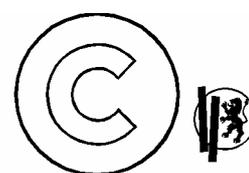


**Integrierter Bericht zu Gesundheit
und Lebenslage von Kindern
und Jugendlichen in Chemnitz
(1997 bis 2003/04)**



Stadt **CHEMNITZ**

*„Wer viel mit Kindern lebt, wird finden
daß keine äußere Einwirkung auf sie
ohne Gegenwirkung bleibt.“*

aus „Maximen und Reflexionen“ von J. W. von Goethe

Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist ein wesentlicher Teil der elterlichen Erziehungsverantwortung, aber das „Aufwachsen in öffentlicher Verantwortung“ – so das Leitmotiv des 11. Kinder- und Jugendberichtes der Bundesregierung – erhält immer mehr Bedeutung und erfordert den ständigen Ausbau der unterstützenden Rahmenbedingungen für die Familien bei der Sozialisation ihrer Kinder.

„Deutschland ist eines der ärmsten Länder der Welt – arm an Kindern. Selbst bei dieser geringen Kinderzahl sind Kinder in Deutschland ein Armutsrisiko“ wird auf der 55. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendsozialpädiatrie formuliert.

Um so wichtiger ist, wie wir mit unserem Zukunftskapital „Kinder“ umgehen.

Viele gesundheitliche Probleme haben ihren Ursprung in Kindheit und Jugend. Die Untersuchungsergebnisse des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes der Stadt Chemnitz sprechen seit Jahren eine deutliche Sprache.

Schulrelevante Entwicklungsauffälligkeiten wie Sprachstörungen, motorisch-koordinative Entwicklungsrückstände und Verhaltensauffälligkeiten haben bei Einschülern in den zurückliegenden Schuljahren deutlich zugenommen. Bei etwa 58 Prozent der untersuchten Einschüler des Schuljahres 2003/2004 wurden von der Gesundheit abweichende Befunde festgestellt.

Weit über die Hälfte aller untersuchten Kinder und Jugendlichen der 2., 5. und 9. Klassen weisen kontroll- und behandlungsbedürftige Befunde auf.

Es dominiert bei Kindern und Jugendlichen der „Sitzstress“ in der Schule, vor dem Fernseher und Computer.

Notwendig sind die Akzeptanz und Annahme von Angeboten zur gesunden Ernährung, zur Bewegungsförderung durch sinnvolle Freizeitgestaltung, zur Stress- und Konfliktbewältigung und zur Stärkung der Schülerpersönlichkeiten gegen Suchtgefahren.

Dazu sind die vorhandenen Kräfte zu bündeln, vorhandene Angebote zu vernetzen sowie neue Ideen und Bewältigungsstrategien gemeinsam mit allen Verantwortungsträgern zu entwickeln.

Dr. med. Liebhard Monzer
Leitender Medizinaldirektor
Amtsarzt und Leiter Gesundheitsamt der Stadt Chemnitz

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
1	Methodik und Begriffsdefinitionen2
2	Soziodemographische und sozioökonomische Faktoren3
2.2	Soziodemografie3
2.2.1	Aktuelle demographische Situation mit Vergleichen früherer Jahre3
2.2.2	Natürliche und räumliche Bevölkerungsbewegung6
2.3	Sozioökonomie.....8
2.3.1	Familiäre Einflussfaktoren8
2.3.2	Haushaltgrößen und -einkommen10
2.3.3	Teilnahme am Erwerbsleben einschließlich Arbeitslosigkeit12
2.3.4	Sozialhilfe und Kinderarmut16
2.3.5	Wohngeld20
2.3.6	Betreuungssituation.....21
2.3.7	Erziehung und Bildung22
3	Gesundheitsrelevante Faktoren29
3.1	Medizinische Versorgung in Chemnitz29
3.2	Gesundheit von Kindern und Jugendlichen30
3.2.1	Früherkennungsuntersuchungen30
3.2.2	Reihenuntersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes33
3.2.2.1	Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes33
3.2.2.2	Sprachentwicklung bei Kindern und Untersuchungen in Chemnitzer Kindertagesstätten34
3.2.2.2.1	Sprachentwicklungsstudien des APZ Chemnitz34
3.2.2.2.2	Kita-Untersuchung im Schuljahr 2003/0436
3.2.2.3	Einschulungsuntersuchungen39
3.2.2.4	Gesundheitszustand der Schüler in der 2., 5. und 9. Klasse43
3.2.2.5	Impfschutz49
3.2.2.6	Mund- und Zahngesundheit53
3.3	Mortalität und Morbidität bei Kindern und Jugendlichen58
3.3.1	Säuglings- und Kindersterblichkeit58
3.3.2	Meldepflichtige Erkrankungen61
3.3.3	Stationär behandelte Kinder und Jugendliche67
3.3.4	Unfälle70
3.3.5	Behinderungen76
4	Entwicklungschancen und -risiken81
4.1	Studie „Kinderfreundliches Chemnitz“81
4.2	Ausgewählte Leistungen der Jugendhilfe82
4.3	Jugenddelinquenz und -kriminalität84
4.4	Drogen- und Suchtsituation90
4.5	Kinder, Jugendliche und ihre Familien in Problemsituationen (Erzieherische Hilfen)94
5	Kinder und Umwelt98
5.1	Internationale und nationale Tendenzen - Probleme und Aktivitäten auf dem Gebiet Umwelt und Gesundheit - Schwerpunkt Kinder98
5.2	Zur Situation in Chemnitz99
5.2.1	Flächennutzung99
5.2.2	Stadtverträgliche Mobilität104
5.2.3	Klimaschutz - lokale Umweltbelastungen - Luftqualität106
5.2.4	Lärmbelastung109
6	Schlussbetrachtungen und Schlussfolgerungen111
6.1	Grundsätzliche Bemerkungen zur Erarbeitung des Berichtes und zur Weiterentwicklung der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung111
6.2	Bemerkungen und Schlussfolgerungen aus inhaltlicher Sicht des Berichtes112
7	Verzeichnisse114
7.1	Literaturverzeichnis114
7.2	Abbildungsverzeichnis116
7.3	Tabellenverzeichnis118
Anlage 1	Fragebogenauswertung in Chemnitzer 9. Klassen, Schuljahr 2003/04, Befragung September bis Dezember 2003119
Anlage 2	35 Kernindikatoren135

1 Methodik und Begriffsdefinitionen

Die folgende Darstellung mit dem Titel „Integrierter Bericht zu Gesundheit und Lebenslage von Kindern und Jugendlichen in Chemnitz (1997 bis 2003/04)“ entstand in Kooperation zwischen dem Gesundheitsamt Chemnitz und dem Institut für Medizin-Soziologie am Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf im Rahmen des Forschungsprojektes „‘Gesundheit’ als integrierendes Leitziel in der Konzeption und Erprobung eines regionalen Berichtssystems nachhaltiger Entwicklung“. Es handelt sich um ein Teilprojekt des Forschungsschwerpunktes „Problemorientierte regionale Berichterstattungssysteme“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und wird von diesem von Mai 2002 bis April 2005 gefördert (Förderkennzeichen: 07 RBS 08). Die Stadt Chemnitz, seit 1992 Mitglied im Gesunde Städte Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland, beteiligt sich seit 2002 im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf an dem Projekt. Außer Chemnitz und Dresden als sächsische Städte gehören zu diesem Projekt acht weitere ostdeutsche Städte bzw. Stadtbezirke (Berlin).

Ziel des Projektes „Integrierte regionale Berichterstattung (RBS)“ ist, stadt spezifische Daten zu 35 im Projekt erarbeiteten Kernindikatoren zu recherchieren, möglichst im Zusammenarbeit mit kommunalen Ansprechpartnern verschiedenster Disziplinen. Die 35 Kernindikatoren stammen aus folgenden Bereichen: Demographie, kommunale Ökonomie, Gesundheit, Soziales, Bildung, Umwelt, Wahlen/Partizipation. Drei Indikatoren konnten im Gesundheitsamt Chemnitz bearbeitet werden, für einige Indikatoren musste die Amtshilfe des kommunalen Umweltamtes, des Umweltzentrums/Büro AGENDA 21, des Schulverwaltungsamtes, des Amtes für Jugend und Familie, des Stadtentwicklungsamtes, des Städtischen Vermessungsamtes, des Amtes für Organisation und Informationsverarbeitung, SG Statistik und Wahlen in Anspruch genommen werden. Ca. sieben Indikatoren wurden zuständigen Körperschaften wie der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen (LUA), der Bundesanstalt für Arbeit, der Polizeidirektion Chemnitz und dem Sächsischen Landesamt für Umwelt und Geologie übergeben. Etwa 25 Indikatoren wurden zur Bearbeitung an das Statistische Landesamt geschickt. Zum Teil überschneidet sich die Bearbeitung.

Nachfolgend soll mit Hilfe der 35 Indikatoren die gesundheitliche Lage der Chemnitzer Kinder und Jugendlichen im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung, den sozialen, ökonomischen und Umweltbedingungen dargestellt werden. Allerdings eignen sich dazu nicht alle Indikatoren, und es wird sich nach Fertigstellung des Berichtes zeigen, wie viele von ihnen in der vorgegebenen Form verwendet werden können.

Weitere Indikatoren zur Thematik Kinder und Jugendliche werden einbezogen und geschlechtsspezifische Merkmale und Aspekte eingearbeitet.

Der überwiegende Teil der Daten in tabellarischen Darstellungen und Grafiken stammt, sofern keine andere Quelle angegeben ist, aus den Arbeitsergebnissen der amtlichen Statistik des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen. Der Bericht enthält die zur Zeit verfügbaren Daten aus den Jahren 1997 bis 2003/04, im Gliederungspunkt 3.2 auch Daten rückwirkend bis zum Schuljahr 1994/95. Da im Gesundheitsamt der Stadt Chemnitz ein auswertbarer Datenpool über 10 Schuljahre vorliegt, wird der übliche Berichtsmodus (sieben bis acht Jahre) damit unterbrochen. Auch der Gliederungspunkt 3.3.2 wird vorwiegend aus den im Gesundheitsamt erhobenen Daten zusammengefasst. Der bei den Daten des Statistischen Landesamtes zugrunde gelegte aktualisierte Gebietsstand vom 01.01.2004 kann bei diesen Gliederungspunkten nicht berücksichtigt werden. Falls der Gebietsstand vom 01.01.2004 abweicht, wird das in den Tabellen- und Bildbeschriftungen vermerkt.

Kurz einige Anmerkungen zu den Begriffsbestimmungen „Kind“ und „Jugendliche(r)“: Der Begriff „Kind“ wird in zahlreichen Wissenschaften (u.a. Rechtswissenschaft, Psychologie, Soziologie und Medizin) verwandt und jeweils speziell definiert. Im allgemeinen Sprachgebrauch ist „Kind“ ein Mensch, der sich in der Lebensphase der Kindheit befindet. Diese beginnt mit der Geburt und endet mit dem Eintritt der Geschlechtsreife.

Das deutsche Recht, u.a. das Kinder- und Jugendhilfegesetz, das Jugendschutzgesetz, das Jugendarbeitsschutzgesetz und das Strafgesetzbuch, definiert „Kind“ als Person unter 14 Jahre. Unter „Jugend“ versteht man die Lebensphase zwischen Kindheit und Erwachsenenalter. Zivilrechtlich beginnt die Volljährigkeit mit 18 Jahren, strafrechtlich reicht das Jugendalter bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Nach Definition der Kinderrechtskonvention der UNO ist Kind, wer das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Im vorliegenden Bericht werden die in der amtlichen Statistik üblichen Unterscheidungen verwendet:

€ Neugeborenes	bis 10. Lebenstag	} Kind = 0 bis unter 15 Jahre
€ Säugling	1. Lebensjahr/unter 1 Jahr	
€ Kleinkind	1 bis unter 3 Jahre	
€ Vorschulkind	3 bis unter 6 Jahre	
€ Schulkind	6 bis unter 15 Jahre	
€ Jugendlicher	15 bis unter 18 Jahre	

Alle übrigen Definitionen sind in den entsprechenden Gliederungspunkten und Themenkreisen zugeordnet.

Besonders im Kindesalter sind die Ursachen für Gesundheitsprobleme in den sozialen Verhältnissen, ungesunden Lebensweisen und Umweltkomponenten zu suchen. Spätestens im Jugendalter wird dann ersichtlich, welche

Weichen im Kindesalter für eine gesunde Entwicklung gestellt wurden oder hätten gestellt werden müssen. Dieser Bericht sucht durch Datenanalysen Antworten.

2 Soziodemografische und sozioökonomische Faktoren

2.2 Soziodemografie

2.2.1 Aktuelle demografische Situation mit Vergleichen früherer Jahre (Indikatoren 1 - 5)

Chemnitz ist nach Leipzig und Dresden die drittgrößte Stadt im Freistaat Sachsen und eine der 82 Großstädte der Bundesrepublik. Im Jahr 2003 stand Chemnitz mit einer Einwohnerzahl von knapp 250.000 an 28. Stelle aller Großstädte Deutschlands¹. Die folgenden Einwohnerzahlen jeweils am 31.12. beziehen sich auf die Wohnbevölkerung, also auf die Personen, die in Chemnitz ihren ständigen Wohnsitz (Hauptwohnung) haben (vgl. auch Indikator 1).

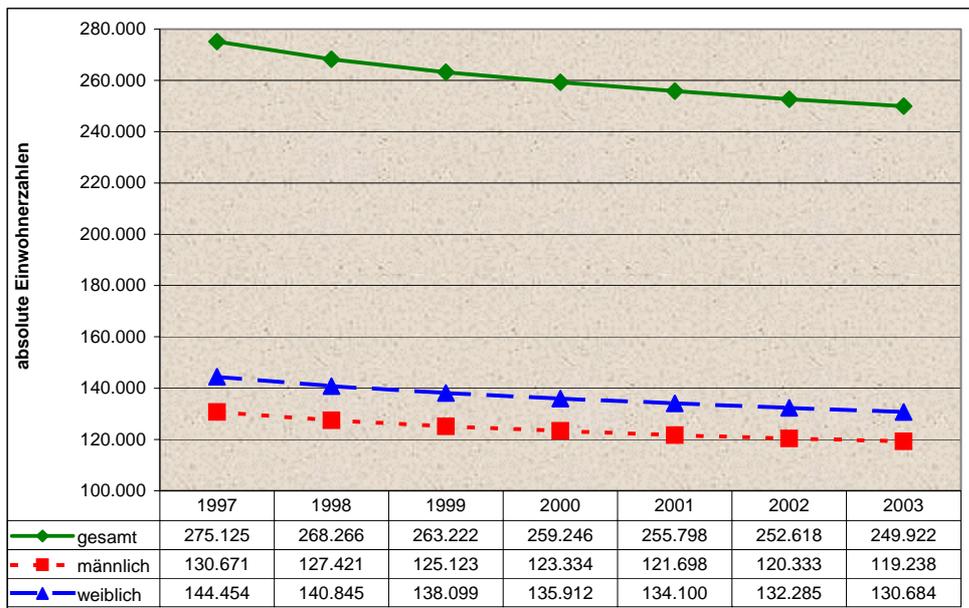


Abb. 2.1: Absolute Bevölkerungszahlen in Chemnitz 1997 bis 2003, jeweils am 31.12., getrennt nach Geschlecht, Gebietsstand 01.01.2004

Abb. 2.1 verdeutlicht den kontinuierlichen Rückgang der Chemnitzer Bevölkerung. Zwischen 1997 und 2003 verlor Chemnitz 25.203 oder 9,16 Prozent seiner Einwohner trotz der Eingliederung von insgesamt sieben Gemeinden in den Jahren 1997 und 1999. Ursachen für den Bevölkerungsschwund sind drastisch gesunkene Geburtenzahlen und hohe Wanderungsverluste (vgl. auch Indikator 2 bzw. Kap. 2.2.2).

Per 31.12.2003 waren in Chemnitz 249.922 Personen, davon 119.238 Männer (47,7 Prozent) und 130.684 Frauen (52,3 Prozent) registriert, darunter 10.995 Ausländer (vgl. Indikator 4). Diese bilden mit 4,4 Prozent nur einen geringen Bevölkerungsanteil, verglichen zum Beispiel mit etwas größeren westdeutschen Großstädten wie Karlsruhe mit 14,1 Prozent und Mannheim mit 22,4 Prozent Ausländern².

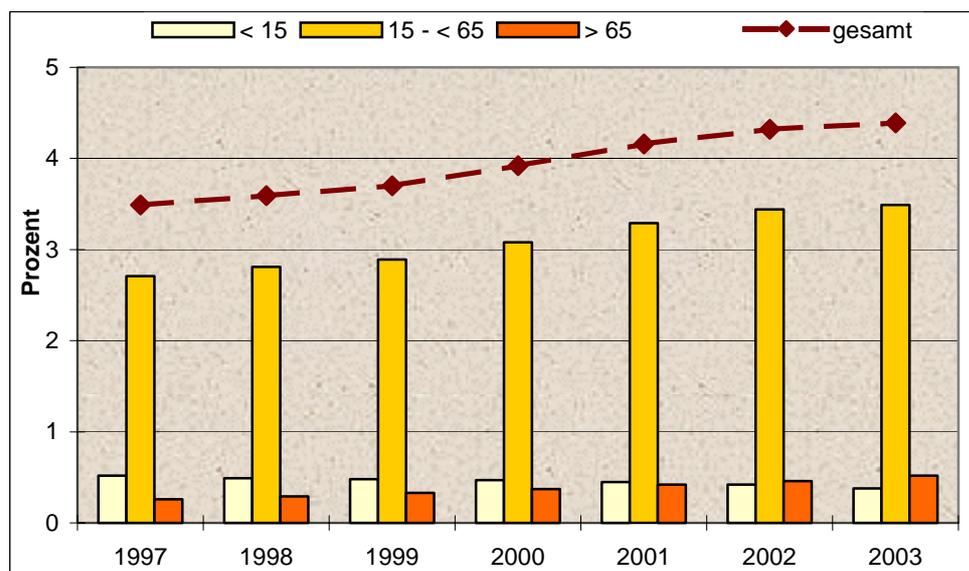


Abb. 2.2: Prozentualer Anteil Ausländer an der Gesamtbevölkerung in Chemnitz, nach Altersgruppen, 1997 bis 2003. Gebietsstand 01.01.2004

¹ Quelle: <http://de.wikipedia.org>

² Quelle: Stadt Chemnitz, Statistischer Quartalsbericht III/2004, Tab. 14 „Chemnitz im Städtevergleich“

Während unter 15-Jährige und über 65-Jährige nur einen geringen Anteil innerhalb der Gruppe der ausländischen Mitbürger bilden, ist die Altersgruppe der 15- bis unter 65-Jährigen die prozentual größte. Insgesamt kann seit 1997 ein leichter Anstieg der Ausländerzahlen festgestellt werden.

Die Altersstruktur der Bevölkerung (vgl. Indikator 5) veränderte sich seit 1997 weiterhin zugunsten der älteren Menschen und Hochbetagten, während die Zahl der Kinder unter 15 Jahren ständig zurückging. Abb. 2.3. veranschaulicht diese Entwicklung.

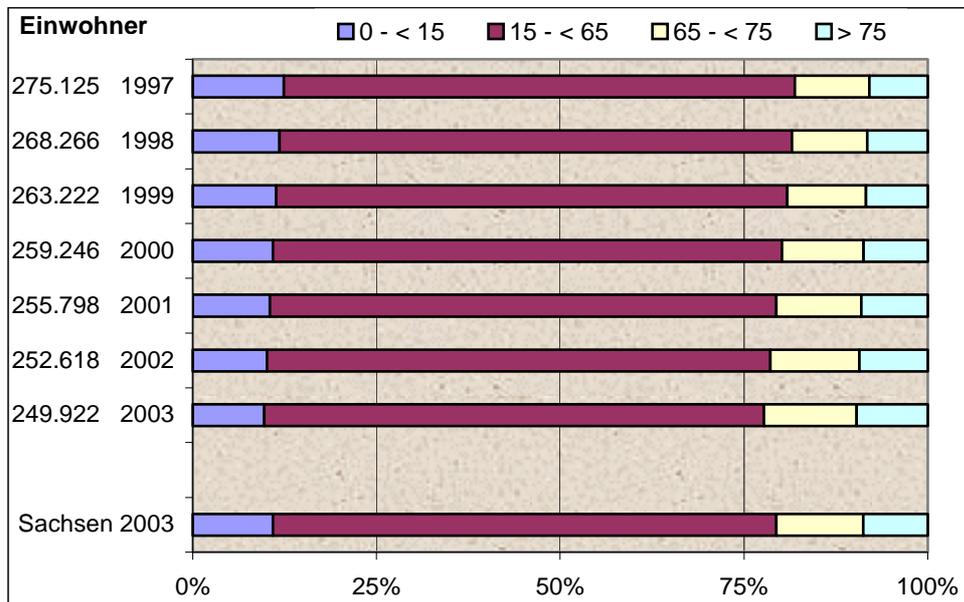


Abb. 2.3: Entwicklung der Altersstruktur in Chemnitz 1997 bis 2003, Sachsen 2003. Gebietsstand 01.01.2004

In Chemnitz lebten Ende Dezember 2003 insgesamt 1.758 Säuglinge und 22.533 Kinder von einem bis unter 15 Jahren, zusammen 9,7 Prozent der Gesamtbevölkerung. Im Vergleich dazu gab es 42.424 ältere Menschen zwischen 65 bis unter 80 Jahren (17,0 Prozent) sowie 13.208 Hochbetagte über 80 Jahre (5,3 Prozent). Damit ist der Anteil der Senioren mehr als doppelt so groß wie der Kinderanteil. Dieser deutliche Überschuss an älteren Menschen ist auch in anderen sächsischen Großstädten zu finden und stellt zunehmend ein demografisches Problem für den Freistaat dar. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung stieg in Chemnitz von 1990 (39,7 Jahre) auf 45,8 Jahre 2003 und ist damit auf Kreisebene das höchste in ganz Sachsen (Durchschnittsalter 44,1 Jahre).

Im Alter zwischen 15 bis unter 65 Jahre waren Ende 2003 in Chemnitz 166.999 Personen, das sind 68,0 Prozent der Gesamtbevölkerung, in ganz Sachsen 68,5 Prozent. Damit lag die Stadt etwas unter dem landesweiten Wert. Im Jahr 2000 war das Verhältnis noch 69,2 Prozent für Chemnitz zu 68,9 Prozent für Sachsen.

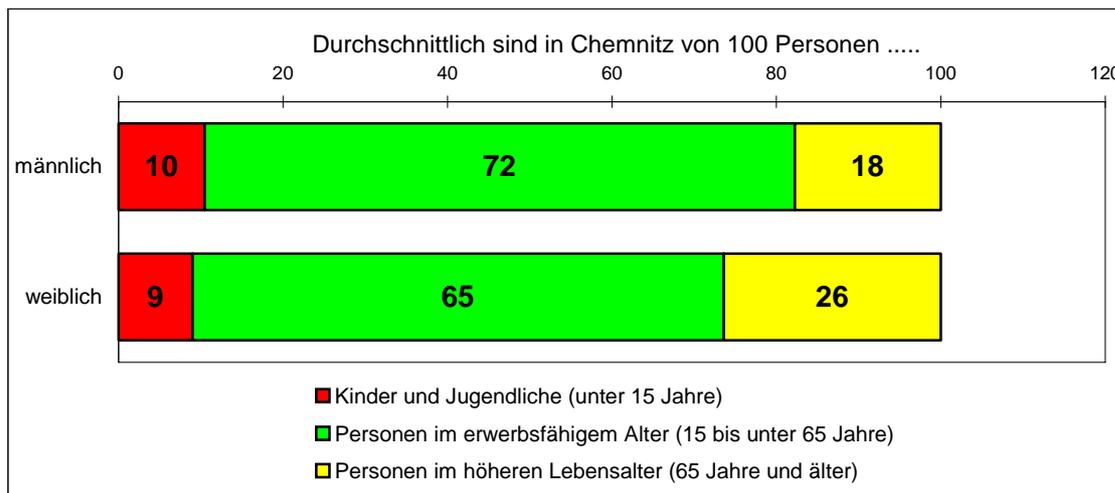


Abb. 2.4: Der Anteil von jungen Menschen, Personen zwischen 15 und 65 Jahren und älteren Menschen, bezogen auf 100 Einwohner in Chemnitz im Jahr 2003

Die Bevölkerungsüberalterung, geschuldet dem erwähnten Geburtsdefizit, gestiegener Lebenserwartung und hohen Wanderungsverlusten junger Leute, wird eines der Hauptprobleme der zukünftigen Generationen darstellen. Besonders nachhaltig verläuft die Abwanderung in der Gruppe der jungen Frauen zwischen 15 bis unter 45 Jahren. Zwischen 2000 (47.896 Frauen) und 2003 (45.074 Frauen) verlor Chemnitz fast 3.000 oder 5,9 Prozent der gebärfähigen Frauen, die aus familiären oder finanziellen Gründen ihren Lebensbereich außerhalb suchten - eine Tatsache, die sich auf die Geburtenrate negativ auswirkt und zunehmend Männerüberschuss bewirkt. Die

folgende Abbildung 2.5 – der Lebensbaum von Chemnitz auf Basis der kommunalen Bevölkerungszahlen – beweist diesen demografischen Trend, der erst kurz vor dem 45. Lebensjahr endet.

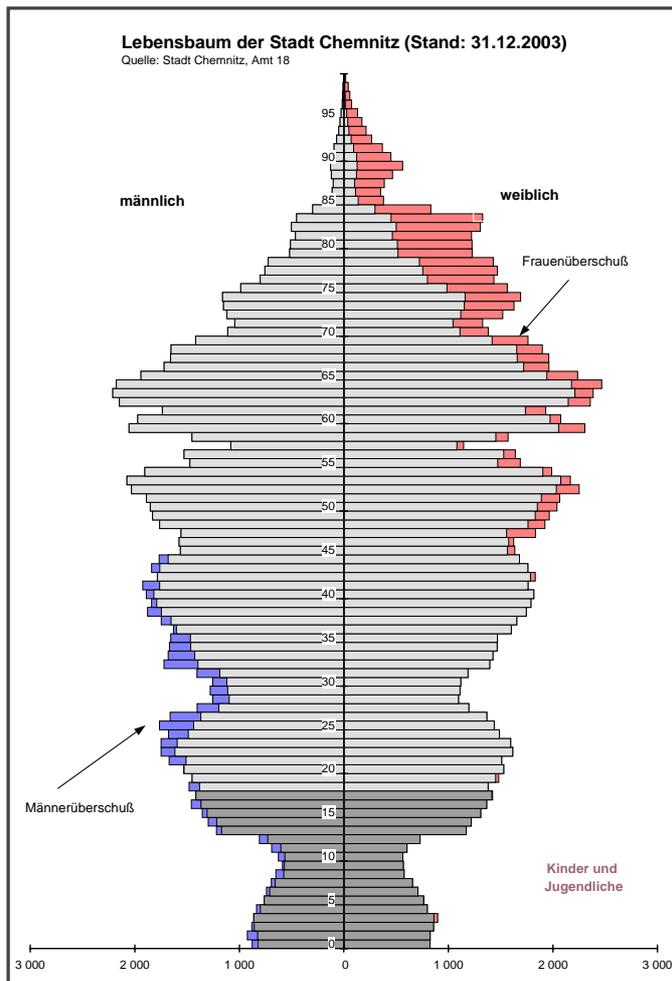
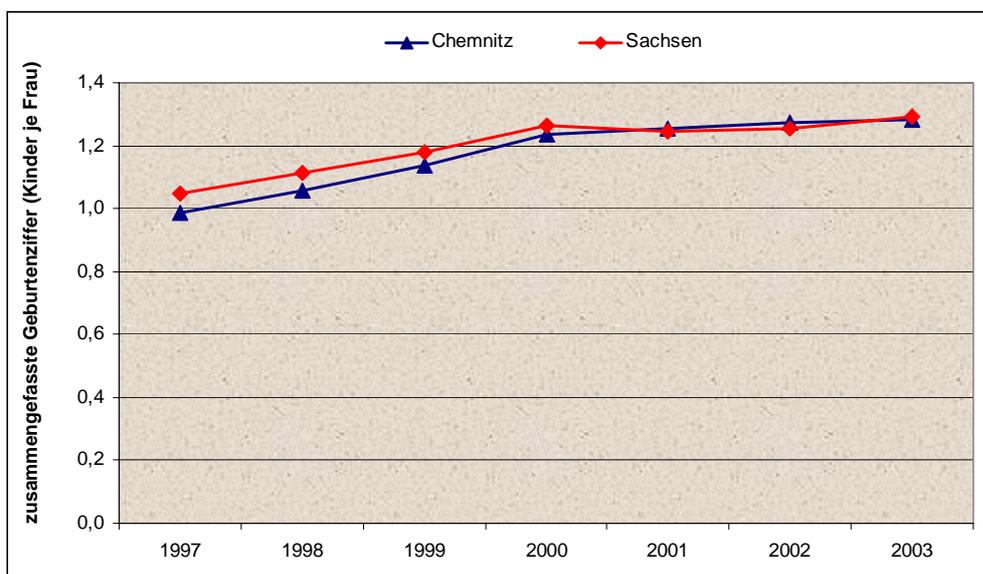


Abb. 2.5: Wohnbevölkerung der Stadt Chemnitz nach Altersjahrgängen (Lebensbaum) per 31.12.2003

Betrachtet man den Chemnitzer Lebensbaum Ende 2003 und vergleicht ihn mit dem Lebensbaum anderer, insbesondere ostdeutscher Großstädte, ergibt sich ein nur in Nuancen unterschiedliches Bild. In den jüngeren Jahrgängen, etwa bis zum 42. Lebensjahr, existiert der beschriebene Männerüberschuß. In den folgenden Jahrgängen ändert sich das Bild. Besonders deutlich ist der Frauenüberschuß in den höheren Jahrgängen über 60 Jahre, der auf die geringere Lebenserwartung der Männer bzw. die Einwirkungen der beiden Weltkriege zurückzuführen ist. Auffällig sind außerdem starke Einschnitte in den Geburtsjahrgängen um 1916, 1933, 1946 und 1972/73, Spiegelbild der geschichtlichen Entwicklung Deutschlands. Der erste Weltkrieg, die Wirtschaftskrise in der Weimarer Republik, der zweite Weltkrieg und die Nachkriegszeit, der „Pillenknick“ bzw. die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs Anfang der 70er Jahre in der DDR haben ihre Kerben im Lebensbaum hinterlassen, ebenso die 15 Jahre seit der Wende. Allerdings steigt die Geburtenrate, die 1993/1994 besonders kräftig gesunken war und die heute 10-Jährigen (5. Klassen) umfasst, langsam und stetig wieder, ohne jedoch annähernd das „Vorwendeniveau“ zu erreichen.

2003 wurden weniger Säuglinge als 2002 geboren (- 1,65 Prozent), doch stieg die Fruchtbarkeitsziffer auf Grund der verminderten Frauenzahl von 39,0 im Jahr 2002 auf 39,1. 1997 betrug sie noch 30,7, d.h. auf 1.000 Frauen zwischen 15 und 45 Jahren kamen lediglich etwa 31 Lebendgeborene.

Die für die Bevölkerungsbestandserhaltung statistisch ermittelte Zahl von durchschnittlich 2,1 Kindern je Frau wurde sowohl in Chemnitz als auch in Sachsen in den vergangenen sieben Jahren nie erreicht, wobei Chemnitz bis zum Jahr 2000 tendenziell noch unter den sachsenweiten Werten liegt. Immerhin stieg die durchschnittliche



Zahl der Kinder je Frau in der Stadt von 0,98 im Jahr 1997 auf 1,28 im Jahr 2003. Das mittlere Gebäralter der Frauen erhöhte sich leicht (1997: 27,9 Jahre, 2003: 28,3 Jahre).

Abb. 2.6: Zusammengefasste Geburtenziffer (Kinder je Frau zwischen 15 und 45 Jahren) in Chemnitz und Sachsen 1997 bis 2003

Ein kommende Jahrgänge immer mehr tangierender demografischer Faktor ist die Abhängigkeitsquote, auch bezeichnet als Alterslastquotient oder Soziallast. Sie beschreibt das Verhältnis vom Kinderquotienten (Verhältnis der Anzahl der unter 15-Jährigen zu 100 Personen der Altersgruppe 15 bis unter 65 Jahre) und des Altersquotienten (Verhältnis der Anzahl der über 65-Jährigen zu 100 Personen der Altersgruppe 15 bis unter 65 Jahre) zu den Erwerbsfähigen. Diese Gruppe wird meist definiert als Menschen zwischen 15 bis unter 65 Jahren (aber auch 18 bis unter 65 Jahre, 20 bis unter 65 Jahre u.a.). Die Kennziffer „Abhängigkeitsquote“ erreichte in Chemnitz im Jahr 2003 den bisher höchsten Stand. 1997 hatten 100 Erwerbsfähige ca. 18 Kinder und 26 ältere Menschen zu versorgen, insgesamt etwa 44 Personen, 2003 dagegen nur ca. 14 Kinder, aber ca. 33 Senioren, insgesamt schon 47 Personen. Die tatsächlichen ökonomischen Leistungen der beschriebenen Altersgruppen werden bei dieser Betrachtung vernachlässigt. Im Jahr 2003 liegt der Chemnitzer Wert schon über dem in Sachsen erreichten Landeswert (Jahr 2003: ca. 16 „Junge“ zu ca. 30 „Alten“ auf 100 = Lastenquote von 46,0).

Tab. 2.1: Kinder- und Altersquotient in Chemnitz 1997 bis 2003, Sachsen 2003, Abhängigkeitsquote pro 100 Erwerbstätige. Gebietsstand: 01.01.2004

Jahr	Kinderquotient (0 - < 15 Jahre)		Erwerbsfähige (15- < 65 J.)		Altersquotient (> 65 Jahre)		Lastenquote
	Zahl	Quotient	Zahl	Quotient	Zahl	Quotient	
1997	34.043	17,8	191.353	100	49.729	26,0	43,8
1998	31.593	16,9	187.037	100	49.636	26,5	43,4
1999	29.803	16,3	183.161	100	50.258	27,4	43,7
2000	28.279	15,8	179.499	100	51.468	28,7	44,4
2001	26.868	15,2	176.212	100	52.718	29,9	45,2
2002	25.446	14,7	173.104	100	54.068	31,2	45,9
2003	24.291	14,3	169.999	100	55.632	32,7	47,0
Sachsen 2003	470.595	15,9	2.960.192	100	890.651	30,1	46,0

Es sei noch angemerkt, dass der Kinderquotient (- 3,5) in Chemnitz in den betrachteten sieben Jahren geringer wurde, der Altersquotient (+ 6,7) sich dagegen deutlich vergrößerte.

Die zwischen den Jahren 2001 bis 2003 in Sachsen Geborenen haben auf Basis der abgekürzten Sterbetafeln 2001/2003 des Statistischen Landesamtes Sachsen (StaLa) eine nach Geschlecht unterschiedliche durchschnittliche (fernere) Lebenserwartung: Mädchen ca. 82 Jahre (81,62), Jungen ca. 75 Jahre (75,14). 65-jährige Männer haben durchschnittlich noch 16 (15,95) Jahre, 65-jährige Frauen fast 20 (19,64) Jahre zu leben. Diese Prognosen kann man durchaus auf Chemnitz übertragen.

2.2.2 Natürliche und räumliche Bevölkerungsbewegung (Indikatoren 2 ,3)

In Chemnitz wie auch in Großstädten der neuen Bundesländer kam es in den vergangenen Jahren zu einer starken Veränderung in der natürlichen Bevölkerungsbewegung sowie zu hohen Wanderungsverlusten. Zwischen 1997 und 2000 stiegen die Geburten pro 100.000 der Bevölkerung leicht an, um ab 2001 auf einem annähernd gleichmäßigen Niveau zu verharren. Die Entwicklung der Sterbefallzahlen pro 100.000 Einwohner bewegte sich bis auf das Jahr 2001 relativ gleichmäßig bei ca. 1.200. Der in Abb. 2.7 dargestellte permanente Gestorbenenüberschuss beweist, dass die einfache Reproduktion der Bevölkerung nicht gesichert ist (vgl. auch Indikator 2).

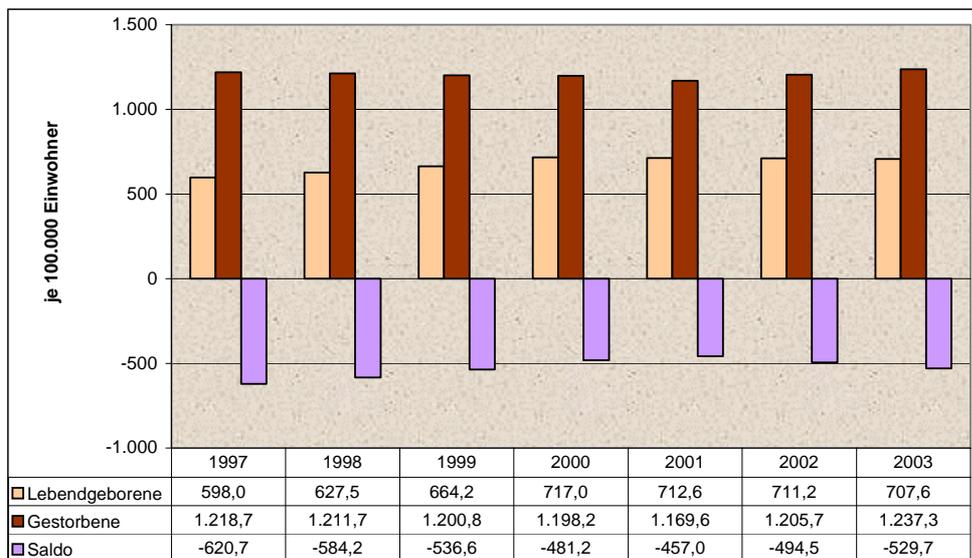


Abb. 2.7: Natürliche Bevölkerungsbewegung: Lebendgeborene, Gestorbene und Geburten-/Sterbeüberschuss (Saldo) 1997 bis 2003, je 100.000 Einwohner, Gebietsstand: 01.01.2004

Die seit Jahren bestehende ungünstige demografische Situation hat die schon in Kapitel 2.2.1 geschilderten Auswirkungen auf die Altersgruppenverteilung innerhalb der Stadt. Im Zuge dieser Entwicklung verringerte sich in

den sieben Jahren zwischen 1997 (34.043 Kinder) und 2003 (24.291 Kinder) der Anteil der Chemnitzer Kinder zwischen 0 bis unter 15 Jahren um 28,6 Prozent (Gesamtbevölkerung: - 9,16 Prozent, vgl. Abb. 2.1).

Im gleichen Zeitabschnitt (1997: 49.729, 2003: 55.632 Senioren) erhöhte sich der Anteil der älteren und alten Mitbürger über 65 Jahre um 11,9 Prozent, geschuldet einer höheren Lebenserwartung und geringerer Mobilität bei Fortzügen (vgl. auch Abb. 2.3 und 2.9).

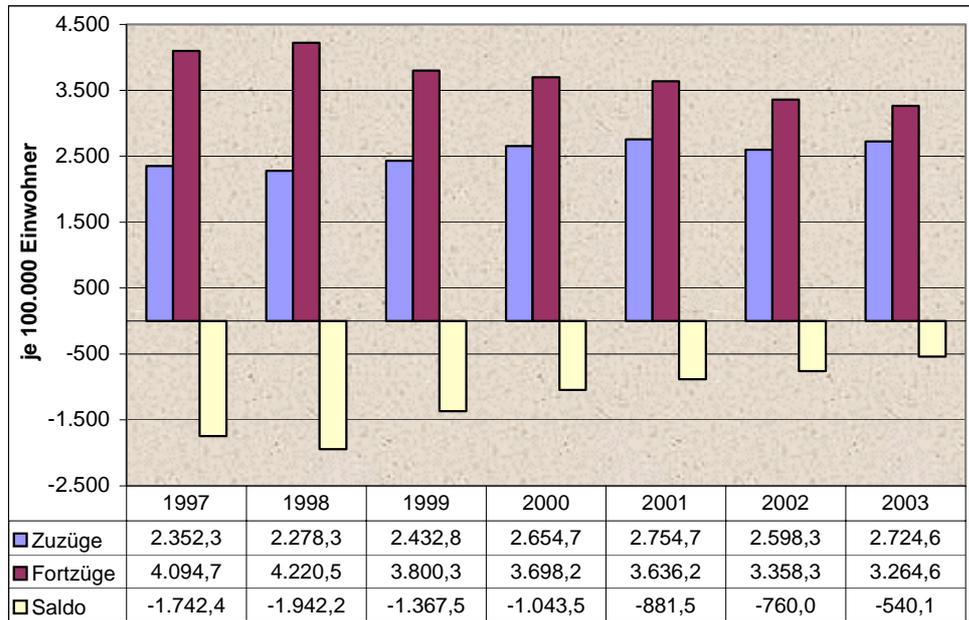


Abb. 2.8: Räumliche Bevölkerungsbewegung: Zu- und Fortzüge in Chemnitz 1997 bis 2003, je 100.000 Einwohner, Gebietsstand: 01.01.2004

Die räumliche Bevölkerungsbewegung in Chemnitz ist durch eine größere Anzahl von Fortzügen als Zuzügen gekennzeichnet, auch wenn in den vier Jahren zwischen 1999 und 2003 das Wanderungssaldo deutlich geringer ausfiel. Im Jahr 2003 verließen nur noch 8.203 Bürger die Stadt, doch 6.846 zogen neu zu (Differenz: 1.357). Im Jahr 1997 betrug diese Differenz immerhin noch 4.851 Personen. Eine aktuelle Zeitungsmeldung vom 02.12.2004 lässt hoffen: Seit

der Wende zogen erstmalig mehr Menschen nach Chemnitz, als der Stadt den Rücken kehrten: ein geringes Plus von 141 Einwohnern³.

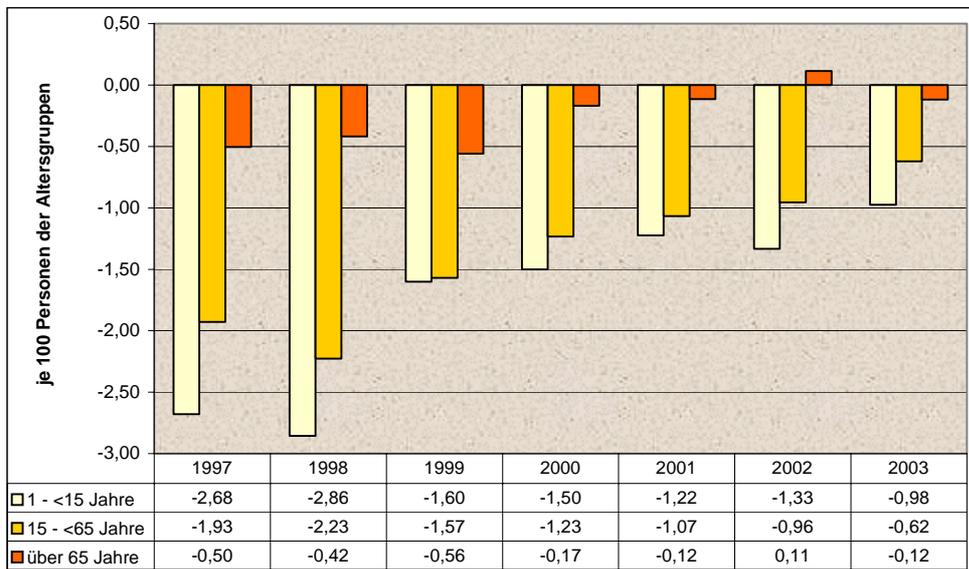


Abb. 2.9: Anteil des wanderungsbedingten Bevölkerungsgewinns bzw. -verlustes an ausgewählten Altersgruppen, je 100 Einwohner der gleichen Altersgruppe 1997 bis 2003, Gebietsstand 01.01.2004

Betrachtet man die Gruppen Kinder, Erwerbsfähige und Senioren, verringert sich das Saldo bei Zu- und Fortzügen zwischen 1997 und 2003 in allen Altersgruppen, wobei in der Gruppe der Senioren 2002 ein minimaler Zuwachs zu erkennen ist.

Ausgehend vom Bevölkerungsstand des Jahres 1999 einschließlich aller Eingemeindungen gibt es vom Amt für Organisation und Informationsverarbeitung der Stadt Chemnitz für die Jahre 2005, 2010 und 2015 Bevölkerungsprognosen mit jeweils einer oberen und unteren Grenzvariante. Die Prognosen für 2005 und 2010 bleiben hier unberücksichtigt. Im günstigsten Fall leben im Jahr 2015 in Chemnitz 236.000 Einwohner, im ungünstigen Fall noch 227.700. Das wäre im Vergleich zur Einwohnerzahl vom 31.12.2003 (247.723⁴) ein Verlust von 4,7 bzw. 8,1 Prozent der Bevölkerung. Beide Varianten der Prognose basieren auf folgenden Annahmen:

³ Quelle: Freie Presse vom 02.11.2004, S. 11

⁴ Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Organisation und Informationsverarbeitung

- Ø Verringerung der alters- und geschlechtsspezifischen Fortzugsraten auf ca. 28 Fortzüge pro 1.000 Einwohner im Jahr 2015, gleichzeitig Anstieg des Zuzugsvolumens in Abhängigkeit von der zukünftigen wirtschaftlichen Entwicklung der Stadt, damit verbunden Erhöhung der Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter und der Geburtenrate
- Ø Anstieg der allgemeinen Fruchtbarkeitsziffer von 39,1 im Jahr 2003 auf 47,8, dem Wert aus den alten Bundesländern
- Ø Anstieg der allgemeinen Lebenserwartung: Männer 76,6 Jahre (+ 1,8), Frauen 82,2 Jahre (+ 2,0)
- Ø Eine weitere Zunahme der Zahl älterer Menschen. Während der Kinderquotient nach einem zwischenzeitlichen leichten Rückgang bis zum Jahr 2015 wieder das Niveau von 2002 (14,7) erreicht haben soll, wird eine kontinuierliche Erhöhung des Altenquotienten⁵ im Jahr 2015 prognostiziert. Das bedeutet: Auf 100 Personen zwischen 20 und 65 Jahren kommen dann vermutlich ca. 48 bzw. 49,6 ältere Menschen ab 65 Jahre.
- Ø Verschiebungen innerhalb der Altersgruppe über 65 Jahre: Der Anteil der Hochbetagten (ab 80 Jahre) an dieser Altersgruppe wird bis zum Jahr 2015 von gegenwärtig ca. 24 Prozent auf fast 28 Prozent steigen [2].

2.3 Sozioökonomie

2.3.1 Familiäre Einflussfaktoren

Eine gesunde, unbeschwerte Kindheit prägt meist das spätere Leben: Diese einfache Wahrheit ist aktueller denn je. Die Entwicklung eines leistungsfähigen, physisch und psychisch gesunden Erwachsenen sowie dessen Lebenschancen und soziales Verhalten werden im Normalfall von günstigen Bedingungen der ersten Lebensjahre beeinflusst. Nicht selten erleben Kinder aber auch oft familiäre Konflikte, Gewalt, Armut, Vereinsamung. Gesundheitsgefährdungen bis hin zu psychischen und physischen Störungen können die Folge sein.

Aussagekräftige Aspekte zur Situation von Familien sind Ergebnisse der jährlichen Mikrozensusbefragung⁶ durch das StaLa. Als Familie gelten lt. Mikrozensus „alle Ehepaare bzw. allein stehende Väter und Mütter, die mit ihren ledigen Kindern zusammen leben sowie Ehepaare ohne im Haushalt lebende ledige Kinder. Verwitwete, geschiedene oder verheiratet getrennt lebende Personen ohne Kinder gehen als Rest-Familie ebenfalls in die Summenbildung der Familien ein“. „Kinder“ nach dem Begriff der Familienstatistik sind alle mit ihren Eltern im selben Haushalt lebenden leiblichen, Stief- und Adoptivkinder, die selbst noch ledig sind bzw. selbst noch keine Kinder haben – ohne Rücksicht auf Alter und Berufstätigkeit. In den Familienbegriff fließt zwar noch der Verwandtschaftsbegriff ein, doch ist er sozialrechtlich längst überdeckt vom Begriff des „gemeinsamen Lebensvollzugs“ [5].

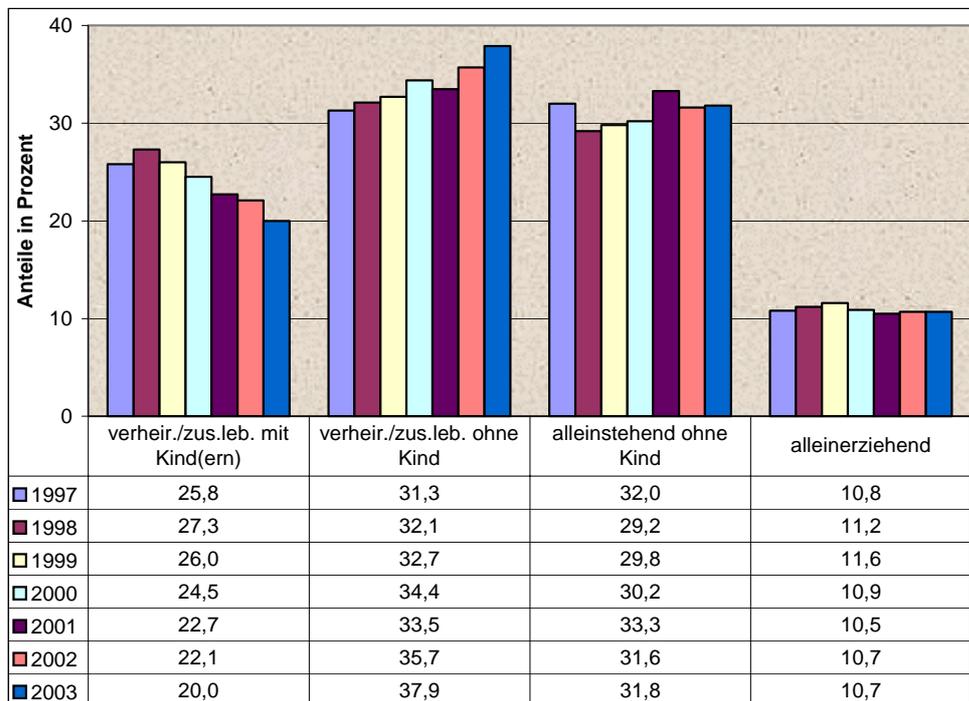


Abb. 2.10: Familien nach Familientyp in Chemnitz 1997 bis 2003, in Prozent

Die Familienstrukturen haben sich in Chemnitz wie auch im gesamten Bundesgebiet in den letzten 15 Jahren dramatisch verändert. Die Großfamilie mit mehreren Generationen auf einem kleineren räumlichen Territorium gehört der Vergangenheit an. Zwar gibt es noch die klassische Familie, bestehend aus verheirateten Partnern mit Kind(ern), doch geht der Trend nicht selten zur Lebensgemeinschaft mit ein, höchstens zwei Kindern, der sogenannten „Patchworkfamilie“, in der sich Kinder jedoch durchaus geborgen fühlen können. Alleinerziehende, die

⁵ Altersquotient: hier bezogen auf das Verhältnis der Anzahl der über 65-Jährigen zu hundert Personen der Altersgruppe 20 bis unter 65 Jahre

⁶ Mikrozensus: laufende, jährliche Repräsentativstatistik in Form einer Flächenstichprobe, die ein Prozent aller Haushalte erfasst. In Sachsen seit 1991.

mit ihren Kindern allein leben, stellen eine „Ein-Eltern-Familie“ dar. Kinder wachsen oft ohne Geschwister auf oder Frauen versagen sich aus beruflichen Gründen völlig den Kinderwunsch.

Als traditionelle „Kernfamilie“ gilt das verheiratete Ehepaar mit Kind(ern) (vgl. Abb. 2.10). Diese althergebrachte Form verminderte sich in Chemnitz von 1997 bis 2003 um 5,8 Prozent, während sich die Zahl der verheiratet Zusammenlebender ohne Kinder um 6,6 Prozent erhöhte. Die Anteile Alleinstehender und Alleinerziehender blieben im Vergleichszeitraum relativ konstant.

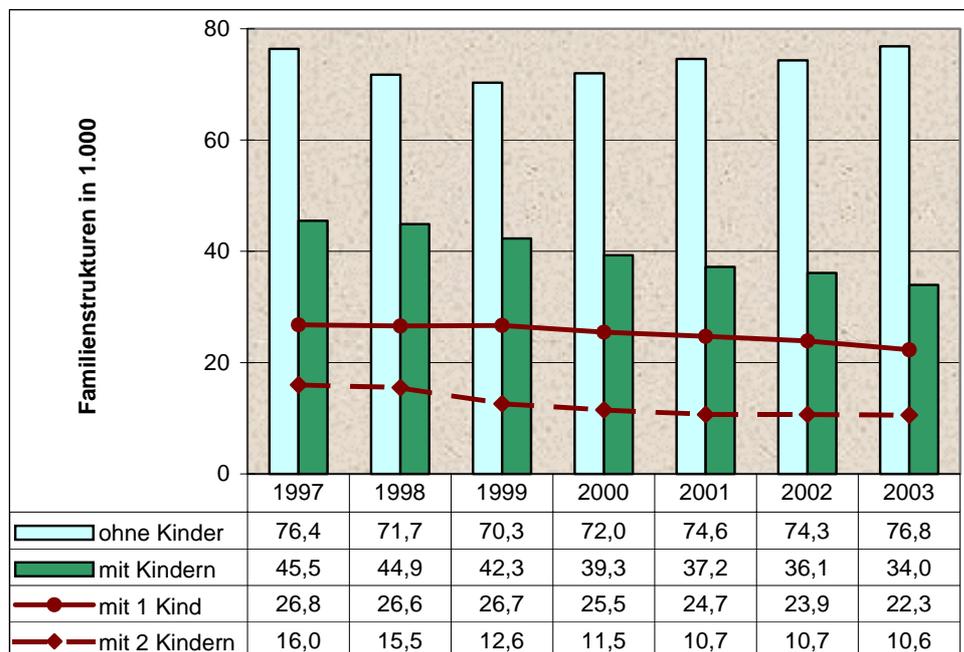


Abb. 2.11: Familien ohne und mit Kindern in 1.000, darunter nach Kinderzahl in Chemnitz 1997 bis 2003

Die Auswertung der Mikrozensus-Daten der letzten sieben Jahre lässt eine geringfügige Zunahme des Anteils verheirateter oder zusammenlebender Paare ohne Kinder und eine erkennbare Abnahme von Paaren mit einem oder zwei Kindern erkennen⁷. Diese Entwicklung begründet sich jedoch nicht nur in der gesunkenen Geburtenzahl, auch die zahlenmäßig große ältere Generation lebt zu zweit oder allein, und Familien mit Kindern verlassen auf Grund besserer Chancen auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt die Stadt. Außerdem vermischt als nicht unwesentlicher Aspekt vor allem in jüngeren Bevölkerungsschichten der zunehmende Individualismus der Singles das Familienbild. Kurze, zu nichts verpflichtende Bindungen, aber auch berufsbedingte Mobilitätswänge, Zeitnot und keine Gelegenheiten zur Partnersuche sind nicht förderlich für die Bildung einer Familie.

Aus dieser Entwicklung ergeben sich familien-, sozial- und gesundheitspolitische Folgeentwicklungen. Die Alleinerziehenden (meist die Mütter) haben im Allgemeinen einen höheren Bedarf an sozialer Unterstützung und Beratung, da ihre psychische und soziale Belastung überdurchschnittlich hoch ist. Ihnen steht im Vergleich zu Familien ein geringeres Haushaltseinkommen zur Verfügung (50 Prozent weniger gegenüber Familien mit Kindern) und weisen damit ein höheres Armutsrisiko auf [13]. Auch die Steigerungsraten beim mittleren monatlichen Familiennettoeinkommen fallen bei Alleinerziehenden weitaus moderater als bei Familien mit Kindern (vgl. Tab. 2.2.)

Tab. 2.2: Mittleres monatliches Familiennettoeinkommen in Sachsen in Euro 1997 bis 2003

Familienform	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Steigerung 1997-2003, in Prozent
Ehepaare mit einem Kind	1.993	2.006	2.093	2.160	2.226	2.314	2.352	+ 18,0
Ehepaare mit zwei und mehr Kindern	2.096	2.107	2.235	2.320	2.359	2.454	2.510	+ 19,8
Alleinerziehende mit einem Kind	1.049	1.064	1.089	1.101	1.116	1.177	1.169	+ 11,4
Alleinerziehende mit zwei und mehr Kindern	1.199	1.158	1.198	1.246	1.251	1.273	1.280	+ 6,8

Einen weiteren familienpolitischen Aspekt stellen die Eheschließungen und -scheidungen dar. Zwischen 1997 und 2004 wurden durchschnittlich pro Jahr ca. 841 Ehen geschlossen, Tendenz sinkend, aber auch ca. 544 geschieden. Das Verhältnis Ehescheidungen zu Eheschließungen liegt im Mittelwert bei 0,65, d.h. auf zwei Eheschließungen kommt etwa eine Scheidung. Im Jahr 1999 wurde mit 919 Eheschließungen ein Rekord erreicht, doch ist diese an sich erfreuliche Tatsache auf das magische Heiratsdatum „09.09.1999“ zurückzuführen. Wie viele dieser 99'er Ehen seitdem geschieden wurden, ist nicht bekannt. Von einer Ehescheidung betroffen sind oft minderjährige Kinder, im Jahr 2004 immerhin 1,3 Prozent aller Kinder in dieser Altersgruppe. Kinder aus sich trennenden

⁷ Die Zahl von Paaren mit drei oder mehr Kindern war statistisch nicht gesichert und bleibt deshalb unberücksichtigt.

nichtehelichen Lebensgemeinschaften werden nicht statistisch erfasst, so dass die Dunkelziffer der „Trennungskinder“ wesentlich höher sein dürfte.

Tab. 2.3: Eheschließungen/ -scheidungen in Chemnitz 1997 bis 2004 sowie Zahlen der von Scheidung betroffenen minderjährigen Kinder, Gebietsstand jeweils 31.12.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
geschlossene Ehen	848	909	919	839	870	754	769	822*
geschiedene Ehen	608	618	459	536	460	586	540	548
Verhältnis Ehescheidungen (1,0) zu Eheschließungen (X)	0,72	0,68	0,50	0,64	0,53	0,78	0,70	0,67*
davon betroffene minderjährige Kinder	533	567	404	419	338	471	414	418

* vorläufige Zahl von Januar bis November 2004

Die Trennung der Eltern bedeutet für die Kinder eine tiefgreifende Veränderung ihrer Lebenssituation, damit können Gesundheits- und Verhaltensstörungen Art ausgelöst werden. Schwächere Leistungen in der Schule und mangelndes Selbstbewusstsein zeigen sich bei Scheidungskindern besonders häufig.

Korrelierend zu den getroffenen Aussagen über die sich verändernde Situation der Familien steht die Tatsache, dass im Jahr 2001 erstmals in Chemnitz mehr Kinder von unverheirateten Müttern geboren wurden als von verheirateten. Dieser Trend setzt sich seitdem verstärkt fort.

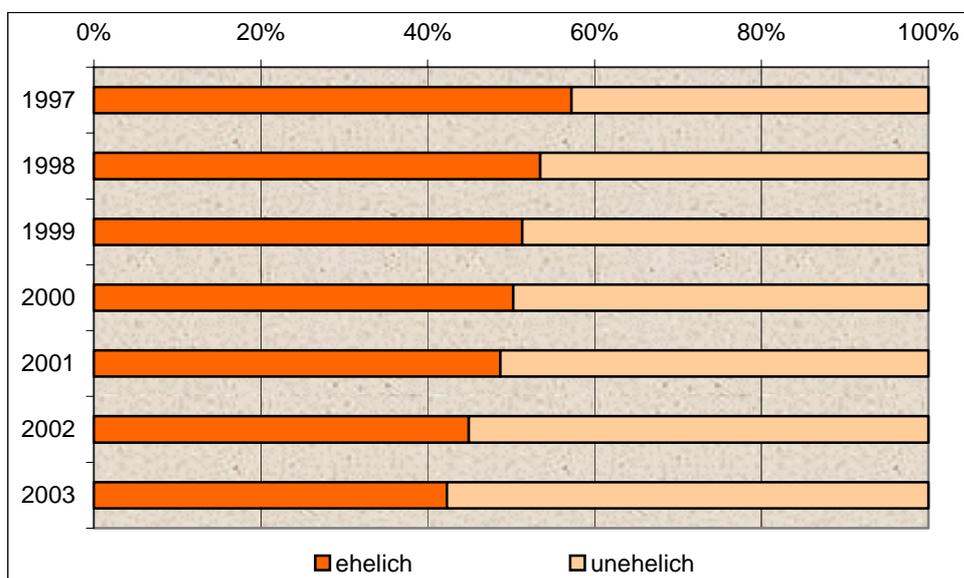


Abb. 2.12: Geborene in Chemnitz nach Familienstand der Mutter 1997 bis 2003, in Prozent

2.3.2 Haushaltgrößen und -einkommen (Indikatoren 20, 26)

(Privat)Haushalte umfassen Personengemeinschaften, die gemeinsam wohnen und wirtschaften, aber auch allein wohnende und wirtschaftende Personen. Eine Wohngemeinschaft (WG) von Studenten gilt u.U. durchaus als Haushalt. Die Anzahl der Haushalte kann die kommunalen Steuereinnahmen wesentlich beeinflussen, aber auch den Wohnungsmarkt, Bildungsinstitutionen sowie die soziale und kulturelle Infrastruktur der Kommune.

Angaben über Haushalte sind ebenfalls Ergebnis des Mikrozensus. Die Zahl der Haushalte mit mehr als fünf Personen wurde auf Grund der geringen Fallzahlen statistisch als zu unsicher interpretiert und liegt nicht vor. Die Gesamtzahl der Haushalte (in 1.000) verringerte sich von 1997 bis 2003 nur leicht um 1,3 Prozent.

Tab. 2.4: Haushalte 1997 bis 2003 nach Haushaltgröße (Personenzahlen) in Chemnitz, Gebietsstand: 01.01.2004

Haushalte mit Personen (in 1.000)	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
eine Person	46,5	45,0	44,0	48,5	53,5	49,8	52,2
zwei Personen	48,7	48,8	49,0	48,7	49,2	51,8	54,2
drei Personen	24,0	21,5	21,5	20,6	19,4	18,9	16,7
vier Personen	14,0	13,9	11,8	10,8	9,7	9,9	9,8
gesamt	135,4	131,8	129,0	130,6	133,4	131,6	133,6
durchschnittliche Personenzahl je Haushalt	2,08	2,10	2,08	2,00	1,90	1,94	1,9

Der geringe Rückgang der durchschnittlichen Personenzahl je Haushalt und der Haushalte insgesamt ist vor allem durch die Zunahme der Personenzahlen in Ein- bis Zweipersonenhaushalten geprägt, wobei der Anstieg der Haushalte mit einer Person zwischen 1997 und 2003 um 12,3 Prozent ein wenig größer war als die Zunahme

von Zweipersonenhaushalten (+ 11,3 Prozent), dafür verminderten sich die Personenzahlen in Dreipersonenhaushalten (- 30,4 Prozent) und Vierpersonenhaushalten (- 30,0 Prozent) gravierend (vgl. Tab. 2.4).

Die Zweipersonenhaushalte stellen die anteilig die stärkste Gruppe, wobei im Jahr 2000 der prozentuale Anteil von Ein- und Zweipersonenhaushalten fast gleich ist (vgl. Abb. 2.13). Damit sind fast drei Viertel aller Haushalte der Stadt Chemnitz Mini- und Kleinhaushalte mit ein oder zwei Personen, wobei deren Anteil von 1997 (70,3 Prozent) noch um 9,4 Prozentpunkte auf 79,7 Prozent im Jahr 2003 anstieg.

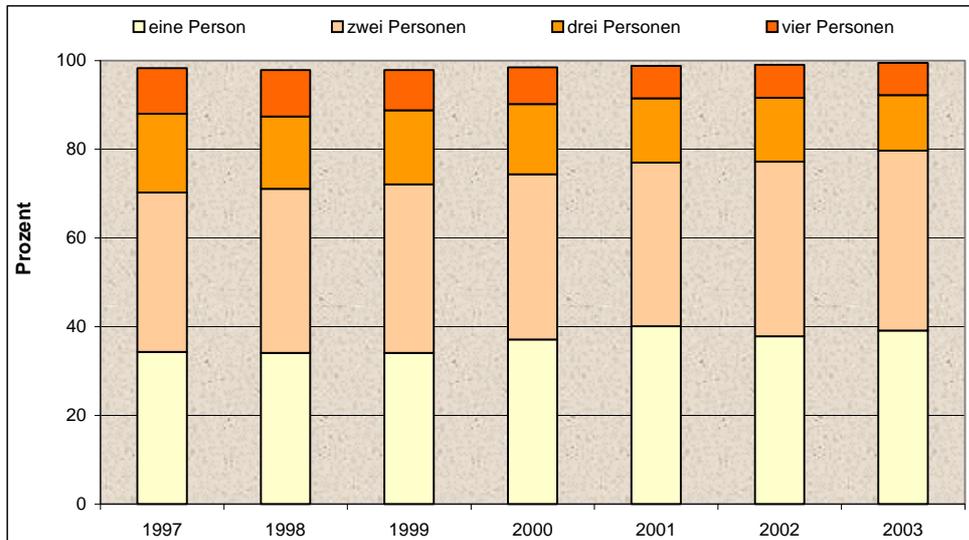


Abb. 2.13: Anteile der Haushalte in Chemnitz nach Anzahl der darin lebenden Personen 1997 bis 2003, in Prozent, Gebietsstand: 01.01.2004

Personen in Einpersonenhaushalten sind vorwiegend ältere Menschen, davon auf Grund der geringeren Lebenserwartung der Männer meist Frauen, zunehmend auch jüngere (männliche) Singles. So hat sich das prozentuale Verhältnis alleinlebender Frauen (65,3 Prozent) zu alleinlebenden Männern (34,7 Prozent) von 1997 bis zum Jahr 2003 auf 61,8 Prozent zu 38,2 Prozent verschoben. In Sachsen hat sich von 1991 bis 2002 die Zahl der männlichen Singles nahezu verdoppelt, bei Frauen erfolgte nur ein Anstieg um 9,1 Prozent⁸.

Das durchschnittliche monatliche Haushaltneutoeinkommen in Chemnitz hat sich in den letzten Jahren bei gleichbleibend hoher Arbeitslosigkeit (s. Kapitel 2.3.3.) tendenziell durchaus verbessert.

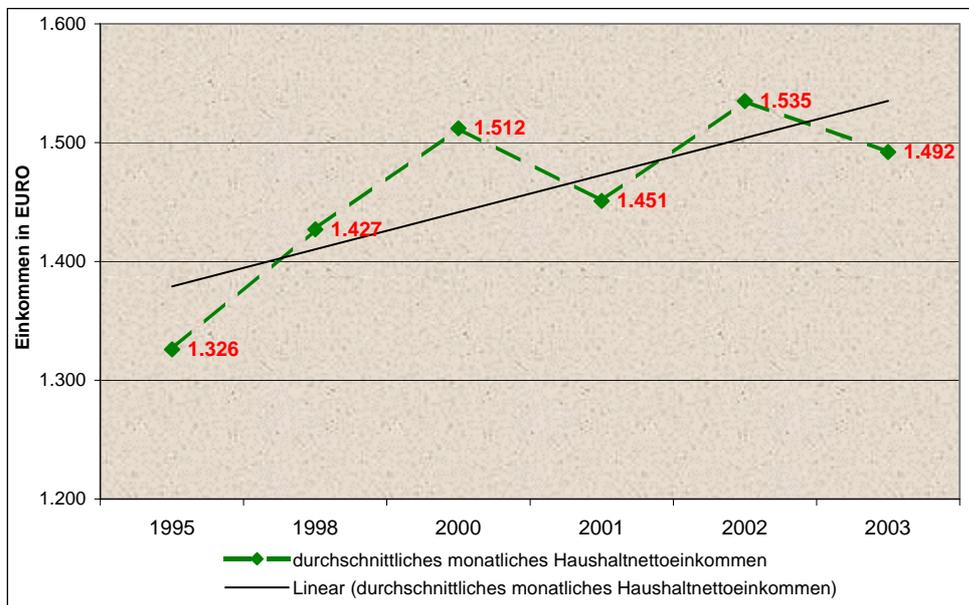


Abb. 2.14: Durchschnittliches monatliches Haushaltneutoeinkommen in Chemnitz 1995, 1998, 2000 bis 2003, in Euro

In diesem Zusammenhang veränderte sich auch das monatliche Haushaltneutoeinkommen in allen sechs Einkommensklassen des Mikrozensus. Die Zahl Chemnitzer Haushalte, die monatlich mit 500 bis 900 Euro auskommen müssen, hat sich von 1995 bis 2003 um 6,3 Prozent verringert, während beispielsweise besser situierte Haushalte mit einem Einkommen zwischen 2.000 bis 2.600 Euro im gleichen Zeitraum um 3,5 Prozent zunahmen.

In allen übrigen Einkommensklassen gab es nur geringe Verschiebungen (vgl. auch Tab. 2.5).

⁸ Quelle: Ernst, Babe Anke: Singles: Kurzporträt einer Lebensform (Teil 1). Aus: Statistik in Sachsen, Jg. 10 (2004) Nr.3, S. 35-41

Tab. 2.5: Verteilung der Einkommen in Haushalten in Chemnitz 1995, 1998, 2000 bis 2003, in Prozent von allen Haushalten, Gebietsstand: 01.01.2004

Jahr	Zahl der Haushalte (in 1.000)	Prozent	Haushaltsnettoeinkommen von ... bis unter ... €, in Prozent von allen Haushalten					
			unter 500	500 – 900	900 – 1.500	1.500-2.000	2.000-2.600	über 2.600
1995	132,3	100	/	22,0	30,6	20,4	11,4	10,3
1998	127,2	100	/	17,1	33,3	22,1	16,5	8,6
2000	127,6	100	/	16,0	31,3	23,1	14,3	10,6
2001	132,2	100	/	16,2	29,3	24,3	14,2	12,1
2002	130,3	100	/	13,4	29,4	23,6	15,3	13,1
2003	133,1	100	(5,3)	15,7	30,2	21,5	14,9	13,2

Informationen zu Kaufkraftziffern dienen Unternehmen, um Entscheidungen in der Werbe-, Vertriebs- und Verkaufsplanung und -kontrolle gezielter treffen zu können. Als wichtigster Faktor für die Kaufkraft gilt das jährliche verfügbare Einkommen der privaten Haushalte pro Einwohner. Es setzt sich zusammen aus der Summe aller Einkünfte eines Haushaltes, umfasst neben dem reinen Nettolohn auch Kapitaleinkünfte, Mieterträge, Renten und Pensionen sowie staatliche Transferleistungen wie Arbeitslosen- und Wohngeld. Auch dieses Einkommen erhöhte sich in Chemnitz zwischen 1995 (11.658 Euro) um 26,7 Prozent auf 14.772 Euro (vgl. auch Indikator 26) im Jahr 2003. Damit ist das verfügbare Einkommen pro Chemnitzer Bürger noch 2.154 Euro vom Durchschnittseinkommen des deutschen Bundesbürgers (16.926 Euro) und 22.860 Euro von dem für die Gemeinde Grünwald im Landkreis München errechneten Einkommen von 37.632 Euro entfernt. An erster Stelle bei ostdeutschen Städten rangiert Potsdam mit einem verfügbaren Einkommen pro Einwohner und Jahr von 15.562 Euro (+ 5,3 Prozent im Vergleich zu Chemnitz). Dresden erreichte eine Kaufkraft von 14.837 Euro pro Einwohner und Jahr und ist damit etwa mit Chemnitz vergleichbar (+ 0,4 Prozent) ⁹.

2.3.3 Teilnahme am Erwerbsleben einschließlich Arbeitslosigkeit (Indikatoren 10, 11, 22)

Die soziale Lage in einer Stadt wird grundsätzlich von den regionalen Bedingungen auf dem Erwerbs- und Arbeitsmarkt bestimmt. Je mehr Erwerbstätige eine Stadt besitzt, desto höher sind das kommunale Steuereinkommen und die Kaufkraft in einer Region. Auch die Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen spiegelt sich unter anderem in diesen Faktoren wider. Zahlen zum Erwerbsleben werden in der jährlichen Mikrozensusbefragung gewonnen und vom StaLa zur Verfügung gestellt.

Im Jahr 1995 lebten in Chemnitz noch 154.100 Erwerbspersonen (Arbeitskräfteangebot), die eine auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausübten oder suchten, einschließlich Selbstständige, mithelfende Familienangehörige, Abhängige. Zahlen über Erwerbspersonen werden aus der Summe von Erwerbstätigen und Erwerbslosen ermittelt. Erwerbslose sind Personen, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen (sonstige Erwerbslose) oder sich als arbeitslos und/oder arbeitssuchend bezeichnen und von den Arbeitsämtern erfasst werden (Arbeitslose). Die Erwerbstätigenquote wird aus der Zahl der Erwerbstätigen am Arbeitsort je 100 Einwohner errechnet.

Tab. 2.6: Anzahl der Erwerbspersonen und Erwerbstätigen; Entwicklung der Erwerbstätigenquote in Chemnitz 1995 bis 2003

Jahr	Erwerbspersonen (Zahl)			Erwerbstätige (Zahl)			Erwerbstätigenquote (Anzahl der Erwerbstätigen pro 100 EW)		
	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich
1995	154.100	80.300	73.800	126.800	70.100	56.700	46,6	54,5	39,5
1996	144.500	75.200	69.300	120.200	66.400	53.800	45,5	53,1	38,6
1997	142.600	74.000	68.600	113.000	61.500	51.600	42,7	49,0	37,0
1998	146.400	76.800	69.600	114.300	62.800	51.500	41,3	47,9	35,4
1999	142.700	75.100	67.600	116.400	62.100	53.300	43,2	49,0	38,0
2000	136.300	73.000	63.300	113.100	62.900	50.300	43,3	50,6	36,7
2001	133.100	71.600	61.500	110.600	60.900	49.600	42,8	49,6	36,6
2002	132.100	70.600	61.500	104.700	55.300	49.400	41,0	45,5	37,0
2003	131.100	68.600	62.500	105.700	55.200	50.500	41,9	46,0	38,3

Die Zahl der Erwerbspersonen ging von 1995 bis 2003 auf Grund des natürlichen und räumlichen demografischen Wandels um 23.000 oder 14,9 Prozent zurück. Bedeutsamer für eine Region ist die Veränderung der Zahlen der Erwerbstätigen, also derjenigen, die einer Tätigkeit zu Erwerbszwecken nachgehen, einschließlich geringfügiger und nicht für den Lebensunterhalt ausreichender Erwerbsarbeit. Diese Gruppe verminderte sich von 1995 bis 2003 um 21.100 Personen oder um 16,6 Prozent. Die Erwerbstätigenquote sank um 4,7 Prozentpunkte. Auch diese Entwicklung ist auf den Rückgang der allgemeinen Erwerbspersonenzahl zurückzuführen, zusätzlich jedoch auf den Beschäftigungsabbau in der Stadt bzw. der Region. Die Arbeitsmarktzahlen der Stadt stützen diese Aussage (s. Abb. 2.17 und Tab. 2.6).

⁹ Quelle: Pressemitteilung der GfK Marktforschung v. 01.04.2004 in <http://www.gfk.de>

Die Erwerbstätigenquote (Erwerbstätige je 100 der Bevölkerung) der Männer verminderte sich zwischen 1995 und 2003 um 8,5 Prozentpunkte, die der Frauen jedoch nur um 1,2 Prozentpunkte. Insgesamt lag die Erwerbstätigenquote zwischen 41,0 (2002) und 46,6 (1995) Tendenz insgesamt leicht sinkend.

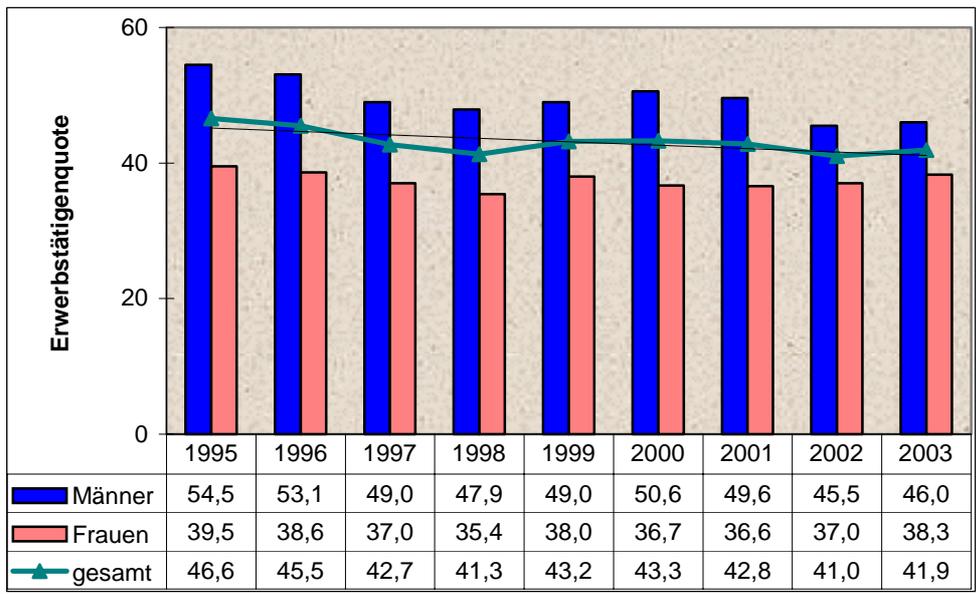


Abb. 2.15: Erwerbstätigenquote in Chemnitz 1995 bis 2003, nach Geschlecht

Sowohl nach Geschlecht als auch nach Altersgruppen bestehen in der Erwerbstätigenquote Unterschiede. In den in Abb. 2.16 dokumentierten Jahren 1997, 2002 und 2003 lag die Erwerbstätigenquote der Frauen zwar unter derjenigen der Männer, ist jedoch nicht wesentlich geringer. Diese Tatsache unterstreicht die Bedeutung der Erwerbstätigkeit von Frauen in den neuen Bundesländern. In jüngeren Jahren zwischen 15 - <25 ist die Quote noch relativ niedrig, sie erreicht in der Altersgruppe der 25- bis unter 50-Jährigen ihren höchsten Wert. Ca. drei Viertel der Bevölkerung in dieser Gruppe sind erwerbstätig. Im höheren Lebensalter nimmt die Erwerbstätigenquote der Frauen 2002 und 2003 leicht zu, eventuell durch die Ausschöpfung arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen.

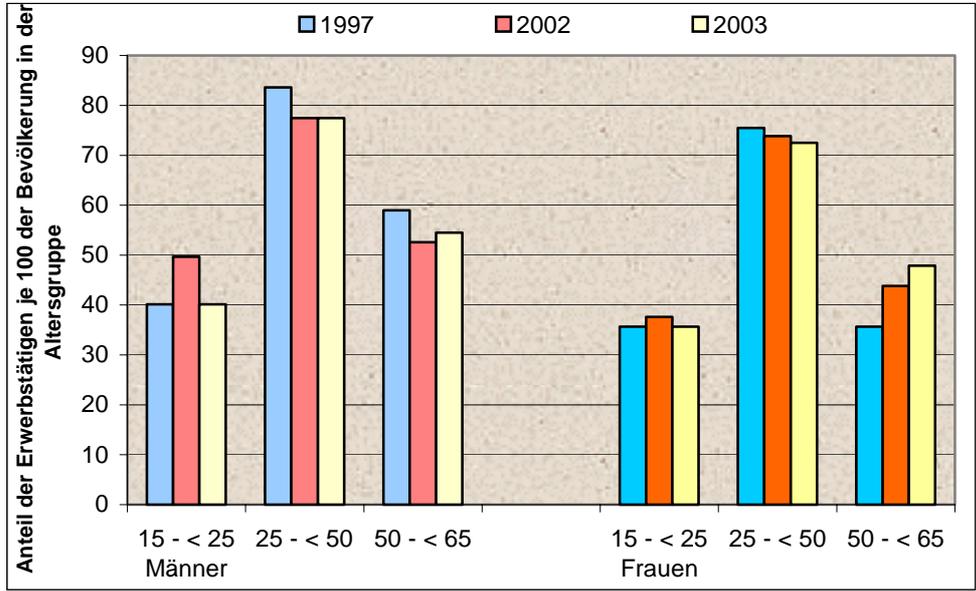


Abb. 2.16: Erwerbstätigenquote in Chemnitz 1997, 2002 und 2003, nach Altersgruppen und Geschlecht, je 100 der gleichen Personengruppe

Nichterwerbspersonen sind grundsätzlich Kinder unter 15 Jahre sowie Personen, die noch nicht, noch nie oder nicht mehr im Erwerbsleben stehen (Studenten, Hausfrauen, Rentner).

Ein weiterer Indikator für die soziale Lage der Bevölkerung eines Territoriums ist neben der Erwerbstätigenquote die Arbeitslosenquote. Zu deren Berechnung (vgl. Indikator 22) wird die Zahl der Arbeitslosen zur Zahl der abhängigen zivilen Erwerbspersonen (sozialversicherungspflichtig oder geringfügig Beschäftigte, Beamte, Arbeitslose) in Relation gesetzt. Als arbeitslos bezeichnet man eine Person, die eine auf einem Arbeitsverhältnis beruhende bezahlte Tätigkeit anstrebt, aber keine Arbeit findet. Dabei muss zwischen der registrierten und der verdeckten Arbeitslosigkeit unterschieden werden. Die registrierte Arbeitslosigkeit umfasst jene Personen, die bei der Bundesanstalt für Arbeit gemeldet sind, zur verdeckten Arbeitslosigkeit zählen Personen, die zwar arbeitsfähig sind, sich aber aus den verschiedensten Gründen nicht bei der Arbeitsagentur gemeldet haben, die so genannte „Stille Reserve“.

In der Folge werden nur Daten zur registrierten Arbeitslosigkeit berücksichtigt, die auf Basis der ab Januar 2004 genutzten Informationstechnologie (Dataware-House) der Bundesanstalt für Arbeit berechnet wurden. Im genannten Monat wurden die Statistiken über Arbeitslose, Arbeitsuchende und gemeldete Stellen umgestellt. Aufgrund verbesserter Abfragemöglichkeiten und konzeptioneller Änderungen kommt es zu Datenrevisionen. Dabei sind die Abweichungen zwischen Alt- und Neuverfahren bei den allgemeinen Bestandszahlen marginal, bei den Zu- und Abgangszahlen zum Teil deutlich. Ein wichtiger Grund dafür ist, dass im Neuverfahren stornierte Abmeldungen und Fehleingaben bei Krankmeldungen - anders als im Altverfahren - erkannt werden können. Weil Unterbrechungen der Arbeitslosigkeit genauer erfasst werden können, wird im Neuverfahren zugleich eine deutlich kleinere Zahl von Langzeitarbeitslosen ausgewiesen. Die Arbeitsmarktdaten wurden bei der Arbeitslosen- und Arbeitsuchendenstatistik bis Dezember 1997 rückwirkend ausgewertet. Deshalb sind aktuelle Vorjahresvergleiche erst ab diesen Zeiträumen uneingeschränkt möglich.

Der Statistik der Agentur für Arbeit Chemnitz zufolge waren im September 2003 in Chemnitz 22.258 Arbeitslose gemeldet, davon 10.710 Männer (48,1 Prozent) und 11.548 Frauen (51,9 Prozent). Die Arbeitslosenquote betrug insgesamt 18,4, davon bei Männern 17,5 und bei Frauen 19,2. Seit September 1998 schwankte die Gesamtzahl der Arbeitslosen zwischen 22.177 (1998) als Minimalwert und 22.905 (2002) als Maximalwert. Im Mittel betrug die Arbeitslosenquote im betrachteten Zeitraum 18,2. Pro Jahr sind anteilig mehr Frauen als Männer von Arbeitslosigkeit betroffen (vgl. Abb. 2.17), doch stieg bei Männern die Arbeitslosenquote leicht an, nahm jedoch bei den Frauen leicht ab. Insgesamt ist in Chemnitz zwischen 1998 und 2003 leider keine Tendenz zur Verbesserung der Arbeitsmarktlage zu erkennen.

Damit können die Steuereinnahmen und die Kaufkraft in der Stadt nicht anwachsen. Junge, gut Ausgebildete wandern häufig in andere Territorien ab, Sozialhilfeleistungen werden mehr in Anspruch genommen und soziale und gesundheitliche Probleme nehmen zu. In einzelnen Wohngebieten kann eine „Ghettoisierung“ mit allen schlimmen sozialen und kriminellen Folgen entstehen.

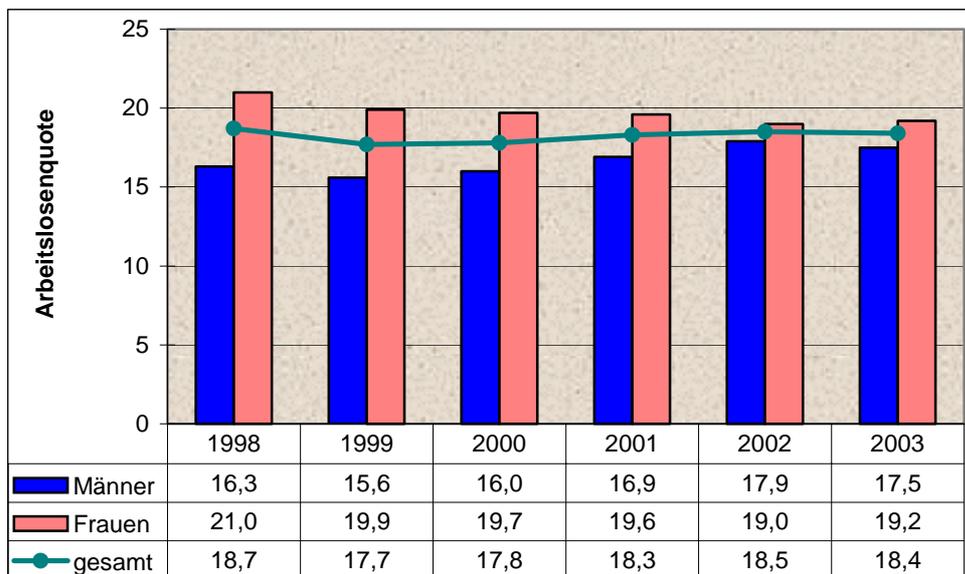


Abb. 2.17: Arbeitslosenquote in Chemnitz 1998 bis 2003, nach Geschlecht. (Quelle: Agentur für Arbeit Chemnitz)

Analysiert man die Arbeitslosenzahlen nach Altersgruppen und Geschlecht, ist in den nach der neuen Statistik bearbeiteten Jahren außer in der Altersgruppe unter 25 Jahren keine nennenswerte Situationsänderung zu erkennen. Über die Hälfte der Arbeitslosen gehört der Altersgruppe zwischen 25 bis unter 50 Jahren an, der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist hier minimal und schwankt zwischen plus/minus 1,6 Prozent. Innerhalb der Altersgruppe zwischen 50 bis unter 65 Jahre, die etwa ein Drittel aller Arbeitslosen umfasst, sind gleichbleibend ca. 5 Prozent mehr Frauen als Männer betroffen (vgl. auch Tab. 2.7 oder Indikator 22)

Völlig anders präsentiert sich die Situation in der Altersgruppe zwischen 15 bis unter 25 Jahre, 12,1 Prozent aller Arbeitslosen (vgl. Tab. 2.6). Die Männer sind hier in der Mehrheit (1998: + 6,8 Prozent, 2003: + 4,1 Prozent), Tendenz allerdings fallend. Diese Entwicklung legt die Schlussfolgerung nahe, dass die Frauen - wie vorher erwähnt - entweder aus der Stadt abwandern oder sich aus den verschiedensten Gründen nicht beim Arbeitsamt melden.

Eine Arbeitslosenquote nach dem Alter liegt nur in der Altersgruppe unter 25 Jahren vor, allerdings nicht nach Geschlecht getrennt.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Quote	20,5	19,0	18,9	18,0	17,9	15,3

Die über die Jahre erkennbare Verringerung der Quote kann ein Effekt der umfangreichen staatlichen Förderprogramme im Berufsbildungsbereich und zur Bekämpfung der Jugendarbeitslosigkeit sein. Doch gerade sozial und

individuell beeinträchtigte junge Menschen erreichen trotz umfangreicher Fördermaßnahmen oft keinen qualifizierten Abschluss, der Eintritt in eine reguläre Beschäftigung gelingt schwer. „Mit dem Ziel der beruflichen und sozialen Integration benachteiligter junger Menschen wurden in Chemnitz eine Reihe von Maßnahmen und Projekten entwickelt, die an der Schnittstelle von Arbeitsmarkt, Sozial- und Jugendpolitik wirksam werden.“¹⁰ Zur Jugendberufshilfe (vgl. auch Gliederungspunkt 4.5), getragen vom Amt für Jugend und Familie, gehören:

1. Beratung, Information, Begleitung, Nachbetreuung zur Förderung der sozialen und arbeitsweltbezogenen Integration
2. Maßnahmen der Berufsvorbereitung und der nachholenden beruflichen Qualifizierung
3. Beschäftigungsprojekte

Nach dem Jahr 2005 wird lt. Bevölkerungsprognose ein rigoroser Rückgang der Zahl junger Menschen im Alter von 15 bis unter 20 Jahren erwartet. Dagegen wird die Altersgruppe 21 bis unter 25 Jahre erst nach 2010 zahlenmäßig zurück gehen. Somit bleibt der Bedarf an Maßnahmen zur sozialen und arbeitsweltbezogenen Integration weiterhin groß, zumal sich diese mit der harten Arbeitsmarktsituation überforderten jungen Menschen auch in naher Zukunft wenig mobil zeigen und selten in der Lage sein werden, Angebote des überregionalen Arbeitsmarktes zu nutzen.

Außerdem ist zu befürchten, dass selbst bei günstiger Lage auf dem Ausbildungsstellen- und Arbeitsmarkt auch in den folgenden Jahren ein Teil der jungen Menschen aufgrund individueller und/oder sozialer Schwierigkeiten und einer unzureichenden schulischen Ausbildung keine Ausbildungs- oder Arbeitsstelle finden und auf Hilfen zur Integration angewiesen sein wird.

Tab. 2.7: Arbeitslose in Chemnitz nach Altersgruppen und Geschlecht 1998 bis 2003, absolut und in Prozent von allen Arbeitslosen. Quelle: Agentur für Arbeit Chemnitz

Jahr / Monat	Geschlecht	Arbeitslose gesamt				Altersgruppen in Prozent von allen Arbeitslosen		
		gesamt	davon im Alter von ... bis unter .. Jahre			davon im Alter von ... bis unter .. Jahre		
			15 - <25	25 - <50	50 - < 65	15 - <25	25 - <50	50 - < 65
1998/09	männlich	9.753	1.554	4.983	3.216	15,9	51,1	33,0
	weiblich	12.424	1.128	6.479	4.817	9,1	52,1	38,8
	gesamt	22.177	2.682	11.462	8.033	12,1	51,7	36,2
1999/09	männlich	9.825	1.515	4.891	3.419	15,4	49,8	34,8
	weiblich	12.420	1.198	6.394	4.828	9,6	51,5	38,9
	gesamt	22.245	2.713	11.285	8.247	12,2	50,7	37,1
2000/09	männlich	10.230	1.640	5.090	3.500	16,0	49,8	34,2
	weiblich	12.591	1.293	6.391	4.907	10,3	50,8	39,0
	gesamt	22.821	2.933	11.481	8.407	12,9	50,3	36,8
2001/09	männlich	10.705	1.732	5.356	3.617	16,2	50,0	33,8
	weiblich	12.133	1.291	6.245	4.597	10,6	51,5	37,9
	gesamt	22.838	3.023	11.601	8.214	13,2	50,8	36,0
2002/09	männlich	11.196	1.838	5.861	3.497	16,4	52,3	31,2
	weiblich	11.709	1.288	6.109	4.312	11,0	52,2	36,8
	gesamt	22.905	3.126	11.970	7.809	13,6	52,3	34,1
2003/09	männlich	10.710	1.497	6.243	2.970	14,0	58,3	27,7
	weiblich	11.548	1.141	6.543	3.864	9,9	56,7	33,5
	gesamt	22.258	2.638	12.786	6.834	11,9	57,4	30,7

Arbeitslosigkeit als anhaltender Zustand, die sogenannte Langzeitarbeitslosigkeit, ist für die Betroffenen mit materiellen, häufig auch sozialen und gesundheitlichen Einschränkungen verbunden. Als Langzeitarbeitslose gelten in den amtlichen Arbeitsmarktstatistiken Personen, die zum Erhebungszeitpunkt mindestens ein Jahr durchgängig arbeitslos gemeldet waren. Ihre statistische Erfassung wird durch die Tatsache beeinträchtigt, dass selbst kurzfristige, tageweise Unterbrechungen der Arbeitslosigkeit zu einem Neubeginn bei der Zählung der aktuellen Arbeitslosigkeitsdauer führen und sie damit aus dem Status der Langzeitarbeitslosigkeit herausfallen.

Die Rückkehr in ein Beschäftigungsverhältnis ist bei Langzeitarbeitslosen besonders erschwert. Im September 1998 waren in Chemnitz 8.376 Langzeitarbeitslose registriert, fünf Jahre später waren es bereits 9.505. Das bedeutet eine Steigerung der Personenzahlen um 13,5 Prozent. Der Anteil der Langzeitarbeitslosen an allen Arbeitslosen erhöhte sich um 4,9 Prozentpunkte (vgl. Abb. 2.18).

Die Kurve in Abb. 2.18 von 1998 bis 2003 zeigt zwar größere Schwankungen, doch weist die Trendlinie nach oben.

¹⁰ Quelle: Sozialreport Chemnitz der Stadt Chemnitz 2000 bis 2002, S. 87

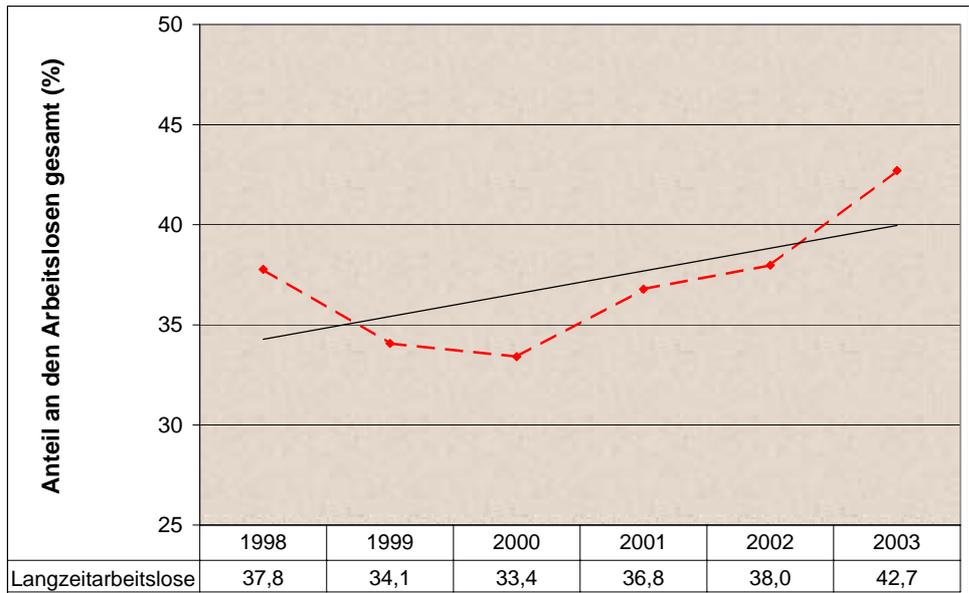


Abb. 2.18: Anteil der Langzeitarbeitslosen in Chemnitz an den Arbeitslosen insgesamt 1998 bis 2003, in Prozent. Quelle: Agentur für Arbeit Chemnitz

Der größte Anteil Langzeitarbeitsloser an den Arbeitslosen insgesamt ist in der Altersgruppe 50 bis unter 65 Jahre zu finden (> 50 Prozent). Davon betroffen sind jedoch weit mehr Frauen als Männer. In dieser Gruppe gab es zwischen 1998 und 2003 keine größeren Verschiebungen.

Dagegen hat sich die Langzeitarbeitslosigkeit in der Altersgruppe zwischen 15 bis unter 25 Jahren erhöht, sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Vor allem zwischen 2002 und 2003 gibt es einen erheblichen Anstieg. Der Einstieg in die Langzeitarbeitslosigkeit schon in jungen Jahren lässt den Betroffenen für ihre berufliche Zukunfts-, aber auch ihre allgemeine Lebensplanung nur wenig Spielraum. Alle finanziellen, sozialen und gesundheitlichen Folgen der Arbeitslosigkeit zementieren sich so schon zeitig und der Bezug von Sozialhilfe kann im weiteren Leben zum Dauerzustand werden.

Tab. 2.8: Anteil der Langzeitarbeitslosen an allen Arbeitslosen der gleichen Personengruppe zwischen 15 bis unter 25 Jahren in Chemnitz 1998 bis 2003, in Prozent. Quelle: Agentur für Arbeit Chemnitz

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
männlich	6,6	5,3	5,2	4,6	7,5	11,5
weiblich	11,2	6,0	5,6	6,8	6,3	13,8
gesamt	8,5	5,6	5,4	5,6	7,0	12,5

Neben den Langzeitarbeitslosen sind Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen eine weitere Problemgruppe. Die Agentur für Arbeit Chemnitz definiert diesen Personenkreis als

- € Schwerbehinderte
- € Personen mit Behinderungen, aber keine Schwerbehinderten
- € Personen mit übrigen gesundheitlichen Einschränkungen

Von allgemeinem Interesse sind vor allem Zahlen über schwerbehinderte Arbeitslose. Deren Anteil an allen Arbeitslosen unterlag zwischen 1998 und 2003 geringen Schwankungen. Im Jahr 2002 betrug er nur 2,3 Prozent (Minimalwert), im Jahr 2000 dafür 3,5 Prozent als Maximalwert. Die positiven Auswirkungen der im Jahr 1999 von der Bundesregierung gestarteten Initiative zur Integration arbeitsloser schwerbehinderter Menschen in den Arbeitsmarkt führten mit hoher Wahrscheinlichkeit zu diesem kontinuierlich geringen Anteil.

Die meisten schwerbehinderten Arbeitslosen sind in der Altersgruppe zwischen 50 bis unter 65 zu finden, dabei sind männliche Schwerbehinderte häufiger betroffen als weibliche (vgl. Indikator 22).

2.3.4 Sozialhilfe und Kinderarmut (Indikator 23)

Fast zeitgleich mit der internationalen UNICEF-Vergleichsstudie „Child Poverty in Rich Countries 2005“ über 30 OECD-Staaten stellte die Bundesregierung Anfang März 2005 den zweiten Report über „Lebenslagen in Deutschland“ vor, auch als zweiter Armuts- und Reichtumsbericht bezeichnet. Der erste Bericht dieser Art aus dem Jahr 2001 sagte über den Begriff „Armut“ folgendes aus: „Der Begriff Armut entzieht sich wegen seiner Vielschichtigkeit einer allgemeinen Definition.“¹¹ Dies hat sich im Ansatz bis heute nicht geändert. Es wird jedoch zwischen reiner Einkommensarmut und der Ausgrenzung von einem gesellschaftlich akzeptierten Lebensstandard (Lebens-

¹¹ Quelle: <http://de.wikipedia.org/wiki/Armut>

lagenansatz) unterschieden. „Armut“ bedeutet in einer Wohlstandsgesellschaft etwas völlig Anderes als in Teilen von Afrika, Asien und Osteuropa, wo es oft ums nackte Überleben geht.

Laut einer in der Literatur verwendeten EU-Definition der Einkommensarmut wird seit 2001 derjenige als „arm“ bezeichnet, dem weniger als 60 Prozent des mittleren Einkommens aller vergleichbaren Haushalte zur Verfügung stehen (relative Armut). Für eine vierköpfige Familie sind dies – einschließlich aller staatlichen Zuschüsse – etwa 1.550 Euro. Das vom Statistischen Bundesamt errechnete monatliche Nettoäquivalenzeinkommen betrug 2002 in den alten Bundesländern 1.217 Euro, in den neuen 1.008 Euro. Nach den EU-Kriterien für die Armutsgrenzen sind diese für eine einzelne Person demnach in den alten Bundesländern 730,20 Euro, in den neuen 604,80 Euro. Quelle s. Fußnote 14

Der zweite „Armutbericht“ sorgte sofort nach seinem Erscheinen für erhebliches Aufsehen. „Soziale Ungleichheit ist eine Tatsache“. heißt es gleich auf der ersten Seite, „und in manchen Bereichen ist sie in den letzten Jahren gewachsen“:

- € Nach den ersten vorliegenden Zahlen hat sich die Zahl der von Armut betroffenen Haushalte seit 1998 von 12,1 Prozent auf 13,5 Prozent erhöht. Von den Familien sind sogar 13,9 Prozent von Armut betroffen.
- € 1,1 Millionen Minderjährige erhalten Sozialhilfe und sind damit die mit Abstand größte Gruppe unter den Sozialhilfeempfängern.
- € Die Zahl der überschuldeten Haushalte nahm um 13 Prozent auf 3,13 Millionen zu.
- € Gleichzeitig wuchs dem Berichtsentwurf zufolge der Besitzanteil der Reichsten am gesamten privaten Nettovermögen von fünf Billionen Euro. Den betuchtesten 10 Prozent der Haushalte gehören davon 47 Prozent, zwei Prozent mehr als vor sechs Jahren.
- € Bildungschancen werden laut Bericht „vererbt“. So hätten Abkömmlinge von Eltern mit hohem, sozialem Status eine um 7,4fach erhöhte Chance, ein Studium aufzunehmen, als Kinder aus einem Elternhaus mit niedrigem Sozialstatus. Bei der Gymnasialempfehlung ist die Chance bei den gut gestellten Kindern immerhin schon um das Dreifache größer.

Auch die UNICEF-Studie, ergänzt durch eine Teilstudie für Deutschland vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) Essen, kommt zu alarmierenden Schlüssen. Laut dieser Studie ist die Kinderarmut in Deutschland seit 1990 mit 2,7 Prozentpunkten stärker gestiegen als in den meisten anderen Industrienationen. Jedes zehnte Kind lebt hierzulande in relativer Armut, das sind mehr als 1,5 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren.

- € Deutschland liegt mit 10,2 Prozent armen Kindern innerhalb der OECD im Mittelfeld auf Platz 12.
- € Mit der überdurchschnittlichen Zunahme der Kinderarmut seit 1990 hat Deutschland sogar den 18. Rang von 24 Industriestaaten erreicht.
- € In den alten Bundesländern hat sich die Kinderarmut seit 1989 von 4,5 auf 9,8 Prozent in 2001 mehr als verdoppelt. In den neuen Bundesländern hat sich der Anteil armer Kinder auf 12,6 Prozent in 2001 erhöht.
- € Eine beträchtliche Armut existiert bei Kindern von Alleinerziehenden und Zuwandererfamilien. 40 Prozent der Kinder Alleinerziehender sind und bleiben auch über längere Zeiträume arm. Bei Kindern aus Zuwandererfamilien verdreifachte sich in den neunziger Jahren die Armutsrate von fünf auf 15 Prozent.
- € Paare mit bis zu zwei Kindern sind nur mit etwas über drei Prozent von Armut betroffen.

Einen Ausweg aus der Armutsspirale sieht UNICEF in verändertem staatlichen Handeln, auch und vor allem in Deutschland. Eine Regierung müsse ihre Haushalts- und Sozialpolitik nach den Bedürfnissen von Kindern ausrichten und Ziele (z.B. Reduzierung der Kinderarmutsrate unter 10 Prozent) und Zeitvorgaben festsetzen. Staatliche Aufwendungen wie Kindergeld, Steuererleichterungen und andere sozialpolitische Maßnahmen dürften nicht länger zurückgefahren werden.

Wie sieht die Situation in Chemnitz aus? Wenn Kinder und Jugendliche in Armut aufwachsen, ist das in der Regel über die Einkommenssituation der Eltern begründet. So gibt es in den alten Bundesländern zum Teil schon mehrere Generationen von Sozialhilfeempfängern, da es nach Aussage des zweiten Armutberichtes ein Drittel der armen Haushalte auch nach Jahren nicht schafft, seine Lage zu verbessern. Begrenzter Wohnraum in sozialen Ballungszentren, unregelmäßige Tagesablaufstrukturen, allgemeine Verwahrlosung, Fehl- und/oder Mangelernährung, Bildungsverweigerung, Gewalterfahrungen aller Art, frühzeitiger Konsum von Nikotin, Alkohol und Drogen – nur einige diese Erfahrungen können die soziale Stabilität und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gefährden und „Armutsbioografien“ erzeugen.

Die Betroffenen haben von vornherein, nicht zuletzt auch durch gesellschaftliche Vorurteile, mit schwierigeren Ausgangsbedingungen für ihr zukünftiges Leben zu kämpfen. Dennoch können Kinder, die Sozialhilfe beziehen, auch durchaus in geordneten Familienverhältnissen oder bei Alleinerziehenden aufwachsen und müssen nicht zwangsläufig den geschilderten materiellen und sozialen Bedingungen ausgesetzt sein. Statistische Daten für die Einschätzung von Armut in Chemnitz liefern der Mikrozensus - dessen Aussagekraft nur partiell ist - mit Zahlen zum Haushalt Nettoeinkommen und die Sozialhilfestatistik.

Im Jahr 2003 erhielten in Chemnitz 7.809 Bürger (31,2 je 1.000 Einwohner) Sozialhilfe in Form von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (HLU), im Vergleich zu 1997 eine Steigerung um 14,5 Prozent der absoluten Personenzahlen. 1997 lagen dieser Wert noch bei 6.822 Personen (24,8 je 1.000

Einwohner). Diese „Hilfe zum Lebensunterhalt“ gewährt gemäß § 1 Sozialhilfegesetz vor allem finanzielle Unterstützung für Personen und Haushalte, die ihre Existenz nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln (Einkommen, Vermögen, Zahlungen der Sozialleistungsträger) bestreiten können. 1997 wurden für den gesamten Freistaat Sachsen pro 1.000 Einwohner 19,8 Sozialhilfeempfänger erfasst, im Jahr 2003 30,9. Damit liegen die Vergleichswerte von Sachsen immer unter denen von Chemnitz als einem Ballungsgebiet, begründet durch die vergleichsweise moderaten Zahlen von Sozialhilfeempfängern in den ländlichen Gebieten. Auch in anderen Bundesländern gibt es ein großes Stadt-Land-Gefälle.

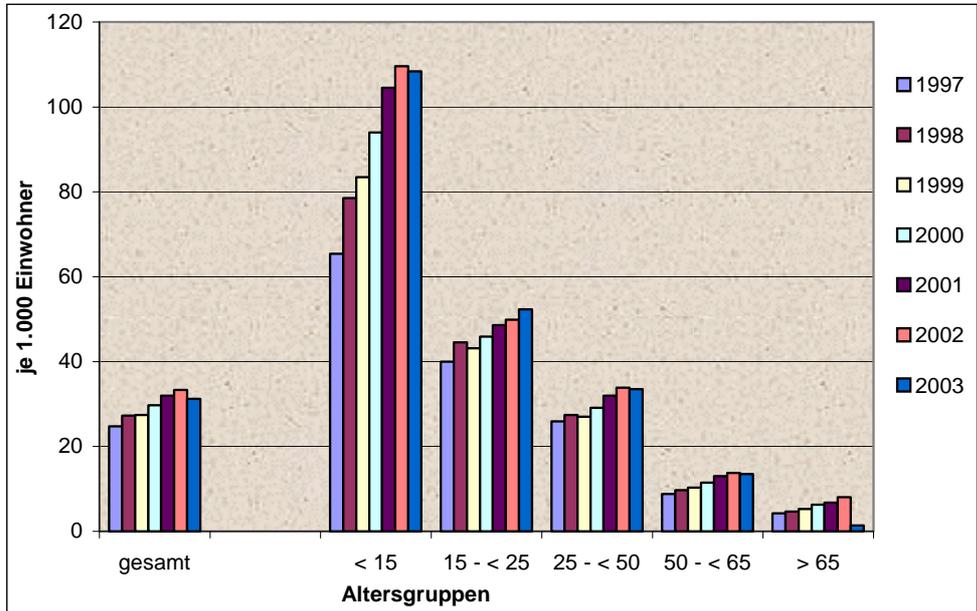


Abb. 2.19: Sozialhilfequote in Chemnitz 1997 bis 2003, pro 1.000 Einwohner gleicher Altersgruppe und gleichen Geschlechts. Gebietsstand: 01.01.2004

Abb. 2.19 verdeutlicht die unterschiedlichen Anteile nach Altersgruppen. Eine weitere Aufspaltung der Gruppe unter 15 Jahren ergibt, dass bis zum Jahr 2000 zwei Drittel der kindlichen Sozialhilfeempfänger in der Altersgruppe unter sieben Jahren zu finden sind, das verbleibende Drittel zwischen sieben bis unter 15 Jahren. Später werden die Differenzen geringer.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Kinder unter 7 Jahren je 1.000 Einwohner dieser Altersgruppe	128,1	149,9	156,0	163,4	161,6	165,6	153,6
Kinder von 7 bis unter 15 Jahren je 1.000 Einwohner dieser Altersgruppe	39,1	46,9	47,9	52,8	64,9	62,4	67,0

Waren im Jahr 1997 „nur“ 1.287 Kinder unter sieben Jahren und 939 Kinder zwischen sieben und unter 15 Jahren Empfänger von Hilfe zum HLU, steigerte sich deren Zahl besonders in der Altersgruppe unter sieben Jahren auf 1.786 im Jahr 2003. Da sich zwischen 1997 und 2003 auf Grund der geringen Geburtenrate die Kinderzahl zwischen sieben bis unter 15 Jahren verringerte, stieg die Zahl der Sozialhilfeempfänger von 39,1 pro 1.000 Einwohner in dieser Altersgruppe (1997) auf 67,0 (2003), obwohl die absoluten Zahlen sich verminderten (1997: 939, 2003: 848). Die über die Jahre zwar schwankenden, aber eindeutig ansteigenden Zahlen kindlicher Sozialhilfeempfänger sind Ausdruck wachsender sozialer Benachteiligung.

Somit war 2003 etwa jedes 10. Kind (10,8 Prozent) unter 15 Jahren von Sozialhilfe betroffen, Tendenz seit 1997 steigend. Damit erfolgt mehr und mehr eine Angleichung an den Bundesdurchschnitt. Das Statistische Bundesamt Wiesbaden nannte in einer Pressemitteilung vom 17.11.2004 folgende Zahlen:

- € Die Quote der Sozialhilfe beziehenden Kinder unter 15 Jahren ist in den Großstädten höher (13,4 Prozent) als im Bundesdurchschnitt (7,7 Prozent).
- € In der Regel weisen Großstädte mit einer hohen allgemeinen Sozialhilfequote auch überdurchschnittliche Sozialhilfequoten für Kinder auf und umgekehrt. Dementsprechend schwanken die Sozialhilfequoten bei Kindern unter 15 Jahren zwischen 27,8 Prozent in Bremerhaven, der Stadt mit der höchsten Empfängerquote) und 5,0 Prozent in Erlangen (niedrigste Empfängerquote in Deutschland).

Analysiert man die Chemnitzer Gruppe der Sozialhilfe Beziehenden (vgl. Tab. 2.9), kann festgestellt werden, dass zwischen 1997 und 2003 unter allen Sozialhilfeempfängern etwa jeder Dritte ein Kind unter 15 Jahren und etwa jeder Zweite im Alter unter 25 Jahren war, während die Senioren über 65 Jahre die am wenigsten von Sozialhilfe betroffene Altersgruppe darstellen. Der Sozialreport Chemnitz stellt dazu fest: „Der mit ca. einem Drittel hohe Anteil von Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren an allen Sozialhilfeempfängern ist zugleich ein Indiz dafür, dass Kinder in Familien mit niedrigem Einkommen ein Armutsrisiko darstellen.“¹²

¹² Quelle: Sozialreport der Stadt Chemnitz 2000 bis 2002, S. 31

Seit dem 01.01.2003 gibt es lt. „Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiG)“ ein eigenständige soziale Leistung für über 65-Jährige und für voll erwerbsgeminderte 18- bis 65-Jährige. Die zuletzt genannte Gruppe spielt zahlenmäßig nur eine unbedeutende Rolle, doch sank bei den Sozialhilfeempfängern über 65 Jahre deren Anteil von 8,1 pro 1.000 Einwohner im Jahr 2002 auf 1,4 pro 1000 Einwohner ein Jahr später. 2003 mussten lediglich 78 Senioren Sozialhilfe in Anspruch nehmen, 2002 waren es noch 436! Ohne Einführung des GSiG wären die HLU-Ausgaben auch für diese Altersgruppe angestiegen. Somit ist nur noch ein Prozent von allen Sozialhilfeempfängern über 65 Jahre alt, je ein Drittel unter 15 und zwischen 25 bis unter 50 Jahren (vgl. Tab. 2.9).

Tab. 2.9: Zahl der HLU-Empfänger in Chemnitz 1997 bis 2003, nach Altersgruppen, absolut und in Prozent von allen HLU-Empfängern. Gebietsstand: 01.01.2004

Jahr	HLU-Empfänger insgesamt		Alter von ... bis unter ... Jahre									
			< 15		15 - < 25		25 - < 50		50 - < 65		> 65	
	absolut	in Proz.	absolut	in Proz.	absolut	in Proz.	absolut	in Proz.	absolut	in Proz.	absolut	in Proz.
1997	6.822	100	2.226	32,6	1.290	18,9	2.562	37,6	530	7,8	214	3,1
1998	7.333	100	2.480	33,8	1.419	19,4	2.617	35,7	582	7,9	235	3,2
1999	7.217	100	2.490	34,5	1.371	19,0	2.479	34,3	610	8,5	267	3,7
2000	7.692	100	2.657	34,5	1.454	18,9	2.573	33,5	682	8,9	326	4,2
2001	8.196	100	2.808	34,3	1.530	18,7	2.727	33,3	773	9,4	358	4,4
2002	8.405	100	2.789	33,2	1.550	18,4	2.812	33,5	818	9,7	436	5,2
2003	7.809	100	2.634	33,7	1.593	20,4	2.718	34,8	786	10,1	78	1,0

Betrachtet man die Sozialhilfeempfänger nach Geschlecht (vgl. Abb. 2.20) und Altersgruppen, sind Frauen bis auf ältere Jahrgänge weitaus mehr von Sozialhilfe betroffen als Männer. Dies ist zum größten Teil auf die Lage von Frauen als alleinerziehende Mütter zurückzuführen, die sich in der Erziehungszeit befinden und den Lebensunterhalt nicht vollständig aus anderen staatlichen Leistungen bestreiten können. Auch die Schwierigkeiten, einen Ausbildungsplatz zu finden bzw. die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit bei Frauen (vgl. Tab. 2.7) sind für diese Misere verantwortlich. Bis auf die Altersgruppe der Senioren steigt die Sozialhilfequote sowohl bei Männern und Frauen im Berichtszeitraum stetig an.

