

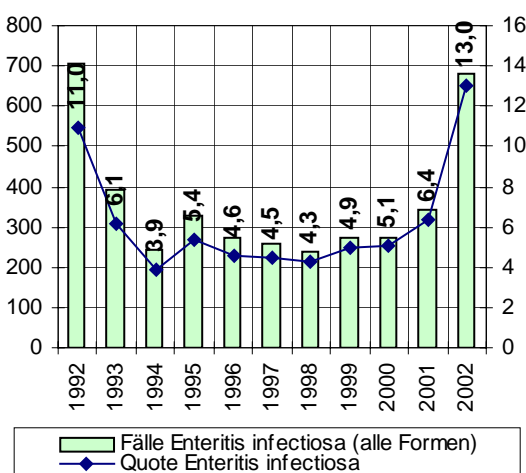
2.5. Gesundheit

Zum Thema Gesundheit lassen sich nur indirekte Aussagen treffen, da es über die gesundheitliche Situation der Gesamtbevölkerung keine Informationen gibt. Daten liegen nur zu den meldepflichtigen Krankheiten vor und zu den Schuleingangsuntersuchungen sowie zur Sterblichkeit und den Todesursachen. Erfasst werden nur ganz bestimmte Erkrankungen, die keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt zulassen. Die weiteren vorhandenen Daten beziehen sich auf die Gesundheitsinfrastruktur in der Stadt. Weitere Angaben zum Thema Gesundheit siehe Kapitel „Behinderte“.

2.5.1. Meldepflichtige Krankheiten³

Die in den vergangenen Jahren am häufigsten vorkommenden meldepflichtigen Krankheiten in Greifswald gehören zur Gruppe der Enteritis infectiosa (Salmonellenerkrankungen u.ä.). Die höchsten Fallzahlen wurden in den Jahren 1992 und 2002 gezählt mit jeweils rund 700 Erkrankungen. In der Zwischenzeit schwankte die Fallzahl zwischen 240 und 390, womit durchschnittlich vier bis über sechs von 1.000 EW jährlich betroffen waren. Während die Salmonellose-Fälle gegenüber dem Ausgangsjahr deutlich zurückgegangen sind, steigen die Fälle mit viralen Erkrankungen bei Enteritis infectiosa an. 2002 waren 13 von 1.000 EW mit Enteritis-infectiosa-Erregern infiziert, dabei wurden 102 mal Salmonellose und 579 mal übrige Formen gemeldet.

Abb. 88: Fälle gesamt und Fälle pro 1.000 EW von Enteritis infectiosa



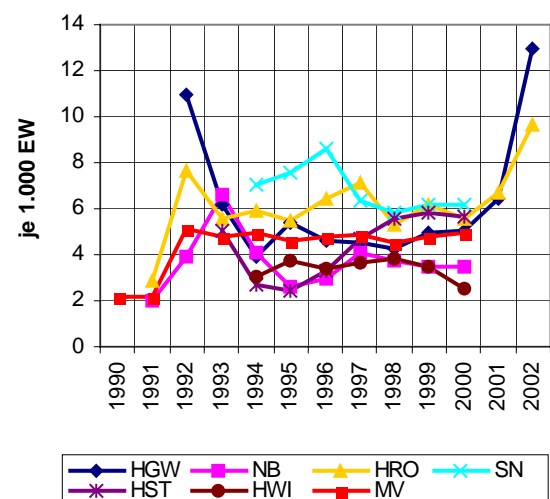
³ Seit dem Jahr 2002 wurde die Statistik der meldepflichtigen Krankheiten beim Statistischen Landesamt MV eingestellt. Es können seitdem nur noch stadteigene Daten Verwendung finden.

Die Dunkelziffer ist aber gerade bei Durchfallerkrankungen sehr hoch, da häufig kein Arzt aufgesucht wird bzw. auf Stuhluntersuchungen verzichtet wird. Die eigentliche Zahl der Erkrankungen ist also wahrscheinlich viel höher, als die von der Statistik ausgewiesene Zahl.

