KREIS NORDFRIESLAND
GESUNDHEITSAMT

Kommunale

Gesundheitsberichterstattung

1. Basisbericht 2002

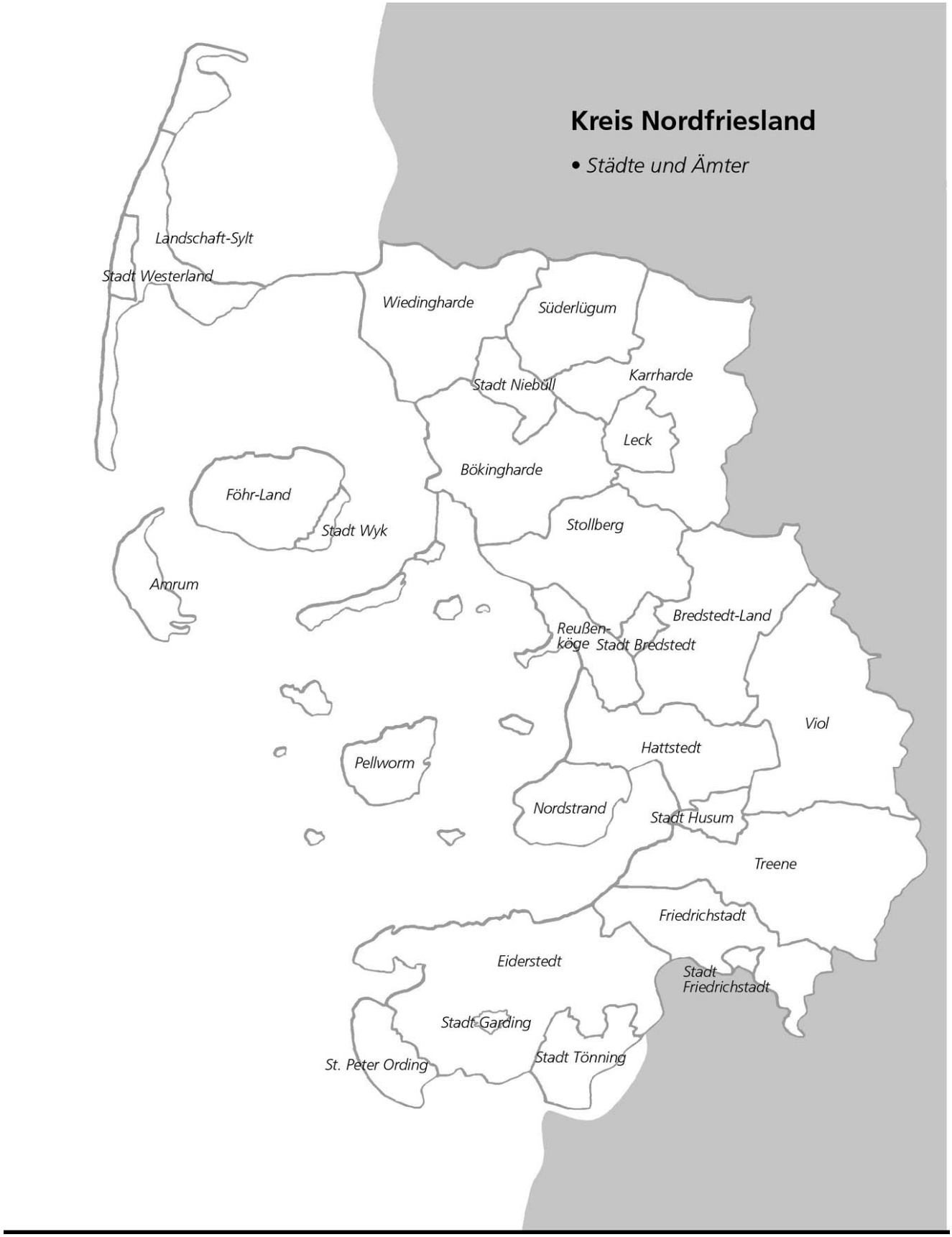
Informationen
Argumente
Fakten

Impressum

Herausgeber: Kreis Nordfriesland • Der Landrat
Gesundheitsamt
© 2004 Kreis Nordfriesland
Redaktion: Dr. Jürgen Mulke
Dr. Konrad Holzapfel
Regina Ladzenski
Stand Mai 2004

Auskünfte: Kreis Nordfriesland
Gesundheitsamt Husum
Regina Ladzenski
Damm 8 • 25813 Husum
Fon: 04841 / 8970-29 8970-0
Fax: 04841 / 2476
e-mail: regina.ladzenski@nordfriesland.de

Dieser Bericht zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung im
Kreis Nordfriesland ist auch im Internet abrufbar unter www.nordfriesland.de


Kreis Nordfriesland
• Städte und Ämter
Landschaft-Sylt
Stadt Westerland
Wiedingharde
Süderlügum
Stadt Niebüll
Karrharde
Leck
Bökingharde
Föhr-Land
Stadt Wyk
Amrum
Stollberg
Bredstedt-Land
Reußen-
köge
Stadt Bredstedt
Viol
Hattstedt
Pellworm
Nordstrand
Stadt Husum
Treene
Friedrichstadt
Eiderstedt
Stadt
Friedrichstadt
Stadt Garding
St. Peter Ording
Stadt Tönning

Vorwort

Seit Inkrafttreten des Gesundheitsdienstgesetzes zum 01.01.2002 sind die Kreise und kreisfreien Städte aufgefordert, in regelmäßigen Abständen Gesundheitsberichte zu erstellen. Als Gesundheitsamt unseres Kreises Nordfriesland legen wir nun erstmals einen Basisbericht über die gesundheitlichen und die mit Gesundheit zusammenhängenden sozialen Bedingungen in der Bevölkerung unseres Landkreises vor. Das Zahlenmaterial basiert überwiegend auf Daten aus dem Jahre 2002.

Mit dem vorliegenden Bericht ist der erste Schritt von einer reinen Leistungsstatistik zu einer qualitativen Berichterstattung getan. Die Leistungsdaten der einzelnen Sachgebiete sind integrierter Bestandteil des Gesundheitsberichtes und werden in den Folgeberichten der nächsten Jahre analysiert und bewertet werden, so dass schliesslich Schlußfolgerungen und Maßnahmen für die weitere Tätigkeit daraus abzuleiten sind.

Im vorliegenden Bericht werden insbesondere die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen des jugendärztlichen Dienstes sowie die Ergebnisse des jugendzahnärztlichen Dienstes vorgestellt. Die Gesundheit unserer Kinder stellt eine wesentliche Voraussetzung für eine gute Zukunft unseres Kreises dar. Gesunde Kinder ermöglichen den gesellschaftlichen Wohlstand von morgen, ohne den unser Gemeinwesen auf Dauer nicht funktionieren kann. Werden gesundheitliche Einschränkungen und Erkrankungen bei Kindern nicht rechtzeitig erkannt und behandelt, kann das weitreichende Folgen haben, die manchmal erst im Erwachsenenalter zum Tragen kommen.

Dafür, dass dieser Bericht unter den gegebenen engen personellen Ressourcen möglich wurde, danke ich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsamtes, insbesondere Frau Regina Ladzenski und Herrn Dr. Holzapfel, die neben ihrer eigentlichen Aufgabe im Amt die Daten beschafft und aufbereitet haben.

Ich übergebe den ersten Gesundheitsbericht des Kreises Nordfriesland hiermit der Öffentlichkeit, den Abgeordneten des Kreistages, Politikern und allen an verantwortlichen Stellen im Gesundheitsbereich Tätigen. Möge er zum Meinungsaustausch und zur weiteren Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse zum Wohle unserer Bürger beitragen.

Husum, im Mai 2004

Dr. Jürgen Mulke
Ltd. Kreismedizinaldirektor

Inhaltsverzeichnis

		Seite
Vorwort		
1.	**Rahmenbedingungen der Gesundheitsberichterstattung**	**1**
1.1.	Rechtliche Grundlagen	**1**
1.1.1.	Ziele der kommunalen Gesundheitsberichterstattung	**3**
2.	**Bevölkerungsstruktur**	**5**
2.1.	Bevölkerung aufgeteilt nach Stadt/Amt/Gemeinde Unterteilung nach Festland und Inseln	**5**
2.1.1.	Zusammensetzung der Altersstruktur der Bevölkerung nach Geschlecht	**6**
2.1.2.	Nationalität der Ausländerinnen und Ausländer	**7**
3.	**Sozioökonomische Aspekte der Bevölkerung**	**8**
3.1.	Arbeitslose und Arbeitslosenquoten	**8**
3.2.	Sozialhilfebezug	**9**
3.2.1.	Personen in Hilfe zum Lebensunterhalt	**9**
3.2.2.	Personen in Hilfe zum Lebensunterhalt nach Geschlecht und Altersgruppe	**10**
3.2.3.	Ursachen über die Gewährung von Hilfe zum Lebensunterhalt bei Frauen und Männern	**11**
4.	**Gesundheitliche Lage der Bevölkerung**	**12**
4.1.	Todesursachen	**12**
4.1.1.	Todesursachen Schleswig-Holstein	**12**
4.1.2.	Todesursachen Schleswig-Holstein/Kreis Nordfriesland	**13**
4.1.3.	Todesursachen Nordfriesland	**14**
4.1.4.	Todesursache Mamma Ca	**15**
4.2.	Meldepflichtige Krankheiten Kreis Nordfriesland/Schleswig-Holstein	**16**
4.3.	Krebsregister	**18**
4.3.1.	Rechtliche Grundlagen	**18**
4.3.1.1.	Aufgaben	**18**
4.3.1.2.	Inzidenz	**19**
4.3.2.	Krebsneuerkrankungen in Schleswig-Holstein/Übersicht	**20**
4.3.2.2.	Krebstodesursachen in Schleswig-Holstein/Übersicht	**20**
4.3.3.	Krebsneuerkrankungen/verschiedene Diagnosen	**21**

Seite

4.3.3.1 Lungenkrebs 21
4.3.3.2. Brustkrebs 22
4.3.3.2.1. Brustkrebsbekämpfung in Schleswig-Holstein 23
4.3.3.3. Prostatakrebs 24
4.3.3.4. Malignes Melanom der Haut 24
4.3.3.5. Harnblasenkrebs 25

4.4. Verkehrsunfälle/Verkehrstote 26
4.4.1. Verkehrsunfälle/Verkehrstote im Bereich der Polizeiinspektion Husum 26
4.4.2. Verkehrstote im Vergleich zu anderen Bundesländern 26

5. Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen des Gesundheitswesens 27

5.1. Ambulante Suchtkrankenhilfe im Kreis Nordfriesland 27

5.2. Hilfen für psychisch Kranke Sozialpsychiatrischer Dienst Kreis Nordfriesland 31

5.3. Menschen mit Behinderung und schwerbehinderte Menschen 33
5.3.1. Schwerbehinderte Menschen Vergleich Nationalität und Geschlecht 33
5.3.2. Schwerbehinderte Menschen Altersstruktur 34

5.4. Jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland/Dänischer Gesundheitsdienst 35
5.4.1. Ziele 35
5.4.2. Durchgeführte Untersuchungen Kreis Nordfriesland 35
5.4.2.1. Durchgeführte Untersuchungen Kreis Nordfriesland/Schleswig Holstein 36
5.4.3. Gesundheitszustand der Einschülerinnen und Einschüler 36
5.4.3.1. Gesundheitliche Beeinträchtigungen 37
5.4.3.2. Befunde im Vergleich Kreis Nordfriesland/Schleswig-Holstein 37
5.4.3.3 Einzelne Diagnosen 38

5.4.4. Prävention durch Impfungen 40
5.4.4.1 Inanspruchnahme von Impfungen 40
5.4.4.2 Durchimpfungsraten Kreis Nordfriesland/Schleswig-Holstein/Deutschland 44

Seite

5.4.5. Vorsorgeuntersuchungen **45**
5.4.5.1. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen **45**

5.4.6. Jugendzahnärztlicher Dienst **47**
5.4.6.1. Untersuchungsergebnisse **48**
5.4.6.2. Untersuchungsergebnisse dänischer zahnärztlicher Dienst **49**

5.5. Kreisarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege **50**

5.6. Frühförderung **51**

5.7. Beratungsstelle Stiftung-Mutter-Kind im Gesundheitsamt Husum **53**

6. Natürliche und technische Umwelt **54**

6.1. Trinkwasser **54**

6.2. Badewasser **55**

6.3. Ozon **56**
6.3.1. Ozonmeßwerte Schleswig-Holstein **57**

7. Ressourcen im Gesundheitswesen im Kreis Nordfriesland **58**

7.1. Öffentlicher Gesundheitsdienst **58**

7.2. Ambulante Versorgung **61**
7.2.1. Niedergelassene Ärzte nach Fachrichtungen **61**
7.2.1.1. Altersverteilung der niedergelassenen Ärzte **62**
7.2.1.2. Niedergelassene Ärzte nach Fachrichtungen und Niederlassungsort **63**
7.2.1.3. Niedergelassene Ärzte/Einwohner **64**

7.2.2. Niedergelassene Zahnärzte **66**

7.3. Gesundheitsberufe/Medizinische Heilberufe **66**

7.4. Stationäre Versorgung **67**
7.4.1. Krankenhäuser und Rehakliniken im Überblick **67**
7.4.2. Dialysestationen **67**

7.5. Beratungstellen und Behandlungszentren **68**

7.6. Selbsthilfe **68**

8. Alten- und Pflegeeinrichtungen **70**

Seite

8.1. Alten- und Pflegeeinrichtungen 70

9. Hinweise 70

9.1. Gerontopsychiatrieplan 70

9.2. Sozialkompaß 70

10. Glossar 71

1. Rahmenbedingungen der Gesundheitsberichterstattung (GBE)

1.1. Rechtliche Grundlagen

Die rechtliche Grundlage für die kommunale Gesundheitsberichterstattung in Schleswig-Holstein ist das Gesundheitsdienstgesetz (GDG), das am 01.01.2002 in Kraft getreten ist. Die Aufgabenerfüllung geschieht als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe.

Der § 6 Gesundheitsberichterstattung lautet folgendermaßen:

(1) Zur Unterrichtung über die gesundheitlichen Verhältnisse, insbesondere über Gesundheitsrisiken einschließlich der Auswirkungen von Umwelteinflüssen, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung sammeln die Kreise und kreisfreien Städte die hierfür notwendigen nichtpersonenbezogenen Daten, werten sie nach epidemiologischen Gesichtspunkten aus und führen sie in regelmäßigen Abständen in Gesundheitsberichten zusammen. Soweit die Kreise und kreisfreien Städte zur Erhebung von Daten nach Satz 1 nicht in der Lage sind oder die Erhebung mit unverhältnismäßigem Aufwand verbunden ist, wirken sie darauf hin, dass die entsprechenden Daten von anderen Behörden erhoben werden. Behörden, die über Daten im Sinne von Satz 1 verfügen, teilen diese den Kreisen und kreisfreien Städten auf Anforderung mit.

(2) Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz legt im Benehmen mit den Kreisen und kreisfreien Städten für die Datenerhebung und Berichterstattung nach Absatz 1 einheitliche inhaltliche und formale Kriterien fest, soweit dies für den Vergleich oder die Zusammenführung von Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung erforderlich ist. Die Kreise und kreisfreien Städte leiten ihre Gesundheitsberichte dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz zu.

(3) Soweit für besondere Fragestellungen personenbezogene Daten erhoben werden müssen, gelten § 3 Abs.4, §§ 6,8 bis 10 und 12 bis 19 des Landesstatistikgesetzes vom 8. März 1991 (GVOBI. Schl.-H.S. 131),Zuständigkeiten angepasst durch Landesverordnung vom 16. Juni 1998 (GVOBI. Schl.-H. S 210), entsprechend. Eine Auskunftspflicht besteht nicht.

(4) Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz erstellt zumindestens einmal in der Legislaturperiode Landesgesundheitsberichte über einzelne Themen oder Bevölkerungsgruppen.

Bei der kommunalen Gesundheitsberichterstattung sind die Vorschriften des Datenschutzes (Landesdatenschutzgesetz, Bundesdatenschutzgesetz) zu beachten.

1.1.1. Ziele der kommunalen Gesundheitsberichterstattung

Das allgemeine Ziel der GBE besteht darin, zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Versorgung der Bevölkerung beizutragen. Dies wird im wesentlichen durch § 6 Gesundheitsdienstgesetz beschrieben.

- Verbesserung der Zielgenauigkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen durch planungs- und steuerungsrelevante Orientierungsdaten für Entscheidungsträger in Politik, Verwaltung und Gesundheitswesen (Effektivität und Effizienz des Resourceneinsatzes im öffentlichen Gesundheitswesen).

- Motivierung von Entscheidungsträgern und Bürgern zu verstärktem Engagement für die Gesundheit der Bevölkerung (bevölkerungsmedizinische Gedanken “Public Health” als Handlungsempfehlungen für z.B. Politiker)

- Sachgerechte Information der Bürgerinnen und Bürger über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und ihre wesentlichen Bestimmungsfaktoren (Problem- und nutzerorientierte Gesundheitsberichterstattung als Informationsquelle im Gegensatz zu früheren reinen Landesstatistiken)

Durch die kommunale Gesundheitsberichterstattung wird ein Bericht zur Information, Orientierung, Motivation, Evaluation und Koordination eines gesundheitlichen Problems (themenspezifisch) oder der gesundheitlichen Lage (Basisbericht) für die Bürgerinnen und Bürger und für die Entscheidungsträger zusammengefasst.

2. Bevölkerungsstruktur

2.1. Bevölkerung Stadt/Amt Gemeinde

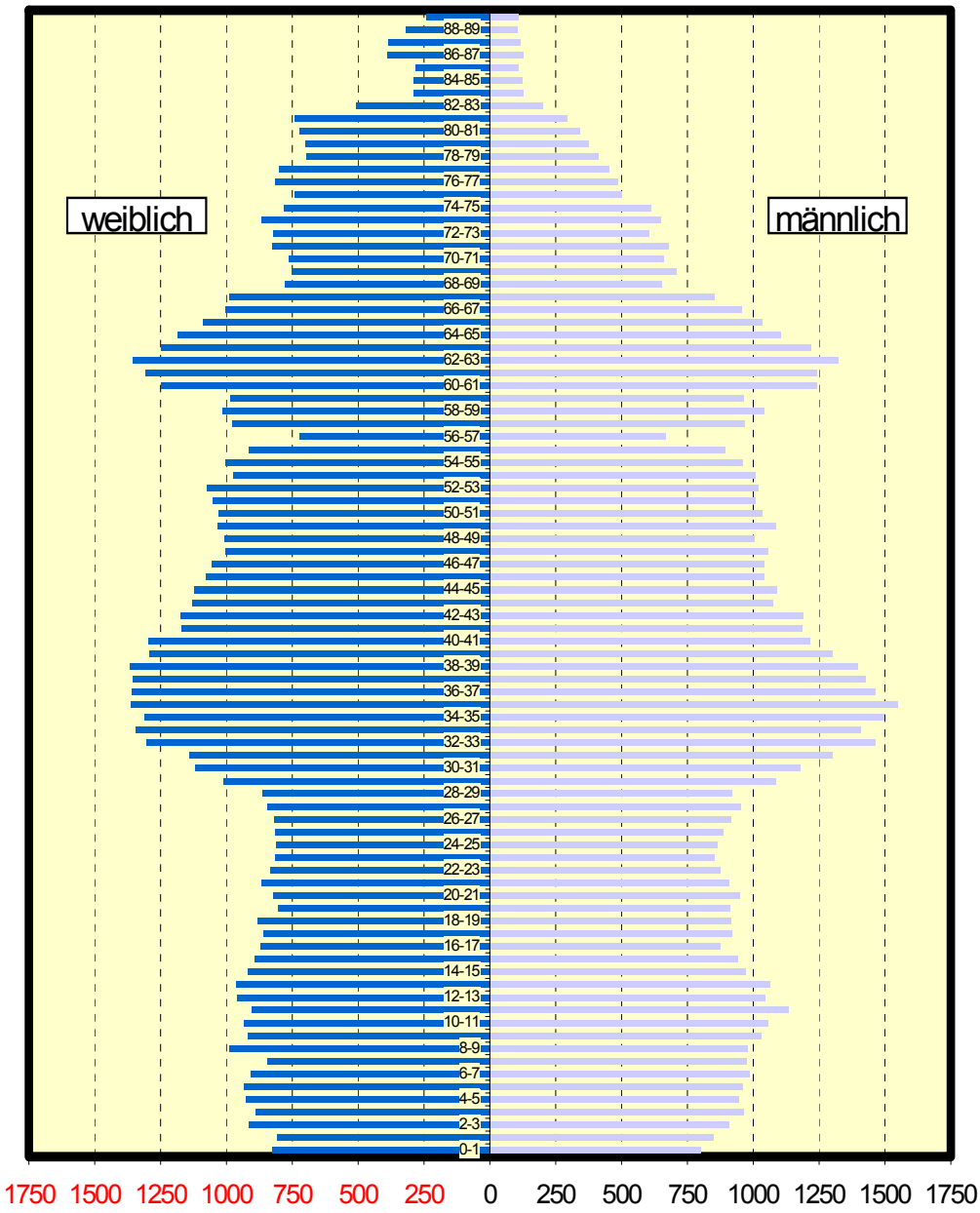
Tab. 1
Einwohner, Kreis Nordfriesland, aufgeteilt nach Stadt/Amt/Gemeinde/30.06.2002/30.06.2003

Stadt Amt Gemeinde	Einwohnerinnen/ Einwohner Gesamt am 30.06.2002	Einwohnerinnen/ Einwohner Gesamt am 30.06.2003
Stadt Bredstedt	5.103	5113
Stadt Garding	2.748	2781
Stadt Husum	21.027	20887
Stadt Niebüll	8.377	8590
Stadt Tönning	5.039	5034
Gem. Leck	7.651	7631
Gem. St.Peter-Ording	4.076	4041
Amt Bökingharde	6.066	6047
Amt Bredstedt Land	8.896	9017
Amt Eiderstedt	4.910	4912
Amt/Stadt Friedrichstadt	5.901	5909
Amt Hattstedt	6.322	6310
Amt Karrharde	7.482	7436
Amt Nordstrand	2.325	2343
Amt Stollberg	6.062	6064
Amt Süderlügum	4.441	4492
Amt Treene	11.978	12146
Amt Viöl	8.919	9006
Amt Wiedingharde	4.469	4531
Gesamt Festland	**131.792**	**132.290**
Stadt Westerland	8.999	9036
Stadt Wyk	4.456	4439
Gem. List	2.721	2709
Amt Amrum	2.396	2311
Amt Föhr-Land	4.312	4264
Amt Landschaft Sylt	9.379	9400
Amt Pellworm	1.378	1395
Gesamt Inseln	**33.641**	**33.554**
Gesamt Nordfriesland	**165.433**	**165.844**

Quelle: Statistisches Landesamt

Zusammensetzung und Alterstruktur der Bevölkerung in Nordfriesland

Am 31.12.2001 lebten insgesamt 165.026 Menschen in Nordfriesland; 756 Personen mehr als im Vorjahr. Der Frauenanteil liegt insgesamt bei 51 %.
Ein deutlicher Frauenüberschuss besteht ab den Geburtsjahrgängen 1935 und älter. Auffällig ist die höhere Anzahl der Jungen im Alter von 8 – 13 Jahren und der Männer im Alter von 35 – 37 Jahren. **Abb.1**



Quelle: Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein, Stand: 31.12.2001

2.1.2. Nationalität der Ausländerinnen und Ausländer in Nordfriesland

Festzustellen ist, dass im Kreis Nordfriesland am 31.12.2001 insgesamt 2.802 Ausländerinnen und 2.957 Ausländer lebten. Am 31.12.2002 betrug die Zahl der Ausländerinnen 2713, der Ausländer 2754.

