



# Gesundheitsbericht für den Landkreis Peine

**2008**

Herausgeber: Landkreis Peine  
Fachdienst Gesundheitsamt  
Maschweg 21  
31224 Peine  
Tel.: 05171/7000-01  
E-mail: [gesundheit@landkreis-peine.de](mailto:gesundheit@landkreis-peine.de)

Beteiligte: Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes

Redaktionelle  
Verantwortung: Frau Dr. Arnold  
Frau Breymann

Download: [www.landkreis-peine.de/gesundheit/  
gesundheitswesen/Gesundheitsförderung/  
berichterstattung](http://www.landkreis-peine.de/gesundheit/gesundheitswesen/Gesundheitsförderung/-berichterstattung)  
Gesundheitsbericht pdf-Datei

Vorgelegt: November 2009

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Gesundheit von Kindern</b>	<b>5</b>
2.1.	Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2008 und 2004-2008 im Verlauf	5
2.2.	Handlungsempfehlungen	13
2.3.	Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten	14
2.4.	Handlungsempfehlungen	15
<b>3.</b>	<b>Zahngesundheit von Kindern</b>	<b>16</b>
3.1.	Allgemeine Datenlage, Krankheitsentstehung, Krankheitsbilder	16
3.2.	Auswertung der Erhebungen im Rahmen der Reihenuntersuchungen	17
3.3.	Zahngesundes Frühstück	20
3.4.	Handlungsempfehlungen	22
<b>4.</b>	<b>Gesundheit von Verwaltungsbeamten/-beamtinnen und verbeamteten Lehrern/Lehrerinnen</b>	<b>23</b>
4.1.	Ergebnisse der amtsärztlichen Untersuchungen zur Dienstfähigkeit bei Beamten/Beamtinnen insbesondere verbeamteten Lehrern/Lehrerinnen	23
4.2.	Diskussion der Ergebnisse der amtsärztlichen Untersuchungen zur Dienstfähigkeit bei Beamten/Beamtinnen insbesondere Lehrern/Lehrerinnen 2008	35
4.3.	Handlungsempfehlungen	39
<b>5.</b>	<b>Gesundheit von Empfängern von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II</b>	<b>39</b>
5.1.	Verfahren	39
5.2.	Datenanalyse	
5.3.	Analyse der Diagnosegruppen	46
5.4.	Erwerbsfähigkeitsanalyse	56
5.5.	Gesamtanalyse	65
5.6.	Handlungsempfehlungen	67
<b>6.</b>	<b>Gesundheit von sozialen Randgruppen</b>	<b>68</b>
6.1.	Alte Menschen und Demenzerkrankte	68
6.2.	Behinderte Menschen	70
6.3.	Geistigbehinderte	71
6.4.	Migranten	74
6.5.	Handlungsempfehlungen	74
<b>7.</b>	<b>Umweltgesundheit</b>	<b>75</b>
7.1.	Trinkwasser	75
7.2.	Badewasser und Badegewässer	79
7.3.	Handlungsempfehlungen	80
<b>8.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>81</b>

## 1. Einleitung

Bei dem vorliegenden Gesundheitsbericht handelt es sich nach 2006 und 2007 um den nunmehr 3. jährlichen Basisgesundheitsbericht mit Daten aus dem Jahr 2008 bzw. dem Schuljahr 2007/2008.

Gemäß des gesetzlichen Auftrages des § 8 Abs. 2 Niedersächsisches Öffentliches Gesundheitsdienstgesetz (NÖGdG) beobachten, beschreiben und bewerten die Landkreise die gesundheitlichen Verhältnisse ihrer Bevölkerung, insbesondere die **Gesundheitsrisiken**, den **Gesundheitszustand** und das **Gesundheitsverhalten**. Dazu sammeln sie nicht personenbezogene und anonymisierte Daten, werten diese nach epidemiologischen Gesichtspunkten aus und führen sie in Fachberichten zusammen. In die Berichterstattung sollen auch anonymisierte Ergebnisse von **Schuleingangsuntersuchungen** und Untersuchungen im Rahmen der **Jugendzahnpflege** einbezogen werden. Gemäß § 8 Abs. 1 S. 2 NÖGdG werden in den Berichten Daten und Informationen **zielgruppenorientiert** und **geschlechterspezifisch** dargestellt und bewertet.

Demzufolge beschäftigt sich dieser Bericht zunächst mit den nach wie vor aussagekräftigen und richtungsweisenden Ergebnissen der „Pflichterhebungen“ zu den **Schuleingangsuntersuchungen**, die den Vorteil bieten, dass hier mit standardisierten Untersuchungen Aussagen über einen ganzen Altersjahrgang getroffen werden können sowie den „Pflichterhebungen“ zu den Untersuchungen im Rahmen der **Jugendzahnpflege**.

Die weiteren Themen wurden bereits bei dem ersten Qualitätstag zur Gesundheitsberichterstattung nach Inkrafttreten des NÖGdG im September 2007 festgelegt. In 2008 folgte dann die Phase der Datenerhebung und in 2009 die Auswertungsphase und Zusammenstellung der Ergebnisse.

Als **Gesundheitsrisiko** nahmen Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes psychische Erkrankungen ins Visier und stellten die Vermutung auf, dass diese, insbesondere bei Lehrern und Lehrerinnen auf dem Vormarsch seien. Auf dieser Grundlage wurde ein hierfür eigens entwickelter Erhebungsbogen erstellt und ausgewertet. Die in Kapitel 4 vorgelegten Ergebnisse zum **Gesundheitszustand** der untersuchten Beamten und Lehrer bestätigen die Ursprungsthese.

Erstmals wird der Bericht auch der Forderung nach der **Zielgruppenorientiertheit** (Migrationshintergrund) und **Geschlechterspezifizierung** der dargestellten Daten und Informationen gerecht. Beides Items, die erst 2008 in die Erhebung einbezogen werden konnten, da das Gesundheitsdienstgesetz erst 2007 in Kraft getreten war.

An den Erhebungen und Auswertungen zum Gesundheitsbericht waren sämtliche Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes beteiligt. Die redaktionelle Verantwortung lag bei Fachdienstleitung und Verwaltungsleitung. Datenhalter für alle Tabellen und Abbildungen ist das Gesundheitsamt des Landkreises Peine, soweit nicht eindeutig anders gekennzeichnet. Amtliche Fremdstatistiken wurden nur einmal herangezogen.

Die Gesundheitsberichterstattung im Landkreis Peine verfolgt nach wie vor das Ziel der Gesundheitsförderung sowie der Förderung des Gesundheitsbewusstseins und der Gesundheitsvorsorge und richtet sich an die Kommunalpolitik und die Fachöffentlichkeit.

## **2. Gesundheit von Kindern**

### **2.1. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2008 und 2004-2008 im Verlauf**

Die Schuleingangsuntersuchungen werden nach dem Sozialpädiatrischen Programm-Hannover Jugendärztliche Aufgaben (SOPHIA) durchgeführt.

In Niedersachsen haben sich bereits 30 Gesundheitsämter dem SOPHIA – Untersuchungsprogramm angeschlossen.

Dieses Programm ermöglicht durch seine vorgegebenen Standards und Kennzahlen klare vergleichbare Aussagen über die einzuschulenden Kinder. Schulfähigkeit (syn. Schulreife) ist die Fähigkeit,

- mit Motivation und Anstrengungsbereitschaft
- mit Selbststeuerung der Aufmerksamkeit und Impulskontrolle
- unabhängig von der ständigen direkten Zuwendung durch Erwachsene
- angstfrei in einer Gruppe Gleichaltriger
- unter der Anleitung eines Pädagogen

die Kulturtechniken zu erlernen.

Dem gesetzlichen Auftrag entsprechend wird der jeweilige Einschulungsjahrgang vollständig untersucht und beurteilt. Die Kennzahlen sind vielfältig. Inhalte der Schuleingangsuntersuchungen sind:

- medizinische Vorgeschichte, z.B. Schwangerschaftsverlauf, familiäre Situation der Einschüler, Durchimpfungsgrad, Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen
- Hör- und Sehtests
- Verständnis von Zahlen, Formen, Farben etc.
- Logisches Denken und Gedächtnis
- Sprache
- Motorik
- Körperliche Untersuchung

Die weitere ärztliche Versorgung der Kinder wird durch das Rücklaufverfahren überprüft und ausgewertet. Dabei erhalten die Eltern bei kontrollwürdigen Befunden einen Arztbrief der nach Untersuchung des Kindes beim Hausarzt an das Gesundheitsamt zurückgeschickt wird.

Ziele der Schuleingangsuntersuchungen sind:

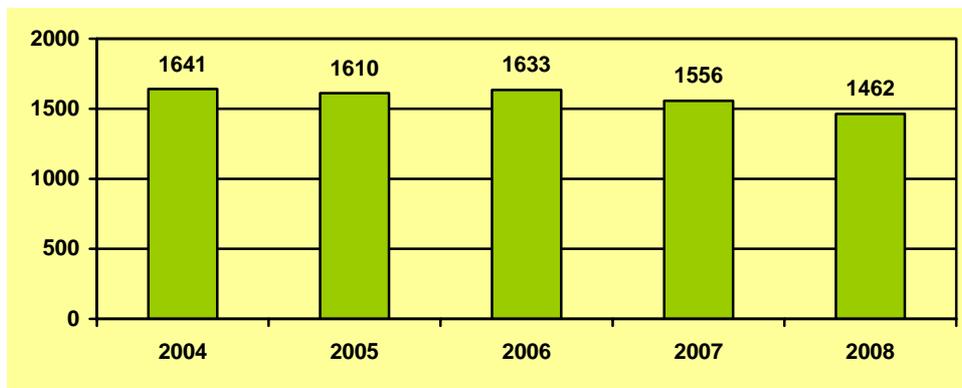
- Beurteilung der körperlichen, geistigen, und psychischen Schulreife

- Individuelle medizinische Untersuchung und Beratung
- Datenerfassung für die Gesundheitsberichterstattung.

Die Ergebnisse der Auswertungen zeigen die Entwicklungsverläufe der Einschulungsjahrgänge in den letzten Jahren und bieten die Möglichkeit, auf negative Tendenzen zu reagieren.

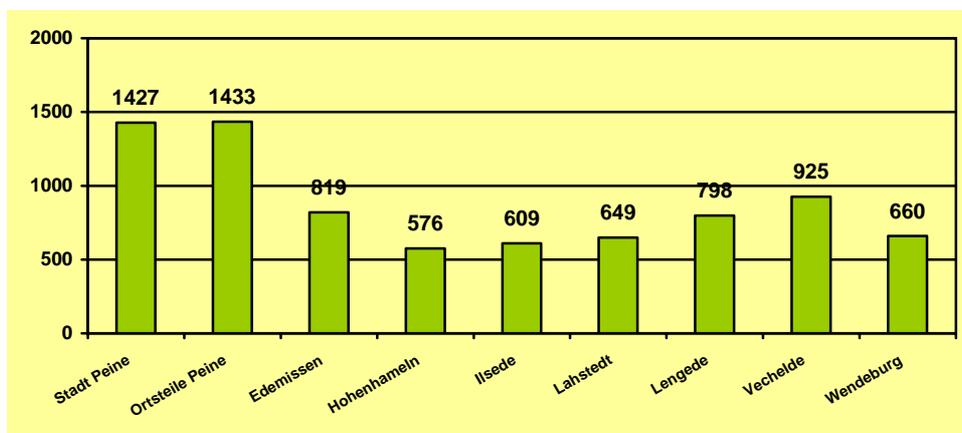
Grundlage der nachstehenden Auswertungen sind Untersuchungen und Erhebungen bei insgesamt 1462 Kindern des Einschulungsjahrganges 2008 im Landkreis Peine. Im Verhältnis zu den Vorjahren ist die Jahrgangstärke damit leicht rückläufig. Insgesamt gibt es aus den Jahren 2004 – 2008 **7896 Datensätze** untersuchter Kinder.

Abb. 2.1.1.: Jahrgangstärke der Einschulungsjahrgänge Landkreis Peine, Zeitreihe 2004 - 2008



Verteilt auf die Gemeinden ergibt sich folgendes Bild:

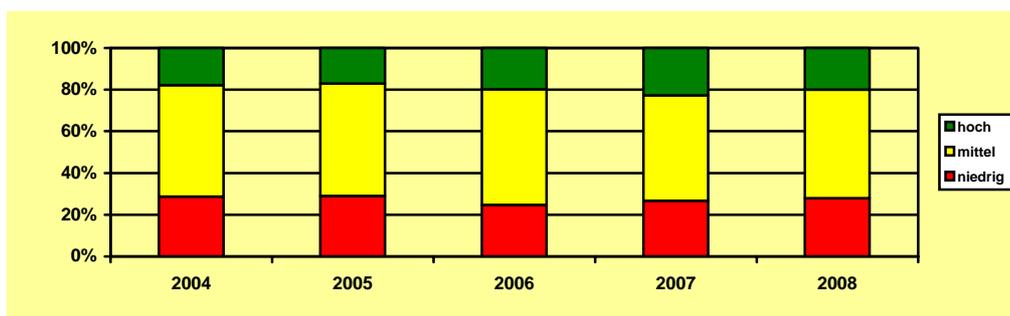
Abb. 2.1.2.: Summe der Einschüler/innen nach Gemeinden 2004 - 2008



Die Angabe von Sozialdaten ist für die Eltern der untersuchten Einschüler/innen freiwillig. 92% der Eltern machten diese Angaben und stimmten der Auswertung zu. Für die Jahre 2004 – 2008 zeigt sich damit ein stabiler Wert. Im Untersuchungszeitraum

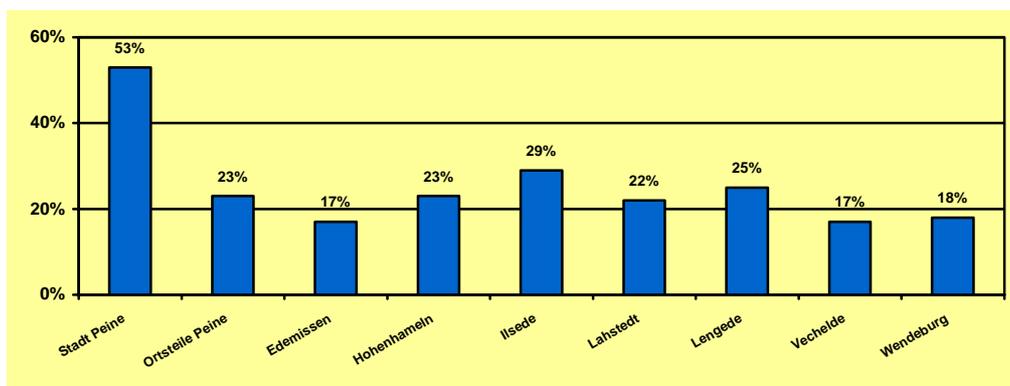
2004 – 2008 liegt der Anteil der Kinder, die von beiden Elternteilen erzogen werden, relativ konstant bei 85%. Auch der Anteil der Kinder in Haushalten, in denen beide Elternteile arbeitslos sind bzw. der alleinerziehende Elternteil arbeitslos ist, bleibt über die Jahre hinweg bei etwa 9%. Die Kategorisierung der Bildungsgrade der Familien wird aus Schulabschluss sowie Berufsausbildung beider Elternteile ermittelt. Um die 50% der Kinder stammen aus Familien mit mittlerem Bildungsgrad. Es gibt etwas mehr Familien mit niedrigem als mit hohem Bildungsgrad. Damit liegt der Landkreis Peine im niedersächsischen Mittelfeld.

**Abb. 2.1.4. Bildungsgrad der Eltern untersuchter Kinder im Landkreis Peine in Prozent, Zeitreihe 2004 - 2008**



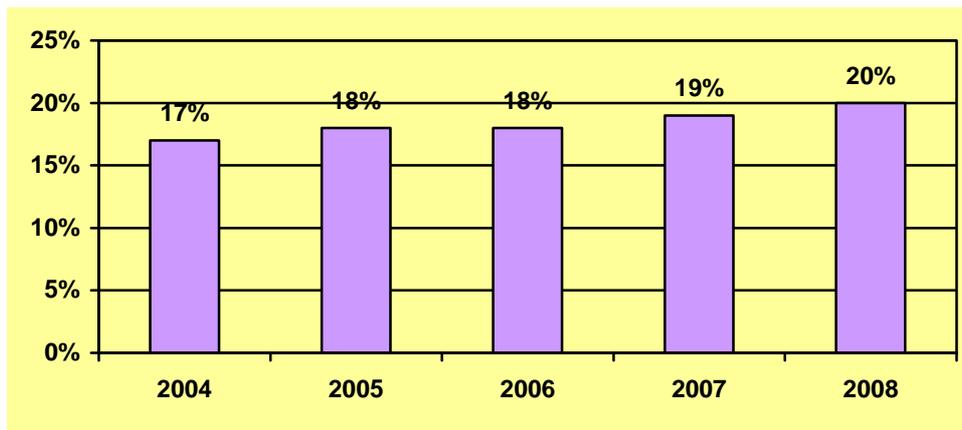
Die sozialen Ausgangslage der Kinder ist in den Gemeinden des Landkreises Peine und der Stadt Peine unterschiedlich. 53% der Kinder aus der Stadt Peine stammen aus Familien mit niedrigem Bildungsgrad, gefolgt von der Gemeinden Ilsede mit 29% und Lengede mit 25%.

**Abb. 2.1.5. Anteil der Einschüler/innen aus Familien mit niedrigem Bildungsgrad nach Gemeinden 2004 -2008**



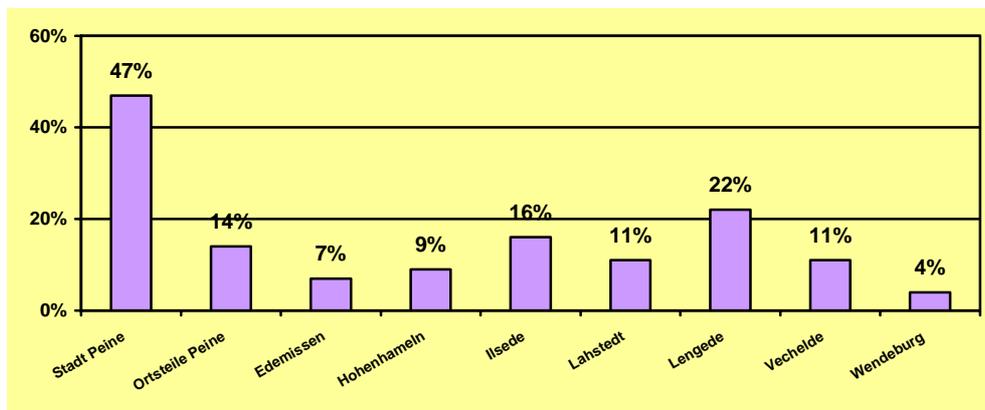
Insgesamt hatten in 2008 20% der Kinder einen Migrationshintergrund, womit seit 2004 mit einem Migrationshintergrund von 17% ein leichter Anstieg zu verzeichnen ist.

Abb. 2.1.6. Migrationshintergrund untersuchter Kinder im Landkreis Peine in Prozent, Zeitreihe 2004 - 2008



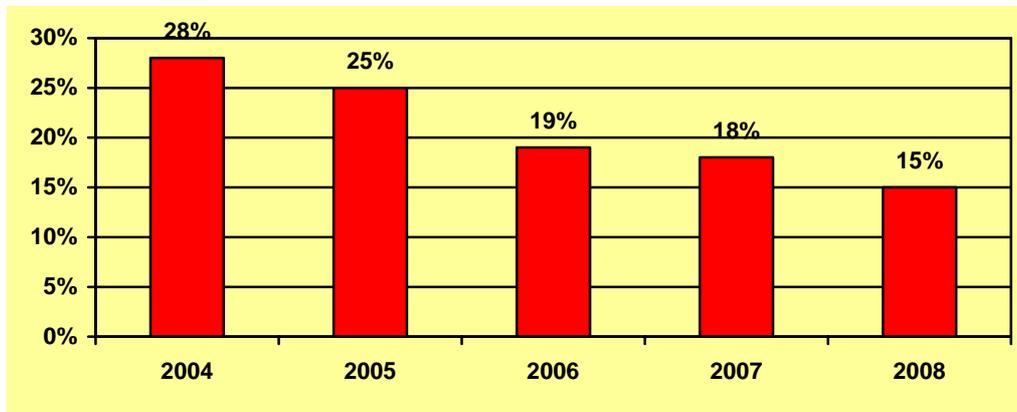
Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund liegt gemittelt über die 5 Untersuchungsjahre in der Stadt Peine mit 47% am höchsten. Es folgen die Gemeinden Lengede mit 22% und Ilsede mit 16%.

Abb. 2.1.7. Anteil von Einschüler/innen mit Migrationshintergrund im Landkreis Peine nach Gemeinden



Der Vorsorgeuntersuchung U 9 beim Kinderarzt wurden 15% der Kinder nicht zugeführt. In 2004 war dieser Anteil mit 28% noch erheblich höher.

Abb. 2.1.8.: Anteil untersuchter Kinder ohne Vorsorgeuntersuchung U 9 im Landkreis Peine in Prozent, Zeitreihe 2004 - 2008



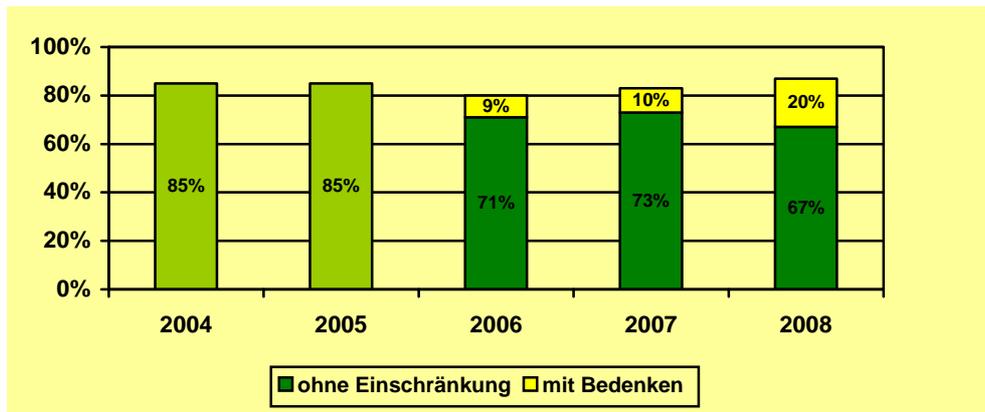
13% der untersuchten Kinder sind vorzeitig angemeldete, noch nicht schulpflichtige, sogenannte Kann-Kinder. Dieser Anteil ist seit 2004 etwa stabil. Von den untersuchten Kann-Kindern werden jährlich etwa 80% eingeschult, das heißt sie sind schulreif. Im Jahr 2008 hatten 14 Kinder (1%) vor der Einschulung keine vorschulische Einrichtung besucht. Im Jahr 2004 waren dies noch 4%.

Aufgrund der Einschulungsuntersuchungen können folgende Empfehlungen ausgesprochen werden:

- Einschulung ohne Einschränkung
- Einschulung mit Bedenken
- Pädagogische Einschätzung
- Zurückstellung vom Schulbesuch
- Überprüfung auf sonderpädagogischen Förderbedarf

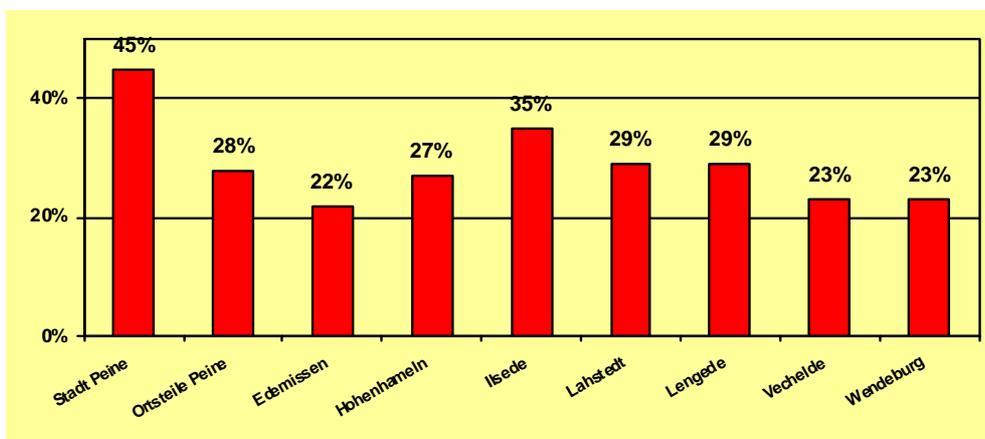
Eine glatte Einschulungsempfehlung ohne Bedenken konnte 2008 für 67% der Kinder ausgesprochen werden, für 20% mit Förderung einzelner Bereiche (z.B. Feinmotorik). Insgesamt ist die Quote der Kinder, für die eine Einschulung in die 1. Klasse empfohlen wird, mit um die 80% in den vergangenen Jahren relativ konstant (vgl. Gesamthöhe der Säulen in Abb. 2.1.9.). Die zusätzliche Differenzierung der Beurteilung „mit Bedenken“, d.h. mit leichten Einschränkungen wurde erst in den letzten 3 Jahren in die Empfehlung aufgenommen. Hierzu gibt es daher aus den Jahren 2004 und 2005 noch keine Werte. Die Zahl der Kinder, die „mit Bedenken“ eingeschult werden, scheint jedoch zu steigen.

Abb. 2.1.9.: Einschulungsempfehlungen an untersuchte Kinde im Landkreis Peine in Prozent, Zeitreihe 2004 - 2008



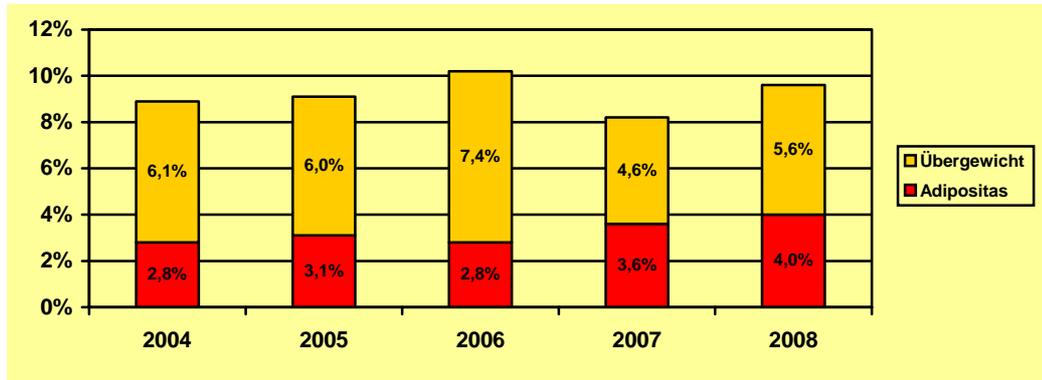
Die Ergebnisse unterscheiden sich auch hier zwischen den Gemeinden und der Stadt Peine. Gemittelt aus 2004 – 2008 zeigten in der Stadt Peine 45% der Einschüler/innen unterschiedlich ausgeprägte Defizite. In Ilsede waren es 35% und in Lahstedt 29%.

Abb. 2.1.10. Anteil der Einschüler/innen im Landkreis Peine mit Defiziten nach Gemeinden in Prozent, Zeitreihe 2004 - 2008



Der Anteil mäßig und erheblich übergewichtiger Einschüler liegt in den letzten Jahren bei etwas 9% (definitionsgemäß liegt der statistische Erwartungswert bei 10%). Ausgeprägtes Übergewicht mit potentielltem Krankheitswert (Adipositas) bestand im Jahr 2008 bei 4% der Kinder. Im Vergleich zu den Vorjahren liegt der Anteil der adipösen Kinder 2008 damit etwas höher (2004: 2,8%).

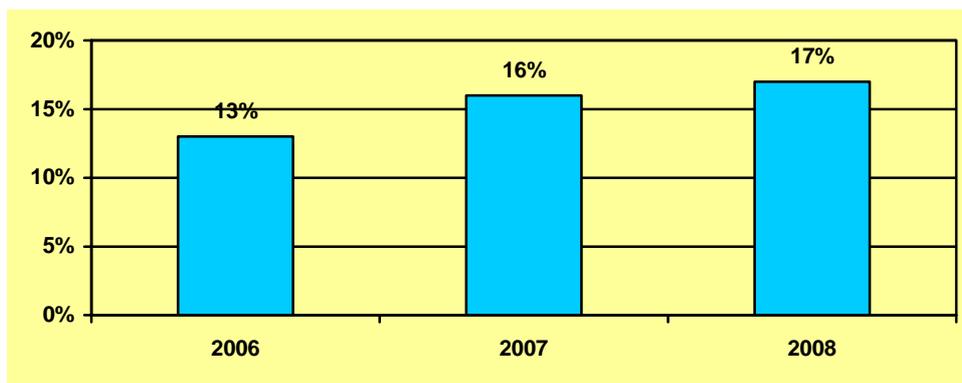
Abb. 2.1.11. Untersuchte Kinder mit Übergewicht/Adipositas im Landkreis Peine in Prozent, Zeitreihe 2004-2008



Sprachliche Auffälligkeiten mit der Empfehlung, eine logopädische Behandlung einzuleiten, hatten 2008 7% der Kinder, was den Vorjahresergebnissen entspricht. Bereits in logopädischer Behandlung befanden sich – ebenfalls relativ stabil – zwischen 11% und 12% der Einschüler. Die schulische Sprachförderung, die vor allem der Verbesserung des Wortschatzes und der Ausdruckweise dient, gibt es erst seit 3 Jahren. Aussagen zur Tendenz sind daher momentan noch schwierig.