Die weiteren meldepflichtigen Erkrankungen verbleiben in Greifswald auf einem relativ gleichbleibendem Niveau. Fälle von Meningitis/Encephalitis werden in Greifswald nur in Einzelfällen registriert, im Jahr 2002 kam es zu keiner derartigen Erkrankung. Auch an Virushepatitis erkranken seit 1996 jährlich nur noch ein bis drei Greifswalder (Malaria wird nur noch bundesweit erfasst.) Die Zugänge an aktiver Tuberkulose schwanken seit 1992 um vier bis 10 Fälle pro Jahr. An Geschlechtskrankheiten wurden 1992 noch 40 Fälle registriert, für die folgenden Jahre wurden hierzu keine Daten mehr ausgewiesen. Seit dem Jahr 2000 müssen mit dem neuen Infektionsschutzgesetz diese Erkrankungen ebenso wie Tollwutexpositionen nicht mehr gemeldet werden.

In allen kreisfreien Städten sind Enteritis infectiosa die am häufigsten vorkommenden meldepflichtigen Krankheiten und sollen deshalb hier als Vergleichsmerkmal dienen. Im Jahr 2002 waren Greifswald und Rostock mit 13 bzw. 10 Fällen pro 1.000 Einwohner am stärksten betroffen. Wismar und Neubrandenburg hatten dagegen im Jahr 2000 die geringsten Fallzahlen mit rund 3 pro 1.000 Einwohnern.

Abb. 89: Enteritis infectiosa-Fälle pro 1.000 EW im Vergleich

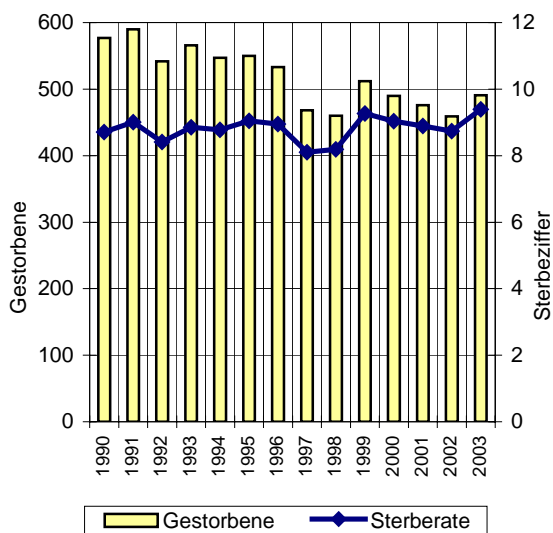


In den 90er Jahren waren Schwerin und Rostock im Vergleich zu den anderen Städten jeweils am stärksten betroffen und Wismar und Neubrandenburg ebenfalls am wenigsten.

2.5.2. Sterblichkeit nach Geschlecht und Alter

Die Zahl der Sterbefälle im Jahr ging aufgrund des Bevölkerungsrückgangs in den 90er Jahren relativ kontinuierlich von 590 (1991) auf 460 (1998) zurück. Seitdem werden jährlich ca. 460 bis 500 Gestorbene verzeichnet. Die Sterblichkeit der Greifswalder hat sich in diesem Zeitraum kaum verändert, die Sterberate schwankte mit Ausnahme der 1997 und 1998 um 8,7 bis 9,1 Gestorbene je 1.000 Einwohner. 2003 ist allerdings ein leichter Anstieg der Sterbefälle auf 490 und der Sterberate auf 9,4 pro 1.000 EW zu verzeichnen. In M-V liegt die Sterberate bei 9,9‰ und im Bundesdurchschnitt bei 10,3‰.

Abb. 90: Sterbefälle und Sterbeziffer pro 1.000 EW 1990 - 2003



Quelle: STALA

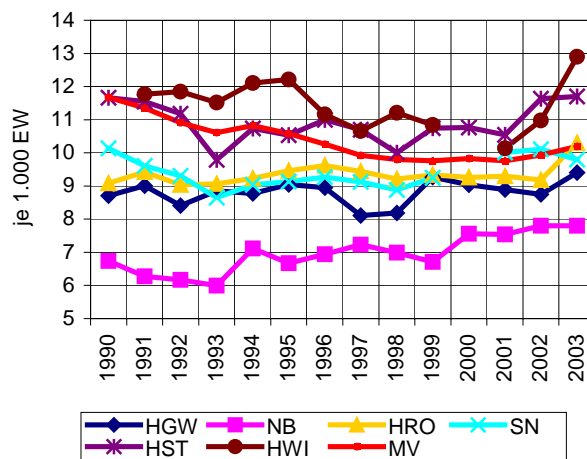
In Wismar lag 2003 die Sterberate bei 12,9‰ und in Stralsund bei 11,7‰. Unter den kreisfreien Städten waren in Neubrandenburg und Greifswald die Sterberaten mit 7,8‰ bzw. 9,4‰ am niedrigsten (Schwerin = 9,8‰). Diese Unterschiede resultieren aus dem unterschiedlichen Anteil der über 65jährigen an der Bevölkerung in den Städten. Die „Rangfolge der Sterblichkeit“ unter den Städten hat sich seit 1990 nicht wesentlich geändert.

