hilfen für junge Menschen und deren Familien kennzeichnen:

1. Kinder und Jugendliche in belasteten Elternpaar- Beziehungen.
2. Eltern haben Probleme, Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen mit notwendigen und geeigneten Erziehungsstrategien zu begegnen.
3. Kinder, Jugendliche und junge Volljährige brauchen Begleitung bei der Bewältigung eigener Probleme.
4. Kinder, Jugendliche und junge Volljährige haben noch eigene Hilfspotentiale – brauchen Hilfe durch Aktivierung eigener Selbsthilfepotentiale und stützender Netzwerke.
5. Eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen dienende Erziehung im Elternhaus ist nicht ausreichend gewährleistet.
6. Alleinerziehende benötigen Hilfen zur Lebensbewältigung und zur Sicherung des Unterhaltes von Kindern und Jugendlichen oder bei der Durchsetzung von Unterhaltsansprüchen.

Ausdruck dieser Kennzeichnung ist die Entwicklung unterschiedlicher Hilfe-Settings und deren Inanspruchnahme durch die Anspruchsberechtigten.

Dabei ist die Betrachtungsweise der Jugendhilfe an fünf Sozialregionen in Magdeburg ausgerichtet.



Abbildung 49: Sozialregionen der Stadt Magdeburg

Der Kinder- und Jugendnotdienst (KJND) gliederte sich in 1998 in die Bereiche Krisenhilfe/ Inobhutnahme (nach § 42 KJHG) sowie Übergangswohngruppe (nach § 34 und § 42 KJHG). In dieser Einrichtung, die ganzjährig rund um die Uhr Beratung und Notaufnahme (1998 - 8 Plätze) für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen bietet, wurden 1998 insgesamt 401 Aufnahmen, davon 177 Mädchen und 244 Jungen, registriert.

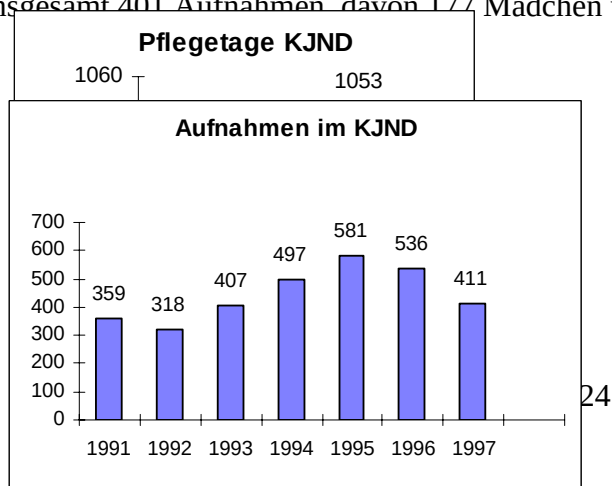


Abbildung 50: Aufnahmen und Pflegetage im Kinder- und Jugendnotdienst

Die örtliche Zuständigkeit für die aufgenommenen Kinder und Jugendlichen untergliederte sich 1998 und 2003 wie folgt:

Tabelle 78: Örtliche Zuständigkeiten

	Magdeburger Kd. u. Jgl.1998/2003	auswärtige Kd. u. Jgl.1998/2003	ausländische Kd. u. Jgl. 1998/2003
Mädchen	134/80	39/33	4/1
Jungen	139/86	74/29	11/-
gesamt	273/166	113/62	15/1

229 Magdeburger Kinder und Jugendliche fanden im Jahr 2003 Schutz im Kinder- und Jugendnotdienst, in der Clearingstelle für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge sowie in familiären Bereitschaftspflegestellen.

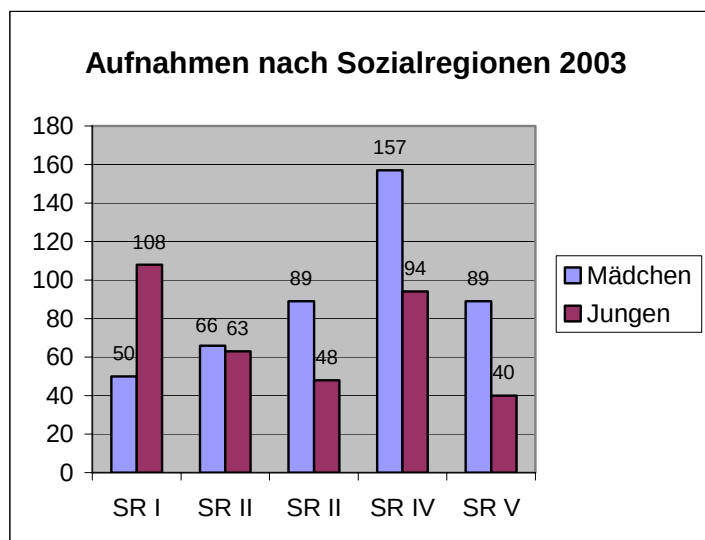


Abbildung 51: KJND- Aufnahmen nach Sozialregionen 2005

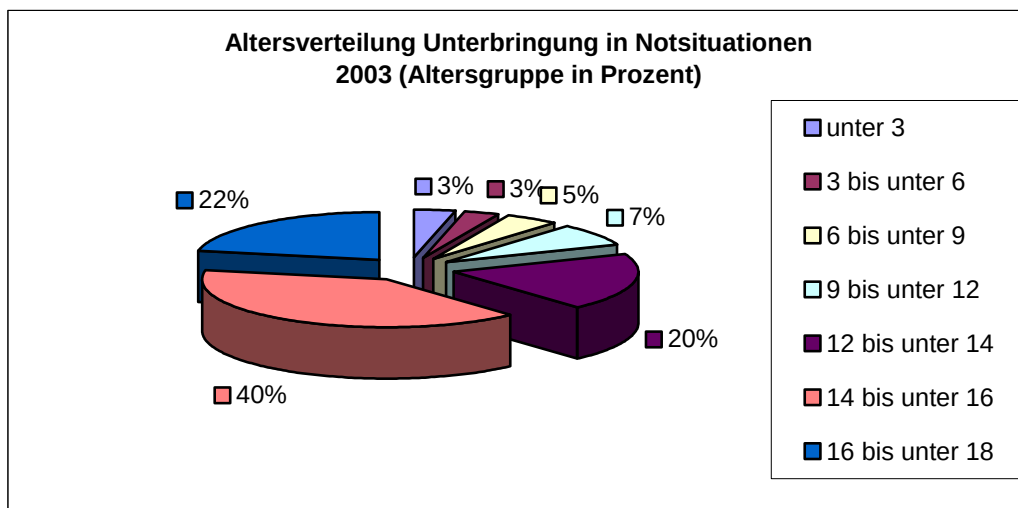


Abbildung 52: Altersverteilung bei Unterbringung in Notsituationen 2003

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die in den letzten Jahren Schutz in Notsituationen suchten.

Tabelle 79: Schutz in Notsituationen nach Geschlecht

1998		1999		2000		2001		2002		2003	
männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
260	183	162	167	155	138	157	118	166	114	115	114
443		329		293		275		280		229	

Im Kinder- und Jugendheim E. –Weinert wurden in 2003 804 Aufnahmen für Magdeburger Kinder und Jugendliche realisiert, die sich in der Zuordnung auf die Sozialregionen der Landeshauptstadt Magdeburg folgend verteilen.

Tabelle 80: Aufnahmen im Kinder- und Jugendheim E.-Weinert nach Sozialregionen

	SR I	SR II	SR II	SR IV	SR V
Mädchen	50	66	89	157	89
Jungen	108	63	48	94	40
gesamt	158	129	137	251	129

Für junge Menschen und für Familien wird mit verschiedenen Angeboten ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfen geleistet.

Diese Hilfen umfassen Erziehungsbeistandschaften, bei der das Kind vom Erziehungsbeistand betreut und unterstützt wird, sozialpädagogische Familienhilfen, bei der ein Familienhelfer in den betroffenen Familien unterstützend wirkt und Lösungen bei Konflikten anbietet.

In Tagesgruppen haben Kinder die Möglichkeit, nach der Schule ihre Hausaufgaben zu machen oder pädagogische Angebote wahrzunehmen. In Magdeburg gibt es derzeit sieben Tagesgruppen, die von drei freien Trägern und dem kommunalen Heimverbund angeboten werden. In der sozialen Gruppenarbeit werden Jugendliche mit verschiedenen Problemen betreut.

Streetwork wendet sich dabei besonders an benachteiligte, ausgegrenzte, aggressive, oft alleingelassene, suchtgefährdete bzw. straffällig gewordene junge Menschen im öffentlich zugänglichen Raum. Die Hilfsangebote beinhalten akzeptierende Jugendarbeit, Einzelfallhilfe, Gruppen-, Cliquen- sowie Projekt- und Stadtteilarbeit. Streetwork setzt auf einen ganzheitlichen Arbeitsansatz und fördert nachhaltig die soziale Integration der jungen Menschen insbesondere durch:

- Einzelfallhilfen
- die Betreuung von Schulschwänzern und Kindern, die sich vom Elternhaus abwenden
- die Beratung bei Verschuldungen, Räumungsklagen und Umzügen, komplexen Problemen Jugendlicher in der Familie, Suchttendenzen und psychischen Problemen.

Bei stationären Hilfen werden den betroffenen Kindern, Jugendlichen und deren Familien sozialpädagogische Hilfen außerhalb des Elternhauses angeboten. Diese Hilfen umfassen z.B. die Unterbringung in Heimen oder das Mutter-Kind-Wohnen.

Im Bereich der erzieherischen Hilfen sind **intensive Planungs- und Gestaltungsprozesse** notwendig. Der Grundsatz "ambulant vor stationär" erfordert hohe soziale Kompetenz. Es werden neben umfangreichen Beratungsgesprächen auf der Grundlage des § 16 KJHG unter Mitwirkung der Personensorgeberechtigten bzw. der jungen Volljährigen nach Hilfeplanungsprozessen verschiedene Hilfen vereinbart, die 1998 und 2004 folgender regionalen Zuordnung (Sozialregionen –SR) entsprechen.

Die folgenden Tabellen verdeutlichen die Entwicklung sozialpädagogischer Hilfen in den vergangenen Jahren und für 1998 und 2004 in ihrer regionalen Verteilung.

Tabelle 81: Sozialpädagogische Hilfen

	Pool	SR I 98/04	SR II 98/04	SR III 98/04	SR IV 98/04	SR V 98/04	Gesamt 98/04
Betreuung von Mutter und Kind	-	4/3	1/-	4/1	-/1	2/1	11/6
soziale Gruppenarbeit	-	1/-	1/1	-/1	-/-	2/-	4/2
Erziehungsbeistandschaft	-	5/7	-/2	7/3	1/5	6/5	19/22
sozialpädagogische Familienhilfe	-	5/5	3/4	7/25	3/15	7/19	25/68
Tagesgruppen	-	13/2	4/4	18/10	4/6	13/6	52/28
Vollzeitpflege (einschl. Kostenerstattung)	3/12	59/42	24/27	37/40	31/43	26/41	180/205
Heimunterbringung	35/10	59/64	28/25	62/49	45/40	29/39	258/227
Einzelbetreuung	-	1/-	1/2	2/1	2/-	2/-	8/3
Eingliederungshilfen	-	-/2	-/1	-/2	-/-	1/2	1/7
Hilfen für junge Volljährige	2/1	15/2	7/9	15/2	6/3	5/7	50/24
Gesamtsummen	40/23	162/127	69/75	152/134	92/113	93/120	568/592

Tabelle 82: Ambulante und teilstationäre Hilfen

	1999	2000	2001	2002
Soziale Gruppenarbeit	6	7	15	3
Erziehungsbeistandschaften	17	18	28	24
Sozialpädagogische Familienhilfe	36	42	50	51
Tagesgruppe	57	48	61	53

Tabelle 83: Stationäre Hilfen

	1999	2000	2001	2002
Mutter-Kind-Wohnen	6	7	4	8
Vollzeitpflege	159	170	192	193
Heimerziehung	228	221	233	227
Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte	4	10	9	9
Hilfen für junge Volljährige	30	30	38	38
Intensive sozialpäd. Einzelbetreuung	3	2	2	1

Tabelle 84: Weitere Hilfen für Kinder und Jugendliche

	1998	2001	2002	2003
Unterhaltsvorschuss	2652	2110	1975	1945
Pflegekinderdienst	122	142	128	168

Im Mittelpunkt der Anforderungen der psychologischen Erziehungs- und Familienberatung stehen als Zielgruppen:

- Kinder, Jugendliche und deren Eltern einschließlich junge Erwachsene, aber auch
- Mitarbeiter sozialer und pädagogischer Einrichtungen, die im sozialen Umfeld von Kindern, Jugendlichen und Eltern arbeiten.

Dabei zählen zu ausgewählten Arbeitsschwerpunkten:

Tabelle 85: Arbeitsschwerpunkte der psychologischen Erziehungs- und Familienberatung

	1997	1998
Beratungsfälle nach KJHG	1.870	2.072
- davon Neuvertretungen	nicht erfasst	761
- davon Wiedervorstellungen	nicht erfasst	1.311
Klientenzahl	nicht erfasst	3.767
Kontaktstunden	3.805,5	4.427,0

In 2003 ergab sich folgende prozentuale Verteilung aller vorgestellten Beratungsfälle hinsichtlich der Sozialregionen der Landeshauptstadt Magdeburg:

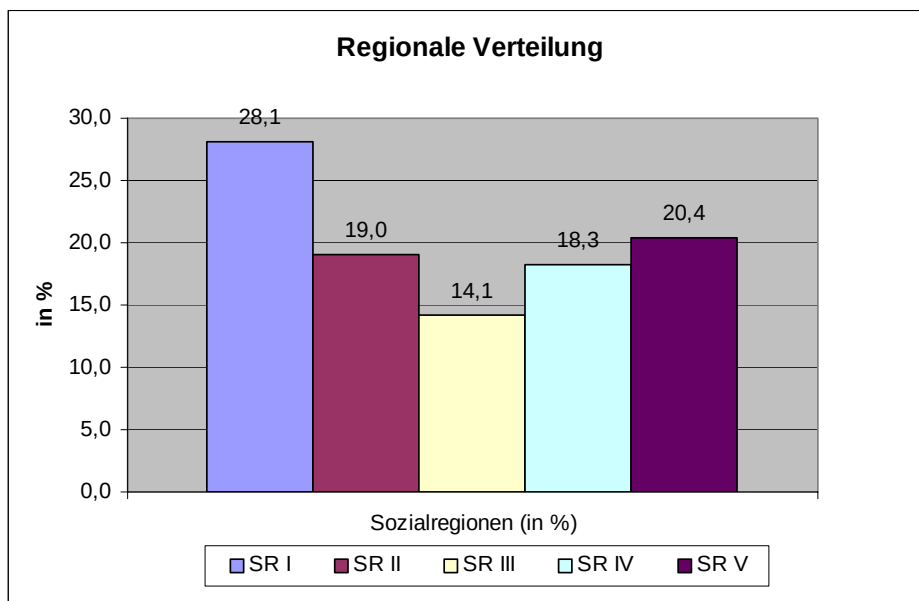
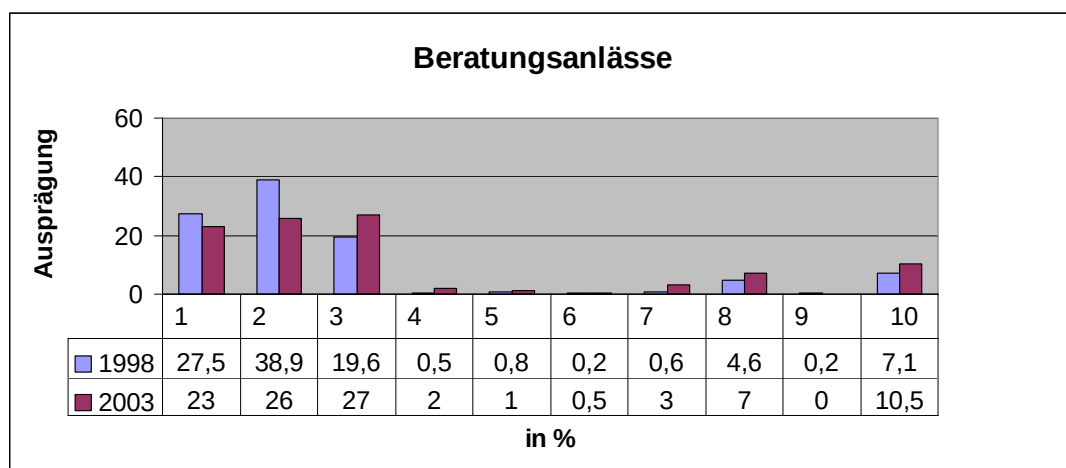


Abbildung 53: Regionale Verteilung der Beratungsfälle der Erziehungs- und Familienberatung

Inhaltliche Arbeitsschwerpunkte beziehen sich dabei auf:

- beratende Aufgaben, nämlich Kindern, Jugendlichen und Eltern, aber auch anderen unmittelbaren Bezugspersonen bei der Bewältigung von Schwierigkeiten zu helfen und diese zu befähigen, ihre Probleme zunehmend besser lösen zu können;
- psychodiagnostische Aufgaben wie Abklärung von Entwicklungs-, Verhaltens-, Leistungs- und sozialen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen und
- psychotherapeutischen Aufgaben entsprechend der vorliegenden Symptomatik.

Das Aufsuchen der Beratungsstelle erfolgte aus den verschiedensten Gründen; dazu gehörten 1998 und 2003 folgende Beratungsanlässe:



- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1 Entwicklungsauffälligkeiten | 6 Anzeichen für Misshandlungen |
| 2 Beziehungsprobleme | 7 Anzeichen für sexuellen Missbrauch |
| 3 Schul- / Ausbildungsprobleme | 8 Trennung / Scheidung der Eltern |
| 4 Straftaten junger Menschen | 9 Wohnungsproblem |
| 5 Suchtprobleme des jungen Menschen | 10 Sonstige Probleme in und mit der Familie |

Abbildung 54: Beratungsanlässe der Erziehungs- und Familienberatung

In 2003 ist eine Zunahme von Vorstellungen wegen Schul- und Ausbildungsproblemen festzustellen. Das macht eine zunehmende Bedeutung von schulbezogenen Lebensabschnitten deutlich, die zur Auslösung von Belastungs- und Problemphasen führen. Deutliche Spitzen finden sich insbesondere bezüglich der Altersgruppierung 12 bis unter 15 Jahren sowie in der Gruppe der 6- bis unter 9-Jährigen, was Problembelastungen vor allem mit dem Schulbeginn und den neuen Anforderungen im Sekundarschulbereich zeigt.

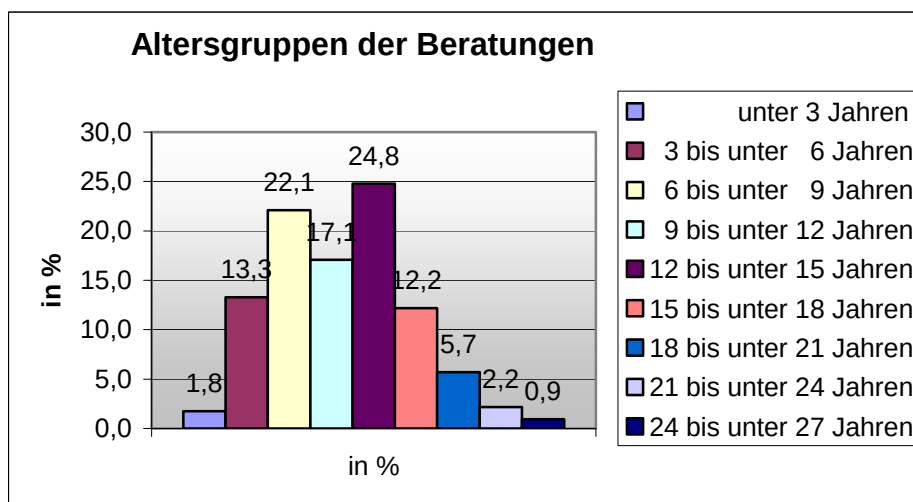


Abbildung 55: Altersgruppen der Beratung

Im Vergleich zum Jahr 2002 zeichnete sich im Berichtszeitraum 2003 ein Annäherungstrend der Zahlen von vorgestellten Mädchen und Jungen ab.

2003 waren es in 55,6 % der Beratungsfälle Jungen und in 44,4 % der vorgestellten Fälle Mädchen (Vorjahr: 62,4 % Jungen; 37,6 % Mädchen).

Tabelle 86: Beratungsumfang in der Erziehungs- und Familienberatung

Beratungsumfang	2002	2003
Neuvorstellungen	625	738
Wiedervorstellungen	1303	1385
Anzahl der dabei insgesamt beratenen Klienten	3744	4023
Kontaktstunden insgesamt	3610	3718
Übernahme von Beratungsfälle aus 2003 nach 2004	169	176

5 Partizipation und Wahlen

5.1 Selbsthilfegruppen

An der Schnittstelle zwischen Selbsthilfe und professionellem Dienstleistungssystem fungiert in der Stadt Magdeburg seit 1991 die KOBES (Kontakt- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen) als Multiplikator in der Vernetzung von Selbsthilfe und Professionellen. Sie setzt sich für Lobbyarbeit und eine breite Verbesserung der Rahmenbedingungen des Selbsthilfespektrums in Magdeburg ein.

Auf dem Wege der Kontaktvermittlung sollen Kommunikationskanäle zu Ansprechpartnern in der Landes- und Kommunalverwaltung sowie Verantwortlichen aus der Politik geöffnet werden.

Die Mitarbeiterinnen der KOBES stellen Informationen zu den Bedürfnissen, Interessen, Arbeitsbedingungen und Entwicklungschancen der kommunalen Selbsthilfe bereit. Sie werben für Selbsthilfeaktivitäten und bemühen sich darum, Professionelle für die Selbsthilfe zu gewinnen und sachliche, finanzielle und ideelle Unterstützung zu erwirken.

Betroffene, Angehörige und Professionelle nehmen die Unterstützung der KOBES zu unterschiedlichen Themen übergreifenden Fragen der Selbsthilfe in Anspruch, wie z. B.

- Kontaktvermittlung zu bestehenden Selbsthilfegruppen
- Hilfe bei Neugründungen
- Erstellung von Faltblättern
- Nutzung von Räumlichkeiten und Schreibtechnik

Die Anzahl der SHG in den Bereichen - Chronische Erkrankung und Behinderung -, ist bis zum Jahr 2000 angewachsen und dann nahezu konstant geblieben. Es gibt einige Gruppen, die zurzeit ihre Tätigkeit ruhen lassen, dafür haben sich neue SHG gebildet. Somit ist ein gewisser zahlenmäßiger Ausgleich vorhanden.

Erfahrungen zeigen, dass sich der Aufbau von Selbsthilfegruppen für Arbeitslose und für psychisch Kranke als äußerst schwierig erweist.

Der Verlust des Arbeitsplatzes, gleichzeitiges Wegbrechen gewohnter sozialer Strukturen und die Perspektivlosigkeit drängt viele Bürgerinnen und Bürger in die Isolation und Anonymität. Das hat auf der einen Seite eine fieberhafte Suche nach Arbeit und andererseits ein sich fallen lassen in Gleichgültigkeit, Depression bis hin zur Apathie zur Folge. Unter diesen Voraussetzungen war und ist es schwer, Menschen für die aktive Beteiligung in entstandenen SHG für Arbeitslose zu gewinnen. Da sich die Zusammensetzung des Personenkreises häufig ändert, kommt es zu keiner kontinuierlichen Arbeit. Aus diesem Grunde sind auch die mehrmaligen Versuche für einen Gruppenaufbau immer wieder gescheitert.

Häufig erhält die KOBES Anfragen zur Thematik psychische Krankheiten (Angst, Depressionen) von Betroffenen und Angehörigen. Auf Grund der gesammelten Erfahrungen hat sich gezeigt, dass dieses Klientel vorzugsweise in angeleiteten Gruppen arbeiten kann. Darum wird diesbezüglich die gute Zusammenarbeit mit der Uniklinik Magdeburg, Klinik für Psychiatrie, genutzt.

Tabelle 87: Selbsthilfegruppen

Selbsthilfebereiche	1997		2002		2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
♦ Chronische Erkrankungen	72	54,0	106	63,0	110	63,0
♦ Psychosoziale Probleme	12	9,0	4	2,5	5	3,0
♦ Behinderung	11	8,5	21	12,5	23	13,0
♦ Sucht	8	6,0	14	8,0	11	6,0
♦ Frauenselbsthilfe	4	3,0	2	1,0	3	2,0
♦ Angehörige Eltern/Kind	2	1,5	6	3,5	7	4,0
♦ Seniorenselbsthilfe	24	18,0	16	9,5	16	9,0
Gesamt	133		169		175	
Selbsthilfegruppen je 10 000 Einwohner	5,4		7,4		7,7	
Zahl der SHG-Teilnehmer	1.850		2.250		2.300	
Zahl der Mitarbeiter in der KOBES	3		2		2	
Fördersumme durch die Stadt für KOBES	18 728 €		17 422 €		15.236 €	

Professionelle Hilfe ist ebenso bei Mobbing-Opfern erforderlich – das kann die KOBES nicht leisten.

Bei Fragen und Problemen, die an die KOBES herangetragen werden, aber nicht durch die Mitarbeit in einer SHG zu lösen sind, erfolgt die Vermittlung an professionelle Dienste. Voraussetzung hierfür ist eine gute Zusammenarbeit mit den unterschiedlichsten Beratungsstellen der Stadt. Schriftliche Kooperationsvereinbarungen zwischen der KOBES und den anderen Institutionen gibt es nicht. Bestehende Beziehungen sind durch die regelmäßige Presse- und Öffentlichkeitsarbeit entstanden. Die hohe Anzahl potenzieller Kooperationspartner in Magdeburg und deren fachliche Spezialisierung ermöglichen differenzierte Formen der Zusammenarbeit. Dabei ist besonders zu erwähnen, dass sich ein ständig ändernder Mitarbeiterkreis (z. B. durch ABM) in der Zusammenarbeit ungünstig auswirkt.

