

Gesund aufwachsen. Gesund leben.



Prävention

2017

2018

2019

2020

2021

2022

2023



Dresden.
Dresdner

Stadtgesundheitsprofil 2024

WHO-Projekt „Gesunde Städte“

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Vorwort	7
Einleitung	9
Darstellung von Gesundheitsdeterminanten und -indikatoren	11
Zielsetzung des „Stadtgesundheitsprofils 2024“	12
Neuerungen gegenüber dem „Stadtgesundheitsprofil 2016“	13
Literaturverzeichnis	14
1 Demografie	17
1.1 Einleitung	17
1.2 Bevölkerungsentwicklung	18
1.2.1 Bevölkerungsstand und deren Entwicklung	18
1.2.2 Bevölkerungsentwicklung nach Stadtbezirken mit zugehörigen Ortschaften	19
1.2.3 Bevölkerungsdichte nach Stadtbezirken mit zugehörigen Ortschaften bzw. Stadtteilen	21
1.3 Entwicklungen der Altersstrukturen	23
1.3.1 Altersgruppen	25
1.3.2 Jugend- und Altenquotient	30
1.3.3 Durchschnittsalter	31
1.4 Natürliche Bevölkerungsbewegung	33
1.4.1 Geburtenentwicklung	33
1.4.2 Sterbefälle	35
1.4.3 Lebenserwartung	37
1.5 Räumliche Bevölkerungsbewegung – Zu- und Fortzug, Wanderungssaldo	39
1.6 Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft	44
1.7 Zusammenfassung	48
1.8 Literaturverzeichnis	50
2 Soziale Lage	53
2.1 Einleitung	53
2.2 Sozialmonitoring	55
2.3 Bildung	55
2.3.1 Bildungsstand anhand der Kommunalen Bürgerbefragung	56
2.4 Leben in Haushalten und in Heimen und Bevölkerung nach Lebensformen	61
2.4.1 Leben in privaten Haushalten und in Heimen	61
2.4.2 Bevölkerung und Haushalte nach Lebensformen inkl. Familien mit Kindern und alleinerziehende Elternteile	63
2.4.3 Einpersonenhaushalte	67
2.5 Wohnen	70
2.5.1 Wohnsituation	70
2.5.2 Wohngeldempfänger	73
2.5.3 Wohnungslosigkeit	75
2.6 Finanzielle Situation und Einkommen aus der Kommunalen Bürgerbefragung	77
2.7 Arbeitsmarkt und Erwerbstätigkeit sowie SGB-Arbeitsmarktstatistik	82

2.7.1	Erwerbstätige	82
2.7.2	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte am Wohnort Dresden	84
2.7.3	Arbeitslosigkeit	86
2.7.4	Regelleistungsberechtigte nach dem SGB II	93
2.8	Rente	97
2.9	Zusammenfassung	98
2.10	Literaturverzeichnis	101
3	Umwelt	105
3.1	Einleitung	105
3.2	Hitzebelastung	106
3.3	Luftqualität	109
3.4	Lärmbelastung	112
3.5	Grünerreichbarkeit	114
3.6	Klimawandel und Gesundheit	116
3.7	Zusammenfassung	117
3.8	Literaturverzeichnis	118
4	Gesundheitsversorgung	121
4.1	Einleitung	121
4.2	Das deutsche Gesundheitssystem	121
4.3	Öffentlicher Gesundheitsdienst	123
4.4	Ambulante medizinische Versorgung	125
4.5	Stationäre medizinische Versorgung	126
4.6	Zahnärzte	127
4.7	Pflege	127
4.8	Apotheken	129
4.9	Gesundheitsbezogene Beratungsstellen der Stadt Dresden	129
4.9.1	Schwangerschaftsberatung	129
4.9.2	Kinder und Jugendgesundheitsberatung	131
4.9.3	AIDS/STI-Beratung	133
4.9.4	Ambulante Suchthilfe (Suchtberatung und -behandlung)	134
4.9.5	Psychosoziale Beratung und Betreuung	136
4.9.6	Tumorberatung	140
4.9.7	Angebote für Seniorinnen und Senioren	141
4.10	Selbsthilfe	143
4.11	Zusammenfassung	144
4.12	Literaturverzeichnis	145
5	Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten	147
5.1	Einleitung	147
5.2	Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden	148
5.3	Körperliche Gesundheit	154
5.3.1	Häufigste Diagnosen der Krankenhausstatistik	154
5.3.2	Ausgewählte Diagnosen nach Geschlecht und Altersgruppen	155
5.3.3	Krebserkrankungen auf Basis des klinischen Krebsregisters	159
5.3.4	Krebserkrankungen auf Basis der Krankenhausstatistik	163
5.3.5	Infektionserkrankungen	166
5.4	Psychische Gesundheit	168
5.5	Transportmittelunfälle und sonstige Unfälle	171
5.6	Menschen mit Schwerbehinderungen	174
5.7	Menschen mit Pflegebedürftigkeit	175

5.8	Gesundheitsverhalten	178
5.8.1	Körperliche Aktivität	178
5.8.2	Mundgesundheit	181
5.8.3	Substanzkonsum	182
5.8.4	Teilnahme an Präventionskursen	186
5.9	Soziale Gesundheit	188
5.10	Sterblichkeit	192
5.10.1	Häufigste Todesursachen	192
5.10.2	Vermeidbare Todesursachen	194
5.10.3	Selbsttötung/Suizid	195
5.10.4	Säuglingssterblichkeit	196
5.11	Zusammenfassung	197
5.12	Literaturverzeichnis	198
6	Gesundes Aufwachsen	203
6.1	Einleitung	203
6.2	Schwangerschaft, Geburt und Kinder bis 3. Lebensjahr	205
6.2.1	Gesundheitszustand und -verhalten	205
6.2.2	Frühe Gesundheitshilfen	205
6.3	Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen	210
6.3.1	Subjektiver Gesundheitszustand und Wohlbefinden	210
6.3.2	Häufigste Diagnosen der Krankenhausstatistik	216
6.3.3	Ausgewählte Diagnosen der Krankenhausstatistik	219
6.3.4	Körperliche Gesundheit und Entwicklungstand anhand der Routineuntersuchung	219
6.3.4.1	Sinnesorgane der Kinder: Seh- und Hörvermögen	220
6.3.4.2	Aspekte der kognitiven und motorischen Fähigkeiten	229
6.3.4.3	Sprachentwicklung zur Kita- Untersuchung und Schulaufnahmeuntersuchung	240
6.3.4.4	Körpergewicht	248
6.3.5	Psychische Gesundheit der heranwachsenden Generation anhand objektiver Gesundheitsdaten	254
6.3.6	Heranwachsende mit Schwerbehinderung	255
6.3.7	Unfälle und Verletzungen und Vergiftungen	255
6.3.8	Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen inkl. Plötzlicher Kindstod	255
6.4	Gesundheitsverhalten der heranwachsenden Generation	256
6.4.1	Gesundheitsvorsorge	256
6.4.2	Schutzimpfungen	260
6.4.2.1	Masernimpfschutz	262
6.4.2.2	Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b und Hepatitis B	264
6.4.2.3	Impfschutz gegen Humane Papillomviren	266
6.4.3	Mundgesundheit	268
6.4.3.1	Gebisszustand bzw. Kariesstatus und Aussagen zur Kariesfreiheit	271
6.4.3.2	dmf(t)- bzw. DMF(T)-Index und Aussagen zur Karieserfahrung	273
6.4.3.3	Sanierungsgrad kariöser Zähne und Aussagen zur Zahnversorgung	276
6.4.4	Körperliche und sportliche Aktivitäten und Nutzung von bewegungsorientierten Freizeitangeboten	278
6.4.5	Substanzkonsum	282
6.4.5.1	Tabak	283
6.4.5.2	Alkohol	283
6.4.5.3	Illegale Drogen	284
6.4.5.4	Multipler Substanzgebrauch	284
6.4.6	Mediennutzung	285
6.5	Rückblick und Auswirkungen der Covid-19 Pandemie	288
6.6	Kinderrechte und Möglichkeiten zur Partizipation für die heranwachsende Generation	289
6.7	Zusammenfassung	291

6.7.1	Frühe Gesundheitshilfen	291
6.7.2	Gesundheitszustand und Entwicklungsstand	292
6.7.3	Gesundheitsverhalten	294
6.8	Literaturverzeichnis	296
7	Gesundes Erwachsenenalter	301
7.1	Einleitung	301
7.2	Lebensumgebung	302
7.2.1	Wohnqualität	302
7.2.2	Familienfreundlichkeit	305
7.3	Gesundheitszustand	307
7.3.1	Subjektive Gesundheit	307
7.3.2	Objektive Gesundheit	308
7.4	Gesundheitsverhalten	313
7.5	Zusammenfassung	316
7.6	Literaturverzeichnis	318
8	Gesundes Altern	321
8.1	Einleitung	321
8.2	Demografie	321
8.3	Lebensumgebung	321
8.3.1	Wichtigkeit und Zufriedenheit mit Lebensbedingungen	322
8.3.2	Beeinträchtigungen in der Wohnumgebung	324
8.3.3	Zufriedenheit mit der Verkehrsinfrastruktur	326
8.4	Gesundheitsversorgung	328
8.5	Gesundheitszustand	330
8.5.1	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes	330
8.5.2	Häufigste Krankenhausfälle der Krankenhausstatistik	334
8.6	Gesundheitsverhalten	338
8.6.1	Substanzkonsum	338
8.6.2	Körperliche Aktivität	341
8.6.3	Ernährung	344
8.7	Gesellschaftliche Teilhabe	345
8.8	Zusammenfassung	349
8.9	Literaturverzeichnis	350
	Glossar	353
	Datengrundlagen	367
	Abbildungsverzeichnis	383
	Tabellenverzeichnis	389
	Abkürzungsverzeichnis	395
	Anhang	397

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,
liebe Dresdnerinnen und Dresdner,

„Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“, sagte schon 1851 der Philosoph Arthur Schopenhauer. Doch ist alles nichts, wenn man nicht gesund ist? Wir sehen, Gesundheit muss an dieser Stelle weitergedacht werden. Denn Gesundheit ist eben nicht das Fehlen von Krankheit, sondern ein komplexes Zusammenspiel von Veranlagung, individuellem Verhalten und den Lebensbedingungen, in denen wir uns bewegen.

Gesundheit wird durch Veranlagung, vor allem aber durch die Verhältnisse, in denen Menschen leben und durch die individuellen Verhaltensweisen geprägt, die wiederum durch die Lebensbedingungen beeinflusst werden.

Vieles an Gesundheit ist auch gestaltbar – durch den Einzelnen und vor allem durch die Gesellschaft, durch die Kommune und durch die Politik. Gene und Faktoren, die die Aktivität von Genen bestimmen (epigenetische Mechanismen), lassen sich (noch) kaum verändern – was auch gut ist. Doch ist Gesundheit beeinflussbar durch Verhaltensweisen, die sogenannte „Verhaltensprävention“. Eine wichtige Maßnahme, die Verhaltensänderungen häufig erst möglich macht, ist die „Verhältnisprävention“ – die Bedingungen, unter denen wir leben und arbeiten, der Zugang zu sauberer Luft, Wasser und zu attraktiven Grünflächen zur Erholung und Bewegung sowie Zugang zu Bildung, bezahlbaren und gesunden Lebensmitteln, Unterstützungsangeboten und einer guten medizinischen Versorgung.

Es steht außer Frage, dass eine ganze Reihe von Erkrankungen und deren Verlauf wesentlich durch Ernährung, körperliche Aktivität und Bewegung, ausreichende Erholungs- und Schlafphasen, Stressbewältigung, aber auch durch Gesundheitskompetenz und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verursacht oder (ungünstig) beeinflusst werden können. Hierzu zählen insbesondere Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck, koronare Herzerkrankungen), einige Muskel-Skelett-Erkrankungen, Adipositas, bestimmte Krebsarten (z. B. Dickdarmkrebs), Demenz und andere nicht übertragbare Krankheiten. Auch die sozialen Beziehungen, regelmäßige Kontakte und Netzwerke haben Einfluss auf die Gesundheit und auf die Krankheitsbewältigung. Diese sind wichtig für die Lebenszufriedenheit, insbesondere für die psychische Gesundheit und Bewältigung von Stress und Krankheit.

Der Dresdner Gesundheitsbericht „Stadtgesundheitsprofil 2024“ gibt Auskunft über die gesundheitliche Lage der Dresdnerinnen und Dresdner und über demografische, soziale sowie umweltbezogene Faktoren, die den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten sowie die physische, psychische, kognitive und sozioemotionale Entwicklung beeinflussen. Es ist der neunte Gesundheitsbericht, zu denen uns unsere über 30-jährige Mitgliedschaft im WHO-Netzwerk der „Gesunden Städte“ sowie unsere Mitgliedschaft im Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland e. V. inspiriert haben. Der Bericht ist das Ergebnis einer zweijährigen Arbeit des Amtes für Gesundheit und Prävention mit großartiger Unterstützung weiterer Fachbereiche der Stadtverwaltung sowie externer Einrichtungen. Die Daten stammen von verschiedenen Quellen und wurden teilweise lange vor der Fertigstellung des Berichts gesammelt. Ursprünglich für das Jahr 2020 geplant, wurde das Vorhaben aufgrund der Coronavirus-Pandemie verschoben, während derer der Öffentliche Gesundheitsdienst andere Prioritäten hatte als die Veröffentlichung eines Gesundheitsberichts.



Ich lade Sie dazu ein, sich mit dem Stadtgesundheitsprofil einen Überblick über verschiedene Einflussfaktoren auf die Gesundheit und wie diese in Dresden im Zeitverlauf, teilweise in den verschiedenen Stadträumen und verschiedenen Bevölkerungsgruppen und Lebensphasen ausgeprägt sind, zu verschaffen. Ich freue mich, wenn Sie der Bericht dazu inspiriert, Gesundheitsförderung und Prävention zu nutzen, um Ihre eigene Gesundheit, Ihr Wohlbefinden, Ihre Lebenszufriedenheit und die Gesundheit in Ihrem Umfeld bestmöglich zu erhalten oder sogar zu verbessern. Für Politik, öffentliche Verwaltung sowie für Gestalterinnen und Gestalter von gesunden Lebens-, Wohn- und Arbeitsverhältnissen – mich eingeschlossen – ist das „Stadtgesundheitsprofil 2024“ ein Nachschlagewerk und gibt Anhaltspunkte, wo wir auf kommunaler Ebene, aber auch auf den Ebenen von Land und Bund Stellschrauben haben, um gemeinsam mit Ihnen die Gesundheit zu stärken.

Neben gesundheitlicher Chancengleichheit und die Bewältigung von gesellschaftlichen Krisen ist die „Umweltgerechtigkeit“ eine weitere aktuelle Herausforderung. Wir haben alle gemeinsam die Aufgabe, gegenwärtig und für die Zukunft dafür zu sorgen, dass es sich in jedem Stadtteil gut leben lässt, dass ein gesundes Aufwachsen, Familienfreundlichkeit, individuelle Lebensformen und gesundes Älterwerden nicht durch schlechte Luft, Lärm und mangelnde Grünflächen beeinträchtigt werden. Das Amt für Gesundheit und Prävention arbeitet aktiv daran und möchte mit dem Dresdner Gesundheitsindex (Akronym „RESILIENT“), einem wissenschaftlichen Gemeinschaftsprojekt und integriert in die kommunale Gesundheitsstrategie dafür sorgen, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung in den Sozialräumen greifen, wo sie am meisten benötigt werden. Das Stadtgesundheitsprofil liefert wesentliche Erkenntnisgrundlagen für dieses Vorhaben.

Zum „Stadtgesundheitsprofil 2024“ haben viele Akteurinnen und Akteure beigetragen – sei es durch konstruktive Anregung und Kritik, durch konkrete Unterstützung bei der statistischen Arbeit und Beschreibung oder durch mentale Unterstützung. Ein besonderer Dank geht an die Kolleginnen und Kollegen meines Geschäftsbereichs, aus dem Amt für Gesundheit und Prävention, dem Sozialamt und dem Jobcenter, dem Bildungsbüro, dem Jugendamt, dem Eigenbetrieb Sportstätten, dem Bürgeramt insbesondere aus der Kommunalen Statistikstelle, dem Amt für Kindertagesbetreuung, dem Umweltamt und dem Stadtplanungsamt sowie den Beauftragten. Des Weiteren danke ich den Mitgliedern des Beirates „Gesunde Städte“, dem Statistischen Landesamt Sachsen, der Landesuntersuchungsanstalt Sachsen, der Volkshochschule Dresden e. V., dem Sportsportbund Dresden e. V., dem Sächsischen Krebsregister, den Beratungsstellen der freien Wohlfahrtspflege und der gemeinnützigen Vereine sowie der Professorin und Lehrstuhlinhaberin für Öffentliche Gesundheit, Frau Prof. Dr. med. Anna Kühne.

Ich möchte Sie nun herzlich dazu einladen, das neue Stadtgesundheitsprofil von Dresden zu entdecken. Das Stadtgesundheitsprofil richtet sich nicht nur an Fachleute, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, sondern auch an die breite Öffentlichkeit. Als Lehr- und Forschungsgesundheitsamt der Hochschulmedizin Dresden arbeitet das Amt für Gesundheit und Prävention mit Akteurinnen und Akteuren der Wissenschaft sowie der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zusammen, immer praktisch ausgestaltend und am Wohl der Dresdnerinnen und Dresdner orientiert. Öffentlichkeitsarbeit gibt uns neben der reinen Informationsweitergabe die Möglichkeit der Sensibilisierung, der Partizipation und des Dialogs mit unseren Zielgruppen. Möge das neue Dresdner Stadtgesundheitsprofil den Austausch befördern, der schlussendlich einem gemeinsamen Ziel dient: Förderung von gesunden Menschen in einer gesunden Stadt.

Setzen Sie sich gern mit den Inhalten auseinander, berichten Sie es weiter und bleiben Sie gesund!

Ihre



Dr. Kristin Klaudia Kaufmann

Beigeordnete für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Wohnen

Einleitung

Die Landeshauptstadt Dresden ist seit 1991 Mitglied im europäischen Netzwerk „Healthy Cities“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und seit dem gleichen Jahr Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk Deutschland e. V.. Das Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland und damit auch die Landeshauptstadt Dresden haben sich der Ottawa-Charta von 1986 verpflichtet. Die Gesundheitsförderung zielt demnach ab *„auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. (...) Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden“* (WHO, 1986).

Im Sinne der WHO wird Gesundheit verstanden als „der Zustand eines vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen“ (Grad, 2002). Die gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen skizziert die WHO entlang der sechs Kernthemen: Menschen (People), Planet, Partizipation, Wohlstand (Prosperity), Plätze/Orte (Place) und Frieden (Peace) (Abb. 0.1).



Abbildung 0.1: Kernthemen des WHO-Netzwerks „Healthy Cities“, Phase VII

Quelle: WHO, 2018

Die meisten der im WHO-Modell dargestellten Themen beziehen sich auf Lebensverhältnisse und lassen sich durch das Amt für Gesundheit und Prävention lediglich indirekt über ämterübergreifendes Handeln steuern. Daher ist die Stadtverwaltung Dresden dem Prinzip des „Health in All Policies“ (HiAP), Gesundheit als Querschnittsthema, verpflichtet. HiAP ist eine Praxis der intersektoralen Steuerung zur Förderung der öffentlichen Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit (WHO, 2022).

In der Praxis werden Maßnahmen anderer Sektoren im Hinblick auf soziale und gesundheitliche Einflussfaktoren (sogenannte Determinanten) bewertet oder Vorhaben gemeinsam eingebracht. Beispiele sind die Entwicklung des Hitzeaktionsplans in Kooperation mit anderen Ämtern der Stadtverwaltung oder die Bewertung des Toilettenkonzepts hinsichtlich der Bedarfe für mobilitätseingeschränkte und ältere Menschen.

Den HiAP-Ansatz wird auch der in Entwicklung befindliche geschlechts- und altersdifferenzierte Gesundheitsindex (Akronym „RESILIENT“ steht für „Der Dresdner GesundheitsIndex – ein kleinräumiges Monitoring des Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhaltens und des Zugangs zu Gesundheitsversorgung“) befördern. Das wissenschaftliche Gemeinschaftsprojekt hat das Ziel, den Gesundheitsstatus von Menschen in Städten nachhaltig zu verbessern (Amt für Gesundheit und Prävention, 2023). Dazu werden erstmals Gesundheitszustand/Gesundheitsverhalten unter Einbezug von verschiedenen Faktoren wie Wohn- und Umweltbedingungen, Bildung und medizinische Versorgung anhand administrativer Daten (u. a. aus der Krankenhausstatistik und Daten zu ambulanter Versorgung), Messdaten (u. a. zu Lärm, Luftqualität) und von Befragungsergebnissen (u. a. zu empfundener Hitzebelastung nach Quartier) kleinräumig untersucht. Mit den gewonnenen Daten können gezielte verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit abgeleitet werden, die im Sinne von HiAP auch andere Bereiche der Stadtverwaltung betreffen.

Die Sicherung einer nachhaltigen Entwicklung, die durch die langjährige Mitgliedschaft im europäischen und deutschen Gesunde-Städte-Netzwerk seit den 1990er-Jahren im Fokus der Stadtpolitik steht, findet ihre konkrete Umsetzung im integrierten Stadtentwicklungskonzept „Zukunft Dresden 2035+“ (LHD, 2023). Die Fortschreibung 2022 wurde am 2. März 2023 von Stadtrat beschlossen. Als Leitkonzept für die städtische Entwicklung, greift es den HiAP-Ansatz auf und verankert Gesundheit als Querschnittsthema in verschiedenen städtischen Gestaltungsbereichen.

Die wesentlichen Einflussfaktoren (Determinanten) auf die Gesundheit werden im Modell der sozialen Determinanten von Gesundheit (sogenannte Regenbogen-Modell) mit fünf Schichten in stark vereinfachter, schematisierter Form dargestellt (Abb. 0.2).

Die Determinanten in der innersten Schicht sind fest und kaum durch Stadtpolitik oder individuelles Gesundheitsverhalten beeinflussbar (mit einigen Ausnahmen, wie z. B. die Prävention altersbedingter Erkrankungen). Die anderen vier Schichten sind modifizierbar und können dadurch die Gesundheit ganzheitlich positiv aber auch negativ beeinflussen. Diese Schichten stehen in einer wechselseitigen Beziehung und beeinflussen sich gegenseitig direkt oder indirekt. Verdeutlicht wird dies anhand der übereinanderliegenden Schichten von der ersten Schicht innen bis zur fünften Schicht nach außen (Hurrelmann & Richter, 2022; Naidoo & Wills, 2019):

1. Schicht (hellgelb): Alter, Geschlecht, Körpergröße, Hautfarbe und Erbanlagen des Einzelnen
2. Schicht (orange): Faktoren individueller Lebensweisen und des Gesundheitsverhaltens des Einzelnen, wie Ernährung, Bewegung, Tabak- und Alkoholkonsum, Liebe/Sexualität/Beziehungen, Gewalt, Entspannung und Stressabbau sowie Selbstfürsorge
3. Schicht (gelb): Soziale und kommunale Netzwerke, Faktoren wie unterschiedliche soziale Netzwerke (Nachbarschaft, Verein, Community) sowie das engere soziale Netzwerk (Familie, Partnerschaft, Freundeskreis)
4. Schicht (grün): Lebens- und Arbeitsbedingungen; dazu zählen Faktoren wie Bildungs(chancen), Arbeitsplatz/Beschäftigungssituation, Wohnsituation, Verkehr, Landwirtschaft, Lebensmittelproduktion, Ernährungssituation, Kunst und Kultur, Freizeit, soziale Sicherheit, Sozial- und Gesundheitsversicherung, Gesundheitswesen und medizinische Versorgung
5. Schicht (blau): Allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und umweltbezogenen Bedingungen; Faktoren wie wirtschaftliche Entwicklung, Produktivität, Wohlstand, Vermögens- und Einkommensverteilung, Globalisierung, natürliche Umwelt, Stadt- und Raumplanung, Ökologie, Ressourcen, Klimaschutz, gesetzliche Rahmenbedingungen, Werte und Normen, Infrastruktur, Medien, Sicherheit, Frieden und Gewaltfreiheit.

Es wird deutlich, dass sich die sechs globalen Kernthemen der WHO (Abb. 0.1) auch in dem Modell der sozialen Determinanten von Gesundheit (Abb. 0.2) widerspiegeln.

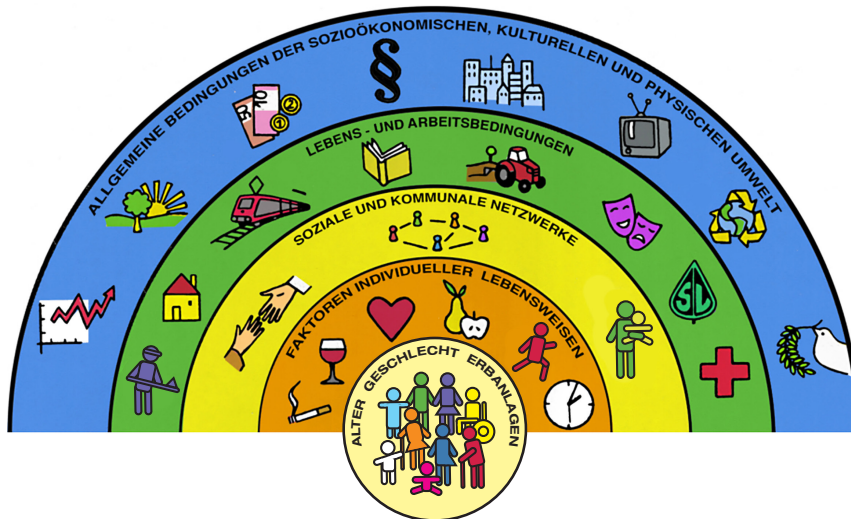


Abbildung 0.2: Modell der sozialen Determinanten von Gesundheit (Regenbogen-Modell)

Quelle: Modell des Fonds Gesundes Österreich nach Dahlgren & Whitehead, 1991

Eine weitere Determinante für Gesundheit ist der Fluchthintergrund bzw. Merkmale der Migration (Razum & Penning, 2024). Diese können im „Stadtgesundheitsprofil 2024“ leider nicht gesondert betrachtet werden, da keine ausreichende Datenbasis hierzu vorlag.

Die Daten können je nach Thema im Gesundheitsbericht im Moment zumeist für die Geschlechtsmerkmale „männlich“ und „weiblich“ ausgewiesen werden. Wenn Daten zu dem Merkmal „divers“ bekannt sind, dann werden diese auch an entsprechender Stelle dargestellt. Informationen und Zahlen zu dem Geschlechtsmerkmal „divers“ liegen in amtlichen Statistiken zumeist nicht vor oder sind in Befragungen oftmals zu gering für eine geeignete Darstellung der Ergebnisse aufgrund mangelnder Datengranularität. Bei geringen Zahlen stehen einer Publikation zudem die Verpflichtung zum Datengeheimnis (EU-DSGVO) bzw. statistischer Geheimhaltung gemäß § 16 BStatG entgegen.

Einen Einblick in die Lebenslage und Themenfelder für Isbtiq* Personen in Sachsen einschließlich in Dresden lebende Personen bietet der Bericht „Lebenslagen von Isbtiq* Personen in Sachsen“ im Auftrag des Freistaates Sachsen (SMJUS, 2022).

Darstellung von Gesundheitsdeterminanten und -indikatoren

Das „Stadtgesundheitsprofil 2024“ stellt die beeinflussenden Faktoren auf die Gesundheit entsprechend dem Regenbogen-Modell sowie Indikatoren der Gesundheit in den einzelnen Kapiteln je nach Setting und Lebensphase dar. Diese Darstellung zieht sich wie ein roter Faden durch das „Stadtgesundheitsprofil 2024“:

- Die Bedingungen der physischen Umwelt (5. Schicht (blau) im Regenbogen-Modell) sind im Kapitel „Umwelt“ beschrieben sowie im Abschnitt „Lebensumgebung“ des Kapitels „Gesundes Erwachsenenalter“ und „Lebensumgebung“ des Kapitels „Gesundes Altern“.
- Die Bedingungen der sozioökonomischen Umwelt und der Bildung (5. (blau) und 4. (grün) Schicht im Regenbogen-Modell) sind im Kapitel „Soziale Lage“ beschrieben.
- Das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung (4. Schicht (grün) im Regenbogen-Modell) sind Thema des Kapitels „Gesundheitsversorgung“ sowie „Gesundes Aufwachsen“ bezogen auf Frühe Gesundheitshilfen.
- Soziale Netzwerke (3. Schicht (gelb) im Regenbogen-Modell) werden im Abschnitt „Gesellschaftliche Teilhabe“ im Kapitel „Gesundes Altern“ und im Abschnitt „Soziale Gesundheit“ im Kapitel „Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten“ auf Basis von Befragungsdaten behandelt. Die offiziellen Zahlen zu Haushaltsformen aus dem Melderegister sind Thema im Kapitel „Soziale Lage“; kommunale Netzwerke (3. Schicht (gelb) im Regenbogen-Modell) im Abschnitt „Selbsthilfe“ des Kapitels „Gesundheitsversorgung“.

- Bezüglich der Faktoren der individuellen Lebensweisen und des Gesundheitsverhaltens (2. Schicht (orange) im Regenbogen-Modell) werden im vorliegenden Bericht das Thema körperliche Aktivität auf Basis objektiver Daten aus den Kita-, Schulaufnahme- und schulärztlichen Untersuchungen“ sowie Dresdner Kinder- und Jugendstudie im Kapitel „Gesundes Aufwachsen“ dargestellt. Auf Basis objektiver Mitgliederzahlen des Sportsportbundes und subjektiver Befragungsdaten werden zudem Daten zum Thema körperliche Aktivität in den lebensphasenspezifischen Kapiteln beschrieben. Zum Ernährungsverhalten werden Daten für Menschen ab 60 Jahre aus der LAB60+ Studie (Kapitel „Gesundes Altern“) aufgezeigt. Der Substanzkonsum wird im übergreifenden Kapitel „Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten“ sowie in den drei lebensphasenspezifischen Kapiteln thematisiert. Im Kapitel „Gesundes Aufwachsen“ werden zudem objektive Daten aus den Kita-, Schulaufnahme-- und schulärztlichen Untersuchungen zur Gesundheitsvorsorge, zu Impfquoten und zur Mundgesundheit vorhanden. Im Kapitel „Gesundes Altern“ subjektive Daten zur Nutzung von Präventionsangeboten dargestellt.
- Auf die Determinanten der Gesundheit Alter und Geschlecht (1. Schicht (hellgelb) im Regenbogen-Modell) wird in den einzelnen Kapiteln je nach Datenverfügbarkeit eingegangen.

Neben diesen Einflussfaktoren auf die Gesundheit beschreibt dieser Bericht die gesundheitliche Lage der Dresdner Bevölkerung anhand von objektiven Indikatoren wie Lebenserwartung, Sterblichkeit und Krankheitsdiagnosen. Diese Daten werden im Kapitel „Demografie“ sowie in den lebensphasenspezifischen Kapiteln beschrieben. Des Weiteren sind Gesundheitsdaten des Einzelnen, wie Körpergröße, Gewicht und Zustand der Zähne objektive Messgrößen der Gesundheit. Diese Datenbasis liegt nur für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen für die Bewertung des Body-Mass-Index zum Körpergewicht und für die Mundgesundheit im Kapitel „Gesundes Aufwachsen“ vor. Daneben gibt es selbstberichtete Daten aus der LAB60+ Studie zum Body-Mass-Index und Multimorbidität für Menschen ab 60 Jahren, die im Kapitel „Gesundes Altern“ aufgegriffen werden.

Zielsetzung des „Stadtgesundheitsprofils 2024“

Das vorliegende „Stadtgesundheitsprofil 2024“ ist ein datenbasierter Baustein zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, deren Einflussfaktoren, analysiert Problemlagen zur Ableitung von Handlungsbedarfe für die Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention, neben dem oben kurz vorgestellten Gesundheitsindex (Akronym „RESILIENT“), im Rahmen der kommunalen Gesundheitsstrategie (Abb. 0.3) und des Sozialmonitorings für die Landeshauptstadt Dresden.

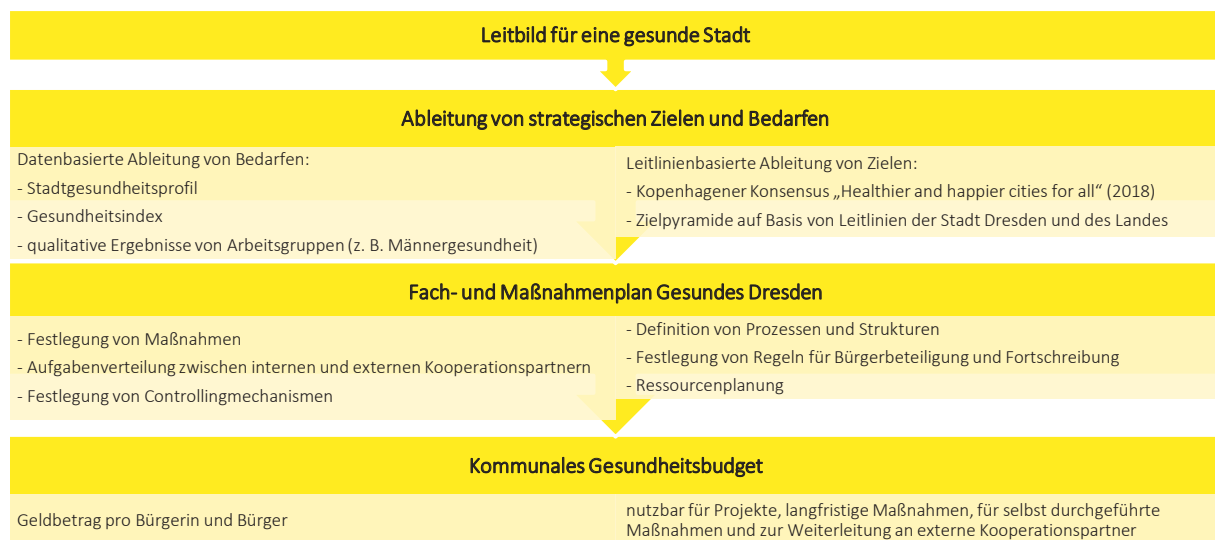


Abbildung 0.3: Schritte zum Aufbau einer kommunalen Gesundheitsstrategie in der Landeshauptstadt Dresden

© Amt für Gesundheit und Prävention

Mittelfristig erfüllt das „Stadtgesundheitsprofil 2024“ eine Verpflichtung aus der Phase VII der Mitgliedschaft im WHO-Netzwerk „Healthy Cities“: „All cities must prepare a city health profile. (...)“ mit dem Ziel, dass die Städte in den Gesundheitsprofilen so viel Aufmerksamkeit wie möglich auf Ungleichheiten in der Gesundheit und die Gesundheit gefährdeter Gruppen richten (WHO, 2019). Neben diesen langfristigen und mittelfristigen Zielen soll das „Stadtgesundheitsprofil 2024“ kurzfristig als offizieller Gesundheitsbericht für Dresden relevante Daten zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten in verschiedenen Lebensphasen (Kindesalter und Jugend, mittleres Erwachsenenalter, höheres Erwachsenenalter) und in verschiedenen Lebenslagen (in Abhängigkeit von Familienstatus, Wohnsituation, Erwerbsstatus, Bildungsstand) darstellen. Diese dienen zur Information der Bürgerschaft, der Politik und der Public-Health-Expertinnen und -Experten sowie für ausführende Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleister. Schwerpunkte aus dem vorliegenden „Stadtgesundheitsprofil 2024“ werden in einer geplanten Gesundheitskonferenz aufgegriffen.

Durch das Aufzeigen der Handlungsbedarfe für die Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention bietet eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung in Form des vorliegenden „Stadtgesundheitsprofils 2024“ eine datenbasierte Grundlage für partizipative Prozesse und gesundheitspolitische Entscheidungen. Die „Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen 2.0“ wird als eine fachlich-qualitative Orientierung und Handlungshilfe für die Gesundheitsberichterstattung einbezogen (Starke et al., 2020).

Neuerungen gegenüber dem „Stadtgesundheitsprofil 2016“

Der vorliegende Gesundheitsbericht knüpft an das letzte Stadtgesundheitsprofil aus dem Jahr 2016 an und setzt die zeitliche Betrachtung je nach Datenverfügbarkeit bis einschließlich 2022 bzw. bis zum Schuljahr 2022/23 fort. Gegenüber dem „Stadtgesundheitsprofil 2016“ gibt es folgende Neuerungen:

- Die ersten vier Kapitel geben datenbasierte Entscheidungsgrundlagen und einen umfassenden Überblick zu den Einflussfaktoren auf Gesundheit auf Basis der für Dresden verfügbaren Daten für die Verhältnisprävention.
- Im Kapitel „Soziale Lage“ werden die sozialen Indikatoren für Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit auf der Grundlage der aktuellen Evidenz zunehmend berücksichtigt.
- Das Kapitel „Gesundheitsversorgung“ enthält neben Daten zu den bisher behandelten zwei Säulen des Gesundheitswesens, der ambulanten und stationären Versorgung, auch erstmalig Daten zum Öffentlichen Gesundheitsdienst als weitere Säule sowie zu Beratungsstellen im Zusammenhang mit gesundheitlichen und sozialen Themen.
- Im Kapitel „Umwelt“ werden erstmals Dresdner Daten zu Luftqualität, Lärm- und Hitzebelastung sowie zu Grünversorgung und Erreichbarkeit von Grünflächen aktuell und aussagekräftig dargestellt. Die Betrachtung der gesundheitlichen Folgen des Klimawandels für vulnerable Gruppen und die Entwicklung von Beratungs- und Handlungsangeboten zunächst mit dem Schwerpunkt Hitze sind seit Juni 2023 eine neue Aufgabe des Amtes für Gesundheit und Prävention.
- Im Kapitel „Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten“ werden ausgewählte Daten aus der Krankenhausstatistik und Todesursachenstatistik um die Kenntnisse von aktuellen Veröffentlichungen für die Dresdner Bevölkerung erstmals erweitert dargestellt. Zudem erfolgt auch eine Darstellung von Daten zum Gesundheitsverhalten der Dresdner Bevölkerung unter Nutzung neu erschlossener Datenquellen (bspw. Daten der Volkshochschule Dresden), zusätzlich zur altersspezifischen Betrachtung in den drei lebensphasenbezogenen Kapiteln.
- Im Kapitel „Gesundes Aufwachsen“ werden erstmalig auch geschlechtsspezifische Daten der gesetzlichen Routineuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dargestellt.

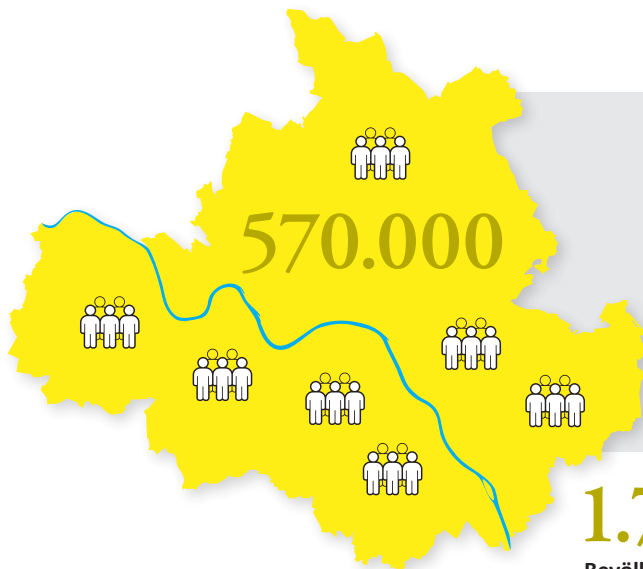
Verweise zu den Kapiteln „Glossar“ und „Datengrundlagen“ sind im Text farbig **gekennzeichnet**.

Literaturverzeichnis

- Amt für Gesundheit und Prävention (Hrsg.). (2023). Gesundheitsindex: Projekt zur Erfassung und Verbesserung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung. https://www.dresden.de/de/leben/gesundheit/gesundheitsfoerderung/gesundheitsindex.php?pk_kwd=gesundheitsindex
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO - Strategy paper for Europe.
- Grad, F. P. (2002). The Preamble of the Constitution of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), 981–984.
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2022). Determinanten der Gesundheit. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i008-2.0>
- LHD (Hrsg.). (2023). Integriertes Stadtentwicklungskonzept „Zukunft Dresden 2035+“: Fortschreibung 2022.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2019). Lehrbuch Gesundheitsförderung (3., aktualisierte Auflage, deutsche Ausgabe). Programmbereich Gesundheit. hogrefe. <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-929798-42-5>
- Razum, O. & Penning, V. (2024). Wie entsteht gesundheitliche Ungleichheit bei Geflüchteten, wie vergrößert sie sich? <https://infodienst.bzga.de/migration-flucht-und-gesundheit/im-fokus-gefluechtete/wie-entsteht-gesundheitliche-ungleichheit-bei-gefluechteten-wie-vergroessert-sie-sich/>
- SMJUS. (2022). Lebenslagen von Isbtiq* Personen in Sachsen: Ergebnisse und Handlungsbedarfe.
- Starke, D., Tempel, G., Butler, J., Starker, A., Zühlke, C. & Borrmann, B. (2020). Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – von der Idee bis zur Version 2.0 [Good practice in health reporting-from the beginning to version 2.0]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 63(9), 1094–1098. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03200-0>
- WHO (Hrsg.). (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.
- WHO (Hrsg.). (2018). Copenhagen Consensus of Mayors: Healthier and happier cities for all.
- WHO (Hrsg.). (2019). Implementation framework for Phase VII (2019–2024) of the WHO European Healthy Cities Network: Goals, requirements and strategic approaches.
- WHO (Hrsg.). (2022). Implementing Health in All Policies: a pilot toolkit.

Fakten auf einen Blick:

Demografie



Bevölkerungszahl mit Hauptwohnsitz in Dresden:
569.173 (↗) Einwohnerinnen und Einwohner, davon:

weiblich: 286.179 (50,3 %)
männlich: 282.994 (49,7 %) | divers: 14

Prognose 2030:
585.800 Einwohnerinnen und Einwohner, davon:
weiblich: 291.140 (49,7 %)
männlich: 294.660 (50,3 %)

1.734 Einwohner/km²
Bevölkerungsdichte

Durchschnittsalter (↗): 43,3 Jahre
Männer: 41,7 Jahre | Frauen: 44,9 Jahre
Prognose 2030: 44,1 Jahre
Prognose 2040: 44,4 Jahre

Geburten (↘): 4.734
Prognose (↗) 2040: 5.700
Durchschnittsalter der Mütter (↗): 31,9 Jahre
Alter der Mütter bei Erstgeburt (↗): 30,5 Jahre

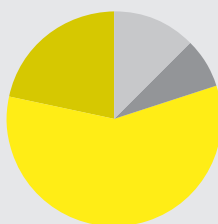


4.700
Geburten (↘)



6.082
Sterbefälle (↗)
davon:
Frauen: 3.062
Männer: 3.020

Anteil der Altersgruppen an der Dresdner Bevölkerung
Jugendquotient (u20) (↘): 32,4
Prognose 2030: 29,7 | 2040: 26,9
Altenquotient (↗): 36,7
Prognose 2030: 36,8 | 2040: 35,8



■ Kinder (0 bis unter 13 Jahre) 12,7 %
■ Jugendliche (13 bis unter 21 Jahre) 7,6 %

■ Menschen im Erwerbsalter (20 bis unter 65 Jahre) 59,1 %
■ Menschen im Rentenalter (65 Jahre und älter) 21,7 %



40.393
Zuzüge

30.821
Fortzüge

+9.572
Wanderungssaldi

478.248

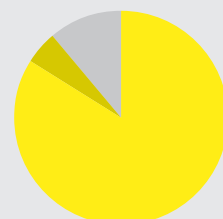
Deutsche ohne Migrationshintergrund (84 %)

27.529

Deutsche mit Migrationshintergrund (5 %)

63.396

Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft (Ausländer) (11 %)



1 Demografie

1.1 Einleitung

Das Wissen um den demografischen Wandel der Dresdner **Bevölkerung** bildet eine wesentliche und unverzichtbare Grundlage für Entscheidungen in Politik, Öffentlichem Gesundheitsdienst und Verbänden. Entsprechende Kenntnisse über die aktuelle Lage, komplexe Veränderungen und damit verbundene gesellschaftliche Herausforderungen dienen somit einem strategischen integrierten gesundheitspolitischen, sozialen und wirtschaftlichen Handeln, welches in Investitionen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention münden kann.

Die Veränderung der Bevölkerungsanzahl und der Bevölkerungsstruktur aufgrund demografischer Prozesse und Einflussfaktoren, wie Geburtenhäufigkeit, Sterblichkeit und Bevölkerungsbewegungen, sind gesellschaftliche Entwicklungen, die sich erfahrungsgemäß langsam verändern, weit in die Zukunft wirken und Deutschland, den Freistaat Sachsen und auch die Landeshauptstadt Dresden in den nächsten Jahren, insbesondere ab 2030 stark beeinflussen werden.

Beispielsweise geht mit einer zunehmenden Alterung in der Bevölkerung ein Anstieg der Neuerkrankungen und der Erkrankungshäufigkeiten, insbesondere Herz-Kreislauf- und Hirngefäßerkrankungen, Krebserkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Demenz und Diabetes mellitus einher. In der Folge werden Gesundheits- und Sozialleistungen vermehrt in Anspruch genommen, was wiederum zu einem erhöhten Personalbedarf und steigenden Kosten im Gesundheits- und Sozialwesen führen wird (RKI, 2015).

Bevölkerungsvorausberechnungen liefern weitere wichtige Hinweise auf künftige demografische Entwicklungen (LHD, 2024; RKI, 2015). Die Annahmen dieser Prognosen basieren auf Abstimmungen in einer ämterübergreifenden Arbeitsgruppe, in der innerstädtische Entwicklungen berücksichtigt und bewertet werden (LHD, 2024).

Die Auswirkungen des demografischen Wandels und der **Bevölkerungsprognosen** werden die Landeshauptstadt Dresden künftig vor große Herausforderungen stellen. Besonders hinsichtlich der gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung, beispielsweise durch eine zunehmende Altersarmut (Kapitel „Soziale Lage“), aber auch hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit. Um dieser Aufgabe zu begegnen, liegt im Öffentlichen Gesundheitsdienst und ressortübergreifend ein besonderes Augenmerk auf **Public Health** und dem „**Health in All Policies**“-Ansatz, der die gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung in ihren verschiedenen Lebensphasen und Lebenswelten bei politischen Entscheidungen berücksichtigt. Im Rahmen von Gesundheit-, Umwelt-, Stadtentwicklungsplanung (Integriertes Stadtentwicklungskonzept „Zukunft Dresden 2035+“ mit Stadtratsbeschluss am 2. März 2023), Sozialplanung u. a. spielt Gesundheit als Querschnittsthema eine wichtige Rolle.

Ziel des vorliegenden Stadtgesundheitsprofiles ist es, Personenkreise für gesundheitsfördernde Maßnahmen aus demografischer Sicht zu identifizieren und zu charakterisieren. Im Sinne der **Prävention** sollten die Maßnahmen daher nicht nur auf die ältere Bevölkerung ausgerichtet sein, sondern möglichst früh, im Kindes- und Jugendalter, ansetzen. Darüber hinaus sollten diese im Erwachsenenalter und Erwerbsleben fortgeführt werden, um ein gesundes und aktives Altern zu ermöglichen.

Vor diesem Hintergrund bezieht sich das vorliegende Kapitel auf die Gesundheitsdeterminanten der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt im „Regenbogen-Modell“ von Dahlgren und Whitehead (1991). Unter diese Gesundheitsdeterminanten können beispielsweise demografische Prozesse zur Beschreibung der Dresdner Bevölkerung gefasst werden. Diese Kenn- und Prognosezahlen liefern wichtige Informationen und Entscheidungsgrundlagen zur gesundheitlichen Lage der Dresdner Bürgerinnen und Bürger und zeigen Einflüsse auf das Gesundheits- und Sozialwesen auf. Hierfür wird zunächst der Bevölkerungsstand und die Entwicklung der Dresdner Bevölkerung und ihrer einzelnen Bevölkerungsgruppen von 31.12.2016 bis zum 31.12.2022, jeweils differenziert nach Merkmalen des Geschlechts (männlich, weiblich, ggf. divers), des Wohnorts (Stadtbezirk und zugehörige Ortschaften) und ggf. **Migrationshintergrund** aufgezeigt. Darüber hinaus werden die wichtigsten

Einflussfaktoren auf demografische Prozesse, wie Geburtenentwicklung, Sterblichkeit, Lebenserwartung als Merkmale der natürlichen Bevölkerungsbewegung beschrieben. Einflussfaktoren der räumlichen Bevölkerungsbewegungen in der Landeshauptstadt Dresden, d. h. Zu- und Fortzug, werden ebenfalls thematisiert.

Für gezielte regionale Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention ist die kleinräumige Darstellung der Bevölkerungsdaten in der Verteilung auf **Stadtbezirke mit zugehörigen Ortschaften**, **Stadtträume**, **Stadtteile** und auch in Sozialräumen der Landeshauptstadt Dresden essentiell. Da gesundheitsbezogene Daten auf kleinräumiger Ebene derzeit noch nicht vorliegen, erstreckt sich die regionale Darstellung in diesem Kapitel auf Stadtbezirksebene und zugehörige Ortschaften. Perspektivisch werden hierfür Datengrundlagen über das bereits genannte Projekt „RESILIENT – Der Dresdner Gesundheitsindex – ein kleinräumiges Monitoring des Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhaltens und des Zugangs zu Gesundheitsversorgung“ in der Landeshauptstadt Dresden weiterentwickelt (Kapitel „Einleitung“).

1.2 Bevölkerungsentwicklung

Tabelle 1.1: Bevölkerungsstand in Deutschland, Sachsen und Dresden im Jahr 2022

Bevölkerungsstand mit Stand: 31.12.2022	Deutschland	Sachsen	Dresden
Gesamt (Veränderung zu 2021)	84.358.845 (plus 1.121.721)	4.086.152 (plus 43.150)	569.173 (plus 8.171)
Weiblich (Veränderung zu 2021)	42.799.793 (plus 629.454)	2.075.615 (plus 25.497)	286.170 (plus 5.082)
Männlich (Veränderung zu 2021)	41.559.052 (plus 492.267)	2.010.537 (plus 17.653)	282.989 (plus 3.089)
Divers	*	*	14 (*)

Anmerkungen: *Keine Daten verfügbar; Personen mit den Geschlechtsangaben „divers“ und „ohne Angabe“ (nach § 22 Absatz 3 PStG) werden dem männlichen oder weiblichen Geschlecht zugeordnet.
Quellen: Destatis, 2023a; LHD, 2024; Statistisches Landesamt Sachsen, 2023a

Tab. 1.1 zeigt die Veränderung des Bevölkerungsstandes vom Jahr 2021 zum Jahr 2022 für Deutschland, Sachsen und Dresden. Auffallend ist hierbei, dass in allen drei Regionen ein höherer Anstieg an weiblicher Bevölkerung zu verzeichnen ist, verglichen mit der männlichen Bevölkerung.

1.2.1 Bevölkerungsstand und deren Entwicklung

Am 31. Dezember 2022 lebten laut Einwohnermelderegister Dresdens insgesamt 569.173 **Einwohnerinnen und Einwohner mit Hauptwohnsitz** in Dresden. Es wohnten anteilmäßig mehr Frauen (286.179; Anteil: 50,3 %) als Männer (282.994; Anteil: 49,7 %) und 14 Menschen mit der Angabe „divers“ in der Stadt. Im Vergleich zum Vorjahr 2021 mit einem Bevölkerungsstand von 561.002 bestand ein Zuwachs um 1,5 Prozent (plus 8.171 Personen) (LHD, 2024). Zu beachten ist jedoch, dass die Bevölkerungsentwicklung im Jahr 2022 erheblich durch die Fluchtbewegungen als Auswirkung des Krieges in der Ukraine geprägt war. Es handelt sich um das höchste Bevölkerungswachstum seit dem Jahr 2006 und das zweithöchste seit 1990.

Ein Großteil des Zuwachses ist auf die geflüchteten Menschen aus der Ukraine mit mehr als 7.000 Personen zurückzuführen. Die natürliche und räumliche Bevölkerungsbewegung für die Landeshauptstadt Dresden werden in einem der folgenden Abschnitte in diesem Kapitel differenzierter thematisiert (Abschnitt 1.5).

Die aus dem Einwohnermelderegister Dresdens ermittelten Zahlen weichen geringfügig von den **amtlichen Bevölkerungszahlen** des Statistischen Landesamtes Sachsen ab. Diese amtlichen Bevölkerungszahlen (2022: Gesamt: 563.311; Frauen: 279.338; Männer: 283.973) basieren auf der Bevölkerungsfortschreibung vom 3. Oktober 1990 beziehungsweise vom 9. Mai 2011 (**Zensus**) (LHD, 2024).

Laut der städtischen Bevölkerungsprognose 2023 wird die Dresdner Bevölkerung von 2022 bis zum Jahr 2030 um rund drei Prozent (plus 16.627) auf insgesamt 585.800 (2030: Männer: 294.660; 50,3 %; Frauen: 291.140; 49,7 %) und bis 2040 weiter um sechs Prozent (plus 34.237) auf insgesamt 603.410 Einwohnerinnen und Einwohner (2040: Männer: 306.410; 50,7 %; Frauen: 297.200; 49,3 %) anwachsen (LHD, 2024). Gründe sind zum einen ein generell höherer Zuzug unabhängig vom Zuzug Geflüchteter. Zum anderen können durch die Erweiterungen und geplanten Neuansiedlungen von Unternehmen im Dresdner Norden zusätzliche Zuzüge von Fachkräften erwartet werden. Dämpfend auf die Entwicklung wirkt dagegen der sich fortsetzende Geburtenrückgang und der fortgeschrittene demografische Wandel in den neuen Bundesländern. Insgesamt sind die Unsicherheiten der künftigen Bevölkerungsentwicklung Dresdens als sehr hoch zu bewerten. (LHD, 2024)

1.2.2 Bevölkerungsentwicklung nach Stadtbezirken mit zugehörigen Ortschaften

Die Einwohnerzahlen in Dresden werden seit 2016 bis einschließlich 2022 in den zehn Stadtbezirken mit zugehörigen Ortschaften in Abb. 1.1 dargestellt. Sie zeigen in allen Stadtbezirken eine zumeist dynamisch wachsende Entwicklung auf. Im Stadtbezirk Blasewitz lebten 2022 die meisten Dresdnerinnen und Dresdner mit 88.902 Menschen (2016: 87.971; plus 1,0 %) gefolgt vom Stadtbezirk Cotta/westliche Ortschaften mit 87.817 Personen (2016: 85.592; plus 2,6 %). Die wenigsten Einwohnerinnen und Einwohner mit 31.635 Menschen lebten im Stadtbezirk Klotzsche/nördliche Ortschaften (2016: 30.819; plus 2,7 %) sowie mit 33.587 Menschen im Stadtbezirk Loschwitz/Schönfeld-Weißig (2016: 33.630; minus 0,1 %). Die größte Zunahme der Einwohnerzahl verzeichnet der Stadtbezirk Altstadt, dort wuchs die Bevölkerung 2022 (64.564) um 13,1 Prozent gegenüber 2016 (57.040). Abb. 1.1 vermittelt zudem einen Blick in die Zukunft. Laut der städtischen Bevölkerungsprognose 2023 für die Jahre 2030 und 2040 werden die Stadtbezirke Altstadt, Neustadt und Pieschen einen vergleichsweise großen Zuwachs an Menschen in den kommenden acht bzw. 18 Jahren zu erwarten haben.

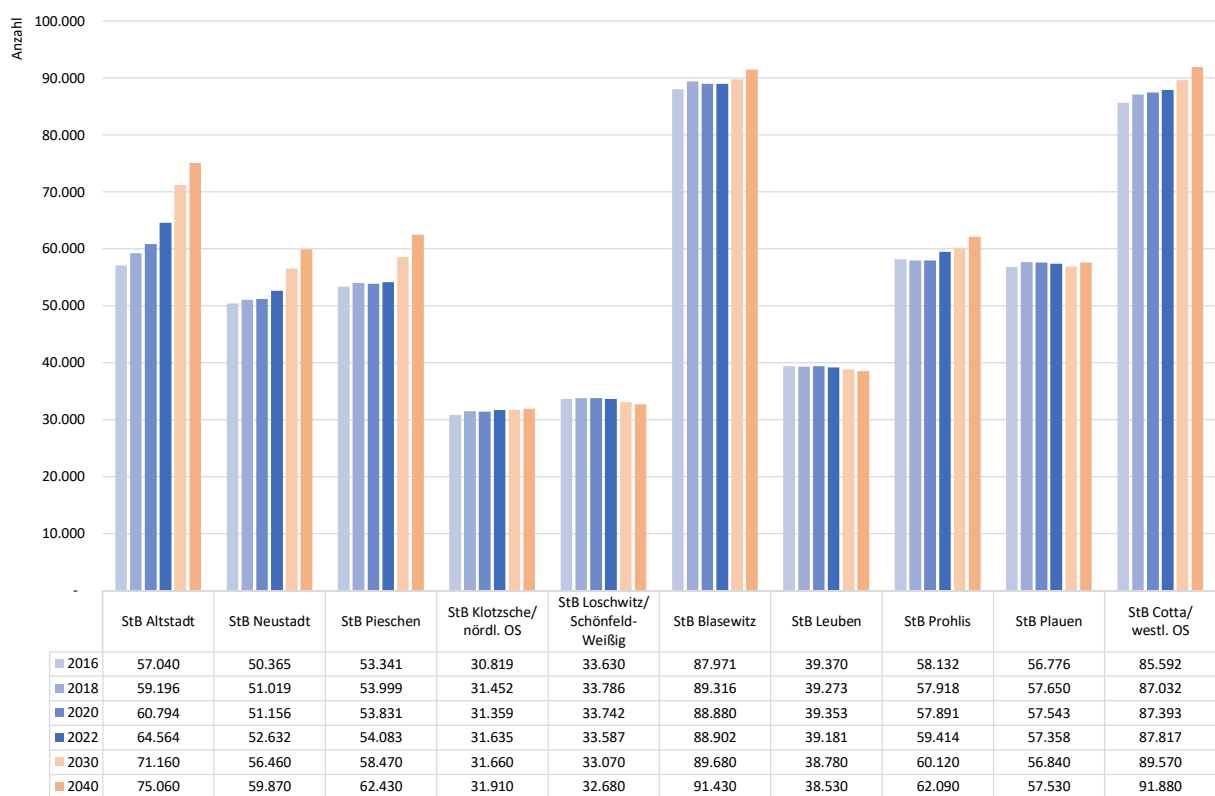


Abbildung 1.1: Bevölkerungsstand und Prognose in Dresden nach Stadtbezirken (StB) mit zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden von 2016 bis 2040

Quelle: LHD, 2023a, 2023e, 2024

Die Einwohnerzahl von Frauen und Männern in den Dresdner Stadtbezirken mit zugehörigen Ortschaften sind in Abb. 1.2 für das Jahr 2022 dargestellt. Unter Berücksichtigung der Zuwanderung von zumeist Ukrainerinnen im Jahr 2022 fällt die Verteilung von Frauen zu Männern unterschiedlich aus. Insbesondere der Stadtbezirk Blasewitz lag der Frauenanteil mit 52,6 Prozent

(2016: 46.087; plus 1,5 %) höher als der Männeranteil (2016: 41.884; plus 0,6 %). Auch in den beiden Stadtbezirken Leuben mit einem Frauenanteil von 51,9 Prozent (2016: 20.268; plus 0,4 %) und Loschwitz/Schönfeld-Weißig mit einem Frauenanteil von 51,4 Prozent (2016: 17.229; plus 0,2 %) lebten ebenfalls mehr Frauen als Männer (Leuben 2016: 19.102; minus 1,4 %; Loschwitz 2016: 16.401; minus 0,4 %). Demgegenüber sind die Stadtbezirke Plauen, Neustadt, Cotta und westliche Ortschaften die einzigen Stadtbezirke, in denen mehr Männer als Frauen wohnten. Der prozentuale Anteil des Bevölkerungsstandes je nach Stadtbezirken und Ortschaften ist Tab. 1.2 zu entnehmen.

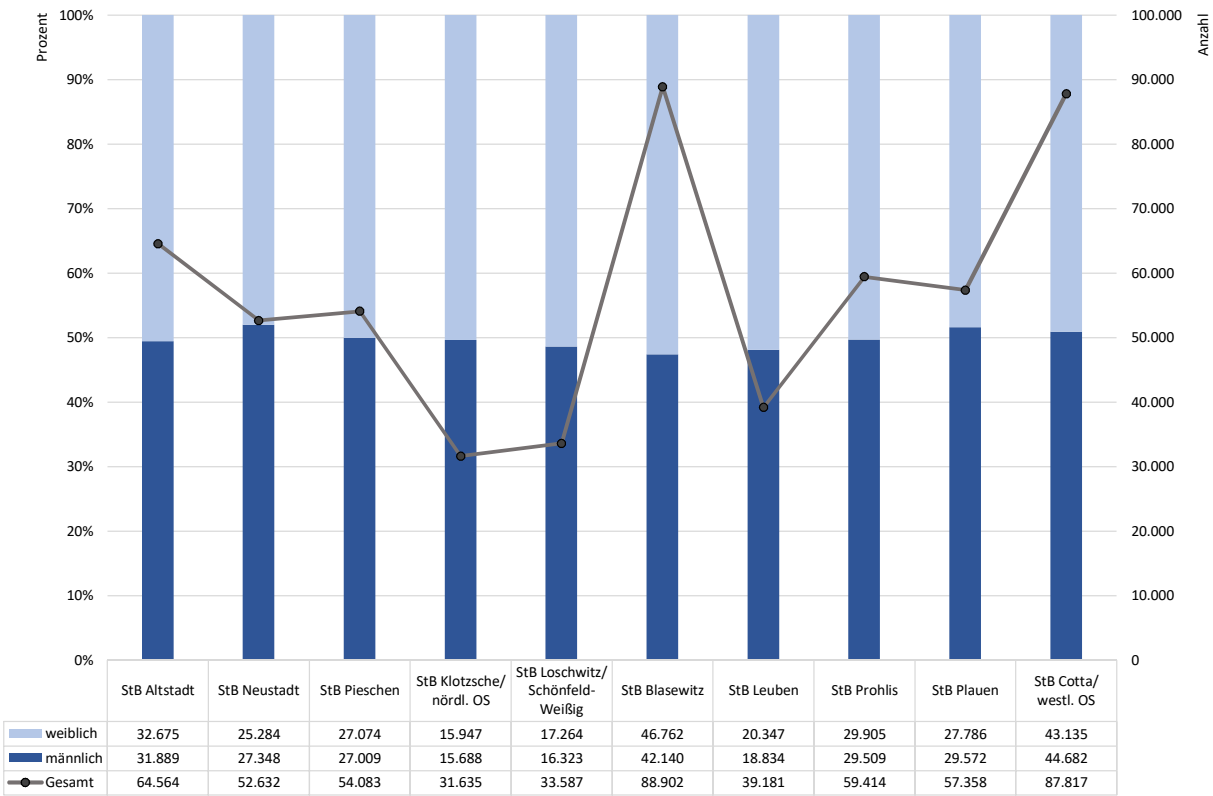


Abbildung 1.2: Bevölkerungsstand nach Geschlecht und nach Stadtbezirken (StB) mit zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden im Jahr 2022

Quelle: LHD, 2023a

Tabelle 1.2: Anteil Männer und Frauen nach Stadtbezirken (StB) und zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden im Jahr 2022

Stadtbezirk /Ortschaft	Bevölkerungs- bestand	Anteil an der Bevölkerung Dresdens (%)		
		Gesamt	Männlich	Weiblich
StB Altstadt	64.564	11,3	49,4	50,6
StB Neustadt	52.632	9,2	52,0	48,0
StB Pieschen	54.083	9,5	49,9	50,1
StB Klotzsche/nördliche OS	31.635	5,6	49,6	50,4
StB Loschwitz/Schönfeld-Weißig	33.587	5,9	48,6	51,4
StB Blasewitz	88.902	15,6	47,4	52,6
StB Leuben	39.181	6,9	48,1	51,9
StB Prohlis	59.414	10,4	49,7	50,3
StB Plauen	57.358	10,1	51,6	48,4
StB Cotta/westliche OS	87.817	15,4	50,9	49,1
Dresden gesamt	569.173	569.173	49,7	50,3

Anmerkungen: Anteil der Bevölkerung Dresdens und Anteil der Bevölkerung je Stadtbezirk/Ortschaften in Prozent
Quellen: Destatis, 2023a; LHD, 2024; Statistisches Landesamt Sachsen, 2023a

1.2.3 Bevölkerungsdichte nach Stadtbezirken mit zugehörigen Ortschaften bzw. Stadtteilen

Die Kennzahl der Bevölkerungsdichte gibt Auskunft über die Besiedelung der Stadtgebiete in einer Kommune. Leben viele Menschen auf engem Raum, können sich Risikofaktoren für die gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung ergeben. So sind Menschen in dicht besiedelten Stadtregionen beispielsweise häufiger von Lärmbelastungen betroffen (UBA, 2018). Demgegenüber sind eher außerhalb des Zentrums gelegene Stadtgebiete mit weniger Einwohnerinnen und Einwohnern pro Quadratkilometer von längeren Wegen zu den jeweiligen Gesundheitsversorgungsstrukturen (Teti et al., 2022), einem schlechteren Zugang zu verschiedenen Mobilitätsformen und damit schlechteren sozialen Teilhabechancen betroffen (LZ.NRW, 2019). Diesen Herausforderungen können im Rahmen von städteplanerischen Maßnahmen berücksichtigt werden.

Die Bevölkerungsdichte Gesamt-Dresdens hat seit 1990 zugenommen. Lebten im Jahr 1990 noch 1.554 Menschen auf einem Quadratkilometer, so waren es 2022 bereits 1.734. Im sächsischen Vergleich lag Dresden 2022 mit einer Bevölkerungsdichte von 1.734 Einwohner je Quadratkilometer hinter Leipzig (2.021 Einwohner je km²) und vor Chemnitz (1.099 Einwohner je km²). Im bundesweiten Großstadtvergleich war die Stadt München (4.788 Einwohner je km²), vor der Bundeshauptstadt Berlin (4.127 Einwohner je km²), die am dichtesten besiedelte Stadt Deutschlands. Dresden zählt somit zu den weniger verdichteten Großstädten (Statista, 2024b). Tab. 1.3 zeigt die Bevölkerungsdichte nach Stadtbezirken mit zugehörigen Ortschaften in Dresden. Blasewitz, Altstadt und Plauen stellen die drei am dichtesten besiedelten Stadtbezirke dar.

Tabelle 1.3: Bevölkerungsdichte nach Stadtbezirken (StB) und zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden der Jahre 2000 und 2022

Stadtbezirk/Ortschaft	Bevölkerungszahl am Ort der Hauptwohnung		Fläche (ha)	Bevölkerungsdichte (Einwohner pro km ²)	
	2000	2022		2000	2022
StB Blasewitz	74.470	88.902	1.449	5.140	6.136
StB Altstadt	48.911	64.564	1.697	2.882	3.804
StB Plauen	46.899	57.358	1.579	2.971	3.633
StB Neustadt	32.719	52.632	1.479	2.213	3.559
StB Pieschen	41.681	54.083	1.621	2.572	3.337
StB Leuben	36.677	39.181	1.305	2.811	3.003
StB Prohlis	57.154	59.414	2.115	2.703	2.810
StB Cotta/westliche Ortschaften	74.895	87.817	5.107	1.466	1.719
StB Klotzsche/nördliche Ortschaften	29.119	31.635	5.478	532	578
StB Loschwitz/OS Schönfeld-Weißig	29.825	33.587	10.999	271	305
Dresden gesamt	472.350	569.173	32.828	1.439	1.734

Anmerkungen: sortiert nach Bevölkerungsdichte im Jahr 2022
Quelle: LHD, 2023e

Unterschiede in der Besiedelung des Stadtgebiets in Dresden lassen sich auf Stadtteilebene verdeutlichen, wie im Folgenden in Tab. 1.4 und in Tab. 1.5 dargestellt. Tab. 1.4 zeigt die zehn am dichtesten besiedelten Stadtteile im Zeitverlauf. Die Stadtteile Äußere Neustadt (Antonstadt), Prohlis-Süd und Striesen-West waren die drei am dichtesten besiedelten Stadtteile. Die Stadtteile Hellerberge (20 Einwohner je km²), Schönfeld/Schullwitz (125 Einwohner je km²), Altfranken/Gompitz (330 Einwohner je km²) und Langebrück/Schönborn (359 Einwohner je km²) waren im Jahr 2022 die am dünnsten besiedelten Stadtteile (außer Dresdner Heide). Es wird deutlich, dass es in Dresden sehr verdichtete Stadtgebiete gibt und der Durchschnittswert Dresdens durch die Dresdner Heide, mit allein 17 Prozent der Gesamtfläche, stark nach unten gezogen wird. Die Herausforderungen durch die hohe Verdichtung in vielen Stadtteilen bleiben jedoch bestehen.

Tabelle 1.4: Die zehn am dichtesten besiedelten Stadtteile in Dresden der Jahre 2000, 2016 und 2022

Stadtteil	Fläche (ha)	Bevölkerungsdichte (Einwohner pro km ²)			
					Veränderung (%)
		2000	2016	2022	2000 zu 2022
11 Äußere Neustadt (Antonstadt)	115	10.028	15.687	15.787	57,4
72 Prohlis-Süd	70	11.355	12.464	12.512	10,2
54 Striesen-West	114	9.455	11.636	11.607	22,8
52 Striesen-Ost	135	8.173	11.233	11.470	40,3
21 Pieschen-Süd	120	6.194	9.969	10.175	64,3
92 Löbtau-Nord	95	6.033	9.693	10.124	67,8
07 Johannstadt-Süd	123	10.032	9.982	10.115	0,8
71 Prohlis-Nord	66	9.496	9.379	9.489	-0,1
53 Striesen-Süd	133	6.819	8.490	9.325	36,7
96 Gorbitz-Ost	74	8.738	8.409	8.610	-1,5
Dresden gesamt	1.554	1.439	1.695	1.734	20,5

Anmerkungen: sortiert nach Bevölkerungsdichte im Jahr 2022
 Quelle: LHD, 2023e

Die Stadtteile Albertstadt (plus 167 %), Friedrichstadt (plus 116 %) und Leipziger Vorstadt (plus 76 %) hatten sich in den letzten 22 Jahre (von 2000 zu 2022) am stärksten verdichtet (Tab. 1.5). Folgende Stadtteile mit höchster und sehr hoher Bevölkerungsdichte (Tab. 1.4), Äußere Neustadt (Antonstadt) (plus 57 %) Löbtau-Nord (plus 68 %) und Pieschen Süd (plus 64 %), wiesen sehr große Veränderungen von 2000 zu 2022 auf.

Tabelle 1.5: Die zehn Stadtteile in Dresden mit der höchsten Veränderung der Bevölkerungsdichte von 2000 zu 2022

Stadtteil	Fläche (ha)	Bevölkerungsdichte (Einwohner pro km ²)			
					Veränderung (%)
		2000	2016	2022	2000 zu 2022
15 Albertstadt	749	214	405	571	166,9
05 Friedrichstadt	604	856	1.512	1.849	116,1
14 Leipziger Vorstadt	210	3.607	6.183	6.347	76,0
92 Löbtau-Nord	95	6.033	9.693	10.124	67,8
21 Pieschen-Süd	120	6.194	9.969	10.175	64,3
11 Äußere Neustadt (Antonstadt)	115	10.028	15.687	15.787	57,4
82 Südvorstadt-Ost	131	4.394	6.786	6.680	52,0
81 Südvorstadt-West	204	4.683	6.495	7.062	50,8
93 Löbtau-Süd	139	5.704	8.192	8.504	49,1
13 Innere Neustadt	179	2.973	4.268	4.366	46,8
Dresden gesamt	1.554	1.439	1.695	1.734	20,5

Anmerkungen: sortiert nach Veränderung der Bevölkerungsdichte von dem Jahr 2000 zu 2022
 Quelle: LHD, 2023e

1.3 Entwicklungen der Altersstrukturen

Tabelle 1.6: Bevölkerung nach Altersgruppen in Deutschland, Sachsen und Dresden im Jahr 2022

Bevölkerung nach Altersgruppen (AG) 2022 (Stand: 31.12.2022)	Deutschland	Sachsen	Dresden
Bevölkerungsstand gesamt (Veränderung zu 2021 (%))	84.358.845 (plus 1,3)	4.086.152 (plus 1,1)	569.173 (plus 1,5)
Anteil der AG unter 18 Jahre (%) (Veränderung zu 2021 (%))	16,9 (plus 0,2)	16,2	17,2 (plus 0,1)
Anteil der AG unter 20 Jahre (%) (Veränderung zu 2021 (%))	18,8 (plus 0,3)	18,0	19,1 (plus 0,2)
Anteil der AG 20 bis 40 Jahre (%) (Veränderung zu 2021 (%))	24,5 (plus 0,1)	21,6	28,6 (minus 0,3)
Anteil der AG 40 bis 60 Jahre (%) (Veränderung zu 2021 (%))	27,3 (minus 0,4)	26,2	24,9 (plus 0,1)
Anteil der AG 60 bis 80 Jahre (%) (Veränderung zu 2021 (%))	22,2 (plus 0,2)	24,9	19,1 (minus 0,1)
Anteil der AG 80 bis 100 Jahre (%) (Veränderung zu 2021 (%))	7,2 (minus 0,1)	9,2	8,3 (plus 0,1)
Durchschnittsalter (Jahre)	44,6	46,8	43,3

Quellen: Destatis, 2023a; LHD, 2023a; Statistisches Landesamt Sachsen, 2023a

Ein wichtiger Bestandteil für die Planung der kommunalen Infrastruktur ist die Kenntnis von der Altersverteilung und die damit verbundene differenzierte Betrachtung der Bevölkerungsentwicklung. Aktuelle und künftige Entwicklungen in der Altersverteilung, beispielsweise der Anteil der Kinder im Kindergarten-, Vorschul- und Schulalter, der Jugendlichen im schul- und ausbildungsfähigen Alter, die Zu- und Abnahme der Erwerbstätigen und sich in Rente befindlichen Bevölkerung, bilden die Grundlage für kommunale Planungen in den Bereichen Bildung, Wohnen, Gesundheit, Kultur und Wirtschaft und die sozialen Sicherungssysteme.

Tab. 1.6 stellt die Bevölkerung nach Altersgruppen in Deutschland, Sachsen und der Landeshauptstadt Dresden im Jahr 2022 dar. Darüber hinaus zeigt Abb. 1.3 die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung mit Hauptwohnsitz in Dresden für das Jahr 2022 in Form eines Lebensbaumes. In dieser Darstellung sind seitliche „Wellenberge“ und „Wellentäler“ als demografische „Wellen“ aufgrund von Geburtenschwankungen in bestimmten Geburtsjahrgängen erkennbar. Ursachen hierfür sind Auswirkungen historischer Ereignisse, politischer und wirtschaftlicher Herausforderungen sowie sozialer und kultureller Verhaltensänderungen. So sind Geburtenrückgänge beispielsweise durch die Not der Menschen während des Ersten und Zweiten Weltkrieges einschließlich der Weltwirtschaftskrise mit ihren zahlreichen Todesopfern ersichtlich. Ab der zweiten Hälfte der 1960er Jahre ist ein Geburtenrückgang durch die Verbreitung der Antibabypille, bekannt als sogenannter „Pillenknick“, ersichtlich. Die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs aus der Zeit nach der bundesdeutschen Wiedervereinigung ist vor allem in den ostdeutschen Bundesländern als „Wellentäler“ in der Darstellung der Alters- und Geschlechtsstruktur erkennbar. Im Vergleich dazu bilden sich „Wellenberge“ durch die geburtenstarken Jahrgänge von 1959 bis 1968, der sogenannten Baby-Boomer. Der größte „Wellenberg“ entstand in Dresden durch die Zuwanderung junger Menschen in den 2000er Jahren in Kombination mit ebenfalls geburtenstarken Jahrgängen der 1970/1980er Jahre, gefolgt von der aktuellen Zuwanderung junger Erwachsener sowie durch die Einführung des Elterngeldes 2007. Darüber hinaus spielten auch das Verhältnis von Geburtenziffern zu Sterbeziffern sowie die Lebenserwartung eine Rolle. Diese Faktoren spiegeln sich in der aktuellen und zukünftigen Altersverteilung von Männern und Frauen wider.

Der demografische Wandel prägt auch die Bevölkerungsstruktur in der Landeshauptstadt Dresden. Eine große Dynamik wird jedoch für die Jahre um 2030 erwartet, wenn die zahlenmäßig starke Gruppe der heute ca. 60-Jährigen („Wellenberg“) (Abb. 1.3) das Erwerbsalter beendet und ins Rentenalter eintritt. Die Herausforderungen hinsichtlich einer alternden Gesellschaft mit steigendem Risiko für chronische Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit werden sich in den nächsten zehn Jahren verschärfen. Dies ist auf die geburtenstärksten Jahrgänge der Baby-Boomer mit einer leichten zeitlichen Verzögerung in Ostdeutschland sowie auf den Geburtenrückgang, die Abwanderung vor allem junger Menschen in die westlichen Bundesländer im Zuge der bundesdeutschen Wiedervereinigung im Jahr 1990 und die steigende Lebenserwartung zurückzuführen (RKI, 2015).

Dem steht ein geringerer Anteil von Menschen im erwerbsfähigen Alter gegenüber. Im höheren Alter, ab etwa 60 Jahren, besteht aufgrund der höheren Lebenserwartung der Frauen und der bereits beschriebenen Auswirkungen historischer Ereignisse ein Frauenüberschuss, während zwischen dem 25. und 50. Lebensalter ein Männerüberschuss besteht. Dieser Männerüberschuss scheint in den letzten Jahren durch die selektive Abwanderung junger gut ausgebildeter Frauen aus Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt auf der Suche nach attraktiven Arbeits- und Lebensbedingungen in anderen Regionen entstanden zu sein (Mohr, 2022). Dieses Phänomen trifft für Dresden jedoch nicht unbedingt zu. In Dresden kommt vermutlich die technische – und damit für Männer beruflich attraktive – Ausrichtung der Hoch- und Berufsschulen zum Tragen. Zudem konnte eine männlich dominierte Zuwanderung von Geflüchteten beobachtet werden. Eine Ausnahme bildet die Zuwanderung von zumeist Ukrainerinnen in den Jahren 2022/23 (LHD, 2022a).

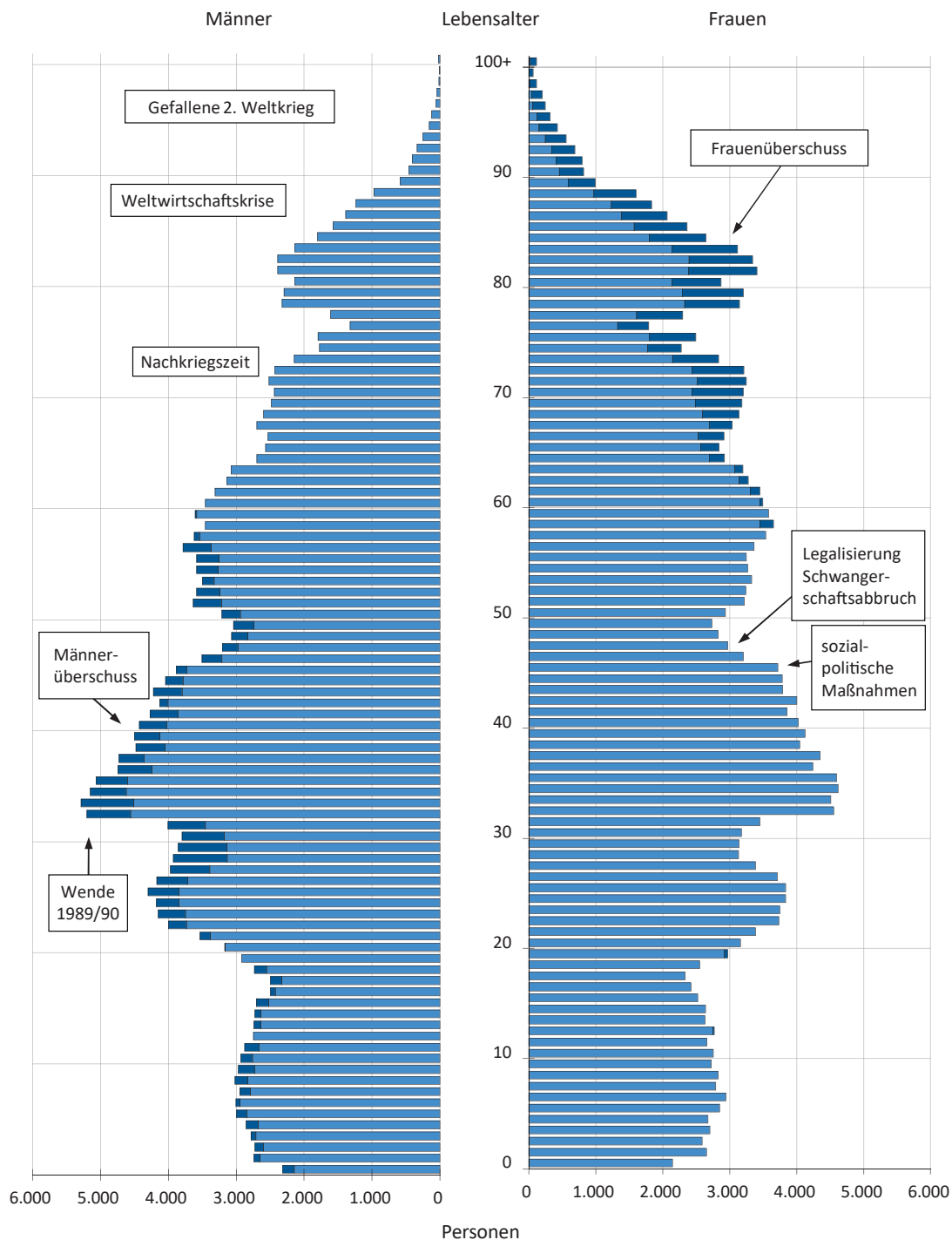


Abbildung 1.3: Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung nach Lebensalter in Dresden im Jahr 2022 (Stand zum 30.09.2023)

Quelle: LHD, 2023b

1.3.1 Altersgruppen

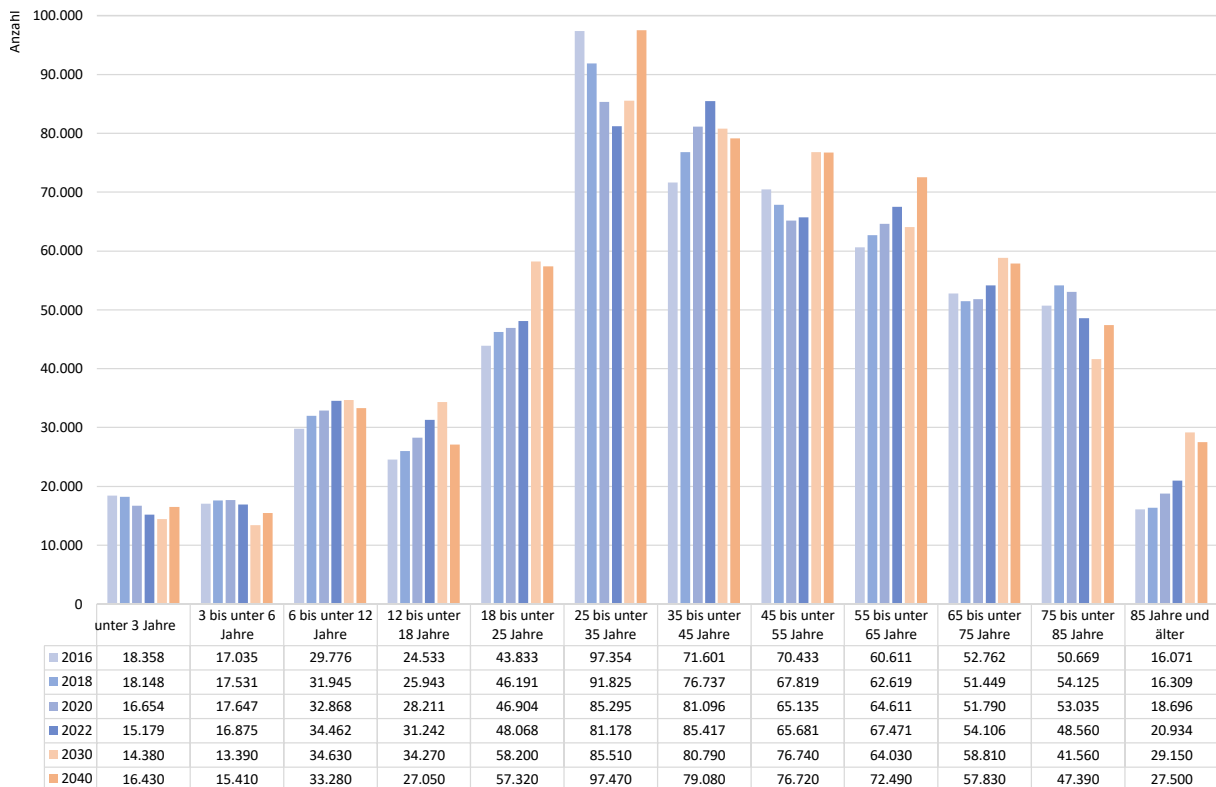


Abbildung 1.4: Altersgruppenstruktur der Bevölkerung in Dresden von 2016 bis Prognose 2040

Quelle: LHD, 2022b, 2024, eigene Berechnung

Abb. 1.4 zeigt die aktuelle Entwicklung der Altersgruppen in Dresden seit 2016 und deren prognostizierte Zahlen für die künftigen sechs bzw. 16 Jahre. In Tab. 1.7 ist der prozentuale Anteil der Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung vom Jahr 2016 bis zum Jahr 2040 dargestellt. Auffällig ist, dass sich die Zahl der Kinder und Jugendlichen in Dresden in den letzten Jahren verändert hat und zukünftig weiter abnehmen wird bzw. auf dem Niveau von 2022 bleiben wird. Insbesondere in der Altersgruppe der unter 3-Jährigen waren die Anzahl und der Anteil deutlich zurückgegangen (2016: 3,3 %; 2022: 2,7 %) und werden zukünftig dem Anteil von 2022 entsprechen (2030: 2,5 %; 2040: 2,7 %). Eine ähnliche Entwicklung war auch in der Altersgruppe der 3- bis unter 6-Jährigen zu beobachten (2016: 3,1 %; 2022: 3,0 %) und wird in Zukunft (2030: 2,3 %; 2040: 2,6 %) zu erwarten sein. Die Anzahl in den Altersgruppen der 6- bis unter 12-Jährigen (2016: 5,4 %; 2022: 6,1 %), der 12- bis unter 18-Jährigen (2016: 4,4 %; 2022: 5,5 %) nahmen alle im gleichen Zeitraum zu und werden künftig wieder abnehmen (6- bis unter 12-Jährigen: 2030: 5,9 %; 2040: 5,5 %) bzw. (12- bis unter 18-Jährigen: 2030: 5,9 %; 2040: 4,5 %). Für die Altersgruppe der 18- bis unter 25-Jährigen wird künftig eine Zunahme (2030: 9,9 %; 2040: 9,5) erwartet werden.

Neben dem Nachrücken geburtenstärkerer Jahrgänge gibt es traditionell Wanderungsgewinne bei jungen Erwachsenen (Bildungs- und Berufswanderung), die zu einem Anwachsen dieser Altersgruppe führen. Damit folgt Dresden dem allgemeinen Trend der Bevölkerungszunahme in der Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen in deutschen Großstädten. Als weitere Gründe für verstärkte Binnenwanderungen und Zuzüge aus dem Ausland werden folgende Ereignisse verstanden: der zusätzliche Zuzug von jungen Menschen mit Fluchterfahrungen inklusive Ukrainerinnen mit minderjährigen Kindern, die besondere Wanderungsaktivität dieser Bevölkerungsgruppe sowie Post-Corona-Effekte (Rink et al., 2021).

Die absolute Zahl der jungen Erwachsenen im Alter von 25 bis 34 Jahren in ostdeutschen Städten wird bis 2030 sinken, um dann bis 2040 wieder etwa auf das Niveau von 2018 anzusteigen (LHD, 2024). Deutlich wird auch, dass die absolute Zahl der 55- bis 64-Jährigen, der 65- bis 74-Jährigen und die Altersgruppe der 85-Jährigen und Älteren bis 2022 stark angestiegen sind. In Tab. 1.7 wird deutlich, dass die Gruppe der 85-Jährigen und Älteren bis 2040 einen deutlich höheren Anteil an der Gesamtbevölkerung ausmachen wird.

Tabelle 1.7: Anteil der Bevölkerung nach differenzierteren Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung in Dresden von 2016 bis Prognose 2040

Jahre	Anteil der Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung (%)												Bevölkerungsstand
	unter 3 Jahre	3 bis unter 6 Jahre	6 bis unter 12 Jahre	12 bis unter 18 Jahre	18 bis unter 25 Jahre	25 bis unter 35 Jahre	35 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 65 Jahre	65 bis unter 75 Jahre	75 bis unter 85 Jahre	85 Jahre und älter	Dresden gesamt
2016	3,3	3,1	5,4	4,4	7,9	17,6	12,9	12,7	11,0	9,5	9,2	2,9	553.036
2018	3,2	3,1	5,7	5,7	8,2	16,4	13,7	12,1	11,2	9,2	9,7	2,9	560.641
2020	3,0	3,1	5,8	5,8	8,3	15,2	14,4	11,6	11,5	9,2	9,4	3,3	561.942
2022	2,7	3,0	6,1	5,5	8,4	14,3	15,0	11,5	11,9	9,5	8,5	3,7	569.173
2030	2,5	2,3	5,9	5,9	9,9	14,6	13,8	13,1	10,9	10,0	7,1	5,0	585.800
2040	2,7	2,6	5,5	4,5	9,5	16,2	13,1	12,7	12,0	9,6	7,9	4,6	603.410

Quelle: LHD, 2023d, 2024; eigene Berechnungen

In den Tab. 1.8 bis Tab. 1.13 ist die Altersstruktur der Kinder und Jugendlichen (0 bis unter 18 Jahre), die Altersstruktur der Menschen im Erwerbsalter und die Altersstruktur der Menschen ab 60 Jahren mit den jeweiligen Anteilen für die Jahre ab 2016 bis 2022 und in der Prognose bis 2040 detailliert dargestellt.

Von 2016 bis 2022 stieg der Anteil an Kinder und Jugendlichen (0 bis unter 18 Jahre) in der Bevölkerung von 16,2 Prozent auf 17,2 Prozent an und wird laut Bevölkerungsprognose 2023 bis zum Jahr 2040 auf 14,7 Prozent absinken (Tab. 1.8 und 1.9). Bei differenzierter Betrachtung waren die Anteile der Kinder im Säuglingsalter, im Krippenalter und Kindergartenalter von 2016 bis 2022 gesunken und werden laut Prognose bis 2040 wieder ansteigen (Tab. 1.8 und 1.9). Ab dem Grundschulalter stiegen alle Anteile der Kinder und Jugendlichen seit 2016 bis 2022 und werden gemäß Prognose für 2030 und 2040 absinken (Tab. 1.8 und 1.9). Geschlechtsspezifisch ist zudem auffällig, dass in jedem Altersbereich weniger Mädchen als Jungen vertreten sind (Tab. 1.8 und 1.9).

Tabelle 1.8: Bevölkerung der Kinder und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr nach Altersgruppen und Geschlecht in Dresden von 2016 bis Prognose 2040

Altersgruppen		Anzahl der Bevölkerung								
		2016	2018	2020	2022			2030	2040	
		Gesamt	Gesamt	Gesamt	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	Gesamt	
Kinder und Jugendliche	0 bis unter 18 Jahre	89.702	93.567	95.380	97.758	50.081	47.677	91.000	87.610	
	Kinder	0 bis unter 14 Jahre	73.701	76.701	77.316	77.411	39.654	37.757	68.110	69.640
	im Säuglingsalter	Unter 1 Jahr	6.182	5.808	5.368	4.466	2.320	2.146	4.960	5.600
	Kinder	12 bis unter 14 Jahre	8.532	9.077	10.147	10.895	5.489	5.406	11.380	9.080
	Jugendliche	14 bis unter 16 Jahre	7.865	8.622	9.155	10.592	5.429	5.163	11.460	8.940
		16 bis unter 18 Jahre	12.053	12.485	13.395	14.984	7.705	7.279	11.430	9.030
	nach Ein- richtung	im Krippenalter	12.176	12.340	11.286	10.713	5.463	5.250	9.420	10.830
		im Kindergartenalter	17.035	17.531	17.647	16.875	8.639	8.236	13.390	15.410
	im Vorschulalter	5 und 6 Jahre	10.954	11.343	11.481	11.801	6.003	5.798	8.660	9.980
	im Schulalter	6 bis unter 18 Jahre	54.309	57.888	61.079	65.704	33.659	32.045	63.230	55.770
	Schulpflicht	7 bis unter 16 Jahre	40.744	43.985	46.439	49.996	25.656	24.340	47.510	41.800
	Grundschule	6 bis unter 11 Jahre	25.400	26.948	27.598	28.924	14.867	14.057	28.960	28.720
	Oberschule	11 bis unter 17 Jahre	24.866	26.748	29.044	31.947	16.292	15.655	33.910	27.120
	Gymnasium	11 bis unter 19 Jahre	33.501	18.597	38.325	42.069	21.524	20.545	45.920	37.230
Dresden gesamt		553.036	560.641	561.942	569.173	282.994	286.179	585.800	603.410	

Quelle: LHD, 2023a, 2023d; eigene Berechnungen

Tabelle 1.9: Anteil der Kinder und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr an der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht in Dresden von 2016 bis Prognose 2040

Altersgruppen			Anteil der Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung (%)							
			2016	2018	2020	2022			2030	2040
			Gesamt	Gesamt	Gesamt	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	Gesamt
Kinder und Jugendliche	0 bis unter 18 Jahre	16,2	16,7	17,0	17,2	17,7	16,7	15,5	14,5	
nach Ein- richtung	Kinder	0 bis unter 14 Jahre	13,3	13,7	13,8	13,6	14,0	13,2	11,6	11,5
	im Säuglingsalter	unter 1 Jahr	1,1	1,0	1,0	0,8	0,8	0,7	0,8	0,9
	Kinder	12 bis unter 14 Jahre	1,5	1,6	1,8	1,9	1,9	1,9	1,9	1,5
	Jugendliche	14 bis unter 16 Jahre	1,4	1,5	1,6	1,9	1,9	1,8	2,0	1,5
		16 bis unter 18 Jahre	2,2	2,2	2,4	2,6	2,7	2,5	2,0	1,5
	im Krippenalter	1 bis unter 3 Jahre	2,2	2,2	2,0	1,9	1,9	1,8	1,6	1,8
	im Kinder- gartenalter	3 bis unter 6 Jahre	3,1	3,1	3,1	3,0	3,1	2,9	2,3	2,6
	im Vorschulalter	5 und 6 Jahre	2,0	2,0	2,0	2,1	2,1	2,0	1,5	1,7
	im Schulalter	6 bis unter 18 Jahre	9,8	10,3	10,9	11,5	11,9	11,2	10,8	9,2
	Schulpflicht	7 bis unter 16 Jahre	7,4	7,8	8,3	8,8	9,1	8,5	8,1	6,9
	Grundschule	6 bis unter 11 Jahre	4,6	4,8	4,9	5,1	5,3	4,9	4,9	4,8
	Oberschule	11 bis unter 17 Jahre	4,5	4,8	5,2	5,6	5,8	5,5	5,8	4,5
	Gymnasium	11 bis unter 19 Jahre	6,1	6,4	6,8	7,4	7,6	7,2	7,8	6,2
Dresden gesamt		553.036	560.641	561.942	569.173	282.994	286.179	585.800	603.410	

Quellen: LHD, 2023a, 2023d; eigene Berechnungen

Der Anteil der Menschen im Erwerbsalter von 18 bis unter 65 Jahren bzw. im Alter von 20 bis 65 Jahren nahm mit rund 60 Prozent zwei Drittel der Dresdner Bevölkerung ein und ist seit 2016 bis 2022 gesunken (Tab. 1.10 und 1.11). Für 2040 wird eine leichte Zunahme um 1,3 Prozent bzw. 0,7 Prozent prognostiziert. Somit wird die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, wie erwartet, bis 2030 bzw. 2040 deutlich im Altersdurchschnitt steigen (Tab. 1.10 und 1.11).

Der Anteil der jüngeren Erwerbstätigen im Alter von 18 bis unter 25 Jahre stieg seit 2016 leicht von 7,9 Prozent auf 8,4 Prozent bis 2022 und bis 2040 prognostisch auf 9,4 Prozent an (Tab. 1.10 und 1.11). Es ist ein Zuwachs an jungen Erwerbstätigen im Alter von 18 bis unter 25 Jahren zu verzeichnen. Der Anteil an der Gesamtbevölkerung wächst von 2022 bis 2040 um 1,2 Prozent bzw. um circa 6.000 Menschen auf eine erwartete Anzahl von 54.643. Der Anteil der Altersgruppe im mittleren Erwerbsalter der 25- bis unter 45-Jährigen nimmt seit dem benannten Zeitraum von 30,6 Prozent bis im Jahr 2040 auf 28,2 Prozent ab (Tab. 1.10 und 1.11). Die Menschen im höheren Erwerbsalter der 45- bis 55-Jährigen verzeichnen einen leichten Abstieg, welcher bis 2040 mit 12,6 Prozent wieder auf das Niveau von 2016 ansteigen wird. Prognostisch wächst die Zahl bis 2040 um etwa 10.000 Menschen. (Tab. 1.10 und 1.11)

Tabelle 1.10: Bevölkerung im Erwerbsalter ab dem 18. Lebensjahr nach Altersgruppen und nach Geschlecht in Dresden von 2016 bis Prognose 2040

Altersgruppen		Anzahl der Bevölkerung							
		2016	2018	2020	2022			2030	
		Gesamt	Gesamt	Gesamt	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	
Menschen im Erwerbsalter	18 bis unter 65 Jahre	343.832	345.191	343.041	347.815	180.830	166.985	365.270	383.080
	20 bis unter 65 Jahre	333.528	333.935	332.466	336.631	175.177	161.454	351.850	370.790
	18 bis unter 67 Jahre	355.961	356.947	354.662	358.677	185.930	172.747	378.760	394.310
	20 bis unter 67 Jahre	345.657	345.691	344.087	347.493	180.277	167.216	365.340	382.020
im jungen Erwerbsalter	18 bis unter 25 Jahre	43.833	46.191	46.904	48.068	24.670	23.398	58.200	57.320
	20 bis unter 25 Jahre	33.529	34.935	36.329	36.884	19.017	17.867	44.780	45.030
im mittleren Erwerbsalter	25 bis unter 45 Jahre	168.955	168.562	166.391	166.595	88.230	78.365	166.300	176.550
im hohen mittleren Erwerbsalter	45 bis unter 55 Jahre	70.433	67.819	65.135	65.681	34.212	31.469	6.740	76.720
im hohen Erwerbsalter	55 bis unter 65 Jahre	60.611	62.619	64.611	67.471	33.718	33.753	64.030	72.490
	55 bis unter 67 Jahre	72.740	74.375	76.232	78.333	38.818	39.515	77.520	83.720
Dresden gesamt		553.036	560.641	561.942	569.173	282.994	286.179	585.800	603.410

Quellen: LHD, 2023d, 2024; eigene Berechnungen

Tabelle 1.11: Anteil der Bevölkerung im Erwerbsalter an der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht in Dresden von 2016 bis Prognose 2040

Altersgruppen		Anteil der Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung (%)							
		2016	2018	2020	2022			2030	
		Gesamt	Gesamt	Gesamt	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	
Menschen im Erwerbsalter	18 bis unter 65 Jahre	62,2	61,6	61,0	61,1	63,9	58,3	62,4	63,5
	20 bis unter 65 Jahre	60,3	59,6	59,2	59,1	61,9	56,4	60,1	61,4
	18 bis unter 67 Jahre	64,4	63,7	63,1	63,0	65,7	60,4	64,7	65,3
	20 bis unter 67 Jahre	62,5	61,7	61,2	61,1	63,7	58,4	62,4	63,3
im jungen Erwerbsalter	18 bis unter 25 Jahre	7,9	8,2	8,3	8,4	8,7	8,2	9,9	9,5
	20 bis unter 25 Jahre	6,1	6,2	6,5	6,5	6,7	6,2	7,6	7,5
im mittleren Erwerbsalter	25 bis unter 45 Jahre	30,6	30,1	29,6	29,3	31,2	27,4	28,4	29,3
im hohen mittleren Erwerbsalter	45 bis unter 55 Jahre	12,7	12,1	11,6	11,5	12,1	11,0	13,1	12,7
im hohen Erwerbsalter	55 bis unter 65 Jahre	11,0	11,2	11,5	11,9	11,9	11,8	10,9	12,0
	55 bis unter 67 Jahre	13,2	13,3	13,6	13,8	13,7	13,8	13,2	13,9
Dresden gesamt		553.036	560.641	561.942	569.173	282.994	286.179	585.800	603.410

Quellen: LHD, 2023d, 2024

Im Jahr 2022 waren 21,7 Prozent der Bevölkerung im Rentenalter ab 65 Jahre und älter, davon anteilig mehr Frauen (25,0 %) als Männer (18,4 %) (Tab. 1.12 und 1.13). Für das Jahr 2040 werden rund 22 Prozent der Bevölkerung im Rentenalter prognostiziert. Das derzeitige Renteneintrittsalter liegt im Durchschnitt bei 64,4 Jahren (Tab. 1.12 und 1.13).

Der Anteil der Personen im frühen Rentenalter der 65- bis 75-Jährigen (2022: 9,5 %) war sowohl bei den Männern (2022: 8,5 %) als auch bei den Frauen (2022: 10,5 %) gegenüber dem Jahr 2016 unverändert, wird aber bis 2030 voraussichtlich ansteigen (Tab. 1.12 und 1.13). Eine zunehmende Alterung der Bevölkerung zeigt sich bei den Bevölkerungsgruppen im höheren Rentenalter. Dazu zählen die Bevölkerungsgruppen im späteren Rentenalter (über 75-Jährige), die Hochaltrigen (über 80-Jährige) und der Höchstbetagten (ab 90 Jahren) (Tab. 1.12 und 1.13). Dabei wird auch der Unterschied zwischen Männern und Frauen mit einem höheren Frauenanteil deutlich (Tab. 1.12 und 1.13).

Tabelle 1.12: Bevölkerung im Übergang und im Rentenalter ab dem 60. Lebensjahr nach Alter und nach Geschlecht in Dresden von 2016 bis Prognose 2040

Altersgruppen		Anzahl der Bevölkerung							
		2016	2018	2020	2022			2030	
		Gesamt	Gesamt	Gesamt	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	
60 plus	60 Jahre und älter	148.918	150.377	152.824	155.632	67.763	87.869	162.700	166.920
Übergang ins Alter	60 bis unter 65 Jahre	29.416	28.494	29.303	32.032	15.680	16.352	33.180	34.200
Junge Alte	60 bis unter 75 Jahre	82.178	79.943	81.093	86.138	39.869	46.269	91.990	92.030
Menschen im Rentenalter	65 und älter	119.502	121.883	123.521	123.600	52.083	71.517	129.520	132.720
im frühen Rentenalter	65 bis unter 75 Jahre	52.762	51.449	51.790	54.106	24.189	29.917	58.810	57.830
im späteren Rentenalter	75 Jahre und älter	66.740	70.434	71.731	69.494	27.894	41.600	70.710	4.890
Hochaltrige	80 Jahre und älter	35.147	39.207	44.337	47.191	18.531	28.660	46.200	47.780
Höchstbetagte	90 bis unter 100 Jahre	5.431	5.828	6.278	6.149	1.879	4.270	*	*
Langlebige	100 Jahre und älter	105	87	146	142	21	121	*	*
Dresden gesamt		553.036	560.641	61.942	569.173	282.994	286.179	585.800	603.410

Anmerkung: * keine Daten
Quelle: LHD, 2023d, 2024; eigene Berechnungen

Tabelle 1.13: Anteil der Bevölkerung im Übergang und im Rentenalter ab dem 60. Lebensjahr an der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen und nach Geschlecht in Dresden von 2016 bis Prognose 2040

Altersgruppen		Anteil der Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung (%)							
		2016	2018	2020	2022			2030	
		Gesamt	Gesamt	Gesamt	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	
60 plus	60 Jahre und älter	26,9	26,8	27,2	27,3	23,9	30,7	27,8	27,7
Übergang ins Alter	60 bis unter 65 Jahre	5,3	5,1	5,2	5,6	5,5	5,7	5,7	5,7
Junge Alte	60 bis unter 75 Jahre	14,9	14,3	14,4	15,1	14,1	16,2	15,7	15,3
Menschen im Rentenalter	65 und älter	21,6	21,7	22,0	21,7	18,4	25,0	22,1	22,0
im frühen Rentenalter	65 bis unter 75 Jahre	9,5	9,2	9,2	9,5	8,5	10,5	10,0	9,6
im späteren Rentenalter	75 Jahre und älter	12,1	12,6	12,8	12,2	9,9	14,5	12,1	12,4
Hochaltrige	80 Jahre und älter	6,4	7,0	7,9	8,3	6,5	10,0	7,9	7,9
Höchstbetagte	90 bis unter 100 Jahre	1,0	1,0	1,1	1,1	0,7	1,5	*	*
Langlebige	100 Jahre und älter	0,02	0,02	0,03	0,02	0,01	0,04	*	*
Dresden gesamt		553.036	560.641	561.942	569.173	282.994	286.179	585.800	603.410

Anmerkung: * keine Daten
Quellen: LHD, 2023d, 2024; eigene Berechnungen

1.3.2 Jugend- und Altenquotient

Tabelle 1.14: Jugend- und Altenquotient in Deutschland, Sachsen und Dresden im Jahr 2022

Jugend- und Altenquotient Stand: 31.12.2022	Deutschland	Sachsen	Dresden
Jugendquotient (unter 20-Jährigen)*	31,3	32,6	32,4
Altenquotient (älter als 65 Jahre)	37,3	48,1	34,1

Anmerkungen: *Um einen Vergleich zu dem Jugendquotienten im Land Sachsen und zu Gesamt-Deutschland zu erhalten, ist hier der Jugendquotient unter 20 Jahre neben den städtisch üblichen Jugendquotienten unter 15 Jahre aufgeführt. Ab 2031 ist die schrittweise Anpassung an die Regelaltersgrenze zum Renteneintritt von 67 Jahren abgeschlossen, so dass von einer anderen Berechnung des Altenquotienten auszugehen ist.
Quellen: Destatis, 2023a; LHD, 2023e; Statistisches Landesamt Sachsen, 2023a

Der Jugend- und der **Altenquotient** sind zwei Indikatoren aus der Demografie, die zur Beschreibung des Verhältnisses der Generationen zueinander herangezogen werden. Sie werden häufig auch als Belastungsmaße interpretiert und geben Auskunft über das Verhältnis der nicht erwerbstätigen zur erwerbstätigen Bevölkerung. Jugend- und Altenquotient beschreiben die Entwicklung im Zeitverlauf der (unter anderem finanziellen) Belastung der Erwerbsbevölkerung durch die Versorgung der Jungen bzw. Alten.

Der **Jugendquotient** setzt die Kinder und Jugendlichen unter 20 Jahren ins Verhältnis zu den Personen im erwerbsfähigen Alter von 20 bis 64 Jahren. Im Jahr 2022 lag der Jugendquotient in Dresden bei 32,4 und in Sachsen bei 32,6 (Tab. 1.14 und Tab. 1.15). Somit kommen auf 100 Personen im potentiell erwerbsfähigen Alter von 20 bis 64 Jahren etwa 32 Personen unter 20 Jahren. Im Vergleich dazu lag der Altenquotient, der die 65-Jährigen und Älteren ins Verhältnis zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter setzt, in Dresden im Jahr 2022 bei 36,7 und stieg ebenfalls seit 2016 (35,8) an (Tab. 1.14 und Tab. 1.15). Der Altenquotient in Dresden lag damit deutlich niedriger als in Sachsen (48,1) (Tab. 1.14 und Tab. 1.15).

Im Allgemeinen ist der Altenquotient größer als der Jugendquotient (LHD, 2022b). Jedoch kamen im Jahr 2022 mehr Rentnerinnen und Rentner sowie Jugendliche auf eine Person im erwerbsfähigen Alter. Für die Jahre 2030 und 2040 wird laut Bevölkerungsprognose 2023 vorhergesagt, dass der Jugendquotient weiter abnimmt und der Altenquotient bis 2030 zunächst steigt, dann bis 2040 wieder abnimmt (Tab. 1.15).

Tabelle 1.15: Jugend- und Altenquotient in Dresden von 2016 bis Prognose 2040

Jahre	Jugendquotient unter 15 Jahre	Jugendquotient unter 20 Jahre	Altenquotient über 65 Jahre
2016	23,3	30,0	35,8
2018	24,3	31,4	36,5
2020	24,7	31,9	37,2
2022	24,6	32,4	36,7
2030	21,0	29,7	36,8
2040	20,0	26,9	35,8

Quellen: LHD, 2023d, 2024

1.3.3 Durchschnittsalter

Tabelle 1.16: Durchschnittsalter der Bevölkerung in Deutschland, Sachsen und Dresden im Jahr 2022

Durchschnittsalter Stand: 31.12.2022	Deutschland	Sachsen	Dresden
Gesamt (Jahre)	44,6	46,8 (minus 0,1)	43,3
Weiblich (Jahre) (Veränderung zu 2021)	45,9 (minus 0,1)	48,4 (minus 0,2)	44,9
Männlich (Jahre) (Veränderung zu 2021)	43,2 (minus 0,2)	45,1 (minus 0,1)	41,7
2030 – Gesamt (Jahre)	45,0 (V2)	47,0 (V1) – 47,6 (V3)	44,1
2040 – Gesamt (Jahre)	45,9 (V2)	47,4 (V1) – 48,4 (V3)	44,4

Quellen: Destatis, 2022; LHD, 2023a, 2024; Statistisches Landesamt Sachsen, 2023b; eigene Berechnungen

In der vorangestellten Tab. 1.16 sind die Durchschnittsalter für Deutschland, Sachsen und die Landeshauptstadt Dresden nebeneinander aufgeführt. Im Jahr 2022 waren die Dresdner Bürgerinnen und Bürger im Durchschnitt 43,3 Jahre alt. Sowohl der Altersdurchschnitt in Sachsen von 46,8 Jahren als auch der bundesdeutsche Altersdurchschnitt von 44,6 Jahren liegen über dem Wert von Dresden. Damit ist das Durchschnittsalter seit 2016 um 0,4 Jahre leicht angestiegen. Es wird von einem weiteren Anstieg des Durchschnittsalters ausgegangen – von 43,3 Jahren im Jahr 2022 auf 44,1 Jahre im Jahr 2030 und 44,4 Jahre im Jahr 2040. Dies entspricht einem prognostizierten Anstieg von 1,1 Jahren im Jahr 2040 gegenüber dem Jahr 2022 gemäß der Bevölkerungsvorausberechnung der Kommunalen Statistikstelle aus dem Jahr 2023 (Kapitel „Datengrundlagen“).

Das Durchschnittsalter nach Stadtbezirken mit zugehörigen Ortschaften der Stadt Dresden ist in Abb. 1.5 ersichtlich. Generell unterscheiden sich die Dresdner Stadtbezirke mit zugehörigen Ortschaften deutlich in ihrer altersstrukturellen Zusammensetzung. Differenziert nach Stadtbezirken, ist das Durchschnittsalter im Jahr 2022 im Stadtbezirk Leuben mit 48,0 Jahren am höchsten, gefolgt vom Stadtbezirk Altstadt mit 46,6 Jahren sowie dem Stadtbezirk Loschwitz und Schönfeld-Weißig mit 45,8 Jahren und dem Stadtbezirk Klotzsche und nördliche Ortschaften mit 45,7 Jahren. Das niedrigste Durchschnittsalter findet sich im Stadtbezirk Neustadt mit 36,9 Jahren und im Stadtbezirk Pieschen mit 40,2 Jahren (LHD, 2023e).

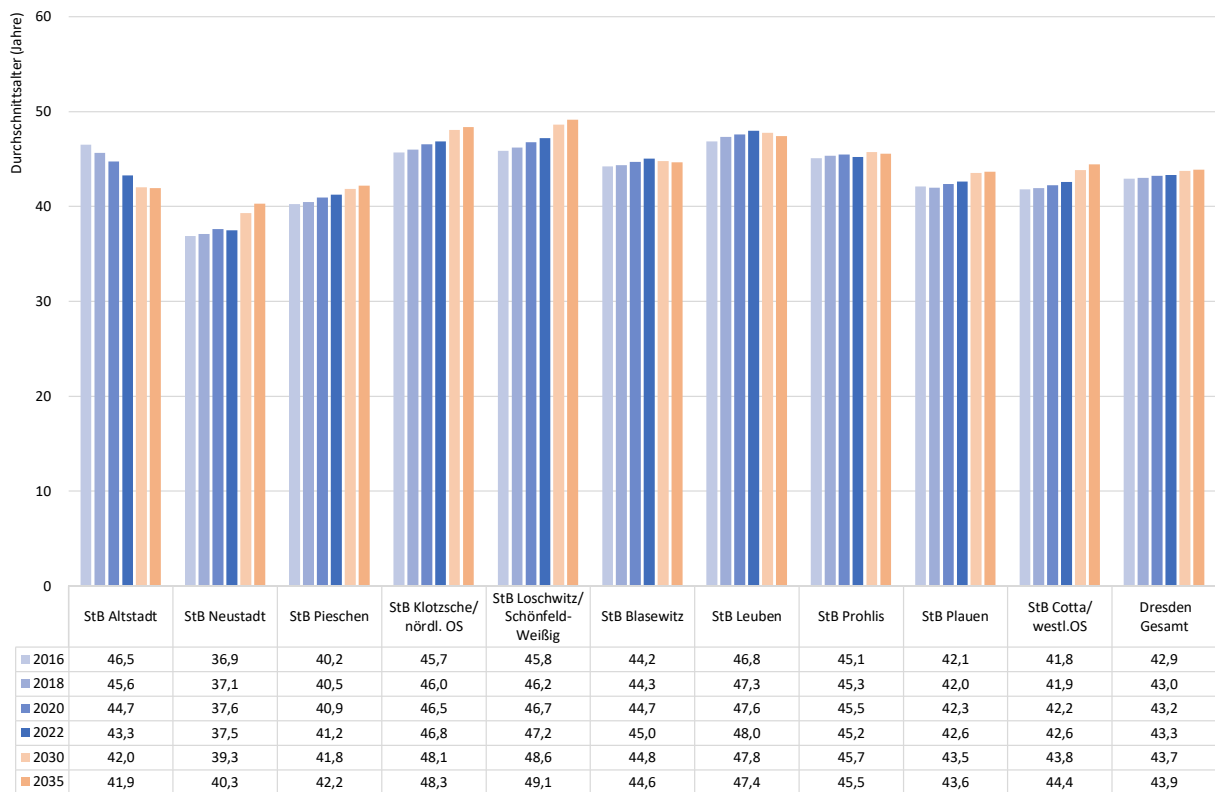


Abbildung 1.5: Durchschnittsalter und Prognose der Bevölkerung nach Stadtbezirken (StB) mit zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden von 2016 bis Prognose 2035*

Anmerkung: *Für Prognose liegen für Stadtteil- bzw. Stadtbezirksebene nur Prognosezahlen für 2030 bis 2035 der Kommunalen Statistikstelle der LH Dresden vor, jedoch nicht für 2040.

Quellen: LHD, 2023e, 2024; eigene Berechnungen

1.4 Natürliche Bevölkerungsbewegung

Die Bevölkerungsentwicklung hängt von der Geburtenzahl, den Sterbefällen sowie den Zu- und Fortzügen ab. Neben bereits bestehenden Besonderheiten der Altersstruktur haben auch das Geburtenniveau und die Sterblichkeit einen bedeutsamen Einfluss auf die künftige demografische Entwicklung.

1.4.1 Geburtenentwicklung

Tabelle 1.17: Stand Lebendgeborene, zusammenfassende Geburtenziffer, Durchschnittsalter der Mütter und Alter der Mütter bei Erstgeburt in Deutschland, Sachsen und Dresden im Jahr 2022

Geburten und Mütter im Jahr 2022 zum Stand: 31.12.2022	Deutschland	Sachsen	Dresden
Lebendgeborene (Veränderung zu 2021)	738.819	29.331 (minus 3.217)	4.734 (minus 850)
Weiblich (Veränderung zu 2021)	359.708	14.309 (minus 1.479)	2.268 (minus 850)
Männlich (Veränderung zu 2021)	379.111	15.022 (minus 1.738)	2.466 (minus 386)
Divers	*	*	*
Lebendgeborene je 1.000 Einwohner/-innen	8,8	8,0	10,0
Zusammenfassende Geburtenziffer (Anzahl der Kinder je Frau)	1,46	1,4	1,23
Durchschnittsalter der Mütter (Jahre)	31,7	31,6	31,9
Alter der Mütter bei Erstgeburt (Jahre)	30,4	29,6	30,5

Anmerkung: *Keine Daten verfügbar.

Quellen: Destatis, 2023b, 2023c, 2023d, 2023f; LHD, 2023c; Statistisches Landesamt Sachsen, 2023a

Die Daten zur Geburtenentwicklung bilden eine wichtige gesellschaftliche Größe für die Ausrichtung sowohl der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik, der Bildungspolitik, der Alterssicherung, der Stadtentwicklung und des demografischen Wandels in den kommenden Jahren.

Die Anzahl der Lebendgeborenen in Dresden verglichen mit Sachsen und Deutschland sowie das Alter der Mütter bei Erstgeburt in Tab. 1.17 dargestellt. Abb. 1.6 stellt die Entwicklung der Zahl der Lebendgeborenen und Verstorbenen in Dresden im Zeitverlauf von 1990 bis 2022 dar. Einen positiven Saldo der natürlichen Bevölkerungsentwicklung, d. h., eine höhere Geburtenzahl als Sterbefälle, gab es in Dresden in den Jahren 2006 bis 2019. Ein deutlicher Geburtenüberschuss mit durchschnittlich plus 800 Lebendgeborenen zeigte sich im Zeitraum 2010 bis 2017. In den Jahren 2014 und 2016 lag der Lebendgeborenenüberschuss als Differenz zwischen der Zahl aller Lebendgeborenen und der Zahl aller Verstorbenen sogar über 1.300. Ab 2020 übertraf die Zahl der Sterbefälle die Zahl der Geburten mit einem negativen Saldo, so dass der Wert für den Lebendgeborenenüberschuss im Jahr 2022 bei minus 1.348 lag. Auch im Jahr 2040 wird der Saldo aus Geburten und Sterbefällen negativ bleiben (LHD, 2023c).

