



Dresden
DOKU



Stadtgesundheitsprofil 2012

WHO Gesunde Städte Projekt

Vorwort	5	5. Soziale Lage	52
1. Demographie	8	5.1 Einleitung	52
1.1 Einleitung	8	5.2 Arbeitsmarkt	52
1.2 Gesamteinwohnerzahl	8	5.2.1 Erwerbs- und Arbeitslosenzahlen	52
1.3 Durchschnittsalter und Anteil der Altersgruppen	10	5.2.2 Nettoäquivalenzeinkommen	57
1.4 Haushaltsgrößen	12	5.3 Bildung	58
1.5 Geburtenentwicklung	15	5.4 Wohnen	59
1.6 Ausländer und Ausländerinnen	17	5.5 Zusammenfassung	60
1.7 Bevölkerungsprognose	18	6. Umwelt	61
1.8 Zusammenfassung	19	7. Gesund Aufwachsen	62
2. Gesundheitszustand	20	7.1 Einleitung	62
2.1 Einleitung	20	7.2 Gesundheitsverhalten der Eltern und deren Einfluss auf die heranwachsenden Kinder und Jugendlichen	62
2.2 Subjektive Gesundheit	20	Rauchverhalten in den Familien	63
2.3 Häufigste Diagnosen	23	7.3 Gesundheit der heranwachsenden Generation	63
2.4 Transportmittelunfälle und sonstige Unfälle	25	7.3.1 Allgemeiner und subjektiver Gesundheitszustand	63
2.5 Sterblichkeit	26	7.3.2 Körperliche Gesundheit der heranwachsenden Generation	65
2.6 Menschen mit schweren Behinderungen	31	7.3.2.1 Sinnesorgane der Kinder	65
2.7 Zusammenfassung	32	Sehvermögen	65
3. Gesundheitsverhalten	33	Hörvermögen	66
3.1 Einleitung	33	7.3.2.2 Aspekte der koordinativen Fähigkeiten: Fein- und Grobmotorik	67
3.2 Rauchverhalten	34	Feinmotorik	67
3.3 Übergewicht	35	Grobmotorik	68
3.4 Vorsorgeuntersuchungen	36	7.3.2.3 Sprachentwicklung	69
3.5 Impfungen	38	7.3.2.4 Körpergewicht	70
3.6 Körperliche Aktivität	38	7.4. Gesundheitsverhalten der heranwachsenden Generation	73
3.7 Zusammenfassung	42	7.4.1 Gesundheitsvorsorge	73
4. Gesundheitsversorgung	43	7.4.2 Impfen	74
4.1 Einleitung	43	7.4.3 Zahngesundheit	75
4.2 Ambulante medizinische Versorgung	43	7.4.4 Körperliche und sportliche Aktivitäten	79
4.3 Stationäre medizinische Versorgung	45	7.5 Kinderrechte und Möglichkeiten zur Partizipation für die heranwachsende Generation	80
4.4 Zahnärzte	46	7.6 Zusammenfassung	81
4.5 Apotheken	47	7.7 Datenquellen	82
4.6 Pflege	48		
4.7 Selbsthilfe	50		
4.8 Zusammenfassung	51		

7.7.1 Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und des Jugendzahnmedizinischen Dienstes der Stadt Dresden	82
Methodik der Befunderhebung des KJÄD	84
Methodik der Befunderhebung des JZD	86
7.7.2 Kommunalen Bürgerumfrage 2010	86
7.7.3 Die Zweite Dresdner Kinderstudie	86
8. Gesundes Altern	87
8.1 Einleitung	87
8.2 Demographie	87
8.3 Lebensraum, Wohnen, Umfeld	88
8.4 Gesundheitszustand 50+	90
8.4.1 Subjektive Einschätzung	90
8.4.2 Häufigste Diagnosen	91
8.5 Häufigste Todesursachen	93
8.6 Gesundheitsverhalten 50+ und Prävention	93
8.6.1 Übergewicht und Rauchen	93
8.6.2 Körperliche Aktivität	93
8.7 Ehrenamt, Gesellschaftliche Teilhabe	94
8.8 Zusammenfassung	95
9. Leitlinien	96
Demografie	96
Gesundheitszustand	96
Gesundheitsverhalten	96
Gesundheitsversorgung	97
Soziale Lage	97
Umwelt	97
Gesund Aufwachsen	97
Gesundes Altern	97
10. Quellen- und Literaturverzeichnis	98

Vorwort



Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Dresdnerinnen und Dresdner,

mit dieser Broschüre legt die Landeshauptstadt Dresden das sechste Stadtgesundheitsprofil seit 1997 vor, welches im Rahmen des WHO-Projektes „Gesunde Städte“ erarbeitet wurde.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als ein Zustand körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Gebrechen und Krankheit (WHO, 1986). Dies impliziert, dass Gesundheit vor allem auch der Herstellung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen und Umwelt bedarf.

Seit mehr als 20 Jahren ist die Landeshauptstadt Dresden Mitglied im Europäischen Netzwerk der WHO „Healthy Cities“ sowie im Netzwerk „Gesunde Städte“ der Bundesrepublik Deutschland. Das übergreifende Ziel des WHO-Netzwerkes ist die Herstellung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit aller Bevölkerungsgruppen. Vorrangig geschieht dies als Netzwerkarbeit im WHO-Projekt durch die Berücksichtigung des Themas Gesundheit in allen politischen Bereichen sowie durch den Einbezug der Bürgerinnen und Bürger bei allen politischen Entscheidungen in der Landeshauptstadt Dresden. Die Umsetzung des internationalen Projektes erfolgt auf kommunaler Ebene in Dresden in den Schwerpunkten „Kinder- und Jugendgesundheit“, „Aktives und gesundes Altern“, „Förderung der körperlichen Aktivität“ sowie „Gesunde Stadtplanung“. Das heißt, um gesund aufzuwachsen, leben und alt zu werden in der Stadt, sind Bedingungen wie gesunde Luft, gesunder Verkehr, Parkanlagen und Grünflächen sowie soziale Netzwerke, Bildungseinrichtungen und gesunde Arbeitsmöglichkeiten notwendig. Besonderes Augenmerk im WHO-Projekt „Gesunde Städte“ in Dresden liegt auf der Bevölkerungsgruppe der über 50-Jährigen. Seit über 15 Jahren bearbeitet das WHO-Projekt Themen zum aktiven und gesunden Altern. Aus dem zuletzt vorgelegten Stadtgesundheitsprofil, welches sich ausschließlich dieser Bevölkerungsgruppe widmete, wurde ein Aktionsprogramm „Gesundes und aktives Altern“ erarbeitet. Dieses vom Stadtrat beschlossene Programm wurde derzeit einer Zwischenevaluation unterzogen. Erste Ergebnisse zeigen eine kontinuierliche Umsetzung der entwickelten Maßnahmen sowie eine stetige Fortsetzung an der Arbeit bezüglich der festgelegten Ziele.

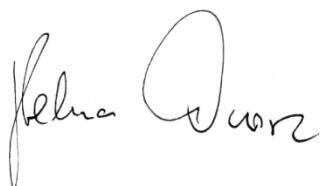
Dieser Schwerpunkt „Gesundes und aktives Altern“ wird vor allem im Hinblick auf die anhaltende demografische Veränderung, das heißt, die Zunahme des Anteils älterer Bürgerinnen und Bürger in den Kommunen weiterhin zentrales Thema in Dresden sein. Neben dem steigenden Anteil älterer Menschen, stellt die hohe Geburtenanzahl in Dresden eine besondere Herausforderung und Chance dar. Gerade die kleinen Dresdnerinnen und Dresdner stehen dabei im Blickpunkt des politischen Handelns in WHO-Projekt „Gesunde Städte“. Hier sind Bedingungen zu schaffen und umzusetzen, die ein gesundes Aufwachsen aller Kinder ermöglichen. Dabei stehen niedrigschwellige Angebote gerade für Kinder aus Familien mit schwierigen Lebenslagen im Vordergrund.

Zentrale Aufgabe im WHO-Projekt ist infolge der anstehenden Veränderungen die Entwicklung neuer Strategien und Konzepte, um gesundheitliche Chancengerechtigkeit herstellen zu können.

Die vorliegende Broschüre verschafft einen Überblick über den aktuellen Gesundheitszustand und -verhalten in allen Altersgruppen sowie gesundheitsbezogene Einflussfaktoren wie Gesundheitsversorgung, soziale Lage, Umwelt in Dresden. Neben der Darstellung aktuell vorliegender Daten wurden Leitlinien zur weiteren Bearbeitung von Handlungsfeldern entwickelt. Das Stadtgesundheitsprofil einschließlich der herausgearbeiteten Leitlinien stellen die Grundlage für die im folgenden Jahr stattfindende Gesundheitskonferenz dar. Ergebnis der Gesundheitskonferenz werden konkrete Handlungsfelder und Ziele mit abgeleiteten Maßnahmen sein.

Allen, die an der Erarbeitung dieses Stadtgesundheitsprofils einen Anteil haben, gilt mein besonderer Dank. Insbesondere danke ich der Kommunalen Statistikstelle, dem Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen, der Agentur für Arbeit, dem Sächsischen Sozialministerium sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, dem Kreissportbund, der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen Dresden sowie dem Sozialamt für die Bereitstellung von Daten.

Ich wünsche Ihnen eine interessante und informative Lektüre. Sollten Sie Anregungen zum Stadtgesundheitsprofil haben, dann wenden Sie sich bitte an das WHO-Projekt „Gesunde Städte“.



Helma Orosz
Oberbürgermeisterin
der Landeshauptstadt Dresden

1. Demographie

1.1 Einleitung

Demographische Daten erlauben Aussagen zur Größe und Struktur (Alter, Geschlecht, Nationalität etc.) menschlicher Bevölkerungen und geben Aufschluss über ihre Veränderungen. Abweichungen in der Bevölkerungsgröße und -struktur entstehen durch Veränderungen des Geburtsverhaltens, der Mortalitätszahlen (Sterblichkeit) sowie den Zu- bzw. Abwanderungen. Die Lebenserwartung hat sich in Deutschland seit dem 20. Jahrhundert verlängert. Das heißt, dass Menschen in Deutschland stetig älter werden (Statistisches Bundesamt, 2011a, PM 343). Seit mehreren Jahrzehnten werden weniger Kinder geboren, als zur Erhaltung notwendig sind, die notwendige Fertilitätsrate von 2,1 Kindern pro Frau wird nicht erreicht. Während die Fertilitätsrate in den 1960er Jahren in Deutschland bei ca. 2,5 Kindern pro Frau lag (Münz, R. 2007), ist diese mit 1,39 Kindern pro Frau derzeit wesentlich niedriger (Statistisches Bundesamt, 2011b, PM 301). Allerdings bestehen hier auch Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern. Mit 1,46 Kindern pro Frau liegt die Fertilitätsrate in den neuen Bundesländern höher als in den alten Bundesländern. Seit Anfang der 1970er Jahre liegt die jährliche Zahl der Geburten in Deutschland unter der jährlichen Zahl der Sterbefälle.

Aufgrund dessen, dass die Menschen immer älter werden bei zugleich zurückgehender bzw. auf niedrigem Niveau bestehender Geburtenrate, wird der demographische Wandel in Deutschland fortgeführt. Während 1950 6,7 Millionen Menschen mit einem Alter von über 65 Jahren auf dem Gebiet der heutigen Bundesrepublik lebten, waren dies 2009 bereits 16,9 Millionen Menschen (Statistisches Bundesamt, 2011c). Das Statistische Bundesamt rechnet für 2060 mit 22,8 Millionen Menschen in diesem Alter (Statistisches Bundesamt, 2011c). Da sich Krankheiten im Alter häufen und damit Gesundheitsleistungen stärker in Anspruch genommen werden, führt dies auch zu einer Steigerung der Kosten im Gesundheitswesen. Daher sind Investitionen in Prävention und Maßnahmen der Gesundheitsförderung unbedingt erforderlich. Im Sinne einer primordialen Prävention und Primärprävention sollten daher die Maßnahmen nicht nur auf eine ältere Bevölkerung ausgerichtet sein, sondern bereits in frühen Jahren ansetzen, so dass gesundes und aktives Altern gewährleistet werden kann.

1.2 Gesamteinwohnerzahl

Die Gesamteinwohnerzahl umfasst die wohnberechtigte Bevölkerung, d.h. die zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Kommune gemeldeten Personen mit Haupt- und Nebenwohnsitz. Bevölkerungsbestandsänderungen können über die Jahre gemessen und nach Alter und Geschlecht dargestellt werden. In die Berechnung fließen die Anzahl der Geburten, die Anzahl der Sterbefälle sowie die Zahl der zu- bzw. abgewanderten Personen ein. Stichtag für die Gesamtbevölkerung ist jeweils der 31. Dezember des betreffenden Jahres. Am 31. Dezember 2010 hatte Dresden laut Melderegister insgesamt 517 168 Einwohnerinnen und Einwohner (nur Personen mit Hauptwohnsitz in Dresden), davon sind etwas weniger als die Hälfte Männer (254 469 Männer, 265 262 Frauen) (Kommunale Statistikstelle, 2011a). Die Grenze zur halben Million hatte Dresden im Jahr 2006 zum ersten Mal seit der politischen Wende wieder überschritten. Betrachtet man den Zeitraum seit 1999, kann Dresden auf einen stetigen Bevölkerungszuwachs zurückblicken und als wachsende Stadt bezeichnet werden. Der Zuwachs nach den letzten Eingemeindungen 1999 ist sowohl einem positiven Wanderungssaldo als auch steigenden Geburtenraten zu verdanken. Die 2006 eingeführte Zweitwohnungssteuer wirkt darüber hinaus.

Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung nach Lebensalter

Quelle: kommunale Statistikstelle

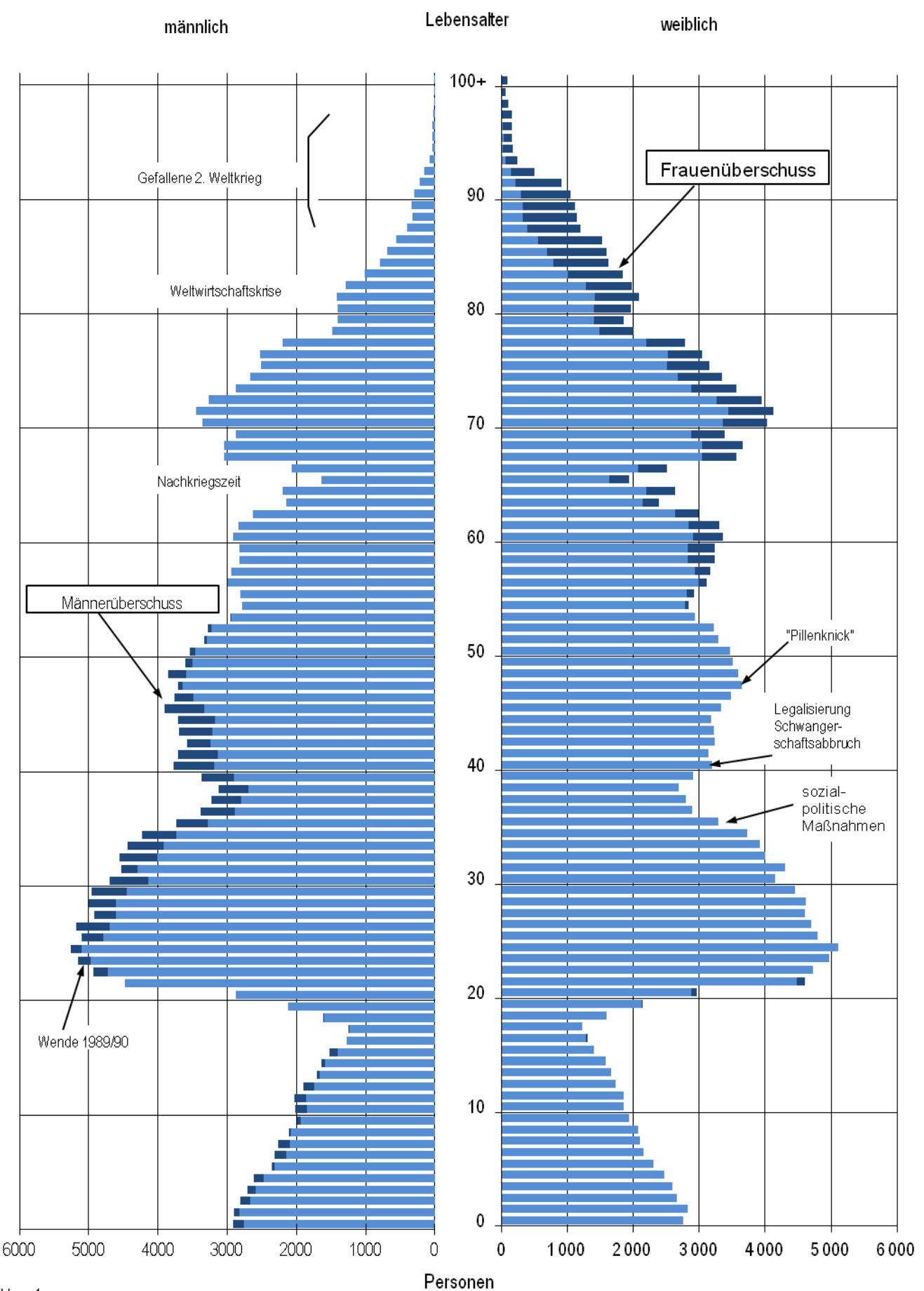


Abbildung 1

Wie die Abbildung 2 zeigt, leben die meisten Dresdnerinnen und Dresdner im Stadtraum des Ortsamtes Blasewitz (82 258 Einwohner und Einwohnerinnen), die wenigsten im Stadtraum des Ortsamtes Klotzsche/nördliche Ortschaften (30 137 Einwohner; Kommunale Statistikstelle, 2011a).

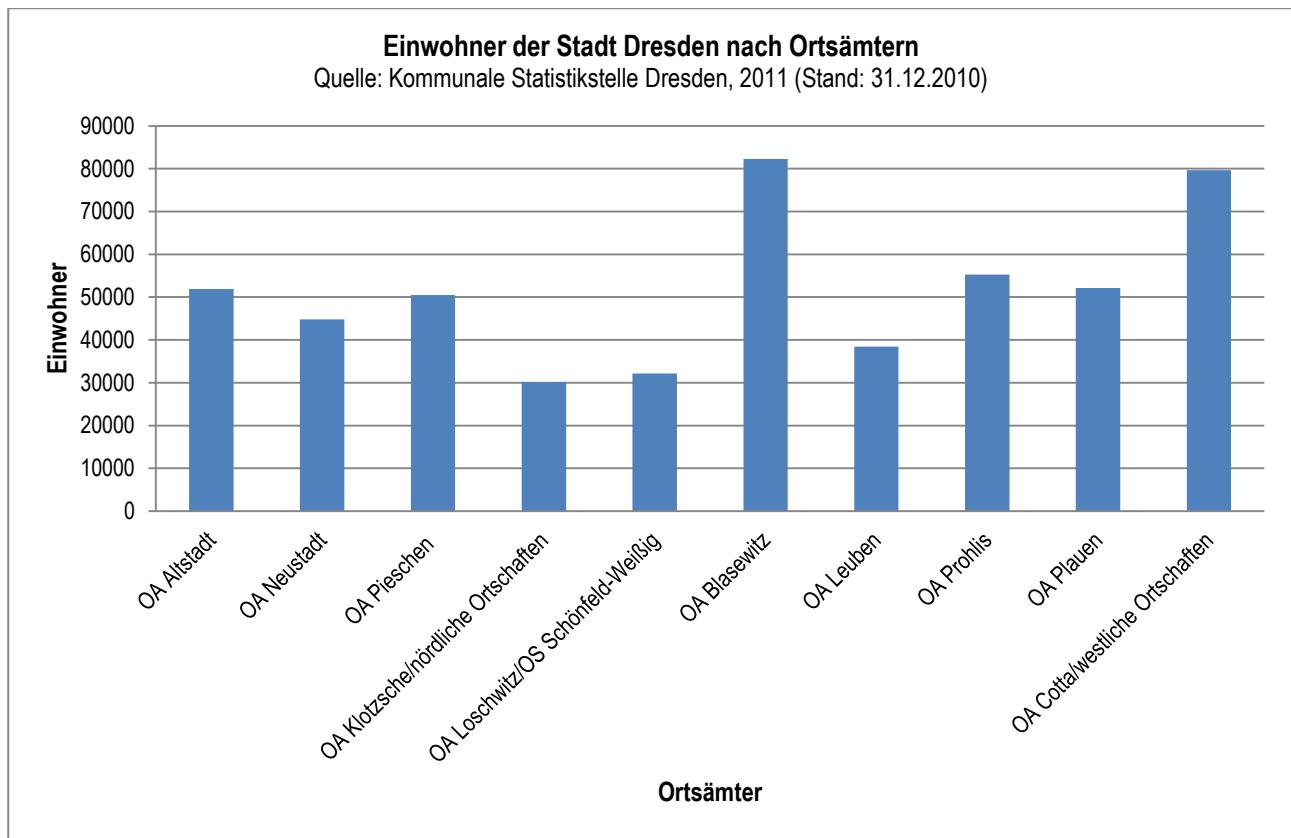


Abbildung 2

1.3 Durchschnittsalter und Anteil der Altersgruppen

Die Darstellung des Anteils verschiedener Altersgruppen in einer Kommune ist ein wichtiges Instrument für die differenzierte Betrachtung der Entwicklung der Gesamtbevölkerung und somit von zentraler Bedeutung für die Planung der kommunalen infrastrukturellen Ausstattung. Die Entwicklung der Trends bei der Anzahl der Vorschulkinder und Schulkinder, die Veränderungen der Anzahl junger Menschen im ausbildungsfähigen Alter und die Zu- oder Abnahme von Menschen im erwerbsfähigen Alter sowie im Rentenalter bilden die Grundlage für kommunale Planungen im Bildungs-, Wohnungs-, und Gesundheitsbereich, im Kultur- und Wirtschaftssektor sowie auch für die sozialen Sicherungssysteme.

Der demographische Wandel ist auch in Dresden zum Tragen gekommen. So gehört die Bevölkerungsgruppe der über 50-Jährigen und älter mit einem Anteil von etwa 37 Prozent an der Gesamtbevölkerung zu einer der am stärksten vertretenen Gruppen (Kommunale Statistikstelle, 2011b [Stand: 31.12.2010]; Abbildung 3). Das Durchschnittsalter in Dresden liegt derzeit etwas über 43 Jahre. Es hat sich seit 2000 kontinuierlich erhöht, bleibt allerdings aufgrund der positiv wachsenden Geburtenzahlen seit 2005 bei 43,1 Jahren (Kommunale Statistikstelle, 2011c) konstant.

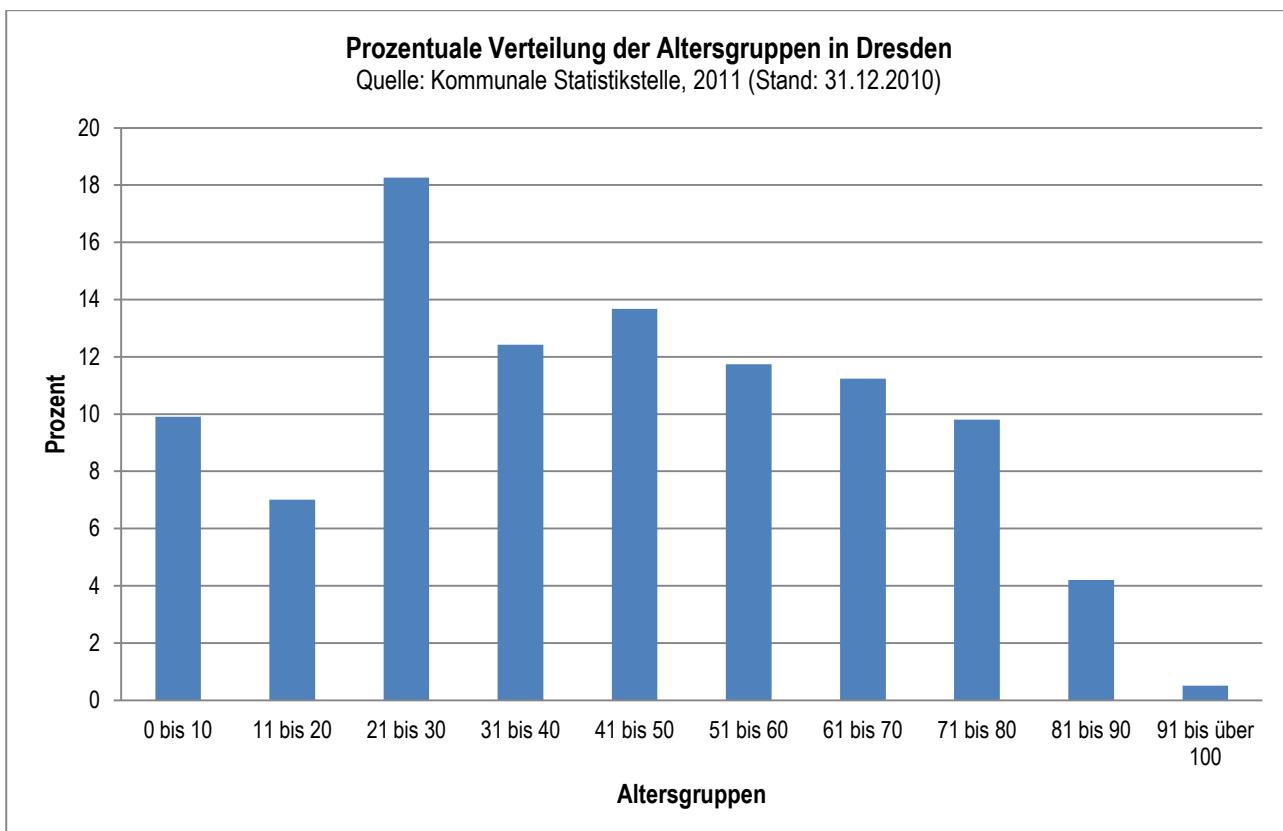


Abbildung 3

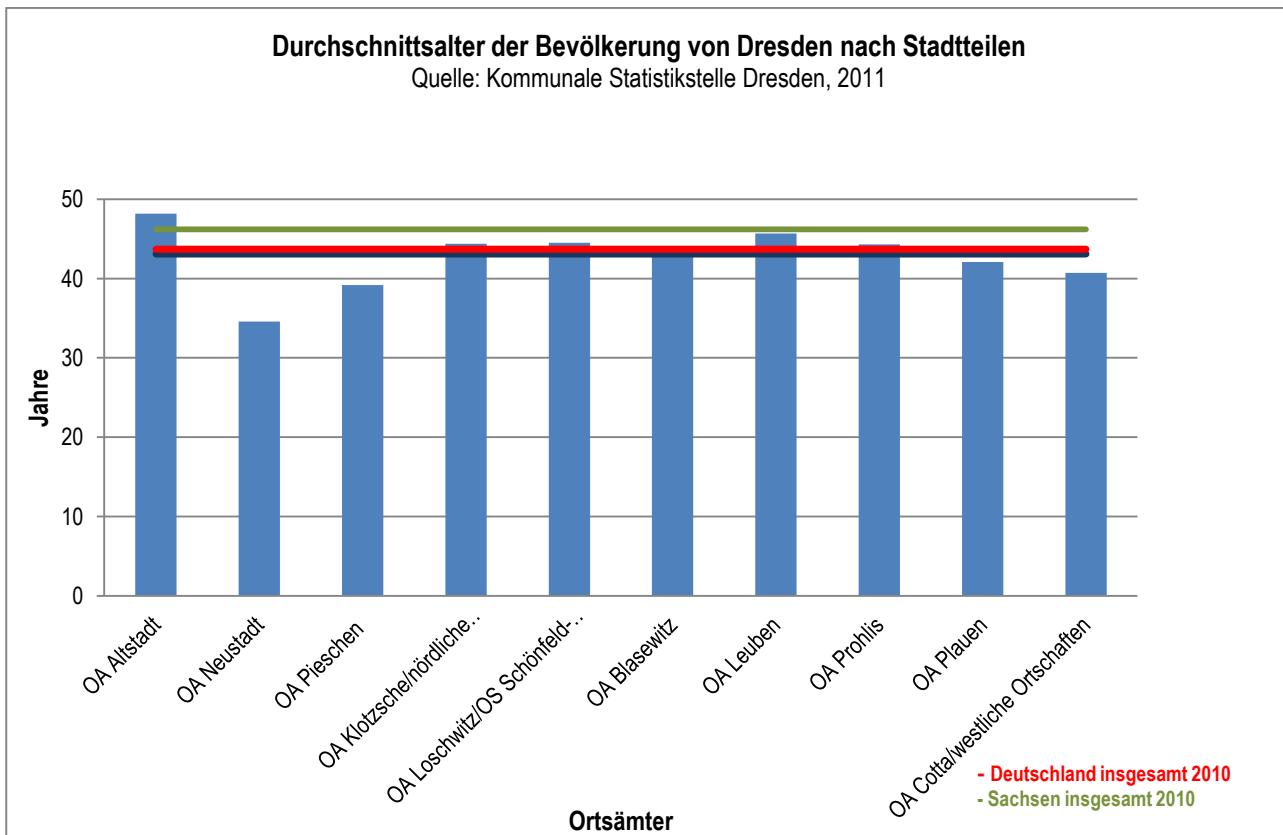


Abbildung 4

Die Ortsämter mit dem höchsten Durchschnittsalter sind Altstadt (48,2 Jahre) und Leuben (45,7 Jahre). Das geringste Durchschnittsalter wird in Dresden für das Ortsamt Neustadt (34,6 Jahre) und Pieschen (39,42 Jahre) angegeben. Damit unterscheiden sich die Dresdner Ortsämter erheblich in ihrer altersstrukturellen Zusammensetzung (Kommunale Statistikstelle, 2011a; Abbildung 4).

Die durchschnittliche oder mittlere Lebenserwartung ist die Zahl der Jahre, die ein neugeborenes Kind unter Annahme der gegenwärtigen Sterblichkeitsverhältnisse im Schnitt leben würde. Die Lebenserwartung ist eine Art Momentaufnahme, die in komprimierter Form die jeweils aktuellen Sterblichkeitsraten widerspiegelt. Sie ist abhängig von genetischen Faktoren eines Menschen; diese wird beeinflusst von den Rahmenbedingungen, unter denen man aufwächst und lebt. Dazu zählen die soziale Lage, das individuelle Gesundheitsverhalten sowie der Zugang zu medizinischer Versorgung. Wie bereits eingangs beschrieben, hat sich die Lebenserwartung in Deutschland stetig erhöht.

In Sachsen wird eine heute 70-jährige Frau statistisch gesehen noch 16,5 Jahre und ein Mann noch 13,69 Jahre leben (Statistisches Landesamt, 2011a). Daten des Statistischen Landesamtes Sachsen zufolge, beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt im Durchschnitt der Jahre 2008 bis 2010 für Jungen 77,4 Jahre und für Mädchen 83,3 Jahre (Statistisches Landesamt, 2011b; Abbildung 5). In den alten Ländern liegt sie insgesamt etwas höher als in den neuen. Gegenwärtig beträgt der Abstand zwischen alten und neuen Ländern (ohne Berlin) für neugeborene Jungen 1,3 Jahre, für neugeborene Mädchen 0,3 Jahre (Statistisches Bundesamt, 2011c). Die Erhöhung der mittleren Lebenserwartung ist auf eine verminderte Alterssterblichkeit sowie verringerte Säuglingssterblichkeit zurückzuführen.

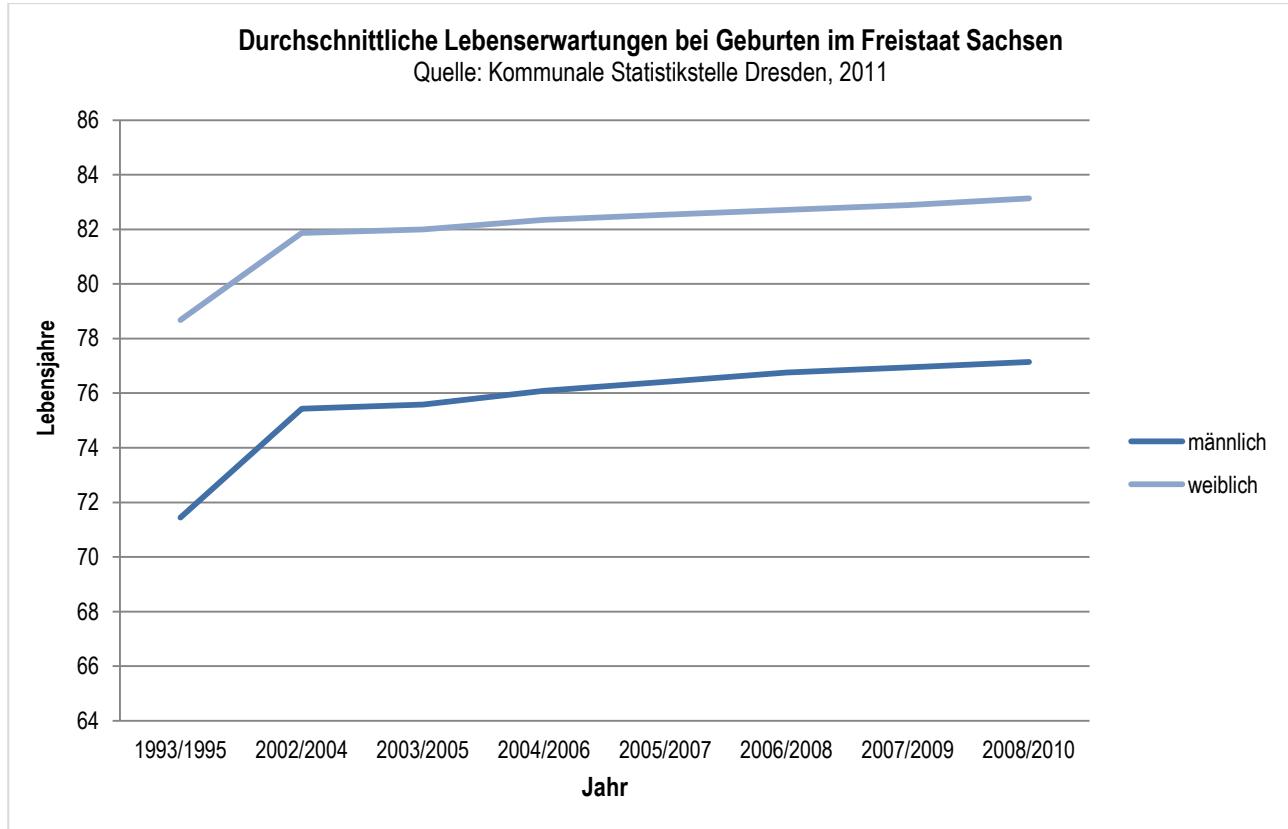


Abbildung 5

1.4 Haushaltsgrößen

Die Haushaltsgröße gibt Auskunft über die Anzahl gemeldeter Personen pro Haushalt mit Haupt- und Nebenwohnsitz in Dresden, meist zum Stichtag 31. Dezember des jeweiligen Jahres. Die Haushaltsgröße stellt die Zusammensetzung der Haushalte in einer Kommune dar und kann Entwicklungstrends aufzeigen. Seit mehreren Jahrzehnten lässt sich bundesweit ein Trend der Individualisierung und gesellschaftlichen Heterogenisierung beobachten. Dieser Prozess hat Auswirkungen auf alle gesellschaftlichen Bereiche und verändert das Zusammenleben von Menschen generationenübergreifend und nachhaltig.

Mit den Daten zur Haushaltsgröße können wichtige Aussagen zu speziellen Bedarfslagen der Wohnungsversorgung getroffen werden. Die Haushaltsgröße wirkt auch nachhaltig auf die soziale und kommunale Infrastruktur der Stadt, z. B. auf die Bildungssituation oder die Nachfrage häuslicher Pflegeleistungen. Der Entwicklung der Anzahl von Haushalten mit Kindern sowie von alten und jungen Singlehaushalten sollte besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Die Anzahl der Gesamthaushalte in Dresden ist steigend. Während im Jahr 2004 256 485 Haushalte gezählt werden konnten, waren es 2010 bereits 281 812. Die durchschnittliche Haushaltsgröße ist im selben Zeitraum von 1,91 auf 1,81 gesunken (Kommunale Statistikstelle, 2011d; Abbildung 6). Die Anzahl der Einpersonenhaushalte nimmt in Dresden weiter zu, sie nehmen stadtweit einen Anteil von fast 50 Prozent ein. In manchen Ortsämtern beträgt ihr Anteil deutlich mehr als die Hälfte aller Haushalte. Drei- und Mehrpersonenhaushalte sind seit dem Jahr 2004 weiter zurückgegangen bzw. auf niedrigem Niveau geblieben (Kommunale Statistikstelle,

le, 2011d; Abbildung 6). Haushalte mit fünf und mehr Personen machen in Dresden weniger als zwei Prozent der Gesamthaushalte aus, auch Drei- und Vierpersonenhaushalte erreichen zusammen nur weniger als 20 Prozent der Gesamthaushalte.

Betrachtet man die alters- und geschlechtsspezifische Verteilung der Einpersonenhaushalte, so kann festgestellt werden, dass der Geschlechteranteil in der Altersgruppe 18-24 Jahre etwa gleich verteilt ist. In der Altersgruppe der 25-44 Jährigen leben mehr Männer in Einpersonenhaushalten. Ab dem 65. Lebensjahr kehrt sich dies um, da sind eher Frauen alleinlebend. Personen zwischen 60 und 64 Jahren leben seltener allein, wobei eine Geschlechtsgleichverteilung gegeben ist.

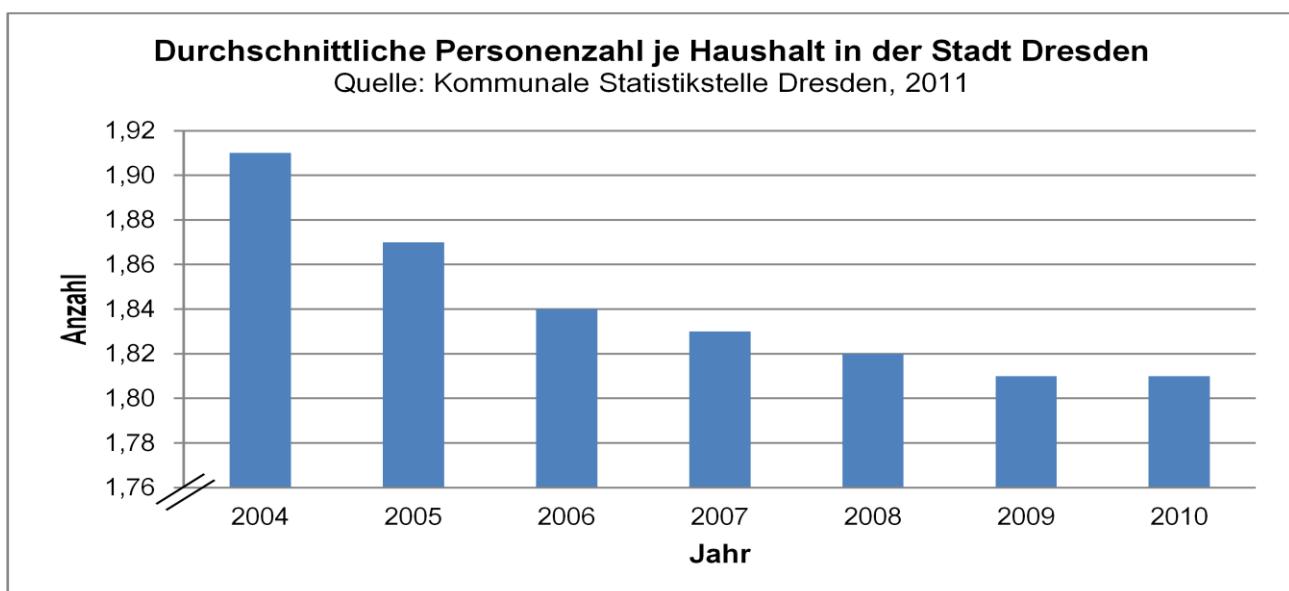


Abbildung 6

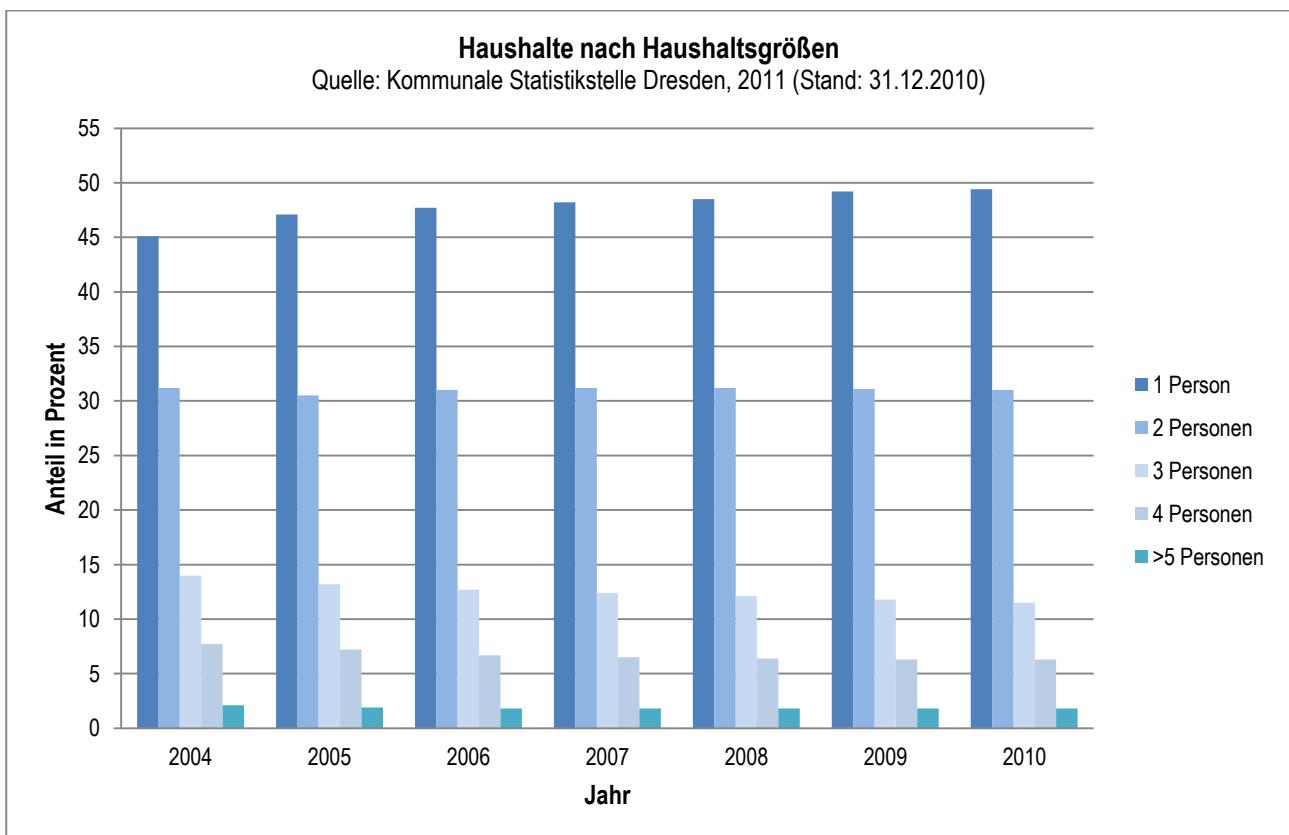


Abbildung 7

Ein Vergleich der Ortsämter und Ortschaften verdeutlicht, dass diejenigen Ortsämter/Ortschaften, die weiter vom Zentrum entfernt liegen die bevorzugteren Familiennahmehorte mit Mehrpersonenhaushalten sind. Einpersonenhaushalte sind vornehmlich im stadtinternen Vergleich in der Neustadt, Altstadt und in Pieschen zu finden (Tabelle 1).

Tabelle 1: Verteilung der Haushaltsgrößen in den Ortsämmern einschließlich Ortsämmter Dresdens

Ortsamt	gesamt	1-Personen- haushalte	2-Personen- haushalte	3-Personen- haushalte	4-Personen- haushalte	5plus- Personen- haushalte
OA Altstadt	10,9	58,3	30,5	7,2	3,0	1,1
OA Neustadt	9,6	63,2	20,6	9,2	5,4	1,6
OA Pieschen	10,0	52,3	27,9	11,7	6,3	1,8
OA Klotzsche/ nördliche Ortschaften	5,0	35,3	34,3	16,6	10,1	3,3
OA Loschwitz/ OS Schöpfeld- Weißig	5,3	34,9	35,3	15,8	10,5	3,5
OA Blasewitz	16,0	47,6	33,0	11,3	6,5	1,6
OA Leuben	7,3	44,6	35,4	11,8	6,4	1,8
OA Prohlis	10,3	44,7	34,2	12,3	6,9	1,8
OA Plauen	9,8	49,2	32,1	11,3	5,8	1,6
OA Cotta/ westliche Ortschaften	15,7	49,9	29,9	12,5	6,1	1,6
Dresden gesamt	100,0	49,4	30,9	11,5	6,3	1,8

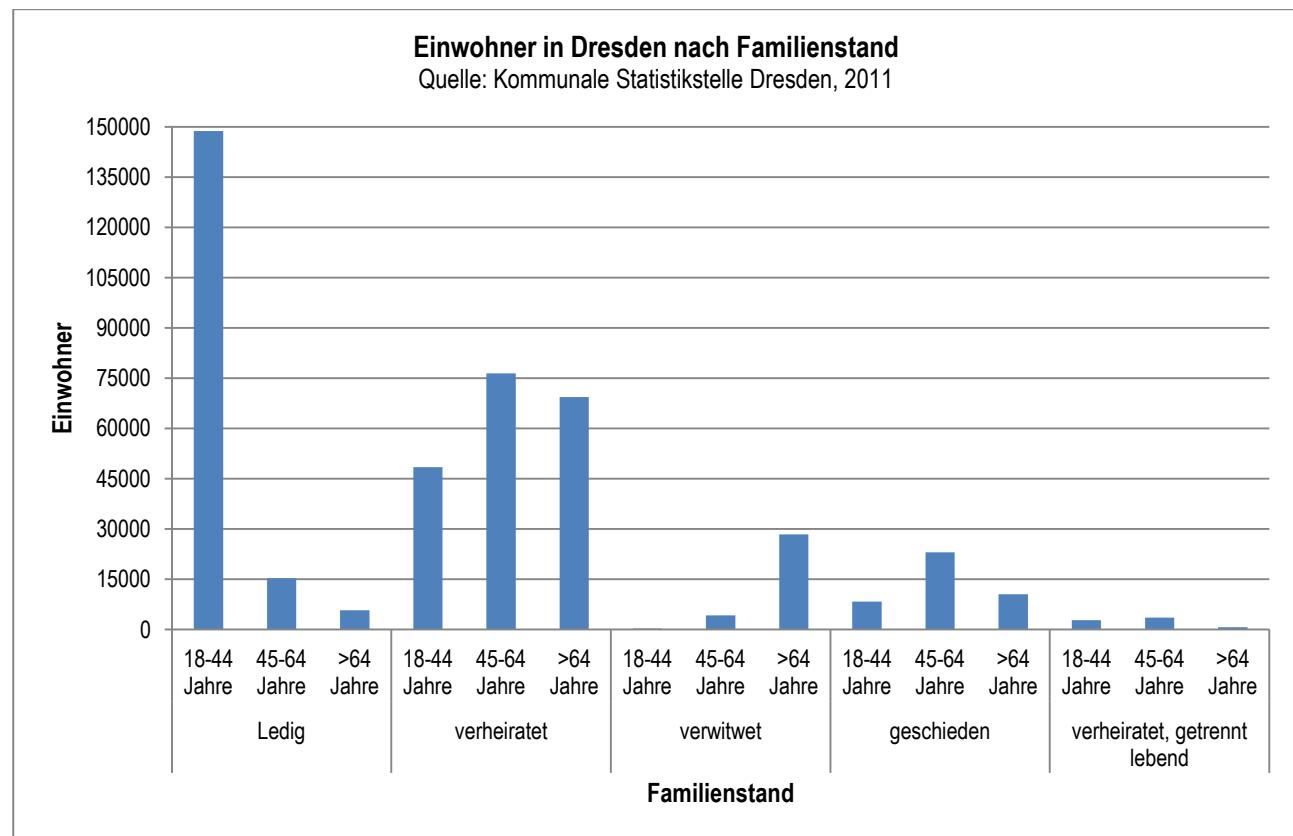


Abbildung 8

Die große Zahl der Einpersonenhaushalte deckt sich mit der Verteilung der Personen nach dem Familienstand. Der hohe Anteil lediger Personen in der Altersgruppe der 18-44 Jährigen untermauert nochmals o. g. Sachlage. Bei den 65-Jährigen und älter ist der Anteil der Ledigen sehr klein. Verheiratete und mit zunehmendem Alter auch verwitwete Personen machen hier den größten Anteil aus (Kommunale Statistikstelle, 2011e; Abbildung 8). Im Zeitverlauf von 1992 bis 2010 betrachtet, hat sich der prozentuale Anteil der verheirateten Personen von ca. 60 Prozent (1992) auf ca. 45 Prozent (2010) zu Gunsten des prozentualen Anteils der ledigen Bevölkerung von ca. 20 Prozent im Jahr 1992 auf ca. 37 Prozent in 2010 verschoben (Kommunale Statistikstelle, 2011e).

1.5 Geburtenentwicklung

Die Analyse von Veränderungen in der Alterszusammensetzung der Bevölkerung bildet eine statistische Grundlage für die kommunale Stadtentwicklungs politik. Die steigende Zahl der in Dresden geborenen Kinder ist eine bundesweit bemerkenswerte Entwicklung und wichtiger Ausgangspunkt für die Kinder-, Jugend- und Familienpolitik der kommenden Jahre. Bereits zum zweiten Mal in Folge ist die Landeshauptstadt Dresden zur Geburtenhauptstadt in Deutschland erklärt worden.

Während bundesweit Lebensformen mit Kindern immer seltener werden, bestand 2006 in Dresden erstmals seit mehr als 15 Jahren wieder ein ausgeglichener Saldo der natürlichen Bevölkerungsentwicklung. Das heißt, die Zahl der Geburten entsprach der Zahl der Sterbefälle. Seit Anfang der 1980er Jahre war die Zahl der Geburten zurückgegangen. Erst Mitte der 1990er Jahre stieg sie wieder an. In den letzten Jahren hat die Zahl der Geburten stetig zugenommen (Kommunale Statistikstelle, 2011f; Abbildung 9).

Im Jahr 2010 wurden in Dresden mehr als 5 800 Kinder geboren. Das heißt, 1,54 Kinder pro Frau geboren. Das ist ein Anstieg im Vergleich zum Jahr 2003 mit einer Fertilitätsziffer von 1,33 geborenen Kindern pro Frau. Der Geburtenüberschuss von über 900 war 2010 so hoch wie seit Jahren nicht mehr (außer 1943) (Statistisches Landesamt, 2011b, Abbildung 9).

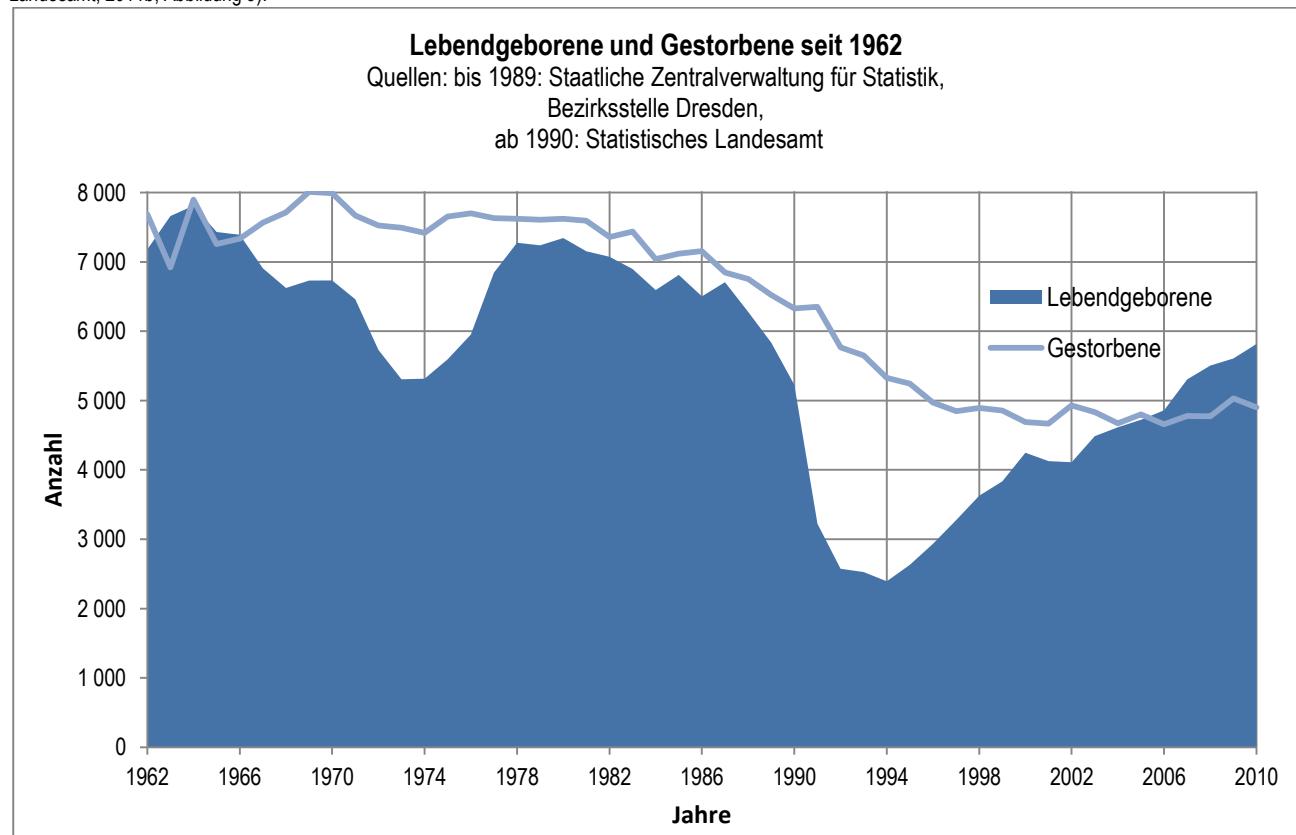


Abbildung 9

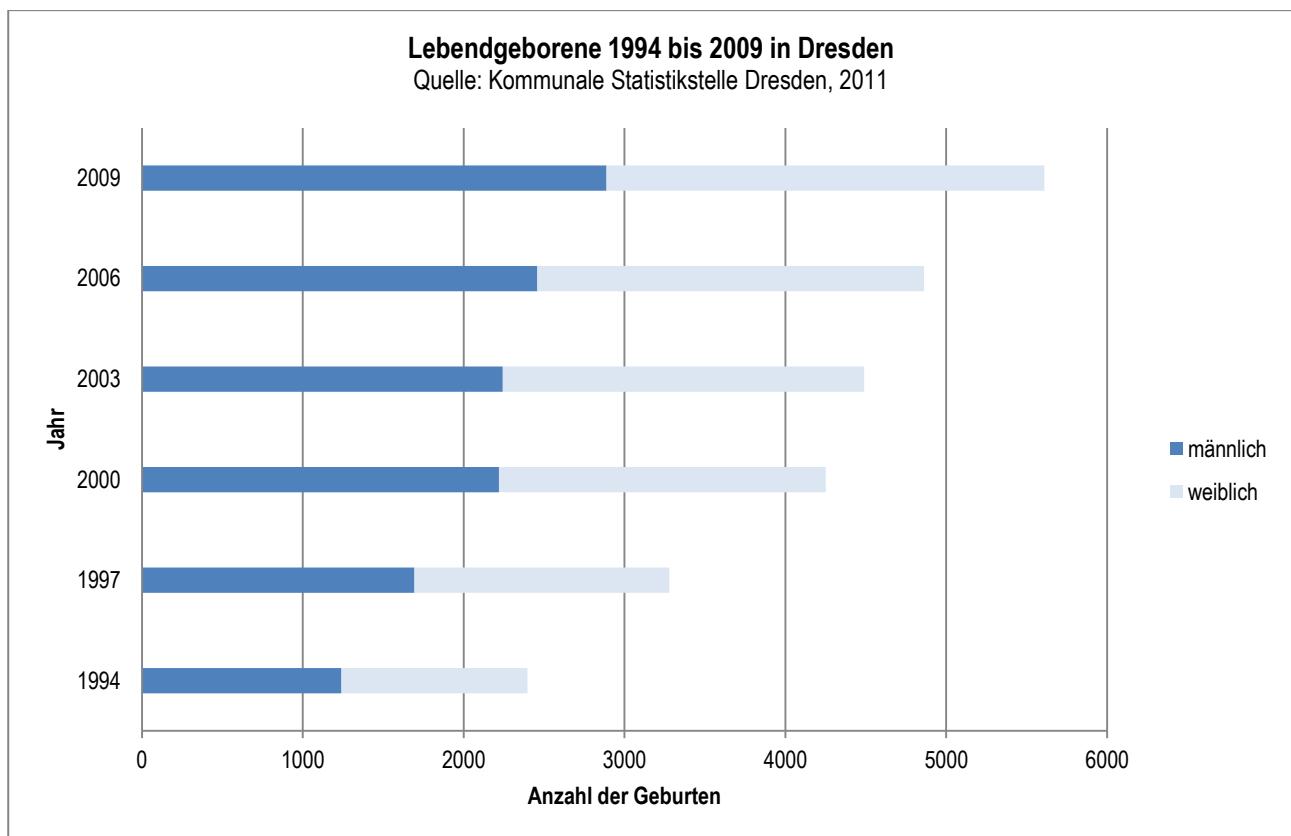


Abbildung 10

Das Durchschnittsalter der Dresdner Mütter stieg dabei seit 1990 kontinuierlich an. Mittlerweile liegt es bei fast 31 Jahren (Kommunale Statistikstelle, 2011f; Abbildung 11). Den entscheidenden Einschnitt brachte hier die politische Wende, seit der sich das Durchschnittsalter der ostdeutschen Mütter dem Niveau in den westlichen Bundesländern nach und nach anpasste.