5.2 Gemeinwesenarbeit

Neben dem freiwilligen bürgerschaftlichen Engagement in Selbsthilfegruppen wird ehrenamtliche Arbeit in der Landeshauptstadt Magdeburg auch in den „Arbeitsgruppen zur Entwicklung und Unterstützung der Gemeinwesenarbeit“ geleistet.

Die Idee für diese Arbeitsgruppen entstand 1997 in der Landeshauptstadt Magdeburg im Rahmen der Jugendhilfeplanung als einem Diskussionsprozess zur kommunalpolitischen Willensbildung. Dieser Prozess zeigte aufgrund der Unterschiedlichkeit, Komplexität und der Vielschichtigkeit der Problemlagen in der gesamten Stadt ein Entwicklungserfordernis in Bezug auf die Verbesserung von Lebenslagen im Stadtteil auf. Im Ergebnis wurden in Magdeburg bis zum Ende des Jahres 1998 zunächst 14 „Arbeitsgruppen zur Entwicklung und Unterstützung der Gemeinwesenarbeit“ etabliert. Ihre Zahl ist im Entwicklungsprozess bis 2004 auf 19 angestiegen.

Die Arbeit der Arbeitsgruppen Gemeinwesenarbeit zielt darauf ab, Hilfe zum selbst organisierten Handeln der Bürger unter Mobilisierung aller notwendigen und verfügbaren Ressourcen zu geben und Vernetzungsstrategien zu entwickeln. Die Bewohner eines Stadtteiles sollen ermutigt und befähigt werden, Probleme zu erkennen und deren Lösung selbstständig und öffentlich anzugehen und sich so in kommunale Willensbildungsprozesse einzumischen. Während der Treffen der Arbeitsgruppen werden die Anliegen der Bürgerinnen und Bürger aufgenommen und mit den Ansprechpartnern aus Stadtteil und Verwaltung gemeinsame Lösungen erarbeitet. Hervorragende Themen waren hier in den letzten beiden Jahren die Stadtteilentwicklung allgemein, der Stadtumbau Ost sowie die Ordnung und Sauberkeit, die Verkehrssicherheit und Verkehrsanbindung der Stadtteile im Besonderen. Auch zur Entwicklung von Kindertagesstätten, Schulen und Jugendfreizeiteinrichtungen waren die Meinungen der Stadtteilbewohner gefragt.

1998 bestanden die Teilnehmer der Arbeitsgruppen Gemeinwesenarbeit vor allem aus Vertreterinnen und Vertretern aus Einrichtungen, Institutionen und Vereinen des Stadtteils, aus Ämtern der Stadtverwaltung und nur vereinzelt waren auch Bürgerinitiativen, interessierte Bürger oder Stadträte vertreten. 2004 waren ca. ein Fünftel der Teilnehmer Bewohner des Stadtteils. Auch das Interesse der politischen Vertreter wächst ständig. So gab es 2004 keine Arbeitsgruppe mehr, in der nicht Vertreter aus fast allen Stadtratsfraktionen mitgearbeitet haben und so ihr Interesse an der Entwicklung des Stadtteils öffentlich bekundeten. Auch ergaben sich aus dieser Arbeit und der daraus resultierenden genauen Kenntnisse der Problemlagen im Stadtteil mehrere Anfragen im Stadtrat.

Politische Anerkennung erhielten die Arbeitsgruppen 1999 durch einen Stadtratsbeschluss zur Anerkennung der Arbeitsgruppenstruktur. Im Jahr 2000 installierte der Stadtrat einen „Initiativfonds Gemeinwesenarbeit“ in Höhe von 52.000 Euro. Aus diesem Fonds können stadtteilbezogene Projekte, Aktivitäten und Aktionen gefördert werden. Im ersten Jahr 2000 wurden 37 Projekte mit insgesamt ca. 12.000 Euro unterstützt, 2004 wurden 107 Stadtteilprojekte mit rund 40.000 Euro gefördert. Die Projekte 2004 dienten hauptsächlich zur Verbesserung und Förderung der Kommunikation, besonders zwischen den Generationen sowie zur Unterstützung der Wahrung von Traditionen im Stadtteil. Gefördert wurden auch Aktionen zur Sauberkeit und Verschönerung des Stadtteils.

5.3 Die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen als integraler Bestandteil der Kommunalpolitik der Landeshauptstadt Magdeburg

5.3.1 Gesetzliche Grundlagen für die Partizipation von Kindern und Jugendlichen

Mit der Ende 1989 von den Vereinten Nationen verabschiedeten **Konvention über die Rechte des Kindes** sichern gemäß Art. 12 „...die Vertragsstaaten dem Kind, das fähig ist, sich eine eigene Meinung zu bilden, das Recht zu, diese Meinung in allen das Kind berührenden Angelegenheiten frei zu äußern, und berücksichtigen die Meinung des Kindes angemessen und entsprechend seinem Alter und seiner Reife.“

Die Bundesrepublik Deutschland hat mit der Ratifizierung der UN-Kinderrechtskonvention 1992 die Rechte der Kinder anerkannt und sich gleichzeitig verpflichtet, diese auch umzusetzen. Das Kinder- und Jugendhilfegesetz enthält eine Reihe von Vorschriften zur Beteiligung von Kindern und Jugendlichen.

Nach **§ 8 SGB VIII/KJHG** sind „Kinder und Jugendliche entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen der öffentlichen Jugendhilfe zu beteiligen.“ Darüber hinaus wird die Mitbestimmung und Mitgestaltung der Mädchen und Jungen in der Kinder- und Jugendarbeit gemäß **§ 11 Absatz 1 Satz 2** und im Rahmen der Jugendhilfeplanung mit dem **§ 80 SGB VIII/KJHG** gesetzlich geregelt.

Ferner ist auch das **Baugesetzbuch** von Bedeutung, da nach § 1(3) bei der Aufstellung der Bauleitpläne „die sozialen und kulturellen Bedürfnisse der Bevölkerung, insbesondere die Bedürfnisse der Familien, der jungen und alten Menschen und der Behinderten zu berücksichtigen sind.“

Auf dieser gesetzlichen Grundlage entwickelte die Kinderbeauftragte ein „**Konzept zur stärkeren Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an der Kommunalpolitik der Landeshauptstadt Magdeburg**“, das der Stadtrat 1996 beschloss.

5.3.2 Das Projekt „MACHT MIT“

In Umsetzung o. g. Beschlusses wurde das Projekt „MACHT MIT“ entwickelt und umgesetzt. Mit diesem Projekt soll das Interesse junger Menschen an kommunalpolitischen Themen geweckt und ihre Beteiligung bei Planungen und Entscheidungen gefördert werden.

Das Projekt beinhaltet drei Bausteine:

Baustein 1 – „EinBlick ins Rathaus“ – Handreichung für Multiplikatoren

Die Broschüre stellt ganz konkret die Arbeit von Stadtrat und Verwaltung der Landeshauptstadt Magdeburg dar, benennt Akteure und beschreibt Einflussmöglichkeiten der Bürger und Bürgerinnen. Darüber hinaus werden methodische Anregungen zur Bearbeitung des Themas „Kommunalpolitik“ im Unterricht, in einer Kinder- und Jugendeinrichtung oder einem Jugendverein gegeben.

Baustein 2 – „Wir packen zu“ – Projekte mit Kindern und Jugendlichen

Hier ging es um die Durchführung ganz konkreter, zeitlich begrenzter Einzelprojekte zur

- a.) Vermittlung von Kenntnissen über Strukturen, Aufgaben und Ansprechpartner von Politik und Verwaltung
- b.) Gestaltung der eigenen Lebenswelt von der Idee bis zur Umsetzung (z. B. Spielplätze, Freizeiteinrichtungen)

Zu a.)

In Zusammenarbeit der Kinderbeauftragten mit dem Amt für Öffentlichkeitsarbeit und Protokoll wurden von September 2002 bis Februar 2003 insgesamt 13 **Rathauserkundungen** angeboten, an denen fast 300 Kinder und Jugendliche mit ihren Lehrern und Erzieherinnen teilnahmen. Neben einer Führung durch das Rathaus und Erläuterungen zur Geschichte der Stadt gaben Vertreter des Stadtratsvorstandes und Mitarbeiter der Verwaltung Auskunft über ihre Arbeit und stellten sich den Fragen der Mädchen und Jungen.

Zu b.)

Hier war die **aktive Mitarbeit der Kinder und Jugendlichen bei konkreten Vorhaben** z. B. in der Schule oder ihrem Wohngebiet gefragt. So gestalteten im Jahr 2003 junge Leute aus Diesdorf mit großer Unterstützung des Diesdorfer Heimatvereins, des Eigenbetriebs Stadtgarten und Friedhöfe, des Jugendamtes, der AG „Gemeinwesenarbeit“ und weiterer Sponsoren ihren Volleyballplatz „Am Neuber“.

Im November 2003 veranstaltete das Jugendamt zusammen mit dem Büro der Kinderbeauftragten mit über 30 Kindern und Jugendlichen aus dem Stadtgebiet „Alte Neustadt“ eine Werkstatt zur Planung einer neuen Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtung. Die Ergebnisse wurden in den Entwurf des Architekturbüros eingearbeitet und durch die Jugendlichen stolz den Mitgliedern des Jugendhilfeausschusses präsentiert.

Baustein 3 – Sitzung „Jugend im Stadtrat“

Die erste Sitzung „Jugend im Stadtrat“ fand bereits 1998 anlässlich des Tages der offenen Tür im Rathaus statt. Die für das Jahr 2002 geplante Sitzung musste auf Grund der sehr geringen Resonanz aus den Schulen und Jugendeinrichtungen ausfallen. Das Konzept wurde dahingehend überarbeitet, dass die jungen Menschen sehr frühzeitig in die Planungen einer weiteren Sitzung einbezogen und im Rahmen eines mehrtätigen Workshops auf die Veranstaltung vorbereitet wurden. Motor der jugendlichen Aktivitäten war der Stadtschülerrat, dessen Vorsitzender in der zweiten Sitzung am 06.12.2002 einen **Antrag zur Einrichtung eines Jugendforums als kontinuierliche Form der Jugendbeteiligung** einbrachte und gleichzeitig ein umfangreiches Konzept zur Realisierung des Vorhabens vorlegte. Aus dem Kreis der Jugendlichen wurde die „Initiativgruppe Jugendforum“ gebildet, die gemeinsam mit der Kinderbeauftragten die dritte Sitzung „Jugend im Stadtrat“ langfristig vorbereitete. Mit Unterstützung einiger Stadträte wurden Anfragen bzw. Anträge formuliert, die sich u. a. auf folgende Sachverhalte bezogen:

- Rederecht des Jugendforums bei jugendrelevanten Themen im Stadtrat und den beratenden Ausschüssen
- Sanierung des Daches in der Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtung „Oase“
- Keine weiteren Mittelkürzungen bei Einrichtungen für Kinder und Jugendliche
- Durchführung einer Imagekampagne für Kinder- und Jugendeinrichtungen
- Bereitstellung zusätzlicher Fahrradständer an einer berufsbildenden Schule

Der Einladung des Oberbürgermeisters und des Vorsitzenden des Stadtrates zur **dritten Sitzung „Jugend im Stadtrat“ am 06.03.2004** folgten über 50 Jugendliche. Alle Anfragen und Anträge der jungen Menschen wurden zur weiteren Beratung und Beschlussfassung in die Fachausschüsse des Stadtrates überwiesen. An der Umsetzung der Beschlüsse wirken wiederum die Jugendlichen selbst mit.

5.3.3 Jugendforum Magdeburg

Im Oktober 2003 beschloss der Stadtrat auf der Grundlage des Antrages aus der dritten Sitzung „Jugend im Stadtrat“ (siehe oben) den Aufbau eines Jugendforums und beauftragte den Oberbürgermeister, notwendige Rahmenbedingungen für eine kontinuierliche Arbeit des Gremiums zu schaffen.

Das **Jugendforum Magdeburg** konstituierte sich mit der Wahl des Vorstandes am **18.03.2004**, und am 02.04.2004 erfolgte die feierliche Eröffnung der Büro- und Beratungsräume in der KJFE „OASE“.

Jeder junge Mensch zwischen 12 und 25 Jahren kann Mitglied des Jugendforums werden. Derzeit engagieren sich 23 Jugendliche aus Sekundar-, berufsbildenden Schulen sowie Gymnasien in diesem Gremium. Sie werden durch zwei Mitarbeiter im Rahmen einer AB-Maßnahme unterstützt und begleitet. Das Jugendforum gliedert sich in

1. Hauptversammlung
2. Vorstand
3. Arbeitskreise
4. Pressestelle

Durch das Jugendforum wurden bislang zahlreiche Aktivitäten und Projekte geplant, durchgeführt bzw. mit unterstützt. Gemeinsam mit dem Stadtjugendring und der Start gGmbH veranstaltete das Jugendforum z. B. im Vorfeld der Kommunalwahl ein sog. „Wa(h)l-Watching“ – eine Talkrunde zwischen Politikern und jungen Menschen. Anlässlich des Stadtjubiläums 2005 initiierte das Jugendforum einen Graffiti-Wettbewerb, um jungen Sprayern die Möglichkeit zu geben, legal drei Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtungen mit Graffiti zu versehen. Das Projekt ist Bestandteil des offiziellen Veranstaltungskalenders der Stadt Magdeburg und gleichzeitig auch ein Beitrag zur Imagekampagne für Kinder- und Jugendeinrichtungen, die in Umsetzung der Beschlüsse aus der dritten Sitzung „Jugend im Stadtrat“ ebenfalls durch das Jugendforum realisiert wird. Der Arbeitskreis „Kinder- und Jugendhilfe“ gibt jungen Menschen die Gelegenheit, sich mit jugendrelevanten Problemen auseinander zu setzen. Zu ausgewählten Themen wie

- „Schulden bei Jugendlichen“
- „Mobbing in der Schule“ oder
- „Drogen - weißt du, was sie bewirken?“

werden offene Diskussionsrunden angeboten, an denen neben den Jugendlichen kompetente Vertreter von betreffenden Organisationen, wie z. B. Sorgentelefon, Streetworker, Mediatoren, Schuldner- oder Drogenberatungsstelle, teilnehmen. Ein weiterer Arbeitskreis befasst sich mit der Erstellung einer Broschüre zu den Rechten und Pflichten von Schülerinnen und Schülern.

Das Jugendforum Magdeburg ist eingebunden in die Partizipationskampagne des Landes Sachsen-Anhalt „get up“ und in das von der EU geförderte Projekt „Netzwerkstatt“, in dem Jugendbeteiligungsprojekte aus Halle, Leipzig, Dresden, Wittenberg und Magdeburg ein Netzwerk aufbauen.

5.4 Wahlbeteiligung

Bei einer Wahl wird die Anzahl der abgegebenen Stimmen im Verhältnis zur Zahl der Wahlberechtigten als Wahlbeteiligung bezeichnet. Die Wahlbeteiligung kann als ein Indikator für die Teilnahme und Mitwirkungsbereitschaft an Fragestellungen auf verschiedenen kommunalen Ebenen zur Hilfe gezogen werden.

Die nachfolgende Abbildung dokumentiert die unterschiedlichen Wahlbeteiligungen je nach Art der Wahl in den letzten Jahren in Magdeburg.

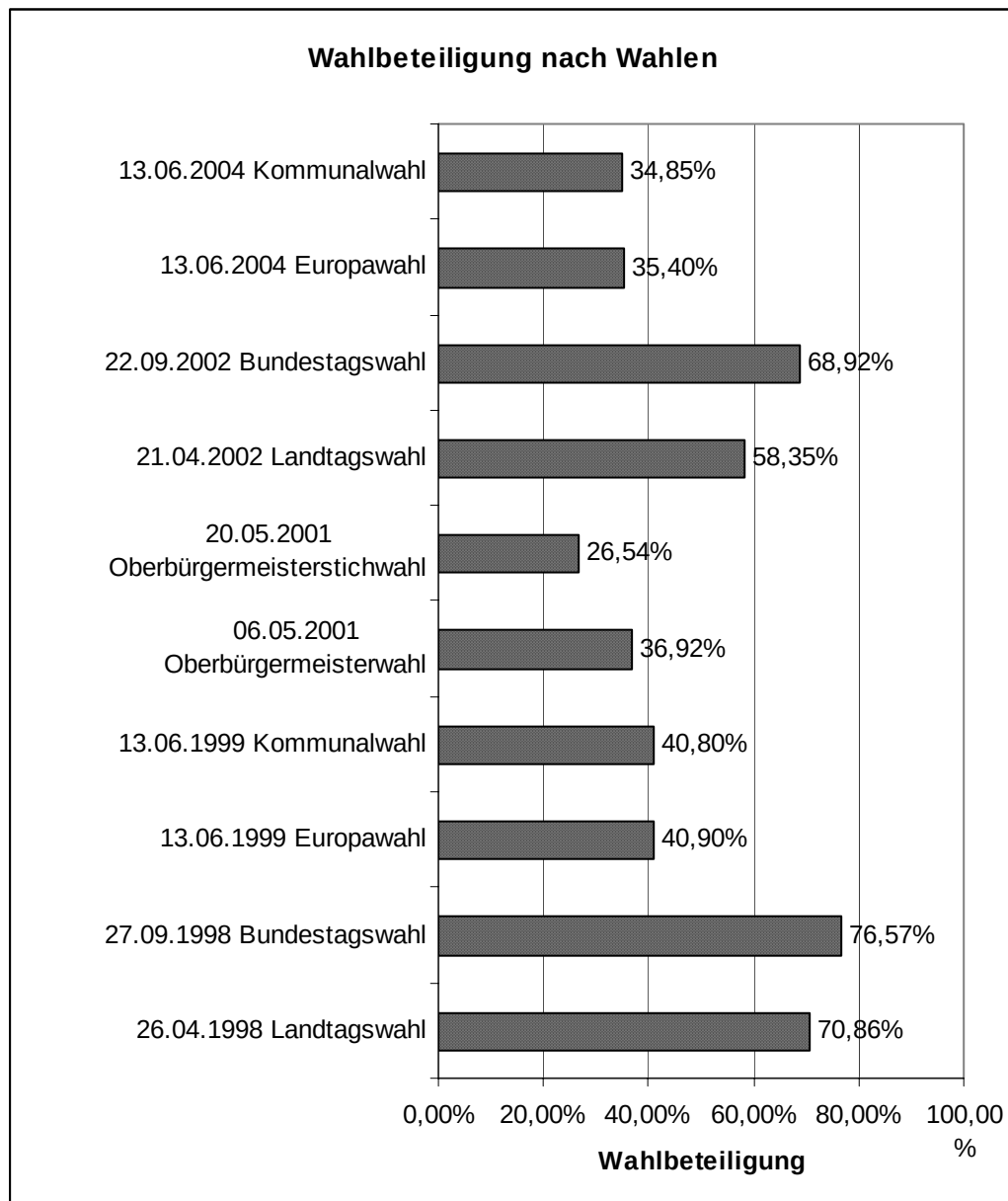


Abbildung 56: Wahlbeteiligung nach Wahlart

Quelle Landeshauptstadt Magdeburg, Amt für Statistik

Generell ist ein Rückgang der Wahlbeteiligung zu verzeichnen, wobei die Bundes- und die Landtagswahlen noch relativ hohe Wahlbeteiligungen vorzuweisen haben. Besonders auffällig ist der deutliche Rückgang bei der Beteiligung an den Kommunal- und

Europawahlen. In Sachsen-Anhalt waren bei der Kommunalwahl 1999 erstmals auch 16- und 17-Jährige wahlberechtigt.

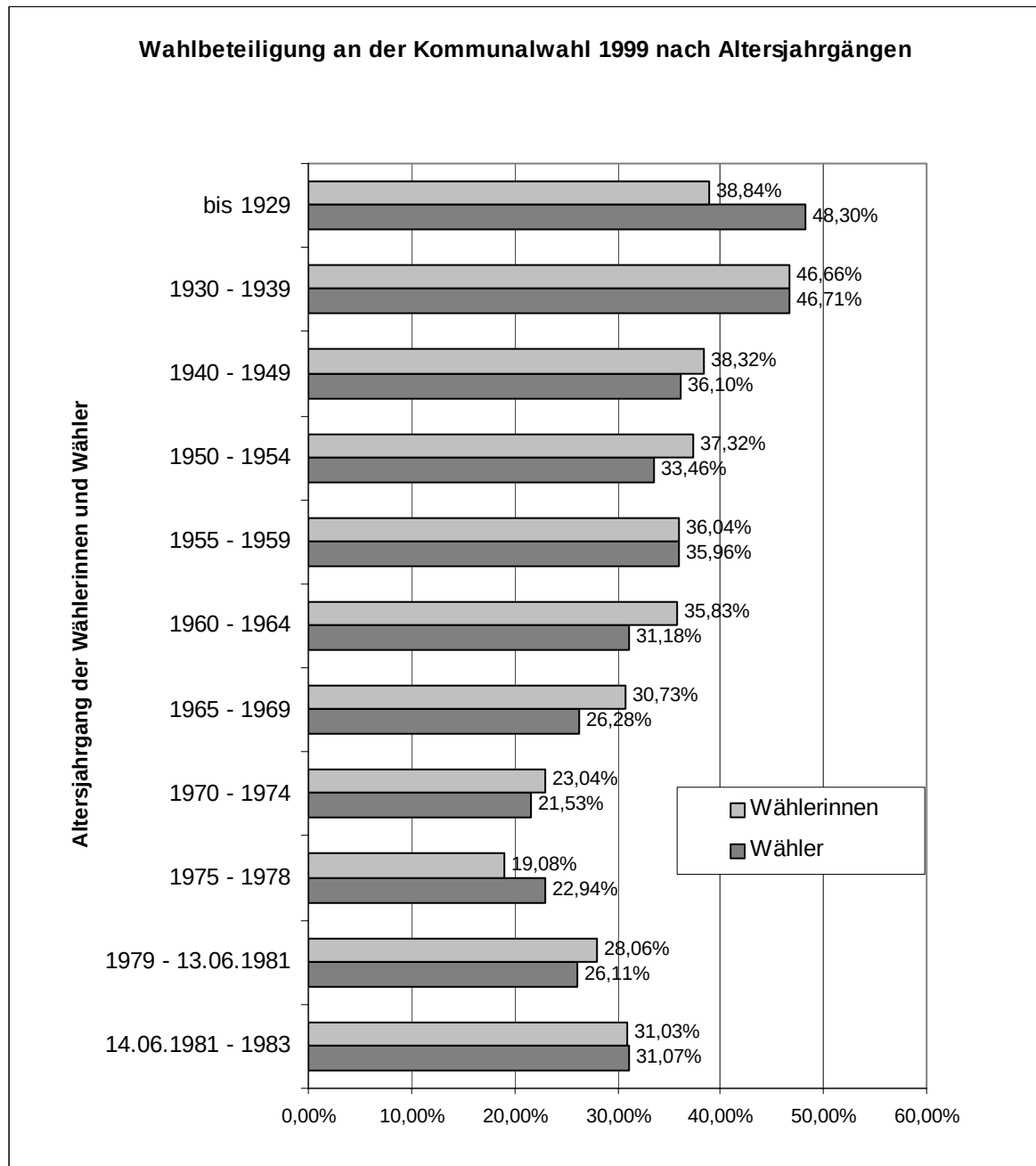


Abbildung 57: Wahlbeteiligung an der Kommunalwahl 1999 nach Altersjahrgängen
in Prozent der Wahlberechtigten ohne Wahlschein [21]

Sehr differenziert zeigt sich die Wahlbeteiligung in den Altersgruppen. Hier wurde die Kommunalwahl von 1999 ausgewählt, weil für diese Wahl eine auf Magdeburg bezogene Repräsentativstatistik über die Wahlbeteiligung nach Alters- und Geschlechtsgruppen vorliegt. Insgesamt wurde bei dieser Kommunalwahl eine Wahlbeteiligung von 40,8 % erreicht.

Während an dieser Kommunalwahl ca. 30 % der Erstwähler ihre Stimme abgaben, haben die Altersgruppen zwischen 20 und 30 Jahre die geringste Wahlbeteiligung in Magdeburg aufzuweisen. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahlbeteiligung wieder an und erreicht bei den ab 60-Jährigen die höchsten Werte. In fast allen Altersgruppen haben die Wählerinnen eine gleiche bzw. wenige Prozentpunkte höhere Wahlbeteiligung als die männlichen Wähler, lediglich in den Altersgruppen der 21- bis 24-Jährigen und der ab 70-Jährigen ist die Wahlbeteiligung der weiblichen Wähler deutlich geringer als die der männlichen Wähler.

Unterschiedlich stellt sich auch die Wahlbeteiligung in den einzelnen Wahlbezirken der Stadt Magdeburg dar. Die höchsten Wahlbeteiligungen erreichten dabei die ländlichen Vororte. Als Beispiel sei hier Calenberge mit einer Wahlbeteiligung von 77 % genannt. Die geringste Teilnahme an der Wahl wurde in den dicht besiedelten Wohngebieten gemeldet, hier machte nicht einmal jeder fünfte Wahlberechtigte von seinem Wahlrecht Gebrauch. [21]

6 Kommunale Ökonomie

6.1 Bruttowertschöpfung

6.1.1 Zum Begriff der Bruttowertschöpfung

Die Bruttowertschöpfung (BWS), die zu Herstellungspreisen bewertet wird, ergibt sich für jeden Wirtschaftsbereich aus dem Bruttoproduktionswert zu Herstellungspreisen abzüglich der Vorleistungen zu Anschaffungspreisen. Sie ist somit die Summe aller Waren und Dienstleistungen, die in einer Kommune hergestellt werden und ermöglicht die Einschätzung der Wirtschaftskraft.