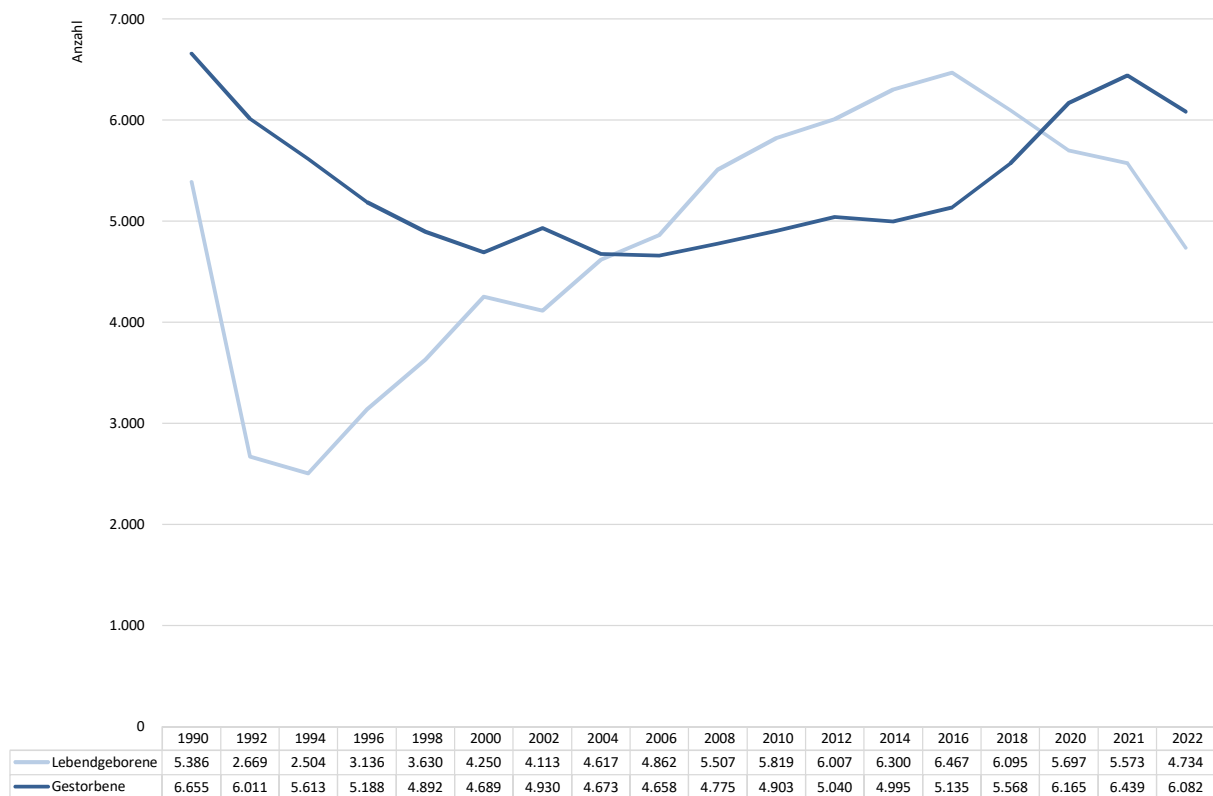


Abbildung 1.6: Anzahl der Lebendgeborenen und Gestorbenen in Dresden von 1990 bis 2022

Quelle: LHD, 2023c

Zwischen 1995 und 2017 war ein Geburtenanstieg zu verzeichnen (1995: 2.786 Lebendgeborene; 2017: 6.358). Seit dem Jahr 2018 war die Zahl der Lebendgeborenen rückläufig und lag im Jahr 2022 bei 4.734. Davon waren rund 47,9 Prozent Mädchen (2.268) und 52,1 Prozent Jungen (2.466). Der Anteil der Jungen lag in der Regel etwa drei Prozentpunkte höher über dem der Mädchen (LHD, 2023c).

Prognostisch wird die **zusammengefasste Geburtenziffer** bis 2035 wieder auf 1,4 steigen und danach langfristig auf diesem Niveau verbleiben. Unter diesen Annahmen wird die Zahl der Lebendgeborenen von 4.777 Mitte 2023 bis 2040 wieder langsam auf 5.700 ansteigen (LHD, 2024).

Die Entwicklung der Geburtenzahlen ist abhängig von der Anzahl der potenziellen Mütter im jeweiligen Alter sowie von der altersspezifischen Fertilität. Die zusammengefasste Geburtenrate (TFR – total fertility rate) gibt an, wie viele Kinder eine Frau im Laufe ihres Lebens bekommen würde, wenn ihr Geburtenverhalten so wäre wie das aller Frauen zwischen 15 und 49 Jahren (GBE des Bundes, 2023). Diese Kennziffer ist besonders geeignet, da sie unabhängig von der jeweiligen Altersstruktur einer Region und somit vergleichbar ist. Die zusammenfassende Geburtenziffer lag in Dresden im Jahr 2022 bei 1,23 Kindern pro Frau. Gegenüber dem Jahr 2010 war mit einer Geburtenziffer von 1,51 geborenen Kindern pro Frau ein deutlicher Rückgang zu beobachten. Dies entspricht dem deutschlandweit rückläufigen Trend, wobei der Geburtenrückgang in den ostdeutschen Großstädten besonders stark ausfällt (Destatis, 2024a; GBE des Bundes, 2023). Die städtische Bevölkerungsprognose geht davon aus, dass die zusammengefasste Geburtenziffer wieder auf 1,40 Kinder je Frau bis 2035 ansteigen wird (LHD, 2024).

Das Durchschnittsalter der Mütter bezeichnet das Alter der Mütter bei der Geburt des Kindes (sowohl erstes als auch weitere Kinder). Es betrug 31,9 Jahre in Dresden zum Stichtag des 31.12.2022 und ist seit 1980 weiterhin kontinuierlich angestiegen. So betrug das Durchschnittsalter der Mütter im Jahr 1990 noch 25,7 Jahre, im Jahr 2000 28,7 Jahre und 2020 31,8 Jahre (LHD, 2023c).

Mütter in den ehemals neuen Bundesländern haben sich schrittweise dem Durchschnittsalter der Mütter aus den ehemals westlichen Bundesländern angeglichen. Die Erstgeburt erfolgte dabei im Schnitt mit 30,4 Jahren, die Geburt des zweiten Kindes mit 32,4 Jahren (Destatis, 2024b).

1.4.2 Sterbefälle

Tabelle 1.18: Anzahl Verstorbene und Sterbeziffer in Deutschland, Sachsen und Dresden im Jahr 2022

Verstorbene im Jahr 2022 zum Stand: 31.12.2022	Deutschland	Sachsen	Dresden
Verstorbene (Veränderung zu 2021)	1.066.341	60.066 (minus 4.307)	6.082 (minus 357)
Weiblich (Veränderung zu 2021)	534.008	30.053 (minus 1.656)	3.062 (minus 93)
Männlich (Veränderung zu 2021)	532.333	30.013 (minus 2.651)	3.020 (minus 264)
Divers	*	*	*
Sterbeziffer (Gestorbene je 1.000 Einwohner/-innen) (Veränderung zu 2021)	12,7	14,8 (minus 1,1)	10,9 (minus 0,7)
Weiblich (Gestorbene je 1.000 Einwohnerinnen)	12,6	14,6	10,9
Männlich (Gestorbene je 1.000 Einwohner)	12,9	15,0	10,9
Divers	*	*	*

Anmerkung: *Keine Daten verfügbar.

Quellen: LHD, 2023c; Statista, 2024a; Statistisches Landesamt Sachsen, 2023a

In Dresden verstarben im Jahr 2022 6.082 Menschen, darunter 3.062 Frauen und 3.020 Männer. Blickt man auf das Jahr 1990, sank die Zahl der Verstorbenen kontinuierlich bis 2006 ab. Der geringste Wert betrug 4.658 Verstorbenen im Jahr 2006. Seitdem ist ein erneuter stetiger Anstieg zu beobachten (LHD, 2023c). Die Anzahl der Verstorbenen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern ist Tab. 1.18 zu entnehmen. Abb. 1.7 zeigt die Geschlechterverteilung der verstorbenen Dresdnerinnen und Dresdner. Bis 2014 verstarben anteilmäßig noch deutlich mehr Frauen als Männer. Im Laufe der Zeit glich sich diese Zahl jedoch wieder an, sodass die Sterbefälle seit 2015 etwa gleichmäßig auf die Geschlechter verteilt sind (LHD, 2023c).

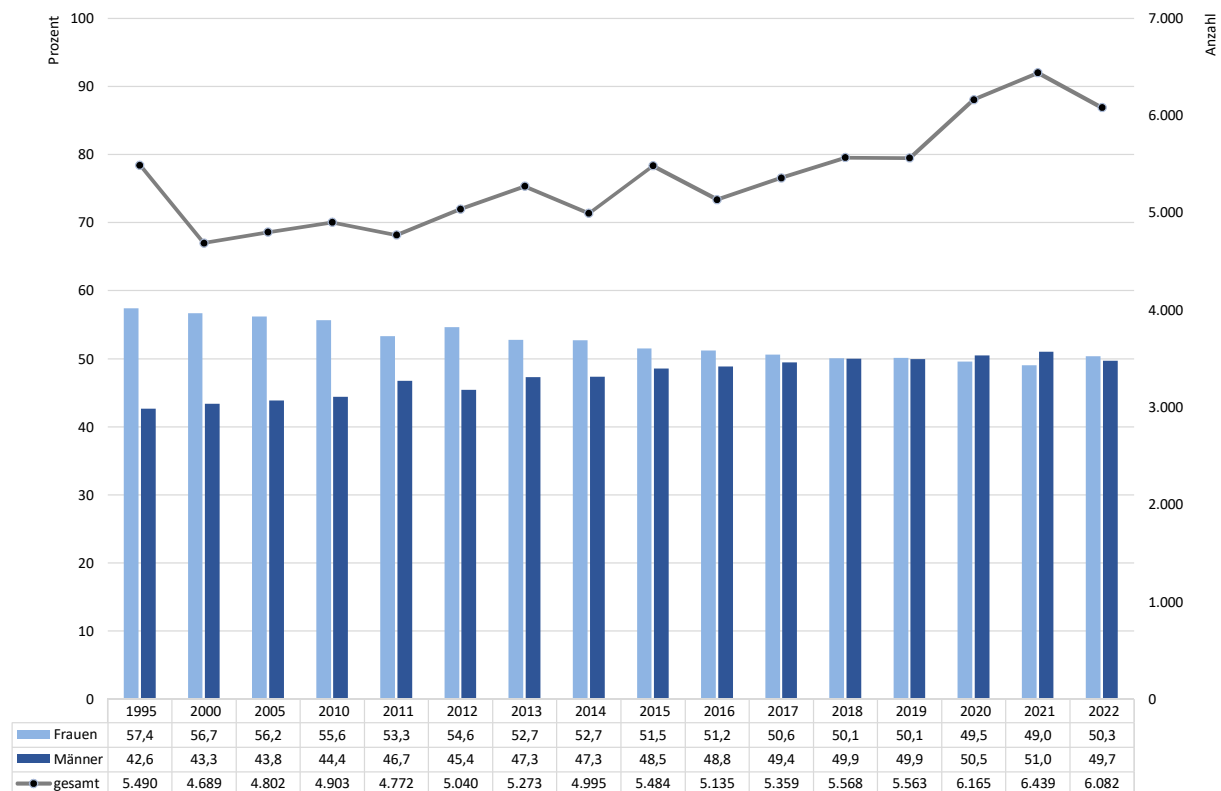


Abbildung 1.7: Anzahl aller Verstorbenen und Anteil der verstorbenen Dresdnerinnen und Dresdner von 1995 bis 2022

Quelle: LHD, 2023c

Nähere Ausführungen zu Todesfällen nach Todesursachen und zu vermeidbaren Todesfällen folgen im Abschnitt 5.10 auf Seite 192.

Die Sterberate ist ein eher grober Indikator für die Sterblichkeitslage in einem Land bzw. einer Region, verdeutlicht jedoch die aktuellen Auswirkungen der Sterblichkeit auf das Bevölkerungswachstum. Dieser Indikator wird maßgeblich von der Altersstruktur beeinflusst. Die Sterberate bezeichnet hierfür die Anzahl der Todesfälle, bezogen auf 1.000 Einwohner bzw. Einwohnerinnen in einem Jahr und ist für Sachsen und Dresden in Abb. 1.8 im Zeitverlauf von 2012 bis 2022 dargestellt. Darin ist der abweichende Verlauf der Sterberaten vor und während der Corona-Pandemie (2020 und 2021) erkennbar.

Laut dem, vom Statistischen Landesamt Sachsen veröffentlichten Bericht „Corona Spezial“, ließ sich ein Anstieg der Sterbefälle in den Jahren der Corona-Pandemie (2021 und 2020) gegenüber dem Mittel der Jahre 2015 bis 2019 in allen kreisfreien Städten, inklusive Dresden, und Landkreisen feststellen. Aufgrund der differierenden Altersstruktur fielen die Veränderungen sehr unterschiedlich aus. Der Anstieg der Sterbefälle in Dresden im Jahr 2020 lag gegenüber dem Mittel der Jahre 2015 bis 2019 bei 13,7 Prozent (Statistisches Landesamt Sachsen, 2022).

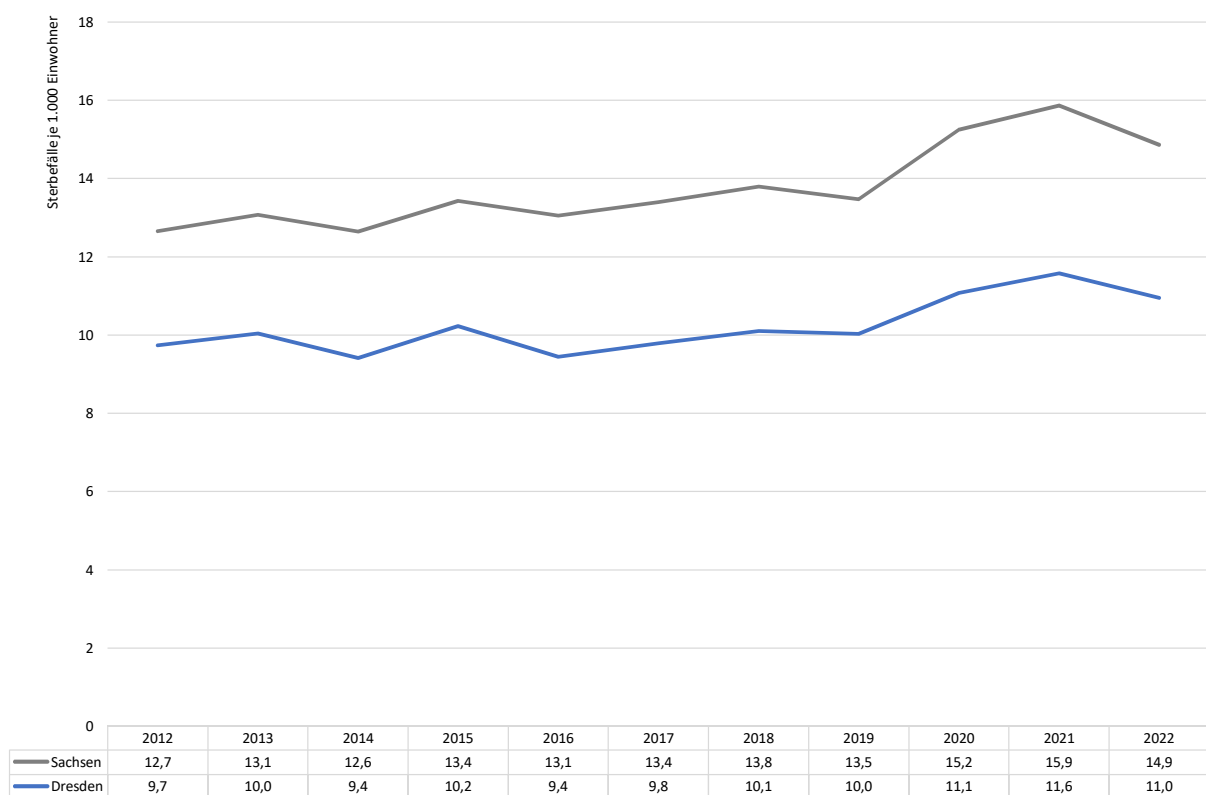


Abbildung 1.8: Sterberaten von Sachsen und Dresden von 2012 bis 2022

Quelle: LHD, 2024; Statistisches Landesamt Sachsen, 2023c

1.4.3 Lebenserwartung

Tabelle 1.19: Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt der Bevölkerung in Deutschland, Sachsen und Dresden im Jahr 2022

Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt (2020/22) zum Stand: 31.12.2022	Deutschland	Sachsen	Dresden
Weiblich (Jahre) (Veränderung zu 2019/2020)	83,2 (minus 0,2)	83,5 (minus 0,1)	*
Männlich (Jahre) (Veränderung zu 2019/2020)	78,3 (minus 0,2)	77,3 (minus 0,1)	*
Divers (Jahre)	*	*	*

Anmerkung: *Keine Daten verfügbar.

Quellen: Destatis, 2023e; Statistisches Landesamt Sachsen, 2023c

Die **Lebenserwartung** und deren Entwicklung ist einer der wichtigsten Indikatoren zur Beschreibung der Lebensverhältnisse einer Bevölkerung. Die durchschnittliche oder mittlere Lebenserwartung ist die Anzahl der Jahre, die ein neugeborenes Kind unter Annahme der gegenwärtigen Sterblichkeitsverhältnisse im Durchschnitt leben würde. Die Lebenserwartung ist eine Art Momentaufnahme, die in komprimierter Form die aktuellen Sterblichkeitsverhältnisse widerspiegelt. Sie ist abhängig von der Veranlagung, dem Geschlecht und dem individuellen Verhalten und wird beeinflusst von den Lebensbedingungen und Lebensverhältnissen eines jeweiligen Menschen. Dazu gehören die soziale und gesundheitliche Lage des Individuums und der Gesellschaft, das individuelle und familiäre Gesundheitsverhalten, die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie der Zugang zu medizinischer Versorgung. In Deutschland stieg die Lebenserwartung kontinuierlich an, vor allem aufgrund verbesserter medizinischer Versorgung, der Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie der sozialen und gesundheitlichen Lage. Nach wie vor besteht ein Geschlechterunterschied in der Lebenserwartung von Männern und Frauen (Tab. 1.19).

Tab. 1.20 zeigt die durchschnittliche fernere Lebenserwartung auf Grundlage von **Sterbetafeln** für verschiedene Altersstufen für Sachsen. Sterbetafeln zeigen auf, wie viele Jahre eine Person eines bestimmten Alters im Durchschnitt noch leben kann. Die durchschnittliche fernere Lebenserwartung nahm laut Sterbetafel 1993/95 bis Sterbetafel 2018/20 in allen Altersstufen zu, jedoch nicht gleichförmig. Die Übersterblichkeit während der Covid-19-Pandemie bewirkte erstmals einen Rückgang der Lebenserwartung in allen Altersstufen.

So lag die durchschnittliche Lebenserwartung in Sachsen 1993/95 für neugeborene Jungen bei 71,4 Jahre und für neugeborene Mädchen bei 78,7 Jahre. Sie stieg 2020/22 für Jungen auf 77,3 Jahre (plus 5,9 Jahre) und für Mädchen auf 83,5 Jahre (plus 4,8 Jahre) an. Für Frauen im Alter von 60 Jahren würde dies beispielsweise bedeuten, dass 1993/95 ihre fernere Lebenserwartung auf weitere durchschnittlich rund 22 Jahre wiesen und 2020/22 um weitere 3,6 Jahre (25,4 Jahre) angestiegen war. Im Vergleich dazu würden Männer im Alter von 60 Jahren im gleichen Betrachtungszeitraum noch durchschnittlich 17,3 Jahre leben. Ihre Lebenserwartung stieg 2020/22 um 3,5 Jahre auf 20,7 Jahre an.

Tabelle 1.20: Durchschnittliche fernere Lebenserwartung in Jahren nach ausgewählten Altersstufen in Sachsen für ausgewählte Zeitpunkte ab 1993/95 bis 2020/22

Geschlecht Im Alter von ... Jahren*		Sterbetafel*					
		1993/95	2003/05	2013/15	2018/20	2019/21	2020/22
0 Jahre	Männlich	71,4	75,6	77,6	77,9	77,4	77,3
	Weiblich	78,7	82,0	83,6	83,8	83,6	83,5
10 Jahre	Männlich	62,1	66,0	67,9	68,1	67,7	67,5
	Weiblich	69,2	72,4	73,9	74,1	73,9	73,8
20 Jahre	Männlich	52,4	56,2	58,0	58,2	57,8	57,6
	Weiblich	59,3	62,5	63,9	64,1	63,9	63,8
30 Jahre	Männlich	43,0	46,6	48,3	48,5	48,1	47,9
	Weiblich	49,6	52,7	54,1	54,3	54,0	53,9
40 Jahre	Männlich	33,8	37,1	38,7	38,9	38,4	38,3
	Weiblich	40,0	42,9	44,3	44,5	44,3	44,2
50 Jahre	Männlich	25,1	28,3	29,5	29,6	29,2	29,0
	Weiblich	30,6	33,4	34,7	34,9	34,7	34,6
60 Jahre	Männlich	17,3	20,1	21,4	21,3	20,9	20,7
	Weiblich	21,8	24,3	25,6	25,8	25,6	25,4
70 Jahre	Männlich	10,9	12,8	14,2	14,2	14,0	13,8
	Weiblich	13,8	15,8	17,0	17,2	17,1	17,0
80 Jahre	Männlich	6,0	7,2	7,8	7,9	7,8	7,8
	Weiblich	7,5	8,7	9,3	9,5	9,4	9,4

Anmerkungen: *Allgemeine Sterbetafel; Es beziehen sich: das Alter 0 auf den Zeitpunkt der Geburt, die anderen Altersangaben auf den Zeitpunkt, an dem jemand genau x Jahre alt geworden ist.
Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2023c

1.5 Räumliche Bevölkerungsbewegung – Zu- und Fortzug, Wanderungssaldo

Im Jahr 2022 waren 40.393 Menschen, darunter 47,7 Prozent Frauen, in Dresden zugezogen und 30.821 Menschen aus Dresden fortgezogen (Abb. 1.9). Dies entspricht einer Differenz von Zu- und Fortzügen, dem sogenannten Wanderungssaldo, von plus 9.572 Menschen gegenüber dem Vorjahr und dem höchsten Wert seit 1990 (LHD, 2023c).

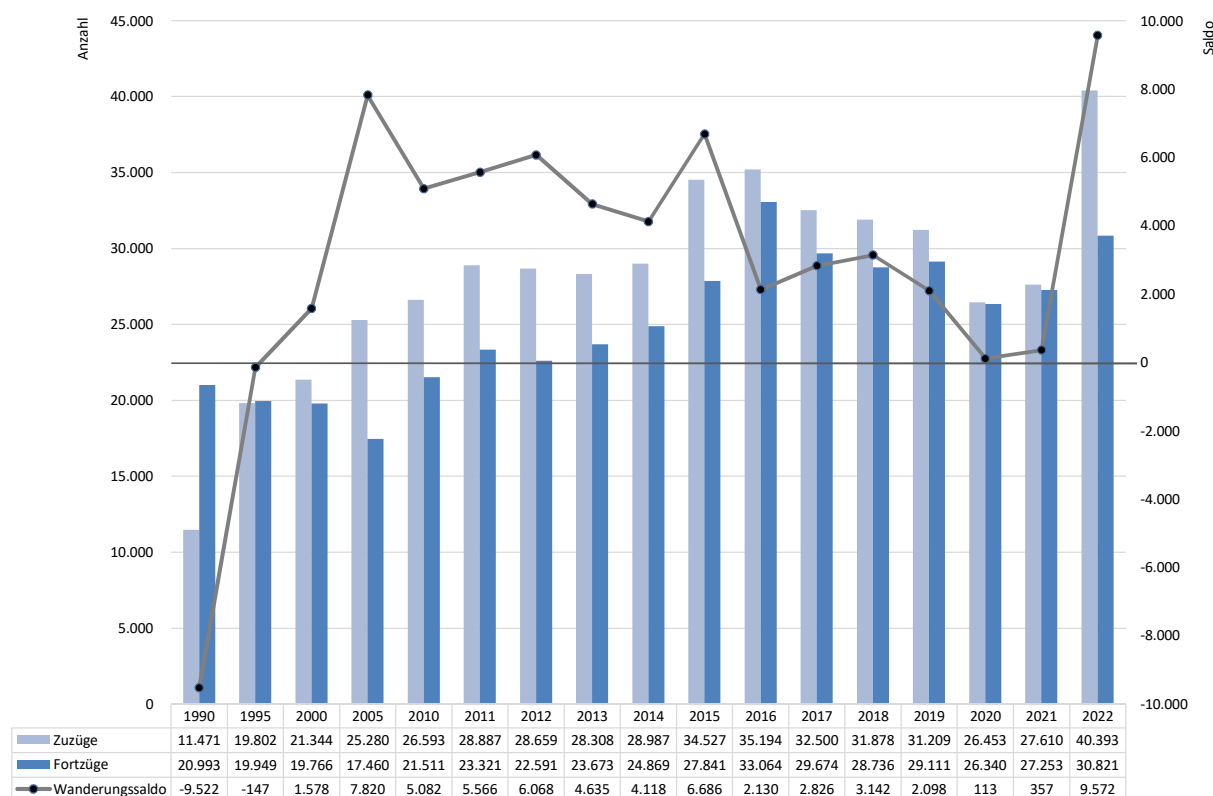


Abbildung 1.9: Zugezogene und fortgezogene Menschen und deren Wanderungssaldo in Dresden von 1990 bis 2022

Quellen: LHD, Kommunale Statistikstelle (2023)e; LHD, 2023c

Betrachtet man sich die räumlichen Bevölkerungsbewegungen in Dresden im Zeitverlauf, so ist erkennbar, dass in den Jahren 2015 bis 2019 (> 30.000 Zugezogene) deutlich mehr Menschen nach Dresden zugezogen waren als in den Jahren zuvor (< 29.000 Zugezogene). Dieser Trend ging in den Jahren 2020 und 2021 deutlich zurück und stieg im Jahr 2022 stark an. Tab. 1.21 zeigt die Wanderungssalden der Landeshauptstadt Dresden nach verschiedenen Herkunftsgebieten und im Zeitverlauf von 1990 bis 2022.

Die Zahl der zugezogenen Menschen ausländischer Herkunft blieb von 2015 bis 2022 konstant auf einem hohen Niveau. Zu beachten ist, dass im Jahr 2015 Erstaufnahmeeinrichtungen in Dresden eingerichtet wurden. Von hier aus wurden Nicht-Deutsche innerhalb (Ost)Sachsens verteilt, was wiederum Auswirkungen auf die Salden nach den Zielgebieten hatte. Ab 2016 war ein leichter, ab 2020 ein starker Rückgang der Zuzüge aufgrund des Corona-Effektes zu verzeichnen. Dies ist auf eine stetige Abnahme von Zuzügen aus dem Dresdner Umland, Sachsen und anderen Bundesländern zurückzuführen. Auch die steigenden Zahlen aus dem Ausland konnten diesen Rückgang nicht ausgleichen. Der Anteil der zugezogenen Menschen ausländischer Herkunft lag seit 2015 konstant bei etwa einem Drittel. Die Gesamtzahl der Fortzüge schwankte dagegen kontinuierlich. Die Tab. 1.22 zeigt die Wanderungen insgesamt und der Menschen ausländischer Herkunft im Jahr 2022.

Laut Statistik der Bevölkerungsbewegung für das Jahr 2022 wanderten deutlich mehr Menschen in das Dresdner Umfeld ab als in die Stadt zuwanderten (Wanderungssaldo: minus 3.167) (Tab. 1.21). Dem gegenüber steht ein deutlich positiver Saldo bei den Zuzügen der aus dem Ausland kommenden Personen (Wanderungssaldo: plus 14.937) im Jahr 2022. Dieser starke Anstieg ist auf den kriegsbedingten starken Flüchtlingsstrom aus der Ukraine zurückzuführen (Tab. 1.21 und Tab. 1.22).

Tabelle 1.21: Wanderungssaldi nach verschiedenen Herkunftsgebieten in Dresden von 1990 bis 2022

Jahr	Wanderungssaldi						
	gesamt	darunter					
		Weiblich	Umland ³⁾	Sachsen ohne Umland ³⁾	neue Bundesländer ¹⁾	alte Bundesländer	Ausland ²⁾
1990	-9.522	-4.411	+912	+1.039	+654	-11.011	-1.116
1995	-147	-1.126	-4.635	+597	+383	+1.559	+1.949
2000	+1.578	+1.112	-432	+1.947	+1.185	-1.390	+268
2005	+7.820	+3.655	+1.288	+3.112	+2.339	-415	+1.496
2010	+5.082	+2.226	+1.130	+2.409	+1.146	-140	+537
2015	+6.686	+2.016	-1.211	+1.948	+602	-338	+5.685
2016	+2.130	+903	-1.183	+512	+457	-614	+2.958
2017	+2.826	+1.360	-1.074	+496	+358	-344	+3.390
2018	+3.142	+1.246	-1.679	+908	+530	-321	+3.704
2019	+2.098	+1.246	-2.006	+457	+604	+150	+2.893
2020	+113	+385	-2.536	-33	+395	+181	+2.106
2021	+357	+306	-2.706	-713	-59	-318	+4.153
2022	+9.572	+5.936	-3.167	-1.112	-240	-846	+14.937

Anmerkungen:

1) neue Bundesländer ohne Sachsen mit Berlin

2) einschließlich unbekannt

3) Kreise Meißen, Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Bautzen (nur westlicher Teil), Mittelsachsen (nur südöstlicher Teil)

Quelle: LHD, 2023c

Tabelle 1.22: Wanderungssaldi nach verschiedenen Gebieten in Dresden im Jahr 2022

Zuzug, Fortzug und Wanderungssaldo nach Gebieten		Wanderungen					
		gesamt	davon		Ausländisch		
			Weiblich	Männlich	gesamt	davon	
						Weiblich	Männlich
zugezogene Personen gesamt		40.393	19.277	21.116	25.423	11.999	13.424
davon	aus dem Ausland	21.734	10.624	11.110	20.417	10.173	10.244
	aus den alten Bundesländern	4.792	2.251	2.541	1.369	597	772
	aus den neuen Bundesländern ¹⁾	3.599	1.802	1.797	640	297	343
	aus Sachsen (ohne Umland Dresden)	5.521	2.176	3.345	2.214	535	1.679
	aus dem Umland ²⁾	4.747	2424	2.323	783	397	386
fortgezogene Personen gesamt		30.821	13.341	17.480	12.804	4.658	8.146
davon	in das Ausland	6.797	2.478	4.319	5.026	1.862	3.164
	in die alten Bundesländer	5.638	2.503	3.135	2.242	863	1.379
	in die neuen Bundesländer ¹⁾	3.839	1.862	934	934	366	568
	nach Sachsen (ohne Umland Dresden)	6.633	2.551	1.977	3.327	951	2.376
	in das Umland	7.914	3.947	1.275	1.275	616	659
Wanderungssaldo gesamt		+9.572	+5.936	+3.636	+12.619	+7.341	+5.278
davon	Ausland	+14.937	+8.146	+6.791	+15.391	+8.311	+7.080
	alte Bundesländer	-846	-252	-594	-873	-266	-607
	neue Bundesländer ¹⁾	-240	-60	-180	-294	-69	-225
	Sachsen (ohne Umland Dresden)	-1.112	-375	-737	-1.113	-416	-697
	Umland	-3.167	-1.523	-1.644	-492	-219	-273

Anmerkungen:

1) neue Bundesländer ohne Sachsen mit Berlin

2) Kreise Meißen, Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Bautzen (nur westlicher Teil), Mittelsachsen (nur südöstlicher Teil)

3) Personen mit den Geschlechtsangaben „divers“ und „ohne Angabe“ (nach § 22 Absatz 3 PStG) werden in Geheimhaltungsfällen per Zufallsprinzip dem männlichen oder weiblichen Geschlecht zugeordnet.

Quelle: LHD, 2023c

Der Wanderungssaldo wird in Abb. 1.10 nach Altersgruppen und nach Geschlecht und in Abb. 1.11 nach Altersgruppen und Anteil an der Bevölkerung zum Jahresbeginn 2016 bis 2022 aufgezeigt. Besonders viele Zuzüge sind im Jahr 2022 in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen mit einem Wanderungssaldo von plus 4.642 Personen bei einem Bevölkerungsanteil von knapp zehn Prozent zu verzeichnen. Der Zuzug junger Erwachsener nach Dresden erfolgte also vor allem im Kontext der Flucht. Der größte Zuwachs in dieser Altersgruppe kommt aus dem Ausland, hier kamen rund 2.823 mehr Menschen nach Dresden, als aus Dresden weggezogen waren. Auch aus dem Dresdner Umland (plus 775 Personen) und aus ganz Sachsen (plus 580 Personen) kommen junge Menschen in dieser Altersgruppe nach Dresden (Abb. 1.10).

In den Altersgruppen der 6- bis 14-Jährigen (plus 1.286), der 15- bis 17-Jährigen (plus 604), der 25- bis 44-Jährigen (plus 1.312), sowie der 45- bis 59-Jährigen (plus 965), und der über 65-Jährigen (plus 429) war im Jahr 2022 im Gegensatz zu den Vorjahren ebenfalls ein Zuwachs durch mehr Zuzüge als Fortzüge zu verzeichnen (Tab. 1.23). Der überwiegende Teil der Menschen in den benannten Altersgruppen kam ebenfalls aus dem Ausland (Tab. 1.23).

Tabelle 1.23: Wanderungssaldo nach Gebieten und nach Altersgruppen in Dresden im Jahr 2022

Gebiete	gesamt	davon im Alter von ... bis ... Jahren								
		0-2	3-5	6-14	15-17	18-24	25-44	45-59	60-64	65 und älter
Umland	-3.167	-366	-358	-523	-33	+775	-1.938	-388	-63	-273
Sachsen (ohne Umland)	-1.112	-121	-168	-271	-10	+580	-942	-175	-16	+11
Neue Bundesländer (ohne Sachsen mit Berlin)	-240	-58	-45	-81	-5	+480	-570	-	+19	+4
alte Bundesländer (ohne Berlin)	-846	-52	-29	-106	-34	-16	-733	+95	+45	-16
Ausland	+14.937	+447	+686	+2.267	+686	+2.823	+5.495	+1.417	+413	+703

Quelle: LHD, 2023c

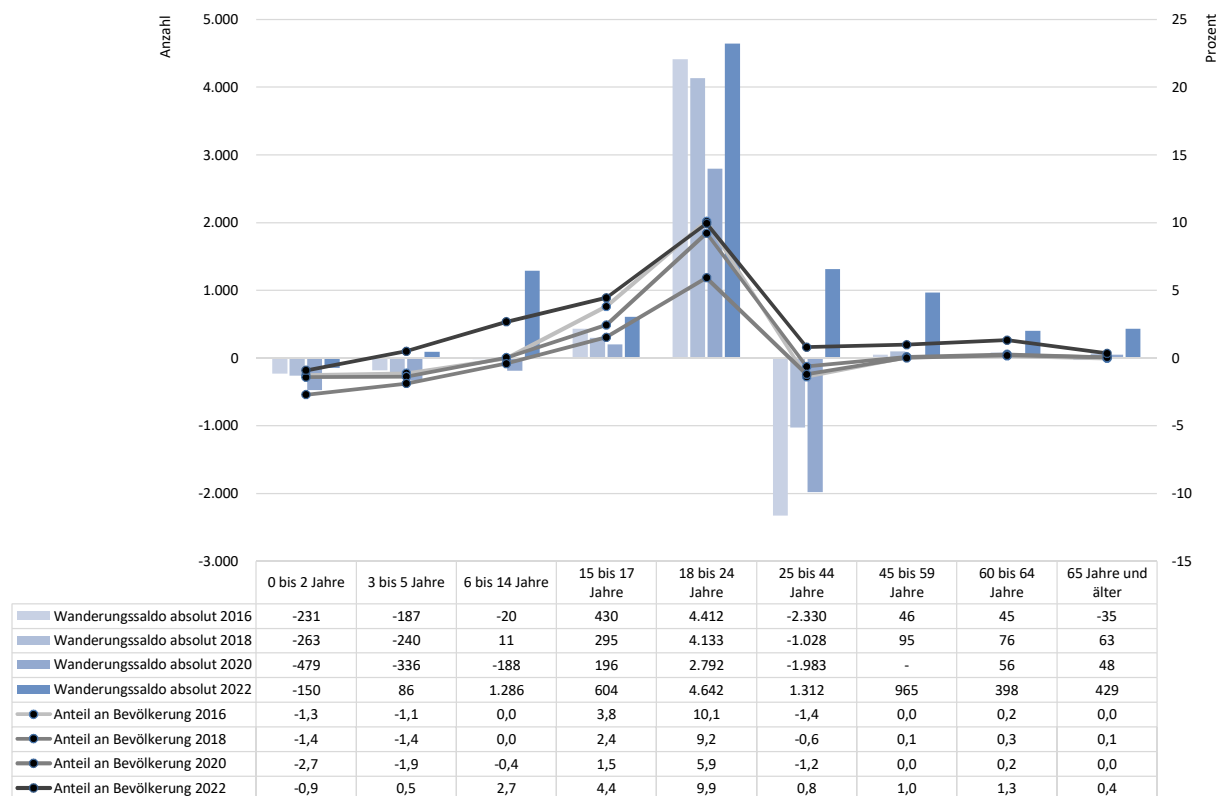


Abbildung 1.10: Wanderungssaldo nach Altersgruppen und Anteil an der Bevölkerung in Dresden zum Jahresbeginn von 2016 bis 2022

Quelle: LHD, 2023c

Abb. 1.11 zeigt die Zahl der Zu- und Fortzüge in den zehn Dresdner Stadtbezirken mit zugehörigen Ortschaften und die jeweiligen Wanderungssalden für das Jahr 2022. Die meisten Zuzüge gab es in den Stadtbezirken Neustadt (8.423), Altstadt (7.915), Plauen (4.899) sowie Cotta und westliche Ortschaften (4.845), wobei hier auch innerstädtische Umzüge enthalten sind. In den Stadtbezirken Altstadt (plus 2.863), Neustadt (plus 2.018) und Prohlis (plus 1.266) war der jährliche Wanderungssaldo im Jahr 2022 am höchsten.

Die drei Stadtbezirke Altstadt (plus 53,7 %), Neustadt (plus 46,5 %) und Plauen (plus 41,1 %) wiesen mit über 40 Prozent den höchsten anteiligen Gesamtsaldo bezogen auf alle Zu- und Fortzüge ab 2000 bis einschließlich 2022 aus.

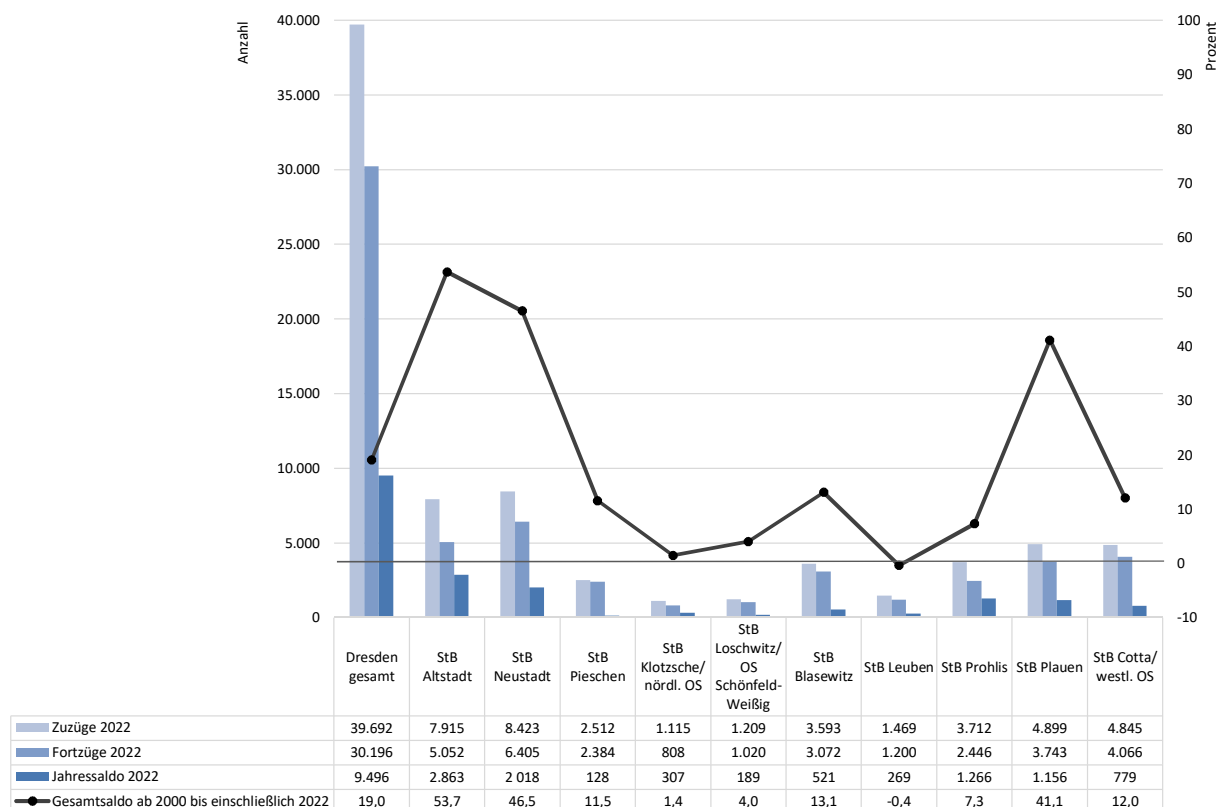


Abbildung 1.11: Anzahl der zugezogenen und fortgezogenen Menschen und die jeweiligen Wanderungssaldi sowie anteilige Gesamtsaldi ab dem Jahr 2000 bis einschließlich 2022 nach Stadtbezirken (StB) mit zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden für das Jahr 2022

Quelle: LHD, 2023c

Durch die Überlagerung mehrerer Trends und Krisen lassen sich die prognostischen Wanderungsbewegungen gegenwärtig nur schwer abschätzen. Die Wanderungsannahmen sind deshalb mit großen Unsicherheiten behaftet. In der Prognose wird zunächst davon ausgegangen, dass die Zuwanderung aufgrund von Flucht und Asyl, die den Wanderungsgewinn der beiden letzten Jahre dominierte, zurückgehen wird. Der aktuelle Wanderungsverlust mit dem Umland (Abwanderungen von Familien) verringert sich vorübergehend (Baukrise, weniger Kinder), bleibt aber langfristig bestehen.

Der leicht positive Wanderungssaldo mit den neuen Bundesländern erhöht sich durch nachrückende geburtenstärkere Jahrgänge wieder etwas, wird langfristig aufgrund des fortgeschrittenen demografischen Wandels aber wieder absinken. Bezüglich des Wanderungssaldos mit den alten Bundesländern wird auf einen langfristigen Mittelwert zurückgegriffen und ein weiterhin leichtes Wanderungsplus angenommen. Ebenso wird bezüglich der Wanderungen mit dem Ausland (ohne Geflüchtete) ein dauerhaft positiver Saldo angenommen. Durch die Erweiterung und Neuansiedlung von Unternehmen im Dresdner Norden werden in den Jahren 2026/27 bis 2030/31 zusätzliche Zuzüge angenommen, die hauptsächlich von außerhalb der Region stammen (LHD, 2024).

1.6 Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft

Tabelle 1.24: Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen ausländischer Herkunft ohne deutsche Staatsbürgerschaft und deren Anteile an der Gesamtbevölkerung in Deutschland, Sachsen und Dresden im Jahr 2022 (bzw. 2021)

Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen ausländischer Herkunft ohne deutsche Staatsbürgerschaft zum Stand: 31.12.2022		Deutschland	Sachsen 2021	Dresden
Menschen mit Migrationshintergrund	Gesamt (Anteil zur Gesamtbevölkerung (%))	23,8 Mill. (28,7)	*	90.925 (16,0)
	Weiblich (Anteil zur Gesamtbevölkerung (%))	11,8 Mill. (14,2)	*	43.596 (15,2)
	Männlich (Anteil zur Gesamtbevölkerung (%))	12,0 Mill. (14,5)	*	47.596 (16,7)
darunter Menschen ausländischer Herkunft	Gesamt (Anteil zur Gesamtbevölkerung (%))	11,6 Mill. (14,0)	229.441 (5,7)	63.396 (11,1)
	Weiblich (Anteil zur Gesamtbevölkerung (%))	5,6 Mill. (6,8)	99.548 (2,5)	29.835 (5,2)
	Männlich (Anteil zur Gesamtbevölkerung (%))	6,0 Mill. (7,2)	129.893 (3,2)	33.561 (5,9)

Anmerkung: *Keine Daten verfügbar.

Quellen: Destatis, 2024a; LHD, 2023a; Statistisches Landesamt Sachsen, 2023c

Tab. 1.24 zeigt die Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund und darunter der Menschen ausländischer Herkunft ohne deutsche Staatsbürgerschaft sowie deren prozentuale Verteilung in Deutschland, in Sachsen und der Landeshauptstadt Dresden im Jahr 2022. Bei den Menschen mit Migrationshintergrund sind die Motive von Flucht und Vertreibung im Herkunftsland zu nennen. Bei illegaler Zuwanderung nach Deutschland spielen zudem ökonomische, familiäre und verwandtschaftliche Motive eine Rolle. Der sogenannte „Healthy-Migrant-Effect“ zeigt, dass nur die Gesundesten und Motiviertesten Menschen eine illegale Zuwanderung wagen (Sinn et al., 2006). Die temporär geringere Sterblichkeit, welche Migranten aufgrund dieses Effekts aufweisen, verschwindet allerdings mit zunehmender Zeit im Zielland und kehrt sich langfristig sogar in eine höhere Mortalität um (Razum, 2009). Eine Veröffentlichung von (BZgA, 2023) zeigt jedoch, dass Menschen mit Fluchterfahrung häufig gesundheitlich vorbelastet sind und diesbezüglich schlechter gestellt sind, als vergleichbare Bevölkerungsgruppen ohne Fluchterfahrung.

Im Jahr 2022 lebten insgesamt 569.173 Menschen in Dresden; davon 478.248 Deutsche ohne (Anteil: 84,0 %) und 27.529 Deutsche mit Migrationshintergrund (Anteil: 4,8 %) sowie 63.396 **ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger** ohne deutsche Staatsbürgerschaft (Anteil: 11,1 %) (Tab. 1.25). 90.925 Menschen hatten einen Migrationshintergrund, was einem Anteil von 16,0 Prozent an der Gesamtbevölkerung entspricht. Hierbei müssen Deutsche mit Migrationshintergrund sowie ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger ohne deutsche Staatsbürgerschaft eingeschlossen werden. Der Anteil der Menschen mit Migrationserfahrung war seit 2015 weiter angestiegen und lag 2022 bei über zehn Prozent (2016: 10,6 %; 2022: 13,1 %) (Tab. 1.25) (LHD, 2023a).

Im Jahr 2022 lebten in Dresden etwa 52 Prozent Männer (Anzahl: 47.329) und 48 Prozent Frauen (Anzahl: 43.596) mit Migrationshintergrund (LHD, 2023a).

Tabelle 1.25: Anteil der Menschen ausländischer Herkunft und Deutschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung in Dresden von 2016 bis 2022

		2016	2018	2020	2022
Deutsche ohne Migrationshintergrund	Anzahl	494.362	492.800	488.240	478.248
Deutsche mit Migrationshintergrund		21.274	23.176	25.307	27.529
Ausländer ¹⁾		37.400	44.665	48.395	63.396
Gesamt		553.036	560.641	561.942	569.173
Deutsche ohne Migrationshintergrund	Anzahl	8.939	8.790	8.688	8.403
Deutsche mit Migrationshintergrund	je 10.000 Einwohner	385	413	450	484
Ausländer ¹⁾		676	797	861	1.114
Deutsche ohne Migrationshintergrund	Anteil an Gesamtbevölkerung (%)	89,4	87,9	86,9	84,0
Deutsche mit Migrationshintergrund		3,8	4,1	4,5	4,8
Ausländer ¹⁾		6,8	8,0	8,6	11,1

Anmerkung: ¹⁾ Alle Personen, die nicht Deutsche im Sinne des Art. 116 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) sind. Dazu zählen auch die Staatenlosen und die Personen mit ungeklärter Staatsangehörigkeit. Deutsche, die zugleich eine fremde Staatsangehörigkeit besitzen, gehören nicht zu den Ausländern.

Quelle: LHD, 2023a

Die Verteilung von Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen ausländischer Herkunft ohne deutsche Staatsbürgerschaft auf die einzelnen Stadtbezirke mit zugehörigen Ortschaften in Dresden ist sehr unterschiedlich (Abb. 1.12). In allen Stadtbezirken mit zugehörigen Ortschaften war 2016 und besonders 2022 ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. Die Hauptursachen hierfür waren der mit dem Syrienkrieg verbundene Flüchtlingsstrom 2015/2016 sowie Geflüchtete aus der sich im Krieg befindenden Ukraine zurückzuführen.

In den Stadtbezirken außerhalb des Zentrums, beispielsweise in Klotzsche und den nördlichen Ortschaften sowie in Loschwitz und Schönfeld-Weißig, lebten weniger Menschen mit Migrationshintergrund als in der Dresdner Innenstadt. Hohe Anteile an dieser Bevölkerungsgruppe gab es in den Stadtbezirken Altstadt und Plauen zu verzeichnen. Die höheren Anteile im Stadtteil Südvorstadt, der dem Stadtbezirk Plauen zugehört, können auch auf die Nähe zur Technischen Universität und den angrenzenden Studentenwohnheimen zurückzuführen sein.

Die ausländische Bevölkerung verteilte sich ähnlich (Abb. 1.12). Die Anzahl der Menschen ausländischer Herkunft je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner war in ganz Dresden in den letzten Jahren sichtbar angestiegen, insbesondere in den Stadtbezirken Altstadt und Plauen. In den Stadtbezirken Leuben, Klotzsche und nördliche Ortschaften und Loschwitz lebten deutlich weniger ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger. Eine Konzentration ausländischer Einwohnerschaft war hingegen in der Innenstadt erkennbar.

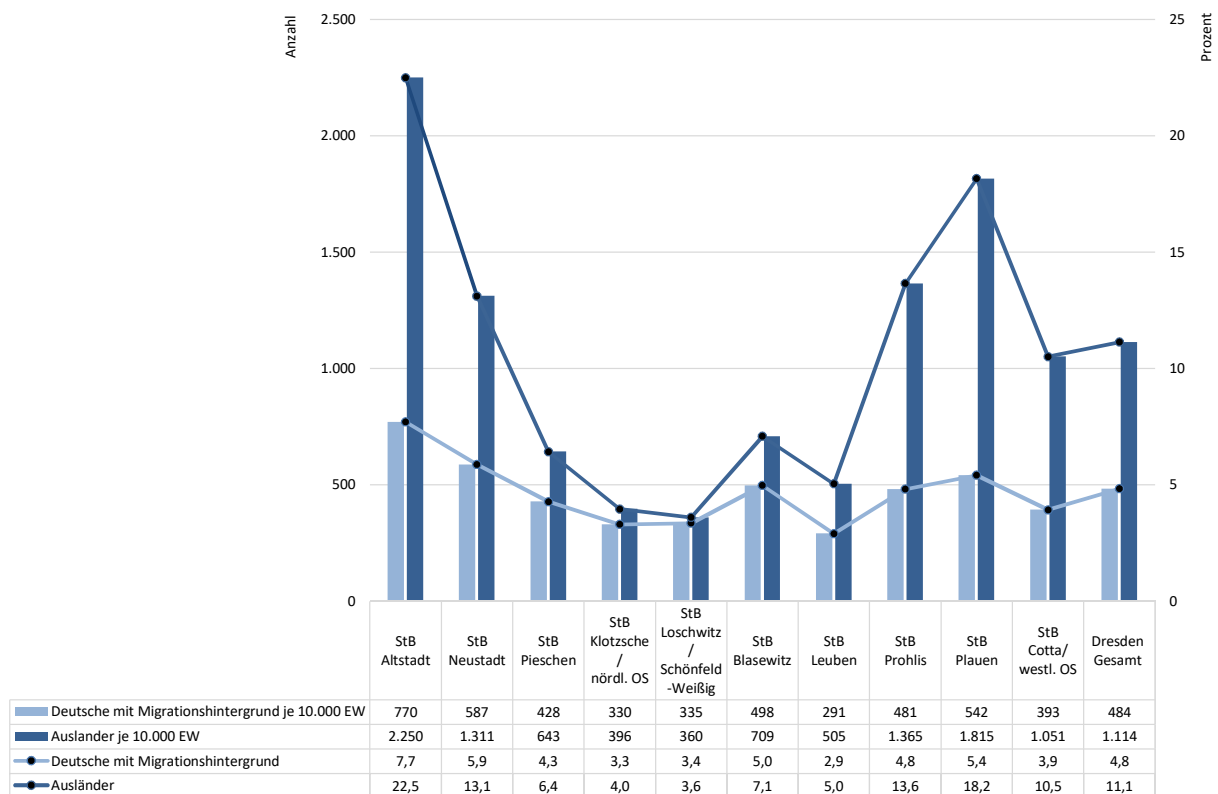


Abbildung 1.12: Anzahl Deutscher Einwohnerinnen und Einwohner mit Migrationshintergrund und Menschen ausländischer Herkunft jeweils je 10.000 Einwohner und Anteil an der Gesamtbevölkerung nach Stadtbezirken (StB) mit zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden im Jahr 2022

Quelle: LHD, 2023a, 2023d; eigene Berechnung

Tab. 1.26 zeigt die Verteilung der Bevölkerung nach Migrationshintergrund und Altersgruppen im Jahr 2022. Im Vergleich zum Vorjahr 2021 ist die Dresdner Gesamtbevölkerung gewachsen. Das hat auch Auswirkungen auf die Anteile in allen aufgeführten Altersgruppen, die im unterschiedlichen Ausmaß gestiegen sind.

Die Altersgruppe der bis 17-Jährigen (2021 zu 2022: plus 2,3 %) hatte im Jahr 2022 mit rund 24 Prozent den höchsten Anteil an Personen mit Migrationshintergrund; darunter waren rund elf Prozent deutsche Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund (2021 zu 2022: plus 2,7 %) und 13 Prozent Kinder und Jugendliche mit ausländischer Herkunft (2021 zu 2022: plus 40,8 %) (Tab. 1.26).

Die Altersgruppe der 18- bis 44-Jährigen (2021 zu 2022: plus 1,2 %) hatte mit knapp 18 Prozent den zweithäufigsten Anteil Menschen mit Migrationshintergrund; darunter waren rund 13 Prozent Menschen mit ausländischer Herkunft (2021 zu 2022: plus 18 %) (Tab. 1.26).

In der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen (2021 zu 2022: plus 2,2 %) waren rund elf Prozent Menschen mit Migrationshintergrund; darunter waren rund acht Prozent Menschen ausländischer Herkunft (2021 zu 2022: plus 24 %) (Tab. 1.26).

Die Altersgruppe der über 65-Jährigen verzeichnete einen Anstieg von plus 0,3 Prozent im Vergleich zum Vorjahr 2021. Diese Altersgruppe wies mit rund vier Prozent den geringsten Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund auf; darunter befanden sich rund zwei Prozent Deutsche mit Migrationshintergrund mit (2021 zu 2022: plus vier Prozent) und zwei Prozent Menschen ausländischer Herkunft (2021 zu 2022: 45 Prozent) (Tab. 1.26).

Tabelle 1.26: Bevölkerung nach Migrationshintergrund und Altersgruppe im Jahr 2022

Alters- gruppen	Gesamt	Deutsche ohne Migrationshintergrund		Deutsche mit Migrationshintergrund		Ausländerinnen und Ausländer	
		Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
0 bis 17 Jahre	97.758	74.399	76,1	10.913	11,2	12.446	12,7
18 bis 44 Jahre	214.663	167.242	77,9	9.580	4,5	37.841	17,6
45 bis 64 Jahre	133.152	118.323	88,9	4.308	3,2	10.521	7,9
65 und älter	123.600	118.284	95,7	2.728	2,2	2.588	2,1
Dresden gesamt	569.173	478.248	84,0	27.529	4,8	63.396	11,1

Quelle: LHD, 2022a

1.7 Zusammenfassung

Das Wissen um den demografischen Wandel der Dresdner Bevölkerung bildet eine wesentliche Grundlage für Entscheidungen in Politik, Gesundheitswesen, Öffentlichem Gesundheitsdienst und Verbänden. Mit Hilfe demografischer Kenngrößen ist es möglich, beispielsweise die zunehmende Alterung und damit verbundene gesellschaftliche Herausforderungen in kommunalpolitischen Entscheidungsprozessen zu berücksichtigen. Gesundheitlich besonders betroffene Personenkreise können so im Rahmen der strategischen kommunalen Gesundheitsplanung für gesundheitsförderliche Interventionen quantifiziert und entsprechende Unterstützungsmaßnahmen nachvollziehbar begründet werden.

Die positive Bevölkerungsentwicklung mit Hauptwohnsitz in Dresden hält weiterhin an: Seit 2016 war die Zahl der Menschen, die in Dresden lebten, um drei Prozent von 553.036 auf im Jahr 2022 rund 570.000 Menschen gestiegen. Bis 2040 wird ein weiterer Bevölkerungsanstieg in Dresden auf rund 603.000 Einwohner prognostiziert, so dass die Einwohnerzahl demnach rund sechs Prozent bzw. um etwa 33.400 Personen in den kommenden 16 Jahren wachsen wird. Mit einem Frauenanteil von 50,3 Prozent gibt es einen leichten Überschuss.

Die meisten Dresdnerinnen und Dresdner (88.902) lebten in den Stadtbezirk Blasewitz, die wenigsten von ihnen im Stadtbezirk Kotzsch/nördliche Ortschaften (31.635). Die größte Zunahme der Einwohnerzahl verzeichnete der Stadtbezirk Altstadt; dort wuchs die Bevölkerung im Jahr 2022 (64.564) um rund 13 Prozent gegenüber 2016 (57.040). Für die Jahre 2030 und 2040 werden für die Stadtbezirke Altstadt, für Neustadt und für Pieschen in den kommenden sieben bzw. 17 Jahren einen vergleichsweise großen Zuwachs an Menschen zu erwarten haben.

Verantwortlich für die positive Bevölkerungsentwicklung war einerseits ein positiver Saldo der natürlichen Bevölkerungsentwicklung bis 2019, dass es eine höhere Geburtenzahl als Sterbefälle in Dresden gab. Ab 2020 überstieg die Zahl der Sterbefälle die Zahl der Geburten mit einem negativen Saldo. Auch im Jahr 2040 wird der Saldo aus Geburten und Sterbefällen negativ bleiben. Bis 2040 wird die Zahl der Geburten zwar wieder auf 5.700 prognostiziert, dennoch wird dies nicht ausreichen, um die Bevölkerungsentwicklung positiv zu beeinflussen. Die zusammenfassende Geburtenziffer war seit 2010 von 1,51 bis 2022 auf 1,23 Kinder pro Frau geborenen Kindern deutlich gesunken. Bis 2035 wird sie auf 1,4 Kinder pro Frau ansteigen und anschließend langfristig konstante Werte prognostiziert. Dies entspricht dem deutschlandweit rückläufigen Trend, wobei der Geburtenrückgang in den ostdeutschen Großstädten besonders stark ausfällt.

Andererseits spielten Wanderungsgewinne der räumlichen Bevölkerungsentwicklung seit 2015 eine entscheidende Rolle. Insbesondere der sichtliche Anstieg von Schutz- und Asylsuchenden und die Errichtung einer Erstaufnahmeeinrichtungen in Dresden sind hier zu nennen. Von hier aus wurden Nicht-Deutsche innerhalb (Ost)Sachsens verteilt. Die Hauptursachen hierfür waren der mit dem Syrienkrieg verbundene Flüchtlingsstrom 2015/2016 und auf Geflüchtete aus der sich im Krieg befindenden Ukraine zurückzuführen. Die Statistik der Bevölkerungsbewegung für das Jahr 2022 zeigt: Es waren deutlich mehr Menschen in das Dresdner Umfeld abgewandert als in die Stadt zugewanderten. Dem gegenüber steht ein deutlich positiver Saldo bei den Zuzügen der aus dem Ausland kommenden Menschen. Dieser starke Anstieg ist auf den kriegsbedingten starken Flüchtlingsstrom aus der Ukraine zurückzuführen.

Die Bevölkerungsdichte Gesamt-Dresdens hat seit 1990 stetig zugenommen. Im sächsischen Vergleich lag Dresden im Jahr 2022 mit 1.734 Einwohnerinnen und Einwohnern je Quadratkilometer hinter Leipzig (2.021 Einwohner je Quadratkilometer) und vor Chemnitz (1.099 Einwohner je Quadratkilometer). Im bundesdeutschen Vergleich zählt Dresden zu den weniger verdichteten Großstädten. Die drei am dichtesten besiedelten Stadtteile im 2022 waren die Stadtteile Äußere Neustadt (Antonstadt), Prohlis-Süd und Striesen-West waren. Die vier am dünnsten besiedelten Stadtteile waren die Stadtteile Hellerberge, Schönfeld/Schullwitz, Altfranken/Gompitz und Langebrück/Schönborn im 2022.

Im Jahr 2022 lag das Durchschnittsalter der Dresdnerinnen und Dresdner bei 43,3 Jahren und stieg seit dem Jahr 2000 kontinuierlich an. Dresden liegt damit derzeit unterhalb des sächsischen sowie des bundesweiten Durchschnittsalters. Trotz eines leichten Bevölkerungsanstiegs wird auch für die Jahre 2030 mit 44,1 Jahre und 2040 mit 44,4 Jahre prognostiziert. Im Jahr 2022 war das Durchschnittsalter im Stadtbezirk Leuben mit 48,0 Jahren am höchsten, während die Einwohnerinnen und Einwohner des Stadtbezirks Neustadt mit 36,9 Jahren das niedrigste Durchschnittsalter aufwiesen.

Im Jahr 2022 betrug das Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt des Kindes (sowohl erstes als auch weitere Kinder) 31,9 Jahre in Dresden. Seit 1980 war es weiterhin kontinuierlich angestiegen (1990: 25,7 Jahre; 2000: 28,7 Jahre; 2020: 31,8 Jahre).

Mit Blick auf die Entwicklung der Altersstruktur hat sich die Anzahl der Dresdner Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den letzten Jahren verändert und wird zukünftig abnehmen bzw. in Zukunft auf dem Niveau von 2022 bleiben. Dies trifft insbesondere auf die unter 3-Jährigen und in ähnlicher Weise auf die 3- bis unter 6-Jährigen sowie auf die 6- bis unter 12-Jährigen und die der 12- bis unter 18-Jährigen zu. Auch die Altersgruppe der 18- bis unter 25-Jährigen hatte im gleichen Zeitraum zugenommen und wird bis 2030 weiter anwachsen. Im Jahr 2022 befanden sich rund zwei Drittel der Dresdner Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zwischen 18 und 64 Jahren und werden künftig weiter zunehmen. Rund 22 Prozent der Dresdnerinnen und Dresdner waren im Rentenalter (65 Jahre und älter) und werden bis 2030 auf etwa 23 Prozent anwachsen. Diese zunehmende Alterung ist bei Dresdnerinnen und Dresdnern im höheren Rentenalter besonders ersichtlich (über 75-Jährige, über 80-Jährige und höchstbetagte Menschen ab 90 Jahre und älter). Zudem ein steigender Frauenanteil zu erwarten sein.

Die Veränderungen in der Altersstruktur sind auch beim Jugend- und der Altenquotient deutlich erkennbar: Der Jugendquotient (u20) hat sich seit 2016 von 30,0 auf 32,4 erhöht. Das bedeutet, dass auf 100 Personen im potentiell erwerbsfähigen Alter von 20 bis 64 Jahren etwa 32 Personen unter 20 Jahren kommen. Im Vergleich dazu lag der Altenquotient, der die 65-Jährigen und Älteren ins Verhältnis zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter setzt, in Dresden im Jahr 2022 bei 36,7. Auch hier war ein Anstieg seit dem Jahr 2016 von 35,8 zum Jahr 2022 auf 36,7 zu verzeichnen. Der Altenquotient lag in Dresden deutlich niedriger als in Sachsen (48,1). Für die Jahre 2030 und 2040 wird vorhergesagt, dass der Jugendquotient weiter abnehmen wird und der Altenquotient bis 2030 zunächst steigen, dann bis 2040 wieder abnehmen wird.

Seit 2016 war der Anteil der Menschen mit Migrationserfahrung um rund fünf Prozentpunkte gestiegen. Im Jahr 2022 wiesen 16,0 Prozent der Einwohner und Einwohnerinnen Dresdens einen Migrationshintergrund auf. Hierbei waren knapp fünf Prozent Deutsche mit Migrationshintergrund und 11 Prozent ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger ohne deutsche Staatsbürgerschaft einzuschließen. 84 Prozent der Einwohner und Einwohnerinnen Dresdens haben keinen Migrationshintergrund. Im Jahr 2022 lebten in Dresden etwa 52 Prozent Männer (Anzahl: 47.329) und 48 Prozent Frauen (Anzahl: 43.596) mit Migrationshintergrund. Die Verteilung von Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen ausländischer Herkunft auf die einzelnen Dresdner Stadtbezirke mit zugehörigen Ortschaften war sehr unterschiedlich. Seit 2016 und besonders 2022 war in allen Stadtbezirken mit zugehörigen Ortschaften ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. Hohe Anteile dieser Bevölkerungsgruppe waren insbesondere im Stadtbezirk Altstadt sowie im Stadtbezirk Plauen zu verzeichnen. Im Stadtteil Südvorstadt des Stadtbezirks Plauen ist dies vermutlich auch auf die Nähe zur Technischen Universität und den daran angrenzenden Studentenwohnheimen zurückzuführen. Ganz ähnlich verteilte sich die ausländische Bevölkerung auf die Stadtbezirke Altstadt und Plauen – eine Konzentration auf die Innenstadt war deutlich erkennbar. In den Stadtbezirken Leuben, Klotzsche und nördliche Ortschaften und Loschwitz lebten deutlich weniger ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger.

Im Jahr 2022 hatte die Altersgruppe der bis 17-Jährigen mit rund 24 Prozent den höchsten Anteil von Personen mit Migrationshintergrund; darunter rund 13 Prozent mit ausländischer Herkunft. Die Altersgruppe der 18- bis 44-Jährigen hatten mit knapp 18 Prozent den zweithäufigsten Anteil mit Migrationshintergrund; darunter rund 13 Prozent Menschen mit ausländischer Herkunft. In der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen waren rund elf Prozent Menschen mit Migrationshintergrund, darunter rund acht Prozent Menschen ausländischer Herkunft. Der geringste Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund von rund vier Prozent zeigte sich in der Altersgruppe der über 65-Jährigen, darunter zwei Prozent Menschen ausländischer Herkunft.

Im Sinne des „Health in All Policies“-Ansatzes werden die datenbasierten Erkenntnisse aus dem Kapitel „Demografie“ perspektivisch als Entscheidungsgrundlagen für weiteren Handlungsprozesse in der Kommunalen Gesundheitsstrategie und unter Einbezug des Projektes „RESILIENT – Der Dresdner Gesundheitsindex – ein kleinräumiges Monitoring des Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhaltens und des Zugangs zu Gesundheitsversorgung“ (Kapitel „Einleitung“) in die Kommunalverwaltung der Landeshauptstadt Dresden integriert.

1.8 Literaturverzeichnis

- BZgA (Hrsg.). (2023). Wie entsteht gesundheitliche Ungleichheit bei Geflüchteten, wie vergrößert sie sich? <https://infodienst.bzga.de/migration-flucht-und-gesundheit/im-fokus-gefluechtete/wie-entsteht-gesundheitliche-ungleichheit-bei-gefluechteten-wie-vergroessert-sie-sich/>
- Destatis (Hrsg.). (2022). 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/begleitheft.html?nn=208696#jugend>
- Destatis (Hrsg.). (2023a). Bevölkerung nach Nationalität und Geschlecht (Quartalszahlen). <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/liste-zensus-geschlecht-staatsangehoerigkeit.html#616584>
- Destatis (Hrsg.). (2023b). Daten der Lebendgeborenen, Totgeborenen, Gestorbenen und der Gestorbenen im 1. Lebensjahr. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-gestorbene.html>
- Destatis (Hrsg.). (2023c). Daten zum durchschnittlichen Alter der Eltern bei Geburt nach der Geburtenfolge für 1. Kind, 2. Kind, 3. Kind der Mutter und insgesamt 2023. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburten-eltern-biologischesalter.html>
- Destatis (Hrsg.). (2023d). Daten zum durchschnittlichen Alter der Mutter bei Geburt insgesamt und 1. Kind nach Bundesländern. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburten-mutter-alter-bundeslaender.html>
- Destatis (Hrsg.). (2023e). Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt (Periodensterbetafel): Bundesländer, Jahre, Geschlecht. <https://www.genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=12621-0004#abreadcrumb>
- Destatis (Hrsg.). (2023f). Zusammengefasste Geburtenziffer nach Kalenderjahren. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburtenziffer.html>
- Destatis (Hrsg.). (2024a). Bevölkerung nach Migrationshintergrund und Geschlecht. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/liste-migrationshintergrund-geschlecht.html#116670>
- Destatis (Hrsg.). (2024b). Daten zum durchschnittlichen Alter der Eltern bei Geburt nach der Geburtenfolge für 1. Kind, 2. Kind, 3. Kind der Mutter und insgesamt 2023. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburten-eltern-biologischesalter.html>
- GBE des Bundes (Hrsg.). (2023). Durchschnittliche Kinderzahl- Zusammengefasste Geburtenziffer: Jahre, Region. Definition Geburtenziffern. https://www.gbe-bund.de/gbe/ergebnisse.prc_fid_anzeige?p_fid=11249&p_fund_typ=DEF&p_sprachkz=D&p_prot=3&p_uid=gast&p_aid=23367706
- LHD. (2022a). Bevölkerung und Haushalte 2021.
- LHD (Hrsg.). (2022b). Demografiemonitor Dresden: Melderegister der Landeshauptstadt Dresden. <https://www.dresden.de/de/leben/stadtportrait/statistik/demografiemonitor/Demografiemedien/atlas.html>
- LHD. (2023a). Bevölkerung und Haushalte 2022: Tabellenteil.
- LHD (Hrsg.). (2023b). Bevölkerungsbestand. <https://www.dresden.de/de/leben/stadtportrait/statistik/bevoelkerung-gebiet/Bevoelkerungsbestand.php>
- LHD (Hrsg.). (2023c). Bevölkerungsbewegung: Lebendgeborene und allgemeine Geburtenziffer nach Stadtteilen 1995 bis 2022. https://www.dresden.de/media/pdf/statistik/Statistik_1315_nat_Bewegung_Stadtteil.pdf
- LHD (Hrsg.). (2023d). DUVA-Abfrage.
- LHD (Hrsg.). (2023e). Stadteilkatalog Dresden: Melderegister der Landeshauptstadt Dresden. <https://www.dresden.de/de/leben/stadtportrait/statistik/auskunft/medien/atlas.html>
- LHD (Hrsg.). (2024). Bevölkerungsprognose 2023. <https://www.dresden.de/de/leben/stadtportrait/statistik/bevoelkerung-gebiet/bevoelkerungsprognose.php>
- LZ.NRW (Hrsg.). (2019). Leitfaden Gesunde Stadt: Hinweise für Stellungnahmen zur Stadtentwicklung aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst.
- Mohr, M. (2022). Warum der Männerüberschuss bei jungen Menschen im Osten so groß ist. MDR, 2022.
- Razum, O. (2009). Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt1. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit* (S. 267–282). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91643-9_15

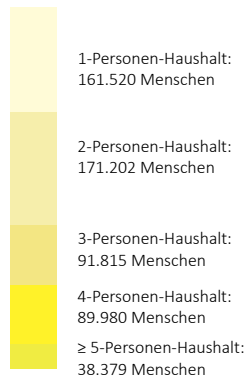
- Rink, D., Haase, A., Leibert, T. & Wolff, M. (2021). Corona hat das Städtewachstum ausgebremst: Die Einwohnerentwicklung deutscher Großstädte während der Corona-Pandemie.
- RKI. (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. <https://doi.org/10.17886/RKIPUBL-2015-003>
- Sinn, A., Krienbrink, A. & Loeffelholz, H. D. von. (2006). Illegal aufhältige Drittstaatsangehörige in Deutschland: Staatliche Ansätze, Profil und soziale Situation ; Forschungsstudie 2005 im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks. Forschungsbericht/Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Bd. 2. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Statista (Hrsg.). (2024a). Anzahl der Sterbefälle in Deutschland von 1991 bis 2023. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/156902/umfrage/sterbefaelle-in-deutschland/>
- Statista (Hrsg.). (2024b). Ranking der 20 Gemeinden mit der höchsten Bevölkerungsdichte in Deutschland zum 31. Dezember 2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1135074/umfrage/gemeinden-mit-hoechster-bevoelkerungsdichte/>
- Statistisches Landesamt Sachsen (Hrsg.). (2022). Corona Spezial: Sterblichkeit in Sachsen. <https://www.statistik.sachsen.de/html/statistischbetrachtet-corona-sterblichkeit.html>
- Statistisches Landesamt Sachsen (Hrsg.). (2023a). Bevölkerungsstand, Einwohnerzahlen: Eckdaten für Sachsen. <https://www.statistik.sachsen.de/html/bevoelkerungsstand-einwohner.html>
- Statistisches Landesamt Sachsen (Hrsg.). (2023b). Geburten: Eckdaten für Sachsen. <https://tinyurl.com/2ww45z2c>
- Statistisches Landesamt Sachsen (Hrsg.). (2023c). Lebenserwartung, Sterbefälle. <https://www.statistik.sachsen.de/html/lebenserwartung-gestorbene.html>
- Teti, A., Nowossadeck, E., Fuchs, J. & Künemund, H. (2022). Wohnen und Gesundheit im Alter. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-34386-6>
- UBA (Hrsg.). (2018). Umwelt- und Aufenthaltsqualität in kompakt-urbanen und nutzungsgemischten Stadtstrukturen.

Fakten auf einen Blick:

Soziale Lage

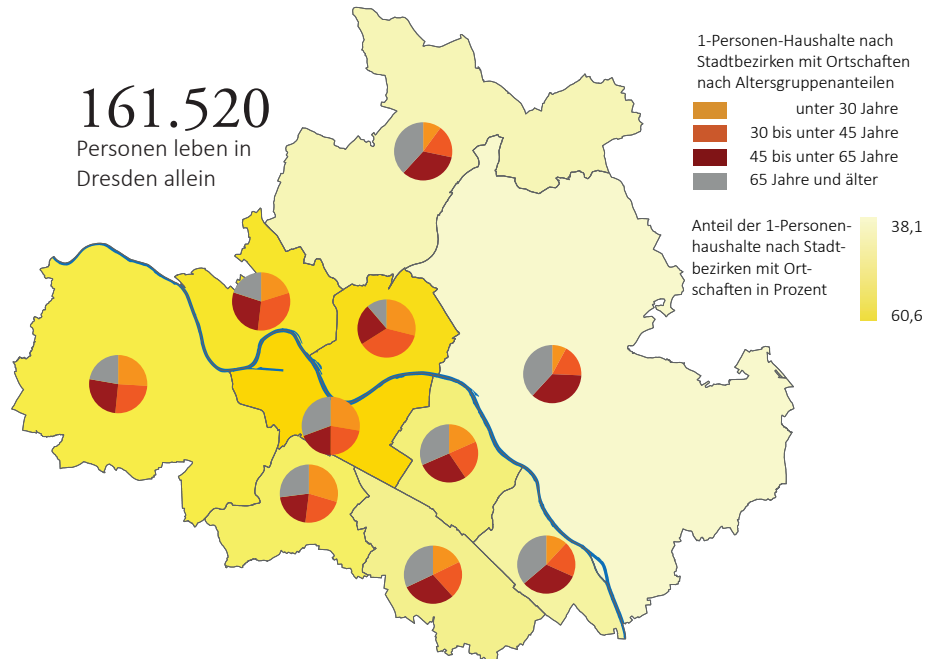
552.896

Personen leben in
Dresden in Haushalten



161.520

Personen leben in
Dresden allein



22.738

Personen leben in
Dresden in Heimen

Bildungs- und Berufsabschlüsse und Armutsgefährdung*



(noch) keine abgeschlossene Berufsausbildung:

Männer: 31 % | Frauen: 37 %

Altersgruppen ab 55 Jahre und älter: jeweils über 35 %
Armutsgefährdung: 30 %

abgeschlossene Berufsausbildung als Facharbeiter o. Ä.:

Männer: 31 % | Frauen: 37 %

Armutsgefährdung 36 %

Hochschul-, Universitätsabschluss, Promotion:

Männer: 34 % | Frauen: 30 %

Armutsgefährdung: 18 %

Armutsgefährdung*:

Anteil an armutsgefährdeten Haushalten
gesamt: 16 % (↘)



Einpersonenhaushalte: 22 % (↘);

Männer: 21 % (↘) | Frauen: 22 % (→)

Alleinerziehenden bzw. getrennterziehenden Eltern:
26 % (↘)

Rentner und Rentnerinnen ohne Partner:
23 % (↗)

Befragte mit Partner bzw. Partnerin bei einem
erwerbstätig und bei einem nicht erwerbstätig:
18 % (↗)

Arbeitslosenquote (gemessen an den zivilen Erwerbspersonen) (↘):



gesamt 16.951 mit 5,6 % (↘)

Männer: 9.237 mit 5,7 % (↘)

Frauen: 7.714 mit 5,5 % (↘)

Jugend 15 bis 25 Jahre:

1.417 mit 4,8 % (↘)

Menschen im Alter 55 – unter 65 Jahre:

3.933 mit 7,0 % (→)

Menschen mit ausländischer Herkunft und ohne dt.
Staatsbürgerschaft (Ausländer): 4.994 mit 19,3 % (↗)

Reine Wohngeldhaushalte:

gesamt 6.355

Männer: 2.480 mit 39,0 % (↗)

Frauen: 3.880 mit 60,8 % (↗)

Haushalte mit Kindern und Jugendlichen
(unter 18 Jahren): 1.870 (↗)



Wohnungslosigkeit

Untergebrachte Wohnungslose (laut Bundesstatistik:
570 Menschen, darunter 410 Männer (71,9 %) und
160 Frauen (28,1 %); Menschen im Alter von 25 bis
60 Jahre; 54,4 % Deutsche und 45,6 % Ausländer**

Stand 2022 | ↗/→/↘ = Tendenz steigend/gleich/fallend

* nach Einstufung zur Armutsgefährdung Definition der OECD: unter 60 Prozent vom Median

** zusätzlich rund 1000 anerkannte, aber untergebrachte Asylbewerber, weil keine eigene Wohnung gefunden

2 Soziale Lage

2.1 Einleitung

Das Wissen um soziale Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit der Dresdner **Bevölkerung** bildet gleichermaßen eine wesentliche Grundlage für Entscheidungen in Politik, Gesundheitswesen, Öffentlichem Gesundheitsdienst und Verbänden. Entsprechende Kenntnisse über die aktuelle Lage zu Lebensbedingungen und Lebensverhältnissen, komplexe Veränderungen und damit verbundene gesellschaftliche Herausforderungen dienen somit einem strategischen integrierten gesundheitspolitischen, sozialen und wirtschaftlichen Handeln und münden in Investitionen und Maßnahmen der **Gesundheitsförderung** und **Prävention**.

So beeinflussen soziale Verhältnisse und Lebensbedingungen im Wesentlichen die Gesundheit, deren subjektive Beurteilung und das Wohlbefinden eines Menschen neben seinem aktuellen Gesundheitszustand, seinem individuellen Gesundheitsverhalten, seiner sozialen Eingebundenheit und inneren Haltung. Dies gilt gleichermaßen für Kinder und Jugendliche, beginnend in der Schwangerschaft, sich in der Kindheit und im Erwachsenenalter manifestierend, als auch bis ins hohe Alter. Unter schwierigen ökonomischen Bedingungen, verbunden mit steigenden Lebenshaltungskosten und der sozialräumlichen Konzentration bestimmter sozialer Gruppen in einem Stadtgebiet (Segregation) nehmen soziale Ungleichheit und Armutsgefährdung tendenziell zu. Menschen in besonders herausfordernden sozialen Lebenslagen bzw. von Armut betroffene Menschen mit daraus resultierenden Chancenungleichheiten sind in ihren Konsum- und Teilhabemöglichkeiten eingeschränkt. Sie haben auch einen schlechteren Zugang zum Gesundheitssystem und zu Versorgungsangeboten. Für soziale Ungleichheit und Armutsgefährdung gibt es vielfältige Ursachen, die sich gegenseitig bedingen und verstärken können. Zu nennen sind hier: unzureichende und fehlende ökonomische Ressourcen, ein niedriges Bildungsniveau, Sprachbarrieren, Alter, Geschlecht oder familiäre Notlagen, Arbeitslosigkeit sowie Schicksalsschläge oder längere Krankheitsphasen und psychosoziale Belastungen.

Erklärungsansätze für **sozioökonomische** Unterschiede und gesundheitliche Ungleichheiten können dem „Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit“ von Mackenbach (2006) entnommen werden (Lampert et al., 2022). Eine weitere Grundlage bietet das Modell nach Elkeles & Mielck (Mielck & Helmert, 2003).

Sozioökonomische Faktoren, wie Bildungsabschluss, Einkommen, berufliche Stellung sowie alleinerziehende Familiensituation haben demnach einen nachgewiesenen Einfluss sowohl auf die Gesundheit („soziale Verursachung“ im Sinne von „Armut macht krank“) als auch auf Krankheit und Krankheitsbewältigung, auf **Lebenserwartung**, auf **Morbidität** und **Sterblichkeit (Mortalität)**. Diese Zusammenhänge konnten in einer Vielzahl von wissenschaftlichen Veröffentlichungen nachgewiesen werden (Heidemann et al., 2019; Hoebel & Müters, 2024; Hoebel et al., 2024; Mielck & Helmert, 2003; RKI, 2016).

Gleichermaßen bedeutsam im umgekehrten Zusammenhang kann Krankheit Armut verursachen. Laut Selektions- bzw. soziale Drift-Hypothese können Menschen mit angeborenen Erkrankungen oder länger anhaltenden, zumeist chronischen Krankheiten einen sozialen Abstieg erfahren bzw. an einem sozialen Aufstieg verhindert sein (Vonneilich & Knesebeck, 2022). So ist es schwerer für die betroffenen Menschen, sich in das Erwerbsleben zu (re-)integrieren als für Gesunde.

Auch wenn in Deutschland seit langem gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen durch einen allgemein hohen Lebensstandard und durch gesetzliche Regelungen zum Schutz vor gesundheitsgefährdenden Faktoren gegeben sind, gewinnen Herausforderungen zur Gesundheit und sozialer Lage angesichts der aktuellen wirtschaftlichen Entwicklungen und Krisen eine neue Relevanz (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., 2024; Schneider et al., 2022). Hier wären beispielsweise zunehmende soziale Ungerechtigkeiten und ein Altersanstieg in der Bevölkerung zu nennen. Der aktualisierte Armutsbericht des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes unterstreicht dies damit, dass die Armut in Deutschland auf hohem Niveau verharret, so dass nach den jüngsten Zahlen des **Mikrozensus** 16,8 Prozent der Bevölkerung in Armut lebten, wobei sich im Vergleich der Bundesländer große regionale Unterschiede zeigten (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband

Gesamtverband e. V., 2024). Nach wie vor waren **Alleinerziehende** (43,3 %) und **Haushalte** mit drei und mehr **Kindern** (32,1 %) am stärksten von Armut betroffen. Erwerbslose (49,4 %) und Menschen mit niedrigen Bildungsabschlüssen (31,6 %) sowie Menschen mit **Migrationshintergrund** (28,1 %) waren ebenfalls „stark überproportional“ betroffen. Frauen wiesen 2022 mit 17,8 Prozent eine deutlich höhere **Armutsquote** auf als Männer mit 15,8 Prozent. Besonders gravierend war die Diskrepanz zwischen den Geschlechtern bei älteren Personen ab 65 Jahren: Während die Armutsquote der Frauen in dieser Altersgruppe bei 19,4 Prozent lag, war sie bei den Männern mit 15,1 Prozent unterdurchschnittlich. Kindern und Jugendliche waren mit einer Armutsquote von 21,8 Prozent deutlich überdurchschnittlich von Armut betroffen (2022) (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., 2024).

Armut wird als „ein gesellschaftliches Phänomen mit vielen Facetten ... [und] im Wesentlichen ein Mangel an Mitteln und Möglichkeiten das Leben zu gestalten“ beschrieben (BMAS, 2021). Auf Bundesebene werden elf Indikatoren zur Beschreibung von Armut bzw. Armutsgefährdung aus verschiedenen Bereichen wie Einkommensverteilung, Überschuldung, Arbeitslosigkeit, Mindestsicherung, materielle Entbehrung, Wohnen, Gesundheit oder soziale Teilhabe verwendet.

Ziel ist es auch im Zusammenhang mit der sozialen Lage, potentielle Zielgruppen für gesundheitsfördernde Maßnahmen aus sozialer Sicht zu charakterisieren. Im Sinne der gesundheitlichen Chancengleichheit und der Prävention sollten die Maßnahmen daher nicht nur auf die ältere Bevölkerung ausgerichtet sein, sondern möglichst früh im Kindes- und Jugendalter ansetzen und im Erwachsenenalter und Erwerbsleben fortgeführt werden, um ein gesundes und aktives Altern bestens zu ermöglichen.

Vor diesen Hintergründen bezieht sich das vorliegende Kapitel auf das „Regenbogen-Modell“ von Dahlgren und Whitehead (1991) (Seite 11), wobei die Gesundheitsdeterminanten der Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie der sozioökonomischen Umwelt beleuchtet werden. Die Indikatoren, wie Bildung, Wohnen, Einkommen, Haushaltsgröße, Alleinerziehende, Arbeitslosigkeit, Mindestsicherung, Renten, soziale Unterstützung (z. B. Wohngeld) liefern wichtige Informationen und Entscheidungsgrundlagen bzgl. der sozialen und gesundheitlichen Lage der Dresdner Bevölkerung sowie der Einflüsse auf das Gesundheits- und Sozialwesen.

Hierfür wird ein Einblick in die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Lebensbedingungen der Menschen in Dresden, wie Bildungsabschlüsse, Haushaltsgröße, Lebensform der Alleinerziehenden, Einpersonenhaushalte, finanzielle Situation und Armutsgefährdung, hinsichtlich Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Mindestsicherung, Renten und zum Wohnen einschließlich Wohnungslosigkeit gewährt oder auf etablierte Berichte verwiesen. Dabei werden Daten unter Einbezug von Datenquellen aus dem Sozialamt der Landeshauptstadt Dresden, des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsens und des Bundes sowie von Ergebnissen aus etablierten Befragungen (**Kommunale Bürgerumfrage (KBU)**) bzw. Berichten dargestellt, die die Lebens- und Bildungsbedingungen der Dresdner Bevölkerung im sozialen Kontext erfassen und beschreiben. Jeweils nach Datenverfügbarkeit werden die ausgewählten Faktoren differenziert nach Merkmalen des Geschlechts (männlich, weiblich), ggf. des Wohnorts (**Stadtbezirk und zugehörige Ortschaften**) und ggf. Migrationshintergrund im Zeitverlauf aufgezeigt.

Zum Thema Bildung ist es mit Hilfe der kommunalen Bildungsberichterstattung in Dresden möglich geworden, die Entwicklung der Bildungslandschaft und der Bildungschancen über einen längeren Zeitraum zu betrachten und Handlungserfordernisse abzuleiten. Um die Entwicklung der **Stadtteile** im Zeitverlauf beobachten zu können, wurde die Sozialraumtypologie seit 2009 kontinuierlich fortgeführt, methodisch begründet modifiziert und weiterentwickelt (vgl. Landeshauptstadt Dresden 2014, 2019). Erstmals wurde dabei der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Bildungsteilhabe/-erfolg für Dresden deutlich und ist seitdem ein zentraler Bestandteil des Bildungsmonitorings (LHD, 2024a). Hierzu wird im vorliegenden Stadtgesundheitsprofil auf den geplanten aktualisierten Bildungsbericht der Landeshauptstadt Dresden verwiesen. Im Folgende wird ein Überblick zum Stand der Bildungsabschlüsse anhand der Ergebnisse der KBU der Stadt Dresden gegeben.

Darüber hinaus hat die Landeshauptstadt Dresden 2022 in Zusammenarbeit mit der Technischen Universität Dresden den **„Lebenslagenbericht 60+“** herausgegeben, welcher Daten zu den sozialen Strukturen und Lebenslagen der Bevölkerung ab dem 60. Lebensjahr beschreibt (Seite 375). Hierzu wird im vorliegenden Stadtgesundheitsprofil auf die Veröffentlichung der Landeshauptstadt Dresden verwiesen (LHD, 2022).

Perspektivisch wird darüber hinaus das bereits genannte Projekt „RESILIENT – Der Dresdner Gesundheitsindex“ im Amt für Gesundheit und Prävention eine weitere Datengrundlage bieten (Kapitel „Einleitung“).

2.2 Sozialmonitoring

Die Landeshauptstadt Dresden befindet sich in einem kontinuierlichen Prozess zur Entwicklung eines aussagekräftigen, einheitlichen, integrierten Sozialmonitorings zur regelmäßigen Analyse und Berichterstattung als fundierte Entscheidungsgrundlage unter Beteiligung verschiedener Stadtverwaltungsbereiche und Fachämter. Ziel ist es, sozioökonomische Unterschiede innerhalb der Stadt auf kleinräumiger Ebene zu identifizieren, um Stadtgebiete mit sozialen Belastungen frühzeitig zu erkennen und soziostrukturelle Entwicklungen über einen längeren Zeitraum zu beobachten. Das Dresdner Sozialmonitoring fasst verschiedene, praktikable Indizes mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Zielsetzungen zusammen.

Im gesamtstädtischen Sozialmonitoring ordnet sich der bewährte Belastungsindex für Kinder und Jugendliche ein (LHD, 2019). Im Februar 2020 haben sich die Ämter des noch recht jungen Geschäftsbereichs Bildung, Jugend und Sport auf die Verwendung eines einheitlichen „Belastungsindex“ für alle Planungsdokumente des Geschäftsbereichs verständigt. Dieser Belastungsindex unterscheidet sich nur geringfügig vom ursprünglichen Sozialraumindex und setzt sich aus den folgenden vier Kennzahlen zusammen: der Jugendarbeitslosigkeit (**Arbeitslose** im Alter unter 25 Jahren), dem Anteil **Regelleistungsberechtigte** (erwerbsfähige und nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte nach SGB II), dem Anteil nicht erwerbsfähiger Leistungsberechtigter (insbesondere Kinder in Bedarfsgemeinschaften nach SGB II „Sozialgeld“ bzw. ab 1.1.2023 „Bürgergeld“) und dem Anteil Alleinerziehende Haushalte an allen Haushalten mit Kindern (LHD, 2021).

Anhand dieses Belastungsindex mit Blick auf Benachteiligung bei Kindern und Jugendlichen der Stadt Dresden können die Dresdner Stadtgebiete in fünf sogenannte Entwicklungsräume eingeteilt und hinsichtlich ihrer sozialen Lage verglichen werden. Ein Entwicklungsraum fasst dabei Stadtgebiete zusammen, die eine ähnlich hohe oder niedrige soziale Belastung aufweisen. In Entwicklungsraum 1 befinden sich Stadtgebiete mit stark erhöhten sozialen Belastungslagen, während in Entwicklungsraum 5 solche mit keiner oder nur geringer sozialer Belastung zu finden sind. Für eine aktuelle Darstellung wird auf den geplanten aktualisierten Bildungsbericht der Landeshauptstadt Dresden verwiesen.

- Entwicklungsraum 1: sehr starke soziale Belastung
- Entwicklungsraum 2: starke soziale Belastung
- Entwicklungsraum 3: durchschnittliche soziale Belastung
- Entwicklungsraum 4: geringe soziale Belastung
- Entwicklungsraum 5: keine oder kaum soziale Belastung

Ein sogenannter „Sozialindex“ zur Betrachtung der sozialen Lage in den Stadtgebieten der gesamten Dresdner Bevölkerung ist aktuell in Entwicklung.

2.3 Bildung

Die Bildungschancen hängen stark von der sozialen und kulturellen Herkunft ab. Bildung hat auch einen starken Einfluss auf das spätere Einkommen, auf das Gesundheitsverhalten und damit auf die gesundheitlichen Bedingungen. Ein hohes Bildungsniveau führt zu besseren Kompetenzen und einem gesundheitsförderlichen Umgang mit Belastungen, dem Finden von Lösungen und dem Vorhandensein von Ressourcen zur Problemlösung. Bestimmte Überzeugungen und Werte, die im Elternhaus und in Bildungseinrichtungen vermittelt wurden, spiegeln die Gesundheitskompetenz der Menschen wider. Je höher das Bildungsniveau desto gesundheitsbewusster verhalten sich die Menschen. Bundesweite Erhebungen, bspw. im Sozioökonomischen Panel (SOEP) zeigen, dass über alle Altersgruppen hinweg, Menschen mit niedrigerem Bildungsstand, häufiger körperliche und seelische Probleme aufweisen bzw. durch diese in ihrem Alltag eingeschränkt sind (Hoebel et al., 2021).

So zeigen sich Bildungsungleichheiten bereits in Kitas und zu Beginn der Grundschulzeit (Linberg & Wenz, 2017; Weinert et al., 2010). Eine institutionalisierte frühkindliche Bildung kann zusätzlich zum Elternhaus wichtige Lern- und Entwicklungsimpulse vermitteln, um gesundheitliche Chancengleichheit für Kinder und deren **Familien** zu ermöglichen und mögliche Benachteiligung auszugleichen. Damit kommt der Kindertagesbetreuung eine wichtige Rolle zuteil. Es besteht der (gesetzliche) Anspruch, Kinder so früh wie möglich zu bilden, zu fördern und mögliche Benachteiligungen frühzeitig entgegenzuwirken. Dies gelingt vor allem durch eine qualitativ hochwertige pädagogische Arbeit (Klucznik, 2017).

Informationen, Daten und deren ausführliche Darstellungen zur aktuellen Lage zur Bildungsbeteiligung, Bildungsverläufen und Bildungserträgen sowie Qualifikationsstrukturen für die Bevölkerung der Stadt Dresden können den Dresdner Bildungsberichten (zuletzt erschienen im Jahr 2020), entnommen werden und werden Teil des geplanten aktualisierten Bildungsberichtes der Landeshauptstadt Dresden sein (LHD, 2019). Im Folgende wird ein Überblick zum Stand der Bildungsabschlüsse anhand der Ergebnisse der KBU der Landeshauptstadt Dresden gegeben (LHD, 2023b).

2.3.1 Bildungsstand anhand der Kommunalen Bürgerbefragung

Die KBU ermöglicht einen repräsentativen Einblick zu Schul- und Bildungsabschlüsse und zu verschiedenen Merkmalen wie Geschlecht, Altersgruppen und **Stadträume** der teilnehmenden Dresdner Bevölkerung ab 16 Jahren.

Betrachtet man sich die Angaben zum höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss der Dresdner Bevölkerung in der KBU 2022 (Abb. 2.1), so zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der Befragten über die allgemeine Hochschulreife bzw. das Abitur (50 %) und die Fachhochschulreife bzw. die fachgebundene Hochschulreife (11 %) verfügten. Etwa 28 Prozent waren im Besitz eines Realschulabschlusses und sieben Prozent im Besitz eines Hauptschulabschlusses oder eines gleichwertigen Abschlusses. Nur ein Prozent der Befragten hatte die Schule nach der 8. Klasse ohne Abschluss beendet. Zwei Prozent der Befragten besuchten zum Zeitpunkt der Befragung noch eine Schule. Zwischen den Geschlechtern gab es beim Realschulabschluss und bei der allgemeinen Hochschulreife (Abitur) Unterschiede von drei und fünf Prozentpunkten. Bei den weiteren Abschlüssen zeigen sich marginale Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern. (Abb. 2.1)

Größere Unterschiede sind zwischen den Altersgruppen ersichtlich. Die unter 45-Jährigen hatten häufiger die allgemeine Hochschulreife bzw. die Fachhochschulreife und gleichwertige Abschlüsse. Ab 45 Jahren stieg die Häufigkeit der Realschulabschlüsse deutlich an. Bei den über 75-Jährigen gaben ein Drittel der Befragten einen Hauptschulabschluss bzw. einen Volksschulabschluss, einen Grundschulabschluss bzw. einen Abschluss der 8. oder 9. Klasse an. Tendenziell deutet ein höherer Schulabschluss auf ein höheres Einkommen hin und umgekehrt deutet ein Real-, ein Hauptschulabschluss bzw. kein Schulabschluss auf eine höhere Armutsgefährdung hin (laut OECD: Netto-Äquivalenzeinkommen von Haushalten weniger als 60 % des Median) (siehe Abschnitt 2.5). Von allen Befragten (n = 615) mit einer Armutsgefährdung traf dies auf 51 Prozent der Befragten mit allgemeiner Hochschulreife oder Abitur, auf 28 Prozent mit einem Realschulabschluss (einschließlich mittlere Reife und 10. Klasse) und auf zehn Prozent mit einem Hauptschulabschluss (Volksschule, Grundschule, 8. oder 9. Klasse) zu. (Abb. 2.1)

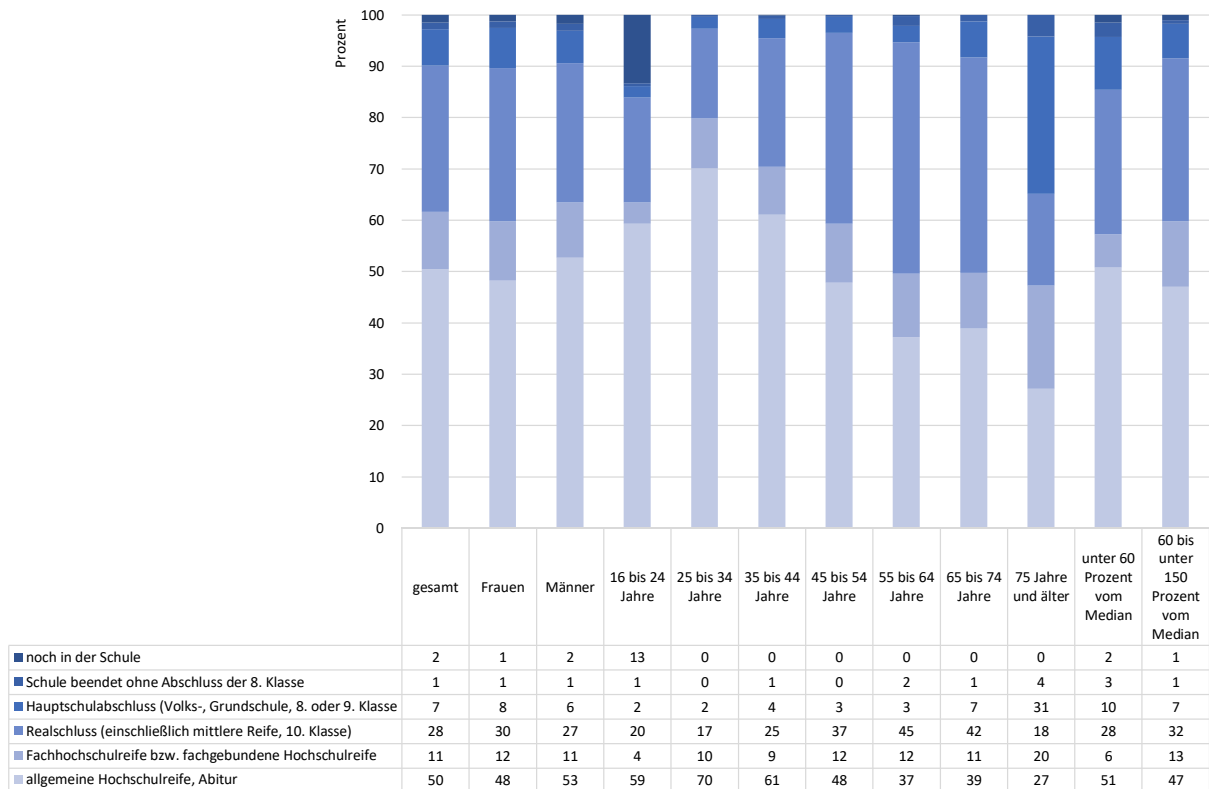


Abbildung 2.1: Anteil der Schulabschlüsse der Befragten nach Geschlecht, nach Altersgruppen und nach Netto-Äquivalenzeinkommen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023b; eigene Darstellung

Die Unterschiede in den Schulabschlüssen der Befragten zeigten sich auch in der stadträumlichen Verteilung in der Tab. 2.1. In der Äußeren und Inneren Neustadt (73 %), im 26er-Ring/Friedrichstadt (62 %) und in der Südvorstadt/Zschertnitz (67 %) war der Anteil an Menschen mit Hochschulreife überdurchschnittlich hoch. In den Stadträumen Gorbitz (26 %) und Prohlis/Reick (25 %) war der Anteil an Menschen mit Hochschulreife dagegen eher gering. Die Anteile der befragten Menschen mit Realschulabschluss (Prohlis/Reick: 43 %; Gorbitz: 42 %; Briesnitz/westliche Ortschaften: 40 %) und mit Hauptschulabschluss (Prohlis/Reick: 15 %; Gorbitz: 14 %) und sowie Schulabgänger ohne Abschluss der 8. Klasse waren mit jeweils fünf Prozent in den benannten Stadträumen überdurchschnittlich. (Tab. 2.1)

Tabelle 2.1: Anteil der Schulabschlüsse der Befragten nach Stadträumen, Stadtbezirken (StB) und zugehörige Ortschaften (OS) in Dresden laut KBU 2022

Stadträume Stadtbezirke/Ortschaften Stadtteile	Höchster allgemeinbildender Schulabschluss					
	allgemeine Hochschul- reife, Abitur	Fachhoch- schulreife bzw. fachgebundene Hochschulreife	Realschul- abschluss (einschl. mittlere Reife, 10. Klasse)	Hauptschul- abschluss (Volksschule, Grundschule, 8. o. der 9. Klasse)	Schule beendet ohne Abschluss der 8. Klasse	noch in der Schule
	Anteil (%)					
26er Ring, Friedrichstadt	62	11	17	8	1	1
Johannstadt	47	12	28	10	1	1
Äußere und Innere Neustadt	73	9	12	2	1	2
Leipziger Vorstadt, Pieschen	59	10	24	4	1	3
Kaditz, Mickten, Trachau	44	17	30	8	1	1
StB Klotzsche/nördliche OS	45	14	33	6		2
StB Loschwitz und Schönfeld-Weißig	50	12	28	6	2	3
Blasewitz, Striesen	56	12	24	5	1	1
Tolkewitz, Seidnitz, Gruna	37	11	37	13	0	1
StB Leuben	37	13	38	8	1	3
Prohlis, Reick	25	11	43	15	5	
Niedersedlitz, Leubnitz, Strehlen	47	9	36	5	1	1
Südvorstadt, Zschertnitz	67	7	17	6	1	1
Mockritz, Coschütz, Plauen	52	13	25	5	2	2
Cotta, Löbtau, Naußlitz, Dölzschen	55	9	29	5	1	1
Gorbitz	26	12	42	14	5	1
Briesnitz/westliche OS	41	10	40	7	1	1
Dresden gesamt	50	11	28	7	1	2

Quelle: LHD, 2023b; eigene Darstellung

Die Abb. 2.2 stellt die Bildungs- und Berufsabschlüsse sowie deren Einfluss auf das Netto-Äquivalenzeinkommen dar. Unter den Befragten (n = 603), die laut OECD-Definition von Armut gefährdet waren, waren 36 Prozent der Befragten mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung als Facharbeiter o. Ä., 18 Prozent der Befragten mit einem Hochschul-, Universitätsabschluss, Promotion und neun Prozent der Befragten mit einem Fachhochschulabschluss bzw. Ingenieurabschluss. Unter den 30 Prozent der Befragten mit Armutsgefährdung ohne abgeschlossener Berufsausbildung waren auch Menschen, welche die Ausbildung noch nicht abgeschlossen hatten.

Darüber hinaus ist eine Betrachtung des höchsten Bildungs- und Berufsabschlusses sinnvoll, da dieser in der Regel über die Einkommensverhältnisse und die Armutsgefährdung mitbestimmt und somit Rückschlüsse auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsrisiken der jeweiligen Gruppe zulässt. Die Ergebnisse der kommunalen Bürgerumfrage 2022 sind für die Bildungs- und Berufsabschlüsse nach Geschlecht und Altersgruppen in der Abb. 2.2 und nach Verteilung in den Dresdner Stadträumen in der Tab. 2.2 dargestellt.

Mit Blick auf die angegebenen höchsten Bildungs- bzw. Berufsabschlüsse der Dresdner Bevölkerung in der KBU 2022 lässt sich in der Abb. 2.2 erkennen, dass eine abgeschlossene Berufsausbildung als Facharbeiter oder gleichwertiger Abschluss mit 34 Prozent an erster Stelle stand, darunter 37 Prozent der Frauen und 31 Prozent der Männer. Knapp die Hälfte der Befragten verfügten über einen Hochschul-, Universitäts- (32 %) oder einen Fachhochschulabschluss (17 %). Darunter lagen die Anteile der Männer bei 34 Prozent für einen Hochschul-, Universitätsabschluss und bei 15 Prozent für einen Fachhochschulabschluss. Die Anteile der Frauen lagen bei 30 Prozent bzw. 18 Prozent. Neun Prozent gaben an, (noch) keine abgeschlossene Berufsausbildung zu besitzen, hier gab es keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Einen Meister-, Techniker- oder vergleichbaren Abschluss hatten sieben Prozent der Befragten, darunter mehr Männer (9 %) als Frauen (5 %). Nur ein Prozent der Befragten verfügt über einen Teilabschluss, eine beruflich-betriebliche Anlernzeit mit Abschlusszeugnis. (Tab. 2.2)

Die Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen gab nachvollziehbar für diese Altersgruppe überdurchschnittlich häufig an, (noch) keine abgeschlossene Berufsausbildung zu haben, was mit zunehmendem Alter ab 45 Jahren nur noch ein Prozent der Befragten ausmachte. Befragte im Alter von 25 bis 44 Jahren hatten überdurchschnittlich häufig einen Hochschul- bzw. Universitätsabschluss (47 %; 37 %). Bei den 45- bis 54-Jährigen dominierten eine abgeschlossene Berufsausbildung als Facharbeiter oder Ähnliches (35 %) sowie ein Meister-, Techniker- oder vergleichbarer Abschluss (11 %). In den Altersgruppen ab 55 Jahren lagen vorwiegend eine abgeschlossene Berufsausbildung als Facharbeiter oder Ähnliches (von rund 40 %) und ein Fachhochschul- oder Ingenieurabschluss (21–25 %) vor. (Abb. 2.2)

Der höchste Bildungs- bzw. Berufsabschluss zeigt einen deutlicheren Einfluss auf das Netto-Äquivalenzeinkommen und folglich auf eine Armutsgefährdung (siehe Abschnitt 2.5). Ein höherer Bildungsabschluss, wie ein Hoch-, Universitäts- bzw. Fachhochschulabschluss ist zumeist mit einem hohen Netto-Äquivalenzeinkommen verbunden, und schließt gleichzeitig keine Armutsgefährdung aus. Eine (noch) nicht abgeschlossene Berufsausbildung verweist herausragend auf eine Armutsgefährdung hin (30 %), wie auch eine abgeschlossene Berufsausbildung als Facharbeiter oder Ähnliches (36 %) im Gegensatz zu einem höheren Bildungsabschluss. (Abb. 2.2)

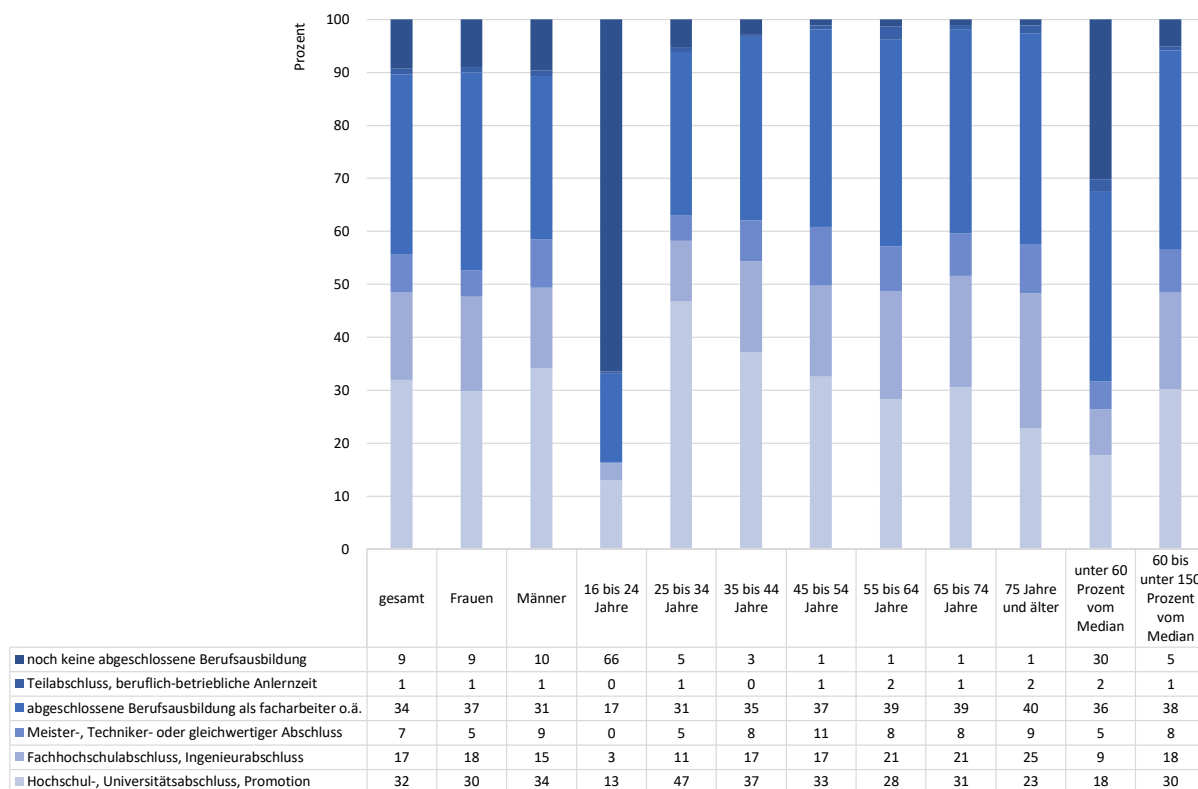


Abbildung 2.2: Anteil der Bildungs- und Berufsabschlüsse der Befragten nach Geschlecht, nach Altersgruppen und nach Netto-Äquivalenzeinkommen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023b; eigene Darstellung

Auch in der stadträumlichen Verteilung sind die Unterschiede der Bildungs- bzw. Berufsabschlüsse anhand der Befragten deutlich sichtbar (Tab. 2.2).

Tabelle 2.2: Anteil der Bildungs- und Berufsabschlüsse der Befragten nach Stadträumen, Stadtbezirken (StB) und zugehörige Ortschaften (OS) in Dresden laut KBU 2022

Stadträume Stadtbezirke/Ortschaften Stadtteile	Höchster Berufsabschluss					
	Hochschul-, Universitäts- abschluss, Promotion	Fachhoch- schulabschluss, Ingenieur- abschluss	Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Abschluss	abgeschlossene Berufsaus- bildung als Facharbeiter o. Ä.	Teilabschluss, beruflich- betriebliche Anlernzeit mit Abschlusszeug- nis	(noch) keine ab- geschlossene Berufsaus- bildung
	Anteil (%)					
26er Ring, Friedrichstadt	37	15	6	27	1	13
Johannstadt	31	19	8	34	1	7
Äußere und Innere Neustadt	52	13	4	21	1	10
Leipziger Vorstadt, Pieschen	34	14	7	33	1	11
Kaditz, Mickten, Trachau	26	19	7	41	0	7
StB Klotzsche/nördliche OS	29	18	10	36	1	5
StB Loschwitz und Schönfeld-Weißig	38	17	9	29	*	7
Blasewitz, Striesen	38	19	6	30	0	7
Tolkewitz, Seidnitz, Gruna	23	15	7	46	1	9
StB Leuben	21	24	8	38	1	7
Prohlis, Reick	11	16	7	53	4	8
Niedersedlitz, Leubnitz, Strehlen	31	15	10	37	1	6
Südvorstadt, Zschertnitz	42	14	4	21	1	18
Mockritz, Coschütz, Plauen	36	17	7	28	2	11
Cotta, Löbtau, Naußlitz, Dölzschen	30	14	7	37	1	12
Gorbitz	13	18	6	45	5	13
Briesnitz/westliche OS	28	19	9	39	1	5
Dresden gesamt	50	11	28	7	1	2

Anmerkung: * keine Angabe

Quelle: LHD, 2023b; eigene Darstellung

2.4 Leben in Haushalten und in Heimen und Bevölkerung nach Lebensformen

In diesem Abschnitt werden wichtige Aspekte einschließlich Daten zur aktuellen Lage, in zeitlicher Entwicklung und zur Darstellung nach Stadtbezirken zum Leben der Dresdner und Dresdnerinnen in Haushalten, in Heimen sowie zu Lebensformen und Haushaltsgrößen beschrieben.

Die Haushaltsgröße gibt Auskunft über die Anzahl gemeldeter Personen pro Haushalt mit Haupt- und Nebenwohnsitz (**Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung**). Damit können Entwicklungstrends für Haushaltsgrößen und Personenzahl je Haushalte aufgezeigt werden, welche wiederum Rückschlüsse zur Wohnungsversorgung und Wohnraumbedarfen zulassen. Die durchschnittliche Haushaltsgröße bestimmt auch die Nachfrage nach Einrichtungen der sozialen und kommunalen Infrastruktur der Stadt, wie bspw. im Pflegebereich. Dabei ist auf die Entwicklung der Zahl von Haushalten mit Kindern sowie von älteren und jüngeren Single- bzw. Einpersonenhaushalten zu achten. Laut Robert Koch-Institut sind gerade alleinerziehende Mütter und Väter im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Eltern bzw. Sorgeberechtigte im hohen Maß von Armut betroffen und unterliegen verstärkt gesundheitlichen Risiken. So haben alleinerziehende Mütter und Väter eine signifikant höhere Prävalenz unter Depressionen und anderen gesundheitlichen Problemen zu leiden (RKI, 2017).

2.4.1 Leben in privaten Haushalten und in Heimen

Der überwiegende Anteil der Dresdner Bevölkerung lebte im Jahr 2022 mit 96 Prozent in privaten Haushalten und vier Prozent in Gemeinschaftseinrichtungen, in Heimen. Die Gesamtbevölkerung in der Landeshauptstadt Dresden im betrachteten Zeitraum nahm vor allem durch den Zuzug von geflüchteten Menschen infolge des Angriffskrieges auf die Ukraine im Jahr 2022 um drei Prozent zu. Gleichzeitig stieg die Zahl, der in Heimen lebenden Menschen, deutlich, um rund elf Prozent an. (Tab. 2.3)

Aufgrund der zunehmenden Alterung der Dresdner Bevölkerung („Demografie“) wird sich diese Entwicklung weiter verstärken (LHD, 2023d).

Tabelle 2.3: Anzahl Personen und Anteil an der Bevölkerung, die im Haushalt und in Heimen wohnen, in Dresden von 2016 bis 2022

Jahr	Personen							
	gesamt		davon					
	Anzahl	Entwicklung seit 2016	in Haushalten			in Heimen		
			Anzahl	Anteil (%)	Entwicklung seit 2016	Anzahl	Anteil (%)	Entwicklung seit 2016
		Anteil (%)						
2016	558.599	0,0	538.160	96,3	0,0	20.439	3,7	0,0
2017	562.867	0,8	541.805	96,3	0,7	21.062	3,7	3,0
2018	566.484	1,4	545.161	96,2	1,3	21.323	3,8	4,3
2019	569.061	1,9	547.655	96,2	1,8	21.406	3,8	4,7
2020	568.243	1,7	547.630	96,4	1,8	20.613	3,6	0,9
2021	567.375	1,6	546.950	96,4	1,6	20.425	3,6	-0,1
2022	575.634	3,0	552.896	96,0	2,7	22.738	4,0	11,2

Quelle: LHD, 2023d; eigene Darstellung

Die Zahl der privaten Haushalte nach der Haushaltegenerierung auf Basis des Einwohnermelderegisters war von 2016 bis 2022 um drei Prozent deutlich gestiegen (Tab. 2.3). Hauptgrund hierfür war auch der bereits erwähnte Zuzug von geflüchteten Menschen infolge des Angriffskrieges auf die Ukraine im Jahr 2022. Im Jahr 2016 wurden insgesamt 300.013 Haushalte (Personenzahl: 558.599) gezählt, im Jahr 2018 301.086 (Personenzahl: 566.484) und im Jahr 2020 302.402 (Personenzahl: 568.243). Zum Stichtag des 31.12.2022 gab es in Dresden insgesamt 307.464 Haushalte mit 575.634 Personen. (Tab. 2.3 und Tab. 2.4)

In den letzten Jahrzehnten sank die durchschnittliche Haushaltsgröße bundesweit, aber vor allem in den neuen Bundesländern.

Tab. 2.4 zeigt die Entwicklung der Haushalte nach Haushaltsgröße und durchschnittlicher Personenzahl je Haushalt von 2016 bis einschließlich 2022. In der Stadt Dresden ist die durchschnittliche Haushaltsgröße mit durchschnittlich 1,79 Personen pro Haushalt im Jahr 2016 und 1,80 Personen pro Haushalt im Jahr 2022 entgegen der bundesweiten Entwicklungen nahezu konstant geblieben.