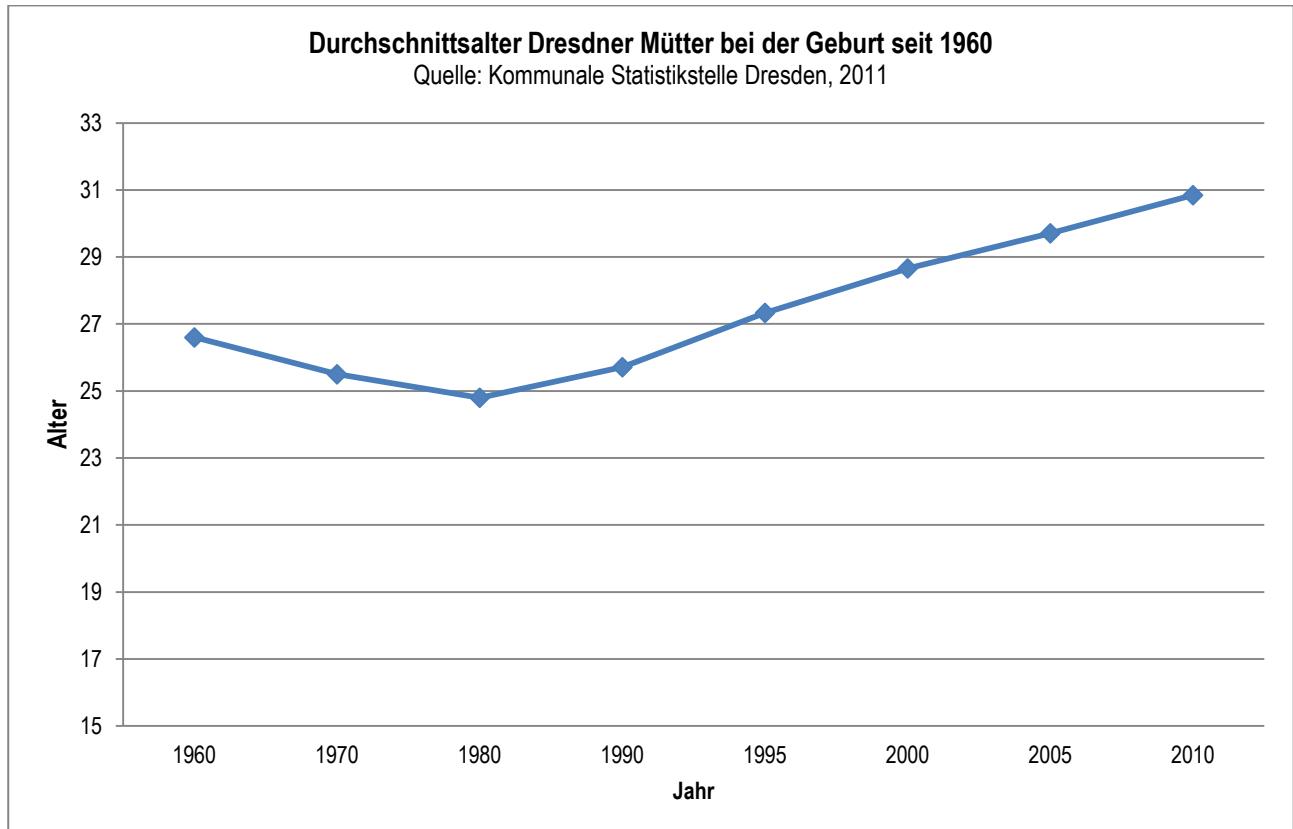


Abbildung 11

Die rückläufige Anzahl der Mütter unter 30 Jahren ist aber seit einiger Zeit gestoppt und wird wohl in Zukunft auf dem jetzigen Niveau bleiben. Der Anstieg bei den 30- bis 34-Jährigen hat sich demgegenüber deutlich verlangsamt. Offen ist die Entwicklung bei den noch älteren Müttern.

In der Kommunalen Bürgerumfrage 2007 wurde danach gefragt, wie viele Kinder sich die Befragten (noch) wünschen. Bei den 20- bis 35-Jährigen besteht der Wunsch von durchschnittlich zwei Kindern (Kommunale Bürgerumfrage, 2008). Dies entspricht fast der notwendigen Zahl für eine ausgewogene Bevölkerungsentwicklung. Zwischen Frauen und Männern gibt es dabei kaum Unterschiede. Mit dem Kinderwunsch in Europa befasste sich die von der Europäischen Kommission geförderten „Population Policy Acceptance Study“ (PPAS), deren Ergebnisse auf Befragungen aus den Jahren 1999 und 2003 beruhen (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2005). Für Deutschland wurden dort gewünschte Kinderzahlen von 1,75 Kindern bei Frauen und 1,6 Kindern bei Männern ermittelt. Im Vergleich der dort aufgeführten Länder, ist der Kinderwunsch in Deutschland am geringsten. Im Durchschnitt ist in Europa eine Tendenz zur Zwei-Kind-Familie gegeben, was sich auch in dem Wert der Landeshauptstadt widerspiegelt. Von den 14 untersuchten europäischen Ländern war der Kinderwunsch nur in vier Ländern (darunter Deutschland) geringer als 2,0 Kinder pro Familie (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2005).

1.6 Ausländer und Ausländerinnen

Die Zuwanderung von ausländischen Mitbürgern und Mitbürgerinnen wird durch den prozentualen Anteil an der Gesamtbevölkerung der Kommune (Personen mit Hauptwohnsitz) angegeben. Stichtag ist der 31. Dezember eines Jahres. Die Rückführung deutscher Bevölkerungsgruppen aus der ehemaligen Sowjetunion und anderer Staaten fällt nicht unter diese Form der Zuwanderung. Die Zahl und Zusammensetzung der Gruppe der Ausländer gibt wichtige Hinweise für eine integrationsunterstützende Politik, zum Beispiel in der Entwicklung des Wohnungsbaus, der sozialen Einrichtungen, der Bildungs- und Kulturinstitutionen, aber auch der kommunalen Ökonomie.

Der Ausländeranteil in Dresden betrug im Jahr 2010, bei einer Gesamtzahl von 20 982 Ausländern und Ausländerinnen, 4,06 Prozent. Dieser Anteil hat sich damit zwischen 1990 (ca. 1,7 Prozent) und 2010 verdoppelt.

Die meisten Ausländerinnen und Ausländer leben in der Südvorstadt, was in der Nähe zur Technischen Universität Dresden und dem Anteil an ausländischen Studenten begründet ist. In den Stadtteilen Äußere und Innere Neustadt, Johannstadt, Südvorstadt-Ost und -West und im gesamten Ortsamtsbereich Altstadt lebten im Dezember 2010 mit jeweils sechs Prozent und mehr die meisten Ausländer und Ausländerinnen in der Stadt Dresden. Die wenigsten ausländischen Einwohner und Einwohnerinnen finden sich in Briesnitz, den westlichen Ortschaften, Niedersedlitz, Lockwitz, Weixdorf, Hellerau, Laubegast und Kleinzsachowitz (Kommunale Statistikstelle, 2011g). Obwohl der Anteil der Ausländer in Dresden vor allem im Vergleich zu westdeutschen Großstädten eher gering ist, treten im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung und Prävention einige Besonderheiten auf, die eine Kommune nicht vernachlässigen darf. Dies sind unter anderem kulturelle Hintergründe, soziale Lagen, Sprachbarrieren, Risikoverhalten und migrationsspezifische Gesundheitsbelastungen.

1.7 Bevölkerungsprognose

Die Landeshauptstadt Dresden erstellt seit einigen Jahren Bevölkerungsprognosen, die jährlich aktualisiert werden. Diese dienen vor allem als Grundlage für die Planung zur Kindertagesbetreuung, Schulentwicklungsplanung und das Integrierte Stadtentwicklungskonzept. Die Prognoseannahmen werden in einer ämterübergreifenden Arbeitsgruppe abgestimmt. Innerstädtische Entwicklungen werden dabei berücksichtigt und bewertet.

Sollten sich die Tendenzen der vergangenen Jahre (13 bis 14 Kinder auf zehn Frauen, steigende Lebenserwartung, zurückgehende Stadt-Umland-Flucht, Zuzugsüberschuss aus den neuen Bundesländern und dem Ausland, Wanderungsdefizit gegenüber den alten Bundesländern) verfestigen, so ist bis 2015 mit einer geringfügig steigenden Bevölkerungszahl zu rechnen. Die Geburtenrate, die im Jahr 2009 1,5 betrug, wird bis 2019 auf bis zu 1,7 steigen und danach voraussichtlich konstant bleiben. Hinsichtlich der Sterblichkeit wird bis 2025 ein weiterer Anstieg der Lebenserwartung bei Frauen auf 86,3 Jahre und bei Männern auf 81,7 Jahre angenommen. Für den Prognosezeitraum wird von einer stetigen Abnahme der Zuzüge wegen des Rückgangs der besonders mobilen Altersgruppe, der 18- bis 30-Jährigen, in den neuen Bundesländern („Hauptzuzugsquelle“) ausgegangen. Die Wegzüge werden anfangs noch konstant bleiben, dann aber ebenfalls abnehmen (Kommunale Statistikstelle, 2011h). Mit diesen Annahmen wächst die Dresdner Bevölkerung bis zum Jahr 2025 auf etwa 550 000 Einwohner an. Bei Untersuchungen ist deutlich geworden, dass auch der Anteil der 0- bis 6-Jährigen in den kommenden Jahren merklich höher ausfallen wird.

In Dresden werden im Jahr 2012 17 000 Kinder unter 3 Jahren erwartet. Bei den 3- bis 6-Jährigen werden es im selben Jahr voraussichtlich 19 000 Kinder sein (Kommunale Statistikstelle, 2011h). Gleichzeitig wird auch in Dresden, der Anteil der Älteren zunehmen: Die Zahl der Dresdnerinnen und Dresdner im Rentenalter steigt bis 2025 um über 20 000 auf dann 130 000. Das Durchschnittsalter steigt um 1,5 Jahre. Stark zurückgehen wird bis 2025 die Zahl der jungen Erwachsenen, die geburtenschwachen 1990er Jahre haben dann diese Altersgruppe erreicht. Besonders positiv ist die Bevölkerungsentwicklung für die Stadträume Kaditz/Mickten, Pieschen/Leipziger Vorstadt und Leubnitz/Strehlen zu erwarten. Nur noch leicht zurückgehen werden die Einwohnerzahlen in Prohlis und Gorbitz. Die Zahl der Haushalte wird in den nächsten Jahren steigen, weitgehend parallel mit der Zahl der Einwohner.

1.8 Zusammenfassung

- Dresden kann auf einen stetigen Bevölkerungszuwachs aufgrund eines positiven Wanderungssaldo wie auch aufgrund steigender Geburtenraten zurückblicken.
- Der demographische Wandel ist auch in Dresden zum Tragen gekommen: das Durchschnittsalter liegt derzeit bei ca. 43 Jahren; der Anteil älterer Menschen über 50 Jahren beträgt etwa 37 Prozent.
- Die durchschnittliche Lebenserwartung ist zwischen Mitte der 1990er Jahre bis heute gestiegen.
- Die Anzahl der Gesamthaushalte ist steigend, dabei ist vor allem eine Zunahme der Einpersonenhaushalte zu verzeichnen.
- Das Durchschnittsalter der gebärenden Mütter ist zwischen 1960 und 2010 auf über 30 Jahre angestiegen.
- Die Bürgerinnen und Bürger wünschen sich im Durchschnitt zwei Kinder.
- Der Anteil von Bürgerinnen und Bürgern ausländischer Herkunft liegt bei etwa 4 Prozent.
- Prognosen zufolge wird die Bevölkerung in Dresden auf ca. 550 000 Menschen ansteigen, wobei der Anteil der unter 6-Jährigen bis 2019 stetig zunehmen wird.

2. Gesundheitszustand

2.1 Einleitung

Die Lebensqualität eines Menschen wird stark durch seinen Gesundheitszustand beeinflusst. Er ist ein wichtiger Faktor für die wirtschaftliche und soziale Leistungsfähigkeit, da er in hohem Maße abhängig vom Auftreten von chronischen Krankheiten und vom sozialen Wohlbefinden ist. Chronische Krankheiten können zu starken Einschränkungen bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens führen und beeinträchtigen nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen, sondern verursachen auch hohe Behandlungskosten.

Die Gesundheit der Deutschen hat sich in den letzten zehn Jahren insgesamt verbessert (Robert-Koch-Institut, 2011). Wie im vorhergehenden Kapitel dargestellt, ist die Lebenserwartung weiter gestiegen, während die Sterblichkeit zurückgegangen ist. Damit hat sich ein seit den 1970er Jahren zu beobachtender Trend fortgesetzt (Robert-Koch-Institut, 2011). Auch die Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern sind geringer als noch im Jahr 1990 (Robert-Koch-Institut, 2011). Die Bevölkerung in Ostdeutschland holt bei der Lebenserwartung zügig auf. Insbesondere Frauen leben in Ost und West inzwischen nahezu gleich lang (Robert-Koch-Institut, 2011). Bemerkenswert ist, dass sich offenbar das Krankheitsspektrum insgesamt verschiebt. Obwohl Herz-Kreislauf-Erkrankungen weiterhin zu den häufigsten Todesursachen zählen, ist ihr Anteil an der Gesamtsterblichkeit zurückgegangen (Robert-Koch-Institut, 2011). Zudem werden heute weniger Erwerbstätige als noch vor zehn Jahren wegen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems arbeitsunfähig bzw. vorzeitig berentet (Robert-Koch-Institut, 2006).

Psychische Erkrankungen dagegen, die weit in der Allgemeinbevölkerung, insbesondere bei Frauen, verbreitet sind, spielen sowohl bei Arbeitsunfähigkeitsfällen wie auch Frühberentungen eine zunehmend große Rolle (Robert-Koch-Institut, 2006). Zugenommen haben auch Leiden des Muskel- und Skelettsystems, beispielsweise Rückenschmerzen und Arthrose (Robert-Koch-Institut, 2006). Die Häufigkeit an Krebsneuerkrankungen stieg in den letzten Jahren ebenfalls weiter an. Die Sterblichkeit an Krebs dagegen sank (Robert-Koch-Institut, 2011). In den kommenden Jahrzehnten könnte die Zahl neuer Krebserkrankungen jedoch steigen, weil der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung wächst, sich Krebsleiden in höherem Alter häufen und die Möglichkeiten der medizinischen Diagnostik stetig ansteigen.

Unterdessen gewinnen Infektionskrankheiten, die in den letzten Jahrzehnten insgesamt stark rückläufig waren, wieder an Bedeutung. Dies steht in engem Zusammenhang mit verstärktem touristischen Reiseverkehr, politischen Wandlungen (beispielsweise in Osteuropa), einer Zunahme risikanter Verhaltensweisen und dem Auftreten resisterenter Erreger. Auch der Klimawandel spielt hier eine wichtige Rolle. Krankheitsüberträger weiten aufgrund des milden Klimas ihre Lebensgebiete nach Deutschland aus. Die größte Herausforderung für das Gesundheitssystem liegt aber in der Alterung der Gesellschaft. Nicht allein Krebserkrankungen, sondern auch Diabetes, Osteoporose, Schlaganfälle und Demenz nehmen mit steigendem Lebensalter zu (Robert-Koch-Institut, 2002). Durch den demographischen Wandel relativieren sich die insgesamt positiven Gesundheitstrends der letzten Jahre.

2.2 Subjektive Gesundheit

Die subjektive Gesundheit ist die Selbsteinschätzung von persönlichen und sozialen Dimensionen des eigenen Befindens. Diesen Indikator in einer Kommune regelmäßig zu erfassen, hat einen großen Wert für gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen. Das eigene Gesundheitsempfinden steuert zu großen Teilen das Gesundheitsverhalten. Oft ist die Einschätzung des subjektiven Gesundheitsbefindens mit einer höheren Aussagekraft verbunden. Das heißt, es kann eine Erkrankung vorliegen, aber man kann gelernt haben, mit der Erkrankung zu leben und fühlt sich daher auch wenig beeinträchtigt.

Gesundheit und Wohlbefinden nach Altersgruppen - nur Angabe "gut"

Quelle: Kommunale Bürgerumfrage, 2011

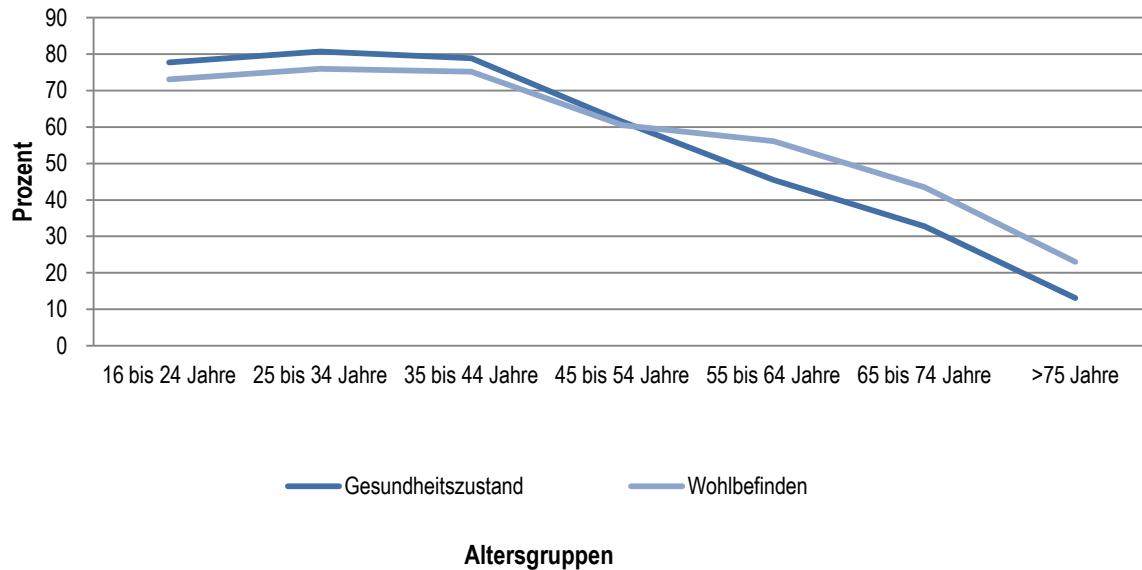


Abbildung 12

In Dresden wird im Rahmen der Kommunalen Bürgerumfrage regelmäßig die Bewertung des Gesundheitszustandes und des Wohlbefindens abgefragt (Kommunale Bürgerumfrage, 2011). Die aktuellen Werte stammen aus den Umfrageergebnissen von 2010. Insgesamt haben sich die Aussagen im Vergleich zur Kommunalen Bürgerumfrage 2007 kaum verändert. 2010 schätzten 58 Prozent der Befragten ihren Gesundheitszustand als gut ein, 36 Prozent als einigermaßen zufriedenstellend und nur fünf Prozent bewerten ihn als schlecht. Frauen bewerteten ihren Gesundheitszustand insgesamt etwas schlechter als Männer (Kommunale Bürgerumfrage, 2011). Mit Blick auf verschiedene Altersgruppen wird deutlich, dass die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand mit zunehmendem Alter abnimmt (Kommunale Bürgerumfrage, 2011; Abbildung 12)

Aber erst ab 75 Jahren bewerten zwölf Prozent der Befragten ihren Gesundheitszustand als schlecht (siehe ebd.).

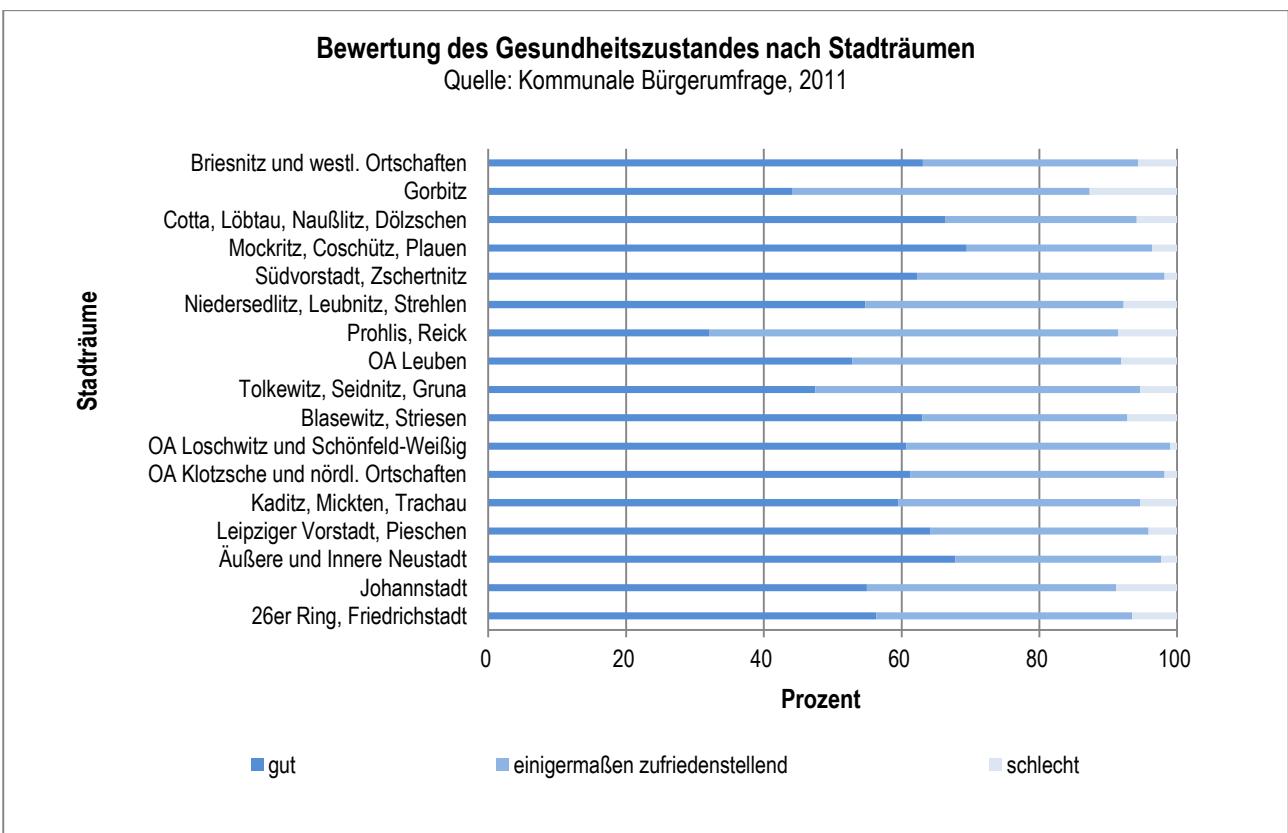


Abbildung 13

Der Blick auf einzelne Dresden Stadtgebiete zeigt deutliche Differenzen. Den höchsten Anteil an Bewertungen eines guten Gesundheitszustandes erhielten Mockritz, Coschütz und Plauen, gefolgt von der Äußeren und Inneren Neustadt. Hier leben auch anteilig die meisten jungen Menschen. Hingegen weisen Stadtgebiete wie z. B. Gorbitz, Prohlis und Reick sowie westliche Gebiete (z. B. Cotta) einen weniger guten Gesundheitszustand auf (Kommunale Bürgerumfrage, 2011; Abbildung 13).

Die Dresdeninnen und Dresden wurden im Rahmen der Kommunalen Bürgerumfrage ebenfalls zu ihrem Wohlbefinden befragt (Kommunale Bürgerumfrage, 2011). Diese Frage zielt auf den weit gefassten Gesundheitsbegriff der WHO, als Zustand körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens ab. Die Einschätzung des Wohlbefindens in Dresden zeichnet ein ähnliches Bild wie beim Gesundheitszustand. Generell lässt sich sagen, dass sich überwiegend viele Dresdeninnen und Dresden wohl fühlen. 60 Prozent gaben an, sich wohl zu fühlen, 36 Prozent fühlten sich zumindest noch einigermaßen wohl (Kommunale Bürgerumfrage, 2011). Es gibt weniger Antworten in der Kategorie schlechtes Wohlbefinden. Ein Unterschied wird in der Altersverteilung deutlich (Kommunale Bürgerumfrage, 2011; Abbildung 13) Vergleicht man die Aussagen zum Gesundheitszustand, so geben weniger die Jüngeren, aber mehr Ältere ein gutes Wohlbefinden an. Die Verteilung zwischen den Stadträumen bezüglich des Wohlbefindens entspricht in etwa der Verteilung hinsichtlich des Gesundheitszustandes (Kommunale Bürgerumfrage, 2011).

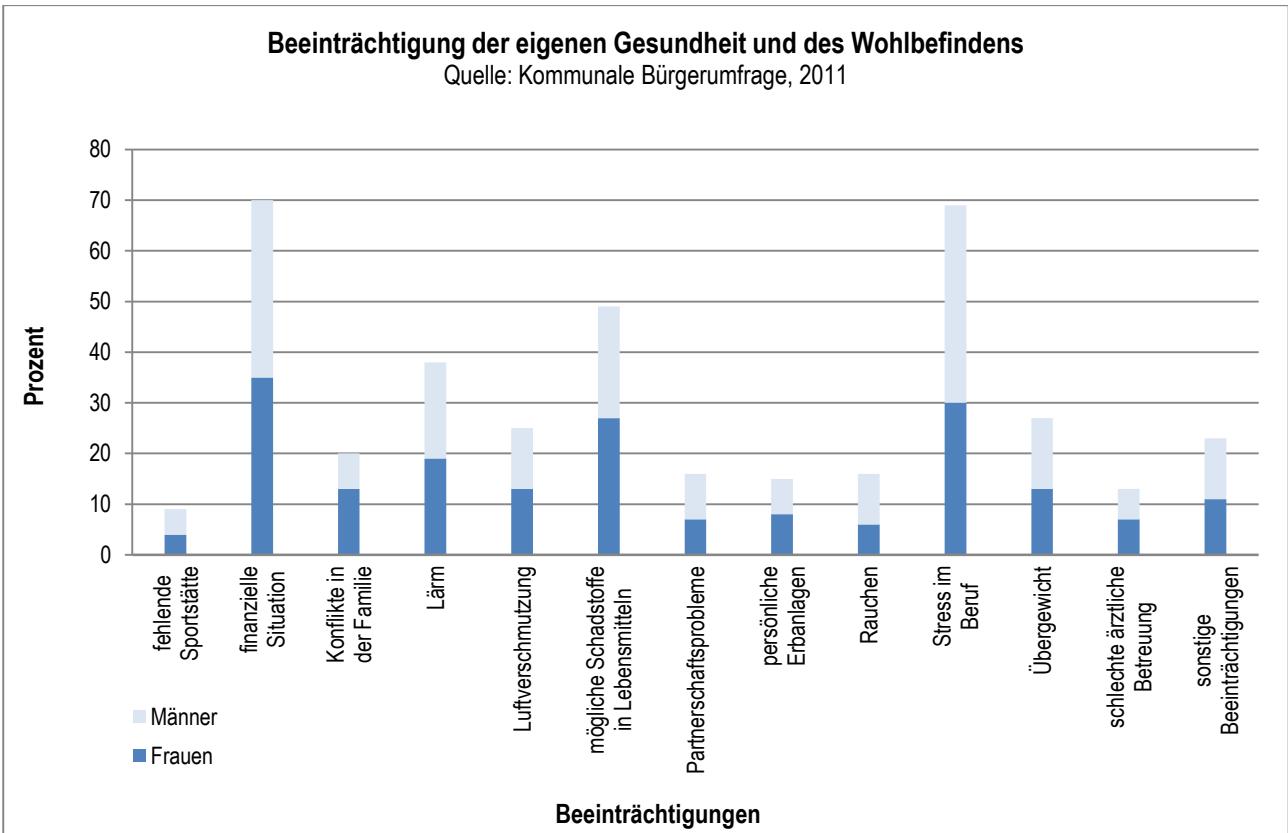


Abbildung 14

Das Gesundheitsverhalten der Dresdener Bürgerinnen und Bürger wird eher als positiv eingeschätzt. Eine weitere Frage der Kommunalen Bürgerumfrage 2010 zielte deshalb auf die Ursachen für Beeinträchtigungen der eigenen Gesundheit und des Wohlbefindens ab (Kommunale Bürgerumfrage, 2011; Abbildung 14). Die zwei Hauptgründe für Beeinträchtigungen sind zum einen die private finanzielle Situation sowie der Stress im Beruf. Vor allem Männer zwischen 25 und 54 Jahren empfinden sich durch die eigene finanzielle Lage beeinträchtigt. Durch Stress im Beruf fühlen sich Frauen mehr als Männer und Jüngere stärker als Ältere negativ beeinträchtigt. Stadträume, in denen dieser Grund besonders häufig angegeben wurde, sind Mockritz, Coschütz, Plauen, Gorbitz, Äußere und Innere Neustadt. An dritter Stelle rangieren mögliche Schadstoffe in Lebensmitteln. Eine untergeordnete Rolle spielen fehlende Sportstätten.

2.3 Häufigste Diagnosen

Um den Gesundheitszustand der Bürgerinnen und Bürger beschreiben zu können, sind sowohl Daten zur Verteilung von Diagnosen aus der ambulanten wie auch der stationären Versorgung erforderlich. Für die Verteilung der Diagnosen in der ambulanten Versorgung können keine Daten beschrieben werden, die sich ausschließlich auf die Stadt Dresden beziehen. Die vorliegenden Analysen beziehen sich auf die Region Sachsen.

Tabelle 2: Die 10 häufigsten Diagnosen der ambulant behandelten Patienten in Sachsen in 2009 (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen [KVS], 2012a)

Rang	Pos.-Nr. der ICD ²)	Diagnose	Patienten	
			absolut	Prozent
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1.370.558	34,9
2	Z25	Notwendigkeit der Impfung (Immunisierung) gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	1.171.222	29,9
3	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet	1.153.265	29,4
4	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	1.092.935	27,9
5	Z25	Notwendigkeit der Impfung gegen Grippe (Influenza)	1.054.179	26,9
6	M54	Rückenschmerzen	983.776	25,1
7	Z12.9	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen, nicht näher bezeichnet	831.486	21,2
8	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	753.141	19,2
9	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	703.432	17,9
10	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	681.564	17,4

Wie in Tabelle 2 zu sehen ist, liegt bei den meisten der behandelten Patientenfälle eine essentielle, z. T. primäre, Hypertonie vor. Betrachtet man lediglich die allgemeinärztlichen Praxen, so liegt der Anteil bei über 40 Prozent. Weitere häufig vorkommende Diagnosen in der allgemeinärztlichen Praxis sind Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstiger Lipidämien (21,1 Prozent) sowie die Diagnose nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diab.) mit 16,8 Prozent.

Mit fast 16 Prozent der Fälle rangieren Rückenschmerzen auf dem vierten Platz der häufigsten Diagnosen sächsischer Allgemeinärzte (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen [KVS], 2011). Rückenschmerzen sind ebenfalls die am häufigsten diagnostizierte Erkrankung in den orthopädischen Praxen Sachsens (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen [KVS], 2009). Sie stehen mit über 40 Prozent deutlich an der Spitze der Diagnosen. In den Praxen sächsischer Nervenärzte, Neurologen und Psychiater werden am häufigsten depressive Episoden (14,4 Prozent) diagnostiziert, gefolgt von rezidivierenden depressiven Störungen (12,7 Prozent) (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen [KVS], 2011). Damit sind Depressionen, im Einzelfall oder immer wiederkehrend, die häufigsten nierenärztlichen Diagnosen und erreichen zusammen etwas über 27 Prozent der Fälle. Dahinter rangieren mit etwa 10 Prozent andere Angststörungen (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen [KVS], 2011). Das gehäufte Auftreten psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen deckt sich auch mit den Entwicklungen auf bundesdeutscher Ebene (zusammenfassend Bühring, P. 2010).

Tabelle 3: Die 15 häufigsten Diagnosen der stationär behandelten Patienten in Dresden 2010 (Statistisches Landesamt, 2011c)

Rang	Pos.-Nr. der ICD ²)	Diagnose	Patienten ¹
			insgesamt
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	3 281
2	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2 494
3	S06	Intrakranielle Verletzungen	2 475
4	I50	Herzinsuffizienz	1 989
5	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	1 179
6	K80	Cholelithiasis	1 151
7	I63	Hirninfarkt	1 102
8	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1 101
9	I48	Vorhofflimmern und -flattern	1 084
10	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	1 027
11	S52	Fraktur des Unterarmes	979
12	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes]	963
13	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bekannt	958
14	H25	Cataracta senilis	941
15	I21	Akuter Myokardinfarkt	930

Aktuelle Daten liegen für die Verteilung der Diagnosen für die stationäre Versorgung in Dresden vor. Betrachtet man die stationär behandelten Patienten mit Wohnort in Dresden im Jahr 2010, so ergibt sich ein ähnliches Bild wie es bereits für die niedergelassene Versorgung in Sachsen beschrieben wurde. Im Jahr 2010 wurden am häufigsten Patienten mit Wohnsitz in Dresden stationär behandelt aufgrund von Neubildungen (10 072 Patienten), gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems (12 542 Patienten) sowie Verletzungen und Vergiftungen (11 559 Patienten) (Statistisches Landesamt, 2011c). Analysiert man die Daten altersdifferenziert, so sind vor allem Personen der Altersgruppen 50+ (81 Prozent aller Patienten innerhalb der Diagnoseklasse) aufgrund von Neubildungen in stationärer Behandlung gewesen. Ebenso zeigt sich dies bei den Krankheiten des Kreislaufsystems, 90 Prozent aller Patienten dieser Diagnosegruppe sind älter als 50 Jahre. Bei den Verletzungen und Vergiftungen sind Kinder zwischen 0 und 15 Jahren relativ häufig sowie auch andere Altersgruppen ab 25 Jahren verstärkter betroffen. Auffällig ist hier ebenfalls, dass 44 Prozent aller Behandlungsfälle dieser Diagnoseklasse über 65 Jahre als sind. Die vier häufigsten Diagnosen (nach ICD) für einen Krankenhausaufenthalt sind Geburtsergebnisse, psychische und Verhaltensstörungen, intrakranielle Verletzungen sowie Herzinsuffizienz (Statistisches Landesamt, 2011c; Tabelle 3).

2.4 Transportmittelunfälle und sonstige Unfälle

Als Transportmittelunfälle werden in einer Kommune jene Straßenverkehrsunfälle gezählt, die mit verletzten Personen oder Todesfolge einhergehen. Differenziert werden kann nach der Art der Teilnahme am Straßenverkehr. Die Zahlen für tödlich Verunglückte oder Verletzte verweisen auf die gesundheits- bzw. lebensgefährdenden Auswirkungen von Straßenverkehrsunfällen. Der Tod im Straßenverkehr gilt als vermeidbare Todesursache.

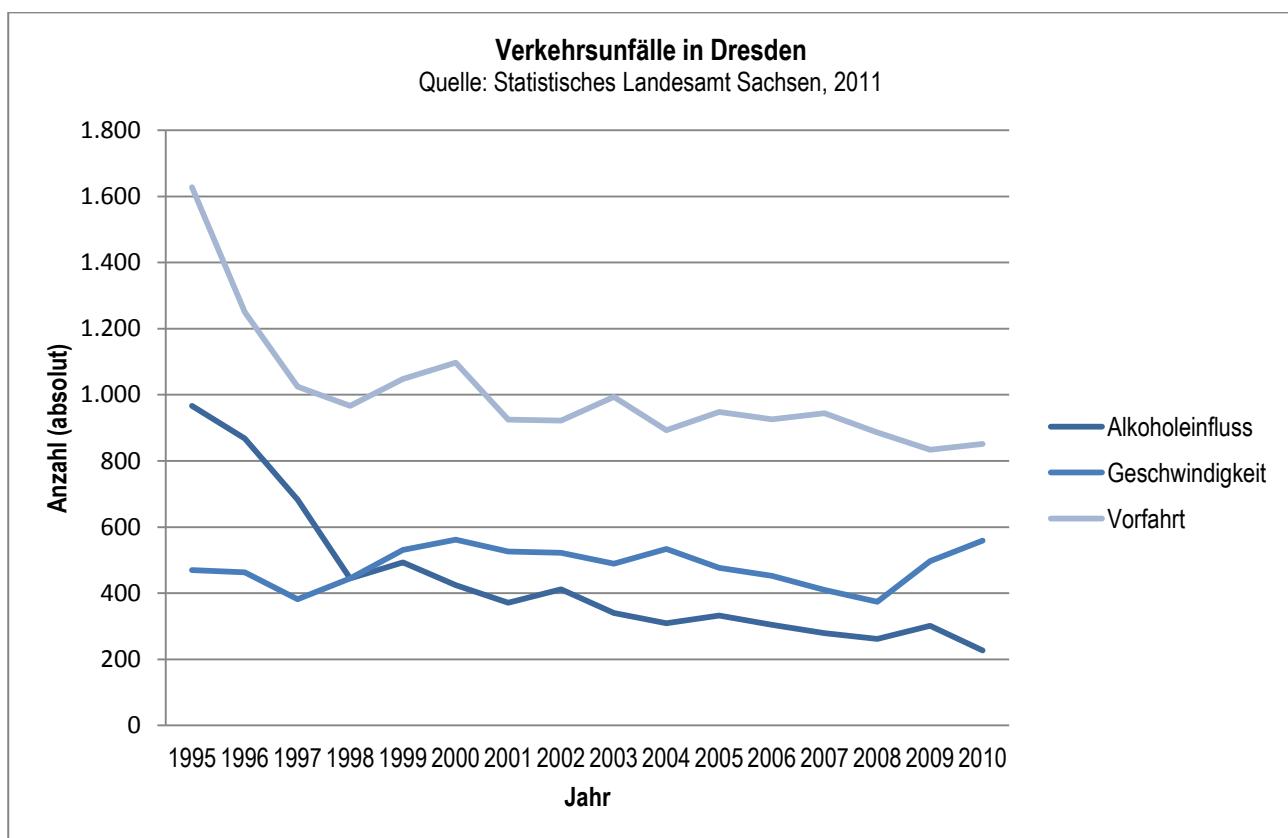


Abbildung 15

Für Dresden zeigt sich eine Verringerung der Verkehrsunfälle wie auch der Zahl der Verunglückten seit 1995 (Statistisches Landesamt, 2011d; Abbildung 15). Als schwere Verkehrsunfälle gelten hier Unfälle mit Personenschäden und schwerwiegende Unfälle mit Sachschäden im engeren Sinne. Unterteilt ist das Unfallaufkommen nach Ursachen. Hier erweist sich das „Nichtbeachten der Vorfahrt“ vor „Geschwindigkeitsüberschreitungen“ und „Alkoholeinfluss“ als häufigste Ursache.

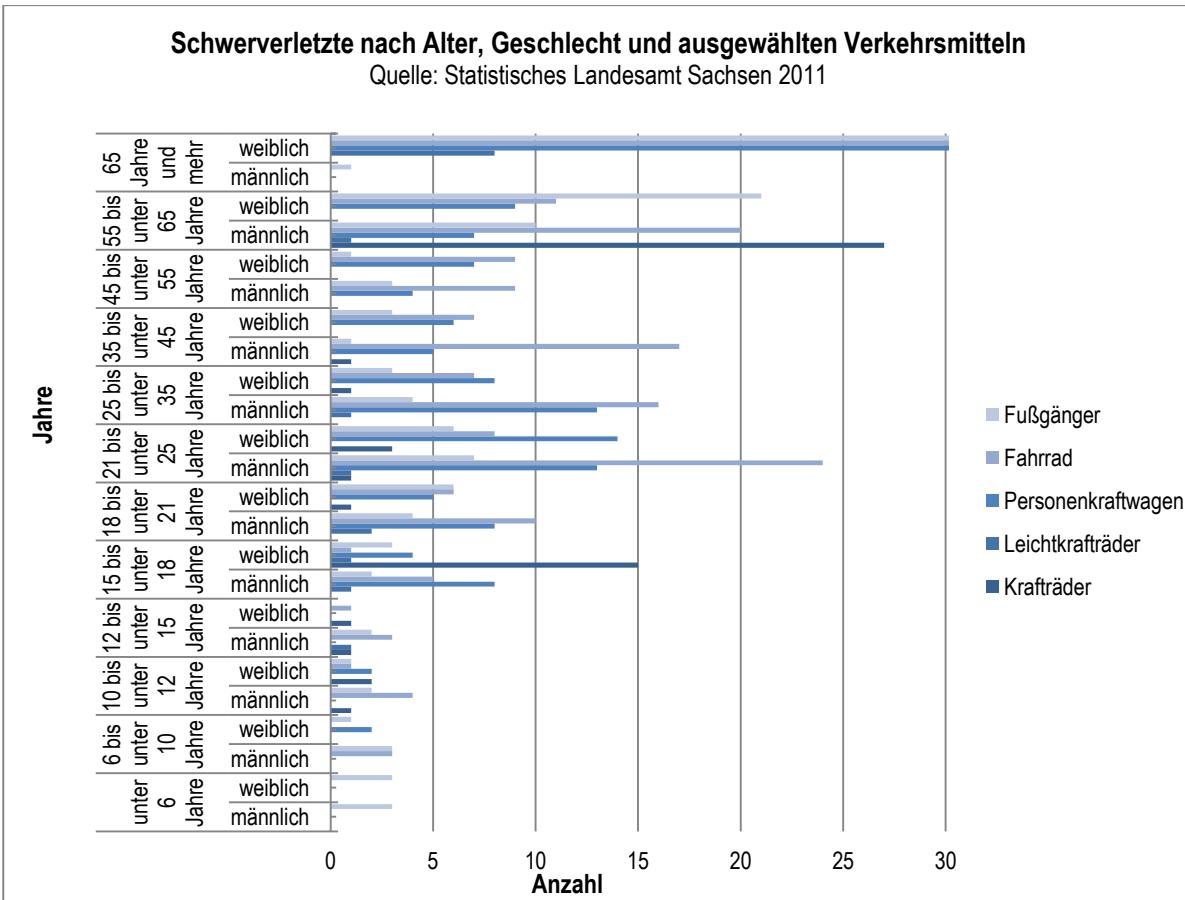


Abbildung 16

Bei 18- bis 25-Jährigen bleibt „nicht angepasste Geschwindigkeit“ die häufigste Unfallursache. Auch Ursachen wie „Alkoholeinfluss“ und „ungenügender Sicherheitsabstand“ sind bei dieser Altersgruppe häufiger vertreten als bei älteren Verkehrsteilnehmern. Insgesamt gab es in Dresden im Jahr 2010 16 459 Verkehrsunfälle, davon 2 118 mit Personenschaden, das entspricht einem Anteil von 13,6 Prozent. Insgesamt verunglückten in Dresden im Jahr 2010 2 571 Personen, zwei davon wurden getötet, 441 waren schwerverletzt (Statistisches Landesamt, 2011e). In der Altersanalyse der bei Unfällen schwerverletzten Personen in Dresden im Jahr 2010 werden insbesondere zwei Risikogruppen deutlich. Einerseits sind das ältere Frauen, die zu Fuß unterwegs sind, andererseits Männer ab 25 Jahren, die mit Fahrrädern am Straßenverkehr teilnehmen (Statistisches Landesamt, 2011e; Abbildung 16).

Aktuelle Daten des Mikrozensus belegen folgende Sachverhalte (Statistisches Bundesamt, 2011d): Betrachtet man die Daten der Unfallverletzten, so zeigt sich, dass im Jahr 2009 bundesweit ca. 420 000 Unfallverletzte zu verzeichnen waren. Differenziert man nach der Art des Unfalls, so sind mehr als 240 000 Verletzungen im Haushalt bzw. in der Freizeit verursacht, wobei Freizeitunfälle häufig bei Personen in einem Alter von 15 bis 40 Jahren auftreten und Unfälle im Haushalt eher bei Personen von 65 Jahren und älter. Etwa 55 000 Verletzungen sind infolge von Verkehrsunfällen entstanden. Dabei bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede: etwa 25 000 Verkehrsverletzungen betreffen Männer und etwa 29 000 die Frauen.

2.5 Sterblichkeit

Die allgemeine Sterblichkeit ist in Deutschland im Vergleich von 1991 bis 1993 zu 2006 bis 2008 weiter kontinuierlich gesunken (Robert-Koch-Institut, 2011). Dabei hat sich die Relation der Haupttodesursachen nicht wesentlich verändert. Die häufigsten Todesursachen waren Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und Neubildungen. Alter und Geschlecht sind von entscheidendem Einfluss bei den häufigsten Todesursachen. Bei einem geschlechtsspezifischen Vergleich zeigt sich, dass bei ausgewählten Krankheitsgruppen auf jede verstorbene Frau mehr als zwei verstorbene Männer kommen. Zu den Diagnosegruppen mit besonders hoher Sterblichkeit der Männer gehören: psychische und Verhaltensstörungen, unter die auch der Gebrauch psychotroper Substanzen fällt, Verletzungen und Vergiftungen, einschließlich der Unfälle und Suizide sowie Krankheiten des Atmungssystems. Die bei den Männern erhöhte Sterblichkeit an Krankheiten des Verdauungssystems und bei Krebsleiden wird vor allem durch chronische Leberschäden sowie Lungenkrebs verursacht und lässt auf einen im Vergleich zu den Frauen risikoreicheren Lebensstil schließen (erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum; Robert-Koch-Institut, 2011). Insgesamt deutet das geschlechtsspezifische Sterblichkeitsprofil auf eine höhere Risikobereitschaft von Männern im Umgang mit ihrem Körper sowie auf riskantere Arbeitsbedingungen hin.

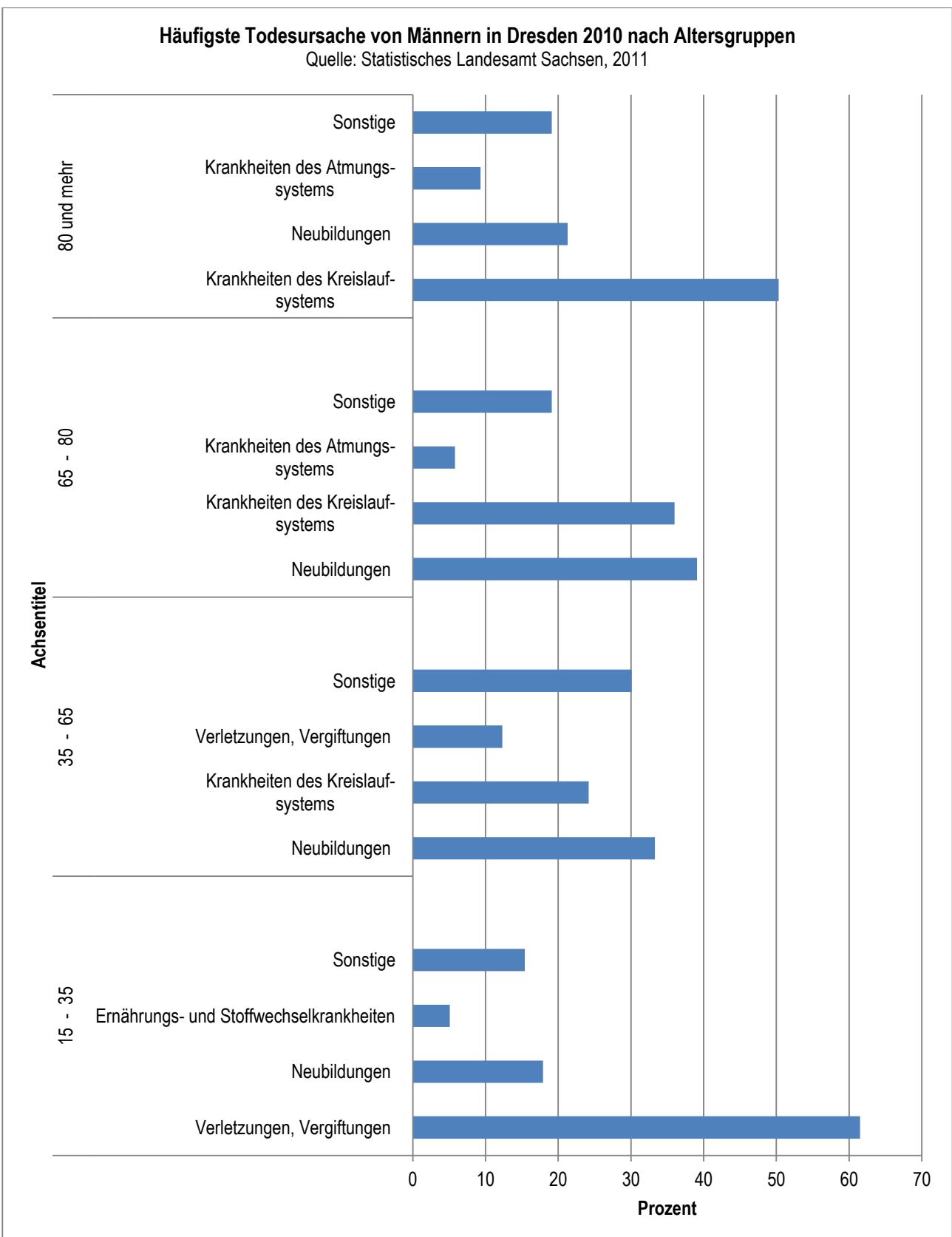


Abbildung 17

Betrachtet man die Daten zur Sterblichkeit auf kommunaler Ebene, so kann folgendes festgestellt werden: Bei Männern bis 50 Jahren nehmen Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen den ersten bzw. zweiten Platz bei den häufigsten Todesursachen in Dresden ein. Krebserkrankungen werden ab 26 Jahren häufiger und bis zum Alter von 80 Jahren führen sie die Liste der häufigsten Todesursachen an. Erst ab 80 Jahren sind bei den Dresdner Männern Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems die häufigste Todesursache (Statistisches Landesamt, 2011e; Abbildung 17).

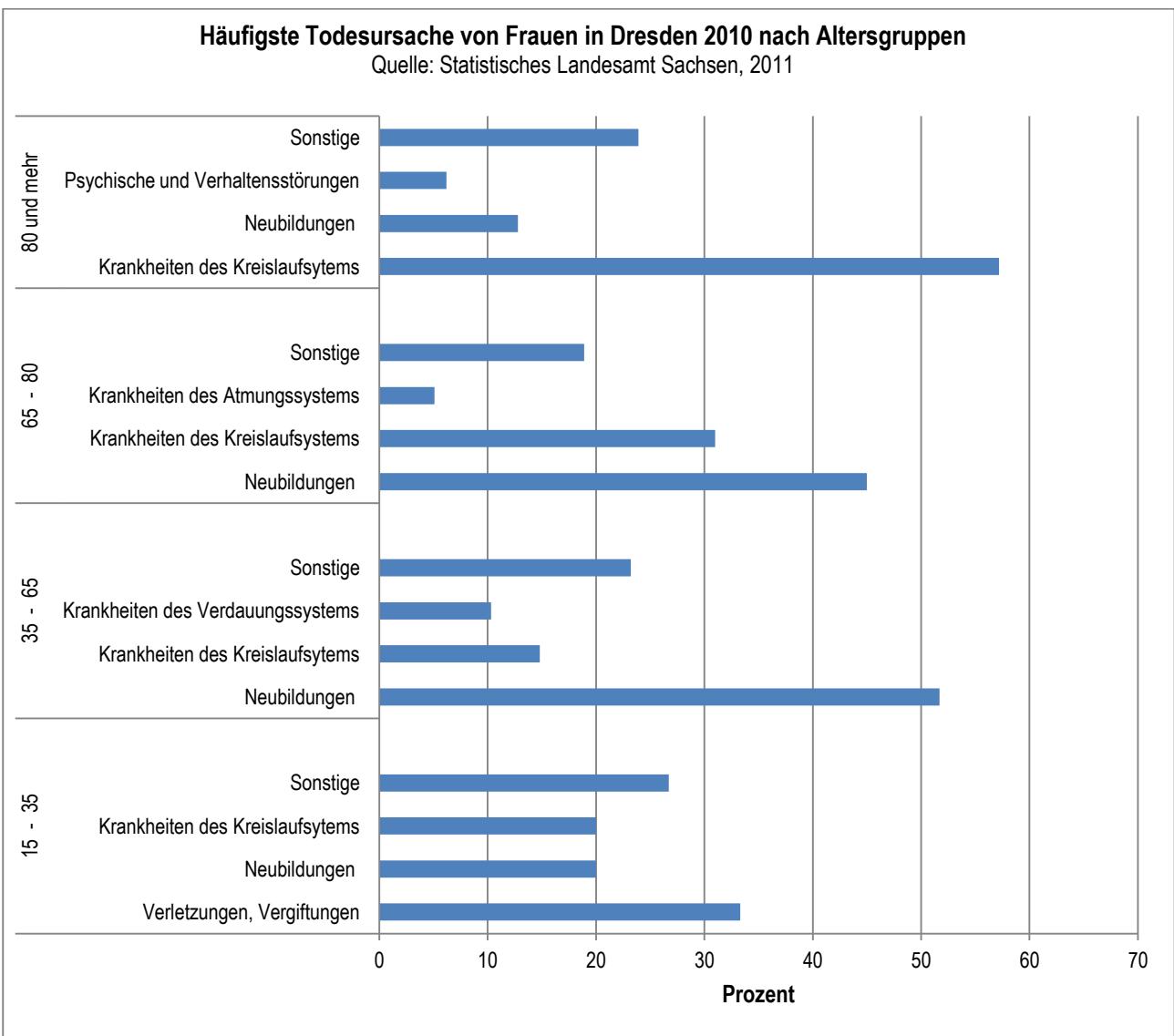


Abbildung 18

Bei den Dresdnerinnen spielen Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen nur bis zum Alter von 26 Jahren eine sehr große Rolle. Krebskrankungen machen bei den 26- bis 50-Jährigen hingegen fast 40 Prozent aller Todesfälle aus. Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems nehmen nach dem 65. Lebensjahr als Todesursache zu und steigen wie bei den 80-jährigen Männern noch stärker an (Statistisches Landesamt, 2011e; Abbildung 18).