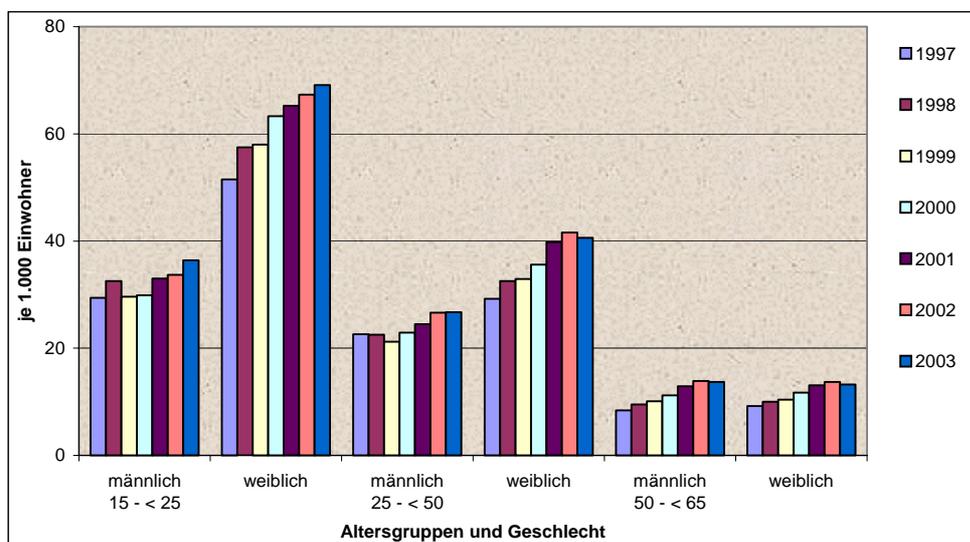


Abb. 2.20: Sozialhilfequote je 1.000 Einwohner in Chemnitz 1997 bis 2003, nach Geschlecht und Altersgruppen, Gebietsstand: 01.01.2004

Nicht berücksichtigt wurde bisher der Bezug von Sozialhilfe bei Ausländern. Hierzu gibt es Aussagen im Sozialreport Chemnitz, die in der Folge verkürzt wiedergegeben werden sollen:

- € Ende 2002 betrug der Anteil von Ausländern an den Sozialhilfeempfängern 16,7 Prozent.
- € Die wachsende Zahl der Sozialhilfeempfänger in den Jahren 2000 bis 2002 basiert zu drei Vierteln auf Ausländern.
- € Ende 2002 erhielten nunmehr fast ein Viertel aller in Chemnitz lebenden Ausländer laufende Hilfe zum Lebensunterhalt.
- € Die Sozialhilfebedürftigkeit von Ausländern in Chemnitz lag 2001 über den durchschnittlichen Werten (neue Bundesländer 8,7 Prozent, Sachsen 8,3 Prozent und Chemnitz 14,4 Prozent). Ein möglicher Grund für diese Entwicklung ist ggf. die vergleichsweise hohe Zuzugsrate jüdischer Emigranten sowie ausländischer Angehöriger von Spätaussiedlern nach Chemnitz.
- € Darüber hinaus ist aufgrund bundesweiter Schätzungen davon auszugehen, dass auch Spätaussiedler verstärkt auf Sozialhilfe angewiesen sind.

Zuverlässige Zahlen zur so genannten verdeckten Armut, also der Personen, die ihren Anspruch auf Sozialhilfe nicht geltend machen, gibt es momentan nicht. Man kann jedoch davon ausgehen, dass besonders unter Alleinerziehenden, Langzeitarbeitslosen, Spätaussiedlern und Migranten eine hohe Dunkelziffer existiert. Deren Größenordnung beträgt nach Schätzungen zusätzlich ein Drittel bis die Hälfte der amtlich erfassten Hilfebedürftigen.

2.3.5 Wohngeld (Indikator 24)

Eng gekoppelt an die Sozialhilfe ist der Bezug von Wohngeld für Haushalte und Einzelpersonen. Wohngeld ist eine von Bund und Ländern getragene Unterstützung für Bürger zu den Kosten von Wohnraum (und bis zum 30. Juni 1996 auch von Heizkosten), wenn die Höhe der Miete oder die Belastung die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Haushaltes übersteigt. Damit soll auch einkommensschwächeren Haushalten bezahlbarer und familien-gerechter Wohnraum gewährt werden. Das Wohngeld wird vom Sozialamt einer Stadt berechnet und gezahlt. Es kann Mietzuschuss für eine Wohnung oder Lastenzuschuss für Eigentümer eines Eigenheims oder einer Eigentumswohnung sein.

Unter Wohngeld wird das allgemeine Wohngeld (früher Tabellenwohngeld), bestehend aus Miet- und besonderen Lastenzuschüssen definiert. Unter bestimmten Voraussetzungen besteht für jeden Bürger ein Rechtsanspruch auf diese Sozialleistung, die beantragt werden muss. Ihre Gewährung richtet sich nach den Wohnkosten (Miete + Belastung), dem Familieneinkommen und der Haushaltgröße.

Mietzuschuss nach dem V. Teil des Wohngeldgesetzes (WoGG) steht HLU-Empfängern und Empfängern von Kriegssopferfürsorgeleistungen ohne anrechenbares Einkommen zu.

In der Bundesrepublik Deutschland stieg die Zahl der Wohngeld empfangenden Haushalte in den vergangenen Jahren stark an. Ende 2003 erhielten rund 3,4 Mill. Haushalte Wohngeld, das sind 8,7 Prozent aller privaten Haushalte. Im Vergleich zu 2002 betrug die Steigerungsrate 9,3 Prozentpunkte, nicht zuletzt durch das am 01.01.2003 in Kraft getretene „Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ (GSiG), von dem schon in Gliederungspunkt 2.3.4 die Rede war. Empfänger von Leistungen nach dem GSiG haben in der Regel Anspruch auf allgemeines Wohngeld. Viele Grundsicherungsempfänger hatten bis Ende 2002 als Sozialhilfebezieher Anspruch auf besonderen Mietzuschuss. Der durchschnittliche monatliche Wohngeldanspruch lag bei 129 Euro. Den Empfängerhaushalten von allgemeinem Wohngeld wurden 2003 im Monat durchschnittlich 108 Euro an Wohngeld ausgezahlt, den Empfängerhaushalten von besonderem Mietzuschuss durchschnittlich 169 Euro¹³. Diese Summen sind allerdings größer als die für Chemnitz errechneten.

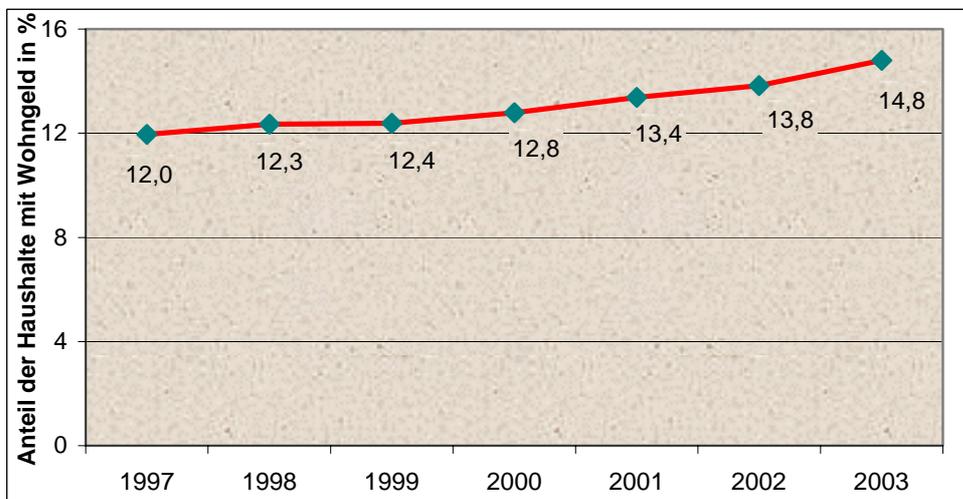


Abb. 2.21: Anteil der Wohngeld empfangenden Haushalte an allen Haushalten in Chemnitz 1997 bis 2003, in Prozent. Gebietsstand: jeweils der 01.01. des Folgejahres

Auch in Chemnitz erhöhte sich die Zahl der auf allgemeines Wohngeld angewiesenen Haushalte stetig, zwischen 1997 und 2003 um 2,85 Prozentpunkte (vgl. Abb. 2.21).

Tab. 2.10: Wohngeld empfangenden Haushalte in Chemnitz 1997 bis 2003 nach Personenzahlen im Haushalt, in Prozent

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Veränderung 1997 zu 2003
Ein-Personen-Haushalt	54,3	53,3	53,8	54,1	54,7	55,0	54,4	+ 0,1 %
Zwei-Personen-Haushalt	19,5	20,7	21,1	21,7	21,8	22,0	23,3	+ 3,8 %
Drei-Personen-Haushalt	11,8	12,2	12,3	11,9	11,8	12,2	12,0	+ 0,2 %
Vier-Personen-Haushalt	9,8	9,4	8,8	8,2	7,7	7,0	6,8	- 3,0 %
Fünf und mehr Personen-Haushalt	4,5	4,5	4,1	4,1	4,1	3,8	3,5	- 1,0 %

¹³ Quelle: Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes vom 03.12.2004 in <http://www.destatis.de>

Innerhalb der einzelnen Haushaltgrößen nach Personenzahlen (vgl. Tab. 2.10) gab es bis auf die Zwei-Personen-Haushalte und die Vier-Personen-Haushalte nur unwesentliche Verschiebungen. Das erklärt sich aus der allgemeinen Zunahme der Haushalte mit zwei und der Abnahme der Haushalte mit vier Personen.

Der durchschnittliche monatliche Betrag für Wohngeldempfänger nach Art des Wohngeldes (in Euro) entwickelte sich wie folgt:

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Veränderung 1997 zu 2003
Allgemeines Wohngeld	81,2	84,7	86,4	85,8	84,8	89,0	94,7	+ 16,6 %
Mietzuschuss nach dem V. Teil des WoGG	111,4	116,7	118,9	119,6	135,6	132,5	129,4	+ 16,2 %

Die Zahl der Wohngeldempfänger je 1.000 Einwohner erhöhte sich von 1997 (57,5 je 1.000 EW) um 37,6 Prozentpunkte im Jahr 2003 (79,1 je 1.000 EW).

2.3.6 Betreuungssituation

Die Entwicklung eines Kindes, seine Bildung, sein späteres Sozialverhalten, sein körperliches und geistiges Wohlbefinden werden in erster Linie von dem sozialen Umfeld (Haushalt/Familie) geprägt, in dem es geboren wird bzw. aufwächst. Für Kinder im Vorschulalter sind außerdem die Kindertageseinrichtungen wichtige Bezugspunkte ihrer zukünftigen Entwicklung. In ihnen wird das Kind nicht nur betreut, hier werden ihm erste Bildungselemente vermittelt, und es kann das Zusammenleben mit anderen Kindern lernen. Beginnende Sozialisationsmaßstäbe werden gesetzt, Konfliktbewältigung und Selbstständigkeit gefördert. Aber auch Spielen, Hygiene und Gesundheitsförderung sind Bestandteile des Kita-Tagesablaufs.

Nach dem Sächsischen Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen (SächsKitaG) hat jedes Kind ab Vollendung des 3. Lebensjahres bis zum Schuleintritt einen Rechtsanspruch auf einen Platz in einer Kindertageseinrichtung. Für Kinder unter drei Jahren, Vorschulkinder und für Schulkinder bis zur Vollendung der 4. Klasse muss ein bedarfsgerechtes Angebot an Betreuungsplätzen bereit stehen. Für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder sollte gemäß dem SächsKitaG in Integrativen Tageseinrichtungen gesorgt werden. Ein qualitativ gutes Betreuungsangebot kann die Lebenssituation von Kindern aus sozial schwachen Familien deutlich verbessern, da bereits vor Schuleintritt die Weichenstellungen für die spätere Entwicklung erfolgen. In den letzten Jahren gab es vereinzelt in einigen Städten Überlegungen, Kinder von Arbeitslosen nicht mehr in die Kitas aufzunehmen, da ja eine Ganztagesbetreuung zu Hause gesichert sei, oder für solche Kinder Zugangsbeschränkungen festzusetzen. Aber gerade Kitas bieten unter Umständen Schutz vor andauernder Vernachlässigung und defizitärer Entwicklung und sind eine Chance für alle Kinder, sich entsprechend ihren individuellen Möglichkeiten zu entwickeln.

In Chemnitz gibt es ein in jeder Hinsicht gut ausgebautes Netz von Kindertageseinrichtungen, so dass der Bedarf weitgehend gedeckt werden kann. Ende 2004 standen für Chemnitzer Kinder 77 kommunale und 54 Tageseinrichtungen freier Träger zur Verfügung, zusammen 131. Die unterschiedlichen pädagogischen Konzepte sowohl der kommunalen Einrichtungen als auch der freien Träger ermöglichen es den Eltern, eine ihrem Lebensstil entsprechende Kindertagesstätte zu finden, wenn auch nicht immer in Wohnortnähe. Infolge zurückgehender Geburten- und damit der Kinderzahlen mussten zwischen 1997 und 2004 12 Einrichtungen geschlossen werden. In diesem Zusammenhang spiegelt sich die finanzielle Situation einer Stadt wider: 28 kommunale Einrichtungen schlossen, aber 16 wurden von freien Trägern übernommen oder von ihnen neu geschaffen.

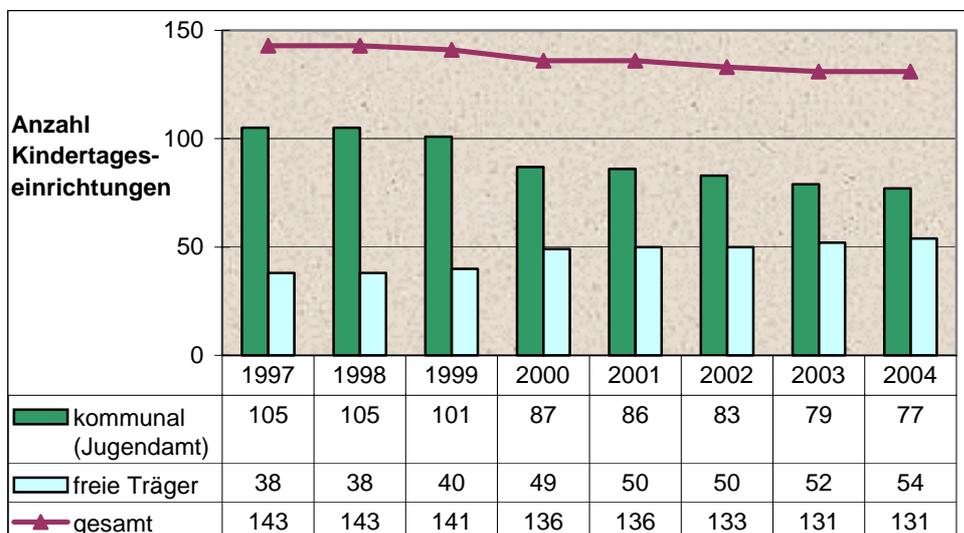


Abb. 2.22: Chemnitzer Tageseinrichtungen für Kinder 1997 bis 2004, nach Art des Trägers. Gebietsstand: jeweils der 31.06. des Jahres. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie

Für die Chemnitzer Kinder stehen "normale" Kitas, Integrationseinrichtungen, Einrichtungen zur Ganztagesbetreuung u.a. zur Verfügung. Die verschiedenen Arten der Kindertageseinrichtungen, unabhängig von ihrer Trägerschaft, und ihre zahlenmäßige Entwicklung in den Jahren 1997 bis 2004 zeigt Tab. 2.11:

Tab. 2.11: Chemnitzer Kindertageseinrichtungen nach Art der Einrichtung 1997 bis 2004, Gebietsstand jeweils der 31.06. des Jahres. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie

Art der Kindertageseinrichtung	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Kita	58	58	56	53	56	61	60	60
Integrationskindertagesstätten	29	29	30	30	32	30	32	33
Frühfördereinrichtungen	2	2	2	2	2	2	1	1
Einrichtungen der Ganztagesbetreuung	6	6	5	5	5	4	4	5
Horte	45	45	40	40	36	31	29	28
Integrationshorte	3	3	8	6	5	5	5	4
gesamt	143	143	141	136	136	133	131	131

Die Platzkapazität für Kinder in Kindertageseinrichtungen verminderte sich von 1997 (14.511 Plätze) um 3.672 Plätze oder etwa ein Viertel bis zum Jahr 2003 (10.839 Plätze), erhöhte sich bis 2004 jedoch wieder leicht um 844 Plätze oder 7,8 Prozent im Vergleich zum Vorjahr.

Während die Plätze in kommunalen Einrichtungen zwischen 1997 (11.096 Plätze) und 2003 (5.836 Plätze) um fast die Hälfte abnahmen (- 47,4 Prozent), sich jedoch 2004 geringfügig erhöhten (+ 521 Plätze oder + 8,9 Prozent), stieg die Zahl der Plätze in Einrichtungen freier Träger gleichmäßig an, von 3.415 Plätzen im Jahr 1997 auf 5.326 Plätze im Jahr 2004 (+ 56,0 Prozent).

In den integrativen Kitas gibt es altersgemischte Gruppen sowie oft die Gemeinschaft behinderter und nicht behinderter Kinder. Eine einzige Kita verfügt über 36 Plätze in einer integrierten heilpädagogischen Tagesstätte. Gemäß § 19 SächsKitaG werden hier behinderte Kinder mit festgestelltem Förderbedarf je nach Spezifik ihrer Behinderung konzeptionell betreut. Außerdem existiert eine Fördereinrichtung eines freien Trägers für sprach- und hörgeschädigte Kinder.

Die Auslastung der Plätze in Kindertageseinrichtungen ist je nach Altersgruppen und Spezifik von Jahr zu Jahr unterschiedlich. Für Kinder unter 3 Jahren lag die Auslastung zwischen 68,9 Prozent im Jahr 1997 und 109,7 Prozent im Jahr 2003, im Mittelwert zwischen 1997 und 2004 bei 95,7 Prozent. Kinder ab drei Jahre bis zur Einschulung wurden zwischen 89,0 Prozent (2000) und 102,0 Prozent (1997) in Kindertageseinrichtungen betreut, im Mittelwert zu 93,3 Prozent.

Problematisch bleibt die Auslastung der Plätze für behinderte Kinder. Die angebotenen Plätze reichten in manchen Jahren nicht für den Bedarf, in anderen Jahren waren sie unterbelegt. Einzig bei den Plätzen für die Hortkinder war eine gewisse Kontinuität zu verzeichnen.

Nach Auskunft des Amtes für Jugend und Familie der Stadt Chemnitz stellt sich die Auslastung der Plätze für behinderte Kinder wie folgt dar (Angaben in Prozent):

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	mittlere Auslastung
behinderte Kinder bis 3 Jahre	0,0	50,0	233,3	233,3	400,0	140,0	114,3	100,0	158,9
behinderte Kinder ab 3 Jahre bis zur Einschulung	342,4	84,4	71,9	49,2	71,4	81,9	84,4	85,3	108,9
behinderte Hortkinder	103,4	107,9	125,8	99,2	99,7	101,2	100,6	110,8	106,1

2.3.7 *Bildung und Erziehung* (Indikatoren 27, 28)

Das Bildungssystem in Sachsen (Struktur vgl. Abb. 2.23) umfasst die Grundschule bis zur Erwachsenenqualifizierung und bietet zahlreiche Möglichkeiten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung.

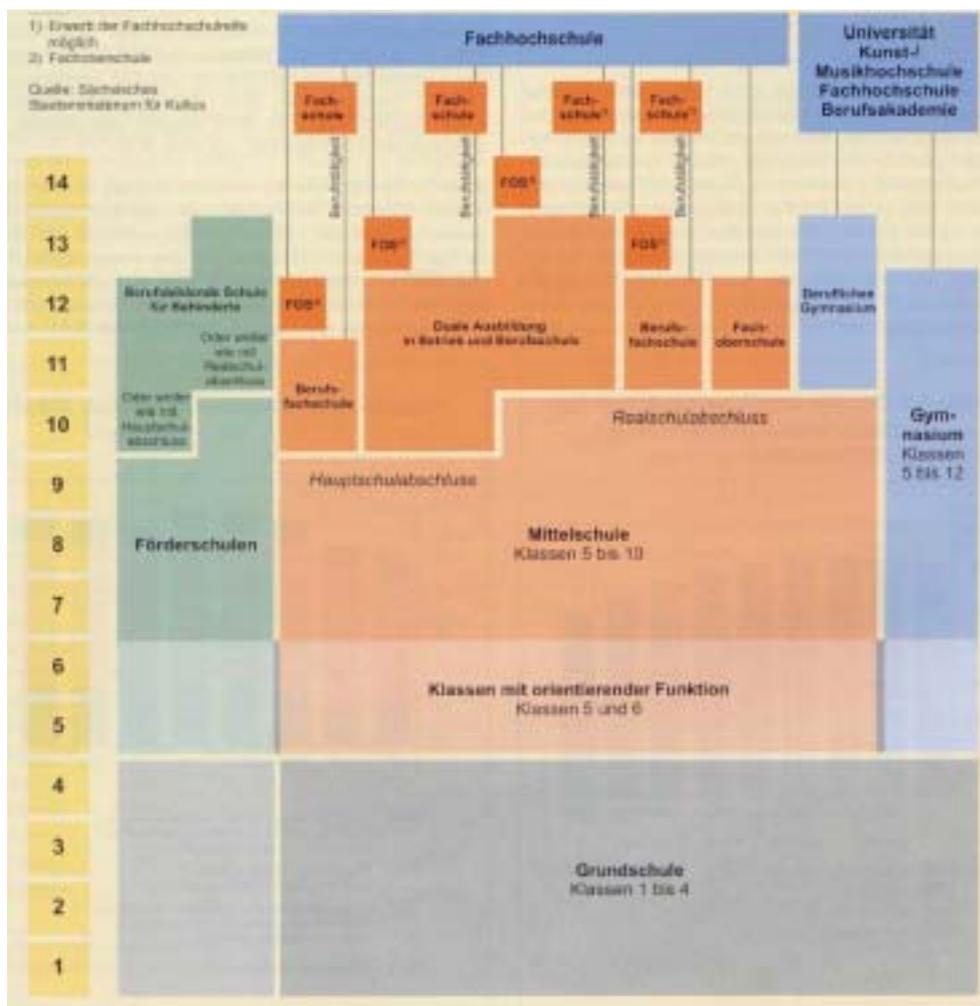


Abb. 2.23: Das Bildungssystem im Freistaat Sachsen. Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Kultus

Spätestens seit der Veröffentlichung der ersten und zweiten PISA-Studien, die den deutschen Schülern nur unteres Mittelmaß bescheinigten, werden Fehlentwicklungen wie eine hohe Schulabbruchquote, mangelnde Bildungsvoraussetzungen für erwählte Ausbildungsrichtungen, Umorientierungen während Lehre und/oder Studium und Defizite im Bildungsbereich für wirtschaftliche Krisen verantwortlich gemacht. Auch die hohe Arbeitslosigkeit in den Reihen der weniger Gebildeten kann hier ihre Ursachen finden. Zwar lag Sachsen bei den erwähnten PISA-Studien auf einem vergleichsweise günstigen Platz, doch sind auch am Freistaat die erwähnten Fehlentwicklungen im Bildungsbereich nicht vorüber gegangen.

Alle Kinder, die bis zum 30. Juni des laufenden Kalenderjahres das 6. Lebensjahr vollendet haben, werden mit Beginn des Schuljahres im September schulpflichtig. In der Regel besuchen sie eine Grundschule. Entsprechend Schulgesetz für den Freistaat Sachsen erfüllt die Grundschule einen wichtigen Bildungs- und Erziehungsauftrag. Sie bietet für alle Kinder einen gemeinsamen Bildungsgang und hat den gesetzlichen Auftrag, ausgehend von individuellen Lern- und Entwicklungsvoraussetzungen, die Kinder zur Aneignung und Sicherung der Kulturtechniken Lesen, Schreiben und Rechnen zu führen. Außerdem sollen Lern- und Sozialkompetenzen sowie Wertvorstellungen vermittelt und gestärkt werden.¹⁴

Ab der 4. Klasse können die Schüler beim Vorliegen einer Bildungsempfehlung ein Gymnasium besuchen, sie können aber auch ihre Schullaufbahn über die Mittelschule fortsetzen. Weiterhin besteht die Möglichkeit des Wechsels zum Gymnasium noch in der 6. Klasse der Mittelschule. Mit Abschluss des Gymnasiums als weiterführende Schule kann die allgemeine Hochschulreife (Abitur) erworben werden, in den Fachoberschulen die Fachschulreife. Die ebenfalls weiterführenden Mittelschulen schließen entweder mit dem Hauptschulabschluss (9. Klasse) oder mit dem Realschulabschluss (10. Klasse) ab. Förderschulen werden von Schülern besucht, die wegen Beeinträchtigung einer oder mehrerer Körperfunktionen trotz besonderer Hilfen in die allgemein bildenden Schulen nicht oder nicht ausreichend integriert werden können. Eine über längere Zeit besondere pädagogische Förderung ist deshalb unerlässlich. An der Förderschule können Abschlüsse der übrigen Schularten erworben werden.

Der starke Geburtenrückgang in den neunziger Jahren spiegelt sich auch in den Schülerzahlen wider.

¹⁴ Schulgesetznovelle zur Umsetzung eines besseren Schulkonzeptes in Sachsen

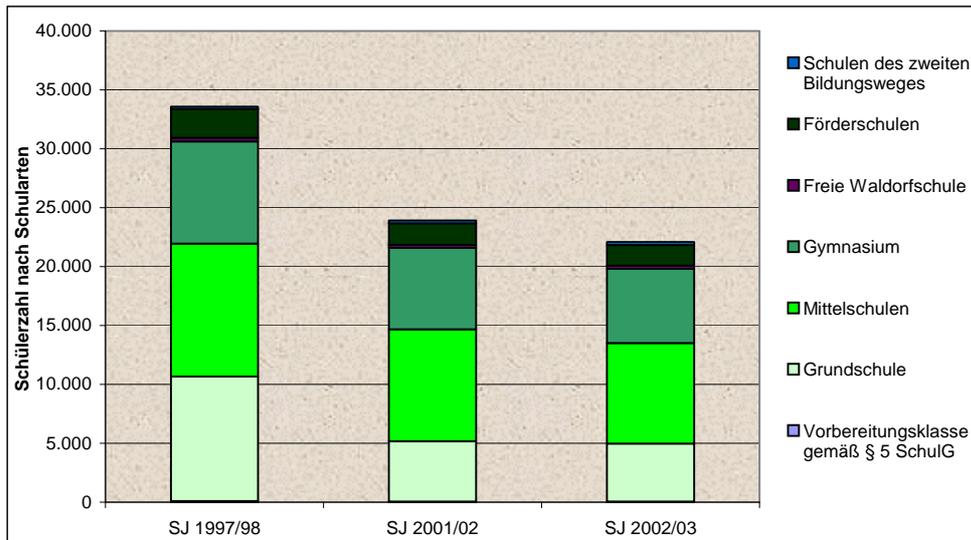


Abb. 2.24: Schülerzahlen in Chemnitz, in den Schuljahren 1997/98, 2001/02 und 2002/03, nach Schulart. Gebietsstand: 01.01.2004

Zwischen dem Schuljahr 1997/98 (33.568 Schüler) und dem Schuljahr 2002/03 (22.090 Schüler) beträgt die Differenz der Schülerzahlen 11.478, das ist ein Rückgang von 34,2 Prozent aller Schüler. Mit mehr als einer Halbierung der Schülerzahlen im genannten Zeitraum sind die Grundschulen besonders betroffen (- 53,5 Prozent). Jedoch auch alle anderen Schulformen haben rückläufige Schülerzahlen zu verzeichnen:

- € Mittelschulen: minus 24,3 Prozent
- € Gymnasien: minus 27,5 Prozent
- € Förderschulen: minus 27,7 Prozent
- € Waldorfschule: minus 11,5 Prozent

Bis auf die Waldorfschule mit im Vergleich zu den anderen Schularten geringen Schülerzahlen haben Mittel- und Förderschulen sowie Gymnasien etwa ein Viertel all ihrer Schüler verloren. Die Vorbereitungsklassen und Schulen des zweiten Bildungsweges werden hier nicht explizit betrachtet.

In den oben genannten Schulformen sind die Schüler nach Geschlecht (vgl. Abb. 2.25) unterschiedlich verteilt. Während in den Mittel- und Förderschulen mehr Jungen als Mädchen anzutreffen sind, besuchen die Gymnasien in der Mehrzahl Mädchen. Sowohl in der Waldorf- als auch in der Grundschule sind die Geschlechter ziemlich gleichmäßig verteilt, wobei der etwas geringere Mädchenanteil in den Grundschulen Ausdruck der natürlichen Geschlechterverteilung ist (vgl. auch Lebensbaum von Chemnitz).

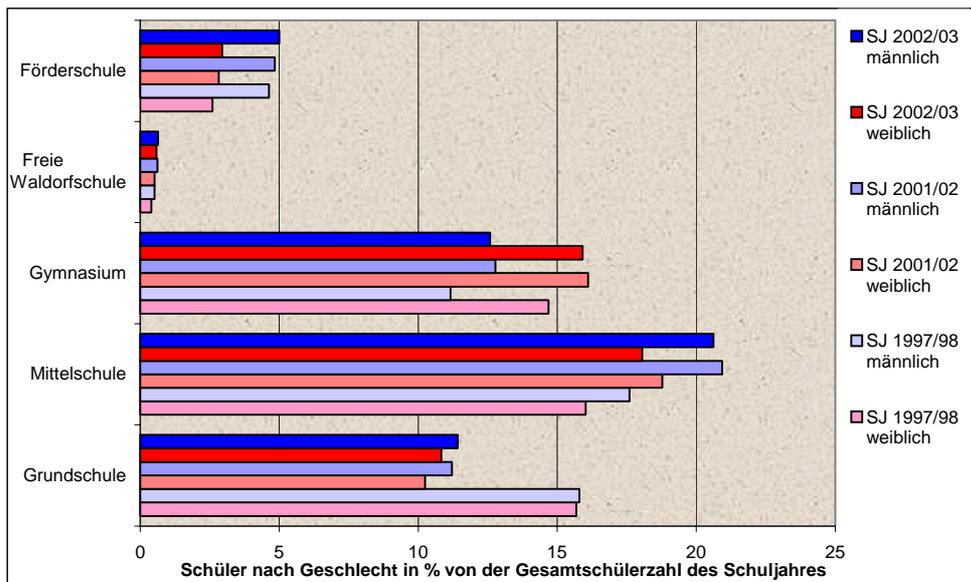


Abb. 2.25: Anteile Mädchen/Jungen in den einzelnen Schularten, Schuljahre 1997/98, 2001/02 und 2002/03, in Prozent von der Gesamt-schülerzahl eines Schuljahres

Die dramatische Verminderung der Schülerzahlen bleibt nicht ohne Folgen für die Schullandschaft einer Stadt. So kam es in den vergangenen Jahren zu Schulschließungen, weitere werden bei anhaltender Bevölkerungsentwicklung folgen. 23 öffentliche (kommunale) Schulen mussten in den letzten sieben Schuljahren geschlossen werden. Drei Schulen freier Träger wurden neu eröffnet.

Tab. 2.12: Ausgewählte Daten zur Chemnitzer Schullandschaft in den Schuljahren 1997/98 bis 2003/04, Gebietsstand: 01.01.2004

Schuljahre	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04
<i>Allgemein bildende Schulen und Förderschulen nach Art des Trägers</i>							
Schulen insgesamt	120	121	116	111	108	101	100
davon öffentliche Einrichtungen	116	116	111	105	102	94	93
davon Einrichtungen freier Träger	4	5	5	6	6	7	7
<i>Schulen nach Schularten</i>							
Grundschulen	55	56	53	50	49	46	46
Mittelschulen	37	37	35	34	33	30	29
Gymnasien	12	12	12	11	11	10	10
Förderschulen	15	15	15	15	14	14	14
Freie Waldorfschulen	1	1	1	1	1	1	1

Vor allem wurden die Schulschließungen im Grund- und Mittelschulbereich wirksam.

- € Grundschule: minus neun Schulen
- € Mittelschule: minus acht Schulen
- € Gymnasien: minus zwei Schulen

Und dieser Prozess geht weiter: Bis Ende Mai 2005 muss über die Anzahl der Schulen ab September 2005 entschieden werden. Besonders im Mittelschulbereich gibt es nicht genügend Kinder zur Bildung von zweizügigen, fünften Klassen (40 bis 50 Kinder). Doch außer der durch den Bevölkerungsrückgang geprägten Situation kommt aktuell noch der Umstand hinzu, dass wesentlich mehr Viertklässler als in den vergangenen Jahren in die Gymnasien strömen. Rund 40 Prozent der Grundschüler wollen diesen Weg gehen, in den vergangenen Jahren lag die Quote sachsenweit noch bei 34 Prozent. Zurückzuführen ist diese Entwicklung auf die Änderung der Zugangsvoraussetzungen: Erstmals durften sich auch jene Kinder am Gymnasium anmelden, deren Mathematik- und Deutschnote auf dem Halbjahreszeugnis einen Durchschnitt von 2,5 aufwies. Bislang musste man 2,0 erreichen.

Im Frühjahr 2005 wurde klar, dass in Chemnitz in 18 von 21 kommunalen Mittelschulen die erforderlichen Anmeldezahlen nicht schaffen, so dass etwa drei Schulschließungen durch das Regionalschulamt Chemnitz unumgänglich sein werden. Die Erreichbarkeit, die Ausstattung und der bauliche Zustand der Schulen spielen eine Rolle, aber auch der Wunsch der Eltern, da 2005 im Gegensatz zu den Vorjahren die Mittelschule für ihr Kind von den Eltern frei wählbar war. Unter Umständen entstehen dann für die zukünftigen Fünftklässler lange Schulwege – die Rede ist von einem zumutbaren Schulweg von 45 Minuten mit Bus oder Bahn. Aber auch die Kinder der höheren Klassenstufen müssen bei Schulschließungen in eine andere Schule wechseln. Die drei bestehenden freien Schulen sind nicht betroffen.

Etwas besser ist die Situation für die Gymnasien: Hier schafften nur drei von sieben die gesetzliche Vorgabe von 60 neuen Kindern nicht. Da damit die Talsohle der Schülerzahlen durchschritten sein dürfte, sind in den nächsten Jahren keine weiteren Schulschließungen zu erwarten. Allerdings muss eine neue Schulnetzplanung mit territorialen Bezogenheiten erarbeitet werden.

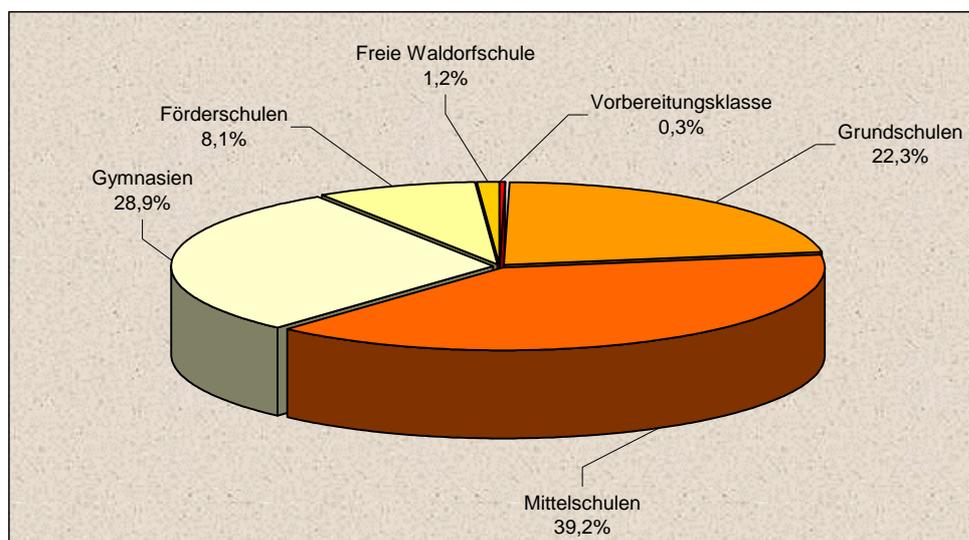


Abb. 2.26: Schüler an allgemeinbildenden Schulen und Förderschulen im Schuljahr 2002/03 in Chemnitz, in Prozent

Im Schuljahr 2003/04 standen Chemnitzer Kindern 93 öffentliche Schulen und sieben Schulen freier Träger offen. Unter den Schulen freier Träger waren die Freie Waldorfschule mit einem Regelschulenteil der Klassen 1 bis 13 und einem Förderschulenteil der Klassen 4 bis 11, die Kreativitätsgrundschule, die Freie Montessori-Grundschule und die Montessori-Schule Chemnitz mit einer Grund- und einer Mittelschule sowie das Evangelische Schulzentrum ebenfalls mit beiden Schulformen. Die Schülerverteilung an den allgemein bildenden und Förderschulen im Schuljahr 2002/03 zeigt Abb. 2.26.

Unter den 93 öffentlichen Schulen gibt es 14 Förderschulen mit regionalem oder überregionalem Charakter. An diesen Schulen werden Schüler aufgenommen, die für einen längeren Zeitraum oder für immer einer besonderen pädagogischen Förderung bedürfen. Die Schüler sollen für eine weitgehend selbstständige Gestaltung ihres Lebens befähigt werden. Die Sprachheilschule und die Schule für Erziehungshilfe hat außerdem die Aufgabe, die Rückführung in andere allgemein bildende Schule zu ermöglichen.

Die Anzahl der Förderschüler nahm im Zuge des geschilderten Schülerrückgangs zwischen dem Schuljahr 1997/98 und dem Schuljahr 2004/05 um 31,5 Prozent ab, so dass eine Schule für geistig Behinderte und eine Schule zur Lernförderung geschlossen werden musste.

Tab. 2.13: Absolute Schülerzahlen in Förderschulen der Stadt Chemnitz, Schuljahr 1997/98, 2002/03 bis 2004/05. Quelle: Stadt Chemnitz, Schulverwaltungsamt. Stand: jeweils September des Schuljahres. Vorläufige Daten, außer SJ 1997/98

Name der Schule	Schuljahre				Besonderheiten
	1997/98	2002/03	2003/04	2004/05	
Prof.-R.-Dahlmann-Schule	339	143	114	-	Schule zur Lernförderung (geschlossen seit Schuljahr 2004/05)
Friedrich-Fröbel-Schule	302	210	207	214	Schule zur Lernförderung
J.-H.-Pestalozzi-Schule	287	192	201	185	Schule zur Lernförderung
Schule Altchemnitz	132	125	129	216	Schule zur Lernförderung
Sprachheilschule Stollberger Str.	174	82	82	89	1.-4. Klasse für Kinder aus Chemnitz
Sprachheilschule „Ernst Busch“	242	218	229	236	1.-10. Klasse, Schule mit überregionalem Charakter
Sonderpädagogisches Förderzentrum „Johannes Trüper“	150	145	143	145	Schule für Erziehungshilfe. Klassen für Schüler mit Lernbehinderung, LRS-Klassen
Georg-Götz-Schule	141	106	88	87	Schule für Schwerhörige mit überregionalem Charakter. Klassen für hörgeschädigte Kinder mit Lernbehinderung
Janusz-Korczak-Schule	95	84	78	72	Schule für geistig Behinderte
Schule „Am Zeisigwald“	71	59	65	63	Schule für geistig Behinderte
Schule für geistig Behinderte Parkstr.	32	-	-	-	Schule für geistig Behinderte (geschlossen seit Schuljahr 2000/01?)
Chemnitzer Körperbehindertenschule (Sonderpädagogisches Förderzentrum)	232	167	150	160	Schule mit überregionalem Charakter. Schulteil für körperbehinderte Kinder mit Lernbehinderung
Chemnitzer Körperbehindertenschule s.o. (Klassen für geistig Behinderte)	43	62	59	50	Schule mit überregionalem Charakter. Schulteil für körperbehinderte Kinder mit zusätzlicher geistiger Behinderung
Sächsische Blindenschule (Schule in Landesträgerschaft)	109	90	86	86	Förderschule für Blinde und Sehbehinderte mit überregionalem Charakter. Klassen für Schüler mit Lernbehinderung,
Sächsische Blindenschule s.o. (Klassen für geistig Behinderte)	26	41	45	43	Förderschule für Blinde und Sehbehinderte mit überregionalem Charakter. Klassen für Schüler mit geistiger Behinderung/Mehrfachbehinderung
Waldorfschule Förderklassen (Schule in freier Trägerschaft)	69	30	35	29	Förderklassen für Lernbehinderte und Erziehungshilfe
gesamt (ohne Klinikschule)	2.444	1.754	1.711	1.675	
Klinikschule Chemnitz	65	54	60	60	für im Klinikum stationär behandelte Kinder, sind in Stammschulen erfasst

In den Medien wird öfters über Probleme mit sogenannten Schulschwänzern und -verweigerern berichtet. Laut jüngsten Internetmeldungen¹⁵ gehört Schulschwänzen für viele Schüler inzwischen zum Alltag. Zunehmend schwänzen jüngere Kinder die Schule: Während ursprünglich die 15- bis 16jährigen die typischen Schulschwänzer und -verweigerer waren, liegt das Einstiegsalter in die Schulschwänzer-Karriere jetzt bei 10 bis 12 Jahren.

¹⁵ Quelle: <http://www.kssa.de>

Deutschlandweit wird die Zahl der Schulverweigerer auf 10 bis 15 Prozent aller Schüler und Schülerinnen geschätzt, die Dunkelziffer dürfte wesentlich höher sein. Die Gründe für die Entfremdung von der Schule sind vielfältig und meistens miteinander verkettet: ein anregungsarmes Umfeld in den ersten Lebensjahren, Sprachprobleme, starke Über- oder Unterforderung im Unterricht, Probleme mit Mitschülern und Lehrern, auch die zunehmende Aggressivität an den Schulen und familiäre Verhältnisse.

Probleme mit dem Schulbesuch konzentrieren sich oft in sozialen Brennpunkten. Da sich hier auch familiäre Probleme häufen, fordern Fachleute neben einem günstigen Schulklima mehr familienunterstützende Hilfen, die durch Schulsozialarbeit am Lern- und Lebensort Schule geleistet werden, um Kinder und Jugendliche bei der Bewältigung der schulischen Anforderungen zu unterstützen. Hilfen im Rahmen der Schulsozialarbeit (SSA) nach § 13 KJHG werden in Kooperation von Jugendhilfe und Schule und unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes der Schüler – insbesondere des Elternhauses und der Lehrer – erbracht. In Chemnitz begann die Schulsozialarbeit an einer Lernförderschule von 1998 bis 2001. Im Chemnitzer Sozialreport, der mit dem Jahr 2002 endet, wurde an drei Lernförder- und drei Mittelschulen SSA angeboten. Im Jahr 2004 leistete das Amt für Jugend und Familie der Stadt Chemnitz schon an vier Lernförderschulen, einer Grundschule, sieben Mittelschulen und einem Gymnasium Projekte mit dem Leistungsangebot SSA. Dass der Bedarf ist weitaus höher ist, zeigen 10 bisher nicht realisierte Anträge.

Sozialarbeiter können jedoch nicht nur an einer, sondern auch in miteinander kooperierenden Schulen eingesetzt werden (zum Beispiel Kooperation Dr.-Theodor-Neubauer-Mittelschule mit dem Johann-Wolfgang-von-Goethe-Gymnasium, anteilig je 20 Std. pro Woche). Das Leistungsangebot richtet sich nach § 13 SBB VIII in besonderem Maße an sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche, aber auch an hilfeschuchende Eltern und Lehrer.

Im Chemnitzer Sozialreport¹⁶ wurden für das Jahr 2002 ca. 60 Kinder und Jugendliche als Schulverweigerer benannt (unentschuldigtes Fehlen länger als ein halbes Jahr). 14 von ihnen besuchten im Jahr 2002 die Werkstatt-Schule, ein Projekt für Schulverweigerer, das praktisches und theoretisches Lernen verknüpft, die Jugendlichen langfristig wieder an den Schulbesuch heranzuführen will oder ihnen zur Erfüllung der Schulpflicht bis hin zum einfachen Hauptschulabschluss verhilft. Eine Rückfrage beim Regionalschulamt Chemnitz zu aktuelleren Zahlen ergab, dass im Dezember 2004 weniger Kinder und Jugendliche die Schule schwänzten bzw. sie gänzlich verweigern. Die starke Zunahme der Schulsozialarbeit könnte hier Früchte getragen haben.

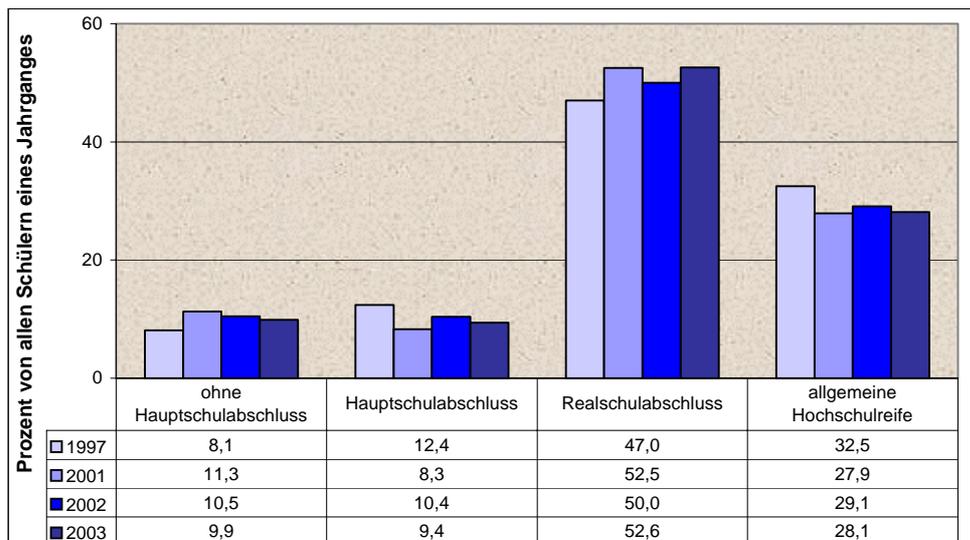


Abb. 2.27: Anteil der Schulabgänger an allen Schulabgängern nach Abschluss der Ausbildung in Chemnitz 1997, 2001 bis 2003, in Prozent. Gebietsstand: 01.01.2004

Im Jahr 2003 verließen in Chemnitz 5,8 Prozent weniger Jugendliche die Schule als im Vorjahr (2002: 3.035, 2003: 2.859), aber 23,1 Prozent weniger als sieben Jahre (1997: 3.718) zuvor. Die Zahl der Schulabgänger ohne Hauptschulabschluss stieg anteilig in diesen sieben Jahren um fast zwei Prozent, ihr Anteil an allen Schulabgängern betrug aber im Jahr 2003 immer noch 9,9 Prozent. Bundesweit geht man davon aus, dass etwa 12 Prozent der Jugendlichen die Schule ohne Abschluss verlassen.

Geschlechtsspezifisch sind Unterschiede beim Schulabschluss zu verzeichnen. Diese Unterschiede sind für Vergleichsjahre symptomatisch. Während sowohl bei der Gruppe der Schulabgänger ohne Abschluss als auch bei denen der Hauptschüler, die einen Abschluss erreichen, die männlichen Schulabgänger immer die Mehrheit bilden, dominierten bei den Gymnasiasten mit dem Abschluss der allgemeinen Hochschulreife die Mädchen (vgl. Indikator 29). Bei den Realschulabgängern ist das Verhältnis Jungen zu Mädchen etwa gleich. Dies steht auch im Zusammenhang mit der Belegung der einzelnen Schularten, da die Gymnasien zahlreicher von Mädchen als Jungen besucht werden (vgl. auch Abb. 2.25).

¹⁶ Quelle: Sozialreport der Stadt Chemnitz 2000 bis 2002, S. 86

Tab. 2.14: Schulabgänger in Chemnitz nach Art des Abschlusses und nach Geschlecht, in Prozent von allen Schulabgängern der Jahre 1997, 2001 bis 2003

Jahr	Geschlecht	ohne Hauptschulabschluss	Hauptschulabschluss	Realschulabschluss	allgemeine Hochschulreife
1997	männlich	10,1	16,1	46,8	27,0
	weiblich	6,0	8,7	47,2	38,1
	gesamt	8,1	12,4	47,0	32,5
2001	männlich	13,6	10,9	51,9	23,6
	weiblich	9,0	5,6	53,0	32,4
	gesamt	11,3	8,3	52,5	27,9
2002	männlich	13,4	11,8	49,6	25,2
	weiblich	7,6	9,0	50,5	33,0
	gesamt	10,5	10,4	50,0	29,1
2003	männlich	11,6	11,8	53,1	23,5
	weiblich	8,2	7,0	52,0	32,8
	gesamt	9,9	9,4	52,6	28,1

3 Gesundheitsrelevante Faktoren

3.1 Medizinische Versorgung in Chemnitz (Indikator 17)

Seit 1997 stieg die Zahl der in Chemnitz ambulant tätigen, frei praktizierenden Ärzte um 12,0 Prozent von 391 auf 438, die der öffentlichen Apotheken von 58 auf 65. Durch diese kontinuierliche Steigerung verbesserte sich die ärztliche Versorgung stetig, auch wegen der sinkenden Einwohnerzahlen. Während im Jahr 1997 in Chemnitz 100.000 Einwohner durch 151 ambulant tätige Ärzte betreut wurden, waren es 2003 bereits 175. Steigerungsraten der Arztzahlen pro 100.000 Einwohner sind auch in den Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Gynäkologie, Chirurgie, Pädiatrie und bei den Zahnärzten zu finden. Die geringsten Zuwachsraten gab es im Bereich der Chirurgie.

Quoten für Kinderärzte werden pro Anteil der Bevölkerung unter 15 Jahre, für Gynäkologen pro Anteil der weiblichen Bevölkerung über 15 Jahre berechnet. Abb. 3.1 verdeutlicht die Steigerung der Kinderarztzahlen pro 1.000 Einwohner. Im Jahr 2003 praktizierten in Chemnitz noch 29 Kinderärzte von ehemals 31, sowie 154 Allgemeinmediziner und 245 Zahnärzte. Damit ist Chemnitz als Großstadt im Vergleich zu den ländlichen Gebieten ausreichend mit Kinderärzten, Allgemeinmedizinern und Zahnärzten versorgt, wenn auch in naher Zukunft durch den Renteneintritt von zahlreichen Medizinern ein bedenklicher Mangel an Hausärzten Fachärzten droht. Vor allem fehlt der Nachwuchs an Medizinern, d.h. viele ärztliche Praxen insbesondere in ländlichen Regionen müssen aufgegeben werden. Das erfreuliche Ansteigen der Kinderzahlen erfordert für die nächsten Jahre adäquate ärztliche Betreuung durch Kinderärzte.

Der drohenden medizinischen Unterversorgung (75-prozentige Besetzung der Praxen) versuchen die sächsische Staatsregierung und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsens mit eine Förderprogramm für Landärzte und der Anwerbung von Medizinern aus Österreich und Osteuropa zu begegnen. Aber weiterhin wird die ambulante ärztliche Arbeit in den neuen und den alten Bundesländern unterschiedlich honoriert, so dass die Problematik Ärztemangel durch die Abwanderung von Ärzten in die alten Bundesländer zusätzlich verschärft wird.

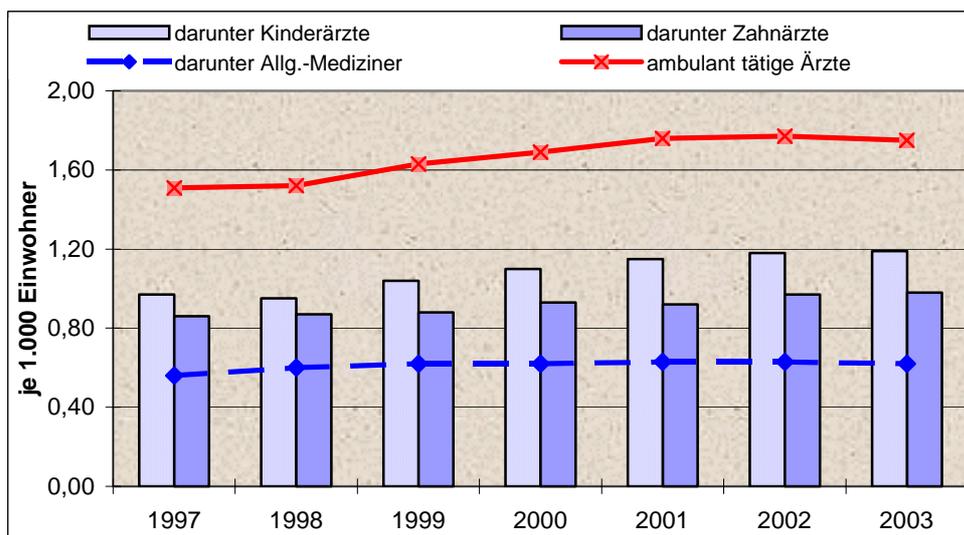


Abb. 3.1: Niedergelassene, ambulant tätige Ärzte, darunter Allgemeinmediziner, Kinderärzte und Zahnärzte je 1.000 Einwohner in Chemnitz 1997 bis 2003. Gebietsstand jeweils der 01.01. des Folgejahres

Neben dem zur Zeit durchaus als positiv einzuschätzenden Ärzteangebot gibt es in Chemnitz ein dichtes Netz nichtärztlicher therapeutischer Praxen. Mit Stand vom 31.01.2005 hatten im Gesundheitsamt Chemnitz 21 Ergotherapeuten, 12 Logopäden, 24 Heilpraktiker und 153 Physiotherapeuten/Masseur/Medizinische Bademeister ihre selbständige Berufsausübung angezeigt. Außerdem gibt es drei „Psychologische Berater“ und 17 Psychologische Psychotherapeuten, davon sechs spezialisiert als Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut. Aufgrund der Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten und anderen kinderpsychiatrischen Störungen (vgl. Gliederungspunkte 3.2.2.2 bis 3.2.2.4) erscheint die Versorgungslage für eine Großstadt ausreichend.

Weiterhin stehen für Kinder und Jugendliche folgende ambulante und stationäre Einrichtungen verschiedener Träger zur Verfügung:

- € das Ambulante Diagnostik- und Therapiezentrum GmbH am Klinikum Chemnitz gGmbH, 2004 entstanden aus den ehemals zum Gesundheitsamt gehörenden Instituten Audiologisch-Phoniatisches Zentrum (APZ) und Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
- € die Interdisziplinäre Frühförder- und Beratungsstelle der Heim gGmbH,
- € im Klinikum gGmbH
 - die Klinik für Kinderchirurgie im Krankenhaus Flemmingstr.,
 - die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in der Frauen- und Kinderklinik Flemmingstr.,
 - die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters im Krankenhaus Dresdner Str.,
- € die Kinderklinik im DRK-Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein.

Ergänzend ist auf die Angebot des öffentlichen Gesundheitsdienstes hinzuweisen. Entsprechend dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen (SächsGDG) führen die sächsischen Gesundheitsämter ärztliche und zahnärztliche Reihenuntersuchungen in Kindertageseinrichtungen, Schulen und Förderschulen durch. Zum Aufgabenspektrum gehören neben der Sozial- und Präventivmedizin zunehmend auch die Gesundheitsförderung (vgl. auch Gliederungspunkt 3.2.2).

3.2 Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

3.2.1 Früherkennungsuntersuchungen

Je früher bei Kindern Gesundheitsgefährdungen und Entwicklungsdefizite festgestellt werden, desto größer sind durch adäquate Behandlung und Förderung die Erfolgsaussichten, spätere Behinderungen zu vermeiden bzw. zu minimieren. Zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zählen nach § 26 SGB V insgesamt 10 kostenfreie Untersuchungen für Kinder (U1 bis U9, J1), die ausschließlich präventiven Charakter besitzen. Die Zeiträume der Untersuchungen sind auf wichtige Entwicklungsstadien des Kindes abgestimmt. Vor allem sollen Stoffwechselstörungen, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, Krankheiten der Sinnesorgane, des Nervensystems und der Zähne frühzeitig erkannt werden.

Die erste Untersuchung (U1) findet wenige Minuten nach der Geburt statt, die zweite (U2) vom dritten bis zum 10. Lebensstag, beide meistens noch in der Entbindungsklinik. Alle weiteren Untersuchungen (U3 bis U9) können von niedergelassenen Ärzten durchgeführt werden, wobei die U9 zwischen dem 60. bis 64. Lebensmonat liegt, kurz vor der Einschulungsuntersuchung. Die seit dem 01.07.1997 angebotene Zusatzuntersuchung J1 erfolgt ab dem 12. Lebensjahr. Zwar haben alle Kinder einen Rechtsanspruch auf diese Untersuchungen, doch ist die Teilnahme freiwillig. Die Ergebnisse der Untersuchungen werden im Vorsorgeheft dokumentiert, das bei den Eltern verbleibt und zu den jeweils anstehenden Untersuchungsterminen vorgelegt werden soll. Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst, bei der Gelegenheit zur Einsichtnahme in das Vorsorgeheft besteht, können die Teilnahmequoten der U2 bis U9 dokumentiert und statistisch ausgewertet werden.

U 1	gleich nach der Geburt	U 6	10. – 12. Lebensmonat
U 2	3. – 10. Lebenstag	U 7	21. – 24. Lebensmonat
U 3	4. - 6. Lebenswoche	U 8	43. – 48. Lebensmonat
U 4	3. - 4. Lebensmonat	U 9	60. – 69. Lebensmonat
U 5	6. - 7. Lebensmonat	J 1	13. – 14. Lebensjahr

Die Kindereinrichtung, die Krankenkassen, die jeweiligen Haus- und Kinderärzte und der öffentliche Gesundheitsdienst: Sie alle können auf eine möglichst lückenlose Inanspruchnahme dieses wichtigen Präventionsprogramms hinweisen. Entscheidend ist jedoch das gesundheitsbewusste Engagement der Eltern als wichtigste Bezugspersonen für ihre Kinder. Die Früherkennungsuntersuchungen dienen neben der rechtzeitigen Erkennung von Krankheiten bzw. Behinderungen dem Gespräch mit den Eltern über das Gedeihen und Verhalten ihres Kindes sowie zur Klärung von Fragen und Sorgen. Auch öffentlich empfohlene Impfungen werden im Rahmen der U-Untersuchungen angeboten.

Für Chemnitzer Einschüler ist erst seit dem Schuljahr 1999/2000 über *Octoware @ Gesundheit* eine computergestützte Auswertung der Früherkennungsuntersuchungen und damit eine Darstellung in Zeitreihen möglich. Optimal wäre es, wenn zur Einschulungsuntersuchung alle neun Untersuchungen vollständig im Kinderuntersuchungsheft dokumentiert wären. Leider sieht die Realität anders aus: Manchmal wurden Hefte gar nicht vorgelegt, häufiger wurden die Untersuchungen lückenhaft in Anspruch genommen.

Tab. 3.1: Vorsorgestatus bei Chemnitzer Einschülern (E.1) in den Schuljahren 1999/00 bis 2003/04, absolut und in Prozent, unter besonderer Berücksichtigung der U9-Untersuchung. Quelle: GA Chemnitz

Einschüler	Schuljahre				
	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04
untersuchte Kinder	1.193	1.215	1.290	1.443	1.512
davon Kinder mit Vorsorgeheft	1.098	1.136	1.191	1.356	1.440
entspricht in Prozent	92,0 %	93,5 %	92,3 %	94,0 %	95,2 %
Vorsorgeheft komplett (U1-U9)	768	829	914	1.072	1.119
entspricht in Prozent ¹⁷	69,9 %	73,0 %	76,7 %	79,1 %	77,7 %
unvollständiges Vorsorgeheft	330	307	277	284	321
entspricht in Prozent ¹⁷	30,1 %	27,0 %	23,3 %	20,9 %	22,3 %
Kinder ohne U9	169	173	161	164	183
entspricht in Prozent ¹⁷	15,4 %	15,2 %	13,5 %	12,1 %	12,7 %
davon Kinder ohne Vorsorgeheft	95	79	99	87	72
entspricht in Prozent	8,0 %	6,5 %	7,7 %	6,0 %	4,8 %

¹⁷ bezogen auf Kinder mit vorhandenem Vorsorgeheft, nicht auf alle untersuchten Kinder

Abb. 3.2 ist allerdings zu entnehmen, dass sowohl die Vorsorgehefte als auch einzelne U-Untersuchungen weniger fehlen und die komplett ausgefüllten Hefte zugenommen haben. Der Anteil der vollständigen Hefte hat sich in den betrachteten fünf Schuljahren um etwa acht Prozent erhöht, während der Prozentsatz der völlig fehlenden Hefte sich fast um die Hälfte reduzierte. Dieser positive Trend wird sich hoffentlich fortsetzen und ist wahrscheinlich auf ein gestiegenes Gesundheitsbewusstsein der Eltern, aber auch auf die Bemühungen der Kindertageseinrichtungen zurückzuführen.

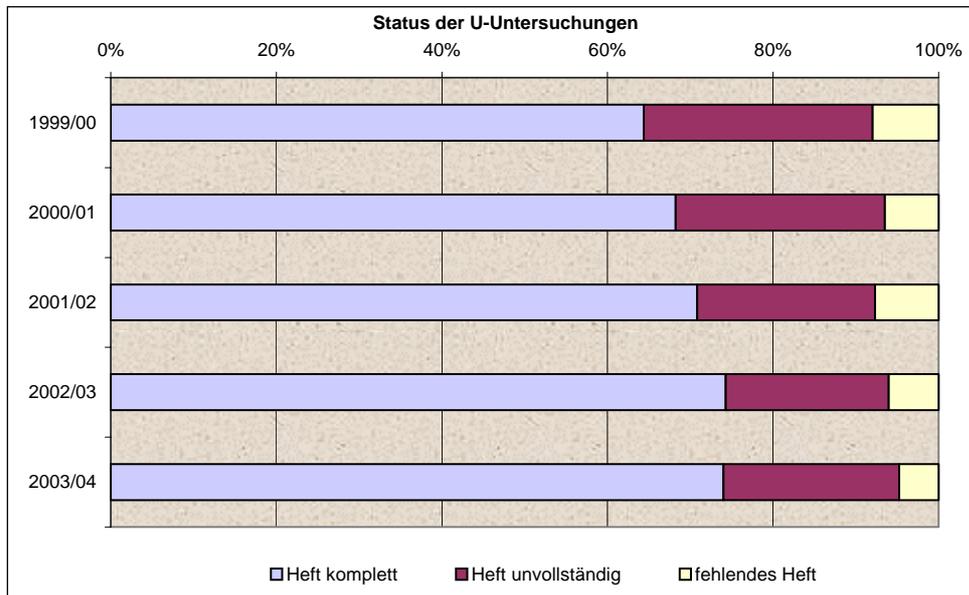


Abb. 3.2: Vorsorgestatus bei Chemnitzer Einschülern in den Schuljahren 1999/00 bis 2003/04, in Prozent von allen Untersuchten. Quelle: GA Chemnitz

Mit zunehmendem Alter der Kinder sinken die wahrgenommenen U-Untersuchungen. Besonders die U9 wird wesentlich seltener genutzt als vorher die U8. Eine Vermutung ist, dass die Eltern der älteren Kinder glauben, den Gesundheits- und Entwicklungszustand ihres Kindes selbst einschätzen und Defizite erkennen zu können. Dieser Untersuchung wird somit der geringste Stellenwert beigemessen, häufig wird sie aber auch einfach vergessen.

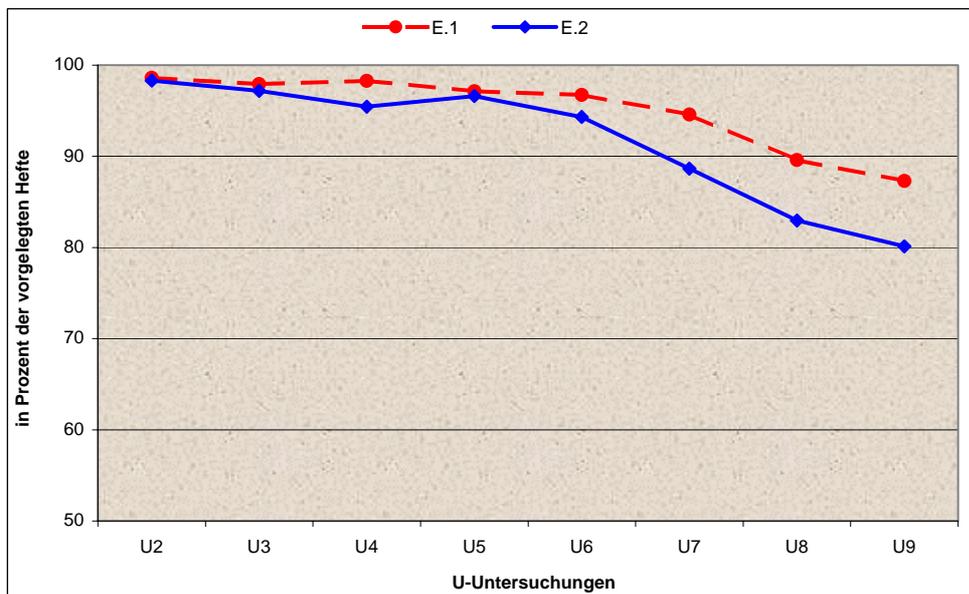


Abb. 3.3: Inanspruchnahme der U-Untersuchungen nach Art der Einschulungsuntersuchung im Schuljahr 2003/04, in Prozent von allen vorgelegten Vorsorgeheften. Quelle: GA Chemnitz

Bei der Analyse zur Inanspruchnahme der U-Untersuchungen des Schuljahres 2003/04 ergaben sich Unterschiede beim Vorsorgestatus der regulären Einschüler (E.1) und der Rücksteller des Vorjahres, die in der E.2 untersucht wurden. Rückstellungen von der Einschulung sind meist in Entwicklungsdefiziten begründet, doch auch der Vorsorgestatus war, wie Abb. 3.3 erkennen lässt, um einige Prozentpunkte schlechter.

Es gibt in der Literatur [23] vielfältige Erklärungsversuche für den Rückgang der Vorsorgeleistungen, bezogen auf den Ausländeranteil einer Region oder den beruflichen und bildungsmäßigen Status der Eltern. Im Ausland geborene Kinder haben meist kein Vorsorgeheft, so dass deren Vorsorgestatus zwangsläufig lückenhaft ist. Der Anteil ausländischer Kinder in Chemnitz ist relativ gering, so dass die fehlenden U-Untersuchungen nicht damit begründet werden können.

Da der Bildungsgrad und der berufliche Status der Eltern in Sachsen kein Gegenstand der statistischen Dokumentation des Jugendärztlichen Dienstes (JÄD) sind, können hier Zusammenhänge nur geahnt, aber nicht bewiesen werden. In einer Veröffentlichung zur Einschulungs-Untersuchung 1993 in Braunschweig, in die Sozialda-

ten einfließen, hatten 31,4 Prozent der Kinder von Eltern mit niedrigem beruflichen Status keinen Nachweis zur U9-Untersuchung, aber auch 29,8 Prozent der Kinder von Eltern mit mittlerem oder höherem beruflichen Status.¹⁸ Bei der Nicht-Teilnahme der U1- bis U8-Untersuchungen gab es große Unterschiede zwischen den beiden Statusgruppen, d.h. Eltern mit niedrigem beruflichen Status ließen ihre Kinder deutlich weniger untersuchen als die andere Elterngruppe.

Außerdem ist nicht zu ermitteln, wie der Stand der Inanspruchnahme der U-Untersuchungen bei Kindern mit fehlendem Vorsorgeheft ist.

Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen (E.1) der Schuljahre 2002/03 und 2003/04 ergaben, dass bei den in den Kitas betreuten Kindern ein weitaus besserer Vorsorgestatus vorliegt als bei den sogenannten "Hauskindern", die zudem meist noch aus kinderreichen Familien stammen. Bei den Hauskindern ist der Vorsorgestatus mangelhafter als bei Kita-Kindern bzw. Kindern aus Fördereinrichtungen, auch wurde das Vorsorgeheft bei der Einschulungsuntersuchung viel weniger vorgelegt als bei den anderen beiden Gruppen.

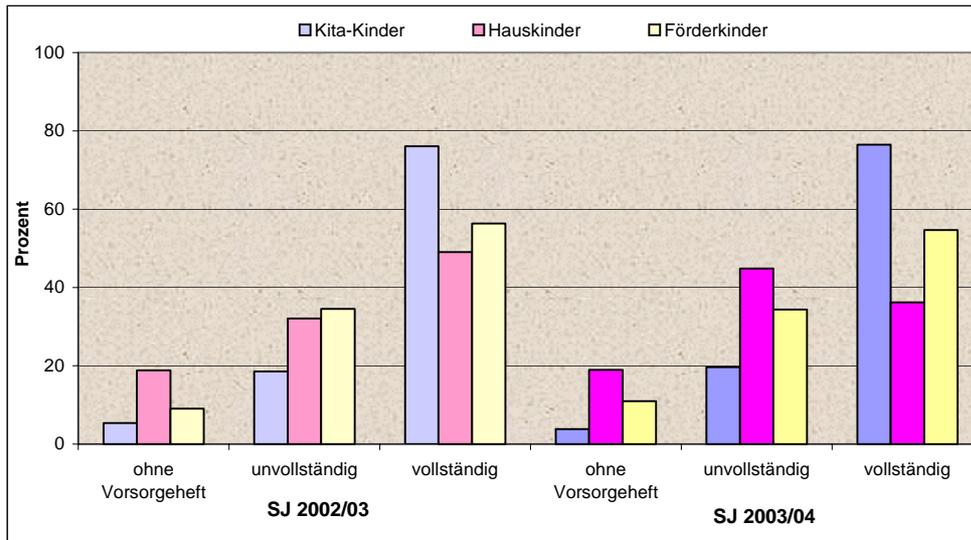


Abb. 3.4: Vorsorgestatus bei Kindern aus Kindertages- und Fördereinrichtungen sowie von Hauskindern in den Schuljahren 2002/03 und 2003/04, in Prozent von allen Einschülern (E.1 bzw. F.1). Quelle: GA Chemnitz

Analog den getroffenen Aussagen fanden bei Hauskindern, aber auch bei Kindern aus Fördereinrichtungen anteilig 12 bis 14 Prozentpunkte weniger U9-Untersuchungen als bei Kindern aus Kindertageseinrichtungen statt. Der Besuch einer Kindertageseinrichtung ist neben allen anderen Vorzügen auch in Hinblick auf einen vollständigen Vorsorgestatus von nachhaltiger Bedeutung für die gesunde Entwicklung eines Kindes.

Tab. 3.2: Teilnahme an der U9-Untersuchung in Abhängigkeit vom Betreuungsstatus der Kinder zu den Einschulungsuntersuchungen (E.1 bzw. F.1) in den Schuljahren 2002/03 und 2003/04 in Chemnitz, absolut und in Prozent. Quelle: GA Chemnitz

Betreuungsstatus	Kita-Kinder			Hauskinder			Kinder aus Fördereinrichtungen		
	mit V.-Heft	U9 = X	in Prozent	mit V.-Heft	U9 = X	in Prozent	mit V.-Heft	U9 = X	in Prozent
2002/03	1.263	1.122	88,8 %	43	32	74,4 %	50	38	76,0 %
2003/04	1.336	1.181	88,4 %	47	34	72,3 %	57	42	73,7 %

Die Hauskinder und auch Kinder nichtdeutscher Herkunft bzw. aus unteren Sozialschichten sind deshalb Zielgruppen, die der besonderen Fürsorge des öffentlichen Gesundheitsdienstes bedürfen.

Im Schuljahr 2003/04 war es dem Gesundheitsamt Chemnitz erstmals möglich, durch die Kita-Untersuchung der Vierjährigen und anderen Kita-Kindern auf fehlende U-Untersuchungen hinzuweisen. Es wird sich zeigen, ob die Einschüler des Schuljahres 2005/06 profitieren konnten. Die Kita-Kinder im 4. Lebensjahr müssten an der U7 (Ende 2. Lebensjahr) und teilweise an der U8 (3,5 bis 4 Jahre) teilgenommen haben.

Kita-Kinder	Schuljahr 2003/04
untersuchte Kinder	585
davon Kinder mit Vorsorgeheft	509
entspricht in Prozent	87,0
Vorsorgeheft komplett (U2-U7/U8)	418
entspricht in Prozent ¹⁹	82,1

¹⁸ www.gbe-bund.de

¹⁹ bezogen auf Kinder mit vorhandenem Vorsorgeheft

unvollständiges Vorsorgeheft	91
entspricht in Prozent ¹⁹	17,9
<i>davon</i> Kinder ohne Vorsorgeheft	76
entspricht in Prozent	13,0

Bei der Kita-Untersuchung war die Zahl der nicht vorgelegten Vorsorgehefte (13,0 Prozent) im Vergleich zur Einschulungsuntersuchung des Schuljahres 2003/04 (4,8 Prozent) mehr als doppelt so groß. Die Wiederkehr dieser Untersuchung muss sich im Bewusstsein der Kita-Leiterinnen und der Eltern erst festigen, damit in Zukunft die benötigten Unterlagen zur Untersuchung vorliegen. Über die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen für die Kinder ohne Vorsorgeheft können wiederum keine Aussagen getroffen werden.

Seit 1997 wird zusätzlich zu den U-Untersuchungen die Durchführung einer Jugenduntersuchung (J1) als Kassenleistung angeboten. In der Literatur [13] wird von der Akzeptanz dieser Untersuchung mit 5 Prozent in Baden-Württemberg und 18 Prozent in Niedersachsen gesprochen. In Chemnitz liegen dazu momentan keine Daten vor. Mit der Änderung des Untersuchungsprogramms des JÄD und dem Wegfall der Untersuchung der 9. Klassen ab dem Schuljahr 2004/05 erhielten alle Schüler der 6., 7. und 8. Klasse und deren Eltern eine schriftliche Information über die J1 und die Aufforderung, sie im Alter der Kinder/Jugendlichen vom 12. Lebensjahr bis zum Tag vor dem 15. Geburtstag in Anspruch zu nehmen. Dieses Papier wird auch in die zukünftige Untersuchung der 6. Klassen einbezogen werden.

Da das Regularium der U-Untersuchungen noch aus den siebziger Jahren stammt, hat der Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte ein ergänzendes Vier-Punkte-Programm entwickelt, das in kurzer Zeit erstmals zum Einsatz kommen soll. „Eltern können dann ihre Kinder viermal zusätzlich untersuchen lassen: beispielsweise mit drei Jahren auf Sprachprobleme und Übergewicht oder in der zweiten Klasse auf Lernstörungen und motorische Defizite.“[31] Dies entspricht den vom Öffentlichen Gesundheitsdienst angebotenen sächsischen Kindergartenuntersuchungen der Vierjährigen und den Reihenuntersuchungen in den 2. Klassen. Das neue Untersuchungsprogramm ist jedoch noch nicht einheitlich mit den Krankenkassen geklärt.

3.2.2 Reihenuntersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes

3.2.2.1 Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Sachsen sind durch mehrere Gesetze geregelt:

- € das Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen (SächsGDG),
- € das Schulgesetz für den Freistaat Sachsen (SchulG),
- € die Verordnung des Staatsministeriums für Kultus über die Schulgesundheitspflege sowie
- € das Sächsische Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen (SächsKitaG).

Deren Ausführung wird vom Jugend- und Jugendzahnärztlichen Dienst (JÄD und JZÄD) der Gesundheitsämter wahrgenommen und besteht vor allem in regelmäßigen Reihenuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen in Kindergärten und Schulen. Damit können frühzeitig gesundheitliche Risiken, Erkrankungen und Entwicklungsauffälligkeiten erkannt werden. Die Eltern erhalten schriftlich die Untersuchungsergebnisse und bei Notwendigkeit eine Empfehlung zur Vorstellung beim Haus- oder Facharzt. Die Erzieherinnen bekommen bei Anwesenheit der Eltern Hinweise zur Förderung von auffälligen Kindern. Weiterhin bietet das Gesundheitsamt Sprechstunden und Beratungen zu speziellen Problemen dieser Kinder und deren Familien an, einschließlich einer eventuell notwendigen langfristigen psychologischen Diagnostik und Betreuung an.

Die Teilnahme der Kinder aus Kindertagesstätten und Schulen an den Untersuchungen ist eine gesetzlich garantierte Versorgungsleistung: freiwillig an der Kita-Untersuchung und an den Reihenuntersuchungen, Pflicht an der Einschulungsuntersuchung. Damit wird die Einschulungsuntersuchungen zu 100 Prozent von allen zur Einschulung anstehenden Kindern und deren Sorgeberechtigten wahrgenommen. Die schulärztlichen Reihenuntersuchungen haben eine Teilnahmequote von ca. 80 - 90 Prozent (vgl. auch Gliederungspunkt 3.2.2.4). Die erste Kita-Untersuchung wird in Gliederungspunkt 3.2.2.2 ausgewertet.

Details der Untersuchungsprogramme für die verschiedenen Altersgruppen sind den entsprechenden Gliederungspunkten vorangestellt. Sowohl die jugendärztlichen als auch die jugendzahnärztlichen Untersuchungsergebnisse werden entweder als Klassenlisten oder zunehmend kindbezogen nach einer in Sachsen verbindlichen einheitlichen Software, dem Programmsystem *Octoware @ Gesundheit*, statistisch erfasst. Nach Abschluss eines Schuljahres leiten die sächsischen Gesundheitsämter Datenreports in anonymisierter Form über ihre Untersuchungsergebnisse an das Sächsische Staatsministerium für Gesundheit und Soziales (SMS) weiter. Aktuell liegt damit ein sachsenweit vergleichbarer Datenpool über zehn Schuljahre (1994/95 bis 2003/04) vor.

Der Jugend- und der Jugendzahnärztliche Dienst kooperieren mit den Schulen, dem Regionalschulamt, dem Schulverwaltungsamt, niedergelassenen Zahn- und Kinderärzten, dem Ambulanten Diagnostik- und Therapiezentrum GmbH am Klinikum Chemnitz gGmbH (ehemals APZ und SPZ), der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und der Klinik für Kinderneuropsychiatrie.

3.2.2.2 Sprachentwicklung bei Kindern und Untersuchung in Chemnitzer Kindertagesstätten
 3.2.2.2.1 Sprachentwicklungsstudien des APZ Chemnitz

Pilotuntersuchung „Sprachscreening bei 3- bis 4-jährigen Kindern in Chemnitz (2000)“ [39]

Ausgangssituation: Die Ergebnisse des Jugendärztlichen Dienstes der sächsischen Gesundheitsämter zum Gesundheitszustand von Einschülern, die Erfahrungen des damals noch zum Gesundheitsamt Chemnitz gehörenden Audiologisch-Phoniatischen Zentrums (APZ) sowie Publikationen wissenschaftlicher Fachgremien wiesen darauf hin, dass sich der sprachliche Entwicklungsstand von Kindern im Vorschulalter in den 90er Jahren verschlechtert hatte. Die publizierten wissenschaftlichen Untersuchungen über Sprachentwicklungsverzögerungen bei Vorschulkindern nannten unterschiedliche prozentuale Werte betroffener Kinder: zwischen sieben bis 25 Prozent. Die Untersuchungsergebnisse des Jugendärztlichen Dienstes im Gesundheitsamt Chemnitz ergaben im Schuljahr 1999/2000 Sprachstörungen bei 20,6 Prozent der Chemnitzer Einschüler. Im gleichen Schuljahr lag das Gesamtergebnis für ganz Sachsen bei 22,5 Prozent, den Maximalwert erreichte der Weißeritzkreis mit 36,8 Prozent.

Das im 1. Halbjahr 2000 (9.03.-27.06.2000) im APZ durchgeführte Sprachscreening nach Heinemann/Höpfner zeigte, dass bei Vorschulkindern im Alter von drei bis vier Jahren bei fast jedem zweiten Kind Sprachentwicklungsverzögerungen auftreten, wobei darunter nicht unbedingt Störungen mit Krankheitswert zu verstehen sind.

Stichprobenbeschreibung der 1. Pilotuntersuchung:

Gesamtzahl der drei- bis vierjährigen Kinder in Chemnitz	1.438
Anzahl der ausgegebenen Fragebögen	1.474
Beantwortete Fragebögen (mit Einverständniserklärung der Eltern zur Untersuchung)	1.283
Anzahl der untersuchten Kinder	1.070
davon Mädchen:	522
davon Jungen:	548

Die Untersuchungen in den Kindertagesstätten erfolgte durch Sprachtherapeutinnen des Audiologisch-Phoniatischen Zentrums Chemnitz sowie Lehrlogopädinnen und Logenpädagoginnen der Schule für Logopädie Chemnitz.

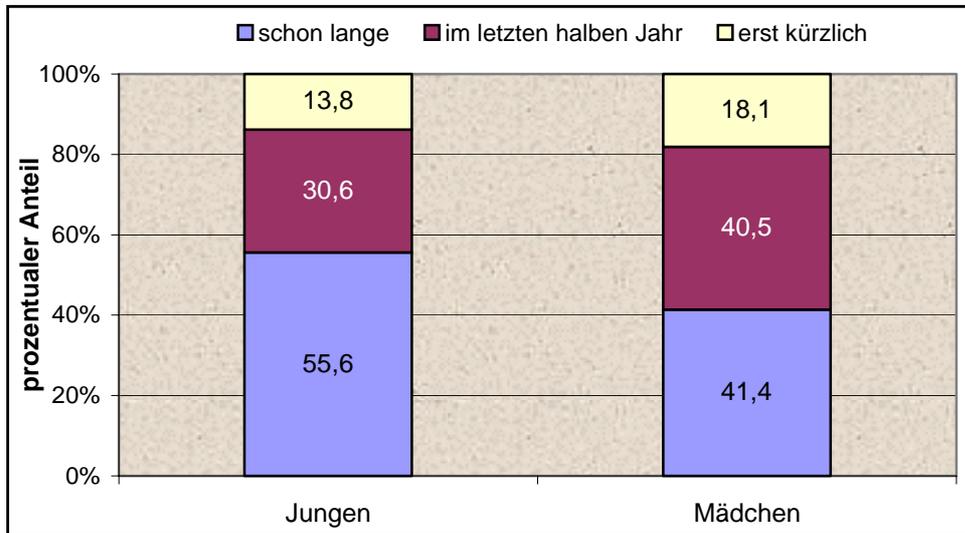


Abb. 3.5: Zeitpunkt des Auftretens von Sprachauffälligkeiten (Elternangabe)

Die Eltern nannten auf die Frage nach dem Zeitpunkt des Auftretens von Sprachauffälligkeiten meist längere Zeiträume (siehe Abb. 3.5). Inwieweit zur Behebung der bei den Kindern festgestellten Sprachauffälligkeiten therapeutische Hilfe aufgesucht wurde, war bei der Auswertung der Elternfragebögen nicht Gegenstand der Untersuchung.

Es war auch zu erwarten, dass keine Übereinstimmung der von den Eltern angegebenen Auffälligkeiten mit den Ergebnissen des Screenings bestand. Vor der Untersuchung ihrer Kinder wurden die Eltern mittels eines Fragebogens zu verschiedenen Problemen befragt, die Relevanz zu Sprachentwicklungsverzögerungen oder Sprachstörungen hatten. Die Untersuchungsergebnisse deuteten darauf hin, dass sich die Eltern bei der Einschätzung ihrer Kinder offenbar vorrangig an der Aussprache, dagegen kaum am Wortschatz, am Verständnis für Oberbegriffe oder Aufforderungen und der Grammatik orientierten.

Bei über 50 Prozent der Kinder zwischen dem 42. und 48. Lebensmonat wurden Abweichungen gegenüber der altersgerechten physiologischen Sprachentwicklung festgestellt. Seitens der Eltern wurden aber nur Abweichungen bei 13,1 Prozent der Kinder angegeben. Eltern haben andere Kriterien zur Beurteilung ihrer Kinder. Sie las-

sen sich dabei mehr von der Korrektheit der Sprache, weniger von inhaltlichen Merkmalen der Sprache wie dem Umfang des Wortschatzes und der Genauigkeit des Sprachverständnisses leiten.

Eine zweite Untersuchung als Nachuntersuchung und Verlaufskontrolle erfolgte im Jahre 2001 als kleine Stichprobe der Vier- bis Fünfjährigen aus der Pilotuntersuchung 2000. Die Ergebnisse wurden nicht veröffentlicht, nur intern ausgewertet.

Studie: Untersuchung zum Sprachentwicklungsstand im Rahmen der Einschulungsuntersuchung 2002 in Chemnitz [40]

Als Weiterführung des „Sprachscreenings bei 3- bis 4-jährigen Kindern in Chemnitz“ (2000) wurde gemeinsam mit dem Regionalschulamt Chemnitz und dem Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes im Rahmen der Einschulungsuntersuchung des Schuljahres 2002/2003 von Dezember 2001 bis April 2002 1.440 Kinder, davon 698 Mädchen und 742 Jungen sprachlich untersucht. Zusätzlich erfolgte die freiwillige psychologische Untersuchung von 174 Kindern. Die im Durchschnitt zwischen 11 bis 20 Minuten dauernde sprachliche Überprüfung wurde mit einem Untersuchungsprogramm durchgeführt, das altersgerechte Anforderungen an fünf- bis sechsjährige Kinder stellt. Bei der weiteren Beurteilung und Bewertung konnte bei 322 Kindern auf sprachliche Befunde im vierten Lebensjahr zurückgegriffen werden.

Das Sprachscreening wurde von den Logopädinnen des Audiologisch-Phoniatischen-Zentrums, der Förderpädagogischen Beratungsstelle für Sprach- und Stimmgestörte und SchülerInnen der Logopädenlehranstalt des IFBE Chemnitz durchgeführt. Wie in der Kindergartenuntersuchung im Jahr 2000 wurde auch hier ein Elternfragebogen zur Einschätzung der Sprachentwicklung ihres Kindes eingesetzt.

Die Ergebnisse bestätigen die Einschätzungen der Pädagogen, dass sich die sprachlichen Leistungen der Kinder insgesamt verschlechtert haben (Tollkühn, 2001). Über die Hälfte der Einschüler zeigten Sprachauffälligkeiten in den Teilbereichen Grammatik, Nachsprechen, Oberbegriffe und Reimfähigkeit. Bei 36 Prozent der Kinder liegt ein sprachlicher Förderbedarf vor, wobei bei vier Prozent das Aufnahmeverfahren in die Sprachheilschule empfohlen wurde. Bei der Bewertung der Ergebnisse spielen auch die Vergleiche der Untersuchungen von 2000 mit 2002 eine wesentliche Rolle. Es konnte festgestellt werden, dass bei einem beträchtlichen Teil der Kinder, die 2000 keine Sprachauffälligkeiten aufwiesen, jetzt Defizite bestanden.

Insgesamt ist eine Verstärkung der sprachlichen Förderung in den Kindertagesstätten im Interesse eines Chancenausgleichs erforderlich, wobei verständlicherweise Schulungsmaßnahmen die Erzieher dabei unterstützen müssen. Anzustreben wäre auch eine verbindliche Festlegung, welche Bildungs- und Erziehungsziele hinsichtlich der Persönlichkeitsentwicklung bei Abschluss der Kindergartenbetreuung erreicht sein sollten. Diese könnte die Grundlage der Einschulungsuntersuchung sein.

Eine optimale sprachliche Förderung ist jedoch immer im Zusammengang mit den Eltern zu sehen. Die Aufklärung der Eltern über die Medien, in Kindertagesstätten und in individuellen Gesprächen mit behandelnden Ärzten spielt dabei eine wesentliche Rolle. Denn nur die Eltern können die Entwicklungsbereiche ihrer Kinder fördern, die sie bewusst und als notwendig wahrnehmen.

Die bei der Einschulungsuntersuchung festgestellten sprachlichen Auffälligkeiten sollten seitens der Pädagogik im Rahmen der schulischen Möglichkeiten mit bei der Erarbeitung der Lehrpläne für die 1. und 2. Klasse berücksichtigt werden. In den bestehenden Förderpädagogischen Beratungsstellen für Sprach- und Stimmgestörte sind die qualifizierten Partner bereits vorhanden. Die Etablierung so genannter Stützpunktschulen könnte diese Aufgabe erleichtern. Möglicherweise besteht ein Zusammenhang zwischen den gewonnenen Ergebnissen und den Teilbereichen Nachsprechen von Sätzen, Grammatik, Reimfähigkeit und Oberbegriffe mit dem signifikanten Ansteigen der Lese-Rechtschreib-Schwächen (LRS). Eine Untersuchung der gleichen Kinder Ende des 2. Schuljahres könnte darüber Aufschluss geben.

Weiterhin ist eine sprachliche Förderung wohnortnah in den Schulen, z.B. über die Beratungsstelle für Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie zu empfehlen.

Im Ergebnis der Chemnitzer Sprachstudien wurde die Gesetzeslage zur Förderung von Kindern in Tagesstätten verändert, um wirksamen Einfluss auf die altersgemäße Entwicklung der Kinder zu nehmen. In der Neufassung des Sächsischen Gesetzes zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen (SächsKitaG) vom 27.11.2001, insbesondere § 7, wird gesteigerter Wert auf die frühzeitige Erkennung von Sprachauffälligkeiten gelegt. Frühzeitige Erkennung beinhaltet sowohl Aufklärung der Eltern und Erzieher als auch Förderung der betroffenen Kinder.

„In Sachsen werden vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter ab Sommer 2003 Screening-Untersuchungen in Kindertageseinrichtungen entsprechend § 7, Abs. 2 ... SächsKitaG vom 27. November 2001 durchgeführt. Durch Früherkennung von Entwicklungsdefiziten oder Gesundheitsstörungen und sofortiges Einleiten entsprechender Fördermaßnahmen könnten noch rechtzeitig vor Schulbeginn vorhandene Auffälligkeiten gemindert oder ausgeglichen werden, so dass eine altersentsprechende Entwicklung und eine fristgemäße Einschulung in eine Grundschule als Start in ein „normales“ Schulleben für möglichst viele Mädchen und Jungen erreicht werden kann. Für den öffentlichen Gesundheitsdienst und insbesondere den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst entstehen mit den Untersuchungen in Kindertageseinrichtungen neue Perspektiven mit neuen Aufgaben, auch als Berater für alle Berufsgruppen, die sich mit der Entwicklungs- und Gesundheitsförderung von Kindern befassen“ [3].

3.2.2.2 Kita-Untersuchung im Schuljahr 2003/04

Durch das SächsKitaG, speziell § 7 Abs. 2, vom 27.11.2001 ist die Untersuchung vorzugsweise der 3-4-jährigen Kinder im Kindergarten eine Pflichtaufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Kinder, die zwischen dem 1. Juli und dem 30. Juni des jeweiligen Schuljahres ihr viertes Lebensjahr erreichen, werden nach diesem Gesetz zwei Jahre vor ihrer Einschulung untersucht. Das Ziel besteht in der frühzeitigen Erkennung und Erfassung entwicklungsauffälliger Kinder und dem rechtzeitigen Beginn von bedarfsgerechten Fördermaßnahmen, um die optimale Entwicklung des Kindes bis zum Schulbeginn zu sichern und eine fristgerechte Einschulung zu erreichen.

Nach Terminvereinbarung zwischen der Kindertageseinrichtung und dem JÄD des Gesundheitsamtes werden die Kinder in ihrer Einrichtung aufgesucht und einzeln untersucht. Die freiwillige Untersuchung bedarf der Zustimmung der Eltern, auch ist deren Teilnahme an der Untersuchung möglich. Mit Einverständnis der Eltern kann jedoch auch die jeweilige Erzieherin bei der Untersuchung anwesend sein. Ein von den Eltern ausgefüllter Fragebogen, das Vorsorgeheft, das Impfbuch vermitteln ein erstes Bild vom Kind und den bisher in Anspruch genommenen Präventionsmöglichkeiten.

Die Untersuchungen werden durch Fachärzte/-innen für Kinder- und Jugendmedizin und sozialmedizinische Assistentinnen durchgeführt. Sie umfassen die Ermittlung der metrischen Daten, die Überprüfung des Seh- und Hörvermögens, der Fein- und Grobmotorik und der Sprachentwicklung und erfolgen nach für Sachsen standardisierten Test- und Untersuchungsmethoden. Sozialdaten werden wie bei allen anderen jugendärztlichen Reihenuntersuchungen nicht erfragt.

Über das Ergebnis werden die Eltern schriftlich informiert. Bei Auffälligkeiten erhalten sie Empfehlungen für eine weiterführende Diagnostik bzw. Therapie bei niedergelassenen Fachärzten oder speziellen Instituten (SPZ, APZ). Auf altersgerecht fehlende, öffentlich empfohlene Impfungen wird hingewiesen. Die Daten wurden erstmalig über das in Gliederungspunkt 3.2.2.3 beschriebene Programmsystem *Octoware @ Gesundheit* dokumentiert.

Im Schuljahr 2003/04 fand auch in Chemnitz wie im Einzugsbereich der anderen sächsischen Gesundheitsämter der Probelauf für diese neue Untersuchung statt²⁰. Die neuen standardisierten Untersuchungsmethoden und medizinischen Tests mussten erprobt werden. Außer der gesetzlich festgelegten Altersgruppe der Vierjährigen können auch Kinder anderer Altersgruppen in Absprache mit den Eltern in die Untersuchung einbezogen werden. Infolge personeller und organisatorischer Probleme konnte die Untersuchung nicht in allen Kindertageseinrichtungen angeboten werden. Um Effektivität bemüht, wurde zum Teil mit den Kindergartenleiterinnen die Vorstellung entwicklungsauffälliger Kinder als vorrangig abgesprochen. Diese gehörten nicht immer zur vom Gesetz vorgesehenen Altersgruppe.

Im Schuljahr 2003/04 wurden in Chemnitz 585 Kinder untersucht, deren Geburtstag zwischen dem 01.07.1999 und dem 30.06.2000 liegt. Vom StaLa wurde für die Altersgruppe der Vierjährigen eine Zahl von 1.637 Kindern ermittelt (Stichtag 31.12.2003). In den Chemnitzer Kindergärten, die vom Jugend- und Jugendzahnärztlichen Dienst betreut werden, waren mit Stichtag 31.12.2004 1.647 vierjährige Kinder gemeldet, z.T. auch Kinder aus dem Umland. Damit ergibt sich eine Erfassungsquote von 35,7 (StaLa) bzw. 35,5 (GA Chemnitz) Prozent. Die Untersuchung betraf 285 Jungen (48,7 Prozent) und 300 Mädchen (51,3 Prozent).

Tab. 3.3: Soll- und Ist-Zahlen bei der Kita-Untersuchung in Chemnitz nach Art des Trägers, Schuljahr 2003/04. Quelle: GA Chemnitz

Trägerschaft	Kitas gesamt	nicht unter- suchte Kitas	untersuchte Kitas	Zahl der zu untersuchenden Kinder	Zahl der untersuchten Kinder	Zahl der zusätzlich untersuchten Kinder
kommunale Einrichtungen	49	18	31	827	353	33
Einrichtungen freier Träger	46	29	17	820	232	9
gesamt*	95	47	48	1.647	585	42

42 über oder unter vier Jahre alte Kinder nahmen zusätzlich an der Untersuchung teil, davon waren 35 älter als vier Jahre, acht jünger. In die folgende Auswertung der Untersuchungsergebnisse werden diese Kinder jedoch nicht mit einbezogen.

Inhaltliche Hilfe für die Untersuchungen gab ein für Sachsen vorgeschriebenes Ringbuch, das vom Fachausschuss Kinder- und Jugendärzte des Landesverbandes Sachsen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erarbeitet wurde. Für das Schuljahr 2004/05 liegt bereits eine neue, inhaltlich aktualisierte und überarbeitete Version dieses Buches vor [27].

Bei der Untersuchung von so jungen Kindern müssen andere Maßstäbe gesetzt werden als bei den Einschülern, vor allem ist sie wesentlich zeitaufwändiger (sechs bis sieben Kinder in drei Stunden). Sie kann nur in den Vormit-

²⁰ Im März 2005 lagen noch keine sachsenweiten Auswertungen des Jugendärztlichen Dienstes über Ergebnisse des Schuljahres 2003/04 vor. Die Auswertung obliegt dem StaLa Kamenz.

tagsstunden erfolgen, da manche Kinder schon mittags die Kita verlassen. Aufgrund des Alters und der für sie ungewohnten Situation kommt es zur teilweisen oder auch vollständigen Verweigerung des Kindes bei den medizinischen Tests, so dass in der Dokumentationsmaske der Kita-Untersuchungen für die standardisierten Items

- € Sehvermögen
- € Hörvermögen
- € Motorik
- € Sprache

die Felder für „unsichere Mitarbeit“ oder Verweigerung markiert werden müssen. Da sich hinter dem Verhalten auch eine gesundheitliche Störung verbergen kann, werden die Eltern bei unsicherer Mitarbeit oder Verweigerung ebenfalls informiert, um eine fachärztliche Kontrolle vornehmen zu lassen.

Die unsichere Befundermittlung gehört jedoch zu den Ausnahmen:

Medizinischer Test zu ...	unsichere Mitarbeit	
	absolut (n = 585)	in Prozent
Sehvermögen	44	7,5 %
Hörvermögen	35	6,0 %
Motorik	24	4,1 %
Sprache	23	3,9 %

Die Überprüfung des Sehvermögens erfordert eine besondere Konzentration des Kindes, die in dem jungen Alter nicht immer gegeben ist, so dass im Bereich Sehen der höchste Prozentsatz für „unsichere Mitarbeit“ erreicht wurde.

Die Kita-Untersuchung dient wie alle übrigen Untersuchungen des JÄD in erster Linie zur Befunderhebung. Von allen 585 untersuchten Kindern waren 171 (29,2 Prozent) ohne Auffälligkeiten hinsichtlich Seh- und Hörvermögens, die motorische und sprachliche Entwicklung waren altersgerecht.

Wie schon erwähnt, wurden nur vier Befund-Items überprüft. Das Hauptproblem stellten mit 27,7 Prozent (162 Kinder) die Sprachauffälligkeiten dar, dazu kommen die 3,9 Prozent der Kinder mit unsicherer oder fehlender Mitarbeit. Rund bei einem Drittel der untersuchten Kinder besteht sprachlich ein Defizit und somit Handlungsbedarf, was sich in dem hohen Anteil der vom Gesundheitsamt empfohlenen Arztvorstellungen und logopädischen Maßnahmen widerspiegelt.

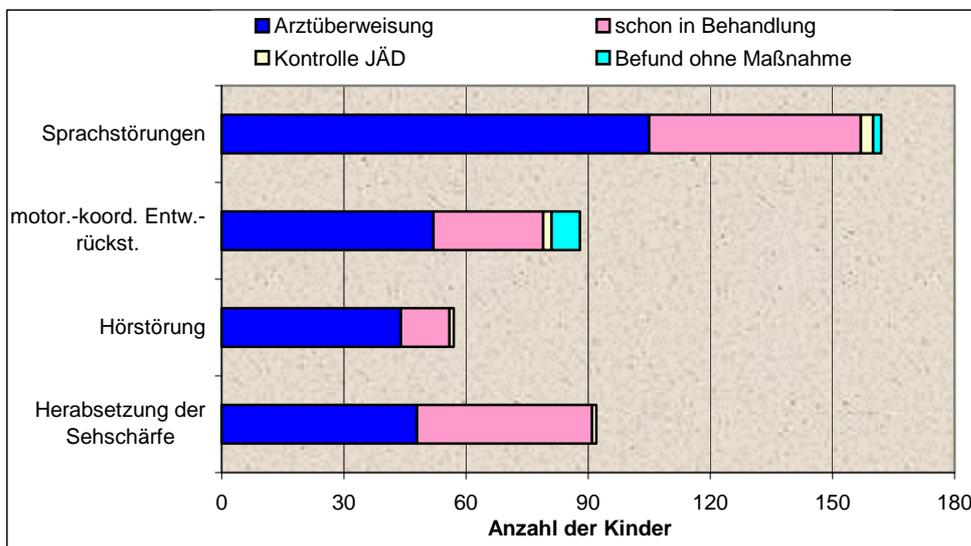


Abb. 3.6: Anzahl der Kinder mit Befunden in der Kita-Untersuchung Schuljahr 2003/04, nach Art des Befundes, mit Anteil der vom JÄD empfohlenen Facharztkonsultationen. Quelle: GA Chemnitz

Zur Kita-Untersuchung wurden auch metrische Daten wie Größe und Gewicht ermittelt. Daten außerhalb der Normwerte weisen auf körperliche Entwicklungsstörungen oder auf Ernährungs- und/oder Stoffwechselstörungen hin. Werte, die mehr als zwei Standardabweichungen vom Mittelwert entfernt liegen, werden als abnorm angesehen. Dabei muss es sich aber nicht notwendigerweise um eine Erkrankung handeln. Aus den Daten Größe und Gewicht ergibt sich der Body Mass Index - BMI (oder Körpermaßindex - KMI), zu errechnen aus

$$\text{Körpergewicht in kg} \\ \text{(Körpergröße in m)}^2$$

Im Erwachsenenalter hat sich der BMI als Maß zur Beurteilung des Gewichtes durchgesetzt. In den letzten Jahren ist der Gebrauch des BMI auch für das Kinder- und Jugendalter empfohlen worden. Voraussetzung für altersgemäße Vergleiche sind adäquate Normwerte, z.B. die Referenz-Perzentilen von Hesse, Bartzky, Jaeger, Kromeyer-Hauschild u.a. [26].

Bewertung des BMI:

- € BMI-Werte > 90. Perzentile gelten als Übergewicht und sind kontrollpflichtig.
- € BMI-Werte > 97. Perzentile gelten als Adipositas.
- € BMI-Werte < 10. Perzentile gelten unter Umständen als Untergewicht.

Maßnahmen:

- € Liegt der BMI über der 90er Perzentile, so ist der Junge / das Mädchen **übergewichtig**. Eine Ernährungsberatung sollte angeboten bzw. eingeleitet werden.
- € Liegt der BMI über der 97er Perzentile, so ist eine Facharztüberweisung zur Behandlungsübernahme der **Adipositas** notwendig.
- € Liegt der BMI unter der 10er Perzentile, leidet der Junge / das Mädchen an **Untergewicht**. Ärztliche Kontrolle ist notwendig.

Diese Aussagen sind nicht nur für die Kita-Kinder, sondern auch für alle anderen Altersgruppen verbindlich. Im Alter von vier Jahren stehen nach den erwähnten Tabellen und Kurven von Hesse u.a. folgende BMI-Grenzwerte fest:

	BMI – Mädchen	BMI – Jungen
Untergewicht (< 10. Perzentile)	14,23	14,36
Übergewicht (> 90. Perzentile)	17,13	16,89
Adipositas (> 97. Perzentile)	18,40	17,87

Im Ergebnis der Kita-Untersuchung waren 39 Jungen (14,1 Prozent) und 31 Mädchen (10,7 Prozent) übergewichtig, davon 16 Jungen (5,8 Prozent) und 11 Mädchen (3,8 Prozent) adipös. Diejenigen Kinder, bei denen Größe und Gewicht fehlten und der BMI deshalb nicht ermittelt werden konnte, wurden in die Berechnung nicht einbezogen (10 Mädchen, 9 Jungen).

	Mädchen	Jungen
Maximalwert BMI	22,68	23,21
Minimalwert BMI	11,88	11,96

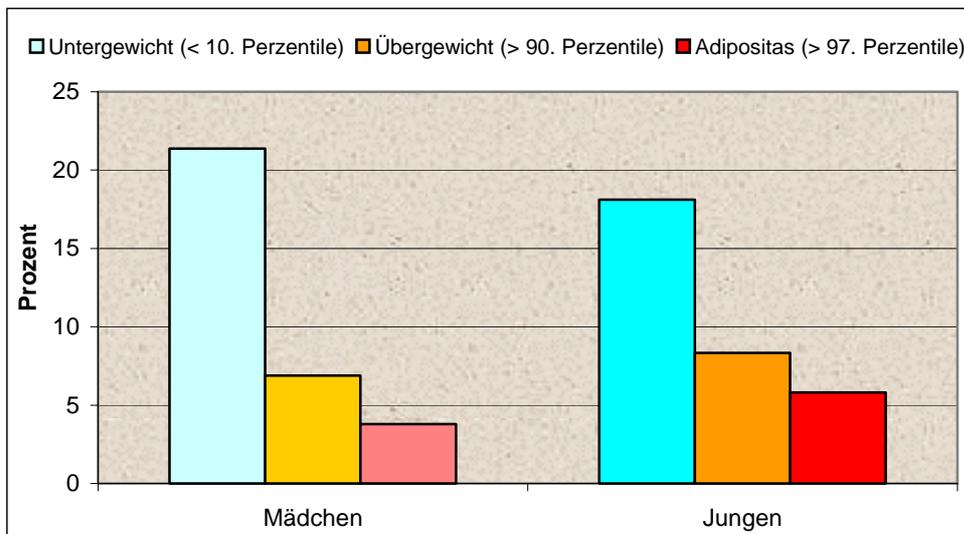


Abb. 3.7: Über- und Untergewicht bei der Kita-Untersuchung Schuljahr 2003/04, nach Geschlecht, in Prozent von allen Kindern mit vorliegendem BMI-Wert. Quelle: GA Chemnitz

Diese Ergebnisse sind beunruhigend, auch wenn nur ein Drittel der Kinder des Jahrganges der Vierjährigen untersucht werden konnte. Aus übergewichtigen Kindern werden oft übergewichtige Erwachsene, und chronische Krankheiten wie Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, orthopädische Probleme und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind schon im Kindesalter vorprogrammiert. Auch werden dicke Kinder in der Schule oft gehänselt und gemieden, so dass ihr ohnehin geringes Selbstwertgefühl noch mehr gemindert wird.

Wenn Kinder schon im Alter von vier Jahren den BMI eines normalgewichtigen Erwachsenen aufweisen, sollten deren Eltern auf diese Fehlentwicklung aufmerksam gemacht werden. Eine fachärztliche Behandlung ist dringend zu empfehlen. Außerdem sollten schon die „Kleinen“ in der Kita spielerisch auf eine ausgewogene, bedarfsgerechte Ernährung hingewiesen werden, Lebensmittel kennen lernen und bewusst mit ihnen umgehen. Das Ernährungsverhalten, so wie es in der Kindheit geprägt wird, ist im Erwachsenenalter schwer zu ändern.

Ein Fünftel der untersuchten Kinder war untergewichtig (Mädchen: 21,4 Prozent, Jungen: 18,5 Prozent), wobei nicht in allen Fällen Krankheitswert zugemessen werden kann. Dazu gehören körperlich gut belastbare Kinder, die keine Probleme beim Essen haben und wenig krank sind. Schlechte Esser mit häufigen Erkrankungen und Untergewicht bedürfen der besonderen Fürsorge des betreuenden Arztes, der Eltern und Erzieherinnen.

Ein Vergleich minimaler und maximaler Werte von Körpergröße und Gewicht bei den untersuchten Kita-Kindern zeigt Tab. 3.5.

Tab. 3.4: Extrem- und Mittelwerte bei Körpergröße (cm) und Gewicht (kg) bei Chemnitzer Kita-Kindern im Schuljahr 2003/04. Quelle: GA Chemnitz

	minimale Größe	Mittelwert Größe	maximale Größe	minimales Gewicht	Mittelwert Gewicht	maximales Gewicht
Jungen	93 cm	108 cm	123 cm	13 kg	18 kg	29,9 kg
Mädchen	94 cm		123 cm	12 kg		26,1 kg

Neben der medizinischen Befundsuche muss der Förderbedarf der Kinder beurteilt werden. Der aktuelle Förderstatus der Kinder wird überprüft und der künftige Förderbedarf eingeschätzt, um daraus Schlussfolgerungen für die regionale Frühförderung zu ziehen und ggf. Versorgungslücken aufzuzeigen. Allerdings wurden in einigen Kitas aus Zeitgründen nur die von den Erzieherinnen als problematisch und auffällig eingeschätzten Kinder untersucht und damit nicht alle in Frage kommenden, „normalen“ Kinder.

Von den 585 Untersuchten wurden bereits 49 Kinder (8,4 Prozent) gefördert, davon:

€ in einer Frühförderungsstelle oder SPZ oder APZ	44 Kinder	7,5 %
€ durch sonstige ambulante Förderung (Logopädie, Ergotherapie)	4 Kinder	0,7 %
€ in besuchter Kita (verstärkte Förderung)	1 Kind	0,17 %

Diesem geringen Anteil steht der Prozentsatz der Kinder gegenüber, bei denen ein wirklicher Förderbedarf festgestellt wurde, zusammen 155 Kinder (26,5 Prozent). Die vom JÄD empfohlenen Fördermaßnahmen teilen sich wie folgt auf:

€ Frühförderungsstelle oder SPZ oder APZ	85 Kinder	14,5 %
€ Integrationskindergarten	10 Kinder	1,7 %
€ sonstige ambulante Förderung (Logopädie, Ergotherapie)	12 Kinder	2,1 %
€ verstärkte Förderung in besuchter Kita	48 Kinder	8,2 %

Für 155 Kinder wurde ein Förderbedarf festgestellt, 11 (7,1 Prozent) waren bereits in eine Fördermaßnahme integriert.

Darüber hinaus konnte der Bedarf an ausgewählten therapeutischen Maßnahmen ermittelt werden. Die Empfehlung für logopädische Maßnahmen betraf fast ein Viertel der untersuchten Kinder!

€ ergotherapeutische Maßnahmen	51 Kinder	8,7 %
€ physiotherapeutische Maßnahmen	9 Kinder	1,5 %
€ logopädische Maßnahmen	138 Kinder	23,6 %
€ psychotherapeutische Maßnahmen	6 Kinder	1,0 %

Für 33 Kinder wurden zwei therapeutische Maßnahmen empfohlen, für ein Kind sogar drei. Die 138 Empfehlungen für logopädischen Maßnahmen waren 25-mal mit einem Hinweis auf zu erbringende ergotherapeutische Maßnahmen verbunden.

26 Kinder (4,44 Prozent) wurden für weitere diagnostische Maßnahmen vorgesehen. Dies trifft vor allem auf Kinder zu, bei denen bei der Beurteilung des Förderbedarfs noch diagnostische Unklarheiten bestanden.

Die Ermittlung des Förderbedarfs und die Festlegung von konkreten Maßnahmen bedeuten für die betroffenen Kinder eine Chance für ihre altersgerechte und gesunde Entwicklung und den erfolgreichen Beginn ihrer Schullaufbahn in zwei Jahren. Leider konnte im Schuljahr 2003/04 nur ein Drittel der vierjährigen Kita-Kinder in dieses wichtige Untersuchungsangebot einbezogen werden. Von den Mitarbeitern des öffentlichen Gesundheitsdienstes konnten vor allem aus Personalmangel die Hälfte aller Chemnitzer Kitas nicht aufgesucht werden (vgl. Tab. 3.3).

3.2.2.3 Einschulungsuntersuchungen

Die Einschulungsuntersuchung gehört mit zu den wichtigsten Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Ihr Ergebnis ist ein erster Maßstab für die weitere Schullaufbahn des Kindes, hier werden schon Weichen für das spätere Leben gestellt. Die nahezu zeitgleiche medizinische U9-Untersuchung über Kinderärzte (vgl. Gliederungspunkt 3.2.1) ist nicht mit der Schuleingangsuntersuchung zu vergleichen.

Das novellierte Schulgesetz für den Freistaat Sachsen (SchulG) vom 19. Februar 2004 regelt im § 26a die Schulgesundheitspflege. § 26a Absatz 4 und § 27 beschreiben die Rahmenbedingungen zum Beginn der Schulpflicht:

- € Mit Beginn des Schuljahres werden alle Kinder schulpflichtig, die bis zum 30. Juni des laufenden Kalenderjahres das sechste Lebensjahr vollendet haben.

- € Als schulpflichtig gelten auch Kinder, die bis zum 30. September des laufenden Kalenderjahres das sechste Lebensjahr vollendet haben und von den Eltern in der Schule angemeldet wurden. Diese Anmeldung kann ohne Einflussnahme des Schulleiters von den Eltern zurückgenommen werden. Das Kind ist jedoch dann kein „Rücksteller“.
- € Kinder, die noch nicht schulpflichtig sind, können auf Antrag der Eltern zum Anfang des Schuljahres in die Schule aufgenommen werden, wenn sie den für den Schulbesuch erforderlichen geistigen und körperlichen Entwicklungsstand besitzen.
- € Im Ausnahmefall können Kinder, die bei Beginn der Schulpflicht geistig oder körperlich nicht genügend entwickelt sind, um mit Erfolg am Unterricht teilzunehmen, um ein Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt werden.
- € Die erforderlichen Entscheidungen trifft der Schulleiter.

Die Einschulungsuntersuchung im Schuljahr vor der Schulaufnahme ist eine Pflichtuntersuchung. Die Anwesenheit eines Elternteils bei dieser Untersuchung ist erforderlich.

Die Betreuung der zukünftigen Schulkinder beginnt mit der Einschulungsuntersuchung im Jahr vor dem gesetzlich festgelegten Schulaufnahmetag. Sie findet in Chemnitz in den Grundschulen in Zusammenarbeit mit den Pädagogen statt. Lediglich die Kinder in der Frühförderung werden in Absprache mit dem Regionalschulamt in den besuchten Fördereinrichtungen in Kooperation mit den verantwortlichen Schulleitern, den Heilpädagogen, Therapeuten und Psychologen hinsichtlich der Schulfähigkeit und des Förderbedarfs untersucht.