Die hierzu abgegebenen Empfehlungen verteilten sich wie folgt:

Abb. 2.1.12. Empfehlung zur schulischen Sprachförderung untersuchter Einschüler/innen im LK Peine in Prozent, Zeitreihe 2004 – 2008



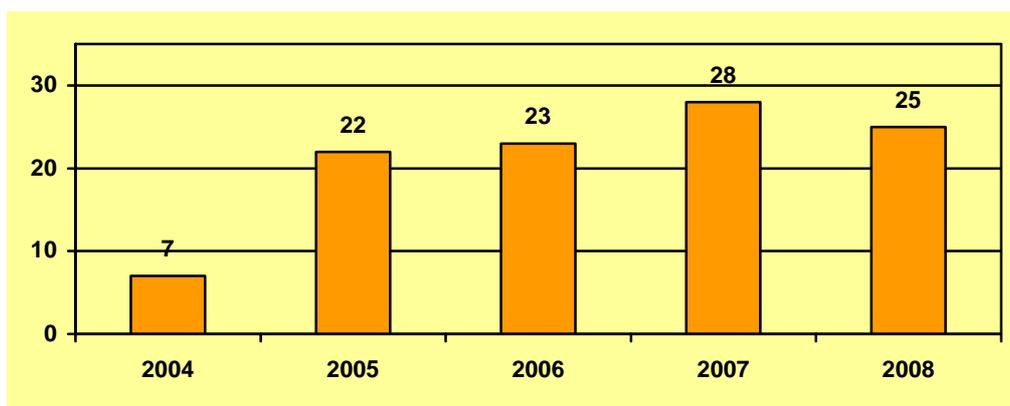
Der Anteil motorisch auffälliger Kinder ist mit etwa 15% über die letzten Jahre relativ konstant. Er setzt sich zusammen aus:

- Kindern, die bereits heilpädagogische oder krankengymnastisch behandelt werden,
- Kindern, die anlässlich der Schuleingangsuntersuchung wegen motorischer Auffälligkeiten zum Arzt geschickt wurden

- sowie Kindern mit leichten motorischen Auffälligkeiten ohne echten Krankheitswert aber mit motorischem Förderbedarf.

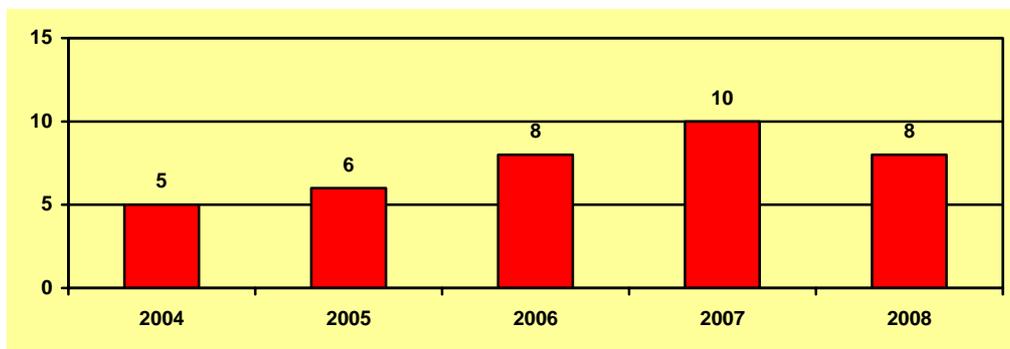
Während der Einschulungsuntersuchung zeigten im Jahr 2008 25 Kinder ein so auffälliges Verhalten bzw. wurde von deren Eltern über derartige Verhaltensauffälligkeiten berichtet, dass die Schulärztin psychologischen oder psychiatrischen Handlungsbedarf sah und den Bedarf einer weiteren Diagnostik, professioneller Beratung oder Therapie festgestellt hat. Im Jahr 2004 traf dies auf 7 Kinder zu.

Abb. 2.1.13. Verhaltensauffälligkeiten bei untersuchten Kindern im Landkreis Peine, Zeitreihe 2004 - 2008



Darüber hinaus wurden dem Schulärztlichen Dienst im Verlaufe des betreffenden Jahres Kinder aller Alterstufen zur Beurteilung der Schulfähigkeit vorgestellt. Überwiegend handelt es sich dabei um Schüler männlichen Geschlechts im Alter von 10-15 Jahren mit ausgeprägtem dissozialem Verhalten.

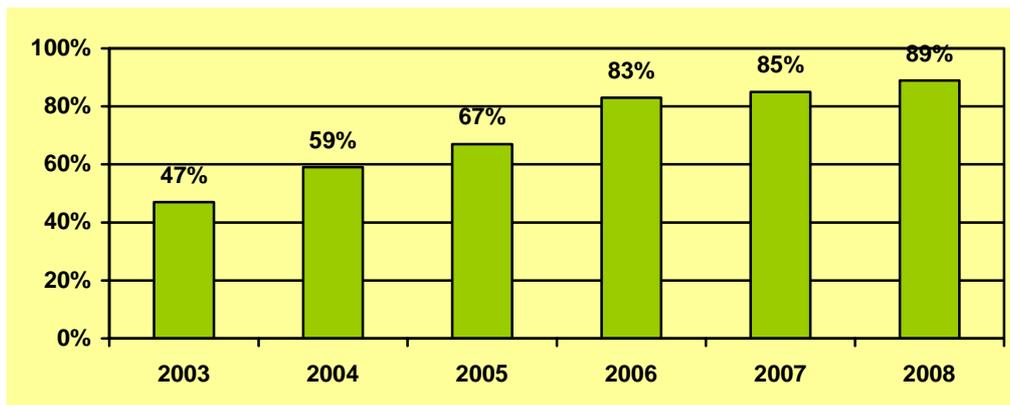
Abb. 2.1.14. Überprüfung der Schulfähigkeit bei Kindern im Landkreis Peine, Zeitreihe 2004 - 2008



Für gut 93% der Kinder wurde das Impfbuch vorgelegt. Der Schutz gegen Tetanus und Diphtherie lag in den Untersuchungsjahren bei gleichbleibend etwa 90%. Gegen

Masern hatten 89% der Einschüler/innen 2008 einen Impfschutz. Die Tendenz ist damit im Vergleich zu 2004 mit 47% erfreulich ansteigend. Zur vollständigen Ausrottung der Masern ist der 95%ige Impfschutz erstrebenswert.

Abb. 2.1.15.: Impfschutz gegen Masern aufgrund kontrollierter Impfpässe von Kindern im Landkreis Peine in Prozent, Zeitreihe 2004 - 2008



## 2.2. Handlungsempfehlungen

Zusammenfassend wird festgestellt, dass trotz sinkender Tendenz der Schülerzahlen der Bedarf an Maßnahmen zur Förderung bzw. Erhaltung ihrer geistigen und körperlichen Gesundheit konstant bleibt bzw. sogar steigt.

Aufgrund der demographischen Entwicklung wird eine zahlenmäßig abnehmende junge Generation eine immer größer werdende ältere Generation versorgen müssen. Die gesellschaftliche und wirtschaftliche Last, die auf jeden einzelnen Menschen entfallen wird, nimmt stetig zu.

Daher dürfen die Bemühungen und der Aufwand für eine gesunde Entwicklung der heutigen Kinder keineswegs vermindert werden, sondern müssen – im Gegenteil – **intensiviert** werden.

### 2.3. Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten

Die Auswertung der gesetzlich vorgeschriebenen Schuleingangsuntersuchungen in den letzten fünf Jahren hat gezeigt, dass etwa 25 % der einzuschulenden Kinder Schwächen in ihren schulrelevanten Fähigkeiten aufweisen. Das bedeutet, dass diese Kinder in unterschiedlicher Ausprägung nicht die nötigen Voraussetzungen für einen erfolgreichen Start in der Grundschule besitzen.

Um diese Defizite ganz oder zumindest teilweise auszugleichen, müssen diese Kinder medizinisch und/oder pädagogisch gefördert werden. Gegebenenfalls sollen Maßnahmen zur differenzierteren Entwicklungsdiagnostik oder zur Therapie angeregt oder vermittelt werden.

Die Zeit zwischen der Schuleingangsuntersuchung und dem Eintritt in die Grundschule reicht jedoch in vielen Fällen nicht aus, oder es ist bereits wertvolle Zeit verstrichen, in der man mit geringerem Aufwand bessere Fortschritte hätte erzielen können.

Zur Einführung des Konzeptes wurden 61 Kindergärten von 10 Trägern in 6 Informationsgesprächen beteiligt. Eine Pressemitteilung über den Start erfolgte im November 2008.

Der Entwicklungsstand eines Kindes dieser Alterstufe muss ganzheitlich beurteilt werden. Gegebenenfalls sollen Maßnahmen vermittelt werden. Das Konzept beinhaltet daher die frühe Erkennung von Gesundheits- und Entwicklungsstörungen insbesondere in den Bereichen:

- Sprache
- Wahrnehmung
- Grob- und Feinmotorik
- Mitarbeit und Verhalten
- Seh- und Hörfähigkeit
- Vorsorge- und Impfstatus

Die Untersuchungen erfolgen vor Ort in den Kindergärten. Die Untersuchung in den Kindergärten scheinen aus folgenden Gründen am sinnvollsten zu sein:

- Mit einer „Geh“-Struktur werden mehr Kinder erreicht.
- Die Kinder können in einer bekannten Umgebung bleiben, was die Kontaktaufnahme durch eine bis dahin fremde Untersucherin sehr erleichtert.
- Die Akzeptanz der Untersuchung durch die Eltern und Erzieherinnen ist höher.
- Der Informationsaustausch und die Zusammenarbeit mit den Erzieherinnen werden gefördert.
- Die Beobachtungen der Erzieherinnen insbesondere im Hinblick auf das Verhalten des Kindes können einbezogen werden.

- Kinder, die keinen Kindergarten besuchen, sollen zusätzlich in die Kindergärten geladen werden, bei Nichterscheinen gegebenenfalls auch mehrfach.

Die Befunde werden dokumentiert, Beratungsgespräche angeboten, Kontakte zu anderen Institutionen vermittelt und ggf. Frühfördermaßnahmen eingeleitet. Bis Ende 2008 erfolgten die Untersuchungen an den ersten 3 Kindergärten. Von 60 Eltern haben 58 das Angebot, ihr Kind frühzeitig hinsichtlich der schulrelevanten Entwicklung beurteilen zu lassen, wahrgenommen. 55 Eltern haben auch das Gesprächsangebot in Anspruch genommen. Erste statistische Ergebnisse können aber erst für 2009 geliefert werden.

#### **6.4. Handlungsempfehlungen**

Die Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten hat eine hohe Akzeptanz erfahren. Die Nachfrage ist weit höher als das Angebot. Mit dem derzeitigen Personalschlüssel kann etwa 1/3 des Jahrgangs erfasst werden. Eine flächendeckende Versorgung wäre für die Zukunft wünschenswert.

Autorinnen: Dr. Sabine Meltzow, Dr. Bettina Kiessling-Klamka, Elisabeth Kleineidam

### **3. Zahngesundheit von Kindern**

#### **3.1. Allgemeine Datenlage, Krankheitsentstehung, Krankheitsbilder**

Mundgesundheit ist ein wichtiger Bestandteil der allgemeinen Gesundheit und bezieht sich auf die uneingeschränkte Funktionalität und Entzündungs- bzw. Beschwerdefreiheit aller Organe der Mundhöhle. Des Weiteren kann die Mundgesundheit den allgemeinen Gesundheitszustand stark beeinflussen, z.B. können entzündlich bedingte Herzklappenerkrankungen durch Besiedlung mit Mundhöhlenbakterien entstehen. Karies und Parodontalerkrankungen zählen, trotz aller Bemühungen, noch immer zu den häufigsten Infektionskrankheiten der Menschheit. Diese Ausbreitung ist eng mit der Lebensweise, insbesondere dem erhöhten Konsum von Alkohol und Tabak verbunden. In den Industrieländern ist durch Fluoridierungsmaßnahmen ein Rückgang der Karies in allen Altersgruppen zu verzeichnen. Insgesamt ist allerdings eine Schiefelage zu erkennen, nämlich, dass immer weniger Erkrankte den Großteil der kariösen Zähne auf sich vereinigen. Drei Viertel aller Deutschen haben ein gutes Mundpflegeverhalten und gehen regelmäßig zu Kontrolluntersuchungen zum Zahnarzt (gbe.Bund, Heft 47, 2009).

Der Arbeitskreis Jugendzahnpflege mit dem Gesundheitsamt als geschäftsführende Stelle bietet zusätzlich in Kindergärten und Schulen regelmäßig Reihenuntersuchungen durch einen Vertragszahnarzt an. Natürlich kann es sich dabei nur um eine grobe Durchsicht mit anschließender Empfehlung zum Zahnarztbesuch handeln. Die halbjährliche Vorstellung des Kindes beim Hauszahnarzt wird dadurch nicht entbehrlich. Nach wie vor hält die Fachöffentlichkeit die Förderung der Mundgesundheit und die Fortführung von Präventionsmaßnahmen für bedeutsam.

Neugeborene haben eine sterile Mundhöhle. Während der Geburt im Geburtskanal oder später im Kontakt mit der Mundflora der Eltern kommt es zur bakteriellen Erstbesiedlung. Mit dem Durchbruch der ersten Zähne kommen säurebildende Streptokokken hinzu. Durch die Körpertemperatur, den Speichel und die vielen Nischen bietet die Mundhöhle gute Lebensbedingungen für Mikroorganismen, die unter natürlichen Bedingungen ein Gleichgewicht bilden. Karies und Parodontitis entstehen, durch eine Verschiebung des bakteriellen Gleichgewichts hin zu einem Übergewicht pathogener Bakterienarten.

#### **a) Karies**

Die vier wichtigsten Faktoren für die Entstehung von Karies sind Bakterien, Nahrung, Zeit und der Zahn als Wirt. Ursache sind weiße Belege, die als Plaque bezeichnet

werden und durch regelmäßige, adäquate Mundhygiene entfernt werden müssen, da sie für die Zahnschmelzschicht schädliche Säuren bilden. Bei der Nahrung wurde insbesondere die Art und Häufigkeit der aufgenommenen Kohlehydrate sowie die Qualität und Quantität des Speichels als kariesförderlich identifiziert. Die Karies zerstört die Schmelzoberfläche und dringt in das Dentin ein, wo sie sich sehr schnell ausbreitet. Eine unbehandelte Karies kann zum Absterben des Zahnmarks führen, wodurch Wurzelbehandlungen und die Zahnentfernung notwendig werden.

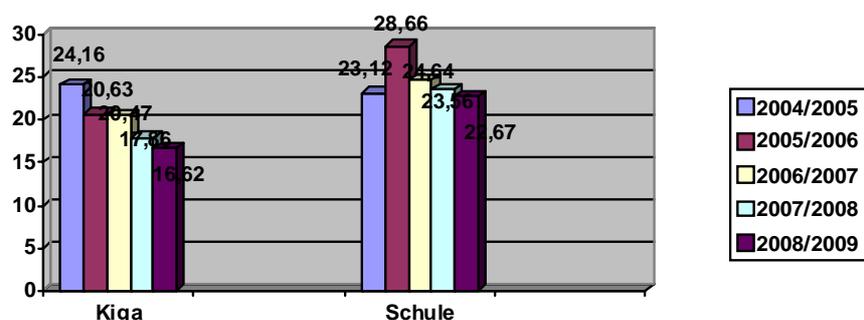
### b) Parodontalerkrankungen

Zahnfleischbluten, Rötung und Schwellung des Zahnfleisches, Mundgeruch sind typische Anzeichen für eine Parodontitis. Wie bei der Karies spielt eine Veränderung der physiologischen Mundflora bei der Entstehung eine große Rolle. Beläge, die sich über einen längeren Zeitraum am Zahnhals angesammelt haben führen zu einer Zahnfleischentzündung, die durch gezielte Mundhygiene heilbar ist. Ohne entsprechende Maßnahmen bilden sich Zahnfleischtaschen zwischen Zahn und Zahnfleisch bzw. Knochen und es kann zu einem irreversiblen Abbau des Zahnhaltapparates kommen. Dieser Prozess wird durch geschwächte Körperabwehr und erhöhte Anfälligkeit begünstigt. Generell steigt die Anfälligkeit mit zunehmendem Alter.

## 3.2. Auswertung der Erhebungen im Rahmen der Reihenuntersuchungen im Landkreis Peine

Im Schuljahr 2007/2008 nahmen insgesamt 13.117 Kinder in 117 Einrichtungen und im Schuljahr 2008/2009 13.146 Kinder in 120 Einrichtungen an zahnmedizinischen Reihenuntersuchungen im Landkreis Peine teil. Die nachstehende Abbildung zeigt das Untersuchungsergebnis hinsichtlich der festgestellten kariösen Gebisse.

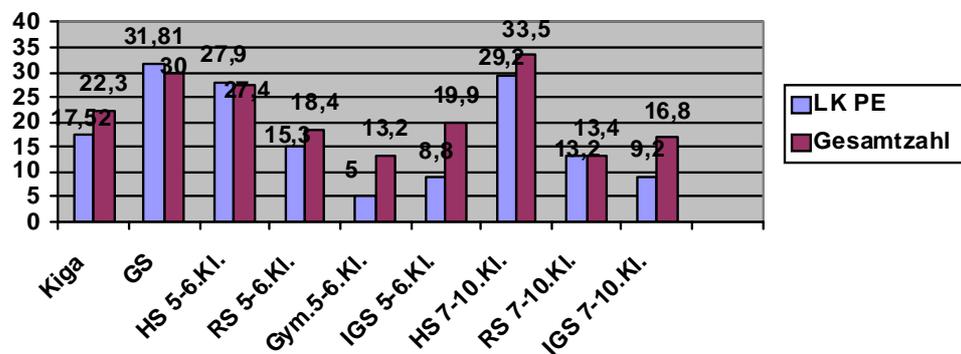
Tab. 3.2.1. Gesamtzahl der kariösen Gebisse bei untersuchten Kindern in Kindergärten und Schulen im Landkreis Peine, Schj.: 2004/2005 – 2008/2009



Das für diesen Bericht neu ausgewertete Datenmaterial für die letzten beiden Schuljahre zeigt, dass sich der positive Trend der rückläufigen Kariesentwicklung sowohl im Kindergarten als auch bei den Schulkindern fortsetzt.

Im Landesvergleich lag der Landkreis Peine mit seinen Kariesdiagnosen für Kinder und Jugendliche im Schuljahr 2007/2008 meistens unter dem Durchschnitt der anderen 35 meldenden unteren Gesundheitsbehörden. Nur die Grundschulen schnitten im Landesvergleich etwas schlechter ab, während die Gymnasien und IGS überdurchschnittlich gut abschnitten.

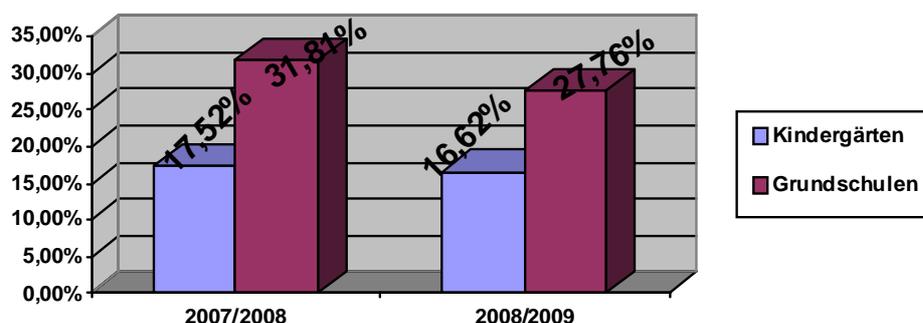
**Abb. 3.2.2. In Untersuchungen festgestellte kariöse Gebisse bei Kindern in Prozent der Untersuchten, Schuljahr 2007/2008, Landkreis Peine im Vergleich zur Gesamtzahl der 35 unteren Gesundheitsbehörden in Niedersachsen**



Datenhalter: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt: Jahresstatistik der Gesundheitsämter, Jugendzahnärztlicher Dienst, Schuljahr 2006/2007

Die Auswertungen des Landesgesundheitsamtes für das Schuljahr 2008/2009 liegen noch nicht vor. Bei den eigenen Auswertungen des Gesundheitsamtes Peine für das Schuljahr 2008/2009 soll jedoch ein besonderes Augenmerk auf die Kleinsten, die Kindergartenkinder und Grundschulkindern gelegt werden, da die zahngesunde Erziehung Einfluss auf den weiteren Lebensweg hat.

**Abb. 3.2.3. Gesamtzahl der behandlungsbedürftigen Gebisse bei den untersuchten Kindern in Kindergärten und Grundschulen im LK Peine, Vergleich Schuljahr 2007/2008 + 2008/2009**

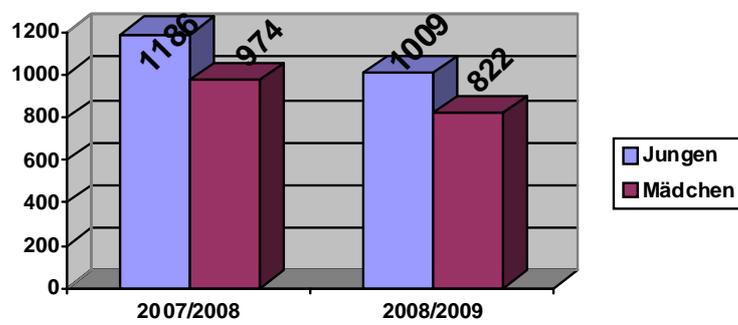


Im Schuljahr 2008/2009 wurden 3441 Kinder in Kindergärten untersucht. Dabei wurden bei 572 Kindern kariöse Gebisse festgestellt. 2007/2008 waren es noch bei 3338 untersuchten Kindern 585 kariöse Gebisse. Die Zahl der behandlungsbedürftigen Zähne ist damit im Vergleich zum Vorjahr um 0,90 % gesunken.

In den Grundschulen wurden im Schuljahr 2008/2009 4536 Kinder untersucht. 1259 Gebisse waren kariös. 2007/2008 waren es bei 4951 untersuchten Kindern 1575 behandlungsbedürftige Gebisse. Damit ist die Zahl der behandlungsbedürftigen Zähne um 4,05 % gesunken.

Unter dem Aspekt des Geschlechterunterschieds zeigt sich folgendes Bild:

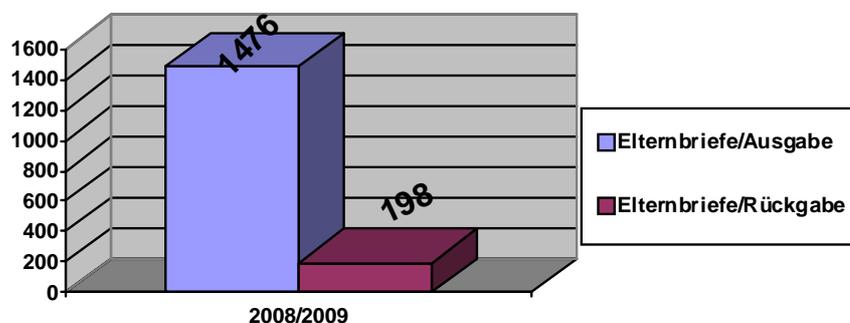
Abb. 3.2.4. Behandlungsbedürftigen Gebisse bei den untersuchten Kindern in Kindergärten und Grundschulen im LK Peine nach Geschlecht, Vergleich Schuljahr 2007/2008 + 2008/2009



Hervorzuheben ist, dass die Anzahl der behandlungsbedürftigen Zähne bei den Jungen immer etwas höher ist als bei den Mädchen.

Bei festgestelltem behandlungsbedürftigem Gebiss spricht der Vertragszahnarzt durch Aushändigung eines sogenannten Elternbriefes die Empfehlung zum Zahnarztbesuch beim Hauszahnarzt aus. Diese Elternbriefe sollen nach erfolgter Behandlung an das Gesundheitsamt zurückgegeben werden.

Abb. 3.2.5. Rückgabe ausgehändigter Elternbriefe im Schuljahr 2008/2009



Wie in der Grafik gut sichtbar wird, sind die Rückläufe der Elternbriefe eher gering. Nur 13,41 % der ausgegebenen Behandlungszettel sind zurück gekommen.

### 3.3. Zahngesundes Frühstück

#### a) Der zuckerfreie Vormittag

Infolge der allgemeinen Diskussion über gesunde und zahngesunde Ernährung wurde im Rahmen der durch das Gesundheitsamt durchgeführten Prophylaxesitzungen auch die Ernährung der Kinder während der Vormittagsstunden unter die Lupe genommen.

In der Schule sind die Leistungsanforderungen hoch. Um diesen Anforderung gerecht zu werden, ist eine optimale Nährstoffversorgung nötig. Schüler und Schülerinnen, die schon zu Hause ausgewogen gefrühstückt haben, sind zwischen neun und zehn Uhr in Höchstform, im Unterricht konzentrierter, besser gelaunt und aktiver als Schüler/innen, die ohne Frühstück zur Schule kommen. Damit die Leistungskurve danach nicht zu stark abfällt ist das Pausenfrühstück so wichtig.

Ein hoher und häufiger Zuckerkonsum bringt gerade für Kinder gesundheitliche Nachteile mit sich. Zucker ist entscheidend an der Entstehung von Übergewicht und Zahnkaries beteiligt. Ein Zuckerverbot ist jedoch pädagogisch nicht sinnvoll und auch gar nicht nötig. Es gibt eine andere Lösung im Umgang mit Süßigkeiten und süßen Getränken: den zuckerfreien Vormittag.

Der Zuckerfreie Vormittag ist gut für die Zähne und für den gesamten Körper. Zuckerfreier Vormittag heißt, dass nach dem morgendlichen Zähneputzen bis zum Mittagessen kauaktive, naturbelassene Lebensmittel als Zwischenmahlzeit gegessen und Getränke ohne Zucker z.B. Wasser/ Mineralwasser, ungesüßte Tees getrunken werden. Gesunde Lebensmittel wie rohes Gemüse, frisches Obst und Vollkornprodukte enthalten viele wertvolle Nährstoffe. Diese regen durch kräftiges Kauen den qualitativ besseren Speichelfluss an, welcher spült, repariert und die Zähne härtet. Speichel schützt saubere Zähne und Zahnfleisch.

Kauen ist nicht nur wichtig für die Zähne, vielmehr auch für den gesamten Körper. So ist beispielsweise eine gut entwickelte Kaumuskulatur Grundvoraussetzung für die Sprachentwicklung.

Eine Ausreichende (0,5 l am vormittag), gesunde Flüssigkeitsaufnahme ist ebenfalls mitentscheidend für Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit. Das beste Getränk für den Tag ist Wasser/ Mineralwasser, welches Zähne vor Zuckeringriffen bewahrt und ebenfalls eine kalorienfreie Flüssigkeitsversorgung gewährleistet.

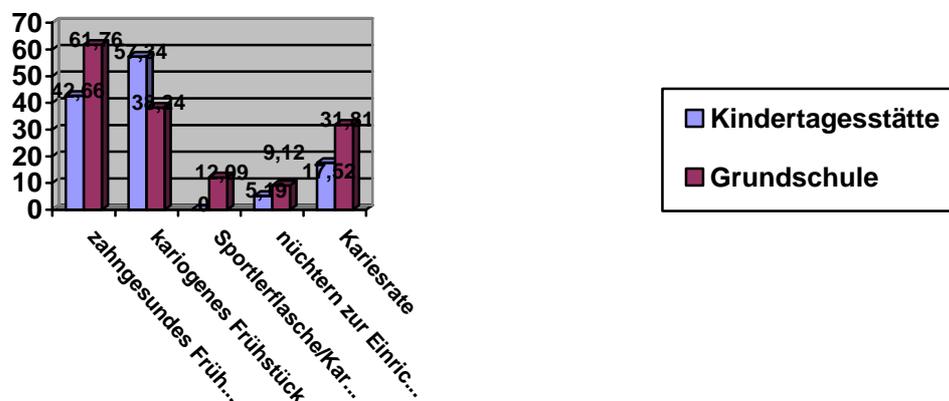
Zuckerfreie Stunden am Vormittag erlauben einen süßen Nachtisch nach dem Mittagessen. Auch Naschen am Nachmittag kann erlaubt sein, wobei gilt, lieber mit Genuss und ohne schlechtes Gewissen süßes auf einmal genießen, als in kleinen Portionen auf den Rest des Tages verteilt. Dem Naschen sollte immer eine gründliche

Zahnpflege folgen, welche am Nachmittag eher möglich ist als am Vormittag in der Schule.