In Greifswald ist die Sterblichkeit von Frauen meist höher, als die der Männer. Insbesondere seit 1999 sterben deutlich mehr weibliche als männliche Personen (z.B. 2001: 274 weibliche und 202 männliche Todesfälle) und die Sterbeziffer der weiblichen Personen war höher (2001: 9,9 von 1.000 Frauen und 7,8 von 1.000 Männern).

Dies hängt wesentlich mit dem „Überhang“ von Frauen aufgrund der Kriegsfolgen sowie mit deren längeren Lebenserwartung zusammen. Inzwischen nimmt die Bedeutung dieses Faktors ab, so dass in

den nächsten Jahren mit einer Annäherung der geschlechtsspezifischen Sterbequoten zu rechnen ist. 2003 betrug die Sterberate männlich 8,9‰ und die Sterberate weiblich 9,8‰.

Abb. 91: Entwicklung der Sterberaten in den kreisfreien Städten (pro 1.000 EW)



Im Jahr 2003 wurde in Greifswald kein Fall von Säuglingssterblichkeit registriert. Im Bundesdurchschnitt beläuft sich diese altersspezifische Sterblichkeit auf knapp 4,3 pro 1.000 unter 1jährige. Bei Kindern unter 15 Jahren gab es 2003 ebenfalls keine Todesfälle.

Im Alter von über 20 Jahren steigt die Sterberate ganz allmählich an. Erst ab dem Alter von 60 Jahren steigen die Sterberaten stärker an. Das Sterberisiko ist, bei einer durchschnittlichen Lebenserwartung von etwa 73 Jahren (Männer) und 81 Jahren (Frauen) in M-V, bei den unter 65jährigen natürlich erheblich geringer als bei Älteren. Unter dem Aspekt „Gesundheit“ sind die Sterberaten der unter 65jährigen als Kennziffer für „vorzeitige“ Sterblichkeit von besonderen Interesse. Die Sterberaten der unter 45jährigen liegen unter dem Landesdurchschnitt und auf dem gleichen Niveau wie im Bundesdurchschnitt (Greifswald <45 = 0,69‰ gegenüber 0,7‰ im Bundesdurchschnitt). Die Sterberaten der 45- bis unter 65jährigen sind hingegen mit 6,7‰ in Greifswald höher als im Bundesdurchschnitt (6,0‰). Das Sterberisiko der unter 65jährigen ist in Greifswald und in M-V also etwas höher als im Bundesdurchschnitt.

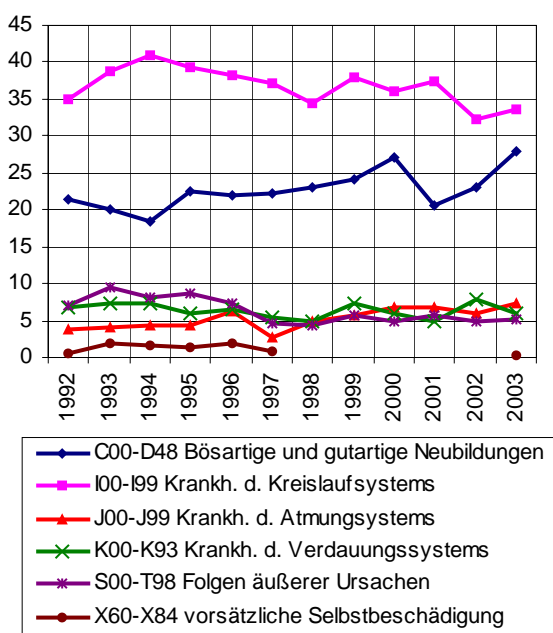
Todesursachen

Im Jahr 2003 und in den Jahren zuvor waren die häufigsten Todesursachen in Greifswald „Krankheiten des Kreislaufsystems“ (178 Fälle 2002, 36% aller Gestorbenen) und „bösartigen und gutartige Neubildungen“ (148 Fälle, 30% aller Gestorbenen). Die krankheitsspezifische Sterberate ist bei den Krankheiten des Kreislaufsystems von 40,9 Fällen pro 10.000 EW