Das Grundkonzept der Standardisierung sowohl der jugendärztlichen Untersuchung als auch der Dokumentation der Ergebnisse geht auf das sogenannte „Bielefelder Modell“ zurück. Dieses wird seit 1993 in einer sächsischen Variante angewandt. Somit wurden seit diesem Zeitpunkt sachsenweite Vergleiche möglich, so dass sowohl für die Schuleingangsuntersuchungen als auch für die Reihenuntersuchungen in der 2., 5. und 9. Klasse Zeitreihen über 10 Schuljahre ausgewertet werden können. Grundlage der Dokumentation ist das Programmsystem *Octo-ware* ® *Gesundheit*, der Windows-Nachfolger des MS-DOS Programms *easy-card Gesundheit*. Die Programme wurden seit 1993 ständig weiterentwickelt und angepasst. War in den Anfängen nur die aggregierte Erfassung sogenannter Klassenlisten möglich, kam später die Möglichkeit der Dokumentation detaillierter Untersuchungsergebnisse für jedes einzelne Kind dazu.

In Chemnitz wurden die Einschüler

- € vom Schuljahr 1994/95 – 1999/00 (sechs Schuljahre) in Klassenlisten ,
- € ab Schuljahr 2000/01 – 2003/04 (vier Schuljahre) kindbezogen einzeln erfasst.

Die Einzelerfassung ist z.B. die Basis für eine kleinräumige Auswertung der Untersuchungsergebnisse und der Befunde, aber auch für die Verarbeitung spezifischer Daten wie Alter; Nationalität, Geschwisterzahl, Betreuungsstatus, Schulempfehlung, vorzeitige Einschulung bzw. Rückstellung. Sozialdaten wie z.B. der berufliche Status oder der Bildungsgrad der Eltern werden nicht erhoben.

Das Untersuchungsprogramm beinhaltet eine gründliche körperliche Untersuchung. Nach dem Bielefelder Modell werden derzeit 30 Befunde erfragt, die Körpermaße, Befunde der Sinnes- und inneren Organe, des Bewegungs- und Haltungsapparates, des zentralen Nervensystems, des Verhaltens und atopische Erkrankungen umfassen. Auch spezielle Behinderungen sind in den Befundkatalog einbezogen. Liegt ein Befund vor, wird wie folgt differenziert und dokumentiert:

1. Das Kind befindet sich in ärztlicher Behandlung.
2. Eine fachärztliche Behandlung wird durch den Jugendarzt/die Jugendärztin geraten.
3. Durch den Jugendarzt/die Jugendärztin erfolgt eine weitere Kontrolle.
4. Es liegt bereits eine erhebliche Leistungsbeeinträchtigung durch den Befund vor.

Die Untersuchung der Schulanfänger erfolgt in der Regel von Januar bis März des Einschulungsjahres. Weitere Kontrolluntersuchungen sind nicht auszuschließen. Die Zahl der Einschüler sank vom Schuljahr 1994/95 bis zum Schuljahr 1999/00, dem Tiefststand, um 63,3 Prozent, stieg dann jedoch bis zum Schuljahr 2003/04 um 319 Kinder (26,7 Prozent) an. Dennoch hat sich die Zahl der Schulanfänger analog der demographischen Entwicklung in den letzten 10 Schuljahren etwa halbiert. Bei ca. 84 Prozent der Einschüler wurde eine Schulempfehlung zur Grundschule gegeben. Im Rahmen der optimierten Schuleingangsphase stieg dieser Prozentsatz im Schuljahr 2003/04 auf 88,6 Prozent an, wobei die Rückstellungsquote zwar abnahm, der Anteil der zukünftigen Förderschüler sich jedoch erhöhte (Schuljahr 2002/03: 1,7 Prozent, Schuljahr 2003/04: 3,0 Prozent).

Zwei Aspekte bedürfen im Rahmen der Einschulungsuntersuchung noch der besonderen Erwähnung:

Zum einen gibt es die Gruppe der vorzeitigen Einschüler, zu denen bisher die zwischen Juli und September des Kalenderjahres geborenen Kinder gehörten. Seit Schuljahr 2004/05 wurden die Rahmenbedingungen für die Schulpflicht erweitert. Kinder, die bis zum 30. September das sechste Lebensjahr vollendet haben, können auf Wunsch der Eltern schulpflichtig werden, ebenso noch jüngere Kinder, wenn ebenfalls der Elternwunsch besteht und das Kind den nötigen Entwicklungsstand erreicht hat. Seitens der Ärzte kann jedoch nicht immer dem Elternwunsch einer frühzeitigen Einschulung entsprochen werden. Im Schuljahr 2002/03 waren es 32, im Schuljahr 2003/04 36 bestätigte vorzeitige Einschulungen, das entspricht 2,2 bis 2,4 Prozent aller Einschüler.

Zum anderen werden den Mitarbeitern des JÄD in jedem Schuljahr Kinder vorgestellt, die für den Beginn der Schulpflicht aus den verschiedensten Gründen nicht geeignet scheinen und um ein Schuljahr zurückgestellt werden können. Meist liegen kombinierte Ursachen aus

- € einem geistig-sprachlichen Entwicklungsrückstand,
- € einem psychosozialen Entwicklungsrückstand,
- € medizinischen Gründen oder
- € dem Wunsch der Eltern vor.

Auch die von April bis Juni des jeweiligen Schuljahres geborenen, besonders jungen Schulanfänger erfüllten manchmal nicht die Voraussetzungen für einen baldigen Schulbeginn. Ab Schuljahr 1993/94 steigerte sich bis zum Schuljahr 2002/03 die Rückstellungsquote kontinuierlich. Der Maximalwert mit 15,8 Prozent wurde im Schuljahr 1998/99 erreicht, von da an pendelte die Quote um die 14 Prozent.

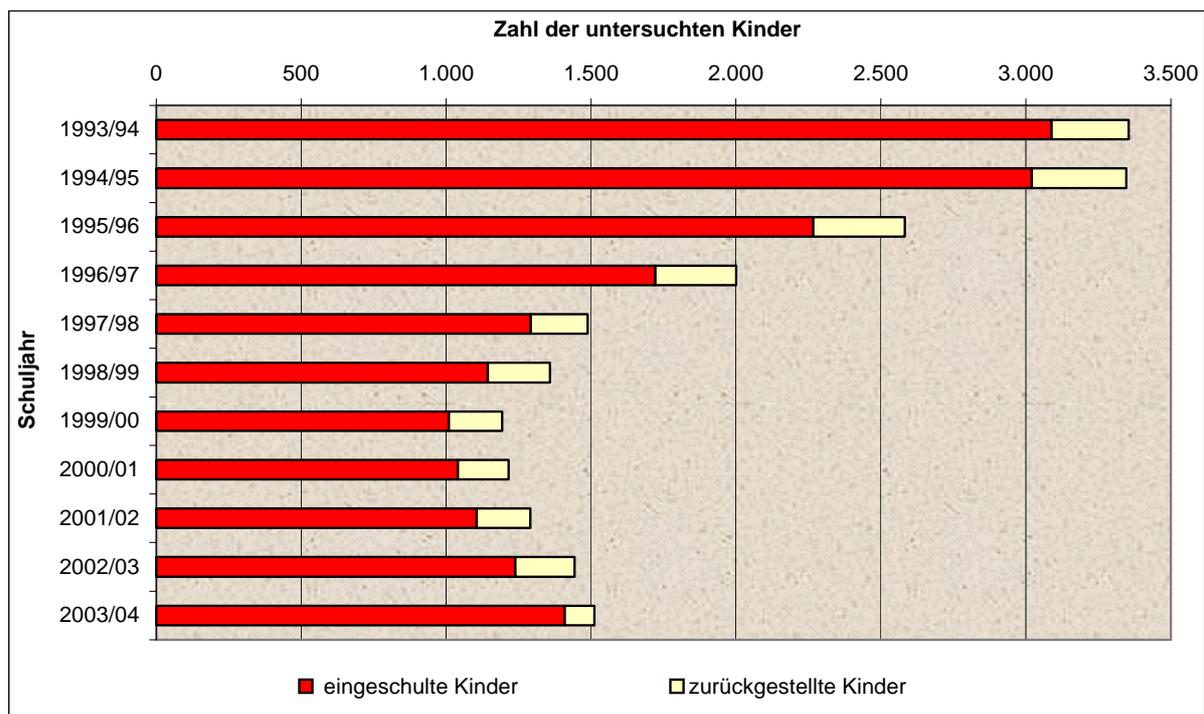


Abb. 3.8: Absolute Zahlen der eingeschulenen und zurückgestellten Einschüler in Chemnitz in den Schuljahren 1993/94 bis 2003/04. Quelle: GA Chemnitz

Auffällig ist, dass von den Rückstellungen in den Schuljahren viel mehr Jungen als Mädchen betroffen waren, in manchen Jahren im Verhältnis zwei Jungen zu einem Mädchen.

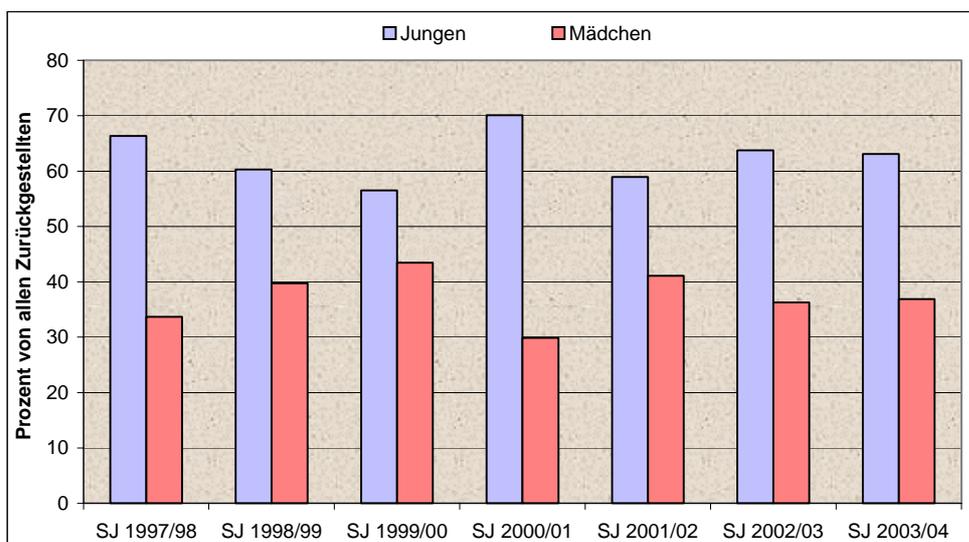


Abb. 3.9: Vom Schulbesuch zurückgestellte Kinder in den Schuljahren 1997/98 bis 2003/04 nach Geschlecht, in Prozent von allen Zurückgestellten. Quelle: GA Chemnitz

Die Optimierung der Schuleingangsphase durch die Novellierung des Schulgesetzes für den Freistaat Sachsen (SchulG) vom 19. Februar 2004 lässt Rückstellungen nur noch für den Ausnahmefall zu. Nur Kinder mit unzureichender geistiger oder körperlicher Entwicklung bzw. erheblichen gesundheitlichen oder emotional-sozialen Beeinträchtigungen können davon betroffen sein.

Die früher als „Rücksteller“ in Frage kommenden Kinder sollen durch Prävention und Gesundheitsförderung seitens der Kindertageseinrichtungen und Schulen, durch medizinische Vorsorge, Früherkennung und -förderung optimal auf ihre Schullaufbahn vorbereitet werden. Dieses Ziel unterstützen z. B. Vorschulstunden in den Kitas.

Die in Gliederungspunkt 3.2.2.2 erwähnte Kita-Untersuchung ist ein Umkehrversuch, der permanent hohen Zahl der Rücksteller zu begegnen. Spätestens bei der Schuleingangsuntersuchung 2005/06 wird sich zeigen, ob die Förderangebote für die im Schuljahr 2003/04 untersuchten Kita-Kinder gefruchtet haben.

Die sinkende Einschülerzahl ging einher mit dem Ansteigen der Rückstellungsquote und von schulrelevanten Befunden:

Schuljahre	94/95	95/96	96/97	97/98	98/99	99/00	00/01	01/02	02/03	03/04
Einschüler	3.248	2.583	2.001	1.488	1.358	1.193	1.215	1.290	1.443	1.512
Rückstellungen [%]	9,7	12,3	13,9	13,2	15,8	15,4	14,3	14,3	14,1	6,8
Sprachstörungen [%]	12,5	11,1	14,2	16,7	18,2	20,6	20,6	24,7	23,9	23,0
motor.-koord. Entwicklungsrückstand [%]	1,9	2,3	1,8	5,7	5,9	7,2	7,3	9,8	12,2	8,0
Verhaltensauffälligk. [%]	2,2	1,3	1,4	2,0	3,5	7,3	10,7	13,0	10,8	11,0

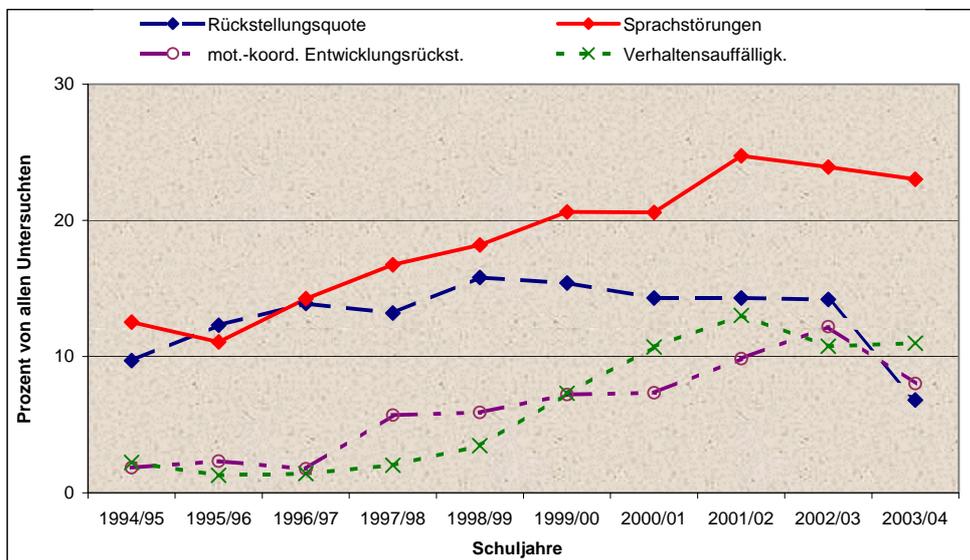


Abb. 3.10: Rückstellungen vom Schulbesuch im Vergleich zu schulrelevanten Befunden in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04, in Prozent von allen Untersuchten. Quelle: GA Chemnitz

Die schulrelevanten Entwicklungsauffälligkeiten wie Sprachstörungen, motorisch-koordinative Entwicklungsrückstände und Verhaltensauffälligkeiten haben in den zurückliegenden Schuljahren deutlich zugenommen. Auch sind sie häufig miteinander kombiniert. Vor allem aus diesem Grund wurde die Änderung des Untersuchungsprogramms des JÄD ab dem Schuljahr 2003/04 gesetzlich festgeschrieben. Die in Gliederungspunkt 3.2.2.2 beschriebenen Kita-Untersuchungen helfen ausschließlich bei dem Ziel der Früherkennung von interventionsbedürftigen Auffälligkeiten der kindlichen Entwicklung hinsichtlich Sprache und Motorik, des Seh- und Hörvermögens zwei Jahre vor der Einschulung.

Aber es gibt auch durchaus Kinder, bei denen bei der ganzheitlichen Untersuchung (incl. Anamnese) keinerlei Beeinträchtigung oder Störung festgestellt wird. Deren Anteil an allen Einzuschulenden schwankte in den Schuljahren ab 1994/95 zwischen 33,1 Prozent als Minimal- und 44,4 Prozent im Schuljahr 1995/96 als Maximalwert. Der Medianwert beträgt 40,8.

Tab. 3.5: Einschüler gesamt und ohne auffälligen Befund in Chemnitz in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04, absolute Zahlen und in Prozent. Quelle: GA Chemnitz

Schuljahr	94/95	95/96	96/97	97/98	98/99	99/00	00/01	01/02	02/03	03/04
untersuchte Einschüler	3.248	2.587	2.001	1.488	1.358	1.193	1.215	1.290	1.443	1.512
Einschüler ohne Befund	1.390	1.147	815	519	449	487	505	518	545	634
in Prozent [%]	42,8	44,4	40,7	34,9	33,1	40,8	41,6	40,2	37,8	41,9

Wie erwähnt, liegen der Beurteilung des Gesundheits- und Entwicklungsstandes 30 sachsenweit festgelegte Items zugrunde. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht alle auffälligen Befunde zu einer permanenten Beeinträchtigung und Leistungsminderung führen. Außerdem führten sowohl eine verbesserte Diagnostik als auch eine erhöhte Sensibilisierung für ausgewählte Befunde zu erhöhten Zahlen.

Tab. 3.6: Wichtige auffällige Befunde (außer Sprachstörungen, motorisch-koordinativer Entwicklungsrückstand, Verhaltensauffälligkeiten) bei Einschülern in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04, in Prozent. Quelle: GA Chemnitz

Befunde	Schuljahr									
	94/95	95/96	96/97	97/98	98/99	99/00	00/01	01/02	02/03	03/04
Herabsetzung der Sehschärfe	16,2	16,0	13,8	17,9	16,1	18,6	17,0	14,6	15,1	18,7
Hörstörungen	3,9	2,3	3,0	2,8	2,5	2,9	3,0	3,3	2,7	2,7
allergische Rhinitis	4,1	3,0	4,1	4,1	3,0	3,4	4,3	3,0	5,2	4,3
Asthma bronchiale	1,7	1,4	1,2	1,6	1,7	1,4	2,1	1,6	3,1	1,7
Ekzem	5,9	5,6	6,3	6,8	6,0	5,2	4,0	5,4	8,4	3,8
Kyphose/Skoliose	2,9	2,7	2,7	4,5	2,3	3,1	3,5	3,5	4,5	3,6
Haltungsschwäche	2,2	3,3	2,4	2,6	2,1	1,9	2,8	2,0	1,9	1,9
Übergewicht	1,5	2,2	1,9	2,8	2,7	3,4	3,5	3,7	5,3	7,3

Die Beurteilung der Relation Größe/Gewicht gehört zu den Befundbewertungen, für die eine subjektive Beurteilung des Arztes nahezu ausgeschlossen ist. Doch erst seit der BMI-Wert korrekt durch das Erfassungsprogramm *Octoware* ® *Gesundheit* errechnet wird und zwingend beim Erreichen der Grenzwerte den Befund „Übergewicht“ nach sich zog, hat sich vom Schuljahr 2002/03 zum Schuljahr 2003/04 der prozentuale Anteil übergewichtiger Schulanfänger um zwei Prozent erhöht. So ist anzunehmen, dass die Werte der davor liegenden Schuljahre höher waren. Auch hatte Chemnitz bis auf das letzte Schuljahr immer weniger übergewichtige Kinder aufzuweisen, als es dem sächsischen Durchschnitt entsprach.

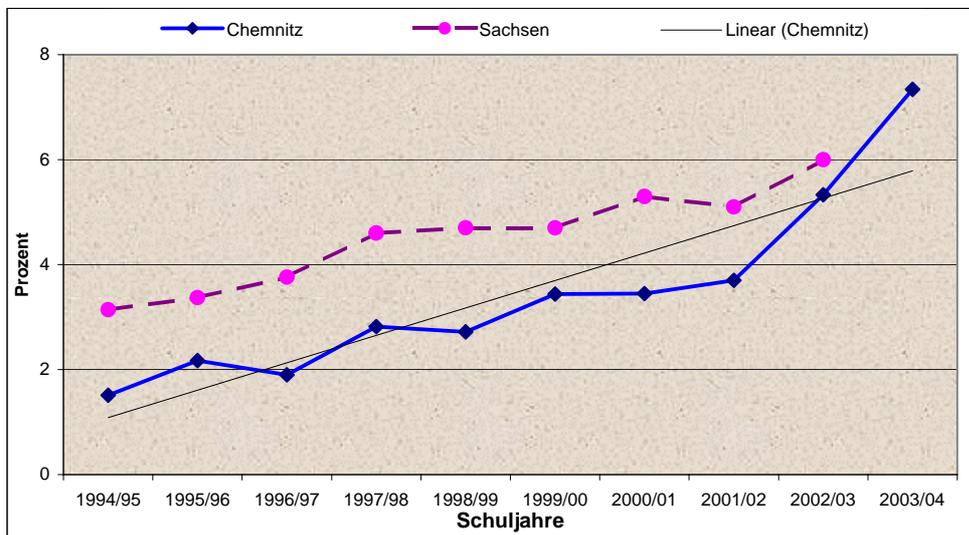


Abb. 3.11: Übergewicht bei Chemnitzer Einschülern im Vergleich zu Sachsen, in Prozent, Schuljahre 1994/95 bis 2003/04, Sachsen bis 2002/03. Quelle: GA Chemnitz

Als Ursache für die Zunahme übergewichtiger Kinder werden veränderte Essgewohnheiten (Übergang zu Fast-Food-Ernährung, unregelmäßige Mahlzeiten) sowie Bewegungsmangel (Langzeitfernsehen, Beschäftigung mit Play-Stations und Computerspielen u.ä.) gesehen. Individuelle Ernährungsberatungen und zahlreiche Projekte zur gesunden Ernährung für Eltern und Kinder, Empfehlungen für eine sinnvolle Freizeitgestaltung mit Sport und Spiel sollen dem allgemeinen Trend entgegenwirken und ergeben einen großen Handlungsbedarf für die Mitarbeiter des JÄD.

3.2.2.4 Gesundheitszustand der Schüler in der 2., 5. und 9. Klasse

Die Schulgesundheitspflege sah bis zum Schuljahr 2003/04 die Reihenuntersuchung der Schüler der 2., 5. und 9. Klassen der Regelschulen und eine jährliche Untersuchung aller Schüler in den Förderschulen vor. Die Körperbehindertenschule Chemnitz wird derzeit nicht vom Öffentlichen Gesundheitsdienst betreut. Die betreffende Schulärztin gehört zur Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, hat eine kassenärztliche Ermächtigung und kann über die klinische Diagnostik hinaus therapeutisch tätig sein. Durch die Veränderungen im sächsischen Schulgesetz (§ 26a SchulG vom 19.02.2004) kam es zu einer Neuorientierung des Aufgabenspektrums im JÄD. In § 26a Absatz 5 und 6 sind neue Rahmenbedingungen für die schulärztlichen Reihenuntersuchungen festgelegt, die ab Schuljahr 2004/05 wirksam werden:

1. Schulärztliche Untersuchungen werden in der Klassenstufe 2 oder 3 und in der Klassenstufe 6 durchgeführt.
2. In den Förderschulen können (über die o. g. Klassenstufen hinaus) zusätzliche Untersuchungen stattfinden, nach der Schulgesundheitspflegeverordnung in der 4. und 8. Klasse.
3. Die Eltern können die Untersuchungen durch einen Kinder- oder Hausarzt durchführen lassen (kostenpflichtig!). Die Untersuchung muss den Vorgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes entsprechen. Schüler der Klassenstufen 2 und 6, die keine ärztliche Bescheinigung von ihrem Kinder- oder Hausarzt über die erfolgte Untersuchung vorlegen, sind in die Reihenuntersuchung einzubeziehen.
4. Die Eltern legen dem Schulleiter eine ärztliche Bescheinigung über die Durchführung der Untersuchung vor.

5. Die Schuluntersuchungen sind Pflichtuntersuchungen.
6. Bei der Untersuchung können die Eltern anwesend sein.

Ziel der Schulgesundheitspflege ist es, Gesundheits- und Entwicklungsstörungen mit besonderer Bedeutung für einen erfolgreichen Schulbesuch frühzeitig zu erkennen und die Schüler und Eltern hinsichtlich notwendiger medizinischer und therapeutischer, die Schule hinsichtlich schulischer Fördermaßnahmen zu beraten; dazu gehören auch Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen (vgl. Gliederungspunkt 3.2.2.5.) Die Schulgesundheitspflege wird vom JÄD und JZÄD der Gesundheitsämter in Zusammenarbeit mit den Schulleitern, den Lehrern, den Schülern und den Eltern wahrgenommen.

§ 26a Abs. 2 SchulG beschreibt inhaltliche Aspekte der Untersuchungen und fixiert damit Eckpunkte der sozialpädiatrischen Vorsorge. Überprüft werden lt Gesetz:

1. der physische Entwicklungsstatus,
2. die für das Erlernen der Kulturtechniken notwendigen Wahrnehmungsleistungen,
3. die Konzentrationsfähigkeit und die Belastbarkeit,
4. die Fein- und Grobmotorik,
5. das Niveau der Sprachentwicklung,
6. der Ernährungszustand,
7. der Haltungs- und Bewegungsapparat und
8. Hinweise auf psychosoziale Auffälligkeiten und auf ansteckende oder chronische Krankheiten.

In den zehn Schuljahren zwischen 1994/95 bis 2003/04 fanden regelmäßig in den 2., 5. und 9. Klassen Reihenuntersuchungen (RU) statt, wobei nur im Schuljahr 2003/04 zugunsten der neuen Kita-Untersuchung auf die Reihenuntersuchung der 5. Klassen (k.U.) verzichtet werden musste. Dies wird durch die Untersuchung der 6. Klassen im Schuljahr 2004/05 ersetzt. In allen Schuljahren lag die Teilnahmequote an den RU zwischen 85 und 96 Prozent, so dass in diesen Klassenjahrgängen fast alle Schüler mindestens einmal ärztlich untersucht wurden.

Tab. 3.7: Teilnahmequoten an den schulärztlichen Reihenuntersuchungen in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04 in Chemnitz. Gebietsstand: jeweils 01.01. der zweiten Schuljahreshälfte. Quellen: StaLa, GA Chemnitz

Schuljahr	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04
Sollzahlen ²¹	3.278	3.080	2.971	2.787	2.354	1.624	1.421	1.318	1.300	1.370
2. Klasse	3.056	2.948	2.788	2.640	2.152	1.537	1.292	1.248	1.194	1.271
Quote [%]	93,2	95,7	93,8	94,7	91,4	94,6	90,9	94,7	91,8	92,8
Sollzahlen ²¹	3.295	3.097	3.014	3.052	2.936	2.722	2.672	2.183	1.500	1.261
5. Klasse	3.071	2.638	2.710	2.711	2.677	2.535	2.487	2.044	1.384	k.U.
Quote [%]	93,2	85,2	89,9	88,8	91,2	93,1	93,1	93,6	92,3	0
Sollzahlen ²¹	3.651	3.492	3.338	3.302	3.206	3.212	2.916	2.948	2.775	2.685
9. Klasse	3.334	3.203	3.011	2.912	2.880	2.997	2.737	2.773	2.550	2.501
Quote [%]	91,3	91,7	90,2	88,2	89,8	93,3	93,9	94,1	91,9	93,1

Insgesamt spiegelt sich die demographische Situation in der Stadt jedoch auch in den Schülerzahlen wider. Die Zahl der zu Untersuchenden (Sollzahlen) verminderte sich von 1994/95 bis 2003/04 in der

- € 2. Klasse um 58,2 Prozent,
- € in der 5. Klasse um 61,7 Prozent und in der
- € 9. Klasse um 26,5 Prozent.

Abb. 2.5., der Lebensbaum von Chemnitz, hat seine „dünnste Stelle“ außer bei den älteren Jahrgängen bei den heute 10- bis 11-Jährigen, also der 5. Klasse.

²¹ Sollzahlen lt. StaLa

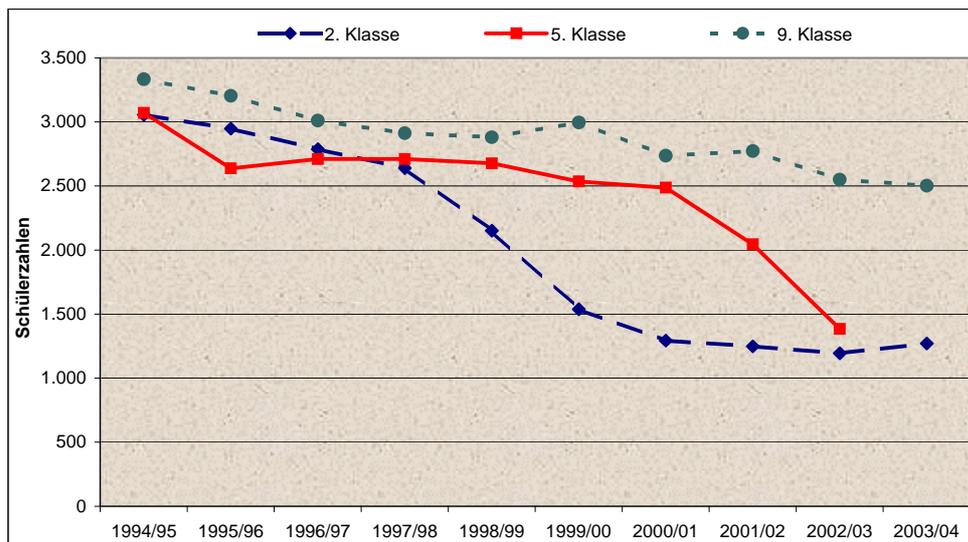


Abb. 3.12: Teilnehmer an der RU in der 2., 5. und 9. Klasse in Chemnitz, Schuljahre 1994/95 bis 2003/04, absolute Schülerzahlen. Quelle: GA Chemnitz

Die Auswertung der Reihenuntersuchungsbefunde erfolgte erst über *easy-card*® *Gesundheit*, ab Schuljahr 2001/02 über den Windows-Nachfolger *Octoware*® *Gesundheit*. Leider konnte aus Personal- und damit Zeitgründen in all den Schuljahren nur eine anonyme Listenerfassung mit all ihren Nachteilen erfolgen. Diese zeitsparende Erfassungsvariante ermöglicht kaum Detailanalysen und besitzt für die Gesundheitsberichterstattung nur begrenzte Aussagekraft. Vor allem bezieht sie sich nicht auf vorangegangene Untersuchungsergebnisse, da immer ein neuer Klassenjahrgang erfasst wird. Optional kann die Zahl der untersuchten Mädchen bzw. Jungen sowie die Zahl der untersuchten Ausländer eingegeben werden, doch schon bei einem einzelnen Befund ist diese Trennung nicht mehr möglich. Über eine definierte Daten-Schnittstelle zum SMS wurden die Befunde in allen Schuljahren zum sachsenweiten Vergleich weitergeleitet. Für die Zukunft wäre eine Umstellung auf Einzelerfassung pro namentlich benanntem Kind wünschenswert, das ist jedoch von der Personalentwicklung abhängig und aktuell nicht machbar.

Die ursprünglich 30 Befund-Items im *easy-card*® *Gesundheit* bzw. *Octoware*® *Gesundheit* wurden ab Schuljahr 2004/05 auf 17 reduziert. Vergleiche mit früheren Schuljahren sind damit nur noch teilweise möglich, z.B. wurden die Einzelbefunde „Allergische Rhinitis“, „Asthma bronchiale“, „Neurodermitis“ und andere allergische Hauterkrankungen zu dem Überbegriff der „Atopien“ zusammengefasst, ohne Berücksichtigung, ob sie einzeln oder in Kombination auftreten.

1. Herabsetzung der Sehschärfe
2. Strabismus
3. Beeinträchtigung des Stereosehens
4. Herabsetzung des Hörvermögens
5. Atopien
6. Wirbelsäulendeformitäten
7. Haltungsschwäche
8. Schäden an Extremitäten und Gelenken
9. Motorisch-koordinative Probleme
10. Blutdruckwerte >95. Perzentile
11. Adipositas
12. davon Übergewicht
13. davon Untergewicht
14. Sprachauffälligkeiten
15. Sigmatismus (ausschließlich)
16. Lernprobleme RU
17. Emotional-psychoziale Verhaltensauffälligkeiten

Darüber hinaus ist es möglich, sonstige wichtige Befunde bzw. die Gesundheit des Schülers besonders beeinträchtigende Krankheiten oder Behinderungen zu dokumentieren. Dazu gibt es keine standardisierten Vorgaben, der Eintrag erfolgt entsprechend der ICD-10. Dies trifft jedoch nur auf die Einzelerfassung zu.

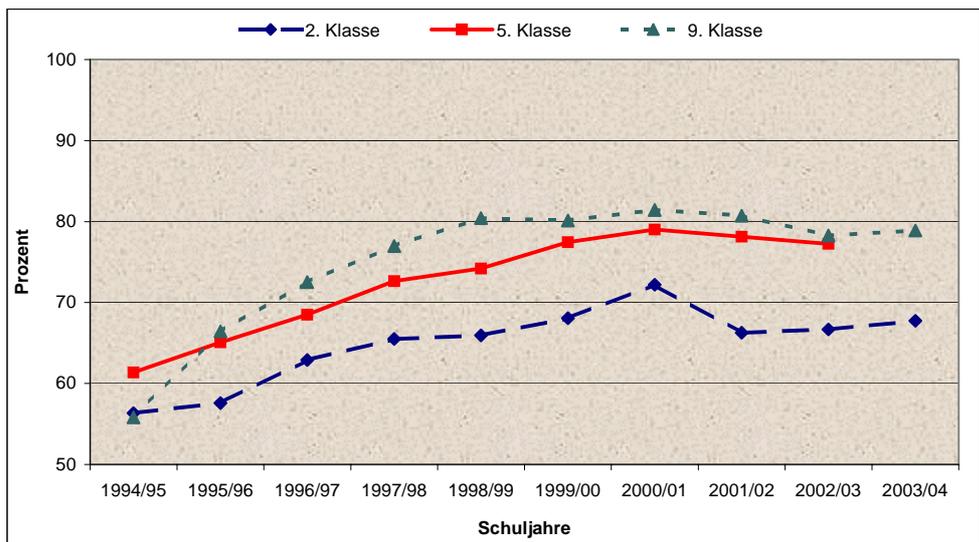


Abb. 3.13: RU in der 2., 5. und 9. Klasse: Schüler mit auffälligen Befunden in Chemnitz in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04, in Prozent von allen Untersuchten. Quelle: GA Chemnitz

Weit über die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen der untersuchten Jahrgänge haben kontroll- und behandlungsbedürftige Befunde (vgl. Abb. 3.13), wobei sowohl innerhalb der betrachteten Schuljahre als auch in den Klassenstufen ein Anstieg zu verzeichnen ist.

Nicht alle auffälligen Befunde haben Krankheitswert oder führen zu einer Beeinträchtigung des Leistungsvermögens. Die Aufgabe des JÄD besteht deshalb vor allem darin, gesundheitliche und Entwicklungsstörungen rechtzeitig zu erkennen, eine fachärztliche Behandlung und damit eine Therapie zur Beseitigung oder Minimierung des Befundes zu empfehlen. Sozialmedizinische Aspekte wie Größe und Gewicht der Schultaschen, die in der Schule verwendeten Sitzmöbel, Sport- und Schwimmbefreiungen, Beratung zur gesunder Ernährung (Pausenbrot) sind Faktoren, die in den Einflussbereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes gehören.

In der Folge werden einige der wichtigsten Befunde vorgestellt, zeitlich innerhalb von zehn Schuljahren betrachtet und kommentiert.

Der in allen drei Klassenstufen am häufigsten vorkommende Befund ist die Herabsetzung der Sehschärfe. Die Zunahme der Sehminderungen von der 2. bis zur 9. Klasse ist vorzugsweise wachstumsbedingt mit entstehender Kurzsichtigkeit (Myopie). Allerdings wurde bei Schülern der 9. Klasse im Laufe der Jahre ein leichter Anstieg korrekturbedürftiger Sehminderungen registriert, die möglicherweise durch zunehmenden Fernsehkonsum und Beschäftigungen am Computer bedingt sein könnten. Auch Stress wird als denkbare Ursache in Erwägung gezogen. Etwa ein Drittel aller 14- bis 15-jährigen Schüler benötigen eine Brille.

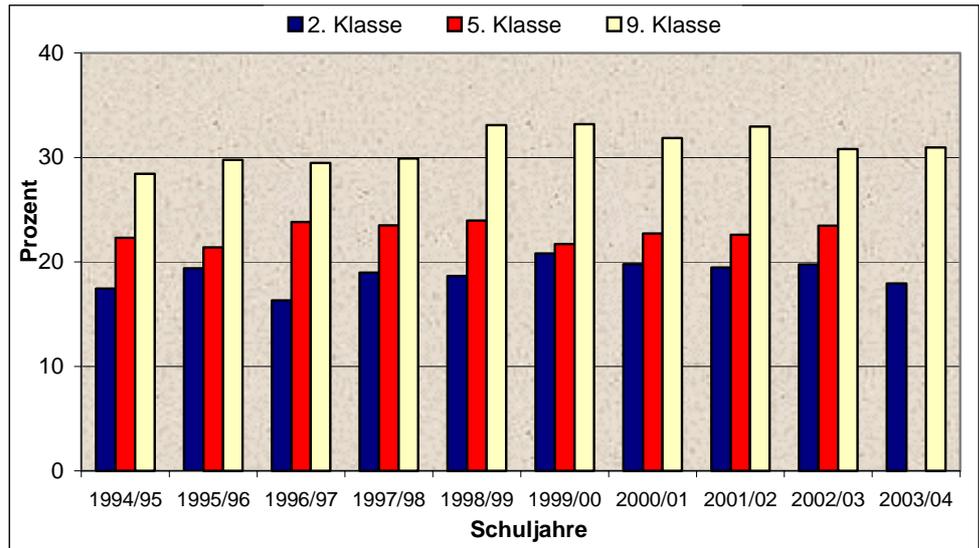


Abb. 3.14: Herabsetzung der Sehschärfe in der 2., 5. und 9. Klasse in Chemnitz in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04, in Prozent. Quelle: GA Chemnitz

Die Zahl der Überweisungen zum Facharzt durch die Mitarbeiter des JÄD liegt bei diesem Befund zwischen 15 bis 30 Prozent, wobei die Überweisungshäufigkeit in der 2. Klasse (Mittelwert 26,2 Prozent) durchaus höher ist als in der 9. Klasse (Mittelwert 20,5 Prozent). Meist sind die Schüler in bekannter augenärztlicher Behandlung und mit einer ausreichenden oder bestmöglichen Brille versorgt. Es sollte dennoch auf die Notwendigkeit regelmäßiger augenärztlicher Kontrolluntersuchungen hingewiesen werden.

Bedenklich sind die zunehmenden Auffälligkeiten des Bewegungsapparates bei den Heranwachsenden, die sich pro Schuljahr steigern. Der Beginn der Erkrankung liegt meist in der präpubertären und pubertären Wachstums-

phase. Die Ursachen dürften vorzugsweise in den veränderten Lebensgewohnheiten mit weniger körperlicher Belastung und Bewegung zu suchen sein. Frühzeitige Erkrankungen des Bewegungsapparates können später im Arbeitsleben zur Arbeits- oder sogar Erwerbsunfähigkeit führen, Bewegungsmangel und Fehlernährung mit daraus resultierendem Übergewicht stellen ein besonders Risiko für spätere Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar. Der neue Befund „Wirbelsäulendeformitäten“ löst die ehemalige Befundbezeichnung „Kyphose, Skoliose, Mb. Scheuermann“ ab. Dass besonders in der 9. Klasse seit dem Schuljahr 2000/01 schon manifeste Wirbelsäulenerkrankungen bei fast jedem fünften Jugendlichen entstanden sind, ergibt sich aus der Darstellung in Abb. 3.15.

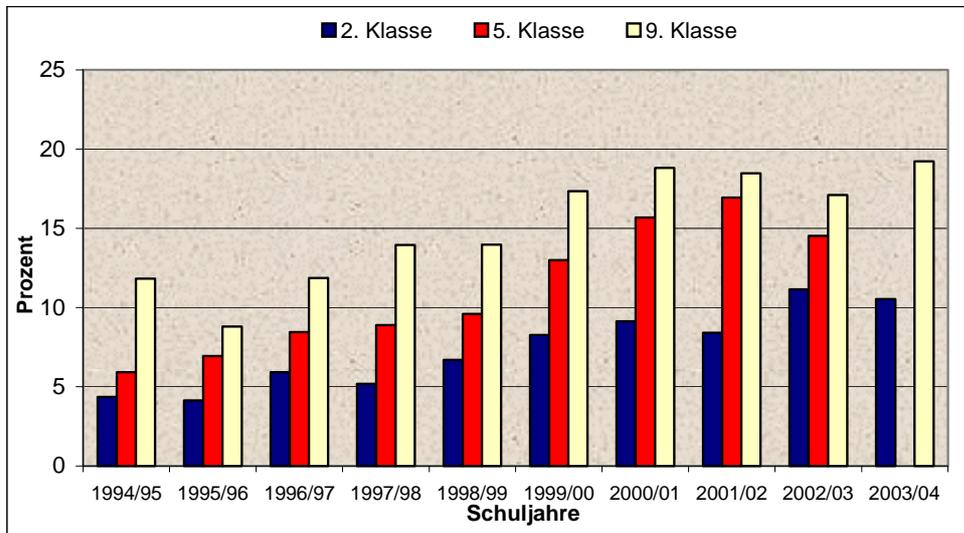


Abb. 3.15: Skoliose, Kyphose, Morbus Scheuermann in der 2., 5. und 9. Klasse in Chemnitz in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04, in Prozent. Quelle: GA Chemnitz

Dieser Befund, der in der Regel im Kinder- und Jugendalter keine Beschwerden verursacht, hat eine besonders hohe Zahl von Arztüberweisungen zur Folge. Die Überweisungshäufigkeit zu einem Facharzt lag in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04 durchschnittlich in der

- € 2. Klasse bei ca. 82 Prozent,
- € 5. Klasse bei ca. 81 Prozent und in der
- € 9. Klasse noch bei ca. 70 Prozent.

Außer der schulärztlichen Überwachung zur Sicherstellung der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen gibt der JÄD Hinweise zum Ranzengewicht²², da zu schwere Ranzens im Wachstumsalter die Gesundheit des Kindes gefährden können, und zu körpergerechten Schulmöbeln. Ein langfristiges Training der Rückenmuskulatur, Sportförderunterricht in der Schule und günstige Freizeitsportarten können den Befund bessern.

Eine nicht unwesentliche Rolle im Schulalltag spielen die allergischen Erkrankungen. Sie sind Befunde mit steigender Tendenz, was zum einen auf eine größere Vielfalt von Allergenen in der Umwelt (Wohnbereich, Ernährung u.ä.), zum anderen auf eine frühzeitige Diagnostik durch massive Beschwerden zurückzuführen ist. Ein genetischer Faktor ist nicht auszuschließen, da diese Erkrankungen oft in der Familie auftreten. Der Anteil des JÄD an Überweisungen zum Facharzt ist meist gering, da in der Regel schon eine ärztliche Behandlung in Anspruch genommen wird.

Die erhobenen Befunde der allergischen Rhinitis und des Asthmas beruhen auf anamnestischen Angaben der Eltern. Das Ekzem wurde nur bei auffälligen Hautalterationen zum Zeitpunkt der Untersuchung erfasst. Ein ausgeprägtes Ekzem kann zu einer Beeinträchtigung des Leistungsvermögens führen, ebenso zeitweilig in der akuten Phase die allergische Rhinitis. Das Asthma bronchiale ist medikamentös gut einstellbar, so dass meist nur eine Einschränkung im Sportunterricht besteht. In den vergangenen Schuljahren wurde besonders die Zunahme der allergischen Rhinitis registriert, wobei Chemnitz im sachsenweiten Vergleich oft an der Spitze stand. Die Ursachen hierfür sind bei den epidemiologisch erfassten Befunden nicht auszumachen.

²² Der Gewicht des gefüllten Ranzens darf 10 Prozent des Körpergewichts nicht überschreiten.

Tab. 3.8: Allergische Erkrankungen in der 2., 5. und 9. Klasse in den Schuljahren von 1994/95 bis 2003/04, in Prozent. Quelle: GA Chemnitz

Schuljahr	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04
<i>Allergische Rhinitis</i>										
2. Klasse	5,6	8,1	10,3	10,5	10,7	10,5	8,8	8,9	10,6	8,0
5. Klasse	6,1	10,1	12,3	11,7	12,9	14,0	13,0	14,0	14,0	k.U.
9. Klasse	6,8	10,7	13,9	15,2	17,4	14,3	14,9	14,3	14,6	14,4
<i>Asthma bronchiale</i>										
2. Klasse	1,6	2,9	3,2	3,3	3,3	2,7	3,3	2,9	2,4	3,5
5. Klasse	2,6	2,5	3,5	4,0	4,3	4,6	4,1	3,7	5,4	k.U.
9. Klasse	2,6	3,0	3,2	3,5	4,1	3,1	4,0	3,8	4,2	4,5
<i>Ekzem</i>										
2. Klasse	4,8	6,5	6,1	6,5	6,4	5,6	4,3	4,7	3,7	5,0
5. Klasse	5,8	5,6	6,0	6,9	7,1	5,1	6,1	5,6	7,0	k.U.
9. Klasse	3,1	4,8	3,9	3,5	5,5	4,3	4,9	3,5	4,8	4,2

Die Problematik Übergewicht/Adipositas, die sowohl bei den Kita- als auch bei den Einschulungsuntersuchungen eine wichtige Rolle spielte, ist auch im Schulalltag präsent. In den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04 wurde jedoch in den anonymen Klassenlisten nur der Begriff „Übergewicht“ bzw. „Adipositas“ verwendet, ohne Unterschiede in der Definition mittels BMI bzw. der Größe der Perzentile. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die bisher ermittelten Werte nicht völlig korrekt, eher höher sind. Dennoch stieg in den ausgewerteten Schuljahren in den Klassenstufen 2, 5 und 9 der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher sichtbar an, insbesondere in der 5. Klasse auf fast 16 Prozent.

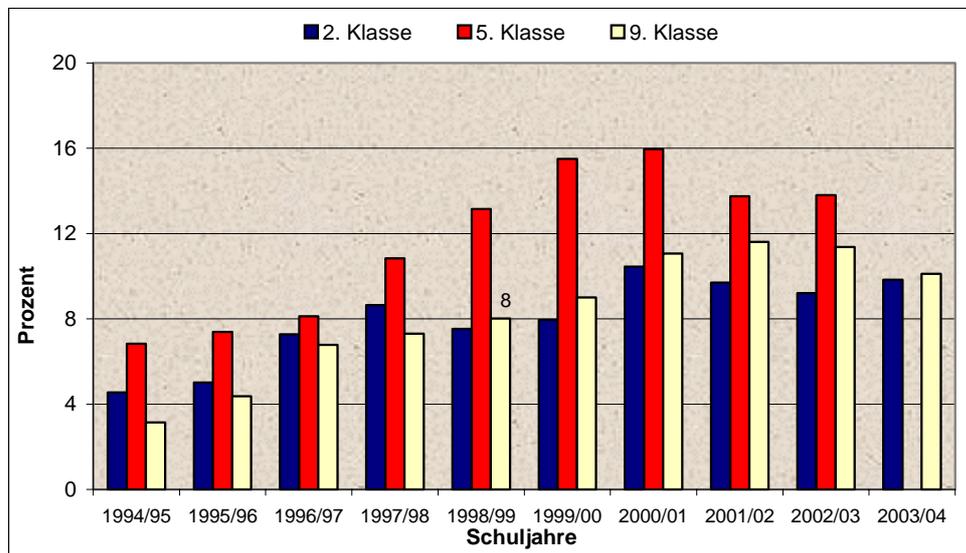


Abb. 3.16: Übergewicht und Adipositas in der 2., 5. und 9. Klasse in Chemnitz in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04, in Prozent. Quelle: GA Chemnitz

Bei der Einzelerfassung im *Octoware® Gesundheit* wird seit dem Schuljahr 2004/05 bei Erreichen einer der kritischen Perzentilen nach Kromeyer-Hauschild sofort entweder Übergewicht, Adipositas oder auch Untergewicht angezeigt (vgl. Ausführung zu den Schuleingangsuntersuchungen). Allerdings gibt es keine Möglichkeiten zum Erfassen des Sozialstatus, da die Tatsache, dass besonders die Angehörigen sozial benachteiligter Gruppen häufiger stark übergewichtig sind, in der Literatur und in Studien immer wieder bestätigt wird [18]. Auch ist die Einzelerfassung der Kinder der 2. und 6. Klasse zur Zeit im Gesundheitsamt Chemnitz nicht möglich, mit allen bereits beschriebenen Nachteilen.

Auch dieser im Kindes- und Jugendalter meist noch beschwerdefreie Befund, dem in den betroffenen Familien (Familiendisposition!) nicht immer die notwendige Aufmerksamkeit geschenkt wird, hat seitens des JÄD eine größere Zahl von Arztüberweisungen zur Folge. Die Überweisungshäufigkeit zu einem Facharzt lag in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04 durchschnittlich in der

- € 2. Klasse bei ca. 81 Prozent,
- € 5. Klasse bei ca. 78 Prozent und in der
- € 9. Klasse noch bei ca. 67 Prozent.

Bisher werden die Betroffenen während der Untersuchung zur Ernährung und Freizeitgestaltung mit körperlicher Aktivität beraten. Sie erhielten ein Faltblättchen mit Ernährungstipps und Möglichkeiten der Ernährungsberatung im Gesundheitsamt. Die Ernährungsberaterin des Gesundheitsamtes führte außer individueller Beratung zahlreiche Projekte mit Kindergarten- und Schulkindern zu gesunder Ernährung durch. Diese Stelle wurde im Rahmen der allgemeinen Sparmaßnahmen der Verwaltung nach dem Ausscheiden der Mitarbeiterin nicht wieder besetzt.

Auch im aktuellsten Spezialbericht des Amtes für Öffentlichen Gesundheitsdienst der Stadt Zwickau [17] wird auf die Bedeutung der Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter hingewiesen. „Erfahrungen belegen, dass Wissensvermittlung allein nicht ausreicht, um gesundes Ernährungsverhalten zu erlernen. Effektive Präventionsprogramme, die nicht nur die Ernährung im Fokus haben, sondern das Kind in seinem umfassenden soziokulturellen Umfeld begreifen, sind daher dringend erforderlich. Langfristig angelegte, interdisziplinär abgesprochene gesundheitsfördernde Maßnahmen, die bereits im frühen Kindesalter ansetzen, haben dabei die höchsten Erfolgsaussichten“. In der Stadt Zwickau wurde mit diesem Ziel für das Jahr 2005 ein Präventionsprogramm für adipöse Kinder im Alter von 10 bis 12 Jahren erarbeitet, das Alter, in dem der Anteil der „Dicken“ am höchsten ist (vgl. Abb. 3.16). Dieses Programm wird in Kooperation von regionalen Akteuren der Gesundheitsförderung wie Kindergärten, Schulen, Ärzten, Krankenkassen, Sportvereinen sowie Vertretern der Medien und der Politik und nicht zuletzt den Eltern unterstützt.

Weitere Aussagen zum Übergewicht in der 9. Klassenstufe sind im Anhang 1 zu diesem Bericht zu finden. Dort sind detailliert Auswertungen einer Aktion wiedergegeben, die durch die Mitarbeiterinnen des JÄD im Herbst des Schuljahres 2003/04 durchgeführt wurde. In die Reihenuntersuchungen von Chemnitzer Neuntklässlern wurde eine anonyme Befragung mittels Fragebogen einbezogen, an deren Ende 2.360 ausgefüllte Fragebögen vorlagen. Die Ergebnisse zu den Themen Rauchverhalten, sportliche Betätigung und metrische Daten einschließlich Übergewicht/Adipositas, aber auch Untergewicht dokumentiert der in Anhang 1 stehende Kurzbericht.

3.2.2.5 Impfschutz (Indikator 19)

Schutzimpfungen zählen zu den effektivsten und kostengünstigsten Präventionsmaßnahmen der modernen Medizin. Sie erzeugen Immunität sowohl des Individuums als auch der Bevölkerung (Kollektivschutz) gegen Infektionskrankheiten, die früher die häufigste Todesursachen darstellten. Um 1900 verstarben im Deutschen Reich allein an Keuchhusten, Diphtherie und Scharlach bei einer Einwohnerzahl von 58 Millionen jährlich noch 65.000 Kinder [20]. In den Industrieländern sank durch die allgemeine Verbesserung der sozioökonomischen und hygienischen Bedingungen, verknüpft mit Schutzimpfungen und der Anwendung von Antibiotika, die Mortalität an Infektionskrankheiten, doch spielt deren Morbidität weiterhin eine große Rolle. Bis in die achtziger Jahre galten die Infektionskrankheiten in den Industrieländern als besiegt. Die zunehmende Globalisierung, u.a. gekennzeichnet durch wachsenden Handel, höhere Mobilität durch Reisen und Migration, globale und regionale Umweltveränderungen, lässt neue Infektionskrankheiten auftreten und nicht selten alte Seuchen aufflammen. Aber auch Armut und damit einhergehende schlechte Hygiene haben den Schutzimpfungen die ihnen angemessene Bedeutung wiedergegeben.

Das europäische WHO-Programm strebt z.B. eine Steigerung der Durchimpfungsrate bei Masern auf über 95 % bis zum Jahr 2005 mit dem Ziel der Elimination dieser Erkrankung in Europa bis 2007 an. Für Tetanus bietet nur der Individualschutz eine Garantie vor der Erkrankung, da Wundstarrkrampf nicht von Mensch zu Mensch übertragen werden kann, die Erreger aber ubiquitär verbreitet sind und bereits kleinste Hautverletzungen zur Infektion führen können.

Hohe Durchimpfungsraten von mindestens 90 Prozent gewährleisten einen optimalen Impfschutz für die gesamte Bevölkerung. Da die Impfungen jedoch freiwillig und auch zu einem geringen Teil noch kostenpflichtig sind, besteht eine der wichtigsten Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Überprüfung des Impfstandes jedes untersuchten Kindes.

Im Rahmen der jugendärztlichen Untersuchungen in Schulen werden gemäß § 34, Abs. 11 Infektionsschutzgesetz – IfSG – vom 20.07.2000 altersentsprechende Impfungen angeboten und nach Überprüfung der Impfdokumente mit schriftlichem Einverständnis der Sorgeberechtigten durchgeführt. Für den JÄD in Sachsen sind die Impfempfehlungen der Sächsischen Impfkommision (SIKO) maßgebend. Im Juli 2004 wurden die Impfempfehlungen aktualisiert²³. Seitdem gehört die Varizellenimpfung (Windpocken) zum Impfstandard, wobei die Kosten bisher nicht von den Kassen getragen werden. Für die sächsischen Kinder werden aktuell nach der SIKO folgende Regelschutzimpfungen mit einem angestrebten Durchimpfungsgrad von 96 Prozent öffentlich empfohlen:

Impfungen gegen:

- | | |
|--|--|
| € Tetanus (Wundstarrkrampf) | € Poliomyelitis (Kinderlähmung) |
| € Diphtherie | € Masern |
| € Pertussis (Keuchhusten) | € Mumps (Ziegenpeter) |
| € Hepatitis B (in Verbindung mit Hepatitis A) | € Röteln |
| € Hib (Haemophilus-influenzae-Typ-b-Infektion) | € Varizellen (Windpocken) (z.T. kostenpflichtig) |
| € Meningokokken C (zur Zeit keine Kostenübernahme durch die Krankenkassen) | |

Die Regelimpfungen werden in den Impfausweisen dokumentiert, die bei jeder schulärztlichen Untersuchung vorzulegen sind. Danach können die Durchimpfungsraten in den einzelnen Klassenstufen errechnet werden

²³ Robert-Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin Nr. 30/2004: Empfehlungen der Ständigen Impfkommision

Erstmalig konnte im Schuljahr 2003/04 im Rahmen der Kita-Untersuchung gemäß § 7 Abs. 2 SächsKitaG der Impfschutz der Chemnitzer Vierjährigen überprüft werden. In dieser Altersgruppe gilt als vollständig geimpft, wer nach Berücksichtigung der Empfehlungen der SIKO vom 01.01.2003 nachfolgende Impfungen nachweist:

- Hib 3x oder 4x je nach Impfstoffkombination oder 1x nach dem 18. Lebensmonat
 - Polio 3x oder 4x trivalent bei Impfstoffkombination
 - Diphtherie 4x DTPa oder 3x DT
 - Tetanus 4x DTPa oder 3x DT
 - Pertussis 4x DTPa oder 4x Pa
 - Masern * 1x
 - Mumps * 1x
 - Röteln * 1x
 - Hepatitis B 3x oder 4x bei Impfstoffkombination
 - Hepatitis A 3x (bei Impfung mit Twinrix K), ab 2. Lebensjahr möglich
 - Varizellen 1 x
 - Meningokokken Gruppe C abhängig vom Impfalter und Impfschema der Impfstoffherstellers
- * Bei MMR oder MR jeweilige Impfung einzeln zählen

Bei der Kita-Untersuchung zeigten 88,6 Prozent der Kinder (518) den Impfausweis vor, bei 67 Kindern fehlte er. Die Berechnung der Impfraten erfolgt auf der Grundlage der vorgelegten Impfdokumente. Da anzunehmen ist, dass bei Kindern ohne Ausweis der Impfstatus lückenhaft ist, fallen die errechneten Durchimpfungsraten vermutlich günstiger aus als in der Realität.



Abb. 3.17: Impfbesunde der Chemnitzer Kita-Kinder zum Zeitpunkt der Kita-Untersuchung, Schuljahr 2003/04, in Prozent. Quelle: GA Chemnitz

	Hib	Polio	Diphth.	Tetanus	Keuchh.	Masern	Mumps	Röteln	Hep. B
geimpfte Kinder	501	502	497	498	497	503	502	502	481
ungeimpfte Kinder	4	2	3	1	3	14	15	15	20
Durchimpfungsgrad²⁴, in Prozent	96,7	96,9	96,0	96,1	96,0	92,3	97,1	97,1	93,0

Damit war bei fast allen untersuchten Kita-Kindern die routinemäßige Grundimmunisierung so gut wie vollständig abgeschlossen, alle Durchimpfungsraten lagen bei weit über 90 Prozent. Dies zeigt zum einen die Akzeptanz der Impfungen durch die Eltern, zum anderen das Engagement der betreuenden Kinderärzte. Allerdings muss man berücksichtigen, dass nur ein Drittel der Vierjährigen in Hinblick auf den Impfschutz überprüft werden konnte. Außerdem gab es besonders bei Masern, Mumps und Röteln noch ca. 15 und bei Hepatitis B 20 ungeimpfte Kinder. Die Lücken entstanden hauptsächlich durch eine Chemnitzer Kinderärztin, welche im Rahmen der von ihr betriebenen alternativen Medizin die Eltern entgegen der SIKO-Empfehlungen bezüglich der Impfungen berät. Diese Impflücken sollten schnellstens geschlossen werden.

Die Schuleingangsuntersuchung im Schuljahr 2003/04 bot in Bezug auf die Schutzimpfungen leider nicht so ein sicheres Bild wie die Kita-Untersuchung. Zwar hatten fast alle Schulanfänger ihr Impfdokument dabei (rund 97 Prozent oder 1.466 Kinder von 1.512 Kindern), doch ein akzeptabler Durchimpfungsgrad wurde nur bei Polio (93,0 Prozent) und ggf. Hib und Hepatitis B erreicht (vgl. Tab. 3.8). Bei Polio besteht in Deutschland lt. RKI eine Phase der Nullinzidenz [21]. Die Impfbereitschaft in der Bevölkerung muss unbedingt gesichert sein, um im Falle der Einschleppung des Virus durch eine hohe Immunität dessen Verbreitung zu verhindern.

²⁴ alle Werte bezogen auf Kinder mit vorgelegtem Impfausweis

Die erst seit 1995 öffentlich empfohlene Impfung gegen Hepatitis B wurde von Jahr zu Jahr besser angenommen und hat im Schuljahr 2003/04 fast einen Durchimpfungsgrad von 90 Prozent erreicht. Bei den Impfungen gegen Mumps, Masern und Röteln (MMR) entsteht durch eine erhöhte Zahl ungeimpfter Kinder Handlungsbedarf.

ungeimpfte Kinder *	Masern	Mumps	Röteln
Schuljahr 2002/03	66 (4,8 %)	70 (5,1 %)	73 (5,3 %)
Schuljahr 2003/04	58 (4,0 %)	60 (4,1 %)	65 (4,4 %)

*bezogen auf Kinder mit vorgelegtem Impfausweis

Das plötzliche Absinken der Durchimpfungsraten liegt dabei nicht an einer plötzlich aufgetretenen Impfmüdigkeit der Eltern, sondern meist an statistischen Erfassungsmodi: Im 6. Lebensjahr wird von der Sächsischen Impfkommision eine Auffrischungsimpfung für Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten empfohlen, ebenso für Masern, Mumps, Röteln. Bis zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung wurden diese Impfungen meist noch nicht verabreicht, so dass der Impfstatus nur „unvollständig“ bezeichnet werden kann. Die Eltern erhalten im Rahmen der Einschulungsuntersuchung einen Impfkalender mit Kenntlichmachen der nötigen Impfungen und der Aufforderung, diese vor Schulbeginn durchführen zu lassen. Auch werden mit den Eltern ausführliche Beratungsgespräche geführt, z.T. mit positivem Effekt. Ein kleiner Teil der Sorgeberechtigten jedoch gehört zu unbeirrbareren Impfgegnern.

Aus der Vielzahl der genannten Gründe war schon im Schuljahr 2002/03 war bei einigen Infektionskrankheiten der sonst übliche Durchimpfungsgrad von über 90 Prozent stark vermindert. Außerdem kann die Verwendung der heute üblichen Mehrfachimpfstoffe zu Falschbewertungen führen.

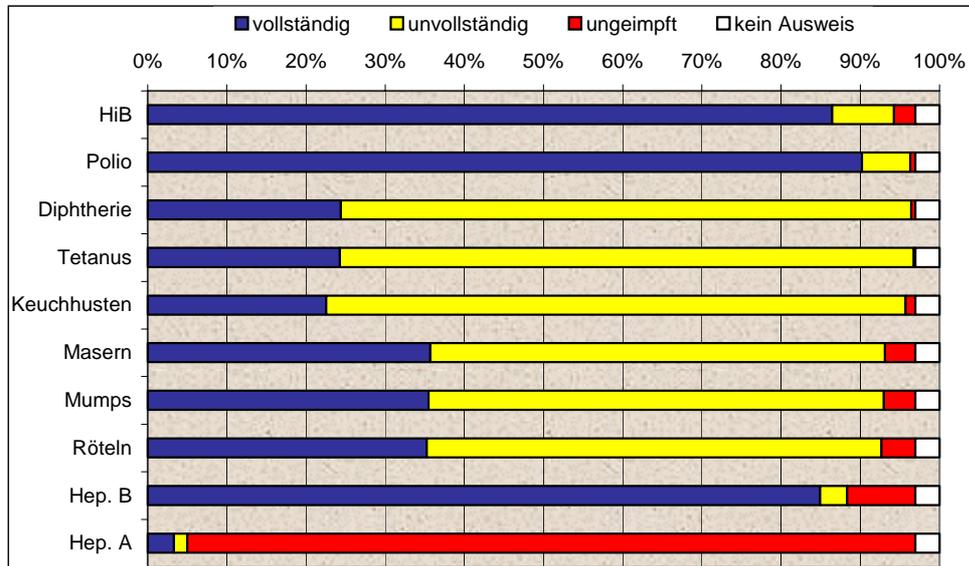


Abb. 3.18: : Impfbedenke der Chemnitzer Einschüler zur Einschulungsuntersuchung, Schuljahr 2003/04, in Prozent. Quelle: GA Chemnitz

Bei Einschülern besteht der vollständige Impfschutz, wenn nachfolgende Impfungen dokumentiert sind (Berücksichtigung der Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision vom 1. Januar 2003):

- Hib 3 oder 4x je nach Impfstoffkombination oder 1x nach dem 18. Lebensmonat
- Polio 3x (4x*) trivalent bei Impfstoffkombination
- Diphtherie 5x DTPa oder 4x DTPa und 1x Td oder 3 x DT und 1x Td
- Tetanus 5x DTPa oder 4x DTPa und 1x Td oder 3x DT und 1x Td
- Pertussis 5x DTPa oder 4x DTPa und 1x TdPa oder 3x DT und 1x Td und 5x Pa
- Masern ** 2x
- Mumps ** 2x
- Röteln ** 2x
- Hepatitis B 3x (4x*) bei Impfstoffkombination
- Hepatitis A 2x oder 3x in Abhängigkeit vom Impfstoff
- Varizellen 1x
- Meningokokken Gruppe C abhängig vom Impfalter und Impfschema der Impfstoffherstellers

* Bei Antigenkombination mit Pertussiskomponenten (3 Injektionen im Säuglingsalter erforderlich)

** Bei MMR oder MR jeweilige Impfungen einzeln zählen

Tab. 3.9: Durchimpfungsrate in Prozent, bezogen auf vorgelegte Impfdokumente bei Einschülern in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04. Quelle: GA Chemnitz

Impfart	Schuljahr									
	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04
Hib *	35,0	63,4	81,1	85,2	89,6	91,2	89,9	79,1	75,5	89,2
Polio	96,1	96,1	97,8	96,0	97,4	96,3	96,4	96,7	95,4	93,0
Diphtherie	94,4	96,8	95,4	94,5	95,5	96,4	96,1	96,5	29,4	25,2
Tetanus	94,4	95,0	95,6	95,0	95,6	96,5	96,4	97,0	29,5	25,0
Pertussis	65,4	80,4	83,4	85,8	89,4	91,9	91,9	94,0	26,0	23,3
Masern	88,2	95,0	95,5	94,3	94,8	94,5	95,3	95,0	34,2	36,8
Mumps	55,1	85,8	93,7	93,2	94,0	93,9	94,6	94,6	33,7	36,6
Röteln	50,8	84,1	92,3	91,6	92,5	92,6	93,1	93,6	33,7	36,4
Hepatitis B ***	-	-	-	8,9	9,7	16,8	49,1	70,1	82,7	87,6
Hepatitis A ****	-	-	-	-	-	1,4	4,3	3,7	3,7	3,4

* ab 1991 für Säuglinge und Kinder bis 6 Jahre

** ab 1996 öffentlich empfohlene Impfung für Säuglinge und Kinder ab 10 bis 18 Jahre

*** Indikations- und Reiseimpfung, ab 1999 in Kombination mit Hepatitis B für Kinder und Jugendliche ab 10 bis 18 Jahre in Sachsen möglich.

Der Vollständigkeit halber seien in diesem Bericht die noch die Durchimpfungsraten der 2., 5. und 9. Klasse aufgeführt.

Tab. 3.10: Durchimpfungsrate in Prozent, bezogen auf vorgelegte Impfausweise bei Schülern in der 2. Klasse in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04. Quelle: GA Chemnitz

Impfart	Schuljahr									
	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04
Hib *	2,4	18,0	39,5	62,1	74,6	78,6	85,0	85,6	82,9	88,6
Polio	99,3	99,3	98,2	97,4	98,1	97,6	97,6	97,7	98,1	97,4
Diphtherie	83,5	83,7	87,5	91,5	84,2	80,3	80,9	85,0	83,3	83,1
Tetanus	83,6	83,8	87,9	91,4	84,2	80,4	81,5	85,0	83,5	83,3
Pertussis	95,1	90,6	56,1	68,3	79,9	28,6 **	54,2	61,6	51,4	62,3
Masern	99,2	96,8	94,5	97,5	91,9	73,9	81,7	86,1	76,0	79,9
Mumps	18,0	35,8	67,7	90,2	91,2	72,3	81,1	85,5	75,5	79,5
Röteln	11,6	30,0	62,5	86,9	90,2	70,6	79,9	83,9	74,0	78,8
Hepatitis B ***	-	-	-	2,4	11,5	12,7	15,7	21,0	34,2	68,1
Hepatitis A ****	-	-	-	-	-	4,9	5,4	6,5	9,1	9,1

* ab 1991 für Säuglinge und Kinder bis 6 Jahre

** durch Änderung der Impfpfehlungen werden 5 Impfungen gefordert.

*** ab 1996 öffentlich empfohlene Impfung für Säuglinge und Kinder ab 10 bis 18 Jahre

**** Indikations- und Reiseimpfung, ab 1999 in Kombination mit Hepatitis B für Kinder und Jugendliche ab 10 bis 18 Jahre in Sachsen möglich.

Gegen Keuchhusten (Pertussis) bestand in der DDR seit 1974 eine generelle Impfpflicht. Daraus resultiert die gute Durchimpfungsrate im Schuljahr 1994/95. Aber erst 1991 wurde die Keuchhustenimpfung in Deutschland wieder in die öffentlich empfohlenen Impfungen aufgenommen und 1995 der azelluläre Pertussisimpfstoff zugelassen. Durch Änderung der Impfpfehlungen im Schuljahr 1999/00 (5 x DTP/DTPa oder 5 x Pertussis einzeln) sank die Durchimpfungsrate deutlich ab, um dann bis zum Schuljahr 2003/04 langsam wieder anzusteigen.

Die Impfdaten der Schüler in der 5. Klassenstufe werden erst seit dem Schuljahr 1999/00 erfasst.

Tab. 3.11: Durchimpfungsrate in Prozent, bezogen auf vorgelegte Impfausweise bei Schülern in der 5. Klasse in den Schuljahren 1999/00 bis 2002/03. Quelle: GA Chemnitz

Impfart	Schuljahr									
	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04
Hib *						30,9	56,8	69,3	80,9	keine Untersuchung, da Kl. 6 ab SJ 04/05
Polio						87,2	82,2	69,9	63,3	
Diphtherie						94,8	95,8	92,3	88,7	
Tetanus						94,9	96,1	92,5	89,3	
Pertussis						64,1	70,5	73,6	60,5	
Masern						94,9	88,6	90,8	87,5	
Mumps						59,7	75,9	88,6	86,5	
Röteln						53,7	72,9	87,6	85,3	
Hepatitis B ***						18,7	27,1	31,9	35,7	
Hepatitis A ****						8,2	19,2	23,9	23,2	

Tab. 3.12: Durchimpfungsrate in Prozent, bezogen auf vorgelegte Impfausweise bei Schülern in der 9. Klasse in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04. Quelle: GA Chemnitz

Impfart	Schuljahr									
	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04
Hib *	-	-	-	-	-	0,1	0,1	2,7	10,9	26,2
Polio	98,8	99,0	99,1	98,5	97,0	96,8	97,1	95,9	93,4	94,9
Diphtherie	82,3	81,6	77,9	81,8	80,8	78,8	82,0	81,5	75,2	79,2
Tetanus	82,6	81,8	78,9	82,6	81,7	79,6	82,7	82,1	76,2	79,6
Pertussis	98,6	95,1	92,6	91,9	89,0	86,8	88,6	88,2	66,4	70,9
Masern	97,6	96,5	94,6	81,5	92,0	94,9	98,7	98,7	92,9	94,1
Mumps	4,7	12,3	24,7	5,6 **	8,9	18,3	31,6	45,6	58,1	77,4
Röteln	32,9	38,1	43,5	6,0 **	8,8	16,4	27,6	40,1	53,0	73,6
Hepatitis B ***	-	-	-	-	31,5	45,2	60,1	65,7	68,0	72,1
Hepatitis A ****	-	-	-	-	-	2,9	13,5	23,9	35,8	57,4

* ab 1991 für Säuglinge und Kinder bis 6 Jahre

** ab Schuljahr 1997/98 2x erforderlich

*** ab 1996 öffentlich empfohlene Impfung für Säuglinge und Kinder ab 10 bis 18 Jahre

**** Indikations- und Reiseimpfung, ab 1999 in Kombination mit Hepatitis B für Kinder und Jugendliche ab 10 bis 18 Jahre in Sachsen möglich.

Handlungsempfehlungen und Maßnahmen zur Erhöhung der Durchimpfungsraten in allen Stadien des Kindes- und Jugendalters gehören zu den Grundaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Wegen ihrer Freiwilligkeit ist die Akzeptanz von Impfungen von erheblicher Bedeutung für die effektive Umsetzung von Impfstrategien. Ursachen für die Impflücken sind selten pure Ablehnung, Angst vor Impfschäden oder mögliche Nebenwirkungen, sondern vor allem fehlendes Bewusstsein über die möglichen Komplikationen der Erkrankungen und Informationsdefizite über die Menge und zeitliche Staffelung der jeweiligen Impfungen. Besonders notwendig sind die Vervollständigung der Tetanus-Diphtherie-Pertussis-Impfung und der Masern-Mumps-Röteln-Impfung.

3.2.2.6 Mund- und Zahngesundheit (Indikator 16)

Das Ziel der Jugendzahnpflege ist es, gesunde Zähne für alle ein Leben lang zu ermöglichen. In den letzten Jahren hat die Zahnheilkunde eine grundlegend präventive Ausrichtung erfahren. Der Verhütung und Früherkennung von Zahnerkrankungen wird somit ein Vorrang in der zahnmedizinischen Versorgung eingeräumt. Die wirksamsten präventiven Ansätze sind im Kindes- und Jugendalter zu verzeichnen. Bereits 1979 hatte die WHO folgende Ziele formuliert: Im Jahr 2000 sollten 50 Prozent aller 5-6-Jährigen kariesfrei sein, und der DMFT-Wert²⁵ bei 12-Jährigen sollte unter 2,0 liegen.

Im Freistaat Sachsen ist festgelegt, dass vom zahnärztlichen Dienst der Gesundheitsämter jährliche Reihenuntersuchungen für Kinder in den Kindertagesstätten und in Schulen durchzuführen sind. In der Stadt Chemnitz ist unter Leitung des regionalen Arbeitskreises Zahngesundheit eine optimale Verknüpfung der Reihenuntersuchung mit der Gruppenprophylaxe gegeben.

Die zahnärztlichen Untersuchungen dienen der kontinuierlichen Überwachung der Gebissentwicklung, damit Zahn- und Munderkrankungen oder Zahn- und Kieferfehlstellungen frühzeitig erkannt und rechtzeitig einer effektiven Behandlung zugeführt werden können. Neben dieser wichtigen individualmedizinischen Funktion erfüllen die Untersuchungen auch einen bedeutsamen sozialkompensatorischen Aspekt, da kein Kind vom Untersuchungsangebot ausgeschlossen bleibt und behandlungsbedürftige Kinder zu einem frühen Zeitpunkt einem Zahnarzt zugeführt werden.

Flächendeckende Untersuchungen ermöglichen darüber hinaus die Beobachtung und Bewertung des oralen Gebisszustandes aller Kinder nach Altersgruppen. Alle Untersuchungsergebnisse werden standardisiert erhoben, einheitlich dokumentiert und statistisch aufbereitet. So sind Aussagen zur Kariesmorbidität, zum Sanierungsgrad, Kariesrisiko, Mundhygienestatus, zu Zahnstellungs- und Bisslageanomalien und parodontalen Erkrankungen möglich.

Der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst führt in jedem Schuljahr zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern vom zweiten Lebensjahr bis zum Abschluss der 10. Klasse durch. Die umfangreichen Datenmengen wurden erst über dBase, dann ab Schuljahr 1993/94 im Programmsystem easy-card® Gesundheit erfasst. Im Schuljahr 2001/02 wurde auf die neue Software Octoware® Gesundheit, Modul Jugendzahnärztlicher Dienst, umgestellt. Der Einsatz erfolgte schrittweise und war mit dem Schuljahr 2003/04 abgeschlossen. Seitdem wird der Befund jedes Kindes einzeln registriert, so dass die anonymen und nur eingeschränkt aussagekräftige Erfassung in Klassenlisten wegfiel. Somit können jetzt kindbezogen alte mit aktuellen Befunden verglichen werden, und diese Verlaufskontrolle ermöglicht den Jugendzahnärztinnen und ihren Helferinnen, gezielt auf Unzulänglich-

²⁵ Zur Bewertung des Zahngesundheitszustandes wird der so genannte dmft-Wert /für Milchzähne / DMF-T-Wert /für bleibende Zähne herangezogen. In diesen Wert gehen die kariösen (decayed), fehlenden (missing) und gefüllten (filled) Zähne (teeth) pro Person ein.

keiten in der zahnärztlichen Versorgung hinzuweisen.

Steigende Kinderzahlen im Kindergartenbereich, der hohe Zeitaufwand durch Dateneinzelerfassung und Personalabbau bzw. Arbeitszeitverkürzungen in der Stadtverwaltung Chemnitz werden in den nächsten Jahren allerdings zu Reduzierungen des Betreuungsvolumens führen.

Tab. 3.13: Teilnahmequoten an den jugendzahnärztlichen Reihenuntersuchungen in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04 in Chemnitz. Gebietsstand: jeweils 01.01.der zweiten Schuljahreshälfte. Quelle: GA Chemnitz

Schuljahr	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04
Sollzahlen	8.846	7.598	5.935	4.919	4.927	5.238	5.538	6.274	6.634	7.283
Kitas	5.488	5.784	4.618	3.728	3.718	3.725	4.118	4.539	4.481	5.608
Quote [%]	62,0	76,1	77,8	75,8	75,5	71,1	74,4	72,3	67,5	77,0
Sollzahlen	33.562	32.419	30.721	29.425	28.369	25.737	23.811	21.728	19.734	18.387
Schulen*	26.828	30.294	28.831	27.470	26.224	20.780	21.192	18.188	15.422	14.804
Quote [%]	79,9	93,4	93,8	93,4	92,4	80,7	89,0	83,7	78,1	80,5

* Grund-, Mittelschulen und Gymnasien sowie Lernförderschulen (1. – 10. Klasse) sowie Behinderte

Die niedrigere Untersuchungsquote in den Kindertagestätten im Vergleich zu den Schuluntersuchungen ergibt sich zum einen durch eine erhöhte Ausfall- und Krankheitsquote der betreffenden Kinder, zum anderen durch die fehlende schriftliche Zustimmung der Eltern zur RU.

Bei den Schuluntersuchungen wurde sich zunehmend auf die niedrigeren Klassenstufen bis zur 8. Klasse konzentriert, das Angebot in den Klassenstufen 9 bis 10 wurde auf Grund fehlender Kapazitäten reduziert. Mit der Novellierung des neuen Schulgesetzes (§ 26a Schulgesetz: Schulgesundheitspflegeverordnung) im Herbst 2004 werden die Reihenuntersuchungen in den Schulen ab Schuljahr 2004/05 nur noch in den Klassen 1 bis 7 durchgeführt, in den höheren Klassenstufen nur noch in den Förderschulen oder in Schulen mit extrem erhöhtem Kariesrisiko.

Die jugendzahnärztlichen Untersuchungen dienen in erster Linie der Ermittlung des Zahnstatus, vor allem der Verteilung und des Ausmaßes des Kariesbefalls. Insgesamt lagen vom Schuljahr 1997/98 bis zum Schuljahr 2003/2004 die Anteile der

- € primär gesunden Gebisse zwischen 64,6 und 67,8 Prozent,
- € als behandlungsbedürftig erkannten Gebisse zwischen 24,5 und 28,2 Prozent und der
- € bereits sanierten Gebisse zwischen 5,8 und 9,1 Prozent.

Besonders in den letzten beiden Schuljahren fällt ein hoher prozentuale Anteil bereits sanierter Gebisse auf. Im Vergleich der unterschiedlichen Schuljahre ist die Tendenz erkennbar, dass die Behandlung und eine regelmäßige Kontrolle durch den Zahnarzt nicht ausreichend in Anspruch genommen werden.

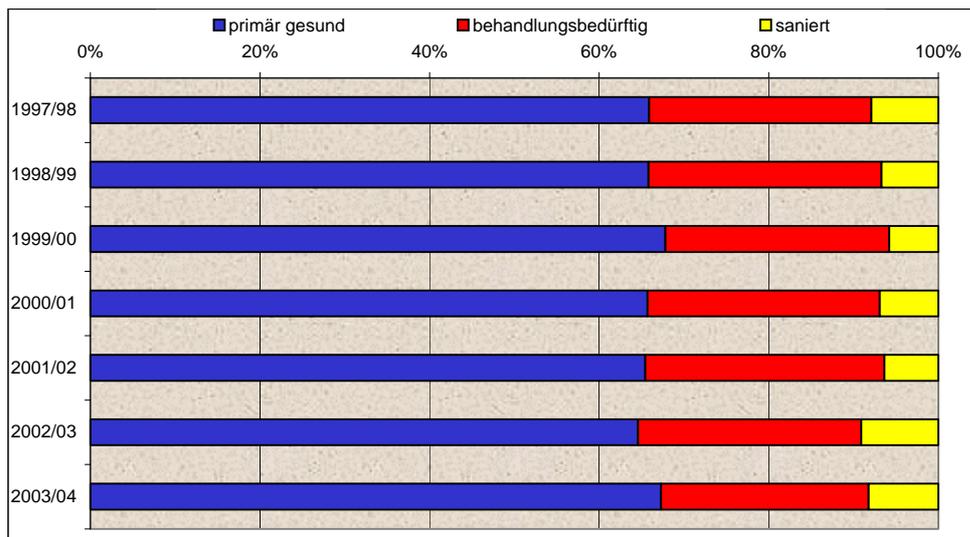


Abb. 3.19: Zahnstatus Chemnitzer Kinder in den Schuljahren 1997/98 bis 2003/04, in Prozent. Quelle: GA Chemnitz

Die Ergebnisse sind jedoch altersabhängig und müssen deshalb auch altersspezifisch aufgearbeitet werden. Durch die jährliche Dokumentation der Ergebnisse des Jugendzahnärztlichen Dienstes ist ein großer Datenfundus entstanden. Daten zur Mund- und Zahngesundheit von Kita-Kindern liegen bereits seit dem Schuljahr 1992/93 vor und zeigen, dass die Anteile der

- € primär gesunden Gebisse zwischen 58,8 und 67,8 Prozent,
- € als behandlungsbedürftig erkannten Gebisse zwischen 24,5 und 28,4 Prozent und der
- € bereits sanierten Gebisse zwischen 5,8 und 12,8 Prozent lagen (vgl. auch Abb. 3.19).

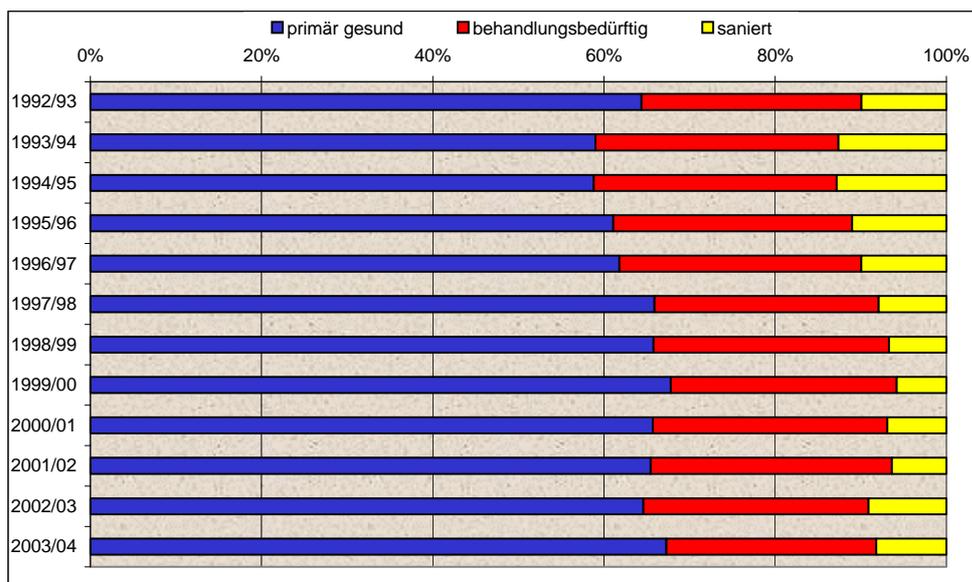


Abb. 3.20: Zahnstatus Chemnitzer Kita-Kinder in den Schuljahren 1992/93 bis 2003/04, in Prozent. Quelle: GA Chemnitz

In der Auswertung der Reihenuntersuchung in Kindertagesstätten ist erkennbar, dass der Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse innerhalb von 12 Schuljahren nur geringen Schwankungen ausgesetzt war, aber besonders der Anteil der sanierten Milchgebisse wieder leicht anstieg. Eine Tendenz zu sich kontinuierlich erhöhenden Anteilen der primär gesunden Gebisse ist nicht in Sicht. Hier setzen wiederum die gesetzlichen Pflichtgebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch noch intensivere Gruppenprophylaxe und verstärkte Aufklärungsarbeit ein.

Nach wie vor ist unter den Kindern in den Kindertagesstätten eine starke Polarisierung zu erkennen. Die Mehrheit (ca. 60 Prozent) der untersuchten Kinder hat keine oder nur vereinzelt Karies, eine Minderheit der Vorschulkinder leidet jedoch an hohem Kariesbefall. In der Literatur wird zum Teil die Sauger- oder Nuckelflaschenkaries (unkontrolliertes Dauernuckeln oder Schlafen mit einem Trinkgefäß mit Mundstück oder einer Flasche, die zucker- bzw. säurehaltige zahnkariesfördernde Getränke enthält) als Grund für diese hohe Anfälligkeit einer kleinen Minderheit betrachtet [13]. Davon sind nach Informationen in Fachzeitschriften ca. acht bis neun Prozent der Kinder je Geburtsjahrgang betroffen. Außerdem nehmen die Kinder vermehrt zuckerhaltige Zwischen- und Hauptmahlzeiten wie Milchschnitten, Fruchtzwerge, süße Riegel u.ä. zu sich, gefördert von einem reichhaltigen Angebot im Handel und entsprechenden Werbebotschaften in den Medien.

Die Arbeit mit den Eltern und den Kariesrisikokindern bilden in den nächsten Jahren einen Schwerpunkt in der zahnärztlichen Betreuung. Viele Eltern unterschätzen die Bedeutung der Milchzähne, da die Wechselzähne zu erwarten sind. Das Nachputzen der Zähne gerade im Vorschulalter durch die Eltern besitzt nicht den notwendigen Stellenwert. Daraus resultiert die ungenügende Zahnpflege des Milchgebisses.

Die Aufstellung zeigt den prozentualen Anteil der Kariesrisikokinder, gemessen an der Gesamtzahl der untersuchten Vorschulkinder. Im Schuljahr 2001/02 wurde der bisher höchste Wert erreicht.

1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04
15,7 %	18,0 %	17,3 %	17,9 %	19,0 %	18,6	17,0

Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation waren in den vergangenen Jahren Indizes, an denen der Stand der Mundgesundheit in Chemnitz gemessen wurde.

Ein Richtwert ist der Anteil der primär gesunden Gebisse bei Sechsjährigen. Die Zielstellung der WHO für das Jahr 2000: lag bei 50 Prozent, für das Jahr 2010 bei 90 Prozent. Die folgende Aufstellung zeigt die Chemnitzer Ergebnisse der vergangenen sieben Schuljahre im Vergleich mit den WHO-Zielen und dem Ziel der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege des Freistaates Sachsen e.V. (LAGZ) für das Jahr 2010. .

WHO		LAGZ	Chemnitz							Sachsen
2000	2010	2010	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2003/04
50 %	90 %	60 %	48,8 %	50,3 %	48,6 %	50,4 %	50,8 %	44,5 %	44,5 %	48,2 %

Bei den Sechsjährigen wurde der erstrebte WHO-Richtwert schon 1998/99 erreicht, doch besonders seit dem Schuljahr 2002/03 ist keine Verbesserung, sondern ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Die Chemnitzer Prozente des Schuljahres 2003/04 befinden sich leicht unter den für ganz Sachsen ermittelten Werten dieses Schuljahres. Ob die für 2010 angestrebten WHO-Ziele realistisch sind, wird sich in den nächsten Jahren zeigen.

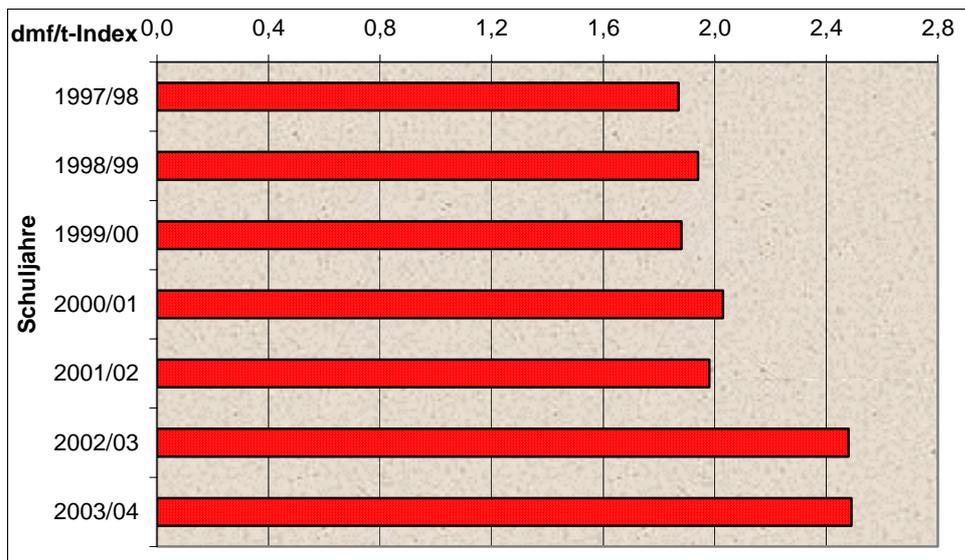


Abb. 3.21: Der dmft/t-Index bei Sechsjährigen in Chemnitz, Schuljahre 1997/98 bis 2003/04. Quelle: GA Chemnitz

Analog zum Richtwert „primär gesunde Gebisse“ kann der dmft/t-Index für die im Alter von sechs Jahren noch überwiegenden Milchzähne errechnet werden. Der Gesundheitszustand der Gebisse ist besser, je kleiner der Index ist. Die graphische Darstellung (vgl. Abb. 3.21) korreliert mit der obigen Aufstellung des prozentualen Anteils der gesunden Gebisse über den Zeitraum von sieben Schuljahren. Trotz eines hohen Anteils naturgesunder Gebisse ist wieder ein Anstieg des dmft/t-Index durch die geschilderte Polarisierung der Karies erkennbar.

Ein weiterer Index und gleichzeitig ein zweiter bedeutender Richtwert der WHO ist der DMF/T-Index bei zwölfjährigen Probanden. Für das Jahr 2010 soll der Index laut WHO kleiner als 1,0 sein (siehe Abb. 3.22).

WHO		Chemnitz							Sachsen
2000	2010	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2003/04
2,0	< 1,0	1,38	1,32	1,20	1,15	1,10	1,01	1,23	1,17

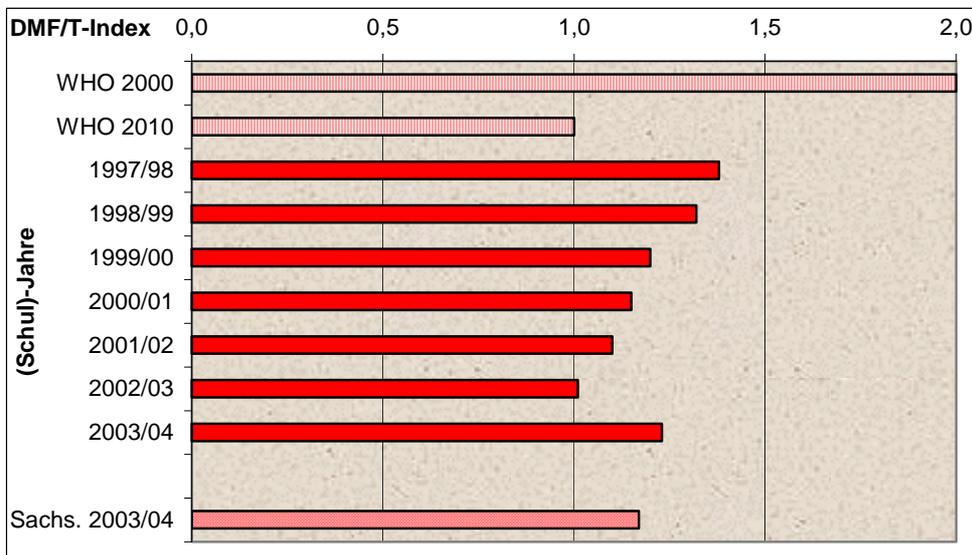


Abb. 3.22: Der DMF/T-Index bei 12-Jährigen in Chemnitz, Schuljahre 1997/98 bis 2003/04, im Vergleich zu Sachsen, Schuljahr 2003/04 und den WHO-Zielen. Quelle: GA Chemnitz

Der von der WHO als Richtwert vorgegebene DMF/T-Index bei 12-Jährigen von 2,0 für das Jahr 2000 wurde in Chemnitz seit ca. acht bis neun Schuljahren unterschritten. Im Schuljahr 2002/03 konnte der bisher beste Indexwert (1,01) und damit fast das WHO-Ziel für das Jahr 2010 erreicht werden.

Aber in den neusten Untersuchungsergebnissen der Chemnitzer Schulkinder ist nur eine stagnierende Entwicklung, nicht die gewünschte fortschreitende Verbesserung der Mund- und Zahngesundheit zu registrieren. In der folgenden Tabelle wird die Kariesmorbidität bei Schulkindern der Klassen 1-10 registriert. Hier wurden die kariösen bleibenden Zähne (D) durch die Zahl der Untersuchten geteilt: Zwar ist seit dem Schuljahr 1984/85 eine deutliche Verbesserung in allen Klassenstufen ersichtlich, doch die letzten sieben Schuljahre haben am Ende eher schlechtere Werte als am Anfang aufzuweisen.

Tab. 3.14: Vergleich der Kariesmorbidität D/T in den Klassen 1 – 10 im Schuljahr 1984/85 mit den Schuljahren 1997/98 bis 2003/04. Quelle: GA Chemnitz

Klassen	Schuljahr							
	1984/85	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2001/02	2003/04
1	0,18	0,06	0,06	0,08	0,07	0,06	0,06	0,06
2	0,47	0,08	0,07	0,12	0,09	0,10	0,07	0,08
3	0,41	0,10	0,12	0,13	0,13	0,14	0,12	0,10
4	0,50	0,11	0,13	0,12	0,13	0,16	0,18	0,15
5	0,66	0,15	0,15	0,16	0,14	0,14	0,16	0,20
6	0,81	0,13	0,17	0,18	0,17	0,15	0,15	0,22
7	0,93	0,16	0,19	0,21	0,17	0,18	0,17	0,19
8	1,26	0,17	0,19	0,17	0,19	0,22	0,19	0,21
9	1,36	0,23	0,19	0,22	0,18	0,25	0,38	0,24
10	1,38	0,16	0,19	0,19	0,14	0,19	0,25	0,50

Außer den Reihenuntersuchungen werden zur Kariesprävention bei Kindern umfangreiche Prophylaxemaßnahmen getroffen. An erster Stelle ist die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V für alle Kinder in Kindereinrichtungen und Schulen bis zur Klassenstufe 6 (12. Lebensjahr) als gesetzlicher Anspruch vorgesehen und seit 1992 lt. Rahmenvereinbarung der LAGZ verbindlich. Das Aktionsprogramm der LAGZ für das Jahr 2003 sieht weiterhin vor, dass in Schulen und Behinderteneinrichtungen mit überdurchschnittlich hohem Kariesrisiko bis zum 16. Lebensjahr gruppenprophylaktische Maßnahmen durchgeführt werden.

Die gruppenprophylaktische Arbeit wird durch den Arbeitskreis Zahngesundheit in der Stadt Chemnitz koordiniert. Er dient als Instrument, um Vertreter der Krankenkassen, unterschiedliche Ämter der Stadt und niedergelassene Zahnärzte im Anliegen der Gesundheitsförderung zusammenzuführen. In der Stadt Chemnitz ist eine optimale Verzahnung der jährlichen Vorsorgeuntersuchungen und der aufsuchenden Gruppenprophylaxe in den Einrichtungen gegeben. Neben dem zahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes (JZÄD), der im Schuljahr 2003/04 noch 69,2 Prozent aller Kindereinrichtungen betreute, sichern zunehmend niedergelassene Zahnärzte eine flächendeckende gruppenprophylaktische Betreuung aller Kinder bis zum 12. Lebensjahr ab.

Ernährungsberatung und Zahnputzübungen, theoretische Informationen zur richtigen Zahn- und Mundhygiene und zahngesunder Ernährung, Motivation zum regelmäßigen, möglichst halbjährlichen Zahnarztbesuch sind die kindbezogenen Inhalte für die Gruppenprophylaxe betreibenden Helferinnen und niedergelassenen Zahnärzte. Zahntouchierungen mit Fluorid-Lack zur Verbesserung und Erhaltung des Zahnschmelzes in Behinderteneinrichtungen ergänzen das Angebot. Ein verstärktes Einbeziehen der Eltern und Erzieher in den Präventionsprozess ist die Zielstellung für die nächsten Jahre. Weiterhin werden auch die Ressourcen großer öffentlicher Veranstaltungen, wie z.B. Messen, Gesundheitswochen u.ä. genutzt.

Tab. 3.15: Gruppenprophylaktische Fürsorgeleistungen des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes in Chemnitz von 1997 bis 2003, pro Jahr (ohne Angaben der niedergelassenen Zahnärzte). Quelle: GA Chemnitz

Betreuungsleistungen	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
gruppenprophylaktische Beratungen in Kindertagesstätten:	822	384	507	422	467	437	478
- betreute Kinder	10.611	4.518	5.673	4.873	5.759	5.602	6.154
gruppenprophylaktischer Beratungen in Schulen (1.- 6. Klasse):	575	690	439	412	407	299	312
- betreute Schüler	13.261	15.023	9.443	8.431	7.678	5.935	5.947
gruppenprophylaktische Beratungen in Lernförder- und Behinderteneinrichtungen:	93	207	176	196	249	249	194
- betreute Kinder/Jugendliche	995	1.616	1452	1.556	1.885	1.800	1.479
lokale Fluoridierungen in Behinderteneinrichtungen	1.061	1.023	953	966	740	785	632

Im Schuljahr 2003/04 teilten sich die gruppenprophylaktischen Betreuungsleistungen durch den JZÄD und niedergelassene Zahnärzte wie folgt auf:

Art der Einrichtung	gesamt	Betreuung durch		erreichte Kinder
		JZÄD	niedergelassene Zahnärzte	
Kindertagesstätten	91	54	37	6.923
Grundschulen	48	32	16	5.352
Mittelschulen/Gymnasien	32	28	4	2.475
Förderschulen	14	14	-	1.093
gesamt	185	128	57	15.843

Im Gesundheitsamt werden vom Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst wöchentlich Sprechstunden angeboten. Beratung von hilfesuchenden Bürgern, Durchführung eines speziellen Betreuungsprogramms für ängstliche

Kinder und die praktische Umsetzung der Prophylaxekonzepte im eingerichteten Mundhygiene-Zimmer stehen hierbei im Vordergrund.

3.3. Mortalität und Morbidität bei Kindern und Jugendlichen

3.3.1 Säuglings- und Kindersterblichkeit (Indikatoren 13, 15)

Als Säuglingssterblichkeit wird der prozentuale Anteil der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder pro 1.000 oder 100.000 Lebendgeborenen des gleichen Zeitraums definiert. Man unterscheidet sie so von der Kindersterblichkeit.

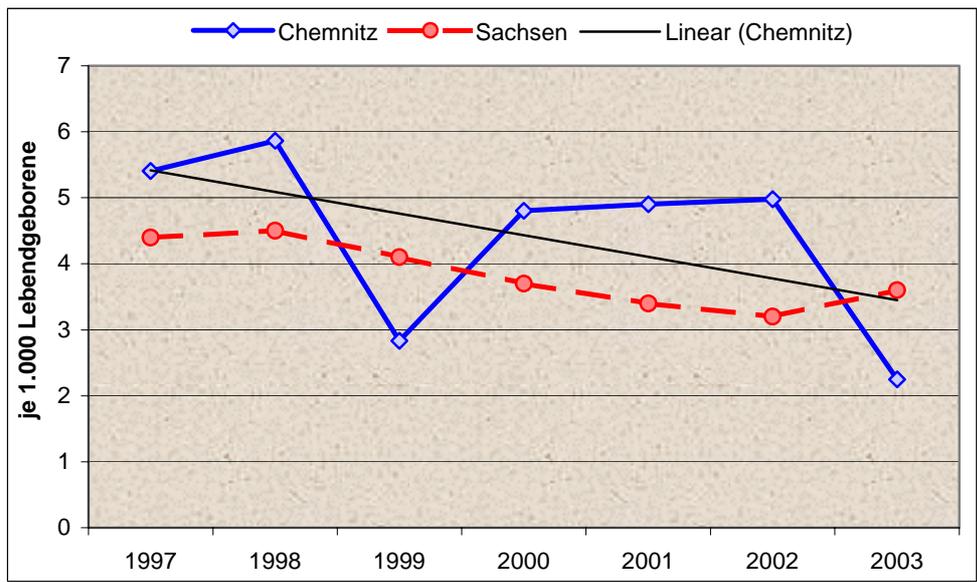
Die Kennziffer „Säuglingssterblichkeit“ ist ein wichtiger, global gebräuchlicher Indikator zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung. Die medizinische Betreuung von Schwangeren, Neugeborenen und Säuglingen und deren Lebenserwartung zeigt u.a. die Qualität des Gesundheitswesens in der jeweiligen geographischen Region. Während z.B. im Mittelalter durch mangelhafte Hygiene und unzureichende medizinische Kenntnisse das Leben sowohl der Gebärenden als auch der Kinder akut gefährdet waren, sind diese Faktoren im 21. Jahrhundert nur noch in der sogenannten Dritten Welt von Bedeutung. Dennoch sank durch zahllose Hilfsangebote in den Entwicklungsländern die Säuglingssterblichkeit von 165 pro 1.000 Lebendgeburten im Jahr 1960 auf etwa 56 im Jahr 2000. Dennoch liegt in vielen Ländern südlich der Sahara die Säuglings- und Kindersterblichkeit weiterhin 20-30 Mal höher als zum Beispiel in der Schweiz. Eines der wichtigsten, von der internationalen Gemeinschaft postulierten Entwicklungsziele für die Dritte Welt besteht in der Reduzierung der Kinder- und Säuglingssterblichkeit um zwei Drittel und der Müttersterblichkeit um drei Viertel bis zum Jahr 2015. [22]

Das Ziel der Weltgesundheitsorganisation bestand darin, bis zum Jahr 2000 eine Säuglingssterblichkeit von unter 15 je 1.000 Lebendgeborenen zu erreichen. 1960 lag dieser Wert im früheren Bundesgebiet Deutschlands noch bei 33,8, 1981 bei 11,6, im Jahr 2000 schon bei 4,5. Das entspricht einem Rückgang um insgesamt 65,8 bzw. 61,5 Prozent. Eine deutliche Verbesserung der Situation konnte durch die Mutterschaftsvorsorge ab 1966 und die Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder als angebotene gesetzliche Leistungen der Krankenkassen und durch Fortschritte in der Gynäkologie und Perinatalmedizin erreicht werden.

Obwohl in der geburtenstarken DDR eine intensive medizinische Betreuung für Säuglinge in den Mütterberatungsstellen gewährleistet war, gab es 1990 zwischen dem früheren Bundesgebiet und den neuen Ländern nur geringe Unterschiede zugunsten der alten Bundesländer. 1995 war die Quote fast gleich, 2000 waren die neuen Bundesländer im Vorteil, wahrscheinlich aber auch begründet durch die insgesamt geringeren Geburtenzahlen. Neuere, nach alten und neuen Bundesländern getrennte Zahlen ²⁶ zu Säuglingssterbefällen je 1.000 Lebendgeborenen liegen leider bisher nicht vor:

	1990	1995	2000
früheres Bundesgebiet	7,0	5,3	4,5
neue Länder und Berlin-Ost	7,3	5,4	3,8

Die Chemnitzer Zahlen stimmen im Wesentlichen mit dem Durchschnitt der Säuglingssterblichkeit in Deutschland (2000 in ganz Deutschland: 4,4, in Chemnitz 4,8), aber auch ganz Sachsens überein. 2003 wurde in Chemnitz die bisher niedrigste Zahl an im ersten Lebensjahr verstorbenen Säuglingen erfasst (vier Fälle oder 2,3 auf 1.000 Lebendgeborene).



Die in Abb. 3.23 erkennbare Trendlinie für Chemnitz bewegt sich zwischen 1997 und 2003 deutlich abwärts.

Abb. 3.23: Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene in Chemnitz und Sachsen 1997 bis 2003, Gebietsstand: 01.01.2004.

²⁶ www.gbe-bund.de

Im benannten Zeitraum starben insgesamt 55 Chemnitzer Säuglinge, davon 29 Jungen (52,7 Prozent) und 26 Mädchen (47,3 Prozent). Die Verteilung der Sterbefälle nach Geschlecht ist jedoch pro Jahr höchst unterschiedlich und auf Grund der geringen Fallzahlen zufallsbelastet. Doch auch in ganz Deutschland sind von der Säuglingssterblichkeit mehr Jungen als Mädchen betroffen (Deutschland 2002: 4,5 Jungen : 3,9 Mädchen).

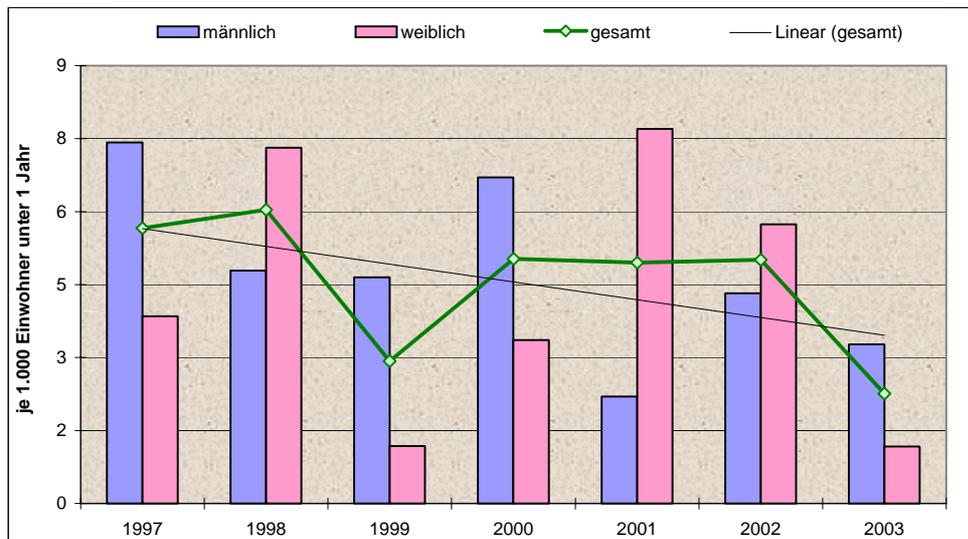


Abb. 3.24: Verstorbene Säuglinge in Chemnitz 1997 bis 2003, je 1.000 Einwohner der gleichen Altersgruppe und des gleichen Geschlechts. Gebietsstand: 01.01.2004

Die Sterblichkeit bei Säuglingen ist vorrangig auf Schwangerschafts- und Geburtsrisiken wie eine kurze Schwangerschaftsdauer, mütterliche Erkrankungen während der Schwangerschaft, ein niedriges Geburtsgewicht des Kindes, dessen allgemeine Unreife oder auch Fehlbildungen des Kindes bedingt. Die Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen stellte sich zwischen 1997 und 2003 bei den 55 verstorbenen Säuglingen wie folgt dar:

22 x bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	40,0 %
8 x äußere Ursachen, davon 6 (10,9 Prozent) Tötungsdelikte	14,5 %
6 x angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	10,9 %
5 x plötzlicher Kindstod.	9,1 %
14 x andere Ursachen	25,5 %

Durch den Wechsel von der ICD 9 zur ICD 10 im Jahr 1998 sind die Diagnosen von 1997 nicht direkt mit den ab 1998 vorliegenden Diagnosen vergleichbar. Der hohe Anteil „anderer Ursachen“ ergibt sich aus dieser Tatsache.

Bedenklich sind die fünf Fälle des „plötzlichen Kindstodes“, des plötzlichen Todes vorher gesunder Säuglinge. Diese Diagnose wird der Diagnosegruppe „Symptome und abnorme und klinische Laborbefunde, die andernorts nicht klassifizierbar sind“ zugeordnet und ist eine Ausschlussdiagnose. Deutschlandweit lag diese Todesursache im Jahr 2001 bei der Säuglingssterblichkeit bei 13,6 Prozent. In Chemnitz mussten in den Jahren 1997 ein Fall, 1998 zwei Fälle und 2002 zwei Fälle beklagt werden. Neueste Ergebnisse²⁷ zur Inzidenz zeigt die Studie „Prävention des plötzlichen Kindstodes – Hilfe für betroffene Familien“ der Organisation „Babyhilfe Deutschland“. Diese Organisation besitzt die weltweit größte Datenbank zu dieser Thematik und startete im Jahr 1994 mit Unterstützung der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der TU Dresden eine wissenschaftlich fundierte Aufklärungskampagne, die später auf das ganze Land ausgeweitet wurde. Im Ergebnis der Kampagne ging die Zahl der Todesfälle in Sachsen innerhalb von zehn Jahren um 70 Prozent (von 21 auf 8 Fälle) zurück. Vom 04.-06.02.2005 fand in Dresden die 2. bundesweite Experten- und Fortbildungstagung unter dem Thema „Prävention des plötzlichen Säuglingstodes in Deutschland“ statt.

Die Aufklärung beinhaltet in erster Linie Hinweise zur richtigen Schlaflage für Säuglinge, des Vermeidens von Überhitzung und des Rauchens in der Umgebung des Kindes.

Eine weitere wichtige Kennziffer neben der Säuglingssterblichkeit ist die sogenannte perinatale Sterblichkeit, die aus der Summe der Totgeborenen und in den ersten sieben Lebenstagen Gestorbenen ermittelt wird. Sie betrifft vor allem untergewichtige, meist frühgeborene Säuglinge, Neugeborene mit Fehlbildungen oder Neugeborene, die unter Schwangerschafts- bzw. Geburtskomplikationen leiden mussten. Wie bei der Säuglingssterblichkeit wirkten sich sowohl der medizinische Fortschritt und als auch die intensive Betreuung Schwangerer dahingehend aus, dass die Zahl dieser Todesfälle mehr und mehr gesenkt werden konnte.

Seit dem 01.04.1994 beträgt das Geburtsgewicht totgeborener Kinder mindestens 500 Gramm, zuvor waren es mindestens 1.000 Gramm. Bei weniger als 500 Gramm der Leibesfrucht handelt es sich um eine Fehlgeburt, die im Rahmen der Geburtenstatistik nicht nachgewiesen werden muss. Durch die Änderung des Mindest-Geburtsgewichtes ab 1994 stieg die Zahl der perinatalen Sterbefälle in Deutschland wieder leicht an, sank in der Folge jedoch ständig:

²⁷ vgl. Freie Presse vom 28.01.2005, S. 2

Deutschland:	1990	1995	2002
perinatale Sterbefälle je 1.000 Lebend- und Totgeborene	6,26	6,82	5,83

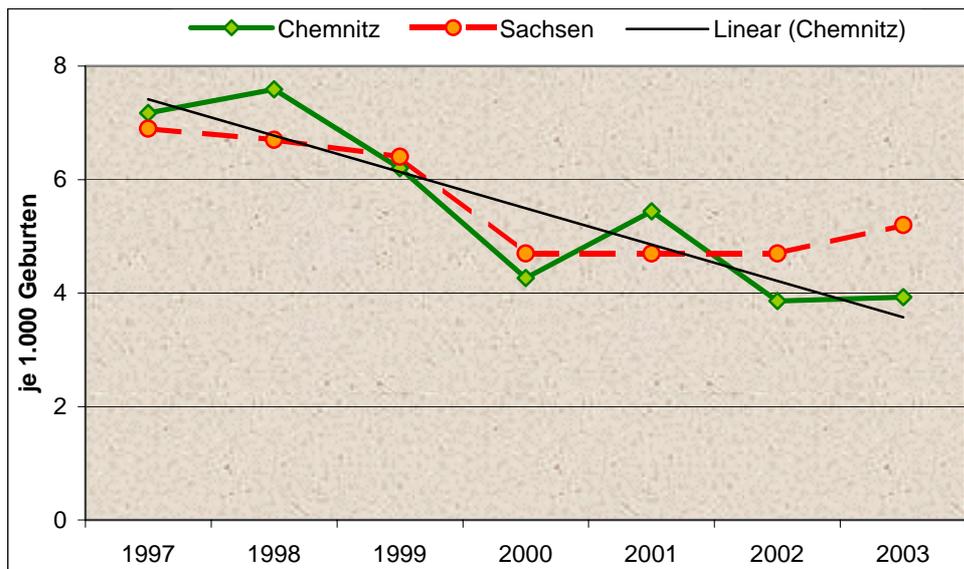


Abb. 3.25: Perinatale Sterbefälle in Chemnitz und Sachsen 1997 bis 2003 je 1.000 Lebend- und Totgeborene. Gebietsstand: 01.01.2004

Zwischen 1997 und 2003 wurden in Chemnitz 68 perinatale Sterbefälle registriert, davon 41 Totgeburten. Das Verhältnis Jungen zu Mädchen betrug 32 : 36, Gesamttendenz siehe Abb. 3.25 sinkend. Im Vergleich zu ganz Sachsen sind keine besonderen Abweichungen erkennbar.

Im Kontrast zur Säuglingssterblichkeit ist die Sterblichkeit im Kindesalter quantitativ geringer. 32 Kindersterbefälle waren zwischen 1997 und 2003 zu vermelden, davon 17 Jungen und 15 Mädchen. Das sind pro 1.000 Einwohner der gleichen Altersgruppe im Maximum 0,3 Fälle (1999).