Vermeidbare Sterbefälle in Dresden 2010 nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2011

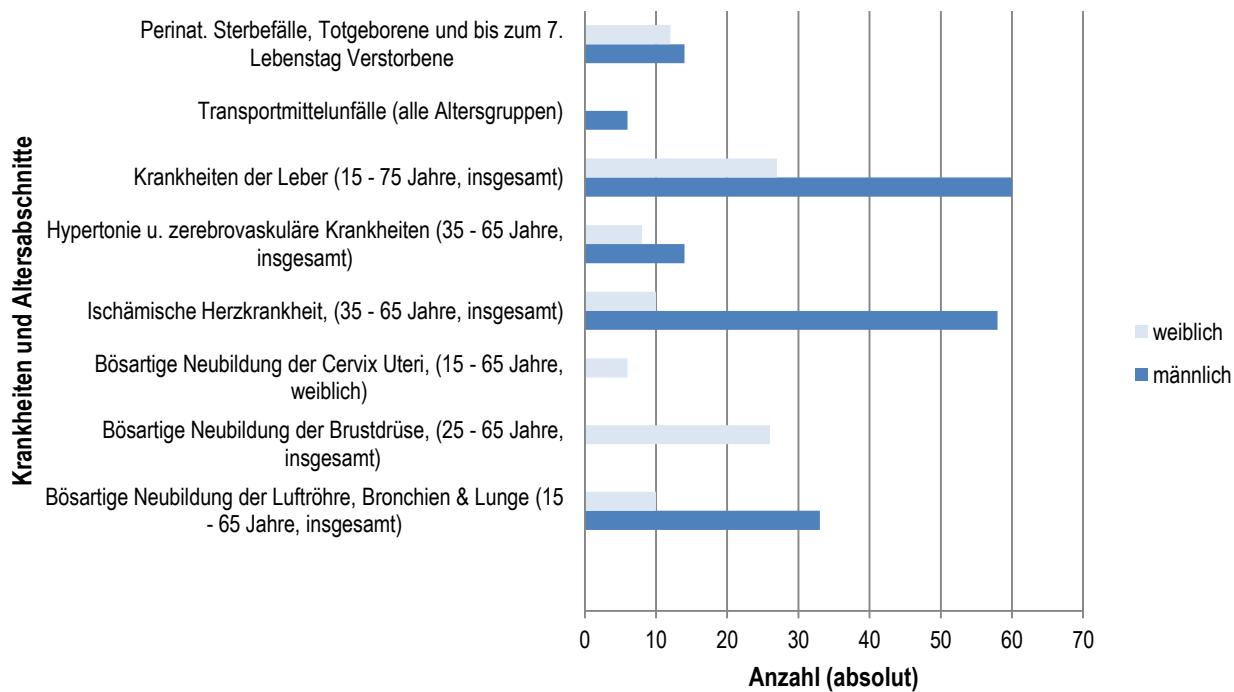


Abbildung 19

Neben den häufigsten Todesursachen wird bei der Beschreibung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung auch der Indikator für Sterblichkeit nach vermeidbaren Todesursachen herangezogen. Dieser bezieht sich auf Todesfälle, die als vermeidbar gelten und Menschen unter 65 Jahren betreffen. Insgesamt werden im Folgenden sechs Krankheiten genauer betrachtet, die als durch medizinische und präventive Maßnahmen vermeidbar gelten, einschließlich perinatale Sterbefälle (Gestorbene ab der sechsten Schwangerschaftswoche bis zum siebten Lebenstag) (Statistisches Landesamt 2011e; Abbildung 19). Den größten Anteil an vermeidbaren Sterbefällen nehmen in Dresden mit über 60 Prozent die Ischämischen Herzkrankheiten der 35- bis 65-jährigen Männer ein, gefolgt von Krankheiten der Leber bei 15- bis 75-jährigen Männern. Frauen sind weit weniger von vermeidbaren Sterbefällen betroffen. Laut Statistischen Landesamt sind bösartige Neubildungen der Brustdrüse bei Frauen (25 – 65 Jahre) eine häufige Todesursache.

Die Säuglingssterblichkeit gibt an, wie viele Kinder im ersten Lebensjahr, bezogen auf 1 000 Lebendgeborene, gestorben sind. Sie ist ein wichtiges Maß für den allgemeinen Lebensstandard und die Qualität in der medizinischen Versorgung (Robert-Koch-Institut, 2006). Medizinischer Fortschritt spielt bei der Reduzierung der Sterblichkeit von Säuglingen eine wichtige Rolle, ebenso die Aufklärungsarbeit und Prävention durch Ärzte, Hebammen, Kinder- und Jugendeinrichtungen, Beratungsstellen und ähnliche Angebote. Nachdem die Säuglingssterblichkeit in den 1960er Jahren in Deutschland noch deutlich höher war als in den meisten westlichen Industrieländern, begann sie in den 1970er Jahren durch Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen und bessere Schwangerenbetreuung sowie verstärkte Früherkennung von Krankheiten im Säuglingsalter zu sinken (Robert-Koch-Institut, 2002). Inzwischen zählt der bundesweite Durchschnitt von 4,1 Todesfällen pro 1 000 Lebendgeburten zu den niedrigsten Raten in der Europäischen Union.

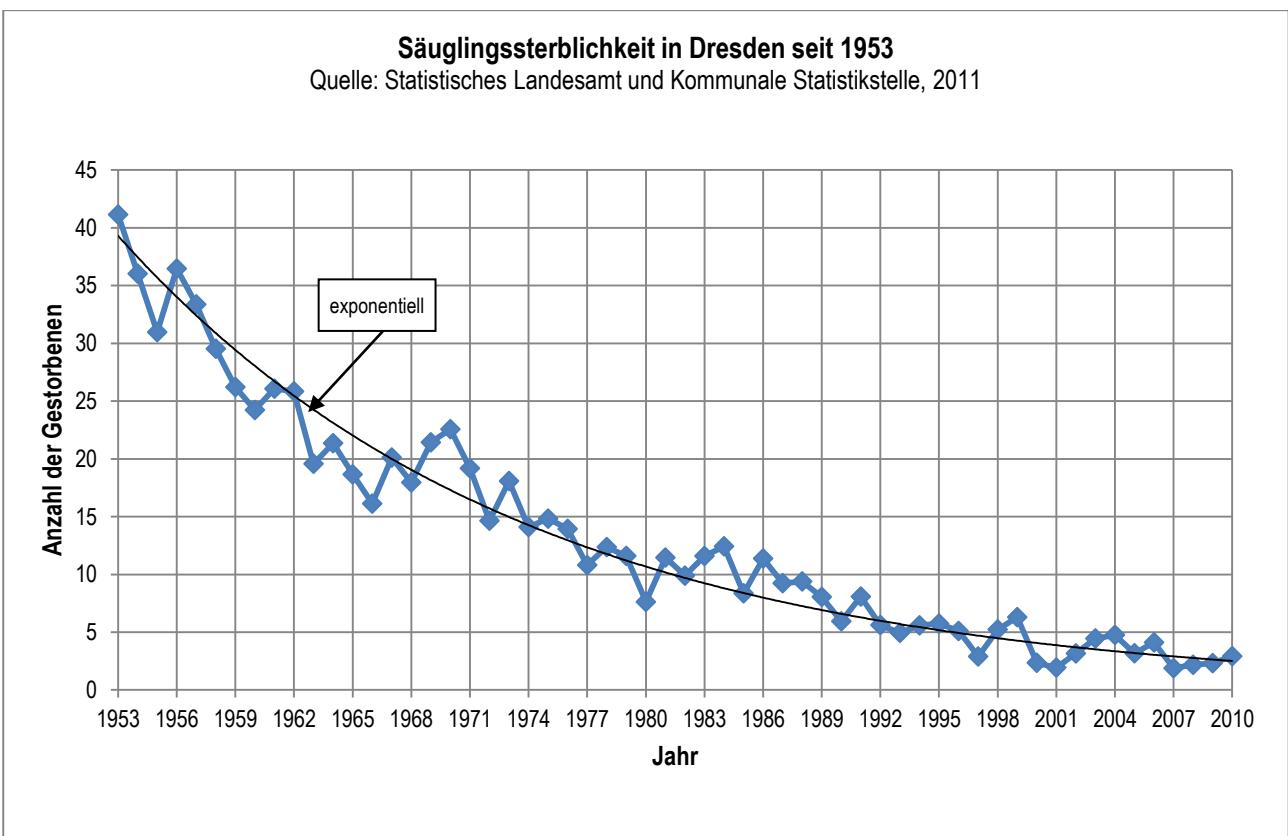


Abbildung 20

In Dresden lag die Säuglingssterblichkeit im Jahr 2010 mit 2,92 pro 1 000 Lebendgeborene noch deutlich unter dem bundesdeutschen Durchschnitt (Kommunale Statistikstelle, 2011i). Wie in folgender Abbildung zu sehen ist, ist zwischen 1990 und 2010 die absolute Säuglingssterblichkeit gesunken (Kommunale Statistikstelle, 2011i; Abbildung 20).

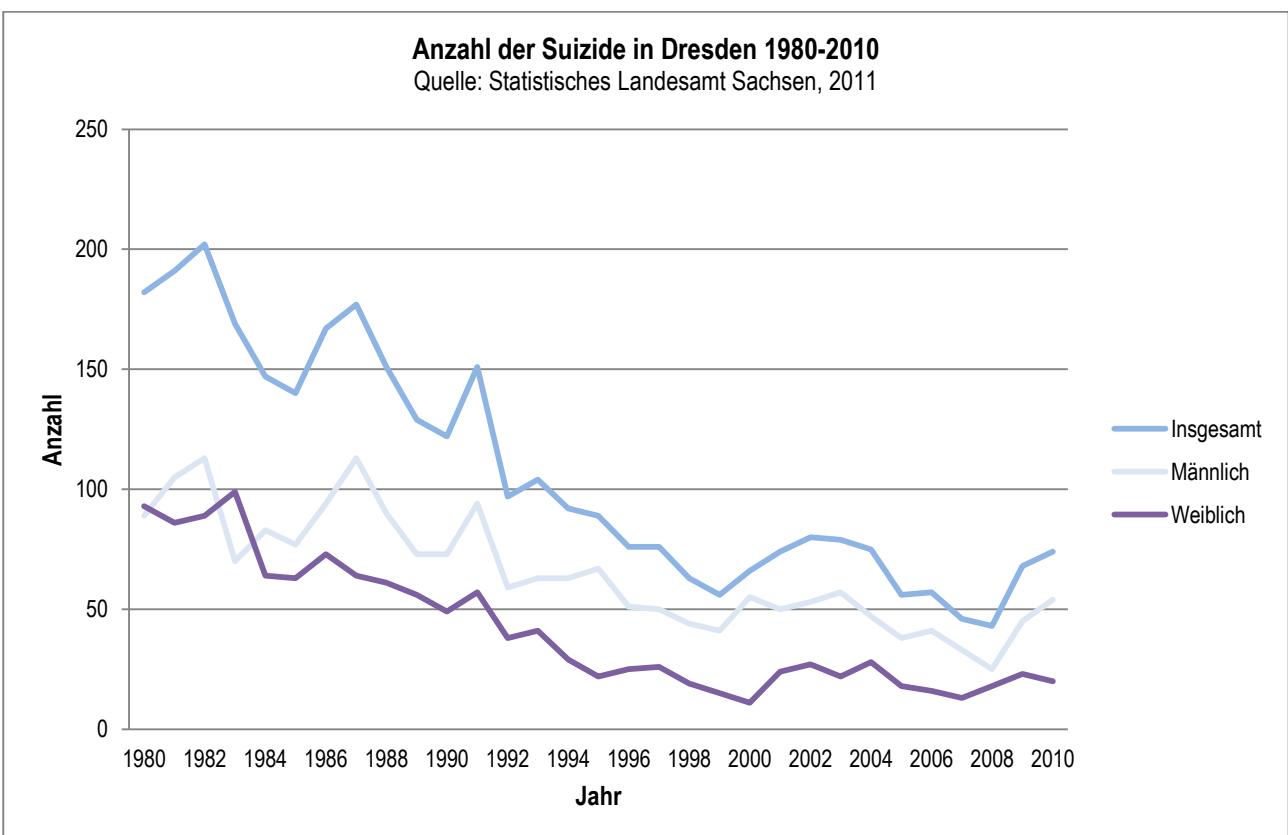


Abbildung 21

Eine besondere Form der vermeidbaren Sterbefälle sind Suizide. Die Zahl der Suizide in Dresden ist kontinuierlich von 1980 bis 2010 gesunken (Statistisches Landesamt, 2011e). Im Jahr 2008 hatte diese ihren Tiefstand erreicht, 2010 ist jedoch ein Anstieg zu verzeichnen. Insgesamt begangen 2010 in Dresden 74 Menschen Suizid. Davon waren 54 männlich und 20 weiblich. Die Suizidrate bei Männern liegt im Durchschnitt höher als bei den Frauen. Dies entspricht auch den bundesdeutschen Zahlen (Robert-Koch-Institut, 2006; Abbildung 21).

2.6 Menschen mit schweren Behinderungen

Als Menschen mit schwerer Behinderung werden Personen eingestuft, die eine Behinderung von über 50 Prozent haben. Von einer Behinderung im Sinne des Neunten Sozialgesetzbuches wird gesprochen, wenn die körperliche Funktion, die geistige Fähigkeit oder die seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Die Anzahl der Menschen mit schwerer Behinderung gibt den kommunalpolitischen Akteuren eine Grundlage, diese Personengruppe in ihren Entscheidungen entsprechend zu berücksichtigen. Je nach Art der Beeinträchtigung werden spezifische Anforderungen an die Gesundheits- und Sozialpolitik, Versorgungsstrukturen, Wohnungsbau, Verkehrspolitik, Grün- und Erholungsflächen, integrative Konzepte, Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik sowie Kultur- und Freizeitgestaltung gestellt.

Ende 2011 waren in Dresden insgesamt 52 141 Menschen mit schwerer Behinderung, davon 28 363 Frauen registriert (Kommunale Statistikstelle, 2012).

Während in den jungen Lebensjahren Menschen eher selten von einer schweren Behinderung betroffen sind, steigt der Anteil im höheren Lebensalter an. Laut Daten der Kommunalen Statistikstelle zufolge sind über ein Viertel der Menschen mit schwerer Behinderung 65 Jahre und älter (28,5 Prozent).

Tabelle 4 Schwerbehinderte nach Grad der Behinderung 1993 bis 2011

Jahr	Grad der Behinderung					
	50	60	70	80	90	100
0	1	2	3	4	5	6
1993	6 887	3 858	3 291	3 468	1 189	6 447
1995	8 235	4 895	4 257	4 463	1 786	8 452
1996	8 525	5 071	4 296	4 570	1 839	8 683
1997	8 808	5 107	4 320	4 653	1 908	8 913
1998	8 557	4 896	4 126	4 539	1 922	8 792
1999	8 771	4 979	4 090	4 514	1 868	8 906
2000	10 449	5 810	4 640	5 114	2 138	10 057
2001	11 052	5 876	4 757	5 250	2 196	10 310
2002	11 633	6 041	4 817	5 409	2 251	10 480
2003	11 995	6 159	4 883	5 520	2 283	10 738
2004	12 381	6 495	5 065	5 651	2 375	11 236
2005	12 801	6 844	5 265	5 847	2 410	11 729
2006	13 140	6 988	5 264	5 945	2 449	11 651
2007	13 507	7 138	5 338	6 059	2 476	11 943
2008	14 233	7 471	5 526	6 340	2 562	12 220
2009	14 633	7 561	5 705	6 551	2 717	13 037
2010	14 748	7 665	5 694	6 489	2 729	13 445
2011	15 206	7 756	5 850	6 562	2 813	13 955
Anteil in Prozent	29,2	14,9	11,2	12,6	5,4	26,8

Wie in Tabelle 4 zu sehen ist, haben etwa ein Drittel der Personen Grad 50 einer schweren Behinderung. Ebenso liegt der Anteil von Personen mit einer Grad 100 Behinderung bei über 25 Prozent.

2.7 Zusammenfassung

- Der subjektive Gesundheitszustand sowie individuelles Wohlbefinden wird überwiegend als „gut“ bewertet, wobei im Alter von über 55 Jahren beides weniger gut bewertet wird, so wird das Wohlbefinden besser als der subjektive Gesundheitszustand eingeschätzt.
- In der Einschätzung der eigenen Gesundheit und des Wohlbefindens bestehen Unterschiede zwischen den Stadtgebieten.
- Die häufigsten Diagnosen für stationäre Behandlungen sind Neubildungen, Krankheiten des Kreislaufsystems sowie Verletzungen und Vergiftungen. Analysiert man die Daten altersdifferenziert, so sind vor allem Personen der Altersgruppen 50+ aufgrund von Neubildungen in stationärer Behandlung gewesen. Ebenso zeigt sich dies bei den Krankheiten des Kreislaufsystems, da sind 90 Prozent aller Patienten dieser Diagnosegruppe älter als 50 Jahre. Bei den Verletzungen und Vergiftungen sind auch Kinder zwischen 0 und 15 Jahren relativ häufig sowie auch andere Altersgruppen ab 25 Jahren verstärkt betroffen.
- Für Dresden zeigt sich eine Verringerung der Verkehrsunfälle wie auch der Zahl der Verunglückten seit 1995. Häufigste Unfallursachen sind Nichtbeachten der Vorfahrt, Alkoholeinfluss und Geschwindigkeitsüberschreitungen, wobei letzteres vor allem bei der Altersgruppe der 18-25 Jährigen den häufigsten Grund für einen Unfall darstellt.
- In der Altersanalyse, der bei Unfällen schwerverletzten Personen in Dresden im Jahr 2010 werden insbesondere zwei Risikogruppen deutlich. Einerseits sind das ältere Frauen, die zu Fuß unterwegs sind, andererseits Männer ab 25 Jahren, die mit Fahrrädern am Straßenverkehr teilnehmen.
- In Dresden lag die Säuglingssterblichkeit im Jahr 2010 mit 2,92 pro 1 000 Lebendgeborene deutlich unter dem bundesdeutschen Durchschnitt.
- Ende 2011 waren in Dresden insgesamt 52 141 Menschen mit schwerer Behinderung, davon 28 363 Frauen registriert.

3. Gesundheitsverhalten

3.1 Einleitung

Zwischen den Lebensbedingungen, dem Lebensstil und dem Gesundheitsverhalten besteht ein enger Zusammenhang für die Gesundheit und das Wohlbefinden des Menschen. Jeder Einzelne ist weitgehend selbst verantwortlich, stets in Korrespondenz mit den ihm umgebenden Bedingungen. Dabei steht zunächst das eigene Verhalten in Bezug auf Gesundheit im Vordergrund. So sind zahlreiche gesundheitliche Faktoren gut durch persönliche Verhaltensweisen beeinflussbar, wie bspw. Bluthochdruck und Übergewicht. Nikotin, übermäßiger Alkoholkonsum, unausgewogene Ernährung (z. B. fettreiche Nahrung) und zu wenig Bewegung begünstigen einen ungesunden Lebensstil mit gesundheitlichen Konsequenzen.

Vorsorgeuntersuchungen, Maßnahmen der primordialen und primären Prävention, aber auch Aktivitäten zur Gesundheitsförderung tragen wesentlich zur Erhöhung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung bei. In der Vergangenheit dominierten restriktive, flächendeckende Programme zur Gesunderhaltung der Bürgerinnen und Bürger. So wurden beispielsweise komplettte Jahrgänge ärztlich untersucht und geimpft. Im Zuge gesamtgesellschaftlicher Weiterentwicklungen und auch Umbrüche nahm der Zugriff auf den einzelnen Bürger ab, die Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung wurden mehr und mehr in Schulen- und Kindertageseinrichtungen, Arbeitsstätten, aber auch im Stadtteil verankert (Settingansatz). Dies ermöglicht eine (auch niederschwellige) Ansprache der Zielgruppen in ihren eigenen Lebenswelten. Hier sind die Aufgaben und Zuständigkeiten zwischen Bund, Land und Kommune geregelt. Ebenso trägt die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nach § 20 Abs. 1 und 2 des SGB V einen gesetzlich verpflichteten Anteil zur primären Prävention.

An dieser Stelle scheint eine Einordnung und Abgrenzung der Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung angemessen. Prävention ist als eine medizinische Aktivität zu sehen, die sich mit der einzelnen Person und/oder unterschiedlichen Risikogruppen befasst. Dabei hat sie die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit zum Ziel. In Präventionsprojekten werden die Zielpersonen stets zu dem spezifischen Krankheitsthema informiert. Dabei muss zwingend die ursächliche Verbindung zwischen der präventiven Maßnahme und der Information in der Sache herausgearbeitet werden (Schäfer, 2006).

Demgegenüber hat die Gesundheitsförderung die gesamte Bevölkerung in ihrem Alltagsleben im Blick. Abgrenzend zu Präventionsprojekten sind Maßnahmen der Gesundheitsförderung thematisch breiter angelegt. Hauptziel ist hierbei, vorhandene Ressourcen zu stärken und vorhandene Handlungsspielräume zu erweitern. Hierbei wird eine Vielzahl an mannigfaltigen Angeboten und Maßnahmen angewandt, die in erster Linie keinen direkten Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der einzelnen Person erkennen lassen. Häufig werden dabei ganze Systeme (Settings) zum Handlungsfeld für Gesundheitsförderung (Gläsker et al., 2003).

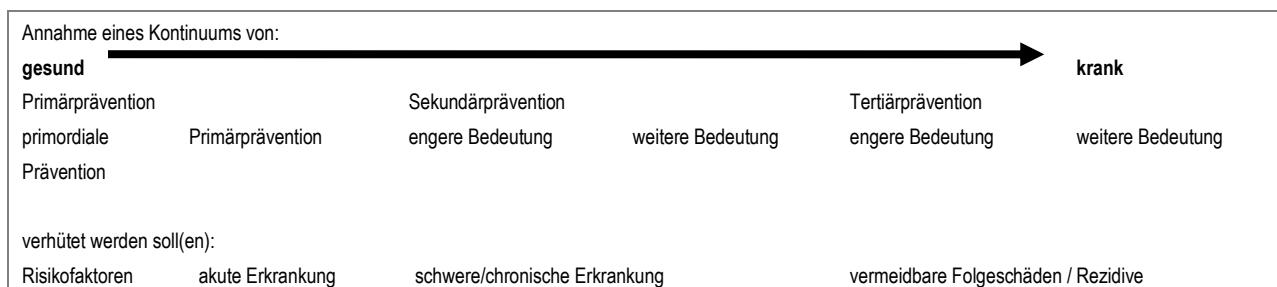


Abbildung 22: Stufen der Prävention (nach Kirch et al., 2010; S. 180)

Als Prävention wird die gezielte Verhütung von bestimmten Krankheiten und ihren Folgen verstanden. Unterscheiden lassen sich primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Primärprävention (Vorbeugung, Risikoschutz) umfasst Maßnahmen, die das erstmalige Auftreten einer Erkrankung verhindern oder verzögern. Sie setzt an bestimmten Risikofaktoren für Erkrankungen an und kann sich sowohl auf das Verhalten von Individuen (oder Gruppen) als auch auf die biologische, technische oder soziale Umwelt beziehen. Dies macht den Unterschied zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention aus. Die Sekundärprävention (Früherkennung) dient einer möglichst frühzeitigen Erkennung und Therapie einer bestehenden Erkrankung. Dadurch soll ihr Fortschreiten bereits im Anfangsstadium gestoppt werden. Die tertiäre Prävention soll nach dem Eintreten einer Krankheit eventuelle Funktionseinbußen und Folgeerkrankungen verhindern und eine möglichst hohe Lebensqualität wieder herstellen.

Im folgenden Kapitel wird gesundheitsrelevantes Verhalten auf der individuellen Ebene fokussiert. Gesundheitsverhalten ist das je nach Persönlichkeitsstruktur unterschiedliche Verhalten eines Individuums zu gesundheitsrelevanten Fragen. Da repräsentative aktuelle Daten zum Gesundheitsverhalten nur eingeschränkt zur Verfügung stehen, kann die Darstellung im folgenden Abschnitt nur auf dieser Basis erfolgen.

Es werden Aussagen zum Rauchverhalten, Übergewicht, Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen sowie Impfverhalten und körperlicher Aktivität getroffen.

3.2 Rauchverhalten

Ergebnisse des Mikrozensus von 2009 verdeutlichen, dass 71 Prozent der 15- bis 65-Jährigen Dresdner Nichtraucher sind (Statistisches Landesamt, 2011g). Etwa 66 Prozent der Männer dieser genannten Altersgruppe und 76 Prozent der Frauen rauchen nicht. Dabei haben ca. 20 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen früher geraucht. Besonders jüngere wie auch mittlere Altersgruppen zählen zu den Rauchern. Mehr als ein Drittel aller 20 bis 25 Jährigen sowie 25 bis 30 Jährigen als auch 30 bis 35 Jährigen, 40 bis 45 Jährigen und 45 bis 50 Jährigen sind Raucher (Statistisches Landesamt, 2011g; Abbildung 23). Dabei sind dies vor allem Männer.

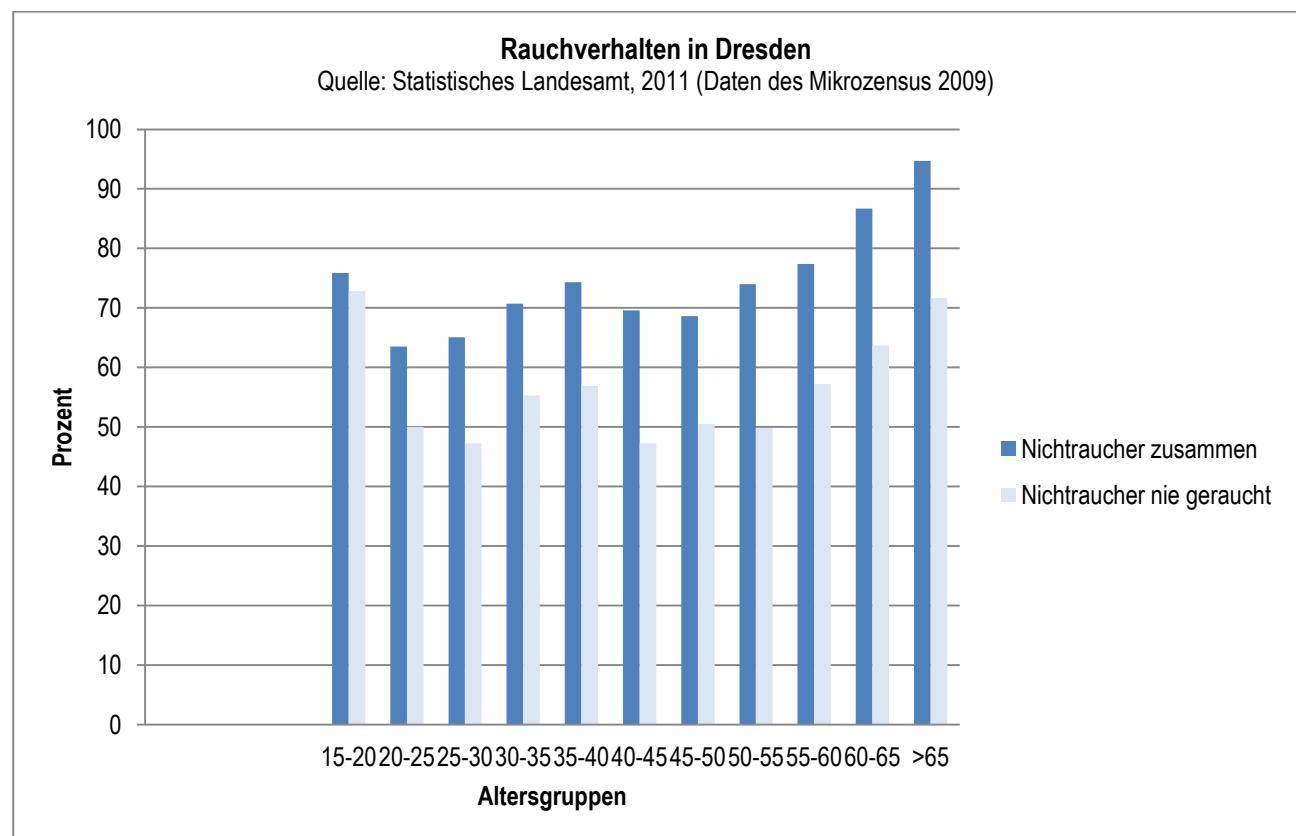


Abbildung 23

3.3 Übergewicht

Als Übergewicht wird ein im Vergleich zur Norm erhöhtes Körpergewicht bezeichnet, das durch einen vermehrten Körperfettanteil bedingt ist. Übergewicht ist an sich keine Krankheit, sondern vielmehr ein Risikofaktor für bestimmte Erkrankungen. Adipositas (Fettleibigkeit) ist eine ausgeprägte Form des Übergewichts. Sie wird gängiger Weise in drei Schweregrade unterteilt. Adipositas wird, im Gegensatz zu Übergewicht, seit 1997 von der WHO als Krankheit eingestuft.

Zur Bestimmung von Unter-, Normal- oder Übergewicht wird üblicherweise der sogenannte Body-Maß-Index (BMI) angegeben. Definiert ist der BMI als das Verhältnis von Körpergewicht in Kilogramm zum Quadrat der Körpergröße in Metern. Nach einer Klassifikation der WHO unterscheidet man zwischen:

- Untergewicht bei einem BMI unter $18,5 \text{ kg/m}^2$
- Normalgewicht bei einem BMI zwischen $18,5 \text{ kg/m}^2$ und $24,9 \text{ kg/m}^2$
- Übergewicht bei einem BMI zwischen $25,0 \text{ kg/m}^2$ und $29,9 \text{ kg/m}^2$
- Adipositas Grad I bei einem BMI zwischen $30,0 \text{ kg/m}^2$ und $34,9 \text{ kg/m}^2$
- Adipositas Grad II bei einem BMI zwischen $35,0 \text{ kg/m}^2$ und $39,9 \text{ kg/m}^2$
- Adipositas Grad III bei einem BMI über 40 kg/m^2

Übergewicht steigert das Krankheitsrisiko. So besteht bei Übergewichtigen ein erhöhtes Herzinfarktrisiko, insbesondere dann, wenn die Betroffenen gleichzeitig körperlich inaktiv sind, rauchen oder zu hohen Blutdruck haben. Belegt ist zudem, dass bereits ein geringes Übergewicht das Auftreten von Diabetes mellitus Typ II begünstigen kann. Übergewicht steht weiterhin in Zusammenhang mit Fettstoffwechselstörungen, Gicht, Rückenbeschwerden, Gallenblasenerkrankungen, Schlaganfällen und bestimmten Krebsleiden. Auch bei Jugendlichen erhöht Übergewicht das Krankheitsrisiko und begünstigt zum Beispiel Bluthochdruck, Zuckerkrankheit oder Gelenkschäden. Zudem setzen sich Gewichtsprobleme meist bis ins Erwachsenenalter fort.

In den letzten Jahrzehnten hat die Zahl von übergewichtigen und adipösen Menschen in den westlichen Industrienationen stetig zugenommen. Übergewichtsprobleme scheinen aus einem westlichen Lebensstil (hochkalorische Nahrung, Nahrungsmittelüberfluss und mangelnde Bewegung) zu resultieren.

Betrachtet man die Daten auf Stadtebene so ist erkennbar, dass annähernd 50 Prozent der Frauen und mehr als 40 Prozent der Männer einen normalgewichtigen BMI-Wert aufweisen. Allerdings sind auch etwa 40 Prozent der Männer und mehr als 20 Prozent der Frauen mit einem BMI-Wert zwischen 25 und 30 kg/m^2 übergewichtig. Bedenklich sind auch die Anteile der Bevölkerung, die in den beiden Extremgruppen (Adipositas und Untergewicht) liegen (Statistisches Landesamt, 2011h; Abbildung 24).

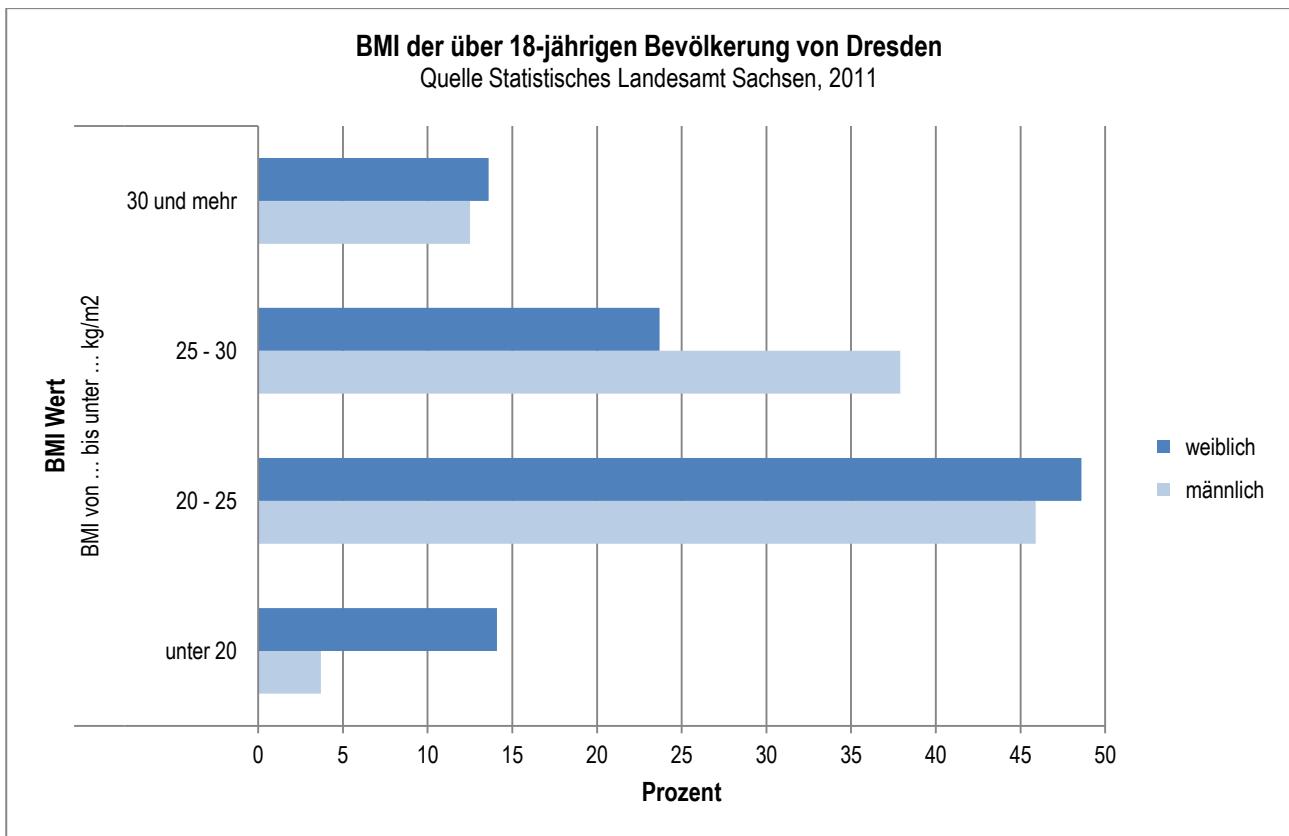


Abbildung 24

3.4 Vorsorgeuntersuchungen

Vorsorgeuntersuchungen stellen eine wichtige präventive Maßnahme dar. Die Inanspruchnahme der Check-up-Untersuchungen, die auf die Früherkennung von z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenleiden, Diabetes etc. abzielen, hat sich seit 2000 in Sachsen erhöht (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen [KVS], 2008; Abbildung 25). Dennoch liegt die Rate im Jahr 2010 mit 23,1 Prozent aller Anspruchsberechtigten sehr niedrig (Statistisches Landesamt, 2011)

Inanspruchnahme der Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten in Sachsen 2000 bis 2007

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, 2008

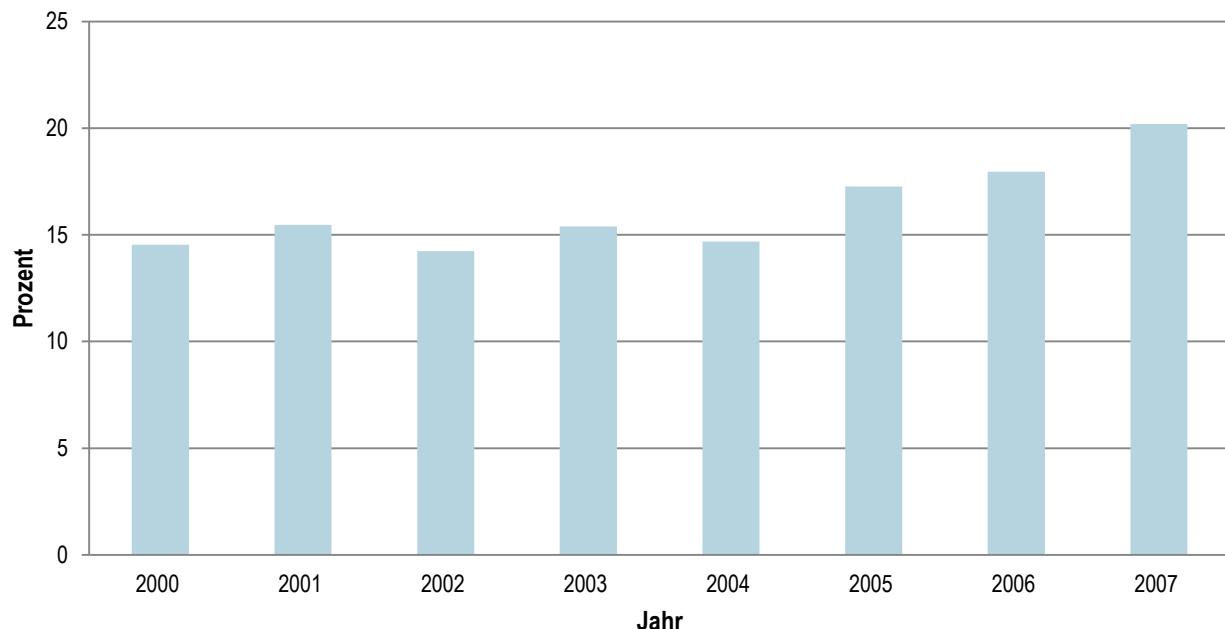


Abbildung 25

Laut Daten des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen, nahmen an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Sachsen 2010 insgesamt 54 Prozent teil (Statistisches Landesamt, 2011i). Im Vergleich mit zurückliegenden Jahren ist diese Quote annähernd konstant geblieben. Insbesondere Frauen bis zu einem Alter von 50 Jahren nehmen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch (Statistisches Landesamt, 2011i). Sicherlich ist die bis zu 65 Prozent reichende Teilnehmerrate mit den häufigen Besuchen beim Gynäkologen zu begründen. Dagegen sinkt die Inanspruchnahme dieser Untersuchungen im höheren Lebensalter (Statistisches Landesamt, 2011i). Des Weiteren ist die Rate der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei den Männern mit insgesamt nur etwa ca. 26 Prozent sehr niedrig (Statistisches Landesamt, 2011i).

Hohe Akzeptanz dagegen genießen die kindlichen Vorsorgeuntersuchungen. Im Abschnitt zur Kinder- und Jugendgesundheit sind die Daten dazu dargestellt.

3.5 Impfungen

Der Impfkalender der ständigen Impfkommission (STIKO) gibt einen Überblick über die in Deutschland empfohlenen Impfungen ab dem Säuglingsalter. Die Empfehlungen der STIKO werden in der Regel einmal jährlich im Epidemiologischen Bulletin des Robert-Koch-Instituts und auf den Internetseiten des Robert-Koch-Instituts veröffentlicht (Robert-Koch-Institut, 2008).

Der Freistaat Sachsen hat als einziges Bundesland eine eigene Impfkommission (SIKO). Diese wird durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz berufen. Sie beobachtet und diskutiert fortwährend die Entwicklungen im Impfschutz und bei Impfstoffen, verfolgt Veröffentlichungen von Expertengremien und formuliert auf der Grundlage des Infektionsschutzgesetzes (§ 20 Absatz 3) unter Berücksichtigung der epidemiologischen Lage Empfehlungen für den Freistaat Sachsen. Die Impfempfehlungen der SIKO werden in der „Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz über öffentlich empfohlene und zur unentgeltlichen Durchführung bestimmte Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe“ (VwV Schutzimpfungen) im Sächsischen Amtsblatt amtlich bekannt gemacht (Sächsische Landesärztekammer, 2010).

Die Kosten für allgemein empfohlene Impfungen werden in der Regel von den Krankenkassen oder dem Arbeitgeber übernommen. Eine Impfpflicht besteht in Deutschland nicht. Wegen der Freiwilligkeit von Impfungen ist ihre Akzeptanz von erheblicher Bedeutung für eine effektive Umsetzung von Impfstrategien. Laut dem Robert-Koch-Institut sind drei bis fünf Prozent der deutschen Bevölkerung Impfgegner (Robert-Koch-Institut, 2004).

Für die Ermittlung des Durchimpfungsgrades werden die erhobenen Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen herangezogen. Ein aktueller Stand wird im Abschnitt zur Kinder- und Jugendgesundheit dargestellt.

3.6 Körperliche Aktivität

Der Lebens- und Arbeitsstil in modernen Gesellschaften ist von häufigem Sitzen und vermehrtem Bewegungsmangel gekennzeichnet. Während im vergangenen Jahrhundert viele Tätigkeiten, sei es im Alltags- wie auch Arbeitsleben von einer hohen körperlichen Aktivität gekennzeichnet waren, sind infolge technologischen Wandels, immer mehr Tätigkeiten durch Technik unterstützt bzw. vollständig ersetzt. Dies beginnt bei der häufigen Nutzung von PKW für private Verrichtungen sowie der Unterstützung von Arbeitstätigkeiten durch Maschinen. Mit dem Wandel von der Produktions- zur Dienstleistungsgesellschaft, fand ein Rückgang von körperlich beanspruchenden Tätigkeiten zugunsten der Zunahme von sitzenden Tätigkeiten statt.

Bewegungsmangel ist häufig mit einer der Ursachen für chronische Erkrankungen wie Adipositas, Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II, koronare Herzkrankheiten, Osteoporose, Depression und bestimmte Krebsarten (Robert-Koch-Institut, 2006). Umso wichtiger ist es, regelmäßige körperliche Aktivitäten als einen Beitrag zur Gesundheit und dem Wohlbefinden im täglichen Leben zu integrieren.

Bezogen auf die Landeshauptstadt Dresden, können auf Basis der Daten der Kommunalen Bürgerumfrage folgende Aussagen zu sportlichen Aktivitäten in der Dresdner Bevölkerung getroffen werden (Kommunale Bürgerumfrage, 2011; Abbildung 26).

In den Altersgruppen von 16 bis 74 Jahren treiben über 60 Prozent ein- oder mehrmals in der Woche Sport. Über 40 Prozent der 16- bis 24-Jährigen treiben sogar mindestens zwei- bis dreimal in der Woche Sport. Dass fast 60 Prozent der über 75-Jährigen seltener oder gar keine sportlichen Aktivitäten durchführen ist sicher auf die eingeschränkte Mobilität zurückzuführen (Kommunale Bürgerumfrage, 2011). Diese Ergebnisse stimmen mit den Ergebnissen der 2009 durchgeföhrten Bürgerumfrage zum Sportverhalten der Dresdnerinnen und Dresdner überein.

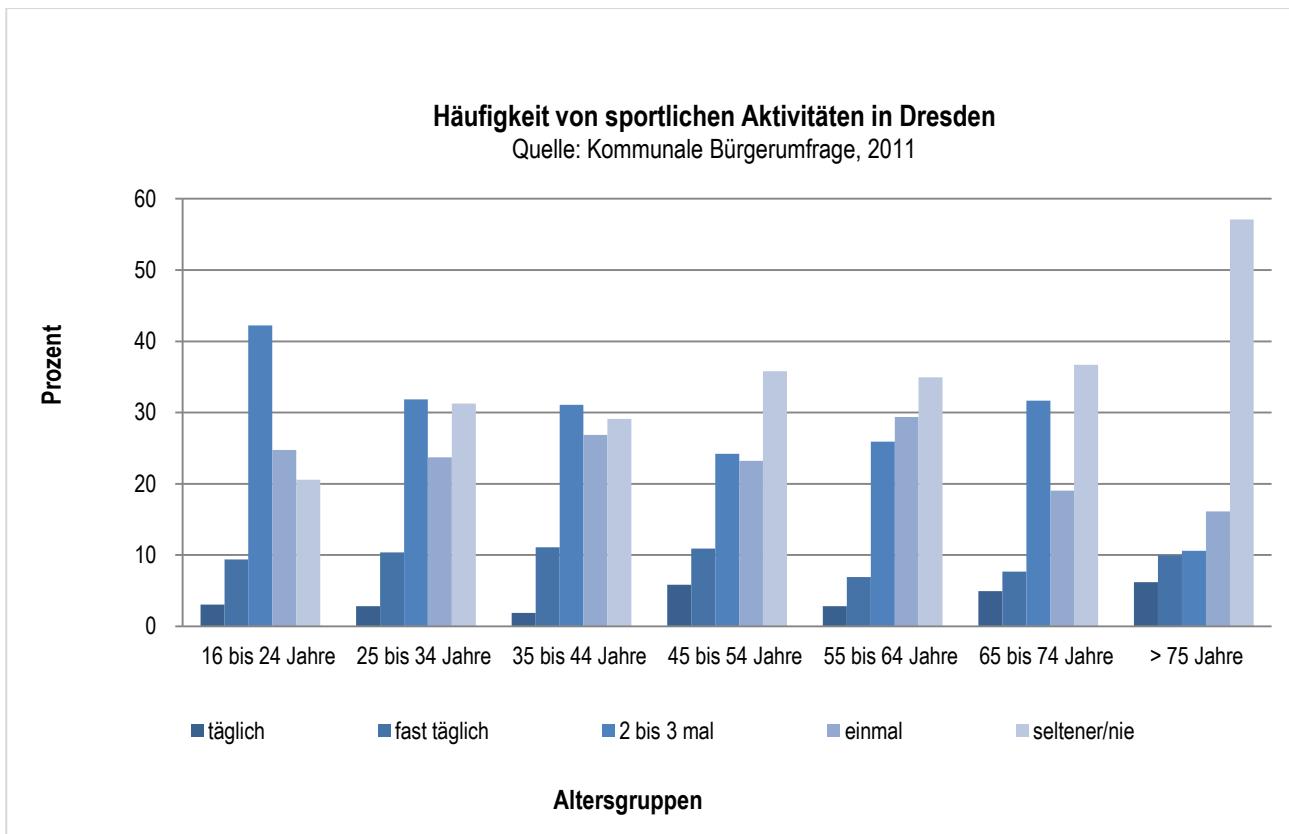


Abbildung 26

Die Arten sportlicher Aktivitäten sind breit gefächert, z. B. sind die Bürgerinnen und Bürger aktiv im Joggen, Fußball, Schwimmen, Inlineskaten. Ein großer Teil der Dresdner Bevölkerung widmet sich z. B. dem Radfahren. Aber auch Spazierengehen als Freizeitaktivität ist weit verbreitet. Ansonsten sind die Interessen der Dresden Bürgerinnen und Bürger sehr breit gefächert.

Auch ältere Menschen sind vielseitig aktiv. Die häufigsten Aktivitäten bei den älteren Dresden Bürgerinnen und Bürgern sind Spazierengehen, Gartenarbeit, Schwimmen und Radfahren (Kommunale Bürgerumfrage, 2011; Abbildung 27).

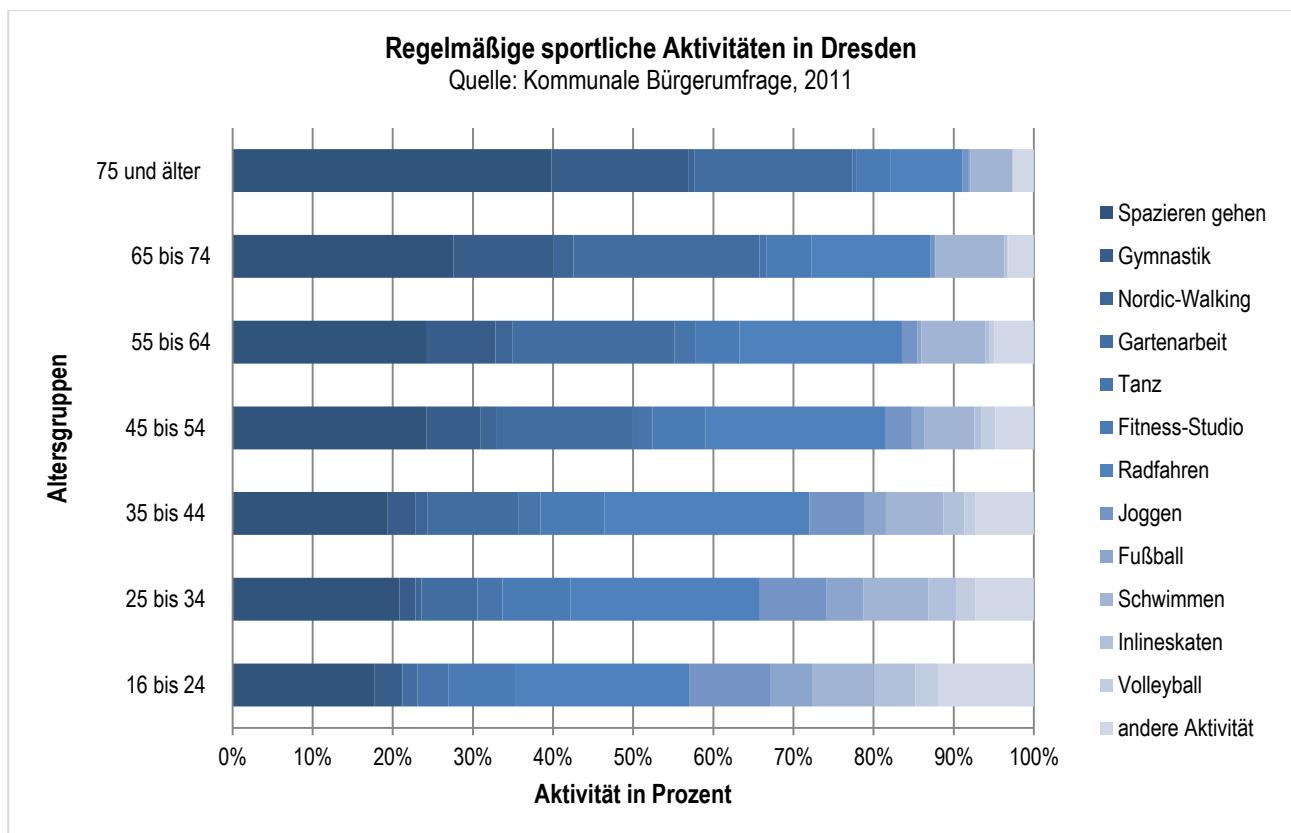


Abbildung 27

Bei der Betrachtung der einzelnen Stadträume ergibt sich folgendes Bild (Kommunale Bürgerumfrage, 2011; Abbildung 28). Befragte Personen aus den Stadträumen Prohlis, Reick, Gorbitz, Leipziger Vorstadt und Pieschen geben deutlich weniger sportliche Aktivitäten an. Wesentlich höher ist der Anteil an Personen, die zweimal wöchentlich sportlich aktiv sind in den Stadträumen Loschwitz und Schönfeld-Weißig, Löbtau, Mockritz, Coschütz, Plauen, Johannstadt, Blasewitz und Friedrichstadt, 26er-Ring (Kommunale Bürgerumfrage, 2011).

Häufigkeit von sportlichen Aktivitäten nach Stadträumen

Quelle: Kommunale Bürgerumfrage, 2011

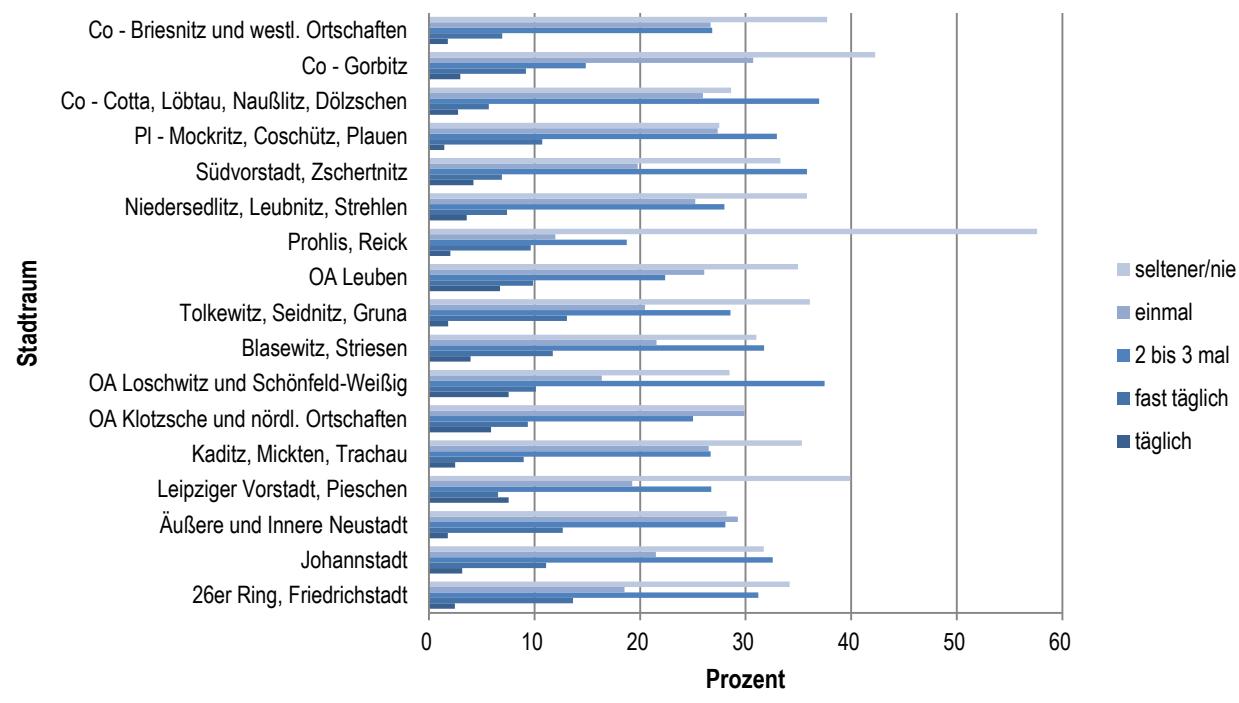


Abbildung 28

3.7 Zusammenfassung

- Zwei Drittel der 15- bis 65-Jährigen in Dresden sind Nichtraucher. Etwa 66 Prozent der Männer dieser genannten Altersgruppe und 76 Prozent der Frauen rauchen nicht. Dabei haben ca. 20 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen früher geraucht. Besonders jüngere wie auch mittlere Altersgruppen zählen zu den Rauchern.
- Annähernd 50 Prozent der Frauen und mehr als 40 Prozent der Männer weisen einen normalgewichtigen BMI-Wert auf. Allerdings sind auch etwa 40 Prozent der Männer und mehr als 20 Prozent der Frauen mit einem BMI-Wert zwischen 25 und 30 kg/m² übergewichtig.
- Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen ist im Jahr 2010 sehr niedrig.
- Mehr als 50 Prozent nehmen an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Sachsen 2010 teil. Diese Quote ist annähernd konstant geblieben. Insbesondere Frauen bis zu einem Alter von 50 Jahren nehmen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch.
- In fast allen Altersgruppen von 16 bis 74 Jahren treiben über 60 Prozent ein- oder mehrmals in der Woche Sport. 40 Prozent der 16- bis 24-Jährigen treibt sogar mindestens zwei- bis dreimal in der Woche Sport.
- Die Arten sportlicher Aktivitäten in der Bevölkerung sind breit gefächert.
- Befragte Personen aus den Stadträumen Prohlis, Reick, Gorbitz und Leipziger Vorstadt, Pieschen geben deutlich weniger sportliche Aktivitäten an.

4. Gesundheitsversorgung

4.1 Einleitung

An der Gesundheitsversorgung sind eine Vielzahl von Institutionen, Einrichtungen und Personen beteiligt. Das Gesundheitssystem insgesamt umfasst die Leistungserbringer, also Ärzte, Apotheker, Pflegepersonal, etc., den Staat (Bund, Länder und Kommunen), die Krankenversicherungen, die Unfall-, Pflege- und Rentenversicherung, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Arbeitgeber und Arbeitnehmer und ihre Verbände, weitere im Gesundheitswesen tätige Interessenverbände und nicht zuletzt die Patienten, zum Teil vertreten durch Patientenverbände und Selbsthilfeorganisationen.

