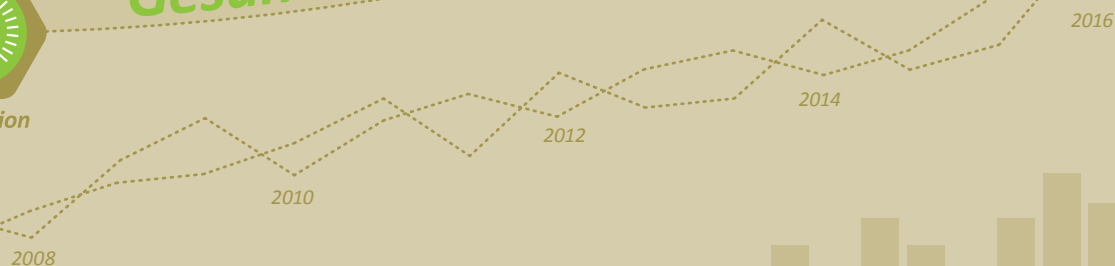
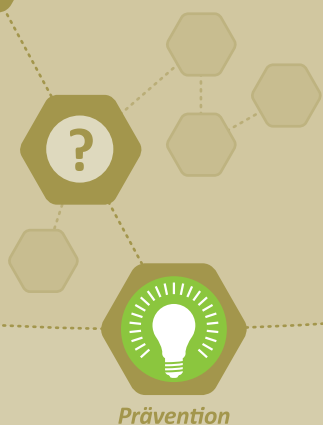


Gesund aufwachsen. Gesund leben.



Dresden.
DIE STADT

Stadtgesundheitsprofil 2016

WHO-Projekt „Gesunde Städte“

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	4
1.	Demographie	5
1.1	Einleitung	5
1.2	Gesamteinwohnerzahl	5
1.3	Durchschnittsalter und Anteil der Altersgruppen	7
1.4	Haushaltsgrößen	10
1.5	Geburtenentwicklung	14
1.6	Ausländerinnen und Ausländer	16
1.7	Bevölkerungsprognose	16
1.8	Zusammenfassung	18
2.	Gesundheitszustand	19
2.1	Einleitung	19
2.2	Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden	19
2.3	Häufigste Diagnosen	24
2.4	Transportmittelunfälle und sonstige Unfälle	28
2.5	Sterblichkeit	29
2.6	Menschen mit schweren Behinderungen	34
2.7	Zusammenfassung	35
3.	Gesundheitsversorgung	36
3.1	Einleitung	36
3.2	Ambulante medizinische Versorgung	37
3.3	Stationäre medizinische Versorgung	39
3.4	Zahnärztinnen und Zahnärzte	40
3.5	Apotheken	41
3.6	Pflege	42
3.7	Selbsthilfe	46
3.8	Zusammenfassung	47
4.	Soziale Lage	48
4.1	Einleitung	48
4.2	Arbeitsmarkt	50
4.2.1	Erwerbszahlen	50
4.2.2	Arbeitslosenzahlen	51
4.2.3	Leistungsempfänger SGB II	52
4.3	Alleinerziehende	53
4.4	Rente	54
4.5	Nettoäquivalenzeinkommen	55

4.6	Bildung	58
4.7	Wohnen	59
4.8	Zusammenfassung	60
5.	Umwelt	60
6.	Gesundes Aufwachsen	61
6.1	Einleitung	61
6.2	Schwangerschaft und Geburt: Schwerpunkt Frühe Gesundheitshilfen	61
6.3	Gesundheit der heranwachsenden Generation	64
6.3.1	Subjektiver Gesundheitszustand	64
6.3.2	Körperliche Gesundheit der heranwachsenden Generation anhand objektiver Gesundheitsdaten	66
6.3.2.1	Sinnesorgane der Kinder	66
	Sehvermögen	66
	Hörvermögen	67
6.3.2.2	Aspekte der koordinativen Fähigkeiten	68
	Visuelle Wahrnehmung	70
	Feinmotorik und Visuomotorik	71
	Grobmotorik und Körperkoordination	71
6.3.2.3	Sprachentwicklung	72
6.3.2.4	Körpergewicht	74
6.3.3	Psychische Gesundheit	77
6.4	Gesundheitsverhalten der heranwachsenden Generation	77
6.4.1	Gesundheitsvorsorge	77
6.4.2	Impfen	79
6.4.3	Mundgesundheit	81
6.4.4	Körperliche und sportliche Aktivitäten und Nutzung von bewegungsorientierten Freizeitangeboten	85
6.4.5	Suchtverhalten	86
6.5	Kinderrechte und Möglichkeiten zur Partizipation für die heranwachsende Generation	92
6.6	Zusammenfassung	93
6.7	Datenquellen	94
6.7.1	Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und der Kinder- und Jugendzahnklinik der Stadt Dresden	95
	Methodik der Befunderhebung des KJÄD	97
	Methodik der Befunderhebung des KJZK	99
6.7.2	Kommunalen Bürgerumfrage 2014	99
6.7.3	Die Dritte Dresdner Kinderstudie	99
6.7.4	Studie zur Ermittlung von Determinanten der psychischen Gesundheit im Einschulungsalter- eine populationsbezogene Untersuchung in Dresden	99
7.	Erwachsenenalter und Familie	100
7.1	Einleitung	100
7.2	Wirtschaftliche Lage	101
7.3	Lebensumgebung	102
7.3.1	Zufriedenheit mit der Wohnsituation	102
7.3.2	Beeinträchtigung der Wohnumgebung	104
7.3.3	Ratsuche in besonderen Lebenslagen	105
7.4	Familienfreundlichkeit	107

7.5	Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden	109
7.6	Gesundheitsverhalten	110
7.6.1	Suchtverhalten	110
7.6.2	Bewegung und körperliche Aktivität	112
7.7	Zusammenfassung	114
8.	Gesundes Altern	116
8.1	Einleitung	115
8.2	Demographie	115
8.3	Lebensumgebung	117
8.3.1	Sicherheit bei den alltäglichen Verrichtungen	117
8.3.2	Sicherheit bei der Versorgung	119
8.3.3	Soziale Umgebung	121
8.4	Gesundheitszustand 50+	121
8.4.1	Subjektive Einschätzung	122
8.4.2	Krankenhausfälle	123
8.5	Häufigste Todesursachen	125
8.6	Gesundheitsverhalten 50+ und Prävention	125
8.6.1	Alkohol, Rauchen und Übergewicht	126
8.6.2	Körperliche Aktivität	127
8.7	Gesellschaftliche Teilhabe	128
8.8	Zusammenfassung	129
Quellenverzeichnis		130
Abbildungsverzeichnis		136
Tabellenverzeichnis		139

Vorwort



Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Dresdnerinnen und Dresdner,

Gesundheit ist unser wichtigstes Gut. Nur eine gesunde Gesellschaft kann leistungsfähig sein. Daher trägt Gesundheit sowohl zum wirtschaftlichen Erfolg als auch zum sozialen Zusammenhalt bei. Aus diesem Grund macht sich die Landeshauptstadt Dresden stark für ein gesundes Aufwachsen, gesundes Leben und gesundes Älterwerden.

Seit 25 Jahren engagiert sich die Stadt Dresden im internationalen Netzwerk der Weltgesundheitsorganisation „Gesunde Städte“ für Gesundheit und Wohlbefinden. In dieser Zeit sind viele Projekte der kommunalen Gesundheitsförderung umgesetzt worden. Gesundheit wird in den verschiedensten politischen Gremien mitgedacht und findet Eingang in politische Entscheidungen. Grundlage für die Arbeit im WHO-Projekt „Gesunde Städte“ bildet das Stadtgesundheitsprofil, welches seit 1997 in Dresden erscheint. Darin wird die gesundheitliche Lage unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen beschrieben. So haben wir die kleinen Dresdnerinnen und Dresdner genauso im Blick, wie die Menschen im mittleren Lebensalter und unsere Seniorinnen und Senioren.

Mit dem neuen Stadtgesundheitsprofil rücken erstmals Familien und Menschen im mittleren Lebensalter – als bevölkerungsreichste Gruppe – in den Fokus. Das Stadtgesundheitsprofil hat den Auftrag, die unterschiedlichen Einflussfaktoren von Gesundheit und Wohlbefinden zu betrachten. Dazu zählen insbesondere die individuelle soziale Lage, die Lebensbedingungen, die Zufriedenheit mit dem eigenen Wohnumfeld und die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung. Hier wird deutlich, dass Gesundheit nicht nur im Gesundheitsamt verankert ist, sondern eine Aufgabe der gesamten Stadtverwaltung darstellt.

Das Stadtgesundheitsprofil zeigt Bedarfe der kommunalen Gesundheitsförderung auf. Diese Erkenntnis ist wichtig, um passgenau Maßnahmen zu entwickeln. Erste Maßnahmen werden im Rahmen einer Gesundheitskonferenz zur Auswertung des Stadtgesundheitsprofils skizziert. In kooperativer Arbeit der einzelnen Fachbereiche werden diese ersten Maßnahmen in konkrete Projekte überführt und Umsetzungsschritte eingeleitet.

Unser besonderes Augenmerk gilt der Kindergesundheit, dem gesunden und aktiven Altern, der Förderung der körperlichen Aktivität sowie der gesunden Stadtplanung. Dies sind die Schwerpunkte der Landeshauptstadt Dresden im WHO-Projekt „Gesunde Städte“.

Ich danke allen, die an der Erarbeitung dieses Stadtgesundheitsprofils einen Anteil haben. Insbesondere möchte ich der Kommunalen Statistikstelle, dem Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen, der Agentur für Arbeit, dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz sowie der Deutschen Rentenversicherung, dem Sportsportbund Dresden sowie der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen Dresden für die Bereitstellung der Daten danken.

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

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Dirk Hilbert". The signature is stylized and cursive.

Dirk Hilbert
Oberbürgermeister der
Landeshauptstadt Dresden

1. Demographie

1.1 Einleitung

Demographische Daten dienen der Beschreibung von Bevölkerungsgruppen. Neben den Aussagen zur aktuellen Größe und Zusammensetzung von Bevölkerungen sind durch Nutzung von Verlaufsdaten auch Aussagen über Veränderungen möglich. Veränderungen in der Bevölkerungsgröße und -struktur lassen sich auf Veränderungen der Geburtenzahlen, der Mortalitätszahlen (Sterblichkeit), den Zu- bzw. Abwanderungen sowie auch weiteren Kriterien (z. B. Haushaltsgröße etc.) zu Vorjahren zurückführen. Die Lebenserwartung ist in Deutschland seit dem 20. Jahrhundert gestiegen. Das heißt, dass Menschen in Deutschland stetig älter werden. Das Rostocker Zentrum zur Erforschung des demographischen Wandels hat die Geburten- und Sterbeziffern von 1850 bis 2003 analysiert und festgestellt, dass Deutschland bis 1970 den typischen phasenweisen demographischen Übergang erlebte. In den ersten beiden Phasen von 1850 bis zum Beginn von 1900 gab es eine hohe Geburtenziffer und hohe Sterblichkeit. Ab 1900 sanken die Geburten und Sterbeziffern relativ schnell. Zwischen dem 1. und 2. Weltkrieg (einschließlich Weltwirtschaftskrise) nahmen die Geburtenziffern weiter ab und die Sterblichkeit blieb annähernd konstant. Ab 1970 (mit dem sogenannten „Pillenknick“) setzt der demographische Wandel ein. Das heißt, die Sterbeziffer liegt höher als die Geburtenziffer.

Während 1910 das mittlere Lebensalter der deutschen Gesamtbevölkerung bei 23,6 Jahren lag, 1960 (Gebiet der alten Bundesrepublik) bei 34,7 Jahren und bereits 2003 bei 40,9 Jahren lag (ZDWA, 2005), betrug 2013 das Durchschnittsalter der Bevölkerung mehr als 44 Jahre. Wobei das durchschnittliche Lebensalter der Frauen 45,5 Jahre und das der Männer 42,8 Jahre betrug (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2015).

Die Lebenserwartung in Deutschland ist heute mehr als doppelt so hoch wie noch 1880. 1881/1890 hatten Männer in der Regel zur Geburt eine Lebenserwartung von 35,17 Jahren und die Frauen von 40,25 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2012). Zahlen aus 2009/2011 belegen, dass die heutige Lebenserwartung der Männer bei 77,72 Jahren und bei den Frauen bei 82,73 Jahren liegt (Statistisches Bundesamt, 2013).

Seit mehreren Jahrzehnten werden weniger Kinder geboren, als zur Erhaltung der Bevölkerungszahl notwendig sind, die notwendige Fertilitätsrate von 2,1 Kindern pro Frau wird nicht erreicht. Während die Fertilitätsrate in den 1930er Jahren in Deutschland bei durchschnittlich mehr als 2 Kindern pro Frau lag (Pötzsch, 2013), ist diese seit 1990 relativ konstante Fertilitätsrate von 1,4 Kindern pro Frau derzeit wesentlich niedriger (Statistisches Bundesamt, 2013a). Allerdings bestehen hier Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern. Betrachtet man die Kohorte der 1962-geborenen Frauen, so lag die durchschnittliche Geburtenziffer für Frauen aus Westdeutschland bei 1,56 Kindern und für Frauen aus Ostdeutschland bei 1,72 Kindern pro Frau (Pötzsch, 2013).

Aufgrund dessen, dass die Menschen immer älter werden bei zugleich zurückgehender bzw. auf niedrigem Niveau bestehender Geburtenrate, wird der demographische Wandel in Deutschland fortgeführt. Das Statistische Bundesamt rechnet für 2060 mit 22,8 Millionen Menschen, die älter als 65 Jahre sein werden (Statistisches Bundesamt, 2011). 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 2014 hatte Dresden laut Melderegister insgesamt 541 304 Einwohnerinnen und Einwohner (nur Personen mit Hauptwohnsitz in Dresden) (Kommunale Statistikstelle, 2015). Das sind etwa 5 500 Menschen mehr als in 2013. Mitte 2015 wurden laut Melderegister 542 155 Einwohner am Ort der Hauptwohnung gezählt (Kommunale Statistikstelle, 2015). Etwas weniger als die Hälfte der Einwohner sind Männer. 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.

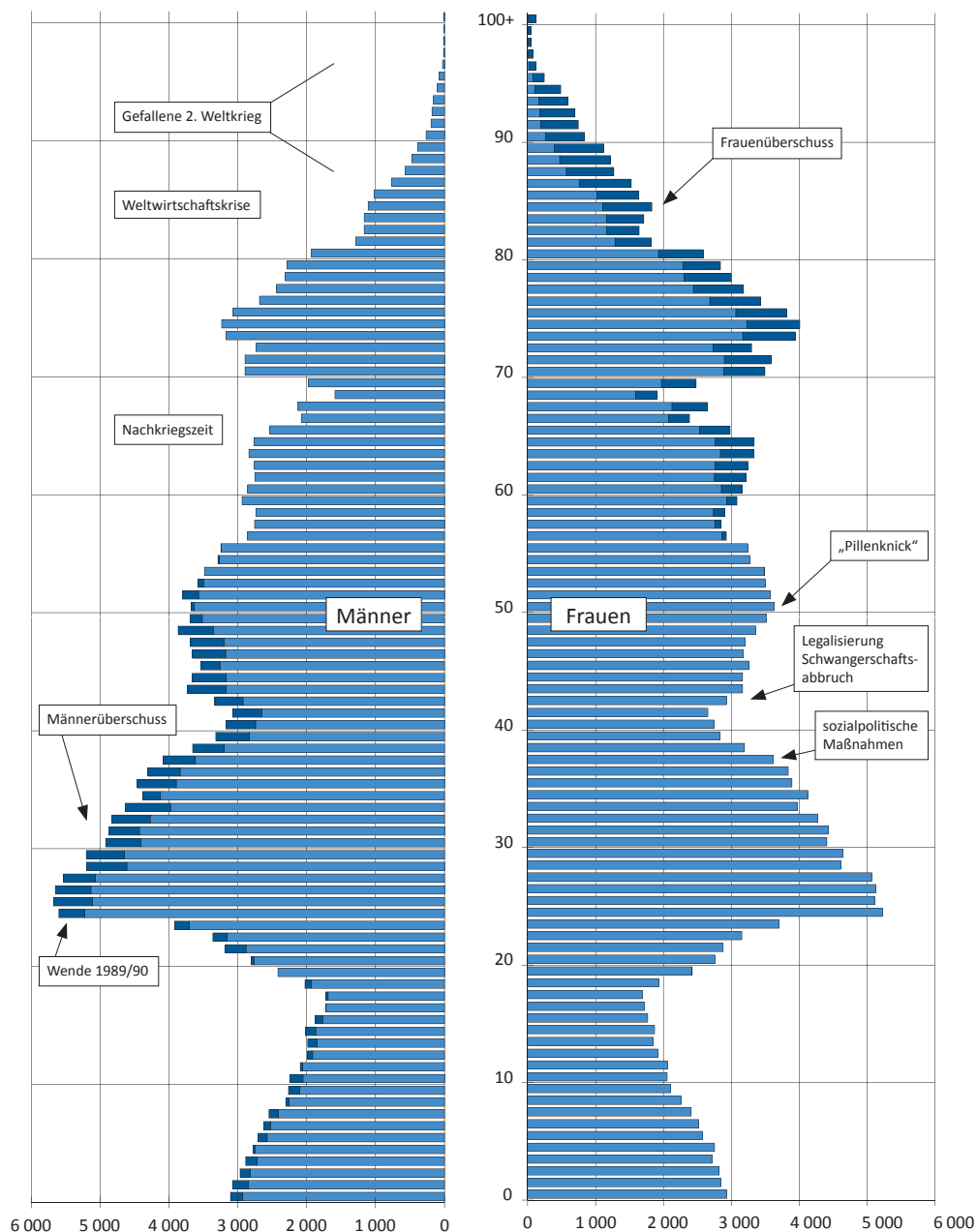


Abbildung 1: Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung nach Lebensalter in Dresden

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015 (Stand: 31.12.2014)

In Abbildung 1 ist die Dresdner Bevölkerung (gemeldet mit Hauptwohnung) nach dem Lebensalter dargestellt. Das Diagramm in Form eines „Baumes“ verdeutlicht die Einflüsse von Krieg, Wirtschaft, Politik sowie sozialer Entwicklung auf die Zahlen. Während zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr ein Männerüberschuss existiert, so besteht vor allem zwischen dem 70. und 90. Lebensjahr ein deutlicher Frauenüberschuss. Einflüsse, wie die politische Wende 1989/90 oder auch die Einführung der Antibabypille sowie ein veränderte Einstellung zur Familienplanung, lies die Geburtenzahl deutlich schrumpfen.

Wie die Abbildung 2 zeigt, leben die meisten Dresdnerinnen und Dresdner im Stadtraum des Ortesamtes Blasewitz (86 197 Einwohner und Einwohnerinnen), die wenigsten im Stadtraum des Ortesamtes Klotzsche/nördliche Ortschaften (30 439 Einwohnerinnen und Einwohner; Kommunale Statistikstelle, 2015).

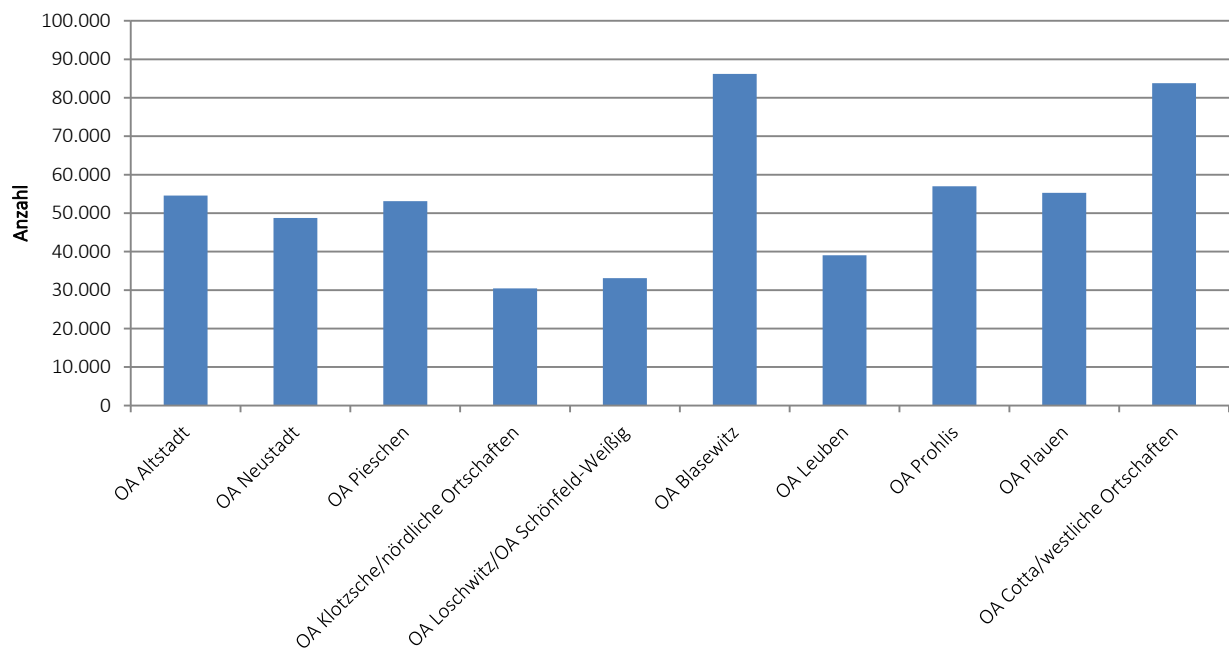


Abbildung 2: Gesamteinwohner der Stadt Dresden nach Stadtteilen
Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015 (Stand: 31.12.2014)

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. 2013 betrug der Anteil der über 50-Jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung etwa 39 Prozent (siehe Tabelle 1, Kommunale Statistikstelle, 2015a). Das sind im Vergleich zu 2010 etwa zwei Prozentpunkte mehr.

Tabelle 1: Bevölkerung nach Altersgruppen

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015a (Stand: 2013)

%Anteil an der Gesamtbevölkerung	Altersgruppen										65 Jahre und älter
	0-5 Jahre	6-9 Jahre	10-14 Jahre	15-17 Jahre	18-24 Jahre	25-29 Jahre	30-44 Jahre	45-59 Jahre	60-64 Jahre		
	6,3	3,4	3,6	1,8	8,9	9,4	20,9	18,5	5,6		21,5
%Anteil an der Gesamtbevölkerung	Altersgruppen unter 15-Jährige							50-64 Jahre	64-84 Jahre	85 Jahre und älter	
	13,3							17,5	18,8	2,7	

Der Jugendquotient (Zahl der unter 15-Jährigen bezogen auf Personen im erwerbsfähigen Alter von 15 bis 64 Jahren) lag 2005 bei 15,5, 2013 bei 20,5 und 2015 bei 21,3 (Kommunale Statistikstelle, 2015a). Im Vergleich dazu liegt der Altenquotient (d. h. das Verhältnis der über 65-Jährigen zur erwerbsfähigen Bevölkerung) bei 30,6 in 2015 (ebenfalls bei 30,6 in 2005) (Kommunale Statistikstelle, 2015a). Dies heißt, dass 100 Personen im erwerbsfähigen Alter etwa 30 Seniorinnen bzw. Senioren gegenüberstehen.

Betrachtet man die Bevölkerungsgruppe der Kinder und Jugendlichen (von 0 bis 17 Jahren) sowie der jüngeren Erwerbstätigen (18 bis 26 Jahre) nochmals differenziert (siehe Tabelle 2), ergibt sich folgendes Bild für den 30.6.2015 (Kommunale Statistikstelle, 2015b).

Tabelle 2: Prozentuale Verteilung der Bevölkerung unter 27 Jahren nach Alter und Geschlecht

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015b (Stand: 30.06.2015)

Bevölkerungsgruppe	im Alter von ... Jahren	insgesamt in Prozent	männlich in Prozent	weiblich in Prozent
Kinder und Jugendliche	0 bis 17	15,7	16,2	15,1
im Säuglingsalter	0	1,1	1,2	1,0
im Krippenalter	1 bis 2	2,2	2,3	2,1
im Kindergartenalter	3 bis 5	3,1	3,2	3,0
im Vorschulalter	5	1,0	1,0	1,0
im Grundschulalter	6 bis 9	3,6	3,7	3,5
im Oberschulalter	10 bis 15	4,5	4,7	4,3
im Gymnasialalter	10 bis 17	5,8	6,0	5,5
Schulpflichtige	6 bis 14	7,3	7,6	7,1
Kinder	0 bis 13	13,0	13,4	12,5
Jugendliche	14 bis 17	2,7	2,8	2,6
jüngere Erwerbsfähige	18 bis 26	11,8	12,4	11,3

Mehr als die Hälfte der Dresdner Bürgerinnen und Bürger befinden sich im erwerbsfähigen Alter (siehe Tabelle 3), d. h. zwischen dem 27. und 64. Lebensjahr. Im Rentenalter sind 22 Prozent der Dresdner Bevölkerung (Kommunale Statistikstelle, 2015b).

Tabelle 3: Prozentuale Verteilung der Bevölkerung ab dem 27. Lebensjahr nach Alter und Geschlecht

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015b (Stand: 30.06.2015)

Bevölkerungsgruppe	im Alter von ... Jahren	insgesamt in Prozent	männlich in Prozent	weiblich in Prozent
Erwerbsfähige	27 bis 34	14,0	14,9	13,1
im mittleren Alter	35 bis 44	12,8	13,8	11,8
Erwerbsfähige	45 bis 54	13,0	13,6	12,4
im höheren Alter	55 bis 64	11,0	10,7	11,4
im unteren Rentenalter	65 bis 74	10,2	9,2	11,1
Im höheren Rentenalter	75 und älter	11,5	9,2	13,7

Das Durchschnittsalter in Dresden liegt derzeit bei 43 Jahren (Stand 31.12.2014). Es hat sich seit 2000 kontinuierlich erhöht, bleibt allerdings aufgrund der positiv wachsenden Geburtenzahlen seit 2005 bei 43,1 Jahren (Kommunale Statistikstelle, 2015) konstant. Damit liegt Dresden unter dem sächsischen Altersdurchschnitt von 46,7 Jahren (Stand: 31.12.2014) sowie unter dem bundesdeutschen Altersdurchschnitt von 44,3 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2015).

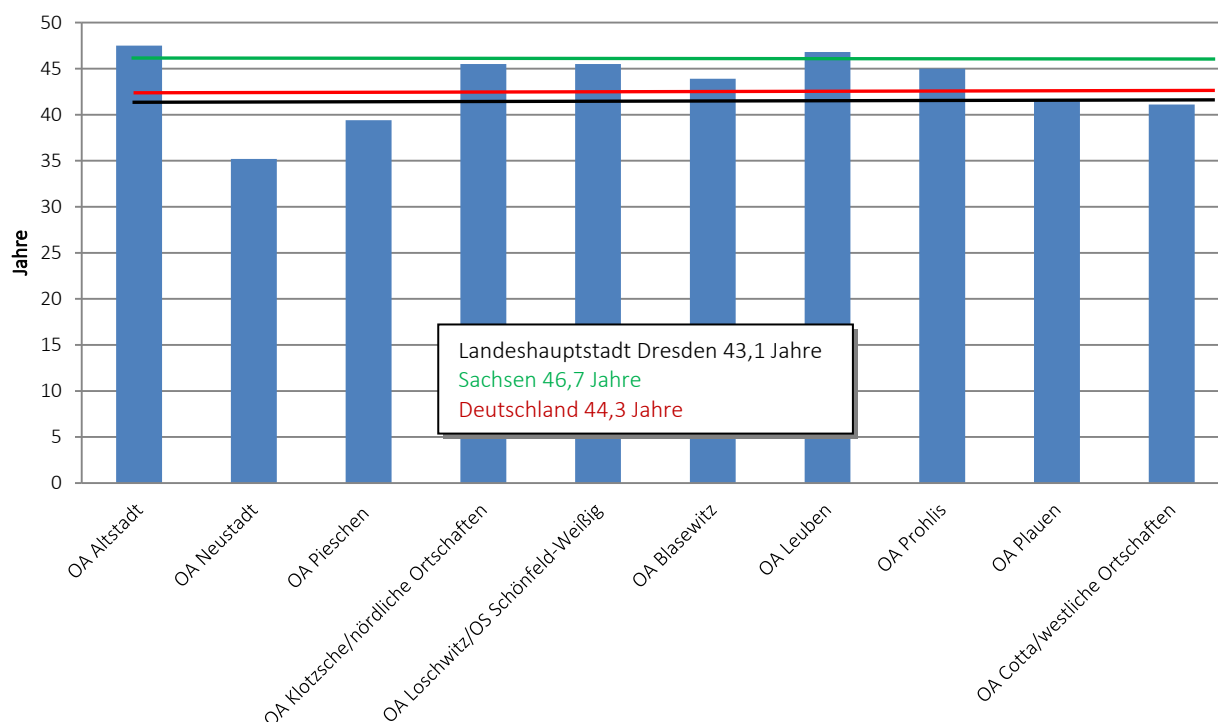


Abbildung 3: Durchschnittsalter der Bevölkerung von Dresden nach Ortsämtern
Quelle: Kommunale Statistikstelle Dresden, 2015 (Stand: 31.12.2014)

Die Ortsämter mit dem höchsten Durchschnittsalter sind Altstadt (47,5 Jahre) und Leuben (46,8 Jahre). Das geringste Durchschnittsalter wird in Dresden für das Ortsamt Neustadt (35,2 Jahre) und Pieschen (39,4 Jahre) angegeben. Damit unterscheiden sich die Dresdner Ortsämter erheblich in ihrer altersstrukturellen Zusammensetzung (Kommunale Statistikstelle, 2015; siehe Abbildung 3).

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 Tabelle 4 ist die durchschnittliche weitere Lebenserwartung im Vergleich der Jahre 1991/1993 und 2009/2011 dargestellt.

Tabelle 4: Durchschnittliche weitere Lebenserwartung in Deutschland nach ausgewählten Altersstufen

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2012

Vollendetes Alter zum Zeitpunkt x	Geschlecht	Sterbetafel zum Zeitpunkt x	
		1991/1993	2009/2011
Alter 0	Männer	72,47	77,72
	Frauen	79,01	82,73
Alter 50	Männer	25,76	29,67
	Frauen	31,00	33,98
Alter 60	Männer	17,79	21,31
	Frauen	22,14	24,96
Alter 70	Männer	11,19	13,89
	Frauen	14,15	16,53
Alter 80	Männer	6,21	7,77
	Frauen	7,72	9,13
Alter 90	Männer	3,16	3,84
	Frauen	3,71	4,25

In Sachsen wird eine heute 60-jährige Frau statistisch gesehen noch 25,03 Jahre und ein Mann noch 21,19 Jahre leben (Statistisches Bundesamt, 2015a). Daten des Statistischen Bundesamtes zufolge, beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung in Sachsen bei Geburt im Durchschnitt der Jahre 2010/2012 für Jungen 77,3 Jahre und für Mädchen 83,27 Jahre (Statistisches Bundesamt, 2015, siehe Abbildung 4). 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 1,28 Jahre, für neugeborene Mädchen 0,11 Jahre (Statistisches Bundesamt, 2015b). Die Erhöhung der mittleren Lebenserwartung ist auf eine verminderte Alterssterblichkeit sowie verringerte Säuglingssterblichkeit zurückzuführen.

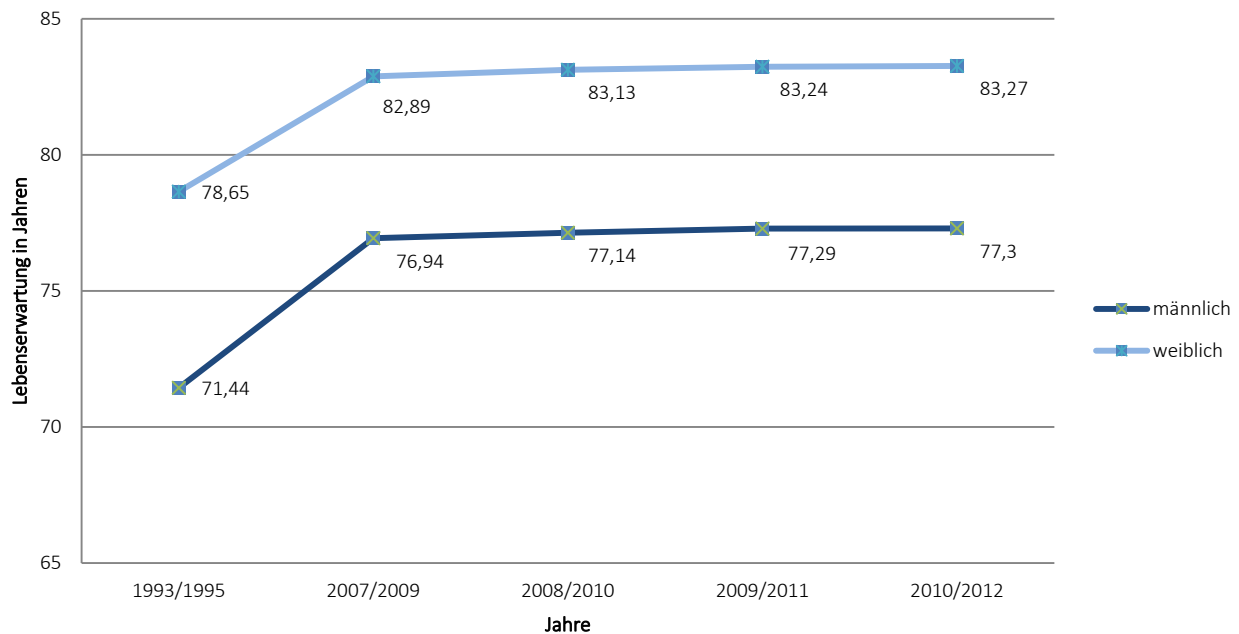


Abbildung 4: Durchschnittliche Lebenserwartungen bei Geburten in Sachsen

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2015b

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 Wohnungsverorgung 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 2005 264 667 Haushalte gezählt werden konnten, waren es 2010 bereits 281 812 und 2014 296 019. Die durchschnittliche Haushaltsgröße ist im selben Zeitraum von 1,87 Personen pro Haushalt (2005) auf 1,81 Personen pro Haushalt (2010) bzw. auf 1,79 Personen pro Haushalt (2014) gesunken (Kommunale Statistikstelle, 2015; siehe Abbildung 5). Die Anzahl der Einpersonenhaushalte nimmt in Dresden weiter zu, sie nehmen mit insgesamt 150 444 Haushalten stadtweit einen Anteil von mehr als 50 Prozent ein. In manchen Ortsämtern (wie z. B. das Ortsamt Neustadt bzw. Ortsamt Altstadt) beträgt ihr Anteil deutlich mehr als die Hälfte aller Haushalte. Drei- und Mehrpersonenhaushalte sind seit dem Jahr 2005 weiter zurückgegangen bzw. auf niedrigem Niveau geblieben (Kommunale Statistikstelle, 2015; siehe Abbildung 6). Haushalte mit fünf und mehr Personen machen in Dresden weniger als zwei Prozent der Gesamthaushalte aus, auch Drei- und Vierpersonenhaushalte erreichen zusammen lediglich 17 Prozent der Gesamthaushalte.

Betrachtet man die geschlechtsspezifische Verteilung der Einpersonenhaushalte, so kann festgestellt werden, dass in den insgesamt 150 444 Einpersonenhaushalten 73 637 Frauen (rund 49 Prozent) leben.

Tabelle 5: Einpersonenhaushalte nach Altersgruppen 2005, 2010 und 2014

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015

Jahr	Einpersonenhaushalte				
	insgesamt (absolut)	davon im Alter von (Anzahl in Prozent)			
		unter 30 Jahren	30 bis 44	45 bis 64	65 und älter
2005	124 782	32%	23%	20%	25%
2010	139 340	30%	22%	23%	25%
2014	150 444	28%	23%	25%	24%

Wie in der Tabelle 5 zu erkennen, ist der Anteil der Einpersonenhaushalte in den Altersgruppen der unter 30-Jährigen um 4 Prozent gesunken, während der Anteil bei den 30- bis 44-Jährigen wie auch bei den über 65-Jährigen nahezu konstant geblieben. Der Anteil der Einpersonenhaushalte bei den 45- bis 64-Jährigen hat sich zwischen 2005 bis 2015 um 5 Prozent erhöht.

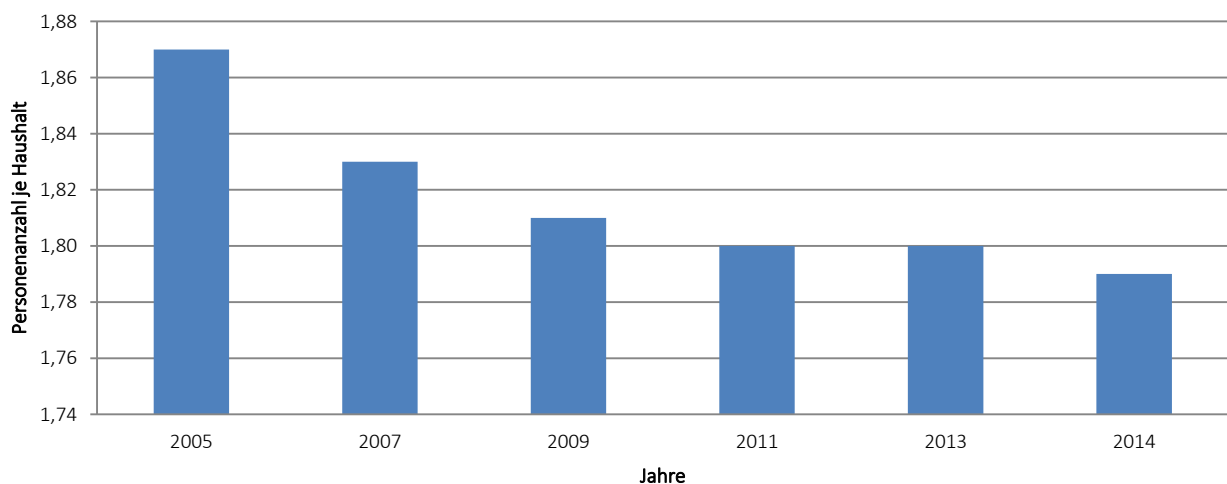


Abbildung 5: Durchschnittliche Personenanzahl je Haushalt in der Stadt Dresden

Quelle: Kommunale Statistikstelle Dresden, 2015

Die Zahl der Haushalte mit Kindern ist zwischen 2005 und 2013 leicht schwankend. In 2005 betrug der Anteil 17,3 Prozent, in 2008 16,2 Prozent, in 2010 16,8 Prozent und in 2013 17,9 Prozent. Ein Vergleich der Ortsämter und Ortschaften verdeutlicht, dass diejenigen Ortsämter/Ortschaften, die weiter vom Zentrum entfernt liegen die bevorzugteren Familienwohnorte mit Mehrpersonenhaushalten sind. Mehrpersonenhaushalte, d. h. Haushalte mit 3 und mehr Personen, befinden sich zu je etwa 29 Prozent (aller Haushalte in den jeweiligen Ortsämtern) in den Ortsämtern Klotzsche/nördliche Ortschaften bzw. Loschwitz/OS Schönfeld-Weißig. Einpersonenhaushalte sind vornehmlich im stadtinternen Vergleich in der Neustadt (62 Prozent aller Haushalte in OA Neustadt), Altstadt (60 Prozent aller Haushalte in OA Altstadt) und in Pieschen (53 Prozent aller Haushalte in OA Pieschen) zu finden (siehe Tabelle 6).

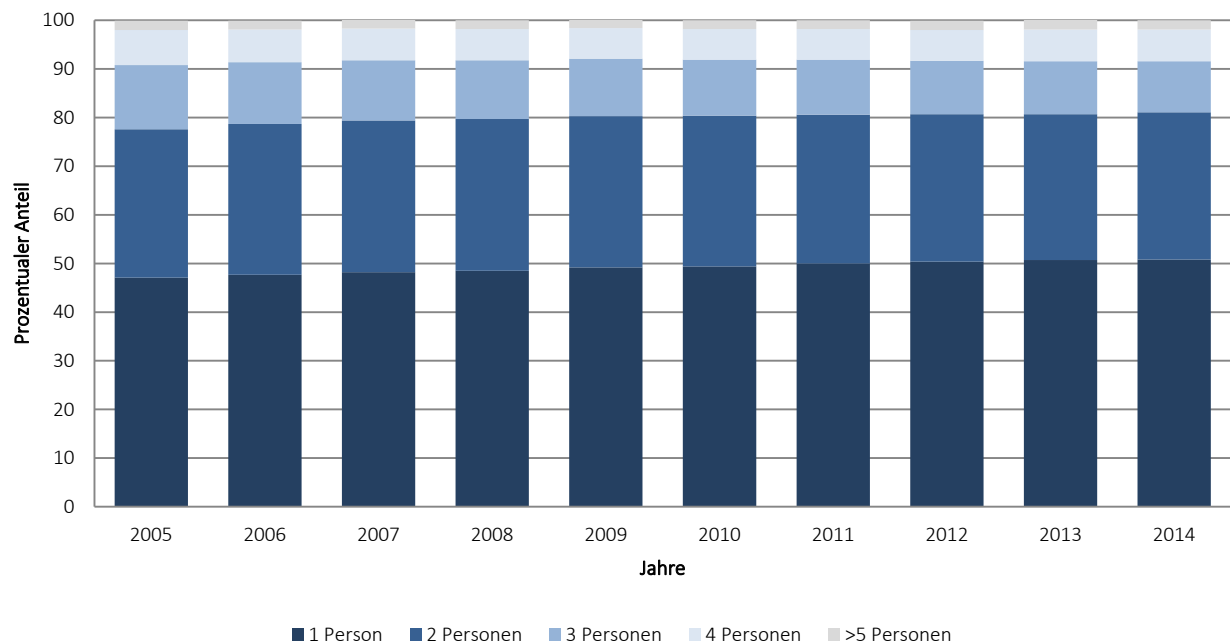


Abbildung 6: Prozentualer Anteil der Haushalte nach Haushaltsgrößen

Quelle: Kommunale Statistikstelle Dresden, 2015

Tabelle 6: Verteilung der Haushaltsgrößen in den Ortsämtern einschließlich Ortsämter Dresdens in 2014

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015

*prozentualer Anteil an allen Ein- bzw. Mehrpersonenhaushalte für Gesamtstadt

Ortsamt	gesamt	1-Personen-haushalte	%-Anteil an allen 1-Personen-haushalten im OA	2-Personen-haushalte	3-Personen-haushalte	4-Personen-haushalte	5plus-Personen-haushalte	%-Anteil an allen Mehrpersonen-haushalten im OA (ab 3 Pers.)
OA Altstadt	32 344	19 452	10,6	9 451	2 047	1 069	325	60,1
OA Neustadt	28 978	18 117	16,6	6 042	2 556	1 749	514	62,5
OA Pieschen	29 947	16 036	19,3	8 105	3 383	1 900	523	53,5
OA Klotzsche/ nördliche Ortschaften	14 402	5 236	28,6	5 042	2 147	1 484	493	36,3
OA Loschwitz/ OS Schönfeld- Weißig	15 439	5 466	29,4	5 420	2 324	1 678	551	35,4
OA Blasewitz	47 462	23 315	18,8	15 186	4 977	3 164	820	49,1
OA Leuben	20 978	9 595	19,2	7 343	2 329	1 345	366	45,7
OA Prohlis	30 398	14 186	19,5	10 257	3 360	1 982	613	46,7
OA Plauen	29 243	14 818	17,6	9 249	2 901	1 753	522	50,7
OA Cotta/ westliche Ortschaften	46 828	24 223	19,1	13 645	5 161	2 981	818	51,7
Dresden ge- samt	296 019	150 444	18,8*	89 740	31 185	19 105	5 545	50,8*

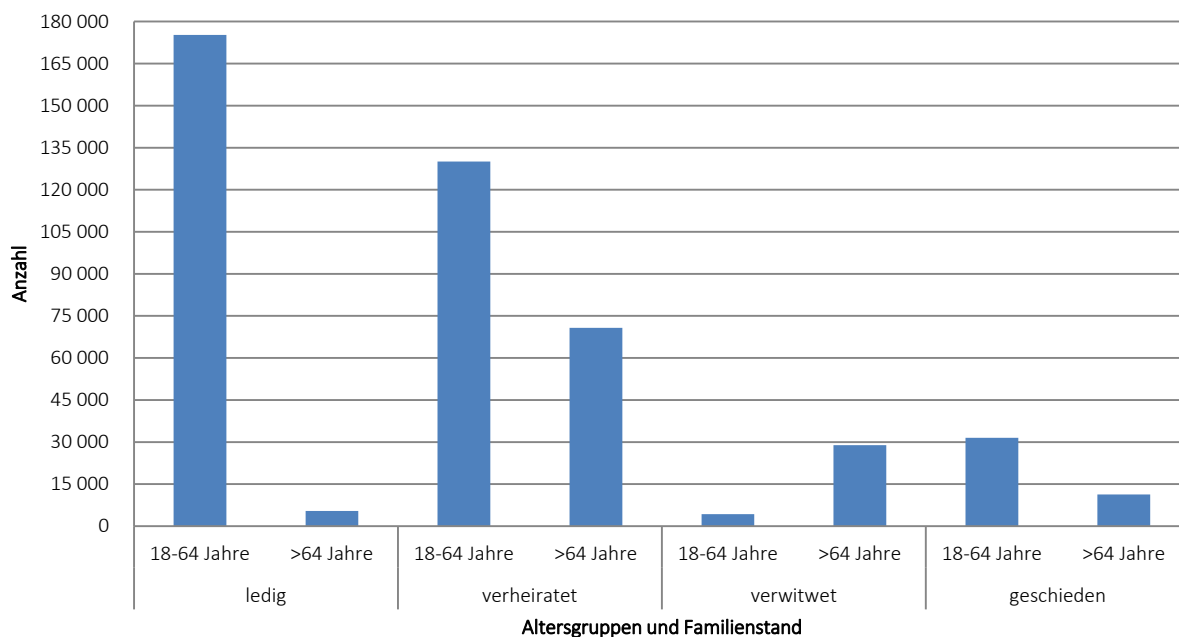


Abbildung 7: Einwohner in Dresden nach Familienstand
Quelle: Kommunale Statistikstelle Dresden, 2015

In 2014 wurden in Dresden 150 444 Einpersonenhaushalte registriert. Die große Zahl der Einpersonenhaushalte deckt sich im Wesentlichen mit der Verteilung der Personen nach dem Familienstand. Der hohe Anteil lediger Personen in der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen untermauert nochmals die 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, 2015, siehe Abbildung 7).

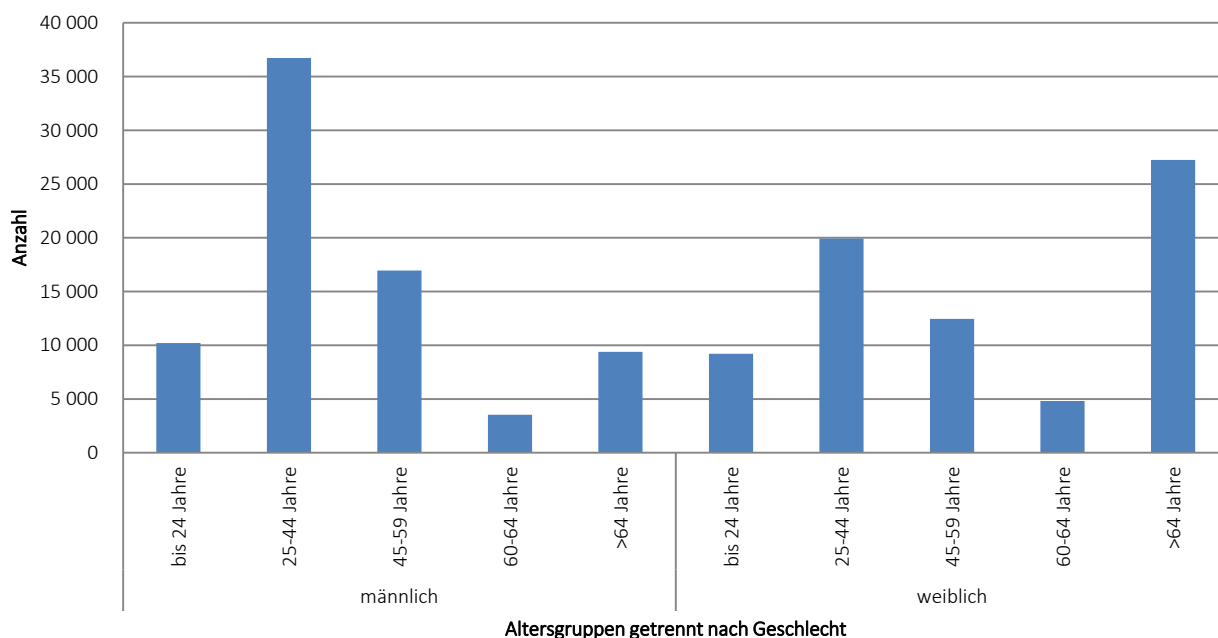


Abbildung 8: Verteilung der Einwohner auf Einpersonenhaushalte nach Alter und Geschlecht in Dresden
Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015 (Stand: 31.12.2014)

Vor allem Männer im jungen und mittleren Lebensalter leben in Einpersonenhaushalten (etwa 37 000). In den späteren Lebensjahren betrifft dies eher Frauen. Hier steigt die Zahl bei Frauen ab dem 65. Lebensjahr auf mehr als 27 000, während die Anzahl bei Männern gleicher Altersgruppe etwa 9 000 beträgt.

1.5 Geburtenentwicklung

Wie auch in den vergangenen Jahren setzt sich die positive Geburtenentwicklung in Dresden fort. Die derzeitigen Zahlen, aber auch die Prognose bilden die Basis für die Ausrichtung der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik sowie der Stadtentwicklung für die kommenden Jahre. Zum wiederholten Mal ist die Landeshauptstadt Dresden im Vergleich der 15 deutschen Großstädte mit mehr als 400 000 Einwohnern auf Spitzenplätzen gelandet. Während bundesweit Lebensformen mit Kindern immer seltener werden, bestand 2006 in Dresden erstmals seit mehr als 15 Jahren wieder ein positiver Saldo der natürlichen Bevölkerungsentwicklung. Das heißt, die Zahl der Geburten war höher als die Zahl der Sterbefälle (siehe Abbildung 9). Der Geburtenüberschuss von über 1 100 war 2011 so hoch wie seit Jahren nicht mehr. In 2012 und 2013 verringerte sich der Saldo auf 967 bzw. 799 Personen.

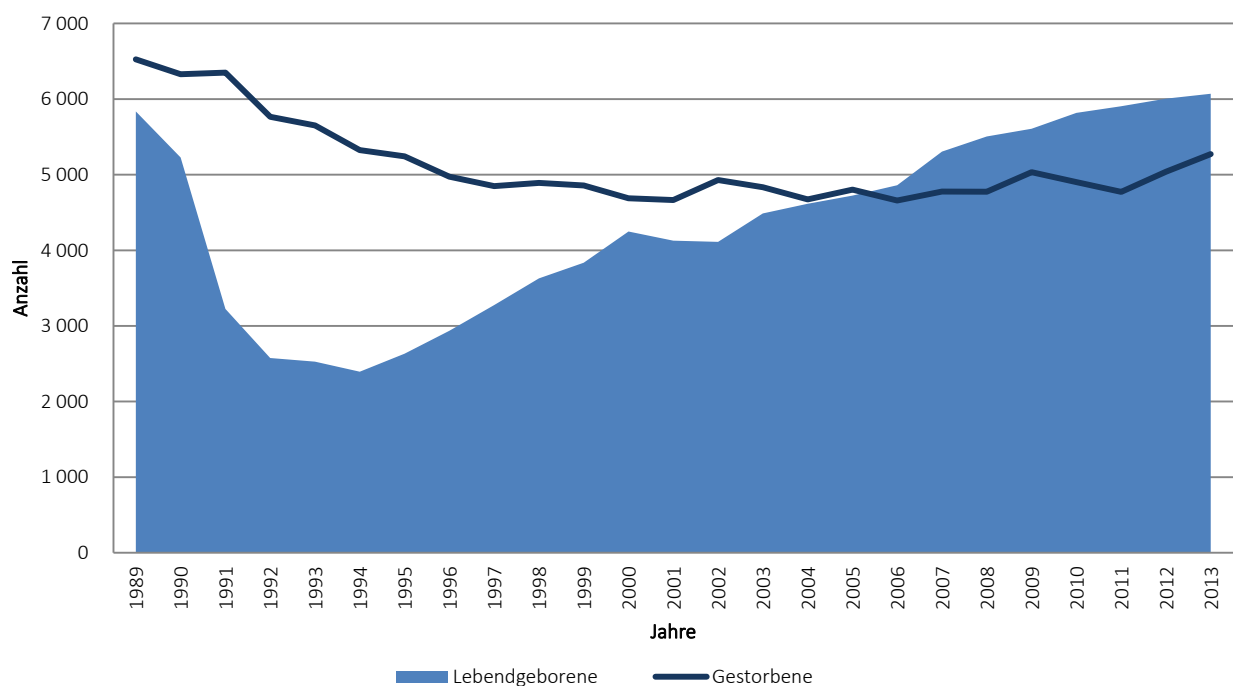


Abbildung 9: Lebendgeborene und Gestorbene seit 1989

Quelle: Kommunale Statistikstelle Dresden, 2015c

Seit Anfang der 1980er Jahre war die Zahl der Geburten zurückgegangen. Wie in Abbildung 9 ersichtlich, ging in den ersten Jahren nach der Deutschen Einheit die Geburtenzahl von 5 838 Kindern in 1989 auf 2 396 Kindern in 1994 um mehr als die Hälfte zurück. Erst Mitte der 1990er Jahre stieg sie wieder an. In den letzten Jahren hat die Zahl der Geburten stetig zugenommen (siehe Abbildung 10).

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. In 2012 belegte die Landeshauptstadt Dresden mit 6 007 Lebendgeborenen den ersten Platz im Ranking der deutschen Großstädte. Die zusammengefasste Geburtenziffer lag 2012 bei 1,51 Kindern pro Frau, ähnlich wie auch im darauffolgenden Jahr 2013 mit 1,52 Kindern pro Frau. Im Großstadtvergleich, d. h. Großstädte über 400 000 Einwohner, belegte Dresden den ersten Platz bei der zusammengefassten Geburtenziffer. Städte wie Stuttgart oder Köln bildeten mit 1,23 bzw. 1,27 Kindern je 1 000 Frauen die letzten Plätze im Ranking. Die absolute Anzahl lebendgeborener Kinder im Jahr 2013 betrug in Dresden 6 072 Kinder. Davon waren 48 Prozent Mädchen (2 936) und 52 Prozent Jungen (3 136). Der überwiegende Anteil der Eltern ist unverheiratet. Etwa 41 Prozent der Eltern zum Zeitpunkt der Geburt leben in einer Ehe.

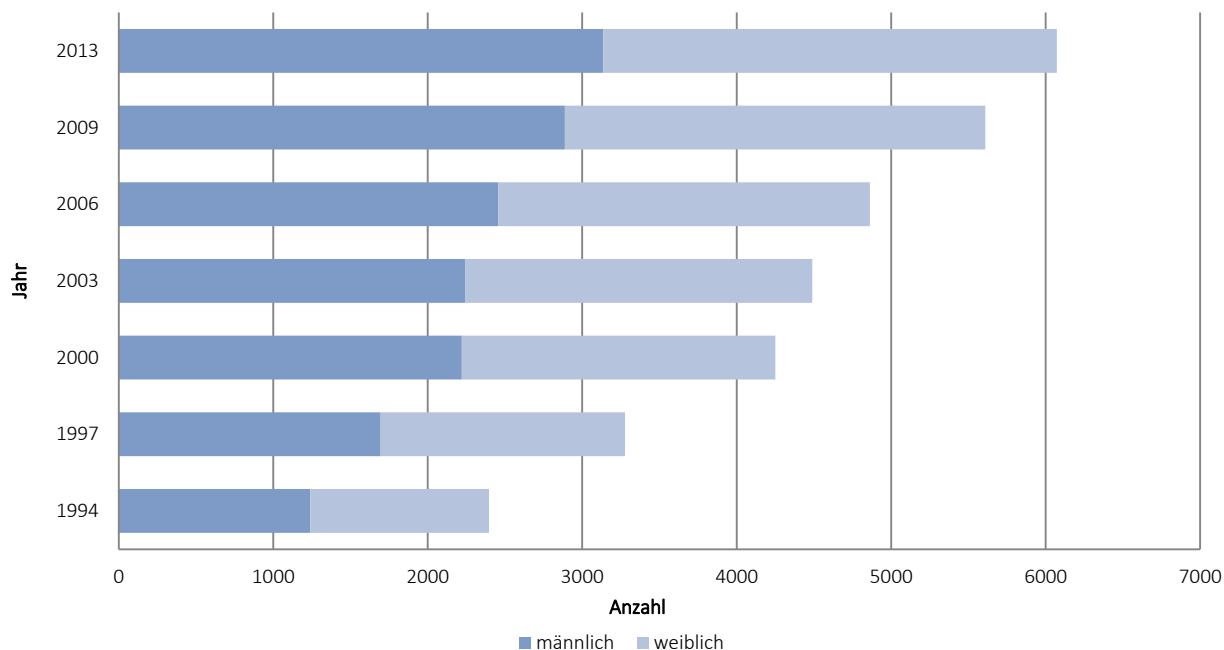


Abbildung 10: Geburtenentwicklung seit 1994
Quelle: Kommunale Statistikstelle Dresden, 2014

Das Durchschnittsalter der Dresdner Mütter stieg dabei seit 1980 kontinuierlich an. Mittlerweile liegt es bei 31,2 Jahren (Kommunale Statistikstelle, 2014; 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. In 2012 lag das Durchschnittsalter der Mütter in der BRD bei 30,7 Jahren. Das erste Kind gebären die Frauen mit etwa 29 Jahren, das zweite Kind mit etwa 31 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2014).

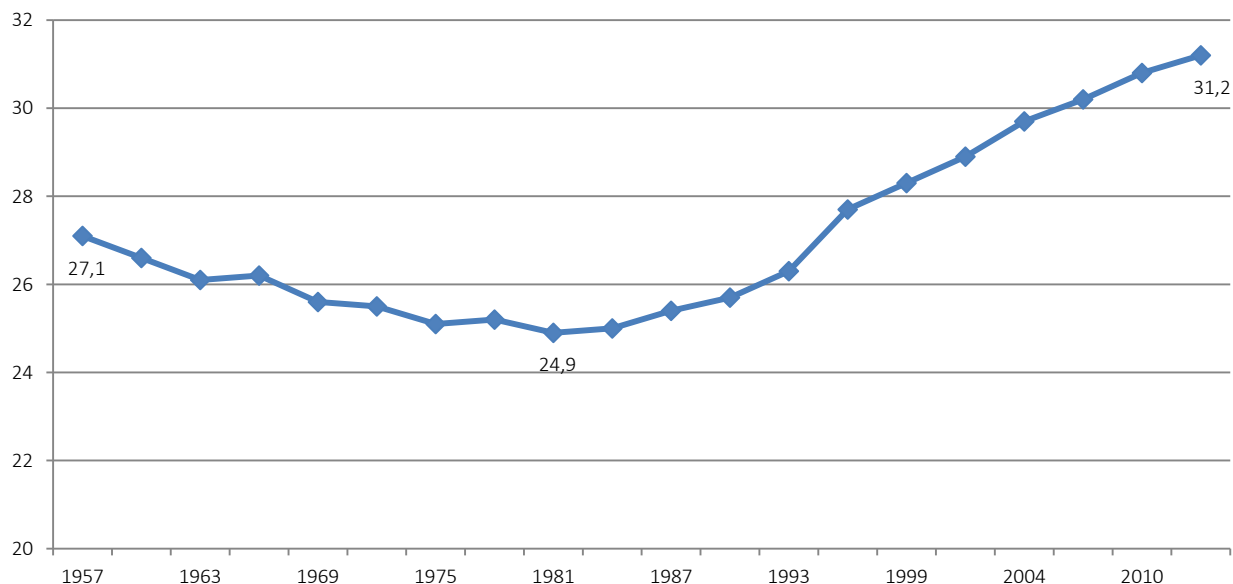


Abbildung 11: Durchschnittsalter* der Mütter von 1957 bis 2013
Quelle: Kommunale Statistikstelle Dresden, 2014

*Das Durchschnittsalter betrachtet jeweils das Alter der Mütter, in dem das Kind geboren wird (sowohl erstes Kind wie auch weitere Kinder).

In 2013 erfolgten mit 5 282 etwa 85 Prozent aller Geburten bei Frauen zwischen dem 25. und 36. Lebensjahr. Zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr brachten 808 Mütter ein Kind zur Welt. Zudem gab es 13 Mütter, die unter 18 Jahren ein Kind gebarten.

In der Kommunalen Bürgerumfrage 2014 wurde danach gefragt, wie viele Kinder sich die Befragten (noch) wünschen. Bei 38 Prozent der Befragten besteht kein Kinderwunsch. Bei den 16- bis 24-Jährigen sowie 25- bis 34-Jährigen besteht der Wunsch von durchschnittlich zwei Kindern (Kommunale Statistikstelle, 2015c). Dies entspricht fast der notwendigen Zahl für eine ausgewogene Bevölkerungsentwicklung. Zwischen Frauen und Männern gibt es dabei kaum Unterschiede.

Zu der Frage, wie viel Kinder noch gewünscht werden, gaben 37 Prozent an noch ein Kind bzw. 49 Prozent noch zwei Kinder und 12 Prozent noch drei Kinder. Auffällig ist, dass der Kinderwunsch zwischen den Stadträumen zwischen 1,4 in Briesnitz/westliche Ortschaften und 2,1 in der Südvorstadt/Zschernitz variiert.

Der Wunsch nach einem bzw. mehreren Kindern geht dabei sowohl auf städtischer wie auch bundesdeutscher oder europäischer Ebene nicht konform mit der tatsächlichen Geburtenrate. Laut Eurobarometer von 2006 entsprach der Kinderwunsch in Deutschland mit 2,1 Kindern in etwa der der anderen europäischen Länder (ausgenommen Österreich hier deutlich geringer und Finnland, wobei hier deutlich höher), allerdings war die Geburtenrate pro Frau in 2006 in Deutschland lediglich 1,3 Kinder pro gebärfähiger Frau (Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2015).

1.6 Ausländerinnen und Ausländer

Die Zuwanderung von ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern 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 4. Quartal des Jahres 2014, bei einer Gesamtzahl von 27 796 Ausländern und Ausländerinnen, 5,1 Prozent. Dieser Anteil hat sich damit zwischen 1990 (etwa 1,7 Prozent) und 2014 verdreifacht (Kommunale Statistikstelle, 2015).

Infolge der hohen Zahl Geflüchteter kamen auch in 2014 sowie 2015 Menschen nach Dresden, die um Asyl baten. Dresden erhielt als Erstzuweisungen seit Januar 2015 bis einschließlich 14. Dezember insgesamt 3 495 Menschen (Landeshauptstadt Dresden, 2015). Die Menschen stammen aus folgenden Hauptherkunftsländern: Syrien (903), Afghanistan (431), Pakistan (337), Irak (315) und Kosovo (226) (Landeshauptstadt Dresden, 2015).

Ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger sind über das gesamte Stadtgebiet verteilt. 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. Hier beträgt der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer den Stadtteilen Südvorstadt Ost 22,8 Prozent und Südvorstadt West 12,4 Prozent zum Stichtag 31.3.2015 (Kommunale Statistikstelle, 2015d). Dagegen liegt der Ausländeranteil beispielsweise in den Stadtteilen Altfranken/Gompitz, Schönfeld/Schullwitz oder Niedersedlitz bei etwa 1 Prozent zum Stichtag 31.3.2015.

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 fachspezifischen Planungen, wie z. B. zur Kindertagesbetreuung, Schulentwicklung und für das Integrierte Stadtentwicklungskonzept. Die Prognoseannahmen werden in einer ämterübergreifenden Arbeitsgruppe abgestimmt. Innerstädtische Entwicklungen werden dabei berücksichtigt und bewertet.

Folgende Annahmen legt die Kommunale Statistikstelle der Prognose zugrunde (Kommunale Statistikstelle, 2014a):

Die zusammengefasste Geburtenziffer, die im Jahr 2011 über 1,5 betrug, wird voraussichtlich konstant bleiben. Das Durchschnittsalter der Mütter wird auf etwa durchschnittlich 32 Jahre ansteigen und danach weiterhin konstant bleiben.

Hinsichtlich der Sterblichkeit wird bis 2030 ein weiterer Anstieg der Lebenserwartung bei Frauen auf 87 Jahre und bei Männern auf 82,7 Jahre angenommen.

Zuzüge aus dem Umland sind deutlich in den letzten Jahren zurückgegangen und Wegzüge ins Umland haben zugenommen. Daraus entstand ein negativer Wanderungssaldo. Menschen, die aus den alten Bundesländern nach Dresden ziehen, sind hauptsächlich Studierende.

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. Angenommen wird, dass die im Prognosejahr relativ zahlreichen Zuzüge aus dem Ausland bis zum Jahr 2020 stetig zurück gehen und sich bei reichlich 7 000 jährlich einpendeln. Der Wanderungssaldo ist auf Grund geringerer Fortzüge in das Ausland nur kurzzeitig um das Jahr 2020 negativ und danach wieder deutlich positiv.

Mit diesen Annahmen wächst die Dresdner Bevölkerung bis zum Jahr 2029/2030 auf etwa 585 000 Einwohner an.

In Dresden werden im Jahr 2030 16 800 Kinder unter 3 Jahren leben. Bei den 3- bis 5-Jährigen und 6- bis 14-Jährigen werden es im selben Jahr voraussichtlich 16 800 Kinder bzw. 49 900 sein (Kommunale Statistikstelle, 2014a). Gleichzeitig wird auch in Dresden, der Anteil der Älteren zunehmen: Die Zahl der Dresdnerinnen und Dresdner im Rentenalter steigt bis 2030 um 14 400 auf dann 129 900. Stark zurückgehen wird bis 2025 die Zahl der jungen Erwachsenen, die geburtenschwachen 1990er Jahre haben dann diese Altersgruppe erreicht. Die Zahl der Haushalte wird in den nächsten Jahren steigen, weitgehend parallel mit der Einwohnerzahl. Wobei der Anstieg der Einpersonenhaushalte zwischen 2015 und 2030 mit etwa 4 Prozent prognostiziert wird, während bei den Haushalten mit fünf und mehr Personen voraussichtlich ein Zuwachs von 15 Prozent zu erwarten ist.

1.8 Zusammenfassung

Dresden kann auf einen stetigen Bevölkerungszuwachs aufgrund eines positiven Wanderungssaldo wie auch aufgrund steigender Geburtenraten zurückblicken.

Die meisten Dresdnerinnen und Dresdner leben im Stadtraum des Ortsamtes Blasewitz (86 197 Einwohner und Einwohnerinnen), die wenigsten im Stadtraum des Ortsamtes Klotzsche/nördliche Ortschaften (30 439 Einwohnerinnen und Einwohner).

Der demographische Wandel ist auch in Dresden zum Tragen gekommen. In 2013 betrug der Anteil der über 50-Jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung etwa 39 Prozent. Das sind im Vergleich zu 2010 etwa 2-Prozentpunkte mehr.

Die Ortsämter mit dem höchsten Durchschnittsalter sind Altstadt (47,5 Jahre) und Leuben (46,8 Jahre). Das geringste Durchschnittsalter wird in Dresden für das Ortsamt Neustadt (35,2 Jahre) und Pieschen (39,4 Jahre) angegeben.

Mehr als die Hälfte der Dresdner Bürgerinnen und Bürger befinden sich im erwerbsfähigen Alter, d. h. zwischen dem 27. und 64. Lebensjahr. Im Rentenalter sind 22 Prozent der Dresdner Bevölkerung.

Das Durchschnittsalter in Dresden liegt derzeit bei 43 Jahren (Stand 31.12.2014). Es hat sich seit 2000 kontinuierlich erhöht, bleibt allerdings aufgrund der positiv wachsenden Geburtenzahlen seit 2005 bei 43,1 Jahren konstant. Damit liegt Dresden unter dem sächsischen Altersdurchschnitt von 46,7 Jahren sowie unter dem bundesdeutschen Altersdurchschnitt von 44,3 Jahren.

Die Anzahl der Gesamthaushalte in Dresden ist steigend. Die Anzahl der Einpersonenhaushalte nimmt in Dresden weiter zu, sie nehmen mit insgesamt 150 444 Haushalten stadtweit einen Anteil von mehr als 50 Prozent ein.

Mehrpersonenhaushalte, d. h. Haushalte mit 3 und mehr Personen, befinden sich zu je etwa 29 Prozent (aller Haushalte in den jeweiligen Ortsämtern) in den Ortsämtern Klotzsche/nördliche Ortschaften bzw. Loschwitz/OS Schönfeld-Weißig.

Einpersonenhaushalte sind vornehmlich im stadtinternen Vergleich in der Neustadt (62 Prozent aller Haushalte in OA Neustadt), Altstadt (60 Prozent aller Haushalte in OA Altstadt) und in Pieschen (53 Prozent aller Haushalte in OA Pieschen) zu finden.

Im Jahr 2010 wurden in Dresden mehr als 5 800 Kinder geboren, das heißt, 1,54 Kinder pro Frau. Das ist ein Anstieg im Vergleich zum Jahr 2003 mit einer Fertilitätsziffer von 1,33 geborenen Kindern pro Frau. In 2012 belegte die Landeshauptstadt Dresden mit 6 007 Lebendgeborenen den ersten Platz im Ranking der deutschen Großstädte.

Das Durchschnittsalter der Dresdner Mütter stieg seit 1980 kontinuierlich an. Mittlerweile liegt es bei 31,2 Jahren

Der Ausländeranteil in Dresden betrug im 4. Quartal des Jahres 2014, bei einer Gesamtzahl von 27 796 Ausländern und Ausländerinnen, 5,1 Prozent.

Prognosen zufolge wächst die Dresdner Bevölkerung bis zum Jahr 2029/2030 auf etwa 585 000 Einwohnerinnen und Einwohnern an.

2. Gesundheitszustand

2.1 Einleitung

Die Leistungsfähigkeit einer Gesellschaft ist abhängig vom Gesundheitszustand ihrer Bürgerinnen und Bürger. Menschen, die sich gesund und wohl fühlen, nehmen aktiv am gesellschaftlichen Leben teil. Dies fördert sowohl wirtschaftliches wie auch soziales Wachstum. Daher sind z. B. der Anteil von chronischen Erkrankungen in der Bevölkerung sowie das Vorhandensein von gesundheitlichen Unterschieden zwischen Sozialschichten, Indikatoren zur Beschreibung der gesundheitlichen wie auch wirtschaftlichen Lage einer Gesellschaft. Gesundheit ist damit nicht nur individuelles, sondern auch gesellschaftspolitisches Anliegen.

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation in Deutschland kann auf die Ergebnisse der bundesdeutschen repräsentativen Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“ des Robert Koch-Instituts zurückgegriffen werden. Die zentralen Aussagen lassen sich wie folgt zusammenfassen (Robert-Koch-Institut, 2014, S. 7ff):

Der allgemeine Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung ist als gut zu bewerten. Das heißt, dass 69 Prozent der Frauen und 72 Prozent der Männer bewerten ihre Gesundheit als sehr gut oder gut (Robert-Koch-Institut, 2014, S. 7). Im Vergleich zu 2003 schätzen 2012 Frauen ab dem 65. Lebensjahr ihre Gesundheit besser ein; bei den Männern gleichen Alters gibt es keine wesentliche Änderung.

Dennoch treten chronische Krankheiten relativ häufig in der Bevölkerung auf. So sind „...rund 20 Prozent der unter 30-jährigen Frauen und 18 Prozent der gleichaltrigen Männer von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen. Bei den ab 65-Jährigen sind es 58 Prozent der Frauen und 55 Prozent der Männer“ (Robert-Koch-Institut, 2014, S. 7). Im Alter ab 65 Jahren leidet fast jede fünfte Frau und jeder fünfte Mann unter Diabetes mellitus (Robert-Koch-Institut, 2014, S. 8). Ebenso spielen Muskel- und Skeletterkrankungen (wie z. B. Arthrose oder Osteoporose) insbesondere bei Frauen eine bedeutende Rolle für den Gesundheitszustand. Die koronare Herzerkrankung ist dagegen bei Männern deutlich häufiger ausgeprägt. „Ein Zehntel der Bevölkerung leidet unter psychischen Belastungen“ (Robert-Koch-Institut, 2014, S. 7). Dabei sind vor allem mittlere Altersgruppen und Frauen von psychischen Belastungen beeinträchtigt. Asthmaerkrankungen haben in allen Altersgruppen zugenommen (Robert-Koch-Institut, 2014, S. 8).

Etwa ein Zehntel der Bevölkerung ist gesundheitlich erheblich eingeschränkt. Unter gesundheitlichen Einschränkungen leiden insbesondere Menschen mit niedrigen Bildungsabschlüssen (Robert-Koch-Institut, 2014). Etwa 9 Prozent der Menschen zwischen 45 und 65 Jahren sind häufig oder langfristig erkrankt (Robert-Koch-Institut, 2014).

„Die Unfallrate ist bei jungen Männern am höchsten...“, d. h. etwa 20 Prozent der Männer „...zwischen 18 und 29 Jahren erlitten innerhalb eines Jahres einen Unfall, der ärztlich behandelt werden musste“ (Robert-Koch-Institut, 2014, S. 7).

Die GEDA-Studie trifft ebenfalls Aussagen zu ausgewählten Einflussfaktoren auf die Gesundheit. So sind Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie hoher Blutdruck (25 Prozent der Bevölkerung), erhöhte Blutfettwerte (20 Prozent der Bevölkerung) oder Fettleibigkeit (etwa ein Sechstel der Bevölkerung) stark verbreitet. Positiv zu berichten ist ein Anstieg des Anteils an Sporttreibenden in der Bevölkerung auf etwa zwei Drittel. Während ein weiterer Rückgang der Raucherquote bei beiden Geschlechtern zu verzeichnen ist, ist der Alkoholkonsum kritisch zu bewerten. So trinken ein Fünftel der Frauen und ein Drittel der Männer zu viel Alkohol (Robert-Koch-Institut, 2014, S. 8).

In der zielgruppenspezifischen Betrachtung des deutschen Gesundheitszustandes kommt das Robert-Koch-Institut zu den Erkenntnissen, dass sowohl Alters-, Geschlechts- wie auch Bildungseffekte einen Einfluss auf Gesundheit haben und auch regionale Unterschiede existieren.

In den folgenden Abschnitten wird die gesundheitliche Lage der Dresdner Bevölkerung anhand von Daten zum subjektiven Gesundheitszustand, dem Wohlbefinden wie auch anhand der Krankenhauseinweisungen beschrieben.

2.2 Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden

Die subjektive Gesundheit ist die Selbsteinschätzung des eigenen Befindens. Auf kommunaler Ebene ist dieser Wert besonders für gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen von großer Bedeutung. Zudem ist die Erfassung der subjektiven Gesundheit wichtiger als Daten, welche die objektive Gesundheit (d. h. diagnostizierte Erkrankung) widerspiegeln (Robert-Koch-Institut, 2006).

Dies wird durch den Sachverhalt verdeutlicht, dass sich das eigene Gesundheitsempfinden stark auf das Gesundheitsverhalten auswirkt. Oft ist daher 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 weniger beeinträchtigt.