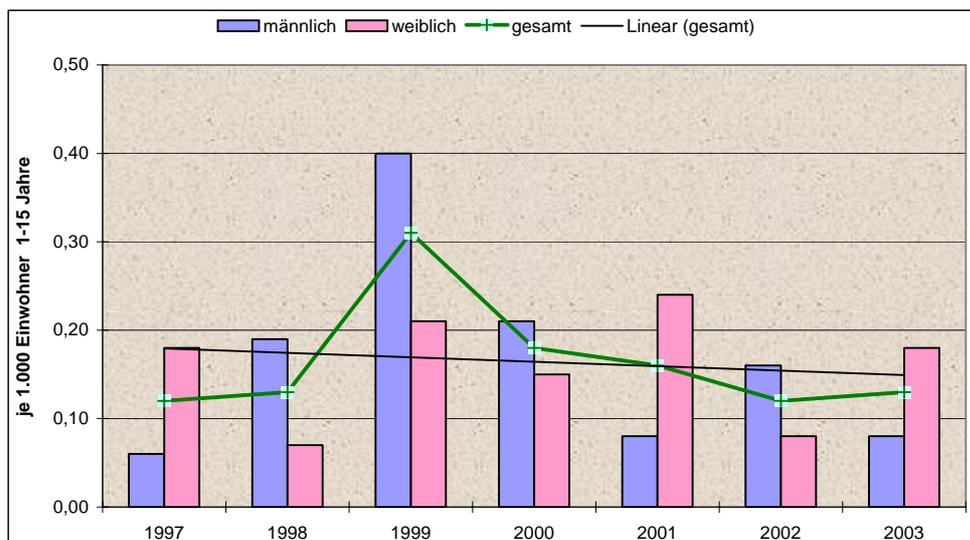


Abb. 3.26: Sterblichkeit bei Kindern zwischen ein bis unter 15 Jahre von 1997 bis 2003, je 1.000 der gleichen Altersgruppe und des gleichen Geschlechts. Gebietsstand: 01.01.2004

Die in der Statistik veröffentlichten Todesursachen teilen sich wie folgt auf:

8 x äußere Ursachen, davon 6 häusliche Unfälle, 1 Verkehrsunfall, 1 Unfall durch Erstickn	25,0 %
7 x bösartige Neubildungen	21,9 %
7 x angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	21,9 %
5 x Krankheiten des Nervensystems	15,6 %
5 x übrige Todesursachen	15,6 %

Ein Viertel der Kindersterbefälle der Ein- bis unter 15-Jährigen wurde durch äußere Ursachen - vor allem Unfälle - verursacht, drei Viertel sind medizinisch begründet.

Anders sieht die Todesursachenstatistik zwischen 15 bis 20 Jahren aus. Im Alter von 15 bis 18 Jahren verstarben zwischen 1997 und 2003 24 Jugendliche, im Alter von 18 bis 20 Jahren 22, insgesamt 46 Jugendliche. Todesursachen durch sogenannte „äußere Ursachen“ sind hier in der Mehrzahl, d.h. Verkehrsunfälle, andere Unfälle und Suizide sind für ca. zwei Drittel der Todesfälle zwischen 15 und 20 Jahren verantwortlich. Auf Grund der kleinen Fallzahlen wurden die sieben Jahre zwischen 1997 und 2004 zusammengefasst betrachtet.

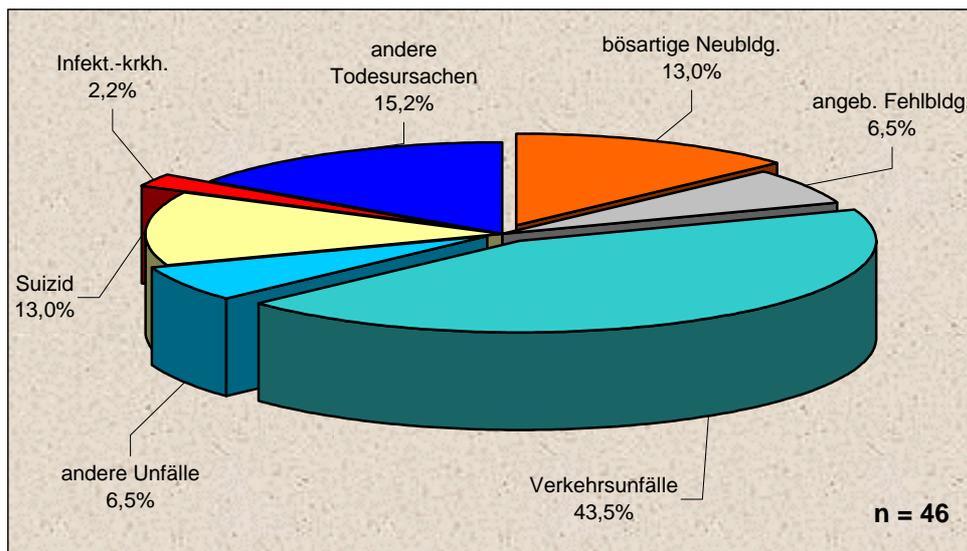


Abb. 3.27: Haupttodesursachen bei Chemnitzer Jugendlichen zwischen 15 bis unter 20 Jahren, von 1997 bis 2003, in Prozent. Gebietsstand: jeweils 31.12. des Jahres

3.3.2 Meldepflichtige Erkrankungen (Indikator 14)

Infektionskrankheiten waren in der Vergangenheit die häufigste Todesursache im Kindesalter. Noch vor 50 Jahren gab es gegen die damals verbreiteten Krankheiten Tuberkulose, Kinderlähmung, Diphtherie oder Ruhr und Typhus weder Impfungen noch Behandlungsmöglichkeiten. Viele Kinder starben, andere trugen bleibende Schäden davon. Die aktuelle Analyse der Todesursachen im Kindes- und Jugendalter in Chemnitz (vgl. Gliederungspunkt 3.3.1) führte zu einem anderen Ergebnis. Zwischen 1997 und 2003 starben in Chemnitz insgesamt 132 Personen unter 20 Jahren, davon waren bei nur zwei Fällen (1,5 Prozent, einmal in der Altersgruppe 1 bis unter 15 Jahre²⁸, einmal in der Altersgruppe 15 bis unter 20 Jahre) 1998 und 1999 Infektionskrankheiten die Grundtodesursache. Gründe für den drastischen Rückgang der Infektionskrankheiten in den entwickelten Industrieländern sind die allgemeine Verbesserung der hygienischen und sozioökonomischen Bedingungen, Anstrengungen zu hohen Durchimpfungsraten in der Bevölkerung und die allgemeine Verfügbarkeit von Antibiotika.

Obwohl dadurch Todesfälle außerordentlich selten geworden sind, ist die epidemiologische Erfassung der Infektionskrankheiten auf Grund ihrer Häufigkeit in Gemeinschaftseinrichtungen und der Schwere der Erkrankung noch immer von außerordentlicher Bedeutung. Als neue Probleme gelten Resistenzen, Reisen in ferne Länder ohne entsprechenden Impfschutz, Migration und/oder soziale Ungleichheit und bisher unbekannte Infektionskrankheiten. All das trägt zur Erregerverbreitung bei.

Ab 01.01.2001 trat das Gesetz zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften (Seuchenrechtsneuordnungsgesetz - SeuchRNeuG) Artikel 1 Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) in Kraft. Damit wurde das bisher gültige Bundesseuchengesetz (BSeuchG) abgelöst und die Melde- und Übermittlungspflicht, getrennt nach Erregernachweisen und Erkrankungen, für definierte übertragbare Infektionskrankheiten völlig neu geregelt. Der Meldeweg – die Weiterleitung der gemeldeten und vorher vom Gesundheitsamt ermittelten Daten über die zuständige Landesstelle (LUA) an das Robert-Koch-Institut Berlin - blieb unverändert.

Im Gegensatz zur Fallerfassung vor 2001 werden nun auf der Basis einheitlicher Definitionen die Meldungen bundesweit als Einzelfallmeldungen mit umfangreichen epidemiologischen Zusatzinformationen versehen. Ab Mitte 2001 konnte im Gesundheitsamt Chemnitz nach anfänglichen, vor allem technisch bedingten Anlaufschwierigkeiten das neue Surveillance-System erfolgreich angewandt werden, wobei gleichzeitig auch die erschwerenden Zusatzkriterien der sächsischen erweiterten Meldeverordnung zu berücksichtigen waren.

Die Einführung des IfSG zum 01.01.2001 berührte die Meldedichte in Chemnitz wie auch im Freistaat Sachsen nur unwesentlich, da seit 1995 mit Wirksamwerden der erweiterten sächsischen Meldeverordnung der Grundstein für eine kontinuierliche Meldepflicht der sächsischen Ärzte gelegt wurde. Allerdings erhöhte sich der Bearbeitungsaufwand durch das gesetzlich geforderte duale Meldesystem der meldepflichtigen Erkrankungen (§ 6 IfSG) und des Erregernachweises (§ 7 IfSG), ablesbar am teilweise deutlichen Anstieg der gemeldeten Infektionserkrankungen/Erreger speziell bei Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenteritiden). Dieser Anstieg bedeutet nicht immer, dass sich die Geschehen erhöht haben, sondern ist auch durch den deutlich verbesserten Erregernachweis zu erklären. Bis zum Jahr 2001 wurden bei den viralen Gastroenteritiden z.B. nur die Rotaviren gemeldet, ab 2002 kamen noch Adenoviren, Astroviren und Norwalk like-Viren (jetzt Noroviren) dazu.

²⁸ Mädchen, 1 Jahr und 1 Monat alt, Diagnose: Enzephalitis durch Herpesviren

Jahr	Erkrankung	Fälle absolut	je 100.000 Einwohner
1997	Gastroenteritiden, bakteriell und viral	1.298	493,2
2003		1.861	739,6

Das gesetzliche Meldeverfahren ist jedoch nicht Gegenstand dieses Berichtes, in der Folge werden nur die Chemnitzer Fälle betrachtet, unabhängig davon, ob es sich um eine

- € klinisch diagnostizierte Erkrankung,
- € klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung
- € klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung
- € labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild oder
- € labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild handelt.

Die in Chemnitz bei Kindern unter 15 Jahren am häufigsten registrierten Erkrankungen sind bakterielle oder durch Viren verursachte Magen-Darm-Erkrankungen, gefolgt von einigen „Kinderkrankheiten“ wie Windpocken (Varizellen) und Scharlach und nicht zuletzt der Influenza (Typ A und B). Je nach Häufigkeit des Auftretens von Erkrankungen in definierten Altersgruppen werden auf Grund geringer Fallzahlen manchmal Altersgruppen vernachlässigt.

INFEKTÖSE GASTROENTERITIDEN

Die Gastroenteritiden sind akute Entzündungen des Magen-Darm-Traktes, die durch Infektionen über Nahrungsaufnahme, Körper- bzw. Tierkontakt oder Schmutz- bzw. Schmierinfektion ausgelöst werden. Das vorherrschende klinische Symptom ist Durchfall, vorangehend oder begleitend mit Blässe, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, krampfartigen Bauchschmerzen und einem schlechten Allgemeinzustand. Insbesondere im Säuglings- und Kleinkindalter sind diese infektiösen Darmerkrankungen ernst zu nehmen. Durch den hohen Flüssigkeitsverlust können stationäre Aufnahmen notwendig werden. Zu den Erregern gehören

bakteriell/parasitologisch: Salmonellen, Escheria coli, EHEC, Campylobacter, Yersinien, Shigellen, Kryptosporidien, Lamblien

viral: Rotaviren, Noroviren, Astroviren, Adenoviren

Tab. 3.16: Gastroenteritiden bei Kindern bis 15 Jahre und Jugendlichen/Erwachsenen zwischen 15 bis unter 25 Jahre in Chemnitz, Erkrankungen pro 1.000 EW der gleichen Altersgruppe, von 1997 bis 2004. Quelle: GA Chemnitz. Gebietsstand: 01.01. des Folgejahres

Altersgruppen	Erkrankung pro 1.000 der gleichen Altersgruppe	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004 ²⁹
< 1 Jahr	Gastroenteritiden, bakteriell	18,90	18,73	21,66	11,73	14,28	11,13	18,59	8,76
1 - < 5 Jahre		23,24	23,04	35,12	19,25	27,41	23,24	22,70	19,18
5 - < 15 Jahre		6,61	6,31	6,31	4,11	5,38	5,76	6,01	6,12
15 - < 25 Jahre		3,89	4,45	3,30	2,96	2,91	4,38	3,12	3,34
< 1 Jahr	Gastroenteritiden, viral	59,97	59,43	94,85	54,75	67,00	66,22	61,97	49,07
1 - < 5 Jahre		35,05	25,99	46,12	39,32	48,58	88,61	84,93	71,13
5 - < 15 Jahre		2,62	1,62	3,01	2,36	3,46	12,37	12,58	10,54
15 - < 25 Jahre		0,33	0,23	0,44	0,41	0,57	2,27	1,20	2,34

Die besonders während der Sommermonate auftretenden Salmonellen stehen seit einigen Jahren nicht mehr an der Spitze infektiöser Magen-Darm-Erkrankungen. Sie werden durch Bakterien der Gattung Salmonella verursacht, die weltweit u.a. in Geflügel, Schweinen und Rindern vorkommen, und meist durch den Verzehr kontaminierter Lebensmittel übertragen. Die Inkubationszeit beträgt 6-72 Stunden. Meist sind die Krankheitssymptome nach einigen Tagen verschwunden. Der Schwerpunkt der Erkrankungszahlen im Kindes- und Jugendalter liegt in den Kindereinrichtungen. Die höchste altersspezifische Inzidenz zeigt sich bei Kindern im Alter zwischen ein und unter fünf Jahren, sie waren stärker betroffen als Säuglinge und Kinder über fünf Jahre. Vor allem in den Jahren 1997 und 2001 gab es intensive Ausbrüche.

Im Jahr 2004 konnten die bisher die niedrigsten Werte pro 1.000 Einwohner der gleichen Altersgruppen registriert werden (vgl. Abb. 3.28).

²⁹ vorläufige Zahlen

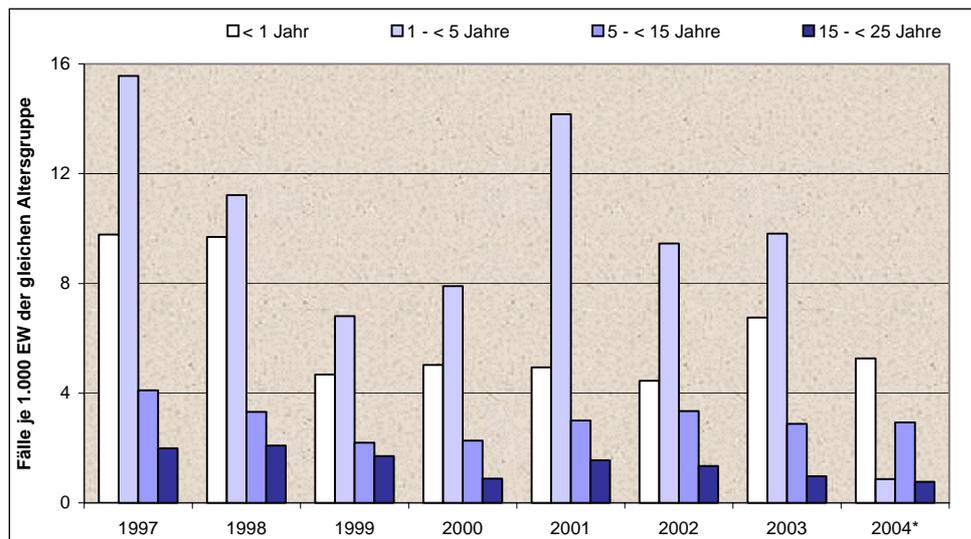


Abb. 3.28: Salmonellen bei Kindern bis 15 Jahre und Jugendlichen/ Erwachsenen zwischen 15 bis unter 25 Jahre in Chemnitz, Erkrankungen pro 1.000 EW der gleichen Altersgruppe, von 1997 bis 2004. Quelle: GA Chemnitz. Gebietsstand: 01.01. des Folgejahres

Außer den durch Salmonellen übertragenen Magen-Darm-Infektionen spielen die Rotavirus-Infektionen eine bedeutende Rolle. Es handelt sich hier um eine weltweit auftretende Durchfallerkrankung, die vor allem Säuglinge und Kleinkinder betrifft. Die Viren werden mit dem Stuhl ausgeschieden und durch Schmierinfektion, aber auch verunreinigtes Wasser und kontaminierte Lebensmittel übertragen. Hauptansteckungsquelle ist der Mensch. Das klinische Bild einer Rotavirus-Erkrankung umfasst mindestens Durchfall oder Erbrechen. Die Inkubationszeit beträgt ca. 24-72 Stunden. Da diese Erkrankung im Gegensatz zu den Salmonellen gehäuft im Winter auftritt, spricht man auch von der Winter-Enteritidis. Die Rotavirus-Fälle waren schon vor der Einführung des IfSG in den neuen Bundesländern meldepflichtig. Somit kann davon ausgegangen werden, dass der Virus von 1997 bis 2004 durchgängig und gleich definiert gemeldet wurde.

Wie bei den Salmonellen wurden 2004 die bisher günstigsten Inzidenzwerte in jeder Altersgruppe erreicht (vgl. Abb. 3.29). In der Altersgruppe der 15- bis unter 25-Jährigen ergaben sich so geringe Werte, dass auf deren Darstellung verzichtet werden konnte. Die allgemeine Inzidenz ist jedoch weitaus höher als bei den Salmonellen. Als Höchstwerte wurden bei den Rotaviren im Jahr 1999 in der Altersgruppe unter einem Jahr 94 Fälle je 1.000 erreicht, bei den Salmonellen im Jahr 1997 in der Altersgruppe von einem bis unter fünf Jahre 16 Fälle je 1.000.

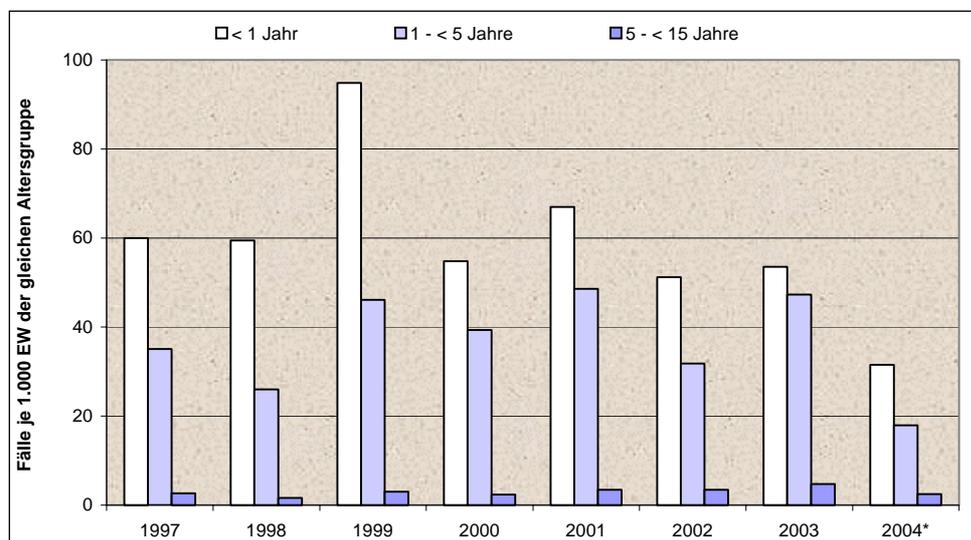


Abb. 3.29: Rotaviren bei Kindern bis 15 Jahre in Chemnitz, Erkrankungen pro 1.000 EW der gleichen Altersgruppe, von 1997 bis 2004. Quelle: GA Chemnitz. Gebietsstand: 01.01. des Folgejahres

Der Erregerwechsel von den Salmonellen zu den Rotaviren wird auch bundesweit beobachtet und hat sich sowohl bei den Kindern als auch bei Erwachsenen vollzogen [13]. An dritter Stelle der Magen-Darm-Erkrankungen stehen die Infektionen mit dem Bakterium *Campylobacter*. Bauchschmerzen und wässriger, gelegentlich blutiger Durchfall sind die typischen Symptome, auch können Komplikationen auftreten. Der Übertragungsweg erfolgt vor allem über tierische Lebensmittel, eine saisonale Häufung zeigt sich zwischen Juni und Ende November. Die Inzidenz pro 1.000 innerhalb der gleichen Altersgruppen lag im Durchschnitt zwischen 1997 und 2004 bei:

unter 1 Jahr	1,10
1 bis unter 5 Jahre	2,37
5 bis unter 15 Jahre	1,48
15 bis unter 25 Jahre	1,69

Außer den Infektionen durch Salmonellen, Rotaviren und Campylobacter haben sich seit 2002 Meldungen über Ausbrüche von durch den Norwalk like-Virus (jetzt Norovirus) hervorgerufene akute Gastroenteritiden gehäuft. Die wichtigsten Ansteckungsquellen sind neben infektiösen Lebensmitteln Schmierinfektionen von erkrankten Menschen (Ausscheidungen über Stuhlgang und Erbrechen). Klinisch äußert sich der Norovirus durch Erbrechen und Durchfall nach einer Inkubationszeit von ca. 10-50 Stunden. Lt. Robert-Koch-Institut [29] begann Mitte Oktober 2002 eine Norovirus-Epidemie, die etwa bis Mitte April 2003 andauerte. Dieses Phänomen betraf sowohl Deutschland als auch andere europäische Länder.

Die zunehmende Erfassung des Norovirus durch die Inanspruchnahme örtlich vorhandener labordiagnostischer Möglichkeiten seit 2002 hat auch in Chemnitz zu einem dramatischen Anstieg der Fallzahlen geführt. Die Inzidenzen pro 100.000 Einwohner lagen zwischen 2002 und 2004 weit über den gesamtdeutschen Werten, vor allem dadurch zu begründen, dass nur noch 15 Prozent festgestellter Durchfallerkrankungen ungeklärt bleiben. In den 90er Jahren konnten bei 52-65 Prozent der Fälle die Erreger nicht ermittelt werden.

Jahre	Fallzahlen in Chemnitz pro 100.000 EW	Fallzahlen in Deutschland pro 100.000 EW
2002	384,2	62
2003	205,5	51
2004*	411,7	noch nicht vorhanden

* vorläufige Zahl

Norovirus-Gastroenteritiden betreffen hauptsächlich Kinder zwischen einem bis unter fünf Jahre und ältere Menschen über 70 Jahre. Es handelt sich meist um Häufungen in Gemeinschaftseinrichtungen, d.h. in Kindertagesstätten bzw. Krankenhäusern und Pflege- und Seniorenheimen.

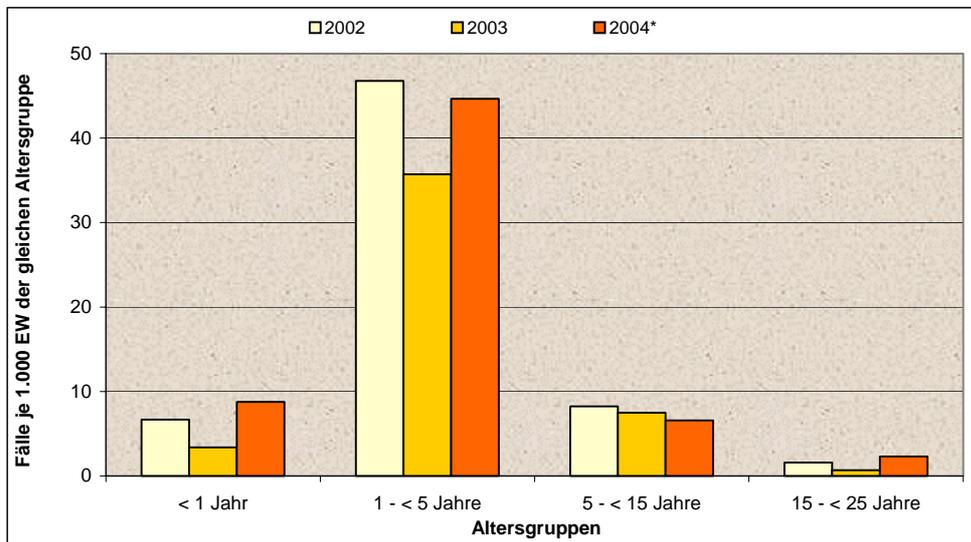


Abb. 3.30: Noroviren bei Kindern bis 15 Jahre und Jugendlichen/ Erwachsenen zwischen 15 bis unter 25 Jahre in Chemnitz, Erkrankungen pro 1.000 EW der gleichen Altersgruppe, von 2002 bis 2004. Quelle: GA Chemnitz. Gebietsstand: 01.01. des Folgejahres

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass bei allen Magen-Darm-Erkrankungen von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist, obwohl die in den Kindereinrichtungen auftretenden Häufungen meist vollständig erfasst werden. In jedem Fall sind der spezifischen Erkrankung angemessene Hygienemaßnahmen zu treffen.

Im Zusammenhang mit dem Verzehr von kontaminierten Lebensmitteln oder Trinkwasser kann die wichtige Infektionskrankheit Hepatitis A, eine akute Leberentzündung mit Fieber, Gelbfärbung (Ikterus) und Oberbauchbeschwerden, übertragen werden, vor allem in der Urlaubszeit in Ländern mit niedrigem Hygienestandard. Die Inkubationszeit beträgt ca. 15-50 Tage. Als Präventionsmaßnahme ist eine Schutzimpfung – auch als Kombinationsimpfstoff Hepatitis A/B – verfügbar. Die Impfung wird für Kinder und Jugendliche mit besonderer gesundheitlicher Gefährdung oder als Reiseimpfung empfohlen, dann aber nicht von den Kassen bezahlt.

Der Übertragungsweg bei der Hepatitis B und C erfolgt über Blut- und Schleimhautkontakte, auch unter der Geburt und mit Beginn der sexuell aktiven Lebensphase.

Zwischen 1997 und 2004 traten in den Altersgruppen bis 25 Jahre nur vereinzelt Fälle der Hepatitis A, ebenso der Hepatitis C und B auf:

- € Hepatitis A: 3 Fälle
- € Hepatitis B: 11 Fälle
- € Hepatitis C: 12 Fälle

Säuglinge waren nie betroffen, dafür in erster Linie Jugendliche/Erwachsene zwischen 15 bis 25 Jahre

AEROGEN ÜBERTRAGBARE ERKRANKUNGEN

Die zweithäufigste Erkrankungsgruppe nach den Gastroenteritiden stellen die durch Tröpfcheninfektion übertragbaren, viralen oder bakteriellen Infektionen der Atemwege dar. Besonders wichtig ist hierbei die Infektion durch das Influenzavirus, aus der die sogenannte Virusgrippe entsteht, nicht zu vergleichen mit der akuten Infektion der Atemwege durch Bakterien. Die beim Menschen relevanten Virustypen werden nach den Buchstaben A und B bezeichnet. Das klinische Bild der Influenza ist aus mindestens zwei der vier folgenden Kriterien definiert:

1. plötzlicher Krankheitsbeginn,
2. Husten,
3. hohes Fieber,
4. Muskel-, Glieder-, Rücken- oder Kopfschmerzen.

Die Inkubationszeit beträgt 1-3 Tage. Kinder und Jugendliche erkranken in der Regel häufiger, aber weniger schwer als ältere Erwachsene. Da besonders in den Wintermonaten saisonal Grippewellen auftreten, ist jährlich eine Schutzimpfung erforderlich und kostenlos möglich. Meldepflichtig sind nur direkte Nachweise des Influenzavirus. Jedoch bilden die übermittelten Fälle nicht die tatsächlichen Erkrankungszahlen in der Bevölkerung ab, da nur laborbestätigte Fälle übernommen werden. Es wird daher von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen.

In Chemnitz existiert seit vielen Jahren ein Influenza-Sentinel, an dem zuerst fünf niedergelassene Kinderärzte und acht Allgemeinmediziner teilnahmen. 1998 wurde dieser Kreis auf 10 Allgemeinmediziner und 10 Pädiater erweitert, diese Zusammensetzung hat bis heute Bestand.

Zwischen 1997 und 2004 betraf die altersspezifische Inzidenz vor allem Kinder zwischen einem bis unter fünf Jahren und zwischen fünf bis unter 15 Jahren. Jugendliche/Erwachsene bis 25 Jahre erkrankten weniger. Bei drei Viertel der Fälle (75,9 Prozent) konnte der Influenzavirus Typ A nachgewiesen werden, in den Jahren 1999 und 2002 auch öfter Typ B.

Die durchschnittliche Inzidenz pro 1.000 innerhalb der gleichen Altersgruppen lag zwischen 1998³⁰ und 2004 bei:

unter 1 Jahr	1,65
1 bis unter 5 Jahre	3,93
5 bis unter 15 Jahre	3,30
15 bis unter 25 Jahre	0,79

Zu den nicht zu unterschätzenden Infektionskrankheiten gehören weiterhin die Tuberkulose, vor allem die Tuberkulose der Atmungsorgane, und die Meningokokken-Infektion. Bei beiden Krankheiten erfolgt die Übertragung der Erreger von Mensch zu Mensch.

Zwischen 1997 und 2004 wurden in Chemnitz lediglich drei Fälle (zwei Jungen, ein Mädchen) von Tuberkulosen im Kindesalter bekannt. Hier handelte es sich um familiäre Erkrankungshäufungen in zwei Familien.

Gefürchtete Infektionskrankheiten im Kindes- und Jugendalter sind die bakteriellen Meningitiden, vor allem die invasive Meningokokkenmeningitis bzw. -sepsis. Die Krankheit kann unspektakulär mit spontaner Abheilung verlaufen, aber auch trotz sofort eingeleiteter Therapie den Tod zur Folge haben. Bei Kleinkindern können die typischen Zeichen einer Meningitis fehlen und zunächst auf Erbrechen und Fieber beschränkt sein. Die Übertragung erfolgt von Mensch zu Mensch durch Tröpfcheninfektion, die Inkubationszeit beträgt 2-10 Tage.

Zwischen 1997 und 2004 wurden in Chemnitz 41 Fälle von bakteriellen Meningitiden an die LUA gemeldet, davon 10 Meningokokkenfälle. Davon lagen sechs Fälle in der Altersgruppe 15 bis unter 25 Jahre vor, zwei Fälle in der Altersgruppe fünf bis unter 15 Jahre und zwei Fälle betrafen Säuglinge. 1999 verstarb ein 17-jähriger Schüler einer aus Spanien zurückgekehrten Reisegruppe an einer Meningokokkensepsis (Waterhouse-Friderichsen-Syndrom).

Da ein letaler Ausgang der Meningokokken-Infektion denkbar ist, wird seitens der Sächsischen Impfkommision auch schon bei Säuglingen die Impfung gegen Meningokokken Gruppe C empfohlen, aber noch nicht von den Kassen bezahlt.

Die durchschnittliche Inzidenz pro 1.000 innerhalb der gleichen Altersgruppen lag zwischen 1997 und 2004 bei:

unter 1 Jahr	0,51
1 bis unter 5 Jahre	0,12
5 bis unter 15 Jahre	0,09
15 bis unter 25 Jahre	0,09

³⁰ Zählung beginnt aus internen Gründen hier erst 1998

IMPFPFRÄVENTABLE ERKRANKUNGEN

Die früher als „Kinderkrankheiten“ bezeichneten impfpräventablen Erkrankungen wie Masern, Mumps und Röteln sowie Keuchhusten (Pertussis) treten auf Grund guter Durchimpfungsraten aus DDR-Zeiten nur sporadisch auf, im Alter über 15 Jahren fast überhaupt nicht mehr (vgl. Tab. 3.17). In der DDR war der Keuchhusten durch die Impfpflicht bei Klein- und Schulkindern weitgehend ausgerottet. Nach der Wende wurde aufgrund sinkender Impfraten ein Wiederanstieg der Erkrankungszahlen beobachtet. Die relativ hohen Werte des Jahres 1997 sind wahrscheinlich auf diese Tatsache zurückzuführen, wobei die meisten Erkrankungsfälle im Alter von fünf bis unter 15 Jahren erfasst werden mussten (57 Fälle). Seit der Empfehlung der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) von 1991 und der Einführung des azellulären Pertussisimpfstoffes steigen die Impfraten kontinuierlich, die Erkrankungsraten im Kindesalter sinken. Jedoch kommt es im Erwachsenenalter wieder zum Auftreten der Erkrankung.

Zwischen 1997 und 2004 gab es in Chemnitz keinen einzigen Masernfall, eine Folge der historisch bewährten Impfdisziplin.

Tab. 3.17: Meldepflichtige impfpräventable Infektionskrankheiten bei Kindern bis 15 Jahre und Jugendlichen/Erwachsenen zwischen 15 bis unter 25 Jahre in Chemnitz, Erkrankungen pro 1.000 EW der gleichen Altersgruppe, von 1997 bis 2004. Quelle: GA Chemnitz. Gebietsstand: 01.01. des Folgejahres

Altersgruppen	Erkrankung pro 1.000 der gleichen Altersgruppe	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004 ³¹
< 1 Jahr	Mumps	keine Erkrankung (k.E.)							
1 - < 5 Jahre		0,20	0,59	0,17	0,16	0,16	k.E.	k.E.	k.E.
5 - < 15 Jahre		0,23	0,12	0,17	0,19	0,10	0,17		
15 - < 25 Jahre		0,03	k.E.	k.E.	0,06	0,16	k.E.		
< 1 Jahr	Röteln	k.E.	0,65	k.E.	k.E.	0,55	k.E.	0,56	k.E.
1 - < 5 Jahre		0,59	0,20	0,87	0,66	0,47	0,15	0,15	
5 - < 15 Jahre		0,80	0,21	0,21	0,19	0,41	0,06	k.E.	
15 - < 25 Jahre		0,10	0,10	k.E.	0,06	0,03	0,03	k.E.	
< 1 Jahr	Keuchhusten	3,26	0,65	k.E.	k.E.	0,55	k.E.	k.E.	k.E.
1 - < 5 Jahre		0,39	0,20	k.E.	0,49	k.E.	k.E.	0,29	k.E.
5 - < 15 Jahre		2,17	0,54	0,13	0,33	0,31	0,34	0,25	0,14
15 - < 25 Jahre		0,29	0,07	k.E.	0,25	0,09	0,38	0,03	0,13

Anders sieht es bei Windpocken (Varizellen) und Scharlach aus. Die Windpocken-Impfung wird noch nicht von allen Kassen übernommen. Die STIKO hat im Juli 2004 ihre Impfeempfehlungen aktualisiert und die Windpocken-Impfung als Standardimpfung empfohlen³². Bisher war sie eine Indikationsimpfung für spezielle Risikogruppen (und deren Kontaktpersonen) sowie für Jugendliche, die noch keine Windpocken hatten. Damit sollen die in Deutschland hohen Erkrankungszahlen (geschätzte 750.000 pro Jahr) reduziert und die durch Windpocken verursachten Komplikationen verringert werden. Das klinische Bild enthält ein Exanthem an Haut oder Schleimhaut bei gleichzeitig vorhandenen Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf, die Inkubationszeit beträgt 14-21 Tage. In Sachsen besteht für die Erkrankung Meldepflicht.

Gegen Scharlach gibt es noch keinen Impfstoff, er ist aber gut mit Antibiotika zu behandeln. Das klinische Bild besteht aus Pharyngitis, einem feinfleckigen Exanthem und der sogenannten „Himbeerzunge“ bei einer Inkubationszeit von ca. 2-4 Tagen. Auch für Scharlach existiert in Sachsen Meldepflicht.

Sowohl die Windpocken als auch Scharlach treten vorwiegend in den Altersgruppen zwischen einem bis unter 15 Jahren auf, bei Säuglingen und Jugendlichen über 15 Jahren werden die Erkrankungen nur vereinzelt festgestellt.

Die durchschnittlichen Inzidenzen pro 1.000 der innerhalb gleichen Altersgruppen lagen zwischen 1997 und 2004 bei:

	Windpocken	Scharlach
unter 1 Jahr	0,51	0,73
15 bis unter 25 Jahre	0,16	0,10

³¹ vorläufige Zahlen

³² www.rki.de

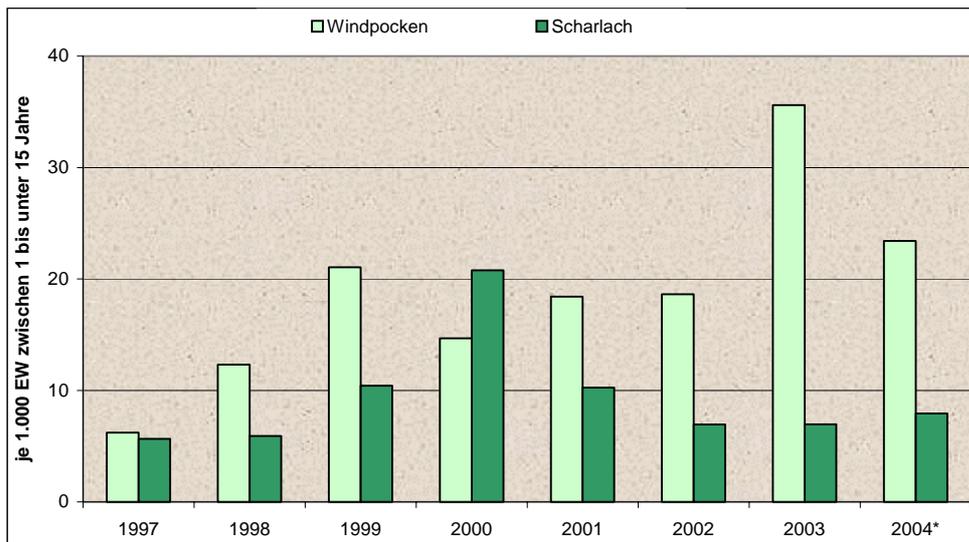


Abb. 3.31: Windpocken und Scharlach bei Kindern zwischen einem bis unter 15 Jahren in Chemnitz, Erkrankungen pro 1.000 der gleichen Altersgruppe, von 1997 bis 2004. Quelle: GA Chemnitz, Gebietsstand: 01.01. des Folgejahres

3.2.3 Stationär behandelte Kinder und Jugendliche

Im Jahr 2003 standen für die Chemnitzer Bevölkerung drei Krankenhäuser zur Verfügung, davon eines von einem öffentlichen und zwei von freigemeinnützigen Trägern. Die Häuser verfügten zusammen über 2.485 Betten, davon 1.873 (75,4 Prozent) von dem öffentlichen und 612 Betten von den beiden freigemeinnützigen Trägern. Die privat geführte Klinik Carolabad (Zentrum für Verhaltensmedizin, Psychosomatik und Psychotherapie) der Fa. Rehakonzepit Klinikbetriebe GmbH gilt als Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung und wird deshalb zur Zeit statistisch nicht berücksichtigt.

Zwischen 1997 und 2003 haben sich in Chemnitz die stationären Versorgungskapazitäten bei steigenden Fallzahlen und sinkender Verweildauer verändert. 1997 gab es für die Kinderheilkunde³³ 160 Krankbetten bei 5.755 jährlich behandelten Patienten, im Jahr 2003 165 Betten bei 6.492 Fällen (+ 12,8 Prozent). In den Jahren 2000 und 2002 waren die Bettenkapazitäten jedoch schon auf 146 abgebaut. Dabei spielt es keine Rolle, wie oft im Jahr ein Kind oder ein Jugendlicher in ein Krankenhaus aufgenommen werden muss, es handelt sich dann jeweils um einen neuen Fall. Das Gleiche gilt bei Verlegung in andere Fachabteilungen.

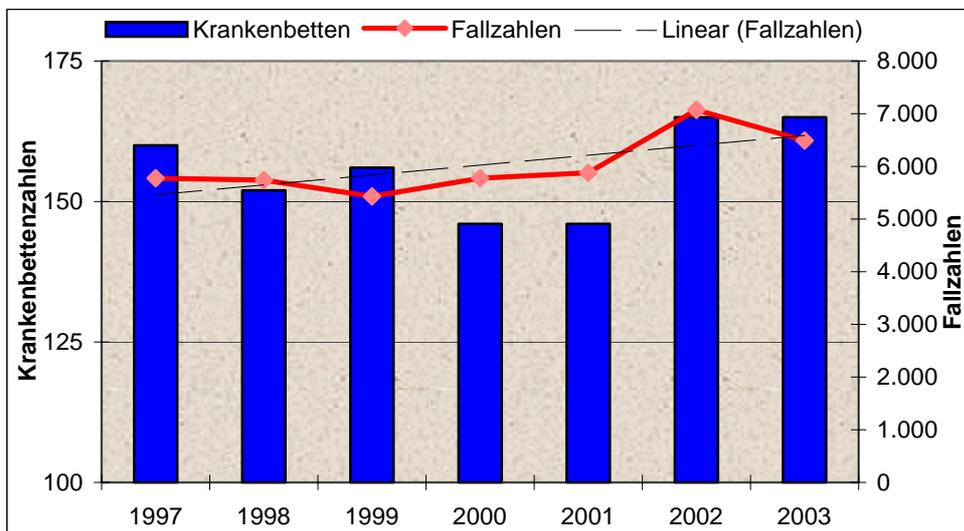


Abb. 3.32: Krankbetten- und Fallzahlen der Kinderheilkunde in Chemnitzer Krankenhäusern 1997 bis 2003, absolute Zahlen

Die Betten für die Kinder und Jugendpsychiatrie³⁴ müssen gesondert betrachtet werden. Folgende Daten stehen zur Verfügung:

	Anzahl Betten	Fälle	Nutzungsgrad (%)	Verweildauer in Tagen
1997	} 30	146	73,2	55,1
1998		175	76,2	47,8
1999		172	77,4	49,4

³³ Bevölkerung unter 15 Jahren

³⁴ Bevölkerung unter 18 Jahren

Ab dem Berichtsjahr 2000 werden laut dem Sächsischen Krankenhausplan für Chemnitz keine Betten mehr in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgewiesen, da diese seit 2001 verwaltungstechnisch zu einem Krankenhaus des Chemnitzer Umlandes (65 bis 70 Betten) gehören, aber gegenständlich noch für die Chemnitzer Heranwachsenden zur Verfügung stehen.

Neben den Betten- und Fallzahlen sind der Nutzungsgrad der Betten und die durchschnittliche Verweildauer der Patienten bei stationärem Aufenthalt aussagekräftige Indikatoren. Im Zusammenhang mit in manchen Jahren rückläufigen Betten- und steigenden Fallzahlen nahm auch die Verweildauer im Krankenhaus ab. Diese konnte vor allem durch zügige Diagnostik, verbesserte Therapien, auch zunehmend ambulante Nachbehandlungen reduziert werden. 1997 verblieben die Kinder im Schnitt 7,7 Tage in den stationären Einrichtungen, 2003 waren es nur noch 6,2 Tage. Anders ist die Sachlage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hier sank die Verweildauer von 1997 (55,1 Tage) bis 2000 auf 49,4 Tage, doch ist gerade bei diesem sensiblen Thema keine Tendenz zu erkennen. In manchen Jahren war die Verweildauer ziemlich niedrig, in manchen Jahren dafür relativ hoch³⁵. In ganz Sachsen betrug die Verweildauer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 2003 51,5 Tage, in der Kinderheilkunde allgemein 5,9 Tage [32].

Der Nutzungsgrad der Betten in der Kinderheilkunde sank von 1997 (75,7 Prozent) bis 2003 auf 66,9 Prozent. Diese schlechte Auslastung speziell der Betten in der Kinderheilkunde wird auch sachsenweit bestätigt [33].

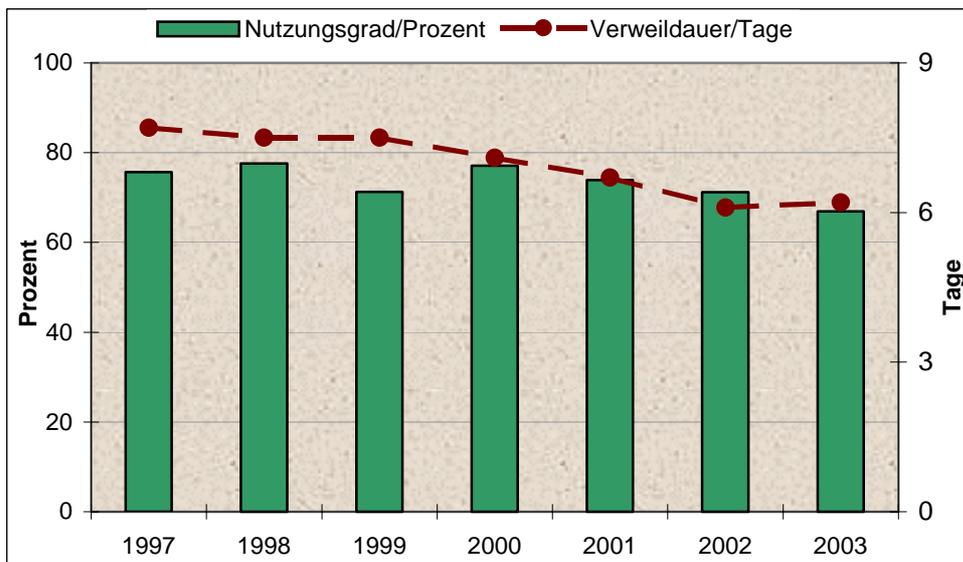


Abb. 3.33: Auslastung der Betten für Kinderheilkunde in Chemnitz 1997 bis 2003

In der Folge werden die Ergebnisse der Hauptdiagnosestatistik der Krankenhäuser des Freistaates Sachsen für kindliche bzw. jugendliche Patienten mit Wohnort Chemnitz recherchiert. Auch diese basieren auf verschiedenen Statistiken des StaLa.

Die Berechnungen stützen sich auf Zahlen über Patienten mit Hauptwohnsitz Chemnitz, wobei es keine Rolle spielte, in welchen sächsischen Krankenhäusern (einschließlich der Chemnitzer Häuser) sie stationär behandelt wurden (Behandlungsortprinzip). Im Durchschnitt wurden zwischen 1997 und 2003 etwa 8,09 Prozent mehr Kinder und Jugendliche in Chemnitzer und Krankenhäusern in ganz Sachsen behandelt als nur in der Stadt (Wohnortprinzip), somit wird auf Grund der etwas größeren Fallzahlen das Behandlungsortprinzip favorisiert. Zahlen für Behandlungen in Krankenhäusern außerhalb von Sachsen können auf Grund ihrer Geringfügigkeit vernachlässigt werden.

Grundlage für die Erfassung in der Diagnosestatistik ist die Entlassung aus dem Krankenhaus (auch in Todesfall), unabhängig davon, wie viele Fachabteilungen der Patient während seines Aufenthaltes im Krankenhaus in Anspruch nahm. Bei mehreren Krankenhausaufenthalten im Jahr wird ein Patient demnach mehrfach gezählt, so dass auch hier die Fallzahlen Behandlungs- und nicht Personenzahlen sind.

Als Stundenfälle werden Patienten bezeichnet, die nur kurzfristig zur Abklärung einer Diagnose ins Krankenhaus eingeliefert und am gleichen Tag, d.h. vor Mitternacht, entlassen wurden. Allerdings werden sie seit dem Berichtsjahr 2002 nicht mehr gesondert ausgewiesen und somit bei der Berechnung der Fallzahlen nicht mehr berücksichtigt.

³⁵ Krankenhaus des Chemnitzer Umlandes: im Jahr 2002: 47,7 Tage, im Jahr 2000: 58,8 Tage

Tab. 3.18: In den Krankenhäusern des Freistaates Sachsen bzw. der Stadt Chemnitz behandelte Patienten unter 18 Jahre mit Wohnort Chemnitz (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) nach Altersgruppen 1997 bis 2003, absolute Zahlen und in Prozent

Jahr	Fallzahlen gesamt	Anzahl der Patienten (einschließlich Stunden- und Sterbefälle)			Prozentualer Anteil		
		im Alter von ... bis unter ... Jahren					
		< 3	3 - 15	15 - 18	< 3	3 - 15	15 - 18
1997	5 141	1 614	2 633	894	31,39	51,22	17,39
1998	6 048	1 816	3 175	1 057	30,03	52,50	17,48
1999	5 950	1 993	2 948	1 009	33,50	49,55	16,96
2000	5 706	1 945	2 791	970	34,09	48,91	17,00
2001	5 508	1 915	2 562	1 031	34,77	46,51	18,72
2002	5 460	1 959	2 462	1 039	35,88	45,09	19,03
2003	5 120	1 942	2 225	953	37,93	43,46	18,61
Differenz %					+ 6,54	-7,76	+ 1,22

Aus Tab. 3.18 geht hervor, dass zwischen 1997 und 2003 die Zahl der Patienten unter drei Jahre zunahm, während in der Altersgruppe zwischen drei bis unter 15 Jahren durch eine Verringerung der Fallzahlen um 7,8 Prozent zu erkennen ist. Dies kann in erster Linie durch zunehmend ambulant durchgeführte Therapien erklärt werden. In der Altersgruppe zwischen 15 bis 18 Jahre blieb der Verlauf relativ konstant. In der folgenden Grafik wurde die Altersgruppe zwischen drei bis unter 15 Jahren nochmals aufgeteilt. Danach sind die Patienten unter drei Jahren in der Überzahl, auch geschuldet der Einbeziehung der Neugeborenen und in diesem Zusammenhang der Erhöhung der Lebensgeborenenziffer in den letzten Jahren (vgl. Gliederungspunkt 2.2.1. bzw. Abb. 2.6)

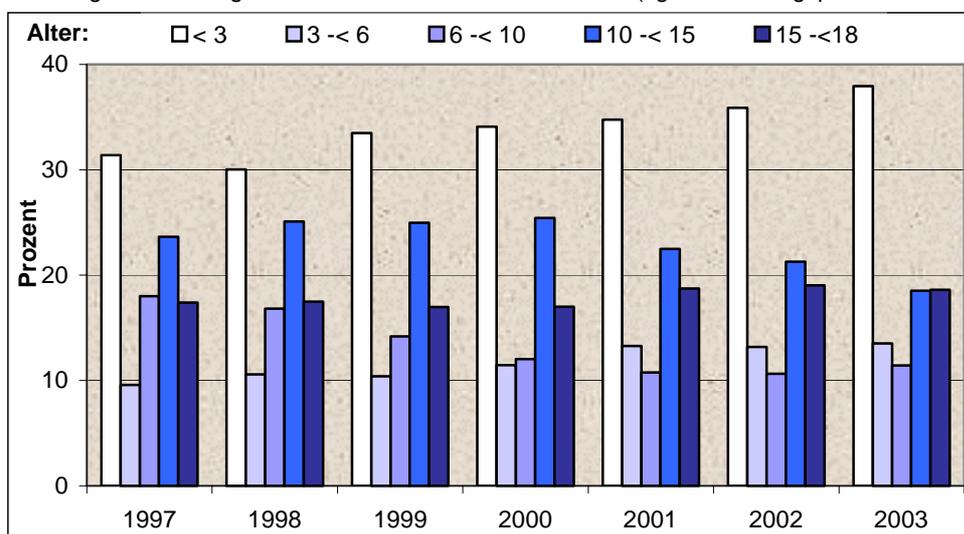


Abb. 3.34: In den Krankenhäusern des Freistaates Sachsen bzw. der Stadt Chemnitz behandelte Patienten unter 18 Jahre mit Wohnort Chemnitz (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) nach Altersgruppen 1997 bis 2003, in Prozent

Jungen werden in der Regel deutlich öfter stationär behandelt als Mädchen. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied wird mit zunehmendem Alter geringer und kehrt sich in der Altersgruppe von 15 bis 18 Jahre um. Ursache dafür sind dann schwangerschaftsbedingte Krankenhausaufenthalte einschließlich legal eingeleiteter Aborte.

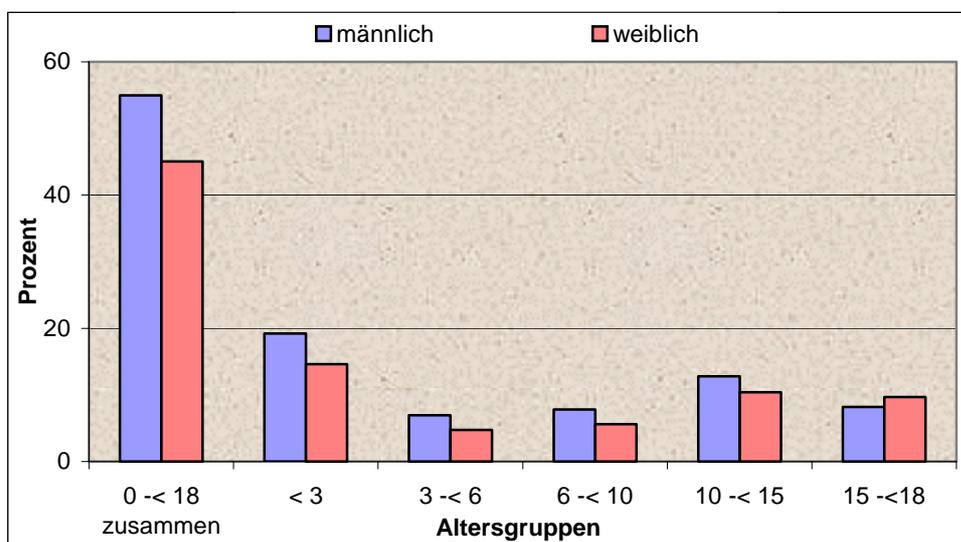


Abb. 3.35: In den Krankenhäusern des Freistaates Sachsen bzw. der Stadt Chemnitz behandelte Patienten unter 18 Jahre mit Wohnort Chemnitz (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) nach Altersgruppen und Geschlecht, Mittelwerte von 1997 bis 2003, in Prozent

Die Diagnose, die der Hauptgrund für den Krankenhausaufenthalt war bzw. den größten Teil der medizinischen Leistungen verursacht hat, ist die auszuwertende Hauptdiagnose. Es gibt immer wiederkehrende Diagnosen, die

den Aufenthalt in einem Krankenhaus nach sich ziehen. Für die Berechnungen in der Tab. 3.19. wurden die Jahre 1997 bis 2003 zusammengefasst. In diesem Zeitlimit stehen bei Patienten bis unter 18 Jahre folgende Einzeldiagnosen an der Spitze der Gründe für eine stationäre Aufnahme:

Tab. 3. 19: Die 10 häufigsten Diagnosen nach Anzahl der Patienten (einschließlich Stunden- und Sterbefälle) unter 18 Jahre von 1997 bis 2003, absolute Zahlen und Anteile an diesen Patienten in Prozent. Gebietsstand: jeweils 31.12.

Rang	IDC-Nummern		Bezeichnung der Diagnose	Anzahl der Pat. (<18 Jahre)	Anteil in Prozent
	ICD 9	ICD 10			
1	850	S06	Gehirnerschütterung/Intrakranielle Verletzung	3.998	31,6
2	474	J35	Chronische Krankheit der Gaumen und Rachenmandeln	2.029	16,0
3	009	A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, verm. infek. Ursprungs	1.170	9,3
4	465	J06	Akuter Infekt der oberen Atemwege	1.075	8,5
5	774	P59	Perinataler Ikterus	929	7,3
6	466	J20	Akute Bronchitis und Bronchiolitis	882	7,0
7	289.2 289.3	I88	Unspezifische Lymphadenitis	876	6,9
8	558	K52	Sonstige Formen der nichtinf. Gastroenteritis/Kolitis	692	5,5
9	008	A08	Virusbedingte und sonstige ... Darminfektion	537	4,2
10	765	P07	Störungen infolge kurzer Schwangerschaftsdauer	454	3,6
	gesamt			12.642	100

Fast ein Drittel aller Krankenhausaufenthalte sind nach einer Gehirnerschütterung notwendig, die in der Regel die Folge eines Unfalls ist. Das entspricht für den genannten Zeitraum einer Inzidenz von 15,4 pro 1.000 Einwohner unter 18 Jahren³⁶. Aber auch die chronische Krankheit der Gaumen und Rachenmandeln mit einer Inzidenz von 7,8 pro 1.000 steht in der „Hitliste“ der Diagnosen zweiter Stelle, gefolgt von Erkrankungen der Verdauungsorgane und der oberen Atemwege.

Je nach Altersklasse haben die Krankheiten eine unterschiedliche quantitative Bedeutung:

1. Bei Kindern unter drei Jahren sind in der Rangfolge der häufigsten Diagnosen besonders die Umstände während und nach der Geburt wie vor allem die Neugeborenenengelbsucht (perinataler Ikterus), akute Infekte der oberen Atemwege und Bronchitiden sowie infektiöse und nichtinfektiöse Krankheiten der Verdauungsorgane (Gastroenteritis, Kolitis, Diarrhoe) erwähnenswert.
2. „Spitzenreiter“ bei Vorschulkindern zwischen drei bis unter sechs Jahren ist die chronische Erkrankung der Gaumen- und Rachenmandeln, auf Rang zwei folgen Verletzungen (Gehirnerschütterung), dann Magen- und Darmerkrankungen bzw. Übelkeit und Erbrechen. Aber auch weitere Erkrankungen der Atmungsorgane wie z.B. Bronchitis und Lungenentzündung sind zu nennen.
3. In der Altersgruppe sechs bis unter 15 Jahre sind Verletzungen häufigste Ursache für eine stationäre Behandlung. Hier steht die Gehirnerschütterung ebenfalls an erster Stelle, gefolgt von Frakturen der oberen und unteren Extremitäten sowie Prellungen. Krankheiten der Atmungsorgane (hier vor allem Mandelentzündungen) der Verdauungsorgane (vor allem Appendizitis) belegen in dieser Altersgruppe die zweite und dritte Stelle.
4. Bei Jugendlichen zwischen 15 bis unter 18 Jahren ist der erste Rang wiederum mit der Diagnose Gehirnerschütterung besetzt. Es folgen die chronische Erkrankung der Rachen- und Gaumenmandeln wie in der Altersgruppe zwischen sechs bis unter 15 Jahre, weiterhin Verletzungen wie Frakturen aller Art, Verstauchungen und Prellungen, hinzu kommen Aborte bzw. Geburten. Im Jahr 2003 taucht erstmals an zweiter Stelle die Diagnose „Störungen durch Alkohol“ (ICD 10: F10) auf. Die 35 gezählten Fälle entsprechen einer Inzidenz von 4,2 pro 1.000 Jugendliche in diesem Alter (8.400 Personen).

3.3.4 Unfälle (Indikator 15)

Wie schon in Gliederungspunkt 3.3.3 betont, sind Unfälle bei Heranwachsenden sowohl für die Morbidität als auch die Mortalität wichtige, vor allem altersspezifische Einflussgrößen. In Deutschland sterben nach dem ersten Lebensjahr mehr Kinder an den Folgen von Unfällen als an Krebs und Infektionskrankheiten zusammen. Bei älteren Kindern und Jugendlichen sind Unfallgeschehen häufiger zu finden als bei Kleinst- und Kleinkindern, d.h. schulpflichtige Kinder haben ein dreifach größeres Unfallrisiko als Kinder im Vorschulalter. Im häuslichen Bereich liegt die Unfallquote der Vorschulkinder allerdings über der von Kindern ab dem sechsten Lebensjahr.

Für Darstellungen von Kinder- und Jugendunfällen gibt es keine einheitliche bundes- bzw. länderweite Datenzusammenstellung, sondern es müssen für die einzelnen Lebensbereiche Fakten aus unterschiedlichen Statistiken bearbeitet bzw. hochgerechnet werden:

- € Todesursachenstatistik,
- € Straßenverkehrunfallstatistik über im Straßenverkehr verunglückte Kinder,

³⁶ 1997 bis 2003: unter 18-Jährige jeweils am 31.12.: 258.911 EW, Gebietsstand jeweils 01.01. des Folgejahres

- € Statistiken der gesetzlichen Unfallversicherung,
- € Diagnosestatistik über im Krankenhaus wegen eines Unfalls stationär behandelte Kinder/Jugendliche (meist Sport- und Freizeitunfälle und Unfälle im häuslichen Bereich)
- € Statistik der gesetzlichen Schülerunfallversicherung

Eine Zusammenfassung der verschiedenen Statistiken zu Gesamtunfallzahlen ist nicht nur auf Grund verschiedener Erhebungskriterien problematisch, sondern birgt auch die Gefahr von Überschneidungen und Doppelzählungen. Ein Beispiel wäre der Bereich „Verkehr und Schule“, z.B. ein tödlicher Straßenverkehrsunfall auf dem Schulweg, der unter Umständen in drei Statistiken einfließt.

In Deutschland verletzen sich jedes Jahr mehr als 1,8 Millionen Kinder unter 15 Jahren bei Unfällen so schwer, dass sie ärztlich behandelt werden müssen. [34]. Bei einer Gesamtzahl von 12,8 Millionen Kindern der Bundesrepublik ist das etwa jedes vierzehnte Kind oder ein Kinderunfall alle 18 Sekunden. Der Handlungsbedarf ist also groß.

In einer repräsentativen Erhebung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin aus dem Jahr 2000 wurden die Anteile an Unfallkategorien von Kindern unter 15 Jahren für ganz Deutschland errechnet, wobei die Unfälle im Schulbereich mehr als die Hälfte betragen.

Unfallkategorie	Unfälle hochgerechnet	Anteil in Prozent
€ Verkehr	215.000	11,7 %
€ familiäres Milieu/Freizeit	256.000/315.000	31,0 %
€ Schule	1.057.652	57,7 %
gesamt	1.843.652	

Zur Unfallkategorie „Verkehr“ gehört nur ca. jeder 10. Unfall von allen Unfallgeschehen, doch bei den tödlichen verlaufenden Unfälle ist das jeder zweite. Im Jahr 2001 fanden in Deutschland 247 Kinder unter 15 Jahren den Tod im Straßenverkehr, das sind 48,5 Prozent aller tödlichen Kinderunfälle [34].

Zwischen 1997 und 2003 mussten in Chemnitz 33 tödlich verlaufende Unfallgeschehen bei Kindern beklagt werden. Lediglich im Jahr 2001 war kein einziger Fall zu verzeichnen. Fast zwei Drittel (23 Tote oder 69,7 Prozent) wurden in der Altersgruppe 15 bis 20 Jahre registriert, ein Viertel (acht Tote oder 24,2 Prozent) in der Altersgruppe eins bis unter 15 Jahre und lediglich zwei Fälle im Alter unter einem Jahr. Der Hauptanteil lag wie in ganz Deutschland bei den Verkehrsunfällen.

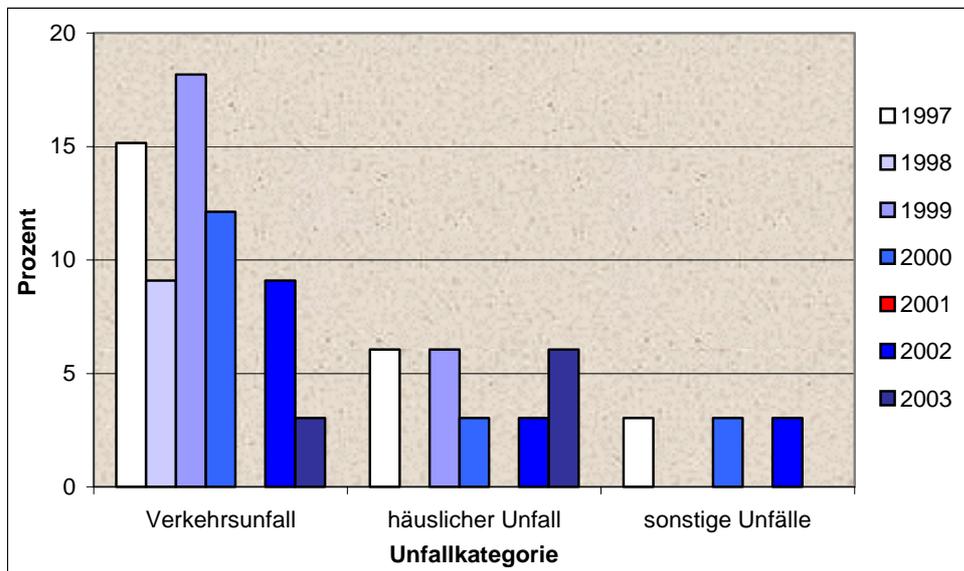


Abb. 3.36: Tödlich verlaufende Unfälle bei Kindern und Jugendlichen bis 20 Jahre (n = 33) in Chemnitz 1997 bis 2003 nach Unfallkategorie, in Prozent von allen Kinderunfällen. Gebietsstand: jeweils der 01.01. des Folgejahres

Da die Unfälle, die „nur“ eine Verletzung nach sich ziehen, verschiedenen Statistiken entnommen werden müssen, werden in der Folge vor allem

- € Verkehrsunfälle (Quelle: StaLa),
- € die in der Diagnosestatistik des StaLa verzeichneten Unfälle und die
- € Unfälle aus der gesetzlichen Schülerunfallversicherung, analysiert durch den Arbeitssicherheitstechnischen Dienst (ASiD) des Personalamtes der Stadtverwaltung Chemnitz betrachtet.

Unfälle im Straßenverkehr sind durch Meldungen in den Medien am meisten ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gedrungen. Bei diesen Unfällen sind Kinder und Jugendlichen sowohl Verursacher als auch Opfer. Abb. 3.36

zeigt, dass die Zahl der tödlich verlaufenden Verkehrsunfälle in der Tendenz zurückgegangen ist. Zwischen 1997 und 2003 ereignete sich bei Kindern unter 15 Jahre nur ein tödlich verlaufender Verkehrsunfall, bei Jugendlichen zwischen 15 bis 20 Jahren waren 19 Opfer zu verzeichnen, zwischen 2001 und 2003 jedoch nur ein einziger Fall.

Bei Unfällen im Straßenverkehr mit Personenschaden wird zwischen Getöteten und Schwer- oder Leichtverletzten unterschieden. In der Altersgruppe unter 15 Jahre ist das Verhältnis Leicht- zu Schwerverletzte etwa grob geschätzt ein Schwerverletzter auf zwei Leichtverletzte, im Alter von 15 bis 20 Jahre etwa ein Schwerverletzter auf drei bis vier Leichtverletzte. Der 16. bzw. 18. Geburtstag ist hinsichtlich der Teilnahme am Straßenverkehr ein entscheidendes Datum im Leben junger Menschen, da in diesem Alter der Erwerb des Führerscheins für Leichtkrafträder (16. Lebensjahr) bzw. für Motorzweiräder und PKW (18. Lebensjahr) möglich ist. Mit dem Erwerb des Führerscheins und der aktiven Teilnahme als PKW- bzw. Motorradfahrer im Straßenverkehr steigt allerdings das Unfallrisiko rasant an.

Die Neulinge im Straßenverkehr verfügen meist nur über eine geringe Fahrpraxis und neigen dazu, ihr Können zu überschätzen. Gefährliche Situationen, Wetterkapriolen oder Ablenkungen z.B. durch Mitfahrer, Handys und überlaute Musik lassen das Gefahrenpotential in die Höhe schnellen. Nicht angepasste Geschwindigkeit, ungenügender Sicherheitsabstand, aber auch Fahren unter Alkoholeinfluss sind die Hauptursachen für die gleichbleibend hohen Zahlen je 10.000 Einwohner besonders in der Altersgruppe der 15 bis 20-Jährigen. Männliche Straßenverkehrsteilnehmer verunglücken deutlich mehr als weibliche [36].

Tab. 3.20: Bei Straßenverkehrsunfällen schwer- und leichtverletzte Kinder unter 15 Jahre, Jugendliche und junge Erwachsene von 15 bis 20 Jahre in Chemnitz 1997 bis 2003, absolut und je 10.000 EW der gleichen Altersgruppe. Gebietsstand: 01.01.2004

Jahr	unter 15 Jahre			15 – 20 Jahre		
	Schwerverletzte	Leichtverletzte	je 10.000 EW	Schwerverletzte	Leichtverletzte	je 10.000 EW
1997	67	144	59,6	100	318	199,3
1998	71	122	58,8	80	301	185,9
1999	63	101	53,4	101	308	206,3
2000	53	85	47,5	89	289	196,5
2001	28	75	37,4	70	278	186,4
2002	44	80	47,4	66	258	179,4
2003	40	61	40,6	59	259	181,2
gesamt	366	668	50,1	565	2.011	191,1

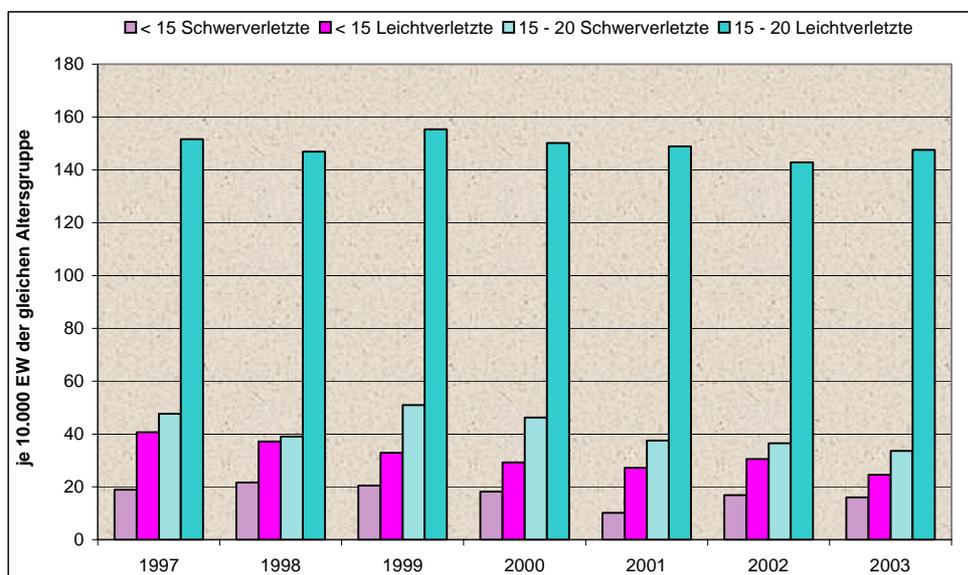


Abb. 3.37: Bei Straßenverkehrsunfällen schwer- und leichtverletzte Kinder unter 15 Jahre, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 bis 20 Jahre in Chemnitz 1997 bis 2003, absolut und je 10.000 EW der gleichen Altersgruppe Gebietsstand: 01.01.2004

Abb. 3.37 verdeutlicht noch einmal die Verhältnismäßigkeiten zwischen Leicht- und Schwerverletzten in den beiden Altersgruppen. Trendberechnungen für alle Datenreihen ergeben bis 2003 einen moderaten Rückgang bei allen vier Gruppen.

Schulpflichtige, noch nicht motorisierte Kinder sind als Fußgänger, als Radfahrer oder Mitfahrer in einem PKW am Straßenverkehr beteiligt. Als Fußgänger und Radfahrer müssen auch sie sich an bestimmte Straßenverkehrsregeln halten. Die Zahlen der bei Straßenverkehrsunfällen verunglückten Kinder zwischen sechs bis unter 15 Jahren pro 10.000 Einwohner der gleichen Altersgruppe lassen zwischen 1997 und 2003 eine geringfügig erhöhte Tendenz erkennen.

Tab. 3.21: Bei Straßenverkehrsunfällen verunglückte schulpflichtige Kinder (6 bis unter 15 Jahre) in Chemnitz nach Art der Unfallbeteiligung, 1997 bis 2003, absolut und pro 10.000 EW. Gebietsstand: 01.01.2004

Jahr	als Fußgänger	als Radfahrer	als Mitfahrer	gesamt	Kinder 6 - < 15 Jahre gesamt	pro 10.000 EW
1997	65	59	58	182	23.886	76,2
1998	72	54	42	168	21.501	78,1
1999	43	50	46	139	20.839	66,7
2000	43	43	27	113	17.013	66,4
2001	30	33	25	88	15.129	58,2
2002	42	39	26	107	13.494	79,3
2003	34	24	25	83	12.186	68,1
gesamt	329	302	249	880	124.048	70,9

Das größte Risiko, in einen Unfall verwickelt zu werden, hatten in Chemnitz Kinder, die als Fußgänger unterwegs waren (durchschnittlich 37,4 Prozent), gefolgt von den auf einem Fahrrad sitzenden Kindern (durchschnittlich 34,3 Prozent). Unfälle, bei denen Kinder Insasse eines PKW waren, sind zu einem Viertel (durchschnittlich 28,3 Prozent) am Gesamtunfallgeschehen im Straßenverkehr im betrachteten Zeitraum beteiligt. Innerhalb der Jahre lassen sich allerdings Verschiebungen hinsichtlich der Anteile der verschiedenen Arten der Unfallbeteiligung erkennen, ohne dass ein konkreter Trend zu erkennen wäre.

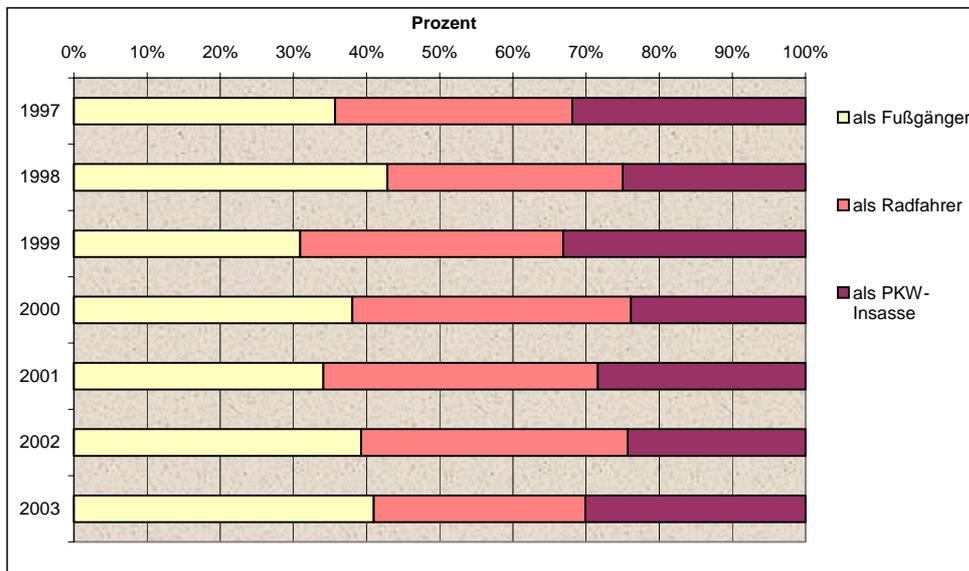


Abb. 3.38: Bei Straßenverkehrsunfällen verunglückte schulpflichtige Kinder (sechs bis unter 15 Jahre) in Chemnitz nach Art der Unfallbeteiligung, 1997 bis 2003, in Prozent. Gebietsstand: 01.01.2004

Nachhaltige Verkehrsunfallprävention, eine verbesserte Rettungsmedizin, Fortschritte in der Produktsicherheit sowie die Akzeptanz persönlicher Schutzmaßnahmen wie z. B. das Anschnallen im Auto oder das Tragen eines Fahrradhelmes konnten die Unfallzahlen in Chemnitz trotz ständig erhöhten Verkehrsaufkommens zwar nicht bemerkenswert vermindern, aber zumindest stabil mit leicht sinkender Tendenz halten. Dennoch ist jeder Unfall ein Unfall zuviel, und die Verkehrserziehung und -aufklärung in den Schulen sollte in den nächsten Jahren weiter intensiviert werden. Auch eine steigende Anzahl von Straßen mit Geschwindigkeitsbegrenzung, viele Fußgängerüberwege und Spielplätze sind Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Unfällen im Straßenverkehr.

Neben den Straßenverkehrsunfällen sind die **Unfälle im häuslichen Bereich, im Freizeitbereich und beim Sport** zu nennen, da sie wie alle anderen Unfälle kein unabwendbares Ereignis, sondern die Folge unzureichender Präventionsarbeit sind. Die äußeren Ursachen der tödlichen Haus- und Freizeitunfälle sind Ertrinken, Ersticken, Vergiftungen, Unfälle durch Feuer und vor allem Sturzunfälle. Auch hier ist eine altersspezifische Betrachtung notwendig. Unfälle gehören in jedem Alter zu den vermeidbaren Todesursachen, doch im Kindes- und Jugendalter können durch Prävention die wichtigsten Risiken durch die Erwachsenen vermindert werden.

Zwischen 1997 und 2003 (außer 1998 und 2001) ereigneten sich in Chemnitz acht häusliche tödliche Unfälle, durch Ertrinken, Ersticken, Sturz aus großer Höhe oder eine sonstige, nicht näher bestimmte Ursache (vgl. Abb. 3.36).

Bei nicht tödlichen Verlauf ziehen Unfälle oft lange Krankenhausaufenthalte oder gar bleibende Behinderungen nach sich. Die häufigste Unfallart im Kindesalter ist der Sturz mit einem Anteil von etwa 50 Prozent aller Unfälle, die wiederum zur Hauptdiagnose für Krankenhausaufenthalte – Gehirnerschütterung -, aber auch zu Frakturen aller Art führt.

Außer den Sturzverletzungen sind vor allem im Kindesalter Verbrennungen und Vergiftungen von Bedeutung. Zwischen 1997 und 2004 war in 424 Fällen der stationäre Aufenthalt in einem Krankenhaus unerlässlich. Diese Art von Unfall stieg in Chemnitz im Vergleich zu ganz Sachsen in den letzten sieben Jahren stark an.

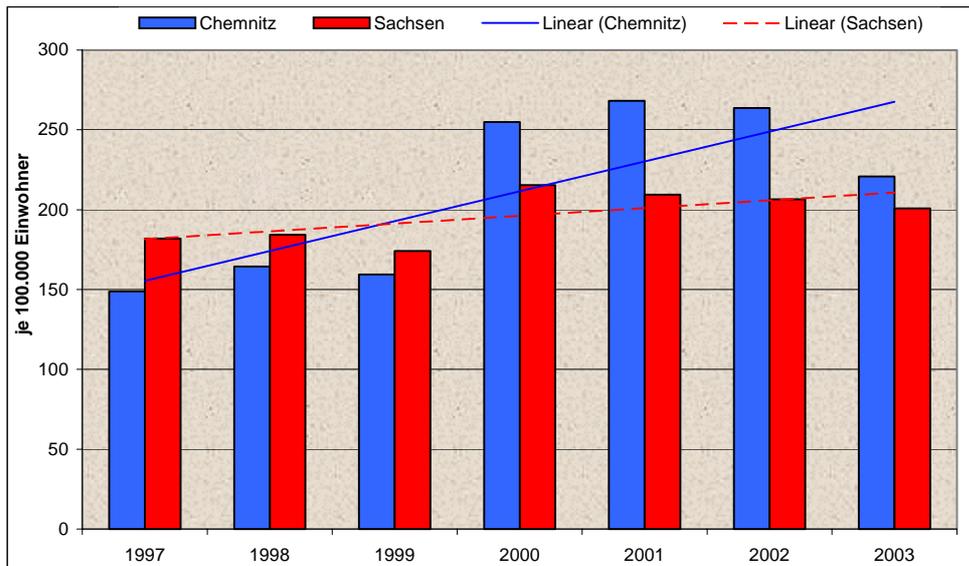


Abb. 3.39: Krankenhausfälle wegen Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern unter 15 Jahren je 100.000 Einwohner 1997 bis 2003 in Chemnitz und ganz Sachsen. Gebietsstand jeweils 31.12. des Jahres

In der Stadtverwaltung Chemnitz, speziell dem Arbeitssicherheitstechnischen Dienst (ASiD) des Personalamtes, wird auf der Basis der gesetzlichen Unfallversicherung eine jährliche **Schülerunfallstatistik** geführt, die alle in den Bereichen Kita, Schulen und Horten erfolgten Unfälle aufzeigt und damit einen verlässlichen, umfangreichen Datenbestand bietet. Auf Grund der demographischen Entwicklung und somit zur besseren Vergleichbarkeit der Schülerunfallentwicklung wurde als Unfallhäufigkeitsmessziffer die so genannte 1.000-Mann-Quote³⁷ ermittelt. Im Ergebnis der zuletzt erschienenen Unfallstatistik des Jahres 2003 stellt sich die Zeitreihe (vgl. Abb. 3.39) zwischen 1997 und 2003 für die Stadt Chemnitz wie folgt dar:

- ☞ Im Kita-Bereich ist eine tendenzielle Erhöhung der Unfallzahlen zu erkennen.
- ☞ Die Unfallzahlen bei Schülern sind leicht gesunken, die Unfälle in den Horten (Darunterzählung) blieben in etwa gleich

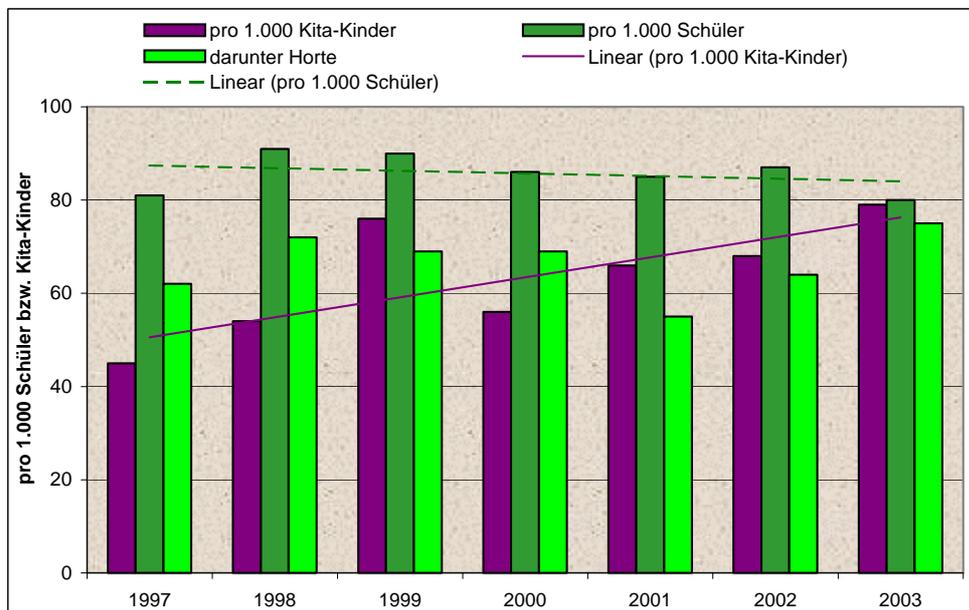


Abb. 3.40: Ergebnisse der Schülerunfallstatistik in Chemnitz 1997 bis 2003, pro 1.000 Kita-Kinder bzw. pro 1.000 Schüler. Quelle: ASiD Chemnitz

Die Unfallkasse Sachsen ermittelte als Entschädigungskosten pro Schülerunfall Durchschnittswerte. Diese betragen im Jahr 1997 338 DM oder 172,82 EURO, im Jahr 2003 252, 95 EURO pro Schülerunfall. Die Kostenrechnungen in den folgenden Zusammenstellungen basieren auf diesen Werten.

Die Hauptursachen für die Unfallarten müssen altersspezifisch betrachtet werden. Im **Kita-Bereich** erreichte die Quote pro 1.000 Kinder im Jahr 2003 den Höchststand der letzten 10 Jahre, nur vergleichbar mit dem Wert von 1999. Die niedrigste Quote einschließlich der Unfallkostenhöhe lag bisher im Jahr 1997.

³⁷ Quotient aus der Zahl der Unfälle und Zahl der Versicherten, multipliziert mit 1.000

Es wird unterschieden zwischen Unfällen beim Spielen, Turnen, Herumtoben usw. und Wege- und Wegeverkehrs-unfällen. Da nur die Statistiken der Jahre 1997 und 2002/2003 zur Einsicht benutzt wurden, können diese drei Jahre miteinander verglichen werden. Wege- (WU) und Wegeverkehrs-unfälle (WVU) nehmen einen sehr kleinen Teil am Unfallgeschehen in den Kindertagesstätten ein, zwischen 2,5 und 3,5 Prozent.

Jahr	Unfälle gesamt	übrige Unfälle	Wegeunfälle	Wegeverkehrs-unfälle	Unfallkosten [in EURO]
1997	158	154	4	-	27.305,56
2002	221	215	3	3	55.901,95
2003	265	256	6	3	67.031,75

Unfallkostendifferenz zwischen 1997 und 2003: + 39.726,19 EURO oder + 145,49 Prozent !!

Der weitaus überwiegende Teil der Unfälle ereignet sich beim Spielen im Garten oder Gruppenzimmer. Sie beruhen zumeist auf Verhaltensmängeln wie Stolpern, Ausrutschen, Eile, Hast, Unkenntnis und Ungewohntheit oder auf psychischen Einflussfaktoren wie Leichtsinns, Übermut, Übereifer, Unkonzentriertheit, Unaufmerksamkeit.

Die Ursachen gehen oft ineinander über oder überschneiden sich. Die Überschätzung der eigenen körperlichen Leistungsfähigkeit an Klettergerüsten, Schaukeln, Rutschen und Wippen, Rangeleien mit anderen Kindern und fehlende Trittsicherheit sind die häufigsten Einflussfaktoren für die Unfälle in den Kitas. Ambulant oder auch stationär behandelt werden müssen Platz- und Schürfwunden, Mehrfachverletzungen, Frakturen, Verstauchungen, Prellungen, Schwellungen u.ä.

Zwischen 1997 und 2003 sind die Unfallquoten in den **Schulen** leicht gesunken (vgl. Abb. 3.40). Bei Untersuchung der einzelnen Schultypen fällt die hohe Quote im Mittelschul- und Förderschulbereich auf. Im Mittelschulbereich entstehen auch die höchsten Kosten, gefolgt von den Gymnasien und den Grundschulen. Durch die geringere Anzahl der Förderschüler waren im Förderschulbereich die Kosten nicht so hoch. Da nur drei Jahre zur Auswertung zur Verfügung stehen, konnten keine Verlaufsanalysen erstellt werden.

Tab. 3.22: Schülerunfallstatistik nach Schultyp einschließlich Horte in Chemnitz 1997, 2002 und 2003, absolute Zahlen, Unfallquote pro 1.000 Versicherte und Unfallkosten in Euro. Quelle: ASiD Chemnitz

Jahr	versicherte Schüler	Schüler-unfälle	WU	WVU	Unfälle gesamt	Unfallquote pro 1.000	Kosten (€)
Grundschulen							
1997	9.909	788	55	4	847	85,5	146.378,54
2002	4.642	387	18	10	415	89,4	104.974,25
2003	4.698	353	21	8	382	81,3	96.626,90
Mittelschulen							
1997	10.602	1.379	77	13	1.469	138,6	253.872,58
2002	8.310	1.070	50	47	1.167	140,4	295.192,65
2003	7.380	900	37	27	964	130,6	243.843,80
Gymnasien							
1997	8.676	766	60	18	844	97,3	145.860,08
2002	6.294	660	20	24	704	111,9	178.076,80
2003	5.772	441	13	15	469	81,3	118.633,55
Förderschulen							
1997	2.305	252	17	4	273	118,4	47.179,86
2002	1.593	196	22	11	229	143,8	57.925,55
2003	1.545	184	11	6	201	130,1	50.842,95
Berufsschulzentren							
1997	14.010	267	41	54	362	25,8	62.560,84
2002	11.044	270	15	39	324	29,3	81.955,80
2003	8.926	193	10	57	260	29,1	65.767,00
Horte							
1997	6.511	385	12	3	400	61,4	69.128,00
2002	2.743	169	5	2	176	64,2	44.519,20
2003	2.792	205	4	1	210	75,2	53.119,50

Der Schulsport und andere sportliche Betätigungen sind die Hauptunfallursachen in den Schulen, geschuldet mangelnder Konzentration, ungenügender Körperkoordinierung, aber auch organisatorischen Problemen. Dominiert sind Unfälle bei Ballspielen (Volley-, Fuß- und Basketball), aber auch Geräteturnen, Leichtathletik und Wintersport.

Einen weiteren Schwerpunkt bilden Unfälle in den Pausen im Klassenzimmer oder auf dem Schulhof. Neckereien, Raufereien, Impulsivität, auch Aggressivität unter Schülern sind neben dem Sport die wichtigsten Einflussfaktoren. Nach Einschätzung des ASiD haben undisziplinierte, streitbare Verhaltensweisen besonders in Mittelschulen, Gymnasien und Förderschulen zugenommen.

Auffallend sind die vergleichsweise hohen Zahlen bei Wege- und Wegeverkehrsunfällen von Schülern der Berufsschulzentren, wobei die Entwicklung von Jahr zu Jahr sehr unterschiedlich ist.

	Unfälle gesamt	WU	WU in %	WVU	WVU in %	WU + WVU in %
1997	362	41	11,3	54	14,9	26,2
2002	324	15	4,6	39	12,0	16,7
2003	260	10	3,8	57	21,9	25,8

Viele Berufsschüler kommen, bedingt durch längere Schulwege, motorisiert zum Unterricht und erleiden dabei einen Unfall. Mangelnde Fahrfertigkeit, jugendliche Unbekümmertheit, Konzentrationsmangel beim Fahren durch äußere Einflüsse (z.B. überlaute Musik, Handybenutzung, Zigaretten) werden als Ursachen vermutet.

Die Verletzungsarten ähneln denen im Kita-Bereich, doch zusätzlich kommen Zahnverletzungen dazu.

Unfälle in den verschiedensten Lebensbereichen der Kinder und Jugendlichen könnten durch gezielte Prävention vermieden werden. Hierzu gehören neben der technischen Seite, z.B. der ständigen Überwachung von Sporthallen (Hallenparkettfußböden!) und Sportplätzen, Einflussnahmen auf Lebensstil und Sozialverhalten der Kinder durch Erzieher und Ausbilder. Bewegungsmangel, Übergewicht und damit die verminderten Fähigkeiten zur Bewegungskoordination, aber auch eine erhöhte Aggressionsbereitschaft in Schule und Straßenverkehr sind unfallfördernde, subjektive Faktoren, mit denen sich sowohl in den Kitas als auch den Schulen auseinandergesetzt werden muss.

3.3.5 Behinderungen (Indikator 18)

Der andauernde medizinische Fortschritt ermöglicht Behinderten zunehmend eine gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe am Leben. Behinderung wird nicht mehr nur als medizinische, sondern darüber hinaus als sozialpolitische Aufgabe verstanden, die Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung wie Jugend-, Sozial- und Arbeitsämter fordern.

Die in diesem Bericht verwendeten Daten über Behinderte stammen zumeist vom Statistischen Landesamt Kamenz und vom Landesversorgungsamt des Sächsischen Landesamtes für Familie und Soziales. In beiden Einrichtungen werden Behindertenstrukturstatistiken geführt, die territorial den Stadtkreis Chemnitz umfassen, jedoch zahlenmäßig voneinander abweichen. Vom StaLa liegen lt. Vorgabe des Indikators 18 Daten der Jahre 1997 und 2003 mit dem Gebietsstand vom 01.01.2004 vor, vom Landesversorgungsamt fast lückenlose Zeitreihen von 1997, 1999 bis 2003 mit dem Gebietsstand am Ende des jeweiligen Jahres. Außerdem werden im Landesversorgungsamt auch Behinderte mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 30 und 40 erfasst. Die genaue Quelle für die Auswertungen wird bei Notwendigkeit benannt.

Laut SGB IX (Teil 1, Kap. 1, § 2) sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Die Ursache der Behinderung, ob angeboren oder auf Krankheit oder Unfall beruhend, ist nicht von Bedeutung. Die Auswirkung der Funktionsbeeinträchtigung wird als Grad der Behinderung bezeichnet. Je höher der Grad der Behinderung, desto größer sind die körperlichen und geistigen Schädigungen bis hin zum Schwerstpflegefall. Schwerbehinderte sind Personen mit einem gültigen Schwerbehindertenausweis und einem Grad der Behinderung von 50 bis 100.

Am 31.12.2003 lebten lt. StaLa in Chemnitz 17.749 schwerbehinderte Bürger, davon 8.298 Männer (46,8 Prozent) und 9.451 Frauen (53,2 Prozent). Das entspricht einem Prozentsatz von 7,1 Prozent der Gesamtbevölkerung. Die Zahl der weiblichen Schwerbehinderten war 2003 größer als die Zahl der männlichen. Im Freistaat Sachsen waren zum gleichen Zeitpunkt 6,5 Prozent der Bevölkerung schwerbehindert. Auch hier gibt es mehr schwerbehinderte Frauen (50,7 Prozent) als Männer (49,3 Prozent). Der Sozialreport Chemnitz [2] spricht jedoch von einem bundesweiten Männerüberhang bei den Schwerbehinderten und erklärt den höheren Frauenanteil von Chemnitz mit den demographischen Gegebenheiten, da Schwerbehinderung vor allem bei älteren Menschen vorkommt und dort die Frauen in der Überzahl sind.

Sieben Jahre vorher, also 1997, gab es mit dem Gebietsstand vom 01.01.2004 19.601 Schwerbehinderte, ebenfalls 7,1 Prozent der Bevölkerung, davon 9.008 Männer (46,0 Prozent) Männer und 10.593 Frauen (54,0 Prozent). Während bei der Geschlechteraufteilung eine leichte Verschiebung zu erkennen ist, blieb der Anteil der Schwerbehinderten an der Gesamtbevölkerung fast konstant.

Andere Tendenzen sind in den Zahlen des Versorgungsamtes zu erkennen, hier hat sich die Zahl der Schwerbehinderten um 1,5 Prozent erhöht. Die Ursachenforschung für die erheblichen Differenzen der Zahlen sind nicht Gegenstand dieses Berichtes.

	1997 (259.126 EW)		2003 (249.922 EW)	
Schwerbehinderte gesamt ³⁸	18.467	7,1 Prozent	21.563	8,6 Prozent

Zwischen Lebensalter und Schwerbehinderung besteht ein enger Zusammenhang. So waren lt. StaLa 2003 etwa die Hälfte (48,5 Prozent) aller Schwerbehinderten älter als 65 Jahre (8.610), unter 25 Jahren (875) waren es 4,9 Prozent, davon unter 15 Jahren (279) 1,6 Prozent. Hier hat im Vergleich zu 1997 eine geringe Verschiebung der Anteile stattgefunden: damals waren 53,5 Prozent (10.481) aller Schwerbehinderten älter als 65 Jahre, 4,8 Prozent (946) jünger als 25 Jahre, davon 2,0 Prozent (396) jünger als 15 Jahre,

Bei der Betrachtung der Schwerbehinderten nach Altersgruppen je 1.000 EW der gleichen Altersgruppe gab es bei den unter 15-Jährigen kaum Änderungen, doch bei den über 65-Jährigen eine deutliche Abnahme.

	1997		2003	
	<i>absolut</i>	<i>je 1.000 EW der gleichen Altersgruppe</i>	<i>absolut</i>	<i>je 1.000 EW der gleichen Altersgruppe</i>
Schwerbehinderte unter 15 Jahren	396	11,6	279	11,5
Schwerbehinderte über 65 Jahre	10.481	210,8	8.610	154,8

Der Schwerbehindertenstatus spielt eine besondere Rolle im Erwerbsleben und verschafft den Betroffenen die ihrem Leiden angemessene Unterstützung. Dies fällt vor oder besonders nach dem Erwerbsleben weg. Die Anerkennung des Behindertenstatus mit den damit verbundenen Nachteilsausgleichen hat damit nicht mehr die große Bedeutung und wird von den Betroffenen somit weniger in Anspruch genommen, vor allem von älteren Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die oft nicht mehr im Berufsleben stehen.

Auch in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen hat nicht jeder einen Behindertenstatus, besonders vor der Einschulung. Mangelnde Information der Eltern behinderter Kinder/Jugendlicher über die Möglichkeiten des Erwerbs eines Behindertenstatus, aber auch die zögerliche Akzeptanz der Behinderung des Kindes durch die Eltern spielen dabei eine Rolle. Die Schwerbehindertenanzahl ist jedoch nicht konstant, da nach jeder in zeitlichen Abständen erfolgenden Begutachtung ein neuer Behindertenstatus festgelegt und nach Besserung des für die Behinderung entscheidenden Leidens aberkannt wird.

1997 gab es in Chemnitz in der Altersgruppe bis 15 Jahre 396 Behinderte, 2003 waren es 279. Das entsprach 1997 einer Behindertenquote von 11,6 je 1.000 Kinder, im Jahr 2003 waren es 11,5 von 1.000. Jungen besitzen häufiger den Schwerbehindertenstatus als Mädchen.

	1997		2003	
	<i>absolut</i>	<i>je 1.000 EW der gleichen Altersgruppe/Geschlechts</i>	<i>absolut</i>	<i>je 1.000 EW der gleichen Altersgruppe/Geschlechts</i>
männliche Schwerbehinderte	232	13,3	169	13,5
weibliche Schwerbehinderte	164	9,9	110	9,3

Schwerbehinderte werden nach dem Grad der Behinderung und nach Art der erheblichsten Behinderung unterschieden. Mehr als die Hälfte der Jungen (53,0 Prozent) und der Mädchen (51,8 Prozent) unter 15 Jahren der amtlich anerkannten schwerbehinderten Menschen gleichen Geschlechts in Chemnitz litten 1997 unter schwersten Beeinträchtigungen (GdB 100). Im Jahr 2003 wurden von allen Schwerbehinderten bei 46,2 Prozent der Jungen und 43,6 Prozent der Mädchen unter 15 Jahren ein GdB von 100 festgestellt.

	1997		2003	
	<i>gesamt</i>	<i>GdB 100</i>	<i>gesamt</i>	<i>GdB 100</i>
männliche Schwerbehinderte unter 15 Jahre	232	123	169	78
weibliche Schwerbehinderte unter 15 Jahre	164	85	110	48

³⁸ Quelle: Sächsisches Landesamt für Familie und Soziales, Versorgungsamt Chemnitz, Behindertenstrukturstatistik

Die Grade der Behinderung von 50 bzw. 80 werden öfter, die Grade 60, 70 und insbesondere 90 kaum zuerkannt.

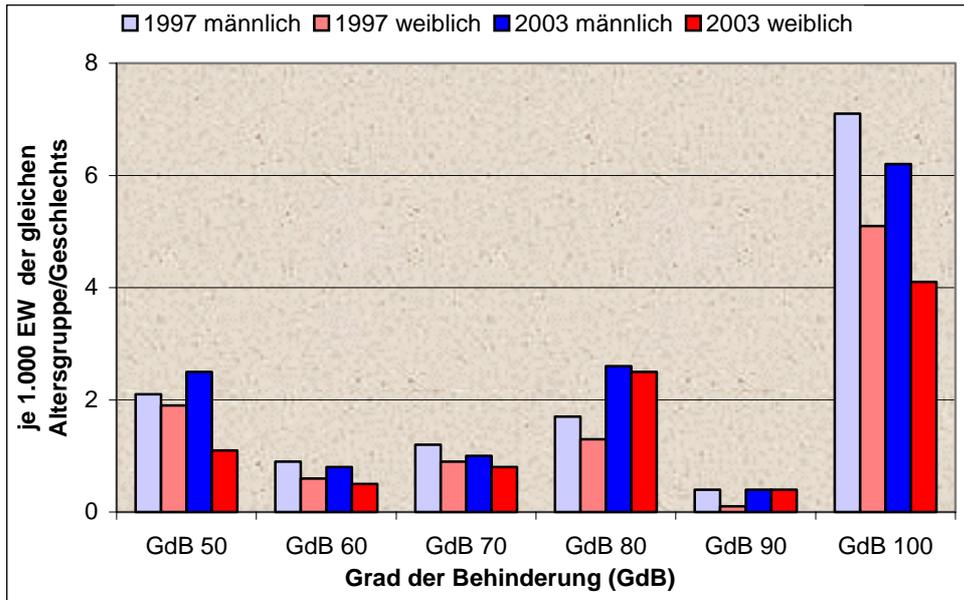


Abb. 3.41: Grad der Behinderung bei Chemnitzer Kindern unter 15 Jahren je 1.000 EW der gleichen Altersgruppe und des gleichen Geschlechts 1997 und 2003. Gebietsstand: 01.01.2004

Für alle Schwerbehinderten mit einem GdB von über 50 liegt für ihre Behinderung eine der folgenden Ursachen zu Grunde:

- € angeborene Behinderung
- € Arbeitsunfall
- € Verkehrsunfall
- € häuslicher Unfall
- € sonstiger Unfall
- € Kriegs-, Wehr- bzw. Zivildienst
- € sonstige Krankheit (u.a. Stoffwechselkrankheiten und andere innere Erkrankungen)
- € sonstige Ursachen

Die Daten der Behindertenstrukturstatistik des Sächsischen Landesamtes für Familie und Soziales, Versorgungsamtes sind auch nach den Ursachen für die Behinderung aufbereitet, außerdem nach Altersgruppen.

In den Kinder- und Jugendjahren bis unter 25 Jahre sind die Hauptursachen für Schwerbehinderungen vor allem angeborene oder im Zusammenhang mit der Geburt eingetretenen Störungen, außerdem sonstige Krankheiten und Ursachen. Unfälle spielten erst in den älteren Jahrgängen eine Rolle, dennoch ist jeder Unfall einer zuviel.

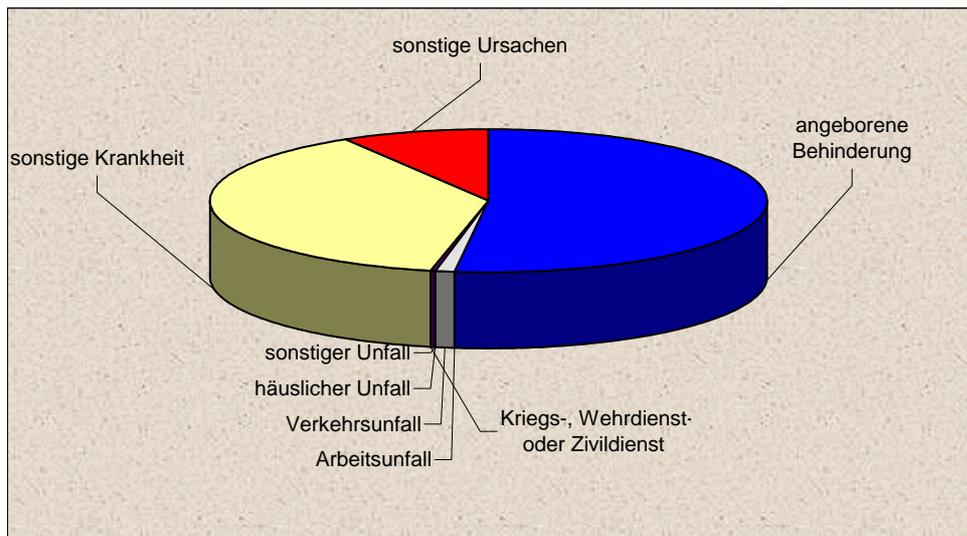


Abb. 3.42: Ursachen für Schwerbehinderungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter 25 Jahren, Chemnitz 2003, in Prozent. Quelle: Sächsisches Landesamt für Familie und Soziales, Versorgungsamt

An einer angeborenen Behinderung litten folgende Altersgruppen je 1.000 Einwohner der gleichen Altersgruppe im Jahr 2003:

Jahre	0 bis unter 4	4 bis unter 6	6 bis unter 15	15 bis unter 18	18 bis unter 25	0 bis unter 25
Zahlen der angeborenen Behinderungen	16	17	133	88	217	471
je 1.000 in dieser Altersgruppe	2,3	5,3	9,4	10,5	7,1	7,5

In der Betrachtung nach Altersgruppen ist der Grund für eine Behinderung zum größten Teil in angeborenen Behinderungen zu suchen. Die Behindertenstrukturstatistik früherer Jahre zeigt in der Gewichtung der prozentualen Anteile kaum Veränderungen.

Tab. 3.23: Ursache der Hauptbehinderung bei Schwerbehinderten im Jahr 2003, nach Altersgruppen, in Prozent. Quelle: Sächsisches Landesamt für Familie und Soziales, Versorgungsamt

Jahre	0 bis unter 4	4 bis unter 6	6 bis unter 15	15 bis unter 18	18 bis unter 25	0 bis unter 25
angeborene Behinderung	42,1	54,8	60,2	58,3	46,4	51,8
Arbeitsunfall	-	-	-	-	0,4	0,2
Verkehrsunfall	-	-	-	0,7	1,7	1,0
häuslicher Unfall	-	-	-	-	-	-
sonstiger Unfall	-	-	0,5	-	0,4	0,3
Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienst	-	-	0,5	-	-	0,1
sonstige Krankheit	47,4	35,5	28,5	32,5	43,4	37,8
sonstige Ursachen	10,5	9,7	10,4	8,6	7,7	8,7

Viele Behinderte sind sowohl geistig als auch körperlich behindert oder körperlichen Behinderungen betreffen mehrere Gliedmaßen oder Organe. Dennoch können alle Schwerbehinderten nach Art der schwersten Behinderung unterschieden werden. Als Hauptkategorien gelten dabei:

- € Bewegungsapparat: Verlust, Teilverlust bzw. Funktionseinschränkung von Gliedmaßen, Funktionseinschränkung der Wirbelsäule und des Rumpfes, Deformierung des Brustkorbes
- € Sinnesorgane: Blindheit und Sehbehinderung, Sprach- oder Sprechstörungen, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörungen, Verlust einer oder beider Brüste, Entstellungen u.a.
- € innere Organe: Beeinträchtigung der Funktion von inneren Organen bzw. Organsystemen
- € Gehirn/Psyche: Querschnittslähmung, zerebrale Störungen, geistig-seelische Behinderungen, Suchtkrankheiten
- € Sonstige: sonstige und ungenügend bezeichnete Behinderungen

Die im Jahr 1997 ermittelten Hauptarten der Schwerbehinderung pro 1.000 Einwohner der gleichen Altersgruppe unterscheiden nur gering von den Werten des Jahres 2003 (vgl. Abb. 3.43).

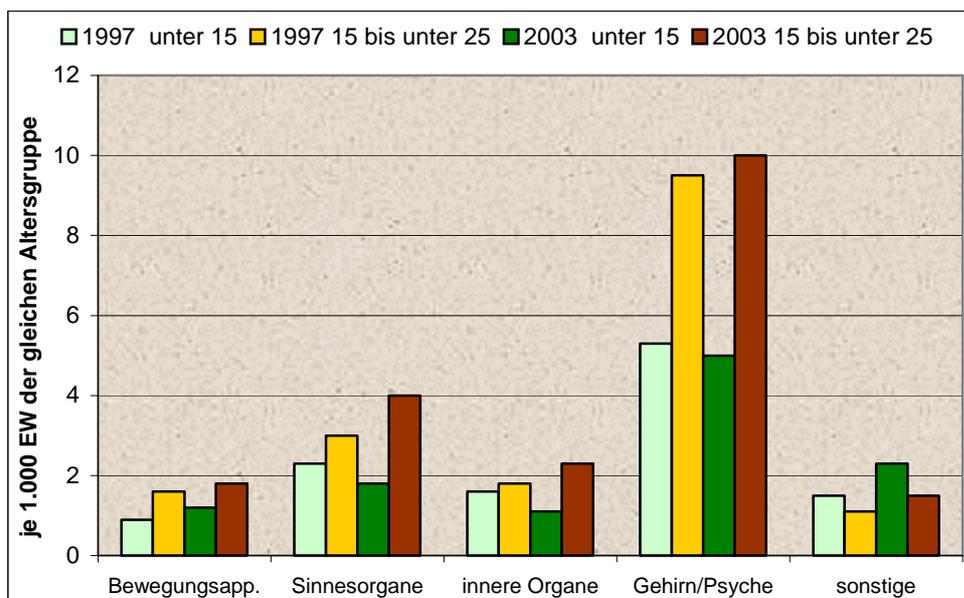


Abb. 3.43: Schwerbehinderte Kinder und Jugendliche unter 15 und von 15 bis unter 25 Jahre je 1.000 EW der gleichen Altersgruppen in Chemnitz 1997 und 2003, nach Art ihrer erheblichsten Behinderung, in Prozent. Gebietsstand: 01.01.2004

Während jugendliche und erwachsene Schwerbehinderten von 15 bis unter 25 Jahren auch schon an Funktionsbeeinträchtigungen der Sinnes- bzw. der inneren Organe leiden, überwiegen im kindlichen und jugendlichen Alter geistige Behinderungen (vgl. auch Abb. 3.43). Schwere Störungen der Psyche oder der Intelligenzleistung sind bei Kindern unter 15 Jahren zu 47,7 Prozent (1997) oder 43,4 Prozent (2003) die Art der Hauptbehinderung, bei Jugendlichen und Erwachsenen zwischen 15 bis unter 25 Jahren sind mehr als die Hälfte aller Schwerbehinderten davon betroffen: 1997 zu 55,5 Prozent, 2003 zu 51,2 Prozent.

Auf 1.000 Einwohner in der Altersgruppe 15 bis unter 25 Jahren kommen im Jahr 2003 10 geistig Behinderte. Bei den geistig Erkrankten mit bleibenden Schäden handelt es sich nach Aussagen des Sozialreports Chemnitz [2] sowohl um die Zunahme von Suchtkrankheiten als auch von psychischen Erkrankungen; häufig auch um eine Kombination aus beiden Krankheitsbildern.

Bei allen Behinderungen im Kindes- und Jugendalter wird auch das soziale Umfeld gefordert. Frühzeitiges Erkennen von Entwicklungsstörungen durch den betreuenden Kinderarzt im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen, fachärztliche Diagnostik und Therapie im Ambulanten Diagnostik- und Therapiezentrum GmbH, ambulante Frühförderung in der zur Heim gGmbH gehörenden Interdisziplinären Frühförder- und Beratungsstelle unter Einbeziehung der Eltern und in Kindertagesstätten mit dem Ziel, drohende Behinderungen zu vermeiden und vorhandene Beeinträchtigungen zu vermindern, sind nur einige Aufgaben.

Die trotz sinkender Kinderzahlen steigenden Konsultationszahlen der früher zum Gesundheitsamt, aber ab dem 01.01.2004 zur Klinikum gGmbH gehörenden Einrichtungen Audiologisch-Phoniatisches Zentrum (APZ) und Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)³⁹ unterstreichen die Notwendigkeit gezielter Maßnahmen. Die Versorgungsgebiete umfassen überregional neben der Stadt Chemnitz umliegende Kreise und für spezialisierte Aufgaben weite Teile des Regierungsbezirkes Chemnitz und bedürfen einer engen Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kinderärzten.

Weitere Kooperationspartner sind die Chemnitzer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin mit klinischer Genetik, die zur Heim gGmbH gehörende Frühförderstelle, in der behinderte, von Behinderung bedrohte sowie entwicklungsverzögerte und von Entwicklungsverzögerung bedrohte Kinder vom Säuglingsalter bis zum Schuleintritt behandelt und betreut werden. Für sehbehinderte und blinde Kinder erfolgt die behindertenspezifische Förderung ab Säuglings- bis Schulalter durch die mobile Frühförderung für Blinde. Sie ist dem Einrichtungsverbund zur Betreuung blinder und sehbehinderter Kinder und Jugendlicher in der Flemmingstr. 8 angegliedert und wirkt überregional.

Mit Erreichen des schulpflichtigen Alters wird nach medizinischer und psychologischer Untersuchung der sonderpädagogische Förderbedarf der behinderten und von Behinderung bedrohten Kinder in einem Begutachtungsverfahren ermittelt und der Schullaufbahnbeginn in einer entsprechenden Förderschule in Absprache mit den Eltern festgeschrieben bzw. die Integration in einer geeigneten Regelschule nach eingehender Überprüfung ermöglicht. Die Schulformen für Behinderte wurden ausführlich in Gliederungspunkt 2.3.7 (speziell Tab. 2.13) dargestellt.

³⁹ Ab 01.01.2004 zusammengefasst als „Ambulantes Diagnostik- und Therapiezentrum GmbH am Klinikum Chemnitz“

4 Entwicklungschancen und –risiken
4.1 **Studie „Kinderfreundliches Chemnitz“ [41]**

Die Stadt Chemnitz hat sich bereits 1998 in einem Beschluss der Kinderfreundlichkeit verpflichtet. Damit sollten Teilhabe und Bildung der Kinder und Jugendlichen besser gefördert werden.

Auf der Grundlage der Konzeption „Chemnitz – Offen für Kinder“ (Beschlüsse des Stadtrates 36/2000 und 60/2003) führte das Chemnitzer Büro der AGENDA 21 gemeinsam mit der Technischen Universität Chemnitz im März bis Juli 2003 eine Befragung von Kindern im Alter von acht bis 14 Jahren durch. Im Ergebnis dieser Aktion sowie der sich anschließenden Kinderstudie vom Diploman den der Technischen Universität Chemnitz fand im September 2003 eine Zukunftswerkstatt mit den befragten Kindern sowie Erwachsenen aus Politik und Verwaltung statt.

An der *Befragung* nahmen 265 Schülerinnen und Schüler von acht bis 14 Jahren aus 10 Grund- und sieben Mittelschulen von Chemnitz teil. Obwohl die Ergebnisse keine Anspruch auf statistische Repräsentanz erheben können, zeigen sich folgenden Schwerpunkte:

€ Freizeit:

Die Mehrheit der Befragten finden, dass es ausreichend Möglichkeiten zum Spielen und Treff mit Freunden gibt, die Freizeitstätten sind gut mit Bahn, Bus oder zu Fuß erreichbar.

€ Schule:

Die große Mehrheit der Befragten kommt zu Fuß zur Schule; an allen Schulen gibt es Schulclubs oder Arbeitsgemeinschaften, die von ca. der Hälfte der Befragten genutzt werden; der Schulhof wird von der Mehrheit nicht genutzt, weil er noch zu oft verschlossen bleibt.

€ Straßenverkehr:

Die Mehrheit kann die Wege in der Stadt gut und sicher mit Bus und Bahn bewältigen, die übergroße Mehrheit kommt sicher mit Hilfe von Ampeln und anderen Überquerungshilfen zurecht.

€ Sicherheit:

Nur ein Drittel der Befragten fühlt sich in der Stadt sicher. Ursache ist wahrscheinlich der Umstand, dass ein großer Teil der Acht- bis Zehnjährigen noch nicht allein in der Stadt war.

€ Was den Befragten in Chemnitz nicht gefällt:

Arbeitslosigkeit, gestiegene Preise, Ausländerfeindlichkeit, Gewalt; geschlossene Schulen, Clubs und Sporteinrichtungen; triste Alt- und Neubauten(Fritz-Heckert-Gebiet), alte und leerstehende Häuser; zuviel Verkehr, Baustellen, Lärm, kaputte Straßen, fehlende Rad- und Fußwege; Umweltverschmutzung, Müll, Abgase;

Die Mitarbeit der Kinder zeigt die Ernsthaftigkeit, mit der sie sich mit ihrem Lebensumfeld – ihrer Stadt – beschäftigen.

Im Jahr 2002/2003 folgte eine *Kinderstudie* mit Fragebogenerhebung in zufällig ausgewählten Mittelschulen, Förderschulen und Gymnasien in der Altersgruppe der 12- bis 14-Jährigen (ca. 650 Probanden) durch Diploman den der Technischen Universität Chemnitz.

Der Hauptteil der Studie bestand aus einer klassischen Sozialberichterstattung mit Fragen zur

€ Familiensituation: Befindlichkeit im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit der Eltern oder Fehlen eines Elternteils,

€ schulischen Situation: Befindlichkeit, Probleme und zum

€ Freizeitverhalten: Örtlichkeiten, Treffpunkte, Freundeskreis, Mediennutzung, Wünsche und Vorstellungen.

In einem zweiten Schritt sollte herausgearbeitet werden, ob unterschiedliches Familien-, Schul- und Freizeitverhalten möglicherweise auf unterschiedliche Wertemuster zurückzuführen ist.