Tab. 2
Nationalität der Ausländerinnen und Ausländer im Kreis Nordfriesland 2001 und 2002

Nationalität	31.12.2001	31.12.2002
Dänemark	661	644
Türkei	598	511
Jugoslawien	488	432
Polen	408	409
Italien	274	280
Österreich	241	228
Vereinigte Staaten von Amerika	235	207
Russische Föderation	164	176
Irak	158	127
Großbritannien	158	156
Rumänien	111	110
Pakistan	110	98
Niederland	95	98
Griechenland	87	90
Bosnien und Herzegowina	83	74
Kasachstan	74	73
Togo	70	73
Thailand	68	78
Vietnam	65	60
Schweiz	62	56
Frankreich	61	62
Armenien	59	60
Syrien, Arabische Republik	57	65
restliche Staaten [1)]	1372	1300
insgesamt	5759	5467

Quelle: Bundesverwaltungsamt – Ausländerzentralregister 31.12.2001
Bundesverwaltungsamt – Ausländerzentralregister 31.12.2002

[1)] restliche Staaten: unter 56 Personen nicht differenziert (Nationalität)

3. Sozioökonomische Aspekte der Bevölkerung

3.1. Arbeitslose und Arbeitslosenquoten

Tab. 3
Arbeitslose Männer und Frauen und Arbeitslosenquoten in Nordfriesland

Kreis / Dienststelle	Männer				Frauen			
	Arbeitslose Männer		Arbeitslosenquote bezogen auf abhängige zivile Erwerbspersonen		Arbeitslose Frauen		Arbeitslosenquote bezogen auf abhängige zivile Erwerbspersonen	
	12/01	**12/02**	**12/01**	**12/02**	**12/01**	**12/02**	**12/01**	**12/02**
Nordfriesland*	4.246	4.931	12,1	14,0	3.132	3.434	9,6	10,4
Husum	1.872	2.110	11,9	13,4	1.149	1.277	8,3	9,0
Niebüll	838	1.023	9,9	11,9	576	650	7,6	8,4
Westerland	602	663	13,6	15,2	560	592	12,3	13,2
Wyk	296	372	13,3	17,0	309	350	12,9	14,6
Tönning	654	763	14,9	17,5	542	565	13,1	13,6

*geringfügige Abweichungen zu den Summen der Kreise sind erhebungstechnisch bedingt.

Quelle: aus dem Bericht der Gleichstellungsbeauftragten des Kreises Nordfriesland

3.2. Sozialhilfebezug im Kreis Nordfriesland

Tab. 4

3.2.1. Personen in Hilfe zum Lebensunterhalt (alle Altersgruppen)2000/2001/2002

Stadt Amt Gemeinde	Einwohnerinnen/ Einwohner Gesamt am 30.06.2002	1. Hj. 2000 Personen Gesamt	davon		1. Hj. 2001 Personen Gesamt	davon		1. Hj. 2002 Personen Gesamt	davon	
			M	W		M	W		M	W
Stadt Bredstedt	5.103	324	122	202	295	107	188	315	121	194
Stadt Garding	2.748	107	50	57	84	34	50	78	33	45
Stadt Husum	21.027	1736	799	937	1689	760	929	1577	716	861
Stadt Niebüll	8.377	264	109	155	301	123	178	296	130	166
Stadt Tönning	5.039	211	93	118	227	83	144	207	83	124
Stadt Westerland	8.999	197	77	120	268	118	150	161	66	95
Stadt Wyk	4.456	119	58	61	142	67	75	154	60	94
Gem. Leck	7.651	503	213	290	475	198	277	415	172	243
Gem. List	2.721	49	22	27	31	14	17	29	12	17
Gem. St. Peter-Ording	4.076	45	18	27	53	21	32	50	23	27
Amt Amrum	2.396	11	2	9	12	2	10	9	5	4
Amt Bökingharde	6.066	150	58	92	144	51	93	142	57	85
Amt Bredstedt-Land	8.896	165	69	96	176	70	106	219	96	123
Amt Eiderstedt	4.910	69	35	34	63	31	32	22	15	7
Amt Föhr-Land	4.312	20	6	14	15	6	9	34	14	20
Amt/Stadt Friedrichstadt	5.901	291	124	167	262	112	150	275	117	158
Amt Hattstedt	6.322	122	51	71	123	46	77	119	42	77
Amt Karrharde	7.482	214	103	111	248	120	128	335	166	169
Amt Landschaft Sylt	9.379	43	21	22	48	23	25	70	36	34
Amt Nordstrand	2.325	53	20	33	62	23	39	49	21	28
Amt Pellworm	1.378	345	168	177	20	8	12	16	7	9
Amt Stollberg	6.062	109	46	63	261	109	152	209	86	123
Amt Süderlügum	4.441	313	130	183	106	37	69	70	27	43
Amt Treene	11.978	251	108	143	352	154	198	393	179	214
Amt Viöl	8.919	31	13	18	277	115	162	336	150	186
Amt Wiedingharde	4.469	69	32	37	69	32	37	69	27	42
	165.433	**5811**	**2547**	**3264**	**5803**	**2464**	**3339**	**5649**	**2461**	**3188**

Quelle: Sozialamt Kreis Nordfriesland

Die Anzahl der Empfänger und Empfängerinnen von Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt) sank in Nordfriesland vom 1. Halbjahr 2000 bis zum 1. Halbjahr 2002 insgesamt geringfügig (von 5.811 auf 5.649 Personen). Weiterhin bezogen mehr weibliche Personen (56,4 %) im 1. Halbjahr 2002 Sozialhilfe.

Der regionale Bezug weist aus, dass die regionalen Bedingungen (u. a. Arbeitsmarkt, Infrastruktur vor Ort) zu den Veränderungen in der Höhe der Anzahl der Personen im Sozialhilfebezug beitragen. Besonders herauszugreifen ist die nicht unwesentliche Erhöhung der Personen in Sozialhilfe im Amt Bredstedt-Land, im Amt Karrharde, im Amt Treene und im Amt Viöl. Für die Stadt Husum lässt sich im Bezugszeitraum insgesamt eine Reduktion der Personenzahl in der Sozialhilfe nachweisen.

Quelle: aus dem Bericht der Gleichstellungsbeauftragten des Kreises Nordfriesland

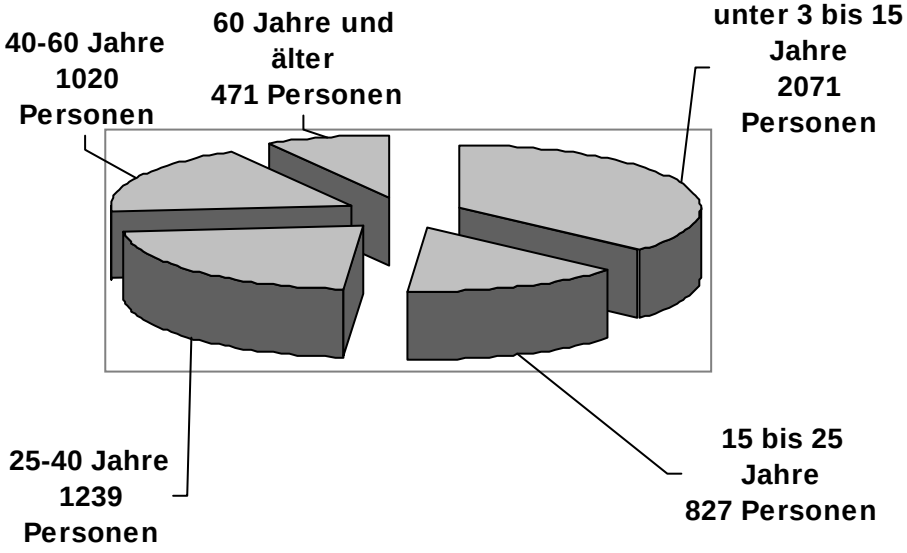
3.2.2. Personen in Hilfe zum Lebensunterhalt nach Geschlecht und Altersgruppe 2002 Kreis Nordfriesland

Tab. 5

Alter von ...bis.. Jahren	Männlich	Weiblich	Insgesamt
unter 3	226	216	442
3 – 7	289	300	589
7 – 11	282	230	512
11 – 15	287	241	528
15 – 18	141	155	296
18 – 21	97	115	212
21 – 25	128	191	319
25 – 30	140	236	376
30 – 40	301	562	863
40 – 50	269	393	662
50 – 60	168	190	358
60 – 65	66	101	167
65 – 70	48	76	124
70 – 75	21	51	72
75 – 80	11	44	55
80 – 85	7	19	26
85 und älter	1	26	27
Gesamt	2482	3146	5628
Durch-schnitts-alter	24,6	29,4	27,3

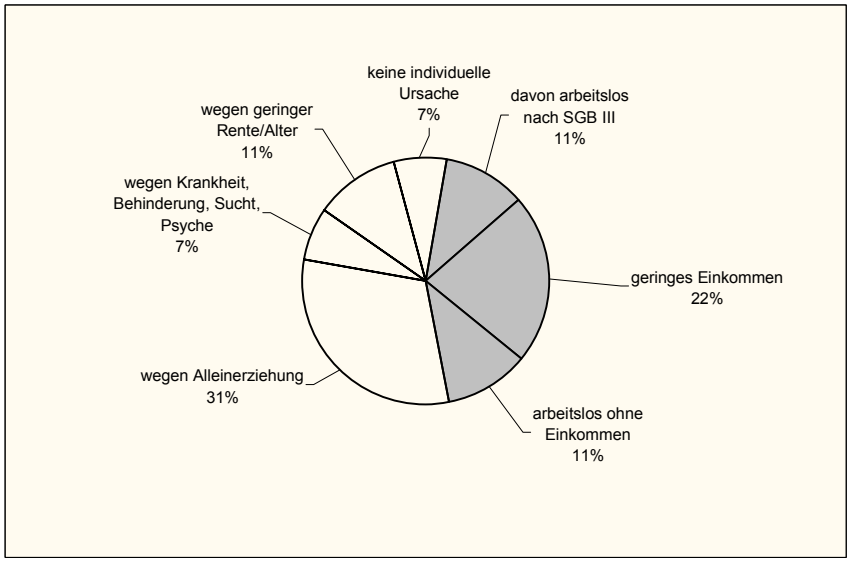
Quelle: Sozialamt Kreis Nordfriesland

Abb. 2



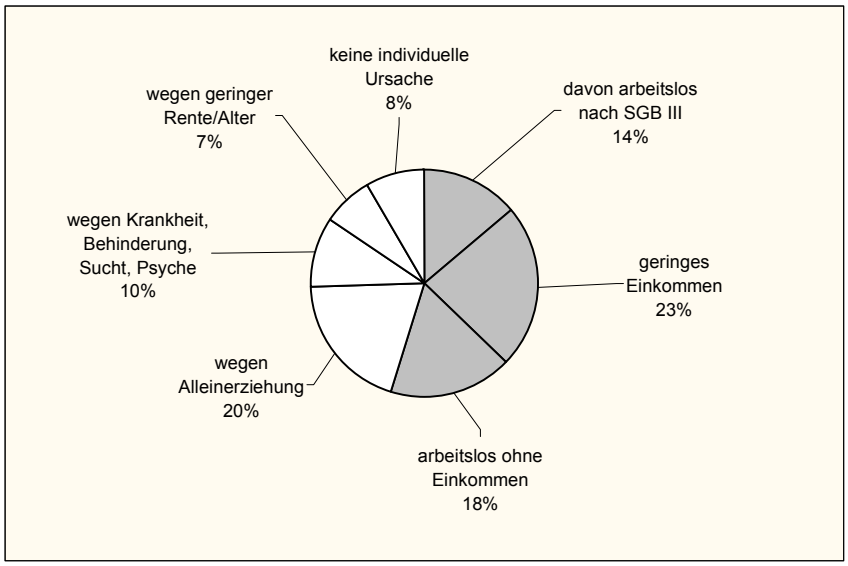
Quelle: Sozialamt Kreis Nordfriesland

Abb.3 3.2.3. Ursachen über die Gewährung von Hilfe zum Lebensunterhalt bei Frauen



Quelle: Sozialamt Kreis Nordfriesland 1. Hj. 2002

Abb. 4 Ursachen über die Gewährung von Hilfe zum Lebensunterhalt bei Männern



Quelle: Sozialamt Kreis Nordfriesland 1. Hj. 2002

nicht zur Arbeit verpflichtet

zur Arbeit verpflichtet

Auffällig ist, dass bei Frauen der Grund für den Sozialhilfebezug häufiger in der Alleinerziehung und in der geringen Rente im Alter liegt, wobei bei Männern häufiger Gründe der Krankheit, Behinderung, Sucht oder Psyche angegeben wurden. Bei Männern ist ebenfalls häufiger die Ursache in der gemeldeten Arbeitslosigkeit zu suchen. Anzunehmen ist allerdings, dass viele Frauen nicht arbeitssuchend gemeldet sind und demnach auch nicht derart statistisch erfasst sind.

(Quelle: aus dem Bericht der Gleichstellungsbeauftragten des Kreises Nordfriesland)

4. Gesundheitliche Lage der Bevölkerung

4.1. Todesursachen

Tab. 6

4.1.1. Die Gestorbenen 2000 im Vergleich zu 2001 (nach Geschlecht Altersgruppe und Kapiteln der ICD-10) Schleswig-Holstein gesamt

	Gestorbene 2000	Gestorbene 2001					
	insgesamt	insgesamt	männlich	weiblich	unter 15	15-65	65 und mehr
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	274	312	152	160	-	76	236
Neubildungen (davon bösartige Neubild.)	7722 (7511)	7635 (7487)	3872 (3806)	3763 (3681)	12 (11)	2284 (2263)	5339 (5213)
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	91	84	33	51	1	12	71
Endokrine, Enährungs- und Stoffwechselkrankheiten	803	909	354	555	7	113	789
Psychische und Verhaltensstörungen	258	209	137	72	-	119	90
Krankheiten des Nervensystems	568	554	261	293	14	112	428
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	-	-	--	-	-	-	-
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	-	1	-	1	-	-	1
Krankheiten des Kreislaufsystems (davon	13730	13752	5748	8004	5	1500	12247
Ischämische Herzkrankheiten	(6309)	(6159)	(2994)	(3165)	(-)	(787)	(5372)
Sonstige Formen der Herzkrankheit	(2769)	(2839)	1026)	(1813)	(2)	(279)	(2558)
Zerebrovaskuläre Krankheiten)	(2607)	(2568)	(900)	(1668)	(2)	(222)	(2344)
Krankheiten des Atmungssystems	1812	1933	952	981	4	206	1723
Krankheiten des Verdauungssystems	1483	1464	713	751	-	473	991
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	25	16	4	12	-	1	15
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	77	50	19	31	1	12	37
Krankheiten des Urogenitalsystems	362	390	169	221	1	27	362
Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett	4	-	-	-	-	-	-
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	47	57	38	19	56	-	1
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	56	59	30	29	41	16	2
Symptome und abnorme klinische Befunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	1141	858	341	517	23	182	653
Verletzungen,Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	1368	1384	853	531	31	701	652
Insgesamt	29821	29667	13676	15991	196	5834	23637

Quelle: Die Gestorbenen in Schleswig-Holstein nach Todesursachen,Geschlecht und Altersgruppen 2001, Stat. Landesamt Schleswig-Holstein

Tab. 7

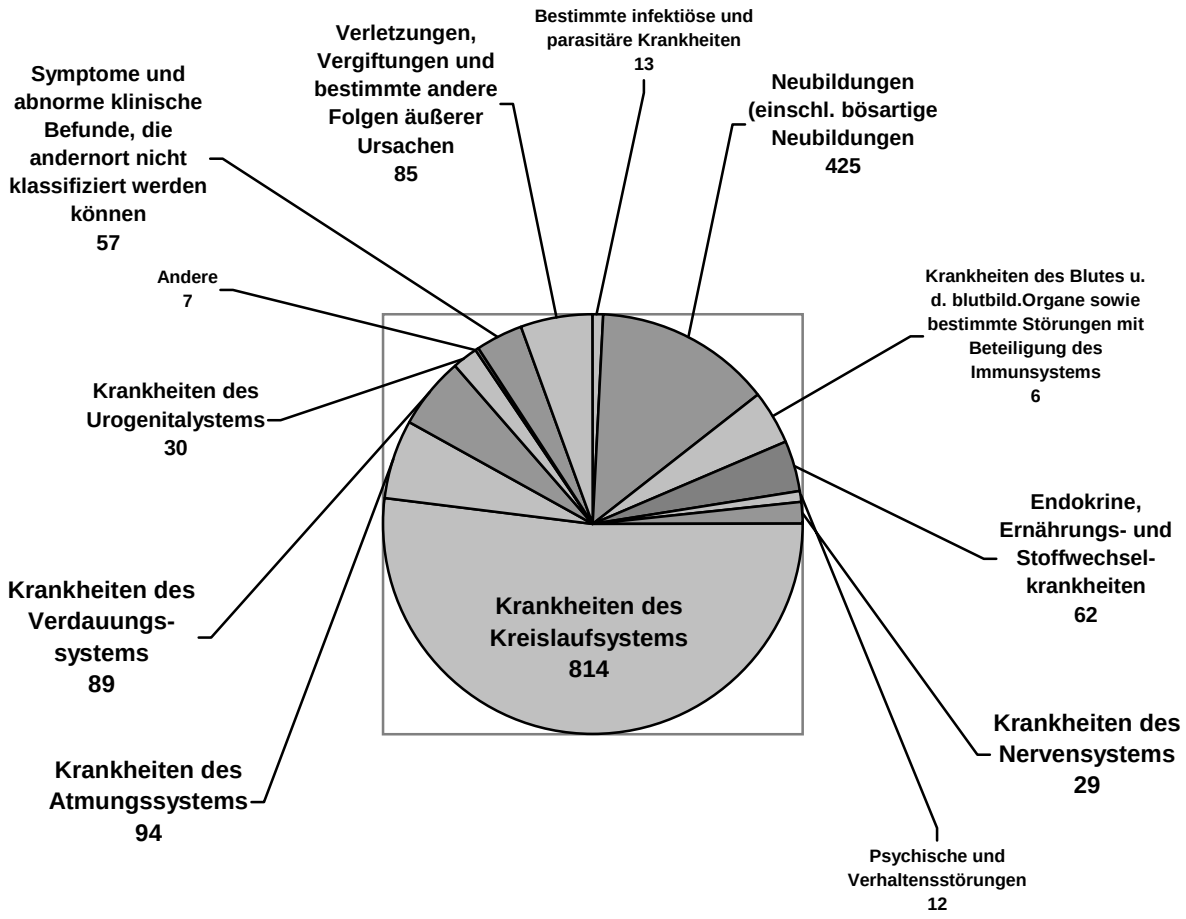
4.1.2. Die Gestorbenen 2001 Schleswig/Holstein im Vergleich zu 2001 Nordfriesland(nach Geschlecht Altersgruppe und Kapiteln der ICD-10)

	Gestorbene 2001 Schl.-H.	Gestorbene Nordfriesland 2001					
	insgesamt	insgesamt	männlich	weiblich	0-45	45-65	65 und älter
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	312	13	3	10	-	1	12
Neubildungen (davon bösartige Neubild.)	7635 (7487)	425 (410)	215 (207)	210 (203)	8 (8)	126 (125)	291 (277)
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	84	6	3	3	-	-	6
Endokrine, Enährungs- und Stoffwechselkrankheiten	909	62	26	36	3	6	53
Psychische und Verhaltensstörungen	209	12	7	5	1	3	8
Krankheiten des Nervensystems	554	29	13	16	1	4	24
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	-	-	-	-	-	-	-
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	1	-	-	-	-	-	-
Krankheiten des Kreislaufsystems	13752	814	346	468	6	74	734
Krankheiten des Atmungssystems	1933	94	56	38	4	8	82
Krankheiten des Verdauungssystems	1464	89	46	43	8	23	58
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	16	-	-	-	-	-	-
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	50	-	-	-	-	-	-
Krankheiten des Urogenitalsystems	390	30	13	17	-	2	28
Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett	-	-	-	-	-	-	-
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	57	4	3	1	4	-	-
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	59	3	1	2	3	-	-
Symptome und abnorme klinische Befunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	858	57	31	26	6	11	40
Verletzungen,Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	1384	85	52	33	28	13	44
Insgesamt	29667	1723*	815	908	72	271	1380

***In der Datenquelle ist die Gesamtzahl der Verstorbenen in Nordfriesland 2001 mit 1726 angegeben, nach unseren Nachberechnungen liegt sie bei 1723. Ob diese Differenz an der EDV-Programmumstellung oder an der Geheimhaltung einiger Daten bezüglich des Datenschutzes liegt, konnte bei Drucklegung nicht endgültig geklärt werden.**
Quelle: Die Gestorbenen in Schleswig-Holstein nach Todesursachen,Geschlecht und Altersgruppen 2001, Stat. Landesamt Schleswig-Holstein

Abb.5.