Zu den bezogenen Vorleistungen gehören zum Beispiel:

- Rohstoffe
- Vorprodukte
- Handelswaren
- Reparaturleistungen [22]

6.1.2 Einordnung der BWS in die gesamtwirtschaftliche Darstellung

Über das wirtschaftliche Geschehen geben die Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) den umfassenden Überblick. Die Quantifizierung der Leistung einer Volkswirtschaft als Ganzes ist das Ziel der VGR. Die Bruttowertschöpfung ist neben dem Bruttoinlandsprodukt eine zentrale Größe in der Entstehungsrechnung. In der Entstehungsrechnung wird geklärt, wo die Leistungen entstanden sind und wie die einzelnen Wirtschaftsbereiche zum gesamtwirtschaftlichen Ergebnis beigetragen haben.

Für die gesamtwirtschaftlich erbrachte Leistung in einem bestimmten Wirtschaftsraum zu einem bestimmten Zeitraum, ist das Bruttoinlandsprodukt ein Maß. Welchen Beitrag die einzelnen Wirtschaftsbereiche zum Bruttoinlandsprodukt leisten, wird an ihrer Bruttowertschöpfung gemessen.

Die zahlreichen Wirtschaftsbereiche lassen sich in sechs Gruppen zusammenfassen:

- Land- und Forstwirtschaft, Fischerei
- Produzierendes Gewerbe ohne Baugewerbe
- Baugewerbe
- Handel, Gastgewerbe und Verkehr
- Finanzierung, Vermietung, Unternehmensdienstleister
- Öffentliche und private Dienstleister [22]

6.1.3 Statistik zur Bruttowertschöpfung der Stadt Magdeburg

Von 1991 bis 2002 ist die BWS der Stadt Magdeburg bis auf die Jahre 1995 und 1999 stetig gestiegen. Insgesamt um einen Wert von 76,3%. Die deutlichste Entwicklung ist in den Jahren 1992 und 1993 erkennbar. Im Vergleich dazu hat der Wert des Landes Sachsen-Anhalt im gleichen Zeitraum um mehr als das Doppelte zugenommen. Die Kurve von Sachsen-Anhalt verläuft aber kontinuierlicher, beginnend 1991 mit dem Wert von 18 770 Mill. EUR bis 40 277 Mill. EUR im Jahr 2002.

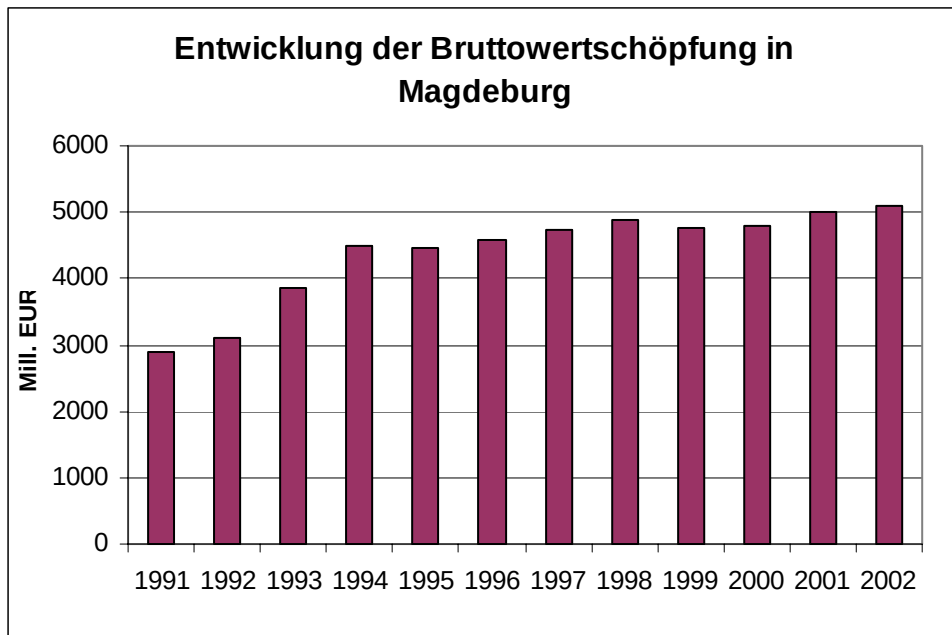


Abbildung 58: Entwicklung der Bruttowertschöpfung in Magdeburg

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

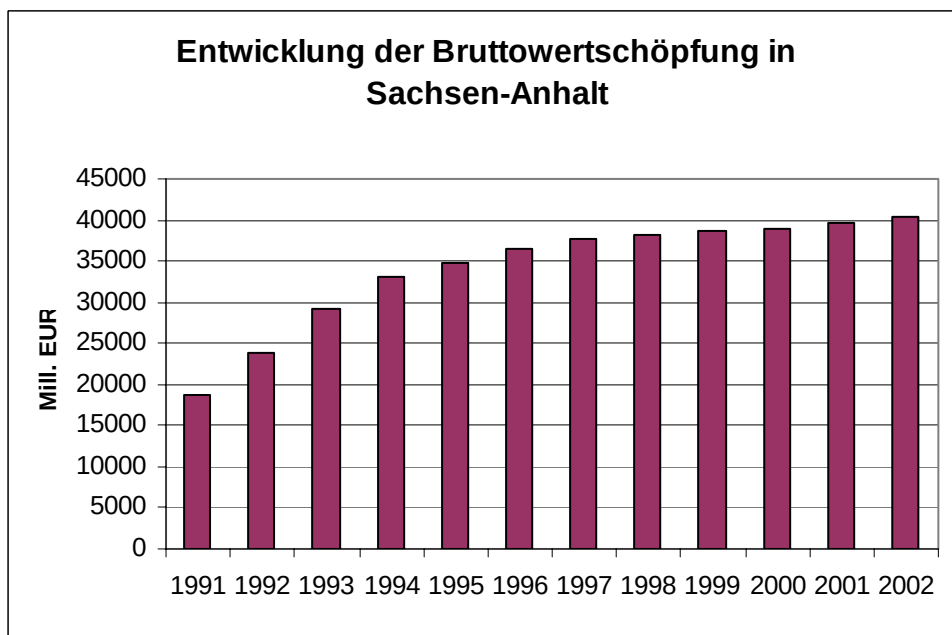


Abbildung 59: Entwicklung der Bruttowertschöpfung in Sachsen-Anhalt

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

Die folgende Darstellung bezieht sich auf die Verteilung der Bruttowertschöpfung der Bevölkerung Magdeburgs und Sachsen-Anhalts. Dabei werden ausschließlich die Personen berücksichtigt, die mit dem Hauptwohnsitz gemeldet sind.

Für Magdeburg lässt sich auch hier eine stetige Zunahme des Wertes erkennen. Innerhalb des Zeitraums von 1991 bis 2002 stieg die Bruttowertschöpfung von einem Wert von rund 10 475 EUR auf 22 277 EUR je Einwohner. Dabei ist in den Jahren 1993 und 1994 im Vergleich zum Vorjahr der größte Sprung erkennbar.

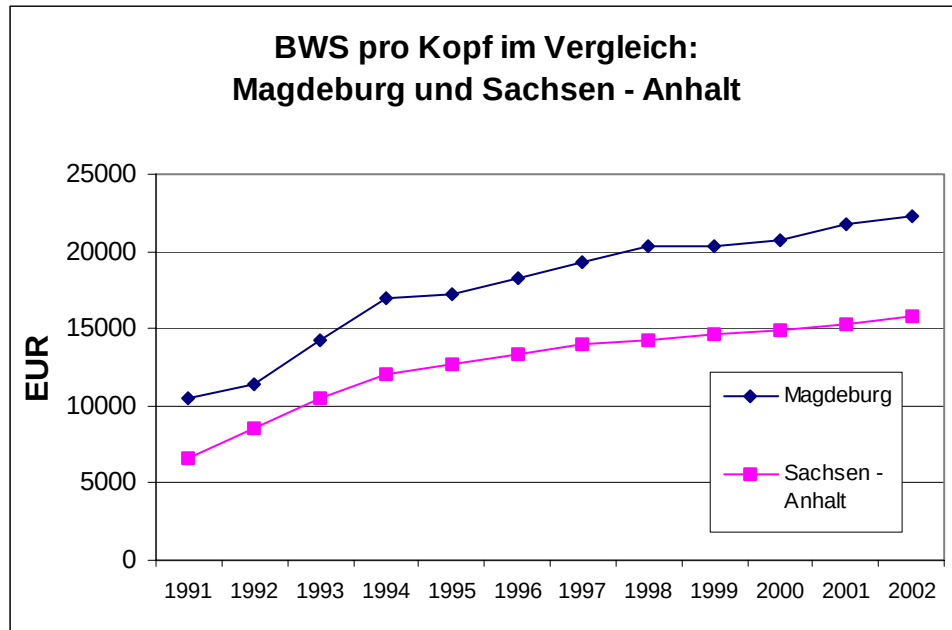


Abbildung 60: Bruttowertschöpfung je Einwohner

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

Die Entwicklung der Bruttowertschöpfung je Einwohner in den letzten Jahren ist allerdings von einigen Faktoren abhängig. Wie aus der Abbildung 60 zu entnehmen ist, hat die Bruttowertschöpfung je Einwohner in den letzten Jahren, trotz sinkender Bevölkerungszahlen in der Stadt Magdeburg, kontinuierlich zugenommen.

Der Vergleich des Pro-Kopf-Wertes der Stadt Magdeburg mit den entsprechenden Werten für die Bevölkerung in Sachsen-Anhalt zeigt klare Unterschiede. Das bedeutet, dass ein Bürger in Magdeburg eine höhere Bruttowertschöpfung erwirtschaftet, als ein Bürger im Mittel in Sachsen-Anhalt. Im aufgezeigten Zeitraum von 1994 bis 2001 liegt der Wert von Sachsen-Anhalt immer um die 70% von der entsprechenden Magdeburger BWS.

Tabelle 88: Entwicklung der Bruttowertschöpfung in Sachsen-Anhalt und Magdeburg

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

Jahr	Bruttowertschöpfung absolut in Mill. Euro		Bruttowertschöpfung pro Kopf in Euro	
	Sachsen-Anhalt	Magdeburg	Sachsen-Anhalt	Magdeburg
1991	18 770	2 883	6 648	10 475
1992	23 801	3 095	8 510	11 357
1993	29 266	3 856	10 535	14 253
1994	33 140	4 499	12 011	16 953
1995	34 869	4 448	12 731	17 263
1996	36 396	4 571	13 363	18 209
1997	37 652	4 737	13 936	19 295
1998	38 188	4 875	14 279	20 358
1999	38 696	4 776	14 609	20 317
2000	39 030	4 798	14 923	20 730
2001	39 556	4 997	15 328	21 749
2002	40 277	5 083	15 802	22 277

6.2 Einnahmen und Ausgaben der Stadt Magdeburg

6.2.1 Begriffserklärung

Mit dem Verhältnis von Einnahmen und Ausgaben lässt sich die allgemeine wirtschaftliche Situation der Gemeinde einschätzen. Dazu werden Steuereinnahmen und alle vorgesehenen Ausgaben gegenübergestellt.

„Steuereinnahmekraft: Sie ermittelt sich als Summe aus der Realsteueraufbringungskraft und den Gemeindeanteilen an der Lohn- und Einkommenssteuer sowie Umsatzsteuer abzüglich der Gewerbesteuerumlage.“

„Realsteueraufbringungskraft: Sie wird gemeindeweise je Steuerart errechnet durch Multiplikation des Grundbetrages mit einem für alle Gemeinden einheitlichen Landesdurchschnittshebesatz. Dieser ergibt sich durch Division der Summe der Istaufkommen aller Gemeinden durch die Summe ihrer Grundbeträge.“
Die Realsteuer setzt sich somit zusammen aus der Grund- und Gewerbesteuer.

„Hebesatz der Realsteuern: Der Hebesatz ist ein Prozentsatz, der von den Gemeinden für jedes Kalenderjahr in eigener Zuständigkeit und für jede Realsteuer festgelegt wird. Durch Multiplikation mit dem Steuermessbetrag ergibt sich die Steuerschuld je Steuerpflichtigem“
[23]

6.2.2 Statistik zu den Einnahmen und Ausgaben der Stadt Magdeburg

Im Folgenden sind die Ausgaben und Einnahmen der Stadt für die Jahre 1997, 2002 und 2003 dargestellt. Mit einer Summe von 606 672 Tausend EUR stehen die Ausgaben im Jahr 1997 einer Einnahmesumme von 556 176 Tausend EUR gegenüber. Somit ergibt sich ein Minus von 50 496 Tausend EUR. Im Jahr 2002 lagen die Ausgaben (529 733 Tausend EUR) sowie die Einnahmen (488 714 Tausend EUR) und die Differenz (41 019 Tausend EUR) niedriger als vor 5 Jahren. Auch das Defizit im Vergleich zu 1997 fiel rund 18,8 % geringer aus. Im Jahr 2003 lag das Defizit allerdings über dem Niveau von 1997.

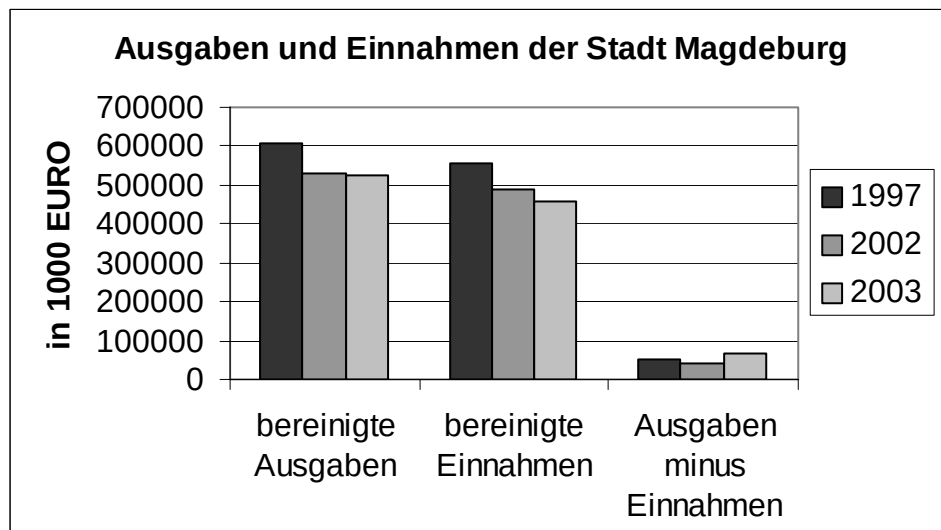


Abbildung 61: Einnahmen und Ausgaben der Stadt Magdeburg

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen – Anhalt
1997: Ergebnisse der Jahresrechnungsstatistik; 2002 und 2003: Ergebnisse der Kassenstatistik

Zur Finanzierung der Ausgaben gibt es im Wesentlichen die Möglichkeit Kredite aufzunehmen und Steuern zu erheben. Die Verteilung der Steuern ist im Grundgesetz Art. 106 geregelt.

In der folgenden Tabelle sind die Steuereinnahmen der Stadt Magdeburg in den Jahren 1997 und 2002 (Jahresrechnungsstatistik) gegenübergestellt. Insgesamt hat die Stadt 2002 mehr Steuern eingenommen als noch 5 Jahre zuvor. Bis auf die Gewerbesteuer und andere Steuern, unter welche die Hundesteuer und Vergnügungssteuer fallen, ist in jedem anderen Bereich ein Zuwachs zu verzeichnen. Das Maximum der Gesamtausgaben im betrachteten Zeitraum wird mit 122 974 Tausend EUR im Jahr 2000 erreicht. Danach ist bis 2002 ein Rückgang der Steuereinnahmen zu verzeichnen.

Tabelle 89: Steuereinnahmen der Stadt Magdeburg

Quelle: Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg [5]

Art der Abgaben	1997	2002
	in 1000 EUR	
Grundsteuer A	140	157
Grundsteuer B	17 497	26 569
Gewerbesteuer	52 324	40 035
Gemeindeanteile aus Steuern	30 605	43 620
andere Steuern	1 786	1.756
Insgesamt	102 352	112 137

6.2.3 Ein Vergleich der Städte Dessau, Halle und Magdeburg

Im Weiteren ist für das Jahr 2002 ein Vergleich der bereinigten Einnahmen und Ausgaben je Einwohner für drei Städte in Sachsen-Anhalt dargestellt. Unter die Gesamteinnahmen fallen u.a. Steuern (netto) und die Schlüsselzuweisungen; die Personalausgaben und Sachinvestitionen sind in den Gesamtausgaben enthalten.

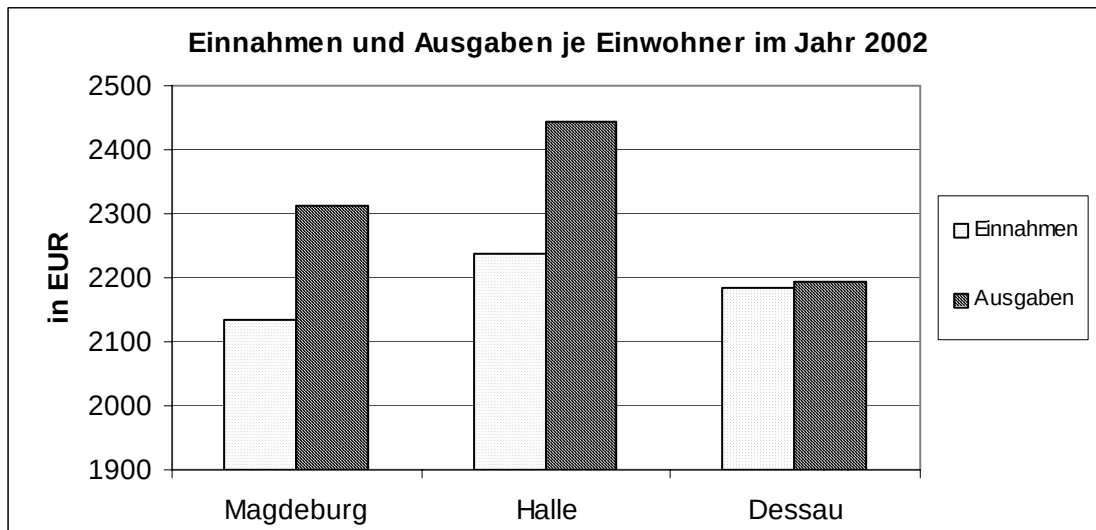


Abbildung 62: Einnahmen und Ausgaben von Halle, Dessau und Magdeburg im Jahr 2002

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

Es ist klar zu erkennen, dass Halle mit mehr als 2400 EUR je Einwohner vor Magdeburg und Dessau die höchsten Ausgaben zu verzeichnen hatte. Die Differenz der Einnahmen und Ausgaben ist ebenfalls in Halle am höchsten, wogegen der Wert von Dessau nur bei –10 EUR liegt.

Die Steuereinnahmekraft betrug im Jahr 2002 für Magdeburg 353 EUR je Einwohner. Damit lag die Landeshauptstadt nicht nur vor Halle (288 EUR) und Dessau (269 EUR) sondern befand sich unter allen kreisfreien Städten und Landkreisen in Sachsen-Anhalt an zweiter Stelle nach dem Ohrekreis.

6.3 Pro-Kopf-Verschuldung

6.3.1 Begriffserklärung

„Mit der Pro-Kopf-Verschuldung wird der Betrag bezeichnet, der sich ergibt, wenn die Gesamtverschuldung durch die Einwohnerzahl geteilt wird. Diese Pro-Kopf-Verschuldung wird nur errechnet auf die Gesamtverschuldung für den Haushalt der Gemeinde (sog. Kämmereischulden). Die Verschuldung kann jedoch höher sein, wobei auch an die Schulden der Eigenbetriebe und sonstige Schulden zu denken ist. Die Pro-Kopf-Verschuldung ist ein häufig verwendetes Kriterium, mit dem sich die Gemeinden untereinander vergleichen. Diese Vergleiche sind jedoch problematisch, da die Pro-Kopf-Verschuldung in Relation zu setzen ist zum Stand der Aufgabenerfüllung, der örtlichen Steuerkraft u. a. m. Insbesondere ist auch zu berücksichtigen, inwieweit Gemeinden Aufgaben ausgegliedert und auf Eigenbetriebe übertragen haben.“

„Die allgemeine wirtschaftliche Situation der Kommune wird mit diesem Indikator dahingehend beschrieben, unter welcher Dauerbelastung der öffentliche Haushalt steht.“

„Dieser Indikator zeigt im Trend, wie sich die Schuldenlast der Kommune auf den jeweiligen Bevölkerungsstand pro Einwohner verteilt.“

„Bei steigender Pro-Kopf-Verschuldung ergibt sich eine zunehmende Belastung für die nachfolgenden Generationen.“

6.3.2 Statistik zur Verschuldung der Stadt Magdeburg

In der folgenden Abbildung sind die Schuldenstände der Stadt Magdeburg für die Jahre 1997, 2002 und 2003 dargestellt. Des Weiteren sind sie den Daten des Regierungsbezirks Magdeburg und dem Land Sachsen-Anhalt gegenübergestellt. Die Schulden der Stadt Magdeburg betrugen im Jahr 1997 165 185 Tausend EUR. Innerhalb von fünf Jahren sind sie um 37,3 % auf 226 720 Tausend EUR angestiegen. Der Schuldenstand für den Regierungsbezirk Magdeburg und das Land Sachsen-Anhalt hat sich dagegen 2002 im Vergleich zu 1997 verringert. Um mehr als ein Viertel (25,5 %) ging die Verschuldung des Regierungsbezirkes Magdeburg im Jahr 2002 gegenüber 1997 zurück. In Sachsen-Anhalt dagegen sank die Verschuldung um 20,5%.

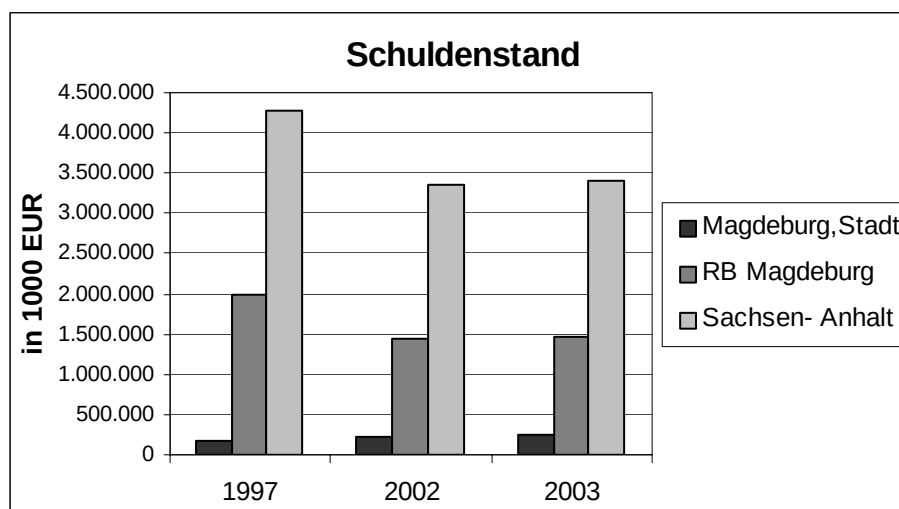


Abbildung 63: Schuldenstand in Sachsen Anhalt 1997, 2002 und 2003

(Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen – Anhalt)

Innerhalb des Zeitraums von 1991 bis 2002 ist die Pro-Kopf-Verschuldung von 105,17 EUR auf 993,64 EUR angewachsen. Das heißt, die Pro-Kopf-Verschuldung des Jahres 1991 ergibt nur noch 10,6% der Pro-Kopf-Verschuldung des Jahres 2002. Der Anstieg verläuft allerdings nicht kontinuierlich. 1992 lässt sich im Vergleich zum Vorjahr eine starke Zunahme um 237,37 EUR verzeichnen. Bis zum Jahr 1996 nimmt die Pro-Kopf-Verschuldung immer weniger zu und geht 1997 sogar um 3,69 EUR zurück. Im darauf folgenden Jahr ist wieder ein starker Anstieg (um 232,71 EUR) erkennbar. Jener flacht dann ebenfalls wieder ab. Im Jahr 2001 geht die Pro-Kopf-Verschuldung dann sogar um 16,71 EUR zurück, bevor im Jahr 2002 und 2003 wieder ein Anstieg zu verzeichnen ist.