Aus der Vielzahl seien einige Ergebnisse genannt, die Auskunft über die Befindlichkeit der Befragten geben: Dabei sollte berücksichtigt werden, dass die vorgestellten Ergebnisse gedanklich in die Kapitel 2 und 3 dieses Berichtes eingeordnet werden sollten, um das Bild zu vervollständigen.

€ durchschnittliche Freizeit der Befragten in Stunden: Förderschule 7; Mittelschule 6,1; Gymnasium 5,2

€ Geschlechtsunterschiede beim Freizeitverhalten: Jungen sind erwartungsgemäß eher technisch interessiert (PC-Spiele und Internet), Mädchen bevorzugen kreative, hedonistische und introvertierte (sinnbetonte und nach innen gerichtete) Freizeitmuster.

€ keine signifikanten Unterschiede zwischen Schultyp und Alter,

€ die wichtigsten Freizeitaufenthaltsorte sind: bei Freunden zu Hause, öffentliche Plätze, Straße, Hof, Kinder- und Jugendtreff, Park/Wald;

€ Sport : 77,3 Prozent der Befragten treiben regelmäßig Sport, Gymnasiasten zu 82,4 Prozent, Mittelschüler zu 71,8 Prozent, deren Anzahl sinkt mit zunehmendem Alter.

- € Medienverhalten: Mittelschüler sehen mehr fern als Gymnasiasten; Jungen tendieren mehr zum unkontrollierten Fernsehen als Mädchen, dieses Verhalten steigt mit dem Alter an und sinkt mit steigendem Schulniveau; Jungen werden von den Eltern hinsichtlich des Fernsehens stärker kontrolliert als Mädchen; Förderschüler werden weniger von den Eltern wegen des Fernsehens kritisiert als Mittelschüler und Gymnasiasten; Mädchen hören mehr Radio als Jungen; Jungen nutzen Computer häufiger als Mädchen.
- € Peer-Group: 93,6 Prozent haben einen wirklichen Freund/Freundin und 23,7 Prozent einen festen Freund/Freundin; 56 Prozent sind Mitglied eine Clique, 12,6 Prozent verbringen die gesamte Freizeit mit Freunden.
- € Schulweg: 35,5 Prozent der Befragten haben einen Schulweg bis zu 10 Minuten; 28,8 Prozent einen Schulweg bis 20 Minuten; 21,4 Prozent einen Schulweg bis 30 Minuten; 14,5 Prozent brauchen länger; 70,4 Prozent der Mittelschüler können zu Fuß gehen.
- € Identifizierung mit der Schule: 84,3 Prozent der Schüler wissen, dass ihre Schule auch der Ort für mögliche Freizeitgestaltung ist; 3,1 Prozent denken, dass es keine Angebote gibt, 12,6 Prozent wissen es nicht; 46,5 Prozent gaben an, dass die Schule kein „Schülercafe“ hat.
- € Verhalten bei Problemen in der Schule: 90,8 Prozent der Befragten wissen, an wen sie sich wenden können. Bei 44,4 Prozent sind es am häufigsten die Eltern, an die sich die Schüler bei schulischen Problemen wenden würden. 31,9 Prozent ziehen Mitschüler zu Rate. Der Beratungslehrer wird nur von 1,4 Prozent (9 Probanden) einbezogen, andere Lehrer nur zu 7,8 Prozent. Förderschüler erzählen zu Hause weniger aus der Schule (87,8 Prozent) als Mittelschüler (95,6 Prozent) und Gymnasiasten (97 Prozent).
- € Hilfe für „schlechtere“ Schüler: „Ja“ = 72,1 Prozent, „Nein“ = 27,9 Prozent; deutlich eher bereit zu helfen sind Mädchen (84,3 Prozent) im Vergleich zu Jungen (57,8 Prozent)

Die Diplomanden der TU formulierten folgende Hypothesen, darunter:

- Zusammenhang zwischen schulischen Leistungen und normverletzendem Verhalten
Ein positiver Zusammenhang zwischen schulischer Leistung und normverletzendem Verhalten bedeutet, je besser die Heranwachsenden in der Schule sind, desto weniger neigen sie zu Normabweichungen.
- Schüler mit wenig Kontakt haben bessere schulische Leistungen
Ein negativer Zusammenhang zwischen Kontakthäufigkeit und schulischen Leistungen bedeutet, Schüler mit schlechten schulischen Leistungen haben in der Regel viele Kontakte zu Klassenkameraden.
- Positives Schulklima ist Grundlage für gute schulische Leistungen
Ein positiver Zusammenhang zwischen Schulklima und schulischen Leistungen bedeutet, ein positives Klassenklima suggeriert den Schülern Sicherheit und Geborgenheit, ermöglicht mehr Konzentration auf schulische Aufgaben und eventuelle Leistungsverbesserungen.
- Größere Zufriedenheit mit außerunterrichtlichen Angeboten wirkt positiv auf Schulklima
Ein positiver Zusammenhang zwischen Schulklima und außerunterrichtlichen Angeboten bedeutet, je zufriedener die Schüler mit dem außerunterrichtlichem Angebot sind, um so besser ist das Schulklima.
- Schwächeren Schülern zu helfen fördert ein positives Klassenklima
Ein negativer Zusammenhang zwischen Hilfen für schlechtere Schüler und dem Klassenklima bedeutet, wenn schlechteren Mitschülern geholfen wird, wirkt es sich günstig auf das Klassenklima aus.
- Selbstständiges Lösen von Hausaufgaben zu Hause führt zu besseren schulischen Leistungen
Ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen dem Ort der Erledigung und den Personen; d.h. je mehr zu Hause die Schularbeiten erledigt werden, desto mehr Schüler erledigen sie allein. Schüler, die ihre Hausaufgaben zu Hause allein erledigen, haben bessere schulische Leistungen.

Aus der Kinderstudie wurden acht Empfehlungen an die Stadt Chemnitz abgeleitet. Sie sind grundsätzlicher Art und decken sich weitgehend mit den Erkenntnissen dieses Berichts. Deshalb erfolgt ihre Einbeziehung im Schlusskapitel 6, um Doppelungen zu vermeiden.

4.2 Ausgewählte Leistungen der Jugendhilfe

Unter dieser Überschrift werden im folgenden Abschnitt die Einrichtungen, Projekte/Maßnahmen der Jugendarbeit, Möglichkeiten im Freizeitbereich, die Entwicklungen im Erzieherischen Kinder- und Jugendschutz sowie die mobile Jugendarbeit/Straßensozialarbeit vorgestellt.

Die besondere Bedeutung der Jugendarbeit ist im § 11 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes verankert. In den letzten Jahren hat sich die Jugendarbeit zunehmend als eigenständiger Erziehungs- und Bildungsbereich entwickelt, der für die heranwachsenden Kinder und Jugendlichen das nötige soziale Umfeld, d.h. die notwendigen Inhalte und Strukturen bietet, um damit „Lebensweltorientierung“ und Identifizierung mit dem sozialen Nahraum zu fördern.

Ausgehend vom Jugendhilfeplan der Stadt Chemnitz aus dem Jahre 1995 wurde im Sommer 1998 mit der Gründung einer Arbeitsgruppe „Jugendhilfeplanung“ begonnen, um die Planung in den Bereichen Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit sowie Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz fortzusetzen und dabei die Bestandserhebung

und Bedarfsermittlung durchzuführen. Im Rahmen der Bedarfsermittlung wurde 1999 an 2.825 Chemnitzer SchülerInnen ein Fragebogen verschickt. Im Ergebnis der Befragung wurden zahlreiche Defizite deutlich, insbesondere im Sozialraum Schule und auf dem Gebiet der sportlichen Betätigung. Entsprechende Planungsziele zu einer bedarfsgerechten Jugendhilfe bis 2005 wurden formuliert.

In Chemnitz existieren seit vielen Jahren vielfältige Angebote von anerkannten Trägern der freien Jugendhilfe in Form von Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtungen (Häuser, Klubs, Treffs), pädagogisch betreuten Spielformen (Abenteuerspielplätze, Spielmobile), Erholungsmaßnahmen und schulbezogener Jugendarbeit.

Die Teilnahme der Kinder und Jugendlichen an den Projekten/Angeboten ist prinzipiell freiwillig. Allgemeine Ziele des sozialen Lernens sind Bestandteil der Projektarbeit, darunter

- € Konfliktfähigkeit,
- € Verantwortungsbewusstsein für sich und andere,
- € Erkennen und Nutzen eigener Ressourcen,
- € eigene Interessenvertretung und Selbstständigkeit bei Freizeitaktivitäten allein oder in der Gruppe und
- € aktive demokratische Teilhabe an der gesellschaftlichen Entwicklung.

Die Angebote orientieren sich zunehmend an Bildungserfordernissen – dazu existiert, wie oben erwähnt, ein Teilfachplan des Jugendhilfeplanes.

Tab. 4.1: Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtungen in Chemnitz 1997, 2000 bis 2004, nach Art des Trägers, absolute Zahlen. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie

Einrichtungen	Kommunale Einrichtungen am 31.12.						Einrichtungen Freier Träger am 31.12.					
	1997	2000	2001	2002	2003	2004	1997	2000	2001	2002	2003	2004
Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtungen	15	13	8	13	9	9	47	64	61	61	56	57
davon												
- Jugendzentren	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	-	-
- Jugendhäuser	6	5	3	4	3	3	6	7	7	7	7	7
- Jugendklubs	8	7	3	4	3	3	7	9	14	11	14	15
- Kinderklubs	-	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
- Jugendtreffs	-	-	1	4	2	2	31	43	35	36	32	32
- pädagogisch betreuter Spielplatz	1	-	-	-	-	-	1	2	2	4	1	1
weitere Projekte der Jugendarbeit	-	-	-	-	-	-	20	84	81	81	69	66

Die Tabelle zeigt in Verwirklichung des Subsidiaritätsprinzipes den ausgeprägten Anteil Freier Träger an Kapazitäten und Projekten der Jugendhilfe in Chemnitz. Trotz der leicht rückläufigen Tendenz bei den Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtungen, ist bemerkenswert, dass trotz der ständigen finanziellen und personellen Zwänge ein breites Spektrum angeboten werden kann.

Im Interesse der harmonischen gesunden Entwicklung der Kinder und Jugendlichen werden neben den vielfältigen gesundheitsfördernden Projekten und Angeboten in Schulen, Kindertagesstätten sowie den Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtungen auch verschiedenartige Projekte des Erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes durch das Amt für Jugend und Familie gefördert.

Tab. 4.2: Einrichtungen/Projekte des Erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes in Chemnitz 1997, 2000 bis 2004, nach Art des Trägers, absolute Zahlen. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie

Einrichtungen/Projekte	Kommunale Einrichtungen am 31.12.						Einrichtungen Freier Träger am 31.12.					
	1997	2000	2001	2002	2003	2004	1997	2000	2001	2002	2003	2004
Projekte Mobiler Jugendschutz/Beratung	-	-	-	-	-	-	3	8	8	8	4	4
sonstige Projekte	-	-	-	-	-	-	9	7	7	7	12	10

Folgende Problemkreise wurden z.B. in den Jahren 2000 bis 2004 pro Jahr bearbeitet:

- € Gewaltprävention: zur Vermittlung von Strategien der gewaltfreien Konfliktlösung, Entwicklung von Lebenskompetenz und Verbesserung der Selbstschutzkräfte; jährlich zwischen 6.000 bis 8.000 TeilnehmerInnen
- € Suchtprävention: in den Jahren 2000 bis 2002 jährlich 300 Veranstaltungen mit ca. 1.300 TeilnehmerInnen; in den Jahren 2003/2004 jährlich 170 Veranstaltungen mit ca. 2.700 TeilnehmerInnen. Beachtlich dabei der steigende Anteil Betroffener, die illegale Substanzen konsumieren (siehe auch Gliederungspunkt 4.3)
- € Sexualpädagogische Prävention: Aufklärung junger Menschen über Liebe, Sexualität und damit verbundene Risiken; seit 2000 bis 2004 pro Jahr zwischen 110 und 115 Veranstaltungen mit 2.400 bis 3.600 TeilnehmerInnen jährlich
- € Prävention des sexuellen Missbrauchs: es wurden jährlich ca. 700 Kinder, 200 Jugendliche sowie 200 Mütter und Väter erreicht.

- € Medienpädagogik: Umgang mit den Medien Computer, Radio und Film üben und selbst gestalten, seit 2000 jährlich 5 bzw. 4 geförderte Projekte mit jährlich ca. 3.600 TeilnehmerInnen auf 280 Veranstaltungen

Die Mobile Jugendarbeit sucht in Ergänzung zu anderen Angeboten der Jugend- und Jugendsozialarbeit Kinder und Jugendliche in ihren Lebensräumen auf. Die soziale Integration sozial benachteiligte Kinder und Jugendlicher soll gefördert und Ausgrenzung verhindert bzw. eingedämmt werden.

Tab. 4.3: Einrichtungen/Projekte der Mobilien Jugendarbeit in Chemnitz 1997, 2000 bis 2004, nach Art des Trägers, absolute Zahlen. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie

Einrichtungen/Projekte	Kommunale Einrichtungen am 31.12.						Einrichtungen Freier Träger am 31.12.					
	1997	2000	2001	2002	2003	2004	1997	2000	2001	2002	2003	2004
Projekte Mobile Jugendarbeit	-	-	-	-	-	-	4	4	4	4	4	4
Beratungsstellen	1	1	-	-	-	-	2	2	-	2	2	2

„Die Sozialpädagogen der Mobilien Jugendarbeit begegnen jungen Menschen in gefährdeten Lebenssituationen: arbeitslosen, allein gelassenen, obdachlosen, lebensresignativen, suchtmittelabhängigen, gewalttätigen, straffälligen, verhaltensauffälligen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12 bis 27 Jahren. Häufig kommen Probleme mit der Schule, der Ausbildung, in der Familie, mit Anwohnern, aber auch mit der Polizei, Justizbehörden oder mit Ämtern hinzu.“ [2]

Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Feststellung, dass die Schulsozialarbeit weiter ausgebaut werden muss (vgl. auch Gliederungspunkt 2.3.7).

Von den Streetworkern wird wahrgenommen, dass es zunehmend mehr „äußerlich unauffällige“ Jugendcliquen mit vielfältigen Problembehaftungen gibt, darunter auch latentes rechtes Gedankengut. Intensive Einzelfallhilfen sind notwendig.

4.3 Jugenddelinquenz und -kriminalität (Indikator 27)

Auf dem Jugendgerichtstag 2004 in Leipzig und beim letzten Deutschen Präventionstag 2004 in Stuttgart wurde durch Fachgremien von Justiz, Polizei und Jugendhilfe festgestellt, dass in ganz Deutschland kein weiterer Anstieg der Jugendkriminalität zu beobachten ist. Auch in Chemnitz ist eine leicht rückläufige Tendenz in der Anzahl der zu bearbeitenden Vorgänge bei der Jugendgerichtshilfe zu verzeichnen (2000: 3.531 Vorgänge; 2003: 2.922 Vorgänge).

Tab. 4.4: Jugendhilfemaßnahmen mit gerichtlichem/strafrechtlichem Bezug⁴⁰ in Chemnitz 1997 bis 2004

Maßnahme (am 31.12.)	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Teilnahme an gerichtlichen Hauptverhandlungen	1.212	1.079	1.255	1.391	k.A.	1.626	1.457	1.326
Straftäter – Zugänge Jugendgerichtshilfe	1.727	1.843	2.270	2.072	3.708	1.994	1.819	1.536
davon Jugendliche 14 – unter 18 Jahre	1.002	1.107	1.327	1.015	1.894	1.021	905	799
davon Heranwachsende von 18 bis unter 21 Jahre	725	736	943	1.057	1.814	973	914	737

Entgegen der Darstellung von spektakulären Einzelfällen in der Medienöffentlichkeit sind schwere Gewaltverbrechen im Zuständigkeitsbereich des Jugendgerichtsgesetzes seit Jahren untypisch. Bei über 90 Prozent der Betroffenen ist Jugendkriminalität ein vorübergehendes entwicklungsbedingtes Problem. Strafrechtlich relevante Verhaltensweisen sind bei der großen Mehrheit der jungen Menschen auf eine kurze Lebensphase begrenzt.

Die Zahlen des Indikator 27 vermitteln zwar Steigerungstendenzen bei jugendlichen Tatverdächtigen und Verurteilten, dabei sind jedoch das im Verhältnis zu den alten Bundesländern und auch zu anderen Großstädten Sachsens vergleichsweise geringe Ausgangsniveau und die unterschiedlichen Gewichtungen zwischen den einzelnen Straftatbeständen zu berücksichtigen. Bei allen Zahlenangaben ist zu bedenken, dass auf Grund der niedrigen absoluten Ausgangszahlen geringfügige absolute Steigerungen auf erschreckend hohe relative Steigerungen hindeuten (Fehler der kleinen Zahl). Außerdem liegen nur Daten für die Jahre 1997, 2002 und 2003 vor, d.h. keine geschlossenen Zeitreihen über mehrere Jahre.

Die Zahl der ermittelten Tatverdächtigen (absolute Zahlen, alle Altersgruppen, alle Straftaten) stieg von 1997 bis zum Jahre 2003 um 29,9 Prozent auf 10.119 Personen. Der Anstieg bei den weiblichen Tatverdächtigen ist mit 65,4 Prozent besonders ausgeprägt, d.h. diese weibliche "Aufholtendenz" zeigt sich in allen Altersgruppen und allen Straftatbeständen.

⁴⁰ Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Chemnitz 2003 – S. 129, Stadt Chemnitz Amt für Jugend und Familie

Die Anzahl der ermittelten Tatverdächtigen in der Altersgruppe der 14- bis unter 18-Jährigen erhöhte sich bei allen Straftaten zwischen 1997 bis 2003 geringer, d.h. um 20,8 Prozent. Dabei ist allerdings der Anstieg bei den weiblichen Tatverdächtigen dieser Altersgruppe mit 52,6 Prozent besonders hoch.

Die Anzahl der ermittelten Tatverdächtigen in der Altersgruppe der 18- bis unter 21-Jährigen erhöhte sich bei allen Straftaten zwischen 1997 bis 2003 stärker, d.h. um 49,7 Prozent. Auch hier ist der Anstieg bei den weiblichen Tatverdächtigen dieser Altersgruppe mit 184,6 Prozent besonders gravierend.

Allerdings ist auch zu bemerken, dass der Anteil der tatverdächtigen Jugendlichen in der Altersgruppe der 14- bis unter 18- Jährigen an allen Tatverdächtigen zwischen 1997 bis 2003 von 13,7 Prozent auf 12,7 Prozent sank, in der Altersgruppe der 18- bis unter 21-Jährigen stieg im gleichen Zeitraum der Anteil von 11,1 Prozent auf 12,7 Prozent.

Bei Rohheitsdelikten, Raub, räuberischer Erpressung und räuberischem Angriff ist zwischen 1997 bis 2003 bei allen Altersgruppen sowie den 14- bis unter 18-Jährigen ein Rückgang zu verzeichnen. Männliche Tatverdächtige sind dominant.

Bei Körperverletzung ist zwischen 1997 bis 2003 insgesamt und bei den 14- bis unter 18-Jährigen ein Rückgang zu verzeichnen, bei den 18- bis unter 21-Jährigen allerdings ein Anstieg auf 115,8 Prozent. Männliche Tatverdächtige sind dominant.

Auch hier ist der Anstieg bei den weiblichen Tatverdächtigen aller Altersgruppen, insbesondere der 18- bis unter 21-Jährigen besonders gravierend. Betrug der Anteil aller Tatverdächtigen in dieser Deliktgruppe an allen Straftaten 1997 noch 14,3 (14- bis unter 18-Jährige: 18,8 Prozent; 18- bis unter 21-Jährige: 16,1 Prozent) sank er bis 2003 auf 10,7 Prozent bei allen Tatverdächtigen (14- bis unter 18-Jährige: 11,9 Prozent; 18- bis unter 21-Jährige: 12,4 Prozent).

Bei Nötigung und Bedrohung ist seit 1997 ein Anstieg auf 132 bzw. 255 Tatverdächtige aller Altersgruppen im Jahre 2003 zu verzeichnen. Die Altersgruppen der 14- bis unter 18-Jährigen und die 18- bis unter 21-Jährigen sind auf einem vergleichsweise niedrigem Niveau beteiligt.

Besondere Bedeutung erlangt die Entwicklung der Rauschgiftdelikte. Auch hier ist jedoch das im Verhältnis zu den alten Bundesländern und auch zu anderen Großstädten Sachsens vergleichsweise sehr geringe Ausgangsniveau zu berücksichtigen.

Die Zahl der ermittelten Tatverdächtigen (absolute Zahlen, alle Altersgruppen) stieg von 1997 bis zum Jahre 2003 um 193,9 Prozent , d.h. 442 Personen. Der Anstieg ist bei den 14- bis unter 18-Jährigen noch höher - 216,3 Prozent, bei den 18- bis unter 21-Jährigen beträgt der Anstieg 162,2 Prozent. Diese Tendenz wird 2004/2005 anhalten. Absolut dominieren noch die männliche Tatverdächtigen, aber der Anstieg bei den weiblichen Tatverdächtigen ist mit 66,7 Prozent bei den 14- bis unter 18-Jährigen und mit 385 Prozent bei den 18- bis unter 21-Jährigen besonders ausgeprägt, d.h. diese weibliche "Aufholtendenz" zeigt sich bei Rauschgiftdelikten besonders deutlich.

Betrug der Anteil aller Tatverdächtigen in dieser Deliktgruppe 1997 noch 2,9 Prozent (14- bis unter 18-Jährige: 4,0 Prozent; 18- bis unter 21-Jährige: 8,6 Prozent), erhöhte er sich bis 2003 auf 6,6 Prozent bei allen Tatverdächtigen (aber bei den 14- bis unter 18-Jährigen auf 10,6 Prozent; den 18- bis unter 21-Jährigen sogar auf 15,0 Prozent).

Weitere Zahlenangaben sind der Tab. 4.5 zu entnehmen:

Tab. 4.5: Tatverdächtige Jugendliche und Heranwachsende in Chemnitz 1997, 2002 und 2003, nach Altersgruppen und Geschlecht, absolute Zahlen. Quelle: Polizeidirektion Chemnitz

Straftaten	Geschlecht	Ermittelte Tatverdächtige			darunter im Alter von ... bis ... Jahre					
		1997	2002	2003	14 - < 18			18 - < 21		
					1997	2002	2003	1997	2002	2003
Straftaten gesamt	männlich	6.163	7.371	7.431	814	912	904	748	950	962
	weiblich	1.625	2.483	2.688	251	383	383	117	311	333
	gesamt	7.788	9.854	10.119	1.065	1.295	1.287	865	1.261	1.295
darunter:										
Raub/ räuberische Erpressung/ räuberischer Angriff	männlich	192	156	140	49	56	35	37	34	38
	weiblich	21	24	15	11	13	9	7	4	4
	gesamt	213	180	155	60	69	44	44	38	42
Körperverletzung	männlich	973	1.007	919	164	135	114	127	127	139
	weiblich	140	195	164	36	43	39	12	28	22
	gesamt	1.113	1.202	1.083	200	178	153	139	155	161
Nötigung	männlich	-	105	109	-	8	6	-	14	11
	weiblich	-	16	23	-	1	5	-	1	2
	gesamt	-	121	132	-	9	11	-	15	13
Bedrohung	männlich	-	231	226	-	31	24	-	18	14
	weiblich	-	21	29	-	4	4	-	4	7
	gesamt	-	252	255	-	35	28	-	22	21
Rauschgiftdelikte	männlich	195	467	570	31	96	116	67	131	160
	weiblich	33	92	100	12	28	20	7	32	34
	gesamt	228	559	670	43	124	136	74	163	194

Bei der Betrachtung der Entwicklung der ermittelten Tatverdächtigen pro 10.000 Einwohner ist zu beachten, dass bei insgesamt abnehmender Bevölkerung zwischen 1997 bis 2003 die Werte der Tatverdächtigen pro 10.000 Einwohner schneller steigen, als die absoluten Zahlen der Tatverdächtigen.

Insgesamt zeigen sich bei den Werten pro 10.000 Einwohner natürlich ähnliche Tendenzen wie bereits beschrieben. Die Zahl der Tatverdächtigen pro 10.000 Einwohner (alle Altersgruppen und alle Straftaten) stieg von 1997 bis 2003 um 34,7 Prozent, d.h. von 300,5 pro 10.000 EW 1997 auf 404,9 pro 10.000 EW 2003.

In der Altersgruppe der 14- bis unter 18-Jährigen ist zwischen 1997 bis 2003 eine Zunahme von 41,4 Prozent zu verzeichnen - bemerkenswert auch hier die weibliche "Aufholtendenz" mit 78,9 Prozent (alle Angaben bezogen auf 10.000 Einwohner der jeweiligen Altersgruppe). In der Altersgruppe der 18- bis unter 21-Jährigen ist zwischen 1997 bis 2003 eine noch stärkere Zunahme von 64,4 Prozent zu verzeichnen, noch ausgeprägter die Entwicklung bei den weiblichen Straftätern um 201,4 Prozent.

Bei Rohheitsdelikten, Raub, räuberischer Erpressung und räuberischem Angriff ist zwischen 1997 bis 2003 insgesamt sowie bei den 14- bis unter 18-Jährigen ein Rückgang zu verzeichnen. Männliche Tatverdächtige überwiegen.

Bei Körperverletzung ist zwischen 1997 bis 2003 insgesamt eine Stagnation, bei den 14- bis unter 18-Jährigen ein Rückgang, bei den 18- bis unter 21-Jährigen allerdings ein Anstieg auf 127,2 Prozent zu verzeichnen. Männliche Tatverdächtige sind dominant., aber auch hier ist der Anstieg bei den weiblichen Tatverdächtigen aller Altersgruppen, insbesondere der 18- bis unter 21-Jährigen besonders gravierend.

Bei Nötigung und Bedrohung ist seit 1997 ein Anstieg auf 14,5 bzw. 23,4 Tatverdächtige insgesamt pro 10.000 Einwohner im Jahre 2003 zu verzeichnen. Die Altersgruppen der 14- bis unter 18-Jährigen und die 18- bis unter 21-Jährigen sind auf einem niedrigerem Niveau beteiligt.

Besonders bedeutsam ist die Entwicklung der Rauschgiftdelikte. Auch hier ist jedoch das im Verhältnis zu den alten Bundesländern und auch zu anderen Großstädten Sachsens vergleichsweise sehr geringe Ausgangsniveau zu berücksichtigen.

Die Zahl der ermittelten Tatverdächtigen pro 10.000 Einwohner (alle Altersgruppen) stieg von 1997 bis zum Jahre 2003 um 204,5 Prozent!! , d.h. auf 26,8 Tatverdächtige pro 10.000 Einwohner aller Altersgruppen. Der Anstieg ist bei den 14- bis unter 18-Jährigen noch höher - 269,4 Prozent, bei den 18- bis unter 21-Jährigen beträgt der Anstieg 188,0 Prozent. Diese Tendenz wird 2004/2005 anhalten. Es dominieren noch die männlichen Tatverdächtigen, aber der Anstieg bei den weiblichen Tatverdächtigen ist mit 94,8 Prozent bei den 14- bis unter 18-Jährigen und 412,7 Prozent! bei den 18- bis unter 21-Jährigen besonders ausgeprägt, d.h. diese weibliche "Aufholtendenz" zeigt sich bei Rauschgiftdelikten besonders deutlich.

Weitere Zahlenangaben sind der Tab. 4.6 zu entnehmen:

Tab. 4.6: Tatverdächtige Jugendliche und Heranwachsende in Chemnitz 1997, 2002 und 2003, nach Altersgruppen und Geschlecht, je 10.000 Einwohner der gleichen Personengruppe. Quelle: Polizeidirektion Chemnitz

Straftaten	Geschlecht	Ermittelte Tatverdächtige			darunter im Alter von ... bis ... Jahre					
					14 - < 18			18 - < 21		
		1997	2002	2003	1997	2002	2003	1997	2002	2003
Straftaten gesamt	männlich	501,4	612,6	623,2	1.256,2	1.593,6	1.628,8	1.451,6	2.032,5	2.120,3
	weiblich	119,3	187,7	205,7	398,5	693,7	713,1	249,9	690,0	753,2
	gesamt	300,5	390,1	404,9	833,5	1.151,7	1.178,5	879,5	1.373,5	1.445,6
darunter:										
Raub/ räuberische Erpressung/ räuberischer Angriff	männlich	15,6	13,0	11,7	75,6	97,6	63,1	71,8	72,7	83,8
	weiblich	1,5	1,8	1,1	17,5	23,5	16,8	15,0	8,9	9,0
	gesamt	8,2	7,1	6,2	47,0	61,4	40,3	44,7	41,4	46,9
Körperverletzung	männlich	79,2	83,7	77,1	253,1	235,9	205,4	246,5	271,7	306,4
	weiblich	10,3	14,7	12,5	57,2	77,9	72,6	25,6	62,1	48,9
	gesamt	43,0	47,6	43,3	156,5	158,3	140,1	141,3	168,8	179,7
Nötigung	männlich	-	8,7	9,1	-	14,0	10,8	-	30,0	24,2
	weiblich	-	1,2	1,8	-	1,8	9,3	-	2,2	4,5
	gesamt	-	4,8	5,3	-	31,1	25,6	-	16,3	14,5
Bedrohung	männlich	-	19,2	19,0	-	54,2	43,2	-	38,5	30,9
	weiblich	-	1,6	2,2	-	7,2	7,4	-	8,9	15,8
	gesamt	-	10,0	10,2	-	31,1	25,6	-	24,0	23,4
Rauschgiftdelikte	männlich	15,9	38,8	47,8	47,8	167,7	209,0	130,0	280,3	352,7
	weiblich	2,4	7,0	7,7	19,1	50,7	37,2	15,0	71,0	76,9
	gesamt	8,8	22,1	26,8	33,7	110,3	124,5	75,2	177,5	216,6

Bei der Beurteilung der Entwicklung der Verurteilten ist zu beachten, dass ein anderer Einzugsbereich - der Landgerichtsbezirk Chemnitz mit der kreisfreien Stadt Chemnitz, den Landkreisen Annaberg, Freiberg, Chemnitzer Land, Mittweida, Stollberg und dem Mittleren Erzgebirgskreis - betrachtet wird, da kein anderes Zahlenmaterial zur Verfügung steht.

Der Landgerichtsbezirk umfasste 2003 937.224 Einwohner aller Altersgruppen - auf die kreisfreie Stadt Chemnitz entfallen 26,7 Prozent. Zur Beurteilung der nachfolgenden Zahlen sind noch einige Bemerkungen zur Bevölkerungsentwicklung im Landgerichtsbezirk erforderlich:

- € Die Bevölkerung sank von 1997 bis 2003 auf 93,9 Prozent, dabei ein noch stärkerer Rückgang bei den 14- bis unter 18-Jährigen auf 86,8 Prozent und bei den 18 bis 21-Jährigen auf 92,8 Prozent.
- € Zum Vergleich: In der kreisfreien Stadt Chemnitz sank die Bevölkerung von 1997 bis 2003 weniger, d.h. auf 96,4 Prozent, dabei allerdings stärkerer Rückgang der 14- bis unter 18-Jährigen auf 85,5 Prozent und der 18- bis unter 21-Jährigen auf 91,1 Prozent.
- € Der Anteil der Stadt Chemnitz am Landgerichtsbezirk ist zwischen 1997 bis 2003 bei der Gesamtbevölkerung leicht steigend (von 26,0 auf 26,7 Prozent; bei den 14- bis unter 18-Jährigen fallend von 4,9 auf 4,4 Prozent und bei den 18 bis unter 21-Jährigen ebenfalls fallend von 3,8 Prozent auf 3,6 Prozent).

Die Zahl der Verurteilten (absolute Zahlen, alle Altersgruppen, alle Straftaten) sank von 1997 bis zum Jahre 2003 leicht auf 98,9 Prozent, d.h. auf 10.854 Personen. Hier wird bereits deutlich, dass die Anzahl der Verurteilten weit unter der Anzahl der Tatverdächtigen - bei etwa einem Drittel - liegt. Allerdings zeigt sich auch hier eine starke Zunahme bei den weiblichen Verurteilten um 51,1 Prozent, auch hier ist die weibliche "Aufholtendenz" in allen Altersgruppen und allen Straftatbeständen erkennbar.

Die Anzahl der Verurteilten in der Altersgruppe der 14- bis unter 18-Jährigen erhöhte sich bei allen Straftaten zwischen 1997 bis 2003 um 26,8 Prozent. Dabei ist allerdings der Anstieg bei den weiblichen Verurteilten dieser Altersgruppe mit 168,9 Prozent besonders hoch.

Die Anzahl der Verurteilten in der Altersgruppe der 18- bis unter 21-Jährigen erhöhte sich bei allen Straftaten zwischen 1997 bis 2003 geringer, d.h. um 20,8 Prozent. Auch hier ist der Anstieg bei den weiblichen Verurteilten dieser Altersgruppe mit 138,8 Prozent hoch, aber niedriger als in der Altersgruppe der 14- bis unter 18-Jährigen.

Im Gegensatz zu den Tatverdächtigen fällt hier auf, dass der Anteil der Verurteilten Jugendlichen in der Altersgruppe der 14- bis unter 18-Jährigen an allen Verurteilten zwischen 1997 bis 2003 von 5,8 Prozent auf 7,5 Prozent stieg, ebenso in der Altersgruppe der 18- bis unter 21-Jährigen stieg im gleichen Zeitraum der Anteil von 13,7 Prozent auf 16,7 Prozent.

Insgesamt zeigt sich, dass es bei der Entwicklung zwischen Tatverdächtigen und Verurteilten in den beiden Altersgruppen der Jugendlichen und Heranwachsenden zwischen 1997 und 2003 zu einer Verschiebung gekom-

men ist, d.h. die Verurteilten in der Altersgruppe der 14- bis unter 18-Jährigen wachsen stärker als in der Altersgruppe der 18- bis unter 21-Jährigen.

Im Unterschied zu den Tatverdächtigen ist bei Rohheitsdelikten, Raub, räuberische Erpressung und räuberischem Angriff zwischen 1997 bis 2003 bei allen Altersgruppen ein Anstieg von 26,2 Prozent, bei den 14- bis unter 18-Jährigen von 35,0 Prozent und den 18- bis unter 21-Jährigen von 92,3 Prozent zu verzeichnen. Männliche Verurteilte überwiegen zahlenmäßig, weibliche Verurteilte nehmen jedoch zu. Insgesamt ist die Tendenz erkennbar, dass mehr Tatverdächtige verurteilt werden, d.h. bei abnehmender Zahl der Tatverdächtigen gibt es eine Zunahme der Zahl der Verurteilten, insbesondere in der Altersgruppe der Jugendlichen und Heranwachsenden.

Bei Körperverletzung ist zwischen 1997 bis 2003 insgesamt eine Stagnation, bei den 14- bis unter 18-Jährigen ein Anstieg von 25 Prozent und den 18- bis unter 21-Jährigen von 51,4 Prozent zu verzeichnen. Zahlenmäßig überwiegen männliche Verurteilte, doch weibliche Verurteilte holen auf. Der Anteil der Verurteilten in dieser Deliktgruppe an allen Straftaten blieb zwischen 1997 und 2003 nahezu konstant: 4,6 Prozent bei allen Altersgruppen; 6,8 Prozent bei den 14- bis unter 18-Jährigen; Erhöhung von 4,8 auf 6,0 Prozent bei den 18- bis unter 21-Jährigen.

Bei Nötigung und Bedrohung ist eine Abnahme der Verurteilten aller Altersgruppen auf 89,6 bzw. 87,5 Prozent im Jahre 2003 zu verzeichnen. Die Altersgruppen der 14- bis unter 18-Jährigen und die 18- bis unter 21-Jährigen nehmen, auf einem zwar vergleichsweise niedrigem Niveau, erheblich zu.

Besondere Bedeutung hat auch bei den Verurteilten die Entwicklung der Rauschgiftdelikte erlangt. Auch hier ist jedoch das im Verhältnis zu den alten Bundesländern und auch zu anderen Großstädten Sachsens vergleichsweise sehr geringe Ausgangsniveau zu berücksichtigen.

Die Zahl der Verurteilten (absolute Zahlen, alle Altersgruppen) stieg von 1997 bis zum Jahre 2003 um 337,8 Prozent!! , d.h. auf 324 Personen. Der Anstieg ist bei den 14- bis unter 18-Jährigen noch höher, d.h. um 550 Prozent, bei den 18- bis unter 21-Jährigen beträgt der Anstieg 282,1 Prozent. Diese Tendenz wird 2004/2005 anhalten. Absolut dominieren noch die männliche Verurteilten, aber der Anstieg bei den weiblichen Verurteilten ist deutlich und zeigt sich besonders bei den 18- bis unter 21-Jährigen. Die Verurteilten werden jünger, d.h. die Altersgruppen der Jugendlichen und Heranwachsenden nehmen anteilmäßig zu.

Betrug der Anteil aller Verurteilten in dieser Deliktgruppe 1997 noch 0,7 Prozent (14- bis unter 18-Jährige: 0,9 Prozent; 18- bis unter 21-Jährige: 1,9 Prozent), erhöhte er sich bis 2003 auf 3,0 Prozent bei allen Verurteilten (aber bei den 14 bis <18-Jährigen: auf 4,8 Prozent; den 18- bis unter 21-Jährigen: auf 5,9 Prozent).

Weitere Zahlenangaben sind der Tab. 4.7 zu entnehmen:

Tab. 4.7.: Verurteilte Jugendliche und Heranwachsende im Landgerichtsbezirk Chemnitz 1997, 2002 und 2003, nach Altersgruppen und Geschlecht, absolute Zahlen. Quelle: StaLa

Straftaten	Geschlecht	Verurteilte gesamt			darunter im Alter von ... bis ... Jahre					
					14 - < 18			18 - < 21		
		1997	2002	2003	1997	2002	2003	1997	2002	2003
Straftaten gesamt	männlich	9.835	9.186	9.131	597	758	693	1.399	1.469	1.568
	weiblich	1.140	1.590	1.723	45	113	121	103	225	246
	gesamt	10.975	10.776	10.854	642	871	814	1.502	1.694	1.814
darunter:										
Raub/ räuberische Erpressung/ räuberischer Angriff	männlich	114	100	135	32	37	43	24	26	41
	weiblich	16	12	29	8	7	11	2	2	9
	gesamt	130	112	164	40	44	54	26	28	50
Körperverletzung	männlich	476	513	481	44	63	47	60	101	104
	weiblich	29	34	23	-	10	8	3	6	5
	gesamt	505	547	504	44	73	55	72	107	109
Nötigung	männlich	124	95	116	2	7	8	12	11	24
	weiblich	11	7	5	1	2	-	1	-	4
	gesamt	135	102	121	3	9	8	13	11	28
Bedrohung	männlich	53	49	44	4	3	3	4	4	8
	weiblich	3	1	5	-	-	1	-	1	1
	gesamt	56	50	49	4	3	4	4	5	9
Rauschgiftdelikte	männlich	71	204	286	5	25	36	26	69	90
	weiblich	3	32	38	1	7	3	2	9	17
	gesamt	74	236	324	6	32	39	28	78	107

Bei der Betrachtung der Entwicklung der Verurteilten pro 10.000 Einwohner ist wieder zu beachten, dass bei insgesamt abnehmender Bevölkerung zwischen 1997 bis 2003 die Werte der Verurteilten pro 10.000 Einwohner schneller steigen, als die absoluten Zahlen.

Insgesamt zeigen sich bei den Werten pro 10.000 Einwohner natürlich ähnliche Tendenzen wie bereits beschrieben. Die Zahl der Verurteilten pro 10.000 Einwohner (alle Altersgruppen und alle Straftaten) stieg von 1997 bis 2003 um 1,9 Prozent, d.h. von 125,7 pro 10.000 EW 1997 auf 128,1 pro 10.000 EW 2003.

In der Altersgruppe der 14- bis unter 18-Jährigen ist zwischen 1997 bis 2003 die stärkste Zunahme von 46 Prozent zu verzeichnen - besonders prägnant auch hier die weibliche "Aufholtendenz" mit 212,9 Prozent (alle Angaben bezogen auf 10.000 Einwohner der jeweiligen Altersgruppe).

In der Altersgruppe der 18- bis unter 21-Jährigen ist zwischen 1997 bis 2003 eine Zunahme von 30,1 Prozent zu verzeichnen, noch ausgeprägter die Entwicklung bei den weiblichen Verurteilten um 153,5 Prozent.

Bei Rohheitsdelikten, Raub, räuberischer Erpressung und räuberischem Angriff ist zwischen 1997 bis 2003 bei allen Altersgruppen ein Zuwachs von 26,7 Prozent, bei den 14- bis unter 18-Jährigen ein Zuwachs von 55,4 Prozent und bei den 18- bis unter 21-Jährigen der stärkste Zuwachs von 107,5 Prozent pro 10.000 Einwohner in der Altersgruppe zu verzeichnen. Männliche Verurteilte sind dominant. Auch hier zeigt sich die Tatsache, dass mehr Jugendliche verurteilt werden.

Bei Körperverletzung ist zwischen 1997 bis 2003 insgesamt eine Stagnation, bei den 14- bis unter 18-Jährigen ein Zuwachs von 42,7 Prozent, bei den 18- bis unter 21-Jährigen allerdings ein Anstieg um 63,2 Prozent zu verzeichnen. Männliche Verurteilte sind dominant, aber auch hier ist der Anstieg bei den weiblichen Verurteilten aller Altersgruppen, insbesondere der 18- bis unter 21-Jährigen besonders gravierend.

Bei den Delikten Nötigung und Bedrohung ist zwischen 1997 bis 2003 ein geringfügiger Rückgang bzw. eine Stagnation bei den Verurteilten aller Altersgruppen pro 10.000 Einwohner zu verzeichnen. In der Altersgruppe der 14- bis unter 18-Jährigen ist ein wesentlicher Zuwachs um 183,3 Prozent bei Nötigung bzw. 28,6 Prozent bei Bedrohung festzustellen. Die 18- bis unter 21-Jährigen haben einen Zuwachs von 136,4 Prozent bei Nötigung und 150,0 Prozent bei Bedrohung pro 10.000 Einwohner der Altersgruppe aufzuweisen. Männliche Verurteilte dominieren. Auch hier besteht die Tendenz, dass mehr Jugendliche und Heranwachsende (18 bis 21 Jahre) verurteilt werden.

Besonders bedeutsam ist auch bei dieser Betrachtungsweise die Entwicklung der Verurteilten bei Rauschgiftdelikten pro 10.000 Einwohner. Das im Verhältnis zu den alten Bundesländern und auch zu anderen Großstädten Sachsens vergleichsweise sehr geringe Ausgangsniveau ist zu berücksichtigen.

Die Zahl der Verurteilten pro 10.000 Einwohner (alle Altersgruppen) stieg von 1997 bis zum Jahre 2003 um 375,0 Prozent , d.h. auf 3,8 Verurteilte pro 10.000 Einwohner aller Altersgruppen. Der Anstieg ist bei den 14- bis unter 18-Jährigen noch wesentlich höher , d.h. um 654,5 Prozent auf 8,3 Verurteilte pro 10.000 Einwohner dieser Altersgruppe. Bei den 18- bis unter 21-Jährigen beträgt der Anstieg 312,5 Prozent auf 29,7 Verurteilte pro 10.000 Einwohner dieser Altersgruppe.

Diese Tendenz wird 2004/2005 anhalten. Es dominieren noch die männlichen Tatverdächtigen, aber der Anstieg bei den weiblichen Tatverdächtigen ist mit 800,0 Prozent bei allen Altersgruppen, 225,0 Prozent bei den 14- bis unter 18-Jährigen und 790,9 Prozent bei den 18- bis unter 21-Jährigen besonders ausgeprägt.

Insgesamt ist festzustellen, dass hinsichtlich der Rauschgiftdelikte mit Verurteilung die große Schere zu den alten Bundesländern langsam abgebaut wird.

Weitere Zahlenangaben sind der Tab. 4.8 zu entnehmen:

Tab. 4.8: Verurteilte Jugendliche und junge Erwachsene im Landgerichtsbezirk Chemnitz 1997, 2002 und 2003, nach Altersgruppen und Geschlecht, je 10.000 Einwohner der gleichen Personengruppe. Quelle: StaLa

Straftaten	Geschlecht	Verurteilte gesamt			darunter im Alter von ... bis ... Jahre					
		1997	2002	2003	14 - < 18			18 - < 21		
					1997	2002	2003	1997	2002	2003
Straftaten gesamt	männlich	237,0	224,2	223,7	216,3	306,3	286,5	681,6	759,3	834,8
	weiblich	24,9	35,9	39,2	17,1	48,3	53,5	56,1	127,5	142,2
	gesamt	125,7	126,4	128,1	119,1	180,9	173,9	386,4	457,9	502,7
darunter:										
Raub/ räuberische Erpressung/ räuberischer Angriff	männlich	2,7	2,4	3,3	11,6	15,0	17,8	11,7	13,4	21,8
	weiblich	0,3	0,3	0,7	3,0	3,0	4,9	1,1	1,1	5,2
	gesamt	1,5	1,3	1,9	7,4	9,1	11,5	6,7	7,6	13,9

Straftaten	Geschlecht	Verurteilte gesamt			darunter im Alter von ... bis ... Jahre					
					14 - < 18			18 - < 21		
		1997	2002	2003	1997	2002	2003	1997	2002	2003
Körperverletzung	männlich	11,5	12,5	11,8	15,9	25,5	19,4	33,6	52,2	55,4
	weiblich	0,6	0,8	0,5	-	4,3	3,5	1,6	3,4	2,9
	gesamt	5,8	6,4	5,9	8,2	15,2	11,7	18,5	28,9	30,2
Nötigung	männlich	3,0	2,3	2,8	-	2,8	3,3	5,8	5,7	12,8
	weiblich	0,2	0,2	0,1	0,4	0,9	-	0,5	-	2,3
	gesamt	1,5	1,2	1,4	0,6	1,9	1,7	3,3	3,0	7,8
Bedrohung	männlich	1,3	1,2	1,1	1,4	1,2	1,2	1,9	2,1	4,3
	weiblich	0,1	-	0,1	-	-	0,4	-	0,6	0,6
	gesamt	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,9	1,0	1,4	2,5
Rauschgiftdelikte	männlich	1,7	5,0	7,0	1,8	10,1	14,9	12,7	35,7	47,9
	weiblich	0,1	0,7	0,9	0,4	3,0	1,3	1,1	5,1	9,8
	gesamt	0,8	2,8	3,8	1,1	6,6	8,3	7,2	21,1	29,7

In Chemnitz lassen sich seit dem Jahr 1997 folgende Tendenzen beobachten:

- € Bei den häufig nur einmal strafrechtlich in Erscheinung tretenden Jugendlichen wird als wirksame und jugendgemäße Reaktion auf ein formelles Strafverfahren verzichtet.
- € Die rückläufige Tendenz bei Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz zwischen 1998 bis 2000 war nur eine vorübergehende Erscheinung. Insgesamt ist ein kräftiger Anstieg zu verzeichnen (Aufholtendenz), der auch anhalten wird.
- € Die Zahl der individuellen Ladendiebstähle und der Verkehrsdelikte (Fahren ohne Führerschein, Fahren unter Alkohol, Verkehrsrowdytum u.a.) bei den Jugendlichen gehen seit einigen Jahren kontinuierlich zurück.
- € Der Ladendiebstahl als Gruppendelikt ist in der Anzahl etwa gleichbleibend.
- € Die Beförderungserschleichung (Schwarzfahrten) ist stark vom Anzeigeverhalten abhängig. Da ab 2002 nur noch Wiederholungstäter angezeigt wurden, sank die Fallzahl auf 377 im Jahre 2003.
- € Der weiterhin kontinuierliche Anstieg der Hauptverhandlungen bei Jugendgerichtsverfahren und die Zahl der sogenannten Mehrfachtäter sind Zeichen für eine ansteigende Problembelastung eines bestimmten Täterkreises. Dies erfordert einen hohen zeitlichen Einsatz bei der Beratung der Betroffenen und entsprechende bereitzustellende ambulante Maßnahmen bei freien Trägern.

In der Chemnitzer Presse wurde im Herbst vergangenen Jahres über die „gefühlte“ und reale Wahrnehmung der Anzahl von Straftaten von Jugendlichen berichtet. Die „gefühlte“ Jugendkriminalität der Bürger sei um vieles höher, als die Realität hergibt. Es ist nachgewiesen, dass die 14- bis unter 18-Jährigen im Jahre 2003 nur einen Anteil von 12,7 Prozent an allen Strafverdächtigen hatten. Die Straftaten wurden dabei vor allem in den Bereichen Raub, Körperverletzung, Diebstahl und zu einem großen Prozentsatz bei der sogenannten Erschleichung von Leistungen (Schwarzfahrten) begangen. Nicht umhin kommt man aber mit der Feststellung, dass die Rauschgiftdelikte bei Jugendlichen ständig zunehmen.

Auffällig erscheint die Entwicklung im Anzeigeverhalten der Bürger. Was früher noch als Schülerstreich durchging, wird heute zur Anzeige gebracht. Allerdings zeigt sich auch, dass Kinder und Jugendliche in der Gruppe der Opfer von Straftaten einen Anteil von 37 Prozent bilden, d.h. sie sind mehr Opfer- als Tätergruppe. Hinzu kommt, dass statistische Angaben schnell zu falschen Schlussfolgerungen hinsichtlich der tatsächlichen Bedrohung führen können, wenn bei einem sehr niedrigen Ausgangsniveau plötzlich Steigerungsraten von 250 Prozent auftreten. So kann es dazu kommen, dass Erwachsene die Gewaltkriminalität von Jugendlichen subjektiv um mehr als die Hälfte höher einschätzen, als die Daten belegen.

4.3 Drogen- und Suchtsituation

Zur Beurteilung der Suchtmittelgefährdung und -abhängigkeit in Chemnitz können die Besucherstatistiken der drei örtlichen Suchtberatungsstellen (gemeinsames sachsenweites PC-Erfassungsprojekt EBIS), die Kriminalstatistik der Polizei sowie Erkenntnisse aus Chemnitzer Kliniken sowie den Trägern der Suchtberatungsstellen herangezogen werden.

Von 1999 bis zum Jahr 2004 stieg die Zahl der Suchtklienten, die eine der drei Chemnitzer Beratungsstellen aufsuchten, geringfügig und mit größeren Schwankungen um 2,7 Prozent von 1.934 auf 1.987. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Neuaufnahmen an der Gesamtklientel seit 1999 bis 2004 von 38,8 Prozent auf 59,0 Prozent erhöhten. Diese Tendenz ist bei den Beratungsstellen unterschiedlich ausgeprägt.

In der Suchtberatungsstelle des Gesundheitsamtes ist der Anteil der Alkoholproblematik besonders hoch. Neben dem Missbrauch legaler Suchtmittel wie Alkohol und Nikotin nehmen auch nichtsubstanzbezogene süchtige Verhaltensweisen wie Essstörungen oder Computer- bzw. Internetsucht zu. Die Zahl der süchtigen Automatenspieler ist relativ konstant.

Tab. 4.9: Klientenanzahl (Mehrfachzählung möglich) der Suchtberatungsstellen (SBB) in Chemnitz, absolute Zahlen und in Prozent. Quelle: Stadt Chemnitz, Gesundheitsamt, Besucherstatistik EBIS bei den SBB

	1999 *)	2000	2001	2002	2003	2004
Suchtklienten in Chemnitz gesamt	1.934	2.037	2.046	2.013	1.926	1.987
darunter Neuaufnahmen, ohne Einmalkontakte (N)	750	929	850	947	970	1.173
Anteil der Neuaufnahmen an den Suchtklienten in %	38,8	45,6	41,5	47,0	50,4	59,0
davon SBB Advent-Wohlfahrtswerk e.V.	465	561	664	553	670	603
darunter Neuaufnahmen, ohne Einmalkontakte (N)	198	240	218	284	321	318
Anteil der Neuaufnahmen an den Suchtklienten in %	42,6	42,8	32,8	51,4	47,9	52,7
davon SBB Stadtmission Chemnitz e.V.	974	912	847	1.017	860	850
darunter Neuaufnahmen, ohne Einmalkontakte (N)	248	377	338	364	377	526
Anteil der Neuaufnahmen an den Suchtklienten in %	25,5	41,3	39,9	35,8	43,8	61,9
davon SBB Gesundheitsamt	495	564	535	443	396	534
darunter Neuaufnahmen, ohne Einmalkontakte (N)	304	312	294	299	272	369
Anteil der Neuaufnahmen an den Suchtklienten in %	61,4	55,3	55,0	67,5	68,7	69,1
Klienten mit eigenem Alkoholproblem bezogen auf Neuaufnahmen, ohne Einmalkontakte in %	546	584	642	674	670	774
	72,8	62,9	75,5	71,2	69,1	66,0
davon SBB Adventswohlfahrtswerk e.V. bezogen auf N in %	114	150	159	182	221	217
	57,6	62,5	72,9	64,1	68,8	68,2
davon SBB Stadtmission Chemnitz e.V. bezogen auf N in %	180	166	211	222	198	228
	72,6	44,0	62,4	61,0	52,5	43,3
davon SBB Gesundheitsamt bezogen auf N in %	252	268	272	270	251	329
	82,9	85,9	92,5	90,3	92,3	89,2

*) Angaben 1997 in dieser Form nicht vorhanden

Suchtmittel Nummer EINS ist weiterhin der Alkohol!

Insgesamt erschienen im Jahr 1999 750 Chemnitzer Erwachsene und Jugendliche zur suchtspezifischen Fachberatung, von denen 546 (72,8 Prozent) Probleme durch Alkohol als Hauptgrund nannten. 2002 gab bei einer Gesamtzahl von 947 Besuchern ein Anteil von 674 Personen (71,2 Prozent) Alkohol als Hauptgrund an, im Jahre 2004 bei einer Gesamtzahl von 1.173 Personen ein Anteil von 774 Personen (66,0 Prozent). Die Zahl der Klienten mit eigenem Alkoholproblem (Neuaufnahmen) erhöhte sich von 546 im Jahre 1999 um 41,8 Prozent auf 774 Personen im Jahre 2004.

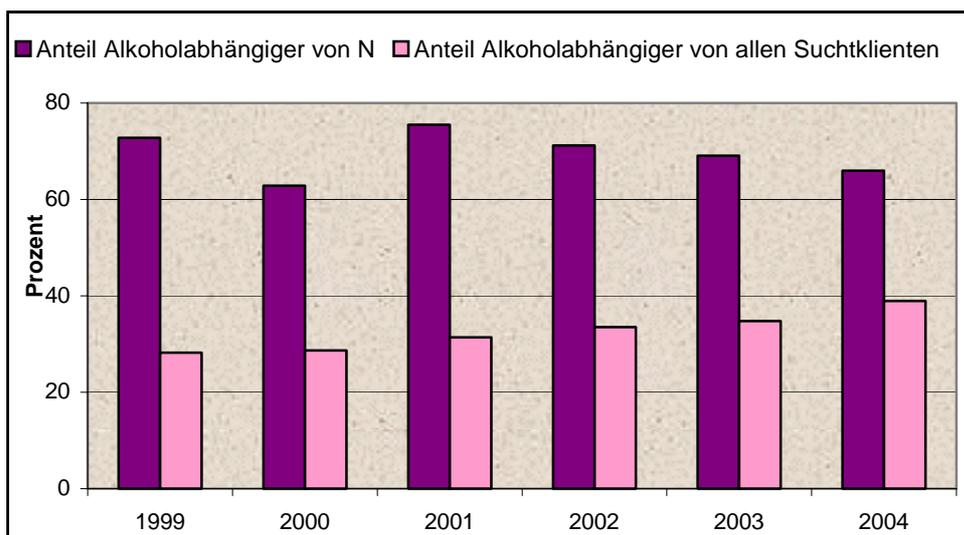


Abb. 4.1: Klienten mit einem Alkoholproblem in den SBB der Stadt Chemnitz, bezogen auf Neuaufnahmen (N) bzw. auf alle Suchtklienten, in Prozent

Unterschiede zwischen den Beratungsstellen bezüglich der Klientenverteilung resultieren einerseits aus den vorhandenen Personalkapazitäten und andererseits aus den unterschiedlichen Beratungsschwerpunkten. Deshalb ist die Verteilung nach Altersgruppen untereinander nicht vergleichbar.

Bei den Angeboten der Drogenberatung in Chemnitz liegt der Schwerpunkt in der Arbeit mit Jugendlichen. Allerdings zeigt die differenzierte Altersverteilung bei den beratenen Jugendlichen mit eigener Suchtproblematik in der Kontaktstelle Jugendsucht- und Drogenberatung der Stadtmission Chemnitz e.V. (JSDB) eine steigende Entwicklung:

Tab. 4.10: Altersstruktur bei Jugendlichen (Mehrfachzählung möglich) mit Suchtproblematik in der Chemnitzer Jugendsucht- und Drogenberatung der Stadtmission (JSDB) 2001 bis 2004. Quelle: Stadt Chemnitz, Gesundheitsamt, Besucherstatistik EBIS bei den SBB

Altersgruppen	2001	2002	2003	2004
14 bis unter 18 Jahre	48	63	43	23
Anteil an den Suchtklienten der JSDB in %	27,0	26,1	21,8	12,0
18 bis unter 21 Jahre	57	84	92	68
Anteil an den Suchtklienten der JSDB in %	32,0	34,9	46,7	35,6
21 bis unter 28 Jahre	43	64	38	68
Anteil an den Suchtklienten der JSDB in %	24,1	26,6	19,3	35,6
ab 28 Jahre	30	30	24	32
Anteil an den Suchtklienten der JSDB in %	16,9	12,4	12,2	16,8

Bei den 14- bis unter 18-Jährigen handelt es sich um das sogenannte „Probier-Alter“, d.h. die Jugendliche sammeln Erfahrungen mit verschiedenen Genussmitteln, experimentieren mit ihnen, loten ihre Grenzen aus. Auch aus der Sicht von Jugendlichen selbst, z. B. von Mitgliedern des Stadtschülerrates Chemnitz, wird dieser Eindruck bestätigt. Eine ernstzunehmende Tatsache zeigen die relativ hohen Prozentzahlen in der Altersgruppe der 18- bis unter 21- Jährigen, die zwischen einem Drittel bis zur Hälfte aller Beratenen schwanken. Ab 28 Jahre spielt die Suchtproblematik nicht mehr die entscheidende Rolle, zumindest in dieser Beratungsstelle.

Insgesamt hat sich die Zahl der Drogenklienten in Chemnitz von 206 im Jahre 1999 auf 301 im Jahr 2004 fast verdoppelt (+ 46,1 Prozent), wobei von einem niedrigen Niveau ausgegangen wurde. Außerdem ist diese Tendenz in den Beratungsstellen unterschiedlich ausgeprägt. Erwähnenswert ist der sich steigernde Anteil der Spätaussiedler an den Drogenklienten gesamt, der 2004 bei 22,9 Prozent lag.

Der Anteil Chemnitzer Drogenklienten an den Drogenklienten Sachsens insgesamt ist seit 1999 nach einem Rückgang in den Jahren 2000 bis 2002 wieder im Ansteigen begriffen und betrug Ende 2003 7,6 Prozent.

Deutlich zugenommen haben in den letzten Jahren die Probleme im Zusammenhang mit Rauschdrogen, auch illegale/illegalisierte Drogen oder BtM (Betäubungsmittel) genannt. In Chemnitz ist die Verfügbarkeit verbotener Substanzen jederzeit gegeben. Der Gebrauch von Drogen zeigt in Chemnitz eine steigende Tendenz, vorwiegend unter den Jugendlichen. An allen Schularten sind Drogen präsent. Auffällig ist der hohe Anteil an Konsumenten von Amphetaminen, insbesondere vom *Crystal*-Typ. Stets werden mehrere Substanzen wechselnd konsumiert.

Prinzipiell ist der Drogenkonsum ein Verhalten, das besonders im Jugendalter auftritt. Dabei spielt es keine Rolle, um welches soziokulturelle Umfeld es sich handelt. In jeder "Szene", egal ob HipHop, Techno, Punk, Skate, Stino usw. sind Drogen verfügbar. Die vorbeugende Tätigkeit der Fachstelle für Suchtprävention und des kriminalpräventiven Rats sind ergänzend aufeinander abgestimmt.

Tab. 4.11: Drogenklienten (Mehrfachzählung möglich) der Suchtberatungsstellen in Sachsen und Chemnitz 1999 bis 2004, absolute Zahlen und in Prozent, und beantragte Drogenentwöhnungstherapien. Quelle: Stadt Chemnitz, Gesundheitsamt, Besucherstatistik EBIS bei SBB

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Drogenklienten in Sachsen	2.833	4.015	4.414	4.527	4.846	k.A.
Anteil der Chemnitzer Drogenklienten in Prozent	7,3	5,7	5,3	6,3	7,6	k.A.
Drogenklienten in Chemnitz	206	229	234	286	367	301
Anteil an den Suchtklienten gesamt in Prozent	10,7	11,2	11,4	14,2	19,1	15,1
davon SBB Advent-Wohlfahrtswerk *	121	133	104	135	161	139
davon SBB Stadtmission	69	87	124	146	197	154
davon SBB Gesundheitsamt	16	9	6	5	9	8
darunter Spätaussiedler (* nur Adventswohlfahrtsw.)	43	38	25	34	46	69
Anteil der Spätaussiedler an den Drogenklienten in Prozent	20,9	16,6	10,7	11,9	12,5	22,9
beantragte Drogenentwöhnungstherapien						
in Chemnitz	-	29	k.A.	19	86	95
im RB Chemnitz	46	87	107	98	180	k.A.
im RB Dresden	41	91	96	97	116	k.A.
im RB Leipzig	255	283	263	297	179	k.A.
in der JVA Sachsen	-	-	31	35	166	k.A.

Die Fallzahlen von jungen Drogenkonsumenten im Alter von 14 bis unter 18 Jahren sind auf vergleichsweise geringem Niveau. Man muss jedoch von einer unbekanntem Anzahl von Betroffenen ausgehen, die zwar keine, vor allem keine fremde Hilfe suchen, denen aber aus verschiedenen Gründen geholfen werden könnte.

Zwei Gruppen von Drogenkonsumenten sind unterscheidbar, die ein differenziertes Angebotsprofil der Drogenhilfe erforderlich machen:

- € Jugendliche mit kontrolliertem Konsum (Genuss-, Gebrauchs-, Gewöhnungs- und Beta-Missbrauchstyp nach JELLINEK) - Aufklärung, individuelle Hilfen und Umfeldarbeit (street work)
- € Jugendliche mit exzessivem Konsum (Gelegenheits-, Konfliktreaktions-, Risiko- und Alpha-Missbrauchstyp nach JELLINEK) - Sozialprojekte, Gruppenwohnen, medizinische Kontrolle, Psychotherapie

Unter den Drogenkonsumenten stellten die Suchtberatungsstellen nach Häufigkeit geordnet folgende Gebrauchsmuster fest:

1. Mischkonsum [Cannabis/Biodrogen, Met-/Amphetamine, Methylenedioxyamphetamin (MDMA), LSD, Kokain, Heroin, Alkohol]
2. Doppelkonsum (Amphetamine/Cannabis, Amphetamine/LSD, Cannabis/LSD)
3. Metamphetaminkonsum (bes. Crystal)
4. MDMA-Konsum (besonders Ecstasy)
5. Amphetaminkonsum (besonders Speed)
6. Opiatkonsum (besonders Heroin)
7. Kokainkonsum

Körperliche Beschwerden werden bei Drogenkonsum nach drei bis vier Jahren deutlich; ebenso der soziale Abstieg und kriminelles Verhalten. Alle Schulprofile und Jugendszenen sind davon betroffen. Die zweite Entwicklung betrifft die angepasste, sozial eher unauffällige Gruppe mit sehr gutem Wissen um die Drogenwirkungen, die insbesondere Amphetamine, Cannabinoide und seltener halluzinogene Pilze oder Kokain konsumiert. Diese Gruppe scheint schneller anzusteigen.

Für alle Betroffenen existiert kein Behandlungsanliegen. Sie kommen lange Zeit allein zurecht oder betreuen sich gegenseitig, vermeiden ärztlichen Kontakt oder demonstrieren dort Scheindiagnosen. Als Drogenpatienten erscheinen sie erst während einer drogeninduzierten psychotischen Episode. Vorher wird der Drogenkonsum von den Kontakt- und Bezugspersonen entweder nicht wahrgenommen oder bagatellisiert. Dieser (beziehungstherapeutische) Aspekt des suchstützenden Verhaltens gegenüber sich süchtig verhaltenden Angehörigen (Kobhängigkeit) wird kritisch eingeschätzt.

In Chemnitz existiert ein funktionierendes Suchthilfesystem:

Grundlage dafür war die Struktur zur Prävention, medizinischen Versorgung und Rehabilitation von alkohol- und medikamentabhängigen Menschen, die bis jetzt keinesfalls weniger notwendig ist. Die medizinische Versorgung von jugendlichen Suchtkranken ist gewährleistet.

Für die Intensivmedizin erwachsener Drogenkonsumenten ist die Klinik für Neurologie zuständig. Eine Station zur psychiatrischen Versorgung erwachsener Drogenkonsumenten besteht in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Verhaltensmedizin bislang nicht. Bisher werden dafür psychiatrische Abteilungen im Umland genutzt.

Die ambulante Methadon-Substitution Opiatabhängiger ist möglich. Therapieplätze für Drogenabhängige existieren in der Nähe von Marienberg und in Moritzburg.

Poststationäre Betreuungsangebote (Institutsambulanz, Drogenberatungsstellen) werden von den Entlassenen mehrheitlich nicht wahrgenommen. Außer der Beratung für die Sorgeberechtigten gibt es keine Interventionsmöglichkeiten. Diese Erfahrungen erklären zum Teil auch die Probleme mit der geringen Zahl von Therapiedurchführungen.

Ausgehend von der Erkenntnis, dass Suchtverhalten erlerntes Verhalten ist, besteht eine wichtige Aufgabe weiterhin in der aktiven Verknüpfung der Präventionsaufgaben mit der therapeutischen Erfahrung gesehen, die auf unterschiedlichen Anregungen von Schülern (Projektarbeiten für den Unterricht usw.), Lehrern oder Eltern (Unterstützung von Elternabenden usw.) entsteht und weiter entwickelt wird.

Der Chemnitzer Verein für Jugendarbeit und Jugendweihe e. V. gestaltet im Frühjahr 2005 gemeinsam mit der Kontaktstelle für Jugendsucht- und Drogenberatung der Stadtmission Chemnitz e. V. und mit Unterstützung des Kreiselterrates eine drogenpräventive Veranstaltung für interessierte Eltern, deren Kinder Schüler der Klassenstufen 7 bis 10 sind. Das Anliegen ist, die bei den Eltern ausgeprägten Ängste und Sorgen um ihre Kinder während dieser Entwicklungsphase sowie die eigene Unsicherheit im Umgang mit den Drogenproblemen der Heranwachsenden zu thematisieren.

Insgesamt nimmt die Drogen- und Suchtprävention einen vorderen Platz bei den gesundheitsfördernden und Lebenskompetenz bildenden Aktivitäten und Projekten der unterschiedlichsten Träger ein.

In Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird die Wanderausstellung „Sehnsucht“ zur primären Suchtprävention im Mai 2005 zum zweiten Mal in Chemnitz gezeigt.

Bereits 1997 war die Ausstellung ein vielbeachtetes Ereignis in Chemnitz. 25.000 ChemnitzerInnen, darunter 170 Gruppen bzw. Schulklassen (vorwiegend 9.-12. Klassen) aus Mittelschulen, Gymnasien, beruflichen Schulzentren, sonderpädagogischen Einrichtungen sowie Erwachsenengruppen wurden durch die Ausstellung geführt. Abhängigkeit und Sucht, aber auch deren Gegenbilder, wie Selbstkontrolle, Genuss, Muße und Mobilisierung eigener Ressourcen waren Themen der Ausstellung, die mit aufsehenerregenden Elementen zur Auseinandersetzung mit süchtigen Verhalten und zur Suchtprävention aufforderte. Alle Chemnitzer Kooperationspartner, die in der Suchtprävention arbeiten, waren eingebunden.

4.5 Kinder, Jugendliche und ihre Familien in Problemsituationen (Erzieherische Hilfen)

Ein Rechtsanspruch auf Hilfe zur Erziehung wird dem Sorgeberechtigten eingeräumt, wenn eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist (Kinder- und Jugendhilfegesetz, §§ 27 ff SGB VIII).

Tab. 4.12: Entwicklung der Erziehungshilfen nach Leistungsarten (am 31.12. laufende und beendete Hilfen) in Chemnitz 2000 bis 2004, absolute Fallzahlen. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie

Gesetzliche Grundlagen nach SGB VIII	Art der Erziehungshilfe	Anzahl der Fälle				
		2000	2001	2002	2003	2004
§ 19	Betreuung junger Mütter/Väter mit Kindern	12	9	19	24	20
§ 27 Abs. 2	Flexibel organisierte Hilfeformen	18	45	73	95	102
§ 28 *	Erziehungsberatung	1.218	1.265	1.289	1.332	1.355
§ 29	Soziale Gruppenarbeit	68	65	45	26	27
§ 30	Erziehungsbeistandschaft	54	75	74	44	31
§ 31	Sozialpädagogische Familienhilfe	108	113	104	82	96
§ 32	Tagesgruppe	30	40	40	30	32
§ 33 **	Vollzeitpflege	185	175	168	155	166
§ 34	Betreute stationäre Wohnformen	346	351	342	283	284
§ 35	Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung	20	12	10	10	6
§ 35a ***	Eingliederungshilfen	101	103	109	110	120
§ 41 i.V.m. Hilfen nach §§ 27-35a	Hilfen für junge Volljährige	94	90	96	92	82

* Die Fallzahlen berücksichtigen alle Beratungsangebote einschl. Erziehungshilfen

** nur bei sachlicher und örtlicher Zuständigkeit

*** z.T. schon in Hilfen zur Erziehung enthalten

Bewährt hat sich, dass in Chemnitz zur Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familie in problematischen Lebenssituationen neben allen spezialisierten ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen auch flexible ambulante Hilfen gem. § 27 Abs. 2 SGB VIII zur Verfügung stehen. Das sozialpädagogische Handeln wird individuell einzelfallbezogen erbracht. Diese flexible Hilfeform führte zu einem Rückgang der spezialisierten intensiven Sozialpädagogischen Einzelbetreuung.

Die Erziehungsberatung leistet als erzieherische Hilfe ein niedrig schwelliges Beratungsangebot für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Schwerpunkte bzw. häufige Beratungsanlässe waren in den fünf Erziehungsberatungsstellen der Stadt (Haus der Familie mit zwei Standorten gezählt) in den letzten Jahren Entwicklungs- bzw. Verhaltensauffälligkeiten der Kinder, Beziehungsprobleme innerhalb der Familie, Trennung/Scheidung sowie Schul- und Ausbildungsprobleme.

Tab. 4.13: Erziehungs- und Familienberatung/Familienbildung in Chemnitz nach Art des Trägers 1997, 2000 bis 2004, absolute Zahlen. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie

Einrichtungen	Kommunale Einrichtungen am 31.12.						Einrichtungen Freier Träger am 31.12.					
	1997	2000	2001	2002	2003	2004	1997	2000	2001	2002	2003	2004
Erziehungs- und Familienberatungsstelle* und Familienbildungsstätte **	1	1	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Erziehungs- und Familienberatungsstelle *	-	-	-	-	-	-	3	3	3	3	3	3

* gemäß § 28 SGB VIII

** gemäß § 16 SGB VIII – Haus der Familie mit zwei Standorten

Maßnahmen zur Familienberatung und -förderung (vgl. auch Tab. 4.14) spielen seit Jahren eine wesentliche und kontinuierliche Rolle bei der Lösung von Familienproblemen. Das Inanspruchnahmeverhalten unterstreicht die Bedeutung der Beratungs- und Betreuungsangebote.

Tab. 4.14: Jugendhilfemaßnahmen zur Familienberatung und -förderung (kommunaler Anteil) in Chemnitz 1997 bis 2004, absolute Zahlen. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie

Maßnahme (am 31.12.)	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Beratungsfälle Familienberatung	526	485	524	541	547	567	555	502
durchgeführte Beratungs- und Betreuungsmaßnahmen	2.625	2.998	2.876	2.991	2.681	2.897	2.673	2.127
Kurse zur Familienförderung	194	181	170	169	168	150	137	128
Veranstaltungen zur offenen Familienarbeit	22	22	266	273	186	268	167	155
Teilnehmer an Kursen, Veranstaltungen der offenen Familienarbeit	3.100	3.259	5.737	11.735	10.296	9.974	10.140	10.609
Veranstaltungen/Zirkel in kommunalen Freizeitanstalten	1.142	1.135	1.163	1.120	9.620	8.459	4.455	3.893
Besucher in 1.000 Personen	237	216	227	194	149	132	86	65

Veränderte Bedarfslagen und die Entwicklung der Einzelfallhilfen haben sich reduzierend auf die soziale Gruppenarbeit ausgewirkt. Bei den Heilpädagogischen Tagesgruppen ist ein bedarfsdeckendes Angebot vorhanden.

Eine stärkere Lebensweltorientierung konnte bei den stationären Hilfen durch eine zunehmende Dezentralisierung, zunehmenden Sozialraumbezug und größere Alltagsnähe der erzieherischen Hilfen erreicht werden.

Tab. 4.15: Einrichtungen und Projekte der Jugendhilfe in Chemnitz nach Art des Trägers 1997, 2000 bis 2004, absolute Zahlen. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie

Einrichtungen/Projekte/Plätze	Kommunale Einrichtungen am 31.12.						Einrichtungen Freier Träger am 31.12.					
	1997	2000	2001	2002	2003	2004	1997	2000	2001	2002	2003	2004
stationäre/teilstationäre Einrichtungen												
4 stationäre Wohnformen mit mehr als einer Gruppe	5	2	2	1	-	-	2	4	4	3	4	4
4 betreute Wohnformen – Wohneinheiten	14	5	5	6	-	-	3	6	9	15	21	21
4 heilpädagogische Tagesgruppen	1	2	2	2	-	-	-	2	2	2	2	2
Kinder- und Jugendnotdienst	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1

Die Kapazitäten der stationären/teilstationären Einrichtungen zeigen seit dem Jahre 2003 eine geringfügige Reduzierung und eine deutliche Verlagerung von der Kommune zu den Freien Trägern. Die Kapazitäten orientieren sich dabei am Bedarf, d.h. sie werden ständig angepasst und verändern sich vorwiegend qualitativ. Grundlage dazu bildet ebenfalls der Jugendhilfeplan der Stadt Chemnitz.

Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die in einer Pflegefamilie aufwachsen, nahm in den vergangenen Jahren geringfügig ab.

Tab. 4.16: Plätze in Einrichtungen der Jugendhilfe in Chemnitz 1997, 2000 bis 2004, absolute Zahlen. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie

Einrichtungen	Kommunale Einrichtungen am 31.12.						Einrichtungen Freier Träger am 31.12.					
	1997	2000	2001	2002	2003	2004	1997	2000	2001	2002	2003	2004
Plätze in stationären / teilstationären Einrichtungen												
4 in stationäre Wohnformen mit mehr als einer Gruppe	104	32	32	16	-	-	77	99	93	71	87	79
4 in betreute Wohnformen ohne betreutes Einzelwohnen	14	28	30	40	-	-	28	44	70	108	148	149
4 in heilpädagogischen Tagesgruppen	8	16	16	16	-	-	-	16	16	16	16	16
im Kinder- und Jugendnotdienst	14	16	16	14	-	-	-	-	-	-	14	14

Die immer noch relativ hohe Anzahl junger Menschen, die in sozialpädagogisch - heilpädagogisch betreuten Wohnformen leben, weist auf Entwicklungsmöglichkeiten der Jugendhilfe in präventiven und niedrig schwelligen Bereichen hin. Außerdem führt das oft verspätete Hilfeersuchen der Familien zur hohen Zahl der Fremdunterbringung, da ambulante bzw. teilstationäre Hilfen nicht mehr greifen.

Die Inanspruchnahme der Hilfen zur Erziehung zeigt in Chemnitz seit dem Jahre 2000 nur geringfügige Schwankungen bzw. geringfügige Zunahmen in den einzelnen Leistungsarten. Es wird jedoch eingeschätzt, dass hier wie auch in anderen Großstädten die Tendenz zu immer komplexeren Problemkonstellationen in den betroffenen Familien besteht. Arbeitslosigkeit, finanzielle Sorgen, fehlende Lebensperspektiven, Beziehungsprobleme, einge-

schränkte Freizeitmöglichkeiten, schädigendes Gesundheitsverhalten, soziale Desintegration und Erziehungsdefizite führen in ihrer Gesamtheit zu Hilflosigkeit und Überforderung. Man kann davon ausgehen, je komplexer die Problemlage, desto länger und aufwendiger sind die Hilfeverläufe.

Gründe, die aus der Sicht der Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialdienstes zu neuen Hilfebedarfsmöglichkeiten in Chemnitzer Familien führen, ergeben sich aus:

- € Zunehmend sind Eltern mit der Erziehung ihrer Kinder überfordert, wenn sie den gesellschaftlichen Wertewandel aufgrund ihrer DDR-Sozialisation nicht mitvollziehen und ihren Kindern nicht adäquat zur Seite stehen können.
- € Durch sogenannte Patchwork-Familien werden zunehmend Hilfen zur Erziehung nachgefragt (vgl. auch Gliederungspunkt 2.3.1).
- € Anzeichen einer „Null-Bock-Mentalität“ bei Kindern aus wohlhabenden Familien führen zu oft schwerwiegenden schulischen Problemen.
- € Die emotionale Verwahrlosung hat zugenommen, es gibt zu wenig Kommunikationsräume und Rituale in der Familie.
- € Wenn Jugendliche sich zu früh vom Elternhaus abgrenzen, bzw. zu früh in die Selbständigkeit entlassen werden, treten Überforderungen bei der Alltagsbewältigung auf.
- € Soziale Ressourcen innerhalb der Familien sind häufig begrenzt. Es fehlen Vertrauenspersonen, denen man sich anvertrauen kann und die Hilfe leisten können und wollen.
- € Schwere oder chronische Erkrankungen, körperliche oder psychische Beeinträchtigungen oder Behinderungen, Suchterkrankungen bei Eltern und Kindern sowie Gewalt und Aggression führen zu Überforderungssituationen in den Familien und machen Hilfen notwendig.

Noch einige Bemerkungen zur Berufsausbildung und Hilfen zur Integration in die Arbeitswelt.

Der Übergang von der Schule in eine Ausbildung ist auf Grund umfangreicher staatlicher Fördermaßnahmen relativ gut gesichert. Auch benachteiligte Jugendliche erhalten in dieser Phase Qualifizierungs- und Einstiegschancen. Die Selektionsmechanismen des Arbeitsmarktes, d.h. der Übergang in eine reguläre Beschäftigung stellt für sozial benachteiligte und individuell beeinträchtigte junge Menschen ein oft unüberwindliches Hindernis dar (vgl. auch Gliederungspunkt 2.3.7). Mit dem Ziel der beruflichen und sozialen Integration wurden für diese Klientel in Chemnitz eine Reihe von Maßnahmen und Projekten entwickelt.

Inhaltliche Schwerpunkte:

- € Beratung, Information, Begleitung, Nachbetreuung zur Förderung der sozialen und arbeitsweltbezogenen Integration (zwei Beratungsstellen bei freien Trägern und das Alternative Projekt für Arbeit „Lichtblick“)
- € Maßnahmen der Berufsvorbereitung/der nachholenden beruflichen Qualifizierung

Tab. 4.17: Teilnehmer an Maßnahmen der Berufsvorbereitung/der nachholenden beruflichen Qualifizierung für sozial und individuell benachteiligte junge Menschen 2000 bis 2004. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie

Projekte/Inhalt	Beschäftigungsart	Maßnahmen/Teilnehmer				
		2000	2001	2002	2003	2004
2 Jugendwerkstätten, vorrangig 3 Gewerke sowie Hauwirtschaft, Gartenbau, bautechn. Teilbereiche u.a.	für Aufwandsentschädigung	2/je 24	2/je 24	2/je 24	2/je 24	2/je 24
Freiwilliges Soziales Trainingsjahr	für Aufwandsentschädigung + BAB + Kindergeld	1/ 25	1/25	1/25	1/25	1/25
1. Gebiet Soziale Stadt *		-	-	1/25	1/25	1/25
2. Gebiet Soziale Stadt „Reset“, Praktikumsbetriebe und Bildungsteile						
gesamt		3/73	3/73	4/98	4/74	4/74

* Als Soziale Stadt wird ein Stadtgebiet bezeichnet, das wegen seiner wirtschaftlichen und sozialen Probleme von dem gleichnamigen Förderprogramm in baulicher, wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Hinsicht gefördert wird. In Chemnitz betrifft das die Gegend rings um die Leipziger Straße und die Teile des Fritz-Heckert-Gebietes, die am stärksten von Rückbau und Umstrukturierung betroffen sind.

Beschäftigungsprojekte bieten erwerbslosen jungen Menschen nach Abschluss der Schule/Berufsschule die Möglichkeit einer Tätigkeit auf dem zweiten Arbeitsmarkt oder im Rahmen von Hilfen zur Arbeit. Damit können berufsbezogene Kenntnisse und Fertigkeiten aufgefrischt bzw. Erfahrungen in einem neuen Tätigkeitsbereich gesammelt werden.

Tab. 4.18: Teilnehmer an Beschäftigungsprojekten für sozial und individuell benachteiligte junge Menschen in Chemnitz 2000 bis 2004. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie, Sozialamt

Projekte/Einsatzbereiche/Produktpalette	Beschäftigungsart	Maßnahmen/Teilnehmer				
		2000	2001	2002	2003	2004
Jugend ABM: verschiedene Arbeiten im gemeinnützigen Bereich	ABM	2/60	2/60	2/60	2/50	2/75
Jugendsozialbau: verschiedene Bauarbeiten im gemeinnützigen Bereich	ABM	1/56	1/70	1/30	1/34	1/40
Jugendsozialbau s.o.	ASS ⁴¹ /GIZA ⁴² /GN ⁴³	2/21	3/20	3/12	3/12	3/10
Jugendsozialhof: vereinseigene Sozialküche, Möbelbörse und Reparaturdienst, Ankauf, Aufarbeitung und Verkauf von Möbeln, Umzüge, Textilpflege und -reparatur, div. hauswirtschaftliche Tätigkeiten – Leistungen von sozial Benachteiligten für sozial Benachteiligte	ABM	1/25	1/83	1/45	1/62	1/71
Jugendsozialhof s.o.	ASS/GIZA/GN	2/66	3/25	3/30	3/32	3/35
Arbeiten und Lernen vorrangig 3 Gewerke (Holz, Farbe, Metall), außerdem Gartenbau und Bautechnische Teilbereiche – viele Aufträge außer Haus	ABM	1/24	1/24	1/24	1/24	1/24
gesamt		9/252	11/282	5/201	11/214	11/255

Alle in diesen Angeboten beschäftigten Teilnehmer werden sozialpädagogisch begleitet – sie erhalten Qualifizierungsangebote und Unterstützung bei der Lebensgestaltung und -planung.

Die Messbarkeit der Ergebnisse im Arbeitsfeld der Jugendberufshilfe ist schwierig, da sich die individuelle soziale und personale Integration nur qualitativ beschreiben lässt und für die in Ausbildung und Beschäftigung Vermittelten keine Rückmeldepflicht besteht. Der Bedarf an den genannten Hilfen ist nach wie vor groß. Gründe dafür sind:

- € der zwar gesunkene, aber noch immer hohe Anteil von Schulabgängern ohne Schulabschluss (2003: 9,9 Prozent),
- € das ungünstige Verhältnis zwischen Lehrstellenangebot und –nachfrage und
- € die hohe Jugendarbeitslosigkeit in der Altersgruppe 20 bis unter 25 Jahre.

Abschließend sei auf das bundesweite Programm „LOS“ verwiesen, das auch in Chemnitz viele neue Möglichkeiten zur Finanzierung dringend erforderlicher sozialer Projekte, insbesondere auch für sozial benachteiligte Jugendliche, ermöglichte.

Das Modellvorhaben des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wird aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds finanziert. Förderung erhalten nur Gebiete, in denen das Städtebauprogramm „Die Soziale Stadt“ realisiert wird. In Chemnitz sind das, wie bereits erwähnt, die Gebiete „Soziale Stadt - Leipziger Straße/Limbacher Straße“ sowie „Soziale Stadt - Stadtumbau I – Fritz-Heckert-Gebiet“. Der Förderzeitraum umfasst drei Jahre, vom 01.09.2003 bis 30.06.2006. In den Gebieten können Kleinstvorhaben (Mikroprojekte) gefördert werden, die soziale und beschäftigungswirksame Potentiale vor Ort aktivieren. Schwerpunkte sind u.a. aktive und präventive Maßnahmen für Arbeitslose, Förderung der Integration und Bekämpfung der Diskriminierung benachteiligter Gruppen auf dem Arbeitsmarkt.

Im ersten Förderjahr wurden bereits im Gebiet „Soziale Stadt - Leipziger Straße/Limbacher Straße“ 17 Mikroprojekte mit einer Gesamtsumme von 77.600 €, im Gebiet „Soziale Stadt – Stadtumbau – Teile des Heckert-Gebietes“ 14 Mikroprojekte mit einem Fördervolumen von 76.070 € gefördert. Diese Entwicklung setzt sich auch im zweiten Förderjahr fort.

Eine große Anzahl unterschiedlicher Träger ist an der Umsetzung der Projekte beteiligt. Inhaltlich richten sich die Projekte u.a. auf die

- € Partizipation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (z.B. Partizipation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen an der Belegung des Erlebnisspielplatzes – Heckert-Gebiet),

⁴¹ ASS: Arbeit statt Sozialhilfe

⁴² GIZA: Gemeinschaftsinitiative für zusätzliche Arbeit in Chemnitz

⁴³ GN: Gemeinnützige Tätigkeiten (im Rahmen der Jugendgerichtsbarkeit oder als Hilfe zur Arbeit mit Mehraufwandsentschädigung von ca. 1 Euro pro Stunde)

- € Integration (z.B. „Wir leben gemeinsam in Chemnitz“ – ein Projekt zur Integration von Aussiedlern und Ausländern),
- € Qualifizierung, Ausbildung (z.B. Angebote in und außerhalb der Schule zum Kennenlernen von Ausbildungsmöglichkeiten, Bildungswegen, Berufsfeldern und -anforderungen),
- € Trainingsmaßnahmen,
- € Freizeitgestaltung (z.B. Sport statt Gewalt – für Toleranz und Demokratie; Volleyball für gemischte Mannschaften),
- € Stärkung der Lebenskompetenz (z.B. Schulprojekt „Fit für deine Zukunft“),
- € Gestaltung der Wohnumwelt (z.B. Offener Garten – in der Kindertagesstätte Walter-Ranft-Straße),
- € Gestaltung des Sozialraumes Schule,
- € Erweiterung niedrigschwelliger Angebote u.v.m.

Auch das dritte Förderjahr wurde gut vorbereitet, geplant sind für beide Gebiete der Sozialen Stadt weitere je 16 Mikroprojekte mit einem Gesamtförderumfang von ca. 183.000 €. Am 6. April 2005 fand die Sächsische Projektmesse „Lokales Kapital für soziale Zwecke – LOS“ in Zusammenarbeit mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales unter großer Beteiligung in der Stadthalle Chemnitz statt. Ziel der Messe war ein Informations- und Erfahrungsaustausch der Projektträger aus ganz Sachsen.

Das Projekt LOS hat dazu beigetragen, dass neue Angebote geschaffen, Lücken zumindest zeitweilig geschlossen und die Zusammenarbeit zwischen den professionell in der sozialen Arbeit Tätigen und einer zunehmenden Zahl ehrenamtlich Tätiger intensiviert und vernetzt werden konnte.

5. Kinder und Umwelt

5.1 Internationale und nationale Tendenzen - Probleme und Aktivitäten auf dem Gebiet Umwelt und Gesundheit - Schwerpunkt Kinder

„Kinder reagieren auf Umwelteinflüsse teilweise anders als Erwachsene und können sich manchen Belastungssituationen nur schwer entziehen. Als schwächeres und empfindlicheres Glied der Gesellschaft bedürfen sie im Bemühen, für die Bevölkerung eine gesunde Umwelt zu schaffen, eines besonderen Schutzes vor umweltbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen“ [37].

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gehören zum Bereich „Umwelt und Gesundheit“ sowohl direkte gesundheitliche Störungen durch Chemikalien, Strahlung und biologische Agenzien als auch die oft indirekten Störungen durch physische, psychosoziale und ästhetische Faktoren wie Wohnungswesen, Stadtentwicklung, Raumplanung und Verkehr.

Die Budapest-Konferenz zum Thema „Die Zukunft unserer Kinder“ hatte mit 40 Umwelt- und Gesundheitsministern und weiteren Delegierten aus 50 Mitgliedsstaaten der europäischen Region der WHO die höchste Länderbeteiligung seit Beginn des europäischen Prozesses für Umwelt und Gesundheit. Die TeilnehmerInnen setzten den internationalen Dialog, der 1989 begonnen wurde, fort und diskutierten über Zusammenhänge zwischen Umwelteinflüssen und Gesundheit. Die Konferenz verabschiedete neben der Konferenzerklärung auch einen **Kinderaktionsplan**.

In diesem Zusammenhang wurde über den Stand des deutschen „Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit“ (APUG) berichtet, das 1999 ins Leben gerufen wurde und Kinder und Jugendliche als Schwerpunkt hat. Die Projekte bzw. Aktivitäten befassen sich mit dem notwendigen besonderen Schutz von Kindern aufgrund ihrer höheren Empfindlichkeit gegenüber Umwelteinflüssen.

Obwohl die gesundheitliche Situation der Kinder in Westeuropa sich im vergangenen Jahrhundert wesentlich verbessert hat (die Kindersterblichkeit und lebensbedrohliche Infektionskrankheiten sind deutlich zurückgegangen, die durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung ist um 30 Jahre gestiegen) gibt es eine Reihe von Problemen, die Gefahren für die Gesundheit von Kindern darstellen können, u.a.

- € Chemikalien in Produkten,
- € Fehlernährung,
- € Bewegungsmangel,
- € Luftverunreinigungen z.B. durch Tabakrauch und Verkehr
- € sowie Flug- und Verkehrslärm.

Da die Auswirkungen der meisten heute verwendeten Chemikalien auf die Gesundheit und Umwelt bisher nur unzureichend untersucht sind, wird ein neues EU-Chemikalienrecht (REACH) geplant, mit dem Gesundheits- und umweltschädliche Auswirkungen erkannt und vermieden werden können. Ein Beispiel, auch im Kinderaktionsplan gefordert, wäre schadstoffreies, unbedenkliches Kinderspielzeug. Dabei ist besonders zu berücksichtigen, dass Gesundheitsbeeinträchtigungen oft nicht kurzfristig sichtbar sind, sondern sich erst nach Jahren in ihrem vollen Umfang zeigen.

Die WHO untersuchte die wichtigsten Faktoren für umweltbedingte Krankheiten bei Kindern. Eine Studie bewertet erstmals die Gesamtheit der umweltbedingten Auswirkungen durch Außen- und Raumluft, unsauberes Trinkwas-

ser und Blei sowie durch Verletzungen und Unfälle auf die Kindergesundheit in der europäischen WHO-Region. Als die dringendsten Probleme für Westeuropa wurden Verkehrsunfälle, Feinstäube und Blei genannt.

Die Konferenzklärung der Budapest-Konferenz enthält Verpflichtungen der Minister der europäischen WHO-Region zum Schutz der Bevölkerung und insbesondere der Kinder in unterschiedlichen Politikfeldern, darunter:

- € die stärkere Integration von Gesundheits- und Umweltaspekten in die Verkehrspolitik,
- € die Berücksichtigung der Folgen des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit,
- € die Förderung der Forschung über die Zusammenhänge zwischen Umwelt und Gesundheit,
- € Gesundheits- und Umweltaspekte als Kern jeder Wohnungspolitik und
- € Chemikalienpolitik, d.h. keine Produkte, insbesondere kein Spielzeug, mit für Gesundheit und Umwelt bedenklichen Inhaltsstoffen.

Das Ziel besteht darin, Belastungen präventiv zu verhindern oder bereits bestehende zu vermindern. Dazu gehört auch die Aktivierung der Informations- und Aufklärungsarbeit von Kindern und Jugendlichen.

Mit dem Kinderaktionsplan werden die europäischen Umwelt- und Gesundheitsminister zu nationalen Maßnahmen zum Schutz von Kindern verpflichtet. Für die europäische WHO-Region werden vier vorrangige Ziele formuliert:

1. Vermeidung von Magen-Darm-Erkrankungen und Verbesserung der Wasserversorgung/ Abwasserentsorgung

Mit Ausnahme der Bleiproblematik ist dieses Ziel für Deutschland nicht relevant.

2. Vermeidung von Unfällen, Verletzungen und die Förderung von Bewegung zur Minderung von Übergewicht und Fettsucht

Notwendige Maßnahmen in den Bereichen Wohnfeldverbesserung, Schul- und Freizeitbereich, Straßenverkehr, Stadtplanung, auch Sport und Spiel im Wohnumfeld, Maßnahmen zum Erlernen gesunder Ernährungsgewohnheiten.

3. Vermeidung von Atemwegserkrankungen und Asthma durch bessere Innen- und Außenluftqualität

Notwendige Maßnahmen: Strategien zur Innenraumluftqualität, Rauchverbote und Installation von sicheren Koch- und Heizsystemen (einschließlich Durchführung von Surveys), verkehrs- und industriebezogene Maßnahmen für bessere Außenluft (Luftverschmutzung durch Rußpartikel von Dieselfahrzeugen).

4. Verringerung des Risikos, durch eine Exposition gegenüber Schwermetallen, gefährlichen Chemikalien, Lärm oder UV-Strahlung zu erkranken

Ziel: Reduzierung des Anteils der Kinder mit Geburtsschäden, geistigen Behinderungen, Entwicklungsstörungen, Auftreten von Melanomen und anderen Formen von Krebs im späteren Leben der Kinder.

Für die WHO-Europa-Region gilt: Gesundheitsaspekte müssen stärker in das Leitbild einer nachhaltigen Entwicklung integriert werden. Langfristiges Ziel ist, eine kindgerechte Umwelt zu gestalten. In Deutschland wird gegenwärtig an einem Nationalen Aktionsplan für ein kindgerechtes Deutschland 2004 bis 2010 gearbeitet.

Im Deutschen Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit (APUG) bildet die Durchführung des **Kinder-Umwelt-surveys** durch das Umweltbundesamt ein wichtiges Modul des Nationalen Gesundheitssurveys für Kinder und Jugendliche, der von 2003 bis 2007 durch das Robert-Koch-Institut Berlin durchgeführt wird.

Der Kinder-Umweltsurvey untersucht den Einfluss von Umweltbelastungen auf Allergien des Atemtraktes, auf Reizungen der Augen und des Nasen-Rachen-Raumes, auf Kontaktallergien der Haut sowie von Lärmbelastungen auf die Hörfähigkeit. Außerdem wird die körperliche Schadstoffbelastung (Human-Biomonitoring) und die Belastung von Wohnräumen und häuslichem Trinkwasser (Innenraum-Monitoring) erfasst. Diese Daten können als Grundlage für Entscheidungen über geeignete Gegenmaßnahmen zur Verminderung der Schadstoffbelastung des Menschen dienen. Deutschland ist gegenwärtig europaweit auf diesem Gebiet führend.

5.2 Zur Situation in Chemnitz

Die Situation in Chemnitz spiegelt in Hinblick auf Umwelt und Gesundheit nahezu die gleichen Schwerpunkte und Probleme der europäischen Region und Deutschlands wider (vgl. Gliederungspunkt 5.1).

Die Aufklärung der Öffentlichkeit zu Umwelteinwirkungen auf die Gesundheit dürfen nicht nachlassen, sondern sollten im Gegenteil optimiert werden, um durch Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen relevante Belastungen – insbesondere von Kindern und Jugendlichen - bereits im Vorfeld zu verhindern. Ausgehend von den Zielen der AGENDA 21 in Chemnitz und den Ergebnissen des Nachhaltigkeitsberichtes der Stadt Chemnitz von 2004 zeigen die folgenden Gliederungspunkte 5.2.1 bis 5.2.4 Konstellationen im Bereich Umwelt und Gesundheit, die natürlich besonders für Kinder von Relevanz sind.

5.2.1 Flächennutzung (Indikator 30)

Das Nachhaltigkeitsziel der AGENDA 21 „Erhaltung der natürlichen Funktion des Bodens“ fordert bei der Bodennutzung ökologisches Bewusstsein. Der Boden ist Lebensraum für Pflanzen und Tiere, dient der CO₂-Aufnahme und Sauerstoff-Produktion und fungiert als Aufnahme- und Reservoir des Wasserhaushaltes.

Laut StaLa hatte die Siedlungs- und Verkehrsfläche (SuV) Sachsens einen Anteil von 11,6 Prozent an der gesamten Bodenfläche und damit den höchsten Anteil unter der neuen Bundesländern. Zur SuV gehören

€	die Gebäude- und Freifläche	AdV-Schl. ⁴⁴ 100/200,
€	die Betriebsfläche ohne Abbau-land	AdV-Schl. 300 ohne 310,
€	die Erholungsfläche	AdV-Schl. 400,
€	die Verkehrsfläche	AdV-Schl. 500 und
€	die Friedhofsfläche	AdV-Schl. 940.

Jedoch ist die „Siedlungs- und Verkehrsfläche“ nicht mit der „versiegelten Fläche“ gleichzusetzen, da sie einen erheblichen Anteil unbebauter und nicht versiegelter Fläche enthält. Versiegelte Flächen sind Gebäude und zu-geordnete Freiflächen wie Stellplätze, Vorgärten, Hinterhöfe sowie Betriebs- und Verkehrsflächen. In Chemnitz existiert leider noch keine umfassende Übersicht über den tatsächlichen Versiegelungsgrad.

Trotz erhöhter Besiedelung muss die Neuversiegelung von Bodenflächen vermieden werden. Unversiegelte Flächen - Grün und Natur in und um die Stadt Chemnitz, das Nachhaltigkeitsziel „Ortsdurchgrünung“ sind wichtige Faktoren zum Wohlfühlen, zur Erholung und zur Gesunderhaltung der BürgerInnen, natürlich ganz besonders auch der Kinder und Jugendlichen.

Tab. 5.1: Flächennutzungsstruktur der Stadt Chemnitz 1996 bis 2004 nach Nutzungsart, in Hektar (ha)

AdV-Schl.	Nutzungsart	Fläche in Hektar (ha)						
		1996	1997	2001	2002	2003_1	2003_2	2004
		Vollerhe- bung Stichtag 31.12.1996	Stichtag 31.12. 1996 Gebiets- stand 01.01.1997	Vollerhe- bung Stichtag 31.12.2000	Teilerhe- bung SuV Stich- tag 31.12.2001	Teilerhe- bung SuV Stich- tag 31.12.2002	Liegen- schafts- kataster	Teilerhe- bung SuV Stichtag 31.12.2003
999	Chemnitz, Stadt	14.302	17.567	22.085	22.085	22.085	22.085	22.085
100/200	Gebäude- und Freifläche	3.887	4.089	4.902	4.931	4.973	5.005	5.004
300 ohne 310	Betriebsfläche ohne Abbau-land	10	11	40	41	45	49	50
400	Erholungsfläche	425	437	695	779	805	827	827
500	Verkehrsfläche	1.513	1.634	1.913	1.931	1.939	1.944	1.944
940	Friedhofsfläche	70	72	75	75	75	75	75
gesamt	Siedlungs- u. Verkehrs- fläche (SuV)	5.905	6.243	7.625	7.757	7.837	7.900	7.899
600	Landwirtschaftsfläche	6.407	8.455	10.592	nur SuV		10.310	nur SuV
700	Waldfläche	1.476	2.301	3.240			3.246	
800	Wasserfläche	130	152	192			192	
900	Flächen anderer Nutzung	424	457	482			411	
gesamt	übrige Bodenflächen	8.437	11.365	14.506	nur SuV		14.159	nur SuV

Die Gesamtfläche der Stadt Chemnitz vergrößerte sich nach Angaben des StaLa von 12.970 Hektar im Jahr 1990 auf 17.567 ha 1997(+ 4.597 Hektar) und 22.085 Hektar im Jahre 2004 (+ 4.518 Hektar), d.h. um 35,4 Prozent bis 1997 und um insgesamt 70,3 bis zum Jahre 2004 ⁴⁵.

⁴⁴ Nutzungsartenverzeichnis der Arbeitsgemeinschaft der Vermessungsverwaltungen der Länder der Bundesrepublik Deutschland (AdV)

⁴⁵ Im Folgenden wird verstärkt das Jahr 1996 als Basis zu Grunde gelegt, da 1997 wesentliche Eingemeindungen erfolgten. Das Jahr 1997 ist aus den Tabellen ersichtlich.

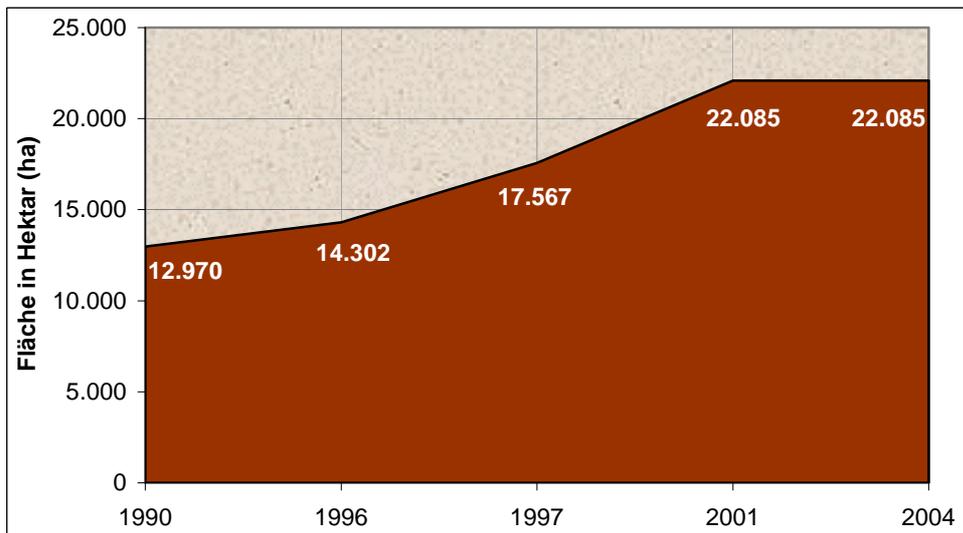


Abb. 5.1: Gesamtfläche der Stadt Chemnitz 1990, 1996, 1997, 2001 und 2004 absolut in Hektar (ha)

Die Flächenerhöhung von insgesamt 9.115 Hektar von 1990 bis 2004 ist auf die Gebietsreform, d.h. die Eingemeindungen der Ortschaften Euba (1994), Teilen von Lichtenwalde (1996), Einsiedel, Klaffenbach und Kleinolbersdorf-Altenhain (1997) sowie Mittelbach, Gröna, Röhrsdorf sowie Wittgensdorf im Jahre 1999 zurückzuführen.

Aufgrund der schwierigen Datenlage durch unterschiedliche Datenquellen wie Stadtplanungsamt, Umweltamt, AGENDA 21 u.a. bzw. Datenlücken für die Jahre um 1990 werden in der Folge Zahlenangaben ab 1996/1997 ff vom StaLa zugrunde gelegt⁴⁶. Da überbauter und versiegelter Boden seine natürlichen Funktionen nicht mehr erfüllen kann, ist die versiegelte Fläche, gemessen in Hektar (ha) oder Quadratmeter (m²), ein wichtiger Indikator für die nachhaltige Flächennutzung.

Im Zeitraum von 1990 bis zum Jahre 2004 ist eine Zunahme der versiegelten Flächen, bedingt durch die Eingemeindungen, die Schaffung von Industrie- und Gewerbegebieten sowie Einkaufszentren auf der „Grünen Wiese“ und durch die Erweiterung von Wohnsiedlungsflächen zu verzeichnen.

So erhöhte sich zwischen 1996 bis 2004 die Siedlungs- und Verkehrsfläche von Chemnitz von 5.905 Hektar auf 7.899 Hektar, d.h. um 1.994 Hektar, das entspricht einer Zunahme um 33,8 Prozent. Positiv zu bewerten ist, dass sich der Anteil der Siedlungs- und Verkehrsfläche an der Gesamtfläche von 41,3 Prozent 1996 auf 35,8 Prozent 2004 verringerte.

Die Gebäude- und Freifläche (AdV-Schl. 100/200) vergrößerte sich zwischen 1996 bis 2004 um 1.117 Hektar, d.h. um 28,7 Prozent, die Verkehrsfläche (AdV-Schl. 500) um 431 Hektar, d.h. um ebenfalls 28,5 Prozent. Die Erholungsflächen wuchsen im gleichen Zeitraum um 402 Hektar, d.h. um 94,6 Prozent. Diese günstige Entwicklung ist auf die dörflichen Strukturen der eingemeindeten Ortschaften und gezielte kommunalpolitische Maßnahmen zurückzuführen.

Da für Chemnitz der exakte Versiegelungsgrad noch nicht vorliegt, wird aus dem vorliegenden Zahlenmaterial folgender Versiegelungsgrad angenommen

€ Gebäude- und Freiflächen	AdV-Schl. 100/200,
€ Betriebsfläche ohne Abbauand	AdV-Schl. 940,
€ Verkehrsfläche	AdV-Schl. 500.

Der errechnete Versiegelungsgrad im Verhältnis zur Gesamtfläche verkleinerte sich von 37,9 Prozent für 1996 auf 31,7 Prozent in den Jahren 2003/2004. Dieser erreichte Versiegelungsgrad ist für eine Großstadt günstig, und es kann davon ausgegangen werden, dass der Zuwachs an unversiegelter Fläche eine unzweifelhafte Wirkung auf die Entwicklung der Lebensqualität der BewohnerInnen, insbesondere auch der Familien mit Kindern hat.

Allerdings ist zu beobachten, dass einzelne Stadtteile einen höheren Versiegelungsgrad aufweisen, aber die eingemeindeten dörflichen Randlagen mit ihren ausgedehnten Grünflächen (große Grünanlagen, Landwirtschaft und Waldgebiete) schufen einen großen Zuwachs an unversiegelter Fläche und beeinflussen das Gesamtergebnis positiv. Die bereits erfolgte Revitalisierung von Brachflächen und der laufende Rückbau sind wichtige Ansätze, wobei bei den noch zu revitalisierenden Flächen großer Nachholebedarf besteht. Im Jahre 2003 wurden in neun Stadtgebieten revitalisierte Brachflächen mit insgesamt 68 Hektar ausgewiesen.

⁴⁶ Anmerkung zum Vergleich: Nach Daten der AGENDA 21 Chemnitz erhöhte sich die versiegelte Fläche von 1990 bis zum Jahr 2002 um 1.173 Hektar, die Verkehrsfläche um 739 Hektar; die Siedlungs- und Verkehrsfläche für 2002 wird mit 9.580 Hektar, rund 2.000 Hektar höher als vom StaLa angegeben (Quelle: Nachhaltigkeitsbericht 2004, S. 31)

Zwischen 1996 bis 2003 ist bei der unversiegelten Fläche ein Zuwachs von 6.129 ha, d.h. um 68,6 Prozent zu verzeichnen (AdVSchl. 600, 700, 800, 900/940 und 400). Der Anteil an der Gesamtfläche erhöhte sich von 1996 mit 62,5 Prozent bis 2003/04 auf 68,2 Prozent. Die nachfolgende Tab. 5.2 zeigt die Entwicklung der angenommenen versiegelten bzw. unversiegelten Flächen in Chemnitz.

Tab. 5.2: Flächenstruktur in Chemnitz 1990 bis 2004, nach versiegelter und unversiegelter Fläche, gesamt und in Prozent und in Quadratmeter je Einwohner

Jahr	Versiegelte Fläche in ha			Unversiegelte Fläche in ha		
	Gesamtfläche	Prozent an gesamter Bodenfläche	Versiegelte Fläche in m ² pro EW	Gesamtfläche	Prozent an gesamter Bodenfläche	unversiegelte Fläche in m ² pro EW
1990	5.001 *2)	38,6	170	7.973 *2)	61,5	271
1994	5.410 *2)	38,2	198	8.743 *2)	61,8	320
1996	5.410 *1)	37,8	203	8.932 *1)	62,5	336
1997	5.734 *1)	32,6	221	11.874 *1)	67,6	458
1998	5.869 *2)	33,4	235	11.714 *2)	53,0	469
1999	6.815 *3)	33,4	261	k.A.	k.A.	k.A.
2000	6.855 *1)	30,4	264	15.276 *1)	69,2	589
2001	6.903 *1)	30,9	270	15.260 *2)	69,1	602
2002	6.957 *1)	31,3	275	15.180 *2)	68,7	606
2003	6.998 *1)	31,7	280	15.061 *1)	68,2	603
2004	6.998 *1)	31,7	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.

*1) Quelle: StaLa, Flächen und Einwohner mit Hauptwohnsitz per 31.12.

*2) Quelle: Nachhaltigkeitsbericht der AGENDA 21 für 2004 S. 30/31 - Stadt Chemnitz Stadtplanungsamt, Einwohner per 31.12. gem. Einwohnermelderegister

*3) Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Chemnitz

Aufgrund der absoluten Flächenzuwächse durch Eingemeindungen und der trotzdem gesunkenen Bevölkerungszahlen erhöhte sich die versiegelte Fläche seit 1990 von 170 m² pro Einwohner auf 221 m² pro Einwohner 1997 und 280 m² pro Einwohner im Jahre 2003.

Aus den gleichen Gründen bzw. dem großen Zuwachs an Wald- und Grünflächen wuchs die unversiegelte Fläche von 1990 bis 2003 um 7.088 ha, d.h. um 88,9 Prozent. Die unversiegelte Fläche pro Einwohner erhöhte sich danach stärker von 271 m² pro Einwohner auf 603 m² pro Einwohner im Jahre 2003. Die unterschiedlichen Datenquellen zeigen dennoch einen eindeutigen Trend

Die nachfolgende Tab. 5.3 zeigt die Entwicklung der Natur in und um Chemnitz und macht dadurch auch Tendenzen der Stadtentwicklung vor dem Hintergrund der Gebietsreform deutlich. Die ausgewählten Kennziffern sollen als Hinweis auf verbesserte Wohn- und Lebensbedingungen, vor allem auch im Freizeitbereich und mit gesundheitsrelevanten Bezug für die EinwohnerInnen von Chemnitz gelten.

Da im Nachhaltigkeitsbericht 2004 der AGENDA 21 die Landschaftsschutz- und Naturschutzgebiete nicht in die Berechnung der geschützten Fläche einbezogen wurden (Landschaftsschutzgebiete haben die unterste Schutzstufe), erfolgt in der Tab 5.3 ein unterschiedlicher Nachweis. Aus den Zahlen wird die Bereinigung der Daten auf Grund veränderter Definitionen bzw. Festlegungen nach der Wende deutlich.

Aus der Sicht des Gesundheitsamtes erhöhte sich die geschützte Fläche in und um Chemnitz deutlich von 1.024 Hektar 1996 auf 2.971 Hektar im Jahre 2003, das entspricht einem Anteil an der Gesamtfläche von 7,2 Prozent 1996 und 13,5 Prozent im Jahre 2004. (Berücksichtigt man die Landschaftsschutzgebiete nicht, ergibt sich, dass der Anteil der geschützten Fläche an der Gesamtfläche von Chemnitz von 2,3 Prozent 1996 auf 1,8 Prozent im Jahre 2004 sinkt! Diese Betrachtungsweise ist sicherlich nicht angemessen).

Tab. 5. 3: Flächen und Objekte für Spiel und Erholung in Chemnitz 1993 bis 2004, Teil 1. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt 18

Jahr per 31.12	Spalte 2	Spalte 3		Spalte 4		Spalte 5		Spalte 6		Spalte 7	
	Gesamtflächen von Chemnitz in ha	Summe Spalten 6+7 und NSG (Spalte 5)		Summe Spalten 5 bis 7		Landschaftsschutzgebiete (LSG)/ Naturschutzgebiete (NSG)		Flächennaturdenkmale		Geschützte Landschaftsbestandteile	
		Objekte	ha	Objekte	ha	Objekte	ha *2)	Objekte	ha	Objekte	ha
1993	12.970	53	1.001	61	2.078	7	1.077	31	145	23	856
1994	14.148	80	1.007	87	2.084 *6)	7	1.077	38	150	42	857 *6)
1995	14.148	65	294	74	2.962	9	2.668	37	129	28	165 *7)
1996	14.301	57	334	60	1.024	3	690	32	112	25	222
1997 *3)	17.567 *3)	42	303	48	3.354	6	3.051	35	123	7	180
1999	22.085	52	337	60	1.969	8	1.632	42	134	10	203
2000	22.085	52	337	60	1.969	8	1.632	42	134	10	203
2001 *4)	22.085 *4)	55	355	61	1.966	LSG 6 NSG 2	1.610 / 11	43	141	10	203
2002	22.085	56	389	63	2.968	LSG 7 NSG 2	2.580 / 44	44	142	10	203
2003	22.085	57	391	64	2.970	LSG 7 NSG 2	2.580 / 44	45	144	10	203
2004	22.085	57	391	64	2,971	LSG 7 NSG 2	2.580 / 44	45	144	10	203

Tab. 5. 4: Flächen und Objekte für Spiel und Erholung in Chemnitz 1993 bis 2004, Teil 2. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt 18

Jahr per 31.12	Spalte 2	Spalte 8		Spalte 9		Spalte 10	Spalte 11		Spalte 12
	Gesamtflächen von Chemnitz in ha	Grün- und Parkanlagen		Kleingartenanlagen (KGA)/ Parzellen		Straßenbäume	Spielplätze		Waldfläche nach Forstrevieren
		Objekte	ha	KGA	Parz.	Anzahl	Objekte	ha	ha
1993	12.970								
1994	14.148	42	234	206	17.740	k.A.	87	111	965
1995	14.148	42	233	207	17.753	k.A.	89	113	1.032
1996	14.301	59	316	195	17.195	16.741	89	134	1.229
1997 *3)	17.567 *3)	69	324	200	17.467	k.A.	94	155	1.333
1999	22.085	64	296	219	17.990	19.755	102	193	1.451
2000	22.085	63	283	219	17.967	19.755	102	191	1.467
2001 *4)	22.085 *4)	64	298	219	17.963	20.548	103	192	1.486
2002	22.085	65	315	219	17.820	21.517	97	152	1.496
2003	22.085	50 *5)	302	217	17.608	21.914	102	154	1.493
2004	22.085	50 *5)	303	218	17.634	k.A.	104	157	1.497

*1) zwei Naturschutzgebiete (Am Schusterstein und Um den Eibsee)

*2) bei kreisübergreifenden Gebieten nur städtischer Anteil

*3) Eingemeindung Einsiedel, Klaffenbach, Kleinolbersdorf-Altenhain 1997

*4) Eingemeindung Mittelbach, Grüna, Röhrsdorf, Wittgensdorf 1999

*5) Kennziffer wurde verändert – enthält nur noch Parkanlagen

*6) Zunahme der geschützten Landschaftsbestandteile zwischen 1993 und 1994 um 19 Objekte mit nur 44,2 ha

*7) veränderte Zuordnungen/veränderte Definitionen und Festsetzungen

Die Entwicklung des Straßenbaumbestandes, insbesondere der Bäume, die älter als 15 Jahre sind, ist ein entscheidender Faktor der Ortsdurchgrünung und damit wichtig für die Luftqualität. Von den 2002 erfassten 21.039 Straßenbäumen sind 47 Prozent bis 20 Jahre alt, d.h. rund 7.500 Straßenbäume sind in den letzten 10 Jahren gepflanzt worden. 16 Prozent der Straßenbäume sind zwischen 20 bis 40 Jahre alt und 37 Prozent 40 bis über 100 Jahre alt [14]. Die Gesamtlänge des Straßennetzes von Chemnitz betrug 2002 802 km.