4.1.3. Gestorbene 2001 nach Todesursachen in Nordfriesland



Datenquelle: stat,. Landesamt Schleswig-Holstein, Gestorbene 2001 in den kreisfreien Städten und Kreisen nach Todesursachen, Altersgruppen und Geschlecht

4.1.4. Mamma Ca (Bösartige Neubildungen der Brustdrüse)

Im Kreis Nordfriesland verstarben im Jahr 2001 46 Frauen an einem Mamma Ca. Im Land Schleswig-Holstein verstarben im gleichen Zeitraum 650 Personen an einem Mamma Ca. Davon waren 3 Männer und 647 Frauen.

Tab. 8
Todesursachen 2001 Kreis Nordfriesland/Schleswig Holstein MammaCa.

		Davon nach Altersgruppen		
	Gesamt 2001/Frauen	0-45	45-65	65 und mehr
Nordfriesland	46	2	19	25
Schleswig-Holstein	647	35	256	356

Datenquelle: stat,. Landesamt Schleswig-Holstein, Gestorbene 2001 in den kreisfreien Städten und Kreisen nach Todesursachen, Altersgruppen und Geschlecht

4.2. Meldepflichtige Krankheiten in Nordfriesland

4.2.1. Meldepflichtige Krankheiten

Seit dem Jahr 2001 erfolgen die Meldungen bestimmter übertragbarer Krankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), das das alte Bundesseuchengesetz abgelöst hat. Sinn der Meldung ist auf der einen Seite die rasche Ermittlung bei bestimmten Erkrankungen und damit die Möglichkeit, weiteren Erkrankungsfällen vorzubeugen. Andererseits können längerfristige Trends im Krankheitsgeschehen sichtbar gemacht werden und möglicherweise zu Konsequenzen führen. Für Nordfriesland bedeutet dies, dass z.B. ein Vergleich mit Nachbarkreisen möglich ist und ein Vergleich mit dem Vorjahr.
Die Zahlen für das Jahr 2002 sehen für Nordfriesland folgendermaßen aus:

Tab. 9
Meldepflichtige Krankheiten in Nordfriesland 2002 im Vergleich zu Schleswig-Holstein

Krankheit	Anzahl gemeldet in Nordfries-land	Gemäß Referenz definition	Inzidenz pro 100.000 Einwohner in Nordfriesland	Inzidenz Schleswig-Holstein zum Vergleich	Zunahme (+) Abnahme (-) 2002 NF vergl. mit 2001 für NF
Hepatitis B	1	1	0,61	1,91	-
Meningikokken-Erkrankung	1	1	0,61	0,97	-
Shigellose	1	1	0,61	1,30	=
Influenza	2	2	1,22	2,05	-
Giardiasis	4	3	2,44	4,97	-
Hepatitis C	5	3	3,05	5,47	+
E.coli,sonstige Darmpathogene	6	4	3,66	3,67	++
EHEC	6	5	3,66	2,49	++
Masern	7	7	4,27	1,29	--
Hepatitis A	9	7	5,49	1,91	-
Tuberkulose	9	9	5,49	7,92	+
Yersiniose	16	16	9,76	10,95	+
Norwalk-ähnliche Viruserkrankung	19	19	11,59	56,85	++
Rotavirus-Erkrankung	26	26	15,86	33,45	-
Campylobacter-Enteritis	81	67	49,4	80,44	=
Salmonellen-Erkrankung	189	169	115,26	96,86	+
Gesamt	382	340	233,0	314,10	+

Quelle: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz, Kiel, Institut für Mikrobiologie

Inzidenz: Anzahl Neuerkrankter in einem bestimmten Zeitraum (1 Jahr)

Referenzdefinition: Eine gemeldete Erkrankung wird nur dann vom Robert-Koch-Institut gezählt, wenn bestimmte Symptome vorgelegen haben, die in einer Definition für die bestimmte Krankheit festgelegt sind. Damit werden Fehlmeldungen reduziert.

Die Tabelle zeigt, dass wir in Nordfriesland mit den Meldungen für Hepatitis (Leberentzündung), Meningokokkenmeningitis (Hirnhautentzündung), Tuberkulose und auch in der Gesamtzahl der Meldungen unter dem Durchschnitt von Schleswig–Holstein liegen, bei EHEC (Darmerkrankung, häufig mit Komplikationen) und Masern liegen wir darüber.
Als Beispiel für zeitliche Veränderungen seien Masern herausgegriffen. Im Jahr 2001 wurden in Nordfriesland über 200 Fälle gemeldet, im Jahr 2002 insgesamt 7! Im Jahr 2001 gab es südlich von Husum einen Masern-Ausbruch. Masern können durch Impfung verhindert werden. Die Impfrate bei 4.-Klässlern lag im Ausbruch-Gebiet nur bei 70%, in den anderen (nördlicheren) Teilen des Kreises bei 80% und 90%. Ein Zusammenhang zwischen dem Ausbruch und der niedrigen Impfrate ist sehr wahrscheinlich. Inzwischen liegt die Impfrate auch südlich von Husum nach Aufklärungsaktionen höher. Verfolgt man aber das Ziel, Masern auszurotten (wie z.B. in Nordamerika), wäre eine Impfrate von 95% notwendig.

Bemerkenswert ist auch die Tatsache, dass für das Jahr 2002 nur 1 Fall von Hepatitis B in Nordfriesland gemeldet wurde. Sicher spielt hier eine Rolle, dass seit einigen Jahren (1995) alle Jugendlichen unter 18 Jahren unentgeltlich gegen Hepatitis B geimpft werden können.

Es stellt sich die Frage, inwieweit die Anzahl der gemeldeten Fälle den wirklichen Krankheitsfällen entspricht. Dies ist je nach Erkrankung unterschiedlich, anhand von Stichprobenuntersuchungen (Sentinel) oder Vergleich mit anderen Datensammlungen (z.B. kassenärztliche Abrechnung) kann geschätzt werden, wie gut die Meldemoral ist. Durch Vereinfachung, Vereinheitlichung, schnellere Erfassung und ggf. rasche Rückmeldung sind mit dem IfSG die Voraussetzungen für Verbesserungen im Bereich Epidemiologie und Infektionsprävention geschaffen worden.

4.3. Krebsregister /Neuerkrankungen und Sterblichkeit 2000

Das Jahr 2000 ist das dritte Jahr der flächendeckenden Erfassung von Krebsneuerkrankungen.Die Vollzähligkeit der Erfassung von Krebs lag im Jahr 1999 bei ca. 80% und konnte auf knapp 90% gesteigert werden.
Neben Zahlen zum Auftreten bösartiger Neuerkrankungen wurden erneut Daten zur Krebssterblichkeit in Schleswig-Holstein vorgestellt. Leider waren ausführliche Mortalitätsdaten auf Grund einer Umstrukturierung des Statistischen Landesamtes zum Zeitpunkt der Drucklegung nicht verfügbar.

4.3.1. Rechtliche Grundlage

Die rechtliche Grundlage der Erfassung und Registrierung von Krebserkrankungen bildet das vom Landtag einstimmig verabschiedete Landeskrebsregistergesetz (LKRG, 1999). Die Krebsregistrierung stellt damit eine gesetzlich verankerte Verpflichtung dar.

Grundlagen der Registrierung und Datenschutz

Grundlagen der Krebsregistrierung in Schleswig-Holstein: Nach dem LKRG und ihrer Berufsordnung sind Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte verpflichtet, neu aufgetretene bösartige Tumorerkrankungen an das Krebsregister Schleswig-Holstein zu melden. Um eine Meldepflicht unter Wahrung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung der Patienten einführen zu können, wurde in Abstimmung mit dem Landesbeauftragten für Datenschutz ein besonderes Verfahren gewählt. Der Patient muss durch seinen Arzt, soweit medizinisch vertretbar, über die Meldung an das Krebsregister infomiert werden. Hierbei entscheidet der Patient, ob die Meldung namentlich oder anonym erfolgen soll. Ist eine Befragung des Patienten nicht möglich (z.B. medizinische Gründe), erfolgt eine anonyme Meldung. Das Krebsregister selbst ist, insbesondere aus Gründen des Datenschutzes, in zwei Organisationseinheiten aufgeteilt. Die Vertrauensstelle ist Kontaktstelle für den meldenden Arzt und speichert namentlich oder anonym nur die personenbezogenen Daten der Patienten. Die Registrierstelle erhält nur die anonymisierten epidemiologischen Daten und wertet diese aus.

4.3.1.1. Aufgaben

Neben der Gesundheitsberichterstattung gehören weitergehende Analysen zu den Aufgaben der Registrierstelle. So werden Anfragen zum Krebsgeschehen in Schleswig-Holstein bearbeitet. Beispielhaft sei hier die im Jahr 2001 durch die Presse aufgenommene Untersuchung einer vermuteten Krebshäufung in einer kleinen Gemeinde im Kreis Segeberg zu nennen. Binnen kurzer Zeit konnte anhand der Registrierdaten gezeigt werden, dass die dort aufgetretenen Krebserkrankungen im Rahmen der zu erwartenden Erkrankungsfälle lagen. Somit konnte keine Häufung von Krebserkrankungen nachgewiesen werden.

Finanzierung

Die Finanzierung des epidemiologischen Krebsregisters erfolgt vollständig aus Mitteln des Landes Schleswig-Holstein.

Krebsregister/Todesbescheinigungen
Neben den Tumormeldungen der Ärzteschaft soll das Krebsregister einen Abgleich mit den Todesbescheinigungen (aus den Gesundheitsämtern) durchführen. Für bereits registrierte Personen werden Todesursache und-datum registriert. Dem Krebsregister unbekannte Verstorbene mit einem Hinweis auf eine Krebserkrankung werden ebenfalls erfasst.Für den vorliegenden Bericht konnten die Todesbescheinigungen als Datenquelle noch nicht vollständig genutzt werden. Die Todesbescheinigungen der letzten Jahre liegen aber nun in elektronischer verarbeitbarer Form vor und werden sukzessive in den Registerbestand eingearbeitet.
Quelle:Diese o.g. Informationen sind aus dem Band 2, Inzidenz und Mortalität im Jahr 2000, Krebs in Schleswig- Holstein entnommen, ausführlichere Informationen sind in dem Band 2 beschrieben.

4.3.1.2. Inzidenz

Unter der Inzidenz für Tumorerkrankungen versteht man die Anzahl der in einer definierten Region innerhalb einer bestimmten Zeit neu an einem Tumor erkrankten Personen

Jährlich erkranken in Deutschland ca. 168.500 Männer und 178.000 Frauen an einem bösartigen Tumor. Die altersstandardisierte Inzidenz stieg bis Mitte der 80er Jahre kontinuierlich an. Seit dieser Zeit scheinen sich die Inzidenzraten zu stabilisieren.Die Entstehung einer Krebserkrankung ist in der Regel nicht auf eine einzige Ursache zurückzuführen. Zumeist liegt das Zusammenspiel unterschiedlichster Risikofaktoren bei der Auslösung vor. Ein Teil dieser Risiken ist im Sinne genetischer Faktoren mit der erkrankten Person selbst verbunden (und somit zur Zeit nicht vermeidbar). Von den vermeidbaren Risikofaktoren haben das Rauchen (ca. 25-30% aller Krebstodesfälle) und falsche Ernährungsweise (ca. 20-40 % aller Krebstodesfälle) den größten Stellenwert. Weitere bekannte Risikofaktoren sind Infektionen, erhöhter Alkoholgenusss, Expositionen am Arbeitsplatz und Umwelteinflüsse.

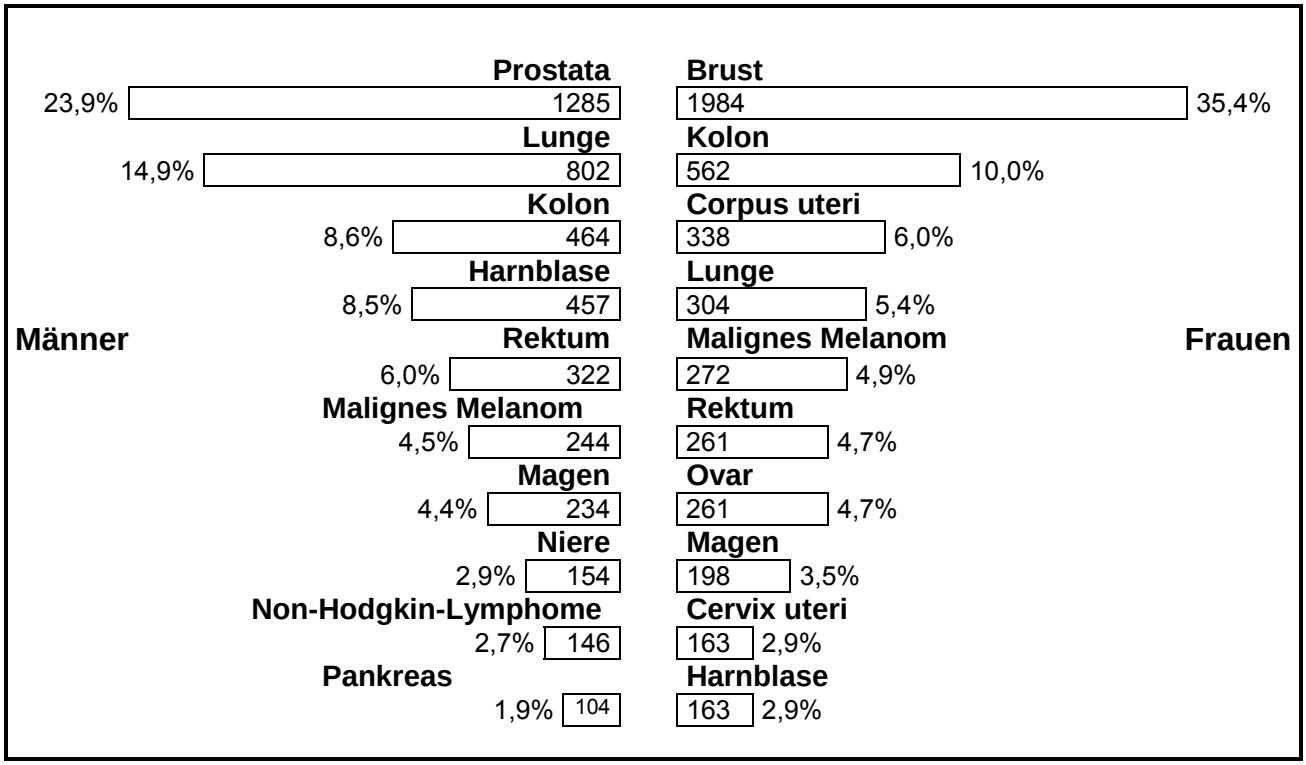
Geschätze Vollzähligkeit der Registrierung der Inzidenz für Tumorerkrankungen in Schleswig-Holstein

Spitzenreiter:
Ostholstein, Rensburg-Eckernförde, Lübeck, Neumünster, Flensburg, Nordfriesland
Mittelfeld:
Schleswig-Flensburg, Steinburg, Plön, Dithmarschen, Stormarn
Schlusslichter:
Herzogtum Lauenburg, Segeberg, Kiel, Pinneberg

Quelle: Krebs in Schleswig-Holstein, Band 2, Inzidenz und Mortalität im Jahr 2002

4.3.2. Die häufigsten Krebsneuerkrankungen für Männer und Frauen in Schleswig-Holstein 2000

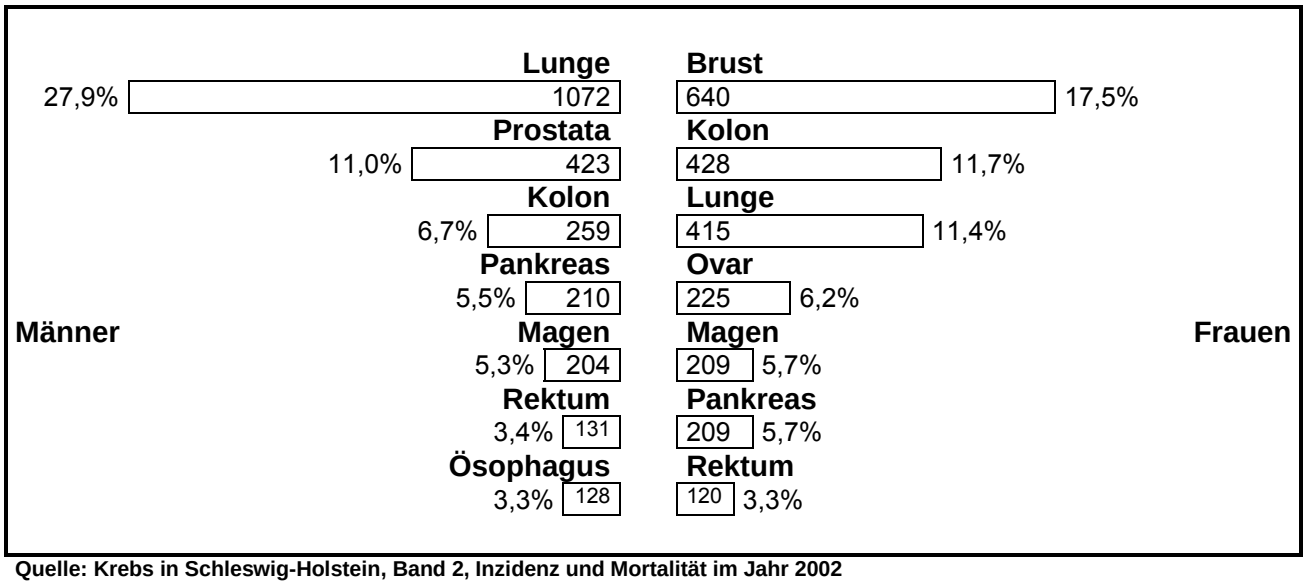
Abb. 6



Quelle: Krebs in Schleswig-Holstein, Band 2, Inzidenz und Mortalität im Jahr 2002

4.3.2.2. Die häufigsten Krebstodesursachen für Männer und Frauen in Schleswig-Holstein 2000

Abb. 7



Quelle: Krebs in Schleswig-Holstein, Band 2, Inzidenz und Mortalität im Jahr 2002

Mortalität (Sterblichkeit) in Schleswig-Holstein
Die Daten zur Mortalität in Schleswig-Holstein wurden nicht direkt vom Krebsregister erhoben, sondern dankenswerterweise durch das Statistische Landesamt Schleswig-Holstein zur Verfügung gestellt. Von 100.000 Männern in Schleswig-Holstein sterben jährlich 283 an Krebs, bei den Frauen sind es 257 von 100.000. Das mittlere Sterbealter beträgt für Männer ca. 70 Jahre, für Frauen ca. 73 Jahre.

Bei Männern liegt, wie etwa auch in Gesamtdeutschland, Lungenkrebs mit 27,9 % aller Tumortodesfälle an erster Stelle, gefolgt vom Prostatakarzinom (11,0%) und Kolonkarzinom (6,7%). Bei Frauen ist Brustkrebs (17,5% die häufigste Todesursache, es folgen Kolonkarzinom (11,7%) und Lungenkrebs (11,4%,Vorjahr:9,6 %).

Insgesamt sind im Jahr 2000 in Schleswig-Holstein bei Männern 28,1% aller Todesfälle auf Krebs zurückzuführen (Vorjahr 27,2%), bei Frauen liegt dieser Anteil mit 22,7% (Vorjahr 21,9%) etwas niedriger.

4.3.3. Krebsneuerkrankungen Schleswig-Holstein im Jahr 2000/Vergleich Nordfriesland 2000

4.3.3.1. Lungenkrebs

Im Jahr 2000 wurde in Schleswig-Holstein bei Männern 802 Neuerkrankungen an Lungenkrebs gemeldet, bei Frauen lag die Zahl bei 304.
Für den Kreis Nordfriesland lag die Zahl im Jahr 2000 bei Männern bei 50 Neuerkrankungen an Lungenkrebs, bei Frauen bei 18.

In Schleswig-Holstein steht
Lungenkrebs bei Frauen nun an vierter Stelle (1999: 7. Stelle)

Auch für Lungenkrebs liegt mit knapp 80% (1999: 70%) noch keine flächendeckende vollzählige Erfassung vor. Trotzdem liegt die Inzidenzrate für Frauen im Jahr 2000 bereits über der Inzidenzschätzung für Deutschland für das Jahr 1998. Dies bestätigt den Trend der steigenden Lungenkrebsinzidenz bei Frauen.

Epidemiologie des Bronchialkarzinoms
28.000 Männer (17 % aller bösartigen Neubildungen) und 9.000 Frauen (5%) erkranken jährlich in Deutschland an Lungenkrebs. Männer sind 3-8 mal häufiger betroffen als gleichaltrige Frauen, wobei sich dieses Verhältnis in den letzten Jahren zu Ungunsten der Frauen veränderte (Zigarettenrauchen). Das mittlere Erkrankungsalter für Männer und Frauen liegt bei 66 Jahren. Die Inzidenz für Männer sinkt leicht, für Frauen steigt sie stark an (Verdoppelung von 1970 bis 1990).