Das Gesundheitswesen in Deutschland durchläuft seit Anfang der 1990er Jahre erhebliche strukturelle Veränderungen. Ursachen des Wandels sind demographische Veränderungen und eine damit einhergehende Alterung der Gesellschaft, Neuerungen in der Diagnostik, Therapie und Medizintechnik, aber auch ökonomische Zwänge in den Sozialversicherungssystemen.

Abgesehen von den kommunalen Krankenhäusern, Gesundheitsämtern und Hochschulkliniken werden die Versorgungsleistungen weitgehend privat erbracht.

Krankenhäuser sind für die stationäre medizinische Versorgung zuständig. Die ambulante Versorgung erfolgt über die niedergelassene Ärzteschaft, die ihre Aufgabe als Hausarzt oder Facharzt verschiedener Spezialgebiete wahnimmt. Außerhalb der Krankenhäuser dominieren freie Berufe, wie niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Apotheker.

Die Pflege umfasst all diejenigen Aufgaben, die die Sorge um und die Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen in medizinisch-sozialen Dingen betreffen. Pflege erfolgt in Deutschland (teil-)stationär wie ambulant durch beispielsweise ambulante Pflegedienste, Kurzzeitpflege, Tagespflege und verschiedene und mittlerweile breit ausdifferenzierte betreute und begleitete Wohnformen.

Leistungen der Selbsthilfegruppen sind eine wichtige Ergänzung zum professionellen Gesundheitssystem. Gesundheitliche Selbsthilfegruppen werden von der gesetzlichen Krankenversicherung gefördert. Alle Krankenkassen sind gesetzlich dazu verpflichtet. Für die Unterstützung von örtlichen Selbsthilfegruppen sind neben den Selbsthilfeorganisationen die Selbsthilfekontaktstellen von Bedeutung. Professionelle Mitarbeiter vermitteln Suchende an bestehende Selbsthilfegruppen oder unterstützen bei der Gründung neuer Gruppen.

4.2 Ambulante medizinische Versorgung

In der Abbildung 29 ist die Entwicklung der ambulant tätigen Ärzte in Sachsen nach Fachgebieten von 2000 bis 2010 dargestellt. Wie ersichtlich, ist eine leichte Abnahme der Allgemeinmediziner von 2000 bis 2010 zu verzeichnen. Fachärzte der inneren Medizin in ambulanten Praxen nehmen im genannten Zeitraum zu. Die Anzahl ambulanter Ärzte der Frauenheilkunde sowie Kinder- und Jugendmedizin ist im Zeitraum 2000 bis 2010 relativ konstant.

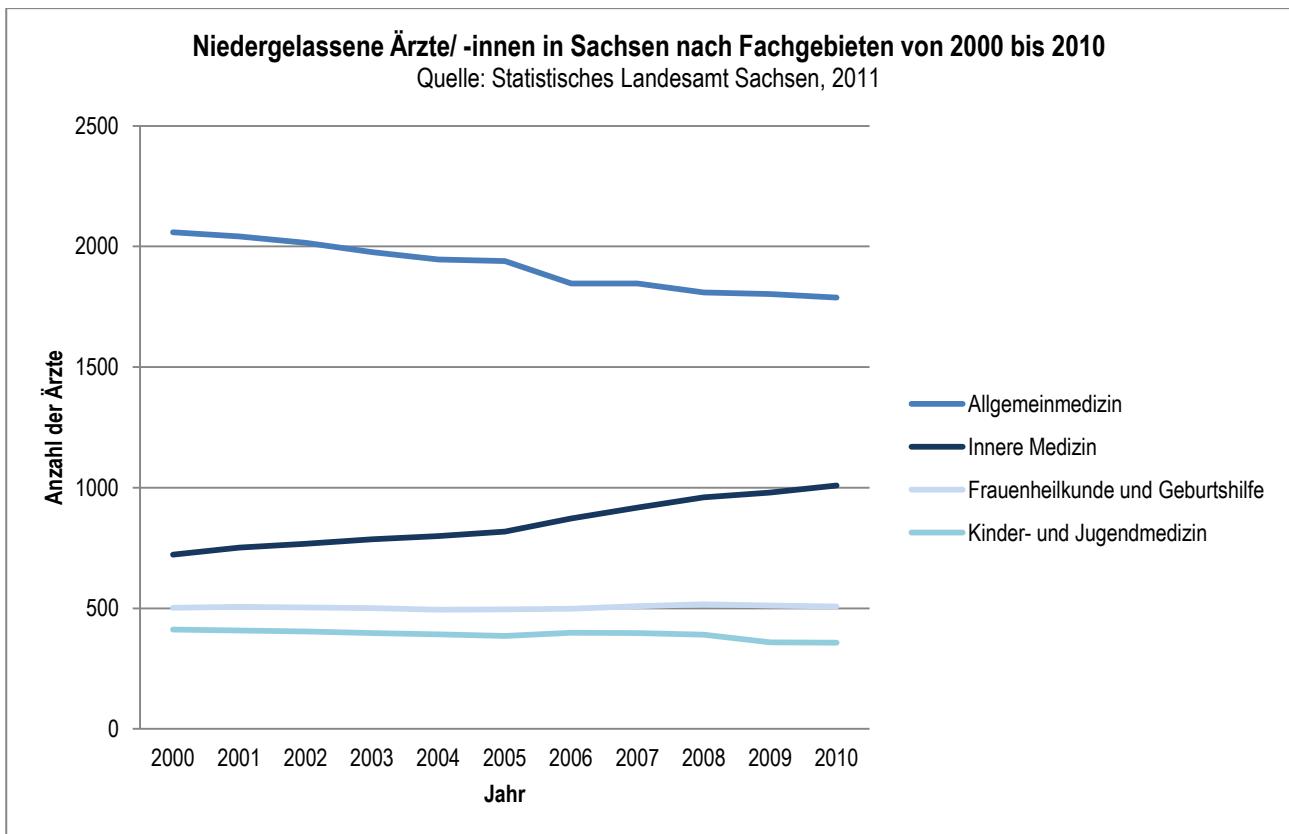


Abbildung 29

In Dresden waren am 1. Oktober 2011 insgesamt 2 970 Ärztinnen und Ärzte sowie psychologische Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung tätig (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen [KVS], 2012b). Bei einer Einwohnerzahl von 523 807 Menschen zum Stichtag 1. Dezember 2011, entspricht dies in etwa 176 Einwohner pro ambulanten Arzt bzw. Psychotherapeuten. In den anderen beiden sächsischen Großstädten Chemnitz und Leipzig arbeiteten 2 649 bzw. 2 014 Ärzte und psychologische Psychotherapeuten in ambulanten Praxen.

Der Großteil der ambulanten Praxen sind Hausärzte der Allgemeinmedizin mit 752 Ärztinnen und Ärzten. Einen weiteren hohen Anteil der ambulanten Versorgung machen hausärztliche bzw. fachärztliche Internisten aus, in denen zusammen 533 Ärztinnen und Ärzte tätig sind. Den dritten Rang nehmen mit 228 die ambulant tätigen Frauenärzte ein, gefolgt auf Rang vier mit 171 die Kinderärzte.

Die Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung sind mehrheitlich als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte tätig. Nur etwa 300 Ärztinnen und Ärzte sind angestellt in der ambulanten Versorgung (z. B. in Medizinischen Versorgungszentren).

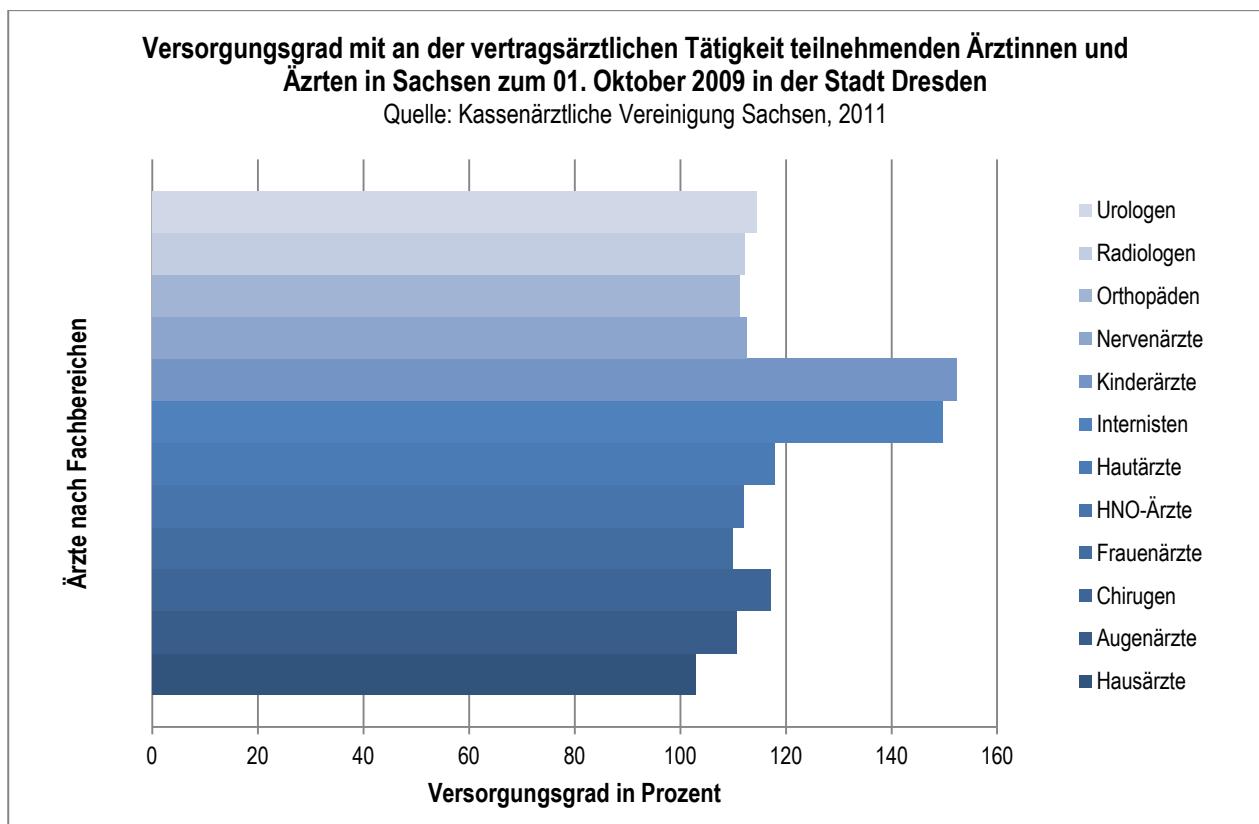


Abbildung 30

Entgegen den ländlichen Gebieten in der Bundesrepublik, liegt nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung der Versorgungsgrad bei Haus- und Fachärzten in Dresden jeweils bei über 110 Prozent (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen [KVS], 2011; Abbildung 30). Eine besonders hohe Versorgungsquote liegt für Fachärzte der Kinderheilkunde sowie für Internisten vor.

Seit 2000 werden Berufserlaubnisse für psychologische Psychotherapeuten erteilt. Beginnend mit einer Anzahl von 6 im Bundesland Sachsen wurden 2007 bereits 65 Berufserlaubnisse erteilt. Die Zahl der ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten hat sich vor allem in den alten Bundesländern erhöht. Dies steht in Zusammenhang mit dem seit 1999 geltenden Psychotherapeutengesetz, das die nichtärztlichen und die ärztlichen Psychotherapeuten in die kassenärztliche Versorgung einbezogen hat. In Dresden sind mit Stichtag 1. Oktober 2011 in der ambulanten Praxis 311 psychologische sowie ärztliche Psychotherapeuten tätig. Während im Januar 2008 die Anzahl bei insgesamt 168 Psychotherapeuten (ärztliche und psychologische Psychotherapeuten) lag. Auf jeden Psychotherapeuten kommen somit 3 080 Einwohner. Der Versorgungsgrad wird durch die Kassenärztliche Vereinigung mit 110 Prozent bewertet. Das Verhältnis der ärztlichen zu den nichtärztlichen Psychotherapeuten beträgt 17,5 Prozent zu 82,5 Prozent und entspricht damit nicht dem Richtwert von 40 Prozent zu 60 Prozent. Im Sächsischen Vergleich weist Dresden eine gute Versorgungsquote mit Psychotherapeuten auf (Statistisches Landesamt, 2008).

4.3 Stationäre medizinische Versorgung

Daten zur stationären Versorgung in Sachsen zeigen folgende Versorgungssituation (Statistisches Landesamt, 2011): Am 31. Dezember 2010 gab es im Freistaat Sachsen 80 Krankenhäuser. Im Jahresdurchschnitt 2010 standen insgesamt 26 383 Krankenhausbetten zur Verfügung, das waren 114 aufgestellte Betten weniger als im Vorjahr (Abbildung 32). Für die Versorgung von jeweils 100 000 Einwohnern in Sachsen standen durchschnittlich 635 Betten zur Verfügung, ein Bett mehr als 2009. Betrachtet man die Krankenhäuser insgesamt, so befanden sich die meisten Betten in den Fachabteilungen Innere Medizin (8 863), Chirurgie (5 382), Psychiatrie und Psychotherapie (2 791) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (1 831). Damit entfielen 72 Prozent der Betten auf diese Fachabteilungen. An dieser Verteilung der Betten auf die genannten Fachabteilungen hat sich gegenüber den letzten Jahren nichts geändert.

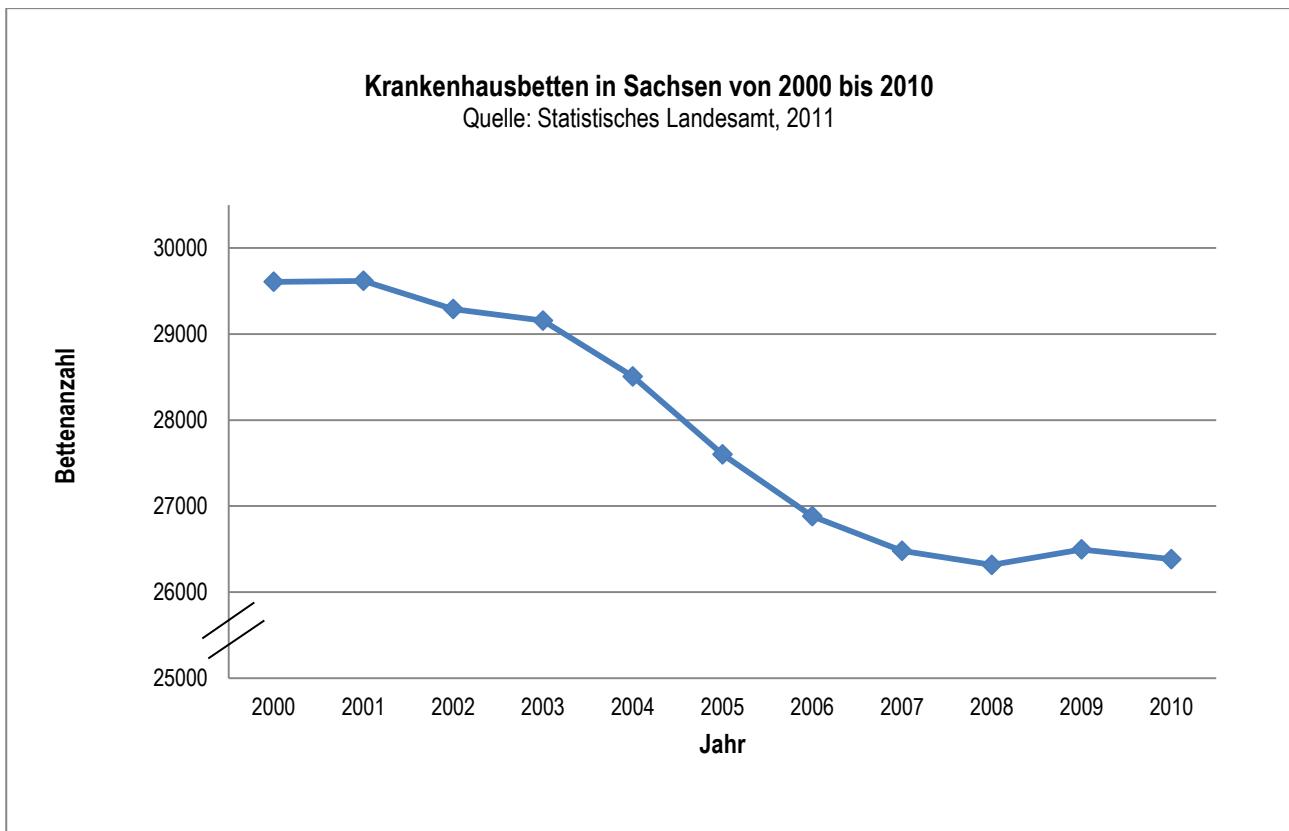


Abbildung 31

In Dresden existierten im Jahr 2011 7 Krankenhäuser sowie 3 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. In den Krankenhäusern wurden 3 570 Betten sowie in den 3 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 144 Betten zur Verfügung gestellt (Statistisches Landesamt, 2011).

Im Jahr 2009 dauerte eine stationäre Behandlung im Krankenhaus durchschnittlich acht Tage, 2010 etwas kürzer (7,9 Tage). Die längste Verweildauer hatten die Fachabteilungen Kinder- und Jugendpsychiatrie (44,8 Tage), die Psychotherapeutische Medizin (38,7 Tage) sowie die Psychiatrie und Psychotherapie (22,3 Tage). Eine Behandlung in der Fachabteilung Augenheilkunde dauerte mit durchschnittlich 2,7 Tagen am kürzesten. Die Bettenauslastung betrug im Berichtsjahr 80,3 Prozent und ist gegenüber dem Jahr 2009 um 0,2 Prozentpunkte gestiegen. Die höchste Auslastung war mit 92 Prozent in der Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie zu verzeichnen. Die niedrigste Auslastung hatte die Fachabteilung Kinderchirurgie mit 57,1 Prozent. In den 80 Krankenhäusern des Freistaates waren am 31. Dezember 2010 insgesamt 47 491 Personen beschäftigt, davon 36 780 Frauen (77,4 Prozent). Die Gesamtzahl der Beschäftigten hat sich zum Vorjahr um 660 Angestellte erhöht. Zur Behandlung der Patienten waren im Berichtsjahr 7 390 hauptamtliche Ärzte in den sächsischen Krankenhäusern beschäftigt, das waren 277 bzw. knapp vier Prozent mehr als 2009. Die Anzahl der Beschäftigten beim nichtärztlichen Personal ist von 2009 bis 2010 um ein Prozent auf 40 101 Personen gestiegen. Im Jahr 2010 wurden in Sachsen's Krankenhäusern insgesamt 978 892 vollstationäre Behandlungsfälle erfasst, das waren 9 309 (ein Prozent) mehr als im Vorjahr. Damit musste statistisch gesehen fast jeder vierte Einwohner Sachsen's 2010 ein Krankenhaus zur stationären Behandlung aufsuchen.

4.4 Zahnärzte

Ende 2010 gab es im Freistaat Sachsen 3 905 berufstätige Zahnärzte, 94 je 100 000 Einwohner. Im Vergleich zum Vorjahr standen insgesamt 50 Zahnärzte mehr zur Verfügung. Der Anteil der Frauen betrug bei den Zahnärzten 59 Prozent (2 315). 168 der Zahnärzte arbeiteten als Kieferorthopäden. 95 Prozent (3 705) der Zahnärzte arbeiteten als Inhaber (3 129) bzw. Assistenten (576) in einer Praxis. Das entsprach einer Dichte von 89 Zahnärzten in Niederlassung je 100 000 Einwohner oder 1 120 Einwohner je niedergelassenem Zahnarzt. Gegenüber 2009 stieg die Zahl der Zahnärzte in Praxen um 55. Die Zahnärzte in Praxen verteilten sich auf 1 490 in Dresden (92 je 100 000 Einwohner). 869 Zahnärzte (22 Prozent) waren jünger als 40 Jahre. Im Alter von 65 und mehr Jahren arbeiteten noch 183 Zahnärzte (5 Prozent) (Statistisches Landesamt, 2010a).

Der Versorgungsgrad mit an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzten ist in Dresden seit 2002 bis 2008 von 123,6 Prozent auf 115,3 Prozent zurückgegangen (Statistisches Landesamt, 2010b). Im Jahr 2009 lag er bei 116,8 Prozent. Damit liegt Dresden im sächsischen Vergleich im Mittelfeld. Bei Kieferorthopäden ist der Versorgungsgrad in Dresden von 2002 103,7 Prozent auf 96,3 Prozent in 2008 gefallen und sinkt weiter (Statistisches Landesamt, 2010b). 2009 lag der Versorgungsgrad bei Kieferorthopäden in Dresden bei 94,6 Prozent (Statistisches Landesamt, 2010b).

4.5 Apotheken

Im Dezember 2010 waren im Freistaat Sachsen in 1 001 öffentlichen Apotheken (24 je 100 000 Einwohner oder 4 145 Einwohner je Apotheke) 1 556 Apotheker tätig. Gegenüber dem gleichen Zeitpunkt im Vorjahr blieb die Zahl der öffentlichen Apotheken gleich, nur die Anzahl der Apotheker nahm um 49 zu (Statistisches Landesamt, 2011f). Außerdem arbeiteten 94 Apotheker in 21 Krankenhausapotheken. Von den 1 655 Apothekern waren insgesamt 1 238 Frauen (75 Prozent). 752 Apotheker (45 Prozent) waren jünger als 40 Jahre. Im Alter von 65 und mehr Jahren arbeiteten noch 64 Apotheker (4 Prozent).

Zwischen 2000 und 2010 stieg die Zahl der öffentlichen Apotheken in Dresden von 105 auf 120, die Anzahl der Einwohner, die eine Apotheke versorgt, verringerte sich im gleichen Zeitraum von 4 684 auf 4 359 (Statistisches Landesamt, 2011f; Abbildung 32).

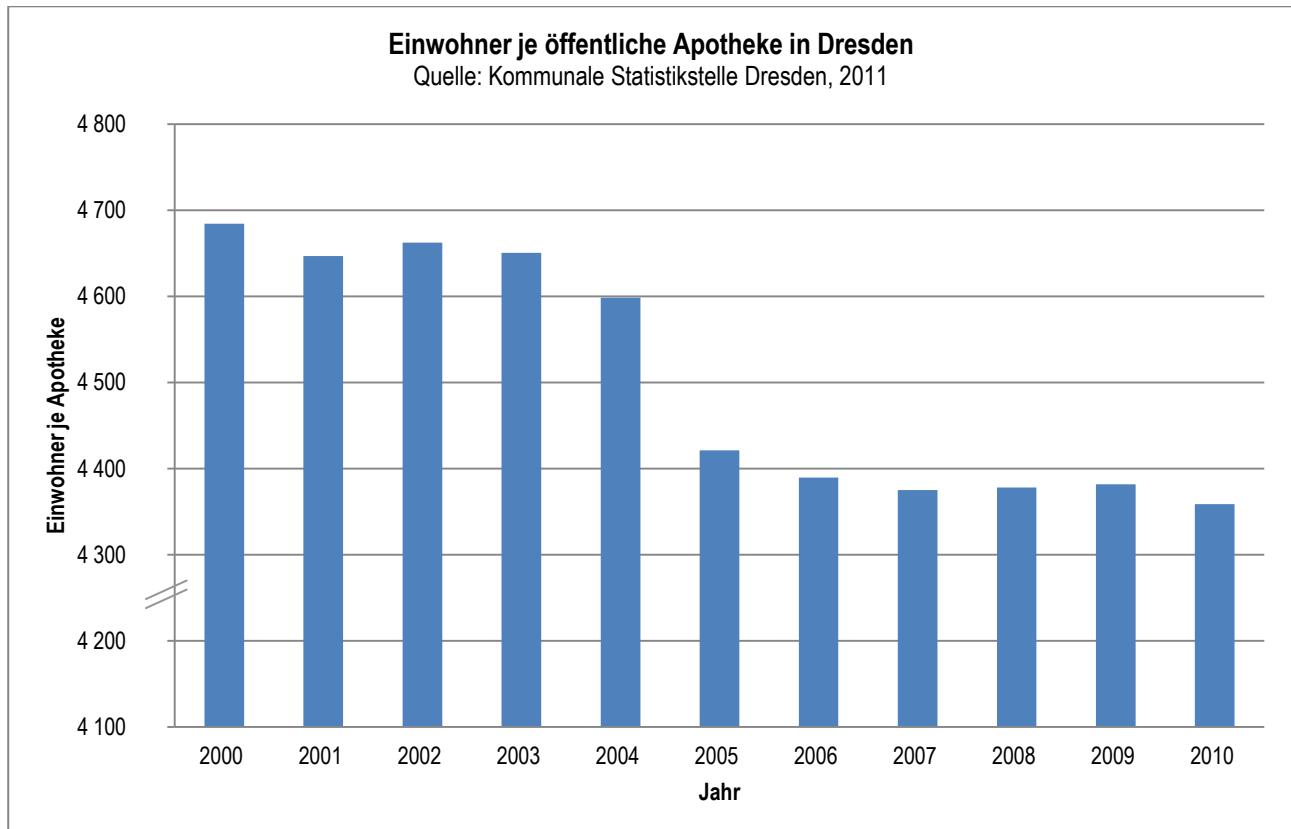


Abbildung 32

4.6 Pflege

2009 gab es in Sachsen rund 132 000 Pflegebedürftige, darunter über zwei Drittel Frauen. Ihre Anzahl stieg in den letzten 10 Jahren um über 10 Prozent, in der Altersgruppe ab 65 Jahre sogar um über 15 Prozent (Statistisches Landesamt, 2011j; Abbildung 34). Dabei lag der Anstieg bei den Männern mit 23,4 Prozent weit über dem der Frauen (6,7 Prozent). Die Pflegequote über alle Altersgruppen stieg im betrachteten Zeitraum von 26,5 auf 31,6 je 1 000 Einwohner. Bei den über 65-Jährigen stieg sie nach anfänglichem Absinken erst nach 2005 wieder leicht an – 2009 entfielen auf 1 000 Einwohner im Alter ab 65 Jahren 108 Pflegebedürftige (Statistisches Landesamt, 2011j).

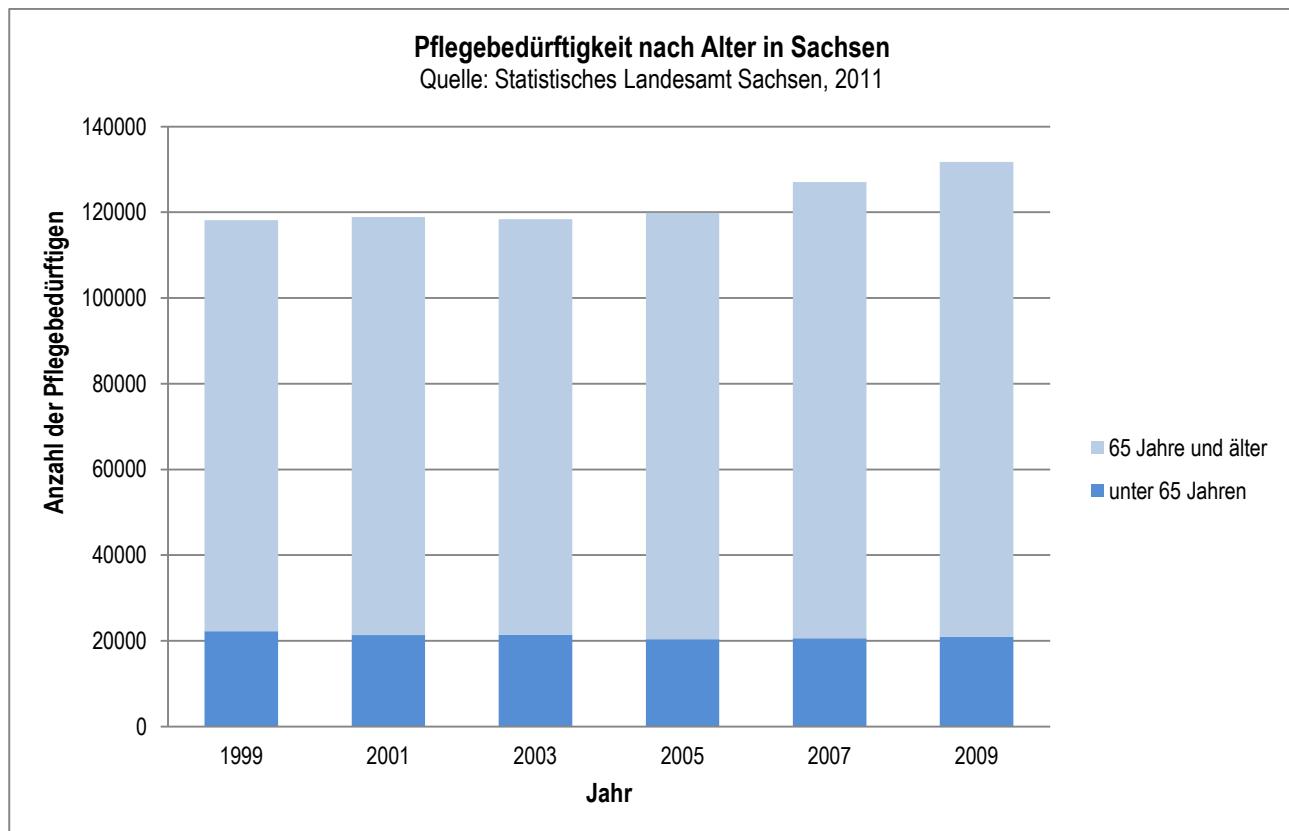


Abbildung 33

Während 1999 noch fast die Hälfte (48,6 Prozent) aller Pflegebedürftigen keine professionelle Betreuung in Anspruch nahm, waren das 2009 nur noch 38,8 Prozent. Erhöht hat sich vor allem der Anteil der stationären Pflege (von 26,0 auf 33,1 Prozent) (Statistisches Landesamt, 2011j; Abbildung 35). Ambulante Pflegedienste betreuten Ende 2009 wieder 28,2 Prozent der Pflegebedürftigen (1999: 25,4 Prozent). Ihr Anteil war zwischen 2001 und 2007 leicht gesunken. An Bedeutung gewonnen hat die Kombination von Leistungen ambulanter Pflegedienste mit reinen Pflegegeldleistungen. Dabei wird die Pflege durch Angehörige mit professionellen Pflegedienstleistungen ergänzt (Statistisches Landesamt, 2011j).

Stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen in Sachsen

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2011

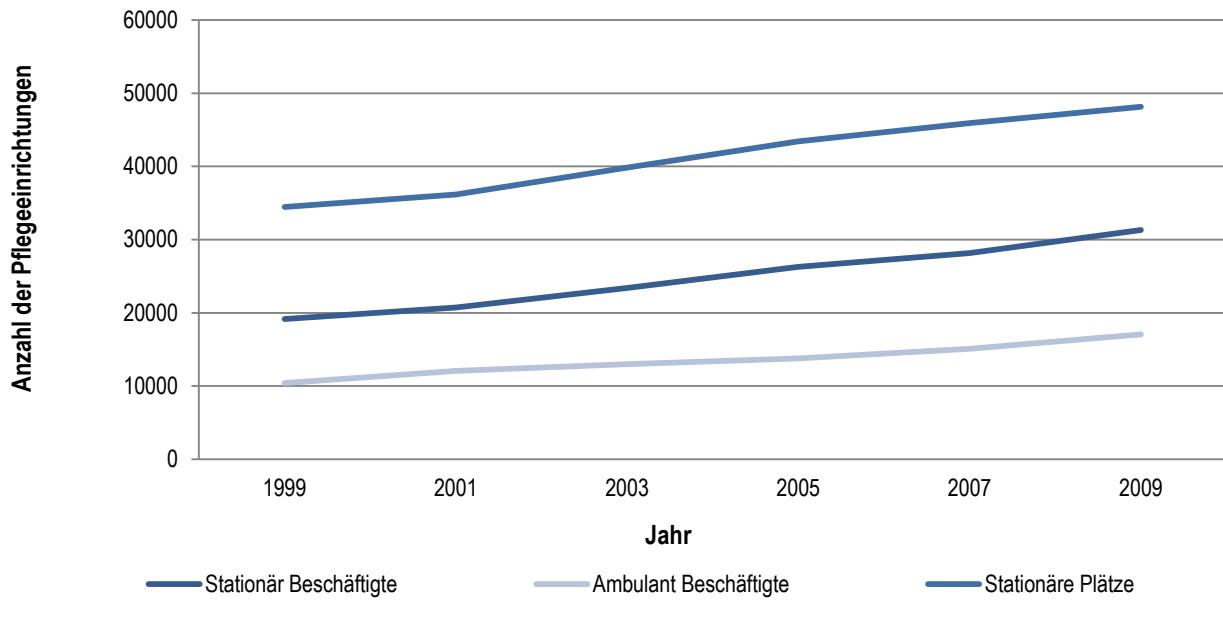


Abbildung 34

Die Zahl der Pflegeeinrichtungen erhöhte sich aufgrund der gestiegenen Anzahl Pflegebedürftiger sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. 2009 wurden in Sachsen 45 825 Pflegebedürftige stationär betreut, 1999 waren es 30 752. In Dresden gab es 2010 insgesamt 78 Pflegeeinrichtungen. Davon sind 57 Pflegeheime mit 235 Seniorenplätzen und 5 285 Pflegeplätzen. Die übrigen Einrichtungen sind Einrichtungen der Kurzzeitpflege mit 223 Plätzen bzw. der Tagespflege mit 320 Plätzen. Die Cultus gemeinnützige GmbH der Landeshauptstadt Dresden betreibt dabei 5 der Alten- und Senioreneinrichtungen.

Auf einen Beschäftigten einer stationären Pflegeeinrichtung in Sachsen kamen damit im Durchschnitt 1,46 Pflegebedürftige, 1999 waren es 1,61. Die Beschäftigten der zugelassenen ambulanten Pflegedienste betreuten 2009 37 087 Pflegebedürftige, durchschnittlich 2,2 je Beschäftigten. 1999 entfielen mit 29 971 betreuten Pflegebedürftigen durchschnittlich 2,9 auf jeden dort Beschäftigten (Statistisches Landesamt, 2011j).

Im Vergleich mit allen Pflegebedürftigen haben stationär betreute oft höhere Pflegestufen, das betrifft insbesondere Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege. Hier wurden am Jahresende 2009 unter anderem 7 769 Schwerpflegebedürftige (Pflegestufe III und Härtefälle) betreut. Weitere 6 384 Personen mit dieser Pflegestufe wurden im häuslichen Umfeld gepflegt, etwa die Hälfte davon (3 235 Personen) nahm dazu keine professionelle Hilfe in Anspruch. Ambulante Pflegedienste betreuten 3 149 Schwerpflegebedürftige, in 1 504 Fällen davon übernahmen sie nur einen Teil der Pflege. 2 261 Personen befanden sich Ende 2009 in teilstationärer Pflege, fast alle davon in Tagespflege (Statistisches Landesamt, 2011j).

4.7 Selbsthilfe

Die Selbsthilfe stellt eine bedeutende Ergänzungsleistung im Gesundheitssystem dar. Sie hat ihre Vorläufer in den Emanzipationsbewegungen des 19. Jahrhunderts, insbesondere in der Frauen- und der Jugendbewegung. Seit den 1960er Jahren besteht die offene Selbsthilfe in Deutschland. Im Fokus der Selbsthilfe steht Förderung der aktiven und eigenverantwortlichen Rolle des mündigen Patienten. Mittlerweile wird die Selbsthilfe in Deutschland gesetzlich gefördert. Die Selbsthilfe ist in Gruppen bzw. Zusammenschlüssen von Betroffenen bzw. deren Angehörigen organisiert. Die Arbeit der Selbsthilfegruppen hat zum Ziel, gemeinsam Krankheiten zu bewältigen sowie Unterstützungsleistungen bei psychischen und sozialen Problemen zu bieten.

In Dresden hat sich eine vielseitige Selbsthilfelandshaft entwickelt. Dresden verfügt über eine kommunale Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) zur Unterstützung der Selbsthilfegruppen. Mehr als 200 Gruppen sind derzeit in der Stadt aktiv. Themen sind unter anderem chronische Erkrankungen und Gesundheitsförderung, psychische Probleme und Erkrankungen, Behinderungen, Sucht, Eltern und Kinder, Alter und Senioren sowie besondere soziale Situationen (KISS, 2011; Abbildung 35). Die meisten Gruppen gibt es im Bereich Gesundheit und chronische Erkrankungen sowie Sucht (KISS, 2011). Aber auch Selbsthilfegruppen, die Menschen mit psychischen Problemen Unterstützung und Hilfe bieten, sind mit über 15 Prozent vertreten.

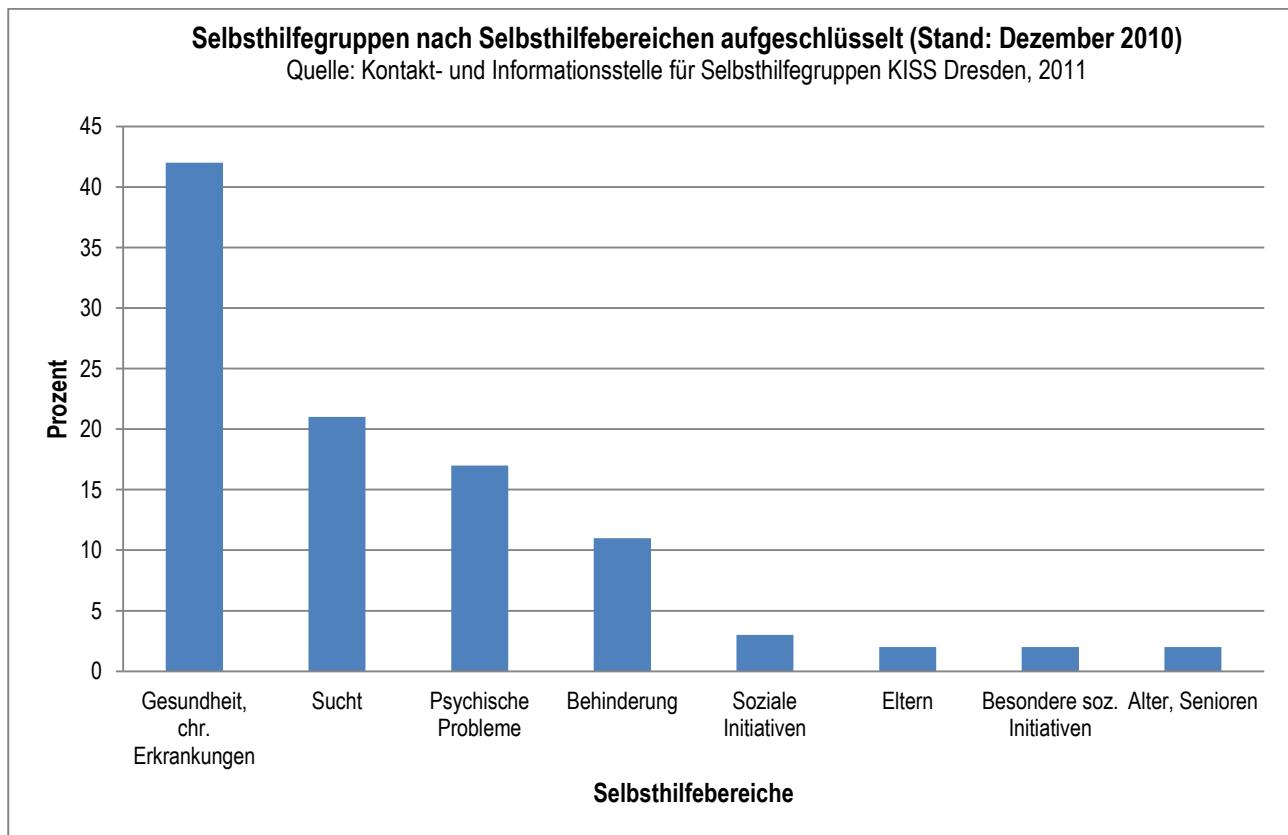


Abbildung 35

Gründungen von Selbsthilfegruppen 2000 - 2010

Quelle: Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen KISS Dresden, 2011

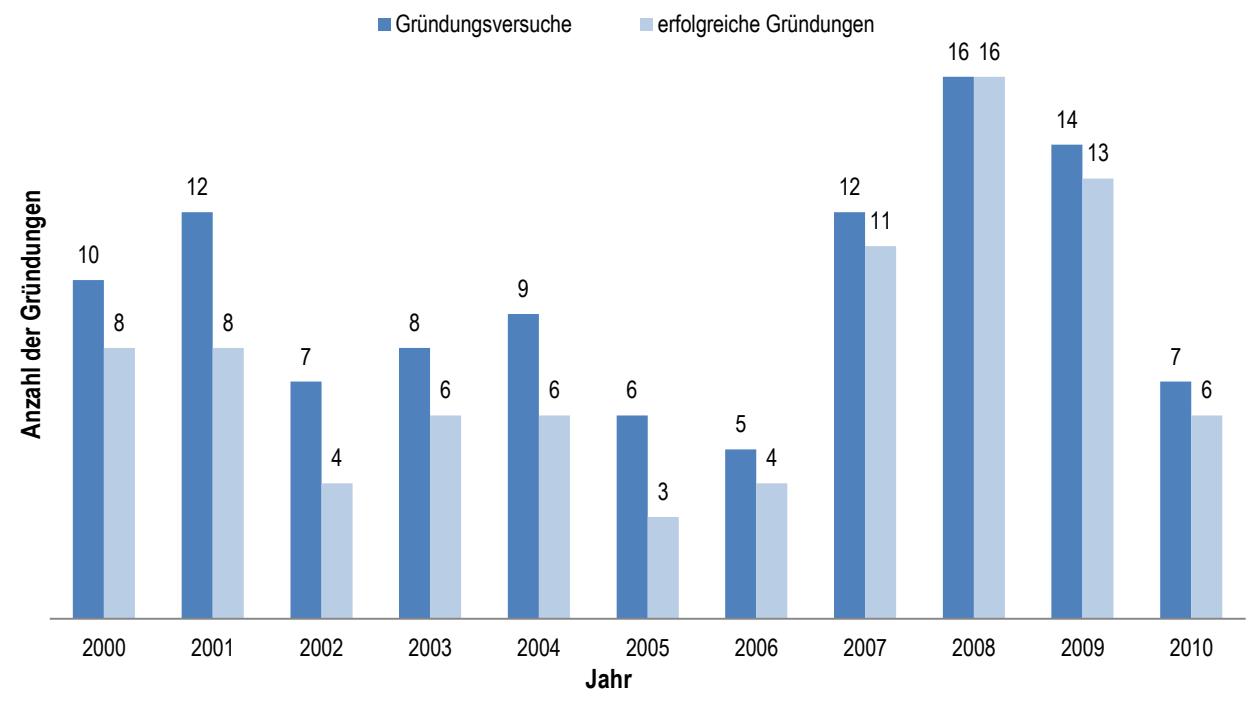


Abbildung 36

Die Bedeutung der Arbeit der Selbsthilfegruppen wird auch darin deutlich, dass es seit 2000 zunehmend viele Bemühungen gibt, Selbsthilfegruppen zu gründen. Seit 2000 wurden durchschnittlich pro Jahr zehn bis elf Versuche unternommen Selbsthilfegruppen zu gründen. Zur Gründung kam es im Durchschnitt in acht bis neun Fällen (KISS, 2011; Abbildung 36).

4.8 Zusammenfassung

- Der Versorgungsgrad bei Haus- und Fachärzten liegt in Dresden jeweils bei über 110 Prozent. Eine besonders hohe Versorgungsquote liegt für Fachärzte der Kinderheilkunde sowie für Internisten vor.
- In den 80 Krankenhäusern des Freistaates waren 2010 insgesamt 47 491 Personen beschäftigt, davon über 70 Prozent Frauen. Die Gesamtzahl der Beschäftigten hat sich zum Vorjahr leicht erhöht. Zur Behandlung der Patienten waren im Berichtsjahr 7 390 hauptamtliche Ärzte in den sächsischen Krankenhäusern beschäftigt. Im Jahr 2010 wurden in Sachsen's Krankenhäusern insgesamt 978 892 vollstationäre Behandlungsfälle erfasst, das waren etwa ein Prozent mehr als im Vorjahr.
- Etwa 1 000 Apotheken versorgen Patienten in Sachsen. Diese Zahl ist konstant geblieben. In Dresden sind derzeit 120 Apotheken für die Einwohner zuständig.
- 2009 gab es in Sachsen rund 132 000 Pflegebedürftige, darunter über zwei Drittel Frauen. Ihre Anzahl stieg in den letzten 10 Jahren um über 10 Prozent, in der Altersgruppe ab 65 Jahre sogar um über 15 Prozent.
- In Dresden hat sich eine vielseitige Selbsthilfelandshaft entwickelt. Dresden verfügt über eine kommunale Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) zur Unterstützung der Selbsthilfegruppen. Mehr als 200 Gruppen sind derzeit in der Stadt aktiv.
-

5. Soziale Lage

5.1 Einleitung

Entsprechend der ganzheitlichen Definition der WHO von Gesundheit, muss die Gesundheit eines Menschen auch vor dem Hintergrund der sozialen Lage und der Bedingungen unter denen er aufwächst und lebt betrachtet werden. So stellen soziale Bedingungen wesentliche Einflussfaktoren der eigenen Gesundheit und des Wohlbefindens dar. Obwohl in Deutschland gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen durch einen allgemein hohen Lebensstandard und durch gesetzliche Schutzbestimmungen gegen gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren in der Umwelt und der Arbeitswelt seit langem gegeben sind, bekommt das Thema Gesundheit in Anbetracht aktueller wirtschaftlicher und sozialer Entwicklungen neue Relevanz.

Unter schwierigen ökonomischen Bedingungen, verbunden mit steigender Arbeitslosigkeit, nehmen soziale Ungleichheiten und Armutsriskiken tendenziell zu. Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen finden aufgrund fehlender ökonomischer Ressourcen, Sprachbarrieren, Alter oder familiären Notlagen schlechter Zugang zum Gesundheitssystem und dessen Versorgungsangeboten.

Soziökonomische Faktoren, wie Einkommen, Bildung oder Beruf haben deshalb einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Gesundheit. Und zwar nicht nur für die Gesundheit der Erwachsenen, sondern die sozialen Faktoren beeinträchtigen auch die Gesundheit und das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen. Die Wurzeln für ein gesundes Aufwachsen werden schon in der Schwangerschaft gelegt und in der Kindheit manifestiert. Defizite, die hier mangels gesunder Ernährung, Vorsorge oder medizinischer Behandlung entstehen, können nur schwerlich wieder ausgeglichen werden.

Soziale Ungleichheiten spiegeln sich somit deutlich im Gesundheitszustand einzelner Betroffenengruppen wieder. Die Sicherung von Lebensbedingungen, einschließlich des Vorhandenseins adäquater Versorgungsangebote zum gesunden Aufwachsen, Leben und Älterwerden müssen gegeben sein und sollten im Zentrum politischen Handelns stehen. Es ist daher notwendig, Präventionsprogramme sowie Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu etablieren, die zielgruppenspezifisch ansetzen, um gesundheitliche Chancengerechtigkeit herzustellen.

Derzeit liegt der aktuelle Lebenslagenbericht- Bericht zur Entwicklung sozialer Strukturen und Lebenslagen 2008 seitens des Sozialamtes vor und kann auf der Internetseite der Landeshauptstadt Dresden unter www.dresden.de eingesehen werden.

5.2 Arbeitsmarkt

5.2.1 Erwerbs- und Arbeitslosenzahlen

Im Jahr 2010 stieg die Zahl der Erwerbstätigen zum Ende des Jahres auf 1,98 Millionen in Sachsen (Statistisches Landesamt, 2011k, Abbildung 37). Dies ist der höchste Wert seit Jahren im Freistaat Sachsen und es lässt sich eine leichte Abnahme der Anzahl von Erwerblosen verzeichnen.

Innerhalb der einzelnen Wirtschaftsbereiche liegen unterschiedliche Entwicklungen vor (Statistisches Landesamt, 2011k, Abbildung 38). In der Land- und Forstwirtschaft, Fischerei fiel die Anzahl der Erwerbstätigen im Gegensatz zum Vorjahr von 41 000 auf 39 900 Beschäftigte. Im Bereich des produzierenden Gewerbes stieg die Zahl der Beschäftigten von 523 400 auf 528 600 und im Bereich des Dienstleistungsgewerbes sogar von 1 404 500 auf 1 411 100 Mitarbeiter.

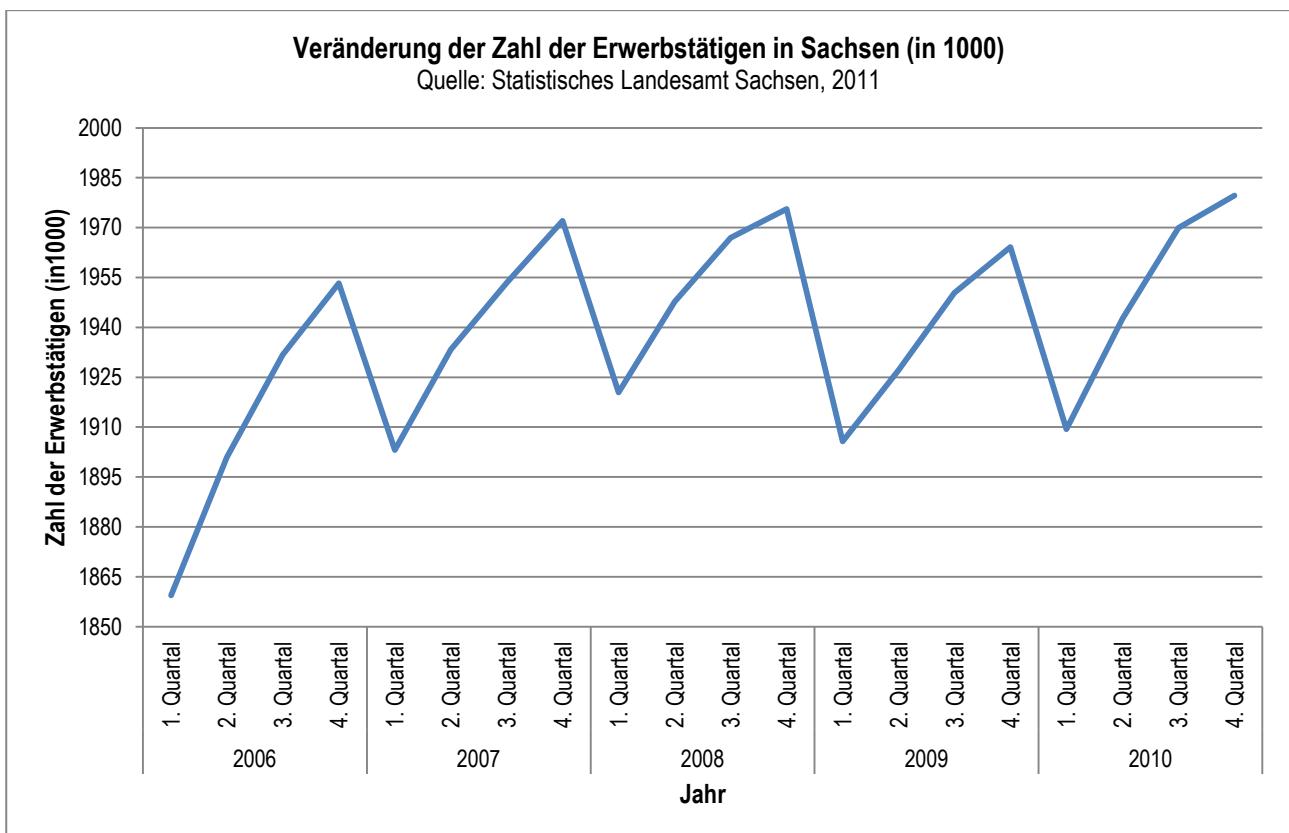


Abbildung 37

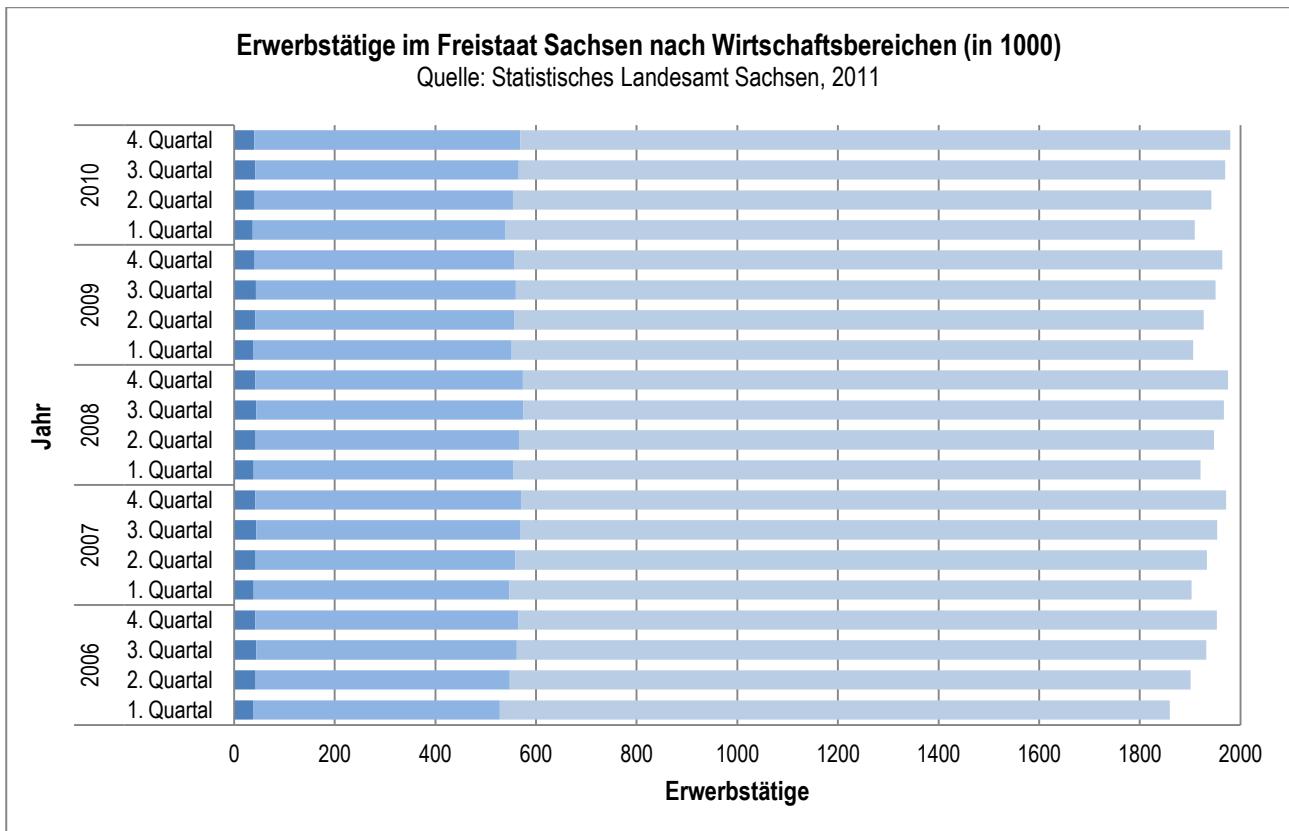


Abbildung 38

In der Landeshauptstadt selbst lag die Zahl der sozialversicherten Beschäftigten im Juni 2010 bei 181 844 (Kommunale Statistikstelle, 2011j; Abbildung 39). Zudem waren zusätzlich 28 947 geringfügig beschäftigt.