Die Zahl der Kleingartenanlagen ist von 195 1996 auf 218 im Jahre 2004 gestiegen, wobei die Anzahl der Parzellen geringfügig gefallen ist.

Erfreulich ist die beachtliche Entwicklung der städtischen Spielplätze, die die Ergebnisse einer modernen Stadtentwicklung zeigt und wichtig für die Gestaltung der Lebensbedingungen unserer Jüngsten ist. Die Zahl der Spielplätze erhöhte sich um 19,5 Prozent von 87 im Jahr 1996 auf 104 im Jahr 2004. Dabei spielt wiederum die Gebietsreform eine Rolle, aber es gab auch Neuschaffungen unter Berücksichtigung der seit 1995 wieder zunehmenden Geburtenzahlen.

Aus der dargestellten Flächennutzung, aus den aufgeführten Fakten, kann abschließend festgestellt werden, dass es Fortschritte bei der Entwicklung der unversiegelten Flächen, der Revitalisierung von Brachflächen, der Ortsdurchgrünung zu verzeichnen gibt, aber Nachholebedarf weiterhin bestehen bleibt. Die erreichte Situation hat

sicherlich bereits günstige Auswirkungen auf die Wohn- und Lebenssituation der Einwohner, d.h. auch der Kinder und ihrer Familien, gebracht. Weitere Maßnahmen sind im Aktionsprogramm der Stadt Chemnitz für das 21. Jahrhundert festgeschrieben.

5.2.2 Stadtverträgliche Mobilität (Indikator 31)

Den Autoverkehr auf das wirklich notwendige Maß zu beschränken, ist das Nachhaltigkeitsziel der AGENDA 21. Das bedeutet, dass die notwendige Mobilität so effektiv und umweltschonend wie möglich gestaltet werden muss. Auch gesundheitsrelevante Aspekte – wie z.B. CO₂-Emissionen, Lärm, Radfahrmöglichkeiten – sollen dabei ständig beachtet werden. Der öffentliche Nahverkehr ist auch in Chemnitz in den Hauptverkehrszeiten der effektivste und umweltschonendste Verkehrsträger für den Personentransport. Der Autoverkehr der Wirtschaft und zum Lastentransport, für den es keine wesentliche Alternative gibt, muss auf das unbedingt Notwendige beschränkt bleiben.

Das Fuß- und Radwegenetz und der öffentliche Personennahverkehr werden in Chemnitz weiter ausgebaut.

Die nachfolgende Abb. 5.2 zeigt den Erweiterten Modal-Split, d.h. die Benutzerstruktur in Prozent für die verschiedenen Verkehrsarten der Jahre 1994, 1998 und 2003.

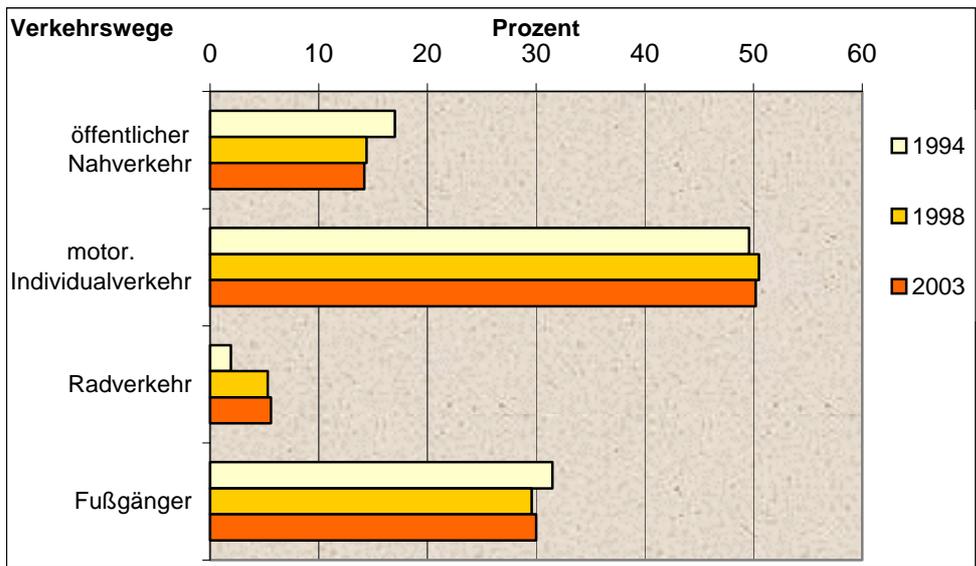


Abb. 5. 2: Anteil der verschiedenen Verkehrswege am gesamten Wegeaufkommen pro Werktag in Chemnitz, 1994, 1998 und 2003, in Prozent. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt 68, SG Verkehrsplanung

Der motorisierte Individualverkehr (MIV) nahm von 38 Prozent 1991 [14] auf 49,6 Prozent im Jahr 1994 stetig zu, um 1998 die Hälfte (50,7 Prozent) allen Verkehrsaufkommens zu erreichen. Seitdem gibt es keine wesentliche Änderung (Wert 2003: 50,2 Prozent).

Als Folge sank der öffentliche Personen-Nahverkehr (ÖPNV) von 22 Prozent 1991 [14] auf 17,0 Prozent 1994 und pendelte sich von 1998 bis 2003 bei ca. 14 Prozent ein.

Der Indikator Personenkilometer ⁴⁷, d.h. der Grad der Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs, gibt einen echten Nachweis darüber, „... ob und in welchem Maße es gelungen ist, den nicht auf das Auto angewiesenen innerstädtischen Verkehr auf eine nachhaltigere Alternative umzulenken“ [14].

⁴⁷ Gemessen wird an der Zahl der jährlichen Beförderungsfälle der Chemnitzer Verkehrsaktiengesellschaft (CVAG) multipliziert mit der mittleren Reiselänge von 5 km, dividiert durch die Bevölkerungszahlen [14].

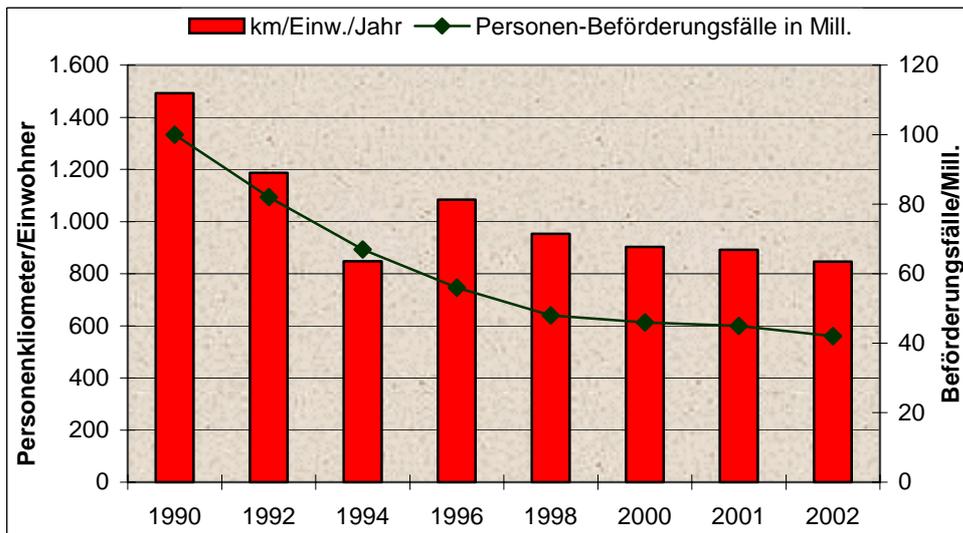


Abb. 5.3: Personenkilometer pro Einwohner und Beförderungsfälle in Mill. in Chemnitz 1990 bis 2002. Quelle: Stadt Chemnitz, AGENDA 21

Die Personenkilometer pro Einwohner und Jahr verminderten sich von 1.492 im Jahr 1990 bis zum Jahr 1994 um 40,8 Prozent auf 884, stiegen kurzfristig bis 1996 wieder auf 1.084 Personenkilometer und sanken bis zum Jahre 2002 kontinuierlich auf 846 Personenkilometer, d.h. auf 56,7 Prozent des Niveaus von 1990. Entsprechend sind die Beförderungsfälle von 100 Millionen 1990 kontinuierlich auf 42 Millionen im Jahre 2002 gefallen. Als wesentliche Gründe dafür sind der Wegfall von Arbeitswegen auf Grund der hohen Arbeitslosigkeit, die Abwanderung von

Einwohnern und die Erhöhung des PKW-Bestandes zu nennen.

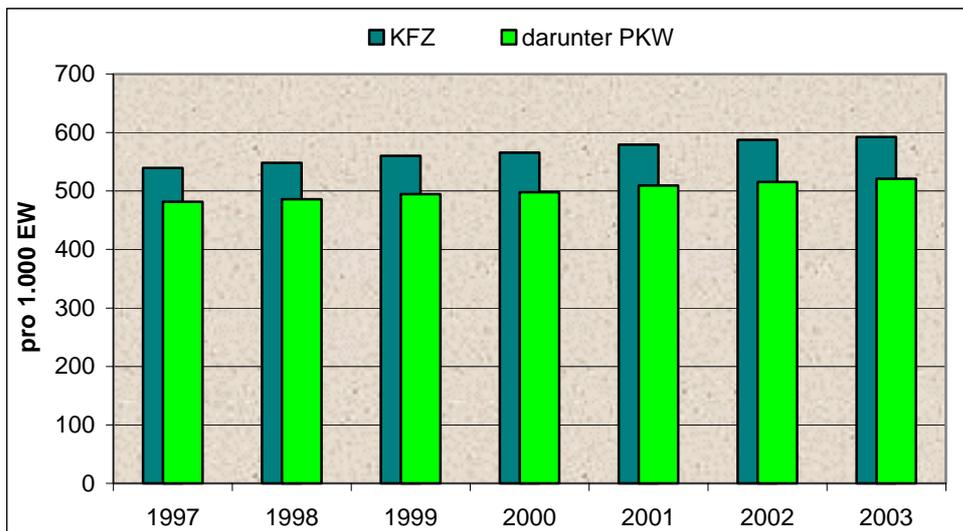


Abb. 5.4: Anzahl der KFZ, darunter der PKW pro 1.000 Einwohner von 1997 bis 2003. Gebietsstand: 01.01.2004

Danach sank von 1997 bis 2003 die absolute Anzahl aller Kraftfahrzeuge geringfügig um 0,26 Prozent von 148.431 auf 148.042. Dagegen stieg im gleichen Zeitraum die Zahl aller Kraftfahrzeuge auf Grund des Bevölkerungsrückganges um 9,8 Prozent - von 540 pro 1.000 Einwohner auf 592 pro 1.000 Einwohner.

Deutlicher wird die Tendenz noch, wenn man nur die Entwicklung der PKW betrachtet: Ihre Anzahl sank zwischen 1997 und 2003 um 1,7 Prozent (1997: 132.448; 2003: 19+30.188). Die Anzahl der PKW pro 1.000 Einwohner erhöhte sich im gleichen Zeitraum - zum einen auf Grund des Bevölkerungsrückganges, zum anderen wegen der Zunahme der „Zweitfahrzeuge“ - von 481 PKW auf 521 PKW, d.h. um 8,3 Prozent. Die Entwicklung zeigt, dass das private Auto (auch das Betriebsfahrzeug) als Verkehrsmittel bevorzugt wird.

Abschließend sei zum Indikator Modal-Split vermerkt, dass der Fußgängeranteil von 38 Prozent 1991 [14] auf 31,5 Prozent 1994 sank und sich bis 2003 bei rund 30 Prozent einpendelte. Günstig ist die Entwicklung des Radfahreranteiles, der sich von ca. zwei Prozent 1991 [14] und 1994 auf 5, 6 Prozent bis 2003 erhöhte.

Die AGENDA 21 nennt im Zusammenhang mit der Mobilität der Chemnitzer Bürger 18 konkrete Maßnahmen, die in den nächsten Jahren zu einer siedlungs- und umweltverträglichen Mobilität für alle Chemnitzer Bürger führen sollen [25]. Die durch den Straßenverkehr erzeugten Umweltbelastungen wie Flächenverbrauch, Versiegelung, Lärm und Luftschadstoffbelastung sollten durch folgende Maßnahmen minimiert werden:

- € Entwicklung umweltfreundlicher Verkehrsarten,
- € Reduzierung des motorisierten Individualverkehrs,
- € Vermeidung unnötigen Straßenverkehrs und
- € die bessere Abstimmung von Bahn- und Busverkehr.

5.2.3 *Klimaschutz - lokale Umweltbelastungen - Luftqualität (Indikator 33)*

Die Budapester Konferenz formuliert für die WHO-Europaregion einige Schwerpunkte, darunter die Notwendigkeit zur Verringerung der aus Klimaveränderungen resultierenden Krankheitslast insbesondere durch die Umsetzung des Kyoto-Protokolls. Dieses Dokument zur Reduzierung der Produktion von Treibhausgasen, insbesondere zur Verringerung des CO₂-Ausstoßes, wurde am 15.02.2005 von 140 Staaten unterzeichnet. Damit verbinden sich viele Hoffnungen, der Klimaveränderung durch die globale Erderwärmung wirksam entgegenzusteuern. In Deutschland konnte zwischen 1990 und 2003 ein Rückgang an Treibhausgasemissionen um 19 Prozent erreicht werden, das entspricht mehr als zwei Dritteln der von der EU zu erbringenden Leistung.

Die Luftreinhaltung als Grundvoraussetzung eines gesunden Lebens erfordert bei der Außenluft neben der Herabsetzung der Luftschadstoffe allgemein aktuell die Verringerung der Verunreinigungen durch feine Staubpartikel aus Abgasen von Dieselfahrzeugen. Bei der Innenraumluft sind die Entwicklung gesundheitlicher Bewertungsverfahren zur Ausgasung flüchtiger organischer Chemikalien; Vermeidungsstrategien zum Schimmelpilzbefall; Handlungsempfehlungen zum Erhalt guter Luftqualität in gedämmten und luftdichten Gebäuden; weitere Entwicklung emissionsarmer Produkte im Wohnbereich; Vermeidung/Verringerung von Radonbelastungen in Innenräumen; Aufklärungsarbeit zu Gefahren des Passivrauchens, erforderlich.

In der deutschen Gesetzgebung wird gefordert, „... eine menschenwürdige Umwelt zu sichern und die natürlichen Lebensgrundlagen zu schützen und zu entwickeln“ (BauGB Nr. 7, §1, Abs. 5). Die Bedeutung des Klimas für das Wohlbefinden von Menschen, die in einer Stadt leben, ist in den vergangenen Jahren stärker in das Bewusstsein gerückt. Die Großstadt Chemnitz im Westen des Freistaates Sachsen, Eingangstor zum Erzgebirge, ist ein industrielles Ballungsgebiet mit langen Traditionen. Die Stadt liegt in einem Kessel – Stadtmitte 297 m über HN, höchster Punkt ist Klaffenbach mit 523 m über HN.

Es ist eine bekannte Tatsache, dass die Luftqualität spürbare gesundheitsrelevante Auswirkungen zeigt – insbesondere bei Atemwegserkrankungen und das besonders bei Kindern. Bekannt ist auch, dass die Emissionen aus dem Verkehr, der Industrie, den Heizkraftwerken und den individuellen Heizungsanlagen durch den Verbrauch nicht erneuerbarer Energien die Luftqualität entscheidend beeinflussen. Als Mitglied (seit 1992) im Klimabündnis der europäischen Städte zum Schutz der Erdatmosphäre (ALLIANZA DEL CLIMA e.V.) ist die Stadt Chemnitz die Selbstverpflichtung eingegangen, von 1987 bis zum Jahre 2010 die CO₂-Emissionen zu halbieren und die sechs wichtigsten Treibhausgase weiter zu verringern.

Tab. 5.5: *Luftbelastung nach Stoffgruppen in Sachsen 1997 bis 2003, in kg/Einwohner. Quelle: Sächsisches Landesamt für Umwelt und Geologie*

Jahr	Gesamtausstoß an Luftschadstoffen pro Jahr (kg/Einwohner)						
	Kohlenmonoxid (CO)	Kohlendioxid (CO ₂)	Schwefeldioxid (SO ₂)	Stickoxide (NO _x)	Schwebstaub PM ₁₀	Benzol	Ruß
1997	66	12.177	92	25	3	0,41	0,45
1998	52	9.293	51	19	3	0,31	0,42
1999	44	9.137	34	17	3	0,23	0,36
2000	38	10.831	10	17	3	0,18	0,32
2001	36	11.661	8	17	3	0,15	0,33
2002	32	11.915	8	16	3	0,13	0,31
2003	k.A. *	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.

* k.A. = keine Angaben

Der Indikator CO₂-Emission (durch Verbrennung fossiler Energieträger – hauptsächlich Kraft-Wärme-Erzeugung, Kraftverkehr) ist einer der wenigen anerkannten Klima-Indikatoren. Der Gesamt-CO₂-Ausstoß zeigt seit 1990 – 1997 bis 2002 einen ständigen Rückgang – bedingt durch Reduzierung von Industriestandorten, Umstellung privater Heizungsanlagen und den Bevölkerungsrückgang. Dasselbe trifft für die Emissionen von Kohlenmonoxid, Schwefeldioxid, Stickoxide, Benzol und Ruß zu. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Angabe der Emission in kg pro Einwohner sicherlich für den Untersuchungszweck ungeeignet ist. Besser wären absolute Zahlen oder kg pro m². Bei allen Angaben zur Schadstoff-Emission handelt es sich um sächsische Durchschnittswerte, da detailliertere Angaben derzeit durch das Sächsische Landesamt für Umwelt und Geologie (LfUG) nicht machbar sind.

Im Nachhaltigkeitsbericht 2004 der AGENDA 21 wird deshalb die Entwicklung der verkehrsbedingten CO₂-Emissionen dargestellt. Diese erhöhten sich stark von 780 kg/Einwohner 1991 auf fast das Dreifache, d.h. auf 2.157 kg/Einwohner im Jahre 2000. Deshalb sollen entsprechende Schwerpunktaufgaben für die Entwicklung der Stadt durchgesetzt werden, u.a. die Förderung des Öffentlichen Personen-Nahverkehrs sowie des Rad- und Fußverkehrs sowie Beachtung des Prinzips „Stadt der kurzen Wege“.

Die Immissionssituation wird vorwiegend durch Emissionen mit niedrigen Quellhöhen (Hausbrand, Verkehr und Kleingewerbe) geprägt. „Charakteristische Erscheinungen des Stadtklimas sind die sich ausbildenden städtischen Wärmeinseln, die durch erhöhte Luftrübung entstehende Dunstglocke, vermehrte Niederschläge durch die hohe Anzahl der Kondensationskerne, die Förderung der Bildung von Haufenwolken über der warmen Stadtluft u.a.m. [38].

Die Luftqualität wird in Chemnitz an vier Stationen gemessen:

1. Lohstraße/Getreidemarkt (Chemnitz-Mitte): landestypische (durchschnittliche) Messstelle, Messung der Gesamtbelastung in einem städtisches Wohngebiet (Hintergrundbelastung),
2. Wilhelm-Külz-Platz (Chemnitz-Nord): stadverkehrbezogene Messstelle, ein Ort höchster Belastung im Stadtgebiet, innerstädtischer Straßenraum (Verkehrsbelastung),
3. Weißer Weg: Messstelle in Stadtrandlage an der Eingangszone zur Deponie Weißer Weg, Ergebnisse fließen nicht in den Immissionsbericht des LfUG ein. Hier werden besonders Ozon-Konzentrationen ermittelt.
4. Zur Ergänzung der verkehrsbedingten Luftschadstoffmessung wurde im Januar 2005 an der viel befahrenen Leipziger Straße eine Messstation zur Ermittlung von Feinstaub PM₁₀ und PM_{2,5} aufgestellt.

An diesen Messstationen werden Kurzzeitwerte ermittelt, die schließlich jährlich zu Jahresmittelwerten zusammenfließen. Grenzwerte für Kurzzeitwerte bestehen als 1h-Werten, 8h-Werten usw. Damit können jahreszeitliche Schwankungen (z.B. sommerliche Ozonkonzentrationen) verfolgt und ggf. entsprechende Reaktionen ausgelöst werden. Die in Tab. 5.6 dargestellten Werte der Stationen Chemnitz-Mitte und Chemnitz-Nord sind ausschließlich Jahresmittelwerte und machen Grenzwertüberschreitungen und jahreszeitlichen Schwankungen nicht sichtbar.

Tab. 5.6: Vergleich der Immissionswerte (Jahresmittelwerte) an den Messstationen Chemnitz-Mitte und Chemnitz-Nord 1997 bis 2003. Quelle: Sächsisches Landesamt für Umwelt und Geologie

Jahr	Immissionswerte pro Jahr – Jahresmittelwerte in Chemnitz-Mitte							
	Kohlenmonoxid (CO)	Schwefeldioxid (SO ₂)	Stickstoffmonoxid (NO)	Stickstoffdioxid (NO ₂)	Schwebstaub PM ₁₀	Ozon	Benzol	Ruß
	mg/m ³	Mikrogramm/m ³						
1997	0,7	19	20	32	k.M.	40	4,4	k.M.
1998	0,5	8	13	32	k.M.	44	3,2	k.M.
1999	0,4	5	12	33	k.M.	45	2,8	k.M.
2000	0,3	5	13	31	k.M.	44	2,5	k.M.
2001	0,3	4	13	31	26	42	2,0	k.M.
2002	0,3	4	14	30	24	45	2,1	k.M.
2003	k.M. ⁴⁸	5	15	34	32	49	2,0	k.M.
2004	k.M.	3	12	27	25	46	1,6	k.M.

Jahr	Immissionswerte pro Jahr – Jahresmittelwerte in Chemnitz-Nord							
	Kohlenmonoxid (CO)	Schwefeldioxid (SO ₂)	Stickstoffmonoxid (NO)	Stickstoffdioxid (NO ₂)	Schwebstaub PM ₁₀	Ozon	Benzol	Ruß
	mg/m ³	Mikrogramm/m ³						
1997	0,9	18	50	50	k.M.	35	5,6	k.M.
1998	0,9	10	44	43	33	38	4,9	3,8
1999	0,5	7	43	38	32	37	4,2	4,6
2000	0,5	6	43	38	30	38	3,4	4,4
2001	0,5	4	37	38	30	36	3,0	3,8
2002	0,7	4	33	38	25	40	2,8	3,5
2003	0,7	k.M.	32	40	28	k.M.	2,5	3,6
2004	0,65	k.M.	31	35	26	k.M.	2,0	k.A.

Insgesamt ist eine Entlastung der Luftschadstoffsituation zu erkennen, wobei die Messwerte der Messstelle Chemnitz-Mitte niedrigere verkehrsbedingte Schadstoffkonzentrationen als die Werte von Chemnitz-Nord aufweisen. Doch auch dort wird zwischen 1997 und 2004 bis auf die Ozonbelastung 2003 (heißer, trockener Sommer!) ein kontinuierliche Rückgang der gelisteten Schadstoffe deutlich (vgl. auch Abb. 5.6).

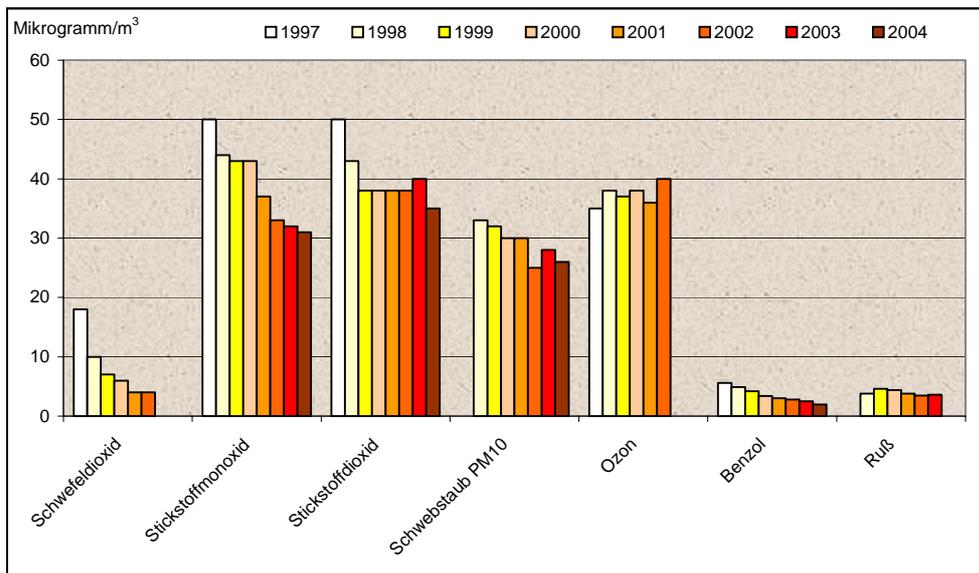


Abb. 5.5: Luftschadstoffgehalt in Chemnitz an der Messstation Chemnitz-Nord 1997 bis 2004, Jahresmittelwerte in Mikrogramm/m³. Quelle: Sächsisches Landesamt für Umwelt und Geologie

⁴⁸ k.M. = keine Messung

An den Messstellen Chemnitz-Mitte und Chemnitz-Nord ist zwischen 1997 und 2004 ein kontinuierlicher Rückgang bei den Jahresmittelwerten der Schwefeldioxid-Immissionen festzustellen. Der Einbau von Entschwefelungsanlagen im Heizkraftwerk der Stadtwerke 1997 hat sich dabei günstig ausgewirkt.

	Jahresmittelwert 1997	Jahresmittelwerte 2002 bzw. 2004
Chemnitz-Mitte	19 Mikrogramm/m ³	3 Mikrogramm/m ³ (2004)
Chemnitz-Nord	18 Mikrogramm/m ³	4 Mikrogramm/m ³ (2002)

Bei den Schadstoffkomponenten Kohlenmonoxid und Benzol ist ein leichter Abwärtstrend, bei Ozon ist ein Aufwärtstrend sichtbar. Bei den Komponenten Schwebstaub PM₁₀ und Stickoxiden wird eine für die Kernbereiche von Großstädten typische Belastung erkennbar.

Insgesamt befinden sich die ermittelten Luftschadstoffwerte unter den in Tabelle 5.7 dargestellten gesetzlichen Grenzwerten. Diese Grenzwerte resultieren aus den Vorschriften der EG-Luftqualitätsrichtlinie und der dazu erlassenen Tochterrichtlinien, die mit der 22. BImSchV in verbindliches deutsches Recht umgesetzt wurden. Zum Schutz der menschlichen Gesundheit wurden in Übereinstimmung mit dem EG-Recht Immissionsgrenzwerte festgelegt. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass die Grenzwerte die Gefahrenwerte darstellen, d.h. kein Kriterium für tatsächlich saubere Luft sind.

Tab. 5.7: Luftqualitätsgrenz- und richtwerte: Grenzwerte inklusive Toleranzmargen bis 2010 gem. 22. BImSchV⁴⁹

Jahr	SO ₂	NO ₂	NO ₂	PM ₁₀	PM ₁₀	Benzol	CO
	1-h-Wert	1-h-Wert	Jahresmittel	24-h-Wert	Jahresmittel	Jahresmittel	8-h-Wert
Mikrogramm/m ³							
2002	440	280	56	65	44,8	10	16
2003	410	270	54	60	43,2	10	14
2004	380	260	52	55	41,6	10	12
2005	350	250	50	50	40	10	10
2006	350	240	48	50	40	9	10
2007	350	230	46	50	40	8	10
2008	350	220	44	50	40	7	10
2009	350	210	42	50	40	6	10
2010	350	200	40	50	40	5	10

Von besonderer Brisanz ist die aktuelle Situation in Bezug auf Schwebstaub. Dieser wird in verschiedenen Partikelgrößen (Schwebstaub PM_{2,5} und PM₁₀) gemessen. Als stark gesundheitsschädigend und krebserregend gilt der lungengängige "particulate matter" 10, kurz PM₁₀ mit einem Teilchenbereich bis 10 Mikrogramm, wobei die gesundheitlichen Auswirkungen von kurzzeitig erhöhtem Feinstaub in erster Linie von der gesundheitlichen Verfassung des Einzelnen und von der Höhe und der Dauer der Überschreitungen abhängen.

Seit Januar müssen die Kommunen schärfere EU-Grenzwerte einhalten, d.h. die Tagesmittelwerte über 50 Mikrogramm/m³ Feinstaub dürfen nicht mehr als 35-mal im Jahr überschritten werden. Wenn doch, müssen die Kommunen reagieren, um die Schadstoffbelastung in den betroffenen Zonen rasch und dauerhaft zu senken. Diese Art der Luftreinhaltung ist von den Bürgern der Stadt einklagbar.

Die Gefährlichkeit des Feinstaubes wird durch eine in Brüssel präsentierte Studie der EU untermauert. Die kleinen Partikel Staub kosten jeden Europäer lt. dieser Studie durchschnittlich neun Monate seines Lebens und fordern allein in Deutschland pro Jahr 65.000 Todesopfer. Die Feinstaubteilchen können wegen ihrer Winzigkeit die Lunge schädigen und auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen hervorrufen. In Gebieten mit einer allgemein höheren Luftschadstoffbelastung wurden im Vergleich zu Reinluftgebieten ein häufigeres Auftreten von Bronchitiden sowie Husten und eine etwas höhere Rate an Atemwegsinfekten insbesondere bei Kindern festgestellt.

Im Feinstaub enthalten sind Verbrennungsrückstände wie zum Beispiel Rußpartikel von Diesel-Fahrzeugen: besonders in Ballungsgebieten sind sie die Hauptquelle für den Schadstoff. Weitere Inhaltsstoffe sind etwa Pollen, aber auch aufwirbelnder Dreck von Baustellen. Im langen, trockenen Sommer 2003 gab es bei höheren Grenzwerten sogar 61 bzw. 55 Überschreitungen bei den zwei Messstellen im inneren Stadtgebiet.

⁴⁹ 22. Verordnung zur Durchführung des Bundes-Immissionsschutzgesetzes (Verordnung über Schadstoffe in der Luft – 22. BImSchV) v. 11.09.2002

Tab. 5.8: Jahresmittelwerte und Überschreitungen der Grenzwerte (Anzahl der Tage) zum Schutz der menschlichen Gesundheit nach der 22. BImSchV ab 2005

Station	Jahresmittelwerte von PM ₁₀ (40 Mikrogramm/m ³ ab 2005)							Anzahl Überschreitungen der Tagesmittelwerte von PM ₁₀ (24 h-Mittel >50 Mikrogramm/m ³ ab 2005*)						
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Chemnitz-Nord	33	32	30	30	25	33	26	k.M.	33	36	36	11	61	12
Chemnitz-Mitte	k.M.	k.M.	k.M.	26	24	32	25	k.M.	k.M.	k.M.	21	20	55	21

* 35-mal maximal zulässige Überschreitungshäufigkeit

An der in der Leipziger Straße aufgestellten Luft-Messstation wurde von Januar bis März 2005 bereits 20 Überschreitungen der PM₁₀-Grenzwerte registriert.

Maßnahmen wie Geschwindigkeitsbeschränkungen, Grüne Wellen für Autos, eine Verbesserung des öffentlichen Personennahverkehrs, häufigere Straßenreinigungen und vor allem die Ausstattung der städtischen Omnibusse (CVAG) mit Rußpartikelfiltern sollen helfen. Ob diese Vorschläge reichen werden, bleibt fraglich. Doch mehr kann eine Stadt zurzeit nicht tun. Denn noch herrscht in Deutschland Unklarheit darüber, was genau die Städte befürchten müssen, die die EU-Richtlinie verletzen. Zwar sind erste Klagen eingereicht, die Urteile dazu aber längst nicht gesprochen. Auch ein Vertragsverletzungsverfahren der EU-Kommission gegen deutsche Kommunen dürfte dauern. Doch ohne echte Sanktionen werden sich auch die zuständigen Ämter damit schwer tun, drastischere Mittel gegen den Staub einzusetzen.

5.2.4 Lärmbelastung (Indikator 32)

Lärm, insbesondere wenn er dauerhaft ist, ist die Ursache einer ganzen Reihe von gesundheitsrelevanten Auswirkungen und hat damit erheblich störenden Einfluss auf die Befindlichkeit der Menschen. Lärm mindert nachweislich das geistige und körperliche Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit, behindert die Kommunikation und die Erholung. Lärm macht krank. Unspezifische Stressreaktionen, Schlafstörungen, Aggressionen und Angst, Tinnitus, aber auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen bis hin zum Herzinfarkt sind die häufigsten Folgen von dauerhaftem Lärm. Die Ergebnisse des paneuropäischen LARES-Survey⁵⁰ machen u.a. deutlich, dass sich bei Kindern Zusammenhänge zwischen Lärmbelastung, insbesondere den Verkehrs- und Nachbarschaftslärm und Erkrankungen des Atmungssystems nachweisen lassen. Diese erhöhten Erkrankungsrisiken im Atmungssystem scheinen bei Kindern nicht primär durch verkehrsbedingte Luftschadstoffe hervorgerufen zu werden, sondern wie im Fall des Nachbarschaftslärms durch emotionalen Stress.

In Deutschland leiden Millionen Menschen an einer mehr oder weniger starken Gehörschädigung. Die Folge ist, dass die Lärmschwerhörigkeit zu den häufigsten Berufskrankheiten gehört. Lärm ist zu einem gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Problem geworden.

Das wesentlichste Lärmproblem entsteht durch den Straßenverkehr. Geschätzt wird, dass die Hälfte der Bevölkerung mit Verkehrslärm lebt, der deutlich über den Normen für Wohngebiete liegt. Zwei von drei Bundesbürgern fühlen sich durch den Straßenlärm gestört, viele leiden unter Fluglärm, Sportlärm oder Lärm von Industrieanlagen. Bereits im Kleinkindalter treten damit negative Belastungen auf.

Der Schallpegel bei Rockkonzerten, Diskothekenbesuch, Großveranstaltungen im Freien u.a. überschreitet oft die Grenzen der Gehörgefährdung. Dadurch können akute Hörschädigungen auftreten. Gravierender ist die Tatsache, dass bei ca. 5% der Jugendlichen, die regelmäßig einmal wöchentlich die Disko besuchen, ein deutlicher, nicht mehr rückbildungsfähiger Gehörschaden auftritt.

Für die Stadt Chemnitz existieren Schallimmissionspläne (SIP) bzw. „Lärmkarten“, die zur Entwicklung von Flächennutzungsplänen, Bauleitplänen, Bebauungsplänen, Sanierungsplänen – Lärminderungsplänen – Umweltverträglichkeitsprüfungen erforderlich sind. Vom Gesetzgeber wird lt. § 47a BImSchG vorgeschrieben, dass die Belastung durch einwirkende Geräusche erfasst werden müssen für Gebiete, in denen schädliche Umwelteinwirkungen vorhanden oder zu erwarten sind. Deshalb entstanden Beurteilungspegel Tag/Nacht für Straßenverkehrslärm, Schienenverkehrslärm, Lärm von Gewerbe- und Industrieobjekten sowie für Sport- und Freizeiteinrichtungen.

Chemnitz ist wie alle Großstädte relativ stark mit Lärm, insbesondere durch Straßen- und Schienenverkehr, belastet. Deshalb wurde das Pilotprojekt „Integrierte Bewertung der Umwelt- und Stadtverträglichkeit des Verkehrs in Chemnitz“ durchgeführt. Für ausgewählte Untersuchungsgebiete wurden Bewertungen des Problemgehaltes Lärm für die Anwohner - Lärmkonfliktkarte mit Verträglichkeitsskalen - durchgeführt. Dabei wurde für die Prognose 2010 mit geschätzten Verkehrsmengen gerechnet.

⁵⁰ Bundesgesundheitsblatt 3/2005 S. 317

Die Auswertung der Ergebnisse der schalltechnischen Untersuchungen dient zur Fortschreibung des Verkehrsentwicklungsplanes der Stadt Chemnitz [38].

Durch das Stadtplanungsamt/Abt. Verkehrsökologie wurde Anfang 2005 die Datenbank mit den Ergebnissen der schalltechnischen Untersuchungen zur Fortschreibung des Verkehrsentwicklungsplanes der Stadt Chemnitz hinsichtlich einer Immissions-Pegelklassenstatistik für die betrachteten Zeithorizonte ausgewertet und die anteiligen Gesamt-Straßenlängen und Einwohnerzahlen in nachstehender Tabelle eingetragen.

Das Untersuchungsgebiet für die Stadt Chemnitz und seine Ortsteile umfasst insgesamt 896 Straßenabschnitte im definierten Haupt- und Nebenstraßennetz. Für jeden dieser Abschnitte wurde ein Emissionspegel und ein Immissionspegel an der 1. Bebauungsreihe berechnet.

Definition der Lärmpegelklassen in dB(A) und deren Auswirkungen:

- € <= 49 dB(A): die gesetzliche Vorgabe entsprechend Neubau von Straßen wird eingehalten
- € > 49 bis <= 55 dB(A): erhöhte Belastung, noch keine Gesundheitsgefahr
- € > 55 dB(A): Schlafstörungen, dadurch potenziell gesundheitsgefährdend (Bundesumweltamt 2004)

Tab. 5.9: Fortschreibung des Verkehrsentwicklungsplanes der Stadt Chemnitz bis 2015, in Pegelklassen, nach Straßenlängen in m und der Anzahl der betroffenen Einwohner. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt 68

Pegelklassen in dB(A)	Pegelklassenstatistik für 896 Straßenabschnitte in Chemnitz					
	Zeithorizont 1993/94		Zeithorizont 2004/05		Zeithorizont 2015	
	Straßenlänge in m	Anzahl Einwohner	Straßenlänge in m	Anzahl Einwohner	Straßenlänge in m	Anzahl Einwohner
<= 49	29.105	2.597	27.646	2.583	48.503	9.347
> 49 bis <= 55	76.882	22.868	75.434	21.245	77.836	23.202
> 55	110.285	29.481	113.192	31.118	89.933	22.397

Die Auswertung der Schallimmissionskarte nachts, d.h. die Bewertung des Lärmpegels im Nachtzeitraum zeigt folgende aktuelle Situation in Chemnitz und die geplante Entwicklung bis 2015. Die Tageswerte wurden nicht berücksichtigt, da die Betroffenheiten der Einwohnergruppen sinngemäß auch für den Tagzeitraum gelten.

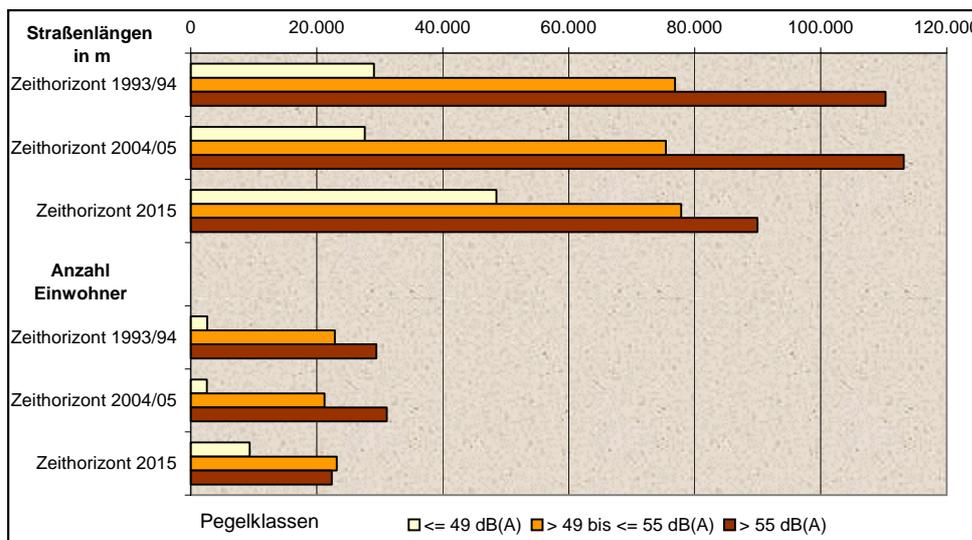


Abb. 5.6: Fortschreibung des Verkehrsentwicklungsplanes der Stadt Chemnitz bis 2015, in Pegelklassen, nach Straßenlängen in m und der Anzahl der betroffenen Einwohner. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt 68

- € 1993/94 beträgt der Anteil der Straßenlänge, die einen Pegel > 55 dB(A) aufweisen, noch 51,0 Prozent mit 53,7 Prozent der betroffenen Einwohner, 2004/2005 ist eine Steigerung auf 52,3 bzw. 56,6 Prozent zu verzeichnen. Durch entsprechende Sanierungsvorhaben bis 2015 soll eine Reduzierung auf 81,5 Prozent der Straßenlänge und 76,0 Prozent der betroffenen Bevölkerung des Jahres 1993/94 erreicht werden.
- € Ausgehend von einer gleichbleibenden Straßenlänge von 216.272 m im Untersuchungsgebiet zeigen sich gravierende Verschiebungen hinsichtlich der Pegelklassen und der betroffenen Straßenabschnitte und Einwohner, die bis 2015 realisiert werden sollen und damit zu wesentlichen Verbesserungen führen können. Geplant ist die starke Zunahme der Straßenabschnitte in der Pegelklasse <=49 dB(A) und eine starke Abnahme der Straßenabschnitte in der Pegelklasse > 55 dB(A).
- € In der Pegelklasse <= 49 dB(A) verringern sich Straßenlänge und betroffene Einwohner (1993/1994 = 100 Prozent) auf 95,0 bzw. 99,5 Prozent im Jahre 2004/2005 und steigen bis 2015 auf 166,6 Prozent (Straßenlänge) und auf 359,9 Prozent (betroffene Einwohner) stark an.
- € In der Pegelklasse > 49 bis <= 55 dB(A) verändern sich Straßenlänge und betroffene Einwohner (1993/94 = 100 Prozent) auf 98,1 bzw. 92,9 Prozent im Jahre 2004/2005 und steigen bis 2015 geringfügig auf 101,2 bzw. 101,5 Prozent.

- € In der Pegelklasse > 55dB(A) erhöhen sich Straßenlänge und betroffene Einwohner (1993/94 = 100 Prozent) auf 102,6 bzw. 105,6 Prozent im Jahre 2004/2005 und werden sich danach bis 2015 stark verringern auf 81,5 bzw. 76,0 Prozent.

Zur Lärmschutzsanierung wurden gebietsabhängige Lärmschutzmaßnahmen festgelegt.

6 Schlussbetrachtungen und Schlussfolgerungen

6.1 Grundsätzliche Bemerkungen zur Erarbeitung des Berichtes und zur Weiterentwicklung der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung

1. Der vorliegende Bericht basiert neben dem Gesundheitsbericht Schuljahr 1999/2000 zur Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in der Stadt Chemnitz, dem Sozialreport der Stadt Chemnitz von 2000-2002, dem Nachhaltigkeitsbericht 2004 der AGENDA 21 in Chemnitz auf den vorhandenen Datenbeständen der im Gliederungspunkt 1 erwähnten Ämter und Institutionen. Von den durch das RBS-Projekt vorgegebenen 35 Kernindikatoren (vgl. Anlage 2) flossen 26 in diesen Bericht ein, die restlichen neun konnten auf Grund der Spezifik des Themas nicht verwendet werden. Es handelt sich um folgende Indikatoren:

Indikator

6	Bruttowertschöpfung in EUR je Einwohner
7	Verhältnis "Einnahmen/Ausgaben" pro Haushaltjahr
8	Pro-Kopf-Verschuldung in EUR
9	Wohnungsl Leerstand
11	Erwerbstätige nach Stellung im Berufsleben (teilweise verwendet)
12	Unternehmensbestand (plus Neugründungen minus Insolvenzen)
21	Wohnraum: qm pro Person
34	Wahlbeteiligung der Wahlberechtigten ab 16 bzw. 18 Jahren bei Kommunalwahlen
35	Zahl der Selbsthilfegruppen/Selbsthilfegruppenspenden

Durch das Forschungsprojekt RBS („Gesundheit als integrierendes Leitziel in der Konzeption und Erprobung eines regionalen Berichtssystems nachhaltiger Entwicklung“) erfolgte die Festlegung der Kernindikatoren mit der Maßgabe, bei Verfügbarkeit die Daten des Statistischen Landesamtes zu verwenden. Eine Vergleichbarkeit mit anderen Dokumenten ist deshalb nur bedingt möglich.

2. Die im Bericht vorgelegten Ergebnisse gestatten trotz aller Datenfülle keine umfassende Beurteilung von Gesundheit und Lebenslage von Kindern und Jugendlichen in Chemnitz. Der Bericht setzt Akzente und macht Entwicklungen deutlich. Der Prozess der Bewertung des umfangreichen Datenmaterials kann jedoch mit dem vorliegenden Bericht keineswegs abgeschlossen sein. Ein vertiefender Prozess der Auseinandersetzung muss anschließen und sollte zu weiteren detaillierten Schlussfolgerungen führen.

3. Bei der Beurteilung der sozialen Lage überwiegt die quantitative Beschreibung bestimmter Zustände, aber problematische Tendenzen können daraus abgeleitet werden. Notwendig erscheint (auch im Zusammenhang mit den Empfehlungen des Sozialreportes) die statistische Erfassung von Problemlagen der Bevölkerung und die Erstellung eines Problemkataloges. Daran wird in Umsetzung des Sozialreportes im Rahmen der neuen Arbeitsgruppe Sozialplanung (Ämter und freie Träger) zur Organisation einer ämterübergreifenden Sozialplanung bereits gearbeitet.

Bei Einzelfallhilfen soll die Erstellung von Fallprofilen sinnvoll sein, um bessere Erkenntnisse über gemeinsame Schnittstellen mit anderen Hilfen zu erhalten.

4. Bei der Bearbeitung wurden Datenlücken sichtbar, die in einem anschließenden Aufarbeitungsprozess geschlossen werden sollen. Außerdem ist es trotz der differenzierten Vorbereitung der 35 Kernindikatoren im Team des Forschungsprojektes RBS immer wieder dazu gekommen, dass bei der Abarbeitung in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Landesamt bzw. anderen Berichtspflichtigen auf fehlerhafte Zusammenhänge bzw. Bezüge aufmerksam gemacht wurde. Besonders die Problematik des aktualisierten Gebietsstandes, der vom Statistischen Landesamt bei den Indikatoren zugrunde gelegt wurde, erschwerte die Arbeit zusätzlich und war eine Fehlerquelle.

Insgesamt hat die Erarbeitung der Kernindikatoren und weiterer für das Themenverständnis notwendiger Indikatoren einschließlich ihrer Auswertung im Bericht einen weit größeren Zeitaufwand erfordert als vorher erwartet. Dennoch war die Arbeit eine wichtige Etappe in der Gesundheitsberichterstattung des Amtes und lieferte eine ganze Reihe neuer Gedankenanstöße.

5. Eine wichtige neue Erfahrung war auch – wie die gesamte Arbeit mit dem Team des RBS-Projektes – die Zusammenarbeit mit den beteiligten Ämtern und Institutionen, die zu neuen intensiven Kontakten führte, aber auch wenig kooperatives Verhalten wurde verzeichnet. Der Prozess der Integration zwischen den Ämtern und Institutionen muss unbedingt verstärkt werden.

6. Chemnitz verfügt zwar seit einigen Jahren über stadtteilbezogenen Daten zur Bevölkerungs-/ Haushaltentwicklung sowie zu Sozialhilfe und Wohngeld, aber die kleinräumige Datensammlung zu gesundheitlichen Bezügen war bisher aus datenschutzrechtlichen und organisatorisch-technischen Gründen nicht möglich. Im Rahmen der Arbeitsgruppe Sozialplanung und anderen Ämtern der Stadt wird an einem kleinräumigen Indikatorenset gearbeitet. Dabei gibt es auch Überlegungen, inwieweit die 39 Stadtteile der Stadt Chemnitz zu etwa 8 bis 10 sozialstrukturell möglichst homogenen Sozialräumen zusammengefasst werden können.

Dazu sollen gemäß Sozialreport (und Überlegungen des Gesundheitsamtes Chemnitz) u.a. die Indikatoren Bevölkerung nach Alter (Kinder- und Altenquotient), Lebendgeborene, Haushalte nach Haushaltgröße und Familientyp, Daten der Jugendgerichtshilfe, der Drogen- und Suchtklienten in den Altersgruppen der Jugendlichen und Heranwachsenden, der Jugenddelinquenz, Entwicklung der ambulanten, teilstationären und stationären Erziehungshilfen nach Leistungsarten und Wohnort, Jugendliche ohne Schulabschluss und ohne Ausbildung kleinräumig erfasst werden.

7. An der schrittweisen Bereinigung der im Prozess der Ermittlung der Kernindikatoren festgestellten größeren Differenzen zwischen dem Statistischen Landesamt und der kommunalen Statistik sollte gearbeitet werden, besonders dann, wenn die kommunalen Daten die Grundlage für das Statistische Landesamt bilden.

8. Die Dateien des Indikatorensets werden nach Möglichkeit jährlich aktualisiert.

6.2 Bemerkungen und Schlussfolgerungen aus inhaltlicher Sicht des Berichtes

1. Die Entwicklung von Lebenslage und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist nur im Kontext der wirtschaftlichen und sozioökonomischen Entwicklung in der Stadt Chemnitz sinnvoll.

Eine längere Verweildauer in Arbeitslosigkeit und Sozialhilfe stellt das wichtigste Armutsrisiko für die Betroffenen, ihre Familien und in ganz besonderem Maße ihre Kinder und Jugendlichen dar.

Die AGENDA 21 formuliert: „ Die steigende Zahl von Sozialhilfeempfängern (bis 65 Jahre d. Red.), vor allem von Kindern und Jugendlichen, kann die soziale Stabilität gefährden. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen haben von vornherein, auch durch gesellschaftliche Vorurteile, mit schwierigen Ausgangsbedingungen für ihre Gesamtentwicklung als finanziell besser gestellte zu kämpfen.“

Als Leitbild wird formuliert: Den regionalen Wirtschaftsstandort Chemnitz entwickeln, die Potenziale von Forschung und Wirtschaft verknüpfen, eine gerechtere Verteilung der Erwerbsarbeit erreichen und unterschiedliche Formen von Arbeit gleich bewerten.

2. Die bestehende soziale Ungleichheit bei einem Teil der Bevölkerung – insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, u.a. hervorgerufen durch materielle Benachteiligung, geringeren Zugang zu Bildung und Gesundheit, Vulnerabilität und erhöhtes Lebensrisiko, empfundene Machtlosigkeit beeinträchtigt die Fähigkeit der Betroffenen, ihr Leben selbst zu bestimmen und zu gestalten. Menschen mit niedrigerem Einkommen, niedrigerem Bildungsniveau, niedrigem beruflichen Status und insgesamt ungünstigen Lebensbedingungen weisen einen schlechteren Gesundheitszustand auf. Sie zeigen häufiger unerwünschte Verhaltensweisen (Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen, unausgewogenes Ernährungsverhalten, unzureichendes Bewegungsverhalten, risikoreiches Sexualverhalten u.s.w.).

Vor allem bei Kindern und Jugendlichen, die in sozial benachteiligten Verhältnissen aufwachsen, wirkt sich das auf die gesamte Entwicklung aus. Es besteht eine soziale Ungleichverteilung für fast alle Erkrankungen und über alle Lebensalter hinweg.

Der defizitäre Gesundheitszustand sozial Benachteiligter zeigt, dass gerade diese Menschen – Familien und insbesondere deren Kinder - von den derzeitigen Gesundheitsförderangeboten und Präventionskonzepten nicht ausreichend erreicht werden, obwohl sie die meisten gesundheitlichen Probleme aufweisen.

3. Unterstützungsangebote für Familien, insbesondere für alleinerziehenden Frauen, sollten verstärkt werden (qualifizierte Kinder- und Jugendbetreuungsangebote für den ganzen Tag, bedarfsorientierte Kinderbetreuung in Kitas, Horten oder durch die Jugendhilfe einschließlich Essenversorgung). Eingeschlossen dabei ist die Nachhilfeförderung für sozial benachteiligte Kinder- und Jugendliche. Damit können sozioökonomische Benachteiligungen aus der Arbeitslosigkeit und mögliche negative Auswirkungen auf die Bildungsbestrebungen eingedämmt werden.

Außerdem ist neben der Förderung von kinder- und familienfreundlichen Strukturen, die geschlechtsgerechte Ausgestaltung der Angebote und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe zu beachten, um internalisierte Geschlechtsrollen zu vermeiden, die sich negativ auf die psychosoziale Entwicklung der Mädchen und Jungen auswirken können.

4. Aus der Sicht bestehender Benachteiligungen (siehe Punkt 2) und auf Grund der vorhandenen Gesundheitsdefizite bei Kindern und Jugendlichen (siehe Punkt 3) insgesamt ist es erforderlich, eine verstärkte Aufklärungs- und Präventionsarbeit in Kindereinrichtungen, Schulen und Freizeiteinrichtungen zu betreiben, die bestehende Plura-

lität durch Bündelung und Vernetzung besser auszunutzen und niedrigschwellige Angebote sinnvoll entsprechend Notwendigkeit zu gestalten.

Themen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bzw. gesunden Lebensweise (insbesondere gesunde Ernährung, Bewegungsförderung/Freizeitgestaltung, Stress- und Konfliktbewältigung) müssen in Kindereinrichtungen und Schulen zum ständigen Bestandteil der Bildungs- und Erziehungsarbeit werden. Einen besonderen Schwerpunkt nimmt die Suchtprävention ein.

5. Der Zusammenarbeit aller professionell Tätigen in den genannten Settings untereinander und mit der Zielgruppe Familien, Kinder und Jugendliche kommt dabei größte Bedeutung zu, wobei die Erhaltung der erforderlichen finanziellen und personellen Ressourcen Voraussetzung ist.

Insbesondere auch die Kinder- und Jugendhilfe muss weiterhin über die nötigen Ressourcen verfügen, um bedarfsorientierte Angebote zu gewährleisten. Da die sozialisationswirksamen Einflüsse der Peer-Gruppen mit zunehmenden Alter der Kinder und Jugendlichen stetig ansteigen, geben die Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe als Stätten der Bildung den notwendigen räumlichen und personellen Hintergrund, damit die Peer-Zusammenhänge pädagogische Begleitung und Unterstützung erfahren.

6. Für den Bereich des Gesundheitsamtes der Stadt Chemnitz bedeutet das auch, dass die entsprechenden personellen Ressourcen gesichert werden sollten, um die Untersuchungen des Jugendärztlichen und Jugendzahnärztlichen Dienstes (einschließlich der Gruppenprophylaxe) in den Kindereinrichtungen, Schulen und Förder-schulen aufrecht zu erhalten. Dadurch können rechtzeitig gesundheitliche Defizite erkannt und Gegenmaßnahmen bzw. eine ärztliche/zahnärztliche Behandlung eingeleitet werden.

7. Da LehrerInnen mit wachsendem Alter der Kinder und Jugendlichen als kompetente Gesprächspartner an Bedeutung verlieren (6. Klasse 33 Prozent, 8. Klasse 15 Prozent) [41] müssen Alternativen gefunden werden. Den Kindern müssen in Problemsituationen Ansprechpartner niedrigschwellig zur Verfügung stehen, die von den Kindern und Jugendlichen als akzeptierte Partner einbezogen werden. Die Schulsozialarbeit sollte dazu verstärkt werden und Kooperationsmöglichkeiten zur Jugendhilfe besser genutzt werden.

Dazu ist die Koordinierung und Vernetzung der Bildungs- und Beratungsangebote vor Ort (d.h. der spezifischen Kompetenzen von Schule und Sozialhilfe) weiter fortzusetzen.

In diesem Zusammenhang erlangt die Kooperationsvereinbarung „Bündnis für Erziehung“ [41] vom 6.6.2003 zwischen Schulen und Jugendhilfeeinrichtungen eine wichtige Bedeutung. „Bildung geschieht beim Zusammenwirken in den Bereichen formelle Bildung (Schulen, Ausbildung, Studium), nichtformelle Bildung (freiwillig und nach Angebotscharakter – z.B. Jugendhilfe, Kultur und Kunst) und informelle Bildung (Alltag der Familie, Umwelt, Peer-Groups).“⁵¹

8. Notwendig ist die weitere Schaffung von Möglichkeiten zur kind- und jugendgerechten Teilhabe an kommunalen Planungs- und Entscheidungsprozessen. Dazu ist die Ausrichtung der Planungen an Interessen und Bedarf von Familien notwendig.

9. Eine Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit, insbesondere zwischen niedergelassenen Ärzten, Kindereinrichtungen und Eltern, muss zur besseren Nutzung der präventiven Angebote wie Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 und Impfschutz und damit zur rechtzeitigen Erkennung von Entwicklungsauffälligkeiten/ -verzögerungen und Krankheiten führen, um die baldige Einleitung einer Entwicklungsförderung bzw. Behandlung zu sichern.

10. Insgesamt ist schrittweise daran zu arbeiten, dass möglichst frühzeitig Eltern und ihre Kinder ein gutes Gesundheitswissen erreichen, Risikofaktoren kennen, Problembewusstsein zum eigenen Gesundheitsverhalten entwickeln und persönliche Verantwortung für ihre bzw. die Gesundheit ihrer Kinder übernehmen.

11. Auf die Gestaltung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen einschließlich der Wohnumwelt sowie der Entwicklung individueller gesundheitsfördernder Verhaltensweisen und Lebensstile müssen alle Verantwortungsträger ständig Einfluss nehmen und sie in den Planungen berücksichtigen.

Wir hoffen, dass der vorliegende Bericht zu positiven Veränderungen beiträgt!

Wir bedanken uns bei den Mitgliedern des RBS-Forschungsteams Hamburg, insbesondere bei Herrn Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Herrn Dipl.-Soz. Waldemar Süß, Frau Dipl.-Gesundheitswirtin Wibke Glismann und Mitarbeitern sowie bei den vielen MitarbeiterInnen von Ämtern und Institutionen, ohne deren Unterstützung dieser Bericht nicht möglich gewesen wäre. Ohne die Finanzierung aus Projektmitteln des Bundes hätte der Bericht nicht erarbeitet und gedruckt werden können.

Unser besonderer Dank gilt auch den Mitarbeitern des Statistischen Landesamtes Kamenz, speziell den Mitarbeiterinnen der Auskunftsabteilung.

⁵¹ Quelle: Bundesjugendkuratorium, Streitschrift Zukunftsfähigkeit, 202, S. 23

7. Verzeichnisse

7.1 Literaturverzeichnis

1. Bevölkerungsentwicklung in Chemnitz bis 2015. Anlage 1 zur DOB-Vorlage Nr. DI-13/2003
2. Stadt Chemnitz: Sozialreport der Stadt Chemnitz 2000-2002.
3. Freistaat Sachsen, Ministerium für Soziales und Gesundheit: Gesundheitliche Situation der Schulanfänger in Freistaat Sachsen 2003, Manuskript (Gesundheitsberichterstattung des Freistaates Sachsen)
4. Stadt Chemnitz: Mikrozensus 2003 (Statistische Information 1/2003)
5. Petzold, M.: Familien heute. Sieben Typen familialen Familienlebens. Aus: www.familienhandbuch.de
6. Babe, Anke Ernst: Singles – Kurzporträt einer Lebensform (Teil 1). In: Statistik in Sachsen, Jg. 10 (2004) Heft 1, S. 14-22
7. Pressemitteilung: Bürger haben 0,8 Prozent mehr im Portemonnaie. Ergebnisse der GfK-Studie zur Kaufkraft 2004 vom 01.04.2004. Aus: www.gfk.de
8. Klocke, Andreas: Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit. Hrsg. vom Robert-Koch-Institut Berlin. Berlin: Verlag Robert-Koch-Institut 2001. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 03/01)
9. Armutsbericht der Bundesregierung verzeichnet wachsende Unterschiede: Reiche werden reicher, Arme ärmer. In: Der Spiegel 49/2004. Aus: www.spiegel.de
10. Armut aus Wikipedia, der freien Enzyklopädie. Aus: www.wikipedia.org
11. Behruzi, Daniel: Neues Armutszeugnis. Bericht der Bundesregierung zu „Lebenslagen in Deutschland“. Soziale Unterschiede in den letzten sechs Jahren gewachsen. Kinder besonders betroffen. In: Junge Welt vom 29.11.2004. Aus: www.jungewelt.de
12. Neubacher, Alexander: Wer hat, dem wird gegeben. In: Der Spiegel 49/2004. Aus: www.spiegel.de
13. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Von Ingrid Schubert und Kerstin Horch, unter Mitarbeit von Heidrun Kahl u.a. Hrsg. vom Robert-Koch-Institut Berlin. Berlin: Robert-Koch-Institut 2004. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
14. Koch, Elke: Nachhaltigkeitsbericht der Stadt Chemnitz 2001. Hrsg. von der Stadt Chemnitz, AGENDA-Büro im Umweltzentrum. Chemnitz: AGENDA-Büro 2001.
15. 1998-2000: Zwei Jahre Lokale AGEN DA 21 für Chemnitz. Internes Material
16. Gesundheitsbericht Schuljahr 1999/2000: Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in der Stadt Chemnitz. Hrsg. von der Stadt Chemnitz, Bürgermeisteramt / Gesundheitsamt. Chemnitz: Stadt Chemnitz, Gesundheitsamt 2001
17. Aspekte der Gesundheit Zwickauer Kinder: Ergebnisse der Kindergartenuntersuchung 2003/04, Ergebnisse jugendärztlicher Untersuchungen 1999 bis 2004. Hrsg. von der Stadt Zwickau, Amt für öffentlichen Gesundheitsdienst. Zwickau: Stadt Zwickau, Amt für öffentlichen Gesundheitsdienst 2004.
18. Benecke, Andrea; Vogel, Heiner: Übergewicht und Adipositas. Hrsg. v. Robert-Koch-Institut. Berlin: Robert-Koch-Institut 2003 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 16)
19. Reiter, Sabine; Rasch, Gernot: Schutzimpfungen. Hrsg. v. Robert-Koch-Institut. Berlin: Robert-Koch-Institut 2000. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 01/00)
20. Grobe, Thomas G.; Schwartz, Friedrich W.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Hrsg. v. Robert-Koch-Institut. Berlin: Robert-Koch-Institut 2003. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13)
21. Meyer, C.; Reiter, S.; Siedler, A. u.a.: Über die Bedeutung von Schutzimpfungen: Epidemiologie, Durchimpfungsraten, Programme. Aus: Bundesgesundheitsbl., Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz Jg. 45 (2002) S. 323-331
22. Leisinger, Klaus M.: Verantwortung für nachhaltige Entwicklung. Aus: www.novartisfoundation.com
23. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel 1998
24. Gestorbene nach Todesursachen, Geschlecht und Altersgruppen im Freistaat Sachsen. Kamenz: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. Jahrgänge 1997-2003
25. Zukunft gestalten: Aktionsprogramm der Stadt Chemnitz für das 21. Jahrhundert, Agenda 21.Hrsg. v. d. Stadt Chemnitz, Bürgermeisteramt/Stadtentwicklungsamt/Umweltzentrum. Chemnitz: Bundesagentur für Arbeit, Agentur für Arbeit 2004
26. Hesse, V., R. Bartetzky, U. Jaeger, K. Kromeyer-Hauschild u.a: Körper-Masse-Index: Perzentilen deutscher Kinder im Alter von 0-18 Jahren. Aus: Kinderärztliche Praxis, 1999, H. 8
27. Informationen für des Kinder- und Jugendärztlichen Dienst. Freistaat Sachsen, Version 2.2 v. Januar 2005. Hrsg. v. Fachausschuss Kinder- und Jugendärzte des Landesverbandes Sachsen der Ärzte und Zahnärztes des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Zusammenarbeit mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und dem Fachausschuss Gesundheitsberichterstattung/Prävention des Landesverbandes Sachsen der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.
28. Robert-Koch-Institut Berlin (Hrsg.): Falldefinitionen des Robert-Koch-Instituts zur Übermittlung von Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern nach § 4 Abs. 2 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG). Ausgabe 2004. Berlin: Robert-Koch-Institut 2004
29. Robert-Koch-Institut Berlin (Hrsg.): Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2003. Berlin: Robert-Koch-Institut 2004
30. Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.): 10 Jahre Statistisches Landesamt: 1992 bis 2001. Kamenz: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2002
31. Neue Regeluntersuchungen für Kinder. Aus: Der Spiegel 5/2005, S. 122
32. Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch Sachsen 2004. 13. Jahrgang. Kamenz: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2004

33. Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.): Krankenhäuser in Freistaat Sachsen 2002. Kamenz: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2003
34. Ruhe, Inke; Meyer-Nürnberg, Monika: Aktivitäten, Medien und Maßnahmen zur Prävention von Kinderunfällen in der Bundesrepublik Deutschland. Bundesweite Bestandsaufnahme. Erhebungszeitraum Oktober 2002 – April 2003. Online-Stellung der Fachdatenbank Juni 2003. Aus: www.bzga.de/kindersicherheit
35. Stadt Chemnitz; Arbeitssicherheitstechnischer Dienst: Schülerunfallstatistiken 1997 und 2003
36. Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.): Straßenverkehrsunfälle der 15 bis 15-Jährigen in Sachsen. Faltblatt. Kamenz 2004
37. Tagungsbericht der 4. Ministerkonferenz zu Umwelt und Gesundheit vom 23.-25.6.2004 in Budapest - die Zukunft unserer Kinder. Aus: Bundesgesundheitsblatt Bd. 48 (2005) 1, S. 130 ff.
38. Stadt Chemnitz, Umweltamt (Hrsg.): Umweltbericht 2000. Stadt Chemnitz, Umweltamt 2000
39. Stadt Chemnitz, Gesundheitsamt, Audiologisch-Phoniatisches Zentrum (Hrsg.): Pilotuntersuchung: Sprachscreening bei 3- bis 4-jährigen Kindern in Chemnitz. Chemnitz o. J.
40. Stadt Chemnitz, Gesundheitsamt, Audiologisch-Phoniatisches Zentrum (Hrsg.): Untersuchung zum Sprachentwicklungsstand im Rahmen der Einschulungsuntersuchung 2002 in Chemnitz. Chemnitz o. J.
41. Stadt Chemnitz, Der Oberbürgermeister, Bürgermeisteramt, Kinderbeauftragte, Agendabüro Chemnitz (Hrsg.): Dokumentation Kinderfreundliches Chemnitz: Ergebnisse der Kinderstudie, Kinderbefragung, Zukunftswerkstatt des Jahres 2003. Chemnitz 2003
42. Bündnis für Erziehung: Kooperationsvereinbarung für Bildung und Erziehung junger Menschen in Chemnitz zwischen Stadt Chemnitz, Dezernat 5 (Jugend, Soziales, Sport und Gesundheit) ... und Regional-schulamt Chemnitz. Chemnitz 2003
43. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Elfter Kinder- und Jugendbericht: Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Stellungnahme der Bundesregierung. Bericht der Sachverständigenkommission. Bonn 2002

7.2 Abbildungsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Abb. 2.1	Absolute Bevölkerungszahlen in Chemnitz 1997 bis 2003, jeweils am 31.12., getrennt nach Geschlecht, Gebietsstand: 01.01.20043
Abb. 2.2	Prozentualer Anteil Ausländer an der Gesamtbevölkerung in Chemnitz, nach Altersgruppen, Gebietsstand: 01.01.20043
Abb. 2.3	Entwicklung der Altersstruktur in Chemnitz 1997 bis 2003, Sachsen 2003, Gebietsstand: 01.01.20044
Abb. 2.4	Der Anteil von jungen Menschen, Personen zwischen 15 und 65 Jahren und älteren Menschen, bezogen auf 100 Einwohner in Chemnitz im Jahr 20034
Abb. 2.5	Wohnbevölkerung der Stadt Chemnitz nach Altersjahrgängen (Lebensbaum) per 31.12.20045
Abb. 2.6	Lebendgeborenenziffer in Chemnitz und Sachsen 1997 bis 20035
Abb. 2.7	Natürliche Bevölkerungsbewegung: Lebendgeborene, Gestorbene und Geburten-/Sterbeüberschuss (Saldo) 1997 bis 2003, je 100.000 Einwohner, Gebietsstand: 01.01.20046
Abb. 2.8	Räumliche Bevölkerungsbewegung: Zu- und Fortzüge in Chemnitz 1997 bis 2003, je 100.000 Einwohner, Gebietsstand: 01.01.20047
Abb. 2.9	Anteil des wanderungsbedingten Bevölkerungsgewinns bzw. -verlustes an ausgewählten Altersgruppen, je 100 Einwohner der gleichen Altersgruppe 1997 bis 2003, Gebietsstand: 01.01.20047
Abb. 2.10	Familien nach Familientyp in Chemnitz, 1997 bis 2003, in Prozent8
Abb. 2.11	Familien ohne und mit Kindern in 1.000, darunter nach Kinderzahl in Chemnitz 1997 bis 2003.....9
Abb. 2.12	Geborene in Chemnitz nach Familienstand der Mutter 1997 bis 2003, in Prozent10
Abb. 2.13	Anteile der Haushalte in Chemnitz nach Anzahl der darin lebenden Personen 1997 bis 2003, in Prozent, Gebietsstand: 01.01.200411
Abb. 2.14	Durchschnittliches monatliche Haushaltneoeinkommen in Chemnitz 1995, 1998, 2000 bis 2003, in Euro.....11
Abb. 2.15	Erwerbstätigenquote in Chemnitz 1995bis 2003, nach Geschlecht13
Abb. 2.16	Erwerbstätigenquote in Chemnitz 1997, 2002 und 2003 nach Altersgruppen und Geschlecht, je 100 der gleichen Personengruppe13
Abb. 2.17	Arbeitslosenquote in Chemnitz 1998 bis 2003 nach Geschlecht. Quelle: Agentur für Arbeit Chemnitz14
Abb. 2.18	Anteil der Langzeitarbeitslosen in Chemnitz an den Arbeitslosen insgesamt 1998 bis 2003. Quelle: Agentur für Arbeit Chemnitz.....16
Abb. 2.19	Sozialhilfequote in Chemnitz 1997 bis 2003, pro 1.000 Einwohner gleicher Altersgruppe und gleichen Geschlechts. Gebietsstand: 01.01.200418
Abb. 2.20	Sozialhilfequote je 1.000 Einwohner in Chemnitz 1997 bis 2003, nach Geschlecht und Altersgruppen. Gebietsstand: 01.01.200419
Abb. 2.21	Anteil der Wohngeld empfangenden Haushalte an allen Haushalten in Chemnitz 1997 bis 2003, in Prozent. Gebietsstand: jeweils der 01.01. des Folgejahres.....20
Abb. 2.22	Chemnitzer Tageseinrichtungen für Kinder 1997 bis 2004, nach Art des Trägers. Gebietsstand jeweils der 30.06. des Jahres. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie.....21
Abb. 2.23	Das Bildungssystem im Freistaat Sachsen: Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Kultus23
Abb. 2.24	Schülerzahlen in Chemnitz in den Schuljahren 1997/98, 2001/02 und 2002/03, nach Schulart, Gebietsstand: 01.01.200424
Abb. 2.25	Anteile Mädchen/Jungen in den einzelnen Schularten, Schuljahre 1997/98, 2001/02 und 2002/03, in Prozent von der Gesamtschülerzahl eines Schuljahres24
Abb. 2.26	Schüler an allgemeinbildenden Schulen und Förderschulen im Schuljahr 2002/03 in Chemnitz, in Prozent.....25
Abb. 2.27	Anteil der Schulabgänger an allen Schulabgängern nach Abschluss der Ausbildung in Chemnitz, 1997, 2001 bis 2003, in Prozent. Gebietsstand: 01.01.200427
<hr/>	
Abb. 3.1	Niedergelassene, ambulant tätige Ärzte, darunter Allgemeinmediziner, Kinderärzte und Zahnärzte je 1.000 Einwohner in Chemnitz 1997 bis 2003. Gebietsstand jeweils der 01.01. des Folgejahres29
Abb. 3.2	Vorsorgestatus bei Chemnitzer Einschülern in den Schuljahren 1999/00 bis 2003/04, in Prozent von allen Untersuchten. Quelle: GA Chemnitz.....31
Abb. 3.3.	Inanspruchnahme der U-Untersuchungen nach Art der Einschulungsuntersuchung im Schuljahr 2003/04, in Prozent von allen vorgelegten Vorsorgeheften.....31
Abb. 3.4	Vorsorgestatus bei Kindern aus Kindertages- und Fördereinrichtungen sowie von Hauskindern in den Schuljahren 2002/03 und 2003/04, in Prozent von allen Einschülern (E.1 bzw. F.1)32
Abb. 3.5	Zeitpunkt des Auftretens von Sprachauffälligkeiten (Elternangabe).....34
Abb. 3.6	Anzahl der Kinder mit Befunden in der Kita-Untersuchung Schuljahr 2003/04, nach Art des Befundes, mit Anteil der von JÄD empfohlenen Facharztkonsultationen. Quelle: GA Chemnitz37
Abb. 3.7	Über- und Untergewicht bei der Kita-Untersuchung Schuljahr 2003/04, nach Geschlecht, in Prozent von allen Kindern mit vorliegendem BMI-Wert. Quelle: GA Chemnitz38
Abb. 3.8	Absolute Zahlen der eingeschulten und zurückgestellten Einschüler in Chemnitz in den Schuljahren 1993/94 bis 2003/04. Quelle: GA Chemnitz41
Abb. 3.9	Vom Schulbesuch zurückgestellte Kinder in den Schuljahren 1997/98 bis 2003/04 nach Geschlecht, in Prozent von allen Zurückgestellten. Quelle: GA Chemnitz41

Abb. 3.10	Rückstellungen vom Schulbesuch im Vergleich von schulrelevanten Befunden in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04, in Prozent von allen Untersuchten. Quelle: GA Chemnitz	42
Abb. 3.11	Übergewicht bei Chemnitzer Einschülern im Vergleich zu Sachsen, in Prozent, Schuljahre 1994/95 bis 2003/04, Sachsen bis 2002/03. Quelle: GA Chemnitz.....	43
Abb. 3.12	Teilnehmer an der RU in der 2., 5. und 9. Klasse in Chemnitz, Schuljahre 1994/95 bis 2003/04, absolute Schülerzahlen. Quelle: GA Chemnitz	45
Abb. 3.13	RU in der 2., 5. und 9. Klasse: Schüler mit auffälligen Befunden in Chemnitz in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04, in Prozent von allen Untersuchten. Quelle: GA Chemnitz	46
Abb. 3.14	Herabsetzung der Sehschärfe in der 2., 5. und 9. Klasse in Chemnitz in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04, in Prozent. Quelle: GA Chemnitz	46
Abb. 3.15	Skoliose, Kyphose, Morbus Scheuermann in der 2., 5. und 9. Klasse in Chemnitz in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04, in Prozent. Quelle: GA Chemnitz	47
Abb. 3.16	Übergewicht und Adipositas in der 2., 5. und 9. Klasse in Chemnitz in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04, in Prozent. Quelle: GA Chemnitz.....	48
Abb. 3.17	Impfbefunde der Chemnitzer Kita-Kinder zum Zeitpunkt der Kita-Untersuchung, Schuljahr 2003/04, in Prozent. Quelle: GA Chemnitz	50
Abb. 3.18	Impfbefunde der Chemnitzer Einschüler zur Einschulungsuntersuchung, Schuljahr 2003/04, in Prozent. Quelle: GA Chemnitz	51
Abb. 3.19	Zahnstatus der Chemnitzer Kinder in den Schuljahren 1997/98 bis 2003/04, in Prozent. Quelle: GA Chemnitz	54
Abb. 3.20	Zahnstatus Chemnitzer Kita-Kinder in den Schuljahren 1992/93 bis 2003/04, in Prozent. Quelle: GA Chemnitz.....	55
Abb. 3.21	Der dmf/t-Index bei Sechsjährigen in Chemnitz, Schuljahre 1997/98 bis 2003/04. Quelle: GA Chemnitz.....	56
Abb. 3.22	Der DMF/T-Index bei 12-Jährigen in Chemnitz, Schuljahre 1997/98 bis 2003/04, im Vergleich zu Sachsen, Schuljahr 2003/04 und den WHO-Zielen. Quelle: GA Chemnitz	56
Abb. 3.23	Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene in Chemnitz und Sachsen 1997 bis 2003. Gebietsstand: 01.01.2004	58
Abb. 3.24	Verstorbene Säuglinge in Chemnitz 1997 bis 2003, je 1.000 Einwohner der gleichen Altersgruppe und des gleichen Geschlechts. Gebietsstand: 01.01.2004	59
Abb. 3.25	Perinatale Sterbefälle in Chemnitz und Sachsen 1997 bis 2003 je 1.000 Lebend- und Totgeborene. Gebietsstand: 01.01.2004.....	60
Abb. 3.26	Sterblichkeit bei Kindern zwischen ein bis unter 15 Jahre von 1997 bis 2003, je 1.000 der gleichen Altersgruppe und des gleichen Geschlechts. Gebietsstand: 01.01.2004.....	60
Abb. 3.27	Haupttodesursachen bei Chemnitzer Jugendlichen zwischen 15 bis unter 20 Jahren von 1997 bis 2003; in Prozent. Gebietsstand: jeweils 31.12. des Jahres	61
Abb. 3.28	Salmonellen bei Kindern bis 15 Jahre und Jugendlichen/Erwachsenen zwischen 15 bis unter 25 Jahre in Chemnitz, Erkrankungen pro 1.000 EW der gleichen Altersgruppe, von 1997 bis 2004. Quelle: GA Chemnitz. Gebietsstand: 01.01. des Folgejahres	63
Abb. 3.29	Rotaviren bei Kindern bis 15 Jahre in Chemnitz , Erkrankungen pro 1.000 EW der gleichen Altersgruppe, von 1997 bis 2004. Quelle: GA Chemnitz. Gebietsstand: 01.01. des Folgejahres.....	63
Abb. 3.30	Noroviren bei Kindern bis 15 Jahre und Jugendlichen/Erwachsenen zwischen 15 bis unter 25 Jahre in Chemnitz, Erkrankungen pro 1.000 EW der gleichen Altersgruppe, von 1997 bis 2004. Quelle: GA Chemnitz. Gebietsstand: 01.01. des Folgejahres	64
Abb. 3.31	Windpocken und Scharlach bei Kindern zwischen einem bis unter 15 Jahre in Chemnitz , Erkrankungen pro 1.000 EW der gleichen Altersgruppe, von 1997 bis 2004. Quelle: GA Chemnitz. Gebietsstand: 01.01. des Folgejahres	67
Abb. 3.32	Krankenbetten- und Fallzahlen der Fachabteilungen für Kinderheilkunde in Chemnitzer Krankenhäusern 1997 bis 2003, absolute Zahlen	67
Abb. 3.33	Auslastung der Betten für Kinderheilkunde in Prozent, Verweildauer in Tagen von Betten der Kinderheilkunde in Chemnitz 1997 bis 2003	68
Abb. 3.34	In den Krankenhäusern des Freistaates Sachsens bzw. der Stadt Chemnitz behandelte Patienten unter 18 Jahre mit Wohnort Chemnitz (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) nach Altersgruppen 1997 bis 2003, in Prozent	69
Abb. 3.35	In den Krankenhäusern des Freistaates Sachsens bzw. der Stadt Chemnitz behandelte Patienten unter 18 Jahre mit Wohnort Chemnitz (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) nach Altersgruppen und Geschlecht, Mittelwerte von 1997 bis 2003, in Prozent	69
Abb. 3.36	Tödlich verlaufende Unfälle bei Kindern und Jugendlichen bis 20 Jahre (n = 33) in Chemnitz 1997 bis 2003 nach Unfallkategorie, in Prozent von allen Kinderunfällen. Gebietsstand: jeweils 01.01. des Folgejahres.....	71
Abb. 3.37	Bei Straßenverkehrsunfällen schwer- und leichtverletzte Kinder unter 15 Jahre, Jugendliche und junge Erwachsene von 15 bis 20 Jahre in Chemnitz 1997 bis 2003, absolut und je 10.000 EW der gleichen Altersgruppe. Gebietsstand: 01.01.2004.....	72
Abb. 3.38	Bei Straßenverkehrsunfällen verunglückte schulpflichtige Kinder (sechs bis unter 15 Jahre) in Chemnitz nach Art der Unfallbeteiligung, 1997 bis 2003, in Prozent. Gebietsstand: 01.01.2004.....	73
Abb. 3.39	Krankenhausfälle wegen Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern unter 15 Jahre je je 100.000 Einwohner 1997 bis 2003 in Chemnitz und ganz Sachsen, Gebietsstand jeweils 31.12. des Jahres	74

Abb. 3.40	Ergebnisse der Schülerunfallstatistik in Chemnitz 1997 bis 2003, pro 1.000 Kita-Kinder bzw. pro 1.000 Schüler. Quelle: ASiD Chemnitz	74
Abb. 3.41	Grad der Behinderung bei Chemnitzer Kindern unter 15 Jahre je 1.000 EW der gleichen Altersgruppe und des gleichen Geschlechts 1997 bis 2003. Gebietsstand: 01.01.2004	78
Abb. 3.42	Ursachen für Schwerbehinderungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter 25 Jahren, Chemnitz 2003, in Prozent. Quelle: Sächsisches Landesamt für Familie und Soziales, Versorgungsamt	78
Abb. 3.43	Schwerbehinderte Kinder und Jugendliche unter 15 und von 15 bis unter 25 Jahre je 1.000 EW der gleichen Altersgruppe in Chemnitz 1997 und 2003, nach Art ihrer erheblichsten Behinderung, in Prozent. Gebietsstand: 01.01.2004	79
<hr/>		
Abb. 4.1	Klienten mit einem Alkoholproblem in den SBB der Stadt Chemnitz, bezogen auf Neuaufnahmen (N) bzw. auf alle Suchtklienten, in Prozent.....	91
<hr/>		
Abb. 5.1	Gesamtfläche der Stadt Chemnitz 1990, 1996, 1997, 2001 und 2004 absolut in Hektar (ha).....	101
Abb. 5.2	Anteil der verschiedenen Verkehrswege am gesamten Wegeaufkommen pro Werktag in Chemnitz 1994, 1998 und 2003, in Prozent. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt 68, SG Verkehrsplanung	104
Abb. 5.3	Personenkilometer pro Einwohner und Beförderungsfälle in Mill. in Chemnitz 1990 bis 2002. Quelle: Stadt Chemnitz, AGENDA 21	105
Abb. 5.4.	Anzahl der KFZ, darunter der PKW pro 1.000 Einwohner von 1997 bis 2003. Gebietsstand: 01.01.2004	106
Abb. 5.5.	Luftschadstoffgehalt in Chemnitz an der Messstation Chemnitz-Nord 1997 bis 2003, Jahresmittelwerte in $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Quelle: Sächsisches Landesamt für Umwelt und Geologie	107
Abb. 5.6	Fortschreibung des Verkehrsentwicklungsplanes der Stadt Chemnitz bis 2015, in Pegelklassen, nach Straßenlängen in m und der Anzahl der betroffenen Einwohner. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt 68.....	110

7.3 Tabellenverzeichnis

Tab. 2.1	Kinder- und Altersquotient in Chemnitz 1997 bis 2003, Sachsen 2003, Abhängigkeitsquote pro 100 Erwerbstätige. Gebietsstand: 01.01.2004	6
Tab. 2.2	Mittleres monatliches Familieneinkommen in Sachsen in Euro 1997 bis 2003	9
Tab. 2.3	Eheschließungen/-scheidungen in Chemnitz 1997 bis 2003 sowie Zahlen der von Scheidung betroffenen minderjährigen Kinder. Gebietsstand jeweils der 31.12.	10
Tab. 2.4	Haushalte 1997 bis 2003 nach Haushaltgröße (Personenzahl je Haushalt) in Chemnitz. Gebietsstand: 01.01.2004	10
Tab. 2.5	Verteilung der Einkommen in Haushalten in Chemnitz 1995, 1998, 2000 bis 2003, in Prozent von allen Haushalten. Gebietsstand: 01.01.2004.....	12
Tab. 2.6	Anzahl der Erwerbspersonen und Erwerbstätigen; Entwicklung der Erwerbstätigenquote in Chemnitz 1995 bis 2003.....	12
Tab. 2.7	Arbeitslose in Chemnitz nach Altersgruppen und Geschlecht 1998 bis 2003, absolut und in Prozent von allen Arbeitslosen. Quelle: Agentur für Arbeit Chemnitz	15
Tab. 2.8	Anteil der Langzeitarbeitslosen an allen Arbeitslosen der gleichen Personengruppe zwischen 15 bis unter 25 Jahren in Chemnitz 1998 bis 2003, in Prozent. Quelle: Agentur für Arbeit Chemnitz.....	16
Tab. 2.9	Zahl der HLU-Empfänger in Chemnitz 1997 bis 2003, nach Altersgruppen, absolut und in Prozent von allen HLU-Empfängern. Gebietsstand: 01.01.2004	19
Tab. 2.10	Wohngeld empfangende Haushalte in Chemnitz 1997 bis 2003, nach Personenzahlen im Haushalt, in Prozent.....	20
Tab. 2.11	Chemnitzer Kindertageseinrichtungen nach Art der Einrichtung 1007 bis 2004, Gebietsstand jeweils der 30.06. des Jahres. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie.....	22
Tab. 2.12	Ausgewählte Daten zur Chemnitzer Schullandschaft in den Schuljahren 1997/98 bis 2003/04. Gebietsstand: 01.01.2004	25
Tab. 2.13	Absolute Schülerzahlen in Förderschulen der Stadt Chemnitz, Schuljahre 1997/98, 2002/03 bis 2004/05. Quelle: Stadt Chemnitz, Schulverwaltungsamt: Stand: jeweils September des Schuljahres. Vorläufige Daten, außer Schuljahr 1997/98.....	26
Tab. 2.14	Schulabgänger in Chemnitz nach Art des Abschlusses und nach Geschlecht, in Prozent von allen Schulabgängern der Jahre 1997, 201 bis 2003	28
<hr/>		
Tab. 3.1	Vorsorgestatus bei Chemnitzer Einschülern (E.1) in den Schuljahren 1999/00 bis 2003/04, absolut und in Prozent, unter besonderer Berücksichtigung der U9-Untersuchung. Quelle: GA Chemnitz.....	30
Tab. 3.2	Teilnahme an der U9-Untersuchung in Abhängigkeit vom Betreuungsstatus der Kinder zu den Einschulungsuntersuchungen (E.1 bzw. F.1) in den Schuljahren 2002/03 und 2003/04 in Chemnitz, absolut und in Prozent. Quelle: GA Chemnitz.....	32

Tab. 3.3	Soll- und Ist-Zahlen bei der Kita-Untersuchung in Chemnitz nach Art des Trägers, Schuljahr 2003/04. Quelle: GA Chemnitz	36
Tab. 3.4	Extrem- und Mittelwerte bei Körpergröße (cm) und Gewicht bei Chemnitz Kita-Kindern im Schuljahr 2003/04. Quelle: GA Chemnitz.....	39
Tab. 3.5	Einschüler gesamt und ohne auffälligen Befund in Chemnitz in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04, absolute Zahlen und in Prozent. Quelle: GA Chemnitz	42
Tab. 3.6	Wichtige auffällige Befunde (außer Sprachstörungen, motorisch-koordinativer Entwicklungs-rückstand, Verhaltensauffälligkeiten bei Einschülern in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04, In Prozent. Quelle: GA Chemnitz	43
Tab. 3.7	Teilnahmequoten an den schulärztlichen Reihenuntersuchungen in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04 in Chemnitz. Gebietsstand: jeweils der 10.01. der zweiten Schuljahreshälfte. Quellen: StaLa, GA Chemnitz	44
Tab. 3.8	Allergische Erkrankungen in der 2., 5. und 9. Klasse in Chemnitz in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04, in Prozent. Quelle: GA Chemnitz.....	48
Tab. 3.9	Durchimpfungsrate in Prozent, bezogen auf vorgelegte Impfdokumente bei Einschülern in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04. Quelle: GA Chemnitz	52
Tab. 3.10	Durchimpfungsrate in Prozent, bezogen auf vorgelegte Impfdokumente bei Schülern in der 2. Klasse in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04. Quelle: GA Chemnitz.....	52
Tab. 3.11	Durchimpfungsrate in Prozent, bezogen auf vorgelegte Impfdokumente bei Schülern in der 5. Klasse in den Schuljahren 1999/00 bis 2002/03. Quelle: GA Chemnitz.....	52
Tab. 3.12	Durchimpfungsrate in Prozent, bezogen auf vorgelegte Impfdokumente bei Schülern in der 9. Klasse in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04. Quelle: GA Chemnitz.....	53
Tab. 3.13	Teilnahmequoten an den jugendärztlichen Reihenuntersuchungen in den Schuljahren 1994/95 bis 2003/04 in Chemnitz. Gebietsstand: jeweils der 01.01. der zweiten Schuljahreshälfte. Quelle: GA Chemnitz	54
Tab. 3.14	Vergleich der Kariesmorbidität D/T in den Klassen 1 – 10 im Schuljahr 1984/85 mit den Schuljahren 2003/04. Quelle: GA Chemnitz.....	57
Tab. 3.15	Gruppenprophylaktische Fürsorgeleistungen des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes in Chemnitz von 1997 bis 2003, pro Jahr (ohne Angaben der niedergelassenen Zahnärzte). Quelle: GA Chemnitz	57
Tab. 3.16	Gastroenteritiden bei Kindern bis 15 Jahre und Jugendlichen/Erwachsenen zwischen 15 bis unter 25 Jahre in Chemnitz, Erkrankungen pro 1.000 EW der gleichen Altersgruppe, von 1997 bis 2004. Quelle: GA Chemnitz. Gebietsstand: 01.01. des Folgejahres	62
Tab. 3.17	Meldepflichtige impfpräventable Infektionskrankheiten bei Kindern bis 15 Jahre und Jugendlichen/Erwachsenen zwischen 15 bis unter 25 Jahre in Chemnitz, Erkrankungen pro 1.000 EW der gleichen Altersgruppe, von 1997 bis 2004. Quelle: GA Chemnitz. Gebietsstand: 01.01. des Folgejahres	66
Tab. 3.18	In den Krankenhäusern des Freistaates Sachsen bzw. der Stadt Chemnitz behandelte Patienten unter 18 Jahre mit Wohnort Chemnitz (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) nach Altersgruppen 1997 bis 2003, absolute Zahlen und in Prozent.....	69
Tab. 3.19	Die 10 häufigsten Diagnosen nach Anzahl der Patienten (einschließlich Stunden- und Sterbefälle) unter 18 Jahre, absolute Zahlen und Anteile an diesen Patienten in Prozent. Gebietsstand: jeweils 31.12.....	70
Tab. 3.20	Bei Straßenverkehrsunfällen schwer- und leichtverletzte Kinder unter 15 Jahre, Jugendliche und junge Erwachsene von 15 bis 20 Jahre in Chemnitz 1997 bis 2003, absolut und je 10.000 EW der gleichen Altersgruppe. Gebietsstand: 01.01.2004.....	72
Tab. 3.21	Bei Straßenverkehrsunfällen verunglückte schulpflichtige Kinder (sechs bis unter 15 Jahre) in Chemnitz nach art der Unfallbeteiligung, 1997 bis 2003, absolut und je 10.000 EW. Gebietsstand: 01.01.2004	73
Tab. 3.22	Schülerunfallstatistik nach Schultyp einschließlich Horte in Chemnitz 1997, 2002 und 2003, absolute Zahlen, Unfallquote pro 1.000 Versicherte und Unfallkosten in Euro. Quelle: ASiD Chemnitz.....	75
Tab. 3.23	Ursache der Hauptbehinderung bei Schwerbehinderten unter 25 Jahre im Jahr 2003, nach Altersgruppen, in Prozent. Quelle: Sächsisches Landesamt für Familie und Soziales, Versorgungsamt.....	79
<hr/>		
Tab. 4.1	Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtungen in Chemnitz 1997 bis 2004, nach Art des Trägers, absolute Zahlen. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie	83
Tab. 4.2	Einrichtungen/Projekte des Erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes in Chemnitz 1997 bis 2004, nach Art des Trägers, absolute Zahlen. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie	83
Tab. 4.3.	Einrichtungen/Projekte der Mobilen Jugendarbeit in Chemnitz 1997 bis 2004, nach Art des Trägers, absolute Zahlen. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie.....	84
Tab. 4.4	Jugendhilfemaßnahmen mit gerichtlichen/strafrechtlichem Bezug in Chemnitz 1997 bis 2004	84
Tab. 4.5	Tatverdächtige Jugendliche und junge Erwachsene in Chemnitz 1997, 2002 und 2003, nach Altersgruppen und Geschlecht, absolute Zahlen. Quelle: Polizeidirektion Chemnitz	86

Tab. 4.6	Tatverdächtige Jugendliche und junge Erwachsene in Chemnitz 1997, 2002 und 2003, nach Altersgruppen und Geschlecht, je 10.000 Einwohner der gleichen Personengruppe Quelle: Polizeidirektion Chemnitz	87
Tab. 4.7	Verurteilte Jugendliche und junge Erwachsene im Landgerichtsbezirk Chemnitz 1997, 2002 und 2003, nach Altersgruppen und Geschlecht, absolute Zahlen. Quelle: StaLa	88
Tab. 4.8	Verurteilte Jugendliche und junge Erwachsene im Landgerichtsbezirk Chemnitz 1997, 2002 und 2003, nach Altersgruppen und Geschlecht, je 10.000 Einwohner der gleichen Personengruppe Quelle: StaLa	89
Tab. 4.9	Klientenanzahl (Mehrfachzählung möglich) der Suchtberatungsstellen (SBB) in Chemnitz, absolute Zahlen und in Prozent. Quellen: Stadt Chemnitz, Gesundheitsamt, Besucherstatistik EBIS bei den SBB	91
Tab. 4.10	Altersstruktur der Jugendlichen (Mehrfachzählung möglich) mit Suchtproblematik in der Chemnitzer Jugendsucht- und Drogenberatung der Stadtmission (JSDB) 2001 bis 2004. Quelle: Stadt Chemnitz, Gesundheitsamt, Besucherstatistik EBIS bei den SBB.....	92
Tab. 4.11	Drogenklienten (Mehrfachzählung möglich) der Suchtberatungsstellen in Sachsen und Chemnitz 1999 bis 2004, absolute Zahlen und in Prozent, und beantragte Drogenentwöhnungstherapien. Quelle: Stadt Chemnitz, Gesundheitsamt, Besucherstatistik EBIS bei den SBB	92
Tab. 4.12	Entwicklung der Erziehungshilfen nach Leistungsarten (am 31.12. laufende und beendete Hilfen) in Chemnitz 2000 bis 2004, absolute Fallzahlen. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie	94
Tab. 4.13	Erziehungs- und Familienberatung/Familienbildung in Chemnitz nach Art des Trägers 1997, 2000 bis 2004, absolute Zahlen. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie.....	94
Tab. 4.14	Jugendhilfemaßnahmen zur Familienberatung und –förderung (kommunaler Anteil) in Chemnitz 1997 bis 2004, absolute Zahlen. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie.....	95
Tab. 4.15	Einrichtungen und Projekte der Jugendhilfe nach Art des Trägers in Chemnitz 1997 bis 2004, absolute Zahlen. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie	95
Tab. 4.16	Plätze in Einrichtungen der Jugendhilfe in Chemnitz nach Art des Trägers, 1997, 2000 bis 2004, absolute Zahlen. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie	95
Tab. 4.17	Teilnehmer an Maßnahmen der Berufsvorbereitung/der nachholenden beruflichen Qualifizierung für sozial und individuell benachteiligte junge Menschen 2000 bis 2004. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie	96
Tab. 4.18	Teilnehmer an Beschäftigungsprojekten für sozial und individuell benachteiligte junge Menschen 2000 bis 2004. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie, Sozialamt	97
<hr/>		
Tab. 5.1	Flächennutzungsstruktur der Stadt Chemnitz 1996 bis 2004 nach Nutzungsart, in Hektar (ha)	100
Tab. 5.2	Flächenstruktur in Chemnitz 1990 bis 2004, nach versiegelter und unversiegelter Fläche, gesamt und in Prozent und in Quadratmeter (m ²) je Einwohner	102
Tab. 5.3	Flächen und Objekte für Spiel und Erholung in Chemnitz 1993 bis 2004, Teil 1. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt 18	103
Tab. 5.4	Flächen und Objekte für Spiel und Erholung in Chemnitz 1993 bis 2004, Teil 2. Quelle: Stadt Chemnitz, Amt 18	103
Tab. 5.5	Luftbelastung nach Stoffgruppen in Sachsen 1997 bis 2003, in kg/Einwohner. Quelle: Sächsisches Landesamt für Umwelt und Geologie.....	106
Tab. 5.6	Vergleich der Immissionswerte (Jahresmittelwerte) an den Messstationen Chemnitz-Mitte und Chemnitz-Nord 1997 bis 2003. Quelle: Sächsisches Landesamt für Umwelt und Geologie ...	107
Tab. 5.7	Luftqualitätsgrenz- und -richtewerte: Grenzwerte inklusive Toleranzmargen bis 2010 gem. 22. BImSchV	109

Fragebogenauswertung in Chemnitzer 9. Klassen, Schuljahr 2003/04, Befragung September bis Dezember 2003

		<u>Seite</u>
1	Beteiligung	121
2	Ergebnisse	122
2.1	Rauchverhalten	122
2.2	Sportliche Betätigung	124
2.3	Größe und Gewicht (Körpermasse-Index)	127
2.4	Risikofaktorengruppe und „gesunde Gruppe“	130
3	Zusammenfassende Thesen.....	131
4	Schlussfolgerungen aus der Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.....	132
5	Abbildungsverzeichnis	134

1 Beteiligung

Im Herbst des Schuljahres 2003/04 wurde durch die Mitarbeiter des Jugendärztlichen Dienstes im Gesundheitsamt Chemnitz in die gesetzlich vorgeschriebenen Reihenuntersuchungen von Chemnitzer Neuntklässlern eine Fragebogenaktion einbezogen. Deren Ergebnisse zu den Themen Rauchverhalten, sportliche Betätigung und metrische Daten dokumentiert der folgende Kurzbericht.

Insgesamt konnten 2.360 Fragebögen ausgewertet werden. Vom Statistischen Landesamt Kamenz (StaLa) wurden im genannten Zeitraum für die Chemnitzer 9. Klassen 2.663¹ Schüler genannt. Damit ergibt sich für diese Altersgruppe eine Beteiligung von 88,6 Prozent an der Befragung, so dass das Ergebnis durchaus als repräsentativ gelten kann.

Die anonymen Fragebögen wurden in allen 10 Gymnasien, allen 27 Mittelschulen, einer Mittelschule eines Freien Trägers und sechs Förderschulen in die Reihenuntersuchung einbezogen. Im Verlauf der Untersuchungen wurden die Jugendlichen von den Jugendärzten oder Sozialmedizinischen Assistentinnen befragt und die Antworten auf die Fragebögen übertragen. Nach der vollständigen Auswertung wurden die Bögen zur Wahrung des Datenschutzes vernichtet.

Schulart	Fragebögen pro Schulart	davon in Prozent	Schülerzahl lt. StaLa	Prozent pro Schulart lt. StaLa
Gymnasien	802	34,0	850	94,4
Mittelschulen	1.445	61,2	1.600	90,3
Förderschulen	113	4,8	213	53,1
gesamt	2.360	100	2.663	88,6

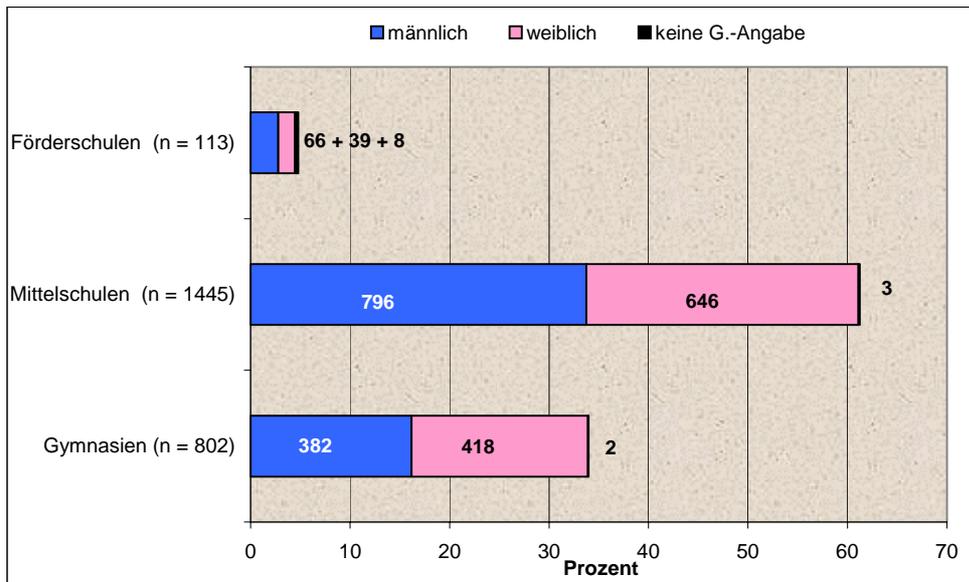
In Gymnasien und Mittelschulen konnte eine Teilnahmequote von über 90 Prozent erreicht werden. Leider sind die Förderschulen mit nur 53,1 Prozent ihrer Schülerzahl etwas unterrepräsentiert. Doch konnte der Fragebogen mit seinem Fragenspektrum nicht in allen Förderschulen beantwortet werden, z. B. nicht in den Förderschulen für geistig Behinderte und in der Körperbehindertenschule.

Nicht ein Bogen war direkt unbrauchbar, doch gab es kleinere Einschränkungen, die bei der Auswertung mit berücksichtigt werden mussten. Angaben fehlten:

- € zum Geschlecht (13 x oder 0,6 Prozent),
- € zur Größe oder zum Gewicht oder zu beidem, so dass der KMI-Wert nicht errechnet werden konnte (32 x oder 1,4 Prozent),
- € zum Rauchen (29 x oder 1,2 Prozent),
- € zum Rauchverhalten der Eltern (39 x oder 1,7 Prozent) und
- € zur Sportbetätigung (33 x oder 1,4 Prozent).

52,7 Prozent (1.244) aller Befragten waren männlich, 46,7 Prozent (1.103) weiblich, bei 0,6 Prozent fehlte die Geschlechtsangabe s.o. (vgl. auch Abbildung 1).

¹ ohne Freie Waldorfschule



Anlage 1/Abb. 1: Teilnehmer an der Befragung, nach Schulart und Geschlecht, in Prozent

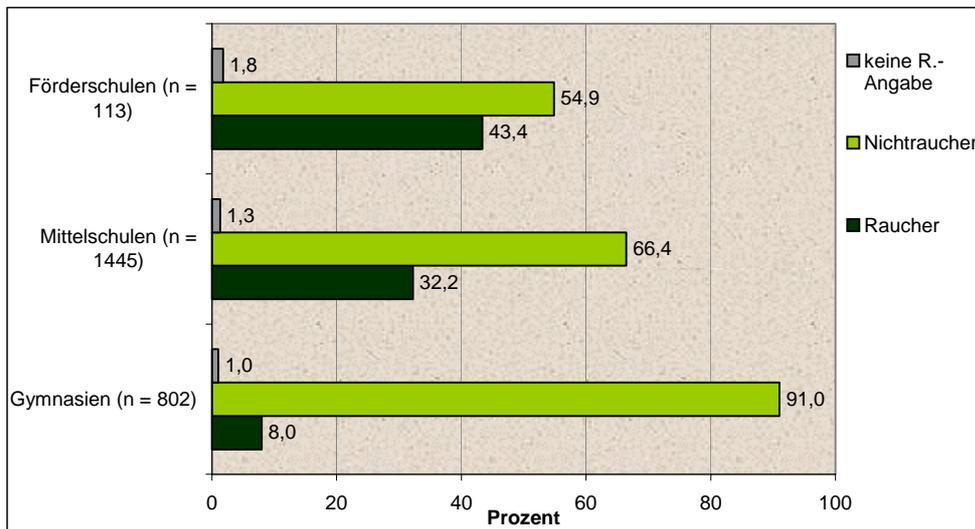
2 Ergebnisse

2.1 Rauchverhalten

Wie bereits erwähnt, wurden die Schüler durch die Ärzte/-innen und Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes interviewt. Somit wurden irrelevante und unsinnige "Spaßantworten" von vornherein vermieden. Inwieweit die Antworten der Wahrheit entsprechen, bleibt nur Vermutung. Dennoch ergaben sich bei der Auswertung des Rauchverhaltens Tatsachen, die eigene Beobachtungen im öffentlichen Nahverkehr, auf der Straße, in der Nähe von Schulen usw. bestätigen.

Folgende Fragen zum Rauchen wurden gestellt:

1. „Rauchst du?“
2. „Welche Menge pro Tag?“
3. „Rauchen deine Eltern?“



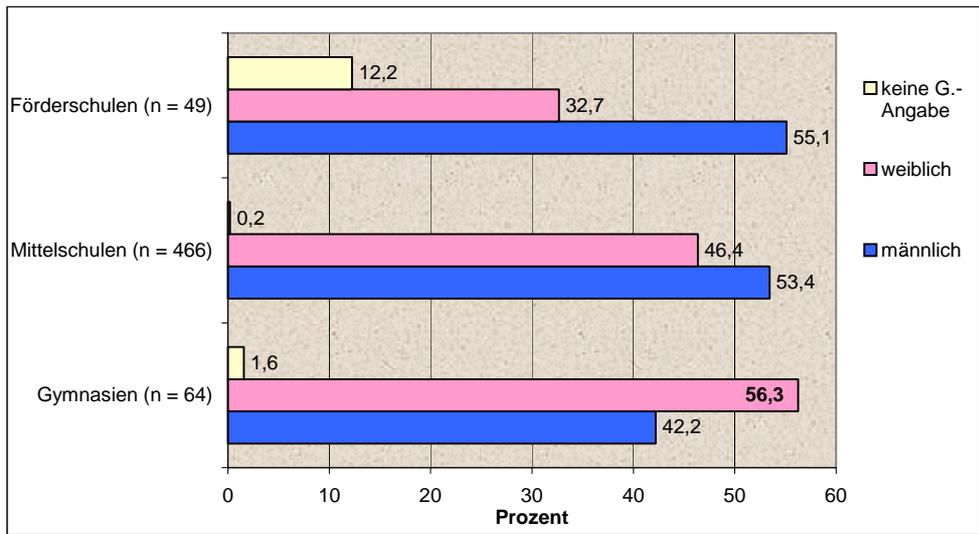
Anlage 1/Abb. 2: Verteilung Raucher/Nichtraucher nach Schulart, in Prozent

In der 9. Klasse, also bei 14- bis 15-Jährigen, bezeichnen sich bereits 24,5 Prozent (579) als Raucher, davon sind 52,3 Prozent (303) männlich, 46,3 Prozent (268) weiblich. Bei acht Rauchern (1,4 Prozent) fehlte die Geschlechtsangabe. Sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen raucht damit ca. jede[r] Vierte, d.h. 24,4 Prozent aller Jungen, 24,3 Prozent aller Mädchen.

Anteilig die meisten Raucher sind in den Förderschulen zu finden, dort rauchen bereits 43,4 Prozent. In den Mittelschulen raucht in der 9. Klasse fast jeder Dritte (32,2 Prozent). Von allen Gymnasiasten sind es nur 8,0 Prozent, die sich als Raucher bekennen (vgl. auch Anlage 1/Abb. 2).

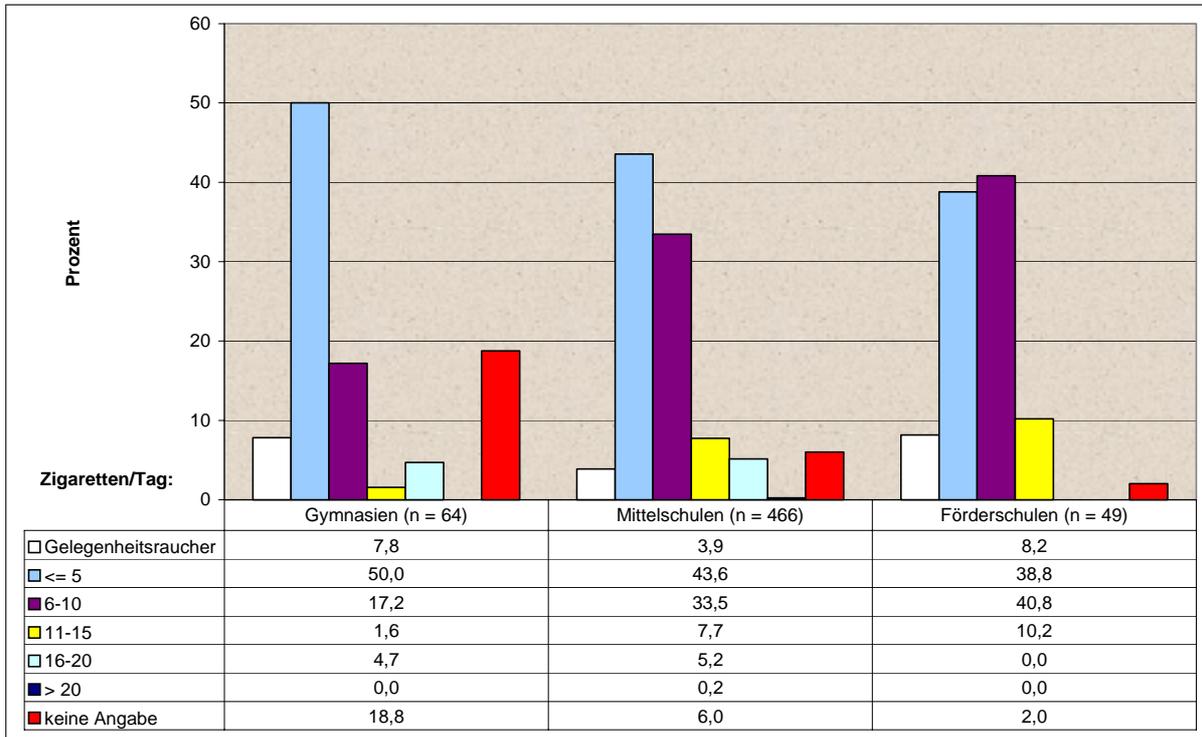
Interessant ist die Geschlechtsverteilung bei Rauchern nach Schularten. Während sowohl bei den Mittel- als auch bei den Förderschulen anteilig mehr (über 50 Prozent) Jungen als Mädchen rauchen, ist das Verhältnis Jungen

zu Mädchen in den Gymnasien 42,2 Prozent zu 56,3 Prozent (vgl. Anlage 1/Abb. 3). Das mitunter provokative Verhalten halbwüchsiger Mädchen mit höherem Bildungsgrad, Gruppenzwang und das Erwachsenein-Wollen kommen vielleicht als Erklärung für dieses Phänomen in Frage.



Anlage 1/Abb. 3: Raucher nach Schulart und Geschlecht, in Prozent

Die Frage nach der Menge der täglich gerauchten Zigaretten beantworteten diejenigen, die sich als „Raucher“ bezeichneten, nicht immer konkret mit Zahlen. Auskünfte wie „gelegentlich“, „ab und zu“, „selten“, „wenig“ wurden in der Kategorie „Gelegenheitsraucher“ zusammengefasst.



Anlage 1/Abb. 4: Angegebene Zigarettenmenge pro Tag bei Rauchern, nach Schulart, in Prozent

In den Gymnasien gibt es deutlich mehr Gelegenheitsraucher und Raucher, die mit etwa fünf Zigaretten pro Tag auskommen. sechs bis zehn und 11 bis 15 Zigaretten pro Tag werden prozentual mehr in Mittelschulen und Förderschulen konsumiert. Auch fällt auf, dass in den Gymnasien ein relativ hoher prozentualer Anteil (18,8 Prozent) keine Angabe zur täglichen Zigarettenmenge machte, wahrscheinlich aus strategischen Gründen.

Leider besteht schon bei 14- bis 15-Jährigen eine kleine Gruppe starker Raucher. In einer handelsüblichen Schachtel sind 19 Zigaretten enthalten. Von allen 579 Rauchern gaben

- € 30 an, pro Tag eine Schachtel oder 20 Zigaretten zu benötigen,
- € ein Mädchen rauchte zwischen 15-20 Zigaretten täglich
- € und ein Junge erklärte, früher nur eine Schachtel, jetzt aber zwei Schachteln täglich zu brauchen.

32 Jugendliche im Alter zwischen 14 bis 15 Jahren rauchen damit überdurchschnittlich viel, davon 19 Jungen und 13 Mädchen. Das sind zwar nur 5,5 Prozent aller Raucher und 1,4 Prozent aller Befragten, doch stehen diese Heranwachsenden erst am Beginn ihrer „Raucherkarriere“, von den pekuniären Belastungen der in diesem Alter auf finanzielle Unterstützung Angewiesenen einmal abgesehen. Monatlich werden von diesen Jugendlichen zum Erwerb ihrer Zigaretten schon ca. 90 € benötigt. Von den stark Rauchenden befanden sich

- € drei im Gymnasium,
- € 26 in einer Mittelschule und
- € drei in einer Förderschule.