### b) Auswertungen zum zahngesunden Frühstück

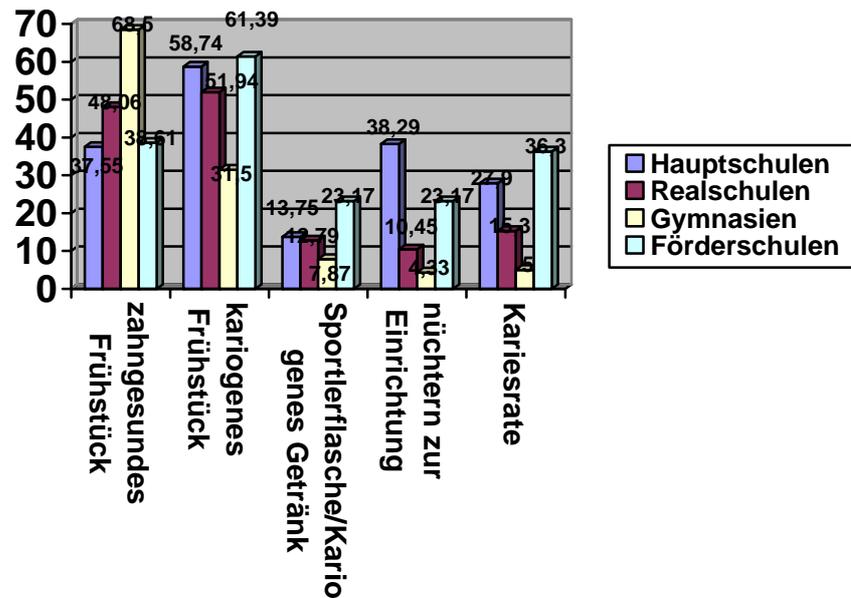
Im Zeitraum 01.01.2009 – 10.07.2009 wurde das Frühstücksverhalten der Kinder und Jugendlichen in Kindertagesstätten, Grundschulen, weiterführenden Schulen und Fördereinrichtungen während des Zahnprophylaxeprogramms dokumentiert. Anhand eines selbst erstellten Evaluationsbogens wurde ermittelt, wieviele Kinder und Jugendliche zahngesunde oder zuckerhaltige Lebensmittel zu sich nehmen. Als zahngesund wurde nur das absolut zuckerfreie, kauaktive Frühstück gewertet. Sobald Toastbrot, süßer Aufstrich, Cornflakes, Bananen (viel Fruchtzucker und klebrig) oder ungesunde Getränke dabei waren, wurde das Frühstück als kariogen eingestuft. Bei den Getränken wurde auch unterschieden, aus welchen Gefäßen getrunken wurde. Bei den sogenannten Sportlerflaschen (Saugerverschluss) wurde ausschließlich Wasser als zahngesund gewertet. Alle anderen Getränke in diesen Flaschen führen dazu, dass die Zähne ständig von Fruchtzucker oder Fruchtsäuren umspült werden und tragen daher zur Kariesbildung bei (Nursing-Bottle-Syndrom). Erfragt wurde auch, ob die Kinder ohne Frühstück zur Einrichtung kommen. Die Daten von 1823 Kindern und Jugendlichen aus 12 Kindertagesstätten, 3 Grundschulen, 5 Hauptschulen, 5 Realschulen, 3 Gymnasien und 3 Sonderschuleinrichtungen wurden anonym erfasst. Die Evaluation erhebt keinen Anspruch auf Wissenschaftlichkeit und ist unter der Einschränkung zu betrachten, dass es sich nur um Momentaufnahmen handeln kann. Dennoch liefert sie einige interessante Ergebnisse.

Abb. 3.3.2.1. Zusammenfassung der Ergebnisse der Auswertung zum zahngesunden Frühstück in 12 Kindertagesstätten und 3 Grundschulen im LK Peine in Prozent, 2009



Das Frühstück, das den Grundschulkindern mitgegeben wird, scheint etwas gesünder zu sein. Allerdings ist zu bedenken, dass in vielen Kindertagesstätten – im Gegensatz zur Grundschule - Zähne geputzt werden können.

Abb. 3.3.2.2. Zusammenfassung der Ergebnisse der Auswertung zum zahngesunden Frühstück in weiterführenden Schulen im LK Peine in Prozent, 2009



In Verbindung mit den Auswertungen der jugendzahnärztlichen Reihenuntersuchungen wird deutlich, dass bei den gleichaltrigen Kindern der Gymnasien, Realschulen, Hauptschulen und Förderschulen mit ansteigender Schulbildung das Frühstück gesünder und die Kariesrate geringer ist.

### 3.4. Handlungsempfehlungen

Zahngesundheit bleibt ein wichtiges gesellschaftliches Thema. Die Arbeit des Arbeitskreises Jugendzahnpflege im Landkreis Peine mit seinen Reihenuntersuchungen und Gruppenprophylaxesitzungen muss daher nach wie vor unterstützt werden. Die kindliche Zahngesundheit, ein gesundes und gepflegtes Gebiss, besonders auch die Erhaltung des Milchgebisses bis zum Zahnwechsel sind wichtige Voraussetzungen für die gute Entwicklung und Gesunderhaltung von Kindern. Insbesondere sollte zahngesunde Ernährung in den Einrichtungen und bei den Eltern noch stärker in den Fokus gerückt und propagiert werden.

#### 4. Gesundheit von Verwaltungsbeamten/ -beamtinnen und verbeamteten Lehrern/Lehrerinnen

##### **4.1. Ergebnisse der amtsärztlichen Untersuchungen zur Dienstfähigkeit bei Beamten/Beamtinnen insbesondere verbeamteten Lehrern/Lehrerinnen**

Aufgrund von Aufträgen von Behörden führen die Ärztinnen und Ärzte des amtsärztlichen Dienstes im Gesundheitsamt Untersuchungen hinsichtlich der Dienstfähigkeit von Beamten durch und erstellen amtsärztliche Gutachten. Rechtliche Grundlage ist das Niedersächsische Beamtengesetz (NBG).

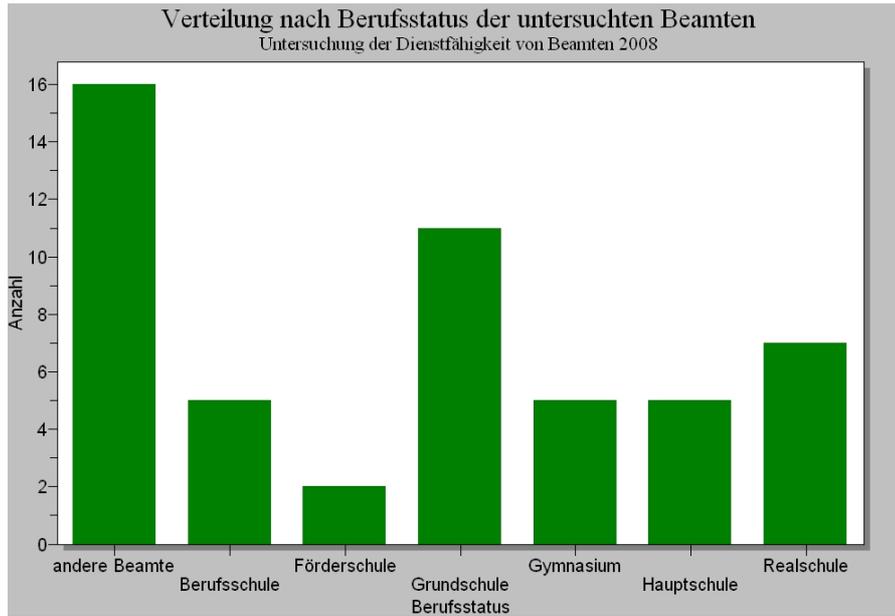
Die Datenerfassung des Jahres 2008 hinsichtlich der Beurteilung der Dienstfähigkeiten von Beamten/innen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung soll Auskunft darüber geben, wie viele Beamte/Beamtinnen im Gesundheitsamt untersucht wurden, wie die Geschlechtsverteilung ist, wie die Verteilung hinsichtlich der verbeamteten Lehrer/innen und der Verwaltungsbeamten/-beamtinnen ist, unter welchen Erkrankungen die Beamten/Beamtinnen leiden, in welchem Zeitraum sie vor der regulären Pensionierung frühpensioniert wurden und nach der Diskussion des Zahlenmaterials sollen Handlungsschwerpunkte erarbeitet werden, die es gestatten, Beamte/Beamtinnen, die zur Dienstunfähigkeitsuntersuchung ins Gesundheitsamt kommen, optimal zu begleiten, um ihnen die Teilhabe an der Gesellschaft in Form der Dienstfähigkeit zu erhalten.

Es wurden im Jahr 2008 **51** Beamte/innen auf ihre Dienstfähigkeit untersucht. 2/3 davon waren Lehrer/innen verschiedener Schulen (Berufsschule, Förderschule, Grundschule, Gymnasium, Hauptschule, Realschule) und 1/3 waren Verwaltungsbeamte/-beamtinnen verschiedener Dienststellen.

Tab. 4.1.1.1. Verteilung nach Berufsstatus der untersuchten Beamten im Landkreis Peine, 2008

Schulart:	Häufigkeit	Prozent	
andere Beamte	16	31,4%	
Berufsschule	5	9,8%	
Förderschule	2	3,9%	
Grundschule	11	21,6%	
Gymnasium	5	9,8%	
Hauptschule	5	9,8%	
Realschule	7	13,7%	
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0%</b>	

**Abb.4.1.1. zu Tab. 4.1.1. Berufsstatus Beamte**



Knapp 2/3 der zur Dienstfähigkeitsuntersuchung vorgestellten Beamten/Beamtinnen waren weiblichen Geschlechts und 1/3 männlichen Geschlechts.

**Tab. 4.1.2. Auf Dienstfähigkeit untersuchte Beamte/Beamtinnen im Landkreis Peine nach Geschlecht, 2008**

Geschlecht:	Häufigkeit	Prozent	
männlich	18	35,3%	<div style="width: 35.3%; height: 10px; background-color: yellow;"></div>
weiblich	33	64,7%	<div style="width: 64.7%; height: 10px; background-color: yellow;"></div>
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0%</b>	<div style="width: 100%; height: 10px; background-color: orange;"></div>

**Abb. 4.1.2. zu Tab. 4.1.2. untersuchte Beamte nach Geschlecht**



Bei 36 von den 51 untersuchten Beamten/innen wurde im Ergebnis der Untersuchung eine Dienstunfähigkeit ausgesprochen. 15 der untersuchten Beamten/innen, also 30%, wurden dienstfähig aus der Untersuchung entlassen. Es erfolgte eine Einteilung der dienstunfähigen Beamten/innen nach Altersklassen.

Tab. 4.1.3. Ergebnis „Dienstunfähigkeit“ aller untersuchten Beamten/Beamtinnen im Landkreis Peine nach Altersklassen, 2008

Altersklasse	Häufigkeit	Prozent	
40 - 49	3	8,3%	
50 - 54	7	19,4%	
55 - 59	13	36,1%	
60 - 69	13	36,1%	
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0%</b>	

Die nächste Tabelle zeigt die Geschlechtsverteilung der 36 dienstunfähigen Beamten/Beamtinnen. Die überwiegende Zahl der dienstunfähigen Beamten/Beamtinnen ist weiblichen Geschlechts.

Tab. 4.1.4. Ergebnis „Dienstunfähigkeit“ der untersuchten Beamten/Beamtinnen im Landkreis Peine nach Altersklassen und Geschlecht, 2008

GESCHLECHT:			
Altersklasse	männlich	weiblich	TOTAL
40 - 49	1	2	3
50 - 54	3	4	7
55 - 59	3	10	13
60 - 69	7	6	13
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>36</b>

Die Tabellen 4.1.5. und 4.1.6. und Abbildung 4.1.6. zeigen die Diagnosen (mehrfach Nennungen) der zur Dienstfähigkeitsuntersuchung vorgestellten Beamten/Beamtinnen nach Altersklassen, wobei Tabelle 4.1.5. die Diagnosen aller zur Dienstfähigkeit untersuchten Beamten/innen darstellt und Tabelle 4.1.6. nur die Diagnosen der nach der Untersuchung im Gesundheitsamt dienstunfähigen Beamten/innen darstellt.

Tab. 4.1.5. Auf Dienstfähigkeit untersuchte Beamte/Beamtinnen insgesamt im Landkreis Peine nach Altersklassen und Diagnosegruppen, 2008

Diagnose	ALTERSKLASSE					TOTAL
	30 - 39	40 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 69	
andere psychiatrische Erkrankung	0	1	1	4	2	8
Burn-Out Syndrom	0	1	4	2	4	11
degeneratives Wirbelsäulensyndrom	1	2	1	5	2	11
Depression	1	2	7	9	7	26
Herz-Kreislauf-Erkrankung	0	2	1	4	6	13
neurologische Erkrankung	0	1	0	1	0	2
Stimm- und Sprachstörungen	0	0	1	0	1	2
Tinnitus	0	1	1	1	1	4
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>77</b>

Tab. 4.1.6. Untersuchte Beamte und Beamtinnen mit Ergebnis „dienstunfähig“ im Landkreis Peine nach Altersklassen und Diagnosegruppen, 2008

Diagnose	ALTERSKLASSE				TOTAL
	40 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 69	
andere psychiatrische Erkrankung	1	1	3	2	7
Burn-Out Syndrom	0	2	2	4	8
degeneratives Wirbelsäulensyndrom	1	0	3	2	6
Depression	1	5	7	7	20
Herz-Kreislauf-Erkrankung	1	1	3	6	11
neurologische Erkrankung	0	0	1	0	1
Stimm- und Sprachstörungen	0	0	0	1	1
Tinnitus	0	1	0	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>56</b>

Abb. 4.1.6. zu Tab. 4.1.6.

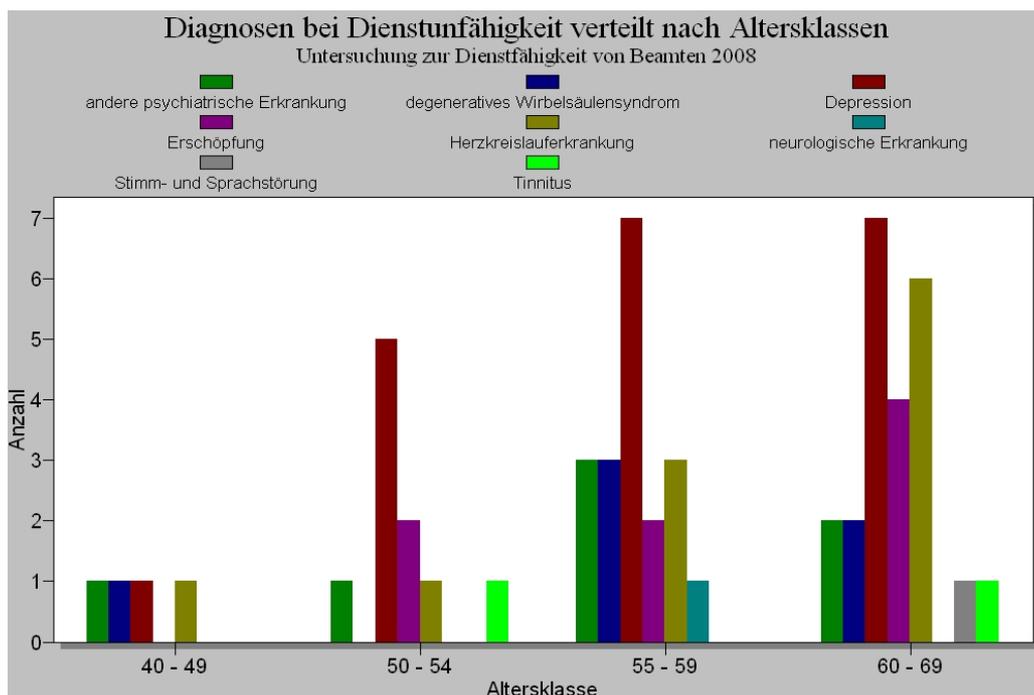
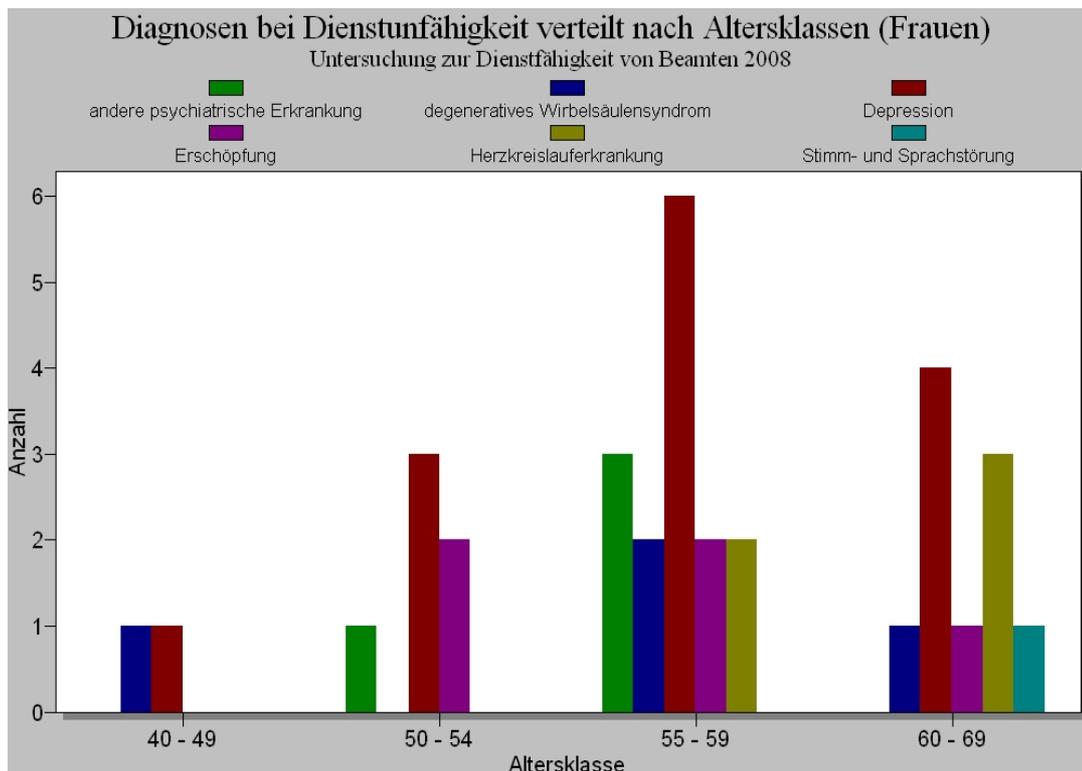


Tabelle 4.1.7. und 4.1.8. und Abbildung 4.1.7. und 4.1.8. liefern nochmals die genannten Diagnosegruppen der dienstunfähigen Beamten/innen mit der Geschlechtsverteilung.

**Tab. 4.1.7.: Auf Dienstfähigkeit untersuchte Frauen im Landkreis Peine nach Altersklassen und Diagnosegruppen, 2008**

Diagnose	ALTERSKLASSE				TOTAL
	40 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 69	
andere psychiatrische Erkrankung	0	1	3	0	4
Burn-Out Syndrom	0	2	2	1	5
degeneratives Wirbelsäulensyndrom	1	0	2	1	4
Depression	1	3	6	4	14
Herz-Kreislauferkrankung	0	0	2	3	5
Stimm- und Sprachstörungen	0	0	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>33</b>

**Abb. 4.1.7. zu Tab. 4.1.7.**



Tab. 4.1.8. Auf Dienstfähigkeit untersuchte Männer im Landkreis Peine nach Altersklassen und Diagnosegruppen, 2008

Diagnose	ALTERSKLASSE				TOTAL
	40 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 69	
andere psychiatrische Erkrankung	1	0	0	2	3
Burn-Out Syndrom	0	0	0	3	3
degeneratives Wirbelsäulensyndrom	0	0	1	1	2
Depression	0	2	1	3	6
Herz-Kreislauf-Erkrankung	1	1	1	3	6
neurologische Erkrankung	0	0	1	0	1
Tinnitus	0	1	0	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>23</b>

Abb. 4.1.8. zu Tab. 4.1.8.

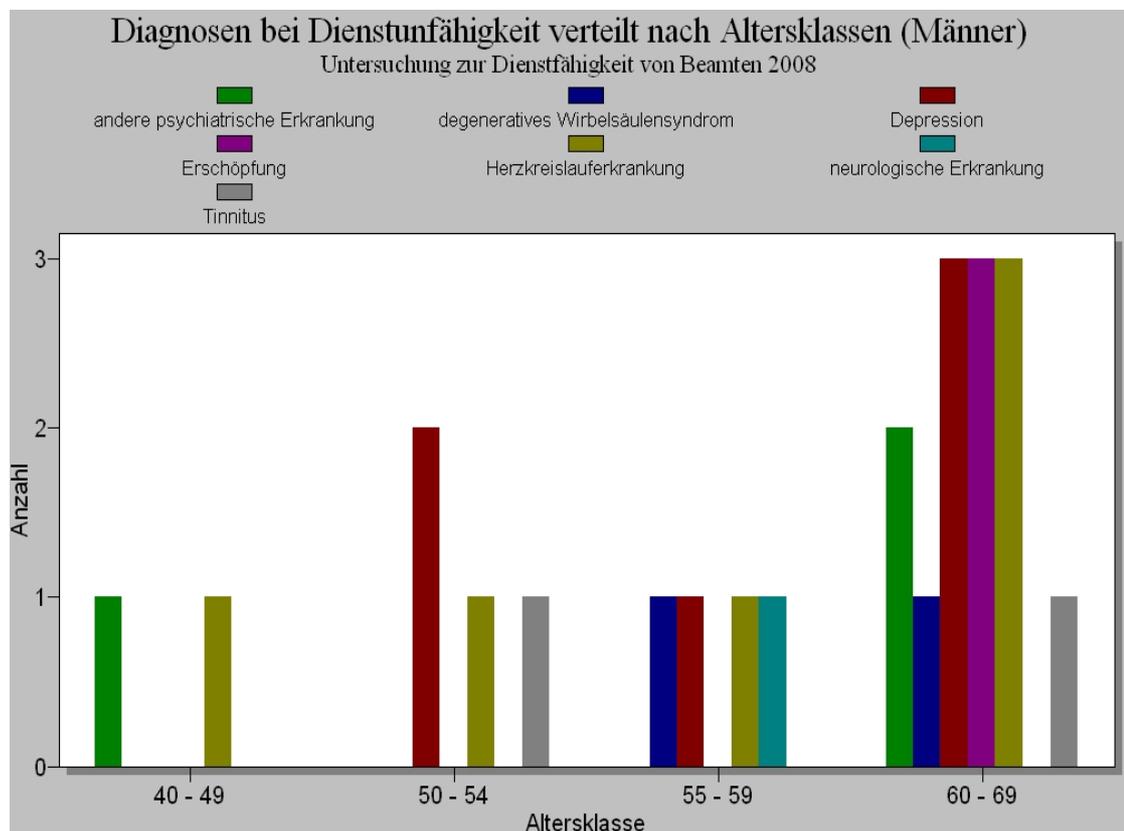
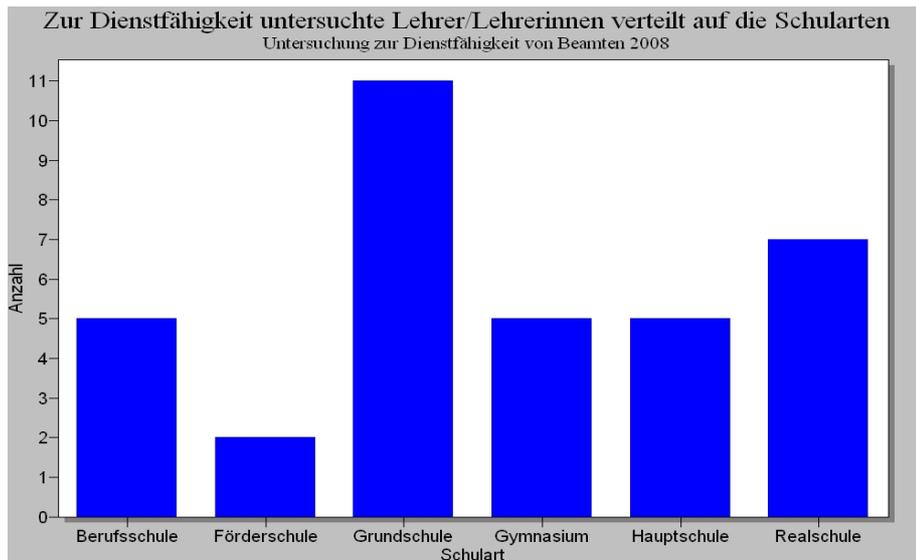


Abbildung 4.1.9. zeigt die Anzahl der zur Dienstfähigkeit untersuchten Lehrer/innen, verteilt auf die einzelnen Schularten und Abbildung 4.1.10. zeigt die Verteilung der nach der Untersuchung für dienstunfähig befundenen Lehrer/innen aufgeteilt auf die Schularten.

Eine Korrelation zwischen Schulart und Dienstunfähigkeitsrisiko ist nicht herstellbar, da nicht beabsichtigt war, diese Zahlen miteinander ins Verhältnis zu setzen, denn von der Landesschulbehörde waren nur Zahlen der im Landkreis Peine arbeitenden Lehrer/innen und nicht der im Landkreis wohnenden Lehrer/innen zu erfahren. Die Aussagen dieser Untersuchung stützen sich aber auf alle im Landkreis Peine wohnenden Lehrer/innen.

**Abb. 4.1.9. Auf Dienstfähigkeit untersuchte Lehrerinnen nach Schularten im Landkreis Peine, 2008**



**Abb. 4.1.10. Untersuchte Lehrer/innen mit Ergebnis „Dienstunfähigkeit“ im Landkreis Peine nach Schularten, 2008**

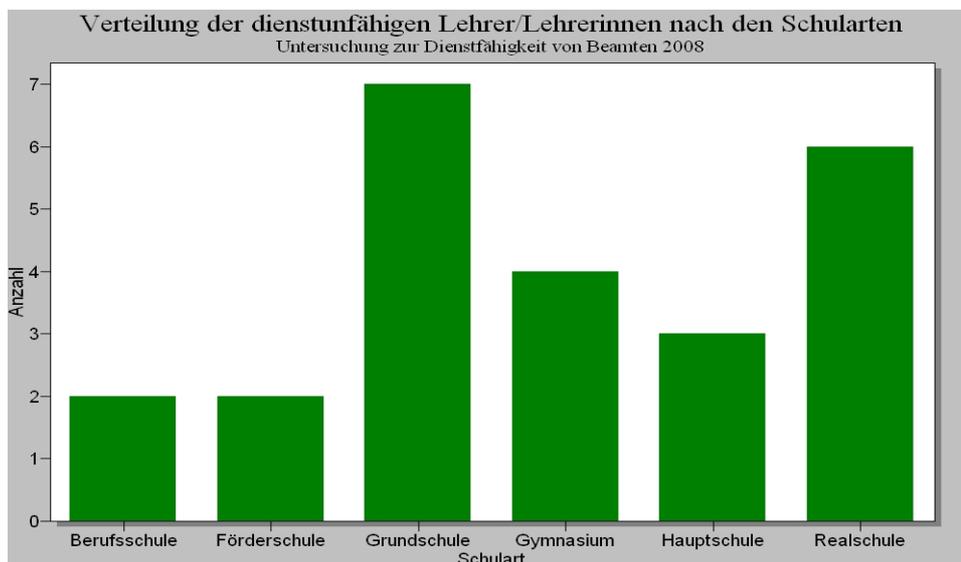


Tabelle 4.1.11. gibt darüber Auskunft, wie der Status der Dauer der Dienstunfähigkeit der vorgestellten Beamten/innen zum Zeitpunkt der Untersuchung in Jahren war.

Tab. 4.1.11. Dauer der Dienstunfähigkeit zum Zeitpunkt der Untersuchung aller untersuchten Beamten/Beamtinnen im Landkreis Peine in Jahren, 2008

Dauer der Dienstunfähigkeit zum Zeitpunkt der Untersuchung in Jahren:	DIENSTFÄHIGKEIT:		
	ja	nein	TOTAL
<b>0 Jahre</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
Tabellenzeile %	75,0	25,0	100,0
Tabellenspalte %	20,0	2,8	7,8
<b>1 Jahre</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>18</b>
Tabellenzeile %	61,1	38,9	100,0
Tabellenspalte %	73,3	19,4	35,3
<b>2 Jahre</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
Tabellenzeile %	14,3	85,7	100,0
Tabellenspalte %	6,7	16,7	13,7
<b>3 Jahre</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>21</b>
Tabellenzeile %	0,0	100,0	100,0
Tabellenspalte %	0,0	58,3	41,2
<b>12 Jahre</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Tabellenzeile %	0,0	100,0	100,0
Tabellenspalte %	0,0	2,8	2,0
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>36</b>	<b>51</b>
Tabellenzeile %	29,4	70,6	100,0
Tabellenspalte %	100,0	100,0	100,0

Untersucht wurde in Tabelle 4.1.12. und Abbildung 4.1.12., in welchem Alter Lehrer/innen in die Frühpension vor Erreichen ihres regulären Pensionsalters gehen.