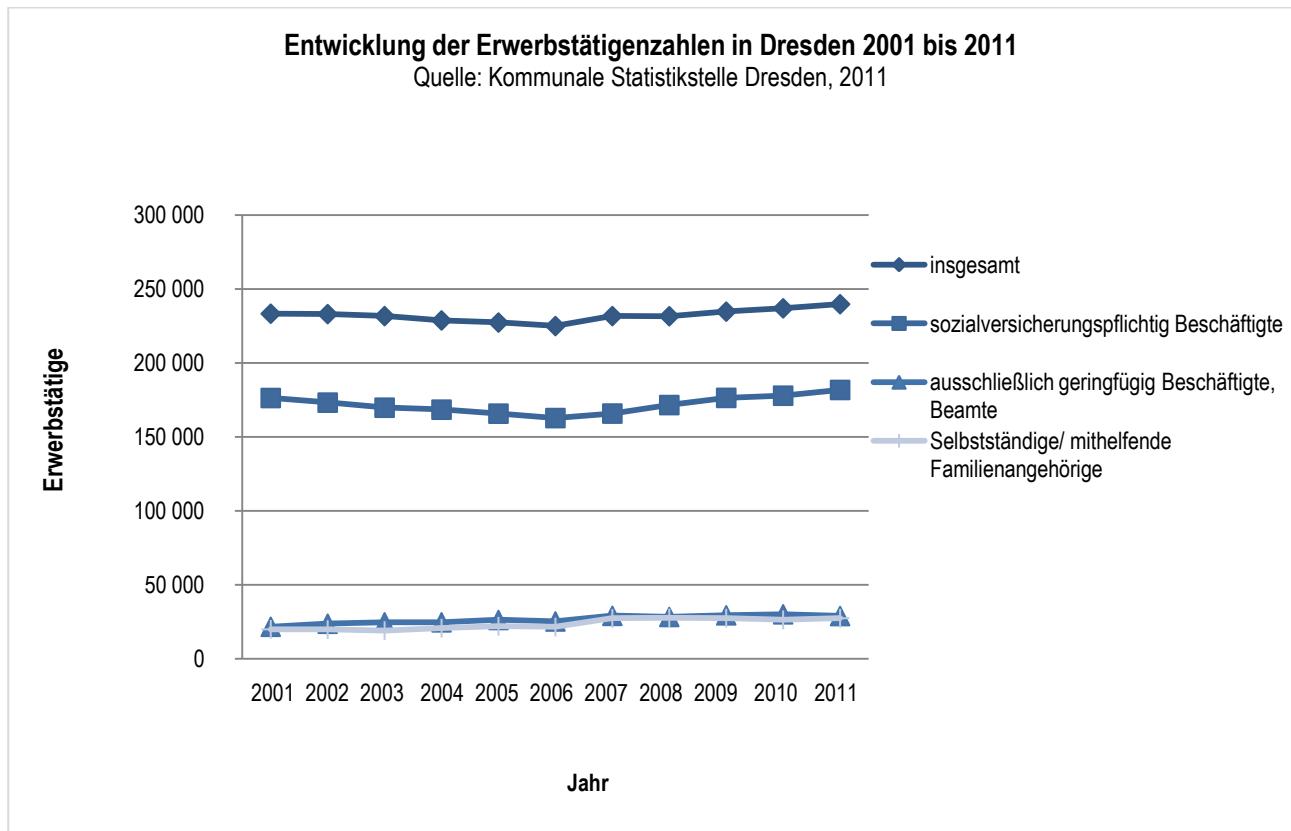


Abbildung 39

Betrachtet man die Zahlen der Arbeitslosen im Jahr 2010 so wird deutlich, dass es am Ende des Jahres weniger Arbeitslose in Dresden gab als noch zu Anfang des Jahres (Agentur für Arbeit, 2011a; Abbildung 40). Dieser Trend setzt sich auch im Jahr 2011 fort. Informationen der Agentur für Arbeit zufolge verringerte sich in der Stadt Dresden die Zahl der Arbeitslosen im August 2011 um 241 auf 25 926. Im Vergleich zum gleichen Monat des Vorjahres waren damit 2 793 bzw. 9,7 Prozent weniger gemeldet. 6 541 Arbeitslose wurden von der Agentur für Arbeit Dresden betreut, 49 weniger als im Vormonat und 1 415 oder 17,8 Prozent weniger als im gleichen Monat des Vorjahrs. Im Jobcenter Dresden wurden 19 385 Arbeitslose betreut, 192 weniger als im Vormonat und 1 378 oder 6,6 Prozent weniger als noch vor einem Jahr. Die Arbeitslosenquote in der Stadt Dresden fiel von 9,8 Prozent im Vormonat auf aktuell 9,7 Prozent. Vor einem Jahr lag diese Quote bei 10,9 Prozent (Agentur für Arbeit Dresden, 2011b). Im August 2011 meldeten sich 5 752 Männer und Frauen in der Stadt Dresden neu oder erneut arbeitslos. Das waren 243 mehr als im Vormonat und 99 mehr als im gleichen Monat des Vorjahres. 2 201 Personen kamen aus einer Erwerbstätigkeit, das waren 134 mehr als im Vormonat aber 126 weniger als vor einem Jahr. Gleichzeitig konnten 6 035 Menschen ihre Arbeitslosigkeit beenden, 1 008 mehr als im Vormonat, aber 351 weniger als im Vorjahr. Insgesamt nahmen 2 494 eine Erwerbstätigkeit auf, 131 mehr als im Juli, aber 203 weniger als im Vorjahresmonat.

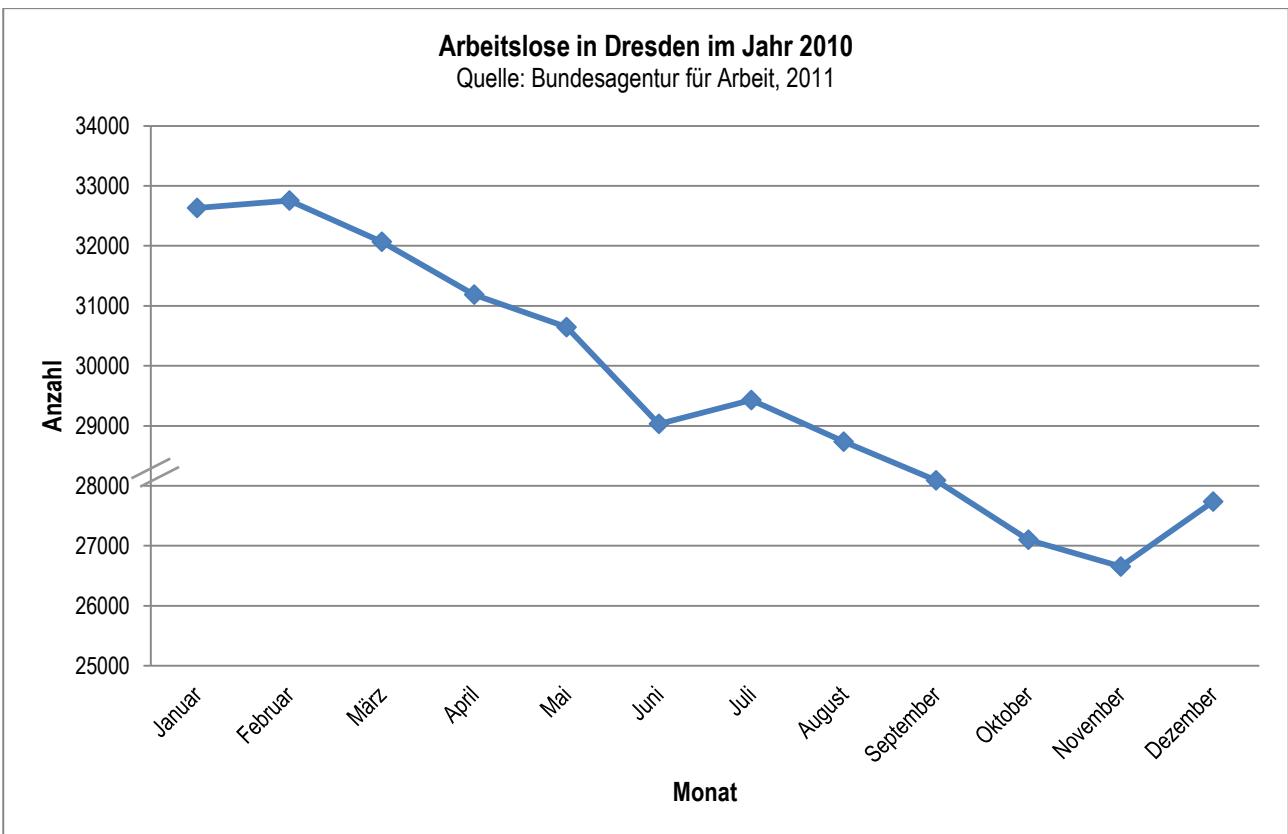


Abbildung 40

Bei Analyse der Entwicklung der Arbeitslosenquote nach Altersgruppen, ist festzustellen, dass vor allem die Altersgruppe der über 50-Jährigen einen stetigen Zuwachs an Arbeitslosen zu verzeichnen hat. Ebenso stieg die Zahl der jugendlichen Arbeitslosen unter 25 Jahren von September 2009 zu September 2010 an. Waren im September 2009 noch 31 301 Jugendliche mit Arbeit, sank diese Zahl im September 2010 um 1 042 auf 30 259. Das ist sowohl für 2010 als auch 2009 die höchste Anzahl arbeitsloser Jugendlicher unter 25 Jahren. Vermutlich lässt sich dies auf Saisonarbeit oder aber auch auf Jugendliche, die vor Beginn einer Ausbildung stehen, zurückführen (Agentur für Arbeit Dresden, 2011b).

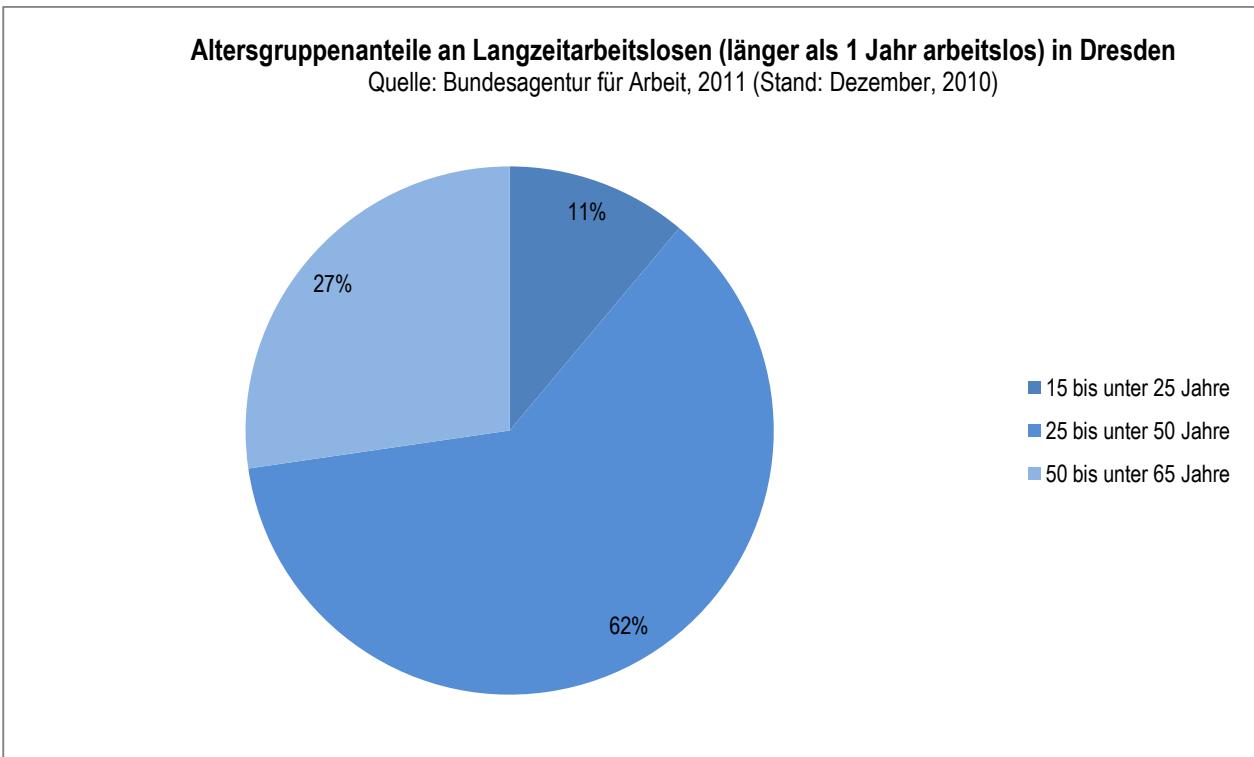


Abbildung 41

Insgesamt sind mit 53,2 Prozent mehr als die Hälfte der Arbeitslosen Männer. Der Anteil Frauen an den Arbeitslosen beträgt demnach 46,8 Prozent (Agentur für Arbeit Dresden, 2011b). Ein Blick auf die Arbeitslosenquoten der einzelnen Dresdner Ortsamtsbereiche zeigt, dass besonders die Ortsämter Cotta, Prohlis, Pieschen und die Altstadt hohe Arbeitslosenzahlen aufweisen (Kommunale Statistikstelle, 2011j; Abbildung 42). In den Gebieten Cotta, Prohlis, Leuben und Pieschen fällt außerdem die hohe Anzahl junger Arbeitsloser zwischen 18 und 24 Jahren auf.

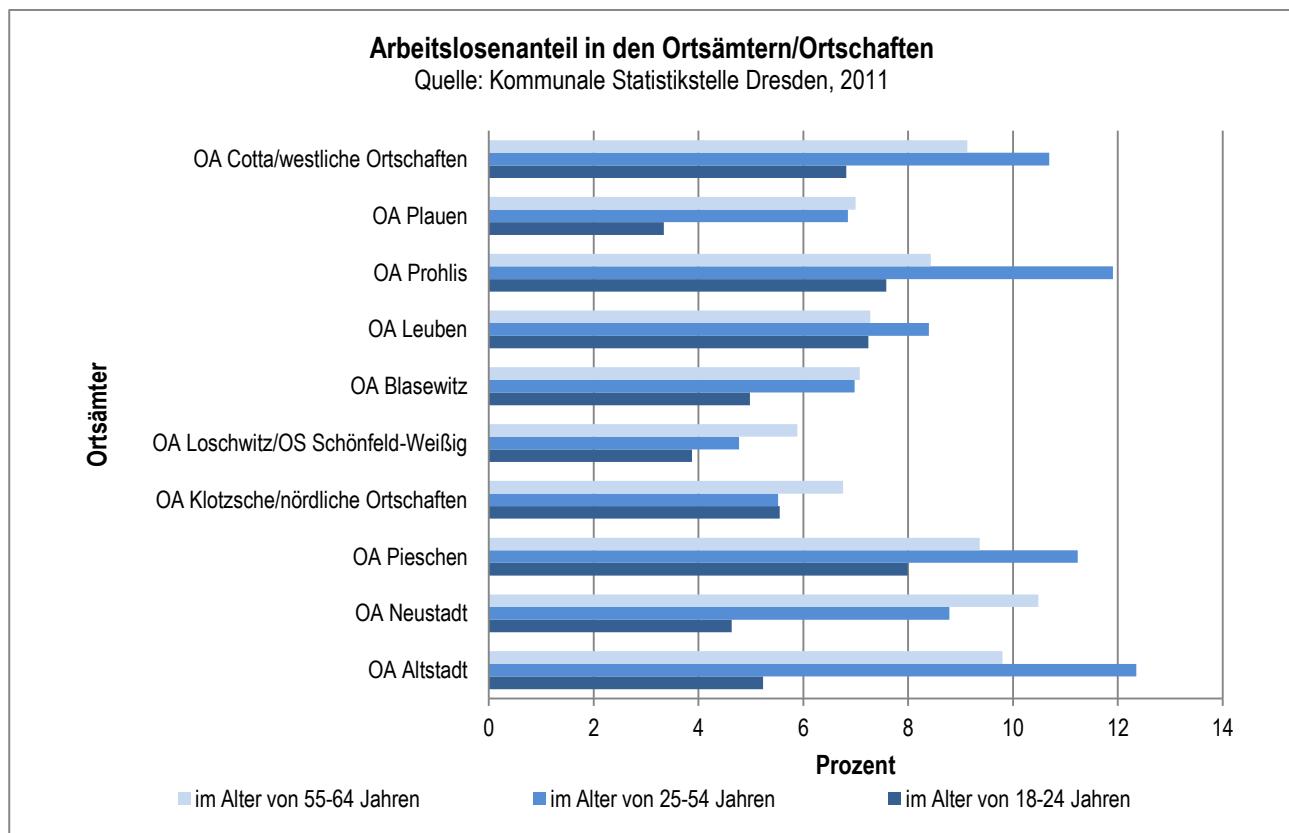


Abbildung 42

Obwohl in Ortsamtsbereichen, wie Loschwitz oder Dresden-Neustadt sinkende Bezüge der Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung gemeldet werden, nimmt die Zahl der Hilfebedürftigen im übrigen Stadtraum zu. Altersarmut bleibt damit auch in Dresden ein zentrales Problem.

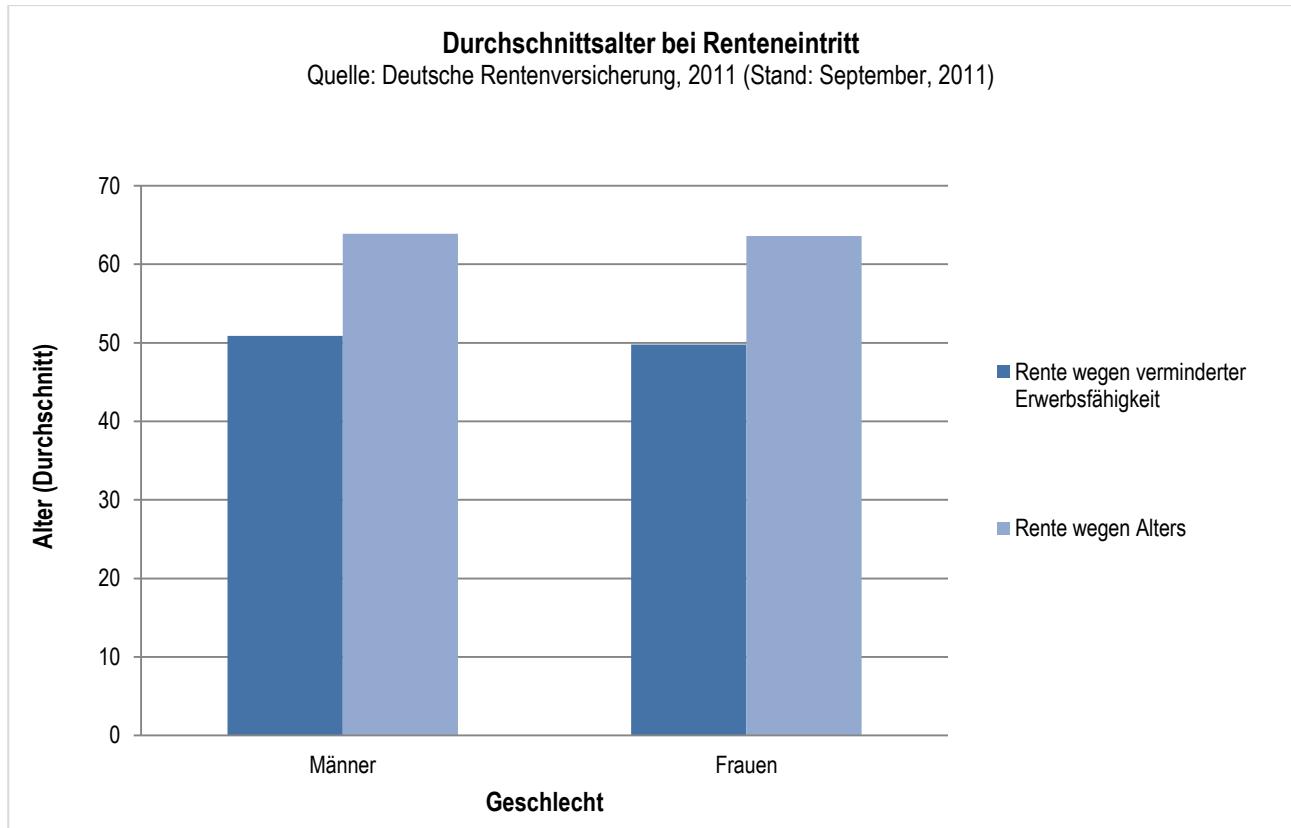


Abbildung 43

Das durchschnittliche Eintrittsalter in die Altersrente liegt auf bundesweiter Ebene für beide Geschlechter bei etwa 64 Jahren. Das Durchschnittsalter bei Erwerbsminderungsrenten ist mit 50 Jahren sehr niedrig (Deutsche Rentenversicherung, 2011; Abbildung 43). Dabei sind die Daten abhängig von den jeweiligen Tätigkeitsfeldern. Körperlich stark Beanspruchte aus Bau- oder Baunebenberufen, Metallerzeuger oder Metallbearbeiter, Maschinisten, Elektriker oder Beschäftigte in Verkehrs- und Lagerberufen, aber auch aus dem Ernährungs- und Gesundheitsbereich sind häufiger der Meinung ihren Beruf nicht bis zum Renteneintrittsalter ausüben zu können, als zum Beispiel Ingenieure, Naturwissenschaftler oder Techniker (Kistler, Bäcker & Trischler, 2009). Die demographische Herausforderung zukünftiger Arbeitspolitik wird demnach sein, ältere Arbeitnehmer zu befähigen, möglichst lang aktiv und gesund am Arbeitsprozess teilnehmen zu können.

5.2.2 Nettoäquivalenzeinkommen

Die Verteilung der Einkommensgruppen hat sich seit 2007 leicht verändert: Niedrige Einkommen, insbesondere bis 1 750 Euro, sind weniger geworden und der Anteil über 2 500 Euro stieg etwas an.

Aussagefähiger ist das bedarfsgewichtete Nettoäquivalenzeinkommen, welches das Einkommen abhängig von Haushaltgröße und Haushaltzusammensetzung je Person umrechnet. Mit dieser Messgröße lässt sich die Verteilung der finanziellen Ausstattung besser beschreiben. Es liegt derzeit bei 1 356 Euro gegenüber 1 275 Euro im Jahr 2007. Das durchschnittliche Äquivalenzeinkommen schwankt in Dresden zwischen 1 170 Euro in Prohlis/Reick (2007: 1 100 Euro) und 1 580 Euro in Loschwitz/Schönbald-Weißenberg.

Die letzte Kommunale Bürgerumfrage ergab eine Differenz von 510 Euro zwischen dem „reichsten“ und dem „ärtesten“ Stadtraum (Kommunale Bürgerumfrage, 2011). In den Stadträumen Prohlis, Reick, Friedrichstadt, Gorbitz, Äußere und Innere Neustadt wohnen eher Menschen mit geringem Nettoäquivalenzeinkommen. Die Stadträume Loschwitz, Weißenberg, Blasewitz, Striesen, Klotzsche, Leuben, Südvorstadt und Zschertnitz sind eher von Menschen mit höherem Einkommen bevölkert (Kommunale Bürgerumfrage, 2011).

5.3 Bildung

An dieser Stelle soll auf die ausführliche Darstellung der Daten zur Bildung und Qualifikationsstruktur der Dresdner Bevölkerung verzichtet werden. Der „1. Bildungsbericht der Landeshauptstadt Dresden“ wird durch das Bildungsbüro „Dresdner Bildungsbahnen“ vorgelegt und enthält umfassende Informationen. Dieser kann über das Bildungsbüro „Dresdner Bildungsbahnen“ bezogen werden.

Die altersspezifische Qualifikationsstruktur in Dresden ähnelt der des Gesamtbundesgebietes und ist durch zwei Grundtendenzen gekennzeichnet (Kommunale Statistikstelle, 2011); Abbildung 44): Sowohl der Anteil der Hochqualifizierten als auch der Anteil der Niedrigqualifizierten ist unter den Jüngeren höher als unter den Älteren (Kommunale Statistikstelle, 2011).

Bei den 25- bis 34-Jährigen sind nur ca. 8 Prozent der Einwohner in einer Ausbildung, in den meisten Fällen ist diese Gruppe in einer Hochschulausbildung. Gleichzeitig beträgt der Anteil der Hochqualifizierten bei den 25- bis 34-Jährigen bereits 29 Prozent und ist damit aber noch geringer als bei den 35- bis 44-Jährigen. Der Anteil der Geringqualifizierten in der Bevölkerung, die im Jahr 2010 35 Jahre oder älter war, ist relativ niedrig. Die qualifikations- und altersspezifische Erwerbsbeteiligung der Dresdner Bevölkerung zeigt die bekannten Muster. Die Erwerbsbeteiligung steigt in der Regel mit dem Alter an und geht dann mit zunehmender Nähe zum gesetzlichen Renteneintrittsalter wieder zurück. Dieser Rückgang fällt für die Hochqualifizierten am geringsten aus (Kommunale Statistikstelle, 2011).

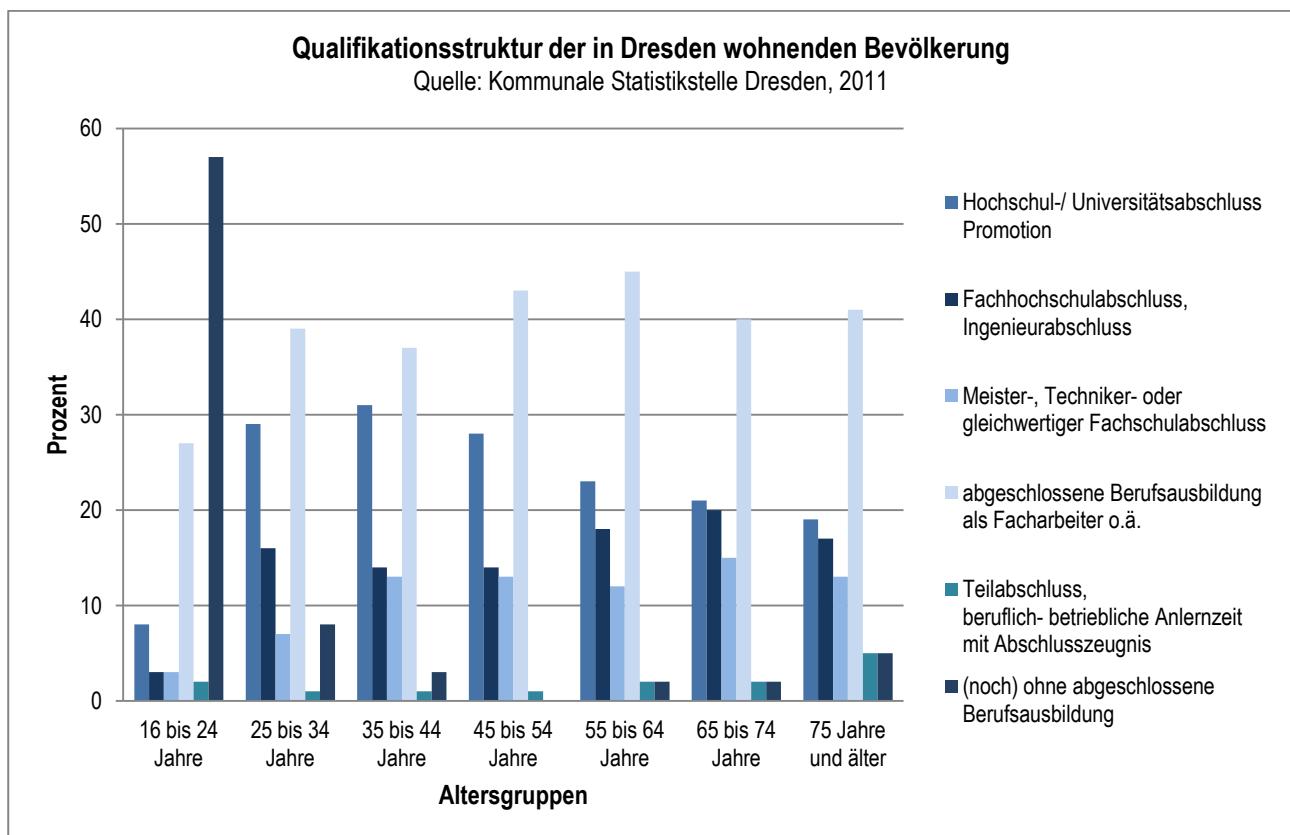


Abbildung 44

5.4 Wohnen

Dresden steht mit einer Gesamtfläche von 328,31 Quadratkilometern hinter Berlin, Hamburg und Köln an vierter Stelle im Vergleich deutscher Großstädte. Über 500 Hektar Park- und Grünanlagen, sowie zahlreiche Wald- und Wasserflächen tragen dazu bei, ein Gegengewicht zur dichten innerstädtischen Bebauungs- und Verkehrsfläche zu schaffen. Der Zuwachs an Bevölkerung sowie die demographisch bedingte Veränderung der Altersstruktur und Haushaltsstruktur stellen die Stadt hinsichtlich des Wohnungsangebots und der Gestaltung der Wohnumgebungen vor neue Herausforderungen. Stadtteilspezifische Faktoren, wie Bevölkerungsdichte, Zuwachs oder Wegzug, aber auch Haushaltsgrößen, Alter und Einkommen der Wohnbevölkerung spielen hierbei eine zentrale Rolle.

Alt und Jung sind über das Stadtgebiet sehr unterschiedlich verteilt (Kommunale Statistikstelle, 2011k). So variiert das Durchschnittsalter von unter 31 Jahren in der Äußeren Neustadt bis zu fast 55 Jahren in Johannstadt-Süd. Ebenso ist der Altersdurchschnitt in der Altstadt besonders hoch. Von den sieben ältesten Stadtteilen gehören fünf zum Ortsamtsbereich Altstadt. Einzig die nördliche Johannstadt und vor allem Friedrichstadt fallen aus dem Altstädter Rahmen. Zu den sieben jüngsten Stadtteilen gehören noch die Leipziger Vorstadt, Löbtau-Nord und –Süd, die östliche Südvorstadt, Pieschen-Süd und Striesen-Ost.

Im Rahmen der Kommunalen Bürgerumfrage wurde ebenfalls die Zufriedenheit mit der Wohnung, der Wohngegend und der Stadt ermittelt. Die Ergebnisse der neuen Umfrage belegen, dass die Dresdnerinnen und Dresdner mit allen drei Aspekten ausgesprochen zufrieden sind. Die „Durchschnittsnoten“ bei der Bewertung der Wohnung und der Wohngegend erreichen die jeweils bisher beste Note von 1,9 (Kommunale Bürgerumfrage, 2011). Ebenso wird auch die gesamte Stadt generell so positiv bewertet. Dies stellt gegenüber den Vorgängerbefragungen eine Verbesserung dar (Kommunale Bürgerumfrage, 2011).

Ihre Wohnverhältnisse bewerten Arbeitslose und Mitglieder von Haushalten mit relativ geringem Einkommen schlechter als andere. Demgegenüber sind Mitglieder von Haushalten mit einem überdurchschnittlichen Einkommen mit ihrer Wohnung auch überdurchschnittlich zufrieden. Menschen im Alter von 25 bis 34 Jahren schätzen ihre Wohnung durchschnittlich mit Note 2,1 ein, während 75-Jährige und Ältere die größte Zufriedenheit angeben (Note 1,7). Die überdurchschnittliche Zufriedenheit der älteren Dresdnerinnen und Dresdner mit der eigenen Wohnung und die hohe Bindung an das Wohngebiet bestätigen sich auch durch die geringen Umzugsabsichten. Fast neun von zehn Personen in Rentnerhaushalten (88 Prozent) geben an, keine Umzugsabsichten zu hegen. Im städtischen Durchschnitt haben 63 Prozent keine Umzugswünsche. Wenn sich Rentnerhaushalte dennoch mit einem möglichen Wohnungswchsel befassen, so wollen 81 Prozent in ihrem vertrauten Wohngebiet bleiben, während dies im Gesamtdurchschnitt nur jeder Zweite beabsichtigt. Räumlich sind es vor allem die Plattenbaugebiete (vor allem Gorbitz) einschließlich Innenstadt und Leipziger Vorstadt/Pieschen, in welchen die Wohnungen als nicht optimal eingeschätzt werden. In den Ortschaften und den angrenzenden Stadtstrandgebieten sind die Mieter, und dort überdurchschnittlich oft auch Bewohner selbst genutzten Wohneigentums, in besonderem Maße mit ihren Wohnverhältnissen zufrieden. Die Wohnungen in den meisten Stadträumen wurden gegenüber 2007 besser bewertet.

Die Einschätzung der Wohngegend laut Kommunaler Bürgerumfrage ergab folgende Ergebnisse (Kommunale Bürgerumfrage, 2011): In Prohlis/Reick sind nur 13 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner sehr zufrieden mit ihrer Wohngegend (Durchschnittsnote 2,5, gegenüber der KBU 2007 um ein Zehntel verschlechtert), mit dem Gorbitzer Plattenbaugebiet sind 15 Prozent sehr zufrieden (Note 2,4) und mit der Leipziger Vorstadt/Pieschen nur 19 Prozent (Note ebenfalls 2,4, gegenüber 2007 um zwei Zehntel abgefallen). Spitzenreiter ist Mockritz/Coschütz/Plauen mit einer durchschnittlichen Benotung von 1,4 und damit einer Verbesserung seit der letzten Umfrage um 0,2. Dort sind fast zwei Drittel aller Einwohner und Einwohnerinnen mit ihrem Wohnviertel sehr zufrieden. Bürgerinnen und Bürger des Ortsamtsbereiches Loschwitz mit den vorgelagerten Ortschaften bewerteten die Wohngegend mit Note 1,5, Blasewitz/Striesen wurde mit Note 1,6 (KBU 2007: 1,7) bewertet. Erstmals seit 2004 ist ein Zuwachs des Wohnungsbestandes zu verzeichnen (Kommunale Statistikstelle, 2010a). Im Vergleich zum Vorjahr ist er um 288 Wohnungen gestiegen. Der Zuwachs im Gebäudebestand (340) ist ausschließlich durch den Eigenheimneubau begründet. Durch Abriss von Wohngebäuden mit 627 Wohnungen wurde der Rückbau weiter fortgeführt. Die größte Maßnahme betraf den Stadtteil Strehlen (348 Wohnungen) (Kommunale Statistikstelle, 2010a). Der Zuwachs von 3 239 Haushalten gegenüber 2009 führte zur Reduzierung des Wohnungsleerstandes. Insgesamt sank der Leerstand um 0,5 Prozentpunkte auf 9,7 Prozent. Die höchste Leerstandssenkung mit 4,2 Prozentpunkten ist im Stadtteil Strehlen aufgrund des umfassenden Rückbaus zu verzeichnen (Kommunale Statistikstelle, 2011m).

Aus der Kommunalen Bürgerumfrage 2010 geht hervor, dass 83 Prozent der Dresdner Haushalte Mieter sind (Kommunale Statistikstelle, 2010b). Ein reichliches Viertel der Mieterhaushalte wohnt in Wohnungen der Genossenschaften und 14 Prozent beim Großvermieter Gagfah Group (Kommunale Statistikstelle, 2010b). Die Wohnkosten, die Mieterhaushalte je Quadratmeter zu zahlen haben, sind seit der letzten Umfrage im Jahr 2007 gestiegen (Kommunale Statistikstelle, 2010b). Die Grundmieten erhöhten sich um fast fünf Prozent. Die Kosten für Heizung und Wassererwärmung legten um knapp drei Prozent zu. Stabil blieben die kalten Betriebskosten.

Alleinlebende Haushalte geben mit durchschnittlich 32 Prozent ihres Haushaltseinkommens den größten Anteil für das Wohnen aus; gibt es mehrere Haushaltmitglieder, sinkt die Belastung auf 23 bis 27 Prozent (Kommunale Statistikstelle, 2010b). Haushalte mit einem geringen Einkommen bis 750 Euro wenden im Durchschnitt etwa die Hälfte ihres Einkommens für das Wohnen auf. Personen mit mehr als 4 000 Euro Einkommen wenden etwa 15 Prozent ihres Gesamteinkommens auf (Kommunale Statistikstelle, 2010b).

5.5 Zusammenfassung

- Die Zahl der Erwerbstätigen hat sich zum Ende 2010 auf 1,98 Millionen in Sachsen erhöht, wobei dies vor allem durch einen Anstieg der Beschäftigten im produzierenden Gewerbe sowie im größten Wirtschaftsbereich, dem des Dienstleistungsgewerbes, zu begründen ist.
- In Dresden lag die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten bei über 180 000. Etwa 28 000 Erwerbstätige zählen zu den geringfügig Beschäftigten.
- Der Trend zur Verringerung der Arbeitslosenzahlen hält in Dresden an.
- Vor allem ältere Menschen über 50 Jahren sind von Arbeitslosigkeit betroffen.
- Mehr als die Hälfte aller Arbeitslosen sind Männer.
- Die altersspezifische Qualifikationsstruktur in Dresden ähnelt der des Gesamtbundesgebietes. Der Anteil der Hochqualifizierten wie auch der Anteil der Niedrigqualifizierten ist unter den Jüngeren höher als unter den Älteren.
- Es herrscht eine altersdifferenzierte Verteilung der Bevölkerung in den einzelnen Stadtgebieten vor.
- Die Zufriedenheit mit der Wohnung, der Wohngegend und der Stadt wird sehr hoch beurteilt, wobei Differenzen zwischen den Stadträumen bestehen.

6. Umwelt

Die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger ist maßgeblich auch von Umweltbedingungen beeinflusst. Aus diesem Grund müssen im Rahmen einer Gesundheitsberichterstattung auch Faktoren der Umwelt betrachtet werden.

Dabei geht es vorrangig um die Betrachtung der Verbreitung von Luftschadstoffen, der Belastung der Bürgerinnen und Bürger infolge von Lärm, Wasserversorgung und Abwasserentsorgung, der Entwicklung von Grünflächen sowie Auswirkungen des Klimawandels.

Derzeit liegt der aktuelle Umweltbericht Fakten 2009/2010 seitens des Umweltamtes vor und kann auf der Internetseite der Landeshauptstadt Dresden unter www.dresden.de eingesehen werden. In diesem Bericht sind umfassend die aktuellen Entwicklungen und Zahlen aufgeführt, so dass an dieser Stelle auf eine Darstellung der Umweltbedingungen in Dresden verzichtet wird.

7. Gesund Aufwachsen

7.1 Einleitung

Eines der Schwerpunkte im WHO-Projekt „Gesunde Städte“ ist die Bearbeitung des Themas Kinder- und Jugendgesundheit. In den letzten Jahren ist ein stetiger Anstieg von Geburten in der Landeshauptstadt zu verzeichnen, damit gehen veränderte Herausforderungen für die Arbeit in der Kommune einher. Zukünftig steht daher nicht nur die Schaffung von ausreichenden Plätzen zur Betreuung der Kinder im Vordergrund politischen Handelns, sondern auch das Bewusstsein für die Belange der Kinder zu stärken und gerade Kindern aus Familien mit schwierigen Lebenslagen ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Aufgabe des WHO-Projektes wird es daher sein, Synergien zwischen den einzelnen Akteuren, die sich bereits heute mit der Gesundheit der kleinen Dresdnerinnen und Dresdner beschäftigen zu bündeln.

Gesundheit der Kinder und Jugendlichen ist der Stadt Dresden als besonderes Anliegen wird mit zielgruppenspezifischen Projekten und Konzepten derzeit bereits umfänglich gefördert. Hier leistet zum einen der Kinder- und Jugendärztliche Dienst mit den jeweiligen Vorsorgeuntersuchungen sowie spezielle Projekte wie „Gesund aufwachsen in sozialer Verantwortung“ des EB Kindertagesstätten einen bedeutenden Beitrag. Ebenfalls wird dieses Thema schnittstellenübergreifend in den einzelnen Ämtern sowie in einer Arbeitsgruppe des WHO-Projektes auch unter Einbezug externer Experten bearbeitet, um dieses Thema weiter voranzubringen und aktuellen Veränderungen anzupassen.

Dieser Altersgruppe wird besondere Aufmerksamkeit gewidmet, da Kinder und Jugendliche besonderen Schutz bedürfen sowie Maßnahmen der Gesundheitsförderung, welche frühzeitig ansetzen auch im tatsächlichen Sinne der primären Prävention Effekte auch in späteren Lebensjahren zeigen.

Grundlage für die Vertiefung bereits begonnener Projekte und Vorhaben ist das vorliegende Stadtgesundheitsprofil. Im folgenden Kapitel werden Aussagen zum Gesundheitszustand der Kinder und Heranwachsenden u.a. die körperliche Gesundheit, Seh- und Hörvermögen sowie Fein- und Grobmotorik getroffen. Ebenso enthält das Kapitel eine Bestandsaufnahme zum Gesundheitsverhalten einschließlich Impfungen, Zahngesundheit sowie körperlicher Aktivität in dieser Altersgruppe in Dresden.

7.2 Gesundheitsverhalten der Eltern und deren Einfluss auf die heranwachsenden Kinder und Jugendlichen

Die Grundlagen einer gesunden und altersgerechten Entwicklung der Kinder werden bereits durch das Gesundheitsverhalten der Eltern, darunter besonders der Frauen in der Schwangerschaft und in der Stillzeit gelegt (American Academy of Pediatrics, 2005; Bergmann et al., 2003; Nationale Stillkommission am BfR, 2009). Zusätzlich haben auch soziale und familiäre Umstände, wie Bildung, Beruf und Einkommen, besonders bei alleinerziehenden Müttern, nachweislich enorme Einflüsse auf die Gesundheit ihrer Kinder (Lange et al., 2007; Sperlich et al., 2011).

Rauchverhalten in den Familien

Neben dem nachgewiesem Zusammenhang des Rauchverhaltens der Mütter auf das Stillverhalten und deren Auswirkungen auf die gesundheitliche Entwicklung von Mutter und Kind (Lange et al., 2007) stellt das Rauchen der Mütter an sich einen Risikofaktor sowohl auf die mütterliche Gesundheit als auch auf die Gesundheit der eigenen Kinder dar.

In der Stadt Dresden waren 76 Prozent Männer und Frauen Nichtraucher, die mit Kindern im Haushalt leben, laut dem Ergebnis der kommunalen Bürgerumfrage der Stadt Dresden 2010 (siehe auch Abschnitt 7.7.2). Dagegen rauchten 24 Prozent der Befragten, bei denen Kindern im Haushalt leben, darunter 11 Prozent gelegentlich und 13 Prozent regelmäßig (Kommunale Bürgerumfrage, 2011).

Bei sogar 30 Prozent waren Kinder und Jugendlichen dem Passivrauchen durch ihrer Mütter täglich und bei knapp 11 Prozent sehr stark (≥ 20 Zigaretten pro Tag) ausgesetzt, wie die Daten einer bundesweiten Bevölkerungsstudie ergaben (Sperlich et al., 2011).

Ein täglicher Tabakkonsum der Mütter hängt wiederum von zahlreichen sozialen Faktoren ab. Die besonders gesundheitsschädigenden, kurz- und langfristigen Auswirkungen des Passivrauchens auf sowohl den Fetus im Mutterleib, als auch auf die heranwachsenden Kinder und Jugendlichen sind bereits in zahlreichen Untersuchungen nachgewiesen worden (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2003; Deutsches Krebsforschungszentrum, 2007; Rosewich et al., 2008; Deutsches Krebsforschungszentrum, 2008a; Deutsches Krebsforschungszentrum, 2008b; Deutsches Krebsforschungszentrum, 2008c).

So konnte der Zusammenhang des mütterlichen Tabakkonsums auf ein verlangsamtes fetales Wachstum, einen vorzeitigen Blasensprung, eine Frühgeburtlichkeit und ein verminderter Lungenvolumen belegt werden. Des Weiteren besteht ein nachweislich erhöhtes Risiko für das Auftreten des plötzlichen Kindstodes und zu kindlichen Atemwegserkrankungen, aber auch zu einem verlangsamten Wachstum und anderen Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern, die dem Passivrauchen ausgesetzt sind. Falls die Einwirkung von Passivrauchen regelmäßig und langanhaltend auf den Organismus ist, fördert dies die Entstehung von Krebserkrankungen (spezielle Lungenkrebs und Brustdrüsenekrebs vor der Menopause), von Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems (besonders Herzinfarkt und Schlaganfall) sowie von Atemwegserkrankungen (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2003; Deutsches Krebsforschungszentrum, 2007; Rosewich et al., 2008; Deutsches Krebsforschungszentrum, 2008a; Deutsches Krebsforschungszentrum, 2008b; Deutsches Krebsforschungszentrum, 2008c).

7.3 Gesundheit der heranwachsenden Generation

In diesem Abschnitt wird der Gesundheitszustand bei Dresdner Kindern, Jugendlichen sowie gegebenenfalls auch bei jungen Erwachsenen zum einen aus deren subjektiver Sicht (subjektiver Gesundheitszustand) zum anderen zur körperlichen Gesundheit (Sinnesorgane, koordinative Fähigkeiten, Sprachentwicklung und Körpergewicht) anhand der Untersuchungsergebnisse des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes (KJÄD) des Gesundheitsamtes Dresden vorgestellt.

7.3.1 Allgemeiner und subjektiver Gesundheitszustand

Der subjektive Gesundheitszustand drückt die selbst wahrgenommene eigene Gesundheit aus und geht damit über die alleinige Abwesenheit von Krankheiten und Beschwerden bzw. deren Vorhandensein hinaus. Es ist komplexes Ausdrucksmittel unter Einfluss von Alter, Geschlecht, gesundheitsbezogenen Einstellungen, Wahrnehmungen und Bewertungen sowie dem Vorhandensein von personalen (z.B. Stressbewältigungsstrategien) und externen Ressourcen (z.B. soziales Netzwerk).

Der allgemeine, subjektive Gesundheitszustand der heranwachsenden Generation in der Stadt Dresden wird bisher nur bei Jugendlichen und Personen im frühen Erwachsenenalter im Alter von 16 bis 24 Jahren während der Kommunalen Bürgerumfrage erhoben. 2010 beurteilte der überwiegende Anteil dieser Altersgruppe (78 Prozent) ihren Gesundheitszustand mit „gut“ und 21 Prozent mit „einigermaßen zufriedenstellend“ (Kommunale Bürgerumfrage, 2011). Ähnlich schätzten sie ihr Wohlbefinden mit 73 Prozent als „gut“ und 25 Prozent als „einigermaßen zufriedenstellend“ ein (Kommunale Bürgerumfrage, 2011). Ein guter Gesundheitszustand korreliert stark mit der Beurteilung des subjektiven Wohlbefindens, so auch umgekehrt. Wie im Kapitel 2 im Abschnitt „Subjektive Gesundheit“ aufgeführt, sind diese überwiegend guten Einschätzungen charakteristisch für die Befragten im Alter von 16 bis 44 Jahren. Im späteren Alter wurden der Gesundheitszustand und das Wohlbefinden deutlich schlechter eingeschätzt (Abbildung 12 im Abschnitt 2.2). Einflussfaktoren auf die subjektive Beurteilung konnten dabei nicht aufgezeigt werden. Unter Berücksichtigung einer möglichen Mehrfachnennung gaben die Befragten im Alter von 16-24 Jahren die folgenden acht häufigsten Gründe für die Beeinträchtigung der eigenen Gesundheit und ihres Wohlbefindens an: Stress im Beruf (38 Prozent), berufliche Unsicherheiten (29 Prozent), Alleinsein (19 Prozent), Eintönigkeit im täglichen Leben (18 Prozent), Privatleben im Hinblick auf Kinder, Trennung und/oder Pflege (15 Prozent), Bewegungsmangel in Verbindung mit Essgewohnheiten (13 Prozent), Rauchen (13 Prozent) und Arbeitsklima (10 Prozent) (Kommunale Bürgerumfrage, 2011b).

Die Ergebnisse der Zweiten Dresdner Kinderstudie zeigten, dass lediglich 2 Prozent der 8- bis 15-jährigen Kinder angaben, keine gesundheitlichen Beschwerden und Stresssymptome zu haben. Die Hälfte der Kinder litten „oft“ und „häufig“ unter sechs oder gar mehr Beschwerden (Lenz & Fücker, 2005a). Die acht häufigsten gesundheitlichen Beschwerden und Stresssymptomen (Auftreten „oft“) der 8- bis 15-jährigen Teilnehmer waren Erschöpfung, Kopfschmerzen, Nervosität/Urruhe, Konzentrationsprobleme, Rückenbeschwerden, Allergien, Übelkeit und Appetitlosigkeit, wie in der Abbildung 46 ersichtlich ist. Die Befragten konnten bei dieser Frage „Wie oft kommt es vor, dass...?“ mehrere Aspekte angeben und jeweils zwischen den drei Antwortkategorien „oft“, „manchmal“ und „nie“ auswählen. (Lenz & Fücker, 2005a; 2005b).

Auftreten von gesundheitlichen Beschwerden und Stresssymptomen bei Dresdner Kindern

Quelle: Zweite Dresdner Kinderstudie, 2005

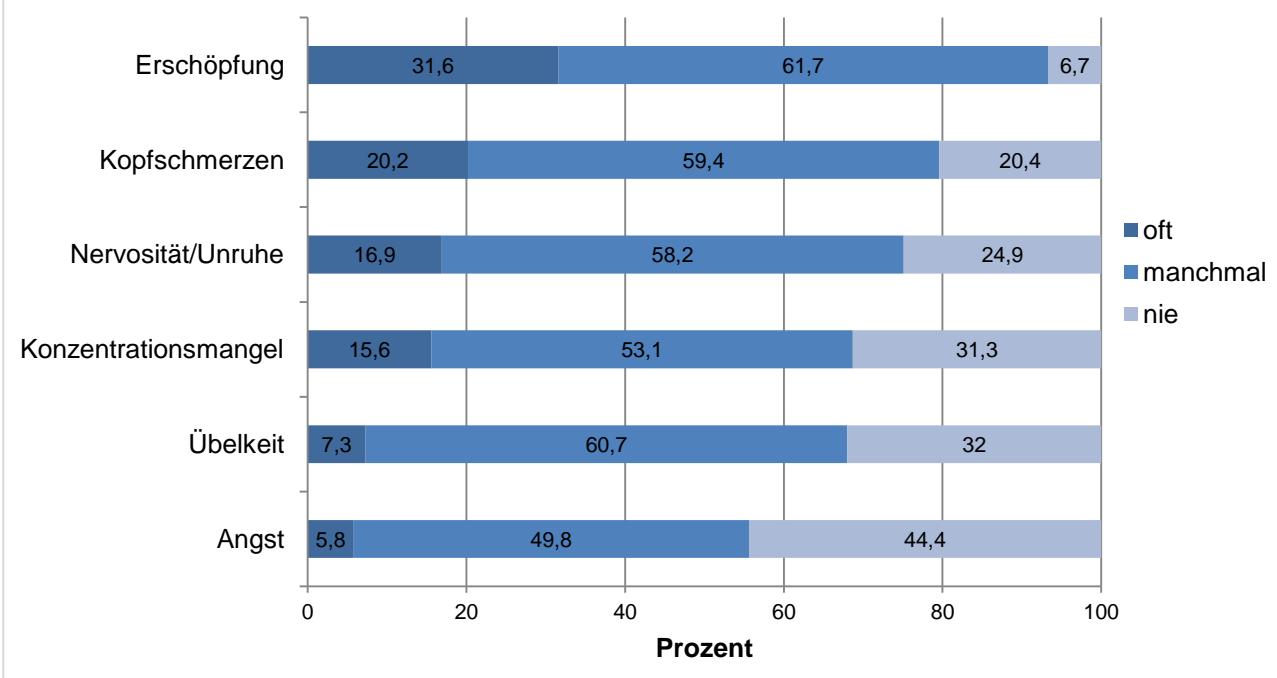


Abbildung 45

Bei der Zusammenfassung der Kategorien „oft“ und „manchmal“ zeigte sich ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Kinder und Jugendlichen und den gesundheitlichen Beschwerden, wie man in der Abbildung 47 sehen kann. Konzentrationsmangel stieg im Alter ab neun Jahren kontinuierlich an, wobei es in der 6. und 7. Klasse bei knapp ein Fünftel der Befragten mit „oft“ angeben wurde. Kopfschmerzen, Übelkeit und Angst erzielten bei den 10 Jährigen einen Höhepunkt und fielen dann ab, wobei innerhalb dieser gesundheitlichen Beschwerden und Stresssymptomen der Anteil an „oft“ und „manchmal“ variierte (Lenz & Fücker, 2005a; 2005b). Das Symptom Erschöpfung erlebten ein überwiegender Anteil der Befragten, welches bei den 10 Jährigen deutlich anstieg und dann bei den folgenden Altersgruppen auf einem hohen Niveau verblieb. Über ein Drittel der Schüler der 6. und 7. Klasse sowie knapp ein Drittel der 8. und 9. Klasse gaben Erschöpfung mit „oft“ an (Lenz & Fücker, 2005a; 2005b).

Die Zunahme der Beschwerden bei 10 Jährigen wird einerseits in dem hohen Anteil der Befragten (56 Prozent), die zum Befragungszeitpunkt die 4. Klasse besuchten, gesehen. Sie standen vor der Entscheidung über den Besuch ihres zukünftigen Schultyps. Andererseits mussten sich die 10 Jährigen der 5. Klasse mit den höheren Anforderungen der Mittelschule und besonders des Gymnasiums auseinandersetzen (Lenz & Fücker, 2005a; 2005b).

Eine Ursachenerforschung für diese körperlichen und seelischen Beschwerden wurde in dieser Erhebung nicht bezweckt und lässt damit nur Raum für Vermutungen, wie beispielsweise der mögliche Einfluss von Stress und Leistungsdruck in der Schule, Familienprobleme und/oder steigende Ansprüche an die Befragten selbst und/oder deren Eltern an die Schulleistungen, aber auch von körperlichen Ursachen.

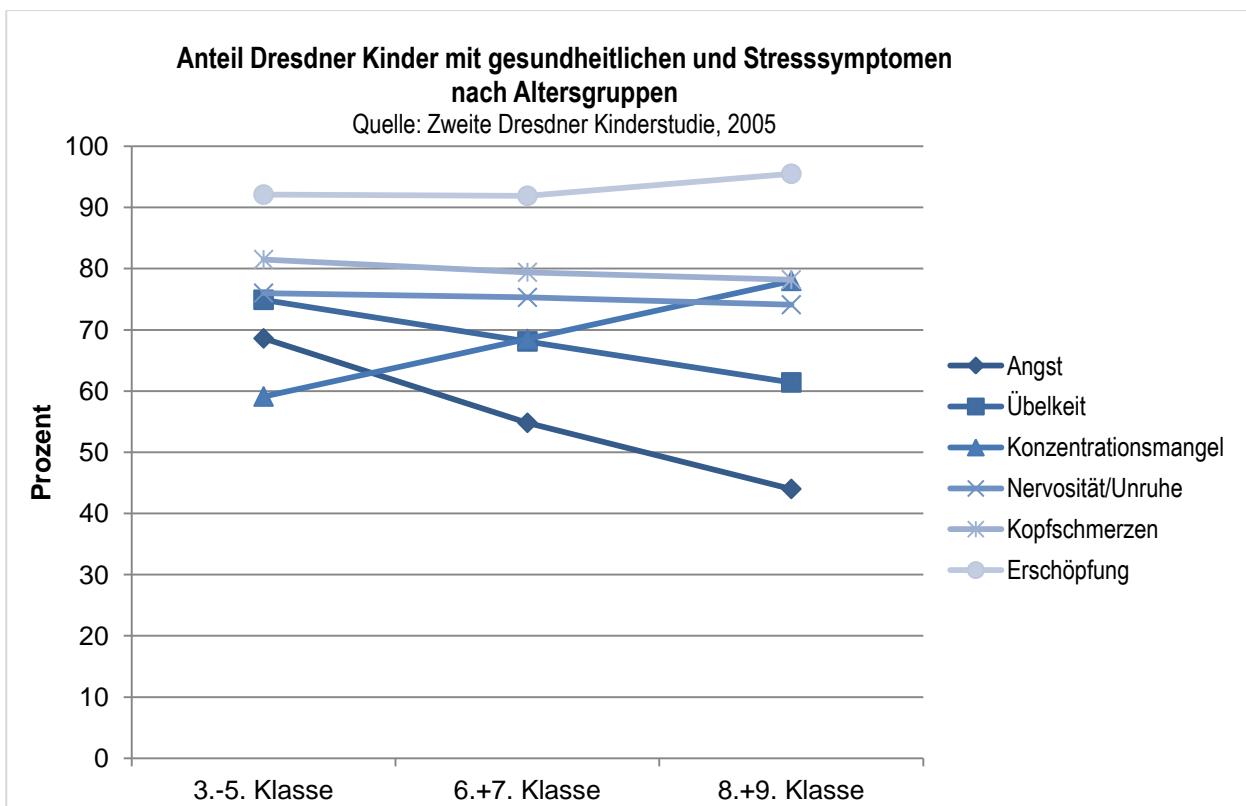


Abbildung 46

7.3.2 Körperliche Gesundheit der heranwachsenden Generation

7.3.2.1 Sinnesorgane der Kinder

Mit großer Neugier erkunden, erleben und erfahren Kinder ihre Umwelt sowohl im Kreis ihrer Familie, Freunde und Bekannten als auch in ihrem Wohn- und Lebensumfeld. Komplexe Wahrnehmungsprozesse vermitteln dem Kind die Eindrücke der Außenwelt. Visuelle und auditive Wahrnehmungen spielen dabei für die Entwicklung des Kindes eine besonders große Rolle. Für die Sprachentwicklung ist eine gute Hörfähigkeit sehr wichtig. Infekte mit Beteiligung des Mittelohres sind im Kleinkindalter häufig Ursache für eine Schallleitungsschwerhörigkeit mit verzögterer Sprachentwicklung.