Es ist auch in Tab. 2.4 erkennbar, dass die Einpersonenhaushalte mit über 50 Prozent die häufigste Haushaltsform auch in Dresden darstellen. An zweiter Stelle folgen die Zweipersonenhaushalte mit etwas mehr als einem Viertel. Den geringsten Anteil mit rund zwei Prozent machen die Haushalte mit fünf oder mehr Personen aus. Im zeitlichen Verlauf von 2016 bis 2022 ist für das Jahr 2022 der Zuzug von geflüchteten Menschen aufgrund des Angriffskrieges auf die Ukraine bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen. Es zeigt sich eine leichte Zunahme der Einpersonenhaushalte von rund 1,4 Prozentpunkte (2016: 51,2 %; 2022: 52,5 %) sowie der Vierpersonenhaushalten von 0,5 Prozentpunkte (2016: 6,8 %; 2022: 7,3 %) und der Haushalte mit fünf oder mehr Personen von 0,4 Prozentpunkten (2016: 2,0 %; 2022: 2,4 %). Rückläufig sind dagegen die Zweipersonenhaushalte von rund zwei Prozentpunkten (2016: 29,7 %; 2022: 27,8 %) und auch die Dreipersonenhaushalte von rund 0,4 Prozentpunkten (2016: 10,3 %; 2022: 10,0 %). (Tab. 2.4)

Tabelle 2.4: Anteil der Haushalte der Bevölkerung nach Haushaltsgrößen in Dresden von 2016 bis 2022

Jahr	Haushalte, davon mit ... Personen											Perso- nen je Haushalt
	gesamt	1 Person		2 Personen		3 Personen		4 Personen		>5 Personen		
		Anteil (%)	seit 2016 (Prozent- punkte)	Anteil (%)	seit 2016 (Prozent- punkte)	Anteil (%)	seit 2016 (Prozent- punkte)	Anteil (%)	seit 2016 (Prozent- punkte)	Anteil (%)	seit 2016 (Prozent- punkte)	
2016	300.013	51,2	0,00	29,7	0,00	10,3	0,00	6,8	0,00	2,0	0,00	1,79
2017	301.418	51,3	0,16	29,4	-0,34	10,3	-0,03	6,9	0,11	2,1	0,09	1,80
2018	301.086	51,1	-0,03	29,2	-0,51	10,1	-0,17	7,2	0,38	2,4	0,32	1,81
2019	302.500	51,4	0,27	28,8	-0,89	10,1	-0,21	7,3	0,48	2,4	0,36	1,81
2020	302.402	51,6	0,48	28,5	-1,16	10,0	-0,29	7,4	0,57	2,4	0,41	1,81
2021	304.074	52,3	1,18	28,1	-1,62	9,9	-0,37	7,3	0,52	2,3	0,30	1,80
2022	307.464	52,5	1,36	27,8	-1,86	10,0	-0,35	7,3	0,53	2,4	0,32	1,80

Quelle: LHD, 2023d; eigene Darstellung

Die Verteilung der Haushalte nach Haushaltsgrößen in den Dresdner Stadtbezirken und zugehörigen Ortschaften für das Jahr 2022 ist in Abb. 2.3 dargestellt. Der überwiegende Teil der Dresdnerinnen und Dresdner (2022: 52,5 %) lebte im Jahr 2022 in Einpersonenhaushalten; im gesamtstädtischen Vergleich der Stadtbezirke am häufigsten in den Stadtbezirken Altstadt (60,6 %) und Neustadt (60,4 %) sowie im Stadtbezirk Pieschen (55,0 %). Zweipersonenhaushalte waren mit 27,8 Prozent die zweithäufigste Haushaltsgröße in Dresden und traten im gesamtstädtischen Vergleich der Stadtbezirke überdurchschnittlich häufig in den Stadtbezirken Klotzsche und nördliche Ortschaften (33,7 %), Loschwitz/Schönfeld-Weißig (33,7 %), Blasewitz (33,5 %) und Prohlis (31,6 %) auf. Auffällig waren die Stadtbezirke Klotzsche und nördliche Ortschaften, Loschwitz/Schönfeld-Weißig und Blasewitz, in denen der Anteil der Haushalte mit drei und mehr Personen dort deutlich höher war als in allen anderen Stadtbezirken. (Abb. 2.3)

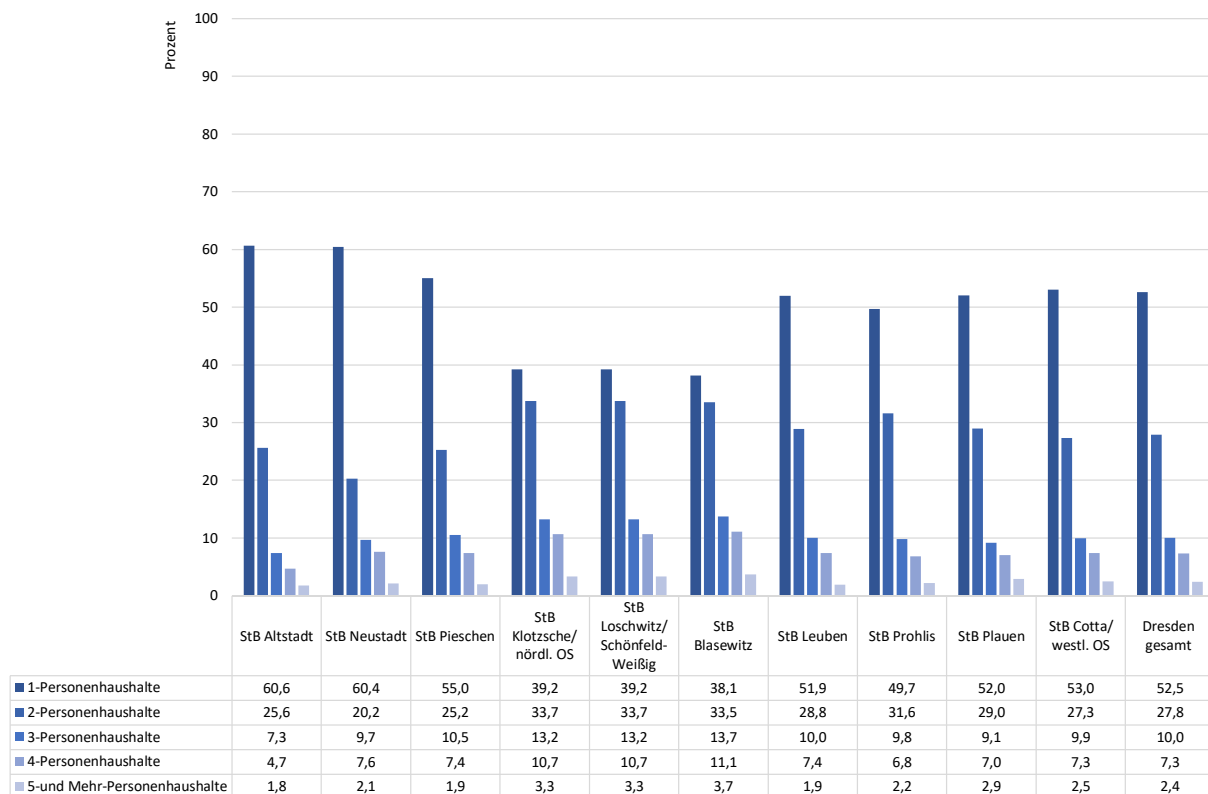


Abbildung 2.3: Anteil Haushalte nach Haushaltsgrößen der Bevölkerung in den Stadtbezirken (StB) und zugehörige Ortschaften (OS) in Dresden im Jahr 2022

Quelle: LHD, 2023d; eigene Darstellung

2.4.2 Bevölkerung und Haushalte nach Lebensformen inkl. Familien mit Kindern und alleinerziehende Elternteile

Wie sich die Haushalte der Dresdner Bevölkerung gemäß der Haushaltgenerierung auf Basis des Einwohnermelderegisters nach den Lebensformen bzw. nach dem Haushaltstyp von 2016 bis 2022 verhalten, zeigt die Tab. 2.5. Neben dem häufigsten Haushaltstyp in Dresden, dem Einpersonenhaushalt (2022: 52,5 %), stellten die Haushalte mit Lebensformen ohne Kinder mit rund 29 Prozent die zweithäufigste Lebensform dar. **Haushalte mit Kindern** machten knapp ein Fünftel aller Dresdner Haushalte aus (2022: 18,9 %). Während die Zahl aller Haushalte von 2016 bis 2022 um rund 2,5 Prozent gestiegen war, hatten insbesondere die Einpersonenhaushalte (plus 5,2 %) und alle Lebensformen mit Kindern (plus 6,2 %) zugenommen. Dieser Anstieg für das Jahr 2022 war wiederum auf die Zuwanderung von geflüchteten Menschen aufgrund des Angriffskrieges in der Ukraine zurückzuführen, unter denen sich vor allem Frauen, darunter Mütter mit einem oder mehreren Kindern und ältere Menschen befanden. Rückläufig war dagegen die Zahl der Lebensformen ohne Kinder (minus 4,3 %), zu denen auch Ehepaare und Lebensgemeinschaften ohne Kinder zählen. Hintergrund für den Rückgang ist unter anderen die zunehmende Alterung der Bevölkerung. (Tab. 2.5) (LHD, 2023a)

Tabelle 2.5: Haushalte nach Lebensformen bzw. Haushaltstypen nach Einpersonenhaushalten, Haushalten mit Ehepaaren (jeweils mit und ohne Kinder) sowie nach Haushalten mit Lebensgemeinschaften (jeweils mit und ohne Kinder) in Dresden von 2016 bis 2022

Jahr	Haushalte davon im Haushaltstyp mit den Lebensformen												
	insgesamt		Einpersonenhaushalte			Mehrpersonenhaushalte							
						Ehepaare ohne Kinder		Ehepaare mit Kindern		Lebensgemein- schaften, sonstige Haushalte		darunter Lebens- gemeinschaften mit Kindern	
	Anzahl	seit 2016 (%)	Anzahl	Anteil (%)	seit 2016 (%)	Anzahl	seit 2016 (%)	Anzahl	seit 2016 (%)	Anzahl	seit 2016 (%)	Anzahl	seit 2016 (%)
2016	300.013	0,00	153.516	51,2	0,00	66.734	0,00	27.269	0,00	39.611	0,00	14.543	0,00
2017	301.418	0,47	154.723	51,3	0,79	65.858	-1,31	28.159	3,26	39.430	-0,46	13.442	-7,57
2018	301.086	0,36	153.986	51,1	0,31	65.462	-1,91	28.629	4,99	40.224	1,55	14.926	2,63
2019	302.500	0,83	155.602	51,4	1,36	64.699	-3,05	29.209	7,11	39.993	0,96	14.804	1,79
2020	302.402	0,80	156.183	51,6	1,74	63.899	-4,25	29.508	8,21	39.822	0,53	14.648	0,72
2021	304.074	1,35	159.176	52,3	3,69	62.820	-5,87	29.587	8,50	39.365	-0,62	14.530	-0,09
2022	307.464	2,48	161.520	52,5	5,21	62.163	-6,85	29.525	8,27	40.207	1,50	14.518	-0,17

Quelle: LHD, 2023a, eigene Darstellung

Von allen Dresdnerinnen und Dresdnern lebte der überwiegende Anteil in Mehrpersonenhaushalten mit Kindern (2022: 36,4 %) gefolgt von den Lebensformen ohne Kinder (2022: 34,3 %) und in Einpersonenhaushalten (2022: 29,2 %) (Tab. 2.6). Durch eine Zunahme der Gesamtbevölkerung in Dresden um 2,7 Prozent, stieg vor allem die Bevölkerungszahl in den Lebensformen mit Kindern zwischen 2016 und 2022 um 7,5 Prozent stark an, darunter alleinerziehende Mütter und Väter (plus 10,2 %), Ehepaare mit Kindern (plus 8,9 %) und Lebensgemeinschaften mit Kindern (plus 3,2 %) (Tab. 2.6 und Tab. 2.7). Bei den Lebensformen ohne Kinder in Mehrpersonenhaushalten ging die Bevölkerungszahl dagegen um 3,8 Prozent zurück. Auch die Zahl der Menschen in Einpersonenhaushalten (plus 5,2 %) nahm überproportional zu. (Tab. 2.6) (LHD, 2023a)

Tabelle 2.6: Bevölkerung in Ein- und Mehrpersonenhaushalten nach Lebensformen mit und ohne Kindern in Dresden von 2016 bis 2022

Jahr	Bevölkerung in Haushalten																
	insgesamt		davon in														
			Einpersonenhaushalten			Mehrpersonenhaushalten als											
						Ehepaare ohne Kinder			Ehepaare mit Kindern			Lebensgemeinschaften, sonstige Haushalte			darunter Lebensgemeinschaften mit Kindern		
	Anzahl	seit 2016	Anzahl	Anteil	seit 2016	Anzahl	Anteil	seit 2016	Anzahl	Anteil	seit 2016	Anzahl	Anteil	seit 2016	Anzahl	Anteil	seit 2016
	(%)		(%)	(%)		(%)	(%)		(%)	(%)		(%)	(%)		(%)	(%)	
2016	538.160	0,0	153.516	28,5	0,0	143.666	26,7	0,0	105.106	19,5	0,0	104.956	19,5	0,0	51.312	9,5	0,0
2017	541.805	0,7	154.723	28,6	0,8	141.722	26,2	-1,4	108.543	20,0	3,3	104.841	19,4	-0,1	47.569	8,8	-7,3
2018	545.161	1,3	153.986	28,2	0,3	141.058	25,9	-1,8	111.252	20,4	5,8	108.113	19,8	3,0	53.675	9,8	4,6
2019	547.655	1,8	155.602	28,4	1,4	139.459	25,5	-2,9	113.589	20,7	8,1	107.690	19,7	2,6	53.417	9,8	4,1
2020	547.630	1,8	156.183	28,5	1,7	137.731	25,2	-4,1	114.803	21,0	9,2	107.518	19,6	2,4	53.176	9,7	3,6
2021	546.950	1,6	159.176	29,1	3,7	135.365	24,7	-5,8	114.629	21,0	9,1	106.044	19,4	1,0	52.663	9,6	2,6
2022	552.896	2,7	161.520	29,2	5,2	134.256	24,3	-6,5	114.450	20,7	8,9	108.611	19,6	3,5	52.959	9,6	3,2

Quelle: LHD, 2023a; eigene Darstellung

Gemäß der deutschlandweiten Erhebung durch den Mikrozensus 2023, lebten knapp 50 Prozent der Bevölkerung in Familien (Destatis, 2024b). In jeder fünften Familie in Deutschland lebte ein Elternteil allein mit minderjährigen oder mit volljährigen Kindern im Haushalt, wobei seit 2016 eine abnehmende Entwicklung um rund minus 1,8 Prozent zu verzeichnen ist (Destatis, 2024a). Die Lebenssituation Alleinerziehender ist häufig durch Herausforderungen, wie die alleinige Zuständigkeit für die Betreuung und Erziehung der Kinder, bei oftmals gleichzeitiger Erwerbstätigkeit und den damit einhergehenden Vereinbarkeitsproblemen gekennzeichnet. Trotz vergleichsweise hoher Erwerbsbeteiligung sind Alleinerziehende und ihre Kinder in hohem Maße von Armut betroffen bzw. besonders gefährdet (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., 2024; RKI, 2017).

Auffallend ist vor allem die steigende Zahl der Haushalte von Alleinerziehenden bzw. getrennterziehenden Eltern in Deutschland, einschließlich der dazugehörigen aufwachsenden Kinder und Jugendlichen. Bundesweit waren lediglich 15 Prozent aller Alleinerziehenden Männer, ihre Zahl stieg seit 2016 weiter um rund 35 Prozent von 182.000 auf etwa 243.000 alleinerziehende Väter mit minderjährigen Kindern an. Die Mehrheit der Alleinerziehenden waren nach wie vor Frauen. Die Zahl der alleinerziehenden Mütter ging im selben Zeitraum um rund sechs Prozent (2012: 1,440 Millionen; 2022: 1,349 Millionen) zurück. (Destatis, 2024a)

Die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ analysiert Indikatoren der allgemeinen Gesundheit, Depressionen, Rückenschmerzen, Adipositas, Rauchen, sportliche Inaktivität und die Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorgeuntersuchung (GEDA). Die Ergebnisse zeigen, dass sich bei alleinerziehenden Müttern für alle einbezogenen Indikatoren der gesundheitlichen Lage (außer Adipositas) signifikant höhere Prävalenzen als bei in Partnerschaft lebenden Müttern finden. Für alleinerziehende Väter trifft dies auf Depressionen, Rauchen und die Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorge zu (RKI, 2017).

Die genannten Quellen zeigen, dass Alleinerziehende im Vergleich zu Familien, welche zusammenleben und sich gemeinsam um ihr Kind bzw. ihre Kinder sorgen können, häufiger vor besonderen sozialen und gesundheitlichen Herausforderungen stehen und häufiger von Armut bedroht sind.

Bei näherer Betrachtung der allein- bzw. getrennterziehenden Familien in der Stadt Dresden wird auf Daten der Haushaltegenerierung auf Basis des Einwohnermelderegisters zurückgegriffen. Dabei stieg die Zahl der betroffenen Elternteile im Vergleich zu andere Lebensformen mit Kindern auch vor dem Hintergrund der Zuwanderung von geflüchteten vor allem alleinstehenden Müttern mit ihren Kindern aufgrund des Angriffskrieges in der Ukraine um 10,2 Prozent (plus rund 3.000 Menschen) im Zeitraum 2016 bis 2022 sehr stark an. So waren es im Jahr 2016 30.916 (5,7 %) und im Jahr 2022 34.059 (6,2 %) Dresdner Mütter und Väter (Tab. 2.7). Schaut man sich die Anzahl der betroffenen Haushalte an, so stieg diese von 12.883 (2016) alleinerziehenden Haushalten auf 14.049 (2022) Haushalte um 9,5 Prozent an (LHD, 2023a).

Tabelle 2.7: Bevölkerung in Ein- und Mehrpersonenhaushalten nach Lebensformen mit und ohne Kindern einschließlich alleinerziehende Mütter und Väter der Stadt Dresden 2016 bis 2022

Jahr	Bevölkerung in Haushalten																
	insgesamt		darunter in														
			Mehrpersonenhaushalten als														
			alle Lebensformen mit Kindern			Ehepaare mit Kindern eventuell mit weiteren Personen			Lebensgemeinschaften, sonstige Haushalte			darunter Lebensgemeinschaften mit Kindern			Alleinerziehende		
	Anzahl	seit 2016	Anzahl	Anteil	seit 2016	Anzahl	Anteil	seit 2016	Anzahl	Anteil	seit 2016	Anzahl	Anteil	seit 2016	Anzahl	Anteil	seit 2016
	(%)		(%)	(%)		(%)	(%)		(%)	(%)		(%)	(%)		(%)	(%)	
2016	538.160	0,0	187.334	34,8	0,0	105.106	19,5	0,0	104.956	19,5	0,0	51.312	9,5	0,0	30.916	5,7	0,0
2017	541.805	0,7	188.088	34,7	0,4	108.543	20,0	3,3	104.841	19,4	-0,1	47.569	8,8	-7,3	31.976	5,9	3,4
2018	545.161	1,3	195.679	35,9	4,5	111.252	20,4	5,8	108.113	19,8	3,0	53.675	9,8	4,6	30.752	5,6	-0,5
2019	547.655	1,8	198.321	36,2	5,9	113.589	20,7	8,1	107.690	19,7	2,6	53.417	9,8	4,1	31.315	5,7	1,3
2020	547.630	1,8	199.374	36,4	6,4	114.803	21,0	9,2	107.518	19,6	2,4	53.176	9,7	3,6	31.395	5,7	1,5
2021	546.950	1,6	199.028	36,4	6,2	114.629	21,0	9,1	106.044	19,4	1,0	52.663	9,6	2,6	31.736	5,8	2,7
2022	552.896	2,7	201.468	36,4	7,5	114.450	20,7	8,9	108.611	19,6	3,5	52.959	9,6	3,2	34.059	6,2	10,2

Quelle: LHD, 2023a, eigene Darstellung

Betrachtet man die Dresdner Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren (2022: 98.631 gesamt bzw. 97.047 in Haushalten), so lebten sie im Jahr 2022 in 60.296 Haushalten (19,6 % von allen Haushalten) (Tab. 2.8). Davon waren 23,3 Prozent Haushalte (14.049), in denen die Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren bei allein- bzw. getrennterziehenden Elternteilen aufwuchsen. Im Jahr 2022 lebte ein Fünftel aller Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren bei allein- bzw. getrennterziehenden Elternteilen (20.010) und stieg zwischen 2016 und 2022 mit elf Prozent sehr stark an (Tab. 2.8). Auch hier ist vor dem der Hintergrund der Zuwanderung von geflüchteten Menschen aufgrund des Angriffskrieges in der Ukraine zu beachten, dass es sich vor allem um alleinstehenden Müttern mit ihren Kindern und Jugendliche unter 18 Jahre handelte (LHD, 2023a).

Tabelle 2.8: Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre und Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre in Haushalten nach Haushaltsgröße und bei alleinerziehenden Elternteilen der Bevölkerung in Dresden von 2016 bis 2022

Jahr	Personen		Kindern und Jugendliche <18 Jahre											
	insgesamt	davon	insgesamt			darunter in Haushalten			in Haushalten mit ... Kind/Kindern			bei Alleinerziehenden		
		in Haushalten							1	2	≥3			
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anteil	seit 2016	Anzahl	Anteil	seit 2016	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anteil	seit 2016
				(%)	(%)		(%)	(%)					(%)	(%)
2016	558.599	538.160	90.487	16,2	0,0	89.176	16,6	0,0	30.828	40.956	17.392	18.032	19,9	0,0
2017	562.867	541.805	92.808	16,5	2,6	91.523	16,9	2,6	31.088	41.982	18.453	18.729	20,2	3,9
2018	566.484	545.161	94.336	16,7	4,3	93.146	17,1	4,5	30.985	43.006	19.155	17.965	19,0	-0,4
2019	569.061	547.655	95.593	16,8	5,6	94.378	17,2	5,8	31.125	43.800	19.453	18.318	19,2	1,6
2020	568.243	547.630	96.272	16,9	6,4	95.152	17,4	6,7	30.865	44.384	19.903	18.405	19,1	2,1
2021	567.375	546.950	95.593	16,8	5,6	94.378	17,3	5,8	31.125	43.800	19.453	18.318	19,2	1,6
2022	575.634	552.896	98.631	17,1	9,0	97.047	17,6	8,8	31.538	44.964	20.545	20.010	20,3	11,0

Quelle: LHD, 2023a; eigene Darstellung

Die Wahl des Wohnorts hängt stark vom verfügbaren und bezahlbaren Wohnraum ab. So lebten 2022 die meisten Haushalte mit alleinerziehenden Familien in den Stadtbezirken Leuben (27,3 %; 24,1 % aller Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahre), Pieschen (26,9 %; 24,0 % aller Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahre) und Prohlis (23,2 %; 24,1 % aller Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahre). In den Stadtbezirken Loschwitz/Schönfeld-Weißig (17,5 %), Klotzsche und nördliche Ortschaften (17,7 %) und Plauen (20,4 %) lebten dagegen weniger Haushalte mit alleinerziehenden Familien. (Tab. 2.9 und Tab. 2.10)

Tabelle 2.9: Anzahl der Haushalte der Bevölkerung mit Kindern nach Haushaltsgröße und alleinerziehende Elternteile nach Stadtbezirken (StB) und zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden im Jahr 2022

Stadtbezirke/Ortschaften	Haushalte	Haushalte mit Kindern und Jugendlichen < 18 Jahre						
		gesamt		davon			darunter Alleinerziehende	
	gesamt	Anzahl	Anteil (%)	mit ... Kind/Kindern			Anzahl	Anteil (%)
				1	2	≥ 3		
StB Altstadt	36.641	5.233	14,3	2.859	1.778	596	1.120	21,4
StB Neustadt	29.333	6.220	21,2	3.279	2.406	535	1.549	24,9
StB Pieschen	30.561	6.553	21,4	3.709	2.285	559	1.760	26,9
StB Klotzsche/nördliche OS	15.126	3.534	23,4	1.697	1.448	389	624	17,7
StB Loschwitz/Schönfeld-Weißig	15.942	3.848	24,1	1.860	1.564	424	674	17,5
StB Blasewitz	49.295	9.816	19,9	5.306	3.705	805	2.287	23,3
StB Leuben	21.410	3.998	18,7	2.170	1.426	402	1.090	27,3
StB Prohlis	31.310	6.148	19,6	3.132	2.219	797	1.570	25,5
StB Plauen	29.385	5.440	18,5	2.671	2.066	703	1.108	20,4
StB Cotta/westliche OS	48.461	9.506	19,6	4.855	3.585	1.066	2.267	23,8
Dresden gesamt	307.464	60.296	19,6	31.538	22.482	6.276	14.049	23,3

Quelle: LHD, 2023a; eigene Darstellung

Tabelle 2.10: Anzahl der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahre nach Haushaltsgröße und bei alleinerziehenden Elternteile der Bevölkerung nach Stadtbezirken (StB) und zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden im Jahr 2022

Stadtbezirke/ Ortschaften	Personen		Haus- halte	Kindern und Jugendliche <18 Jahre					
				gesamt	davon				bei Allein- erziehenden
	Personen gesamt	darunter in Haushalten	gesamt	Anzahl	in Haus- halten	in Haushalten mit ... Kind/ Kindern			Anzahl
						1	2	≥ 3	
StB Altstadt	65.633	59.364	36.641	8.794	8.411	2.859	3.556	1.996	1.593
StB Neustadt	53.442	50.207	29.333	10.250	9.813	3.279	4.812	1.722	2.180
StB Pieschen	54.772	53.939	30.561	10.139	10.063	3.709	4.570	1.784	2.434
StB Klotzsche/ nördliche OS	32.005	31.175	15.126	5.925	5.848	1.697	2.896	1.255	876
StB Loschwitz/ Schönfeld-Weißig	33.878	33.397	15.942	6.383	6.337	1.860	3.128	1.349	983
StB Blasewitz	89.802	88.231	49.295	15.425	15.292	5.306	7.410	2.576	3.108
StB Leuben	39.456	38.700	21.410	6.373	6.326	2.170	2.852	1.304	1.535
StB Prohlis	59.812	57.653	31.310	10.473	10.263	3.132	4.438	2.693	2.429
StB Plauen	58.287	53.144	29.385	9.228	9.146	2.671	4.132	2.343	1.584
StB Cotta/west- liche OS	88.547	87.086	48.461	15.641	15.548	4.855	7.170	3.523	3.288
Dresden gesamt	575.634	552.896	307.464	98.631	97.047	31.538	44.964	20.545	20.010

Quelle: LHD, 2023a; eigene Darstellung

2.4.3 Einpersonenhaushalte

Betrachtet man die Einpersonenhaushalte als häufigste Haushaltsform in Dresden, so war eine kontinuierliche Zunahme von seit 2016 zu 2022 um 1,3 Prozentpunkte (2016: 51,2 %; 2022: 52,5 %) bzw. um plus 5,2 Prozent bei einer nahezu konstanten durchschnittlichen Haushaltsgröße von rund 1,8 Personen pro Haushalt erkennbar (Tab. 2.5 und Tab. 2.6).

Die Verteilung der Einpersonenhaushalte nach Geschlecht und Altersgruppen zeigt, dass im Jahr 2022 in der Altersgruppe der 25- bis 44-Jährigen in Dresden fast doppelt so viele Männer (37.292) wie Frauen (19.282) in Einpersonenhaushalten lebten (Tab. 2.11). Das ist kein alleiniges Dresdner Phänomen. Ein relevanter Teil der Bevölkerung in Deutschland wohnt nicht mit einem Partner oder einer Partnerin oder einem Kind gemeinsam in einem Haushalt. Dies betrifft mehr Männer als Frauen (IAQ, 2023). Weitere Gründe für die Mehrheit der Männer („Demografie“) liegen auch in der eher technischen Ausrichtung der Hoch- und Berufsschulen sowie die männlich dominierte Zuwanderung von Geflüchteten, die überwiegend in Einpersonenhaushalten leben. Auch in der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen lebten deutlich mehr Männer in Einpersonenhaushalten. Frauen waren eher im höheren Alter betroffen, ab 65 Jahren lebten rund 31.000 Einwohnerinnen in Einpersonenhaushalten (Tab. 2.11) (LHD, 2023a).

Tabelle 2.11: Anzahl der Einpersonenhaushalte nach Alter und Geschlecht in Dresden im Jahr 2022

Geschlecht	Einpersonenhaushalte				
	Altersgruppen				
	bis 24 Jahre	25-44 Jahre	45-59 Jahre	60-64 Jahre	>64 Jahre
Männlich	9.624	37.292	18.579	5.394	12.701
Weiblich	9.139	19.282	12.847	5.818	30.844
Gesamt	18.763	56.574	31.426	11.212	43.545

Quelle: LHD, 2023a; z. T. eigene Auswertung

In den Einpersonenhaushalten waren alle Altersgruppen mit gut einem Viertel nahezu gleich stark, wie die Tab. 2.12 zeigt. Ein genauerer Blick auf die Altersverteilung der in Einpersonenhaushalten lebenden Personen im zeitlichen Verlauf von 2016 bis 2022 zeigt, dass es Unterschiede in den jeweiligen Altersgruppen gab. Bei den unter 30-Jährigen war der Anteil der Einpersonenhaushalte um etwa vier Prozentpunkte bzw. die Personenzahl um elf Prozent deutlich zurückgegangen gesunken, während sie in allen Altersgruppen ab 30 Jahren leicht gestiegen ist (LHD, 2023a). Die Altersgruppe der 45 bis 64-Jährigen ist seit 2016 um sechs Prozentpunkte anstiegen. Die zunehmende Alterung zeigt sich auch besonders eindrucksvoll in der steigenden Zahl der Menschen im Alter ab 65 Jahren, die in Einpersonenhaushalten leben, mit einem Plus von 13,4 Prozent (Tab. 2.12) (LHD, 2023a).

Tabelle 2.12: Einpersonenhaushalte nach Altersgruppen von 2016 bis 2022

Jahr	Haushalte		Einpersonenhaushalte (EPH)														
	gesamt		gesamt		davon im Alter von ... Jahren												
					unter 30			30-44			45-64			65 und älter			
	Anzahl	seit 2016	Anzahl	Anteil an allen Haushalten	seit 2016	Anzahl	Anteil an allen EPH	seit 2016	Anzahl	Anteil an allen EPH	seit 2016	Anzahl	Anteil an allen EPH	seit 2016	Anzahl	Anteil an allen EPH	seit 2016
	(%)		(%)	(%)		(%)	(%)		(%)	(%)		(%)	(%)		(%)	(%)	(%)
2016	300.013	0,0	153.516	51,2	0,0	40.688	26,5	0,0	34.860	22,7	0,0	39.566	25,8	0,0	38.402	25,0	0,0
2017	301.418	0,5	154.723	51,3	0,8	39.424	25,5	-3,1	35.901	23,2	3,0	40.248	26,0	1,7	39.150	25,3	1,9
2018	301.086	0,4	153.986	51,1	0,3	37.590	24,4	-7,6	36.699	23,8	5,3	39.902	25,9	0,8	39.795	25,8	3,6
2019	302.500	0,8	155.602	51,4	1,4	36.642	23,5	-9,9	37.903	24,4	8,7	40.365	25,9	2,0	40.692	26,2	6,0
2020	302.402	0,8	156.183	51,6	1,7	34.863	22,3	-14,3	38.977	25,0	11,8	40.623	26,0	2,7	41.720	26,7	8,6
2021	304.074	1,4	159.176	52,3	3,7	35.143	22,1	-13,6	39.458	24,8	13,2	41.745	26,2	5,5	42.830	26,9	11,5
2022	307.464	2,5	161.520	52,5	5,2	36.085	22,3	-11,3	39.252	24,3	12,6	42.638	26,4	7,8	43.545	27,0	13,4

Quelle: LHD, 2023a

In der Tab. 2.13 sowie in der Abb. 2.4 kann man erkennen, dass in den Stadtbezirken der Altstadt (60,6 %) und Neustadt (60,4 %) sowie Stadtbezirk Pieschen (55,0 %) überdurchschnittlich mehr Menschen in Einpersonenhaushalten wohnen. Dagegen befinden sich die wenigsten Einpersonenhaushalte im Stadtbezirk Klotzsche und nördliche Ortschaften (39,2 %) und Stadtbezirk Loschwitz/Schönfeld-Weißig (38,1 %) (Tab. 2.13 und Abb. 2.4). In den insgesamt 161.520 Einpersonenhaushalten der Stadt Dresden lebten im Jahr 2022 77.930 Frauen (48,2 %) und 83.590 Männer (51,8 %).

Männer und Frauen, die in Einpersonenhaushalte lebten, verteilten sich unterschiedlich häufig auf die Dresdner Stadtbezirke. So lebten in den Stadtbezirken Leuben (54,2 %), Blasewitz (52,8 %) und Altstadt (50,6 %) mehr Frauen in Einpersonenhaushalten als Männer. Dagegen lebten in den Stadtbezirken Neustadt (56,9 %), Pieschen (54,3 %), Cotta und westliche Ortschaften (55,4 %) und in Plauen (54,3 %) im Durchschnitt mehr Männer als Frauen. (Tab. 2.13)

Tabelle 2.13: Einpersonenhaushalte der Bevölkerung nach Geschlecht nach Stadtbezirken (StB) und zugehörige Ortschaften (OS) in Dresden im Jahr 2022

Stadtbezirke/ Ortschaften	Personen			Haushalte					
	gesamt	darunter in Haus- halten	gesamt	mit Einpersonenhaushalt					
				gesamt	Anteil (%)	mit Frauen		mit Männern	
						Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
StB Altstadt	65.633	59.364	36.641	22.216	60,6	11.232	50,6	10.984	49,4
StB Neustadt	53.442	50.207	29.333	17.727	60,4	7.636	43,1	10.091	56,9
StB Pieschen	54.772	53.939	30.561	16.800	55,0	7.679	45,7	9.121	54,3
StB Klotzsche/ nördliche OS	32.005	31.175	15.126	5.923	39,2	2.895	48,9	3.028	51,1
StB Loschwitz/ Schönfeld-Weißig	33.878	33.397	15.942	6.076	38,1	3.206	48,9	2.870	47,2
StB Blasewitz	89.802	88.231	49.295	25.586	51,9	13.867	52,8	11.719	45,8
StB Leuben	39.456	38.700	21.410	10.637	49,7	5.531	54,2	5.106	48,0
StB Prohlis	59.812	57.653	31.310	15.582	49,8	7.461	52,0	8.121	52,1
StB Plauen	58.287	53.144	29.385	15.281	52,0	6.977	45,7	8.304	54,3

Stadtbezirke/ Ortschaften	Personen			Haushalte					
	gesamt	darunter in Haus- halten	gesamt	mit Einpersonenhaushalt					
				gesamt	Anteil (%)	mit Frauen		mit Männern	
						Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
StB Cotta/ westliche OS	88.547	87.086	48.461	25.692	53,0	11.446	44,6	14.246	55,4
Dresden gesamt	575.634	552.896	307.464	161.520	52,5	77.930	48,2	83.590	51,8

Quelle: LHD, Kommunale Statistikstelle, 2023a

Aufschlussreicher ist die Altersverteilung der Einpersonenhaushalte in den Stadtbezirken im Jahr 2022. Die Altersgruppe der unter 30-Jährigen wohnte am häufigsten in den Stadtbezirken Plauen (29,6 %), Neustadt (28,8 %) und Altstadt (28,0 %), in denen auch viele Studierende und Auszubildende leben und weniger häufig in den Stadtbezirken Loschwitz/ Schönfeld-Weißig (8,7 %), Leuben (12,2 %) sowie Klotzsche und nördliche Ortschaften (10,5 %). Dresdnerinnen und Dresdner, die 65 Jahre und älter sind lebten überwiegend in den Stadtbezirken Klotzsche und nördliche Ortschaften (38,4 %), Loschwitz/ Schönfeld-Weißig (38,1 %) und Leuben (36,4 %) (Abb. 2.4).

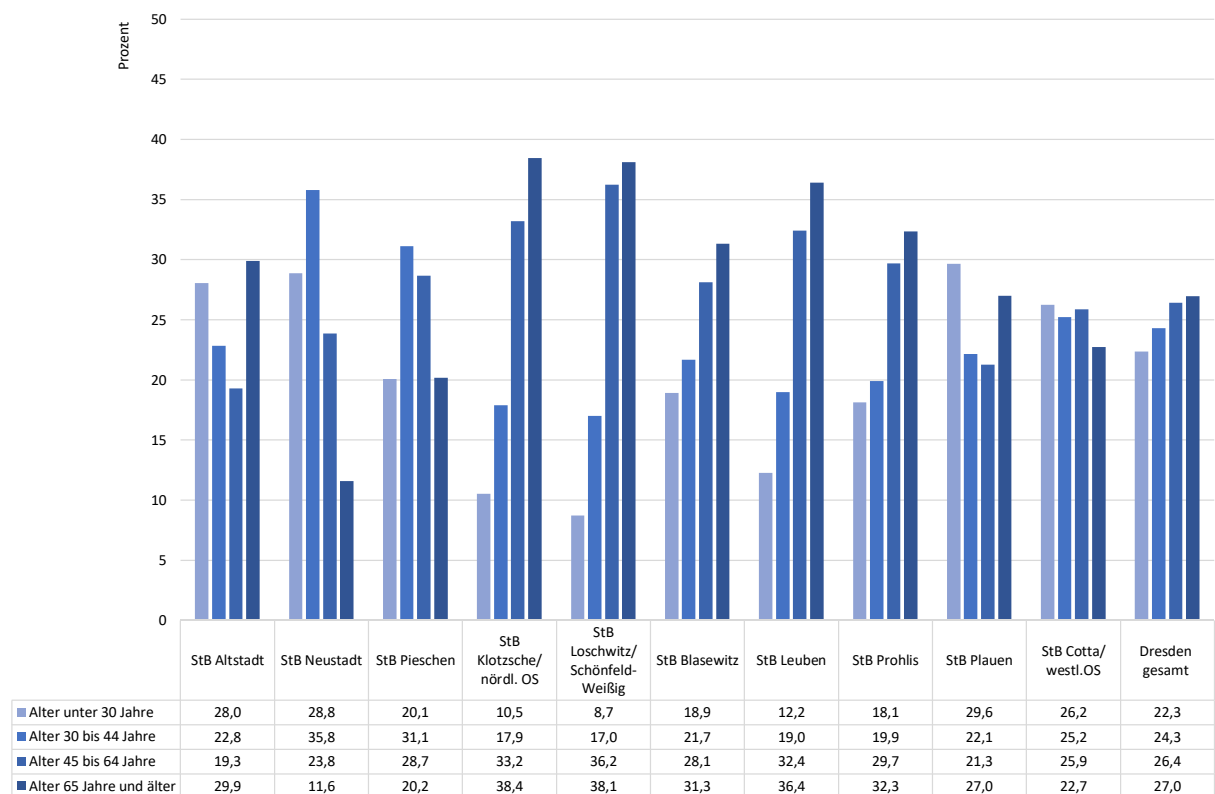


Abbildung 2.4: Anteil der Einpersonenhaushalte der Bevölkerung nach Altersgruppen nach Stadtbezirken (StB) und zugehörige Ortschaften (OS) in Dresden im Jahr 2022

Quelle: LHD, 2023a; eigene Darstellung

2.5 Wohnen

Mit einer Gesamtfläche von 328,28 Quadratkilometern liegt Dresden im Vergleich deutscher Großstädte hinter Berlin, Hamburg und Köln an vierter Stelle. Über 500 Hektar Park- und Grünanlagen, sowie zahlreiche Wald- und Wasserflächen bilden ein Gegengewicht zu den dichten innerstädtischen Bebauungs- und Verkehrsfläche.

Bezahlbarer Wohnraum mit guten Lebensbedingungen ist ein wertvolles Gut im Hinblick auf Gesundheit und Wohlbefinden (Kapitel „Gesundes Erwachsenenalter“ und „Gesundes Altern“). Das unterstreichen vor allem auch Entwicklungen wie die steigende Bevölkerungszahl, demografisch bedingte Veränderungen der Altersstruktur und Haushaltsstruktur, steigenden Mieten bei Mangel an bezahlbarem Wohnraum sowie der deutliche Anstieg von Lebenshaltungskosten und privaten Konsumausgaben.

Die Landeshauptstadt Dresden steht weiterhin hinsichtlich des bezahlbaren Wohnungsangebots und der Gestaltung der Wohnumgebungen vor großen Herausforderungen. Stadtteilspezifische Faktoren, wie Bevölkerungsdichte, Zu- oder Wegzüge aber auch Haushaltsgröße, Alter und Einkommen der Wohnbevölkerung und Nachbarschaftshilfe spielen hierbei eine zentrale Rolle.

Ein wichtiger Aspekt deutscher Wohnverhältnisse sind die sozialen Unterstützungssysteme, wie Anspruch auf Wohngeld, oder SGB II-Gelder (sogenanntes Bürgergeld). Diese greifen, wenn Wohnraum aus eigene Einkünften nicht bezahlt werden kann. Sofern diese Unterstützungssysteme nicht greifen oder Menschen dies nicht in Anspruch nehmen wollen, kann Wohnungs- oder Obdachlosigkeit die Folge sein.

Diese Aspekte werden im Folgenden thematisiert, da sie wichtige bis gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit, auf Gesundheitsverhalten und Krankheitsgeschehen sowie auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung haben können.

2.5.1 Wohnsituation

Seit 2016 ist ein stetiger Zuwachs des Wohnungsbestandes zu verzeichnen. Dieser Zuwachs entstand sowohl aus dem Zubau an Eigenheimen, als auch am Zubau von Mehrfamilienhäusern. Auch die reine Anzahl der Gebäude stieg in Dresden konstant leicht an. So wuchs die Zahl der Gebäude seit 2016 bis 2022 von 60.442 auf 62.498. Dem entgegen wurden 2022 in Dresden lediglich 35 Gebäude abgerissen. Der Wohnungsbestand war seit 2016 jährlich um etwa 2.000 Wohnungen gestiegen. Im Jahre 2022 waren somit 309.330 Wohnungen in Dresden vorzufinden. In Summe waren etwa 12.000 Wohnungen in Form von Eigenheimen bzw. Mehrfamilienhäusern hinzugekommen. Noch beachtlicher war der Zuwachs im Vergleich zum Jahr 1995, seitdem waren etwa 53.000 Wohnungen hinzugekommen. Aktuell sind die meisten Wohnungen im Stadtbezirk Blasewitz (49.260 Wohnungen), gefolgt von den zwei Stadtbezirken Cotta und westliche Ortschaften sowie Neustadt vorzufinden (LHD, 2023d).

Insgesamt sank der Leerstand und betrug sieben Prozent im Jahr 2022. Im Vergleich zu 2003 war ein Abfall des Wohnungsleerstandes um rund elf Prozentpunkte zu beobachten (LHD, 2023d).

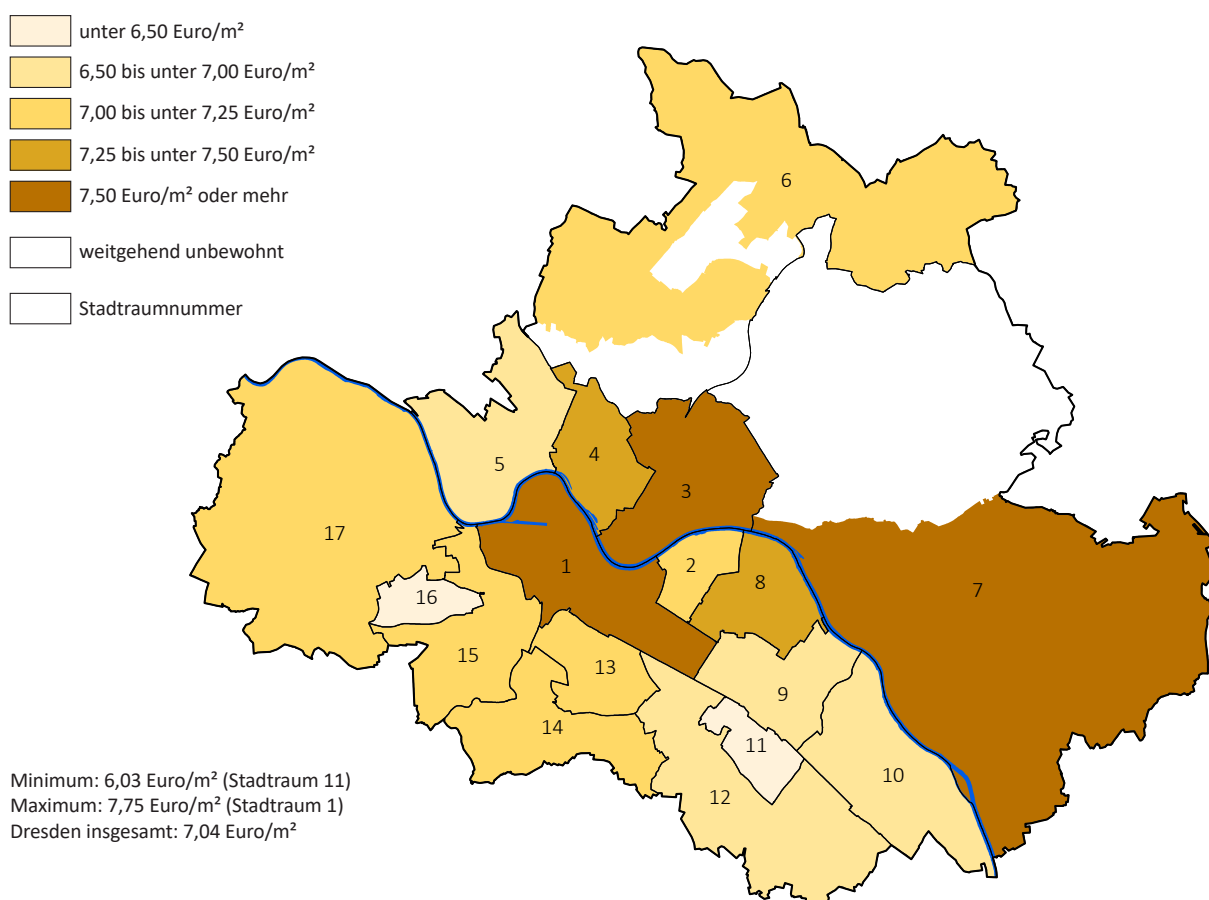
Im Folgenden wird die Wohnsituation aus Sicht der Bevölkerung hinsichtlich der Entwicklung der Wohnkosten und der Wohnzufriedenheit anhand der KBU beleuchtet. Aus der KBU 2022 geht hervor, dass 80 Prozent der Dresdner Haushalte im Mieterverhältnis lebten. Jeder fünfte Mieterhaushalt wohnte in einer Wohnung der Genossenschaften und 12 Prozent beim Großvermieter Gagfah Group/Vonovia. Rund elf Prozent der Dresdner Bevölkerung besaß ein Eigenheim und sieben Prozent eine Eigentumswohnung (LHD, 2023b).

Die Wohnkosten, welche die Mieterhaushalte pro Quadratmeter aufbringen mussten, setzen sich aus der Grundmiete, den kalten Betriebskosten sowie den Kosten für Heizung und Warmwasser zusammen, die in den Umfragen seit 2007 gestiegen waren. Die Grundmieten erhöhten sich seit der KBU 2016 um 18,9 Prozent auf 7,10 Euro im Jahr 2022 zum Zeitpunkt Februar 2022 (2018: 6,43 Euro; 2020: 6,76 Euro). Die Kosten für Heizung und Wassererwärmung waren seit 2016 um knapp 1,8 Prozent gestiegen (2016: 1,12 Euro pro m²; 2022: 1,14 Euro pro m²). Die Kosten für Heiz- und Warmwasser werden von der Witterung und den Energiekosten beeinflusst.

Ein extrem hoher Anstieg war im Bereich der kalten Betriebskosten zu verzeichnen; hier stieg der Preis pro Quadratmeter laut KBU 2022 im Vergleich zu 2016 (1,17 Euro pro m²) um 20,5 Prozent auf 1,41 Euro pro Quadratmeter an (LHD, 2017, 2023b).

Die Anteile der Preissegmente unter 6,00 Euro pro Quadratmeter waren seit 2007 erheblich zurückgegangen. Preisgünstige Wohnungen mit einer Grundmiete unter 4,50 Euro machten 2022 nur noch zwei Prozent aus. Im Jahr 2007 waren es noch mehr als ein Viertel der Wohnungen. Auch der Anteil der Wohnungen im ehemaligen mittleren Preissegment von 4,51 bis 5,50 Euro pro Quadratmeter ging kontinuierlich zurück, seit 2016 auch der Anteil bis 6,50 Euro pro Quadratmeter. Im Wohnungsbestand nahm die Bedeutung von Wohnungen ab sieben Euro Grundmiete pro Quadratmeter stetig zu. Ihr Anteil war mittlerweile auf fast ein Drittel aller Wohnungen gestiegen (2007: 2 %; 2020: 26 %). 22 Prozent aller Mieterhaushalte zahlten aktuell sogar mehr als 8,00 Euro pro Quadratmeter für ihre Grundmiete, 2020 waren das noch 17 Prozent (LHD, 2023b).

In der Karte 2.1 ist die Verteilung der durchschnittlichen Grundmiete in den Dresdner Stadträumen ersichtlich. Mit durchschnittlich 7,75 Euro pro Quadratmeter mussten Mieter im Stadtraum 26er Ring, Friedrichstadt die höchste monatliche Grundmiete bezahlen. Der früher führende Stadtraum Äußere und Innere Neustadt wurde auf den zweiten Platz verwiesen (7,65 Euro pro m²). Die Stadträume Stadtbezirk Loschwitz und Schönfeld-Weißig sowie Leipziger Vorstadt und Pieschen folgten mit 7,51 und 7,41 Euro. Der Stadtraum Blasewitz/Striesen mit 7,38 Euro pro Quadratmeter rutscht vom zweiten auf den vierten Rang (Karte 2.1). Die geringsten Mieten waren dagegen in den Stadträumen Prohlis, Reick und Gorbitz mit 6,03 beziehungsweise 6,17 Euro pro Quadratmeter zu zahlen (Karte 2.1). In allen Stadträumen stieg die durchschnittlich zu zahlende Grundmiete pro Quadratmeter seit der letzten KBU mehr oder weniger an, am stärksten in den innenstädtischen Stadträumen Johannstadt mit 11,9 Prozent und 26er Ring, Friedrichstadt mit 10,4 Prozent (Karte 2.1). Dies dürfte mit der Fertigstellung und dem Bezug neu errichteter und vergleichsweise hochpreisiger Mietwohnungen in diesen Gebieten im Zusammenhang stehen.



Karte 2.1: Mittlere Grundmiete ohne Betriebskosten im Februar 2022 nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023b

Im Durchschnitt belasteten die Wohnkosten die Dresdner Mieterinnen und Mieter mit 32 Prozent ihres Einkommens, dieser Wert war seit 2018 unverändert geblieben. Rechnet man die Wohngemeinschaften (WG) heraus, da in der Befragung nicht die Summe der Einkommen der WG, sondern nur die gesamten Wohnkosten der Wohnung angegeben wird, lag die Mietbelastungsquote bei 28 Prozent (2018; 2020; 2022). Haushalte mit Armutsrisiko unterlagen überdurchschnittlichen **Mietbelastungsquoten** von 56 Prozent, d. h., dass mehr als die Hälfte des Einkommens musste für die Bruttokaltmiete aufgebracht werden (LHD, 2023b).

Bei näherer Betrachtung einzelner Personengruppen zeigte sich, dass die Wohnkostenbelastung von Einpersonenhaushalten 2022 wie im Jahr 2020 bei 32 Prozent lag; darunter verfügten die allein lebenden Rentner mit 36 Prozent (2020: 35 %) über einen besonders hohen Wohnkostenanteil am Einkommen. Auch einkommensschwache Haushalte gaben verhältnismäßig viel für das Wohnen aus. So lag die Belastung von Haushalten mit einem monatlichen Nettoeinkommen von weniger als 1.250 Euro mit 59 Prozent weit über dem Durchschnitt und erneut höher als in der KBU 2020. Personen mit einem Haushaltsnettoeinkommen von über 5.000 Euro pro Monat gaben dagegen nur rund 16 Prozent ihres Gesamteinkommens für Mietkosten aus. Beziehende von Arbeitslosengeld II mussten 49 Prozent ihres Einkommens für das Wohnen ausgeben. Die Wohnkostenbelastung der Mieterhaushalte nahm innerhalb aller Einkommensgruppen seit der KBU 2018 zu, bei den Haushaltseinkommen bis 1.250 Euro jedoch anteilig deutlich stärker (Abb. 2.5). Dass die durchschnittliche Wohnkostenbelastung über alle Mieterhaushalte dennoch nahezu gleichgeblieben war, lag daran, dass in Dresden der Anteil der Haushalte mit höherem Durchschnittseinkommen (und damit niedrigerer Wohnkostenbelastung) im Beobachtungszeitraum parallel angestiegen war.

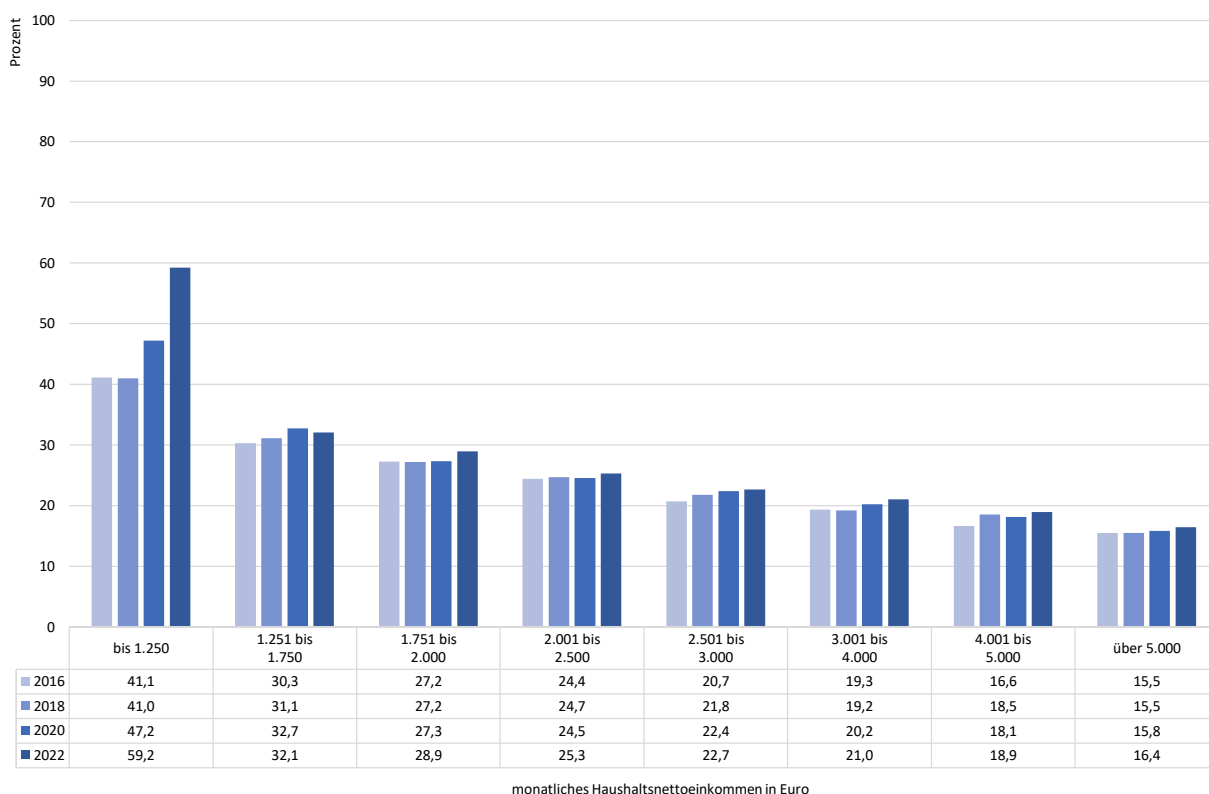


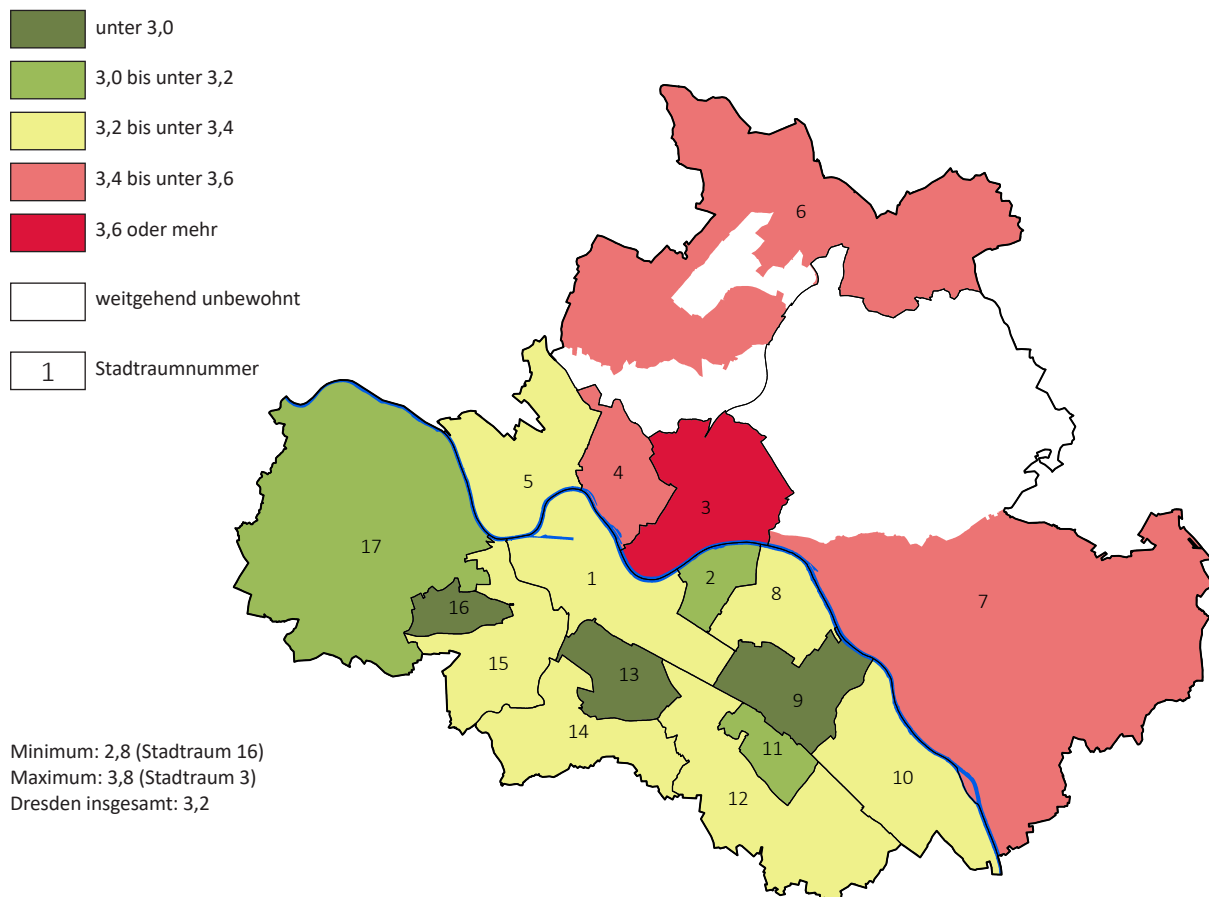
Abbildung 2.5: Wohnkostenbelastung von Hauptmietern nach Haushaltsnettoeinkommen ohne Wohngemeinschaften in Dresden laut KBU 2016, 2018, 2020, 2022

Quelle: LHD, 2017, 2019b, 2020, 2023b; eigene Darstellung

In der KBU 2022 wurde erneut nach der Zufriedenheit mit der Wohnung, der Wohngegend und der Stadt gefragt. Die Ergebnisse der KBU 2022 belegen, dass die Dresdnerinnen und Dresdner mit allen drei Aspekten ausgesprochen zufrieden waren. Die „Durchschnittsnoten“ für die Bewertung der Wohnung und der Wohngegend erreichten 2020 und 2022 durchschnittlich den Wert 1,8. In der Altersverteilung zeigen sich nur geringe Unterschiede in der Bewertung der Wohngegend. Alle Altersgruppen bewerteten ihr Wohnumfeld mit 1,8 bzw. 1,9. Menschen ohne Erwerbsarbeit bzw. Arbeitsuchende schätzten ihre Wohngegend schlechter ein (2022: 2,3), als vergleichbare **erwerbstätige** Menschen (2022: 1,8).

Die größte Differenz zwischen Zufriedenheit und Wichtigkeit zeigte sich auch in dem Jahr 2022 bei der Verfügbarkeit von bezahlbarem Wohnraum im Stadtteil (Karte 2.2). Wichtigkeit und Zufriedenheit lagen wie bereits 2020 bei 1,7 und 3,2, so dass die diesjährige Differenz erneut bei 1,5 lag (Karte 2.2). Für die Veränderung der Differenzwerte zwischen 2020 und 2022 ergab sich somit ein Wert von „0“, weshalb die Verfügbarkeit von bezahlbarem Wohnraum nicht aufgeführt war. Interessant bei der Bewertung der Verfügbarkeit bezahlbarer Wohnungen im Stadtteil waren die Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen den einzelnen Stadträumen (Karte 2.2). So gaben die Befragte aus den Stadträumen Südvorstadt, Zschertnitz sowie Gorbitz eine vergleichsweise höhere Zufriedenheit an (Durchschnittsnoten mit: 2,8) (Karte 2.2).

Am unzufriedensten waren die Bewohner der Äußeren und Inneren Neustadt (Durchschnittsnoten: 3,8). Hinsichtlich des Alters zeigt sich, dass die 25- bis 44-Jährigen mit einer Note von 3,4 am unzufriedensten waren, danach stieg die Zufriedenheit mit zunehmendem Alter auf 2,7 bei den ab 75-Jährigen (LHD, 2023b).



Karte 2.2: Zufriedenheit mit der Verfügbarkeit bezahlbarer Wohnungen im Stadtteil in Dresden, Durchschnittsnoten nach Stadträumen, Skala 1 = sehr zufrieden bis 5 = sehr unzufrieden im Februar 2022 in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023b

2.5.2 Wohngeldempfänger

Wohngeld ist ein Zuschuss zur Miete oder zur Belastung (bei selbst genutztem Wohneigentum) für Haushalte mit geringem Einkommen. Das Wohngeld leistet einen wirksamen Beitrag zur Verringerung der Wohnkostenbelastung. Anspruch und Höhe des Wohngeldes richten sich nach der Zahl der zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder, der Höhe des Gesamteinkommens und der Höhe der zuschussfähigen Miete bzw. Belastung. Das Wohngeld entlastet unter anderem Rentnerinnen und Rentner, **Selbstständige**, Familien, Alleinerziehende und Menschen, die zum Mindestlohn arbeiten und keinen Anspruch auf Leistungen nach anderen SGB haben (BMWSB, 2024).

Zum 1. Januar 2023 ist die Wohngeld-Plus-Reform in Kraft getreten. Damit verdreifacht sich die Zahl der wohngeldberechtigten Haushalte in Deutschland von etwa 600.000 auf schätzungsweise zwei Millionen. Auch für die bisher Beziehenden wird das Wohngeld erhöht. Zusätzlich werden eine Heizkostenpauschale und eine Klimakomponente eingeführt, um die Wohnkostenbelastung bei energieeffizienten Neuerungen abzdämpfen (BMWSB, 2024). Die Zahl der Wohngeldempfänger in Dresden stieg bereits von 2022 auf 2023 (LHD, 2023e) und wird durch die Reform auch in den kommenden Jahren deutlich ansteigen.

Von 2016 bis 2022 war in Dresden ein Rückgang der Wohngeldhaushalten insgesamt um minus 2,5 Prozent von 6.610 auf 6.445 und der reinen wohngeldbeziehenden Haushalte um ein Prozent von 6.418 auf 6.275 zu verzeichnen. 61 Prozent der Haupteinkommensbezieher waren Frauen (2022: 3.880). Die Mehrheit der Wohngeldbeziehenden lebte in einem Einpersonenhaushalt (2022: 66,6 %), während in rund einem Drittel aller Haushalte mit Wohngeldbezug ein oder mehrere Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (29,4 %) lebten. Die überwiegende Mehrheit aller Wohngeldempfängerinnen und Wohngeldempfänger mit 67 Prozent waren Nichterwerbspersonen, davon rund 58 Prozent Rentnerinnen und Rentner. 29 Prozent waren Erwerbstätige, die das Wohngeld zusätzlich zu ihrem Einkommen benötigen, um die Wohnkosten bestreiten zu können. Die Entwicklung der einzelnen Gruppen von Wohngeldempfängern im Zeitverlauf ist in Tab. 2.14 dargestellt (Statistisches Landesamt Sachsen, 2022). Der durchschnittliche monatliche Wohngeldanspruch betrug 167 Euro.

Tabelle 2.14: Wohngeldhaushalte nach Personengruppen und deren Tätigkeit in Dresden von 2016 bis 2022

	2016		2018		2020 ¹⁾		2022	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Haushalte mit Wohngeld²⁾	6.610		5.539		5.960		6.445	
Reine Wohngeldhaushalte	6.418		5.434		5.880		6.355	
davon mit Mietzuschuss	6.354	99,0	5.381	99,0	5.815	98,9	6.275	98,7
Geschlecht des Haupteinkommensbeziehenden								
Männer	2.595	40,4	2.180	40,1	2.405	40,9	2.480	39,0
Frauen	3.823	59,6	3.254	59,9	3.480	59,2	3.880	61,1
Haushalte mit Kindern und Jugendlichen (unter 18 Jahren)								
Haushalte mit Kindern und Jugendlichen (< 18 Jahren)	1.829	28,5	1.702	31,3	1.860	31,6	1.870	29,4
davon mit								
einer Person < 18 Jahren	782	42,8	708	41,6	760	40,9	750	40,1
zwei Personen < 18 Jahren	698	38,2	617	36,3	685	36,8	670	35,8
mit drei Personen oder mehr < 18 Jahren	349	19,1	377	22,2	420	22,6	445	23,8
Haushalte nach sozialer Stellung des Haupteinkommensbeziehenden								
Erwerbstätige	1.695	26,4	1.561	28,7	1.820	31,0	1.855	29,2
davon Selbstständige	184	2,9	176	3,2	135	2,3	155	2,4
davon Arbeitnehmer	1.511	23,5	1.385	25,5	1.685	28,7	1.700	26,8
Arbeitslose	218	3,4	163	3,0	300	5,1	240	3,8
Nichterwerbspersonen	4.505	70,2	3.710	68,3	3.760	63,9	4.265	67,1
davon Rentner/Pensionäre	3.369	52,5	2.862	52,7	3.100	52,7	3.675	57,8
davon Studenten ³⁾ /Sonstige	1.136	17,7	848	15,6	665	11,3	585	9,2

Anmerkungen:

1) Ab Berichtsjahr 2020 werden die Ergebnisse der Statistik mittels 5er-Rundung geheim gehalten. Bei der 5-er Rundung werden alle Werte einer Tabelle mit Empfängerzahlen auf den nächsten durch 5 teilbaren Wert auf- oder abgerundet. Die maximale Abweichung zu den jeweiligen Originalwerten beträgt dadurch für jeden Wert höchstens 2.

2) Alle Haushalte mit Wohngeldbezug nach Wohngeldgesetz (WoGG).

3) Studenten und Auszubildende mit Einkommen nach § 14 Abs. 2 Nr. 27-29 WoGG.

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2022

2.5.3 Wohnungslosigkeit

Der Begriff der Wohnungslosigkeit bezeichnet „eine Lebenslage, in der eine Person nicht in der Lage ist, sich Zugang zu einem gesicherten Wohnraum zu verschaffen und daher ohne festen Wohnsitz oder geschützten privaten Wohnraum lebt. Als wohnungslose Menschen werden somit auch Personen bezeichnet, die in Wohnungsloseneinrichtungen untergebracht sind, da die Unterbringung nicht dauerhaft erfolgt.“ Das schließt auch Menschen ein, die vorübergehend bei Verwandten und Bekannten Unterkunft beziehen (LHD, 2023c).

Demgegenüber abzugrenzen ist der Begriff „Obdachlosigkeit“. Obwohl er im allgemeinen Sprachgebrauch oft mit Wohnungslosigkeit gleichgesetzt wird, sind hiermit im engeren Sinne nur Personen gemeint, die ohne jegliche Unterkunft z. B. auf der Straße, in Abrisshäusern oder an öffentlichen Plätzen leben und allenfalls kurzfristig in Notschlafstellen oder anderen niedrigschwelligen Einrichtungen unterkommen. „Obdachlosigkeit ist somit eine per Definition stärker eingegrenzte Form der Wohnungslosigkeit.“ (LHD, 2023c).

Wohnungslosigkeit ist ein eindeutiges Merkmal existenzieller Bedrohung und eine gravierende Form von Armut und sollte als vielschichtige Problematik betrachtet werden. Ihre Ursachen liegen häufig in wirtschaftlichen Notlagen und damit verbundenen Miet- und Energieschulden. Auch massive persönliche und familiäre Krisen sowie kritische Lebenslagen, wie eine Trennung bzw. Scheidung, Arbeitslosigkeit bzw. fehlendes Einkommen, der Tod des Partners, fehlende familiäre oder andere soziale Bindungen oder psychische oder physische Erkrankungen, auch Suchtprobleme sowie Folge einer Straffälligkeit können in die Wohnungslosigkeit führen. Die Ursachen für die Wohnungslosigkeit sind vielfältig und können in jedem Alter und in jeder Lebenssituation auftreten (LHD, 2018). Sie ist mit finanziellen und gesundheitlichen Belastungen assoziiert.

Die Mehrheit nichtdeutscher Wohnungsloser hatte in Deutschland noch nie eine Wohnung. Der Hauptauslöser hierfür ist ihre Flucht (BAGW, 2023). Des Weiteren sind auch strukturelle Gründe zu nennen, wie die Lage auf dem Wohnungs- und Sozialmarkt sowie im Zusammenhang mit dem sozialen Sicherungs- und Bildungssystem (LHD, 2018).

Das Ausmaß von Wohnungslosigkeit wurde bislang lediglich auf Bundesebene in Armuts- und Reichtumsberichten thematisiert (BMAS, 2024). Die Datenbasis ist jedoch unzureichend, da sie lediglich für Gesamtdeutschland vorlag und auf Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (BAGW) basiert. Die BAGW ist der bundesweite Dachverband der Dienste und Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfen in Deutschland. Im Verlauf des Jahres 2022 waren in Deutschland demnach 607.000 Menschen mit und ohne deutsche Staatsbürgerschaft wohnungslos. Davon lebten rund 50.000 ganz ohne Unterkunft bei jeder Wetterlage allein oder in kleiner Gemeinschaft auf der Straße, wie aus der Hochrechnung der BAGW hervorgeht (BAGW, 2023).

Um sich ein umfassenderes Bild von der sensiblen Thematik zu machen, wird an dieser Stelle auf den Wohnungslosenbericht 2022 verwiesen. Diese repräsentative Studie umfasst drei Gruppen wohnungsloser Menschen: untergebracht wohnungslose Personen, verdeckt wohnungslose Personen und wohnungslose Menschen ohne Unterkunft (BMAS, 2022).

Im Zuge des neuen Wohnungslosenberichterstattungsgesetzes, welches zum 1. April 2020 in Kraft getreten war, wurde im Jahr 2022 eine Wohnungslosenberichterstattung sowie eine gezielte Statistik **untergebrachter wohnungsloser Personen** beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales für Deutschland aufgebaut und veröffentlicht. Ziel ist es, die vulnerable Gruppe der Wohnungslosen datengestützt zu betrachten. Allerdings zeigt sich eine Differenz zwischen den jeweiligen Stichtagszahlen wohnungsloser Menschen (Stichtag 31.01.2023: 75.000), welche von der BAG W hochgerechnet wurden, und den Zahlen des Statistischen Bundesamtes. Die Differenz ist darauf zurückzuführen, dass die BAG W in ihre Hochrechnung auch die wohnungslosen Menschen inkludiert, die ganz ohne Unterkunft – also obdachlos – auf der Straße leben oder alternativ vorübergehend bei Freunden und Verwandten unterkommen.

Die Zahlen des Statistischen Bundesamtes helfen die Situation in der Landeshauptstadt Dresden für untergebrachte wohnungsloser Menschen künftig besser einschätzen und darauf Einfluss zu nehmen. In Sachsen lag der Anteil der untergebrachten Wohnungslosen bei etwa 0,4 je 1.000 Einwohner. Damit belegte Sachsen im bundesdeutschen Vergleich im Jahr 2022 zusammen mit Thüringen den dritten Platz.

Für die Landeshauptstadt Dresden wies die Bundesstatistik im Jahr 2022 570 Menschen untergebrachte wohnungslose Menschen aus, wie Tab. 2.15 zeigt. Davon waren die überwiegende Mehrheit von 71,9 Prozent Männer (n = 410) und 28,1 Prozent Frauen (n = 160). Der überwiegende Teil der Betroffenen war im Alter zwischen 25 und 60 Jahre. Zudem waren 54,4 Prozent der untergebrachten Wohnungslosen Deutsche und 45,6 Prozent Menschen ausländischer Herkunft ohne deutsche Staatsbürgerschaft (**Ausländer**) (Tab. 2.15) (Destatis, 2023a).

Die Bundesstatistik beinhaltet keine anerkannt geflüchteten Menschen, die in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete leben, aber noch keine eigene Wohnung haben. Für die Gruppe der wohnungslosen Personen ohne Unterkunft sowie der verdeckt wohnungslosen Menschen kann für die Landeshauptstadt Dresden keine Aussagen getroffen werden, da es hierzu keine Datengrundlage gibt.

Tabelle 2.15: Untergebrachte wohnungslose Personen nach Geschlecht und Nationalität in Dresden im Jahr 2022

2022	gesamt	davon im Alter von ... bis ... Jahren					
		unter 18	18-24	25-39	40-59	60 und älter	unbekannt
	Anzahl	Anzahl					
gesamt	570	90	60	158	160	60	20
davon Männlich	410	45	40	140	125	45	15
davon Weiblich	160	45	20	45	35	15	0
Deutsche	310	15	25	100	110	50	10
davon Männlich	250	5	20	80	100	40	10
davon Weiblich	60	10	5	20	15	15	0
Menschen ausländischer Herkunft ohne deutsche Staatsbürgerschaft	260	75	35	85	50	10	10
davon Männlich	160	40	20	55	30	5	10
davon Weiblich	100	35	10	25	20	5	
Anteil (%)							
gesamt	100,0	15,8	10,5	27,7	28,1	10,5	3,5
davon Männlich	71,9	11,0	9,8	34,1	30,5	11,0	3,7
davon Weiblich	28,1	28,1	12,5	28,1	21,9	9,4	0,0
Deutsche	54,4	4,8	8,1	32,3	35,5	16,1	3,2
davon Männlich	80,6	2,0	8,0	32,0	40,0	16,0	4,0
davon Weiblich	19,4	16,7	8,3	33,3	25,0	25,0	0,0
Menschen ausländischer Herkunft ohne deutsche Staatsbürgerschaft	45,6	28,8	13,5	32,7	19,2	3,8	3,8
davon Männlich	61,5	25,0	12,5	34,4	18,8	3,1	6,3
davon Weiblich	38,5	35,0	10,0	25,0	20,0	5,0	0,0

Quelle: Destatis, 2023; eigene Darstellung

2.6 Finanzielle Situation und Einkommen aus der Kommunalen Bürgerbefragung

Im Folgenden wird die soziale Lage der Dresdner Bevölkerung unter dem Aspekt des finanziellen Einkommens und möglicher Armutsgefährdung thematisiert. Diese können wiederum Einflüsse auf die gesundheitliche Lage und gesundheitsrisikante Verhaltensweisen haben.

Im Laufe des Jahres 2022 war es zu einem deutlichen Anstieg der Lebenshaltungskosten und privaten Konsumausgaben im Jahr 2022 in allen Bereichen in Deutschland gekommen.

Vor allem in den Preisanstiegen für Kraftstoffe und Wohnenergie im Zuge der Energiekrise dürften die höheren Ausgaben der Privathaushalte für Verkehr und Wohnen begründet sein. Im Sommer 2022 stiegen die durchschnittlichen monatlichen Ausgaben der privaten Haushalte für den Bereich Verkehr einschließlich Kraftstoffe von 322 Euro (2021) auf 347 Euro (2022) und damit um 7,8 Prozent trotz des 9-Euro-Tickets und der Senkung der Energiesteuer auf Kraftstoffe („Tankrabbat“). Die Ausgaben für Kraftstoffe erhöhten sich dabei von 80 Euro auf 101 Euro und damit um 26,3 Prozent. Durchschnittlich 1.025 Euro pro Monat (2021: 966 Euro), darunter 191 Euro für Wohnenergie (2021: 155 Euro) gaben die privaten Haushalte im Jahr 2022 für Wohnen einschließlich Energie aus. Damit stiegen die Ausgaben für den Bereich Wohnen insgesamt im Vorjahresvergleich um 6,1 Prozent. Die Ausgaben für Wohnenergie für sich genommen stiegen um 23,2 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Darüber hinaus stiegen die Ausgaben für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren von 402 Euro auf 417 Euro und damit um 3,7 Prozent. (Destatis, 2023b).

Die Armut und Armutsgefährdung nehmen in Deutschland auch im Hinblick auf die Einkommensentwicklung zu. Insbesondere Alleinerziehende und Haushalte mit drei und mehr Kindern sowie erwerbslose Menschen sind davon betroffen. Kurzfristig stieg die Armut auch bei den Selbstständigen, insbesondere in der Zeit der Covid-19-Pandemie, war inzwischen aber wieder rückläufig (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., 2024).

In der KBU der Landeshauptstadt Dresden wird regelmäßig das Haushaltsnettoeinkommen hinsichtlich haupt- und nebenberuflichen Arbeitseinkommen, Einkommen aus Sozialleistungen, Renten, Einkünfte aus regelmäßigen Zahlungen, wie Kapitaleinkünfte, aus Unterhaltsansprüchen und eventuelles Kindergeld abgefragt, um die Entwicklung differenziert nach Teilnehmergruppen analysieren zu können. Ausführliche Erläuterungen und Darstellungen können direkt der Veröffentlichung zur KBU 2022 (dresden.de) entnommen werden (LHD, 2023b). Die folgenden Ausführungen zur KBU 2022 sind auch vor dem Hintergrund zu betrachten, dass die meisten Antworten der KBU 2022 noch vor diesen besonderen Entwicklungen bis Ende März 2022 eingegangen sind, aber die Situation noch zur Zeit der Covid-19-Pandemie darstellt.

Das durchschnittliche Nettoeinkommen eines Dresdner Haushaltes war von KBU 2020 zu KBU 2022 um acht Prozent (plus 200 Euro) und von 2018 zu 2020 um vier Prozent gestiegen. Im Februar 2022 hatte ein Dresdner Haushalt im Durchschnitt im Monat über 2.500 Euro (Median) zur Verfügung.

Der Anteil der niedrigen Einkommen (bis 1.750 Euro) war um vier Prozentpunkte gesunken. Vor allem Paare mit Kindern und Alleinerziehende verzeichneten einen Zuwachs von durchschnittlich 392 Euro bzw. 240 Euro, also jeweils rund neun Prozentpunkte. In allen bisherigen KBU verfügten Paarhaushalte, in denen beide Partner erwerbstätig waren, die höchsten Einkommen. Dies änderte sich im Jahr 2022 erstmals, da Paare mit Kindern das höchste Einkommen (4.500 Euro) erzielten.

Die Einkommenszuwächse gab es bei fast allen Einkommensquellen, wie z. B. aus hauptberuflicher Tätigkeit, aus nebenberuflicher Tätigkeit, aus Renten- bzw. Sozialleistungen sowie aus anderen regelmäßigen Zahlungen (Unterhaltszahlungen oder Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung) sowie geringfügig beim Kindergeld. Am häufigsten wurden bei den Befragungsteilnehmern und Befragungsteilnehmerinnen das Arbeitslosengeld I und II sowie das Pflegegeld mit fünf und vier Prozent in Anspruch genommen, gefolgt von der Ausbildungsförderung bzw. BAföG und dem Elterngeld mit jeweils drei Prozent.

Aussagekräftiger „ist das bedarfsgewichtete **Nettoäquivalenzeinkommen** (kurz Äquivalenzeinkommen), welches das Einkommen abhängig von Haushaltsgröße und Haushaltszusammensetzung je Person umrechnet“ Quelle (LHD, 2023b). Damit ist das Äquivalenzeinkommen eine Messgröße, mit der sich die Verteilung der finanziellen Ausstattung besser beschreiben lässt.

Seit 1993 war das Äquivalenzeinkommen kontinuierlich angestiegen: 2022 lag das Äquivalenzeinkommen in Dresden bei 2.000 Euro (Median; n = 5.109). Armutsgefährdete Haushalte fanden sich in besonderem Maß unter Einpersonenhaushalten (Tab. 2.16), insbesondere bei Rentnerinnen und Rentnern ohne Partner mit einem Äquivalenzeinkommen von 1.660 Euro (Median; n = 386). Befragte ohne Partner bzw. Partnerin gaben an, im Jahr 2022 durchschnittlich 1.800 Euro (Median; n = 1.480) zu bekommen, darunter lag das Einkommen bei den Männern mit 1.900 Euro über dem Durchschnitt (Median; n = 672) und bei den Frauen mit 1.740 Euro unter dem Durchschnitt (Median; n = 801). Befragte mit Partner bzw. mit Partnerin erzielten durchschnittlich insgesamt 2.163 Euro (Median; n = 3.657), darunter waren Befragte mit einer Person erwerbstätig ihr/sein der Partner bzw. Partnerin nicht erwerbstätig mit durchschnittlich insgesamt 1.899 Euro (Median Euro; n = 484) unter diesem Durchschnittswert. Wenn die befragten Paare mit Kindern unter 18 Jahren zusammenlebten, erzielten sie durchschnittlich insgesamt 2.185 Euro (Median; n = 1.191). (LHD, 2023b).

Abb. 2.6 zeigt den Zuwachs des durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens in allen Dresdner Stadträumen im Verlauf der KBU 2018 bis KBU 2022, insbesondere in den Stadträumen Blasewitz/Striesen (plus 22,2 Prozentpunkte) und Südvorstadt/Zschertnitz (plus 21,1 Prozentpunkte). Die Differenz zwischen dem finanzschwächsten und dem finanzstärksten Stadtraum betrug 623 Euro und war damit seit der KBU 2020 gesunken (2020: 750 Euro, 2018: 600 Euro). Das durchschnittliche Äquivalenzeinkommen im Jahr 2022 schwankte in den Dresdner Stadträumen zwischen dem Minimumwert von 1.660 Euro in dem Stadtraum Gorbitz und dem Maximalwert von 2.283 Euro im Stadtraum Loschwitz und Ortschaft Schönfeld Weißig. Unter dem Dresdner Durchschnittswert des Äquivalenzeinkommens lagen der Stadtraum Gorbitz mit 1.660 Euro (n = 151) und im Stadtraum Prohlis/Reick mit 1.667 Euro (n = 158). Äquivalenzeinkommen über dem Dresdner Durchschnitt von 2.000 Euro wurden in den Stadträumen Mockritz/Coschütz, Plauen (2022: 2.187 Euro; n = 247); Blasewitz/Striesen (2022: 2.200 Euro; n = 534); Loschwitz/Schönfeld-Weißig (2022: 2.283 Euro; n = 299) sowie Klotzsche und nördliche Ortschaften (2022: 2.186 Euro; n = 315) ermittelt.

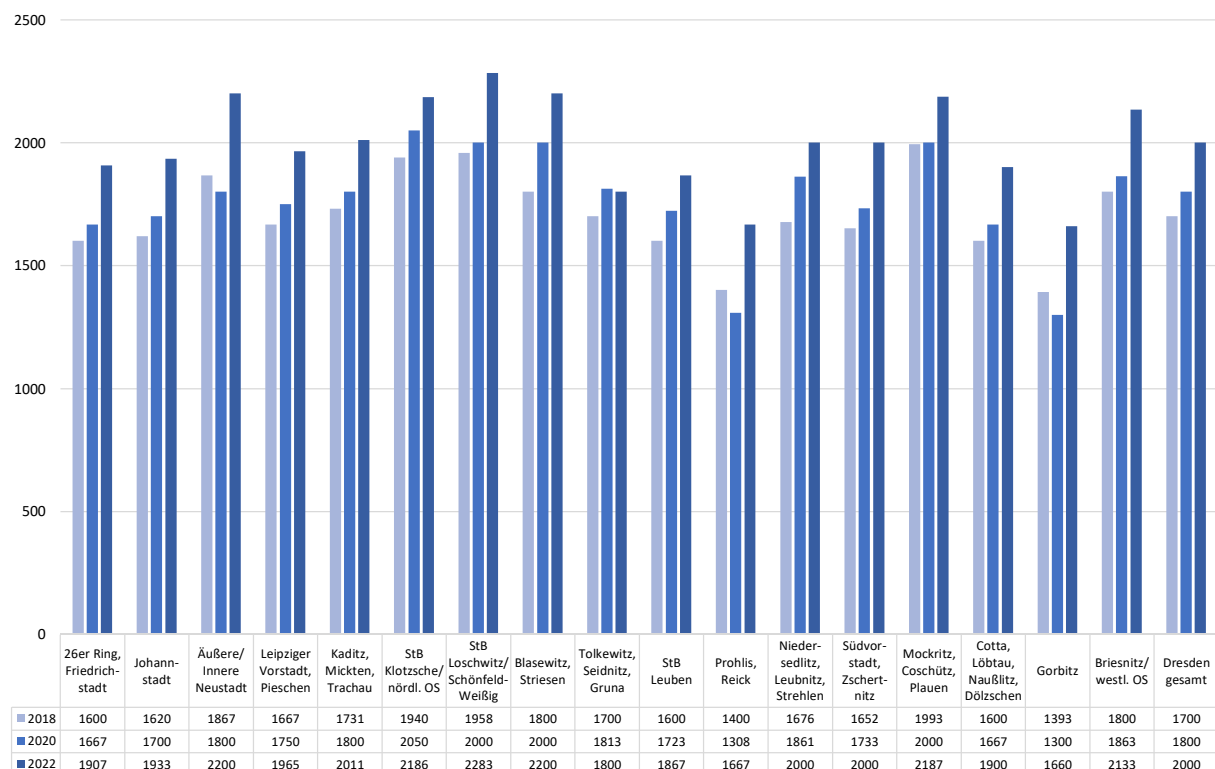


Abbildung 2.6: Durchschnittliches Netto-Äquivalenzeinkommen nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2018, 2020 und 2022

Quelle: LHD, 2019b, 2020, 2023b; eigene Darstellung

Eine Armutsgefährdung liegt laut der EU-weiten Definition der OECD vor, wenn das Netto-Äquivalenzeinkommen von Haushalten weniger als 60 Prozent des Median beträgt (Destatis, 2022). Als wohlhabend werden Haushalte bezeichnet, deren Äquivalenzeinkommen um 50 Prozent höher als der Median ist. Als einkommensreiche Haushalte werden Haushalte mit einem Äquivalenzeinkommen mit über 200 Prozent des Durchschnittes, folglich mehr als dem doppelten Äquivalenzeinkommen eingestuft (BMAS, 2024).

16,8 Prozent der Menschen in Deutschland, 17,2 Prozent der Menschen in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin und 16,7 Prozent der Menschen in Sachsen sind im Jahr 2022 als einkommensarm auf der Grundlage des Mikrozensus eingestuft worden (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., 2024).

In Tab. 2.16 sind die Schwellenwerte für ausgewählter Haushaltstypen mittels der KBU 2022 dargestellt.

Tabelle 2.16: Schwellenwerte für Armutsgefährdung anhand ausgewählter Haushaltstypen und mittlere monatliche Einkommen (Median) in Dresden laut KBU 2022

Haushaltstyp	Schwellenwert für Armutsgefährdung	Mittleres Einkommen (Median)		
	Haushaltsnetto- einkommen	Haushaltsnetto- einkommen	Haushaltsnetto- einkommen	
	(Euro)			
1-Personenhaushalt (PHH)	1.200	1.816	1.816	
2-PHH, 2 Erwachsene (Erw.)	1.800	3.200	2.133	
2-PHH, 1 Erw., 1 Kind < 14 Jahre	1.560	*	*	
3-PHH, 2 Erw., 1 Kind < 14 Jahre	2.160	4.119	2.288	
3-PHH, 1 Erw., 2 Kinder < 14 Jahre	1.920	*	*	
4-PHH, 2 Erw., 2 Kinder < 14 Jahre	2.520	4.600	2.190	
5-PHH, 2 Erw., 3 Kinder < 14 Jahre	2.880	4.931	2.055	

Anmerkungen: * zu geringe Fallzahl
 Quelle: LHD, 2023b; eigene Darstellung

Von einem Armutsrisiko waren zur KBU 2022 in Dresden 47.700 Haushalte (16 %) und hochgerechnet etwa 72.900 Menschen (13 %) betroffen. Gleichzeitig werden 50.800 Haushalte (17 %) als wohlhabend und 17.600 Haushalte (6 %) als einkommensreich eingestuft. Der Anteil von armutsgefährdeten Haushalten ist seit der KBU 2020 um acht Prozentpunkte auf 16 Prozent gesunken. Der Anteil von wohlhabenden Haushalten ist um einen Prozentpunkt gestiegen.

Abb. 2.7 zeigt die sozialen Gruppen in armutsgefährdeten Haushalten im zeitlichen Verlauf. Von Armut bedrohte Haushalte finden sich in besonderem Maß unter den Einpersonenhaushalten, insbesondere bei Rentnerinnen und Rentnern ohne Partner. Nachdem die Armutsgefährdungsquote dieser Haushalte in der KBU 2020 auf 19 Prozent herabgesunken war (2018: 25 %), erreichte sie in der KBU 2022 wieder einen Wert von 23 Prozent (Abb. 2.7).

Zum Vergleich: Die Armutsquote der Ein-Personen-Haushalte lag 2022 auf der Grundlage des Mikrozensus bei 27,7 Prozent (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., 2024).

Der Anteil der armutsgefährdenden Einpersonenhaushalte insgesamt blieb stabil bei 22 Prozent. Die Einkommensentwicklung der Einpersonenhaushalte hat einen maßgeblichen und wachsenden Einfluss auf die gesamtstädtischen Einkommen und auf die Armutsgefährdungsquote insgesamt, da dieser Haushaltstyp 52 Prozent der Haushalte in Dresden ausmachte. Paarhaushalte – mit oder ohne Kinder – wiesen im Durchschnitt unterdurchschnittliche Armutsgefährdungsquoten auf. Die anteilig am wenigsten armutsgefährdeten Personen fanden sich, wie auch in vorherigen KBU, mit vier Prozent in Haushalten mit zwei Erwerbstätigen.

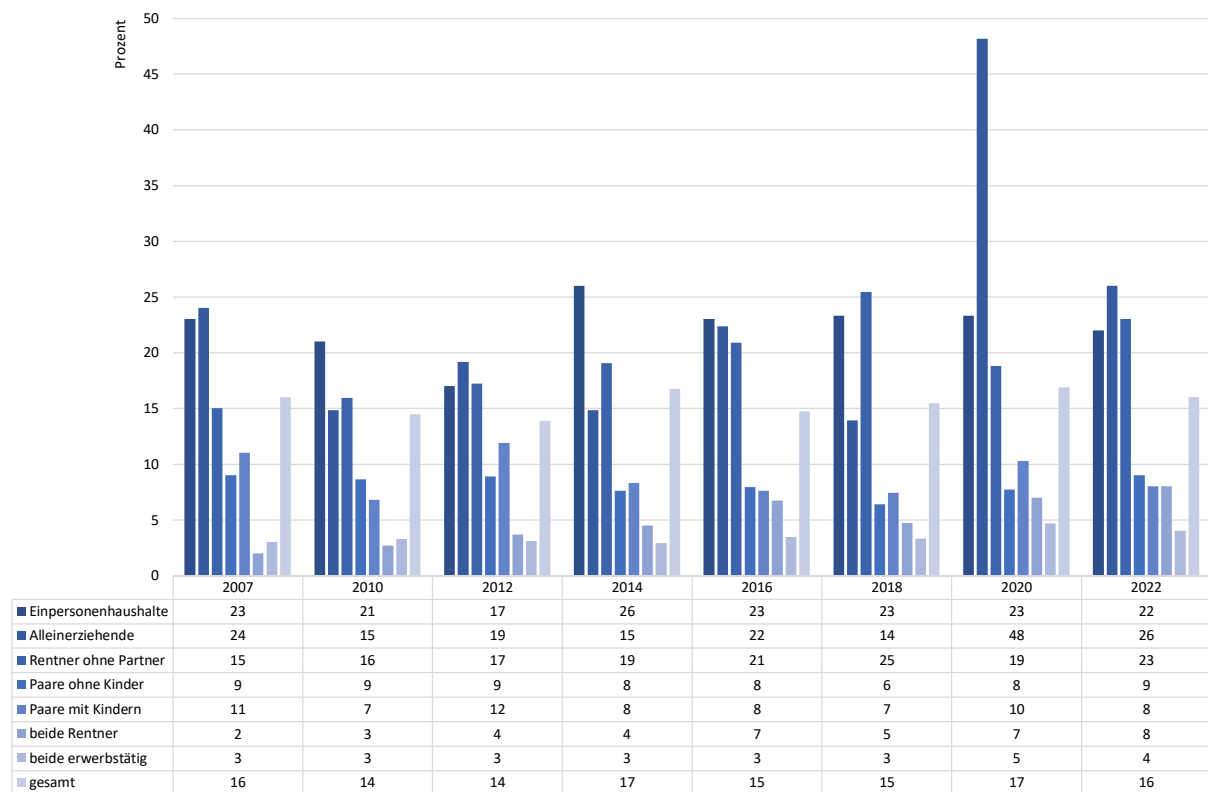


**Abbildung 2.7: Anteil der armutsgefährdeten Haushalte nach Einstufung zur Armutsgefährdung
Definition der OECD nach sozialen Gruppen in Dresden laut KBU 2022**

Quelle: LHD, 2023b; eigene Darstellung

In Abb. 2.8 ist die Verteilung der durchschnittlichen Äquivalenzeinkommen sowie deren Einstufung von armutsgefährdet bis einkommensreich für die Dresdner Stadträume auf Basis der KBU 2022 dargestellt.

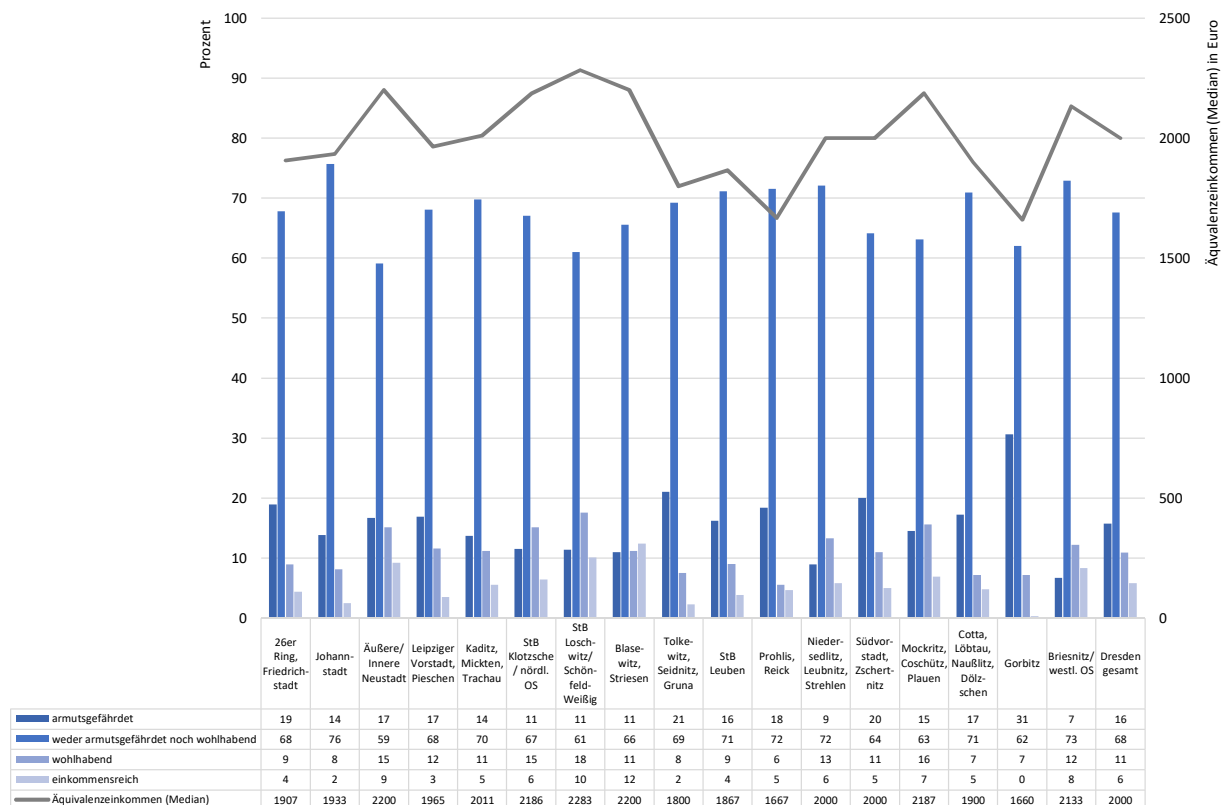


Abbildung 2.8: Verteilung des Netto-Äquivalenzeinkommen und dessen Einstufung zur Armutsgefährdung Definition der OECD nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2019b, 2020, 2023b

Der Stadtraum Gorbitz zeigt den höchsten Anteil mit 31 Prozent (2022) an Haushalten mit Armutsgefährdung bei einem Absinken von zwei Prozentpunkten seit 2020. Bei dem Anteil von Armut bedrohten Dresdner Haushalten kam es besonders im Stadtraum Tolkewitz/Seidnitz/Gruna mit dem zweithöchsten Anteil armutsgefährdender Haushalte zu einer sehr großen Zunahme (plus 10 Prozentpunkten; 2020: 22 %; 2022: 21 %). Der dritthöchste Anteil liegt im Stadtraum Südvorstadt/Zschertnitz mit 20 Prozent (2022) bei einem Absinken von drei Prozentpunkten (2020: 23 %). Die Stadträume 26er Ring/Friedrichstadt (2022: 19 %), Prohlis/Reick (2022: 18 %), Cotta/Löbtau/Naußlitz/Dölzschen (2022: 17 %), Leipziger Vorstadt/Pieschen (2022: 17 %) und Äußere/Innere Neustadt (2022: 17 %) lagen ebenfalls unter dem Dresdner Durchschnitt mit 16 Prozent. In Briesnitz und westlichen Ortschaften ist der Anteil an Haushalte unter Armutsgefährdung am niedrigsten (Abb. 2.8 und Abb. 2.9).

Neben den bereits benannten, zeitlichen Veränderungen in den Stadträumen wiesen die Stadträume Prohlis/Reick (minus 10 Prozentpunkte; 2022: 18 %; 2020: 28 %), Leipziger Vorstadt/Pieschen (minus 9 Prozentpunkte; 2022: 17 %; 2020: 26 %) und Stadtbezirk Klotzsche und nördliche Ortschaften (plus 6 Prozentpunkte; 2022: 11 %; 2020: 5 %) die größten Veränderungen zur davorliegenden KBU 2020 auf (Abb. 2.9).

Im Jahr 2022 waren die meisten wohlhabenden Haushalte in den Stadtbezirken bzw. Stadträumen Loschwitz und Schönfeld-Weißen (18 %) und Mockritz, Coschütz, Plauen (16 %) zu finden. Am wenigsten wohlhabende Haushalte gab es im Stadtbezirk Prohlis und Reick. Hier lagen lediglich sechs Prozent der Haushalte über 150 Prozent und unter 200 Prozent des Netto-Äquivalenzeinkommens. Mit Blick auf die einkommensreichen Haushalte in den verschiedenen Stadträumen zeigt sich, dass besonders viele im Stadtbezirk Blasewitz/Striesen (12 %) und Loschwitz/Schönfeld-Weißen (10 %) lebten. In den Stadträumen Johannstadt und Tolkewitz/Seidnitz/Gruna waren lediglich zwei Prozent der Haushalte als einkommensreich zu klassifizieren. In Gorbitz gibt es keine solche Haushalte. (Abb. 2.9)

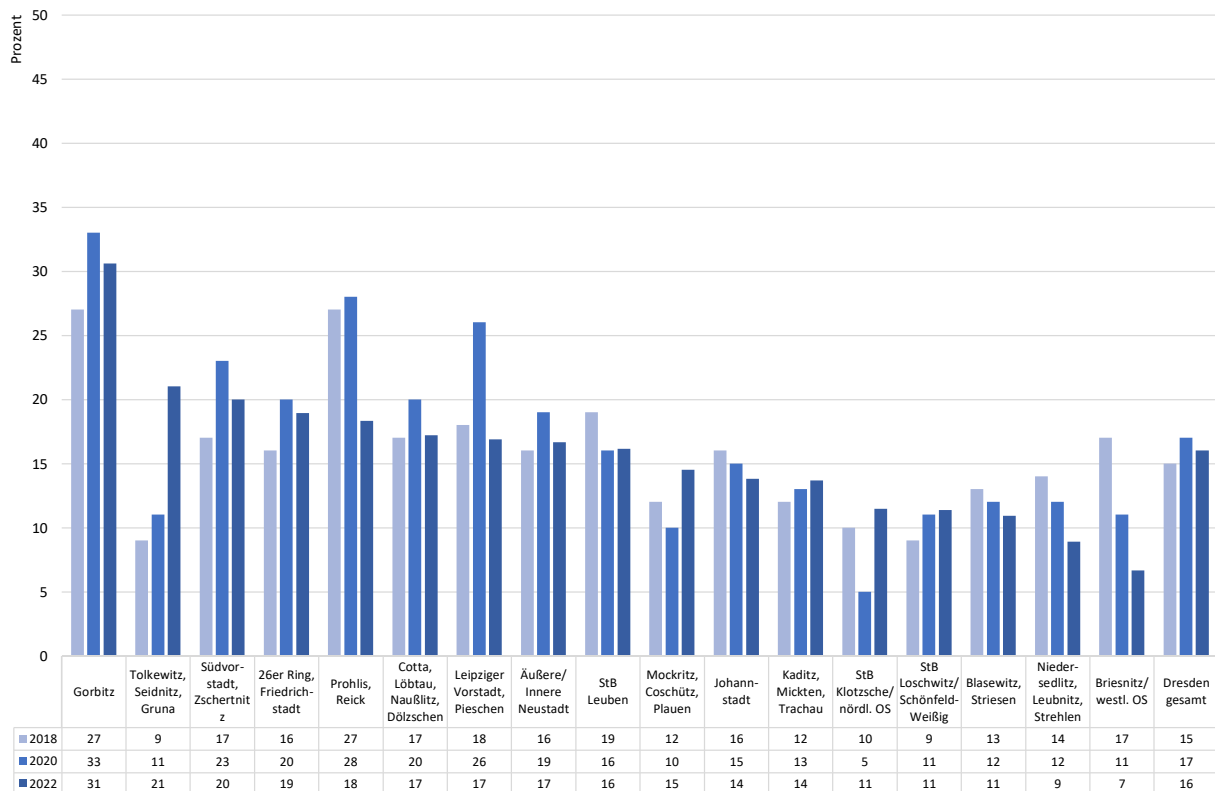


Abbildung 2.9: Verteilung des Netto-Äquivalenzeinkommen „armutsgefährdet“ nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2018, 2020 und 2022, sortiert nach Anteil an armutsgefährdeten Haushalten 2022

Quelle: LHD, 2023b

2.7 Arbeitsmarkt und Erwerbstätigkeit sowie SGB-**Arbeitsmarktstatistik**

„Im vergangenen Jahr haben die Folgen des russischen Krieges gegen die Ukraine – Preisanstiege, Unsicherheiten, aber auch die Fluchtmigration – durchaus Spuren auf dem deutschen Arbeitsmarkt hinterlassen. Angesichts des Ausmaßes der Belastungen fallen diese aber moderat aus“, sagte die Vorstandsvorsitzende der Bundesagentur für Arbeit (BA), Andrea Nahles, am 03.01.2023 anlässlich der monatlichen Pressekonferenz in Nürnberg (BA, 2022).

2.7.1 Erwerbstätige

Zum Ende des Jahres 2022 belief sich die Zahl der Erwerbstätigen in Sachsen auf 2,07 Millionen, darunter 541.800 auf das produzierende Gewerbe und 1,5 Millionen Erwerbstätige in Dienstleistungsbereichen. Dabei entfielen mit 683.400 Erwerbstätige auf den öffentlichen und sonstigen Dienstleistungsbereich inklusive Erziehungs- und Gesundheitsbereich. Der positive Trend der vergangenen Jahre setzt sich fort. So ist die Zahl der Erwerbstätigen im Vergleich zum Vorjahr um 0,8 Prozentpunkte und seit 2016 um 2,8 Prozent gestiegen. Seit 2016 ließ sich ein Rückgang von 12,6 Prozent bei den Selbstständigen und mit-helfenden Familienangehörigen beobachten (2016: 214.400; 2022: 185.100). Demgegenüber stand ein Anstieg der **Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer** (ohne marginal Beschäftigte) um 6,3 Prozent (2016: 1,628 Millionen; 2022: 1,730 Millionen). Die Zahl der **marginal Beschäftigten** (2016: 179.700; 2022: 154.300) nimmt seit 2016 in Sachsen weiterhin um 11,3 Prozent ab. Die Zahlen für Teilzeitbeschäftigte bzw. zu deren Arbeitszeitvolumen im Zeitverlauf von 2016 bis 2022 stehen aktuell nicht zur Verfügung (Statistisches Landesamt Sachsen, 2023a).

In Dresden entwickelte sich die Zahl der Erwerbstätigen ähnlich wie in Sachsen, wie Tab. 2.17 aufzeigt. Die Zahl der erwerbs-tätigen Personen in der Stadt Dresden war zwischen 2016 bis 2022 um 7,1 Prozent von 323.700 auf 346.700 gewachsen. Dabei entfielen 56.900 Erwerbstätigen im Produzierendes Gewerbebereich, rund 600 Erwerbstätigen in der Land- und Forstwirtschaft, Fischerei sowie 289.200 Erwerbstätige auf den Dienstleistungsbereich.

133.400 waren 2020 im öffentlichen und sonstige Dienstleistungsbereich inklusive Erziehungs- und Gesundheitsbereich beschäftigt.

In Dresden waren im Jahr 2022 insgesamt 24.300 Personen marginal beschäftigt, während 322.000 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einer regulären Beschäftigung nachgingen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2023). Die Verteilung der letztgenannten Gruppe stellte sich wie folgt dar: 83,5 Prozent entfielen auf Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im öffentlichen und sonstige Dienstleistungsbereiche inklusive Erziehung und Gesundheit (2022: 268.900), 16,3 Prozent auf Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im produzierenden Gewerbebereich (2022: 52.600) und 0,2 Prozent auf Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Bereich der Land- und Forstwirtschaft, Fischerei (2022: rund 500).

Tabelle 2.17: Erwerbstätige und Arbeiternehmende Bevölkerung von Sachsen und Dresden nach Wirtschaftsbereichen 2016 und 2022

			Erwerbstätige	davon									
				gesamt	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	Produzierendes Gewerbe			Dienstleistungsbereiche				
						gesamt	Produzierendes Gewerbe (o. Bau)		Baugewerbe	gesamt	Handel, Verkehr, Gastgewerbe, Information u. Kommunikation	Finanz-, Versicherungs- u. Unternehmensdienstleistungen, Grundstück- u. Wohnungswesen	Öffentliche und sonstige Dienstleistungen, Erziehung, Gesundheit
							gesamt	darunter Verarbeitendes Gewerbe					
Erwerbstätige													
Anzahl in 1.000 Personen													
SN	2016	2.021,7	29,1	545,7	387,5	356,1	158,1	1.447,0	474,7	340,5	631,8		
	2022	2.071,7	25,1	540,3	386,8	354,0	153,5	1.506,3	489,3	332,2	684,9		
DD	2016	323,7	0,7	54,1	39,0	34,2	15,1	268,9	77,7	73,4	117,8		
	2022	346,7	0,6	56,9	41,7	36,8	15,2	289,2	82,3	73,6	133,4		
Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer													
Anzahl in 1.000 Personen													
SN	2016	1.807,6	24,5	486,1	367,1	336,3	118,9	1.297,0	426,4	289,6	580,9		
	2022	1.884,5	22,1	489,5	369,5	337,2	120,1	1.372,9	449,8	289,1	634,0		
DD	2016	296,1	0,6	49,2	37,3	32,6	11,8	246,4	71,4	64,2	110,8		
	2022	322,0	0,5	52,6	40,3	35,4	12,3	268,9	77,0	65,7	126,2		
Erwerbstätige													
Anzahl Anteil (%)													
SN	2016	2.021,7	1,4	27,0	71,0	91,9	29,0	71,6	32,8	23,5	43,7		
	2022	2.071,7	1,2	26,1	71,6	91,5	28,4	72,7	32,5	22,1	45,5		
DD	2016	323,7	0,2	16,7	72,1	87,7	27,9	83,1	28,9	27,3	43,8		
	2022	346,7	0,2	16,4	73,3	88,2	26,7	83,4	28,5	25,4	46,1		
Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer													
Anzahl Anteil (%)													
SN	2016	1.807,6	1,4	26,9	75,5	91,6	24,5	71,8	32,9	22,3	44,8		
	2022	1.884,5	1,2	26,0	75,5	91,3	24,5	72,9	32,8	21,1	46,2		
DD	2016	296,1	0,2	16,6	75,8	87,4	24,0	83,2	29,0	26,1	45,0		
	2022	322,0	0,2	16,3	76,6	87,8	23,4	83,5	28,6	24,4	46,9		

Anmerkungen: SN = Sachsen; DD = Dresden

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2023; eigene Darstellung

2.7.2 Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte am Wohnort Dresden

Innerhalb der vergangenen sechs Jahre stieg die Zahl der **sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten** (SvB) am Wohnort Dresden kontinuierlich an und hat im Jahr 2022 einen Stand von 237.100 Beschäftigten erreicht, was Plus zehn Prozent entspricht. Von diesen Beschäftigten waren 52,7 Prozent Männer (124.971) und 47,3 Prozent Frauen (112.129). Gleichzeitig war ein Anstieg der Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten zu verzeichnen, wobei der Anteil der Frauen seit 2016 stetig um 1,6 Prozentpunkte sank (2016: 49,0 %; 2022: 47,4 %). (Tab. 2.18)

Die Altersverteilung der in Dresden lebenden sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten gibt Aufschluss über die demografische Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt und folgt damit auch diesbezüglich dem deutschlandweiten Alterungstrend. Tab. 2.18 präsentiert die Zahlen und Anteile der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten der Stadt Dresden nach Altersgruppen. Die Zahl der unter 20-Jährigen stieg von 2016 bis 2022 um plus 36 Prozent von 3.070 auf 4.177, während die 40-64-jährigen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten von 103.003 auf 119.662 Personen um plus 16 Prozent anstieg. Im gleichen Zeitraum verdoppelte sich nahezu die Zahl der 65-jährigen und älteren Beschäftigten (2016: 1.277 Menschen; 2022: 2.438 Menschen; plus 90,9 %). Demgegenüber sank die Zahl der 20 bis 29-jährigen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten im gleichen Zeitraum von 44.346 auf 41.131 um minus 7,2 % (Tab. 2.18).

Die Zahl der ausländischen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten am Wohnort Dresden nahm seit 2016 (9.134) ebenfalls stark zu. Dies entspricht einer sehr großen Zunahme um 116 Prozent auf 20.686 Beschäftigte (Tab. 2.18). Als Gründe hierfür können u. a. die Flüchtlingsbewegung 2015/2016 sowie die allgemeine Zuwanderung ausländischer Arbeitskräfte angeführt werden.

Tabelle 2.18: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte, Beschäftigtenanteil am Wohnort nach Geschlecht, nach Altersgruppen und Menschen ausländischer Herkunft ohne deutsche Staatsbürgerschaft (Ausländer) in Dresden von 2016 bis 2022

Jahr	gesamt	darunter		Beschäftigten- anteil ¹⁾	davon im Alter von ... Jahren					darunter Aus- länder ²⁾
		Männer	Frauen		unter 20	20-29	30-39	40-64	65 und älter	
	Anzahl			(%)	Anzahl					
2016	214.308	109.290	105.018	62,5	3.070	44.346	62.612	103.003	1.277	9.134
2018	225.536	116.531	109.005	65,6	3.711	43.005	68.315	108.742	1.763	12.832
2020	230.529	120.683	109.846	67,3	3.914	39.841	70.650	113.917	2.207	15.983
2022	237.100	124.971	112.129	68,7	4.177	41.131	69.692	119.662	2.438	20.686
	Anzahl			Anteil (%)						
2016	214.308	51,0	49,0	62,5	1,4	20,7	29,2	48,1	0,6	4,3
2018	225.536	51,7	48,3	65,6	1,6	19,1	30,3	48,2	0,8	5,7
2020	230.529	52,4	47,6	67,3	1,7	17,3	30,6	49,4	1,0	6,9
2022	237.100	52,7	47,3	68,7	1,8	17,3	29,4	50,5	1,0	8,7

Anmerkungen: Stand: 30.06. des jeweiligen Jahres; 1) bezogen auf die 1- bis 64-jährigen Einwohner (Hauptwohnsitz);

2) Aufgrund einer geänderten Zählweise der ausländischen Beschäftigten durch die Bundesagentur für Arbeit ab September 2021 kommt es zu Abweichungen zu früheren Veröffentlichungen. Hier erfolgte eine rückwirkende Korrektur bis zum Jahr 2018.

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2023; LHD, 2023d; eigene Darstellung

Eine Betrachtung der Bildungsabschlüsse der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten zeigt (Tab. 2.19), dass die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit einem akademischen Berufsabschluss von 2016 zu 2022 anstieg. Eine ähnliche Entwicklung war bei den sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten ohne Abschluss bzw. Ausbildung zu beobachten. Die Zahl der Auszubildenden und Beschäftigten mit anerkannten, nichtakademischer Berufsabschluss blieb konstant. Auffällig ist, dass der Anteil an Beschäftigten ohne Abschluss bzw. ohne Ausbildung seit 2016 um zwei Prozentpunkte gestiegen ist (2016: 13.707; 2022: 20.018).

Tabelle 2.19: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte mit Wohnort Dresden nach Bildungsabschluss in Dresden von 2016 bis 2022

Jahr	gesamt	Bildungsabschluss				
		Azubis	ohne Abschluss/ Ausbildung	anerkannter Berufsabschluss ¹⁾	akademischer Berufsabschluss ²⁾	Ausbildung unbekannt
	Anzahl					
2016	214.308	6.616	13.707	122.167	63.351	15.083
2018	225.536	6.926	15.973	125.556	69.808	14.199
2020	230.529	8.132	18.129	126.129	73.215	13.056
2022	237.100	7.859	20.018	125.864	78.416	12.802
	Anzahl	Anteil (%)				
2016	214.308	3,1	6,4	57,0	29,6	7,0
2018	225.536	3,1	7,1	55,7	31,0	6,3
2020	230.529	3,5	7,9	54,7	31,8	5,7
2022	237.100	3,3	8,4	53,1	33,1	5,4

Anmerkungen: Stand: 30.06. des jeweiligen Jahres; 1) anerkannter Berufsabschluss sowie Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss; 2) Bachelor, Diplom, Magister, Master, Staatsexamen oder Promotion.
Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2023; LHD, 2023d; eigene Darstellung

Auch die Zahl der Teilzeitbeschäftigten war seit 2016 (60.798) kontinuierlich angestiegen und hat im Jahr 2022 einen Wert von 79.419 Menschen erreicht (2016: 28,4 %; 2022: 33,5 %). Der Großteil der Teilzeitbeschäftigten waren Frauen. Der Anteil der Frauen an den Beschäftigten sank im Zeitraum von 2016 bis 2022 von 73,7 Prozent auf 69,3 Prozent. Im gleichen Zeitraum stieg der Anteil der Männer von 26,3 Prozent auf 30,7 Prozent an. (Tab. 2.20)

Tabelle 2.20: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte in Teilzeit mit Wohnort Dresden nach Geschlecht von 2016 bis 2022

Jahr	gesamt	darunter		Teilzeitbeschäftigte		
		Männer	Frauen	gesamt	darunter	
					Männer	Frauen
	Anzahl					
2016	214.308	109.290	105.018	60.798	16.016	44.782
2018	225.536	116.531	109.005	68.218	19.229	48.989
2020	230.529	120.683	109.846	73.155	21.532	51.623
2022	237.100	124.971	112.129	79.419	24.361	55.058
Anzahl		Anteil (%)				
2016	214.308	51,0	49,0	28,4	26,3	73,7
2018	225.536	51,7	48,3	30,2	28,2	71,8
2020	230.529	52,4	47,6	31,7	29,4	70,6
2022	237.100	52,7	47,3	33,5	30,7	69,3

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2023; LHD, 2023d; eigene Darstellung

2.7.3 Arbeitslosigkeit

Tabelle 2.21: Arbeitslosenquote in Deutschland, in Sachsen und in Dresden im Jahr 2022

Arbeitslosenquote (alle zivilen Erwerbspersonen) SGB II und SGB III mit Stand: 31.12.2022	Deutschland	Sachsen	Dresden
Gesamt (%) (Veränderung zu 2021 in Prozentpunkten)	5,8 (minus 0,5)	5,6 (minus 0,3)	5,6 (minus 0,2)
Weiblich (%) (Veränderung zu 2021 in Prozentpunkten)	5,3 (minus 0,1)	5,4 (*)	5,5 (minus 0,5)
Männlich (%) (Veränderung zu 2021 in Prozentpunkten)	5,5 (minus 0,5)	5,8 (*)	5,7 (minus 0,2)
Divers	*	*	*
Ausländerinnen und Ausländer (%) (Veränderung zu 2021 in Prozentpunkten)	13,6 (minus 0,1)	20,5 (*)	19,3 (plus 3,9)
Jugend 15 bis 25 Jahre (%) (Veränderung zu 2021 in Prozentpunkten)	4,4 (minus 0,5)	5,6 (minus 0,6)	4,8 (minus 0,1)
Menschen im Alter 55 Jahre bis unter 65 Jahre (%) (Veränderung zu 2021 in Prozentpunkten)	5,7 (minus 0,4)	(*)	7,0 (konstant)

Anmerkungen: *Keine Daten verfügbar; Personen mit den Geschlechtsangaben »divers« und »ohne Angabe« (nach §22 Absatz 3 PStG) werden dem männlichen oder weiblichen Geschlecht zugeordnet.
Quelle: BA 2022a, Statistisches Landesamt Sachsen, 2023; LHD, 2023d; eigene Darstellung

Kausale Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit sind seit vielen Jahren Gegenstand der Forschung. Dabei werden Zusammenhänge in zwei Richtungen diskutiert: Selektionshypothese und Kausalitätshypothese. Die Selektion bedeutet, dass chronisch erkrankte Personen ein erhöhtes Risiko haben, arbeitslos zu werden. In der Folge sind Menschen mit solchen Erkrankungen in der Gruppe der Arbeitslosen überrepräsentiert (Krankheit verursacht Arbeitslosigkeit). Der Kausalitätseffekt hingegen beschreibt, dass Arbeitslosigkeit selber zu einem Auslöser von Erkrankungen werden kann. Arbeitslosigkeit stellt einerseits eine schwere psychische Belastung für die Betroffenen dar, die besonders auf längere Sicht ein erhöhtes Risiko für psychische und auch physische Erkrankungen mit sich bringt. Andererseits ist ökonomische Armut eine wichtige Determinante von Gesundheit und Lebenserwartung, weil zum Beispiel Faktoren wie gesunde Ernährung, Lebensumwelt, die Teilhabe an sozialen Aktivitäten und der Zugang zu medizinischer Versorgung vom Einkommen abhängen und erschwert sind (Herbig et al., 2013).