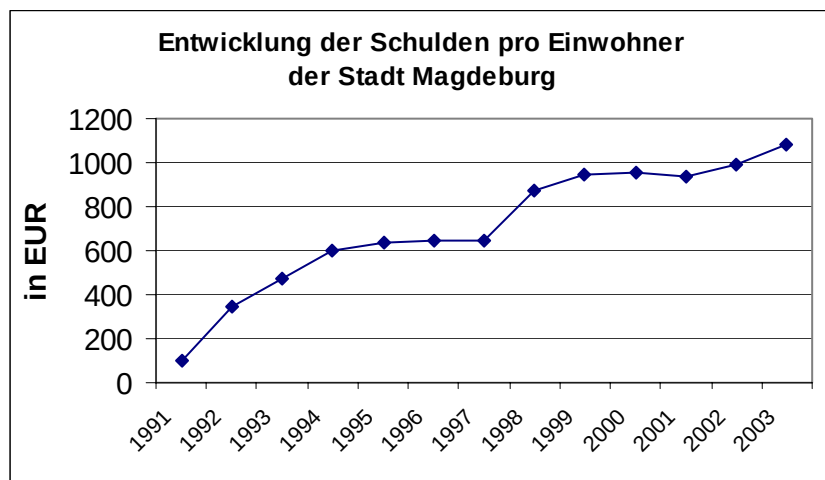


Abbildung 64: Entwicklung der Schulden pro Einwohner in Magdeburg

(Quelle: Schuldenstand der Stadt zum 30.06. des Jahres) [2]

Tabelle 90: Entwicklung der Verschuldung in Magdeburg

(Quelle: Schuldenstand 1991 – 2003; Jahresrechnungsstatistik) [2]

Jahr	Schuldenstand gesamt	Schulden pro Kopf
	in 1000 Euro	in Euro/Einwohner
1991	28 947	104
1992	93 349	341
1993	129 975	477
1994	161 477	599
1995	168 228	640
1996	164 629	644
1997	160 101	643
1998	211 884	870
1999	223 924	941
2000	222 335	952
2001	216 867	937
2002	226 720	990
2003	245 641	1079

6.4 Erwerbstätigkeit

Der Anteil der Bevölkerung, der aktiv am Erwerbsleben in der Kommune teilhat, damit seinen Lebensunterhalt verdient, unmittelbar oder mittelbar Steuern an den kommunalen Haushalt bezahlt, wird als erwerbstätig bezeichnet. Zusammen mit den Erwerbslosen ergibt sich die Anzahl der Erwerbspersonen, die theoretisch bei Vollbeschäftigung für den Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen würde. Die beiden nachfolgenden Tabellen beruhen auf Zahlen des Mikrozensus.

Tabelle 91: Erwerbstätige nach Altersgruppen (Ergebnisse des Mikrozensus) [20]

	Apr 97			Apr 02			Mai 03		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
	1000								
Erwerbstätige im Alter von ... bis unter ... Jahren									
unter 25				12,1	(6,3)	(5,8)	13,0	(6,7)	(6,3)
25 - 35				19,7	10,2	(9,6)	17,6	(9,2)	(8,3)
35 - 45				28,7	15,0	11,9	29,6	15,3	14,3
45 - 55				24	12,1	(6,2)	24,8	12,0	12,9
55 und mehr				13,6	(7,4)	(6,2)	13,3	(7,0)	(6,3)
insgesamt	104,8	55,5	49,2	98,2	51,0	47,2	98,3	50,2	48,2

Tabelle 92: Bevölkerung nach Beteiligung am Erwerbsleben (Ergebnisse des Mikrozensus) [20]

	Apr 97			Apr 02			Mai 03		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
	1000								
Bevölkerung 15 bis unter 65 Jahre	171,8	86,9	84,9	159,1	78,4	80,7	160,1	78,2	81,9
Erwerbspersonen 15 bis unter 65 Jahre	132,1	67,7	64,5	118,2	61,1	57,2	123,3	63,1	60,3
Erwerbstätige	104,8	55,5	49,2	98,2	51	47,2	98,3	50,2	48,2
Erwerbsquote	76,9%	77,9%	76,9%	74,3%	77,9%	70,8%	77,0%	80,6%	73,6%
Erwerbstätigenquote	61,0%	63,9%	58,0%	61,7%	65,1%	58,5%	61,4%	64,2%	58,9%

Trotz des Bevölkerungsrückganges und dem damit verbundenen zahlenmäßigen Rückgang der Erwerbspersonen und der Erwerbstätigen bleiben die Erwerbsquote und auch die Erwerbstätigenquote seit 1997 mit geringen Schwankungen relativ gleich. Bei derartig geringen Veränderungen können aus Zahlen des Mikrozensus keine Aussagen getroffen werden.

Im Jahr 2003 nahm die Zahl der Erwerbstätigen, die ihren Arbeitsplatz in Sachsen-Anhalt hatten, gegenüber dem Vorjahr um 2,2 Prozent auf 1 002 500 ab.

Nach Angaben des Statistischen Landesamtes waren davon besonders die abhängig Beschäftigten betroffen, zu denen die Arbeiter, Angestellte, Beamte und geringfügig Beschäftigte zählen. Hier kam es zu einem Rückgang von 2,5 Prozent.

Unter den betroffenen Wirtschaftsbereichen hatte das Baugewerbe mit 5,9 Prozent den größten Arbeitsplatzrückgang zu verzeichnen. Nur im Bereich Finanzierung, Vermietung und Unternehmensdienstleistung konnte ein Zuwachs von 1,9 Prozent erreicht werden. Unter den Selbstständigen und mithelfenden Familienangehörigen erhöhte sich durch die neuen Arbeitsförderungsmaßnahmen die Zahl der Arbeitsplätze um 1,9 Prozent auf 88 400 im Jahr 2003.

Aber auch in der Bundesrepublik kam es 2003 durchschnittlich zu einem Rückgang der Erwerbstätigen um 1,1 Prozent auf 38,25 Millionen. Dabei hatten die alten Bundesländer ohne Berlin einen Rückgang um ein Prozent und die neuen Bundesländer ohne Berlin einen Rückgang um 1,6 Prozent zu verzeichnen. Den stärksten Rückgang an Erwerbstätigkeit hatten Thüringen mit 2,5 Prozent, Sachsen-Anhalt mit 2,2 Prozent und Mecklenburg-Vorpommern mit 2,1 Prozent. Die geringsten Veränderungen der Erwerbstätigkeit im Jahr 2003 betrafen Niedersachsen mit einem Rückgang um 0,4 Prozent, sowie das Saarland und Bremen mit je 0,5 Prozent. Auch Sachsen hatte im Berichtsjahr einen unterdurchschnittlichen Verlust an Arbeitsplätzen (0,7 Prozent). [24]

Aus der Statistik der Erwerbspersonen nach dem Wohnortprinzip, die das Arbeitsamt ermittelt, können wichtige Daten über die Entwicklung der Erwerbstätigkeit in der Kommune abgelesen werden. Außerdem werden diese Zahlen zur Ermittlung der Arbeitslosenquote genutzt. Infolge der unterschiedlichen Datenbasis in den vorangegangenen Tabellen kann es beim Vergleich der Zahlen zu Differenzen kommen.

So zeigt sich seit 1997 bis zum Jahr 2003 ein Rückgang der Erwerbspersonen um 7,5 Prozent bzw. um fast 10 000 Personen. Erwerbspersonen üben eine unmittelbar oder mittelbar auf Erwerb gerichtete Tätigkeit aus oder sind auf der Suche nach einer solchen Tätigkeit (selbstständige, mithelfende Familienangehörige, Abhängige). Die Erwerbspersonen setzen sich zusammen aus den Erwerbstätigen und den Erwerbslosen.

Die Zahl der Selbstständigen war im betrachteten Zeitraum in Magdeburg Schwankungen zwischen 6 952 im Jahr 2000 und 8 824 im Jahr 1998 unterworfen, eine Tendenz war nicht erkennbar. Insofern wurde der Rückgang der Erwerbspersonen vollständig durch die abhängigen zivilen Erwerbspersonen und dabei speziell durch die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten getragen. Hier kam es zu einem Rückgang zwischen 1997 und 2003 von ca. 14 308 Beschäftigten, was einem Anteil von 15,8 Prozent entspricht. Unter den Beamten ist im gleichen Zeitraum ein Rückgang von 394 Personen (9,6 %) zu verzeichnen. Die Zahl der Arbeitslosen verringerte sich im betrachteten Zeitraum um 772 Personen, das entspricht einem Rückgang um 3,2 %.

Zu einer Zunahme in Größenordnungen kam es im betrachteten Zeitraum bei den geringfügig Beschäftigten. Hier erhöhte sich die Zahl um 5 136 Personen auf 6 714 Personen, was einem Zuwachs von 325 % entspricht. Die nachfolgende Tabelle zeigt die einzelnen Anteile an den zivilen Erwerbspersonen der Jahre 1997 bis 2003 in Magdeburg nach dem Wohnortprinzip. Bei Nutzung des Wohnortprinzips werden alle Personen gezählt, die ihren Wohnort in Magdeburg haben, egal ob sie innerhalb oder außerhalb Magdeburgs arbeiten, während beim Arbeitsortprinzip die Belegung der Arbeitsplätze in Magdeburg gezählt werden, auch wenn Personen mit Wohnsitz außerhalb von Magdeburg dort arbeiten. Die prozentualen Angaben geben die Anteile der einzelnen Gruppen bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen des Jahres an.

Tabelle 93: Erwerbspersonen nach dem Wohnortprinzip in Magdeburg

(Quelle: Arbeitsamt Magdeburg, Landeshauptstadt Magdeburg Amt für Statistik) [2]

	Stand 30.06. 1997	Stand 30.06. 1998	Stand 30.06. 1999	Stand 30.06. 2000	Stand 30.06. 2001	Stand 30.06. 2002	Stand 30.06. 2003
Alle zivilen Erwerbspersonen	128339 100,0%	126861 100,0%	127887 100,0%	123908 100,0%	122621 100,0%	119355 100,0%	118675 100,0%
davon: Selbstständige	7517 5,9%	8824 7,0%	8208 6,4%	6952 5,6%	7548 6,2%	7408 6,2%	8191 6,9%
Abhängige zivile Erwerbspersonen	120822 94,1%	118037 93,0%	119679 93,6%	116956 94,4%	115073 93,8%	111947 93,8%	110484 93,1%
davon: Sozial- versicherungs- pflichtig Beschäftigte	90708 70,7%	87167 68,7%	85643 67,0%	83882 67,7%	82252 67,1%	78878 66,1%	76400 64,4%
Arbeitslose	24436 19,0%	24108 19,0%	23775 18,6%	23346 18,8%	22497 18,3%	22681 19,0%	23664 19,9%
Beamte	4100 3,2%	4024 3,2%	3990 3,1%	3889 3,1%	3854 3,1%	3729 3,1%	3706 3,1%
geringfügig Beschäftigte	1578 1,2%	2738 2,2%	6271 4,9%	5839 4,7%	6470 5,3%	6659 5,6%	6714 5,7%
Männer	60783 47,4%	59220 46,7%	60041 46,9%	58960 47,6%	57973 47,3%	55890 46,8%	55169 46,5%
Frauen	60059 46,8%	58817 46,4%	59638 46,6%	57996 46,8%	57100 46,6%	56057 47,0%	55315 46,6%
Arbeiter	51663 40,3%	50617 39,9%	51841 40,5%	48418 39,1%	47556 38,8%	45281 37,9%	44706 37,7%
Angestellte	65059 50,7%	63396 50,0%	63848 49,9%	64486 52,0%	63654 51,9%	62937 52,7%	62072 52,3%
Deutsche	119393 93,0%	116233 91,6%	117636 92,0%	114893 92,7%	112922 92,1%	109778 92,0%	108111 91,1%
Ausländer	1429 1,1%	1804 1,4%	2043 1,6%	2063 1,7%	2151 1,8%	2169 1,8%	2373 2,0%
Jugendliche insgesamt	12354 9,6%	12937 10,2%	14158 11,1%	14908 12,0%	15209 12,4%	15249 12,8%	14311 12,1%
Jugendliche unter 20 Jahre		4162 3,3%	4881 3,8%	4910 4,0%	4816 3,9%	4994 4,2%	4147 3,5%
Jugendliche von 20 bis unter 25 Jahre		8775 6,9%	9277 7,3%	9998 8,1%	10393 8,5%	10255 8,6%	10164 8,6%

6.5 Unternehmensbestand

Nach Angaben der Industrie- und Handelskammer (IHK) waren 2003 in Magdeburg 9843 Unternehmen in verschiedenen Wirtschaftsbereichen gemeldet. Den größten Anteil mit 38,6 % hat der Dienstleistungssektor, gefolgt vom Einzelhandel mit 24,4 %. Das produzierende Gewerbe ist mit einem Anteil von 6,9 % nach dem Gastgewerbe (7,0 %) der viertstärkste Wirtschaftsbereich in Magdeburg.

Insgesamt hat die Zahl der IHK-Unternehmen zwischen 1997 und 2003 um ca. 10 % zugenommen.

Die Anzahl der Handwerksbetriebe hat sich im betrachteten Zeitraum nur geringfügig verändert.

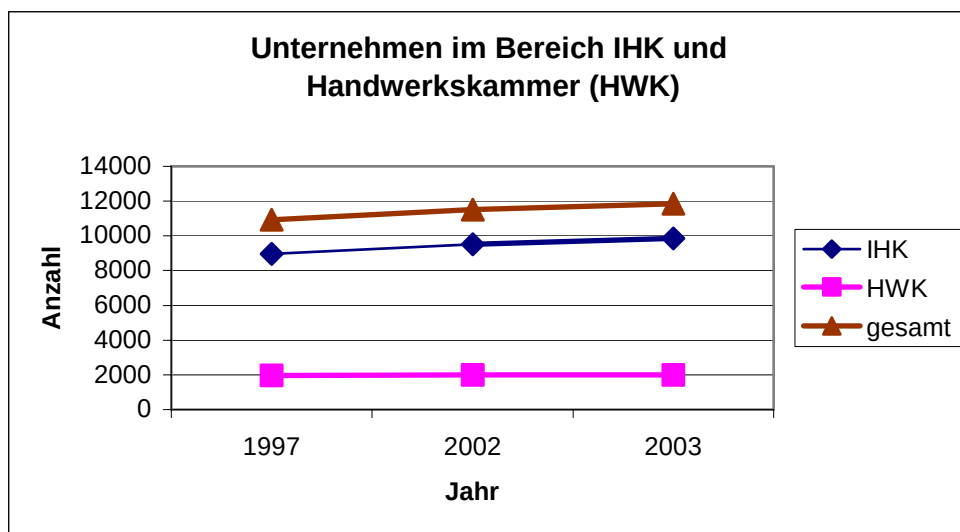


Abbildung 65: Unternehmen im Bereich IHK und Handwerkskammer (HWK)

Tabelle 94: Unternehmen im Bereich der Industrie- und Handelskammer

(Quelle: IHK Magdeburg; Landeshauptstadt Magdeburg, Amt für Statistik)

Stand jeweils 01.01. des Folgejahres	1997	2002	2003
gesamt	8972	9517	9843
Gewerbebezweige			
Landwirtschaft	50	55	64
Produzierendes Gewerbe	663	663	676
Großhandel	415	369	373
Einzelhandel	2395	2348	2400
Handelsvermittlung	346	348	346
Kreditgewerbe	62	50	46
Kreditvermittlung	160	171	157
Versicherungsgewerbe	43	45	46
Versicherungsvermittlung	730	658	686
Verkehrs- und Nachrichtenübermittlung	672	538	556
Dienstleistungen	2842	3591	3804
Gastgewerbe	594	681	689

Auch wenn der Anteil des Elektro- und Metallhandwerks seit 1997 leicht zurückgegangen ist, ist diese Handwerksgruppe mit einem Anteil von 34 % im Jahr 2003 die größte Handwerksgruppe, gefolgt vom Bau- und Ausbaugewerbe mit einem Anteil von 25 %. Neben den in der Handwerkerrolle erfassten Handwerksbetrieben sind in jeder Handwerksgruppe noch handwerksähnliche Gewerbe erfasst. Im Bau- und Ausbaugewerbe sind als Handwerksbetriebe z. B. Maurer, Betonbauer, Maler, Dachdecker, Schornsteinfeger erfasst, als handwerksähnliche Gewerbe gelten das Holz- und Bautenschutzgewerbe, Fußbodenleger und andere.

Tabelle 95: Betriebe im Bereich der Handwerkskammer

(Quelle: Handwerkskammer Magdeburg; Landeshauptstadt Magdeburg, Amt für Statistik)

Stand 31.12. des Jahres	1997	2002	2003
Handwerksbetriebe insgesamt	1960	1995	2003
Handwerksgruppe			
Bau- und Ausbaugewerbe	482	493	492
Elektro- und Metallgewerbe	741	683	667
Holzgewerbe	182	217	230
Bekleidungs-, Textil- und Ledergewerbe	98	83	87
Nahrungsmittelgewerbe	51	32	28
Gewerbe Gesundheits- und Körperpflege	312	398	419
Glas-, Papier-, Keramik und sonst. Gewerbe	94	89	80

In den Jahren 1997 und 2003 gab es in Magdeburg mehr Gewerbeanmeldungen als Gewerbeabmeldungen. Jedoch fällt auf, dass in den Wirtschaftsbereichen Industrie und Handwerk nur 1997 die Gewerbeanmeldungen überwiegen. In den Jahren 2002 und 2003 dominierten dagegen in diesen Wirtschaftsbereichen die Gewerbeabmeldungen.

Tabelle 96: Entwicklung der Gewerbeanzeigen

(Quelle: Landeshauptstadt Magdeburg, Amt für Statistik)

	1997		2002		2003	
Gewerbe- An-/ Abmeldung	Anmeldung	Abmeldung	Anmeldung	Abmeldung	Anmeldung	Abmeldung
gesamt	2592	2091	1941	2259	2379	1978
davon: Industrie	30	18	27	34	16	28
Handwerk	439	244	299	363	345	355
Handel	1031	843	749	879	803	799
darunter:						
Gastgewerbe	220	162	166	148	136	151
Reisegewerbe	72	103	13	22	16	24
sonstige	1020	883	853	961	1199	772
darunter						
Automaten-aufsteller	21	8	7	3	5	8

7 Umwelt

7.1 Flächennutzung in Magdeburg

Ein sparsamer Umgang mit Grund und Boden ist nach der Agenda 21, Kapitel 10, ein wesentlicher Bestandteil der nachhaltigen Entwicklung. Durch die Flächeninanspruchnahme für Siedlungs- und Verkehrsflächen werden die natürlichen Bodenfunktionen empfindlich beeinträchtigt. Der Boden besitzt eine Bedeutung als Lebensraum, ist Bestandteil des Wasser- und Nährstoffkreislaufes und dient dem Schutz des Grundwassers.

In der nachfolgenden Tabelle sind die Flächen der Landeshauptstadt Magdeburg nach Nutzungsarten in den Jahren 1997, 2002 und 2003 aufgeführt. Die Erhöhung der Gesamtfläche zwischen 1997 und 2002 ist auf die Eingemeindung der Ortsteile Beyendorf-Sohlen im Jahr 2001 zurückzuführen.

Tabelle 97: Flächen nach Nutzungsarten und Straßen/ Radwege

(Quelle: Landesamt für Vermessung und Geoinformation, Amt für Statistik) [2]

Quelle: Landesamt für Vermessung und Geoinformation, Amt für Statistik [2]

			Einheit	1997	2002	2003
Gesamtfläche			ha	19294,06	20092,67	20093,47
darunter:	Gebäude- und Freifläche		ha	5137,58	4935,81	4416,90
	darunter:	Wohnen	ha	3614,16	2267,05	2034,37
		Handel u. Dienstleistungen	ha	285,60	177,16	714,86
		Gewerbe u. Industrie	ha	408,40	245,70	697,03
		Mischnutzung mit Wohnen	ha	107,49	20,19	198,96
	Verkehrsfläche		ha	1630,87	1925,97	2140,19
	Landwirtschaftsfläche		ha	8726,77	8554,09	7870,65
	Waldfläche		ha	857,09	863,13	1373,95
	Erholungsfläche		ha	882,16	1573,80	2465,61
	Wasserfläche		ha	1154,34	1183,88	1307,00
Straßen			km	761,40	871,10	902,40
Radwege selbstständig			km		89,40	95,10
Radwege unselbstständig			km	186,30	229,70	221,20

Am 01.04.2001 erfolgte die Eingemeindung der Ortsteile Beyendorf- Sohlen

Entsprechend dem bundesweiten Trend, vergrößert sich auch in Magdeburg die Verkehrsfläche auf Kosten der Landwirtschaftsfläche. Neben der Vergrößerung des Straßennetzes erhöhte sich seit 1997 die Länge der Radwege.

Die zum Wohnen verbrauchte Fläche ging dagegen massiv zurück.

7.2 Lärmbelastung

7.2.1 Einleitung

Der Lärm als ein flächendeckendes, soziopsychologisches und umweltmedizinisches Phänomen bringt eine Vielzahl von chronisch Belästigten und von Hörgeschädigten hervor. Zunehmend sind in den Industrieländern vom Hörschaden durch Freizeitlärm auch Kinder und Jugendliche betroffen. Etwa 20 % der Gesamtbevölkerung sind in Deutschland so erheblich belästigt, dass der Lebensablauf und das Verhalten beeinflusst werden, was einem chronischen Psychostress gleichkommt.

Bei der Lärmwirkung, insbesondere bei der flächendeckenden Belästigung, handelt es sich im weiteren Sinne stets auch um eine medizinische Lärmwirkung.

Das Herausarbeiten von Kenntnissen über die Strategie des Lärmschutzes und die Effizienz des Bekämpfungssystems erhält in Städten der neuen Bundesländer besondere Bedeutung, weil hier der Systemwechsel des Jahres 1990 durch den Anschluss an die Bundesrepublik Deutschland auch zu einer Änderung des Lärmrechtes und des praktischen Lärmschutzes geführt hat.

Die wechselvolle Geschichte der Lärmbekämpfung in der Stadt Magdeburg ist nicht nur ein Produkt gesetzlicher oder anderer zentraler Vorgaben, sondern auch Spiegelbild der Rangfolge kommunalpolitischer Entscheidungen.

Der Widerspruch zwischen den meistens von Fachexperten gewissenhaft und dem internationalen Stand entsprechend gestalteten gesetzlichen Grundlagen und ihrer Verwirklichung war und ist in aller Regel ein Ausdruck der jeweiligen Wirtschaftskraft und des politischen Willens oder Vermögens, sie zu nutzen.

7.2.2 Lärmwirkungen und Gesundheit

In Bezug auf die neuere Gesundheitsdefinition der WHO, die Gesundheit "als ein befriedigendes Maß von Funktionsfähigkeit in physischer, psychischer, sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht und von Selbstbetreuungsfähigkeit bis ins hohe Alter" definiert, ist der genannte funktionelle Spielraum mit bewusster Kontrolle des Menschen über seine biologische und psychische Verfassung und über die Bedingungen seiner natürlichen, gegenständlichen und sozialen Umwelt durch Sinnesreize und -eindrücke gefördert oder, z. B. durch Lärm bis hin zum psychosomatischen Krankheitsbeginn beeinträchtigt. Bei Schall geht es primär immer um sinnesvermittelte Umweltwirkungen, insoweit nicht der Rezeptor selbst geschädigt wird wie beim Lärmhörschaden. Verlassen ist auch die Auffassung, dass Belästigung medizinisch nur als Durchgangsstadium zwischen Gesundheit und Krankheit zu verstehen sei. Belästigung ist an sich bereits eine Gesundheitsbeeinträchtigung.

Auf aktuellem Niveau befinden sich Untersuchungen, die bei gegen Flugschalle sensibilisierten Personen im Schlaf eine erhöhte Abgabe von Katecholaminen (Hormone, z. B. Adrenalin) feststellte.

Nach den Annahmen von Lärmforschern werden im Gehirn emotionale Erfahrungen gespeichert und man vermutet, dass ohne Wahrnehmung subsensorisch im Schlaf sich das Reaktionsmuster, das im Wachzustand unter Belästigungsgefühlen und Aversionen erfahren wurde, sich wiederkehrend bei dem jeweiligen Schlüsselreiz (hier simulierter Fluglärm bei dem Schlafproband) entwickelt.

Die aktuelle Forschung bemüht sich darum, diese Hypothese zu verifizieren, weil dann doch über die Belästigung hinaus auch im somatischen Bereich eine Wirkung nachweisbar wäre. Auf verwandter Ebene liegt ein erarbeitetes Wirkungskonzept, wonach an Verkehrsstraßen mit Durchschnittsbelastungen von 65 dB (A) eine Erhöhung des relativen Herzinfarkttrisikos auftritt. Dabei handelt es sich überwiegend um Betroffene, die sich durch diesen Schall auch erheblich belästigt fühlen.

Bei der somatischen Konsequenz „Herzinfarkt“ scheint die Bahnungsfunktion durch den chronifizierten Psychostress wesentlich zu sein. Während die letztgeschilderten neuesten Ergebnisse der Lärmwirkungsforschung populär und im Lärmschutz als Argumentation hilfreich zu werden beginnen, hat die erhebliche Belästigung als selbstständige Umweltwirkungskategorie über Jahrzehnte hinweg keine ausreichende Anerkennung als sog. „medizinische Wirkung“ gefunden. Dies trifft sowohl auf die Stadt- und Verkehrsplanung als auch auf Zivil- und Strafprozesse zu. Dabei steht auch das Grundgesetz mit Artikel 2 Pate, in dem als Grundrecht das "Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit" festgeschrieben ist. Vom Schutz vor zunächst „nur“ psychischen Beeinträchtigungen ist nicht die Rede. Als juristische Konstruktion dient die Deklaration der Psyche als Körperteil, ohne dass sie jedoch in der allgemeinen Rechtsprechung regelmäßig mit einem funktionell gestörten oder kranken Körperteil gleichgestellt wird.

7.2.2.1. Lärm und Schlaf

Schlafen ist für den Menschen ein essenzieller Vorgang, der durch Lärm empfindlich gestört werden kann. In chronischer Form sind Schlafstörungen als Gesundheitsrisiko einzustufen.