Tab. 4.1.12. Dauer bis zur regulären Pensionierung der auf Dienstfähigkeit Untersuchten im Landkreis Peine in Jahren, 2008

Dauer bis zum regulären Pensionseintritt	Anzahl	Prozent
<b>0 Jahre</b>	1	2,8%
<b>1 - 3 Jahre</b>	9	25,0%
<b>4 - 6 Jahre</b>	7	19,4%
<b>7 - 9 Jahre</b>	5	13,9%
<b>10 - 12 Jahre</b>	7	19,4%
<b>13 - 25 Jahre</b>	7	19,4%
<b>Summe</b>	<b>36</b>	<b>100,0%</b>

**Abb. 4.1.12. Zeitliche Distanz der Frühpensionierung bis zum regulären Pensionseintrittsalter aller zur Dienstfähigkeit untersuchten Beamten im Landkreis Peine in Jahren, 2008**

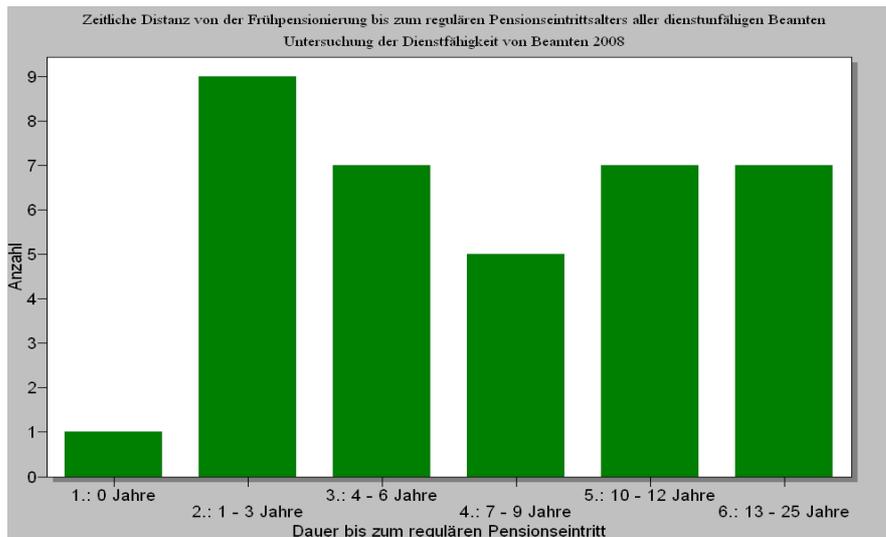


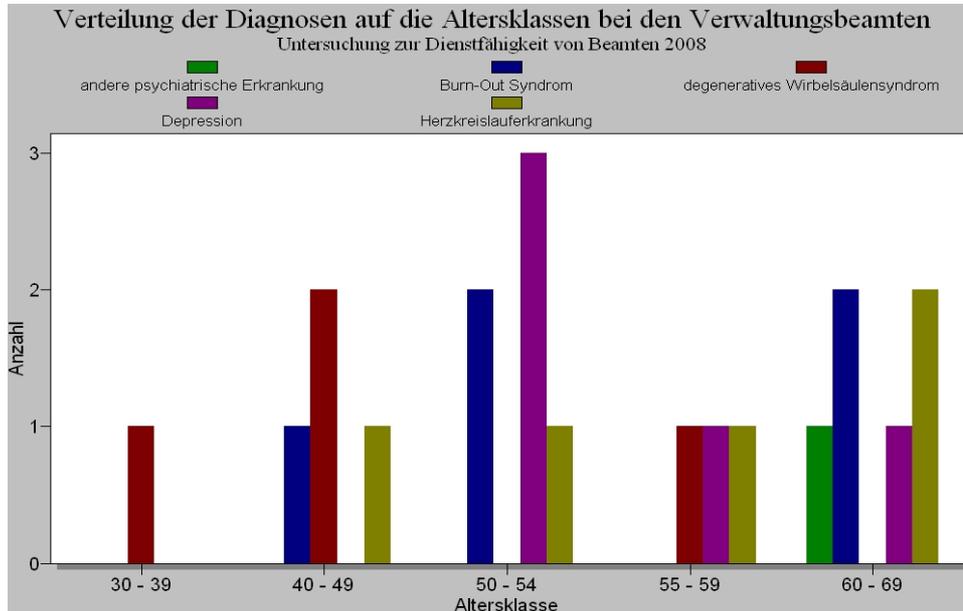
Tabelle 4.1.13. gibt Auskunft, wie es bei den vorgestellten Lehrern/innen aussieht. Es ist ersichtlich, dass 25 % der untersuchten verbeamteten Lehrer/innen 1 – 3 Jahre vor Erreichen des Pensionsalters in Pension gehen, allerdings 37,5 % der verbeamteten Lehrer/innen gehen auch schon 10 – 13 Jahre vor Erreichen des Pensionsalters in Frühpension.

**Tab.: 4.1.13. Zeitliche Distanz bis zum regulären Pensionseintritt bei den untersuchten Lehrer/innen mit Ergebnis „Dienstunfähigkeit“ im Landkreis Peine in Jahren, 2008**

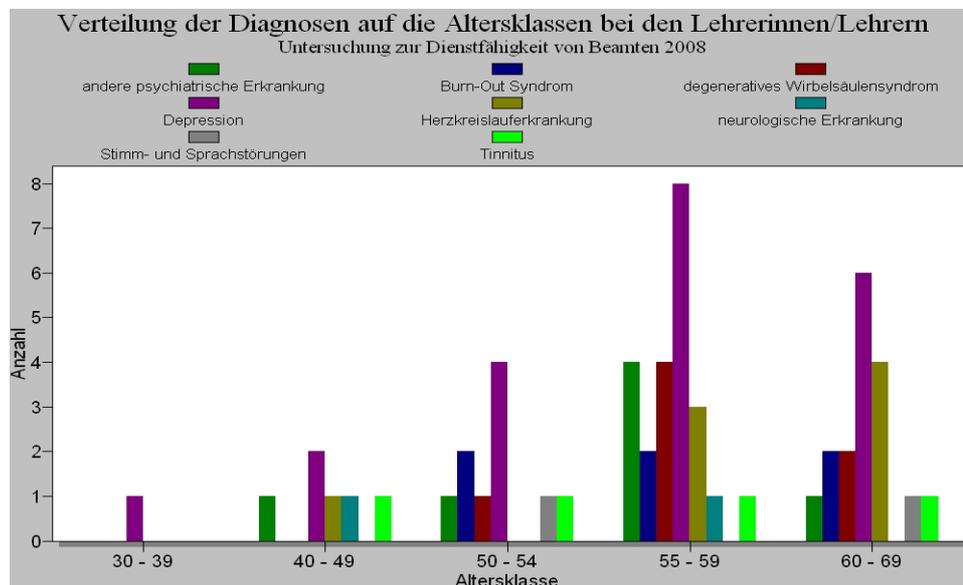
Dauer bis zum regulären Pensionseintritt	Anzahl	Prozent
<b>0 Jahre</b>	1	4,2%
<b>1 - 3 Jahre</b>	6	25,0%
<b>4 - 6 Jahre</b>	3	12,5%
<b>7 - 9 Jahre</b>	5	20,8%
<b>10 - 12 Jahre</b>	6	25,0%
<b>13 - 25 Jahre</b>	3	12,5%
<b>Summe</b>	24	100,0%

Die Abbildungen 4.1.14. und 4.1.15. spiegeln nochmal die Verteilung der Diagnosen der untersuchten Beamten/innen im Vergleich Verwaltungsbeamte/innen und Lehrer/innen wieder.

**Abb. 4.1.14. Verteilung der Diagnosen der auf Dienstfähigkeit untersuchten Verwaltungsbeamten/-beamtinnen im Landkreis Peine nach Altersklassen, 2008**

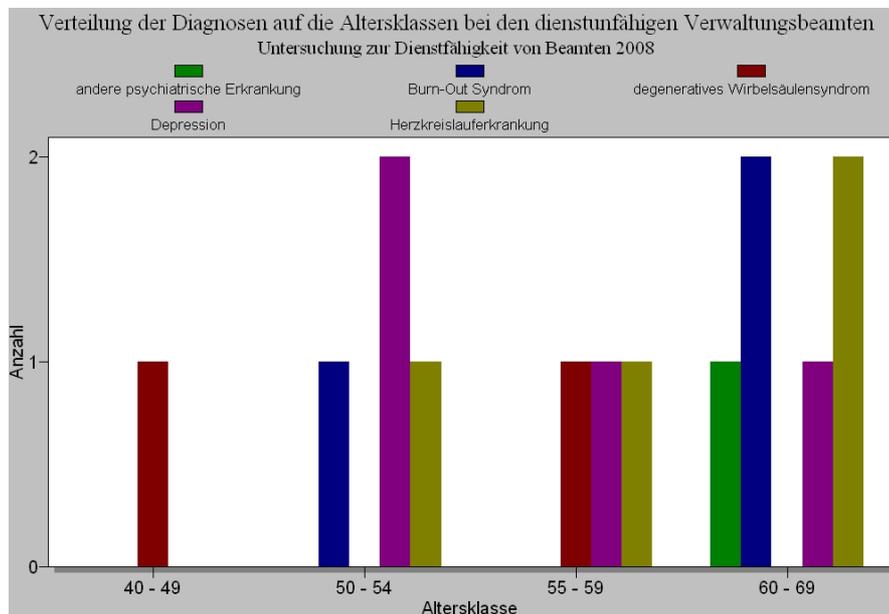


**Abb. 4.1.15. Verteilung der Diagnosen der auf Dienstfähigkeit untersuchten Lehrer/innen im Landkreis Peine nach Altersklassen, 2008**

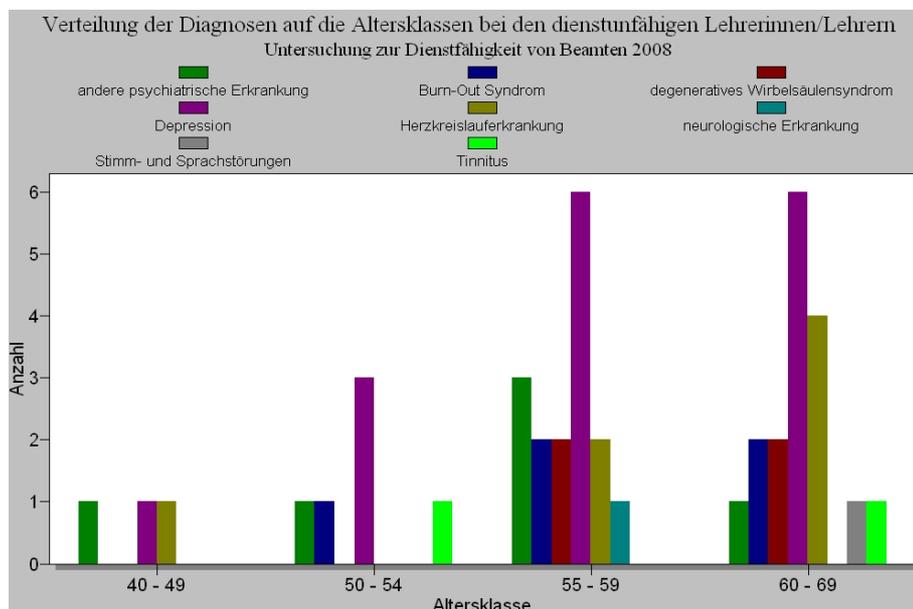


Die Verteilung der Diagnosen nach Altersklassen im Vergleich Verwaltungsbeamten/-beamtinnen und Lehrern/innen mit dem Ergebnis „Dienstunfähigkeit“ beschreiben die Abbildungen 4.1.16. und 4.1.17.

**Abb. 4.1.16. Verteilung der Diagnosen untersuchter Verwaltungsbeamten/-beamtinnen mit Ergebnis „Dienstunfähigkeit“ im Landkreis Peine nach Alter, 2008**

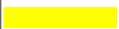


**Abb. 4.1.17. Verteilung der Diagnosen untersuchter Lehrer/innen mit Ergebnis „Dienstunfähigkeit“ im Landkreis Peine nach Alter, 2008**



Die Tabellen 4.1.16. und 4.1.17. fokussieren die Häufigkeit der Erkrankungen an Depression.

Tab. 4.1.16. Verteilung der Erkrankungen an Depression bei allen dienstunfähigen Beamten im Landkreis Peine, 2008

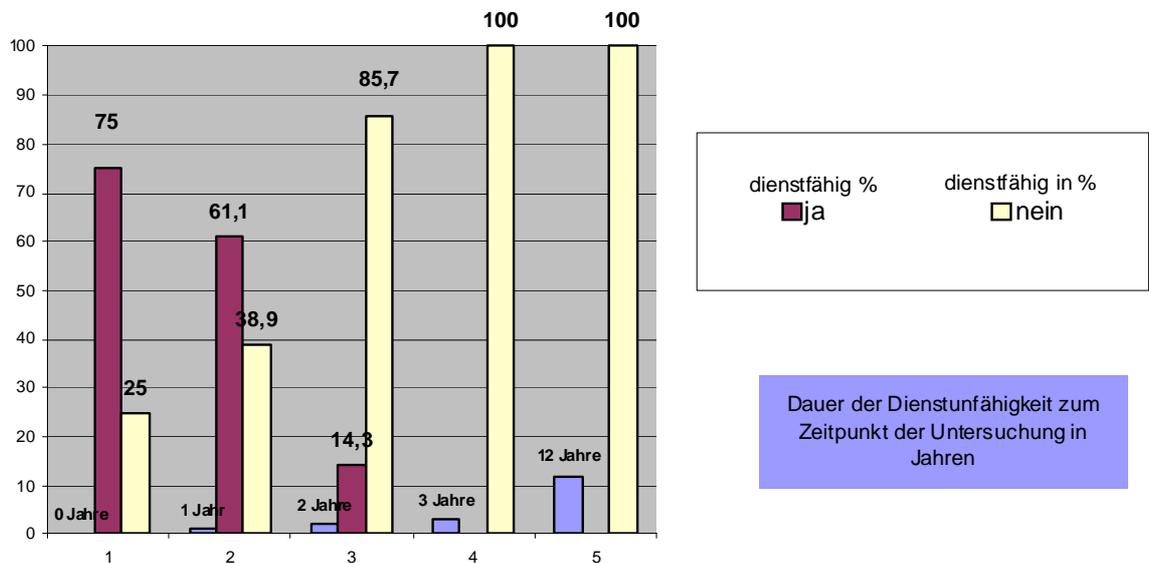
Depression	Häufigkeit	Prozent	
Ja	20	55,6%	
Nein	16	44,4%	
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0%</b>	

Tab. 4.1.17. Verteilung der Erkrankungen an Depression bei dienstunfähigen Beamten im Landkreis Peine nach Geschlecht, 2008

GESCHLECHT:			
Depression	männlich	weiblich	TOTAL
<b>Ja</b>	6	14	20
Tabellenzeile %	30,0	70,0	100,0
Tabellenspalte %	42,9	63,6	55,6
<b>Nein</b>	8	8	16
Tabellenzeile %	50,0	50,0	100,0
Tabellenspalte %	57,1	36,4	44,4
<b>TOTAL</b>	14	22	36
Tabellenzeile %	38,9	61,1	100,0
Tabellenspalte %	100,0	100,0	100,0

Abbildung 4.1.18. zeigt die Länge der Dauer der Dienstunfähigkeit in Relation zum Status der Dienstfähigkeit aller untersuchten Beamten/innen zum Zeitpunkt der Vorstellung im Gesundheitsamt.

Abb. 4.1.18. Dauer der Dienstunfähigkeit zum Zeitpunkt der Untersuchung aller untersuchten Beamten/Beamtinnen im Landkreis Peine in Jahren, 2008



## **4.2. Diskussion der Ergebnisse der amtsärztlichen Untersuchungen zur Dienstfähigkeit bei Beamten/Beamtinnen insbesondere Lehrern/Lehrerinnen 2008**

Die Anzahl der zur Untersuchung vorgestellten Beamten/Beamtinnen bezieht sich auf die im Landkreis Peine lebenden Beamten/innen, für die das Gesundheitsamt Peine örtlich zuständig ist. Die Zahl von 51 ist relativ gering und ist aus diesem Grund nur dazu geeignet, Trends aufzuspüren. Eine Prüfung nach statistischen Signifikanzkriterien ist nicht zweckmäßig.

Rund 2/3 der zur Dienstfähigkeitsuntersuchung vorgestellten Beamten/innen sind Lehrer/innen. Dieser Berufsgruppe sollte deshalb bei der kritischen Betrachtung der Ergebnisse der Untersuchung zur Dienstfähigkeit besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, was zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen wird.

Auffällig bei der Betrachtung der Ergebnisse der Dienstfähigkeitsuntersuchung für Beamte/Beamtinnen ist, dass 2/3 der untersuchten Beamten/innen weiblichen Geschlechts sind (Tab. 4.1.2). Das mag seine Ursache darin haben, dass in der Mehrzahl Lehrer/innen (68,6 % siehe Tab. 4.1.1.) untersucht wurden, da den Lehrerberuf in der Mehrzahl weibliche Personen ergreifen. Von den Lehrerinnen sind Grundschullehrerinnen in der Überzahl.

Allgemeine Aussagen darüber, ob weibliche Personen häufiger dienstunfähig werden als männliche, lassen sich aus dem Grund nicht treffen, da diese Zahlen nicht in Korrelation zu allen im Landkreis tätigen Beamten/innen gesetzt werden konnten.

Von besonderem Interesse ist es, die Diagnosen der zur Dienstunfähigkeit vorgestellten Beamten/innen zu betrachten. Auffällig ist, dass ab dem 50. Lebensjahr bei allen Beamten/innen die Depression die Erkrankung darstellt, wegen der die Beamten/innen zur Untersuchung auf Dienstfähigkeit vorgestellt werden (Tabelle 4.1.5.)

Zweitens ist die Depression die Erkrankung, wegen der am häufigsten die Dienstunfähigkeit ausgesprochen wird bei allen Beamten/innen (Abbildung 4.1.6.).

Bei den untersuchten und letztendlich dienstunfähig gestellten Beamten/innen litten 55,6 % (Tabelle 4.1.16.) unter der Diagnose Depression. Der Anteil der weiblichen Personen ist dabei doppelt so hoch wie der Anteil der männlichen Personen (Tabelle 4.1.17.).

Aus Abbildung 4.1.7. und 4.1.8. ist ersichtlich, dass ab dem 40. Lebensjahr bei Frauen die Depression die Erkrankung darstellt, die am häufigsten zur Diagnose Dienstunfähigkeit führt.

Bei Männern ist im Alter zwischen 50 und 54 Jahr die Depression als Erkrankung überdimensional zu verzeichnen, was möglicherweise etwas mit der Midlife-Crisis zu

tun hat. In der Folge halten sich jedoch beim männlichen Geschlecht psychische Erkrankungen, degenerative Knochenerkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Waage.

Betrachtet man die Verteilung der Diagnosen auf die Altersklassen bei den vorgestellten Verwaltungsbeamten/innen und Lehrer/innen (Abbildungen 4.1.14. und 4.1.15) so ist auffällig, dass bei den Verwaltungsbeamten/innen zwischen dem 50. und 54. Lebensjahr die Depressionen die größte Rolle spielen (Midlife-Crisis), danach jedoch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und degenerative Wirbelsäulenerkrankungen in den Fokus treten. Bei den Lehrer/innen (Abbildung 4.1.15.) verhält sich diese Entwicklung anders.

Aus Tabelle 4.1.13. ist ersichtlich, dass rund 35 % der verbeamteten Lehrer/innen schon 10 – 13 Jahre vor Erreichen des Pensionsalters in Frühpension gehen. Hier stellt sich die berechtigte Frage nach den Ursachen dieser Entwicklung. Diesen Ursachen können wir uns nur über die Betrachtung der Diagnosen nähern.

Ab dem 30. Lebensjahr ist die Depression die Erkrankung, die bei der Vorstellung im Gesundheitsamt zur Untersuchung auf Dienstfähigkeit am häufigsten zur Dienstunfähigkeit führt (Abbildung 4.1.15.).

Diese Tendenz, insbesondere bei Lehrer/innen deckt sich mit der Tatsache, dass in den Industrienationen depressive Störungen als Ursache einer eingeschränkten Lebensqualität und Leistungsfähigkeit sowie krankheitsbedingten Fehlzeiten und eines vorzeitigen Berufsausstiegs eine wachsende Bedeutung zukommt. Man rechnet damit, dass Depressionen im Jahr 2020 weltweit den zweiten Rang unter den Behinderungen verursachenden Erkrankungen einnehmen werden (Weber u.a., 2006).

Hinsichtlich möglicher Risiken für die Entstehung und Manifestation derartiger Gesundheitsstörungen wie Depressionen werden Stressoren aus Gesellschaft und Arbeitsumwelt neben genetischen Faktoren diskutiert. Anzunehmen ist, dass es einen Zusammenhang zwischen negativem chronischen Stress im Beruf und dem Auftreten von Depressionen gibt.

Im Landkreis Peine litten 51 % der untersuchten Beamten/innen unter Depressionen. Bei den dienstunfähigen Beamten lag der Anteil der Depressionen bei 55,6 % (siehe Tabelle 4.1.16.). Der Anteil des weiblichen Geschlechts war dabei mehr als doppelt so hoch als der des männlichen Geschlechts (Tabelle 4.1.17.).

Untersuchungen zur vorzeitigen Dienstunfähigkeit von Beamten/innen im öffentlichen Dienst ergaben im Jahr 2003, dass in 50 % der Frühpensionierungen psychische Erkrankungen die Ursache für diese waren (Weber, A.; Hörmann, G.; Köllner, V.: Psychische und Verhaltensstörungen: Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe April 2006, S. 169)

Vor dem Hintergrund der erheblichen sozialmedizinischen und sozioökonomischen Konsequenzen psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörung stellt sich die Frage nach der Effektivität und Qualität unserer Gesundheitsversorgung.

Psychische Erkrankungen wie Depressionen stellen deshalb für die Akteure im Gesundheits- und Sozialbereich eine Herausforderung dar. Dies betrifft besonders die Prävention, ebenso die Intervention und Versorgung sowie Rehabilitation und Re-Integration und Teilhabe am Arbeitsleben und der Gesellschaft.

Es sollten Überlegungen zu präventiven Maßnahmen für Lehrer/innen bereits ab dem Lebensalter von 40 Jahren angestellt werden. Präventive Maßnahmen können Supervisionen an Schulen sein, damit Lehrer/innen, die bislang gut und gesund agierten und im Alter von ca. 45 bis 50 Jahren an einer Depression erkrankten, ihre Probleme frühzeitig mit einem Supervisor besprechen können, um möglicherweise das Auftreten einer schweren Depression zu verhindern, da, wie aus der Literatur bekannt, berufliche Stressoren einen Faktor darstellen, der zum Entstehen von Depressionen führt.

Zweitens sollte der Forderung „Reha vor Pensionierung“ stattgegeben werden, in dem man Lehrer/innen die Möglichkeit gibt, regelmäßig Sanatoriumsbehandlungen in Einrichtungen durchzuführen, die auf depressive Störungen spezialisiert sind.

Drittens sollte überlegt werden, ein Screening für Lehrer/innen ab dem 40. Lebensjahr mit standardisierten Depressionsfragebögen einzuführen, um rechtzeitig festzustellen, wann das psychische Gleichgewicht in Richtung Depression anfängt zu kippen.

Dies alles sind Instrumente eines funktionierenden Gesundheitsmanagements, welches von den Landesschulbehörden bei der Betreuung ihrer Lehrer/innen eingeführt werden sollte.

Der Erhalt und die Wiederherstellung der seelischen Gesundheit muss als eine interdisziplinäre gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden. Denn in Zeiten begrenzter Ressourcen ist es wichtig, dass die Gesundheit des Einzelnen erhalten wird und die Dienstfähigkeit und die Lebensqualität gesichert bleibt.

Die Einführung eines ganzheitlich betrieblichen Gesundheitsmanagements kann insbesondere auf die Reduktion arbeitsassoziierter psychischer Probleme wie Stress, Mobbing und Burnout Einfluss nehmen und die Lebensqualität und die Arbeitsfähigkeit von Lehrer/innen sichern helfen.

Neueste Untersuchungen des Statistischen Bundesamtes ([www.spiegel.de](http://www.spiegel.de): Deutschlands Lehrer 02/08) besagen, dass die Zahl der frühpensionierten Lehrer/innen rückläufig sei. Ursache dessen sollen hohe finanzielle Abschläge bei der Frühpensionierung sein. Der finanzielle Aspekt macht sicher die Lehrer/innen nicht gesünder. Sie

sind möglicherweise eher dazu bereit, krank und ausgebrannt bis zum Pensionsalter zu arbeiten. Da unsere Kinder aber ein Recht auf bestmögliche Unterrichtsgestaltung und -versorgung haben, sollten oben genannte Aspekte nicht unberücksichtigt bleiben.

Aus der Untersuchung des Jahres 2008 zu den Dienstunfähigkeiten lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der Untersuchung und der Feststellung der Dienstunfähigkeit bei allen untersuchten Beamten/innen erheben (Abbildung 4.1.18. und Tabelle 4.1.18.). Aus Abbildung 4.1.18. und Tabelle 4.1.18. geht hervor, dass es für den/die Amtsarzt/ärztin eine 75 %ige Wahrscheinlichkeit gibt, dass Dienstfähigkeit bescheinigt werden kann, wenn der/die Beamte/in innerhalb eines Jahres nach Erkrankung zur Untersuchung ins Gesundheitsamt kommt. Nach einem Jahr Dienstunfähigkeit (Krankschreibung) verringerte sich diese Möglichkeit auf 61,1 %. War die Dienstfähigkeit länger als zwei Jahre ausgesprochen, bestand nur noch eine Wahrscheinlichkeit von 14 %, dass der/die Patient/Patientin wieder dienstfähig wird. Bei einer Untersuchung auf Dienstfähigkeit nach drei Jahren ist die Chance, dass der/die Patient/Patientin wieder dienstfähig wird, nicht mehr gegeben.

Ursächlich dafür ist sicherlich, dass die Motivation nach einem Jahr Krankheit sehr hoch ist, wieder in das Berufsleben zurückzukehren. Offenbar haben sich mit zunehmender Krankheits- und Frühpensionsdauer Strukturen verfestigt, die eine Rückkehr in eine Schule oder eine Behörde nicht mehr möglich machen.

Das bedeutet als Handlungsempfehlung für den untersuchenden Amtsarzt, dass eine ausgesprochene Dienstunfähigkeit möglichst nach einem Jahr wieder durch eine erneute amtsärztliche Untersuchung auf Dienstfähigkeit geprüft werden sollte, da die Möglichkeit, die Dienstfähigkeit wiederzuerlangen, zu diesem Zeitpunkt am größten ist.

### 4.3. Handlungsempfehlungen

1. Für Lehrer/innen sollte es ab dem 40. Lebensjahr präventive Maßnahmen hinsichtlich sich entwickelnder psychischer Erkrankungen im Rahmen des Instrumentes Gesundheitsmanagement an Schulen geben.
2. Ein Mal ausgesprochene Dienstunfähigkeit in Form von Frühpensionierung sollte nach dem Ablauf eines Jahres überprüft werden, da die Wahrscheinlichkeit, die Dienstfähigkeit wiederzuerlangen, zu diesem Zeitpunkt am größten ist.

Autorin: Dr. Doris Arnold

## **5. Gesundheit von Empfängern von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II**

### **5.1. Verfahren**

Seit Mitte 2007 werden durch den ärztlichen Dienst im Gesundheitsamt Peine Begutachtungen zur Feststellung der Erwerbsfähigkeit nach dem SGB II im Auftrag des Fachdienstes Arbeit bzw. Soziales durchgeführt. Seit Anfang 2008 wurden für die Gesundheitsberichterstattung relevante Daten der begutachteten Kunden zusätzlich in einem statistischen Erhebungsbogen anonym erfasst. Die Auswertung der im Jahr 2008 erfassten Daten wird nachfolgend dargestellt.

#### **a) Begutachtungsanlässe**

Die Begutachtungen wurden bei ganz verschiedenen Personengruppen durchgeführt. Es handelte sich dabei zum einen um Personen, bei denen die Eignung für eine Qualifizierungsmaßnahme abgeklärt werden soll, zum anderen um Personen, bei denen aufgrund ihrer Schilderungen bzw. der vorgelegten ärztlichen Befunde eine teilweise oder volle Erwerbsminderung vermutet wurde. Auch Personen, die nur eine eingeschränkte Kooperationsbereitschaft in der Betreuung zeigten, wurden häufiger zur Begutachtung geschickt, um mögliche Ursachen eines solchen Verhaltens, wie z.B. eine Suchterkrankung oder eine psychische Erkrankung, abklären zu lassen.

#### **b) Datenerfassung**

Erfasst wurden persönliche Daten wie das Alter des Kunden, das Geschlecht, der Familienstand und die Anzahl der Kinder. Außerdem wurden die Nationalität, bei Deutschen ggf. ein Migrationshintergrund und der Wohnbezirk (Stadt/Land) erfasst. Des Weiteren wurden berufsbezogene Daten wie der Schulabschluss, die Berufsausbildung, die Dauer der Arbeitslosigkeit und die Anzahl der bisherigen Fördermaßnahmen erhoben. Nach Durchführung der Begutachtung wurden die beiden Hauptdiagnosen und die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit dokumentiert.

### **5.2. Datenanalyse**

Im Jahr 2008 wurden 688 Begutachtungen zur Erwerbsfähigkeit im Gesundheitsamt Peine durchgeführt.

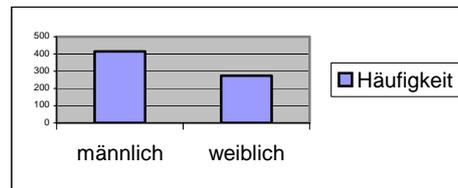
### a) Persönliche Daten

Als erstes sollen die erfassten persönlichen Daten dargestellt werden. 414 der begutachteten Kunden waren männlich (60,2%) und 274 Kunden weiblich (39,8%). Die meisten Gutachten wurden für die Altersklasse der 40-49 Jährigen (35,8%), gefolgt von den 50-65 Jährigen (30,2%), den 30-39 Jährigen und den 18-29 Jährigen (12,1%) erstellt. Beim Familienstand fanden sich jeweils ca. 1/3 ledige (36,9%), verheiratete bzw. in Partnerschaft lebende (32,8%) und geschiedene bzw. getrennt lebende Personen (30,2%). Die Mehrheit der untersuchten Personen lebt in der Stadt (58,4%), 41,6% der Kunden leben auf dem Lande. Bei den untersuchten Personen handelte es sich zu 91,4% um Deutsche, von denen wiederum 5,7% einen Migrationshintergrund haben.