In Dresden wird im Rahmen der Kommunalen Bürgerumfrage regelmäßig die Bewertung des Gesundheitszustandes und des Wohlbefindens mittels des folgenden Items abgefragt: „Wie beurteilen Sie gegenwärtig ihren Gesundheitszustand bzw. ihr Wohlbefinden?“. Die Befragten haben die Möglichkeit zwischen den Antwortkategorien „gut“, „einigermaßen zufriedenstellend“ bzw. „schlecht“ zu wählen (Kommunale Statistikstelle, 2015c). Die aktuellen Werte stammen aus den Umfrageergebnissen von 2014. Im Vergleich zu vorangegangenen Kommunalen Bürgerumfragen ist im Zeitverlauf eine leichte Verschlechterung zu beobachten. 2014 schätzten 55 Prozent der Befragten ihren Gesundheitszustand als gut ein, 39 Prozent als einigermaßen zufriedenstellend und nur 6 Prozent bewerten ihn als schlecht. Dabei hat sich der Anteil „einigermaßen zufriedenstellend“ um 10 Prozent erhöht, während der Anteil „gut“ sich entsprechend verringerte.

Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen nur geringfügig. 54 Prozent der Frauen und 56 Prozent der Männer bewerteten ihren Gesundheitszustand als „gut“ und weitere 40 Prozent der Frauen sowie 38 Männer als „zufriedenstellend“ (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Mit Blick auf verschiedene Altersgruppen wird deutlich, dass die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand mit zunehmendem Alter abnimmt. Auffällig bleibt, dass die Befragten ihren Gesundheitszustand ab 75 Jahren überwiegend „schlecht“ bewerten (Kommunale Statistikstelle, 2015c; Abbildung 12).

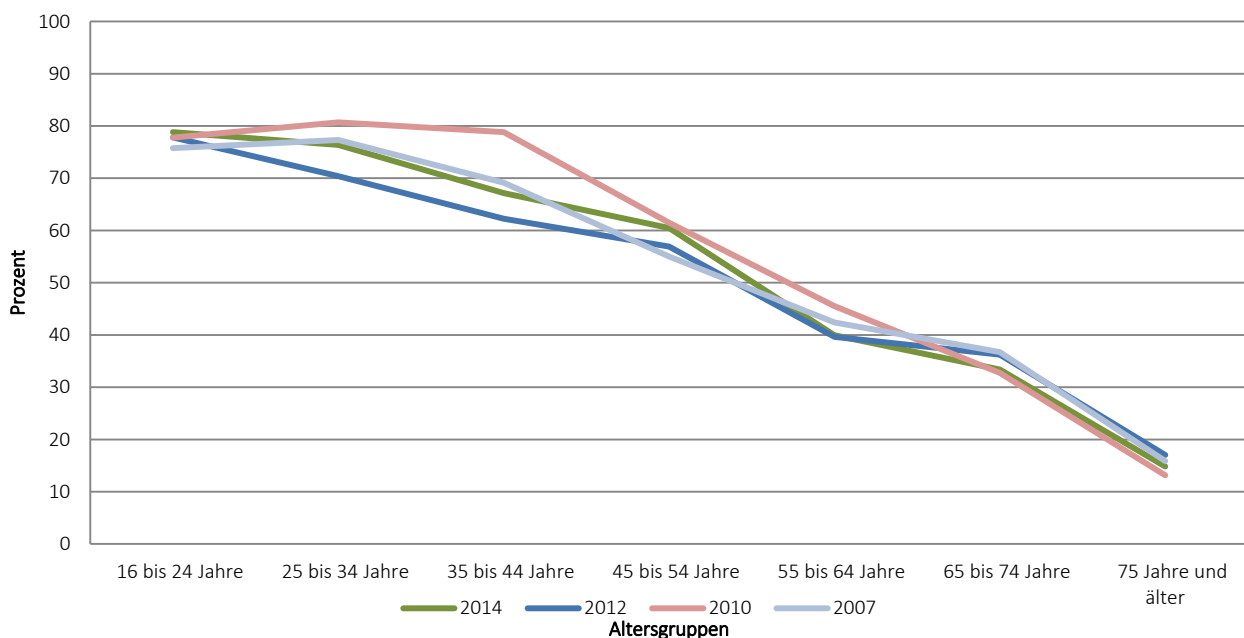


Abbildung 12: Subjektiver Gesundheitszustand nach Altersgruppen - nur Angabe "gut"

Quellen: Kommunale Statistikstelle, 2015c; 2013; 2011; 2008

Weiterhin wurden die Bürgerinnen und Bürger hinsichtlich ihres Wohlbefindens befragt. 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 fühlen sich überwiegend viele Dresdnerinnen und Dresdner wohl (siehe Abbildung 13). 56 Prozent gaben an, sich wohl zu fühlen, 41 Prozent fühlten sich zumindest noch einigermaßen wohl. Auffällig ist, dass im Vergleich zu 2010 das Wohlbefinden deutlich höher war. Über Ursachen kann lediglich spekuliert werden. Wie auch bei der Frage zum Gesundheitszustand, bewerteten Frauen ihr Wohlbefinden geringfügig schlechter als Männer. Mit zunehmendem Alter nimmt das Wohlbefinden ab. Es zeigte sich zudem, dass in höheren Einkommensklassen ein höherer Anteil Menschen ein gutes Wohlbefinden aufwiesen. 78 Prozent derjenigen, die ein Äquivalenzeinkommen von mehr als 2 500 € besitzen, haben ein gutes Wohlbefinden, während dies nur für 45 Prozent der Haushalte mit geringem Einkommen (maximal 1 000 € monatlich) zutrifft. Werden Studierende in dieser unteren Einkommensgruppe ausgeklammert, so verringert sich der Anteil sogar auf 38 Prozent (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

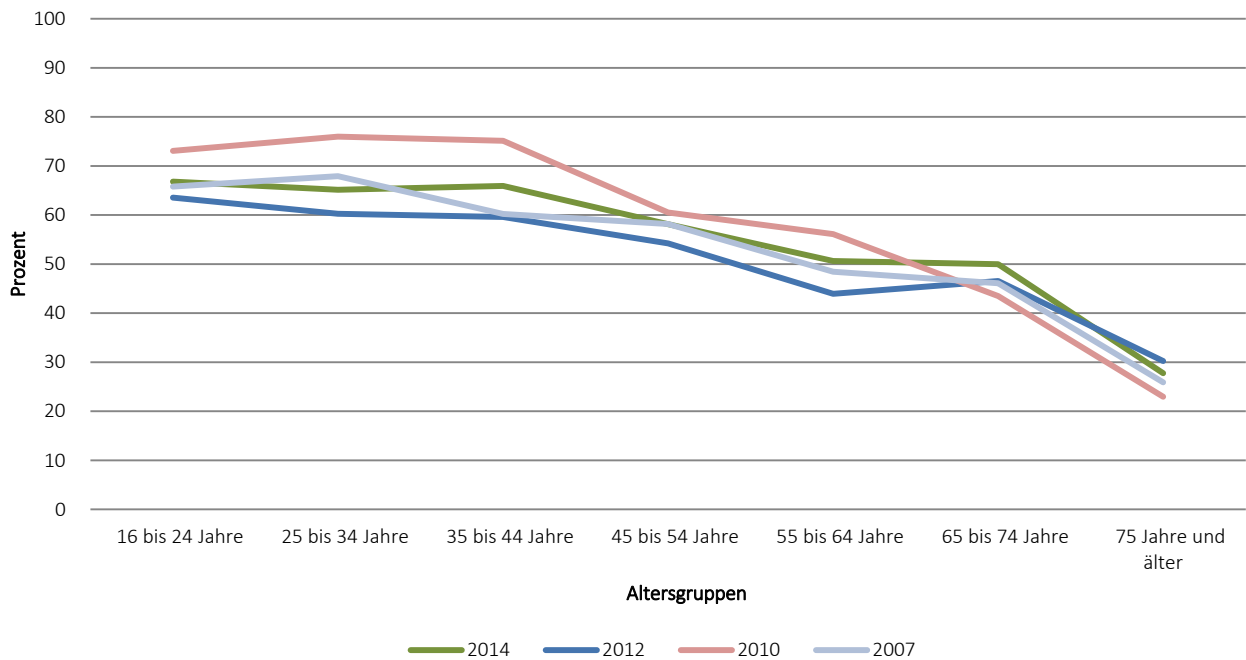


Abbildung 13: Subjektives Wohlbefinden nach Altersgruppen - nur Angabe "gut"

Quellen: Kommunale Statistikstelle, 2015c; 2013; 2011; 2008

Der Blick auf einzelne Dresdner Stadträume zeigt deutliche Differenzen in der Bewertung des subjektiven Gesundheitszustandes (siehe Abbildung 14). Der Stadtraum mit der höchsten Bewertung des subjektiven Gesundheitszustandes bildet die Äußere und Innere Neustadt. Die Bürgerinnen und Bürger dieses Stadtraumes bewerteten ihren Gesundheitszustand zu 72 Prozent mit gut, hingegen in Prohlis und Reick nur 30 Prozent dieser Ansicht waren. Auch beim Wohlbefinden lassen sich Stadtraumunterschiede erkennen (Kommunale Statistikstelle, 2015c; siehe Abbildung 15).

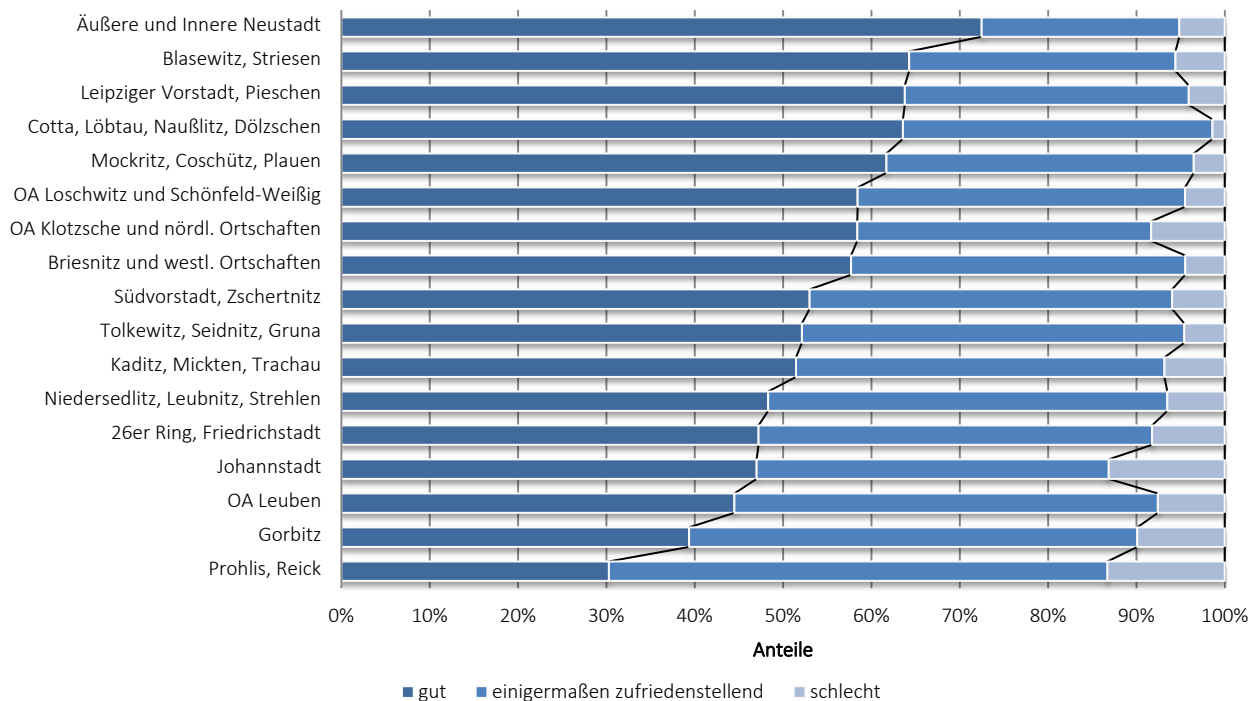


Abbildung 14: Bewertung des subjektiven Gesundheitszustandes nach Stadträumen

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

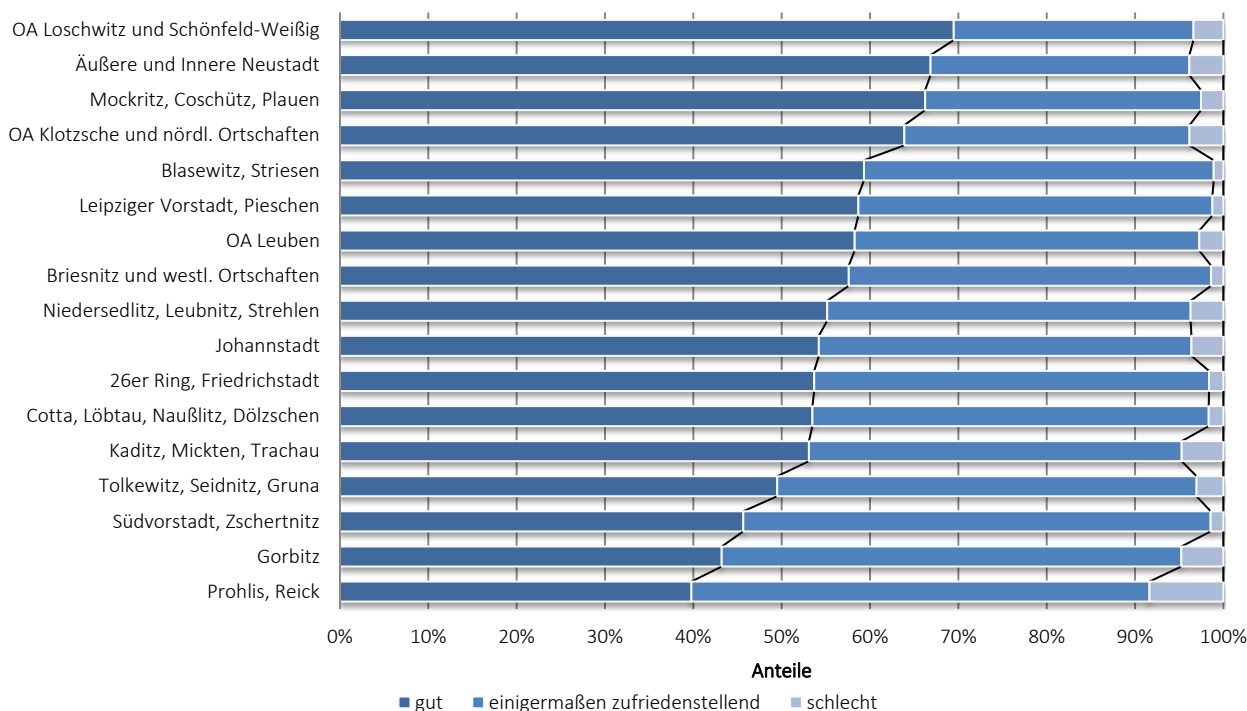


Abbildung 15: Bewertung des subjektiven Wohlbefindens nach Stadträumen

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

Eine weitere Frage der Kommunalen Bürgerumfrage 2014 zielte auf die Ursachen für die Beeinträchtigungen der eigenen Gesundheit und des Wohlbefindens ab (Kommunale Statistikstelle, 2015c; Abbildung 16). Die Befragten (N=2 134) konnten mit drei gesetzten Kreuzen verschiedene Aspekte auswählen (ohne Mehrfachnennung bzw. Gewichtung), welche ihrer Meinung nach am stärksten die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden beeinträchtigen. Dabei kam es zu 6 075 Nennungen, wodurch formal vier Hauptaspekte identifiziert werden konnten. Am häufigsten genannt wurde Stress im Beruf, gefolgt von Lärm, möglichen Schadstoffen in Lebensmitteln und die finanzielle Situation. Die wahrgenommene Beeinträchtigung durch die finanzielle Situation und Arbeitslosigkeit hat seit 2010 stetig nachgelassen. Dagegen werden zunehmend Umweltfaktoren, wie Lärm oder Luftverschmutzung, ein negativer Einfluss auf die Gesundheit beigemessen. Welche Faktoren als gesundheitsbeeinträchtigend empfunden werden, ist auch eine Frage des Geschlechts. So sehen Frauen eher in sozialen Aspekten, wie Alleinsein oder Konflikten in der Familie, negative Einflüsse auf deren Gesundheit. Von Männern werden vor allem Stress im Beruf und berufliche Unsicherheit als Beeinträchtigung der Gesundheit genannt. Bei den meisten Beeinträchtigungen gibt es auffällige Zusammenhänge mit dem Alter der befragten Personen. Typische mit dem Alter abnehmende Beeinträchtigungen sind z. B.: finanzielle Situation, berufliche Unsicherheit, fehlende Sportstätten sowie Partnerschaftsprobleme. Dahingegen nehmen mit steigendem Alter die Beeinträchtigungen z. B. durch Lärm, Unfallgefahr im Straßenverkehr sowie Übergewicht zu. Alleinsein sowie Eintönigkeit im täglichen Leben werden im Gegensatz dazu, zum einen bei jungen Erwachsenen und zum anderen bei Menschen ab 75 Jahren besonders häufig genannt (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Bezogen auf die Summe der Teilnehmer im jeweiligen Stadtraum, sahen die Bewohner im Ortsamt Leuben, Stress im Beruf als besonders beeinträchtigend an. Im Bereich Lärm ist das Ortsamt 26er Ring und Friedrichstadt, nach Ansicht der Befragten, besonders stark belastet. Im Ortsamt Gorbitz sehen die Bewohner besonders die Beeinträchtigung durch die finanzielle Situation. Unter den Befragten hatten die Aspekte Alkohol, Arbeitslosigkeit und Partnerschaftsprobleme eher einen gering beeinträchtigten Stellenwert. Jedoch konnten auch hier Stadträume identifiziert werden, welche (wieder gemessen an den Befragten pro Ortsamt) starke Beeinträchtigungen empfanden. Der Aspekt Alkohol beeinträchtigt vor allem die Bewohnerinnen und Bewohner im Stadtraum der Äußeren und Inneren Neustadt. Im Bereich der Arbeitslosigkeit sahen sich besonders die Menschen in der Johannstadt stärker belastet. Der Faktor Partnerschaftsprobleme wurde in der Südvorstadt und in Zscherntitz als besonders beeinträchtigend empfunden. Als sonstige Beeinträchtigungen gaben die Dresdner Bürgerinnen und Bürger z. B. Privatleben, chronische Krankheiten, Bewegungsmangel, Verhalten von Mitmenschen oder das Alter an (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

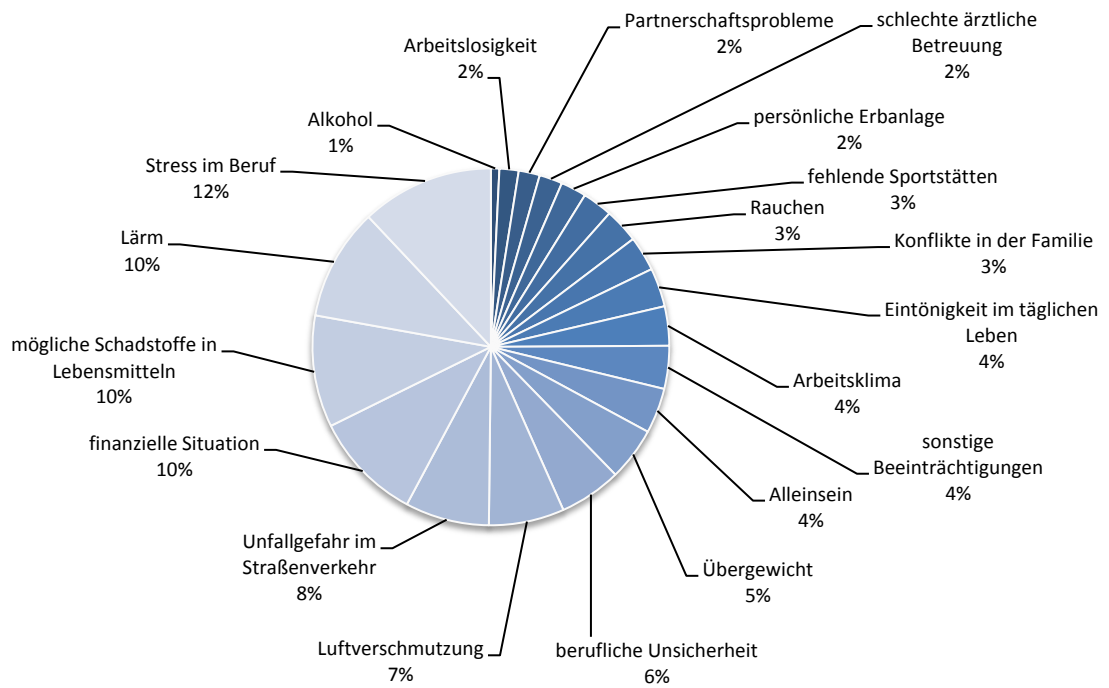


Abbildung 16: Beeinträchtigende Faktoren der eigenen Gesundheit und des Wohlbefindens
 Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

2.3 Häufigste Diagnosen

Um den Gesundheitszustand der Dresdner Bürgerinnen und Bürger beschreiben zu können, sind Daten zur Verteilung von Diagnosen sowohl aus der ambulanten wie auch der stationären Versorgung erforderlich. Für die Verteilung der Diagnosen in der ambulanten Versorgung stehen der Landeshauptstadt Dresden keine Daten zur Verfügung. Daher werden ausschließlich Daten aus der stationären Versorgung (Statistisches Landesamt, 2014) betrachtet, was ein eingeschränktes Bild des Gesundheitszustandes zur Folge hat.

Im folgenden Abschnitt sollen die drei häufigsten Ursachen anhand der Hauptdiagnosen für eine stationäre Behandlung alters- wie auch geschlechtsspezifisch beschrieben werden (siehe die folgenden Tabellen). Zu beachten gilt, dass sich diese Daten auf die Patientinnen und Patienten beziehen, die bundesweit stationär behandelt wurden und deren Hauptwohnsitz die Landeshauptstadt Dresden ist. Betrachtet man die stationär behandelten Patienten mit Wohnort in Dresden im Jahr 2012 alters- und geschlechtsdifferenziert, so ergibt sich folgendes Bild:

Eines der häufigsten Gründe für eine stationäre Behandlung ist in der Altersgruppe der unter 5-Jährigen die Geburt (ICD-Nr. Z38) (siehe Tabelle 7). Im Jahresvergleich zwischen 2005 und 2012 sind diese von 3 106 auf 3 743 gestiegen. In den Altersgruppen der 5 bis 9 Jährigen (mit 104 Fällen) sowie 10- bis 17-Jährigen (mit 108 Fällen) sind stationäre Aufenthalte insbesondere wegen intrakraniellen Verletzungen (ICD-Nr. S06) notwendig (siehe Tabelle 7). Dies hat sich über die Jahre 2000, 2005 sowie 2012 kaum verändert. Als Ursache sind Unfälle und Stürze denkbar. Zudem sind in der Altersgruppe der 10- bis 17-Jährigen relativ häufig eine akute bzw. sonstige Appendizitis der Grund für eine stationäre Aufnahme.

Tabelle 7: Die drei häufigsten Ursachen anhand der Hauptdiagnosen* der stationär behandelten Patienten nach Altersgruppen „unter 5 Jahre“; „5 bis unter 10 Jahre“; „10 bis unter 18 Jahre“; Behandlungsort Deutschland, Hauptwohnsitz Dresden

Quelle: Statistisches Landesamt, 2014

*Diagnosen laut ICD-Erläuterung (siehe Seite 27)

	Altersgruppen					
		unter 5 Jahre		5 bis unter 10 Jahre		10 bis unter 18 Jahre
insgesamt in 2000	G47	252	S06	110	K35	266
	A08	243	J35	101	S06	249
	J35	217	G40	44	S52	126
insgesamt in 2005	Z38	3.106	S06	127	S06	157
	S06	254	J35	83	K36	107
	P07	242	S52	47	K35	97
männlich 2012	Z38	1.896	S06	104	S06	108
	S06	217	J35	50	S52	44
	P70	210	G40	32	K35	41
weiblich 2012	Z38	1.847	S06	88	S06	66
	S06	215	J35	49	F43	59
	P07	172	G40	21	K36	34
insgesamt in 2012	Z38	3.743	S06	192	S06	174
	S06	432	J35	99	F43	95
	P07	362	G40	53	K35	73

In der Altersgruppe der 18- bis 39-Jährigen sind geschlechtsspezifische Unterschiede zu beobachten (siehe Tabelle 8). An erster Stelle für eine stationäre Aufnahme stehen bei den Männern psychische Störungen und Verhaltensstörungen aufgrund von Alkoholkonsum (ICD-Nr. F10) mit mehr als 500 Behandlungsfällen sowohl in 2000, 2005 als auch 2012. In 2012 sind zudem 230 Behandlungsfälle bei den Frauen der Altersgruppe zu beobachten. An zweiter Stelle der häufigsten Krankheitsursachen bei den Männern in 2012 sind psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch (ICD-Nr. F19). Die Frauen dieser Altersgruppe sind am häufigsten aufgrund von Diagnosen, die im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt (ICD-Nr. O70, O68, O42) stehen, in stationärer Behandlung.

In der Altersgruppe der 40- bis unter 50-Jährigen verändert sich das Bild (siehe Tabelle 8). Die häufigsten stationären Behandlungsfälle in den Jahren 2000, 2005 und 2012 waren psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-Nr. F10). In 2000 waren dies insgesamt über 500 Fälle, in 2005 sogar 700 Behandlungsfälle und in 2012 mehr als 600. Bei den Männern dieser Altersgruppe sind psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-Nr. F10) in 2012 die häufigste Krankheitsursache einer stationären Behandlung mit 452 Fällen. Bei den 40- bis 49-jährigen Frauen steht dies mit 153 Behandlungsfällen an zweiter Stelle, gefolgt von Brustkrebs mit 110 Behandlungsfällen (ICD-Nr. C50).

Eine ähnliche Verteilung zeigt sich in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen (siehe Tabelle 8). Platz 1 der häufigsten Behandlungsfälle (insgesamt) sind sowohl 2005 wie auch 2012 mit 431 bzw. 623 Fällen psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-Nr. F10). 2000 lag diese Diagnose mit insgesamt 257 Fällen noch auf Platz 3 der häufigsten Krankheitsursachen. Geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen dahingehend, dass Brustkrebs (ICD-Nr. C50) bei den Frauen dieser Altersgruppe in 2012 als häufigste Krankheitsursache mit 158 Fällen gilt (6. Rangplatz insgesamt), während dies bei den Männern die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-Nr. F10) mit über 500 Fällen. Im Vergleich der Jahre 2000 und 2005 ist Brustkrebs (ICD-Nr. C50) insgesamt die zweithäufigste Diagnose in 2000 (345 Fälle) und 2005 (192 Fälle).

Tabelle 8: Die drei häufigsten Ursachen anhand der Hauptdiagnosen* der stationär behandelten Patienten nach Altersgruppen „18 bis unter 40 Jahre“; „40 bis unter 50 Jahre“; „50 bis unter 60 Jahre“; Behandlungsort Deutschland, Hauptwohnsitz Dresden

Quelle: Statistisches Landesamt, 2014

*Diagnosen laut ICD-Erläuterung (siehe Seite 27)

		Altersgruppen					
		18 bis unter 40 Jahre		40 bis unter 50 Jahre		50 bis unter 60 Jahre	
insgesamt in 2000	O80	2.729	F10	511	I25	574	
	F10	532	D25	294	C50	345	
	O82	411	C50	224	F10	257	
insgesamt in 2005	O70	717	F10	700	F10	431	
	F10	588	D25	231	C50	192	
	O71	566	S82	156	S82	174	
männlich 2012	F10	560	F10	452	F10	501	
	F19	266	K40	101	K40	154	
	S06	257	S06	94	E11	108	
weiblich 2012	O70	836	D25	190	C50	158	
	O68	809	F10	153	K80	124	
	O42	741	C50	110	F10	122	
insgesamt in 2012	O70	836	F10	605	F10	623	
	O68	809	D25	190	K80	190	
	F10	790	S06	140	F33	165	

Im Altersverlauf verändern sich die Krankheitsursachen der stationären Behandlung. Die 60- bis 69-jährigen Dresdnerinnen und Dresdner werden häufig aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen ins Krankenhaus eingewiesen (siehe Tabelle 9). Vorhofflimmern bzw. -flattern (ICD-Nr. I48) sowie Herzinsuffizienz (ICD-Nr. I50) sind mit je 270 Behandlungsfällen die zweit- bzw. dritthäufigsten Ursachen für Krankenhausaufenthalte insgesamt in 2012. Insgesamt stehen an erster Stelle mit über 280 Fällen die Kniearthrosen (ICD-Nr. M17). Bei den Männern dieser Altersgruppe stehen bösartige Neubildungen der Prostata (ICD-Nr. C61) mit 232 Fällen an erster Stelle, gefolgt von 190 Fällen von Leistenbrüchen (ICD-Nr. K40) und an dritter Stelle mit 168 Fällen von Herzinsuffizienz (ICD-Nr. I50). Bei den 60- bis 69-jährigen Frauen sind Kniearthrosen (ICD-Nr. M17) mit 168 Fällen die häufigste Krankheitsursache, wobei bösartige Neubildungen der Brustdrüse (ICD-Nr. C50) mit 161 Behandlungsfällen annähernd gleich häufig sind. An dritter Stelle steht essentielle (primäre) Hypertonie (ICD-Nr. I10) mit 150 weiblichen Behandlungsfällen in 2012. Zu beobachten ist im Jahresvergleich, dass die Behandlungsfälle aufgrund von bösartigen Neubildungen der Brustdrüse (ICD-Nr. C50) in 2000 und 2005 mit etwa je 370 Fällen deutlich höher als 2012 waren. Während in 2000 über 1 100 Behandlungsfälle aufgrund von chronisch-ischämischen Herzerkrankungen (ICD-Nr. I25) stationär aufgenommen wurden, rangiert 2012 diese Krankheitsursache nicht mehr unter den 10 häufigsten sowohl bei der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen wie auch den 70- bis 79-Jährigen.

Mit zunehmendem Alter stiegen in 2012 die absoluten Behandlungsfälle der Herzinsuffizienz (ICD-Nr. I50) von 270 Fällen bei den 60- bis 69-Jährigen, auf 666 Fälle bei den 70- bis 79-Jährigen bis zu mehr als 1 000 Behandlungsfälle bei den über 79-Jährigen (siehe Tabelle 9). Mögliche Risikofaktoren, die die Herzinsuffizienz begünstigen können sein: Rauchen, Alkoholmissbrauch, Diabetes mellitus, Übergewicht sowie erhöhte Blutfettwerte. Dies sind alles Faktoren, die durch einen entsprechenden Lebensstil beeinflusst werden können, um präventiv der Entstehung von Herzinsuffizienz vorzubeugen.

Ebenfalls ist ein altersabhängiger Anstieg der Behandlungsfälle 2012 bei Arthrosen des Kniegelenkes (ICD-Nr. M17) sowie Vorhofflimmern bzw. –flattern (ICD-Nr. I48) zu beobachten. Bei beiden Krankheitsursachen hat sich die Zahl der stationären Behandlungsfälle zwischen den Altersgruppen verdoppelt. Die Zahl der Behandlungsfälle aufgrund von Kniearthrosen beträgt 281 Fälle bei den 60- bis 69-Jährigen und 462 Behandlungsfälle bei den 70- bis 79-Jährigen. Bei den über 79-Jährigen rangiert diese Krankheitsursache nicht mehr unter den 10 häufigsten stationären Behandlungsfällen im Krankenhaus. Die Zahl der Behandlungsfälle aufgrund von Vorhofflimmern bzw. – flattern (ICD-Nr. I48) beträgt 270 Fälle bei den 60- bis 69-Jährigen und 515 Behandlungsfälle bei den 70- bis 79-Jährigen. Ebenso rangiert diese Erkrankung nicht mehr unter den 10 häufigsten Behandlungsfällen bei den über 79-Jährigen.

Die zweithäufigste Ursache einer stationären Behandlung ist bei den 70- bis 79-jährigen Männern mit 275 Fällen eine bösartige Neubildung der Prostata (ICD-Nr. C61). Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (ICD-Nr. C50) rangieren auf Platz 9 der häufigsten Krankheitsursachen bei gleichaltrigen Frauen in 2012.

Bei den über 79-Jährigen ist 2012 Herzinsuffizienz (ICD-Nr. I50) mit über 1 000 Fällen die häufigste Krankheitsursache, die eine stationäre Behandlung erforderlich macht (siehe Tabelle 9). Dies steht bei beiden Geschlechtern an erster Stelle. An zweiter Stelle stehen intrakranielle Verletzungen (ICD-Nr. S06) mit über 700 Behandlungsfällen, gefolgt von Oberschenkelbrüchen (ICD-Nr. S72) mit 568 Behandlungsfällen an dritter Stelle. In 2012 sind 525 Frauen und 189 Männer stationär wegen einer intrakranielle Verletzung (ICD-Nr. S06) behandelt wurden. Die Zahl der Hirninfarkte (ICD-Nr. I63) ist in 2012 mit 401 Fällen (Rangplatz 6) etwa gleich hoch wie 2000 mit 404 Fällen (Rangplatz 3) (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Die drei häufigsten Ursachen anhand der Hauptdiagnosen* der stationär behandelten Patienten nach Altersgruppen „60 bis unter 70 Jahre“; „70 bis unter 80 Jahre“; „80 Jahre und älter“; Behandlungsort Deutschland, Hauptwohnsitz Dresden

Quelle: Statistisches Landesamt, 2014

*Diagnosen laut ICD-Erläuterung (siehe Seite 27)

		Altersgruppen				
		60 bis unter 70 Jahre		70 bis unter 80 Jahre		80 Jahre und älter
insgesamt in 2000	I25	1.141	I25	1.173	I50	478
	C50	368	H25	333	S72	471
	K80	294	I63	332	I63	404
insgesamt in 2005	C50	372	I50	592	I50	765
	I20	366	M17	411	S72	475
	K80	322	I20	398	H25	463
männlich 2012	C61	232	I50	362	I50	404
	K40	190	C61	275	J18	209
	I50	168	I48	228	S06	189
weiblich 2012	M17	168	M17	319	I50	695
	C50	161	I50	304	S06	525
	I10	150	I48	287	S72	459
insgesamt in 2012	M17	281	I50	666	I50	1.099
	I48	270	I48	515	S06	714
	I50	270	M17	462	S72	568

Liste 1: Erläuterung der gelisteten ICD-Nr. in den Tabellen:

A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)
C61	Bösartige Neubildung der Prostata
D25	Leiomyom des Uterus
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch
F33	Rezidivierende depressive Störung
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
G40	Epilepsie
G47	Schlafstörungen
H25	Cataracta senilis
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie
I20	Angina pectoris
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
I50	Herzinsuffizienz
I63	Hirnfarkt
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandeln
K35	Akute Appendizitis
K36	Sonstige Appendizitis
K40	Hernia inguinales
K80	Cholelithiasis
M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)
O42	Vorzeitiger Blasensprung
O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress
O70	Dammriss unter der Geburt
O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt
O80	Spontangeburt eines Einlings
O82	Geburt eines Einlings d. Schnittentbindung (Sectio caesarea)
P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer
P70	Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels
S06	Intrakranielle Verletzung
S52	Fraktur des Unterarmes
S72	Fraktur des Femurs
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschl. des oberen Sprunggelenkes
Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort

2.4 Transportmittelunfälle und sonstige Unfälle

Statistisch erfasste Straßenverkehrsunfälle sind Unfälle, bei denen infolge des Fahrverkehrs auf öffentlichen Wegen und Plätzen Personen verletzt oder getötet wurden, Sachschaden verursacht wurde sowie die Polizei herangezogen wurde. Die Straßenverkehrsunfälle werden nach der Schwere der Unfallfolgen unterschieden. Unfälle mit Personenschaden sind Unfälle, bei denen Personen getötet bzw. schwer oder leicht verletzt wurden. Dabei wird nur der schwerwiegendere Personenschaden statistisch erfasst. Es kann daher vorkommen, dass bei einem Unfall mit Personenschaden „schwerverletzt“ (diese Kategorie wird statistisch erfasst) auch Leichtverletzte beteiligt waren. Für die statistische Aufbereitung sind demnach auch die Verunglückten von Interesse. Als Verunglückte zählen Personen, die beim Unfall verletzt oder getötet wurden. Getötete Personen sind bei einem Unfall oder innerhalb von 30 Tagen an den Unfallfolgen verstorben, schwerverletzte Personen waren unmittelbar zur stationären Behandlung (für mindestens 24 Stunden) in einem Krankenhaus aufgenommen und Leichtverletzte sind alle übrigen Verletzten. Die Zahl für tödlich Verunglückte oder Verletzte weisen auf die gesundheits- bzw. lebensgefährdenden Auswirkungen von Straßenunfällen hin. Der Tod im Straßenverkehr gilt als vermeidbare Todesursache (Statistisches Landesamt, 2015).

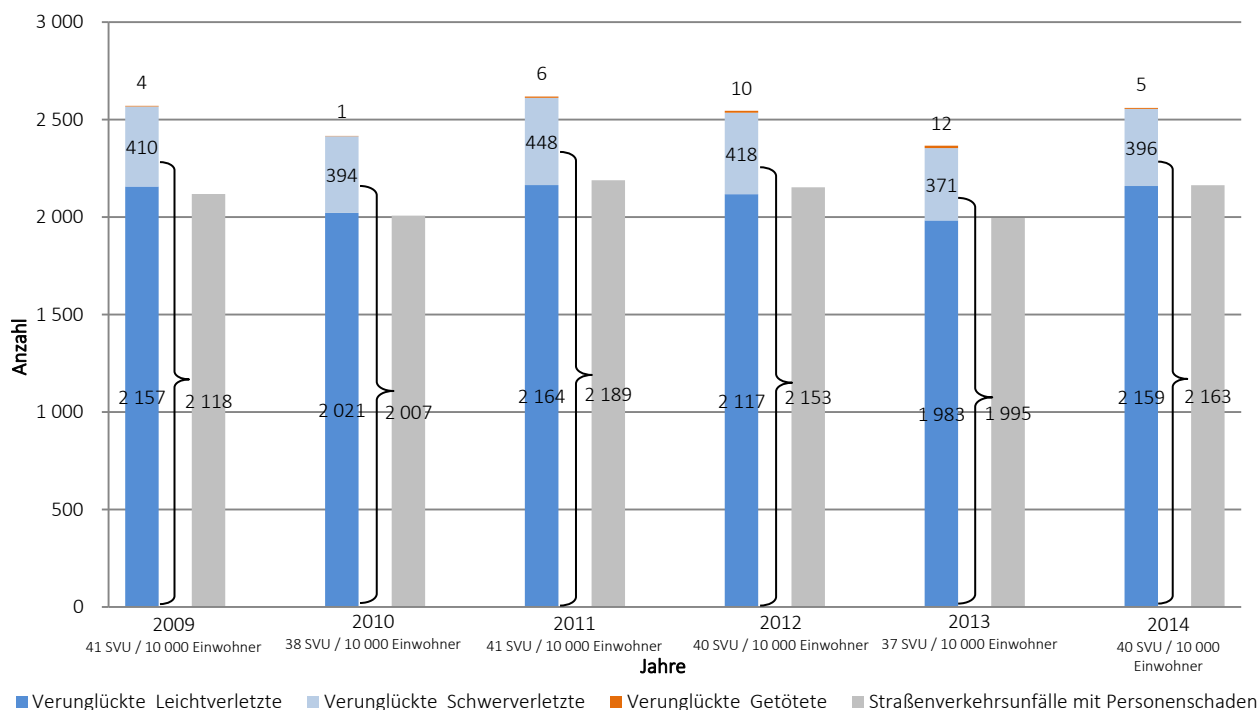


Abbildung 17: Verunglückte nach Schweregrad/Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden (SVU) Dresden innerorts
Quelle: Statistisches Landesamt, 2015

Es ist erkennbar, dass die Zahl der Verunglückten im Dresdener Straßenverkehr Schwankungen unterliegen, sich jedoch nahezu konstant seit 2009 verhalten (siehe Abbildung 17). Gleiches gilt für die Straßenverkehrsunfälle mit Personenschäden und das Verhältnis derer, auf je 10 000 Einwohner.

Bezugnehmend auf den gesundheitlichen Fokus, werden folgend die Straßenverkehrsunfälle hinsichtlich der Verkehrstüchtigkeit analysiert (siehe Abbildung 18). Diese umfassen Unfälle durch Alkoholeinfluss, Einfluss berauschender Mittel (z. B. Drogen), Übermüdung und sonstige körperliche und geistige Mängel. Der Alkoholeinfluss hat einen erheblich großen Anteil an allen Unfällen im Bereich der Störung der Verkehrstüchtigkeit. Seit vielen Jahren ist dieser konstant hoch. Auffällig ist die Zunahme der Unfälle durch Einfluss berauschender Mittel. Nahezu konstant verhalten sich Unfälle durch Übermüdung und sonstige körperliche und geistige Mängel.

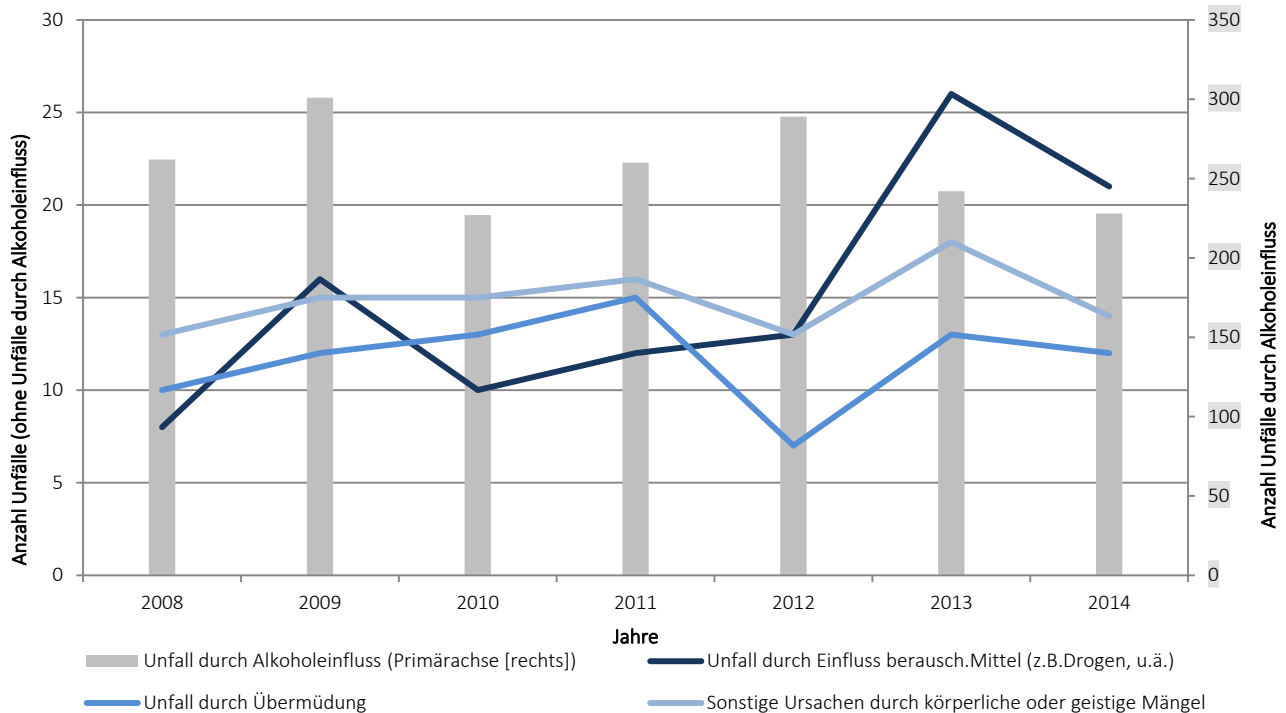


Abbildung 18: Straßenverkehrsunfälle durch Störung der Verkehrstüchtigkeit in Dresden
Quelle: Statistisches Landesamt, 2015

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 Störungen 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.

Für einen Vergleich der Todesursachen werden die Kapitel der ICD-Klassifikation verwendet. Grundlage bilden die Todesbescheinigungen, welche die Todesursache bestätigt. Im Jahr 2013 verstarben in Dresden 5 273 Personen. Damit stieg die Zahl der Gestorbenen, gegenüber dem Vorjahr, um 4,6 Prozent an. Grund hierfür, ist der höhere Anteil älterer Menschen an der Dresdner Bevölkerung. Die häufigste Todesursache war auch im Jahr 2013 eine Erkrankung des Kreislaufsystems (Kapitel IX) (siehe Tabelle 10). Deren Anteil an den gesamten Todesursachen lag bei 41,2 Prozent. Bei einem Viertel aller Sterbefälle wurde eine Neubildung (Kapitel II) als Todesursache festgestellt. Krankheiten des Atmungssystems (Kapitel X) waren bei 5,9 Prozent der Gestorbenen die Todesursache. 4,9 Prozent aller Verstorbenen erlagen im Jahr 2013 einer nichtnatürlichen Todesursache (Kapitel XIX).

An Krankheiten des Verdauungssystems (Kapitel XI) verstarben 2013 insgesamt 252 Personen, was einem Anteil von 4,8 Prozent entspricht. Infolge von Kreislauferkrankungen starben insbesondere ältere Menschen. 95,8 Prozent der Verstorbenen waren 65 Jahre und älter. Die wichtigste spezifische Todesursachengruppe war dabei die der ischämischen Herzkrankheiten (970 Sterbefälle), darunter insbesondere der akute sowie der rezidivierende Myokardinfarkt mit insgesamt 383 Gestorbenen. An Krebserkrankungen (Bösartige Neubildungen) – der bedeutendsten Todesursache in den mittleren Jahren (40 bis 65 Jahre) – verstarben insgesamt 285 Personen. Bei Männern waren die bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane (218 Verstorbenen) und der Atmungsorgane (141 Verstorbenen) die häufigste Krebsart. Bei den Frauen waren neben der Gruppe der bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane (213 Verstorbenen), die bösartigen Neubildungen der Brustdrüse (87 Verstorbenen), die häufigsten Krebsarten. Bei 262 gestorbenen Personen wurde im Jahr 2013 ein Unfall, Suizid oder eine vorsätzliche Handlung als Todesursache ermittelt. In 94 Fällen wurde ein Sturz als Todesursache festgestellt und ist damit die am häufigsten vorkommende Unfallart, gefolgt von den häuslichen Unfällen (78 Verstorbenen) und den vorsätzlichen Selbstbeschädigungen (78 Verstorbenen) (Statistisches Landesamt, 2015a).

Tabelle 10: Anzahl der Gestorbenen in Dresden 2013 nach Kapiteln der ICD-Klassifikation

Quelle: Statistisches Landesamt, 2015a

Kapitelname	insgesamt	weiblich	männlich
Krankheiten des Kreislaufsystems (Kapitel-Nr. IX)	2 175	1 263	912
Neubildungen (Kapitel-Nr. II)	1326	615	711
Krankheiten des Atmungssystems (Kapitel-Nr. X)	315	135	180
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (Kapitel-Nr. XIX)	262	107	155
Krankheiten des Verdauungssystems (Kapitel-Nr. XI)	252	127	125
Psychische und Verhaltensstörungen (Kapitel-Nr. V)	226	142	84
Krankheiten des Nervensystems (Kapitel-Nr. VI)	186	90	96
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (Kapitel-Nr. XVIII)	166	72	94
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Kapitel-Nr. IV)	143	94	49
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (Kapitel-Nr. I)	96	57	39
Krankheiten des Urogenitalsystems (Kapitel-Nr. XIV)	68	39	29
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (Kapitel-Nr. XIII)	28	18	10
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen Beteiligungen des Immunsystems (Kapitel-Nr. III)	14	12	<5
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (Kapitel-Nr. XVI)	7	<5	<5
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Kapitel-Nr. XVII)	7	<5	<5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (Kapitel-Nr. XII)	<5	<5	0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (Kapitel-Nr. XV)	<5	<5	0
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (Kapitel-Nr. VII)	0	0	0
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (Kapitel-Nr. VIII)	0	0	0

Vermeidbare Sterbefälle sind ausgewählte Todesursachen, bei denen angenommen wird, dass sie durch angemessene Krankheitsprävention oder Therapie hätten vermieden werden können. Hierbei liegt, bezogen auf die Diagnose, die Betrachtung auf bestimmten Altersgruppen. Derzeit existieren unterschiedliche Ansätze hinsichtlich der Definition „Vermeidbare Sterblichkeit“. Betrachtungsgrundlage in diesem Bericht, ist die Definition nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, welche sich im Wesentlichen nach dem Konzept des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen richtet (Robert-Koch-Institut, 2011).

Tabelle 11: Vermeidbare Todesfälle in absoluten Zahlen Dresden 2013

Quelle: Statistisches Landesamt, 2015a

Krankheit ICD Altersspanne	2007		2008		2009		2010		2012		2013	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Säuglingssterbefälle (alle Krankheiten)												
alle Krankheiten	5	5	9	<5	10	<5	7	10	<5	<5	5	7
Alter: unter 1 Jahr												
Tuberkulose												
ICD: A15 - A19	0	0	0	0	0	0	0	<5	0	0	<5	0
Alter: 5 bis 64 Jahre												
bösartige Neubildungen des Gebärmutterhalses												
ICD: C53	0	9	0	5	0	<5	0	6	0	13	0	7
Alter: 5 bis 64 Jahre												
Hypertonie												
ICD: I10 - I15	5	0	5	<5	<5	<5	5	<5	5	<5	8	<5
Alter: 5 - 64 Jahre												
Zerebrovaskuläre Krankheiten												
ICD: I50 - I69	11	6	10	7	17	7	10	6	11	9	15	7
Alter: 5 bis 64 Jahre												
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett												
ICD: O00 - O99	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<5
Alter: 15 bis 49 Jahre												

Für Dresden konnten in sechs Krankheitsbereichen Daten erfasst werden (siehe Tabelle 11). Nach der Definition des Bundes, sind zudem fünf weitere Diagnosen bzw. Ursachen als vermeidbare Sterblichkeit anzusehen. Für diese standen jedoch keine detaillierten kommunalen Daten zur Verfügung. Die fehlenden Indikatoren sind: Folgezustände durch Tuberkulose (ICD-Nr. B90); Hodgkin-Krankheiten (ICD-Nr. C81); chronische rheumatische Herzkrankheiten (ICD-Nr. I05-I09); Krankheiten der Appendix (ICD-Nr. K35 - K38); Gallensteine, Gallenblase- und Gallengangentzündung (ICD-Nr. K80 - K83) (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2015).

Bei 241 gestorbenen Personen wurde im Jahr 2014 eine Verletzung, Vergiftung und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen als Todesursache ermittelt (ICD Kapitel XIX). Im Kapitel XX - Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität - wurden 340 Fälle gezählt (siehe Tabelle 12) (Statistisches Landesamt, 2015a).

Tabelle 12: Gestorbene Personen nach Äußerer Ursachen von Morbidität und Mortalität (ICD Kapitel XX) in Dresden

Quelle: Statistisches Landesamt, 2015a

Transportmittelunfälle	Stürze	Unfall durch Ertrinken und Untergehen	Vorsätzliche Selbstschädigung	Tätlicher Angriff	Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt sind	Arbeits-/Schulunfall	Verkehrsunfall	Häuslicher Unfall	Sport-/Spielunfall	sonst. Unfall
15	84	<5	67	<5	19	< 5	14	81	< 5	56

Eine besondere Form der vermeidbaren Sterbefälle sind Suizide. Die Zahl der Suizide in Dresden ist kontinuierlich von 1980 bis 2010 gesunken (Statistisches Landesamt, 2015a). Im Jahr 2008 hatte diese ihren Tiefstand erreicht, 2009 ist jedoch ein Anstieg zu verzeichnen. Insgesamt begangen 2014 in Dresden 67 Menschen Suizid. Davon waren 49 männlich und 18 weiblich. Die Suizidrate bei Männern liegt im Durchschnitt höher als bei den Frauen. Dies entspricht auch den bundesdeutschen Zahlen (Robert-Koch-Institut, 2014a; Statistisches Landesamt, 2015a).

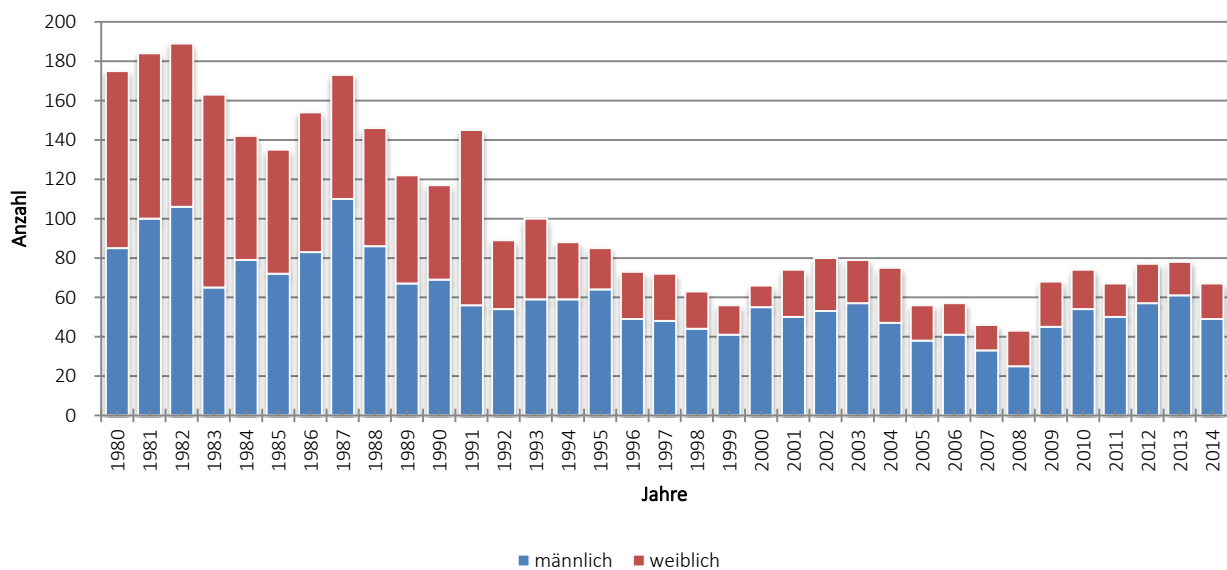


Abbildung 19: Vorsätzliche Selbstbeschädigung in Dresden

Quelle: Statistisches Landesamt, 2015a

Abschließend wird an dieser Stelle die Säuglingssterblichkeit betrachtet. Diese gibt an, wie viele Kinder im ersten Lebensjahr, bezogen auf 1 000 Lebendgeborene, gestorben sind. Es ist ein wichtiges Maß für den allgemeinen Lebensstandard und die Qualität in der medizinischen Versorgung (Robert-Koch-Institut, 2015). 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. Während die Säuglingssterblichkeit in den 1960er Jahren in Deutschland noch deutlich höher war als in den meisten westlichen Industrieländern, konnte diese ab den 1970er Jahren infolge von verstärkter Prävention wie die Inanspruchnahme von Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen, Schwangerenbetreuung und verbesserter Früherkennung von Krankheiten im Säuglingsalter zu sinken (Robert-Koch-Institut, 2006). Inzwischen zählt der bundesweite Durchschnitt von 3,3 Todesfällen pro 1 000 Lebendgeburten (2013) zu den niedrigsten Raten in der Europäischen Union (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2015a).

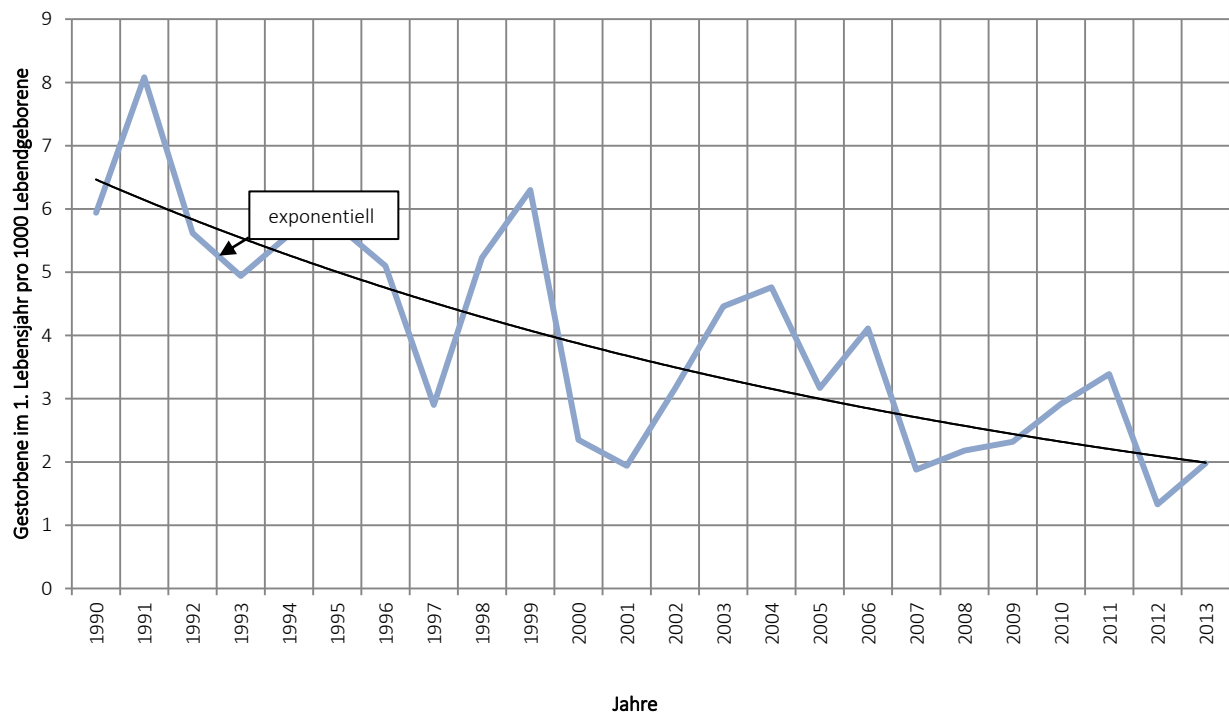


Abbildung 20: Säuglingssterblichkeit in Dresden von 1990 - 2013

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2014d

In Dresden lag die Säuglingssterblichkeit im Jahr 2013 mit 1,98 pro 1 000 Lebendgeborene noch deutlich unter dem bundesdeutschen Durchschnitt. Wie in Abbildung 20 zu sehen ist, ist zwischen 1990 und 2013 die absolute Säuglingssterblichkeit weiter gesunken (Kommunale Statistikstelle, 2014d).

2.6 Menschen mit schweren Behinderungen

Von einer Behinderung im Sinne des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) 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“ (§ 2 Abs. 1, SGB IX). Als Menschen mit schwerer Behinderung werden Personen eingestuft, die einen Behinderungsgrad von mindestens 50 haben.

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 2014 waren in Dresden insgesamt 78 883 Menschen mit Behinderung registriert. Darunter befanden sich 54 724 Personen mit einer schweren Behinderung. Während in den jungen Lebensjahren Menschen eher selten von einer schweren Behinderung betroffen sind, steigt der Anteil im höheren Lebensalter an (siehe Abbildung 21). Laut Daten der Kommunalen Statistikstelle sind über ein Viertel (29,9 Prozent) der Menschen mit schwerer Behinderung 65 Jahre und älter (Kommunale Statistikstelle, 2015e). Der Anteil der schwerbehinderten Menschen, welche in der Landeshauptstadt leben, ist in den vergangenen Jahren stetig gestiegen. Gründe hierfür könnten in der immer älter werdenden Bevölkerung liegen bzw. auch daran, dass Personen mit einer Behinderung eher in Ballungszentren ziehen, die ein spezialisiertes Versorgungssystem aufweisen.

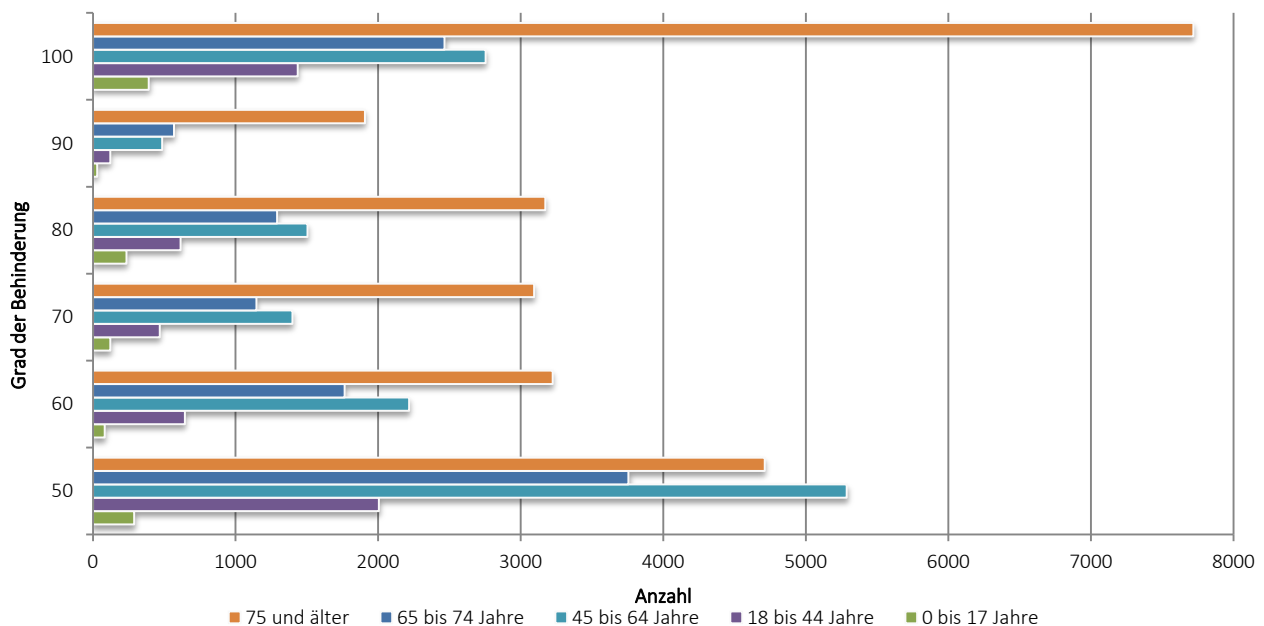


Abbildung 21: Schwerbehinderte nach Altersgruppen in Dresden von 2014

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015e

Für weitere Informationen wird an dieser Stelle auf den Bericht zur „Situation von Menschen mit Behinderungen der Landeshauptstadt Dresden“ und auf den „Tätigkeitsbericht der Beauftragten für Menschen mit Behinderungen“ verwiesen.

2.7 Zusammenfassung

Der subjektive Gesundheitszustand sowie individuelles Wohlbefinden wird überwiegend als „gut“ bewertet. Mit steigendem Alter nehmen das subjektive Wohlbefinden und der subjektive Gesundheitszustand ab.

Im Zeitverlauf ist bei der Einschätzung des Gesundheitszustandes seit 2010 eine leichte Verschlechterung zu beobachten.

In der Einschätzung der eigenen Gesundheit und des Wohlbefindens bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den Stadträumen.

Eines der häufigsten Gründe für eine stationäre Behandlung ist in der Altersgruppe der unter 5-Jährigen die Geburt. Im Jahresvergleich zwischen 2005 und 2012 sind diese von 3 106 auf 3 743 gestiegen.

In der Altersgruppe der 18- bis 39-Jährigen sind geschlechtsspezifische Unterschiede zu beobachten. An erster Stelle für eine stationäre Aufnahme stehen bei den Männern psychische und Verhaltensstörungen aufgrund von Alkoholkonsums. Die Frauen dieser Altersgruppe sind am häufigsten aufgrund von Diagnosen, die im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt stehen, in stationärer Behandlung.

In der Altersgruppe der 40- bis unter 50-Jährigen verändert sich das Bild. Bei den Männern dieser Altersgruppe sind psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol in 2012 die häufigste Krankheitsursache einer stationären Behandlung. Bei den 40- bis 49-Jährigen Frauen steht dies zweiter Stelle, gefolgt von Brustkrebs.

Platz 1 der häufigsten Behandlungsfälle (insgesamt) in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen sind sowohl in 2005 wie auch in 2012 mit 431 bzw. 623 Fällen psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol.

Die 60- bis 69-jährigen Dresdnerinnen und Dresdner werden häufig aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen ins Krankenhaus eingewiesen. Vorhofflimmern bzw. -flattern sowie Herzinsuffizienz sind die zweit- bzw. dritthäufigsten Ursachen für Krankenhausaufenthalte insgesamt in 2012. Insgesamt stehen an erster Stelle die Kniearthrosen. Bei den Männern dieser Altersgruppe stehen bösartige Neubildungen der Prostata an erster Stelle, gefolgt von Leistenbrüchen und an dritter Stelle Herzinsuffizienz. Bei den 60- bis 69-jährigen Frauen sind Kniearthrosen die häufigste Krankheitsursache, wobei bösartige Neubildungen der Brustdrüse annähernd gleich häufig sind.

Mit zunehmendem Alter stiegen in 2012 die absoluten Behandlungsfälle der Herzinsuffizienz bei den 60- bis 69-Jährigen wie auch bei den 70- bis 79-Jährigen sowie bei den über 79-Jährigen an.

Die Zahl der Verunglückten im Dresdener Straßenverkehr hat sich nahezu konstant seit 2009 verhalten. Auffällig ist die Zunahme der Unfälle durch Einfluss berauschender Mittel.

In Dresden lag die Säuglingssterblichkeit im Jahr 2013 mit 1,98 pro 1 000 Lebendgeborene deutlich unter dem bundesdeutschen Durchschnitt.

Ende 2014 waren in Dresden insgesamt 78 883 Menschen mit schwerer Behinderung registriert.

3. Gesundheitsversorgung

3.1 Einleitung

An der Gesundheitsversorgung sind eine Vielzahl von Institutionen, Einrichtungen und Personen beteiligt. Das Gesundheitssystem umfasst die Leistungserbringer, wie 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 sind die Versorgungsleistungen weitgehend in privater Trägerschaft. 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 wahrnimmt. Außerhalb der Krankenhäuser dominieren freie Berufe, wie niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Apotheker. Die professionelle 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 verschiedenste 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, wozu die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet sind. 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.

3.2 Ambulante medizinische Versorgung

Die Struktur der ambulanten medizinischen Versorgung hat sich in den letzten Jahren teilweise stark verändert. In der Abbildung 22 ist die Entwicklung der ambulant tätigen Ärzte in Dresden nach Fachgebieten von 1999 bis 2013 dargestellt. Das ärztliche Personal in der Inneren Medizin nahm im betrachteten Zeitraum von 114 auf 205 Ärztinnen und Ärzte zu, was einem Zuwachs von 79,82 Prozent entspricht. Das Fachgebiet der Allgemeinmedizin verzeichnet hingegen einen Rückgang von 18,56 Prozent. Hierbei reduzierten sich das ärztliche Personal von 252 auf 205 Ärztinnen und Ärzte. Im Bereich der Frauenheilkunde nahm das Personal von 73 auf 88 zu, was einem Zuwachs von 20,54 Prozent entspricht. Im Fachgebiet Chirurgie konnte ein Personalzuwachs von 51,51 Prozent verzeichnet werden. Hierbei erhöhte sich die das ärztliche Personal von 33 auf 50 Ärzte/Ärztinnen (Statistisches Landesamt, 2015b; Kommunale Statistikstelle, 2014c).

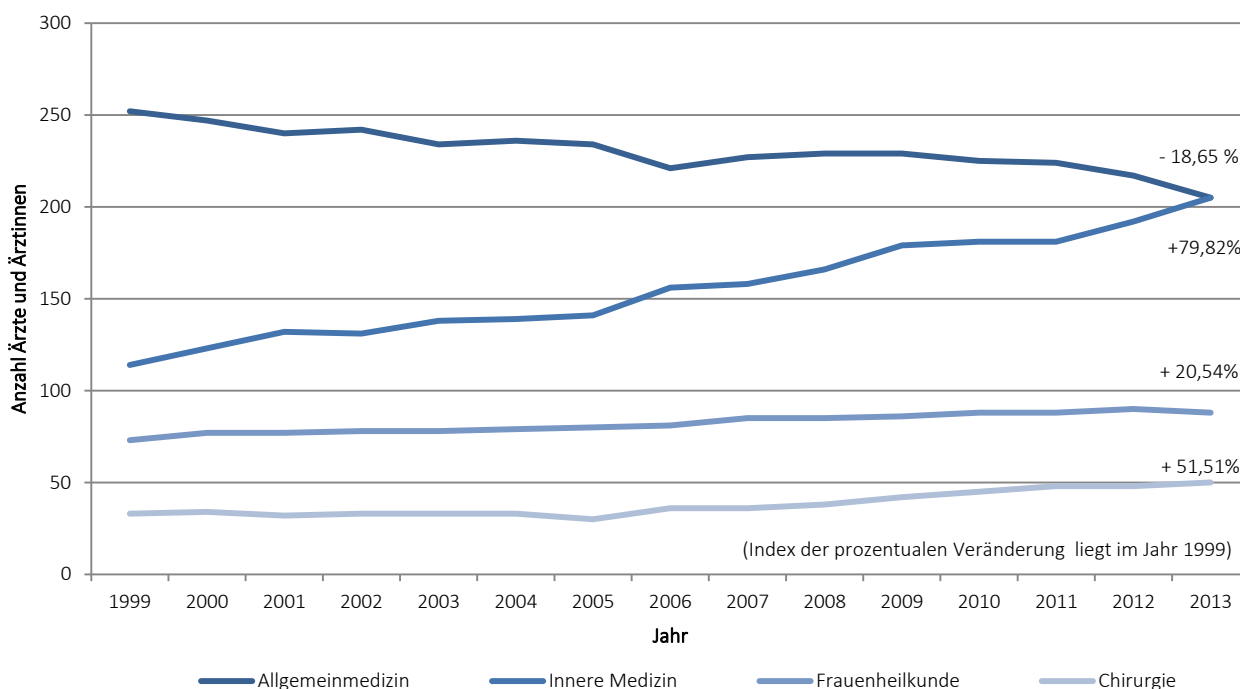


Abbildung 22: Ambulante ärztliche Versorgung in Dresden nach Fachgebieten von 1999 bis 2013

Quellen: Statistisches Landesamt Sachsen, 2015b; Kommunale Statistikstelle, 2014c

In Dresden waren 2013 1 063 Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung (einschließlich Ärzte in Einrichtungen gemäß § 311 SGB V und Angestellte, Teilzeitangestellte) tätig. In Leipzig hingegen konnten 1 151 Ärzte und Ärztinnen in Niederlassungen gezählt werden. Bezogen auf die Einwohnerzahlen der zwei Städte ergibt dies in Dresden 499 und in Leipzig 460 Einwohner pro niedergelassenen Arzt. Im Bereich der Kinder und Jugendmedizin konnten 2013 60 Ärztinnen und Ärzte gezählt werden. Bezogen auf die Bevölkerung unter 15 Jahren ergibt sich ein Verhältnis von 1 172 Einwohnern pro niedergelassenen Kinderarzt. Im Sächsischen Vergleich, der drei Großstädte Leipzig (1 097 Einwohner pro Kinderarzt/-ärztin) und Chemnitz (1 148 Einwohner pro Kinderarzt/-ärztin), steht Dresden damit an letzter Stelle (Statistisches Landesamt, 2014a).

Auffällig ist der Trend in den Bereichen der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin. Gemessen an der Dresdner Bevölkerung (Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung) kamen 1999 auf einen Allgemeinmediziner 1 870 Menschen. Bis 2013 wuchs diese Zahl auf 2 614 Personen an. Gegensätzliches ist im Fachgebiet der Inneren Medizin zu beobachten. Kamen hier 1999 auf einen Mediziner noch 4 133 Menschen, sind es 2013 nur noch 2 614.

In 2014 waren in Dresden 3 072 Ärztinnen und Ärzte (Stand: 31.12.2014) sowie 331 psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Stand: 1. April 2014) in der ambulanten Versorgung tätig. Von den 3 072 Ärztinnen und Ärzten waren 1 452 Männer (Sächsische Landesärztekammer, 2015). In einer Niederlassung in Dresden waren 1 091 Ärztinnen und Ärzte tätig, wobei lediglich 66 keinen Facharzt hatten (Sächsische Landesärztekammer, 2015). Die ambulante Versorgung geschieht vorrangig in Einzelpraxen (1 906) (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, 2014). Zudem existieren neben einer Reihe weiterer Versorgungseinrichtungen, 221 Gemeinschaftspraxen, 50 Medizinische Versorgungszentren und 4 sozialpädiatrische Zentren.

Im Jahr 2013 lag der Versorgungsgrad in der hausärztlichen Versorgung in Dresden bei 105,4 Prozent. Für die ausgewählten Fachärztinnen und -ärzte lag der Versorgungsgrad bei 127 Prozent für Augenärztinnen und -ärzte, 122,3 Prozent für Chirurgeninnen und Chirurgen, 118,5 Prozent für Frauenärztinnen und -ärzte, 121 Prozent für Hautärzte, 115,5 Prozent für HNO-Ärztinnen und -ärzte, 172,7 Prozent für Kinderärztinnen und -ärzte, 124,1 Prozent für Neurologinnen und Neurologen, 120,3 Prozent für Orthopädinnen und Orthopäden, 130,1 Prozent für Psychotherapeutinnen und -therapeuten, 121,7 Prozent für Urologinnen und Urologen sowie 249,9 Prozent bei fachärztlich tätigen Internistinnen und Internisten (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, 2014).

Neben der stationären wie auch ambulanten Versorgung haben die Freien Träger der Gesundheitshilfe sowie die Selbsthilfegruppen eine bedeutende Rolle in der Gesundheitsversorgung. Insgesamt unterstützt die Landeshauptstadt Dresden derzeit 6 freie Träger der allgemeinen Gesundheitshilfe. Zudem existieren 3 stadt eigene Beratungsstellen. Im Bereich der Selbsthilfe existiert im Sozialamt die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen. Derzeit sind in Dresden 220 Selbsthilfegruppen aktiv.

Im psychiatrischen Bereich existieren 5 Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, 2 Betreuungs-/Beratungsstellen der gerontopsychiatrischen Beratung und Betreuung sowie 5 Suchtberatungsstellen in freier Trägerschaft wie eine weitere stadt eigene Suchtberatungsstelle. Vom Freistaat Sachsen werden 5 Sozialpsychiatrische Dienste (einschließlich psychologischer Krisendienst) unterstützt. Ferner arbeiten 40 angeleitete Selbsthilfegruppen im psychiatrischen Bereich.

Um Aussagen zur Inanspruchnahme, wie auch zur Zufriedenheit der Dresdner Bevölkerung mit der ambulanten medizinischen Versorgung zu treffen, wurden Daten der Kommunalen Bürgerumfrage 2014 genutzt (Kommunale Statistikstelle, 2015c). Im Wesentlichen nahmen die Dresdnerinnen und Dresdner in den letzten zwei Jahren vor allem Ärzte und Ärztinnen aus dem Fachbereich der Allgemein- (90 Prozent) und Zahnmedizin (91 Prozent) in Anspruch. Etwa die Hälfte der Befragten nehmen die Leistungen der Augen- (48 Prozent), Frauen- (47 Prozent) und Hautärztinnen bzw. -ärzte (44 Prozent) in Anspruch (Kommunale Statistikstelle, 2015c). Menschen ab dem 65. Lebensjahr besuchen zudem häufig Ärzte und Ärztinnen aus den Fachgebieten Orthopädie und Urologie.