Zu den Primärreaktionen gehören:

- kurzfristige Änderungen im EEG (Nullreaktionen),
- Verflachung der momentanen Schlaftiefe (Stadienwechsel) bis hin zu
- Aufwachreaktionen,
- Veränderungen der Schlafstadienverteilung,
- Verlängerungen der Latenzzeiten (insbesondere der Einschlaf latenz),
- Zunahme (Dauer) der Zeiten hoher Muskelanspannung (Körperbewegungen),
- Verkürzung der Gesamtschlafzeit;

aber auch vegetative Reaktionen wie

- Änderungen der Atemfrequenz,
- Änderungen der Hormonausschüttung,
- Änderungen der peripheren Durchblutung;

Sekundärreaktionen sind reversible Beeinträchtigungen des Allgemeinzustandes nach dem Erwachen. Zu ihnen gehören die:

- Beeinträchtigung der physischen Verfassung,
- Beeinträchtigung der psychischen Verfassung,
- Beeinträchtigung des Schlaferlebens,
- Beeinträchtigung des Wohlbefindens,
- Beeinträchtigung der Leistung,
- Beeinträchtigung der Konzentration;

Die Beeinträchtigung des Schlafes durch Schall ist mit Veränderungen physiologischer Größen verbunden. Die Empfindlichkeit der Indikatorsysteme fällt in der Reihenfolge EEG, vegetativ-hormonelles System (Herzfrequenz, periphere Durchblutung, Hormonsekretion) und motorisches Verhalten ab. Wiederholte oder andauernde Schallreize im Schlaf bewirken eine Aktivierung des Nervensystems, die sich im EEG bei intermittierenden Geräuschen als fragmentierter Schlafverlauf (Zerstörung der Schlafzyklen) bzw. bei kontinuierlichen Geräuschen als oberflächlicher Schlaf zeigt.

Die Alarmfunktion des Gehörsinnes kann auch bei sehr leisen Geräuschen zum Erwachen führen, wenn im Geräusch eine unvertraute oder gar auf Gefahr hindeutende Information enthalten ist. Umgekehrt kann Gewöhnung an chronisch vertraute Geräusche soweit führen, dass ein unerwartetes Ausbleiben zum Erwachen führt (z. B. Ausfallen planmäßiger seltener Zugvorbeifahrten).

Bei weniger ungewöhnlichen Geräuschen tritt ein wesentlicher Anstieg der Anzahl der Aufgeweckten erst oberhalb von 40 dB(A) auf. Bemerkenswert hohe Schallpegel von 90 dB(A) und mehr können überschlafen werden, besonders auch von Kindern. Die Weckwirkung ist nicht nur von der Höhe des Schallpegels abhängig, sondern auch von dessen Abstand zum jeweiligen Grundgeräuschpegel. Die Pegeldifferenz zwischen Grundgeräuschpegel und Maximalpegel, z. B. bei nächtlichen Einzelereignissen, sollte nicht mehr als 10 dB(A) betragen.

Grundsätzlich muss die häufige Störung physiologisch programmierter Funktionsabläufe als gesundheitlich bedenklich gelten. Dies gilt auch für die Aufwachreaktionen. Lärmbedingte Wachphasen müssen als abnormal und langfristig als Gesundheitsrisiko beurteilt werden. Andererseits ist eine grobe Störung physiologischer Funktionsabläufe bereits unterhalb der Aufwachschwelle zu verzeichnen. Es ist daher wenig sinnvoll, aus einer mittleren experimentellen Weckschwelle einen hygienischen Grenzwert für den Schutz des Schlafes abzuleiten.

Die gegenwärtige Schlafforschung tendiert zu einer Erhebung von Beanspruchungsparametern (z. B. Aktivierungshormonen), verbunden mit automatisch registrierenden technischen Systemen zur Erfassung der Schallbelastung (Belastungsmonitoring) unter Berücksichtigung psychischer Einflussgrößen. Abschließende Urteile stehen noch aus.

Nach Vorschlägen von Wissenschaftlern für die World Health Organisation sollte bei kontinuierlichem Lärm ein nächtlicher äquivalenter Dauerschallpegel von $L_{eq, \text{innen}} = 30 \text{ dB(A)}$ nicht überschritten werden, um Schlafstörungen zu vermeiden. Für intermittierenden Lärm wird eine Begrenzung des Maximalpegels auf $L_{\text{max, innen}} = 45 \text{ dB(A)}$ vorgeschlagen. Vergleichbare Empfehlungen sind auch dem interdisziplinären Arbeitskreis für Lärmwirkungsfragen beim Umweltbundesamt zu entnehmen. Ein nächtlicher äquivalenter Dauerschallpegel von 30 dB(A) am Ohr des Schlafers und maximale Pegel von 40 dB(A) sind nach Ansicht des Arbeitskreises geeignet, Schlafstörungen weitgehend zu vermeiden. Diese Richtwerte schützen nicht nur einen "Durchschnittsmenschen" vor lärmbedingten Schlafstörungen, für den die Grenzwerte durchaus höher liegen könnten, sondern garantieren eine Umweltqualität, die auch den lärmempfindlicheren Mitgliedern der Gesellschaft Rechnung trägt.

Verhaltenskonsequenzen aus lärmbedingten nächtlichen Schlafstörungen sind das hygienisch unerwünschte Geschlossenhalten der Fenster auch in luftreinen Gebieten, der Konsum von Schlafmitteln und die Benutzung von Gehörschutzstöpseln. In einer Untersuchung hielt bereits ein Drittel der Befragten das Fenster ab 55 dB(A) wegen Lärms geschlossen, von diesen fühlten sich aber bei geschlossenen Fenstern immer noch 39 % stark gestört.

Im Bereich von 55 bis 60 dB(A) nahmen 15 % der Betroffenen fast täglich oder mehrmals pro Woche Schlaf- oder Beruhigungstabletten ein, gegenüber 4% Tabletteneinnehmern ohne nennenswerte Schallbelastung. Die Benutzung von Gehörschutzmitteln stieg ab 65 dB(A) signifikant mit zunehmendem Schallpegel bis auf 14 %. Die Einschlafzeit von 22.00 bis 24.00 Uhr wies den höchsten Anteil stark Gestörter auf, die häufigste gestörte "Nachtzeit" waren die Morgenstunden von 6.00 bis 8.00 Uhr. Offenkundig kollidieren in diesen Morgenstunden Biorhythmus und soziale Verhaltensmuster.

Die Differenzierung der 24 Stunden eines akustischen Tages in einen Nachtabschnitt von 22 bis 6 Uhr und einen Tagesabschnitt von 6 bis 22 Uhr bedarf der Einfügung mindestens eines im Soziorhythmus der meisten Menschen unserer geografischen Breite noch zusätzlich erkennbaren besonderen Abschnittes: desjenigen im Übergang vom Tag in die Nacht, der u.a. durch das Zubettgehen der Kinder, aber auch erhöhten Ruhebedarf Erwachsener gegenüber anderen Tageszeiten gekennzeichnet ist. Ob man ihn um 18 oder um 20 Uhr beginnen lässt, mag dahingestellt bleiben.

Die Beeinträchtigung des Schlafes durch Lärm, die heute von vielen Menschen, oft chronisch, erlebt wird, stellt eines der überzeugendsten Argumente für Maßnahmen des Lärmschutzes dar. Besonders der Arzt sollte dieses Argument in seinem fachlichen und gesellschaftlichen Einflussbereich geltend machen.

7.2.3 Elemente und Instrumente der Lärmbekämpfung

Unter Elementen der Lärmbekämpfung sollen im Folgenden Gegebenheiten verstanden werden, die von vornherein die Lärmbekämpfung determinieren, wie zum Beispiel physikalische Gesetze (z. B. Ausbreitungsrichtung, Schalleigenschaften und Abhängigkeiten wie Dämpfung, Reflexion usw.).

Von elementarer Bedeutung sind auch vorhandene Stadtstrukturen, insofern sie z. B. bei den Schallimmissionsplänen gemäß Bundesimmissionsschutzgesetz die Basis für die abzuschätzenden Schallimmissionen und die Lärminderungspläne bilden.

Auch die Menschen als Rezipienten des Schalls in ihrem nationalen und historischen Kontext sind ein gegebenes und zugleich sehr variables Element, wenn man z. B. an die geringere Schallempfindlichkeit von Südländern oder Bewohnern der Karibik denkt. Auch der Mensch als Schallproduzent ist von elementarem Charakter.

Als Instrumente hingegen sind alle materiellen und nicht gegenständlichen Dinge und Abläufe zu betrachten, mit deren Hilfe die jeweilige Situation beeinflusst werden kann. Dies trifft u. a. auf die Stadt- und Verkehrsplanung, auf die Legislative und Exekutive, auch auf technische Bekämpfungsmöglichkeiten wie Schallschutzwände und Schallschutzfenster zu.

Im Folgenden wird ein systematischer Vergleich derartiger Elemente und Instrumente unter Berücksichtigung des historischen Wechsels von Ausgangspunkten und Wegen ohne den Anspruch der Vollständigkeit unternommen.

7.2.3.1 Elemente der Lärmbekämpfung

Gemäß quadratischem Abstandsgesetz treten bei punktförmigen Schallquellen Schallimmissionsminderungen von jeweils 6 Dezibel bei Verdoppelung der jeweiligen Entfernungen auf, bei bandförmigen Schallwellen hingegen nur 3 Dezibel.

Ebenso lässt sich die Tatsache der Dämmung durch Reflexion als auch der Dämpfung durch Schallabsorption beim Durchgang durch Hindernisse bei der Lärmbekämpfung nutzen.

Praktische Beispiele sind Lärmschutzwände, mit vorwiegender Dämmung (teilweise auch Dämpfung), Schallschutzfenster (Dämmung und Dämpfung) und Schallschluckelemente (Schalldämpfung).

In der historischen Entwicklung hat die Nutzung von *physikalischen Elementen* der Lärmbekämpfung vor der Wende wegen der damit verbundenen beträchtlichen Kosten eine geringe Rolle gespielt. Schallschutzfenster gehörten in der DDR zu den Privilegien bzw. zu Sonderausstattungen für Spitzenhotels und Spezialbauten (Theater, Konzertsäle). Andererseits war der Effekt des Einsatzes der Nutzung dieser Elemente unbestritten und wo immer möglich wurde sie auch in Magdeburg angewendet.

Wenn hier auch die *Stadtbevölkerung* unter "Elemente" subsumiert wird, so nur in dem Sinne, dass sie mit ihren akustischen Gewohnheiten und Verhaltensweisen in gewisser Weise über längere Zeiträume ein Fixum darstellt.

Wenn man schließlich eine *Stadtstruktur* als Element der Lärmbekämpfung betrachtet, so ist mit der Schallschattenwirkung bestimmter Bauten, mit der Kanalisations- und Reflexionswirkung für Schall an mehr oder weniger eng bebauten Straßen, an ausgedehnte Grünflächen und Grünanlagen als schallminderndes Ausbreitungsgebiet u. a. m. zu denken.

Aus den schon erwähnten Kostengründen war die Stadt Magdeburg jedoch vor der Wende nicht in der Lage, wesentlich die Lärmbekämpfung durch Stadtbau- und Straßenbaugestaltung positiv zu beeinflussen. Die „Westtangente“ ist hierfür ein klassisches Beispiel. Sie wurde für das Wohngebiet Olvenstedt zur Sekante bzw. zur Mittelachse, die nach beiden Seiten den Verkehrslärm auf die ursprünglich nur mit Verbundfenstern ausgestatteten Wohnfassaden verteilte.

Nach der Bereitstellung erheblicher Mittel aus dem Aufbau Ost war es ab 1990 möglich, jahrzehntelange Defizite in der Stadtgestaltung u. a. durch Eingriffe an der Trasse zu beheben. Dafür sind die Schallschutzaufbauten in Bereichen des Magdeburger Ringes besonders charakteristisch.

Andererseits ist durch die seit 1990 einsetzende massive Neugestaltung mit zahlreichen Neubauten, der Füllung von Baulücken, Veränderungen von Straßenführungen, schallweiche Straßenbeläge usw. für die Lärmbekämpfung eine Situation eingetreten, bei der diese Veränderungen selbst teilweise (z.B. Verlängerung des Westringes nach Westen) einen Schallschutzbedarf hervorrufen.

7.2.3.2 Instrumente der Lärmbekämpfung

Eine symbolische Darstellung der Lärmbelastung eines bestimmten Territoriums fand in den Lärmkarten ihren Ausdruck. Anhand einer solchen Lärmkarte war die Belastung der Bevölkerung durch Straßenverkehrs- und Industrielärm von Stadtgebieten, der Anwohner von Verkehrsstraßen sowie von Gebäuden mit besonderem Ruheanspruch wie Schulen, Krankenhäuser u. ä. feststellbar.

Aus einer Lärmkarte waren auch wichtige Informationen zur aktuellen Lärmsituation in Vorbereitung baulicher Veränderungen verschiedener Art ersichtlich. Zur Beurteilung der Verkehrslärmsituation wurde der Schalldruckpegel im Stadtzentrum, in den sich an das Zentrum anschließenden Hauptverkehrsstraßen, in den Sammelstraßen und in einigen Anliegerstraßen herangezogen.

Während die angegebenen Dauerpegel die Lärmbelastung der der Verkehrsstraße zugewandten Häuserfronten relativ exakt kennzeichneten, war die Lärmsituation in den hinter den unmittelbaren Anliegergebäuden befindlichen Bebauungsgebieten nicht ersichtlich. Die Lärmausbreitung hängt jedoch wesentlich von der Beschaffenheit der Straßenrandbebauung ab.

Die erste Lärmkarte von Magdeburg, aus einem Tag- und einem Nachtexemplar bestehend, datiert aus dem Jahre 1967, war das Produkt der Tätigkeit von 2 Doktoranden der Medizin. Die beiden vorgelegten Dissertationsschriften enthalten zu den gemessenen und aus Verkehrszählungen abgeschätzten Schallpegelwerten detaillierte Bewertungen. Die eigentlichen Gesamtkarten wurden im damaligen Büro des Stadtarchitekten gefertigt. In diesem Büro sollten sie eigentlich bei der Stadtplanung ständig genutzt werden. Zu dieser gewünschten Form der Nutzung der Karten kam es jedoch praktisch nicht. Lärm wurde damals durchaus nicht von allen Architekten und Verkehrsplanern als planungswesentlich anerkannt.

Besonders bedauerlich war die grundsätzliche Unterlassung verkehrsorganisatorischer Maßnahmen, mit denen schon zum damaligen Zeitpunkt eine weniger belastende Verkehrssituation in ausgewählten bewohnten Straßen zu erreichen gewesen wäre. Allerdings bewirkte die Bekanntgabe des Existierens einer Magdeburger Lärmkarte eine Diskussion in der Bevölkerung und in der Lokalpresse, die zur Förderung des damals erst im Keimstadium befindlichen Umweltbewusstseins beitrug.

Jahre später (1984) hat die Bezirkshygieneinspektion Magdeburg eine aktualisierte Magdeburger Lärmkarte erarbeitet. Grundlage waren Ergebnisse von Verkehrszählungen des Jahres 1972 und ca. 9000 L_{eq} -Meßwerte aus dem Jahre 1974. Durch 152 Messstellen, die fast über das gesamte Stadtgebiet verteilt waren, wurde gesichert, dass nahtlose Übergänge zwischen den zu messenden Straßen bestanden. Im Gegensatz zu diesem auf der Basis des inzwischen international entwickelten sog. äquivalenten Dauerschallpegels erarbeiteten Dokumentes war das Bewertungskriterium der ersten Lärmkarte der arithmetische Mittelwert der Spitzenwerte. Die Vergleichbarkeit beider Lärmkarten war dennoch gegeben im Phänomen der weitgehenden Unwirksamkeit, denn mit dieser zweiten Auflage wurde ebenso wenig systematisch gearbeitet wie mit der Ersten.

Nach dem Wortlaut des § 47a des Bundesimmissionsschutzgesetzes sind die Gemeinden verpflichtet, einen Lärmminderungsplan zu erstellen, "wenn in Wohngebieten und anderen schutzwürdigen Gebieten nicht nur vorübergehend schädliche Umwelteinwirkungen durch Geräusche hervorgerufen werden oder zu erwarten sind und die Beseitigung oder Verminderung ein abgestimmtes Vorgehen gegen verschiedenartige Geräuschquellen erfordert." Der erste Schritt zum Lärmminderungsplan ist die Feststellung der gegenwärtigen Lärmsituation und zwar zunächst unter den Haupt-Lärmquellen Straßenverkehr, Schienenverkehr, Gewerbe- und Freizeitlärm. Dazu stellt man die Lärmbelastung, die sich durch einzelne oder das Zusammenwirken mehrerer Lärmquellen ergibt, in so genannten Schallimmissionsplänen flächendeckend dar.

Aufgrund von Verkehrszählungen und Verkehrsprognosen werden die zu erwartenden Schallpegel rechnerisch in relativ komplizierten Verfahren sehr genau abgeschätzt. Die insgesamt zu erwartende Lärm-Prophylaxe bezieht sich auf Abstandsregelungen und Ausbreitungshindernisse, bei dem meist zu geringem Raumangebot erschöpft sie sich jedoch meistens in sekundärem Schallschutz, wie Schallschutzfenstern und Schallschutzaufbauten an den Trassen.

So scheint es sich bei der Schallschutzwand am Magdeburger Ring in Richtung Norden an der B 189 um eine Maßnahme nach der 16. BImSchV zu handeln, die sich bekanntlich nur bei Wesentlichkeit einer Veränderung schallschutzrechtlich zwingend macht. Eine solche wesentliche Veränderung war hier durch eine zusätzliche Anbindung an die Autobahn gegeben.

Die gegenwärtig diskutierte generelle Einführung der 30 km/h - Geschwindigkeit auf allen Magdeburger Straßen muss akustisch nicht zwingend zur erheblichen Verringerung der Belästigung in Nebenstraßen führen, bei denen eine durchschnittliche Geschwindigkeit von 40 km bis 50 km/h in aller Regel nicht überschritten wurde. Wie umgekehrt die 30 km/h - Regelung auf breiten Hauptstraßen realisiert werden soll, dürfte ein kommunales Politikum darstellen.

Jedoch würde es auf eben diesen Straßen (z. B. Erzberger Straße, Krankenhaus Altstadt) zu einer Abnahme von schätzungsweise 10 Dezibel führen, was durchaus für die Betroffenen deutlich zu Buche schlagen würde.

Man kann den Unterschied zwischen der früheren und der jetzigen Handhabung des kommunalen Lärmschutzes in den neuen Bundesländern anhand der Lärmkarten durchaus kennzeichnen.

Während diese Karten in der Vorwendezeit nur von Organen der Hygieneinspektion und nahe stehenden Instituten eingemessen, dargestellt und popularisiert wurden und auch zuständigen Instanzen zur Nutzung angeboten wurden, obliegt nach Bundesimmissionsschutzgesetz die Erstellung von Schallimmissionsplänen den Gemeinden, was heute nicht mehr durch Messung sondern durch prospektive Berechnungen aus dem erwarteten Verkehrsaufkommen geschätzt wird. Das dafür vorliegende mathematisch-physikalische Rüstzeug bedarf nicht der Mitwirkung eines dem Gesundheitswesen nahe stehenden Spezialisten. Während im bundesrepublikanischen Rechtsstaat u.U. ein einziger kompetenter Mitarbeiter eines Umweltamtes alleine in der Lage ist, eine Lärmbeschwerde zu bearbeiten, war es für die Vorwendezeit typisch, breite gesellschaftliche Kreise an nahezu allem zu beteiligen.

Gegenwärtig existieren in den neuen Bundesländern für sehr viele Städte und Gemeinden die im Bundesimmissionsschutzgesetz geforderten Schallimmissionspläne. Die Umarbeitung in Lärminderungspläne hingegen ist noch nicht vollständig gelungen und deren Umsetzung wiederum ist eine Angelegenheit des sog. „schrittweisen“ Vorankommens. Die darin ausgewiesenen Maßnahmen, die bis zu Umgehungsstraßen reichen, können nur in Abhängigkeit der zur Verfügung stehenden oder noch zur Verfügung gestellten Mittel in die Wirklichkeit umgesetzt werden. Somit werden die Bürger auch in Magdeburg an einigen Straßen noch etliche Jahre mit den hohen Verkehrslärmpegeln leben müssen, weil hier die zwingende Rechtsnorm der 16. BImSchV nicht greift.

Maßgebend für die Beurteilung von Gewerbe- und Industrielärm sind die "Technische Anleitung zum Schutz gegen Lärm" (TALärm) und die VDI-Richtlinie 2058/1 "Beurteilung von Arbeitslärm in der Nachbarschaft". Die in beiden Dokumenten festgesetzten Richtwerte sind Immissionswerte im Sinne des § 48 Nr.1 BImSchG. In der Verwaltungspraxis haben sie den Charakter von Grenzwerten.

Im Folgenden werden die erstaunlich nah beieinander liegenden historischen Werte der DDR-Gesetzesnormen den jetzt gültigen der BRD gegenübergestellt.

Tabelle 98: Vergleich der Immissionsrichtwerte beim sog. Nachbarschaftslärm in der BRD und der DDR

BRD		DDR	
Gebietsdefinition nach TALärm und nach VDI 2058 Blatt 1	Immissionsrichtwerte in dB (A)		
	Tag	Nacht	
Kurgebiet Erholungsgebiet Pflegeanstalten	45	35	45 35
Wohngebiet	50	35	50 40
Mischgebiet mit Wohnungen und gewerblichen Anlagen (gleiche Verteilung)	60	45	55 45
Gebiete nur mit gewerb- lichen oder industriellen Anlagen	70	70	60 50

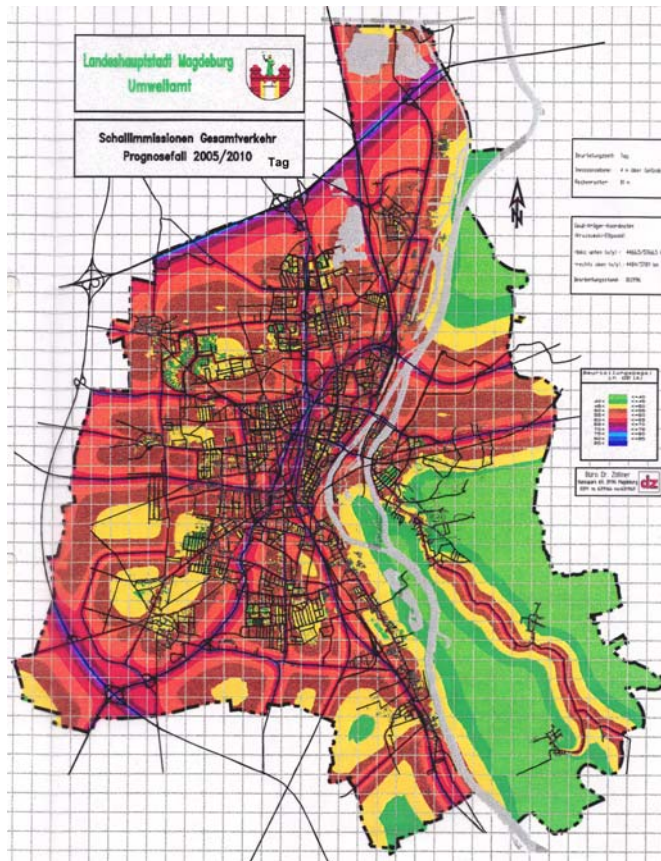
Auf den ersten Blick suggerieren die nahezu identischen Zahlenwerte weitgehende Übereinstimmung. Es muss jedoch angemerkt werden, dass die DDR-Regelung zwar nicht streng genug gehandhabt wurde, andererseits aber den Verkehrslärm integrierte, was die Umsetzung außerordentlich erschwert. Das bundesdeutsche Recht hingegen bezieht sich in der TALärm ausschließlich auf den Schall von Anlagen nicht von Kraftfahrzeugen und auch die Gebietseinteilungen der weitgehend identischen, mindestens aber analogen DIN-Normen sind ebenfalls nicht auf den Verkehrslärm bezogen. Hier müsste das Instrument der Lärminderungspläne greifen, in denen die Verkehrslärberechnung eine wesentliche Rolle spielt.

7.2.4 Schallimmissionspläne Magdeburgs

Für die Stadt Magdeburg existieren eine Reihe von Schallimmissionsplänen, die zu Beginn der 90er Jahre entstanden sind und sich zu den aktuellen Prognosen 2005/2010 entwickelt haben.