In Deutschland sterben ca. 38.000 Personen an Lungenkrebs pro Jahr. Aufgrund der schlechten Prognose steigt die Mortalität bei Frauen fast identisch mit der Inzidenz an. Nur ca 5-10% beträgt die relative 5-Jahres Überlebensrate. Patienten verlieren

durch Lungenkrebs ca 80-85% ihrer ausstehenden Lebenserwartung (im Durchschnitt 12-13 Lebensjahre).

Der bedeutenste Risikofaktor ist das Rauchen (20fache Risikoerhöhung).

An Lungenkrebs versterben deutlich mehr Männer als Frauen, dennoch ist die Mortalität bei Frauen im Vergleich zu 1999 weiter gestiegen (von 16,4% auf 19,2% pro 100.000). Bei Männer ist Lungenkrebs weiter die häufigste Krebstodesursache und entspricht mit 27,9% aller Krebstodesursachen dem deutschen Durchschnitt. **Angesichts dieser Zahlen sollte der Prävention des Lungenkrebses mehr Beachtung geschenkt werden.**

4.3.3.2. Brustkrebs

Im Jahr 2000 wurde in Schleswig-Holstein bei Frauen 1984 Neuerkrankungen an Brustkrebs gemeldet, bei Männern lag die Zahl bei 18.
Für den Kreis Nordfriesland lag die Zahl im Jahr 2000 bei den Frauen bei 127 Neuerkrankungen.
Auch für den Brustkrebs ist bis auf den Kreis Segeberg von einer vollzähligen Erfassung auszugehen. Brustkrebs ist mit deutlichem Vorsprung der häufigste Tumor bei Frauen (ca. 35 %). Insgesamt zeigt sich für Schleswig-Holstein ein sehr homogenes Bild der Brustkrebsinzidenz. Im Vergleich zur Deutschlandeinschätzung fällt eine erhöhte Brustkrebsinzidenz auf.Wie auch beim malignem Melanom, zeigt sich eine gute Übereinstimmung der Inzidenz mit Dänemark und den direkten Nachbarn. Die Inzidenzschätzung für Deutschland scheint daher für Schleswig-Holstein nicht repräsentativ zu sein.
Die relativ hohe Brustkrebsinzidenz macht gerade für Schleswig-Holstein Anstrengungen zur qualitativ hochwertigen Brustkrebsfrüherkennung und -diagnostik erforderlich.

4.3.3.2.1. Brustkrebsbekämpfung in Schleswig-Holstein

Sowohl für die Früherkennung, als auch für die Diagnostik und die Behandlung von Brustkrebs sind in jüngster Zeit neue Versorgungsstrukturen entstanden oder werden momentan aufgebaut.

Zur Früherkennung
Gemäß den neuen Krebsfrüherkennungsrichtlinien wird ein flächendeckendes Mammographie-Screening-Programm aufgebaut. Alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren werden im Abstand von zwei Jahren Einladungen zur Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brust) erhalten.

Zur Diagnostik
In einer Modellregion, die die kreisfreien Städte Kiel und Neumünster sowie die Kreise Plön und Rendsburg-Eckernförde umfasst, wird seit Mai 2001 ein fünfjähriges Modellvorhaben zur qualitätsgesicherten Mamma-Diagnostik (QuaMaDi) durchgeführt. Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung richtet es sich – ohne Altersbegrenzung - an alle Frauen mit einem abklärungsbedürftigen Befund. Gesundheitsministerin Heide Moser hat die Schirmherrschaft für das Modellvorhaben übernommen.

Zur Behandlung
Alle Frauen, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind und an Brustkrebs erkranken, werden an einem strukturierten Behandlungsprogramm für chronisch Kranke teilnehmen können. Die Behandlung basiert auf national und international anerkannten Leitlinien, es erfolgt eine enge Abstimmung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

In diesem Zusammenhang ist auch das Projekt BRUSTlife zu erwähnen. Es hat zum Ziel, die Akzeptanz der Selbstuntersuchung der Brust zu verbessern. Als Pilotprojekt wurde es gemeinsam mit dem Landfrauenverband durchgeführt.

Quelle: Gabriele Schade/Ministerium für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Schleswig-Holstein

Epidemiologie des Mammakarzinoms

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung der Frau. In Deutschland erkranken ca. 46.000 Frauen jährlich, jede 8.-11. Frau entwickelt im Lauf ihres Lebens diesen Tumor. Der Altersgipfel liegt zwischen dem 60. und 65. Lebensjahr.Ca. 35% aller Betroffenen sind bei Diagnose jünger als 60 Jahre. Die Inzidenz für Brustkrebs steigt schon seit Jahrzehnten kontinuierlich an.

Bei den bösartigen Neubildungen der Frau ist Brustkrebs die häufigste Todesursache (17% aller Krebstodesfälle). Wie die Inzidenz steigt auch die Mortalität in den letzten Jahrzehnten, wenngleich wesentlich geringer, an. Die relative 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit über alle Stadien hinweg beträgt ca. 70-75%. Der Verlust an ausstehender Lebenserwartung beträgt ca. 25% (durchschnittlich 6 Lebensjahre).

Ätiologisch wird eine Vielzahl von Risikofaktoren insbesondere aus den Bereichen der Ernährung und Reproduktion, diskutiert, z.B. fettreiche Ernährung, Alkohol, frühe Menarche, späte Menopause, Nullipara oder späte Geburten. Ca. 5% aller Mammakarzinome sind genetisch bedingt.

4.3.3.3. Prostatakrebs

Im Jahr 2000 wurden in Schleswig Holstein 1.285 Neuerkrankungen an Prostatakrebs gemeldet, in Nordfriesland waren es 70.
Der Erfassungsgrad für das Prostatakarzinom konnte von 85% (1999) auf über 95% gesteigert werden. Von einer vollständigen Erhebung ist bis auf den Kreis Pinneberg auszugehen.
Das Prostatakarzinom ist, wie bereits 1999 und jetzt auch in Deutschland, der häufigste Tumor vor dem Lungenkarzinom. Insgesamt betrachtet stimmt die Inzidenz mit der Deutschlandschätzung gut überein. Landesweit zeigen sich geringfügige regionale Inzidenzunterschiede.
Bei der Mortalität findet sich das Prostatakarzinom mit 11% aller Krebstodesfälle (Deutschland 10,5%) wie erwartet auf dem zweiten Platz. Die Mortalitätsrate verbleibt auf ähnlichem Niveau wie 1999.

Epidemiologie des Prostatakarzinoms
Das Prostatakarzinom ist neben dem Bronchialkarzinom eine der häufigsten Krebserkrankungen des Mannes (31.500 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland, 19,5%). Es weist einen Altersgipfel in der 7. und 8. Lebensdekade auf. Autoptisch kann bei ca. 40% aller Männer ein Prostakarzinom nachgewiesen werden. Die Inzidenz steigt leicht an.

Pro Jahr sterben ca. 11.000 Männer an einem Prostakarzinom (11% aller Krebstodesfälle). Ein einheitlicher zeitlicher Trend kann nicht beobachtet werden. Nach 5 Jahren beträgt die relative Überlebenswahrscheinlichkeit ca. 70%. Von der ferneren Lebenserwartung gehen durch das Prostatakarzinom ca. 25% verloren (durchschnittlich 8 Jahre).

Über die Ursachen des Prostatakrebses ist wenig bekannt. Kontrovers diskutiert werden Ernährung und hormonelle Faktoren.

4.3.3.4. Malignes Melanom der Haut

Im Jahr 2000 wurde in Schleswig-Holstein bei Männern 244 Neuerkrankungen an malignem Melanom der Haut gemeldet, bei Frauen lag die Zahl bei 272.
Für den Kreis Nordfriesland lag die Zahl im Jahr 2000 bei Männern bei 23 Neuerkrankungen an malignem Melanom der Haut , bei Frauen bei 16.

Für das maligne Melanom der Haut ist erneut von einer vollzähligen Erfassung auszugehen, was die Darstellung der regionalen Inzidenz erlaubt. Obwohl 100% der Fälle histologisch gesichert wurden, liegt in weniger als 40% der Fälle eine ausreichende Angabe zum Tumorstadium vor. Dies ist verbesserungswürdig.

Im Vergleich zur Deutschlandeinschätzung der Inzidenz des malignen Melanoms scheint sich eine deutliche Erhöhung (Faktor 2) einzustellen. Verglichen mit der Inzidenz im angrenzenden Dänemark zeigt sich aber eine gute Übereinstimmung.
Es ist davon auszugehen, dass die Deutschlandschätzung (Basis: Saarland) für Schleswig-Holstein nicht repräsentativ ist.
Trotz hoher Inzidenz liegt die Mortalität in Schleswig-Holstein im Bundesdurchschnitt.

Epidemiologie des malignen Melanoms der Haut
Das maligne Melanom der Haut wird jährlich bei ca. 3.000 Männern und 3.400 Frauen in Deutschland diagnostiziert (ca. 2 % aller bösartigen Neubildungen). Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei ca. 56 Jahren. Die Inzidenz hat sich seit den 70er Jahren fast verdoppelt und nimmt weiter deutlich zu.

Jährlich treten ca. 2000 Todesfälle durch maligne Melanome der Haut auf. Trotz der steigenden Inzidenz hat sich die Mortalität kaum verändert (Therapieerfolge und Früherkennung).

Die relative 5-Jahres-Lebenserwartung beträgt ca. 75%. An ausstehender Lebenserwartung gehen ca. 15-20% verloren (durchschnittlich 3 Jahre bei Frauen, 5 Jahre bei Männern).

Als Risikofaktoren werden heller Hauttyp, starke Sonnenbestrahlung, Sonnenbrände, genetische Faktoren und Nävi diskutiert. Der Tumor tritt bevorzugt nach der Pubertät und bei älteren Personen an lichtexponierten Hautpartien auf.

4.3.3.5. Harnblasenkrebs

In Schleswig Holstein wurden im Jahr 2000 620 Neuerkrankungen an Harnblasenkrebs gemeldet. In Nordfriesland wurden bei Männern 32 Neuerkrankungen an Blasenkrebs gemeldet, bei Frauen 6 Neuerkrankungen an Blasenkrebs.

Für Männer (vierthäufigster Tumor) zeigt sich erwartungsgemäß eine höhere Inzidenz als für Frauen. Im Deutschlandvergleich stellt sich wieder eine gute Übereinstimmung dar.

Die Mortalität für Männer stellt sich im Vergleich zu Frauen ebenfalls deutlich höher dar und liegt in Schleswig-Holstein auf dem achten Rang aller Krebstodesursachen.

Epidemiologie des Harnblasenkarzinoms
Unterschieden wird zwischen oberflächlich wachsenden und papillären Urothelkarzinomen, wobei zu beachten ist, dass papilläre, nicht invasive pTa-Tumoren nach internationalen Regeln bisher zu den Karzinomen gezählt werden, nicht zu den Präkanzerosen (Vorstufen).

Das Harnblasenkarzinom macht bei Männern etwa 8% und bei Frauen etwa 3% aller bösartigen Neubildungen in Deutschland aus. Es erkranken jährlich in der Bundesrepublik ungefähr 10.500 Männer und 5.200 Frauen. der Altersgipfel liegt für Männer bei ca. 69 Jahren und für Frauen bei etwa 74 Jahren. Die Inzidenz lässt eine steigende Tendenz erkennen, wobei man einschränkend erwähnen muss, dass sich die internationalen Kodierungs-Vorschriften geändert haben.

Die Mortalität ist in den letzten Jahrzehnten für beide Geschlechter nur geringfügig gestiegen. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt für Männer bei ca. 78 % und für Frauen bei ca. 63%. Als Risikofaktoren für das Harnblasenkarzinom werden vor allem Rauchen und berufliche Exposition mit aromatischen Aminen diskutiert.

4.4. Verkehrsunfälle

Tab. 10

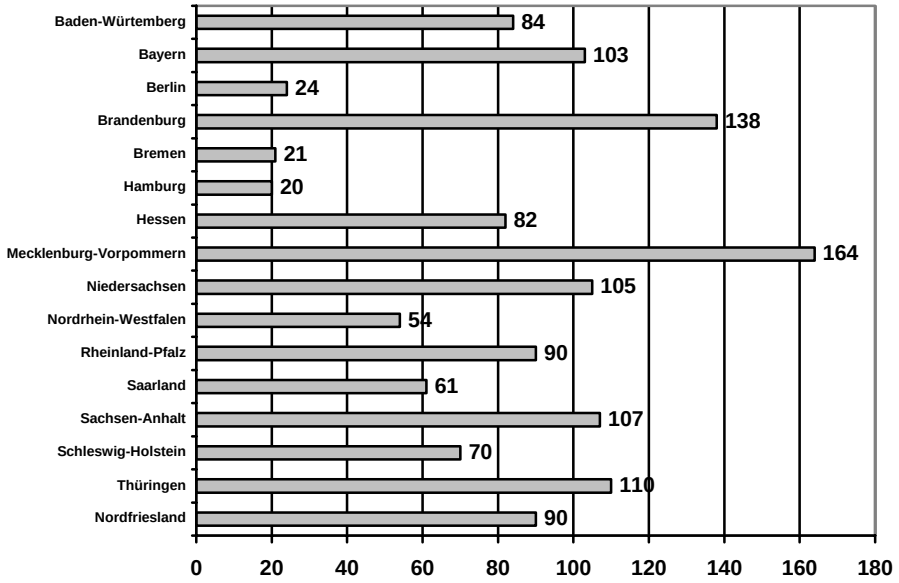
4.4.1. Verkehrsunfälle im Bereich der Polizeiinspektion Husum

Verkehrsunfälle - Gesamt				Verletzte				Tote			
2001	2002	diff./Vorjahr	%	2001	2002	diff/Vorjahr	%	2001	2002	diff.Vorjahr	%
3.447	3.379	-68	-1,97%	1.158	1.099	-59	-5,09%	30	15	-15	-50,0%

Quelle:Verkehrssicherheitsbericht Schleswig-Holstein 2002

Abb. 8

4.4.2. Grafischer Vergleich Nordfriesland (15 Verkehrstote 2002) zu anderen Ländern 2002/Getötete je 1. Mill. Einwohner



Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand 20.02.2003 aus dem Verkehrsbericht Schleswig-Holstein

5. Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen des Gesundheitswesens

5.1. Ambulante Suchtkrankenhilfe im Kreis Nordfriesland

Beratungs- und Behandlungseinrichtungen

Vier ambulante Behandlungseinrichtungen bieten flächendeckend ihre Angebote in der Suchkrankenhilfe im Kreis Nordfriesland an.
Alle Einrichtungen verfügen über ein integriertes Angebot, das neben der Prävention die aufsuchenden Maßnahmen, Beratung, psychosoziale Betreuung Substituierter, Behandlung/ambulante Rehabilitation und die Nachsorge für die Hilfesuchenden vorhält. Die Alkohol- und Drogenberatungsstelle der Brücke e.V. in Wyk auf Föhr nimmt als Ein-Mann Beratungsstelle eine Sonderstellung ein. Neben der eben genannten Beratungsstelle auf Föhr gibt es das Beratungs- und Behandlungszentrum Sylt, das Beratungs- und Behandlungszentrum Niebüll mit einer Außenstelle in Leck und die Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke Husum mit Außenstellen in Tönning und St.Peter-Ording.
Träger der BBZ in Westerland und Niebüll ist der Kirchenkreis Südtondern und in Husum sind es die Kirchenkreise Husum-Bredstedt und Eiderstedt. Die Einrichtungen der Kirchenkreise haben in einem Vertrag vom 01.01.97 mit dem Kreis Nordfriesland festgelegt, dass die Durchführung der Arbeit mit 10 Stellen erfolgen muss.Dafür beteiligt sich der Kreis Nordfriesland finanziell an diesem Angebot.
Die Suchthilfeeinrichtungen waren bislang im Rahmen ihrer Aufgaben immer entschlossen, das Suchthilfeangebot zu verbessern und eine Koordinierung und Planung der Suchthilfe in den unterschiedlichsten Hilfeangeboten zu erreichen. Ausdruck dieses Willens ist das Leitbild der ambulanten Suchtkrankenhilfe, der Suchthilfeplan Nordfriesland ein effektiv arbeitender Arbeitskreis Suchhilfe Nordfriesland. Kooperation und Vernetzung konnten in positiver Weise vorangetrieben werden.

Ausmaß des Suchtmittelmissbrauchs:

Die Menschen (Betroffene und Angehörige), die den Kontakt zu den Beratungs- und Behandlungsstellen/zentren suchen, haben Probleme mit Alkohol, illegalen Drogen, Medikamenten, Glücksspiel, Essstörungen und vereinzelt auch Probleme mit dem Internet und Kaufen.

Tab. 11

Ausgangslage
Anzahl der Konsumenten/ Abhängigen

Die epidemiologischen Daten belegen den erheblichen Umfang von missbräuchlichem und abhängigem Konsum von Suchtstoffen in Deutschland.

	Deutschland	Schleswig-Holstein	Nordfriesland [3]	Quelle
Abhängige von harten Drogen	250.000 bis 300.000	ca. 9.000	ca.600	DHS, Zahlen 1999
Cannabis-Konsumenten	2,1 Mio	ca.68.000	ca. 4.200	DHS, Zahlen 1999
Abhängiger Alkoholkonsum	1,7 Mio. im Alter von 18-69	ca. 60.000	ca. 5.000	DHS, Zahlen 1999
Medikamenten-abhängige	1,4 Mio. davon 66% Frauen	ca. 45.000	ca. 2.800	Jahrbuch Sucht 1999
Raucher	17,5 Mio.	ca. 600.000	ca. 40.000	DHS, Zahlen 1999
Nikotinabhängige	6,8 Mio. mit mehr als 20 Zigaretten	ca. 220.000	ca. 13.600	DHS, Zahlen 1999
Pathologische Glücksspieler	ca. 100.000	ca. 4.000	ca. 300	DHS Zeitung "betroffene"1999
Magersucht [4] (Anorexia nervosa) im Alter von 15- 65 Jahren	ca. 302.917	ca. 10.149	ca. 581	Jahrbuch Sucht 1998
Ess- Brechsucht [4] (Bulimia nervosa) im Alter von 15- 65 Jahren	ca. 826.137	ca. 27.679	ca. 1.584	Jahrbuch Sucht 1998
Esssucht [4] (Adipositas) im Alter von 15- 65 Jahren	ca. 4.681.441	ca. 156.846	ca. 17.948	Jahrbuch Sucht 1998

Daten aus dem Suchthilfeplan NF

---

[3] Die Schätzzahlen für Nordfriesland beruhen auf eigenen Umrechnungen.

[4] Die Schätzzahlen für Nordfriesland, Schleswig- Holstein und Deutschland beruhen auf eigenen Umrechnungen.

Quelle: Diakonisches Werk, Husum, Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke

Die Zahlen sind ein deutlicher Beweis, dass wir auch in Nordfriesland einen Handlungsbedarf in der Suchtkrankenhilfe haben. Der Missbrauch von Suchtstoffen stellt eines der größten psychosozialen und gesundheitlichen Probleme in Deutschland und somit auch in Nordfriesland dar.
Die Suchtkrankenhilfe Nordfriesland hat als zentrales Ziel die berufliche und soziale (Re-)Integration der von Sucht betroffenen Menschen und damit die Sicherung ihrer Teilhabe im gesellschaftlichen Leben.

Im Bereich Alkohol haben die Einrichtungen im Kreis Nordfriesland insgesamt 502 Personen erreicht, dies bedeutet, die Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke hat 10 Prozent der Abhängigen erreicht, ein hoher Wert, z. B. erreichen die Einrichtungen in Hamburg ca. 5%.

Drogen

1. Insgesamt 259 Personen, davon sind 64 Cannabis-Konsumenten und 38 Polytoxi- komane. So erreicht die Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke in Nordfriesland fast 1/3 der Konsumenten harter illegaler Drogen.

Insgesamt haben 212 Angehörige die Suchthilfeeinrichtungen aufgesucht.

Hier einige Ergebnisse, die für die fachlich-konzeptionelle, soziale und drogen-politische Diskussion relevant sind.

Alkohol

- Ein Drittel der Betroffenen sind Frauen. Bei den Angehörigen ist es umgekehrt.
- Viele der Betroffenen beziehen kein Einkommen aus Erwerbstätigkeit. (In Husum und auf Sylt ca 1/3).
- Viele der Betroffenen haben im Leben schwere Gewalterfahrungen erlitten.
- Weitere biografische Belastungen sind Heimaufenthalte in der Kindheit/Jugendzeit, sehr häufige Alkoholabhängigkeit von Elternteilen, sowie Vorstrafen und Hafterfahrungen.
- Viele leben mit einem suchtmittelabhängigen Partner bzw. einer Partnerin zusammen.
- Etwa die Hälfte hat aktuelle gesundheitliche Probleme.
- Bei einer beträchtlichen Teilgruppe kommt eine psychiatrische oder suizidale Belastung hinzu.

Drogenabhängige

- Etwa ein Viertel der betreuten Drogenabhängigen waren Frauen.
- Viele der Drogenabhängigen sind arbeitslos (in der Regel zwischen 60 und 75 Prozent).
- Häufig Vorstrafen und Hafterfahrungen
- Auch hier schwere Gewalterfahrungen
- Weitere biografische Belastungen: häufig Heimaufenthalte (25%), in der Herkunftsfamilie wuchsen sehr viele mit der Alkoholabhängigkeit von Elternteilen, vor allem der Väter auf.
- Viele der Betroffenen besitzen keine abgeschlossene Berufsausbildung.
- Die aktuelle Lebenslage ist gekennzeichnet durch das Zusammenleben mit einem suchmittelabhängigen Partner, soziale Vereinsamung und hohe Verschuldung.
- Viele haben aktuelle gesundheitliche Probleme, vor allem Hepatitis. Viele befanden sich im zurückliegenden Jahr im Krankenhaus.

Insgesamt spielen Suchtmittel bei Unfällen und bei Gewalt- und Delinquenz-situationen eine große Rolle.