Um angeborene Hörstörungen zu erkennen, wird seit Januar 2009 bundesweit eine Früherkennungsuntersuchung für alle Neugeborenen angeboten, das sogenannte Neugeborenen-Hörscreening, deren Kosten die Krankenkassen übernehmen.

Eine nahezu flächendeckende Überprüfung der Seh- und Hörleistung zu späteren Lebenszeitpunkten in der Entwicklung der Kinder findet sowohl in den kassenärztlichen Vorsorgeuntersuchungen als auch im Rahmen der Kinder- und Jugendärztlichen Untersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes statt (siehe auch Abschnitt 7.7.1). Das Ziel dieser wiederholten Untersuchungen ist, möglichst rechtzeitig und vollständig Beeinträchtigungen zu erkennen. Die Erziehungsberechtigten werden im Falle einer Auffälligkeit, die sich bei dem Seh- und/oder Hörtest ergeben, schriftlich informiert und eine weitere Diagnostik und Therapie bei den Kinder- und/oder FachärztlInnen können daraufhin eingeleitet werden.

Sehvermögen

Die Abbildung 48 weist auf die Häufigkeiten der Auffälligkeiten („A“- und „B“-Befunde) hinsichtlich des Sehvermögens, die als diagnostikbedürftig eingestuft worden sind oder die bereits in ärztlicher Behandlung sind (siehe dazu auch Abschnitt 7.7.1), für die vier Untersuchungsgruppen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes im zeitlichen Verlauf der Schuljahre 2007/08 bis 2009/10 auf.

Knapp ein Fünftel aller untersuchten Kinder zur Kita-Untersuchung und der 2. Klasse zeigten Auffälligkeiten in ihrem Sehvermögen mit leicht schwankender Tendenz im Verlauf der drei Schuljahre. Bereits bei ca. ein Viertel aller untersuchten Kinder zur Untersuchung bei Schulaufnahme und der 6. Klasse wurden Auffälligkeiten beim Sehtest festgestellt, jedoch mit einer tendenziellen Zunahme von Befundhäufigkeiten.

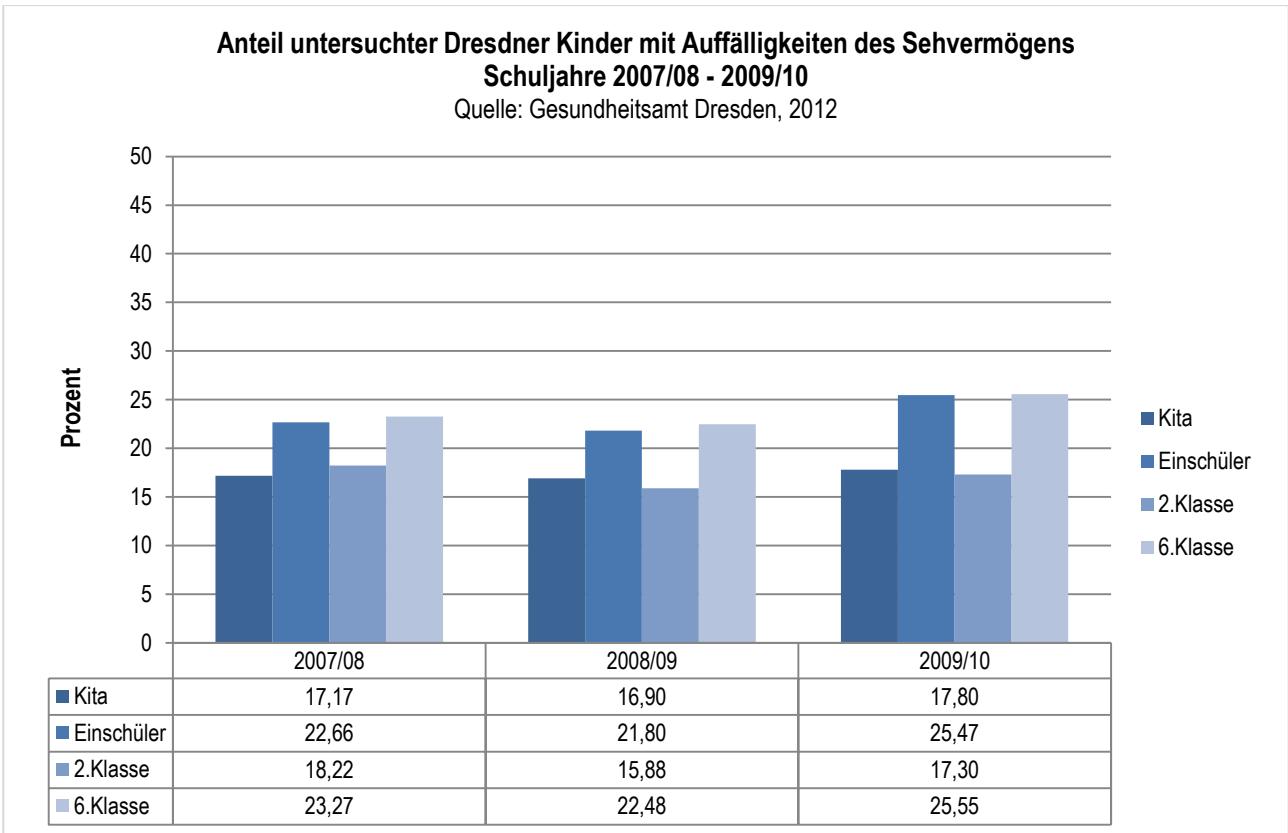


Abbildung 47

Hörvermögen

Die folgende Abbildung 48 stellt die Untersuchungsergebnisse beim Hörtest („A“- und „B“-Befunde) in den Untersuchungszeiträumen der Schuljahre 2007/08 bis 2009/10 dar (siehe dazu auch Abschnitt 7.7.1). Erwartungsgemäß trat eine Befundabnahme der Untersuchungsergebnisse mit zunehmendem Alter der vier Untersuchungsgruppen auf. Das hängt mit der schon geschilderten altersspezifischen Abnahme der Infektanfälligkeit zusammen. Außerdem spielt auch der Zeitpunkt der Untersuchung in einer möglicherweise infektreichen Jahreszeit eine Rolle.

Am geringsten war der Anteil mit einem diagnostikbedürftigen bzw. mit einem bereits in Behandlung befindlichen Befund bei Kindern der 6. Klasse (um 3 Prozent), gefolgt von den Gruppen der 2. Klasse (Mittelwert 4,8 Prozent) und der Vorschüler (Mittelwert 7,6 Prozent) und den Kita-Kindern (Mittelwert 12,2 Prozent). Innerhalb der Untersuchungsgruppe war eine leichte Tendenz der Verbesserung bei den untersuchten Kita-Kindern und den Kindern der 2. Klasse im Zeitverlauf zu erkennen.

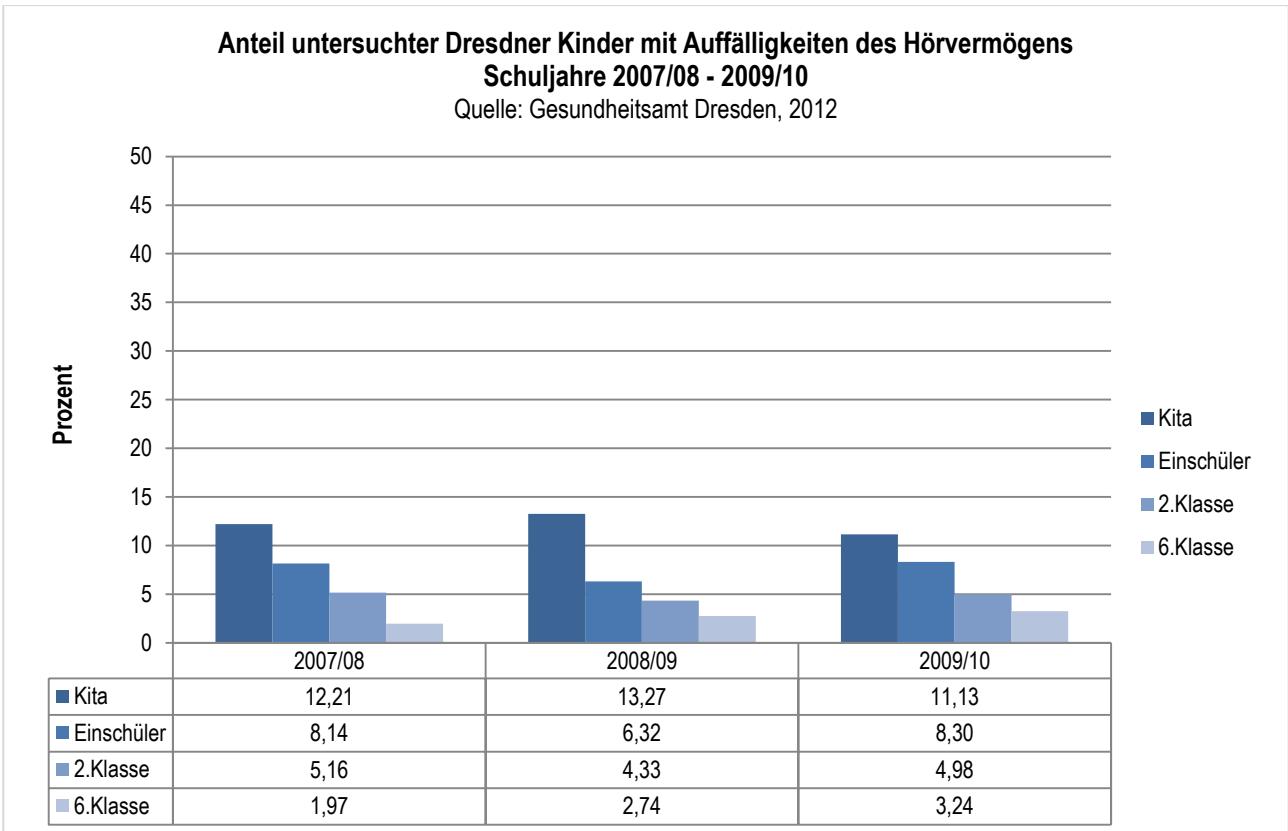


Abbildung 48

7.3.2.2 Aspekte der koordinativen Fähigkeiten: Fein- und Grobmotorik

Kinderwelt ist Bewegungswelt. Sowohl permanente Anpassungs- und Schutzreaktionen, aber auch das neugierige Erkunden der Umgebung fordern das Kind ständig motorisch-koordinativ heraus.

Die immense Bedeutung der motorischen Fähigkeiten besonders bei der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sowie altersunabhängig in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention ist heute von vielen Beteiligten unumstritten und vielfach wissenschaftlich belegt.

Teilfähigkeiten der Fein- und Grobmotorik für die Dresdner Kinder im Kindergartenalter werden im Folgenden beschrieben, die während der Kita-Untersuchung und zur Schulaufnahme zu den drei Untersuchungszeitpunkten der Schuljahre 2007/08, 2008/09 sowie 2009/10 durch den KJÄD Dresden erhoben worden sind (siehe dazu auch Abschnitt 7.7.1).

Feinmotorik

Bei den altersentsprechenden Screening-Testverfahren für die Beurteilung der Feinmotorik werden schwerpunktmäßig kleinräumige Bewegungen der Hand- und Fingerschicklichkeit sowie die Auge-Hand-Koordination überprüft. Dabei spielt aber auch die Konzentrationsfähigkeit der Kinder eine wichtige Rolle.

Neun von zehn Kindern im Kindergartenalter zeigten dabei keine Auffälligkeiten, wie in der Abbildung 49 dargestellt. Bei knapp 10 Prozent der untersuchten Dresden 4-jährigen Kinder wurden diagnostikbedürftige Feinmotorikauffälligkeiten („A“-Befunde) festgestellt bzw. zeigten sich diese bei bereits bestehenden ärztlichen und/oder therapeutischen Behandlungen („B“-Befunde) in den drei Untersuchungsjahrgängen 2007/08 bis 2009/10. Bei den Vorschülern wiesen knapp über 10 Prozent Auffälligkeiten in der Feinmotorik mit einer abnehmenden Tendenz im gleichen Zeitraum auf.

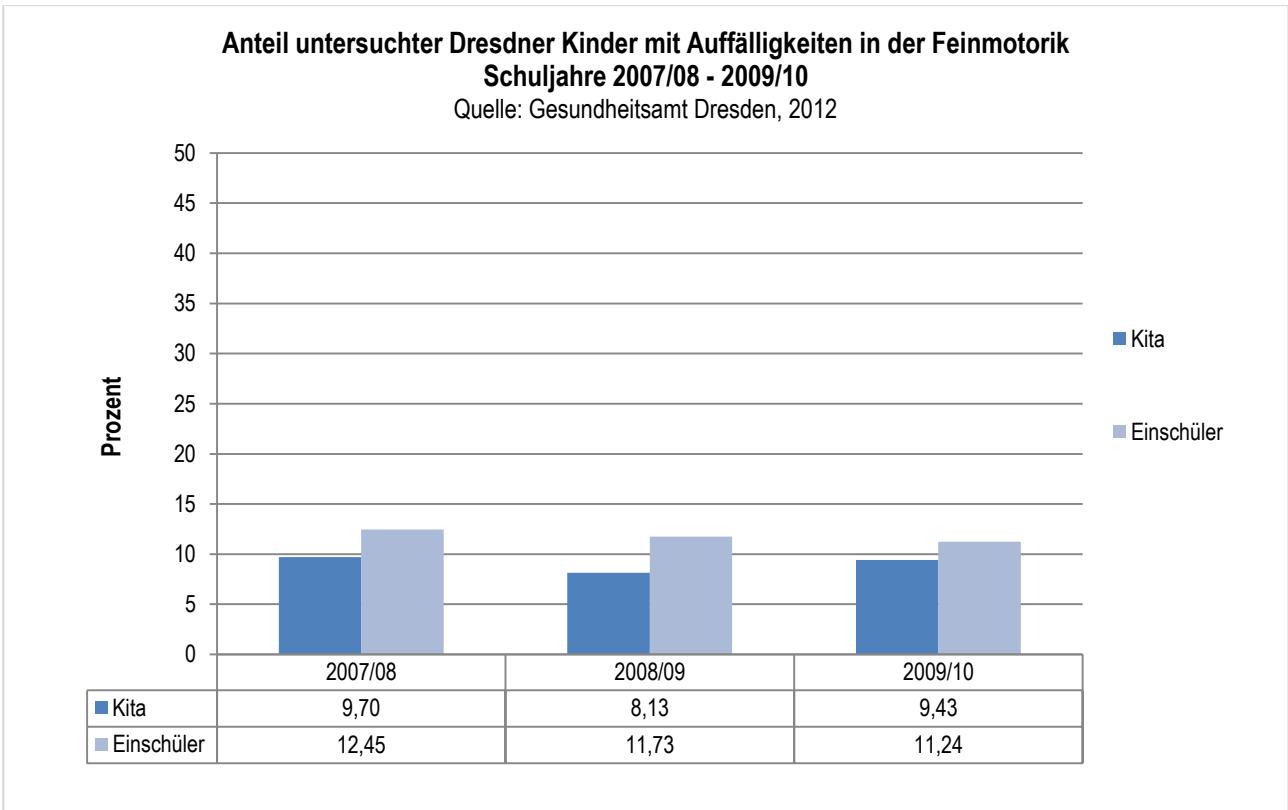


Abbildung 49

Grobmotorik

Die Körperbeherrschung und eher großräumigere Bewegungscoordination steht im Mittelpunkt der Testverfahren für die altersentsprechende Beurteilung der Grobmotorik (siehe dazu auch Abschnitt 7.7.1). Zudem fließen Angaben der gegebenenfalls anwesenden Eltern bzw. bei Zustimmung der Eltern die Angaben der anwesenden Erzieher in die Beurteilung mit hinein. In der Abbildung 50 sind die Ergebnisse der Screeningverfahren („A“- und „B“-Befunde) zur Einschätzung der Grobmotorik für die 4-Jährigen und Kinder zur Schulaufnahmehuntersuchung ersichtlich.

Im Vergleich zu den Ergebnissen der Feinmotorik zeigten weniger der 4-jährigen Kinder diagnostik- bzw. behandlungsbedürftige Auffälligkeiten in der Grobmotorik. Bei den Kindern zur Schulaufnahmehuntersuchung sind die Häufigkeiten der auffälligen Grobmotorikbefunde ähnlich die der Feinmotorik bei einer ebenfalls abnehmenden Tendenz im Verlauf der Schuljahre 2007/08 bis 2009/10.

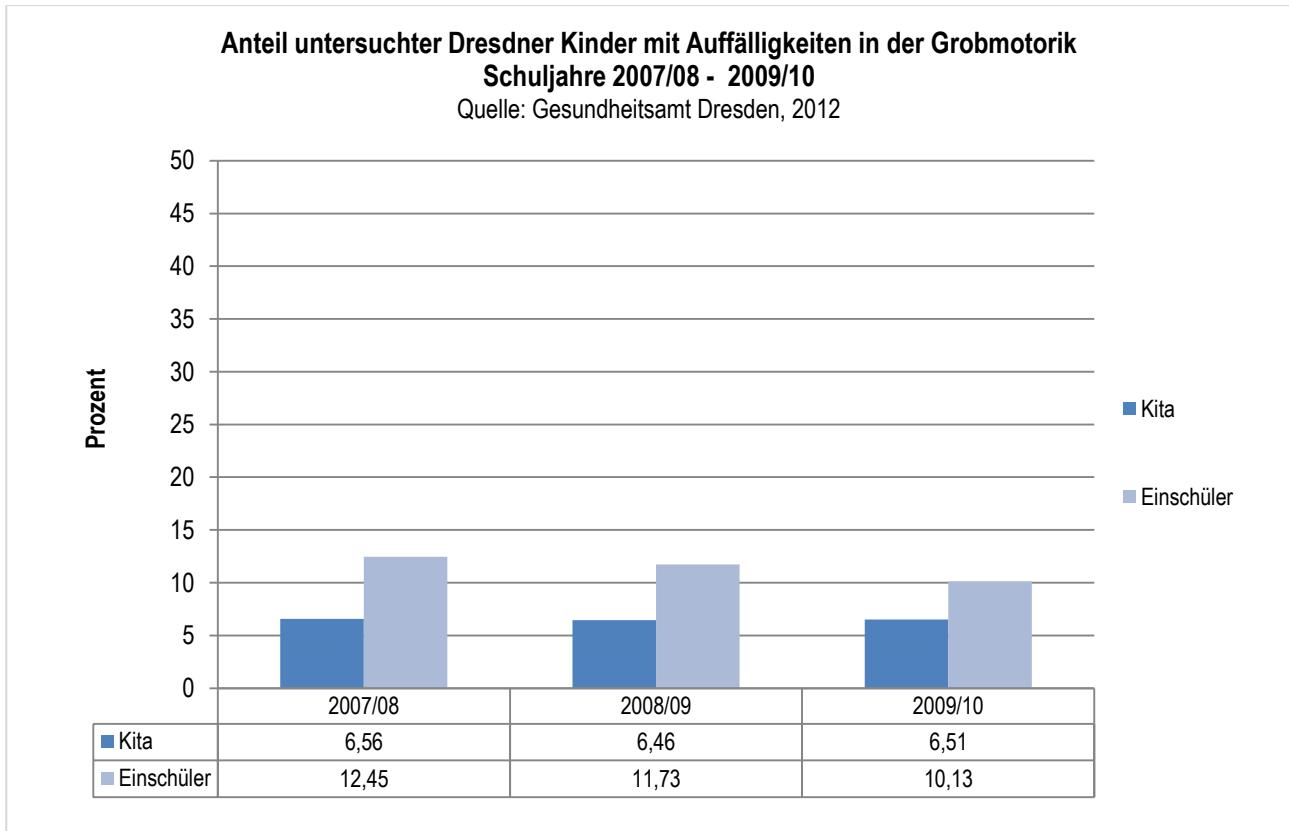


Abbildung 50

7.3.2.3 Sprachentwicklung

Sprache ist eine Grundvoraussetzung für den Wissenserwerb und die sozialen Beziehungen eines Menschen. Der Erstspracherwerb liegt in den ersten vier Lebensjahren, der sogenannten sensiblen Phase für die Sprachentwicklung. Die Sprachentwicklung ist ein äußerst komplexer Prozess, abhängig von den auditiven Wahrnehmungsleistungen, von genetischen Anlagen, von kognitiven und vor allem psychosozialen und emotionalen Voraussetzungen.

Die Variationsbreite der normalen Sprachentwicklung ist groß. Trotzdem ist die Diagnostik von Sprachauffälligkeiten frühzeitig erforderlich, um Elternberatung, pädagogische Förderung oder Sprachtherapie einzuleiten.

Der Sprachentwicklungsstand wird während der Vorsorgeuntersuchungen U6 bis U9 durch den niedergelassenen Kinder- bzw. Hausarzt eingeschätzt. Bei den 4-Jährigen erfolgt zusätzlich sachsenweit eine Sprachuntersuchung durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst mit einem einheitlichen standardisierten Sprachscreening (siehe dazu auch Abschnitt 7.7.1). Dabei wird zwischen individuellen Entwicklungsbesonderheiten und diagnostik- bzw. therapiebedürftigen Sprachentwicklungsaufläufigkeiten unterschieden. Die Eltern werden durch diese Untersuchungen rechtzeitig auf mögliche Entwicklungsverzögerungen aufmerksam gemacht und können entsprechende weitere ärztliche, therapeutische und oder (sprachheil-)pädagogische Unterstützung in die Wege leiten.

Die Abbildung 51 zeigt die Häufigkeiten von Sprachentwicklungsaufläufigkeiten („A“- und „B“-Befunde) bei Dresden Kindern im zeitlichen Verlauf von den drei Schuljahren 2007/08 bis 2009/10. Bei weniger als 30 Prozent aller untersuchten 4-jährigen Kinder und bei ca. 20 Prozent aller untersuchten Vorschüler wurden diagnostik- bzw. behandlungsbedürftig oder bereits in Behandlung befindliche Sprachentwicklungsaufläufigkeiten erkannt.

Die Ergebnisse zeigten auch, dass in diesem Zeitraum ein leichter Rückgang der Aufläufigkeiten bei den 4-Jährigen, aber ein leichter Anstieg bei den Kindern zur Schulaufnahmeuntersuchung zu verzeichnen war.

In den letzten Jahren wurden durch den Eigenbetrieb Kindertageseinrichtungen in Dresden Projekte zur Entwicklungsförderung der Kinder durch Einsatz zusätzlicher Sozialpädagogen, durch Netzwerkarbeit in sozial benachteiligten Wohngebieten (KINET) und durch den Einsatz von Logopäden in ausgewählten Kindertageseinrichtungen umgesetzt. Die leichte Abnahme von Sprachentwicklungsaufläufigkeiten im Kita-Alter könnte diesem Engagement zugeordnet werden.

Anteil untersuchter Dresdner Kinder mit Sprachentwicklungsaufläufigkeiten
Schuljahre 2007/08 - 2009/10
 Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2012

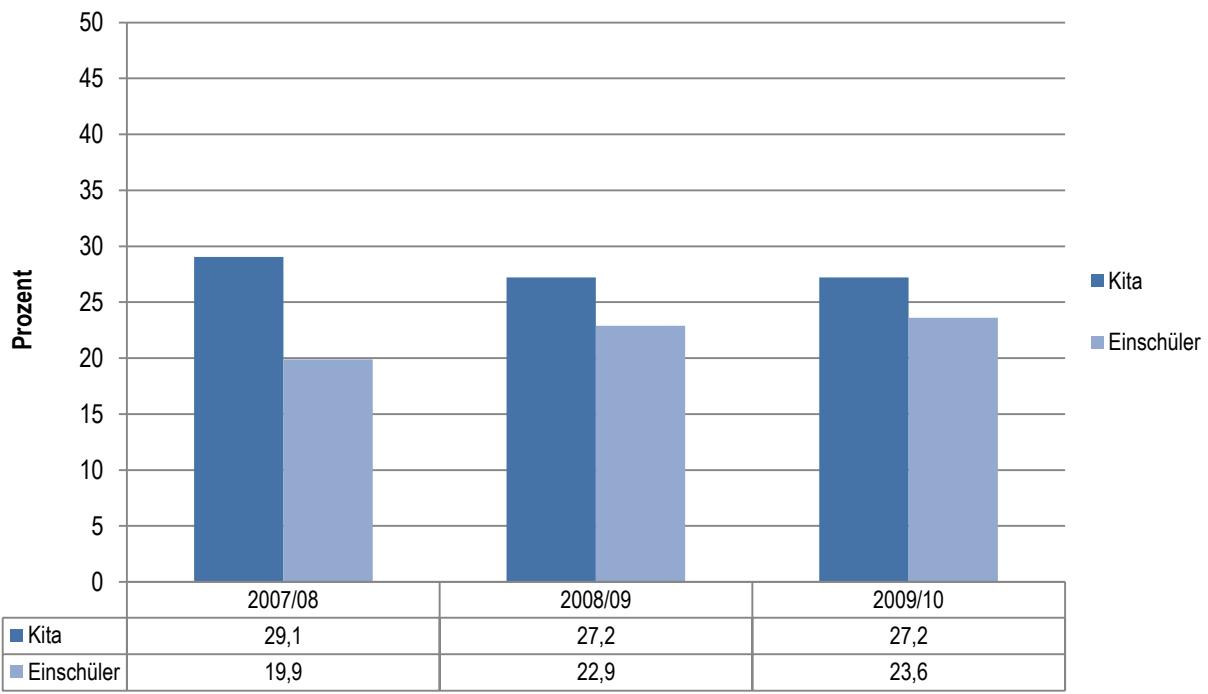


Abbildung 51

7.3.2.4 Körpergewicht

Die Beurteilung des Körpergewichts bei Kindern und Jugendlichen erfolgt mittels Body-Maß-Index (BMI) und diesbezüglichen Referenzwerten (siehe auch Abschnitt 7.7.1)

Zahlreiche Veröffentlichungen zum Thema Körpergewicht thematisieren und alarmieren in den letzten Jahren die Öffentlichkeit über die dramatische Entwicklung als „Übergewichtsepidemie“.

Damit sind kurz- und langfristig erhebliche Gesundheitsrisiken verbunden. Bereits im Kindes- und Jugendalter können schwerwiegende, auch kostenintensive Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Störungen des Fettstoffwechsels und Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems entstehen. Nicht nur der individuelle körperliche, psychische und soziale Leidensdruck nimmt immer mehr zu, auch auf das gesamte Gesundheitssystem hat dieser Prozess langfristige, verheerende Auswirkungen.

In Dresden nahm der Anteil von übergewichtigen sowie adipösen Kindern mit dem Alter zu, wie in den Abbildungen 52 und 53 dargestellt. Das Übergewicht einschließlich Adipositas betraf ca. 5 Prozent der Kinder zur Schulaufnahmehuntersuchung und schon mehr als 10 Prozent der Kinder in der 6. Klasse (siehe Abbildung 53). Darunter zeigte sich ein Anteil an Kindern mit Fettleibigkeit (Adipositas) von unter 2 Prozent bei den Vorschülern, knapp 4 Prozent bei den Kindern der 6. Klasse (siehe Abbildung 54). Eine differenzierte Betrachtung der Ergebnisse weist deutliche Unterschiede innerhalb der Altersgruppen hinsichtlich der besuchten Schulart im Verlauf der zwei Schuljahre 2008/09 und 2009/10 auf. So waren Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf sowohl in der 2. als auch in der 6. Klasse besonders häufig betroffen. Bei Schülern in der 6. Klasse mit sonderpädagogischer Förderung war der Anteil knapp doppelt so hoch wie bei gleichaltrigen Schülern in der Mittelschule und fast dreimal so hoch wie bei den Gymnasiasten.

**Anteil Dresdner Kinder mit Übergewicht einschließlich Adipositas
(BMI > 90. Perzentile)**
Schuljahre 2008/09 und 2009/10
Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2012

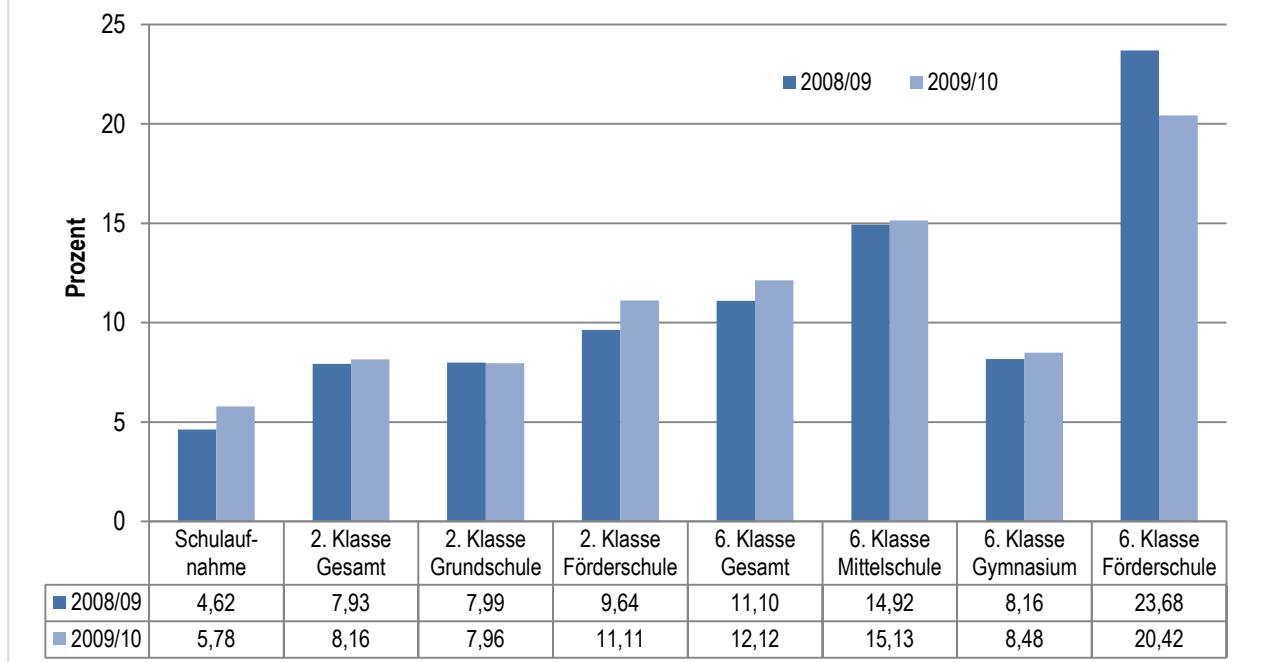


Abbildung 52

**Anteil Dresdner Kinder mit Adipositas
(BMI > 97. Perzentile)**
Schuljahr 2008/09 und 2009/10
Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2012

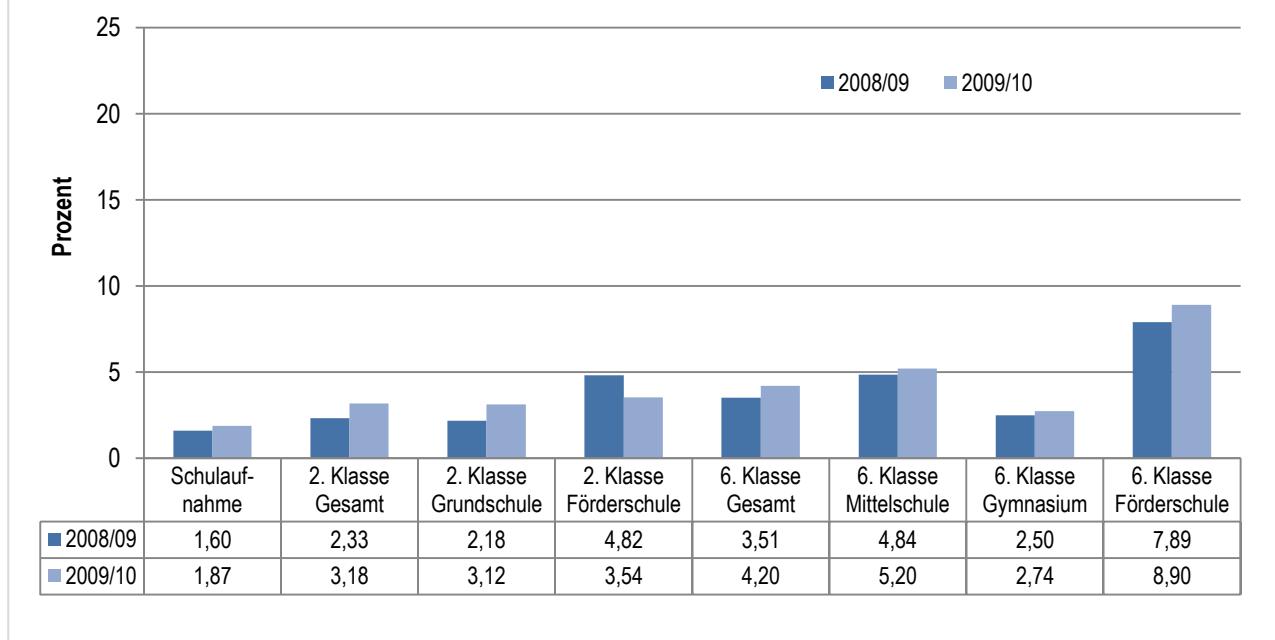


Abbildung 53

Neben den dargelegten Ergebnissen zum Übergewicht ist auch das deutliche Untergewicht (< 3. Perzentile) im Kindes- und Jugendalter zu beachten.

Im Schnitt waren knapp 4 Prozent der untersuchten Dresdner Kinder deutlich untergewichtig, wie man in der folgenden Abbildung 54 der Schuljahre 2008/09 und 2009/10 sehen kann. Unterschiedliche Ausprägungen innerhalb der Altersgruppen waren auch dabei erkennbar, so dass die Schüler der 6. Klasse am Gymnasium am wenigsten und die Schüler der 6. Klasse mit sonderpädagogischem Förderbedarf am häufigsten davon betroffen waren.

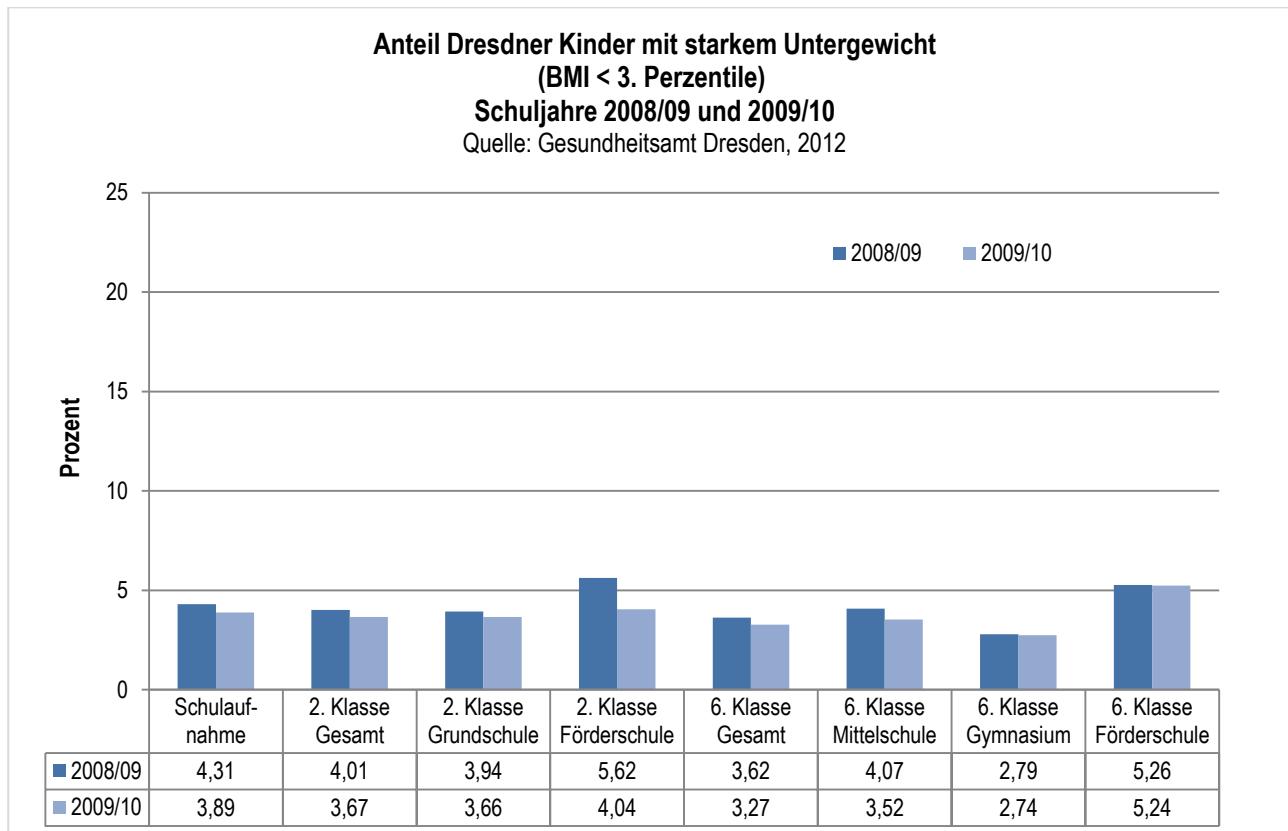


Abbildung 54

Mögliche Ursachen und Einflussfaktoren im Zusammenhang mit den beschriebenen Gewichtsdaten können nicht analysiert werden, weil keine entsprechenden Daten vom Gesundheitsamt erhoben werden. So können vielfältige körperliche, seelische und/oder psychosoziale Ursachen des Gesundheitsverhaltens vorliegen, auch krankhafte Essstörungen.

7.4. Gesundheitsverhalten der heranwachsenden Generation

7.4.1 Gesundheitsvorsorge

Die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder bis zu einem Alter von sechs Jahren (U1 bis U9) dienen den Familien zur medizinischen Begleitung, helfen frühzeitig Entwicklungsverzögerungen, Behinderungen und schwere Erkrankungen zu erkennen und zu behandeln. Sie sind eine wichtige präventive Maßnahme, um langfristig Gesundheitsrisiken vorzubeugen. Familien stellen sich dabei ihrem Kinder- oder Hausarzt regelmäßig im Rahmen eines Kinder-Vorsorgeprogramms der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in festgelegten und immer größer werdenden Abständen vor. Die erste Untersuchung findet darin unmittelbar nach der Geburt des Kindes statt und die U2 bis U6 folgen im Verlauf des ersten Lebensjahres. Um den zweiten, dritten, vierten und fünften Geburtstag des Kindes sind jeweils U7, seit 2008 U7a, U8 und U9 vorgesehen.

Die Inanspruchnahme dieser Früherkennungsuntersuchungen von den Familien ist darüber hinaus ein wichtiger Indikator für das Gesundheitsverhalten der Familien des Kindes. Aus diesem Grunde wird während der Kita- und Schulaufnahmeuntersuchung des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes um die Vorlage des sogenannten Vorsorgeheftes der sogenannten „U-Untersuchung“ gebeten (siehe auch Abschnitt 7.7.1).

Im Verlauf der letzten Untersuchungsjahre brachten immer mehr Kinder ihr Vorsorgeheft mit, wobei deutliche Unterschiede zwischen den Kita-Einrichtungen erkennbar sind. Gründe dafür können zum einen in dem Verhalten der Eltern selbst und zum anderen in der Vorbereitung der Kita-Untersuchung durch die Einrichtung selbst liegen. Zum Zeitpunkt der Kita-Untersuchung und Schulaufnahmeuntersuchung nahmen durchschnittlich 95 Prozent aller Kinder mit dem vorgelegten Vorsorgeheft an der U2 bis U7 teil, wie die Abbildungen 55 und 56 zeigen. Mit zunehmendem Alter der Kinder nahm die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen ab der U6 zunächst leicht und hin zur U9 deutlich ab (siehe Abbildungen 56).

Die leicht steigende Beteiligungsquote bei den Dresdner Schulanfängern für die Früherkennungsuntersuchungen kann auch ein Resultat von der gesundheitspolitischen Aktion „Ich geh‘ zur U! und Du?“, die das Gesundheitsamt der Stadt Dresden in Form von Informations- und Einladungsmodellen umgesetzt hat. Diese zielgruppenpolitische Bemühung wurde durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit initiiert.

Da die U7a erst seit 2008 einführt und allmählich von den Familien und Ärzten angenommen worden sind, wurden die Daten für die Übergangszeit in den dargestellten Schuljahren 2007/08 bis 2009/10 nicht mit aufgeführt.

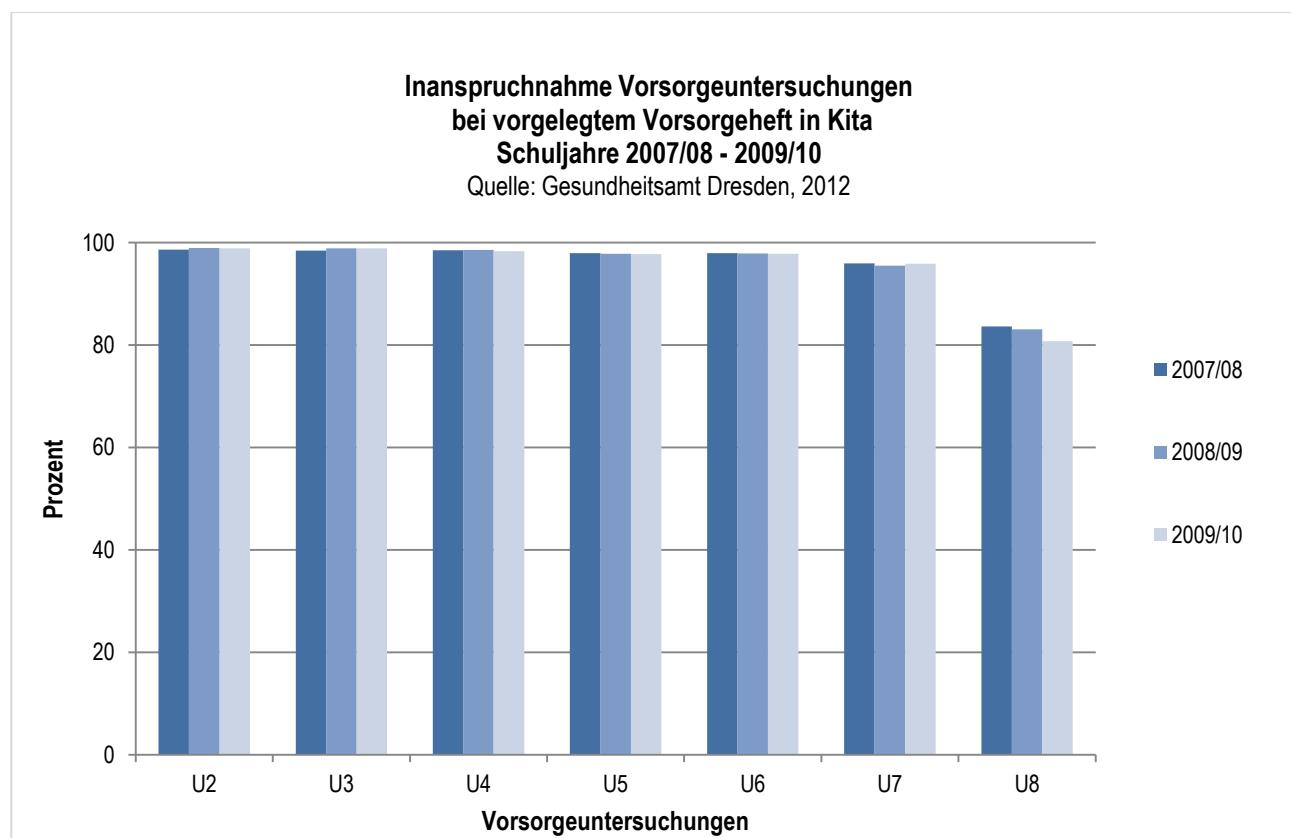


Abbildung 55

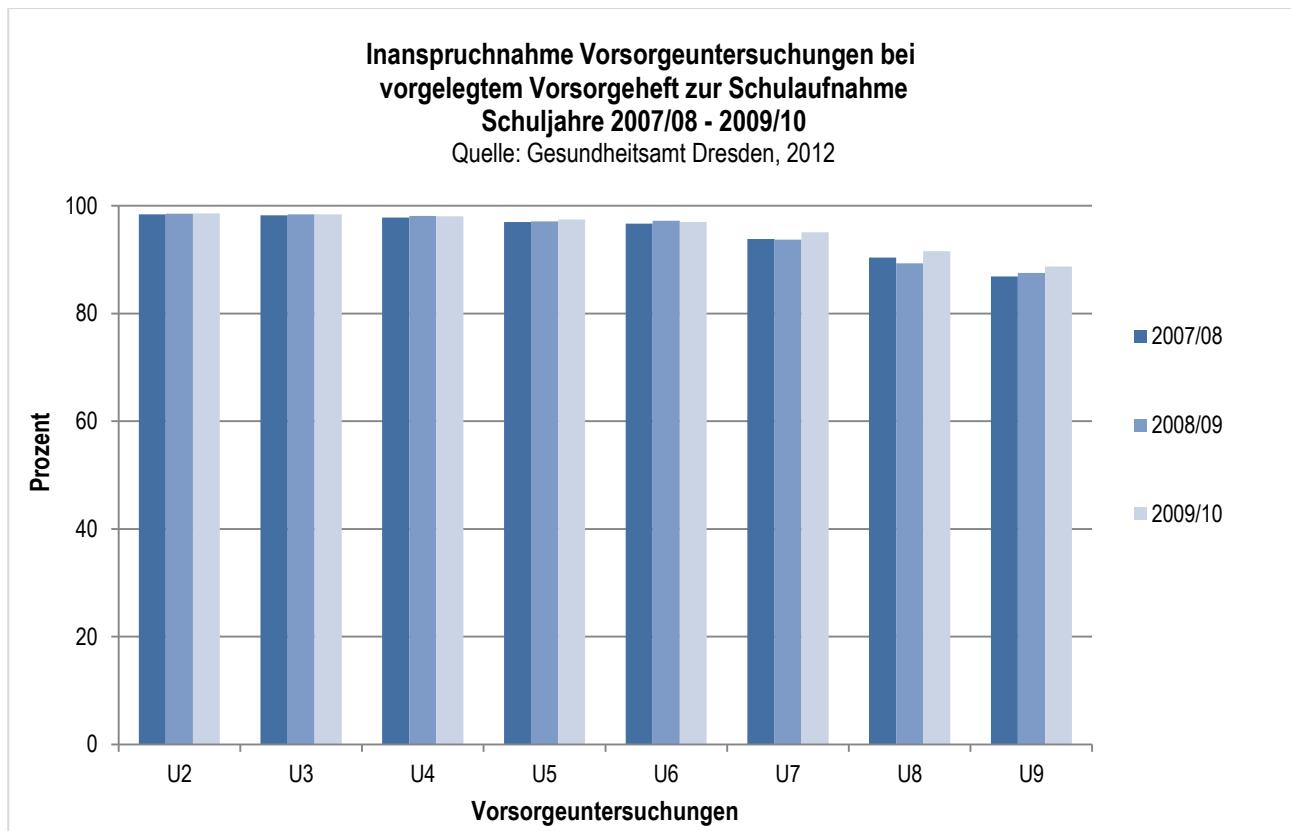


Abbildung 56

7.4.2 Impfen

Impfungen zählen zu den wichtigsten, effektivsten und kostengünstigsten Maßnahmen des präventiven Gesundheitsschutzes, vor allem im Kindesalter. Durch die Impfung wird das Immunsystem eines Menschen so vorbereitet, dass der Ausbruch einer entsprechenden Infektionskrankheit verhindert, zumindest der Krankheitsverlauf abmildert wird, wenn sich die geimpfte Person an dieser Infektionskrankheit erneut ansteckt. Das heißt, dass die geimpfte Person mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit selbst nicht mehr die bestimmten Krankheitserreger erkranken und zugleich auch nicht mehr Kontaktpersonen damit anstecken kann. So schützen Impfungen das geimpfte Individuum selbst vor den entsprechenden Infektionskrankheiten, aber auch die Mitmenschen im Sinne eines Kollektivschutzes. Eine Verbreitung von Infektionserkrankungen können schwerwiegende gesundheitliche Folgen vor allem bei nicht geimpften Kindern, bei werdenden Müttern und deutlich immunschwächten Personen hervorrufen. Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird ein Durchimpfungsgrad von mindestens 90 Prozent für einen ausreichenden Kollektivschutz empfohlen (Robert-Koch-Institut, 2001). Um dieses Ziel auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebenen vor allem für die Förderung der Kindergesundheit zu erreichen, arbeiten mehrere Institutionen, wie das Bundesministerium für Gesundheit, das Robert-Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), jeweiligen Landesministerium für gesundheitliche Angelegenheiten, Gesundheitsämter des öffentlichen Gesundheitsdienstes, aber auch die niedergelassenen Kinder- und Hausärzte daraufhin.

In Sachsen werden die Impfempfehlungen von der Sächsischen Impfkommission (SIKO) erarbeiten und in regelmäßigen Abständen den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, dem aktuellen Bedarf und zudem den nationalen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) angepasst und veröffentlicht (SIKO, 2012). Im Rahmen der Kinder- und Jugendärztlichen Untersuchungen durch das Gesundheitsamt Dresden im Kindergartenalter, zur Schulaufnahme und während der 2. und 6. Klasse wird die Inanspruchnahme der von der SIKO empfohlenen Impfungen und deren Vollständigkeit bei den Kindern anhand der vorgelegten Impfausweise erhoben (siehe auch Abschnitt 7.7.1). Aus diesem Grund werden die Kinder bzw. die Erziehungsberechtigten zur Vorlage des Impfausweises bei den jeweiligen Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes gebeten. Zusätzlich kann dabei die Durchimpfungsrate für die einzelnen Schutzimpfungen zur Evaluation des oben benannten WHO-Ziels ermittelt und im zeitlichen Verlauf betrachtet werden.

Der Anteil an vollständig geimpften Dresdner Kindern in Bezug auf Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten lag bei über 95 Prozent, wie in der Abbildung 58 ersichtlich. Wobei als „vollständig“ gilt, wenn Kinder den Impfausweis zur Untersuchung vorgelegt hatten und die darin dokumentierten Impfungen altersentsprechend mit den Empfehlungen der SIKO übereinstimmten. Hinsichtlich der Mumps-Masern-Röteln-Impfungen lag der Anteil über 85 Prozent mit steigender Entwicklung. Da jedoch der Anteil an Kindern ohne vorgelegtem Impfausweis in den drei Jahren gestiegen war, entspricht diese gestiegene Impfrate vermutlich eher nicht der Realität.

Ca. 2-3 Prozent der Familien lassen ihre Kinder überhaupt nicht gegen Masern, Mumps, Röteln sowie Keuchhusten, bis zu 1 Prozent nicht gegen Diphtherie impfen. Um 0,3 Prozent sind ohne Impfschutz gegen die meist tödlich endenden Tetanuserreger (Wundstarrkrampf), mit denen sich Groß und Klein bei jeder Verletzung infizieren kann.

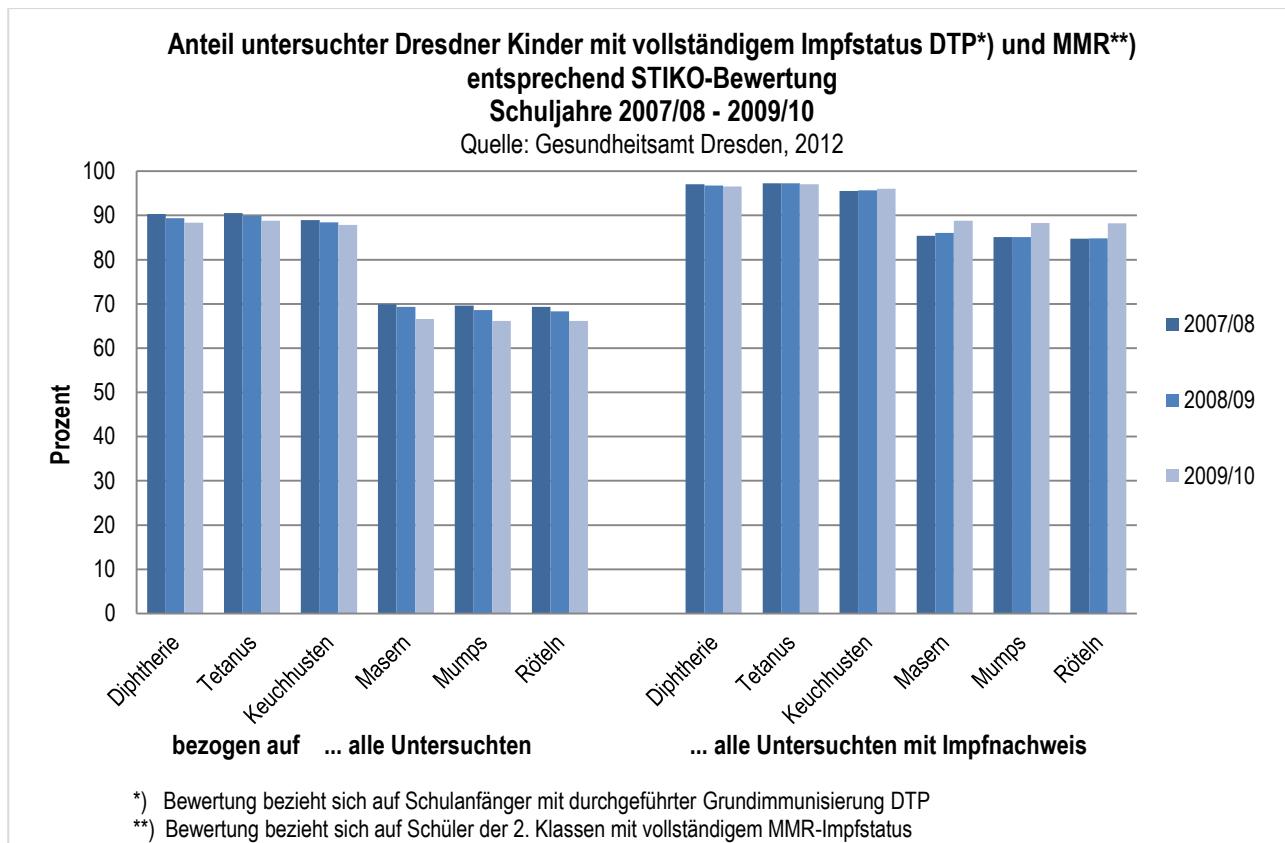


Abbildung 57

7.4.3 Zahngesundheit

Das Auftreten von Zahnausfall (Karies) als bakteriell verursachte Erkrankung der Zahnhartgewebe ist in den vergangenen Jahrzehnten durch verbesserte Mundhygiene, wirksame Fluoridanwendung und zunehmender Nutzung gruppen- und individualprophylaktischer Leistungen nach § 21 und 22 SGBV deutlich zurückgegangen (Pieper, 1996; Pieper 2005; Micheelis & Schiffner, 2006).

Die Risikogruppen für Karies sind insgesamt kleiner geworden, dafür verstärken sich jedoch Einflussfaktoren auf das Kariesrisiko, wie soziale Herkunft, Migrationshintergrund und besuchte Schulart.

So lange als möglich ein naturgesundes Milch- bzw. bleibendes Gebiss zu erhalten, also frei von Karies bzw. ohne kariesbedingte Zahnarztbehandlungen oder ein wegen Kariesbefall verlorengegangener Zahnbestand, das ist die allgemeine Zielstellung der Mundgesundheit. Wenn doch ein Zahn befallen ist, sollte nach einer professionellen Behandlung ein Wiederauftreten von Karies unbedingt vermieden werden.