40,9 Fällen pro 10.000 EW im Jahr 1994 auf 34,1 in 2003 zurückgegangen. Das liegt weit unter dem Landesdurchschnitt von 44,9 Fällen/10.000 EW sowie unter dem Bundesdurchschnitt von 47,7 Fällen/10.000 EW.

Bei den bösartigen und gutartige Neubildungen hingegen stieg in der Stadt die Sterberate von 18,5 Fällen pro 10.000 EW (1994) etwas stärker auf 28 im Jahre 2003 an. Damit führen diese Erkrankungen in der Hansestadt inzwischen etwas häufiger zum Tod als im Landes- bzw. Bundesdurchschnitt mit 26 Fällen pro 10.000 EW.

Abb. 92: Entwicklung ausgewählter Todesursachen 1990 bis 2002 (jeweils pro 10.000 EW)



Weitere häufige Todesursachen sind außerdem Krankheiten des Verdauungssystems (32 Fälle bzw. 6,1 Fälle/10.000 EW), was im Landesdurchschnitt (6,1), aber über dem Bundesdurchschnitt (5,1) liegt. Krankheiten des Atmungssystems spielen mit 7,4 Fällen pro 10.000 EW als Todesursache eine leicht überdurchschnittliche Rolle (Bundesdurchschnitt 6,5, Landesdurchschnitt 5,6). Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (27 Fälle bzw. 5,1 Fälle/10.000 EW) kommen seltener als im Landesdurchschnitt (5,7), aber etwas häufiger als im Bundesdurchschnitt (4,2) vor. Zwischen 1992 und 1996 waren noch 7,1 bis 9,5 Todesfälle pro 10.000 EW auf Folgen äußerer Ursachen zurückzuführen.

Diese Fälle beinhalten auch vorsätzliche Selbstbeschädigungen (Suizid), von denen 2003 in der Hansestadt zwei Fälle (0,4 je 10.000 EW) erfasst wurden. Die höchsten Suizidraten von 2,0 und 1,8 Fällen je 10.000 EW wurden in den Jahren 1993 und 1996 verzeichnet. Im Bundes- und im Lan-

desdurchschnitt liegt die Suizidquote bei 1,3 Fällen/10.000 EW.

Krankheiten des Kreislaufsystems sind in allen kreisfreien Städten die häufigsten Todesursachen und ebenso stieg in allen kreisfreien Städten der Anteil der bösartigen und gutartigen Neubildungen als Todesursache an.

2.5.3. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Die Inanspruchnahme von Gesundheits-Check-ups kann als Maßstab für gesundheitsbewusstes Verhalten der Bevölkerung interpretiert werden. In Greifswald nahmen 2001 nur 15% der 35jährigen und älteren Frauen sowie 40jährigen und älteren Männer die ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten in Anspruch. Bei den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen waren es immerhin 86% der Frauen (20 Jahre und älter), aber nur 38% der Männer im Alter 45 Jahre und älter. Im Vergleich der Jahre 2000 und 2001 hat sich die Teilnahme an Gesundheits-Check-ups leicht verbessert.

Die Gesundheits-Check-ups wurden von Rostockern mit 20% der Bevölkerung am häufigsten in Anspruch genommen, gefolgt von Wismar und Schwerin. In allen kreisfreien Städten, außer Stralsund (9%) war die Beteiligung höher als im Landesdurchschnitt von 12%.

Bei den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist der Unterschied zwischen Stadt und Land besonders groß. Während nur die Hälfte aller Frauen im entsprechenden Alter in M-V im Jahr 2001 daran teilnahm, waren es in Greifswald 86%, gefolgt von Wismar mit 80%. Das Schlußlicht bildete Schwerin mit einer 65%igen Beteiligung. Nur 22% der Männer (s.o.) in M-V unterzogen sich einer Krebsvorsorgeuntersuchung, in den kreisfreien Städten waren es immerhin über 35%, in Neubrandenburg und Rostock über 40%. In allen kreisfreien Städten, wie auch im Landesdurchschnitt nahm die Beteiligung an Gesundheits-Check-ups und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen seit 2000 leicht zu.