Problematisch sind vor allem die langen Wartezeiten auf Facharzttermine. Ergebnisse der Kommunalen Bürgerumfrage zeigen, dass man bei Augen- (35 Prozent der Nennungen), Hautärztinnen bzw. -ärzten (41 Prozent der Nennungen) sowie Orthopädinnen bzw. Orthopäden (27 Prozent der Nennungen) mehr als drei Monate auf einen Termin warten zu muss (Kommunale Statistikstelle, 2015c). Selbst bei Bestellungen auf Termin, kommt es zudem zu langen Wartezeiten in den Praxen (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Nach Einschätzung der befragten Dresdner Bevölkerung sind vor allem in den zentralen Stadträumen genügend Ärztinnen bzw. Ärzte verschiedener Fachrichtungen in Wohnungsnähe verfügbar (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

3.3 Stationäre medizinische Versorgung

Daten zur stationären Versorgung in Dresden zeigen folgende Versorgungssituation (Kommunale Statistikstelle, 2014c): 2013 gab es in Dresden 7 Krankenhäuser sowie 3 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Im Jahresdurchschnitt 2013 standen insgesamt 3 651 Krankenhausbetten zur Verfügung, das waren 96 aufgestellte Betten mehr als im Vorjahr. Der Nutzungsgrad lag bei 82,2 Prozent was deutlich über dem sächsischen Wert von 78,5 Prozent liegt. Die Fallzahl der behandelten Fälle für 2013 lag bei 146 711. Dabei waren die Patienten mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 7,5 Tagen in Behandlung (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Datenübersicht bezogen auf Krankenhausbetten in Dresden zwischen 2008 und 2013

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2014c

Jahr	aufgestellte Betten	Fallzahl	Verweildauer	Nutzungsgrad der aufgestellten Betten
2008	3 590	140 975	7,7	82,8
2009	3 579	143 205	7,6	82,9
2010	3 570	141 453	7,6	82,5
2011	3 522	143 586	7,4	82,5
2012	3 555	143 700	7,3	81,0
2013	3 651	146 711	7,5	82,2

Die Auslastung der in Dresden im stationären Bereich aufgestellten Krankenhausbetten ist über die vergangenen Jahre nahezu unverändert geblieben. Dresden liegt damit, konstant über die Jahre gesehen, über dem bundesdeutschen Durchschnitt, welche 2013 bei 77,3 Prozent lag. Der Trend der stetig steigenden Fallzahlen hat sich auch bis 2013 fortgesetzt. Die durchschnittliche Verweildauer weist seit vielen Jahren 2013 erstmals eine leichte Erhöhung auf. Sie liegt jedoch mit 7,5 Tagen im bundesdeutschen Durchschnitt (Statistisches Landesamt, 2015b; Statistisches Bundesamt, 2016).

Die kommunale Entwicklung in der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung zeigt einen Personalzuwachs. In Dresden nahm das ärztliche Personal im Krankenhaus seit 1999 um 21 Prozent zu. Waren 1999 nur 1 594 Ärztinnen bzw. Ärzte beschäftigt, sind es 2013 1 940 gewesen (Kommunale Statistikstelle, 2014c). In der Abbildung 23 sind die Entwicklungen im Freistaat bezogen auf die Personalentwicklung in der stationären medizinischen Versorgung dargestellt. Die Zahlen beziehen sich auf das Personal umgerechnet in Vollkräfte. Deutlich zu sehen ist ein Personalzuwachs im ärztlichen Bereich. Waren 2004 nur 5 910 Ärzte in sächsischen Krankenhäusern beschäftigt, konnten 2013 schon 7 511 Ärzte gezählt werden, was einem Zuwachs von 27,77 Prozent entspricht. Hingegen ist im Bereich des nicht ärztlichen Dienstes eine Abnahme um 0,35 Prozent erkennbar. Konnten 2004 noch 34 138 Personen gezählt werden, waren es 2013 nur 34 062. Zu diesem Bereich zählen u. a. medizinischer Dienst, Funktionsdienst, Wirtschafts- und Versorgungsdienst. Der Pflegedienst, welcher auch zum nicht medizinischen Dienst zählt, wird an dieser Stelle gesondert herausgegriffen. In diesem Bereich gab es einen Zuwachs von 4,09 Prozent. Waren 2004 noch 16 128 Vollkräfte im Pflegebereich tätig, erhöhte sich das Personal 2013 auf 16 788. Ersichtlich ist ein deutlicher Unterschied in der Zunahme in den verschiedenen Bereichen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2016).

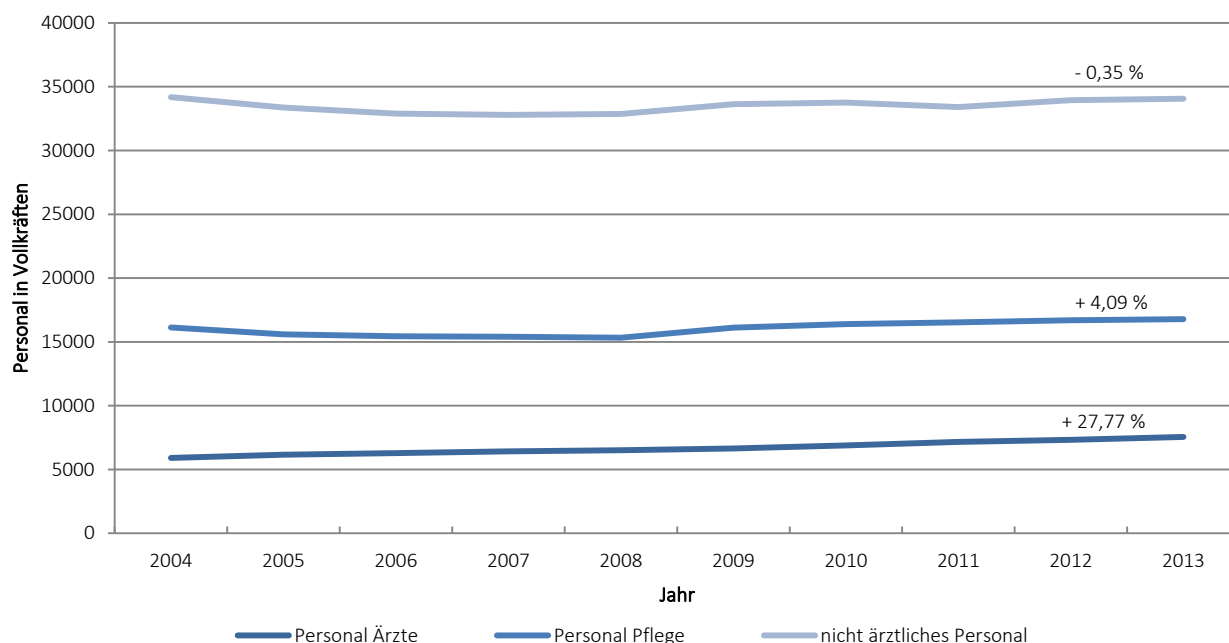


Abbildung 23: Entwicklung des Personals der stationären medizinischen Versorgung in Sachsen von 2004 bis 2013

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2016

3.4 Zahnärztinnen und Zahnärzte

Ende 2012 gab es im Freistaat Sachsen 3 890 berufstätige Zahnärzte und Zahnärztinnen, 94 je 100 000 Einwohner oder 1 062 Einwohner je Zahnarzt. Im Vergleich zum Vorjahr standen insgesamt 29 Zahnärzte mehr zur Verfügung. Der Anteil der Frauen betrug bei den Zahnärzten wie im Vorjahr 59 Prozent (2 290). 168 der Zahnärzte arbeiteten als Kieferorthopäden. 96 Prozent (3 718) der Zahnärzte arbeiteten als Inhaber (3 083) bzw. Assistenten (635) in einer Praxis. Das entsprach einer Dichte von 90 Zahnärzten in Niederlassung je 100 000 Einwohner oder 1 111 Einwohner je niedergelassenen Zahnarzt. Gegenüber 2011 erhöhte sich die Zahl der Zahnärzte in Praxen um 23. Die Zahnärzte in Praxen verteilten sich wie folgt auf die Kreisfreien Städte: 238 in Chemnitz (98 je 100 000 Einwohner), 529 in Dresden (99 je 100 000 Einwohner) und 528 in Leipzig (97 je 100 000 Einwohner). In den sächsischen Landkreisen reichte die Zahnärztedichte von 78 (Landkreis Nordsachsen) bis 93 (Vogtlandkreis) Zahnärzte in Niederlassung je 100 000 Einwohner. 871 Zahnärzte (22 Prozent) waren jünger als 40 Jahre. Im Alter von 65 und mehr Jahren arbeiteten noch 192 Zahnärzte (5 Prozent) (Statistisches Landesamt, 2013).

Die Zahl der niedergelassenen Zahnärzte ist in den vergangenen Jahren stetig angestiegen. Gab es 2000 noch 458 Zahnärzte in Dresden, ist die Zahl bis 2013 angewachsen auf 526. Somit kommen auf je 100 000 Einwohner 97,8 Zahnärzte. Dresden liegt damit im sächsischen Städtevergleich gleichauf mit Chemnitz und Leipzig (Statistisches Landesamt, 2013).

Im Rahmen der Kommunalen Bürgerumfrage wurden die Bürgerinnen und Bürger gefragt, wie zufrieden sie mit der zahnärztlichen Versorgung sind. 75 Prozent der Befragten befanden, dass Zahnärzte in ihrer Nähe in ausreichendem Maße vorhanden sind. Sechs Prozent gaben zu lange Wartezeiten über 30 Minuten an (Kommunale Bürgerumfrage, 2015c).

3.5 Apotheken

Apotheken besitzen für die Bevölkerung eine wichtige Rolle bei der Information und Beratung. Im Dezember 2012 waren im Freistaat Sachsen in 998 öffentlichen Apotheken (24 je 100 000 Einwohner oder 4 141 Einwohner je Apotheke) 1 649 Apotheker tätig. Gegenüber dem gleichen Zeitpunkt im Vorjahr verringerte sich die Zahl der öffentlichen Apotheken um vier und die Zahl der Apotheker nahm um 40 zu. Außerdem arbeiteten 112 Apotheker in 21 Krankenhausapotheken. Von den 1 765 Apothekern waren insgesamt 1 330 Frauen (75 Prozent). 808 Apotheker (46 Prozent) waren jünger als 40 Jahre. Im Alter von 65 und mehr Jahren arbeiteten noch 53 Apotheker (3 Prozent). In der Kreisfreien Stadt Chemnitz standen der Bevölkerung 65 öffentliche Apotheken zur Verfügung (27 je 100 000 Einwohner), in der Kreisfreien Stadt Dresden 123 (23 je 100 000 Einwohner) und in der Kreisfreien Stadt Leipzig 136 (25 je 100 000 Einwohner). In den Landkreisen reichte die Apothekendichte von 21 (Landkreis Bautzen) bis 28 (Landkreis Zwickau) öffentlichen Apotheken je 100 000 Einwohner (Statistisches Landesamt, 2013).

Zwischen 2000 und 2013 stieg die Zahl der öffentlichen Apotheken in Dresden von 105 auf 123 (Kommunale Statistikstelle, 2014c). 2013 kamen in Dresden somit auf je 100 000 Einwohner 23,2 Apotheken. Die Landeshauptstadt Dresden liegt damit im Vergleich sächsischer Städte in der Versorgungsdichte öffentlicher Apotheken am Ende der Liste, zusammen mit Bautzen und Meißen (Statistisches Landesamt, 2013).

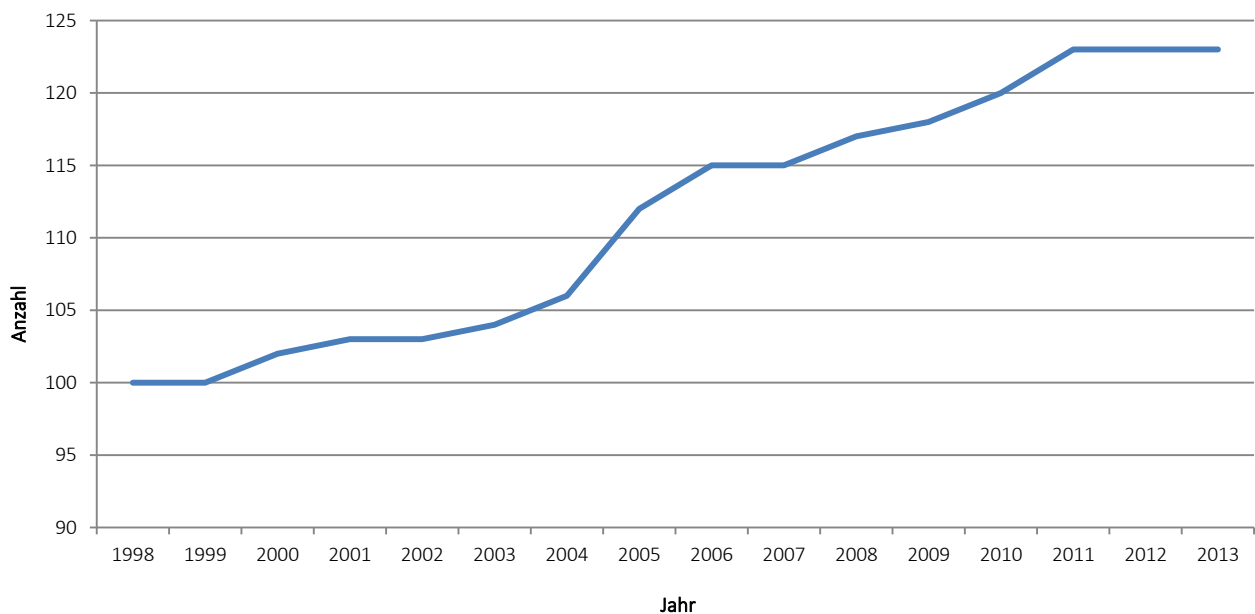


Abbildung 24: Öffentliche Apotheken in Dresden von 1998 bis 2013

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2007 und 2014c

3.6 Pflege

Die Pflege steht seit vielen Jahren, aufgrund von demographischen Entwicklungen, im Fokus der Öffentlichkeit. Seit 1999 werden diesbezüglich Daten vom statistischen Landesamt Sachsen zusammengetragen. Personen in Behinderteneinrichtungen mit Leistungen gemäß § 43a SGB XI werden dabei nicht statistisch erfasst. Die allgemeine Entwicklung lässt eine stetig steigende Zahl der Pflegebedürftigen erkennen, welche Leistungen nach SGB XI erhalten. Mit 149 461 Pflegebedürftigen (2013) wurde die höchste Anzahl an Leistungsempfängern der Pflegeversicherung seit Einführung der amtlichen Pflegestatistik im Freistaat ermittelt. Bezogen auf das Jahr 1999 entspricht dies einem Zuwachs von 25,68 Prozent. Die Pflegequote betrug 2013, gemessen an der Bevölkerung, 36,9 Pflegebedürftige je 1 000 Einwohner (Statistisches Landesamt, 2014a).

Der Anteil pflegebedürftiger Männer steigt an. Die Dominanz der weiblichen Pflegebedürftigen wird sich in den nächsten Jahren abbauen. Der Grund dafür liegt im stärkeren Altern der männlichen Bevölkerung. Die Ingesamt-Pflegequote der sächsischen Bevölkerung steigt kontinuierlich. Die Pflegequoten in Sachsen liegen im Allgemeinen über dem Bundesdurchschnitt. Auffällig ist die Verschiebung der Pflegeprävalenz nach Altersgruppen. In Tabelle 14 sind die Entwicklungen in Dresden seit 1999 dargestellt. Der sächsische Trend, der steigenden Pflegebedürftigkeit, ist auch in der Landeshauptstadt ersichtlich. In den höheren Altersjahrgängen (über 80 Jahre) konnte ein Rückgang der Pflegeprävalenz von 1999 zu 2013 um etwa 5 Prozent im ambulanten Bereich verzeichnet werden. Wogegen es in der Altersgruppe der 60- bis 80-Jährigen es zu einem Zuwachs von etwa 10 Prozent zwischen 1999 und 2009 kam, während dieser Anteil sich zwischen 2009 und 2013 von etwa 50 Prozent auf rund 44 Prozent verringerte. Lag der Pflegebedürftigkeitsquotient (bezogen auf je 1 000 Einwohner) 1999 noch bei 20,59, ist er 2013 auf 27,95 angestiegen. Prozentual liegt die professionelle stationäre Versorgung mit 35,36 Prozent vor der ambulanten mit 24,45 Prozent (Kommunale Statistikstelle, 2014e).

Tabelle 14: Pflegebedürftigkeit und Pflegequoten 2013, 2009 und 1999 in Dresden nach Alter und Versorgung

Quelle: Statistisches Landesamt 2014a; Kommunale Statistikstelle 2014e

Alter in Jahren	Pflegebedürftigkeit insgesamt ¹		Darunter					
			stationär versorgt ²			ambulant versorgt ⁴		
	insgesamt	je 1 000 Einwohner ³	insgesamt	je 1 000 Einwohner ³	Prozent von Pflegebedürftigkeit insgesamt	insgesamt	je 1 000 Einwohner ³	Prozent von Pflegebedürftigkeit insgesamt
- im Dezember 2013 -								
unter 60	1 844	4,72	182	0,47	9,87	323	0,83	17,52
60 bis unter 80	4 366	37,86	1 266	10,98	29,00	1 095	9,50	25,08
80 und älter	8 766	296,32	3 848	130,07	43,90	2244	75,85	25,60
Insgesamt	14 976	27,95	5296	9,88	35,36	3 662	6,83	24,45
- im Dezember 2009 -								
unter 60	1 573	4,21	203	0,54	12,91	269	0,72	17,10
60 bis unter 80	3 357	30,40	1 134	10,27	33,78	834	7,55	24,84
80 und älter	7 210	267,22	3 675	136,20	50,97	1 857	68,82	25,76
Insgesamt	12 140	23,75	5012	9,81	41,29	2960	5,79	24,38
- im Dezember 1999 -								
unter 60	1 288	3,64	107	0,30	8,31	126	0,36	9,78
60 bis unter 80	2 763	28,36	649	6,66	23,49	741	7,61	26,82
80 und älter	5 649	286,30	2 133	108,10	37,76	1741	88,24	30,82
Insgesamt	9 700	20,59	2 889	6,13	29,78	2 608	5,54	26,89

Erläuterung: 1=exklusive teilstationär; 2 = vollstationäre Dauer- und Kurzzeitpflege; 3 =Einwohner am Ort der Hauptwohnung der entsprechenden Altersgruppe; 4 = inklusive Kombinationsleistungen

Beide Versorgungsbereiche zeichnen ein differenziertes Bild. Im ambulanten Sektor ist ein stetiger Anstieg der Leistungsbezieher ersichtlich. Besonders auffällig ist der Anstieg in der Altersgruppe der 60-Jährigen. Lag dieser 1999 im ambulanten Bereich noch bei 9,87 Prozent, ist er 2013 auf 17,52 Prozent angewachsen. Dies entspricht einer Steigerung von 55,82 Prozent. Veränderungen in der Gruppe bis 18 Jahre waren dabei rudimentär, wohingegen die Altersgruppen ab 18 Jahre bis 59 Jahre einen starken Zuwachs aufweisen. Hingegen bei der Gruppe der 80-Jährigen und Älteren gab es einen Rückgang um 20,39 Prozent. Im Vergleich der drei dargestellten Jahre, weist der stationäre Bereich schwankende Werte auf. Festzuhalten bleibt eine stetige Zunahme der Leistungsempfänger. Nach Altersgruppen betrachtet, sind stationär eher die älteren Pflegebedürftigen zu finden (Kommunale Statistikstelle, 2014e).

Auffällig ist die Schwankung zwischen 1999 und 2009, welche durch strukturelle Veränderungen in der statistischen Datenerhebung entstanden sein kann. Durch die im Detail geänderte Ermittlung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen – aufgrund der Reformen der Pflegeversicherung im Sommer 2008 – ist die zeitliche Vergleichbarkeit der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen 2009 mit den vorherigen Erhebungen eingeschränkt (Statistisches Bundesamt, 2009).

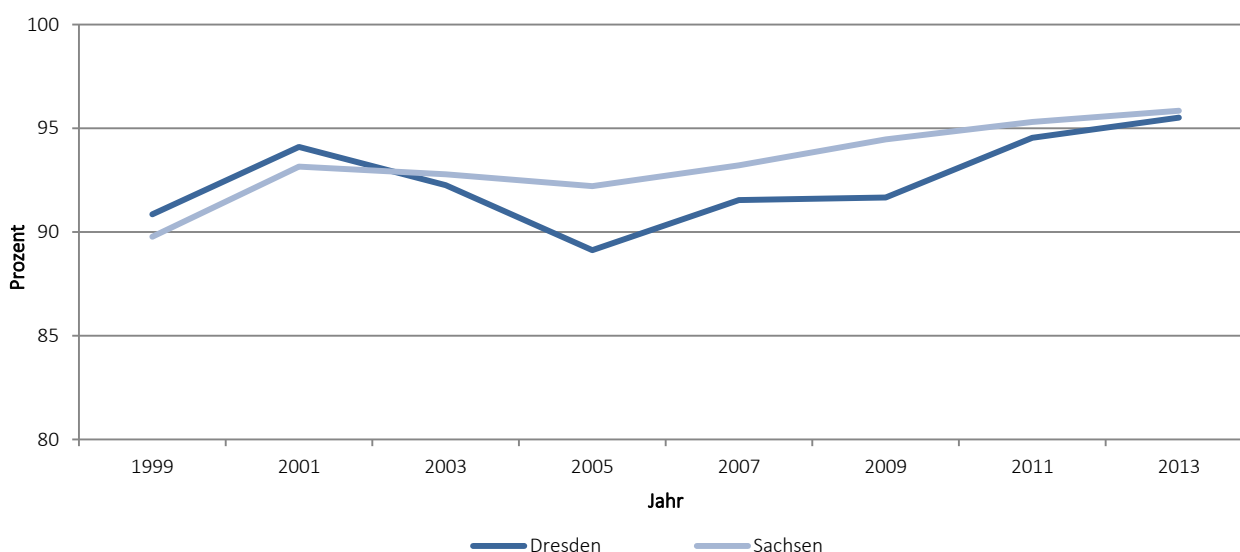


Abbildung 25: Vergleich Auslastung stationärer Pflegeeinrichtungen in Dresden und Sachsen

Quelle: Statistisches Landesamt, 2014a

Die Auslastung der stationären Pflegeeinrichtungen ist in Abbildung 25 ersichtlich. Sie bemisst sich an den zur Verfügung gestellten Plätzen und den stationär versorgten Pflegebedürftigen. Die Plätze beinhalten vollstationäre Dauerpflegeplätze, sowie Kurzzeitpflegeplätze. Dresden lag 2013 mit 95,51 Prozent kurz unterhalb des sächsischen Durchschnitts von 95,85 Prozent. Die Einrichtungen in Leipzig konnten 2013 eine Auslastung von 92,21 Prozent erzielen. Festzuhalten bleibt, dass ausreichend Plätze für Pflegebedürftige zur Verfügung stehen. 2013 gab es in Dresden 5 426 Plätze zur vollstationären Dauerpflege. Hinzu kamen 119 Kurzzeit- und 397 Tages- oder Nachtpflegeplätze. Insgesamt verteilen sich diese Plätze auf 58 Einrichtungen, die Leistungen nach SGB XI erbrachten. Die ambulante Versorgung der Dresdner Bevölkerung wurde durch 101 Einrichtungen sichergestellt (Statistisches Landesamt, 2014a). Bezogen auf die demographische Entwicklung kann davon ausgegangen werden, dass sich die vorgehaltenen Plätze erhöhen müssen. Prognostische Daten für Dresden lassen z. B. in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen erkennen, dass diese sich um rund 18 Prozent bis 2025 erhöhen wird. Ähnliche Werte werden für die Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen erwartet (etwa 14 Prozent) (Kommunale Statistikstelle, 2014a).

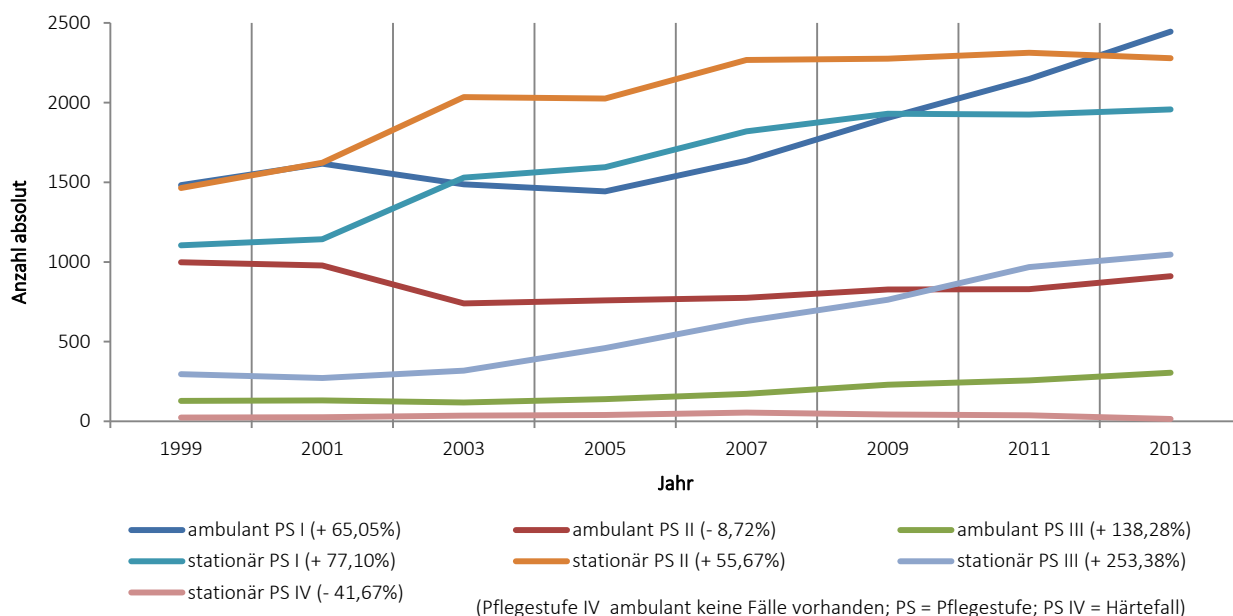


Abbildung 26: Veränderung Pflegebedürftiger nach Pflegestufen in Dresden 1999 bis 2013

Quelle: Statistisches Landesamt, 2014a

Im Vergleich mit allen Pflegebedürftigen haben stationär betreute oft höhere Pflegestufen, das betrifft insbesondere Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege. Hier wurden am Jahresende 2013 unter anderem 1 060 Schwerstpflegebedürftige (Pflegestufe III und Härtefälle) betreut. Weitere 305 Personen mit dieser Pflegestufe wurden im häuslichen Umfeld gepflegt. 2013 nahmen 5 296 Personen die Betreuung im stationären Bereich in Anspruch, in der ambulanten Betreuung waren es 3 662 Personen. Einen besonders großen Zuwachs ist in Pflegestufe III in der stationären Versorgung zu erkennen (Statistisches Landesamt, 2014a).

Die Betreuungssituation im ambulanten und stationären Bereich hat sich über die Jahre verbessert. Berechnungsgrundlage bildet dabei das Vollzeitäquivalent (VZÄ). Dabei wird das Personal in Vollzeitstellen umgerechnet, was durch Ausschluss des Teilzeitfaktors einen objektiveren Vergleich zulässt. Ferner lassen sich Vergleiche anstellen, was mit absoluten Personalzahlen nicht möglich wäre.

In Abbildung 26 sind die Quoten von Pflegebedürftigen je VZÄ dargestellt. Grundlage bildet dabei das Personal insgesamt, wobei u. a. die soziale Betreuung, Verwaltung oder Hauswirtschaftlichen Bereich mit gezählt werden. Sachsens Pflegeeinrichtungen zeigen in der personellen Ausstattung relativ große Unterschiede. Im ambulanten Bereich reicht die Spanne Pflegebedürftiger je VZÄ im Dezember 2011 von 2,1 in Leipzig bis 2,9 im Erzgebirgskreis. Dresden weist hierbei eine Quote von 2,33 auf und Chemnitz 2,34. In stationären Pflegeeinrichtungen entfielen auf einen Beschäftigten im Dezember 2011 zwischen 1,8 und 2,03 Pflegebedürftige. In Dresden kamen auf einen Angestellten 1,95 Pflegebedürftige (Statistisches Landesamt, 2014a).

ambulante Pflegeeinrichtungen

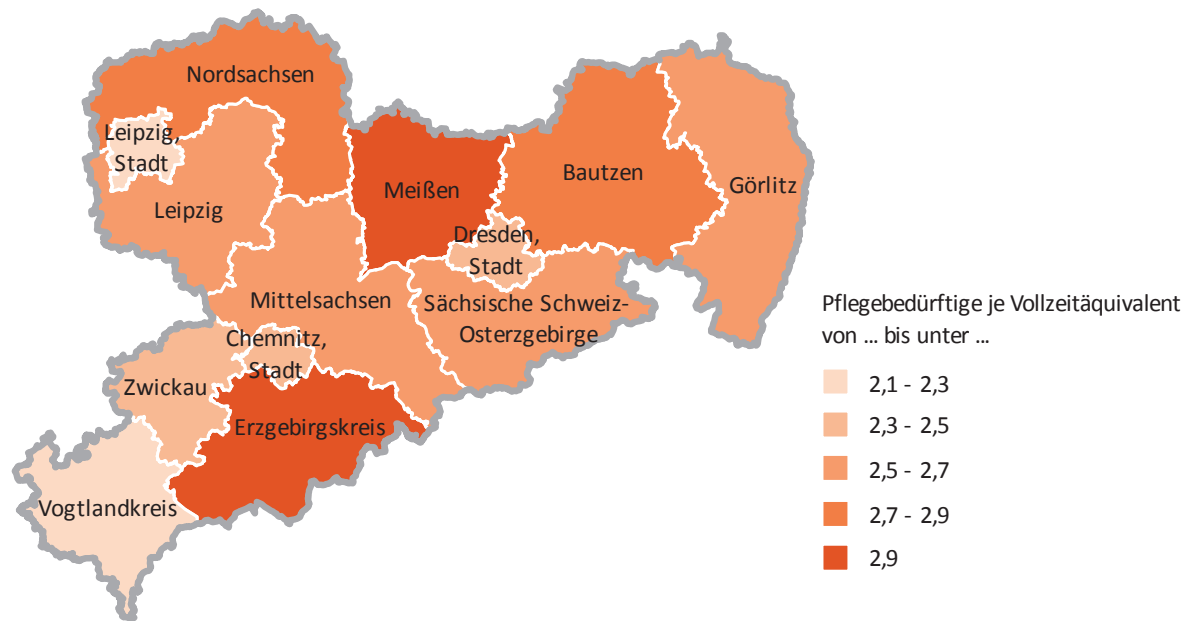


Abbildung 27: Pflegebedürftige je Vollzeitäquivalent in ambulanten Pflegeeinrichtungen
Quelle: Statistisches Landesamt, 2014a

stationäre Pflegeeinrichtungen

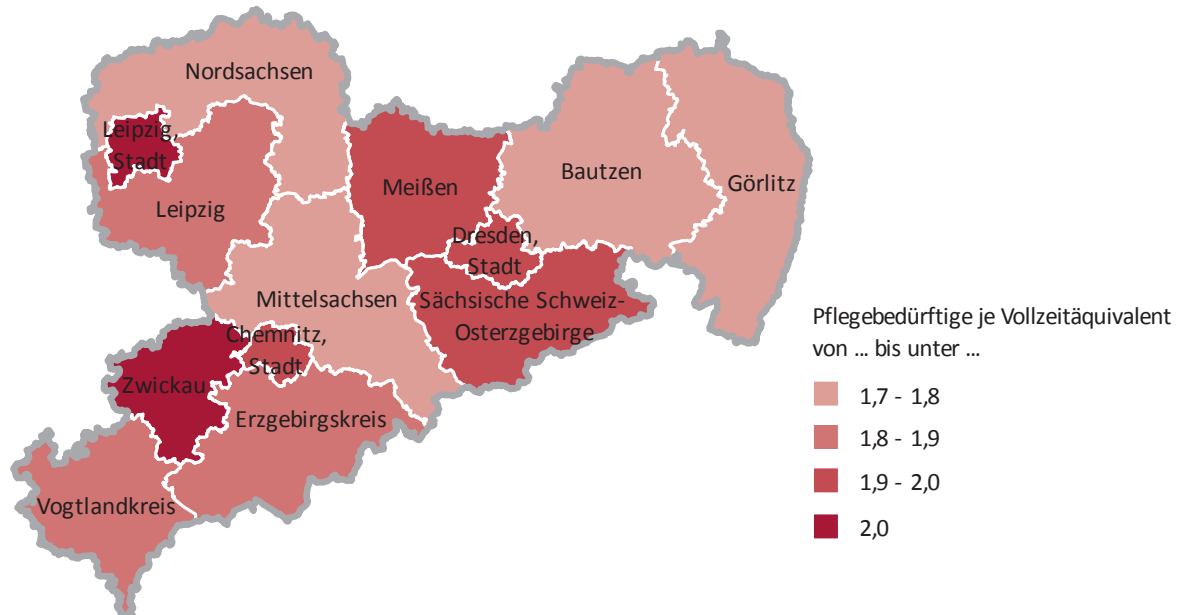


Abbildung 28: Pflegebedürftige je Vollzeitäquivalent in stationären Pflegeeinrichtungen
Quelle: Statistisches Landesamt, 2014a

Entscheidender ist jedoch die Quote im Bereich der Pflege, welche durch Fachkräfte ausgeübt wird. 2011 kamen ambulant, im Bereich der Grundpflege, 3,10 Pflegebedürftige auf eine VZÄ. Im kommunalen Vergleich hat Dresden damit eine der besten personellen Versorgung. Damit liegt Dresden unter dem gesamtdeutschen (4,2) und sächsischen Schnitt (3,54). Die stationäre Versorgung in Dresden, im Bereich Pflege und Betreuung, konnte 2011 eine der besten Versorgung aufweisen. Hierbei kamen auf ein VZÄ 2,56 Pflegebedürftige. Sachsen hat eine Quote von 2,7 und Deutschland 2,4 (Statistisches Landesamt, 2014a).

3.7 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 die Förderung der aktiven und eigenverantwortlichen Rolle des mündigen Patienten bzw. der mündigen Patientin. Die Selbsthilfe wird in Deutschland gesetzlich gefördert. Sie 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 über die Zeit eine vielseitige Selbsthilfelandchaft entwickelt. Dresden verfügt über eine kommunale Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) zur Unterstützung der Selbsthilfegruppen. Mehr als 230 Gruppen sind derzeit in der Stadt aktiv. Themen sind unter anderem chronische Erkrankungen, seelische Gesundheit und Erkrankungen, Behinderungen, Sucht, Eltern und Kinder, Senioren sowie besondere Lebenssituationen (KISS, 2016; siehe Abbildung 29). Die meisten Gruppen gibt es im Bereich chronische Erkrankungen, Sucht und seelische Gesundheit (KISS, 2016). Gegenüber 2010 hat sich die Anzahl vor allem im Bereich chronische Erkrankungen von 42 auf 104 Gruppen sowie im Bereich Sucht von 21 auf 42 Gruppen und im Bereich seelische Gesundheit von 17 ebenso auf 42 erhöht (KISS, 2011; 2016).

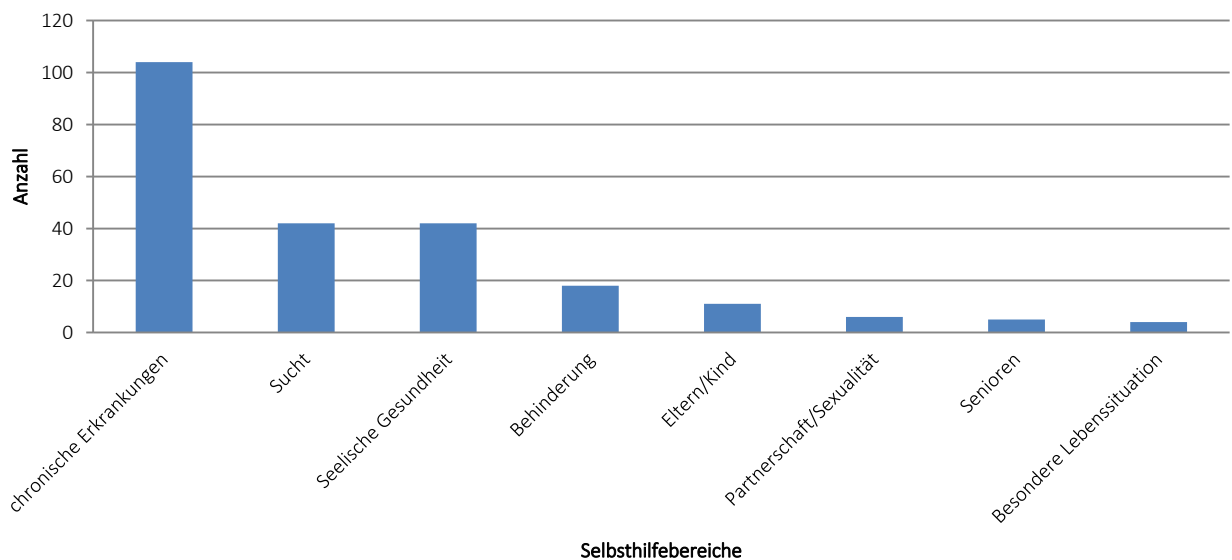


Abbildung 29: Selbsthilfegruppen in Dresden nach Bereichen (Stand: Dezember 2015)

Quelle: Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen KISS Dresden, 2016

Die Bedeutung der Arbeit der Selbsthilfegruppen wird auch darin deutlich, dass es seit 2000 zunehmend viele Bemühungen gibt, Selbsthilfegruppen zu gründen. Die Anzahl schwankt von 2000 bis 2014 zwischen 5 und 16 Bemühungen. Zur Gründung kam es im Durchschnitt von 2000 zu 2014 in acht Fällen (KISS, 2016; siehe Abbildung 30).

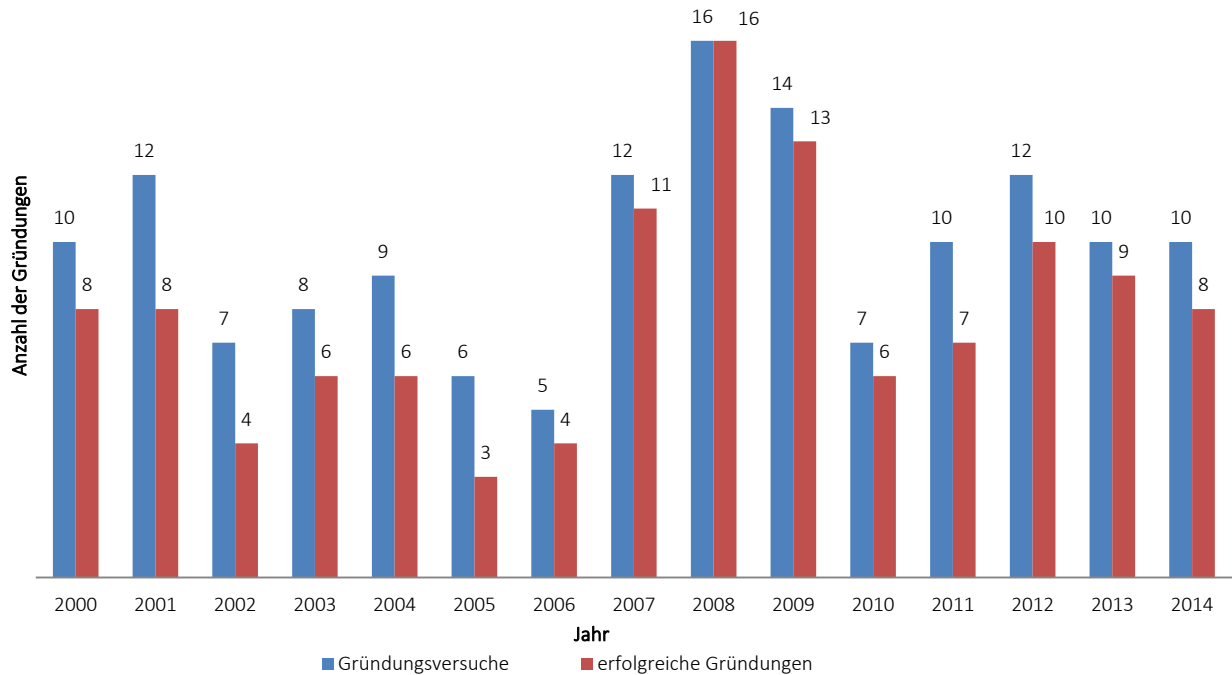


Abbildung 30: Gründungsversuche und Gründungen von Selbsthilfegruppen in Dresden

Quelle: Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen KISS Dresden, 2016

3.8 Zusammenfassung

Der Versorgungsgrad bei Haus- und Fachärzten liegt in Dresden jeweils bei über 100 Prozent. Eine besonders hohe Versorgungsquote liegt dabei im Fachbereich Kinderheilkunde sowie für die Innere Medizin vor.

2013 führten die Dresdner Krankenhäuser 3 651 Betten, welche zu 82,2 Prozent ausgelastet wurden. Versorgt wurden die Kranken durch 7 511 Ärztinnen und Ärzte sowie durch 16 788 Pflegefachkräfte. Bei stetig steigenden Fallzahlen ist eine personelle Zunahme besonders bei den Ärzten ersichtlich. Im Pflegebereich ist die Zunahme jedoch rudimentär.

Die Zahl der niedergelassenen Zahnärzte ist in den vergangenen Jahren stetig angestiegen. Es entfielen 2013 auf 100 000 Dresdnerinnen und Dresdner 97,8 Zahnärzte.

123 Apotheken versorgen Patientinnen und Patienten in Dresden. Es kamen 23,2 Apotheken auf 100 000 Dresdner Einwohnerinnen und Einwohner.

2013 gab es in Dresden 14 976 Pflegebedürftige. Die Anzahl der pflegebedürftigen Personen steigt stetig an. Dresden hat dabei einer der besten personellen Versorgung durch pflegerische Fachkräfte.

Mehr als 230 Selbsthilfegruppen sind derzeit in der Stadt aktiv. Themen sind unter anderem chronische Erkrankungen, seelische Gesundheit, Behinderungen, Sucht, Eltern und Kinder, Senioren sowie besondere Lebenssituationen.

4. Soziale Lage

4.1 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 Armutsrisiken tendenziell zu. Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen finden aufgrund fehlender ökonomischer Ressourcen, Sprachbarrieren, Alter oder familiären Notlagen schlechter Zugang zum Gesundheitssystem und dessen Versorgungsangeboten. Sozioökonomische 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. Aber auch die Lebens- und Arbeitsbedingungen im weiteren Lebensverlauf haben Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden.

Soziale Ungleichheiten spiegeln sich 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. Im Folgenden werden daher die Sozialfaktoren wie u.a. der Zugang zum Arbeitsmarkt, Einkommenssituation, familiäre Lage etc. beleuchtet.

Die Landeshauptstadt Dresden hat 2008 in Zusammenarbeit mit der Technischen Universität Dresden den ersten Lebenslagenbericht veröffentlicht. Er beinhaltet die Entwicklung sozialer Strukturen und Lebenslagen. Im Jahr 2012 wurde der 1. Dresdner Bildungsbericht vorgelegt, welcher 2014 fortgesetzt wurde. Er vermittelt einen grundlegenden Überblick über die kommunale Bildungslandschaft. Darin wurden die Dresdner Stadtteile anhand ausgewählter Parameter zu fünf idealtypischen Sozialräumen zusammengeführt. Dabei wurden fünf Kennzahlen als Kernkriterien verwendet: Arbeitslosigkeit, Jugendarbeitslosigkeit, SGB II-Quote, Kinder mit Sozialgeldbezug und Alleinerziehende. Anhand der definierten Sozialräume konnten die verschiedenen Entwicklungsräume abgeleitet werden. Im 2. Dresdner Bildungsbericht wurden diese Räume erneut aufgegriffen und deren Entwicklung im gesamtstädtischen Vergleich seit 2009 betrachtet. Dabei ergab sich folgendes Bild (Landeshauptstadt Dresden, 2014):

Entwicklungsraum 2012

- weitgehend unbewohnt
- sehr starke soziale Belastung
- starke soziale Belastung
- durchschnittliche soziale Belastung
- geringe soziale Belastung
- keine bzw. kaum soziale Belastung



Soziale Entwicklung von 2009 bis 2012

- ↑ Entwicklung stark über städtischem Durchschnitt
- ↗ Entwicklung leicht über städtischem Durchschnitt
- Entwicklung im städtischen Durchschnitt
- ↘ Entwicklung leicht unter städtischem Durchschnitt
- ↓ Entwicklung stark unter städtischem Durchschnitt

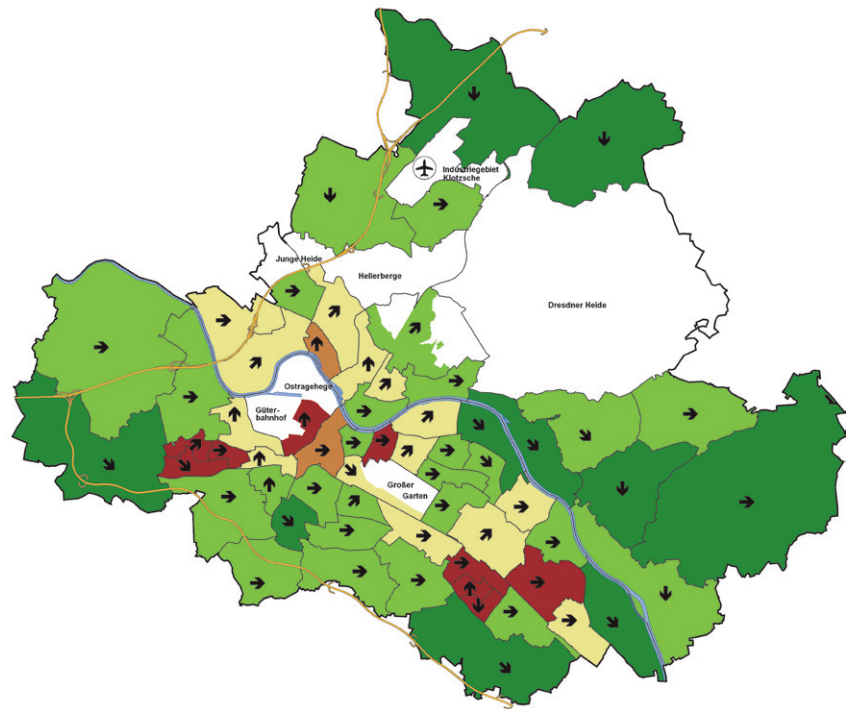


Abbildung 31: Soziale Entwicklungen und Entwicklungsräume von 2012

Quelle: Landeshauptstadt Dresden, 2014

4.2 Arbeitsmarkt

4.2.1 Erwerbszahlen

Zum Ende des Jahres 2014 betrug die Zahl der Erwerbstätigen in Sachsen 2,04 Millionen. Dies ist der höchste Wert seit Jahren und die Fortsetzung des positiven Trends der letzten Jahre. Innerhalb der einzelnen Wirtschaftsbereiche liegen unterschiedliche Entwicklungen vor. In der Land- und Forstwirtschaft, Fischerei fiel die durchschnittliche Zahl der Erwerbstätigen von 31 300 im Jahr 2010 auf 29 200 Erwerbstätige im Jahr 2014. Im Bereich des produzierenden Gewerbes erhöhte sich der Jahresdurchschnitt seit 2010 von 518 000 auf 544 700 in 2014. In den Dienstleistungsbereichen stieg der Jahresdurchschnitt der Erwerbstätigen von 1 426 100 im Jahr 2010 auf 1 447 800 Erwerbstätige in 2014 (Statistisches Landesamt, 2015c).

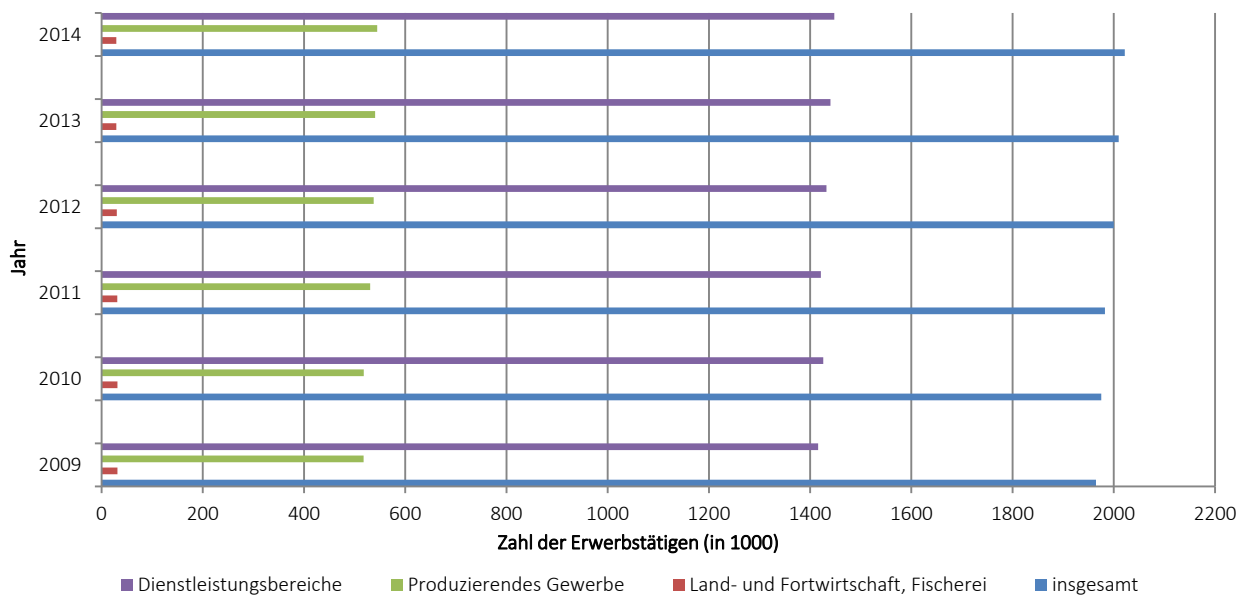


Abbildung 32: Erwerbstätige im Freistaat Sachsen nach Wirtschaftsbereichen

Quelle: Statistisches Landesamt, 2015c

In der Landeshauptstadt Dresden stieg die Zahl der Erwerbstätigen in den letzten Jahren stetig an und lag zur Jahresmitte 2013 bei 258 503 beschäftigten Personen. Dies entspricht einer Beschäftigungsquote von 74,4 Prozent. Damit weist Dresden eine höhere Quote als Chemnitz (74,1 %) und Leipzig (71,8 %) auf (Statistisches Landesamt, 2014b). Davon waren 77,3 Prozent (199 707) sozialversicherungspflichtig Beschäftigte. Der Anteil ausschließlich geringfügig Beschäftigter und Beamter lag 2013 bei 11,1 Prozent (28 845) (Kommunale Statistikstelle, 2014c).

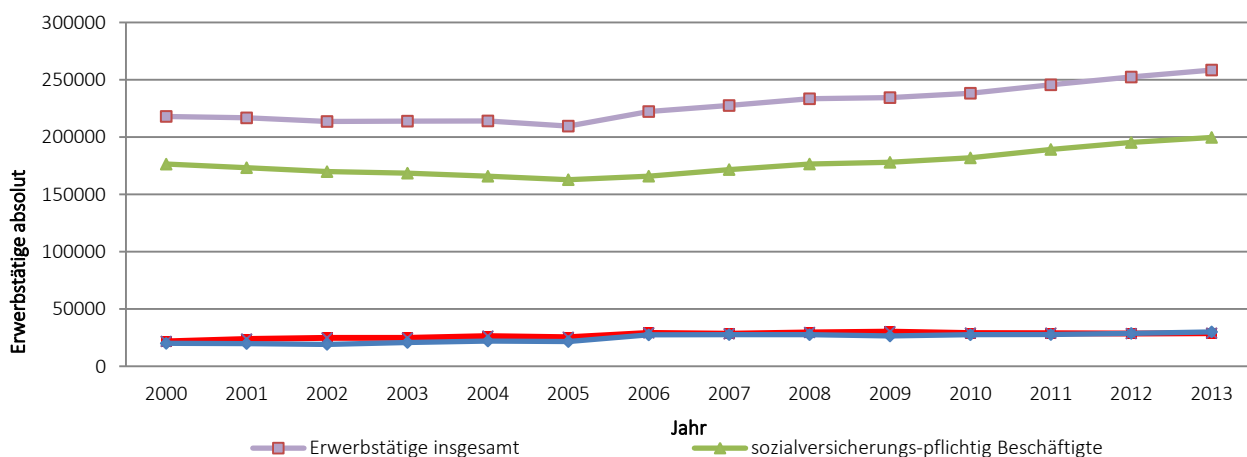


Abbildung 33: Entwicklung der Erwerbstätigenzahlen in Dresden von 2000 bis 2013 (Beschäftigte am Wohnort)

Quelle: Kommunale Statistikstelle Dresden, 2014c

4.2.2 Arbeitslosenzahlen

Hervorzuheben ist, dass die Arbeitslosenquote in der Stadt Dresden in den letzten Jahren stetig gesunken ist. Informationen der Agentur für Arbeit zufolge verringerte sich in der Stadt Dresden die Zahl der Arbeitslosen im Juni 2015 auf 21 737. Davon lag der Anteil der Frauen bei 44 Prozent. Im Vergleich zum gleichen Monat des Vorjahres waren damit 1 354 bzw. 5,9 Prozent Arbeitslose weniger gemeldet. 5 359 Arbeitslose wurden von der Agentur für Arbeit Dresden betreut, 726 bzw. 11,9 Prozent weniger als im Vorjahresmonat. Im Jobcenter Dresden wurden 16 378 Arbeitslose betreut, 628 bzw. 3,7 Prozent weniger als im Vorjahresmonat. Die Arbeitslosenquote in der Stadt Dresden fiel von 7,9 Prozent im Mai 2015 auf 7,6 Prozent im Juni 2015. Vor einem Jahr (Juni 2014) lag diese Quote bei 8,2 Prozent. Im Juni 2015 meldeten sich 4 221 Männer und Frauen in der Stadt Dresden neu oder erneut arbeitslos. Das waren 315 mehr als im Vormonat und 167 mehr als im gleichen Monat des Vorjahres. 1 494 Personen kamen aus einer Erwerbstätigkeit, das waren 99 mehr als im Vormonat und 83 mehr als vor einem Jahr. Gleichzeitig konnten 4 921 Menschen ihre Arbeitslosigkeit beenden, 294 mehr als im Vormonat und 329 mehr als im Vorjahr. Insgesamt nahmen 1 846 eine Erwerbstätigkeit auf, 60 weniger als im Mai 2015, aber 133 mehr als im Vorjahresmonat (Bundesagentur für Arbeit, 2015).

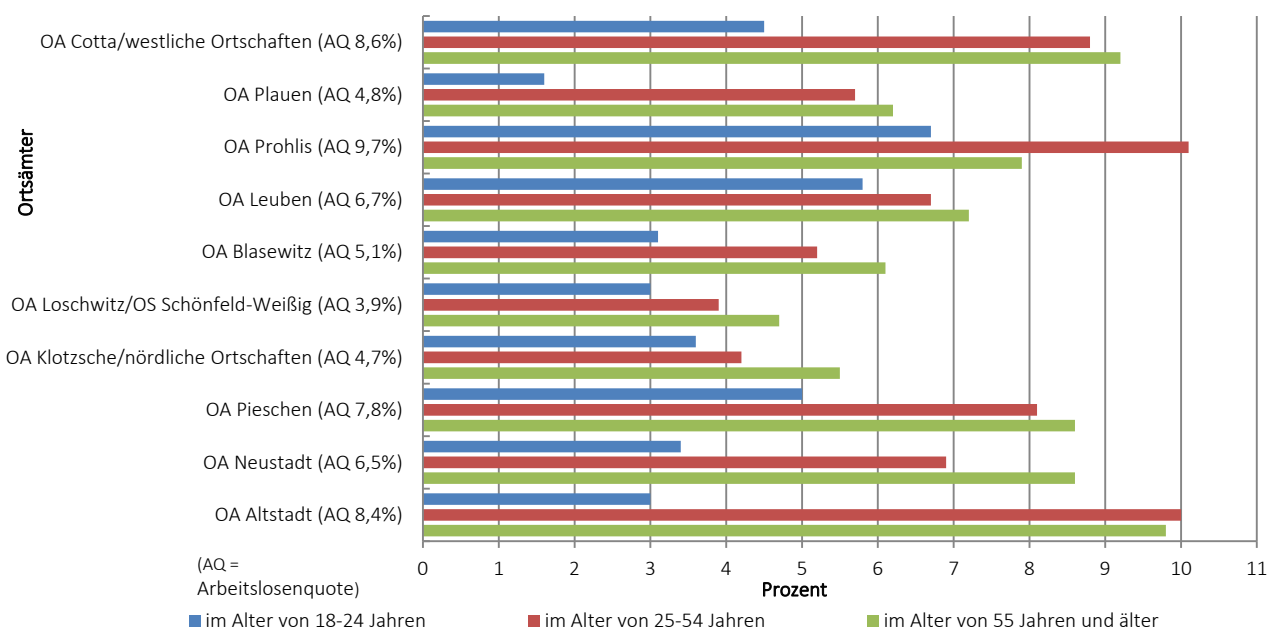


Abbildung 34: Arbeitslosenanteil in den Ortsämtern nach Altersgruppen in 2013

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2014c

Tabelle 15: Arbeitslosenquoten der Ortsämter

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2016

Ortsamt	Arbeitslosenquoten		
	2000	2005	2013
OA Cotta/westliche Ortschaften	13,9	14,5	8,6
OA Plauen	9,2	8,8	4,8
OA Prohlis	13,3	13,3	9,7
OA Leuben	11,5	10,5	6,7
OA Blasewitz	10,4	8,9	5,1
OA Loschwitz/OS Schönfeld-Weißig	8,1	6,9	3,9
OA Klotzsche/nördliche Ortschaften	9,0	8,1	4,7
OA Pieschen	13,1	14,3	7,8
OA Neustadt	12,8	11,7	6,5
OA Altstadt	12,2	13,3	8,4
Dresden gesamt	11,8	11,3	9,3

Bei der Betrachtung der Arbeitslosenzahlen nach Altersgruppen fällt positiv auf, dass der Anteil der Arbeitslosen unter 25 Jahren ebenfalls gesunken ist. Betrug dieser im Jahr 2008 noch 14 Prozent, lag er im Jahr 2014 nur noch bei 6,6 Prozent. Eine negative Entwicklung hingegen ist in der Altersgruppe der über 55-Jährigen festzustellen. Im Dezember 2008 lag hier der Anteil Arbeitsloser bei 12,7 Prozent. Im Jahr 2010 stieg dieser bereits auf 16,3 Prozent an und lag im Dezember 2014 bei 20 Prozent. Im Jahr 2014 war

somit jeder dritte Arbeitslose über 50 Jahre alt (Bundesagentur für Arbeit, 2015). Ein Blick auf die Arbeitslosenanteile der Einwohnerinnen und Einwohnern der einzelnen Dresdner Ortsamtsbereiche zeigt, dass besonders die Ortsämter Altstadt, Neustadt, Pieschen, Prohlis, und Cotta/westliche Ortschaften hohe Arbeitslosenanteile aufweisen. In den Gebieten Cotta, Prohlis, Leuben und Pieschen ist der Anteil junger Arbeitsloser zwischen 18 und 24 Jahren höher als in den anderen Ortsämtern. Allerdings sind die Anteile Arbeitsloser an den Einwohnern in allen genannten Ortsämtern in den letzten Jahren gesunken. So ist beispielsweise der Anteil junger Arbeitsloser im Ortsamt Pieschen seit 2010 um drei Prozentpunkte auf fünf Prozent im Jahr 2013 gesunken. In Prohlis liegt der Anteil bei 6,7 Prozent (2010: 7,6 Prozent) in Leuben bei 5,8 Prozent (2010: 7,2 Prozent) und in Cotta bei 4,3 Prozent (2010: 6,8 Prozent) (Kommunale Statistikstelle, 2016).

Die Tabelle 15 verdeutlicht den kontinuierlichen Rückgang der Arbeitslosenzahlen. Hierbei beruhen die Daten auf dem Anteil Arbeitsloser an Erwerbsfähigen in der Landeshauptstadt. In allen Ortsämtern ist ein Rückgang zu erkennen. Große Veränderungen sind vor allem in den Ortsämtern Loschwitz und Neustadt geschehen (Kommunale Statistikstelle, 2016).

4.2.3 Leistungsempfänger SGB II

Leistungsempfänger nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II) sind Personen zwischen dem 15. und 65. Lebensalter bzw. deren Angehörige, die Förderung zur Sicherung des eigenen Lebensunterhaltes erhalten (Hartz VI-Gesetze).

Zum Ende des Jahres 2013 gab es in Dresden 49 675 Empfängerinnen und -empfänger welche Leistungen nach dem SGB II erhielten. Die Verteilung der Anteile der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger sowie der Anteil an Kindern unter 15 Jahren mit SGB II-Bezug an allen Kindern variiert zwischen den Ortsämtern. Gemessen an allen Einwohnerinnen und Einwohnern Dresdens, bezog im Jahr 2013 fast jeder Neunter (11,8 Prozent) Leistungen nach dem SGB II (Kommunale Statistikstelle, 2014c). Damit liegt die Landeshauptstadt unter der sächsischen Quote von 12,9 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2014a).

Bei den Kindern unter 15 Jahren bezog beinahe jedes sechste Kind (17,6 Prozent) Leistungen nach SGB II. Auch in diesem Bereich kann ein positiver Trend beobachtet werden. Lag der Anteil der Kinder, welche Leistungen nach SGB II bezogen, 2009 noch bei 22 Prozent hat dieser sich über die Jahre deutlich verringert (2010 - 20,5 %; 2011 - 19 %; 2012 - 18,2 %). Dresden lag 2013 damit, wie die vergangenen Jahre zuvor, knapp unter dem sächsischen Trend von 19,1 Prozent. Am höchsten sind die Anteile in den Ortsämtern Altstadt, Pieschen, Prohlis und Cotta/westliche Ortschaften, was sich wiederum mit der Verteilung der Arbeitslosenanteile in den Ortsämtern deckt (Kommunale Statistikstelle, 2014c; Statistisches Bundesamt, 2014a).

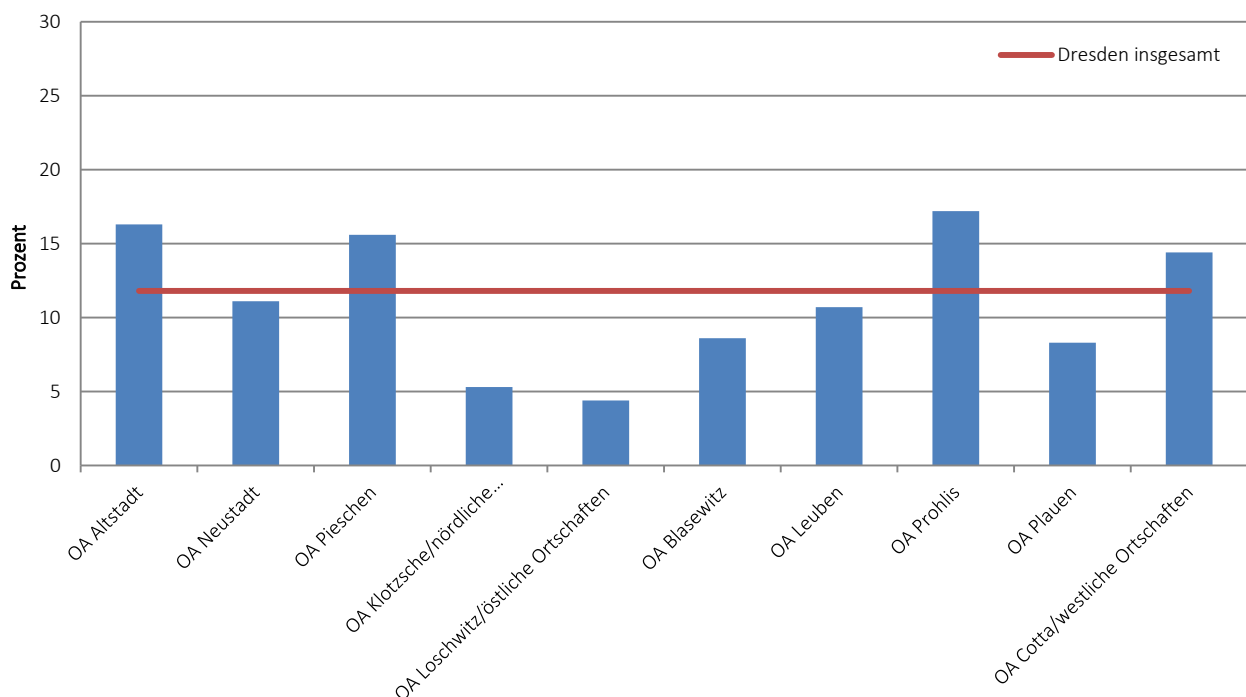


Abbildung 35: Anteile der SGB II - Leistungsempfängerinnen und Empfänger an den Einwohnern nach Ortsämtern Dresden 2013

Quelle: Kommunale Statistikstelle Dresden, 2014c

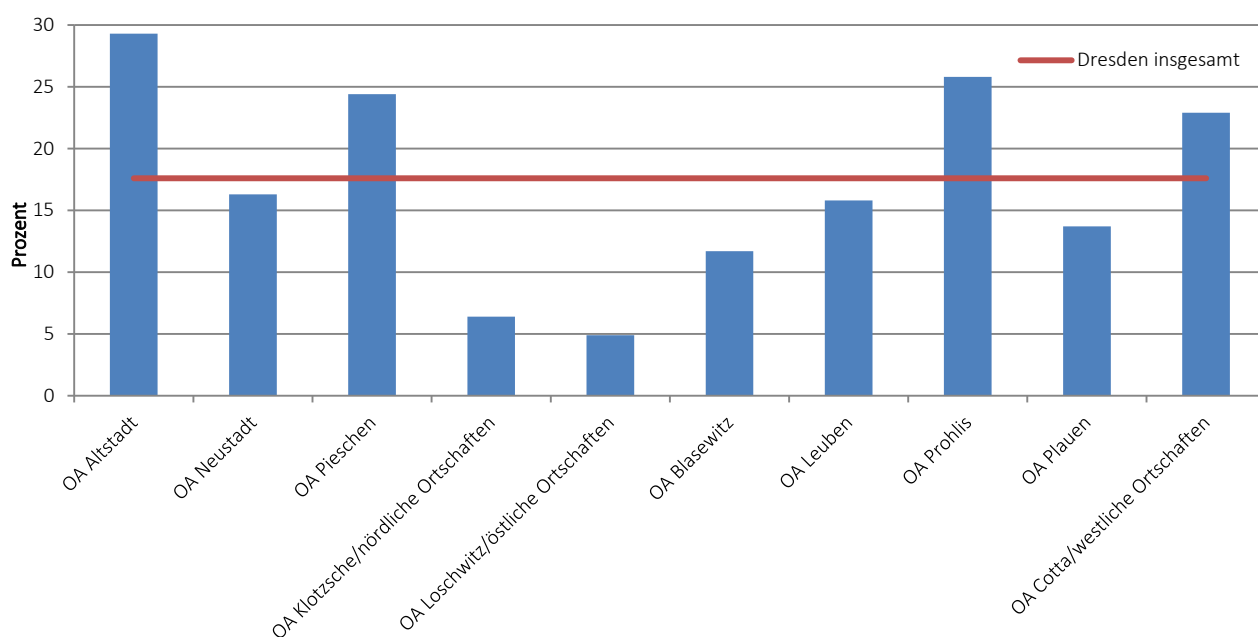


Abbildung 36: Anteil Kinder unter 15 Jahren mit SGB II-Bezug an allen Kindern unter 15 Jahren nach Ortsämtern Dresden von 2013
Quelle: Kommunale Statistikstelle Dresden, 2014c

4.3 Alleinerziehende

Der durchschnittliche Anteil Alleinerziehender an allen Haushalten mit Kindern beträgt in der Stadt Dresden im Jahr 2014 23,7 Prozent, das entspricht 12 789 Personen. Die Ortsämter Loschwitz/Ortschaften Schönfeld-Weißig und Klotzsche/nördliche Ortschaften liegen mit etwa 16 Prozent deutlich unter dem Durchschnitt. Das Ortsamt Plauen folgt an dritter Stelle mit 19 Prozent. Der Anteil Alleinerziehender liegt in allen übrigen Ortsämtern bei etwa 25 bis 27 Prozent (Kommunale Statistikstelle, 2015).

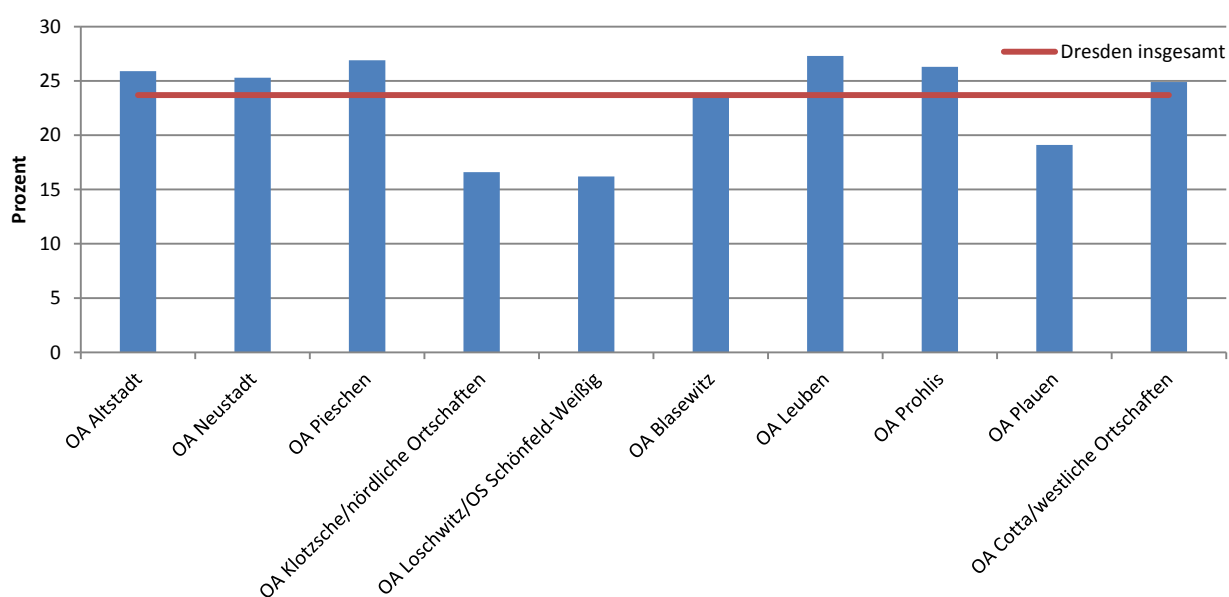


Abbildung 37: Anteil Alleinerziehender an allen Haushalten mit Kindern von 2014 in Dresden
Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015

4.4 Rente

Das durchschnittliche Eintrittsalter in die Altersrente liegt in den neuen Bundesländern für beide Geschlechter bei etwa 63,5 Jahren. Das Durchschnittsalter bei Erwerbsminderungsrenten ist mit 52,1 Jahren (Männer) bzw. 50,8 Jahren (Frauen) sehr niedrig. Das durchschnittliche Zugangsalter bei Erwerbsminderungsrenten ist dabei in Ostdeutschland etwa 0,5 Jahre höher als in Westdeutschland und im Ausland. Bei der Altersrente ist die Situation genau umgekehrt. In den neuen Bundesländern sind die Männer bei Eintritt in die Altersrente mit 63,7 Jahren durchschnittlich 0,4 Jahre jünger als die Männer in den alten Bundesländern. Bei den Frauen sind es mit 63,4 Jahren sogar 0,9 Jahre Differenz (Deutsche Rentenversicherung, 2014; Deutsche Rentenversicherung, 2015). Hervorzuheben bleibt, dass sich die Daten, abhängig von den jeweiligen Tätigkeitsfeldern, stark voneinander unterscheiden können. Personen in körperlich stark beanspruchenden Berufen, aber auch aus Berufen 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, 2010).

Zum 01.07.2014 lebten in Deutschland 20 617 043 Rentner. Hierbei lag der Frauenanteil bei 57 Prozent. In Sachsen lebten zum gleichen Stichtag rund 1,22 Millionen Personen, welche Rente bezogen. Dies entspricht einem Anteil von 30,6 Prozent an der sächsischen Gesamtbevölkerung (Deutsche Rentenversicherung, 2015).

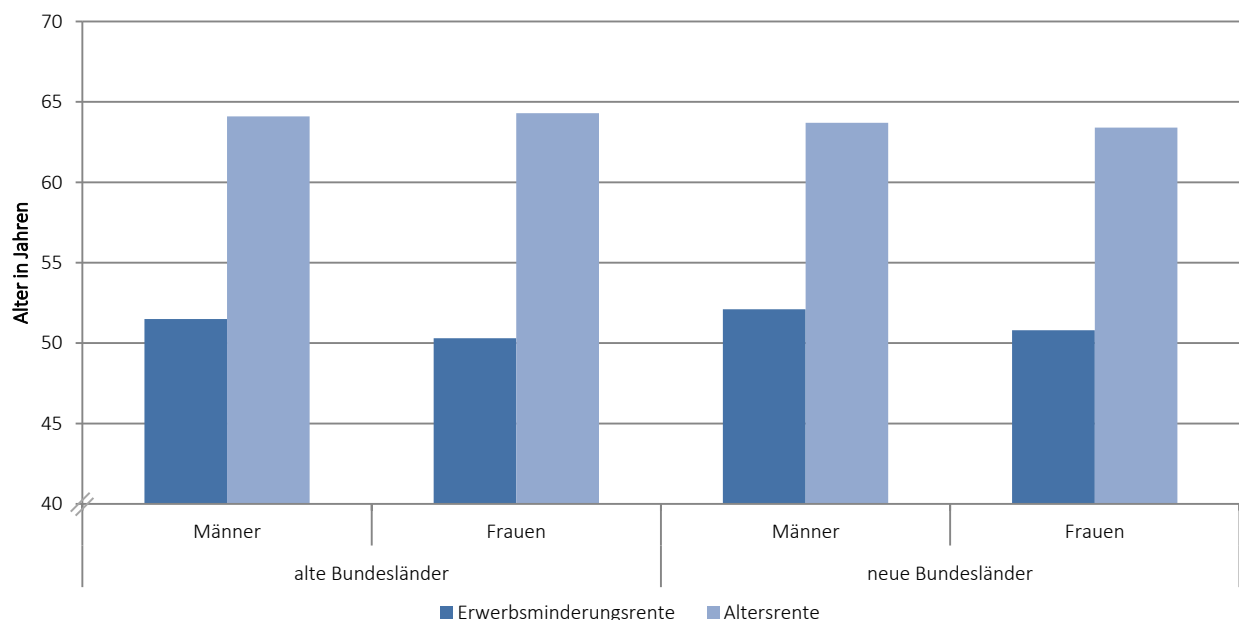


Abbildung 38: Durchschnittsalter bei Renteneintritt in Deutschland von 2014

Quelle: Deutsche Rentenversicherung, 2015

Die demographische Herausforderung zukünftiger Arbeitspolitik wird demnach sein, ältere Arbeitnehmer zu befähigen, möglichst lang aktiv und gesund am Arbeitsprozess teilnehmen zu können. Deutlich wird dies auch auf der Grundlage der stetig gestiegenen Rentenbezugsdauer. Diese ist in Gesamtdeutschland in den letzten zehn Jahren um fast vier Jahre gestiegen und lag 2014 bei 19,3 Jahren (1995 - 15,8 Jahre). Geschlechtsspezifisch lassen sich deutliche Unterschiede erkennen. Frauen bezogen im Mittel 21,4 Jahre Rente, Männer nur durchschnittlich 17,2 Jahre (Deutsche Rentenversicherung, 2015).