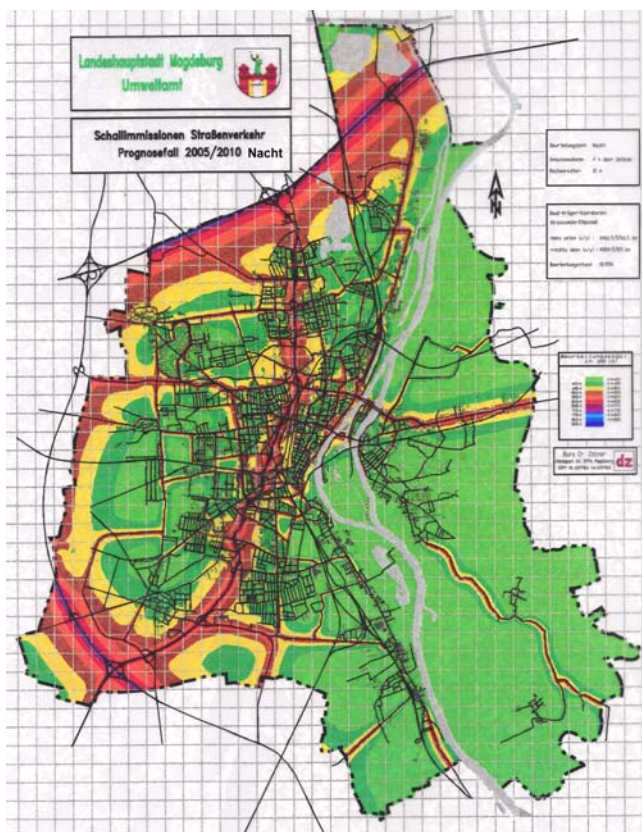
Die Analyse der Lärmsituation soll durch die Erstellung von "Schallimmissionsplänen" für die jeweiligen Emittentenarten (Straßen- und Schienenverkehr, Industrie und Gewerbe, Flugverkehr, usw.) erfolgen. Schallimmissionspläne sind eine flächenhafte farbige Darstellung der Lärmimmissionen. Sie sollen den "Lärm sichtbar machen" und eine übersichtliche Entscheidungshilfe für die frühzeitige und langfristige Berücksichtigung des Lärms in der Raumordnung, der Bauleitplanung, der Planung und Sanierung von Verkehrswegen usw. liefern. Nach der Aufstellung der Schallimmissionspläne ist der eigentliche "Lärminderungsplan" anzufertigen. Der Lärminderungsplan soll Aussagen enthalten, welche planerischen, gestalterischen und baulichen Maßnahmen zur Lärmsanierung und Lärmvorsorge in den lärmbelasteten schützenswerten Gebieten anzustreben sind. Beim Bau oder der wesentlichen Änderung von öffentlichen Straßen- und Schienenwegen ist zum Schutz der Nachbarschaft vor schädlichen Umwelteinwirkungen durch Verkehrsgeräusche sicher zu stellen, dass der Beurteilungspegel den jeweiligen Immissionsgrenzwert nicht überschreitet. Der jeweils anzusetzende Immissionsgrenzwert ist vom betrachteten Beurteilungszeitraum (Tag- bzw. Nachtzeitraum) und von der jeweiligen Gebietsausweisung bzw. der tatsächlichen Nutzung abhängig. Der Tagzeitraum erstreckt sich über 16 Stunden von 6.00 bis 22.00 Uhr, der Nachtzeitraum über 8 Stunden von 22.00 bis 6.00 Uhr. Die Immissionsgrenzwerte gemäß der 16. BImSchV sind im Folgenden angegeben:

- Gewerbegebiete: 69 dB(A) Tag, 59 dB(A) Nacht
- Kern-, Dorf-, Mischgebiete: 64 dB(A) Tag, 54 dB(A) Nacht
- Reine und Allgemeine Wohngebiete und Kleinsiedlungsgebiete: 59 dB(A) Tag, 49 dB(A) Nacht
- Krankenhäuser, Schulen, Kurheime und Altenheime: 57 dB(A) Tag, 47 dB(A) Nacht.



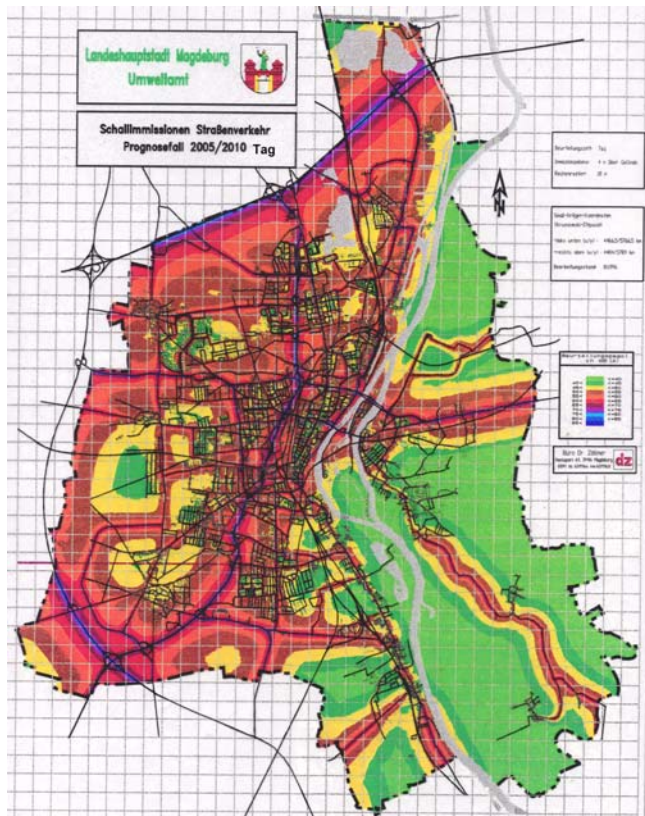
In dieser Grafik ist der Schallimmissionsplan Magdeburgs in der Prognose 2005/2010 abgebildet (Gesamtverkehr). In der Tag-Darstellung wird die hervorgehobene Rolle des Verkehrslärms einer Stadt deutlich.

Abbildung 66: Schallimmissionsplan Magdeburg Prognose 2005/2010 Gesamtverkehr Tag



Hier ist der Schallimmissionsplan in der Prognose 2005/2010 für den Straßenverkehr als Nachtdarstellung abgebildet. Auch nachts verzeichnen wir deutliche Schallpegel entlang der Verkehrstrassen. Im übrigen Gebiet stellt sich eine Verkehrsberuhigung mit teilweise unerheblicher Lärmbelastung dar.

Abbildung 67: Schallimmissionsplan Magdeburg Prognose 2005/2010 Straßenverkehr Nacht



Dieses Bild zeigt den Schallimmissionsplan der Stadt Magdeburg für den Straßenverkehr in der Tag-Situation. Im Unterschied zur ersten Abbildung (Gesamtverkehr) kommt hier lediglich der Straßenverkehr zur Darstellung. Es ist sichtbar, dass der Verkehrslärm den größten Anteil an der städtischen Schallimmission verzeichnet. Der Lärm durch Schienenfahrzeuge erhöht über den Tag gerechnet die Lärmbelastung nur geringfügig.

Abbildung 68: Schallimmissionsplan Magdeburg Prognose 2005/2010 Straßenverkehr Tag

7.2.5 Das Neubaugebiet Olvenstedt

Am Beispiel eines Neubaugebietes der Stadt Magdeburg soll erläutert werden, auf welchen Wegen sinnvolle Lärmschutz-Lösungen in Gebieten mit hoher Bevölkerungskonzentration möglich sind.

Dieses zunächst als Experimentalwohngebiet bezeichnete Musterbeispiel für Wohnneubauten stellte die Planer und Organisatoren in den 70er Jahren vor neue Aufgaben.

Ein Novum für die Stadt Magdeburg stellt der im Vorfeld der Baumaßnahmen ausgearbeitete "Leitplan Magdeburg Olvenstedt" dar, in dem Überlegungen zur territorialen Verteilung von Lärmtrassen und Ruhegebieten einerseits und zur Minderung der Schallausbreitung in Gestalt von Schallschutzwänden und Schallschutzfenstern andererseits zum Tragen kommen.

Hierbei wurde einem wichtigen Prinzip der Umwelthygiene Rechnung getragen, wonach bereits in der Planungsphase die Belange des Lärmschutzes zu beachten sind und keine Beschränkungen auf reparative Maßnahmen nach Ende der Bauarbeiten erfolgen darf, die oftmals nach Abschluss der Investitionen nur mit großem Aufwand durchführbar sind. Im Neubaugebiet Olvenstedt haben der Fußgänger und der öffentliche Personen- und Nahverkehr deutliche Priorität. Davon zeugt ein umfangreicher Fußgängerbereich, der das gesamte Gebiet durchzieht. Entlang dieser Trasse findet sich eine Konzentration gesellschaftlicher Einrichtungen.

Durch sinnvolle Wegebeziehungen, Haltestellen - Einkaufen - Wohnungen bzw. Wohnungen - Kindereinrichtung - Haltestelle, ist es gelungen, den privaten Personenkraftwagenverkehr aus dem eigentlichen Wohnbereich herauszulösen. Das trifft auf den ruhenden Verkehr allerdings nicht durchgehend zu. Ein gesondertes Radwegnetz hatte gleichfalls Neuigkeitswert für Neubaugebiete. Die in den Planungsprozess einbezogenen Fragen des Lärmschutzes konzentrierten sich ferner auf die Schaffung eines Systems der

Verkehrsberuhigung in den Wohnbereichen. Durch das Prinzip der Stichstraßen sollte der lärmintensive Durchgangsverkehr ausgeschlossen werden.

Diese Stichstraßen waren anfangs noch getrennt in Bereiche für Fußgänger, Radfahr- und Autoverkehr. Später entstanden in diesen Bereichen Mischverkehrsflächen, die nach verkehrsgeometrischen Gesichtspunkten geordnet waren. Eine Bindung der Verkehrsteilnehmer an die genannten Bereiche einschließlich des ruhenden Verkehrs (Parkflächen) wurde zugunsten einer gleichberechtigten Verkehrsführung aufgehoben. Die Kraftfahrer wurden dadurch zu erhöhter Aufmerksamkeit gezwungen; die meisten reduzierten ihre Fahrgeschwindigkeit. Die Folgen sind mehr Sicherheit und eine geringere Lärmemission. Die Straßenverkehrsordnung hatte sich auf diese neue Form der Verkehrsorganisation damals noch nicht ausreichend eingestellt. Dies bezog sich sowohl auf Verkehrszeichen und Verkehrsleiteinrichtungen, als auch auf rechtliche Situationen, wie z. B. die Schuldfrage bei Unfällen.

Eine andere Möglichkeit der Verkehrsberuhigung stellten Einbauten in die Fahrbahnmitte (z. B. Bäume) dar. Da der Kraftfahrer in dieser Situation optisch auf ein Hindernis zufährt, reduziert er gleichfalls seine Geschwindigkeit. Ähnliches war mit optisch wirksamen Fahrbahnmarkierungen erreichbar.

Zu den wichtigsten Lärmverursachern im Neubaugebiet Olvenstedt gehört die Straßenbahn. Aus lärmhygienischer Sicht vorteilhaft ist die Lage der Straßenbahnlinie in der zentralen Achse des Wohngebietes.

Parallel hierzu verlaufen die Hauptzubringerstraßen, sodass dem Prinzip "Lärm zu Lärm" Rechnung getragen wird. Die in frühen Planungsphasen diskutierten Varianten der Absenkung des Gleisbettes und des Baues einer durchgehenden Lärmschutzmauer wurden aus überwiegend ökonomischen Gründen verworfen. Der in der damals gültigen TGL 10 687 geforderte Mindestabstand von 46 m zur angrenzenden Wohnbebauung war im Neubaugebiet eingehalten.

Die beschriebenen stadt- und verkehrsplanerischen Novitäten der ehemaligen DDR stellten interessante Lösungsversuche für das städtische Lärm- und Verkehrsraumproblem dar, erscheinen aus hygienischer Sicht jedoch zumindest in Bezug auf die Luftverunreinigung bedenklich. Dieses Bedenken trifft jedoch generell auf nahezu alle in den neuen Bundesländern entstandenen Neubaugebietslösungen zu, in denen der schadstoff-emittierende Kraftfahrzeugverkehr in den unmittelbaren Aufenthalts- und Lebensbereich der Bürger eindringt.

7.2.6 Zusammenfassung

Lärmbelastungen sind seit alters her ein Thema, das die öffentliche Ordnung und Sicherheit zu stören geeignet war oder die nachbarschaftlichen Beziehungen beeinträchtigen konnte. Heute begegnet der Mensch dem Lärm praktisch in allen Lebensbereichen. Bei allen technischen Vorgängen entstehen Geräusche: Die Luft wird zu Schwingungen angeregt, diese Schwingungen werden unter Abschwächung in der Luft weitergeleitet und das Gehörorgan verarbeitet die Schallwellen als akustische Signale und vermittelt die mit der Eigenart der Schallwellen verbundenen Informationen. Der Informationsgehalt kann beim Empfänger Emotionen auslösen, die die auftretenden Geräusche als angenehm oder negativ - als Lärm - erscheinen lassen.

Lärm als störender oder gesundheitsschädlicher Schall definiert, ist aber in erster Linie kein Umweltproblem, sondern ein Gesundheitsproblem. Allerdings gewinnt der Lärmschutz über einen weiten Begriff der Gesundheit auch für den Umweltschutz an Bedeutung, weil im Fall des Lärms die zivilisatorischen Aktivitäten zwar die natürlichen Lebensgrundlagen nicht wesentlich beeinflussen, doch den Menschen als Teil der Natur in seinem umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden zu beeinträchtigen vermögen.

7.3 Die Schadstoffbelastung der Luft

Die Luft dient gleichermaßen zur Versorgung des Menschen mit lebenswichtigem Sauerstoff wie auch für die Industrie, den Straßenverkehr u. a. zur Entsorgung von Abgasen. Sie ist eine natürliche Lebensgrundlage, die nur begrenzte Regenerationsfähigkeit in einem empfindlichen Gleichgewicht besitzt. Luftschadstoffe, die vom Menschen weitgehend ungefiltert aufgenommen werden, bedingen eine Vielzahl von Krankheitsrisiken, sind aber auch langfristig für globale Klimaveränderungen, Zerstörung von Bausubstanz etc. verantwortlich. In der europäischen Union wurden Umweltziele zur Einhaltung der Luftqualität und weiteren Absenkung der Emissionen gefasst, die in Bundesrecht umgesetzt wurden und damit die Voraussetzung für eine weitere Verbesserung der Luftqualität schaffen.

Quellen der Luftverunreinigung sind vorrangig Industrieanlagen, Hausbrand und Kleinheizungsanlagen sowie verkehrsbedingte Emissionen, wobei in allen Bereichen in den letzten Jahren eine Veränderung des Schadstoffausstoßes erfolgte. Die Emission von Luftschadstoffen aus Industrieanlagen hat seit 1989 um Größenordnungen abgenommen. Bei den Heizungsanlagen wird die traditionelle Braunkohle durch Erdgas, Heizöl und Strom abgelöst. Die verkehrsbedingten Emissionen werden von den schadstoffärmeren Kraftfahrzeugen und Kraftstoffen, aber auch von der in den letzten Jahren gestiegenen Kraftfahrzeuganzahl sowie der damit gefahrenen Strecken beeinflusst.

Um die Belastung der Luft durch Schadstoffe bewerten zu können, steht eine Vielzahl verschiedener Bewertungsmaßstäbe zur Verfügung. Diese haben eine sehr unterschiedliche Verbindlichkeit, die sich von Festlegungen in Rechtsvorschriften bis hin zu Empfehlungen (Erkenntnisquelle) erstreckt. Als Rechtsvorschriften stehen das Bundes-Immissionsschutzgesetz (BImSchG) und die entsprechenden Durchführungsverordnungen (BImSchV) zur Verfügung. Große Bedeutung besitzt nach wie vor als Allgemeine Verwaltungsvorschrift die Technische Anleitung zur Reinhaltung der Luft (TA Luft).[25] Für die in diesen Verordnungen angegebenen Grenzwerte wurden bestimmte Übergangsfristen angegeben, auf die hier nicht näher eingegangen wird. Daraus ableitend kann durch die in den betrachteten Jahren (2003, 2002 und 1997) unterschiedlichen Grenzwerte keine Bewertung von Grenzwertüberschreitungen vorgenommen werden, da in den zu vergleichenden Jahren teilweise unterschiedliche Grenzwerte Gültigkeit besaßen.

In Magdeburg wird durch 4 Messstationen die Schadstoffkonzentration der Luft gemessen. Von den drei Stadtgebietsstationen befinden sich zwei in Altbauwohngebieten, in der Schönebecker Straße (MGSO) und in der Hans-Löscher-Straße (MGWW). Die dritte Stadtgebietsstation arbeitet in der Außenstelle des Landesamtes für Umweltschutz am Walloner Berg (MGCO). Eine Verkehrsstation ist am Damaschkeplatz (MGVC) untergebracht.

Es wurden nicht alle der nachfolgend aufgeführten Schadstoffe an allen Stationen über den gesamten Betrachtungszeitraum 1997, 2002 und 2003 erfasst. Einige Messgeräte für bestimmte Schadstoffe wurden während des Betrachtungszeitraumes abgebaut, um die Anpassung des Messnetzumfangs an die Mindestanforderungen der EU-Richtlinien auf dem Gebiet der Luftqualität herzustellen.

Die Schadstoffkonzentration wird als Mittelwert in $\mu\text{g}/\text{m}^3$ bzw. mg/m^3 und als 98-%-Perzentil angegeben. Das 98-%- Perzentil sagt aus, dass 98% aller Messwerte kleiner als dieser Wert sind (gasförmige Komponenten wurden bis 1998 auf $T = 0^\circ\text{C}$ normiert, ab 1999 auf $T = 20^\circ\text{C}$, Ozon normiert auf $T = 20^\circ\text{C}$).

7.3.1 Schwefeldioxid SO₂

Schwefeldioxid ist ein Reizgas, das nur gering wasserlöslich ist. Es bildet an den feuchten Schleimhäuten der Atmungsorgane und der Augen Schweflige Säure. Besonderer Angriffspunkt sind die Bronchien. Durch Kontraktion der Bronchusmuskulatur wird die Atmung nachteilig beeinflusst. Gefährdet sind dabei besonders Asthmatiker und Kleinkinder. Nach der 22. Bundesimmissionsschutzverordnung (BImSchV) vom 18.09.2002 wurde für Schwefeldioxid der Grenzwert bei Mittelung über eine Stunde auf 350 µg/m³ mit 24 zulässigen Überschreitungen pro Jahr und bei Mittelung über 24 Stunden auf 125 µg/m³ mit drei zulässigen Überschreitungen pro Jahr festgelegt. Für den Schutz von Ökosystemen gibt es außerdem noch einen Grenzwert für Schwefeldioxid von 20 µg/m³ im Winterhalbjahr. Schwefeldioxid entsteht hauptsächlich bei der Verbrennung von schwefelhaltigen Energieträgern (Kohle, Heizöl).

Tabelle 99: Schwefeldioxidkonzentration

(Quelle: Landesamt für Umweltschutz Sachsen- Anhalt) [26]

Messstation	Jahresmittel			98% Perzentil		
	1997	2002	2003	1997	2002	2003
	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³
Walloner Berg	11	2,1**	2,1*	57	15	12
Schönebecker Straße	10			43		
Hans-Löscher-Straße	13	2,1**	2,1*	54	17	13

* gestörter Wert, d.h. die Anzahl der Messwerte liegt zwischen ½ und ¾ der möglichen Messwerte

** bei Werten kleiner als die Nachweisgrenze wurde 1/2 Nachweisgrenze eingesetzt

7.3.2 Kohlenmonoxid CO

Kohlenmonoxid ist ein Atemgift, das die Sauerstoffaufnahme und den Sauerstofftransport im Blut behindert und damit zur Unterversorgung des Organismus mit Sauerstoff führt. Der Sauerstoffmangel kann zu Schädigungen des Organismus, vorrangig des Zentralnervensystems führen.

In der 22. BImSchV wird für Kohlenmonoxid ein Grenzwert von 10mg/m³ festgelegt. Dieser Wert wird als gleitender Mittelwert über 8 Stunden in Stundenschritten berechnet.

Kohlenmonoxid entsteht bei unvollständiger Verbrennung von fossilen Energieträgern bei der Gebäudeheizung und im Straßenverkehr.

Tabelle 100: Kohlenmonoxidkonzentration

(Quelle: Landesamt für Umweltschutz Sachsen- Anhalt) [26]

Messstation	Jahresmittel			98% Perzentil		
	1997	2002	2003	1997	2002	2003
	mg/m ³	mg/m ³	mg/m ³	mg/m ³	mg/m ³	mg/m ³
Schönebecker Straße	0,5			1,4		
Hans-Löscher-Straße	0,4			1,6		
Damaschkeplatz	1,0	0,7	0,7*	3,2	1,9	1,9*

* gestörter Wert, d.h., die Anzahl der Messwerte liegt zwischen ½ und ¾ der möglichen Messwerte

7.3.3 Stickstoffoxide

Stickstoffmonoxid NO kommt in der Atemluft in höherer Konzentration als Stickstoffdioxid NO₂ vor, hat aber keine bekannten nachteiligen medizinischen Auswirkungen. NO₂ gilt als aggressiv und greift die Schleimhäute der Lunge an. Stickstoffdioxid führt im Zusammenhang mit anderen Luftschadstoffen zu einer Verstärkung von deren Schadwirkungen.

Aus dem Luftstickstoff entsteht bei der Verbrennung in erster Stufe Stickstoffmonoxid, welches mit dem Luftsauerstoff zu Stickstoffdioxid reagiert. Als Quellen sind jegliche Verbrennungsprozesse in Straßenverkehr, Gebäudeheizung und Industrie zu nennen.

Für Stickstoffdioxid wird in der 22. BImSchV für einen Mittelungszeitraum von einer Stunde ein Grenzwert von 200 µg/m³ und über das Kalenderjahr gemittelt ein Grenzwert vom 40 µg/m³ angegeben.

7.3.3.1 Stickstoffmonoxid NO

Tabelle 101: Stickstoffmonoxidkonzentration

(Quelle: Landesamt für Umweltschutz Sachsen- Anhalt) [26]

Messstation	Jahresmittel			98% Perzentil		
	1997	2002	2003	1997	2002	2003
	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³
Walloner Berg	14	7,9	6,3	90	54	55
Schönebecker Straße	12	6,5	7,1	85	48	56
Hans-Löscher-Straße	13	6,2	6,1	115	54	57
Damaschkeplatz	90	50	53*	380	191	209*

* gestörter Wert, d.h., die Anzahl der Messwerte liegt zwischen ½ und ¾ der möglichen Messwerte

7.3.3.2 Stickstoffdioxid NO₂

Tabelle 102: Stickstoffdioxidkonzentration

(Quelle: Landesamt für Umweltschutz Sachsen- Anhalt) [26]

Messstation	Jahresmittel			98% Perzentil		
	1997	2002	2003	1997	2002	2003
	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³
Walloner Berg	30	19	21	81	49	58
Schönebecker Straße	25	19	21	65	48	56
Hans-Löscher-Straße	31	20	22	80	53	58
Damaschkeplatz	52	40	45*	111	85	94*

* gestörter Wert, d.h., die Anzahl der Messwerte liegt zwischen ½ und ¾ der möglichen Messwerte

7.3.4 Ozon O₃

Ozon ist ein Reizgas und wirkt schon in relativ niedrigen Konzentrationen in der Lungenperipherie. Neben Schleimhautreizungen und Geruchsbelästigung sind auch Wechselwirkungen mit anderen Schadstoffen bekannt.

Als Informationsschwellwert wurde in der 33. BImSchV 180 µg/m³ bei einer Mittelung über eine Stunde festgelegt. Der Alarmschwellwert liegt in dieser Verordnung bei 240 µg/m³ als Stundenmittelwert. Überschreitet die Ozonkonzentration die Informationsschwelle, so besteht bei kurzfristiger Exposition ein Risiko für die Gesundheit besonders empfindlicher Bevölkerungsgruppen. Die Alarmschwelle kennzeichnet die Ozonkonzentration, bei der für die Gesamtbevölkerung ein Gesundheitsrisiko bei kurzfristiger Exposition besteht. Unter Einfluss von Sonnenlicht bildet sich das Ozon aus organischen Kohlenwasserstoff-Verbindungen und Stickstoffoxiden.

Tabelle 103: Ozonkonzentration

(Quelle: Landesamt für Umweltschutz Sachsen- Anhalt) [26]

Messstation	Jahresmittel			98% Perzentil		
	1997	2002	2003	1997	2002	2003
	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³
Walloner Berg						
Schönebecker Straße	41	45	50	112	124	136
Hans-Löscher-Straße		46	50		131	142*
Damaschkeplatz	23	27	29	91	88	100*

* gestörter Wert, d.h., die Anzahl der Messwerte liegt zwischen ½ und ¾ der möglichen Messwerte

7.3.5 Feinstaub PM 10

Feinstaub PM 10 bezeichnet eine Partikelgröße $\leq 10 \mu\text{m}$. Diese Feinstäube sind lungengängig und gelangen, wenn auch in geringem Maße, in die Bronchien und Lungenbläschen. Dadurch wird die Selbstreinigung der Atemwege stark beansprucht. Mit dem Feinstaub transportierte toxische oder allergene Substanzen können in den Lungenbläschen ihre Wirkung entfalten.

Nach der 22. BImSchV wurde ein 24-Stunden-Mittelwert von $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ Luft (mit 35 zulässigen Überschreitungen) sowie ein Jahresmittel von $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ als Grenzwert festgelegt.

Hauptquellen vom Feinstaub PM 10 sind der Straßenverkehr, Verbrennungsprozesse u. a. Natürliche Quellen können Staubaufwirbelungen aus Vulkanausbrüchen und Wüsten sowie Pollen und Pilzsporen sein. Feinstaub kann über große Entfernungen transportiert werden.

Tabelle 104: Feinstaubkonzentration

(Quelle: Landesamt für Umweltschutz Sachsen- Anhalt) [26]

Messstation	Jahresmittel			98% Perzentil		
	1997	2002	2003	1997	2002	2003
	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	$\mu\text{g}/\text{m}^3$
Walloner Berg		29	31		69	108
Schönebecker Straße	39	30	30	91	74	81
Damaschkeplatz		33	37		74	123

7.3.6 Benzol

Benzol hat eine narkotische Wirkung. Eine chronische Exposition kann außerdem zur Geschwulstbildung und zur Schädigung vom Knochenmark und damit zu Blutbildungsstörungen führen. Benzol entsteht beim Verdampfen von Vergaserkraftstoffen, ist Bestandteil von Abgasen aus Kfz und bestimmten Industrieanlagen.

Als Grenzwert wurde in der 22. BImSchV $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (über das Kalenderjahr gemittelt) festgelegt.

Tabelle 105: Benzolkonzentration

(Quelle: Landesamt für Umweltschutz Sachsen- Anhalt) [26]

Messstation	Jahresmittel			98% Perzentil		
	1997	2002	2003	1997	2002	2003
	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	$\mu\text{g}/\text{m}^3$
Hans-Löscher-Straße	2,7	0,9	1,3*	12,4	2,9	4,7*
Damaschkeplatz	7,7	2,1	2,8	23,7	6,2	8,2

7.3.7 Toluol und Xylole

Toluol und **Xylole** haben eine stärkere narkotische Wirkung als Benzol, allerdings ohne Schädigung des Knochenmarks.