2.5.4. Gesundheitsinfrastruktur

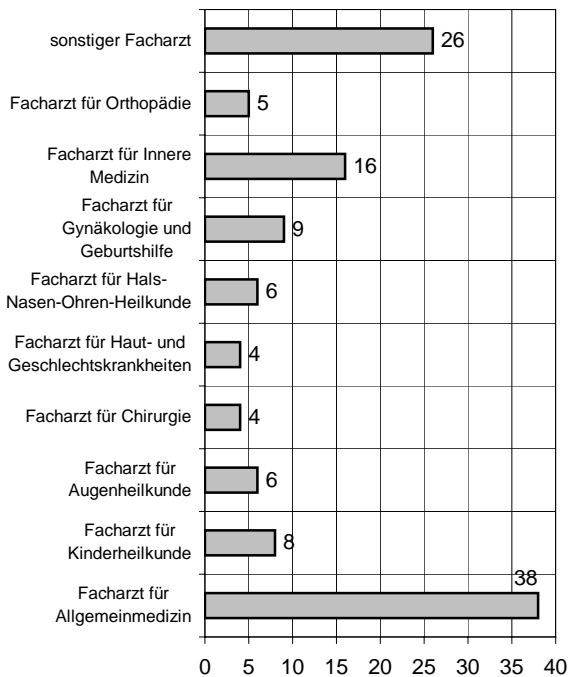
Über die Gesundheitsinfrastruktur geben nur wenige Daten Auskunft: niedergelassene Vertragsärzte und Apotheker, nichtärztliche Heilberufe, Daten über die Versorgung in Krankenhäusern.

Die Zahl der niedergelassenen Vertragsärzte hat sich zwischen 1991 und 2002 fast verdoppelt. Die meisten neuen Praxen wurden im Jahr 1992 eröffnet (über 30 neue Vertragsfachärzte). Ursache war

hier u.a. die Auflösung der zu DDR-Zeiten typischen Ambulanzen. Nach dem sprunghaften Anstieg der Ärztezahlen Anfang der 90er Jahre, schwankt die Zahl der Vertragsfachärzte seit 1997 um 120, die Zahl der niedergelassenen Zahnärzte stagniert sogar schon seit 1994 bei 50 Praxen. Die Zahl der niedergelassenen Apotheker verdreifachte sich zwischen 1990 und 1997 von 5 auf 18 und ist seitdem ebenfalls stabil.

Im Jahr 2002 gab es in Greifswald 122 niedergelassene Vertragsärzte, 48 niedergelassene Vertragszahnärzte und 18 niedergelassene Apotheker. Die meisten Vertragsärzte waren Allgemeinmediziner (38), sonstige Fachärzte (26) und Internisten (16). Alle wichtigen Fachrichtungen waren in Greifswald durch mindestens vier Vertragsärzte vertreten.

Abb. 93: Niedergelassene Vertragsärzte nach Fachrichtungen

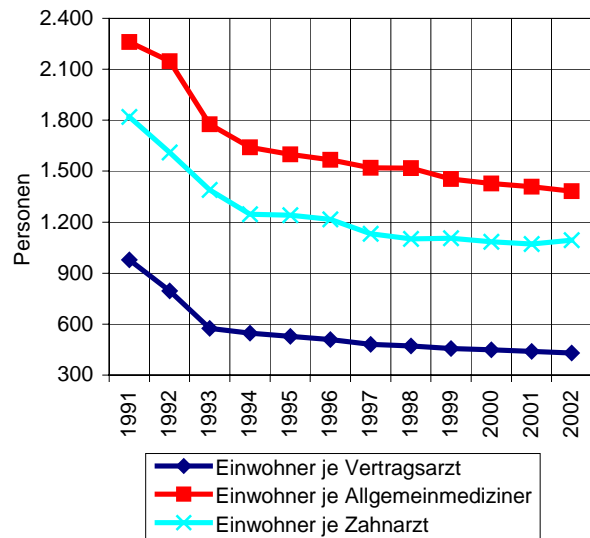


Anfang der 90er Jahre wurden mit Ausnahme von Kinderärzten Praxen aller Fachrichtungen neu eröffnet. Seit Mitte der 90er Jahre blieben die Zahlen der Allgemeinmediziner, der Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten; für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde; sowie für Orthopädie stabil. Die Zahl der Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderheil- bzw. Augenheilkunde ging um jeweils ein bis zwei zurück. Die Zahl der Praxen für innere Medizin nahm dagegen weiterhin zu.