4.5 Nettoäquivalenzeinkommen

Das durchschnittliche Nettoeinkommen eines Dresdner Haushaltes ist seit der vorletzten Kommunalen Bürgerumfrage 2012 um fünf Prozent gestiegen und lag im Jahr 2014 bei 1 888 Euro (Median) monatlich. Der Anteil niedriger Einkommen (bis 1 750 Euro) ist um vier Prozentpunkte gesunken. Gleichzeitig haben die Haushalte mit Einkommen über 2 500 Euro um drei Prozentpunkte zugenommen. Vor allem Paare mit Kindern verzeichnen eine Zunahme von durchschnittlich 432 Euro oder 15 Prozentpunkten. In den vorangegangenen Untersuchungen verzeichnete diese Gruppe einen Rückgang. Des Weiteren konnten Paare ohne Kinder ebenfalls einen Zuwachs im Einkommen von je sechs Prozent aufzeigen. In den Ein-Personen-Haushalten wurde hingegen ein Rückgang beobachtet. Das konnte vor allem bei den allein lebenden Männern festgestellt werden (Kommunale Statistikstelle, 2015, 2015c).

Das bedarfsgewichtete Nettoäquivalenzeinkommen (kurz Äquivalenzeinkommen), welches das Einkommen abhängig von Haushaltsgröße und Haushaltszusammensetzung je Person umrechnet, ist eine Messgröße mit der sich die Verteilung der finanziellen Ausstattung besser beschreiben lässt. Es ist seit 1993 um 61 Prozent angewachsen. 2014 lag das Nettoäquivalenzeinkommen in Dresden bei 1 444 Euro. Damit hat es sich seit der letzten kommunalen Bürgerumfrage weiter erhöht. 2012 lag es noch bei 1 414 Euro, 2010 betrug es 1 356 Euro und im Jahr 2007 bei 1 275 Euro. Das durchschnittliche Äquivalenzeinkommen schwankt in Dresden zwischen 1 056 Euro in Prohlis/Reick (2012: 1 198 Euro) und 1 700 Euro im Ortsamtsbereich Loschwitz mit der Ortschaft Schönfeld Weißig (2012: 1 597 Euro). Die Differenz zwischen dem „ärmsten“ und dem „reichsten“ Stadtraum beträgt 644 Euro und ist damit seit der letzten kommunalen Bürgerumfrage stark gestiegen (2012: 432 Euro, 2010: 410 Euro) (Kommunale Statistikstelle, 2011, 2013, 2015c).

Ein Armutsrisiko liegt laut einer EU-weiten Definition vor, wenn das Nettoeinkommen von Haushalten weniger als 60 Prozent des Median beträgt (Statistisches Bundesamt, 2013b). Als wohlhabend werden Haushalte bezeichnet, deren Einkommen um 50 Prozent höher als der Median ist und als einkommensreich bei mehr als dem doppelten Einkommen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013). Von einem Armutsrisiko sind in Dresden 49 400 Haushalte (17 Prozent) betroffen. Damit erreicht der Anteil an von Armut bedrohten Haushalten in Dresden 2014 das bisher höchste Niveau von 2007. Diese Haushalte haben ein Nettoeinkommen von unter 1 000 Euro. Gleichzeitig werden 49 100 Haushalte (17 Prozent) als wohlhabend eingestuft und sechs Prozent (17 240 Haushalte) als einkommensreich (Kommunale Statistikstelle, 2016). Es bleibt festzuhalten, dass die generelle Arbeitslosigkeit sinkt, sowie der Anteil von Armut betroffener Haushalte. Aussagen über Kausalitäten können an dieser Stelle nicht getroffen werden.

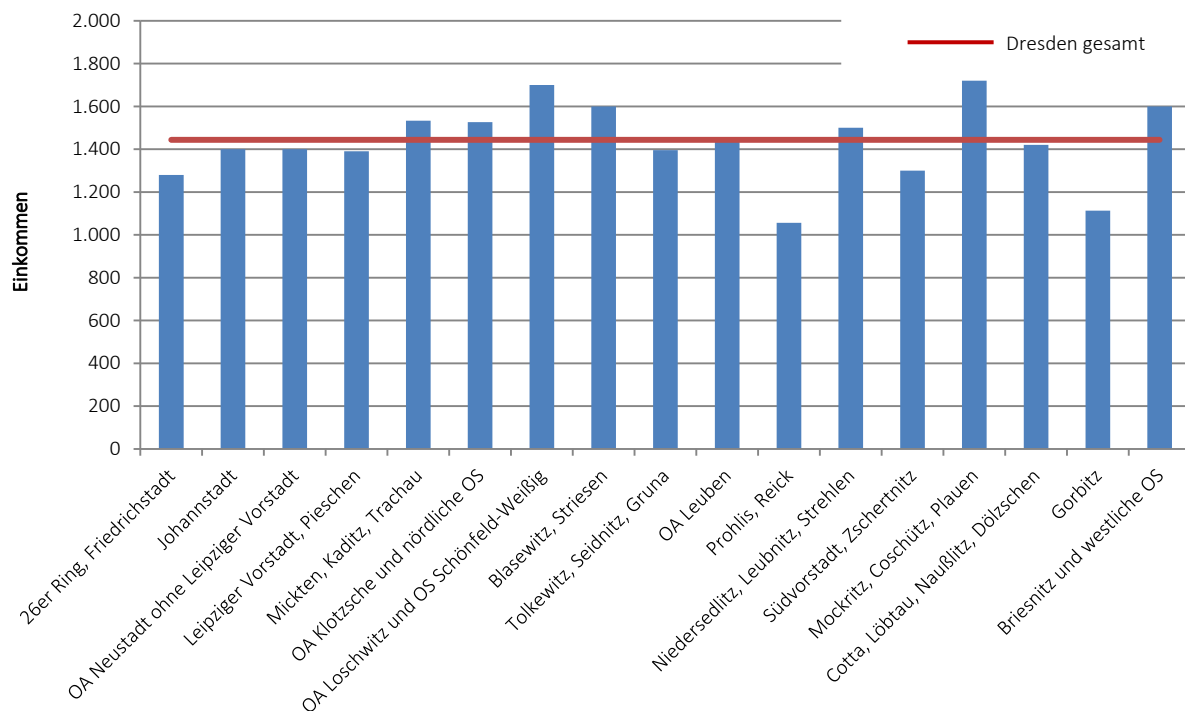


Abbildung 39: Nettoäquivalenzeinkommen von 2014 nach Ortsämtern/Stadträumen

Quelle: Kommunale Bürgerumfrage, 2015c

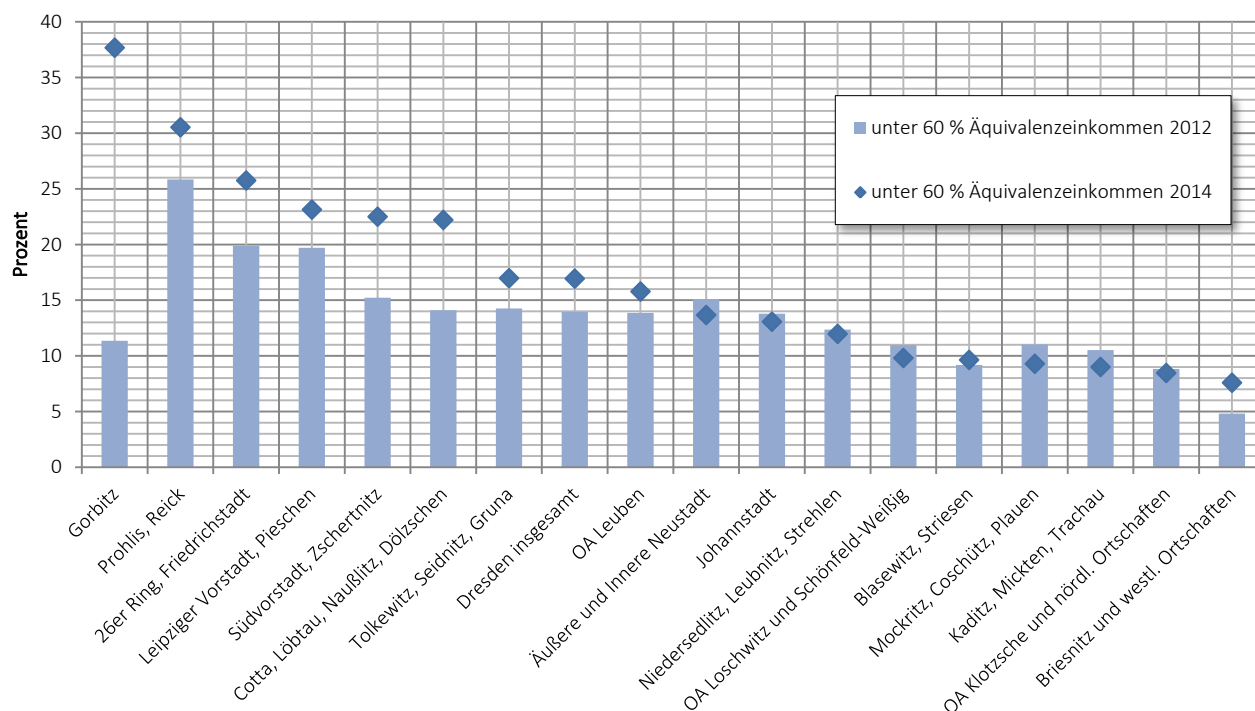


Abbildung 40: Veränderung „wohlhabend“ in Ortsämtern/Stadträumen von 2012 zu 2014

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2013, 2015c

In den Stadträumen Prohlis, Reick; Friedrichstadt; Gorbitz sowie Südvorstadt und Zschertnitz wohnen eher Menschen mit geringem Nettoäquivalenzeinkommen. Die Stadträume Loschwitz mit Schönfeld-Weißig; Mockritz, Coschütz, Plauen; Blasewitz, Striesen; Klotzsche und nördliche Ortschaften, Mickten, Kaditz, Trachau sowie Briesnitz und westliche Ortschaften sind eher von Menschen mit höherem Einkommen bevölkert (Kommunale Statistikstelle, 2015c, 2016).

Auf Grundlage der kommunalen Bürgerumfrage, war es möglich zwei Einkommensbereiche näher zu betrachten. Im Fokus stand dabei die prozentuale Veränderung der jeweiligen Kategorie. Zum einen wurde der Einkommensbereich derer, die als wohlhabend gelten (über 150 % Äquivalenzeinkommen) untersucht und zum anderen der Bereich derer, die von Armut bedroht sind (unter 60 % Äquivalenzeinkommen). Im Bereich „wohlhabend“, konnten besonders große positive Veränderungen zu 2012 in den Ortsämtern bzw. Stadträumen Kaditz, Mickten, Trachau (+ 260 %) und Gorbitz (+ 95 %) festgestellt werden. Zu negativen Entwicklungen hingegen kam es besonders in Mockritz, Coschütz, Plauen (- 23 %) und 26er Ring, Friedrichstadt (- 15 %) (Kommunale Statistikstelle, 2013, 2015c).

Im Bereich der von Armut bedrohten Dresdnerinnen und Dresdner kam es besonders im Stadtraum Gorbitz zu einer sehr großen Zunahme (+232 %). Weitere Bereiche, wie Cotta, Löbtau, Naußlitz, Dölzschen sowie Briesnitz und westliche Ortschaften, wiesen einen prozentualen Anstieg von 57 Prozent auf. Abnahmen hingegen konnten in der Äußeren und Inneren Neustadt (-9 %), Mockritz, Coschütz, Plauen (-16 %) und in Kaditz, Mickten, Trachau (-14 %) festgestellt werden (Kommunale Statistikstelle, 2013, 2015c, 2015f).

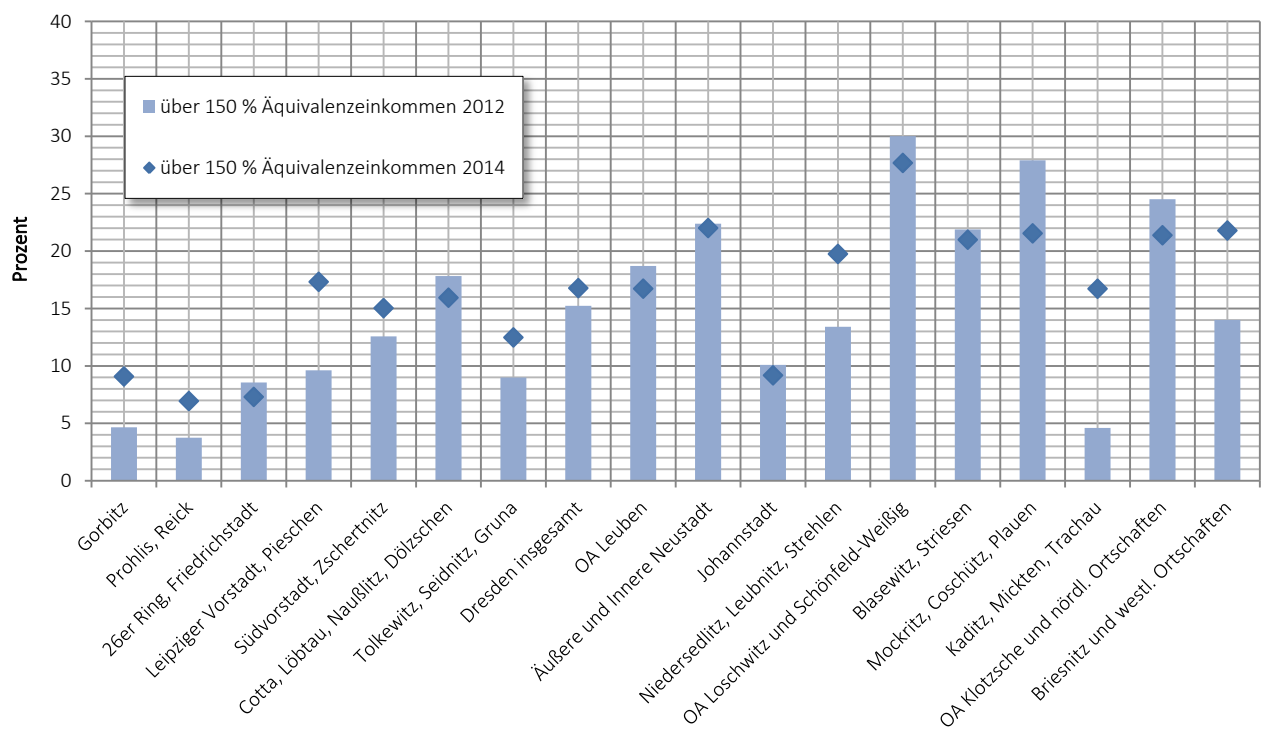


Abbildung 41: Veränderung „von Armut bedroht“ in Ortsämtern/Stadträumen von 2012 zu 2014
 Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2013, 2015c

4.6 Bildung

An dieser Stelle wird auf eine ausführliche Darstellung der Daten zu Bildung und Qualifikationsstruktur der Dresdner Bevölkerung auf den „2. Bildungsbericht der Landeshauptstadt Dresden“ verwiesen. Dieser wurde durch das Bildungsbüro „Dresdner Bildungsbahnen“ vorgelegt und enthält umfassende Informationen. Bezogen werden kann der Bericht über das Bildungsbüro „Dresdner Bildungsbahnen“.

Erkennbar ist, dass Jugendliche und junge Erwachsene zu einem hohen Prozentsatz bis zu ihrem 24. Lebensjahr (noch) keine Berufsausbildung bzw. kein Studium begonnen bzw. abgeschlossen haben. Ab dem 25. Lebensjahr ist dieser hohe Teil jedoch abgelöst von zahlreichen Qualifikationen. Hintergrund könnte dabei die gute Ausbildungsstellenstruktur in der Landeshauptstadt sein. Statistisch gesehen steht für jede/n Suchende/n ein Ausbildungsplatz zur Verfügung. Mehrheitlich bilden abgeschlossene Berufsausbildungen den größten Anteil an den Abschlüssen. Ein weiterer hoher Prozentsatz liegt bei den Hochschul- und Universitätsabschlüssen bzw. bei Promotionen. In den letzten Jahren hat sich dabei die Zahl der Studierenden deutlich erhöht und somit auch die Zahl der Absolventinnen und Absolventen (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

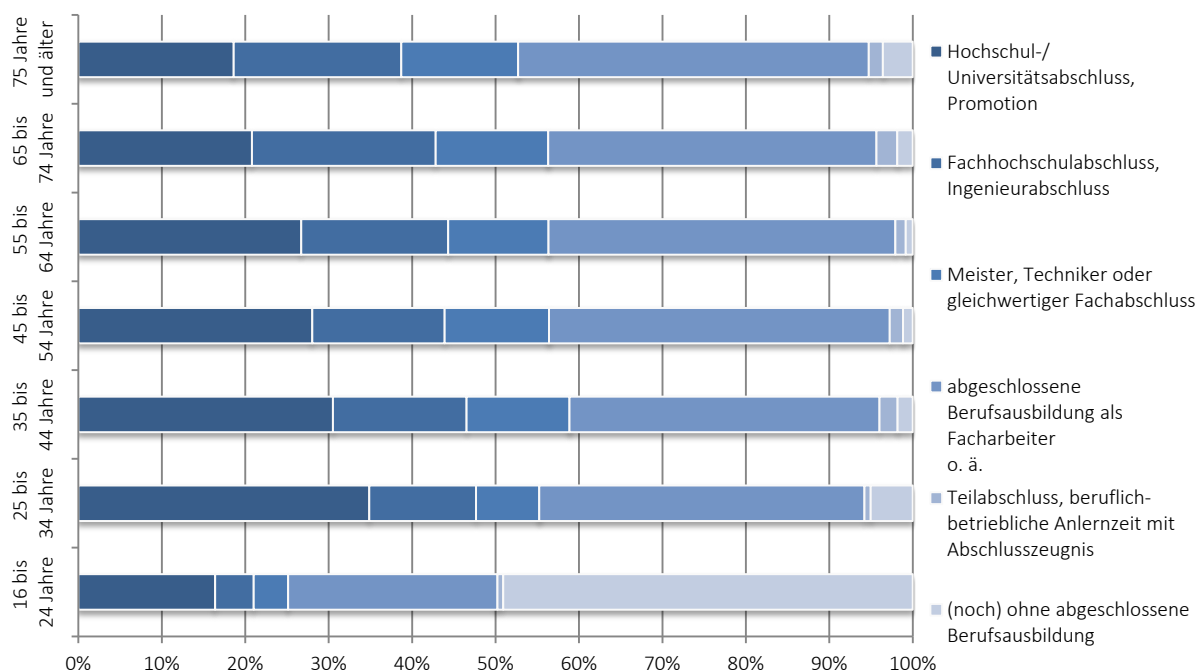


Abbildung 42: Qualifikationsstruktur der in Dresden wohnenden Bevölkerung von 2014

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

4.7 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.

Seit 2010 ist ein Zuwachs des Wohnungsbestandes zu verzeichnen. Dieser Zuwachs ist allerdings ausschließlich durch den Eigenheimneubau begründet. Der Bestand an Wohnungen in Mehrfamilienhäusern ist 2014 im Vergleich zum Vorjahr um 372 Wohnungen zurückgegangen. Durch Abriss von 30 Wohngebäuden mit 109 Wohnungen wurde der Rückbau zwar fortgeführt, jedoch nicht mehr in dem Maße der Vorjahre. Der Zuwachs von 3 770 Haushalten gegenüber 2013 führte zur Reduzierung des Wohnungsleerstandes. Insgesamt sank der Leerstand kontinuierlich in den letzten Jahren und betrug 6,8 Prozent im Jahr 2014 (-0,8 Prozentpunkte zu 2013, -2,9 Prozentpunkte zu 2010). Aus der Kommunalen Bürgerumfrage 2010 geht hervor, dass 81 Prozent der Dresdner Haushalte Mieter sind. Ein reichliches Fünftel der Mieterhaushalte wohnt in Wohnungen der Genossenschaften und 14 Prozent beim Großvermieter Gagfah Group. Die Wohnkosten, die Mieterhaushalte je Quadratmeter zu zahlen haben, sind in den letzten Umfragen gestiegen. Die Grundmieten erhöhten sich seit der kommunalen Bürgerumfrage 2012 um 4,4 Prozent auf 5,69 Euro im Jahr 2014 (2012: 5,45 Euro, 2010: 5,27 Euro). Die Kosten für Heizung und Wassererwärmung legten seit 2012 um knapp sieben Prozent zu. Stabil blieben die kalten Betriebskosten (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Alleinlebende Haushalte geben mit durchschnittlich 39 Prozent ihres Haushaltsnettoeinkommens den größten Anteil für das Wohnen aus. Filtert man Wohngemeinschaften heraus, sinkt der Anteil auf 33 Prozent. Gibt es mehrere Haushaltsmitglieder, liegt die Belastung unverändert bei 25 Prozent. Haushalte mit einem geringen Einkommen bis 1 000 Euro wenden im Durchschnitt mehr als die Hälfte (59 %) ihres Einkommens für das Wohnen auf. Ohne Betrachtung der Wohngemeinschaften liegt der Anteil noch bei 48 Prozent. Personen mit mehr als 4 000 Euro Einkommen wenden dagegen nur 16 Prozent ihres Gesamteinkommens auf. Insgesamt geben Dresdner Haushalte durchschnittlich 33 Prozent für Wohnkosten aus (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Alt und jung sind über das Stadtgebiet sehr unterschiedlich verteilt. So variiert das Durchschnittsalter von 31,8 Jahren in der Äußeren Neustadt bis zu 54,5 Jahren in Johannstadt-Süd. Der Altersdurchschnitt ist im Ortsamt Altstadt mit 47,5 Jahren am höchsten, jedoch ist er in den letzten Jahren gesunken. Von den sieben ältesten Stadtteilen gehören 2014 drei zum Ortsamtsbereich Altstadt. Im Jahr 2011 waren es noch fünf Stadtteile. In den Ortsämtern Klotzsche/nördliche Ortschaften, Loschwitz und Ortschaften Schönfeld-Weißig sowie Ortsamt Leuben ist der Altersdurchschnitt in den letzten Jahren dagegen gestiegen. Zu den sieben jüngsten Stadtteilen gehören noch die Leipziger Vorstadt, Pieschen-Süd, Löbtau-Nord und -Süd, die östliche Südvorstadt und Striesen-Ost (Kommunale Statistikstelle, 2016).

In die Umfrage war erneut die Frage nach der Zufriedenheit mit der Wohnung, der Wohngegend und der Stadt aufgenommen worden. 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 seit 2010 zum dritten Mal in Folge die bis dahin jeweils beste Note von 1,9. Die Stadt allgemein wird mit der Durchschnittsnote 1,8 noch besser bewertet (KBU 2012: 1,7). Bei der 2012 erstmals gestellten Frage nach der Zufriedenheit mit dem Wohngebäude sehen insbesondere Arbeitslose und -suchende Reserven. In den Plattenbaugebieten Prohlis und Gorbitz ist die Unzufriedenheit mit den Wohnhäusern am größten, bei der letzten KBU war hierbei die Bewertung in diesen Stadtteilen noch Mittelmaß. Menschen ohne Arbeit schätzen ihre Wohngegend schlechter ein. Die größten Ausdifferenzierungen traten aber erwartungsgemäß innerhalb räumlicher Einheiten auf. In Prohlis/Reick sind nur neun Prozent (2012: 15 %) der Bewohnerinnen und Bewohner sehr zufrieden mit ihrer Wohngegend (Durchschnittsnote 2,6, gegenüber der KBU 2012 um ein Zehntel verbessert), mit dem Gorbitzer Plattenbaugebiet sind acht Prozent sehr zufrieden (2012: noch 20 %, Note 2,4 wie 2010 und 2012). Spitzenreiter ist weiterhin der Ortsamtsbereich Loschwitz mit Schönfeld-Weißig mit einer durchschnittlichen Benotung von 1,5 und damit dem gleichen Ergebnis wie in den letzten beiden Umfragen. Dort sind 53 Prozent aller Einwohnerinnen und Einwohner mit ihrem Wohnviertel sehr zufrieden und niemand hat „nicht zufrieden“ oder „überhaupt nicht zufrieden“ ausgewählt. Menschen im Alter von 25 bis 34 Jahren schätzten ihre Wohnung durchschnittlich mit Note 2,0 ein, während 65-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 %) geben an, keine Umzugsabsichten zu hegen. Im städtischen Durchschnitt haben 64 Prozent keine Umzugswünsche (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

4.8 Zusammenfassung

In Dresden lag 2013 die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten bei über 258 000.

Der Trend zur Verringerung der Arbeitslosenzahlen hält in Dresden an. Im Juni 2015 lag die Arbeitslosenquote in Dresden bei 7,6 Prozent und war im Vergleich zu Sachsen (7,9 Prozent) und Leipzig (9,4 Prozent) niedriger.

Vor allem ältere Menschen sind von Arbeitslosigkeit betroffen. Im Jahr 2014 war bereits jeder Dritte Arbeitslose über 50 Jahre alt. Der Anteil junger Arbeitsloser unter 25 Jahren ist in den letzten Jahren gesunken.

Hohe Arbeitslosenanteile gibt es in den Ortsämtern Altstadt, Neustadt, Pieschen, Prohlis, und Cotta/westliche Ortschaften.

Der Anteil von Leistungsempfängern nach SGB II ist in den Ortsämtern Altstadt, Pieschen, Prohlis und Cotta/westliche Ortschaften überdurchschnittlich hoch. Beinahe jedes sechste Dresdner Kind erhielt 2013 Leistungen nach SGB II.

Im Februar 2014 lag das Nettoäquivalenzeinkommen in Dresden bei 1 444 Euro. Die Differenz zwischen dem „ärmsten“ und dem „reichsten“ Stadtraum beträgt 644 Euro und ist seit der letzten kommunalen Bürgerumfrage gestiegen.

Es liegt eine altersdifferenzierte Verteilung der Bevölkerung in den einzelnen Stadtgebieten vor. Das Durchschnittsalter variiert von 31,8 Jahren in der Äußeren Neustadt bis zu 54,5 Jahren in Johannstadt-Süd.

Die Zufriedenheit mit der Wohnung, der Wohngegend und der Stadt wird sehr hoch beurteilt, wobei Differenzen zwischen den Stadträumen bestehen.

Dresdner Haushalte geben durchschnittlich 33 Prozent für Wohnkosten aus.

5. 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 zur Umwelt 2011-2014“ seitens des Umweltamtes vor und kann auf der Internetseite der Landeshauptstadt Dresden unter https://www.dresden.de/media/pdf/umwelt/UB_Fakten_2011_2014.pdf 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.

6. Gesundes Aufwachsen

6.1 Einleitung

Einer der Schwerpunkte der Landeshauptstadt Dresden ist die geschäftsübergreifende Bearbeitung des Themas Kinder- und Jugendgesundheit. In den letzten Jahren ist weiterhin ein stetiger Anstieg von Geburten in der Landeshauptstadt zu verzeichnen. Dresden war in den Jahren 2009 bis 2011 alleiniger Spitzenreiter in den Geburtenzahlen (Lebendgeborene je 1 000 Einwohner) und teilt diesen Titel von 2012 bis 2014 im Großstadtvergleich deutscher Städte mit München (Kommunale Statistikstelle, 2016). Damit gehen weiterhin umfangreiche Herausforderungen für die Arbeit in der Kommune einher. Es steht daher nicht nur die Schaffung von ausreichenden Plätzen zur Betreuung und Bildung der Kinder im Vordergrund politischen Handelns, sondern auch das Bewusstsein, die Belange der Kinder zu stärken und gerade Kindern aus Familien mit schwierigen Lebenslagen, ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen.

Gesundheit der Kinder und Jugendlichen der Stadt Dresden als besonderes Anliegen wird mit zielgruppenspezifischen Projekten und Konzepten bereits umfänglich gefördert. Hier leisten zum einen der Kinder- und Jugendärztliche Dienst einschließlich der Frühen Gesundheitshilfen am Gesundheitsamt sowie die niedergelassenen Kinder- und Hausärzte mit den jeweiligen Vorsorgeuntersuchungen bzw. Beratungs- und Betreuungsangebote einen großen Beitrag. Ferner spielt Kindergesundheit im Handlungsprogramm „Aufwachsen in sozialer Verantwortung“ oder im Netzwerk für Frühprävention, Sozialisation und Familie (KINET) des Eigenbetriebs Kindertagesstätten der Landeshauptstadt Dresden eine sehr wichtige Rolle.

Das folgende Kapitel stellt Daten zum Gesundheits- und Entwicklungszustand in unterschiedlichen Lebensabschnitten vor. Beginnend werden die Daten aus dem Themenschwerpunkt der Frühen Gesundheitshilfen zur gesundheitlichen Lage der Kinder im pränatalen Alter und ein Jahr nach der Geburt beschrieben sowie fortgesetzt werden Zahlen zum Gesundheits- und Entwicklungszustand Dresdner Kindern und Jugendlichen berichtet. Die Interpretation dieser Daten wird Gegenstand weiterführender Arbeitsgruppen und Workshops sein. Damit ist das vorliegende Stadtgesundheitsprofil Grundlage für die Vertiefung bereits begonnener und zukünftiger Projekte und Vorhaben. Die Daten zum Gesundheits- und Entwicklungszustand beziehen sich sowohl auf die körperliche Gesundheit (Seh- und Hörvermögen, koordinative und kognitive Kompetenzen sowie Sprachentwicklung) als auch auf die psychische Gesundheit. Ebenso enthält das Kapitel eine Bestandsaufnahme zum Gesundheitsverhalten einschließlich Gesundheitsvorsorge, Impfungen, Mundgesundheit sowie zu körperlichen Aktivitäten in dieser Altersgruppe in Dresden. Erstmals werden Daten aus der Arbeit der Frühen Gesundheitshilfen am Gesundheitsamt sowie zum Suchtverhalten im Kapitel „Gesund aufwachsen“ thematisiert.

6.2 Schwangerschaft und Geburt: Schwerpunkt Frühe Gesundheitshilfen

Das Team der „Frühen Gesundheitshilfen“ des Gesundheitsamtes der Stadt Dresden, bestehend aus Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Familienkinderkrankenschwestern), begleitet im Rahmen der Primär- und Sekundärprävention Familien mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf in der Zeit der Schwangerschaft bis zum ersten Geburtstag des Kindes. Aufgrund der niedrigschwelligen und flexiblen Strukturen des Unterstützungsangebots der „Frühen Gesundheitshilfen“ wird diese Hilfe sehr gut von den Familien angenommen und nachgefragt.

Im Jahr 2015 wurden 88 Kinder durch regelmäßige Hausbesuche einer Familienhebamme/Familienkinderkrankenschwester beim Aufwachsen begleitet. Als erfolgreich erwies sich auch im Jahr 2015 der frühe Einstieg in die Begleitung einer Familie. Bei 48 Prozent aller Familien begann die Unterstützung der „Frühen Gesundheitshilfen“ in der Schwangerschaft und in weiteren 31 Prozent innerhalb der Wochenbettzeit. Dieser frühe Beziehungs- und Vertrauensaufbau ist für die gemeinsame Arbeit im Rahmen der Prävention sehr gewinnbringend. Die Anzahl der Betreuungsanfragen aus dem familiären Umfeld (Selbstmelder, Angehörige) lag 2015 bei 29 Prozent. Viele Familien fanden durch wichtige Netzwerkpartner wie Krankenhäuser, Hebammen, Schwangerenberatungsstellen und dem Jugendamt zum Angebot der „Frühen Gesundheitshilfen“. Steigerungsfähig ist hierbei immer noch die Vermittlerfunktion der Kinder- und Frauenärzte und -ärztinnen. Aus diesem Bereich des Gesundheitswesens wurde nur eine Familie auf das Angebot der „Frühen Gesundheitshilfen“ aufmerksam gemacht.

Der Einsatz der „Frühen Gesundheitshilfen“ ist nicht allein durch Merkmale der Familie (z. B. Belastungsgrad der begleiteten Familie) sondern auch durch Merkmale der Tätigkeit der Familienhebamme (wie z. B. Unterstützung der Hauptbezugspersonen bei der Pflege und Versorgung des Kindes definiert).

Zu den wichtigsten und häufigsten familiären Risikofaktoren für das gesunde Aufwachsen eines Kindes wurden 2015 bei Betreuungsbeginn folgende Punkte ermittelt:

- ein niedriger Bildungsstand;
- Überforderung der Eltern;
- Partnerschaftsprobleme;
- alleinerziehende/sozial isolierte Eltern;
- eigene biografische Erfahrungen (Broken Home, Gewalt- und Missbrauchserfahrung);
- sehr junge Eltern (bis 21 Jahre);
- Haltung der Hauptbezugsperson zum Kind/Bindungsprobleme;
- Erkrankungen der Mutter.

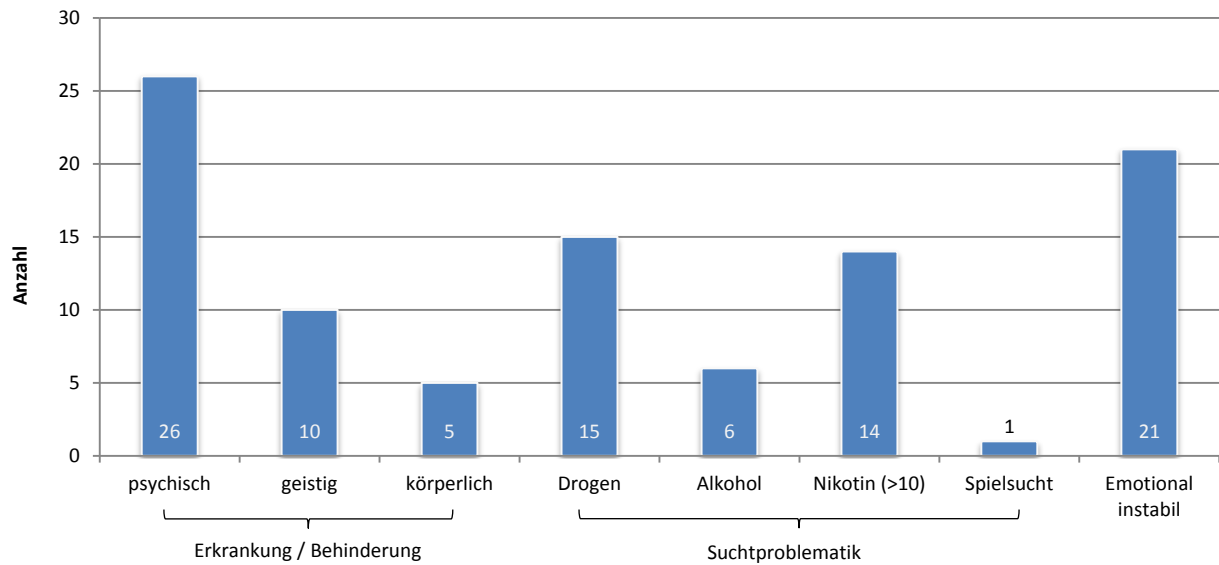


Abbildung 43: Gesundheit der Mutter bei Betreuungsbeginn

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2015

Aber auch ein besonderer Fürsorgebedarf des Kindes kann für Eltern zu einer Herausforderung werden.

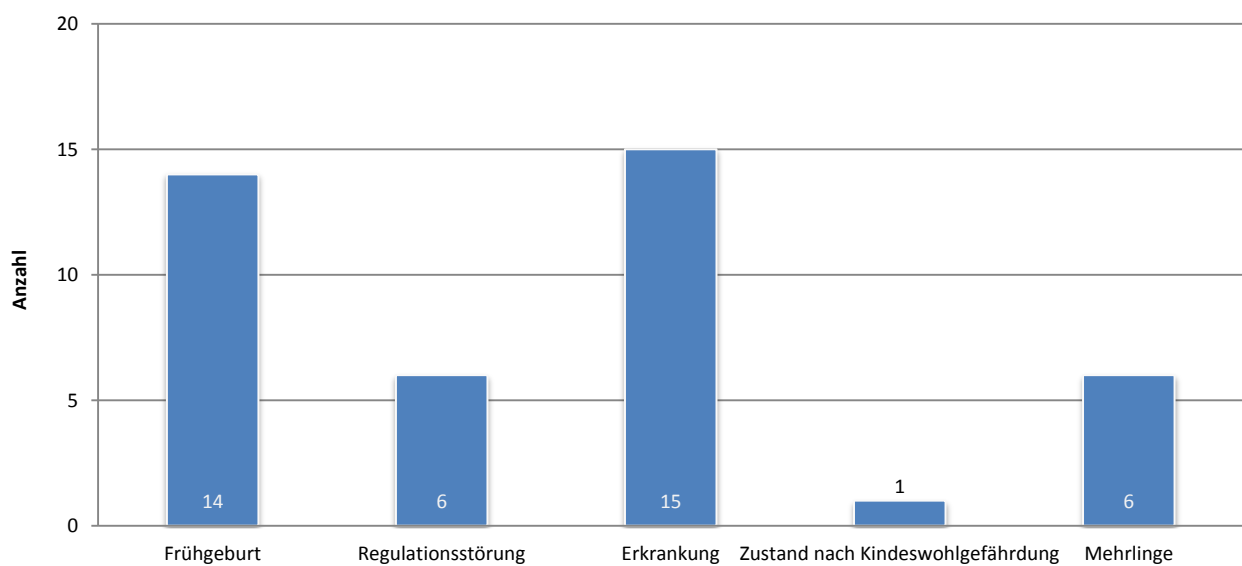


Abbildung 44: Besonderer Fürsorgebedarf des Kindes

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2015

In der Auswertung der inhaltlichen Arbeit der „Frühen Gesundheitshilfen“ zeigte sich, dass der gesundheitliche, präventive Auftrag im Vordergrund der Unterstützungsleistung stand. Anhand der selbstentwickelten Handlungsfelder wurde sichtbar, dass sich etwa 75 Prozent der Hausbesuchsthemen den Bereichen „Kind und Eltern“ und „Gesundheit“ zuordnen ließen.

So baten Eltern aus folgenden Gründen um Unterstützung:

- Still-/Ernährungsprobleme;
- allgemeine Unsicherheit der Eltern in der Versorgung des Kindes;
- Pflegeprobleme;
- Beratung zur gesunden Entwicklung des Kindes;
- Probleme in der Mutter-/Vater-Kind-Interaktion;
- Probleme in der Mutter-/Vater-Kind-Beziehung;
- Vermittlung weiterer Hilfen (Angebote der Frühen Hilfen oder Jugendhilfe, Beratungsstellen);
- erhöhter Beratungsbedarf aufgrund elterlicher Indikation (psychische Erkrankung);
- emotionale Unterstützung der Eltern;
- Regulationsstörung des Kindes;
- Unterstützung bei chronischen Erkrankungen des Kindes;
- Entwicklungsrückstand des Kindes;
- Unterstützung bei akuten Erkrankungen des Kindes.

In der Auswertung der Daten zeigte sich im Betreuungsverlauf eine deutliche Steigerung der elterlichen Kompetenz in den Bereichen „gesundheitliche Ressourcen des Kindes“, „Beziehungsgestaltung mit dem Kind“ sowie Gesundheitsfürsorge.

Tabelle 16: Gewicht und Gesundheitskompetenzen der Eltern nach dem 6. Monat

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2015

Betreuungsverlauf 6. Monat (65 Kinder, Stand 31.12.2015)	Anzahl
Gewicht des Kindes	
angemessen	61
nicht angemessen	4
Meilensteine erreicht	
ja	57
nein	8
U-Untersuchungen regelrecht	
ja	65
nein	0
Impfungen regelrecht	
ja	64
nein	1

Tabelle 17: Gewicht und Gesundheitskompetenzen der Eltern am Betreuungsende

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2015

Betreuungsende (46 Kinder, Stand 31.12.2015)	Anzahl
Gewicht des Kindes	
angemessen	44
nicht angemessen	2
Meilensteine erreicht	
ja	42
nein	4
U-Untersuchungen regelrecht	
ja	46
nein	0
Impfungen regelrecht	
ja	45
nein	1

Im Rahmen der (Schrei-)Babysprechstunde, welche im 2. Halbjahr 2015 eröffnet wurde, erhielten 14 Säuglinge und ihre Eltern Unterstützung.

Die Eltern meldeten sich zu 79 Prozent selbst und wünschten eine Beratung hinsichtlich folgender Probleme bzw. Unsicherheiten:

- Schreiproblematik des Kindes;
- Bindungsprobleme zwischen Mutter und Kind;
- Ernährungsberatung;
- Schlafproblematik des Kindes;
- traumatische Geburtserlebnisse.

In Auswertung der Daten zeigte sich, dass schon nach kurzer Zeit (3 bis 5 Beratungen) eine deutliche Verbesserung der Situation eingetreten ist und die Beratung beendet werden konnte.

6.3 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.

6.3.1 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 ein komplexes Ausdrucksmittel unter Einfluss von Alter, Geschlecht, gesundheitsbezogenen Einstellungen, Wahrnehmungen und Bewertungen sowie dem Vorhandensein von personalen (zum Beispiel Stressbewältigungsstrategien) und externen Ressourcen (zum Beispiel soziales Netzwerk, wie Familie, Freunde).

Der subjektive Gesundheitszustand und das subjektive Wohlbefinden der heranwachsenden Generation in Dresden wurden bis zur Kommunalen Bürgerumfrage 2014 nur bei Jugendlichen und Personen im frühen Erwachsenenalter im Alter von 16 bis 24 Jahren erhoben (Kommunale Statistikstelle, 2015c). Mittels des folgenden Items wird dabei der Gesundheitszustand und das Wohlbefinden abgefragt: „Wie beurteilen Sie gegenwärtig ihren Gesundheitszustand bzw. ihr Wohlbefinden?“. Die Befragten haben die Möglichkeit zwischen den Antwortkategorien „gut“, „einigermaßen zufriedenstellend“ bzw. „schlecht“ zu wählen (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

2014 beurteilte der überwiegende Anteil dieser Altersgruppe (79 %) ihren Gesundheitszustand mit „gut“ und 20 Prozent mit „einigermaßen zufriedenstellend“ (Kommunale Statistikstelle, 2015c). Ähnlich schätzten sie ihr Wohlbefinden mit 67 Prozent als „gut“ und 32 Prozent als „einigermaßen zufriedenstellend“ ein (Kommunale Statistikstelle, 2015c). Auffällig gegenüber der Kommunalen Bürgerumfrage 2010 wurde das Wohlbefinden von 73 Prozent der Befragten der gleichen Altersgruppe mit „gut“ angegeben (Kommunale Statistikstelle, 2011; Kommunale Statistikstelle, 2015c). Ein guter Gesundheitszustand korreliert stark mit der Beurteilung des subjektiven Wohlbefindens, so auch umgekehrt. Wie im Kapitel 2 im Abschnitt „2.2 Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden“ 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 beurteilt (siehe Abbildung 12 und Abbildung 13 im Abschnitt 2.2 Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden).

Einflussfaktoren auf die subjektive Beurteilung konnten dabei nicht aufgezeigt werden. Die Befragten gaben im Alter von 16 bis 24 Jahren die folgenden drei häufigsten Gründe für die Beeinträchtigung der eigenen Gesundheit und ihres Wohlbefindens mit der Möglichkeit der Mehrfachnennung an: Stress im Beruf (35 %), Partnerschaftsprobleme (11 %), Rauchen (10 %). Mit jeweils 4 Prozent spielen die persönlichen Erbanlagen, Übergewicht und/oder schlechte ärztliche Betreuung bei den Befragten eine eher untergeordnete Rolle in dieser Altersgruppe (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Ein weiterer Hinweis zum selbsteingeschätzten Gesundheitszustand der heranwachsenden Generation vermittelt Dresdner Kinderstudie, die nach 2000, 2005 im Jahr 2012 zum dritten Mal durchgeführt worden ist. Darin wurden die teilnehmenden 8- bis 15-jährigen Kinder gebeten, die Häufigkeit des Auftretens von „Angst“, „Konzentrationsmangel“, „Übelkeit“, „Nervosität/Unruhe“,

„Kopfschmerzen“ und/oder „Erschöpfung“ anhand der drei Kategorien „oft“, „manchmal“ und „nie“ anzugeben. Die Kinder konnten auf die Fragestellung „Wie oft kommt es vor, dass...?“ Mehrfachantworten geben (Lenz et al., 2012).

Die Ergebnisse zeigten dabei, dass nur 1 Prozent aller Befragten keine gesundheitlichen Beschwerden angaben (Lenz et al., 2012). Jedoch litten drei Viertel der Kinder „oft“ und „manchmal“ unter körperlichen und seelischen Beschwerden (Lenz et al., 2012). Am häufigsten gaben die Kinder Erschöpfung (32 %), gefolgt von Kopfschmerzen (29 %) und Konzentrationsmangel (17 %), dass diese Beschwerden oft auftraten (siehe Abbildung 45) (Lenz et al., 2012).

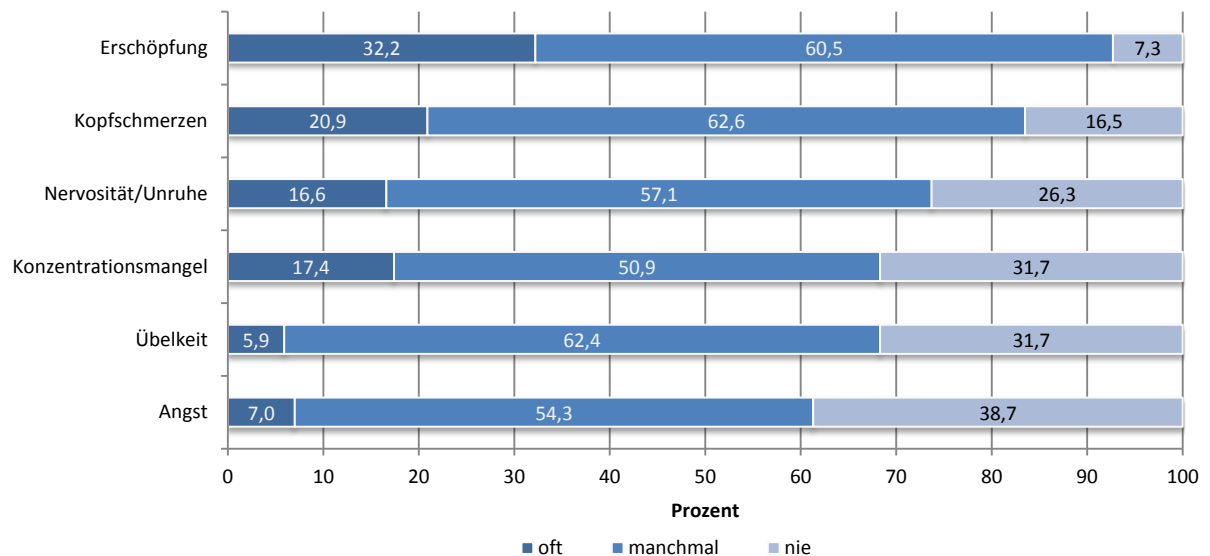


Abbildung 45: Auftreten von gesundheitlichen Beschwerden und Stresssymptomen bei Dresdner Kindern im Alter von 8 bis 15 Jahren

Quelle: Dritte Dresdner Kinderstudie, 2012 (Lenz et al., 2012)

Ähnlich wie die Ergebnisse der Zweiten Dresdner Kinderstudie 2005 gab es auch diesmal wieder Hinweise, dass sich diese gesundheitlichen Beschwerden und Stresssymptome differenziert nach Geschlecht, besuchter Klassenstufe und je nach besuchttem Schultyp (Grundschule, Oberschule, Gymnasium, Förderschule) zeigten (Lenz & Fückner, 2005; Lenz et al., 2012).

Bei den Symptomen Erschöpfung und Konzentrationsmangel spielte das Alter der Kinder und Jugendlichen eine auffällig große Rolle. Ein Drittel der Befragten erlebten oft das Symptom Erschöpfung (Lenz et al., 2012). Mit zunehmendem Alter stieg es, vor allem in der 5. Klasse und bis zur 9. Klasse auf 36 Prozent bzw. auf 43 Prozent auffällig häufig an (Lenz et al., 2012). Unter mangelnder Konzentration litten zwei Drittel der Befragten (68 %) oft und manchmal (Lenz et al., 2012). Hinsichtlich der Klassenstufe stieg dabei der Anteil von etwa 58 Prozent der befragten Grundschüler auf 81 Prozent in der 9. Klasse. (Lenz et al., 2012). Diese zwei Beschwerden nahmen im Vergleich zur Zweiten Dresdener Kinderstudie 2005 deutlich zu (Lenz & Fückner, 2005; Lenz et al., 2012). Bei Kopfschmerzen (Jungen: 16 %; Mädchen: 29 %), Angst (Jungen: 4 %; Mädchen: 10 %), Übelkeit (Mädchen: 5 % häufiger), Appetitlosigkeit (Mädchen: 10 % häufiger), Rückenprobleme (Jungen: 10 %; Mädchen: 17 %) spielte deutlich das Geschlecht eine Rolle, wobei Mädchen darunter mehr leiden (Lenz et al., 2012).

Eine Ursachenerforschung für diese körperlichen und seelischen Beschwerden wurde in dieser Erhebung nicht bezweckt und lässt damit nur Raum für Vermutungen. So können dies beispielsweise von Stress und Leistungsdruck in der Schule, Familienproblemen und/oder steigenden Ansprüchen an die Befragten selbst und/oder deren Eltern an die Schulleistungen, aber auch von körperlichen Ursachen beeinflusst sein. Zudem spielen Bewertungsmaßstäbe der Familien und der Gesellschaft in der Eigenwahrnehmung eine wichtige Rolle. Eine Vermutung für die Ergebnisse der Befragten der 5. Klasse könnte in den höheren Anforderungen der Mittelschule und besonders des Gymnasiums im Vergleich zur Grundschule liegen, mit denen sich die 10-Jährigen der 5. Klasse in einer weiterführenden Schulart nach Schulwechsel auseinandersetzen müssen (Lenz & Fückner, 2005; Lenz et al., 2012).

Im Vergleich zur Zweiten Dresdner Kinderstudie gab es keine weiteren nennenswerten Veränderungen (Lenz & Fückner, 2005; Lenz et al., 2012).

6.3.2 Körperliche Gesundheit der heranwachsenden Generation anhand objektiver Gesundheitsdaten

6.3.2.1 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 verzögerter 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 (Gesundheitsamt) statt (siehe auch Erläuterungen in Abschnitt „6.7.1 Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und der Kinder- und Jugendzahnklinik der Stadt Dresden“). Das Ziel dieser wiederholten Untersuchungen ist, möglichst rechtzeitig Beeinträchtigungen zu erkennen. Die Erziehungsberechtigten werden im Falle einer Auffälligkeit, die sich bei dem Seh- und/oder Hörtest ergeben, schriftlich informiert. Eine weitere Diagnostik und gegebenenfalls eine Therapie können daraufhin bei den Kinder- und/oder FachärztInnen eingeleitet werden.

Sehvermögen

Für die vier Untersuchungsgruppen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes am Gesundheitsamt Dresden (Kita, Schulaufnahme, 2. Klasse und 6. Klasse) sind in der

Abbildung 46 leicht schwankenden Häufigkeiten der Auffälligkeiten hinsichtlich des Sehvermögens im zeitlichen Verlauf der fünf Schuljahre von 2010/11 bis 2014/15 dargestellt. Diese Auffälligkeiten werden entweder den Erziehungsberechtigten als jugendärztliche Überweisungen („A“-Befunde) mitgeteilt oder als bereits „In Behandlung“ („B“-Befunde) zugeordnet, wenn die Kinder zum Beispiel eine Brille tragen oder sich in augenärztlicher Behandlung befinden (siehe dazu auch Abschnitt „6.7.1 Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und der Kinder- und Jugendzahnklinik der Stadt Dresden“).

Im Durchschnitt zeigten knapp ein Fünftel aller untersuchten Kinder zur Kita-Untersuchung und der 2. Klasse Auffälligkeiten („A“- und „B“-Befunde) in ihrem Sehvermögen im Verlauf der fünf Schuljahre von 2010/11 bis 2014/15. Bei einem Viertel der Kinder der 6. Klasse und bei knapp 30 Prozent der Kinder zur Schulaufnahmeuntersuchung wurden Auffälligkeiten beim Sehtest festgestellt. Wichtig für die Interpretation der Ergebnisse ist zu erwähnen, dass der Sehtest zur Schulaufnahmeuntersuchung einer relativ strengen Bewertung unterliegt (Forderung: Fernvisus 1,0).

Markant ist, dass der Anteil an diagnostikbedürftigen Befunde („A“-Befunde) gegenüber den Befunden, die bereits in ärztlicher Behandlung sind („B“-Befunde), doppelt bis dreifach so hoch bei den Kita-Kindern und Vorschülern ist. Dagegen zeigt sich dieses Verhältnis bei den Kindern der 2. Klasse und 6. Klasse eher umgekehrt (siehe Abbildung 46). Das könnte auch ein Hinweis darauf sein, dass diese Früherkennung rechtzeitig für die Kinder greift, und Behandlungen durch Eltern und Ärzte rechtzeitig eingeleitet werden.

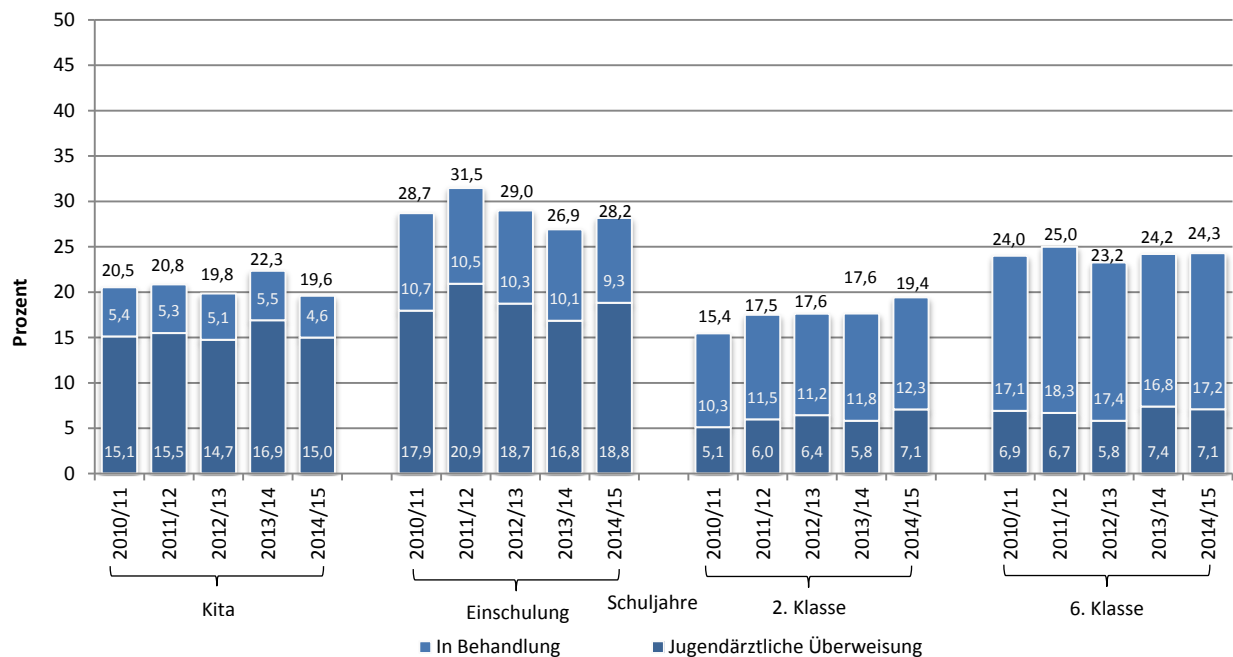


Abbildung 46: Anteil untersuchter Dresdner Kinder der Kita-, Schulaufnahmeuntersuchung, der 2. Klasse und der 6. Klasse mit Auffälligkeiten des Sehvermögens für die Schuljahre 2010/2011 bis 2014/2015
Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

Hörvermögen

Neben den Auffälligkeiten, die entweder den Erziehungsberechtigten als jugendärztliche Überweisungen („A“-Befunde) mitgeteilt oder als bereits „In Behandlung“ („B“-Befunde) zugeordnet werden, gibt es beim Hörvermögen noch die geringfügigen Auffälligkeiten („X“-Befunde), die als grenzwertig von den Ärzten des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes eingestuft werden und noch keinen dringenden Diagnostik- oder Behandlungsbedarf nach sich ziehen, aber von den Familien und den Erziehern der Kindertagesstätte oder Lehrern in der Schule aufmerksam beim Kind beobachtet werden sollten (siehe dazu auch Abschnitt: „6.7.1 Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und der Kinder- und Jugendzahnklinik der Stadt Dresden“).

Die Untersuchungsergebnisse beim Hörtest zeigen in der Abbildung 47 eine Befundabnahme erwartungsgemäß mit zunehmendem Alter. Das hängt hauptsächlich mit der schon geschilderten altersspezifischen Abnahme der Infektanfälligkeit sowie der anatomisch bedingten Besonderheiten im frühen Kindesalter zusammen. Außerdem spielt bei den Befundhäufigkeiten auch der Zeitpunkt der Untersuchung in einer möglicherweise infektreichen Jahreszeit eine Rolle.

Am geringsten war der Anteil mit einem diagnostikbedürftigen („A“-Befund) bzw. mit einem bereits in Behandlung befindlichen Befund („B“-Befund) bei Kindern der 6. Klasse (Mittelwert um 4 %), gefolgt von den Gruppen der 2. Klasse (Mittelwert 6 %) und der Vorschüler (Mittelwert 9 %) und den Kita-Kindern (Mittelwert 14 %).

Betrachtet man die fünf Schuljahre von 2010/11 bis 2014/15, so sind in den vier Untersuchungsgruppen geringe jährliche Befundschwankungen bei den Hörbefunden innerhalb der vier Untersuchungsgruppen (Kita, Schulaufnahme; 2. Klasse und 6. Klasse) erkennbar.

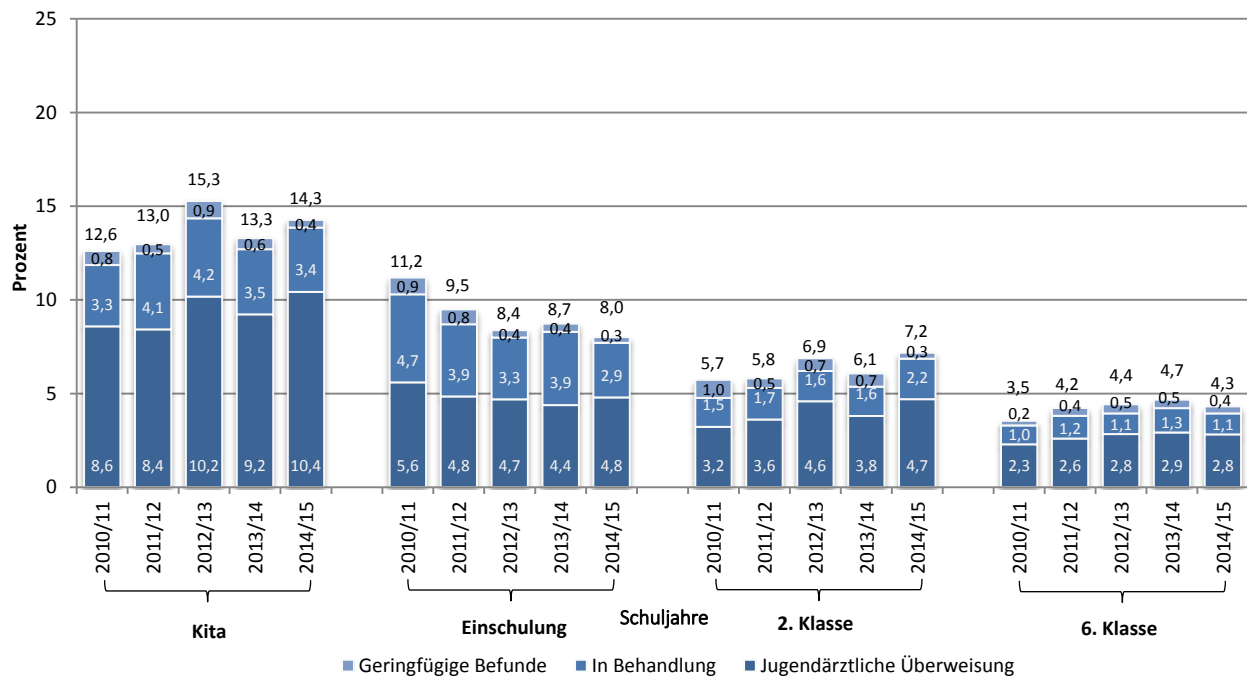


Abbildung 47: Anteil untersuchter Dresdner Kinder der Kita-, Schulaufnahmeuntersuchung, der 2. Klasse und der 6. Klasse mit Auffälligkeiten des Hörvermögens für die Schuljahre 2010/2011 bis 2014/2015

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

6.3.2.2 Aspekte der koordinativen Fähigkeiten

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. Eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung der motorisch-koordinativen Fähigkeiten sind die Wahrnehmungsmöglichkeiten und Informationsverarbeitung innerhalb des Körpers. Neben sprachlichen Fähigkeiten stellen die koordinativen Fähigkeiten Schlüsselkompetenzen dar, um die Anforderungen im Alltag und vor allem auch in der Schule bewältigen zu können. So ist die Feinmotorik bzw. Visuomotorik für die Schule besonders relevant für die Stifthaltung und -führung bei zunehmender Ausdauer, zum Schreibenlernen und zum Erkennen von Buchstaben und Zahlen. Dagegen spielt die Grobmotorik bzw. Körperkoordination in der Schule eine wesentliche Rolle beim Ausgleich zu den zunehmend sitzenden Unterrichtszeiten, zur sozialen Integration und im Schulsport. Um diese Fähigkeiten standardisiert, altersentsprechend und praktikabel testen zu können, werden während der Kita- und Schulaufnahmeuntersuchung spezielle altersgerechte sozialpädiatrische Entwicklungsscreenings sachsenweit einheitlich eingesetzt. Zudem fließen in die abschließende individualmedizinische Befundbeurteilung Angaben der gegebenenfalls anwesenden Eltern bzw. bei Zustimmung der Eltern die Angaben der anwesenden Erzieher in die Beurteilung mit hinein (siehe dazu auch Abschnitt: „6.7.1 Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und der Kinder- und Jugendzahnklinik der Stadt Dresden“). Für die Schuleingangsuntersuchung gab es dabei im letzten Schuljahr eine Besonderheit in Sachsen. Bis einschließlich des Schuljahrs 2013/14 wurde das Screeningverfahren S-ENS angewandt. Neu ab dem Schuljahr 2014/15 wurde das Entwicklungsscreeningverfahren SOPESS eingeführt. Durch diese Umstellung wurden neue Testmodule eingeführt, auch die Methodik für einzelne Entwicklungsaufgaben verändert. Damit stellt sich die Frage nach der Vergleichbarkeit und Interpretation zwischen den Ergebnissen der zwei Screeningverfahren S-ENS und SOPESS (siehe dazu auch Abschnitt: „6.7.1 Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und der Kinder- und Jugendzahnklinik der Stadt Dresden“). Eine durchgängige Vergleichbarkeit der Daten des SOPESS-Verfahrens mit den Daten auf der Grundlage des S-ENS-Verfahrens ist nicht gegeben (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, 2012), so dass die Befundergebnisse auf der Grundlage des Entwicklungsscreenings SOPESS für die Schuleingangsuntersuchung ab dem Schuljahr 2014/15 separat beschrieben werden.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fein- und Grobmotorik für die Dresdner Kinder zur Kita-Untersuchung zu den fünf Untersuchungszeitpunkten der Schuljahre 2010/11 bis 2014/15 aufgezeigt. Die Untersuchungsergebnisse zur Schulaufnahmeuntersuchung werden aufgrund der beschriebenen Teständerung differenziert für die Schuljahre 2010/11 bis 2013/14 hinsichtlich der Teilfähigkeiten der Fein- und Grobmotorik und für das Schuljahr 2014/15 hinsichtlich der Teilfähigkeiten der Visuomotorik und Körperkoordination erörtert.

Alle Befundergebnisse sind in der Abbildung 48, Abbildung 49 und Abbildung 50 differenziert nach geringfügigen Befunden („X“-Befunde) sowie nach Befunden mit jugendärztlicher Überweisung („A“-Befunde) und in Behandlung („B“-Befunde) ersichtlich.

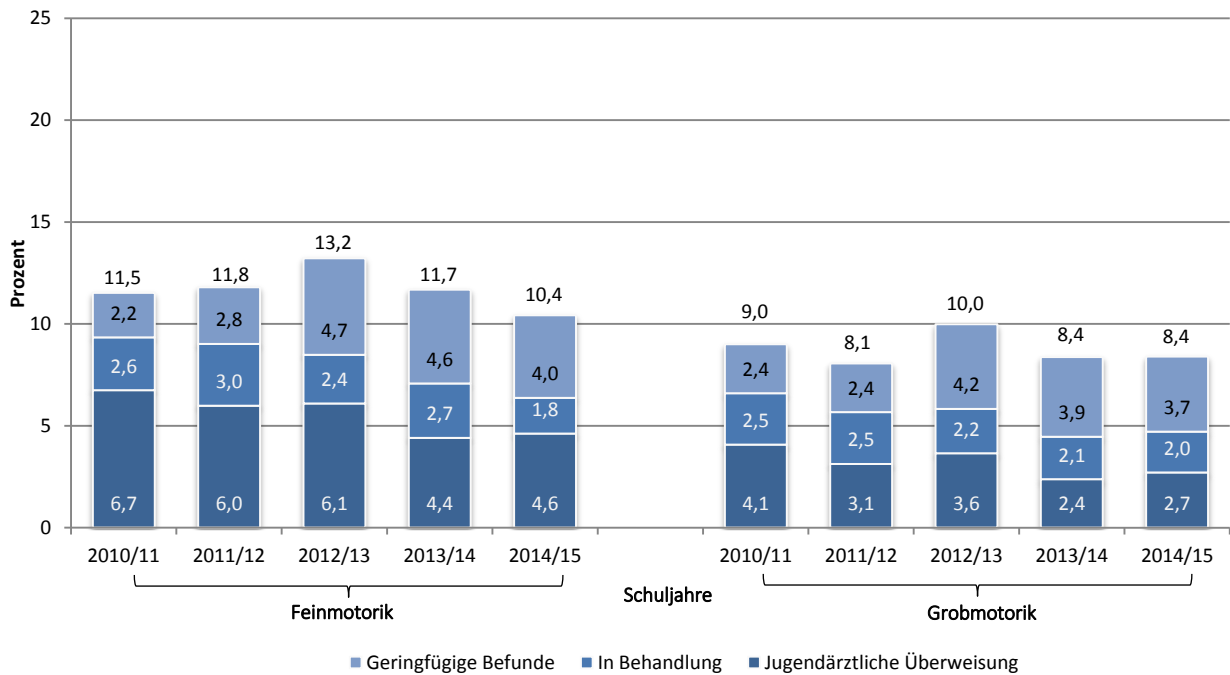


Abbildung 48: Anteil untersuchter Dresdner Kita-Kinder mit Auffälligkeiten der Fein- und Grobmotorik für die Schuljahre 2010/11 - 2014/15

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

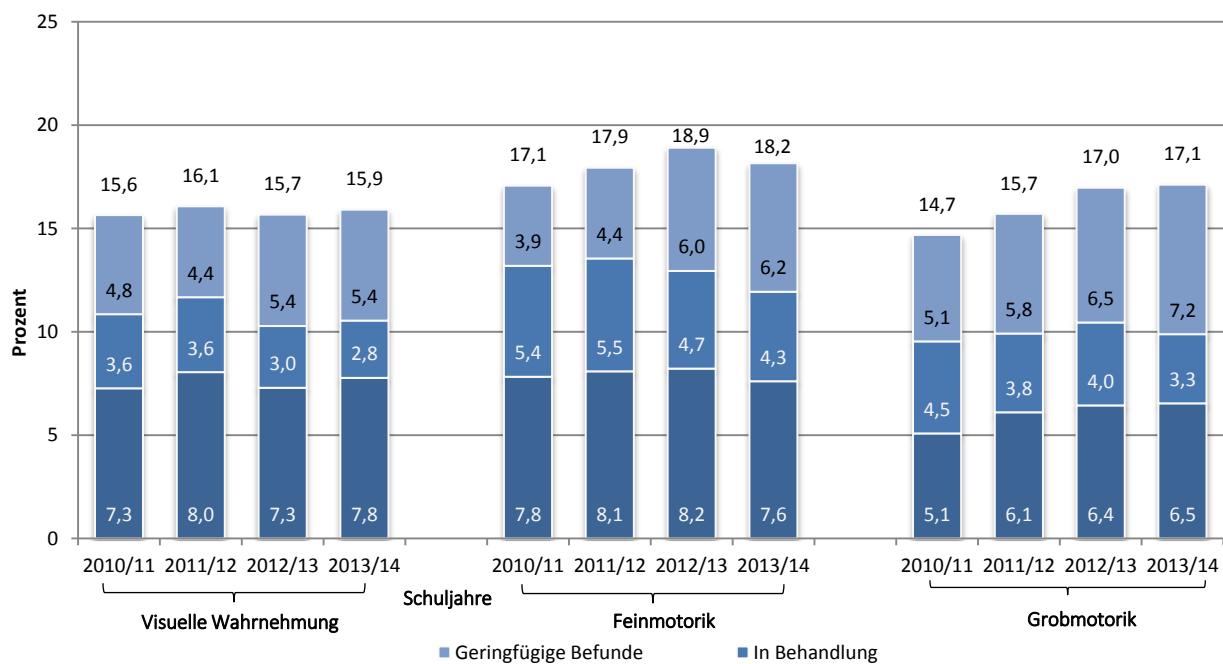


Abbildung 49: Anteil untersuchter Dresdner Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten der visuellen Wahrnehmung, der Fein- und Grobmotorik für die Schuljahre 2010/11 - 2013/14

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

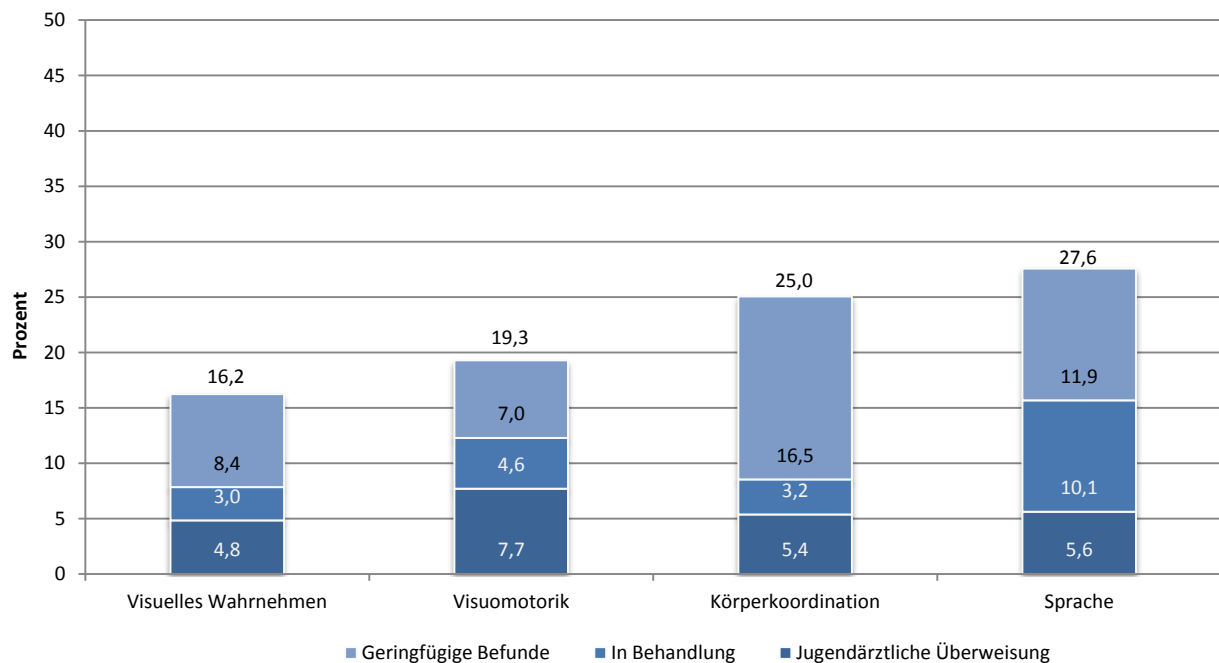


Abbildung 50: Anteil untersuchter Dresdner Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten des visuellen Wahrnehmens, der Visuomotorik, Körperkoordination und Sprachentwicklung auf der Grundlage von SOPESS für das Schuljahr 2014/15
Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

Visuelle Wahrnehmung

Die Kinder zeigten zur Schulaufnahmeuntersuchung im Verlauf der vier Schuljahre von 2010/11 bis 2013/14 nahezu konstant rund 16 Prozent Auffälligkeiten bei der visuellen Wahrnehmung auf Grundlage des Screeningverfahrens S-ENS, wie die Abbildung 49 zeigt. Darunter lag der Anteil mit rund 8 Prozent von jugendärztlichen Überweisungen („A“-Befunde), die diagnostikbedürftig sind, und mit rund 3 Prozent bei bereits laufender ärztlichen und/oder therapeutischen Behandlungen („B“-Befunde). Der Anteil an geringfügigen Befundauffälligkeiten schwankt zwischen rund 4 und 5 Prozent.

Auf der Grundlage des Entwicklungsscreenings SOPESS wurden ebenfalls bei 16 Prozent aller untersuchten Einschüler Auffälligkeit („A“-, „B“-, „X“-Befunde) durch die Ärzte des Kinder- und Jugendärztlichen Dienst ermittelt (siehe Abbildung 50). Bei rund 5 Prozent wurde eine jugendärztliche Überweisung („A“-Befunde) den Eltern übergeben. Bei 3 Prozent der untersuchten Kinder mit Auffälligkeiten wurde angegeben, dass sie bereits dahingehend in ärztlicher und/oder therapeutischer Behandlung („B“-Befunde) sind. 8 Prozent zeigten geringfügige Befundauffälligkeiten („X“-Befunde), die beobachtungsbedürftig durch die Eltern und Erzieher sind.

Feinmotorik und Visuomotorik

Bei den altersentsprechenden Screening-Testverfahren für die Beurteilung der Feinmotorik bzw. Visuomotorik werden schwerpunktmäßig Hand- und Fingergeschicklichkeit, die Auge-Hand-Koordination sowie die Umsetzung der visuellen Wahrnehmung überprüft. Dabei spielt aber auch die Konzentrationsfähigkeit der Kinder eine wichtige Rolle.