Die **Arbeitslosenquote** stellt die relative Unterauslastung des Arbeitskräfteangebots dar, indem sie die (registrierten) Arbeitslosen zu allen zivilen Erwerbspersonen (Erwerbstätige plus Arbeitslose) in Beziehung setzt (BA, 2024a).

In Dresden verzeichnete die Arbeitslosenquote in den vergangenen Jahren, von 2016 bis 2022, einen leichten Rückgang um 1,1 Prozentpunkte (2016: 6,7 %; 2022: 5,6 %). Eine Ausnahme bildete das Jahr 2020, in dem ein sprunghafter Anstieg zu verzeichnen war (2020: 6,2 %) (Tab. 2.22) (LHD, 2023d).

Im Dezember 2022 waren nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit zufolge in Dresden 16.951 Menschen arbeitslos gemeldet, darunter 7.714 Frauen (45,5 %) und 9.237 Männer (55,5 %). Die Gesamtzahl der Arbeitslosen (19.275 Menschen) war im Vergleich zum Jahr 2016 deutlich um 12,1 Prozent gesunken (BA, 2024b).

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung waren Frauen seltener arbeitslos als Männer. So waren im Jahr 2022 nur 4,6 Prozent der Frauen und 5,1 Prozent Männer arbeitslos gemeldet. (Tab. 2.22)

Betrachtet man die Arbeitslosenquote nach Altersgruppen, so ist in Tab. 2.22 zu erkennen, dass der Anteil der arbeitslosen Jugendlichen unter 25 Jahren von 2016 (5,3 %) bis 2022 (4,8 %) um 0,5 Prozentpunkte gesunken war. Zwischenzeitlich war ein leichter Anstieg um 0,7 Prozentpunkte im Jahr 2020 (6,0 %) zu verzeichnen. Auch die Arbeitslosenquote der 55- bis unter 65-Jährigen in Dresden, die den größten Anteil aller Altersgruppen ausmachte, sank um 1,6 Prozentpunkte (2016: 8,6 %; 2022: 7,0 %). (Tab. 2.22)

Tabelle 2.22: Arbeitslosenquote nach Altersgruppen in Dresden von 2016 bis 2022

	Arbeitslosenquote (Stand: Dezember des Jahres)						
	Anteil (%)						
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
alle zivilen Erwerbspersonen	6,7	6,1	5,6	5,3	6,2	5,4	5,6
Männlich	7,4	6,8	6,3	5,8	6,8	5,9	5,7
Weiblich	6,0	5,4	4,9	4,6	5,5	5,0	5,5
15 bis < 25 Jahre	5,3	6,1	5,7	4,9	6,0	4,7	4,8
15 bis < 20 Jahre	5,7	6,4	5,8	4,5	5,7	4,5	5,2
50 bis < 65 Jahre	7,9	7,1	6,4	6,0	6,6	6,1	6,2
55 bis < 65 Jahre	8,6	8,0	7,4	6,9	7,5	7,0	7,0
Menschen ausländischer Herkunft ohne deutsche Staatsbürgerschaft	20,7	*	*	*	18,8	15,4	19,3

Anmerkung: *keine Daten verfügbar
Quelle: BA, 2024b; eigene Darstellung

Im Folgenden wird der Anteil der Arbeitslosen (sowie der Anteil der ausländischen Arbeitslosen) an der Dresdner Bevölkerung in der jeweiligen Altersgruppe dargestellt. Die Angaben zur Arbeitslosigkeit, differenziert nach der Dauer, beziehen sich auf die Arbeitslosen in der jeweiligen Altersgruppe.

Ein Blick auf die **Arbeitslosenanteile** an der Bevölkerung im Alter von 18 bis unter 65 Jahren in den einzelnen Dresdner Stadtbezirken mit zugehörigen Ortschaften zeigt, dass insbesondere die Stadtbezirke Altstadt (5,7 Prozent), Prohlis (7,5 Prozent) und Cotta und westliche Ortschaften (5,6 %) hohe Arbeitslosenanteile aufwiesen. Besonders niedrige Arbeitslosenanteile wiesen dagegen der Stadtbezirk Klotzsche und nördliche Ortschaften (2,6 %) und der Stadtbezirk Loschwitz und Ortschaften Schönfeld-Weißig (2,6 %) auf. Im Vergleich zu 2016 waren die Anteile der Arbeitsloser an der Bevölkerung jedoch in allen Stadtbezirken gesunken. (Abb. 2.10)

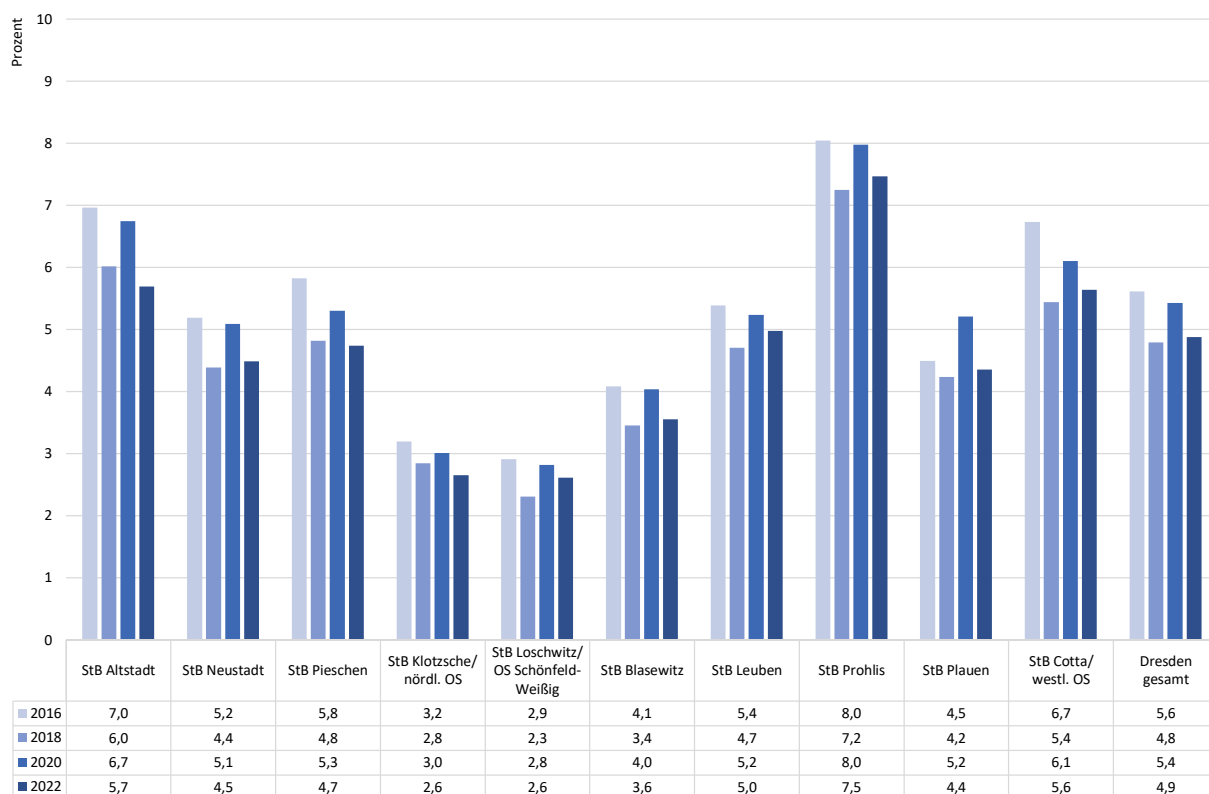


Abbildung 2.10: Arbeitslosenanteil nach Stadtbezirken (StB) und zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden von 2016 bis 2022

Quelle: LHD, 2023d; eigene Darstellung

In Abb. 2.11 sind die Arbeitslosenanteile nach Altersgruppen, für Männer und Frauen sowie nach Stadtbezirken mit zugehörigen Ortschaften der Stadt Dresden für das Jahr 2022 dargestellt. Der Anteil der 55- bis unter 65-Jährigen stellte auch im Jahr 2022 die größte Altersgruppe an arbeitslosen Menschen in der Dresdner Bevölkerung dar. Im Durchschnitt lebten 5,8 Prozent der betroffenen Menschen dieser Altersgruppe in der Landeshauptstadt Dresden. Die meisten arbeitslosen 55- bis unter 65-Jährigen wohnten im Stadtbezirk Altstadt (8,2 %) gefolgt vom Stadtbezirk Prohlis (7,5 %), dem Stadtbezirk Cotta und westliche Ortschaften (6,5 %) und dem Stadtbezirk Pieschen (6,3 %). (Tab. 2.22)

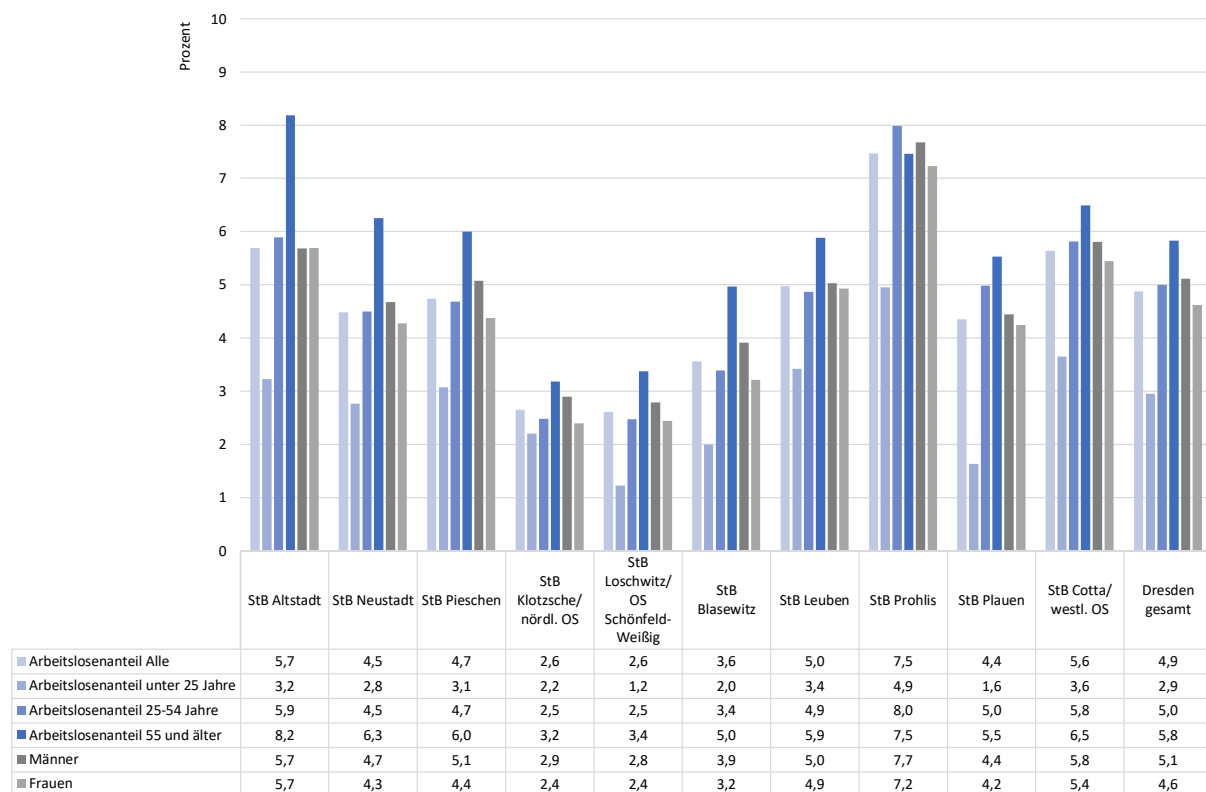


Abbildung 2.11: Arbeitslosenanteil für Männer und Frauen und nach Altersgruppen in den Stadtbezirken (StB) und zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden im Jahr 2022

Quelle: LHD, 2023d; eigene Darstellung

In Abb. 2.23 sind die Arbeitslosenzahlen nach Bildungs- und Schulabschlüsse in Dresden im Zeitverlauf von 2018 bis 2022 dargestellt.

Tabelle 2.23: Arbeitslosenzahlen nach Bildungs- und Schulabschlüsse in Dresden von 2018 bis 2022

Jahr	Menschen in Arbeitslosigkeit									
	gesamt	Davon unterteilt nach Berufsausbildung				Davon unterteilt nach Schulabschluss				
		Ohne Berufsausbildung	Mit Berufsausbildung	Mit akademischer Ausbildung	Keine Angabe	Ohne Schulabschluss	Mit Hauptschulabschluss	mit mittlerer Reife	Mit Abitur	Keine Angabe
	Anzahl									
2018	16.515	6.243	7.799	2.472	1	2.261	3.781	5.455	4.223	795
2019	15.699	6.035	7.242	2.471	1	2.201	3.523	5.110	4.053	812
2020	18.609	7.204	8.453	2.951	2	2.485	3.975	5.848	5.121	1.180
2021	16.641	6.444	7.503	2.511	3	2.356	3.614	5.165	4.279	1.047
2022	16.951	7.296	7.182	2.472	1	2.273	3.458	5.013	4.215	1.993

Quelle: LHD, 2023d; eigene Darstellung

Arbeitslosigkeit bei Arbeitslosen unter 25 Jahren

Die Jugendarbeitslosigkeit wird im Folgenden als Anteil der Arbeitslosen unter 25 Jahren an der Dresdner Bevölkerung von 18 bis unter 25 Jahren ausgedrückt (LHD, 2023d). Rund drei Prozent der jungen Dresdnerinnen und Dresdner im Alter von 15 bis unter 25 Jahren waren 2022 arbeitslos gemeldet. In den Stadtbezirken Prohlis (4,9 %), Cotta und westliche Ortschaften (3,6 %) und Leuben (3,4 %) war der Anteil der jungen Arbeitslosen unter 25 Jahren höher als in den anderen Stadtbezirken und lag über dem Dresdner Durchschnitt von 2,9 Prozent. (Abb. 2.12)

Im Vergleich der Jahre 2016 und 2022 war der Anteil der Arbeitslosen unter 25 Jahren für die Stadt Dresden gegenüber 2016 konstant geblieben. In den drei genannten Stadtbezirken veränderte sich der Anteil junger Arbeitsloser Prohlis um minus 0,9 Prozentpunkte, in Cotta und westliche Ortschaften um plus 0,4 Prozentpunkte und in Leuben um minus einem Prozentpunkt. Es gab jedoch auch Stadtbezirke, in denen sich die Jugendarbeitslosigkeit zugenommen hat. So stieg der Anteil im Stadtbezirk Klotzsche und nördliche Ortschaften um 1,1 Prozentpunkte, Stadtbezirk Neustadt um 0,4 Prozentpunkte und im Stadtbezirk Altstadt um 0,5 Prozentpunkte. (Abb. 2.12)

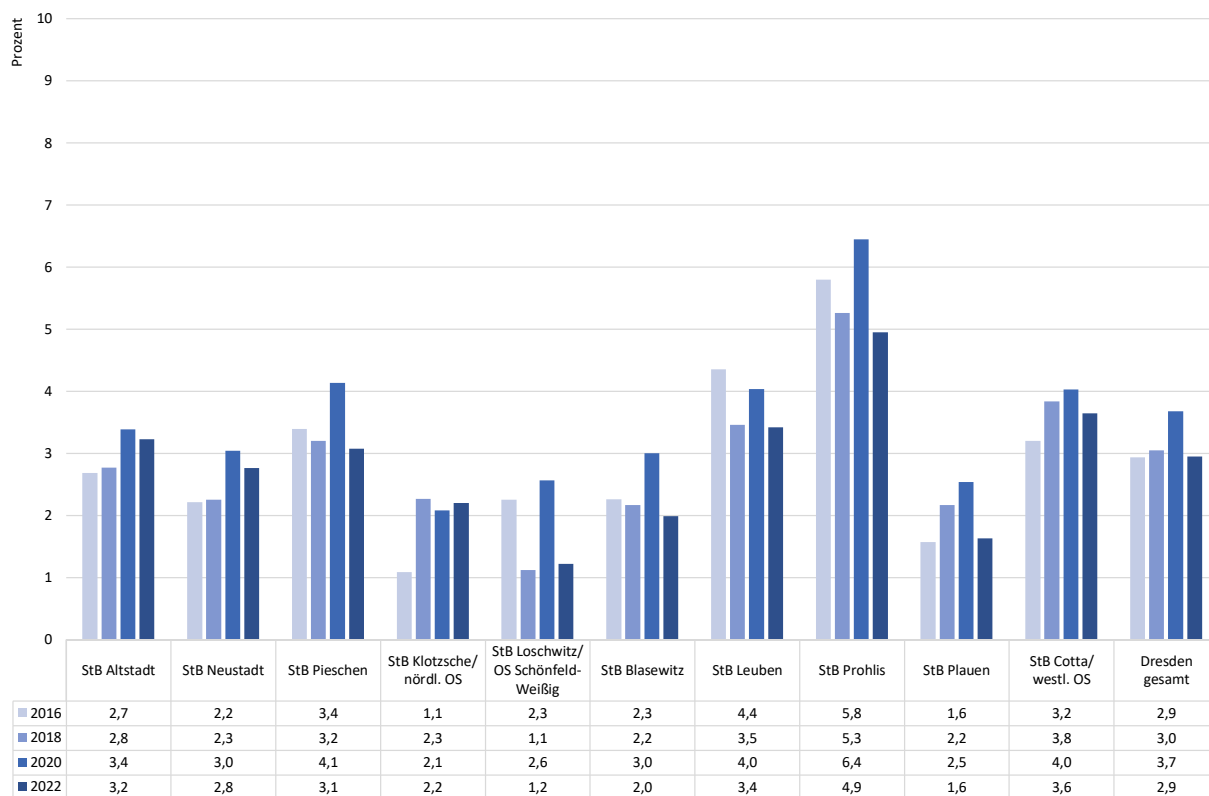


Abbildung 2.12: Jugendarbeitslosenanteil unter 25 Jahre nach Stadtbezirken (StB) und zugehörige Ortschaften (OS) in Dresden von 2016 bis 2022

Quelle: LHD, 2023d; eigene Darstellung

Alleinerziehende arbeitslose Elternteile

Von den im Jahr 2022 als arbeitslos gemeldeten Personen (16.951) waren 1.537 Alleinerziehende, was einem Anteil von rund neun Prozent an allen Arbeitslosen entspricht. Im Jahr 2022 waren neun von zehn arbeitslosen Alleinerziehenden Frauen (1378; 89,6 %) und nur rund zehn Prozent Männer (159). Diese deutliche Diskrepanz lässt sich dadurch erklären, dass Frauen deutlich stärker in der Gruppe der Alleinerziehenden vertreten sind. Im Jahr 2018 lag die Zahl der arbeitslosen Alleinerziehenden bei 1.350 Menschen und im Jahr 2020 bei 1.589 Menschen. Im Jahr 2022 gab es einen leichten Rückgang auf 1.537 arbeitslose Alleinerziehende. Seit 2016 sind rund 200 Alleinerziehenden weniger als arbeitslos gemeldet (2016: 1.712 Betroffene).

Während die Zahl der arbeitslosen Alleinerziehenden insgesamt von 2016 bis 2022 um zehn Prozent zurückgegangen waren, sank die Zahl der 25- bis 29-Jährigen um rund 50 Prozent, die der 30- bis 34-Jährigen um 21 Prozent und die der 35- bis 39-Jährigen um 31 Prozent. (Abb. 2.13)

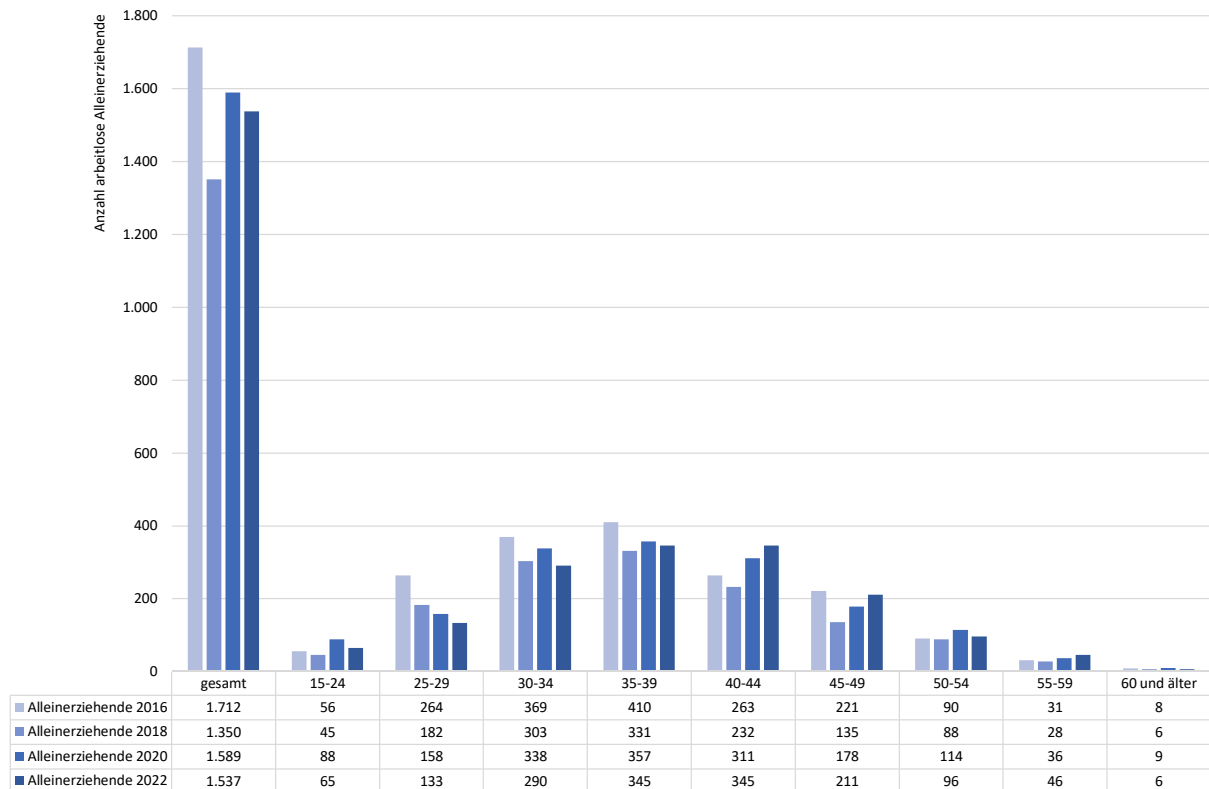


Abbildung 2.13: Anzahl arbeitsloser Alleinerziehender nach Altersgruppen in Dresden von 2016 bis 2022

Quelle: LHD, 2023d; eigene Darstellung

Arbeitslosigkeit bei Arbeitslosen ausländischer Herkunft

Betrachtet man die Arbeitslosigkeit der ausländischen Bevölkerung in Dresden, waren im Jahr 2022 4.994 Menschen arbeitslos gemeldet, was einem Anteil an der Dresdner Bevölkerung im entsprechenden Alter von 10,3 Prozent entspricht. Für diese Gruppe war ein leichter Anstieg des Arbeitslosenanteils von 9,4 Prozent im Jahr 2016 auf 10,3 Prozent im Jahr 2022 zu beobachten (Tab. 2.24). Zu beachten ist hierbei, dass es ein gleichzeitiger Anstieg des Anteils der Menschen ausländischer Herkunft an der Dresdner Bevölkerung von 6,8 Prozent im Jahr 2016 auf 11,1 Prozent im Jahr 2022 zu verzeichnen war (siehe Abschnitt 1.6 auf Seite 44).

Betrachtet man die Stadtbezirke mit zugehörigen Ortschaften, so lebten im Jahr 2022 die meisten Arbeitslosen ausländischer Herkunft im Stadtbezirk Prohlis mit einem Wert von 15,4 Prozent mit einer Zunahme des Anteils von 2016 zu 2022 um 1,6 Prozentpunkte. Auch in anderen Stadtbezirken waren Veränderungen zu verzeichnen: Stadtbezirk Leuben mit einem Wert von 13,5 Prozent und einer Zunahme des Anteils von 2016 zu 2022 um 5,4 Prozentpunkte; Stadtbezirk Cotta und westliche Ortschaften mit einem Wert von 12,7 Prozent und einer Zunahme des Anteils von 2016 zu 2022 um 0,2 Prozentpunkte. Die Stadtbezirke Klotzsche und nördliche Ortschaften mit 6,5 % und Neustadt mit 7,3 Prozent weisen die niedrigsten Werte auf (Tab. 2.24).

Tabelle 2.24: Anteil Arbeitslose ausländischer Herkunft in den Stadtbezirken (StB) mit zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden von 2016 bis 2022

Stadtbezirke/ Ortschaften	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Anteil (%)							
StB Altstadt	10,4	9,6	10,1	8,5	11,1	9,6	9,6
StB Neustadt	7,5	6,8	7,2	6,7	8,1	6,5	7,3
StB Pieschen	9,2	8,1	8,6	7,9	9,1	8,5	9,5
StB Klotzsche/nördliche Ortschaften	5,7	6,7	4,7	5,4	5,0	4,3	6,5
StB Loschwitz/OS Schönfeld-Weißig	4,1	5,9	4,3	5,6	5,4	4,9	8,1
StB Blasewitz	7,4	7,5	7,5	6,8	7,1	7,1	8,4
StB Leuben	8,1	7,8	9,3	9,6	10,8	9,0	13,5
StB Prohlis	13,8	14,3	14,5	14,5	16,4	13,8	15,4
StB Plauen	6,9	8,0	9,2	8,9	11,3	8,6	9,0
StB Cotta/westliche Ortschaften	12,5	11,7	12,1	11,5	13,6	11,4	12,7
Dresden gesamt	9,4	9,3	9,8	9,2	11,0	9,3	10,3

Quelle: BA, 2022; LHD, 2023d; eigene Darstellung

Langzeitarbeitslosigkeit

Mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit steigt das Risiko für psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen und Angststörungen, sowie für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Kausalitätseffekt). Die Mortalität ist bei Menschen, die länger als ein Jahr arbeitslos sind, um das 1,6-fache erhöht und auch die Prävalenz von Alkoholerkrankungen ist erhöht. Alkoholbedingte Erkrankungen können sowohl Folge als auch Ursache von Arbeitslosigkeit und insbesondere **Langzeitarbeitslosigkeit** sein. Gesundheitliche Versorgung, kommunale Gesundheitsförderung und sozialpolitische Maßnahmen sollten aufeinander abgestimmt sein, um das Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko von langzeitarbeitslosen Menschen zu senken (Herbig et al., 2013).

Der Anteil der Langzeitarbeitslosen an allen Arbeitslosen in der Stadt Dresden betrug im Dezember 2022 35,0 Prozent, das waren 5.930 Menschen. In Tab. 2.25 ist der zeitliche Entwicklung der Gesamtzahl der Langzeitarbeitslosen, sowie des Anteils an den Arbeitslosen dargestellt. Im Vergleich zu 2016 war der Anteil der Langzeitarbeitslosen mit einem Wert von 37,6 Prozent um 1,4 Prozentpunkte gesunken. Der Anteil der Langzeitarbeitslosen erreichte 2019 den niedrigsten Wert mit 31,0 Prozent, stieg in den Folgejahren jedoch wieder um vier Prozentpunkte stark an. (Tab. 2.25)

Tabelle 2.25: Langzeitarbeitslose im Verhältnis zu Arbeitslosen in Dresden von 2016 bis 2022

Jahr	Arbeitslose gesamt	nicht Langzeitarbeitslose	Langzeitarbeitslose	Anteil Langzeitarbeits- lose an Arbeitslosen
Anzahl			Anteil (%)	
2016	19.280	12.030	7.250	37,6
2017	17.720	11.510	6.210	35,0
2018	16.520	11.050	5.470	33,1
2019	15.700	10.830	4.870	31,0
2020	18.610	12.190	6.420	34,5
2021	16.460	9.790	6.670	40,5
2022	16.950	11.020	5.930	35,0

Quelle: LHD, 2023d; eigene Darstellung

2.7.4 Regelleistungsberechtigte nach dem SGB II

Regelleistungsberechtigte sind Personen mit Anspruch auf Gesamtregelleistung, also Bürgergeld nach dem SGB II (vor 2023: Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld). Für das „Stadtgesundheitsprofil 2024“ und die darin verwendeten Statistiken der vergangenen Jahre ist die Änderung des Gesetzes aufgrund der verzögerten Statistikerstellung der jeweiligen Datenhalter unerheblich, da nur Daten bis Ende 2022 genutzt wurden (LHD, 2024b).

Insgesamt waren im Jahr 2022 48.289 Menschen auf soziale Mindestsicherung, die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II, Sozialhilfe nach dem SGB XII sowie Asylbewerberleistungen umfassen können, angewiesen. Im Vergleich zu 2016 sank die Zahl (53.373) um rund zehn Prozent. (Tab. 2.26)

Tabelle 2.26: Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der sozialen Mindestsicherung in Dresden von 2016 bis 2022

Jahr	Soziale Mindestsicherung	
	Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach SGB II, Sozialhilfe nach SGB XII sowie Asylbewerberleistungen	
	gesamt	je 100 Einwohner
2016	53.373	9,7
2017	51.709	9,3
2018	48.426	8,6
2019	44.838	8,0
2020	45.525	8,1
2021	43.501	7,8
2022	48.289	8,5

Quelle: LHD,2024b; eigene Darstellung

Im Hinblick auf Regelleistungsberechtigte nach dem SGB II waren es im Jahr 2016 43.878 Personen, so erhielten zum Ende des Jahres 2022 37.874 Menschen soziale Leistungen nach dem SGB II. Darunter waren 51 Prozent Frauen (19.381) und 49 Prozent Männer (18.493), 42,8 Prozent Menschen ausländischer Herkunft ohne deutsche Staatsbürgerschaft (16.216) sowie 11,6 Prozent alleinerziehende Väter und Mütter (4.415). Von den 37.874 Regelleistungsberechtigte nach dem SGB II waren 73 Prozent erwerbsfähige (27.636) und 27 Prozent nicht erwerbsfähige (10.238) Regelleistungsberechtigte. (Tab. 2.27) (LHD, 2023d)

Im Jahr 2022 belief sich der Anteil der Regelleistungsberechtigten der über 60-Jährigen an der Bevölkerung im Alter von 60 bis unter 65 Jahren auf 9,2 Prozent und nahm seit dem Jahr 2016 um 0,9 Prozentpunkte zu. Der Anteil der Regelleistungsberechtigten der unter 25-Jährigen an der Bevölkerung im Alter von 0 bis unter 65 Jahren lag bei 26,5 Prozent bei einem Anstieg von 2,6 Prozentpunkte gegenüber dem Jahr 2016. (Tab. 2.27) (LHD, 2023b)

Tabelle 2.27: Regelleistungsberechtigte nach dem SGB II nach nichterwerbsfähigen und erwerbsfähigen Leistungsberechtigten (LB) Männern und Frauen und nach Ausländer und Ausländerinnen in Dresden von 2016 bis 2022

Jahr	Regelleistungsberechtigte SGB II											
	gesamt	darunter				Nicht erwerbs- fähige LB	Erwerbsfähige LB					
		Frauen	Altersgruppe		Aus- länder		gesamt	gesamt	davon		darunter	
			unter 25 Jahre	60 und älter					arbeitslos	nicht arbeitslos ¹⁾	Allein- erziehende	Aus- länder
	Anzahl											
2016	43.878	20.993	15.533	2.444	7.994	10.789	33.089	13.718	19.371	4.758	6.415	
2017	43.056	20.462	15.977	2.467	10.372	10.869	32.187	12.541	19.646	4.463	7.842	
2018	40.183	19.081	15.140	2.473	11.003	10.439	29.744	11.592	18.152	4.104	7.978	
2019	36.945	17.637	14.108	2.457	11.053	9.853	27.092	10.762	16.330	3.873	7.737	
2020	37.450	17.828	14.055	2.596	11.693	9.637	27.813	12.101	15.712	3.747	8.097	
2021	35.016	16.815	13.035	2.681	11.244	8.989	26.027	11.294	14.733	3.553	7.661	
2022	37.874	19.381	14.795	2.959	16.216	10.238	27.636	11.687	15.949	4.379	10.945	

Anmerkungen: 1) Merkmal umfasst arbeitssuchend und nicht arbeitssuchend gemeldete Leistungsberechtigte
Quelle: LHD, 2023d

Die Verteilung der Anteile der Regelleistungsberechtigten nach dem SGB II variiert zwischen den Stadtbezirken und deren zugehörigen Ortschaften (Abb. 2.14). In Dresden waren im Jahr 2022 die höchsten Anteile in den Stadtbezirken Prohlis, Cotta und westliche Ortschaften und Plauen zu finden, was sich wiederum mit der Verteilung der Arbeitslosenanteile in den Stadtbezirken deckt (Abb. 2.11 und Abb. 2.14). Das trifft sowohl für erwerbsfähige als auch für nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte zu (LHD, 2023d).

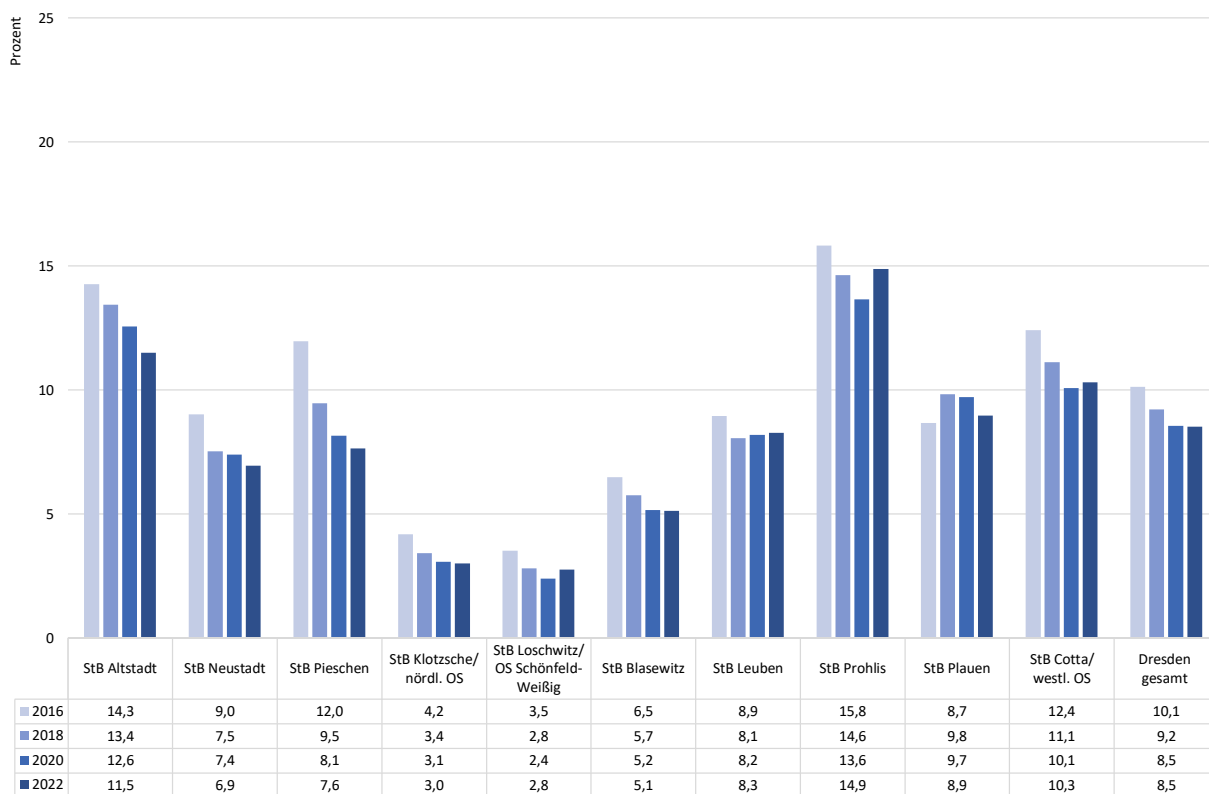


Abbildung 2.14: Anteil Regelleistungsberechtigte nach dem SGB II nach Stadtbezirken (StB) und zugehörige Ortschaften (OS) in Dresden von 2016 bis 2022

Quelle: LHD, 2023d und eigene Abfrage in DUVA

Der Anteil der nicht-erwerbsfähigen Leistungsberechtigten an der Bevölkerung unter 15 Jahren lag bei 12,4 Prozent. Das bedeutet, beinahe jedes achte Kind auf Leistungen nach SGB II (Sozialgeld bzw. Bürgergeld) angewiesen war. In diesem Bereich kann ein sehr positiver Trend im Zeitverlauf bis 2021 (11,0 %) betrachtet 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 (2012: 18,2 %; 2016: 13,3 %; 2020: 11,8 %). Lediglich im Jahr 2022 stieg der Anteil der Regelleistungsberechtigten Kinder unter 15 Jahren wieder auf 12,4 Prozent an (Abb. 2.15). Ab 2018 entwickelte sich der Anteil an Kindern unter 15 Jahren mit SGB II-Bezug in Sachsen besser als der in Dresden. So sank in gesamt Sachsen der Anteil von 2016 bis 2021 um 5,3 Prozentpunkt. (LHD, 2023d)

Die Verteilung der Anteil an nicht erwerbsfähigen Regelleistungsberechtigten Kindern unter 15 Jahren mit SGB II-Bezug bezogen auf 0- bis 14-jährigen Kinder und Jugendlichen der Dresdner Bevölkerung variiert zwischen den Stadtbezirken und deren zugehörigen Ortschaften (Abb. 2.15). In Dresden waren im Jahr 2022 die höchsten Anteile in den Stadtbezirken Altstadt, Prohlis und Plauen zu finden.

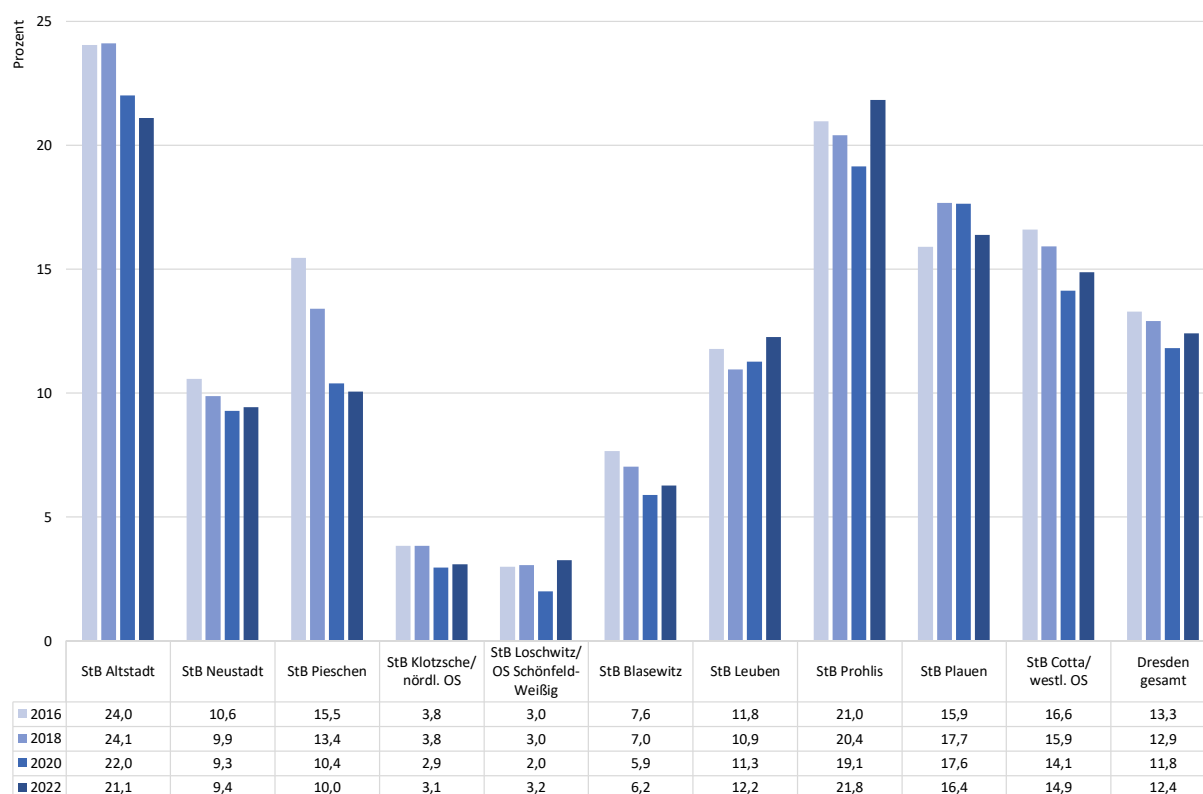


Abbildung 2.15: Anteil der nicht-erwerbsfähigen Regelleistungsberechtigten Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren mit SGB II-Bezug bezogen auf 0- bis 14-jährige Einwohner und Einwohnerinnen (Hauptwohnsitz) nach Stadtbezirken (StB) und zugehörige Ortschaften (OS) in Dresden von 2016 bis 2022

Quelle: LHD, 2023d und eigene Abfrage in DUVA

In Tab. 2.28 sind die Regelleistungsberechtigte in Regelleistungsbedarfsgemeinschaften mit Kindern mit Fokus auf die Situation von alleinerziehenden Bedarfsgemeinschaften im Zeitverlauf 2016 bis 2022 dargestellt. Dabei wird ersichtlich, dass von 2016 bis 2022 der Anteil der erwerbsfähigen Regelleistungsberechtigte von allen Regelleistungsbedarfsgemeinschaften mit Kindern um 0,6 Prozentpunkte (2016: 53,5 %; 2022: 52,9 %) gesunken war. Der Anteil Regelleistungsberechtigte in Alleinerziehenden-Bedarfsgemeinschaften von allen Regelleistungsbedarfsgemeinschaften mit Kindern war nahezu konstant geblieben und lag bei rund 50 Prozent im gleichen Zeitraum. Davon waren im Jahr 2022 rund 41 Prozent Alleinerziehende mit wiederum einem Anteil von rund 41 Prozent erwerbsfähigen Regelleistungsberechtigten. (Tab. 2.28)

Tabelle 2.28: Regelleistungsberechtigte in Regelleistungsbedarfsgemeinschaften (RL-BG) mit Kindern in Dresden von 2016 bis 2022

Jahr	Regelleistungsberechtigte in RL-BG mit Kindern										
	gesamt	davon		davon Regelleistungsberechtigte in Alleinerziehenden-BG							
		erwerbs- fähige LB	nicht- erwerbs- fähige LB	gesamt	davon						
					Alleinerziehende		Kinder im Alter von ... bis ... Jahren				
					gesamt	darunter erwerbs- fähige	gesamt	unter 15	15-17	18-24	
Anzahl											
2016	22.767	12.180	10.587	11.412	4.769	4.758	6.643	5.554	892	197	
2017	22.641	11.953	10.688	10.810	4.475	4.463	6.335	5.335	800	200	
2018	21.414	11.147	10.267	9.927	4.114	4.104	5.813	4.969	645	199	
2019	20.079	10.378	9.701	9.382	3.880	3.873	5.502	4.711	594	197	
2020	19.970	10.466	9.504	9.003	3.747	3.742	5.256	4.464	602	190	
2021	18.776	9.895	8.881	8.550	3.561	3.553	4.989	4.195	613	181	
2022	21.503	11.377	10.126	10.749	4.388	4.379	6.361	5.191	891	279	

Quelle: LHD, 2023d

2.8 Rente

Im Folgenden wird die soziale Lage der Dresdner Bevölkerung unter dem Aspekt der Rente und möglicher Armutsgefährdung thematisiert, die wiederum Einflüsse auf die gesundheitliche Lage und gesundheitsriskante Verhaltensweisen haben kann. Es gibt drei Rentenarten nach SGB VI Erwerbsminderungsrente, Hinterbliebenenrente und Altersrente für langjährig Versicherte. Im Folgenden wird nur auf die Altersrente mit Daten der Deutschen gesetzlichen Rentenversicherungsträger für Sachsen eingegangen, da für Dresdner und Dresdnerinnen keine entsprechenden Daten verfügbar sind.

Für die verschiedenen Altersrenten gibt es vom Gesetzgeber festgelegte Renteneintrittsalter. Unter bestimmten Voraussetzungen kann man in Deutschland aber auch vor oder nach Erreichen der Regelaltersgrenze eine Rente beantragen. Die Altersgrenze für die Regelaltersrente ohne Abschläge wird bis 2031 schrittweise auf 67 Jahre angehoben. Beginnend mit dem Geburtsjahrgang 1947 wird die Altersgrenze bis 2023 jährlich um einen Monat und ab 2024 wird die Altersgrenze beginnend mit dem Geburtsjahrgang 1959 in Zwei-Monats-Schritten angehoben (DRV, 2024).

In den vergangenen Jahren ist das durchschnittliche Alter, indem Altersrenten erstmalig in Anspruch genommen wurden, weiterhin deutlich gestiegen, wobei es auffällige Unterschiede zwischen den Bundesländern und zwischen Männern und Frauen gibt (DRV, 2023b).

Seit dem Jahr 2000 ist das durchschnittliche Renteneintrittsalter der Männer auch in Sachsen von 61,1 Jahren bis 2022 auf 64,1 Jahre gestiegen. Bei den Frauen verlief die Entwicklung ähnlich: Hier stieg das Renteneintrittsalter im Verlauf von rund 20 Jahren von 60,5 auf 63,9 Jahre. Dabei nahm etwas mehr als ein Drittel aller Rentenzugänge (36 %) Rentenabschläge in Kauf (Statistisches Landesamt Sachsen, 2023b).

Das durchschnittliche Rentenzugangsalter bei Altersrenten lag 2022 für Männer und Frauen bei 64,4 Jahren, in den Neuen Bundesländern bei 64,0 Jahren, in den Alten Bundesländern bei 64,5 Jahren. Bei den Männern in den Neuen Bundesländern lag das durchschnittliche Rentenzugangsalter mit 64,2 Jahren leicht über dem Bundesdurchschnitt, bei den Frauen mit 63,9 Jahre darunter. Daten für Sachsen liegen dazu nicht vor (DRV, 2023b).

Grund für den langfristigen Anstieg des Renteneintrittsalters ist unter anderem das Auslaufen von zwei vorgezogenen Altersrentenarten. Die vorgezogenen Altersrentenarten konnten in der Vergangenheit teilweise schon mit 60 Jahren in Anspruch genommen werden, wie bei der Altersrente für Frauen oder bei der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit. Ein weiterer Grund ist die einführend beschriebene schrittweise Anhebung der Altersgrenzen (DRV, 2023a).

In Sachsen bezogen zum Stand 31.12.2022 insgesamt 1.107.711 Menschen eine Altersrente, was einem Anteil von 26 Prozent an der sächsischen Gesamtbevölkerung entsprach; darunter waren 473.084 Männer und 634.627 Frauen. Der durchschnittliche Rentenzahlungsbetrag in Sachsen beträgt insgesamt 1.242,81 Euro; für Männer 1.370,87 Euro und für Frauen 1.147,34 Euro. Der Gesamtwert lag damit über dem Bundesdurchschnitt (gesamt: 1.099,20 Euro); der der Frauen jedoch deutlich über dem Bundesdurchschnitt (Frauen: 890,04 Euro). Der durchschnittliche Rentenzahlungsbetrag der Männer lag auf dem Niveau des Bundesdurchschnitts (1.373,35 Euro) (DRV, 2023a).

Der durchschnittliche Bruttobetrag der Altersrenten nach mindestens 35 Versicherungsjahren betrug im Bundesdurchschnitt 1.550 Euro (Männer 1.728 Euro und für Frauen 1.316 Euro). Sachsen lag rund 100 Euro unter dem Bundesdurchschnitt und wies mit einem Wert von 1.445 Euro den viertniedrigsten Wert im Vergleich aller Bundesländer auf, nur Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen lagen darunter. Die Frauen in Sachsen (Frauen: 1.320 Euro) lagen auf dem Niveau des Bundesdurchschnitts und die Männer in Sachsen unter dem auf dem Bundesdurchschnitt (Männer: 1582 Euro) (DRV, 2023a).

Ein weiterer wichtiger Aspekt zur zunehmenden Alterung der Bevölkerung, der sich auch auf die gesundheitliche Lage und gesundheitliche Versorgung und das Renten- und Sozialsystem auswirkt, ist der kontinuierliche Anstieg der Rentenbezugsdauer. Diese ist in Gesamtdeutschland in den letzten zehn Jahren bei den Männern um rund zwei Jahre gestiegen und lag 2022 bei 18,8 Jahren (1992: 14,2 Jahre; 2012: 16,7;). Frauen bezogen im Jahr 2022 im Durchschnitt 22,2 Jahre Rente, auch hier ist ein leichter Anstieg in den letzten zehn Jahren zu beobachten (1992: 17,7 Jahre; 2012: 21,3 Jahre). Seit 2017 stieg die Rentenbezugsdauer nicht mehr so stark an (DRV, 2023a).

Das Rentenzugangsalter und die damit verbundene Höhe des Rentenzahlungsbetrags unterscheiden sich stark nach einzelnen Tätigkeitsbereichen im Erwerbsleben. Personen in körperlich anstrengenden Berufen, aber auch in Berufen aus dem Ernährungs- und Gesundheitsbereich gehen häufiger davon aus, ihren Beruf nicht bis zum Renteneintrittsalter ausüben zu können, als beispielsweise Ingenieursberufe, naturwissenschaftliche Berufe oder technische Berufe (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., 2009). Ein Beispiel für diese „Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer“ ist der Beruf des Dachdeckers. Hier kommt es insbesondere ab dem 54. Lebensjahr zu krankheitsbedingten Zugängen in die Erwerbsminderungsrente oder zu Berufs- bzw. Tätigkeitswechseln (Brussig & Jansen, 2019).

Weitere Einflussfaktoren auf das Rentenzugangsalter und die Höhe des Rentenzahlungsbetrags sind die Dauer der Erwerbstätigkeit, Einkommenshöhe, das Geschlecht, der Bildungs- und Berufsabschluss, Zeiten der Erwerbsunterbrechungen aufgrund von Kindererziehung und Pflege von Angehörigen sowie längere Krankheiten und Arbeitslosigkeit mit möglichen Folgen von Armutsgefährdung im Alter ab 65 Jahre und Altersarmut. Wie bereits in der Einleitung zu diesem Kapitel auf den aktualisierten Armutsbericht des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes verwiesen, macht auch die aktuelle Veröffentlichung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes auf die steigende Armutsquote im Alter ab 65 Jahre (2021: 17,6 %; 2022: 17,5 %; 2023: 18,1 %), insbesondere bei Frauen (2021: 19,5 %; 2022: 19,4 %; 2023: 20,2 %) aufmerksam (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., 2023).

Die Herausforderung für die Arbeits-, Gesundheits- und Sozialpolitik aufgrund zunehmender Alterung wird demnach weiterhin sein, ältere Beschäftigte zu befähigen, möglichst lang aktiv und gesund am Arbeitsprozess teilnehmen zu können und Menschen im Rentenalter ein bestmögliches gesundes, aktives und finanziell abgesichertes Leben zu ermöglichen.

2.9 Zusammenfassung

Die sozialen und sozioökonomischen Verhältnisse und Lebensbedingungen beeinflussen im Wesentlichen die Gesundheit, deren subjektive Beurteilung und das Wohlbefinden eines Menschen neben seinem aktuellen Gesundheitszustand, seinem individuellen Gesundheitsverhalten, seiner sozialen Eingebundenheit und inneren Haltung. Dies gilt gleichermaßen für Kinder und Jugendliche, beginnend in der Schwangerschaft, sich in der Kindheit und im Erwachsenenalter manifestierend, als auch bis ins hohe Alter. Sozioökonomische Faktoren, wie Bildungsabschluss, Einkommen, berufliche Stellung sowie alleinerziehende Familiensituation haben demnach einen nachgewiesenen Einfluss sowohl auf die Gesundheit („soziale Verursachung“ im Sinne von „Armut macht krank“) als auch auf Krankheit und Krankheitsbewältigung, auf Lebenserwartung, auf Morbidität und Sterblichkeit. Im Umkehrschluss kann Krankheit Armut bedingen.

Ein Zusammenhang zwischen Schul- und Bildungsabschluss und Armutsgefährdung konnte anhand der Ergebnisse der Kommunalen Bürgerumfrage (KBU) auch für die Landeshauptstadt Dresden aufgezeigt werden. Ein höherer Schulabschluss weist tendenziell auf ein höheres Einkommen und umgekehrt ein Hauptschulabschluss bzw. kein Schulabschluss auf eine höhere Armutsgefährdung hin. Unter den von Armut gefährdeten Befragten hatten mehr als ein Drittel eine abgeschlossene Berufsausbildung als Facharbeiter oder Ähnliches, weniger als ein Fünftel einen Hochschul-, Universitätsabschluss, Promotion und neun Prozent einen Fachhochschulabschluss bzw. Ingenieurabschluss.

Mit einer Zunahme der Bevölkerungszahl der Landeshauptstadt Dresden um etwa drei Prozent von 2021 bis 2022, was vor allem auf den Zuzug ukrainischer Geflüchteter zurückzuführen ist, erhöhte sich damit die Zahl der Menschen in Privathaushalten um knapp drei Prozent. Aufgrund der zunehmenden Alterung der Dresdner Bevölkerung stieg auch die Zahl der in Heimen lebenden Personen deutlich um rund elf Prozent an, eine Entwicklung, die sich weiter verstärken wird. Haushalte mit Kindern machten knapp ein Fünftel aller Dresdner Haushalte aus, und stieg zwischen 2016 und 2022 um fast acht Prozent an, darunter waren alleinerziehende Elternteile als am stärksten vertretene Lebensform.

Rund um die Themen Wohnen und Wohnumgebung, deren subjektiv beurteilte Zufriedenheit, die Verfügbarkeit von bezahlbarem Wohnraum, die steigenden Wohnkostenbelastungen und damit die zunehmende Herausforderung der Finanzierbarkeit sind ebenfalls wichtige Einflussfaktoren auf die Gesundheit auch der Dresdner Bevölkerung. Dabei zeigen sich Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen, sozioökonomische Bedingungen und Wohngebieten.

Die Zufriedenheit mit der Wohnung, der Wohngegend und der Stadt war insgesamt im Jahr 2022 auf der Grundlage der KBU 2022 sehr hoch, allerdings schätzten Menschen ohne Erwerbsarbeit bzw. Arbeitsuchende ihre Wohngegend schlechter ein als erwerbstätige Personen. Die größte Differenz zwischen Zufriedenheit und Wichtigkeit zeigte sich bei der Verfügbarkeit von bezahlbarem Wohnraum in den Stadträumen Dresdens: Die Befragten waren am zufriedensten in den Stadträumen Südvorstadt, Zschertnitz sowie Gorbitz und am unzufriedensten in der Äußeren und Inneren Neustadt. Die Grundmieten hatten sich seit der KBU 2016 bis 2022 um fast ein Fünftel erhöht, mit unterschiedlichen Ausprägungen in den jeweiligen Dresdner Stadträumen. Preisgünstige Wohnungen mit einer Grundmiete unter vier Euro und fünfzig Cent machten 2022 nur noch zwei Prozent aus, während Wohnungen ab sieben Euro Grundmiete pro Quadratmeter stetig zunahmen. Mittlerweile wird in mehr als einem Fünftel aller Mieterhaushalte über acht Euro Grundmiete pro Quadratmeter gezahlt. Im Durchschnitt belasteten die Wohnkosten die Dresdner Mieterinnen und Mieter mit 32 Prozent ihres Einkommens, dieser Wert war seit 2018 unverändert geblieben. Die Mietbelastungsquote (ohne Wohngemeinschaften) lag bei 28 Prozent. Armutsgefährdete Haushalte mussten mehr als die Hälfte ihres Einkommens für die Bruttokaltmiete laut der KBU 2022 aufbringen.

Aufgrund steigender Wohnkostenbelastungen und sozioökonomischer Bedarfe bestimmter Personengruppen, insbesondere von Rentnerinnen und Rentner, gewinnt neben anderen sozialen Leistungen die Beantragung von Wohngeld zur Unterstützung und Verringerung von Wohnkostenbelastung zunehmend an Bedeutung. Wohngeld kann unter anderem Rentnerinnen und Rentner, Selbstständige, Familien, Alleinerziehende und Menschen, die zum Mindestlohn arbeiten und keinen Anspruch auf Leistungen nach anderen SGB haben, entlasten. Von 2016 bis 2022 war in Dresden ein Rückgang der Wohngeldhaushalten insgesamt um minus 2,5 Prozent (6.610 auf 6.445) und auch der reinen wohngeldbeziehenden Haushalte um ein Prozent (6.418 auf 6.275) zu verzeichnen. Knapp zwei Drittel der Haupteinkommensbeziehenden waren Frauen (2022: 3.880). Die überwiegende Mehrheit der Wohngeldbeziehenden lebte in einem Einpersonenhaushalt (2022: 66,6 %), während in rund einem Drittel aller Haushalte mit Wohngeldbezug ein oder mehrere Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (29,4 %) lebten. Die überwiegende Mehrheit aller Wohngeldempfängerinnen und Wohngeldempfänger (67 %) waren Nichterwerbspersonen, davon rund 58 Prozent Rentnerinnen und Rentner. 29 Prozent waren Erwerbstätige, die das Wohngeld zusätzlich zu ihrem Einkommen benötigten, um ihre Wohnkosten bestreiten zu können. Der durchschnittliche monatliche Wohngeldanspruch betrug 167 Euro.

Die Ursachen für die Wohnungslosigkeit als ein eindeutiges Merkmal existenzieller Bedrohung und einer gravierenden Form von Armut sind vielfältig und können in jedem Alter und in jeder Lebenslage auftreten. Sie ist mit finanziellen und gesundheitlichen Belastungen verbunden. Die Bundesstatistik hilft, die Situation auch in der Landeshauptstadt Dresden für untergebrachte wohnungsloser Menschen künftig besser einzuschätzen und darauf Einfluss zu nehmen. Für Dresden wies die Bundesstatistik für das Jahr 2022 570 Menschen untergebrachte Wohnungslose aus und beinhaltet nicht die anerkannten geflüchteten Menschen, die in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete leben, aber noch keine eigene Wohnung haben. Fast drei Viertel der Betroffenen waren Männer und etwa ein Drittel Frauen. Der überwiegende Teil der Betroffenen war zwischen 25 und 60 Jahre alt, mehr als die Hälfte der untergebrachten Wohnungslosen waren Deutsche.

Die Lebenshaltungskosten und die privaten Konsumausgaben waren im Jahr 2022 in Deutschland in allen Bereichen deutlich gestiegen. Das Äquivalenzeinkommen als Maß zur besseren Beschreibung der Verteilung der finanziellen Ausstattung war seit 1993 kontinuierlich angestiegen und lag 2022 in Dresden auf Basis der KBU bei 2.000 Euro (Median). Die Differenz zwischen dem „ärmsten“ und dem „reichsten“ Stadtraum betrug 623 Euro und hat sich seit der letzten KBU 2022 verringert. Von Armut bedrohte Haushalte fanden sich vor allem bei den Einpersonenhaushalten, insbesondere bei den Rentnerinnen und Rentnern ohne Partner (Median: 1.660 Euro). Nachdem die Armutsgefährdungsquote dieser Haushalte in der KBU 2020 auf 19 Prozent gesunken war (2018: 25 %), erreichte sie in der KBU 2022 wieder einen Wert von 23 Prozent.

Die Zahl der Erwerbstätigen entwickelt sich in Dresden entwickelte ähnlich wie in Sachsen: in der Landeshauptstadt Dresden war zwischen 2016 und 2022 ein Anstieg um ca. sieben Prozent zu verzeichnen. Im Jahr 2022 lag die Zahl der Erwerbstätigen bei 340.000, darunter waren 237.000 sozialversicherungspflichtige beschäftigte Dresdnerinnen und Dresdner und insgesamt 24.300 marginal Beschäftigte.

Der Trend sinkender Arbeitslosenzahlen hat sich in Dresden fortgesetzt. Die Arbeitslosenquote war von 2016 bis 2022 leicht um gut einen Prozentpunkt gesunken, mit Ausnahme des Jahres 2020, in dem sie sprunghaft um mehr als sechs Prozent angestiegen war. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung waren Frauen seltener arbeitslos als Männer. Die 55- bis unter 65-Jährigen stellten auch im Jahr 2022 die größte Altersgruppe der arbeitslosen Menschen in der Dresdner Bevölkerung dar.

Hohe Arbeitslosenanteile gab es vor allem in dem Stadtbezirk Prohlis mit mehr als sieben Prozent, während die Stadtbezirke Klotzsche und nördliche Ortschaften und Loschwitz und Ortschaften Schönfeld-Weißig jeweils nur über zweieinhalb Prozent aufwiesen.

Auf soziale Mindestsicherung, die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II, Sozialhilfe nach dem SGB XII sowie Asylbewerberleistungen umfassen können, waren im Jahr 2022 insgesamt 48.289 Menschen, angewiesen, was einem Rückgang von rund zehn Prozent gegenüber 2016 entspricht. Bei den Regelleistungsberechtigten nach dem SGB II waren es im Jahr 2016 43.878 Personen und im Jahr 2022 37.874 Menschen, die soziale Leistungen nach dem SGB II erhielten. Darunter waren knapp mehr als die Hälfte Frauen, 42,8 Prozent Menschen ausländischer Herkunft ohne deutsche Staatsbürgerschaft sowie rund 12 Prozent alleinerziehende Väter und Mütter. Die überwiegende Mehrheit waren erwerbsfähige und 27 Prozent nicht-erwerbsfähige Regelleistungsberechtigte. Im Jahr 2022 belief sich der Anteil der Regelleistungsberechtigten der über 60-Jährigen an der Bevölkerung im Alter von 60 bis unter 65 Jahren auf 9,2 Prozent und der Anteil der Regelleistungsberechtigten der unter 25-Jährigen an der Bevölkerung im Alter von 0 bis unter 65 Jahren lag bei 26,5 Prozent (von 2016 bis 2022: plus 2,6 Prozentpunkte).

Fast jedes achte Kind war auf Leistungen nach dem SGB II (Sozialgeld bzw. Bürgergeld) angewiesen. Der Anteil Regelleistungsberechtigte in Alleinerziehenden-Bedarfsgemeinschaften von allen Regelleistungsbedarfsgemeinschaften mit Kindern war nahezu konstant geblieben und lag bei rund 50 Prozent im gleichen Zeitraum. Davon waren im Jahr 2022 rund 41 Prozent Alleinerziehende mit wiederum einem Anteil von rund 41 Prozent erwerbsfähigen Regelleistungsberechtigten.

Um Stadtgebiete mit besonderen Belastungen frühzeitig zu erkennen, soziostrukturelle Entwicklungen über einen längeren Zeitraum zu beobachten und adäquate Handlungsstrategien zu erarbeiten, wird in der Landeshauptstadt Dresden ein integriertes, ressortübergreifendes Sozialmonitoring kontinuierlich weiterentwickelt. Dieses Vorgehen hat zum Ziel, sozioökonomische Belange auf kleinräumiger Ebene zu identifizieren. Beispielsweise wurde sich auf die Verwendung eines einheitlichen „Belastungsindex“ für Kinder und Jugendliche für alle Planungsdokumente des Geschäftsbereichs Bildung, Jugend und Sport verständigt. Ein sogenannter „Sozialindex“ zur Betrachtung der sozialen Lage in den Stadtgebieten der gesamten Dresdner Bevölkerung ist aktuell in Entwicklung.

Die datenbasierten Erkenntnisse aus dem Kapitel „Soziale Lage“ in Verbindung mit dem Kapitel Demografie werden anschließend als Entscheidungsgrundlagen für weitere Handlungsempfehlungen im Rahmen der Kommunalen Gesundheitsstrategie unter Einbezug des Projektes „RESILIENT – Der Dresdner Gesundheitsindex – ein kleinräumiges Monitoring des Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhaltens und des Zugangs zu Gesundheitsversorgung“ (Kapitel „Einleitung“) im Sinne des „Health in All Policies“ (HiAP)-Prinzips in die Kommunalverwaltung der Landeshauptstadt Dresden in das Sozialmonitoring integriert.

2.10 Literaturverzeichnis

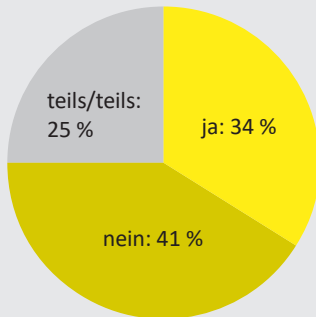
- BA (Hrsg.). (2022). Jahresrückblick 2022: Stabiler Arbeitsmarkt trotz der Belastungen durch den russischen Angriffskrieg.
- BA (Hrsg.). (2024a). Arbeitslosenquoten: Berechnung von Arbeitslosenquoten und deren Bezugsgrößen. <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Definitionen/Berechnung-der-Arbeitslosenquote/Berechnung-der-Arbeitslosenquote-Nav.html>
- BA (Hrsg.). (2024b). Arbeitsmarktreport: Arbeitsmarkt in Zahlen: Dezember 2016 bis Dezember 2022. https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=1460504&topic_f=amr-amr
- BAGW. (2023, 7. November). Mindestens 607.000 Menschen in Deutschland wohnungslos: BAG Wohnungslosenhilfe stellt aktuelle Hochrechnungsergebnisse vor [Pressemitteilung]. https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/PRM/PRM_PM_BAG_W_Pressemappe_Hochrechnung_Zahl_der_wohnungslosen_Menschen.pdf
- BMAS. (2021). Lebenslagen in Deutschland: Der Sechste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.
- BMAS. (2022). Ausmaß und Struktur von Wohnungslosigkeit: Der Wohnungslosenbericht 2022 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.
- BMAS (Hrsg.). (2024). Armuts- & Reichtumsbericht: Bisherige Berichte. <https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/DE/Bericht/Bisherige-Berichte/bisherige-berichte.html>
- BMWSB (Hrsg.). (2024). Wohngeld. <https://www.bmwsb.bund.de/Web/BMWSB/DE/themen/stadt-wohnen/wohnraumfoerderung/wohngeld/wohngeld-node.html>
- Brussig, M. & Jansen, A. (2019). Beschäftigungskontinuität und -diskontinuität bei älteren Dachdeckern. <https://doi.org/10.17185/dupublico/71298>
- Destatis (Hrsg.). (2022). Armutsgefährdung sowie materielle und soziale Entbehrung bei älteren Menschen. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/armutsgefaehrung.html>
- Destatis (Hrsg.). (2023a). Statistik untergebrachter wohnungsloser Personen. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Wohnungslosigkeit/_inhalt.html
- Destatis. (2023b, 28. November). Private Konsumausgaben 2022 um 8,5 % gegenüber dem Vorjahr gestiegen [Pressemitteilung]. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/11/PD23_454_639.html
- Destatis (Hrsg.). (2024a). Familien mit minderjährigen Kindern im Zeitvergleich nach Lebensform in Deutschland. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Tabellen/2-8-lr-familien.html>
- Destatis (Hrsg.). (2024b). Haushalte und Familien. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/_inhalt.html#_old52evlc
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V. (Hrsg.). (2009). Rente mit 67 – für viele Beschäftigte unerreichbar! Dritter Monitoring-Bericht des Netzwerks für eine gerechte Rente.
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V. (2023, 26. Mai). Armut im Blick: Expertise zu den Zwischenergebnissen der amtlichen Armutsberichterstattung für 2022 [Pressemitteilung]. <https://www.der-paritaetische.de/alle-meldungen/armut-im-blick-expertise-zwischenergebnissen-fuer-2022/>
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V. (Hrsg.). (2024). Kinderarmut sinkt markant, Altersarmut auf dem Vormarsch: Expertise zu den Erstergebnissen des Mikrozensus zur Armutsentwicklung 2023.
- DRV. (2023a). Rentenatlas 2023: Die Deutsche Rentenversicherung in Zahlen, Fakten und Trends.
- DRV (Hrsg.). (2023b). Rentenversicherung in Zeitreihen: Ausgabe 2023.
- DRV (Hrsg.). (2024). Wann kann ich in Rente gehen? https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Kurz-vor-der-Rente/Wann-kann-ich-in-Rente-gehen/Wann-kann-ich-in-Rente-gehen_detailseite.html
- Heidemann, C., Du, Y., Baumert, J. & et al (2019). Soziale Ungleichheit und Diabetes mellitus – zeitliche Entwicklung bei Erwachsenen in Deutschland. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.25646/5980>
- Herbig, B., Dragano, N. & Angerer, P. (2013). Health in the long-term unemployed. Deutsches Arzteblatt international, 110(23-24), 413–419. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0413>
- Hoebel, J. & Müters, S. (2024). Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Datenlage, Befunde und Entwicklungen in Deutschland. WSI, 3, 172–179.
- Hoebel, J., Nowossadeck, E., Michalski, N., Baumert, J. & et al (2024). Sozioökonomische Deprivation und vorzeitige Sterblichkeit in Deutschland 1998–2021 : Eine ökologische Studie mit What-if-Szenarien der Ungleichheitsreduktion. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 67(5), 528–537. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03862-0>

- Hoebel, J., Wachtler, S., Müters, S., Michalski, N. & Lampert, T. (2021). Datenreport 2021: Bildung als Ressource für Gesundheit.
- IAQ (Hrsg.). (2023). Alleinstehende nach Geschlecht und Altersgruppe 2022. https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Bevoelkerung/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVII14.pdf
- Kluczniok, K. (2017). Längsschnittliche Analysen der Auswirkungen frühkindlicher Lernumwelten. *Pädagogische Rundschau*, 71(3-4), 247–260.
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B. & Waldhauer, J. (2022). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In R. Haring (Hrsg.), *Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Gesundheitswissenschaften* (2. Auflage, S. 159–168). Springer.
- LHD. (2017). Kommunale Bürgerumfrage 2016.
- LHD (Hrsg.). (2018). Wohnungsnotfallhilfekonzept 2018: Konzept zur integrierten Versorgung von wohnungslosen und von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen in Dresden.
- LHD (Hrsg.). (2019). 3. Dresdner Bildungsbericht 2019: Zentrale Ergebnisse.
- LHD. (2021). Dresden in Zahlen: I.Quartal 2021.
- LHD. (2022). Dresdner Lebenslagen 60+: Bericht zur Lebenssituation von Dresdnerinnen und Dresdnern ab 60 Jahren (LAB60+ Studie).
- LHD. (2023a). Bevölkerung und Haushalte 2022: Tabellenteil.
- LHD. (2023b). Kommunale Bürgerumfrage 2022.
- LHD (Hrsg.). (2023c). Konzept zur Wohnungsnotfallhilfe. <https://www.dresden.de/de/leben/wohnen/wohnhilfen/wohnungslosigkeit/konzept.php>
- LHD (Hrsg.). (2023d). Statistische Mitteilungen: Arbeit und Soziales 2022.
- LHD. (2023e, 22. Mai). Große Nachfrage beim Wohngeld: Fast 9.000 Anträge im ersten Quartal in Dresden bewilligt [Pressemitteilung]. https://www.dresden.de/de/rathaus/aktuelles/pressemitteilungen/2023/05/pm_056.php
- LHD (Hrsg.). (2024a). Bildungsmanagement & Bildungsmonitoring. <https://www.dresden.de/de/leben/schulen/bildungsbuero/management.php>
- LHD (Hrsg.). (2024b). Soziale Leistungen. <https://www.dresden.de/de/leben/stadtportrait/statistik/gesundheit/soziale-leistungen.php>
- Linberg, T. & Wenz, S. E. (2017). Ausmaß und Verteilung sozioökonomischer und migrationsspezifischer Ungleichheiten im Sprachstand fünfjähriger Kindergartenkinder. *Journal for educational research online*, 9. <https://doi.org/10.25656/01:12967> (*Journal for educational research online* 9 (2017) 1, S. 77-98).
- Mielck, A. & Helmert, U. (2003). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (3. Aufl., Studienausg, S. 519–538). Juventa-Verl.
- RKI (Hrsg.). (2016). Gesundheit in Deutschland. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2016-021.2>
- RKI. (2017). Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-112>
- Schneider, U., Schröder, W. & Stilling, G. (Hrsg.). (2022). Der Paritätische Armutsbericht: Bd. 2022. Zwischen Pandemie und Inflation: Paritätischer Armutsbericht 2022 (1. Auflage). Der Paritätische Gesamtverband. https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Armutsbericht/doc/broschuere_armutsbericht-2022_web.pdf
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.). (2023). Erwerbstätigenrechnung Reihe 2, Band 1: Erwerbstätige in den kreisfreien Städten und Landkreisen der Bundesrepublik Deutschland.
- Statistisches Landesamt Sachsen (Hrsg.). (2022). Wohngeld. <https://www.statistik.sachsen.de/html/wohngeld.html>
- Statistisches Landesamt Sachsen (Hrsg.). (2023a). Erwerbstätige. <https://www.statistik.sachsen.de/html/erwerbsstaetige.html>
- Statistisches Landesamt Sachsen (Hrsg.). (2023b). Statistisch betrachtet: Seniorinnen und Senioren in Sachsen. https://www.statistik.sachsen.de/html/statistischbetrachtet-senioren.html?_cp=%7B%22accordion-content-25858%22%3A%7B%220%22%3Atrue%7D%2C%22previousOpen%22%3A%7B%22group%22%3A%22accordion-content-25858%22%2C%22idx%22%3A0%7D%7D
- Vonneilich, N. & Knesebeck, O. von dem. (2022). Sozialepidemiologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In R. Haring (Hrsg.), *Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Gesundheitswissenschaften* (2. Auflage, S. 39–50). Springer.
- Weinert, S., Ebert, S. & Dubowy, M. (2010). Kompetenzen und soziale Disparitäten im Vorschulalter. *Zeitschrift für Grundschulforschung*, 3(1), 32–45.

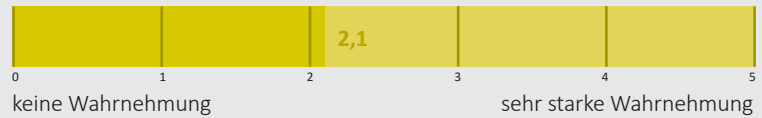
Fakten auf einen Blick:

Umwelt

Hitzebelastung in der Wohnung*



Wahrnehmung von Luftverschmutzung in der Wohnung*

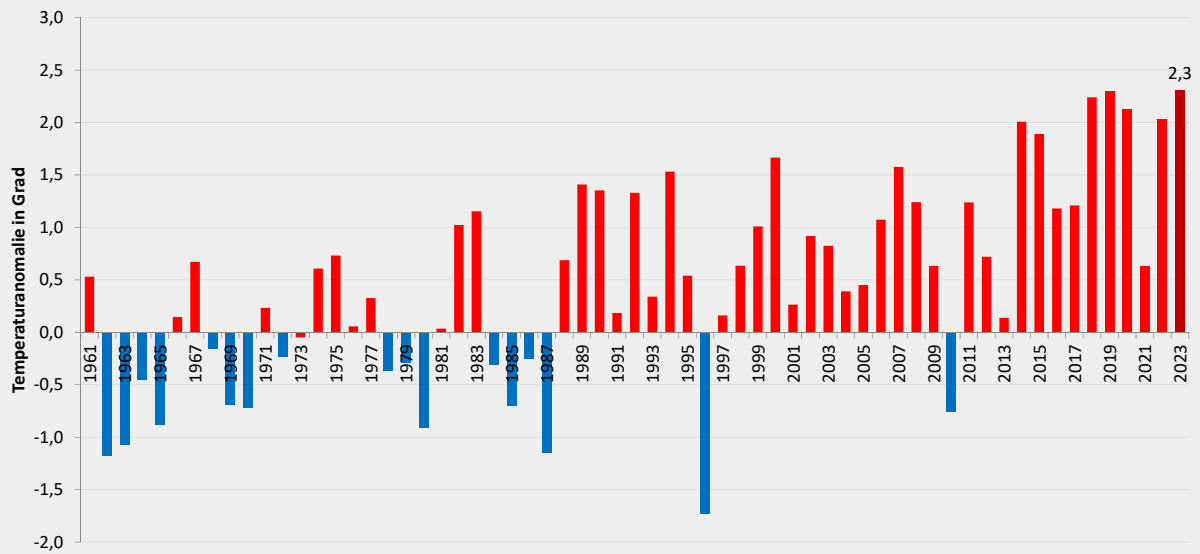


Wahrnehmung von Lärm allgemein in der Wohnung*



Jahresmitteltemperatur 2023 (Dresden-Klotzsche) – Abweichung vom Klimamittel 1961–1990

© Umweltamt, Datenquelle: DWD



Mehr als die Hälfte aller Dresdnerinnen und Dresdner bezeichnet die Erreichbarkeit von Grünflächen als gut.*

Durch den zunehmenden Anstieg der Temperatur nehmen im Sommer Hitzeperioden zu. Dies belastet die Gesundheit der Bevölkerung.

* Quelle: Kommunale Bürgerumfrage 2022

3 Umwelt

3.1 Einleitung

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung und Diskussion des Schutzgutes Gesundheit in umweltrelevanten Zusammenhängen sowohl in der Wissenschaft als auch in der kommunalen Praxis wird das Kapitel „Umwelt“ in diesem Stadtgesundheitsprofil erstmals ausführlicher behandelt. An dieser Stelle sei auch auf das Regenbogen-Modell in der Einleitung und den Umweltbericht 2021/2022 des Umweltamtes der Landeshauptstadt Dresden (LHD) verwiesen (LHD, 2024).

Eine intakte Umwelt fördert die gesunde Entwicklung des Menschen und ist neben sozialen und ökonomischen Einflüssen eine wichtige Voraussetzung für eine gute Lebensqualität. So hat nach der „Europäischen Charta für Umwelt und Gesundheit“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) jeder Mensch das Recht auf eine Umwelt, die ein höchstmögliches Maß an Gesundheit und Wohlbefinden ermöglicht (WHO, 1990). Die Schaffung bzw. Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Umwelt und damit gleichzeitig die Verringerung sozialer Ungleichheiten in Bezug auf Umweltrisiken und -ressourcen ist ein sektorenübergreifendes Querschnittsthema. Zur Förderung der Umweltgerechtigkeit bedarf es verstärkt integrierter Ansätze, die Stadt-, Mobilitäts-, Umwelt- und Gesundheitsplanung miteinander verknüpfen und soziale Dimensionen berücksichtigen.

In diesem Kapitel werden einige Umweltfaktoren vor dem Hintergrund ihrer räumlichen Auswirkungen auf die Gesundheit beleuchtet. So können auf kleinräumiger Ebene die Lebensbedingungen (Verhältnisse) in der Landeshauptstadt Dresden durch lokale Belastungen und lokale Ressourcen beschrieben werden. Lokale Belastungen können beispielsweise durch Lärm, Luftschadstoffe und Überwärmung entstehen. Lokale Ressourcen wiederum sind Grün- und Wasserflächen, öffentliche Freiräume zur Erholung sowie Bewegungsräume.

Im Folgenden konzentriert sich das Umweltkapitel auf die gesundheitlichen Auswirkungen von Überwärmung (Hitze), Lärm, Luftqualität und Erreichbarkeit von Grünflächen. Abschließend wird ein kurzer Exkurs zu den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels gegeben.

3.2 Hitzebelastung

Anhaltend hohe Temperaturen (im Folgenden: Hitze) belasten den menschlichen Organismus und führen zu Beeinträchtigungen der Lebensqualität bis hin zu hitzebedingten Erkrankungen wie Hitzeerschöpfung oder dem lebensbedrohlichen Hitzschlag. Bei Personen mit bestehenden Erkrankungen wie Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Nierenerkrankungen kann Hitze zu einer Verschlechterung oder zum Tod führen. Auch die Wirkung bestimmter Medikamente unter Hitzeeinfluss muss bedacht werden.

Säuglinge und Kleinkinder, ältere und pflegebedürftige Menschen, Schwangere, aber auch Menschen, die im Freien leben oder körperlich arbeiten, sind aufgrund ihrer verminderten physiologischen Anpassungsfähigkeit, aber auch aufgrund sozio-ökonomischer oder verhaltensbedingter Faktoren besonders gefährdet (WHO, 2021a). Die Folgen von Hitze auf die menschliche Gesundheit und eine detaillierte Erklärung der Risikofaktoren sind im Hitze-Handbuch der Landeshauptstadt Dresden beschrieben (LHD, 2023a).

Die Hitzebelastung der Bevölkerung wurde in Dresden in den vergangenen Jahren durch verschiedene Befragungen erfasst. Eine davon war die im Jahr 2017 vom Umweltamt durchgeführte Meinungsumfrage zum Klimawandel. In der Befragung wurde die starke Abhängigkeit des Hitzeempfindens vom Gesundheitszustand sichtbar. So fühlten sich die Menschen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht bewerten, eher von Hitze beeinträchtigt (LHD, 2018).

Auch in der Kommunalen Bürgerumfrage (KBU) 2022 wurden Fragen zur Hitzebelastung und zu den klimatischen Bedingungen gestellt (LHD, 2023b). Die Bürgerumfrage zum Klimawandel, die KBU und die Umweltberichte werden in Kapitel „Datengrundlagen“ erläutert.

Über alle Altersgruppen hinweg sind den befragten Dresdnerinnen und Dresdenern gute klimatische Bedingungen (sehr) wichtig (Abb. 3.1).

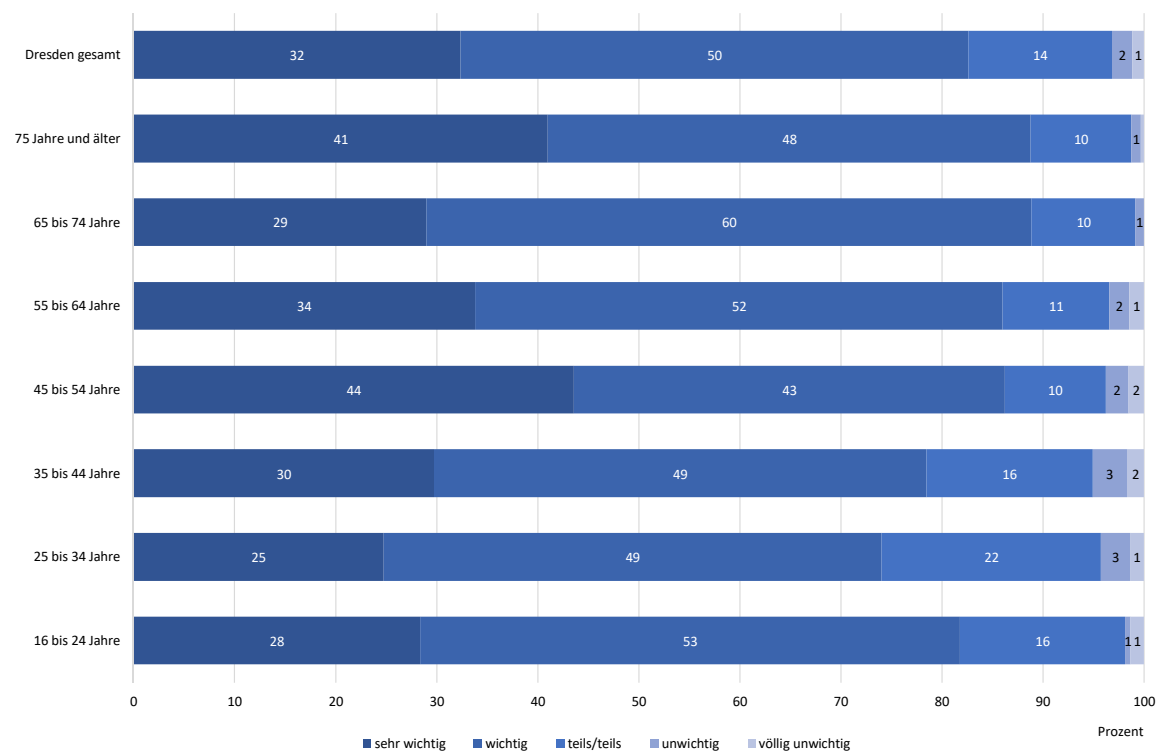


Abbildung 3.1: Bewertung der Wichtigkeit von klimatischen Bedingungen nach Altersgruppen in Dresden laut KBU 2022
Quelle: LHD, 2023b; eigene Darstellung

Ein anderes Bild zeigt sich bei der Zufriedenheit. Hier gibt etwa ein Drittel aller Befragten in den Altersgruppen (zwischen 27 und 38 Prozent) an, mit den klimatischen Bedingungen an ihrem Wohnort nur teilweise zufrieden zu sein (Abb. 3.2).

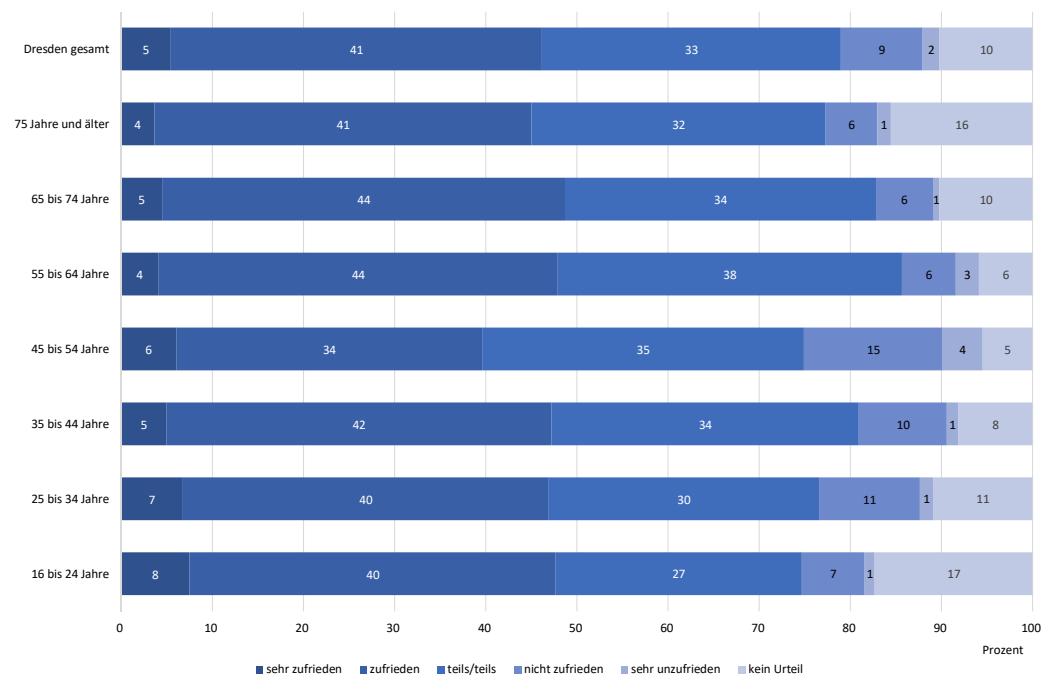


Abbildung 3.2: Zufriedenheit mit klimatischen Bedingungen nach Altersgruppen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023b; eigene Darstellung

Das Ausmaß der Hitzebelastung in der Wohnung hängt vom Gebäudetyp, der Wohnlage und den verhaltensbezogenen Maßnahmen (richtiges Lüften und Beschatten) ab. Insbesondere die Wohnlage bedingt, inwieweit die Hitze als Belastung empfunden wird. So wird die sommerliche Hitzebelastung in den Stadtteilen Prohlis und Reick, in der Leipziger Vorstadt und Pieschen sowie der 26er Ring und in Friedrichstadt am höchsten wahrgenommen. Am geringsten wird sie im Stadtbezirk Loschwitz, Schönfeld-Weißig, Klotzsche und den nördlichen Ortschaften empfunden (Abb. 3.3).

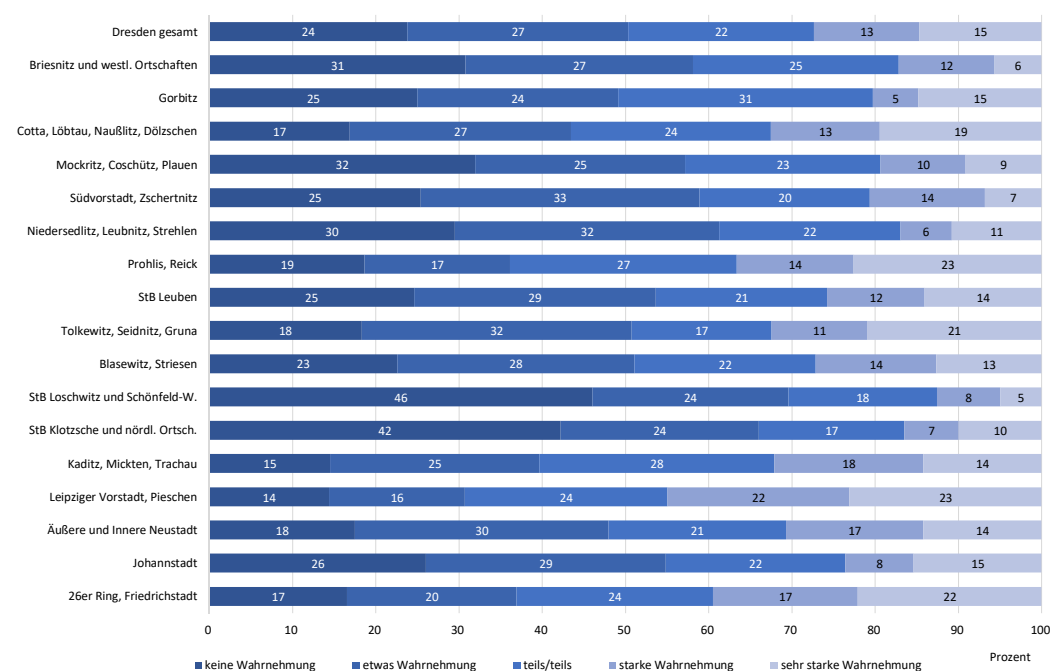


Abbildung 3.3: Wahrnehmung der Hitzebelastung im Sommer nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023b; eigene Darstellung

Dies unterstreicht das Vorkommen von städtischen Wärmeinseln in der Innenstadt und stark besiedelten Stadtteilen. Die städtische Überwärmung wird in der „Synthetischen Klimafunktionskarte“ des Umweltamtes im Dresdner Themenstadtplan sichtbar. Die Veränderungen der meteorologischen Parameter Temperatur, Luftfeuchte, Windgeschwindigkeit und Strahlung werden im Wesentlichen durch den Versiegelungsgrad, die Bebauungsdichte und den Grünanteil bestimmt. So kommt der Stadtklima- bzw. Wärmeineffekt durch stark versiegelte, dicht bebaute und wenig begrünte Innenstadtbereiche zu Stande. Deutlich erkennbar sind die überwärmten Bereiche in den Stadtbezirken Altstadt, Äußere und Innere Neustadt, Pieschen und in Friedrichstadt.

Laut dem Umweltbericht 2021/22 leben im Jahr 2021 fast ein Viertel der Dresdner Bevölkerung (19,7 %) in Gebieten mit hoher Überwärmung (4 bis 5 Grad Celsius) und nur ein geringer Anteil (0,25 %) in Gebieten mit sehr hoher Überwärmung (> 5 Grad Celsius) (Abb. 3.4). Der Indikator zur Messung der Betroffenheit der Stadtbevölkerung durch Überwärmung befindet sich derzeit in Überarbeitung (LHD, 2024).

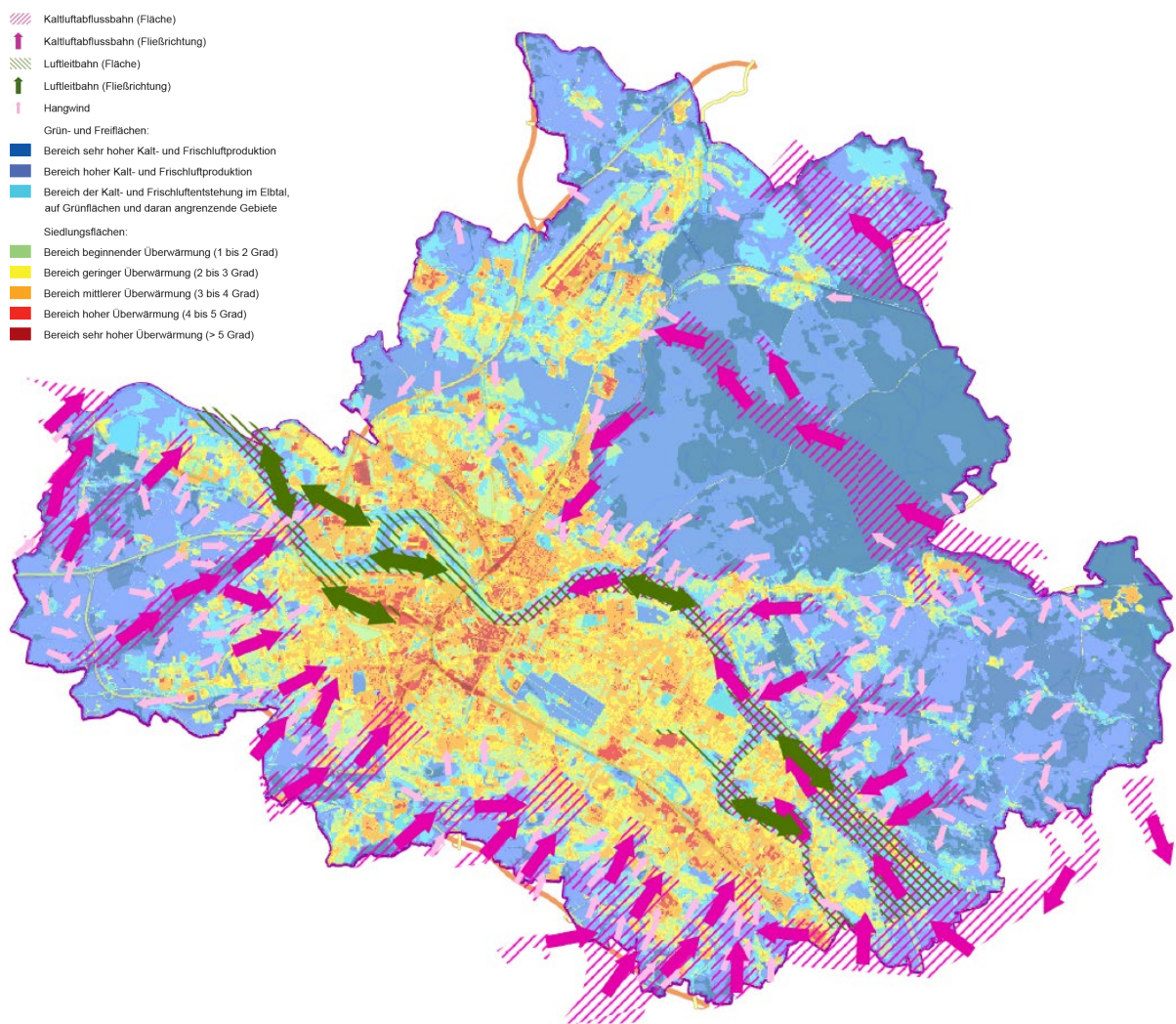


Abbildung 3.4: Synthetische Klimafunktionskarte der Landeshauptstadt Dresden

Quelle: Umweltamt der LHD, Datengrundlage: Amt für Geodaten und Kataster, Zugriff am 10.09.2023

3.3 Luftqualität

Saubere Luft ist essentiell für die Gesundheit. Luft besteht aus einem Gasgemisch aus Stickstoff, Sauerstoff, Wasserdampf, verschiedenen Spurengasen wie z. B. Argon, Kohlenstoffdioxid sowie kleinen festen und flüssigen Partikeln (Aerosolen). Die Partikel kommen in der Luft in verschiedenen Größen vor. Man unterscheidet zwischen ultrafeinen ($< 1 \mu\text{m}$), feinen ($< 2,5 \mu\text{m}$) und groben ($\geq 2,5 \mu\text{m}$) Partikeln (DWD, 2024).

Die Luftqualität ist dabei ein Maß für die Reinheit bzw. Schadstoffbelastung der Luft. Die wichtigsten Luftschadstoffe sind Stickstoffdioxid (NO_2), Feinstaub (PM), Schwefeldioxid (SO_2), Ozon (O_3) und Kohlenmonoxid (CO). Zu den durch Menschen verursachten Quellen von Luftschadstoffen zählen Verbrennungsprozesse, Heizungsanlagen, Industrieanlagen und der Kraftfahrzeugverkehr.

Die gesundheitlichen Auswirkungen der Luftverschmutzung sind nicht nur auf hohe Belastungen beschränkt, sondern treten bereits bei niedrigen Konzentrationen deutlich unterhalb existierender gesetzlicher Grenzwerte auf. Obwohl Luftschadstoffe Auswirkungen auf die Atemwege und die Lunge haben, liegt das größte zurechenbare Risiko in Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems. Diese Erkrankungen können akut bei hohen Konzentrationen an Luftschadstoffen oder als Folge von Langzeitbelastungen auftreten. So konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass kurzfristige Erhöhungen von $\text{PM}_{2,5}$ (Feinstaub mit einem Partikeldurchmesser von $< 2,5 \mu\text{m}$) das relative Risiko für akute Herz-Kreislauf-Ereignisse um ein bis drei Prozent innerhalb weniger Tage steigen lässt. Mehrjährige Expositionen erhöhen dieses Risiko dagegen um etwa zehn Prozent. Dies kann zur Entstehung oder Verschlimmerung kardiometabolischer Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Diabetes mellitus beitragen (Rajagopalan et al., 2018).

Weitere Auswirkungen schlechter Luftqualität können Kopfschmerzen, Atembeschwerden, Augenreizungen, Hautalterung oder die Verschlimmerung von Atemwegserkrankungen sein. Es wurden auch negative Einflüsse auf die Fortpflanzungsorgane beschrieben (Breitner-Busch, 2023).

Kurzfristig erhöhte Konzentrationen von Luftschadstoffen stellen für gesunde Menschen ein eher geringes Risiko dar. Klinisch meist unbemerkte Folgen, wie z. B. eine unbemerkte Entzündungsreaktion der Lunge, können bei suszeptiblen (empfindlichen) Personen jedoch als Vorläufer schwerwiegender oder tödlicher Ereignisse angesehen werden. Suszeptibilitätsfaktoren sind das Lebensalter (Säuglinge, Kleinkinder und ältere Menschen), soziale und persönliche Faktoren (Rauchen, Wohnort) sowie der Gesundheitszustand (Vorerkrankungen wie Asthma bronchiale) (Breitner-Busch, 2023).

Für Luftschadstoffe gibt es Richtwerte, Grenzwerte und Zielwerte. Richtwerte stellen Empfehlungen auf Grundlage aktueller Forschung dar. Grenzwerte hingegen sind in Verordnungen und Gesetzen festgelegt und dürfen nicht überschritten werden. Zielwerte sollen möglichst innerhalb eines bestimmten Zeitraumes eingehalten werden.

Grundlage für die Grenz- und Zielwerte in Deutschland ist die europäische Richtlinie 2008/50/EG über Luftqualität und saubere Luft in Europa, die mit der 39. BImSchV-Verordnung über Luftqualitätsstandards und Emissionshöchstmengen 2010 in deutsches Recht umgesetzt wurde (39. BImSchV, 2010).

Die Konzentrationen von Luftschadstoffen sind in Dresden wie in den Industrieländern insgesamt seit Jahren rückläufig. Es stellt sich jedoch die kritische Frage, ob bereits bei geringen Luftschadstoffkonzentrationen schädliche Wirkungen auftreten und eine weitere Regulierung unterhalb der derzeitigen nationalen Standards gerechtfertigt ist. Die WHO hat daher 2021 neue Leitlinien zur Luftqualität veröffentlicht, die mögliche Grenz- und Zielwerte unterhalb der EU-Luftqualitätsrichtlinie vorschlagen (WHO, 2021b). Auf europäischer Ebene wurde Ende Februar 2024 ein Entwurf mit neuen Grenz- und Zielwerten verhandelt, das noch formal vom Europäischen Parlament und dem Europäischen Rat als EU-Recht verabschiedet werden muss. Diese sieht deutlich strengere Grenzwerte für Luftschadstoffe vor (Stand: April 2024) (UBA, 2024).

Im Folgenden werden die Werte der Schadstoffe $\text{PM}_{2,5}$, PM_{10} , NO_2 und O_3 mit den derzeit geltenden Grenzwerten, der EU-Richtlinie für 2030 sowie den empfohlenen WHO-Luftqualitätsrichtwerten dargestellt. Für Ultrafeinstaub existieren derzeit weder Richt-, Ziel- noch Grenzwerte (Tab. 3.1).

Tabelle 3.1: Übersicht über Schadstoffe mit den derzeit geltenden Grenzwerten, der EU-Richtlinie für 2030 sowie der WHO-Empfehlung

Parameter ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)		Aktueller Grenzwert (39. BImSchV)	EU Grenzwert für 2030	WHO Empfehlung
PM _{2,5}	Jahresmittel	25	10	5
PM ₁₀	Tagesmittel	50 (35)	45 (18)	45 (< 4)
	Jahresmittel	40	20	15
NO ₂	Jahresmittel	40	20	10
O ₃	8-Stundenwert	120 (25)	120 (18)	100 (< 4)

Quelle: UBA, 2024

In Dresden werden im Umweltbericht 2021/22 die Indikatoren der NO₂-Immissionen und PM₁₀-Immissionen als Maß für die Luftqualität beschrieben. Die Standorte für die Immissionsmessungen sind zum einen in verkehrsnaher Lage zur Erfassung der höchsten Werte und zum anderen im städtischen Hintergrund zur Erfassung repräsentativer Daten für die Exposition der Bevölkerung insgesamt. Innerstädtische, verkehrsnaher Messstellen sind an der Bergstraße und am Schlesischen Platz installiert. Die Messstelle für den städtischen Hintergrund findet sich an der Winkelmannstraße (Stadtteil: Südvorstadt-West).

In den letzten Jahren wurden keine Grenzwertüberschreitungen für NO₂ sowie für PM₁₀ und seine Inhaltsstoffe, wie Blei, Arsen, Cadmium, Nickel, Benzo(a)pyren, Benzol und Schwefeldioxid, auf Grundlage der nationalen Grenzwerte gemessen. Erstmals gelang es 2020 bei PM₁₀ sogar die strengere Empfehlung der WHO von 15 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ einzuhalten, allerdings nur an der Hintergrundstation Winkelmannstraße mit weniger Verkehrsaufkommen. Der Jahresgrenzwert für PM_{2,5} wird seit vielen Jahren sicher an allen Dresdner Messstationen eingehalten. Auch der wahrscheinlich eingeführte neue EU-Grenzwert von 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ wird schon fast eingehalten. Bis zur Einhaltung der WHO-Empfehlungen ist es jedoch noch ein weiter Weg. Alle gemessenen Werte an den drei Messstellen sind im Umweltbericht 2021/22 dargestellt (LHD, 2024).

In der KBU von 2022 wurde die Dresdner Bevölkerung nach der wahrgenommenen Luftverschmutzung in ihrer Wohnumgebung gefragt (LHD, 2023b). Aufgeschlüsselt nach Altersgruppen zeigt sich, dass gerade (junge) Erwachsene im Erwerbsleben (von 25 bis 64 Jahre) zwischen 11 und 16 Prozent die Luftverschmutzung allgemein (sehr) stark wahrnehmen. Aber immerhin rund ein Viertel der 65- bis 74-Jährigen und 21 Prozent der über 75-Jährigen nehmen noch eine teilweise schlechte Luftqualität wahr. Mehr als ein Drittel der Bevölkerung (schwankt zwischen 28 Prozent bis 46 Prozent) bemerken keine Luftverschmutzung (Abb. 3.5).

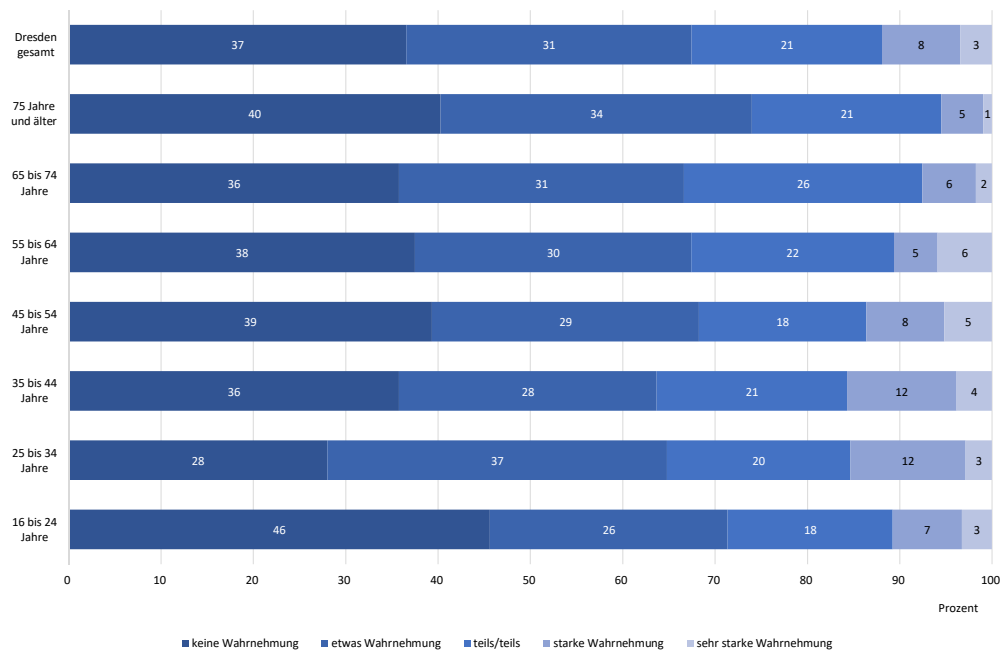


Abbildung 3.5: Wahrnehmung der Luftverschmutzung in der Wohnumgebung nach Altersgruppen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023b; eigene Darstellung

Nach Stadtteilen betrachtet, fallen die Stadtteile rund um Cotta sowie die Leipziger Vorstadt, Pieschen, Äußere sowie Innere Neustadt besonders auf. In diesen Stadtteilen nehmen jeweils mehr als 15 Prozent der Befragten die Luftverschmutzung (sehr) stark wahr. Auch in den Stadtteilen Prohlis und Reick, in der Johannstadt sowie am 26er Ring und in der Friedrichstadt ist die Wahrnehmung teilweise hoch (zwischen 28 und 37 Prozent). Eine geringe Luftverschmutzung im Wohnumfeld wird vor allem von den Befragten aus Gorbitz, den südwestlichen Stadtteilen wie Plauen, in den Stadtbezirken Loschwitz und Schönfeld-Weißig sowie den nördlichen Ortschaften und Klotzsche gesehen (zwischen 40 und 61 Prozent) (Abb. 3.6). Allgemein wird nicht genauer erfragt, was die Teilnehmenden unter Luftverschmutzung verstehen, sodass diese von Verkehrsabgase bis hin zu ganz lokalen Ursachen, wie schlecht ausgerichtete Mülltonnen, reichen kann.

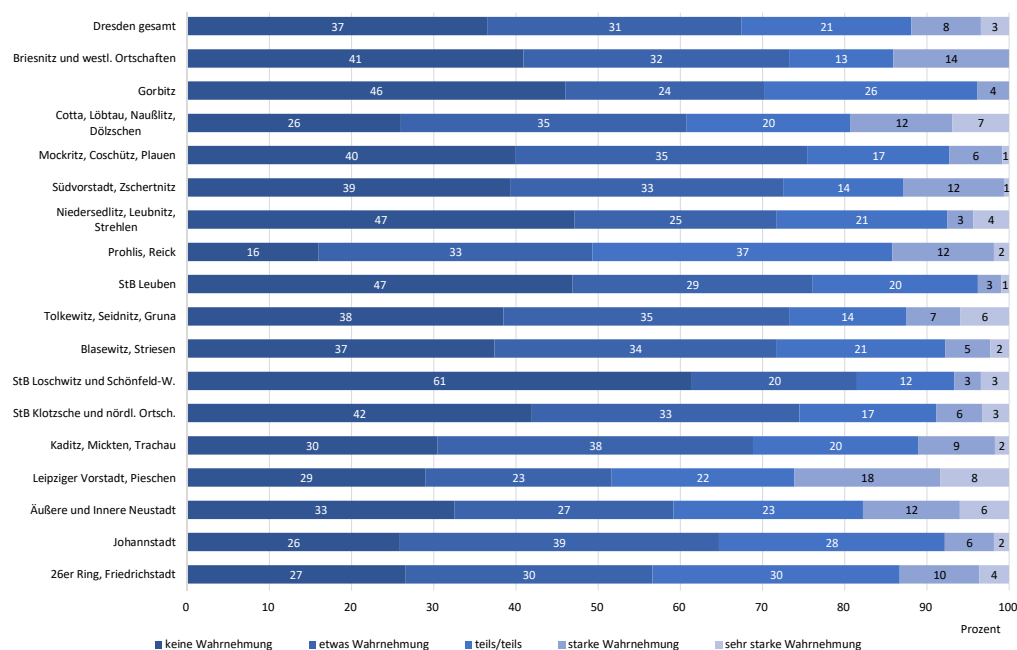


Abbildung 3.6: Wahrnehmung der Luftverschmutzung in der Wohnumgebung nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023b; eigene Darstellung

Ein Vergleich des subjektiven Empfindens der Luftverschmutzung in den Dresdner Stadtteilen aus der KBU des Jahres 2022 mit objektiven Messdaten von lediglich drei städtischen Stationen ist nicht sinnvoll. Flächenhafte Darstellungen für die Gesamtstadt sowie die Straßenrandbelastungen liegen für NO₂ und PM₁₀ vom Jahr 2015 aus Modellierungen vor. Beide Luftwerte haben sich seitdem jedoch deutlich verbessert, sodass ein Vergleich ebenfalls nicht möglich ist.

3.4 Lärmbelastung

Lärm ist ein weiterer Umweltfaktor, dem die Stadtbevölkerung ausgesetzt ist. Die Hauptquellen für Lärm sind Straßen-, Flug- und Schienenverkehr sowie durch industrielle Tätigkeiten oder Freizeitlärm. Diese werden auch als Umgebungslärm bezeichnet.

Laut der WHO kann Lärm Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlafstörungen, kognitive Entwicklungsstörungen bei Kindern, Tinnitus und Belästigung hervorrufen. Der potenzielle Wirkmechanismus ist dabei durch das Lärm-Stress-Modell erklärbar. Demzufolge wird über ein Gefühl des Unbehagens oder durch die physische Reizung eine Stressreaktion mit einer Aktivierung des zentralen Nervensystems ausgelöst. Bei einer chronischen Stressbelastung können Rückkopplungsprozesse, die den Körper nach dem Stress wieder ins Gleichgewicht bringen sollten, gestört werden (Babisch, 2002).

Für die Bewertung der Lärmauswirkungen auf die Bevölkerung werden zwei Lärmindizes verwendet: Der Tag-Abend-Nacht-Lärmindex L_{DEN} (Day, Evening, Night) und der Nacht-Lärmindex L_{NIGHT}. Die Indizes werden in Dezibel (dB) angegeben. Lärmpegel ab L_{DEN} 65 dB(A) bzw. L_{NIGHT} 55 dB(A) gelten als gesundheitsgefährdend. Nach der WHO sind deutlich strengere Werte zu empfehlen (Tab. 3.2) (WHO, 2018):

Tabelle 3.2: Empfehlungen der WHO für die Schwellenwerte von Lärm

Lärmursache	Empfehlung der WHO	
	dB L _{DEN}	dB L _{NIGHT}
Straßenverkehr	weniger als 53	weniger als 45
Schienenverkehr	weniger als 54	weniger als 44
Fluglärm	weniger als 45	weniger als 40

Quelle: WHO, 2018

Den Rahmen für die Lärmminderungsplanung setzt die EG-Umgebungslärmrichtlinie fest (EG-URL). Danach sind alle fünf Jahre Lärmkarten zu erstellen, die Öffentlichkeit zu informieren und für die ermittelten Lärmschwerpunkte Maßnahmen in Lärmaktionsplänen zusammenzustellen. Die Dresdner Lärmaktionsplanung wurde mit dem Masterplan Lärmminderung im Jahr 2009 erstmals beschlossen und erfuhr zwischenzeitlich seine zweite Evaluierung und Fortschreibung. Die letzte Umgebungslärmkartierung erfolgte im Jahr 2022. Danach sind im Ballungsraum Dresden 163.000 Menschen durch Straßenverkehrslärm (Hauptverkehrsstraßen und sonstige Straßen) mit mindestens 55 dB L_{DEN} belastet. Davon sind 41.400 Personen einem gesundheitsschädlichen Wert von mehr als 65 dB(A) L_{DEN} ausgesetzt. Nachts sind 186.700 Menschen von einem Lärmpegel von mindestens 45 dB L_{NIGHT} betroffen.

Daraus ergeben sich nach standardisierten Modellrechnungen 28.241 Fälle von starker Belästigung, 9.497 Fälle von starker Schlafstörung und 57 Fälle von koronarer Herzkrankheit (LHD, 2023c). Alle Ergebnisse können auf der Homepage des Umweltamtes der Landeshauptstadt Dresden eingesehen werden.

Die Lärmkartierung ist neben der Klimafunktionskarte (siehe Abschnitt 3.2 auf Seite 106) ein weiteres Kriterium für die Bewertung der Wohnlage in Dresden. Lärm mindert die Wohnlage erheblich.

In der KBU wird regelmäßig nach der Wahrnehmung von Lärm in der Wohnumgebung gefragt. Hierbei wird nach Lärm allgemein sowie nach Lärm durch den Straßenverkehr, die Eisenbahn, den Flugverkehr, von Baustellen, von Gewerbe/Industrie, Anwohner/Passanten und an Wertstoffcontainerstandplätzen unterschieden (LHD, 2023b).

Die Ergebnisse der KBU im Jahr 2022 zeigen, dass die meisten befragten Dresdnerinnen und Dresdner Lärm im Allgemeinen wahrnehmen, wobei die häufigste Belästigung vom Straßenverkehr, gefolgt von Nachbarschaft und Passierende sowie Bau-
stellen ausgehen.

Dabei ist die Wahrnehmung für Lärm allgemein je nach Altersgruppe unterschiedlich. Eine (sehr) starke Wahrnehmung gaben die befragten Dresdnerinnen und Dresdner in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen an (20 %). Mit zunehmendem Alter nimmt die wahrgenommene Lärmbelästigung im Wohnumfeld ab. Fast ein Viertel (23 %) der über 75-Jährigen erlebt sogar keine Lärmbelästigung in der Wohnumgebung (Abb. 3.7).

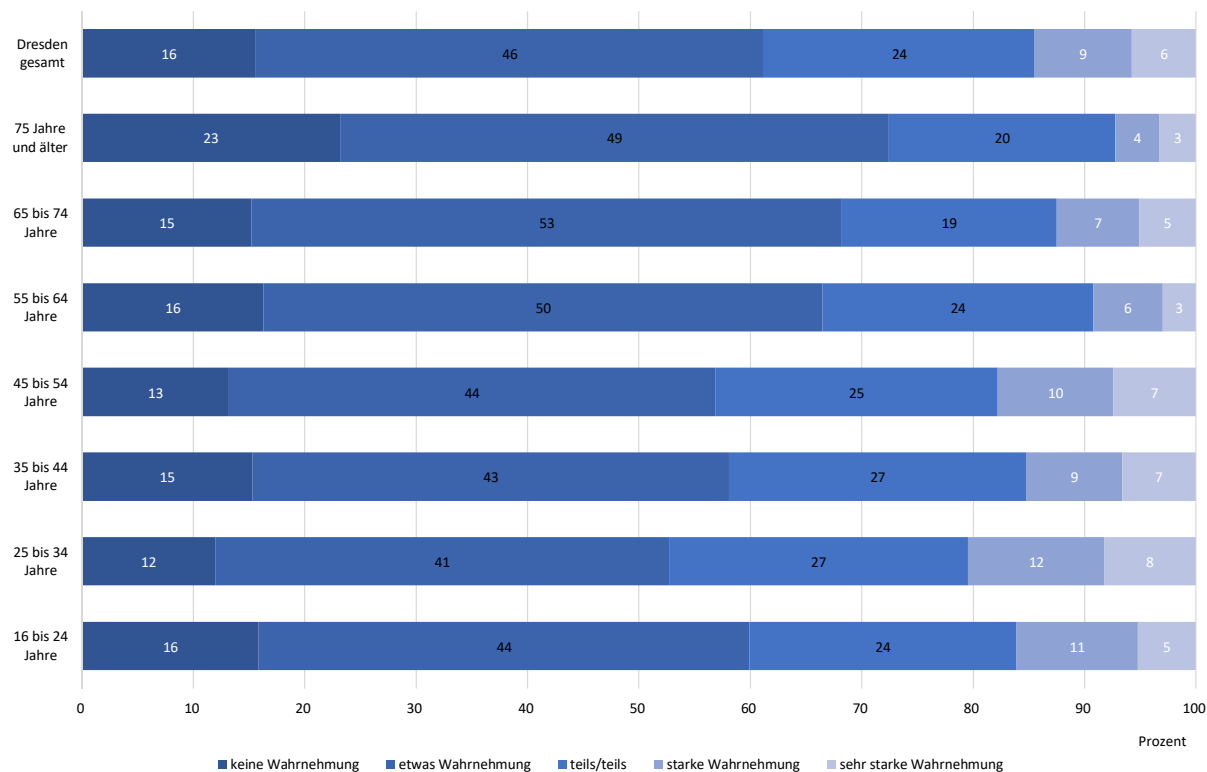


Abbildung 3.7: Wahrnehmung von Lärm in der Wohnumgebung nach Altersgruppen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023b; eigene Darstellung

Differenziert nach Stadträumen fällt vor allem die hohe Lärmbelastung in der Leipziger Vorstadt, in Pieschen, Äußere und Innere Neustadt, in der Johannstadt sowie im 26er Ring und in der Friedrichstadt auf. Hier nimmt mehr als ein Fünftel aller Befragten den Lärm in der Wohnumgebung (sehr) stark wahr (zwischen 20 und 29 Prozent). Die Mehrheit der Befragten in allen Stadtteilen nimmt etwas Lärm in der Wohnumgebung wahr (schwankt zwischen 34 und 55 Prozent). Mehr als ein Drittel der Befragten im Stadtbezirk Loschwitz und Schönfeld-Weißig geben keine Lärmbelastung an (33 %) (Abb. 3.8).