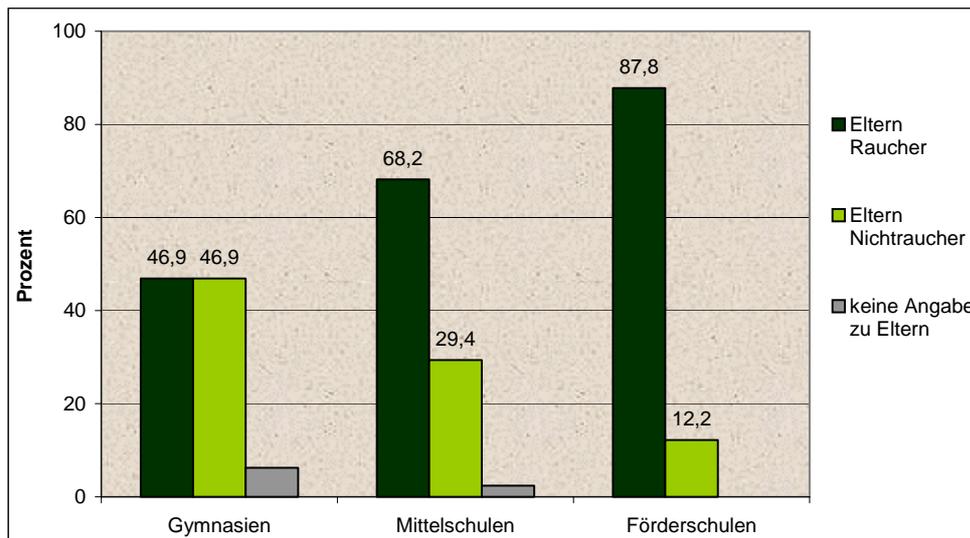
Hängen das eigene Rauchverhalten und das Rauchverhalten der Eltern zusammen? Auf die Frage, ob ihre Eltern rauchen, antworteten die „Starkraucher“

- € fünfmal mit „nein“
- € zweimal wurde die Frage nicht beantwortet, aber
- € 25-mal konnte die Frage bejaht werden.

Bei allen Rauchern ist die Tolerierung oder das Vorbild des Rauchens durch die Eltern von großer Bedeutung. Unabhängig von der Schulart rauchen 67,5 Prozent (!) aller Eltern der jugendlichen Raucher, also zwei Drittel.

Geschlecht, momentaner Bildungsstand und die Einstellung der Eltern zum Rauchen sind damit drei untersuchte Faktoren, die das Rauchverhalten in der 9. Klasse mit prägen können.

Der Einfluss der Eltern wird bei der Betrachtung aller Raucher in den verschiedenen Schularten besonders deutlich. Während bei den rauchenden Gymnasiasten nur etwa die Hälfte der Eltern raucht, die andere Hälfte jedoch Nichtraucher ist, beträgt bei den rauchenden Förderschülern der Anteil der rauchenden Eltern schon 87,8 Prozent.



Anlage 1/Abb. 5:
Zusammenhang
zwischen rauchenden
Kindern und dem
Rauchverhalten der
Eltern, nach
Schulart, in Prozent

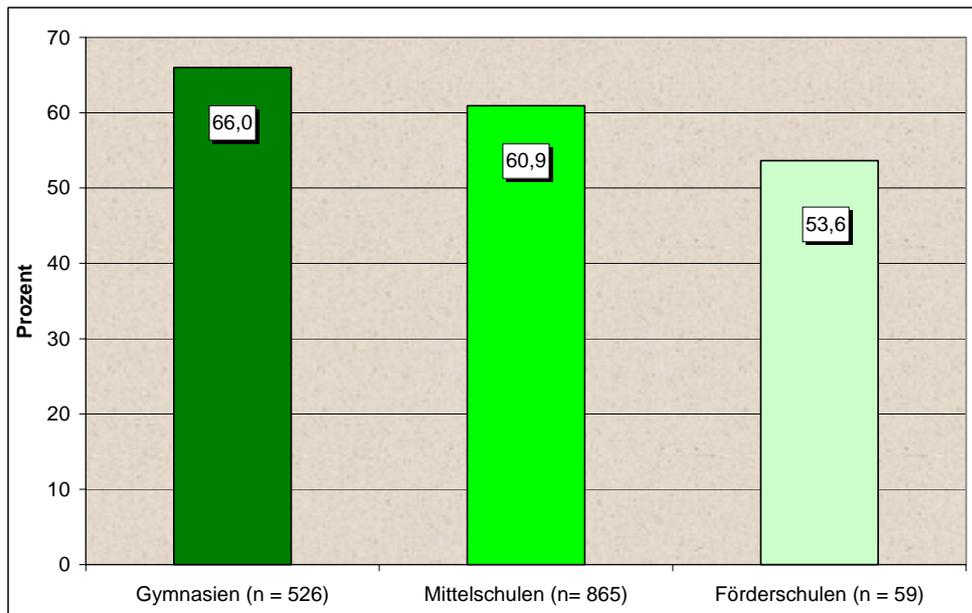
Einige wenige Neuntklässler (11 oder 0,47 Prozent) gaben an, dass nur ein Elternteil raucht. Dies konnte bei der Auswertung vernachlässigt werden. In den Gymnasien war die Neigung, die Auskunft über das Rauchverhalten der Eltern zu verweigern, besonders groß.

2.2 Sportliche Betätigung

Bewegungsmangel schon bei Kindern und Jugendlichen ist eines der Grundübel unserer modernen Zivilisation. Computer, Gameboy-Spiele und ein breites Fernsehangebot fesseln die Jugendlichen auf Stühle und Sofas. Die sportliche Betätigung wurde mit den Fragen untersucht:

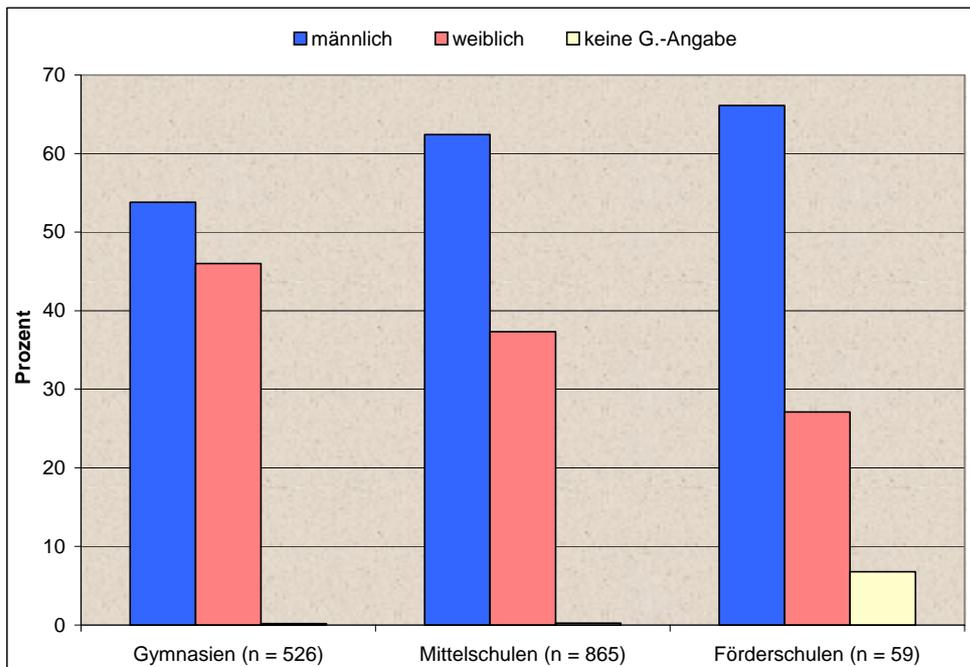
4. „Treibst du Freizeitsport?“
5. „Wie oft in der Woche?“
6. „Welche Sportart?“

Bei 33 Fragebögen fehlten die Angaben zur Sportbetätigung, beantwortet wurden damit 2.327 Bögen. 1.450 Jugendliche erklärten, mehr oder minder regelmäßig Sport zu treiben, das sind 62,3 Prozent aller Befragten.



Anlage 1/Abb. 6: Regelmäßig Sport Treibende, nach Schulart, in Prozent

Auch bei dieser Thematik wird deutlich, dass die Schulart und damit der Bildungsstand eine große Rolle spielen (vgl. Anlage 1/Abb. 6). In den Gymnasien und auch in den Mittelschulen wird sich deutlich mehr sportlich betätigt, wobei eine Sport-Mittelschule und ein Sport-Gymnasium die Zahlen leicht nach oben verschieben.



Anlage 1/Abb. 7: Regelmäßig Sport Treibende nach Schulart und Geschlecht, in Prozent

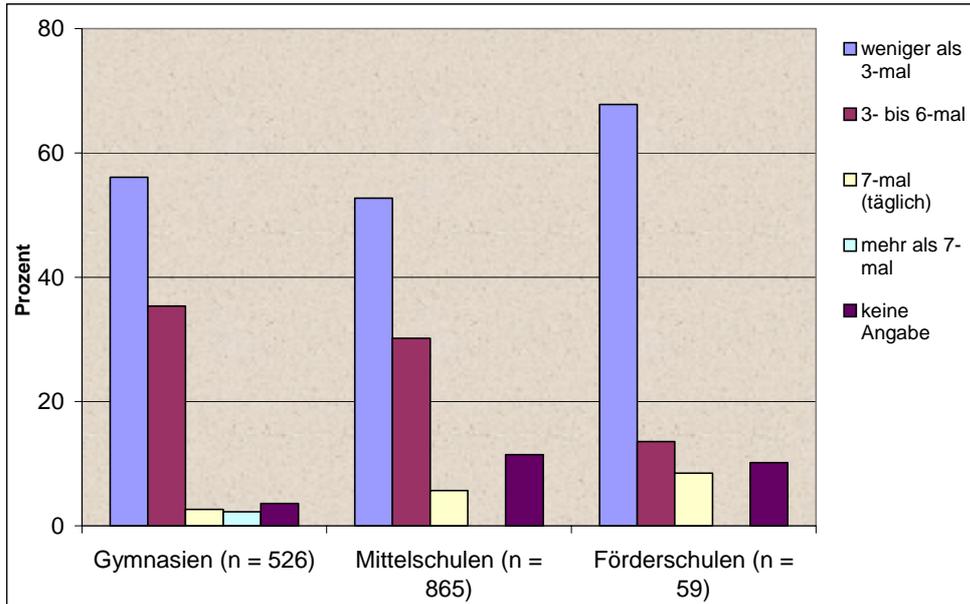
Bei der Auswertung nach Geschlecht ist festzustellen, dass 14- bis 15-jährige Jungen durchaus sportlicher sind als die gleichaltrigen Mädchen. Die Frage „Treibst du Freizeitsport“ beantworteten 59,4 Prozent aller Jungen mit „Ja“, aber nur 40,1 Prozent aller Mädchen. Bei 0,5 Prozent fehlte die Angabe des Geschlechts. Die Berücksichtigung der Schulart im Zusammenhang mit dem Geschlecht lässt keine andere Aussage erkennen, jedoch ist in den Gymnasien das prozentuale Verhältnis Jungen zu Mädchen nicht so unterschiedlich wie in den beiden anderen untersuchten Schularten.

Nachdem die Frage zum Freizeitsport mit "Ja" beantwortet wurde, folgte die eine weitere Frage nach dessen Häufigkeit pro Woche. Dies konnte natürlich nur von den „Sportlichen“ beantwortet werden.

	weniger als 3-mal	3- bis 6-mal	7-mal (täglich)	mehr als 7-mal	keine Angabe
Anzahl gesamt	791	455	68	12	124
in Prozent	54,6 Prozent	31,4 Prozent	4,7 Prozent	0,8 Prozent	8,6 Prozent

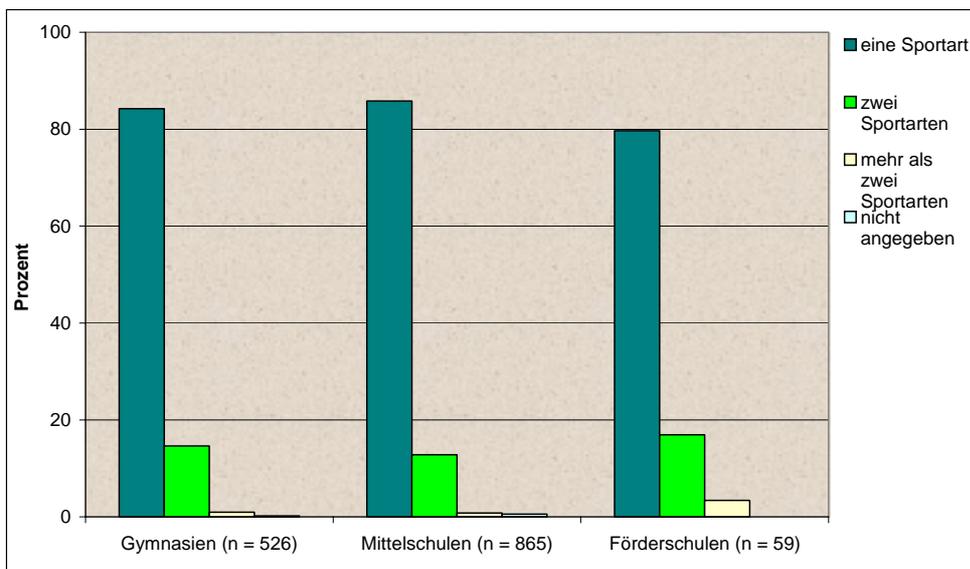
Bei den 68 Jugendlichen, die laut Fragebogen täglich Sport treiben, wurde nachfolgend (Frage 6) besonders oft als Sportart „Rad fahren“ angeführt, 41-mal oder zu 60,3 Prozent. Der tägliche Schul- und Nachhauseweg mit dem Rad ist dabei mit Sicherheit der ausschlaggebende Faktor.

Leider ist der Prozentsatz derjenigen, die diese Frage nicht beantworteten, relativ hoch (8,6 Prozent).



Anlage 1/Abb. 8: Anteil der regelmäßigen sportlichen Betätigung pro Woche, nach Schulart, in Prozent

Anlage 1/Abb. 8 lässt erkennen, dass der Anteil der Jugendlichen, die pro Woche 3- bis 6-mal Sport treiben, in den Gymnasien höher liegt als in den Mittel- und Förderschulen. Im Sportgymnasium nannten die Schüler sportliche Belastungen, die über mehr als „täglich“ hinausgehen (acht- bis elfmal pro Woche).



Anlage 1/Abb. 9: Zahl der genannten Sportarten, nach Schulart, in Prozent

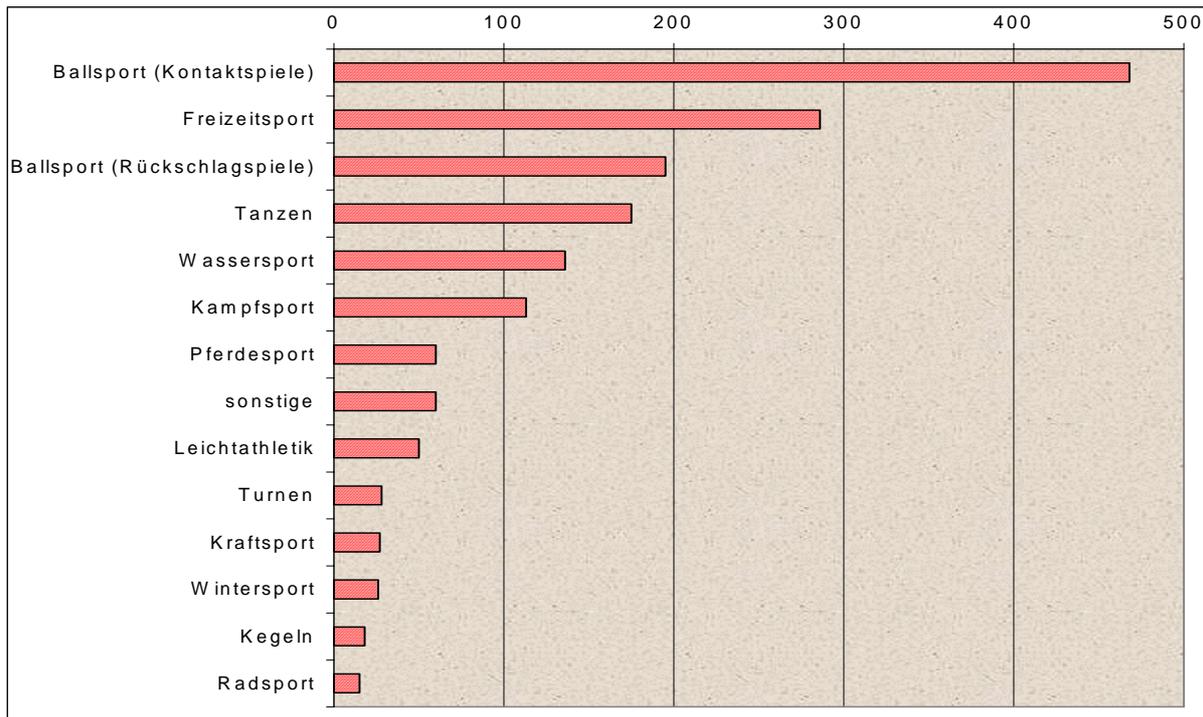
Die Antworten auf Frage 6 „Welche Sportart“ brachten überraschende Ergebnisse. Fast alle regelmäßig Sport Betreibenden (1.232 oder 85,0 Prozent) gaben eine einzige Sportart an, doch 14,7 Prozent betätigen sich in zwei oder mehr Sportarten. Unterschiede zwischen den Schularten sind diesmal minimal (vgl. auch Anlage 1/Abb. 9).

Insgesamt zählten die Jugendlichen über 90 Sportarten auf, die bei der Auswertung auf Grund der Übersichtlichkeit in Gruppen zusammengefasst wurden. Selten genannte Begriffe wie Feuerwehr- und Security-Training, Hundesport, Orientierungslauf, Rhönrad, Segelfliegen und Seilspringen wurden in der Gruppe „sonstige“ vereinigt.

Klarer Favorit sind **Ballspiele (Kontaktspiele)**, dazu gehören American Football, Basketball, Fußball, Handball, Hockey, Roll-, Street- und Uni-Hockey.

Die zweite Stelle belegt die Gruppe **Freizeitsport**, bestehend aus Aerobic, Eislaufen, Fitnessstraining, Joggen, Rad fahren, Steppertraining, Training auf dem Hometrainer und Wandern. An dritter Stelle folgen **Ballspiele mit der Untergruppe Rückschlagspiele**, als da sind Federball und Badminton, Faustball, Squash, Tennis und Tischtennis und – besonders oft genannt – Volleyball. Als vierte Gruppe in der Rangfolge steht der allgemeine

Begriff **Tanzen**, der von sehr viel Jugendlichen genannt wurde. Ob der wöchentliche Disko-Besuch damit gemeint ist, kann leider nicht mehr nachvollzogen werden. Zur Gruppe „Tanzen“ zählen allerdings noch Ballettraining, Bauchtanz, Breakdance, Cheerleader-Ausbildung und gymnastischer Tanz.



Anlage 1/Abb. 10: Summen aller genannten Sportarten, nach Häufigkeit der Nennung, absolute Zahlen

Im Vergleich der drei Schularten gibt es zu den genannten Rangfolgen mehrere Verschiebungen.

	Rang 1	Rang 2	Rang 3	Rang 4
Gymnasien	Ballsport (Kontaktspiele)	Tanzen	Ballsport (Rückschlagspiele)	Freizeitsport
Mittelschulen	Ballsport (Kontaktspiele)	Freizeitsport	Ballsport (Rückschlagspiele)	Tanzen
Förderschulen	Freizeitsport	Wassersport	Ballsport (Rückschlagspiele)	Kraftsport

Die Wahl der Sportarten richtet sich mit Sicherheit auch nach den Möglichkeiten in den Schulen. Gerade die Ballsportarten werden meist in den Schulen als Ergänzung des Sportunterrichtes angeboten. Kraftsport rangiert in Gymnasien und Mittelschulen ganz hinten, in den Förderschulen dagegen auf einem vorderen Platz. Einen mittleren Platz belegt bei allen Schularten der finanziell aufwändige Pferdesport, der jedoch fast nur von Mädchen ausgeübt wird.

2.3 Größe und Gewicht (Körpermasse-Index)

Dicke Kinder werden oft gehänselt und sind häufig von Aktivitäten Gleichaltriger ausgegrenzt. Viele haben bereits erhöhte Blutdruckwerte, Haltungsschäden und Gelenkveränderungen. Damit ist Übergewicht schon in jungen Jahren für die weiteren Lebensjahre prognostisch ungünstig. In den Industriestaaten besteht bereits eine epidemische Prävalenz der juvenilen Adipositas von ca. 10 - 20 Prozent. Erhöhte Morbidität und Mortalität der zukünftigen Erwachsenen sind dann durch Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Arteriosklerose, Diabetes und Krebserkrankungen vorprogrammiert.

Alle folgenden Berechnungen basieren auf Festlegungen in dem Artikel

Hesse, V., Bartzky, R., Jaeger, U., und Mitarb.: Körpermasse-Index: Perzentilen deutscher Kinder im Alter von 0-18 Jahren. Aus: Kinderärztliche Praxis Jg. 70 (1999) Nr. 8, S. 542-553

Die Werte aus diesem Artikel werden als orientierende Standards für deutsche Kinder empfohlen und zur Zeit auch sachsenweit angewandt. Die für alle sächsischen Gesundheitsämter verbindliche Software für den Jugendärztlichen Dienst, *Octoware® Gesundheit*, verwendet für die Bestimmung des Übergewichts ebenfalls Grenzwerte von Hesse u.a.

In den Fragebögen wurden korrekte Angaben von Größe und Gewicht der Befragten aufgezeichnet. Die Berechnung des Körpermassen-Index (KMI)² erfolgte mit folgender Formel:

$$\text{KMI} = \frac{\text{Körpergewicht [kg]}}{\text{Körperhöhe [m]} * \text{Körperhöhe [m]}} = \frac{\text{(kg)}}{\text{(m}^2\text{)}}$$

Geschlechtsgetrennt für Jungen und Mädchen sind lt. Hesse folgende Perzentilen zu berücksichtigen:

3, 5, 10, 15, 25, 50, 75, 85, 90 und 97

Alters- und geschlechtsbezogene KMI-Werte oberhalb der 90. bis 97. Perzentile (P90 – P97) werden nach Hesse als kontrollpflichtiges Übergewicht, oberhalb der 97. Perzentile (> P97) als Adipositas eingestuft.

Für das 15. Lebensjahr wurde sich in der Auswertung an folgenden Referenzwerten nach Hesse orientiert:

Perzentilen	männlich	weiblich	=	
< P3	<15,75	<16,18	=	Untergewicht
P3 - < P90	15,75-<22,91	16,18-<22,76	=	Normalgewicht
P90 – P97	22,91-<24,66	22,76-<24,94	=	Übergewicht
> P97	>24,66	>24,94	=	Adipositas

Personen ohne Geschlechtsangabe wurden nicht in die Auswertung einbezogen. Fragebögen, bei denen Größe oder Gewicht oder beides fehlten (32 oder 1,4 Prozent), sind in den Abbildungen als Datenreihen „kein KMI-Wert“ berücksichtigt.

€ 13 Personen ohne Geschlechtsangabe (0,6 Prozent),

Als vollständig konnten 2.347 Fragebögen bewertet werden, das sind immerhin 88,1 Prozent in der Altersgruppe der 14- bis 15-Jährigen in Chemnitz.

Die Anwendung der Formel für den Körpermasse-Index erlaubt neben dem Auffinden von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen auch die Feststellung von **Untergewichtigen**. Jedes Untergewicht sollte jedoch nicht automatisch mit dem zunehmenden Problem der Ess-Störungen bei Jugendlichen in Verbindung gebracht werden.

Einen KMI-Wert unter 15,75 für Jungen und unter 16,18 für Mädchen (< 3. Perzentile) wiesen 45 Jugendliche auf, davon 23 Jungen und 22 Mädchen. Prozentual waren das lediglich 1,9 Prozent aller Befragten. Anteilig die meisten Untergewichtigen sind in den Mittelschulen zu finden (31 oder 2,1 Prozent aller Mittelschüler), gefolgt von den Förderschülern (2 oder 1,9 Prozent aller Förderschüler). 12 oder 1,5 Prozent aller Gymnasiasten sind untergewichtig.

Ein Fragebogen sei besonders erwähnt:

Mädchen, Mittelschule, pro Tag 1 Schachtel Zigaretten, Eltern rauchen ebenfalls, 1,63 m, 35,0 kg, KMI-Wert 13,17, Originalkommentar auf dem Fragebogen „Bin ziemlich unterernährt, sorry!“ Ein Fall für eine Therapie?!

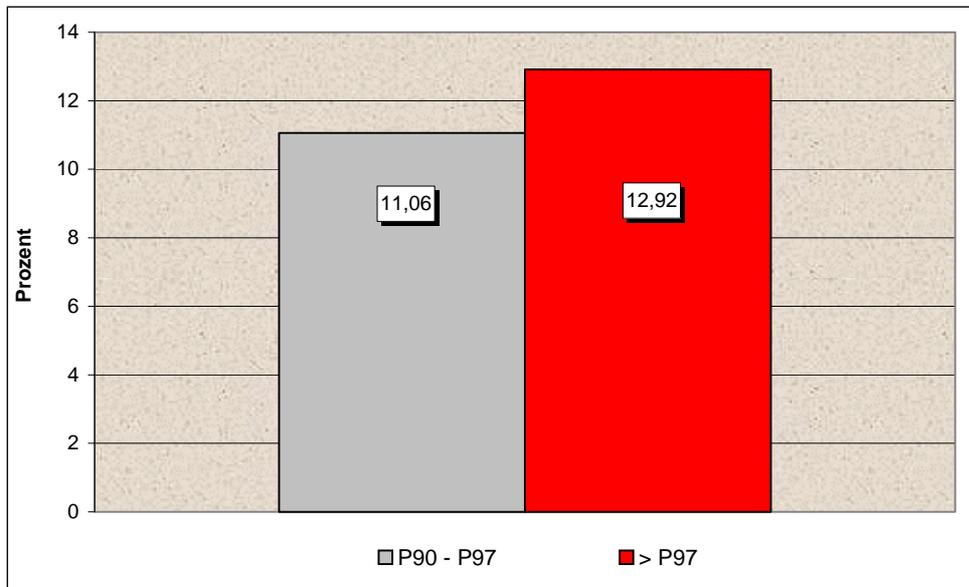
Problematischer als das Untergewicht ist jedoch in der 9. Klasse das **Übergewicht**. Insgesamt 262 Jungen und 293 Mädchen hatten entweder kontrollpflichtiges Übergewicht oder eine Adipositas, das sind 555 Personen oder fast 24 Prozent. Damit war jeder vierte Neuntklässler zu dick.

14- bis 15-Jährige haben den Lebensabschnitt der Frühpubertät erreicht. Natürlicherweise gibt es in dieser Zeit große Unterschiede bei Größe und Gewicht.

Parameter	Jungen		Mädchen	
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum
Größe	1,49 m	1,98 m	1,25 m	1,88 m
Gewicht	32,0 kg	131,0 kg	33,8 kg	134,0 kg

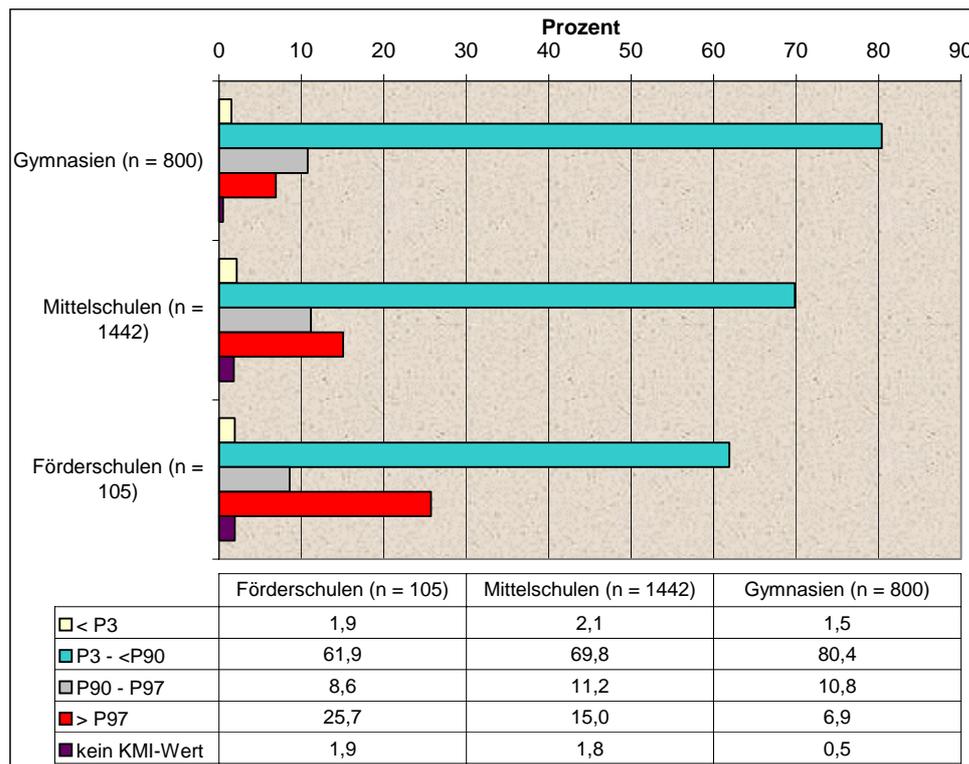
24 Jugendliche oder 1 Prozent von allen brachten bereits ein Gewicht über 100 kg auf die Waage, davon 19 Jungen und 5 Mädchen. Allerdings gaben 10 von ihnen an, Sport zu betreiben, so dass zu hoffen ist, dass sie an der Reduzierung ihres Gewichtes arbeiten. Sieben der Schwergewichtigen besuchten Gymnasien, 13 eine Mittelschule und vier eine Förderschule.

² Körpermasse-Index (KMI) deckt sich mit dem in der Literatur oft verwendeten Begriff des BMI = **B**ody **M**ass **I**ndex



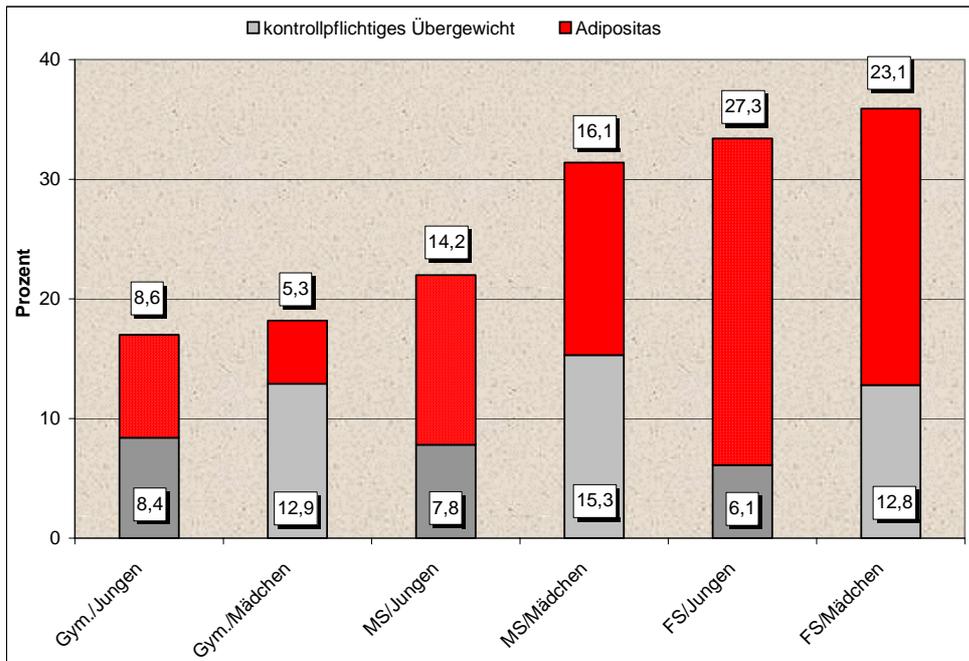
Anlage 1/Abb. 11: Verteilung kontrollpflichtiges Übergewicht (P90-P97)/Adipositas (>P97), von allen in der 9. Klasse Befragten, in Prozent

Auch bei dieser Analyse wurde zwischen den drei Schularten unterschieden. In den Gymnasien sind über 80 Prozent aller Schüler normalgewichtig, mit einem KMI-Wert zwischen der 3. und der 90. Perzentile. In den Mittelschulen liegen noch ca. 70 Prozent, in den Förderschulen nur noch rund 62 Prozent in dem erstrebenswerten KMI-Bereich (vgl. Anlage 1/Abb. 12). Dafür ist der Prozentsatz der Adipösen, deren KMI über der 97. Perzentile festgestellt wurde, in den Förderschulen durchaus höher als in den Mittelschulen und den Gymnasien.



Anlage 1/Abb. 12: Altersbezogene Perzentilen für die 9. Klasse, nach Schulart, in Prozent

Anlage 1/Abb. 13 zeigt für beide Geschlechter unterschiedliche Verteilungsmuster beim kontrollpflichtigen Übergewicht und der Adipositas, nach Schularten differenziert. Am wenigsten adipös sind die das Gymnasium besuchenden Mädchen (5,3 Prozent), dafür ist bei ihnen der Prozentsatz des kontrollpflichtigen Übergewichts höher als bei den männlichen Gymnasiasten. Die meisten Adipösen (27,3 Prozent) weisen die männlichen Förderschüler auf, wobei diese Gruppe, bezogen auf alle Fragebögen, natürlich relativ klein ist. Dennoch verdeutlicht auch Anlage 1/Abb. 13 den Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Essverhalten und bringt damit eine soziale Komponente ins Spiel. Lt. Hesse „zeigte sich, dass ein zu hoher KMI im 18. Lebensjahr (und mit geringerer Aussagekraft auch bereits im 13. Lebensjahr) ein eindeutiger Prädiktor bezüglich des Auftretens einer Adipositas und damit ihrer Risikofaktoren im 35. Lebensjahr sein kann.“



Anlage 1/Abb. 13:
Kontrollpflichtiges
Übergewicht (P 90-
P 97) und Adipositas (> P 97) nach
Geschlecht und
Schulart, in Prozent

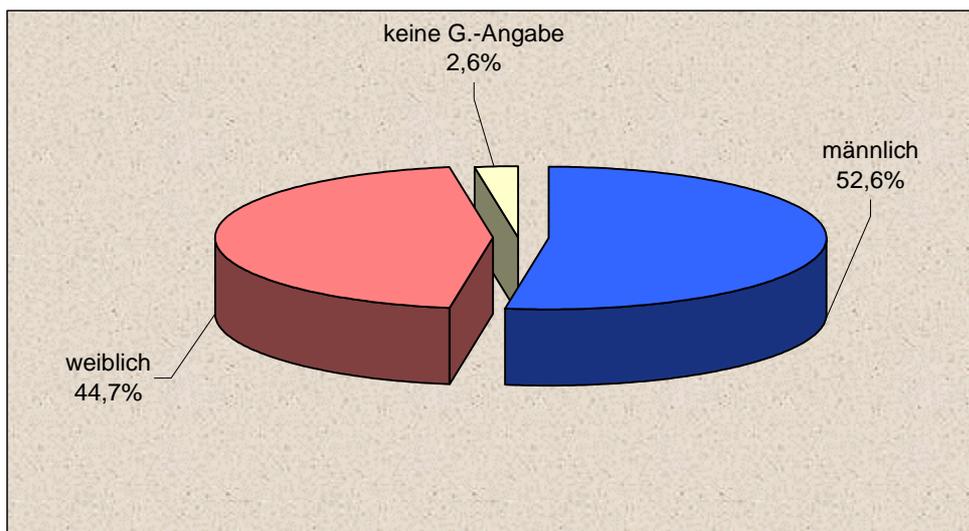
Vor allem in den Mittel- und Förderschulen müsste auf die Prävention des Übergewichts/der Adipositas und eine adäquate Ernährungsberatung großer Wert gelegt werden, um teure Folgeerkrankungen im Erwachsenenalter zu vermeiden.

2.4. Risikofaktorengruppe und „gesunde Gruppe“

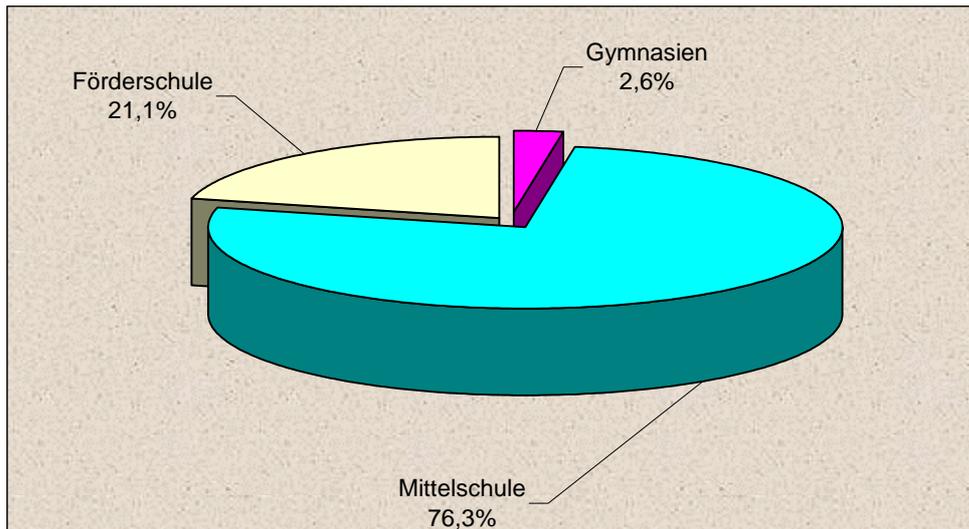
Es wurde untersucht, wie viele Befragten schon in der 9. Klasse die drei folgenden Risikofaktoren zeigen:

- Raucher
- Bewegungsmangel
- Übergewicht

Bei 38 Fragebögen trafen alle drei genannten Faktoren zu, das sind 1,6 Prozent aller Befragten. Auch hier besteht eine Abhängigkeit von Geschlecht und Bildungsgrad. Männliche Jugendliche weisen öfter alle drei Risikofaktoren auf als weibliche, Mittelschüler deutlich mehr als Förderschüler oder Gymnasiasten.



Anlage 1/Abb. 14:
Jugendliche (n = 38)
mit drei Risikofaktoren,
nach Geschlecht, in Prozent

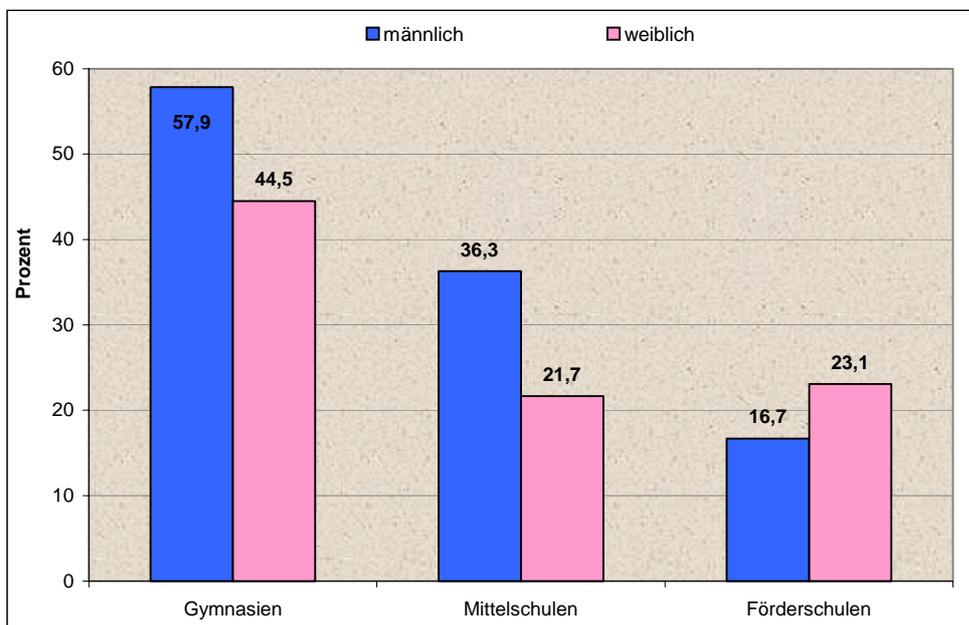


Anlage 1/Abb. 15: Jugendliche (n = 38) mit drei Risikofaktoren, nach Art der besuchten Schule, in Prozent

In der vorhergehenden Analyse wurde versucht, gesundheitliche Risikofaktoren schon in den vorpubertären Jahrgängen von Gymnasien, Mittel- und Förderschulen aufzuzeigen. Dennoch darf nicht übersehen werden, dass es in allen Schularten auch Jugendliche gibt, die

- nicht rauchen,
- sich mehr oder weniger in ihrer Freizeit zusätzlich zum Sportunterricht sportlich betätigen und
- einen KMI-Wert innerhalb der jeweiligen Normbereiche besitzen.

Leider ist diese Gruppe nicht allzu umfangreich, 857 Jugendliche (36,3 Prozent) von insgesamt 2.360, d.h. etwa jeder Dritte. Der Unterschied zwischen Jungen und Mädchen ist in dieser Altersgruppe besonders groß. 521 Jungen (41,9 Prozent aller Jungen) und 335 Mädchen (30,4 Prozent aller Mädchen) „leben gesund“, bei einem Fragebogen fehlte die Geschlechtsangabe.



Anlage 1/Abb. 16: Verhältnis Jungen zu Mädchen bei den gesund lebenden Jugendlichen, nach Schulart, in Prozent je Schulart und Geschlecht

Auch dieses Bild beweist den Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Lebensführung, wobei außer in den Förderschulen die weiblichen Befragten deutlich schlechtere Werte als die männlichen zeigen.

3 Zusammenfassende Thesen

1. Ein Viertel aller Jugendlichen in der 9. Klasse raucht.
2. Männliche Jugendliche rauchen durchschnittlich mehr als weibliche.
3. Bezogen auf die jeweilige Schulart rauchen weibliche Gymnasiasten am meisten.
4. Je höher der Bildungsstand, desto weniger Raucher.
5. Bei höherem Bildungsstand ist die Menge der täglich gerauchten Zigaretten kleiner.

Integrierter Bericht zu Gesundheit und Lebenslage von Kindern und Jugendlichen in Chemnitz (1997 bis 2003/04)

6. Das Rauchverhalten bei Jugendlichen hängt deutlich mit dem Vorbild der Eltern zusammen. Rauchende Eltern haben meist auch rauchende Kinder. Auch hier gibt es große Unterschiede abhängig vom Bildungsgrad.
7. Über die Hälfte (62,3 Prozent) aller Neuntklässler treiben mehr oder weniger regelmäßig Freizeitsport.
8. Gymnasiasten sind sportlicher als Mittel- bzw. Förderschüler.
9. Jungen treiben weitaus öfter Sport als Mädchen.
10. Die Anzahl der sportlichen Betätigung pro Woche liegt in den Gymnasien höher als in den Mittel- und Förderschulen.
11. Bei der Zahl der genannten Sportarten gibt es zwischen den Schultypen nur unwesentliche Unterschiede.
12. An erster Stelle in der Beliebtheitskala der Sportarten stehen Ballspiele (Kontaktspiele), gefolgt von Freizeitsport wie Joggen, Fitnessstraining u.a.
13. 1,9 Prozent aller Befragten sind untergewichtig, aber 23,6 Prozent sind übergewichtig. Damit ist etwa jeder vierte Neuntklässler zu dick.
14. 11,06 Prozent aller Befragten haben kontrollpflichtiges Übergewicht, 12,92 Prozent sind adipös.
15. In den Gymnasien sind weniger Übergewichtige zu finden als in den Mittel- und Förderschulen.
16. Es gibt eine kleine Gruppe (1,6 Prozent) in den 9. Klassen, auf die schon drei Risikofaktoren für gesundheitliche Schäden (Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel) zutreffen.
17. 41,9 Prozent aller männlichen und 30,4 Prozent aller weiblichen Befragten waren bis zur 9. Klasse von den untersuchten Risikofaktoren frei.

4 Schlussfolgerungen aus der Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Das Rauchen ist für Jugendliche und auch schon Kinder von zehn bis elf Jahren nicht Teil des Gesundheits-, sondern des Sozialverhaltens. Das gesundheitliche Risiko wird von Jugendlichen meist ignoriert: Die Zugehörigkeit und das Ansehen in der (gleichfalls rauchenden) Gruppe, die in der Öffentlichkeit allgegenwärtige Tabakwerbung (Litfasssäulen, Werbetafeln), aber auch Stressabbau in den Anfängen der Pubertät sind Gründe, mit dem Rauchen zu beginnen. In dieser Altersgruppe wird aus der Gewohnheit oft eine Sucht bis in Erwachsenenalter. Die Eltern haben gerade zu Beginn und mitten in der Pubertät wenig Einflussmöglichkeiten, auch gehen sie oft mit schlechtem Beispiel voran, wie die Fragebogenauswertung erkennen ließ. Außerdem besteht ein Zusammenhang zwischen Bildung und Rauchen: Gymnasiasten rauchen deutlich weniger als andere Schüler. Das Wissen über gesundheitsbewusstes Verhalten stützt die Entscheidung, mit dem Rauchen nicht zu beginnen.

Jugendliche, die zu Beginn der Pubertät mit dem Rauchen begonnen haben, größere Mengen Zigaretten konsumieren und es gewohnheitsmäßig weiter betreiben, werden unter Umständen erst als Erwachsene damit aufhören, wenn gesundheitliche Folgen zu erkennen sind. Dennoch können durch das Rauchen mehr als 20 Jahre der normalen Lebenserwartung eingebüßt werden, so die Überzeugungen von Lungenkrebskliniken.

Allerdings gibt es auch die große Gruppe, die aus den verschiedensten Gründen das Rauchen zwar einige Zeit probiert, dann jedoch von sich aus davon Abstand nimmt, z. B. die in dieser Auswertung als "Gelegenheitsraucher" Bezeichneten. Hier können umfangreiche Präventions- und Hilfsangebote dazu beitragen, dass das Rauchen im Leben der Kinder und Jugendlichen nur eine Episode bleibt und Erkenntnisse wie „Es gibt kein einziges Argument für das Rauchen“ und der „Tabakkonsum ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko der Zeit“ um sich greifen.

An der Konsequenz zu den in Deutschland beobachteten Tatsachen, dass

- € das Einstiegsalter für Raucher immer geringer wird,
- € deutsche Kinder und Jugendliche die Spitzenposition in Europa beim Konsum von Tabak einnehmen,
- € in Deutschland jährlich zwischen 110.000 und 140.000 Menschen am Tabakkonsum sterben (ca. 300 tabakbezogene Todesfälle täglich) und
- € die volkswirtschaftlichen Kosten des Rauchens bei jährlich rund 20 Milliarden Euro liegen (davon für medizinische Versorgung sieben Milliarden Euro, 13 Milliarden Euro durch Arbeitsausfälle und Frühverrentungen)

fordern vor allem Kinder- und Jugendärzte eine bundeseinheitliche Regelung zum generellen Rauchverbot an Schulen. Der Bereich Schule steht jedoch unter der Kultushoheit der Länder, so dass Rauchverbote nur auf Länderebene erlassen werden können. Die bisher als Präventionsmaßnahme in Schulen angebotenen Rauchercken und -zimmer üben eine magische Anziehungskraft auf jüngere Schüler aus. Durch den Griff zur Zigarette wollen sie ihre Zugehörigkeit zu den älteren Rauchenden dokumentieren.

In Hessen als ersten Bundesland existiert seit dem 01. Januar 2005 ein Gesetz über das Rauchverbot in Schule und Schulgelände für Schüler und Schülerinnen, aber auch für die Lehrer. Dabei reichen die Sanktionsmöglichkeiten von der mündlichen Verwarnung über die Verpflichtung zu sozialen Diensten bis hin zum Schulverweis. Gegen das Verbot verstoßende rauchende Lehrkräfte werden nach einem formlosen Hinweis über eine förmliche Missbilligung bis zur Einleitung eines Disziplinarverfahrens zur Einhaltung des Rauchverbotes angehalten. Allerdings fordern die Durchsetzung des Verbotes und ggf. Bestrafungen bisher nicht geklärte rechtliche Kapazitäten.

Die Bundesländer Brandenburg, Bayern, Berlin, Hamburg und Niedersachsen wollen dem hessischen Beispiel im Jahr 2005 folgen, entsprechende Gesetzestexte sind in Vorbereitung. Nordrhein-Westfalen will 2005 neben dem Rauchverbot ein totales Alkoholverbot an Schulen einführen.

In Sachsen wurde vom Kultusministerium bisher ein gesetzlich festgeschriebenes Rauchverbot an Schulen mit der Begründung abgelehnt, dass damit das Gegenteil erreicht würde, da ein Verbot einen gewissen zusätzlichen Reiz ausübt. Zum einen wird die Eigenverantwortlichkeit der Schulen betont, die sich selbst zu rauchfreien Orten erklären sollen, zum anderen wird auf Präventionsangebote wie den europaweiten Nichtraucherwettbewerb „Be smart – don't start“ gesetzt, in dessen aktuellster Runde sich 347 sächsische Schulklassen angemeldet haben (Schuljahr 2003/04: 339 Klassen). Geleitet wird der Wettbewerb in Deutschland vom Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung in Kiel. Das Sächsische Staatsministerium für Kultus unterstützt in Kooperation mit dem Sozialministerium den Wettbewerb im Freistaat, der von der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung koordiniert wird.

Der Wettbewerb richtet sich an die Klassenstufen 6 bis 8 aller Schularten und soll vor allem jüngere Schüler motivieren, gar nicht erst mit dem Rauchen zu beginnen. Die Regeln des Wettbewerbs sind einfach: Die teilnehmenden Klassen verpflichten sich, in der Zeit vom 15.11.2004 bis zum 29.04.2005 eine „Nichtraucherklasse“ zu sein. Dazu unterschreiben alle Schülerinnen und Schüler einen Vertrag und geben wöchentlich eine Rückmeldung über ihr Rauchverhalten ab. Wenn mehr als zehn Prozent der Schüler einer Klasse rauchen, scheidet die Klasse aus.

Alle Klassen, die das Ziel erreicht haben, erhalten für die erfolgreiche Teilnahme ein Klassenzertifikat. Zusätzlich nehmen sie an einer Lotterie teil und können den europäischen Hauptpreis gewinnen: eine mehrtägige Klassenfahrt nach Italien. Darüber hinaus winken in Sachsen weitere Sonderpreise für Schulklassen, die während des Wettbewerbs besonders kreative Aktionen und Projekte zum Thema Nichtrauchen und Gesundheitsförderung umgesetzt haben.

Darüber hinaus gibt deutschlandweit weitere Vorschläge, um dem blauen Dunst im Kindes- und Jugendalter Herr zu werden:

- € Absolutes Tabakwerbeverbot: Werbung beeinflusst die Nachfrage nach Tabak nachweislich. Bilder und Worte der Tabakwerbung stellen sich zunehmend gezielt auf die Sehnsüchte und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen ein. Deutschland klagt als zur Zeit einziges Land gegen eine entsprechende EU-Richtlinie
- € Verbot der Abgabe von Tabakwaren an Jugendliche bisher nur auf unter 16-Jährige, Altersgrenze sollte auf 18 Jahre angehoben werden.
- € Herabsetzung der Dichte von Zigarettensautomaten
- € Einrichtung von öffentlichen Gebäuden als rauchfreie Zonen
- € Beschränkung des Rauchens in Gaststätten
- € Aufklärungsangebote für Eltern, Lehrer und Schüler

Der Schwerpunkt der Aktion war in erster Linie die Ermittlung des Raucheranteils. Bei dieser Gelegenheit wurden auch das aktive Bewegungsverhalten und metrische Daten erfragt. Letztere führten in der Auswertung zur Festlegung von unter-, normal- und übergewichtigen Kindern, so dass konkrete Gewichtsstufen in der 9. Klasse errechnet werden konnten.

23,6 Prozent der Neuntklässler erwiesen sich als zu dick. Dieses Ergebnis stimmt nicht mit den Erfahrungen des Jugendärztlichen Dienstes bei den Reihenuntersuchungen in den gleichen 9. Klassen im Schuljahr 2003/04 überein, in der „nur“ 10,1 Prozent als übergewichtig eingestuft wurden. Diese Diskrepanz ist einerseits auf die in Gliederungspunkt 3 geschilderten Erfassungsmodalitäten bei Klassenlisten im Programm *Octoware @ Gesundheit* zurückzuführen, andererseits mit einer Konzentration auf die wirklich Adipösen. Deren Anteil lag bei der Fragebogenauswertung bei 12,9 Prozent. Damit besteht noch immer eine Differenz von 2,8 Prozent zwischen Reihenuntersuchung und Fragebogenauswertung. Die Kategorie „Kontrollpflichtiges Übergewicht“, die nur aus der genauen Berechnung des KMI ermittelt werden kann, wurde bei der Reihenuntersuchung weitgehend vernachlässigt.

Da Ernährungsprobleme und ernährungsbedingte Erkrankungen von Kindern zu den Merkmalen einer Wohlstandsgesellschaft gehören, ist die „Ernährungserziehung“, möglichst schon im Kindergartenalter beginnend, ein wichtiges Gesundheitsziel für alle Personen des sozialen Umfelds der Kinder. Eltern, nahe Verwandte, Erzieher und Lehrer, unterstützt von zuständigen Landesministerien, Einrichtungen und Institutionen für Ernährungs- und Gesundheitserziehung sollten darauf hinwirken, dass sich Kinder und Jugendliche ausgewogen und bedarfsgerecht ernähren, um deren Gesundheit zu erhalten und vor Mangelerscheinungen zu schützen. Dies betrifft nicht nur das Übergewicht mit all seinen bekannten physischen und psychischen Folgen, sondern zunehmend auch das Untergewicht besonders im Jugendalter. 1,9 Prozent Untergewichtige in der 9. Klasse sind bisher nicht viel, doch ist nicht auszuschließen, dass einige dieser 45 Jugendlichen an einer „echten“, behandlungsbedürftigen Essstörung leiden.

Erstaunlich in diesem Bericht war die Tatsache, dass die sportliche Betätigung doch einen größeren Raum als gedacht einnahm. Zwar wurden der tägliche Schulweg mit dem Fahrrad oder der wöchentliche Diskobesuch auch als sportliche Betätigung genannt, doch allein die Aufzählung von über 90 verschiedenen Sportarten lassen die Vielfalt der Interessen und auch der Sportmöglichkeiten erkennen. Der Schulsport wurde allerdings nie definitiv erwähnt, er sollte unbedingt mehr in den Mittelpunkt des schulischen Lebens gestellt werden. Die Bewegungsförderung durch Entwicklung von Bewegungsangeboten zur Reduzierung des Bewegungsmangels und zur Förderung eines aktiven Bewegungsverhaltens ist neben der Förderung des gesunden Ernährungsverhaltens ein weiteres und langfristig zu planendes Gesundheitsziel zur Erhaltung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen.

5 Abbildungsverzeichnis

Seite

Anlage 1/Abb. 1:	Teilnehmer an der Befragung, nach Schulart und Geschlecht, in Prozent	122
Anlage 1/Abb. 2:	Verteilung Raucher/ Nichtraucher nach Schulart, in Prozent	122
Anlage 1/Abb. 3:	Raucher nach Schulart und Geschlecht, in Prozent	123
Anlage 1/Abb. 4:	Angegebene Zigarettenmenge pro Tag bei Rauchern, nach Schulart, in Prozent	123
Anlage 1/Abb. 5:	Zusammenhang zwischen rauchenden Kindern und dem Rauchverhalten der Eltern, nach Schulart, in Prozent	124
Anlage 1/Abb. 6:	Regelmäßig Sport Treibende, nach Schulart, in Prozent	125
Anlage 1/Abb. 7:	Regelmäßig Sport Treibende nach Schulart und Geschlecht, in Prozent	125
Anlage 1/Abb. 8:	Anteil der regelmäßigen sportlichen Betätigung pro Woche, nach Schulart, in Prozent	126
Anlage 1/Abb. 9:	Zahl der genannten Sportarten, nach Schulart, in Prozent	126
Anlage 1/Abb. 10:	Summen aller genannten Sportarten, nach Häufigkeit der Nennung, absolute Zahlen	127
Anlage 1/Abb. 11:	Verteilung kontrollpflichtiges Übergewicht (P90-P97)/ Adipositas (>P97), von allen in der 9. Klasse Befragten, in Prozent	129
Anlage 1/Abb. 12:	Altersbezogene Perzentilen für die 9. Klasse, nach Schulart, in Prozent	129
Anlage 1/Abb. 13:	Kontrollpflichtiges Übergewicht (P 90-P 97) und Adipositas (> P 97) nach Geschlecht und Schulart, in Prozent	130
Anlage 1/Abb. 14:	Jugendliche (n = 38) mit drei Risikofaktoren, nach Geschlecht, in Prozent	130
Anlage 1/Abb. 15:	Jugendliche (n = 38) mit drei Risikofaktoren, nach Art der besuchten Schule, in Prozent	131
Anlage 1/Abb. 16:	Verhältnis Jungen zu Mädchen bei den gesund lebenden Jugendlichen, nach Schulart, in Prozent je Schulart und Geschlecht	131

Liste der 35 Kernindikatoren in 7 Indikatorenbereichen für die nachfolgenden Anlagenblätter

I. Demographische Daten

1. Gesamteinwohnerzahl
2. Geburten / Sterbefälle
3. Wanderungssaldo: Abwanderung und Zuwanderung
4. Anteile von Ausländern an der Gesamtbevölkerung
5. Anteile von Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung

II. Kommunale Ökonomie

6. Bruttowertschöpfung in EUR je Einwohner
7. Verhältnis „Einnahmen/Ausgaben“ pro Haushaltsjahr
8. Pro-Kopf-Verschuldung in EUR
9. Wohnungsleerstand
10. Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerungsgruppe von 15 bis 65 Jahre (Erwerbstätigenquote)
11. Erwerbstätige nach Stellung im Berufsleben
12. Unternehmensbestand (plus Neugründungen minus Insolvenzen)

III. Gesundheit

13. Sterblichkeit nach ausgewählten als vermeidbar geltenden Todesursachen, Suizide
14. Ausgewählte meldepflichtige Erkrankungen
15. Straßenverkehrs- bzw. Transportmittelunfälle (Verletzte und Tote)
16. Zahngesundheit von Kindern
17. Anzahl der ambulant tätigen Ärzte und Zahnärzte
18. Schwerbehinderte Menschen
19. Impfungen bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchungen

IV. Soziales

20. Haushaltgrößen (Ein-Personen-Haushalte, Haushalte mit Kindern etc.)
21. Wohnraum (qm pro Person)
22. Arbeitslosenquote nach ausgewählten Strukturmerkmalen
23. Sozialhilfequote nach ausgewählten Strukturmerkmalen
24. Zahl der Wohngeldempfänger (Haushalte)
25. Durchschnittliches Einkommen je Steuerpflichtigem
26. Verteilung der Einkommen
27. Jugenddelinquenz (Rohheitsdelikte, Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz)

V. Bildung

28. Schüler nach Schularten (7. Klasse)
29. Schulabgänger nach Schulabschluss (auch ohne Schulabschluss)

VI. Umwelt

30. Flächennutzungsstruktur
31. Modal-Split (ÖPNV, MIV, Fahrrad, Fuß) bzw. PKW pro 1.000 Einwohner als Ersatzindikator
32. Lärmbelastung (abhängig von Messstationen)
33. Luftbelastung (abhängig von Messstationen)

VII. Wahlen / Partizipation

34. Wahlbeteiligung der Wahlberechtigten ab 16 bzw. 18 Jahre bei Kommunalwahlen
35. Zahl der Selbsthilfegruppen / Selbsthilfegruppennetze

Gesamtbevölkerungszahlen zum Stichtag 31.12. nach Geschlecht

Messung der Bevölkerungsbestandsänderung von 1997 bis 2003 anhand der absoluten Bevölkerungszahl mit Hauptwohnsitz in der Kommune

Gebietsstand: 01. Januar 2004

Berichtsbereich I: Demographische Daten				
Indikator: Gesamteinwohnerzahl, lfd. Nr. 1				
Stadt / Stadtteil	Jahr	Bevölkerungsbestand am 31.12. gesamt	davon männlich	davon weiblich
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	249.922	119.238	130.684
	2002	252.618	120.333	132.285
	2001	255.798	121.698	134.100
	2000	259.246	123.334	135.912
	1999	263.222	125.123	138.099
	1998	268.266	127.421	140.845
	1997	275.125	130.671	144.454

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Anzahl der Geburten, Anzahl der Sterbefälle, Lebendgeborene je 1.000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren, Sterbefälle je 100.000 Einwohner nach Geschlecht sowie altersstandardisiert
Messung der Bevölkerungsbestandsänderung von 1997 bis 2003 anhand der absoluten Bevölkerungszahl mit Hauptwohnsitz in der Kommune:

Gebietsstand: 01. Januar 2004

Berichtsbereich I: Demographische Daten												
Indikator: "natürliche" Bevölkerungsbewegung, lfd. Nr. 2												
Stadt / Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Bevölkerung insgesamt ¹⁾	Lebendgeborene insgesamt	Lebendgeborene je 100.000 Einwohner	Lebendgeborene je 1.000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren (Fruchtbarkeitsziffer) ²⁾	Gestorbene insgesamt	Gestorbene je 100.000 Einwohner	Gestorbene je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert ³⁾	gestorbene Männer je 100.000 Einwohner	gestorbene Männer je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert ³⁾	gestorbene Frauen je 100.000 Einwohner	gestorbene Frauen je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert ³⁾
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	251.270	1.778	707,6	39,1	3.109	1.237,3	781,6	541,3	795,7	696,1	789,4
	2002	254.208	1.808	711,2	39,0	3.065	1.205,7	769,9	542,9	806,7	662,8	753,4
	2001	257.522	1.835	712,6	38,7	3.012	1.169,6	758,9	520,0	792,5	649,7	746,5
	2000	261.234	1.873	717,0	38,5	3.130	1.198,2	806,2	534,0	849,1	664,2	786,3
	1999	265.744	1.765	664,2	35,2	3.191	1.200,8	832,0	529,5	876,8	671,3	814,8
	1998	271.696	1.705	627,5	32,7	3.292	1.211,7	858,7	523,0	897,4	688,6	851,3
	1997	278.410	1.665	598,0	30,7	3.393	1.218,7	889,4	552,8	975,4	665,9	845,3

¹⁾ Berechnet als einfaches arithmetisches Mittel aus Bevölkerung am Jahresanfang und Bevölkerung am Jahresende

²⁾ Die Allgemeine Fruchtbarkeitsziffer ist die Anzahl der Lebendgeborenen, bezogen auf 1.000 Frauen des durchschnittlichen Jahresbestandes im Alter von 15 bis unter 45 Jahren

³⁾ Altersstandardisierte Mortalitätsraten, altersstandardisiert an Europa-Bevölkerung-NEU, WHO 1990

Die "neue" Europäische Standardbevölkerung wurde 1990 von der WHO vorgeschlagen und wird u.a. auch in Nordrhein-Westfalen vom Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) für deren Publikationen verwendet.

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Messung der Bevölkerungsbestandsänderung von 1997 bis 2003 anhand der absoluten Bevölkerungszahl mit Hauptwohnsitz in der Kommune:
Zuzüge, Fortzüge und Wanderungssaldo gegliedert nach Geschlecht und Altersgruppen (0 - <15 J.; 15 - <65 J.; 65 Jahre u.ä.):
Absolutzahlen und je 100.000 Einwohner(je 100.000 Einwohner; bezieht sich immer auf die Durchschnittsbevölkerung insgesamt, keine Trennung nach Geschlecht)
 Gebietsstand: 01. Januar 2004

Berichtsbereich I: Demographische Daten								
Indikator: Wanderungssaldo: Zuwanderung und Abwanderung gesamt, lfd. Nr. 3								
Stadt / Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Jahresbevölkerung insgesamt	Zuzüge insgesamt	Fortzüge insgesamt	Zuzüge minus Fortzüge	Zuzüge je 100.000 EW	Fortzüge je 100.000 EW	Zuzüge minus Fortzüge je 100.000 EW
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	251.270	6.846	8.203	-1.357	2.724,6	3.264,6	-540,1
	2002	254.208	6.605	8.537	-1.932	2.598,3	3.358,3	-760,0
	2001	257.522	7.094	9.364	-2.270	2.754,7	3.636,2	-881,5
	2000	261.234	6.935	9.661	-2.726	2.654,7	3.698,2	-1.043,5
	1999	265.744	6.465	10.099	-3.634	2.432,8	3.800,3	-1.367,5
	1998	271.696	6.190	11.467	-5.277	2.278,3	4.220,5	-1.942,2
	1997	278.410	6.549	11.400	-4.851	2.352,3	4.094,7	-1.742,4

Berichtsbereich I: Demographische Daten								
Indikator: Wanderungssaldo: Zuwanderung und Abwanderung, Männer gesamt, lfd. Nr. 3								
Stadt / Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Jahresbevölkerung insgesamt	Zuzüge insgesamt	Fortzüge insgesamt	Zuzüge minus Fortzüge	Zuzüge je 100.000 EW	Fortzüge je 100.000 EW	Zuzüge minus Fortzüge je 100.000 EW
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	251.270	3.501	4.133	-632	1.393,3	1.644,8	-251,5
	2002	254.208	3.391	4.327	-936	1.333,9	1.702,1	-368,2
	2001	257.522	3.595	4.820	-1.225	1.396,0	1.871,7	-475,7
	2000	261.234	3.648	4.980	-1.332	1.396,4	1.906,3	-509,9
	1999	265.744	3.360	5.157	-1.797	1.264,4	1.940,6	-676,2
	1998	271.696	3.242	5.931	-2.689	1.193,2	2.183,0	-989,7
	1997	278.410	3.693	5.950	-2.257	1.326,5	2.137,1	-810,7

Berichtsbereich I: Demographische Daten								
Indikator: Wanderungssaldo: Zuwanderung und Abwanderung, Frauen gesamt, lfd. Nr. 3								
Stadt / Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Jahresbevölkerung insgesamt	Zuzüge insgesamt	Fortzüge insgesamt	Zuzüge minus Fortzüge	Zuzüge je 100.000 EW	Fortzüge je 100.000 EW	Zuzüge minus Fortzüge je 100.000 EW
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	251.270	3.345	4.070	-725	1.331,2	1.619,8	-288,5
	2002	254.208	3.214	4.210	-996	1.264,3	1.656,1	-391,8
	2001	257.522	3.499	4.544	-1.045	1.358,7	1.764,5	-405,8
	2000	261.234	3.287	4.681	-1.394	1.258,3	1.791,9	-533,6
	1999	265.744	3.105	4.942	-1.837	1.168,4	1.859,7	-691,3
	1998	271.696	2.948	5.536	-2.588	1.085,0	2.037,6	-952,5
	1997	278.410	2.856	5.450	-2.594	1.025,8	1.957,5	-931,7

ALTERSGRUPPEN: 1. unter 15 Jahre

Berichtsbereich I: Demographische Daten								
Indikator: Wanderungssaldo: Zuwanderung und Abwanderung, unter 15-Jährige gesamt, lfd. Nr. 3								
Stadt / Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Jahresbevölkerung insgesamt	Zuzüge unter 15-Jährige absolut	Fortzüge unter 15-Jährige absolut	Zuzüge minus Fortzüge unter 15-Jährige absolut	Zuzüge unter 15-Jährige je 100.000 EW	Fortzüge unter 15-Jährige je 100.000 EW	Zuzüge minus Fortzüge unter 15-Jährige je 100.000 EW
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	251.270	713	950	-237	283,8	378,1	-94,3
	2002	254.208	698	1.037	-339	274,6	407,9	-133,4
	2001	257.522	801	1.130	-329	311,0	438,8	-127,8
	2000	261.234	804	1.228	-424	307,8	470,1	-162,3
	1999	265.744	818	1.295	-477	307,8	487,3	-179,5
	1998	271.696	794	1.696	-902	292,2	624,2	-332,0
	1997	278.410	800	1.712	-912	287,3	614,9	-327,6

Berichtsbereich I: Demographische Daten								
Indikator: Wanderungssaldo: Zuwanderung und Abwanderung, Männer <15 Jahre gesamt, lfd. Nr. 3								
Stadt / Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Jahresbevölkerung insgesamt	Zuzüge unter 15-Jährige absolut	Fortzüge unter 15-Jährige absolut	Zuzüge minus Fortzüge unter 15-Jährige absolut	Zuzüge unter 15-Jährige je 100.000 EW	Fortzüge unter 15-Jährige je 100.000 EW	Zuzüge minus Fortzüge unter 15-Jährige je 100.000 EW
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	251.270	397	500	-103	158,0	199,0	-41,0
	2002	254.208	344	548	-204	135,3	215,6	-80,2
	2001	257.522	398	574	-176	154,5	222,9	-68,3
	2000	261.234	426	634	-208	163,1	242,7	-79,6
	1999	265.744	412	647	-235	155,0	243,5	-88,4
	1998	271.696	408	837	-429	150,2	308,1	-157,9
	1997	278.410	403	891	-488	144,8	320,0	-175,3

Berichtsbereich I: Demographische Daten								
Indikator: Wanderungssaldo: Zuwanderung und Abwanderung, Frauen <15 Jahre gesamt, lfd. Nr. 3								
Stadt / Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Jahresbevölkerung insgesamt	Zuzüge unter 15-Jährige absolut	Fortzüge unter 15-Jährige absolut	Zuzüge minus Fortzüge unter 15-Jährige absolut	Zuzüge unter 15-Jährige je 100.000 EW	Fortzüge unter 15-Jährige je 100.000 EW	Zuzüge minus Fortzüge unter 15-Jährige je 100.000 EW
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	251.270	316	540	-224	125,8	214,9	-89,1
	2002	254.208	354	499	-135	139,3	192,4	-53,1
	2001	257.522	403	566	-153	156,5	215,9	-59,4
	2000	261.234	378	594	-216	144,7	227,4	-82,7
	1999	265.744	406	648	-242	152,8	243,8	-91,1
	1998	271.696	386	859	-473	142,1	316,2	-174,1
	1997	278.410	397	821	-424	142,6	294,9	-152,3

ALTERSGRUPPEN: 2. 15 Jahre bis unter 65 Jahre

Berichtsbereich I: Demographische Daten								
Indikator: Wanderungssaldo: Zuwanderung und Abwanderung, 15- bis 64-Jährige gesamt, lfd. Nr. 3								
Stadt / Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Jahresbevölkerung insgesamt	Zuzüge 15-64-Jährige absolut	Fortzüge 15-64-Jährige absolut	Zuzüge minus Fortzüge 15-64-Jährige absolut	Zuzüge 15-64-Jährige pro 100.000 EW	Fortzüge 15-64-Jährige pro 100.000 EW	Zuzüge minus Fortzüge 15-64-Jährige pro 100.000 EW
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	251.270	5.667	6.721	-1.054	2.255,3	2.674,8	-419,5
	2002	254.208	5.403	7.058	-1.655	2.125,4	2.776,5	-651,0
	2001	257.522	5.806	7.686	-1.880	2.254,6	2.984,6	-730,0
	2000	261.234	5.605	7.820	-2.215	2.145,6	2.993,5	-847,9
	1999	265.744	5.148	8.024	-2.876	1.937,2	3.019,4	-1.082,2
	1998	271.696	4.854	9.021	-4.167	1.786,6	3.320,3	-1.533,7
	1997	278.410	5.199	8.887	-3.688	1.867,4	3.192,1	-1.324,7

Berichtsbereich I: Demographische Daten								
Indikator: Wanderungssaldo: Zuwanderung und Abwanderung, Männer von 15 bis unter 65 Jahre gesamt, lfd. Nr. 3								
Stadt / Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Jahresbevölkerung insgesamt	Zuzüge 15-64-Jährige absolut	Fortzüge 15-64-Jährige absolut	Zuzüge minus Fortzüge 15-64-Jährige absolut	Zuzüge 15-64-Jährige pro 100.000 EW	Fortzüge 15-64-Jährige pro 100.000 EW	Zuzüge minus Fortzüge 15-64-Jährige pro 100.000 EW
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	251.270	2.960	3.459	-499	1.178,0	1.376,6	-198,6
	2002	254.208	2.871	3.646	-775	1.129,4	1.434,3	-304,9
	2001	257.522	3.035	4.064	-1.029	1.178,5	1.578,1	-399,6
	2000	261.234	3.038	4.152	-1.114	1.162,9	1.589,4	-426,4
	1999	265.744	2.790	4.254	-1.464	1.049,9	1.600,8	-550,9
	1998	271.696	2.676	4.853	-2.177	984,9	1.786,2	-801,3
	1997	278.410	3.127	4.789	-1.662	1.123,2	1.720,1	-597,0

Berichtsbereich I: Demographische Daten								
Indikator: Wanderungssaldo: Zuwanderung und Abwanderung, Frauen von 15 bis unter 65 Jahre gesamt, lfd. Nr. 3								
Stadt / Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Jahresbevölkerung insgesamt	Zuzüge 15-64-Jährige absolut	Fortzüge 15-64-Jährige absolut	Zuzüge minus Fortzüge 15-64-Jährige absolut	Zuzüge 15-64-Jährige pro 100.000 EW	Fortzüge 15-64-Jährige pro 100.000 EW	Zuzüge minus Fortzüge 15-64-Jährige pro 100.000 EW
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	251.270	2.707	3.459	-752	1.077,3	1.376,6	-299,3
	2002	254.208	2.532	3.412	-880	996,0	1.342,2	-346,2
	2001	257.522	2.771	3.622	-851	1.076,0	1.406,5	-330,5
	2000	261.234	2.567	3.668	-1.101	982,6	1.404,1	-421,5
	1999	265.744	2.358	3.770	-1.412	887,3	1.418,7	-531,3
	1998	271.696	2.178	4.168	-1.990	801,6	1.534,1	-732,4
	1997	278.410	2.072	4.098	-2.026	744,2	1.471,9	-727,7

ALTERSGRUPPEN: 3. über 65 Jahre

Berichtsbereich I: Demographische Daten								
Indikator: Wanderungssaldo: Zuwanderung und Abwanderung, über 65-Jährige gesamt, lfd. Nr. 3								
Stadt / Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Jahresbevölkerung insgesamt	Zuzüge über 65-Jährige absolut	Fortzüge über 65-Jährige absolut	Zuzüge minus Fortzüge über 65-Jährige absolut	Zuzüge über 65-Jährige pro 100.000 EW	Fortzüge über 65-Jährige pro 100.000 EW	Zuzüge minus Fortzüge über 65-Jährige pro 100.000 EW
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	251.270	466	532	-66	185,5	211,7	-26,3
	2002	254.208	504	442	62	198,3	173,9	24,4
	2001	257.522	487	548	-61	189,1	212,8	-23,7
	2000	261.234	526	613	-87	201,4	234,7	-33,3
	1999	265.744	499	780	-281	187,8	293,5	-105,7
	1998	271.696	542	750	-208	199,5	276,0	-76,6
	1997	278.410	550	801	-251	197,6	287,7	-90,2

Berichtsbereich I: Demographische Daten								
Indikator: Wanderungssaldo: Zuwanderung und Abwanderung, Männer > 65 Jahre gesamt, lfd. Nr. 3								
Stadt / Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Jahresbevölkerung insgesamt	Zuzüge über 65-Jährige absolut	Fortzüge über 65-Jährige absolut	Zuzüge minus Fortzüge über 65-Jährige absolut	Zuzüge über 65-Jährige pro 100.000 EW	Fortzüge über 65-Jährige pro 100.000 EW	Zuzüge minus Fortzüge über 65-Jährige pro 100.000 EW
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	251.270	144	174	-30	57,3	69,2	-11,9
	2002	254.208	176	133	43	69,2	52,3	16,9
	2001	257.522	162	182	-20	62,9	70,7	-7,8
	2000	261.234	184	194	-10	70,4	74,3	-3,8
	1999	265.744	158	256	-98	59,5	96,3	-36,9
	1998	271.696	158	241	-83	58,2	88,7	-30,5
	1997	278.410	163	270	-107	58,5	97,0	-38,4

Berichtsbereich I: Demographische Daten								
Indikator: Wanderungssaldo: Zuwanderung und Abwanderung, Frauen > 65 Jahre gesamt, lfd. Nr. 3								
Stadt / Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Jahresbevölkerung insgesamt	Zuzüge über 65-Jährige absolut	Fortzüge über 65-Jährige absolut	Zuzüge minus Fortzüge über 65-Jährige absolut	Zuzüge über 65-Jährige pro 100.000 EW	Fortzüge über 65-Jährige pro 100.000 EW	Zuzüge minus Fortzüge über 65-Jährige pro 100.000 EW
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	251.270	322	358	-36	128,1	142,5	-14,3
	2002	254.208	328	309	19	129,0	121,6	7,5
	2001	257.522	325	366	-41	126,2	142,1	-15,9
	2000	261.234	342	419	-77	130,9	160,4	-29,5
	1999	265.744	341	524	-183	128,3	197,2	-68,9
	1998	271.696	384	509	-125	141,3	187,3	-46,0
	1997	278.410	387	531	-144	139,0	190,7	-51,7

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Zusammensetzung der Bevölkerung der Kommune mit Fokus auf Zuwanderung ausländischer Bürger:

Anteil der Ausländer an der Gesamtbevölkerung nach Alter (0 -< 15 Jahre, 15 - < 65 Jahre, über 65 Jahre) und Geschlecht sowie Anteil der größten Nationalitätengruppe nach Alter (0 -< 15 Jahre, 15 - < 65 Jahre, über 65 Jahre) und Geschlecht

Gebietsstand: 01. Januar 2004

Berichtsbereich I: Demographische Daten												
Indikator: Anteil Ausländer an der Gesamtbevölkerung, absolute Zahlen und in Prozent, lfd. Nr. 4												
Stadt / Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Bevölkerung gesamt ¹⁾	Bevölkerung am 31. Dezember	Geschlecht	Ausländer gesamt	in Prozent	Altersgruppen von ... bis unter Jahre					
							< 15	in Prozent	15 -<65	in Prozent	> 65	in Prozent
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	251.270	249.922	männlich	5.942	2,38	504	0,20	4.854	1,94	584	0,23
				weiblich	5.053	2,02	456	0,18	3.877	1,55	720	0,29
				gesamt	10.995	4,40	960	0,38	8.731	3,49	1.304	0,52
	2002	254.208	252.618	männlich	5.941	2,35	556	0,22	4.836	1,91	549	0,22
				weiblich	5.023	1,99	513	0,20	3.843	1,52	667	0,26
				gesamt	10.964	4,34	1.069	0,42	8.679	3,44	1.216	0,48
	2001	257.522	255.798	männlich	5.835	2,28	613	0,24	4.738	1,85	484	0,19
				weiblich	4.806	1,88	547	0,21	3.680	1,44	579	0,23
				gesamt	10.641	4,16	1.160	0,45	8.418	3,29	1.063	0,42
	2000	261.234	259.246	männlich	5.645	2,18	643	0,25	4.574	1,76	428	0,17
				weiblich	4.550	1,76	587	0,23	3.423	1,32	540	0,21
				gesamt	10.195	3,93	1.230	0,47	7.997	3,08	968	0,37
	1999	265.744	263.222	männlich	5.497	2,09	663	0,25	4.462	1,70	372	0,14
				weiblich	4.262	1,62	612	0,23	3.157	1,20	493	0,19
				gesamt	9.759	3,71	1.275	0,48	7.619	2,89	865	0,33
	1998	271.696	268.266	männlich	5.573	2,08	686	0,26	4.551	1,70	336	0,13
				weiblich	4.067	1,52	636	0,24	2.986	1,11	445	0,17
				gesamt	9.640	3,59	1.322	0,49	7.537	2,81	781	0,29
	1997	278.410	275.125	männlich	5.622	2,04	722	0,26	4.600	1,67	300	0,11
				weiblich	3.968	1,44	696	0,25	2.857	1,04	415	0,15
				gesamt	9.590	3,49	1.418	0,52	7.457	2,71	715	0,26

Quelle Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Berichtsbereich I: Demographische Daten												
Indikator: Anteil der größten Ausländergruppe (Rumänen) an der Gesamtbevölkerung, absolut und in Prozent, Gebietsstand 31. Dezember 1997												
Stadt / Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Bevölkerung gesamt ¹⁾	Bevölkerung am 31. Dezember ²⁾	Geschlecht	Ausländer gesamt	in Prozent	Altersgruppen von ... bis unter Jahre					
							< 15	in Prozent	15 -<65	in Prozent	> 65	in Prozent
Chemnitz, krsfr. Stadt	1997	278.410	259.126	männlich	1.608	0,621	107	0,041	1.497	0,578	4	0,002
				weiblich	454	0,175	104	0,040	345	0,133	5	0,002
				gesamt	2.062	0,796	211	0,081	1.842	0,711	9	0,003

Berichtsbereich I: Demographische Daten												
Indikator: Anteil der größten Ausländergruppe (Ukrainer) an der Gesamtbevölkerung, absolut und in Prozent, Gebietsstand 31. Dezember 2002												
Stadt / Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Bevölkerung gesamt ¹⁾	Bevölkerung am 31. Dezember ³⁾	Geschlecht	Ausländer gesamt	in Prozent	Altersgruppen von ... bis unter Jahre					
							< 15	in Prozent	15 -<65	in Prozent	> 65	in Prozent
Chemnitz, krsfr. Stadt	2002	254.208	252.618	männlich	495	0,196	80	0,032	334	0,132	81	0,032
				weiblich	600	0,238	78	0,031	422	0,167	100	0,040
				gesamt	1.095	0,433	158	0,063	756	0,299	181	0,072

Berichtsbereich I: Demographische Daten												
Indikator: Anteil der größten Ausländergruppe (Ukrainer) an der Gesamtbevölkerung, absolut und in Prozent, Gebietsstand 31. Dezember 2003												
Stadt / Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Bevölkerung gesamt ¹⁾	Bevölkerung am 31. Dezember ³⁾	Geschlecht	Ausländer gesamt	in Prozent	Altersgruppen von ... bis unter Jahre					
							< 15	in Prozent	15 -<65	in Prozent	> 65	in Prozent
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	251.270	249.922	männlich	525	0,208	83	0,033	354	0,140	88	0,035
				weiblich	638	0,253	82	0,032	442	0,175	114	0,045
				gesamt	1.163	0,460	165	0,065	796	0,315	202	0,080

Quelle: Bundesverwaltungsamt, Ausländerzentralregister (AZR) Köln

¹⁾ Berechnet als einfaches arithmetisches Mittel aus Bevölkerung am Jahresanfang und Bevölkerung am Jahresende, Gebietsstand 1. Januar 2004

²⁾ Gebietsstand für Bevölkerung am 31. Dezember -> 1. Januar 1998 (eigene Berechnungen)

³⁾ Gebietsstand für Bevölkerung am 31. Dezember -> 1. Januar 2003 (eigene Berechnungen)

Messung der Bevölkerungsbestandsänderung von 1997 bis 2003 anhand der absoluten Bevölkerungszahl mit Hauptwohnsitz in der Kommune:

Altersgruppen (Kinder 0 - unter 15 Jahre, Erwerbspersonen 15 - unter 65 Jahre, ältere Menschen 65 - unter 75 Jahre, Hochbetagte über 75 Jahre) nach Geschlecht

Gebietsstand: 01. Januar 2004

Berichtsbereich I: Demographische Daten												
Indikator: Anteil von definierten Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung nach Geschlecht, absolut und in Prozent, lfd. Nr. 5												
Stadt / Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Bevölkerung gesamt ¹⁾	Bevölkerung am 31. Dezember	Geschlecht	Altersgruppen von ... bis ... unter Jahre							
					0 - < 15 (Kinder)		15 - < 65 (Erwerbspersonen)		65 - < 75 (ältere Menschen)		> 75 (Hochbetagte)	
					Zahl	in Prozent	Zahl	in Prozent	Zahl	in Prozent	Zahl	in Prozent
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	251.270	249.922	männlich	12.485	5,00	85.581	34,24	14.089	5,64	7.083	2,83
				weiblich	11.806	4,72	84.418	33,78	17.410	6,97	17.050	6,82
				gesamt	24.291	9,72	169.999	68,02	31.499	12,60	24.133	9,66
	2002	254.208	252.618	männlich	13.048	5,17	87.052	34,46	13.482	5,34	6.751	2,67
				weiblich	12.398	4,91	86.052	34,06	17.011	6,73	16.824	6,66
				gesamt	25.446	10,07	173.104	68,52	30.493	12,07	23.575	9,33
	2001	257.522	255.798	männlich	13.786	5,39	88.505	34,60	12.914	5,05	6.493	2,54
				weiblich	13.082	5,11	87.707	34,29	16.690	6,52	16.621	6,50
				gesamt	26.868	10,50	176.212	68,89	29.604	11,57	23.114	9,04
	2000	261.234	259.246	männlich	14.479	5,59	90.229	34,80	12.368	4,77	6.258	2,41
				weiblich	13.800	5,32	89.270	34,43	16.501	6,36	16.341	6,30
				gesamt	28.279	10,91	179.499	69,24	28.869	11,14	22.599	8,72
	1999	265.744	263.222	männlich	15.302	5,81	92.030	34,96	11.797	4,48	5.994	2,28
				weiblich	14.501	5,51	91.131	34,62	16.360	6,22	16.107	6,12
gesamt				29.803	11,32	183.161	69,58	28.157	10,70	22.101	8,40	
1998	271.696	268.266	männlich	16.186	6,03	93.961	35,03	11.348	4,23	5.926	2,21	
			weiblich	15.407	5,74	93.076	34,70	16.239	6,05	16.123	6,01	
			gesamt	31.593	11,78	187.037	69,72	27.587	10,28	22.049	8,22	
1997	278.410	275.125	männlich	17.411	6,33	96.198	34,97	11.181	4,06	5.881	2,14	
			weiblich	16.632	6,05	95.155	34,59	16.652	6,05	16.015	5,82	
			gesamt	34.043	12,37	191.353	69,55	27.833	10,12	21.896	7,96	

¹⁾ Berechnet als einfaches arithmetisches Mittel aus Bevölkerung am Jahresanfang und Bevölkerung am Jahresende

Berechnungsgrundlage StaLa: Bevölkerung am 31. Dezember

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Dynamik der Wirtschaft in der Kommune:

Bruttowertschöpfung (BWS) insgesamt in EURO und je Einwohner, im Jahresabstand erhoben (Summe aller in der Kommune hergestellten Waren und Dienstleistungen)

Die Daten für das Jahr 2003 liegen frühestens im Juli 2005 vor !

Berichtsbereich II: Ökonomie								
Indikator: Bruttowertschöpfung (BWS) in EURO je Einwohner, lfd. Nr. 6								
Stadt/Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Bevölkerung insgesamt ²⁾	Bruttowertschöpfung (BWS) zu Herstellungspreisen in jeweiligen Preisen in Mill. EURO ³⁾	absolute Steigerung in Prozent der BWS gegenüber 1995	Differenz in Prozent der BWS gegenüber dem Vorjahr ab 1995	Bruttowertschöpfung (BWS) zu Herstellungspreisen in jeweiligen Preisen in EURO pro EW ³⁾	absolute Steigerung in Prozent der BWS pro EW gegenüber 1995	Differenz in Prozent der BWS pro EW gegenüber dem Vorjahr ab 1995
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	251.270 ¹⁾	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
	2002	254.278	5.357,1	104,47	3,69	21.067,9	119,69	5,74
	2001	257.653	5.167,8	100,78	1,66	20.057,2	113,95	3,45
	2000	261.320	5.082,6	99,12	-2,42	19.449,7	110,50	-0,75
	1999	265.893	5.206,6	101,53	1,44	19.581,6	111,25	4,04
	1998	271.995	5.132,6	100,09	-1,70	18.870,2	107,21	0,76
	1997	278.597	5.220,0	101,80	-0,26	18.736,7	106,45	2,11
	1996	284.955	5.233,3	102,06	2,06	18.365,4	104,34	4,34
	1995	291.331	5.127,9	100	0	17.601,6	100	0

¹⁾ Berechnet als einfaches arithmetisches Mittel aus Bevölkerung am Jahresanfang und Bevölkerung am Jahresende. Gebietsstand 01. Jan. 2003

²⁾ Berechnet als arithmetisches Mittel aus 12 Monaten, Gebietsstand 01. Januar 2003

³⁾ Berechnungsstand August 2003, 2000-2002 vorläufige Zahlen

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS

Bruttowertschöpfung insgesamt zu Herstellungspreisen (Kapital, Boden, Arbeit) in den Kommunen in EURO je Einwohner (Gesamtbevölkerungszahl des jeweiligen Jahres am 31.12.) Jahres-Abstand siehe oben

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Allgemeine Lage der kommunalen Haushalte:

Bruttoeinnahmen, Bruttoausgaben und Saldo der Kommune in EURO, evtl. nach Einzelbereichen (Haushaltsstruktur), wenn verfügbar

Gebietsstand: 01. Januar 2004

Berichtsbereich II: Ökonomie				
Indikator: Verhältnis "Einnahmen/Ausgaben" pro Haushaltsjahr, lfd. Nr. 7				
Stadt/Stadtteil	Jahr	Bruttoeinnahmen der Gemeinden insgesamt in Mill. EURO	Bruttoausgaben der Kreise in Mill. EURO	Bruttoeinnahmen minus Bruttoausgaben in Mill. EURO
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	639,0	596,7	42,3
	2002	563,2	577,6	-14,4
	2001	650,3	658,9	-8,6
	2000	671,4	646,6	24,8
	1999	572,5	567,5	5,0
	1998	544,1	559,4	-15,3
	1997	623,3	603,4	19,9

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS

Bruttoeinnahmen und Bruttoausgaben der Kommune in EURO für die Jahre 1997 bis 2003.

Differenzbildung Einnahmen/Ausgaben ist möglich.

Darüber hinaus ist es möglich, die Detailabbildung der Haushaltstruktur (Einzelbereiche) zu betrachten und zu bewerten.

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, Jahresrechnungsstatistik 1997-2002, vierteljährl. Kassenstatistik 2003

Allgemeine Lage der kommunalen Haushalte:

Pro-Kopf-Verschuldung in EURO je Einwohner mit Hauptwohnsitz

Gebietsstand: 01. Januar 2004

Bevölkerung: 30.06. des jeweiligen Jahres

Berichtsbereich II: Ökonomie		
Indikator: Pro-Kopf-Verschuldung in EUR je Einwohner, lfd. Nr. 8		
Stadt/Stadtteil	Jahr	Schulden der Gemeinden in EURO pro Einwohner
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	1.349
	2001	1.338
	1997	1.157

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS

Pro-Kopf-Verschuldung in EURO je Einwohner mit Hauptwohnsitz für die Jahre 1997, 2001 und 2003 (Gesamtbevölkerungszahl des jeweiligen Jahres am 31.12.)

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen:
Schuldenstandstatistik der Gemeinden/Gv. 1997, 2001, 2003

Einfache Schätzmethode, vorgeschlagen von Amt 18, SG Statistik und Wahlen:
Wohnungen pro Jahr - Haushalte pro Jahr = Leerwohnungen (Schätzung !!!)

Anteil der leerstehenden Wohnungen im öffentlichen und genossenschaftlichen Bereich am Gesamtbestand der Wohnungen in Prozent, wenn möglich inclusive privatem Leerstand!
 Gebietsstand: jeweils zum 31.12. des Jahres

Berichtsbereich II: Ökonomie					
Indikator: Wohnungsleerstand, lfd. Nr. 9 Teil 1					
Stadt / Stadtteil	Jahr	Gesamtbestand aller Wohnungen	Haushalte insgesamt	geschätzter Wohnungsleerstand (absolut)	geschätzter Wohnungsleerstand (in Prozent)
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	158.659	133.600	25.059	15,79
	2002	160.425	131.600	28.825	17,97
	2001	162.451	133.400	29.051	17,88
	2000	162.703	130.600	32.103	19,73
	1999	162.688	129.000	33.688	20,71
	1998	161.481	131.800	29.681	18,38
	1997	152.687	128.600	24.087	15,78
	1995 ¹⁾	145.267	k.A.	19.607	13,50

¹⁾ konkretes Ergebnis der Gebäude- und Wohnungszählung 1995

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS

Anteil der leerstehenden Wohnungen im öffentlichen und genossenschaftlichen Bereich am Gesamtbestand der Wohnungen in % für die Jahre 1997 und 2002; wenn möglich inclusive privaten Leerstandes.
 Für einzelne sozial-räumlich begrenzte Gebiete kann der Leerstand gegebenenfalls genau bemessen werden

Quelle Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Gebietsstand: jeweils zum 31.12. des Jahres

Anmerkung: rot gefärbte Zahlen vom StaLa s. oben.

Eigene Wohnungserfassung in Chemnitz erst seit 2000 (Quelle: Amt 18, SG Statistik und Wahlen)

Berichtsbereich II: Ökonomie					
Indikator: Wohnungsleerstand, lfd. Nr. 9 Teil 2					
Stadt / Stadtteil	Jahr	Gesamtbestand aller Wohnungen	Haushalte insgesamt	geschätzter Wohnungsleerstand (absolut)	geschätzter Wohnungsleerstand (in Prozent)
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	169.052	127.590	41.462	24,53
	2002	171.081	128.340	42.741	24,98
	2001	171.764	128.420	43.344	25,23
	2000	171.001	130.600	40.401	23,63
	1999	162.688	129.000	33.688	20,71
	1998	161.481	131.800	29.681	18,38
	1997	152.687	128.600	24.087	15,78
	1995 ¹⁾	145.267	k.A.	19.607	13,50

¹⁾ konkretes Ergebnis der Gebäude- und Wohnungszählung 1995

Definition Haushalte (Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Organisation und Informationsverarbeitung, "Stadtteile 2002", S. 2)

Haushalte sind Personengemeinschaften, die zusammen wohnen und eine gemeinsame Hauswirtschaft führen. Personen in Gemeinschafts- und Anstaltsunterkünften werden dabei ausgeschlossen. Die hier zur Veröffentlichung gebrachten Haushaltszahlen sind mit dem Haushaltregenerierungsverfahren HHGEN98 aus Informationen des Einwohnermelderegisters gewonnen worden.

Die Auswertung erfolgte ohne Wohnheime und einschließlich Wohngebäuden mit nur 1 oder 2 Freizeitwohnungen.

Quelle: Stadt Chemnitz, Amt für Organisation und Informationsverarbeitung (Amt 18)

Entwicklung der allgemeinen Erwerbstätigkeit in der Kommune 1997 und 2002, evtl. 2003

Anteil der Erwerbstätigen in der Kommune in der Bevölkerungsgruppe von 15 bis unter 65 Jahren in %, nach Geschlecht und Altersgruppen 15 - < 25, 25 - < 50, 50 - < 65 Jahre
Gebietsstand: 01. Januar 2004

Berichtsbereich II: Kommunale Ökonomie							
Indikator: Erwerbstätigenquote, Anteil der Erwerbstätigen je 100 der Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, lfd. Nr. 10							
Stadt / Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Bevölkerung gesamt ¹⁾	Geschlecht	gesamt	von ... bis unter ... Jahre		
					15- < 25 Jahre	25 - < 50 Jahre	50 - < 65 Jahre
Chemnitz, krsfr. Stadt	Apr 03	251.270	männlich	46,0	40,1	77,5	54,5
			weiblich	38,3	35,7	72,5	47,9
			gesamt	41,9	38,0	74,9	51,1
	Apr 02	254.208	männlich	45,5	49,7	77,5	52,6
			weiblich	37,0	37,6	73,9	43,8
			gesamt	41,0	43,4	75,7	48,1
	Apr 97	278.410	männlich	49,0	40,1	83,6	59,0
			weiblich	37,0	35,7	75,5	35,7
			gesamt	42,7	38,0	79,4	47,3

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, Ergebnisse des Mikrozensus/Direktlieferung StaLa

Gebietsstand: jeweils zur Zeit der Mikrozensusserhebung

Berichtsbereich II: Kommunale Ökonomie						
Indikator: Anzahl der Erwerbspersonen und -tätigen je 1.000, Entwicklung der Erwerbstätigenquote nach Geschlecht, lfd. Nr. 10						
Stadt / Stadtteil	Jahr	Bevölkerung Stichtag Mikrozensus (je 1.000) ¹⁾	Geschlecht	Erwerbspersonen (in 1.000)	Erwerbstätige (in 1.000)	Erwerbstätigenquote ²⁾
Chemnitz, krsfr. Stadt	Apr 03	120,1	männlich	68,6	55,2	46,0
		131,9	weiblich	62,5	50,5	38,3
		252,0	gesamt	131,1	105,7	41,9
	Apr 02	121,4	männlich	70,6	55,3	45,5
		133,6	weiblich	61,5	49,4	37,0
		255,0	gesamt	132,1	104,7	41,0
	Apr 01	122,8	männlich	71,6	60,9	49,6
		135,5	weiblich	61,5	49,6	36,6
		258,3	gesamt	133,1	110,6	42,8
	Mai 00	124,3	männlich	73,0	62,9	50,6
		137,0	weiblich	63,3	50,3	36,7
		261,3	gesamt	136,3	113,1	43,3
	Apr 99	126,8	männlich	75,1	62,1	49,0
		140,1	weiblich	67,6	53,3	38,0
		266,9	gesamt	142,7	116,4	43,2
	Apr 98	131,1	männlich	76,8	62,8	47,9
		145,5	weiblich	69,6	51,5	35,4
		276,6	gesamt	146,4	114,3	41,3
	Apr 97	125,4	männlich	74,0	61,5	49,0
		139,2	weiblich	68,6	51,6	37,0
		264,6	gesamt	142,6	113,0	42,7

¹⁾ Einwohner mit Hauptwohnsitz Chemnitz (einschließlich Anstalten)

²⁾ Erwerbstätigenquote: Anzahl der Erwerbstätigen je 100 der Bevölkerung

Quelle: Sozialreport der Stadt Chemnitz 2000 bis 2002, Tabelle 3.1, S. 16, dort ebenfalls Quellennennung StaLa s.o.

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS

Anteil aller Erwerbstätigen (mit Hauptwohnsitz) in der Kommune an der Bevölkerungsgruppe von 15 bis unter 65 Jahren in % mit Hauptwohnsitz für die Jahre 1997 und 2002 (Gesamtbevölkerungszahl des jeweiligen Jahres am 31.12.), Pendler sollten einbezogen werden. Die Daten sollen geschlechtsspezifisch und nach Altersgruppen (15 bis unter 25 Jahre, 25 bis unter 50 Jahre, 50 bis unter 65 Jahre) aufbereitet werden.

Erwerbstätige nach Stellung im Berufsleben

Struktur der Erwerbstätigkeit am Wohnort nach Art der Beschäftigung: Selbstständige, Beamte u. Sozialversicherungspflichtige (Angestellte, Facharb., An- u. Ungelernte) nach Geschlecht und Anteil der Gruppen in Prozent an allen Erwerbstätigen, eventuell Anzahl und Anteil der Teilzeiterwerbstätigen
Gebietsstand: Stichtag der jeweiligen Mikrozensus-Erhebung s. Jahr

Berichtsbereich II: Kommunale Ökonomie												
Indikator: Erwerbstätige nach Stellung im Berufsleben, Ifd. Nr. 11 - Teil 1												
Stadt / Stadtteil	Jahr	Geschlecht	Bevölkerung Stichtag Mikrozensus (je 1.000) ¹⁾	Erwerbspersonen (in 1.000)	Erwerbstätige (in 1.000)	Quote der Erwerbstätigen ²⁾	Selbstständige ³⁾ (in 1.000)	Selbstständige in Prozent aller Erwerbstätigen (= 100 %)	Angestellte und Beamte ⁴⁾ (in 1 000)	Angestellte und Beamte in Prozent aller Erwerbstätigen (= 100 %)	Arbeiter ⁵⁾ (in 1 000)	Arbeiter in Prozent alle Erwerbstätigen (= 100 %)
Chemnitz, krsfr. Stadt	Apr 03	männlich	120,1	68,6	55,2	46,0	6,8	12,3	21,4	38,7	27,0	48,9
		weiblich	131,9	62,5	50,5	38,3	/	/	33,3	66,1	14,1	27,9
		gesamt	252,0	131,1	105,7	41,9	9,9	9,3	54,7	51,8	41,1	38,9
	Apr 02	männlich	121,4	70,6	55,3	45,5	5,4	9,8	22,3	40,3	27,5	49,8
		weiblich	133,6	61,5	49,4	37,0	/	/	31,6	63,9	14,1	28,6
		gesamt	255,0	132,1	104,7	41,0	9,2	8,8	53,9	51,5	41,6	39,8
	Apr 01	männlich	122,8	71,6	60,9	49,6	5,6	9,2	21,8	35,8	33,5	55,0
		weiblich	135,5	61,5	49,6	36,6	/	/	34,0	68,6	12,1	24,5
		gesamt	258,3	133,1	110,6	42,8	9,1	8,2	55,8	50,5	45,7	41,3
	Mai 00	männlich	124,3	73,0	62,9	50,6	5,9	9,4	24,6	39,2	32,3	51,4
		weiblich	137,0	63,3	50,3	36,7	/	/	38,4	76,4	8,9	17,7
		gesamt	261,3	136,3	113,1	43,3	8,9	7,9	63,0	55,7	41,2	36,4
	Apr 99	männlich	126,8	75,1	62,1	49,0	6,0	9,7	24,1	38,9	32,0	51,5
		weiblich	140,1	67,6	53,3	38,0	/	/	40,9	76,8	9,8	18,3
		gesamt	266,9	142,7	115,4	43,2	8,6	7,5	65,0	56,4	41,7	36,2
	Apr 98	männlich	131,1	76,8	62,8	47,9	5,8	9,2	24,5	39,0	32,5	51,8
		weiblich	145,5	69,6	51,5	35,4	/	/	40,0	77,6	9,2	17,9
		gesamt	276,6	146,4	114,3	41,3	8,1	7,1	64,4	56,4	41,8	36,5
Apr 97	männlich	125,4	74,0	61,5	49,0	6,3	10,2	23,7	38,6	31,5	51,2	
	weiblich	139,2	68,6	51,6	37,0	/	/	38,4	74,5	10,4	20,3	
	gesamt	264,6	142,6	113,0	42,7	9,0	8,0	62,1	55,0	41,9	37,1	

¹⁾ Einwohner mit Hauptwohnsitz Chemnitz (einschließlich Anstalten)

²⁾ Quote der Erwerbstätigen: Anzahl der Erwerbstätigen pro 100 Einwohner

³⁾ einschließlich mithelfende Familienangehörige

⁴⁾ einschließlich Auszubildende in kaufmännischen und technischen Berufen

⁵⁾ einschließlich Auszubildende in gewerblichen Berufen

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen Kamenz und Stadt Chemnitz, Statistische Informationen, Mikrozensus

Der Mikrozensus ist eine laufende Repräsentativstatistik in Form einer Flächenstichprobe, die ein Prozent aller Haushalte erfasst.

Im Interesse der Ergebnissicherheit und um Fehlinterpretationen vorzubeugen, werden in der Tabelle Besetzungswerte unter 5 000 (weniger als 50 erfasste Fälle) mit einem Schrägstrich "/" blockiert.

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS:

Struktur der Erwerbstätigkeit: Selbstständige, Beamte und sozialversicherungspflichtige Beschäftigte (Angestellte, Facharbeiter, An- und Ungelernte)

Anzahl der jeweiligen Gruppe in % an allen Erwerbstätigen für die Jahre 1997 bis 2003

Die Daten sollen geschlechtsspezifisch aufbereitet werden.

Es ist auch möglich, die Anzahl der Teilzeit-Erwerbstätigen in % der Gesamtsumme aller Erwerbstätigen zu berechnen

Erläuterungen vom StaLa zu diesem Indikator (vgl. Mail vom 1.11.2004):

1. Zahlen zu Erwerbspersonen/Erwerbstätige usw. sind Ergebnisse des Mikrozensus (s. Indikator lfd, Nr. 11 - Teil 1)

Gebietsstand: Stichtag des Mikrozensus

2. Zahlen zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten beruhen auf einer Totalauszählung zum jeweiligen Stichtag der Bundesagentur für Arbeit (30. Juni vgl. Tabelle)

Gebietsstand: 01. Januar 2004

Beschäftigtenstatistik

Die Beschäftigtenstatistik beruht auf einer Totalauszählung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zum jeweiligen Stichtag. Sie basiert auf einem integrierten und automatischen Meldeverfahren zwischen Arbeitgebern, Krankenkassen, Rentenversicherungen und der Bundesanstalt für Arbeit. Dabei werden von den auskunftspflichtigen Arbeitgebern Angaben über alle Arbeitnehmer, einschließlich der Auszubildenden, die kranken-, pflege- und rentenversicherungspflichtig oder beitragspflichtig nach dem SGB III sind bzw. für die Beitragsanteile zu den gesetzlichen Rentenversicherungen entrichtet werden, übermittelt. Die Aufbereitung der Daten und Veröffentlichung von Ergebnissen nach Landesarbeitsamts- und Arbeitsamtsbezirken erfolgt durch die Bundesanstalt für Arbeit. Darüber hinaus werden vom Statistischen Bundesamt und den Statistischen Landesämtern Auswertungen nach Ländern, Kreisen und Gemeinden vorgenommen.

Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer

Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer sind alle Arbeiter/-innen, Angestellten und Personen in beruflicher Ausbildung, die in der gesetzlichen Rentenversicherung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung und/oder Arbeitslosenversicherung pflichtversichert sind oder für die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt werden. Ab Stichtag 1. April 1999 sind Arbeitgeber verpflichtet, auch für Personen, die ausschließlich so genannte geringfügig entlohnte Tätigkeiten ausüben, pauschalierte Beiträge zu Kranken- und Rentenversicherung zu entrichten. Personen, die nur wegen dieser gesetzlichen Neuregelung in den Kreis der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten gelangt sind, sind in den Ergebnissen der nachfolgenden Tabellen nicht enthalten. Statistische Ergebnisse über diesen Personenkreis werden von der Bundesanstalt für Arbeit erst zu einem späteren Zeitpunkt bereitgestellt. Personen, die als einzige Tätigkeit eine kurzzeitige Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs.1 SGB IV ausüben, bleiben auch nach den neuen rechtlichen Regelungen frei von der Versicherungspflicht.

Berichtsbereich II: Kommunale Ökonomie							
Indikator: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Geschlecht, Altersgruppen, Stellung im Beruf, lfd. Nr. 11 - Teil 2							
Stadt / Stadtteil	Merkmal	30. Juni des Jahres					
		1998	1999	2000	2001	2002	2003
Chemnitz, krsfr. Stadt	Beschäftigte am Arbeitsort						
	männlich	63.670	63.581	60.680	58.613	56.140	54.191
	weiblich	58.029	58.106	57.421	55.551	54.695	53.007
	gesamt	121.699	121.687	118.101	114.164	110.835	107.198
	Beschäftigte nach Altersgruppen, davon im Alter von ... bis unter ... Jahren						
	unter 20	4.983	5.250	5.298	5.045	4.880	4.471
	20 - 25	9.458	9.937	10.413	10.299	9.658	9.284
	25-30	13.781	12.910	11.475	10.345	9.353	9.130
	30-40	33.132	33.001	31.406	29.857	28.677	26.550
	40 - 50	34.054	34.235	32.800	31.358	30.131	29.232
	50 - 55	12.791	12.239	12.361	13.797	14.550	15.059
	55 - 60	11.946	12.373	12.183	10.831	10.431	9.866
	60 - 65	1.391	1.594	1.998	2.449	2.950	3.427
	65 und mehr	163	148	167	183	205	179
	Stellung im Beruf						
	Arbeiter	49.611	48.332	45.113	43.628	41.357	40.195
	Angestellte	72.088	73.355	72.988	70.536	69.478	67.003
	darunter						
	in beruflicher Ausbildung	7.135	7.633	7.771	7.450	7.218	6.939

Dynamik der Privatwirtschaft in der Kommune:

Unternehmensbestand, Anzahl und Anteil der Neugründungen / Ansiedlungen und Insolvenzen in der Kommune. eventuell Unternehmensgröße nach Anzahl der Beschäftigten (1 Beschäftigter, 2 - 5 Beschäftigte).

Berichtsbereich II: Ökonomie				
Indikator: Gewerbeanmeldungen, -abmeldungen, Insolvenzen , lfd. Nr. 12				
Stadt / Stadtteil	Jahr	Gewerbe- anmeldungen	Gewerbe- abmeldungen	Insolvenzen
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	2.741	2.142	337
	2002	2.298	2.351	392
	2001	2.526	2.512	282
	2000	2.619	2.518	263
	1997	3.223	2.582	232

Berichtsbereich II: Ökonomie								
Indikator: Unternehmensbestand ¹⁾ zum Stichtag 31.12.2003, lfd. Nr. 12								
Stadt / Stadtteil	Jahr	Unternehmensbestand						
		gesamt	0 - 9 Beschäftigte ²⁾	darunter 1 Beschäftigter	darunter 2 - 4 Beschäftigte	10 - 49 Beschäftigte	50 - 249 Beschäftigte	> 250 Beschäftigte
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003							
	2002							
	2001 ³⁾	8.937	7.893	1.614	2.080	819	182	43
	2000							
	1997							

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS:

Unternehmensbestand plus Neugründungen/Ansiedlungen minus Insolvenzen eines Jahres, wenn möglich die Jahre 1997 und 2002

Die Unternehmensgröße nach Anzahl der Beschäftigten soll abgebildet werden und zwar unter Berücksichtigung folgender Größenordnungen: ein Beschäftigter, zwei bis fünf Beschäftigte.

Möglich: Anteil der Neugründungen in %, Anteil der Insolvenzen in % etc.

¹⁾ ausgenommen die Bereiche:

* A = Land- und Forstwirtschaft

* B = Fischerei und Fischzucht

* L = Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung

* P = Private Haushalte mit Hauspersonal

* Q = Exterritoriale Organisationen und Körperschaften

²⁾ Beschäftigte: sozialversicherungspflichtig Beschäftigte

³⁾ Nur Stand von 2001 lieferbar, vgl. Mail v. 30.09.2004

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, Ref.B 344

Sterblichkeit nach vermeidbaren Todesursachen (inklusive Suizide) und Geschlecht 1997, 2002 und 2003.