Tab. 5.2.1. Geschlechterverteilung begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine, 2008

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent
männlich	414	60,20%
weiblich	274	39,80%
Gesamt	688	100,00%

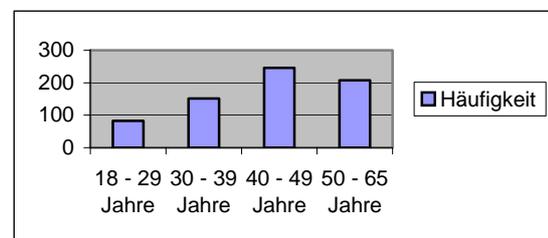
Abb. 5.2.1 zu Tab.5.2.1: Geschlecht



Tab. 5.2.2. Altersverteilung begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine, 2008

Altersklasse	Häufigkeit	Prozent
18 - 29	83	12,10%
30 - 39	151	21,90%
40 - 49	246	35,80%
50 - 65	208	30,20%
Gesamt	688	100,00%

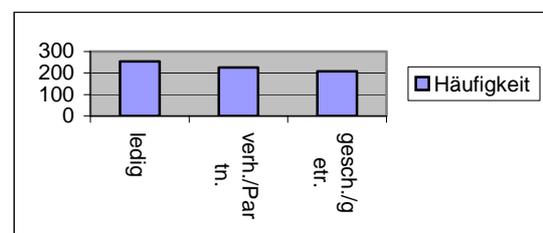
Abb. 5.2.2. zu Tab. 5.2.2.: Alter



Tab. 5.2.3. begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine nach Familienstand, 2008

Familienstand	Häufigkeit	Prozent
ledig	254	36,90%
verheiratet/Partnersch.	226	32,80%
geschieden/getrennt	208	30,20%
Gesamt	688	100,00%

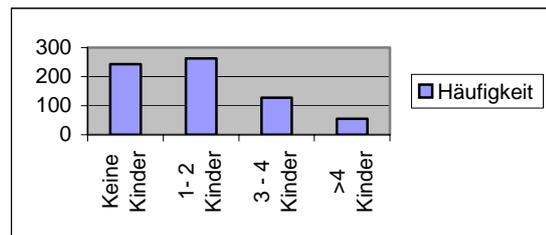
Abb. 5.2.3. zu Tab. 5.2.3.: Familienstand



**Tab. 5.2.4. begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine. Nach Anzahl der Kinder, 2008**

Anzahl Kinder	Häufigkeit	Prozent
Keine Kinder	243	35,30%
1 oder 2 Kinder	263	38,20%
3 oder 4 Kinder	127	18,50%
mehr als 4 Kinder	55	8,00%
Gesamt	688	100,00%

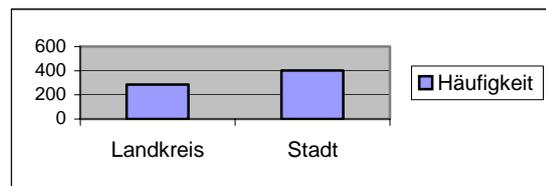
**Abb. 5.2.4. zu Tab. 5.2.4.: Anzahl der Kinder**



**Tab. 5.2.5. begutachtete SGB II-Empfänger im LK Peine nach Wohnverhältnissen Stadt/Land, 2008**

Wohnbezirk	Häufigkeit	Prozent
Landkreis	286	41,60%
Stadt	402	58,40%
Gesamt	688	100,00%

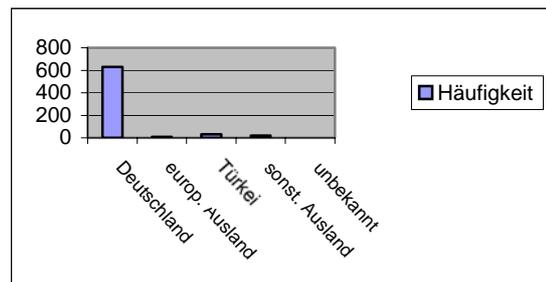
**Abb. 5.2.5. zu Tab. 5.2.5.: Wohnverhältnisse**



**Tab. 5.2.6. begutachtete SGB II-Empfänger im LK Peine nach Nationalität, 2008**

Nationalität	Häufigkeit	Prozent
Deutschland	629	91,40%
europ. Ausland	8	1,20%
Türkei	31	4,50%
sonst. Ausland	19	2,80%
unbekannt	1	0,10%
Gesamt	688	100,00%

**Abb. 5.2.6. zu Tab. 5.2.6.: Nationalität**



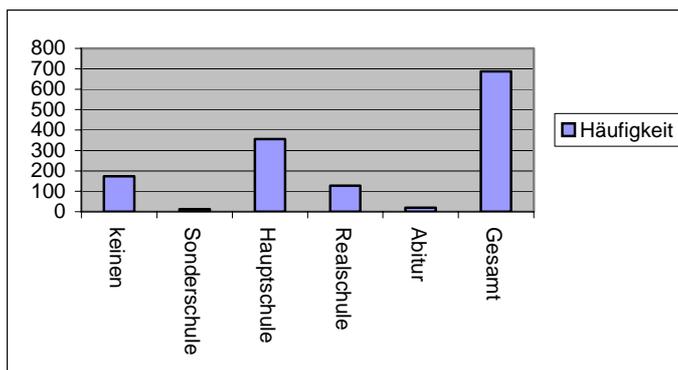
## b) Berufsbezogene Daten

In bezug auf die berufsbezogenen Daten ergab sich folgendes Bild: ca. die Hälfte der Kunden (51,7%) hatte einen Hauptschulabschluss, ca. ¼ der Kunden keinen Schulabschluss bzw. einen Sonderschulabschluss (26,8%), 18,5% der Kunden hatten einen Realschulabschluss und 2,9% eine höhere Schulbildung. Etwas jeweils die Hälfte der Kunden hatte keine Berufsausbildung (45,8%) und die andere Hälfte (53,9%) hatte eine abgeschlossene Berufsausbildung. Höhere Qualifikationen kamen nur vereinzelt vor. Die meisten der begutachteten Kunden waren zwischen wenigen Monaten und 10 Jahren arbeitslos, d.h. je ca. ¼ (24,7%) 1-2 Jahre, ¼ (25,6%) 3-5 Jahre und ¼ (27,2%) 6-10 Jahre. Einige Kunden (8,8%) waren berufstätig und 13,6% waren mehr als 10 Jahre arbeitslos. Die überwiegende Mehrheit der Kunden (63%) hatte noch nie eine Fördermaßnahme, 21% hatte eine Maßnahme bewilligt bekommen und 15% zwei oder mehr Maßnahmen.

Tab. 5.2.7. Schulabschlüsse begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine 2008

Schulabschluss	Häufigkeit	Prozent
Sonderschule	12	1,70%
keinen	173	25,10%
Hauptschule	356	51,70%
Realschule	127	18,50%
Abitur	20	2,90%
Gesamt	688	100,00%

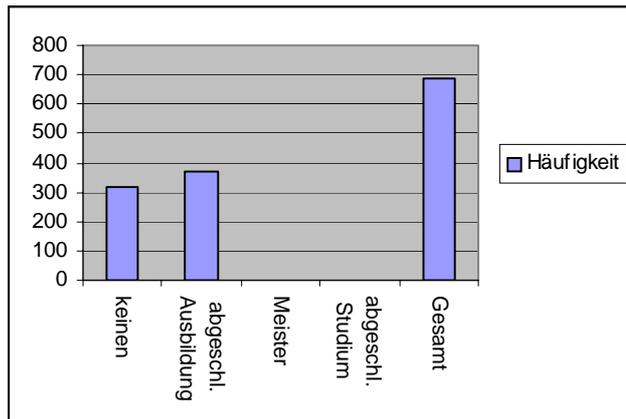
Abb. 5.2.7. zu Tab. 5.2.7. Schulabschlüsse



Tab. 5.2.8. Beruflicher Bildungsgrad begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine 2008

Beruf	Häufigkeit	Prozent
keinen	315	45,80%
Abgeschl. Ausbildung	371	53,90%
Meister	1	0,10%
Abgeschl. Studium	1	0,10%
Gesamt	688	100,00%

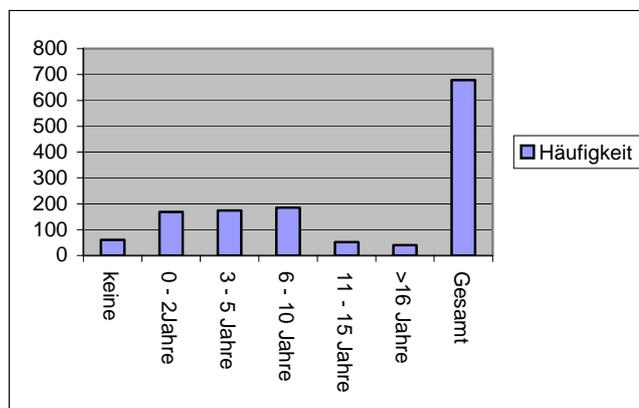
Abb. 5.2.8. zu Tab. 5.2.8. Beruflicher Bildungsgrad



Tab. 5.2.9. Dauer der Arbeitslosigkeit begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine in Jahren, 2008

Dauer der Arbeitslosigkeit	Häufigkeit	Prozent
keine	60	8,80%
0 – 2 Jahre	168	24,70%
3 – 5 Jahre	174	25,60%
6 – 10 Jahre	185	27,20%
11 – 15 Jahre	52	7,70%
>15 Jahre	40	5,90%
Gesamt	679	100,00%

Abb. 5.2.9. zu Tab. 5.2.9. Dauer der Arbeitslosigkeit



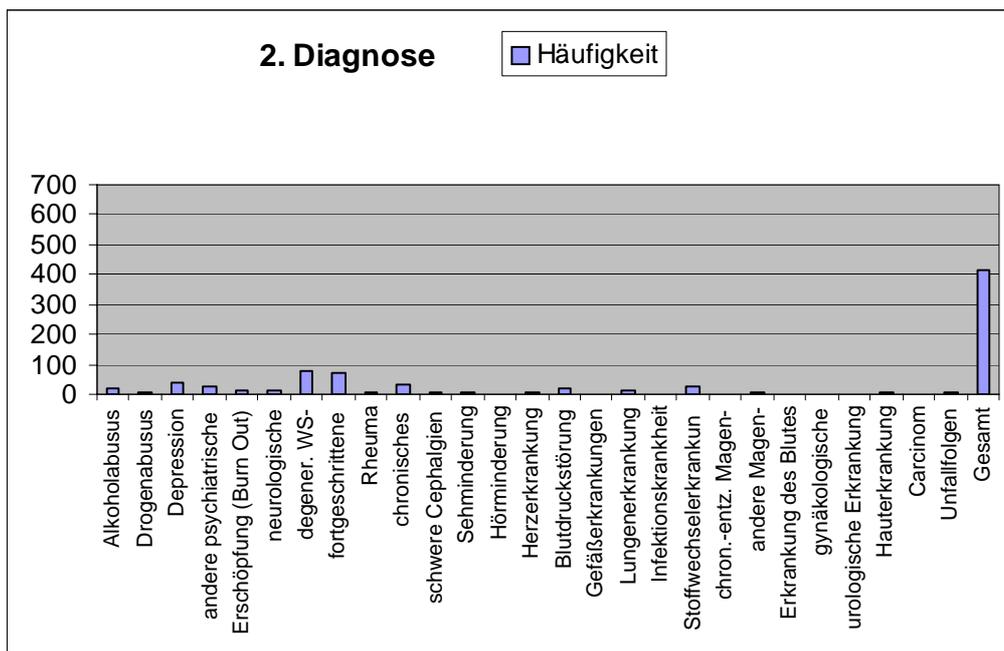
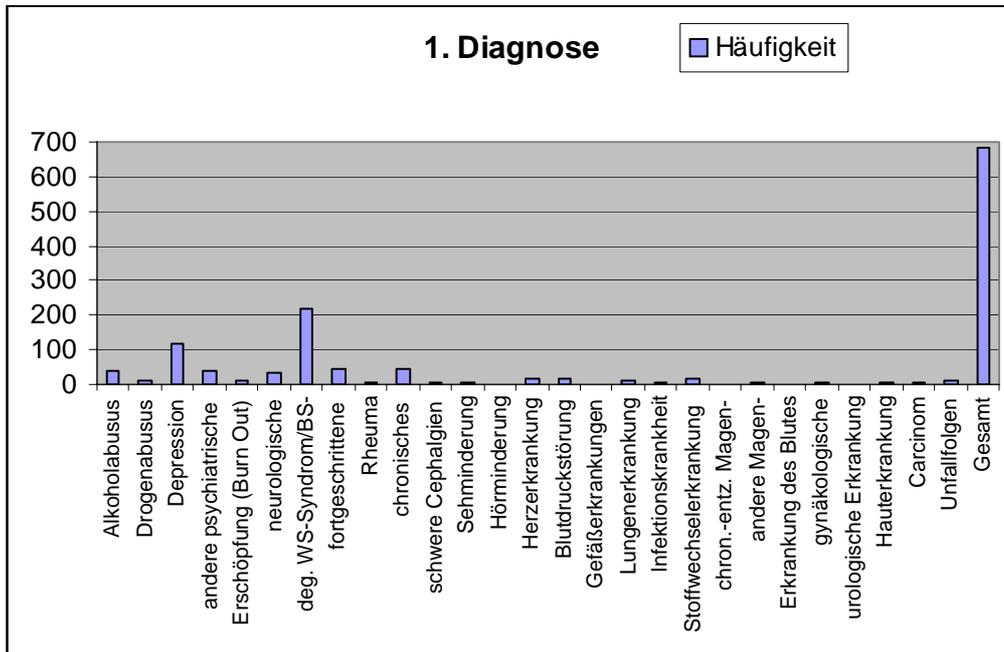
### c) Ermittelte Diagnosen

Bei der Begutachtung wurden die erste und zweite Diagnose statistisch erfasst und die Erwerbsfähigkeit kategorisiert. Es ergab sich folgendes Ergebnis:

Tab. 5.2.10. Begutachtete SGB II-Empfänger im Landkreis Peine nach Diagnosegruppen, 2008

Diagnose	1. Diagn.		2. Diagn.	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Alkoholabusus	41	6,00%	17	4,10%
Drogenabusus	10	1,50%	5	1,20%
Depression	120	17,50%	40	9,70%
andere psychiatrische Erkrankung	37	5,40%	29	7,00%
Erschöpfung (Burn Out)	11	1,60%	11	2,70%
neurologische Erkrankung	35	5,10%	16	3,90%
deg. WS-Syndrom/BS-Vorfall	216	31,50%	79	19,10%
fortgeschrittene Arthrose	43	6,30%	69	16,70%
Rheuma	8	1,20%	5	1,20%
chronisches Schmerzsyndrom	47	6,90%	31	7,50%
schwere Cephalgien	8	1,20%	6	1,50%
Sehminderung	7	1,00%	4	1,00%
Hörminderung	1	0,10%	3	0,70%
Herzerkrankung	16	2,30%	9	2,20%
Blutdruckstörung	16	2,30%	21	5,10%
Gefäßerkrankungen (AVK/CVI)	1	0,10%	0	0,00%
Lungenerkrankung	12	1,70%	15	3,60%
Infektionskrankheit	3	0,40%	3	0,70%
Stoffwechselerkrankung	19	2,80%	26	6,30%
chron.-entz. Magen-/Darmerk.	2	0,30%	0	0,00%
andere Magen-/Darmerkrankung	3	0,40%	5	1,20%
Erkrankung des Blutes	1	0,10%	2	0,50%
gynäkologische Erkrankung	3	0,40%	0	0,00%
urologische Erkrankung	0	0,00%	2	0,50%
Hauterkrankung	6	0,90%	5	1,20%
Carcinom	7	1,00%	1	0,20%
Unfallfolgen	13	1,90%	9	2,20%
Gesamt	686	100,00%	413	100,00%

Abb. 5.2.10. zu Tab. 5.2.10. Diagnosegruppen



Sowohl bei der ersten als auch bei der zweiten Diagnose kamen degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule (Wirbelsäulenverschleiß) am häufigsten vor. Bei der ersten Diagnose betrug deren Anteil 31,50% und bei der zweiten Diagnose 19,10%. Bei der ersten Diagnose folgten Erkrankungen an Depressionen (17,50 %) das chronische

Schmerzsyndrom (6,90%), die fortgeschrittene Arthrose (Gelenkverschleiß, 6,30%) und der Alkoholmissbrauch ( 6,00%). Bei der zweiten Diagnose folgten die fortgeschrittene Arthrose (16,70%), die Depression (9,00%), das chronische Schmerzsyndrom (7,50%), andere psychische Erkrankungen wie z.B. Angststörungen (7,00%) und Stoffwechselerkrankungen (insbesondere Diabetes mellitus d.h. Zuckerkrankheit, 6,30%).

In bezug auf die weiteren Diagnosen fielen eine Häufung von Erschöpfungssyndromen bei Frauen (2,9 % der Frauen und 0,7% der Männer waren erkrankt) und von Herzerkrankungen bei Männern auf (3,40% der Männer und 0,70% der Frauen waren betroffen).

#### d) Festgestellte Erwerbsfähigkeit

Schaut man sich die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit an, so finden sich bei 3,6% der Kunden keine Einschränkungen, wobei es sich überwiegend um Eignungsuntersuchungen für weitere berufliche Qualifizierungen handelte. Ein gutes Viertel  $\frac{1}{4}$  (31,0%) hatte leichte Einschränkungen, ein Viertel (25,0%) starke Einschränkungen in der Erwerbsfähigkeit und ein knappes Viertel (22,7%) war vorübergehend nicht erwerbsfähig. Bei 11,8% der Kunden wurde eine dauerhafte volle Erwerbsminderung festgestellt und eine Berentung empfohlen.

Tab. 5.2.11. Begutachtete SGB II-Empfänger im Landkreis Peine nach Status der Erwerbsfähigkeit, 2008

Status der Erwerbsfähigkeit (EW)	Häufigkeit	Prozent
Erwerb. o. Einschränkung	25	3,60%
Erwerb., leichte Einschränkung	213	31,00%
Erwerb., starke Einschränkung	172	25,00%
Erwerb. nur in Teilzeit	41	6,00%
keine Erwerb., vorübergehend	156	22,70%
keine Erwerb., dauerhaft	81	11,80%
Gesamt	688	100,00%

### 5.3. Analyse der Diagnosegruppen

#### a) Analyse der Diagnosegruppen

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden im Folgenden nur drei häufige Erstdiagnosen umfassend dargestellt. Es handelt sich dabei um:

- degenerative Wirbelsäulenveränderungen/Bandscheibenvorfall
- Depression

- Alkoholkonsum

Die ebenfalls häufigen Diagnosen fortgeschrittene Arthrose und chronisches Schmerzsyndrom zeigten oft ähnliche Auffälligkeiten wie die degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen und werden daher nicht extra aufgeführt. Wenn sich in den Analysen aber bei anderen Diagnosen Besonderheiten ergaben, so werden diese ergänzend zu den drei genannten Diagnosen dargestellt.

### b) Geschlechtsbezogene Diagnoseanalyse

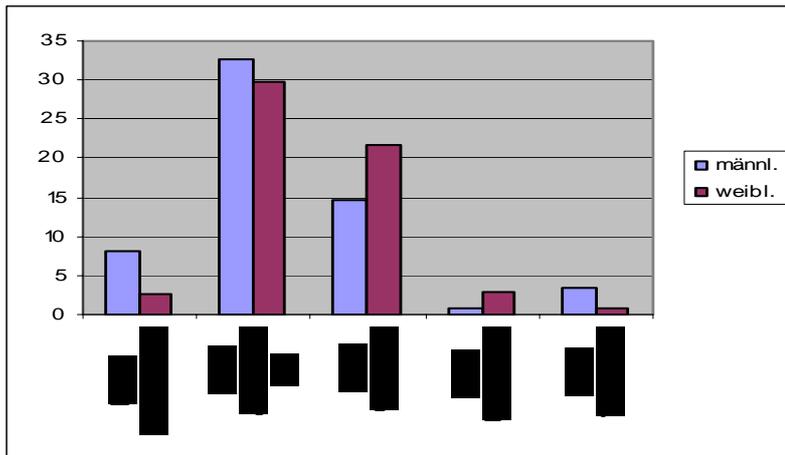
Bei der Analyse der beispielhaft dargestellten Diagnosen fand sich ein höherer Anteil an Alkoholproblemen bei Männern (8,2%) als bei Frauen (2,6%). Der Anteil an Depressionen ist dagegen bei Frauen (21,7%) höher als bei den Männern (14,7%). Verschleißerkrankungen der Wirbelsäule kommen etwa gleich häufig vor (bei 32,6% der Männer und 29,8% der Frauen).

In Bezug auf die weiteren Diagnosen fielen eine Häufung von Erschöpfungssyndromen bei Frauen (2,9% der Frauen und 0,7% der Männer waren erkrankt) und von Herzerkrankungen bei Männern auf (3,4% der Männer und 0,7% der Frauen waren betroffen).

Tab. 5.3.1. Diagnosen begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine nach Geschlecht, 2008

1. Diagnose	männlich	weiblich	Gesamt
<b>Alkoholabusus</b>	34	7	41
Tabellenzeile %	82,9	17,1	100
Tabellenspalte %	8,2	2,6	6
<b>WS-Syndrom/BSV</b>	135	81	216
Tabellenzeile %	62,5	37,5	100
Tabellenspalte %	32,6	29,8	31,5
<b>Depression</b>	61	59	120
Tabellenzeile %	50,8	49,2	100
Tabellenspalte %	14,7	21,7	17,5
<b>Erschöpfung</b>	3	8	11
Tabellenzeile %	27,3	72,7	100
Tabellenspalte %	0,7	2,9	1,6
<b>Herzerkrankung</b>	14	2	16
Tabellenzeile %	87,5	12,5	100
Tabellenspalte %	3,4	0,7	2,3
<b>Gesamt</b>	414	272	686
Tabellenzeile %	60,3	39,7	100
Tabellenspalte %	100	100	100

Abb. 5.3.1. zu Tab. 5.3.1 Diagnosen nach Geschlecht (Col % = Tabellenspalte %)



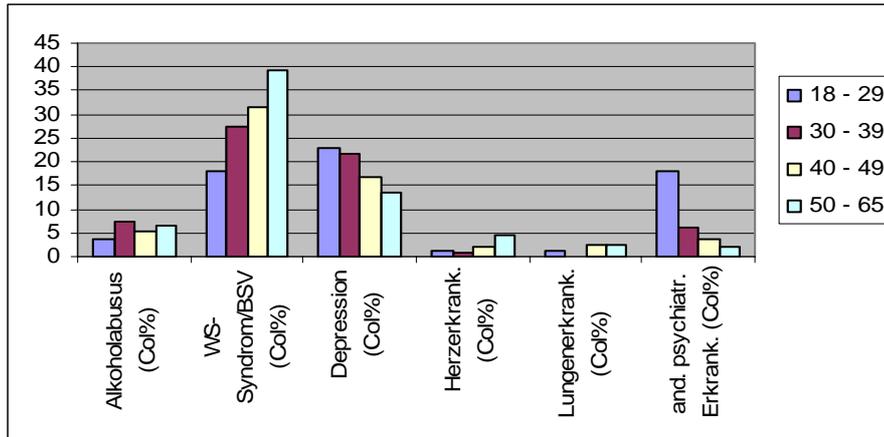
### c) Altersbezogene Diagnoseanalyse

Ein besonders hoher Anteil an Verschleißerkrankungen der Wirbelsäule fand sich bei den über 50 Jährigen (siehe unten). Die Depressionen nahmen Prozentual mit zunehmendem Alter eher ab. Die Rate an Alkoholproblemen in bezug auf das Alter schwankt. Bei den Herzerkrankungen und Lungenerkrankungen fand sich eine Erkrankungszunahme mit zunehmendem Alter. Ein besonders hoher Anteil an psychiatrischen Erkrankungen (Schizophrenie, Angststörungen usw.) findet sich bei den jüngeren Patienten.

Tab. 5.3.2. Diagnosen begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine nach Altersgruppen, 2008

1. Diagnose	18 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 65	Gesamt
<b>Alkoholabusus</b>	3	11	13	14	41
Tabellenzeile %	7,3	26,8	31,7	34,1	100
Tabellenspalte %	3,6	7,4	5,3	6,7	6
<b>WS-Syndrom/BSV</b>	15	41	78	82	216
Tabellenzeile %	6,9	19	36,1	38	100
Tabellenspalte %	18,1	27,5	31,7	39,4	31,5
<b>Depression</b>	19	32	41	28	120
Tabellenzeile %	15,8	26,7	34,2	23,3	100
Tabellenspalte %	22,9	21,5	16,7	13,5	17,5
<b>Herzerkrankung</b>	1	1	5	9	16
Tabellenzeile %	6,3	6,3	31,3	56,3	100
Tabellenspalte %	1,2	0,7	2	4,3	2,3
<b>Lungenerkrankung</b>	1	0	6	5	12
Tabellenzeile %	8,3	0	50	41,7	100
Tabellenspalte %	1,2	0	2,4	2,4	1,7
<b>and. psychiatr. Erkr.</b>	15	9	9	4	37
Tabellenzeile %	40,5	24,3	24,3	10,8	100
Tabellenspalte %	18,1	6	3,7	1,9	5,4
<b>Gesamt</b>	83	149	246	208	686
Tabellenzeile %	12,1	21,7	35,9	30,3	100
Tabellenspalte %	100	100	100	100	100

Abb. 5.3.2. zu Tab. 5.3.2. Diagnosen nach Altersgruppen (Col % = Tabellenspalte %)



#### d) Familienstandsbezogene Diagnoseanalyse

Eine erhöhte Rate lediger Personen fand sich beim Alkoholabusus, bei anderen psychiatrischen Erkrankungen und neurologischen Erkrankungen. Eine erhöhte Rate an geschiedenen bzw. getrennt lebenden Personen fand sich beim Alkoholabusus und beim chronischen Erschöpfungssyndrom. Bei den Depressionen fanden sich annähernd gleich viele ledige, verheiratete und geschiedene Personen.

Tab. 5.3.3. Diagnosen begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine nach Familienstand, 2008

1. Diagnose	ledig	gesch./getr.	verh./Partn.	Gesamt
<b>Alkoholabusus</b>	24	14	3	41
Tabellenzeile %	58,5	34,1	7,3	100
Tabellenspalte %	9,4	6,8	1,3	6
<b>WS-Syndrom/BSV</b>	66	70	80	216
Tabellenzeile %	30,6	32,4	37	100
Tabellenspalte %	26	33,8	35,6	31,5
<b>Depression</b>	48	37	35	120
Tabellenzeile %	40	30,8	29,2	100
Tabellenspalte %	18,9	17,9	15,6	17,5
<b>and. psychiatr. Erkr.</b>	23	5	9	37
Tabellenzeile %	62,2	13,5	24,3	100
Tabellenspalte %	9,1	2,4	4	5,4
<b>Erschöpfung</b>	2	6	3	11
Tabellenzeile %	18,2	54,5	27,3	100
Tabellenspalte %	0,8	2,9	1,3	1,6
<b>neurol. Erkrankung</b>	17	7	11	35
Tabellenzeile %	48,6	20	31,4	100
Tabellenspalte %	6,7	3,4	4,9	5,1
<b>Gesamt</b>	254	207	225	686
Tabellenzeile %	37	30,2	32,8	100
Tabellenspalte %	100	100	100	100

#### **e) Diagnoseanalyse in Bezug auf die Anzahl der Kinder**

Ein großer Teil der Personen mit Alkoholproblemen (58,5%), psychiatrischen (67,6%) und neurologischen Erkrankungen (48,6%) hat keine Kinder. Eine besondere Häufung von bestimmten Erkrankungen bei Menschen mit 1 bis 2, 3 bis 4 oder mehr als vier Kindern ließ sich nicht feststellen.

#### **f) Wohngebietsbezogene Diagnoseanalyse**

Es leben mehr Menschen mit Alkoholproblemen in der Stadt (7,7%) als auf dem Land (3,5%). Bei den Herzerkrankungen fand sich ein erhöhter Anteil an erkrankten Personen auf dem Land (3,5% zu 1,5% in der Stadt).

#### **g) Diagnoseanalyse in Bezug auf die Nationalität und den Migrationshintergrund**

Alkoholranke fanden sich nur bei den Deutschen. 7,9% dieser alkoholkranken Deutschen hatten einen Migrationshintergrund. Auch psychiatrische Erkrankungen gab es bei den Ausländern so gut wie gar nicht, aber bei Deutschen mit Migrationshintergrund. Depressionen, Wirbelsäulensyndrome und Gelenkverschleiß lagen in etwa in der gleichen Größenordnung wie bei Deutschen. Die Rate an Lungenerkrankungen, neurologischen Erkrankungen (z.B. Kinderlähmung), Stoffwechselerkrankungen (Zuckerkrankheit) und Unfallfolgen war bei den Ausländern eher erhöht. Auch bei den Deutschen mit Migrationshintergrund fand sich eine erhöhte Rate an Stoffwechselerkrankungen. Eine genauere Analyse ist aufgrund der geringen Fallzahlen bei den Ausländern (8 aus dem europäischen Ausland, 31 Türken, 19 aus dem sonstigen Ausland und 1 mit unbekannter Nationalität) nicht möglich.