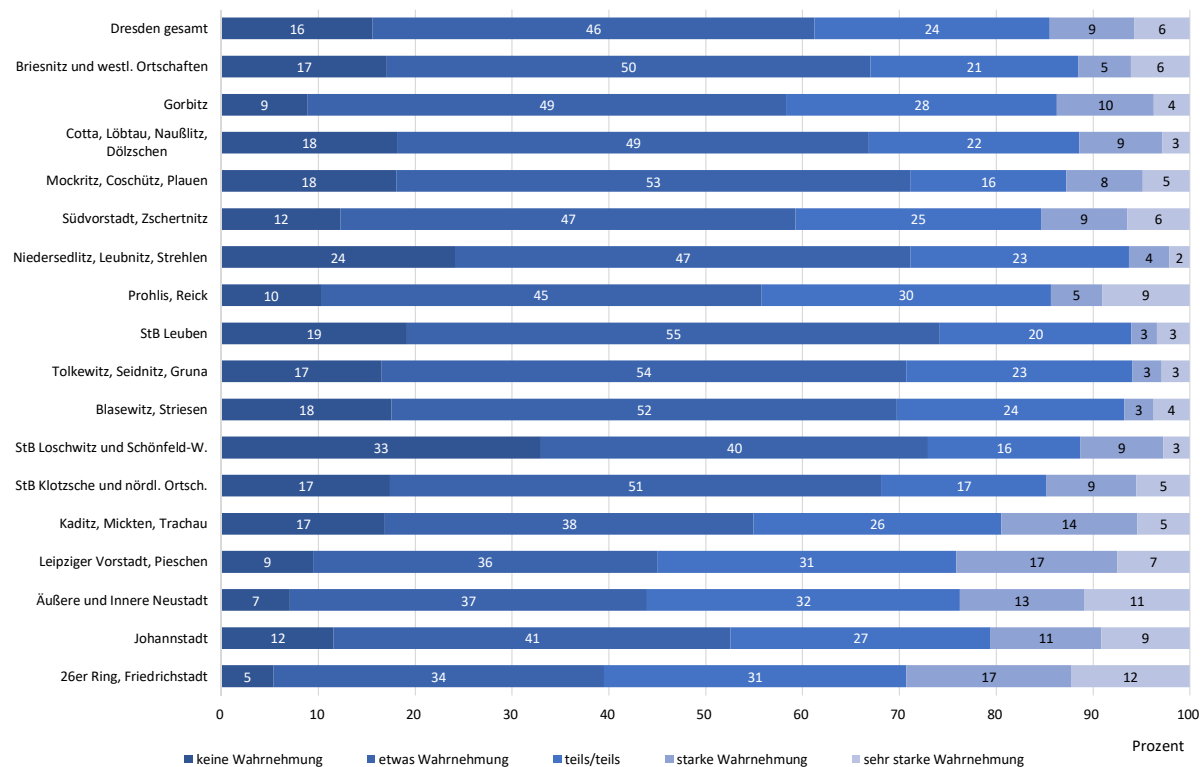


Abbildung 3.8: Wahrnehmung von Lärm in der Wohnumgebung nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023b; eigene Darstellung

Die subjektiven Angaben decken sich mit objektiven Angaben. Aus dem letzten Masterplan Lärminderung mit der Fortschreibung 2018 wurden die „lautesten Stadtteile“ gelistet. An vorderer Stelle stehen hier die Stadtteile Leipziger Vorstadt, Äußere und Innere Neustadt, Friedrichstadt, Mickten, Kaditz Ost, Pieschen Süd, Südvorstadt West und Plauen Nord. Diese sind einerseits durch den Straßenverkehr aber auch durch den Eisenbahnverkehr besonders betroffen (LHD, 2020).

3.5 Grünerreichbarkeit

Dem urbanen Grünraum (Stadtgrün) wird seit Langem ein gesundheitsschützendes und gesundheitsförderndes Potenzial zugeschrieben. So wirkt es direkt und indirekt auf die physische, psychische und soziale Gesundheit sowie auf das Wohlbefinden von Menschen ein.

Stadtgrün kann direkte Auswirkungen haben, indem es bestimmte Faktoren in der Umwelt mindert, wie Lärm, Luftverschmutzung oder Hitze. Darüber hinaus hat Stadtgrün eine physiologische Wirkung durch das Naturerlebnis an sich (WHO, 2016). Indirekte Wirkungen von Stadtgrün können die Anregung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen, wie vermehrte körperliche Aktivität, und des sozialen Miteinanders sein. Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Zugang zu Grünflächen und körperlicher Aktivität sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen (Kondo et al., 2018). Naturräume im Allgemeinen wirken stressreduzierend, blutdrucksenkend, aufmerksamkeits- und konzentrationsfördernd auf den Menschen (Claßen & Bunz, 2018).

Die Ausstattung mit Grünflächen in Städten wird so zunehmend als Teil der Gesundheitsvorsorge wahrgenommen. Das Bedürfnis der Stadtbevölkerung nach gut erreichbaren und ausgestatteten Grünflächen zur Freizeitgestaltung, körperlichen Betätigung und zum gezielten Ausgleich vom (Berufs-)Alltag ist groß. Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) empfiehlt, dass öffentliche, gesundheitswirksame Grünflächen mit einem Gesamtumfang von mindestens einem Hektar für alle Einwohnerinnen und Einwohner in fußläufiger Entfernung von maximal 500 Metern (ca. 300 Meter Luftlinie) vom Wohnstandort erreichbar sein sollten (Mattanovich et al., 2017).

Auch in Dresden sagten 93 Prozent der Befragten in der KBU von 2022 aus, dass ihnen eine gute Durchgrünung im Wohngebiet (sehr) wichtig ist und 41 Prozent gaben an, wöchentlich die Freiräume zur Erholung aufzusuchen (LHD, 2023b).

In der KBU von 2022 wurden die Dresdnerinnen und Dresdner zur Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von öffentlichen Grünanlagen befragt. Dazu wurde die Zufriedenheit mit Grünanlagen im Umkreis von 250 m, bzw. 5 min Fußweg, im Umkreis von 500 m, bzw. 10 min Fußweg im Umkreis von 750 m, bzw. 15 min Fußweg sowie im Umkreis von 2000 m, bzw. 30 min Fußweg erfasst. Mit zunehmender Entfernung sind mehr Grünanlagen verfügbar. Die Hälfte der Befragten (50 %) bewertet die Erreichbarkeit von Grünanlagen in der Nachbarschaft (Umkreis von 250 m) als gut und auch im Wohngebiet (Umkreis von 500 m) ist eine hohe Zustimmung (55 %) zur Erreichbarkeit vorhanden. Im größeren Umkreis von mindestens 30 Gehminuten geben fast Dreiviertel der Befragten eine gute Verfügbarkeit an (Abb. 3.9).

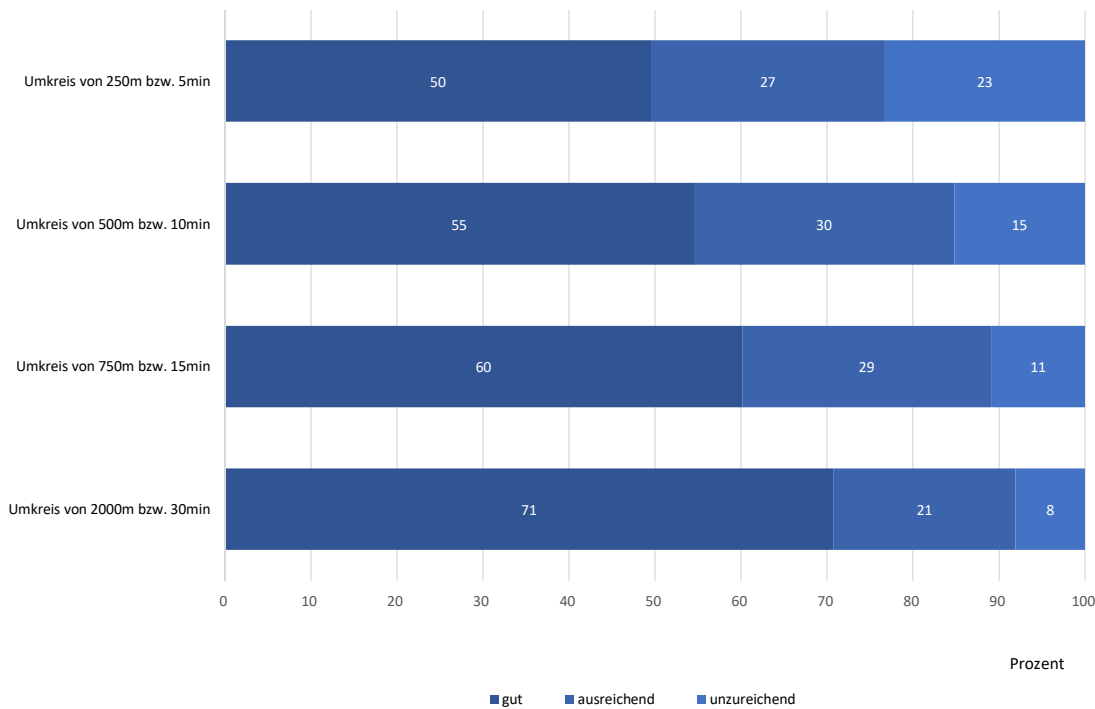


Abbildung 3.9: Erreichbarkeit und Verfügbarkeit öffentlicher Grünflächen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023b; eigene Darstellung

Im Folgenden wird sich nur auf das Nachbarschaftsgrün, also die Erreichbarkeit von öffentlichem Grün im Umkreis von 250 m, bzw. 5 min Fußweg, konzentriert und die Bewertung dafür nach Stadträumen dargestellt.

Eine gute Erreichbarkeit im Umkreis von 250 m sehen mit über 50 Prozent vor allem Befragte aus den Stadtteilen am Rande Dresdens, wie in Briesnitz und den westlichen Ortschaften, oder aus dem Stadtbezirk Loschwitz und Schönfeld-Weißig. Aber auch in den Stadtteilen Äußere und Innere Neustadt, Johannstadt oder Gorbitz werden Grünflächen schnell erreicht. Dagegen empfinden 43 Prozent der Befragten in den Stadtteilen Leipziger Vorstadt und Pieschen die Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Nachbarschaftsgrün als unzureichend (Abb. 3.10).

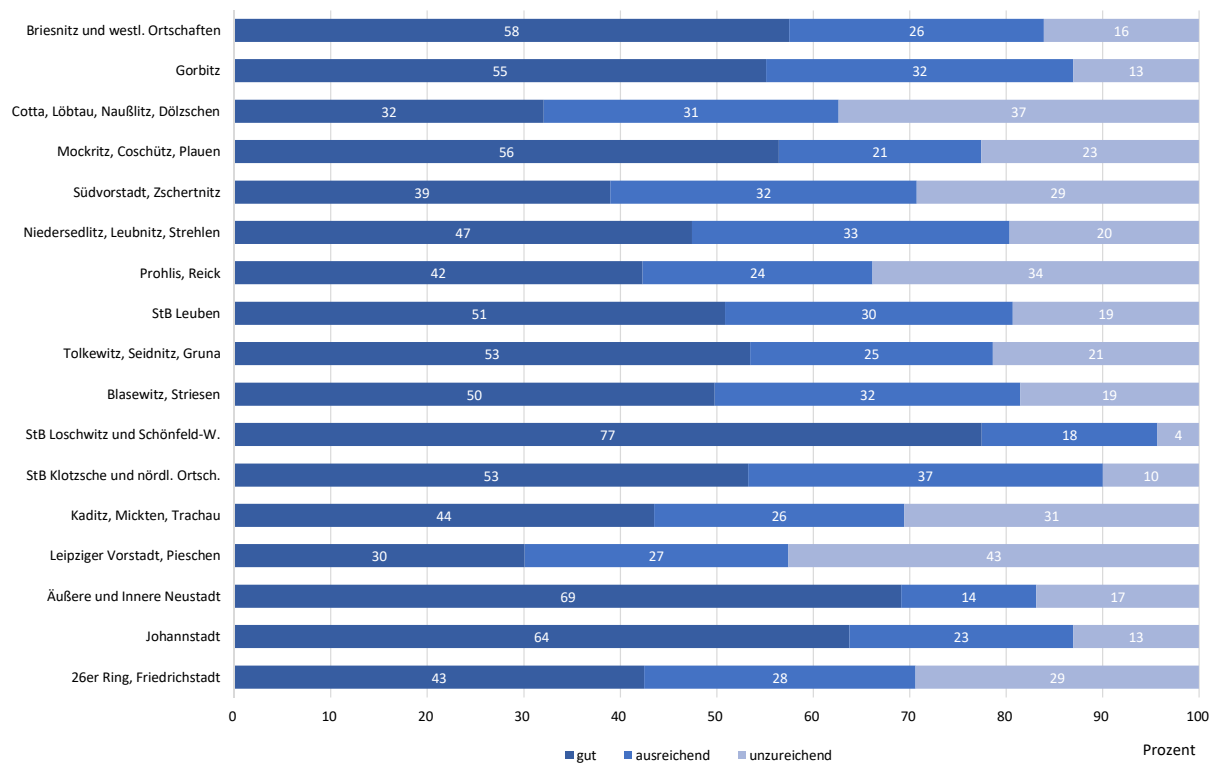


Abbildung 3.10: Erreichbarkeit und Verfügbarkeit öffentlicher Grünflächen nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2022
Quelle: LHD, 2023b; eigene Darstellung

3.6 Klimawandel und Gesundheit

In diesem Abschnitt wird ein kurzer Einblick in die klimatischen Veränderungen in der Region Dresden und die Auswirkungen des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit gegeben. Der Anstieg der globalen Temperatur zeigt sich auch in der Region Dresden. So erhöhte sich die Jahresmitteltemperatur an der Wetterstation Dresden-Klotzsche im 30-jährigen Durchschnitt von 8,9 auf 9,8 Grad, also um fast 1 Grad. In Deutschland hat sich die Jahresmitteltemperatur seit Beginn flächendeckender Messungen ab 1881 bereits um 1,6 Grad erhöht, wobei die Geschwindigkeit des Temperaturanstiegs in den letzten 50 Jahren deutlich zugenommen hat (vgl. seit 1881 im Mittel um 0,12 Grad pro Dekade, seit ca. 1973 mit 0,38 Grad pro Dekade mehr als dreimal so hoch) (Hertig et al., 2023).

Für den Dresdner Raum wird bis 2050 ein Anstieg der Jahresmitteltemperatur um ca. 2,6 Grad erwartet, wenn der Ausstoß an Treibhausgasemissionen im gleichen Umfang wie bisher erfolgt (LfULG, 2024). In allen berechneten Klimaszenarien wird eine deutliche Überschreitung um 1,5 Grad auf Mitte des Jahrhunderts erreicht. Es gilt sogar als sehr wahrscheinlich, dass die globale Durchschnittstemperatur um 2 Grad steigt; es sei denn, der Ausstoß von CO₂- und anderen Treibhausgasen wird ab sofort stark reduziert (Hertig et al., 2023).

Der Klimawandel hat direkte und indirekte Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit. Direkte Auswirkungen ergeben sich vor allem durch die Folgen extremer Wetterereignisse, wie Hitzewellen oder Starkregen. Hitzewellen stellen dabei in den Ländern des globalen Nordens als das gesundheitlich schwerwiegendste Wetterereignis dar (Vicedo-Cabrera et al., 2021). In Erinnerung geblieben ist der europäische Hitzesommer 2003 mit geschätzten 70.000 hitzebedingten Todesfällen in Europa, aber auch die jüngeren Ausnahmesommer 2018, 2019, 2020 und 2022 mit insgesamt rund 23.300 hitzeassoziierten Todesfällen in Deutschland sind zu erwähnen (Winklmayr et al., 2022).

Indirekte Folgen ergeben sich vor allem aus dem Anstieg der Temperaturen in allen vier Jahreszeiten. So hat der Klimawandel Auswirkungen auf die verstärkte Verbreitung von Vektor- und Nagetier-assoziierten Erkrankungen, wie zum Beispiel das West-Nil-Virus durch Stechmücken oder die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) durch Zecken, und von wasserbürtigen

Infektionen, wie Legionellen oder toxische Cyanobakterien. Zudem hat der Temperaturanstieg einen Einfluss auf die Allergenexposition, indem die Pollensaison länger und intensiver wird, oder neue allergene und invasive Arten sich ausbreiten, wie die Beifuß-Ambrosie. Weitere indirekte Folgen sind ein vermehrtes Aussetzen von UV-Strahlung durch u. a. längere Sonnenscheinstunden. Hitze hat zudem einen negativen Effekt auf die Luftqualität, indirekt kann es durch vermehrte Trockenheit zu einer erhöhten Waldbrandgefahr kommen. Weitere gesundheitliche Folgen des Klimawandels betreffen die psychische Gesundheit, wie Angstzustände oder posttraumatische Belastungsstörungen zum Beispiel nach Ereignissen wie dem Hochwasser im Ahrtal (Augustin et al., 2024). Das Gesundheits- und Sozialsystem ist ebenfalls negativ betroffen, wie vermehrte Notfalleinsätze in Hitzewellen zeigten (Hertig et al., 2023; Winklmayr et al., 2022).

In der Stadt Dresden werden daher nicht nur Maßnahmen zum Klimaschutz ergriffen, sondern auch Strategien und Maßnahmen zur Anpassung an die Folgen des Klimawandels umgesetzt. Eine Übersicht der Aktivitäten der Stadt Dresden findet sich unter www.dresden.de/klima.

3.7 Zusammenfassung

Im Zuge des Klimawandels wird zunehmend auch der mögliche Einfluss von Umweltbelastungen auf die Gesundheit der Bevölkerung ersichtlich und die Frage diskutiert, ob die sozial ungleiche Verteilung von Umweltbelastungen auch für die ungleiche Verteilung von Gesundheit und Krankheit mitverantwortlich ist.

Ein besseres Verständnis der Verteilung von Umweltbelastungen und Umweltressourcen im städtischen Raum ist notwendig, um besonders betroffene Bevölkerungsgruppen zu identifizieren und mögliche Gesundheitsgefährdungen durch Umweltrisiken zu minimieren.

Hierzu wurde im vorliegenden Kapitel die gesundheitliche Auswirkung der jeweiligen Umweltbelastung und Umweltressource beschrieben. Von allen Umweltbelastungen fühlen sich die befragten Dresdnerinnen und Dresdner besonders durch Hitze belastet. Dies ist in allen Altersgruppen ersichtlich und wird auf der Klimafunktionskarte deutlich. Bei Luftverschmutzung und Lärm sind es eher die jüngeren Altersgruppen, die diese als Belastung wahrnehmen.

Aufgrund der zunehmenden Hitzebelastung und ihrer gesundheitlichen Folgen wird derzeit der Hitzeaktionsplan für die Landeshauptstadt Dresden erstellt (Stand: April 2024).

Allgemein lassen sich subjektiv wahrgenommene, mehrfachbelastete Stadtteile identifizieren, in denen die Befragten sowohl eine erhöhte Wärmebelastung als auch vermehrte Luftverschmutzung und Lärm wahrnehmen. Diese zentrieren sich auf die Innenstadt und einzelne Stadtteile um den Innenstadtkern. Dafür sind in allen Stadtteilen bis auf wenige Ausnahmen öffentliche Grünanlagen in der näheren Nachbarschaftsumgebung erreichbar und verfügbar. Umweltbezogene Daten zur objektiven Bewertung von mehrfach belasteten Stadtteilen fehlen jedoch bisher für die Stadt Dresden und werden im Rahmen des Projektes „RESILIENT – Der Dresdner Gesundheitsindex – ein kleinräumiges Monitoring des Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhaltens und des Zugangs zu Gesundheitsversorgung“ erarbeitet.

3.8 Literaturverzeichnis

- Augustin, J., Andrees, V., Czerniejewski, A., Dallner, R., Schulz, C. M. & Mezger, N. C. S. (2024). Auswirkungen des Ahrtal-Hochwassers auf die Gesundheit der lokalen Bevölkerung – eine Analyse auf Grundlage von GKV-Routinedaten. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 67(1), 5–13. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03809-x>
- Babisch, W. (2002). The Noise/Stress Concept, Risk Assessment and Research Needs. Noise & Health, 4(16), 1–11.
- Neununddreißigste Verordnung zur Durchführung des Bundes-Immissionsschutzgesetzes*) (Verordnung über Luftqualitätsstandards und Emissionshöchstmengen - 39. BImSchV) (2010). https://www.gesetze-im-internet.de/bimschv_39/BJNR106510010.html
- Breitner-Busch, S. (2023). Auswirkungen des Klimawandels auf nicht-übertragbare Erkrankungen durch erhöhte Luftschadstoffbelastungen der Außenluft. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.25646/11649.2>
- Claßen, T. & Bunz, M. (2018). Einfluss von Naturräumen auf die Gesundheit – Evidenzlage und Konsequenzen für Wissenschaft und Praxis. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 61(6), 720–728. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2744-9>
- DWD (Hrsg.). (2024, 20. Juli). Luftqualität. https://www.dwd.de/DE/klimaumwelt/ku_beratung/gesundheit/luftquali/luftquali_node.html
- Hertig, E., Hunger, I., Kaspar-Ott, I., Matzarakis, A., Niemann, H., Schulte-Droesch, L. & Voss, M. (2023). Klimawandel und Public Health in Deutschland - Eine Einführung in den Sachstandsbericht Klimawandel und Gesundheit 2023. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.25646/11391>
- Kondo, M. C., Fluehr, J. M., McKeon, T. & Branas, C. C. (2018). Urban Green Space and Its Impact on Human Health. International journal of environmental research and public health, 15(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph15030445>
- LfULG (Hrsg.). (2024). Klimainformationen: Klimaentwicklung Dresden. <https://rekis.hydro.tu-dresden.de/kommunal/sachsen-k/herausforderungen/hitze/>
- LHD. (2018). Meinungsumfrage zum Klimawandel in Dresden 2017: Auswertungsbericht.
- LHD. (2020). Masterplan Lärminderung: Fortschreibung 2018.
- LHD. (2023a). Hitze-Handbuch: Gut vorbereitet auf Hitze.
- LHD. (2023b). Kommunale Bürgerumfrage 2022.
- LHD, Umweltamt (Hrsg.). (2023c). Lärmkartierung 2022. Landeshauptstadt Dresden. https://www.dresden.de/de/stadtraum/umwelt/umwelt/laerm/c_016.php
- LHD. (2024). Umweltbericht 2021/2022: Fakten zur Umwelt.
- Mattanovich, E., Bürger, G., Fischer, M., Neubauer, U. & Stebegg, K. (Hrsg.). (2017). Handlungsziele für Stadtgrün und deren empirische Evidenz: Indikatoren, Kenn- und Orientierungswerte. Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen für Bauwesen und Raumordnung (BBR).
- Rajagopalan, S., Al-Kindi, S. G. & Brook, R. D. (2018). Air Pollution and Cardiovascular Disease: JACC State-of-the-Art Review. Journal of the American College of Cardiology, 72(17), 2054–2070. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.07.099>
- UBA (Hrsg.). (2024). Beurteilung der vorgeschlagenen neuen Grenzwerte zur Luftqualität. <https://www.umweltbundesamt.de/themen/luft/regelungen-strategien/luftreinhalte-in-der-eu/ueberarbeitung-der-richtlinie-zur-luftqualitaet/beurteilung-der-vorgeschlagenen-neuen-grenzwerte>
- Vicedo-Cabrera, A. M., Scovronick, N., Sera, F. & et al (2021). The burden of heat-related mortality attributable to recent human-induced climate change. Nature climate change, 11(6), 492–500. <https://doi.org/10.1038/s41558-021-01058-x>
- WHO. (1990). Umwelt und Gesundheit: Europäische Charta mit Kommentar : erste europäische Konferenz Umwelt und Gesundheit, Frankfurt, 7.-8. Dezember 1989. Regionale Veröffentlichungen der WHO. Europäische Schriftenreihe: Bd. 35. WHO, Regionalbüro für Europa.
- WHO. (2016). Urban green spaces and health.
- WHO (Hrsg.). (2018). Leitlinien für Umgebungslärm für die Europäische Region.
- WHO. (2021a). Heat and health in the WHO European Region: updated evidence for effective prevention.
- WHO. (2021b). WHO global air quality guidelines: Particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. WHO European Centre for Environment and Health.
- Winklmayr, C., Muthers, S., Niemann, H., Mücke, H.-G. & Heiden, M. A. d. (2022). Heat-Related Mortality in Germany From 1992 to 2021. Deutsches Arzteblatt international, 119(26), 451–457. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0202>

Fakten auf einen Blick:

Gesundheitsversorgung

287 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
im Öffentlichen Gesundheitsdienst

569 niedergelassene
Zahnärztinnen und Zahnärzte
(101 je 100.00 EW) in Dresden
(Sachsen: 92,0 je 100.000 EW)

1.356 Ärztinnen/Ärzte in der
Ambulanten Versorgung
Versorgungsgrad der Hausärztinnen
und Hausärzte in Dresden: 109,8 %

3.673 Krankenhausbetten
2.567 Ärztinnen/Ärzte in
der stationären Versorgung

105 Stationäre Pflegeeinrichtungen
mit 7.008 Plätzen
und 4.833 Beschäftigte

113 Ambulante Pflegeeinrichtungen
mit 2.911 Beschäftigten

230 Selbsthilfegruppen
Durchschnittlich 10 Neugründungen
von Selbsthilfegruppen pro Jahr

114 öffentliche Apotheken

Gesundheitsbezogene Beratungsstellen

Kinder- und Jugendgesundheit:
steigender Bedarf an ärztlichen und
sozialpädagogischen Beratungen

Psychosoziale Gesundheit:
Hilfesuchende mehrheitlich Frauen

Tumorberatung:
2.552 Beratungen im Jahr 2022

4 Gesundheitsversorgung

4.1 Einleitung

Der demografische Wandel der Dresdner Bevölkerung geht mit einer vermehrt alternden Gesellschaft einher. Eine zunehmende Alterung der Einwohnerschaft zieht wiederum einen Anstieg von Neuerkrankungen und Erkrankungshäufigkeiten nach sich. Angesichts von Zeiten der Erwerbsunterbrechungen aufgrund von Kindererziehung und Pflege von Angehörigen, alleinerziehenden Familiensituationen, Flucht und Migration, Krankheiten und Arbeitslosigkeit, scheinen Armutsgefährdung, insbesondere Kinder- und Altersarmut, verbunden mit gesundheitlichen Herausforderungen, immer häufiger auftretende Phänomene. In der Folge ist eine erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialleistungen, verbunden mit anwachsenden Personalbedarfen und Kosten, zu erwarten.

Die vierte Ebene „Lebens- und Arbeitsbedingungen“ des „Regenbogen-Modells“ von Dahlgren und Whitehead (1991) (Kapitel „Einleitung“) umfasst das Gesundheitswesen mit Strategien der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung als direkte und indirekte Gesundheitsdeterminanten.

Die Gesundheitsversorgung umfasst alle Organisationen, Strukturen und Prozesse, die der Förderung der Gesundheit der Menschen, der Vorbeugung von Krankheiten, der medizinischen und therapeutischen Behandlung, der Rehabilitation und der Pflege dienen und im Rahmen des Gesundheitssystems organisiert und umgesetzt werden (RKI, 2024a). Neben individuellen Verhaltensweisen und Kompetenzen ist die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger von gesundheitsförderlichen Strukturen und Verhältnissen, Angeboten und Leistungen der Gesundheitsversorgung vor Ort abhängig. Diese sind möglichst für alle Menschen leicht zugänglich gestaltet. Um eine bedarfsgerechte und hochwertige Gesundheitsversorgung sicherstellen zu können, ist die Beschreibung der gesundheitlichen Versorgung, die Analyse der entsprechenden Daten und die Ableitung daraus folgender Handlungsempfehlungen und Maßnahmen von hoher Relevanz.

Als Grundlage für den Aufbau gezielter kommunal-regionaler Strukturen und Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention dienen kleinräumige Darstellungen. Dabei ist die Veranschaulichung der gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung auf Ebene der **Stadtbezirke mit zugehörigen Ortschaften**, der **Stadträume**, **Stadtteile** und Sozialräume für die Landeshauptstadt Dresden essentiell. Im Sinne einer künftigen kleinräumigen Betrachtungs- und Herangehensweise entwickelt die Landeshauptstadt Dresden entsprechende Datengrundlagen über das Projekt „RESILIENT – Der Dresdner Gesundheitsindex – ein kleinräumiges Monitoring des Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhaltens und des Zugangs zu Gesundheitsversorgung“ weiter.

Für die Einordnung der in diesem Kapitel dargestellten Daten in den entsprechenden Strukturen wird zunächst ein kurzer Abriss über das deutsche Gesundheitssystem allgemein sowie den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Speziellen gegeben. Die Daten der ambulanten und stationären Leistungserbringer, der Beratungsstellen sowie der Selbsthilfegruppen beziehen sich auf die Beschäftigten und die Einrichtungen sowie auf die entsprechende Inanspruchnahme des Angebots in Dresden.

4.2 Das deutsche Gesundheitssystem

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist komplex und durch einige Besonderheiten wie bspw. das föderale System, das Selbstverwaltungsprinzip, die duale Krankenversicherung, das Solidaritätsprinzip sowie das Sachleistungsprinzip, gekennzeichnet (BMG, 2020).

Dem Prinzip der Selbstverwaltung folgend, geben im föderalen System staatliche Institutionen des Bundes, der Länder und Kommunen die Rahmenbedingungen in Form von Gesetzen und Verordnungen sowie die Aufgaben der Gesundheitsversorgung

vor. In gemeinsamer Selbstverwaltung werden die Organisation und die Ausgestaltung der Leistungen hinsichtlich Umfang, Bedarf, Vergütung und Qualität über die Vertreterinnen und Vertreter der Ärzte-, Zahnärzte- und Psychotherapeuten-schaft, der Krankenhäuser, Krankenkassen, Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Deutschen Krankenhausgesellschaft und Versicherten im obersten Gremium der Selbstverwaltungsorgane des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geregelt.

Das Prinzip der dualen Krankenversicherung regelt die Finanzierung der Versorgungsleistungen durch gesetzliche und private Krankenversicherung über Beiträge bzw. Prämien ihrer Versicherten im Sinne des Solidaritätsprinzips. Für alle Bürgerinnen und Bürger gibt es seit dem 1. April 2007 eine Versicherungspflicht für gesetzliche und seit dem 1. Januar 2009 alternativ für die private Krankenversicherung.

Die konkreten Versorgungsleistungen für die Versicherten werden von zahlreichen Gesundheitsfachberufsgruppen, wie die der Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Pflegekräfte, erbracht. Weitere Gesundheitsfachberufe, wie Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen- und Logopäden, medizinische Podologinnen und Podologen, Apothekerinnen und Apotheker sowie Medizintechnikerinnen und -techniker zählen ebenfalls dazu.

Das deutsche Gesundheitssystem ist in drei Säulen gegliedert – die Säule des stationären Sektors, des ambulanten Sektors und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Die jeweiligen Aufgabenbereiche werden durch gesetzliche Grundlagen bestimmt. Im stationären Bereich werden Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, Hochschulkliniken und Rehakliniken weitestgehend unabhängig von ihrem gesetzlichen oder privaten Versichertenstatus mit Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Zahnmedizinerinnen und -mediziner sowie zahlreiche weiteren Gesundheitsberufen versorgt. Krankenhäuser sind in erster Linie für die stationäre medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung zuständig, können darüber hinaus aber auch ambulante Leistungen anbieten.

Außerhalb der Krankenhäuser dominieren freie Berufe, wie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Apothekerinnen und Apotheker. Zudem sind weitere Gesundheitsfachberufe, wie Heilmittelerbringer (beispielsweise Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden etc.) im ambulanten Bereich tätig. Auch Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker bieten gesundheitsbezogene Leistungen an. Die professionelle Pflege umfasst all diejenigen Aufgaben, die die Sorge um und die Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen in medizinisch-psycho-sozialen Belangen 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.

Neben der ambulanten und stationären Versorgung stellt der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) eine bedeutende Säule des Gesundheitswesens in Deutschland dar. Die drei wesentlichen Kernaufgaben des ÖGDs sind der gesundheitliche Bevölkerungsschutz, Beratung und **Gesundheitsförderung**. In den letzten Jahren sind die Aufgaben des ÖGDs zunehmend durch fundierte, vertiefende Erkenntnisse in Medizin, Public Health/Gesundheitswissenschaften und Medizinethik, durch die Weiterentwicklung von Wissenschaft, Medizin und Technik und durch die fortschreitende Qualität in Gesundheits- und Sozialgesetzgebung geprägt worden. Die Leistungsangebote des ÖGDs ergänzen den ambulanten und stationären Bereich einerseits, andererseits gestaltet der ÖGD die Säule im Gesundheitssystem eigenständig und auf Basis des Gesetzes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Sachsen. Die Aufgaben des ÖGD werden im entsprechenden Abschnitt genauer dargestellt.

Zu den benannten Strukturen und Berufsgruppen sind die Leistungen der Selbsthilfegruppen eine wichtige Ergänzung, welche von den gesetzlichen Krankenversicherungen gefördert werden. Unterstützt werden die örtlichen Selbsthilfegruppen neben Selbsthilfeorganisationen von den Selbsthilfekontaktstellen. Dort werden Rat- und Hilfesuchende an bestehende Selbsthilfegruppen vermittelt oder in der Gründung neuer Gruppen unterstützt. In Dresden wird dies durch die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen – kurz KISS – im Sozialamt und ab dem 1. Januar 2025 im Amt für Gesundheit und Prävention gewährleistet.

Ein breites Beratungsangebot bieten Beratungs- und Kontaktstellen der freien Wohlfahrtsverbände und sonstiger Träger einschließlich der Landeshauptstadt Dresden an, um Menschen mit verschiedensten Problemen Hilfsangebote und Beratung

anzubieten, im Prozess zu begleiten, Informationen an die Hand zu geben und, falls nötig, an weiterführende Institutionen zu vermitteln. Diese unterstützenden Stellen bei freien Wohlfahrtsträgern und kommunalen Einrichtungen dienen häufig als erste Anlaufstelle für Angehörige von und Menschen mit beispielsweise Suchtproblematiken, psychischen Problemstellungen, akuten Krisen oder auch bestimmten Krankheitsbildern wie sexuell übertragbare Infektionen, Tumorerkrankungen sowie rund um Schwangerschaft und Schwangerschaftskonflikt. Somit nehmen sie eine sehr wichtige Stellung in der Gesundheitsversorgung ein.

Die Bedeutsamkeit der gesundheitlichen Versorgung für die Dresdner Bevölkerung wurde in der **Kommunalen Bürgerumfrage** von einer Mehrheit betont. 51 Prozent der Befragten haben die gesundheitliche Versorgung als „sehr wichtig“ und 39 Prozent als „wichtig“ eingestuft. Insbesondere in den Altersgruppen ab 65 Jahren nimmt die Relevanz der gesundheitlichen Versorgung zu (67 % „sehr wichtig“). Am geringsten ist sie in der Altersgruppe 25 bis 34 Jahre (37 % „sehr wichtig“). Insgesamt wurde die Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung in Dresden als gut (Note 2,2) bewertet. Insbesondere in den Altersgruppen ab 65 Jahren ist die Zufriedenheit hoch (78 % „sehr zufrieden“ und „zufrieden“). Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich aus den vorliegenden Daten nicht feststellen (LHD, 2023c).

4.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) als eine Säule des Gesundheitswesens umfasst Einrichtungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Die rund 380 kommunalen Gesundheitsämter in Deutschland leisten dabei einen wichtigen Beitrag in den Bereichen Gesundheitsschutz, **Prävention** und **Gesundheitsförderung**. Das breit gefächerte Aufgabenspektrum reicht dabei von Kontroll- und Überwachungsaufgaben in der Krankenhaus-, Umwelt- und Infektionshygiene, über Beratungs- und Unterstützungsangebote für Schwangere, Familien, Menschen mit psychischen oder chronischen Erkrankungen und Menschen mit Behinderungen bis hin zu öffentlichen Fürsorgeaufgaben für Kinder und Jugendliche sowie für geflüchtete Menschen. Im März 2018 hatte die Gesundheitsministerkonferenz das neue Leitbild für den ÖGD verabschiedet. Hierdurch sollte die Besonderheit des ÖGD gegenüber der ärztlichen Tätigkeit im ambulanten und stationären Bereich gestärkt werden: Neben der individualmedizinischen Arbeit richtet der ÖGD seinen Blick auf die Bevölkerung mit präventivem Ansatz und multidisziplinärem Vorgehen (BVÖGD, 2024; RKI, 2024b). Weiterhin verpflichtet das Leitbild für den ÖGD unter anderem zu einem sozialkompensatorischen Ansatz und zur Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit (AÖGW, 2024). Ein weiteres Merkmal des ÖGD ist, dass ein Teil der Leistungen durch bestimmte Bevölkerungsgruppen verpflichtend in Anspruch genommen werden muss (gesetzliche Pflichtaufgaben). Im Gegensatz zur ambulanten und stationären Versorgung besteht dabei hinsichtlich des Leistungserbringers und der Intensität der Leistungserbringung kein Wunsch- und Wahlrecht.

Die Corona-Pandemie machte 2020 deutlich, dass der ÖGD durch jahrzehntelange Einsparungen im öffentlichen Gesundheitswesen seine Arbeit nur eingeschränkt wahrnehmen konnte. In der Folge haben Bund und Länder Ende September 2020 auf Basis des Leitbildes für den ÖGD den „Pakt für den ÖGD“ beschlossen und vom 1. Januar 2021 bis zunächst zum 31. Dezember 2026 vier Milliarden Euro bereitgestellt: über diese Mittel sollen dem ÖGD deutschlandweit mehr multiprofessionelles Personal zur Verfügung gestellt werden. Die finanzielle Unterstützung hat auch zum Ziel, den ÖGD zu modernisieren, digitalisieren, besser zu vernetzen, die Kommunikation über Bundes-, Länder- und kommunale Ebenen zu optimieren und überregional ein standardisiertes Arbeiten zu ermöglichen. Um sowohl die Attraktivität als auch die Qualität der Arbeit des ÖGD zu erhöhen, fließen Ressourcen in Aus-, Fort- und Weiterbildung. Auch die Verbindung und der Austausch zwischen ÖGD, Public Health, Wissenschaft, Forschung und Lehre sollen gestärkt werden (BMG, 2023).

Zu diesem Zweck werden derzeit sogenannte Brückenprofessuren an vier Standorten in Deutschland eingerichtet. Einer davon ist seit dem 01. April 2024 am Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) des Universitätsklinikums und der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden in Dresden besetzt worden. Eine enge Kooperation und die Entwicklung gemeinsamer Forschungsvorhaben mit dem Amt für Gesundheit und Prävention sowie den Gesundheitsämtern sachsenweit sind bereits gestartet (LHD, 2024).

Im Jahr 2022 waren insgesamt 287 Personen im Amt für Gesundheit und Prävention Dresden tätig. Neben dem Verwaltungspersonal mit 41 Beschäftigten entfiel ein großer Teil der Belegschaft auf Ärztinnen und Ärzte, Beschäftigte der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik sowie auf Pflegepersonal, Familienhebammen und Angehörige mittlerer medizinischer Berufe,

Hygienefachkräfte sowie Gesundheitswissenschaftler. Eine detaillierte Aufstellung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Amt für Gesundheit und Prävention Dresden im Jahr 2022 zeigt Tab. 4.1.

Tabelle 4.1: Anzahl der Beschäftigten im Amt für Gesundheit und Prävention Dresden nach Berufsgruppen im Jahr 2022

Berufsgruppe	2022
Ärztinnen und Ärzte, hauptamtlich, mit Weiterbildung Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen	4
Ärztinnen und Ärzte, hauptamtlich, ohne Weiterbildung Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen	38
Zahnärztinnen und Zahnärzte, hauptamtlich	10
Gesundheitsingenieurinnen und Gesundheitsingenieure	<3
Hygieneingenieurinnen und Hygieneingenieure	3
Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten	<3
Medizinisch-technische Radiologieassistentinnen und -assistenten	<3
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	38
Sozialmedizinische Assistentinnen und Assistenten	<3
Arzthelferinnen und Arzthelfer	5
Zahnarzthelferinnen und Zahnarzthelfer	10
Verwaltungspersonal einschließlich Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter Haushalt/Fördermittel	41
Schreibkräfte, soweit nicht in Verwaltungspersonal enthalten	<3
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger sowie Familienhebammen	27
Psychologinnen und Psychologen	10
Sonstiges Fachpersonal	92
Gesamt	287

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2023

Die Leistungen des Amtes für Gesundheit und Prävention Dresden sind in diesem Bericht an mehreren Stellen integriert, u. a. bei der Darstellung der Tätigkeiten der Frühen Hilfen und der Routineuntersuchungen des **Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes**, der Gruppenprophylaxen der Kinder- und Jugendzahnklinik (Kapitel „Gesundes Aufwachsen“) sowie bei der Darstellung der gesundheitsbezogenen Beratungsstellen (Abschnitt 4.9 auf Seite 129). In der folgenden Tabelle (Tab. 4.2) werden beispielhaft und ausgewählt einige der umfangreichen Leistungen des Amtes für Gesundheit und Prävention Dresden mit Bürgerkontakt und ihre Inanspruchnahme im Jahr 2022 dargestellt.

Tabelle 4.2: Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen des Amtes für Gesundheit und Prävention Dresden im Jahr 2022

Angebote/Leistungen des ÖGD Dresden	2022
Amtsärztlicher Dienst	
Begutachtungen nach dem Schwerbehindertenrecht/Landesblindengeld	13.177
Erstaufnahmeuntersuchungen von Asylbewerberinnen und Asylbewerber (ohne Ukraineflüchtlinge)	4.662
Gesundheitsförderung	
Durchgeführte Impfungen	6.590
Impfberatungen einschließlich reisemedizinische Beratungen	9.603
Hygienischer Dienst	
Arztkonsultationen in der Tuberkulosefürsorge	1.731
Beratungen zum Infektionsschutz von Bürgerinnen und Bürgern sowie Institutionen	1.835
Belehrungen im Umgang mit Lebensmitteln („Gesundheitszeugnis“)	3.060
Beratungen zur Wasserhygiene von Bürgerinnen und Bürgern sowie Institutionen	868
Fachliche Beratungen zur Umwelthygiene (Bau, Umwelt, Schimmel, Raumlufttechnische Anlagen)	296

Quelle: Amt für Gesundheit und Prävention der LHD, 2024

4.4 Ambulante medizinische Versorgung

In einer Niederlassung in Dresden waren zum Stichtag 1. Juli 2023 1.356 Ärztinnen und Ärzte tätig (KV Bedarfsplan). Tab. 4.3 stellt die Entwicklung der tätigen Ärztinnen und Ärzte in den verschiedenen Fachrichtungen samt Versorgungsgrad (VG, bezogen auf die jeweilige Einwohnerzahl im entsprechenden Jahr) sowie das Verhältnis Einwohnerin/Einwohner pro Arzt dar.

Tabelle 4.3: Anzahl niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, Verhältnis Einwohnerin/Einwohner pro Arzt sowie Versorgungsgrad (VG) der verschiedenen Fachrichtungen in Dresden von 2021 bis 2023

	2021			2022			2023		
	Anzahl	Einwohner/ Arzt	VG (%)	Anzahl	Einwohner/ Arzt	VG (%)	Anzahl	Einwohner/ Arzt	VG (%)
Hausärzte	391	1.423	104,6	389	1.426	106,8	405	1.385	109,8
Augenärzte	60	9.270	111,9	60	9.244	110,4	65	8.627	110,0
Chirurgen und Orthopäden	92	6.046	121,2	96	5.777	123,0	97	5.781	121,7
Frauenärzte	94	2.970	116,8	93	2.995	118,2	93	3.043	116,2
HNO-Ärzte	43	12.936	111,3	37	14.990	112,2	38	14.757	110,8
Hautärzte	33	16.855	112,3	34	16.313	113,3	34	16.493	112,0
Kinderärzte	70	1.358	122,7	68	1.385	124,4	66	1.458	121,8
Nervenärzte	58	9.590	117,3	59	9.400	119,1	59	9.504	118,7
Psychotherapeuten	327	1.701	136,2	335	1.656	140,0	345	1.625	139,6
Urologen	27	20.601	110,4	26	21.332	110,2	27	20.769	110,8
Fachärztlich tätige Internisten	91	6.112	200,4	91	6.095	203,8	91	6.162	201,6
Radiologen	34	16.360	222,2	35	15.846	226,3	36	15.577	224,1
Gesamt	1.320			1.323			1.356		

Quelle: (KV Sachsen, 2023)

Wie der Tab. 4.3 zu entnehmen ist, ist der Versorgungsgrad der Haus- und Fachärztinnen bzw. -ärzte über die letzten vier Jahre nahezu konstant geblieben. Nach den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KV Sachsen) liegt weder eine drohende Unterversorgung (75 bis 100 %) noch eine relevante Überversorgung (über 140 %) für die meisten Arztgruppen vor. Die deutlich überhöhten Werte für die Fachinternisten und Radiologen hängen vermutlich mit einer deutlichen Mitversorgungsrelation des Dresdner Umfeldes zusammen.

Um Aussagen zur Inanspruchnahme wie auch zur Zufriedenheit der Dresdner Bevölkerung mit der ambulanten medizinischen Versorgung zu treffen, wurden Daten der Kommunalen Bürgerumfrage 2022 genutzt (Kommunale Statistikstelle, 2023a). Im Wesentlichen nahmen die Dresdnerinnen und Dresdner in den letzten zwei Jahren vor allem Ärztinnen und Ärzte aus dem Fachbereich der Allgemein- (89 %) und Zahnmedizin (86 %) in Anspruch. Einige Befragte konsultierten Augen- (44 %), Frauen- (77 %) und Hautärztinnen bzw. -ärzte (39 %). Menschen ab dem 65. Lebensjahr besuchten zudem häufig Ärzte und Ärztinnen aus den Fachgebieten Orthopädie, Dermatologie und HNO (Kommunale Statistikstelle, 2023a).

Problematisch sind vor allem die langen Wartezeiten auf Facharzttermine. Ergebnisse der Kommunalen Bürgerumfrage zeigen, dass man beispielsweise bei Hautärztinnen bzw. -ärzten (21 %), Psychotherapeutinnen und -therapeuten (12 %) oder auch Augenärztinnen bzw. -ärzten (11 %) mehr als drei Monate auf einen Termin warten muss (Kommunale Statistikstelle, 2023a). Diese Werte haben sich in den letzten Jahren jedoch sichtlich verbessert. So lagen 2014 die Angaben für eine Wartezeit von mehr als drei Monate bei Hautärztinnen bzw. -ärzten (33 %), bei Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten (20 %) und bei Augenärztinnen bzw. -ärzten (26 %) über den aktuellen Werten (LHD, 2015).

Insgesamt haben 13 Prozent die Arztsuche aufgegeben, da sie keinen Termin bekamen oder abgewiesen wurden. Dies war bei Hausärztinnen bzw. -ärzten (27 %), Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten (17 %), Fachinternistinnen bzw. -internisten (16 %), Orthopädinnen und Orthopäden (14 %) und Augenärztinnen bzw. -ärzten (11 %) am häufigsten der Fall (LHD, 2023c).

4.5 Stationäre medizinische Versorgung

In Dresden gibt es sechs Krankenhäuser, eins in kommunaler, ein weiteres mit Trägerschaft des Freistaats Sachsen und vier in freier Trägerschaft. Daten zur stationären Versorgung in Dresden zeigen folgende Versorgungssituation (LHD, 2023d): Im Jahresdurchschnitt 2022 standen insgesamt 3.673 Krankenhausbetten zur Verfügung. Das entspricht 75 aufgestellte Betten mehr als im Vorjahr. Dresden erreichte den Höchstwert 2018 mit 4.009 aufgestellten Betten, dieser Wert sank die vergangenen Jahre stetig. Der Nutzungsgrad lag im Jahr 2022 bei 75,8 Prozent. Dies liegt deutlich über dem bundesdeutschen Wert von 68,2 Prozent (Destatis, 2023). Die Zahl der behandelten Fälle in Dresdner Krankenhäusern lag 2022 bei 137.723. Dabei waren die Patientinnen und Patienten mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 7,4 Tagen in Behandlung (Tab. 4.4).

Die Auslastung der in Dresden im stationären Bereich aufgestellten Krankenhausbetten ist über die vergangenen Jahre von rund 83 Prozent auf circa 76 Prozent gesunken. Dresden liegt damit, konstant über die Jahre gesehen, über dem bundesdeutschen Durchschnitt, welcher 2013 bei 77,3 Prozent lag und sich im Jahr 2020 sprunghaft auf 67,3 Prozent verringerte. Seit 2015 ist ein leicht kontinuierlicher Rückgang der Gesamtfallzahlen zu beobachten, mit einem sehr deutlichen Rückgang von 2019 auf 2020: Die Fallzahlen sanken innerhalb eines Jahres um rund 12.000 Fälle. Auch die durchschnittliche Verweildauer ist ebenfalls leicht rückläufig. Sie liegt in Dresden mit 7,4 Tagen jedoch nur leicht über dem Bundesdurchschnitt (Destatis, 2023). Insbesondere hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Betten und deren Auslastungen ist die Corona-Pandemie zu berücksichtigen. Die Pandemie stellte die Krankenhäuser vor große Herausforderungen. Durch das Freihalten von Bettenkapazitäten und durch angepasste Hygienekonzepte wurden planbare Behandlungen verschoben, was wiederum einen Einfluss auf die dargestellten Bettenkapazitäten und deren Auslastung haben könnte.

Tabelle 4.4: Anzahl Krankenhausbetten, Fälle, durchschnittliche Verweildauer und Nutzungsgrad der aufgestellten Betten in Dresdner Krankenhäusern von 2015 bis 2022

Jahr	aufgestellte Betten	Fallzahl	durchschnittliche Verweildauer	Nutzungsgrad der aufgestellten Betten (%)
2015	3.818	153.429	7,5	82,3
2016	3.817	153.418	7,5	82,8
2017	3.862	152.044	7,6	82,4
2018	4.009	152.669	7,6	79,1
2019	3.952	152.671	7,5	79,2
2020	3.722	140.572	7,2	74,2
2021	3.598	139.119	7,3	77,4
2022	3.673	137.723	7,4	75,8

Quellen: LHD, 2022; Statistisches Landesamt Sachsen, 2022

Die kommunale Entwicklung in der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung zeigt einen Personalzuwachs. In Dresden nahm das ärztliche Personal im Krankenhaus seit 2014 um 26 Prozent zu. Waren 2014 noch 1.981 Ärztinnen bzw. Ärzte beschäftigt, waren es 2022 bereits 2.567 (LHD, 2023a). In der Abb. 4.1 sind die Entwicklungen in Dresden bezogen auf die Personalentwicklung in der stationären medizinischen Versorgung dargestellt. Deutlich zu sehen ist ein Personalzuwachs im ärztlichen Bereich. Im Bereich des nichtärztlichen Dienstes ist ebenfalls eine Zunahme erkennbar. Während im Jahr 2014 noch 8.039 Personen gezählt wurden, waren es im Jahr 2022 bereits 10.153. Zu diesem Bereich gehören u. a. das medizinische Fachpersonal (wie Krankenpflegende) sowie der Funktions-, Wirtschafts- und Versorgungsdienst. Der Pflegedienst, der zum nichtärztlichen Dienst zählt, wird hier gesondert ausgewiesen. In diesem Bereich gab es einen Zuwachs von 24,2 Prozent. Waren im Jahr 2014 noch 3.348 Personen im Pflegebereich tätig, so stieg die Zahl der Beschäftigten im Jahr 2021 auf 4.209. Der unterschiedliche Anstieg in den verschiedenen Bereichen wird in Abb. 4.1 deutlich (LHD, 2022).

Mit der aktuell anstehenden bundesweiten Krankenhausreform soll die Behandlungsqualität gesichert und gesteigert, eine flächendeckende medizinische Versorgung für Patientinnen und Patienten gewährleistet und die damit zusammenhängenden Prozesse entbürokratisiert werden: Indem das System der Fallpauschalen durch sogenannte „Vorhaltepauschalen“ ersetzt wird, erhalten Krankenhäuser eine Art der Existenzgarantie und sind nicht länger ökonomischen Zwängen ausgesetzt. Hierdurch erhofft man sich, dass die klinisch-medizinische Versorgung nicht mehr nur durch Quantität, sondern verstärkt durch Qualität bestimmt wird (BMG, 2024a).

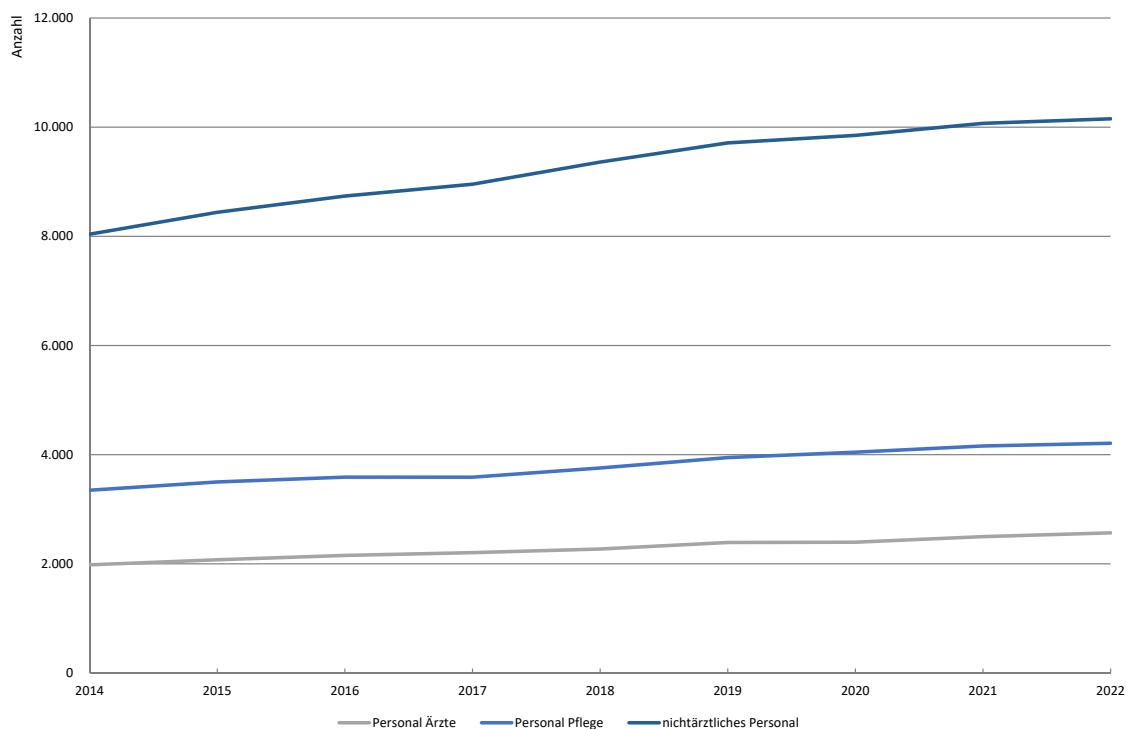


Abbildung 4.1: Entwicklung des Personals der stationären medizinischen Versorgung in Dresden von 2014 bis 2022

Quelle: LHD, 2022; Statistisches Landesamt Sachsen, 2022

4.6 Zahnärzte

2022 gab es im Freistaat Sachsen 3.760 berufstätige Zahnärztinnen und Zahnärzte, 92 Zahnärztinnen bzw. -ärzte je 100.000 Einwohner (EW) oder 1.086 EW je Zahnärztin bzw. Zahnarzt. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einem Rückgang von 1,3 Prozent. Der Anteil der Zahnärztinnen betrug 59 Prozent (2.240). 163 der Zahnärztinnen bzw. -ärzte arbeiteten als Kieferorthopädinnen und -Kieferorthopäden. 93 Prozent (3.506) der Zahnärztinnen und Zahnärzte arbeiteten in Niederlassung. Das entsprach einer Dichte von 86 Zahnärztinnen bzw. -ärzten in Niederlassung je 100.000 EW oder 1.165 EW je niedergelassener Zahnärztin bzw. Zahnarzt. Gegenüber 2020 verringerte sich die Zahl der Zahnärztinnen bzw. -ärzte in Praxen um 84. Davon sind 569 Zahnärztinnen und Zahnärzte in Dresden niedergelassen (101 je 100.000 EW). 1.050 Zahnärztinnen und Zahnärzte (27 %) waren jünger als 40 Jahre. Im Alter von 60 und mehr Jahren arbeiteten noch 1.097 Zahnärztinnen und Zahnärzte (29 %) (Statistisches Landesamt Sachsen, 2023b).

Im Rahmen der Kommunalen Bürgerumfrage 2022 wurden die Bürgerinnen und Bürger gefragt, wie zufrieden sie mit der zahnärztlichen Versorgung sind. Vier Prozent gaben zu lange Wartezeiten über 30 Minuten an (LHD, 2023c).

4.7 Pflege

Der Bereich der Pflege steht aufgrund der demografischen Entwicklung seit vielen Jahren im Fokus der Öffentlichkeit. Seit 1999 werden hierzu Daten vom Statistischen Landesamt erhoben. Personen in Behinderteneinrichtungen, die Leistungen nach § 43a SGB XI erhalten, werden dabei statistisch nicht erfasst. Die allgemeine Entwicklung zeigt einen stetigen Anstieg der Pflegebedürftigen. Die genauen Daten zu Pflegebedürftigen und Pflegegraden sind im Kapitel „Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten“ dargestellt. Der sächsische Trend der steigenden Pflegebedürftigkeit ist auch in Dresden ersichtlich. In den höheren Altersjahrgängen (über 80 Jahre) ist im ambulanten Bereich von 2017 zu 2021 nur eine leichte Schwankung der Pflegeprävalenz zu verzeichnen, so wird etwa jeder Vierte ambulant (durch einen Pflegedienst) gepflegt. Im Bereich der stationär versorgten Pflegebedürftigen ist es ungefähr jeder Fünfte. Im ambulanten Sektor ist ein stetiger Anstieg der Leistungsbeziehenden ersichtlich. Festzuhalten bleibt eine stetige Zunahme der Leistungsempfänger (Statistisches Landesamt Sachsen, 2022).

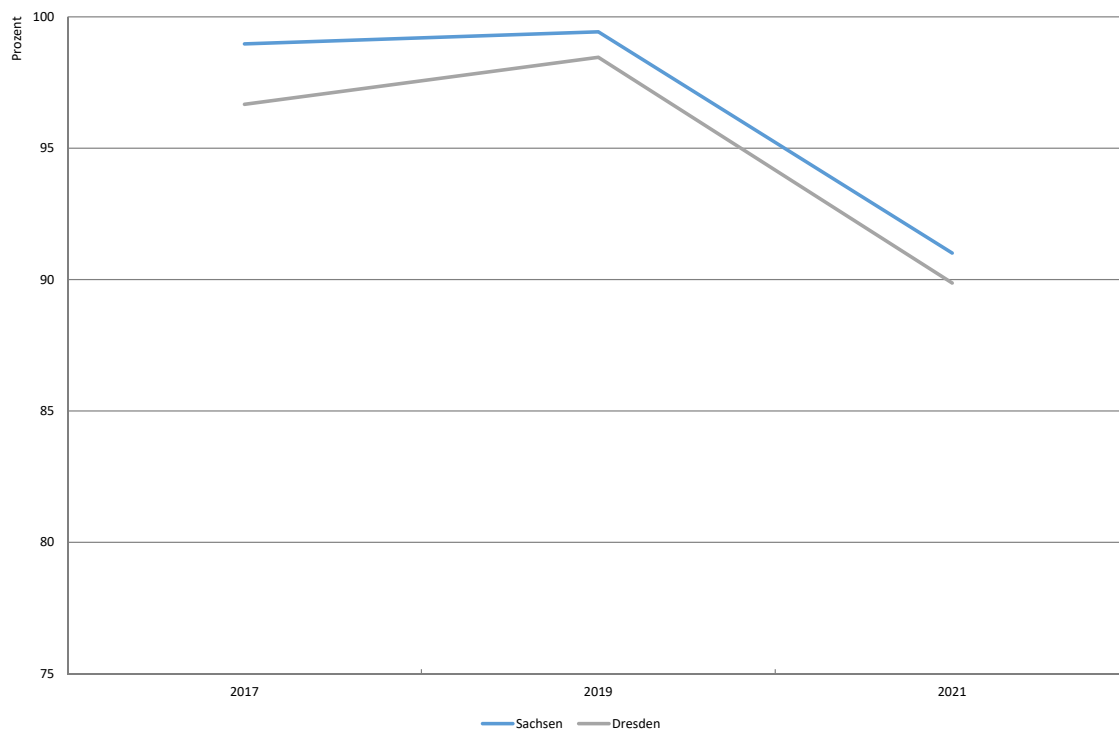


Abbildung 4.2: Auslastung stationärer Pflegeeinrichtungen in Dresden und Sachsen der Jahre 2017, 2019 und 2021

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2022

Die Auslastung der stationären Pflegeeinrichtungen ist in Abb. 4.2 ersichtlich. Sie bemisst sich an den zur Verfügung stehenden Plätzen und den stationär versorgten Pflegebedürftigen. Die Plätze beinhalten vollstationäre Dauerpflegeplätze sowie Kurzzeitpflegeplätze. Im Jahr 2021 lag Dresden mit 89,9 Prozent knapp unterhalb des sächsischen Durchschnitts von 91,0 Prozent. 2021 gab es in Dresden 7.008 Plätze zur vollstationären Dauerpflege (Statistisches Landesamt Sachsen, 2022). Insgesamt verteilten sich diese Plätze auf 105 Einrichtungen (inklusive Kurzzeitpflegeeinrichtungen), die Leistungen nach SGB XI erbrachten. Dabei waren 4.833 Beschäftigte in den stationären Pflegeeinrichtungen tätig. Die Zahl der Beschäftigten steigt in den letzten Jahren stetig. So waren bspw. im Jahr 2017 lediglich 4.439 Personen in der stationären Pflege beschäftigt. Die ambulante Versorgung der Dresdner Bevölkerung wurde durch 113 Einrichtungen und 2.911 Beschäftigten sichergestellt. Auch im ambulanten Bereich lässt sich ein stetiger Anstieg der Beschäftigten feststellen. Im Jahr 2017 waren noch 2.450 Personen im ambulanten Bereich tätig (Statistisches Landesamt Sachsen, 2022). Mit Blick auf die demografische Entwicklung ist davon auszugehen, dass die Zahl der vorgehaltenen Plätze steigen muss. Prognosedaten für Dresden zeigen beispielsweise, dass die Altersgruppe der über 85-Jährigen bis zum Jahr 2040 um rund 37 Prozent zunehmen wird (LHD, 2023d).

Die Berechnungsgrundlage zur Betreuungssituation bildet das Vollzeitäquivalent (VZÄ). Dabei wird das Personal auf Vollzeitstellen umgerechnet, was durch den Ausschluss des Teilzeitfaktors einen objektiveren Vergleich zulässt. Ferner lassen sich Vergleiche anstellen, welche mit absoluten Personalzahlen nicht möglich wären. Die Grundlage zur Berechnung der Quoten der Pflegebedürftigen je VZÄ bildet dabei das Personal insgesamt, zu dem u. a. die soziale Betreuung, die Verwaltung oder der hauswirtschaftliche Bereich zählen. Im ambulanten Bereich weist Dresden hierbei eine Quote von 3,68 auf. In stationären Pflegeeinrichtungen entfielen auf einen Beschäftigten im Dezember 2021 zwischen 1,24 und 1,55 Pflegebedürftige. In Dresden kamen auf einen Beschäftigten 1,49 Pflegebedürftige (Statistisches Landesamt Sachsen, 2022).

Die Pflege der Pflegebedürftigen ist nur zu bewältigen, da neben den benannten ambulanten und stationären Pflegestrukturen auch Angehörige vollständig oder einen Teil der Pflege übernehmen. Aus der Kommunalen Bürgerumfrage 2022 geht hervor, dass fünf Prozent aller Befragten ein Haushaltsmitglied und acht Prozent eine Angehörige oder einen Angehörigen außerhalb des Haushalts (jeweils unabhängig vom Pflegegrad) pflegen (LHD, 2023c). Eine Anbindung der Arbeit pflegender Angehöriger an ambulante Pflegestrukturen ist nicht ausgeschlossen und die Pflege durch Angehörige erfolgt teilweise zusätzlich. Eine Differenzierung lässt sich aufgrund der Datenlage nicht vornehmen. Gemäß dem Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung Berlin ist jeder fünfte pflegende Angehörige von Armut bedroht (aerzteblatt, 2022).

Bei pflegenden Frauen sei sogar rund jede Vierte von Armut bedroht (24 %). Somit sind die Menschen, die ihre Angehörigen pflegen, deutlich häufiger einem Armutsrisiko ausgesetzt als diejenigen Bürgerinnen und Bürger, die keine häusliche Pflege durchführen. Bei letzteren Personen liegt das Armutsrisiko bei 16 Prozent bundesweit.

4.8 Apotheken

Apotheken spielen neben der Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten für die Bevölkerung eine wichtige Rolle bei der Information und Beratung sowie aktuell auch bei der Prüfung von eingenommenen Medikamenten.

Seit 1. Oktober 2016 haben alle Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung, die mindestens drei verordnete Medikamente gleichzeitig anwenden, Anspruch auf einen Medikationsplan. Mithilfe dieses Medikationsplans werden alle aktuellen und relevanten Arzneimittel des Patienten aufgelistet und Hinweise zu ihrer korrekten Anwendung aufgeführt. Der Medikationsplan leistet somit einen wesentlichen Beitrag zur Arzneimitteltherapiesicherheit. Die KBV, Bundesärztekammer (BÄK) und der Deutsche Apothekerverband (DAV) haben eine Vereinbarung getroffen, die die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans regelt und technisch spezifiziert (ABDA, 2024).

Im Dezember 2022 waren im Freistaat Sachsen in 922 öffentlichen Apotheken (23 je 100.000 EW oder 4.431 EW je Apotheke) 2.175 Apothekerinnen und Apotheker tätig. Gegenüber dem gleichen Zeitpunkt im Vorjahr verringerte sich die Zahl der öffentlichen Apotheken um 14. Von den 2.339 Apothekerinnen und Apothekern waren insgesamt 1.788 Frauen (76 %). 958 Apothekerinnen bzw. -apotheker (41 %) waren jünger als 40 Jahre. Im Alter von 60 und mehr Jahren arbeiteten noch 221 Apothekerinnen und Apotheker (9 %). Außerdem arbeiteten 164 Apothekerinnen und Apotheker in 19 Krankenhausapotheken. In Dresden stehen 114 öffentliche Apotheken zur Verfügung (21 je 100.000 EW) (Statistisches Landesamt Sachsen, 2023b).

4.9 Gesundheitsbezogene Beratungsstellen der Stadt Dresden

Als ein wichtiger Bereich neben der klassischen Gesundheitsversorgung soll erstmals in diesem Gesundheitsbericht ein Überblick über die verschiedenen Beratungsangebote der freien und kommunalen Träger in der Stadt Dresden gegeben werden. Beratungsstellen bieten Hilfe und Unterstützung für Menschen in besonderen Lebenslagen. Sie sind häufig erste Anlaufstelle und zeigen Lösungen und Wege für die zum Teil herausfordernden Situationen und komplexen Lebensumstände auf, in denen sich Menschen gerade befinden. Eines der herausragenden Merkmale der Beratungsangebote ist die niedrigschwellige Arbeitsweise – so sind die Beratungen kostenlos und ohne weitere Voraussetzungen nutzbar. Auf Wunsch kann die Beratung auch anonym erfolgen. Die Beratung und Betreuung erfolgt durch qualifiziertes Fachpersonal. Die Finanzierung der Angebote wird u. a. durch kommunale und/oder landesweite Fördermittel oder auch durch Förderung des GKV-Spitzenverbands und der PKV sichergestellt. Da die Strukturen der Beratungsstellen, ihre Arbeitsweisen und Schwerpunkte eher heterogen sind, lassen sich die Beratungsleistungen nicht vollständig miteinander vergleichen. Dennoch werden die Gemeinsamkeiten im Folgenden gebündelt und ein Gesamtbild der Beratungsarbeit in Dresden je Themenbereich dargestellt, wobei aufgrund von unzureichender Datenverfügbarkeit in manchen Themenbereichen kein Anspruch auf Vollständigkeit besteht. Die in Dresden tätigen Beratungsstellen betreuen auch Nicht-Dresdnerinnen und Dresdner. Die beschriebenen Daten beziehen sich daher auf alle Beratungsleistungen unabhängig vom Wohnort der Betreuten. Eine Liste der in diesem Abschnitt dargestellten Beratungsstellen ist dem Anhang beigelegt (Anhang 4.1).

4.9.1 Schwangerschaftsberatung

Das Angebot der Schwangerschaftsberatungsstellen umfasst zum einen die Beratung und Hilfestellung nach § 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) zu Themen rund um die Schwangerschaft, die Familienplanung, Sozial- und Familienleistungen, wie z. B. zu Elternzeit und Elterngeld, zu rechtlichen und sozialen Fragen sowie zu finanziellen Hilfen. Zudem erhalten Frauen, Paare und **Alleinerziehende** psychosoziale Unterstützung bei Partnerschaftsproblemen, Trennungen sowie bei Fehlgeburten oder einem unerfüllten Kinderwunsch. Zum anderen beraten die Fachkräfte bei Schwangerschaftskonflikten gemäß §§ 5 und 6 SchKG i. V. m. § 218 Strafgesetzbuch (StGB), d. h. bei ungewollten Schwangerschaften, die ggf. zu einem Schwangerschaftsabbruch

führen. Ziel dieser Schwangerschaftskonfliktberatung ist, eine für die Frau selbstbestimmte, informierte Entscheidung über die Fortführung oder den Abbruch der Schwangerschaft treffen zu können. Sofern ein Schwangerschaftsabbruch gewünscht wird, ist die Konfliktberatung nach § 219 StGB vorgeschrieben. Die anerkannten Beratungsstellen stellen in diesem Fall eine Beratungsbescheinigung nach § 7 SchKG als Voraussetzung für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch aus. Die Schwangerenberatungsstellen sind auch die gesetzlichen Ansprechpartner für vertrauliche Geburten (BMFSFJ, 2023).

In Dresden bieten aktuell acht Beratungsstellen (psycho-)soziale Schwangerschaftsberatungen nach § 2 SchKG an. Davon führen sechs Beratungsstellen auch Schwangerschaftskonfliktberatungen nach §§ 5 und 6 SchKG durch und dürfen Beratungsbescheinigungen nach § 7 SchKG ausstellen. Hinsichtlich der Trägerschaft verteilen sich die Beratungsstellen auf sechs freigemeinnützige bzw. kirchliche Träger und eine kommunale Beratungsstelle mit zwei Standorten.

Die Anzahl der Frauen, die in den letzten Jahren eine Beratungsstelle in Dresden aufsuchten, ist konstant geblieben. Das Angebot der (psycho-)sozialen Beratung nach § 2 SchKG nahmen im Jahr 2022 ca. 4.000 Frauen in Anspruch. Aufgrund eines Schwangerschaftskonflikts wurden im gleichen Jahr 1.452 Frauen nach §§ 5 und 6 SchKG beraten. Auffällig ist, dass die Anzahl der (psycho-)sozialen Beratungsgespräche fast doppelt so hoch war als die Anzahl der ratsuchenden Frauen. Das bedeutet, dass die Frauen zum Teil mehrere Beratungen erhielten. Aus Abb. 4.3 geht die Entwicklung der Beratungszahlen sowie die Anzahl der Frauen, die in Dresdner Schwangerschaftsberatungsstellen zwischen 2017 und 2022 beraten wurden, hervor. Dabei ist zu beachten, dass zur Mitte des Jahres 2022 eine weitere Beratungsstelle ihre Arbeit aufgenommen hatte.

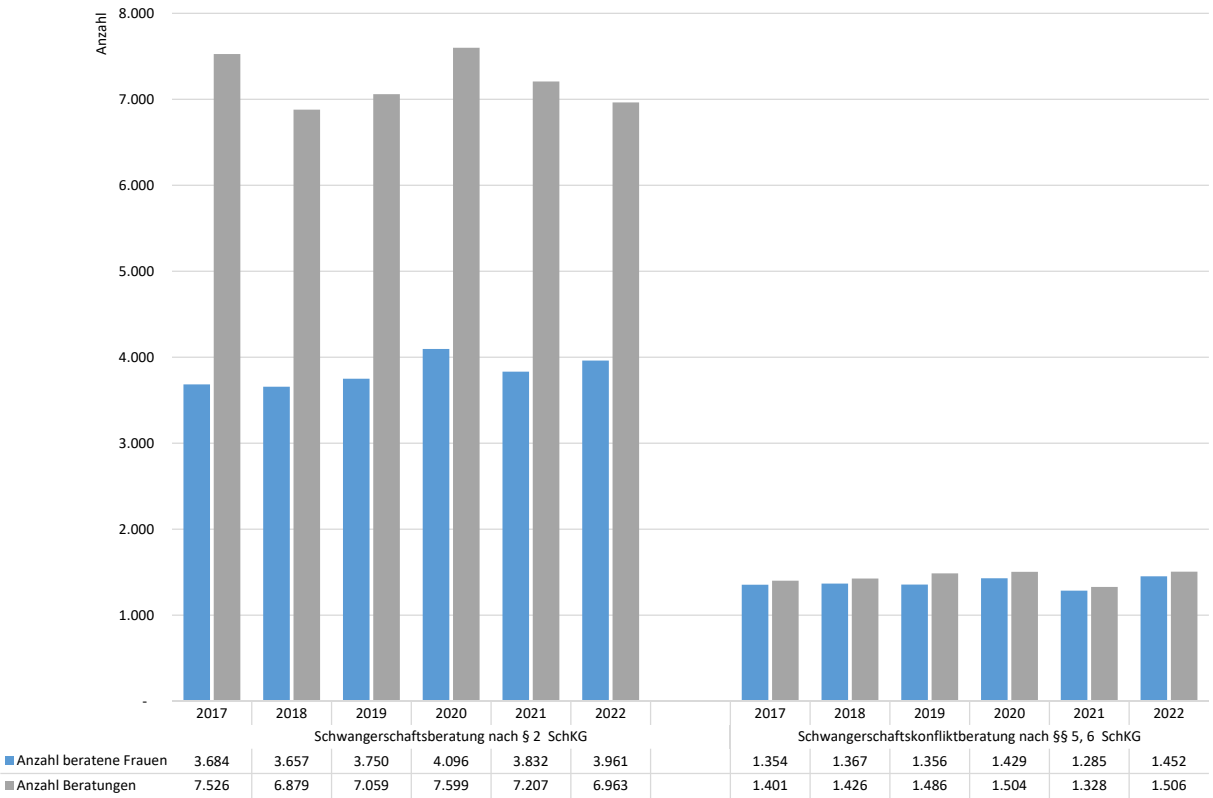


Abbildung 4.3: Entwicklung der Schwangerschaftsberatungen in Dresden von 2017 bis 2022
 Quelle: Amt für Gesundheit und Prävention der LHD, 2024

In Sachsen ist die Zahl der Schwangerschaftsberatungen nach § 2 SchKG leicht rückläufig (2017: 56.808 Frauen vs. 2022: 47.767 Frauen). Die Zahl der Konfliktberatungen hingegen ist im Jahr 2022 deutlich höher als in den Jahren zuvor (Statistisches Landesamt Sachsen, 2024). Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in Sachsen ist 2022 nach einem leichten Rückgang wieder auf dem Niveau von 2017. Dabei werden circa 95 Prozent der Abbrüche stationär durchgeführt (Statistisches Landesamt Sachsen, 2023a). Ein direkter Zusammenhang zwischen Schwangerschaftskonfliktberatungen und Schwangerschaftsabbrüchen kann nicht hergeleitet werden, da die Abbrüche nach Wohnort der Frauen gemeldet werden, der Ort der Beratung jedoch frei wählbar ist. Die Entwicklung der Beratungszahlen in allen sächsischen Beratungsstellen sowie der Schwangerschaftsabbrüche in Sachsen kann Tab. 4.5 entnommen werden.

Tabelle 4.5: Entwicklung der Schwangerschaftsberatungen und Schwangerschaftsabbrüche* in Sachsen von 2017 bis 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Schwangerschaftsberatungen nach § 2 SchKG	56.808	56.499	54.163	47.011	52.896	47.767
Schwangerschaftskonfliktberatungen nach §§ 5, 6 SchKG	7.793	7.884	7.683	7.694	7.634	8.102
Schwangerschaftsabbrüche gesamt	5.580	5.250	5.160	5.084	5.050	5.515
Schwangerschaftsabbrüche je 100.000 Frauen	573,6	544,8	558,3	554,2	536,6	575,4

Anmerkungen: *nach dem Wohnort der Frauen

Quellen: Statistisches Landesamt Sachsen, 2023a; Statistisches Landesamt Sachsen, 2024

Neben der individuellen Beratung bieten die Schwangerschaftsberatungsstellen außerdem Präventionsveranstaltungen in Form von Kursen und Seminaren zu den Themen Sexualaufklärung, Familienplanung, Schwangerschaft und Elternschaft u. a. für Schwangere, Paare, Mütter und Väter sowie für Kinder und Jugendliche an. Weiterhin sind Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit sowie die Vermittlung zu themenspezifischen Selbsthilfegruppen ein wichtiger Bestandteil in der Arbeit der Schwangerschaftsberatungsstellen.

4.9.2 Kinder und Jugendgesundheitsberatung

Familien- und Erziehungsberatung

Familien- und Erziehungsberatungsstellen unterstützen Familien und Kinder bzw. Jugendliche bei familiären Problemen, Konflikten und Sorgen. In Einzel- und/oder Familiengesprächen wird u. a. zu Erziehungsfragen, Entwicklungsbesonderheiten, Lern- und Leistungsproblemen sowie Trennung bzw. Scheidung beraten. Auch bei Verdacht auf eine psychische Erkrankung oder zur Hilfe bei sexuellem Missbrauch stehen die Beratungsstellen unterstützend zur Seite.

In Dresden gibt es fünf kommunale und sieben Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Familien in freier bzw. kirchlicher Trägerschaft. In drei der fünf kommunalen Beratungsstellen sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes und des Amtes für Gesundheit und Prävention in Kooperation tätig. Hier sind die Angebote um kinderpsychiatrische Diagnostik und Behandlung im Rahmen der kurativen Versorgung sowie um die Erstellung von Gutachten durch Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater erweitert. Sozial- und Heilpädagoginnen bzw. -pädagogen unterstützen die multiprofessionelle Herangehensweise durch Hospitationen in Kitas und Schulen sowie sozialpädagogische Gruppen für an die Beratungsstellen angebundene Kinder und Jugendliche.

Im Jahr 2022 begleiteten die Beratungsstellen in Dresden über 5.000 Kinder bzw. Familien. Damit sind im Vergleich zum Jahr 2017 die Beratungszahlen um etwa 24 Prozent gestiegen. Aufgrund der hohen Nachfrage mussten Kinder und Familien in 2022 durchschnittlich 22 Tage auf einen Termin warten (2017: 20 Tage) (LHD, 2023b).

Zusätzlich zu den Beratungsstellen gibt es einen 24-Stunden-Notruf in den Kinder- und Jugendnotdiensten (KJND), in denen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter für Beratungen telefonisch, per Mail oder vor Ort erreichbar sind. In schwerwiegenden Not- oder Krisensituationen können Kinder und Jugendliche kurzfristig durch den 24-Stunden-Betreuungsdienst in Obhut genommen werden. Eine Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin des Amtes für Gesundheit und Prävention steht den Kindern, Jugendlichen und betreuenden Fachkräften als Ansprechpartnerin und für die medizinische Basisversorgung kurzfristig zur Verfügung. Dieses beratende und auch aufsuchende Angebot zielt auf Sozialkompensation und die Entlastung des Personals im KJND. Die häufigsten Beratungs- und Versorgungsanlässe sind der Befall mit Skabiesmilben, Atemwegs- und Hautinfektionen. Der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) des Jugendamtes unterstützt im weiteren Verlauf bei der Perspektivklärung und leitet ggf. notwendige Hilfen ein.

Beratungen in der Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit des Amtes für Gesundheit und Prävention

Die Mitarbeitenden der Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit des Amtes für Gesundheit und Prävention übernehmen neben den im Abschnitt 6.3 auf Seite 210 beschriebenen Kita- und schulärztlichen Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes (KJÄD) weitere Untersuchungs- und Beratungsfunktionen zu Themen der Kindergesundheit und -entwicklung. So können sich (werdende) Eltern bei Fragen und Problemen in der Schwangerschaft, nach der Geburt und bis zum vollendeten ersten

Lebensjahr des Kindes an die Familienhebammen der Frühen Gesundheitshilfen wenden. Konkret wird u. a. zur Entwicklung und Förderung des Kindes, zur Ernährung, zur Alltagsgestaltung und zum Bindungsaufbau mit dem Kind beraten. Die Leistungen der Frühen Gesundheitshilfen reichen von der 1:1-Betreuung über die (Schrei-)Babysprechstunde bis hin zu Eltern-Baby/Kleinkind-Gruppen und Frühchen-, Alleinerziehenden- bzw. Mehrlings-Treffs (Abschnitt 6.2.2 auf Seite 205). Die Angebote der Frühkindlichen Gesundheitsberatung stehen Eltern mit Kindern bis zum dritten Geburtstag in drei Beratungsstellen offen.

Des Weiteren bietet der KJÄD ärztliche und sozialpädagogische Beratungen außerhalb von Gutachten und Stellungnahmen an und nimmt unter Federführung des Sozial- oder Jugendamtes an Hilfeplangesprächen zur ärztlichen Einschätzung von Kindern mit Eingliederungshilfebedarf teil. Der Beratungsbedarf ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen, wie die Entwicklung der Beratungszahlen der Schuljahre 2020/2021 bis 2022/2023 in Tab. 4.6 zeigt.

Tabelle 4.6: Entwicklung der Beratungszahlen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Dresden der Schuljahre 2020/2021 bis 2022/2023

	2020/2021	2021/2022	2022/2023
Hilfeplangespräche	198	244	282
Ärztliche und sozialpädagogische Beratungen*	450	516	638

Anmerkungen: *außerhalb der gesetzlich vorgesehenen ärztlichen Untersuchungen
Quelle: Amt für Gesundheit und Prävention der LHD, 2024

Auf den steigenden Bedarf an weiterführenden Beratungen aus den Kontakten im KJÄD wurde im März 2022 mit Bildung des Sachgebietes Soziale Arbeit in der Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit reagiert. Die meisten Zugänge erfolgen über die gesetzlichen ärztlichen Untersuchungen im KJÄD, gefolgt von Anfragen aus Kitas, Schulen, der Schulsozialarbeit, Eltern und Angehörigen, dem ASD, der offenen Kinder- und Jugendarbeit sowie dem medizinisch versorgenden System. Die häufigsten Beratungsthemen umfassen neben Anbindungen an Hilfen des Jugendamtes, Beratungsstellen, die Kindertagesbetreuung, adäquate Beschulung und gesundheitliche Versorgung auch Fragen zum Kinderschutz, Schulabsentismus oder Kommunikationsbarrieren mit Schulen. Neben den fallgebundenen Tätigkeiten kommt der Netzwerkarbeit und dem Fachaustausch eine große Bedeutung zu. Dieser geschieht sowohl stadträumlich (z. B. KiNET-Netzwerk für Frühprävention Gorbitz und Prohlis, Stadtteilerunden) als auch gesamtstädtisch thematisch (z. B. Netzwerke im Kinderschutz, Schulsozialarbeit, Kinder psychisch kranker Eltern). Die vier Sozialarbeitenden des Sachgebietes unterstützen Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention und die Öffentlichkeitsarbeit des Amtes (z. B. Familienkioske, Schulgesundheitstage, Prohlis ist bunt).

Nicht zuletzt informiert der KJÄD in Kitas und Schulen zum altersgerechten Entwicklungsstand, empfohlenen Förderungen und Therapien, adäquaten Lernumgebungen sowie zu Möglichkeiten der Vorbereitung auf den Schulanfang bei Elternabenden.

Kinderschutzarbeit in der Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit des Amtes für Gesundheit und Prävention

Kinderschutz ist eine gemeinsame und gesetzlich verpflichtende Aufgabe aller Professionen, die mit Kindern, Jugendlichen und Familien arbeiten. In erster Linie obliegt der Schutz des Kindeswohls den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten. Wenn diese jedoch dieser Aufgabe nicht gerecht werden (können), kommt dem Jugendamt der Schutzauftrag als staatliches Wächteramt zu (LHD, 2019). Eine Kindeswohlgefährdung besteht bei physischer oder psychischer Misshandlung, bei sexualisierter Gewalt oder bei Vernachlässigung des Kindes. In etwa jedem fünften Fall in Deutschland kommen diese Formen auch in Kombination vor (Destatis, 2024).

Die Fachgruppe Kinderschutz des Amtes für Gesundheit und Prävention ist Ansprechpartner bei medizinischen Kinderschutzthemen. Sie ist interdisziplinär, bestehend aus Fachärztinnen, einer Zahnärztin, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, (Familien)Kinderkrankenschwestern und einer Physiotherapeutin, zusammengesetzt und bietet Hilfe und Unterstützung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, Vernachlässigung, Missbrauch oder Gewalt gegen Minderjährige. Neben der Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit werden anonyme Fallberatungen und Fallreflexionen, Gespräche zur Hilfevermittlung sowie **Beratungen nach § 8a SGB VIII** durchgeführt.

Bedingt durch eine Neustrukturierung der Fachgruppe im Jahr 2020 und der eingeschränkten personellen Kapazitäten während der Corona-Pandemie sind die Beratungszahlen erst ab dem Schuljahr 2022/2023 aussagekräftig (Tab. 4.7). Die Entwicklung der Fall- und Beratungszahlen in den darauffolgenden Schuljahren bleibt abzuwarten.

Tabelle 4.7: Beratungszahlen der Fachgruppe Kinderschutz des Amtes für Gesundheit und Prävention Dresden im Schuljahr 2022/2023*

	Schuljahr 2022/2023*
Neue Fälle	105
Meldungen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	20
Beratung als insoweit erfahrene Fachkraft nach § 8a SGB VIII (inkl. externe Helfer)	26
Ärztliche Beratungen	59
Telefonische Beratungen	23
Kontinuierliche Begleitung	140
Kollegiale Beratungen	79

Anmerkungen: *09/2022 bis 08/2023

Quelle: Amt für Gesundheit und Prävention, 2024

4.9.3 AIDS/STI-Beratung

Eine kommunale Beratungsstelle sowie eine Beratungsstelle in freier Trägerschaft bieten in Dresden ein breites Spektrum an Leistungen rund um das Thema HIV/AIDS und andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) an. Neben anonymen und kostenlosen Beratungen werden Tests und Untersuchungen auf sexuell übertragbare Erkrankungen sowie Veranstaltungen für verschiedene Zielgruppen durchgeführt. Darüber hinaus nehmen die Öffentlichkeitsarbeit und die Projektarbeit einen wichtigen Stellenwert in der Arbeit der AIDS-Beratungsstellen ein. Das Beratungsangebot umfasst u. a. die Beratung von HIV-Infizierten und deren Angehörigen zu Infektionswegen, Leben mit HIV, Ängsten, Sexualität und Partnerschaft sowie zu medizinischen, sozialen und rechtlichen Fragen. Weiterhin können Kontakte zu Behörden, medizinischen Einrichtungen und anderen Institutionen vermittelt werden. Dies gilt auch für andere sexuell übertragbare Infektionen, die ebenfalls Gegenstand der Beratung sind.

Die Anzahl der von den beiden Beratungsstellen durchgeführten Beratungen stieg von 2017 bis zum Beginn der Corona-Pandemie an. Erwartungsgemäß konnten in den Jahren 2020 und 2021 aufgrund von Kontakteinschränkungen und der Übertragung anderer Aufgaben an die Mitarbeitenden im Amt für Gesundheit und Prävention weniger Beratungen stattfinden. Bereits 2022 ist jedoch wieder ein Anstieg der Beratungszahlen zu erkennen. Hinsichtlich der Geschlechterverteilung nehmen etwa zwei Drittel Männer und ein Drittel Frauen das Beratungsangebot wahr. Die Entwicklung der Beratungszahlen inklusive der Geschlechterverteilung ist in Tab. 4.8 dargestellt.

Tabelle 4.8: Entwicklung der AIDS/STI-Beratungen in Dresden inkl. Geschlechterverteilung von 2017 bis 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Anzahl Klientinnen und Klienten	8.681	9.001	9.779	6.791	5.247	7.319
Anteil Männer (%)	66,5	69,7	70,4	68,8	66,2	66,1
Anteil Frauen (%)	33,2	30,1	28,9	30,5	33,4	33,1
Anteil divers (%)	0,0	0,0	0,4	0,4	0,3	0,4
Anteil andere/keine Angabe (%)	0,3	0,2	0,2	0,4	0,2	0,4

Quelle: Amt für Gesundheit und Prävention der LHD, 2024

Die von den Beratungsstellen angebotenen Veranstaltungen haben überwiegend einen Präventions- und Aufklärungscharakter. So werden neben klassischen Präventionsveranstaltungen auch sexualpädagogische Veranstaltungen an Oberschulen, Gymnasien und Berufsschulzentren sowie Multiplikatorenschulungen bzw. Aus- und Fortbildungen für z. B. medizinisches Personal, Auszubildende, Pädagoginnen und Pädagogen und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter durchgeführt. In der Corona-Pandemie war das Veranstaltungsangebot insbesondere im Jahr 2021 stark eingeschränkt. Im Jahr 2022 konnte bereits wieder ein leichter Anstieg der Veranstaltungszahlen erreicht werden (Abb. 4.4).

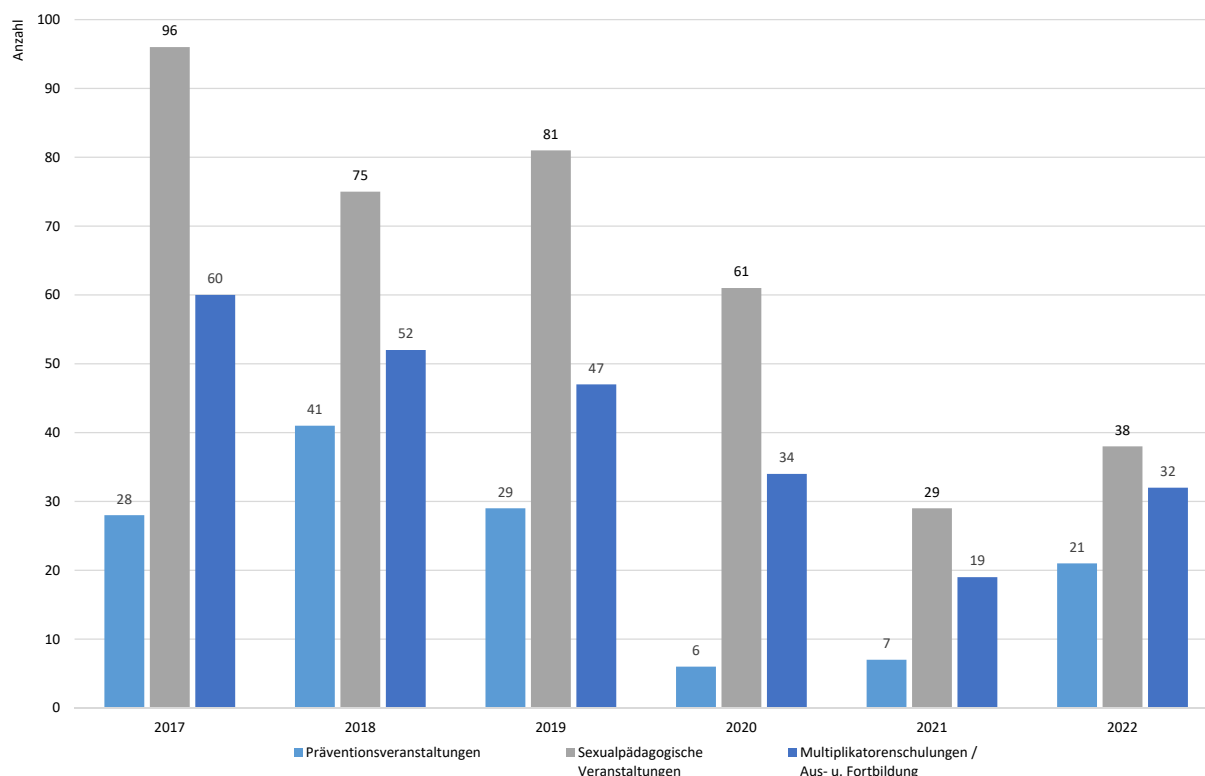


Abbildung 4.4: Entwicklung der AIDS/STI-Veranstaltungen der Dresdner Beratungsstellen von 2017 bis 2022

Quelle: Amt für Gesundheit und Prävention der LHD, 2024

Zusätzlich zu dem breiten Beratungs-, Untersuchungs- und Veranstaltungsangebot engagieren sich die AIDS-Beratungsstellen in der aufsuchenden sozialen Arbeit, sind in den sozialen Medien aktiv, erstellen Beiträge für Fernsehen und Hörfunk, erarbeiten Printmedien und halten Fachvorträge.

4.9.4 Ambulante Suchthilfe (Suchtberatung und -behandlung)

Ambulante Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBBn) bieten Betroffenen und Angehörigen Unterstützung und Hilfe bei Problemen durch Substanzkonsum sowie suchtartige Verhaltensweisen. Das Angebot umfasst Einzelgespräche zur Diagnostik und Informationsvermittlung, zur Erarbeitung eines individuellen Behandlungsplans sowie zum Aufzeigen von Hilfsmöglichkeiten. Des Weiteren werden Gruppenangebote, beispielsweise zur Informationsvermittlung und zur Förderung der Motivation für eine Entwöhnungsbehandlung, vorgehalten. Ein wesentliches Ziel der SBBn ist die Vermittlung in eine Entgiftungs- bzw. Entwöhnungsbehandlung. Vor, während und nach einer Suchtrehabilitation stehen die SBBn den Hilfesuchenden unterstützend zur Seite – auch bei der Lösung von suchtbedingten Problemen in anderen Bereichen, wie u. a. bei sozialen, rechtlichen und familiären Problemen, Schulden oder bei Fragen zur Ausbildungs- bzw. Beschäftigungssituation. Die Dresdner SBBn in freier Trägerschaft bieten auch selbst ambulante Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation) an.

Weiterhin gehören zum Teil Onlineberatungen, Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Spritzentausch, kostenlose Rechtsberatungen durch einen externen Anwalt sowie Fall- und Fachberatungen für Fachkräfte zum Aufgabenspektrum. Nicht zuletzt sind die Durchführung von Präventionsveranstaltungen und die vernetzende Arbeit wichtige Tätigkeitsfelder der Beratungsstellen.

In Dresden gibt es zum Berichtszeitpunkt fünf Suchtberatungs- und Behandlungsstellen in freier Trägerschaft mit 20 Vollzeit-äquivalenten (VZÄ) sowie eine kommunale Beratungsstelle mit neun VZÄ. Mit einer Fachkraftversorgung von 1:20.301 Einwohnerinnen und Einwohner (EW) liegt Dresden 2023 unterhalb der angestrebten Versorgungsdichte von mindestens 1:20.000 EW. Die durchschnittliche Versorgungsdichte in Sachsen liegt bei 1:21.028 (SLS e. V., 2024).

Zusätzlich zu den genannten Beratungsstellen bietet ein kommunaler mobiler Suchthilfedienst sozial benachteiligten, chronisch mehrfachbeeinträchtigten alkoholabhängigen Menschen Unterstützung, u. a. bei der Sicherung des Verbleibs in der eigenen Wohnung. Eine suchtspezifische Straßensozialarbeit in freier Trägerschaft mit sechs VZÄ stellt zudem durch die aufsuchende Arbeit ein niedrigschwelliges Angebot für im öffentlichen Raum Konsumierende dar, die mit der klassischen Suchtberatung nicht erreicht werden. Bei Einbeziehung dieses besonderen Beratungsangebots in die Versorgungsdichte würde Dresden mit 1:16.126 EW den empfohlenen Fachkraftschlüssel erfüllen.

Die Zahl der Klientinnen und Klienten in Dresden ist seit 2020 leicht zurückgegangen. Dies deckt sich auch mit der Entwicklung der Klientenzahlen in Sachsen (SLS e. V., 2023). Während als Betroffene überwiegend Männer die SBBn aufsuchen, sind es bei den Angehörigen überwiegend Frauen (Abb. 4.5).

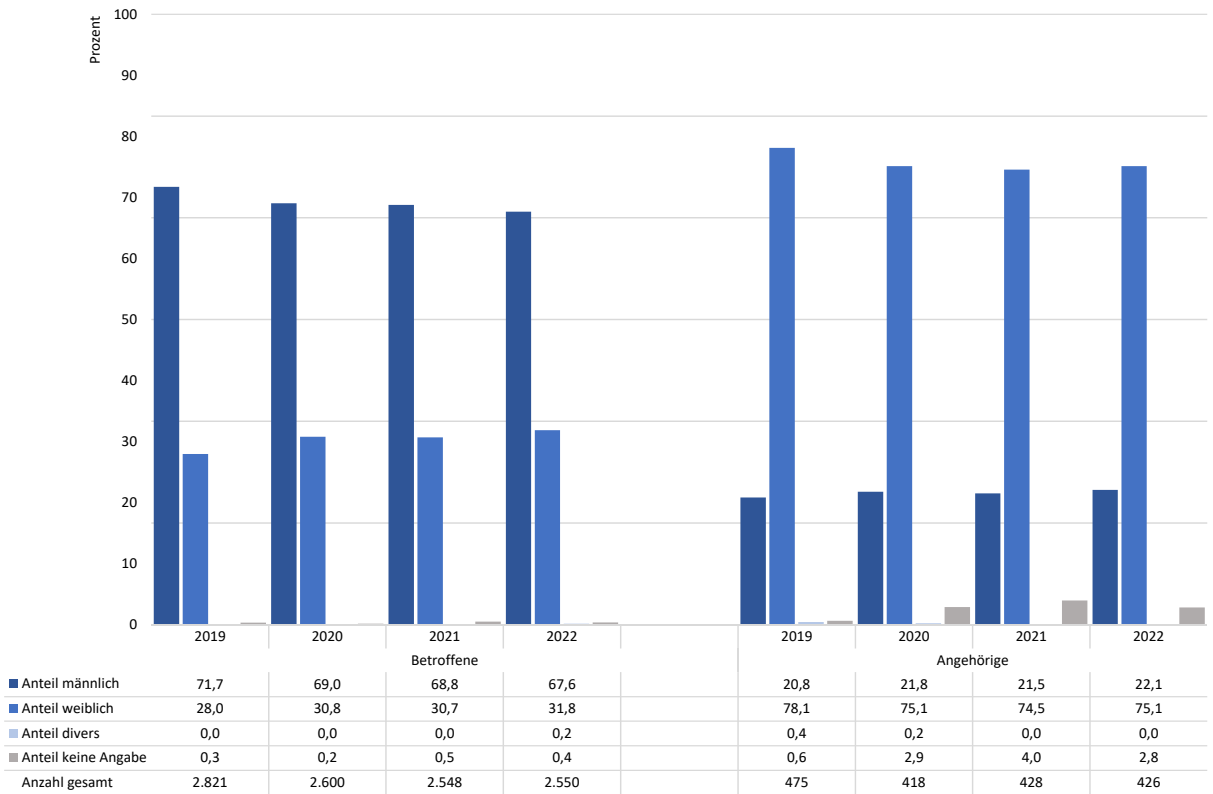


Abbildung 4.5: Entwicklung der Klientinnen- und Klientenzahlen der Suchtberatungs- und -behandlungsstellen in Dresden inkl. Geschlechterverteilung von 2019 bis 2022

Anmerkungen: Aufgrund einer Softwareumstellung 2018 und eine bis dahin zum Teil unterschiedliche Zählweise wird hier nicht der Zeitraum von 2017, sondern von 2019 bis 2022 abgebildet.
Quelle: Amt für Gesundheit und Prävention der LHD, 2024

Bei Betrachtung der Altersstruktur der Hilfesuchenden in Dresden ist die Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen sowohl bei den Betroffenen als auch bei den Angehörigen am stärksten vertreten. In Sachsen liegt der Altersdurchschnitt der Betroffenen mit 38 Jahren ebenfalls in dieser Gruppe (SLS e. V., 2023). Während die Betroffenen tendenziell eher den jüngeren und mittleren Altersgruppen zuzuordnen sind, verteilen sich die Angehörigen eher auf die mittleren und höheren Altersgruppen (Tab. 4.9).

Tabelle 4.9: Anteil der Klientinnen und Klienten der Suchtberatungs- und -behandlungsstellen in Dresden nach Altersgruppen im Jahr 2022

Altersgruppe	Betroffene (%)	Angehörige (%)
bis 17 Jahre	5,8	1,4
18 bis 24 Jahre	16,9	5,9
25 bis 34 Jahre	23,2	13,1
35 bis 44 Jahre	27,4	25,4
45 bis 54 Jahre	13,3	23,0
55 bis 64 Jahre	9,4	13,1
ab 65 Jahre	4,1	18,1

Quelle: Amt für Gesundheit und Prävention der LHD, 2024

Die Betroffenen suchten die SBBn in Dresden im Jahr 2022 vor allem aufgrund von Alkoholabusus (47 %) und des Konsums illegaler Drogen (41 %) auf. Mit sechs Prozent ist der problematische Mediengebrauch als Beratungsgrund in Dresden höher als in Sachsen mit 2,4 Prozent (SLS e. V., 2023). Einen Migrationshintergrund, d. h. selbst migriert oder als Kind von Migrantinnen und Migranten in Deutschland geboren, hatten 6,9 Prozent der Betroffenen im Jahr 2022. Weitergehende Informationen zur Struktur und Suchtproblematik der Klientinnen und Klienten in der ambulanten Suchtkrankenhilfe finden sich auch im aktuellen Dresdner Suchtbericht (LHD, 2023e).

Die Arbeit der SBBn wirkt sich nachweislich positiv auf die Suchtproblematik aus. So verbesserte sich in Sachsen bei über 60 Prozent (2021) aller Beratungskontakte das Suchtverhalten im Verlauf der Beratung bzw. am Ende der Betreuung. In Deutschland waren es insgesamt 63 Prozent. Vor allem bei der Glücksspielsucht (72 %) sowie bei Alkoholabusus (64 %) wirkte sich die Beratung und Betreuung durch die SBBn positiv auf das Konsumverhalten aus (SLS e. V., 2023). Analysen haben zudem ergeben, dass Suchtberatungs- und Behandlungsstellen neben der Minimierung negativer individueller Folgen auch hinsichtlich der Einsparung volkswirtschaftlicher Folgekosten von Suchterkrankungen eine starke Wirkung entfalten. Die vermiedenen Folgekosten übersteigen die Investition der öffentlichen Hand in Suchtberatung und Suchtbehandlung (Fördersumme) um mehr als das 20-fache (Packmohr & Weiß, 2020).

4.9.5 Psychosoziale Beratung und Betreuung

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen in freier Trägerschaft

Erwachsene, die von einer psychischen Erkrankung betroffen oder bedroht sind sowie deren Angehörige finden bei den Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen (PSKB) ein umfassendes Hilfs- und Beratungsangebot. Neben Informationen über die psychische Erkrankung erhalten Betroffene und Angehörige Unterstützung bei sozialen und persönlichen Problemen sowie bei der Alltagsbewältigung und werden bei Bedarf an andere professionelle Stellen weitervermittelt. Kennzeichnend für die PSKB sind neben der Einzelberatung verschiedene Formen von Gruppenangeboten. Diese reichen von tagesstrukturierenden Maßnahmen bzw. Freizeitgestaltungen, wie Angebote zur Psychoedukation, Bewegung, Entspannung, gemeinsames Kochen und Essen, Ausflüge etc., bis hin zu offenen Sprechstunden und anderen Begegnungsangeboten.

In Dresden bieten fünf Beratungsstellen in freier Trägerschaft psychosoziale Beratung an. Davon bieten zwei Beratungsstellen ebenso gerontopsychiatrische Beratungen an. Zwei weitere Beratungsstellen sind ausschließlich auf Gerontopsychiatrie spezialisiert. Diese sogenannten GerDA-Stellen richten sich an Seniorinnen und Senioren, die psychisch erkrankt und/oder von Demenz bzw. Alzheimer betroffen sind. Die betroffenen Seniorinnen und Senioren sollen durch die Unterstützungsleistungen ihre Selbstständigkeit weitestgehend erhalten. Die Beratungsstellen für Erwachsene und Personen im höherem Alter werden an dieser Stelle gemeinsam betrachtet. Mit insgesamt 19 VZÄ lag die Fachkraftversorgung durch die PSKB und GerDA-Stellen in Dresden im Jahr 2023 bei 1:28.981 EW¹ und damit unter dem empfohlenen Versorgungsschlüssel von 1:25.000 EW (Albers & Elgeti, 2018). Zusätzlich sind in die Versorgung noch qualifizierte Genesungsbegleiter bzw. **Ex-In-Kräfte** im Umfang von einer VZÄ eingebunden.

¹ Dresdner Bevölkerung zum Stand 30.06.2023

Die Entwicklung der Beratungszahlen der Dresdner PSKB und der GerDA-Stellen von 2017 bis 2022 zeigt, dass in den Pandemie-Jahren 2020 und 2021 die Anzahl der Gruppenkontakte gesunken und die Anzahl der Einzelkontakte gestiegen ist. Durch verringerte Gruppenangebote aufgrund der gesetzlichen Kontaktbeschränkungen wurde mit Einzelgesprächen – vorrangig per Telefon – der Kontakt gehalten. Im Jahr 2022 nähern sich die Kontaktzahlen tendenziell wieder den Werten der präpandemischen Jahre an (Tab. 4.10).

Tabelle 4.10: Entwicklung der Beratungszahlen der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen in Dresden von 2017 bis 2022

Betroffene und Angehörige	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Einzelkontakte	8.263	9.351	9.426	11.660	10.132	9.674
Gruppenkontakte	38.179	38.192	35.651	20.141	17.255	24.078

Quelle: Amt für Gesundheit und Prävention der LHD, 2024
Sozialpsychiatrischer Dienst des Amtes für Gesundheit und Prävention

Sozialpsychiatrischer Dienst

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Amtes für Gesundheit und Prävention (SpDi) ist Anlaufstelle für Erwachsene mit psychischen Problemen oder psychiatrischen Erkrankungen, deren Angehörige sowie Umfeld und Institutionen. Er informiert über Krankheitssymptome, berät bei sozialen Fragen und unterstützt bei der Krankheitsbewältigung. Der SpDi arbeitet sozialräumlich, führt bei Bedarf Hausbesuche durch und wird bei der Deeskalation psychosozialer Krisen zu Rate gezogen. Im Gegensatz zu den Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen kann der SpDi in besonderen Fällen ärztliche Hilfe im Rahmen der kurativen Versorgung leisten und die Betroffenen bei Bedarf längerfristig über mehrere Jahre begleiten. So werden Klientinnen und Klienten zum Teil vor, während und nach ambulanten Therapien oder Klinikaufenthalten multiprofessionell betreut. Während der andauernden Begleitung liegt der Fokus u. a. auf der Unterstützung zur Compliance bzw. Adhärenz der Therapieempfehlungen. Auch die Psychiatriekoordination der Landeshauptstadt Dresden und die Geschäftsstelle der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) sind in diesem Bereich angesiedelt und tragen zur Vernetzung der in der psychiatrischen Beratung, Betreuung und Versorgung tätigen Partnerinnen und Partner bei. Mit einem Fachkraftschlüssel von 1:19.066 EW² lag der Sozialpsychiatrische Dienst im Jahr 2023 innerhalb der angestrebten Versorgungsdichte von 1:25.000 EW (Albers & Elgeti, 2018). Hier ist zu beachten, dass die ärztlichen Leistungen auch Behandlungen nach SGB V und amtsärztliche Begutachtungen umfassen – dies ist eine Besonderheit in der Landeshauptstadt Dresden. Bereinigt um die daraus resultierenden fünf VZÄ ergibt sich für das Jahr 2023 eine Versorgungsdichte von 1:22.685 EW.

Die Anzahl der Beratungskontakte im SpDi ist in den Jahren 2020 und 2021 im Vergleich zu den Vorjahren gesunken. In 2022 ist jedoch ein Wiederanstieg der Beratungszahlen erkennbar (Tab. 4.11). Diese Entwicklung ist vor dem Hintergrund der gesetzlichen Kontaktbeschränkungen sowie insbesondere der Übertragung anderer Aufgaben an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SPD während der Corona-Pandemie erklärbar.

Tabelle 4.11: Entwicklung der Beratungszahlen des Sozialpsychiatrischen Dienstes von 2017 bis 2022

Betroffene	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Beratungskontakte	11.774	12.083	10.367	8.999	8.450	9.436

Anmerkungen: Im Jahr 2019 fand eine Softwareumstellung statt, die sich vor allem auf die Anzahl der betreuten Klientinnen und Klienten in den Jahren 2019 und 2020 auswirkte. Die Beratungszahlen blieben von der Umstellung nahezu unberührt, weshalb sie hier zum Zeitreihenvergleich herangezogen wurden. Dennoch ist ein Systemwechsel bei der Interpretation von Daten immer zu berücksichtigen.
Quelle: Amt für Gesundheit und Prävention der LHD, 2024

Über den gesamten betrachteten Zeitraum nahmen Frauen (2022: 53,6 %) häufiger das Beratungsangebot wahr als Männer (2022: 42,9 %). Mit Blick auf die durchschnittliche Anzahl der Kontakte pro Klientin bzw. Klient pro Jahr ist die Frequentierung von 7,8 Kontakten pro Klientin bzw. Klient im Jahr 2017 auf 6,0 Kontakte im Jahr 2022 ebenfalls bedingt durch die Corona-Pandemie und Personalausfälle etwas zurückgegangen.

² Dresdner Bevölkerung zum Stand 30.06.2023

Psychosozialer Krisendienst

Der Psychosoziale Krisendienst des Amtes für Gesundheit und Prävention ist eine Beratungsstelle für Menschen in seelischen Krisen- und Notsituationen. Er gehört zur Abteilung des Sozialpsychiatrischen Dienstes und berät Erwachsene z. B. nach Verlusterfahrungen, traumatischen Ereignissen, bei Suizidgefährdung, nach Trennungen bzw. anderen Belastungen. Nach telefonischer Voranmeldung können kurzfristig und unkompliziert bis zu fünf psychologische Beratungsgespräche erfolgen, auf Wunsch auch anonym. Dies dient teils auch zur Überbrückung bis zur Anbindung an niedergelassene Strukturen. Zudem koordiniert der Psychosoziale Krisendienst gemeinsam mit anderen Akteurinnen und Akteuren die Psychosoziale Notfallversorgung bei Schadenslagen in Dresden.

Die Anzahl der Betroffenen, die den Psychosozialen Krisendienst von 2017 bis 2022 aufsuchten, ist mit leichten Schwankungen relativ konstant. Durchschnittlich nahmen die Klientinnen und Klienten zwei Konsultationen wahr. Der ohnehin höhere Anteil an Frauen ist im Betrachtungszeitraum auf rund zwei Drittel im Jahr 2022 angestiegen. Leicht rückläufig sind seit 2021 die telefonischen Beratungen, die zuvor in den Jahren 2019 und 2020 häufiger durchgeführt wurden (Tab. 4.12).

Tabelle 4.12: Entwicklung der Beratungszahlen des Psychosozialen Krisendienstes von 2017 bis 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Anzahl Klientinnen und Klienten	663	608	629	594	619	582
davon Anteil weiblich (%)	59,6	63,8	65,0	65,7	65,4	66,3
davon Anteil männlich (%)	40,4	36,2	35,0	34,3	34,6	33,7
Anzahl Konsultationen	1.329	1.219	1.312	1.245	1.419	1.269
Anzahl Konsultationen pro Klientin/Klient	2,0	2,0	2,1	2,1	2,3	2,2
Anzahl Telefonberatungen	377	358	408	438	207	210

Quelle: Amt für Gesundheit und Prävention der LHD, 2024

Psychosoziale Beratungsstellen für Langzeitarbeitslose (SGB II)

Ein speziell auf Langzeitarbeitslose ausgerichtetes Beratungsangebot bieten zehn Psychosoziale Beratungsstellen in freier Trägerschaft in Dresden an. Erwerbsfähige Leistungsberechtigte nach dem SGB II können nach Vermittlung durch das Jobcenter, das Sozialamt oder auf Eigeninitiative individuelle Unterstützung in den Bereichen berufliche Orientierung und Motivation, Alltagsstrukturierung, Bewerbung und Existenzsicherung erhalten. Ebenso werden Themen zur Stärkung des Selbstwertgefühls und zur Prävention gesundheitlicher Beeinträchtigungen bearbeitet.

Mit Blick auf den Bildungsabschluss der beratenen Langzeitarbeitslosen verfügte im Zeitraum von 2019 bis 2022 mehr als die Hälfte mindestens über einen Berufsschulabschluss oder einen (Fach-)Hochschulabschluss. Rund ein Fünftel hatte zum Zeitpunkt der Beratung noch keinen Abschluss. Hinsichtlich des Familienstandes stellten Alleinlebende den größten Anteil in den Beratungen. Geschlechtsspezifische Unterschiede beim Familienstand waren vor allem bei den Alleinerziehenden (Frauenanteil durchschnittlich 78,8 %) und bei den in Trennung Lebenden (Männeranteil durchschnittlich 82,7 %) auffällig. Der Anteil an Beratenen mit einem sonstigen Migrationshintergrund ist im betrachteten Zeitraum von rund neun Prozent (2019) auf rund 22 Prozent (2022) deutlich angestiegen (Tab. 4.13).

Tabelle 4.13: Entwicklung der Beratungszahlen der Beratungsstellen für Langzeitarbeitslose nach Bildungsabschluss, Familienstand und Migrationshintergrund in Dresden von 2019 bis 2022 (Anteil in %)

	2019	2020	2021	2022
Bildungsabschluss	n = 1.313	n = 1.339	n = 1.395	n = 2.107
in Ausbildung/Studium	6,1	4,0	8,5	6,4
Berufsabschluss	41,4	44,1	44,7	40,4
Fach-/Hochschulabschluss	15,5	15,5	14,4	13,3
ohne Abschluss	21,6	20,2	20,0	18,2
keine Angabe	15,5	16,4	12,5	21,7
Familienstand	n = 1.300	n = 1.334	n = 1.387	n = 2.108
alleinlebend	45,5	49,9	50,6	46,4
mit Partnerin/Partner	11,8	12,6	14,1	11,7
mit Partnerin/Partner und Kind(ern)	15,2	11,7	12,8	15,8
alleinerziehend	11,0	10,4	8,1	12,8
in Trennung	8,8	6,7	8,1	4,8
keine Angabe	7,8	8,8	6,3	8,6
Migrationshintergrund	n = 1.310	n = 1.330	n = 1.387	n = 2.107
anerkannter Flüchtling	16,7	15,7	17,8	16,6
anderer Migrationshintergrund	8,9	9,5	14,6	22,4
ohne	70,7	71,2	64,2	59,1
keine Angabe	3,7	3,5	3,4	1,9

Anmerkungen: Da die Daten in dieser Form erst seit 2019 erhoben werden, wird der Zeitraum von 2019 bis 2022 betrachtet.
Quelle: Sozialamt der LHD, 2024

Zusätzlich bieten die Beratungsstellen Gruppenangebote, wie z. B. (Gesundheitsförderungs-)Kurse, Bildungs- und Informationsveranstaltungen an. Die Inanspruchnahme der gesundheitsbezogenen Angebote ist insbesondere in den Bereichen Ressourcenmanagement/Achtsamkeit und Gesundheit in den vergangenen Jahren gestiegen (Tab. 4.14).

Tabelle 4.14: Entwicklung der Teilnehmerzahlen an gesundheitsbezogenen Gruppenangeboten in den Beratungsstellen für Langzeitarbeitslose in Dresden von 2019 bis 2022

Gruppenangebot	2019	2020	2021	2022
Sport und Bewegung	730	353	356	399
Wanderung/Exkursion	271	165	153	189
Ressourcenmanagement/Achtsamkeit	57	67	86	112
Gesundheitskurs	52	77	23	106

Quelle: Sozialamt der LHD, 2024

Telefonseelsorge/Krisentelefon

Die Ökumenische TelefonSeelsorge der Diakonie Dresden sowie das Krisentelefon des Amtes für Gesundheit und Prävention stellen ein ergänzendes, telefonisches Angebot für Menschen in seelischer Not dar. Das Angebot verfolgt das Ziel, eine erste Entlastung zu geben und einen ersten Schritt zur Problemlösung zu ermöglichen. Nicht zuletzt sind es auch Angebote der Suizidprävention. Das Krisentelefon des Amtes für Gesundheit und Prävention ist täglich von 17 Uhr bis 23 Uhr durch psychosoziale Fachkräfte besetzt. Die TelefonSeelsorge ist rund um die Uhr telefonisch und seit 2019 auch per Chat mit ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erreichbar.

Von 2017 bis 2022 ist die Anzahl der Gespräche der Krisentelefone leicht angestiegen, wobei der Beratungsbedarf 2021 am höchsten war. Die durch die TelefonSeelsorge seit 2019 angebotene Chat-Möglichkeit wurde von Jahr zu Jahr stärker in Anspruch genommen (Tab. 4.15).