Der überwiegende Anteil von allen untersuchten 4-jährigen Kindergartenkindern zeigt dabei keine Auffälligkeiten, wie in der Abbildung 48 dargestellt. Sind im Schuljahr 2010/11 knapp 10 Prozent der untersuchten Dresdner 4-jährigen Kinder mit diagnostikbedürftige Feinmotorikauffälligkeiten („A“-Befunde) und Auffälligkeiten bei bereits laufender ärztlichen und/oder therapeutischen Behandlungen („B“-Befunde), so sinken die Befunde im Schuljahr 2014/15 auf 6 Prozent. Die geringfügigen Auffälligkeiten ohne Diagnostik- bzw. Behandlungsbedarf schwanken im gleichen Zeitraum von 2 Prozent im Schuljahr 2010/11 und 4 Prozent im Schuljahr 2014/15.

Bei den Schulaufnahmeuntersuchungen wiesen im Schuljahr 2010/11 knapp 13 Prozent der Kindern Auffälligkeiten in der Feinmotorik auf, die diagnostikbedürftig sind („A“-Befunde) oder in bereits laufenden ärztlichen und/oder therapeutischen Behandlungen („B“-Befunde) sind. Der zeitliche Verlauf zeigt eine leicht abnehmende Tendenz um knapp ein Prozent bis zum Schuljahr 2013/14 (Abbildung 49). Die geringfügigen Auffälligkeiten schwanken im gleichen Zeitraum von rund 4 Prozent im Schuljahr 2010/11 und 6 Prozent im Schuljahr 2013/14.

Im Schuljahr 2014/15 liegen die auffälligen Befunde der Visuomotorik bei 12 Prozent aller Dresdner Vorschüler, die erstmalig auf der Grundlage des SOPESS eingeschätzt worden sind (Abbildung 50).

Grobmotorik und Körperkoordination

Die Körperbeherrschung, Gleichgewichtsfähigkeit und eher großräumigere Bewegungskoordination stehen im Mittelpunkt der angewandten Testverfahren für die altersentsprechende Beurteilung der Grobmotorik bzw. der Körperkoordination (SOPESS) (siehe dazu auch Abschnitt: „6.7.1 Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und der Kinder- und Jugendzahnklinik der Stadt Dresden“).

Insgesamt waren über 90 Prozent der untersuchten 4-jährigen Kinder ohne Auffälligkeiten hinsichtlich der Grobmotorik (siehe Abbildung 48). Im Vergleich zu den Ergebnissen der Feinmotorik zeigten weniger Kita-Kinder gesicherte diagnostik- bzw. behandlungsbedürftige Auffälligkeiten in der Grobmotorik („A“- und „B“-Befunde) im Verlauf vom Schuljahr 2010/11 mit 6,6 Prozent bis zum Schuljahr 2014/15 mit 4,7 Prozent. In den letzten drei Schuljahren wurden bei rund 4 Prozent der 4-jährigen Kinder Auffälligkeiten der Grobmotorik als geringfügig („X“-Befunde) eingeschätzt (siehe Abbildung 48), die sich bei verstärkten Bewegungsangebot in der Familie und in der Kindertageseinrichtung meist leicht kompensieren lassen.

Bei den Kindern zur Schulaufnahmeuntersuchung steigen die Häufigkeiten der auffälligen Grobmotorikbefunde („A“-, „B“-, „X“-Befunde) von rund 15 Prozent auf 17 Prozent im Verlauf der Schuljahre 2010/11 bis 2013/14, wie die Abbildung 49 darstellt. Darunter zeigen sich die gesicherte diagnostik- bzw. behandlungsbedürftige Auffälligkeiten in der Grobmotorik („A“- und „B“-Befunde) eher konstant mit 10 Prozent im gleichen Zeitraum, die geringfügigen, förderungsbedürftigen Befunde („X“-Befunde) nehmen von 5 Prozent auf 7 Prozent dabei leicht zu.

Für das Schuljahr 2014/15 konnte bei drei von vier Kindern zur Schulaufnahmeuntersuchung kein auffälliger Befund der Körperkoordination festgestellt werden. 8 Prozent zeigten dabei gesicherte diagnostik- bzw. behandlungsbedürftige Auffälligkeiten („A“- und „B“-Befunde) und 16 Prozent geringfügige Auffälligkeiten auf der Grundlage des Entwicklungsscreenings SOPESS (Abbildung 50).

6.3.2.3 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 altersgerechten Sprachentwicklung ist groß. Sprachliche Fähigkeiten stellen neben den bereits geschilderten koordinativen Fähigkeiten eine wesentliche Schlüsselkompetenz für den Alltag, einschließlich für den Schulbesuch dar. In der Schule ist eine gute Sprachentwicklung eine wesentliche Grundlage für den Erwerb der Schriftsprache. Um den Übergang vom Kindergartenalter in die Schule bestmöglich zu unterstützen, ist eine Diagnostik von Sprachauffälligkeiten frühzeitig erforderlich, um Elternberatung, pädagogische Förderung oder Sprachtherapie zeitnah einleiten zu können. Der Sprachentwicklungsstand wird während der Vorsorgeuntersuchungen U6 bis U9 durch den niedergelassenen Kinder- bzw. Hausarzt eingeschätzt. Bei den 4-Jährigen und Einschülern erfolgen zusätzlich sachsenweit Sprachuntersuchungen mit einheitlichen standardisierten Sprachscreeningverfahren durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst am Gesundheitsamt (siehe dazu auch Abschnitt: „6.7.1 Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und der Kinder- und Jugendzahnklinik der Stadt Dresden“). Analog der Beurteilung von koordinativen Fähigkeiten muss auch für die Befunderhebung der Sprachentwicklung die sachsenweit einheitliche Einführung des altersgerechten sozialpädiatrischen Entwicklungsscreenings SOPESS im Rahmen der Schulaufnahmeuntersuchung ab dem Schuljahr 2014/15 beachtet werden (siehe dazu auch Abschnitt: „6.3.2.2 Aspekte der koordinativen Fähigkeiten“ und Abschnitt: „6.7.1 Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und der Kinder- und Jugendzahnklinik der Stadt Dresden“).

Alle Sprachentwicklungsauffälligkeiten sind in der Abbildung 50, Abbildung 51 und Abbildung 52 differenziert nach geringfügigen Befunden, das bedeutet beobachtungs- und kontrollbedürftige Befunde („X“-Befunde) sowie nach Befunden mit jugendärztlicher Überweisung („A“-Befunde) und in Behandlung („B“-Befunde) dargestellt.

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 der sprachentwicklungsauffälligen Befunde von weniger als 30 Prozent bei den untersuchten 4-jährigen Kindern in Dresdner Kindertageseinrichtungen im zeitlichen Verlauf von den vier Schuljahren 2010/11 bis 2014/15. Darunter sank die Zahl der gesicherten diagnostik- bzw. behandlungsbedürftige Auffälligkeiten („A“ und „B“-Befunde) von 26 Prozent im Schuljahr 2010/11 auf 21 Prozent im Schuljahr 2014/15.

Der Anteil an Sprachentwicklungsauffälligkeiten bei den Dresdner Einschülern blieb in den Schuljahren 2010/11 bis 2013/14 mit rund 30 Prozent nahezu konstant. Das trifft auch auf die differenziert zu betrachtenden diagnostik- bzw. behandlungsbedürftige („A“ und „B“-Befunde) sowie geringfügigen Auffälligkeiten („X“-Befunde) zu (Abbildung 52).

Mit der Einführung des Entwicklungsscreenings SOPESS im Schuljahr 2014/15 wurden bei rund 28 Prozent Sprachentwicklungsauffälligkeiten identifiziert, darunter 5 Prozent mit einer jugendärztlichen Überweisung, 10 Prozent bei bereits laufender sprachfördernder Behandlung und 12 Prozent mit geringfügiger Auffälligkeit, wie die Abbildung 50 zeigt.

In den letzten Jahren wurde durch den Eigenbetrieb Kindertageseinrichtungen in Dresden das Handlungsprogramm zur Entwicklungsförderung der Kinder durch Einsatz zusätzlicher Sozialpädagogen („Aufwachsen in sozialer Verantwortung“), durch Netzwerkarbeit in sozial benachteiligten Wohngebieten (KINET) und durch den Einsatz von Logopäden in ausgewählten Kindertageseinrichtungen umgesetzt und evaluiert. Dabei spielten neben sozioökonomischen und soziodemographischen Aspekten auch die einrichtungsbezogenen Sprachentwicklungsauffälligkeiten, die sich bei der Kita-Untersuchung ergaben, ein wichtiges Auswahlkriterium.

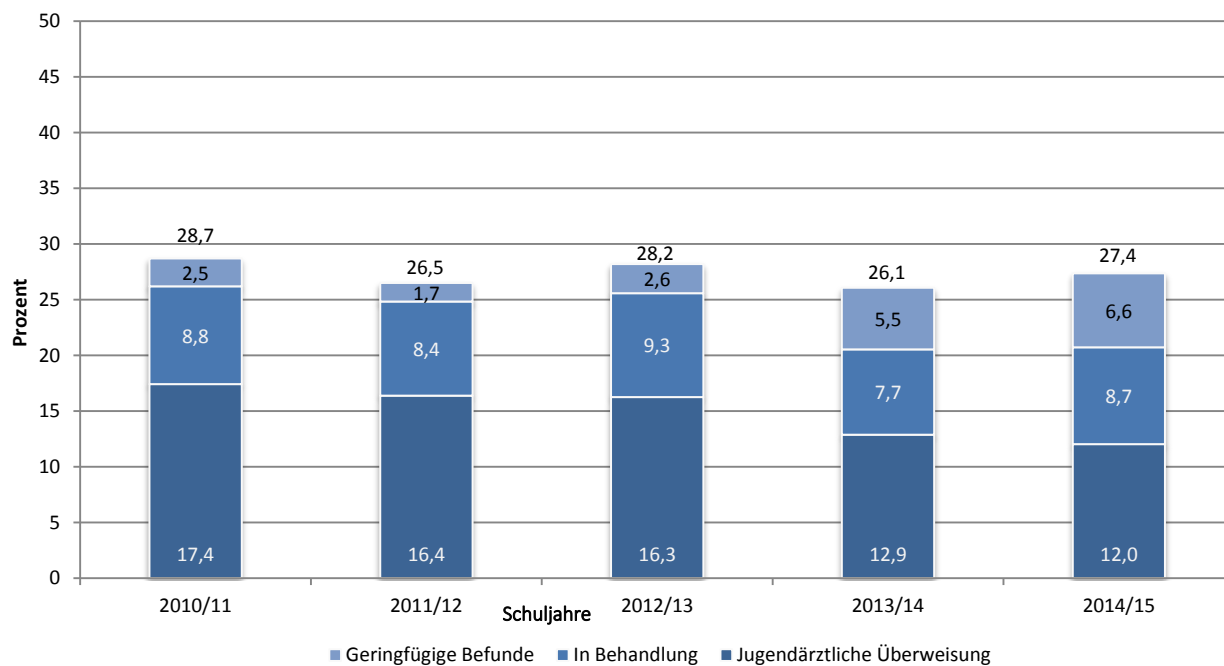


Abbildung 51: Anteil untersuchter Dresdner Kita-Kinder mit Auffälligkeiten der Sprachentwicklung für die Schuljahre 2010/11 - 2014/15

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

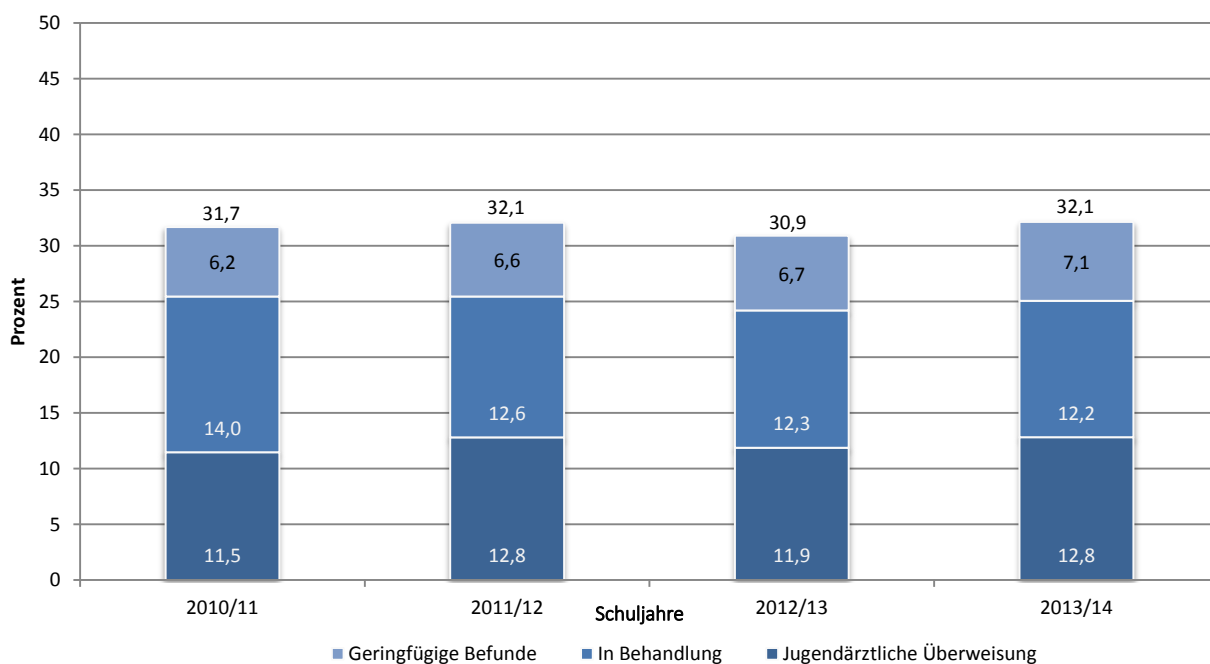


Abbildung 52: Anteil untersuchter Dresdner Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten der Sprachentwicklung für die Schuljahre 2010/11 - 2013/14

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

6.3.2.4 Körpergewicht

In zahlreichen Veröffentlichungen zum Thema Körpergewicht, vor allem im Hinblick auf die heranwachsende Generation wird die dramatische Entwicklung in der Öffentlichkeit thematisiert. Die wichtigste Datengrundlage dafür stellt die »Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland« (KiGGS) dar (Kurth & Schaffrath Rosario, 2007; Kurth & Ellert, 2008). Diese Studie, die vom Robert Koch-Institut (RKI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) durchgeführt wurde, ist mit der 2. Erhebungswelle mittlerweile als Langzeitstudie angelegt.

Bereits im Kindes- und Jugendalter können mit Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas) 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.

Neben dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten spielt bei der Entstehung von Übergewicht und Adipositas die soziale Herkunft der Kinder und Jugendlichen eine erhebliche Rolle, wie die benannte KiGGS-Studie aufzeigen konnte (Robert-Koch-Institut, 2015a). Die Beurteilung des Körpergewichts erfolgt mittels Body-Maß-Index (BMI) und der dazu veröffentlichten Referenzwerte der Kinder und Jugendlichen (siehe auch Abschnitt: „6.7.1 Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und der Kinder- und Jugendzahnklinik der Stadt Dresden“). Von Übergewicht spricht man, wenn der BMI zwischen der 90. und 97. Perzentile liegt. Fettleibigkeit (Adipositas) bedeutet, dass der BMI sich über der 97. Perzentile einordnet.

In Dresden nimmt der Anteil von übergewichtigen sowie adipösen Kindern mit dem Alter zu und unterliegt dabei schuljährlichen Schwankungen, wie in der Abbildung 53 und Abbildung 54 dargestellt. Das Übergewicht einschließlich Fettleibigkeit (Adipositas) betraf 5 Prozent der Kinder zur Schulaufnahmeuntersuchung und schon mehr als 10 Prozent der Kinder in der 6. Klasse (siehe Abbildung 54). Darunter zeigte sich ein Anteil an Kindern mit Fettleibigkeit (Adipositas) von unter 2 Prozent bei den Vorschülern, knapp 5 Prozent bei den Kindern der 6. Klasse (siehe Abbildung 55).

Eine differenzierte Betrachtung der Ergebnisse weist deutliche Unterschiede innerhalb der Altersgruppen hinsichtlich der besuchten Schulart im Verlauf der fünf Schuljahre 2010/11 und 2014/15 auf. So waren Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf sowohl in der 2. als auch in der 6. Klasse auffällig häufig von Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas) betroffen. Dabei gilt zu beachten, dass die Zahl der untersuchten Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf nur einen geringeren Anteil aller untersuchten, gleichaltrigen Kindern ausmacht (Vgl. Abschnitt: „6.7.1 Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und der Kinder- und Jugendzahnklinik der Stadt Dresden“).

Bei Schülern in der 6. Klasse mit sonderpädagogischer Förderung war der Anteil besonders hoch im Vergleich zu den gleichaltrigen Schülern in der Ober- bzw. Mittelschule und doppelt bis fast dreimal so hoch wie bei den gleichaltrigen Gymnasiasten. Eine nicht erklärbare Ausnahme bildet dabei das Schuljahr 2012/13.

Der Anteil der Schüler in der 6. Klasse mit sonderpädagogischer Förderung, die ausschließlich an Fettleibigkeit (Adipositas) leiden, liegt weit über dem Dresdner Durchschnitt aller untersuchter Schüler der 6. Klasse (siehe Abbildung 55).

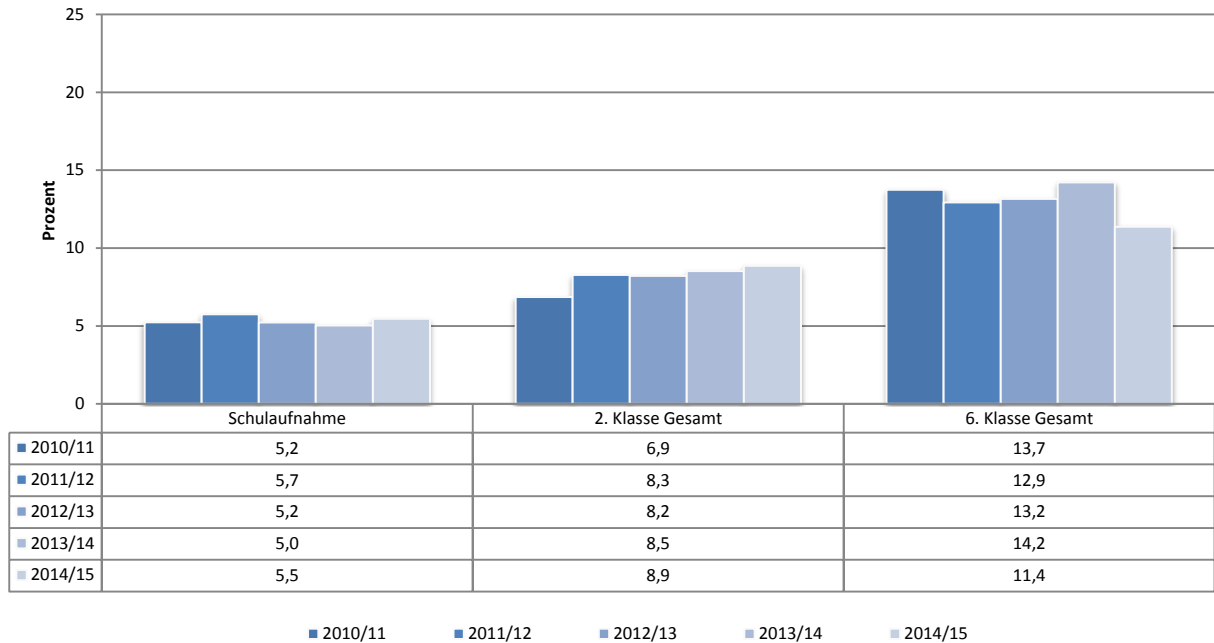


Abbildung 53: Anteil untersuchter Dresdner Kinder mit Übergewicht einschließlich Adipositas (BMI > 90. Perzentile) zur Schulaufnahme und Schulärztlichen Untersuchung in der 2. und 6. Klasse für die Schuljahre 2010/11 - 2014/15
Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

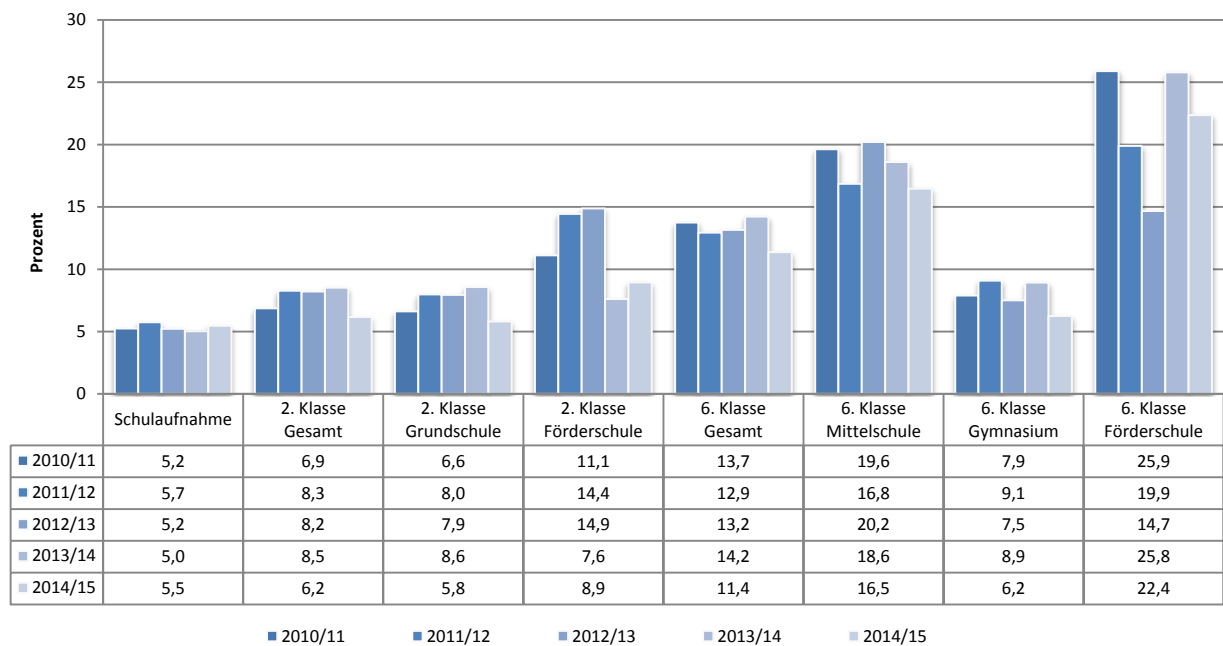


Abbildung 54: Anteil untersuchter Dresdner Kinder mit Übergewicht einschließlich Adipositas (BMI > 90. Perzentile) zur Schulaufnahme und Schulärztlichen Untersuchung in der 2. und 6. Klasse nach Schulart für die Schuljahre 2010/11 - 2014/15
Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

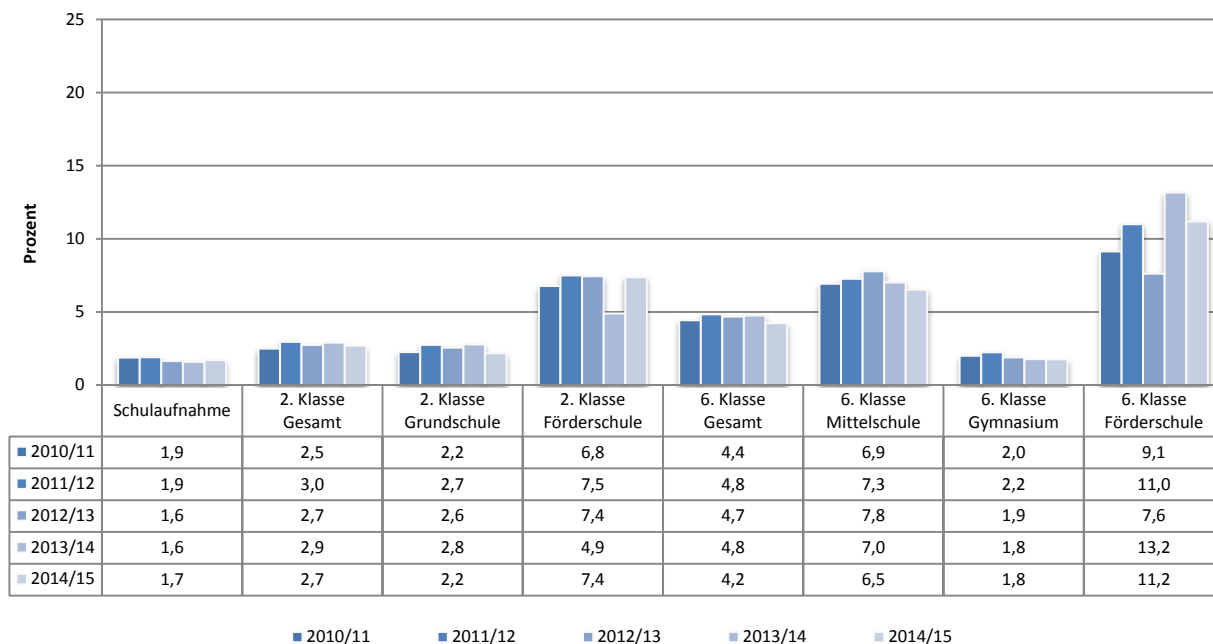


Abbildung 55: Anteil untersuchter Dresdner Kinder mit Adipositas (BMI > 97. Perzentile) zur Schulaufnahme und Schulärztlichen Untersuchung in der 2. und 6. Klasse nach Schulart für die Schuljahre 2010/11 - 2014/15

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

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. Im Verlauf der Schuljahre 2010/11 bis 2014/15 sind in der entsprechenden Abbildung ebenfalls schuljährliche Schwankungen erkennbar (Abbildung 56). Dabei ist bei Schülern mit sonderpädagogischer Förderung ein rückläufiger Anteil erkennbar. Keine Altersgruppe oder besuchte Schulart spielt eine auffällig große Rolle.

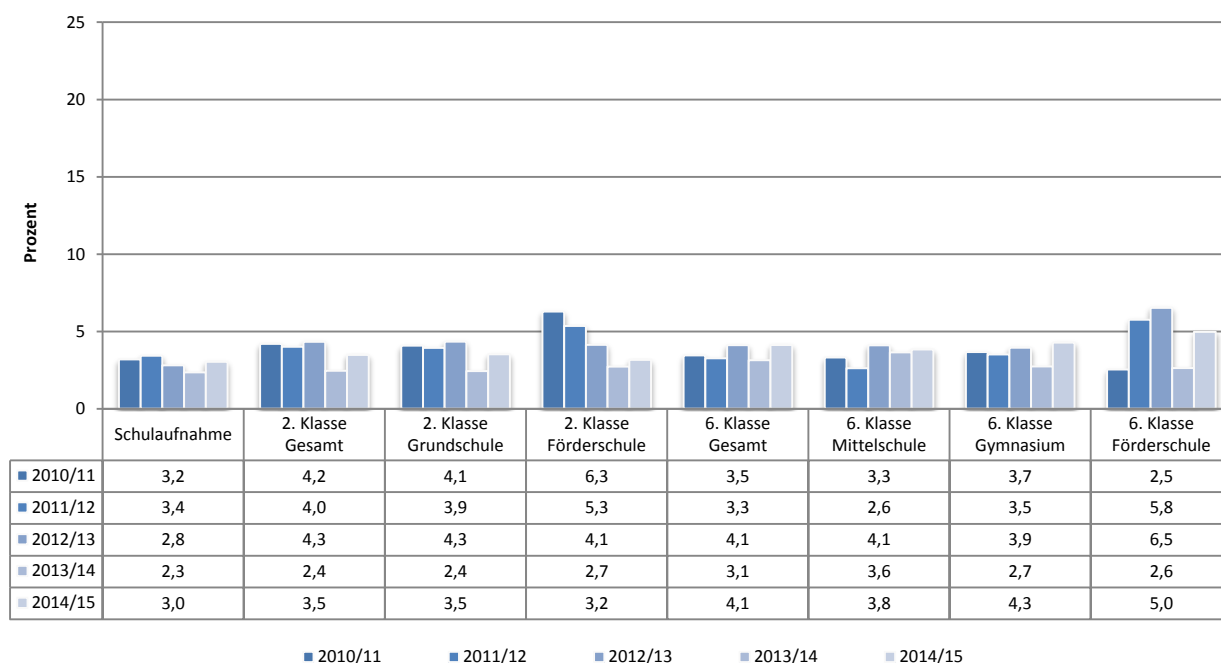


Abbildung 56: Anteil untersuchter Dresdner Kinder mit extremen Untergewicht (BMI < 3. Perzentile) zur Schulaufnahme und Schulärztlichen Untersuchung in der 2. und 6. Klasse nach Schultyp für die Schuljahre 2010/11 - 2014/15

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

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.

6.3.3 Psychische Gesundheit

86 Prozent der 3 945 teilnehmenden Kinder zur Schulaufnahmeuntersuchung im Schuljahr 2013/14 im Gesundheitsamt Dresden (Jungen: 51 %; Mädchen: 49 %) wurden durch eine Befragung der Eltern anhand des Symptomfragebogens des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (siehe Abschnitt: „6.7.4 Studie zur Ermittlung von Determinanten der psychischen Gesundheit im Einschulungsalter- eine populationsbezogene Untersuchung in Dresden“), die durch das Uniklinikum der Technischen Universität Dresden und das Gesundheitsamt initiiert wurde, als psychisch unauffällig identifiziert (Schmitt et al., 2015).

Die 14 Prozent der Kinder (n=537), die im SDQ-Gesamtproblemwert als grenzwertig oder auffällig eingestuft worden sind, wurden als Risikogruppe für psychische Störungen klassifiziert. Darunter waren mehr Jungs (n=289) als Mädchen (n=176). Damit lag der Dresdner Anteil weit unter den durch die KiGGS Studie erhobene Anteil von 20 Prozent bei den 10 353 befragten Sorgeberechtigten der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren (Hölling et al., 2014).

Als wesentliche Einflussfaktoren auf diese Risikogruppe, wurden ein niedriger Bildungsstand der Eltern und alleinerziehende Eltern statistisch ermittelt. Zudem spielt ein geringes Geburtsgewicht von weniger als 1 500 Gramm eine Rolle. Bei diesen frühgeborenen Kindern wurden viermal häufiger psychische Auffälligkeiten angegeben als bei gleichaltrigen Kindern mit einem Geburtsgewicht über 2 500 Gramm (Schmitt et al., 2015).

Darüber hinaus könnte das Aufnahmealter des Kindes in eine Kindertageseinrichtung eine wichtige Rolle spielen. „Je früher [vor dem 36. Lebensmonat] Kinder eine Kindertageseinrichtung besuchen, desto niedriger ist die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung“ (Schmitt et al., 2015), wie die Forschungsgruppe statistisch belegen konnte. Da in der Stadt Dresden eine sehr hohe Betreuungsquote der Null- bis Zweijährigen in Kindertagesstätten und Kindertagespflege vorliegt, könnte damit der geringere Anteil an psychischen Auffälligkeiten der Dresdner Einschüler im Vergleich zur KiGGS-Erhebung mit Kindern aus verschiedenen deutschen Städten und Landkreisen erklärt werden (Schmitt et al., 2015; Hölling et al., 2014). Zur Stützung dieser Aussage müssten weitere Untersuchungen erfolgen, da die Einschätzung der psychischen Gesundheit durch die Eltern multifaktoriell determiniert ist.

Weitere Informationen und Ergebnisse können der ausführlichen Studienveröffentlichung (Schmitt et al., 2015) entnommen werden.

6.4 Gesundheitsverhalten der heranwachsenden Generation

6.4.1 Gesundheitsvorsorge

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

Die Inanspruchnahme dieser Früherkennungsuntersuchungen durch die 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 gebeten (siehe auch Abschnitt: „6.7.1 Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und der Kinder- und Jugendzahnklinik der Stadt Dresden“).

Im Verlauf der letzten Untersuchungsjahre gaben immer mehr Eltern oder Sorgeberechtigte das Vorsorgeheft mit, wobei deutliche Unterschiede zwischen den Kita-Einrichtungen erkennbar sind. Gründe dafür können zum einen in dem Verhalten der Eltern und zum anderen in der Vorbereitung der Kita-Untersuchung durch die Einrichtung liegen. Zum Zeitpunkt der Kita-Untersuchung und

Schulaufnahmeuntersuchung nahmen durchschnittlich mehr als 95 Prozent aller Kinder mit dem vorgelegten Vorsorgeheft an der U2 bis U7 teil, wie die Abbildung 57 und Abbildung 58 zeigen. Mit zunehmendem Alter der Kinder nahm die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen ab der U7a deutlich ab (siehe Abbildung 58).

Im Verlauf der fünf Schuljahre 2010/11 bis 2014/15 stieg die Teilnahme an der U7a, die erst 2008 einführt wurde. Daran ist zu erkennen, dass diese Vorsorgeuntersuchung von den Familien zunehmend besser angenommen wird.

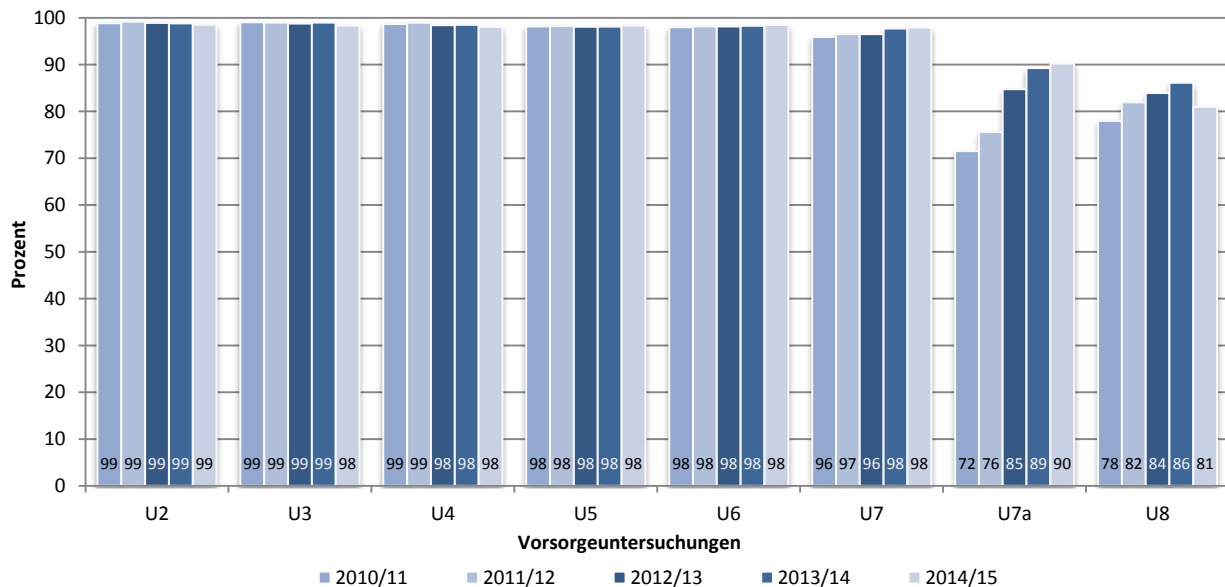


Abbildung 57: Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen bei vorgelegtem Vorsorgeheft zur Kita-Untersuchung für die Schuljahre 20/2011 bis 2014/2015

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

Die steigende Beteiligungsquote bei den Dresdner Schulanfängern für die Früherkennungsuntersuchungen kann einerseits ein Resultat von der gesundheitspolitischen Aktion „Ich geh’ zur U! und Du?“ sein, die das Gesundheitsamt der Stadt Dresden in Form von Informations- und Einladungsmodellen 2009 bis 2011 umgesetzt hat. Diese zielgruppenpolitische Bemühung wurde durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit 2004 initiiert. Ein weiterer Einfluss zur zunehmenden Beteiligung an der Vorsorgeuntersuchung geht auf das von 2011 bis 2015 umgesetzte Erinnerungs- und Beratungsverfahren für die Familien in Sachsen im Rahmen des Sächsisches Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetz (SächsKiSchG) zurück. Dabei wurden die nicht im zeitlichen Toleranzbereich beim niedergelassenen Kinder- oder Hausarzt durchgeführten und bei der Kassenärztliche Vereinigung Sachsen abgerechneten U4- bis U8-Untersuchungen mit dem Kernmelderegister entsprechende Alter und Wohnort des Kindes im Auftrag des Freistaates Sachsen abgeglichen. Stand eine Arztmeldung noch aus, wurde ein Erinnerungsschreiben durch die Informationsstelle zum Sächsischen Kinderschutzgesetz an die Eltern/gesetzlichen Vertretern mit der Bitte verschickt, die fehlende Untersuchung nachzuholen. Wenn auch weiterhin keine Untersuchungsbestätigung im festgelegten Zeitrahmen bei der Kassenärztlichen Vereinigung einging, wurde das zuständige Gesundheitsamt informiert und bot wiederum den Eltern/gesetzlichen Vertretern Beratung und Unterstützung in Form eines erneuten Erinnerungsschreibens an die Vorsorgeuntersuchung auch außerhalb des Toleranzzeitraumes an (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 2016a).

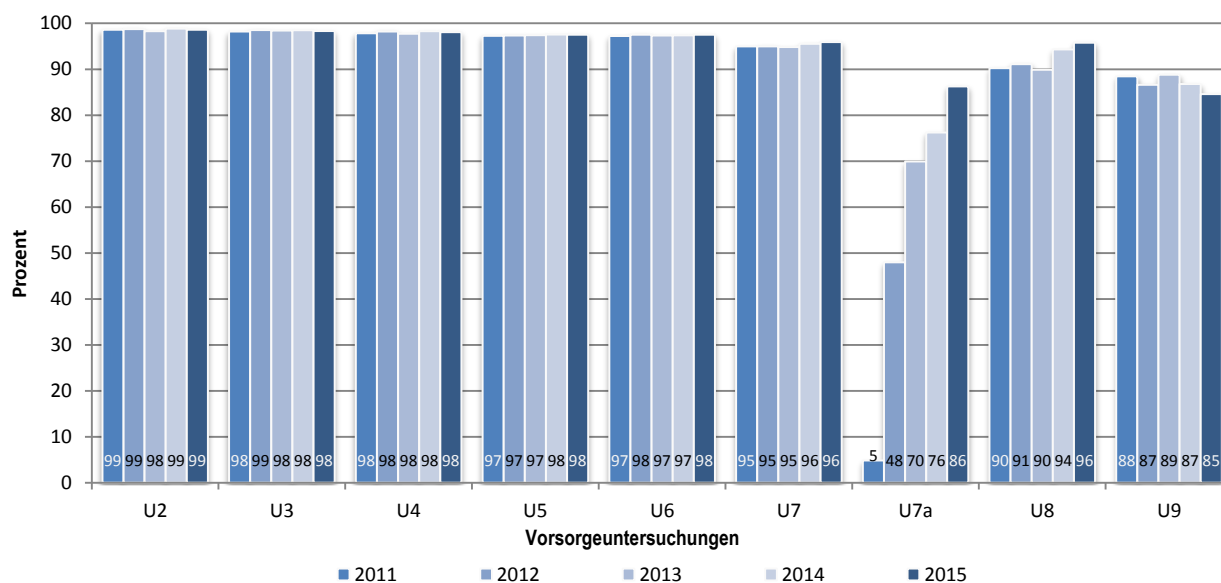


Abbildung 58: Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen bei vorgelegtem Vorsorgeheft zur Schulaufnahme für die Schulaufnahmejahre 2011 bis 2015

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

6.4.2 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 bzw. zumindest der Krankheitsverlauf abgemildert wird, wenn sich die geimpfte Person an dieser Infektionskrankheit erneut ansteckt. Das heißt, dass die geimpfte Person mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit selbst nicht mehr an bestimmten Krankheitserregern 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 hervorrufen, vor allem bei nicht geimpften Kindern, bei werdenden Müttern und deutlich immungeschwächten Personen. 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), das jeweilige Landesministerium für gesundheitliche Angelegenheiten, die Gesundheitsämter des öffentlichen Gesundheitsdienstes, aber auch die niedergelassenen Kinder- und Hausärzte daraufhin.

In Sachsen werden die Impfpfehlungen von der Sächsischen Impfkommision (SIKO) erarbeiten und in regelmäßigen Abständen den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, dem aktuellen Bedarf und den nationalen Empfehlungen der Ständigen Impfkommision am Robert-Koch-Instituts (STIKO) angepasst und veröffentlicht (SIKO, 2016). 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: „6.7.1 Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und der Kinder- und Jugendzahnklinik der Stadt Dresden“). 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 Durchimpfungsraten 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 59 im Bereich „Impfungen bezogen auf alle Untersuchten mit Impfausweis“ ersichtlich. Wobei als „vollständig“ gilt, wenn Kinder während der Schulaufnahmeuntersuchung den Impfausweis zur Untersuchung vorgelegt hatten und die darin dokumentierten Impfungen altersentsprechend mit den aktuellen Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision (SIKO, 2016) übereinstimmten.

Hinsichtlich des vollständigen Mumps-Masern-Röteln-Impfstatus lag der Anteil bei über 85 Prozent mit steigender Entwicklung auf

über 90 Prozent bis zum letzten Schuljahr 2014/15. Zur Vergleichbarkeit der Bewertung werden dabei die Impfdaten aus der Schulärztlichen Untersuchung während der 2. Klasse einbezogen. Im letzten Schuljahr wurden allerdings aus gesunkener Personalkapazitäten im Gesundheitsamt deutlich weniger Kinder in der 2. Klasse (2010/2011: n=3 819; 2014/2015: n=1 896) untersucht, was sich einschränkend auf die Interpretation der Daten auswirkt.

Zu beobachten ist ein leicht ansteigender Anteil an Kindern ohne Impfschutz gegen Tetanuserreger (Wundstarrkrampf), mit denen sich Groß und Klein bei jeder Verletzung infizieren kann (2010/11: 0,8 %; 2014/15: 1,3 %).

Dagegen sinkt der Anteil an Kindern ohne Impfschutz hinsichtlich Masern (2010/11: 3,0 %; 2014/15: 2,5 %), Mumps (2010/11: 3,7 %; 2014/15: 2,9 %) und Röteln (2010/11: 3,7 %; 2014/15: 2,8 %) bei jeweils vorgelegtem Impfausweis während der Untersuchung.

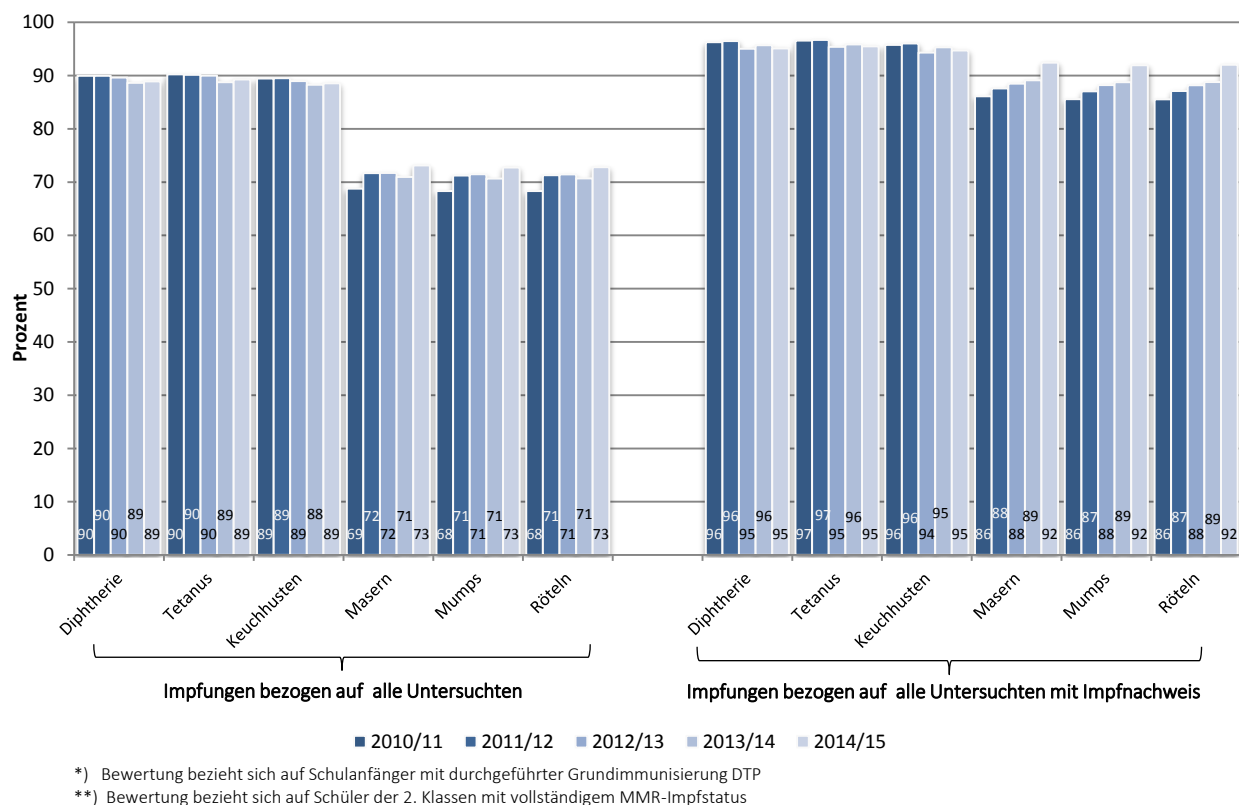


Abbildung 59: Anteil untersuchter Dresdner Kinder mit vollständigem Impfstatus DTP*) und MMR**) entsprechend STIKO-Bewertung Schuljahre 2010/11 - 2014/15

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

6.4.3 Mundgesundheit

Die Häufigkeit von Karies (Zahnfäule) ist in Deutschland in den letzten Jahrzehnten im bleibenden Gebiss gerade bei Kindern und Jugendlichen durch verbesserte Mundhygiene, wirksame Fluoridanwendung und dem Angebot gruppen- und individualprophylaktischer Leistungen nach §§ 21 und 22 SGB V deutlich zurückgegangen (Pieper, 2010; Micheelis & Schiffner, 2006). Anders im Milchgebiss von Kleinkindern – hier stagniert der Kariesrückgang (Splieth, 2009). Laut Aussage von Wissenschaftlern im Bereich der Kinderzahnheilkunde steigt die Zahl geschädigter Milchzähne mittlerweile sogar wieder an (Borutta et al., 2010). Ein höherer Behandlungsbedarf ist nach wie vor gegeben. Der Grund hierfür ist die rasch voranschreitende frühkindliche Karies, die oftmals schon kurz nach dem Zahndurchbruch beginnt (Treuner & Splieth, 2014). Frühkindliche Karies ist gegenwärtig eine der häufigsten chronischen Erkrankung im Kleinkind- und Vorschulalter (Losso et al., 2009). Als ihre Risikofaktoren gelten u. a. der übermäßige Gebrauch der Nuckelflasche mit gesüßtem Inhalt und mangelnde Mundhygiene. Durch das Zusammenwirken von Nahrung (Zucker), Zahnbelag und Mikroorganismen über längere Zeit kommt es zur irreversiblen Zerstörung der Zahnhartsubstanz. Der Zerstörungsprozess läuft umso schneller ab, je häufiger und länger zuckerhaltige Nahrungsmittel verzehrt werden und je seltener der bakterielle Belag auf den Zähnen mechanisch entfernt wird (Oesterreich & Ziller, 2006). Milchzähnen wird jedoch häufig zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Da sie durch die bleibenden Zähne ersetzt werden, wird ihre Bedeutung meist unterschätzt. Dabei sind sie neben ihrer Funktion als Kauwerkzeuge eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung der Sprache, das reguläre Wachsen der Kieferknochen und das soziale Miteinander. Kariöse Milchzähne beeinträchtigen die Lebensqualität der Kinder und damit auch der Eltern erheblich. Somit bleibt die Kariesprävention eine große Herausforderung (Konsenspapier, 2015).

Gesundheitsförderliche Maßnahmen im Bereich „Mundgesundheit“ zielen auf den Erhalt eines naturgesunden Milch- bzw. bleibenden Gebisses ab: Zähne sollen lebenslang kariesfrei bleiben. Neben dem (1) regelmäßigen Zähneputzen (ab dem Durchbruch des ersten Zahnes!) und einer (2) ausgewogenen zahngesunden Ernährung (Beachten der versteckten Zucker in Lebensmitteln und Getränken) sind der (3) regelmäßige Zahnarztbesuch und die (4) ausreichende Versorgung mit Fluorid wirksame Strategien zur Vermeidung von Karies (vier Säulen der Kariesprophylaxe).

In der aktuellen Leitlinie „Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe“ die ausreichende Versorgung mit Fluorid beschrieben. Zur Anwendung fluoridierter Kinderzahncreme im Kleinkind- und Vorschulalter weist sie jedoch unterschiedliche Empfehlungen von Kinder- und Zahnärzten auf. Aus diesem Grund wurde in Sachsen ein Konsenspapier erarbeitet, an dem alle Professionen beteiligt waren, die für Kindergesundheit verantwortlich sind. Das verabschiedete Papier bietet Eltern, Ärzten und Zahnärzten, aber auch Hebammen und anderen Beteiligten eine klare Orientierung.

Zwei mögliche Varianten werden aufgezeigt (Konsenspapier, 2015):

„Variante 1: Erfolgt die Vitamin-D-Prophylaxe mit Tabletten ohne Fluoridzusatz sind die Milchzähne in den ersten beiden Lebensjahren einmal täglich mit einer reiskorngroßen Menge fluoridierter Kinderzahncreme (Anteil Fluorid 500 ppm) zu putzen.

Variante 2: Erfolgt die Vitamin-D-Prophylaxe in Kombination mit Fluorid erfolgt das tägliche Zähneputzen mit einer reiskorngroßen Menge fluoridfreier Zahncreme.

Eine gleichzeitige Anwendung von Fluoridtabletten und fluoridierter Zahncreme muss unterbleiben. Ab dem dritten bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres gilt es zweimal täglich Zähneputzen mit einer „erbsengroßen“ Menge fluoridierter Kinderzahncreme (Anteil Fluorid 500 ppm) die Zähne gründlich zu reinigen. Dies schließt die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz zur Zubereitung der Speisen nicht aus“.

Kinder können in der Regel erst systematisch und gründlich ihre Zähne selbst putzen, wenn sie die Schreibschrift sicher erlernt haben. Deshalb ist es sinnvoll, wenn Eltern bis zu diesem Zeitpunkt beim Zähneputzen helfen und auch nachputzen.

In der Landeshauptstadt Dresden hat das Gesundheitsamt, Sachgebiet Kinder- und Jugendzahnklinik (KJZK) die gesetzliche Aufgabe, Zahnerkrankungen von Dresdner Kindern und Jugendlichen festzustellen, diesen vorzubeugen und die Mundgesundheit im Allgemeinen zu fördern. Durch Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit werden das Gesundheitsbewusstsein und die persönlichen Ressourcen der Heranwachsenden gestärkt. Einbezogen sind Eltern, Lehrer und Erzieher. Durch die gesetzlich vorgegebenen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Kindertageseinrichtungen und Schulen (i. d. R. bis einschließlich 7. Klasse) werden Zahn-, Mund und Kieferkrankheiten früh erkannt. Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko werden herausgefiltert und zum regelmäßigen Zahnarztbesuch motiviert. Die Daten zur Mundgesundheit zeigen, welche (Alters-)gruppen der besonderen Beachtung bedürfen. Früherkennung ist im zahnmedizinischen Bereich sehr wichtig, da beispielsweise eine beginnende, nur für den Zahnarzt schon erkennbare Karies noch keine Schmerzen verursacht. Von den regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst profitieren so vor allem die Kinder, bei denen die Eltern ein eher beschwerdeorientiertes Inanspruchnahmeverhalten zahnärztlicher Dienste zeigen und den Zahnarzt selber bzw. mit ihrem Kind nicht regelmäßig aufsuchen. So ist die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung durch das Gesundheitsamt eine wichtige Ergänzung zur Untersuchung beim Hauszahnarzt.

Darüber hinaus ist die KJK von der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege des Freistaates Sachsen (LAGZ Sachsen e. V.) mit der Durchführung der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe in Kindertageseinrichtungen und Schulen beauftragt. Die Kinder werden in ihrer Lebenswelt besucht und erhalten dabei spielerisch, anschaulich und vor allem altersgerecht Wissen rund um die Zahn- und Mundgesundheit - von der Beratung zur zahngesunden Ernährung bis hin zur Beantwortung der Fragen „Wie entsteht Karies? Warum wackelt der Milchzahn? Was muss ich tun, damit meine Zähne ein Leben lang gesund bleiben“, stets flankiert von praktischen Zahnputzübungen. Das tägliche Zähneputzen in Kitas hat eine überaus wichtige sozialkompensatorische Wirkung und trägt zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit bei. Wie Ergebnisse der KIGGS-Studie belegen, kann nicht vorausgesetzt werden, dass in allen untersuchten Familien zweimal täglich die Zähne geputzt werden (55,9 % der 0- bis Zweijährigen putzen weniger als zweimal am Tag (Schenk & Knopf, 2007). Demnach wäre das tägliche Zähneputzen in der Kindertageseinrichtung für einige Kinder das einzige Zähneputzen. Das handlungs- und erfahrungsorientierte Lernen erlaubt die Ausprägung von gewohnheitsmäßigen Verhaltensmustern, die lebenslang bestehen bleiben. Niemals wird mehr gelernt als in den ersten Lebensjahren.

Neben Vorsorgeuntersuchung und Prophylaxe bietet die KJK auch eine (fach-)zahnärztliche Behandlung von Kleinkindern, Schulkindern und Jugendlichen nach dem Prinzip der freien Arztwahl (alle gesetzlichen und privaten Krankenkassen) an. Hier schließen sich mehrere Kreise: Im Hinblick auf die sozial-emotionale Ebene des Kindes steht eine stabile und bekannte Vertrauensperson in einem meist eher angstbesetzten Setting zur Verfügung. Bezüglich der Präventionskette ergibt sich eine Einheit aus Vorsorgeuntersuchung, Gruppenprophylaxe und gegebenenfalls notwendiger zahnärztlicher Therapie aus einer Hand. Das Angebot erfreut sich hoher Akzeptanz und wird seit Jahren sehr gut angenommen.

In Dresden ist die Anzahl der zu betreuenden Kinder in den letzten Jahren stetig gestiegen (siehe Tabelle 19 und Abbildung 73 im Abschnitt: „6.7.1 Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und der Kinder- und Jugendzahnklinik der Stadt Dresden“). Im Schuljahr 2014/15 waren es insgesamt 46 595 Kinder (Kita= 19 770 + 1.-7. Klasse= 26 825). Die Auswertung der Dresdner Daten zur zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zeigt Beachtliches: Im Verlauf der letzten vier Untersuchungszeiträume (Schuljahr 2011/12 bis 2014/15) wiesen gut 90 Prozent der 3-Jährigen untersuchten Kinder ein naturgesundes Milchgebiss auf, wie in der Abbildung 60 dargestellt. Bei den 6-Jährigen hatten circa 66 Prozent naturgesunde Zähne (Abbildung 60).

Bei den 12-Jährigen waren im Durchschnitt 75 Prozent ohne jegliche Karieserfahrung (Abbildung 60).

Das seit 2012 festgelegte sächsische Gesundheitsziel bezüglich des Anteils naturgesunder Gebisse von 90 Prozent (bis 2012: 80 %) bei den 3-Jährigen und 60 Prozent bei den 6-Jährigen wurde damit in der Stadt Dresden erfüllt bzw. mehr als erfüllt. Dies ist auch als ein Resultat der mit hohem Engagement jährlich stattfindenden zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und der gruppen- und individualprophylaktischen Leistungen seitens der Kinder- und Jugendzahnklinik des Gesundheitsamtes und der niedergelassenen Zahnärzte zu sehen.

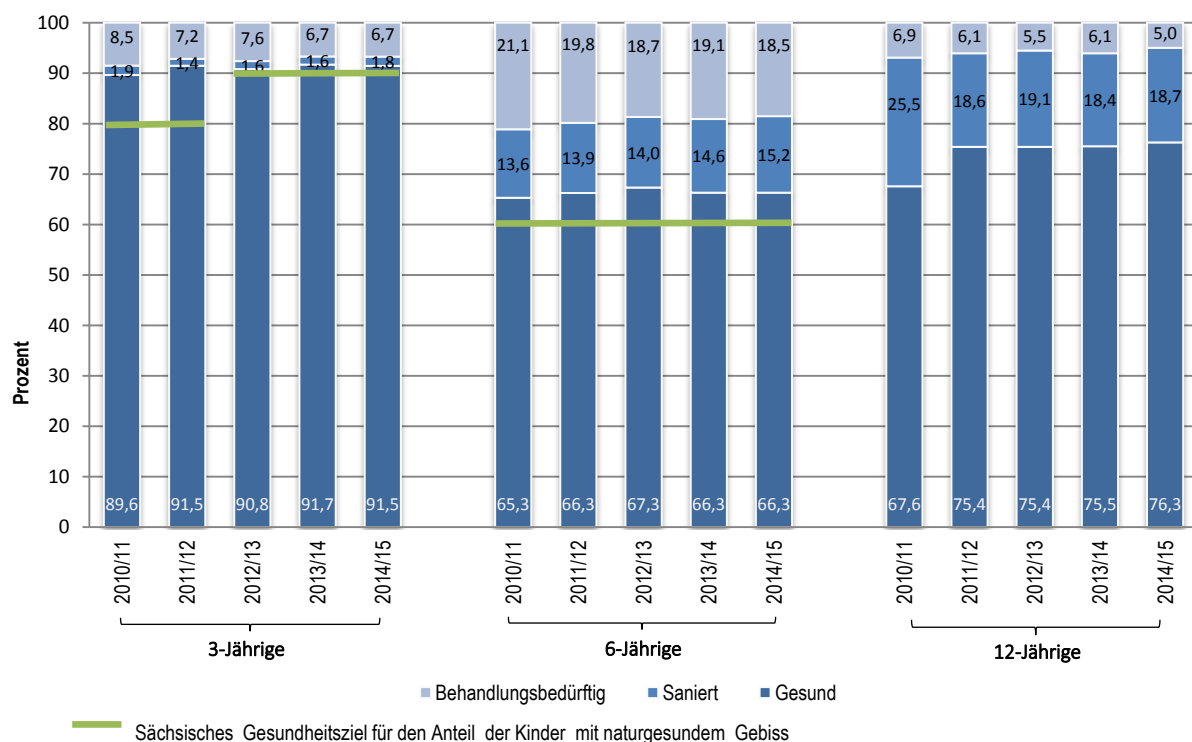


Abbildung 60: Gebisszustand der untersuchten 3-, 6-, und 12-jährigen Dresdner Kinder in den Schuljahren 2010/11 - 2014/15
Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

Eine genauere Analyse der Dresdner Daten zum Gebisszustand bezogen auf die besuchte Einrichtungsart (Kindertageseinrichtung bzw. der verschiedenen Schularten) zeigt deutliche Unterschiede in der Zahngesundheit, wie in der Abbildung 61 ersichtlich. So war der Anteil Kinder mit einem naturgesunden 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 sonderpädagogischer Förderung besuchten.

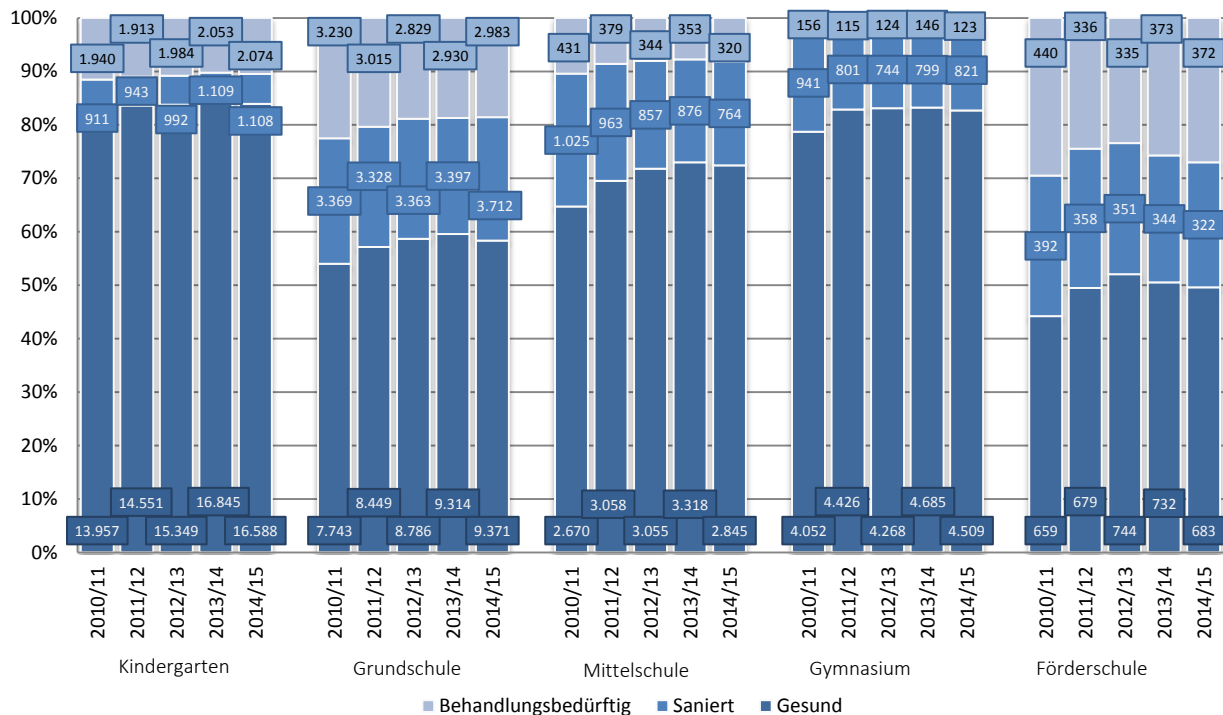


Abbildung 61: Gebisszustand der untersuchten Dresdner Kinder nach Einrichtungsart in den Schuljahren 2010/11 - 2014/15
Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

Dies ist nicht nur ein Dresden spezifisches, sondern ein generelles „Problem“. Untersuchungen zeigen, dass die Gruppe derer, die von Karies betroffen sind, insgesamt kleiner wird. Insbesondere Kinder aus sozial schwachen Familien sind hierbei betroffen und weisen einen sehr hohen Sanierungsbedarf auf (Stollberg et al., 2014). Doch nicht nur die soziale Herkunft, auch Migrationshintergrund und besuchte Schulart spielen eine Rolle. Die hohe Karieslast verteilt sich also auf eine relativ kleine Anzahl von Kindern aus niedrigen sozialen Schichten (Ziller et al., 2012). Man spricht in dem Zusammenhang auch von einer sogenannten „Kariespolarisierung“, die sich immer stärker ausprägt.

In der Auswertung zahnbezogener Daten wird weltweit standardmäßig immer auch der DMF-t-Index (D=Decayed=kariös; M=Missing=fehlend; F=Filled= mit einer Füllung versehen) ermittelt. Dieser Index zeigt die Ausprägung des Kariesbefalls an, indem er kumulativ die Anzahl der kariesbedingt zerstörten, fehlenden und gefüllten Zähne erfasst. Er ist ein statistischer Gradmesser für die Schwere bzw. Auswirkung einer Karieserkrankung (sogenannten „Karieslast“) bei einer Person aber auch bei Bevölkerungsgruppen. Erzielte Erfolge zeigen sich in einem geringeren Index-Wert. Für das Milchzahngebiss gilt die Kleinschreibung beim Index (dmf-t-Index).

Die Auswertung des dmf-t-Index im Milchgebiss zeigt, dass der Wert bei den 3-Jährigen zwar sehr gering ist und recht konstant bei 0,3 liegt (siehe Abbildung 62). Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) spricht bei einem Wert größer Null in dieser Altersgruppe jedoch von einem erhöhten Kariesrisiko. In dem Alter ist jeder kariöse Zahn ein Zahn zu viel: Dies vor allem auch vor dem Hintergrund, dass das Milchgebiss zu dem Zeitpunkt gerade erst vollständig ist (vollständiges Milchgebiss im Durchschnitt mit 2,5 Jahren). Wird eine zahnärztliche Therapie notwendig, ist die Bereitschaft zur Mitarbeit bei Kindern dieser Altersgruppe gering. Aus diesem Grund muss die Behandlung häufig unter Narkose stattfinden.

Das erklärte Ziel ist es, den dmf-t-Indexwert weiter zu senken und die Zahl der Kinder mit naturgesunden Zähnen zu erhöhen.

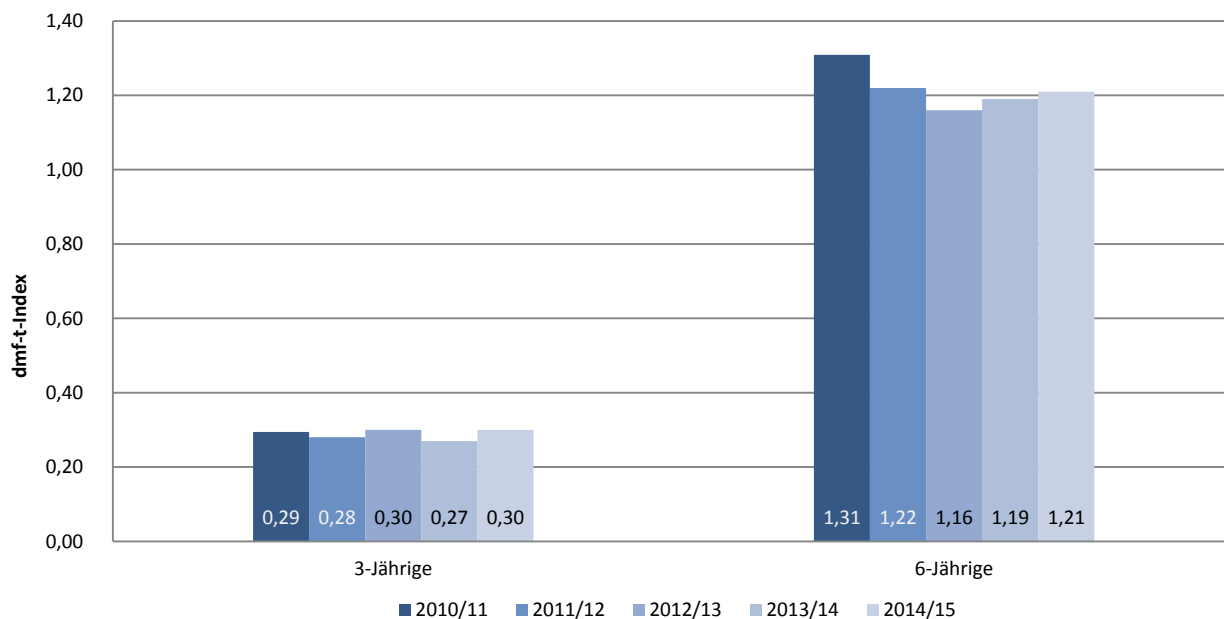


Abbildung 62: dmft-t-Index der untersuchten 3- und 6-jährigen Dresdner Kinder in den Schuljahren 2010/11 - 2014/15

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

Bei den 6-jährigen Kindern lag der dmft-t-Index über dem Wert 1 (siehe Abbildung 62), wobei der Wert annähernd gleich denjenigen ist, die eine Kita besuchten und bei denjenigen, die bereits in der Grundschule waren.

Die Kariesverbreitung bei den 12-Jährigen ist im Durchschnitt in den letzten Auswertungszeiträumen kontinuierlich zurückgegangen und lag zuletzt bei DMF-T= 0,46 (siehe Abbildung 63). Bei genauer Betrachtung nach Schulart (Abbildung 63) war dieser Wert bei den untersuchten Schülern des Gymnasiums bis zur 7. Klasse am niedrigsten. Mit dem Wert DMF-T= 0,32 liegt er weit unter dem seit 2012 als Sächsisches Gesundheitsziel festgelegten Wert von DMF-T= 0,7. Das bedeutet, dass damit die Mundgesundheit der 12-jährigen Gymnasiasten am besten war. Der häufigste Kariesbefall konnte bei den Schülern mit sonderpädagogischen Förderung nachgewiesen werden (DMF-T= 0,91).

Ziel ist es, auch hier den DMF-T-Indexwert weiter zu senken und die Zahl der Kinder mit naturgesunden Zähnen zu erhöhen.

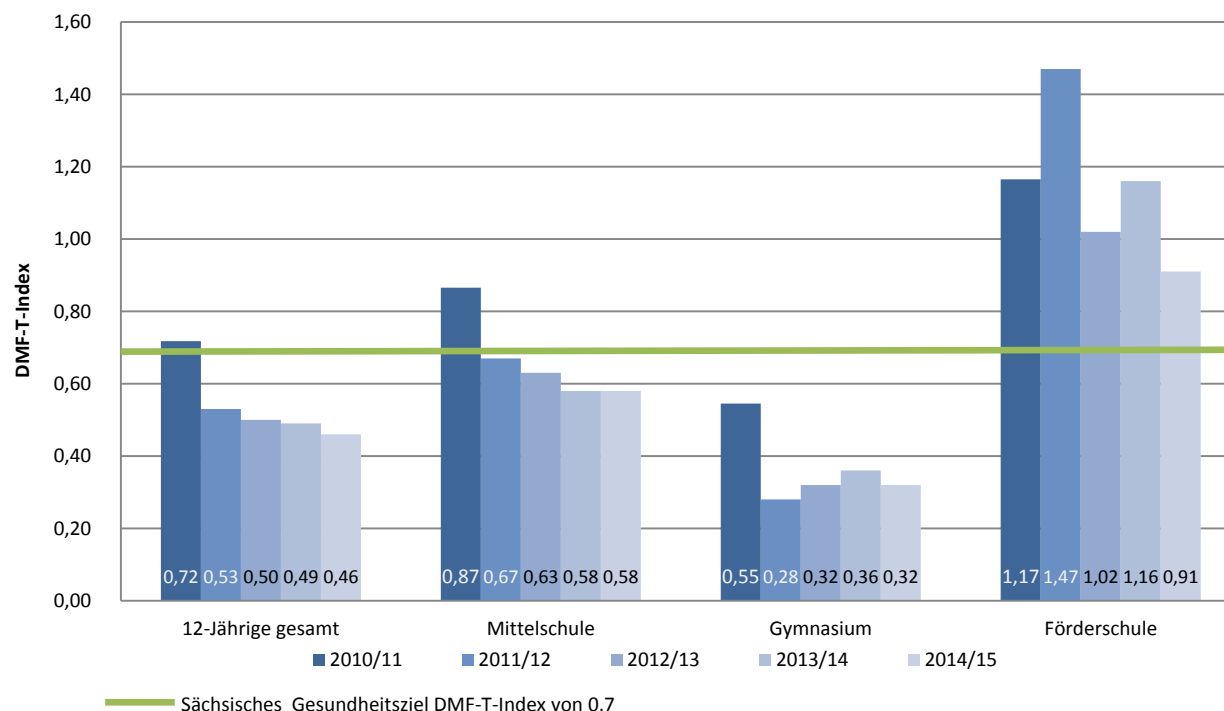


Abbildung 63: DMF-T-Index der untersuchten 12-jährigen Dresdner Kinder nach Einrichtungart in den Schuljahren 2010/11 - 2014/15

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

6.4.4 Körperliche und sportliche Aktivitäten und Nutzung von bewegungsorientierten Freizeitangeboten

Für eine gesunde und leistungsfähige sowohl körperliche als auch geistige Entwicklung sind 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). Auf rein körperlicher Ebene werden bei körperlichen Aktivitäten auf natürliche Weise Energie im Körper verbraucht, was durch Nahrungsaufnahme dem Körper, vor allem durch Kohlenhydrate, Fette, bereitgestellt wird. Je mehr Bewegung, desto mehr wird diese Energie wieder im Körper verbraucht und nimmt nicht als zusätzliches Körpergewicht zu. Dadurch wird ein gesunder Ausgleich zwischen Nahrungsaufnahme, Energiebedarf und Energieverbrauch im Körper erzeugt.

Bei den jungen Dresdnern der Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen, die an der Dresdner Bürgerumfrage 2014 teilnahmen, gaben 60 Prozent an, mindestens zweimal in der Woche Sport zu treiben, dagegen nur 16 Prozent selten oder nie (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Anhand der Dritten Dresdner Kinderstudie betätigten sich neben anderen Freizeitmöglichkeiten (u. a. Treff mit Freunden, Musik hören, Fernsehen, Lesen, Zeichnen, Computer) 63 Prozent der Dresdner Kinder und Jugendlichen in ihrer Freizeit regelmäßig sportlich, was bei Jungen und bei Mädchen an vierter Stelle der Freizeitrangfolge (Jungen: 67 %; Mädchen: 59 %) lag. (Lenz et al., 2012)

Im Vergleich dazu hatten körperlich passive Freizeitgestaltungen, wie Computerspielen, Musik hören und Fernsehen/Filme schauen, bei beiden Geschlechtern einen jeweils höheren Stellenwert; bei Jungen an erster Stelle Computerspielen (78 %) und an dritter Stelle Fernsehen/ Videofilme ansehen (68 %) und bei Mädchen Musik hören (76 %) an zweiter Stelle und Bücher/Zeitung/Zeitschriften lesen an dritter Stelle (70 %) (Lenz et al., 2012).

Je älter die Befragten waren desto größer wurde der zeitliche Umfang dieser passiven Aktivitäten, vor allem steigender Medienkonsum anhand der Computer- und Internetnutzung. Zudem hat der soziale Status der Befragten auf ihre sportlichen Aktivitäten ebenfalls einen Einfluss, nimmt aber im Vergleich zur Erhebung von 2005 deutlich ab. 50 Prozent der Befragten mit einem niedrigen Sozialstatus hatten in ihrer Freizeit Sport getrieben, im Vergleich zu 68 Prozent der befragten Schüler mit einem hohen Sozialstatus (Lenz et al., 2012).

Als Freizeitangebote gaben die befragten Schüler an, am häufigsten Sportplatz (36 %), Sport- und Freizeitzentrum (32 %), Park/Wald/Wiese (32 %) sowie Schwimmhalle/Freibäder (16 %) fast täglich bzw. ein- oder zweimal pro Woche zu nutzen, wobei deutliche altersspezifische Unterschiede und Veränderungen im zeitlichen Verlauf der drei Erhebungszeitpunkte 2000, 2005 und 2010 deutlich wurden (Lenz et al., 2012). Bei jüngeren Kindern der 3. bis 5. Klasse spielt der Sportplatz 2010 mit 58 Prozent eine größere Rolle, allerdings bei einer rückläufigen Nutzung gegenüber dem Jahr 2005 um rund 10 Prozent. Eine noch deutlichere, ähnliche Entwicklung ist bei der Nutzung von Schwimmhallen und Freibädern zu verzeichnen. Während 2005 noch 62 Prozent der jüngeren Befragungsteilnehmer dies als Freizeitangebot nutzten, waren es 2010 nur noch 42 Prozent. Weitere Beispiele für rückläufige Nutzung sind Parks bzw. Wiesen, Sportanlagen im Allgemeinen, verkehrsberuhigten Zonen (Spielstraßen) sowie Kinder- und Jugendtreffs zu benennen. Dagegen nehmen Einkaufspassagen auch bei dieser Altersgruppe eine immer größere Bedeutung als Freizeitangebot an (2000: 22 %; 2005: 25 %; 2010: 37 %) (Lenz et al., 2012).