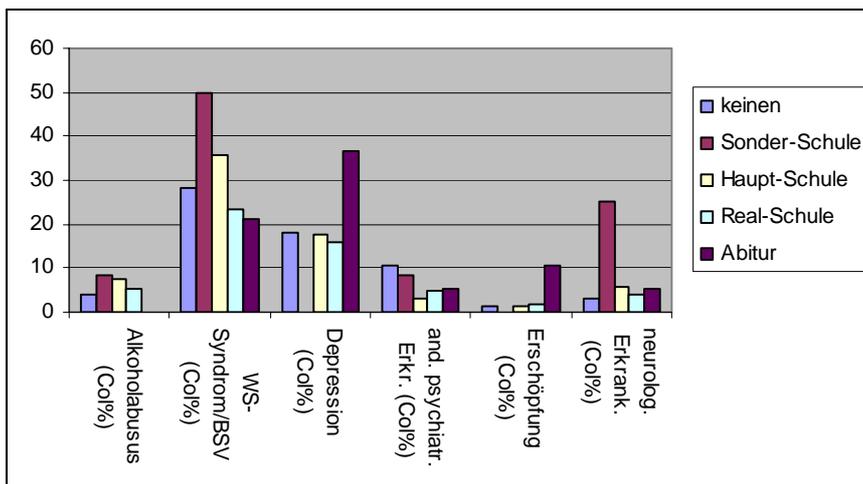
#### **h) Schulabschlussbezogene Diagnoseanalyse**

Bei der Analyse der Diagnosen bezogen auf den Schulabschluss fallen hohe Raten an Wirbelsäulenschädigungen bzw. Bandscheibenvorfällen (50%) und an neurologischen Erkrankungen (25%) bei den Sonderschulabsolventen auf. Bei den Abiturienten lassen sich vermehrt Depressionen (36,8%) und Erschöpfungssyndrome (10,5%) feststellen. 10,4% der Menschen ohne Schulabschluss leiden an anderen psychiatrischen Erkrankungen (Angststörungen usw.). Anders ausgedrückt hat somit knapp die Hälfte der an anderen psychiatrischen Erkrankungen leidenden Menschen keinen Schulabschluss (48,6%).

Tab. 5.3.4. Diagnosen begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine nach Schulabschluss, 2008

1. Diagnose	keinen	Sonder- schule	Haupt- schule	Real- schule	Abitur	Gesamt
<b>Alkoholabusus</b>	7	1	26	7	0	41
Tabellenzeile %	17,1	2,4	63,4	17,1	0	100
Tabellenspalte %	4	8,3	7,3	5,5	0	6
<b>WS-Syndrom/BSV</b>	49	6	127	30	4	216
Tabellenzeile %	22,7	2,8	58,8	13,9	1,9	100
Tabellenspalte %	28,3	50	35,8	23,6	21,1	31,5
<b>Depression</b>	31	0	62	20	7	120
Tabellenzeile %	25,8	0	51,7	16,7	5,8	100
Tabellenspalte %	17,9	0	17,5	15,7	36,8	17,5
<b>and. psychiatr. Erkr.</b>	18	1	11	6	1	37
Tabellenzeile %	48,6	2,7	29,7	16,2	2,7	100
Tabellenspalte %	10,4	8,3	3,1	4,7	5,3	5,4
<b>Erschöpfung</b>	2	0	5	2	2	11
Tabellenzeile %	18,2	0	45,5	18,2	18,2	100
Tabellenspalte %	1,2	0	1,4	1,6	10,5	1,6
<b>neurolog. Erkrank.</b>	5	3	21	5	1	35
Tabellenzeile %	14,3	8,6	60	14,3	2,9	100
Tabellenspalte %	2,9	25	5,9	3,9	5,3	5,1
<b>Gesamt</b>	173	12	355	127	19	686
Tabellenzeile %	25,2	1,7	51,7	18,5	2,8	100
Tabellenspalte %	100	100	100	100	100	100

Abb. 5.3.4. zu Tab. 5.3.4. Diagnoseanalyse in Bezug auf den Schulabschluss (Col % = Tabellenspalte %)



### i) Diagnoseanalyse in Bezug auf den beruflichen Bildungsgrad

Es wurde jeweils nur 1 Person mit einer Ausbildung zum Meister bzw. einem abgeschlossenen Studium untersucht. Die Aussagekraft dieser Beurteilung ist daher begrenzt. Auffällig ist die hohe Rate fehlender Berufsausbildung (70,3%) bei Menschen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen (Angststörungen usw.). Unter den Menschen, bei denen andere Krankheiten diagnostiziert wurden, überwog der Anteil derjenigen, die eine Ausbildung vorweisen konnten.

Tab. 5.3.5. Diagnosen begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine nach beruflichem Bildungsgrad, 2008

1. Diagnose	keinen	Ausbildung	Meister	Studium	Gesamt
<b>Alkoholabusus</b>	14	27	0	0	41
Tabellenzeile %	34,1	65,9	0	0	100
Tabellenspalte %	4,5	7,3	0	0	6
<b>WS-Syndrom/BSV</b>	97	118	1	0	216
Tabellenzeile %	44,9	54,6	0,5	0	100
Tabellenspalte %	30,9	31,9	100	0	31,5
<b>Depression</b>	54	66	0	0	120
Tabellenzeile %	45	55	0	0	100
Tabellenspalte %	17,2	17,8	0	0	17,5
<b>and. psychiatr. Erkr.</b>	26	11	0	0	37
Tabellenzeile %	70,3	29,7	0	0	100
Tabellenspalte %	8,3	3	0	0	5,4
<b>Drogenabusus</b>	4	6	0	0	10
Tabellenzeile %	40	60	0	0	100
Tabellenspalte %	1,3	1,6	0	0	1,5
<b>Erschöpfung</b>	3	7	0	1	11
Tabellenzeile %	27,3	63,6	0	9,1	100
Tabellenspalte %	1	1,9	0	100	1,6
<b>Gesamt</b>	314	370	1	1	686
Tabellenzeile %	45,8	53,9	0,1	0,1	100
Tabellenspalte %	100	100	100	100	100

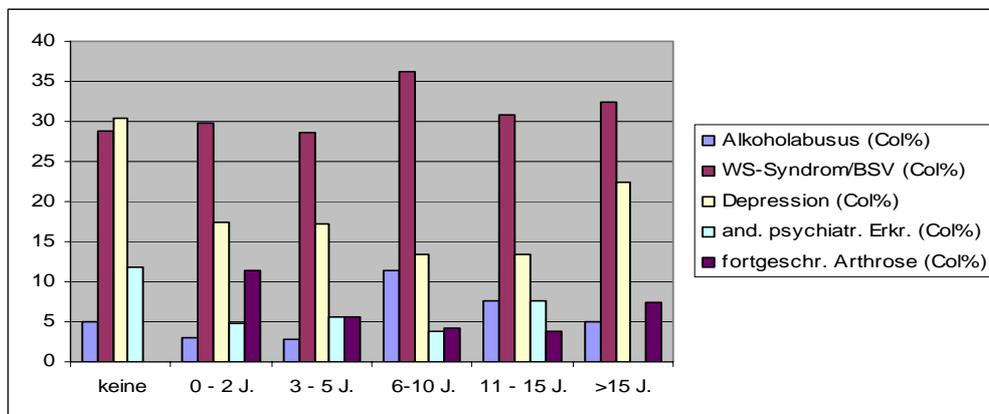
### j) Diagnoseanalyse in Bezug auf die Dauer der Arbeitslosigkeit

Hier ergab sich eine relativ gleichmäßige Verteilung von Verschleißerkrankungen (Wirbelsäulensyndrom bzw. Bandscheibenvorfall) auf die Gruppen mit unterschiedlich langer Dauer der Arbeitslosigkeit. Beim Alkoholabusus fand sich eine Häufung bei Menschen mit 6-10 jähriger Arbeitslosigkeit (11,4%). Die fortgeschrittene Arthrose ging besonders häufig mit einer Arbeitslosendauer von 0-2 Jahren einher (11,4%). Die Hauptdiagnosen Depression und andere psychiatrische Erkrankungen (Angststörungen usw.) gingen mit einer hohen Rate an Menschen in einem Beschäftigungsverhältnis einher (30,5% bei Depressionen und 11,9% bei anderen psychiatrischen Erkrankungen).

Tab. 5.3.6. Diagnosen begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine nach Dauer der Arbeitslosigkeit in Jahren, 2008

1. Diagnose	keine	0 - 2 J.	3 - 5 J.	6-10 J.	11 - 15 J.	>15 J.	Gesamt
<b>Alkoholabusus</b>	3	5	5	21	4	2	40
Tabellenzeile %	7,5	12,5	12,5	52,5	10	5	100
Tabellenspalte %	5,1	3	2,9	11,4	7,7	5	5,9
<b>WS-Syndrom/BSV</b>	17	50	50	67	16	13	213
Tabellezeile %	8	23,5	23,5	31,5	7,5	6,1	100
Tabellenspalte %	28,8	29,9	28,7	36,2	30,8	32,5	31,5
<b>Depression</b>	18	29	30	25	7	9	118
Tabellenzeile %	15,3	24,6	25,4	21,2	5,9	7,6	100
Tabellenspalte %	30,5	17,4	17,2	13,5	13,5	22,5	17,4
<b>and. psychiatr. Erkr.</b>	7	8	10	7	4	0	36
Tabellenzeile %	19,4	22,2	27,8	19,4	11,1	0	100
Tabellenspalte %	11,9	4,8	5,7	3,8	7,7	0	5,3
<b>fortgeschr. Arthrose</b>	0	19	10	8	2	3	42
Tabellenzeile %	0	45,2	23,8	19	4,8	7,1	100
Tabellenspalte %	0	11,4	5,7	4,3	3,8	7,5	6,2
<b>Gesamt</b>	59	167	174	185	52	40	677
Tabellenzeile %	8,7	24,7	25,7	27,3	7,7	5,9	100
Tabellenspalte %	100	100	100	100	100	100	100

Abb. 5.3.6. zu Tab. 5.3.6. Diagnosen in Bezug auf Dauer der Arbeitslosigkeit (Col% = Tabellenspalte%)



### j) Diagnoseanalyse in Bezug auf Fördermaßnahmen

Zum Teil zeigte sich eine relativ gleichmäßige Verteilung der einzelnen Kategorien an Maßnahmen wie z.B. bei der Depression. Zum Teil fanden sich Häufungen in einzelnen Unterkategorien, wie z.B. beim Alkoholabusus, wo es Häufungen bei 2 und >4 Maßnahmen gab. Eine eindeutige Tendenz ließ sich hier nicht ableiten, wahrscheinlich weil es sich überwiegend um Individualentscheidungen handelt.

### I) Diagnoseanalyse in Bezug auf den Grad der festgestellten Erwerbsfähigkeit

Hier zeigten sich sehr unterschiedliche Ausprägungen der Erkrankungen. Bei den degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen fanden sich viele Menschen mit leichten bzw. starken Einschränkungen in der Erwerbsfähigkeit. Bei den anderen psychiatrischen Erkrankungen (Angststörungen usw.) und dem chronischen Schmerzsyndrom zeigte sich eine hohe Quote an Menschen mit vorübergehend fehlender Erwerbsfähigkeit. Die neurologischen Erkrankungen wiesen eine hohe Rate von Menschen mit dauerhafter voller Erwerbsminderung auf. Beim Alkoholabusus fanden sich etliche Menschen mit leichten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, aber auch etliche mit vorübergehend oder dauerhaft fehlender Erwerbsfähigkeit.

Tab. 5.3.7. Diagnosen begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine nach Grad der festgestellter Erwerbsfähigkeit, 2008

1. Diagnose	Erwerb- f. ohne Einschr.	Erwerb- f. leichte Einschr.	Erwerb- f. stark Einschr.	Erwerb- f. nur in Teilzeit	keine Erwerb- f. vorü- berg.	keine Erwerb- f. dauer- haft	Gesamt
<b>Alkoholabusus</b>	3	11	5	4	10	8	41
Tabellenzeile %	7,3	26,8	12,2	9,8	24,4	19,5	100
Tabellenspalte %	12,5	5,2	2,9	9,8	6,4	10	6
<b>WS-Syndrom/BSV</b>	5	83	86	10	21	11	216
Tabellenzeile %	2,3	38,4	39,8	4,6	9,7	5,1	100
Tabellenspalte %	20,8	39	50	24,4	13,5	13,8	31,5
<b>Depression</b>	5	45	5	7	41	17	120
Tabellenzeile %	4,2	37,5	4,2	5,8	34,2	14,2	100
Tabellenspalte %	20,8	21,1	2,9	17,1	26,3	21,3	17,5
<b>and. psychiatr. Erkr.</b>	0	6	2	3	20	6	37
Tabellenzeile %	0	16,2	5,4	8,1	54,1	16,2	100
Tabellenspalte %	0	2,8	1,2	7,3	12,8	7,5	5,4
<b>chron. Schmerz- syndrom</b>	0	11	13	3	17	3	47
Tabellenzeile %	0	23,4	27,7	6,4	36,2	6,4	100
Tabellenspalte %	0	5,2	7,6	7,3	10,9	3,8	6,9
<b>neurolog. Er- krank.</b>	1	7	8	1	4	14	35
Tabellenzeile %	2,9	20	22,9	2,9	11,4	40	100
Tabellenspalte %	4,2	3,3	4,7	2,4	2,6	17,5	5,1
<b>Gesamt</b>	24	213	172	41	156	80	686
Tabellenzeile %	3,5	31	25,1	6	22,7	11,7	100
Tabellenspalte %	100	100	100	100	100	100	100

### m) Diskussion der Diagnoseanalyse

Verschleißerscheinungen am Muskel- und Skelettsystem des Körper (Wirbelsäulensyndrom, Arthrose) nehmen im Laufe des Lebens zu, daher war eine steigende Rate von Betroffenen mit zunehmendem Alter zu erwarten. Bei den begutachteten Kunden handelt es sich darüber hinaus überwiegend um Personen mit geringerer Schulbildung und fehlender bzw. einfacher Berufsausbildung ohne höhere Qualifikationen. Diese Menschen sind im Berufsleben häufig körperlich stark gefordert. Hohe körperliche Belastungen über Jahre gehen in der Folge mit einer erhöhten Rate an Wirbelsäulenerkrankungen, Gelenkverschleiß (Arthrose) und chronischen Schmerzsyndromen einher. Oft liegt zusätzlich bei den Betroffenen noch ein erhöhtes Körpergewicht vor, welches einen zusätzlichen ungünstigen Einfluss auf die Verschleißerscheinungen hat.

Bei Menschen mit höherer Bildung und somit vermehrt geistiger Arbeitsbelastung/Stress finden sich dagegen häufiger Depressionen und Erschöpfungssyndrome.

Frauen reagieren insgesamt bei erheblichen psychischen Belastungen vermehrt mit Depressionen, Männer häufiger mit erhöhtem Alkoholkonsum. Als Belastungsfaktoren sind hier insbesondere Scheidungen/Trennungen und Doppelbelastungen durch Berufstätigkeit und Haushalt/Kindererziehung anzusehen. Aber auch die Arbeitslosigkeit selber führt häufig zu erheblichen psychischen Belastungen. In Bezug auf die Personen mit Doppelbelastungen ist die gegenwärtige Entwicklung mit dem vermehrten Ausbau von Schulen zu Ganztagschulen sicher eine wichtige Unterstützung.

Die höhere Rate an Herz- und Lungenerkrankungen mit zunehmendem Alter lässt sich häufig durch langjähriges Rauchen erklären. Bei den Herzerkrankungen spielen zusätzlich eine ungesunde Ernährung und mangelnde körperliche Bewegung mit hinein.

Psychiatrische Erkrankungen betreffen häufig jüngere Menschen. Wohl aufgrund unzureichender Behandlung (evt. bei geringer Krankheitseinsicht) führen sie zu einer höheren Rate von Menschen mit fehlendem Schulabschluss und fehlender Berufsausbildung und zu einer erhöhten Rate vorübergehender voller Erwerbsminderung. Hier sollten niedrigschwellige Hilfsangebote vermehrt zugänglich gemacht werden, um die Therapierate und damit die psychische Belastbarkeit frühzeitig zu erhöhen. Damit dürfte sich die Chance auf einen Schulabschluss, eine Berufsausbildung und den Erwerb eines Arbeitsplatzes erheblich erhöhen.

Degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule führen häufig zu Einschränkungen in der Erwerbsfähigkeit, aber erst in fortgeschrittenem Stadium zum Ausscheiden aus dem Erwerbsprozess. Langfristig dürften sich Verbesserungen in dieser Entwicklung durch die inzwischen eingeführten Arbeitsschutzbestimmungen feststellen lassen. Möglicherweise

werden diese aber durch die zunehmende Adipositas (Übergewicht) in der Bevölkerung mit ihren negativen Auswirkungen auf das Skelettsystem wieder zunichte gemacht.

Neurologische Erkrankungen beeinträchtigen die langfristige Erwerbsfähigkeit oft schon erheblich früher. Hierbei handelt es sich aber oft um gravierende Schäden (Folgen von Infektionen mit Kinderlähmung, Multiple Sklerose mit zunehmenden Einschränkungen), die nur teilweise beeinflussbar sind.

In Hinblick auf die Dauer der bisherigen Arbeitslosigkeit fanden sich fortgeschrittene Gelenkerkrankungen häufig bei erst kurz arbeitslosen Kunden (0-2 J.). Ohne Behandlung werden diese Betroffenen wahrscheinlich rasch aus dem Erwerbsprozess ausscheiden. Nach erfolgreicher Operation werden sie aber belastbar und wieder ins Erwerbsleben eingegliedert.

Bei den an Depressionen erkrankten Menschen waren immerhin knapp ein Drittel noch beschäftigt. Hier dürfte der phasenhafte Verlauf der Erkrankung mit guten und schlechteren Phasen eine Rolle spielen. Die Rate an depressiven Personen nimmt mit höherem Lebensalter ab. Chronisch depressive Menschen sind in höherem Alter wahrscheinlich schon aus dem Prozess der Arbeitsvermittlung ausgeschieden und die leichter betroffenen durch geeignete Therapien in den Arbeitsprozess zurückgeführt worden. Eine frühzeitige Behandlung der Depression ist unbedingt erforderlich, um eine Chronifizierung und damit langfristig ein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern.

## **5.4. Erwerbsfähigkeitsanalyse**

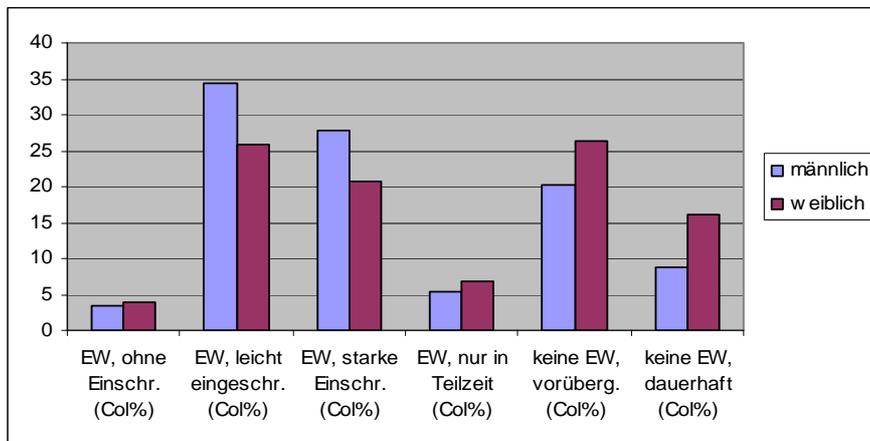
### **a) Geschlechtsbezogene Erwerbsfähigkeitsanalyse**

Mehr Männer als Frauen sind erwerbsfähig mit leichten (34,3% der Männer zu 25,9% der Frauen) bzw. starken Einschränkungen (27,8% der Männer zu 20,8% der Frauen). Bei den Frauen findet sich ein höherer Anteil an vorübergehender (26,3% der Frauen zu 20,3% der Männer) bzw. dauerhaft fehlender Erwerbsfähigkeit (16,1% der Frauen zu 8,9% der Männer).

Tab. 5.4.1. Grad der festgestellten Erwerbsfähigkeit begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine nach Geschlecht, 2008

Status d. Erwerb.	männlich	weiblich	Gesamt
<b>Erwerb. ohne Einschränkung</b>	14	11	25
Tabellenzeile %	56	44	100
Tabellenspalte %	3,4	4	3,6
<b>Erwerb. leicht eingeschränkt</b>	142	71	213
Tabellenzeile %	66,7	33,3	100
Tabellenspalte %	34,3	25,9	31
<b>Erwerb. starke Einschränkung</b>	115	57	172
Tabellenzeile %	66,9	33,1	100
Tabellenspalte %	27,8	20,8	25
<b>Erwerb. nur Teilzeit</b>	22	19	41
Tabellenzeile %	53,7	46,3	100
Tabellenspalte %	5,3	6,9	6
<b>keine Erwerb. vorüberg.</b>	84	72	156
Tabellenzeile %	53,8	46,2	100
Tabellenspalte %	20,3	26,3	22,7
<b>keine Erwerb. dauerhaft</b>	37	44	81
Tabellenzeile %	45,7	54,3	100
Tabellenspalte %	8,9	16,1	11,8
<b>Gesamt</b>	414	274	688
Tabellenzeile %	60,2	39,8	100
Tabellenspalte %	100	100	100

Abb. 5.4.1. zu Tab. 5.4.1. Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht (Col% \_ Tabellenspalte %, EW = Erwerbsfähigkeit)



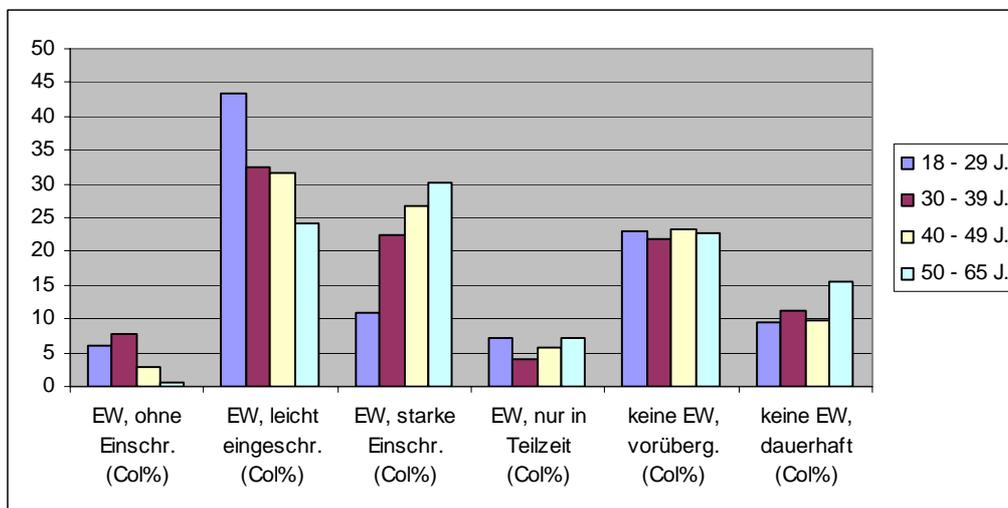
## b) Altersbezogene Erwerbsfähigkeitsanalyse

Hier lässt sich eine Abnahme der Quote an Menschen ohne bzw. mit leichten Einschränkungen mit zunehmendem Alter erkennen und im Gegenzug dazu eine Zunahme der Personen mit starken Einschränkungen in der Erwerbsfähigkeit und dauerhaft fehlender Erwerbsfähigkeit. Die Rate an Menschen mit vorübergehend fehlender Erwerbsfähigkeit bzw. mit Erwerbsfähigkeit in Teilzeit ist über die Altersklassen gleichmäßig verteilt.

Tab. 5.4.2. Grad der festgestellten Erwerbsfähigkeit begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine nach Altersgruppen, 2008

Status d. Erwerb.	18 - 29 J.	30 - 39 J.	40 - 49 J.	50 - 65 J.	Gesamt
<b>Erwerb. ohne Einschränkung</b>	5	12	7	1	25
Tabellenzeile %	20	48	28	4	100
Tabellenspalte %	6	7,9	2,8	0,5	3,6
<b>Erwerb. leicht eingeschränkt</b>	36	49	78	50	213
Tabellenzeile %	16,9	23	36,6	23,5	100
Tabellenspalte %	43,4	32,5	31,7	24	31
<b>Erwerb. starke Einschränkung</b>	9	34	66	63	172
Tabellenzeile %	5,2	19,8	38,4	36,6	100
Tabellenspalte %	10,8	22,5	26,8	30,3	25
<b>Erwerb. nur Teilzeit</b>	6	6	14	15	41
Tabellenzeile %	14,6	14,6	34,1	36,6	100
Tabellenspalte %	7,2	4	5,7	7,2	6
<b>keine Erwerb. vorüberg.</b>	19	33	57	47	156
Tabellenzeile %	12,2	21,2	36,5	30,1	100
Tabellenspalte %	22,9	21,9	23,2	22,6	22,7
<b>keine EW, dauerhaft</b>	8	17	24	32	81
Tabellenzeile %	9,9	21	29,6	39,5	100
Tabellenspalte %	9,6	11,3	9,8	15,4	11,8
<b>Gesamt</b>	83	151	246	208	688
Tabellenzeile %	12,1	21,9	35,8	30,2	100
Tabellenspalte %	100	100	100	100	100

Abb. 5.4.2. zu Tab. 5.4.2. Erwerbsfähigkeit nach Altersgruppen (Col% = Tabellenspalte %)



### c) Familienstandbezogene Erwerbsfähigkeitsanalyse

Hier ergaben sich keine Besonderheiten.

#### d) Analyse der Erwerbsfähigkeit in Bezug auf die Anzahl der Kinder

Bei dieser Analyse ergab sich eine Abnahme an Menschen ohne Einschränkungen mit zunehmender Kinderzahl (von 4,9% auf 0,0%) und im Gegenzug eine Zunahme an Menschen mit dauerhaft fehlender Erwerbsfähigkeit bei zunehmender Kinderzahl (von 10,3 auf 18,2%).

Tab. 5.4.3. Grad der festgestellten Erwerbsfähigkeit begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine nach Anzahl der Kinder, 2008

Status d. Erwerb.	keine	1 od. 2 K.	3 od. 4 K.	>4 Kinder	Gesamt
<b>Erwerb., ohne Einschränkung</b>	12	9	4	0	25
Tabellenzeile %	48	36	16	0	100
Tabellenspalte %	4,9	3,4	3,1	0	3,6
<b>Erwerb. leicht eingeschränkt</b>	79	85	32	17	213
Tabellenzeile %	37,1	39,9	15	8	100
Tabellenspalte %	32,5	32,3	25,2	30,9	31
<b>Erwerb. starke Einschränkung</b>	61	69	30	12	172
Tabellenzeile %	35,5	40,1	17,4	7	100
Tabellenspalte %	25,1	26,2	23,6	21,8	25
<b>Erwerb. nur in Teilzeit</b>	14	9	15	3	41
Tabellenzeile %	34,1	22	36,6	7,3	100
Tabellenspalte %	5,8	3,4	11,8	5,5	6
<b>keine Erwerb., vorübergehend</b>	52	63	28	13	156
Tabellenzeile %	33,3	40,4	17,9	8,3	100
Tabellenspalte %	21,4	24	22	23,6	22,7
<b>keine Erwerb. dauerhaft</b>	25	28	18	10	81
Tabellenzeile %	30,9	34,6	22,2	12,3	100
Tabellenspalte %	10,3	10,6	14,2	18,2	11,8
<b>Gesamt</b>	243	263	127	55	688
Tabellenzeile %	35,3	38,2	18,5	8	100
Tabellenspalte %	100	100	100	100	100

#### e) Wohngebietsbezogene Erwerbsfähigkeitsanalyse

Auch hier fanden sich keinerlei Auffälligkeiten.

#### f) Analyse der Erwerbsfähigkeit in Bezug auf die Nationalität und den Migrationshintergrund

Tendentiell ergibt sich eine höhere Rate an dauerhafter voller Erwerbsminderung bei den Ausländern (Türkei 22,6%, sonstiges Ausland 26,3%) als bei den Deutschen (10,7%). Im sonstigen Ausland ist auch der Anteil der an stark eingeschränkter Erwerbsfähigkeit höher (42,1%) als bei den Deutschen (24,8%). Aufgrund der geringen Anzahl an untersuchten Ausländern sind die Ergebnisse zurückhaltend zu bewerten.