Tabelle 4.15: Entwicklung der Beratungszahlen der Krisentelefone in Dresden von 2017 bis 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Anzahl Gespräche	10.693	10.215	10.081	10.694	11.197	10.871
Anzahl Chats (nur TelefonSeelsorge)	-	-	78	199	216	309

Quelle: Amt für Gesundheit und Prävention der LHD, 2024

Bezogen auf die durchgeführten Beratungen der TelefonSeelsorge der Diakonie Dresden nahmen sowohl am Telefon als auch im Chat mehr Frauen als Männer das Angebot wahr. Zu den häufigsten Gesprächsthemen zählten psychische Erkrankungen, depressive Verstimmungen, Ängste, gesundheitliche Probleme, Einsamkeit und Isolation sowie familiäre und partnerschaftliche Probleme. Den stärksten Anstieg über den betrachteten Zeitraum verzeichnete das Thema Einsamkeit. Auffallend ist, dass das Thema Suizidalität in Chat-Beratungen deutlich häufiger thematisiert wurde als in den telefonischen Beratungen (Tab. 4.16).

Tabelle 4.16: Entwicklung der Beratungszahlen nach Geschlecht und Suizidthematik der TelefonSeelsorge in Dresden von 2017 bis 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Anzahl Telefongespräche	9.454	8.940	8.931	9.155	9.492	9.212
davon weiblich (%)	66	69	73	69	69	72
davon Suizidthematik (%)	7	8	10	12	10	10
Anzahl Chats	-	-	78	199	216	309
davon weiblich (%)	-	-	76	74	77	79
davon Suizidthematik (%)	-	-	27	34	26	38

Quelle: Ökumenische TelefonSeelsorge, 2023

4.9.6 Tumorberatung

Die Bewältigung einer Krebserkrankung und der Übergang in das Erwerbsleben bzw. in den Alltag nach akuter Erkrankung stellen sich oft schwieriger dar als vorher angenommen. Drei ambulante Tumorberatungsstellen in Dresden sind in dieser Situation Ansprechpartner für konkrete Hilfestellungen. Sie werden gemäß § 65e SGB V durch den GKV-Spitzenverband und die PKV gefördert und basieren auf den Zielen des Nationalen Krebsplans (BMG, 2024b).

Zwei Beratungsstellen bieten Krebspatientinnen und Krebspatienten sowie deren Angehörigen psychosoziale Unterstützung bei persönlichen und familiären Problemen an, informieren in sozialrechtlichen Fragen und helfen bei der Antragstellung zu Rehabilitationsmaßnahmen, Schwerbehinderung oder Leistungen der Pflegeversicherung. Weiterhin begleiten und vermitteln sie zu Selbsthilfegruppen und weiteren Hilfen bzw. Ansprechpartnern. Eine weitere Beratungsstelle unterstützt Familien mit einem an Krebs erkrankten minderjährigen Kind. Das Unterstützungsangebot beinhaltet Einzel- und Familienberatungen nach Abschluss der Intensivtherapie. Es wird u. a. zum Umgang mit Ängsten und Erschöpfung beraten, Hilfestellungen bei der Reintegration in die Schule oder Kita gegeben sowie sozialrechtliche Fragen geklärt. Alle Beratungsstellen begleiten zudem bei der Trauerbewältigung.

Die Entwicklung der Beratungszahlen in den drei Dresdner Beratungsstellen kann aufgrund der personellen Besetzung von zwei Beratungsstellen erst ab 2019 in einer Zeitreihe dargestellt werden. Nach einem vermutlich pandemiebedingten Rückgang der Beratungszahlen im Jahr 2020 ist ein Anstieg im Jahr 2022 auffällig (Tab. 4.17). Dieser lässt sich u. a. dadurch erklären, dass die Beratungsstellen vermehrt geflüchtete Personen und Familien u. a. aus der Ukraine beraten. Auch die Umstellung der Datenerfassung in einer der Beratungsstellen kann dem Anstieg der Zahlen zugrunde liegen.

Tabelle 4.17: Entwicklung der Beratungszahlen der Tumorberatungsstellen in Dresden von 2019 bis 2022

	2019	2020	2021	2022
Anzahl Beratungen	2.076	1.880	2.043	2.552

Quelle: Amt für Gesundheit und Prävention der LHD, 2024

Bezogen auf die zwei Beratungsstellen der Erwachsenenberatung betrug der Anteil der Betroffenen im Jahr 2022 84 Prozent. Knapp sieben Prozent entfielen auf Angehörige und rund neun Prozent auf andere Personen, wie z. B. Fachkräfte aus dem Sozialbereich. Die häufigste Tumordiagnose der ratsuchenden Betroffenen in 2022 ist mit großem Abstand Brustkrebs, gefolgt von Darm- und Prostatakrebs. Am häufigsten wurde Unterstützung bei Anträgen, wie z. B. auf medizinische Rehabilitation oder zur Feststellung einer Schwerbehinderung, geleistet. Auch sozialrechtliche Themen, Unterstützung bei Wiedereingliederung sowie die psychoonkologische Betreuung zählten zu den häufigsten Leistungen der Beratungsstellen in der Erwachsenenarbeit. In der Kinder- bzw. Familienarbeit wurden im Jahr 2021 (zum Stichtag 31.10.2021 vor Umstellung der Datenerhebung) überwiegend Beratungen durchgeführt, gefolgt von Begleitungen (u. a. Kontakte auf der kideronkologischen Station), Nachsorgeüberleitungen (im Anschluss an die Intensivtherapie) und Schulintegrationen (u. a. Schulklassenaufklärungen). Zu den häufigsten Beratungsgründen zählten hier Trauerbegleitung und Beratung in der Geschwisterbeziehung.

Über die Individualberatungen hinaus konzentriert sich die Arbeit der drei Beratungsstellen auf die Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit. Neben Seminaren und Kursen für Tumorpatientinnen und Tumorpatienten und deren Angehörige und Freunde sowie Informationsständen auf Veranstaltungen werden Fachvorträge gehalten, Multiplikatorenschulungen durchgeführt und die Vernetzung in Arbeitsgemeinschaften ausgebaut. Zudem sind der Kontakt und die Unterstützung der Selbsthilfegruppen in Zusammenarbeit mit der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) wichtiger Bestandteil der Arbeit der Tumorberatungsstellen.

4.9.7 Angebote für Seniorinnen und Senioren

Seniorenberatung

Seniorenberatungsstellen stehen Menschen im höheren Lebensalter bei allen Fragen und Problemen rund ums Alter, insbesondere zu Gesundheit, Pflege und Wohnen im Alter sowie zu sozialrechtlichen Angelegenheiten und Behördengängen zur Seite. Sie informieren zu unterstützenden Diensten im Alltag sowie weiteren Hilfsangeboten. In Dresden bieten aktuell 23 Beratungsstellen in freier Trägerschaft Seniorenberatungen an. Die Beratungszahlen werden seit Oktober 2022 von den Beratungsstellen einheitlich erfasst und im Sozialamt gebündelt. Die Auswertung der Zahlen für 2023 zeigt, dass die Beratungen zu etwa zwei Dritteln von Frauen in Anspruch genommen wurden. Im Hinblick auf das Alter waren mehr als die Hälfte der Beratenen 80 Jahre und älter (Tab. 4.18).

Tabelle 4.18: Verteilung der Seniorenberatungszahlen nach Geschlecht und Altersgruppen in Dresden im Jahr 2023

	Anteil (%)
Geschlecht	
Frauen	66,6
Männer	33,4
Altersgruppen	
unter 60 Jahre	8,8
60 bis 64 Jahre	5,3
65 bis 69 Jahre	7,9
70 bis 74 Jahre	11,5
75 bis 79 Jahre	13,5
80 bis 84 Jahre	26,9
85 Jahre und älter	26,0

Quelle: Sozialamt der LHD, 2024

Zu den häufigsten Beratungsanliegen zählten im gleichen Zeitraum Fragen zu Pflege und Gesundheit sowie Hilfesuche zu konkreten gesundheitlichen und sozialen Problemlagen (Tab. 4.19).

Tabelle 4.19: Beratungsthemen der Seniorenberatung in Dresden 2023 nach Häufigkeiten

Beratungsthema	Anzahl	Anteil (%)
Pflege und Gesundheit	6.509	43,8
Gesundheitliche und soziale Problemlagen	5.530	37,2
Sozialrechtliche Leistungen	2.674	18,0
Altersgerechte Dienste	1.945	13,1
Wohnen im Alter	1.592	10,7
Betreuung und Vorsorge	1.450	9,8
Schwerbehinderung	856	5,8
Freizeit, Bildung, Kultur	480	3,2

Anmerkungen: Mehrfachnennungen möglich
Quelle: Sozialamt der LHD, 2024

Zusätzlich zu den Beratungsstellen der freien Träger bietet auch der Soziale Dienst für Seniorinnen und Senioren des Sozialamtes individuelle Beratungen an. Dessen Schwerpunkt liegt jedoch zunehmend in koordinierenden und steuernden Aufgaben im Sinne eines Quartiersmanagements. Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, die in den einzelnen Stadtbezirken verortet sind, analysieren und bündeln Ressourcen, um so die Stadtbezirke im Sinne der Bedarfe älterer Menschen weiterzuentwickeln.

Seniorenbegegnungsstätten

Zusätzlich zur individuellen Seniorenberatung stellen Seniorenbegegnungsstätten einen Treffpunkt für Seniorinnen und Senioren dar, an dem kulturelle Veranstaltungen und gesellschaftliche Aktivitäten angeboten werden. In 20 Seniorenbegegnungsstätten der freien Träger in Dresden besteht die Möglichkeit u. a. an Bewegungs-, Gesundheits-, aber auch an Kreativkursen und Spielenachmittagen teilzunehmen. Weiterhin wird die soziale Teilhabe älterer Menschen durch gemeinsames Kochen und anschließende Mahlzeiten sowie durch Tagesausflüge und andere Gemeinschaftsaktivitäten gefördert.

Wie auch bei den Seniorenberatungen nahmen überwiegend Frauen die Angebote der Seniorenbegegnungsstätten wahr. Bei spezieller Betrachtung der gesundheitsbezogenen Angebote waren Männer zumindest bei Wander- und Radfahraktivitäten sowie bei Gesundheitsvorträgen etwas stärker beteiligt als bei anderen Sport- und Gesundheitskursen. Im zeitlichen Verlauf von 2017 bis 2022 zeigt sich, dass die Anzahl der Teilnehmenden pro Veranstaltung nach der Corona-Pandemie wieder leicht anstieg. Auch bei der Gesamtzahl der Veranstaltungen ist ein Anstieg in Richtung der präpandemischen Jahre zu erkennen (Tab. 4.20).

Tabelle 4.20: Entwicklung der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Angebote in den Seniorenbegegnungsstätten in Dresden nach Geschlecht von 2017 bis 2022

Angebote	Anzahl	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Sportangebote	Veranstaltungen	2.086	2.133	1.929	661	772	1.260
	Teilnehmerinnen pro Veranstaltung	7,4	7,5	7,4	6,9	5,7	6,1
	Teilnehmer pro Veranstaltung	0,7	0,8	0,7	0,6	0,4	0,4
Wandern/Radfahren	Veranstaltungen	217	169	200	99	126	206
	Teilnehmerinnen pro Veranstaltung	8,8	8,4	9,2	6,0	7,1	7,8
	Teilnehmer pro Veranstaltung	3,7	4,4	4,3	2,8	2,2	2,6
Gesundheitskurse	Veranstaltungen	362	406	374	179	251	341
	Teilnehmerinnen pro Veranstaltung	5,7	5,8	5,7	6,2	5,8	5,5
	Teilnehmer pro Veranstaltung	0,7	0,6	0,4	0,5	0,2	0,2
Gesundheitsvorträge	Veranstaltungen	29	36	32	9	13	18
	Teilnehmerinnen pro Veranstaltung	8,2	7,8	8,6	7,1	6,0	7,6
	Teilnehmer pro Veranstaltung	2,6	1,6	1,3	3,1	1,8	2,3

Quelle: Sozialamt der LHD, 2024

4.10 Selbsthilfe

In Dresden hat sich über die Zeit eine vielfältige Selbsthilfelandchaft entwickelt. Zur Unterstützung der Selbsthilfegruppen gibt es in Dresden eine kommunale Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS). Derzeit sind über 230 Gruppen in der Stadt aktiv. Die meisten Gruppen finden sich im Bereich chronisch physischer Erkrankungen, seelische Gesundheit und psychische Erkrankungen (Abb. 4.6). Gegenüber 2017 hat sich die Anzahl vor allem im Bereich Lebensbewältigung von sechs auf 14 Gruppen und im Bereich seelische Gesundheit von 12 auf 17 Gruppen sowie im Bereich psychische Erkrankungen von 15 auf 25 erhöht. Zwischen 2017 und 2023 wurden sieben Selbsthilfegruppen zum Thema Essstörungen gegründet, von denen sich jedoch vier bereits wieder aufgelöst haben. Diese Gruppen bestanden zwischen 4,5 und 5,5 Jahren (KISS, 2023).

Eine Vertretung der Selbsthilfe wirkt in Kooperation mit der Dresdner Kommunalverwaltung im Gesunde Städte-Netzwerk Deutschland als Beauftragte der Zivilgesellschaft mit. Diese bundesweite Beteiligungsform im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung hat ein Alleinstellungsmerkmal.

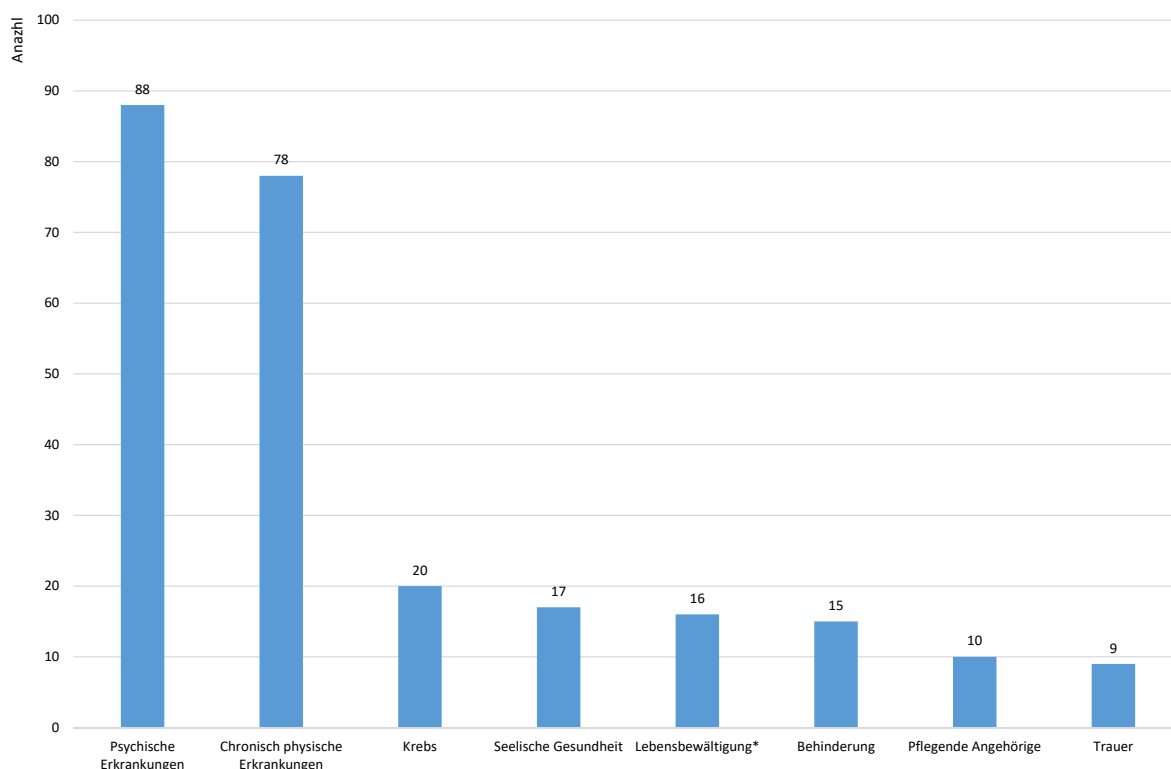


Abbildung 4.6: Selbsthilfegruppen nach Themenbereichen in Dresden (Stand: 2023)

Anmerkungen: *Enthält Sexualität und Soziale Benachteiligung; Eltern/Kind- Gruppen existieren in allen Bereichen
Quelle: Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen KISS Dresden, 2023

Die Relevanz der Arbeit der Selbsthilfegruppen zeigt sich auch darin, dass es weiterhin Bestrebungen gibt, Selbsthilfegruppen zu gründen. Die Anzahl schwankt in den Jahren 2014 bis 2022 zwischen sechs und 17 Neugründungen. Im Durchschnitt sind es zehn Neugründungen pro Jahr (KISS, 2023).

4.11 Zusammenfassung

Das Gesundheitssystem eines Landes wirkt sich direkt und indirekt auf die Gesundheit der Bevölkerung aus. Das Maß und die Qualität der Gesundheitsversorgung spiegelt sich demnach auch im Gesundheitszustand der Bürgerinnen und Bürger wider. Der Öffentliche Gesundheitsdienst leistet einen wichtigen Beitrag zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung. Er arbeitet sowohl individualmedizinisch als auch bevölkerungsbezogen mit präventivem Ansatz. Mit einem sozialkompensatorischen, niedrigschwelligen Ansatz verfolgt er das Ziel, die gesundheitliche Chancengleichheit zu stärken. Über den bundesweiten Pakt für den ÖGD wurde die Möglichkeit geschaffen, den ÖGD bzgl. Qualifikation des Personals, Kooperation mit und Verbindung zu Wissenschaft, Forschung und Lehre, Digitalisierung, Vernetzung und Kommunikation erheblich zu stärken. Beispielsweise konnte in der Landeshauptstadt Dresden kürzlich eine Brückenprofessur am neu gegründeten Lehrstuhl für den ÖGD eingerichtet werden.

Im Jahr 2022 waren 287 Personen im Amt für Gesundheit und Prävention Dresden beschäftigt. Die breite Palette an verschiedenen Berufsgruppen zeigt das hohe Maß der interdisziplinären Zusammensetzung und Zusammenarbeit.

Der Versorgungsgrad mit Haus- und Fachärztinnen bzw. -ärzten liegt in Dresden jeweils bei über 100 Prozent. Eine besonders hohe Versorgungsquote weisen die beiden Fachgebiete Radiologie sowie Innere Medizin vor. Hier ist eine starke Mitversorgung des Umlandes anzunehmen. Trotz augenscheinlich guter Versorgungslage geben über zehn Prozent der Dresdnerinnen und Dresdner an, die Arztsuche aufgegeben zu haben, da sie keinen Termin bekamen oder abgewiesen wurden.

Im Jahr 2020 waren die Dresdner Krankenhäuser ungefähr zu drei Vierteln ausgelastet. Die Patientinnen und Patienten wurden von 2.498 Ärztinnen und Ärzten sowie 4.045 Pflegefachkräften versorgt. Abgesehen von einem Rückgang im Jahr 2020 sind die Fallzahlen der behandelten Patientinnen und Patienten in den vergangenen Jahren konstant geblieben. In den stationären Einrichtungen ist eine Zunahme des Personals erkennbar. Zu erwarten ist, dass sich die aktuell geplante bundesweite Krankenhausreform positiv auf die klinische Versorgungsqualität und die finanzielle und personelle Ausstattung der Dresdner Krankenhäuser auswirken wird.

Die Zahl der niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte in Dresden ist in den letzten Jahren leicht gesunken. Dies entspricht dem Trend im Freistaat Sachsen.

116 Apotheken versorgen die Dresdnerinnen und Dresdner. Es kamen 20,9 Apotheken auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Im Bereich der Pflege lässt sich ein Trend der steigenden Pflegebedürftigkeit feststellen. Ungefähr jede vierte pflegebedürftige Person wird ambulant gepflegt, wobei pflegende Angehörige einen erheblichen Teil davon ausmachen. Im Bereich der stationär versorgten Pflegebedürftigen ist es ungefähr jeder Fünfte.

Im ambulanten Sektor ist ein stetiger Anstieg der Leistungsbeziehenden ersichtlich, wohingegen der stationäre Bereich schwankende Werte aufweist. Festzuhalten bleibt eine stetige Zunahme der Leistungsempfänger.

Beratungsstellen in freier und kommunaler Trägerschaft stellen in nahezu allen Lebensbereichen und -abschnitten erste Anlaufstellen für die Bürgerinnen und Bürger dar, um Hilfe zur individuellen Problemlösung zu finden. Während die Sucht- und AIDS/STI-Beratungsstellen häufiger von Männern aufgesucht werden, sind es in der Tumor- und Seniorenberatung sowie in Psychosozialen Beratungsstellen mehr Frauen, welche die Angebote nutzen.

Über 230 Selbsthilfegruppen sind derzeit in der Stadt registriert. Themen sind unter anderem chronisch physische sowie psychische Erkrankungen, seelische Gesundheit, Behinderungen, Sucht, Krebs und Lebensbewältigung.

Die Verbesserung der Datenlage und somit auch der Aussagekraft zur sozialräumlichen Gesundheitsversorgung in der Landeshauptstadt Dresden ist ein Ziel des aktuell in Entwicklung befindlichen Gesundheitsindex im Rahmen des Projekts „RESILIENT – Der Dresdner Gesundheitsindex“, der u. a. Daten der gesundheitlichen Versorgung auf kleinräumiger Ebene beinhalten wird (Kapitel „Einleitung“).

4.12 Literaturverzeichnis

- ABDA (Hrsg.). (2024). Medikationsplan. <https://www.abda.de/themen/arzneimitteltherapiesicherheit/medikationsplan/>
- aerzteblatt (Hrsg.). (2022). Jeder fünfte pflegende Angehörige von Armut bedroht. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/137720/Jeder-fuenfte-pflegende-Angehoeerige-von-Armut-bedroht>
- Albers, M. & Elgeti, H. (2018). Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste (1. Auflage). Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland.
- Amt für Gesundheit und Prävention. (2024). Interne Statistik.
- BMFSFJ (Hrsg.). (2023). Die vertrauliche Geburt: Informationen über das Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt.
- BMG. (2020). Das deutsche Gesundheitssystem.
- BMG (Hrsg.). (2023). Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/pakt-fuer-den-oegd>
- BMG (Hrsg.). (2024a). Krankenhausreform. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform>
- BMG (Hrsg.). (2024b). Ziele des Nationalen Krebsplans. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/handlungsfelder/ziele-des-nationalen-krebsplans.html>
- BVÖGD (Hrsg.). (2024). Aufgaben des ÖGD. <https://www.bvoegd.de/ueber-uns/aufgaben/#abgerufen>
- Destatis (Hrsg.). (2023). Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html>
- Destatis (Hrsg.). (2024). Kinderschutz und Kindeswohl. Statistisches Bundesamt. <https://tinyurl.com/mvwe4u7x>
- EX-IN Deutschland e. V. (Hrsg.). (2024). Über EX-IN. <https://ex-in.de/ueber-ex-in/>
- KISS (Hrsg.). (2023). Daten zu Selbsthilfegruppen in Dresden: Interner Bericht der Kommunalen Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen.
- KV Sachsen. (2023). Bedarfsplan der KV für Dresden.
- LHD. (2015). Kommunale Bürgerumfrage 2014.
- LHD. (2019). Handlungsempfehlung bei Kindeswohlgefährdung für Fachkräfte des Gesundheitswesens.
- LHD. (2022). Arbeit und Soziales 2021.
- LHD. (2023a). Arbeit und Soziales 2022.
- LHD. (2023b). Ausgewählte Fallzahlen der Beratungen nach SGB VIII von 2017 bis 2022.
- LHD. (2023c). Kommunale Bürgerumfrage 2022.
- LHD. (2023d). Statistische Mitteilungen.: Bevölkerungsprognose 2022.
- LHD. (2023e). Suchtbericht 2023.
- LHD (Hrsg.). (2024). Erste Brückenprofessur für „Öffentliche Gesundheit“. <https://tinyurl.com/u2rh6fmt>
- Ökumenische TelefonSeelsorge (Hrsg.). (2023). Jahresberichte.
- Packmohr, K. & Weiß, P. Suchtberatung wirkt: SROI-Studie zu den volkswirtschaftlichen Einsparpotenzialen durch die Suchtberatung. NDV, 2020, 74–79.
- RKI (Hrsg.). (2024a, 17. Januar). Versorgung und Inanspruchnahme. Robert Koch-Institut. https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/V/Versorgung/Versorgung_inhalt.html
- RKI (Hrsg.). (2024b, 20. Februar). Tag des Gesundheitsamtes. Robert Koch-Institut. https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Tag_des_Gesundheitsamtes/TdGA_Hintergrund/TdGA_Hintergrund_node.html
- SLS e. V. (2023). Sucht 2022: Bericht der Suchthilfe in Sachsen.
- SLS e. V. (2024). Sucht 2023: Bericht der Suchthilfe in Sachsen.
- Sozialamt. (2024). Interne Statistik.
- Statistisches Landesamt Sachsen (Hrsg.). (2022). Daten zur Pflegestatistik. <https://tinyurl.com/3rywjan5>
- Statistisches Landesamt Sachsen (Hrsg.). (2023a). Schwangerschaftsabbrüche nach Patientenwohrt und Alter. Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. <https://www.gbe.sachsen.de/themenfeld-7-indikator-2.html>
- Statistisches Landesamt Sachsen (Hrsg.). (2023b). Statistischer Bericht: Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker im Freistaat Sachsen 2022.
- Statistisches Landesamt Sachsen (Hrsg.). (2024). Inanspruchnahme von Beratungen zur Familienplanung und bei Schwangerschaftskonflikten (§ 2 und §§ 5-6 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes). Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. <https://www.gbe.sachsen.de/themenfeld-7-indikator-1.html>

Fakten auf einen Blick:

Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten

Subjektiver Gesundheitszustand

61 % der Dresdnerinnen und Dresdner schätzen ihren **Gesundheitszustand** als gut ein, im Jahr 2016 waren es 67 %. Personen mit dem niedrigsten Haushaltseinkommen geben mit 13 % einen schlechten Gesundheitszustand an, Personen mit dem höchsten Einkommen mit 3 %.

Substanzkonsum

15 % der männlichen und 4 % der weiblichen Befragten trinken mindestens 4 mal pro Woche **Alkohol**. Personen ab 45 Jahren trinken häufiger, jüngere Personen betreiben aber häufiger Rauschtrinken mit mindestens 6 alkoholischen Getränken auf einmal.

Häufigste Krankenhausdiagnosen

Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern/-flattern, intrakranielle Verletzungen und psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol waren die häufigsten Gründe für Krankenhauseinweisungen.

Körperliche Aktivität

44 % der Dresdner Bevölkerung treibt mindestens zweimal pro Woche **Sport**, 45 % seltener als das und 11 % nie.

Tumorerkrankungen

Zwischen 2010 und 2021 erkrankten im jährlichen Mittel **1.660 Männer** und **1.391 Frauen** an einer bösartigen Tumorerkrankung.

Soziale Gesundheit

65 % der Frauen und **58 % der Männer** fühlen sich in Dresden sozial gut eingebunden.

Sterblichkeit

Häufigste Todesursachen sind Krankheiten des Kreislaufsystems und Krebserkrankungen*

Die Anzahl vermeidbarer Sterbefälle bei Männern ist **doppelt so hoch** als bei Frauen**

Die Säuglingssterblichkeit lag bei **1,9 Todesfällen** pro 1.000 Lebendgeborene

77
Menschen begangen Suizid*

5 Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten

5.1 Einleitung

In diesem Kapitel werden Rahmenbedingungen und Fakten zur Gesundheit der Dresdnerinnen und Dresdner vorgestellt. Das zugrunde liegende Verständnis von Determinanten und Messgrößen der Gesundheit ist in „Einleitung“ ausführlich beschrieben.

Das Kapitel gibt zunächst einen Überblick zum subjektiven Gesundheitszustand der Dresdner Bevölkerung auf Basis der **Kommunalen Bürgerumfrage (KBU)** 2022. Die Darstellung erfolgt teilweise im Zeitvergleich seit 2012, nach **Stadtträumen**, Altersgruppen und Geschlecht. Die Leistungsfähigkeit einer Stadt sowie der Bürgerinnen und Bürger ist unter anderem abhängig vom Gesundheitszustand. Durch die COVID-19-Pandemie, die Anfang 2020 Deutschland erreichte und sich erheblich auf das gesellschaftliche Leben auswirkte, wurde die Leistungsfähigkeit der Bürgerinnen und Bürger eingeschränkt. Es werden daher ausgewählte Selbsteinschätzungen der gesundheitlichen Situation im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie aus der KBU 2022 wiedergegeben.

Anschließend werden Daten zur objektiven Gesundheit der Dresdner Bevölkerung vorgestellt. Anhand der **Krankenhausstatistik** werden zum einen die häufigsten Krankenhausdiagnosen nach Geschlecht und Altersgruppen abgebildet. Zum anderen werden ausgewählte Diagnosen, die im Rahmen der Entwicklung des Dresdner Gesundheitsindex – ein kleinräumiges Monitoring des Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhaltens und des Zugangs zu Gesundheitsversorgung („RESILIENT“) als bedeutsam für die Bevölkerungsgesundheit und für Präventionsmöglichkeiten angesehen werden, lebensphasenspezifisch beschrieben. Des Weiteren widmet sich das Kapitel in einem größeren Abschnitt den Krebserkrankungen – sowohl auf Basis der Krankenhausstatistik als auch des **sächsischen Krebsregisters**.

Insgesamt erfolgt eine Unterteilung in körperliche Erkrankungen und psychische Erkrankungen. Die Zuordnung basiert auf der jeweiligen Hauptdiagnose, d. h. ohne Berücksichtigung möglicher psychischer Genesen bei körperlichen Erkrankungen, wie z. B. Muskel-Skelett-Erkrankungen.

Im Rahmen der Darstellung der objektiven Gesundheit werden zudem die häufigsten sowie ausgewählte prävenierbare Infektionserkrankungen betrachtet. Weiterhin gibt dieses Kapitel einen Überblick über die relevantesten Zahlen und Fakten zu den Themen Unfallgeschehen, Behinderung sowie Pflegebedürftigkeit.

In Bezug auf das individuelle Gesundheitsverhalten werden insbesondere die Bereiche Bewegung, Mundgesundheit, Suchtmittelkonsum und die Teilnahme an **Präventionsmaßnahmen** beschrieben. In einem weiteren Abschnitt wird die soziale Gesundheit und damit eines der Elemente der Gesundheitsdefinition der WHO (Kapitel „Einleitung“) behandelt (Grad, 2002).

Somit wird jede Dimension von Gesundheit – die körperliche Gesundheit, die psychische Gesundheit und die soziale Gesundheit – in diesem Kapitel betrachtet. Abschließend wird die Sterblichkeit mit den häufigsten und den vermeidbaren Todesursachen beschrieben.

5.2 Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden

Die subjektive Gesundheit ist die Selbstbeurteilung des eigenen Befindens. Die subjektive Gesundheit spiegelt zudem die objektive Gesundheit (diagnostizierte Erkrankungen) wider und hat eine hohe Vorhersagekraft für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, **Mortalität** oder Therapieerfolg (RKI & BZgA, 2008). Zudem beeinflusst das persönliche Gesundheitsempfinden auch das eigene Gesundheitsverhalten. Selbst wenn eine Erkrankung vorliegt, können Menschen mit einer besseren subjektiven Gesundheit gelernt haben, damit zu leben, Selbstwirksamkeit auszubilden und fühlen sich daher weniger beeinträchtigt.

In der KBU werden die Befragten regelmäßig gebeten, ihren Gesundheitszustand zu beurteilen und ihr Wohlbefinden einzuschätzen. Die Ergebnisse der letzten Jahre zeigen deutlich, dass sich der subjektive Gesundheitszustand mit zunehmenden Alter sowie in der Längsschnittbetrachtung verschlechtert (Abb. 5.1). Im Jahr 2022 schätzten insgesamt 61 Prozent der Dresdnerinnen und Dresdner ihren Gesundheitszustand als gut, 34 Prozent als einigermaßen zufriedenstellend und nur fünf Prozent als schlecht ein. Dabei hat sich im Vergleich zum Jahr 2016 der Anteil „einigermaßen zufriedenstellend“ um fünf Prozentpunkte erhöht, während sich der Anteil „gut“ um sechs Prozentpunkte verringerte. In den höheren Altersgruppen unterlag die Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes geringeren Schwankungen, bei der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen war die Bewertung über die vier betrachteten Jahre nahezu konstant (LHD, 2023c).

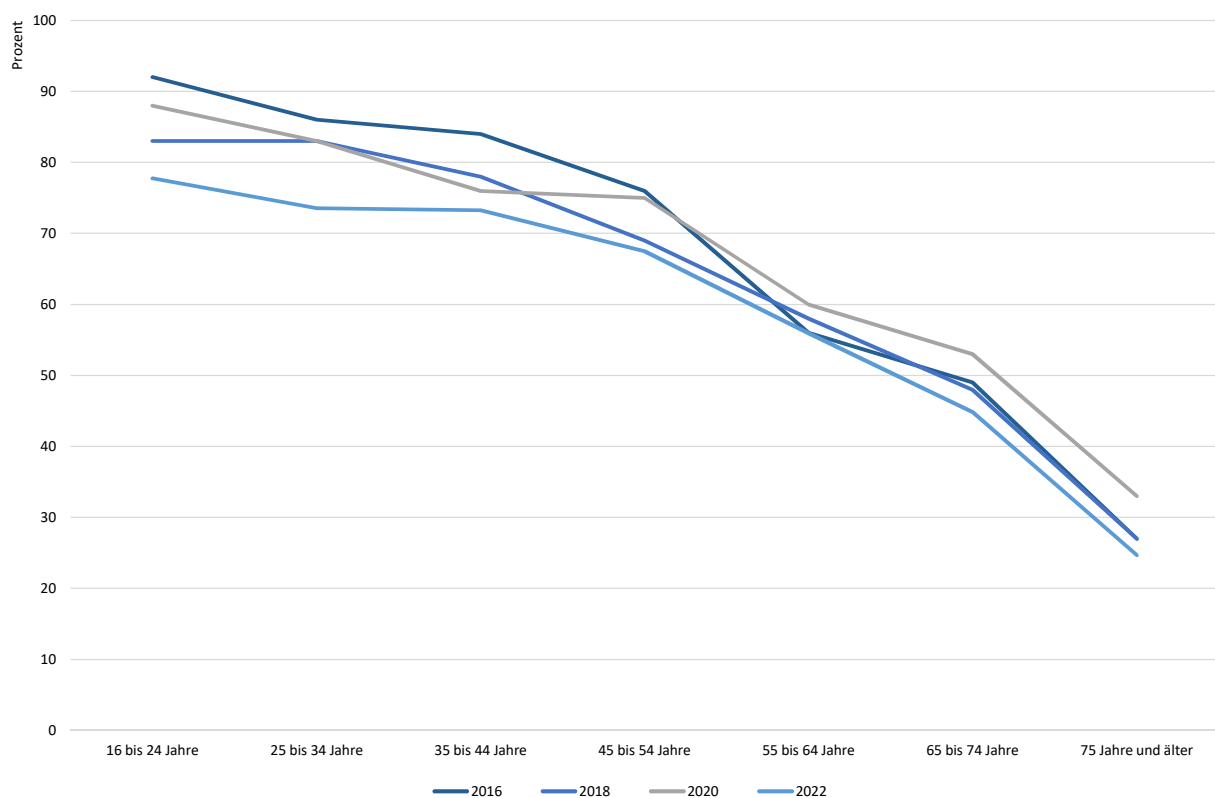


Abbildung 5.1: Subjektiver Gesundheitszustand „gut“ nach Altersgruppen in Dresden der Jahre 2016, 2018, 2020 und 2022 laut KBU

Quelle: LHD, 2023c; eigene Darstellung

Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren eher geringfügig. So bewerteten 63 Prozent der Männer ihren Gesundheitszustand als gut, dies war aber nur bei 59 Prozent der Frauen der Fall. Bei 75-Jährigen und Älteren überwogen die Angaben „einigermaßen zufriedenstellend“ und „schlecht“. Der Unterschied zwischen der jüngsten und der ältesten Gruppe betrug im Jahr 2016 in Bezug auf eine gute Gesundheitseinschätzung 65 Prozentpunkte und im Jahr 2022 noch 53 Prozentpunkte (Abb. 5.1) (LHD, 2023c).

Des Weiteren wurden die Bürgerinnen und Bürger hinsichtlich ihres Wohlbefindens befragt. Die Ergebnisse fielen ähnlich wie beim subjektiven Gesundheitszustand aus: Die Befragten fühlten sich zum größten Teil wohl. Allerdings lagen die Anteile der Bewertung „gut“ in den einzelnen Altersgruppen im Jahr 2022 – mit Ausnahme der 55- bis 64-Jährigen – unter den guten Bewertungen der Vorjahre (Abb. 5.2). Darüber hinaus ist am Beispiel der Werte für das Jahr 2022 zu beobachten, dass das subjektive Wohlbefinden in den jüngeren und mittleren Altersgruppen in etwa auf gleichem Niveau bleibt und ab der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen abnimmt (LHD, 2023c).

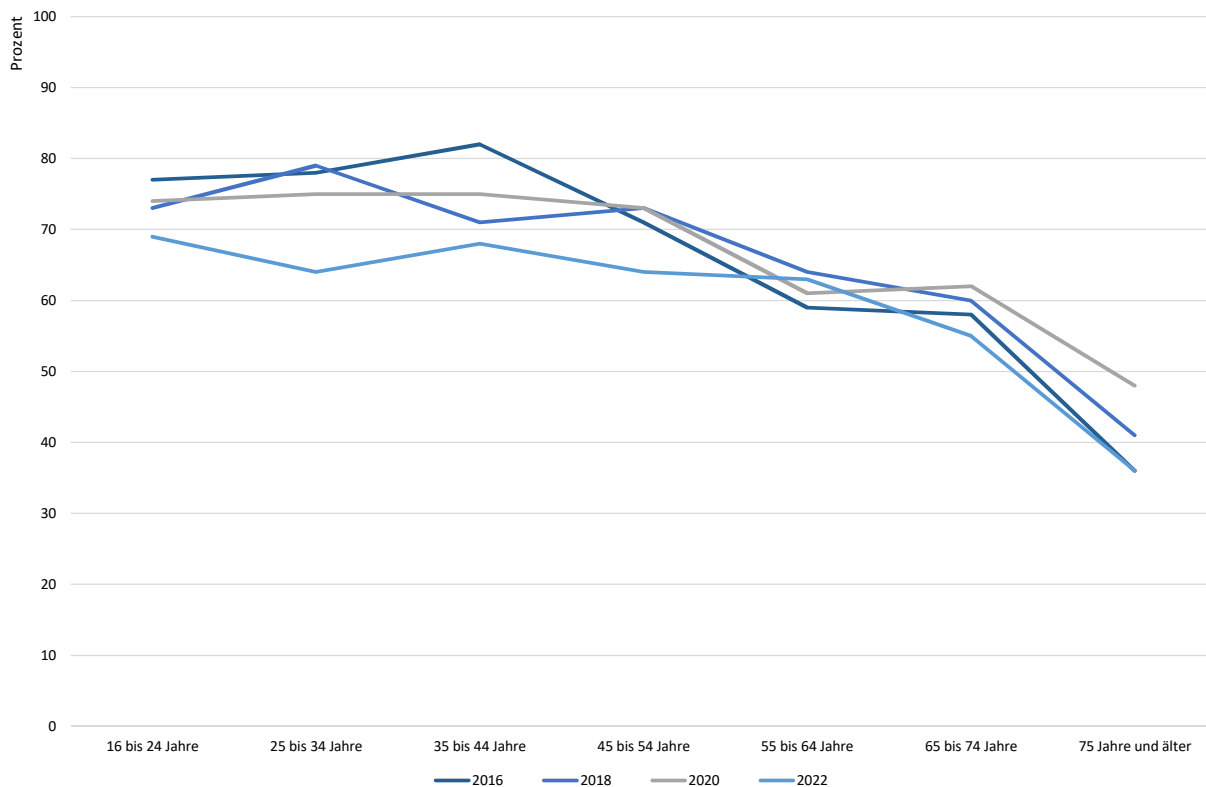


Abbildung 5.2: Subjektives Wohlbefinden „gut“ nach Altersgruppen in Dresden der Jahre 2016, 2018, 2020 und 2022 laut KBU

Quelle: LHD, 2023c; eigene Darstellung

Mit Blick auf die einzelnen Dresdner Stadträume zeigen die Ergebnisse zum subjektiven Gesundheitszustand deutliche Differenzen (Abb. 5.3). Die **Stadträume** mit der besten Bewertung des subjektiven Gesundheitszustandes waren die Leipziger Vorstadt, Pieschen und Cotta, Löbtau, Naußlitz und Dölzschen. 71 Prozent der Dresdnerinnen und Dresdner dieser Stadträume schätzten ihren Gesundheitszustand als „gut“ ein. Nur 44 Prozent der Bürgerinnen und Bürger aus Tolkewitz, Seidnitz und Gruna gaben hingegen an, dass sie ihren eigenen Gesundheitszustand als gut bewerten. Die Stadträume, die in Abb. 5.3 im unteren Teil mit schlechteren Werten bezüglich des subjektiven Gesundheitszustands dargestellt sind, gehören auch zu denen, in denen die Anteile der armutsgefährdeten Haushalte am höchsten sind (mit Ausnahme von Johannstadt und Briesnitz/westliche Ortschaften) (LHD, 2023c).

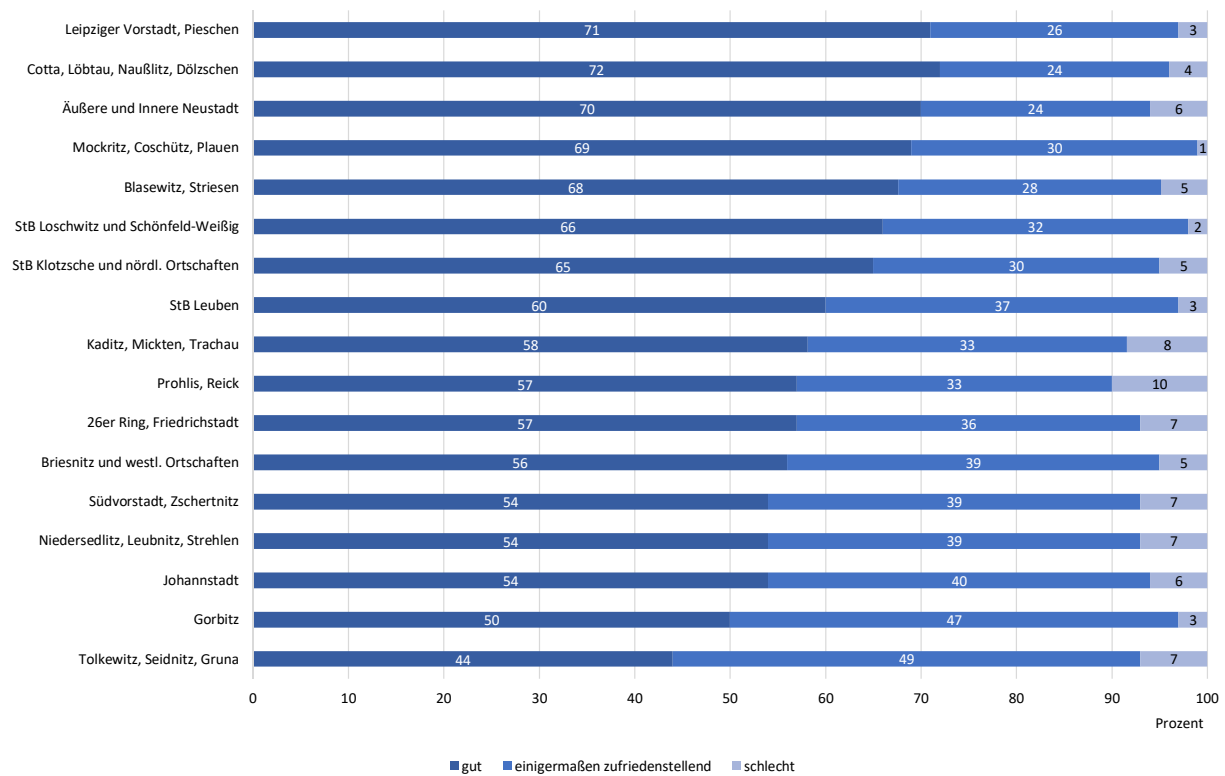


Abbildung 5.3: Subjektiver Gesundheitszustand nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023c; eigene Darstellung

Weiterführend wurde das subjektive Wohlbefinden nach Stadträumen analysiert. Dabei stellte sich heraus, dass die Bürgerinnen und Bürger aus Cotta, Löbtau, Naußlitz und Dölzschen ihr Wohlbefinden zu 71 Prozent als „gut“ einschätzten, in Gorbitz hingegen nur 49 Prozent dieser Ansicht waren (Abb. 5.4). Insgesamt gaben 61 Prozent der Dresdner Bürgerinnen und Bürger ihr Wohlbefinden als gut an (LHD, 2023c).

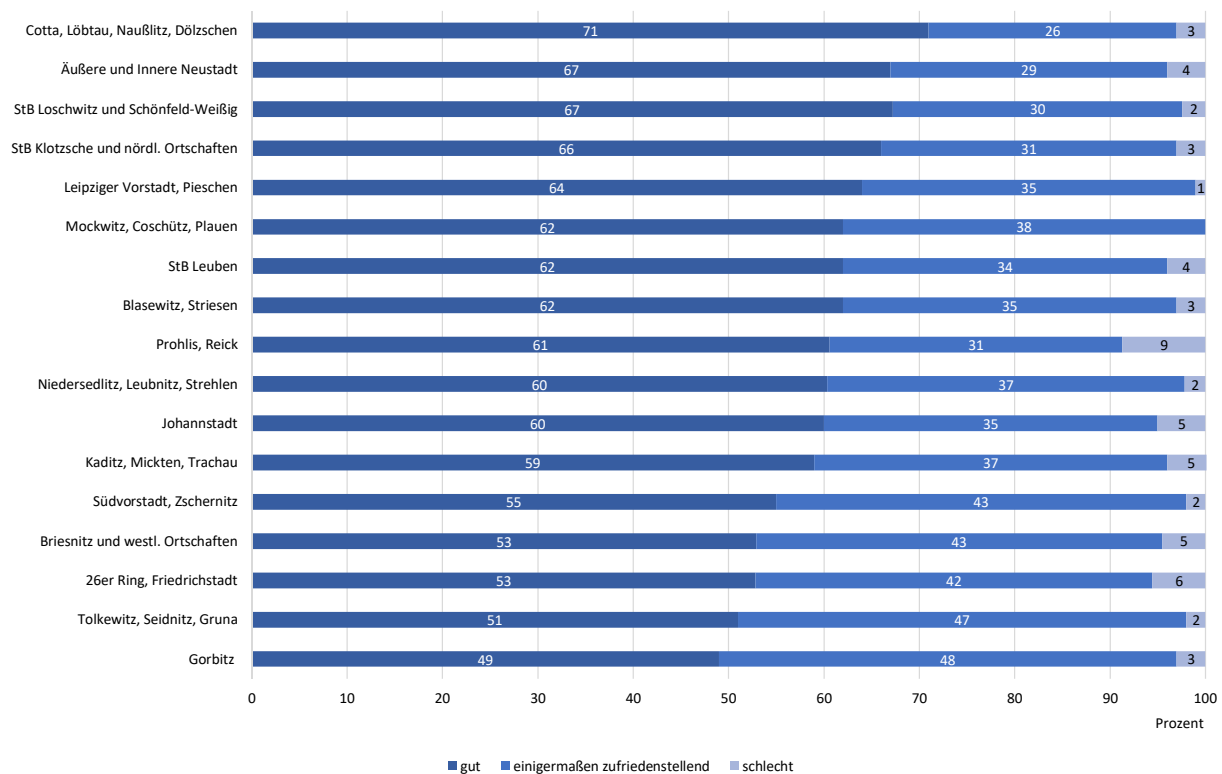


Abbildung 5.4: Subjektives Wohlbefinden nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023c; eigene Darstellung

Gesundheitliche Ungleichheit korreliert mit ungünstiger sozialer Lage und spiegelt sich in chronischen Erkrankungen wider. Der Zusammenhang zwischen Indikatoren zur Beschreibung der gesundheitlichen wie auch der wirtschaftlichen Lage einer Gesellschaft ist deutlich spürbar. Daher wird Gesundheit nicht nur als ein individueller Zustand, sondern auch als ein gesellschaftspolitisches Anliegen betrachtet (Public-Health-Ansatz).

Der Gesundheitszustand und der Sozialstatus stehen im engen Zusammenhang, denn „der Gesundheitsstatus der Bevölkerung wird ganz im Wesentlichen durch die Lebensbedingungen und das Gesundheitsverhalten beeinflusst“ (RKI, 2016). Auf Bundesebene werden Zusammenhänge zwischen Sozialstatus und Gesundheit durch das Robert Koch-Institut mithilfe der Umfragereihe „Gesundheit in Deutschland“ erfasst (RKI, 2015). Der sozioökonomische Status wird dabei als ein Index operationalisiert, der Einkommen, berufliche Stellung und Bildungsstatus berücksichtigt.

Unter gesundheitlichen Einschränkungen leiden insbesondere Frauen und Männer mit geringem Einkommen, niedriger Bildung oder Berufen, in denen die Arbeitsbedingungen nicht optimal sind. Das spiegelt sich insbesondere bei folgenden Gesundheitsindikatoren wider: Lebenserwartung, Lebenserwartung nach einem Herzinfarkt, chronischen Erkrankungen, Behinderungen, Einschränkungen bei der Alltagsbewältigung, der Nutzung von Präventionsangeboten und bei der subjektiven Gesundheit (RKI, 2016). Im vorliegenden „Stadtgesundheitsprofil“ sind Variablen der sozialen Lage in Dresden ausführlich im Kapitel „Soziale Lage“ beschrieben.

Eine der wichtigsten Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit. Einigkeit besteht darin, dass dies nicht durch eine Reduzierung der Gesundheitsmessgrößen der oberen Statusgruppen passieren darf, sondern durch eine Verkleinerung des Abstands zwischen den Statusgruppen (Mielck & Wild, 2021). Dieser Aufgabe hat sich auch das Amt für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden verschrieben und verfolgt das Ziel mit der Entwicklung der Kommunalen Gesundheitsstrategie. Ein Bestandteil davon ist der Gesundheitsindex, der mithilfe von Daten zur gesundheitlichen Lage und Versorgung, zur sozialen Lage und zu Umweltfaktoren die Belastung und Bedarfe in einem kleinräumigen Bereich (z. B. Stadtteil) beschreiben wird (Kapitel „Einleitung“). Gleichzeitig zeigt sich die Relevanz zur Bildung eines Gesundheitsindex und der damit verbundenen, detaillierten Aussagekraft für eine kleinräumige Gliederung.

Anhand der hier vorliegenden KBU-Ergebnisse ist ersichtlich, dass Menschen mit einem höheren **Nettoäquivalenzeinkommen**, das nach Haushaltsgröße und -struktur bedarfsgewichtet ist, ihren Gesundheitszustand positiver einschätzten (Tab. 5.1).

Tabelle 5.1: Subjektiver Gesundheitszustand nach Nettoäquivalenzeinkommen in Dresden laut KBU 2022

Nettoäquivalenzeinkommen	gut (%)	einigermaßen zufriedenstellend (%)	schlecht (%)
unter 60 % vom Median	52	39	9
60 % bis unter 150 % vom Median	60	35	5
ab 150 % vom Median	71	26	2

Quelle: LHD, 2023c; eigene Darstellung

Auch die Bewertung des Wohlbefindens verbesserte sich, je höher das Nettoäquivalenzeinkommen war. So schätzten 52 Prozent der Personen, die einem Armutsrisiko unterliegen (unter 60 % vom Median des Nettoäquivalenzeinkommens), ihr Wohlbefinden als „gut“ und neun Prozent als „schlecht“ ein. Im Gegensatz dazu gaben 71 Prozent der wohlhabenden Befragten (über 150 % vom Median des Nettoäquivalenzeinkommens) ein „gutes“ und nur zwei Prozent ein „schlechtes“ Wohlbefinden an (LHD, 2023c).

Wie im Kapitel „Einleitung“ ausgeführt, ist ein Fluchthintergrund ein Einflussfaktor für den Gesundheitszustand. Es ist daher naheliegend, den Gesundheitszustand und belastende Faktoren nach Migrationshintergrund auszuwerten, die häufig auch im Kontext der sozialen Ungleichheit betrachtet werden. Auf Bundesebene erfolgte hierzu 2021 bis 2022 eine Befragung von Menschen mit ausgewählten ausländischen Staatsangehörigkeiten. Diese zeigte für die untersuchte Bevölkerung mit Migrationsgeschichte insgesamt vergleichbar gute Werte bezüglich des eingeschätzten Gesundheitszustandes, jedoch negative **Korrelationen** mit empfundener Diskriminierung, langer Aufenthaltsdauer und einem geringen Zugehörigkeitsgefühl zur deutschen Gesellschaft. Der Zusammenhang mit langer Aufenthaltsdauer, der sich nicht auf den ersten Blick erschließt, wird mit höherem Alter und kumulierten negativen Effekten aufgrund längerer Benachteiligungserfahrungen erklärt (Bartig et al., 2023).

Um die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Migrationsstatus besser abbilden zu können, arbeitet das Amt für Gesundheit und Prävention seit 2023 an einem Strategiepapier „Migration und Gesundheit“. Dieses dient zur Umsetzung des „Aktionsplans Integration“ der Landeshauptstadt Dresden und wird Bestandteil der Maßnahmenplanung im Rahmen der Kommunalen Gesundheitsstrategie sein (LHD, 2022b).

In der KBU 2022 wurden zusätzliche Fragen zur Einschätzung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Dresdner Bevölkerung aufgenommen. Erfragt wurde die Wahrnehmung der COVID-19-Pandemie in Form von Angst, Einsamkeit, Verlust sozialer Kontakte oder Besorgnis durch die Zustimmung zu Aussagen wie: „Ich bin wegen der Corona-Pandemie besorgt“, „Ich habe Angst, mich anzustecken“ oder „Die Auswirkungen belasten mich im Alltag“ gestellt. Auffallend ist, dass 64 Prozent der 16- bis 24-Jährigen die Pandemie als eine Belastung des Alltags einschätzten (Abb. 5.5). Allgemein lässt sich sagen, dass sich die jüngeren Bürgerinnen und Bürger durch die Corona-Pandemie deutlich stärker belastet fühlten als die 65-Jährigen und Älteren. 59 Prozent der 65- bis 74-Jährigen und 51 Prozent der 75-Jährigen und Älteren empfanden die Corona-Pandemie als (eher) nicht belastend für ihren Alltag (LHD, 2023c).

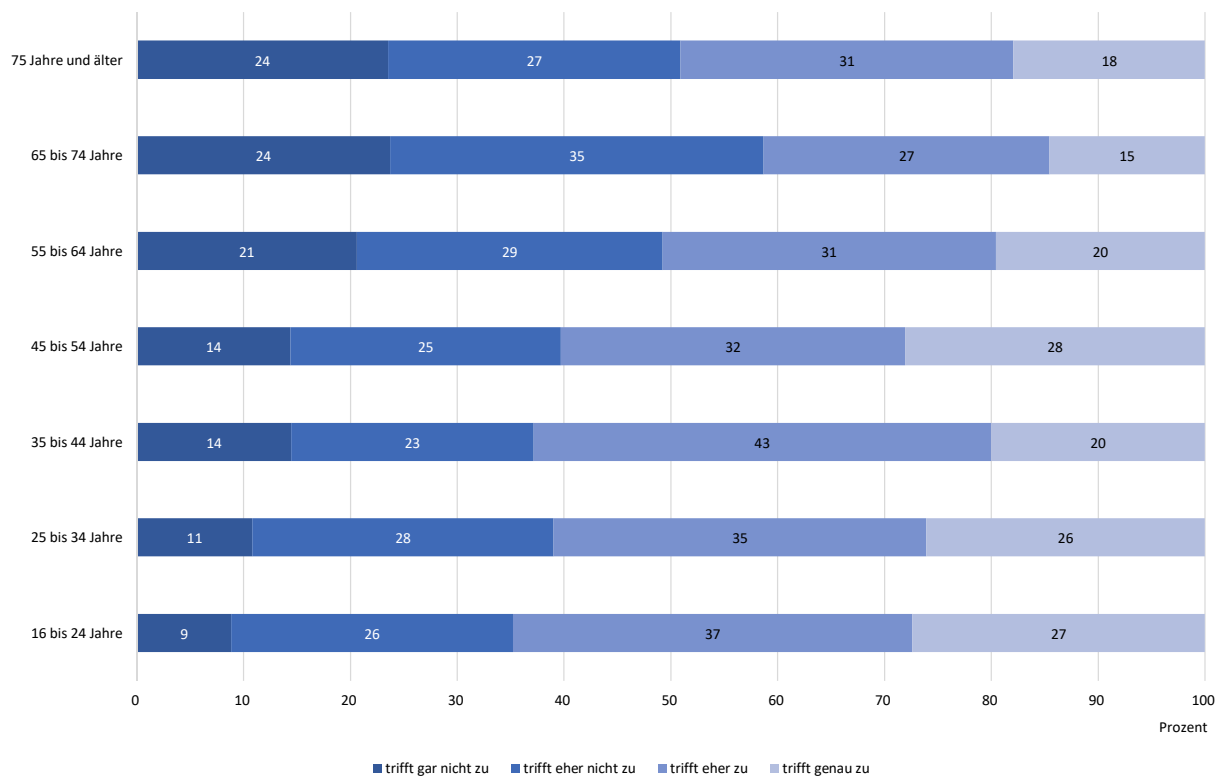


Abbildung 5.5: Belastung des Alltags durch die Corona-Pandemie nach Altersgruppen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023c; eigene Darstellung

Die Angst vor einer Ansteckung mit SARS-CoV-2 wird nach Stadträumen in Abb. 5.6 dargestellt. Hierbei gaben die Befragten der Stadträume Prohlis, Reick (26 %) und 26er Ring, Friedrichstadt (19 %) an, dass sie Angst vor einer Infektion mit COVID-19 haben. Im Gegensatz dazu gaben nur sieben Prozent der Befragten im Stadtraum Leipziger Vorstadt, Pieschen an, dass sie der Aussage zustimmten, 29 Prozent stimmten dieser Aussage eher zu. Dennoch gaben 61 Prozent aller Befragten an, dass sie kaum bis keine Angst vor einer Ansteckung haben (LHD, 2023c).

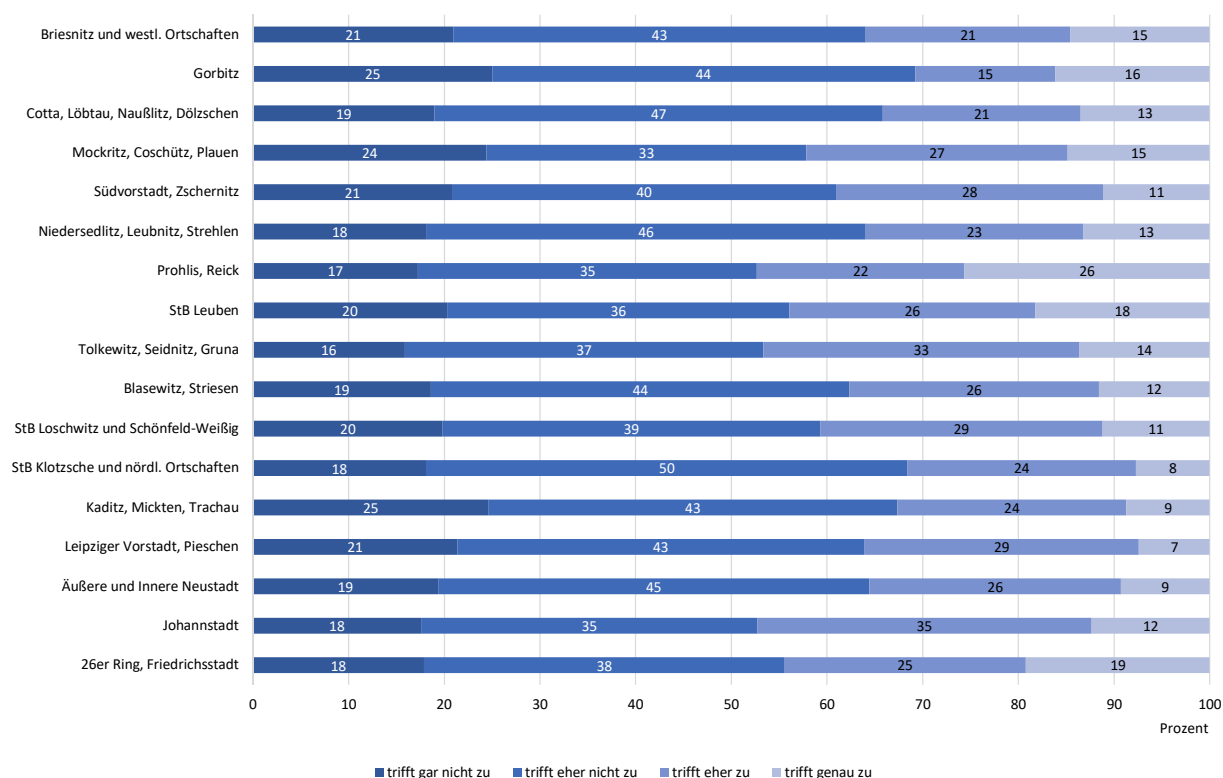


Abbildung 5.6: Angst vor einer Ansteckung mit SARS-CoV-2 nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023c; eigene Darstellung

5.3 Körperliche Gesundheit

In diesem Kapitel wird die **Morbidität** als Messgröße der körperlichen Gesundheit behandelt. Es werden körperliche Erkrankungen und Gesundheitsstörungen dargestellt. Die Daten basieren auf der Krankenhausstatistik des Landes Sachsen anhand der **ICD-10-GM Version** sowie (im Abschnitt 5.3.3 auf Seite 159) auf Daten des sächsischen Krebsregisters. Einige Diagnosegruppen erhalten spezielle Beachtung.

5.3.1 Häufigste Diagnosen der Krankenhausstatistik

Tab. 5.2 stellt die häufigsten Hauptdiagnosen der Krankenhausstatistik nach Geschlecht der Jahre 2018, 2020 und 2022 dar. Im betrachteten Zeitraum waren Herzinsuffizienz, intrakranielle Verletzungen (Verletzungen des Gehirns), psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol und Vorhofflimmern/Vorhofflattern die häufigsten Gründe für Krankenhauseinweisungen. Bei Frauen spielte in den Jahren 2020 und 2022 darüber hinaus die Fraktur des Femurs (Oberschenkelknochen) eine große Rolle, während alkoholbedingte Gesundheitsstörungen nicht zu den fünf häufigsten Diagnosen bei den Frauen gehörten.

Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, dass es sich hier um Krankenhäusfälle handelt. Personen, die mehrmals im Jahr aufgrund derselben Diagnose stationär behandelt wurden, können demnach mehrfach gezählt werden. Ausschlaggebend für die Statistik sind abgeschlossene, diagnosebezogene Fälle (Statistisches Landesamt Sachsen, 2023a).

Tabelle 5.2: Häufigste Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden nach Geschlecht der Jahre 2018, 2020, 2022

Rang- folge	2018			2020			2022		
	ICD-10-GM Version		Anzahl Patienten- fälle	ICD-10-GM Version		Anzahl Patienten- fälle	ICD-10-GM Version		Anzahl Patienten- fälle
Gesamt									
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	3.597	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	3.211	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	2.562
2	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2.231	I50	Herzinsuffizienz	2.454	I50	Herzinsuffizienz	2.445
3	I50	Herzinsuffizienz	2.229	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2.047	S06	Intrakranielle Verletzung	2.099
4	S06	Intrakranielle Verletzung	2.130	S06	Intrakranielle Verletzung	2.027	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1.986
5	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	1.490	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	1.720	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	1.698
Männer									
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	1.830	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	1.719	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1.451
2	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1.656	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1.694	I50	Herzinsuffizienz	1.255
3	I50	Herzinsuffizienz	1.133	I50	Herzinsuffizienz	1.237	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	1.251
4	S06	Intrakranielle Verletzung	1.112	S06	Intrakranielle Verletzung	1.098	S06	Intrakranielle Verletzung	1.063
5	K40	Hernia inguinalis	759	K40	Hernia inguinalis	836	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	771
Frauen									
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	1.767	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	1.587	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	1.311
2	I50	Herzinsuffizienz	1.096	I50	Herzinsuffizienz	1.145	I50	Herzinsuffizienz	1.190
3	S06	Intrakranielle Verletzung	1.018	S06	Intrakranielle Verletzung	952	S06	Intrakranielle Verletzung	1.036
4	O80	Spontangeburt eines Einlings	794	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	893	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	927
5	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	781	S72	Fraktur des Femurs	781	S72	Fraktur des Femurs	743

Anmerkungen: einschließlich Stunden- und Sterbefälle
Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024

5.3.2 Ausgewählte Diagnosen nach Geschlecht und Altersgruppen

In diesem Abschnitt werden Hauptdiagnosen der Krankenhausstatistik vorgestellt, die aufgrund der Fallzahl, der Bedeutung für die Bevölkerungsgesundheit oder der Präventionsmöglichkeiten besondere Aufmerksamkeit verdienen. Sie sind ein Auszug an bedeutenden Diagnosen, die für die Entwicklung des Gesundheitsindex in der Landeshauptstadt Dresden herangezogen werden (Kapitel „Einleitung“). Ausgenommen hiervon sind Infektionskrankheiten, Krebserkrankungen und psychische Erkrankungen, welche in gesonderten Abschnitten behandelt werden.

Die Anzahl der vollstationär behandelten Dresdnerinnen und Dresdner mit der Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 ist zwischen 2017 und 2021 zurückgegangen (Tab. 5.3). Der Anteil der Frauen blieb konstant bei einem Drittel, der Anteil der Männer bei zwei Dritteln. Ähnlich war der Trend bei Adipositas, hier überwog der Frauenanteil mit 74 Prozent (letzte Daten 2020).

Seit 2019 nahm auch die Anzahl der Krankenhauseinweisungen aufgrund von Hypertonie ab; auch hier war der Frauenanteil deutlich höher. Vorhofflimmern/Vorhofflattern unterlag zwischen 2017 und 2021 Schwankungen, war jedoch 2021 auf einem

ähnlich hohen Niveau wie 2017. Der Anteil von Frauen und Männern war in etwa ausgeglichen, wie auch aus Abschnitt 5.3.1 auf Seite 154 hervorgeht.

Die Anzahl der Fälle mit Herzinsuffizienz als Hauptdiagnose stieg von 2.289 Fällen im Jahr 2017 auf 2.419 Fälle im Jahr 2021, wobei der Anteil der Frauen und Männer jeweils 50 Prozent betrug. Ein ähnliches Geschlechterverhältnis ist auch bei Schlaganfall/Hirnfarkt zu beobachten; hier ist die Fallzahl seit 2017 um 65 Fälle auf zuletzt 1.295 Fälle gesunken.

Bei Asthma bronchiale als Krankenhaushauptdiagnose ist seit 2017 ein Rückgang der absoluten Fallzahlen zu beobachten; von den 131 Fällen im Jahr 2021 waren 55 Prozent Frauen und 45 Prozent Männer betroffen.

Bei Arthrose, von der mehr Frauen als Männer betroffen sind, wurde mit 1.884 Fällen in etwa das Niveau von 2017 erreicht, nachdem es in den Vorjahren einen Anstieg auf über 2.000 Fälle gegeben hatte (Statistisches Landesamt Sachsen, 2023a).

Tabelle 5.3: Ausgewählte Hauptdiagnosen vollstationär behandelter Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden nach Geschlecht der Jahre 2017 bis 2021

ICD-10-GM Version			2017	2018	2019	2020	2021
E11	Diabetes mellitus Typ 2	Anzahl Fälle	1.002	861	903	907	767
		davon Frauen	348	299	308	330	245
		davon Männer	654	562	595	577	522
E66	Adipositas	Anzahl Fälle	186	212	187	151	159
		davon Frauen	123	137	123	111	*
		davon Männer	63	75	64	40	*
I10, 13, 15	Hypertonie	Anzahl Fälle	973	984	1.045	913	760
		davon Frauen	653	660	687	629	514
		davon Männer	320	324	358	284	246
I48	Vorhofflimmern	Anzahl Fälle	1.669	1.490	1.627	1.720	1.660
		davon Frauen	821	781	815	893	875
		davon Männer	848	709	812	827	785
I50	Herzinsuffizienz	Anzahl Fälle	2.289	2.229	2.472	2.454	2.419
		davon Frauen	1.103	1.096	1.235	1.145	1.202
		davon Männer	1.186	1.133	1.237	1.309	1.217
I63	Schlaganfall/Hirnfarkt	Anzahl Fälle	1.360	1.278	1.348	1.214	1.295
		davon Frauen	683	579	670	628	637
		davon Männer	677	699	678	586	658
J45	Asthma bronchiale	Anzahl Fälle	242	172	184	167	131
		davon Frauen	117	94	116	98	72
		davon Männer	125	78	68	69	59
M15-19	Arthrose	Anzahl Fälle	1.854	2.280	2.305	2.118	1.884
		davon Frauen	1.129	1.406	1.417	1.315	1.136
		davon Männer	725	874	888	803	748

Anmerkungen: *Zahlenwert unbekannt oder geheim zu halten; Personen mit den Geschlechtsangaben „divers“ und „ohne Angabe“ (nach § 22 Absatz 3 PStG) werden in Geheimhaltungsfällen per Zufallsprinzip dem männlichen oder weiblichen Geschlecht zugeordnet; einschließlich Stunden- und Sterbefälle
Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024

Ein Rückgang der Fallzahlen bedeutet nicht zwangsläufig einen Rückgang der Erkrankungshäufigkeit. Der Rückgang kann auch auf Veränderungen in der Versorgung (häufigere ambulante Versorgung) oder auf Veränderungen im Kodierverhalten (Bluthochdruck häufiger als Nebendiagnose) hinweisen. Darüber hinaus ist zu beachten, dass es im betrachteten Zeitraum auch einen Bevölkerungszuwachs gegeben hat (Kapitel „Demografie“).

Im Folgenden werden die Krankenhausdiagnosen dargestellt, denen in Bezug auf Fallzahl, Präventionspotenzial oder Bedeutung für die Bevölkerungsgesundheit ein hoher Stellenwert zukommt, gegliedert nach solchen Erkrankungen, bei denen die Fallzahlen in den jüngeren, mittleren oder höheren Altersgruppen die höchsten relativen Anteile an der Gesamtzahl der jeweiligen

Diagnosen ausmachten (Tab. 5.4, Tab. 5.5, Tab. 5.6). Die Darstellung hat somit einen anderen Fokus als die lebensphasenspezifischen Darstellungen in den Kapiteln „Gesundes Aufwachsen“ (Seite 203), „Gesundes Erwachsenenalter“ (Seite 301) und „Gesundes Altern“ (Seite 321). In diesen werden die häufigsten Krankenhausdiagnosen der jeweiligen Altersgruppe, zusätzlich aufgeschlüsselt nach Geschlecht, dargestellt.

Tabelle 5.4: Ausgewählte Hauptdiagnosen vollstationär behandelter Krankenhaufälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden nach jüngeren Altersgruppen und Geschlecht der Jahre 2017 bis 2021

ICD-10-GM Version			2017		2018		2019		2020		2021	
			Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
G40-41	Epilepsie	Dresden gesamt	1.227	100,0	992	100,0	1.063	100,0	862	100,0	795	100,0
		unter 15 Jahre	188	15,3	164	16,5	193	18,2	120	13,9	134	16,9
		15 bis 19 Jahre	27	2,2	30	3,0	36	3,4	33	3,8	25	3,1
		20 bis 24 Jahre	42	3,4	34	3,4	40	3,8	31	3,6	24	3,0
G47	Schlafstörungen	Dresden gesamt	301	100,0	304	100,0	149	100,0	127	100,0	104	100,0
		unter 15 Jahre	88	29,2	76	25,0	63	42,3	48	37,8	50	48,1
		15 bis 19 Jahre	7	2,3	4	1,3	8	5,4	13	10,2	12	11,5
		20 bis 24 Jahre	4	1,3	0	0,0	5	3,4	0	0,0	3	2,9
J45	Asthma bronchiale	Dresden gesamt	242	100,0	163	100,0	169	100,0	102	100,0	108	100,0
		unter 15 Jahre	118	48,8	41	25,2	45	26,6	0	0,0	38	35,2
		15 bis 19 Jahre	16	6,6	0	0,0	0	0,0	12	11,8	12	11,1
		20 bis 24 Jahre	5	2,1	5	3,1	0	0,0	0	0,0	8	7,4
S00-09	Verletzungen des Kopfes	Dresden gesamt	3.594	100,0	2.676	100,0	2.626	100,0	2.576	100,0	2.416	100,0
		unter 15 Jahre	1.257	35,0	785	29,3	750	28,6	671	26,0	662	27,4
		15 bis 19 Jahre	140	3,9	125	4,7	120	4,6	120	4,7	91	3,8
		20 bis 24 Jahre	103	2,9	107	4,0	101	3,8	108	4,2	109	4,5

Anmerkungen: einschließlich Stunden- und Sterbefälle
Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024

Epilepsie ist eine Erkrankung, bei der 17 Prozent aller vollstationären Diagnosen (n = 134) auf die Altersgruppe der unter 15-Jährigen entfallen (Tab. 5.4) und kann eine besondere Rolle bei an Eltern gerichtete Gesundheitsinformationen einnehmen. Schlafstörungen können multiple, psychische als auch körperliche sowie multifaktorielle Ursachen haben. Sie haben einen negativen Einfluss auf das Wohlbefinden, die Leistungsfähigkeit und verschiedene physiologische Parameter eines Menschen. Folglich hat der GKV-Spitzenverband Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Schlafes in den Katalog förderfähiger Maßnahmen im Handlungsfeld „Stress- und Ressourcenmanagement“ aufgenommen. Bei Erwachsenen können langandauernde Schlafstörungen das Risiko chronischer Erkrankungen erhöhen. Bei Kindern und Jugendlichen behindern Schlafstörungen eine gesunde Entwicklung (GKV-Spitzenverband, 2023). Während die vollstationären Diagnosen aufgrund von Schlafstörungen zwischen 2017 und 2021 in absoluten Zahlen zurückgegangen sind, ist der relative Anteil der Diagnosen in der Altersgruppe der unter 15-Jährigen an der Gesamtzahl dieser Krankheitsdiagnose im gleichen Zeitraum von 29 Prozent auf 48 Prozent gestiegen (in absoluten Zahlen jedoch ein Rückgang von 88 auf 50 Fälle) und der relative Anteil der Fälle in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen von zwei Prozent auf zwölf Prozent (in absoluten Zahlen ein Anstieg auf niedrigem Niveau, von sieben auf zwölf Fälle). Es ist anzunehmen, dass ein größerer Teil an Diagnosen von Schlafstörungen auf ambulante Daten entfällt, die jedoch derzeit nicht zur Auswertung vorliegen.

Bei Asthma bronchiale haben die absoluten Fallzahlen in der Gesamtbevölkerung sowie in den jüngeren Altersgruppen im betrachteten Zeitraum ebenfalls abgenommen (bei Personen unter 15 Jahren von 118 Fällen im Jahr 2017 auf 38 Fälle im Jahr 2021). Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat hier weniger direkte Präventionsmöglichkeiten, kann aber im Sinne von „**Health in All Policies**“ auf lange Sicht auf die Verbesserung der Luftqualität hinwirken und über Aufklärungskampagnen über mögliche auslösende Ursachen (u. a. aktives und passives Tabakrauchen, Nahrungsmittel, Pollen, Hausstaub, Schimmelpilz und auslösende Medikamente) informieren.

Verletzungen des Gehirns (intrakranielle Verletzungen als eine Diagnose innerhalb der Diagnosegruppe „Verletzungen des Kopfes“) gehören zu den fünf häufigsten Krankheitsdiagnosen in der Bevölkerung (5.3.1 auf Seite 154). 27 Prozent der vollstationären Diagnosen wegen Verletzungen des Kopfes (zu denen auch andere Verletzungen als intrakranielle gehören) entfallen auf vollstationäre Fälle bei den unter 15-Jährigen (n = 662, Abnahme der absoluten Fallzahl gegenüber n = 1.257 im Jahr 2017). Die Verletzung kann u. a. unter der Geburt auftreten oder durch Unfälle (bspw. Stürze, Verkehrsunfälle oder Gewalteinwirkungen).

Tabelle 5.5: Ausgewählte Hauptdiagnosen vollstationär behandelter Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden nach mittleren Altersgruppen und Geschlecht der Jahre 2017 bis 2021

ICD-10-GM Version			2017		2018		2019		2020		2021	
			Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
J12, 15-18	Pneumonie	Dresden gesamt	1.294	100,0	1.326	100,0	1.299	100,0	1.761	100,0	2.689	100,0
		25 bis 34 Jahre	38	2,9	37	2,8	32	2,5	43	2,4	54	2,0
		35 bis 44 Jahre	24	1,9	34	2,6	30	2,3	45	2,6	124	4,6
		45 bis 54 Jahre	45	3,5	52	3,9	56	4,3	75	4,3	205	7,6
		55 bis 64 Jahre	100	7,7	115	8,7	105	8,1	173	9,8	343	12,8
M15-19	Arthrose	Dresden gesamt	1.854	100,0	2.275	100,0	2.300	100,0	2.109	100,0	1.878	100,0
		25 bis 34 Jahre	10	0,5	10	0,4	4	0,2	0	0,0	4	0,2
		35 bis 44 Jahre	19	1,0	34	1,5	18	0,8	24	1,1	35	1,9
		45 bis 54 Jahre	127	6,9	124	5,5	132	5,7	124	5,9	108	5,8
		55 bis 64 Jahre	358	19,3	454	20,0	465	20,2	411	19,5	390	20,8

Anmerkungen: einschließlich Stunden- und Sterbefälle
Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024

In den mittleren Altersgruppen waren die relativen Anteile aller Pneumonie-Diagnosen etwas höher (13 Prozent der vollstationären Diagnosen aufgrund dieser Erkrankung entfallen auf Fälle in der Altersgruppe 55 bis 64 Jahre und acht Prozent auf Fälle in der Altersgruppe 45 bis 54 Jahre), ebenso wie die Arthrose-Diagnosen (21 Prozent der diesbezüglichen Krankenhausdiagnosen entfallen auf die 55 bis 64-Jährigen) (Tab. 5.5). Einen höheren Stellenwert haben jedoch diese Erkrankungen in der höheren Altersgruppe (Tab. 5.6). Die Gesamtzahl der Pneumonie-Diagnosen hat sich zwischen 2017 und 2021 mehr als verdoppelt, während die Arthrose-Fälle nur geringfügig angestiegen sind. Höhere Fallzahlen der mittleren Altersgruppe entfallen darüber hinaus auf Krebsdiagnosen, psychische und Verhaltensstörungen sowie Infektionserkrankungen, die in weiteren Abschnitten vorgestellt werden.

Tabelle 5.6: Ausgewählte Hauptdiagnosen vollstationär behandelter Krankenhausfälle mit Wohnsitz in Dresden in deutschen Krankenhäusern nach höheren Altersgruppen und Geschlecht der Jahre 2017 bis 2021

ICD-10-GM Version			2017		2018		2019		2020		2021	
			Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
E11	Diabetes mellitus Typ 2	Dresden gesamt	1.002	100,0	483	100,0	895	100,0	907	100,0	576	100,0
		65 bis 74 Jahre	258	25,7	208	43,1	223	24,9	212	23,4	0	0,0
		75 bis 84 Jahre	343	34,2	139	28,8	330	36,9	320	35,3	269	46,7
		85 Jahre und älter	144	14,4	0	0,0	153	17,1	149	16,4	126	21,9
I10, 13, 15	Hypertonie	Dresden gesamt	973	100,0	984	100,0	1.039	100,0	908	100,0	760	100,0
		65 bis 74 Jahre	220	22,6	190	19,3	187	18,0	168	18,5	146	19,2
		75 bis 84 Jahre	315	32,4	370	37,6	384	37,0	343	37,8	247	32,5
		85 Jahre und älter	129	13,3	170	17,3	187	18,0	170	18,7	169	22,2
I63	Schlaganfall/ Hirninfrakt	Dresden gesamt	1.360	100,0	1.269	100,0	1.345	100,0	1.210	100,0	1.290	100,0
		65 bis 74 Jahre	266	19,6	255	20,1%	266	19,8	211	17,4	223	17,3
		75 bis 84 Jahre	548	40,3	486	38,3	548	40,7	480	39,7	506	39,2
		85 Jahre und älter	297	21,8	290	22,9	314	23,3	286	23,6	319	24,7
M15-19	Arthrose	Dresden gesamt	1.854	100,0	2.275	100,0	2.300	100,0	2.109	100,0	1.878	100,0
		65 bis 74 Jahre	570	30,7	705	31,0	672	29,2	668	31,7	585	31,2
		75 bis 84 Jahre	576	31,1	844	37,1	883	38,4	759	36,0	629	33,5
		85 Jahre und älter	92	5,0	104	4,6	126	5,5	120	5,7	127	6,8

Anmerkungen: einschließlich Stunden- und Sterbefälle
Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024

In Tab. 5.6 werden bedeutende Diagnosen für die ältere Bevölkerung betrachtet, hier auch mit Ausnahme der Tumor-, psychischen und Infektionserkrankungen. Diabetes mellitus Typ 2 kommt ab dem mittleren Erwachsenenalter zum Tragen. Die absoluten Zahlen haben seit 2017 um fast die Hälfte abgenommen. Fast die Hälfte der diesbezüglichen Diagnosen entfällt auf die Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen. Die Erkrankung hat viel Präventionspotential über die richtige Ernährung. Hypertonie gehört zu den fünf häufigsten Krankenhausdiagnosen (Abschnitt 5.3.1 auf Seite 154) unabhängig vom Geschlecht. Auch diese Erkrankung kann vielfach präventiv angegangen werden. In absoluten Zahlen hat die Erkrankung als Ursache für Krankenhauseinweisungen zwischen 2017 und 2021 zwar abgenommen. Der relative Anteil der Fälle in der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen an der Gesamtzahl beträgt jedoch weiterhin ein Drittel ($n = 247$), bei den über 85-Jährigen ($n = 169$) und bei den 65- bis 74-Jährigen ($n = 146$) jeweils ca. 20 Prozent. Schlaganfälle/Hirnfarkte haben zwischen 2017 und 2021 um 70 Fälle abgenommen. Vollstationäre Krankenhausdiagnosen von Personen im Alter von 75 bis 84 Jahre machen mit 39 Prozent (Stand von 2021) den höchsten Anteil an allen diesbezüglichen Krankenhausdiagnosen aus (Statistisches Landesamt Sachsen, 2023a).

5.3.3 Krebserkrankungen auf Basis des klinischen Krebsregisters

Krebserkrankungen haben eine hohe Bedeutung für Menschen im mittleren und höheren Lebensalter (Abschnitte 5.3.1 auf Seite 154 und 5.10 auf Seite 192). Daher wird ihnen ein gesonderter Abschnitt in diesem Kapitel gewidmet. Der Schwerpunkt ist auch dadurch begründet, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst in Dresden ambulante und niedrigschwellige Angebote der psychosozialen Tumorberatung für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige vorhält.

Für die Datenauswertung wurden Daten des klinischen Krebsregisters herangezogen, welche auf Grundlage des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes (KFRG) (SGB V § 65c) sowie des sächsischen Krebsregistergesetzes (SächsKRegG) erfasst werden. Die klinischen Krebsregister erfassen Daten personenbezogen für ambulant und stationär versorgte Patientinnen und Patienten zu Auftreten, Behandlung und Verlauf von Tumorerkrankungen. Die Daten basieren auf Meldungen der behandelnden Ärzte bzw. Kliniken (Krebsregister Sachsen, 2024). Für die Analyse wurden absolute Krebsneuerkrankungszahlen der Jahre 2010 bis 2021 herangezogen. Die Zahlen zu Krebsneuerkrankungen werden nachfolgend sowohl absolut als auch relativ zur Dresdner Bevölkerung dargestellt. Bei der relativen Betrachtung spricht man auch von einer Krebsneuerkrankungsrate bzw. Inzidenzrate pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (EW).

Dargestellt sind Fallzahlen und Neuerkrankungsraten zu verschiedenen Gruppen:

1. Alle bösartigen Neubildungen (C00-C97, exkl. C44)
2. Nicht-melanotische Hautkrebsformen (C44) und Carcinoma in situ der Haut (D04)
3. In-Situ-Neubildungen, gutartige Neubildungen und Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens (D00-D48 exkl. D04)

Es ist zu berücksichtigen, dass die Datenlage nicht-melanotischer Hautkrebsformen (Basaliome, im Volksmund auch „Weißer Hautkrebs“ genannt) weniger gut ist als bspw. beim malignen Melanom, da Basaliome nur in Ausnahmefällen Metastasen bilden und selten lebensbedrohlich sind (RKI, 2023).

Tabelle 5.7: Fallzahl und Neuerkrankungsrate von Neubildungen in Dresden im Zeitraum von 2010 bis 2021

Durchschnittliche Fallzahl im Zeitraum von 2010 bis 2021						
Männer						
ICD-10-GM Version		18 bis 29 Jahre	30 bis 44 Jahre	45 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter	Gesamt
C00-C97, exkl. C44	Bösartige Neubildungen	22,2	56,7	436,3	1.145,2	1.660,3
C44, D04	Nicht melanotische Hautkrebsformen	1,7	21,1	172,4	1.435,6	1.630,8
D00-D48, exkl. D04	In-situ-, gutartige und Neubildungen unbekannten oder unsicheren Verhaltens	3,3	8,9	49,0	152,3	213,5
Frauen						
ICD-10-GM Version		18 bis 29 Jahre	30 bis 44 Jahre	45 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter	Gesamt
C00-C97, exkl. C44	Bösartige Neubildungen	21,2	92,7	391,6	886,0	1.391,4
C44, D04	Nicht melanotische Hautkrebsformen	1,9	23,7	182,7	929,8	1.138,0
D00-D48, exkl. D04	In-situ-, gutartige und Neubildungen unbekannten oder unsicheren Verhaltens	33,4	75,6	85,6	131,0	325,6
Durchschnittliche rohe Neuerkrankungsrate pro 100.000 Einwohner im Zeitraum von 2010 bis 2021						
Männer						
ICD-10-GM Version		18 bis 29 Jahre	30 bis 44 Jahre	45 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter	Gesamt
C00-C97, exkl. C44	Bösartige Neubildungen	45,4	89,6	673,5	2.293,5	612,7
C44, D04	Nicht melanotische Hautkrebsformen	3,3	33,1	265,0	2.857,8	598,1
D00-D48, exkl. D04	In-situ-, gutartige und Neubildungen unbekannten oder unsicheren Verhaltens	6,7	13,9	75,2	303,6	78,3
Frauen						
ICD-10-GM Version		18 bis 29 Jahre	30 bis 44 Jahre	45 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter	Gesamt
C00-C97, exkl. C44	Bösartige Neubildungen	47,4	166,9	610,8	1.286,9	505,5
C44, D04	Nicht melanotische Hautkrebsformen	4,4	42,1	284,9	1.343,8	411,8
D00-D48, exkl. D04	In-situ-, gutartige und Neubildungen unbekannten oder unsicheren Verhaltens	74,3	132,3	133,7	189,9	117,9

Quelle: Klinisches Krebsregister Sachsen, 2023, z. T. eigene Berechnung

Zwischen 2010 und 2021 erkrankten im jährlichen Mittel 1.660 Männer und 1.391 Frauen an einer bösartigen Tumorerkrankung (Tab. 5.7). Dies entspricht einer mittleren jährlichen rohen Neuerkrankungsrate von 612,7 Männern pro 100.000 Einwohnern und 505,5 Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen. Männer erkranken etwas häufiger an bösartigen Neubildungen als Frauen. Dies könnte zum Teil durch einen ungesünderen und risikofreudigeren Lebensstil bedingt sein. Auch biologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen, z. B. hormoneller, immunologischer und genetischer Art, stehen im Verdacht, Ursache für diese Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit zu sein (Jackson et al., 2022).

In der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen und insbesondere der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen sind Frauen häufiger von bösartigen Neubildungen betroffen. In diesem Alter steigt das Risiko für Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs deutlich an (RKI, 2023). Zudem sind Frauen im Alter von 18 bis 64 Jahre deutlich häufiger von In-situ- und gutartigen Neubildungen sowie Neubildungen unsicheren Verhaltens betroffen. Eine Ursache hierfür könnten Unterschiede in der Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen zwischen Männern und Frauen sein. Frauen in dieser Altersgruppe suchen häufiger einen Arzt auf als Männer, insbesondere im Rahmen von Schwangerschaft und Familienplanung. Bei diesen Arztbesuchen werden häufig gynäkologische Krebsfrüherkennungsuntersuchungen durchgeführt, wobei Krebsvorstufen diagnostiziert werden können, die anderenfalls unentdeckt geblieben oder erst bei Weiterentwicklung zu einem bösartigen Tumor aufgefallen wären (Starker & Saß, 2013).

Die Neuerkrankungsraten steigen bei Männern und Frauen kontinuierlich mit dem Alter an. Alter gilt als wichtigster Risikofaktor für Krebserkrankungen, unter anderem da altersbedingte Genveränderungen das Auftreten von Krebs begünstigen (RKI, 2023).

Da keine Altersstandardisierung vorgenommen wurde, sind die dargestellten Ergebnisse nur bedingt mit Ergebnissen aus anderen Regionen vergleichbar. Jedoch zeigen sich ähnliche Verteilungen im Hinblick auf Geschlecht und Altersgruppen bei bundesweiten Daten des Robert Koch-Instituts und Daten des klinischen Krebsregisters für gesamt Sachsen (KKR Sachsen, 2023; RKI, 2023).

Im Folgenden werden bösartige Neubildungen nach Altersgruppen im Zeitverlauf beschrieben (Abb. 5.7).

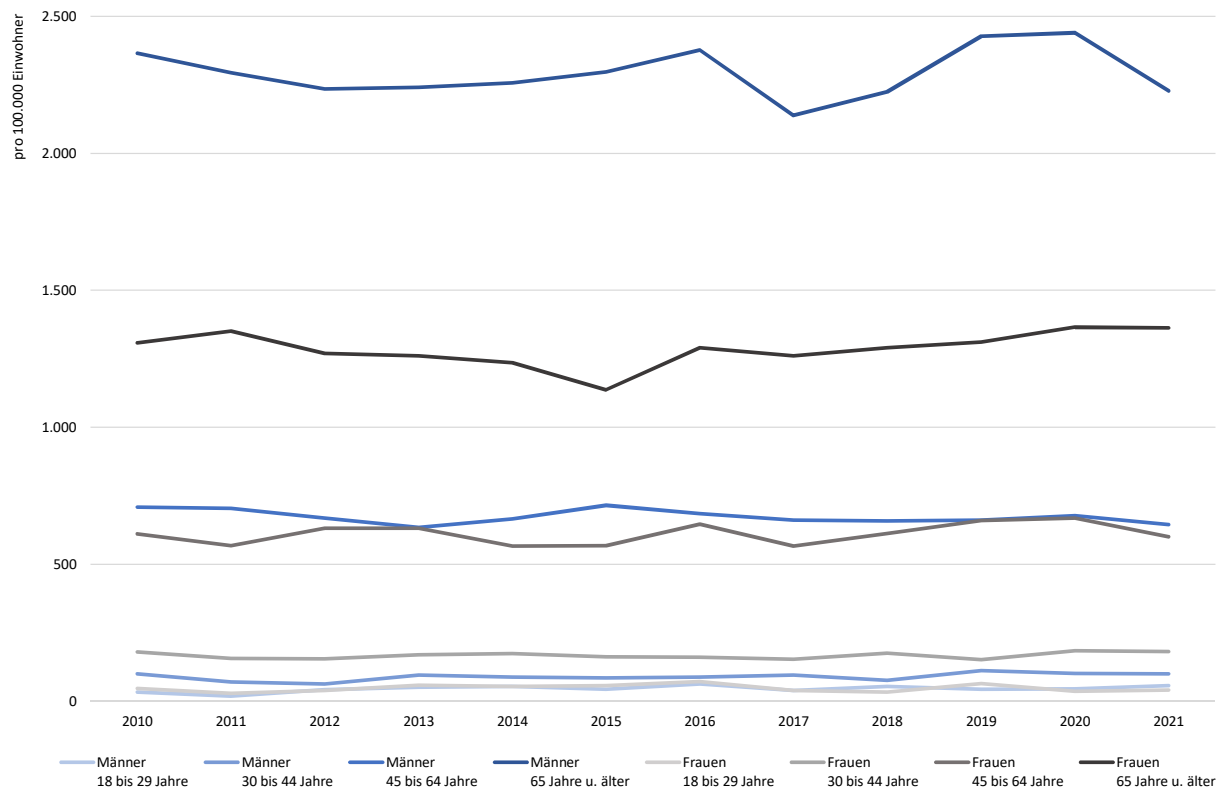


Abbildung 5.7: Rohe Krebsneuerkrankungsrate (C00-C97, exkl. C44) nach Alter und Geschlecht in Dresden von 2010 bis 2021

Quelle: Klinisches Krebsregister Sachsen, 2023; eigene Darstellung und Berechnung

Die Neuerkrankungsraten für bösartige Neubildungen (C00-C97, exkl. C44) stellen sich in den einzelnen Altersgruppen im Zeitverlauf relativ konstant dar (Abb. 5.8). Am häufigsten von Krebs betroffen sind Personen ab einem Alter von 65 Jahren, gefolgt von der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen. Dabei sind Männer in beiden Altersgruppen häufiger betroffen als Frauen. Insbesondere in den Altersgruppen der 18- bis 29-Jährigen und der 30- bis 44-Jährigen kommen Krebserkrankungen vergleichsweise selten vor. Insgesamt liegen die Neuerkrankungsraten in allen Altersgruppen für Dresden unter dem bundesdeutschen Durchschnitt (RKI, 2023; ZfKD, 2023).

Die am häufigsten diagnostizierten bösartigen Tumore im Jahr 2021 waren nicht-melanozytäre Hautkrebsformen (C44), d. h. bösartige Tumore der Haut ohne das maligne Melanom (C43). Diese machten bei Männern 50,8 Prozent ($n = 1.735$) und bei Frauen 46,1 Prozent ($n = 1.264$) aller bösartigen Neubildungen (C00-C97) aus. Lässt man die nicht-melanozytären Hautkrebsformen unberücksichtigt, traten bei Männern in 2021 Krebsneuerkrankungen am häufigsten an den Genitalorganen (C60-C63; $n = 490$, 29,1 %), den Verdauungsorganen (C15-C26; $n = 427$, 25,4 %) und den Atmungsorganen (C30-C39; $n = 166$, 9,9 %) auf. Bei Frauen war die häufigste Tumorlokalisation in 2021 die Brustdrüse (C50; $n = 481$, 32,5 %), gefolgt von den Verdauungsorganen (C15-C26; $n = 305$, 20,6 %) sowie den weiblichen Genitalorganen (C51-C58; $n = 156$, 10,6 %). Diese Ergebnisse decken sich mit Beobachtungen auf bundesweiter Ebene und sächsischer Ebene (KKR Sachsen, 2023; RKI, 2023).

In Abb. 5.8 werden Neubildungen im Zeitverlauf dargestellt.

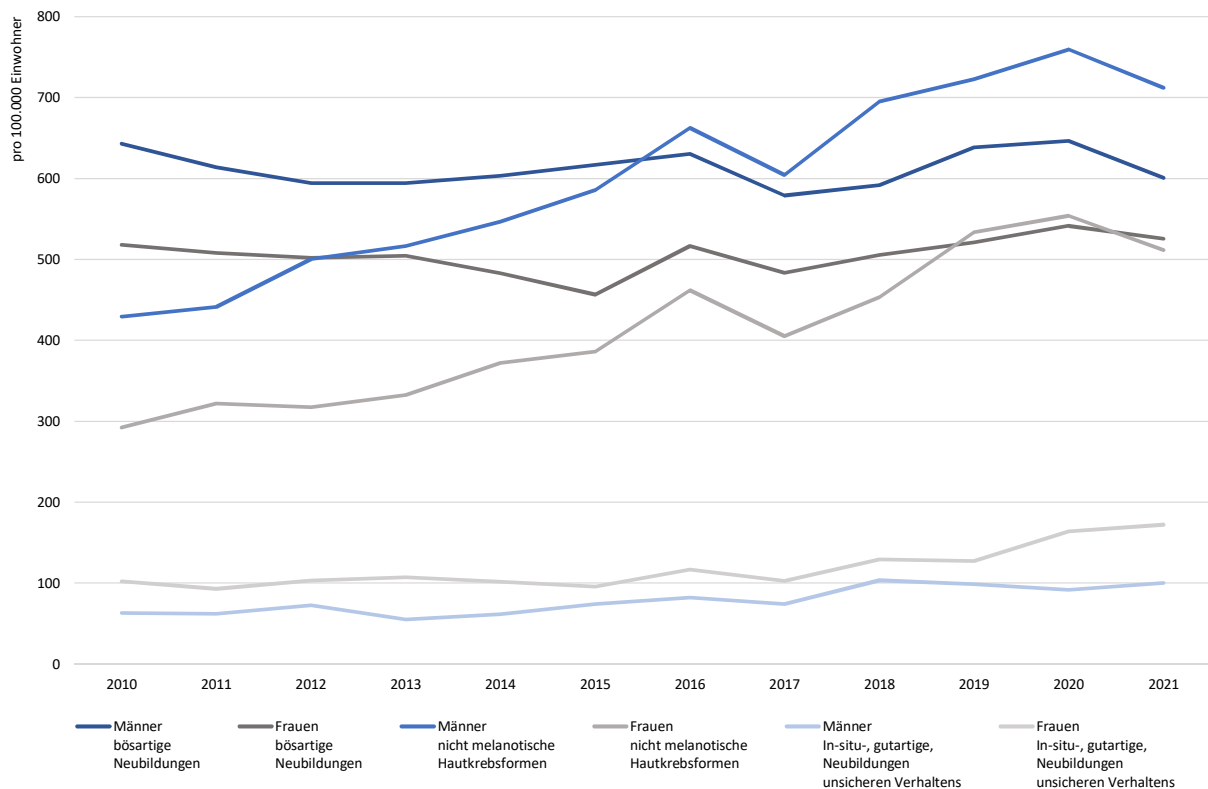


Abbildung 5.8: Rohe Krebsneuerkrankungsrate nach Entität und Geschlecht in Dresden von 2010 bis 2021

Quelle: Klinisches Krebsregister Sachsen, 2023; eigene Darstellung und Berechnung

Insgesamt stellen sich die Neuerkrankungsraten relativ konstant im Zeitverlauf dar (Abb. 5.8). Bei den bösartigen Neubildungen (C00-C97 exkl. C44) wird ein leichter Rückgang der Rate bei Frauen im Jahr 2015 und bei Männern im Jahr 2017 sichtbar. Auch bei nicht-melanotischen Hautkrebsformen (C44, D04) fällt ein Rückgang in diesen Jahren auf, wobei abgesehen davon, die Erkrankungsraten im Zeitverlauf kontinuierlich gestiegen sind. Eine Ursache dafür ist die steigende Zahl älterer Menschen in Dresden. Auch die gutartigen Neubildungen, In-situ-Neubildungen und Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens (D00-D48, exkl. D04) zeigen eine leicht steigende Tendenz im Zeitverlauf. Im Jahr 2021 kann sowohl für bösartige Neubildungen als auch nicht-melanotische Hautkrebsformen ein Rückgang in den Erkrankungsraten beobachtet werden. Dieser Rückgang ist möglicherweise bedingt durch verzögerte Diagnosestellung und verminderte Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung im Zuge der Corona-Pandemie. Bei Betrachtung der bundesweiten Krebsregisterdaten war ein pandemiebedingter Rückgang der Neuerkrankungszahlen bereits für das Jahr 2020 sichtbar (RKI, 2023). Im Jahr 2020 war der Rückgang durch verschobene Vorsorgeuntersuchungen begründet. Das Risiko an Krebs zu erkranken korreliert stark mit dem Alter. Insgesamt ist der Verlauf der Erkrankungshäufigkeiten vergleichbar mit denen auf Bundesebene (RKI, 2023) und Sachsen (KKR Sachsen, 2023). Da keine altersstandardisierten Raten vorliegen, ist eine direkte Vergleichbarkeit der Erkrankungshäufigkeiten mit anderen Regionen nicht gegeben.

5.3.4 Krebserkrankungen auf Basis der Krankenhausstatistik

Eine weitere Datenquelle zu Krebserkrankungen in der Dresdner Bevölkerung sind Daten zu vollstationär behandelten Krankenhausfällen in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden. Im Unterschied zu Daten der klinischen Krebsregister, die sowohl ambulant als auch stationär versorgte Patientinnen und Patienten mit Tumorerkrankungen zählen, erfasst die Krankenhausstatistik vollstationär behandelte Fälle mit Tumorerkrankung. Die im vorherigen Abschnitt beschriebenen Neuerkrankungszahlen und -raten sind nicht mit den Zahlen der Krankenhausstatistik vergleichbar.

Die häufigsten Diagnosen zu bösartigen Neubildungen sind in der Tab. 5.8 im Zeitverlauf von 2017 bis 2021 und nach Geschlecht dargestellt. In 2021 waren Hautkarzinome, Brustkrebs, bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane (z. B. Prostata), Darmkarzinome und bösartige Neubildungen der Atemwege (Trachea, Bronchien, Lunge) zahlenmäßig am stärksten vertreten. Mit Ausnahme der Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane gab es seit 2017 bei diesen Diagnosen einen Anstieg in absoluten Zahlen (Statistisches Landesamt Sachsen, 2023a).

Tabelle 5.8: Anzahl ausgewählter vollstationär behandelter Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden nach Art der Neubildung und Geschlecht von 2017 bis 2021

ICD-10-GM Version			2017	2018	2019	2020	2021
C18-21	Bösartige Neubildung des Kolons, Rektums und Anus	Anzahl Fälle	416	575	539	549	514
		davon Frauen	205	262	233	237	201
		davon Männer	211	313	306	312	313
C33-34	Bösartige Neubildung der Trachea, Bronchien und Lunge	Anzahl Fälle	399	476	555	521	506
		davon Frauen	135	172	223	186	191
		davon Männer	264	304	332	335	315
C43	Bösartiges Melanom der Haut	Anzahl Fälle	88	129	143	135	165
		davon Frauen	41	56	59	50	66
		davon Männer	47	73	84	85	99
C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	Anzahl Fälle	566	790	945	927	886
		davon Frauen	241	334	432	413	369
		davon Männer	325	456	513	514	517
C50	Brustkrebs	Anzahl Fälle	618	654	722	662	751
		davon Frauen	*	636	717	656	743
		davon Männer	*	18	5	6	8
C51-58	Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane	Anzahl Fälle	283	394	389	428	364
		davon Frauen	283	394	389	428	364
		davon Männer	0	0	0	0	0
C60-63	Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane	Anzahl Fälle	616	720	730	641	566
		davon Frauen	0	0	0	0	0
		davon Männer	616	720	730	641	566

Anmerkungen: *Zahlenwert unbekannt oder geheim zu halten; Personen mit den Geschlechtsangaben „divers“ und „ohne Angabe“ (nach § 22 Absatz 3 PStG) werden in Geheimhaltungsfällen per Zufallsprinzip dem männlichen oder weiblichen Geschlecht zugeordnet; einschließlich Stunden- und Sterbefälle
Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024

Tab. 5.9 zeigt diejenigen Krebsdiagnosen der Dresdner Krankenhausstatistik, bei denen die Fälle in den mittleren Altersgruppen zwischen 25 bis 64 Jahren hohe relative Anteile ausmachen. Im Jahr 2021 finden sich zweistellige Anteile der Altersgruppe an der jeweiligen Krebsdiagnose bei den 55- bis 64-Jährigen (Darmkarzinome, Brustkrebs) sowie bei den 45-bis 54-Jährigen und den 35- bis 44-Jährigen (Brustkrebs). Das bedeutet, dass 21 Prozent von allen vollstationären Krankenhausdiagnosen im Jahr 2021 aufgrund von bösartigen Neubildungen des Kolons, Rektums und Anus auf die Altersgruppe 55 bis 64 Jahre (n = 108) entfallen. Von allen Diagnosen aufgrund bösartiger Neubildung der Brustdrüse entfallen 22 Prozent auf diese Altersgruppe (n = 166), 15 Prozent auf die 45- bis 54-Jährigen (n = 111) und zehn Prozent auf die 35- bis 44-Jährigen (n = 74).

Tabelle 5.9: Anzahl ausgewählter vollstationär behandelter Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden nach Art der Neubildung und mittleren Altersgruppen von 2017 bis 2021

ICD-10-GM Version			2017		2018		2019		2020		2021	
			Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
C18-21	Bösartige Neubildung des Kolons, Rektus und Anus	Dresden gesamt	416	100,0	572	100,0	533	100,0	546	100,0	508	100,0
		25 bis 34 Jahre	7	1,7	10	1,7	*	*	6	1,1	6	1,2
		35 bis 44 Jahre	4	1,0	5	0,9	19	3,6	26	4,8	10	2,0
		45 bis 54 Jahre	33	7,9	50	8,7	36	6,8	48	8,8	27	5,3
		55 bis 64 Jahre	75	18,0	120	21,0	100	18,8	118	21,6	108	21,3
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	Dresden gesamt	618	100,0	641	100,0	722	100,0	662	100,0	751	100,0
		25 bis 34 Jahre	17	2,8	*	*	23	3,2	24	3,6	25	3,3
		35 bis 44 Jahre	52	8,4	61	9,5	57	7,9	55	8,3	74	9,9
		45 bis 54 Jahre	143	23,1	131	20,4	144	19,9	154	23,3	111	14,8
		55 bis 64 Jahre	117	18,9	115	17,9	158	21,9	134	20,2	166	22,1

Anmerkungen: * Zahlenwert unbekannt oder geheim zu halten; einschließlich Stunden- und Sterbefälle
Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024

In Tab. 5.10 werden Diagnosen von bösartigen Neubildungen dargestellt, die bezüglich der Fallzahl der Dresdner Bevölkerungsgruppe ab 65 Jahren relevant sind und verhältnismäßig hohe Anteile ausmachen. Bei bösartigen Neubildungen des Kolons, Rektums und Anus sowie bei bösartigen Neubildungen der Atemwege entfielen zwischen 2017 bis 2021 jeweils rund ein Drittel dieser Diagnosen auf die Altersgruppen 65 bis 74 Jahre und 75 bis 84 Jahre. Bei bösartigen Neubildungen der Haut entfielen im Jahr 2021 45 Prozent dieser Diagnosen auf die Altersgruppe 75 bis 84 Jahre. Auch die Diagnosen Prostatakrebs (40 %) und Harnblasenkrebs (42 %) hatten in dieser Altersgruppe einen sehr hohen Anteil. Auf die Altersgruppe ab 85 Jahre entfielen deutlich weniger dieser Diagnosen.

Tabelle 5.10: Anzahl ausgewählter vollstationär behandelter Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden nach Art der Neubildung und höheren Altersgruppen von 2017 bis 2021

ICD-10-GM Version			2017		2018		2019		2020		2021	
			Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
C18-21	Bösartige Neubildung des Kolons, Rektums und Anus	Dresden gesamt	416	100,0	572	100,0	533	100,0	546	100,0	508	100,0
		65 bis 74 Jahre	119	28,6	160	28,0	149	28,0	119	21,8	135	26,6
		75 bis 84 Jahre	139	33,4	183	32,0	174	32,6	159	29,1	164	32,3
		85 Jahre und älter	39	9,4	44	7,7	55	10,3	70	12,8	58	11,4
C33-34	Bösartige Neubildung der Trachea, Bronchien und Lunge	Dresden gesamt	399	100,0	470	100,0	552	100,0	352	100,0	501	100,0
		65 bis 74 Jahre	111	27,8	147	31,3	160	29,0	165	46,9	178	35,5
		75 bis 84 Jahre	139	34,8	135	28,7	178	32,2	18	5,1	138	27,5
		85 Jahre und älter	17	4,3	27	5,7	42	7,6	29	8,2	31	6,2
C43-44	Melanom und sonstige bösartige Neubildung der Haut	Dresden gesamt	654	100,0	902	100,0	1.078	100,0	1.048	100,0	1.042	100,0
		65 bis 74 Jahre	142	21,7	170	18,8	191	17,7	177	16,9	178	17,1
		75 bis 84 Jahre	301	46,0	432	47,9	515	47,8	512	48,9	473	45,4
		85 Jahre und älter	113	17,3	183	20,3	227	21,1	228	21,8	231	22,2
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	Dresden gesamt	618	100,0	641	100,0	722	100,0	662	100,0	751	100,0
		65 bis 74 Jahre	140	22,7	169	26,4	169	23,4	129	19,5	178	23,7
		75 bis 84 Jahre	125	20,2	137	21,4	147	20,4	134	20,2	155	20,6
		85 Jahre und älter	24	3,9	28	4,4	24	3,3	32	4,8	42	5,6
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	Dresden gesamt	550	100,0	596	100,0	410	100,0	362	100,0	363	100,0
		65 bis 74 Jahre	230	41,8	219	36,7	0	0,0	134	37,0	185	51,0
		75 bis 84 Jahre	150	27,3	216	36,2	250	61,0	110	30,4	144	39,7
		85 Jahre und älter	32	5,8	21	3,5	32	7,8	0	0,0	0	0,0
C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	Dresden gesamt	434	100,0	658	100,0	581	100,0	558	100,0	505	100,0
		65 bis 74 Jahre	127	29,3	172	26,1	170	29,3	145	26,0	144	28,5
		75 bis 84 Jahre	167	38,5	271	41,2	237	40,8	230	41,2	210	41,6
		85 Jahre und älter	60	13,8	102	15,5	93	16,0	73	13,1	85	16,8

Anmerkungen: einschließlich Stunden- und Sterbefälle

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024

Viele Tumorerkrankungen sind präventiv beeinflussbar. Für ein **Gesundheitsmonitoring** sowie eine zielgerichtete Entwicklung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durch den öffentlichen Gesundheitsdienst sind beide Datenquellen unverzichtbar. Daraus ergibt sich, dass die Tumorberatungsstellen neben der Beratung auch Präventionsarbeit leisten und in Fachkreisen darüber informieren.

5.3.5 Infektionserkrankungen

In diesem Abschnitt werden die häufigsten Infektionserkrankungen der letzten Jahre sowie die Entwicklung ausgewählter Infektionserkrankungen in Dresden dargestellt. Die Vorbeugung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten ist eine der Hauptaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Aufgrund der COVID-19-Pandemie, die das Infektionsgeschehen in den Jahren 2020 bis 2022 zahlenmäßig dominierte, sowie der Verabschiedung des Masernschutzgesetzes ist die Thematik auch in der Bevölkerung von wachsendem Interesse. Die nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtigen Infektionserkrankungen werden vom Amt für Gesundheit und Prävention Dresden an die Landesuntersuchungsanstalt Sachsen und von dort an das Robert Koch-Institut übermittelt. Der **Übermittlungsprozess** wird in „Datengrundlagen“ auf Seite 379 näher beschrieben. Nicht meldepflichtige Infektionserkrankungen, wie z. B. banale Infekte der oberen Atemwege, sind nicht Bestandteil dieses Abschnitts.

Abb. 5.9 zeigt, dass in den Jahren 2017 bis 2022 vor allem akute Atemwegserkrankungen und Magen-Darm-Erkrankungen das Infektionsgeschehen in Dresden beeinflussten. Aufgrund ihrer besonderen Stellung werden die Daten zu COVID-19-Erkrankungen separat betrachtet. Von allen anderen meldepflichtigen Erkrankungen waren Influenza-Infektionen mit Ausnahme des Jahres 2021 die am häufigsten gemeldeten Infektionserkrankungen. Im dargestellten Zeitraum erreichte eine Influenzawelle ihren Höhepunkt mit 4.801 Fällen im Jahr 2018. Deutlich erkennbar ist ein Rückgang der Erkrankungshäufigkeit in den Corona-Pandemiejahren 2020 und 2021 aufgrund von Kontaktbeschränkungen, Maskenpflicht und Dominanz der COVID-19-Infektionen bis hin zum faktischen Ausbleiben der Infektionswelle mit nur neun erfassten Influenzafällen im Jahr 2021. Möglich ist auch eine Untererfassung der Infektionen, da aufgrund von Kontaktbeschränkungen, telefonischen Krankschreibungen, der Möglichkeit, zu Hause zu arbeiten, und insgesamt weniger Influenza-Tests weniger Infektionen gemeldet wurden. Die zweithäufigste Infektionserkrankung und damit die häufigste sexuell übertragbare Infektionserkrankung in Dresden ist die Chlamydieninfektion, die im Zeitverlauf nahezu konstante Fallzahlen aufwies (2022: 855 Fälle).

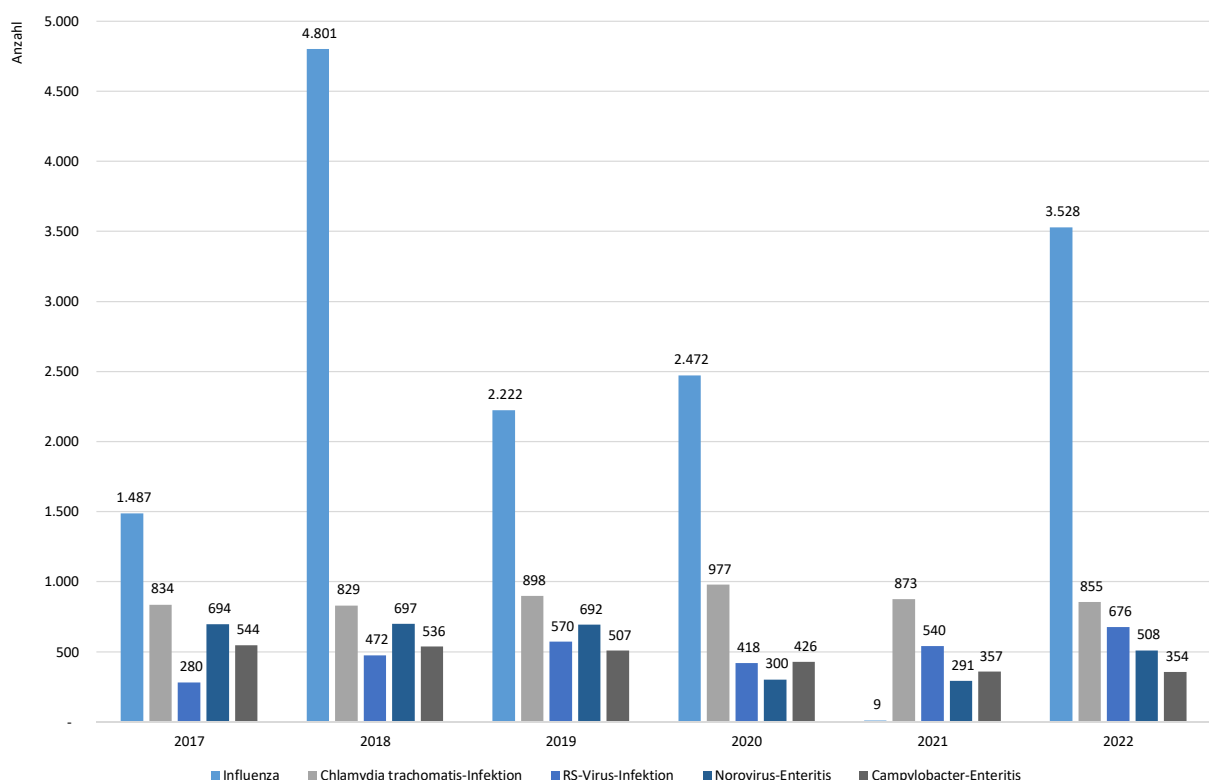


Abbildung 5.9: Entwicklung der häufigsten Infektionserkrankungen in Dresden von 2017 bis 2022 (ohne COVID-19)

Quelle: Landesuntersuchungsanstalt Sachsen, 2023; eigene Darstellung

In Tab. 5.11 ist die Entwicklung der übermittelten COVID-19-Infektionen abgebildet, die im Jahr 2022 mit 195.188 gemeldeten Fällen bei einer Impfrate von 64 Prozent ihren Höhepunkt erreichte. Damit waren in diesem Jahr 95 Prozent aller in Dresden gemeldeten Infektionskrankheiten auf COVID-19 zurückzuführen. Ein Jahr zuvor waren es ebenfalls knapp 93 Prozent (Landesuntersuchungsanstalt Sachsen, 2023; SMS, 2024).

Tabelle 5.11: Entwicklung der COVID-19-Infektionen von 2020 bis 2022 inkl. deren Anteil an allen Infektionserkrankungen in Dresden

	2020	2021	2022
Anzahl COVID-19-Infektionen	16.603	66.303	195.188
Anzahl Infektionserkrankungen gesamt	24.425	71.352	204.783
Anteil COVID-19-Infektionen an allen Infektionserkrankungen	68,0%	92,9%	95,3%

Quelle: Landesuntersuchungsanstalt Sachsen, 2023

Tab. 5.12 zeigt weitere Infektionserkrankungen und deren Entwicklung in den Jahren 2017 bis 2022, die durch Schutzimpfungen verhindert werden könnten. Hier spielen vor allem Rotavirus-Erkrankungen und Infektionen mit Herpes zoster eine größere Rolle. Ein deutlicher Rückgang ist bei Pertussis-Erkrankungen (Keuchhusten) von 251 Fällen im Jahr 2017 auf 19 Fälle im Jahr 2022 zu verzeichnen. Hepatitis B-Infektionen stiegen im gleichen Zeitraum von 70 auf 101 Fälle an.

Tabelle 5.12: Entwicklung der COVID-19-Infektionen in Dresden von 2020 bis 2022 inkl. deren Anteil an allen Infektionserkrankungen in Dresden

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Rotavirus-Erkrankung	467	267	339	91	42	319
Herpes zoster	219	273	337	339	259	227
Windpocken	218	304	207	98	72	105
Hepatitis B	70	48	48	29	36	101
Pneumokokken-Erkrankung	34	46	41	20	21	25
Pertussis	251	142	148	29	9	19

Quelle: Landesuntersuchungsanstalt Sachsen, 2023

Weitere, durch Schutzimpfungen vermeidbare Erkrankungen (z. B. Meningokokken) sind aufgrund zu geringer Fallzahlen in der Tabelle nicht aufgeführt. Dazu gehören auch so genannte „Kinderkrankheiten“ wie Mumps, Masern, Röteln und Diphtherie, die in den letzten Jahrzehnten durch bundesweite Impfempfehlungen weitgehend zurückgedrängt wurden. Nur vereinzelt kommt es zu Häufungen, wie etwa eine Masernhäufung von elf Fällen im Jahr 2019 in Dresden. Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten und können zu schweren Komplikationen führen. Aufgrund steigender Erkrankungs- und Todesfälle in Deutschland und Europa hat die Bundesregierung ein Masernschutzgesetz beschlossen, das seit dem 01.03.2020 die Vorlage eines Masernschutznachweises für Betreute bzw. Tätige in Gemeinschaftseinrichtungen sowie Arztpraxen und Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen regelt (BMG, 2024). Die Fallzahlen der Tuberkulose als eine der weltweit häufigsten tödlichen Infektionskrankheiten – noch vor HIV/AIDS – sind in Dresden leicht rückläufig bei 48 Fällen im Jahr 2017 und 30 Fällen im Jahr 2022. Obwohl Deutschland als **Niedriginzidenzland** gilt und die Erkrankung medikamentös behandelbar ist, haben Migrationsbewegungen in den vergangenen Jahren zu größeren Schwankungen hinsichtlich der Tuberkuloseinzidenz geführt (RKI, 2024b).