Knapp die Hälfte der Kinder und Jugendlichen der 6. bis 9. Klasse nutzen Einkaufspassagen mindestens einmal pro Woche in ihrer Freizeit. Sportplatz- und Sportanlagen (36 %), Parks bzw. Wiesen (32 %) sowie Sport- und Freizeitzentren (32 %) werden jeweils von rund einem Drittel der Befragten dieser Altersgruppe fast täglich genutzt. Kinder- und Jugendtreffs, Skaterbahn, Spielstraße spielten dagegen eine untergeordnete Rolle. Der Sozialstatus der Kinder und Jugendlichen ist hierbei ein wichtiger Einflussfaktor, so nehmen Kinder und Jugendliche mit einem höheren Sozialstatus noch deutlich häufiger außerhäusliche Freizeitangebote in Anspruch, als Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus (Lenz et al., 2012).

Laut Angabe der Befragten der 6. bis 9. Klasse nimmt die Zufriedenheit gegenüber 2000 und 2005 deutlich zu. Zwei Drittel der befragten Kinder und Jugendlichen sind mit den Angeboten zufrieden bis sehr zufrieden; Rund 20 Prozent äußerten ihre Unzufriedenheit. Diese positive Einschätzung wurde für alle Ortsamtsbereiche geäußert.

Weiterhin fehlen den Befragten vor allem Schwimm-, Frei- und Erlebnisbäder sowie Seen (28 %), Sportplatz- und Sportanlagen für Fuß-, Basket- und Volleyball (17 %) sowie Spielplätze, Spielstraßen und Abenteuerspielplätze (14,9 %). (Lenz et al., 2012)

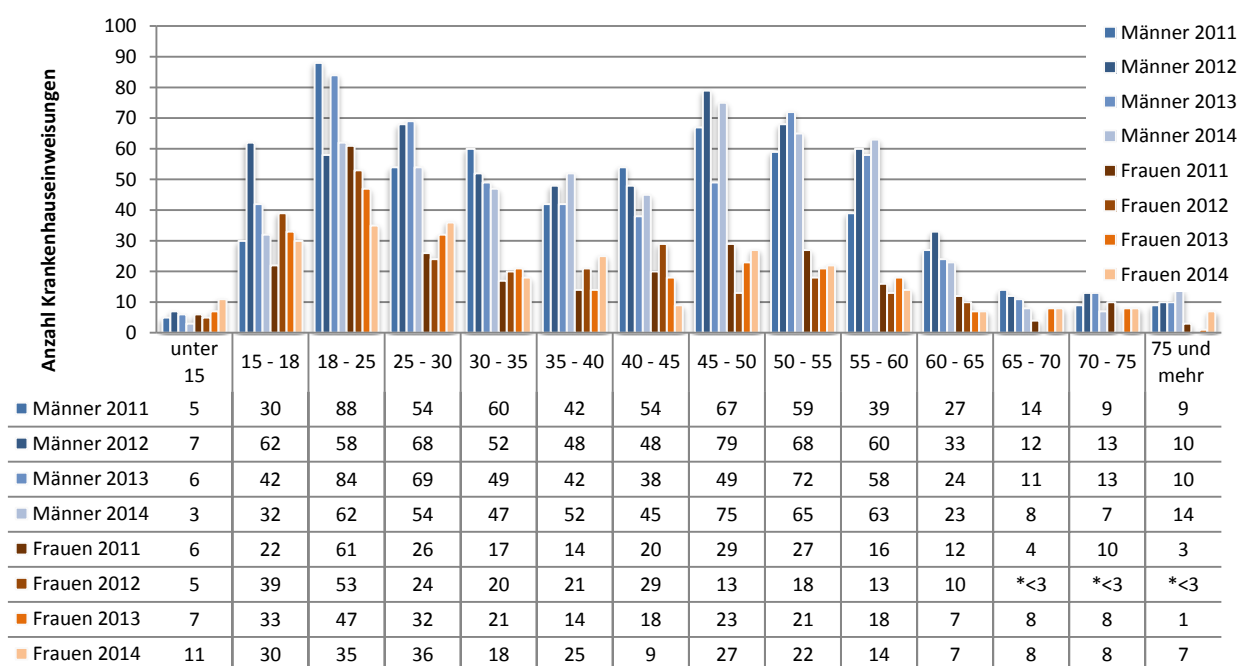
Da Bewegung und körperliche Aktivitäten viel mehr Freude gemeinsam mit der Familie machen, und das eine nicht unbedeutende

Auswirkung auf Motivation und positives Bewegungserleben der Kinder hat, zeigt die Dresdner Kinderstudie dahingehend, dass ein Viertel der Kinder selten und 7 Prozent niemals Tagesausflüge oder Spaziergänge gemeinsam mit Ihren Familien unternehmen und 30 Prozent der Kinder selten und sogar ein Viertel keinen Sport mit der Familie treiben. Dagegen wurden gemeinsames Fernsehen/DVD/Video mit 42 Prozent als häufigste gemeinsame, allerdings eher bewegungsärmere Familienaktivität benannt (Lenz et al., 2012).

6.4.5 Suchtverhalten

Konsum von psychotropen Substanzen auf die heranwachsende Generation

Auf Grund der relativ hohen Anzahl von akuten Alkoholintoxikationen von jungen Dresdnern und Dresdnerinnen (2014: unter 18 Jahre: 75 Jugendlichen), die stationär behandelt werden mussten (siehe Abbildung 64), wurde Dresden bereits schon im Jahr 2008 zum Standort des Präventionsprojektes „Halt- Hart am Limit“.



Krankenhauseinweisungen (einschließlich Stunden- und Sterbefälle) aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch eine akute Alkoholintoxikation (ICD-10-GM: F10.0) als Hauptdiagnose mit Behandlungsort in Deutschland für Männer und Frauen der Stadt Dresden nach Altersgruppen in den Jahren 2011 (n=824), 2012 (n=869), 2013 (n=825), 2014 (n=807); *<3 Kennzeichnung aus datenschutzrechtlichen Gründen

Abbildung 64: Krankenhauseinweisungen (Hauptdiagnose) durch eine akute Alkoholintoxikation (ICD-10-GM: F10.0)-Dresden

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2016

Alkoholkonsum in öffentlichen Verkehrsmitteln oder die Normalität des „Wegebieres“, wie sie sich in Dresden etabliert haben, sind keine positiven Rahmenbedingungen für gesundes Aufwachsen. Aus diesem Grund wurden im Dresdner Strategiepapier zur Suchtprävention verschiedene verhältnispräventive Maßnahmen zur Suchtprävention beschlossen.

Daten der Kommunalen Bürgerumfrage belegen, dass in der Altersgruppe 16 bis 24 Jahre 41 Prozent Menschen in ihrem Umfeld kennen, die nicht-legale Drogen konsumieren. Vor allem in der Äußeren und Inneren Neustadt (37 %) und Leipziger Vorstadt, Pieschen (30 %) leben Menschen, die in ihrem Umfeld jemanden kennen, der nicht- legale Drogen konsumiert (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Der Anstieg des Nichtraucheranteils in Dresden vom Jahr 2010 zum Jahr 2014 ist fast ausschließlich auf die jüngste Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen zurückzuführen (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Im 7. Kapitel Erwachsenenalter und Familien im Abschnitt: „7.6.1 Suchtverhalten“ ist der Anteil der jungen Dresdner und Dresdnerinnen jünger als 18 Jahre an allen Krankenhausfällen aufgrund von multiplen Substanzgebrauch in der Abbildung 89 sowie aufgrund von Stimulanzien einschließlich Crystal in der Abbildung 90 ersichtlich.

Mütterlicher Konsum von psychotropen Substanzen und deren Auswirkungen auf die Neugeborenen

Der vermehrte Konsum von psychotropen Substanzen der Dresdner Einwohner und Einwohnerinnen insbesondere in der Altersgruppe der 18- bis 35-Jährigen hat Auswirkungen auf die Gesundheit der Neugeborenen. So stiegen sowohl drogen- als auch tabakbedingte Schädigungen der Feten an, wie die Daten der Krankenhausstatistik belegen (siehe Abbildung 65 und Abbildung 66).

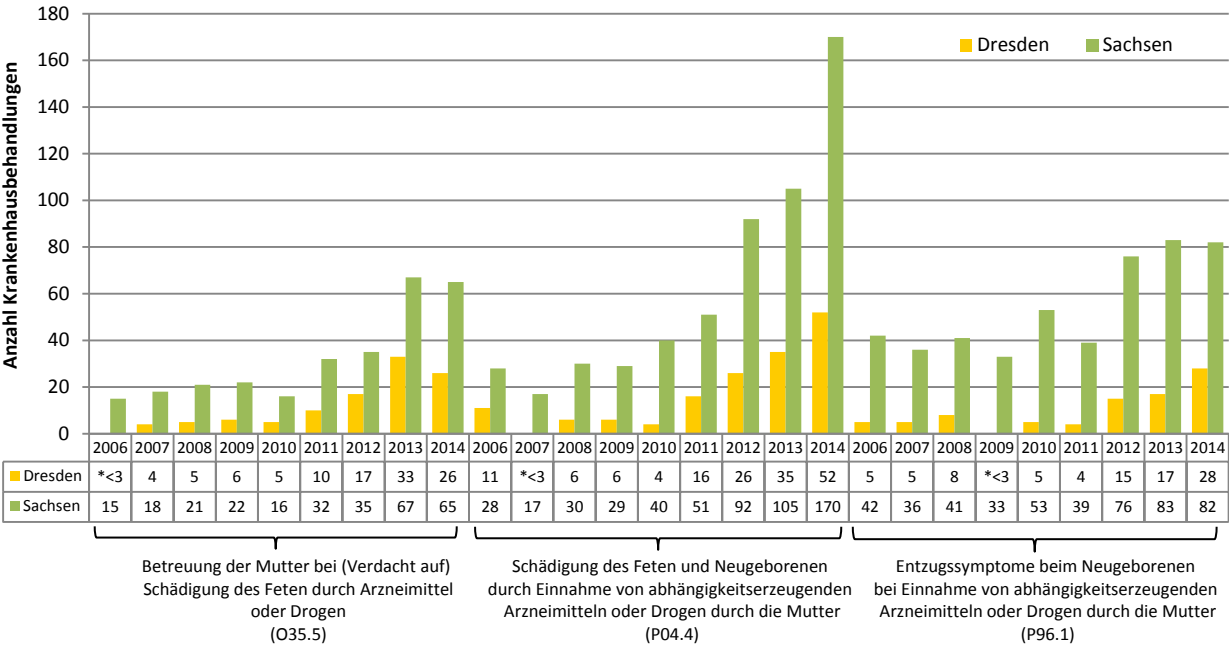


Abbildung 65: Krankenhausbehandlungen (Haupt- und Nebendiagnose) aufgrund von drogenbedingten Gesundheitsproblemen bei Mutter bzw. Schädigungen des Feten/Neugeborenen (ICD-10-GM: O35.5; P04.4; P96.1) - Dresden im Vergleich zu Sachsen
Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2016; Statistisches Landesamt Sachsen 2016a

Neben drogengeschädigten Feten fällt insbesondere auch die Schädigung der Neugeborenen in Folge Tabakkonsums während der Schwangerschaft auf. Hier ist insbesondere in Sachsen eine negative Tendenz zu verzeichnen (siehe Abbildung 66).

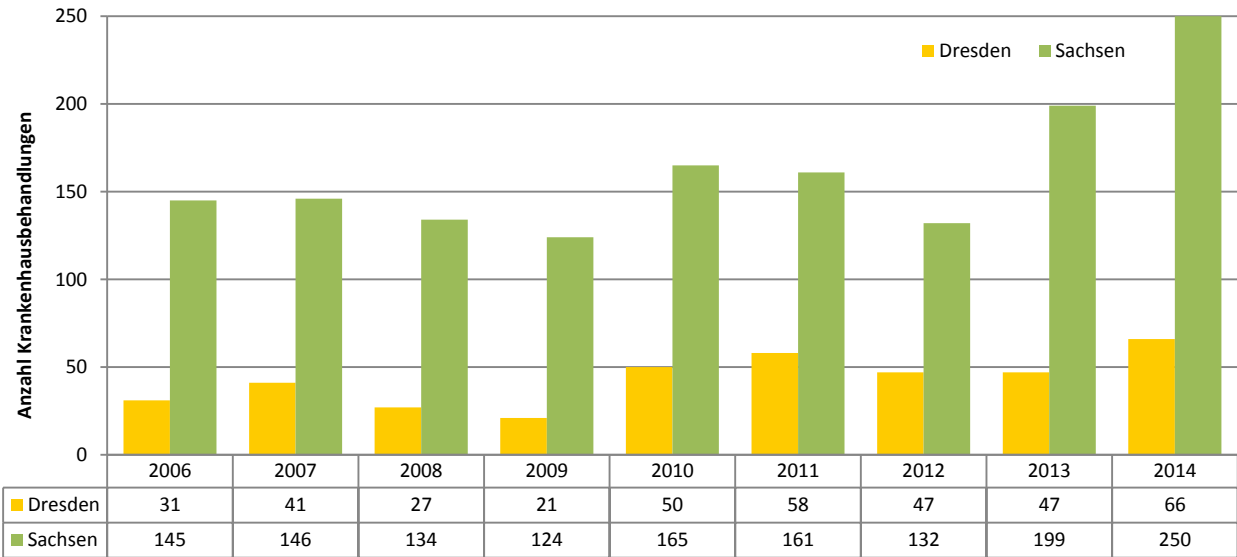


Abbildung 66: Krankenhausbehandlungen (Haupt- und Nebendiagnose) aufgrund von tabakbedingten Schädigungen des Feten/Neugeborenen (ICD-10-GM: P04.2) - Dresden im Vergleich zu Sachsen
Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2016; Statistisches Landesamt Sachsen 2016a

Konsum von Stimulanzien „Crystal Meth“ und Auswirkungen auf Neugeborene

Durch die Mitarbeiter des Fachbereiches Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden wurde während der letzten Jahre eine besorgniserregende Zunahme von Neugeborenen beobachtet, deren Mütter während der Schwangerschaft die Droge Crystal Meth konsumiert haben. Die Daten der Sächsischen Neonatalerhebung zeigen, dass der Konsum von Opioiden während der Schwangerschaft auf niedrigem Niveau geblieben und insgesamt leicht rückläufig ist (Abbildung 67). Parallel zum wachsenden Konsum von Stimulanzien in Sachsen mit jährlichen Steigerungsraten zwischen 22 und 47 Prozent (SMS, 2013) ist auch ein stetiger Anstieg von Früh- und Neugeborenen zu verzeichnen, welche intrauterin der Droge Crystal Meth ausgesetzt waren. Waren es im Jahr 2007 „nur“ 20 Fälle sachsenweit, so waren 2014 bereits 153 Neugeborene betroffen (Abbildung 67).

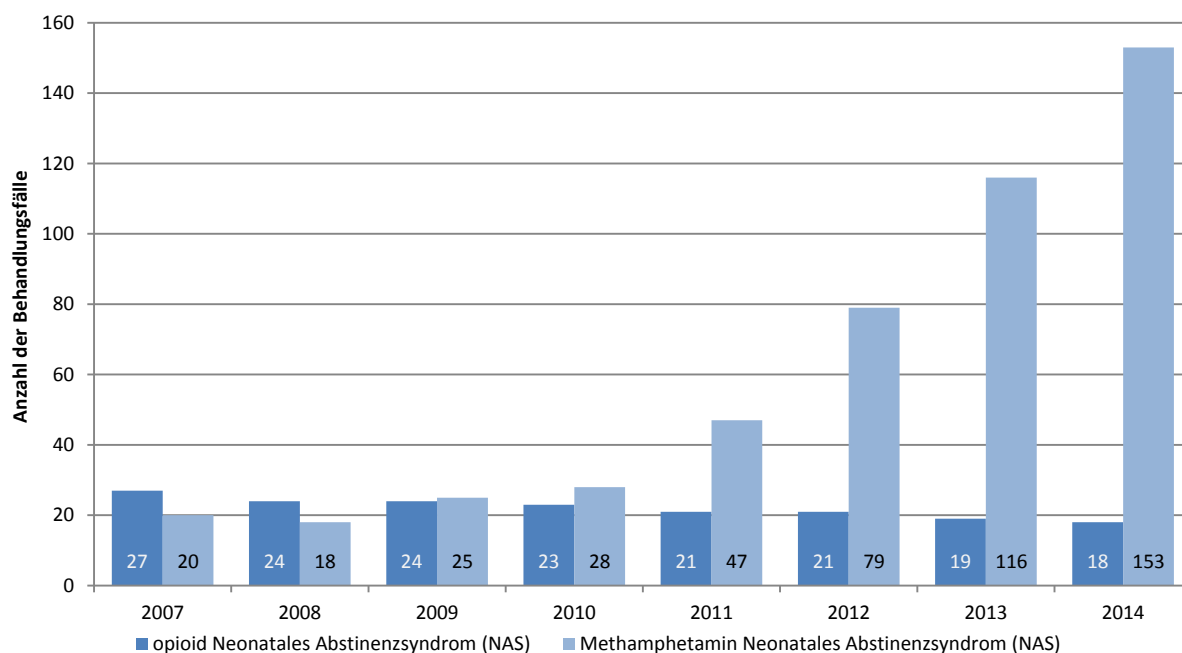


Abbildung 67: Stationäre Behandlungsfälle von Neugeborenen nach mütterlichem Konsum von illegalen Drogen in der Schwangerschaft (Neonatales Abstinenzsyndrom - NAS) in Sachsen 2007 – 2014

Quelle: Sächsische Landesärztekammer Dresden, 2015

Während umfangreiche Daten zum aktiven Konsumverhalten Jugendlicher und Erwachsener vorliegen und eine nahezu exponentielle Zunahme des Crystal-Konsums belegen (SMS, 2013), ist die Datenlage für die Gruppe der ungeborenen Kinder derzeit noch äußerst spärlich. Ferner ist eine hohe Dunkelziffer zu befürchten.

Erste Erfahrungen des Universitätsklinikums Dresden zu den Auswirkungen eines Crystal-Konsums während der Schwangerschaft von 97 betroffenen Frauen im Zeitraum 2007 bis Juni 2014 lassen erhebliche Gefahren und Risiken für das Neugeborene, die Mütter und die Familien erkennen, die durch Erhebungen am Universitätsklinikum Dresden belegt werden. Die Mehrzahl der Schwangeren war zum Zeitpunkt der Entbindung zwischen 20 und 30 Jahren alt.

Auffällig ist ferner, dass die Hälfte der Frauen erst spät - nach der 20. Schwangerschaftswoche - und dann auch nur unregelmäßig bzw. gar nicht die Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft in Anspruch genommen haben. Nur bei jeder fünften Frau war bei Aufnahme der Schwangeren zur Entbindung im Kreißsaal ein Drogenkonsum bekannt. Insbesondere durch eine exakte Anamneseerhebung und gezielte Nachfrage auch zum Konsum illegaler Drogen wurde die Mehrzahl der Crystal-Konsumentinnen identifiziert.

Für die Neugeborenen wurden folgende Auffälligkeiten nach Crystal-Konsum der werdenden Mutter während der Schwangerschaft beobachtet (siehe Abbildung 68). Ein definiertes Abstinenzsyndrom, vergleichbar mit dem des Opiat-Entzuges, scheint bei Neugeborenen nach intrauteriner Methamphetamin-Exposition nicht vorzuherrschen. Die Kinder sind eher ruhig und somit oft klinisch unauffällig. Die beobachteten Symptome, welche die Neugeborenen aufweisen, sind äußerst heterogen und unspezifisch im Vergleich zum Opiat-Entzug.

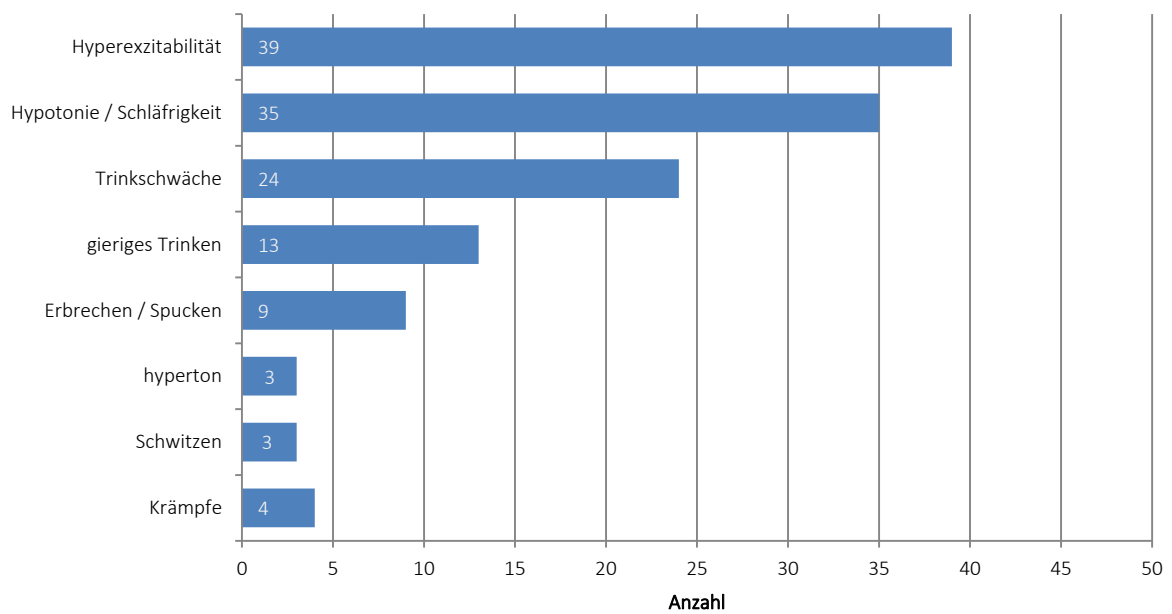


Abbildung 68: Symptome der 97 Neugeborenen nach Methamphetamin-Konsum der Mutter während der Schwangerschaft von 2007 bis 2014, die im Universitätsklinikum Dresden behandelt worden sind

Quelle: Universitätsklinikum - Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin Dresden, 2015

Eine Erklärungsmöglichkeit der äußerst variablen, heterogenen und unspezifischen Symptome beim Neugeborenen könnten sowohl der unterschiedliche Zeitpunkt als auch die Dauer und damit die Menge des konsumierten Crystals während der Schwangerschaft und unmittelbar vor der Geburt darstellen. Ob es ein spezifisches Abstinenzsyndrom und welche Symptome charakteristisch für den Konsum von Crystal sind, kann erst eine weitere und systematische multizentrische Datenerfassung und Verlaufsbeobachtung klären. Ferner gilt es zu prüfen, welche Rolle der häufig beobachtete Beikonsum anderer Substanzen, wie Nikotin, Alkohol, Medikamente bzw. andere illegale Drogen hat (siehe Abbildung 69).

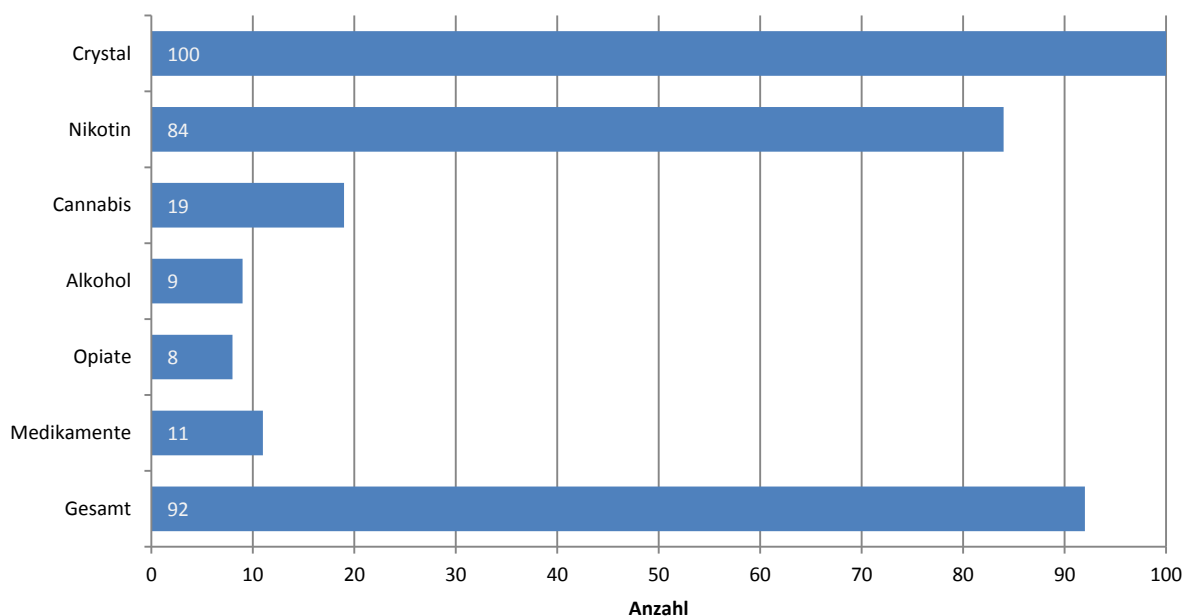


Abbildung 69: Beikonsum von 97 Müttern mit Methamphetamin-Konsum während der Schwangerschaft von 2007 bis 2014, die im Universitätsklinikum Dresden behandelt worden sind

Quelle: Universitätsklinikum - Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin Dresden, 2015

Ungeachtet der uncharakteristischen Symptome erlaubt die Analyse weiterer klinischer Befunde der Neugeborenen erste Aussagen zu möglichen Auswirkungen einer intrauterinen Crystal-Exposition auf den Feten und das Neugeborene:

1. Die Frühgeborenenrate scheint im Vergleich zur Frühgeborenenrate des Landes Sachsen deutlich erhöht (vierfach). (Sächsische Landesärztekammer Dresden, 2015; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung & BMG & BÄK, 2016).
2. Der Anteil untergewichtiger Neugeborener ist ebenfalls bezogen auf die Rate untergewichtiger Früh- und Neugeborener des Landes Sachsen erhöht (dreifach). (Sächsische Landesärztekammer Dresden, 2015; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung & BMG & BÄK, 2016)
3. Der Anteil Neugeborener mit Mikrozephalie bei Geburt ist ebenfalls im Vergleich zum Anteil von Kindern mit einem Kopfumfang unter der 10. Perzentile des Landes Sachsen erhöht (dreifach im Vergleich zur allen Neugeborenen eines Jahrgangs des Bundeslandes Sachsen). (Sächsische Landesärztekammer Dresden, 2015; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung & BMG & BÄK, 2016)
4. Bei sonographischen Untersuchungen waren häufig pathologische Befunde und Fehlbildungen an lebenswichtigen Organen wie Herz, Nieren und vor allem am ZNS zu beobachten. Diese lassen ein höheres Risiko für Fehlbildungen vermuten. Um statistisch gesicherte Aussagen treffen zu können, ist die Anzahl der Kinder noch zu gering und es müssen weitere Kinder noch untersucht werden. (Sächsische Landesärztekammer Dresden, 2015; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung & BMG & BÄK, 2016)

Unabhängig von den körperlichen Auswirkungen des Substanzkonsums der Mütter während der Schwangerschaft auf die Feten, ist das Aufwachsen der Kinder in konsumierenden Familien darüber hinaus gefährdet, da das Risiko, später selbst an einer psychischen oder Suchterkrankung zu erkranken, um etwa 60 mal höher ist. (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung & BMG & BÄK, 2016)

In Dresden wurden deshalb für die Suchtberatungs- und Behandlungsstellen „Handlungsorientierungen für die Beratung und Betreuung suchtmittelkonsumierender und abhängigkeitskranker Schwangerer/Mütter/Väter und Eltern durch die Dresdner Suchtberatungs- und Behandlungsstellen“ für ihre Arbeit entwickelt.

Das gut abgestimmte Handeln aller Professionen, welche mit suchtmittelkonsumierenden Eltern/Schwangeren arbeiten (Jugendhilfe, Suchthilfe, stationäre Behandlung, niedergelassene Gynäkologen und Kinderärzte), ist unbedingt erforderlich, um die Kinder zu schützen und den Eltern beim Weg in die Abstinenz und bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz zu helfen. In den letzten Jahren wurden bzw. werden dazu in den einzelnen Arbeitsfeldern Standards entwickelt, z. B. der klinische Pfad in Dresdner Geburtskliniken.

Die aus dem Dresdener Universitätsklinikum entlassenen Kinder drogenkonsumierender Mütter wurden unterschiedlich untergebracht, wie in der Abbildung 70 dargestellt. Dies zeigt noch mal eindrucksvoll, wie schwierig diese Aufgabe ist und wie wichtig die standardisierte Zusammenarbeit der Hilfesysteme ist.

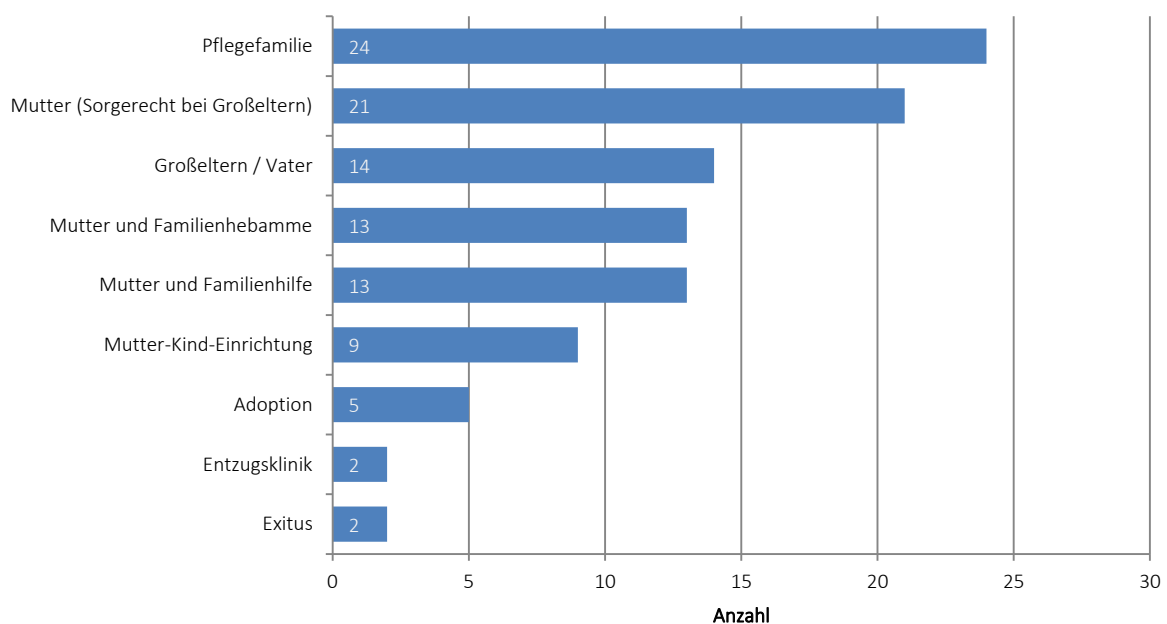
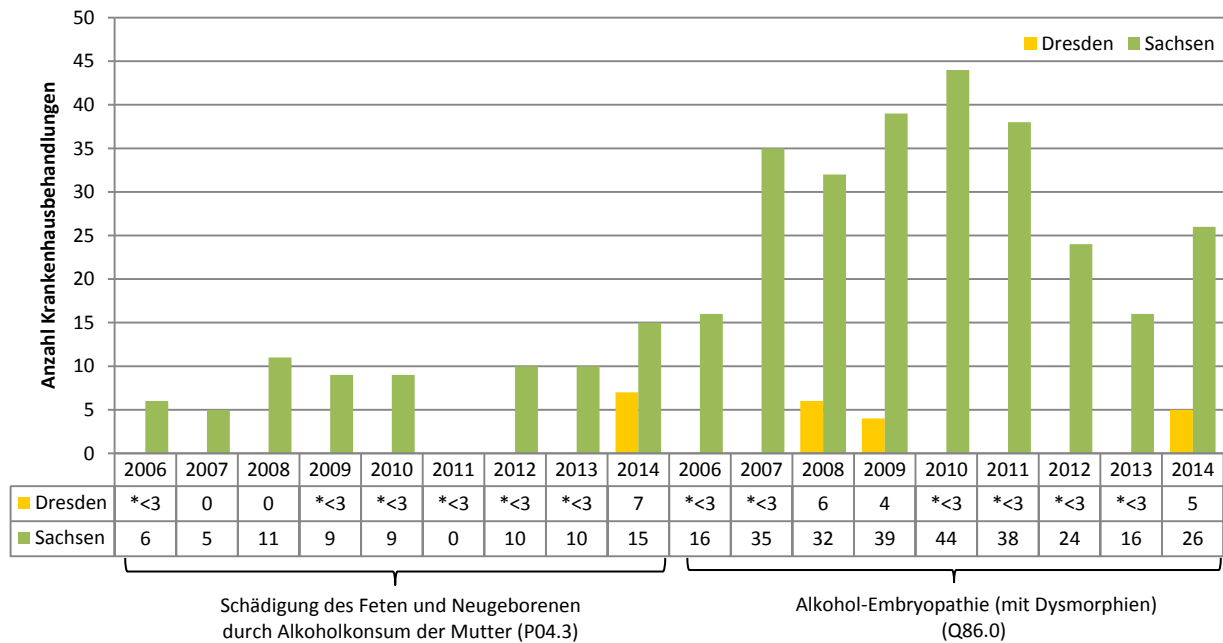


Abbildung 70: Poststationäre Weiterbetreuung von 97 Früh- und Neugeborenen nach intrauteriner Crystal-Exposition von 2007 bis 2014, die im Universitätsklinikum Dresden behandelt worden sind

Quelle: Universitätsklinikum - Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin Dresden, 2015

Erstaunlicher Weise bildet die sächsische Krankenhausstatistik kaum alkoholbedingte Schädigungen für die Neugeborenen ab, wie die Abbildung 71 zeigt.



Krankenhausbehandlungen (einschließlich Stunden- und Sterbefälle) aufgrund einer Schädigung des Feten und Neugeborenen durch Alkoholkonsum der Mutter (ICD-10-GM: P04.3) bzw. Alkohol-Embryopathie mit Dysmorphien) (ICD-10-GM: Q86.09 als Haupt- und Nebendiagnose mit Behandlungsort in Deutschland für Einwohner der Stadt Dresden im Vergleich zu Sachsen im Zeitverlauf von 2006 bis 2014;
 *≤3 Kennzeichnung aus datenschutzrechtlichen Gründen

Abbildung 71: Krankenhausbehandlungen (Haupt- und Nebendiagnosen) aufgrund von alkoholbedingten Schädigungen des Feten/Neugeborenen (ICD-10-GM: P04.3; Q86.0) - Dresden im Vergleich zu Sachsen
 Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2016; Statistisches Landesamt Sachsen, 2016a

6.5 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 der 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“ (Partizipation).

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. (BMFSFJ, 2010)

Wie sieht die Situation von Aktivitäten und Bereitschaft an gesellschaftlichen Aktivitäten in Schule und Freizeit bei den Dresdner Kinder und Jugendlichen aus?

Darauf hat die Dresdner Kinderstudie Antworten mittels eines eigens entwickelten Befragungsbogens, der bei den Schülern der 6. bis 9. Klasse angewandt wurde. 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 & Fückner, 2005a; Lenz et al., 2012):

- Mitarbeit in der Schülerselbstverwaltung;
- Mitwirkung in städtischen Entscheidungen;
- Mitarbeit in Kinder- und Jugendtreffs;
- Mitarbeit bei der Planung und Gestaltung von Spielplätzen;
- Mitarbeit in Tierschutz- oder Naturschutzvereinen;
- Mitarbeit in sozialen Organisationen.

Rund 30 Prozent der befragten Schuler der 7. bis 9. Klasse hatten bereits verschiedene Möglichkeiten und eine eigene Bereitschaft zur Partizipation in der Gesellschaft, wie sowohl die Zweite und Dritte Dresdner Kinderstudie aufzeigen konnte (Lenz & Fückner, 2005a; Lenz et al., 2012). Dabei wurde deutlich, dass die Schüler der Mittelschulen (jetzt Oberschulen) einen um 3 Prozent höheren Anteil als im Vergleich zu den Schülern des Gymnasiums mit 27 Prozent aufwiesen. Ein bereits erlebtes oder aktuelles Engagement gaben Jungen wie Mädchen annähernd gleich häufig an. Dagegen zeigten mehr Mädchen (65 %) Partizipationsinteresse für die benannten sechs Bereiche als Jungen (41 %), wobei rund 40 Prozent der Jungen (Mädchen: 17 %) überhaupt kein Interesse daran angaben (Lenz et al., 2012).

27 Prozent der Befragten engagierten sich mindestens in einem der genannten sechs Bereiche gesellschaftlich bzw. hatten sich bereits in ihrer Vergangenheit engagiert. Der größte Anteil (19,5 %) praktizierte bereits Partizipation als Klassensprecher, Schülersprecher und/oder Vertreter des Schülerrats. Auffällig ist der starke Rückgang bei der Mitgestaltung an den Programmen von Jugendtreffs (2005: 7,7 %) auf 3 Prozent im Jahr 2010 (Lenz et al., 2012).

Ein Partizipationsinteresse wird mit 44 Prozent am häufigsten für eine Organisation, die sich für andere Menschen einsetzt, geäußert, gefolgt von Tierschutz- /Naturschutzverein (38 %), an Entscheidungen der Stadt mitwirken (36 %) und Planung/Gestaltung von Spielplätzen (31 %) (Lenz et al., 2012).

Im Allgemeinen nehmen die aktive Partizipation und das Interesse dafür bei den Kindern und Jugendlichen von 2005 zu 2010 leicht ab (Lenz et al., 2012).

6.6 Zusammenfassung

In den letzten Jahren ist weiterhin ein stetiger Anstieg von Geburten in der Landeshauptstadt zu verzeichnen.

2014 beurteilte der überwiegende Anteil dieser Altersgruppe (79 %) ihren Gesundheitszustand mit „gut“ und 20 Prozent mit „einigermaßen zufriedenstellend“. Ähnlich schätzten sie ihr Wohlbefinden mit 67 Prozent als „gut“ und 32 Prozent als „einigermaßen zufriedenstellend“ ein (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Die Ergebnisse der Dresdner Kinderstudie 2012 zeigten dabei, dass nur 1 Prozent aller Befragten keine gesundheitlichen Beschwerden angaben. Jedoch litten drei Viertel der Kinder „oft“ und „manchmal“ unter körperlichen und seelischen Beschwerden. Am häufigsten gaben die Kinder Erschöpfung (32 %), gefolgt von Kopfschmerzen (29 %) und Konzentrationsmangel (17 %), dass diese Beschwerden oft auftraten (Lenz et al., 2012)

Im Durchschnitt zeigten knapp ein Fünftel aller untersuchten Kinder zur Kita-Untersuchung und der 2. Klasse Auffälligkeiten („A“- , „B“-Befunde) in ihrem Sehvermögen im Verlauf der fünf Schuljahre von 2010/11 bis 2014/15. Bei einem Viertel der Kinder der 6. Klasse und bei knapp 30 Prozent der Kinder zur Schulaufnahmeuntersuchung wurden Auffälligkeiten beim Sehtest festgestellt.

Die Untersuchungsergebnisse beim Hörtest zeigen eine Befundabnahme erwartungsgemäß mit zunehmendem Alter. Am geringsten war der Anteil mit einem diagnostikbedürftigen („A“-Befund) bzw. mit einem bereits in Behandlung befindlichen Befund („B“-Befund) bei Kindern der 6. Klasse (Mittelwert um 4 %), gefolgt von den Gruppen der 2. Klasse (Mittelwert 6 %) und der Vorschüler (Mittelwert 9 %) und den Kita-Kindern (Mittelwert 14 %).

Die Kinder zeigten zur Schulaufnahmeuntersuchung im Verlauf der vier Schuljahre von 2010/11 bis 2013/14 nahezu konstant rund 16 Prozent Auffälligkeiten bei der visuellen Wahrnehmung auf Grundlage des Screeningverfahrens S-ENS („A“- , „B“- , „X“-Befunde). Auf der Grundlage des Entwicklungsscreenings SOPESS wurden ebenfalls bei 16 Prozent aller untersuchten Einschüler Auffälligkeit („A“- , „B“- , „X“-Befunde) durch die Ärzte des Kinder- und Jugendärztlichen Dienst ermittelt.

Der überwiegende Anteil von allen untersuchten 4-jährigen Kindergartenkindern zeigt dabei keine Auffälligkeiten der Feinmotorik. Sind im Schuljahr 2010/11 knapp 10 Prozent der untersuchten Dresdner 4-jährigen Kinder mit diagnostikbedürftige Feinmotorik Auffälligkeiten („A“-Befunde) und Auffälligkeiten bei bereits laufender ärztlichen und/oder therapeutischen Behandlungen („B“-Befunde), so sinken die Befunde im Schuljahr 2014/15 auf 6 Prozent. Die geringfügigen Auffälligkeiten ohne Diagnostik- bzw. Behandlungsbedarf schwanken im gleichen Zeitraum von 2 Prozent im Schuljahr 2010/11 und 4 Prozent im Schuljahr 2014/15.

Bei den Schulaufnahmeuntersuchungen wiesen im Schuljahr 2010/11 knapp 13 Prozent der Kindern Auffälligkeiten in der Feinmotorik auf, die diagnostikbedürftig sind („A“-Befunde) oder in bereits laufenden ärztlichen und/oder therapeutischen Behandlungen („B“-Befunde) sind. Der zeitliche Verlauf zeigt eine leicht abnehmende Tendenz um knapp ein Prozent bis zum Schuljahr 2013/14. Im Schuljahr 2014/15 liegen die auffälligen Befunde der Visuomotorik bei 12 Prozent aller Dresdner Vorschüler auf der Grundlage des Entwicklungsscreenings SOPESS.

Insgesamt waren über 90 Prozent der untersuchten 4-jährigen Kinder ohne Auffälligkeiten hinsichtlich der Grobmotorik. Im Vergleich zu den Ergebnissen der Feinmotorik zeigten weniger Kita-Kinder gesicherte diagnostik- bzw. behandlungsbedürftige Auffälligkeiten in der Grobmotorik („A“- und „B“-Befunde) im Verlauf vom Schuljahr 2010/11 mit 6,6 Prozent bis zum Schuljahr 2014/15 mit 4,7 Prozent.

Bei den Kindern zur Schulaufnahmeuntersuchung steigen die Häufigkeiten der auffälligen Grobmotorikbefunde („A“- , „B“- , „X“-Befunde) von rund 15 Prozent auf 17 Prozent im Verlauf der Schuljahre 2010/11 bis 2013/14. Darunter zeigen sich die gesicherte diagnostik- bzw. behandlungsbedürftige Auffälligkeiten in der Grobmotorik („A“- und „B“-Befunde) eher konstant mit 10 Prozent im gleichen Zeitraum. Für das Schuljahr 2014/15 konnte bei drei von vier Kindern zur Schulaufnahmeuntersuchung kein auffälliger Befund der Körperkoordination festgestellt werden. 8 Prozent zeigten dabei gesicherte diagnostik- bzw. behandlungsbedürftige Auffälligkeiten („A“- und „B“-Befunde).

Die Häufigkeiten der sprachentwicklungsauffälligen Befunde liegen bei weniger als 30 Prozent bei den untersuchten 4-jährigen Kindern in Dresdner Kitas im zeitlichen Verlauf von den vier Schuljahren 2010/11 bis 2014/15. Darunter sank die Zahl der gesicherten diagnostik- bzw. behandlungsbedürftige Auffälligkeiten („A“ und „B“-Befunde) von 26 Prozent im Schuljahr 2010/11 auf 21 Prozent im Schuljahr 2014/15.

Der Anteil an Sprachentwicklungsauffälligkeiten bei den Dresdner Einschülern blieb in den Schuljahren 2010/11 bis 2013/14 mit rund 30 Prozent nahezu konstant. Mit der Einführung des Entwicklungsscreenings SOPESS im Schuljahr 2014/15 wurden bei rund

28 Prozent Sprachentwicklungs-auffälligkeiten identifiziert, darunter 5 Prozent mit einer jugendärztlichen Überweisung, 10 Prozent bei bereits laufender sprachfördernder Behandlung.

In Dresden nimmt der Anteil von übergewichtigen sowie adipösen Kindern mit dem Alter zu und unterliegt dabei schuljährlichen Schwankungen. Das Übergewicht einschließlich Fettleibigkeit (Adipositas) betraf 5 Prozent der Kinder zur Schulaufnahmeuntersuchung und schon mehr als 10 Prozent der Kinder in der 6. Klasse. Darunter zeigte sich ein Anteil an Kindern mit Fettleibigkeit (Adipositas) von unter 2 Prozent bei den Vorschülern, knapp 5 Prozent bei den Kindern der 6. Klasse. Eine differenzierte Betrachtung der Ergebnisse weist deutliche Unterschiede innerhalb der Altersgruppen hinsichtlich der besuchten Schulart im Verlauf der fünf Schuljahre 2010/11 und 2014/15 auf.

Die 14 Prozent der Kinder (n=537), die im SDQ-Gesamtwert als grenzwertig oder auffällig eingestuft worden sind, wurden als Risikogruppe für psychische Störungen klassifiziert. Darunter waren mehr Jungs (n=289) als Mädchen (n=176). Damit lag der Dresdner Anteil weit unter den durch die KiGGS Studie erhobenen Anteil von 20 Prozent bei den 10 353 befragten Sorgeberechtigten der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren (Hölling et al., 2014).

Zum Zeitpunkt der Kita-Untersuchung und Schulaufnahmeuntersuchung nahmen durchschnittlich mehr als 95 Prozent aller Kinder mit dem vorgelegten Vorsorgeheft an der U2 bis U7 teil. Mit zunehmendem Alter der Kinder nahm die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen ab der U7a deutlich ab.

Der Anteil an vollständig geimpften Dresdner Kindern in Bezug auf Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten lag bei über 95 Prozent. Hinsichtlich des vollständigen Mumps-Masern-Röteln-Impfstatus lag der Anteil bei über 85 Prozent mit steigender Entwicklung auf über 90 Prozent bis zum letzten Schuljahr 2014/15. Zu beobachten ist ein leicht ansteigender Anteil an Kindern ohne Impfschutz gegen Tetanuserreger. Der Anteil an Kindern ohne Impfschutz hinsichtlich Masern, Mumps und Röteln ist gesunken.

Im Verlauf der letzten vier Untersuchungszeiträume (Schuljahr 2011/12 bis 2014/15) wiesen gut 90 Prozent der 3-Jährigen untersuchten Kinder ein naturgesundes Milchgebiss auf. Bei den 6-Jährigen hatten circa 66 Prozent naturgesunde Zähne. Bei den 12-Jährigen waren im Durchschnitt 75 Prozent ohne jegliche Karieserfahrung. Das seit 2012 festgelegte sächsische Gesundheitsziel bezüglich des Anteils naturgesunder Gebisse von 90 Prozent (bis 2012: 80 %) bei den 3-Jährigen und 60 Prozent bei den 6-Jährigen wurde damit in der Stadt Dresden erfüllt bzw. mehr als erfüllt.

Auf Grund der relativ hohen Anzahl von akuten Alkoholintoxikationen von jungen Dresdnern und Dresdnerinnen (2014: unter 18 Jahre: 75 Jugendlichen), die stationär behandelt werden mussten, wurde Dresden bereits schon im Jahr 2008 zum Standort des Präventionsprojektes „Halt- Hart am Limit“.

Der Anstieg des Nichtraucheranteils in Dresden vom Jahr 2010 zum Jahr 2014 ist fast ausschließlich auf die jüngste Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen zurückzuführen (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Der vermehrte Konsum von psychotropen Substanzen der Dresdner Einwohner und Einwohnerinnen insbesondere in der Altersgruppe der 18- bis 35-Jährigen hat Auswirkungen auf die Gesundheit der Neugeborenen. So stiegen sowohl drogen- als auch tabakbedingte Schädigungen der Feten an, wie die Daten der Krankenhausstatistik belegen.

Durch die Mitarbeiter des Fachbereiches Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden wurde während der letzten Jahre eine besorgniserregende Zunahme von Neugeborenen beobachtet, deren Mütter während der Schwangerschaft die Droge Crystal Meth konsumiert haben. Einem rückläufigen Konsum von Opioiden während der Schwangerschaft steht ein wachsender Konsum von Stimulanzien in Sachsen mit jährlichen Steigerungsraten zwischen 22 und 47 Prozent (SMS, 2013) entgegen. Zudem ist auch ein stetiger Anstieg von Früh- und Neugeborenen zu verzeichnen, welche intrauterin der Droge Crystal Meth ausgesetzt waren.

6.7 Datenquellen

Um ausgewählte Gesundheitsaspekte für die heranwachsende Generation der Stadt Dresden belegen zu können, bedarf es verschiedener stadtbezogener Datenquellen. Dafür werden die Untersuchungsdaten des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes (KJÄD) und der Kinder- und Jugendzahnklinik (KJZK) des Gesundheitsamtes der Stadt Dresden, die Zweite Dresdner Kinderstudie sowie die Ergebnisse der Kommunalen Bürgerumfrage 2014 zu Grunde gelegt. Alle diese Datenquellen werden im Folgenden kurz beschrieben.

6.7.1 Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und der Kinder- und Jugendzahnklinik der Stadt Dresden

In Dresden, wie auch in allen anderen sächsischen Kommunen, erfolgen jährlich die zahnmedizinischen sowie die kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen zu festgelegten Zeitpunkten. Die gesetzlichen Grundlagen dazu liefern das Gesetz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Freistaat Sachsen (§ 11 SächsGDG 1991, Fassung von 2014), das Sächsische KitaGesetz (§ 7 Abs. 2 SächsKitaG 2009/2015), die Schulgesundheitspflegeverordnung (§§ 2, 3, 4, 5 SchulGesPfIVO 2005, Fassung von 2014) sowie das Schulgesetz im Freistaat Sachsen (§ 26a SchulG 2004, Fassung von 2010) unter Beachtung des sächsischen Datenschutzgesetzes. Diese ärztlichen Untersuchungen bedürfen jeweils der schriftlichen Einwilligung durch die Erziehungsberechtigten und sind für das Kind und dessen Familie kostenfrei.

Inhalt und Umfang dieser Untersuchungen sind in den genannten gesetzlichen Vorgaben geregelt und werden von den Mitarbeitern des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Stadt Dresden in den Kindertageseinrichtungen und Schulen durchgeführt. Die Untersuchungs- und Dokumentationsstandards sind im sogenannten Ringbuch sachsenweit für die Untersuchungen im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst (KJÄD) durch die Fachbeiräte Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (FB KJÄD) und Kommunale- und Landesgesundheitsberichterstattung (FB GBE) definiert (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 2016a). Die 12 Kinder- und JugendärztInnen und 20 medizinischen Assistentinnen untersuchen die Kinder in der Kindertagesstätte zwei Jahre vor Schulaufnahme, zur Schulaufnahme sowie zu den Schuluntersuchungen während der 2. und 6. Klasse. Die Kinder mit sonderpädagogischer Förderung werden zusätzlich in der 4. und 8. Klasse untersucht.

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

Einige der in diesem Kapitel vorgestellten Untersuchungsdaten beziehen sich auf die Grundgesamtheit aller untersuchter Kinder des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes (KJÄD). Die Daten im Abschnitt der Mundgesundheit resultieren wiederum aus der Grundgesamtheit aller untersuchter Kinder durch die Kinder- und Jugendzahnklinik der Stadt Dresden (KJZK) (siehe Tabelle 19). Alle diese Kinder besuchten eine Dresdner Kita-Einrichtung bzw. eine Dresdner Schule. Die jeweiligen Gesundheitsaspekte werden im zeitlichen Verlauf von den fünf aufeinanderfolgenden Schuljahren 2010/11 bis 2014/15 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 6.1 Einleitung) spiegeln sich besonders in der steigenden Anzahl der Schulaufnahme wider, bei der alle in Dresden gemeldeten Kinder medizinisch auf ihre Schulfähigkeit untersucht werden, wie in der Tabelle 18 sowie in der Abbildung 72 ersichtlich sind.

Die Untersuchungen konnten aufgrund fehlender ärztlicher Kapazitäten und unklarer gesetzlicher Grundlagen der Schulgesundheitspflege in Schulen Freier Trägerschaft nicht für alle Kinder durchgeführt werden. Das betrifft am deutlichsten die Untersuchungszahl der schulärztlichen Untersuchung in den 2. Klassen.

Tabelle 18: Untersuchungszahlen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes der Stadt Dresden

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

Untersuchungszahlen des KJÄD Dresden (IST)	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15
Kindertagesstätte (regulär)	4 123	4 095	4 139	4 085	4 396
Schulaufnahme (regulär)	4 329	4 263	4 694	4 966	5 110
Klasse 2	3 952	4 098	3 095	3 379	1 896
Klasse 6	3 457	3 310	3 527	3 321	3 476
Klassen Sonderpädagogische Förderung	657	567	591	541	477
Gesamt	17 207	17 016	16 731	17 060	16 208

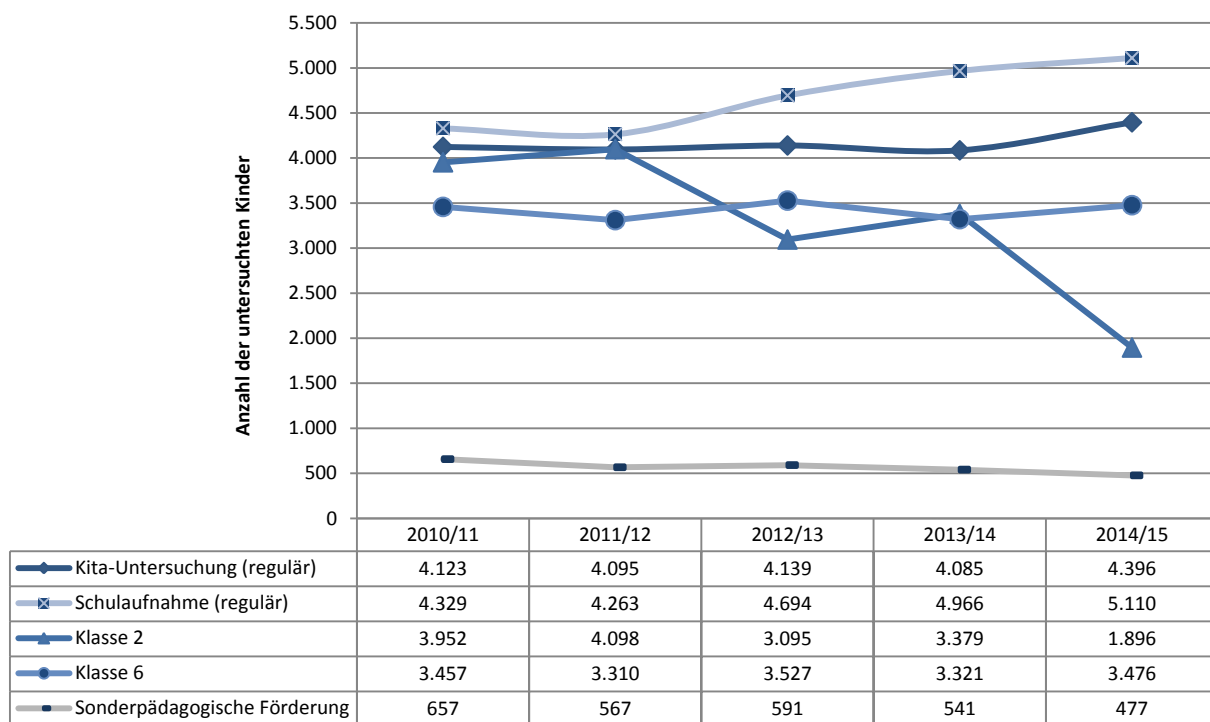


Abbildung 72: Entwicklung der Untersuchungszahlen des KJÄD der Stadt Dresden ab dem Schuljahr 2010/11 bis 2014/15

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

Tabelle 19: Untersuchungszahlen der Kinder- und Jugendzahnklinik (KJZK) der Stadt Dresden

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

Untersuchungszahlen des KJZK Dresden (IST)	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15
Kindertagesstätte	16 808	17 407	18 325	20 007	19 770
Grundschule (Klasse 1-4)	14 342	14 792	14 978	15 641	16 066
Mittelschule (Klasse 5-7)	4 126	4 400	4 256	4 547	3 929
Gymnasium (Klasse 5-7)	5 149	5 342	5 136	5 630	5 453
Sonderpädagogische Förderung (Klasse 1-7)	1 491	1 373	1 430	1 449	1 377
Gesamt	41 916	43 314	44 125	47 274	46 595

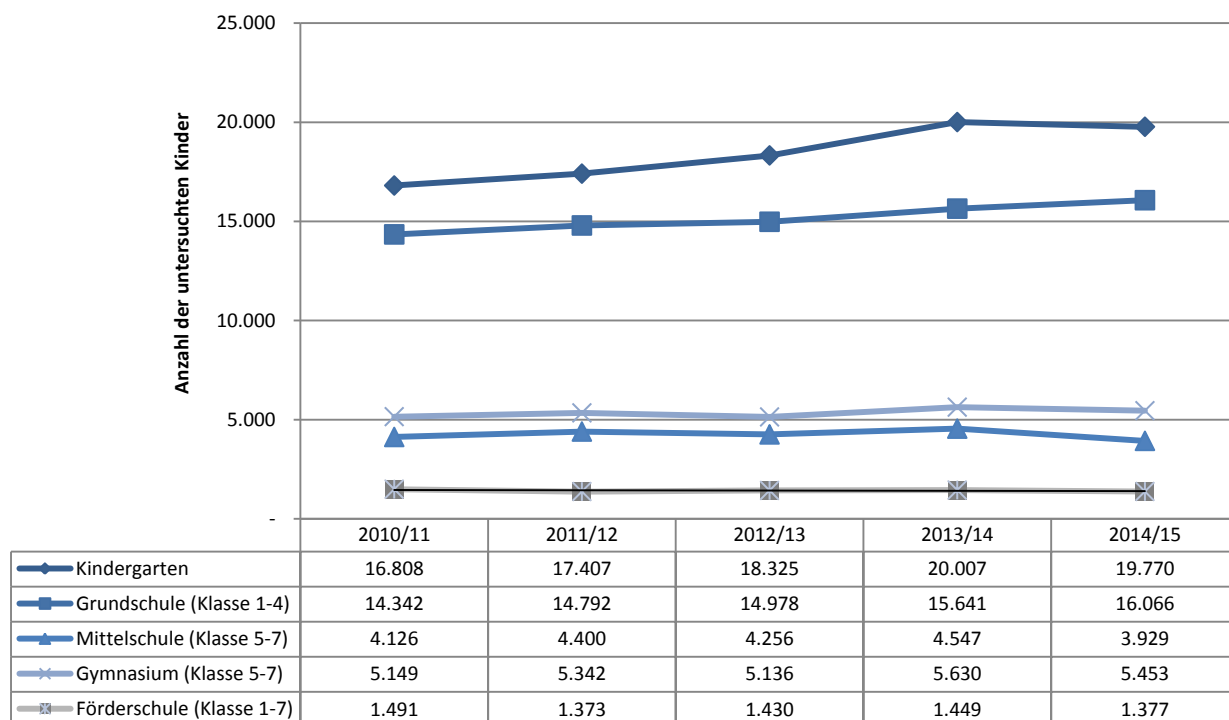


Abbildung 73: Entwicklung der Untersuchungszahlen der KJZK der Stadt Dresden ab dem Schuljahr 2010/11 bis 2014/15

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

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, Sprachkompetenz und auditive Informationsverarbeitung sowie Grobmotorik bzw. Körperkoordination und Feinmotorik bzw. Visuomotorik für die beiden Altersgruppen angewendet. Darüber hinaus erfolgt bei der Schulaufnahmeuntersuchung eine Einschätzung zum Entwicklungsstand der Kognition (visuelle Wahrnehmung) und neu seit dem Schuljahr 2014/15 zum Zahlen und Mengenvorwissen. Alle angewandten Screeningverfahren erfolgen in spielerischer, altersentsprechender Weise oder sind in wissenschaftlichen Studien validiert worden. Die Beurteilung erfolgt anhand der Standards, die im sogenannten Ringbuch sachsenweit für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst (KJÄD) definiert sind (SMS, 2016a).

Die auffälligen Befunde, die als „Jugendärztliche Überweisung“ (oder „A“-Befunde) und als „In Behandlung“ (oder „B“-Befunde) bezeichnet sind, 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 entsprechender Diagnostik sowie Therapien. Das Merkmal „B“ zeigt auffällige Befunde, die bereits behandelt werden. Als „Geringfügige Befunde“ (oder „X“-Befunde) werden die grenzwertigen Befunde von den Ärzten des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes eingestuft, die noch keine dringende medizinische Diagnostik oder Behandlung bedürfen, aber von den Familien und den Erziehern der Kindertagesstätte oder Lehrern in der Schule aufmerksam beim Kind beobachtet werden sollten.

„A“+„B“+ „X“ ergibt dann die Gesamtzahl aller auffälliger Befunde entsprechend dem untersuchten Entwicklungsbereich. Zudem werden die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U9 anhand des zum Untersuchungszeitpunkt vorgelegten Vorsorgeheftes erhoben. Diese Früherkennungsuntersuchungen für Kinder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden von den niedergelassenen Kinderärzten und -ärztinnen bzw. Hausärzten und -ärztinnen 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] mal 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), Häemophilus Influenzae Typ B (Hib), Hepatitis A, Hepatitis B, Varizellen, Meningokokken B und Meningokokken C sowie Pneumokokken, Rotaviren sowie Humane Papillom Viren (HPV - ab der 2. Klasse) anhand der Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision (SIKO) (SIKO, 2016) verglichen und erfasst. Werden sogenannte Impfücken oder fehlende Impfungen festgestellt, so erhalten die Erziehungsberechtigten des Kindes eine individuelle, schriftliche Empfehlung zu den ausstehenden Impfungen. Die Seh- und Hörfähigkeit wird ebenfalls zu allen Untersuchungszeitpunkten standardisiert überprüft.

Alle angewandten Erhebungsmethoden und Screeningverfahren zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten sind in der folgenden Tabelle 20 zusammengefasst.

Tabelle 20: Angewandte Erhebungsmethoden und Screeningverfahren des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes der Stadt Dresden

Quelle: Gesundheitsamt Dresden, 2016

	Kita-Untersuchung	Schulaufnahmeuntersuchung	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 (Hömann/Haase)	Testverfahren mittels Sehtafeln mit Pflügerhaken	Sehtafeln mit Pflügerhaken
Stereosehen	Stereo-Sehtestverfahren mittels LANG-Test I bzw. LANG-Test II		
Strabismus	Coverttest (Abdecktest)		
Hörfähigkeit	TEOAE vereinzelt Siebaudiometrie	TEOAE vereinzelt Siebaudiometrie	Siebaudiometrie, vereinzelt TEOAE
Sprachentwicklung	Sprachscreening für Vorschulalter (SSV, Prof. Grimm)	Screening des Entwicklungsstandes bei Schulaufnahmeuntersuchung (S-ENS bis einschließlich SJ 2013/14; SOPESS ab SJ 2014/15)	Keine Screeningvorgaben
Feinmotorik/ Visuomotorik (ab SJ 2014/15)	Übungen nach Frostig, Übungen mit Stäbchen, Würfeln, Schrauben und/oder Kreisel	Screening des Entwicklungsstandes bei Schulaufnahmeuntersuchung (S-ENS bis einschließlich SJ 2013/14; SOPESS ab SJ 2014/15)	Keine Screeningvorgaben
Grobmotorik/ Körperkoordination (ab SJ 2014/15)	Einbeinstand, Einbeinhüpfen, Schlusssprung	Screening des Entwicklungsstandes bei Schulaufnahmeuntersuchung (S-ENS bis einschließlich SJ 2013/14; SOPESS ab SJ 2014/15)	Keine Screeningvorgaben
Visuelle Wahrnehmung	Keine Screeningvorgaben	Screening des Entwicklungsstandes bei Schulaufnahmeuntersuchung (S-ENS bis einschließlich SJ 2013/14; SOPESS ab SJ 2014/15)	Keine Screeningvorgaben
Zahlenvorwissen	Keine Screeningvorgaben	Screening des Entwicklungsstandes bei Schulaufnahmeuntersuchung (SOPESS neu ab SJ 2014/15)	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 Ärztinnen und Assistentinnen des KJÄD unter der möglichen Anwesenheit der Eltern sowie bei Einwilligung auch des Personals der Kindereinrichtung durchgeführt. Die Umsetzung der jeweiligen Verfahrensfestlegungen unterliegt auch den räumlichen Bedingungen der Einrichtungen vor Ort.

Methodik der Befunderhebung des KJK

Die Zahnärztinnen der KJK stellen bei der zahnmedizinischen Untersuchung den Gebisszustand, den Mundhygienestatus der Zähne anhand des Zahnbelages, 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.

6.7.2 Kommunalen Bürgerumfrage 2014

Die 10. Kommunale Bürgerumfrage 2014 zeigt ein repräsentatives Bild über die Lebensbedingungen der Stadtbevölkerung Dresdens. Die Besonderheit liegt in der Selbsteinschätzung der Befragten hinsichtlich ihrer Wohnumgebung, Lebensbedingungen, zu ihrem subjektiven 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 (Kommunale Bürgerumfrage, 2014c). Darunter waren 100 Jugendliche und Personen im frühen Erwachsenenalter (16 bis 24 Jahre) (Kommunale Bürgerumfrage, 2014c).

6.7.3 Die Dritte Dresdner Kinderstudie

Die Dritte Dresdner Kinderstudie präsentiert aus der Sicht von 2 076 Dresdner Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 15 Jahren (3 bis 9 Klasse) zentrale Aspekte zu deren 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) (Lenz & Fückner, 2005a; Lenz et al., 2012). Diese Studie ist die Fortsetzung der Ersten und Zweiten Kinderstudie aus den Jahren 2000 und 2005. Diese umfangreiche Befragung wurde von der Forschungsgruppe Kinder und Jugend an der Technischen Universität Dresden am Lehrstuhl für Mikrosoziologie durchgeführt (Lenz & Fückner, 2005a; Lenz et al., 2012).

6.7.4 Studie zur Ermittlung von Determinanten der psychischen Gesundheit im Einschulungsalter- eine populationsbezogene Untersuchung in Dresden

Die Studie hatte zum Ziel, die psychische Gesundheit und deren Einflussfaktoren bei Dresdner Kindern zur Schulaufnahmeuntersuchung zu ermitteln. Dazu nahmen von insgesamt 5 190 Vorschülern die Eltern von 3 945 Vorschülern (das entspricht 76 %) freiwillig und anonym daran teil. Dabei füllten die Eltern einen zweiseitigen Fragebogen zu soziodemographischen Charakteristika, Geburtsgewicht, Alter bei Betreuungsbeginn in einer Kindertageseinrichtung (einschließlich Kindertagespflege, Krippe, Kita) sowie zu psychischen Auffälligkeiten (Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) P4-P16) für Eltern von 4- bis 16-jährigen Kindern) während der Schuleingangsuntersuchung aus. Der SDQ ist ein valides, reliables und praktikables Instrument und erfasst mit 25 Fragen psychische Auffälligkeiten in den vier Problemskalen „emotionale Probleme“, „Verhaltensauffälligkeiten“, „Hyperaktivität“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“ sowie der Stärkeskala „prosoziales Verhalten“. Es ist ein international anerkanntes und etabliertes Befragungsinstrument und wurde auch in der nationalen Studie KIGGS angewandt (Hölling et al., 2014).

Die Studie wurde in Kooperation des Instituts und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin mit der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin sowie Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Technischen Universität Dresden mit Unterstützung des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes am Gesundheitsamt Dresden durchgeführt (Schmitt et al., 2015).

7. Erwachsenenalter und Familie

7.1 Einleitung

In aktuellen Stadtgesundheitsprofil wird erstmals ein Kapitel eröffnet, welches das Erwachsenenalter und für spezielle Fragestellungen Haushalte mit Kind(ern) betrachtet. Hintergrund ist die stetige Zunahme dieser Bevölkerungsgruppe. 2014 lebten in Dresden 265 419 Personen in der Altersgruppe der 25- bis 59-Jährigen (entspricht einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von etwa 49 Prozent). Um rund 5,5 Prozent hat sich dieser Anteil der Dresdnerinnen und Dresdner seit 1990 erhöht. Auch im Bereich der Haushalte mit Kindern ist ein kontinuierlicher Zuwachs zu erkennen. 2014 lebten in Dresden insgesamt 83 736 Kinder in Haushalten. Nach Haushaltstypen bildeten Ehepaare die größte Gruppe, welche mit Kindern zusammen leben. 44 352 Kinder lebten demnach in ehelichen Haushalten. An zweiter Stelle stehen die Lebensgemeinschaften, wobei in diesen 21 648 Kinder leben, gefolgt von Alleinerziehenden mit 17 736 Kindern. Nicht nur die Kinderanzahl hat in den letzten Jahren zugenommen, auch die Haushalte in denen Kindern leben zeigten einen stätigen Zuwachs. Ihr Anteil, gemessen an allen Dresdner Haushalten, lag 2014 bei rund 18 Prozent (Kommunale Statistikstelle, 2015).

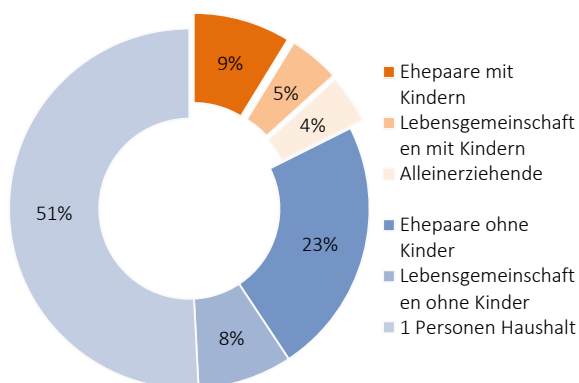


Abbildung 74: Haushalte in Dresden 2014
Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015

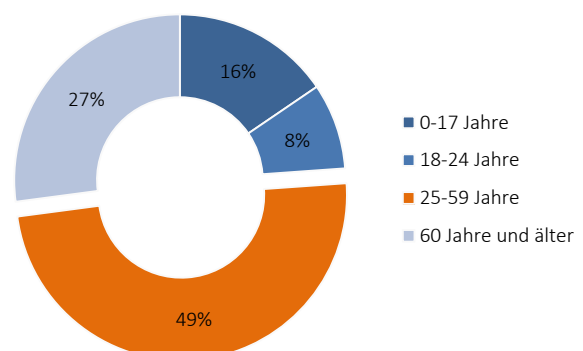


Abbildung 75: Personen in Dresden 2014
Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015

Haushalte mit Kindern wohnen zu einem höheren Anteil nicht im direkten Zentrum. Ferner sind die umliegenden Stadtteile für diese Bevölkerungsgruppe von Bedeutung. Die meisten Haushalte mit Kindern sind in Striesen Ost zu finden, während in der inneren Altstadt die wenigsten Haushalte mit Kindern existieren (Kommunale Statistikstelle, 2015).

Bei der Betrachtung der Altersgruppe der Erwachsenen gilt zu beachten, dass es teilweise nicht immer möglich war die Altersspanne der 25- bis 59-Jährigen zu analysieren. Aufgrund unterschiedlicher Datengrundlagen variiert diese Skalierung teilweise voneinander. In der kommunalen Bürgerumfrage existiert z. B. die Gruppe der 25- bis 54-Jährigen.

Im folgendem Text werden nun beide Bevölkerungsgruppen getrennt voneinander betrachtet. Dabei ist zu beachten, dass in der Gruppe der 25- bis 59-Jährigen ebenfalls auch Haushalte mit Kind(ern) enthalten sind. Hier ist lediglich das Alter ausschlaggebend für die Zuordnung in diese Gruppe. Die Gruppe „Haushalte mit Kind(ern)“ wird getrennt beschrieben, d. h. es können keine Aussagen zum Vergleich beider Gruppen getroffen werden.

7.2 Wirtschaftliche Lage

Die beiden Gruppen wurden in den vergangenen kommunalen Bürgerumfragen hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Lage „heute“ und „letztes Jahr“ befragt. Es ist zu erkennen, dass es den betrachteten Gruppen „heute“ überwiegend wirtschaftlich gut bis sehr gut geht. 10 bzw. 13 Prozent gaben an, dass es ihnen wirtschaftlich schlecht, bis sehr schlecht geht (Kommunale Statistikstelle, 2015c). Die ermittelten Werte entsprechen denen der vergangenen kommunalen Bürgerumfragen.

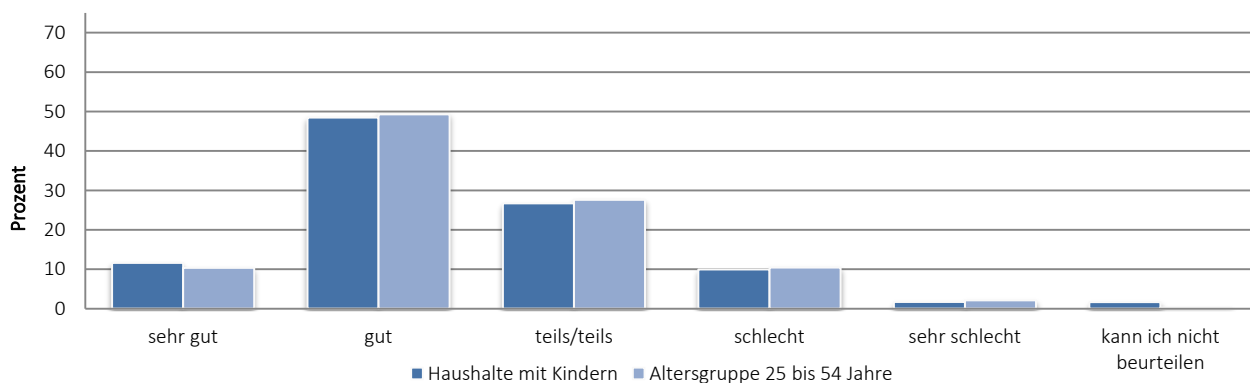


Abbildung 76: Eingeschätzte wirtschaftliche Lage „heute“ 2014

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

Erläuterung: Die Altersgruppe 25 bis 54 Jahre enthält ebenso auch Personen, die mit Kind(ern) in gemeinsamen Haushalten wohnen.

Desweiteren beurteilten die Befragten ihre wirtschaftliche Lage im vergangenen Jahr. Wenn davon ausgegangen wird, dass ein Zustand der „gleich“, „etwas besser“ und „wesentlich besser“ als positiv zu werten ist, wird deutlich, dass die Befragten nur sehr wenig Verschlechterungen erfahren mussten. Ferner überwiegt der Teil, der eine Verbesserung angab. Bezugnehmend auf die Ausgaben der Haushalte mit Kindern war zu erkennen, dass diese einen höheren Anteil ihres zur Verfügung stehenden Einkommens für Hobbys, Kurzausflüge und Gastronomie ausgeben, weniger für Sport, Kultur und Bildung (z. B. Theater, Konzerte, Museen). Im Hinblick auf die derzeitige Arbeitssituation, beurteilten beide Gruppen diesen als gut (etwa 60 Prozent der Befragten gaben eine gute Arbeitssituation an), (Kommunale Statistikstelle, 2015c). Die ermittelten Werte von 2014 decken sich mit denen der vorangegangenen Umfragen.