Gebietsstand: jeweils 01. Januar 2004

Berichtsbereich III: Gesundheit							
Indikator: Sterblichkeit nach den 12 vermeidbaren Todesursachen und Suizide 1997, lfd. Nr. 13, Teil 1							
ICD-9 Pos.	Bezeichnung	Altersgruppe von ...bis	Geschlecht	Anzahl Sterbefälle dieses Alters	Anteil (dieser Todesursache) an allen Sterbefällen dieses Alters in %	Sterblichkeit je 100.000 EW (dieses Alters u. Geschlechts)	Sterblichkeit je 100.000 EW (gleichen Geschlechts) altersstandardisiert ¹⁾
571	chronische Leberkrankheit und -zirrhose	15 - 65	männlich	45	9,4	46,4	40,0
			weiblich	15	7,9	15,6	13,0
			gesamt	60	9,0	31,1	26,7
410-414, 429.2	koronare (ischämische) Herzkrankheiten	35 - 65	männlich	104	24,0	173,9	161,6
			weiblich	13	7,4	20,9	19,8
			gesamt	117	19,2	95,9	90,2
401-405, 430-438	Bluthochdruck und Schlaganfall	35 - 65	männlich	18	4,1	30,1	29,1
			weiblich	6	3,4	9,7	9,5
			gesamt	24	3,9	19,7	19,2
393-398	chronische rheumatische Herzkrankheiten	5 - 65	männlich	1	0,2	0,9	1,0
			weiblich	-	-	-	-
			gesamt	1	0,1	0,5	0,5
162	Lungenkrebs	5 - 65	männlich	32	6,7	28,7	21,5
			weiblich	8	4,2	7,3	5,7
			gesamt	40	6,0	18,0	13,7
174	Brustkrebs	25 - 65	weiblich	25	13,6	31,0	27,7
180	Gebärmutterhalskrebs	15 - 65	weiblich	4	2,1	4,2	4,3
201	Morbus Hodgkin	5 - 65	männlich	1	0,2	0,9	0,8
			weiblich	-	-	-	-
			gesamt	1	0,1	0,5	0,4
531-534	Magen- und Duodenalgeschwüre	25 - 65	männlich	3	0,6	3,7	3,1
			weiblich	1	0,5	1,2	1,1
			gesamt	4	0,6	2,5	2,1
493	Asthma	5 - 65	männlich	4	0,8	3,6	3,1
			weiblich	-	-	-	-
			gesamt	4	0,6	1,8	1,5
E810-E825	Verkehrsmittel- (Kraftfahrzeug)unfälle	alle Altersgruppen	männlich	19	1,2	14,4	14,1
			weiblich	11	0,6	7,5	8,1
			gesamt	30	0,9	10,8	10,8
E950-E959	Suizide	alle Altersgruppen	männlich	47	3,1	35,6	30,5
			weiblich	16	0,9	10,9	8,6
			gesamt	63	1,9	22,6	18,9
001-999	Perinatale Sterbefälle (Totgeborene und bis zum 7. Lebenstag Verstorbene)	0 - 7 Tage	-	12			
A00 - T98	Perinatale Sterbefälle (Totgeborene und bis zum 7. Lebenstag Verstorbene) pro 1.000 Geburten	0 - 7 Tage	-	7,2			
001-999	Säuglingssterblichkeit (1. bis 365. Tag)	< 1 Jahr	-	9			
001-999	Säuglingssterblichkeit (1. bis 365. Tag) pro 1.000 Lebendgeborene	< 1 Jahr	-	5,4			

¹⁾ altersstandardisiert an der Europa-Bevölkerung-Neu (WHO 1991)

Berichtsbereich III: Gesundheit							
Indikator: Sterblichkeit nach den 12 vermeidbaren Todesursachen und Suizide 2002, lfd. Nr. 13, Teil 2							
ICD-10 Pos.	Bezeichnung	Altersgruppe von ...bis	Geschlecht	Anzahl Sterbefälle dieses Alters	Anteil (dieser Todesursache) an allen Sterbefällen dieses Alters in %	Sterblichkeit je 100.000 EW (dieses Alters u. Geschlechts)	Sterblichkeit je 100.000 EW (gleichen Geschlechts) altersstandardisiert ¹⁾
K70 - K74	chronische Leberkrankheit und -zirrhose	15 - 65	männlich	44	11,3	50,1	42,0
			weiblich	10	5,7	11,5	9,1
			gesamt	54	9,6	30,9	25,5
I20 - I25, I51.6	koronare (ischämische) Herzkrankheiten	35 - 65	männlich	57	15,4	101,4	86,7
			weiblich	13	7,9	22,3	18,0
			gesamt	70	13,1	61,1	52,0
I10 - I15, I60- I69	Bluthochdruck und Schlaganfall	35 - 65	männlich	17	4,6	30,2	26,6
			weiblich	10	6,1	17,2	14,5
			gesamt	27	5,1	23,6	20,5
I05 - I09	chronische rheumatische Herzkrankheiten	5 - 65	männlich	-	-	-	-
			weiblich	-	-	-	-
			gesamt	-	-	-	-
C33 - C34	Lungenkrebs	5 - 65	männlich	20	5,1	20,6	12,9
			weiblich	8	4,5	8,4	6,2
			gesamt	28	5,0	14,6	9,6
C50	Brustkrebs	25 - 65	weiblich	16	9,4	22,3	16,5
C53	Gebärmutterhalskrebs	15 - 65	weiblich	8	4,5	9,2	7,7
C81	Morbus Hodgkin	5 - 65	männlich	1	0,3	1,0	1,1
			weiblich	-	-	-	-
			gesamt	1	0,2	0,5	0,6
K25 - K28	Magen- und Duodenalgeschwüre	25 - 65	männlich	3	0,8	4,2	3,7
			weiblich	-	-	-	-
			gesamt	3	0,5	2,1	1,8
J45 - J46	Asthma	5 - 65	männlich	3	0,8	3,1	2,5
			weiblich	-	-	-	-
			gesamt	3	0,5	1,6	1,3
V01 - V99	Verkehrsmittel- (Kraftfahrzeug)unfälle	alle Altersgruppen	männlich	13	0,9	10,7	8,7
			weiblich	10	0,6	7,5	7,5
			gesamt	23	0,8	9,0	8,1
X60 - X84	Suizide	alle Altersgruppen	männlich	34	2,5	28,1	22,2
			weiblich	12	0,7	9,0	6,5
			gesamt	46	1,5	18,1	14,0
A00 - T98	Perinatale Sterbefälle (Totgeborene und bis zum 7. Lebenstag Verstorbene)	0 - 7 Tage	-	7			
A00 - T98	Perinatale Sterbefälle (Totgeborene und bis zum 7. Lebenstag Verstorbene) pro 1.000 Geburten	0 - 7 Tage	-	3,9			
A00 - T98	Säuglingssterblichkeit (1. bis 365. Tag)	< 1 Jahr	-	9			
A00 - T98	Säuglingssterblichkeit (1. bis 365. Tag) pro 1.000 Lebendgeborene	< 1 Jahr	-	5,0			

¹⁾ altersstandardisiert an der Europa-Bevölkerung-Neu (WHO 1991)

Bereich III: Gesundheit							
Indikator: Sterblichkeit nach den 12 vermeidbaren Todesursachen und Suizide 2003, lfd. Nr. 13, Teil 3							
ICD-10 Pos.	Bezeichnung	Altersgruppe von ...bis	Geschlecht	Anzahl Sterbefälle dieses Alters	Anteil (dieser Todesursache) an allen Sterbefällen dieses Alters in %	Sterblichkeit je 100.000 EW (dieses Alters u. Geschlechts)	Sterblichkeit je 100.000 EW (gleichen Geschlechts) altersstandardisiert ¹⁾
K70 - K74	chronische Leberkrankheit und -zirrhose	15 - 65	männl.	34	9,8	39,4	31,4
			weibl.	16	10,4	18,8	14,3
			gesamt	50	10,0	29,1	22,8
I20 - I25, I51.6	koronare (ischämische) Herzkrankheiten	35 - 65	männl.	61	18,3	110,1	103,2
			weibl.	11	7,4	19,2	17,6
			gesamt	72	15,0	63,9	59,7
I10 - I15, I60- I69	Bluthochdruck und Schlaganfall	35 - 65	männl.	6	1,8	10,8	9,3
			weibl.	18	12,2	31,4	27,1
			gesamt	24	5,0	21,3	18,3
I05 - I09	chronische rheumatische Herzkrankheiten	5 - 65	männl.	1	0,3	1,1	0,7
			weibl.	1	0,6	1,1	0,8
			gesamt	2	0,4	1,1	0,8
C33 - C34	Lungenkrebs	5 - 65	männl.	28	8,0	29,6	18,3
			weibl.	8	5,2	8,6	6,3
			gesamt	36	7,2	19,2	12,4
C50	Brustkrebs	25 - 65	weibl.	10	6,6	14,2	10,6
C53	Gebärmutterhalskrebs	15 - 65	weibl.	6	3,9	7,0	5,6
C81	Morbus Hodgkin	5 - 65	männl.	-	-	-	-
			weibl.	-	-	-	-
			gesamt	-	-	-	-
K25 - K28	Magen- und Duodenalgeschwüre	25 - 65	männl.	3	0,9	4,3	3,9
			weibl.	1	0,7	1,4	1,2
			gesamt	4	0,8	2,8	2,5
J45 - J46	Asthma	5 - 65	männl.	-	-	-	-
			weibl.	1	0,6	1,1	0,6
			gesamt	1	0,2	0,5	0,3
V01 - V99	Verkehrsmittel- (Kraftfahrzeug)unfälle	alle Altersgruppen	männl.	7	0,5	5,8	5,7
			weibl.	6	0,3	4,6	3,6
			gesamt	13	0,4	5,2	4,6
X60 - X84	Suizide	alle Altersgruppen	männl.	27	2,0	22,5	18,6
			weibl.	12	0,7	9,1	5,8
			gesamt	39	1,3	15,5	12,0
A00 - T98	Perinatale Sterbefälle (Totgeborene und bis zum 7. Lebenstag Verstorbene)	0 - 7 Tage	-	7			
A00 - T98	Perinatale Sterbefälle (Totgeborene und bis zum 7. Lebenstag Verstorbene) pro 1.000 Geburten	0 - 7 Tage	-	3,9			
A00 - T98	Säuglingssterblichkeit (1. bis 365. Tag)	< 1 Jahr	-	4			
A00 - T98	Säuglingssterblichkeit (1. bis 365. Tag) pro 1.000 Lebendgeborene	< 1 Jahr	-	2,2			

¹⁾ altersstandardisiert an der Europa-Bevölkerung-Neu (WHO, 1991)

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Gesundheitsrisiken durch Infektionskrankheiten für die Bevölkerung der Kommune:

Meldepflichtige Erkrankungen (Enteritis infectiosa, Tuberkulose der Atmungsorgane und anderer Organe, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, Keuchhusten, Masern), Anzahl und je 100.000 EW der durchschnittlichen Bevölkerung 1997, 2002 und 2003

Gebietsstand: 1. Januar des Folgejahres

Berichtsbereich III: Gesundheit								
Indikator: Meldepflichtige Erkrankungen / Übertragbare Krankheiten (BSeuchG) 1997, lfd. Nr. 14								
Stadt/Stadtteil	Durchschnittliche Jahresbevölkerung insgesamt ¹⁾	Erkrankung	Anzahl gesamt	je 100.000 EW gesamt	Anzahl männlich	je 100.000 EW männlich	Anzahl weiblich	je 100.000 EW weiblich
Chemnitz, krsfr. Stadt	insgesamt: 263.202 männlich: 124.789 weiblich: 138.413	Enteritis infectiosa, davon						
		Salmonellose	472	179,3	250	200,3	222	160,4
		übrige Formen	826	313,8	424	339,8	402	290,4
		Tuberkulose der Atmungsorgane	20	7,6	17	13,6	3	2,2
		Tuberkulose anderer Organe	3	1,1	2	1,6	1	0,7
		Meningitis/Encephalitis	12	4,6	3	2,4	9	6,5
		Hepatitis A	10	3,8	5	4,0	5	3,6
		Hepatitis B	10	3,8	7	5,6	3	2,2
		Hepatitis C	3	1,1	2	1,6	1	0,7
		Keuchhusten	86	32,7	38	30,5	48	34,7
Masern	2	0,8	2	1,6	0	0,0		

Berichtsbereich III: Gesundheit								
Indikator: Meldepflichtige Erkrankungen / Übertragbare Krankheiten (IfSG) 2002, lfd. Nr. 14								
Stadt/Stadtteil	Durchschnittliche Jahresbevölkerung insgesamt ¹⁾	Erkrankung	Anzahl gesamt	je 100.000 EW gesamt	Anzahl männlich	je 100.000 EW männlich	Anzahl weiblich	je 100.000 EW weiblich
Chemnitz, krsfr. Stadt	insgesamt: 254.278 männlich: 121.037 weiblich: 133.241	Gastroenteritiden, bakteriell*	750	295,0	392	323,9	358	268,7
		Gastroenteritiden, viral**	1.592	626,1	689	569,2	903	677,7
		Tuberkulose der Lunge	25	9,8	19	15,7	6	4,5
		Tuberkulose anderer Organe	3	1,2	2	1,7	1	0,8
		Meningitis	6	2,4	4	3,3	2	1,5
		Hepatitis A	0	0	0	0	0	0
		Hepatitis B	8	3,1	6	5,0	2	1,5
		Hepatitis C	3	1,2	0	0	1	0,8
		Keuchhusten	34	13,4	14	11,6	20	15,0
		Masern	1	0,4	1	0,8	0	0

* darunter Salmonellen, Coli, EHEC, Campylobacter, Yersinien, Lamblien, Kryptosporidien, Cl. difficile, Shigellen

** darunter Rota-, Adeno-, Astro- u. Noroviren

Berichtsbereich III: Gesundheit								
Indikator: Meldepflichtige Erkrankungen / Übertragbare Krankheiten (IfSG) 2003, lfd. Nr. 14								
Stadt/Stadtteil	Durchschnittliche Jahresbevölkerung insgesamt ¹⁾	Erkrankung	Anzahl gesamt	je 100.000 EW gesamt	Anzahl männlich	je 100.000 EW männlich	Anzahl weiblich	je 100.000 EW weiblich
Chemnitz, krsfr. Stadt	insgesamt: 251.622 männlich: 119.983 weiblich: 131.639	Gastroenteritiden, bakteriell*	705	280,2	365	304,2	340	258,3
		Gastroenteritiden, viral**	1.156	459,4	556	463,4	600	455,8
		Tuberkulose der Lunge	22	8,7	18	15,0	4	3,0
		Tuberkulose anderer Organe	0	0,0	0	0,0	0	0
		Meningitis	2	0,8	2	1,7	0	0
		Hepatitis A	0	0	0	0	0	0
		Hepatitis B	4	1,6	4	3,3	0	0
		Hepatitis C	0	0,0	0	0,0	0	0
		Keuchhusten	18	7,2	10	8,3	8	6,1
		Masern	0	0	0	0	0	0

* darunter Salmonellen, Coli, EHEC, Campylobacter, Yersinien, Ent. histolytica, Lamblien, Kryptosporidien, Cl. difficile, Shigellen

** darunter Rota-, Adeno-, Astro- u. Noroviren

¹⁾ Berechnet als einfaches arithmetisches Mittel aus Bevölkerung am Jahresanfang und Bevölkerung am Jahresende

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS

Ausgewählte gemäß Bundesseuchengesetz (BSeuchG) 1997 und Infektionsschutzgesetz (IfSG) 2002 und 2003 meldepflichtige Erkrankungen (Fälle pro 100.000 Einwohner); nach Geschlecht Bezugsgröße für die Bevölkerungszahl ist die durchschnittliche Jahresbevölkerung. Dunkelzifferproblematik: Nicht alle Fälle gelangen zur Meldung.

Folgende Erkrankungen sollen ausgewählt werden:

* Gastroenteritiden (virale und bakterielle)

* Tuberkulose der Lunge und anderer Organe (Fälle pro 100.000 EW werden von den Stat. Landesämtern meistens auf die Stichtagsbevölkerung vom 31.12. eines Jahres bezogen)

* Meningitis

* Hepatitis A/Hepatitis B

* Hepatitis C (hier kann es aufgrund von Erhebungsverfahren zu Doppelzählungen kommen)

* Keuchhusten (nicht meldepflichtig nach IfSG, sondern je nach bestehender Bundesländerregelung)

* Masern

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (1997), Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen (2002, 2003)

Gesundheits- und lebensgefährdende Auswirkungen des (Straßen)-Verkehrs in der Kommune:

Transportmittelunfälle / Straßenverkehrsunfälle insgesamt, darunter mit Todesfolge und darunter verletzte Personen gegliedert nach Art der Teilnahme am Straßenverkehr (PKW, LKW, Bus, Krafträder, Radfahrer, Fußgänger), Anzahl und je 10.000 EW der durchschnittlichen Bevölkerung.

Gebietsstand: 01. Januar 2004

Berichtsbereich III: Gesundheit													
Indikator: Straßenverkehrsunfälle / neu: Transportmittelunfälle, absolute Zahlen, lfd. Nr. 15													
Stadt / Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Jahresbevölkerung insgesamt ¹⁾	durchschnittliche Kinderzahl zwischen 0-<15 Jahre	Bei Straßenverkehrsunfällen getötete Personen					Bei Straßenverkehrsunfällen verletzte Personen				
				gesamt	davon Fußgänger	davon PKW-Insasse bzw. Mitfahrer	davon Motorrad- bzw. Radfahrer	darunter Kinder zwischen 0-<15 Jahre	gesamt	davon Fußgänger	davon PKW-Insasse bzw. Mitfahrer	davon Motorrad- bzw. Radfahrer	darunter Kinder zwischen 0-<15 Jahre
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	251.270	24.869	8	2	5	1	1	1.516	139	966	310	101
	2002	254.208	26.157	12	3	3	4	0	1.524	154	956	313	124
	2001	257.522	27.574	9	4	0	4	0	1.647	147	1.061	309	250
	2000	261.234	29.041	11	1	8	1	0	1.706	198	1.023	345	138
	1999	265.744	30.698	15	2	9	3	0	1.846	195	1.082	381	164
	1998	271.696	32.818	16	5	9	2	0	1.648	192	997	322	193
	1997	278.410	35.383	22	7	11	3	0	1.686	226	975	330	211

Berichtsbereich III: Gesundheit													
Indikator: Straßenverkehrsunfälle / neu: Transportmittelunfälle, lfd. Nr. 15													
Stadt / Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Jahresbevölkerung insgesamt ¹⁾	durchschnittliche Kinderzahl zwischen 0-<15 Jahre	Bei Straßenverkehrsunfällen getötete Personen pro 10.000 Einwohner					Bei Straßenverkehrsunfällen verletzte Personen pro 10.000 Einwohner				
				gesamt	davon Fußgänger	davon PKW-Insasse bzw. Mitfahrer	davon Motorrad- bzw. Radfahrer	darunter Kinder zwischen 0-<15 Jahre	gesamt	davon Fußgänger	davon PKW-Insasse bzw. Mitfahrer	davon Motorrad- bzw. Radfahrer	darunter Kinder zwischen 0-<15 Jahre
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	251.270	24.869	0,32	0,08	0,20	0,04	0,40	60,33	5,53	38,44	12,34	40,61
	2002	254.208	26.157	0,47	0,12	0,12	0,16	-	59,95	6,06	37,61	12,31	47,41
	2001	257.522	27.574	0,35	0,16	0,00	0,16	-	63,96	5,71	41,20	12,00	90,67
	2000	261.234	29.041	0,42	0,04	0,31	0,04	-	65,31	7,58	39,16	13,21	47,52
	1999	265.744	30.698	0,56	0,08	0,34	0,11	-	69,47	7,34	40,72	14,34	53,42
	1998	271.696	32.818	0,59	0,18	0,33	0,07	-	60,66	7,07	36,70	11,85	58,81
	1997	278.410	35.383	0,79	0,25	0,40	0,11	-	60,56	8,12	35,02	11,85	59,63

¹⁾ Berechnet als einfaches arithmetisches Mittel aus Bevölkerung am Jahresanfang und Bevölkerung am Jahresende

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS:

Anzahl der Straßenverkehrsunfälle in der Kommune mit Todesfolge sowie mit verletzten Personen je 10.000 Einwohner nach Art der Teilnahme am Straßenverkehr für die Jahre 1997-2003.

Bezugsgröße für die Bevölkerungszahl ist die mittlere Jahresbevölkerung, wie von den Statistischen Landesämtern angegeben.

Möglich ist hier auch die Berechnung des Anteils der Todesfälle an der Gesamtsterblichkeit in % sowie an den vermeidbaren Todesursachen in % (siehe Indikator 13).

Besondere Aufmerksamkeit sollte dem Anteil der Kinder (0 bis unter 15 Jahre) gewidmet werden.

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen Kamenz

Zahngesundheit von Kindern auch als Indikator sozialer Benachteiligung:

Gebisszustand nach dmf/t- bzw. DMF/T-Index bei 6-jährigen und 12-jährigen Kindern der Schuljahre 1997/98 bis 2003/2004.
Alternativ: Anteil der Kinder mit Gebisszustand "naturgesund / primärgesund", "saniert", "behandlungsbedürftig".

Berichtsbereich III: Gesundheit							
Indikator: Zahngesundheit von Kindern, lfd. Nr. 16							
Stadt / Stadtteil	Schuljahre	dmf/t-Index 6-Jähriger	DMF/T-Index 6-Jähriger	DMF/T-Index 12-Jähriger	untersuchte Kinder pro Schuljahr		
					Anteil naturgesunder Gebisse in %	Anteil sanierter Gebisse in %	Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse in %
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003/04	2,49	0,04	1,23	51,3	28,3	20,4
	2002/03	2,48	0,00	1,01	52,0	27,8	20,2
	2001/02	1,98	0,05	1,10	52,4	29,3	18,3
	2000/01	2,03	0,03	1,15	50,4	32,7	16,9
	1999/00	1,88	0,06	1,20	49,4	32,3	18,3
	1998/99	1,94	0,04	1,32	44,7	37,5	17,8
	1997/98	1,87	0,05	1,38	42,2	39,2	18,6

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS:

Gebisszustand nach dmf/t- bzw. DMFT-Index bei 6- und 12-jährigen Kindern der Schuljahre 1997/98 bis 2003/04

Üblicherweise wird in der Gesundheitsberichterstattung außerdem unterschieden zwischen "naturgesund", "behandlungsbedürftig" und "saniert"

GA Chemnitz, Abt. 53.3, SG Jugendzahnärztlicher Dienst

Grad der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung in der Kommune:

Anzahl der ambulant tätigen (in freier Praxis) Ärzte (Allgemeinmed., Innere Med., Kinderärzte ...), Zahnärzte und Apotheken, für die Jahre 1997 bis 2003, pro 1.000 EW der Bevölkerung am 31. Dezember des jeweiligen Jahres

Gebietsstand: 1. Januar des Folgejahres

Berichtsbereich III: Gesundheit										
Indikator: Anzahl der ambulant tätigen Ärzte ¹ und Zahnärzte ² , absolute Zahlen, lfd. Nr. 17										
Stadt/Stadtteil	Jahr	Bevölkerung am 31. Dezember des Jahres insgesamt	ambulant tätige Ärzte insgesamt	darunter Allg.Med./ Praktische Ärzte	darunter Innere Med.	darunter Gyn.	darunter Chirurgie ³	darunter Kinderärzte ⁴	ambulant tätige Zahnärzte insgesamt	öffentliche Apotheken
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	249.922	438	154	68	34	21	29	245	65
	2002	252.618	448	159	65	34	22	30	244	64
	2001	255.798	449	160	62	35	23	31	236	64
	2000	259.246	439	160	62	35	19	31	242	63
	1999	263.222	429	162	62	32	17	31	231	63
	1998	268.266	409	162	60	31	17	30	233	61
	1997	259.126	391	145	58	30	17	31	223	58

¹ einschließlich Ärzte in Einrichtungen gemäß § 311 SGB V, ab 1998 einschließlich Angestellte, Teilzeitangestellte und Praxisassistenten

² Praxisinhaber und -assistenten

³ einschließlich Kinderchirurgie

⁴ einschließlich Kinderchirurgie und Kinder-/Jugendpsychiatrie. Quelle: Sächsische Landesärztekammer Dresden

Berichtsbereich III: Gesundheit												
Indikator: Anzahl der ambulant tätigen Ärzte ¹ und Zahnärzte ² , je 1.000 EW, lfd. Nr. 17												
Stadt/Stadtteil	Jahr	Bevölkerung am 31. Dezember des Jahres ¹ gesamt	Weibl. Bevölkerung über 15 Jahre am 31. Dezember des Jahres	Bevölkerung unter 15 Jahre am 31. Dezember des Jahres	ambulant tätige Ärzte je 1.000 EW	darunter Allg.Med./ Praktische Ärzte je 1.000 EW	darunter Innere Med. je 1.000 EW	darunter Gyn. je 1.000 weibliche EW über 15 Jahre	darunter Chirurgie ³ je 1.000 EW	darunter Kinderärzte ⁴ je 1.000 EW unter 15 Jahre	ambulant tätige Zahnärzte je 1.000 EW	öffentliche Apotheken je 1.000 EW
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	249.922	118.878	24.291	1,75	0,62	0,27	0,29	0,08	1,19	0,98	0,26
	2002	252.618	119.887	25.446	1,77	0,63	0,26	0,28	0,09	1,18	0,97	0,25
	2001	255.798	121.018	26.868	1,76	0,63	0,24	0,29	0,09	1,15	0,92	0,25
	2000	259.246	122.112	28.279	1,69	0,62	0,24	0,29	0,07	1,10	0,93	0,24
	1999	263.222	123.598	29.803	1,63	0,62	0,24	0,26	0,06	1,04	0,88	0,24
	1998	268.266	125.397	31.593	1,52	0,60	0,22	0,25	0,06	0,95	0,87	0,23
	1997	259.126	120.576	31.920	1,51	0,56	0,22	0,25	0,07	0,97	0,86	0,22

¹ einschließlich Ärzte in Einrichtungen gemäß § 311 SGB V, ab 1998 einschließlich Angestellte, Teilzeitangestellte und Praxisassistenten

² Praxisinhaber und -assistenten

³ einschließlich Kinderchirurgie

⁴ einschließlich Kinderchirurgie und Kinder-/Jugendpsychiatrie. Quelle: Sächsische Landesärztekammer Dresden

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS:

Anzahl der ambulant tätigen (in freier Praxis) Ärzte, Zahnärzte, Kinderärzte pro 1.000 Einwohner für die Jahre 1997 bis 2003.

Bezugsgröße Jahresendbevölkerung, Berechnungsweise StLa, Gebietsstand 01.01. des Folgejahres s.o.

Quellen: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, für die Zahl der **Kinderärzte** die Sächsische Landesärztekammer Dresden

Repräsentation spezifischer Bevölkerungsgruppen:

Anzahl schwerbehinderter Menschen (ab 50% Behinderung und mit gültigem Ausweis) nach Geschlecht, Art der Behinderung (Bewegungsapparat, Sinnesorgane, innere Organe, Gehirn / Psyche, sonstige) und Altersgruppen (im Alter von ... bis ...) (15 - <25J., 25 - < 45J., 45 - < 60J., 60 - < 65J., 65 J. u.ä.) und Ziffer pro 1.000 EW.

Gebietsstand: 01. Januar 2004

Berichtsbereich III: Gesundheit																		
Indikator: Schwerbehinderte Menschen nach Grad der Behinderung, absolute Zahlen, 1997 und 2003, lfd. Nr. 18																		
Stadt/Stadtteil	Bevölkerung am 31.12. des Jahres ¹⁾		Grad der Behinderung	Geschlecht	Schwerbehinderte gesamt		davon im Alter von ... bis unter .. Jahre											
	1997	2003			1997	2003	unter 15		15 - 25		25 - 45		45 - 60		60 - 65		65 und mehr	
							1997	2003	1997	2003	1997	2003	1997	2003	1997	2003	1997	2003
Chemnitz, krsfr. Stadt	275.125	249.922	50	männlich	2.584	2.313	37	31	58	72	320	287	695	653	308	455	1.166	815
				weiblich	3.027	2.663	31	13	42	52	417	321	846	878	348	417	1.343	982
				gesamt	5.611	4.976	68	44	100	124	737	608	1.541	1.531	656	872	2.509	1.797
			60	männlich	1.413	1.205	15	10	19	23	111	106	288	286	164	200	816	580
				weiblich	1.660	1.375	10	6	26	26	135	127	397	320	158	202	934	694
			70	gesamt	3.073	2.580	25	16	45	49	246	233	685	606	322	402	1.750	1.274
				männlich	1.155	975	21	13	30	27	94	102	222	221	110	114	678	498
			80	weiblich	1.256	1.028	15	9	18	23	101	85	205	175	149	107	768	629
				gesamt	2.411	2.003	36	22	48	50	195	187	427	396	259	221	1.446	1.127
			90	männlich	1.141	1.067	29	32	33	40	116	124	238	208	99	147	626	516
				weiblich	1.437	1.179	21	29	21	31	133	99	295	222	125	136	842	662
			100	gesamt	2.578	2.246	50	61	54	71	249	223	533	430	224	283	1.468	1.178
				männlich	451	439	7	5	9	17	21	27	68	57	50	57	296	276
			gesamt	weiblich	546	560	2	5	5	8	28	32	70	81	37	53	404	381
				gesamt	997	999	9	10	14	25	49	59	138	138	87	110	700	657
			gesamt	männlich	2.264	2.299	123	78	175	153	390	407	415	418	184	223	977	1.020
				weiblich	2.667	2.646	85	48	114	124	303	291	379	422	155	204	1.631	1.557
			gesamt	gesamt	4.931	4.945	208	126	289	277	693	698	794	840	339	427	2.608	2.577
männlich	9.008	8.298		232	169	324	332	1.052	1.053	1.926	1.843	915	1.196	4.559	3.705			
gesamt	weiblich	10.593	9.451	164	110	226	264	1.117	955	2.192	2.098	972	1.119	5.922	4.905			
	gesamt	19.601	17.749	396	279	550	596	2.169	2.008	4.118	3.941	1.887	2.315	10.481	8.610			

Berichtsbereich III: Gesundheit
Indikator: Schwerbehinderte Menschen nach Grad der Behinderung, je 1.000 EW gleicher Personengruppe, 1997 und 2003, lfd. Nr. 18

Stadt/Stadteil	Bevölkerung am 31.12. des Jahres ¹⁾		Grad der Behinderung	Geschlecht	Schwerbehinderte gesamt		davon im Alter von ... bis unter .. Jahre											
	1997	2003					unter 15		15 - 25		25 - 45		45 - 60		60 - 65		65 und mehr	
	1997	2003			1997	2003	1997	2003	1997	2003	1997	2003	1997	2003	1997	2003		
Chemnitz, krsfr. Stadt	275.125	249.922	50	männlich	19,8	19,4	2,1	2,5	3,5	4,6	8,0	8,6	22,4	25,0	35,5	43,9	68,3	38,5
				weiblich	21,0	20,4	1,9	1,1	2,7	3,5	11,1	10,6	26,1	31,3	36,2	36,9	41,1	28,5
				gesamt	20,4	19,9	2,0	1,8	3,1	4,1	9,5	9,5	24,3	28,2	35,8	40,3	50,5	32,3
			60	männlich	10,8	10,1	0,9	0,8	1,1	1,5	2,8	3,2	9,3	10,9	18,9	19,3	47,8	27,4
				weiblich	11,5	10,5	0,6	0,5	1,7	1,8	3,6	4,2	12,3	11,4	16,4	17,9	28,6	20,1
				gesamt	11,2	10,3	0,7	0,7	1,4	1,6	3,2	3,7	10,8	11,2	17,6	18,6	35,2	22,9
			70	männlich	8,8	8,2	1,2	1,0	1,8	1,7	2,4	3,1	7,2	8,5	12,7	11,0	39,7	23,5
				weiblich	8,7	7,9	0,9	0,8	1,2	1,6	2,7	2,8	6,3	6,2	15,5	9,5	23,5	18,3
				gesamt	8,8	8,0	1,1	0,9	1,5	1,6	2,5	2,9	6,7	7,3	14,2	10,2	29,1	20,3
			80	männlich	8,7	8,9	1,7	2,6	2,0	2,6	2,9	3,7	7,7	8,0	11,4	14,2	36,7	24,4
				weiblich	9,9	9,0	1,3	2,5	1,4	2,1	3,5	3,3	9,1	7,9	13,0	12,0	25,8	19,2
				gesamt	9,4	9,0	1,5	2,5	1,7	2,3	3,2	3,5	8,4	7,9	12,2	13,1	29,5	21,2
			90	männlich	3,5	4,7	0,4	0,4	0,5	1,1	0,5	0,8	2,2	2,2	5,8	5,5	17,3	13,0
				weiblich	3,8	4,3	0,1	0,4	0,3	0,5	0,7	1,1	2,2	2,9	3,8	4,7	12,4	11,1
				gesamt	3,6	4,0	0,3	0,4	0,4	0,8	0,6	0,9	2,2	2,5	4,8	5,1	14,1	11,8
			100	männlich	17,3	19,3	7,1	6,2	10,5	9,8	9,8	12,2	13,4	16,0	21,2	21,5	57,3	48,2
				weiblich	18,5	20,2	5,1	4,1	7,4	8,4	8,0	9,6	11,7	15,0	16,1	18,1	49,9	45,2
				gesamt	17,9	19,8	6,1	5,2	9,0	9,1	8,9	11,0	12,5	15,5	18,5	19,7	52,4	46,3
			gesamt	männlich	68,9	69,6	13,3	13,5	19,4	21,2	26,4	31,5	62,1	70,5	105,4	115,4	267,2	175,0
				weiblich	73,3	72,3	9,9	9,3	14,6	17,8	29,7	31,6	67,7	74,8	101,1	99,1	181,3	142,3
				gesamt	71,2	71,0	11,6	11,5	17,1	19,6	28,0	31,5	65,0	72,7	103,1	106,9	210,8	154,8

Berichtsbereich III: Gesundheit																		
Indikator: Schwerbehinderte Menschen nach Art der Hauptbehinderung, absolute Zahlen, 1997 und 2003, lfd. Nr. 18																		
Stadt/Stadtteil	Bevölkerung am 31.12. des Jahres ¹⁾		Art der Hauptbehinderung	Geschlecht	Schwerbehinderte gesamt		davon im Alter von ... bis unter .. Jahre											
	1997	2003			1997	2003	unter 15		15 - 25		25 - 45		45 - 60		60 - 65		65 und mehr	
							1997	2003	1997	2003	1997	2003	1997	2003	1997	2003	1997	2003
Chemnitz, krsfr. Stadt	275.125	249.922	Bewegungsapparat	männlich	2.360	1.925	15	16	23	22	187	137	507	413	264	282	1.364	1.055
				weiblich	2.880	2.495	16	14	29	34	191	140	544	448	317	290	1.783	1.569
				gesamt	5.240	4.420	31	30	52	56	378	277	1.051	861	581	572	3.147	2.624
			Sinnesorgane	männlich	1.260	1.142	43	25	53	62	152	172	237	218	85	142	690	523
				weiblich	2.555	2.515	37	19	45	59	229	209	503	540	187	278	1.554	1.410
				gesamt	3.815	3.657	80	44	98	121	381	381	740	758	272	420	2.244	1.933
			innere Organe	männlich	3.174	2.749	27	19	33	29	163	150	646	570	391	500	1.914	1.481
				weiblich	2.841	2.063	26	8	26	40	213	127	562	451	277	290	1.737	1.147
				gesamt	6.015	4.812	53	27	59	69	376	277	1.208	1.021	668	790	3.651	2.628
			Gehirn/ Psyche	männlich	1.600	1.804	117	77	195	188	471	480	349	470	105	180	363	409
				weiblich	1.588	1.608	64	44	110	117	364	368	347	406	123	150	580	523
				gesamt	3.188	3.412	181	121	305	305	835	848	696	876	228	330	943	932
			sonstige	männlich	614	678	30	32	20	31	79	114	187	172	70	92	228	237
				weiblich	729	770	21	25	16	14	120	111	236	253	68	111	268	256
				gesamt	1.343	1.448	51	57	36	45	199	225	423	425	138	203	496	493
			gesamt	männlich	9.008	8.298	232	169	324	332	1.052	1.053	1.926	1.843	915	1.196	4.559	3.705
				weiblich	10.593	9.451	164	110	226	264	1.117	955	2.192	2.098	972	1.119	5.922	4.905
gesamt	19.601	17.749		396	279	550	596	2.169	2.008	4.118	3.941	1.887	2.315	10.481	8.610			

Berichtsbereich III: Gesundheit																		
Indikator: Schwerbehinderte Menschen nach Art der Hauptbehinderung, je 1.000 EW gleicher Personengruppe, 1997 und 2003, lfd. Nr. 18																		
Stadt/Stadtteil	Bevölkerung am 31.12. des Jahres ¹⁾		Art der Hauptbehinderung	Geschlecht	Schwerbehinderte gesamt		davon im Alter von ... bis unter .. Jahre											
	1997	2003			1997	2003	unter 15		15 - 25		25 - 45		45 - 60		60 - 65		65 und mehr	
Chemnitz, krsfr. Stadt	275.125	249.922	Bewegungsapparat	männlich	18,1	16,1	0,9	1,3	1,4	1,4	4,7	4,1	16,4	15,8	30,4	27,2	79,9	49,8
				weiblich	19,9	19,1	1,0	1,2	1,9	2,3	5,1	4,6	16,8	16,0	33,0	25,7	54,6	45,5
				gesamt	19,0	17,7	0,9	1,2	1,6	1,8	4,9	4,3	16,6	15,9	31,7	26,4	63,3	47,2
			Sinnesorgane	männlich	9,6	9,6	2,5	2,0	3,2	4,0	3,8	5,1	7,6	8,3	9,8	13,7	40,4	24,7
				weiblich	17,7	19,2	2,2	1,6	2,9	4,0	6,1	6,9	15,5	19,2	19,4	24,6	47,6	40,9
				gesamt	13,9	14,6	2,3	1,8	3,0	4,0	4,9	6,0	11,7	14,0	14,9	19,4	45,1	34,7
			innere Organe	männlich	24,3	23,1	1,6	1,5	2,0	1,9	4,1	4,5	20,8	21,8	45,0	48,2	112,2	70,0
				weiblich	19,7	15,8	1,6	0,7	1,7	2,7	5,7	4,2	17,3	16,1	28,8	25,7	53,2	33,3
				gesamt	21,9	19,3	1,6	1,1	1,8	2,3	4,9	4,3	19,1	18,8	36,5	36,5	73,4	47,2
			Gehirn/ Psyche	männlich	12,2	15,1	6,7	6,2	11,7	12,0	11,8	14,4	11,3	18,0	12,1	17,4	21,3	19,3
				weiblich	11,0	12,3	3,8	3,7	7,1	7,9	9,7	12,2	10,7	14,5	12,8	13,3	17,8	15,2
				gesamt	11,6	13,7	5,3	5,0	9,5	10,0	10,8	13,3	11,0	16,2	12,5	15,2	19,0	16,8
			sonstige	männlich	4,7	5,7	1,7	2,6	1,2	2,0	2,0	3,4	6,0	6,6	8,1	8,9	13,4	11,2
				weiblich	5,0	5,9	1,3	2,1	1,0	0,9	3,2	3,7	7,3	9,0	7,1	9,8	8,2	7,4
				gesamt	4,9	5,8	1,5	2,3	1,1	1,5	2,6	3,5	6,7	7,8	7,5	9,4	10,0	8,9
			gesamt	männlich	68,9	69,6	13,3	13,5	19,4	21,2	26,4	31,5	62,1	70,5	105,4	115,4	267,2	175,0
				weiblich	73,3	72,3	9,9	9,3	14,6	17,8	29,7	31,6	67,7	74,8	101,1	99,1	181,3	142,3
				gesamt	71,2	71,0	11,6	11,5	17,1	19,6	28,0	31,5	65,0	72,7	103,1	106,9	210,8	154,8

¹⁾ Bevölkerungszahlen gesamt nur für "Schwerbehinderte gesamt" relevant, ansonsten wurde mit vom StaLa vorgegebenen Zahlen gerechnet, z.B. weibliche Einwohner unter 15.

Bewegungsapparat: Verlust, Teilverlust bzw. Funktionseinschränkung von Gliedmaßen, Funktionseinschränkung der Wirbelsäule und des Rumpfes, Deformierung des Brustkorbes

Sinnesorgane: Blindheit und Sehbehinderung, Sprach- oder Sprechstörungen, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörungen, Verlust einer oder beider Brüste, Entstellungen u.a.

innere Organe: Beeinträchtigung der Funktion von inneren Organen bzw. Organsystemen

Gehirn/Psyche: Querschnittslähmung, zerebrale Störungen, geistig-seelische Behinderungen, Suchtkrankheiten

Sonstige: sonstige und ungenügend bezeichnete Behinderungen

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS:

Anzahl der schwerbehinderten Menschen mit gültigem Ausweis (ab 50 % Behinderung) pro 1.000 Einwohner in der Kommune für die Jahre 1997 und 2003

(Gesamtbevölkerungszahl des jeweiligen Jahres am 31.12.). Da nur alle zwei Jahre erhoben wird, muss hier anstatt 2002 die Zahl von 2003 genommen werden.

Die Gesamtzahl der schwerbehinderten Menschen soll geschlechtsspezifisch und nach Altersgruppen (im Alter von ... bis ... = 0 - unter 15 Jahre, 15 bis unter 25 Jahre, 25 bis unter 45 Jahre, 45 bis unter 60 Jahre, 60 bis unter 65 Jahre, 65 Jahre und älter) dargestellt werden.

Die Gesamtzahl der Schwerbehinderten Menschen soll auch nach Art der Behinderung (Behinderung des Bewegungsapparates, der Sinnesorgane, der inneren Organe, des Gehirns oder der Psyche, sonstige und ungenügend bezeichnete Behinderungen) aufbereitet werden.

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Präventionsmaßnahmen im Bereich Kindergesundheit der Kommune:

Impfstatus (Anteil der grundimmunisierten Kinder an allen Kindern in Prozent) der Kinder zur Schuleingangsuntersuchung (bis 6-jährige) der Schuljahre 1997/98 und 2002/03. Grundimmunisierung (durchgeimpft, vollständig geimpft) für Masern, Mumps, Röteln; Polio, Tetanus, Diphtherie; Hepatitis B; HiB (Hämoph. influenz. Typ b); Keuchhusten.

Berichtsbereich III: Gesundheit										
Indikator: Impfungen bei Kindern, lfd. Nr. 19										
Stadt/Stadtteil	Schuljahre	Durchimpfungsraten der Einschüler in %								
		Masern ¹⁾	Mumps ¹⁾	Röteln ¹⁾	Polio	Tetanus ²⁾	Diphtherie ²⁾	Hepatitis B	HiB	Keuchhusten ²⁾
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003/04	36,8	36,6	36,4	93,0	25,0	25,2	87,6	89,2	23,3
	2002/03	34,2	33,7	33,7	95,4	29,5	29,4	82,7	75,5	26,0
	2001/02	95,0	94,6	93,6	96,7	97,0	96,5	70,1	79,1	94,0
	2000/01	95,3	94,6	93,1	96,4	96,4	96,1	49,1	89,9	91,9
	1999/00	94,5	93,9	92,6	96,3	96,5	96,4	16,8	91,2	91,9
	1998/99	94,8	94,0	92,5	97,4	95,6	95,5	9,7	89,6	89,4
	1997/98	94,3	93,2	91,6	96,0	95,0	94,5	8,9	85,2	85,8

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS:

Impfstatus der Kinder zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung (bis 6 Jahre) der Schuljahre 1997/98 und 2002/03: Anteil der grundimmunisierten Kinder an allen untersuchten Kindern mit Impfpass in % Krankheiten s.o.

¹⁾ ab Schuljahr 2002/03 2 Impfungen erforderlich

²⁾ ab Schuljahr 2002/03 2 Impfungen erforderlich

Stadt Chemnitz, Gesundheitsamt, SG Jugendärztlicher Dienst

Entwicklung der Zusammensetzung der Haushalte in der Kommune:

Anteile verschiedener Haushaltsgrößen (1-Personen-Haushalte, Mehr-Personen-Haushalte) an der Gesamtzahl der Haushalte in Prozent.

Gebietsstand: 01. Januar 2004

/ = nicht vorhanden

Berichtsbereich IV: Soziales														
Indikator: Haushaltsgröße, lfd. Nr. 20														
Stadt/Stadtteil	Jahr	Haushalte pro 1.000						Personen je Haushalt	Haushalte in Prozent					
		gesamt	davon mit ... Personen						gesamt	davon mit ... Personen in %				
			1 Ps.	2 Psn.	3 Psn.	4 Psn.	Ø Psn.			1 Ps.	2 Psn.	3 Psn.	4 Psn.	Ø Psn.
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	133,6	52,2	54,2	16,7	9,8	/	1,9	100	39,1	40,6	12,5	7,3	/
	2002	131,6	49,8	51,8	18,9	9,9	/	1,9	100	37,8	39,4	14,4	7,5	/
	2001	133,4	53,5	49,2	19,4	9,7	/	1,9	100	40,1	36,9	14,5	7,3	/
	2000	130,6	48,5	48,7	20,6	10,8	/	2,0	100	37,1	37,3	15,8	8,3	/
	1999	129,0	44,0	49,0	21,5	11,8	/	2,1	100	34,1	38,0	16,7	9,1	/
	1998	131,8	45,0	48,8	21,5	13,9	/	2,1	100	34,1	37,0	16,3	10,5	/
	1997	135,4	46,5	48,7	24,0	14,0	/	2,1	100	34,3	36,0	17,7	10,3	/

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS:

Anteil verschiedener Haushaltgrößen (Ein-Personen-Haushalte, Mehr-Personen-Haushalte) an der Gesamtzahl aller Haushalte in % für die Jahre 1997 bis 2003

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, Ergebnisse des Mikrozensus

Entwicklung der Verfügbarkeit von Wohnraum in der Komune:

Anzahl der Quadratmeter pro Person (Durchschnittswert) bezogen auf die Gesamtbevölkerung;

Vergleich mit Landes- oder Bundesdurchschnitt möglich. Wohnungsleerstand und Wohnungsrückbau beachten

Gebietsstand: 01. Januar 2004

Berichtsbereich IV: Soziales						
Indikator: Wohnraum (qm pro Person), lfd. Nr. 21						
Stadt/ Stadtteil	Jahr	Durchschnittliche Jahresbevölkerung insgesamt ¹⁾	Bevölkerung am 31. Dezember	Wohnraum gesamt (m ²)	Wohnraum pro Person (m ²)	Bemerkung
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	251.270	249.922	9.951.626	39,82	Ohne Wohnheime! Alle Angaben beinhalten auch leerstehende Wohnungen
	2002	254.208	252.618	10.101.208	39,99	
	2001	257.522	255.798	10.174.203	39,77	
	2000	261.234	259.246	10.138.492	39,11	
	1999	265.744	263.222	10.084.311	38,31	
	1998	271.696	268.266	9.951.660	37,10	
	1997	278.410	275.125	9.805.068	35,64	

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS

Anzahl der qm pro Person (Durchschnittswert, bezogen auf die Gesamtbevölkerungszahl für die Jahre 1997 bis 2003, Gesamtbevölkerung des jeweiligen Jahres am 31.12.)

Beachtet werden muss bei der Berechnung: Wohnungsleerstand, Wohnungsrückbau

¹⁾ Berechnet als einfaches arithmetisches Mittel aus Bevölkerung am Jahresanfang und Bevölkerung am Jahresende

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Probleme auf dem kommunalen Arbeitsmarkt:

Arbeitslosenquote¹⁾ in Chemnitz, Stadt nach Geschlecht und Altersgruppen (15 - <25J., 25 - <50J., 50 - <65J.) sowie Anteil der Langzeitarbeitslosen u. Anteil Arbeitsloser mit gesundheitlichen Einschränkungen.

¹⁾ Anteil der Arbeitslosen an den abhängigen zivilen Erwerbspersonen in Prozent

Gebietsstand: jeweils September des jeweiligen Jahres

Berichtsbereich IV: Soziales														
Indikator: Arbeitslose, Langzeitarbeitslose nach Altersgruppen und schwerbehinderte Arbeitslose, 1997-2003, absolute Zahlen, lfd. Nr. 22														
Stadt / Stadtteil	Jahr / Monat	Geschlecht	Arbeitslose gesamt				darunter Langzeitarbeitslose				darunter Schwerbehinderte			
			gesamt	davon im Alter von ... bis unter .. Jahre			gesamt	davon im Alter von ... bis unter .. Jahre			gesamt	davon im Alter von ... bis unter .. Jahre		
				15 - <25	25 - <50	50 - < 65		15 - <25	25 - <50	50 - < 65		15 - <25	25 - <50	50 - < 65
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003/09	männlich	10.710	1.497	6.243	2.970	4.052	172	2.462	1.418	359	35	175	149
		weiblich	11.548	1.141	6.543	3.864	5.453	157	3.082	2.214	321	28	143	150
		gesamt	22.258	2.638	12.786	6.834	9.505	329	5.544	3.632	680	63	318	299
	2002/09	männlich	11.196	1.838	5.861	3.497	3.567	138	1.883	1.546	306	23	151	132
		weiblich	11.709	1.288	6.109	4.312	5.131	81	2.639	2.411	232	14	111	107
		gesamt	22.905	3.126	11.970	7.809	8.698	219	4.522	3.957	538	37	262	239
	2001/09	männlich	10.705	1.732	5.356	3.617	3.106	80	1.453	1.573	399	30	174	195
		weiblich	12.133	1.291	6.245	4.597	5.294	88	2.537	2.669	321	26	122	173
		gesamt	22.838	3.023	11.601	8.214	8.400	168	3.990	4.242	720	56	296	368
	2000/09	männlich	10.230	1.640	5.090	3.500	2.696	85	1.182	1.429	435	33	194	208
		weiblich	12.591	1.293	6.391	4.907	4.929	72	2.242	2.615	354	22	165	167
		gesamt	22.821	2.933	11.481	8.407	7.625	157	3.424	4.044	789	55	359	375
	1999/09	männlich	9.825	1.515	4.891	3.419	2.620	80	1.249	1.291	362	28	173	161
		weiblich	12.420	1.198	6.394	4.828	4.959	72	2.242	2.645	319	21	137	161
		gesamt	22.245	2.713	11.285	8.247	7.579	152	3.491	3.936	681	49	310	322
	1998/09	männlich	9.753	1.554	4.983	3.216	2.851	102	1.346	1.403	317	23	134	160
		weiblich	12.424	1.128	6.479	4.817	5.525	126	2.695	2.704	265	14	122	129
		gesamt	22.177	2.682	11.462	8.033	8.376	228	4.041	4.107	582	37	256	289
1997/09	männlich	Vergleichbarkeit erst ab 1998 sinnvoll												
	weiblich													
	gesamt													

Berichtsbereich IV: Soziales															
Indikator: Arbeitslose, Langzeitarbeitslose nach Altersgruppen und schwerbehinderte Arbeitslose, 1997-2003, Arbeitslosenquote, lfd. Nr. 22															
Stadt / Stadtteil	Jahr / Monat	Geschlecht	Arbeitslosenquote *					Langzeitarbeitslose					Schwerbehinderte		
			gesamt	davon im Alter von ... bis unter .. Jahre			Anteil an den Arbeitslosen insgesamt in %	davon im Alter von ... bis unter .. Jahre			Anteil an den Arbeitslosen insgesamt in %	davon im Alter von ... bis unter .. Jahre			
				15 - <25	25 - <50	50 - < 65		15 - <25	25 - <50	50 - < 65		15 - <25	25 - <50	50 - < 65	
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003/09	männlich	17,5	k.A.	k.A.	k.A.	37,8	11,5	39,4	47,7	3,4	2,3	2,8	5,0	
		weiblich	19,2	k.A.	k.A.	k.A.	47,2	13,8	47,1	57,3	2,8	2,5	2,2	3,9	
		gesamt	18,4	15,3	k.A.	k.A.	42,7	12,5	43,4	53,1	3,1	2,4	2,5	4,4	
	2002/09	männlich	17,9	k.A.	k.A.	k.A.	31,9	7,5	32,1	44,2	2,7	1,3	2,6	3,8	
		weiblich	19,0	k.A.	k.A.	k.A.	43,8	6,3	43,2	55,9	2,0	1,1	1,8	2,5	
		gesamt	18,5	17,9	k.A.		38,0	7,0	37,8	50,7	2,3	1,2	2,2	3,1	
	2001/09	männlich	16,9	k.A.	k.A.	k.A.	29,0	4,6	27,1	43,5	3,7	1,7	3,2	5,4	
		weiblich	19,6	k.A.	k.A.	k.A.	43,6	6,8	40,6	58,1	2,6	2,0	2,0	3,8	
		gesamt	18,3	18,0	k.A.	k.A.	36,8	5,6	34,4	51,6	3,2	1,9	2,6	4,5	
	2000/09	männlich	16,0	k.A.	k.A.	k.A.	26,4	5,2	23,2	40,8	4,3	2,0	3,8	5,9	
		weiblich	19,7	k.A.	k.A.	k.A.	39,1	5,6	35,1	53,3	2,8	1,7	2,6	3,4	
		gesamt	17,8	18,9	k.A.	k.A.	33,4	5,4	29,8	48,1	3,5	1,9	3,1	4,5	
	1999/09	männlich	15,6	k.A.	k.A.	k.A.	26,7	5,3	25,5	37,8	3,7	1,8	3,5	4,7	
		weiblich	19,9	k.A.	k.A.	k.A.	39,9	6,0	35,1	54,8	2,6	1,8	2,1	3,3	
		gesamt	17,7	19,0	k.A.	k.A.	34,1	5,6	30,9	47,7	3,1	1,8	2,7	3,9	
	1998/09	männlich	16,3	k.A.	k.A.	k.A.	29,2	6,6	27,0	43,6	3,3	1,5	2,7	5,0	
		weiblich	21,0	k.A.	k.A.	k.A.	44,5	11,2	41,6	56,1	2,1	1,2	1,9	2,7	
		gesamt	18,7	20,5	k.A.	k.A.	37,8	8,5	35,3	51,1	2,6	1,4	2,2	3,6	
1997/09	männlich	Vergleichbarkeit erst ab 1998 sinnvoll													
	weiblich														
	gesamt														

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS:

*Arbeitslosenquote bezogen auf die abhängig zivilen Erwerbspersonen : Grundlage der Berechnung der Arbeitslosenquote: Arbeitslose in % der abhängigen zivilen Erwerbspersonen (sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte, Beamte, Arbeitslose; Stichtag ist jeweils am 30.06. des Vorjahres)

Die Daten sollen geschlechtsspezifisch und nach Altersgruppen (15 bis unter 25 Jahre, 25 bis unter 50 Jahre, 50 bis unter 65 Jahre) aufbereitet werden.

Auch der Anteil der Langzeitarbeitslosen und der **Anteil der Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen (Schwerbehinderte?)** an der Gesamtzahl der Arbeitslosen sollte dokumentiert werden.

Lt. Agentur für Arbeit Chemnitz umfasst die Personengruppe Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen:

* Schwerbehinderte

* Personen mit Behinderungen, aber keine Schwerbehinderten

* Personen mit übrigen gesundheitlichen Einschränkungen

In der Öffentlichkeit jeweils nur Auswertung der Schwerbehinderten, deshalb Eingrenzung auf diesen Personenkreis

Quelle: Agentur für Arbeit Chemnitz, vgl. auch Mail vom 16.11.2004

Entwicklung des Verarmungstrends in der Kommune und betroffene soziale Gruppen:

Sozialhilfedichte (Sozialhilfeempfänger pro 1.000 EW) nach Geschlecht und Altersgruppen (0 - <15J., 15 - <25J., 25 - <50J., 50 - <65J., 65J u.ä.).

Kamenzer Überschrift: Empfänger von Sozialhilfe in Form von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) außerhalb von Einrichtungen mit Wohnort Chemnitz, Stadt am 31. Dezember 1997 bis 2003

Gebietsstand: 01. Januar 2004

Berichtsbereich IV: Soziales															
Indikator: Sozialhilfedichte, 1997-2003, absolut und je 1.000 Einwohner der gleichen Personengruppe, lfd. Nr. 23															
Stadt / Stadtteil	Jahr	Bevölkerung am 31. Dezember	Geschlecht	HLU-Empfänger insgesamt		Alter von ... bis unter ... Jahre									
						unter 15		15 - unter 25		25 - unter 50		50 - unter 65		65 und mehr	
						absolut	je 1.000 EW	absolut	je 1.000 EW	absolut	je 1.000 EW	absolut	je 1.000 EW	absolut	je 1.000 EW
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	249.922	männlich	3.479	29,2	1.346	107,8	570	36,4	1.121	26,7	385	13,7	57	2,7
			weiblich	4.330	33,1	1.288	109,1	1.023	69,1	1.597	40,6	401	13,2	21	0,6
			gesamt	7.809	31,2	2.634	108,4	1.593	52,3	2.718	33,5	786	13,5	78	1,4
	2002	252.618	männlich	3.658	30,4	1.409	108,0	541	33,7	1.134	26,6	396	13,9	178	8,8
			weiblich	4.747	35,9	1.380	111,3	1.009	67,3	1.678	41,6	422	13,7	258	7,6
			gesamt	8.405	33,3	2.789	109,6	1.550	49,9	2.812	33,9	818	13,8	436	8,1
	2001	255.798	männlich	3.535	29,0	1.418	102,9	539	33,0	1.067	24,5	368	12,9	143	7,4
			weiblich	4.661	34,8	1.390	106,3	991	65,2	1.660	39,8	405	13,1	215	6,5
			gesamt	8.196	32,0	2.808	104,5	1.530	48,6	2.727	32,0	773	13,0	358	6,8
	2000	259.246	männlich	3.296	26,7	1.326	91,6	493	29,9	1.033	22,9	322	11,2	122	6,5
			weiblich	4.396	32,3	1.331	96,4	961	63,3	1.540	35,6	360	11,7	204	6,2
			gesamt	7.692	29,7	2.657	94,0	1.454	45,9	2.573	29,1	682	11,5	326	6,3
	1999	263.222	männlich	3.104	24,8	1.248	81,6	488	29,6	992	21,2	291	10,1	85	4,8
			weiblich	4.113	29,8	1.242	85,6	883	58,0	1.487	32,9	319	10,4	182	5,6
			gesamt	7.217	27,4	2.490	83,5	1.371	43,2	2.479	27,0	610	10,3	267	5,3
	1998	268.266	männlich	3.222	25,3	1.243	76,8	538	32,5	1.094	22,5	274	9,5	73	4,2
			weiblich	4.111	29,2	1.237	80,3	881	57,5	1.523	32,5	308	10,0	162	5,0
			gesamt	7.333	27,3	2.480	78,5	1.419	44,5	2.617	27,4	582	9,7	235	4,7
	1997	275.125	männlich	3.080	23,6	1.139	65,4	492	29,4	1.140	22,6	245	8,4	64	3,8
			weiblich	3.742	25,9	1.087	65,4	798	51,5	1.422	29,2	285	9,2	150	4,6
			gesamt	6.822	24,8	2.226	65,4	1.290	40,0	2.562	25,9	530	8,8	214	4,3

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS:

Sozialhilfequote (laufende Hilfe zum Lebensunterhalt) für die Jahre 1997 bis 2003 (Anteil der Sozialhilfeempfänger an der Gesamtbevölkerung in %) und Sozialhilfeempfänger pro 1.000 Einwohner = Sozialhilfedichte (Bevölkerungszahl am 31.12.). Die Daten sollen geschlechtsspezifisch und nach Altersgruppen (0 bis unter 15 Jahre, 15 bis unter 25 Jahre, 25 bis unter 50 Jahre, 50 bis unter 65 Jahre, 65 Jahre und älter) aufbereitet werden.

Einigung zwischen RBS-Projekt und StaLa:

- Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt **außerhalb** von Einrichtungen (so genannte "Sozialhilfeempfänger im engeren Sinn")
- Empfänger mit **Wohnort** in Chemnitz bzw. Dresden (Auswertung der sächs. Hilfeempfänger nach Wohnsitz, nicht nach Trägersitz)
- Auswertung nach **aktuellem** Gebietsstand (Annahme: Stadtgrenzen auch 1997 u. 1998 wie jetzt, Empfänger der später eingegliederten Umlandgemeinden schon zuvor den Städten zugeordnet)

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Belastung der Haushalte durch die Mietpreisentwicklung:

Anteil der Wohngeldempfängerhaushalte an allen Haushalten in Prozent.

Gebietsstand jeweils der 1. Januar des Folgejahres

Wohngeld: allgemeines Wohngeld (früher Tabellenwohngeld) + besonderer Mietzuschuss

Berichtsbereich IV: Soziales					
Indikator: Wohngeldempfänger (Haushalte), lfd. Nr. 24					
Stadt / Stadtteil	Jahr	Haushalte insgesamt in 1.000	Anzahl der Wohngeld empfangenden Haushalte	darunter Haushalte mit ein bis mehreren Kindern	Anteil der Wohngeldempfängerhaushalte in % ¹⁾
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	133,6	19.780	Lt. StaLa (Mail v. 24.09.04) keine Angaben	14,80
	2002	131,6	18.208		13,84
	2001	133,4	17.848		13,38
	2000	130,6	16.704		12,79
	1999	129,0	15.969		12,38
	1998	131,8	16.277		12,35
	1997	128,6	15.368		11,95

¹⁾ Bezogen auf die Anzahl der Haushalte vom April des jeweiligen Jahres (Ergebnis des Mikrozensus)

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS:

Anteil der Wohngeldempfängerhaushalte an der Gesamtzahl aller Haushalte in % für die Jahre 1997 bis 2003 (oder ausgewählte Jahre s. Mikrozensus)

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Trend der Einkommensentwicklung in der Kommune, Indikator für Lebensstandard u. Kaufkraft:

1. Summe aller Einkommen in EURO pro Steuerpflichtigem (durchschnittliches Einkommen)

2. Einkommen der privaten Haushalte in EURO pro Einwohner

Berichtsbereich IV: Soziales			
Indikator: durchschnittliches Einkommen, lfd. Nr. 25			
Stadt/Stadteil	Jahr	jährliches Einkommen in EURO pro Steuerpflichtigem	verfügbares¹⁾ Einkommen der privaten Haushalte in EURO pro Einwohner¹⁾
Chemnitz, krsfr. Stadt	2002		14.772
	2001	*evntl. März 2005	14.363
	2000	keine Erhebung	14.064
	1999	keine Erhebung	13.680
	1998	24.200,91	13.063
	1997	keine Erhebung	12.728
	1995	24.810,44 (48.525 DM)	11.658
	1992	20.734,42 (40.553 DM)	n.V.

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS:

Höhe des durchschnittlichen Einkommens (Summe aller Einkommen geteilt durch alle Steuerpflichtigen) für die Jahre 1998 und 2001

¹⁾ Einigung auf verfügbares Einkommen = Summe aller Einkünfte, d.h. auch Kapitaleinkünfte, Mieten, Wohngeld -> Kaufkraftfaktor

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen: Statistisches Jahrbuch Sachsen 2004, Kapitel XXII, Tabelle 7

Trend der Einkommensstrukturentwicklung in der Kommune, Indikator für Steuereinnahmen und Kaufkraft:

Höhe des zu versteuernden Einkommens nach Einkommensklassen (untere Einkommen: bis 12.500 EUR, mittlere Einkommen: 12.500 - 37.500 EUR, höhere Einkommen: > 37.500 EUR)

1. Anteil der Einkommensklassen nach der Höhe des zu versteuernden Einkommens am Gesamteinkommen in Prozent

2. Anteil der Steuerpflichtigen der Einkommensklassen an der Gesamtzahl der Steuerpflichtigen in Prozent

Gebietsstand: 01. Januar 2004

Berichtsbereich IV: Soziales									
Indikator: Verteilung der Einkommen in Haushalten ¹⁾ , absolute Zahlen, lfd. Nr. 26									
Stadt / Stadtteil	Jahr	gesamt	Haushaltsnettoeinkommen ²⁾ von ... bis unter ... €						Durchschnittliches monatliches Haushaltseinkommen
			unter 500	500 - 900	900 - 1 500	1 500-2 000	2 000-2 600	über 2 600	
			in 1 000						in €
Chemnitz, krsfr. Stadt	Apr 03	133,1	(7,0)	20,9	40,2	28,7	19,9	17,5	1.492
	Apr 02	130,3	/	17,5	38,3	30,7	19,9	17,1	1.535
	Apr 01	132,2	/	21,2	41,4	30,6	19,0	14,0	1.451
	Mai 00	127,6	/	20,6	37,3	31,0	18,1	15,4	1.512
	Apr 98	127,2	/	21,7	42,4	28,1	20,9	10,9	1.427
	Apr 95	132,3	/	29,1	40,4	27,0	15,1	13,7	1.326

¹⁾ Ohne Haushalte, in denen mindestens ein Haushaltsmitglied in seiner Haupttätigkeit selbstständiger Landwirt ist, sowie ohne Haushalte, die keine Angaben über ihr Einkommen gemacht haben.

²⁾ wurde in ungeraden Gruppen erfragt und angepasst

Berichtsbereich IV: Soziales									
Indikator: Verteilung der Einkommen in Haushalten ¹⁾ , Prozent, lfd. Nr. 26									
Stadt / Stadtteil	Jahr	gesamt	Haushaltsnettoeinkommen ²⁾ von ... bis unter ... €						
			unter 500	500 - 900	900 - 1 500	1 500-2 000	2 000-2 600	über 2 600	
Chemnitz, krsfr. Stadt	Apr 03	100	(5,3)	15,7	30,2	21,5	14,9	13,2	
	Apr 02	100	/	13,4	29,4	23,6	15,3	13,1	
	Apr 01	100	/	16,2	29,3	24,3	14,2	12,1	
	Mai 00	100	/	16,0	31,3	23,1	14,3	10,6	
	Apr 98	100	/	17,1	33,3	22,1	16,5	8,6	
	Apr 95	100	/	22,0	30,6	20,4	11,4	10,3	

¹⁾ Ohne Haushalte, in denen mindestens ein Haushaltsmitglied in seiner Haupttätigkeit selbstständiger Landwirt ist, sowie ohne Haushalte, die keine Angaben über ihr Einkommen gemacht haben.

²⁾ wurde in ungeraden Gruppen erfragt und angepasst

Zeichenerklärung für statistische Auswertungen:

() Aussagewert ist eingeschränkt
/ Zahlenwert ist nicht sicher genug

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS:

Hier sind zwei aussagefähige Werte zu berechnen:

- 1) Anteil der Summe der Einkommen der einzelnen Einkommensklassen am Gesamteinkommen in % für die Jahre 1998 und 2001
- 2) Anteil der Steuerpflichtigen der einzelnen Einkommensklassen an der Gesamtzahl der Steuerpflichtigen in % für die Jahre 1998 und 2001

Für die Einkommensklassen wird gemäß des "Hamburger Sozialatlasses 1997" folgende Untergliederung vorgeschlagen:

- a) untere Einkommen: bis 12.500 EURO
- b) mittlere Einkommen: zwischen 12.500 und 37.000 EURO
- c) höhere Einkommen: über 37.500 EURO

Für die Darstellung der Verteilung der monatlichen Haushaltsnettoeinkommens lassen sich eventuell auch je nach Datenlage die 8 Einkommensklassen des Mikrozensus verwenden.

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, Ergebnisse des Mikrozensus

Ausmaß abweichenden bzw. kriminellen Verhaltens von Jugendlichen in der Kommune, Indikator für Armut, soziale Benachteiligung u. Ausgrenzung:

1. Anzahl Tatverdächtiger insgesamt, davon tatverdächtige Jugendliche (14 - unter 18 Jahre) und Heranwachsende (18 - unter 21 Jahre), sowie je 10.000 Einwohner, jeweils nach Art der Straftat (Bundesschlüssel 2000: Raub, Körperverletzung, Nötigung, Bedrohung und Bundesschlüssel 7300: Rauschgiftdelikte ²⁾) und Geschlecht
2. Anzahl Verurteilter insgesamt, davon verurteilte Jugendliche (14 - unter 18 Jahre) und Heranwachsende (18 - unter 21 Jahre), sowie je 10.000 Einwohner, jeweils nach Art der Straftat (Bundesschlüssel 2000: Raub, Körperverletzung, Nötigung, Bedrohung und Bundesschlüssel 7300: Rauschgiftdelikte ²⁾) und Geschlecht
 Gebietsstand Bevölkerung: jeweils am 31.12. des Jahres

Berichtsbereich IV: Soziales															
Indikator: Jugenddelinquenz - tatverdächtige Jugendliche und Heranwachsende, absolute Zahlen, lfd. Nr. 27															
Stadt/Stadtteil	Altersgruppen	Bevölkerung am 31.12. des Jahres			Straftaten, darunter	Geschlecht	Ermittelte Tatverdächtige			darunter im Alter von ... bis ... Jahre					
		1997	2002	2003			1997	2002	2003	14 - < 18			18 - < 21		
										1997	2002	2003	1997	2002	2003
Chemnitz, krsfr. Stadt	Raub/räub. Erpressung/ räub. Angriff				männlich	192	156	140	49	56	35	37	34	38	
					weiblich	21	24	15	11	13	9	7	4	4	
					gesamt	213	180	155	60	69	44	44	38	42	
	Körperverletzung				männlich	973	1.007	919	164	135	114	127	127	139	
					weiblich	140	195	164	36	43	39	12	28	22	
					gesamt	1.113	1.202	1.083	200	178	153	139	155	161	
	Nötigung	14 - <18 männl.	6.480	5.723	5.550	männlich	0	105	109	0	8	6	0	14	11
						weiblich	0	16	23	0	1	5	0	1	2
						gesamt	0	121	132	0	9	11	0	15	13
	Bedrohung	14 - < 18 weibl.	6.298	5.521	5.371	männlich	0	231	226	0	31	24	0	18	14
						weiblich	0	21	29	0	4	4	0	4	7
						gesamt	0	252	255	0	35	28	0	22	21
	Rauschgiftdelikte ²⁾	14 - <18 gesamt	12.778	11.244	10.921	männlich	195	467	570	31	96	116	67	131	160
						weiblich	33	92	100	12	28	20	7	32	34
gesamt						228	559	670	43	124	136	74	163	194	
Straftatbestände s.o. gesamt	18 - < 21 männl.	5.153	4.674	4.537	männlich	1.360	1.966	1.964	244	326	295	231	324	362	
					weiblich	194	348	331	59	89	77	26	69	69	
					gesamt	1.554	2.314	2.295	303	415	372	257	393	431	
Straftaten gesamt	18 - < 21 weibl.	4.682	4.507	4.421	männlich	6.163	7.371	7.431	814	912	904	748	950	962	
					weiblich	1.625	2.483	2.688	251	383	383	117	311	333	
					gesamt	7.788	9.854	10.119	1.065	1.295	1.287	865	1.261	1.295	
Bevölkerung männlich	18 - <21 gesamt	9.835	9.181	8.958											
Bevölkerung weiblich															
Bevölkerung gesamt															

Gebietsstand Bevölkerung: jeweils am 31.12. des Jahres

Berichtsbereich IV: Soziales															
Indikator: Jugenddelinquenz - tatverdächtige Jugendliche und Heranwachsende, je 10.000 EW, lfd. Nr. 27															
Stadt/Stadtteil	Altersgruppen	Bevölkerung am 31.12. des Jahres			Straftaten, darunter	Geschlecht	Ermittelte Tatverdächtige			darunter im Alter von ... bis ... Jahre je 10.000 EW der gleichen Personengruppe					
		1997	2002	2003			14 - < 18			18 - < 21					
							1997	2002	2003	1997	2002	2003			
Chemnitz, krsfr. Stadt	14 - <18 männl.	6.480	5.723	5.550	Raub/räub. Erpressung/ räub. Angriff	männlich	15,6	13,0	11,7	75,6	97,9	63,1	71,8	72,7	83,8
					weiblich	1,5	1,8	1,1	17,5	23,5	16,8	15,0	8,9	9,0	
					gesamt	8,2	7,1	6,2	47,0	61,4	40,3	44,7	41,4	46,9	
	14 - <18 weibl.	6.298	5.521	5.371	Körperverletzung	männlich	79,2	83,7	77,1	253,1	235,9	205,4	246,5	271,7	306,4
						weiblich	10,3	14,7	12,5	57,2	77,9	72,6	25,6	62,1	49,8
						gesamt	43,0	47,6	43,3	156,5	158,3	140,1	141,3	168,8	179,7
	14 - <18 gesamt	12.778	11.244	10.921	Nötigung	männlich	0,0	8,7	9,1	0,0	14,0	10,8	0,0	30,0	24,2
						weiblich	0,0	1,2	1,8	0,0	1,8	9,3	0,0	2,2	4,5
						gesamt	0,0	4,8	5,3	0,0	31,1	25,6	0,0	16,3	14,5
	18 - < 21 männl.	5.153	4.674	4.537	Bedrohung	männlich	0,0	19,2	19,0	0,0	54,2	43,2	0,0	38,5	30,9
						weiblich	0,0	1,6	2,2	0,0	7,2	7,4	0,0	8,9	15,8
						gesamt	0,0	10,0	10,2	0,0	31,1	25,6	0,0	24,0	23,4
	18 - <21 weibl.	4.682	4.507	4.421	Rauschgiftdelikte ²⁾	männlich	15,9	38,8	47,8	47,8	167,7	209,0	130,0	280,3	352,7
						weiblich	2,4	7,0	7,7	19,1	50,7	37,2	15,0	71,0	76,9
gesamt						8,8	22,1	26,8	33,7	110,3	124,5	75,2	177,5	216,6	
Bevölkerung männlich	122.914	120.333	119.238	Straftatbestände s.o. gesamt	männlich	110,6	163,4	164,7	376,5	569,6	531,5	448,3	693,2	797,9	
					weiblich	14,2	26,3	25,3	93,7	161,2	143,4	55,5	153,1	156,1	
					gesamt	60,0	91,6	91,8	237,1	369,1	340,6	261,3	428,1	481,1	
Bevölkerung weiblich	136.212	132.285	130.684	Straftaten gesamt	männlich	501,4	612,6	623,2	1256,2	1593,6	1628,8	1451,6	2032,5	2120,3	
					weiblich	119,3	187,7	205,7	398,5	693,7	713,1	249,9	690,0	753,2	
					gesamt	300,5	390,1	404,9	833,5	1151,7	1178,5	879,5	1373,5	1445,6	
Bevölkerung gesamt	259.126	252.618	249.922												

Quelle: Polizeidirektion Chemnitz, Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS), Sachbereich PVD 3 + eigene Berechnungen

Gebietsstand: 01. Januar 2004

Berichtsbereich IV: Soziales															
Indikator: Jugenddelinquenz - verurteilte Jugendliche und Heranwachsende, absolute Zahlen, lfd. Nr. 27															
Stadt/Stadtteil	Altersgruppen	Bevölkerung am 31.12. des Jahres			Straftaten, darunter	Geschlecht	Verurteilte insgesamt			darunter im Alter von ... bis ... Jahre					
		1997	2002	2003			1997	2002	2003	14 - < 18			18 - < 21		
										1.997	2.002	2.003	1.997	2.002	2.003
Landgerichtsbezirk Chemnitz ¹⁾	14 - <18 männl.	27.604	24.748	24.188	Raub/räub. Erpressung/ räub. Angriff	männlich	114	100	135	32	37	43	24	26	41
						weiblich	16	12	29	8	7	11	2	2	9
						gesamt	130	112	164	40	44	54	26	28	50
	14 - <18 weibl.	26.298	23.391	22.627	Körperverletzung	männlich	476	513	481	44	63	47	69	101	104
						weiblich	29	34	23	0	10	8	3	6	5
						gesamt	505	547	504	44	73	55	72	107	109
	14 - <18 gesamt	53.902	48.139	46.815	Nötigung	männlich	124	95	116	2	7	8	12	11	24
						weiblich	11	7	5	1	2	0	1	0	4
						gesamt	135	102	121	3	9	8	13	11	28
	18 - <21 männl.	20.524	19.346	18.783	Bedrohung	männlich	53	49	44	4	3	3	4	4	8
						weiblich	3	1	5	0	0	1	0	1	1
						gesamt	56	50	49	4	3	4	4	5	9
	18 - <21 weibl.	18.350	14.653	17.302	Rauschgiftdelikte ²⁾	männlich	71	204	286	5	25	36	26	69	90
						weiblich	3	32	38	1	7	3	2	9	17
gesamt						74	236	324	6	32	39	28	78	107	
Bevölkerung männlich	479.263	458.316	454.344	Straftatbestände s.o. gesamt	männlich	838	961	1.062	87	135	137	135	211	267	
					weiblich	62	86	100	10	26	23	8	18	36	
					gesamt	900	1.047	1.162	97	161	160	143	229	303	
Bevölkerung weiblich	518.677	488.491	482.880	Straftaten gesamt	männlich	9.835	9.186	9.131	597	758	693	1.399	1.469	1.568	
					weiblich	1.140	1.590	1.723	45	113	121	103	225	246	
					gesamt	10.975	10.776	10.854	642	871	814	1.502	1.694	1.814	
Bevölkerung gesamt	997.940	946.807	937.224												

Gebietsstand: 01. Januar 2004

Berichtsbereich IV: Soziales															
Indikator: Jugenddelinquenz - verurteilte Jugendliche und Heranwachsende, je 10.000 EW, lfd. Nr. 27															
Stadt/Stadtteil	Altersgruppen	Bevölkerung am 31.12. des Jahres			Straftaten, darunter	Geschlecht	Verurteilte insgesamt			darunter im Alter von ... bis ...Jahre je 10.000 EW der gleichen Personengruppe					
		1997	2002	2003			1997	2002	2003	14 - < 18			18 - < 21		
										1997	2002	2003	1997	2002	2003
Landgerichtsbezirk Chemnitz ¹⁾	14 - <18 männl.	27.604	24.748	24.188	Raub/räub. Erpressung/ räub. Angriff	männlich	2,7	2,4	3,3	11,6	15,0	17,8	11,7	13,4	21,8
						weiblich	0,3	0,3	0,7	3,0	3,0	4,9	1,1	1,1	5,2
						gesamt	1,5	1,3	1,9	7,4	9,1	11,5	6,7	7,6	13,9
	14 - <18 weibl.	26.298	23.391	22.627	Körperverletzung	männlich	11,5	12,5	11,8	15,9	25,5	19,4	33,6	52,2	55,4
						weiblich	0,6	0,8	0,5	0,0	4,3	3,5	1,6	3,4	2,9
						gesamt	5,8	6,4	5,9	8,2	15,2	11,7	18,5	28,9	30,2
	14 - <18 gesamt	53.902	48.139	46.815	Nötigung	männlich	3,0	2,3	2,8	0,0	2,8	3,3	5,8	5,7	12,8
						weiblich	0,2	0,2	0,1	0,4	0,9	0,0	0,5	0,0	2,3
						gesamt	1,5	1,2	1,4	0,6	1,9	1,7	3,3	3,0	7,8
	18 - < 21 männl.	20.524	19.346	18.783	Bedrohung	männlich	1,3	1,2	1,1	1,4	1,2	1,2	1,9	2,1	4,3
						weiblich	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,4	0,0	0,6	0,6
						gesamt	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,9	1,0	1,4	2,5
	18 - <21 weibl.	18.350	14.653	17.302	Rauschgiftdelikte ²⁾	männlich	1,7	5,0	7,0	1,8	10,1	14,9	12,7	35,7	47,9
						weiblich	0,1	0,7	0,9	0,4	3,0	1,3	1,1	5,1	9,8
gesamt						0,8	2,8	3,8	1,1	6,6	8,3	7,2	21,1	29,7	
Bevölkerung männlich	479.263	458.316	454.344	Straftatbestände s.o. gesamt	männlich	17,5	21,0	23,4	31,5	54,5	56,6	65,8	109,1	142,1	
					weiblich	1,2	1,8	2,1	3,8	11,1	10,2	4,4	12,3	20,8	
					gesamt	9,0	11,1	12,4	18,0	33,4	34,2	36,8	67,4	84,0	
Bevölkerung weiblich	518.677	488.491	482.880	Straftaten gesamt	männlich	237,0	224,2	223,7	216,3	306,3	286,5	681,6	759,3	834,8	
					weiblich	24,9	35,9	39,2	17,1	48,3	53,5	56,1	127,5	142,2	
					gesamt	125,7	126,4	128,1	119,1	180,9	173,9	386,4	457,9	502,7	
Bevölkerung gesamt	997.940	946.807	937.224												

¹⁾ Landgerichtsbezirk Chemnitz umfasst: Kreisfreie Stadt Chemnitz, Landkreise Annaberg, Freiberg, Chemnitzer Land, Mittweida, Stollberg, Mittlerer Erzgebirgskreis

²⁾ Rauschgiftdelikte = Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, Referat 233

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS:

Anzahl der für eine oder mehrere Straftaten Verurteilten Jugendlichen und Heranwachsenden von 14 bis unter 21 Jahren pro 10.000 EW für die Jahre 1997, 2002 und 2003

(Gesamtbevölkerungszahl des jeweiligen Jahres am 31.12.):

Daten für 14 bis unter 18 Jahre (Jugendliche)

Daten für 18 bis unter 21 Jahre (Heranwachsende)

Die Daten sollen auch geschlechtsspezifisch aufbereitet werden. Folgende Straftaten sollen hier statistisch dokumentiert werden:

Rohheitsdelikte und Straftaten gegen die persönliche Freiheit sowie Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz.

Bildungssituation von Kindern in der Kommune; Indikator für Selektionsprozesse im Schulwesen u. für den Ausbildungssektor u. Arbeitsmarkt:
Anzahl der Schüler insgesamt nach Schularten und Geschlecht, sowie Anteil der Schüler in der 7. Klasse.
 Gebietsstand: 01. Januar 2004

Berichtsbereich V: Bildung								
Indikator: Schüler nach Schularten, lfd. Nr. 28, Teil 1 (mit Vorbereitungsklassen)								
Stadt/Stadteil	SJ	Schulart	Schüler absolut			Schüler/innen der Klassenstufe 7	Anteil der Schüler in der 7. Klassenstufe nach Schulart an der Gesamtzahl aller Schüler und an der Gesamtzahl der Schüler der jeweiligen Jahrgangstufe in %	
			gesamt	weiblich	männlich		7. Klassenstufe an der Gesamtzahl aller Schüler in %	7. Klassenstufe an der Gesamtzahl der Schüler der 7. Klassenstufe in %
Chemnitz, krsfr. Stadt	2002/2003	Vorbereitungsklasse gemäß § 5 SchulG	64	23	41	x	x	x
		Grundschule	4.915	2.392	2.523	x	x	x
		Mittelschulen	8.542	3.988	4.554	1.498	6,78	56,51
		Gymnasium	6.294	3.515	2.779	897	4,06	33,84
		Integrierte Gesamtschulen	0	0	0	0	0,00	0,00
		Freie Waldorfschule	270	128	142	29	0,13	1,09
		Förderschulen	1.754	650	1.104	227	1,03	8,56
		Schulen des zweiten Bildungsweges	251	123	128	x	x	x
		Insgesamt	22.090	10.819	11.271	2.651	12,00	100,00
		2001/2002	Vorbereitungsklasse gemäß § 5 SchulG	51	16	35	x	x
	Grundschule		5.132	2.451	2.681	x	x	x
	Mittelschulen		9.495	4.490	5.005	1.541	6,44	56,91
	Gymnasium		6.909	3.854	3.055	926	3,87	34,19
	Integrierte Gesamtschulen		0	0	0	0	0,00	0,00
	Freie Waldorfschule		270	123	147	24	0,10	0,89
	Förderschulen		1.831	675	1.156	217	0,91	8,01
	Schulen des zweiten Bildungsweges		232	109	123	x	x	x
	Insgesamt		23.920	11.718	12.202	2.708	11,32	100,00
	1997/1998		Vorbereitungsklasse gemäß § 5 SchulG	110	48	62	x	x
		Grundschule	10.566	5.265	5.301	x	x	x
		Mittelschulen	11.282	5.377	5.905	1.916	5,71	58,72
		Gymnasium	8.676	4.929	3.747	1.042	3,10	31,93
		Integrierte Gesamtschulen	0	0	0	0	0,00	0,00
		Freie Waldorfschule	305	133	172	30	0,09	0,92
		Förderschulen	2.427	873	1.554	275	0,82	8,43
		Schulen des zweiten Bildungsweges	202	109	93	x	x	x
		Insgesamt	33.568	16.734	16.834	3.263	9,72	100,00

Kommentar vom StaLa: Vorbereitungsklassen gemäß § 5 SchulG werden nicht zu den Schülern bzw. Schülerinnen gezählt, Tabelle OHNE Vorbereitungsklassen

Berichtsbereich V: Bildung									
Indikator: Schüler nach Schularten, lfd. Nr. 28, Teil 2 (ohne Vorbereitungsklassen)									
Stadt/Stadteil	SJ	Schulart	Schüler absolut			Schüler/innen der Klassenstufe 7	Anteil der Schüler in der 7. Klassenstufe nach Schulart an der Gesamtzahl aller Schüler und an der Gesamtzahl der Schüler der jeweiligen Jahrgangstufe in %		
			gesamt	weiblich	männlich		7. Klassenstufe an der Gesamtzahl aller Schüler in %	7. Klassenstufe an der Gesamtzahl der Schüler der 7. Klassenstufe in %	
Chemnitz, krsfr. Stadt	2002/2003	Grundschule	4.915	2.392	2.523	x	x	x	
		Mittelschulen	8.542	3.988	4.554	1.498	6,80	56,51	
		Gymnasium	6.294	3.515	2.779	897	4,07	33,84	
		Integrierte Gesamtschulen	0	0	0	0	0,00	0,00	
		Freie Waldorfschule	270	128	142	29	0,13	1,09	
		Förderschulen	1.754	650	1.104	227	1,03	8,56	
		Schulen des zweiten Bildungsweges	251	123	128	x	x	x	
		Insgesamt	22.026	10.796	11.230	2.651	12,04	100,00	
		2001/2002	Grundschule	5.132	2.451	2.681	x	x	x
			Mittelschulen	9.495	4.490	5.005	1.541	6,46	56,91
	Gymnasium		6.909	3.854	3.055	926	3,88	34,19	
	Integrierte Gesamtschulen		0	0	0	0	0,00	0,00	
	Freie Waldorfschule		270	123	147	24	0,10	0,89	
	Förderschulen		1.831	675	1.156	217	0,91	8,01	
	Schulen des zweiten Bildungsweges		232	109	123	x	x	x	
	Insgesamt		23.869	11.702	12.167	2.708	11,35	100,00	
	1997/1998		Grundschule	10.566	5.265	5.301	x	x	x
			Mittelschulen	11.282	5.377	5.905	1.916	5,73	58,72
		Gymnasium	8.676	4.929	3.747	1.042	3,11	31,93	
		Integrierte Gesamtschulen	0	0	0	0	0,00	0,00	
		Freie Waldorfschule	305	133	172	30	0,09	0,92	
		Förderschulen	2.427	873	1.554	275	0,82	8,43	
		Schulen des zweiten Bildungsweges	202	109	93	x	x	x	
		Insgesamt	33.458	16.686	16.772	3.263	9,75	100,00	

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS:
 Anteil der Schüler nach Schularten (alle Schularten) in der 7. Klasse an der Gesamtzahl aller Schüler in % für die Jahre 1997 und 2002.
 Die Daten sollen auch geschlechtsspezifisch aufbereitet werden.

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Charakterisierung der Bildungsstruktur der Jugendlichen in der Kommune, Indikator für das allgemeine Bildungsniveau:

Anzahl und Anteil der Schulabgänger an allen Schulabgängern nach Schulabschluss, auch ohne Schulabschluss, und Geschlecht.

Gebietsstand: 01. Januar 2004

Berichtsbereich V: Bildung											
Indikator: Schulabgänger nach Schulabschluss, lfd. Nr. 29											
Stadt/Stadtteil	Jahr	Geschlecht	gesamt	Abschluss							
				ohne Hauptschulabschluss		Hauptschulabschluss		Realschulabschluss		allgemeine Hochschulreife	
				gesamt	in Prozent	gesamt	in Prozent	gesamt	in Prozent	gesamt	in Prozent
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	männlich	1.426	166	11,6	168	11,8	757	53,1	335	23,5
		weiblich	1.424	117	8,2	99	7,0	741	52,0	467	32,8
		gesamt	2.850	283	9,9	267	9,4	1.498	52,6	802	28,1
	2002	männlich	1.503	202	13,4	177	11,8	745	49,6	379	25,2
		weiblich	1.532	116	7,6	138	9,0	773	50,5	505	33,0
		gesamt	3.035	318	10,5	315	10,4	1.518	50,0	884	29,1
	2001	männlich	1.685	229	13,6	184	10,9	875	51,9	397	23,6
		weiblich	1.624	146	9,0	91	5,6	861	53,0	526	32,4
		gesamt	3.309	375	11,3	275	8,3	1.736	52,5	923	27,9
	1997	männlich	1.855	188	10,1	298	16,1	868	46,8	501	27,0
		weiblich	1.863	112	6,0	162	8,7	880	47,2	709	38,1
		gesamt	3.718	300	8,1	460	12,4	1.748	47,0	1.210	32,5

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS:

Anteil der Schulabgänger nach Schulabschluss (auch ohne Schulabschluss) an allen Schulabgängern in % für die Jahre 1997, 2001-2003

Die Daten sollen auch geschlechtsspezifisch aufbereitet werden.

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Fläche der Nutzungsarten und Anteil an der Bodenfläche bzw. Siedlungs- und Verkehrsfläche 1996, 1997, 2002 und 2003 nach Art der tatsächlichen Nutzung
 Verhältnis von versiegelten Flächen zu nichtversiegelten Flächen in der Kommune, Indikator für Stadtplanung, Umwelt, Gesundheit.
 Anteil der jeweiligen Flächen nach Nutzungsart an der Gesamtfäche in ha (FLÄCHEINHEIT)
 1. Baufeldchen (Wohnflächen, gewerbliche Bauflächen, L.A.), Gemeindefeldchen (meist bebaut), Verkehrsflächen (Straßen, Bahn, Flugplätze u.ä.)
 2. Freizeitanlagen (Sportplätze, Parkanlagen, Bausportplätze, Friedhöfe, landwirtschaftliche Flächen), Wasserflächen,
 3. Schutzgebiete (Natur-, Landschafts-, Meeres-)
 Badwege extra ausgewiesen
 Gebietsstand: 31. Dezember des Vorjahres bzw. Tabellenanmerkung
 * nur Teilhebung Siedlungs- und Verkehrsflächen (SuV)

Aufhebung vom StA zu Bericht auf dem "Verzeichnis der Siedlungsbezogenen Nutzungsarten in Liegenschaftskataster und ihrer Begriffsbestimmungen"
 (Nutzungsverzeichnis z.B. 100020, 2007 der Arbeitsgemeinschaft der Vermessungsingenieure der Länder der Bundesrepublik Deutschland (AVL))

Berichtsbereich VI: Umwelt		Anteil der Nutzungsarten an der																																			
AdV- Schl.	Nutzungsart	Fläche												Bodenfläche												Siedlungs- u. Verkehrsfläche (SuV)											
		1996	1997	2001	2002	2003 1	2003 2	2004	1996	1997	2001	2002	2003 1	2003 2	2004	1996	1997	2001	2002	2003 1	2003 2	2004	1996	1997	2001	2002	2003 1	2003 2	2004								
999	Chemie, Stahl	14.302	17.567	22.085	22.085	22.085	22.085	22.085	5.995	6.243	7.625	7.797	7.837	7.900	7.899	5.995	6.243	7.625	7.797	7.837	7.900	7.899	5.995	6.243	7.625	7.797	7.837	7.900	7.899								
100200	Betriebs- und Freizeitanlagen	3.897	4.089	4.902	4.931	4.973	5.005	5.004	27,2	23,3	22,2	22,5	22,7	22,7	65,8	65,5	64,3	63,6	63,5	63,4	63,3	65,8	65,5	64,3	63,6	63,5	63,4	63,3									
110	GF Öffentliche Zwecke	71	71	207	211	236	270	272	0,5	0,4	0,8	1,0	1,1	1,2	1,2	1,1	2,7	2,7	3,0	3,4	3,4	1,2	1,1	2,7	2,7	3,0	3,4	3,4									
132/10200	GF Wohnen	456	471	1.029	1.068	1.127	1.259	1.259	3,2	2,7	4,7	4,8	5,1	5,7	7,7	7,5	13,9	12,9	14,4	15,9	15,9	7,7	7,5	13,9	12,9	14,4	15,9	15,9									
140	GF Handel und Dienstleistung	102	105	362	369	375	397	397	0,7	0,6	1,6	1,6	1,7	1,8	1,8	1,7	4,6	4,6	4,8	5,0	5,0	1,8	1,7	4,6	4,6	4,8	5,0	5,0									
122/10230	GF Gewerbe und Industrie	263	266	591	634	656	674	674	1,8	1,5	2,7	2,9	3,0	3,1	3,1	2,8	4,3	4,3	4,5	4,5	4,5	3,1	2,8	4,3	4,3	4,5	4,5	4,5									
260	GF Versorgungsanlagen	10	10	52	52	54	56	56	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,2	0,2	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7									
260	GF Energieerzeugung	-	-	9	9	9	10	10	-	-	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,04	0,04	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1									
270	GF Land- und Forstwirtschaft	-	-	3	3	3	7	7	-	-	0,01	0,03	0,03	0,03	0,03	-	-	0,04	0,1	0,1	0,1	0,1	0,03	-	-	0,04	0,1	0,1	0,1								
290	GF ungenutzt (Bauplatz)	154	171	340	364	379	379	379	1,1	1,0	1,5	1,6	1,7	1,7	1,7	1,6	2,7	2,7	2,8	2,8	2,8	1,7	1,6	2,7	2,7	2,8	2,8	2,8									
1/2	GF nicht untergliedert	2.831	2.995	2.320	2.235	2.128	1.959	1.959	19,8	17,0	10,5	10,1	9,6	8,9	8,9	47,9	48,0	30,4	28,9	27,2	24,8	24,8	8,9	47,9	48,0	30,4	28,9	27,2	24,8								
300 ohne 310	Betriebsfläche ohne Abfalland	10	11	40	41	45	49	50	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,2	0,2	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6									
320	BF Halle	-	-	4	4	6	6	6	-	-	0,02	0,02	0,03	0,03	0,03	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,03	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1								
330	BF Lagerplatz	10	10	22	22	24	27	27	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3									
340	BF Versorgungsanlage	1	1	4	4	5	5	5	0,01	0,01	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,02	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1								
350	BF Energieerzeugung	-	-	10	10	10	10	10	-	-	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,05	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1								
400	Erholungsfläche	425	437	695	779	803	827	827	3,0	2,6	3,1	3,6	3,7	3,7	3,7	7,0	9,1	10,0	10,3	10,8	10,8	3,7	7,0	9,1	10,0	10,3	10,8	10,8									
410	Sportfläche	23	24	50	106	119	129	129	0,2	0,1	0,2	0,5	0,5	0,6	0,6	0,4	0,7	1,3	1,5	1,6	1,6	0,6	0,4	0,7	1,3	1,5	1,6	1,6									
420	Günanlage	122	122	384	421	450	473	473	0,9	0,7	1,7	1,9	2,0	2,1	2,1	2,1	2,0	5,0	5,4	5,7	6,0	6,0	2,1	2,1	2,0	5,0	5,4	5,7	6,0								
430	Carportplatz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-								
4	EF nicht untergliedert	290	292	262	259	237	225	225	2,0	1,7	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0	4,7	4,7	3,4	3,3	3,0	2,8	2,8	1,0	4,7	4,7	3,4	3,3	3,0	2,8								
500	Verkehrsfläche	1.513	1.634	1.813	1.931	1.939	1.944	1.944	10,8	9,3	8,7	8,7	8,8	8,8	8,8	25,6	26,2	25,1	24,9	24,7	24,6	24,6	8,8	25,6	26,2	25,1	24,9	24,7	24,6								
510	Straße	1.131	1.232	1.422	1.422	1.436	1.423	1	7,8	7,9	6,4	6,5	6,5	6,5	6,5	19,2	19,7	18,6	18,5	18,3	18,1	18,1	6,5	19,2	19,7	18,6	18,5	18,3	18,1								
520	Weg	16	17	47	49	54	58	1.547	0,05	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	7,0	0,1	0,2	0,6	0,6	0,7	0,7	19,6	7,0	0,1	0,2	0,6	0,6	0,7	0,7								
530	Platz	16	17	31	31	31	31	31	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,3	0,3	0,3	0,7	0,7	0,7	0,7								
540	Bahnstraße	366	379	389	394	392	392	392	2,5	2,1	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	6,1	6,0	5,1	5,1	5,0	5,0	5,0	1,8	6,1	6,0	5,1	5,1	5,0	5,0								
550	Flugplatz	-	4	4	4	4	4	4	-	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,02	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1								
840	Friedhoffläche	70	72	75	75	75	75	75	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1,2	1,2	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,3	1,2	1,2	1,0	1,0	1,0	0,9								
SuV gesamt	Siedlungs- u. Verkehrsfläche	5.995	6.243	7.625	7.797	7.837	7.900	7.899	41,3	35,5	34,5	35,1	35,5	35,8	35,8	100	100	100	100	100	100	100	35,8	100	100	100	100	100	100								

Berichtsbereich VI: Umwelt		Indikator: Flächennutzungsstruktur in ha (absolut und in Prozent), lfd. Nr. 30, Teil 2												Anteil der Nutzungsarten an der																							
Adv.-Schl.	Nutzungsart	Fläche												Bodenfläche												Siedlungs- u. Verkehrsfläche (SuV)											
		1998	1997	2001	2002	2003_1	2003_2	2004	1998	1997	2001	2002	2003_1	2003_2	2004	1998	1997	2001	2002	2003_1	2003_2	2004															
		Sichtag 31.12.1996						Sichtag 31.12.2000						Sichtag 31.12.1996						Sichtag 31.12.2000																	
		Gebäudebestand 01.01.1997						Gebäudebestand 01.01.1997						Gebäudebestand 01.01.1997						Gebäudebestand 01.01.1997																	
999	Chemnitz, Stadt	14.302	17.567	22.085	22.085	22.085	22.085	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100															
übrige Bodenfläche																																					
600	Landwirtschaftliche	6.407	8.455	10.592			10.310	nur SuV						44,8	48,1							46,7	nur SuV														
610	Ackerland	3.443	4.817	6.408			6.323	nur SuV						24,1	27,8							28,6	nur SuV														
620	Grünland	1.245	1.765	2.443			2.399	nur SuV						8,7	10,0							10,9	nur SuV														
630	Gartenland	1.686	1.829	1.702			1.548	nur SuV						11,8	10,4							7,0	nur SuV														
640	Weingärten	-	-	-			-	nur SuV						-	-							-	nur SuV														
650	Moor	-	-	-			-	nur SuV						-	-							-	nur SuV														
660	Heide	-	-	-			-	nur SuV						-	-							-	nur SuV														
670	Obstanbaufläche	33	43	42			40	nur SuV						0,2	0,2							0,2	nur SuV														
680	Landwirtschaftliche Betriebsflächen	-	-	-			-	nur SuV						-	-							-	nur SuV														
690	Bachland	-	-	-			-	nur SuV						-	-							-	nur SuV														
6	Landwirtschaftliche, nicht untergliedert	-	-	-			-	nur SuV						-	-							-	nur SuV														
700	Waldfläche	1.476	2.301	3.240			3.248	nur SuV						10,3	13,1							14,7	nur SuV														
710	Laubwald	15	17	56			58	nur SuV						0,1	0,1							0,3	nur SuV														
720	Nadelwald	-	1	7			8	nur SuV						-	0,01							0,03	nur SuV														
730	Mischwald	96	97	462			612	nur SuV						0,7	0,8							2,8	nur SuV														
740	Bleichwälder	3	3	22			27	nur SuV						0,02	0,1							0,2	nur SuV														
760	Forstwirtschaftliche Betriebsflächen	-	-	-			-	nur SuV						-	-							-	nur SuV														
7	Forstwirtschaftliche Betriebsflächen, nicht untergliedert	1.362	2.184	2.863			2.532	nur SuV						9,5	12,4							11,5	nur SuV														
800	Wasserfläche	130	152	192			192	nur SuV						0,9	0,9							0,9	nur SuV														
810	Fluss	6	6	13			16	nur SuV						0,04	0,1							0,1	nur SuV														
820	Kanal	-	-	-			-	nur SuV						-	-							-	nur SuV														
830	Seeen	-	-	-			-	nur SuV						-	-							-	nur SuV														
840/850	Bachgräben	2	2	8			9	nur SuV						0,01	0,01							0,04	nur SuV														
860	Gräben	-	-	-			-	nur SuV						-	-							-	nur SuV														
860/880	Beech, Weiler	1	1	11			26	nur SuV						0,01	0,01							0,1	nur SuV														
870	Küstengebiet	-	-	-			-	nur SuV						-	-							-	nur SuV														
880	Feuch, Weiler	-	-	-			-	nur SuV						-	-							-	nur SuV														
890	Baum	-	-	3			3	nur SuV						-	-							0,01	nur SuV														
8	Wasserfläche, nicht untergliedert	121	142	198			197	nur SuV						0,8	0,8							0,6	nur SuV														
900	Flächen anderer Nutzung	424	457	482			411	nur SuV						3,0	2,6							1,9	nur SuV														
910	Übungsgebiete	1	1	2			2	nur SuV						0,0	0,0							0,01	nur SuV														
920	Sportfläche	5	8	36			38	nur SuV						0,0	0,0							0,2	nur SuV														
930	Historische Anlage	0	0	1			2	nur SuV						0,0	0,0							0,01	nur SuV														
950	Umland	147	167	205			213	nur SuV						1,0	1,0							1,0	nur SuV														
9	Flächen anderer Nutzung, nicht untergliedert	201	210	166			197	nur SuV						1,4	1,2							0,7	nur SuV														
gesamt	übrige Bodenflächen	8.437	11.355	14.506			14.159							59,0	64,7							64,1															

Kommentar: Beschreibung des Indikators 9, REB:
 Anteile der jeweiligen Fläche nach Art der tatsächlichen Nutzung an der Gesamtfläche in % für die Jahre 1997 und 2002, 2003.
 Dabei sind folgende Flächen (Bsp. Angaben in ha) zu berücksichtigen:
 - Baufächen, Wohnflächen, gewerbliche Baufächen etc.
 - Gemeindeflächen: gemeindefreie bebauete Flächen
 - Verkehrsflächen: Straßen, Bahnhöfe, Flugplätze etc.
 - Freizeitanlagen, Sportflächen, Grünflächen, Friedhöfe, Weingärten, landwirtschaftliche Flächen etc.
 - Schutzgebiete: Natur- und Landschaftschutzgebiete, Wasserschutzgebiete
 Die Radwege, die hier Teil der Verkehrsflächen sind, sollen extra ausgewiesen werden (Mäßeinheit: Hektar km)

Quellen: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen
 Stadt Chemnitz, Vermessungsamt, Liegenschaftskataster (Stand: 17.12.2003); für 2003, grün gekennzeichnete Spalten

Verteilung aller Wege auf die unterschiedlichen Verkehrswege (Modal-Split), Verhältnis Öffentlicher Nahverkehr zu Individualverkehr:

1. Modal-Split: Anteil der verschiedenen Verkehrswege am gesamten Wegeaufkommen pro Werktag in %

Verkehrswege: ÖPNV (Öffentlicher Personen-Nahverkehr, MIV (motorisierter Individualverkehr), Fahrräder bzw. Fußgänger

2. Ersatzindikator: Anzahl PKW pro 1.000 Einwohner

Gebietsstand: nicht angegeben

Berichtsbereich VI: Umwelt						
Indikator: Modal-Split , lfd. Nr. 31-1						
Stadt/Stadteil	Jahr	Verkehrswege gesamt	öffentlicher Nahverkehr (ÖPNV)	motor. Individualverkehr (MIV)	Radverkehr	Fußgänger
			in Prozent			
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	100	14,2	50,2	5,6	30,0
	2002					
	2001	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
	2000					
	1999					
	1998	100	14,4	50,7	5,3	29,6
	1994	100	17,0	49,6	1,9	31,5

Quelle: Stadt Chemnitz, Stadtentwicklungsamt, Abt. Verkehrsplanung, aus dem "System repräsentativer Verkehrsbefragung" der TU Dresden
Befragung wurde nur in den angegebenen Jahren durchgeführt, Auskunft Amt 68 (Stadtentwicklungsamt), SG Verkehrsplanung

Gebietsstand: 01. Jan. 2004 vgl. Bevölkerung

Berichtsbereich VI: Umwelt						
Indikator: Ersatzindikator: PKW pro 1000 Einwohner), lfd. Nr. 31-2						
Stadt/Stadteil	Jahr	Bevölkerung am 31. Dezember	KFZ (PKW, LKW, Zugmaschinen und Krafträder)		darunter PKW	
			Anzahl	pro 1.000 EW	Anzahl	pro 1.000 EW
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	249.922	148.042	592,4	130.188	520,9
	2002	252.618	148.410	587,5	130.279	515,7
	2001	255.798	148.179	579,3	130.261	509,2
	2000	259.246	146.673	565,8	129.123	498,1
	1999	263.222	147.495	560,3	130.234	494,8
	1998	268.266	147.008	548,0	130.404	486,1
	1997	275.125	148.431	539,5	132.448	481,4

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS:

Anteil der verschiedenen Verkehrswege (ÖPNV, MIV, Fahrrad, Fuß) am gesamten Wegeaufkommen pro Werktag in % für die Jahre 1997 bis 2003

Möglicher Ersatzindikator aufgrund evntl. mangelnder Datenlage: Anzahl der PKW pro 1.000 Einwohner für die Jahre 1997 bis 2003
(Gesamtbevölkerungszahl des jeweiligen Jahres am 31.12.

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Lokale Umweltbelastungen und Gesundheitsrisiken

Lärmbelastung nach Pegelklassen (Lärmstufen 10 - 120 dB(A) und Lärmwirkungen), Tageszeit (Tag/Nacht) und Lärmquellen (Straßenverkehrs-, Bau-, Gewerbe-, Industrie-, Fluglärm etc.)

Bereich VI: Umwelt				
Indikator: Lärmbelastung durch den Kraftfahrzeugverkehr auf Hauptnetzstraßen nach Pegelklassen (Nacht), lfd. Nr. 32 = Pegelklassenstatistik für 896 Straßenabschnitte in Chemnitz				
Stadt / Stadtteil	Zeithorizonte	Pegelklassen in dB(A)	Straßenlänge in m	Anzahl Einwohner
Chemnitz, krsfr. Stadt	2015	<= 49	48.503	9.347
		> 49 bis < 55	77.836	23.202
		> 55	89.933	22.397
	2004/05	<= 49	27.646	2.583
		> 49 bis < 55	75.434	21.245
		> 55	113.192	31.118
	1993/94	<= 49	29.105	2.597
		> 49 bis < 55	76.882	22.868
		> 55	110.285	29.481

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS:

Lärmbelastung in dB(A) nach Pegelklassen der gesundheitlichen Belastung (Lärmstufen 10 bis 120 dB(A) und Lärmwirkungen); abhängig vom Vorhandensein von Messstationen oder Messfahrzeugen und von lokalen bzw. regionalen Besonderheiten

Quelle: Stadt Chemnitz, Stadtentwicklungsamt (Amt 68), Abt. Stadtökologie

Lokale Umweltbelastungen und Gesundheitsrisiken:

Luftbelastung nach Stoffgruppen (Ozon, Benzol, Ruß e.t.c.): Emissionen (kg/Einwohner pro Jahr) und Immissionen (Mikrogramm je Kubikmeter pro Luft).

Berichtsbereich VI: Umwelt									
Indikator: Luftbelastung, Emissionen in Sachsen, lfd. Nr. 33									
Stadt/Stadtteil	Jahr	Bevölkerung am 31. Dezember	Gesamtausstoß an Luftschadstoffen pro Jahr (kg/Einwohner)						
			Kohlenmonoxid (CO)	Kohlendioxid (CO ₂)	Schwefeldioxid (SO ₂)	Stickoxide (NO _x)	Schwebstaub PM ₁₀	Benzol	Ruß
Chemnitz, krstr. Stadt	2003		k.A.*	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
	2002		32	11.915	8	16	3	0,13	0,31
	2001		36	11.661	8	17	3	0,15	0,33
	2000		38	10.831	10	17	3	0,18	0,32
	1999		44	9.137	34	17	3	0,23	0,36
	1998		52	9.293	51	19	3	0,31	0,42
	1997		66	12.177	92	25	3	0,41	0,45

* k.A. = Daten für 2003 liegen noch nicht vor.

Berücksichtigte Quellen: Industrie, Gewerbe, Verkehr, Hausbrand, Kleinverbraucher, Landwirtschaft

Die Angabe der Emission in kg/E ist für den Untersuchungszweck vermutlich ungeeignet. Besser wären absolute Zahlen oder kg/m².

Emission/Einwohner ist der sächsische Durchschnittswert, detailliertere Angaben derzeit wegen sonstiger Aufgaben nicht leistbar.

Sächsisches Landesamt für Umwelt und Geologie Dresden

Berichtsbereich VI: Umwelt											
Indikator: Luftbelastung, Immissionen, lfd. Nr. 33											
Stadt / Stadtteil	Jahr	Bevölkerung am 31. Dezember	Immissionswerte pro Jahr - Jahresmittelwerte								
			mg/m ³		Mikrogramm/m ³				Ozon	Benzol	Ruß
			Kohlenmonoxid (CO)	Schwefeldioxid (SO ₂)	Stickstoffmonoxid (NO)	Stickstoffdioxid (NO ₂)	Schwebstaub PM ₁₀				
Chemnitz-Mitte	2003		k.M.	5	15	34	32	49	2,0	k.M.**	
	2002		0,3	4	14	30	24	45	2,1	k.M.	
	2001		0,3	4	13	31	26	42	2,0	k.M.	
	2000		0,3	5	13	31	k.M.	44	2,5	k.M.	
	1999		0,4	5	12	33	k.M.	45	2,8	k.M.	
	1998		0,5	8	13	32	k.M.	44	3,2	k.M.	
	1997		0,7	19	20	32	k.M.	40	4,4	k.M.	

Berichtsbereich VI: Umwelt											
Indikator: Luftbelastung, Immissionen, lfd. Nr. 33											
Stadt / Stadtteil	Jahr	Bevölkerung am 31. Dezember	Immissionswerte pro Jahr - Jahresmittelwerte								
			mg/m ³		Mikrogramm/m ³				Ozon	Benzol	Ruß
			Kohlenmonoxid (CO)	Schwefeldioxid (SO ₂)	Stickstoffmonoxid (NO)	Stickstoffdioxid (NO ₂)	Schwebstaub PM ₁₀				
Chemnitz-Nord	2003		0,7	k.M.	32	40	28	k.M.	2,5	3,6	
	2002		0,7	4	33	38	25	40	2,8	3,5	
	2001		0,5	4	37	38	30	36	3,0	3,8	
	2000		0,5	6	43	38	30	38	3,4	4,4	
	1999		0,5	7	43	38	32	37	4,2	4,6	
	1998		0,9	10	44	43	33	38	4,9	3,8	
	1997		0,9	18	50	50	k.M.	35	5,6	k.M.	

** k.M. = keine Messung

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS:

Ausstoß bestimmter Luftschadstoffe (CO, CO₂, SO₂, NO_x, Schwebstaub PM₁₀ und andere Werte wie Ozon, Benzol und Ruß) in kg pro Einwohner und Jahr für die Jahre 1997 bis 2003,

abhängig vom Vorhandensein von Messstationen oder Messfahrzeugen und von lokalen und regionalen Besonderheiten (Gesamtbevölkerungszahl des jeweiligen Jahres am 31.12.)

Es gibt unterschiedliche Mess- und Bezugsgrößen: kg pro Einwohner, Mikrogramm pro m³

Kommentare vom Umweltamt (Amt 36)

1. Emissionen: Ozon wird nicht emittiert.

2. Immissionen: Kohlendioxid (CO₂) ist kein Schadstoff, sondern ein Treibhausgas. Kann über Tabelle Immissionen nicht ausgewiesen werden.

Quelle: Sächsisches Landesamt für Umwelt und Geologie Dresden

Allgemeine Wahlbeteiligung, Indikator für Politikinteresse und Bürgerengagement:

Wahlbeteiligung an den Kommunalwahlen bezogen auf alle Wahlberechtigten ab 18 Jahre, eventuell nach Altersgruppen (18 - < 25 Jahre, 25 - < 50 Jahre, 50 - < 65 Jahre, über 65 Jahre) und Geschlecht

Hinweis: Ergebnisse der Repräsentativen Wahlstatistik (vgl. Mikrozensus) zu den Europa-, Bundestags- und Landtagswahlen dürfen durch das Statistische Landesamt nur für den gesamten Freistaat Sachsen, nicht für einzelne Städte veröffentlicht werden. Zu den Kommunalwahlen wird entsprechend der Rechtsgrundlage keine RWS durch das Statistische Landesamt durchgeführt.

Berichtsbereich VII: Partizipation					
Indikator: Wahlbeteiligung, lfd. Nr. 34					
Stadt / Stadtteil	Jahr	Wahlberechtigte	Art der Wahl	Wähler	Wahlbeteiligung in %
Chemnitz, krsfr. Stadt	2004	208.097	Landtagswahl	125.437	60,3
	2004	208.842	Europawahl	90.789	43,5
	2004 ¹⁾	209.037	Stadtratswahl	90.713	43,4
	2002	211.051	Bundestagswahl	157.325	74,5
	2001	213.413	Oberbürgermeisterwahl	86.700	40,6
	1999	219.303	Europawahl	106.276	48,5
	1999	218.208	Stadtratswahl	105.876	48,5
	1999	217.884	Landtagswahl	132.126	60,6
	1998	208.546	Bundestagswahl	171.263	82,1
	1994	220.106	Landtagswahl	131.090	59,6
	1990	229.068	Landtagswahl	161.989	70,7

Gebietsstand: Tag der Wahl

¹⁾ vorläufiges Ergebnis

Am 03.11.04 Gespräch mit Amt 18, SG Statistik und Wahlen: Repräsentative Wahlstatistik wird für Chemnitz nicht erhoben, Angaben zu abgegebenen Stimmen nach Altersgruppen und Geschlecht in Chemnitz nicht möglich !!

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS:

Anteil der abgegebenen Stimmen an der wahlberechtigten Gesamtbevölkerung ab 18 Jahren in % für die Wahlen ab 1990: nach Geschlecht und Altersgruppen:

18 bis 24 Jahre, 25 bis unter 50 Jahre, 50 bis unter 65 Jahre, 65 Jahre und älter

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Freiwilliges Bürgerengagement / Partizipation in der Kommune, Indikator für soziales Kapital:

**Anzahl der Selbsthilfegruppen pro 100.000 EW (Selbsthilfegruppendichte),
eventuell nach Art der Selbsthilfegruppe und Anzahl der beteiligten Bürger.
Gebietsstand: 01.01. des Folgejahres**

Berichtsbereich VII: Partizipation					
Indikator: Zahl der Selbsthilfegruppen / Selbsthilfegruppendichte, lfd. Nr. 35					
Stadt / Stadtteil	Jahr	Bevölkerung am 31.12.	Zahl der Selbsthilfegruppen pro Jahr	beteiligte Bürger	Selbsthilfegruppen- dichte pro 10.000 EW
Chemnitz, krsfr. Stadt	2003	249.922	186	Datenlieferung nicht möglich	7,4
	2002	252.618	181		7,2
	2001	255.798	180		7,0
	2000	259.246	193		7,4
	1999	263.222	192		7,3
	1998	251.903	174		6,9
	1997	259.126	170		6,6

Kommentar: Beschreibung des Indikators lt. RBS:

Zahl der Selbsthilfegruppen pro 10.000 Einwohner (Selbsthilfegruppendichte) für die Jahre 1997 bis 2003
(Gesamtbevölkerung des jeweiligen Jahres am 31.12.)

Quelle: KISS (Kontakt- u. Informationsstelle für Selbsthilfegruppen), Stadtmission Chemnitz

- Redaktionelle Bearbeitung:** *Dipl.-Bibl. (FH) Birgit Kramer*, Mitarbeiterin im Sachgebiet Koordinierung Gesundheitsförderung/Gesundheitsberichterstattung, Stadt Chemnitz, Gesundheitsamt
- Autoren:** *Dr. med. Liebhard Monzer*, Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen und Radiologie, Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Chemnitz
Dipl.-Bibl. (FH) Birgit Kramer, Mitarbeiterin im Sachgebiet Koordinierung Gesundheitsförderung/Gesundheitsberichterstattung, Stadt Chemnitz, Gesundheitsamt (Pkt. 1 - 3, 7, Anlagen)
Dipl.-Wirtsch. Annerose Ouada, Sachgebietsleiterin Koordinierung Gesundheitsförderung/Gesundheitsberichterstattung, Stadt Chemnitz, Gesundheitsamt (Pkt. 4 – 6)
- Fachliche Mitarbeit:** *Helgard Morgenstern*, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Abteilungsleiterin Kinder- und Jugendgesundheitschutz, Stadt Chemnitz, Gesundheitsamt
Dipl.-Med. Angelika Gütling, Fachzahnärztin für Kinderstomatologie, Sachgebietsleiterin Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst, Stadt Chemnitz, Gesundheitsamt
Dipl.-Med. Anke Protze, Fachärztin für Hygiene, Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen, Sachgebietsleiterin Allgemeiner Infektionsschutz/ Umweltmedizin, Stadt Chemnitz, Gesundheitsamt
Dipl.-Soz. Jörg Grosche, Leiter der Suchtberatung, Stadt Chemnitz, Gesundheitsamt

Wir danken der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. für die freundliche Überlassung des Bildmaterials für die Einbandgestaltung.

Impressum:

Herausgeber: **Stadt Chemnitz, Der Oberbürgermeister**
Bürgermeisteramt/Gesundheitsamt

Ansprechpartner: Stadt Chemnitz
Gesundheitsamt
Am Rathaus 8, 09111 Chemnitz
Tel./Fax: 0371 488-5393/-5399
E-Mail: gesundheitsamt@stadt-chemnitz.de

Redaktionsschluss: 15.04.2005