Tabelle 106: Toluolkonzentration

(Quelle: Landesamt für Umweltschutz Sachsen- Anhalt) [26]

Messstation	Jahresmittel			98% Perzentil		
	1997	2002	2003	1997	2002	2003
	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³
Hans-Löscher-Straße	4,1	1,7	2,4*	18,6	6,7	9,5*
Damaschkeplatz	14,1	5,0	5,7	44,9	15,7	18,2

Tabelle 107: Xylokkonzentration

(Quelle: Landesamt für Umweltschutz Sachsen- Anhalt) [26]

Messstation	Jahresmittel			98% Perzentil		
	1997	2002	2003	1997	2002	2003
	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³
Hans-Löscher-Straße	3,2*	1,4	2,6*	18,6*	7,6	11,1
Damaschkeplatz	13,2	4,9	5,8	41,0	16,5	19,6

7.3.8 Ruß

Ruß, besonders aus Dieselmotoren, wird als geschwulstbildend eingeordnet. Eine weitere Quelle für Rußemissionen sind die Hausfeuerungsanlagen vorrangig auf Kohlebasis. Nach der 23. BImSchV liegt der zulässige Grenzwert im Jahresmittel für Ruß in der Luft bei 8 µg/m³.

Tabelle 108: Rußkonzentration

(Quelle: Landesamt für Umweltschutz Sachsen- Anhalt) [26]

Messstation	Jahresmittel			98% Perzentil		
	1997	2002	2003	1997	2002	2003
	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³	µg/m ³
Damaschkeplatz	6,0	3,8		18,2	11,1	

Insgesamt zeigt sich bei den betrachteten Luftschadstoffen im Vergleich zum Jahr 1997 eine mehr oder weniger starke Verbesserung der Luftqualität. Lediglich beim Ozon, dessen Konzentration stark von den meteorologischen Bedingungen abhängt, konnte beim Vergleich der Jahresmittelwerte keine eindeutige Tendenz festgestellt werden.

Beim Schadstoff Ruß, der nur an der Verkehrsmessstation Damaschkeplatz gemessen wird, liegen einzelne Messwerte weit über dem Grenzwert (vgl. 98% Perzentil), im Jahresmittel wird jedoch der Grenzwert der 23. BImSchV eingehalten. Da hier die Messungen in unmittelbarer Nähe eines Verkehrsknotenpunktes durchgeführt werden und der Straßenverkehr erheblich zur Rußemission beiträgt, sind diese Messwerte auch stark von der jeweiligen Verkehrsdichte abhängig.

Temporär begrenzte Erhöhungen der Feinstaubkonzentrationen konnten z. B. während der in Magdeburg zugelassenen Zeiträume zur Gartenabfallverbrennung festgestellt werden. Nach der „Verordnung zur Verbrennung pflanzlicher Abfälle von gärtnerisch genutzten Böden in der Landeshauptstadt Magdeburg“ ist im Stadtgebiet von Magdeburg in eingeschränkten Zeiträumen die Verbrennung von Gartenabfällen zugelassen. Damit verbunden ist oftmals eine nicht unbeträchtliche Emission von Luftschadstoffen.

Da ein Großteil der Kleingartenanlagen in Magdeburg von Wohngebieten umschlossen sind, ist mit der Schadstoffemission auch eine oft erhebliche Geruchsbelästigung der dort lebenden Bevölkerung verbunden. [27]

Mit Wirkung vom 01. Januar 2005 wurde im Amtsblatt 39/2004 der Landeshauptstadt Magdeburg die o. g. Verordnung aufgehoben und damit diese, wenn auch zeitlich eingegrenzte Schadstoffquelle beseitigt.

7.4 PKW-Bestand in Magdeburg

Der Individualverkehr mit Personenkraftwagen, stellt erwiesenermaßen eine Bedrohung der Umwelt dar. Eine Beeinträchtigung der Umwelt geht ebenso vom Flächenverbrauch für Straßen und Parkplätze und der damit verbundenen Versiegelung der Flächen aus, in deren Folge Niederschlagswasser nicht mehr vor Ort versickern kann sondern aufwändig abgeleitet werden muss. Eine weitere Bedrohung für die Umwelt ist Luftverschmutzung durch Abgase und Feinstaub sowie die Lärmentwicklung der Fahrzeuge. In den letzten Jahren haben moderne PKW mit Abgasreinigung und sparsamen Motoren zur Verringerung der Umweltbelastung beigetragen, trotzdem schneidet der Individualverkehr bei der Energiebilanz schlechter als der öffentliche Nahverkehr ab.

Der PKW-Bestand in Magdeburg entwickelte sich in den Jahren von 1997 bis 1999 leicht rückläufig und nahm um ca. 5 % auf 100 428 PKW ab. Zum Jahr 2000 kam es dann wieder zu einem leichten Anstieg auf 101 979 zugelassenen PKW. Bis zum Jahr 2003 bewegte sich die Zahl der in Magdeburg zugelassenen PKW zwischen 101 725 im Jahr 2001 und 102 165 im Jahr 2003. Trotz der zahlenmäßig geringen Änderungen des PKW-Bestandes war seit 1999 bezogen auf die Bevölkerung ein kontinuierlicher Anstieg von 427,2 PKW je 1000 Einwohner auf 449,0 PKW je 1000 Einwohner zu verzeichnen.

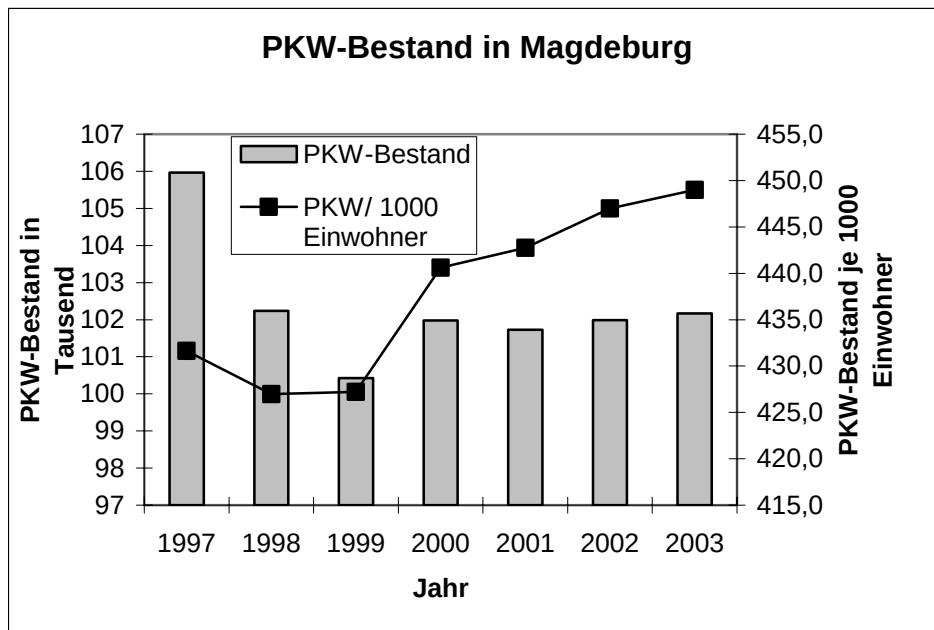


Abbildung 69: PKW-Bestand in Magdeburg

(Quelle: Landeshauptstadt Magdeburg, Amt für Statistik) [2]

Da auch bundesweit ein weiterer Anstieg des PKW-Bestandes prognostiziert wird, sollte die ausgewogene Verteilung des Verkehrsaufkommens auf die vorhandenen Verkehrsträger erreicht werden, um damit den Verkehrszuwächsen entgegenzuwirken. Dazu stellt sich die Frage nach den Gründen für die Verkehrsmittelwahl des Individuums und wie man die Verkehrsmittelwahl beeinflussen kann, in den Vordergrund. Nicht zuletzt ist eine Erhöhung der Attraktivität der öffentlichen Verkehrsmittel eine wichtige Entscheidungsgrundlage für den Einzelnen.

Tabelle 109: PKW-Bestand in Magdeburg

(Quelle: Landeshauptstadt Magdeburg, Amt für Statistik) [2]

Jahr	PKW-Bestand	PKW/ 1000 Einwohner
1997	105968	431,6
1998	102241	427,0
1999	100428	427,2
2000	101979	440,6
2001	101725	442,8
2002	101987	447,0
2003	102165	449,0

Quellen

- [1] Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg
Magdeburger Statistische Blätter Heft 50
„Bevölkerungsbestand Bevölkerungsveränderungen
in Magdeburg im Jahr 2003“

- [2] Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg
Magdeburger Statistische Blätter Heft 53
Statistisches Jahrbuch "Das Jahr 2003 in Zahlen“

- [3] Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg
Magdeburger Statistische Monatsberichte Sonderdruck Dezember 2003
„Ausländische Bevölkerung in der Stadt Magdeburg“

- [4] Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg
Magdeburger Statistische Blätter Heft 27
Statistisches Jahrbuch "Das Jahr 1997 in Zahlen“

- [5] Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg
Magdeburger Statistische Blätter Heft 49
Statistisches Jahrbuch "Das Jahr 2002 in Zahlen“

- [6] Dr. med. dent. Larissa Fuchs; Retrospektive epidemiologische
Querschnittstudie zu statistischen Korrelationen zwischen
Kariesprävalenz, Migrationserfahrung, Schultyp und "black stain“; 2003

- [7] Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg
Magdeburger Statistische Monatsberichte, Sonderdruck Dezember 2004
„Schwerbehinderte in der Stadt Magdeburg“

- [8] Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Halle (Saale)
„Pflegestatistik des Jahres 2003“ von Sachsen-Anhalt

- [9] Gesundheits- und Veterinäramt Magdeburg,
„Gesundheitsbericht der Landeshauptstadt Magdeburg 1997“

- [10] Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt, Halle (Saale)
„Sterbefälle 2002 nach ausgewählten Todesursachen, Altersgruppen
und Geschlecht, Stadt Magdeburg“ Stand 28.07.2003

- [11] Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt, Halle (Saale)
„Sterbefälle 2003 nach ausgewählten Todesursachen, Altersgruppen
und Geschlecht, Stadt Magdeburg“ Stand 13.07.2004

- [12] Niehoff, J.-U.; et al.
Sozialmedizin systematisch
UNI-MED, 1995
ISBN 3-89599-108-2

- [13] Süß, W.; Möller, H.; Trojan, A.; Fehr, R.
Integrierte Basisberichterstattung für gesündere Städte und Kommunen
Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-
Westfalen, Bielefeld 2004, ISBN: 3-88139-124-X

- [14] Eigene Erhebungen des Gesundheits- und Veterinärarnates Magdeburg

- [15] Pressemitteilung des Statistischen Landesamtes Sachsen- Anhalt , Halle (Saale)
PM 197/2004 „Steigende Lebenserwartung in Sachsen- Anhalt“ 12/2004

- [16] Pressemitteilung des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt , Halle (Saale)
PM 10/2005 „Einpersonenhaushalte nehmen stetig zu“ 01/2005

- [17] Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt, Halle (Saale)
Fortschreibung des Wohnungsbestandes

- [18] Landeshauptstadt Magdeburg, „Stadtumbaukonzept“ Stand: Dezember 2001;
DS 0857/01; Beschluss des Stadtrates Nr. 1643-46(III)02, Seite 4)

- [19] Benchmarking der mittleren Großstädte der Bundesrepublik Deutschland:
Kennzahlenvergleich 1999 und 2000 Hilfe zum Lebensunterhalt und
Kennzahlenvergleich 2002 Hilfe zum Lebensunterhalt.
www.consens-info.de/hausig/berichte.html

- [20] Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt, Halle (Saale)
Mikrozensus der Jahre 1997, 2002 und 2003

- [21] Amt für Statistik der Landeshauptstadt Magdeburg
Magdeburger Statistische Blätter Heft 29
Europa- und Kommunalwahl 1999

- [22] Statistisches Bundesamt, Datenreport 2002

- [23] Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt, Halle (Saale)
Begriffserklärung unter www.statistik.sachsen-anhalt.de

- [24] Pressemitteilung des Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, Halle (Saale)
PM 31/2004 "Rückgang Erwerbstätigkeit um 2,2 Prozent im Jahr 2003"

- [25] Landesamt für Umweltschutz Sachsen-Anhalt unter
www.mu.sachsen-anhalt.de/lau/luesa/
Lit.: Immissionschutzbericht 2002 Sachsen- Anhalt,

- [26] Landesamt für Umweltschutz Sachsen-Anhalt unter
www.mu.sachsen-anhalt.de/lau/luesa/
Messstandorte und Jahresdaten, 1997; 2002; 2003

- [27] Landesamt für Umweltschutz Sachsen-Anhalt unter
www.mu.sachsen-anhalt.de/lau/luesa/
Lit.: Messprojekt „Luftschadstoffe durch Gartenabfallverbrennung in Magdeburg“,
(Zwischenauswertung) 2003

- [28] S0049/05 Stellungnahme der Verwaltung der Landeshauptstadt Magdeburg
Hartz IV in Magdeburg

- [29] I0071/05 Information der Landeshauptstadt Magdeburg
Jahresbericht des Behindertenbeauftragten für 2004

Abkürzungsverzeichnis

‰	- bezogen auf 1000 (der Bevölkerung)
‰‰‰	- bezogen auf 100 000 (der Bevölkerung)
AsylbLG	- Asylbewerberleistungsgesetz
Bdg	- Bedarfsgemeinschaft
BImSchG	- Bundes-Immissionsschutzgesetz
BImSchV	- Verordnung zur Durchführung des Bundes-Immissionsschutzgesetzes
BSHG	- Bundessozialhilfegesetz
BWS	- Bruttowertschöpfung
dB (A)	- Messgröße zur Bestimmung von Geräuschpegeln
DMFT	- Index zur Bewertung der Zahngesundheit
DS	- Drucksache
DT	- Diphtherie (Hals- Rachenbräune), Tetanus (Wundstarrkrampf)
EEG	- Elektro-Enzephalographie, Methode zur Messung der Gehirnaktivität mittels elektrischer Gehirnströme
EW	- Einwohner
GA/ GÄ	- Gesundheitsamt/ -ämter
GdB	- Grad der Behinderung
GSiG	- Grundsicherungsgesetz
ha	- Hektar = 10 000 m ²
Hep.B	- Hepatitis B, Gelbsucht
Hib	- Haemophilus influenzae Typ b, ist ein Bakterium, das bei Kindern lebensgefährliche entzündliche Erkrankungen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich hervorrufen kann
HLU	- Hilfe zum Lebensunterhalt
ICD-10	- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, ab 1998 verwendet zur Verschlüsselung der Todesursachen
ICD-9	- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 9. Revision, bis 1997 verwendet zur Verschlüsselung der Todesursachen
KJHG	- Kinder- und Jugendhilfegesetz
KOBES	- Kontakt und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen in Magdeburg
LG	- Lebensgemeinschaft
MMR	- Masern, Mumps (Ziegenpeter), Röteln
ÖGD	- Öffentlicher Gesundheitsdienst
Polio	- Poliomyelitis, Kinderlähmung
RBS	- Regionale integrierte Berichterstattung
RKI	- Robert-Koch-Institut
SGB II	- Sozialgesetzbuch zweites Buch, Grundsicherung für Arbeitssuchende
SGB III	- Sozialgesetzbuch drittes Buch, Arbeitsförderung
SGB VIII	- Sozialgesetzbuch achtes Buch, Kinder- und Jugendhilfe
SGB XI	- Sozialgesetzbuch elftes Buch, Soziale Pflegeversicherung
SGB XII	- Sozialgesetzbuch zwölftes Buch, Sozialhilfe
SHG	- Selbsthilfegruppe
TGL	- DDR-Standard - Abk. für Technische Normen, Gütevorschriften und Lieferbedingungen
VGR	- Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung
WHO	- World Health Organization; Weltgesundheitsorganisation

Erläuterung wichtiger Fachbegriffe

Die nachfolgende Aufführung wichtiger Fachbegriffe erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit und wissenschaftliche Exaktheit. Sie soll lediglich eine Hilfe zum Textverständnis sein.

Ausscheider	- Personen, die Krankheitserreger ausscheiden, ohne selbst Krankheitszeichen haben
Campylobacter	- Bakterium, Erreger von entzündlichen Durchfallerkrankungen
Echinokokkose	- Erkrankung durch Finnen des Hundebandwurmes
endokrin	- Drüsen und innere Sekrete betreffend
Enteritis infektiosa	- ansteckende Darmerkrankung
Fruchtbarkeitsziffer	- Lebendgeborene je 1000 Frauen im Alter von 15 bis 45 Jahren
Gastroenteritiden	- Magen- Darmerkrankungen
Geburtenziffer	- Lebendgeborene je 1000 der Bevölkerung
ischämisch	- örtliche Blutleere, Unterbrechung der arteriellen Blutversorgung
konnatal	- im Mutterleib oder unter der Geburt erworben; angeboren, aber nicht ererbt
Latenzzeit	- als Zeitraum zwischen einer Aktion und dem Eintreten einer Reaktion
Lues	- Geschlechtskrankheit, auch Syphilis genannt
Lysotyp	- Bakterienstamm, der durch den Kontakt mit bestimmten Viren von anderen Bakterien eindeutig abgegrenzt werden kann
Mikrozensus	- Der Mikrozensus ist eine bundesweite statistische Erhebung. Dabei wird eine Stichprobe von einem Prozent der Haushalte befragt. Um Zufallsfehler bei geringer Merkmalsbelegung zu vermeiden, werden Werte unter 5000 (entsprechend 50 Erfasste in der Stichprobe) nicht angegeben und Werte zwischen 5000 und 10000 sind wegen der eingeschränkten Aussagekraft in Klammern gesetzt.
Mortalität	- Sterblichkeit, Sterbeziffer
Neurodermitis	- zur Ekzemgruppe gehörendes Krankheitsbild
Noroviren	- Auslöser einer hoch ansteckenden Magen- Darmerkrankung
perinatal	- Zeit um die Geburt herum
Pertussis	- Keuchhusten
Perzentil	- 98 %-Perzentil sagt aus, dass 98 % der Messwerte kleiner als dieser Wert sind
Prävalenz	- Menge der Personen in einem definierten Zustand (z.B. des Krankseins)
Prävention	- Vorbeugung, Verhütung
Prophylaxe	- vorbeugender Gesundheitsschutz
Rotaviren	- Erreger von Magen- Darmentzündungen
Salmonellose	- durch Salmonellen (Bakterien) hervorgerufene Darmerkrankungen; bakterielle Lebensmittelvergiftung
Serovar	- Serotyp, Unterteilung aufgrund der Eigenschaften des Erregers
Sozialhilfequote	- Anteil der Sozialhilfeempfänger je 100 Einwohner
Toxoplasmose	- von Tieren auf den Menschen übertragbare Infektionskrankheit
Xerostomie	- Mundtrockenheit
Yersinia enterocolitica	- Bakteriengattung, Auslöser einer Magen- Darmerkrankung

Indikatorenverzeichnis

Indikatoren des Forschungsprojektes „Gesundheit als integrierendes Leitziel in der Konzeption und Erprobung eines regionalen Berichtssystems nachhaltiger Entwicklung“

Demographische Daten			
Ifd.Nr.	Indikator	Ziel	Seite
1.	Gesamteinwohnerzahl	Messung der Bevölkerungsbestandsänderung	1
2.	Geburten/ Sterbefälle	Messung der „natürlichen“ Bevölkerungsbewegung	8
3.	Wanderungssaldo: Abwanderung und Zuwanderung	Messung der Wanderungsbewegung	5 ff 17 f
4.	Anteil der Ausländer an der Gesamtbevölkerung	Beschreibung der Zusammensetzung der Bevölkerung: Ausländeranteil und größte Gruppe nach Nationalität	11 ff 19 f
5.	Anteile von Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung	Beschreibung der Altersstruktur der Gesamtbevölkerung durch Bildung von Altersgruppen nach festgelegten Altersintervallen	2 ff 14 ff

Kommunale Ökonomie			
Ifd.Nr.	Indikator	Ziel	Seite
6.	Bruttowertschöpfung in EUR je Einwohner	Einschätzung der allgemeinen Wirtschaftskraft einer Kommune	140 ff
7.	Verhältnis „Einnahmen/ Ausgaben“ pro Haushaltsjahr	Einschätzung der allgemeinen Lage des öffentlichen Haushaltes	143 ff
8.	Pro-Kopf-Verschuldung in EUR	Einschätzung der Dauerbelastung des öffentlichen Haushaltes	146 f
9.	Wohnungsleerstand	Beschreibung der Entwicklung auf dem allgemeinen Wohnungsmarkt	81
10.	Anteil der Erwerbslosen an der Bevölkerungsgruppe von 15 bis 65 Jahren (Erwerbstätigenquote)	Messung der allgemeinen Erwerbstätigkeit (auch nach Altersintervallen und Ausländeranteilen)	115 ff
11.	Erwerbstätige nach Stellung im Berufsleben	Beschreibung der Struktur der Erwerbstätigkeit nach ausgewählten Kriterien	148 ff
12.	Unternehmensbestand (plus Neugründungen minus Insolvenzen)	Beschreibung der Dynamik der Privatwirtschaft in der Kommune	151 f

Gesundheit			
lfd.Nr.	Indikator	Ziel	Seite
13.	Sterblichkeit nach ausgewählten als vermeidbar geltenden Todesursachen (unter 65 Jahren), Suizide	Beschreibung der auffälligen Mortalitätsentwicklung in der Bevölkerung	68 f
14.	Ausgewählte meldepflichtige Erkrankungen	Beschreibung der auffälligen Gesundheitsrisiken der Bevölkerung	41 ff
15.	Straßenverkehrsunfälle (Verletzte und Tote)	Beschreibung der Gefährdung der Bevölkerung durch den Straßenverkehr	54 ff
16.	Zahngesundheit von Kindern	Beschreibung des Gebisszustandes von 6- und 12-jährigen Schülern (als Indikator für soziale und gesundheitliche Benachteiligung)	34 ff
17.	Anzahl der ambulant tätigen Ärzte und Zahnärzte	Beschreibung des Versorgungsgrades einer Kommune im Hinblick auf Versorgungslücken	50 ff
18.	schwerbehinderte Menschen	Beschreibung des spezifischen Versorgungsbedarfs in der Kommune	57 ff
19.	Impfungen bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchungen	Beschreibung des Grades der medizinischen Prävention in der Kommune	22 ff

Soziales			
lfd.Nr.	Indikator	Ziel	Seite
20.	Haushaltsgrößen (Ein-Personen-Haushalte, Haushalte mit Kindern etc.)	Trendbeschreibung der Entwicklung der Haushaltsgrößen und –zusammensetzung	78 f
21.	Wohnraum: qm pro Person	Trendbeschreibung der Entwicklung der Verfügbarkeit von und über Raum	80 f
22.	Arbeitslosenquote nach ausgewählten Strukturmaßnahmen	Beschreibung der Probleme des kommunalen Arbeitsmarktes	115 ff
23.	Sozialhilfequote nach ausgewählten Strukturmaßnahmen	Beschreibung der Entwicklung der Verarmungstrends in der Kommune	82 ff
24.	Zahl der Wohngeldempfänger (Haushalte)	Beschreibung der Belastung der Haushalte durch Mietenentwicklung	101 ff
25.	Durchschnittliches Einkommen je Steuerpflichtigen	Beschreibung der allgemeinen Einkommensentwicklung in der Kommune	112 ff
26.	Verteilung der Einkommen auf unterschiedliche Gruppen nach Höhe des zu versteuernden Einkommens	Beschreibung der Einkommensstruktur in der Kommune (Gefälle zwischen arm und reich)	112 ff
27.	Jugenddelinquenz (Roheitsdelikte, Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz)	Beschreibung des Ausmaßes abweichenden/ kriminellen Verhaltens Jugendlicher in der Kommune	118 ff

Bildung			
lfd.Nr.	Indikator	Ziel	Seite
28.	Schüler nach Schularten (9. Klasse)	Beschreibung der Bildungssituation junger Menschen (Selektion durch das Schulsystem)	74
29.	Schulabgänger nach Schulabschluss (auch ohne Schulabschluss)	Verteilung der Bildungsabschlüsse in der Kommune (Bildungsstruktur)	75 ff

Umwelt			
lfd.Nr.	Indikator	Ziel	Seite
30.	Flächennutzungsstruktur (anteilig an der Gesamtfläche: versiegelte Flächen, Parkplatzflächen, Grünflächen, Radwege etc.)	Beschreibung der Flächennutzung im Hinblick auf das Verhältnis von versiegelten zu nicht versiegelten Flächen (Erholungsflächen, Radwege)	153
31.	Modal-Split (Ersatzindikator PKW je Einwohner)	Beschreibung des Verkehrs- und Wegeaufkommens nach Nutzung von Verkehrsmitteln	172 f
32.	Lärmbelastung (abhängig von Messstationen)	Beschreibung lokaler Belastungen bzw. Gesundheitsrisiken	154 ff
33.	Luftbelastung (abhängig von Messstationen)	Beschreibung lokaler Belastungen bzw. Gesundheitsrisiken	166 ff

Partizipation			
lfd.Nr.	Indikator	Ziel	Seite
34.	Wahlbeteiligung der Wahlberechtigten ab 16 bzw. 18 Jahren bei Kommunalwahlen	Beschreibung der Werte der Wahlbeteiligung gemessen an allen Personen ab 18 Jahren, die tatsächlich wählen dürfen	137 ff
35.	Zahl der Selbsthilfegruppen/ Selbsthilfegruppendichte	Messung des freiwilligen Engagements in der Kommune („soziales Kapital“)	131 f