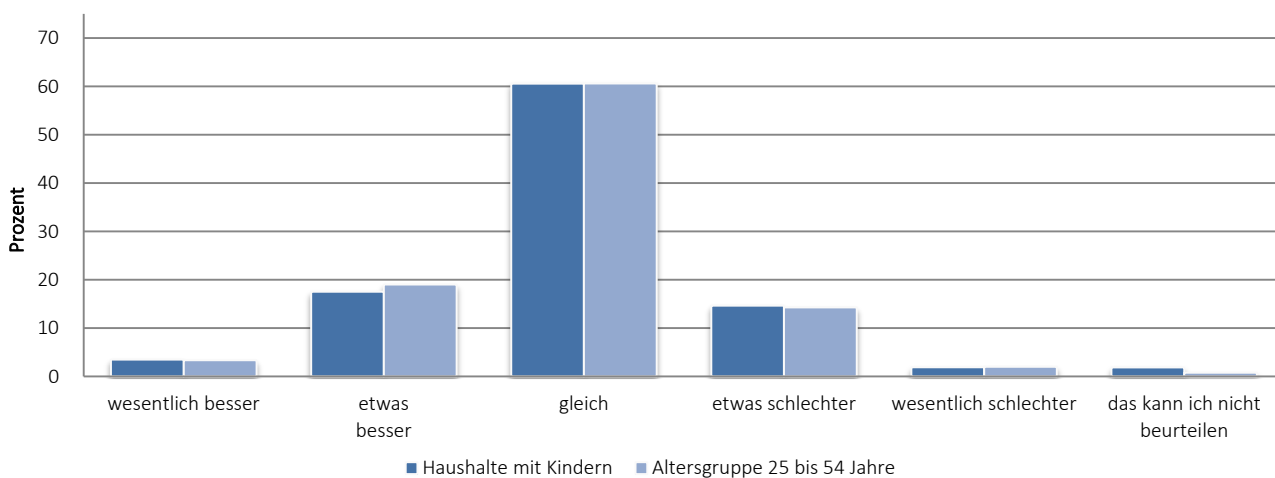


Abbildung 77: Eingeschätzte wirtschaftliche Lage „vergangenes Jahr“ 2013

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

Erläuterung: Die Altersgruppe 25 bis 54 Jahre enthält ebenso auch Personen, die mit Kind(ern) in gemeinsamen Haushalten wohnen.

7.3 Lebensumgebung

Das tägliche Leben wird maßgeblich durch viele Einflüsse und die Umgebung geprägt. Im Folgenden werden einige Aspekte betrachtet, welche die Zufriedenheit der Befragten widerspiegeln. Hierbei liegt der Fokus auf der Wohnumgebung und der Zufriedenheit mit dieser. Ferner werden Beeinträchtigungen der Wohnumgebung und besondere Lebenslagen betrachtet.

7.3.1 Zufriedenheit mit der Wohnsituation

Die Altersgruppe der 2- bis 54-Jährigen schätzt ihre Wohnsituation als überwiegend gut ein. Hohe Zufriedenheitswerte zeigen sich sowohl in der Beurteilung der Stadt insgesamt, aber auch mit der eigenen Wohnung, dem Wohngebäude und der Wohngegend (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Betrachtet man die Gruppe der Haushalte mit Kind(ern), so ist diese Bevölkerungsgruppe mit mehr als 85 Prozent mit der Stadt Dresden insgesamt (sehr) zufrieden (siehe Abbildung 78; Kommunale Statistikstelle, 2015c). Ebenso lassen sich hohe Zufriedenheitswerte mit der eigenen Wohngegend finden. Achtzig Prozent der Befragten Personen, die gemeinsam mit Kind(ern) im Haushalt leben, sind (sehr) zufrieden mit der eigenen Wohngegend. Diese positiven Befunde betreffen ebenfalls auch die eigene Wohnung und das Wohngebäude (siehe Abbildung 78; Kommunale Statistikstelle, 2015c). Haushalte mit Kind(ern) schätzen insbesondere die Durchgrünung im Stadtteil als auch die Aufenthaltsqualität im unmittelbaren Wohnumfeld. Hier zeigen sich besonders hohe Zufriedenheitswerte. Etwas weniger zufrieden, aber dennoch hoch, sind Haushalte mit Kind(ern) hinsichtlich der Verfügbarkeit bezahlbarer Wohnungen im Stadtteil (siehe Abbildung 79; Kommunale Statistikstelle, 2015c).

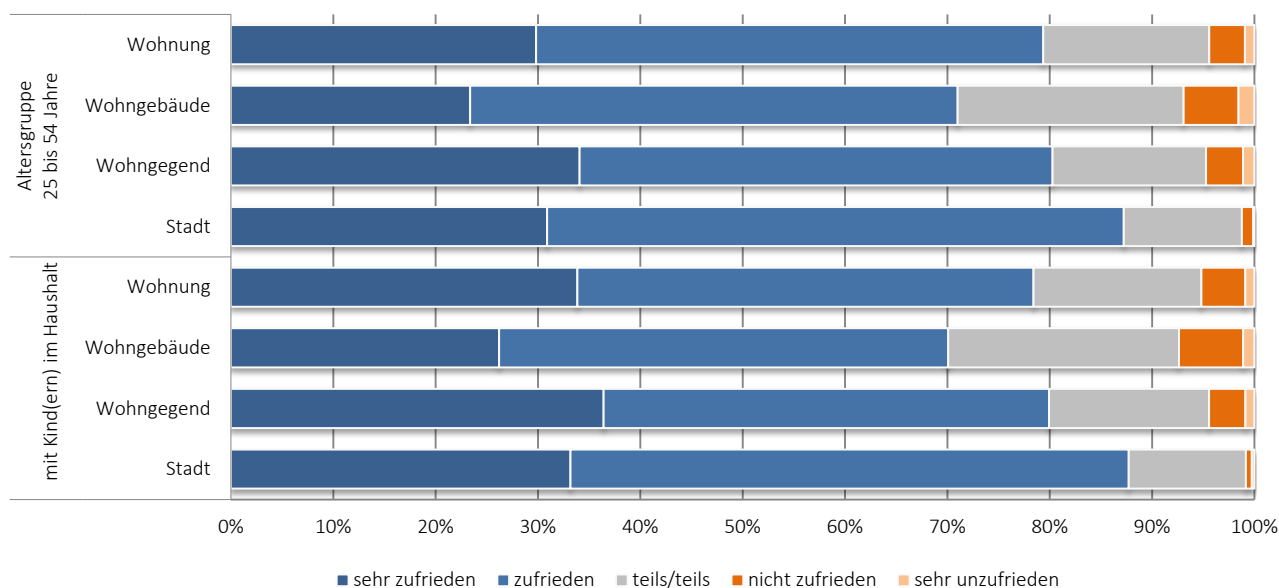


Abbildung 78: Zufriedenheit mit der Wohnsituation - Dresden 2014

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

Erläuterung: Die Altersgruppe 25 bis 54 Jahre enthält ebenso auch Personen, die mit Kind(ern) in gemeinsamen Haushalten wohnen.

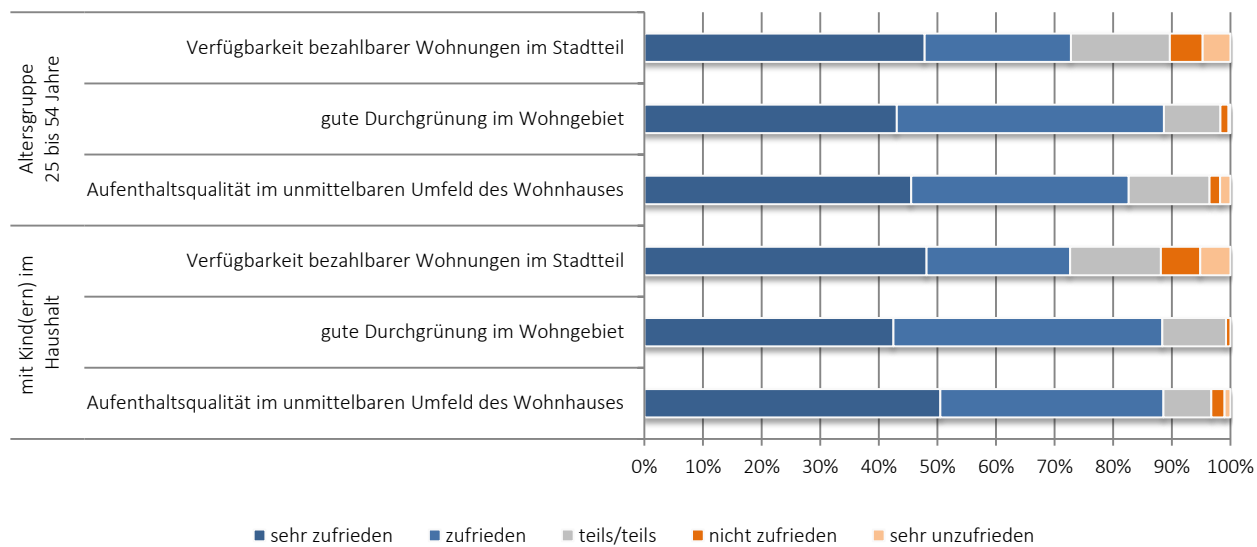


Abbildung 79: Zufriedenheit mit Lebensbedingungen - Dresden 2014

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

Erläuterung: Die Altersgruppe 25 bis 54 Jahre enthält ebenso auch Personen, die mit Kind(ern) in gemeinsamen Haushalten wohnen.

7.3.2 Beeinträchtigung der Wohnumgebung

Die Zufriedenheit mit der eigenen Wohnumgebung wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst. Diese Empfindungen und Bewertungen haben einen generellen subjektiven Charakter. Zum Beispiel wird die Barrierefreiheit von gehbehinderten Personen oder Familien mit Kinderwagen anders empfunden, als von jenen die keiner Beeinträchtigung ausgesetzt sind. Wie in Abbildung 80 gezeigt, werden unterschiedliche Merkmale herangezogen. Untersucht wurden Qualitätskriterien, wie z. B. die Erreichbarkeit von Bus und Bahn oder die Barrierefreiheit. Weiterhin wurde nach milieubestimmenden Faktoren gefragt, wie z. B. der Aufenthaltsqualität im Wohnumfeld (fehlende Grünanlagen, Hundekot). Ferner lag der Fokus auf soziokulturelle Faktoren, wie z. B. dem sozialen Umfeld oder den Kontaktmöglichkeiten.

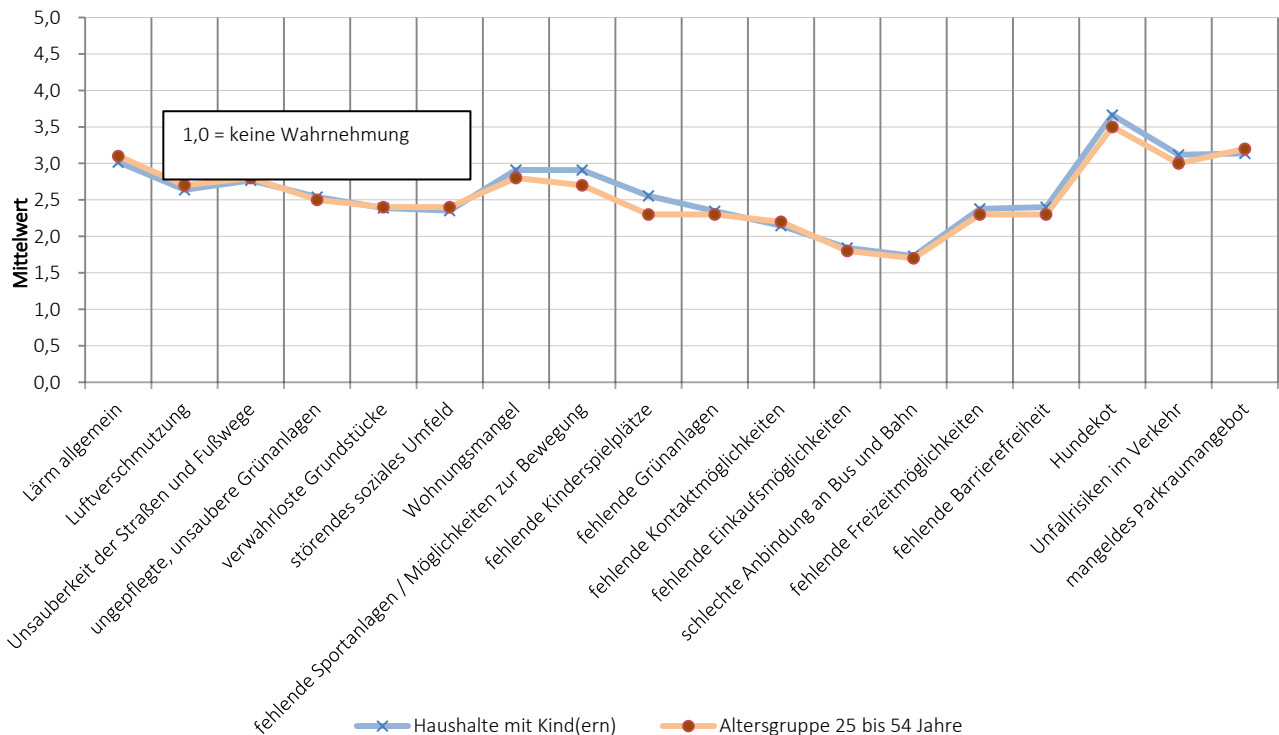


Abbildung 80: Beeinträchtigung der Wohnumgebung - Dresden 2014

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

Erläuterung: Die Altersgruppe 25 bis 54 Jahre enthält ebenso auch Personen, die mit Kind(ern) in gemeinsamen Haushalten wohnen.

Die Daten lassen eine Homogenität in der subjektiven Wahrnehmung der beiden betrachteten Gruppen erkennen. Rund 80 Prozent der Befragten beider Gruppen, nahmen fehlende Einkaufsmöglichkeiten und schlechte Anbindung an Bus und Bahn nicht bzw. kaum wahr. Lediglich 11 Prozent gaben an, diese Aspekte stark bis sehr stark wahrzunehmen. Lärm, Unfallrisiken im Verkehr und mangelndes Parkraumangebot wurde von den Befragten mehr wahrgenommen, als andere Aspekte. Weiterhin wird Hundekot in der eigenen Wohnumgebung als beeinträchtigend wahrgenommen (siehe Abbildung 80; Kommunale Statistikstelle, 2015c).

7.3.3 Ratsuche in besonderen Lebenslagen

Als „Lebenslage“ wird die Gesamtheit der äußeren Bedingungen bezeichnet, durch die das Leben von Personen oder Gruppen beeinflusst wird. Die Lebenslage bildet einerseits den Rahmen von Möglichkeiten, innerhalb dessen eine Person sich entwickeln kann, sie markiert deren Handlungsspielraum. Andererseits können Personen in gewissem Maße auch auf ihre Lebenslagen einwirken und diese gestalten. Damit steht der Begriff der Lebenslage für die konkrete Ausformung der sozialen Einbindung einer Person, genauer: ihrer sozioökonomischen, soziokulturellen, soziobiologischen Lebensgrundlage.

Es gibt freudige und traurige Ereignisse, die an Familien erhöhte Anforderungen stellen und sie manchmal an die Grenzen ihrer psychischen und körperlichen Belastbarkeit bringen: Die Geburt von Mehrlingen, eine Fehlgeburt, die Behinderung oder chronische Erkrankung eines Familienmitglieds sind solche Ereignisse, die oftmals eine besondere Unterstützung notwendig machen. Auf kommunaler Ebene und im Sinne der Familienpolitik, ist es daher von großem Interesse, ob die Bürgerinnen und Bürger in besonderen Lebenslagen eine sichere Anlaufstelle haben und geeignete Hilfen und Lösungen für den Alltag zur Verfügung stehen. Im Rahmen der kommunalen Bürgerumfrage konnten Daten ermittelt werden, inwieweit die Gruppe „Haushalte mit Kind(ern)“ und „Altersgruppe 25 bis 54 Jahre“ in besonderen Lebenslagen Rat suchen (mehrfach Antworten möglich).

Tabelle 21: Ratsuche in besonderen Lebenslagen von Haushalten mit Kind(ern)

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

Ratsuche bei ...	Haushalte mit Kind(ern)					
	(Angaben in Prozent - Mehrfachnennungen möglich)					
	Familie, Bekannte, Freunde, Nachbarn	Internet	Selbsthilfegruppen	Fachberatungsstellen, Organisationen, Vereine	schriftliche Informationen (Broschüren u. ä.)	habe ich mir noch keine Gedanken gemacht
Arbeitslosigkeit	51	68	1	43	15	15
Schulden	31	23	2	40	7	39
Trennung/Scheidung	41	20	3	26	5	44
Kindererziehung	83	37	2	23	23	9
Mietrecht/Wohnung	34	60	1	47	15	14
Behinderung	23	22	8	35	10	53
Gesundheit/gesunde Ernährung	49	68	2	26	32	9

Die Gruppe der Haushalte mit Kind(ern) nutzt vor allem die soziale Ebene (Familie, Bekannte etc.), wenn es um die Thematik Kindererziehung geht (siehe Tabelle 21). Bei dem Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit wird überwiegend das Internet benutzt. In rechtlichen Fragen sind besonders Fachberatungsstellen, Organisationen und Vereine gefragt.

Tabelle 22: Ratsuche in besonderen Lebenslagen der Altersgruppe 25 bis 54 Jahre

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

Erläuterung: Die Altersgruppe 25 bis 54 Jahre enthält ebenso auch Personen, die mit Kind(ern) in gemeinsamen Haushalten wohnen.

Altersgruppe 25 bis 54 Jahre (Angaben in Prozent - Mehrfachnennungen möglich)						
Ratsuche bei ...	Familie, Bekannte, Freunde, Nachbarn	Internet	Selbsthilfe- gruppen	Fachberatungsstel- len, Organisationen, Vereine	schriftliche Informatio- nen (Broschüren u. ä.)	habe ich mir noch keine Gedanken gemacht
Arbeitslosigkeit	50	63	1	41	14	16
Schulden	31	22	2	41	8	37
Trennung/Scheidung	39	16	2	24	5	46
Kindererziehung	-	-	-	-	-	-
Mietrecht/Wohnung	33	59	1	53	16	10
Behinderung	24	22	8	36	11	50
Gesundheit/ gesunde Ernährung	45	66	3	28	32	9

Die Gruppe der 25- bis 54-Jährigen benutzt vor allem ihr soziales Gefüge (Familie, Bekannte etc.) und das Internet. Bei rechtlichen Fragen oder bei Schulden werden vorrangig Fachberatungsstellen, Organisationen und Vereinen als Anlaufstellen genutzt. Auffällig ist, dass beide Gruppen die thematisch bestehenden Selbsthilfegruppen kaum in Anspruch nehmen (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

7.4 Familienfreundlichkeit

Die Bedeutung der Familie für den Einzelnen, die Gesellschaft und auch die Wirtschaft ist in den Debatten der letzten Zeit wieder deutlich hervorgehoben worden. Die Familie ist für den Einzelnen von unschätzbarem Wert, das Lebensumfeld spielt in diesem Zusammenhang jedoch eine besonders wichtige Rolle. Eine Familie braucht verschiedene Faktoren in ihrer Umgebung, die ihr zu Zufriedenheit und Ausgeglichenheit verhelfen. Dresden hat viele dieser Faktoren: die sächsische Landeshauptstadt ist eine der familienfreundlichsten Städte in Deutschland, wie die Studie »Familienatlas 2007«, herausgegeben vom Sozialforschungsinstitut Prognos in Zusammenarbeit mit der Wochenzeitschrift »Die Zeit«, gezeigt hat (BMFSFJ, 2007).

Eine ältere Studie aus dem Jahr 2005 hat jedoch im internationalen Vergleich gezeigt, dass Deutschland eines der kinderunfreundlichsten Länder Europas ist (Kröhnert & Klingholz, 2005). Von großem Interesse war daher, inwieweit die Dresdnerinnen und Dresdner ihre Stadt als kinderfreundlich ansehen. Im Rahmen der kommunalen Bürgerumfrage 2014 wurde dieser Aspekt erfragt, wobei die ermittelten Werte sich als subjektive Einschätzungen verstehen. Deutlich wurde, dass zwar der positive Anteil der Einschätzungen überwiegt, jedoch sind fast die Hälfte der Befragten unschlüssig bzw. sehen Dresden eher nicht/überhaupt nicht als kinderfreundliche Stadt an (siehe Abbildung 81; Kommunale Statistikstelle, 2015c).

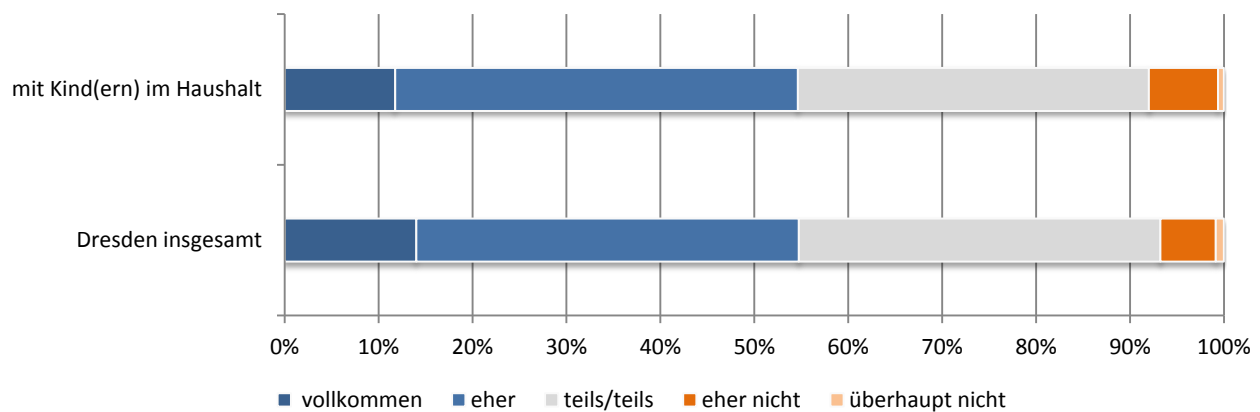


Abbildung 81: Dresden ist kinderfreundlich - 2014

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

Familienfreundlichkeit und Kinderfreundlichkeit werden multifaktoriell beeinflusst. Im Folgenden liegt der Fokus auf einigen Aspekten, welche die Familienfreundlichkeit und Kinderfreundlichkeit beeinflussen. Bezugnehmend auf die kommunale Bürgerumfrage von 2014 lag der Schwerpunkt auf eventuell fehlenden Kinderspielflächen, der Kindertagesbetreuung und der Schulsituation sowie auf der medizinischen Versorgung.

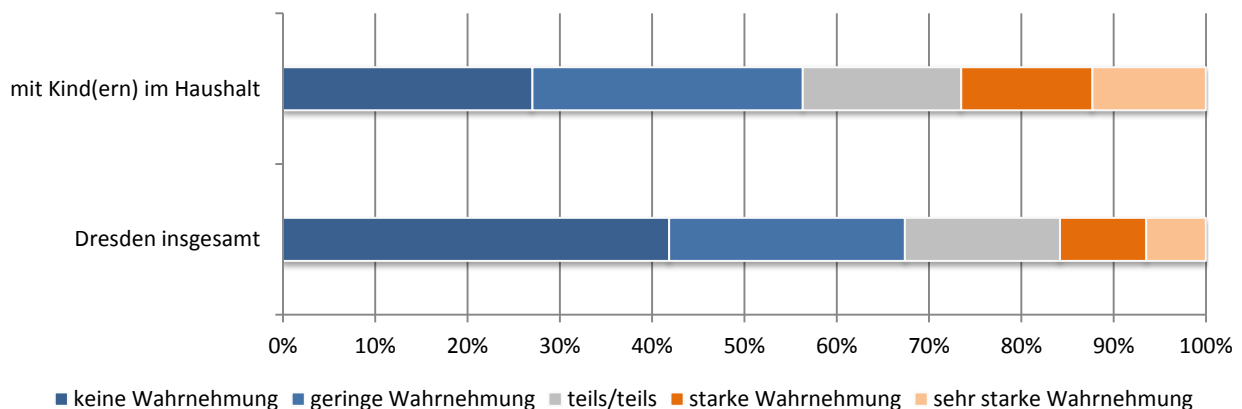


Abbildung 82: Wahrnehmung fehlende Kinderspielfläche - 2014

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

Deutlich wird, dass fehlende Kinderspielflächen insgesamt weniger wahrgenommen werden. Haushalte mit Kind(ern) nehmen dies jedoch mehr wahr als die befragten Dresdner insgesamt. Zufriedenheit in der Quantität der Spielflächen konnte dabei in den Stadträumen Gorbitz und Cotta/Löbtau/Naußlitz/Dölzchen festgestellt werden. Fehlende Kinderspielflächen wurden insbesondere in den Stadträumen Leipziger Vorstadt/Pieschen und in Kaditz/Mickten/Trachau wahrgenommen.

Dresden ist eine junge Stadt und ein Ort, an dem man seine Kinder gern groß werden sieht. Mit 113 Geburten auf 10 000 Einwohnern war Dresden 2014 Geburtenhauptstadt Deutschlands. Keine deutsche Großstadt bietet mehr Kita-Plätze pro 1 000 Einwohner. Um das hohe Betreuungsniveau bei steigenden Geburtenraten weiter ausbauen zu können, legt die Stadt einen Schwerpunkt ihrer Investitionen in den Ausbau der Kindertagesstätten. Kindertagesbetreuung hat demnach einen hohen Stellenwert in der kommunalen Planung. Dies wird zudem verdeutlicht durch die Frage in der Kommunalen Bürgerumfrage: „Wie wichtig ist Ihnen das Kindertagesbetreuungsangebot?“ und „Wie zufrieden sind Sie mit diesem?“. Bezüglich der Wichtigkeit, waren die Befragten sich einig, dass ein Kindertagesbetreuungsangebot wichtig bis sehr wichtig ist. Die subjektive Wahrnehmung der bestehenden Struktur hat, hinsichtlich der Zufriedenheit noch Ausbaupotential, wobei 15 Prozent der Befragten kein Urteil angeben (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

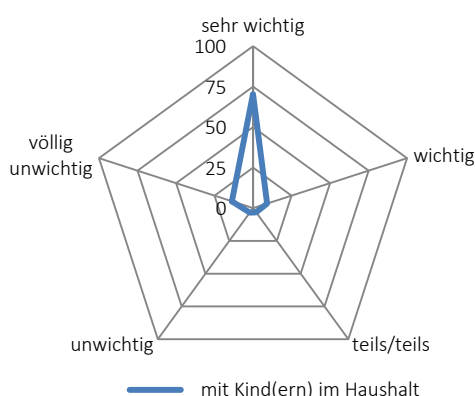


Abbildung 83: Wichtigkeit
„Kindertagesbetreuungsangebot“
Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

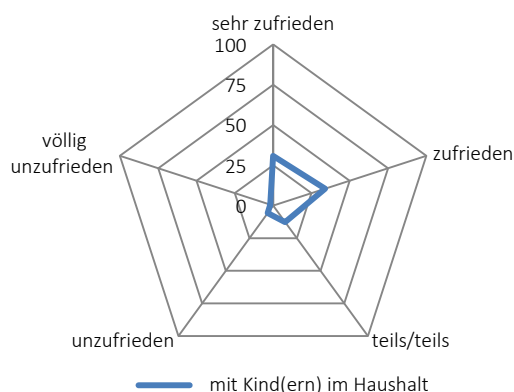


Abbildung 84: Zufriedenheit
„Kindertagesbetreuungsangebot“
Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

Auch im Bereich der Schulsituation zeigt sich ein ähnliches Bild. Eine gute Schulsituation ist den Dresdnerinnen und Dresdnern, welche mit Kind(ern) im Haushalt leben wichtig bis sehr wichtig. Mit der derzeitigen Situation sind 19 Prozent sehr zufrieden und 33 Prozent zufrieden. 21 Prozent konnten diesbezüglich kein Urteil abgeben (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

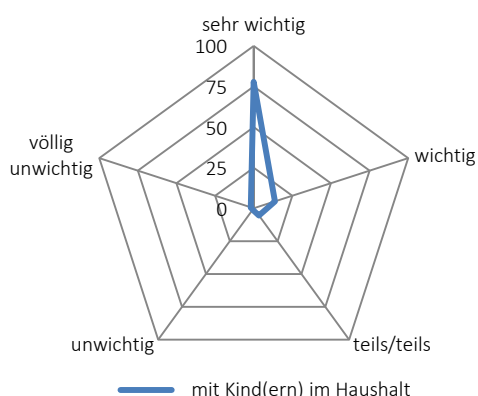


Abbildung 85: Wichtigkeit „Schulsituation“
Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

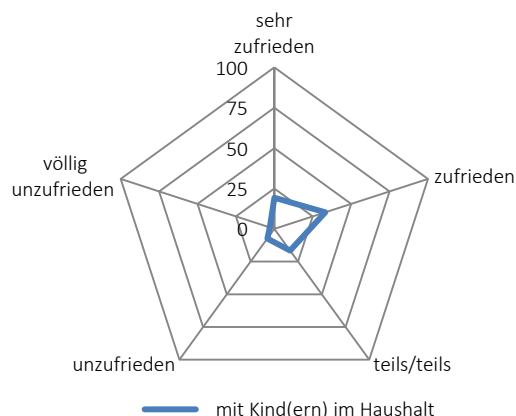


Abbildung 86: Zufriedenheit „Schulsituation“
Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

Hinsichtlich der Beurteilung der medizinischen Versorgung, wurden die Dresdnerinnen und Dresdner, welche mit Kind(ern) im Haushalt ebenfalls befragt. Dargestellt werden für diese Bevölkerungsgruppe hier die Angaben zu Besuchen bei Ärztinnen und Ärzten der Fachrichtung Kinderheilkunde sowie Kinderchirurgie.

Tabelle 23: Inanspruchnahme ausgewählter Fachärztinnen bzw. Fachärzte (Angaben in Prozent)

(nur Haushalte mit Kind(ern))

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

Ausgewählte Fachärzte/-innen	In den letzten zwei Jahren besucht	Länger als drei Monate auf einen Termin gewartet	Trotz Bestellung lange Wartezeiten	Ausreichend in der Nähe des Wohngebietes vorhanden		
				ja	nein	weiß ich nicht
Kinderärzte/-innen	98	4	39	52	35	13
Kinderchirurgen/-innen	86	12	32	20	20	60

Erkennbar ist, dass die Leistungen von Kinderärzten bzw. -ärztinnen und Kinderchirurginnen bzw. -chirurgen von fast allen Befragten in Anspruch genommen wurden. Lange Wartezeiten sind in beiden Fachgebieten weiterhin ein Thema. Etwa 52 Prozent der befragten Haushalte mit Kind(ern) gaben an, dass in der Nähe zu ihrem Wohngebiet ausreichend Kinderärztinnen und Kinderärzte zur Verfügung stehen (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

7.5 Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden

Wie im Kapitel Gesundheitsverhalten bereits für gesamt Dresden beschrieben, wird an dieser Stelle die subjektive Selbsteinschätzung, hinsichtlich Gesundheitszustand und Wohlbefinden, der beiden Gruppen „Haushalte mit Kind(ern)“ und „Altersgruppe 25- bis 45-Jahre“, dargestellt. Die ermittelten Werte sind besonders auf kommunaler Ebene von großer Bedeutung.

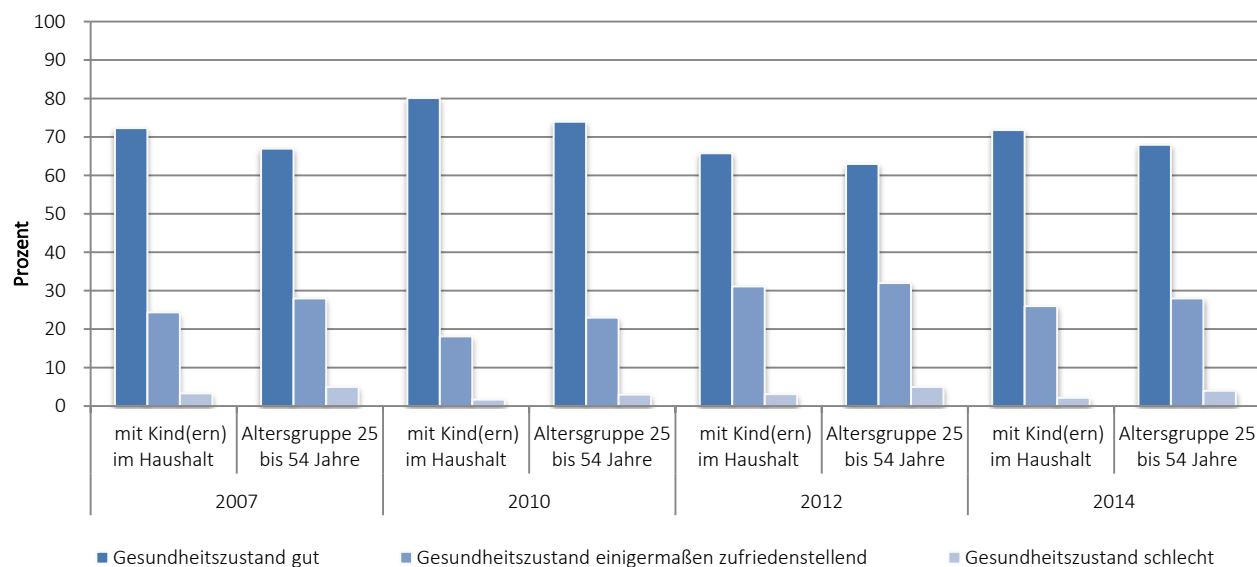


Abbildung 87: Subjektiver Gesundheitszustand nach Gruppen

Quellen: Kommunale Statistikstelle, 2015c; 2013; 2011; 2008

Erläuterung: Die Altersgruppe 25 bis 54 Jahre enthält ebenso auch Personen, die mit Kind(ern) in gemeinsamen Haushalten wohnen.

Zu erkennen ist, dass der subjektive Gesundheitszustand im positiven Bereich überwiegt. In beiden Gruppen lag der Gesundheitszustand „gut“ prozentual weit über einem „einigermaßen zufriedenstellenden“ Gesundheitszustand und einem „schlechten“ Gesundheitszustand. 2010 gaben die Befragten in beiden Gruppen, die höchsten positiven Werte an, im Vergleich zu den anderen Jahren. Es ist erkennbar, dass der Anteil an Menschen mit einem subjektiv positiv beurteilten Gesundheitszustand wieder ansteigt. Nahezu Gleiches lässt sich in der Frage nach dem subjektiven Wohlbefinden erkennen. Auch hier überwiegt das positiv subjektive Befinden (Kommunale Statistikstelle, 2015c; 2013; 2011; 2008).

Wie in der Abbildung 87 zu erkennen ist, unterliegen die Daten zeitlichen Schwankungen. Ursachen hierfür sind unklar. Während 2010 der subjektive Gesundheitszustand von Haushalte mit Kind(ern) zu etwa 80 Prozent als gut beurteilt wurde, sank dies in 2012 auf unter 70 Prozent und stieg in 2014 wieder leicht auf über 70 Prozent an (Kommunale Statistikstelle, 2015c; 2013; 2011; 2008). Ähnliche Werte sind auch hinsichtlich des subjektiven Wohlbefindens ersichtlich (siehe Abbildung 88; Kommunale Statistikstelle, 2015c; 2013; 2011; 2008).

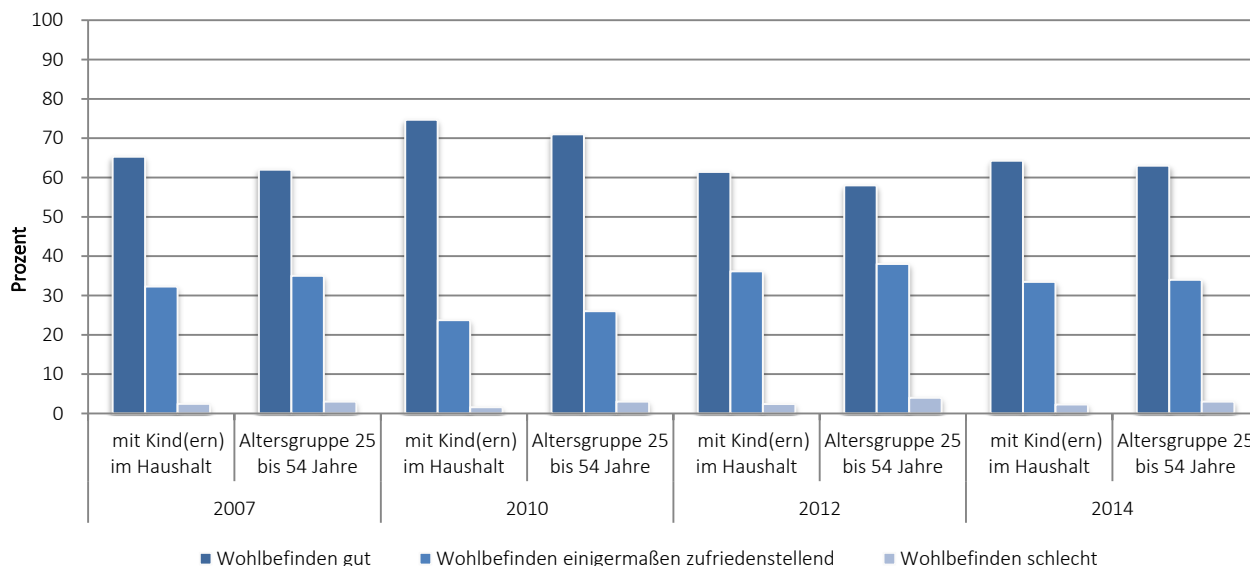


Abbildung 88: Subjektives Wohlbefinden nach Gruppen

Quellen: Kommunale Statistikstelle, 2015c; 2013; 2011; 2008

Erläuterung: Die Altersgruppe 25 bis 54 Jahre enthält ebenso auch Personen, die mit Kind(ern) in gemeinsamen Haushalten wohnen.

7.6 Gesundheitsverhalten

7.6.1 Suchtverhalten

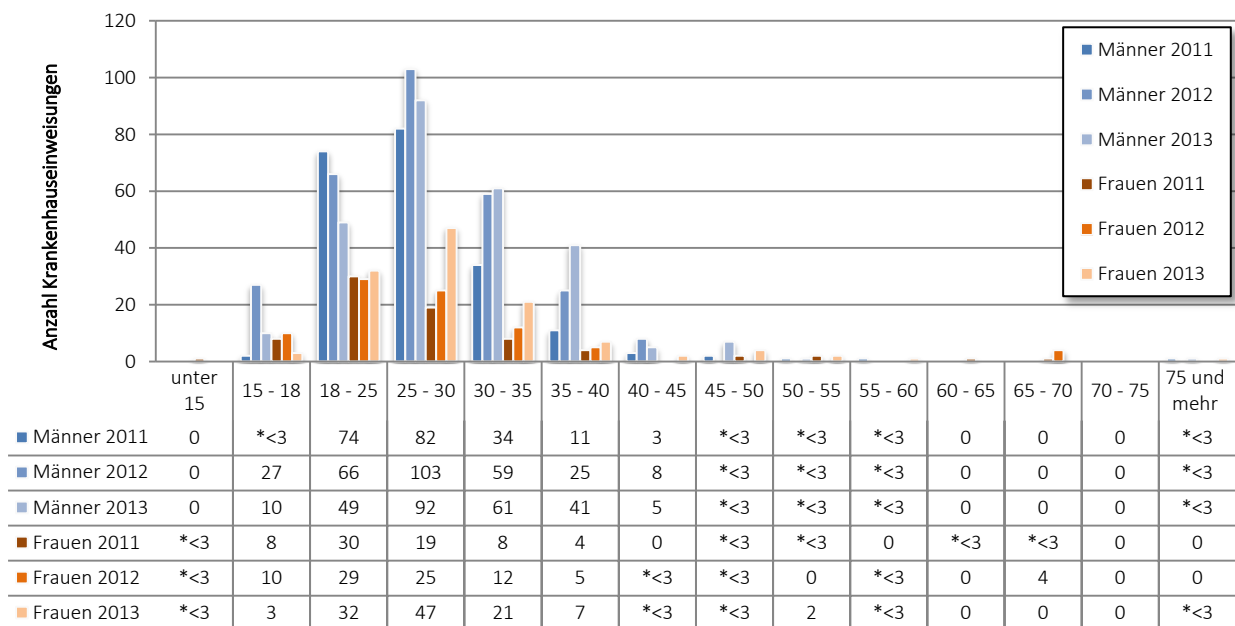
In diesem Teil werden Aspekte betrachtet, welche das Suchtverhalten der Altersgruppe der 25- bis 54-Jährigen Dresdnerinnen und Dresdner näher beschreiben. Dabei liegt der Fokus auf den Themengebieten Crystal-, Alkohol- und Nikotinkonsum. Für weitere Informationen sei an dieser Stelle auf den Dresdner Suchtbericht 2015 verwiesen und das Strategiepapier zur Suchtprävention.

Laut kommunaler Bürgerumfrage (Kommunale Statistikstelle, 2015c) steigt der Nichtraucheranteil der Dresdner und Dresdnerinnen ab dem 35. Lebensjahr stetig an, was auf ein besseres Gesundheitsbewusstsein schließen lässt.

Problematisch ist dagegen, dass 43 Prozent der Dresdner und Dresdnerinnen in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen mindestens zweimal pro Woche Alkohol trinken (Kommunale Statistikstelle, 2015c). Stationäre und ambulante Behandlungen sind in Folge Alkoholkonsums in dieser Altersgruppe (45 bis 64 Jahre) am häufigsten. Dabei nimmt die Häufigkeit des Alkoholkonsums mit steigendem Nettoäquivalenzeinkommen zu. Das heisst, Alkoholkonsum ist in Dresden ein Gesundheitsrisiko für gut Verdienende (Nettoäquivalenzeinkommen mehr als 2 500 EUR) in der berufstätigen Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen. Deren Kinder sind vom Konsum der Eltern betroffen und wachsen mit der „Normalität“ des Konsums auf.

Krankenhausbehandlungen in Folge multiplem Substanzkonsums sowie durch Stimulanzen einschließlich Crystal nahmen in den letzten Jahren zu (siehe Abbildung 89; Abbildung 90). 2011 kam es in der Altersgruppe der 25- bis 54-Jährigen zu 42 Fällen Krankenhauseinweisungen (einschließlich Stunden- und Sterbefälle) aufgrund von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch Stimulanzen (einschließlich Crystal) (2012: 45 Fälle; 2013: 69 Fälle). Dies entspricht einem Anstieg von 2011 zu 2013 von rund 60 Prozent. Dabei stieg der Anteil von Frauen besonders an. Mittlerweile sind 33 Prozent der stationär behandelten Crystal-Konsumenten Frauen. Im Rahmen der ambulanten Beratungen in den Dresdner Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB) liegt Crystal unter den illegalen Substanzen an erster Stelle. Insbesondere ist die Altersgruppe der 18- bis 35-Jährigen betroffen. Bei Alkoholkonsumenten ist der Altersdurchschnitt höher.

Das bedeutet, dass gerade in einem Alter, wo Partnersuche und Familiengründung stattfindet, illegale Substanzen eher eine Rolle spielen. Alkohol kommt dann in den Familien zusätzlich als Risikofaktor hinzu und kann das gesunde Aufwachsen der Kinder erheblich negativ beeinträchtigen. 60 Prozent der Jugendhilfefälle haben einen suchtmittelkonsumierenden Hintergrund. Im Jahr 2014 wurden in den Dresdner SBB 693 Klienten und Klientinnen betreut, in deren Haushalt mindestens ein Kind lebt. Die absolute Zahl der suchtmittelkonsumierenden Schwangeren in Dresden steigt. Im Jahr 2014 wurden allein in der Jugend- und Drogenberatungsstelle der Stadt Dresden 56 konsumierende Schwangere beraten (2013: 28 Fälle), während es im Jahr 2015 bis November 42 Schwangere waren. Dieser Trend wird durch die Dresdner Geburts- und Kinderkliniken bestätigt (Statistisches Landesamt, 2015d).

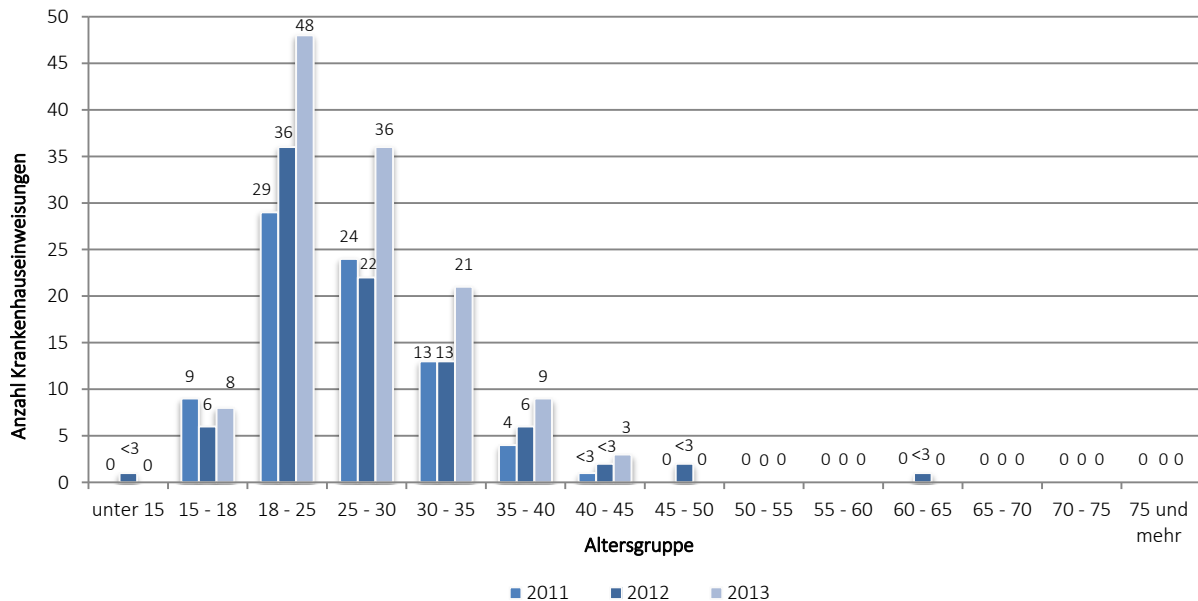


(Krankenhauseinweisungen (einschließlich Stunden- und Sterbefälle) aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzmissbrauch (ICD-10-GM: F19) als Hauptdiagnose mit Behandlungsort in Deutschland für Männer und Frauen der Stadt Dresden nach Altersgruppen in den Jahren 2011 (n=287), 2012 (n=385) und 2013 (n=389); *<3 Kennzeichnung aus datenschutzrechtlichen Gründen.)

Abbildung 89: Krankenhauseinweisungen (Hauptdiagnose) durch multiplen Substanzgebrauch (ICD-10-GM: F19) - Dresden

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2015d

Generell gilt bei der Interpretation der Daten zu beachten, dass die Bevölkerungszahlen zwischen 2011 und 2013 in Dresden von 517 765 auf 530 754 gestiegen sind und daher der absolute Anstieg suchtmittelkonsumierender Personen relativiert werden muss.



(Krankenhauseinweisungen (einschließlich Stunden- und Sterbefälle) aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Stimulanzien einschließlich Crystal (ICD-10-GM: F15) als Hauptdiagnose mit Behandlungsort in Deutschland für Einwohner der Stadt Dresden nach Altersgruppen in den Jahren 2011 (n=80), 2012 (n=89) und 2013 (n=125); *<3 Kennzeichnung aus datenschutzrechtlichen Gründen)

Abbildung 90: Krankenhauseinweisungen (Hauptdiagnose) aufgrund von Stimulanzien einschließlich Crystal - Dresden

Quelle: Statistisches Landesamt, 2015d

7.6.2 Bewegung und körperliche Aktivität

Die körperliche Aktivität ist ein weiterer Teil des gesunden Verhaltens. Dresden gilt als eine besonders aktive Stadt. Etwa 60 Prozent der Bürgerinnen und Bürger sind sportlich aktiv, wobei der größte Teil eher selbstorganisierten Sport, d. h. außerhalb der Vereine betreibt (Landeshauptstadt Dresden, 2009).

Die Dresdnerinnen und Dresdner wurden diesbezüglich in der kommunalen Bürgerumfrage (Kommunale Statistikstelle, 2015c) gefragt, wie oft sie in der Woche Sport treiben. Dabei wurde lediglich nach dem Sporttreiben gefragt und nicht nach weiterer körperlicher Aktivität wie Gartenarbeit oder Spazierengehen. Die Befragten der Stadträume Johannstadt, Gorbitz, Prohlis und Reick hatten in der Antwortkategorie „Sporttreiben pro Woche seltener/nie“ die meisten Antworten. Die geringsten Angaben bei dieser Kategorie lassen sich in der Äußeren und Inneren Neustadt finden, wobei dieser Stadtraum auch der ist, in dem die meisten der Befragten angaben täglich Sport zu treiben. Die Daten lassen einen Zusammenhang zwischen sozialer Lage und sportlicher Aktivität vermuten. Stadträume, die einen größeren Anteil von sozial-benachteiligten Personen aufweisen, sind auch weniger aktiv. Ebenso hat die Altersverteilung in den Stadträumen einen Einfluss auf das Ausmaß der Aktivität.

Bei getrennter Betrachtung der vorliegenden Daten wird deutlich, dass Personen zwischen 25 und 54 Jahren aktiver sind als der Durchschnitt der Dresdner Bevölkerung insgesamt. Ebenso zählen Menschen, die mit Kind(ern) im Haushalt leben zu den aktiven Bevölkerungsgruppen. Mit annähernd 40 Prozent sind diese täglich/fast täglich bzw. 2-3mal wöchentlich körperlich aktiv (siehe Abbildung 91, Kommunale Statistikstelle, 2015c).

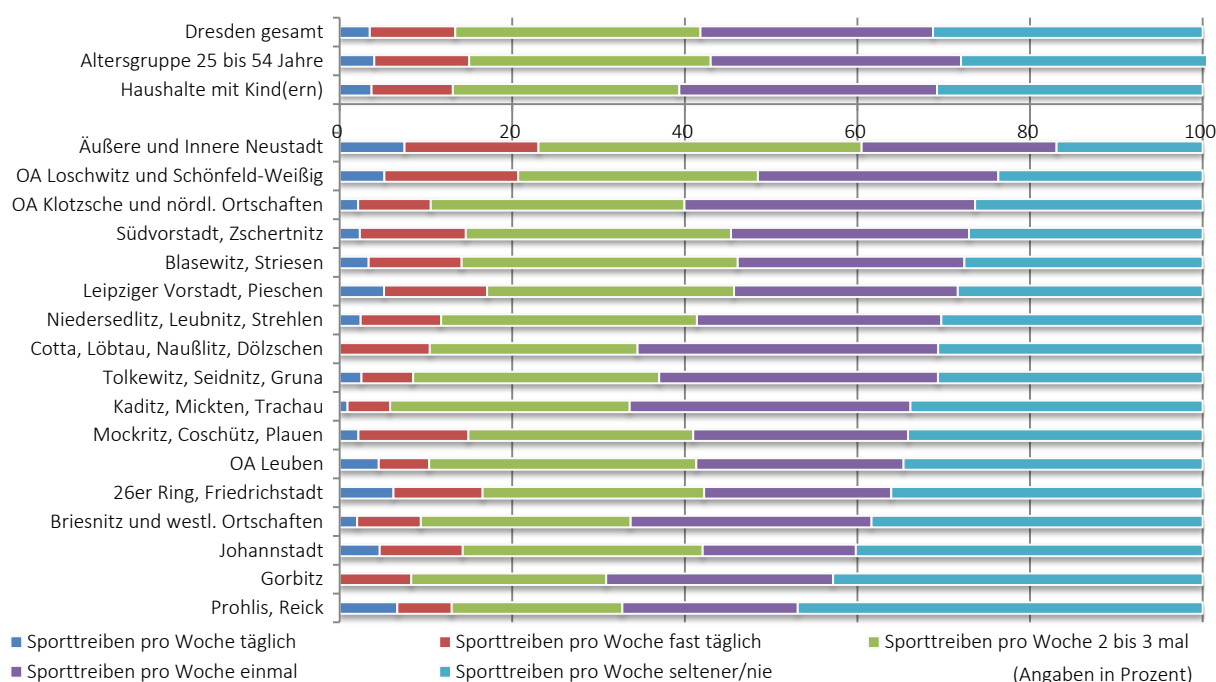


Abbildung 91: Sportliche Aktivität in Dresden in Prozent 2014

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

Erläuterung: Die Altersgruppe 25 bis 54 Jahre enthält ebenso auch Personen, die mit Kind(ern) in gemeinsamen Haushalten wohnen.

Unter der Dachorganisation Dresdnersportbund e. V. wird der Dresdner Sport hinsichtlich der Interessen der gemeinnützigen Mitglieder insbesondere gegenüber der Öffentlichkeit, dem Freistaat Sachsen, der Stadt Dresden und den Behörden vertreten. Der Stadtsportbund Dresden unterstützt und fördert eine für den Sport erfolgreiche Arbeit auf örtlicher und überörtlicher Ebene und bringt sich aktiv in die sportliche Entwicklungsstruktur der Stadt Dresden und des Freistaates Sachsen ein. Der Verein vertritt derzeit etwa 92 000 Sportler, die in rund 380 Vereinen organisiert sind. Betrachtet man die Zahlen des Stadtsportbund Dresden e. V. für die Altersgruppe der 18- bis 49-Jährigen, ist erkennbar, dass die Mitgliederzahlen in den vergangenen Jahren stetig zugenommen haben. Während 2011 29 548 Personen der Altersgruppe 18 bis 49 Jahre in Sportvereinen Mitglied waren, waren dies 2013 bereits 36 647 Personen und 2015 37 940. Dies lässt den Schluss zu, dass immer mehr Dresdnerinnen und Dresdner sportlich aktiv sind.

Neben dem Vereinssport spielt der selbstorganisierte Sport und die individuelle körperliche Aktivität eine große Rolle. Hier unternimmt die Landeshauptstadt viel, um Bewegungsangebote zu schaffen. Sei es mit der Verkehrsgestaltung, die dem gestiegenem Bedarf an Radverkehrsmöglichkeiten gerecht wird oder auch die Gestaltung von Grünflächen und Bewegungsräumen wie auch Spielplätzen. Ferner konnten Lauf- und Bewegungsstrecken in Dresden im Rahmen des EU-Projektes „Walking People“ ausgewiesen bzw. auch Stadtpaziergänge für ältere Menschen in Kooperation mit Seniorenbegegnungsstätten entwickelt werden.

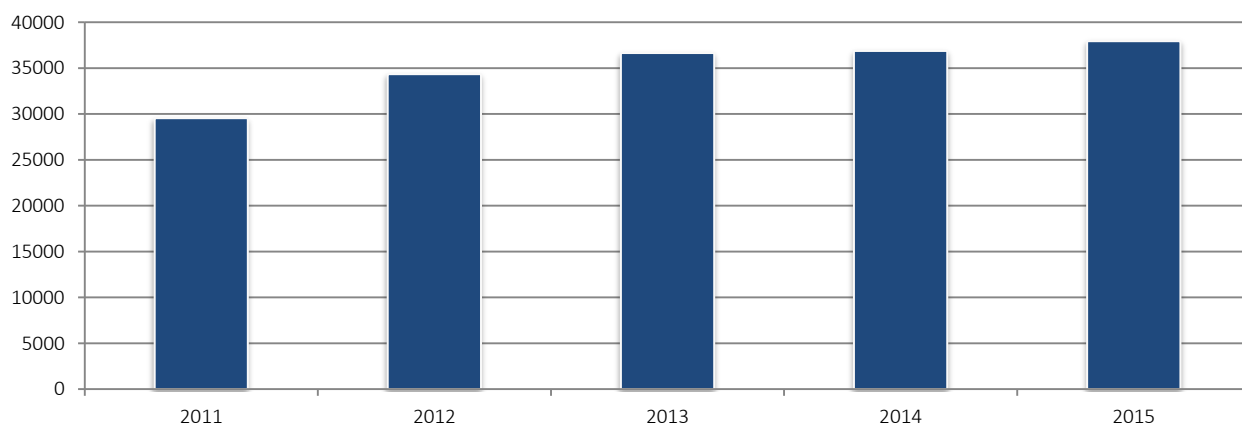


Abbildung 92: Mitgliederzahlen Altersgruppe 18 bis 49 Jahre Stadtsportbund Dresden e.V.

Quelle: Stadtsportbund, 2015

7.7 Zusammenfassung

2014 lebten in Dresden 265 419 Personen in der Altersgruppe der 25- bis 59-Jährigen (entspricht einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von etwa 49 Prozent). Um rund 5,5 Prozent hat sich dieser Anteil der Dresdnerinnen und Dresdner seit 1990 erhöht. Auch im Bereich der Haushalte mit Kindern ist ein kontinuierlicher Zuwachs zu erkennen. 2014 lebten in Dresden insgesamt 83 736 Kinder in Haushalten.

Haushalte mit Kind(ern) sowie Personen der Altersgruppe zwischen 25 bis 60 Jahren schätzen ihre wirtschaftliche Lage zum gegenwärtigen Zeitpunkt überwiegend als gut bis sehr gut ein. 10 bzw. 13 Prozent gaben an, dass es ihnen wirtschaftlich schlecht, bis sehr schlecht geht. Unterschiede zwischen den beiden Gruppen existieren nicht (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Personen im mittleren Lebensalter beurteilten ihre derzeitige Wohnsituation überwiegend gut (70 Prozent). Lediglich 23 Prozent finden diese einigermaßen zufriedenstellend bzw. schlecht (5 Prozent) (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Hervorzuheben bleibt die hohe Zufriedenheit mit dem Wohnort Dresden selbst. Bei beiden Gruppen, d. h. Haushalte mit Kind(ern) sowie Personen der Altersgruppe zwischen 25 bis 60 Jahren, konnte die höchste Zufriedenheit gemessen werden (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Beeinträchtigungen mit der Wohnumgebung wurden wie folgt wahrgenommen (Kommunale Statistikstelle, 2015c): Rund 80 Prozent der Befragten beider Gruppen (d. h. Haushalte mit Kind(ern) sowie Personen der Altersgruppe zwischen 25 bis 60 Jahren) nahmen fehlende Einkaufsmöglichkeiten und schlechte Anbindung an Bus und Bahn nicht bzw. kaum wahr. Lediglich 11 Prozent gaben an, diese Aspekte stark bis sehr stark wahrzunehmen. Lärm, Unfallrisiken im Verkehr und mangelndes Parkraumangebot wurde von den Befragten mehr wahrgenommen, als andere Aspekte. Einigkeit besteht auch bei der Hundekotproblematik. Rund 60 Prozent fühlen sich von Hundekot in ihrer Wohnumgebung beeinträchtigt.

Lärm allgemein, Unfallrisiken im Verkehr und mangelndes Parkraumangebot werden in den befragten Gruppen besonders in der Äußeren und Inneren Neustadt und in der Leipziger Vorstadt/Pieschen wahrgenommen.

Bei der Ratsuche in besonderen Lebenslagen wird am häufigsten das soziale Netzwerk, d. h. die eigene Familie, Freunde und Bekannte genutzt (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Dresden wird überwiegend als kinderfreundlich wahrgenommen. Bemängelt werden von Haushalten mit Kind(ern) teilweise die fehlenden Kinderspielplätze (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Kinderbetreuungsangebote sowie die Schulsituation sind wichtige Faktoren für die Zufriedenheit mit der Stadt. Die Wichtigkeit wird als sehr hoch eingeschätzt, hinsichtlich der Zufriedenheit gibt es Abstufungen (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

In beiden Gruppen, (d. h. Haushalte mit Kind(ern) sowie Personen der Altersgruppe zwischen 25 bis 60 Jahren) lag der Gesundheitszustand „gut“ prozentual weit über einem „einigermaßen zufriedenstellenden“ Gesundheitszustand und einem „schlechten“ Gesundheitszustand. Tendenziell fühlen sich Haushalte mit Kind(ern) über den Zeitverlauf von 2007 bis 2014 subjektiv gesünder als Haushalte ohne Kind(ern) (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Laut kommunaler Bürgerumfrage (Kommunale Statistikstelle, 2015c) steigt der Nichtraucheranteil der Dresdner und Dresdnerinnen ab dem 35. Lebensjahr stetig an, was auf ein besseres Gesundheitsbewusstsein schließen lässt. Dennoch trinken 43 Prozent der Dresdner und Dresdnerinnen in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen mindestens zweimal pro Woche Alkohol (Kommunale Statistikstelle, 2015c). Stationäre und ambulante Behandlungen sind in Folge Alkoholkonsums in dieser Altersgruppe (45 bis 64 Jahre) am häufigsten.

Krankenhausbehandlungen in Folge multiplem Substanzkonsum sowie durch Stimulanzien einschließlich Crystal nahmen in den letzten Jahren zu (Statistisches Landesamt, 2015c).

Die körperliche Aktivität ist ein Teil des gesunden Verhaltens. Bei der Betrachtung der beiden Gruppen „Altersgruppe 25 bis 54 Jahre“ und „Haushalte mit Kind(ern)“ ist zu erkennen, dass erstere mehr Sport in der Woche treiben. Die Befragten der Stadträume Johannstadt, Gorbitz, Prohlis und Reick hatten in der Antwortkategorie „Sporttreiben pro Woche seltener/nie“ die meisten Antworten (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Betrachtet man die Zahlen des Stadtsportbund Dresden e. V. für die Altersgruppe der 18- bis 49-Jährigen, ist erkennbar, dass die Mitgliederzahlen in den vergangenen Jahren stetig zugenommen haben.

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 verbergen 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 Berufsaustritt, 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 sein wird, so dass auch jene, die eben nicht mehr eigenständig und gesund sind, in soziale Netzwerke integriert bleiben.

8.2 Demographie

Das Durchschnittsalter der deutschen Bevölkerung ist angestiegen. In 2013 lag es bei 42,8 Jahren für Männer und bei 45,5 Jahren für Frauen (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2015). Grund hierfür sind die sinkenden Geburtenraten und die Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung. Derzeit liegt die durchschnittliche Lebenserwartung bei den Frauen bei 84,5 Jahren, bei den Männern bei 79,3 Jahren. Von 1980 bis 1990 erhöhte sich die durchschnittliche Lebenserwartung in Dresden um 1,5 Jahre. In den weiteren 10 Jahren erfolgte eine erneute Zunahme um 5 Jahre (von 1991 auf 2001). In den nachfolgenden Jahren erfolgte eine Verringerung des Anstiegs auf etwa zwei bis drei Monate pro Jahr. Im Geschlechtervergleich liegt allerdings die Lebenserwartung der Frauen etwa 5 Jahre höher als die der Männer. Hinsichtlich der Sterblichkeit wird bis 2030 ein weiterer Anstieg der Lebenserwartung bei Frauen auf 87 Jahre und bei Männern auf 82,7 Jahre angenommen (Kommunale Statistikstelle, 2014a).

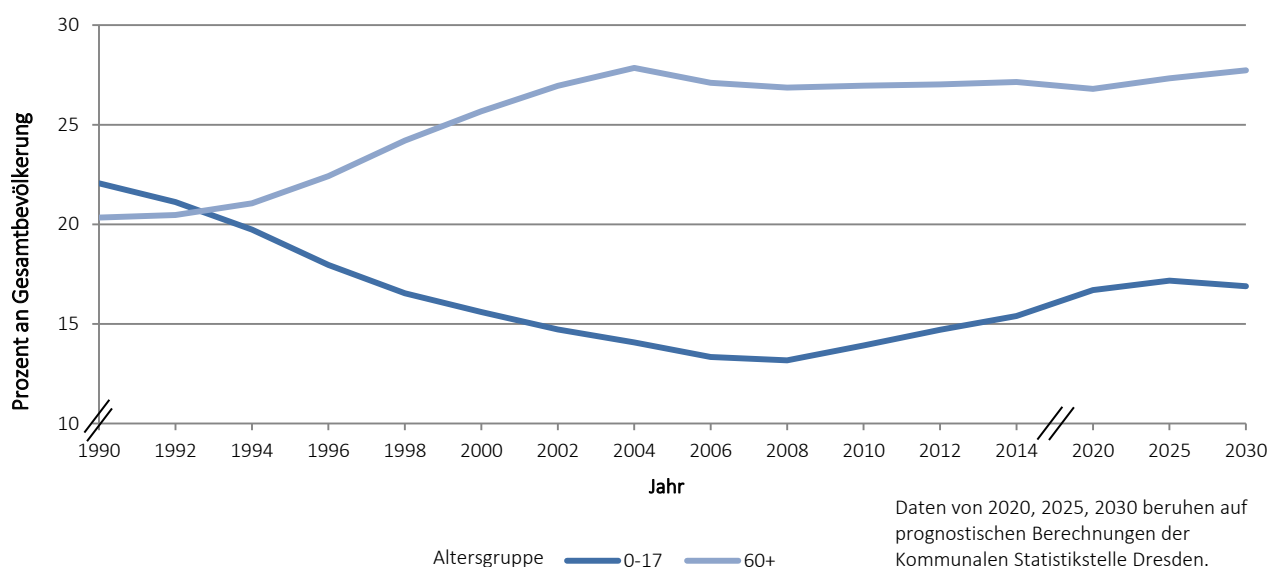


Abbildung 93: Demographische Entwicklung in Dresden

Quelle: Kommunale Statistikstelle 2015; 2014a

Auch in Dresden ist das durchschnittliche Alter der Bevölkerung angestiegen. Lag das Durchschnittsalter 1990 noch bei 39,0 Jahren, ist es bis 2013 auf 43,0 Jahre angewachsen. Der Anteil der Bevölkerung ab 60 Jahre lag 2014 in Dresden bei 27,1 Prozent. Dieser Prozentsatz hat sich in den letzten Jahren deutlich erhöht. Der Prozess der Veränderung der Altersstruktur einer Bevölkerung zugunsten von höheren Altersgruppen bezeichnet man als demographische Alterung (Robert-Koch-Institut, 2012). Gründe für diese Verschiebung liegen in den niedrigen Geburtsraten, dem Anstieg der Lebenserwartung, Wanderungsbewegungen und in den Besonderheiten der Altersstruktur (Robert-Koch-Institut, 2012; Kommunale Statistikstelle, 2015). Bei der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, also den 15- bis unter 65-Jährigen, gibt es ein im Vergleich zur Gesamtentwicklung leicht unterdurchschnittliches Wachstum von knapp sieben Prozent. Dabei nimmt aber der Anteil der älteren Erwerbsfähigen deutlich zu. Sind zurzeit etwa 59 600 Erwerbsfähige 55-jährig und älter, werden es 2025 rund 7 200 mehr sein. In den folgenden fünf Jahren wird sich die Anzahl allerdings wieder um etwa 3 700 reduzieren. Der Jugendquotient als Verhältnis der unter 15-Jährigen zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter steigt noch bis 2022 geringfügig an (auf 0,23; d. h. 23 Personen unter 15 Jahren stehen somit 100 Personen im erwerbsfähigen Alter gegenüber), danach fällt dieser leicht. Auch der Altenquotient (Verhältnis der über 65-Jährigen zur erwerbsfähigen Bevölkerung) wird sich nach den Prognoseergebnissen kaum verändern und im Jahr 2030 gerade einmal die 0,35-Marke erreichen. Ursache ist, dass die einbezogenen Altersgruppen insgesamt ähnliche Wachstumsraten aufweisen (Kommunale Statistikstelle, 2015a). In der sächsischen Landeshauptstadt ist die Altersstruktur in den Ortsämtern unterschiedlich. „Ältester“ Stadtteil mit einem Durchschnittsalter von über 54,5 Jahren war zum sechsten Mal in Folge die südliche Johannstadt, gefolgt von dem früheren langjährigen Spitzenreiter, der Wilsdruffer Vorstadt mit 52 Jahren. Am stärksten alterte Weißig: Hier nahm das Durchschnittsalter im letzten Jahr von 45,6 auf 46,1 Jahre zu. Die jüngsten Stadtteile Dresdens befinden sich auf der rechten Elbseite. In der Äußeren Neustadt und der Leipziger Vorstadt lag das Durchschnittsalter bei 31,8 bzw. 33,2 Jahren, in Pieschen-Süd bei 33,8 Jahren. Auch Löbtau zählte mit einem Durchschnittsalter von etwas unter 35 Jahren zu den jüngsten Stadtteilen. In Dresden wohnten 2014 die meisten 60- bis 65-Jährigen (30 369), welche sich nah am Renteneintrittsalter befinden, im Ortsamtsbereich Cotta/westliche Ortschaften (Kommunale Statistikstelle, 2014c).

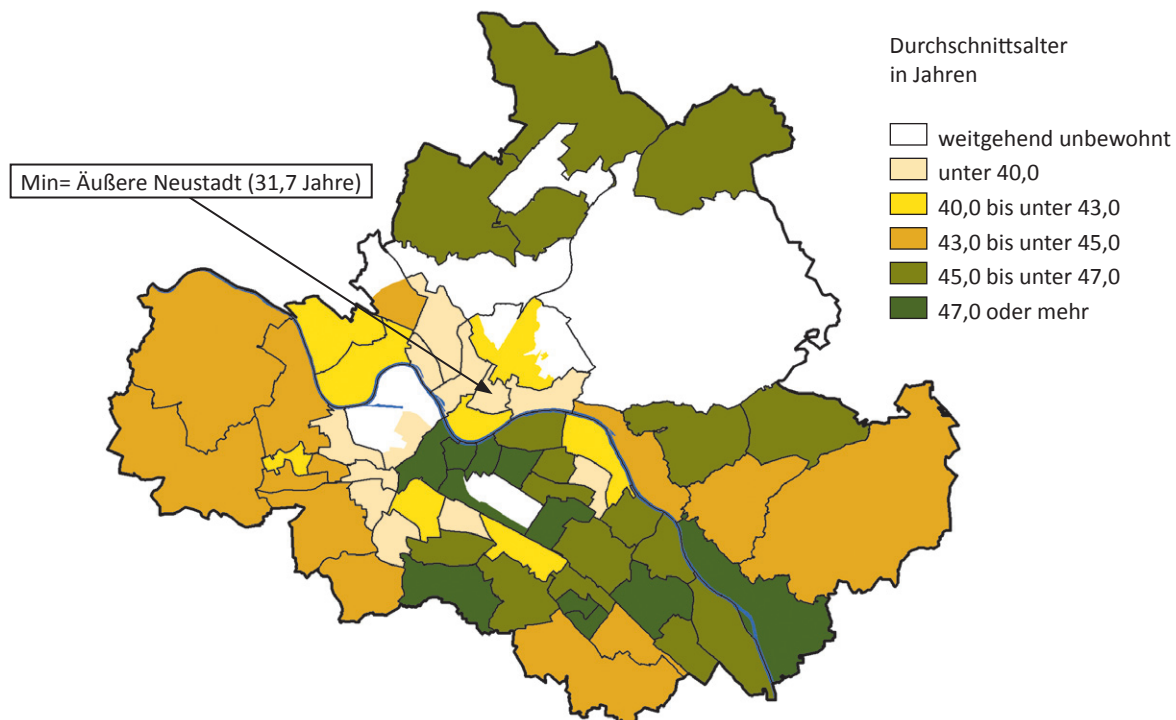


Abbildung 94: Durchschnittsalter insgesamt 2013
Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2014c

8.3 Lebensumgebung

Das tägliche Leben ist geprägt durch viele Einflüsse. So auch im Leben älterer Menschen. Oberstes Ziel ist es, das Leben selbstbestimmt gestalten zu können, wenn auch nicht immer selbstständig, aber eigenständig. Hierzu werden im Folgenden drei Aspekte betrachtet, welche ein selbstbestimmtes Leben und Wohnen älterer Menschen beeinflussen.