Die ambulanten Suchthilfeeinrichtungen stellen z. Zt. eine qualifizierte Grundversorgung sicher.
Die immer wieder erhobene Forderung nach einem integrierten Angebot wurde verwirklicht. Integrativ bedeutet ein Angebot von Prävention und Hilfen für alle Formen von suchtbezogenen Störungen, unabhängig vom Suchtmittel.
Die Sicherstellung der Beratung und Behandlung von Suchterkrankungen ist originäres Aufgabenfeld der Gesundheits- und Sozialpolitik. Die volkswirtschaftlichen Kosten betragen nach einer Studie der FU Berlin für den Bereich Alkoholmissbrauch rund 20 Milliarden Euro pro Jahr.

Trends:

- Der Umgang von Kindern und Jugendlichen mit Suchtmitteln gibt Anlass zur Sorge. Junge Menschen kommen immer früher mit Suchtmitteln in Berührung. Das Einstiegsalter sinkt. Besonders beliebt sind Alkohol-Mixgetränke bei jungen Menschen. Zugenommen hat die Häufigkeit von Trinkexzessen.
- Die Zahl der Klienten/Klientinnen, die in den Beratungsstellen betreut werden, steigt.
- Die Zusammenarbeit mit Ärzten weist Defizite auf.
- Es gibt viele chronisch Kranke (Lösung vom Abstinenzangebot)
- Verstärkt wird die Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke Raucherentwöhnungskurse anbieten.

2002 fanden insgesamt **1.068 Menschen** den Weg in die Beratungs- und Behandlungseinrichtungen der Suchthilfe in Nordfriesland.

Tab. 12

Männer	**571**
Frauen	**285**
Gesamt	**856**

Angehörige:	
Frauen	**163**
Männer	**49**
Gesamt	**212**

Tab. 13

Folgende Suchtmittel werden als Problem angesehen:	
Alkohol	502
Illegale Drogen	221
Polytoxikomanie	38
Medikamente	14
Spielen	31
Essstörungen	55
Sonstiges	5

Quelle: Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke Nordfriesland, Diakonisches Werk, D. Pelties

5.2. Hilfen für psychisch Kranke 2002

Sozialpsychiatrischer Dienst, Gesundheitsamt Husum, Kreis Nordfriesland

Der sozialpsychiatrische Dienst des Kreises Nordfriesland bietet Informationen/Beratung und Hilfen für Menschen mit

- psychischen Erkrankung
- altersbedingten psychischen Auffälligkeiten/Verwirrtheitszuständen
- seelischen Krisen
- Suchterkrankungen/Suchtmittelmissbrauch

Die Beratung/Hilfestellung ist für die Bürger freiwillig, kostenlos, vertraulich und auf Wunsch auch anonym. Die Aufgabe des sozialpsychiatrischen Dienstes ist es, Betroffene und Angehörige in allen Fragen, die sich aus psychischen Problemen ergeben, zu beraten und zu unterstützen. Zum Team des sozialpsychiatrischen Dienstes gehört ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und 2 Fachpflegerinnen/Fachpfleger Psychiatrie sowie eine sozialmedizinische Assistentin.

Neben der Beratung psychisch Kranker und deren Angehöriger sind die Mitarbeiter im gesamten Kreisgebiet eingesetzt bei Kriseninterventionen (z.B. akute Verwirrtheitszustände, suizidale Krisen). Zudem gehören gutachterliche Tätigkeiten und Maßnahmen im Rahmen des Unterbringungsverfahren nach dem Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (PsychKG des Landes Schleswig-Holstein), weiterhin psychiatrische Gutachten für den amtsärztlichen Dienst sowie die fachliche Begleitung der psychosozialen Arbeitskreise und der in diesem Bereich tätigen freien Träger.

Die Hilfeleistung des sozialpsychiatrischen Dienstes werden durch telefonische Beratung, persönliche Gespräche in den Räumlichkeiten des Gesundheitsamtes oder aber bei einem Hausbesuch geleistet.

Tab. 14
Arbeit des sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes Nordfriesland/Husum

	2001	2002
Krisenintervention mit Zuleitung ins Krankenhaus	**328**	**431**
Beratungen für psychisch Kranke	**2823**	**2131**
Vor- und Nachsorge psychisch Kranker	**1691**	**1675**

Quelle: Soz.psych.Dienst, Gesundheitsamt Husum

Tab. 15

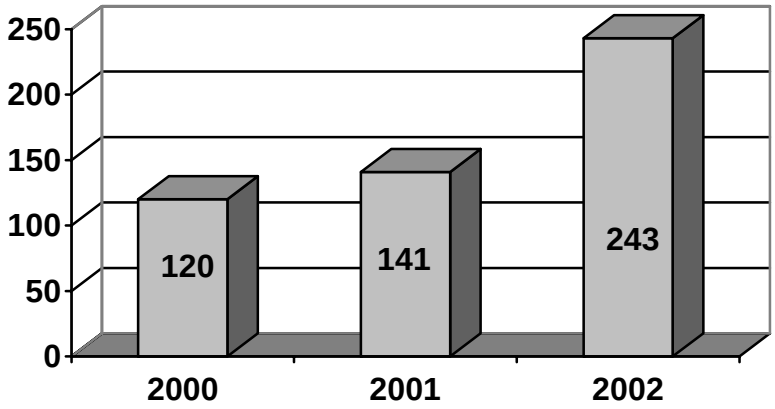
Einsätze des sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes Nordfriesland/Husum nach dem Psych-KG

	2000	2001	2002
Einweisungen nach dem Psych-KG (Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen)	97	126	219
Einsätze nach dem Psych-KG, die zu keiner Unterbringung geführt haben	23	15	24
Einsätze nach dem Psych-KG gesamt:	120	141	243

Quelle: Soz.psych.Dienst, Gesundheitsamt Husum

Abb.9

Einsätze(gesamt) nach dem Psych-KG im Kreis Nordfriesland, durchgeführt durch den sozialpsychiatrischen Dienst des Kreises Nordfriesland, Gesundheitsamt Husum

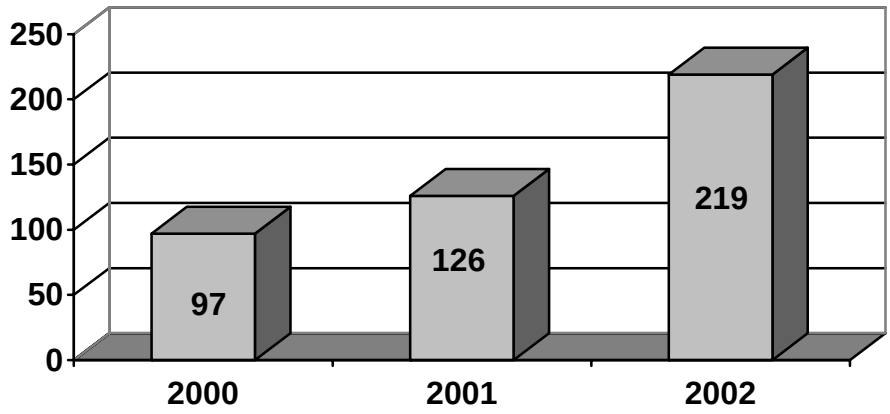


Quelle: Soz-psych. Dienst Gesundheitsamt Husum

Abb. 10

Anstieg der Einweisungen nach Psych-KG im Kreis Nordfriesland

Anstieg der Einweisungen nach dem Psych-KG durch den Sozialpsychiatrischen Dienst im Kreis Nordfriesland im Jahr 2000/2001/2002



Quelle: Soz.psych.Dienst, Gesundheitsamt Husum

5.3. Menschen mit Behinderung und schwerbehinderte Menschen

Tab. 16
Kreis Nordfriesland, Bestandsstatistik 12/2002

	Nordfriesland **12/2002**	Schleswig-Holstein gesamt **12/2002**
Grad der Behinderung (GdB)20 – unter 50	7562	138006
Schwerbe-hinderung (GdB)ab 50 – 100	13906	269763
Gesamt: (Grad der Behinderung (GdB) ab 20 bis 100)	21468	407769

Quelle:Landesamt für soziale Dienste (LasD) Schleswig-Holstein

Da der Datenbestand “lebt”, war rückwirkend für das Jahr 2002 eine Aufschlüsselung der Daten in Lebensaltersstufen nicht möglich.

Tab. 17
5.3.1. Schwerbehinderte Menschen Kreis Nordfriesland, aufgeteilt nach Deutschen und Ausländern, sowie männlich und weiblich

	Kreis Nordfriesland Schwerbehinderung ab 50 – 100 GdB **12/2002**	Kreis Nordfriesland schwerbehinderte Menschen 2003 ab 50 – 100 GdB				
		11/2003	Deutsche	Aus-länder	männlich	weiblich
Gesamt	13906	12572	12497	75	6893	5679

Quelle:Landesamt für soziale Dienste (LAsD) Schleswig-Holstein

Von den 12572 schwerbehinderten Menschen(GdB 50 – 100) im Kreis Nordfriesland haben 11305 einen gültigen Ausweis, ohne gültigen Ausweis sind 1267 schwerbehinderte Menschen.

2003:
Behinderte Menschen mit GdB 20 = 2143
Behinderte Menschen mit GdB 30 = 3642
Behinderte Menschen mit GdB 40 = 1311
Quelle:Landesamt für soziale Dienste (LAsD) Schleswig-Holstein

Tab. 18

5.3.2. Schwerbehinderte Menschen im Kreis Nordfriesland, aufgeteilt nach Altersstruktur

Kreis Nordfriesland Schwerbehinderung ab 50 – 100 GdB								
Gesamt **11/2003**	0-6 Jahre	7-16 Jahre	17-20 Jahre	21-30 Jahre	31-40 Jahre	41-50 Jahre	51-65 Jahre	über 65 Jahre
12572	66	259	106	372	824	1035	3147	6763

Quelle:Landesamt für soziale Dienste (LAsD) Schleswig-Holstein

5.4. Jugendärztlicher Dienst Gesundheitsamt Husum

Im jugendärztlichen Dienst des öffentlichen Gesundheitswesens zeichnet sich in den letzten Jahren eine allgemeine Tendenz zur inhaltlichen Schwerpunktbildung ab. Sie zeichnet sich aus durch eine Abkehr von routinemäßigen Reihenuntersuchungen, die einen möglichst vollständigen körperlichen Befund abbilden sollen, hin zur gezielten Untersuchung von gesundheitlichen Störungen, die von größerer Relevanz sind. Diese Relevanz ergibt sich einerseits aus gesundheitspolitischen Gründen, z.B. bei Hochprävalenzerkrankungen und andererseits bei gesundheitlichen Befunden, die durch eine Intervention beeinflusst werden können. Dabei muß es sich in der Erhebung um besonders valide und gut standardisierte Daten handeln, damit Veränderungen über die Zeit gemessen werden können .
Seit dem Jahr 1999 erfolgt die wissenschaftliche Begleitung der Datenerhebung zur Schülergesundheit in Schleswig Holstein durch die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck. Seit dem Jahr 2001 wird verstärkt Erhebung von Sozialdaten gearbeitet. Jetzt besteht die Möglichkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst für Kinder- und Jugendliche des Landes Schleswig-Holstein soziale Lebensbedingungen für Kinder mit gesundheitlichen Ergebnissen zu verknüpfen.Die Akzeptanz bei der Erfragung der Sozialdaten bei der Einschulungsuntersuchung ergab keine Hinweise auf gravierende Probleme. Der Sozialdatenfragebogen wurde in umfangreichen Gesprächen und schriftlichem Austausch mit dem Datenschutzbeauftragten des Landes Schleswig-Holstein abgestimmt und schließlich genehmigt.

5.4.1. Ziele

Für das Jahr 2003 wird ein ausführlicher Gesundheitsbericht über die Einschülerinnen und Einschüler des jugendärztlichen Dienstes des Kreises Nordfriesland erarbeitet und veröffentlicht werden.

Tab. 19
5.4.2. Im jugendärztlichen Dienst des Kreises Nordfriesland wurden im Jahr 2002 durchgeführt:

1722	Einschulungsuntersuchungen
42	Einschülerinnen und Einschüler, die 1 Jahr zurückgestellt wurden
1308	4.Klässler-Untersuchungen
86	Schuluntersuchungen im Bereich sonderpädagogische Fördermaßnahmen

Quelle: jugendärztl. Dienst Kreis Nordfriesland Gucheckup, dänischer Gesundheitsdienst 2002

Tab. 20

5.4.2. Der Dänische Gesundheitsdienst (Dansk Sundhedstjeneste for Sydslevig) untersucht die Kinder, die in die dänischen Schulen gehen. Hier wurde im Kreis Nordfriesland wie folgt untersucht:

17	Kindergartenuntersuchungen
124	Einschulungsuntersuchungen
17	4.Klässler-Untersuchungen
78	8.Klasse Untersuchungen
8	Schuluntersuchungen im Bereich sonderpädagogische Fördermaßnahmen

Quelle: jugendärztl. Dienst Kreis Nordfriesland Gucheckup, dänischer Gesundheitsdienst 2002

Tab. 21

5.4.2.1. Untersuchungen des jugendärztlichen Dienstes im Kreis Nordfriesland und Schleswig-Holstein 2002

	Jugendärztliche Untersuchungen jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland, einschließlich Dänischer Gesundheitsdienst 2002	Jugendärztliche Untersuchungen der jugendärztlichen Dienste Schleswig-Holstein 2002
Kindergartenunter-suchungen	17	1435
Einschulungsunter-suchungen	1846	29384
Untersuchungen zurückgestellter Einschüler	42	1928
Untersuchungen Schüler 4. Klasse	1325	12491
Untersuchungen 8.Klasse	78	1892
Schuluntersuchungen im Bereich sonderpädagogische Fördermaßnahmen	94	1301

5.4.3. Gesundheitszustand der Schulanfängerinnen und Schulanfänger

Die sog. Schuleingangsuntersuchung, die vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter bei den Schulanfängerinnen und Schulanfängern in Schleswig-Holstein alljährlich durchgeführt werden, beinhalten u.a. die Erfassung der Körpergröße und des Gewichtes der Kinder, die Überprüfung ihrer Sprach-, Seh- und Hörfähigkeit sowie die Diagnose von chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Ferner werden seit 2002 bestimmte Sozialdaten abgefragt.

Die bei den Schuleingangsuntersuchungen erhobenen Gesundheits- und Sozialdaten werden für anonymisierte statistische Untersuchungen benötigt, um den Gesundheitszustand der Schulkinder in Nordfriesland zu dokumentieren.

Neben den schulzahnärztlichen Untersuchungen bilden die Schuleingangsuntersuchungen die einzige Erhebungsmöglichkeit von Gesundheitsdaten, bei denen eine Bevölkerungsgruppe (5-6-Jährige) vollständig erfaßt wird. Für epidemiologische Analysen sind die Gesundheitsdaten der Schulanfängerinnen und Schulanfänger daher von besonders hoher Bedeutung.

Der jugendärztliche Dienst des Kreises Nordfriesland und der dänische Gesundheitsdienst haben 2002 insgesamt 1846 Einschülerinnen und Einschüler untersucht.

Hiervon sind 923 (50%)Kinder männlich und 923 Kinder (50%)weiblich.

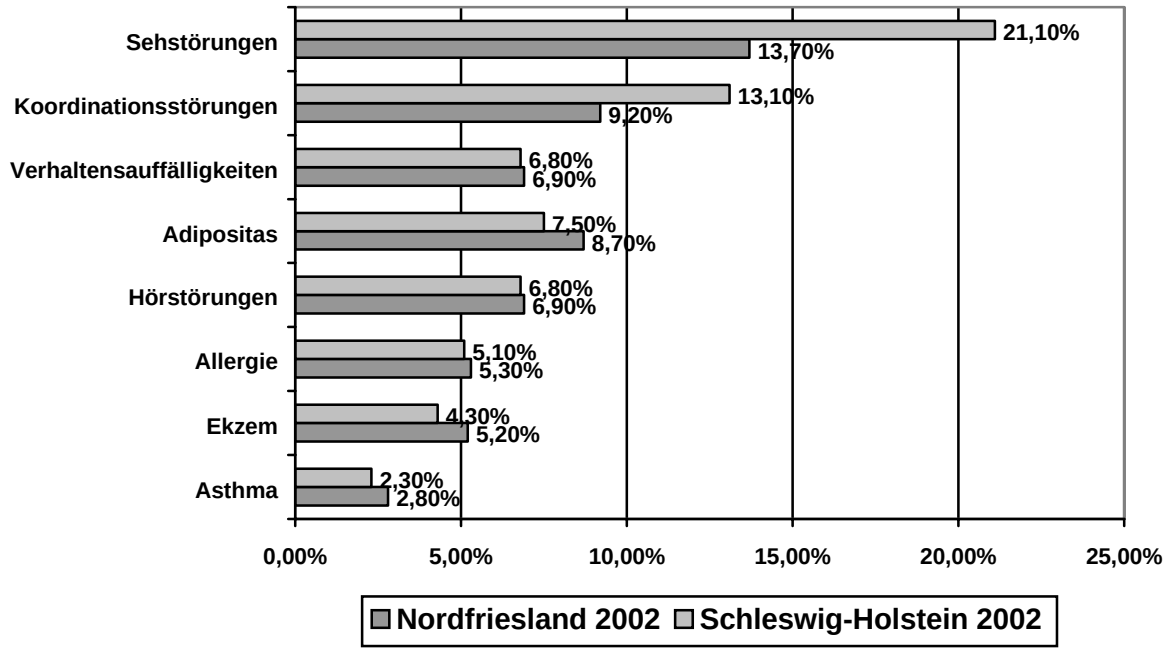
5.4.3.1. Relevante Befunde gesundheitlicher Beeinträchtigungen

Von der Bandbreite der bei den Schuleingangsuntersuchungen erhobenen Befunde werden nachfolgend nur Befunde dargestellt, die auf Grund der Häufigkeit ihres Auftretens eine bestimmte epidemiologische und/oder gesundheitspolitische Relevanz besitzen.

2002 gesamt Nordfriesland
Asthma 2002:2,8%, , Ekzem 2002: 5,2%, %, Allergie 2002:5,3%, Hörstörungen 2002: 6,9%, Adipositas 2002: 8,7%, Verhaltensauffälligkeiten 2002:6,9%, Koordinationsstörungen 2002: 9,2%, Sehstörungen 2002: 13,7%,

Abb. 11

Abb. 11 5.4.3.2. Relevante Befunde, die bei der Einschulungsuntersuchung im Kreis Nordfriesland 2002 erhoben wurden und im Vergleich dazu Schleswig-Holstein 2002



Quelle: jugendärztl. Dienst Kreis Nordfriesland Gucheckup2002 , dänischer Gesundheitsdienst 2002,Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein 2002

5.4.3.3. Einzelne Diagnosen:

Herabsetzung der Sehstärke

Im Jahr 2002 wurde bei 13,2% Kindern eine Herabsetzung der Sehstärke diagnostiziert.

Hörstörung

Eine Hörstörung wurde 2002 bei 6,9% der Einschülerinnen und Einschülern diagnostiziert.

Asthma bronchiale

Der Befund Asthma wurde 2002 bei 2,8% der Einschülerinnen und Einschülern erhoben.

Ekzeme

Zu den häufigsten Hautkrankheiten im Kindesalter gehört das atopische Ekzem (in Deutschland Neurodermitis genannt). Bei den Schuleingangsuntersuchungen des Einschuljahrganges 2002 diagnostizierten die Ärztinnen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes bei 5,2% der nordfriesischen Schulanfängerinnen und Schulanfänger atopische Ekzeme.

Allergie

Dieser Befund wird dokumentiert wenn eine Pollinosis, z.B. Rhino-Konjunktivitis allergica und/oder eine Gluten- oder andere Nahrungsmittelallergie vorliegt, die allergologisch oder aufgrund eindeutiger Symptomatik diagnostiziert worden sind.

Von den 1846 untersuchten Einschülerinnen und Einschüler wurde bei 5,1 % im Jahr 2002 im Kreis Nordfriesland eine Allergie als Befund erhoben.

Übergewichtigkeit/Adipositas

Die zunehmende Häufigkeit von Übergewicht ist in den in den westlichen Industrienationen ein bereits bekanntes und sich zunehmend verschärfendes Problem. In Nordfriesland wurden bei 6,2% der Einschülerinnen und Einschüler eine Adipositas festgestellt.

Auch im Kreis Nordfriesland, ist die zunehmende Prävalenz der Adipositas bereits im Kindesalter statistisch bestätiget.

Verhaltensauffälligkeiten

Als Verhaltensauffälligkeiten werden bestimmte standardisiert vorgegebene Symptome vermerkt. Im Jahr 2002 fanden sich bei 6,9% der Einschülerinnen und Einschüler Verhaltensauffälligkeiten.

Koordinationsstörungen

Auch der Befund “Koordinationsstörung” (Auffälligkeiten der Motorik und Koordination) wird im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst Schleswig-Holstein standardisiert erhoben.
Bei 9,2% der Einschülerinnen und Einschüler wurde 2002 eine Koordinationsstörung diagnostiziert.

Sprachstörungen

Die Einschränkung der Hörfähigkeit kann ein Grund für das Vorliegen einer Sprachstörung sein. Bei Vorliegen einer Sprachstörung sollte deshalb immer eine Abklärung des Hörvermögens beim HNO Arzt/Ärztin erfolgen.

Die Ärztinnen des jugendärztlichen Dienstes des Kreises Nordfriesland und des dänischen Gesundheitsdienstes konnten im Jahr 2002 bei den Schuleingangsuntersuchungen bei 10,8% Kindern eine Sprachstörung feststellen.

Jugendärztlicher Dienst des Kreises Nordfriesland 2002

5.4.4. Prävention durch Impfungen

Hohe Durchimpfungsraten von über 95% der Bevölkerung sind erforderlich, um die von der Weltgesundheitsbehörde WHO angestrebte Ausrottung von Kinderlähmung, Diphtherie, Masern,Mumps,Röteln und Hepatitis B zu erreichen. Zur Zeit werden diese Zahlen in Deutschland in der Gesamtbevölkerung nicht erreicht, da wir eine genaue Aussage zu den Durchimpfungsraten nur zu den von uns erhobenen Daten bei den Schuluntersuchungen, bzw. Impfaktionen machen können.