5.4 Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit beschreibt laut WHO einen Zustand des Wohlbefindens, in dem die normalen Alltagsbelastungen bewältigt werden können, einem geregelten Arbeitsalltag nachgegangen wird und die eigenen Fähigkeiten ausgeschöpft werden können. Psychische Störungen stellen demgegenüber Störungen der psychischen Gesundheit dar, die häufig durch eine Kombination von belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet sind (WHO, 2019).

Laut Kommunalen Bürgerumfrage 2022 schätzten 56 Prozent der Dresdner und Dresdnerinnen über alle Altersgruppen hinweg ihre seelische Gesundheit als gut ein; 2018 waren es noch 67 Prozent. Der Anteil derjenigen, die ihre seelische Gesundheit als schlecht einschätzten, ist seit 2018 von fünf auf acht Prozent gestiegen. Vor allem die Jüngeren, elf Prozent der 16- bis 24-Jährigen und neun Prozent der 25- bis 34-Jährigen, schätzten ihren seelischen Gesundheitszustand als schlecht ein. Die höheren Altersgruppen, vor allem ab 75 Jahren, bewerteten ihre seelische Gesundheit überwiegend als „einigermaßen zufriedenstellend“ (Abb. 5.10).

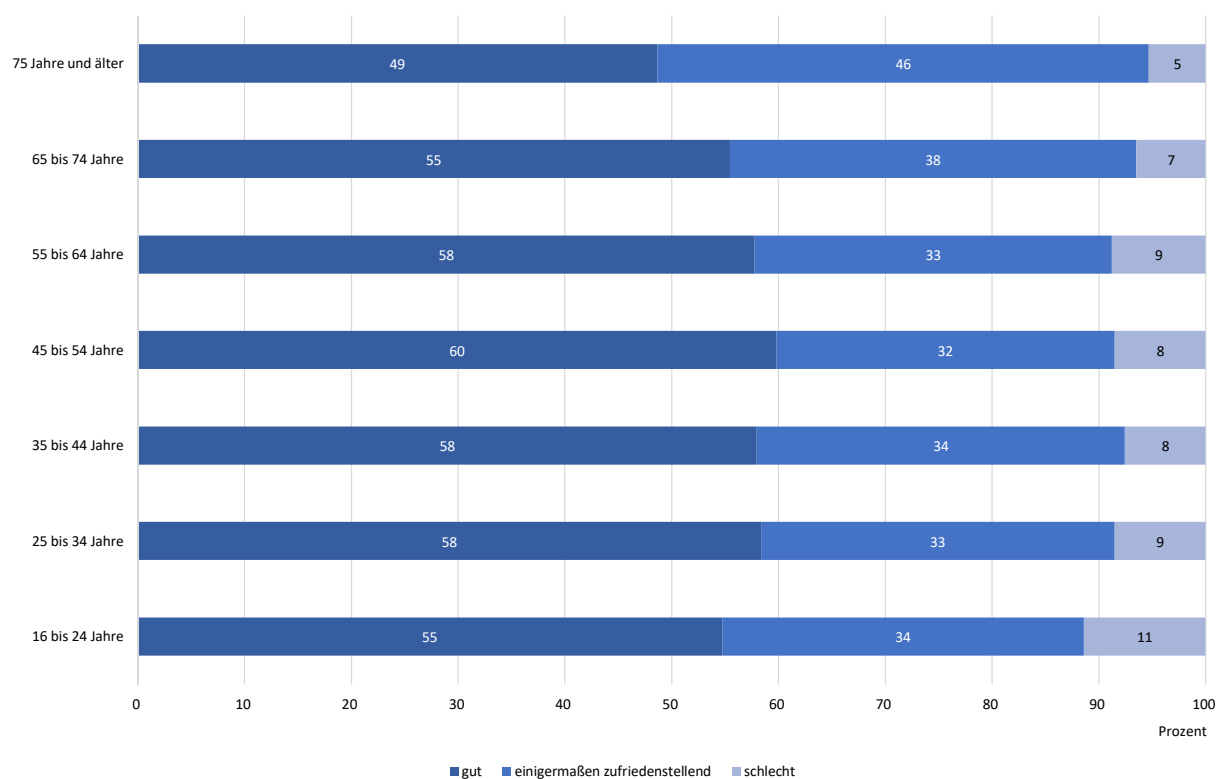


Abbildung 5.10: Subjektive seelische Gesundheit nach Altersgruppen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023c; eigene Darstellung

Psychische Gesundheit ist nicht erst seit Corona in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt und gewinnt zunehmend an Bedeutung. Die Fallzahlen derjenigen, die Beratungs- und Hilfsangebote in Anspruch nehmen oder in der Hausarztpraxis vorstellig werden und sich aufgrund einer psychischen Störung krankschreiben lassen, nimmt immer weiter zu. Psychische Erkrankungen sind in Deutschland nach Muskel- und Skeletterkrankungen sowie Atemwegserkrankungen im Jahr 2022 die dritthäufigste Ursache für krankheitsbedingte Fehlzeiten (Meyer et al., 2023).

Laut Deutscher Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (2023) sind in Deutschland jährlich 27,8 Prozent der erwachsenen Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren von einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung betroffen (12-Monats-**Prävalenz**). Demnach waren im Jahr 2022 schätzungsweise 117.934 erwachsene Dresdner und Dresdnerinnen von einer psychischen Erkrankung betroffen.¹ Zu den häufigsten Erkrankungen zählen Angststörungen, affektive Störungen und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum (DGPPN, 2024).

In Deutschland wird seit 2019 ein bundesweites Monitoring für psychische Erkrankungen – die nationale Mental Health Surveillance (MHS) aufgebaut. Ziel der MHS ist die systematische und kontinuierliche Berichterstattung von ausgewählten Kernindikatoren zur Einschätzung der Lage und Veränderung der psychischen Gesundheit der in Deutschland lebenden Bevölkerung über die Zeit (RKI, 2024a). Für das vorliegende Stadtgesundheitsprofil kann nur auf stationäre Daten für Dresden zurückgegriffen werden. Daten zur Verteilung der Diagnosen in der ambulanten Versorgung stehen nicht zur Verfügung. Somit kann nur ein eingeschränktes Bild der psychischen Gesundheit dargestellt werden, da viele Krankheitsbilder ambulant gut behandelbar sind und keiner stationären Behandlung bedürfen.

7.041 Dresdnerinnen und Dresdner wurden im Jahr 2021 aufgrund einer psychischen Erkrankung stationär behandelt (Tab. 5.13). Darin enthalten sind auch alkohol- und drogeninduzierte Diagnosen (F10 bis F19), die in Abschnitt 5.8.3 auf Seite 182 gesondert dargestellt werden. In den Jahren 2020 und 2021 wurden deutlich weniger Fälle stationär behandelt als in den Vorjahren.

Männer (46 %) und Frauen (54 %) waren gleich häufig aufgrund einer psychischen Störung in stationärer Behandlung. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied zeigte sich vor allem bei den depressiven Episoden sowie bei phobischen und anderen Angststörungen. In beiden Kategorien lag der Anteil der Frauen im Jahr 2021 wie in den Vorjahren bei bis zu 63 Prozent. Der häufigste Grund für einen Krankenhausaufenthalt der Dresdnerinnen und Dresdner im Jahr 2021 war mit 15,5 Prozent eine depressive Episode. An zweiter Stelle folgten schizophrene und wahnhaftige Störungen. Ihr Anteil stieg von 8,3 Prozent im Jahr 2017 auf neun Prozent im Jahr 2021.

Blickt man auf die unterschiedlichen Lebensphasen, so ist zu sehen, dass Personen in der Altersgruppe der 15- bis 25-Jährigen in erster Linie wegen einer depressiven Episode mit 289 Fällen stationär behandelt wurden. An zweiter Stelle befanden sich Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen mit 173 Fällen. Eine ausführlichere Darstellung zur psychischen Gesundheit dieser Altersgruppe findet sich im Kapitel „Gesundes Aufwachsen“.

Im erwerbsfähigen Erwachsenenalter, zwischen 25 und 65 Jahren, erfolgte im Jahr 2021 ein Krankenhausaufenthalt vor allem aufgrund einer depressiven Episode mit 656 Fällen. An zweiter Stelle standen die Schizophrenie, schizotype und wahnhaften Störungen mit 568 Fällen. Reaktionen auf Belastungen und Anpassungsstörungen kamen an dritter Stelle.

Ab 65 Jahren treten Demenz- und Alzheimererkrankungen in den Vordergrund. In dieser Altersgruppe wurden für das Krankheitsbild 357 Fälle im Jahr 2021 verzeichnet. Erst danach kamen die depressiven Episoden mit 273 Fällen. Die Schizophrenie stand mit deutlichem Abstand und 85 Fällen auf Platz drei.

¹ Bei einer Einwohnerzahl von 569.173 zum 31.12.2022. Davon 424.224 Personen zwischen 18 bis 79 Jahre.
Quelle: Kommunale Statistikstelle.

Tabelle 5.13: Häufigste vollstationär behandelte Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden nach Art der psychischen Erkrankung, Geschlecht und jüngeren, mittleren und höheren Altersgruppen der Jahre 2017, 2019 und 2021

ICD-10-GM Version			2017			2019			2021		
			Anzahl	Männer	Frauen	Anzahl	Männer	Frauen	Anzahl	Männer	Frauen
F00-F99	Alle psychischen und Verhaltensstörungen	Dresden gesamt	7.879	4.255	3.624	7.439	4.110	3.329	7.041	3.810	3.231
F00-03, G30	Alzheimer, Demenz	Dresden gesamt	408	144	264	458	206	252	366	143	223
		unter 25 Jahre	0			0			0		
		25 bis 64 Jahre	15			10			9		
		65 Jahre und älter	393			444			357		
F20-29	Schizophrenie	Dresden gesamt	652	334	318	679	366	313	710	422	300
		unter 25 Jahre	47			58			57		
		25 bis 64 Jahre	504			528			568		
		65 Jahre und älter	101			93			85		
F32,33	Depression	Dresden gesamt	1.215	458	757	1.156	429	727	1.218	455	763
		unter 25 Jahre	173			229			289		
		25 bis 64 Jahre	729			667			656		
		65 Jahre und älter	313			260			273		
F40-41	Phobische Störungen u. andere Angststörungen	Dresden gesamt	222	86	136	189	77	112	162	65	97
		unter 25 Jahre	53			53			49		
		25 bis 64 Jahre	113			94			82		
		65 Jahre und älter	56			42			31		
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	Dresden gesamt	537	211	326	539	225	314	439	175	264
		unter 25 Jahre	194			225			173		
		25 bis 64 Jahre	299			269			216		
		65 Jahre und älter	44			45			50		

Anmerkungen: Personen mit den Geschlechtsangaben „divers“ und „ohne Angabe“ (nach § 22 Absatz 3 PStG) werden in Geheimhaltungsfällen per Zufallsprinzip dem männlichen oder weiblichen Geschlecht zugeordnet; einschließlich Stunden- und Sterbefälle
Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2023

Bei einer psychischen Erkrankung ist das Risiko für einen Suizid um das Zehnfache erhöht. Die häufigste Ursache für einen Suizid sind Depressionen. Auch bei einer Schizophrenie oder Substanzabhängigkeit ist das Suizidrisiko deutlich erhöht (Hegerl et al., 2024). Weitere Informationen zur Suizidalität finden sich im Abschnitt 5.10 auf Seite 192.

5.5 Transportmittelunfälle und sonstige Unfälle

Wenn infolge des Fahrverkehrs auf öffentlichen Wegen und Plätzen Personen verletzt oder getötet wurden, Sachschaden verursacht wurde sowie die Polizei herangezogen wurde, wird im Rahmen von statistischen Dokumentationen von einem Straßenverkehrsunfall gesprochen. Die Straßenverkehrsunfälle (SVU) werden nach dem Schweregrad der Unfallfolgen unterschieden. Wenn Personen durch einen Unfall leicht oder schwer verletzt bzw. getötet wurden, handelt es sich um einen Unfall mit Personenschaden. Dabei wird nur der schwerwiegendere Personenschaden statistisch erfasst. Deswegen ist es möglich, dass bei einem Unfall mit schwerverletzten Personen auch Personen beteiligt waren, die leichtverletzt waren. Als Verunglückte zählen Personen, die bei einem Unfall verletzt oder getötet wurden. Verunglückte getötete Personen sind bei einem Unfall oder innerhalb von 30 Tagen an den Unfallfolgen verstorben, schwerverletzte Personen waren unmittelbar nach dem Unfall zur stationären Behandlung (für mindestens 24 Stunden) in einem Krankenhaus aufgenommen worden, und Leichtverletzte sind alle übrigen Verletzten. Die Zahlen der tödlich Verunglückten oder Verletzten weisen auf die gesundheits- und lebensgefährdenden Auswirkungen von Straßenunfällen hin. Zudem gilt der Tod im Straßenverkehr als vermeidbare Todesursache (Statistisches Landesamt Sachsen, 2024). Die Dokumentation der Daten erfolgt durch die **Unfallstatistik** des Statistischen Landesamts.

Die Zahl der Verunglückten im Dresdner Straßenverkehr schwankt im Zeitraum von 2015 bis 2022, lag aber mit Ausnahme der COVID-19-Pandemiejahre 2020 und 2021 immer über 2.500 Fällen (Abb. 5.11). Die Anzahl der Getöteten im Straßenverkehr bewegte sich in Dresden im betrachteten Zeitraum zwischen vier Personen in den Jahren 2017 und 2021 und elf Personen im Jahr 2016.

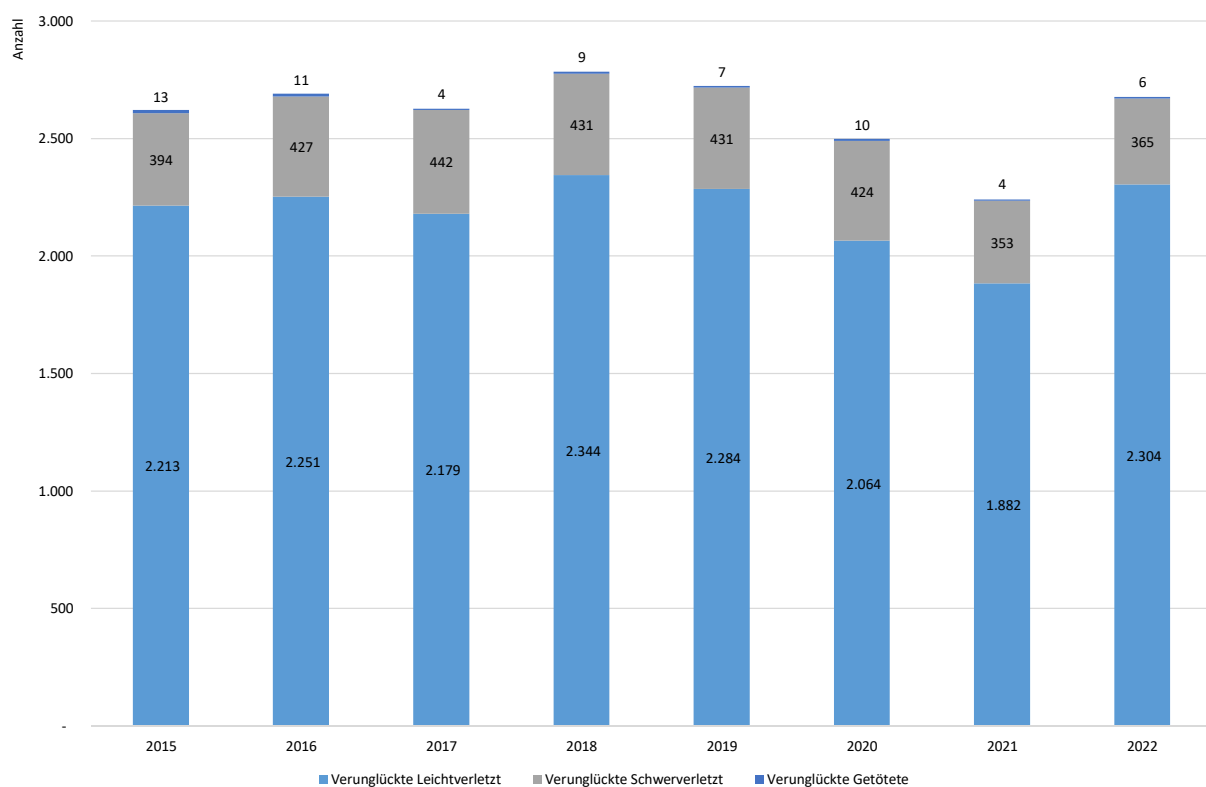


Abbildung 5.11: Verunglückte in Straßenverkehrsunfällen innerorts nach Schweregrad in Dresden von 2015 bis 2022

Quelle: Statistisches Landesamt, 2024; eigene Darstellung

Der Anteil der Verkehrsunfälle mit Personenschaden lag in Dresden in den letzten zehn Jahren zwischen 14 und 18 Prozent (Abb. 5.12).

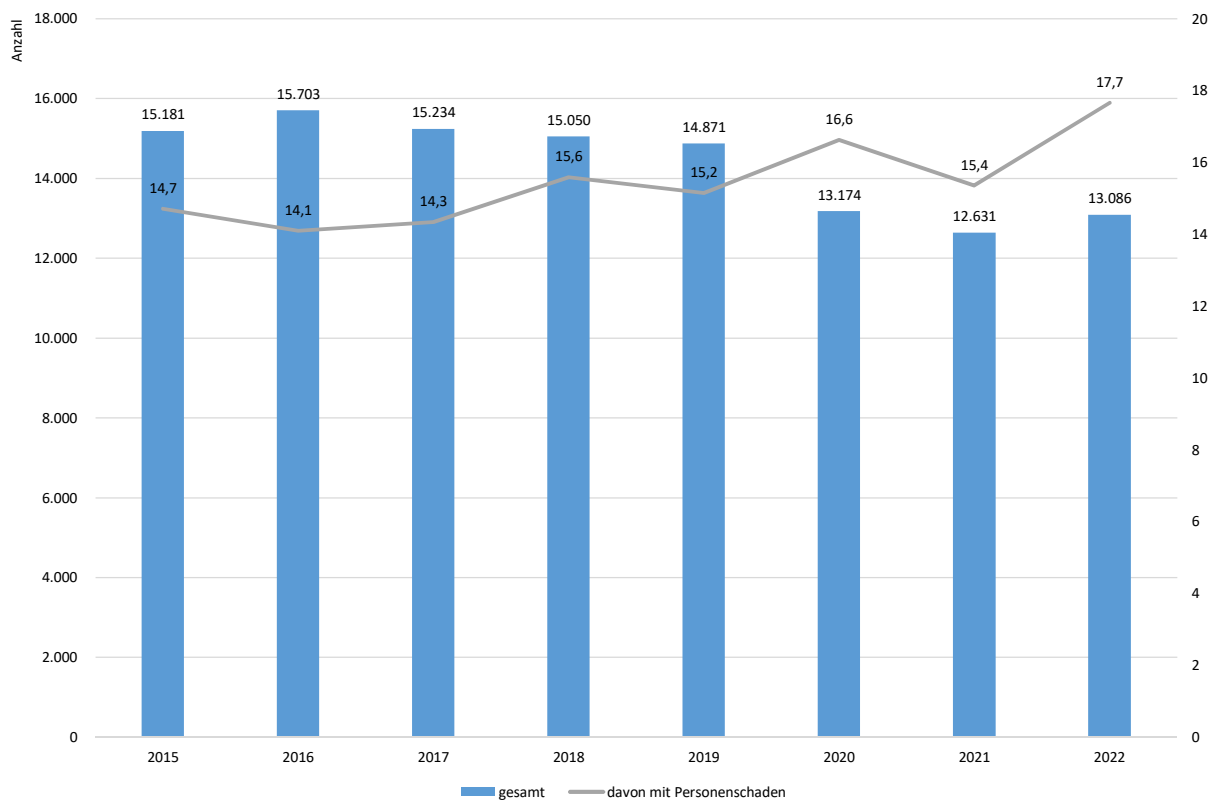


Abbildung 5.12: Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden innerorts in Dresden von 2015 bis 2022

Quelle: Statistisches Landesamt, 2024; eigene Darstellung

Die Bundesregierung hat im Jahr 2021 das „Verkehrssicherheitsprogramm 2021 bis 2030“ mit der „Vision Zero – null Tote im Straßenverkehr“ ausgerufen (BMDV, 2021). Einige der Handlungsschwerpunkte sind Verbesserungen im Radverkehr, Sicherheit im Fußverkehr und Verkehrsprävention für Kinder, Jugendliche und Senioren. Auch das Amt für Stadtplanung und Mobilität verfolgt im „Verkehrsentwicklungsplan 2025plus“, der gegenwärtig zum „Dresdner Mobilitätsplan 2035+“ fortentwickelt wird, das Ziel, Unfallzahlen im Straßenverkehr in der Häufigkeit und Schwere zu reduzieren (LHD, 2016). Aktuelle Meinungsumfragen belegen den Handlungsbedarf in diesem Bereich. In der KBU 2022 zeigten die Dresdnerinnen und Dresdner eine ausreichende Zufriedenheit mit der Verkehrssicherheit. 44 Prozent waren (sehr) zufrieden, annähernd genauso groß war jedoch der Anteil der Personen, die die Bewertung „teils/teils“ abgaben (Prozente ohne Berücksichtigung der Angabe „kann ich nicht beurteilen“). 20 Prozent der Befragten waren mit der Verkehrssicherheit in Dresden (sehr) unzufrieden. Zur langfristigen Evaluation der Radverkehrsmaßnahmen in Dresden wurde in die KBU 2022 auch eine neue Frage zur Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten des Radverkehrs aufgenommen. Die Sicherheit für Radfahrende wurde demzufolge eher negativ eingeschätzt: 13 Prozent der Personen, die diesen Aspekt beurteilen konnten, waren (sehr) zufrieden, 35 Prozent teilweise und 52 Prozent (sehr) unzufrieden (LHD, 2023c).

Um den gesundheitlichen Fokus genauer zu beleuchten, werden nachfolgend die Straßenverkehrsunfälle hinsichtlich der Verkehrsunfähigkeit analysiert. Dabei werden Kategorien wie Unfälle durch Alkoholeinfluss und Einfluss berauschender Mittel (z. B. Alkohol und weitere Drogen) näher betrachtet. Zu den Unfällen wegen Übermüdung und sonstigen körperlichen oder geistigen Mängeln gab es im betrachteten Zeitraum nicht genügend Datenmaterial.

Die Anzahl schwerwiegender Straßenverkehrsunfälle mit Sachschaden unter Einfluss berauschender Mittel ging seit 2016 leicht zurück. Der Anteil der Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss nahm jedoch seit 2015 zu (Abb. 5.13).

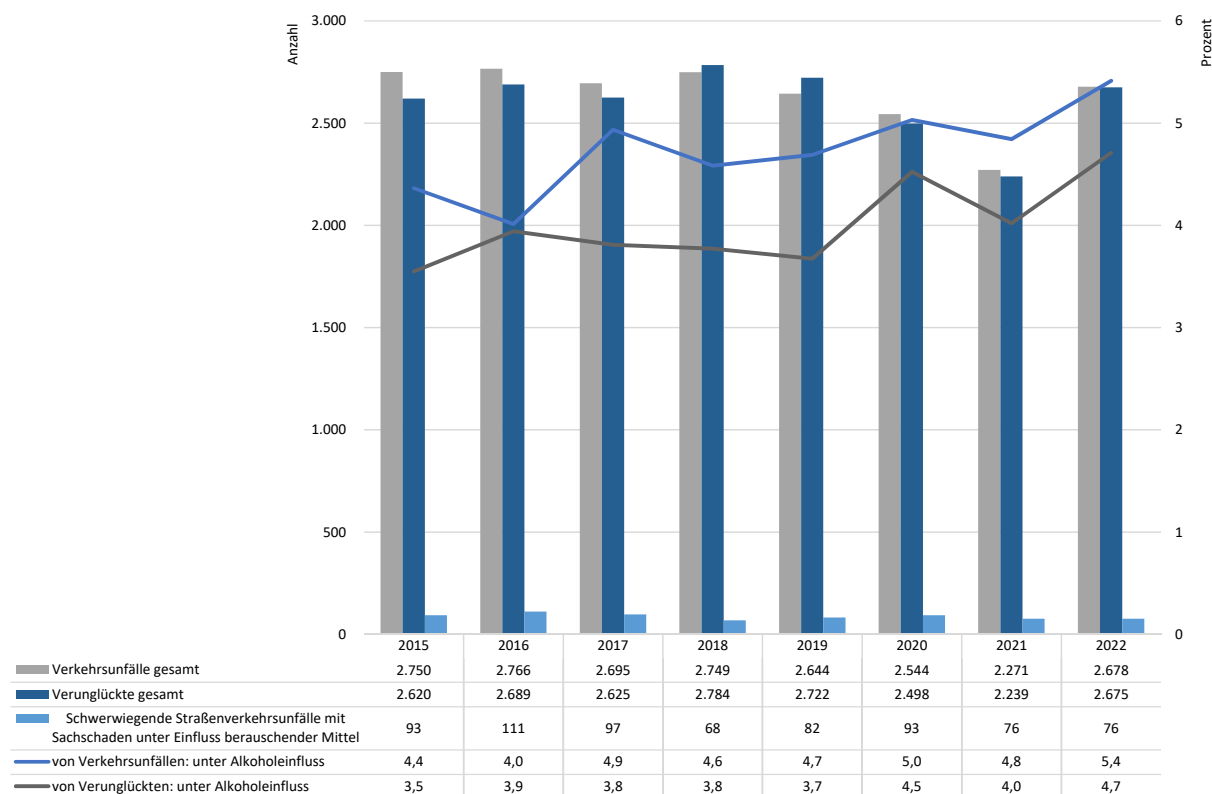


Abbildung 5.13: Schwerwiegende Straßenverkehrsunfälle mit Sachschaden unter Einfluss berauschender Mittel sowie Anteil von Verkehrsunfällen und Verunglückten aufgrund von Alkoholeinfluss in Dresden von 2015 bis 2022

Quelle: Statistisches Landesamt, 2024; eigene Darstellung

Im Städtevergleich mit Leipzig und Chemnitz lag Dresden in den Jahren 2017 bis 2021 bei den schweren Unfällen mit Personenschaden (Getötete und Schwerverletzte) je eine Million Fahrzeugkilometer im Radverkehr im mittleren und im Kfz- und Fußverkehr im oberen Bereich (Statistisches Landesamt Sachsen, 2023a). Der seit 2017 rückläufige Trend bei Pkw- und Fußgängerunfällen mit schwerem Personenschaden ist im Radverkehr nicht zu beobachten. Männliche Beteiligte an Unfällen sind deutlich überrepräsentiert (LHD, 2023e).

Tab. 5.14 stellt ausgewählte Todesursachen dar, die auf äußere Umstände zurückzuführen sind. Der Anteil der Transportmittelunfälle an äußeren Todesursachen ist zwischen 2015 und 2021 zurückgegangen, während der Anteil der Stürze von 36 Prozent (108 Stürze) auf 46 Prozent (186 Stürze) stark angestiegen ist. Gerade mit der Alterung der Bevölkerung stellen Stürze eine ernstzunehmende Gesundheitsgefährdung dar. Im öffentlichen Raum besteht Präventionsmöglichkeit auf Verhältnisebene bei der Gestaltung der Straßen und Plätze („Gesundes Altern“, Abschnitt 8.3 auf Seite 321) und auf Verhaltensebene in der Steigerung der körperlichen Aktivität und Einüben von sturzpräventiven Bewegungen.

Tabelle 5.14: Gestorbene infolge ausgewählter äußerer Ursachen in Dresden von 2015 bis 2021

Jahr	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01-Y98)	Davon Anteil (%)			
		Transportmittel-unfälle (V01-V99)	Stürze (W00-W19)	Unfälle durch Ertrinken und Untergehen (W65-W74)	sonstige unfallbedingte Gefährdung der Atmung (Ersticken) (W75-W84)
2015	304	6	36	16	21
2016	296	3	33	*	20
2017	345	3	40	0	4
2018	331	4	39	*	*
2019	371	3	48	1	3
2020	372	4	49	*	2
2021	403	1	46	*	4

Anmerkungen: *Zahlenwert unbekannt oder geheim zu halten

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2023

Im Jahr 2021 ereigneten sich in Dresden insgesamt 232 Unfälle mit Todesfolge (Tab. 5.15). Davon entfielen 72 Prozent auf häusliche Unfälle (n = 168).

Tabelle 5.15: Gestorbene durch Unfälle in Dresden von 2015 bis 2021 nach Unfallart

Jahr	Unfälle gesamt	Davon Anteil (%) nach Unfallart				
		Arbeits-/Schulunfall	Verkehrs-unfall	Häuslicher Unfall	Sport-/Spielunfall	Sonstige
2015	186	0	10	55	0	34
2016	141	*	7	62	*	*
2017	173	0	7	71	2	21
2018	162	0	8	64	*	*
2019	226	*	5	59	2	*
2020	222	*	7	74	*	*
2021	232	0	2	72	1	24

Anmerkungen: *Zahlenwert unbekannt oder geheim zu halten

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2023

5.6 Menschen mit Schwerbehinderungen

Laut des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) wird von einer Behinderung gesprochen, wenn eine Beeinträchtigung der körperlichen Funktionen, der geistigen Fähigkeit oder der seelischen Gesundheit vorliegt, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher eine Teilnahme in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (§ 2 Absatz 1 SGB IX). Der Umfang der Beeinträchtigungen wird mit dem Grad der Behinderung (GdB) von 20 bis 100 beschrieben, wobei Menschen mit einem festgestellten GdB ab 50 als schwerbehindert eingestuft werden.

Zum Jahresende 2022 waren in Dresden insgesamt 94.091 Menschen mit Behinderungen registriert. Davon sind 62.394 Menschen von einer schweren Behinderung betroffen. Die Zahl der schwerbehinderten Menschen in Dresden ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen (Tab. 5.16). Im Jahr 2022 betrug ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung Dresdens elf Prozent (LHD, 2023a). Gründe für den Anstieg könnten die zunehmende Alterung der Bevölkerung oder der bewusste Umzug von Menschen mit Behinderungen in das Stadtgebiet sein, um an das spezialisierte Versorgungssystem angebunden zu sein. Auch die Etablierung der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB), die 2017 mit der Reform des SGB IX als neues Beratungsangebot geschaffen wurde, könnte den Anstieg der Zahlen begünstigt haben.

Tabelle 5.16: Anzahl schwerbehinderter Menschen (ab Grad der Behinderung von 50) in Dresden von 2015 bis 2022

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Anzahl Schwerbehinderter	54.934	55.886	57.362	58.542	59.982	60.959	61.669	62.394

Quelle: LHD, 2023a

Mit Blick auf die Altersstruktur ist erkennbar, dass die Zahl der Menschen mit Schwerbehinderung in Dresden mit steigendem Lebensalter zunimmt. Personen mit einem GdB von 100 sind zu 58 Prozent 75 Jahre und älter (Abb. 5.14).

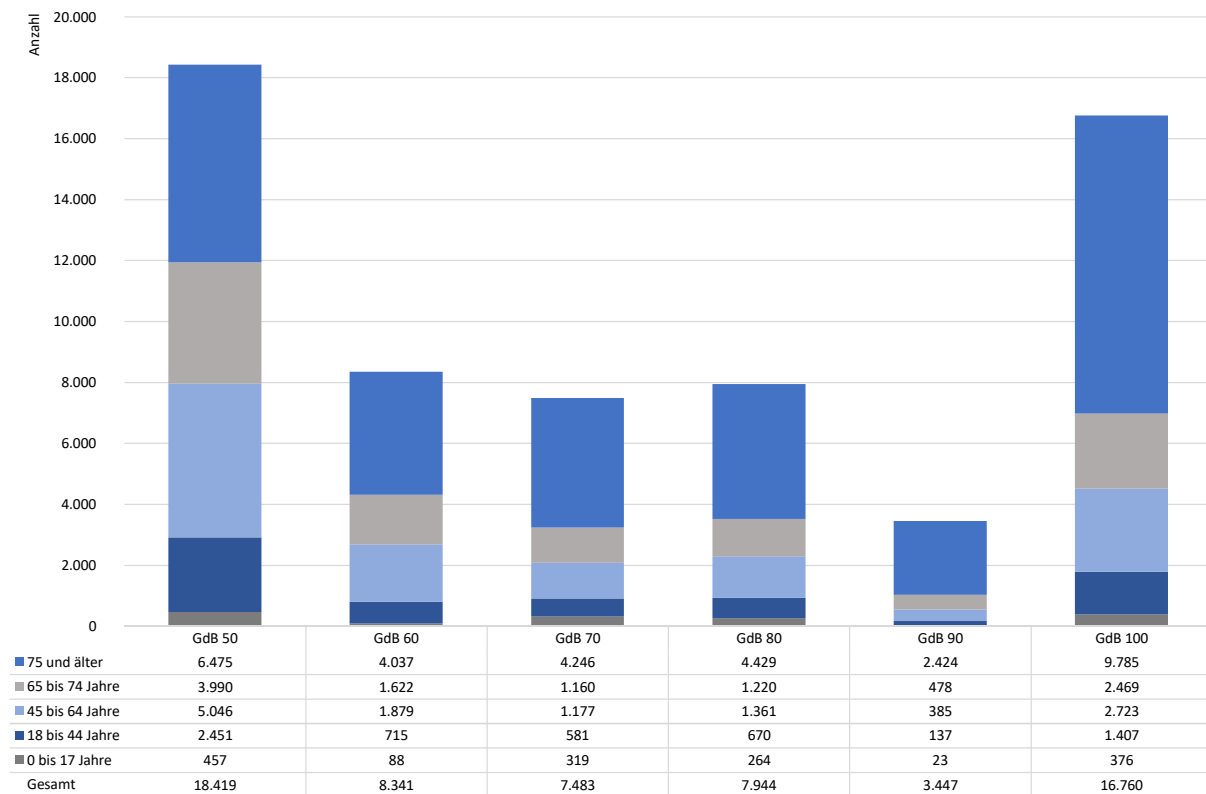


Abbildung 5.14: Anzahl schwerbehinderter Menschen in Dresden 2022 nach Grad der Behinderung und Altersgruppen

Quelle: LHD, 2023a; eigene Darstellung

Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen leiden signifikant häufiger an Depressionen, schätzen sich seltener als gesund ein und treiben seltener Ausdauersport (Prütz & Krause, 2022). Durch die steigende Anzahl der Menschen mit schwerer Behinderung werden an kommunalpolitische Akteure spezifische Anforderungen bezüglich gesundheitlicher und sozialer Versorgungsstrukturen, Wohnungsbau, Verkehrspolitik, Grün- und Erholungsflächen, Bildungspolitik und integrative Konzepte gestellt, um ein selbstbestimmtes Leben und Wohlbefinden zu ermöglichen. Ein Element hiervon ist die barrierefreie Gestaltung. Diesem Punkt wird aufgrund des höheren Anteils von schwerbehinderten Menschen in höheren Altersgruppen im Kapitel „Gesundes Altern“ mehr Platz gewidmet.

5.7 Menschen mit Pflegebedürftigkeit

Mit 310.674 Pflegebedürftigen in Sachsen wurde im Jahr 2021 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 163 Prozent. Gemessen an der Bevölkerung gab es 2021 76,8 Pflegebedürftige je 1.000 EW, was einem Zuwachs von 24,7 Prozent gegenüber 2019 entspricht (Statistisches Landesamt Sachsen, 2022).

Pflegebedürftige wurden von den Pflegekassen bis 2016 aufgrund des Ausmaßes der körperlichen, kognitiven oder psychischen Einschränkungen in die **Pflegestufen** I bis III eingeteilt. Im Jahr 2017 erfolgte die Umstellung auf die Pflegegrade I bis V; dadurch gibt es einen Bruch in der Statistik.

Der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung Dresdens ist seit 2007 leicht und seit 2017, dem Zeitpunkt der oben beschriebenen Umstellung, stärker und kontinuierlich angestiegen. Im Jahr 2021 betrug der Anteil 6,6 Prozent (Tab. 5.17). Aufgrund des demografischen Wandels ist auch in den nächsten Jahren und Jahrzehnten mit einer Zunahme der Pflegebedürftigen pro 1.000 EW zu rechnen (Kapitel „Demografie“).

Tabelle 5.17: Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung Dresdens von 1999 bis 2021

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
Anteil (%)	2,1	2,0	2,0	2,0	2,3	2,3	2,6	2,8	3,3	4,0	5,3	6,6

Quelle: LHD, 2023a; eigene Berechnung

Auch bei der absoluten Anzahl der Pflegebedürftigen in Dresden ist seit 1999 ein Anstieg, seit der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade auch eine stärkere Inanspruchnahme des Pflegegeldes zu beobachten (Abb. 5.15).

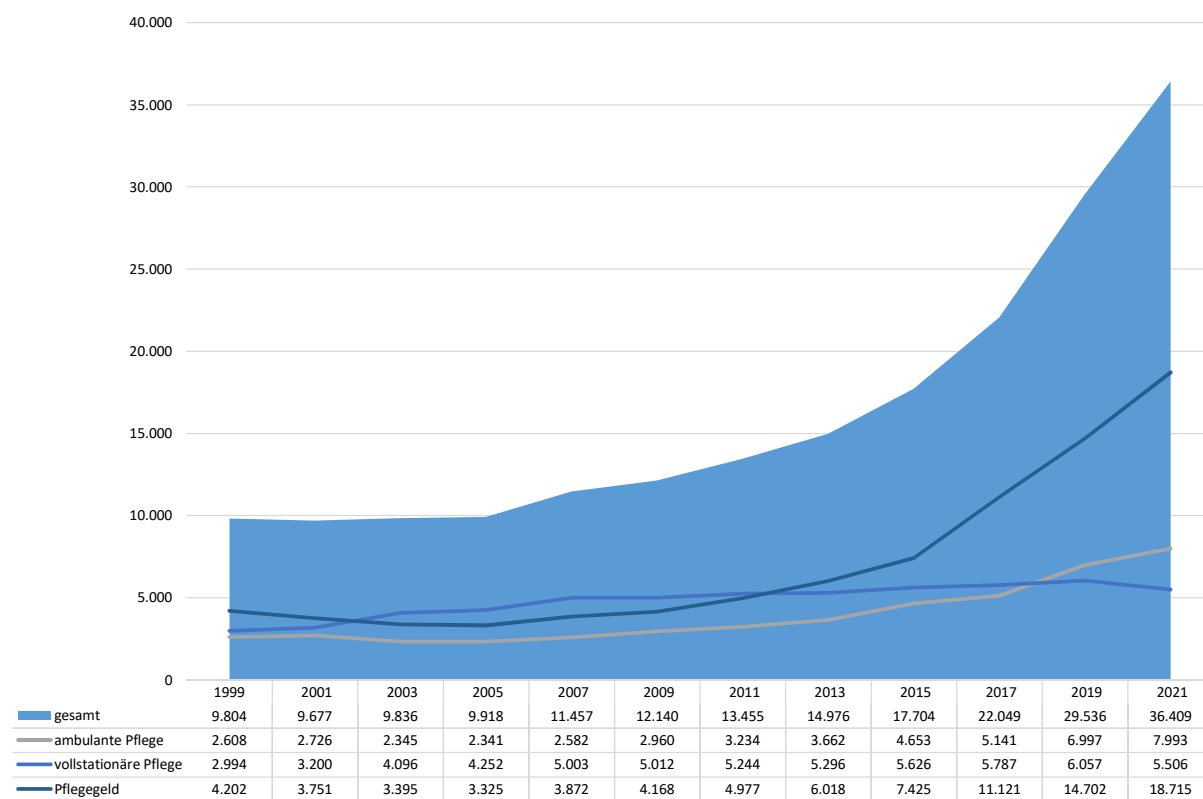


Abbildung 5.15: Anzahl Pflegebedürftiger gesamt, in ambulanter Pflege, in vollstationärer Pflege und Anzahl Pflegegeldempfänger in Dresden von 1999 bis 2021

Anmerkungen: Ohne Personen in teilstationärer Pflege und ohne Leistungsbezug; Umstellung von Pflegestufen zu Pflegegraden im Jahr 2017
Quelle: LHD, 2023a; eigene Darstellung

Im Vergleich mit allen Pflegebedürftigen haben stationär Betreute oft höhere Pflegegrade. Das betrifft insbesondere Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege. Die Daten hierzu liegen für das Bundesland Sachsen vor. Sachsenweit wurden hier am Jahresende 2021 unter anderem 7.789 Personen mit Pflegegrad V und 15.525 Personen mit Pflegegrad IV versorgt. Weitere 6.026 Personen mit Pflegegrad V und 17.981 Personen mit Pflegegrad IV wurden im häuslichen Umfeld gepflegt (Statistisches Landesamt Sachsen, 2022).

In Dresden ist die Anzahl der stationär betreuten Pflegebedürftigen seit 2019 rückläufig, während die Anzahl der ambulant Betreuten seit 2017 zunahm (Abb. 5.16). Diese Entwicklung ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern zu beobachten. An dieser Stelle sei auch auf die Ausführungen zur Kapazität und Auslastung stationärer Pflegeeinrichtungen in Dresden im Kapitel „Gesundheitsversorgung“ verwiesen.

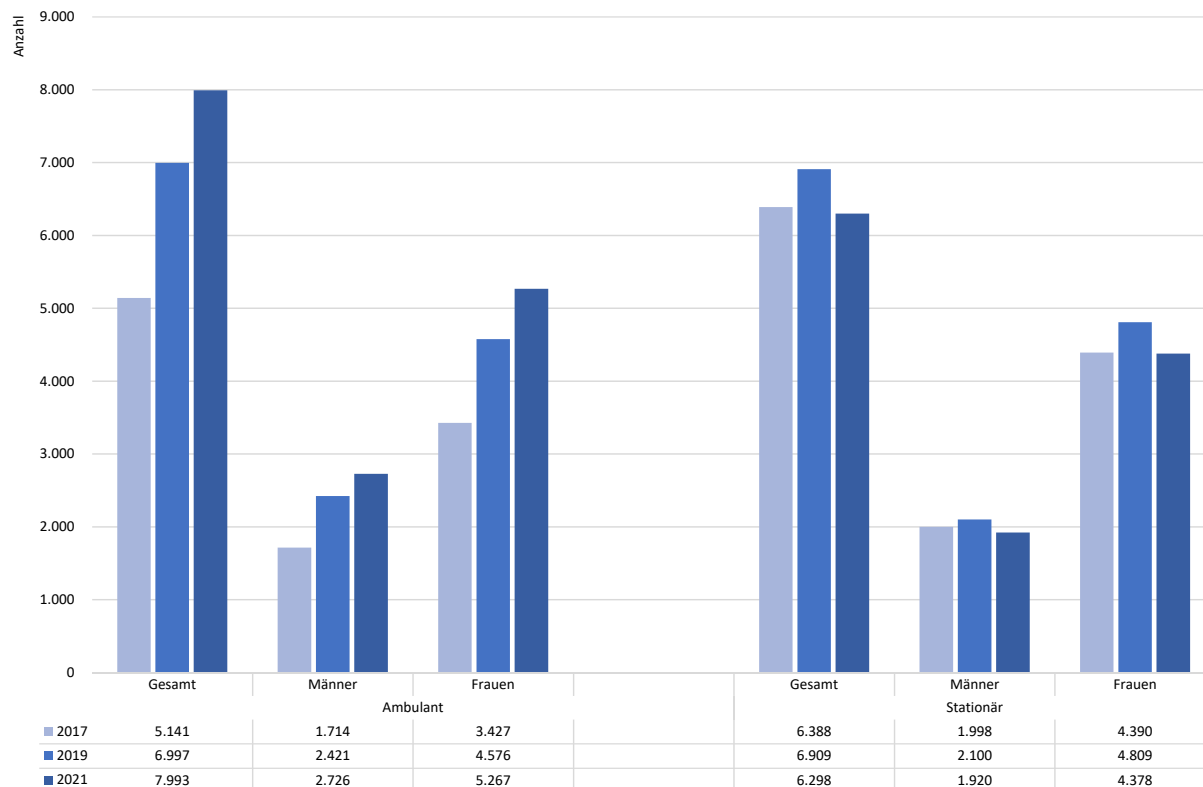


Abbildung 5.16: Anzahl Pflegebedürftiger in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen in Dresden der Jahre 2017, 2019 und 2021 nach Geschlecht

Quelle: LHD, 2023a; eigene Darstellung

Personen der Pflegegrade II und III stellten in Dresden im Jahr 2019 den Großteil der in der ambulanten Pflege versorgten Personen (Tab. 5.18). In der stationären Pflege wurden in Dresden im Jahr 2019 zu 40 Prozent Personen der Pflegestufe III und zu 31 Prozent Personen der Pflegestufe IV versorgt. (Für 2021 lagen für die Pflegegrade I und V keine vollständigen Daten vor.)

Tabelle 5.18: Anteil Pflegebedürftiger in ambulanter und stationärer Pflege in Dresden 2019 nach Pflegegraden

	Ambulant (%)	Stationär (%)
Pflegegrad I	5,6	0,2
Pflegegrad II	49,6	15,9
Pflegegrad III	31,5	39,6
Pflegegrad IV	9,4	31,0
Pflegegrad V	3,8	13,3

Quelle: LHD, 2023a

Die Herausforderung der Zukunft wird darin bestehen, die Versorgung der wachsenden Zahl hochaltriger Menschen sicherzustellen und die Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund weiterzuentwickeln („Demografie“).

5.8 Gesundheitsverhalten

Das Gesundheitsverhalten ist eine wichtige Stellschraube, um individuelle Gesundheit und Wohlbefinden zu erreichen. Verhaltenspräventive Maßnahmen wirken sich auch auf die öffentliche Gesundheit förderlich aus, indem sie beispielsweise helfen, Behandlungskosten zu senken oder Therapieerfolge zu verbessern. Die Handlungsfelder des Gesundheitsverhaltens sind laut Leitfaden „Prävention“ der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, 2023): Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stress- und Ressourcenmanagement (inkl. Förderung gesunden Schlafes) und Suchtverhalten. Entstehungsgründe für viele Krankheiten oder Beschwerden sind oftmals ungesunde und riskante Lebens- oder Verhaltensmuster. Dazu gehören Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Fehlernährung und Bewegungsmangel. Letzteres vor allem in Kombination mit langen Sitzzeiten (Manz et al., 2022). Aus diesen Risikofaktoren entstehen die heutigen Volkskrankheiten Bluthochdruck, Allergien, Diabetes mellitus Typ 2 oder Adipositas. Sozioökonomische Faktoren, wie das Einkommen, Bildung und Beruf, aber auch der Wohnort beeinflussen riskantes Gesundheitsverhalten. So korreliert ein höherer Bildungsstatus mit längeren, gesundheitlich riskanten Sitzzeiten, während ein niedrigerer Bildungsstatus mit höherem Risiko für Rauchen, episodisches Rauschtrinken, Adipositas, Bewegungsmangel und nicht täglichem Obst- und Gemüsekonsum einhergeht (Finger et al., 2019; Manz et al., 2022). Aber auch die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitskursen haben Einfluss auf die individuelle Gesundheit.

5.8.1 Körperliche Aktivität

Körperliche Bewegung beeinflusst den Gesundheitszustand positiv, insbesondere hat sie positive Effekte auf die Prävention und Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Diabetes, Brust- und Darmkrebs, Bluthochdruck, Übergewicht und Adipositas. Auch positive Effekte auf die mentale Gesundheit sind nachgewiesen. Im Schulalter führt ausreichend Bewegung zu besseren schulischen Leistungen und einer besseren kognitiven Entwicklung des Kindes (WHO, 2018). Im höheren Alter ist regelmäßige Bewegung wichtig für Sturzprophylaxe und Prävention von Demenz, für längere Selbstständigkeit und gesellschaftliche Eingebundenheit – kurzum, für die Erhaltung sozialer, psychischer und körperlicher Komponenten von Gesundheit (WHO, 2018).

Die nationalen Empfehlungen für Bewegung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung folgen den Empfehlungen der WHO (2018). Demnach sollten Erwachsene im Alter zwischen 18 bis 65 Jahren mindestens 150 Minuten pro Woche ausdauerorientierte Aktivitäten mit moderater Intensität (bspw. schnelles Gehen, langsames Laufen) oder 75 Minuten mit höherer Intensität (bspw. Schwimmen, Ballsportarten, Laufen, schnelles Radfahren, Kampfsport, Tanzen) durchführen. Die einzelne Aktivität sollte mindestens zehn Minuten am Stück dauern. Für Erwachsene, vor allem ältere Menschen, werden zudem zweimal pro Woche muskelkräftigende Übungen empfohlen (z. B. Funktionsgymnastik, Hanteltraining, Yoga). Längere Sitzperioden sind zu vermeiden (Rütten & Pfeifer, 2017).

In der KBU 2022 wurde bei der Frage nach der Häufigkeit des Sporttreibens nicht nach Dauer und Intensität differenziert. Die meisten Frauen und Männer in Dresden treiben einmal oder zwei- bis dreimal pro Woche Sport (Tab. 5.19).

Tabelle 5.19: Häufigkeit des Sporttreibens in Dresden 2022 nach Geschlecht laut KBU 2022

	Gesamt (%)	Männer (%)	Frauen (%)
täglich	4	4	5
fast täglich	12	12	11
2 bis 3 mal pro Woche	28	30	27
einmal pro Woche	23	21	25
seltener	22	22	22
nie	11	11	10

Quelle: LHD, 2023c

Die selbstberichteten Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind nur geringfügig, die Varianz nach Altersgruppen fällt höher aus (Abb. 5.17). Während nur fünf Prozent der jüngsten Altersgruppe (16 bis 24 Jahre) angaben, nie Sport zu treiben, waren es bei den 75-Jährigen und Älteren 22 Prozent. 61 Prozent der 16- bis 24-Jährigen treiben mindestens zwei- bis dreimal wöchentlich Sport, aber nur 33 Prozent der höchsten Altersgruppe ab 75 Jahre und 34 Prozent der 55- bis 64-Jährigen. Im frühen Ruhestandsalter (65 bis 74 Jahre) sind wiederum 46 Prozent mindestens zwei- bis dreimal pro Woche körperlich aktiv. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte der höhere Anteil frei verfügbarer Zeit bei noch nicht vorhandenen Krankheiten und Einschränkungen im Alltag sein.

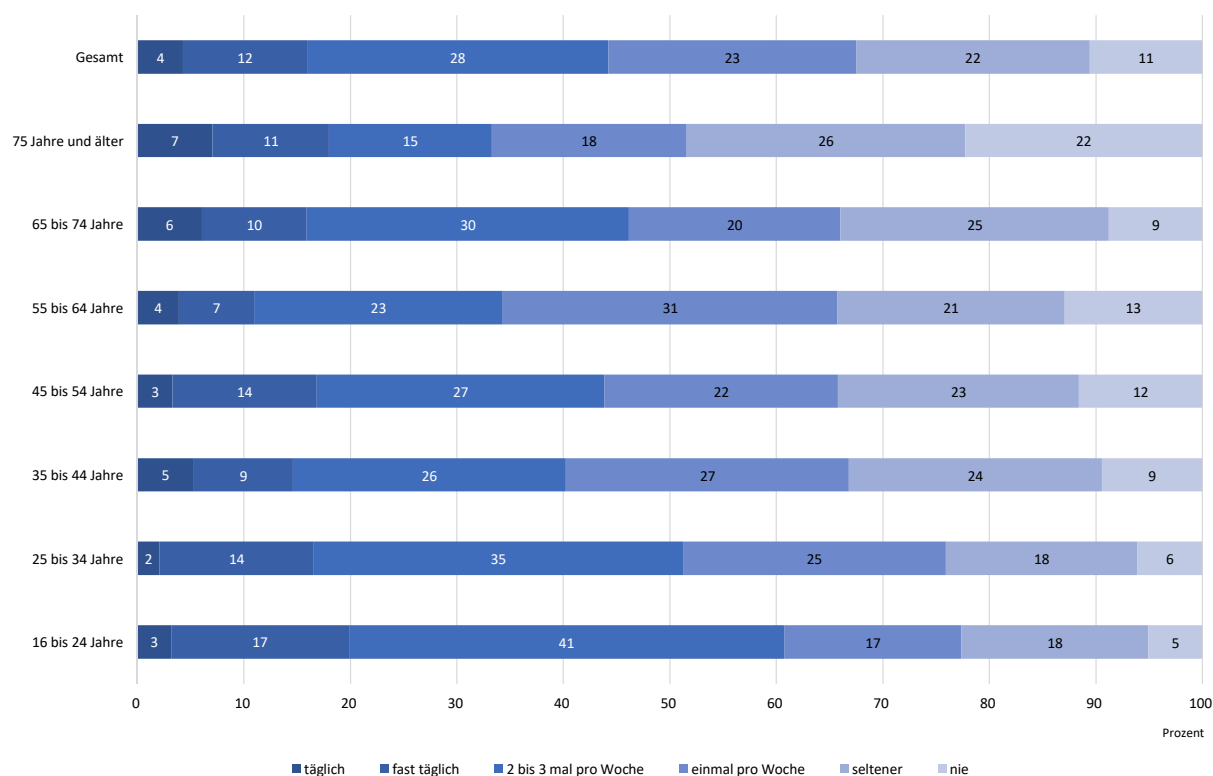


Abbildung 5.17: Häufigkeit des Sporttreibens in Dresden nach Altersgruppen laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023c; eigene Darstellung

Weiterhin kann die Zahl der Mitglieder in Sportvereinen als grobe Orientierung für ein Maß für sportliche Aktivitäten herangezogen werden, wobei zu berücksichtigen ist, dass nicht jedes Vereinsmitglied sportlich aktiv ist bzw. die Zahl keine Aussage zur Häufigkeit der sportlichen Aktivität zulässt. Für Dresden liegen diese Zahlen vom Stadtsportbund, einer gemeinnützigen Organisation des Dresdner Sports, vor (StadtSportBund Dresden, 2022). Die Mitgliederzahlen stiegen bis 2020 an und stagnieren seitdem auf einem ähnlich hohen Niveau von rund 110.000 Mitgliedern, mit einem leichten Einbruch, der möglicherweise auf die Corona-Pandemie zurückzuführen ist (Tab. 5.20).

Tabelle 5.20: Entwicklung der Mitgliederzahlen im Stadtsportbund Dresden von 2012 bis 2022

	2012	2019	2020	2021	2022
Anzahl Mitglieder	79.906	107.621	110.596	109.076	109.241

Quelle: Stadtsportbund Dresden, 2022

Die mitgliederstärkste Sportart mit 13.000 Mitgliedern im Jahr 2022 war Fußball, gefolgt von Klettern/Bouldern, Volleyball, Schwimmen und Rehabilitationssport (Abb. 5.18).

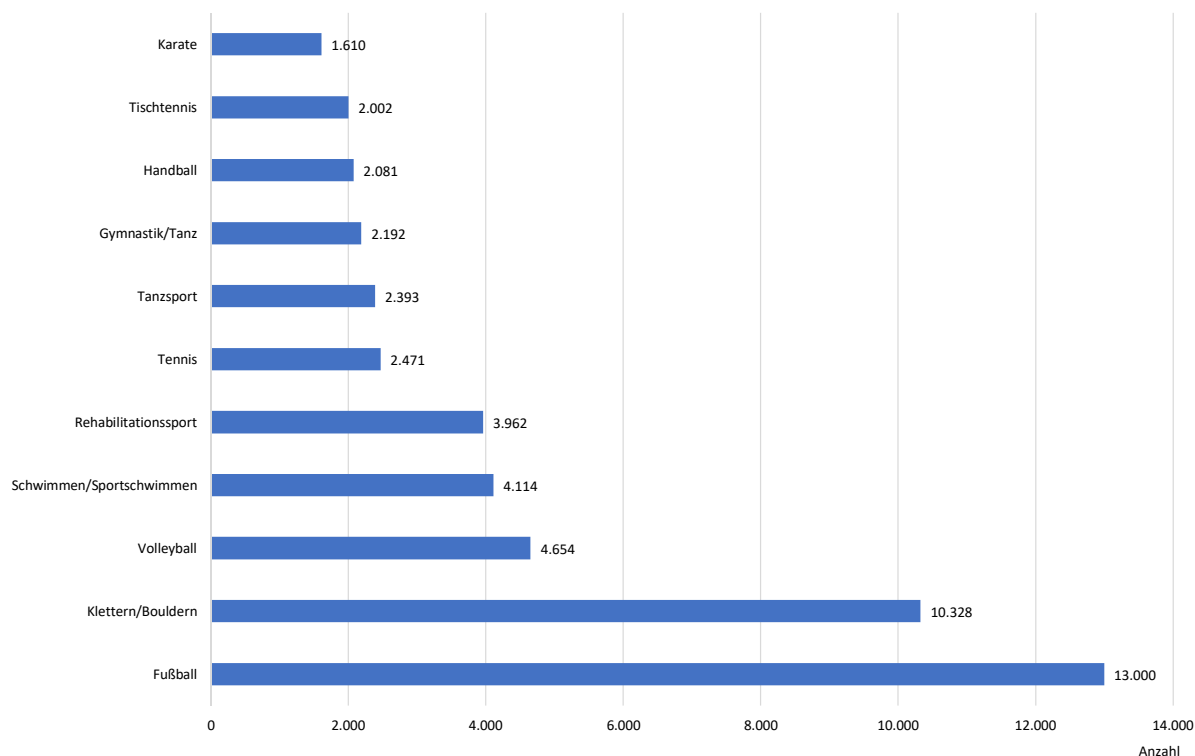


Abbildung 5.18: Mitgliederzahlen im Stadtsportbund Dresden 2022 nach Sportarten

Quelle: Stadtsportbund Dresden, 2022; eigene Darstellung

Die Landeshauptstadt Dresden erfasst zusätzlich zur zweijährlich durchgeführten KBU mithilfe verschiedener Beteiligungsformate und kleinerer Umfragen spezielle Bedarfe bezüglich Sportanlagen und Sportangeboten. Vom Eigenbetrieb Sport der Landeshauptstadt Dresden wurde in den Jahren 2021 und 2022 eine Onlinebefragung „Sport und Bewegung“ mit 1.893 Teilnehmenden durchgeführt, deren Ergebnisse zwar nicht repräsentativ sind, jedoch Trends hinsichtlich der ausgeübten Sportarten außerhalb von Vereinsstrukturen, Trainingshäufigkeit und -ort, Bedarfen an Sportanlagen und Bekanntheitsgrad der Dresdner Sportangebote erlauben (Eigenbetrieb Sport, 2022). An der Befragung „Sport und Bewegung“ nahmen eher sportlichere Personen teil im Vergleich zur KBU. Während in der KBU 2022 11 Prozent angaben, nie Sport zu treiben, waren es in der Befragung „Sport und Bewegung“ nur sechs Prozent. Menschen mit Migrationshintergrund (178 Personen) und Menschen mit Schwerbehinderung (67 Personen) waren relativ stark vertreten. Die meisten Befragten waren zwischen 18 und 59 Jahre alt.

Die Befragung zeigt, dass 60 Prozent der Befragten außerhalb des Vereins sportlich aktiv waren. Damit liefert die Umfrage ergänzende Ergebnisse zu den Mitgliederzahlen des Stadtsportbundes. Am häufigsten wurde die Antwortmöglichkeit „Weiteres (z. B. in der Natur)“ genannt, was auf die Bedeutung von frei zugänglichen Sportmöglichkeiten und Grünflächen hinweist (Tab. 5.21).

Tabelle 5.21: Orte der Sportausübung in Dresden 2022

	Anteil (%)
weiteres (z. B. in der Natur)	67,5
im Verein	39,2
zu Hause	36,6
im Fitnessstudio	18,4
keine Antwort	7,5
bei der Physiotherapie	3,8
über die Krankenkasse	3,3

Anmerkungen: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: LHD, 2022b

Ein weiteres Ergebnis der Sportumfrage ist jedoch, dass diese Möglichkeiten als nicht ausreichend empfunden werden. Fast drei Viertel der Befragten (71,7 %) gaben an, dass das Angebot an frei zugänglichen Sport- und Freiflächen in ihrem Stadtteil nicht ausreicht. Die Trainingsflächen im Sportpark Ostra waren knapp der Hälfte der Befragten (47,3 %) bekannt, das jährlich stattfindende Angebot „Fit im Park“ immerhin knapp einem Drittel (29,5 %). Weniger bekannt waren Angebote, die nicht so stark beworben werden oder nicht regelmäßig stattfinden, wie z. B. Walking People (8,3 %), Sportdatenbank (4,5 %) oder Nachtsport (10,4 %) (LHD, 2022c).

Zur körperlichen Aktivität gehört auch das Thema aktive Fortbewegung bzw. „Multimobilität“ – die Nutzung verschiedener Fortbewegungsmittel. Die meisten Befragten der KBU gaben an, sich täglich zu Fuß fortzubewegen, die anderen Fortbewegungsmittel ÖPNV, privates Auto und Fahrrad liegen gleichauf (Abb. 5.19). Als ein möglicher Effekt der Corona-Pandemie, der Angst vor Ansteckung und der Verlagerung eines Teils der Arbeit ins Homeoffice ist ein Rückgang der Nutzung von Bus und Bahn zwischen 2020 und 2022 zu beobachten.

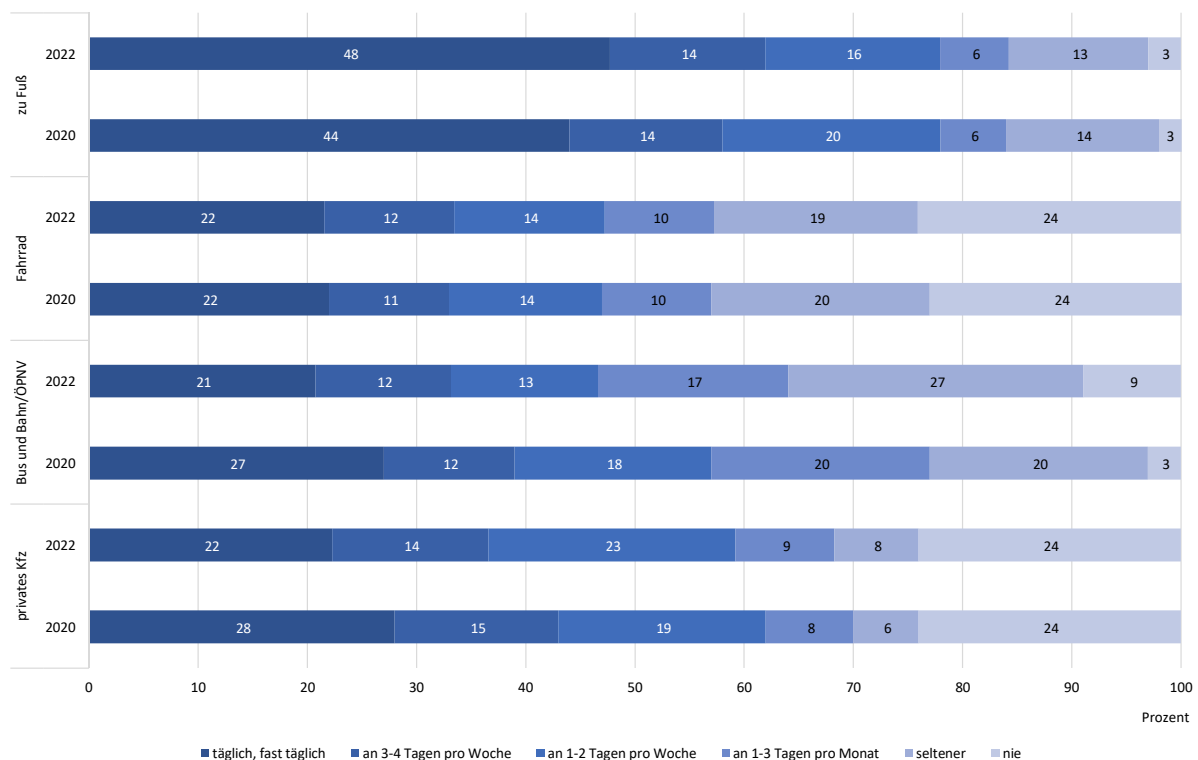


Abbildung 5.19: Häufigkeit der Nutzung verschiedener Verkehrsmitteln in Dresden 2020 und 2022 laut KBU

Quelle: LHD, 2023c, eigene Darstellung

5.8.2 Mundgesundheits

Die Mundgesundheits erfährt deutschlandweit und weltweit zunehmende Aufmerksamkeit. Als wegweisender Meilenstein wurde Anfang 2021 von dem WHO-Exekutivrat eine Resolution zur Mundgesundheits verabschiedet (WHO, 2021). Darin wird die Mundgesundheits als ein untrennbarer Bestandteil der Allgemeingesundheits anerkannt. Unbehandelte Karies der bleibenden Zähne ist die weltweit häufigste aller chronischen, nicht übertragbaren Erkrankungen. Fast gleichzeitig veröffentlichte der Weltzahnärzterverband das Strategiepapier „FDI Vision 2030“ (Glick et al., 2021). Sowohl die WHO-Resolution als auch die „FDI Vision 2030“ betonten die Notwendigkeit, die Mundgesundheits als essenziellen Bestandteil der universellen Gesundheitsversorgung zu stärken.

Im internationalen Vergleich besteht in Deutschland eine gute zahnmedizinische Versorgung. Doch auch in Deutschland ist Karies noch weitverbreitet und unterliegt weiterhin einem Optimierungsbedarf (Schmoeckel et al., 2021; Schubert & Listl,

2021). Zudem gibt es bei der Kariesverteilung in der Bevölkerung in allen Altersgruppen ein starkes soziales Gefälle (Schwendicke et al., 2015). In 2021 wurde auch die dritte Weiterentwicklung der Mundgesundheitsziele für Deutschland bis zum Jahr 2030 auf der Grundlage aktueller oralepidemiologischer Studien veröffentlicht. Die ehemals rein zahnbezogene Zentrierung der Zielformulierung wurde dabei um sowohl krankheitsbezogene als auch mundgesundheitsförderliche und präventive Zielprojektionen erweitert, da die Zahnmedizin über die Förderung reiner primärpräventiver Leistungen einer Karies- oder Parodontitisprophylaxe hinausreicht (Ziller et al., 2021). Im Sinne des „Dental Public Health“ werden besonders die Zielgruppen der Kinder und Jugendlichen, der jüngeren Erwachsenen im Alter zwischen 35 bis 44 Jahren, der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen sowie der Altersgruppe der 75- bis 100-Jährigen mit und ohne Karieserfahrung, Parodontalerkrankungen, Zahnverlust und Zahnlosigkeit, Mundschleimhautveränderungen adressiert. Zudem wird auf eine Integration der Mundgesundheitsförderung und -versorgung in andere, die Gesundheit beeinflussende, Bereiche im Sinne des „Health in All Policies“-Ansatzes verwiesen.

Im Freistaat Sachsen hat die Mundgesundheit traditionell einen hohen Stellenwert und kann auf gute Erfolge verweisen. Neben den drei Säulen des Gesundheitswesens, der ambulanten Gesundheitsversorgung, der stationären Gesundheitsversorgung und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes spielen auch die Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege des Freistaates Sachsen e. V. (LAGZ Sachsen), die Sächsische Landeszahnärztekammer sowie die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle für eine präventive Mundgesundheit der Bevölkerung (LAGZ Sachsen, 2024).

Für Dresden liegen momentan nur Daten zur Mundgesundheit für Kinder und Jugendliche vor, die im Rahmen des gesetzlichen Auftrages bei den vorgegebenen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Kindertageseinrichtungen und Schulen (i. d. R. bis einschließlich 7. Klasse) durch das Amt für Gesundheit und Prävention der Stadt Dresden erhoben werden. Im Kapitel „Gesundes Aufwachsen“ werden diese Daten ab dem Schuljahr 2017/18 dargestellt. Darüber hinaus können aktuell keine Dresdner Daten vorgestellt werden. Im Rahmen des bereits benannten Projektes „RESILIENT“ (Kapitel „Einleitung“) können perspektivisch Daten zur Mundgesundheit für weitere Bevölkerungsgruppen nach Stadträumen aufgezeigt werden und als Entscheidungsgrundlage für Maßnahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dienen.

5.8.3 Substanzkonsum

Bei dem Begriff „Substanzkonsum“ dürften viele Menschen zunächst an den Konsum illegaler Substanzen denken. Die legalen „Alltagsdrogen“ wie etwa Alkohol und Tabak, welche deutlich häufiger konsumiert werden, geraten hingegen bisweilen etwas aus dem Blick. Dabei übersteigen deren negative gesellschaftliche Folgen nach aktueller Studienlage zur **Krankheitslast (Burden of Disease)** die der illegalen Substanzen (Atzendorf et al., 2019). Alkohol- und Tabakkonsum zählen weltweit zu den Hauptrisikofaktoren für vorzeitige Sterblichkeit und **verlorene Lebensjahre** aufgrund von Krankheit und Behinderung (GBD, 2018). Der Konsum von Alkohol und Tabak steht daher im Fokus dieses Kapitels. Zudem werden aufgrund der epidemiologischen Relevanz Ausführungen zum multiplen Substanzkonsum eingebunden.

Zunächst wird auf den selbstberichteten Substanzkonsum eingegangen. In der KBU 2022 wurden wiederholt Daten zum Alkohol- und Tabakkonsum der Dresdnerinnen und Dresdner erhoben. Demnach ist der Tabakkonsum unter den Dresdnerinnen und Dresdnern tendenziell rückläufig, was sich anhand eines zwischen 2012 und 2022 um vier Prozentpunkte auf 18 Prozent gesunkenen Raucheranteils ablesen lässt. Unter den männlichen Dresdnern war der selbstberichtete Raucheranteil dabei mit 23 Prozent deutlich höher als unter den Dresdnerinnen (13 %). Generell war der Raucheranteil in den mittleren Altersgruppen und hier besonders bei den 55- bis 64-Jährigen am höchsten (25 %). Unter den ab 65-jährigen Befragten gaben die meisten an, Nichtraucherinnen und Nichtraucher zu sein (Kapitel „Gesundes Altern“). Im bundesweiten Vergleich ist die Raucherquote in Dresden niedriger als in Deutschland insgesamt (LHD, 2023c).

Zum Thema Rauchen liegen Ergebnisse aus der KBU 2020 für die Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund vor (Kommunale Bürgerumfrage 2020, Sonderauswertung). Demnach gaben 17 Prozent von ihnen an, regelmäßig bzw. fast täglich und zwölf Prozent gelegentlich zu rauchen. Von Personen ohne Migrationsgeschichte gaben demgegenüber nur zehn Prozent an, regelmäßig bzw. fast täglich und neun Prozent, gelegentlich zu rauchen (LHD, 2020). Aus der „GEDA Fokus“-Studie des RKI gibt es zudem für Deutschland repräsentative Vergleichsergebnisse für Personen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten. Während Personen, die zusätzlich eine deutsche Staatsangehörigkeit haben, zu 27,3 Prozent tägliches oder gelegentliches Rauchen

angaben, sind es bei der Kategorie „EU-Bürgerinnen und -Bürger“ 34,3 Prozent und bei Personen mit einem befristeten oder unbefristeten Aufenthalt um die 36 Prozent, wobei die Rauchprävalenz mit längerer Aufenthaltsdauer sank (Bartig et al., 2023).

Hinsichtlich der Häufigkeit des Alkoholkonsums hat sich im Zeitverlauf nur wenig verändert (Abb. 5.20). Im Jahr 2022 konsumierte der nach wie vor größte Teil der Dresdner Bevölkerung (27 %) zwei- bis viermal im Monat Alkohol, der geringste Teil (9 %) entfiel auf Personen, die viermal in der Woche oder öfter trinken. Alkoholabstinent lebten 15 Prozent der Dresdnerinnen und Dresdner und damit ein geringfügig höherer Anteil als 2014 und 2020 (jeweils 13 %).

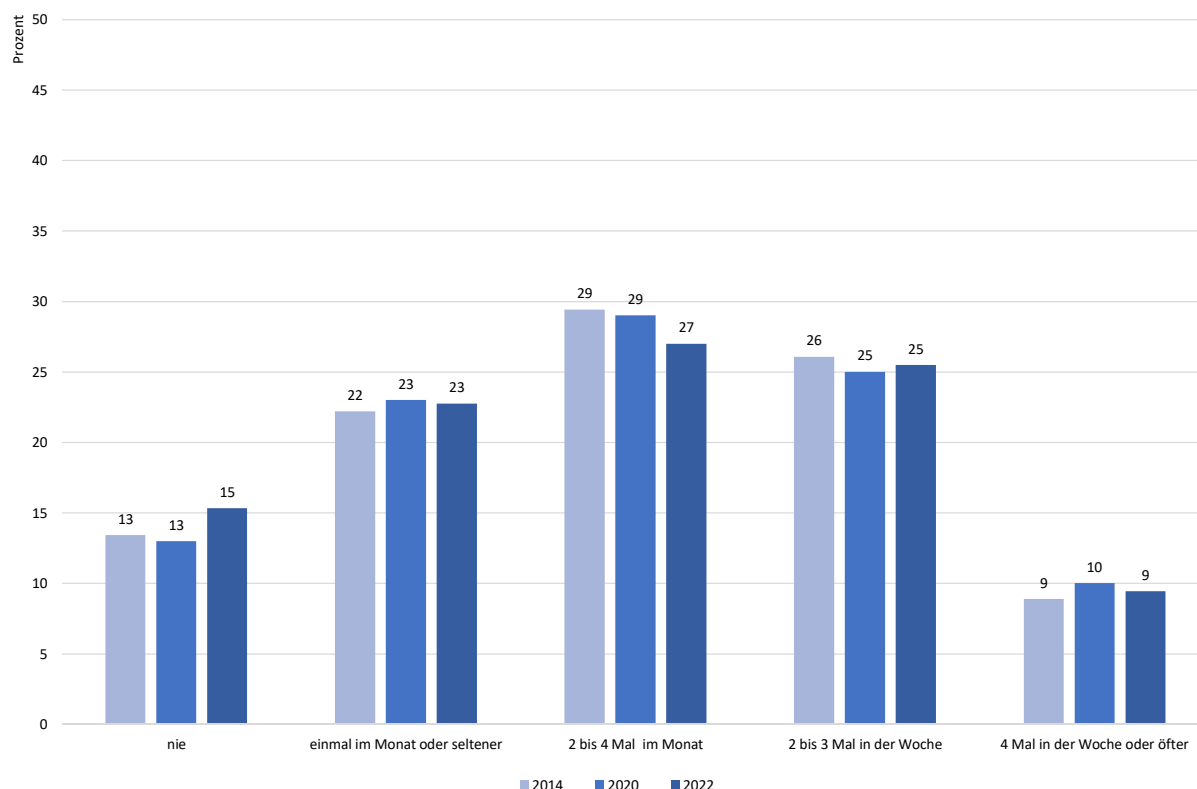


Abbildung 5.20: Häufigkeit des Alkoholkonsums in Dresden der Jahre 2014, 2020 und 2022 laut KBU

Quelle: LHD, 2023c; eigene Darstellung

Die geschlechtsspezifische Betrachtung zeigt, dass Frauen mit 20 Prozent zu einem deutlich höheren Prozentsatz alkoholabstinent lebten als Männer (11 %) und sich gleichzeitig Männer deutlich häufiger als Frauen in der Kategorie „trinke viermal in der Woche oder öfter“ verorteten (15 % versus 4 %). Das besonders riskante Konsummuster des Rauschtrinkens, definiert als Konsum von sechs oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Trinkgelegenheit, wurde ebenfalls von männlichen Dresdnern deutlich häufiger praktiziert als von Dresdnerinnen. 16 Prozent der Dresdner Männer und sieben Prozent der Frauen gaben in der KBU 2022 an, mindestens einmal im Monat bei einer Trinkgelegenheit sechs oder mehr alkoholische Getränke zu konsumieren.

Dresdnerinnen und Dresdner, die viermal in der Woche oder öfter Alkohol konsumierten, fanden sich am häufigsten in der mittleren bis älteren Altersgruppe, d. h. bei den ab 45-Jährigen (Kapitel „Gesundes Altern“). Rauschtrinken hingegen wurde am häufigsten von den jungen Dresdnerinnen und Dresdnern praktiziert. 18 Prozent der 16- bis 24-Jährigen und 17 Prozent der 25- bis 34-Jährigen betrieben dieses riskante Konsummuster mindestens einmal im Monat.

Im Folgenden wird auf Basis der Krankenhausstatistik auf Krankenhausbehandlungen infolge von Substanzkonsum eingegangen. Informationen zur ambulanten Suchtkrankenhilfe können dem Kapitel „Gesundheitsversorgung“ entnommen werden. Weitere, umfassende Informationen geben der Dresdner Suchtbericht 2023 sowie der Bericht der Suchthilfe Sachsen (LHD, 2023d; SLS e. V., 2023).

Wie im „Dresdner Suchtbericht 2023“ dargestellt, mussten Dresdnerinnen und Dresdner im Jahr 2021 in 2.764 Fällen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Substanzkonsum (F10-F19) ins Krankenhaus eingeliefert werden. Der übermäßige Konsum von Alkohol (F10) war hierbei der mit Abstand häufigste Einweisungsgrund (1.972 Fälle) und betraf, trotz einer anteiligen Reduktion das vierte Jahr in Folge, 71 Prozent aller substanzbedingten Einweisungen (Tab. 5.22). Multipler Substanzgebrauch (F19) stellte den zweithäufigsten Einweisungsgrund dar und machte 13 Prozent (Vorjahr: 10 %) des stationären Fallaufkommens aufgrund psychotroper Substanzen aus. Hier ist die Fallzahl im Vergleich zum Vorjahr deutlich (um 29 %) gestiegen. Krankenhauseinweisungen aufgrund des Konsums von Stimulanzien einschließlich Crystal (F15) sowie aufgrund des Konsums von Cannabinoiden (F12) sind am dritt- bzw. vierthäufigsten, mit jeweils rückläufigen Fallzahlen. Tabakkonsum spielte unmittelbar im stationären Behandlungskontext praktisch keine Rolle (Tab. 5.22).

Tabelle 5.22: Anzahl vollstationär behandelter Krankenhäusfälle mit Wohnsitz in Dresden in deutschen Krankenhäusern aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 bis F19) als Hauptdiagnose zwischen 2009 und 2021

	2009	2012	2015	2018	2019	2020	2021
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	2.837	2.957	2.756	2.939	3.102	2.805	2.764
F10 ...durch Alkohol	2.444	2.361	2.021	2.231	2.287	2.047	1.972
F11 ...durch Opioide	68	34	58	59	123	91	84
F12 ...durch Cannabinoide	37	34	80	157	152	131	113
F13 ...durch Sedativa oder Hypnotika	49	45	37	38	48	47	38
F14 ...durch Kokain	3	<3	4	0	4	9	4
F15 ...durch andere Stimulanzien, inkl. Koffein	9	89	298	157	206	205	189
F16 ...durch Halluzinogene	<3	7	9	6	4	0	7
F17 ...durch Tabak	0	0	<3	*	*	0	*
F18 ...durch flüchtige Lösungsmittel	0	<3	0	*	*	0	*
F19 ...durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	225	385	253	286	276	275	354

Anmerkungen: einschließlich Stunden- und Sterbefälle; „<3“ Kennzeichnung aus datenschutzrechtlichen Gründen; * Zahlenwert unbekannt oder geheim zu halten
Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2023; eigene Darstellung

Die insgesamt – ausgehend von einem sehr hohen Niveau – rückläufigen Krankenhauseinweisungen durch Alkoholkonsum werden im Folgenden differenziert nach Geschlecht und Alter betrachtet. Die geschlechtsspezifische Aufschlüsselung ergibt, dass die männlichen Dresdner im Jahr 2021 fast drei Viertel aller alkoholbedingten Krankenhausbehandlungen ausmachten, der Rückgang der alkoholbedingten stationären Behandlungen jedoch hauptsächlich auf sie zurückzuführen ist. Zwischen 2020 und 2021 sank die Fallzahl der männlichen Dresdner um sechs Prozentpunkte, während die Fallzahl der Dresdnerinnen anstieg (plus 3 Prozentpunkte) (Abb. 5.21).

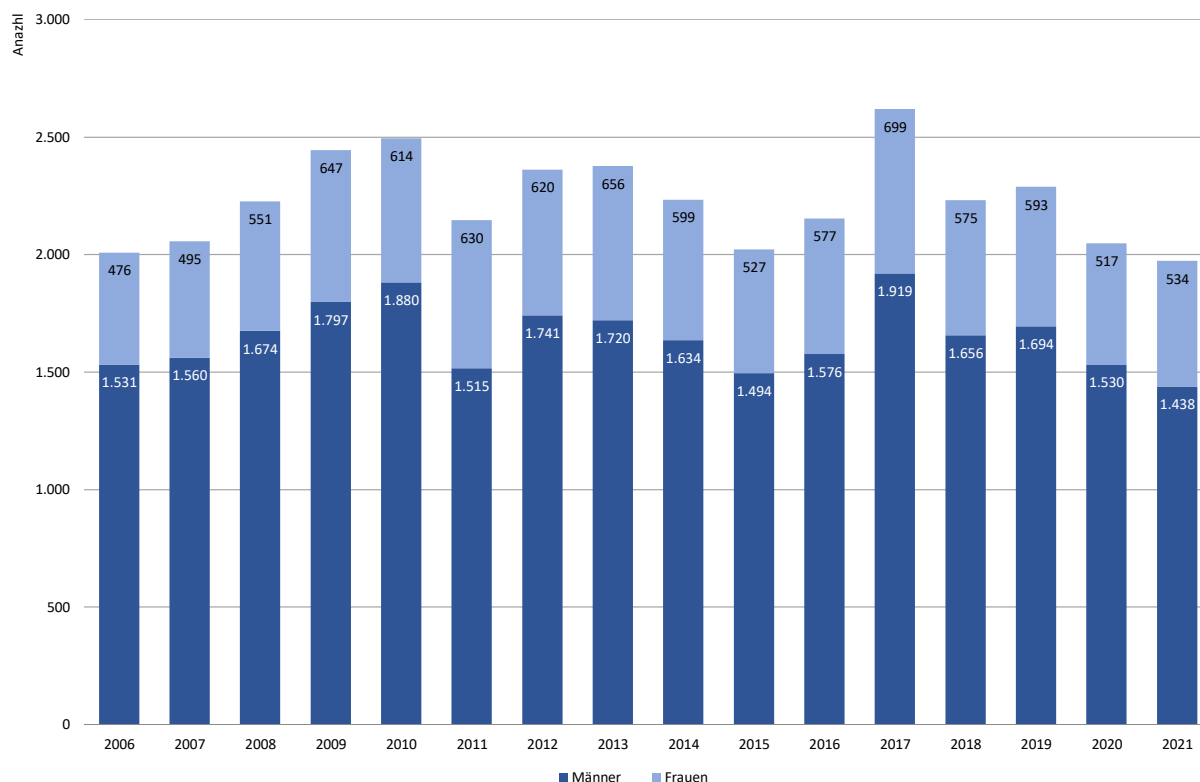


Abbildung 5.21: Anzahl vollstationär behandelter Krankenhaufälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) als Hauptdiagnose nach Geschlecht zwischen 2006 und 2021

Anmerkungen: einschließlich Stunden- und Sterbefälle

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2023; eigene Darstellung

Zur Einordnung der epidemiologischen Relevanz alkoholbedingter Krankenhauseinweisungen gibt das Ranking der häufigsten Hauptdiagnosen Aufschluss: Danach waren psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol im Jahr 2022 bei männlichen Dresdnern der häufigste Grund für eine vollstationäre Behandlung. Bei den Dresdnerinnen war Alkohol dagegen nicht unter den zehn häufigsten Krankenhaushauptdiagnosen (Abschnitt 5.3.1).

Alkoholbedingte Krankenhauseinweisungen sind über das gesamte Altersspektrum verbreitet und betreffen am häufigsten die Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen. Die Fallzahlen entwickeln sich je nach Altersgruppe unterschiedlich. In den meisten Altersgruppen waren zwischen 2020 und 2021 Rückgänge zu beobachten, wohingegen es in den Altersgruppen der 18- bis 24-Jährigen, 40- bis 44-Jährigen und 55- bis 64-Jährigen ein Anstieg der Krankenhaufälle im Zusammenhang mit Alkohol zu verzeichnen war (Statistisches Landesamt Sachsen, 2023a).

Infolge von Alkoholkonsum starben im Jahr 2021 insgesamt 98 Dresdnerinnen und Dresdner. Die Zahlen spiegeln die geschlechtsspezifische Verteilung der Krankenhauseinweisungen wider (70 Männer und 28 Frauen). Die alkoholbedingten Todesfälle bewegen sich seit 2018 im Bereich von 100 Fällen pro Jahr (Statistisches Landesamt Sachsen, 2023b).

Die Zahl der Krankenhauseinweisungen aufgrund von multiplem Substanzgebrauch ist zwischen 2020 und 2021 um 29 Prozent auf 354 Fälle gestiegen. Wie beim Alkohol waren fast drei Viertel der Fälle auf Männer zurückzuführen. Der Anteil der Männer an den Fällen ist, analog zum Alkohol, rückläufig. Auch hier ist hingegen eine Zunahme bei den Frauen zu verzeichnen. Bei ihnen stieg die Zahl der Fälle anteilmäßig stärker (plus 63 %) als bei den Männern (plus 20 %) (Abb. 5.22).

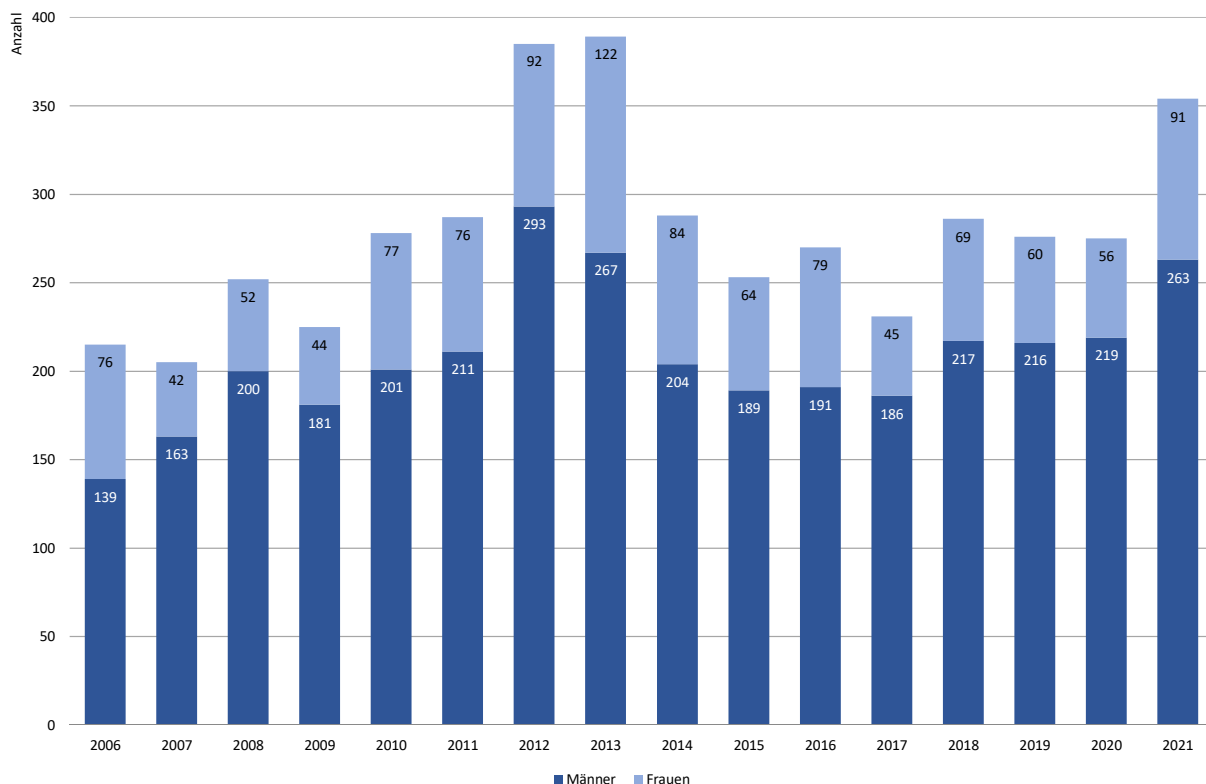


Abbildung 5.22: Anzahl vollstationär behandelter Krankenhäusfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzkonsum (F19) als Hauptdiagnose nach Geschlecht zwischen 2006 und 2021

Anmerkungen: einschließlich Stunden- und Sterbefälle

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2023; eigene Darstellung

Multipler Substanzgebrauch und damit verbundene Krankenhausaufenthalte häufen sich insbesondere in der Altersgruppe der 18- bis 40-Jährigen. Zwischen 2020 und 2021 nahmen die Krankenhausaufenthalte in allen Altersgruppen zu, lediglich in der Gruppe der 40- bis 45-Jährigen blieb die Zahl konstant (LHD, 2023d).

Aus epidemiologischer Sicht sind, trotz erfreulicher Tendenzen, der Alkohol- und Tabakkonsum in Dresden nach wie vor von hoher Relevanz. Darüber hinaus nimmt die Bedeutung des multiplen Substanzkonsums zu, was sich in der Zunahme der diesbezüglichen Krankenhauseinweisungen in fast allen Altersgruppen und auch in der steigenden Inanspruchnahme der Suchtberatung widerspiegelt. Der multiple Substanzkonsum ist mit erhöhten Risiken verbunden, da sich die Wirkungen der Einzelsubstanzen addieren und ggf. potenzieren können. Auf diese Entwicklung muss die Suchtprävention adäquat reagieren, ggf. durch gezielte Aufklärung. In allen drei hier betrachteten Schwerpunktbereichen ist der Anteil der konsumierenden Männer deutlich höher als derjenige der konsumierenden Frauen. Auch die Entwicklung scheint geschlechtsspezifisch unterschiedlich zu verlaufen. Bei den alkoholbedingten Krankenhauseinweisungen bzw. bei den Einweisungen wegen multiplen Substanzgebrauchs ist tendenziell ein Anstieg des Frauenanteils zu verzeichnen.

5.8.4 Teilnahme an Präventionskursen

Die Teilnahme an Präventionskursen ist Element der Primärprävention und wird als solches auch in Teilen von den gesetzlichen Krankenkassen bezuschusst. Förderfähig sind zertifizierte Angebote in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum (GKV-Spitzenverband, 2023).

Für das „Stadtgesundheitsprofil“ liegen Ergebnisse aus dem Bereich „Gesundheit und Bewegung“ der Volkshochschule Dresden vor (VHS Dresden, 2023). Die Bildungseinrichtung ist durch ihre Mitgliedschaft im Beirat „Gesunde Städte“ ein langjähriger Partner der Landeshauptstadt Dresden in der Gesundheitsförderung und Prävention. Sie arbeitet gemeinnützig und erreicht mit ihren etwa 150 Unterrichtsstandorten, einem breiten Angebotsspektrum und den günstigen Preisen eine große Zahl von

Einwohnerinnen und Einwohnern. Die Teilnehmezahlen insgesamt und nach Geschlecht zeigen ein konstant hohes Niveau bis 2019, einen Einbruch aufgrund der COVID-19-Pandemie 2020 bis 2021 und einen leichten Aufwärtstrend ab 2022 (Abb. 5.23). Die Zahl der männlichen Teilnehmer war im gesamten Zeitraum deutlich niedriger als die der weiblichen Teilnehmerinnen.

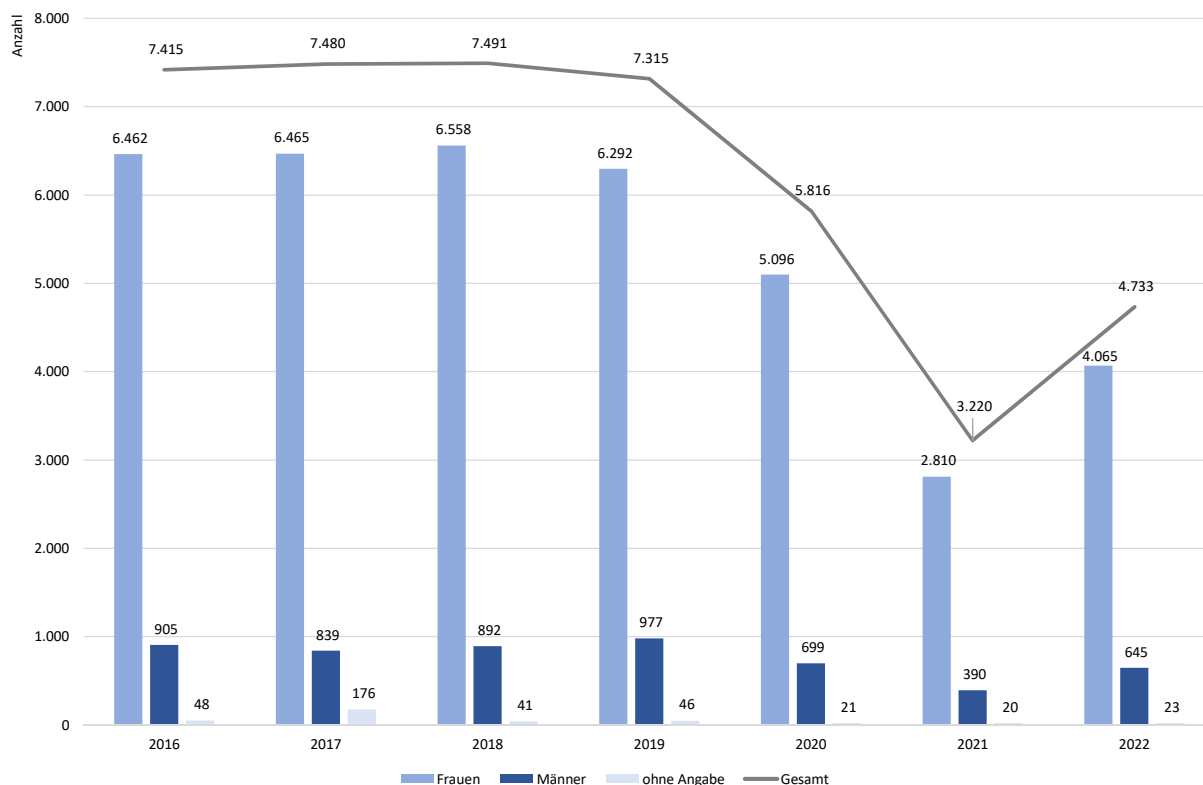


Abbildung 5.23: Teilnehmezahlen an Präventionskursen in Dresden von 2016 bis 2022 nach Geschlecht

Quelle: VHS Dresden, 2023; eigene Darstellung

Die geringere Teilnahme von Männern an Gesundheitsangeboten ist ein in der Praxis der Gesundheitsförderung bekanntes Phänomen. Diese Erkenntnisse unterstreichen auch den Ansatz des Amtes für Gesundheit und Prävention Dresden, sich zukünftig verstärkt der geschlechter- und kultursensiblen Gesundheitsförderung zuzuwenden. Die Volkshochschule Dresden unternimmt einige Anstrengungen, um Gesundheitskurse für Männer attraktiver zu machen (z. B. Erhöhung des Anteils männlicher Dozenten, neue Angebote speziell für Männer), die jedoch nicht immer die gewünschte Wirkung zeigen. Stark nachgefragt wird der Kurs „Fitnessgymnastik für Männer“. Kurse in bestimmten Sportarten, z. B. Lauftraining, Tischtennis und Volleyball, haben einen höheren Männeranteil als andere Bewegungskurse. Da jedoch Veranstaltungen, in denen überwiegend nur eine Sportart ausgeübt wird, von der Förderung durch das Sächsische Bildungsinstitut ausgeschlossen sind, würde eine Ausweitung solcher Kurse auch zu höheren Teilnahmegebühren führen und dem sozialverträglichen Charakter der Volkshochschulangebote widersprechen.

Im Jahr 2022 waren die am stärksten vertretenen männlichen Teilnehmergruppen die 36- bis 50-Jährigen mit 199 Personen und die 51- bis 65-Jährigen mit 193 Personen, gefolgt von den über 65-Jährigen mit 143 Personen. Bei den Frauen war die Altersverteilung ähnlich, jedoch auf zahlenmäßig höherem Niveau mit 1.286 Frauen zwischen 36 und 50 Jahren, 1.369 Frauen zwischen 51 und 65 Jahren und 893 Frauen über 65 Jahren. Der Anteil der männlichen Teilnehmer war im Themenbereich Freizeitsport, Wintersport und Selbstverteidigung mit 32 Prozent und im Themenbereich Entspannungsmethoden, Stressbewältigung und Massage mit 31 Prozent am höchsten. Bei den Frauen waren Kurse im Themenbereich Präventionskurse Rücken, Pilates, Aqua und im Themenbereich Fitnesskurse, Ausdauertraining und Fitnessstanz am beliebtesten.

In den Jahren 2020 und 2021 kam es zu mehreren Schließungen aufgrund von Pandemieregulungen sowie Kursabsagen und Verlagerungen auf Online-Kurse, die jedoch weniger nachgefragt wurden. Vor der vorletzten Schließung am 21.11.2021 wurden zunächst Outdoor-Kurse und nach dem 24.01.2022 weitere Präsenzkurse wiederaufgenommen.

Dementsprechend erreichte die Ausfallquote im Jahr 2021 mit 64 Prozent ausgefallener Kurse ihren Höhepunkt, im Jahr 2022 lag sie bei 33 Prozent.

Die Volkshochschule Dresden verfügt über eine Geschäftsstelle in Dresden-Zentrum und eine Außenstelle in Dresden-Gorbitz. In der Geschäftsstelle nahmen 2022 zahlenmäßig die meisten Personen an den Kursen teil (2.258 Personen), dort wurden aber auch die meisten Kurse (243 Kurse) angeboten. An zweiter Stelle standen verschiedene Kursorte im Dresdner Osten (1.035 Personen, 102 Kurse). Die Außenstelle in Gorbitz (Dresden-West) wurde etwa im gleichen Verhältnis zu den angebotenen Kursen frequentiert wie die beiden vorgenannten Kursorte (713 Personen, 72 Kurse).

In den Stadtteilen Nord und Süd ist das Potential für mehr Teilnehmende hoch, jedoch fehlen der Volkshochschule dort entsprechende Räumlichkeiten, wie Turn- und Schwimmhallen und entsprechende Nutzungszeiten. Durch die begrenzte Verfügbarkeit der Hallenzeiten kann allgemein die Nachfrage an Aqua- und Schwimmtrainingskursen nicht ausreichend bedient werden. Drei Prozent (123 Personen) derjenigen, die im Jahr 2022 an Gesundheitskursen der Volkshochschule Dresden teilnahmen, hatten eine Schwerbehinderung.

5.9 Soziale Gesundheit

Die soziale Gesundheit bzw. das soziale Wohlbefinden bildet laut der WHO einen der Bestandteile der Gesundheit eines Menschen, daher soll diesem Thema im vorliegenden Bericht besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden (WHO, 2014). Der soziale Aspekt der Gesundheit wird daher als den „Grad (...), in dem die Menschen ihre Rollen in einer sozialen Gruppe zufriedenstellend ausfüllen“ beschrieben (Naidoo & Wills, 2019). Dieser Aspekt kann mit der Anzahl der Mitgliedschaften in Organisationen, Vereinen und Klubs, Angaben über das Vertrauen in andere Menschen und über soziale Unterstützung gemessen werden (ebd.). Am umfassendsten wurden diese Themen für die Gruppe der Menschen ab 60 Jahren in der LAB60+ Studie behandelt (LHD, 2022a), doch auch in der KBU 2022 sind Fragen zur Einschätzung der sozialen Eingebundenheit sowie zu nachbarschaftlichen Netzwerken enthalten, die im Folgenden näher erläutert werden (LHD, 2023c).

Der KBU 2022 ist zu entnehmen, dass sich Frauen in Dresden besser sozial eingebunden fühlten als Männer (Angabe „gut“ von 65 % der Frauen und 58 % der Männer). Personen, die mit einem Partner oder einer Partnerin zusammenlebten, schätzten ihre soziale Eingebundenheit besser ein als ledige oder „sonstige“ Personen ohne Partner/Partnerin. Die Personengruppe „sonstige ohne Partner/-in“ fühlte sich am schlechtesten sozial integriert, wobei der Unterschied zur Gruppe „ledig ohne Partner/-in“ nur geringfügig war (Tab. 5.23).

Tabelle 5.23: Bewertung der sozialen Eingebundenheit nach Geschlecht und Familienstand in Dresden laut KBU 2022

	gut (%)	einigermaßen zufriedenstellend (%)	schlecht (%)
Gesamt	61	32	7
Frauen	65	30	5
Männer	58	33	9
mit Partner/Partnerin	64	31	6
ledig ohne Partner/Partnerin	59	32	9
sonstige ohne Partner/Partnerin	55	35	10

Quelle: LHD, 2023c

Bezogen auf Altersgruppen lässt sich aus der KBU 2022 herauslesen, dass sich Personen im mittleren Alter (45 bis 54 Jahre) am besten sozial eingebunden fühlten (73 % der Angaben „gut“). Weniger gut fühlten sich die höheren Altersgruppen (65 bis 74 Jahre, 75 Jahre und älter) mit 51 Prozent bzw. 46 Prozent sozial eingebunden. Die älteste Befragtengruppe gab mit elf Prozent auch den höchsten Anteil der Angabe „fühle mich schlecht sozial eingebunden“ an (Abb. 5.24).

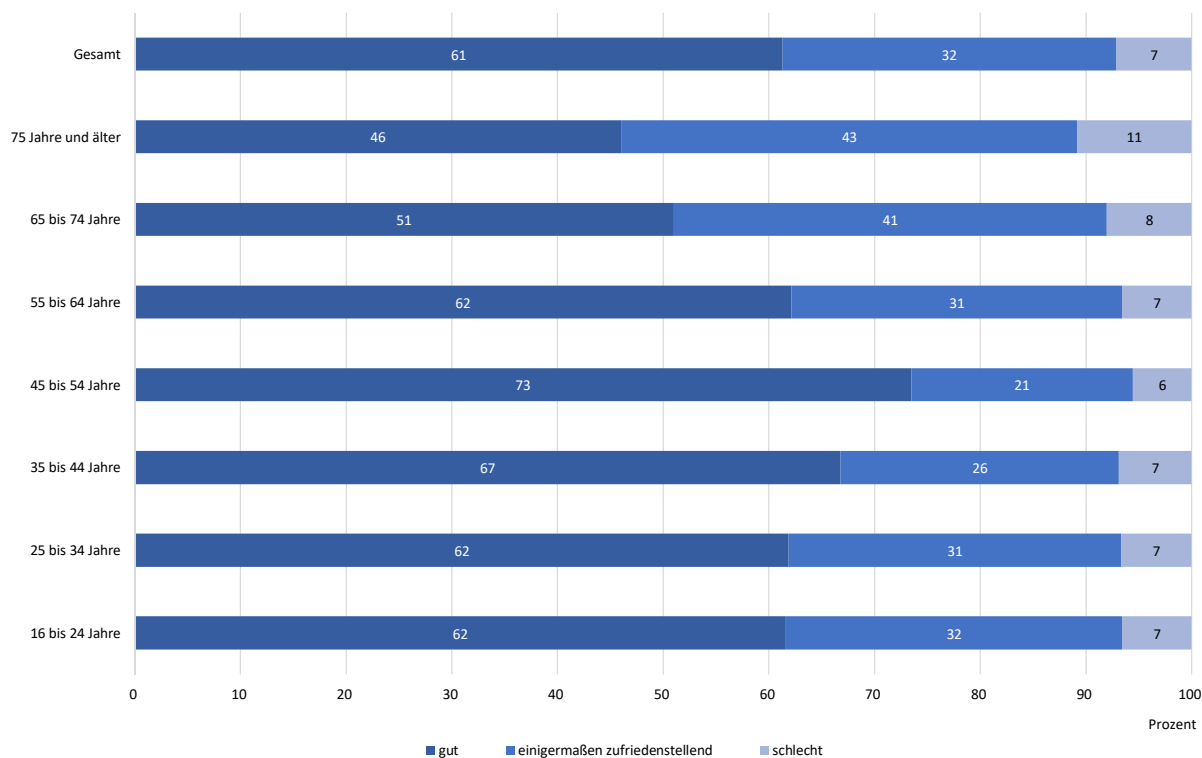


Abbildung 5.24: Bewertung der sozialen Eingebundenheit nach Altersgruppen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023c; eigene Darstellung

Frauen unternahmen prozentual mehr mit den Nachbarn in der Freizeit als Männer (19 % versus 15 % der Angaben „oft“ oder „sehr oft“). Männer gaben auch mit 47 Prozent häufiger als Frauen (44 %) an, nie etwas mit ihren Nachbarn zu unternehmen. Bei Betrachtung der Kategorie „Familienstand“ lässt sich herauslesen, dass Personen, die ledig ohne Partner/-in waren, mit 59 Prozent häufiger „nie“ auswählten als Personen mit Partner/-in (41 %) oder sonstige mit Partner/-in (35 %). Bei der Betrachtung der Altersgruppen nahmen die 35- bis 44-Jährigen am häufigsten Aktivitäten mit ihren Nachbarn wahr; am seltensten die 16- bis 24-Jährigen, die auch am häufigsten „nie“ auswählten (Abb. 5.25).

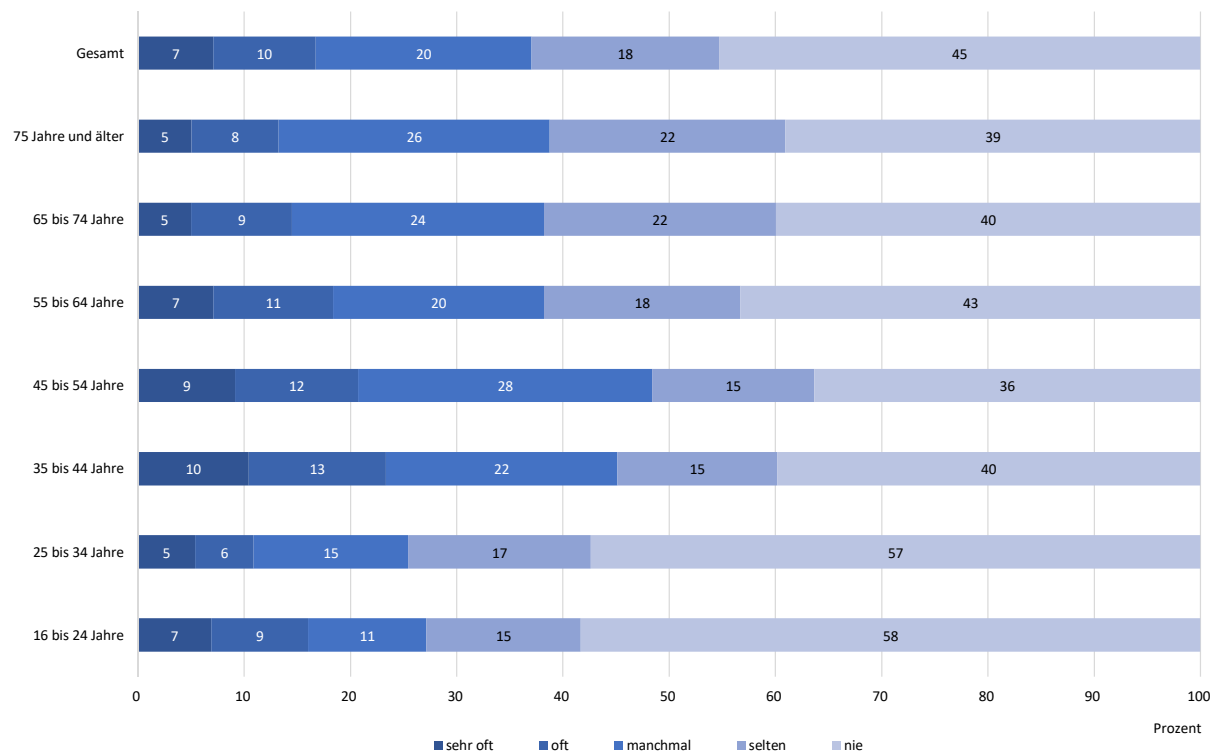


Abbildung 5.25: Häufigkeit an Unternehmungen mit den Nachbarn in der Freizeit in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023c; eigene Darstellung

Nach den Ergebnissen der Abb. 5.26 zu beurteilen, schätzten Frauen die Verlässlichkeit der Nachbarn tendenziell positiver ein als Männer. 71 Prozent von ihnen stimmten der Aussage „Wenn es darauf ankommen würde, könnte ich mich auf meine Nachbarn verlassen“ (voll und ganz) zu, dies traf aber nur 62 Prozent der Männer zu. Im Hinblick auf die Aussage „Die Leute in meiner Nachbarschaft sind bereit, sich gegenseitig zu helfen und zu unterstützen“ sieht es ähnlich aus. Hier trennten die geschlechtsspezifischen Werte nur fünf Prozent.

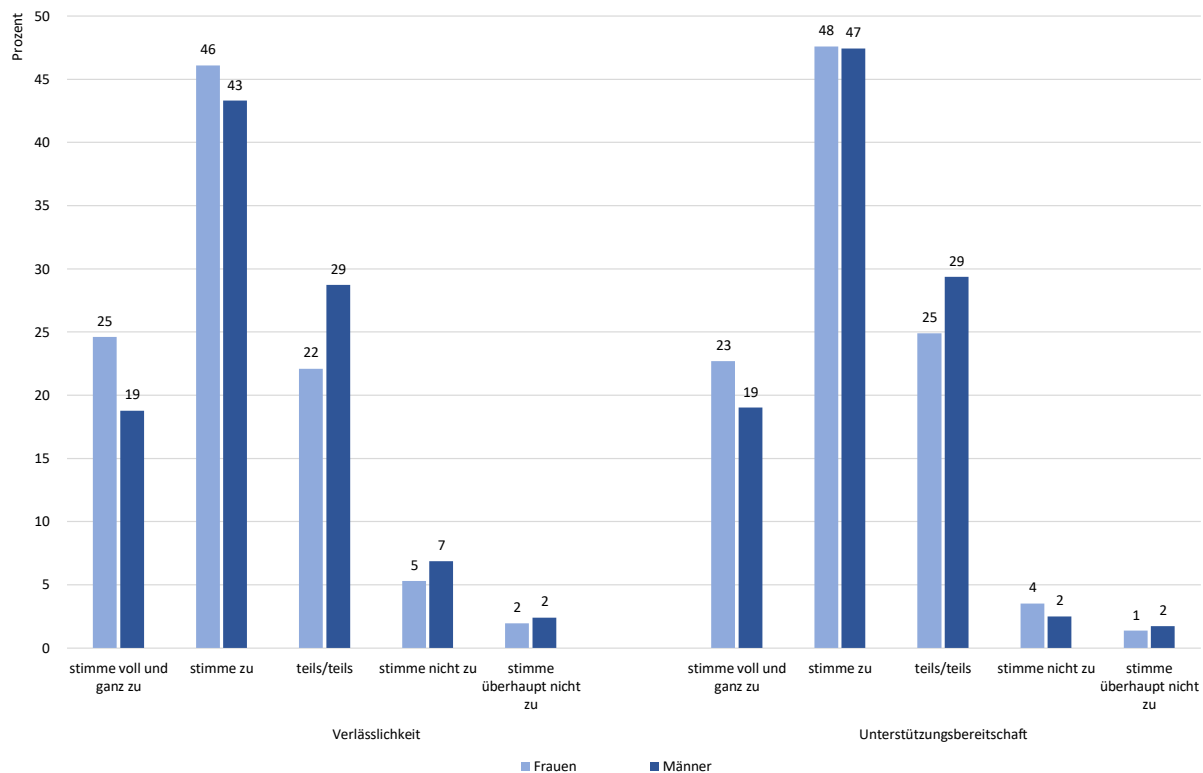


Abbildung 5.26: Bewertung der Verlässlichkeit und Unterstützungsbereitschaft der Nachbarschaft nach Geschlecht in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023c; eigene Darstellung

Jüngere Personen (14 %) haben weniger das Gefühl, sich auf die Nachbarschaft verlassen zu können als 75-Jährige und Ältere (28 %). Die Kategorie „Unterstützungsbereitschaft“ gibt ein ähnliches Bild ab. Hier stimmten jüngere Personen zu 13 Prozent voll und ganz zu. Bei den älteren Personen (75 Jahre und älter) waren es bereits schon 23 Prozent. Bezugswert ist hier die Auswahlmöglichkeit „stimme voll und ganz zu“.

Neben der hier dargestellten verhaltenspräventiven Seite der sozialen Gesundheit, bezogen auf die persönlichen Verhaltensweisen und der Einschätzungen gegenüber der Nachbarschaft und dem sozialen Umfeld, gibt es auf der verhältnispräventiven Seite Möglichkeiten seitens der Kommune, soziale Gesundheit positiv zu beeinflussen. Dies kann durch das Schaffen von Freizeitmöglichkeiten für verschiedene Personengruppen, von sozialen Begegnungsorten, von sozialer Teilhabe für Personen mit Mobilitätseinschränkungen sowie für Personen mit sozioökonomischen Benachteiligungen geschehen. Einige dieser Faktoren werden in der Veröffentlichung zur KBU 2022 betrachtet. Bezogen auf die Gruppe der älteren Dresdnerinnen und Dresdner werden ausgewählte Elemente, die eine soziale Teilhabe und gute soziale Gesundheit ermöglichen, im Kapitel „Gesundes Altern“ beschrieben.

5.10 Sterblichkeit

Die Entwicklung der Sterbefälle in Dresden ist im Kapitel „Demografie“ ausführlich beschrieben. Die Sterblichkeit – auch Mortalität genannt – wird im Folgenden nach den Todesursachen untersucht. Grundlage der **Todesursachenstatistik** bilden die ärztlichen Todesbescheinigungen mit Kodierungen nach ICD-10.

Allgemein ist anhand des Sterbealters zu erkennen, dass die Dresdner Bevölkerung immer älter wird (Melderegister der LHD, 2024). So waren im Jahr 2021 rund 88 Prozent der Gestorbenen 65 Jahre oder älter. Zwanzig Jahre zuvor waren es rund 82 Prozent. Ein Alter von 80 Jahren oder älter erreichte 2021 sogar ein Anteil von 63,5 Prozent der Gestorbenen im Vergleich zu 50,6 Prozent im Jahr 2001. Dieser Trend ist bei den Männern etwas stärker ausgeprägt als bei den Frauen. Demgegenüber sank der Anteil der Gestorbenen im Säuglings- bzw. jungen Erwachsenenalter. In Tab. 5.24 sind die Anteile der Gestorbenen nach Altersgruppen und Geschlecht für die Jahre 2001 und 2021 abgebildet.

Tabelle 5.24: Anteil der Gestorbenen Dresdnerinnen und Dresdner 2001 und 2021 nach Altersgruppen und Geschlecht (%)

Alter	Männer		Frauen		Gesamt	
	2001	2021	2001	2021	2001	2021
unter 1 Jahr	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2
1 bis 17 Jahre	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1
18 bis 24 Jahre	0,8	0,4	0,2	0,2	0,5	0,3
25 bis 64 Jahre	27,8	15,8	9,5	7,1	17,4	11,5
65 bis 79 Jahre	39,0	29,6	25,2	19,0	31,2	24,4
80 Jahre und älter	31,8	53,9	64,7	73,5	50,6	63,5

Quelle: Melderegister der LHD, Kommunale Statistikstelle, 2024

5.10.1 Häufigste Todesursachen

Von den insgesamt 6.439 Sterbefällen in Dresden im Jahr 2021 waren mehr als die Hälfte auf Krankheiten des Kreislaufsystems (31,4 %) und Neubildungen (21,8 %) zurückzuführen. Dies deckt sich mit den bundesweiten Daten von 33,3 Prozent aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems und 23,2 Prozent aufgrund von Neubildungen (Destatis, 2023b). Von den Krankheiten des Kreislaufsystems (2.021 Sterbefälle) waren in Dresden mit 35 Prozent insbesondere die ischämischen Herzkrankheiten inklusive dem akuten und rezidivierenden Myokardinfarkt ursächlich am Versterben. Die Sterbefälle aufgrund bösartiger Neubildungen (1.367 Sterbefälle) waren knapp zur Hälfte (48,6 %) auf die Verdauungsorgane sowie auf die Atmungsorgane und sonstigen intrathorakalen, also innerhalb des Brustkorbes liegenden, Organe lokalisiert. Infolge einer COVID-19-Erkrankung starben 13,2 Prozent der Dresdner Bevölkerung, wobei Männer etwas häufiger davon betroffen waren. Bundesweit war COVID-19 bei 7,0 Prozent aller Verstorbenen die ausschlaggebende Todesursache. An vierter Stelle der häufigsten Todesursachen in Dresden standen bei den Frauen psychische und Verhaltensstörungen mit 7,4 Prozent, zu denen auch die Demenz zählt, und bei den Männern mit 7,5 Prozent nicht natürliche Todesursachen, wie Unfälle und Suizide (Tab. 5.25).