Tab. 5.4.4. Grad der festgestellten Erwerbsfähigkeit begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine nach Nationalität und Migrationshintergrund, 2008

Status d. Erwerb.	Deutschland	europ. Ausland	Türkei	sonst. Ausland	unbekannt	Gesamt
<b>Erwerb. ohne Einschränkung</b>	24	1	0	0	0	25
Tabellenzeile %	96	4	0	0	0	100
Tabellenspalte %	3,8	12,5	0	0	0	3,6
<b>Erwerb. leicht eingeschränkt</b>	196	3	11	3	0	213
Tabellenzeile %	92	1,4	5,2	1,4	0	100
Tabellenspalte %	31,2	37,5	35,5	15,8	0	31
<b>Erwerb. starke Einschränkung</b>	156	2	6	8	0	172
Tabellenzeile %	90,7	1,2	3,5	4,7	0	100
Tabellenspalte %	24,8	25	19,4	42,1	0	25
<b>Erwerb. nur in Teilzeit</b>	38	0	2	1	0	41
Tabellenzeile %	92,7	0	4,9	2,4	0	100
Tabellenspalte %	6	0	6,5	5,3	0	6
<b>keine Erwerb. vorüberg.</b>	148	1	5	2	0	156
Tabellenzeile %	94,9	0,6	3,2	1,3	0	100
Tabellenspalte %	23,5	12,5	16,1	10,5	0	22,7
<b>keine Erwerb. dauerhaft</b>	67	1	7	5	1	81
Tabellenzeile %	82,7	1,2	8,6	6,2	1,2	100
Tabellenspalte %	10,7	12,5	22,6	26,3	100	11,8
<b>Gesamt</b>	629	8	31	19	1	688
Tabellenzeile %	91,4	1,2	4,5	2,8	0,1	100
Tabellenspalte %	100	100	100	100	100	100

Betrachtet man die Unterteilung der Deutschen in Menschen mit Migrationshintergrund und ohne Migrationshintergrund, so stellt man eine deutlich höhere Rate an vorübergehender voller Erwerbsminderung (46,2% zu 21,3%) und eine niedrigere Rate an starken Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit (15,4% zu 25,6%) und an dauerhafter voller Erwerbsminderung (2,6% zu 12,3%) fest.

#### g) Schulabschlussbezogene Erwerbsfähigkeitsanalyse

Hier finden sich schwankende Werte ohne klare Tendenzen. Es gibt einen Ausreißer unter den Werten, das ist die hohe Quote an starken Einschränkungen (41,7%) bei den Sonderschülern.

Tab. 5.4.4. Grad der festgestellten Erwerbsfähigkeit begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine nach Schulabschluss, 2008

Status d. Erwerb.	keinen	Sonder-Schule	Haupt-Schule	Real-Schule	Abitur	Gesamt
<b>Erwerb. ohne Einschränkung</b>	1	0	16	7	1	25
Tabellenzeile %	4	0	64	28	4	100
Tabellenspalte %	0,6	0	4,5	5,5	5	3,6
<b>Erwerb. leicht eingeschränkt</b>	50	3	114	41	5	213
Tabellenzeile %	23,5	1,4	53,5	19,2	2,3	100
Tabellenspalte %	28,9	25	32	32,3	25	31
<b>Erwerb. starke Einschränkung</b>	37	5	100	25	5	172
Tabellenzeile %	21,5	2,9	58,1	14,5	2,9	100
Tabellenspalte %	21,4	41,7	28,1	19,7	25	25
<b>Erwerb. nur in Teilzeit</b>	9	0	19	12	1	41
Tabellenzeile %	22	0	46,3	29,3	2,4	100
Tabellenspalte %	5,2	0	5,3	9,4	5	6
<b>keine Erwerb., vorübergehend</b>	47	2	69	32	6	156
Tabellenzeile %	30,1	1,3	44,2	20,5	3,8	100
Tabellenspalte %	27,2	16,7	19,4	25,2	30	22,7
<b>keine Erwerb., dauerhaft</b>	29	2	38	10	2	81
Tabellenzeile %	35,8	2,5	46,9	12,3	2,5	100
Tabellenspalte %	16,8	16,7	10,7	7,9	10	11,8
<b>Gesamt</b>	173	12	356	127	20	688
Tabellenzeile %	25,1	1,7	51,7	18,5	2,9	100
Tabellenspalte %	100	100	100	100	100	100

#### h) Analyse der Erwerbsfähigkeit in Bezug auf den beruflichen Bildungsgrad

Da nur jeweils 1 Person mit einer Ausbildung zum Meister bzw. einem abgeschlossenen Studium untersucht wurde, sind die Ergebnisse nicht weiter analysierbar. Festzustellen war eine niedrigere Rate an Erwerbsfähigen ohne Einschränkungen bei den Menschen ohne Berufsausbildung (2,5%) im Vergleich zu Personen mit Berufsausbildung (4,6%). Die Rate an Personen mit dauerhafter voller Erwerbsminderung war bei Menschen ohne Berufsausbildung höher (15,2%) als bei Menschen mit Ausbildung (8,9%). Bei den Personen mit stark eingeschränkter Erwerbsfähigkeit überwiegen die Personen mit Ausbildung (29,4% zu 19,7%).

Tab. 5.4.4. Grad der festgestellten Erwerbsfähigkeit begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine nach Schulabschluss, 2008

Status d. Erwerbsfähigkeit	keinen	Ausbildung	Meister	Studium	Gesamt
<b>Erwerb. ohne Einschränkung</b>	8	17	0	0	25
Tabellenzeile %	32	68	0	0	100
Tabellenspalte %	2,5	4,6	0	0	3,6
<b>Erwerb. leicht eingeschränkt</b>	101	112	0	0	213
Tabellenzeile %	47,4	52,6	0	0	100
Tabellenspalte %	32,1	30,2	0	0	31
<b>Erwerb. starke Einschränkung</b>	62	109	1	0	172
Tabellenzeile %	36	63,4	0,6	0	100
Tabellenspalte %	19,7	29,4	100	0	25
<b>Erwerb. nur in Teilzeit</b>	18	23	0	0	41
Tabellenzeile %	43,9	56,1	0	0	100
Tabellenspalte %	5,7	6,2	0	0	6
<b>keine Erwerb. vorüberg.</b>	78	77	0	1	156
Tabellenzeile %	50	49,4	0	0,6	100
Tabellenspalte %	24,8	20,8	0	100	22,7
<b>keine Erwerb. dauerhaft</b>	48	33	0	0	81
Tabellenzeile %	59,3	40,7	0	0	100
Tabellenspalte %	15,2	8,9	0	0	11,8
<b>Gesamt</b>	315	371	1	1	688
Tabellenzeile %	45,8	53,9	0,1	0,1	100
Tabellenspalte %	100	100	100	100	100

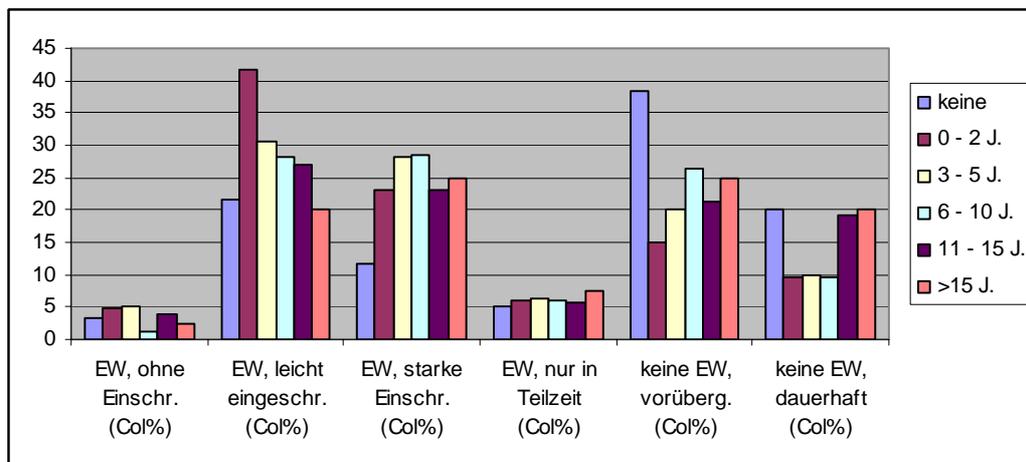
#### i) Analyse der Erwerbsfähigkeit in Bezug auf die Dauer der Arbeitslosigkeit

Menschen die ohne Einschränkungen erwerbsfähig waren fanden sich in allen Kategorien in ähnlicher Größenordnung. Leichte Einschränkungen gab es besonders häufig bei Menschen, die erst kurz arbeitslos waren. Die Rate sank mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit von 41,7% (0-2J.) auf 20% (>15J.). Immerhin fast 40% (38,3%) der noch beschäftigten Untersuchten war vorübergehend nicht erwerbsfähig. Ca. 20% der noch beschäftigten und der 11-15 bzw. mehr als 15 Jahre arbeitslosen Personen war dauerhaft voll erwerbsgemindert.

Tab. 5.4.5. Grad der festgestellten Erwerbsfähigkeit begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine nach Dauer der Arbeitslosigkeit in Jahren, 2008

Status d. Erwerb.	keine	0 - 2 J.	3 - 5 J.	6 - 10 J.	11 - 15 J.	>15 J.	Gesamt
<b>Erwerb. ohne Einschränkung</b>	2	8	9	2	2	1	24
Tabellenzeile %	8,3	33,3	37,5	8,3	8,3	4,2	100
Tabellenspalte %	3,3	4,8	5,2	1,1	3,8	2,5	3,5
<b>Erwerb. leicht eingeschränkt</b>	13	70	53	52	14	8	210
Tabellenzeile %	6,2	33,3	25,2	24,8	6,7	3,8	100
Tabellenspalte %	21,7	41,7	30,5	28,1	26,9	20	30,9
<b>Erwerb. starke Einschr.</b>	7	39	49	53	12	10	170
Tabellenzeile %	4,1	22,9	28,8	31,2	7,1	5,9	100
Tabellenspalte %	11,7	23,2	28,2	28,6	23,1	25	25
<b>Erwerb. nur in Teilzeit</b>	3	10	11	11	3	3	41
Tabellenzeile %	7,3	24,4	26,8	26,8	7,3	7,3	100
Tabellenspalte %	5	6	6,3	5,9	5,8	7,5	6
<b>keine Erwerb. vorübergehend</b>	23	25	35	49	11	10	153
Tabellenzeile %	15	16,3	22,9	32	7,2	6,5	100
Tabellenspalte %	38,3	14,9	20,1	26,5	21,2	25	22,5
<b>keine Erwerb. dauerhaft</b>	12	16	17	18	10	8	81
Tabellenzeile %	14,8	19,8	21	22,2	12,3	9,9	100
Tabellenspalte %	20	9,5	9,8	9,7	19,2	20	11,9
<b>Gesamt</b>	60	168	174	185	52	40	679
Tabellenzeile %	8,8	24,7	25,6	27,2	7,7	5,9	100
Tabellenspalte %	100	100	100	100	100	100	100

Abb. 5.4.5. zu Tab. 5.4.5. Erwerbsfähigkeit nach Dauer der Arbeitslosigkeit (Col% = Tabellenspalte)



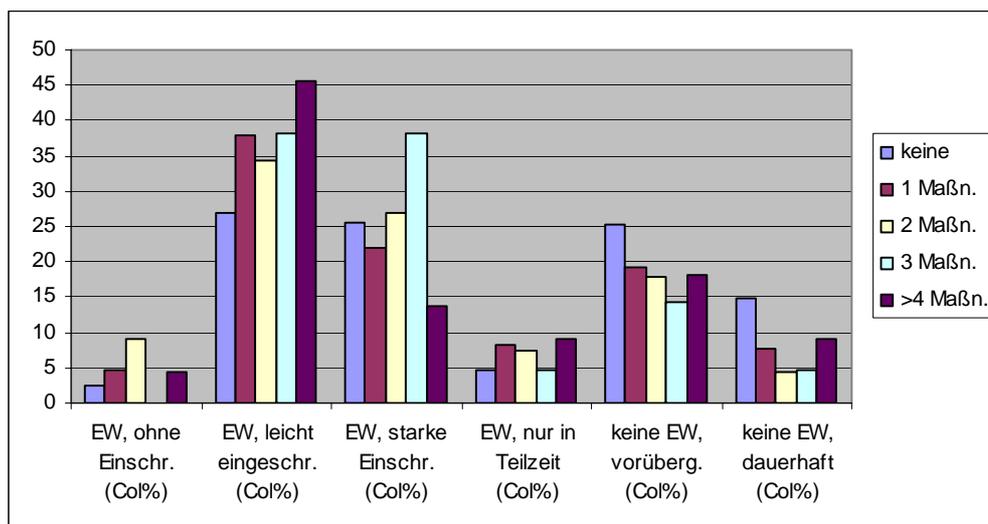
### j) Analyse der Erwerbsfähigkeit in Bezug auf die Anzahl der Fördermaßnahmen

Besonders häufig wurden Personen mit leichten Einschränkungen oder starken Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit gefördert bzw. Menschen, die vorübergehend voll erwerbsgemindert waren. Immerhin knapp 15% (14,8%) der dauerhaft voll erwerbsgeminderten Personen erhielten noch nie eine Förderung.

Tab. 5.4.6. : Grad der festgestellten Erwerbsfähigkeit begutachteter SGB II-Empfänger im LK Peine nach der Anzahl der Fördermaßnahmen, 2008

Status d. Erwerbsf.	keine	1 Maßn.	2 Maßn.	3 Maßn.	>4 Maßn.	Gesamt
<b>Erwerb. ohne Einschränkung</b>	11	7	6	0	1	25
Tabellenzeile %	44	28	24	0	4	100
Tabellenspalte %	2,5	4,8	9	0	4,5	3,6
<b>Erwerb. leicht eingeschränkt</b>	117	55	23	8	10	213
Tabellenzeile %	54,9	25,8	10,8	3,8	4,7	100
Tabellenspalte %	27	37,9	34,3	38,1	45,5	31
<b>Erwerb. starke Einschränkung</b>	111	32	18	8	3	172
Tabellenzeile %	64,5	18,6	10,5	4,7	1,7	100
Tabellenspalte %	25,6	22,1	26,9	38,1	13,6	25
<b>Erwerb. nur Teilzeit</b>	21	12	5	1	2	41
Tabellenzeile %	51,2	29,3	12,2	2,4	4,9	100
Tabellenspalte %	4,8	8,3	7,5	4,8	9,1	6
<b>keine Erwerb. nur vorüberg.</b>	109	28	12	3	4	156
Tabellenzeile %	69,9	17,9	7,7	1,9	2,6	100
Tabellenspalte %	25,2	19,3	17,9	14,3	18,2	22,7
<b>keine Erwerb. dauerhaft</b>	64	11	3	1	2	81
Tabellenzeile %	79	13,6	3,7	1,2	2,5	100
Tabellenspalte %	14,8	7,6	4,5	4,8	9,1	11,8
<b>Gesamt</b>	433	145	67	21	22	688
Tabellenzeile %	62,9	21,1	9,7	3,1	3,2	100
Tabellenspalte %	100	100	100	100	100	100

Abb. 5.4.6. zu Tab. 5.4.6. Erwerbsfähigkeitsanalyse nach Anzahl der Fördermaßnahmen (Col% = Tabellenspalte %)



### **k) Diskussion der Ergebnisse zur Erwerbsfähigkeitsanalyse**

Die weitere Analyse der Erwerbsfähigkeiten ergab bei Männern gehäuft Einschränkungen in der Erwerbsfähigkeit und bei Frauen vermehrt vorübergehende oder dauerhafte fehlende Erwerbsfähigkeit. Hier dürfte die höhere körperliche Belastung der Männer im Berufsleben und die häufige Doppelbelastung bei Frauen mit psychischer Beeinträchtigung zu beitragen.

Zu erwarten war die Zunahme an schwererer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit mit zunehmendem Alter, da die Krankheitsbelastung mit dem Alter steigt. Auch eine Zunahme der Einschränkungen mit zunehmender Zahl der Kinder war durch die Doppelbelastung von Beruf und Familie zu erwarten.

Bei den Personen ohne Berufsausbildung fanden sich nur wenige ohne Einschränkungen in der Erwerbsfähigkeit, aber vermehrt Personen mit dauerhaft fehlender Erwerbsfähigkeit. Wichtige Einflussfaktoren sind hier wahrscheinlich ein weniger gesundheitsbewusstes Verhalten und die hohen körperlichen Belastungen in den zuvor ausgeübten Beschäftigungen.

Bei den langjährig arbeitslosen Menschen (10-15 J. bzw. >15 J.) waren jeweils ca. 20% dauerhaft erwerbsunfähig. Bei den kürzer arbeitslosen Gruppen betrug die Rate um die 10%. Eine ungesunde Lebensführung und psychische Belastungen durch die Arbeitslosigkeit könnten hier zur Befundverschlechterung beitragen. Dies ist aber weiter abzuklären.

Aber auch bei den noch beschäftigten Personen waren 20% dauerhaft nicht erwerbsfähig. Diese Quote ist doch erstaunlich hoch und müsste weiter untersucht werden. Wahrscheinlich handelt es sich dabei um Beschäftigungsverhältnisse, die aufgrund langer Krankschreibungen bereits seit langem ruhen.

## **5.5. Gesamtanalyse**

Im Jahr 2008 wurden im Gesundheitsamt Peine 688 Begutachtungen nach dem SGBII durchgeführt. Ca. 60% der untersuchten Personen waren männlich und 40% weiblich. Am häufigsten wurden Menschen im mittleren (40-49 J.) und höheren Lebensalter (50-65 J.) untersucht. Weit überwiegend handelte es sich dabei um Deutsche (91,4%), von denen 5,7% einen Migrationshintergrund auswiesen. Bei den Untersuchten Kunden hatten die meisten eine einfache Schulbildung (ca. 50% Hauptschulabschluss, ca. 25% keinen oder Förderschule). Ca. die Hälfte hatte eine Berufsausbildung, die andere Hälfte keine. Höhere Ausbildungen kamen nur vereinzelt vor. Jeweils ca. 25% waren 0-2, 3-5 bzw. 6-

10 Jahre arbeitslos. Knapp 63% der Untersuchten hatten noch nie Fördermaßnahmen erhalten.

Bei den festgestellten Diagnosen kamen besonders häufig Verschleißerkrankungen an der Wirbelsäule, Gelenkarthrose und chronische Schmerzsyndrome vor. Da sich diese Diagnosen in den Analysen ähnlich verhielten wurden stellvertretend die Verschleißerscheinungen an der Wirbelsäule (Wirbelsäulensyndrom und Bandscheibenschäden) dargestellt. Weitere häufige Diagnosen waren Depressionen und Alkoholmissbrauch (Alkoholabusus). Andere Diagnosen wie Angststörungen (andere psychiatrische Erkrankungen) und z.B. neurologische Erkrankungen wurden bei Auffälligkeiten näher dargestellt. Die Diagnosen wurden im Hinblick die erfassten Parameter (Geschlecht, Alter usw.) näher untersucht.

Bei der weiteren Analyse der Diagnosen fanden sich vermehrt Depression und Erschöpfungssyndrome bei Frauen und vermehrt Alkoholprobleme und Herzerkrankungen bei Männern. Verschleißerkrankungen kamen etwa gleich häufig vor.

Verschleißerkrankungen, Herz- und Lungenerkrankungen nahmen mit zunehmendem Alter zu und Depressionen etwas ab. Von anderen psychiatrischen Erkrankungen (Schizophrenie, Angststörung) waren besonders jüngere Menschen betroffen. Bei Menschen mit geringer Schul- und Berufsausbildung fanden sich vermehrt degenerative Wirbelsäulenveränderungen und neurologische Erkrankungen. Bei Menschen mit höherer Schulbildung vermehrt Depressionen und Erschöpfungssyndrome. Bei den Wirbelsäulenerkrankungen kommt es häufig zu leichten oder auch schweren Einschränkungen in der Erwerbsfähigkeit. Neurologische Erkrankungen gehen dagegen vermehrt mit dauerhafter voller Erwerbsminderung einher.

Bei der Untersuchung der Erwerbsfähigkeit stellte sich heraus, dass 31% mit leichten und 25% mit starken Einschränkungen erwerbsfähig waren. 22,7% waren vorübergehend nicht erwerbsfähig. Die Gruppe der dauerhaft nicht erwerbsfähigen Personen betrug 11,8%. Die Untergruppen der Erwerbsfähigkeit wurden ebenfalls im Hinblick auf die erfassten Parameter (Geschlecht, Alter usw.) näher untersucht.

Die weitere Analyse der Erwerbsfähigkeiten ergab bei Männern gehäuft leichte oder starke Einschränkungen in der Erwerbsfähigkeit und bei Frauen vermehrt vorübergehende oder dauerhafte fehlende Erwerbsfähigkeit.

Zu erwarten war die Abnahme an leichten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und die Zunahme an schweren Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit mit zunehmendem Alter, da die Krankheitsbelastung mit dem Alter steigt. Die Krankheitsbelastung und damit auch die Einschränkungen in der Erwerbsfähigkeit nahmen auch mit zunehmender Kinderzahl zu.

Bei den Personen ohne Berufsausbildung fanden sich nur wenige ohne Einschränkungen in der Erwerbsfähigkeit aber vermehrt Personen mit dauerhaft fehlender Erwerbsfähigkeit. Bei Vorliegen einer Berufsausbildung fanden sich vermehrt Personen mit Belastungseinschränkungen.

Bei den langjährig arbeitslosen Menschen (10-15 J. bzw. >15 J.) waren jeweils ca. 20% dauerhaft erwerbsunfähig. Aber auch bei den noch beschäftigten Personen waren 20% dauerhaft nicht erwerbsfähig.

## 5.6. Handlungsempfehlungen

Bei der vorliegenden Auswertung der statistischen Erhebungsbögen zu den Erwerbsfähigkeitsuntersuchungen im Gesundheitsamt Peine wurde deutlich, dass eine frühzeitige Behandlung von Depressionen und anderer psychiatrischer Erkrankungen (Angststörungen, Schizophrenie usw.) erforderlich ist, um die Chance der Betroffenen auf eine langfristige Teilnahme am Erwerbsleben zu erhöhen.

Des Weiteren sind alle Maßnahmen zur Gesundheitsprävention (Raucherentwöhnung, sportliche Aktivierung, Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen usw.) sinnvoll.

Auch eine frühzeitige Intervention des Jugendamtes in Problemfamilien ist wichtig, da viele der jungen Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen aus Problemfamilien stammen.

Weitere Analysen in Form von Verlaufsbeobachtungen, möglichst mit Erfassung neuer Analyseparameter (Gewicht, Nikotinabusus, Grad der Behinderung usw.), wären unbedingt wünschenswert, um weitere Zusammenhänge aufzudecken.

Autorin: Dr. Carit Grothusen, Fachärztin für Allgemeinmedizin

## 6. Gesundheit von sozialen Randgruppen

Soziale Randgruppen wie

- alte Menschen
- Demenzkranke
- geistig und körperlich behinderte Menschen
- Menschen in sozialen Notlagen
- Menschen mit Migrationshintergrund

werden im Gesundheitsamt vom Sozialen Dienst betreut. Ziel ist die Integration in die Gesellschaft durch Verhütung oder Milderung der Notlage; die Sicherstellung eines menschenwürdigen Lebens durch Hilfen zur Beseitigung bzw. Milderung der sozialen Notlage unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Einzelnen meist in Form von aufsuchender, beratender und/oder betreuender Sozialarbeit. Die großen interindividuellen Unterschiede in der körperlichen und psychischen Gesundheit, in der Selbständigkeit sowie im Wohlbefinden, die sich selbst im höchsten Lebensalter nachweisen lassen, müssen berücksichtigt werden.

Zur Milderung der Notlage nehmen die eingesetzten Sozialarbeiter/innen Kontakte zu den hilfebedürftigen Menschen und/oder ihren Angehörigen auf.

Durch die Erstellung einer neueren detaillierteren Statistik werden ab 2008 sämtliche Kontakte im Sozialen Dienst erfasst (inklusive ausführlichere Telefonkontakte). Eine genaue Zuordnung der Kontakte, zu den jeweiligen betreuten Personengruppen ist dadurch möglich.

Tab. 6.1. Anzahl aller Kontaktaufnahmen im Sozialen Dienst nach Kontaktgrund, 2008

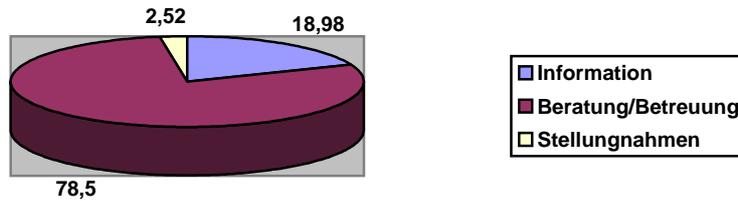
<b>Kontakte 2008</b>	
Beratungs- und Betreuungskontakte	2915
Informationskontakte	1256
Stellungnahmen	224

### 6.1. Alte Menschen und Demenzerkrankte

Die Kontakte zu älteren Menschen nehmen im Vergleich zu den anderen betreuten Personengruppen stetig zu. Die Erhöhung der Kontakte ist allerdings u.a. auch auf die genauere Erfassung der Daten seit 2008 zurückzuführen. So entfielen auf diesen Personenkreis 73% der Gesamtkontakte (4395) des Sozialen Dienstes.

Ein deutlicher Zuwachs wurde bei der Beratung und Betreuung alter und dementer Menschen durch den Sozialen Dienst verzeichnet. 2007 ergab sich ein Anteil von 42,3 % aller Kontakte auf die Beratung und Betreuung alter Menschen. 2008 erhöhte sich dieser Anteil auf 78,5 % (inklusive der Betreuung Dementer).

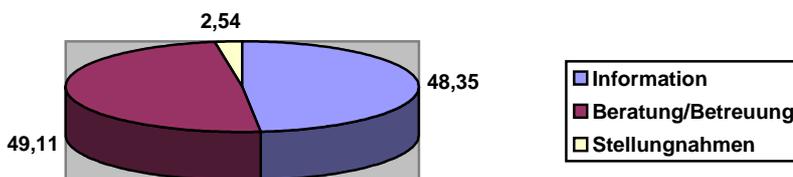
Abb. 6.1.1. Kontakte aufgrund von Informationsgesprächen, Beratung, Betreuung und Stellungnahmen für alte Menschen insgesamt, 2008



Anhand des Diagrammes ist zu erkennen, dass bei den alten Menschen ein höherer Beratungs- und Betreuungsbedarf (78,5 %) besteht, als Informationsbedarf (18,98%).

Im Bereich der Kontakte zu Demenzerkrankten zeigt sich, dass der Beratungs- und Betreuungsbedarf (49,11) fast ebenso hoch ist wie der Informationsbedarf (48,35). Dies begründet sich darin, dass sich zunächst Angehörige etc. an Beratungsstellen wenden, wenn ein Fall von Demenzerkrankung in der Familie (Nachbarschaft) auftritt. Die Erkrankten selbst nehmen im Gegensatz zu den alten Menschen ohne Demenz äußerst selten Kontakt zum Sozialen Dienst auf.

Abb. 6.1.2. Kontakte aufgrund von Informationsgesprächen, Beratung, Betreuung und Stellungnahmen für Demenzerkrankte insgesamt, 2008



In der täglichen Arbeit des Sozialen Dienstes zeigt sich deutlich, dass wesentlich mehr weibliche Personen über 65 Jahren in der Bevölkerung zu finden sind und dementsprechend auch einen höheren Beratungs- und Betreuungsanteil in Anspruch nehmen.

Tab.: 6.1.3. Kontakte im Sozialen Dienst zu alten und dementen Menschen mit Migrantenanteil, 2008

Kontakte alte und demente Menschen 2008	Gesamt	davon Migrantenanteil
Gesamt	2213	58
Männlich (alt)	842	4
Weiblich (alt)	1371	17
Männlich (dement)	179	8
Weiblich (dement)	216	29

Abb. 6.1.4. Kontakte aufgrund von Informationsgesprächen, Beratung, Betreuung und Stellungnahmen für alte Menschen nach Geschlecht, 2008

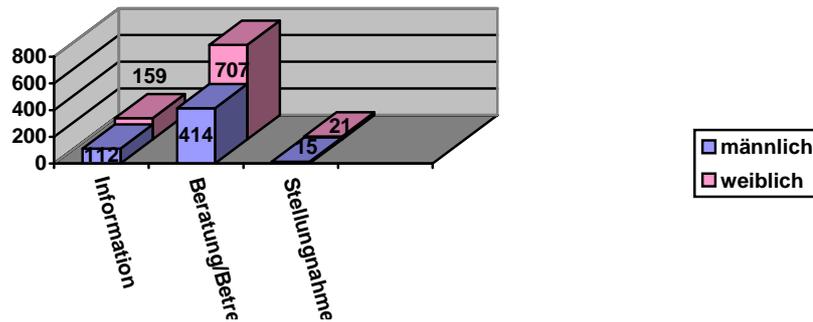
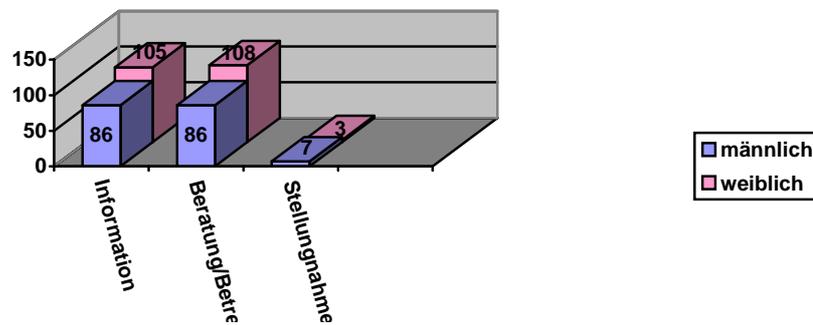


Abb. 6.1.5. Kontakte aufgrund von Informationsgesprächen, Beratung, Betreuung und Stellungnahmen für Demenzerkrankte nach Geschlecht, 2008



## 6.2. Behinderte Menschen

Neben dem demographischen Trend der Altenentwicklung bildet sich in der BRD als weiterer Schwerpunkt die Behindertenberatung.