Zielführend dafür sind neben einer gesunden, ausgewogenen Ernährung und dem regelmäßigen, effizienten Zähneputzen auch eine ausreichende Versorgung mit Fluorid und ein regelmäßiger Besuch beim Zahnarzt als die wichtigsten Säulen der Kariesprävention. Im Alter ab dem zweiten Lebensalter wird mindestens zweimal täglich mit einer flouridhaltigen Kinderzahnpasta empfohlen zu putzen. Dabei sollten die Eltern in Form von Nachputzen helfen bis die Kinder ab ca. Schulalter selbstständig und gründlich ihre Zähne putzen können. Für Säuglinge mit Zähnen und Kleinkindern wird einmal täglich eine Zahncleaning mit einer höchstens erbsengroßen Menge flouridhaltiger Kinderzahnpasta nach Beratung und Absprache mit dem Hauszahnarzt empfohlen.

Weitere Zielstellungen der Jugendzahnklinik (JZD) des öffentlichen Gesundheitsdienstes liegen in der Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen bzw. auch Zahnfleischerkrankungen, die Erfassung der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko, die Motivation zum regelmäßigen Zahnarztbesuch sowie dem Angstabbau vor zahnärztlichen Maßnahmen (siehe auch Abschnitt 7.7.1).

In der Stadt Dresden zeigten knapp 90 Prozent der 3-jährigen untersuchten Kindern ein naturgesundes Milchgebiss im Verlauf von den drei Untersuchungszeiträumen Schuljahr 2007/08 bis 2009/10, wie in der Abbildung 59 dargestellt. Ca. 60 Prozent der 6-Jährigen wiesen ebenfalls ein naturgesundes Gebiss auf (Abbildung 59). Bei den 12-Jährigen konnten im Durchschnitt 65 Prozent naturgesunde bleibende Zähne vorweisen (Abbildung 58). In allen drei Altersgruppen verbesserte sich diese positive Entwicklung in dem betrachteten zeitlichen Verlauf, so dass gleichzeitig der Anteil von behandlungsbedürftigen Kindern und Kindern mit bereits kariesbedingt behandelten Zähnen merklich zurückging.

Das festgelegte sächsische Gesundheitsziel von 80 Prozent bei den 3-Jährigen und 60 Prozent bei den 6-Jährigen wurde damit in der Stadt Dresden übererfüllt. Dies ist auch ein engagiertes Resultat der jährlich stattfindenden zahnmedizinischen Kontrolluntersuchungen und der gruppen- und individualprophylaktischen Leistungen seitens des Jugendzahnmedizinischen Dienstes des Gesundheitsamtes und der niedergelassenen Zahnärzte.

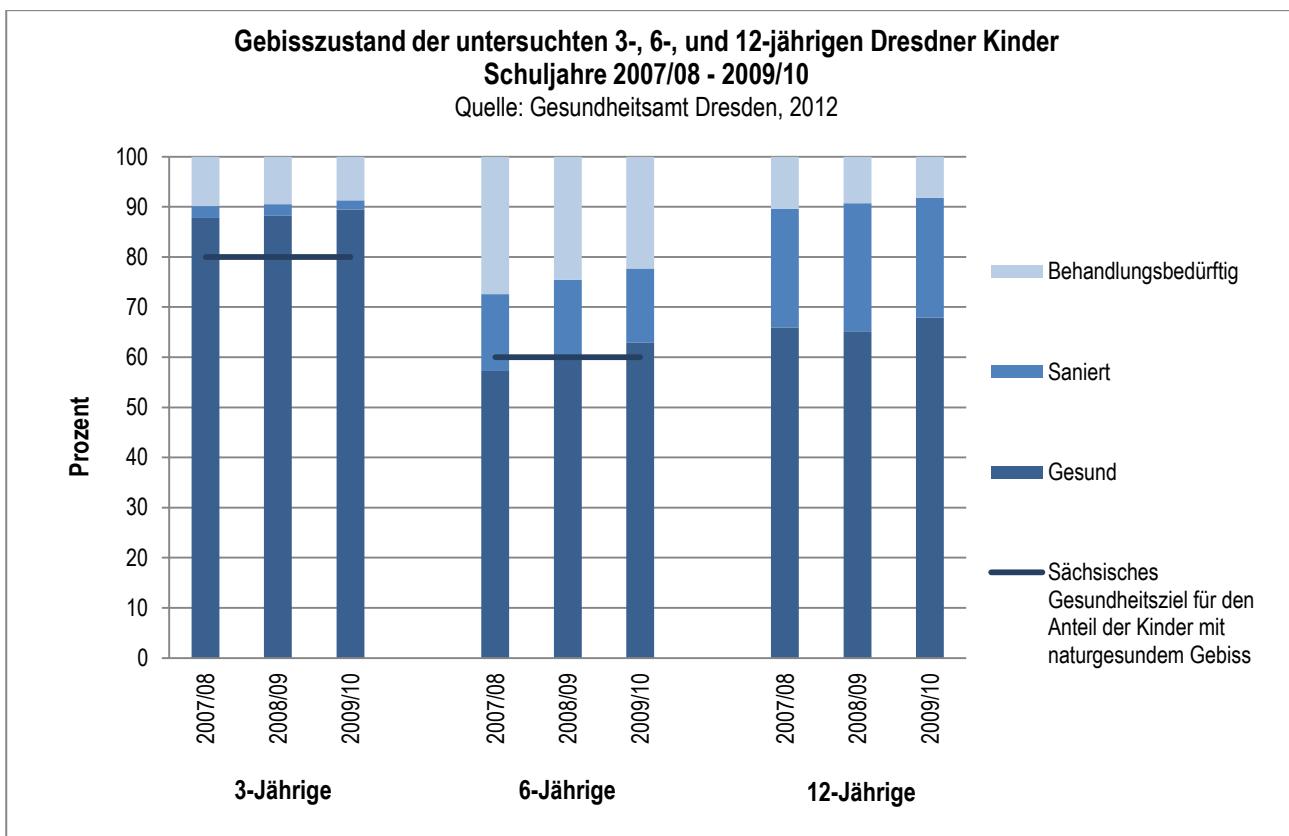


Abbildung 58

Bei einer genaueren Analyse des Gebisszustandes werden die Unterschiede der Zahngesundheit im Vergleich der besuchten Einrichtungsarten (Kindertageseinrichtung bzw. der verschiedenen Schularten) deutlich, wie in der Abbildung 59 ersichtlich. So war der Anteil Kinder mit einem naturgesundem Gebiss am höchsten bei allen untersuchten Kita-Kindern, gefolgt von den Schülern am Gymnasium. Weit unter 60 Prozent lag dabei der Anteil bei den Schülern, die eine Schule mit sonderpädagogische Förderung besuchten.

Im zeitlichen Verlauf nahmen anteilmäßig die Zahl der behandlungsbedürftigen Kinder in allen Einrichtungsarten ab, allerdings mit unterschiedlich starker Ausprägung.

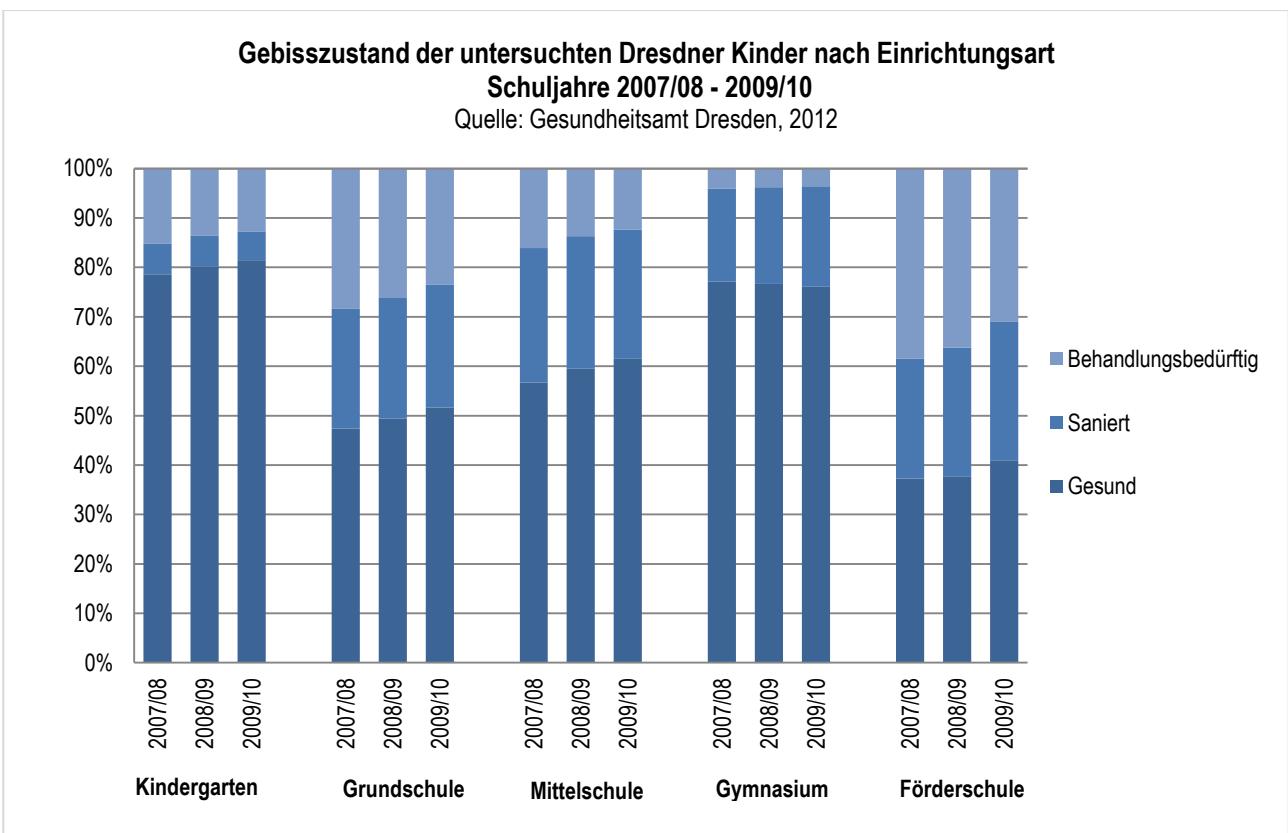


Abbildung 59

Der dmft-Index als Ausdrucksmittel für die Kariesverbreitung bei Kindern mit Milchgebiss (siehe auch Abschnitt 7.7.1) liegt bei den 3- und 4-Jährigen zu allen Zeitpunkten im Schnitt weit unter dem Wert 1, was als Sächsisches Gesundheitsziel für die Mundgesundheit der Kita-Kinder definiert wurde (Abbildung 60). Bereits bei den 5-Jährigen erreicht es diesen Zielwert. Tendenziell gibt es bei den 3-jährigen und 4-jährigen Kindern eine positive Entwicklung innerhalb der drei Untersuchungszeiträumen. Das engagierte Ziel ist es, den dmft-Index weiter zu senken und die Zahl der kinder mit naturgesunden Zähnen zu erhöhen.

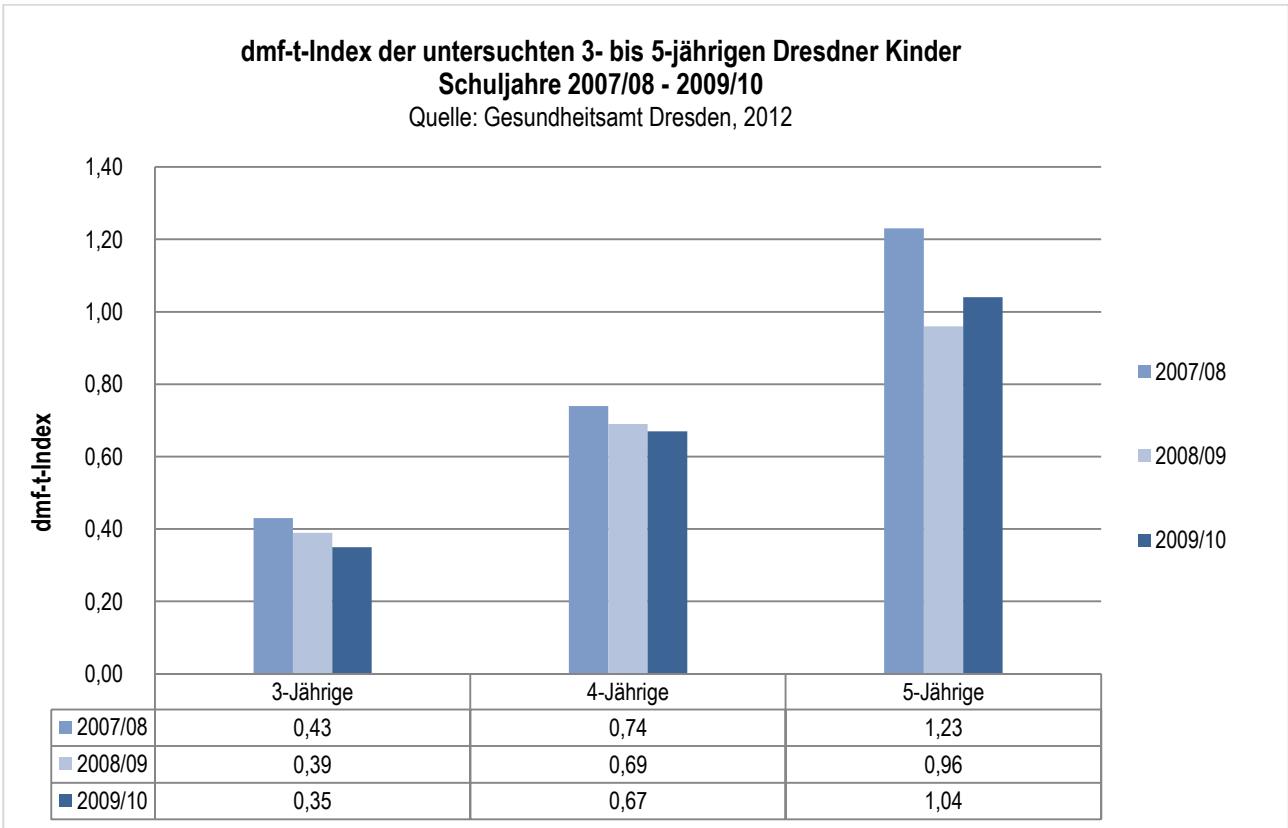


Abbildung 60

Bei den 6-jährigen Kindern lag der dmft-Index über dem Wert 1, wobei der Wert annähernd gleich denjenigen ist, die eine Kita besuchten und bei denjenigen, die bereits in der Grundschule waren. Im Gegensatz dazu fallen die Ergebnisse der 6-Jährigen stark auf, die eine Schule mit sonderpädagogische Förderung besuchen. Innerhalb dieser Zeiträume sind bei allen drei Gruppen der 6-Jährigen eine Verbesserung zu erkennen (Abbildung 61).

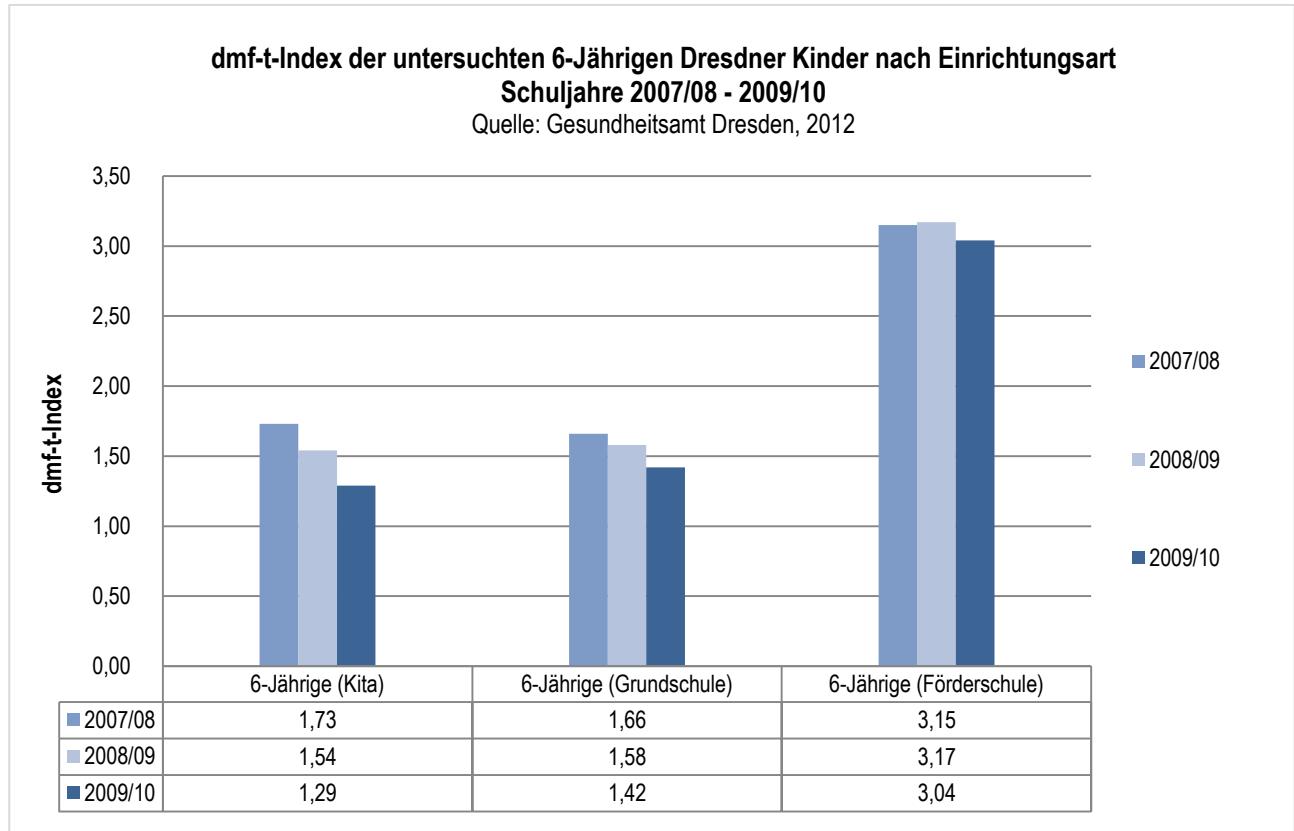


Abbildung 61

Die Kariesverbreitung bei den 12-jährigen Schülern lag durchschnittlich bei dem DMFT-Index von 1 (siehe auch Abschnitt 7.7.1). Allerdings bei genauer Betrachtung nach Schulart (Abbildung 62) war dieser Wert bei den untersuchten Schülern des Gymnasiums bis zur 7. Klasse am niedrigsten. Das bedeutet, dass damit Mundgesundheit der 12-jährigen Gymnasiasten am besten war. Der häufigste Kariesbefall konnte bei den Schülern mit sonderpädagogischen Förderung nachgewiesen werden.

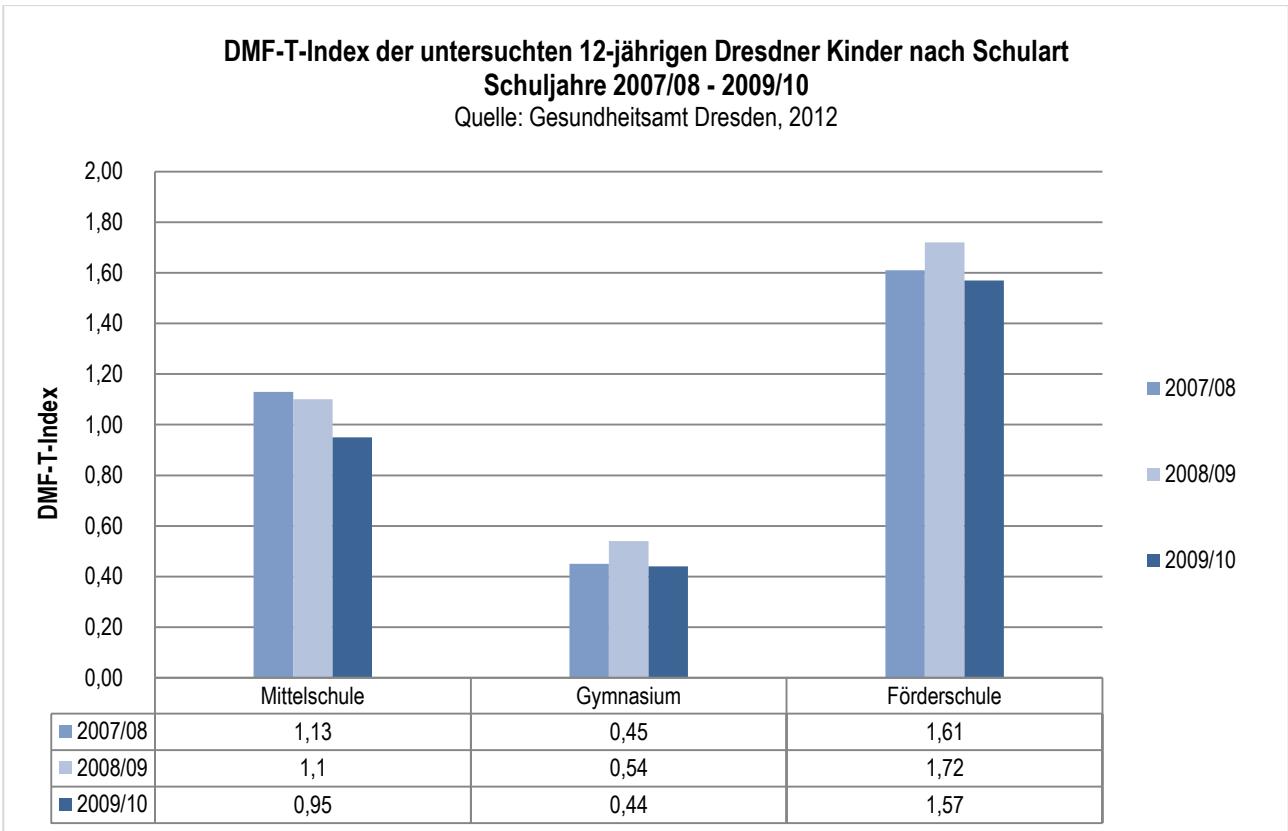


Abbildung 62

7.4.4 Körperliche und sportliche Aktivitäten

Für eine gesunde und leistungsfähige sowohl körperliche als auch geistige Entwicklung ist regelmäßige körperliche und sportliche Aktivitäten zusätzlich zu den Alltagsbewegungen besonders für die heranwachsende Generation essentiell.

Zudem fördern regelmäßige sportliche Aktivitäten von täglich mindestens einer Stunde Dauer, laut aktueller Empfehlungen für Kinder und Jugendliche, die Persönlichkeitsentwicklung, das psychosoziale Wohlbefinden sowie das Erlernen von sozialen Kompetenzen besonders bei sportlichen Aktivitäten in der Gemeinschaft (Robert-Koch-Institut & Bundeszentrale für gesundheitlichen Aufklärung, 2008).

Neben anderen Freizeitmöglichkeiten (u.a. Treff mit Freunden, Musik hören, Fernsehen, Lesen, Basteln, Zeichnen, Computer) betätigten sich 63 Prozent der Dresdner Kinder und Jugendlichen in ihrer Freizeit regelmäßig sportlich, was bei den Jungen an fünfter Stelle der Freizeitrangfolge (69 Prozent) und bei den Mädchen an sechster Stelle (57 Prozent) lag (Lenz & Fücker, 2005a; 2005b).

Im Vergleich dazu lagen körperlich passive Freizeitgestaltungen, wie Computerspielen, Musik hören und Fernsehen/Filme schauen, bei beiden Geschlechtern an jeweils höherem Rang (Lenz & Fücker, 2005a). Je älter die Befragten waren desto größer wurde der zeitliche Umfang von diesen passiven Aktivitäten. Zudem hat der soziale Status der Befragten auf ihre sportlichen Aktivitäten ebenfalls einen Einfluss. 52,4 Prozent der Befragte mit einem niedrigen Sozialstatus hatten in ihrer Freizeit Sport, im Vergleich zu 71,4 Prozent der befragten Schüler mit einem hohen Sozialstatus getrieben (Lenz & Fücker, 2005a).

Am häufigsten gaben die befragten Schüler an, Sportplatz, Park/Wald/Wiese, Sport- und Freizeitzentrum sowie Schwimmhalle/Freibäder als Freizeitangebote zu nutzen, wobei deutliche alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich wurden (Lenz & Fücker, 2005a). Kinder- und Jugendtreffs, Skaterbahn, Spielstraße spielten dagegen eine untergeordnete Rolle. Laut Angabe der Befragten fehlen weiterhin Sportplatz- und Sportanlagen für Fußball-, Basket- und Volleyball sowie Schwimm-, Frei- und Erlebnisbäder (Lenz & Fücker, 2005a).

7.5 Kinderrechte und Möglichkeiten zur Partizipation für die heranwachsende Generation

Seit 1989 sind wesentliche Standards zum Schutz der Kinder und Jugendlichen von der Vollversammlung der Vereinten Nationen in den UN-Kinderrechtskonvention weltweit festgelegt worden. Damit wurde die Wichtigkeit von ihrem Wert und Wohlbefinden systemübergreifend herausgestellt. Diese internationale Übereinkunft beruht auf den vier elementaren Grundsätzen für alle Kinder und Jugendlichen bis zu ihrer gesetzlichen Volljährigkeit:

das „Überleben und die Entwicklung“

die „Nichtdiskriminierung“

die „Wahrung der Interessen der Kinder“

die „Beteiligung“.

In zehn Grundsätzen fasst das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) die umfangreiche Ausarbeitung der Vereinten Nationen inhaltlich zusammen. Neben dem Recht auf Gleichbehandlung und Schutz vor Diskriminierung unabhängig von Religion, Herkunft und Geschlecht, dem Recht auf Gesundheit, Bildung und Ausbildung und dem Recht auf Familie, elterliche Fürsorge und einem sicheren Zuhause haben Kinder und Jugendliche weltweit auch das Recht auf eine gewaltfreie Erziehung und soziale Sicherheit sowie das Recht auf Möglichkeiten zur Partizipation am gesellschaftlichen Leben, um nur einige benennen zu können. (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1992)

Wie sieht bei den Dresdner Kinder und Jugendlichen ihr Wissensstand zu der UN-Kinderrechtskonvention bzw. ihre Situation von Aktivitäten und Bereitschaft an gesellschaftlichen Aktivitäten in Schule und Freizeit aus?

Darauf hat die Zweite Dresdner Kinderstudie Antworten mittels eines eigens entwickelten Befragungsbogens, der bei den Schülern der 6. bis 9. Klasse angewandt wurde.

Kenntnisse über die internationale Kinderrechte hatten 44 Prozent der Dresdner Schüler, darunter 49,1 Prozent aller Jungen und 38,1 Prozent aller Mädchen, die diese Frage beantwortet hatten. Je älter die Schüler und je höher ihrer Sozialstatus war, desto häufiger wussten die Schüler über die Kinderrechte Bescheid.

Gut ein Drittel der befragten Schüler sah das Recht auf gewaltfreie Erziehung für die Kinder in Deutschland am häufigsten verletzt. Danach folgten das Recht auf Gleichheit (28,1 Prozent), Recht auf freie Meinungsäußerung (26,3 Prozent), welche nach Meinung der Befragten in Deutschland am häufigsten nicht erfüllt wurden. Im Gegensatz dazu stehen das Recht auf Gesundheit (18 Prozent), Recht auf Bildung (17 Prozent) und Recht auf Betreuung bei Behinderung (17 Prozent), die von den Befragten am ehesten als erfüllt erachtet wurden.

Die befragten Schüler der Mittelschulen schätzten im Vergleich zu denen am Gymnasium die Lage der verletzten Kinderrechte tendenziell ernster ein. Besonders traf dies auf das Recht auf freie Meinungsäußerung (Mittelschule: 30 Prozent versus Gymnasium: 21 Prozent), dem Schutz vor Ausbeutung (Mittelschule: 25 Prozent versus Gymnasium: 18 Prozent), dem Recht auf elterliche Fürsorge (Mittelschule: 21 Prozent versus Gymnasium: 14 Prozent) und/oder dem Recht auf Gesundheit (Mittelschule: 23 Prozent versus Gymnasium: 8,6 Prozent) zu (Lenz & Fücker, 2005a; 2005b).

Kinder und Jugendliche hatten bereits verschiedene Möglichkeiten und eine eigene Bereitschaft zur Partizipation in der Gesellschaft, wie die Zweiten Dresdner Kinderstudie aufzeigen konnte. Speziell zur Ermittlung von bereits praktizierter Partizipation bzw. einer vorhandene Partizipationsbereitschaft bei Dresdner Kinder und Jugendlichen wurden die folgenden sechs zentralen Beteiligungsbereiche in dem Befragungsinventar eingebaut (Lenz & Fücker, 2005a):

Mitarbeit in der Schülerselbstverwaltung

Mitwirkung in städtischen Entscheidungen

Mitarbeit in Kinder- und Jugendtreffs

Mitarbeit bei der Planung und Gestaltung von Spielplätzen

Mitarbeit in Türschutz- oder Naturschutzvereinen

Mitarbeit in sozialen Organisationen.

30 Prozent der Befragten engagierten sich mindestens in einem der genannten sechs Bereiche gesellschaftlich bzw. hatten sich bereits in ihrer Vergangenheit engagiert. Je jünger die Schüler desto geringer zeigte sich der Beteiligungsgrad, am niedrigsten lag er demzufolge in der 3. und 4. Klasse. Keine Unterschiede gab es zwischen Schülern der Mittelschule und denen vom Gymnasium. Der größte Anteil (15,8 Prozent) praktizierte bereits Partizipation als Klassensprecher, Schülersprecher und/oder Vertreter des Schülerrats. 7,7 Prozent der Befragten, damit an zweiter Stelle, gestalteten an den Programmen von Jugendtreffs mit. Falls die Befragten sich zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht engagierten, bestand dabei ein geäußertes Interesse zur Mitbestimmung und Mitgestaltung. Insgesamt war bei Mädchen im Vergleich zu den Jungen ein höheres Partizipationsinteresse vorhanden. So bekundeten jeweils 61 Prozent ihr Interesse, sich künftig für die Belange anderer Menschen einzusetzen und/oder beim Tier- und Naturschutz mitzuarbeiten. Knapp 50 Prozent möchten gem mit anderen Kindern und Jugendlichen an Entscheidungen der Stadt Dresden, die sie selbst betreffen würden, mitwirken. Im Gegensatz dazu äußerte sich ein Großteil, dass sie wenig oder gar kein Interesse an entsprechenden zentralen Beteiligungsbereichen haben. Am deutlichsten wurde dies bezüglich der Mitgestaltung an Spielplätzen (55,5 Prozent), der Arbeit als Schülervertreter (57 Prozent) und an der gemeinsamen Mitgestaltung von Jugendtreffs (58 Prozent) thematisiert.

7.6 Zusammenfassung

- In der Stadt Dresden waren 76 Prozent Männer und Frauen Nichtraucher, die mit Kindern im Haushalt leben, laut dem Ergebnis der kommunalen Bürgerumfrage der Stadt Dresden 2010. Dagegen rauchten 24 Prozent der Befragten, bei denen Kindern im Haushalt leben, darunter 11 Prozent gelegentlich und 13 Prozent regelmäßig.
- Der überwiegende Anteil der 16 bis 24-Jährigen schätzte ihren Gesundheitszustand mit „gut“ (78 Prozent) und 21 Prozent mit „einigermaßen zufriedenstellend“ ein. Ähnlich beurteilten sie ihr Wohlbefinden mit 73 Prozent als „gut“ und 25 Prozent als „einigermaßen zufriedenstellend“.
- Die Ergebnisse der Zweiten Dresdner Kinderstudie zeigten, dass lediglich 2 Prozent der 8- bis 15-jährigen Kinder angeben, keine gesundheitlichen Beschwerden und Stresssymptome zu haben. Die Hälfte der Kinder äußerten, unter sechs oder gar mehr Beschwerden „oft“ und „häufig“ zu leiden.
- Knapp ein Fünftel aller untersuchten Kinder zur Kita-Untersuchung und der 2. Klasse zeigten Auffälligkeiten in ihrem Sehvermögen mit leicht schwankender Tendenz im Verlauf der drei Schuljahre (2007/08 bis 2009/10). Bereits bei ca. ein Viertel aller untersuchten Kinder bei Schulaufnahme und in der 6. Klasse wurden Auffälligkeiten beim Sehtest mit einer tendenziellen Zunahme von Befundhäufigkeit festgestellt.
- Auffälligkeiten im Hörvermögen wurden eher bei Kindern im Kita-Alter diagnostizierbar (um 12 Prozent), während diese erwartungsgemäß mit steigendem Alter abnahmen (bei Kindern der 6. Klasse um 3 Prozent). Das hängt mit der altersspezifischen Abnahme der Infektfälligkeit zusammen.
- Neun von zehn Kindern im Kindergartenalter konnten keine Auffälligkeiten in der Feinmotorik festgestellt werden. Bei knapp 10 Prozent der untersuchten Dresdner 4-jährigen Kinder und ca. 12 Prozent der Kinder zur Schulaufnahme zeigten sich Feinmotorikauffälligkeiten („A“- und „B“-Befunde) in den drei Schuljahren 2007/08 bis 2009/10.
- Im Vergleich zu den Ergebnissen der Feinmotorik zeigten weniger der 4-jährigen Kinder diagnostik- bzw. behandlungsbedürftige Auffälligkeiten („A“- und „B“-Befunde) in der Grobmotorik in den drei Schuljahren 2007/08 bis 2009/10.
 - Bei weniger als 30 Prozent aller untersuchten 4-jährigen Kinder und bei ca. 20 aller untersuchten Vorschüler wurden diagnostik- bzw. behandlungsbedürftig oder bereits in Behandlung befindliche Sprachentwicklungsauffälligkeiten („A“- und „B“-Befunde) in den drei Schuljahren 2007/08 bis 2009/10 erkannt. Die Ergebnisse zeigten auch, dass in diesem Zeitraum bei den 4-Jährigen ein leichter Rückgang dieser Auffälligkeiten, aber bei den Kindern zur Schulaufnahmeuntersuchung ein leichter Anstieg zu verzeichnen war.
- In Dresden nahm der Anteil von übergewichtigen sowie adipösen Kindern mit dem Alter und im Verlauf der zwei Schuljahre 2008/09 bis 2009/10 zu. Das Übergewicht einschließlich Adipositas betraf ca. 5 Prozent der Kinder zur Schulaufnahmeuntersuchung und schon mehr als 10 Prozent der Kinder in der 6. Klasse. Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf sowohl in der 2. als auch in der 6. Klasse waren besonders häufig betroffen.
- Im Schnitt waren knapp 4 Prozent der untersuchten Dresdner Kinder der Schuljahre 2008/09 und 2009/10 deutlich untergewichtig. Die Schüler der 6. Klasse mit sonderpädagogischem Förderbedarf waren am häufigsten davon betroffen.
- Zum Zeitpunkt der Kita-Untersuchung und Schulaufnahmeuntersuchung nahmen durchschnittlich 95 Prozent aller Kinder mit dem vorgelegten Vorsorgeheft an der U2 bis U7 in den drei Schuljahren 2007/08 bis 2009/10 teil.
- Der Anteil an vollständig geimpften Dresdner Kindern in Bezug auf Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten lag bei über 95 Prozent in den drei Schuljahren 2007/08 bis 2009/10.
- In der Stadt Dresden hatten knapp 90 Prozent der 3-jährigen untersuchten Kindern ein naturgesundes Milchgebiss in den drei Schuljahren 2007/08 bis 2009/10. Ca. 60 Prozent der 6-Jährigen wiesen ebenfalls ein naturgesundes Gebiss auf.
- Neben anderen Freizeitmöglichkeiten betätigten sich 63 Prozent der Dresdner Kinder und Jugendlichen in ihrer Freizeit regelmäßig sportlich, was bei den Jungen an fünfter Stelle der Freizeitrangfolge (69 Prozent) und bei den Mädchen an sechster Stelle (57 Prozent) lag.
- Kenntnisse über die internationalen Kinderrechte hatten 44 Prozent der Dresdner Schüler, darunter 49,1 Prozent aller Jungen und 38,1 Prozent aller Mädchen.
- Gut ein Drittel der befragten Schüler sah das Recht auf gewaltfreie Erziehung für die Kinder in Deutschland in ihrer allgemeinen Einschätzung am häufigsten verletzt.

7.7 Datenquellen

Um ausgewählte Gesundheitsaspekte für die heranwachsenden Generation der Stadt Dresden zu belegen zu können, bedarf es verschiedener stadtbezogener Datenquellen. Dafür werden die Untersuchungsdaten des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes (KJÄD) und des Jugendzahnmedizinischen Dienstes (JZD) des Gesundheitsamtes Dresden, die Zweite Dresdner Kinderstudie sowie die Ergebnisse der Kommunalen Bürgerumfrage 2010 zu Grunde gelegt. Alle diese Datenquellen werden im Folgenden kurz beschrieben.

7.7.1 Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und des Jugendzahnmedizinischen Dienstes der Stadt Dresden

In Dresden, wie auch in allen anderen sächsischen Kommunen, erfolgen jährlich die zahnmedizinischen sowie zu festgelegten Zeitpunkten die kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen. Die gesetzlichen Grundlagen dazu liefern das Gesetz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Freistaat Sachsen (§11 SächsGDG 1991/2012), das Sächsische KitaGesetz (§7 Abs. 2 SächsKitaG 2001), die Schulgesundheitspflegeverordnung (§§2, 3, 4, 5 SchulGesPflVO 2005) sowie das Schulgesetz im Freistaat Sachsen (§26a SchulG 2004) unter Beachtung des sächsischen Datenschutzgesetzes. Diese für das Kind und deren Familie kostenfreie ärztliche Untersuchung bedarf jeweils der schriftlichen Einwilligung durch die Erziehungsberechtigten.

Inhalt und Umfang dieser Untersuchungen sind in den genannten gesetzlichen Vorgaben geregelt und werden von den Mitarbeitern des öffentlichen Gesundheitsdiensts der Stadt Dresden aufsuchend in den Kindertageseinrichtungen und Schulen durchgeführt.

Die Untersuchungs- und Dokumentationsstandards sind im sogenannten Ringbuch sachsenweit für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst (KJÄD) definiert (Fachbeirat Kinder- und Jugendärztlicher Dienst des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales/Fachbeirat Kommunale und Landesgesundheitsberichterstattung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, 2011). Die 11 Kinder- und JugendärztInnen und 19 medizinischen AssistentInnen untersuchen die Kinder im Kindergarten (zwei Jahre vor Schulaufnahme), zur Schulaufnahme sowie zu den Schuluntersuchungen während der 2. und 6. Klasse und die Kinder mit sonderpädagogischer Förderung zusätzlich in der 4. und 8. Klasse.

Die acht Zahnärztinnen und neun zahnärztlichen Helferinnen führen jährlich die zahnmedizinischen Untersuchungen bei den Kindern ab dem Besuch der Kinderkrippe bis zur Schulklassenstufe 7 und bei Kindern mit sonderpädagogischer Förderung auch darüber hinaus durch.

Einige der in diesem Kapitel vorgestellten Untersuchungsdaten beziehen sich auf die Grundgesamtheit aller untersuchten Kinder des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes (KJÄD) (siehe Tabelle 5). Andere Daten resultieren wiederum aus der Grundgesamtheit aller untersuchten Kinder des Jugendzahnmedizinischen Dienstes der Stadt Dresden (JZD) (siehe Tabelle 6). Alle diese Kinder besuchten eine Dresdner Kita-Einrichtung bzw. Schule. Die jeweiligen Gesundheitsaspekte werden im zeitlichen Verlauf von den drei aufeinanderfolgenden Schuljahren 2007/08 bis 2009/2010 betrachtet. Ein Schuljahr beginnt dabei immer am 1. August des einen Jahres und endet am 31. Juli des entsprechenden Folgejahres.

Die stetig steigenden Kinderzahlen in Dresden (siehe dazu auch Kapitel 1) spiegeln sich tendenziell auch in den schuljährlich zunehmenden Untersuchungszahlen der Stadt Dresden wieder, wie in den Tabellen 5 und 6 sowie in den Abbildungen 64 und 65 ersichtlich sind.

Tabelle 5: Untersuchungszahlen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes der Stadt Dresden

Untersuchungszahlen des KJÄD Dresden (IST)	2007/08	2008/09	2009/10
Kindertagesstätte (regulär)	3.751	3.716	3.763
Schulaufnahme (regulär)	3.610	3.875	4.124
Klasse 2	3.646	3.696	3.515
Klasse 6	2.643	2.847	2.904
Klassen Sonderpädagogische Förderung	660	627	540
Gesamt	14.963	15.311	15.457

Entwicklung der Untersuchungszahlen des KJÄD der Stadt Dresden Schuljahre 2007/08 - 2009/10

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2012

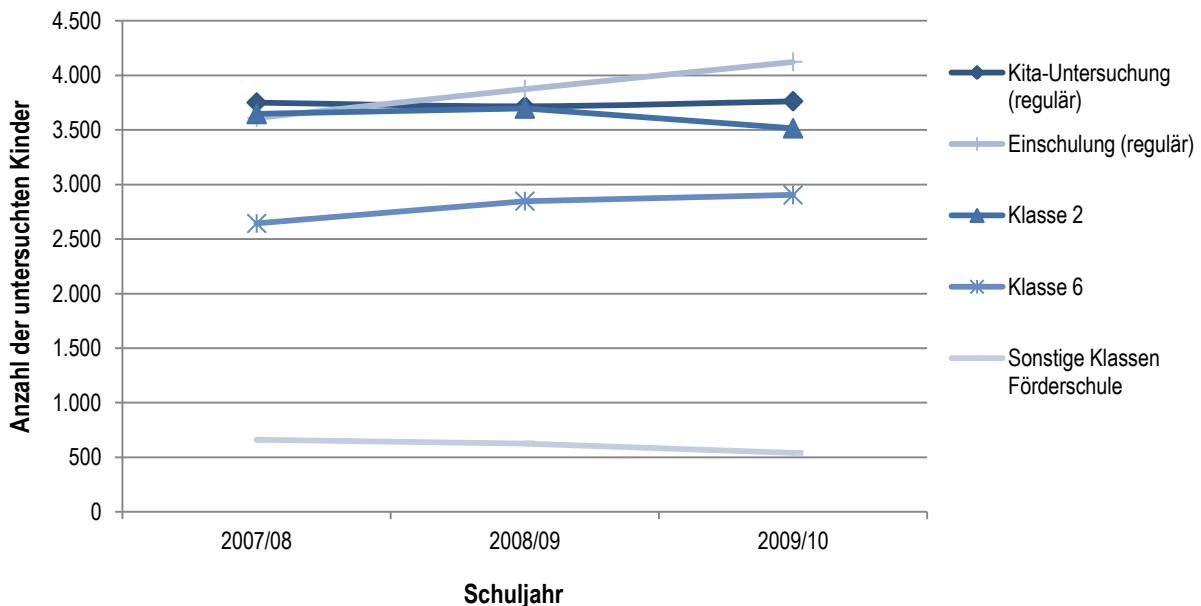


Abbildung 63

Tabelle 6: Untersuchungszahlen des Jugendzahnmedizinischen Dienstes (JZD) der Stadt Dresden

Untersuchungszahlen des JZD Dresden (IST)	2007/08	2008/09	2009/10
Kindertagesstätte	14.046	14.614	15.558
Grundschule (Klasse 1-4)	13.091	13.607	13.641
Mittelschule (Klasse 5-7)	2.877	3.363	3.800
Gymnasium (Klasse 5-7)	3.894	4.548	4.977
Sonderpädagogische Förderung (Klasse 1-7)	1.368	1.355	1.423

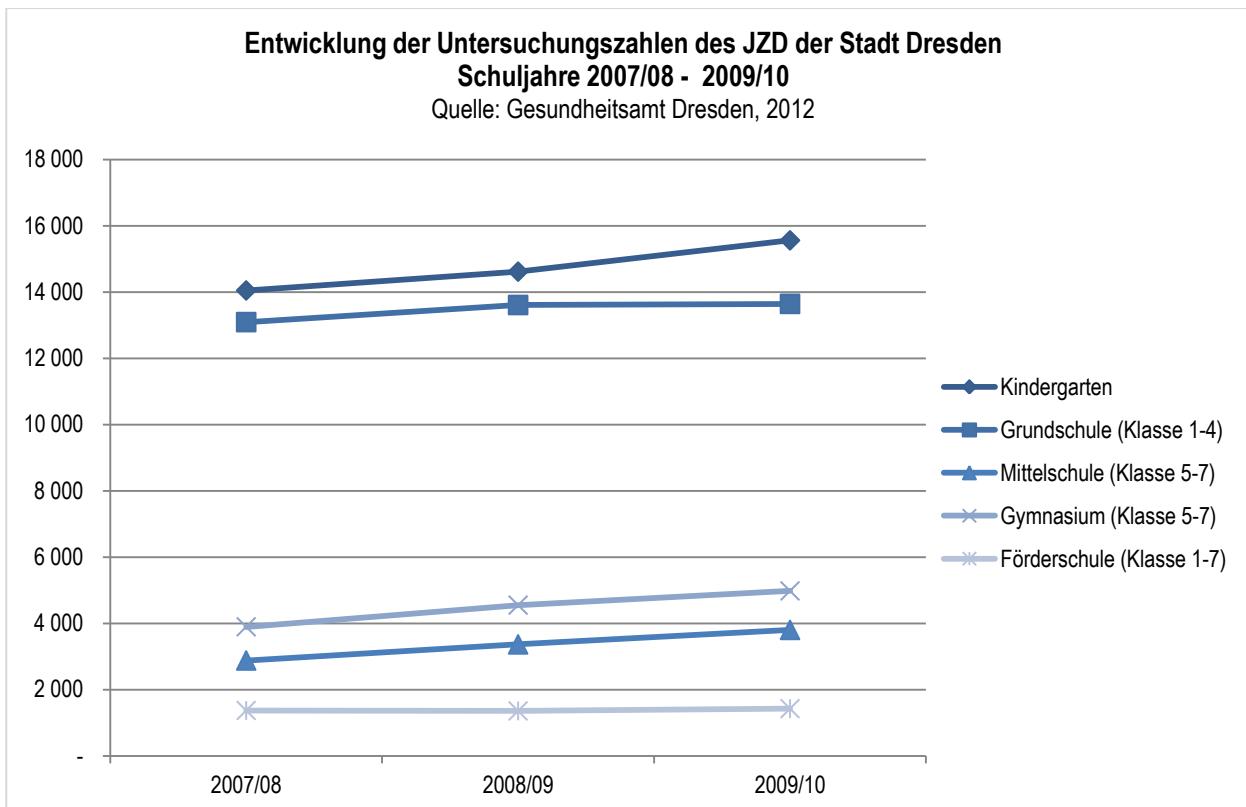


Abbildung 64

Methodik der Befunderhebung des KJÄD

Während der Kita-Untersuchung und Schulaufnahmeuntersuchung werden sachsenweit anerkannte einheitliche, standardisierte Screeningverfahren zur altersentsprechenden Beurteilung von wichtigen Aspekten der Entwicklungsbereiche Seh- und Hörfähigkeit, Sprachentwicklung sowie Grob- und Feinmotorik für die beiden Altersgruppen angewendet. Darüberhinaus erfolgt bei der Schulaufnahmeuntersuchung eine Einschätzung zum Entwicklungsstand der Kognition. Alle angewandten Screeningverfahren erfolgen in spielerischer Weise, um Entwicklungsauffälligkeiten bei den Kindern frühzeitig erkennen zu können.

Die auffälligen Befunde („A“ und „B“) erfassen sowohl kontrollbedürftige Befunde als auch Befunde, die den Verdacht auf eine Störung ergeben. Das Merkmal „A“ steht dabei für Überweisung zum niedergelassenen Kinderarzt für weitere Kontrollen und die Einleitung von entsprechenden Therapien. Das Merkmal „B“ zeigt auffällige Befunde, die bereits behandelt werden. „A“+„B“ ergibt dann die Gesamtzahl auffälliger Befunde entsprechend dem untersuchten Entwicklungsbereich.

Zudem werden die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U7 anhand des zum Untersuchungszeitpunkt vorgelegten Vorsorgeheftes erhoben. Diese Früherkennungsuntersuchungen für Kinder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden von den niedergelassenen KinderärztlInnen bzw. HausärztlInnen kostenfrei durchgeführt.

Die Körpermaße Größe und Gewicht werden bei der Schulaufnahme- und den Schuluntersuchungen erfasst, um daraufhin den Body-Maß-Index (BMI [kg/qm] = Gewicht [in kg] / (Größe [in m] x Größe [in m]) ermitteln zu können. In Sachsen werden entsprechend der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA, 2001) die geschlechtsspezifischen BMI-Perzentil-Kurven nach Kromeyer-Hauschild als Referenzsystem angewandt, die folgende Einteilung festlegt (Kromeyer-Hauschild et al., 2001):

Starkes Untergewicht: BMI < 3. Perzentilen

Übergewicht: BMI > 90. Perzentilen

Adipositas (Fettleibigkeit): BMI > 97. Perzentilen.

Eine körperlich-klinische Einzeluntersuchung aller Kinder im Hinblick auf Körperhaltung, Stellung der Wirbelsäule, Extremitäten und Gelenke findet weiterhin bei der Schulaufnahme sowie schwerpunktmäßig bei der Schuluntersuchung in der 2. und 6. Klasse statt.

Zu allen Untersuchungszeitpunkten wird anhand des vorgelegten Impfausweises der altersentsprechende Impfstatus von Diphtherie, Wundstarrkrampf (Tetanus), Keuchhusten (Pertussis), Mumps, Masern, Röteln, Kinderlähmung (Poliomyelitis), Hämophilus Influenzae Typ B (Hib), Hepatitis A, Hepatitis B, Varizellen, Meningokokken C sowie Pneumokokken und Rotaviren anhand der Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission (SIKO) (SIKO, 2012) verglichen und erfasst. Werden sogenannte Impflücken oder fehlende Impfungen festgestellt, so erhalten die Erziehungsberechtigten des Kindes eine individuelle, schriftliche Empfehlung zu den ausstehenden Impfungen. Die Seh- und Hörfähigkeit werden ebenfalls zu allen Untersuchungszeitpunkten standardisiert überprüft.

Alle angewandten Erhebungsmethoden und Screeningverfahren zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten sind in der folgenden Tabelle 7 zusammengefasst.

Tabelle 7: Angewandte Erhebungsmethoden und Screeningverfahren des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes der Stadt Dresden

	Kita-Untersuchung	Schulaufnahme-untersuchung	Schuluntersuchung 2. und 6. Klasse sowie 5. und 8. Klasse in Schulen mit sonderpädagogischer Förderung
Vorsorgestatus	Vorgelegtes Vorsorgeheft		
Impfstatus		Vorgelegter Impfausweis	
Sehfähigkeit	Testverfahren mittels Distanzsehtafeln LEA oder H-Test (Homann/Haase)	Testverfahren mittels Distanzsehtafeln H-Test (Homann/Haase) oder Sehtafeln mit Pflügerhaken	Sehtafeln mit Pflügerhaken
Stereosehen	Stereo-Sehtestverfahren mittels LANG-Test I bzw. LANG-Test II		
Strabismus	Covertest (Abdecktest)		
Hörfähigkeit	TEOAE vereinzelt Siebaudiometrie	TEOAE vereinzelt Siebaudiometrie	Siebaudiometrie, vereinzelt TEOAE
Sprachentwicklung	Sprachscreening für Vorschulalter (SSV, Prof. Grimm)	Screening des Entwicklungsstandes bei Schulaufnahmeunter-suchung (S-ENS)	Keine Screeningvorgaben
Feinmotorik	Übungen nach Frostig, Übungen mit Stäbchen, Würfeln, Schrauben und/oder Kreiseln	Screening des Entwicklungsstandes bei Schulaufnahmeunter-suchung (S-ENS)	Keine Screeningvorgaben
Grobmotorik	Einbeinstand, Einbeinhüpfen, Schlussprung	Screening des Entwicklungsstandes bei Schulaufnahmeunter-suchung (S-ENS)	Keine Screeningvorgaben
Visuelle Wahrnehmung	Keine Screeningvorgaben	Screening des Entwicklungsstandes bei Schulaufnahmeunter-suchung (S-ENS)	Keine Screeningvorgaben
Größe	Keine Untersuchung		Justierte Messlatte
Gewicht	Keine Untersuchung		Justierte Körperwaage
Ruhe-Blutdruck	Keine Untersuchung		Blutdruckmessgerät
Körperhaltung	Keine Untersuchung		Körperuntersuchung
Wirbelsäule	Keine Untersuchung		Körperuntersuchung anhand Vorbeugetest
Extremitäten und Gelenken	Keine Untersuchung		Körperuntersuchung, Anamnese
Atopien	Keine Anamnese		Anamnese, Körperuntersuchung

Zur Kita- und Schulaufnahmeuntersuchung werden die altersgerechten Screeningverfahren in spielerischer Form und mit viel Einfühlungsvermögen, Motivation von den ÄrztlInnen und AssistentInnen unter der möglichen Anwesenheit der Eltern sowie bei Einwilligung auch des/der ErzieherIn durchgeführt.

Die Umsetzung der jeweiligen Verfahrensfestlegungen unterliegt auch den herausfordernden Bedingungen der Einrichtungen vor Ort.

Methodik der Befunderhebung des JZD

Die ZahnärztInnen stellen bei der zahnmedizinischen Untersuchung den Gebisszustand, den Mundhygienestatus der Zähne anhand des Zahnbelaiges, Zahnfehlstellungen und Zahnfleischerkrankungen fest. Gleichzeitig mit der Untersuchung wird der DMF-T-Index ermittelt. Das ist die statistische Messzahl für den Kariesbefall einer Person. Ermittelt wird die Zahl der kariösen Zähne (D=Decayed), der wegen Karies verloren gegangenen (M=Missing) und der wegen Karies gefüllten beziehungsweise zahnärztlich versorgten (F=Filled) Zähne (T=Teeth). Der DMF-T-Index gilt in der Kariesepidemiologie als ein robustes Maß zur Messung der Kariesverbreitung. Zur Prävalenzmessung beim Milchgebiss kommt dieser Index in Kleinbuchstaben (dmf-t-Index) zur Anwendung.

Nach der Untersuchung erfolgt eine schriftliche Mitteilung über das Ergebnis an die Eltern. Es wird dabei mitgeteilt, ob eine Vorstellung beim Hauszahnarzt oder beim Kieferorthopäden notwendig ist. Wenn keine Behandlung notwendig ist, wird auf den Kontrolltermin in einem halben Jahr hingewiesen.

7.7.2 Kommunalen Bürgerumfrage 2010

Die 8. Kommunale Bürgerumfrage 2010 zeigt ein repräsentatives Bild über die Lebensbedingungen der Stadtbevölkerung Dresdens. Die Besonderheit liegt in der Selbsteinschätzung der Befragten hinsichtlich ihrer Wohnumgebung, Lebensbedingungen, zu ihren subjektivem Gesundheitszustand sowie von Bildungs- und Freizeitaspekten. Dazu wurden 10.000 Bürgerinnen und Bürger verschiedener Altersgruppen im Alter von 16 bis > 75 Jahren per Zufall ausgewählt und schriftlich befragt; darunter waren 100 Jugendliche und Personen im frühen Erwachsenenalter (16 bis 24 Jahre). (Kommunale Bürgerumfrage, 2011)

7.7.3 Die Zweite Dresdner Kinderstudie

Die Zweite Dresdner Kinderstudie präsentiert aus der Sicht von ca. 1.800 Dresdner Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 15 Jahren zentrale Aspekte zu ihrer persönlichen Lebenssituation und -zufriedenheit einschließlich ihrer Problemlagen, Freizeitverhalten bezogen auf ihre Familien und Schulen, auf ihre Wohnstadt Dresden als auch auf ihre unmittelbare Wohnumgebung (Ortsamtsbereiche).