Bei Kindern kann durch Impfungen ein Immunschutz aufgebaut werden, der sie vor Infektionskrankheiten, die kennzeichnend bereits im Kindesalter auftreten, schützt. Durch die Impfung der Kinder wird , neben der persönlichen Vorsorge, auch der Schutz der ganzen Bevölkerung vor Epidemien erhöht.

Da anhand der Impfdokumentation der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein ein Absinken der Impfquoten insbesondere bei Jugendlichen festgestellt wurde, setzte das Sozialministerium eine Arbeitsgruppe ein, um die Impfbereitschaft in Schleswig-Holstein zu erhöhen. Die niedergelassenen Kinderärzte/innen, die Universitätskliniken, die Krankenkassen und die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter waren in dieser Arbeitsgruppe vertreten. Am 01. Januar 1999 wurde die Landesimpfvereinbarung in Kraft gesetzt. Aus ihr geht hervor, dass, sofern es sich um öffentlich empfohlene Impfungen handelt, alle Kinder und Jugendlichen in Schleswig-Holstein in den Gesundheitsämtern kostenlos geimpft werden können. Die Finanzierung des abgegebenen Impfstoffes wird zu 15% durch das Land und zu 85% durch die gesetzlichen Krankenkassen sicher gestellt. Diese Landesimpfvereinbarung wurde seitdem auch von anderen Bundesländern übernommen.

5.4.4.1 Inanspruchnahme von Impfungen

Tab. 22

Von den Nordfriesischen Schulanfängerinnen und Schulanfängern, die bei Ihrer Einschulungsuntersuchung ein Impfheft vorgelegt haben, waren vollständig geimpft :

gegen	2001*	2002
Polio	95,8%	95%
Tetanus	98,4%	98,5%
Diphtherie	98,3%	98,4%
Masern	90,8%	93,4%
Mumps	90,9%	93,4%
Röteln	83,6%	88,7%
Hib	84,1%	89,3%

*2001 ohne dänischen Gesundheitsdienst

Quelle: jugenärztl. Dienst Kreis Nordfriesland Gucheckup2001, 2002, dänischer Gesundheitsdienst, 2002

Tab. 23

Hier nun zum Vergleich die Durchimpfungsraten bei allen Einschülerinnen und Einschülern in Schleswig-Holstein im Jahr 2002:

gegen	Nordfriesland 2002	Schleswig-Holstein 2002
Polio	95%	93,3%
Tetanus	98,5%	97,7%
Diphtherie	98,4%	98,1%
Masern	93,4%	91,5%
Mumps	93,4%	91,2%
Röteln	88,7%	88,2%
Hib	89,3%	86,7%

Quelle: jugendärztl. Dienst Kreis Nordfriesland Gucheckup 2002,dänischer Gesundheitsdienst, Auswertung Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen AG der KJÄD SH

Zieht man in Betracht, dass die Durchimpfungsraten sich nur auf die Kinder beziehen, die ein Impfheft vorgelegt haben, dann sind die Durchimpfungsraten wohl eher niedriger.

Keuchhusten

Nach der Neuzulassung eines Keuchhusten- Impfstoffes 1995 speziell für Kleinkinder steigen die Keuchhustenimpfraten stetig an, sind aber keineswegs zufriedenstellend.

Um die Bevölkerung vor Keuchhustenerkrankungen (Pertussis) zu bewahren, bedarf es dringend eines besseren Impfschutzes. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt eine Durchimpfungsrate der Bevölkerung von mindestens 95%. Nach der Neuzulassung eines Keuchhusten-Impfstoffes speziell zur Grundimmunisierung von Kleinkindern steigt die Grundimmunisierungsrate jedoch stetig an.
Betrachtet man die Impfraten der Nordfriesischen Schulanfängerinnen und Schulanfänger, hat sich der Impfschutz in den letzten Jahren deutlich verbessert, ist aber gemessen an den WHO-Anforderungen keineswegs zufriedenstellend.

Vergleicht man die o.g. Zahlen mit der Auswertung der Impfergebnisse der Einschülerinnen und Einschüler 2002 von Schleswig-Holstein ergibt sich folgendes Bild

Tab. Nr.24
Durchimpfungsrate Pertussis Einschülerinnen und Einschüler 2002

gegen	Kreis Nordfriesland 2002	Schleswig Holstein 2002
Pertussis	86%	85,3%

Quelle: jugendärztl. Dienst Kreis Nordfriesland Gucheckup 2002,dänischer Gesundheitsdienst 2002, Auswertung Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen AG der KJÄD SH

Hepatitis B

Hepatitis B ist eine virusbedingte, diffuse, nicht eitrige Leberentzündung, welche durch Blut und Blutprodukte (auch Nadelstichverletzungen) sowie Sexualkontakte übertragen werden kann. Die Symptomatik kann stark variieren und sich von asymptomatischen Verläufen (65%) über eine grippale Symptomatik sowie gastro-intestinale Beschwerden und Gelenkbeschwerden erstrecken. Meist kommt es zu einer deutlichen Gelbfärbung (Ikterus) der Haut. Ca. 1 % der Patienten versterben in der Akutphase und bei 5-10 % der Erkrankten persistiert das Virus im Körper.Die Folge kann eine chronische Leberentzündung und schließlich Leberzirrhose sein, hier ist dann die Gefahr von Leberkrebs deutlich erhöht.Die Morbidität und Mortalität dieser Patientengruppe ist signifikant erhöht.

In Deutschland sind ca. 600.000 chronische Hepatitisfälle bekannt und ca. 50.000 Neuinfizierte kommen pro Jahr hinzu, von denen wiederum 2.500 bis 5.000 einen chronischen Verlauf der Erkrankung erleben. 1.500 bis 2.000 Menschen sterben jährlich in Deutschland an den Folgen einer Hepatitis B.

Die sicherste und daher wichtigste Methode, sich vor Hepatitis B zu schützen, stellt die aktive Impfung gegen diese Erkrankung dar. Der seit über 15 Jahren benutzte B-Impfstoff hat sich als sicher wirksam und sehr verträglich erwiesen. Um den vollständigen Impfschutz zu erhalten, sind 3 Impfungen notwendig.

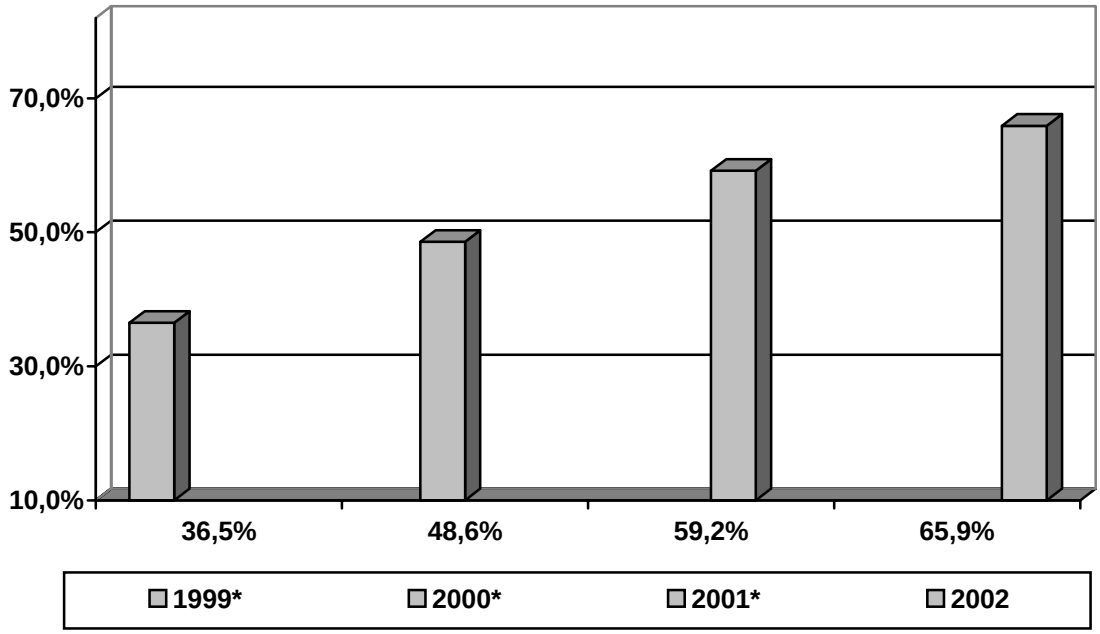
Da die Gefahr der Hepatitis-B-Infektion in der Altersgruppe der
15 bis 25-jährigen sprunghaft ansteigt, wegen der ersten sexuellen Kontakte, sollten auch alle Jugendlichen geimpft werden.

In Deutschland wurden die Hepatitis B-Schutzimpfungen jedoch erst im Jahre 1995 in den Impfplan für Kinder aufgenommen und auch erst seitdem kostenlos beim/bei der Kinder- oder Hausarzt/ärztin durchgeführt.

Wie die Auswertungen der Untersuchungsdaten der Schulanfängerinnen und Schulanfänger in Nordfriesland des Einschulungsjahrganges 2002 besagen, ist von den 1663 Kindern, die bei der Einschulungsuntersuchung ein Impfbuch vorgelegt haben, eine Durchimpfungsrate bei Hepatitis B von 65,9 % erreicht.

Abb. 12

Durchimpfungsrate Hepatitis B bei EinschülerInnen, die den Impfpass vorgelegt haben im Kreis Nordfriesland, mit* gekennzeichnet ohne dänischen Gesundheitsdienst



Quelle: Jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland Gucheckup 1999 bis 2002, Dänischer Gesundheitsdienst 2002

Auch hier ist das Ziel, die 95% Durchimpfungsrate zu erreichen.

Hier der Vergleich der Durchimpfungsraten gegen Hepatitis B bei Einschülerinnen und Einschüler 2002 im Kreis Nordfriesland und im Land Schleswig-Holstein:

Tab. 25
Durchimpfungsraten gegen Hepatitis B

gegen	Kreis Nordfriesland 2002	Schleswig-Holstein 2002
Hepatitis B	65,9%	73,3%

Quelle: jugendärztl. Dienst Kreis Nordfriesland Gucheckup 2002,Dänischer Gesundheitsdienst, Auswertung Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen AG der KJÄD SH

Der jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes bietet die Hepatitis B-Schutzimpfung in den Impfsprechstunden kostenlos an und in kostenlosen Impfaktionen an den Schulen in den 6. Klassen, um die dann dort noch verbliebenen Impflücken zu schließen.

Das Gesundheitsamt Husum hat in den vergangenen Jahren das Angebot der Impfsprechstunde deutlich ausgeweitet. Es werden regelmäßig Impfsprechstunden angeboten, sodass Kinder und Jugendliche mit öffentlich empfohlenen Impfungen jederzeit versorgt werden können. Zusätzlich werden jedes Jahr Impfaktionen an allen Schulen durchgeführt; in den letzten Jahren gezielt zur Hepatitis B und Masern/Mumps/Röteln Schutzimpfung.

Tab. 26

5.4.4.2. Vergleich Durchimpfungsraten in Deutschland 2002 (14 von 16 Bundesländern)/Kreis Nordfriesland bei Schulanfängerinnen und Schulanfänger und Schulanfängern mit vorgelegtem Impfbuch

Impfung gegen	Nordfriesland 2002	Schleswig-Holstein 2002	Deutschland 2002(ohne Bayern und Hamburg)n=567.368
Polio	95%	93,3%	94,8%
Tetanus	98,5%	97,7%	96,5%
Diphtherie	98,4%	98,1%	96,3%
Pertussis	86,0%	85,3%	85,0%
1.Masern	93,4%	91,5%	91,5%
1.Mumps	93,4%	91,2%	91,2%
1. Röteln	88,7%	88,2%	86,4%
Hepatitis B	65,9%	73,3%	62,4%
Hib	89,3%	86,7%	86,0%

Quelle: jugendärztl. Dienst Kreis Nordfriesland Gucheckup 2002,Dänischer Gesundheitsdienst 2002, Auswertung Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen AG der KJÄD SH, Epidemiologisches Bulletin 18/2003 vom Robert-Koch-Institut Berlin

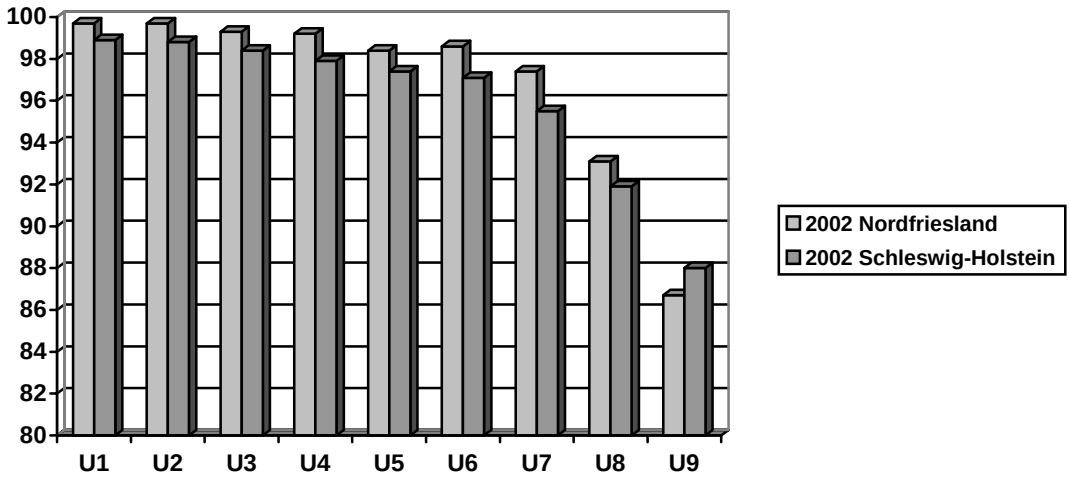
Jugendärztlicher Dienst des Kreises Nordfriesland 2002

5.4.5. Vorsorgeuntersuchungen

Die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder umfassen 9 Untersuchungen, in einem Zeitraum von der Geburt(U1) bis zum 64. Lebensmonat (U9). Die Teilnahme an diesen Untersuchungen ist freiwillig.
Erkrankungen und Entwicklungsstörungen von Kindern sollen frühzeitig erkannt und behandelt, bzw. einer Behandlung zugeführt werden.

Dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter wird das Vorsorgeheft (hier ist die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen dokumentiert) bei den Einschulungsuntersuchungen auf freiwilliger Basis vorgelegt. Beim Einschulungsjahrgang 2002 wurden in Nordfriesland die Vorsorgedaten von 1846 Einschülerinnen und Einschülern erfaßt, davon haben 1526 (82,7%) das Vorsorgeheft vorgelegt. Die nachfolgende Grafik bezieht sich auf die vorgelegten Vorsorgehefte.

Abb. 13 5.4.5.1. Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen bei Einschülerinnen und Einschülern im Kreis Nordfriesland 2002 und Schleswig Holstein 2002 bei vorgelegtem Vorsorgeheft, Angaben in Prozent



Quelle: Jugendärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland Gucheckup 2001 und 2002, Dä. Gesundheitsdienst 2002

Während die U1 und U2 noch von 1521(99,7%) der Eltern wahrgenommen wird, ist die Zahl bei der U8 bereits auf 1421(93,1%) der Einschülerinnen und Einschüler gesunken und bei der U9 sind es nur noch 1318 (86,7%) der Einschülerinnen und Einschüler, bei denen die Vorsorgeuntersuchung wahrgenommen wird. Vergleicht man diese Zahlen mit Schleswig-Holstein im Jahr 2002 liegt dort die U1 bei 98,9%, die U2 bei 98,8%, die U8 bei 91,9%, die U9 bei 88%. In Nordfriesland ist die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen etwas besser als der Landesdurchschnitt (immer auf die Zahl der vorgelegten Vorsorgehefte bezogen).

Handlungsempfehlungen:

Im Bereich der Impfungen müssen insbesondere im Bereich Hepatitis B und Masern/Mumps/Röteln die Impfaktionen kontinuierlich weitergeführt werden, um den von der WHO geforderten Impfschutz von mindestens 95 % zu gewährleisten.

Die ungleichen sozialökonomischen Lebensbedingungen sind nicht ohne Folgen für die Gesundheit der Kinder. Durch die ungenügende Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9 werden Sprach-, Koordinations- und Verhaltensauffälligkeiten oft erst bei der Einschulungsuntersuchung als Befund erhoben und können dann erst der weiteren Behandlung zugeführt werden.

5.4.6. Jugendzahnärztlicher Dienst

Eine landesweit gültige gesetzliche Regelung der Schulzahnpflege erfolgte mit dem Jugendzahnpflegegesetz vom 24.10.1966.
Der Aufgabenbereich des jugendzahnärztlichen Dienstes umfasst keine behandelnden Tätigkeiten.

Auf Grundlage des “Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst” vom 14.12.2001 und des Sozialgesetzbuches V § 21 vom 01.01.2000 werden zahnärztliche Gruppenuntersuchungen in Kindergärten und Schulen bis zum 12. Lebensjahr durchgeführt.
In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt.
Hinzu kommt die Mitarbeit in der “Kreisarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege in Nordfriesland”.

Die Inhalte der schulzahnärztlichen Tätigkeit haben sich in den letzten Jahren von der reinen Befunderhebung zu einem umfassenden Beratungsangebot ausgeweitet.

Die allgemein verbesserte Zahngesundheit hat dazu geführt, dass die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit behandlungsbedürftigen Zähnen abnimmt. Dagegen hat sich die Zahl der Schülerinnen und Schüler mit erheblichen Behandlungsbedarf kaum verringert und konzentriert sich zudem auf bestimmte Schuleinzugsbereiche.

Tab. 27

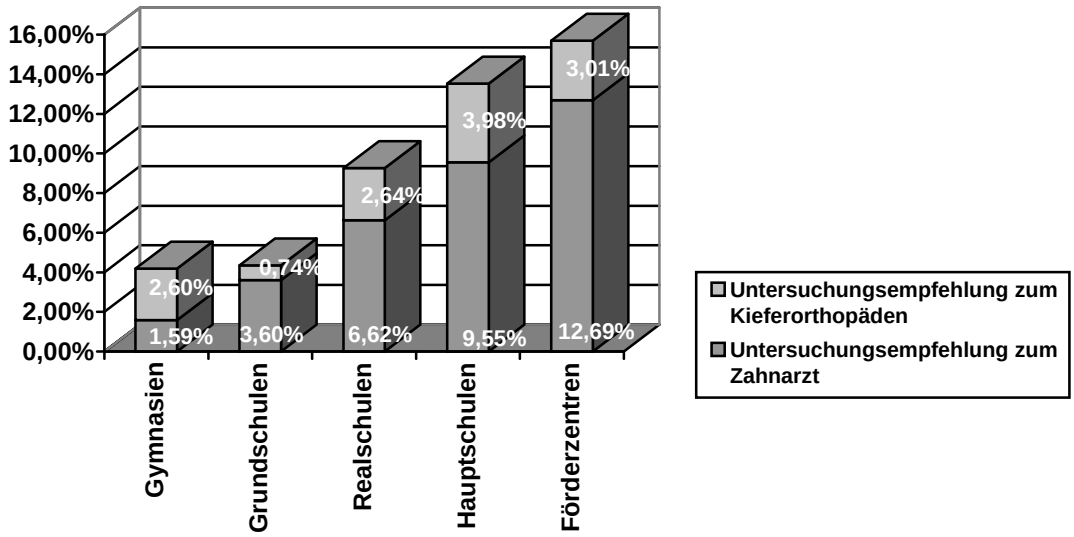
5.4.6.1. Untersuchungsergebnisse im Jugendzahnärztlichen Bereich 2002 Kreis Nordfriesland

Schultypen	Untersuchte Schülerinnen und Schüler und Schüler	Prozentsatz der Schülerinnen und Schüler und Schüler, bei denen eine Kontrolle/bzw. Behandlung beim Zahnarzt empfohlen wurde	Prozentsatz der Schülerinnen und Schüler und Schüler, bei denen eine Kontrolle/bzw. Behandlung beim Kieferorthopäden empfohlen wurde
Grundschule	5050	3,6 %	0,74%
Hauptschule	854	9,55%	3,98%
Realschule	1086	6,62 %	2,64%
Gymnnasien	724	1,59%	2,60%
Förderzentren	333	12,69%	3,01%

Ouelle: jugendzahnärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland 2002

Abb.Nr. 14

Untersuchung durch den jugendzahnärztlichen Dienst Kreis Nordfriesland 2002, Untersuchungsempfehlung zum Zahnarzt, bzw. Kieferorthopäden, unterteilt nach Schultypen



Quelle: Jugendzahnärztlicher Dienst Kreis Nordfriesland 2002

Beim zahnmedizinischen Vorsorgeverhalten ist insgesamt ein erfreulicher Status erreicht worden. Jedoch kann man erkennen, dass die zahnärztliche Versorgung der Kinder aus Hauptschulen und Förderzentren schlechter ist als die Versorgung in Grund- Realschulen und Gymnasien.
Der regelmäßige Kontrollbesuch beim Zahnarzt wird von den meisten Familien schon mit den Kindern im Vorschulalter wahrgenommen. Defizite im Vorsorgeverhalten gibt es jedoch im Jugendlichenalter, und zwar insbesondere bei den Haupt- und FörderschülerInnen, wenn diese zunehmend ohne elterliche oder schulische Unterstützung eingenverantwortliches Handeln für ihre Zahngesundheit erlernen müssen.

Der dänische Gesundheitsdienst hat einen eigenen zahnärztlichen Dienst. In den Kindergärten/Grundschulen/Förderschulen/Hauptschulen/Gesamt- Real- und Waldorfschulen wurden im Jahr 2002 insgesamt 1116 Kindergarten- bzw. Schulkinder untersucht.