8.3.1 Sicherheit bei den alltäglichen Verrichtungen

Sicherheit bei den alltäglichen Verrichtungen bedeutet, dass eine barrierefreie Wohngestaltung vorhanden ist, so dass das Verbleiben in der vertrauten Umgebung möglich ist. Die Dresdner Bevölkerung wurde daher zu ihrer Wohnumgebung befragt. In der Bevölkerungsgruppe der Rentner und Rentnerinnen (65 Jahre und älter) gaben 20 Prozent einen barrierefreien Zugang zu ihrer Wohnung an und 30 Prozent hatten in ihrem Wohnhaus einen Personenaufzug. Die Wohnungen dieser Personen sind nach eigenem Empfinden mit 31 Prozent altersgerecht und zu 13 Prozent rollstuhlgerecht gestaltet. Gut 51 Prozent sehen die Ausstattung ihrer Wohnung dabei als zeitgemäß an (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Bezogen auf die Altersgruppe 55 Jahre und älter empfinden etwa 38 Prozent der Befragten ihre Wohnumgebung als barrierefrei. 17 Prozent waren nicht dieser Meinung und nehmen fehlende Barrierefreiheit als Beeinträchtigung in ihrem täglichen Leben wahr. Gleiches Bild zeigt sich in der Frage nach den Gehwegen. In der Wichtigkeit waren die Befragten sich einig. 92 Prozent der Befragten empfinden einen guten Zustand der Gehwege als sehr wichtig bzw. wichtig. Mehr als 40 Prozent sind auch sehr zufrieden bzw. zufrieden mit den Zuständen der Dresdner Gehwege. 29 Prozent sind jedoch völlig unzufrieden bzw. unzufrieden (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

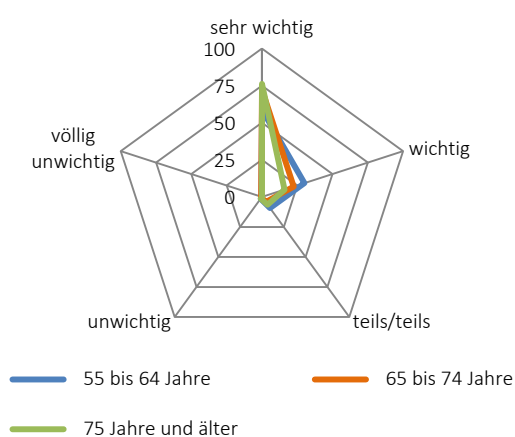


Abbildung 95: Wichtigkeit „Gehwegzustand“
Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

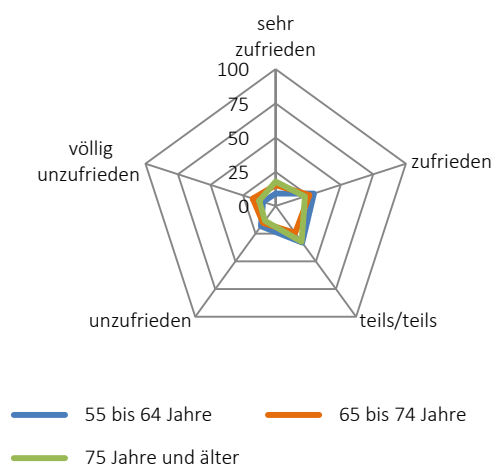


Abbildung 96: Zufriedenheit „Gehwegzustand“
Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

Einigkeit besteht in der Verfügbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel. Diese sieht die Altersgruppe ab 55 Jahre als besonders wichtig an und ist mit dieser auch sehr zufrieden (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

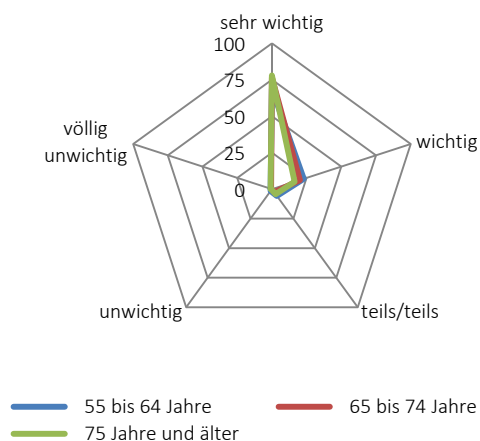


Abbildung 97: Wichtigkeit „Verfügbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel“
Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

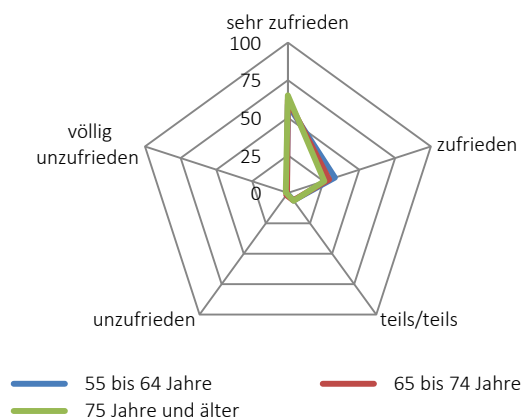


Abbildung 98: Zufriedenheit „Verfügbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel“
Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

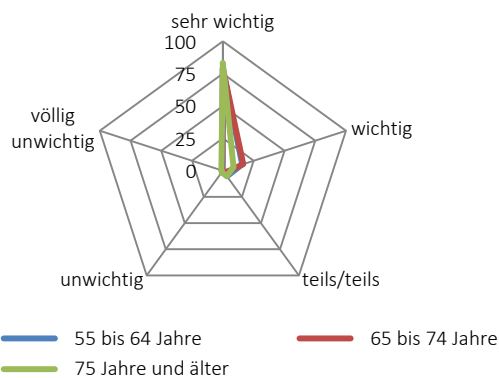


Abbildung 99: Wichtigkeit „Öffentliche Sicherheit“
Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

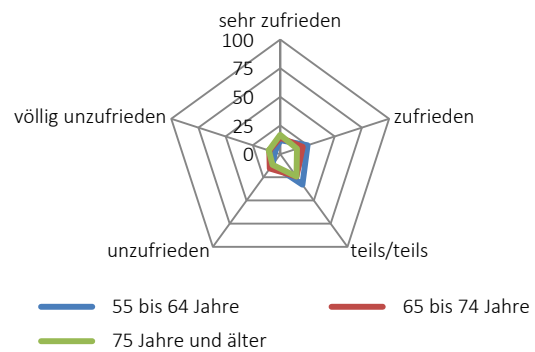


Abbildung 100: Zufriedenheit „Öffentliche Sicherheit“
Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

Ein weiterer Punkt war die Frage nach der öffentlichen Sicherheit und dem Schutz vor Kriminalität. Diesen Bereich sehen die älteren Dresdner Bürgerinnen und Bürger als sehr wichtig an, jedoch sind sie damit weniger zufrieden und sehen eher eine Beeinträchtigung darin (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

8.3.2 Sicherheit bei der Versorgung

Eine ausreichende Versorgungssicherheit ist gewährleistet, wenn im Bedarfsfall hauswirtschaftliche oder pflegerische Hilfen zur Verfügung stehen. Wohnen und spezifische Dienstleistungen sollen kombinierbar sein. Voraussetzung ist dabei eine angemessene und ressourcenreiche Umwelt, welche mögliche Einschränkungen bzw. Kompetenzeinbußen bei älteren Menschen kompensieren kann. Dies wiederum setzt Kooperationen zwischen den agierenden Kernakteuren voraus (Pucher, 2015). Die Landeshauptstadt hat es sich schon seit einigen Jahren zur Aufgabe gemacht, die Versorgungssicherheit sicherzustellen. Hierbei sind Instanzen geschaffen worden, welche unter anderem Koordination und Kooperationen analysieren, evaluieren und ständig versuchen zu optimieren. Beispielhaft sei das Dresdner-PflegeNetz zu nennen. Dieses agiert seit 2011 mit dem Ziel, Akteure und Strukturen zu vernetzen, um Bürgerinnen und Bürger helfen zu können, welche durch eventuelle Kompetenzeinbußen auf Hilfe angewiesen sind (PflegeNetz Dresden, 2015).

Im Rahmen der Kommunalen Bürgerumfrage wurden die Dresdnerinnen und Dresdner hinsichtlich der Wichtigkeit und Zufriedenheit einzelner Lebensbedingungen befragt. Im Kontext zur Versorgungssicherheit sollen an dieser Stelle die Fragen dargestellt werden nach der gesundheitlichen Versorgung, Unterstützung speziell für ältere Menschen und das Vorhandensein von Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen. Die erste Frage zielte auf die Wichtigkeit und Zufriedenheit der gesundheitlichen Versorgung ab. In der Altersgruppe der 55-Jährigen und älter zeigte sich ein ausgeprägtes Bild hinsichtlich der Wichtigkeit. Gut 92 Prozent sahen diesen Bereich als sehr wichtig bzw. wichtig an. Rund 75 Prozent sind mit der Ausgestaltung sehr zufrieden bzw. zufrieden, 5 Prozent sehen aber einen Verbesserungsbedarf. Im Bereich der medizinischen Versorgung sind ähnliche Werte erkennbar. Auf die Frage ob Allgemeinmediziner ausreichend in der Nähe des Wohngebietes vorhanden sind, bestätigten dies, 75 Prozent der Befragten in der Altersgruppe ab 55 Jahre (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

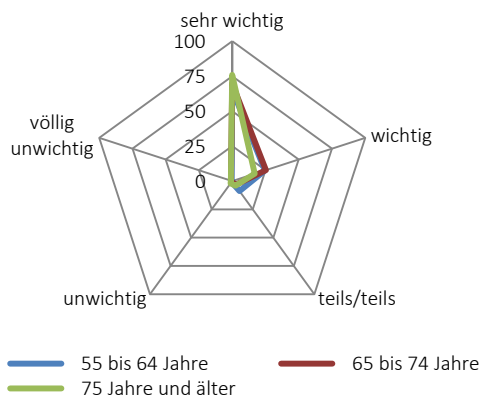


Abbildung 101: Wichtigkeit „Gesundheitliche Versorgung“

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

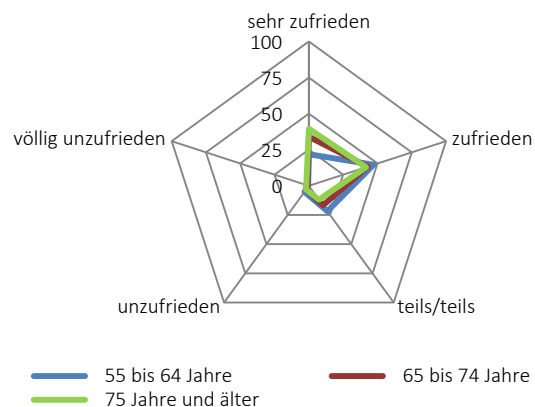


Abbildung 102: Zufriedenheit „Gesundheitliche Versorgung“

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

Weiterhin gab es die Fragen nach der Unterstützung für ältere Menschen und nach Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen. Einigkeit bestand jeweils in der Wichtigkeit beider Fragen. Die Wichtigkeit in beiden Fragen nimmt mit dem Alter zu.

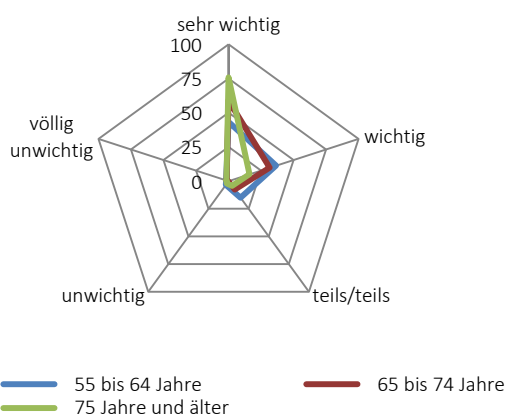


Abbildung 103: Wichtigkeit „Unterstützung speziell für ältere Menschen“

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

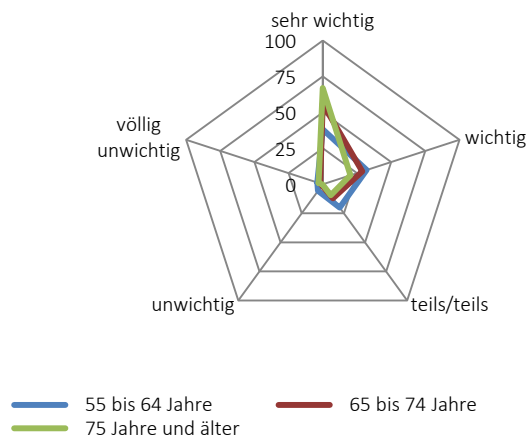


Abbildung 104: Wichtigkeit „Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen“

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

Bezüglich der Zufriedenheit kann an dieser Stelle keine Aussage getroffen werden, da ein hoher Anteil der Befragten angab dies nicht beurteilen zu können.

8.3.3 Soziale Umgebung

Die Bevölkerung ab 55 Jahren zeigt bei der Zufriedenheit hinsichtlich ihrer Wohngegend ein eindeutiges Bild. 87 Prozent sind sehr zufrieden bis zufrieden. Weiterhin konnte im Rahmen der Kommunalen Bürgerumfrage festgestellt werden, dass die Dresdner ab 55 Jahren mit ihrer Stadt mit 85 Prozent sehr zufrieden bzw. zufrieden sind (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Was die Sicherheit der sozialen Beziehungen anbelangt, so wünschen sich ältere Menschen ein stabiles Umfeld mit vertrauten Menschen und Netzwerken. Verlässliche 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. Gut 85 Prozent der befragten Altersgruppe sahen es als sehr wichtig bzw. wichtig an, dass in ihrem Wohnumfeld eine gute Nachbarschaft besteht. 76 Prozent waren damit in ihrem Umfeld auch sehr zufrieden bzw. zufrieden. Nur vier Prozent waren unzufrieden bzw. sehr unzufrieden mit ihrem nachbarschaftlichen Umfeld (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

8.4 Gesundheitszustand 50+

In diesem Abschnitt werden altersbezogene Aspekte betrachtet, welche den Gesundheitszustand der älteren Bürgerinnen und Bürger abbilden. Die Altersdefinition 50+ orientiert sich an der Definition der WHO. Hintergrund ist, dass bereits ein frühzeitiges Ansetzen von präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen die Wahrscheinlichkeit für ein gesundes Altern wesentlich erhöht. Wer frühzeitig gelernt hat, individuelle Maßnahmen für sich umzusetzen und wer in einer gesundheitsförderlichen Arbeits-, Wohn- und Lebenssituation lebt, kann auch im Alter körperlich und geistig gesund sein und Wohlbefinden erfahren. Die zu fokussierende Zielgruppe bezieht somit den Übergang vom Erwerbsleben ins Rentenleben mit ein. Altern wird damit als Prozess verstanden.

Wie im Kapitel zur Demografie bereits beschrieben, leben Dresden leben rund 536 000 Menschen (2013). Der Anteil der über 50-Jährigen in Dresden liegt derzeit bei etwa 39 Prozent. Im Einzelnen beträgt der Anteil der 50- bis 59-Jährigen 11,8 Prozent, der Anteil der 60- bis 74-Jährigen etwa 16 Prozent und der Anteil der über 74-Jährigen liegt bei rund 11 Prozent. Prognosen zufolge wird der Anteil der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen bis 2025 um 3,6 Prozent abnehmen, während die Anteile der 60- bis 64-Jährigen wie auch der über 65-Jährigen um 18,4 Prozent bzw. 14,4 Prozent in der Bevölkerung zunehmen werden (Kommunale Statistikstelle, 2014a).

8.4.1 Subjektive Einschätzung

Im Rahmen der Kommunalen Bürgerumfrage von 2014, wurden das Wohlbefinden und der subjektive Gesundheitszustand der Dresdner Bürgerinnen und Bürger abgefragt. Angaben für das Alter ab 50 Jahren können an dieser Stelle nicht gegeben werden, da kardinalskaliert die relevante Gruppe bei 55 Jahren beginnt.

Grundlegend ist zu erkennen, dass nur ein geringer Anteil der Befragten ein schlechtes Wohlbefinden bzw. einen schlechten Gesundheitszustand angaben. Das Wohlbefinden wird dabei bei älteren Menschen besser beurteilt als der Gesundheitszustand (Kommunale Statistikstelle, 2015c; Abbildung 105). Dies deckt sich mit den Ergebnissen der letzten Jahre.

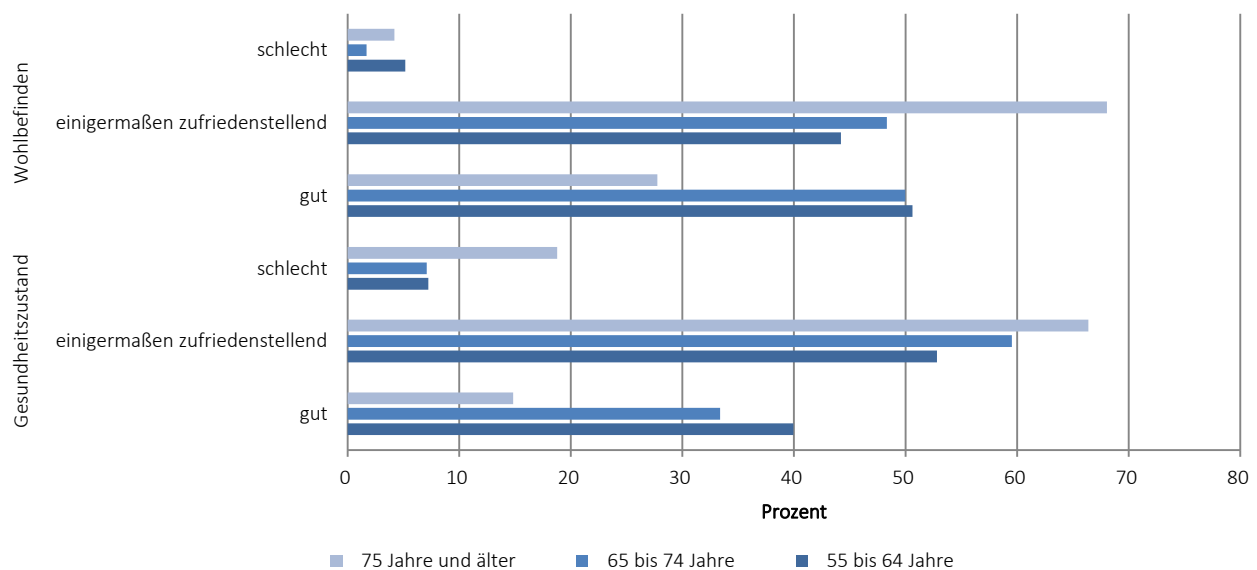


Abbildung 105: Gesundheitszustand und Wohlbefinden ab 55 Jahren

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

Die Personen in den untersuchten Altersgruppen wurden zudem befragt, welche Faktoren am stärksten ihre Gesundheit und Wohlbefinden beeinträchtigen. Hinsichtlich Lärm waren sich alle Befragten einig, dass dieser Gesundheit und Wohlbefinden belastet. Die Wahrnehmung, dass das Alleinsein Gesundheit und Wohlbefinden beeinträchtigen, steigt mit dem Alter an (in den betrachteten Altersgruppen). Dies trifft ebenso auf die Unfallgefahr im Straßenverkehr zu. Gegenteilig verhält es sich mit der Wahrnehmung bei der Frage nach der finanziellen Situation. Hierbei sehen die Befragten, mit steigendem Alter, weniger eine Beeinträchtigung in Gesundheit und Wohlbefinden (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

8.4.2 Krankenhausfälle

Im Alter nehmen Gesundheitsprobleme sowie die Dauer und Schwere von Erkrankungen zu. Nicht selten werden Krankheiten chronisch. Ein weiterer Aspekt ist die Multimorbidität. Diesbezüglich erlauben die verfügbaren Daten für Dresden keine Aussage. Es bleibt jedoch zu erwähnen, dass im Alter Patientinnen und Patienten häufig an mehr als nur einer chronischen Erkrankung leiden und dies mit erhöhtem Bedarf an ärztlicher Versorgung sowie der vermehrten Einnahme von Arzneimitteln einhergeht (BMFSFJ, 2010). Hier bedarf es eines gut funktionierenden medizinischen wie auch pflegerischen Versorgungssystems, welches insbesondere den Anforderungen multimorbider Patienten gerecht wird.

Tabelle 24: Die 10 häufigsten Krankenhausfälle nach Hauptdiagnosen und Altersgruppen in 2013 - Patientenhauptwohnsitz Dresden

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2015b

Männlich				Weiblich		
ICD	Diagnose	absolut	Rang	ICD	Diagnose	absolut
50-60 Jahre						
F10	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol	531	1	F10	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol	148
K40	Hernia inguinalis	133	2	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	134
S06	Intrakranielle Verletzung	105	3	K80	Cholelithiasis	121
I21	Akuter Myokardinfarkt	105	4	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschl. des oberen Sprunggelenkes	93
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus	100	5	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	89
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	95	6	F33	Rezidivierende depressive Störung	87
K70	Alkoholische Leberkrankheit	91	7	M54	Rückenschmerzen	86
I70	Atherosklerose	90	8	S52	Fraktur des Unterarmes	84
N20	Nieren- und Ureterstein	79	9	K57	Divertikulose des Darmes	71
K80	Cholelithiasis	71	10	D25	Leiomyom des Uterus	70
60-70 Jahre						
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	211	1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	161
I50	Herzinsuffizienz	202	2	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	157
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	183	3	M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	140
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankheit	179	4	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	140
K40	Hernia inguinalis	165	5	M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes)	126
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus	149	6	S52	Fraktur des Unterarmes	119
I21	Akuter Myokardinfarkt	147	7	K80	Cholelithiasis	105
F10	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol	138	8	N81	Genitalprolaps bei der Frau	99
N40	Prostatahyperplasie	125	9	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschl. des oberen Sprunggelenkes	99
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	124	10	M54	Rückenschmerzen	92

Fortsetzung Tabelle 24

Männlich				Weiblich		
ICD	Diagnose	absolut	Rang	ICD	Diagnose	absolut
70-80 Jahre						
I50	Herzinsuffizienz	424	1	I48	Herzinsuffizienz	346
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflat- tern	248	2	I50	Vorhofflimmern und Vorhofflat- tern	319
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	237	3	M17	Gonarthrose (Arthrose des Knie- gelenkes)	291
E11	Nicht primär insulinabhängiger Di- abetes mellitus	236	4	M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftge- lenkes)	246
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	230	5	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	216
K40	Hernia inguinalis	221	6	M54	Rückenschmerzen	211
I63	Hirnfarkt	216	7	H25	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	196
C34	Bösartige Neubildung der Bron- chien und der Lunge	203	8	S52	Fraktur des Unterarmes	194
I21	Akuter Myokardinfarkt	199	9	S06	Intrakranielle Verletzung	186
C67	Bösartige Neubildung der Harn- blase	197	10	E11	Nicht primär insulinabhängiger Di- abetes mellitus	167
80 Jahre und älter						
I50	Herzinsuffizienz	394	1	I50	Herzinsuffizienz	634
S06	Intrakranielle Verletzung	210	2	S06	Intrakranielle Verletzung	558
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	200	3	S72	Fraktur des Femurs	449
I63	Hirnfarkt	186	4	I63	Hirnfarkt	376
I21	Akuter Myokardinfarkt	152	5	H25	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	315
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	142	6	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	258
S72	Fraktur des Femurs	138	7	E86	Volumenmangel	236
C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	132	8	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	229
C67	Bösartige Neubildung der Harn- blase	130	9	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflat- tern	214
H25	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	125	10	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	174

Betrachtet man die häufigsten Krankenhausfälle, getrennt nach den Geschlecht und Alter, so zeigen sich spezifische Unterschiede (Statistisches Landesamt Sachsen, 2015b; Tabelle 24). Herzkreislauf Erkrankungen treten, mit zunehmendem Alter, gehäuft bei beiden Geschlechtern auf. Die Diagnose Psychische Verhaltensstörung durch Alkohol ist, wie in den vergangenen Jahren, bei beiden Geschlechtern stark vertreten. Auffällig ist die Verschiebung und Zunahme der Problematik bei Frauen. Ebenso sind chirurgische Diagnosen (z. B. Frakturen des Unterarms bzw. des Oberschenkelknochens) häufig ein Grund für eine stationäre Behandlung, dabei sind Frauen wesentlich häufiger davon betroffen.

8.5 Häufigste Todesursachen

Die häufigsten Todesursachen wurden im Vorfeld untersucht. An dieser Stelle erfolgt altersbezogen eine differenzierte Betrachtung. Die Sterblichkeit nimmt mit den Jahren deutlich zu. Die häufigsten Todesursachen, wie sie im Kapitel Gesundheitszustand allgemein beschrieben wurden, sind auch die des Alters. Bei der prozentualen Betrachtung der Anteile der über 65-Jährigen ergab sich folgendes Bild: Der Anteil, der über 65 Jährigen an den Personen, die durch Krankheiten des Kreislaufsystems gestorben sind, beträgt fast 96 Prozent. Dabei ist der Anteil der Frauen höher, als der der Männer. Bei der Todesursache durch Neubildungen, entfielen auf die Altersgruppe knapp 87 Prozent. Geschlechterspezifisch waren hierbei die Anteile gleich. Der Anteil der über 65 Jährigen an den Gestorbenen durch Krankheiten der Atmungsorgane lag bei rund bei 96 Prozent. Hierbei starben mehr Männer als Frauen. Bei den Krankheiten des Verdauungssystems waren etwa 79 Prozent der Gestorbenen 65 Jahre und älter (Statistisches Landesamt Sachsen, 2015a).

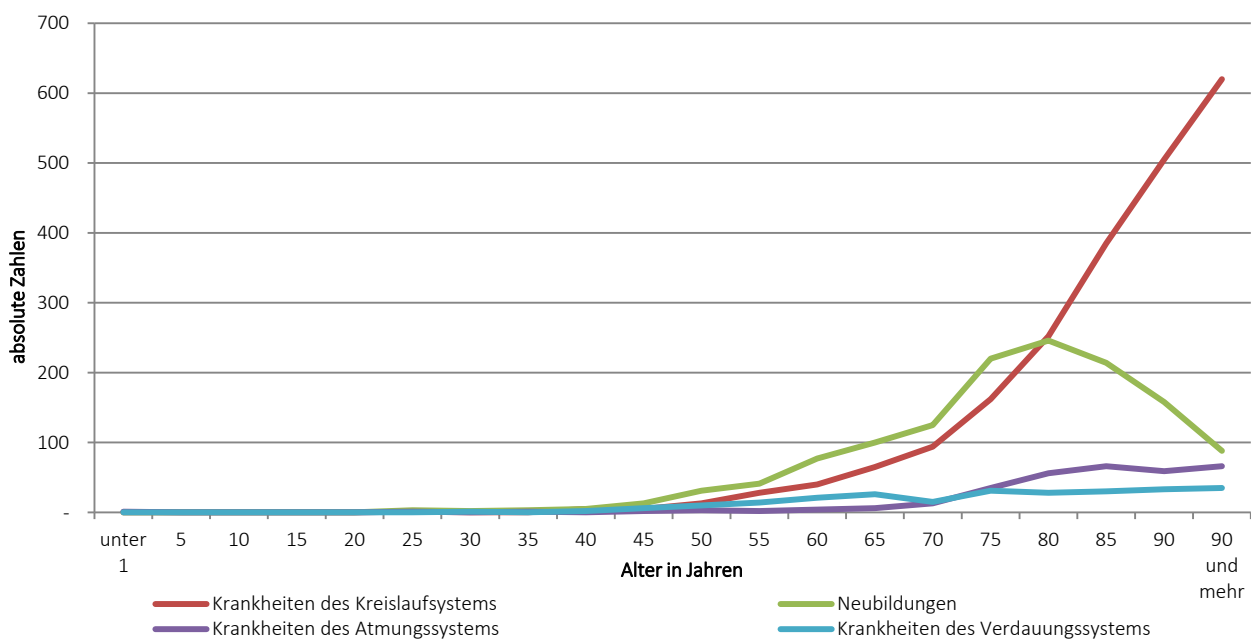


Abbildung 106: Die vier häufigsten Todesursachen nach Alter für Dresden 2013

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2015a

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 mellitus 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. Des Weiteren können Daten, aufgrund der kategorialen Alterseinteilung erst ab 55 Jahren aufgezeigt werden, welche nachfolgend Beachtung finden.

8.6.1 Alkohol, Rauchen und Übergewicht

Die Thematik Alkohol erfuhr in der letzten Kommunalen Bürgerumfrage erstmalig Betrachtung. Dabei wurden die Bürger hinsichtlich Frequenz und Menge befragt. Erkennbar ist, dass die Häufigkeit mit steigendem Alter abnimmt (Kommunale Statistikstelle, 2015c; Tabelle 25). Stationäre Aufenthalte in Folge Alkoholkonsums nahmen besonders in der Altersgruppe der 55- bis 60-Jährigen und der über 75-Jährigen bei beiden Geschlechtern in den letzten Jahren zu. Auch im Rahmen der ambulanten Beratung in den Dresdner Suchtberatungs- und Behandlungsstellen kam es zu einer Zunahme der 50- bis 59-Jährigen in Folge des Konsums von Alkohol.

Tabelle 25: Häufigkeit des Alkoholkonsums unabhängig von der Menge

Quelle: Kommunale Statistikstelle, 2015c

Angaben in Prozent	nie	einmal im Monat oder seltener	2 bis 4 mal im Monat	2 bis 3 mal in der Woche	4 mal in der Woche oder öfter
55 bis 64 Jahre	12	19	27	28	13
65 bis 74 Jahre	17	26	24	24	9
75 Jahre und älter	24	26	22	20	8

Auf die Frage wie viele alkoholische Getränke die Befragten konsumieren, wenn sie Alkohol trinken, war die Antwort fast ausschließlich ein oder zwei alkoholische Getränke. Hinsichtlich der Häufigkeit des intensiven Trinkens (fünf oder mehr alkoholische Getränke) gaben 80 Prozent der 55- bis 64-Jährigen, 88 Prozent der 65- bis 74-Jährigen und 89 Prozent der über 74-Jährigen an, dies nie bzw. seltener als einmal im Monat zu tun. Neun Prozent (55- bis 64-Jährige), drei Prozent (65- bis 74-Jährige) und fünf Prozent (75 Jahre und älter) trinken jedoch intensiv jede Woche bzw. fast jeden Tag (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Im Bereich des Rauchens sind ältere Bürgerinnen und Bürger überwiegend Nichtraucher. 84 Prozent der 55- bis 64-Jährigen, 92 Prozent der 65- bis 74-Jährigen und 98 Prozent der über 75-Jährigen gaben an Nichtraucher zu sein. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Nichtraucher. Rentner rauchen mit einem Anteil von unter zehn Prozent am wenigsten. (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

(Anmerkungen im Rahmen der Mikrozensus Berechnung: Daten „männlich 65 Jahre und älter - Adipös“ [Dresden] konnten nicht eingeschlossen werden, da die Datenlage für eine Hochrechnung zu gering war [weniger als 50 Fälle]. Daten „männlich 45 bis 64 Jahre - Übergewicht“ und „weiblich 45 bis 64 Jahre - Übergewicht“ [Dresden] besitzen geringe Aussagekraft da nicht genug Daten zur Verfügung standen [< 70 bis 100 Personen])

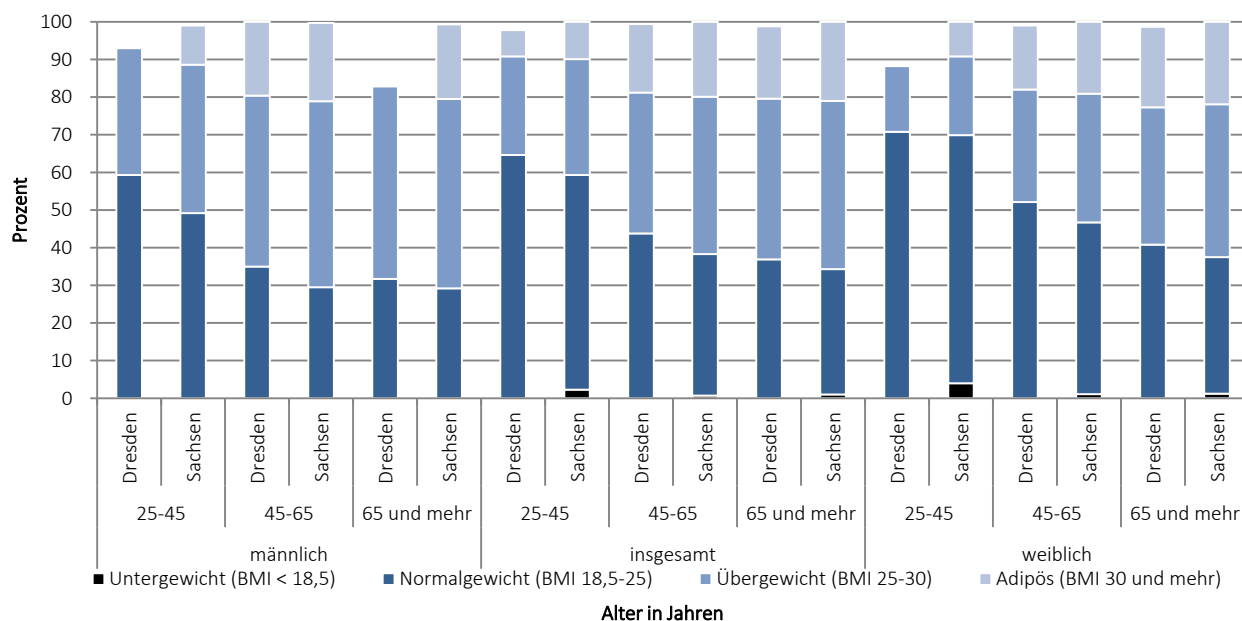


Abbildung 107: Body-Maß-Index nach Altersgruppen und Geschlecht – Dresden und Sachsen 2013

Quelle: Statistisches Landesamt, 2013c

Die Thematik Übergewicht kann nur durch Daten des Mikrozensus betrachtet werden. Die dargestellten Ergebnisse stammen aus dem Jahr 2013. Betrachtungsgegenstand ist dabei die Bevölkerung im Alter ab 18 Jahren. Auf Grundlage von Hochrechnungen können repräsentative Daten ermittelt werden. Erkennbar ist die Abnahme des Normalgewichts. Wiederum nimmt der Anteil der übergewichtigen bzw. adipösen Personen mit steigendem Alter zu (Statistisches Landesamt, 2015e). Diese Tatsache spiegelt sich auch in der Frage wider, inwieweit Wohlbefinden und Gesundheit durch Übergewicht beeinträchtigt werden. Kumuliert betrachtet, gaben etwa neun Prozent der 55- bis 64-Jährigen, etwa acht Prozent der 65- bis 74-Jährigen und rund sechs Prozent der 75-Jährigen und Älteren an, dass Übergewicht sich beeinträchtigend auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirkt (Kommunale Statistikstelle, 2015c). Des Weiteren ist ersichtlich, dass männliche Personen weniger normalgewichtig sind als weibliche.

8.6.2 Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität ist eine Präventionsmaßnahme gegen Übergewicht und koronare Erkrankungen sowie eine allgemeine Maßnahme zur Erhaltung der körperlichen Fitness und zur Sturzprävention, wie auch der allgemeinen Gesundheitsförderung. Diesbezüglich wurden die älteren Dresdnerinnen und Dresdner gefragt wie oft sie Sport treiben. Während in der Kommunalen Bürgerumfrage von 2012 noch 43 Prozent der 55- bis 64-Jährigen zwei- bis dreimal täglich, fast täglich bzw. täglich sportlich aktiv war, sind dies 2014 etwa 10 Prozent weniger. Bei den 65- bis 74-Jährigen sind etwa 40 Prozent sowohl in der Befragung von 2012 wie auch 2014 regelmäßig sportlich aktiv (d. h. zwei- bis dreimal täglich, fast täglich bzw. täglich). Ebenso verhält es sich bei den 75-Jährigen und älter, die zu rund 30 Prozent sowohl in 2012 wie auch in 2014 regelmäßige Aktivität angaben. Laut eigenen Angaben sind die 65- bis 74-Jährigen führend in der Häufigkeit des Sporttreibens. Den größten Anteil der Befragten, welcher selten oder nie Sport treibt, haben die 75-Jährigen und Älteren mit etwa 50 Prozent sowohl im Jahr 2012 als auch in 2014 (Kommunale Statistikstelle, 2013 und 2015c).

Aus der Kommunalen Bürgerumfrage von 2010 ist bekannt, dass die Arten der körperlichen Aktivität sehr vielfältig sind. Menschen der Generation 55 Plus nutzen Spazierengehen, Nordic Walking oder Gartenarbeit als körperliche Aktivität. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen zur Frage, was eine gesunde Stadt für die Bürgerschaft ausmacht. So nennen mehr als 60 Prozent der Befragten über 55 Jahren, dass eine gesunde Stadt sich vor allem durch eine gute Durchgrünung, Parkflächen wie auch Schrebergärten auszeichnet.

Anhand der Zahlen des Stadtsportbundes Dresden wird deutlich, dass die aktiven Mitglieder der Altersgruppe 50+ stetig ansteigen. Dies spricht für immer älter werdende und aktive Menschen

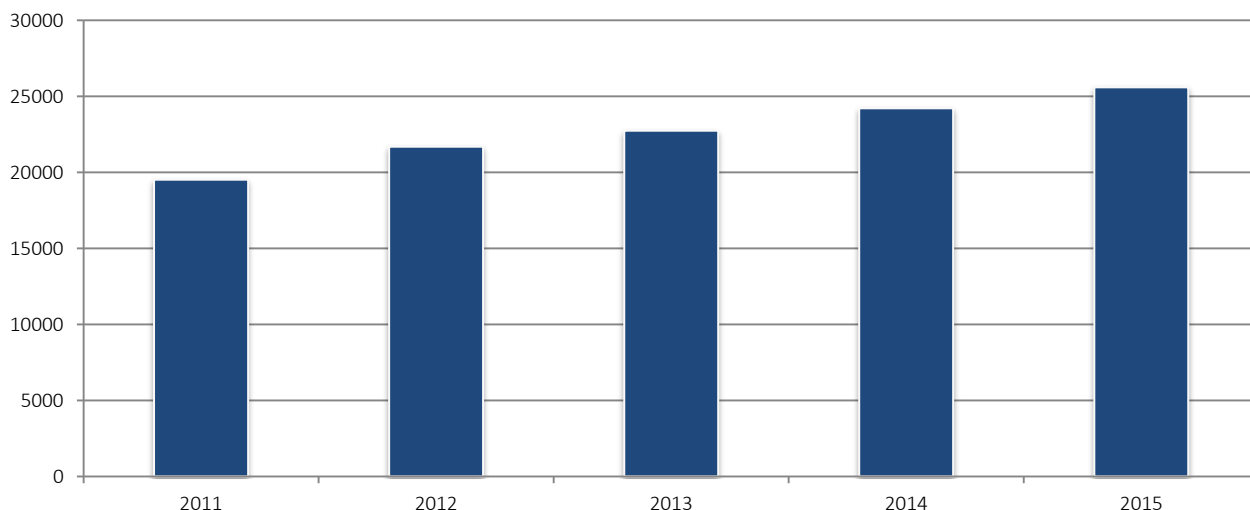


Abbildung 108: Mitgliederzahlen der Altersgruppe 50+ - Stadtsportbund Dresden e.V.

Quelle: Stadtsportbund Dresden, 2015

Ältere Menschen in Dresden gaben monatlich für Sport und Fitness in 2012 84 Euro und in 2014 54 Euro aus (Kommunale Bürgerumfrage, 2012 und 2014). Zudem engagieren sie sich häufig ehrenamtlich im Sportbereich. In der KBU von 2012 beträgt der durchschnittliche monatliche Zeitaufwand zwischen 13,6 Stunden (75 Jahre und älter), 19,1 Stunden (65 bis 74 Jahre) und 17,4 Stunden (55 bis 64 Jahre).

In der Kommunalen Bürgerumfrage von 2012 und 2014 wurde auch nach der Wichtigkeit bzw. Zufriedenheit mit Freibädern, Hallenbädern und Sportanlagen gefragt. Für ältere Menschen sind diese Einrichtungen ähnlich wichtig wie für jüngere Altersgruppen, da bestehen nur geringfügige Unterschiede. Erst ab dem 75. Lebensjahr sind diese Einrichtungen von geringerer Bedeutung. Allerdings sind ältere Personen wie auch jüngere Personen weniger zufrieden mit dem derzeitigen Bestand in Dresden.

8.7 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, um 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 Fünftel 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 deutlich geringer, aber trotz des eigenen hohen Alters engagieren sich zehn Prozent (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

Die Bürgerinnen und Bürger wurden zudem befragt, welche stadtweiten Angebote sie wie häufig nutzen. Die Bevölkerungsgruppe ab 55 Jahren besucht gern Volks- und Stadt(teil)festen, gefolgt von Parkanlagen und Wochenmärkten. Weniger genutzt werden kulturelle Einrichtungen und Angebote, wie z. B. Opernhaus, Staatsoperette, Open-Air-Veranstaltungen oder Sozio- und Stadtteilkultureinrichtungen. Auffällig war die geringe Nutzung von Seniorenbegegnungsstätten. Die Befragten gaben dabei drei Hauptgründe an. Zum einen hatten sie kein Interesse an diesem Angebot und zum anderen sprach sie das Angebot sprach nicht an. Ferner waren das Alter und die Gesundheit Grund dafür, dass Seniorenbegegnungsstätten wenig besucht wurden (Kommunale Statistikstelle, 2015c).

8.8 Zusammenfassung

Die Bevölkerungsgruppe 50+ wird immer älter und wird deutlich zunehmen, wobei der Altenquotient in Dresden sich kaum verändern wird.

Die Altersstruktur ist in den Ortsämtern unterschiedlich. „Ältester“ Stadtteil mit einem Durchschnittsalter von über 54,5 Jahren war zum sechsten Mal in Folge die südliche Johannstadt, gefolgt von dem früheren langjährigen Spitzenreiter, der Wilsdruffer Vorstadt mit 52 Jahren. Am stärksten alterte Weißig: Hier nahm das Durchschnittsalter im letzten Jahr von 45,6 auf 46,1 Jahre zu.

Die Lebensumgebung wird von älteren Menschen als positiv eingeschätzt. 76 Prozent waren mit ihrem nachbarschaftlichen Umfeld auch sehr zufrieden bzw. zufrieden.

Etwa 38 Prozent der Befragten über 55 Jahren schätzen ihre Wohnumgebung als barrierefrei ein. 17 Prozent waren nicht dieser Meinung und nehmen fehlende Barrierefreiheit als Beeinträchtigung in ihrem täglichen Leben war.

92 Prozent der Befragten empfinden einen guten Zustand der Gehwege als sehr wichtig bzw. wichtig. Mehr als 40 Prozent sind auch sehr zufrieden bzw. zufrieden mit den Zuständen der Dresdner Gehwege.

Ebenso finden sich eher hohe Zufriedenheitswerte bezüglich der medizinischen Versorgung.

Grundlegend ist zu erkennen, dass nur ein geringer Anteil der Befragten ein schlechtes Wohlbefinden bzw. einen schlechten Gesundheitszustand angaben. Das Wohlbefinden wird dabei bei älteren Menschen besser beurteilt als der Gesundheitszustand

Betrachtet man die häufigsten Krankenhausfälle, getrennt nach den Geschlecht und Alter, so zeigen sich spezifische Unterschiede: Herz-Kreislauf-Erkrankungen treten, mit zunehmendem Alter, gehäuft bei beiden Geschlechtern auf.

Ebenso sind chirurgische Diagnosen häufig ein Grund für eine stationäre Behandlung, dabei sind Frauen wesentlich häufiger davon betroffen.

Stationäre Aufenthalte in Folge Alkoholkonsums nahmen bei der älteren Bevölkerung in beiden Geschlechtern in den letzten Jahren zu. Auch im Rahmen der ambulanten Beratung in den Dresdner Suchtberatungs- und Behandlungsstellen kam es zu einer Zunahme der 50- bis 59-Jährigen in Folge des Konsums von Alkohol.

Im Bereich des Rauchens sind ältere Bürgerinnen und Bürger überwiegend Nichtraucher.

Der Anteil, der über 65-Jährigen an den Personen, die durch Krankheiten des Kreislaufsystems gestorben sind, beträgt fast 96 Prozent. Dabei ist der Anteil der Frauen höher, als der der Männer. Bei der Todesursache durch Neubildungen, entfielen auf die Altersgruppe knapp 87 Prozent. Geschlechterspezifisch waren hierbei die Anteile gleich. Der Anteil der über 65-Jährigen an den Gestorbenen durch Krankheiten der Atmungsorgane lag bei rund bei 96 Prozent. Hierbei starben mehr Männer als Frauen. Bei den Krankheiten des Verdauungssystems waren etwa 79 Prozent der Gestorbenen 65 Jahre und älter.

Menschen der Generation 55 Plus nutzen vorrangig Spaziergehen, Nordic Walking oder Gartenarbeit als körperliche Aktivität. Zudem engagieren sich ältere Menschen ehrenamtlich im Sportbereich. Für ältere Menschen sind Frei- und Hallenbäder sowie Sportanlagen ähnlich wichtig wie für jüngere Altersgruppen, da bestehen nur geringfügige Unterschiede.

Viele Bürgerinnen und Bürger von Dresden engagieren sich im Ehrenamt. Am stärksten engagiert sich die Gruppe der 65- bis 74-Jährigen. Ein Fünftel dieser Altersgruppe übernimmt regelmäßig ehrenamtliche Aufgaben, wobei dies vor allem Tätigkeiten im sozialen bzw. gesundheitlichen Bereich sind.

Quellenverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) (2001): Definition der Adipositas.

URL: <http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=8> [Aufruf am: 25.04.2016].

Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hrsg.) (2015): Kinderwunsch in Deutschland.

URL: <http://www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/bevoelkerungsdynamik/auswirkungen/kinderwunsch-in-deutschland.html> [Aufruf am 22.12.2015].

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2007): Familienatlas 2007.

URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Familienatlas-2007,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Aufruf am: 20.11.2015].

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland . Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2010): Übereinkommen über die Rechte des Kindes.

URL: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/_C3_9Cbereinkommen-_C3_BCber-die-Rechte-des-Kindes,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf [Aufruf am: 25.04.2016].

Borutta et al. (2010): Bedingungsgefüge der frühkindlichen Karies. Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde, 2010 (32): 58-63.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2013): Lebenslagen in Deutschland. Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung. Der Vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn.

Bundesagentur für Arbeit (2015): Arbeitsmarkt in Zahlen, Arbeitsmarktreport Juni 2015 für Kreise und kreisfreie Städte Dresden, Stadt. Nürnberg.

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) (2005): The Demographic Future of Europe – Facts, Figures, Policies. Ergebnisse der Population Policy Acceptance Study (PPAS). Wiesbaden.

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2015): Durchschnittsalter der Bevölkerung.

URL: <http://www.bib-demografie.de> [Aufruf am 18.11.2015].

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2014): Ergebnisse auf einen Blick. Stand: Dezember 2014.

URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/05_ergebnisse_auf_einen_blick.pdf?__blob=publicationFile&v=22. [Aufruf am 27.08.2015].

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2015): Rentenversicherung in Zahlen 2015. Berlin.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung; Bundesministerium für Gesundheit (BMG); Bundesärztekammer (BÄK) (Hrsg.) (2016): S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen, 1. Auflage. Version 1. 2016.

URL: <http://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/literatur/s3-ii-methamphetamin-bezogene-stoerungen-konsultation.pdf> [Aufruf am 29.07.2016].

Gesundheitsamt Dresden (2015): Daten der Frühen Gesundheitshilfen. Dresden.

Gesundheitsamt Dresden (2016): Daten des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und der Kinder- und Jugendzahnklinik. Dresden.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015): Methodische Erläuterungen - Die Berechnung der vermeidbaren Sterblichkeit.

URL: https://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=14552#m1 [Aufruf am 19.06.2015].

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015a): Säuglingssterblichkeit.

URL: https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=74151110&nummer=525&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=45130684 [Aufruf am 22.06.2015].

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016): Vollkräfte in Krankenhäusern und Vorsorge oder Rehabilitationseinrichtungen (Anzahl), Belastung nach Betten und Fällen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Ärzte und nichtärztliches Personal, Einrichtungsmerkmale. URL: <https://www.gbe-bund.de> [Aufruf am 18.1.2016].

Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., U. Ravens-Sieberer, U., Mauz, E., KiGGS Study Group (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Berlin.

KISS (2011): Daten zu Selbsthilfegruppen in Dresden. Interner Bericht der Kommunalen Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen. Dresden.

KISS (2016): Daten zu Selbsthilfegruppen in Dresden. Interner Bericht der Kommunalen Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen. Dresden.

Kistler, E., Bäcker, G. & Trischler, F. (2010): 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 (2007): Statistische Mitteilungen. Arbeit und Soziales 2007. Dresden.

Kommunale Statistikstelle (2008): Kommunale Bürgerumfrage 2007. Dresden.

Kommunale Statistikstelle (2011): Kommunale Bürgerumfrage 2010. Dresden.

Kommunale Statistikstelle (2013): Kommunale Bürgerumfrage 2012. Dresden.

Kommunale Statistikstelle (2013a): Arbeit und Soziales 2012. Dresden.

Kommunale Statistikstelle (2014): Zusammengefasste Geburtenziffer deutscher Großstädte. Dresdner Zahlen aktuell. 10/2014. Dresden.

Kommunale Statistikstelle (2014a): Statistische Mitteilungen. Bevölkerungs-prognose 2014. Dresden.

Kommunale Statistikstelle (2014b): Säuglingssterblichkeit. Interner Bericht. Dresden.

Kommunale Statistikstelle (2014c): Statistische Mitteilungen. Arbeit und Soziales 2013. Dresden.

Kommunale Statistikstelle (2014d): Bevölkerungsbewegung 2013. Dresden.

Kommunale Statistikstelle (2014e): Gesundheitsversorgung. Interner Bericht. Kamenz.

Kommunale Statistikstelle (2015): Statistische Mitteilungen. Bevölkerung und Haushalte 2014. Dresden.

Kommunale Statistikstelle (2015a): Demografiemonitor. Dresden.

Kommunale Statistikstelle (2015b): Dresden in Zahlen. II. Quartal 2015. Dresden.

Kommunale Statistikstelle (2015c): Kommunale Bürgerumfrage 2014. Dresden.

Kommunale Statistikstelle (2015d): Dresden in Zahlen. I. Quartal 2015.

Kommunale Statistikstelle (2015e): Menschen mit Behinderungen. Interner Bericht. Dresden

Kommunale Statistikstelle (2015f): Daten zu Äquivalenzeinkommen. Interner Bericht. Dresden.

Kommunale Statistikstelle (2016): Statistisches Informationssystem der Landeshauptstadt Dresden. Dresden.

Konsensuspapier (2015): Kariesprophylaxe beim Kleinkind: Ein ärztlich-zahnärztlicher Kompromiss. Ärzteblatt Sachsen. 2015 (8): 324 ff.

Kröhnert, S. & Klingholz, R. (2005): Emanzipation oder Kindergeld? Der europäische Vergleich lehrt, was man für höhere Geburtenraten tun kann. Sozialer Fortschritt [54] 12, 280-290.

Kromeyer-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.

Kurth, B.-M., Schaffrath Rosario, A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung -Gesundheitsschutz 2007. 50: 736-743.

Kurth, B.-M., Ellert, U. (2008): Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr? Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS. Deutsches Ärzteblatt 2008. 105(23): 406–12.

Landeshauptstadt Dresden (2009): Sportverhaltensstudie Dresden.

URL: http://www.dresden.de/media/pdf/sport/Auswertung_Sportverhaltensstudie.pdf [Aufruf am 02.03.2016].

Landeshauptstadt Dresden (2014): 2. Bildungsbericht. Dresden

Landeshauptstadt Dresden (2015): Pressemitteilung zu Asyl in Dresden vom 14.12.2015.

URL: https://www.dresden.de/de/rathaus/aktuelles/pressemitteilungen/2015/12/pm_033.php [Aufruf am 22.12.2015].

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2012): Indikator 3.57_01 (L).

Auffälligkeiten des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr.

URL: <https://www.lzg.nrw.de/00indi/0data/03/word/0305701052010.doc+&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=de> [Aufruf am: 25.04.2016].

Lenz, K., Fücker, M. (2005): Zweite Dresdner Kinderstudie. Wie Kinder in Dresden leben.

URL: http://www.kinderstudie.de/zdk/abschlussbericht_kinderstudie_2005.pdf [Aufruf am: 03.01.2012].

Lenz, K., Schlinzig, T., Stephan, Ch., Lehmann, M., Fehser, S. (2012): Dritte Dresdner Kinderstudie 2012. Lebenslagen Dresdner Mädchen und Jungen. Dresden.

URL: https://tu-dresden.de/gsw/phil/iso/mik/ressourcen/dateien/forsch/Kinderstudie/3DDKS__Bericht_130426?lang=de [Aufruf am 09.04.2016].

Losso, E., Tavares, M.C., Silva, J.Y., Urban, A. (2009): Severe early childhood caries: An integral approach. Journal of Pediatrics. 2009 (4): 295-300.

Micheelis, W., Schiffner, U. (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland 2005. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln 2006.

Oesterreich, D., Ziller, S. (2006): Präventionsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde - wichtige Krankheitsbilder und deren oralprophylaktischer Zugang. In: Kirch, W., Badura, B. (Hrsg.). (2006): Prävention. Springer Medizin Verlag Heidelberg.

PflegeNetz Dresden (2015): Aktuelles und Grundlagen des Dresdner Pflegenetzes

URL: <http://www.dresden.de/de/03/senioren/pflege/pflegepfle-dresden.php> [Aufruf am: 01.06.2015].

Pieper K. (2010): Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009 Gutachten (DAJ). Bonn 2010, 10–11; S. 122–134.

Pötzsch, O. (2013): Wie wirkt sich der Geburtenaufschub auf die Kohortenfertilität in West und Ost aus?. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Wirtschaft und Statistik. S. 87-102. Wiesbaden.

Pucher, K. (2015): Versorgungssicherheit im eigenen häuslichen Umfeld. In: Wüthrich, B. et al (Hrsg): Soziale Versorgung zukunftsfähig gestalten. Springer. Wiesbaden. S. 245-252.

- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2002): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit im Alter. Heft 10. Berlin.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2001): Impfstatus im Kindesalter. RKI-Schrift. 02/2001.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2006): Gesundheit in Deutschland. Berlin.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2011): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Heft 52. Berlin.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2012): Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. Berlin.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2014): GBE kompakt: Ausgabe 03/2014 - 25 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit [Gesundheitsberichterstattung - GBE kompakt, Oktober 2014] Berlin.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2014a): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Berlin.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Berlin.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2015a): GBE kompakt. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? Kernaussagen. 1/2015. 6. Jahrgang.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008): Erkennen - Bewerten - Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin.
- Sächsische Impfkommision (SIKO) (Hrsg.) (2016): Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen.
URL: https://www.gesunde.sachsen.de/download/luas/LUA_HM_Impfempfehlungen_E1.pdf [Aufruf am 09.04.2016]
- Sächsische Landesärztekammer Dresden, Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung, Arbeitsgruppe Neonatologie/Geburtshilfe (Sächsische Neonatalerhebung) (2015). Interner Bericht. Dresden.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. (SMS) (Hrsg.) (2013): 2. Sächsischer Drogen und Suchtbericht.
URL: <https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/20973> [Aufruf am 09.04.2016]
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. Familienfreundliches Sachsen (SMS) (Hrsg.) (2016): Sächsisches Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetz (SächsKiSchG). Informationen für Eltern.
URL: <http://www.familie.sachsen.de/12976.html> [Aufruf am 09.04.2016].
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. (SMS) (Hrsg.) (2016a): Informationen für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst im Freistaat.
- Schenk, L., Knopf, H. (2007): Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2007; 50: 653-658.
- Schmitt, J., Rossa, K., Rüdiger, M., Schirutschke, M., Frank, H., Roessner, V., Berner, R., Siegert, E. (2015): Determinanten der psychischen Gesundheit im Einschulungsalter – Ergebnisse einer populationsbezogenen Untersuchung in Dresden. In: Kinder- und Jugendärzte. 2015. 46. Jg. Nr. 6, S. 312 - 325.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) (2001): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.
- Splieth, CH., Treuner, A., Berndt, C. (2009): Orale Gesundheit im Kleinkindalter. Prävention Gesundheitsforschung 2009 (4): 119 - 124.
- Stadtsporthund Dresden (2015): Mitgliederzahlen. Interner Bericht. Dresden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009): Pflegestatistik 2009. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011): Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012): Sterbefälle, Durchschnittliche Lebenserwartung nach Altersstufen. Wiesbaden. URL: <http://www.destatis.de> [Aufruf am 21.12.2015].

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016): Eckdaten der Krankenhäuser 2013.
URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserJahreVeraenderung.html> [Aufruf am 18.01.2016].

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Sterbetafel Deutschland. Wiesbaden.
URL: <http://www.destatis.de> [Aufruf am 21.12.2015].

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013a): IM FOKUS vom 05.03.2013 Geburtenzahl durch demografische Entwicklung vorgezeichnet. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013b): Statistisches Jahrbuch. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2014): Alter der Mütter bei Geburt nach Bundesländern.
URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMutterAlterBundeslaender.html> [Aufruf am 19.02.2015].

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2014a): SGB II-Quote.
URL: <http://www.amtliche-sozialberichterstattung.de/B2sgbii-quote.html> [Aufruf am 28.09.2015].

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015): Pressemitteilung Nr. 353 vom 24.09.2015. Wiesbaden.
URL: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/09/PD15_353_12411.html [Aufruf am 21.12.2015].

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015a-1): Sterbefälle, Lebenserwartung für Männer und Frauen. Wiesbaden.
URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/LebenserwartungBundeslaenderMaennlich.html> [Aufruf am 21.12.2015].

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015a-2): Sterbefälle, Lebenserwartung nach Bundesländern. Wiesbaden.
URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/LebenserwartungBundeslaenderZeitreiheWeiblich.html> [Aufruf am 21.12.2015].

Statistisches Landesamt Sachsen (2013): Statistischer Bericht, Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheken im Freistaat Sachsen. Kamenz.

Statistisches Landesamt Sachsen (2014): Häufigste Krankheitsursachen der stationär behandelten Patienten. Interner Bericht. Kamenz.

Statistisches Landesamt Sachsen (2014a): Daten zur Pflegestatistik. Interner Bericht. Kamenz.

Statistisches Landesamt Sachsen (2014b): Erwerbstätigenquote.
URL: http://www.statistik.sachsen.de/21/08_00/gbe_neu/gbe/t2/tabellen_2/EXCEL/02_18_L.xls [Aufruf am 05.09.2015].

Statistisches Landesamt Sachsen (2015): Verkehrsunfallstatistik. Interner Bericht. Kamenz.

Statistisches Landesamt Sachsen (2015a): Todesursachenstatistik. Interner Bericht. Kamenz.

Statistisches Landesamt Sachsen (2015b): Daten der Krankenhausstatistik. Teil 1. Interner Bericht. Kamenz.

Statistisches Landesamt Sachsen (2015c): Erwerbstätige im Freistaat Sachsen vom 1. Vierteljahr 2008 bis zum 1. Vierteljahr 2015 nach Wirtschaftsbereichen.
URL: http://www.statistik.sachsen.de/download/060_AVP-Erwerbstaetigkeit/A_VI_6_t01_vj_ET_WB_Y.pdf [Aufruf am 27.08.2015].

Statistisches Landesamt Sachsen (2015d): Daten der Krankenhausstatistik. Teil 2. Interner Bericht. Kamenz.

Statistisches Landesamt Sachsen (2015e): Statistischer Bericht. Bevölkerung nach ausgewählten Fragen zur Gesundheit im Freistaat Sachsen 2013. Kamenz.

Statistisches Landesamt Sachsen (2016): Daten der Krankenhausstatistik. Interner Bericht. Kamenz.

Statistisches Landesamt Sachsen (2016a): Daten der Nebendiagnosen. Interner Bericht. Kamenz.

Stollberg, U., Buske, G., Viergutz, G., Hannig, C. (2014): Langzeitergebnisse zur Mundgesundheit bei Kindern mit frühkindlicher Karies nach Sanierung in Intubationsnarkose. Oralprophylaxe. 2014 (6): S. 68ff.

Treuner, A., Splieth, CH. (2014): Risiko für Kleinkinder: Frühkindliche Karies. IGZ Die Alternative 2014 (1): 4-9.

Universitätsklinikum Dresden - Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin (2015): Interner Bericht. Dresden.

ZDWA (Hrsg.) (2005): Deutschland im Demografischen Wandel. Rostock.

Ziller, S., Oesterreich, D., Micheelis, W. (2012): Mundgesundheitsziele für Deutschland 2020 - Zwischenbilanz und Ausblick. In: Kirch, W., Hoffmann, T., Pfaff, H. (Hrsg.) (2012): Prävention und Versorgung 2012 für die Gesundheit 2030. Georg Thieme Verlag Stuttgart.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung nach Lebensalter in Dresden	6
Abbildung 2: Gesamteinwohner der Stadt Dresden nach Stadtteilen	7
Abbildung 3: Durchschnittsalter der Bevölkerung von Dresden nach Ortsämtern	9
Abbildung 4: Durchschnittliche Lebenserwartungen bei Geburten in Sachsen	10
Abbildung 5: Durchschnittliche Personenanzahl je Haushalt in der Stadt Dresden	11
Abbildung 6: Prozentualer Anteil der Haushalte nach Haushaltsgrößen	12
Abbildung 7: Einwohner in Dresden nach Familienstand	13
Abbildung 8: Verteilung der Einwohner auf Einpersonenhaushalte nach Alter und Geschlecht in Dresden	13
Abbildung 9: Lebendgeborene und Gestorbene seit 1989	14
Abbildung 10: Geburtenentwicklung seit 1994	15
Abbildung 11: Durchschnittsalter* der Mütter von 1957 bis 2013	15
Abbildung 12: Subjektiver Gesundheitszustand nach Altersgruppen - nur Angabe "gut"	20
Abbildung 13: Subjektives Wohlbefinden nach Altersgruppen - nur Angabe "gut"	21
Abbildung 14: Bewertung des subjektiven Gesundheitszustandes nach Stadträumen	21
Abbildung 15: Bewertung des subjektiven Wohlbefindens nach Stadträumen	22
Abbildung 16: Beeinträchtigende Faktoren der eigenen Gesundheit und des Wohlbefindens	23
Abbildung 17: Verunglückte nach Schweregrad/Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden	28
Abbildung 18: Straßenverkehrsunfälle durch Störung der Verkehrstüchtigkeit in Dresden	29
Abbildung 19: Vorsätzliche Selbstbeschädigung in Dresden	32
Abbildung 20: Säuglingssterblichkeit in Dresden von 1990 - 2013	33
Abbildung 21: Schwerbehinderte nach Altersgruppen in Dresden von 2014	34
Abbildung 22: Ambulante ärztliche Versorgung in Dresden nach Fachgebieten von 1999 bis 2013	37
Abbildung 23: Entwicklung des Personals der stationären medizinischen Versorgung in Sachsen von 2004 bis 2013	40
Abbildung 24: Öffentliche Apotheken in Dresden von 1998 bis 2013	41
Abbildung 25: Vergleich Auslastung stationärer Pflegeeinrichtungen in Dresden und Sachsen	43
Abbildung 26: Veränderung Pflegebedürftiger nach Pflegestufen in Dresden 1999 bis 2013	44
Abbildung 27: Pflegebedürftige je Vollzeitäquivalent in ambulanten Pflegeeinrichtungen	45
Abbildung 28: Pflegebedürftige je Vollzeitäquivalent in stationären Pflegeeinrichtungen	45
Abbildung 29: Selbsthilfegruppen in Dresden nach Bereichen (Stand: Dezember 2015)	46
Abbildung 30: Gründungsversuche und Gründungen von Selbsthilfegruppen in Dresden	47
Abbildung 31: Soziale Entwicklungen und Entwicklungsräume von 2012	49
Abbildung 32: Erwerbstätige im Freistaat Sachsen nach Wirtschaftsbereichen	50
Abbildung 33: Entwicklung der Erwerbstätigenzahlen in Dresden von 2000 bis 2013 (Beschäftigte am Wohnort)	50
Abbildung 34: Arbeitslosenanteil in den Ortsämtern nach Altersgruppen in 2013	51
Abbildung 35: Anteile der SGB II - Leistungsempfängerinnen und Empfänger an den Einwohnern	52
Abbildung 36: Anteil Kinder unter 15 Jahren mit SGB II-Bezug an allen Kindern unter 15 Jahren nach Ortsämtern Dresden von 2013	53
Abbildung 37: Anteil Alleinerziehender an allen Haushalten mit Kindern von 2014 in Dresden	53
Abbildung 38: Durchschnittsalter bei Renteneintritt in Deutschland von 2014	54
Abbildung 39: Nettoäquivalenzeinkommen von 2014 nach Ortsämtern/Stadträumen	55
Abbildung 40: Veränderung „wohlhabend“ in Ortsämtern/Stadträumen von 2012 zu 2014	56
Abbildung 41: Veränderung „von Armut bedroht“ in Ortsämtern/Stadträumen von 2012 zu 2014	57
Abbildung 42: Qualifikationsstruktur der in Dresden wohnenden Bevölkerung von 2014	58
Abbildung 43: Gesundheit der Mutter bei Betreuungsbeginn	62
Abbildung 44: Besonderer Fürsorgebedarf des Kindes	62
Abbildung 45: Auftreten von gesundheitlichen Beschwerden und Stresssymptomen bei Dresdner Kindern im Alter von 8 bis 15 Jahren	65
Abbildung 46: Anteil untersuchter Dresdner Kinder der Kita-, Schulaufnahmeuntersuchung, der 2. Klasse und der 6. Klasse mit Auffälligkeiten des Sehvermögens für die Schuljahre 2010/2011 bis 2014/2015	67
Abbildung 47: Anteil untersuchter Dresdner Kinder der Kita-, Schulaufnahmeuntersuchung, der 2. Klasse und der 6. Klasse mit Auffälligkeiten des Hörvermögens für die Schuljahre 2010/2011 bis 2014/2015	68
Abbildung 48: Anteil untersuchter Dresdner Kita-Kinder mit Auffälligkeiten der Fein- und Grobmotorik für die Schuljahre 2010/11 - 2014/15	69
Abbildung 49: Anteil untersuchter Dresdner Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten der visuellen Wahrnehmung, der Fein- und Grobmotorik für die Schuljahre 2010/11 - 2013/14	69

Abbildung 50: Anteil untersuchter Dresdner Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten des visuellen Wahrnehmens, der Visuomotorik, Körperkoordination und Sprachentwicklung auf der Grundlage von SOPESS für das Schuljahr 2014/15	70
Abbildung 51: Anteil untersuchter Dresdner Kita-Kinder mit Auffälligkeiten der Sprachentwicklung für die Schuljahre 2010/11 - 2014/15	73
Abbildung 52: Anteil untersuchter Dresdner Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten der Sprachentwicklung für die Schuljahre 2010/11 - 2013/14	73
Abbildung 53: Anteil untersuchter Dresdner Kinder mit Übergewicht einschließlich Adipositas (BMI > 90. Perzentile) zur Schulaufnahme und Schulärztlichen Untersuchung in der 2. und 6. Klasse für die Schuljahre 2010/11 - 2014/15	75
Abbildung 54: Anteil untersuchter Dresdner Kinder mit Übergewicht einschließlich Adipositas (BMI > 90. Perzentile) zur Schulaufnahme und Schulärztlichen Untersuchung in der 2. und 6. Klasse nach Schulart für die Schuljahre 2010/11 - 2014/15	75
Abbildung 55: Anteil untersuchter Dresdner Kinder mit Adipositas (BMI > 97. Perzentile) zur Schulaufnahme und Schulärztlichen Untersuchung in der 2. und 6. Klasse nach Schulart für die Schuljahre 2010/11 - 2014/15	76
Abbildung 56: Anteil untersuchter Dresdner Kinder mit extremen Untergewicht (BMI < 3. Perzentile) zur Schulaufnahme und Schulärztlichen Untersuchung in der 2. und 6. Klasse nach Schultyp für die Schuljahre 2010/11 - 2014/15	76
Abbildung 57: Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen bei vorgelegtem Vorsorgeheft zur Kita-Untersuchung für die Schuljahre 20/2011 bis 2014/2015	78
Abbildung 58: Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen bei vorgelegtem Vorsorgeheft zur Schulaufnahme für die Schulaufnahmejahre 2011 bis 2015	79
Abbildung 59: Anteil untersuchter Dresdner Kinder mit vollständigem Impfstatus DTP*) und MMR**) entsprechend STIKO-Bewertung Schuljahre 2010/11 - 2014/15	80
Abbildung 60: Gebisszustand der untersuchten 3-, 6-, und 12-jährigen Dresdner Kinder in den Schuljahren 2010/11 - 2014/15	82
Abbildung 61: Gebisszustand der untersuchten Dresdner Kinder nach Einrichtungsart in den Schuljahren 2010/11 - 2014/15	83
Abbildung 62: dmf-t-Index der untersuchten 3- und 6-jährigen Dresdner Kinder in den Schuljahren 2010/11 - 2014/15	84
Abbildung 63: DMF-T-Index der untersuchten 12-jährigen Dresdner Kinder nach Einrichtungsart in den Schuljahren 2010/11 - 2014/15	84
Abbildung 64: Krankenhauseinweisungen (Hauptdiagnose) durch eine akute Alkoholintoxikation (ICD-10-GM: F10.0)-Dresden	86
Abbildung 65: Krankenhausbehandlungen (Haupt- und Nebendiagnose) aufgrund von drogenbedingten Gesundheitsproblemen bei Mutter bzw. Schädigungen des Feten/Neugeborenen (ICD-10-GM: O35.5; P04.4; P96.1) - Dresden im Vergleich zu Sachsen	87
Abbildung 66: Krankenhausbehandlungen (Haupt- und Nebendiagnose) aufgrund von tabakbedingten Schädigungen des Feten/Neugeborenen (ICD-10-GM: P04.2) - Dresden im Vergleich zu Sachsen	87
Abbildung 67: Stationäre Behandlungsfälle von Neugeborenen nach mütterlichem Konsum von illegalen Drogen in der Schwangerschaft (Neonatales Abstinenzsyndrom - NAS) in Sachsen 2007 – 2014	88
Abbildung 68: Symptome der 97 Neugeborenen nach Methamphetamin-Konsum der Mutter während der Schwangerschaft von 2007 bis 2014 , die im Universitätsklinikum Dresden behandelt worden sind	89
Abbildung 69: Beikonsum von 97 Müttern mit Methamphetamin-Konsum während der Schwangerschaft von 2007 bis 2014 , die im Universitätsklinikum Dresden behandelt worden sind	89
Abbildung 70: Poststationäre Weiterbetreuung von 97 Früh- und Neugeborenen nach intrauteriner Crystal-Exposition von 2007 bis 2014, die im Universitätsklinikum Dresden behandelt worden sind	90
Abbildung 71: Krankenhausbehandlungen (Haupt- und Nebendiagnosen) aufgrund von alkoholbedingten Schädigungen des Feten/Neugeborenen (ICD-10-GM: P04.3; Q86.0) - Dresden im Vergleich zu Sachsen	91
Abbildung 72: Entwicklung der Untersuchungszahlen des KJÄD der Stadt Dresden ab dem Schuljahr 2010/11 bis 2014/15	96
Abbildung 73: Entwicklung der Untersuchungszahlen der KJZK der Stadt Dresden ab dem Schuljahr 2010/11 bis 2014/15	97
Abbildung 74: Haushalte in Dresden 2014	100
Abbildung 75: Personen in Dresden 2014	100
Abbildung 76: Eingeschätzte wirtschaftliche Lage „heute“ 2014	101
Abbildung 77: Eingeschätzte wirtschaftliche Lage „vergangenes Jahr“ 2013	101
Abbildung 78: Zufriedenheit mit der Wohnsituation - Dresden 2014	102
Abbildung 79: Zufriedenheit mit Lebensbedingungen - Dresden 2014	103
Abbildung 80: Beeinträchtigung der Wohnumgebung - Dresden 2014	104
Abbildung 81: Dresden ist kinderfreundlich - 2014	107
Abbildung 82: Wahrnehmung fehlende Kinderspielplätze - 2014	107
Abbildung 83: Wichtigkeit	108
Abbildung 84: Zufriedenheit	108
Abbildung 85: Wichtigkeit „Schulsituation“	108
Abbildung 86: Zufriedenheit „Schulsituation“	108
Abbildung 87: Subjektiver Gesundheitszustand nach Gruppen	109
Abbildung 88: Subjektives Wohlbefinden nach Gruppen	110
Abbildung 89: Krankenhauseinweisungen (Hauptdiagnose) durch multiplen Substanzgebrauch (ICD-10-GM: F19) - Dresden	111
Abbildung 90: Krankenhauseinweisungen (Hauptdiagnose) aufgrund von Stimulanzen einschließlich Crystal - Dresden	112
Abbildung 91: Sportliche Aktivität in Dresden in Prozent 2014	113
Abbildung 92: Mitgliederzahlen Altersgruppe 18 bis 49 Jahre Stadtssportbund Dresden e.V.	113
Abbildung 93: Demographische Entwicklung in Dresden	116

Abbildung 94: Durchschnittsalter insgesamt 2014	117
Abbildung 95: Wichtigkeit „Gehwegzustand“	118
Abbildung 96: Zufriedenheit „Gehwegzustand“	118
Abbildung 97: Wichtigkeit „Verfügbarkeit“	118
Abbildung 98: Zufriedenheit „Verfügbarkeit“	118
Abbildung 99: Wichtigkeit „Öffentliche Sicherheit“	119
Abbildung 100: Zufriedenheit „Öffentliche Sicherheit“	119
Abbildung 101: Wichtigkeit „Gesundheitliche“	120
Abbildung 102: Zufriedenheit „Gesundheitliche“	120
Abbildung 103: Wichtigkeit „Unterstützung speziell für ältere Menschen“	120
Abbildung 104: Wichtigkeit „Einrichtungen für“	120
Abbildung 105: Gesundheitszustand und Wohlbefinden ab 55 Jahren	122
Abbildung 106: Die vier häufigsten Todesursachen nach Alter für Dresden 2013	125
Abbildung 107: Body-Maß-Index nach Altersgruppen und Geschlecht – Dresden und Sachsen 2013	126
Abbildung 108: Mitgliederzahlen der Altersgruppe 50+ - Stadtsporthund Dresden e.V.	127

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bevölkerung nach Altersgruppen	7
Tabelle 2: Prozentuale Verteilung der Bevölkerung unter 27 Jahren nach Alter und Geschlecht	8
Tabelle 3: Prozentuale Verteilung der Bevölkerung ab dem 27. Lebensjahr nach Alter und Geschlecht	8
Tabelle 4: Durchschnittliche weitere Lebenserwartung in Deutschland nach ausgewählten Altersstufen	9
Tabelle 5: Einpersonenhaushalte nach Altersgruppen 2005, 2010 und 2014	11
Tabelle 6: Verteilung der Haushaltsgrößen in den Ortsämtern einschließlich Ortsämter Dresdens in 2014	12
Tabelle 7: Die drei häufigsten Ursachen anhand der Hauptdiagnosen* der stationär behandelten Patienten nach Altersgruppen „unter 5 Jahre“; „5 bis unter 10 Jahre“; „10 bis unter 18 Jahre“; Behandlungsort Deutschland, Hauptwohnsitz Dresden	24
Tabelle 8: Die drei häufigsten Ursachen anhand der Hauptdiagnosen* der stationär behandelten Patienten nach Altersgruppen „18 bis unter 40 Jahre“; „40 bis unter 50 Jahre“; „50 bis unter 60 Jahre“; Behandlungsort Deutschland, Hauptwohnsitz Dresden	25
Tabelle 9: Die drei häufigsten Ursachen anhand der Hauptdiagnosen* der stationär behandelten Patienten nach Altersgruppen „60 bis unter 70 Jahre“; „70 bis unter 80 Jahre“; „80 Jahre und älter“; Behandlungsort Deutschland, Hauptwohnsitz Dresden	26
Tabelle 10: Anzahl der Gestorbenen in Dresden 2013 nach Kapiteln der ICD-Klassifikation	30
Tabelle 11: Vermeidbare Todesfälle in absoluten Zahlen Dresden 2013	31
Tabelle 12: Gestorbene Personen nach Äußerer Ursachen von Morbidität und Mortalität (ICD Kapitel XX) in Dresden	32
Tabelle 13: Datenübersicht bezogen auf Krankenhausbetten in Dresden zwischen 2008 und 2013	39
Tabelle 14: Pflegebedürftigkeit und Pflegequoten 2013, 2009 und 1999 in Dresden nach Alter und Versorgung	42
Tabelle 15: Arbeitslosenquoten der Ortsämter	51
Tabelle 16: Gewicht und Gesundheitskompetenzen der Eltern nach dem 6. Monat	63
Tabelle 17: Gewicht und Gesundheitskompetenzen der Eltern am Betreuungsende	63
Tabelle 18: Untersuchungszahlen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes der Stadt Dresden	95
Tabelle 19: Untersuchungszahlen der Kinder- und Jugendzahnklinik (KJZK) der Stadt Dresden	96
Tabelle 20: Angewandte Erhebungsmethoden und Screeningverfahren des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes der Stadt Dresden	98
Tabelle 21: Ratsuche in besonderen Lebenslagen von Haushalten mit Kind(ern)	105
Tabelle 22: Ratsuche in besonderen Lebenslagen der Altersgruppe 25 bis 54 Jahre	106
Tabelle 23: Inanspruchnahme ausgewählter Fachärztinnen bzw. Fachärzte (Angaben in Prozent)	109
Tabelle 24: Die 10 häufigsten Krankenhausesfälle nach Hauptdiagnosen und Altersgruppen in 2013 - Patientenhauptwohnsitz Dresden	123
Tabelle 25: Häufigkeit des Alkoholkonsums unabhängig von der Menge	126

Impressum

Herausgeberin:
Landeshauptstadt Dresden

Gesundheitsamt
WHO-Projekt „Gesunde Städte“
Telefon (03 51) 4 88 53 52
Telefax (03 51) 4 88 53 23
E-Mail gesundestadt@dresden.de

Amt für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Telefon (03 51) 4 88 23 90
Telefax (03 51) 4 88 22 38
E-Mail presse@dresden.de

Postfach 12 00 20
01001 Dresden
www.dresden.de

Zentraler Behördenruf 115 – Wir lieben Fragen

Redaktion/Gestaltung: Dr. Peggy Looks, Johann Große,
Anke Schmidt, Anja Jäckel, Michael Tischendorf

Oktober 2016

Elektronische Dokumente mit qualifizierter elektronischer Signatur können über ein Formular eingereicht werden. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, E-Mails an die Landeshauptstadt Dresden mit einem S/MIME-Zertifikat zu verschlüsseln oder mit DE-Mail sichere E-Mails zu senden. Weitere Informationen hierzu stehen unter www.dresden.de/kontakt.

Dieses Informationsmaterial ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Landeshauptstadt Dresden. Es darf nicht zur Wahlwerbung benutzt werden. Parteien können es jedoch zur Unterrichtung ihrer Mitglieder verwenden.



WHO-Projekt „Gesunde Städte“

www.dresden.de/who