Gesamtgesellschaftlich kann behauptet werden, dass behinderte Menschen in Deutschland inzwischen eine gute Lobby haben, was in der positiven Arbeit der Bundesverbände, Behinderteneinrichtungen und Vereine begründet ist. Besonders hervorzuheben ist hier die integrative Erziehung und Bildung eines behinderten Kindes. So ist eine möglichst selbständige Lebensführung mit gesellschaftlicher Teilhabe, wie im Sozialgesetzbuch IX gefordert, sozialrechtlich fundiert und wird selbst von schwerstbehinderten Menschen so angestrebt. Eine Integration im Kindertagesstätten-, Schul- und Berufsbereich mit Einzelfallhelfern und Begleitern sowie Pflege- und Freizeithilfen bis hin zum persönlichen Budget sollte selbstverständlich sein. In der Behindertenpädagogik bildet seit Jahren die Sexual- und Partnerschaftsberatung einen Schwerpunkt, um diesen wichtigen Lebensteil eines Behinderten nicht, wie früher, auszugrenzen.

Derzeitig entwickelt sich erstmals nach dem 2. Weltkrieg eine alt werdende Generation behinderter Menschen. Als Problematik zeichnet sich hier ab, dass deren Eltern selbst sehr alt sind und sich trotz eigener Altersgebrechlichkeit nicht gut von ihren erwachsenen behinderten Kindern

lösen können. Die älteren, insbesondere geistig Behinderten, bedürfen einer besonders intensiven Betreuung, da sie vor 40 bis 50 Jahren nicht so optimal gefördert werden konnten wie behinderte Kinder heute.

Als weitere Problematik in der Behindertenberatung zeichnet sich der Bereich des sexuellen Missbrauchs ab. Entsprechende Konzepte zum Schutz der behinderten Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen liegen inzwischen vor, lassen sich aber aufgrund der Einschränkungen der Betroffenen in der praktischen Arbeit trotz guter Zusammenarbeit aller Beteiligten nur mühevoll umsetzen.

### 6.3. Geistigbehinderte Menschen

Während bei den bis 2007 im Rahmen der Behindertenstatistik erhobenen Daten nicht zwischen geistig und seelisch Behinderten, sowie deren Alter und Geschlecht unterschieden wurde, sind diese Differenzierungen 2008 in der Statistik des Sozialen Dienstes vorgenommen worden. Des Weiteren wurde festgehalten, ob es sich jeweils um deutsche oder ausländische Mitbürger/innen handelt. Da die Gruppe der Geistigbehinderten (u.a. durch die Einführung von Hilfeplankonferenzen) eine gewisse Schwerpunktsetzung in der Arbeit des Sozialen Dienstes erfahren hat, soll dieser Personenkreis im folgenden differenziert dargestellt werden.

Abb. 6.3.1. Kontakte aufgrund von Informationsgesprächen, Beratung, Betreuung, Stellungnahmen und Hilfeplankonferenzen für geistig Behinderte insgesamt, 2008

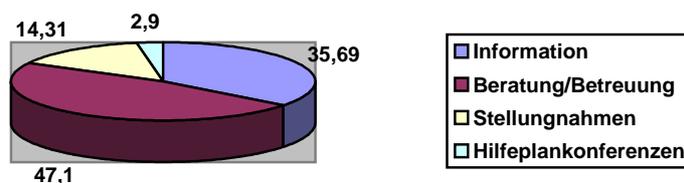
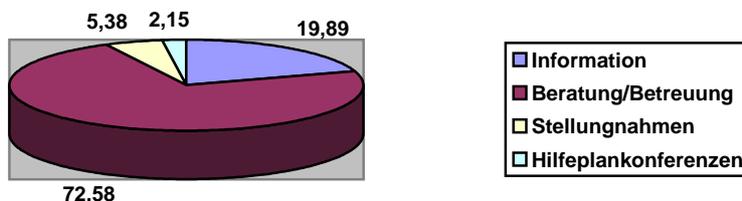


Abb. 6.3.2. Kontakte aufgrund von Informationsgesprächen, Beratung, Betreuung, Stellungnahmen und Hilfeplankonferenzen für seelisch Behinderte insgesamt, 2008



Bei den diversen Interventionsarten bezüglich geistig Behinderter handelt es sich überwiegend um Beratungs- und Betreuungsmaßnahmen. Des Weiteren bilden Informationsgespräche, insbe-

sondere für Angehörige und Kontaktpersonen, einen Schwerpunkt. Im Bereich der Stellungnahmen und Gutachten für diesen Personenkreis ist eine erhebliche Zunahme der Sozialmedizinischen Stellungnahmen zu bemerken, die daraus resultiert, dass immer häufiger Anträge auf Förderung in den Integrationsgruppen der Kindergärten gestellt werden.

Außerdem weitet sich das neue Aufgabengebiet der Durchführung von Hilfeplankonferenzen aus. In diesem Bereich werden unter Leitung des Sozialen Dienstes passgenaue Hilfen für Behinderte, unter Beteiligung der Kontaktpersonen und des Kostenträgers, installiert und in regelmäßigen Abständen modifiziert bzw. bestätigt.

Es ist festzustellen, dass der Anteil von ausländischen Geistigbehinderten bezüglich der Kontakte und Interventionen des Sozialen Dienstes sehr gering ist. Lediglich im Bereich der Betreuung schulpflichtiger geistig Behinderter ist ein erhöhter Ausländeranteil offenkundig. Dieses erklärt sich primär aus der Tatsache, dass hier behindertenspezifische Probleme mit sprachlichen Schwierigkeiten korrelieren.

Abb. 6.3.3. Anzahl der Kontakte zu geistigbehinderten Menschen nach Alter incl. Migrantenanteil, 2008

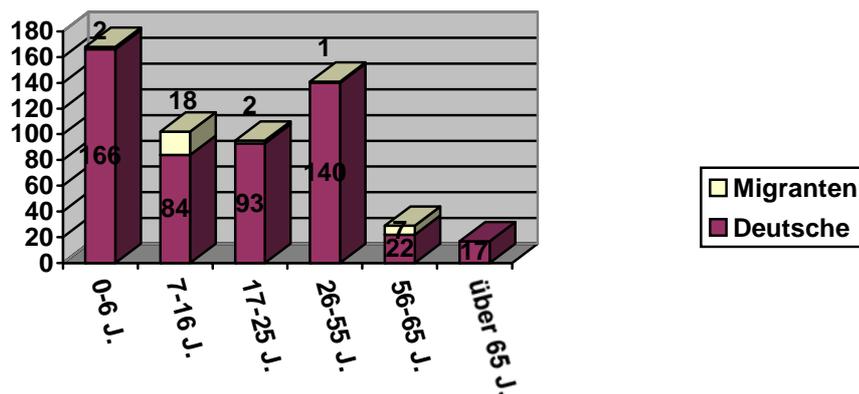
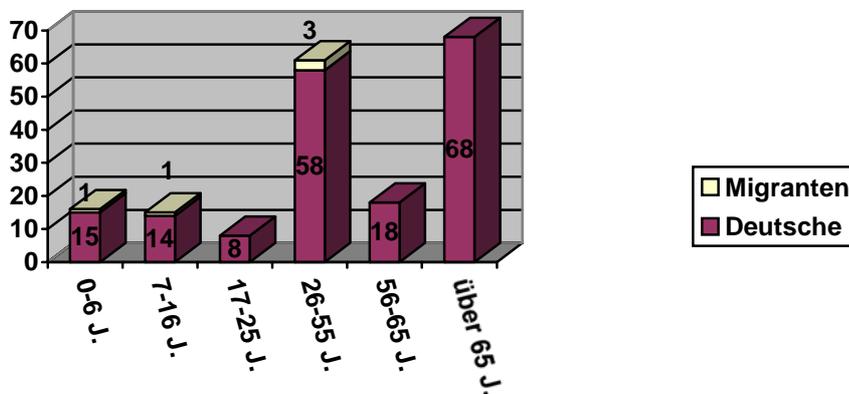


Abb. 6.3.4. Anzahl der Kontakte zu seelischbehinderten Menschen nach Alter incl. Migrantenanteil, 2008



Ungeachtet der ethnischen Zugehörigkeit ist hervorzuheben, dass sich die Beratungs- und Betreuungsmaßnahmen im Bereich der Geistigbehindertensozialarbeit auf alle Altersgruppen verteilen, wobei eine erhebliche Abnahme bei älteren Geistigbehinderten zu bemerken ist. Neben der geringeren Lebenserwartung, insbesondere bei schwer geistig Behinderten, ist dieses damit zu erklären, dass ältere Geistigbehinderte (wegen mangelnder früherer Förderung und Wegfall der Bezugsperson) häufig nicht im häuslichen Rahmen betreut werden können.

Abb. 6.3.5. Anzahl der Kontakte zu geistigbehinderten Menschen nach Alter und Geschlecht, 2008

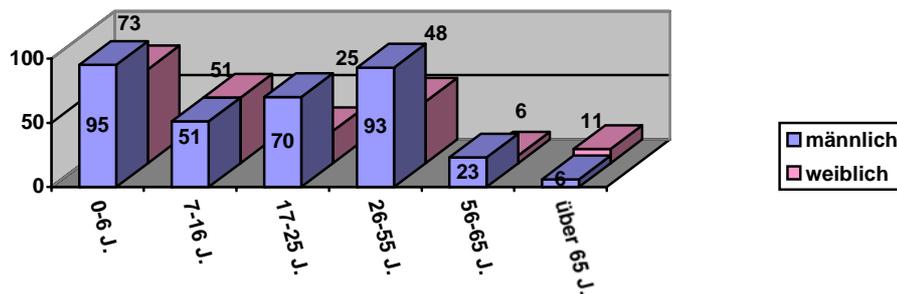
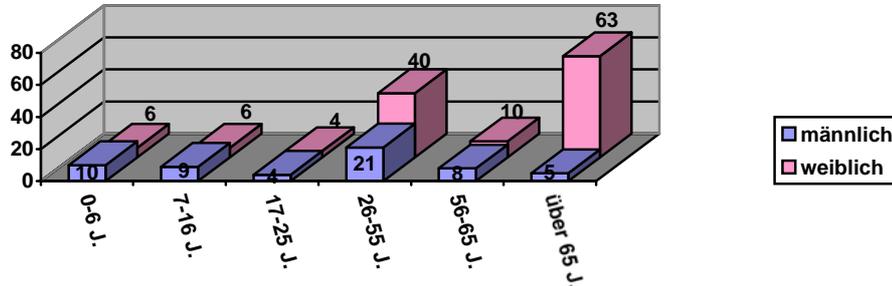


Abb. 6.3.6. Anzahl der Kontakte zu seelischbehinderten Menschen nach Alter und Geschlecht, 2008



Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Bereich der Geistigbehindertensozialarbeit im Rahmen der Tätigkeit des SD eine neue Schwerpunktsetzung erfahren hat. Der Bedarf für Beratungsgespräche bezüglich möglicher Förderungs- und Betreuungsmaßnahmen einerseits und der Installation konkreter Hilfen und Wohnformen andererseits ist permanent angestiegen. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen bleibt somit kein anonymer Begriff, sondern wird durch Hilfestellungen und Maßnahmen forciert. Auch in Zukunft wird daher die Geistigbehindertenpädagogik, neben dem sich ebenfalls erheblich ausweitenden Bereich der Altenhilfe und Geragogik, ein Kernthema der Sozialarbeit des Sozialen Dienstes sein.

## 6.4. Migranten

Probleme von Menschen mit Migrationshintergrund treten im sozialen Dienst zumeist erst dann in Erscheinung, wenn die Migranten ein Alter von etwa 65 Jahren erreicht haben. Oftmals werden sie solange wie möglich in der Familie versorgt und es wird erst Beratung und Hilfe in Anspruch genommen, wenn die Pflege von der Familie allein nicht mehr zu bewältigen ist oder diese mit der Demenzerkrankung eines Angehörigen überfordert ist.

Für die meisten Familien mit Migrationshintergrund ist die Versorgung und Pflege von Familienangehörigen traditionell selbstverständlich, ohne dass fremde Hilfe oder finanzielle Mittel, wie zum Beispiel Pflegegeld, geltend gemacht wird.

Oftmals fehlen jedoch auch die Informationen darüber, welche Leistungen eventuell in Anspruch genommen werden könnten (Pflegedienst, Pflegestufe).

## 6.5. Handlungsempfehlungen

Ziele der kommunalen und globalen Behindertenberatung sollten eine noch bessere Vernetzung aller Ämter, Einrichtungen und Verbände sowie eine gesellschaftliche Integration eines behinderten Menschen von Geburt an sein. Die Grundsteine hierfür sind seit Jahren gelegt, häufig fehlen jedoch finanzielle und somit auch personelle Ressourcen. Hier ist die Sozialpolitik weiterhin in der Pflicht.

Autoren: Sabine Brendeke-Gras, Bernward Kalloch, Petra Naili, Susanne Wichmann

## 7. Umweltgesundheit

### 7.1. Trinkwasser

Seit dem 1. Januar 2003 sind die Bestimmungen einer neuen Trinkwasserverordnung (TrinkwV) in Kraft getreten. Damit wurde eine entsprechende Richtlinie der Europäischen Union in Deutschland umgesetzt. Die TrinkwV enthält zum Teil umfangreiche Änderungen der Qualitätsanforderungen. Anzahl und Häufigkeit der regelmäßigen Trinkwasseruntersuchungen und die Grenzwerte wurden im Sinne des Verbraucherschutzes verbessert. Auch die Sorgfaltspflichten für Wasserversorgungsunternehmen und die Aufgaben der Überwachungsbehörden wurden erweitert. Zuständige Überwachungsbehörde für die Trinkwasserqualität ist das Gesundheitsamt. Intensiv haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamtes zusammen mit den Wasserversorgungsunternehmen an der reibungslosen Umsetzung der TrinkwV gearbeitet.

- Grundlage ist die Verordnung über die Qualität von Trinkwasser für den menschlichen Gebrauch (Trinkwasserverordnung - TrinkwV 2001).
- Zweck ist der Schutz der menschlichen Gesundheit, Gewährleistung der Genusstauglichkeit und Reinheit von Wasser für den menschlichen Gebrauch.
- Wasser für den menschlichen Gebrauch ist: Wasser zum Trinken, Kochen, Speisen-/Getränkzubereitung oder zu folgenden häuslichen Zwecken: Körperpflege/-reinigung, Reinigung von Gegenständen, die mit Lebensmitteln in Kontakt kommen und solche, die nicht nur vorübergehend mit dem menschlichen Körper in Kontakt kommen.

#### Betrieb von Kleinanlagen gemäß § 3 Nr.2b TrinkwV

Die TrinkwV enthält Bestimmungen zu Anlagen, aus denen pro Jahr höchstens 1000 m<sup>3</sup> Wasser für den menschlichen Gebrauch entnommen oder abgegeben wird (Kleinanlagen), sowie sonstige, nicht ortsfeste Anlagen.

#### Informationspflicht an den Verbraucher (§ 21 Abs. 1):

Die Wasserversorger (ggf. auch Betreiber von Hausinstallationen) sind verpflichtet, den Verbraucher über die Wasserqualität (Untersuchungsergebnisse) einschl. evtl. Aufbereitungsmaßnahmen zu informieren.

### "Brauchwasser-Anlage" im häuslichen Bereich (§ 13 Abs. 3):

Nach der neuen Trinkwasserverordnung ist es ausdrücklich zulässig, im Haushalt zusätzliche Wasserversorgungsanlagen ohne Trinkwasserqualität (Regenwassernutzungsanlagen, Brunnen o.Ä.) zu betreiben, z.B. für die Toilettenspülung. Da solche Anlagen bei unsachgemäßem Betrieb oder nicht fachgerechter Installation, z.B. durch Rücksaugung, zu Kontaminationen des gesamten Trinkwassernetzes mit Krankheitserregern führen können, wurde eine **Anzeigepflicht** an das Gesundheitsamt für die Inbetriebnahme oder wesentliche Änderungen an solchen Anlagen eingeführt. Auch bereits bestehende Anlagen müssen dem Gesundheitsamt angezeigt werden. Sie unterliegen der regelmäßigen Überwachung durch das Gesundheitsamt. Die Anzeigepflicht gilt hingegen nicht für Anlagen ohne "haushaltstypische" Verwendungszwecke, wie z.B. Gartenbewässerung. Brauchwasseranlagen in Einrichtungen, in denen Wasser für die Öffentlichkeit bereitgestellt wird, unterliegen der regelmäßigen Überwachung durch das Gesundheitsamt.

### Überwachung von Hausinstallationen, aus denen Wasser für die Öffentlichkeit bereitgestellt wird (§ 19 Abs. 7 i.V. mit § 18 Abs. 1-3):

Auch die Sicherstellung der Trinkwasserqualität in den Hausinstallationen von Einrichtungen, wie insbesondere Kranken- und Altenpflegeeinrichtungen, Kinderbetreuungseinrichtungen, Sport- und Freizeiteinrichtungen, Gaststätten etc. unterliegt jetzt grundsätzlich der Überwachung durch das Gesundheitsamt. Hierzu führt das Gesundheitsamt stichprobenartige Untersuchungen von Parametern durch. Auch die Inbetriebnahme und wesentliche Änderungen dieser Systeme sind dem Gesundheitsamt anzuzeigen. Die bereits in der Vergangenheit stichprobenartig durchgeführten Untersuchungen auf Vorkommen von Legionellen-Bakterien in den zentralen Erwärmungsanlagen von Krankenhäusern, Altenpflegeheimen, öffentlichen Bädern etc. müssen jetzt regelmäßig erfolgen (§ 14 Abs. 6 und Anlage 4 I 2 zu § 14 Abs. 1).

Die Analyse betrifft folgende Parameter:

#### **Koloniebildende Einheiten (Koloniezahl) (KBE 22°C und KBE 36°C)**

Mit den Parametern Koloniezahl bei 22°C wie auch bei 36°C werden Bakterien und Pilze, nicht jedoch Viren und Parasiten, erfasst.

Mit der Koloniezahlbestimmung bei 22°C werden in erster Linie die Mikroorganismenarten, die frei in der Umwelt leben, bestimmt. Mit der Koloniezahlbestimmung bei 36°C eher solche Mikroorganismen, die mit Fäkalien aus dem Darm warmblütiger Tiere assoziiert sind. Diese können gegebenenfalls krankmachende Eigenschaften für den Menschen besitzen.

Die Temperaturangaben 22°C und 36°C sind die angewandten Bebrütungstemperaturen eines Kulturansatzes im Labor.

Faktoren, die die Erhöhung der Koloniezahl beeinflussen, können Stagnation in der Hausinstallation, erhöhte Temperatur des Kaltwassers, Verfügbarkeit von Nährsubstrat (z. B. aus Materialien), fehlende oder unzureichende Desinfektionskapazität oder das Vorkommen von Biofilmen in wasserführenden Systemen sein.

**Coliforme Bakterien** zeigen eine Verunreinigung fäkaler oder nicht-fäkaler Herkunft an.

Sie sind eine physiologische Gruppe innerhalb der Enterobacteriaceae. Zu den coliformen Bakterien zählen außer der Gattung *Escherichia* vor allem die Gattungen *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Citrobacter* und *Serratia*. Insbesondere in Risikobereichen sind coliforme Bakterien nicht zu tolerieren.

Zu beachten ist, dass coliforme Keime nicht im Trinkwasserrohrnetz vorhanden sind, sich dort nicht vermehren und nur ca. 1 bis 2 Wochen überleben können, da es dort in der Regel zu kalt und nährstoffarm ist. Werden diese Keime im Wasser nachgewiesen, dann sind sie immer von außen eingetragen worden und sie sind relativ frisch.

**Escherichia coli** ist ein normaler Darmbewohner von Mensch und warmblütigem Tier. In der Regel ist *E.coli* kein Krankheitserreger, sondern er ist ein Indikator für eine fäkale Verunreinigung, d. h. für Ausscheidungen von Mensch oder warmblütigem Tier.

Im Stuhl kommt *E. coli* in großen Mengen vor. *Escherichia coli* ist ein speziell definierter coliformer Keim. Da die meisten Krankheitserreger über den Darm ausgeschieden werden, bedeutet der Nachweis von *Escherichia coli* im Trinkwasser, dass in diesem Wasser mit Krankheitserregern gerechnet werden muss.

**Enterokokken** sind ebenfalls Darmbewohner von Warmblütern, welche sich im Wasser allerdings nicht vermehren die aber resistenter gegenüber Umwelteinflüssen sind. Das Vorkommen von Enterokokken weist auf eine ältere Verunreinigung hin.

**Legionellen** sind Bakterien mit beträchtlicher Chlor-Resistenz. Sie vermehren sich gut z.B. in Warmwassersystemen, Whirlpools und Klimaanlage (Wachstumsoptimum bei 32°C - 42°C; bei Temperaturen > 60°C erfolgt rasches Absterben).

Bei Übertragung durch Aerosole in die Atemwege ist die Erkrankung an Legionellose möglich.

Die Legionellose tritt in Form zwei verschiedener Krankheitsbilder auf: Dem eher harmlosen Pontiac-Fieber und der Legionellen-Pneumonie, einer Lungenentzündung, die auch Legionärskrankheit genannt wird. Das Pontiac-Fieber betrifft den überwiegenden Teil der Patienten (90 %).

**Mangan** ist Bestandteil einer Vielzahl von Erzen und kommt in der Erdkruste vor. Es tritt häufig in eisenhaltigen Grundwässern auf. Beim Menschen ist Mangan z.B. an der Regulie-

rung des Kohlenhydrat- und Cholesterinstoffwechsels beteiligt und spielt eine Rolle bei der Entwicklung des Skeletts.

Bei der Wasseraufbereitung wird Mangan ebenso wie Eisen durch Oxidation und anschließender Filtration weitgehend entfernt. Nicht ausreichend entferntes Mangan kann im Trinkwasser zu braun-schwarzen Trübungen führen. Geringe Mengen an Mangan führen über lange Zeiträume zu Ablagerungen im Rohrnetz.

**Nitrat** kommt im Boden als Produkt biologischer Prozesse vor. Die Toxizität von Nitrat selbst ist relativ gering. Säuglinge können bei erhöhter Nitrataufnahme durch die Nahrung gefährdet sein, weil dadurch der Sauerstofftransport im Blut gestört werden kann. Dieses Krankheitsbild ist bei eingehaltenem Grenzwert nach TrinkwV für Trinkwasser praktisch bedeutungslos. Die eigentliche Gefahr von Nitrat liegt bei einer möglichen Reduktion zu Nitrit im Organismus oder in nitrathaltigen Lebensmitteln bei längerer Lagerung.

**Eisen** ist mit einem Anteil von 7% das vierthäufigste Element in der Erdkruste. Für Menschen ist Eisen ein essentielles Element. Es spielt eine wichtige Rolle im Stoffwechsel und in der Atmungskette. Wird in Wasserleitungen aus Stahl oder Gusseisen die Schutzschichtbildung gestört, kommt es zur Korrosion. Eisen geht überwiegend als Rost in das Trinkwasser über und verleiht ihm eine rotbräunliche Färbung und Trübung. In Leitungen mit großen Stagnationszeiträumen kann bei der ersten Abnahme auch eine bräunliche Färbung auftreten.

**Trübung** im Wasser entsteht durch organische und anorganische Schwebstoffe, sowie durch lebende Organismen. Somit ist die Trübung oft ein Maß bzw. Indikator für Verunreinigungen im Wasser.

Vor diesem Hintergrund wurden von den Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes im Jahr 2008 insgesamt in 34 öffentlichen Einrichtungen Trinkwasserproben entnommen und von einem Labor analysiert. In 10 Einrichtungen gaben die Ergebnisse Anlass zu Beanstandungen. Im Falle von Beanstandungen werden den Betreibern Maßnahmen empfohlen und Auflagen erlassen, die Abhilfe schaffen. Insbesondere darf das Trinkwasser nicht mehr an die Öffentlichkeit abgegeben werden. Im ungünstigsten Fall müssen Einrichtungen geschlossen werden. Es wird so oft nachgeprobt, bis die Probe ohne Befund ist. Die Beanstandungen betrafen folgende Parameter:

Tab. 7.1.1. Häufigkeit der Beanstandungen bei Trinkwasserproben nach Parametern 2008

Parameter	Häufigkeit
KBE 36°C	33
KBE 22°C	5
Coliforme	14
Eschericia coli	5
Enterokokken	1
Mangan	5
Nitrat	3
Eisen	7
Trübung	1

## 7.2. Badewasser und Badegewässer

Schwimm- und Badebecken in öffentlichen und gewerblichen Badeanstalten (Hallenbäder, Beckenfreibäder, Warmsprudelbecken, Therapie- und Bewegungsbecken, Kaltwassertauchbecken, Durchschreitebecken, Sauna-Kaltwasser-Tauchbecken), werden durch das Gesundheitsamt in regelmäßigen Abständen überwacht.

Grundlage ist § 37 (2) Infektionsschutzgesetz: Beschaffenheit von Wasser für den menschlichen Gebrauch sowie von Schwimm- und Badebeckenwasser, DIN 19643-1, Empfehlung des Umweltbundesamtes „Hygieneanforderungen an Bäder und deren Überwachung“.

Badewasser wurde in 8 Einrichtungen beprobt, davon gaben die Ergebnisse in 2 Einrichtungen Anlass zu Beanstandungen. Diese betrafen folgende Parameter:

Tab. 7.1.1. Häufigkeit der Beanstandungen bei Badewasserproben nach Parametern 2008

Parameter	Häufigkeit
KBE 36°C	1
KBE 22°C	1
Nitrat	3

Sieben EU-Badegewässer, nämlich Eixer See, Kiessee Wensen, Kiessee Wipshausen, Pfannteich Hohenhameln, Campingplatz Meerdorf, Freibad Bettmar und Campingplatz Bettmar werden jedes Jahr im Zeitraum vom 15.05. bis 15.09. im dreiwöchigem Abstand besichtigt und das Wasser beprobt. Neben bakteriologischen Untersuchungen werden

ph-Wert, Temperatur von Luft und Wasser sowie die Färbung und das Algenwachstum ermittelt.

Grundlage ist die Verordnung über die Qualität und die Bewirtschaftung der Badegewässer (Badegewässerverordnung – BadegewVO ) vom April 2008.

Die EU-Badegewässer gaben keinen Grund zu Beanstandungen.

### **7.3. Handlungsempfehlungen**

Die öffentliche Wasserversorgung garantiert eine kontinuierliche und sorgfältige Kontrolle des Trinkwassers und des Badewassers. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass die Versorgung aus dem öffentlichen Netz den strengen Vorschriften der deutschen Trinkwasserverordnung entspricht. Dennoch kann es zu Verunreinigungen kommen. Denn verantwortlich für die Trinkwasserinstallation ab dem Hausanschluss ist der Hauseigentümer, in öffentlichen Einrichtungen der Betreiber. Die Installation sollte unbedingt von fachkundigen Installateuren vorgenommen werden. Die Betreiber öffentlicher Einrichtungen sollten sich Ihrer Verantwortung hinsichtlich der Abgabe von Trinkwasser an die Bevölkerung bewusst sein.

Autoren/Autorinnen: Stefanie Constabel, Jenny Dublinski, Sandra Hansen, Claudia Pitt, Jens Wagener

## 8. Zusammenfassung

- Die Bemühungen und der Aufwand für eine gesunde Entwicklung der heutigen Kinder müssen intensiviert werden.
- Eine flächendeckende Versorgung der Untersuchungen zur Entwicklungsdiagnostik im Kindergarten wäre für die Zukunft wünschenswert.
- Die kindliche Zahngesundheit, ein gesundes und gepflegtes Gebiss, besonders auch die Erhaltung des Milchgebisses bis zum Zahnwechsel, sind wichtige Voraussetzungen für die gute Entwicklung und Gesunderhaltung von Kindern. Insbesondere sollte zahngesunde Ernährung in den Einrichtungen und bei den Eltern noch stärker in den Fokus gerückt und propagiert werden.
- Für Lehrer/innen sollte es ab dem 40. Lebensjahr präventive Maßnahmen hinsichtlich sich entwickelnder psychischer Erkrankungen im Rahmen des Instrumentes Gesundheitsmanagement an Schulen geben.
- Eine einmal ausgesprochene Dienstunfähigkeit in Form von Frühpensionierung sollte nach dem Ablauf eines Jahres überprüft werden, da die Wahrscheinlichkeit, die Dienstfähigkeit wiederzuerlangen, zu diesem Zeitpunkt am größten ist.
- Eine frühzeitige Behandlung von Depressionen und anderer psychiatrischer Erkrankungen (Angststörungen, Schizophrenie usw.) ist auch für arbeitslose Menschen wünschenswert, um die Chance der Betroffenen auf eine langfristige Teilnahme am Erwerbsleben zu erhöhen.
- Des Weiteren sind alle Maßnahmen zur Gesundheitsprävention (Raucherentwöhnung, sportliche Aktivierung, Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen usw.) sinnvoll.
- Ziele der kommunalen und globalen Behindertenberatung sollten eine noch bessere Vernetzung aller Ämter, Einrichtungen und Verbände sowie die gesellschaftliche Integration eines behinderten Menschen von Geburt an sein.
- Bei der Trinkwasserversorgung sollte an das Verantwortungsbewusstsein der Betreiber öffentlicher Einrichtungen appelliert werden.