Tab. 28

5.4.6.2. Dänischer Zahnärztlicher Dienst 2002

	untersuchte Kinder im Jahr 2002	davon behandlungsbedürftig	
Kindergärten	311	78	25,8%
Grundschulen	355	131	36,9%
Sonderschulen	27	10	37,03%
Hauptschulen	333	78	23,42%
Gesamt-/Realschule	90	13	14,44%

2 Kinder wurden zum Kieferorthopäden überwiesen
Quelle: Dänischer Gesundheitsdienst/Jugendzahnpflege/Herr Bahr

Durch andere Untersuchungsparameter ist z.Zt. eine Vergleichbarkeit der Daten nicht gegeben.

Es sind jetzt neue Untersuchungsparameter erarbeitet worden, damit für die Zukunft eine Vergleichbarkeit möglich ist.

5.5. Kreisarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege Kreis Nordfriesland

Die Kreisarbeitsgemeinschaft besteht seit 1985 und ist ein Zusammenschluß von Zahnärzten, öffentlichem Gesundheitsdienst und Krankenkassen, um den Aspekt der zahnmedizinischen Vorsorge umsetzen zu können.

Die Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege vermittelt in Kindergärten und Schulen im Rahmen der Gruppenprophylaxe theoretische und praktische Anleitungen zur richtigen Mundhygiene und Beratungen über zahngesunde Ernährung und die verschiedenen Möglichkeiten der Vorbeugung. Zahnschmelzhärtung durch Gelfluoridierung (Gruppenprophylaxe), Informationsveranstaltungen, Bereitstellung von Medien und Hilfsmitteln zur Unterrichtsgestaltung und die Vermittlung weiterer Ansprechpartner (z.B. Fachkräfte für Ernährung) gehören zu den weiteren Angeboten.

Im Schuljahr 2002/2003 wurden folgende Sonderaktionen durch die Kreisarbeitsgemeinschaft ausgeführt:

Kasimir-Ausstellung (anhand von Schautafeln, Computerspielen und Spielen wird Schulkindern gesunde Ernährung, die Herstellung von Lebensmitteln und das richtige Zähneputzen erklärt), an der 543 Schülerinnen und Schüler teilnahmen. Sportlehrertag(Sportlehrer als Multiplikatoren), hier nahmen 125 Lehrkräfte teil.

Tab. 29
Weitere zahnmedizinischer Vorsorgemaßnahmen:

Maßnahme	Anzahl der teilnehmenden Schülerinnen und Schüler bzw. Kinder in Kindergärten
Prophylaxe Betreuung	2514
Ernährungsberatung und Powerfrühstück	1115
Obleute (Zahnarzt im Kindergarten oder Kinder in der Zahnarztpraxis)	1418
Fluorideinbürstung an Schulen und Kindergärten (einschl. Sonder-Förderschulen)	6247 Kontakte

Quelle: Kreisarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Kreis Nordfriesland

5.6. Frühförderung im Kreis Nordfriesland

Die heilpädagogische Frühförderung bietet Hilfen für Familien mit Kindern von 0-6 Jahren an, die in ihrer Entwicklung Auffälligkeiten zeigen.
Die Frühförderung ist sinnvoll und notwendig für Säuglinge und Kleinkinder, die eine Behinderung haben oder von einer Behinderung bedroht sind.
Auch Kinder, die in ihrer Entwicklung beeinträchtigt sind, z.B. in den Bereichen Sprache, Motorik und Wahrnehmung können gefördert werden, ebenso entwicklungsgefährdete Kinder aus sozial benachteiligten Familien.
Frühförderung hat immer zum Ziel im Zusammenwirken von Eltern und Fachleuten, die Entwicklung behinderter und entwicklungsverzögerter Kinder sowie die Entfaltung ihrer Persönlichkeit anzuregen, zu unterstützen, ihre Erziehung und soziale Entwicklung zu fördern und zu helfen, sie sicherzustellen.
Schwerpunkt im Angebot der Förderung ist die häusliche Förderung. Frühe Hilfen können dort am besten wirksam werden, wo das Kind lebt.
Frühförderung arbeitet auch beratend und kooperativ mit anderen Kindereinrichtungen und interdisziplinär mit anderen Fachbereichen zusammen (Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Kinderärzte und Kinderkliniken).

Die gesetzlichen Grundlagen der Frühförderung ergeben sich aus dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch - (SGB IX).Die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (§ 30 SGBIX) werden von den Krankenkassen getragen. Leistungen zur Teilhabe am Leben und in der Gemeinschaft werden bei Kindern als heilpädagogische Frühförderung durch Eingliederungshilfe der Sozialämter erbracht (§ 55, § 56 SGB IX).

Alle Eltern können sich direkt an den Verein Lebenshilfe/Frühförderung Tel. 04841/2699 wenden, wenn sie sich Sorgen um die Entwicklung ihres Kindes machen.
Es erfolgt ein Erstgespräch, eine kostenlose Beratung der Eltern über den Entwicklungsstand und über die Fördermöglichkeiten des Kindes und Hilfen in der häuslichen Umgebung und in den Räumen der Frühförderung. Ist heilpädagogische Frühförderung notwendig, stellen die Eltern einen Antrag an das Kreissozialamt, der Bericht der Frühförderung geht dann ebenfalls an das Kreissozialamt.
Das Gesundheitsamt erhält den Auftrag vom Kreissozialamt, ein Gutachten über das Kind zu erstellen. Eltern und Kind werden eingeladen, das Kind wird dann durch den Amtsarzt untersucht.
Frühförderung ist ein freiwilliges Angebot. Die Familie entscheidet, ob sie es für ihr entwicklungsverzögertes oder behindertes Kind in Anspruch nehmen möchte.
Frühförderung sollte so früh wie möglich nach Diagnosestellung einsetzen und endet, wenn das Kind einen altersgerechten Entwicklungsstand erreicht hat, mit dem Eintritt in einen heilpädagogischen Kindergarten oder in den Regelkindergarten mit einer Integrationsmaßnahme.
Durch das Angebot der Frühförderung entstehen den Eltern keinerlei Kosten.

In Nordfriesland gibt es Frühförderstellen in Husum, Niebüll, Sylt, Föhr und Amrum.

Tab. 30
Im Rahmen der Frühförderung wurden im Gesundheitsamt Husum begutachtet:

	2001	2002
Frühfördergutachten	134	116
Einzelintegrationsmaßnahmen + heilpädagogischer Kindergarten	97	88

Tendenz steigend. In der ersten Hälfte des Jahres 2003 wurden ca. soviele Begutachtungen durchgeführt wie im gesamten Jahr 2002.

5.7. Beratungsstelle Stiftung-Mutter-Kind im Gesundheitsamt Husum

Die Stiftungsmittel werden vorrangig für werdende Mütter in materieller Notlage zur Verfügung gestellt, die sich bis zur 12. Schwangerschaftswoche an eine anerkannte Beratungstelle wenden, um ihnen die Fortsetzung der Schwangerschaft zu erleichtern.
Antragstellerinnen, die sich zu einem späteren Zeitpunkt der Schwangerschaft wegen einer Notlage an die Beratungstelle wenden, z.B. bei Arbeitslosigkeit des Partners, bei alleinstehenden Schwangeren oder anderen extremen Notlagen, kann im Rahmen der dann noch zur Verfügung stehenden Mittel unter Berücksichtigung der von der Stiftung vorgegebenen Einkommensgrenzen geholfen werden.

Im Jahr 2002 wurden 284 Anträge gestellt, 92 wurden abgelehnt, bei 192 Frauen wurde eine finanzielle Zuwendung aus Stiftungsmitteln bewilligt.

Tendenz: Die Anzahl der gestellten Anträge und Bewilligungen ist im Jahr 2003 leicht steigend.

(Quelle: Gesundheitsamt Husum, Kreis Nordfriesland)

6. Natürliche und technische Umwelt

6.1. Trinkwasser

Trinkwasserversorgung im Kreis Nordfriesland

Der Kreis Nordfriesland verfügt über eine flächendeckende zentrale Trinkwasserversorgung. Bis Ende 2002 wurden, mit Ausnahme der Gemeinde Norddorf auf Amrum, alle Gemeinden in Nordfriesland zentral mit Trinkwasser versorgt, sei es durch ihre Mitgliedschaft in einem Wasserbeschaffungsverband, durch ein gemeindeeigenes Wasserwerk oder durch Anschluß an ein benachbartes Wasserwerk. In der Übersicht stellt sich die Trinkwasserversorgung im Kreis Nordfriesland wie folgt dar:

a) 11 Wasserversorgungsverbände bzw. Wasserwerke
b) 5 kleine Wasserversorgungen beschränkt auf 1 oder 2 Orte bzw. eine Straße
c) Einzelversorgungen gibt es in der Gemeinde Norddorf/Amrum (189), auf der Insel Sylt (28) und vereinzelt auf dem Festland (ca. 20).

Trinkwasser ist definiert in der Trinkwasserverordnung , die ihrerseits ihre Basis im Infektionsschutzgesetz hat.
In der Trinkwasserverordnung ist festgeschrieben, welchen bakteriologischen und chemischen Vorgaben Trinkwasser zu genügen hat. Darüber hinaus regelt die Verordnung auch Umfang und Häufigkeit der Trinkwasserprobenahmen.

Bezogen auf die zentralen Trinkwasserversorgungen zu a) und b) wurden im Jahre 2002 von den Werkausgängen 241 Proben entnommen, einschließlich der Netzproben waren es 583. Die 583 Proben wurden auf insgesamt 5.636 Parameter untersucht. Lediglich 0,3 % der Ergebnisse waren zu beanstanden.
Von den Anlagen zu c) einschließlich der Kontrollen auf Schiffen, wurden im Jahre 2002 245 Anlagen überprüft. Die Beanstandungsquote lag hier um die 1%.

Ausblick auf die nächsten Jahre:

Mit Beginn des Jahres 2003 trat die neue Trinkwasserverordnung in Kraft, die wesentlich umfangreicher ist. So endet die Zuständigkeit der Trinkwasserverordnung für die Wasserwerke nicht an der Wasseruhr, sondern am Wasserhahn des Endverbrauchers und schließt bei der Beurteilung der Trinkwasserqualität die Hausinstallation mit ein.
Dieses gilt ganz besonders für Hausinstallationen des öffentlichen Bereiches, die seitens der Gesundheitsbehörde zu kontrollieren und zu beproben sind.

(Quelle: Gesundheitsamt Husum, Kreis Nordfriesland)

6.2. Badewasser

Badewasser im Kreis Nordfriesland

Die Badewasseruntersuchungen an den Badestränden und an den Seen und Flüssen des Kreises Nordfriesland über den Zeitraum der Saison von Mitte Mai bis Mitte September ist Aufgabe der Kreisgesundheitsbehörde.
Die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden an das Land und von dort am Ende des Jahres weiter über den Bund an die EU gemeldet.
Die Ergebnisse werden aktuell durch das Land im Internet und durch den ADAC als aktuelle Information ebenfalls im Internet veröffentlicht bzw. in seinem Badewasser-Jahresbericht vor Beginn einer jeden Saison.

Gesetzliche Grundlage der Badewasseruntersuchungen sind die Badestellenverordnung des Landes Schleswig-Holstein und die entsprechenden Durchführungserlasse, die sich ihrerseits aus der EU-Badewasserrichtlinie aus den 70er Jahren ableiten.

Im Kreis Nordfriesland gibt es rund 100 Badestellen, davon 10 an Flüssen und Binnenseen.

Diese Badestellen werden hinsichtlich ihrer Wasserqualität an 60 Probestellen in 14-tägigem Abstand im Wesentlichen auf ihre hygienische Qualität kontrolliert. Dabei findet eine Besichtigungsprüfung statt und die Probenahme zwecks Untersuchung auf fäkalcoliforme und gesamtcoliforme Bakterien.

Die Beurteilung der bakteriologischen Befunde richtet sich nach den Vorgaben, die gemäß der Verordnung an die Beschaffenheit von Badegewässern zu richten sind. Dabei gelten für die Parameter gesamtcoliforme und fäkalcoliforme Bakterien folgende Werte:

	Leitwert bzw Richtwert	Grenzwert
Gesamtcoliforme Bakterien(GC)	500 / 100ml	10.000 / 100ml
Fäkalcoliforme Bakterien(FC)	100 7 100ml	2.000 / 100ml

Tab. 31
In der Zusammenfassung stellen sich die Ergebnisse der Untersuchungsbefunde aus dem Jahre 2002 wie folgt dar:

	Summe der Untersuchungen	≤30	≤ Richtwert	>Richtwert ≤Grenzwert	>Grenzwert
Gesamtcoliforme B.	474 (100%)	261 (55%)	433 (91%)	31 (7%)	10 (2%)
Fäkalcoliforme B.	474 (100%)	304 (64%)	412 (87%)	55 (12%)	7 (1%)

Von den 474 Proben lagen 64% der Untersuchungen auf fäkalcoliforme Bakterien und 55% auf gesamtcoliforme Bakterien unterhalb der Nachweisgrenze der bakteriologischen Untersuchungsmethode. Lediglich bei 1% bzw. 2% der Proben waren bakteriologische Grenzwerte überschritten, wobei es sich um Einzelereignisse ohne Wiederholung handelte, deren Ursache nicht zu ermitteln war.
(Quelle: Gesundheitsamt Husum, Kreis Nordfriesland)

6.3. Ozon

Was ist Ozon?

Ozon ist in niedrigen Konzentrationen ein normaler Bestandteil der Luft. Höhere Konzentrationen finden sich natürlicherweise vor allem in der oberen Atmosphäre (über 10 Kilometer Höhe)- die sogenannte Ozonschicht. Sie wirkt wie ein Filter und hält den schädlichen Anteil der UV-Strahlung zum größten Teil zurück, lässt aber die für das Leben auf der Erde notwendige Licht- und Wärmestrahlung passieren. Während das Ozon in der oberen Atmosphäre lebenswichtig ist, schädigt Ozon in der bodennahen Luftschicht bei erhöhten Werten die Gesundheit, wenn es eingeatmet wird.

Wie entsteht bodennahes Ozon?

Ozon entsteht unter Lichteinfluss und Wärme aus Schadstoffen wie Stickstoffoxiden und Kohlenwasserstoffen, die im wesentlichen vom Kraftfahrzeugverkehr verursacht werden, sowie flüchtigen Kolhlenwasserstoffen wie Benzindämpfen oder Lösungsmitteln. Je stärker die Sonne scheint und je höher die Schadstoffkonzentration in der Luft ist, desto mehr Ozon bildet sich. Die Ozonkonzentration in der Luft ist am Nachmittag am höchsten. Mit einem Rückgang ist in den Abendstunden zu rechnen.

Wie wirkt Ozon?

Bei erhöhten Ozonkonzentrationen in der Außenluft kann es zu unterschiedlichen körperlichen Reaktionen kommen. Dazu zählen Reizungen im Bereich der Augen, die zur Beeinträchtigung des Sehvermögens führen und zentralnervöse Störungen, wie Kopfschmerzen und Schwindelgefühle. Auftreten können auch Probleme im Bereich der Atemwege wie trockener Husten oder Engegefühl in der Brust. Ozon bewirkt, dass die Lunge nicht mehr so viel Luft fassen kann wie normalerweise. Die Folge ist: Der Atem geht schneller, die Atmung wird flacher. Zu den Gruppen, die von erhöhten Ozonwerten betroffen sind gehören deshalb Ausdauersportlerinnen – und sportler. Generell reagieren Menschen sehr unterschiedlich auf Ozon. Bei einigen zeigen sich erste Reaktionen bereits bei niedrigen Werten, während andere überhaupt noch keine Wirkung verspüren. Eine für alle gültige Richtschnur gibt es also nicht.

Quelle: Umweltbericht des Landes Schleswig-Holstein

Tab. 32

6.3.1. Ozon-Meßwerte 2002 in Schleswig-Holstein

Ozon	Beurteilungsmaßstab nach EU-RL 2002/3/EG)*		
	Jahresmittel	8-h-Werte 120µg/m³ darf an höchstens 25 Tagen über-schritten werden	1-h-Werte 180µg/m³ als Informations-schwelle
Auswertungs-zeitraum Jan. 2002 – Dez. 2002	Konzentration in µg/m³	Anzahl der Tage mit Überschreitungen von	
		110 µg/m³	180 µg/m³
Kiel-Schauen-burgerstr.	48	5	0
Hansestadt Lübeck – St.Jürgen	47	13	0
Barsbüttel	42	6	0
Brunsbüttel	52	13	0
Bornhöved	55	16	0
Altendeich	49	12	0
Glücksburg	60	8	1
Schleswig	54	7	1
Schönwalde/ Bungsb.	58	9	0
Itzehoe	47	6	0
Fehmarn	61	11	0
St.Peter-Ording	56	5	1

*) 8-h-Wert: Zielwert für 2010

Quelle: Umweltbericht des Landes Schleswig-Holstein, Schleswig-Holsteins.Luft.2002

7. Ressourcen im Gesundheitswesen im Kreis Nordfriesland

7.1. Der Öffentliche Gesundheitsdienst im Kreis Nordfriesland

Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes(ÖGD) werden von der Kreisgesundheitsbehörde und hier im Besonderen durch das Gesundheitsamt wahrgenommen. Die Aufgaben sind durch das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst- Gesetz- GDG) vom 14.12.2001 geregelt.

Ziel des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist es, auf gesunde und gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse hinzuwirken und gleiche Gesundheitschancen für alle anzustreben. Die gesundheitliche Eigenverantwortung und Urteilsfähigkeit der Bürgerinnen und Bürger soll gestärkt werden. Auf die Vermeidung von Gesundheitsrisiken und auf den Schutz der Bürgerinnen und Bürger vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen wird hingewirkt.

Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Gesundheitsförderung

Der öffentliche Gesundheitsdienst beteiligt sich beratend in den Bereichen Siedlungsentwicklung, Wohnen, Schule, Jugend, Menschen im Alter, Verkehr, Umwelt, Arbeitswelt und Soziales. Die Bevölkerung wird durch Information, Beratung und Aufklärung über Gesundheitsrisiken (z. B. AIDS-Beratung) zu gesundheitsbewußtem Verhalten motiviert.

Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Bei der Gesundheitsberichterstattung (GBE) handelt es sich um ein Instrument, das in regelmäßigen Zeitabständen die gesundheitliche und sozialmedizinische Situation der regionalen Bevölkerung beschreibt und analysiert. Sie dient der kontinuierlichen Ermittlung von vordringlichem Handlungsbedarf des kommunalen öffentlichen Gesundheitsdienstes und soll Entscheidungshilfe für regionale politische Entscheidungen sein.

Kinder- und Jugendgesundheit

Der kommunale öffentliche Gesundheitsdienst schützt und fördert die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Er übernimmt die schulärztlichen Aufgaben nach den schulrechtlichen Bestimmungen. Es werden Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, Behinderungen, Fehlentwicklungen und Verhaltensstörungen durchgeführt. Aktuellen Veränderungen im Krankheitsspektrum bei Kindern und

Jugendlichen in Form der Zunahme von chronischen und psychosomatischen Erkrankungen sowie psychosozialen und emotionalen Störungen kann so frühzeitig entgegengewirkt werden.

Gesundheitshilfe

Der kommunale öffentliche Gesundheitsdienst gewährt insbesondere Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, Migrantinnen und Migranten, Obdachlosen, chronisch Kranken sowie Menschen, die an einer Infektionskrankheit leiden oder von ihr bedroht sind, Gesundheitshilfe. Er berät in gesundheitlichen Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung, bei allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen sowie bei Fragen zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten. Daneben kümmert er sich um unterstützungsbedürftige Eltern von Säuglingen und Kleinkindern.

Umweltbezogener Gesundheitsschutz

Der kommunale öffentliche Gesundheitsdienst informiert und berät die Bürger sowie Behörden in umweltmedizinischen Fragen sowie über den Schutz von gesundheitsgefährdenden Einflüssen aus der Umwelt. Er weist die Verwaltung des Kreises und der Gemeinden auf gesundheitliche Risiken von Planungen und Maßnahmen hin.

Infektionsschutz

Der kommunale öffentliche Gesundheitsdienst nimmt die Aufgaben nach dem Infektionsschutzgesetz vom 20.07.2000 wahr. Er wirkt auf einen umfassenden Impfschutz der Bevölkerung und auf die Erhöhung der Impfquote hin. Der ÖGD fördert die Infektionsprävention durch Information, Aufklärung und Beratung. Durch ihn erfolgt die infektionshygienische Überwachung von Kindergärten, Schulen und Heimen, Gemeinschafts-, Vorsorge-, Rehabilitations- und Behandlungseinrichtungen, Obdachlosenunterkünften und Gemeinschaftsunterkünften für Asylbewerber. Des weiteren werden die Beschaffenheit von Wasser für den menschlichen Gebrauch, von Schwimm- und Badewasser sowie die Beseitigung von Abwasser überwacht.

Amtliche Bescheinungen, Zeugnisse und Gutachten

Der kommunale öffentliche Gesundheitsdienst erstellt amtliche Bescheinigungen, Zeugnisse und Gutachten, soweit dies durch Bundes- oder Landesrecht vorgeschrieben ist. Beispielhaft seien hier die Begutachtungen der Beamten und die Zeugnisse nach Belehrung für eine Tätigkeit im Lebensmittelbereich genannt.

Hafenärztlicher Dienst

Eine Besonderheit für Gesundheitsämter, die sich aus der Küstenlage mit mehreren kleinen Häfen ergibt, stellt die Wahrnehmung von hafenärztlichen Aufgaben durch das Gesundheitsamt Husum dar. Hierunter fallen z.B. Überwachung und Kontrolle von medizinischen Einrichtungen (Bord-Apotheken, Schiffs-Krankenstationen) und Hygiene-Beratung und Kontrolle von Schiffen und Hafenanlagen (Trinkwasser, Schädlingsbefall).

Daneben hält der öffentliche Gesundheitsdienst eine neutrale Sachverständigenfunktion für andere Stellen im öffentlichen Dienst vor. Die sachverständige Beratung von Behörden in humanmedizinischen und hygienischen Fachfragen gehört zu den klassischen Aufgaben des Gesundheitsdienstes.