Diese Dresdner Kinderstudie ist die Fortsetzung der Ersten Kinderstudie aus dem Jahr 2000. Diese umfangreiche Befragung wurde von der Forschungsgruppe Kinder und Jugend an der Technischen Universität Dresden am Lehrstuhl für Mikrosoziologie durchgeführt. (Lenz & Fücker, 2005a)

8. Gesundes Altern

8.1 Einleitung

Der Prozess der zunehmenden Alterung der Bevölkerung stellt eine besondere Herausforderung für moderne Gesellschaften dar. So erfordert dies bestimmte infrastrukturelle Anpassungen, wie z. B. innovative Verkehrsnetze und Versorgungseinrichtungen, aber auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, die spezifisch auf die Bedürfnisse der älteren Bevölkerung zugeschnitten sind. Diese Maßnahmen sollten allerdings nicht allein im Sinne einer sekundären bzw. tertiären Prävention verstanden werden. Vielmehr sollten Programme und Maßnahmen bereits in jungen Jahren als Primärprävention eingeführt und umgesetzt werden, so dass Gesundheit erhalten und gesunde Lebens- und Arbeitsweisen gefördert werden, um auch im Alter aktiv sein zu können. Ein hohes Gesundheitsniveau der älteren Bürger ist Grundlage und Voraussetzung für unbeschwertes und aktives Altern. Nicht nur die Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Fragen Ernährung, Bewegung und Vorsorge, sondern auch die Möglichkeiten zu Bildung, Weiterbildung sowie kultureller und gesellschaftlicher Teilhabe über freiwilliges Engagement sind wesentliche Komponenten einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung. Dabei dürfen „die Älteren“ nicht als homogene Gruppe verstanden werden. Hinter der statistischen Kategorie verborgen sich Menschen mit sehr verschiedenen gesundheitlichen Voraussetzungen, Möglichkeiten und Bedürfnissen.

Die Lebensspanne von 50 bis 80 umfasst immerhin 30 Jahre. Der individuelle Gesundheitszustand bekommt im „dritten Lebensabschnitt“ deshalb immer mehr Relevanz. Einmal ist er Grundlage für die berufliche Leistungsfähigkeit, zum zweiten aber auch Voraussetzung für ein selbstbestimmtes und aktives Leben nach dem Beauftragt, welches immer seltener mit dem Begriff „Ruhestand“ beschrieben werden kann.

Die soziale Gemeinschaft braucht Menschen, die bis ins hohe Alter ihre Wissens- und Erfahrungspotenziale in Unternehmen und im Ehrenamt einbringen und muss dementsprechend Rahmenbedingungen für „Gesundes Altern“ schaffen. Zu berücksichtigen bleibt, dass Alterung nie vollständig von Krankheit und Beeinträchtigungen befreit wird, so dass auch jene, die eben nicht mehr eigenständig und gesund sind, in soziale Netzwerke integriert bleiben.

8.2 Demographie

In Europa wird der Anteil der über 60-Jährigen in den nächsten Jahrzehnten deutlich ansteigen (Swiaczny, 2011). Diese Entwicklung schlägt sich bereits auf bundesdeutscher Ebene nieder. So kamen im Jahr 2009 auf 100 Personen im Erwerbsalter (20 bis unter 65 Jahre) 34 Personen im Rentenalter (ab 65 Jahre) (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011). Zugleich sinkt der Anteil der jüngeren Menschen an der Gesamtbevölkerung. Im Jahr 2030 werden voraussichtlich 17 Prozent weniger Kinder und Jugendliche in Deutschland leben als heute. Statt 15,6 Millionen heute werden es nur noch 12,9 Millionen unter 20-Jährige sein. Die Personen im erwerbsfähigen Alter - heute üblicherweise zwischen 20 und 65 Jahren - werden um etwa 15 Prozent beziehungsweise 7,5 Millionen Menschen zurückgehen. Die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren wird hingegen um rund ein Drittel (33 Prozent) von 16,7 Millionen im Jahr 2008 auf 22,3 Millionen Personen im Jahr 2030 ansteigen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011). Gerade in den ostdeutschen Ländern zeigt sich, wie sich das Zusammenspiel der demografischen Faktoren auf die Alterung auswirkt: das Geburtenniveau hat sich seit der deutschen Einheit nach einem deutlichen Einbruch Anfang der 1990er Jahre auf einem niedrigen Niveau eingependelt, die Lebenserwartung ist seit der Wende deutlich angestiegen, und die alters- und geschlechtsseliktive Abwanderung (vor allem junger Frauen) verstärkt ebenfalls die im Vergleich zum Westen schnellere Alterung im Osten Deutschlands (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2007). Rund ein Viertel der demographischen Alterung in Ostdeutschland wurde durch diese Binnenwanderung verursacht. Die Zuwanderung aus dem Ausland spielt für Ostdeutschland eher eine geringe Rolle (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2007).

In der sächsischen Landeshauptstadt ist die Altersstruktur in den Ortsämtern unterschiedlich (Kommunale Statistikstelle, 2011k; Abbildung 65). In Dresden wohnen die meisten über 65-Jährigen im Ortsamtsbereich Blasewitz. Aber auch das Ortsamt Altstadt weist einen hohen Anteil an über 65-Jährigen auf. In den Ortsämmern Cotta und Prohlis wohnen ebenso viele ältere Menschen. Prohlis wird in naher Zukunft auch ein Stadtteil mit hoher Altersstruktur sein, da auch hier viele Menschen leben, die bald in das Rentenalter eintreten.

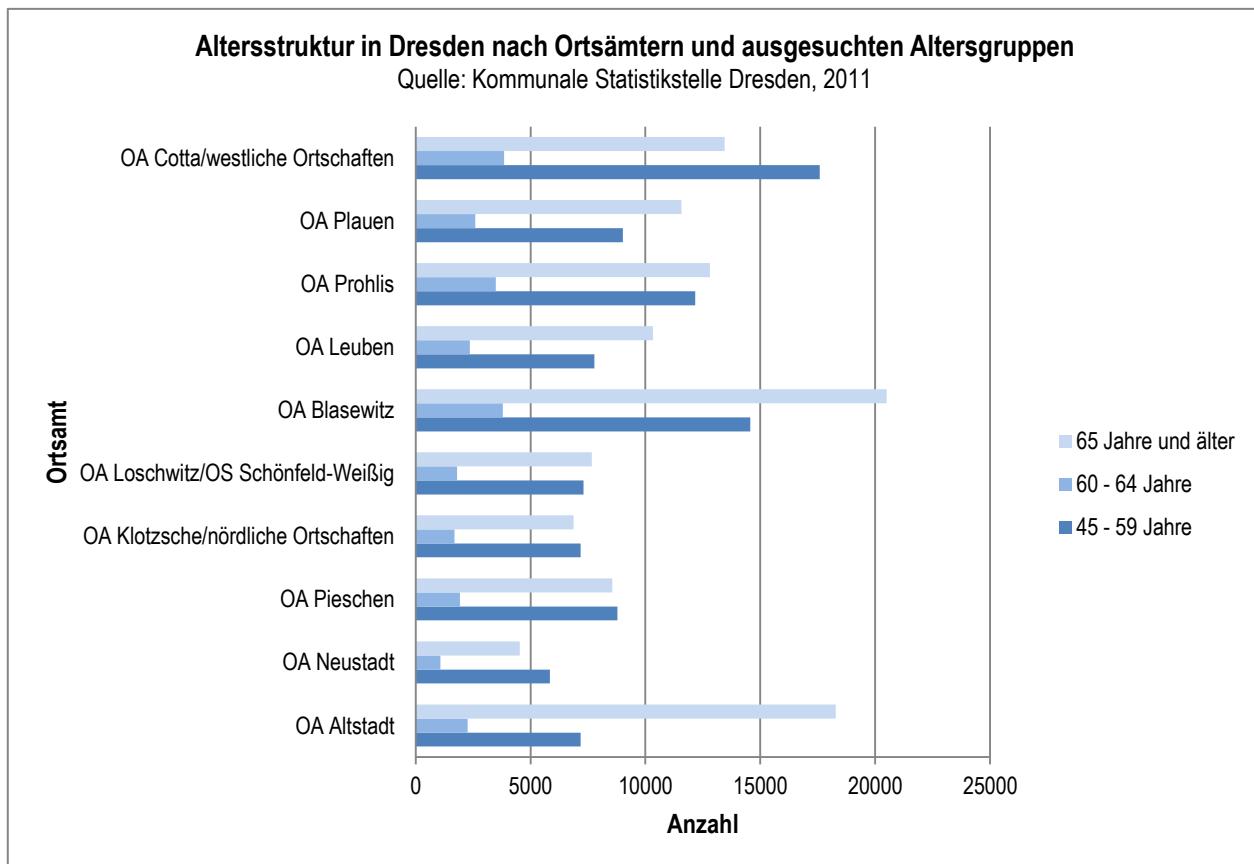


Abbildung 65

8.3 Lebensraum, Wohnen, Umfeld

Die Vorstellungen über selbstbestimmtes Leben und Wohnen älterer Menschen sind vor allem durch drei Dinge geprägt: Sicherheit bei den alltäglichen Verrichtungen, Sicherheit der Versorgung sowie Sicherheit in den sozialen Beziehungen.

Sicherheit bei den alltäglichen Verrichtungen bedeutet, dass eine barrierefreie Wohngestaltung vorhanden ist, so dass das Verbleiben in der vertrauten Umgebung möglich ist. Eine ausreichende Versorgungssicherheit ist gewährleistet, wenn im Bedarf Fall hauswirtschaftliche oder pflegerische Hilfen zur Verfügung stehen. Wohnen und spezifische Dienstleistungen sollen kombinierbar sein. Was die Sicherheit der sozialen Beziehungen anbelangt, so wünschen ältere Menschen ein stabiles Umfeld mit vertrauten Menschen und Netzwerken. Stabile nachbarschaftliche Beziehungen im nahen Umfeld sind ein wichtiger Faktor zur Sicherung der Lebensqualität. Vor allem, wenn mit zunehmendem Alter im normalen Alltag fremde Hilfe nötig wird, gewinnen gute nachbarschaftliche Beziehungen an Bedeutung. Die Dresdner Bevölkerung ist im Allgemeinen sehr zufrieden mit den nachbarschaftlichen Beziehungen in der Stadt (Kommunale Bürgerumfrage, 2008). Gerade Ältere zeigen hohe Zufriedenheitswerte bei der Einschätzung der Nachbarschaft. Die Altersgruppen ab 55 Jahren können auch auf überdurchschnittlich aktive Nachbarschaftsverhältnisse verweisen (Kommunale Bürgerumfrage, 2008). Fast die Hälfte der Befragten gab an, sich über einen gelegentlichen kommunikativen Austausch hinaus auch gegenseitig zu helfen. Nur wenige der über 65-Jährigen haben gar keinen Kontakt zu ihren Nachbarn (Kommunale Bürgerumfrage, 2008).

Die Wohnzufriedenheit älterer Bürger in der Landeshauptstadt Dresden kann nach der Kommunalen Bürgerumfrage 2010 als gut bis sehr gut bewertet werden. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Wichtigkeit einzelner Kriterien für ein zufriedenes Leben und Wohnen in Dresden (Kommunale Bürgerumfrage, 2011; Tabelle 8).

Tabelle 8: Kriterien zur Beurteilung der Wohnqualität in Dresden

Altersgruppen	Kriterien für die Lebensbedingungen und Zufriedenheit am Wohnort (in Prozent)	
	Wichtigkeit	Zufriedenheit
	Einschätzungen „eher bis sehr wichtig“	Einschätzungen „eher bis sehr zufrieden“
Einkaufsmöglichkeiten		
55 bis 64 Jahre	93	84
65 bis 74 Jahre	96	80
ab 75 Jahre	97	76
gute Nachbarschaft		
55 bis 64 Jahre	90	80
65 bis 74 Jahre	93	79
ab 75 Jahre	93	79
gesundheitliche Versorgung		
55 bis 64 Jahre	91	73
65 bis 74 Jahre	98	75
ab 75 Jahre	95	74
Bibliotheken		
55 bis 64 Jahre	52	57
65 bis 74 Jahre	61	52
ab 75 Jahre	45	44
Freibäder, Hallenbäder, Sportanlagen		
55 bis 64 Jahre	58	27
65 bis 74 Jahre	57	23
ab 75 Jahre	38	12
Verfügbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel		
55 bis 64 Jahre	91	89
65 bis 74 Jahre	94	68
ab 75 Jahre	93	87
Zustand der Gehwege		
55 bis 64 Jahre	97	32
65 bis 74 Jahre	97	33
ab 75 Jahre	96	40

Als besonders wichtig für ein gutes Wohnen sind den älteren Bürgerinnen und Bürgern die nahegelegenen Einkaufsmöglichkeiten, gute nachbarschaftliche Beziehungen sowie die Verfügbarkeit von gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen. Jeweils mehr als zwei Drittel der Befragten sind mit den o. g. Kriterien auch eher bis sehr zufrieden. Ferner spielen die Kriterien „Verfügbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel“ sowie der „Zustand der Gehwege“ eine wichtige Rolle bei der Beurteilung der Wohnqualität bzw. des Wohlbefindens am Wohnort. Während auch überwiegend die älteren Menschen mit dem Zugang zum ÖPNV zufrieden sind, ist die Zufriedenheit mit dem Zustand der Gehwege gemindert. Lediglich etwa ein Drittel ist mit dem Zustand der Gehwege eher bis sehr zufrieden. Dies ist eine künftig zu priorisierende städtische Aufgabe.

Weniger Bedeutung bei der Einschätzung der Wohnqualität wird dem Vorhandensein von Bibliotheken sowie Frei-/Hallenbädern und Sportanlagen beigemessen. Die Zufriedenheit mit Frei-/Hallenbädern und Sportanlagen ist dabei auch wesentlich geringer als bei allen anderen Kriterien.

8.4 Gesundheitszustand 50+

8.4.1 Subjektive Einschätzung

Laut den subjektiven Angaben im Rahmen der Kommunalen Bürgerumfrage von 2010 wird ab dem 50. Lebensjahr das Wohlbefinden besser beurteilt als die Gesundheit (Kommunale Bürgerumfrage, 2011; Abbildung 66).

Die folgende Abbildung verdeutlicht die gesundheitliche Beeinträchtigung aufgrund ausgewählter Merkmale (Kommunale Bürgerumfrage, 2011; Abbildung 66): Ein Großteil der unter 65-Jährigen fühlt sich aufgrund chronischer Krankheiten oder Allergien beeinträchtigt. Weiterhin beeinflussen die finanzielle Situation, ein konfliktreiches Privatleben und auch Arbeitslosigkeit die Gesundheit dieser Altersgruppe. Ab 65 Jahren werden zwar immer noch häufig private Probleme als gesundheitsbeeinflussend genannt, stärker wirken sich aber auch Alleinsein, Eintönigkeit im täglichen Leben und Unfallgefahr im Straßenverkehr aus. Diese Aussagen finden sich bei der Altersgruppe der über 75-Jährigen bestätigt, hier sind es überwiegend die chronischen Krankheiten und Allergien sowie das Alleinsein, welche die Gesundheit der Befragten negativ beeinträchtigen.

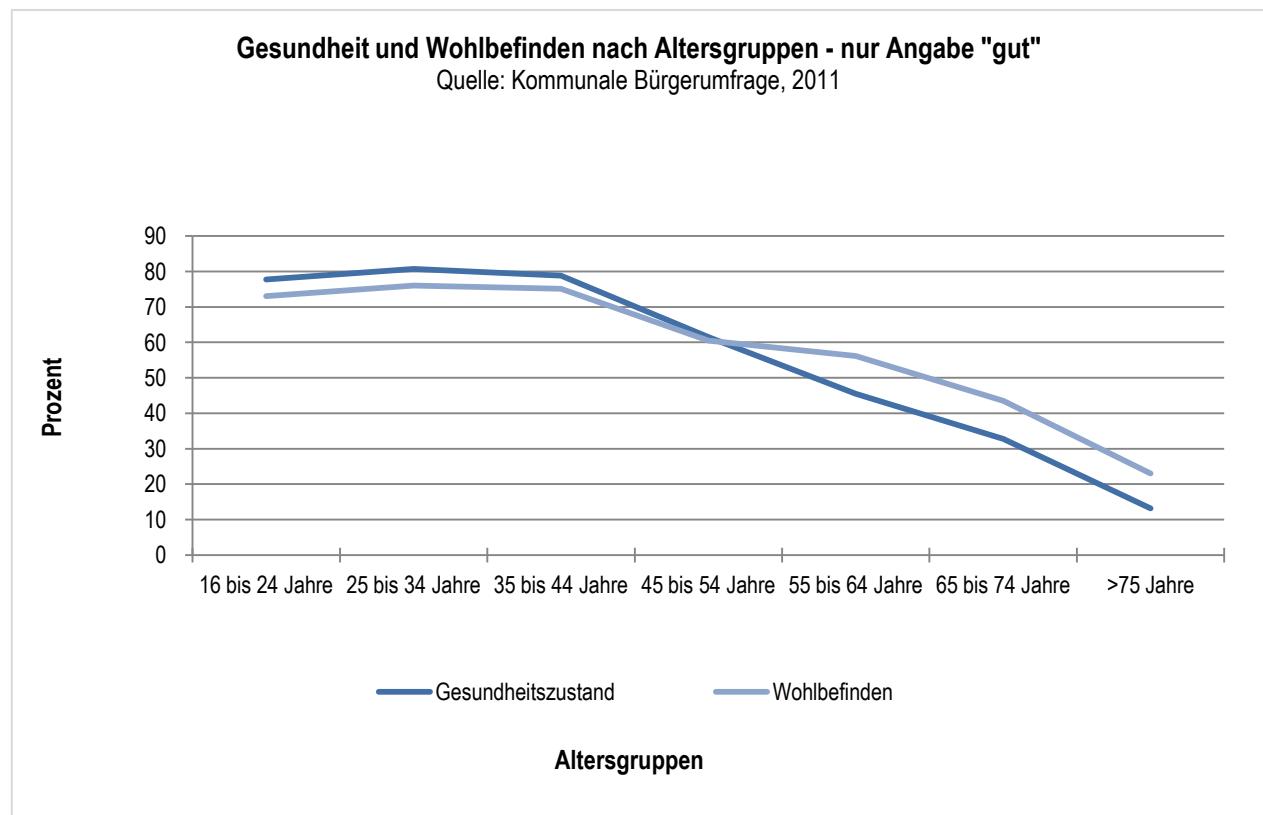


Abbildung 66

Beeinträchtigungen der eigenen Gesundheit nach Altersgruppen und ausgewählten Merkmalen

Quelle: Kommunale Bürgerumfrage, 2011

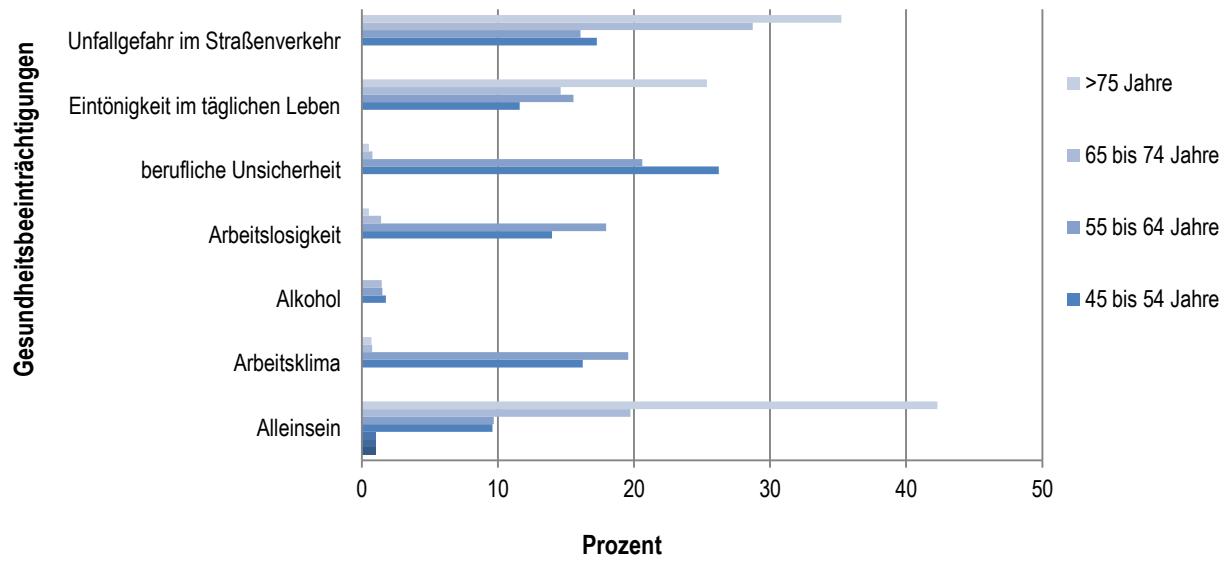


Abbildung 67

8.4.2 Häufigste Diagnosen

Im Alter nehmen Gesundheitsprobleme sowie die Dauer und Schwere von Erkrankungen zu. Nicht selten werden Krankheiten chronisch.

Bei stationär behandelten Patienten über 50 Jahren sind die fünf häufigsten Diagnosen Herzinsuffizienz, intrakranielle Verletzungen, Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes), Hirninfarkt sowie Vorhofflimmern und –flattern (Statistisches Landesamt, 2011c).

Betrachtet man die 15 häufigsten Diagnosen stationärer Behandlung getrennt nach den Geschlechtern, so zeigen sich spezifische Unterschiede (Statistisches Landesamt, 2011c; Tabellen 9 und 10). Während Herzinsuffizienz bei beiden Geschlechtern die häufigste Diagnose darstellt und auch bösartige Neubildungen unterschiedlicher Organe gehäuft auftreten, so leiden vor allem viele Männer unter psychischen und Verhaltensstörungen infolge Alkoholkonsums.

Tabelle 9: Die 15 häufigsten Diagnosen der stationär behandelten Patienten 2010 Männlich (Patientenwohnort: Dresden, Alter - 50 und älter)

Rang	Pos.-Nr. der ICD ²⁾	Diagnose	Patienten ¹⁾
			insgesamt
1	I50	Herzinsuffizienz	923
2	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	688
3	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	617
4	N40	Prostatahyperplasie	594
5	K40	Hernia inguinalis	589
6	I21	Akuter Myokardinfarkt	531
7	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes]	530
8	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	505
9	I63	Hirninfarkt	502
10	I20	Angina pectoris	502
11	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	480
12	I48	Vorhofflimmern und -flattern	478
13	S06	Intrakranielle Verletzungen	451
14	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	433
15	I70	Atherosklerose	427

Tabelle 10: Die 15 häufigsten Diagnosen der stationär behandelten Patienten 2010 Weiblich (Patientenwohnort: Dresden, Alter - 50 und älter)

Rang	Pos.-Nr. der ICD ²⁾	Diagnose	Patienten ¹⁾
			insgesamt
1	I50	Herzinsuffizienz	1 023
2	S06	Intrakranielle Verletzungen	829
3	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	735
4	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	694
5	S72	Fraktur des Femurs	612
6	H25	Cataracta senilis	611
7	S52	Fraktur des Unterarmes	595
8	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	593
9	I48	Vorhofflimmern und -flattern	551
10	I63	Hirninfarkt	550
11	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	540
12	K80	Cholelithiasis	518
13	H40	Glaukom	460
14	M54	Rückenschmerzen	401
15	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	401

Daten zu Diagnosen aus ambulanter Versorgung für Dresden liegen nicht vor.

Die dargestellten Daten erlauben leider keine Aussagen zur Multimorbidität der Bevölkerung. Es ist jedoch zu erwähnen, dass im Alter Patienten häufig an mehr als nur einer chronischen Erkrankung leiden (Multimorbidität) und dies mit erhöhtem Bedarf an ärztlicher Versorgung sowie der vermehrten Einnahme von Arzneimitteln einhergeht (BMFSFJ, 2010). Hier bedarf es eines medizinischen wie auch pflegerischen Versorgungssystems, welches insbesondere den Anforderungen multimorbider Patienten gerecht wird.

8.5 Häufigste Todesursachen

Bereits im Kapitel 2 wurden die häufigsten Todesursachen getrennt nach Altersgruppen und Geschlecht ausführlich dargestellt. Daher soll an dieser Stelle darauf verwiesen werden.

8.6 Gesundheitsverhalten 50+ und Prävention

Viele Krankheiten und Beschwerden haben ihre Ursachen in einem ungesunden und riskanten Lebens- oder Verhaltensmuster. Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Fehlernährung und Bewegungsmangel sind nur einige der Risikofaktoren, die für die „modernen“ Volkskrankheiten wie Bluthochdruck, Allergien, Diabetes Typ 2 und Adipositas ursächlich sind.

Sozioökonomische Faktoren wie Einkommen, Bildung, Wohnort oder Beruf können ebenfalls auf das gesundheitliche Wohlergehen des Einzelnen Einfluss nehmen. Aber auch die Beteiligung an Vorsorgeuntersuchungen und präventive Maßnahmen zur Gesunderhaltung spielen eine wesentliche Rolle für die individuelle Gesundheit.

Aussagen zur Teilnahme älterer Menschen an präventiven bzw. gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Programmen können aufgrund fehlender repräsentativer Daten nicht getroffen werden. In den folgenden Abschnitten wird sich daher auf vorliegende Daten beschränkt.

8.6.1 Übergewicht und Rauchen

In Dresden spielt bei der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes laut der letzten Kommunalen Bürgerumfrage vor allem das Übergewicht eine zentrale Rolle (Kommunale Bürgerumfrage, 2011). 18 Prozent der 55- bis 64-Jährigen, 25 Prozent der 65- bis 74-Jährigen und immerhin noch 15 Prozent der über 75-Jährigen sehen in ihrem Gewicht ein Gesundheitsproblem.

Daten des Statistischen Landesamtes verdeutlichen, dass ältere Bürgerinnen und Bürger überwiegend Nichtraucher sind (Statistisches Landesamt, 2011g). Etwa 77,4 Prozent der 50 bis 55 Jährigen sowie mehr als 94 Prozent der über 65 Jährigen geben an, Nichtraucher zu sein. Dabei ist der Anteil an Nichtraucherinnen etwas höher.

8.6.2 Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität ist eine Präventionsmaßnahme gegen Übergewicht und koronare Erkrankungen sowie eine allgemeine Maßnahme zur Erhaltung der körperlichen Fitness wie auch Gesundheitsförderung.

Zu Häufigkeit und Arten sportlicher Aktivität ist im Kapitel Gesundheitsverhalten bereits ausführlich berichtet und es sind die Daten auch für die älteren Bevölkerungsgruppen dargestellt.

Die Mitgliedschaft in Sportvereinen bei den über 61-Jährigen hat sich in Dresden seit 1992 mehr als verdoppelt. Diese Altersgruppe macht damit über 17 Prozent aller Mitglieder aus. Die Mitgliederzahlen steigen weiter. Im Vergleich der Jahre 2008 und 2011 zeigt sich diese Entwicklung insbesondere in der Altersgruppe der über 65-Jährigen mit einer anteilmäßigen Steigerung um 1 Prozent (Kreissportbund Dresden 2011).

Andere Bewegungsangebote, wie die altersspezifischen Angebote der Senioren-Begegnungszentren oder gesundheitsfördernde Alltagsbewegung bieten sich für diese Altersgruppe als Alternative an. Die im Rahmen der Kommunalen Bürgerumfrage erhobenen Daten zur Nutzung von Senioren-Begegnungsstätten erlauben einen groben Überblick über die altersgruppenspezifische nicht-organisierte Alltagsbewegung. Deutlich wird in Bezug auf die Angebote der Senioren-Begegnungsstätten zum einen, dass nur ein geringer Prozentsatz der älteren Bürger Interesse am Angebot als solches beziehungsweise an den angebotenen Bewegungs- oder Bildungsmöglichkeiten zeigt (Kommunale Bürgerumfrage, 2008; Abbildung 68). Jedoch geben gerade bei den über 75-Jährigen viele der Befragten alters- beziehungsweise gesundheitliche Gründe dafür an, die Senioren-Begegnungsstätten nicht nutzen zu können.

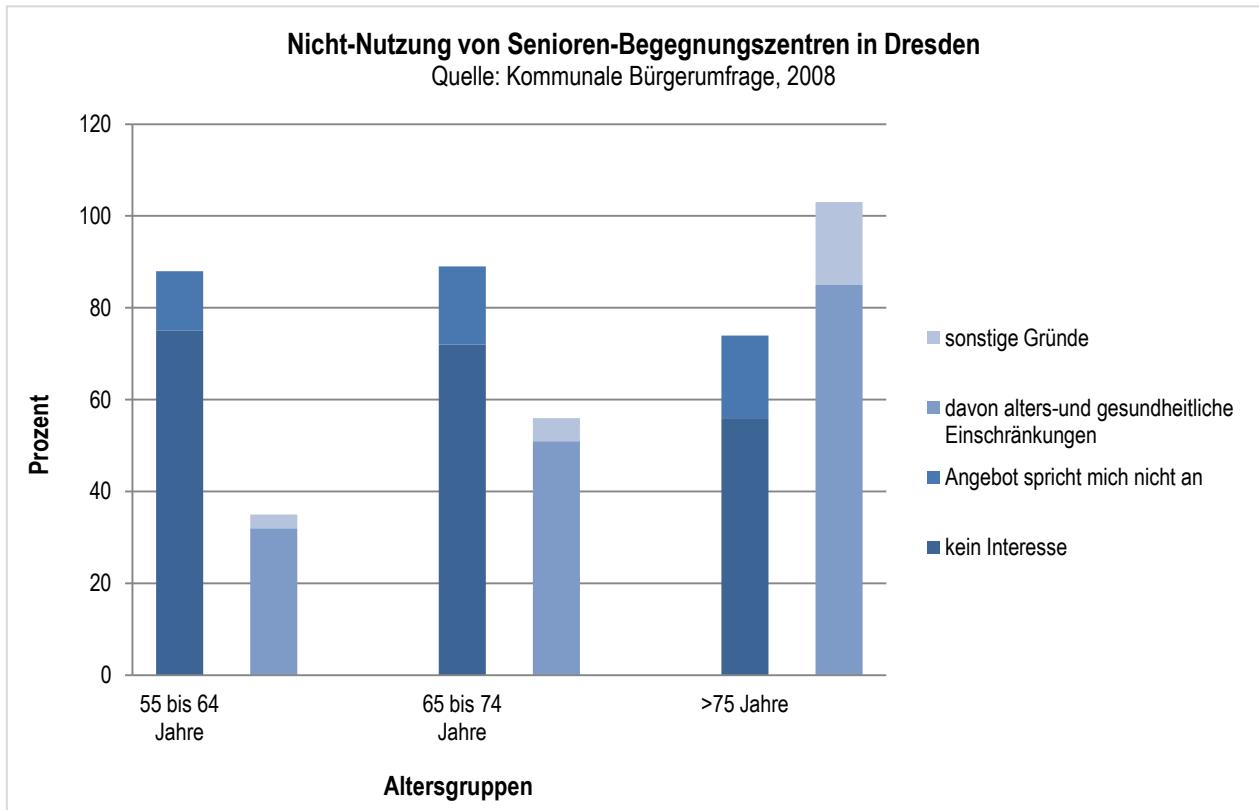


Abbildung 68

8.7 Ehrenamt, Gesellschaftliche Teilhabe

Zum gesunden und aktiven Leben im Alter zählt auch die soziale Integration und gesellschaftliche Teilhabe. Gerade nach Beendigung des aktiven Berufslebens besteht die Möglichkeit, sich stärker gesellschaftlichen Aufgaben zu widmen. Viele Senioren suchen deshalb neue Rollen jenseits des Erwerbslebens. Motive für gesellschaftliches Engagement sind neben dem Pflegen sozialer Kontakte, Eingebundenheit in soziale Strukturen auch die Weitergabe von Wissen und Erfahrungen.

Voraussetzung ist, dass Strukturen und Zugangsmöglichkeiten vorhanden sind, gesellschaftliches Engagement und ehrenamtliche Tätigkeiten auszuüben. Diese Tätigkeiten stellen gerade im Sozialbereich, aber ebenso in den Feldern Sport, Kultur, Naturschutz, Denkmalpflege u. a. eine hohe Unterstützung dar. Die Übernahme vielfältiger Leistungen und Dienste sind denkbar. Um bestehende Angebote im Ehrenamt wahrnehmen und qualitätsgerecht ausführen zu können, bedarf es der Strukturen für lebenslanges Lernen.

Viele Bürgerinnen und Bürger von Dresden engagieren sich im Ehrenamt. Am stärksten engagiert sich die Gruppe der 65- bis 74-Jährigen. Ein Drittel dieser Altersgruppe übernimmt regelmäßig ehrenamtliche Aufgaben, wobei dies vor allem Tätigkeiten im sozialen bzw. gesundheitlichen Bereich sind. Ab 75 Jahren wird der Anteil der Menschen mit ehrenamtlichem Engagement geringer, aber immerhin ist noch ein Fünftel engagiert (Kommunale Bürgerumfrage, 2011).

8.8 Zusammenfassung

- Die Ortsamtsbereiche Altstadt (34,5 Prozent), Leuben (26,7 Prozent) sowie Blasewitz (24,9 Prozent) weisen 2011 einen hohen Anteil älterer Bürgerinnen und Bürger auf.
- Die Wohnzufriedenheit älterer Bürger in der Landeshauptstadt Dresden kann nach der Kommunalen Bürgerumfrage 2010 als gut bis sehr gut bewertet werden.
- Besonders wichtig für ein gutes Wohnen sind den älteren Bürgerinnen und Bürgern die nahegelegenen Einkaufsmöglichkeiten, gute nachbarschaftliche Beziehungen sowie die Verfügbarkeit von gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen.
- Ab dem 50. Lebensjahr wird das Wohlbefinden besser beurteilt als die eigene Gesundheit.
- Gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren im Alter sind chronische Erkrankungen, aber auch Alleinsein, Eintönigkeit im täglichen Leben und Unfallgefahr im Straßenverkehr.
- Im Alter nehmen Gesundheitsprobleme sowie die Dauer und Schwere von Erkrankungen zu. Bei stationär behandelten Patienten über 50 Jahren sind die fünf häufigsten Diagnosen Herzinsuffizienz, intrakranielle Verletzungen, Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes), Hirninfarkt sowie Vorhofflimmern und –flattern.
- Die Mitgliedschaftszahlen in Sportvereinen bei den über 60-Jährigen haben sich in Dresden seit 1992 fast verdoppelt, sind weiter steigend.
- Die Gruppe der 65- bis 74-Jährigen engagiert sich am häufigsten im Ehrenamt, vor allem im sozialen bzw. gesundheitlichen Bereich.

9. Leitlinien

Demografie

Der Anstieg besonderer Bedarfsgruppen (z. B. Kinder, Ältere, Alleinlebende und Zuziehende) stellt eine Herausforderung dar und muss besondere Beachtung in allen gesundheitsförderlichen Programmen finden, die auf die speziellen Personengruppen zugeschnitten sind. Darauf aufbauend sind die intersektorale Zusammenarbeit sowie die flexible Anpassung der sektorenübergreifenden Planung von Programmen und Projekten an die demografischen Veränderungen erforderlich. Dabei muss besonders auf die Generation 50+ mit speziellen Programmen eingegangen werden. Des Weiteren soll auf die Besonderheit Dresdens, als attraktive Stadt für junge Menschen, mit einer relativ hohen Geburtenanzahl und Zuwanderungsrate junger Menschen reagiert werden. Dafür sind gesundheitsförderliche Programme, die bereits in frühen Lebensjahren beginnen und über den Lebensverlauf hinweg aufrecht erhalten werden, notwendig.

Gesundheitszustand

Die Landeshauptstadt Dresden stellt es sich zur Aufgabe, die gesundheitliche Lage der Bevölkerung Dresdens zu erhalten bzw. zu verbessern, indem sie die gesundheitsförderliche Eigenverantwortung ihrer Bürger anerkennt und bestärkt. Dabei muss der Fokus auf chronische Erkrankungen gelegt werden und es sind sozioökonomische, alters-, zielgruppen- und stadtteilspezifische Betrachtungen notwendig. Ebenso ist sich die Landeshauptstadt Dresden der Verantwortung bewusst, die Umweltbedingungen so zu gestalten, dass ein gesundes Leben und Aufwachsen in der städtischen Umwelt möglich ist. Die Landeshauptstadt Dresden ist in erster Linie zuständig für die Gestaltung der Lebensverhältnisse der Menschen vor dem Hintergrund des demografischen Alters der Bevölkerung. Dementsprechend stellt es sich die Stadt zum Ziel, ein gesundes Umfeld zu erschaffen, das heißt Bewegungsräume zu gestalten und weiter auszubauen sowie speziell für die ältere Bevölkerung Seniorenbegrenzungsräume für die körperliche Aktivität bereit zu stellen.

Des Weiteren hat die Landeshauptstadt Dresden die Aufgabe, die objektive und subjektive Gesundheit besonders bedürftiger Menschen, in diesem Fall von Kindern und Menschen mit Behinderungen, zu wahren, zu schützen und zu fördern.

Gesundheitsverhalten

Gesundheitsbewusstes Verhalten, frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie die aktive Beteiligung der Bürger an ihrem Wohlbefinden, müssen als Ziele gesetzt werden, um eine weitere Verbesserung der Lebensqualität und des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung Dresdens erreichen zu können. In diesem Zusammenhang müssen bürgerliche und niedrigschwellige Programme der Prävention und Gesundheitsförderung weiter vertieft werden. Darüber soll die Vernetzung aller Beteiligten auf europäischer, Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene vorangetrieben werden, um den Bürger für seine Gesundheit zu sensibilisieren und risikospezifische Zielgruppen ansprechen zu können. Die zu etablierenden gesundheitsförderliche Programme und Projekte sollten an die Lebenswelt der Bürgerinnen und Bürger anknüpfen.

Gesundheitsversorgung

Angesichts der demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen im Hinblick auf die steigende Anzahl von Geburten und älteren Menschen der Stadt Dresden, ist es die Verpflichtung aller Teilnehmenden an der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, sich diesen gegenwärtigen Veränderungen bewusst zu sein und diese in die zukünftigen Überlegungen sowie Handlungen einzubeziehen. Besonderes Anliegen aller Verantwortlichen im Versorgungssektor sollte die bürgernahe Gestaltung der Versorgung sein, dies heißt insbesondere individuelle, wohnortnahe und fachgerechte Versorgung zu gewährleisten. Gleichzeitig müssen die ambulanten Versorgungsstrukturen entsprechend der demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen reagieren, speziell auf Menschen mit Behinderungen und sie sollten die qualitative und quantitative Pflege und Beratung weiterhin intensivieren.

Soziale Lage

Soziale Faktoren beeinflussen die Gesundheit eines Menschen. Bürgerinnen und Bürger in schwierigen sozialen Lebenslagen bedürfen entsprechender Berücksichtigung bei Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Daher muss es Aufgabe sein, gesundheitsschädigende Risikofaktoren in Bezug auf die soziale Lage, wie z. B. die von den erwerbslosen älteren Menschen und besonders Kindern aus sozial schwachen Familien, zu mindern. Dabei sind vor allem niedrigschwellige Angebote für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen von Bedeutung, um Unterschiede beziehungsweise gesundheitliche Ungleichheiten zwischen Stadträumen und verschiedenen Gruppen zu verringern. Die Stadt Dresden besitzt die Verantwortung, gesundheitliche Chancengerechtigkeit spürbar und nachvollziehbar zu gestalten.

Umwelt

Die Landeshauptstadt Dresden setzt sich als Ziel, die natürlichen Lebensgrundlagen zu schützen und zu pflegen, die nachhaltige Entwicklung zu fördern und den Umweltschutz als Selbstverständlichkeit im Denken und Handeln aller zu verankern. Um den besonderen Anforderungen der Umwelt für die Bürgerinnen und Bürger der Landeshauptstadt Dresden gerecht zu werden, ist eine enge Zusammenarbeit mit dem Umweltamt und der Stadtentwicklung wünschenswert. Detaillierte Ausführungen diesbezüglich können den Umweltleitlinien der Stadtverwaltung Dresden entnommen werden.

Gesund Aufwachsen

Zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit bestehen in der Landeshauptstadt Dresden eine Reihe von langjährigen Projekten sowie eine enge schnittstellenübergreifende Arbeitsbeziehungen sowohl in der Landeshauptstadt selbst wie auch darüber hinaus mit Ministerien und Einrichtungen zur Gesundheitsförderung. Die Projekte und Vorhaben zur Kinder- und Jugendgesundheit sind ausgerichtet auf vielfältige Aspekte der Gesundheit wie psychische Gesundheit, Ernährung und Bewegung, Kinderschutz. An dem derzeitigen Stand soll die Arbeit des WHO-Projektes „Gesunde Städte“ ansetzen und insbesondere auf sozialräumlicher Ebene die Förderung der Gesundheit der kleinen Dresdnerinnen und Dresdner voranbringen. Zentrales Anliegen des Schwerpunktes „Kinder- und Jugendgesundheit“ im WHO-Projekt wird daher die Intensivierung der weiteren Vernetzung einzelner Akteure in einzelnen Stadträumen mit besonderen Bedarfen sein.

Gesundes Altern

Aufgrund der wachsenden Anzahl der älteren Menschen in den nächsten Jahren muss eine vertiefte risikospezifische Ausrichtung der präventiven und gesundheitsförderlichen Programme auf die Menschen im höheren Lebensalter erfolgen. Besonders auf wohnortnahe und altersspezifische Interventionen für ein gesundheitsbewusstes Verhalten muss eingegangen werden. Die Erhaltung von Arbeitsfähigkeit und Verlängerung der Lebensarbeitszeit, die Verhütung von Behinderung und Frühverrentung sowie die Verschiebung von chronischen Krankheiten ins höhere Lebensalter sind bedeutend für ein gesundes Altern. Ebenso sind die sich ständig verändrenden zukünftigen Bedingungen und Anforderungen der älteren Bürger zu beachten. So ist beispielsweise die Barrierefreiheit zu gewährleisten sowie die soziale Isolation im Alter zu mindern. Informationen für diesen Personenkreis müssen dementsprechend aufgearbeitet werden, dass es jedem älteren Bürger mit unterschiedlichsten Anforderungen und Einschränkungen möglich ist, von diesen Kenntnis zu erhalten. Dabei sollen Ideen, Projekte und Umsetzungen von Generationenbeziehungen, besondere Unterstützung erhalten, denn diese Beziehungen zwischen verschiedenen Generationen wirken sich auf alle Beteiligten, jüngere sowie ältere Menschen, positiv aus. Das hohe Engagement im sozialen und gesundheitlichen Bereich von betagten Bürgern der Stadt Dresden, trägt zu deren eigenen Gesundheit bei und unterstützt betroffene Bürger. Dies sollte auch weiterhin eine der Bedeutung angemessene Förderung und Unterstützung erfahren.

10. Quellen- und Literaturverzeichnis

- Agentur für Arbeit Dresden (2011a) Jahresbericht 2010. In: Bundesagentur für Arbeit Statistik (Hrsg.) Arbeitsmarkt in Zahlen. Hauseigener Verlag, Nürnberg.
- Agentur für Arbeit Dresden (Hrsg.) (2011b). Arbeitslosenquote im Agenturbezirk aktuell. [Aufruf am: 07.12.2011] URL: http://www.arbeitsagentur.de/nn_172526/Dienststellen/RD-S/Dresden/AA/Presse/Presseinformationen/2011/Dokumente/0612011.html
- American Academy of Pediatrics (2005): Policy Statement. Breastfeeding and use of human milk. Pediatrics 115: 496-506.
- Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) (2001): Definition der Adipositas. [Aufruf am: 22.01.2012] URL: <http://www.agadipositas-gesellschaft.de/index.php?id=8>.
- Bergmann et al. (2003): Early determinants of childhood overweight and adiposity in birth cohort study. Role of breastfeeding. Int J Obesity 27: 162-172.
- BMFSFJ (Hrsg.) (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland . Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin.
- Bühring, P. (2010): Psychische Erkrankungen: Dramatische Zunahme – kein Konzept. Dtsch Ärztebl 2010; 107(33): A-1548
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) (2005): The Demographic Future of Europe – Facts, Figures, Policies. Ergebnisse der Population Policy Acceptance Study (PPAS). Wiesbaden.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) (2007): Regionale Alterung in Deutschland. Wiesbaden.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1992): Übereinkommen über die Rechte des Kindes. [Aufruf am: 20.01.2012] URL: <http://www.national-coalition.de/pdf/UN-Kinderrechtskonvention.pdf>.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2003): Passivrauchende Kinder in Deutschland - Frühe Schädigungen für ein ganzes Leben. Heidelberg.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2007): Fakten zum Rauchen. Durch Rauchen und Passivrauchen verursachte Krebserkrankungen. Heidelberg.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2008a): Fakten zum Rauchen. Durch Rauchen und Passivrauchen verursachte Atemwegs- und Lungenkrankungen. Heidelberg.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2008b): Fakten zum Rauchen. Durch Rauchen und Passivrauchen verursachte Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems. Heidelberg.)
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2008c): Fakten zum Rauchen. Gesundheitsschäden durch Rauchen und Passivrauchen. Heidelberg.)
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2011): Ergebnisse auf einen Blick Stand: September 2011. Statistische Analysen Bereich 0760. Berlin.
- Fachbeirat Kinder- und Jugendärztlicher Dienst des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales/Fachbeirat Kommunale und Landesgesundheitsberichterstattung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales (Hrsg.) (2011): Information für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst im Freistaat Sachsen. Version 2.4.
- Glaeske et al (2003): Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung 2003.
- Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) (2008): Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen. Interner Bericht. Dresden.
- Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) (2009): Daten zur ambulanten Versorgung. Interner Bericht. Dresden.
- Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) (2011): Die 50 häufigsten Diagnosen nach Abrechnungsgebieten in der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen im Jahr 2009. Dresden.
- Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) (2012a): Daten zu den 10 häufigsten Diagnosen in ambulanter Versorgung in Sachsen. Interner Bericht. Dresden.
- Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) (2012b): Überblick zur ambulanten Versorgung. Interner Bericht. Dresden.

Kirch et al. (2010): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Lauterbach,	Kommunale Statistikstelle (2011c): Daten zum Durchschnittsalter der Bevölkerung. Interne Bericht. Dresden.	Kreissportbund Dresden (2011): Mitgliederzahlen. Interne Bericht. Dresden.
KISS (2011): Daten zu Selbsthilfegruppen in Dresden. Interne Bericht. Dresden.	Kommunale Statistikstelle (2011d): Daten zur Haushaltsgröße. Interne Bericht. Dresden.	Kromeier-Hauschild, K. et al. (2001): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kinder- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatszeitschrift Kinderheilkunde 2001; 8: 807-818.
Kistler, E., Bäcker, G. & Trischler, F. (2009): Rente mit 67 – für viele Beschäftigte unerreichbar! Dritter Monitoring Bericht des Netzwerks für eine gerechte Rente, DGB, KAB, Der Paritätische, SoVD, VdK und Volkssolidarität (Hrsg.), Berlin.	Kommunale Statistikstelle (2011e): Daten zum Familienstand. Interne Bericht. Dresden.	Lange, C., Schenk, L., Bergmann, R. (2007): Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 200. 50: 624-633.
Kommunale Bürgerumfrage (2008): Kommunale Bürgerumfrage in Dresden von 2007. Interne Bericht. Dresden.	Kommunale Statistikstelle (2011f): Daten zur Geburtenentwicklung, Alter der Mütter. Interne Bericht. Dresden.	Lenz, K., Fücker, M. (2005a): Zweite Dresdner Kinderstudie. Wie Kinder in Dresden leben. [Aufruf am: 03.01.2012] URL: http://www.kinderstudie.de/zdk/abschlussbericht_kinderstudie_2005.pdf .
Kommunale Bürgerumfrage (2011): Kommunale Bürgerumfrage in Dresden von 2010. Interne Bericht. Dresden.	Kommunale Statistikstelle (2011g): Daten zu Ausländerinnen und Ausländern. Interne Bericht. Dresden.	Lenz, K., Fücker, M. (2005b): Zweite Dresdner Kinderstudie. Wie Kinder in Dresden leben. Tabellenband. [Aufruf am: 03.01.2012] URL: http://www.kinderstudie.de/zdk/tabellenband_kinderstudie2005.pdf
Kommunale Statistikstelle (Hrsg.) (2010a): Statistische Mitteilungen. Bauen und Wohnen 2010. Dresden.	Kommunale Statistikstelle (2011i): Daten zur Säuglingssterblichkeit. Interne Bericht. Dresden.	Micheelis, W. & Schiffner, U. (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Deutscher Zahnärzte Verlag. Köln.
Kommunale Statistikstelle (2010b): Kommunale Bürgerumfrage 2010. Erste Auswertungen zum Wohnen In: Kommunale Statistikstelle der Landeshauptstadt Dresden (Hrsg.) Dresdner Zahlen aktuell. Nr. 10/2010. (S. 1-4), Dresden.	Kommunale Statistikstelle (2011j): Daten zur Erwerbsbevölkerung. Interne Bericht. Dresden.	Münz, R. (2007): Fertilität und Geburtenentwicklung. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Berlin.
Kommunale Statistikstelle (2011a): Daten zur Gesamteinwohnerzahl der Stadt Dresden nach Stadtteilen. Interne Bericht. Dresden.	Kommunale Statistikstelle (2011l): Daten zur Bildung. Interne Bericht. Dresden.	Nationale Stillkommission am BfR (2009): Stillempfehlungen für die Säuglingszeit. [Aufruf am: 01.03.2012] URL: http://www.bfr.bund.de/cm/350/stillempfehlungen_fuer_schwangere_deutsch.pdf .
Kommunale Statistikstelle (2011b): Daten zum prozentualen Anteil nach Altersgruppen. Interne Bericht. Dresden.	Kommunale Statistikstelle (2011m): Daten zum Wohnen in Dresden. Interne Bericht. Dresden.	
Kommunale Statistikstelle (2011b): Kommunale Bürgerumfrage 2010 - Tabellenteil. Dresden.	Kommunale Statistikstelle (2012): Daten zu Menschen mit Behinderungen in Dresden. Interne Bericht. Dresden.	

- Opper, E., Worth, A. & Bos, K. (2005): Kinderfitness – Kindergesundheit. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 48: 854–862.
- Pieper, K. (1996): Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 1995. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ), Bonn.
- Pieper, K. (2005): Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2004. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ), Bonn.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) & Bundeszentrale für gesundheitlichen Aufklärung (Hrsg.) (2008): Erkennen - Bewerten - Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2002): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit im Alter. Heft 10. Berlin.
- Robert-Koch-Institut (2004): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Schutzimpfungen. Heft 1. Berlin.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2006): Gesundheit in Deutschland. Berlin.
- Robert-Koch-Institut (2008). Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) zur Durchführung von Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe [Aufruf am: 07.12.2011] URL: http://www.rki.de/cln_226/nn_1007512/DE/Content/Impfen/STIKO/stiko_empfehlungen.html
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2008): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2001): Impfstatus im Kindesalter. RKI-Schrift. 02/2001.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2011): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Heft 52. Berlin.
- Sächsischen Impfkommission (SIKO) (2012): Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen (E1). [Aufruf am: 22.01.2012] URL: <http://www.slaek.de/60infos/infosarzt/36impfen/e1/index.html>.
- Sächsische Landesärztekammer (Hrsg.) (2010): Sächsische Impfkommission 2009-2012. [Aufruf am 23.03.2012] URL: <http://www.slaek.de/60infos/infospatient/36impfen/impfkommuue.html>
- Schäfer M. (2006): Gesundheitsförderung und Prävention. Einleitung. In: Gesundheitsamt Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.). Gesundheitsförderung und Prävention. Maßnahmen für Kinder von 0 bis 10 Jahren. Hauseigener Verlag 2006; 3-4.
- Sperlich, S., Illiger, K. & Geyer, S. (2011): Warum rauchen Mütter? Analyse des Einflusses der Lebenslage und psychischer Faktoren auf den Tabakkonsum von Müttern minderjähriger Kinder. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 201. 54: 1211-1220.
- Starker et.al. (2007): Motorische Leistungsfähigkeit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 201. 50: 775-783.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2011): Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklungen im Bund und in den Ländern. Berlin.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011a): Lebenserwartung in Deutschland erneut leicht angestiegen. Pressemitteilung Nr. 343 vom 20.09.2011.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011b): Durchschnittliche Kinderzahl je Frau steigt 2010 auf 1,39. Pressemitteilung Nr. 301 vom 18.08.2011.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011c): Statistisches Jahrbuch 2011. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011d): Mikrozensus 2009 - Fragen zur Gesundheit. Kranke und Unfallverletzte. Wiesbaden.
- Statistisches Landesamt (2008): Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen in Sachsen am 1. Januar 2008 nach Kreisfreien Städten und Landkreisen. Interner Bericht. Kamenz.
- Statistisches Landesamt (2009a): Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Einrichtungen in Sachsen am 1. Oktober 1991, 1995 und 2000 bis 2008. Interner Bericht. Kamenz.
- Statistisches Landesamt (2010): Schwerbehinderte Menschen in Sachsen 2010. [Aufruf am: 18.01.2012] URL: http://www.statistik.sachsen.de/download/300_Voelblatt/FB_SchwerbehinderteMenschen_2010_web.pdf

- Statistisches Landesamt (Hrsg.) (2010a): Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker im Freistaat Sachsen. 2010. A IV 1 - j/10. Kamenz.
- Statistisches Landesamt (Hrsg.) (2010b): Versorgungsgrad mit an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzten in der Stadt Dresden 2007 bis 2009. Interner Bericht. Kamenz.
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2011): Inanspruchnahme der Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten in Sachsen 2000 bis 2010 [Aufruf am 08.12.2011] URL: http://www.statistik.sachsen.de/21/08_00/GBE_NEU/GBE/t7/thema7_17.htm
- Statistisches Landesamt (Hrsg.) (2011a): Daten zur mittleren Lebenserwartung der Bevölkerung in Sachsen. Internet: http://www.statistik.sachsen.de/download/010_GBe/Bev/02_03_15_tab.pdf [Zugriff: 19.12.2011]
- Statistisches Landesamt (2011b): Daten zur mittleren Lebenserwartung der Bevölkerung in Sachsen. Interner Bericht. Kamenz.
- Statistisches Landesamt (2011c): Daten zur stationären Versorgung. Interner Bericht. Kamenz.
- Statistisches Landesamt (2011d): Daten zu Verkehrsunfällen. Interner Bericht. Kamenz.
- Statistisches Landesamt (2011e): Daten zur Sterblichkeit. Interner Bericht. Kamenz.
- Statistisches Landesamt (Hrsg.) (2011f): Öffentliche Apotheken und Einwohner je öffentliche Apotheke in der Stadt Dresden am 31. Dezember 2000 bis 2010. Interner Bericht. Kamenz.
- Statistisches Landesamt (Hrsg.) (2011g): Rauchverhalten in Dresden. Interner Bericht. Kamenz.
- Statistisches Landesamt (2011h): Daten zum Body-Maß-Index der Bevölkerung. Interner Bericht. Kamenz.
- Statistisches Landesamt (2011i): Inanspruchnahme der Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten in Sachsen 2000 bis 2010 [Aufruf am 08.12.2011] URL: http://www.statistik.sachsen.de/21/08_00/GBE_NEU/GBE/t7/thema7_17.htm
- Statistisches Landesamt (2011j): Daten zur Pflegebedürftigkeit. Interner Bericht. Kamenz.
- Statistisches Landesamt (2011k): Daten zur Erwerbsbevölkerung. Interner Bericht. Kamenz.
- Swiaczny, F. (2011): Weltbevölkerung 2011 – Erstmals 7 Milliarden Menschen. Bevölkerungsforschung – Mitteilungen aus dem Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Nr. 6/2011. (S. 2-6).

www.dresden.de/who

Impressum

Berungsstelle
Landeshauptstadt Dresden
Florberghausstraße

WZB Dresden Blaue Projekt:
Betriebs „Gesunde Städte“
Telefon: (03 0) 4 58 52 52
Telefax: (03 0) 4 58 52 19
E-Mail: GesundeStadt@Dresden.de

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:
Abteilung Öffentlichkeitsarbeit
Telefon: (03 0) 4 58 23 20
Telefax: (03 0) 4 58 23 28
E-Mail: pressewo@Dresden.de

Postfach 12 00 28
01081 Dresden
www.dresden.de

Zentrale Rechtsabteilung 115 – Mit Recht Fugen

Rechtsanwalt: Dr. Peggy Laska

Titelblätter: [Titelblaetter.de](http://titelblaetter.de)

August 2012

Kein Zugang für elektronisch signierte und verschlüsselte
Dokumente. Vertragsschläge oder Schriftsätze können
elektronisch, insbesondere per E-Mail, nicht mehr ohne
eingeschränkt werden. Dieses Informationsmaterial ist Teil der
Öffentlichkeitsarbeit der Landeshauptstadt Dresden. Es darf
nicht zur Weiterverbreitung herangezogen werden. Punktale Wörter an
jedoch zur Identifizierung ihrer Mitglieder verwendet.