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1:	EINWOHNERZAHLEN UND ALTERSDURCHSCHNITT IN AUSGEWÄHLTEN JAHREN VON MAGDEBURG [1]	1
TABELLE 2:	NATÜRLICHE BEVÖLKERUNGSBEWEGUNG IN DER STADT MAGDEBURG IN DEN JAHREN 1989 BIS 2003 [1]	8
TABELLE 3:	BEVÖLKERUNGSDICHTE NACH STADTTEILEN AM 31.12.2003 [1]	9
TABELLE 4:	BEVÖLKERUNGSDICHTE IM VERGLEICH AUSGEWÄHLTER STÄDTE.....	10
TABELLE 5:	AUSLÄNDER MIT HAUPTWOHNSITZ MAGDEBURG.....	11
TABELLE 6:	AUSLÄNDER MIT HAUPTWOHNSITZ MAGDEBURG NACH AUSGEWÄHLTEN NATIONALITÄTEN	13
TABELLE 7:	HAUPTWOHNSITZBEVÖLKERUNG IN MAGDEBURG GESAMT NACH ALTERSGRUPPEN 1995 BIS 2003	14
TABELLE 8:	FRAUEN GESAMT IN MAGDEBURG NACH ALTERSGRUPPEN 1995 BIS 2003 ...	14
TABELLE 9:	MÄNNER GESAMT IN MAGDEBURG NACH ALTERSGRUPPEN 1995 BIS 2003 ..	15
TABELLE 10:	HAUPTWOHNSITZBEVÖLKERUNG NACH ALTERSGRUPPEN UND STADTTEILEN IN MAGDEBURG 2003	16
TABELLE 11:	ZUZÜGE NACH MAGDEBURG 1997 - 2003 NACH ALTERSGRUPPEN UND GESCHLECHT.....	17
TABELLE 12:	WEGZÜGE VON MAGDEBURG 1997 - 2003 NACH ALTERSGRUPPEN UND GESCHLECHT.....	17
TABELLE 13:	SALDO DER WANDERUNGSBEWEGUNG VON UND NACH MAGDEBURG 1997 - 2003 NACH ALTERSGRUPPEN UND GESCHLECHT	17
TABELLE 14:	ZUZÜGE NACH MAGDEBURG 1997 - 2003 NACH ALTERSGRUPPEN UND GESCHLECHT JE 1000 EINWOHNER	18
TABELLE 15:	WEGZÜGE VON MAGDEBURG 1997 - 2003 NACH ALTERSGRUPPEN UND GESCHLECHT JE 1000 EINWOHNER	18
TABELLE 16:	SALDO DER WANDERUNGSBEWEGUNG VON UND NACH MAGDEBURG 1997 - 2003 NACH ALTERSGRUPPEN UND GESCHLECHT JE 1000 EINWOHNER	18
TABELLE 17:	AUSLÄNDER MIT HAUPTWOHNSITZ MAGDEBURG NACH STADTTEILEN.....	19
TABELLE 18:	AUSLÄNDER MIT HAUPTWOHNSITZ MAGDEBURG NACH ALTERSGRUPPEN....	20
TABELLE 19:	DMFT-INDEX ALS INDIKATOR FÜR KARIESPRÄVALENZ.....	37
TABELLE 20:	UNTERSUCHUNG ALLER KINDER 3.-12. LEBENSJAHR ZWEIER STADTGEBIETE MIT UNTERSCHIEDLICHER SOZIALSTRUKTUR 2002	37
TABELLE 21:	KARIESPRÄVALENZ UND SANIERUNGSGRAD IM VERGLEICH WEITERFÜHRENDE SCHULE (SEKUNDARSCHULE, GESAMTSCHULE, GYMNASIUM) UND SONDERSCHULE (FÖRDERSCHE FÜR GEISTIG BEHINDERTE, FÜR LERNBEHINDERTE, FÜR KÖRPERBEHINDERTE, SCHULE MIT AUSGLEICHKLASSEN, SPRACHHEILSCHULE) 2002.....	38
TABELLE 22:	KARIESRISIKO- KINDER IM 3. - 7. LEBENSJAHR	39
TABELLE 23:	ENTWICKLUNG DER ZAHNGESUNDHEIT VON 1994 BIS 1997, 2002 UND 2004	39
TABELLE 24:	ÜBRIGE FORMEN DER ENTERITIS INFECTIONOSA 2002 IN MAGDEBURG	43
TABELLE 25:	VIRUSHEPATITIS IN MAGDEBURG.....	46
TABELLE 26:	ÄRZTE, ZAHNÄRZTE/ KIEFERORTHOPÄDEN IN EIGENER NIEDERLASSUNG UND APOTHEKEN JE 1000 EINWOHNER [2], [4]	50
TABELLE 27:	ÄRZTE, ZAHNÄRZTE/ KIEFERORTHOPÄDEN IN EIGENER NIEDERLASSUNG UND APOTHEKEN NACH STADTTEILEN	53
TABELLE 28:	MELDEPFLICHTIGE UNFÄLLE	54
TABELLE 29:	UNFALLGESCHEHEN NACH ART DER BETEILIGUNG	56

TABELLE 30:	SCHWERBEHINDERTE IN MAGDEBURG MIT GÜLTIGEM AUSWEIS UND MERKZEICHEN	59
TABELLE 31:	SCHWERBEHINDERTE NACH ALTERSGRUPPEN IN MAGDEBURG	59
TABELLE 32:	SCHWERBEHINDERTE MENSCHEN JE 1000 DER ALTERSGRUPPE	60
TABELLE 33:	SCHWERBEHINDERTE MENSCHEN IN MAGDEBURG NACH ART DER SCHWERSTEN BEHINDERUNG.....	61
TABELLE 34:	PFLEGEBEDÜRFTIGE PERSONEN IN MAGDEBURG AM 15.12.2003 NACH ART DER PFLEGELEISTUNG UND PFLEGESTUFE [8].....	63
TABELLE 35:	ANZAHL DER VERSTORBENEN IN MAGDEBURG 1997, 1999 BIS 2003	64
TABELLE 36:	MITTLERES STERBEALTER IN MAGDEBURG	65
TABELLE 37:	STERBEFÄLLE IN MAGDEBURG ALTERSSTANDARDISIERT/ NICHT ALTERSSTANDARDISIERT JE 100000 DER BEVÖLKERUNG	65
TABELLE 38:	VERMEIDBARE TODESURSACHEN 1997, 2002 UND 2003 IN MAGDEBURG	68
TABELLE 39:	SÄUGLINGSSTERBEFÄLLE IN MAGDEBURG 1997, 2002 UND 2003 [10 – 12].	70
TABELLE 40:	GESTORBENE ABSOLUT, IN PROZENT UND MITTLERES STERBEALTER NACH DIAGNOSEKLASSEN DER ICD (10. REVISION) UND GESCHLECHT, MAGDEBURG 2002 [10]	71
TABELLE 41:	GESTORBENE ABSOLUT, IN PROZENT UND MITTLERES STERBEALTER NACH DIAGNOSEKLASSEN DER ICD (10. REVISION) UND GESCHLECHT, MAGDEBURG 2003 [11]	72
TABELLE 42:	SCHÜLER DER 7. KLASSE NACH SCHULART	74
TABELLE 43:	SCHULABGÄNGER NACH ABSCHLUSS	75
TABELLE 44:	SCHULABGÄNGERINNEN UND SCHULABGÄNGER DER BERUFSBILDENDEN SCHULEN IN DER STADT MAGDEBURG NACH SCHULFORMEN OHNE SCHULEN DES GESUNDHEITSWESENS.....	76
TABELLE 45:	SCHULABGÄNGERINNEN UND SCHULABGÄNGER NACH BERUFEN BZW. FACHRICHTUNGEN MIT UND OHNE ABSCHLUSSZEUGNIS IN MAGDEBURG NUR SCHULEN FÜR BERUFE IM GESUNDHEITSWESEN	77
TABELLE 46:	HAUSHALTSGRÖßEN IN MAGDEBURG	79
TABELLE 47:	FORTSCHREIBUNG DES WOHNUNGSBESTANDES AB 1991 NACH BUNDESWEIT GELTENDER METHODIK [17]	80
TABELLE 48:	ENTWICKLUNG DES WOHNUNGSBESTANDES IM VERHÄLTNIS ZUR EINWOHNERZAHL	81
TABELLE 49:	ANTEIL DER SOZIALHILFE-AUSGABEN AM STÄDTISCHEN VERWALTUNGSHAUSHALT	82
TABELLE 50:	BRUTTOAUSGABEN DER SOZIALHILFE NACH HILFEART	83
TABELLE 51:	ENTWICKLUNG DER SOZIALHILFEEMPFÄNGERZAHL UND DER SOZIALHILFEQUOTE	85
TABELLE 52:	SOZIALHILFEEMPFÄNGER AM 31.12.2003 NACH STADTTTEILEN	87
TABELLE 53:	ALTERSSTRUKTUR DER SOZIALHILFEEMPFÄNGER AM 31.12.2003	88
TABELLE 54:	GESCHLECHTSSPEZIFISCHE ANTEILE DER SOZIALHILFEEMPFÄNGER NACH ALTERSGRUPPEN	89
TABELLE 55:	GRÖÖE DER BEDARFSGEMEINSCHAFTEN.....	89
TABELLE 56:	SOZIALHILFEFÄLLE AM 31.12.2003 NACH HAUSHALTSTYPEN	91
TABELLE 57:	GEGENÜBERSTELLUNG DER BISHERIGEN HILFEBEZUGSDAUER AKTUELLER FÄLLE UND DER GESAMTHILFEDAUER BEENDETER FÄLLE - BEDARFSGEMEINSCHAFTEN	92
TABELLE 58:	GEGENÜBERSTELLUNG DER BISHERIGEN HILFEBEZUGSDAUER AKTUELLER FÄLLE UND DER GESAMTHILFEDAUER BEENDETER FÄLLE - PERSONEN	93
TABELLE 59:	ANTEIL DER HILFEEMPFÄNGER AM 31.12.2003 NACH BISHERIGER HILFEBEZUGSDAUER IN DEN JEWELIGEN ALTERSGRUPPEN IN PROZENT	93

TABELLE 60:	HILFEEMPFÄNGER AM 31.12.2003 NACH ERWERBSSTATUS	94
TABELLE 61:	HILFEEMPFÄNGER AM 31.12.2003 NACH BERUFLICHEM AUSBILDUNGSABSCHLUSS.....	95
TABELLE 62:	BEDARFSGEMEINSCHAFTEN UND LEISTUNGSEMPFÄNGER NACH SGB II	97
TABELLE 63:	PERSONEN IN DEN BEDARFSGEMEINSCHAFTEN	98
TABELLE 64:	FALLZAHLENTWICKLUNG BEI AUSGEWÄHLTEN HILFEN IN BESONDEREN LEBENSLAGEN.....	99
TABELLE 65:	VERTEILUNG DER WOHNGEDELDEMPFÄNGER NACH STADTTETLEN.....	103
TABELLE 66:	BERATUNGSFÄLLE DER MIETSCULDNERBERATUNG NACH STADTTETLEN.	107
TABELLE 67:	ENTWICKLUNG VON RÄUMUNGSKLAGEN UND ZWANGSRÄUMUNGEN.....	108
TABELLE 68:	VON ZWANGSRÄUMUNG BETROFFENE PERSONEN.....	108
TABELLE 69:	BEVÖLKERUNG MIT MONATLICHEM NETTOEINKOMMEN [1], [4].....	112
TABELLE 70:	ERWERBSTÄTIGE MIT MONATLICHEM NETTOEINKOMMEN [1], [4]	113
TABELLE 71:	MONATLICHES FAMILIENNETTOEINKOMMEN [1], [4].....	114
TABELLE 72:	PRIVATHAUSHALTE NACH MONATLICHEM HAUSHALTSNETTOEINKOMMEN [1], [4].....	114
TABELLE 73:	ENTWICKLUNG DER JUGENDLICHEN TATVERDÄCHTIGEN AN GEWALTKRIMINALITÄT	119
TABELLE 74:	TATVERDÄCHTIGE JUGENDLICHE AN RAUSCHGIFTDELIKTEN/ ALKOHOLMISSBRAUCH	120
TABELLE 75:	HÄUFIGSTE DELIKTE I.QU.1997 /I.QU.1998	121
TABELLE 76:	TÄTIGKEITEN DER JUGENDGERICHTSHILFE DES JUGENDAMTES 2002 BIS 2004	122
TABELLE 77:	BELEGUNGSENTWICKLUNG IN MAGDEBURGER TAGESEINRICHTUNGEN.....	123
TABELLE 78:	ÖRTLICHE ZUSTÄNDIGKEITEN.....	125
TABELLE 79:	SCHUTZ IN NOTSITUATIONEN NACH GESCHLECHT	126
TABELLE 80:	AUFNAHMEN IM KINDER- UND JUGENDHEIM E.-WEINERT NACH SOZIALREGIONEN	126
TABELLE 81:	SOZIALPÄDAGOGISCHE HILFEN	127
TABELLE 82:	AMBULANTE UND TEILSTATIONÄRE HILFEN.....	128
TABELLE 83:	STATIONÄRE HILFEN	128
TABELLE 84:	WEITERE HILFEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE	128
TABELLE 85:	ARBEITSSCHWERPUNKTE DER PSYCHOLOGISCHEN ERZIEHUNGS- UND FAMILIENBERATUNG	128
TABELLE 86:	BERATUNGSUMFANG IN DER ERZIEHUNGS- UND FAMILIENBERATUNG	130
TABELLE 87:	SELBSTHILFEGRUPPEN.....	132
TABELLE 88:	ENTWICKLUNG DER BRUTTOWERTSCHÖPFUNG IN SACHSEN ANHALT UND MAGDEBURG.....	143
TABELLE 89:	STEUEREINNAHMEN DER STADT MAGDEBURG.....	144
TABELLE 90:	ENTWICKLUNG DER VERSCHULDUNG IN MAGDEBURG.....	147
TABELLE 91:	ERWERBSTÄTIGE NACH ALTERSGRUPPEN (ERGEBNISSE DES MIKROZENSUS) [20]	148
TABELLE 92:	BEVÖLKERUNG NACH BETEILIGUNG AM ERWERBSLEBEN (ERGEBNISSE DES MIKROZENSUS) [20]	148
TABELLE 93:	ERWERBSPERSONEN NACH DEM WOHNORTPRINZIP IN MAGDEBURG.....	150
TABELLE 94:	UNTERNEHMEN IM BEREICH DER INDUSTRIE- UND HANDELSKAMMER	151
TABELLE 95:	BETRIEBE IM BEREICH DER HANDWERKSKAMMER.....	152
TABELLE 96:	ENTWICKLUNG DER GEWERBEANZEIGEN	152
TABELLE 97:	FLÄCHEN NACH NUTZUNGSARTEN UND STRAßEN/ RADWEGE.....	153
TABELLE 98:	VERGLEICH DER IMMISSIONSRICHTWERTE BEIM SOG. NACHBARSCHAFTSLÄRM IN DER BRD UND DER DDR.....	161

TABELLE 99:	SCHWEFELDIOXIDKONZENTRATION.....	167
TABELLE 100:	KOHLENMONOXIDKONZENTRATION	168
TABELLE 101:	STICKSTOFFMONOXIDKONZENTRATION.....	168
TABELLE 102:	STICKSTOFFDIOXIDKONZENTRATION.....	169
TABELLE 103:	OZONKONZENTRATION.....	169
TABELLE 104:	FEINSTAUBKONZENTRATION	170
TABELLE 105:	BENZOLKONZENTRATION	170
TABELLE 106:	TOLUOLKONZENTRATION.....	171
TABELLE 107:	XYLOLKONZENTRATION.....	171
TABELLE 108:	RUßKONZENTRATION	171
TABELLE 109:	PKW-BESTAND IN MAGDEBURG	173

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1:	ALTERSSTRUKTUR DER MAGDEBURGER HAUPTWOHNSITZBEVÖLKERUNG 2003.....	2
ABBILDUNG 2:	ENTWICKLUNG DER HAUPTWOHNSITZBEVÖLKERUNG NACH ALTERSGRUPPEN [1]	3
ABBILDUNG 3:	ALTERSSTRUKTUR DER MAGDEBURGER BEVÖLKERUNG IN DEN STADTTEILEN 2003 [1].....	4
ABBILDUNG 4:	WEGZÜGE AUS MAGDEBURG JE 1000 EINWOHNER NACH ALTERSGRUPPEN, 1997 BIS 2003 [1].....	5
ABBILDUNG 5:	ZUZÜGE NACH MAGDEBURG JE 1000 EINWOHNER NACH ALTERSGRUPPEN, 1997 BIS 2003	6
ABBILDUNG 6:	WANDERUNGSSALDO JE 1000 EINWOHNER NACH ALTERSGRUPPEN, 1997 BIS 2003	6
ABBILDUNG 7:	ENTWICKLUNG DER ALTERSSTRUKTUR DER AUSLÄNDER MAGDEBURG ..	12
ABBILDUNG 8:	IMPFSTAND DER EINSCHÜLER IN MAGDEBURG 1997 UND 2002 (ANGABEN IN %).....	23
ABBILDUNG 9:	IMPFSTAND EINSCHÜLER IN MAGDEBURG 2004 (ANGABEN IN %).....	23
ABBILDUNG 10:	FRAGEBOGEN ZUR SOZIALANAMNESE	25
ABBILDUNG 11:	DIE VERTEILUNG DER BERUFSTÄTIGKEIT.....	25
ABBILDUNG 12:	AUSGEWÄHLTE GESUNDHEITSDATEN UND SOZIALDATEN	27
ABBILDUNG 13:	INANSPRUCHNAHME DER U-UNTERSUCHUNGEN 2004 (ANGABEN IN %) .	28
ABBILDUNG 14:	IMPFRATE BEI EINZELIMPFUNGEN 4. KLASSEN IN MAGDEBURG 2004 (ANGABEN IN %).....	29
ABBILDUNG 15:	UNTERSUCHUNGSZAHLEN VON 1998-2001 (10. KLASSEN).....	30
ABBILDUNG 16:	ZAHL DER UNTERSUCHUNGEN UND DER ÜBERWEISUNGEN (10. KLASSEN)	31
ABBILDUNG 17:	IMPFUNGEN UND IMPFÜBERWEISUNGEN (10. KLASSEN)	31
ABBILDUNG 18:	SALMONELLOSEN IN MAGDEBURG	42
ABBILDUNG 19:	DICHTE VON ÄRZTEN, ZAHNÄRZTEN/ KIEFERORTHOPÄDEN IN EIGENER NIEDERLASSUNG JE 1000 EINWOHNER IN DEN STADTTEILEN [2]	51
ABBILDUNG 20:	APOTHEKENDICHTE JE 1000 EINWOHNER IN DEN STADTTEILEN [2].....	52
ABBILDUNG 21:	VERLETZTE UND GETÖTETE PERSONEN JE 10000 EINWOHNER [2]	55
ABBILDUNG 22:	UNFALLGESCHEHEN NACH ART DER BETEILIGUNG.....	55
ABBILDUNG 23:	SCHWERBEHINDERTE IN MAGDEBURG NACH GRAD DER BEHINDERUNG 2003 IM VERGLEICH ZU 1997	57
ABBILDUNG 24:	SCHWERBEHINDERTE IN DER STADT MAGDEBURG.....	58
ABBILDUNG 25:	SCHWERBEHINDERTE MENSCHEN JE 1000 EINWOHNER DER ALTERSGRUPPE	60
ABBILDUNG 26:	ANTEILE DER PFLEGESTUFEN BEI AMBULANT GEPFLEGTEN PERSONEN IN SACHSEN ANHALT	63
ABBILDUNG 27:	ANTEILE DER PFLEGESTUFEN BEI STATIONÄR GEPFLEGTEN PERSONEN IN SACHSEN ANHALT	63
ABBILDUNG 28:	ENTWICKLUNG DER STERBLICHKEIT IN MAGDEBURG 1997, 1999 BIS 2003	66
ABBILDUNG 29:	MÄNNLICHE VERSTORBENE NACH TODESURSACHENGRUPPEN 1997, 2002 UND 2003	67
ABBILDUNG 30:	WEIBLICHE VERSTORBENE NACH TODESURSACHENGRUPPEN 1997, 2002 UND 2003	67
ABBILDUNG 31:	SCHÜLERZAHLEN UND ALLGEMEINBILDENDE SCHULEN IN MAGDEBURG.	73
ABBILDUNG 32:	ENTWICKLUNG DER HAUSHALTSGRÖßEN IN MAGDEBURG	78

ABBILDUNG 33:	ENTWICKLUNG DER NETTOAUSGABEN FÜR SOZIALHILFE JE EINWOHNER 1996 - 2003	84
ABBILDUNG 34:	ENTWICKLUNG DER SOZIALHILFEEMPFÄNGERZAHL UND DER SOZIALHILFEQUOTE	85
ABBILDUNG 35:	VERGLEICH DER SOZIALHILFEQUOTEN AUSGEWÄHLTER DEUTSCHER STÄDTE 1999 - 2002	86
ABBILDUNG 36:	ENTWICKLUNG DER GRÖÖE DER BEDARFSGEMEINSCHAFTEN VON 1995 BIS 2003	90
ABBILDUNG 37:	VERGLEICH DER HAUSHALTSTYPEN DER SOZIALHILFEBEZIEHER IN AUSGEWÄHLTEN DEUTSCHEN STÄDTEN – STAND 31.12.2002 [19]	92
ABBILDUNG 38:	KRANKENHILFEEMPFÄNGER AM 31.12.2003 NACH PERSONENGRUPPEN	100
ABBILDUNG 39:	SOZIALE STRUKTUR DER WOHNSELDEMPFÄNGER	101
ABBILDUNG 40:	WOHNSELDEMPFÄNGERHAUSHALTE NACH PERSONENZAHL	102
ABBILDUNG 41:	DAUER DER MIETRÜCKSTÄNDE BIS ZUR ERSTBERATUNG	105
ABBILDUNG 42:	HAUSHALTSTYPEN DER IN 2003 GERÄUMTEN HAUSHALTE	109
ABBILDUNG 43:	VERWEILDAUER IN DEN EINRICHTUNGEN FÜR DIE ABGÄNGE DES JAHRES 2003	111
ABBILDUNG 44:	ENTWICKLUNG DER ARBEITSLOSENZAHLEN IN MAGDEBURG SEIT 1997	115
ABBILDUNG 45:	ARBEITSLOSENQUOTEN IN MAGDEBURG IM JAHRESDURCHSCHNITT	115
ABBILDUNG 46:	ANTEIL DER LANGZEITARBEITSLOSEN AN DEN ARBEITSLOSEN INSGESAMT IN MAGDEBURG	116
ABBILDUNG 47:	ANTEIL DER ARBEITSLOSEN AN DER HAUPTWOHNSTZBEVÖLKERUNG IM ALTER ZWISCHEN 15 UND 65 JAHREN IM DEZEMBER 2002	117
ABBILDUNG 48:	TATVERDÄCHTIGE JUGENDLICHE JE 10 000 EINWOHNER	118
ABBILDUNG 49:	SOZIALREGIONEN DER STADT MAGDEBURG	124
ABBILDUNG 50:	AUFNAHMEN UND PFLEGETAGE IM KINDER- UND JUGENDNOTDIENST...	125
ABBILDUNG 51:	KJND- AUFNAHMEN NACH SOZIALREGIONEN 2005	125
ABBILDUNG 52:	ALTERSVERTEILUNG BEI UNTERBRINGUNG IN NOTSITUATIONEN 2003..	126
ABBILDUNG 53:	REGIONALE VERTEILUNG DER BERATUNGSFÄLLE DER ERZIEHUNGS- UND FAMILIENBERATUNG	129
ABBILDUNG 54:	BERATUNGSANLÄSSE DER ERZIEHUNGS- UND FAMILIENBERATUNG	129
ABBILDUNG 55:	ALTERSGRUPPEN DER BERATUNG	130
ABBILDUNG 56:	WAHLBETEILIGUNG NACH WAHLART	137
ABBILDUNG 57:	WAHLBETEILIGUNG AN DER KOMMUNALWAHL 1999 NACH ALTERSJAHRGÄNGEN	138
ABBILDUNG 58:	ENTWICKLUNG DER BRUTTOWERTSCHÖPFUNG IN MAGDEBURG	141
ABBILDUNG 59:	ENTWICKLUNG DER BRUTTOWERTSCHÖPFUNG IN SACHSEN-ANHALT ..	141
ABBILDUNG 60:	BRUTTOWERTSCHÖPFUNG JE EINWOHNER	142
ABBILDUNG 61:	EINNAHMEN UND AUSGABEN DER STADT MAGDEBURG	144
ABBILDUNG 62:	EINNAHMEN UND AUSGABEN VON HALLE, DESSAU UND MAGDEBURG IM JAHR 2002	145
ABBILDUNG 63:	SCHULDENSTAND IN SACHSEN ANHALT 1997, 2002 UND 2003	146
ABBILDUNG 64:	ENTWICKLUNG DER SCHULDEN PRO EINWOHNER IN MAGDEBURG	147
ABBILDUNG 65:	UNTERNEHMEN IM BEREICH IHK UND HANDWERKSKAMMER (HWK)..	151
ABBILDUNG 66:	SCHALLIMMISSIONSPLAN MAGDEBURG PROGNOSE 2005/2010 GESAMTVERKEHR TAG	163
ABBILDUNG 67:	SCHALLIMMISSIONSPLAN MAGDEBURG PROGNOSE 2005/2010 STRAÖENVERKEHR NACHT	163
ABBILDUNG 68:	SCHALLIMMISSIONSPLAN MAGDEBURG PROGNOSE 2005/2010 STRAÖENVERKEHR TAG	164
ABBILDUNG 69:	PKW-BESTAND IN MAGDEBURG	173