2002 kamen auf einen niedergelassenen Vertragsarzt 430 Einwohner, auf einen niedergelassenen Zahnarzt rund 1.094 EW und auf einen niedergelassenen Apotheker rund 2.917 EW. Die Versor-

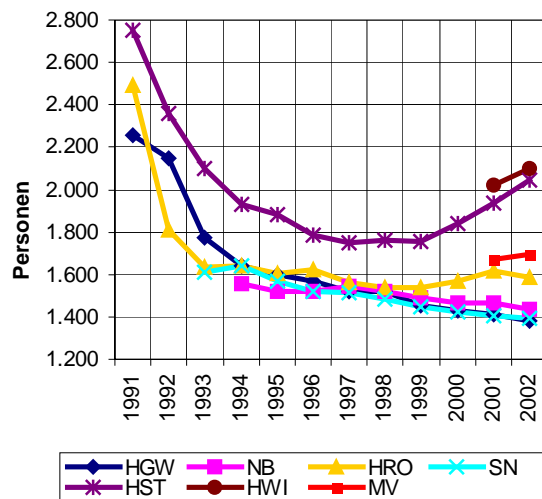
gung mit niedergelassenen Vertragsfachärzten und Apothekern hat sich in den 90er Jahren grundlegend verbessert, z.T. auch bedingt durch den Bevölkerungsrückgang. Das Verhältnis Apotheker pro Einwohner hat sich von 1991 mit rund 13.100 EW je Apotheke auf rund 2.900 EW pro Apotheke im Jahr 2002 verbessert.

Abb. 94: Versorgung mit niedergelassenen Vertragsfachärzten



Annähernd die Hälfte der Ärzte im Mecklenburg-Vorpommern ist nach Erhebungen der Kassenärztlichen Vereinigung 50 Jahre oder älter. Allein in den nächsten fünf Jahren scheidet etwa ein Drittel der Hausärzte im Land aus, gleichzeitig werden kaum junge Ärzte nachrücken (Quelle: Ostseezeitung 10.06.04). Dies führt im ländlichen Raum bereits jetzt zu Versorgungsengpässen und wird sich in den nächsten Jahren auch in den kreisfreien Städten negativ bemerkbar machen.

Abb. 95: Einwohner je Allgemeinmediziner



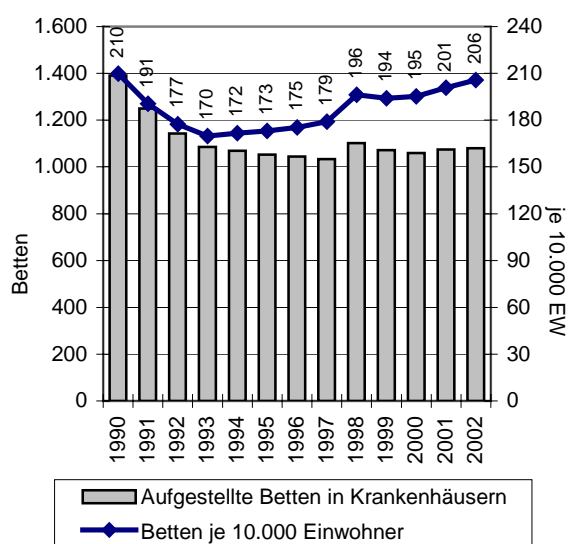
Bei der Versorgung mit Allgemeinmedizinern ist diese negative Entwicklung in einigen Städten bereits erkennbar. So stieg der Indikator Einwohner pro Allgemeinmediziner in Stralsund seit 1999 von 1.750 auf über 2.000 an und ist nun, wie auch in Wismar, im Vergleich zu den anderen Städten, sehr hoch. Der Landesdurchschnitt liegt bei rund 1.700 Einwohnern pro Allgemeinmediziner. In Greifswald, Neubrandenburg, Schwerin und Rostock ist die Allgemeinmedizinerdichte noch besser als im Landesdurchschnitt. In Greifswald ist bisher noch keine negative Tendenz erkennbar.