7.2. Ambulante Versorgung

7.2.1. Niedergelassene Ärzte im Kreis Nordfriesland

Tab. 33
Anzahl der niedergelassen Ärzte nach Fachrichtungen

Fachrichtung	Anzahl	Einwohner (165844 30.06.2003) pro Arzt
Allgemeinmedizin	74	2441
Anaesthesie	3	55281
Arzt/Ärztin	9	18427
Augenheilkunde	8	20730
Chirurgie	5	33169
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	16	10365
Haut- und Geschlechtskrankheiten	4	41461
HNO-Heilkunde	4	41461
Innere Medizin	29	5719
Kardiologie	1	165844
Kinder- und Jugendpsychiatrie	1	165844
Kinderheilkunde	9	18427
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1	165844
Nervenheilkunde	3	55281
Neurologie	1	165844
Orthopäde	6	27641
prakt.Arzt/praktische Ärztin	29	5719
Psychiatrie	2	82922
Psychotherapie	5	33169
Urologie	4	41461
Gesamt	214	775

Stand Juli 2003
Quelle: Ärztekammer Schleswig Holstein

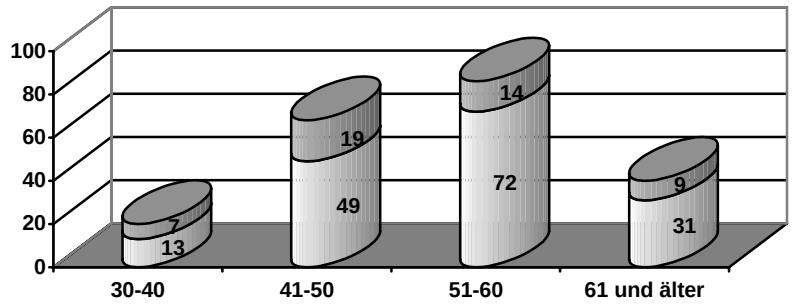
Tab. 34

7.2.1.1. Altersverteilung der niedergelassenen Ärzte im Kreis Nordfriesland

Fachrichtung	Alter 30 – 40	Alter 41 - 50	Alter 51-60	Alter 61 und älter	Anzahl
Allgemeinmedizin	11	26	28	9	74
Anaesthesie	0	2	1	0	3
Arzt/Ärztin	1	4	3	1	9
Augenheilkunde	1	1	3	3	8
Chirurgie	0	0	3	2	5
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	0	6	4	6	16
Haut- und Geschlechtskrankheiten	0	1	3	0	4
HNO-Heilkunde	1	2	0	1	4
Innere Medizin	3	7	16	3	29
Kardiologie	0	1	0	0	1
Kinder- und Jugendpsychiatrie	0	1	0	0	1
Kinderheilkunde	0	1	5	3	9
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	0	0	0	1	1
Nervenheilkunde	0	0	2	1	3
Neurologie	0	1	0	0	1
Orthopäde	0	4	1	1	6
prakt.Arzt/praktische Ärztin	0	10	14	5	29
Psychiatrie	0	0	1	1	2
Psychotherapeutische Medizin	1	2	1	1	5
Urologie	1	1	1	1	4
Gesamt	19	70	86	39	214

Quelle:Ärztekammer Schleswig-Holstein

Abb. 15 Zahl der niedergelassenen Ärzte im Kreis Nordfriesland aufgesplittet nach Alterstruktur und Geschlecht, unterer Teil der Säule Männer, oberer Teil der Säule Frauen



n=214, Stand 8/2003
Quelle:Ärztekammer Schleswig-Holstein

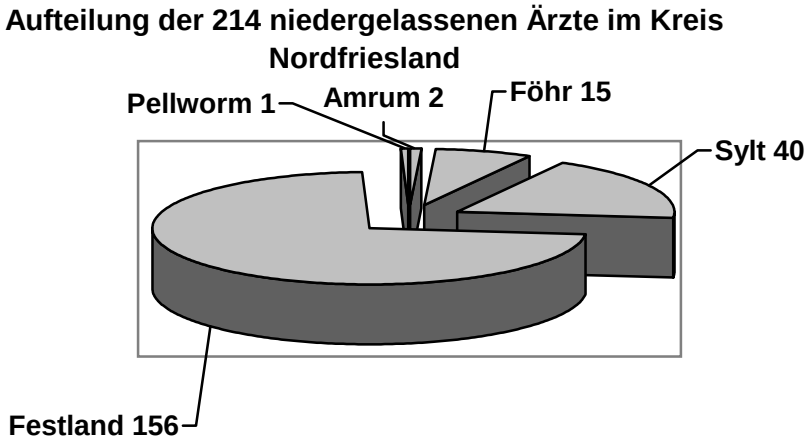
Tab. 35

7.2.1.2. Ärzte nach Fachrichtungen und Niederlassungsort im Kreis Nordfriesland

Fachrichtung	Amrum	Föhr	Pellworm	Sylt	Festland	Anzahl
Allgemeinmedizin	0	9	1	15	49	74
Anaesthesie	0	1	0	0	2	3
Arzt/Ärztin	0	0	0	1	8	9
Augenheilkunde	0	0	0	2	6	8
Chirurgie	0	1	0	0	4	5
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	0	1	0	3	12	16
Haut- und Geschlechtskrankheiten	0	0	0	1	3	4
HNO-Heilkunde	0	0	0	1	3	4
Innere Medizin	0	1	0	7	21	29
Kardiologie	0	0	0	0	1	1
Kinder- und Jugendpsychiatrie	0	0	0	0	1	1
Kinderheilkunde	0	0	0	3	6	9
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	0	0	0	1	0	1
Nervenheilkunde	0	0	0	0	3	3
Neurologie	0	0	0	1	0	1
Orthopäde	0	0	0	1	5	6
prakt.Arzt/praktische Ärztin	2	2	0	3	22	29
Psychiatrie	0	0	0	0	2	2
Psychotherapeutische Medizin	0	0	0	0	5	5
Urologie	0	0	0	1	3	4
Gesamt	2	15	1	40	156	214

n=214
Quelle:Ärztekammer Schleswig-Holstein

Abb. 16



Quelle:Ärztekammer Schleswig-Holstein
n=214

Verhältnis niedergelassene Ärzte/Einwohner 2003

Abb. 17 Grafik und Tabelle

Verhältnis niedergelassene Ärzte/Einwohner 2003

Stadt Amt Gemeinde	**Nieder-gelassene Ärzte 30.06.2003**	**Einwohnerinnen Einwohner gesamt am 30.06.2003**
Stadt Bredstedt	10	5113
Stadt Garding	5	2781
Stadt Husum	47	20887
Stadt Niebüll	26	8590
Stadt Tönning	7	5034
Gem. Leck	9	7631
Gem. St.Peter-Ording	9	4041
Amt Bökingharde	2	6047
Amt Bredstedt Land	4	9017
Amt Eiderstedt	3	4912
Amt/Stadt Friedrichstadt	4	5909
Amt Hattstedt	5	6310
Amt Karrharde	1	7436
Amt Nordstrand	3	2343
Amt Stollberg	3	6064
Amt Süderlügum	2	4492
Amt Treene	10	12146
Amt Viöl	3	9006
Amt Wiedingharde	3	4531
Gesamt Festland	**156**	**132.290**

Stadt Amt Gemeinde	**Nieder-gelassene Ärzte 30.06.2003**	**Einwohnerinnen Einwohner gesamt am 30.06.2003**
Stadt Westerland	30	9036
Stadt Wyk	12	4439
Gemeinde List	2	2709
Amt Amrum	2	2311
Amt Föhr-Land	3	4264
Amt Landschaft-Sylt	8	9400
Amt Pellworm	1	1395
Gesamt Inseln	**58**	**33.554**

Quelle: Statistisches Landesamt/Ärztekammer

Bundesweit ist seit einigen Jahren bei den Ärzten der hausärztlichen Versorgung ein Rückgang der Gesamtzahl und eine Verschiebung in der Relation zu den Fachärzten hin, zu erkennen. Dieser Trend ist besonders deutlich in den neuen Bundesländern und in ländlichen Bereichen.
Im Kreis Nordfriesland liegt der Versorgungsgrad mit niedergelassenen Ärzten noch über 100%. Im hausärztlichen Bereich gibt es keine freien Arztsitze. Die Altersstruktur läßt aber erkennen, dass in einigen Jahren Engpässe bei der ambulanten Versorgung entstehen können, wenn nicht junge Ärzte in ausreichender Zahl nachrücken. Besonders deutlich ist der hohe Anteil an älteren Ärzten bei den Frauenärzten und bei den Kinderärzten.
Der Anteil der Hausärzte einschließlich Kinderärzte an der Gesamtzahl der niedergelassenen Ärzte liegt 2003 in NF bei 70% und ist damit deutlich höher als in Schleswig-Holstein (50%) und im gesamten Bundesgebiet (50%). Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte soll ein Verhältnis von Hausärzten zu Fachärzten von 60 zu 40 angestrebt werden.

7.2.2. Zahnärzte in Nordfriesland

Im Kreis Nordfriesland waren im Okt. 2003
96 Zahnärztinnen/Zahnärzte bzw. Kieferorthopädinnen/Kieferorthopäden in Praxen und 1 Zahnärztin im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig.
Zum Jahr 2002 ergeben sich nur unwesentliche Abweichungen.

Tab. 36

Zahnärztinnen und Zahnärzte bzw. Kieferorthopädinnen/Kieferorthopäden im Kreis Nordfriesland Okt. 2003

	Zahnärztinnen/ Zahnärzte Kieferorthopädinnen/ Kieferorthopäden
Inseln	20
Festland	76

Quelle: Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, Okt. 2003

7.3. Gesundheitsberufe/Medizinische Heilberufe

Tab. 37

	Anzahl der in eigener Praxis tätigen Personen in Nordfriesland
Physiotherapeutische Berufe: Krankengymnastik/Massage/ physikalische Therapie	**66**
Sprachtherapeuten/Logopäden	**9**
Ergotherapeuten	**17**

Quelle: Meldung beim Gesundheitsamt, Kreis Nordfriesland/Stand 2003
Handbuch für das Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein 2003

Hebammen

Im Kreis Nordfriesland sind im Jahr 2002 32 Hebammen tätig gewesen, davon 3 freiberuflich und 1 in der Nachsorge.

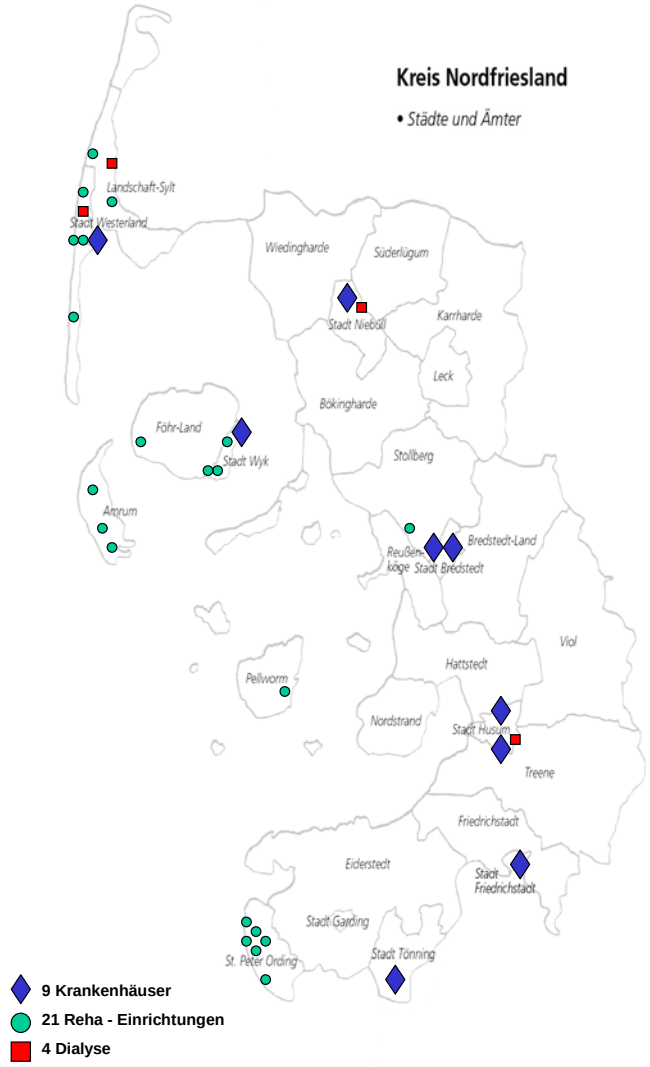
Tab. 38

	Anzahl
Amrum	**1**
Föhr	**3**
Sylt	**3**
Pellworm	**0**
Festland	**25**
Gesamt	**32**

Quelle:Kreis Nordfriesland, Verwaltung Gesundheitsamt 2002

7.4. Stationäre Versorgung/Krankenhäuser und Rehakliniken

7.4.1. In Nordfriesland gibt es 9 Krankenhäuser (für Grund- und Regelversorgung und private Träger) und 21 Reha-Kliniken einschließlich ärztlich geleitete Kurheime. Des weiteren bestehen mehrere kleinere Einrichtungen z.B. Mutter-Kind-Heime, die von einem niedergelassenen Arzt betreut werden.
In den Krankenhäusern sind 154 Ärzte und 1316 übriges Personal (med. Hilfspersonal, Verwaltung, Küche, Versorgung u.ä. beschäftigt.
In den Reha-Kliniken versorgen und betreuen 130 Ärzte und 1743 nichtärztliche Mitarbeiter die Patienten.
7.4.2. Es stehen 4 Dialyse- Einrichtungen den einheimischen und auswärtigen Nieren-Patienten zur Verfügung, von denen 2 dem Kreiskrankenhaus Niebüll und Husum zugeordnet sind. 2 Dialyse-Praxen befinden sich auf Sylt. Eine weitere Dialyse-Praxis soll 2004 in Mildstedt eröffnet werden.
Quelle: Gesundheitsamt Husum, Kreis Nordfriesland Abb. 18



7.5. Beratungsstellen und Behandlungszentren im Kreis Nordfriesland 2002

Neben den bestehenden Beratungs- und Behandlungszentren wie z.B. das Psychologische Beratungszentrum und die Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke, das Kinderschutz-Zentrum Westküste (alles unter Trägerschaft des Diakonischen Werkes) gibt es noch andere Hilfsangebote. Für diese gibt es bis jetzt noch keinen zusammenfassenden Überblick.

Es wird z.Zt. ein Sozialkompaß (Informationsquelle über Angebote und Hilfemöglichkeiten im sozialen und gesundheitlichen Bereich) erstellt. Der Sozialkompaß wird im Jahr 2004 erscheinen und im Internet unter www.nordfriesland.de abrufbar sein.

7.6. Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen im Kreis Nordfriesland

Bei Selbsthilfegruppen handelt es sich um lose Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich ohne professionelle Hilfe auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, Behinderungen oder psychischen Problemen richten, von denen entweder sie selbst oder ihre Angehörigen betroffen sind. Selbsthilfeorganisationen wie Vereine und Verbände bieten ihren Mitgliedern über den gruppenbezogenen Erfahrungs- und Informationsaustausch hinaus auch individuelle medizinische, soziale und persönliche Beratungsdienste an und vertreten ihre Interessen .
Auf Grund der Zunahme von chronischen Erkrankungen und des damit verbundenen hohen Aufwandes an Zuwendungen und Dienstleistungen, der weder personell noch finanziell allein durch Fachkräfte geleistet werden kann, kommt den Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen in der Gesundheitsversorgung eine wachsende Bedeutung zu.
Im gesundheitlichen und psychosozialen Bereich betätigen sich in Nordfriesland gegenwärtig um die 90 Selbsthilfegruppen bzw.-Organisationen, wobei viele dieser Selbsthilfegruppen bzw. Organisationen überregional tätig sind, d.h. über die Kreisgrenzen hinaus, wie sie auch aus anderen Kreisen in unser Kreisgebiet hineinreichen.
Koordiniert und unterstützt werden die Selbsthilfeeinrichtungen seit November 2001 durch die Kontakt- und Informationsstelle KIBIS(Kontakte/Information/Beratung im Selbsthilfebereich). Von November 2001 bis Ende 2002 wurden 14 Gruppen neu gegründet. KIBIS informiert Interessierte, vermittelt Kontakte zu bestehenden Gruppen und berät bei der Gründung neuer Gruppen. KIBIS fördert Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement und ist auch im Internet präsent.
Für viele zumeist soziale und psychische Bedürfnisse, die gesundheitliche Störungen mit sich bringen, hat das professionelle Gesundheitssystem keine adäquaten Versorgungsleistungen anzubieten. In einer institutionalisierten und anonymisierten Gesellschaft fühlen sich viele Menschen oft allein gelassen. Das Laienhilfesystem mit seiner zunehmenden Zahl an Selbsthilfeeinrichtungen versucht diese Lücke zu schließen und den Betroffenen durch emotionale Zuwendung bei der Lebensbewältigung im Alltag zu helfen.

Der Weg zur Kontaktaufnahme mit einer Selbsthilfeeinrichtung führt über die Kontakt – und Informationsstelle KIBIS in Husum , Schiffbrücke 12 Tel.: 04841/800777 oder www.kibis-sl.de e-mail: Kibis.husum@Kibis-sl.de

*Quelle: KIBIS Husum

8. Alten- und Pflegeeinrichtungen

8.1. Alten- und Pflegeeinrichtungen

Im Kreis Nordfriesland gab es 36 Alten- und Pflegeheime mit 1647 Plätzen.
In der Tagesbetreuung wurden 7 Plätze vorgehalten, in der Tagespflege 29 Plätze, in der Nachtpflege 6 Plätze und der Kurzzeitpflege 93 Plätze.
(Stand: 21.05.2003)
Quelle: Soz.psychiatrischer Dienst, Bereich Geronto-Psychiatrie, Gesundheitsamt Husum

9. Hinweise

9.1. Im Sozialpsychiatrischen Dienst/Gesundheitsamt Husum/Bereich Gerontopsychiatrie wird im Jahr 2003 an einem Gerontopsychiatrieplan für Nordfriesland gearbeitet, der 2004 erscheinen wird. Ferner wird eine Broschüre für Angehörige von Dementen(Altersverwirrte Menschen) erstellt.

9.2. Es wird z.Zt. ein Sozialkompaß (Informationsquelle über Angebote und Hilfemöglichkeiten im sozialen und gesundheitlichen Bereich) erstellt. Der Sozialkompaß wird im Jahr 2004 erscheinen und im Internet unter www.nordfriesland.de abrufbar sein.

10. Glossar

atopisches Ekzem	Hautkrankheit, in Deutschland “Neurodermitis” genannt
Adipositas	Krankhaftes Übergewicht
Asthma bronchiale	Anfallsweises Auftreten von Atemnot infolge Bronchialverengung
Cervix uteri	Gebärmutterhals
Corpus uteri	Gebärmutter
Dialyse	Blutreinigungsverfahren (Nierenwäsche)
Epidemiologie	Lehre von dem, was im Volke verbreitet ist. Wissenschaftszweig, der sich mit der Verteilung von übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten in der Bevölkerung befaßt
Ergotherapie	Zusammenfassende Bezeichnung für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, zur Behandlung von Störungen der Motorik, der Sinnesorgane und der geistigen und psychischen Fähigkeiten
fäkalcoliforme Bakterien	Bakterien im Dickdarm von Mensch und Säugetier
Fluorideinbürstung	Lokal auf den Zahn aufgebrachte Fluoridverbindung in Gelform zur Kariesreduktion. Angewendet ab dem 6. Lebensjahr
gesamtcoliforme Bakterien	Vielzahl von Bakterien, die nicht unbedingt aus dem Darm von Mensch und Säugetier stammen
Hepatitis	Infektiöse Gelbsucht
Hib (Haemophylus influenzae Serotyp b)	(Hib)-Gehirnhautentzündung
Inzidenz	Anzahl der Neuerkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung innerhalb eines bestimmten Zeitraumes

Inzidenz, altersstandardisiert	Soll die gesundheitliche Lage mehrerer Bevölkerungsgruppen miteinander verglichen werden,ist die Zusammensetzung (insbesondere hinsichtlich des Geschlechts und des Alters) der verschiedenen Gruppen zu berücksichtigen.
Kolon/Colon	Dickdarm
Logopädie	Prävention, Diagnostik, Therapie und Beratung von Patienten mit Stimm-Sprech- oder Sprachstörungen durch einen Logopäden
Menarche	Beginn der Regelblutung
Menopause	Zeitpunkt der letzten Regelblutung
Mortalität	Sterblichkeit
Non-Hodgkin-Lymphome	Bösartige, von den Lymphknoten ausgehende Erkrankung, die in verschiedene Klassifikationen eingestuft wird
Nullipara	Frau, die noch nicht geboren hat
Ösophagus	Speiseröhre
Ovar	Eierstock
Pankreas	Bauchspeicheldrüse
Polio/Poliomyelitis	Spinale Kinderlähmung
Pollinosis	Auch Heufieber genannt; durch Bestandteile in pflanzlichen Pollen verursachte Überempfindlichkeitsreaktion
Polytoxikomanie	Gleichzeitige Abhängigkeit von verschiedenen Suchtmitteln
Prävalenz	Bestand, Häufigkeit einer bestimmten Krankheit oder eines bestimmten Merkmals zu einem bestimmten Zeitpunkt.
Prostata	Vorsteherdrüse

Rektum	Abschnitt des Enddarms
Rhino-Konjunktivitis	Entzündung der Nasen-und Augenschleimhäute
Sonderpädagogische Fördermaßnahmen	Zusätzliche Förderstunden für Schülerinnen und Schüler
Tetanus	Wundstarrkrampf
Valide/Validität	Gültig, Gültigkeit;Tauglichkeit eines Testverfahrens bestimmte Merkmale sicher aufzuzeigen