Versorgung in Krankenhäusern

Anfang der 90er Jahre gab es in Greifswald das Klinikum der Ernst-Moritz-Arndt-Universität und das Evangelische Krankenhaus Bethanien (Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie). Ende der 90er wurde ein neurologisches Rehabilitationszentrum eröffnet.

2002 waren in Greifswalder Kliniken 1.080 Betten aufgestellt. Dies entspricht insgesamt 206 Betten je 10.000 Einwohner. Bezogen auf die Einwohnerzahl ging die Versorgung zunächst von rund 210 (1990) auf 170 (1993) Betten pro 10.000 Einwohner zurück, seitdem stieg sie aber wieder stark an.

Abb. 96: Anzahl der Klinikbetten und Bettenquote je 10.000 EW



Die Fachrichtung Innere Medizin verfügt über 17% der Krankenhausbetten, während jeweils ca. 10% den Bereichen Chirurgie und Kinderheilkunde zuzuordnen sind.

Die mittlere Bettenauslastung des Universitätsklinikum lag bis 2000 mit geringen Schwankungen bei rund 80%, sank bis 2002 aber auf knapp 75% ab. Die mittlere Verweildauer der Patienten in der

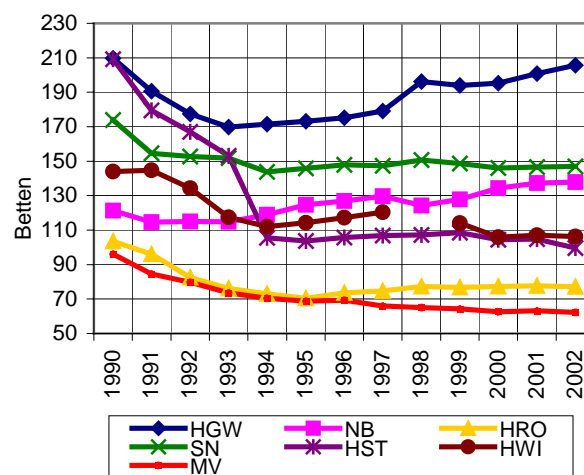
Klinik sank zwischen 1992 und 2002 von 10,9 auf nur noch 7,3 Tage.

Die Zahl der Krankenhausärzte sank zunächst von 309 (1991) auf 262 (1992), aber bereits 1994 waren wieder rund 350 Ärzte in den Krankenhäuser beschäftigt. Seitdem ist deren Anzahl relativ stabil.

Von der Landespolitik wurde eine „Rentabilitätssteigerung“ der Krankenhäuser vorgeschrieben, so dass die Senkung der Verweildauer darauf zurückzuführen ist und die ambulante Behandlung an Bedeutung gewonnen hat. Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung muss sich nicht zwangsläufig verschlechtert haben.

Die Versorgung mit Krankenhausbetten war in allen kreisfreien Städten besser als im Landesdurchschnitt, da die Krankenhäuser überregional bedeutsame Funktionen erfüllen. Die meisten Betten bezogen auf die Einwohnerzahl hatte Greifswald mit rund 170 bis 206 Betten je 10.000 EW. Auch in Schwerin und Neubrandenburg ist die Ausstattung gut. Rostock kommt dagegen mit unter 80 Betten je 10.000 EW dem Landesdurchschnitt von 62 sehr nahe. Somit ist die Versorgung der städtischen Bevölkerung mit gesundheitlicher Infrastruktur generell besser als die der ländlichen.

Abb. 97: Bettenquote im Vergleich (je 10.000 EW)



Die mittlere Verweildauer in Krankenhäusern sank im Landesdurchschnitt von 13 auf 8,1 Tage (1991-2002), im Gegenzug nahm die mittlere Bettenauslastung von 76% auf über 81% zu. Seit Mitte der 90er Jahre stieg die Zahl der stationär behandelten Patienten im Jahr von rund 333.000 auf 396.500 und auch die Zahl der Krankenhausärzte von rund 2.200 auf über 2.500 an.