Tabelle 5.25: Todesursachen der Dresdnerinnen und Dresdner 2021 nach ICD-10-GM und Geschlecht

Rang	Frauen (3.155)		Männer (3.284)	
	Todesursache (ICD-10-GM)	Anteil (%)	Todesursache (ICD-10-GM)	Anteil (%)
1	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	34,7	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	28,2
2	Neubildungen (C00-D48)	21,0	Neubildungen (C00-D48)	22,5
3	Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00-U49) (u. a. COVID-19)	11,0	Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00-U49) (u. a. COVID-19)	15,3
4	Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	7,4	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	7,5
5	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	4,9	Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	4,7
6	Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	4,0	Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	4,4
7	Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	3,6	Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	4,0
8	Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	3,2	Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	3,9
9	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	3,2	Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)	2,8
10	Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)	2,4	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	2,6
11	Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	2,1	Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	1,4
12	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	0,9	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	1,2
13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	0,8	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	0,6
14	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D89)	0,4	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D89)	0,3
15	Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	0,2	Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	0,2
16	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)	<0,1	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)	<0,1
17	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)	<0,1	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)	<0,1

Quelle: Statistisches Landesamt, 2024

Im Vergleich zum „Stadtgesundheitsprofil 2016“, welches die Todesursachen für das Jahr 2013 abbildet, sind die Anteile der beiden häufigsten Todesursachen im Jahr 2021 rückläufig. Im Jahr 2013 machten Krankheiten des Kreislaufsystems noch 41,2 Prozent und Neubildungen noch 25,1 Prozent aller Sterbefälle aus. Dagegen stieg der Anteil der psychischen und Verhaltensstörungen von 4,3 Prozent im Jahr 2013 auf 5,7 Prozent im Jahr 2021. Auch die nicht natürlichen Todesursachen nahmen von 4,9 Prozent im Jahr 2013 auf 6,2 Prozent im Jahr 2021 zu. Zwar ist zu berücksichtigen, dass im Vergleich zum Jahr 2013 im Jahr 2021 eine größere Anzahl von Personen an COVID-19 verstarb, jedoch ist insgesamt auch ein Anstieg der Sterbefälle zu verzeichnen. Darüber hinaus zeichnete sich diese Entwicklung, die der bundesweiten Entwicklung der Todesursachen entspricht, bereits vor der COVID-19-Pandemie ab und deutet auf eine Verschiebung bedeutender Krankheitsgruppen am Sterbegeschehen hin (Böhm, 2021). Dieser Wandel vollzieht sich allmählich. Nicht zuletzt spiegelt sich auch die steigende Lebenserwartung in einem allgemeinen Rückgang der todesursachenspezifischen Sterberaten vieler bedeutender Krankheiten wider (RKI, 2015).

5.10.2 Vermeidbare Todesursachen

Ein Indikator als Maß für die Qualität der Gesundheitsversorgung als auch für die Prävention ist die **vermeidbare Sterblichkeit**. Sie gibt Aufschluss darüber, wie viele Sterbefälle bei angemessener Prävention und/oder Therapie in einer bestimmten Altersgruppe hätten vermieden werden können. Prävenierbare Todesursachen sind in diesem Zusammenhang Krankheiten oder Unfälle, die durch geeignete Maßnahmen der Primärprävention nicht aufgetreten wären. Behandelbare Todesursachen sind demgegenüber Fälle, die durch rechtzeitige und wirksame Maßnahmen, einschließlich Sekundärprävention und Behandlung, vermeidbar gewesen wären (Weber et al., 2022).

Um die Entwicklung der vermeidbaren Sterbefälle über mehrere Jahre vergleichen zu können, werden im Folgenden die Sterberaten altersstandardisiert bezogen auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2011 dargestellt. Für das Jahr 2021 ergibt sich in Dresden eine altersstandardisierte vermeidbare Sterblichkeit von 22 Todesfällen pro 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner (EW). Im Vergleich dazu lag die vermeidbare Sterblichkeit im Jahr 2011 bei 24 Todesfällen pro 10.000 EW. Der rückläufige Trend ist bei beiden Geschlechtern zu beobachten. Auffällig ist, dass die Zahl der vermeidbaren Sterbefälle bei den Männern mehr als doppelt so hoch war als bei den Frauen (2021: 26 versus 12 Sterbefälle pro 10.000 EW). Bei Betrachtung der Kategorien „vermeidbar durch Prävention“ und „vermeidbar durch Behandlung“ wird ersichtlich, dass die prävenierbaren Sterbefälle insgesamt überwogen. Es ist außerdem zu erkennen, dass die höhere vermeidbare Sterblichkeit der Männer auf die prävenierbaren Todesursachen zurückzuführen waren (Abb. 5.27).

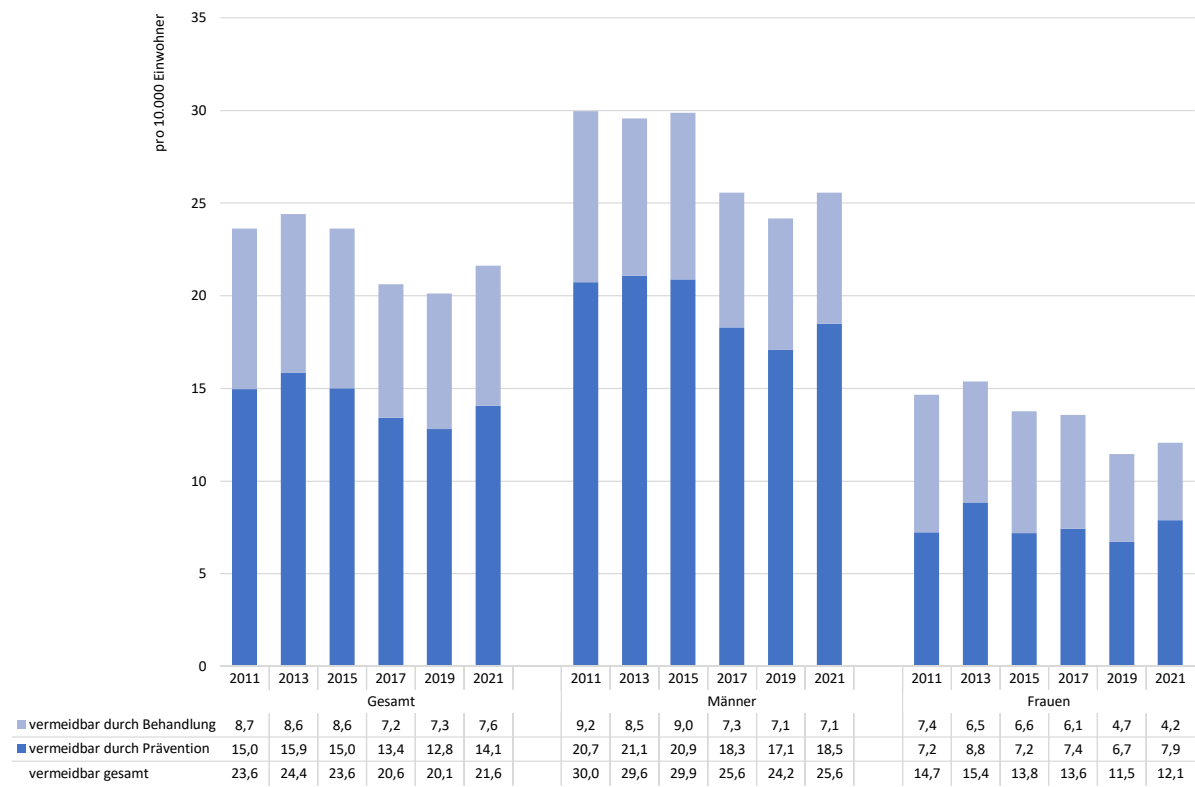


Abbildung 5.27: Anzahl vermeidbarer Sterbefälle in Dresden von 2011 bis 2021 nach Geschlecht, altersstandardisiert (Standardbevölkerung Deutschland 2011)

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024; eigene Darstellung und Berechnung

Die häufigsten prävenierbaren Todesursachen in Dresden 2021 stellten mit großem Abstand Krebserkrankungen der Atemwegsorgane (111 Sterbefälle) und alkoholbedingte Erkrankungen (90 Sterbefälle) dar, gefolgt von Selbsttötungen und chronischer Bronchitis. Bei den durch Behandlung vermeidbaren Sterbefällen handelte es sich vorrangig um Darm- und Brustkrebs, Behandlungskomplikationen sowie Thrombosen. Zu den Todesursachen in Dresden, die sowohl durch Prävention als auch durch Behandlung vermeidbar gewesen wären, zählten hauptsächlich ischämische Herzkrankheiten mit 133 Todesfällen, zerebrovaskuläre Krankheiten, Hypertonie sowie Diabetes mellitus Typ 2 (Tab. 5.26).

Tabelle 5.26: Anzahl der häufigsten vermeidbaren Sterbefälle in Dresden 2021 nach Geschlecht

	Gesamt	Männer	Frauen
Vermeidbar durch Prävention			
Bösartige Neubildung der Trachea, Bronchien und Lunge	111	76	35
Alkoholinduzierte Störungen und Vergiftungen	90	64	26
Vorsätzliche Selbstschädigung	49	42	7
Chronische Bronchitis	48	31	17
Vermeidbar durch Behandlung			
Bösartige Neubildung des Kolons, Rektums, Anus	43	28	15
Bösartige Neubildung der Brustdrüse	39	*	*
Komplikationen bei der medizinischen und chirurgischen Behandlung	24	15	9
Venöse Thromboembolien	14	7	7
Vermeidbar durch Prävention und Behandlung			
Ischämische Herzkrankheiten	133	110	23
Zerebrovaskuläre Krankheiten	50	32	18
Hypertonie	37	29	8
Diabetes mellitus Typ 2	34	24	10

Anmerkungen: * Zahlenwert geheim zu halten, da weniger als fünf Fälle bzw. durch Berechnung ermittelbar
Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024; eigene Darstellung und Berechnung

Die Daten zur vermeidbaren Sterblichkeit zeigen deutlich den Stellenwert der Prävention für die Lebenserwartung und das Potential zur Verhinderung verhaltensbedingter Erkrankungen. Hierbei ist auch die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit ein entscheidender Faktor. So haben Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status ein höheres Risiko für eine vorzeitige Sterblichkeit durch ein erhöhtes Risiko für chronische Krankheiten und verhaltensbezogene Risikofaktoren, wie Rauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht (Lampert et al., 2019). Datenauswertungen des Sozioökonomischen Panels (SOEP) der Jahre 1992 bis 2016 weisen auf deutliche einkommensbezogene Unterschiede in der Mortalität hin. Demnach lag die Differenz der mittleren Lebenserwartung bei Geburt zwischen Frauen der niedrigsten und der höchsten Einkommensgruppe bei 4,4 Jahren und bei Männern sogar bei 8,6 Jahren (Lampert et al., 2019). Auch eine aktuelle Studie, die regionale sozioökonomische Unterschiede in Bezug auf vorzeitige Sterblichkeit untersucht, zeigt im Ergebnis ein soziales Gefälle. So waren sozioökonomisch stärker deprivierte Regionen mit einem beträchtlich höheren Risiko für eine vorzeitige Sterblichkeit verbunden als wohlhabendere Regionen, wobei sich die Mortalitätsungleichheiten im Zeitverlauf sogar ausweiteten (Hoebel et al., 2024).

5.10.3 Selbsttötung/Suizid

Eine besondere Form der durch Prävention vermeidbaren Todesursachen stellen die Selbsttötungen dar. Einen Suizid begünstigen können z. B. Faktoren wie seelische Störungen, übermäßiger Stress, finanzielle Sorgen, schwere Erkrankungen oder auch familiäre Konflikte (Destatis, 2024c). In Dresden nahmen sich im Jahr 2021 insgesamt 77 Personen das Leben. In den letzten 20 Jahren hat sich die Zahl nicht wesentlich verändert (Vergleich 2001: 74 Suizide). Männer starben mit rund 77 Prozent nach wie vor häufiger durch den Freitod als Frauen (Statistisches Landesamt Sachsen, 2023b). In Deutschland war der Männeranteil im Jahr 2021 mit rund 74 Prozent ähnlich hoch (Destatis, 2024b).

5.10.4 Säuglingssterblichkeit

Sterbefälle im Säuglingsalter, d. h. im ersten Lebensjahr, zählen ebenfalls zu den vermeidbaren Todesursachen. Sie sind ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse eines Landes sowie für dessen Gesundheitsversorgung. Hierbei spielen im Wesentlichen die medizinische Betreuung im Rahmen der Früherkennung und Versorgung von Risiken während der Schwangerschaft, die Geburtshilfe und die Versorgung der Neugeborenen, aber auch die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen der Kinder im ersten Lebensjahr eine wichtige Rolle. Aus Public-Health-Sicht führen frühe Todesfälle zu einer hohen Zahl verllorener Lebensjahre und verkürzen somit die durchschnittliche Lebenserwartung (RKI, 2015).

Die **Säuglingssterblichkeit** hat in Deutschland am gesamten Sterblichkeitsniveau nur noch einen geringen Anteil (LHD, 2023b). Im Vergleich zum Jahr 1990 mit rund sieben Fällen starben 2022 nur noch etwa drei von 1.000 Lebendgeborenen in Deutschland. Jungen weisen dabei ein durchgehend höheres Sterberisiko auf als Mädchen. Sachsen verzeichnete im Jahr 2022 im bundesdeutschen Vergleich die geringste Sterblichkeit mit 2,5 Fällen im ersten Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborenen (Destatis, 2023a). In Dresden sank die Zahl von 1990 bis 2022 von rund sechs auf rund zwei Sterbefälle pro 1.000 Lebendgeborene und lag damit sogar unter dem sächsischen Durchschnitt (Tab. 5.27).

Tabelle 5.27: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in Dresden, Sachsen und Deutschland von 1990 bis 2022

Jahr	Gestorbene pro 1.000 Lebendgeborene		
	Dresden	Sachsen	Deutschland
1990	5,9	6,7	7,1
1995	5,7	5,7	5,3
2000	2,4	3,7	4,4
2005	3,2	3,4	3,9
2010	2,9	2,2	3,4
2015	3,2	2,4	3,3
2020	1,1	1,9	3,1
2021	2,2	2,5	3,0
2022	1,9	2,5	3,1

Quellen: Destatis, 2023; Statistische Ämter der Länder, 2023; Kommunale Statistikstelle der LHD, 2023

Zu den häufigsten Todesursachen von Säuglingen zählten in Sachsen im Jahr 2022 Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum (16,9 % an allen Sterbefällen im ersten Lebensjahr), angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems (16,6 %) sowie Krankheiten des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems, die für die Perinatalperiode typisch sind (8,3 %) (Statistisches Landesamt Sachsen, 2023b).

Der Plötzliche Kindstod (englisch: SIDS – Sudden Infant Death Syndrome) als Todesfall mit unbekannter Todesursache innerhalb des ersten Lebensjahres ist in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. Verstarben im Jahr 1990 noch 1,4 Kinder je 1.000 Lebendgeborene in Deutschland mit dieser Diagnose, waren es 2022 lediglich 0,1 Kinder je 1.000 Lebendgeborene (Destatis, 2023b, 2024a). Dieser Rückgang ist insbesondere durch Aufklärung und primärpräventives Verhalten zu erklären. Denn trotz intensiver Forschungsbemühungen konnten die Ursachen für den Plötzlichen Kindstod aus pathophysiologischer Sicht bis heute nicht eindeutig geklärt werden. Die prädisponierenden Faktoren sind hingegen mehrfach belegt. So stellen das Rauchen der Mutter während und nach der Schwangerschaft, das Schlafen in Bauchlage oder Überwärmung beim Säugling Risikofaktoren für den Plötzlichen Kindstod dar (RKI, 2015).

5.11 Zusammenfassung

Das Kapitel gibt einen Überblick über den subjektiven und objektiven Gesundheitszustand der Dresdner Bevölkerung sowie über deren Gesundheitsverhalten. Der subjektive Gesundheitszustand als auch das individuelle Wohlbefinden wurden von den in der KBU befragten Dresdnern und Dresdnerinnen überwiegend als „gut“ bewertet. Mit steigendem Alter nahmen das subjektive Wohlbefinden sowie der subjektive Gesundheitszustand ab. Des Weiteren lässt sich eine Verschlechterung der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes seit 2016 erkennen. Erhebliche Unterschiede bestehen bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit und des Wohlbefindens zwischen den Stadträumen. Die jüngeren Bürgerinnen und Bürger fühlten sich durch die COVID-19-Pandemie deutlich mehr belastet als die 65-Jährigen und Älteren.

Die eigene seelische Gesundheit schätzten Dresdnerinnen und Dresdner 2022 überwiegend gut ein, jedoch war der Anteil der Personen mit einer subjektiven guten seelischen Gesundheit in 2018 höher. Daten der Krankenhausstatistik zeigen, dass zu den häufigsten psychischen und Verhaltensstörungen in Dresden Angststörungen, Depressionen und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum zählten. Depressive Episoden waren 2021 der häufigste Grund für eine stationäre Einweisung von Dresdnerinnen und Dresdnern aufgrund einer psychischen Erkrankung. Männer und Frauen fühlen sich in Dresden überwiegend gut sozial eingebunden. Personen mit Partner oder Partnerin geben zu einem höheren Anteil eine gute soziale Eingebundenheit als Personen ohne Partner/Partnerin an. Die selbstberichtete soziale Eingebundenheit ist bei Personen im Alter von 45 bis 55 Jahren am besten.

Der häufigste Grund für eine stationäre Behandlung war die eigene Geburt. Zu den weiteren „Top 5“ der häufigsten vollstationären Krankenhausfälle gehören seit 2018 Herzinsuffizienz, intrakranielle Verletzung, psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol und Vorhofflimmern/Vorhofflattern. Die Neuerkrankungsraten für bösartige Tumore waren in den einzelnen Altersgruppen im Zeitverlauf seit 2010 relativ konstant. Am häufigsten von Krebs betroffen waren Personen ab einem Alter von 65 Jahren. Dabei waren Männer häufiger betroffen als Frauen.

Unter den Menschen mit Schwerbehinderung finden sich viele Personen in der Altersgruppe ab 45 Jahren. Bei den Schwerbehinderten mit einem Grad der Behinderung von 100 dominiert die Gruppe der Älteren. In Dresden hat die Zahl der Pflegebedürftigen sowohl absolut als auch bezogen auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner aufgrund der demografischen Entwicklung und der Pflegereform zugenommen.

Die meisten Frauen und Männer in Dresden treiben einmal oder zwei- bis dreimal die Woche Sport. Seit 2012 sind beim Stadtsportbund die Mitgliedszahlen angestiegen. Im Jahr 2016 haben mehr Personen an Gesundheitskursen der Volkshochschule teilgenommen als im Jahr 2022. Es ist demnach noch keine Erholung der Teilnahmezahlen nach der COVID-19-Pandemie sichtbar. Die meisten Gesundheitskurse der Volkshochschule werden im Zentrum von Dresden angeboten und dort auch absolviert.

Aus epidemiologischer Sicht sind der Konsum von Alkohol und Tabak in Dresden von hoher Relevanz. Zudem steigt die Bedeutung des multiplen Substanzkonsums an. In allen drei Schwerpunktbereichen ist der Anteil der konsumierenden Männer wesentlich höher als derjenige der konsumierenden Frauen.

Über die Hälfte aller Todesursachen in Dresden sind auf Krankheiten des Kreislaufsystems und Krebserkrankungen zurückzuführen. Zu den häufigsten durch Prävention vermeidbaren Todesursachen zählen Krebserkrankungen der Lunge, alkoholbedingte Erkrankungen, Selbsttötungen und chronische Bronchitis. Männer weisen dabei eine doppelt so hohe Sterberate in Bezug auf vermeidbare Sterbefälle auf. Dies ist u. a. auch bei den Suiziden mit einem hohen Männeranteil sichtbar. Die Säuglingssterblichkeit als Indikator für die Lebensverhältnisse und die Gesundheitsversorgung eines Landes ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gesunken.

Die Verbesserung der Datenlage und somit auch der Aussagekraft zur Gesundheit der Bevölkerung in der Landeshauptstadt Dresden ist ein Ziel des aktuell in Entwicklung befindlichen Dresdner Gesundheitsindex – ein kleinräumiges Monitoring des Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhaltens und des Zugangs zu Gesundheitsversorgung („RESILIENT“), der u. a. Daten der ambulanten Versorgung und soziale Indikatoren alters- und geschlechtsdifferenziert und auf kleinräumiger Ebene beinhalten wird (Kapitel „Einleitung“).

5.12 Literaturverzeichnis

- Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N.-N., Lochbühler, K. & Kraus, L. (2019). The Use of Alcohol, Tobacco, Illegal Drugs and Medicines: An Estimate of Consumption and Substance-Related Disorders in Germany. *Deutsches Arzteblatt international*, 116(35-36), 577–584. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0577>
- Bartig, S., Koschollek, C., Bug, M., Blume, M. & Kajikhina, K. (2023). Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA Fokus. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.25646/11089>
- BMDV (Hrsg.). (2021). Verkehrssicherheitsprogramm 2021 bis 2030.
- BMG (Hrsg.). (2024). Masernschutz: Rechtliche Aspekte. <https://www.masernschutz.de/themen/rechtliche-aspekte/>
- Böhm, K. (2021). Gesundheitszustand der Bevölkerung und Ressourcen der Gesundheitsversorgung. bpb. <https://tinyurl.com/4mmykvz3>
- Destatis (Hrsg.). (2023a). Statistischer Bericht - Sterbefälle 2022.
- Destatis (Hrsg.). (2023b). Todesursachen. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html
- Destatis (Hrsg.). (2024a). Geburten. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html
- Destatis (Hrsg.). (2024b). Suizide. <https://tinyurl.com/3592u7ua>
- Destatis (Hrsg.). (2024c). Todesursachenstatistik für das Jahr 2019: Suizide. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationales/Thema/bevoelkerung-arbeit-soziales/gesundheit/Suizid.html>
- DGPPN (Hrsg.). (2024). Psychische Erkrankungen: Basisdaten.
- Finger, J. D., Hoebel, J., Kuntz, B., Kuhnert, R., Zeiher, J., Mensink, G. & Lampert, T. (2019). Bildungsunterschiede in der Prävalenz verhaltensbezogener Risikofaktoren – Wo steht Deutschland in Europa? Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.25646/6219>
- GBD (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392(10159), 1923–1994. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6)
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2023). Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 4. Dezember 2023.
- Glick, M., Williams, D. M., Yahya, I. B. & et al. (2021). Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All.
- Grad, F. P. (2002). The Preamble of the Constitution of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), 981–984.
- Hegerl, U., Reich, H. & Schnitzspahn, K. M. (2024). Suizidalität: Frühzeitig erkennen. *Dtsch Arztebl*, 121(3), 154–158.
- Hoebel, J., Nowossadeck, E., Michalski, N., Baumert, J. & et al (2024). Sozioökonomische Deprivation und vorzeitige Sterblichkeit in Deutschland 1998–2021 : Eine ökologische Studie mit What-if-Szenarien der Ungleichheitsreduktion. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 67(5), 528–537. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03862-0>
- Jackson, S. S., Marks, M. A., Katki, H. A. & et al (2022). Sex disparities in the incidence of 21 cancer types: Quantification of the contribution of risk factors. *Cancer*, 128(19), 3531–3540. <https://doi.org/10.1002/cncr.34390>
- KKR Sachsen (Hrsg.). (2023). Jahresbericht der klinischen Krebsregister in Sachsen 2012-2021.
- Krebsregister Sachsen (Hrsg.). (2024). Aufgaben des Krebsregisters Sachsen. <https://www.krebsregister-sachsen.de/ueberuns/aufgaben-und-nutzen.html>
- LAGZ Sachsen (Hrsg.). (2024). Kindermundgesundheits für den Freistaat Sachsen! <https://www.lagz-sachsen.de>
- Lampert, T., Hoebel, J. & Kroll, L. E. (2019). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland. Aktuelle Situation und Trends. <https://doi.org/10.25646/5868>
- Landesuntersuchungsanstalt Sachsen (Hrsg.). (2023). Übersicht über erfasste übertragbare meldepflichtige Infektionskrankheiten in der kreisfreien Stadt Dresden 2017-2022.
- LHD (Hrsg.). (2016). Verkehrsentwicklungsplan 2025plus: Ein Überblick.
- LHD. (2020). Kommunale Bürgerumfrage 2020.
- LHD. (2022a). Dresdner Lebenslagen 60+: Bericht zur Lebenssituation von Dresdnerinnen und Dresdnern ab 60 Jahren (LAB60+ Studie).

- LHD (Hrsg.). (2022b). Gemeinsam. Verantwortung. Leben.: Aktionsplan Integration 2022 bis 2026.
- LHD (Hrsg.). (2022c). Online-Befragung: Sport und Bewegung in Dresden. <https://buergerbeteiligung.sachsen.de/portal/dresden/beteiligung/themen/1024852>
- LHD. (2023a). Arbeit und Soziales 2022.
- LHD (Hrsg.). (2023b). Bevölkerungsbewegung: Lebendgeborene und allgemeine Geburtenziffer nach Stadtteilen 1995 bis 2022. https://www.dresden.de/media/pdf/statistik/Statistik_1315_nat_Bewegung_Stadtteil.pdf
- LHD. (2023c). Kommunale Bürgerumfrage 2022.
- LHD. (2023d). Suchtbericht 2023.
- LHD (Hrsg.). (2023e). Verkehrssicherheitsbericht.
- Manz, K., Domanska, O. M., Kuhnert, R. & Krug, S. (2022). Wie viel sitzen Erwachsene? Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS). Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.25646/10294>
- Melderegister der LHD (Hrsg.). (2024). Gestorbene nach Alter und Geschlecht 1999-2023: Einwohnermelderegister.
- Meyer, M., Meinicke, M. & Schenkel, A. (2023). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2022. In B. Badura, A. Ducki, J. Baumgardt, M. Meyer & H. Schröder (Hrsg.), Fehlzeiten-Report. Fehlzeiten-Report 2023 (Bd. 2023, S. 435–520). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-67514-4_29
- Mielck, A. & Wild, V. (2021). Gesundheitliche Ungleichheit – Auf dem Weg von Daten zu Taten: Fragen und Empfehlungen aus Sozial-Epidemiologie und Public Health-Ethik (1. Auflage). Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften. Beltz Juventa. http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783779955436
- Naidoo, J. & Wills, J. (2019). Lehrbuch Gesundheitsförderung (3., aktualisierte Auflage, deutsche Ausgabe). Programmbereich Gesundheit. hogrefe. <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-929798-42-5>
- Prütz, F. & Krause, L. (2022). Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen – Ausgewählte Indikatoren aus der Studie GEDA 2014/2015-EHIS. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.25646/9751>
- RKI. (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. <https://doi.org/10.17886/RKIPUBL-2015-003>
- RKI (Hrsg.). (2016). Gesundheit in Deutschland. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2016-021.2>
- RKI (Hrsg.). (2023). Krebs in Deutschland für 2019/2020. <https://doi.org/10.25646/11357>
- RKI (Hrsg.). (2024a). Nationale Mental Health Surveillance. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/MHS/mhs_node.html#Dashboard
- RKI (Hrsg.). (2024b). Tuberkulose. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Tuberkulose.html
- RKI & BZgA (Hrsg.). (2008). Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.
- Rütten, A. & Pfeifer, K. (Hrsg.). (2017). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung: Sonderheft 3. Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (Auflage: 1.2.06.17). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Schmoeckel, J., Santamaría, R. M., Basner, R., Schankath, E. & Splieth, C. H. (2021). Mundgesundheitstrends im Kindesalter : Ergebnisse aus den epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 64(7), 772–781. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03341-w>
- Schubert, I. & Listl, S. (2021). Wie steht es um die Mundgesundheit in Deutschland? [What about oral health in Germany?]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 64(7), 769–771. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03357-2>
- Schwendicke, F., Dörfer, C. E., Schlattmann, P., Foster Page, L., Thomson, W. M. & Paris, S. (2015). Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. Journal of dental research, 94(1), 10–18. <https://doi.org/10.1177/0022034514557546>
- SLS e. V. (2023). Sucht 2022: Bericht der Suchthilfe in Sachsen.
- SMS (Hrsg.). (2024). Stand der Coronaschutzimpfungen in Sachsen. <https://www.coronavirus.sachsen.de/ueberblick-coronaschutzimpfungen-in-sachsen-9874.html#a-10740>
- StadtSportBund Dresden (Hrsg.). (2022). Mitglieder- und Vereinsstatistik 2022 Dresden. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://ssb-dresden.de/wp-content/uploads/2022/02/Mitgliederstatistik_2022_SSBD.pdf&ved=2ahUKewiVnMn5luqHAXUy2QIHf_8K7wQFnoECAwQAQ&usg=AOvVaw00x65aWNv-R3lvhrx3xKKi

- Starker, A. & Saß, A.-C. (2013). Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 56(5-6), 858–867. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1655-4>
- Statistisches Landesamt Sachsen (Hrsg.). (2022). Pflegebedürftige: Interne Auswertung. <https://www.statistik.sachsen.de/html/pflegebeduerftige.html>
- Statistisches Landesamt Sachsen (Hrsg.). (2023a). Krankenhausstatistik der Dresdner Bevölkerung: Eckdaten für Sachsen.
- Statistisches Landesamt Sachsen (Hrsg.). (2023b). Todesursachen. <https://www.statistik.sachsen.de/html/todesursachen.html>
- Statistisches Landesamt Sachsen (Hrsg.). (2024). Straßenverkehrsunfälle. <https://www.statistik.sachsen.de/html/strassenverkehrsunfaelle.html>
- VHS Dresden (Hrsg.). (2023). Inanspruchnahme von Kursen im Themengebiet „Gesundheit und Bewegung“: Interne Abfrage.
- Weber, A., Reisig, V., Buschner, A. & Kuhn, J. (2022). Vermeidbare Sterblichkeit – Neufassung eines Indikators für die Präventionsberichterstattung [Avoidable mortality-a new indicator version for prevention reporting]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 65(1), 116–125. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03458-y>
- WHO (Hrsg.). (2014). Health in all policies: Helsinki statement: Framework for country action.
- WHO. (2018). More active people for a healthier world: Global action plan on physical activity 2018-2030. World Health Organization. <https://permalink.obvsg.at/>
- WHO (Hrsg.). (2019). Psychische Gesundheit: Faktenblatt.
- WHO (Hrsg.). (2021). Oral Health. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_R1-en.pdf
- ZfKD (Hrsg.). (2023). Datenbankabfrage: Inzidenz, rohe Rate in Deutschland pro 100.000 Einwohner. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe1_node.html
- Ziller, S., Jordan, A. R. & Oesterreich, D. (2021). Mundgesundheitsziele für Deutschland 2030: Karies und Parodontitis weiter reduzieren sowie Prävention verbessern [Oral health goals for Germany 2030: reduction of caries and periodontitis and improvement of prevention]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 64(7), 821–829. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03359-0>

Fakten auf einen Blick:

Gesundes Aufwachsen

Frühe Gesundheitshilfen

Frühkindliche Gesundheitsberatung: Angenommene Eltern-Kind-Angebote: 937 (seit 2021 ↗)
darunter: Eltern-Baby-Gruppe: 392 (↗), Eltern-Kleinkind-Gruppe: 323 (↗)
Hausbesuchssystem von Familienhebammen/Familienkinderkrankenschwestern
bis zum 1. Geburtstag des Kindes: Betreute Kinder: 62 (↗)
Beratungen (Schrei-)Babysprechstunde: 561 (↘) von 185 Familien

Kita-Untersuchung

auffällige und geringfügige Befunde („A“-, „B“-, „X“-Befunde)
Feinmotorik: Gesamt 12,0 % | Jungen 16,5 % | Mädchen 7,0 %
Grobmotorik: Gesamt 11,4 % | Jungen 15,7 % | Mädchen 6,6 %
Sprache: Gesamt 33,5 % | Jungen 36,0 % | Mädchen 30,9 %

Schulaufnahmeuntersuchung

Visuomotorik: auffällige und geringfügige Befunde („A“-, „B“-, „X“-Befunde):
Gesamt 24,8 % | Jungen 31,5 % | Mädchen 18,0 %
Körperkoordination: auffällige und geringfügige Befunde („A“-, „B“-, „X“-Befunde):
Gesamt 27,1 % | Jungen 29,5 % | Mädchen 24,6 %
Zahlen- und Mengenvorwissen: auffällige und geringfügige Befunde („B“-, „X“-Befunde):
Gesamt 30,6 % | Jungen 32,3 % | Mädchen 28,9 %
Sprache: auffällige und geringfügige Befunde („A“-, „B“-, „X“-Befunde):
Gesamt 39,5 % | Jungen 41,7 % | Mädchen 37,3 %

Körpergewicht

Normalgewicht: 80,0 % (↘) | 6. Klasse: 68,5 % (↘)
Übergewicht einschließlich Adipositas: 5,6 % (↗) | 6. Klasse: 16,5 % (↗)
Adipositas: 2,2 % (↗) | 6. Klasse: 6,4 % (↗)
Starkes Untergewicht: 4,3 % (↗) | 6. Klasse: 4,4 % (↗)

Mundgesundheit

Gebisszustand und Aussagen zur Kariesfreiheit
3-Jährige: naturgesund: 90,7 % (↗) | saniert: 1,5 % (↗) | behandlungsbedürftig: 7,8 % (↘)
6-Jährige: naturgesund: 67,8 % (↗) | saniert: 14,05 % (↘) | behandlungsbedürftig: 18,17 % (↘)
12-Jährige: naturgesund: 74,99 % (↘) | saniert: 18,94 % (↗) | behandlungsbedürftig: 6,07 % (↘)

Schutzimpfungen (Impfquote bei vorgelegtem Impfausweis)

Masern: Kita-U: 99,8 % | Schulaufnahmeuntersuchung: 95,1 % | 6. Klasse: 96,1 %
Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten: Schulaufnahmeuntersuchung: 82 %
HPV: 6. Klasse: 17,8 %

Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden (16- bis 24-Jährige) (KBU 2022)

Subjektiver Gesundheitszustand: „gut“ 78 % | „einigermaßen zufriedenstellend“ 22 % als | „schlecht“ 0 %
Seelische Gesundheit: „gut“ 55 % | „einigermaßen zufriedenstellend“ 34 % | „schlecht“ 11 %

Psychische Gesundheit

Bei den 10- bis unter 18-Jährigen, darunter mehr Mädchen und junge Frauen als Jungen und junge Männer in Dresden unter den fünf häufigsten Krankenhausfällen in den Jahren 2018, 2020 und 2022 (Auskunft über die Inanspruchnahme stationärer Behandlungen): „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)“ | „Depressive Episoden (F37)“ | „Essstörungen (F50)“

6 Gesundes Aufwachsen

6.1 Einleitung

Das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen ist für die Landeshauptstadt Dresden und die Gesellschaft von großer Bedeutung.

Vor mehr als 30 Jahren (1992) hat sich Deutschland im Rahmen der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen (United Nations, UN, Artikel 3) dazu verpflichtet, dem Kindeswohl bei allen Maßnahmen, welche Kinder betreffen, den Vorrang zu geben. Die Verpflichtung erstreckt sich zudem auf das in Artikel 24 verankerte Recht des Kindes auf ein erreichbares Höchstmaß an Gesundheit sowie auf die Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit. Diese müssen entsprechend in angemessener leistungsfähiger Weise vorgehalten werden. Die Verpflichtung umfasst zudem die Vermittlung von Kenntnissen über die Gesundheit und Ernährung des Kindes, die Vorteile des Stillens sowie über Hygiene und Sauberhaltung der Umwelt. Sie richtet sich an die Gesellschaft als Ganzes sowie an alle Eltern bzw. Sorgeberechtigte als auch an Kinder und Jugendliche, die Verantwortung für die Gewährleistung dieser Aspekte sowie den Ausbau der Gesundheitsvorsorge und Elternberatung tragen.

So richtet sich das Augenmerk in der Landeshauptstadt Dresden in besonderem Maße auf eine geschäftsbereichsübergreifende aber auch institutionsübergreifende Bearbeitung verschiedener Themen rund um die Kinder- und Jugendgesundheit und das Kindeswohl. Diese fließen in Fachplanungen, in Maßnahmen sowie in die Arbeit der Landeshauptstadt Dresden, darunter im Amt für Kindertagesbetreuung, Amt für Schulen, Jugendamt, Bildungsbüro, Sozialamt, Amt für Gesundheit und **Prävention** sowie in weiteren Einrichtungen des Landes und der Landeshauptstadt Dresden, des Gesundheitswesens als auch der Netzwerkpartner ein.

Die jüngere Vergangenheit war von einer Vielzahl an Herausforderungen geprägt, die sich in unterschiedlicher Weise auf die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen ausgewirkt haben. Dies erfordert Anpassungen auf verschiedenen Ebenen, auch für die Landeshauptstadt Dresden.

In Zeiten der COVID-19-Pandemie wurde vorrangig der Schutz der Gruppe der älteren Menschen und Menschen mit Vorerkrankungen vor einer SARS-CoV-2-Infektion verfolgt. Die psychischen und physischen Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche wurden erst im späteren Verlauf der Pandemie erkannt. Das Ausmaß der Einschränkungen durch Schutzmaßnahmen und insbesondere der Verzicht auf soziale Kontakte – auch bedingt durch lange Phasen des Home-Schoolings oder fehlender Betreuung für Kita-Kinder – sowie Masken- und Testpflichten wurde erst spät im Verlauf der Pandemie eingeordnet.

Weiterhin bleiben die sozialen und **sozioökonomischen** Belastungen einschließlich der Auswirkungen von **Familien** mit Armuts-erfahrung und Armutsgefährdung auch in der Landeshauptstadt Dresden eine große Herausforderung, weil sie Ursache für Chancenungleichheiten und -ungerechtigkeiten sind.

Darüber hinaus waren in den vergangenen Jahren zahlreiche Kinder und Jugendliche gezwungen, ihre Heimat aufgrund von Krieg oder weiteren Gründen zu verlassen. Dabei kamen sie aus verschiedenen Ländern entweder im Familienverbund oder unbegleitet mit Fluchterfahrungen auch in der Landeshauptstadt Dresden an. Bei ihrer Ankunft und der Orientierung in der neuen Umgebung sowie bei ihrer Integration in unsere Gesellschaft helfen der Besuch von Kindertageseinrichtungen, Schulen, Vereinen und eine offene Nachbarschaft. Der Beginn einer Ausbildung, die Aufnahme eines Studiums oder die Arbeitsplatzsuche stellen für Heranwachsende mit Migrationsgeschichte eine besondere Herausforderung dar obwohl gerade eine schnelle soziale Einbindung in die Gesellschaft förderlich ist. Der vormals stetige Anstieg der Geburtenzahlen in der Landeshauptstadt trat in den vergangenen Jahren in den Hintergrund. Dieser hielt bis einschließlich 2016 an und nimmt seitdem merklich ab, wie im Kapitel „Demografie“ dargestellt wird. Über die genannten Einflussfaktoren hinaus sind Kinder und Jugendliche sowie

deren Bezugspersonen mit spezifischen Themen konfrontiert, welche ihre psychische Gesundheit betreffen. Dazu zählen sozio-emotionale Verhaltensauffälligkeiten, Medienkonsum, Jugendliche in Krisensituationen, mit gesundheitsgefährdendem Verhalten sowie Zukunftssorgen, die sich beispielsweise aufgrund des Klimawandels und anderer manifester Bedrohungen ergeben. Es ist auch festzustellen, dass Geschlechtsdysphorie und/oder Geschlechtsinkongruenz, welche das Gefühl vermitteln, im falschen Geschlecht geboren zu sein, eine zunehmend bedeutsame Rolle im Leben der Heranwachsenden einnehmen (Lenz & Fückner, 2005; Lenz & Schlinzig, 2010, 2021).

Daher ist es ein kontinuierliches Bestreben, das Bewusstsein für die Stärkung der Belange von Kindern und Jugendlichen zu fördern. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei Kindern aus Familien in herausfordernden Lebenslagen und Familien mit Migrationserfahrung. Ihnen soll ein gesundes Aufwachsen ermöglicht werden, um frühzeitig und bestmöglich Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit und Bildung zu gewährleisten. Dabei bedarf es der Umsetzung des Prinzips „**Health in All Policies**“ (Kapitel „Einleitung“).

Die Gesundheit und ein gesundes Aufwachsen der Kinder und Jugendlichen sind der Landeshauptstadt Dresden ein besonderes Anliegen und werden mit zielgruppenspezifischen Projekten und Konzepten bereits umfänglich gefördert. Hierbei leisten zahlreiche Akteurinnen und Akteure einen bemerkenswerten Beitrag. Zu diesen zählen die niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzte, Hausärztinnen und Hausärzte mit den jeweiligen Vorsorgeuntersuchungen bzw. Beratungs- und Betreuungsangeboten in kommunaler und freier Trägerschaft sowie das Amt für Gesundheit und Prävention mit den Fachbereichen der Gesundheitsförderung und Prävention, der Kinder- und Jugendzahnklinik sowie der Kinder- und Jugendgesundheits einschließlich den Frühen Gesundheitshilfen. In diesem Kontext sind zudem das Amt für Kindertagesbetreuung, das Jugendamt, das Sozialamt, das Amt für Schulen sowie das Bildungsbüro zu nennen. Seit 2008 leistet die Landeshauptstadt Dresden mit dem kommunalen Handlungsprogramm „Aufwachsen in sozialer Verantwortung“ einen wesentlichen Beitrag für die Bildungsteilhabe aller Kinder am öffentlichen Bildungsort Kita. Ergänzend dazu besteht das Netzwerk für Frühprävention, Sozialisation und Familie (KINET) des Amtes für Kindertagesbetreuung der Landeshauptstadt Dresden. Dies vernetzt Fachkräfte in den beiden Quartieren Gorbitz und Prohlis miteinander, damit sie in einem Verantwortungsbündnis abgestimmt handeln können.

Vor diesem Hintergrund bezieht sich das vorliegende Kapitel auf das „Regenbogen-Modell“ von Dahlgren und Whitehead (1991) (Kapitel „Einleitung“). In diesem Kontext werden die Gesundheitsdeterminanten des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung im Rahmen der Lebens- und Arbeitsbedingungen betrachtet (vierte (grünen) Schicht des Modells). Die Faktoren der individuellen Lebensweisen und des Gesundheitsverhaltens werden mit Blick auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen in der zweiten (orange) Schicht des Modells dargestellt werden. Zu diesen Gesundheitsdeterminanten können die Frühen Gesundheitshilfen als Struktur im Gesundheitswesen und die körperlichen Aktivitäten, Mediennutzung und Substanzkonsum zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Dresdener Kinder und Jugendliche gefasst werden. Diese und weitere Indikatoren zum Gesundheits- und Entwicklungszustand, wie u. a. Seh- und Hörvermögen, motorische und kognitive Kompetenzen und Sprachentwicklung sowie zum Gesundheitsverhalten (Gesundheitsvorsorge, Schutzimpfung, Mundgesundheit) auf Basis objektiver Daten verschiedener Datenquellen (**Routineuntersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen der Kinder- und Jugendzahnklinik; Dresdner Kinder- und Jugendstudie; Kommunale Bürgerumfrage (KBU); Krankenhausstatistik**) liefern wichtige Informationen und Entscheidungsgrundlagen. Hierfür werden die Daten der Routineuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes aus dem Schuljahren 2017/18 bis einschließlich 2022/23, jeweils erstmalig differenziert nach Merkmalen des Geschlechts (männlich, weiblich) aufgezeigt.

Beginnend im vorliegenden Kapitel werden die Daten aus dem Themenschwerpunkt der Frühen Gesundheitshilfen für Familien und deren Kinder im pränatalen Alter bis zum ersten Geburtstag beschrieben. Anschließend wird über den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen, deren subjektive Bewertung, die häufigsten Krankenhauseinweisungen in den Jahren 2018, 2020 und 2022 und deren körperlichen Gesundheits- und Entwicklungsstand im Zeitverlauf von 2017/18 bis 2022/23 anhand der Untersuchungsergebnisse der Routineuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes berichtet. Im Weiteren werden Daten zum Gesundheitsverhalten einschließlich Gesundheitsvorsorge, Impfungen, Mundgesundheit, körperlicher Aktivität, Substanzkonsum und erstmalig Medienverhalten dargestellt.

Bei den Routineuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen, die durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst erfolgen, können bis zum jetzigen Zeitpunkt keine Zusammenhänge zwischen Untersuchungsergebnissen und sozialen Einflussfaktoren hergestellt werden, da es im Freistaat Sachsen im Gegensatz zu anderen Bundesländern keine gesetzliche Grundlage zur Erhebung von sozioökonomischen Daten gibt.

Die Interpretation dieser Daten und Ableitung von Arbeitsschwerpunkten wird Gegenstand weiterführender Arbeitsgruppen und Workshops im Rahmen der Kommunalen Gesundheitsstrategie der Landeshauptstadt Dresden sein. Damit ist das vorliegende Stadtgesundheitsprofil Grundlage für die Vertiefung und datengestützte Ausrichtung bereits begonnener und zukünftiger Projekte und Vorhaben. Perspektivisch werden Daten für die heranwachsende Generation auf Stadtteilebene über das bereits genannte Projekt „RESILIENT – Der Dresdner Gesundheitsindex – ein kleinräumiges Monitoring des Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhaltens und des Zugangs zu Gesundheitsversorgung“ im Amt für Gesundheit und Prävention zur Verfügung stehen (Kapitel „Einleitung“).

6.2 Schwangerschaft, Geburt und Kinder bis 3. Lebensjahr

6.2.1 Gesundheitszustand und -verhalten

Die Entwicklung der **Säuglingssterblichkeit** (im ersten Lebensjahr gestorbene Kinder) im Zeitverlauf wurden im Abschnitt 5.10.2 auf Seite 194 beschrieben. Zu den häufigsten Krankenhaus-Hauptdiagnosen der Kinder unter fünf Jahren wird auf die Ausführungen im Abschnitt 6.3.2 auf Seite 216 verwiesen.

6.2.2 Frühe Gesundheitshilfen

Bereits 2012 hat das Amt für Gesundheit und Prävention mit den Frühen Gesundheitshilfen Strukturen geschaffen, um Familien bedarfsgerecht zu unterstützen und das gesunde Aufwachsen der jüngsten Kinder in der Landeshauptstadt Dresden zu fördern. Die Frühen Gesundheitshilfen sind Angebote für (werdende) Eltern ab der Schwangerschaft und Familien mit Kindern bis drei Jahre und betten sich in eine mit dem Jugendamt abgestimmte Vorgehensweise und einen Handlungsrahmen zur Stärkung des Kinderschutzes ein. Dabei gilt es, Unterstützungsbedarfe von Eltern und Kindern frühzeitig wahrzunehmen und ihnen systematisch, niedrigschwellig Zugänge zu passgenauen Angeboten zu eröffnen. Ein besonderer Fokus liegt auf der Förderung der Beziehungs- und Bindungskompetenz der (werdenden) Eltern. Das Ziel der Frühen Gesundheitshilfen im Amt für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden ist es, Familien sowie alleinerziehende Frauen und Männer mit besonderem Unterstützungsbedarf aus dem Stadtgebiet bezüglich gesundheitlicher und/oder sozialer Risiken zu erreichen und Kindeswohlgefährdungen in enger Kooperation mit der Jugendhilfe zu erkennen, zu adressieren und zu vermeiden. Der Schwerpunkt liegt in der Unterstützung von belasteten Familien sowie der Integration von Familien mit gesundheitlichen, medizinisch-sozialen und psychosozialen Risiken, wie beispielsweise Familien:

- mit Verunsicherung bezüglich der gesundheitlichen Entwicklung ihres Kindes,
- mit dem Gefühl der Überforderung hinsichtlich der neuen Situation als Mutter/Vater,
- mit vielen kleinen Kindern,
- mit minderjährigem Elternteil,
- in denen Gewalt- und Missbrauchserfahrung bestehen,
- die von häuslicher Gewalt bedroht oder betroffen sind,
- mit **Migrationshintergrund** und fehlender Anbindung an das Gesundheitssystem,
- mit chronischer Erkrankung/Behinderung oder Frühgeburt des Kindes,
- mit behindertem Elternteil,
- mit psychisch oder suchtkrankem Elternteil.

Die Kenntnis der Strukturen und der vorhandenen Angebote im Sozialraum und der Fachaustausch der Akteurinnen und Akteure sind für eine passgenaue und nachhaltige Unterstützung entscheidend.

Das Angebot der Frühen Gesundheitshilfen, strukturell ein Sachgebiet in der Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit, umfasst:

- Eltern-Kind-Angebote der Frühkindlichen Gesundheitsberatung an drei Standorten,
- aufsuchende Angebote der Familienhebammen/Familienkinderkrankenschwestern sowie
- die (Schrei-)Babysprechstunde.

Durch dieses dreigeteilte Angebot werden Eltern individuell, bedarfsgerecht, flexibel, kostenfrei und niedrigschwellig unterstützt. Ein Wechsel zwischen den Angeboten ist problemlos möglich. Damit ist eine enge und unkomplizierte Zusammenarbeit im Sinne der Familien gewährleistet. Jährlich werden rund 680 Kinder und ihre Bezugspersonen durch die Frühen Gesundheitshilfen begleitet.

Die Frühkindliche Gesundheitsberatung ist in den Stadtteilen Prohlis, Johannstadt und Gorbitz verortet und bietet neben Eltern-Kind-Gruppen, offene Treffs und Einzelberatungen an. In der Tab. 6.1 sind die angenommenen Angebote im Zeitverlauf ab 2018 dargestellt. Im Jahr 2017 erfolgte die Statistik nicht jahres- sondern schuljahresweise.

Die Struktur des kostenfreien Eltern-Kind-Kursangebotes hält in jeder Gruppe zwei „Notplätze“ vor, die zeitnah an hochbelastete Familien aus dem Gesundheitswesen oder der Kinder- und Jugendhilfe vergeben werden können. Der direkte Verweis bzw. die gezielte Vermittlung im Sinne eines ganzheitlichen, sozialräumlichen Hilfe- und Unterstützungssystems erleichtert es Familien, dieses Angebot anzunehmen. Schwerpunkt in diesen Eltern-Kind-Gruppenangeboten sind die Themen Bindungsförderung, Selbstfürsorge, Inklusion und die gesundheitliche Beratung der Eltern. Jede Eltern-Baby-Gruppe enthält zusätzlich eine Beratungsstunde zum Thema Gesunde Kinderzähne in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendzahnklinik im Amt für Gesundheit und Prävention. Ergänzend zum Mehrlingstreff wurde 2020 der Dresdner Frühchentreff aufgebaut, um Familien mit Frühgeborenen einerseits den Austausch untereinander zu ermöglichen, aber auch spezifische Fragen der Betreuung, Gesundheit und Entwicklung dieser Kinder zu thematisieren. Der Frühchentreff hat sich für Eltern mit frühgeborenen Kindern in der Landeshauptstadt Dresden als ein sehr wichtiges und niedrigschwelliges Angebot auch für eine medizinische und gesundheitliche Beratung zur Besonderheiten in der Entwicklung von Frühgeborenen und ihren Familienalltag etabliert.

Die Abnahme der Veranstaltungszahlen ab 2020 (Tab. 6.1) liegt in den Corona-Pandemie-Beschränkungen und in einer geringeren Personalkapazität begründet. Viele Eltern zeigten auch nach den Kontaktbeschränkungen noch Verunsicherungen bezüglich der Teilnahme an offenen Treffen mit anderen Familien.

Tabelle 6.1: Inanspruchnahme von Eltern-Kind-Angeboten der Frühkindlichen Gesundheitsberatung der Frühen Gesundheitshilfen im Amt für Gesundheit und Prävention Dresden von 2018 bis 2022

Eltern-Kind-Angebote	2018	2019	2020	2021	2022
Babymassage und Handling	168	205	131	83	104
Eltern-Baby-Gruppe	520	602	375	319	392
Eltern-Kleinkind-Gruppe	340	438	247	208	323
Spielerische Babymassage	111	102	7	0	0
Mehrlingstreffen	9	8	7	3	5
Frühchentreff	0	0	1	3	6
Beratung	186	204	116	146	107
Anteil der Eltern in besonders herausfordernden Situationen von allen Familien (%)	31,0	35,0	90,0	70,0	60,0

Quelle: LHD, 2024c

Die Familienhebammen/Familienkinderkrankenschwestern sind examinierte Hebammen bzw. Kinderkrankenschwestern mit einer Zusatzqualifikation. Sie begleiten (werdende) Familien in herausfordernden Situationen von der Schwangerschaft bis zum 1. Geburtstag des Kindes. Diese Unterstützung findet im häuslichen Umfeld der Familie statt und ist für die Familien kostenfrei und freiwillig. Die Erweiterung des Tätigkeitsfeldes und des Blickwinkels auf das gesamte Familiensystem lässt die Familienhebamme/Familienkinderkrankenschwester zu einer wichtigen Ressource innerhalb der Frühen Hilfen werden. Die Arbeit umfasst die psychosoziale Beratung, die gesundheitliche Betreuung und Begleitung von Familien mit einem erhöhten

Unterstützungsbedarf. Es ist eine aufsuchende Hilfe, welche sowohl im Gesundheitsbereich als auch in der Kinder- und Jugendhilfe verortet ist. Schwerpunkt in der Begleitung der Familie sind die Förderung der gesunden Entwicklung des Kindes und der Interaktions- und Beziehungskompetenz der Bezugsperson.

Zugleich fungiert die Familienkinderkrankenschwester/Familienhebamme als Lotsin im interdisziplinären Netzwerk zur Betreuung von Familien. Lotsin bedeutet, den über die eigene Betreuung hinausreichende Bedarf einer Familie zu erkennen und Wissen über Angebote anderer Professionen und Institutionen (z. B. Sozial- und Gesundheitswesen, Beratungsstellen, Kinder- und Jugendhilfe) im Sozialraum zu haben. Ziel ist die Integration der Familie in bestehende Angebote oder die Überleitung in weiterführende Hilfen. Der Gestaltung von Übergängen zu weiteren bedarfsgerechten Unterstützungsmöglichkeiten speziell die der Kinder- und Jugendhilfe kommt eine besondere Bedeutung in der Arbeit zu. Sie verlangt eine vertrauensvolle Beziehung zur Familie sowie eine kompetente Netzwerkarbeit.

Als erfolgreich erweist sich der frühe Unterstützungsbeginn für die Familien. Acht von zehn Familien wurden bereits in der Schwangerschaft und im Wochenbett von einer Familienhebamme/Familienkinderkrankenschwester begleitet. Dieser frühzeitige Beziehungs- und Vertrauensaufbau ist für die gesundheitsorientierte Begleitung der Familien im Sinne des Präventionsgedankens sehr gewinnbringend. In der Auswertung der inhaltlichen Arbeit der Familienhebammen/Familienkinderkrankenschwestern zeigt sich, dass der gesundheitliche, präventive Auftrag im Vordergrund der Unterstützungsleistung stand. 75 Prozent der Hausbesuchsthemen sind den Bereichen „Kind und Eltern“ und „Gesundheit“ zuzuordnen. Die Begleitung von Familien mit erkrankten Kindern zu Fachärztinnen und Fachärzten und die Koordination der verschiedenen gesundheitlichen Leistungen zählen ebenfalls zu den Aufgaben der Familienhebammen/Familienkinderkrankenschwestern. In der Auswertung der Daten zeigt sich im Betreuungsverlauf eine deutliche Steigerung der elterlichen Kompetenz in den Bereichen „gesundheitliche Ressourcen des Kindes“ und „Beziehungsgestaltung mit dem Kind“. Die Tab. 6.2 zeigt die verschiedenen gesundheitlichen Belastungen der Familien im Zeitraum 2017 bis 2022.

Tabelle 6.2: Gesundheitliche Belastungen der durch Familienhebammen/Familienkinderkrankenschwestern der Frühen Gesundheitshilfen im Amt für Gesundheit und Prävention Dresden betreuten Familien von 2017 bis 2022

	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)
Betreute Kinder	81		87		77		80		59		62	
Gesundheit der Mutter												
Erkrankung/Behinderung	69	85,2	66	75,9	42	54,5	28	35,0	37	62,7	35	56,5
davon psychisch	41	50,6	41	47,1	23	29,9	14	17,5	26	44,1	27	43,5
davon geistig-kognitiv	17	21,0	15	17,2	8	10,4	7	8,8	5	8,5	5	8,1
davon körperlich	11	13,6	10	11,5	11	14,3	7	8,8	6	10,2	3	4,8
Konsumproblematik	24	29,6	21	24,1	18	23,4	18	22,5	15	25,4	12	19,4
Emotional instabil	26	32,1	26	29,9	17	22,1	15	18,8	16	27,1	13	21,0
Lebenssituation der Eltern												
Eltern mit Migrationshintergrund	6	7,4	10	11,5	18	23,4	20	25,0	12	20,3	13	21,0
Alleinerziehend	20	24,7	19	21,8	24	31,2	24	30,0	15	25,4	13	21,0
Persönliche Voraussetzungen	25	30,9	25	28,7	26	33,8	11	13,8	5	8,5	17	27,4
Mutter minderjährig/ sehr jung (bis 21 Jahre)	20	24,7	20	23,0	20	26,0	11	13,8	5	8,5	14	22,6
Vater minderjährig/ sehr jung (bis 21 Jahre)	5	6,2	5	5,7	6	7,8	0	0,0	0	0,0	3	4,8

Quelle: LHD, 2024c

Der besondere Fürsorgebedarf sowie der Entwicklungsstand des Kindes in den betreuten Familien ist in den Tab. 6.3 und Tab. 6.4 im zeitlichen Verlauf von 2017 bis 2022 dargestellt.

Tabelle 6.3: Besondere Fürsorgebedarfe des Kindes in den betreuten Familien durch Familienhebammen/Familienkinderkrankenschwestern der Frühen Gesundheitshilfen im Amt für Gesundheit und Prävention Dresden von 2017 bis 2022

	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)
Betreute Kinder	81		87		77		80		59		62	
Frühgeburt	7	8,6	10	11,5	7	9,1	9	11,3	11	18,6	19	30,6
Erkrankung	17	21,0	17	19,5	10	13,0	9	11,3	6	10,2	7	11,3
Mehrlinge	4	4,9	<3	1,1	4	5,2	4	5,0	3	5,1	4	6,5
Zustand nach Kindeswohlgefährdung	0	0,0	<3	1,1	0	0,0	<3	2,5	<3	1,7	3	4,8

Quelle: LHD, 2024c

Tabelle 6.4: Gesunde Entwicklung der Kinder zum 6. und 12. Lebensmonat in den betreuten Familien durch Familienhebammen/Familienkinderkrankenschwestern der Frühen Gesundheitshilfen im Amt für Gesundheit und Prävention Dresden von 2017 bis 2022

	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)
Betreute Kinder	81		87		77		80		59		62	
im 6. Lebensmonat	52		46		49		55		47		34	
Gewicht des Kindes angemessen	47	90,4	40	87,0	43	87,8	48	87,3	42	89,4	31	91,2
Meilenstein erreicht	41	78,8	40	87,0	43	87,8	40	87,0	38	80,9	26	76,5
U-Untersuchungen regelrecht	49	94,2	44	95,7	48	98,0	55	100,0	46	97,9	31	93,9
im 12. Lebensmonat	38		46		37		38		41		25	
Gewicht des Kindes angemessen	36	94,7	40	87,0	35	94,6	34	89,5	37	90,2	23	92,0
Meilenstein erreicht	32	84,2	38	82,6	32	86,5	36	94,7	34	82,9	21	84,0
U-Untersuchungen regelrecht	36	94,7	45	97,8	37	100,0	38	100,0	41	100,0	25	100,0

Quelle: LHD, 2024c

In der Betrachtung der Belastungslagen der Familien ist eine Zunahme von Mehrfachbelastungen und eine Steigerung der Komplexität der Familiensituation beobachtbar. Psychische Erkrankungen, Migrationshintergrund und Alleinerziehendenstatus stellen für das Familiensystem und damit für das gesunde Aufwachsen der Kinder eine besondere Herausforderung dar. Die Unterstützung dieser Familiengruppen erfordert eine intensivere Begleitung durch die Fachkräfte. Der Netzwerkaufbau in Form von Begleitungen und Anbindungen an weitere Unterstützungsmöglichkeiten nimmt in diesen Familien einen höheren Prozentsatz ein als im Vergleich zu anderen Familien. Die aufsuchende und kostenfreie Unterstützungsleistung der Familienhebammen/Familienkinderkrankenschwestern ermöglicht eine Niedrigschwelligkeit und eine passgenaue und individuelle Unterstützung der Familie. Besonders in Zeiten der Corona-Pandemie mit ihren Beschränkungen hat sich gezeigt, dass Telefonate einen Hausbesuch nicht ersetzen können und der Hausbesuch besonders in Krisenzeiten für Familien als gewinnbringend und für die Helfenden als wirksam erlebt wurde.

Die (Schrei-)Babysprechstunde basiert auf dem körpertherapeutischen und bindungsorientierten Ansatz der Emotionellen Ersten Hilfe und ist ein präventives wie auch intervenierendes Unterstützungsangebot. Eltern, die aufgrund der Unruhe des Kindes belastet sind, zweifeln sehr stark an sich und ihrer elterlichen Kompetenz. Ein niedrigschwelliger Zugang ist hierbei besonders wichtig. Dies wird durch die Kostenfreiheit sowie durch die Möglichkeit von Hausbesuchen erreicht. Für die Beratung wird keine Überweisung durch einen Kinderarzt/eine Kinderärztin benötigt. Ein wichtiges Merkmal der Beratungsstruktur ist eine zeitnahe Terminvergabe.

Die (Schrei-)Babysprechstunde richtet sich nicht nur an Eltern mit einem regulationsgeschwächtem Kind, sondern ist auch eine wichtige Anlaufstelle bei Fragen und Problemen zu den Themen Bindungsförderung, Ernährung, Entwicklung, Geburtstraumata sowie bei allgemeiner Verunsicherung und Belastung der Eltern im Alltag mit ihrem Kind. Ziele der Beratung sind:

- Reduktion des Kindeswohlgefährdenden Verhaltens der Eltern (Schütteltraumaprävention),
- Förderung der Regulationsfähigkeit von Eltern und Kind,
- Stärkung der elterlichen Beziehungs- und Bindungskompetenz sowie
- gesunde Entwicklung des Kindes.

Das Beratungsangebot ist in Tab. 6.5 dargestellt und verzeichnet seit 2017 einen Anstieg des Beratungsbedarfes. 2019 wurde aufgrund des hohen Unterstützungsbedarfes der Eltern eine Verdopplung der Beratungen zu 2018 verzeichnet. Die Nachfrage von Seiten der Eltern ist weiterhin hoch. Fehlende familiäre Unterstützung und fehlendes Zutrauen in eigene intuitive Elternkompetenzen führten auch in den letzten Jahren zu einer starken Unsicherheit und Überforderung der Eltern. Schwerpunkte der Beratung waren die Schlafberatung des Kindes gefolgt von Beratungen bei Regulationsstörungen des Kindes und Bindungsberatung. Die Beratung zum Autonomieverhalten des Kindes und seine Grenzsetzung hat sich 2022 im Vergleich zu 2021 vervierfacht, die Beratung zum Handling fast verfünffacht und Bindungsberatung fast verdoppelt. Alle drei Themenbereiche spiegeln eine hohe Verunsicherung der Eltern. In der Auswertung der Daten zeigt sich, dass schon nach einem Hausbesuch eine deutliche Verbesserung der Situation eingetreten ist und die Beratung nach zwei bis drei Sitzungen (Begleitungsdauer ein bis drei Monate) beendet werden konnte. Die Langzeitberatungen erfolgten bei schweren Regulationsstörungen (Fütterstörungen/Sondendependenz) oder bei hoher psychischer Belastung, Erkrankung der Eltern oder kranken Kindern und folgten dem Ziel einer expliziten Bindungs- und Entwicklungsförderung. In den Jahren der Corona-Pandemie (2020/21) kam es zu einem sprunghaften Anstieg verunsicherter Eltern und einer Zunahme von Regulationsstörungen. In beiden Jahren wurden Eltern mit Babys begleitet, die bereits in einem sehr jungen Lebensalter Misshandlungen erfahren mussten. Als neue Zielgruppe der (Baby-)Sprechstunde werden nun auch Pflegeeltern erreicht. Denn besonders deren Kinder tragen ein erhöhtes Risiko für eine gesunde Entwicklung, dass durch eine frühe Unterstützung minimiert werden kann.

Tabelle 6.5: Anlass für Erstberatungen in der (Schrei-)Babysprechstunde der Frühen Gesundheitshilfen im Amt für Gesundheit und Prävention Dresden von 2017 bis 2022

Anzahl	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)
Beratungen gesamt	217		245		450		545		692		561	
Themen der Beratung												
Regulationsstörungen	20	9,2	28	11,4	69	15,3	100	18,3	78	11,3	63	11,2
Schlafberatung	43	19,8	25	10,2	52	11,6	62	11,4	78	11,3	85	15,2
Autonomie und Grenzen	*		*		*		8	1,5	13	1,9	52	9,3
Bindungsberatung	7	3,2	13	5,3	17	3,8	57	10,5	44	6,4	70	12,5
Unsicherheit der Eltern	10	4,6	8	3,3	27	6,0	102	18,7	132	19,1	150	26,7
Z. n. Misshandlung/ Kindeswohlgefährdung	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,6	3	0,4	0	0,0
Kinder gesamt	58		89		138		187		191		185	
Kindesalter bei Beratungsbeginn												
0 bis 2 Lebensmonate	15	25,9	35	39,3	49	35,5	73	39,0	61	31,9	56	30,3
3 bis 4 Lebensmonate	21	36,2	16	18,0	14	10,1	27	14,4	41	21,5	33	17,8
5 bis 6 Lebensmonate	2	3,4	19	21,3	23	16,7	23	12,3	23	12,0	23	12,4
7 bis 8 Lebensmonate	11	19,0	3	3,4	13	9,4	15	8,0	17	8,9	18	9,7
9 bis 10 Lebensmonate	3	5,2	10	11,2	6	4,3	13	7,0	12	6,3	11	5,9
ab 11. Lebensmonat	4	6,9	3	3,4	27	19,6	27	14,4	22	11,5	44	23,8

Anmerkungen: * keine Daten erfasst
Quelle: LHD, 2024c

6.3 Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen

In diesem Abschnitt wird der Gesundheitszustand von Dresdner Kindern, Jugendlichen sowie gegebenenfalls auch bei jungen Erwachsenen einerseits aus deren subjektiver Sicht (subjektiver Gesundheitszustand) andererseits zur körperlichen Gesundheit (Sinnesorgane, motorische Entwicklung, Sprachentwicklung und Körpergewicht) anhand der Untersuchungsergebnisse des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes (KJÄD) des Amtes für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden vorgestellt.

6.3.1 Subjektiver Gesundheitszustand und Wohlbefinden

Der subjektive Gesundheitszustand wie auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität drücken die selbst wahrgenommene eigene Gesundheit aus und gehen damit über die alleinige Abwesenheit von Krankheiten und Beschwerden beziehungsweise deren Vorhandensein hinaus. Es ist ein komplexer Begriff, welcher unter dem Einfluss von Alter, Geschlecht, gesundheitsbezogenen Einstellungen, der Gesundheitskompetenz, der aktuellen Lebenssituation, Wahrnehmungen und Bewertungen sowie dem Vorhandensein von personalen (z. B. Stressbewältigungsstrategien) und externen Ressourcen (z. B. soziales Netzwerk, wie Familie und Freunde) steht. Im Falle einer Erkrankung kann der Betroffene lernen, mit den einhergehenden Belastungen gut umzugehen und sich subjektiv gesünder zu fühlen. Die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes beeinflusst zudem die Motivation zum Gesundheits- bzw. Risikoverhalten sowie zur aktiven Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Ergebnisse aus der Kommunalen Bürgerumfrage der Landeshauptstadt Dresden

Aus diesen Gründen stellen die Antworten zum subjektiven Gesundheitszustand und zum subjektiven Wohlbefinden aus der kommunalen Bürgerumfrage (KBU) der Landeshauptstadt Dresden eine wichtige Datengrundlage (Seite 374) für gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen der heranwachsenden Generation bis ins frühe Erwachsenenalter im Alter von frühestens 16 bis 24 Jahren dar.

Der Gesundheitszustand, die körperliche, geistigen und sozialen Gesundheit und das Wohlbefinden werden dabei bei jeder KBU 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 (LHD, 2023a).

Die allgemeine Tendenz, dass die Dresdner und Dresdnerinnen ihren Gesundheitszustand (2016: 67 % mit „gut“; 4 % mit „schlecht“; 2022: 61 % mit „gut“; 5 % mit „schlecht“) und speziell die körperliche und seelische Gesundheit im zeitlichen Verlauf von 2016 bis 2022 schlechter einschätzten, drückte sich noch deutlicher in dem stärkeren Abfall und schlechteren Beurteilungen der 16- bis 24-Jährigen (2016: 92 % „gut“; 1 % „schlecht“; 2022 n (körperlich) = 175; n (seelisch) = 172): 78 % „gut“; 0 % „schlecht“) mit minus 14 Prozentpunkten im Vergleich zum Dresdner Durchschnitt aus (Abb. 6.1) (LHD, 2017, 2019, 2020, 2023a). Von besonderer Relevanz ist, dass die 16- bis 24-Jährigen erstmals im Befragungsjahr 2020 und seitdem ihre seelische Gesundheit schlechter bewerteten als der Durchschnitt der Dresdner Bevölkerung. Man muss nun die Ergebnisse der folgenden KBU abwarten, um den Trend weiter zu beobachten. Gleichsam braucht es Angebote und Maßnahmen, um aktuell und fortgesetzt auf diese Erkenntnis zu reagieren.

Beurteilte der überwiegende Anteil dieser Altersgruppe im Jahr 2022 mit 75 Prozent (2016: 92 %) die körperliche Gesundheit mit „gut“, 24 Prozent mit „einigermaßen zufriedenstellend“ (2016: 7 %) und ein Prozent mit „schlecht“ (2016: 1 %), ist dennoch eine Verschlechterung von minus 17 Prozentpunkte bei „gut“ und ein Plus von 17 Prozentpunkten bei „einigermaßen zufriedenstellend“ deutlich zu erkennen. Ähnlich zeigte sich die Beurteilung der seelischen Gesundheit (2016: 80 % mit „gut“ und 3 % mit „schlecht“; 2022: 55 % mit „gut“ und 11 % mit „schlecht“) (Abb. 6.1) (LHD, 2017, 2019, 2020, 2023a).

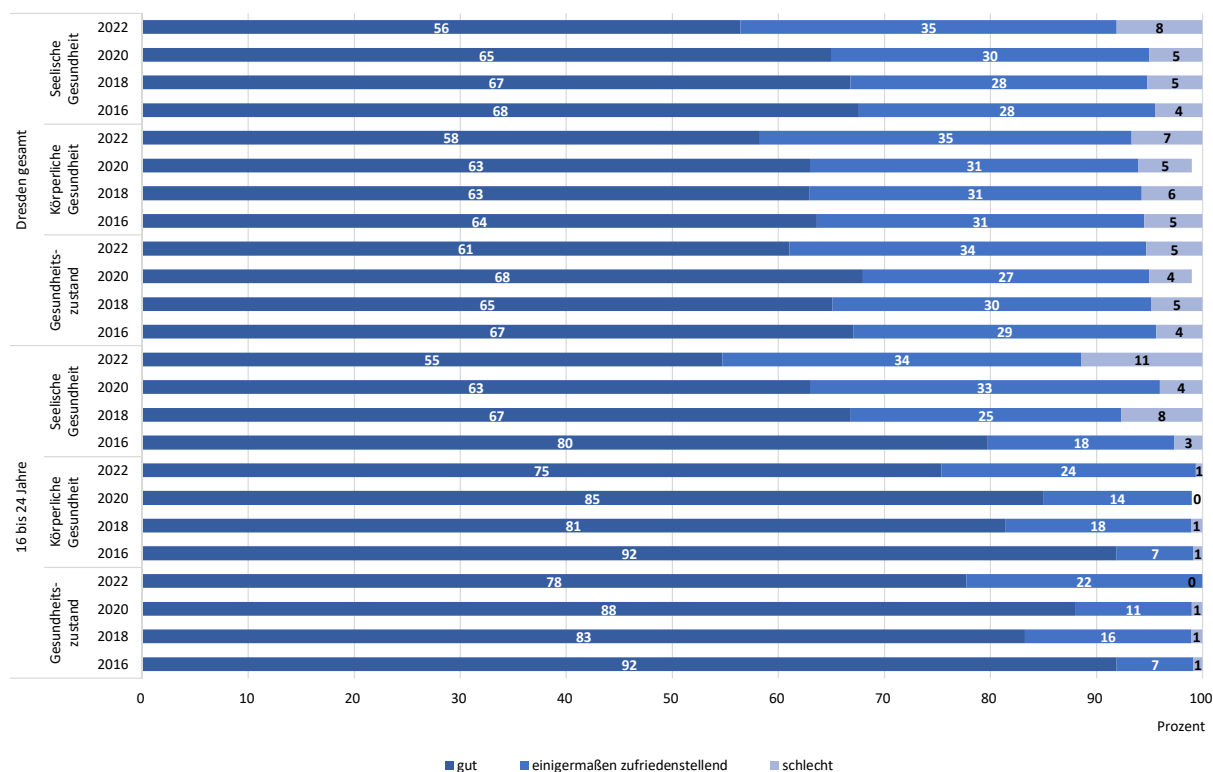


Abbildung 6.1: Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands und der körperlichen und seelischen Gesundheit der Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen in Dresden laut KBU 2016, 2018, 2020 und 2022

Quellen: LHD, 2017, 2019, 2020 und 2023

Eine abfallende Tendenz zeigte sich auch in dem subjektiv eingeschätzten Wohlbefinden im zeitlichen Verlauf von 2016 bis 2022 in dieser Altersgruppe. So schätzte die Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen ihr Wohlbefinden 2022 mit 69 Prozent als „gut“ (2016: 77 %), 29 Prozent als „einigermaßen zufriedenstellend“ (2016: 23 %) und zwei Prozent als „schlecht“ (2016: 1 %) ein (Abb. 6.2) (LHD, 2017, 2019, 2020, 2023a).

Ein guter Gesundheitszustand steht stark im Zusammenhang mit der Beurteilung des subjektiven Wohlbefindens, und umgekehrt. Wie im Abschnitt 5.2 auf Seite 148 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.

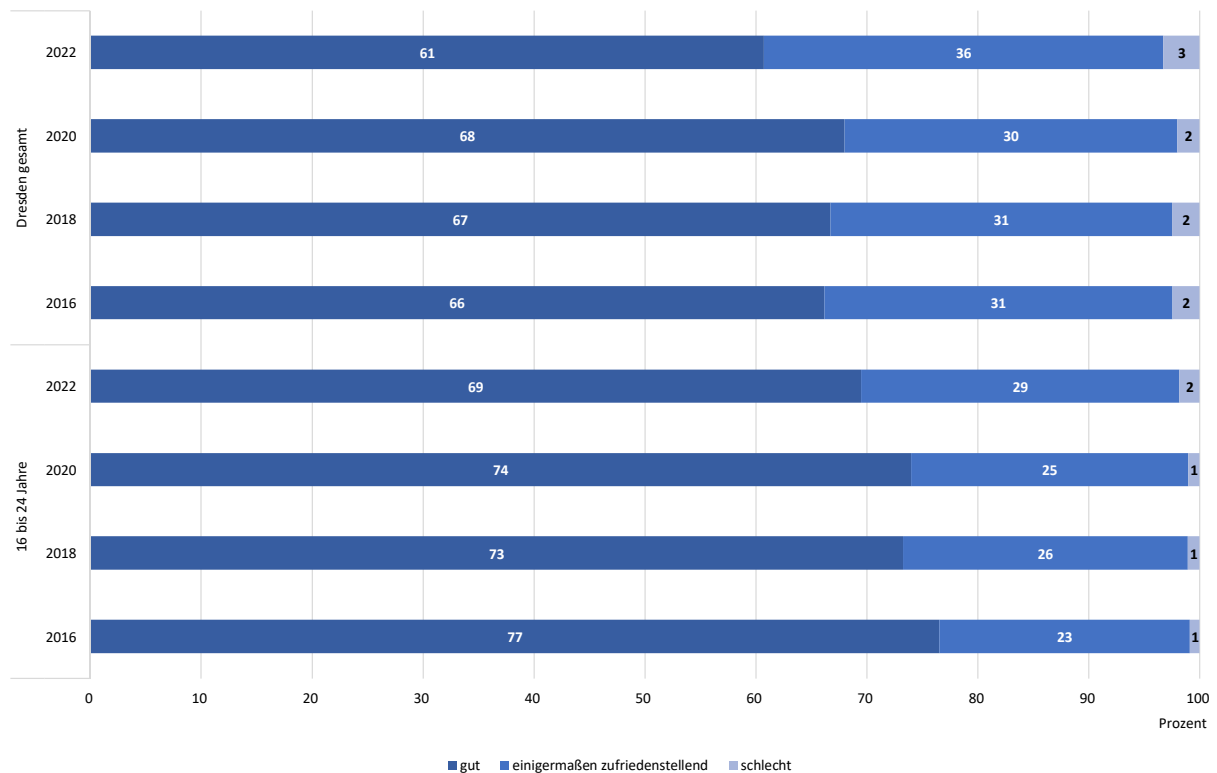


Abbildung 6.2: Beurteilung des subjektiven Wohlbefindens der Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen in Dresden laut KBU 2016, 2018, 2020 und 2022

Quellen: LHD, 2017, 2019, 2020 und 2023h

Ergebnisse aus der Dresdner Kinder- und Jugendstudie

Die Dresdner Kinder- und Jugendstudie (Seite 371) vermittelt weitere Informationen zum selbsteingeschätzten Gesundheitszustand der heranwachsenden Generation, die nach 2000, 2005, 2010 und 2021 zum vierten Mal mit einer bereits 20-jährigen Tradition durchgeführt wurde. Angeregt durch eine UNICEF-Kinderkommission und von Anfang an in enger Zusammenarbeit mit der Landeshauptstadt Dresden wurde 2000 zum ersten Mal eine umfassende Bestandsaufnahme zur subjektiven Lebenslage der Kinder und Jugendlichen durchgeführt. Eine Übersicht zur Anzahl teilgenommener Kinder und Jugendlichen befindet sich im Anhang 6.1 auf Seite 400. Darin wurden die teilnehmenden 8- bis 15-jährigen Kinder und Jugendlichen aus den 3. bis 9. Klassen an Dresdner Schulen und diesmal erstmalig auch Jugendliche im Alter von 16 bis 21 Jahren 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.

Nur vereinzelte Befragte der Kinder- und auch Jugendstudie geben an, unter keiner der genannten Gesundheitsbeeinträchtigungen zu leiden. 86 Prozent der befragten Kinder und 89 Prozent der Jugendlichen gaben vier oder mehr Beschwerden an.

Die Ergebnisse von 396 teilnehmenden Kindern und Jugendlichen zeigten dabei, dass über 90 Prozent „oft“ und „manchmal“ unter körperlichen und seelischen Beschwerden litten. Am häufigsten gaben die Kinder an, dass Erschöpfung (37,8 %), Kopfschmerzen (20,3 %), Konzentrationsmangel (18,3 %) und Nervosität/Unruhe (16,8 %) oft auftraten (siehe Abb. 6.3).

Im zeitlichen Verlauf gab es nennenswerte Veränderungen: Mit insgesamt etwas mehr als acht Prozentpunkten waren besonders Ängste unter den Kindern mit den Angaben „oft“ und „manchmal“ angestiegen. Aber auch Konzentrationsprobleme erlebten im Vergleich zu 2010 (68 %) etwas mehr der Befragten von 2021, zumindest manchmal (2021: 75 %). In der folgenden Abb. 6.3 werden die einzelnen Aspekte etwas näher betrachtet (Lenz & Schlinzig, 2021).

Ähnlich wie die Ergebnisse der zweiten und dritten Dresdner Kinderstudie 2005 gab es auch diesmal wieder Hinweise, dass sich diese gesundheitlichen Beschwerden und Stresssymptome differenziert nach Geschlecht und besuchter Klassenstufe zeigten (Lenz & Fücker, 2005; Lenz & Schlinzig, 2021). Die Geschlechtsspezifität bestätigen (inter)nationale Studien (Schmidtke et al., 2021).

Knapp 93 Prozent der Dresdner Kinder berichteten, zumindest „manchmal“ erschöpft zu sein, fast 38 Prozent waren sogar „oft“ von Erschöpfung betroffen. Es gab keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern, allerdings treten Erschöpfungszustände mit steigendem Alter häufiger auf (Lenz & Schlinzig, 2021).

Jede bzw. jeder fünfte Befragte der Kinderstudie gab an, „oft“ unter Kopfschmerzen zu leiden, insgesamt 82 Prozent der Dresdner Kinder waren zumindest „manchmal“ betroffen. Alterseffekte waren erkennbar, so waren die Schülerinnen und Schüler der 5. und 6. Klasse am seltensten „oft“ betroffen. Nur zehn Prozent gaben dies an, während es bei den Siebt- bis Neuntklässlerinnen und -klässlern 29 Prozent waren. Auch nach Geschlecht waren Unterschiede feststellbar. Deutlich mehr Mädchen (24 %) als Jungen (15 %) litten „oft“ unter Kopfschmerzen (Lenz & Schlinzig, 2021).

Mangelnde Konzentration beklagten ebenfalls 75 Prozent der Befragten der Kinderstudie, 18 Prozent der Schülerinnen und Schüler litten sogar „oft“ unter Konzentrationsproblemen. Mädchen und Jungen waren gleichermaßen betroffen, allerdings gab es hinsichtlich der Klassenstufen deutliche Unterschiede: Während in den Grundschulen (3. und 4. Klasse) etwa 65 Prozent der Schülerinnen und Schüler einschätzten, „manchmal“ oder „oft“ unkonzentriert zu sein, stieg der Anteil bis auf 81 Prozent in den 7. bis 9. Klassen. Steigende Leistungsanforderungen und bevorstehende Prüfungen könnten für diesen Anstieg des Konzentrationsmangels verantwortlich sein. Auffällig war, dass im Zeitvergleich seit 2005 besonders in den niedrigen Klassenstufen deutlich mehr Schülerinnen und Schüler (2010: 56 %; 2005: 48 %) fehlende Konzentration angaben.

Von zumindest manchmal vorkommenden Angstzuständen berichteten 70 Prozent der befragten Dresdner Schülerinnen und Schüler. Mädchen (15 % „oft“, 62 % „manchmal“) gaben deutlich häufiger an, unter Angstzuständen zu leiden, als Jungen, von denen nur fünf Prozent „oft“ Angst und 54 Prozent „manchmal“ empfanden. Bezüglich des Alters war festzustellen, dass 78 Prozent der Schülerinnen und Schüler in der 3. und 4. Klassenstufe über zumindest gelegentlich auftretende Angstzustände berichteten und dieser Anteil bis zu den Klassenstufen 7 bis 9 auf 62 Prozent sank. Auch die sozialräumlichen Problemlagen schienen in geringem Maße mit der Häufigkeit des Angstempfindens zusammenzuhängen. So gaben 68 Prozent der Kinder aus **Stadtteilen** mit geringen sozialen Problemlagen an, „oft“ oder „manchmal“ unter Angst zu leiden, während es in Stadtteilen mit hohen Problemlagen 76 Prozent waren (Lenz & Schlinzig, 2021).

Etwas weniger als jede bzw. jeder zweite Dresdner Schülerin bzw. Schülerin gaben an, unter Rückenschmerzen zu leiden, zehn Prozent waren sogar „oft“ betroffen. Für Mädchen (12 %) traf das häufiger zu als für Jungen (7 %). Mit zunehmendem Alter stieg der Anteil derer, die Rückenbeschwerden beklagten. Sieben Prozent der Kinder in der 3. und 4. Klassenstufe berichteten von „oft“ auftretenden Rückenproblemen, der Anteil unter den Befragten in den 7. bis 9. Klassen war mit 18 Prozent mehr als doppelt so hoch. Interessanterweise waren Kinder aus Stadtteilen mit geringer sozialer Belastung mit 15 Prozent häufiger betroffen als ihre Mitschülerinnen und Schüler aus Stadtteilen mit sehr starker sozialer Belastung (6 %) (Lenz & Schlinzig, 2021).

Zusätzlich konnten die befragten Schülerinnen und Schüler angeben, wie oft sie „keine Lust auf Essen“ verspüren. Insgesamt berichteten 56 Prozent der Kinder in Dresden von diesem oft stressbedingten Symptom. Mädchen litten dabei etwas häufiger unter Appetitlosigkeit (59 %, Jungen 51 %). Insgesamt setzt sich damit der starke Anstieg der Werte, der im Vergleich zwischen 2005 und 2010 eine Verdoppelung gezeigt hatte, nicht fort und verblieb etwas unter dem Niveau von 2010: Damals lag der Anteil der betroffenen Kinder bei 61 Prozent. Der bereits 2010 festgestellte Zusammenhang zwischen Appetitlosigkeit und Alter blieb bestehen: 2010 beklagten 69 Prozent der jüngsten Schülerinnen und Schüler zumindest gelegentlich auftretende Appetitlosigkeit, dieser Anteil sank mit dem Alter auf 49 Prozent in der 9. Klassenstufe. Aktuell lagen die Werte in der 3. und 4. Klassenstufe bei 67 Prozent und bei den Siebt- bis Neuntklässlerinnen und -klässlern bei 47 Prozent. Der noch 2010 festgestellte leichte Zusammenhang mit dem Sozialstatus lässt sich hingegen nicht mehr feststellen, dafür gab es Unterschiede in den Sozialräumen. Kamen Kinder aus Stadtteilen mit geringen sozialen Problemlagen, gaben 50 Prozent an, zumindest „manchmal“ unter Appetitlosigkeit zu leiden. In Stadtteilen mit hohen Problemlagen waren es hingegen 70 Prozent (Lenz & Schlinzig, 2021).

Insgesamt etwa ein Drittel (34 %) aller Befragten der Kinderstudie berichteten, gelegentlich oder oft unter Allergien wie beispielsweise Heuschnupfen zu leiden. Jungen in Dresden waren dabei häufiger (42 %) betroffen als Mädchen (27 %). Weitere Zusammenhänge, etwa mit Alter bzw. Klassenstufe oder Sozialstatus, konnten nicht nachgewiesen werden (Lenz & Schlinzig, 2021).

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 im Wegfall der Angebote der Kindertagesbetreuung und in den höheren Anforderungen der Oberschule 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 & Schlinzig, 2021).

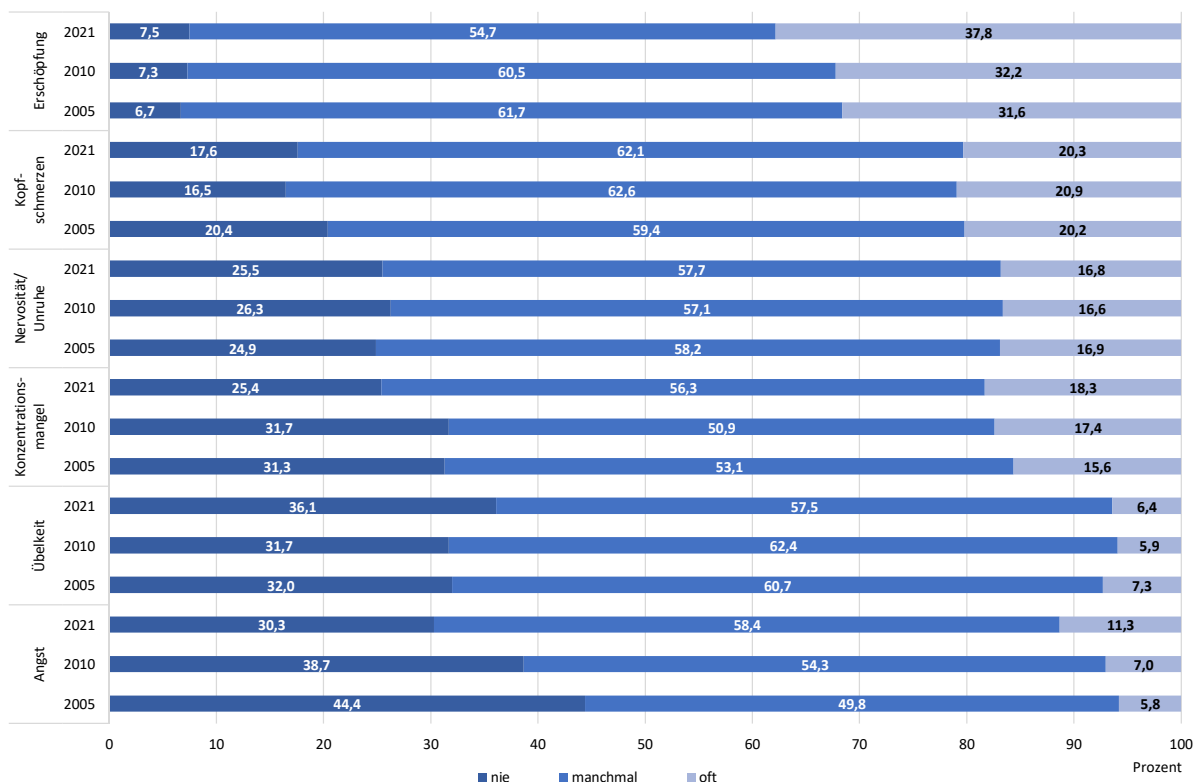


Abbildung 6.3: Beurteilung der häufigsten gesundheitlichen Beschwerden und Stresssymptome in der Altersgruppe der 8- bis 15-Jährigen in Dresden laut Dresdner Kinder- und Jugendstudie 2005, 2010 und 2021

Quelle: Lenz & Fückner 2005, Lenz & Schlinzig 2012 und 2021

Auch im Rahmen der Jugendstudie wurde die Fragestellung erhoben (Abb. 6.4). Im Vergleich zur Kinderstudie fiel besonders auf, dass sogar mehr als die Hälfte der Befragten angaben, Erschöpfungszustände oft zu erleben. Auch Rückenprobleme (plus 29 Prozentpunkte) und Konzentrationsprobleme (plus 11 Prozentpunkte) traten häufiger als bei den Kindern auf, während Appetitlosigkeit und Übelkeit seltener genannt wurden.

Die Ergebnisse der Jugendstudie zeigte, dass Erschöpfung mit steigendem Alter häufiger auftrat. Fast alle Jugendlichen (98 %) erlebten dies zumindest „manchmal“. Interessanterweise ließen sich in den Ergebnissen der Jugendstudie geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen: Junge Frauen waren zu 65 Prozent „oft“ erschöpft, während es bei den Männern mit 37 Prozent deutlich weniger Personen berichteten (Lenz & Schlinzig, 2021).

Unter den Jugendlichen ließen sich mit 79 Prozent ähnliche Anteile feststellen und auch der Unterschied nach Geschlecht lässt sich feststellen: unter den jungen Frauen leiden 36 Prozent „oft“ unter Kopfschmerzen (junge Männer: 12 %).

Die befragten Jugendlichen zeigten insgesamt nochmals höhere Werte: 85 Prozent gaben Probleme mit der Konzentration an und auch hier waren etwas häufiger die jungen Frauen (90 %) betroffen (Lenz & Schlinzig, 2021).

In der Jugendbefragung zeigten sich sowohl insgesamt (70 %) als auch für die Unterscheidung zwischen jungen Männern (54 %) und Frauen (85 %) ähnliche Werte. Auch der Alterseffekt ließ sich finden: unter den 22-Jährigen gaben mit 58 Prozent deutlich weniger Personen an, zumindest „manchmal“ unter Angstzuständen zu leiden. Zudem ließen sich nach der sozialen Herkunft Unterschiede bei den Jugendlichen feststellen. So gaben etwas mehr als jede bzw. jeder Vierte (27 %) an, „oft“ unter Angst zu leiden, wenn er/sie aus einer Familie mit niedrigen sozioökonomischen Status kommt und 55 Prozent zumindest „manchmal“. Bei einer hohen sozialen Herkunft waren es mit 19 Prozent „oft“ und 49 Prozent „manchmal“ etwas weniger Jugendliche, die dies angegeben hatten.

Unter den Jugendlichen stieg der Anteil an Befragten, die „oft“ Rückenprobleme angaben, sogar auf fast 30 Prozent an. Weiterhin waren besonders junge Frauen betroffen, von denen 38 Prozent dies angaben.

Unter den Jugendlichen gaben weniger als die Hälfte (47 %) an, öfter oder manchmal keine Lust mehr auf Essen zu haben. Auch hier waren die jungen Frauen mit 55 Prozent etwas häufiger betroffen (Männer: 35 %). Mit steigendem Alter nahm aber auch dieses Phänomen ab. So berichteten nur noch 28 Prozent der 22-Jährigen, zumindest „manchmal“ unter Appetitlosigkeit zu leiden (Lenz & Schlinzig, 2021).

Die Jugendstudie zeigte, dass Allergien etwas häufiger (40 %) in dieser Altersgruppe zu finden waren. Wie bereits bei der Kinderstudie ließen sich keine weiteren Zusammenhänge feststellen.

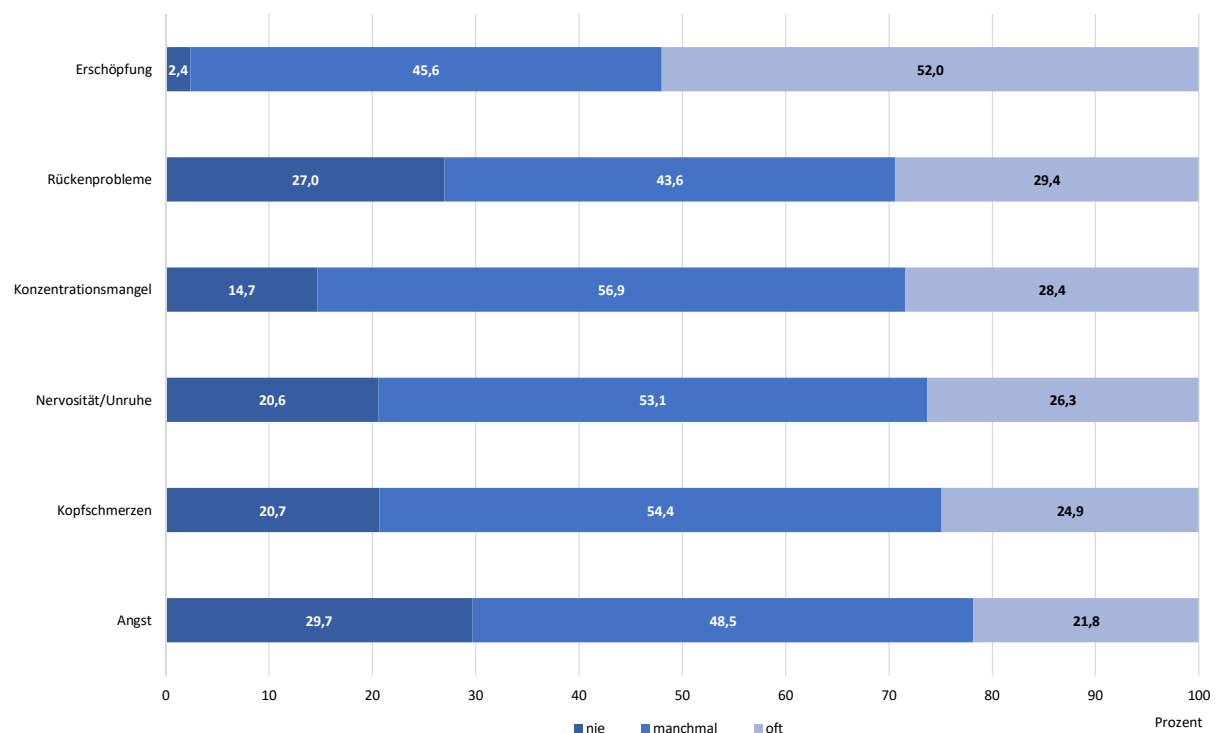


Abbildung 6.4: Beurteilung der häufigsten gesundheitlichen Beschwerden und Stresssymptome in der Altersgruppe der 16- bis 22-Jährigen in Dresden laut Dresdner Kinder- und Jugendstudie 2021

Quelle: Lenz & Schlinzig, 2021

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Mädchen stärker unter Kopfschmerzen, Angst, Appetitlosigkeit und Rückenproblemen litten. Jungen gaben öfter Allergien an. Zudem konnten Alterszusammenhänge erfasst werden: Während Erschöpfungszustände, Konzentrationsprobleme sowie Rückenprobleme mit steigendem Alter bzw. höherer Klassenstufe zunahmen, litten Jüngere häufiger als ihre älteren Mitschülerinnen und Mitschüler unter Übelkeit, Angstzuständen und Appetitlosigkeit. Insgesamt waren Kinder und Jugendliche in der Landeshauptstadt Dresden durch verschiedene gesundheitliche Beschwerden teilweise stark beeinträchtigt, was ein Hinweis auf die zunehmenden Belastungen und Herausforderungen im Vergleich zur bisherigen Kindheitsphase ist. Unter den Befragten der Jugendstudie zeigte sich, dass junge Frauen auch häufiger von mehreren gesundheitlichen Problemen betroffen waren. 95 Prozent gaben an, an mehr als drei Beschwerden zu leiden. Bei den jungen Männern waren es mit 82 Prozent etwas weniger (Lenz & Schlinzig, 2021).

6.3.2 Häufigste Diagnosen der Krankenhausstatistik

Bei den häufigsten Hauptdiagnosen (ICD-10) der vollstationär behandelten Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern der Altersgruppe der unter Fünfjährigen mit Wohnsitz Stadt Dresden standen an erster Stelle jeweils die Lebendgeborenen (ICD-10 Z38) in den Krankenhäusern für die Jahre 2018, 2020 und 2022. Im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt traten häufig Störungen mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht (P07), intrauterine Mangelernährung (P05), Ernährungsprobleme bei Neugeborenen (P32) auf. Darüber hinaus führten in dieser Altersgruppe auch intrakranielle Verletzungen (S06) und akute Bronchitiden (J20), Darminfektionen (A06) zu häufigen Krankenhausaufenthalten (Statistisches Landesamt Sachsen, 2023).

In der Tab. 6.6 sind die fünf häufigsten Krankenhausfälle der 5- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen mit Wohnort in der Landeshauptstadt Dresden mit den aufgeführten Hauptdiagnosen (ICD-10) in den Jahren 2018, 2020 und 2022 dargestellt.

An erster Stelle stehen Hauptdiagnosen jeweils intrakraniellen Verletzungen (S06) unterschiedlicher Ursache, gefolgt von den Diagnosen chronische Erkrankungen der Gaumen- und Rachenmandeln (J35), Frakturen des Unterarms (S52) sowie Epilepsien (G40), die in den aufgeführten Jahren an unterschiedlicher Stelle stehen.

Tabelle 6.6: Häufigste Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden der Altersgruppe 5 bis 9 Jahre nach Geschlecht der Jahre 2018, 2020 und 2022

Rangfolge	2018		2020		2022	
	ICD-10-GM Version	Anzahl Patientenfälle	ICD-10-GM Version	Anzahl Patientenfälle	ICD-10-GM Version	Anzahl Patientenfälle
Gesamt						
1	S06 Intrakranielle Verletzung	186	S06 Intrakranielle Verletzung	167	S06 Intrakranielle Verletzung	152
2	J35 Chronische Krankheiten der Gaumen- und der Rachenmandel	64	S52 Fraktur des Unterarmes	66	J35 Chronische Krankheiten der Gaumen- und der Rachenmandel	52
3	S52 Fraktur des Unterarmes	55	J35 Chronische Krankheiten der Gaumen- und der Rachenmandel	46	S52 Fraktur des Unterarmes	50
4	G40 Epilepsie	53	G40 Epilepsie	37	G40 Epilepsie	45
5	S42 Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	36	S42 Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	30	A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	45
Männlich						
1	S06 Intrakranielle Verletzung	105	S06 Intrakranielle Verletzung	89	S06 Intrakranielle Verletzung	104
2	J35 Chronische Krankheiten der Gaumen- und der Rachenmandel	41	S52 Fraktur des Unterarmes	36	C91 Lymphatische Leukämie	36
3	G40 Epilepsie	37	J35 Chronische Krankheiten der Gaumen- und der Rachenmandel	27	J35 Chronische Krankheiten der Gaumen- und der Rachenmandel	30
4	S52 Fraktur des Unterarmes	33	G40 Epilepsie	26	S52 Fraktur des Unterarmes	29
5	S42 Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	22	C71 Bösartige Neubildung des Gehirns	20	A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	25
Weiblich						
1	S06 Intrakranielle Verletzung	81	S06 Intrakranielle Verletzung	78	S06 Intrakranielle Verletzung	48
2	J35 Chronische Krankheiten der Gaumen- und der Rachenmandel	23	S52 Fraktur des Unterarmes	30	G40 Epilepsie	24
3	S52 Fraktur des Unterarmes	22	J35 Chronische Krankheiten der Gaumen- und der Rachenmandel	19	J35 Chronische Krankheiten der Gaumen- und der Rachenmandel	22
4	C91 Lymphatische Leukämie	19	S42 Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	14	S52 Fraktur des Unterarmes	21
5	G40 Epilepsie	16	G40 Epilepsie	11	A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	20

Anmerkungen: einschließlich Stunden- und Sterbefälle

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024

In der Tab. 6.7 sind die fünf häufigsten Krankenhausfälle der 10- bis unter 18-Jährigen nach den zwei Geschlechtsmerkmalen männlich und weiblich mit Wohnort in der Landeshauptstadt Dresden mit den aufgeführten Hauptdiagnosen (ICD-10) in den Jahren 2018, 2020 und 2022 dargestellt. An erster Stelle stehen jeweils Haupteinweisungsgründe der intrakraniellen Verletzungen (S06) unterschiedlicher Ursachen, gefolgt von den Diagnosen der psychischen Gesundheit, wie Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), Depressive Episoden (F37), auch Epilepsien (G40) sowie im Zusammenhang mit Alkoholkonsum (F10), die in den aufgeführten Jahren an unterschiedlicher Stelle stehen.

Tabelle 6.7: Häufigste Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden der Altersgruppe 10 bis 17 Jahre nach Geschlecht der Jahre 2018, 2020 und 2022

Rangfolge	2018		2020		2022	
	ICD-10-GM Version	Anzahl Patienten-fälle	ICD-10-GM Version	Anzahl Patienten-fälle	ICD-10-GM Version	Anzahl Patienten-fälle
Gesamt						
1	S06 Intrakranielle Verletzung	178	S06 Intrakranielle Verletzung	168	S06 Intrakranielle Verletzung	173
2	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	119	F32 Depressive Episode	126	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	119
3	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	80	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	104	F32 Depressive Episode	84
4	F32 Depressive Episode	72	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	70	G40 Epilepsie	83
5	K35 Akute Appendizitis	65	K35 Akute Appendizitis	67	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	81
Männlich						
1	S06 Intrakranielle Verletzung	106	S06 Intrakranielle Verletzung	88	S06 Intrakranielle Verletzung	95
2	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	52	S52 Fraktur des Unterarmes	49	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	47
3	S52 Fraktur des Unterarmes	46	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	48	G40 Epilepsie	47
4	E10 Diabetes mellitus, Typ 1	33	K35 Akute Appendizitis	36	S52 Fraktur des Unterarmes	47
5	K35 Akute Appendizitis	33	S82 Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	27	K35 Akute Appendizitis	33
Weiblich						
1	S06 Intrakranielle Verletzung	72	F32 Depressive Episode	118	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	99
2	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	67	S06 Intrakranielle Verletzung	80	S06 Intrakranielle Verletzung	78
3	F32 Depressive Episode	61	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	56	F32 Depressive Episode	70
4	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	55	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	54	F50 Essstörungen	53
5	R10 Bauch- und Beckenschmerzen	38	R10 Bauch- und Beckenschmerzen	38	R10 Bauch- und Beckenschmerzen	41

Anmerkungen: einschließlich Stunden- und Sterbefälle
Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024

6.3.3 Ausgewählte Diagnosen der Krankenhausstatistik

Für die ausgewählten Hauptdiagnosen der Krankenhausstatistik Epilepsie (G40-41), Asthma Bronchiale (J45), Schlafstörungen (G47), Verletzungen des Kopfes (S00-09) für die Altersgruppe der unter 15-Jährigen wird auf die Ausführungen im Abschnitt 5.3.2 auf Seite 155 verwiesen.

6.3.4 Körperliche Gesundheit und Entwicklungsstand anhand der Routineuntersuchung

Die Daten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes liefern wichtige Erkenntnisse über die gesundheitliche Lage und zur Entwicklung der Kinder für die Landeshauptstadt Dresden. Im Freistaat Sachsen können zum aktuellen Zeitpunkt von den Ergebnissen keine Rückschlüsse auf Lebensumstände getroffen werden, wie in Abschnitt 6.1 auf Seite 203 bereits beschrieben. Da die Schulaufnahmeuntersuchungen in allen Bundesländern als gesetzliche Aufgabe durchgeführt werden, gehören diese zu den wichtigsten Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Die Methodik der Routineuntersuchungen, deren gesetzliche Grundlagen und Befundaussprägungen sowie die Untersuchungszahlen werden im Kapitel „Datengrundlagen“ (Seite 377) sowie im Anhang 6.2 (Seite 401), 6.3 und 6.4 (Seite 402) näher beschrieben. In den folgenden Abschnitten werden die Daten zur körperlichen Gesundheit und kindlichen Entwicklung der Dresdner Kinder und Jugendlichen aus den Kita-, Schulaufnahme- und schulärztlichen Untersuchungen ab dem Schuljahr 2017/18 bis einschließlich dem Schuljahr 2022/23 schuljahresweise und als gewichtete Mittelwerte (GwM) (auch gewichteter Durchschnitt) der sechs Schuljahre dargestellt, da sich die Untersuchungszahlen je Schuljahr aufgrund der Einschränkungen während der Corona-Pandemie teilweise sehr unterschieden.

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen und der untersuchten Kinder und Jugendlichen sowohl für die Dresdner Daten als auch für die Daten für Sachsen bestehen.

Bei den Kita- und schulärztlichen Untersuchungen konnte in den Schuljahren 2019/20, 2020/21 sowie auch noch bis einschließlich 2021/22 nicht jedem Kind ein Angebot unterbreitet und die Durchführung nicht vollumfänglich umgesetzt werden. Die Ursachen hierfür lagen in den Teil-Schließungen der Einrichtungen als Corona-Pandemie-Schutzmaßnahmen sowie in den Festlegungen, welche Kinder weiterhin die Kita besuchen konnten. Zudem bestand für Kinder und Personal in den Einrichtungen bei einer nachgewiesenen Covid-19-Infektion bzw. Kontakt mit einem Covid-19-Infizierten Betretungsverbot, so dass ein größerer Anteil an Kindern zum Angebot der ärztlichen Untersuchung in Kita und Schule nicht anwesend war. Aufgrund der Einbindung von Personal des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes im Amt für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden in Tätigkeiten zur Eindämmung der Corona-Pandemie waren auch die Angebote der Kita- und schulärztlichen Untersuchungen reduziert. An den Förderschulen wurden die schulärztlichen Untersuchungen weitestgehend durchgeführt. Die Schulaufnahmeuntersuchung wurde bei allen schulpflichtig werdenden Kindern sowie Kindern, die im Vorjahr vom Schulbesuch zurückgestellt wurden, durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst in allen Jahren vollumfänglich durchgeführt. Hier lag auch intrapandemisch ein besonderer Schwerpunkt, um die Kinder und Eltern zumindest vor dem Schulstart entsprechend begleiten zu können.

Mit Darstellung der Daten für Sachsen ist auch zu beachten, dass das Personal aus dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst in den sächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten für die Bewältigung der Corona-Pandemie mehr oder weniger abgezogen worden ist, so dass die Kita- und schulärztlichen Untersuchungen teilweise überhaupt nicht oder nur nach Bedarf angeboten werden konnten. Häufig erfolgte dabei eine Fokussierung auf Einrichtungen in mehrfachbelasteten Gebieten und mit einem besonderen Unterstützungsbedarf.

6.3.4.1 Sinnesorgane der Kinder: Seh- und Hörvermögen

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 Voraussetzung. 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 (kommunales Gesundheitsamt) statt. 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 Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten und/oder Fachärztinnen und Fachärzte eingeleitet werden.

■ Sehvermögen (Fernvisus)

Die sich ändernden Lebensgewohnheiten mit viel Naharbeit (Bildung) und geringer Exposition gegenüber Sonnenlicht (Aufenthalt im Freien) scheinen hier einen starken Einfluss auszuüben. Aus bevölkerungsmedizinischer Sicht sind diese Ergebnisse relevant, weil starke Kurzsichtigkeit das Risiko für weitere Augenerkrankungen bis zur Erblindung im späteren Erwachsenenalter erhöht, die Veränderungen am Auge irreversibel sind, jedoch effektive Präventionsmaßnahmen zur Verfügung stehen (Landre-neau et al., 2021).

Für die drei Untersuchungsgruppen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes am Amt für Gesundheit und Prävention Dresden (Kita, Schulaufnahme und 6. Klasse) sind in Abb. 6.5 die Häufigkeiten der Auffälligkeiten hinsichtlich des Sehvermögens im zeitlichen Verlauf der sechs Schuljahre von 2017/18 bis 2022/23 dargestellt.

Diese Auffälligkeiten werden entweder den Erziehungsberechtigten als neuer, abklärungsbedürftiger Befund („A“-Befunde) persönlich oder schriftlich mitgeteilt oder als bereits „In Behandlung“ („B“-Befunde) zugeordnet, wenn sich die Kinder in augenärztlicher Behandlung befinden.

Bei den untersuchten Kindern im Kita-Alter und zur Schulaufnahme konnte ein deutlicher Anstieg von auffälligen („A“-, „B“-) Befunden im Sehvermögen von 2017/18 bis 2022/23 festgestellt werden (Abb. 6.5; Tab. 6.8). Der Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten („A“-, „B“-Befunde) im Sehvermögen stieg um 7,3 Prozentpunkte im Kita-Alter bei den knapp ein Viertel aller untersuchten Kinder zur Kita-Untersuchung (2017/18: 20,2 %; 2022/23: 27,5 %; GwM: 23,9 %) (Tab. 6.8).

Im Vergleich dazu stiegen die auffälligen („A“-, „B“-) Befunde bei den Kindern zur Schulaufnahmeuntersuchung um 3,6 Prozentpunkte (2017/18: 31,0 %; 2022/23: 34,6 %); im Durchschnitt wurden bei 32 Prozent der Kinder zur Schulaufnahmeuntersuchung Auffälligkeiten beim Sehtest festgestellt (Tab. 6.9). Es sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass der standardisierte Sehtest zur Schulaufnahmeuntersuchung aufgrund der besonderen Bedeutung für einen erfolgreichen Schulbesuch einer relativ strengen Bewertung unterliegt (Forderung: Fernvisus 1,0).

Bei den Untersuchten der 6. Klasse war ein Anstieg der auffälligen („A“-, „B“-) Befunde um 1,1 Prozentpunkte im gleichen Betrachtungszeitraum (2017/18: 20,0 %; 2022/23: 26,2 %; GwM: 25,6 %) zu beobachten (Tab. 6.10).

Es ist hervorzuheben, dass der Anteil an diagnostikbedürftigen („A“-) Befunden gegenüber den („B“-) Befunden, die bereits in ärztlicher Behandlung sind, bei den Kita-Kindern und Vorschülern doppelt bis vierfach so hoch ist (Abb. 6.5). Demgegenüber zeigt sich dieses Verhältnis bei den Kindern der 6. Klasse ein anderes Verhältnis. Der Anteil der bereits in Behandlung befindlichen Kinder mit „B“-Befunden war hierbei höher als derer mit bisher unbekannten Auffälligkeiten („A“- Befunden)

(Abb. 6.5). Das könnte auch ein Hinweis darauf sein, dass die Früherkennung zur Schulaufnahmeuntersuchung greift und Behandlungen durch Eltern und Ärzte rechtzeitig eingeleitet werden. Nicht zu übersehen war der sprunghafte Anstieg der auffälligen („A“ und „B“-) Sehbefunde um 3,5 Prozentpunkte zum Vorjahr bei den Schülerinnen und Schülern der 6. Klasse seit dem Schuljahr 2021/22 (Abb. 6.5), der sich auch bundes- und weltweit bestätigt (Abb. 6.5).

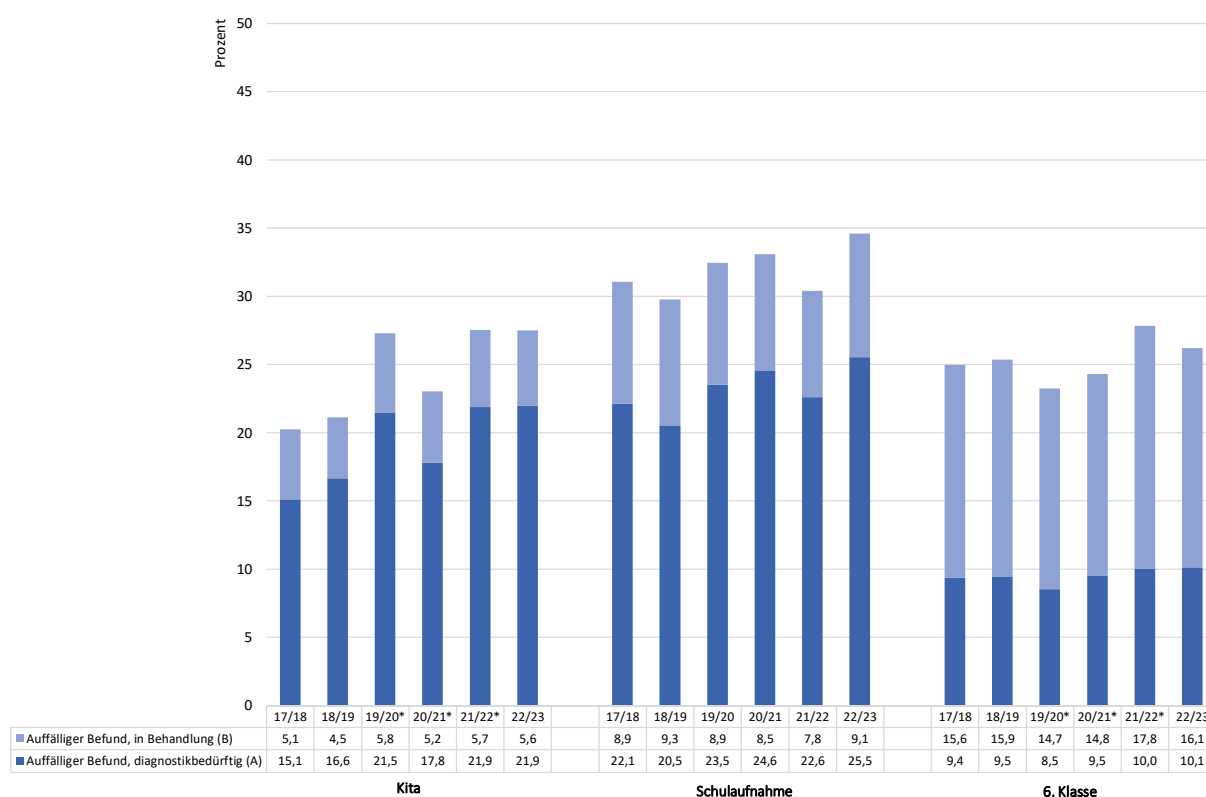


Abbildung 6.5: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Kita-, Schulaufnahme- und schulärztlichen Untersuchung in der 6. Klasse mit Auffälligkeiten des Sehvermögens in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Anmerkungen: * Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quelle: LHD, 2024a

Die auffälligen Ergebnisse des Sehvermögens („A“- „B“-Befunde) aller Dresdner untersuchten Kinder der Kita-Untersuchung und Schulaufnahmeuntersuchung lagen im gesamten Zeitverlauf über den Werten des Freistaates Sachsen (Tab. 6.8; Tab. 6.9). Die Ergebnisse der 6. Klasse aus Dresdner Schulen lagen dagegen unter den Werten des Freistaates Sachsen (Tab. 6.10). Die Mittelwerte der letzten sechs Untersuchungsjahre betrugen zum Zeitpunkt der Kita-Untersuchung in Sachsen 19,0 Prozent und in Dresden 23,9 Prozent (Tab. 6.8), zur Schulaufnahmeuntersuchung in Sachsen 23,0 Prozent und in Dresden 31,9 Prozent (Tab. 6.9) und zu den schulärztlichen Untersuchungen in den 6. Klassen in Sachsen 27,6 Prozent und in Dresden 25,6 Prozent (Tab. 6.10).

In allen sechs Schuljahren zeigten Mädchen tendenziell im Durchschnitt mehr auffällige („A“- „B“-) Befunde hinsichtlich des Sehvermögens als Jungen bei der Schulaufnahmeuntersuchung (GwM: Dresden: Jungen: 30,6 %; Mädchen: 33,2 %; Sachsen: Jungen: 22,7 %; Mädchen: 23,3 %) sowie schulärztlichen Untersuchung (GwM: Dresden: Jungen: 23,9 %; Mädchen: 27,3 %). Das trifft sowohl landesweit als auch für Dresden bei der Schulaufnahmeuntersuchung zu (Tab. 6.9; Tab. 6.10). Ausnahme bildeten die Zeitpunkte der Kita-Untersuchungen (GwM: Dresden: Jungen: 24,0 %; Mädchen: 23,8 %; Sachsen: Jungen: 19,3 %; Mädchen: 18,7 %) (Tab. 6.8).

Tabelle 6.8: Anteil untersuchter Kinder zur Kita-Untersuchung mit Auffälligkeiten des Sehvermögens nach Geschlecht in Dresden und Sachsen für die Schuljahre (SJ) 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		Sachsen				Dresden			
		Anzahl Unter- suchte	Sehen			Anzahl Unter- suchte	Sehen		
			A-Befunde	B-Befunde	A+B-Befunde		A-Befunde	B-Befunde	A+B-Befunde
			Anteil (%)				Anteil (%)		
2017/18	gesamt	20.132	12,0	6,1	18,1	4.109	15,1	5,1	20,2
	männlich	10.395	*	*	18,3	2.090	15,0	5,0	20,0
	weiblich	9.737	*	*	17,9	2.019	15,2	5,3	20,5
2018/19	gesamt	21.674	11,5	5,5	17,0	4.654	16,6	4,5	21,1
	männlich	11.210	*	*	17,1	2.436	16,5	4,3	20,8
	weiblich	10.464	*	*	17,0	2.218	16,8	4,6	21,4
2019/20**	gesamt	4.670	14,9	6,3	21,3	1.192	21,5	5,8	27,3
	männlich	2.480	*	*	21,0	628	22,0	5,1	27,1
	weiblich	2.190	*	*	21,6	564	20,9	6,6	27,5
2020/21**	gesamt	6.963	15,7	6,0	21,7	4.475	17,8	5,2	23,0
	männlich	3.592	*	*	23,7	2.307	18,4	5,5	23,9
	weiblich	3.371	*	*	21,0	2.168	17,2	4,9	22,1
2021/22**	gesamt	9.710	16,1	5,1	21,2	4.083	21,9	5,7	27,5
	männlich	5.068	*	*	21,7	2.090	22,2	5,6	27,8
	weiblich	4.642	*	*	20,7	1.993	21,6	5,7	27,2
2022/23	gesamt	12.171	14,7	5,0	19,7	3.709	21,9	5,6	27,5
	männlich	6.294	*	*	20,1	1.933	22,2	5,3	27,5
	weiblich	5.877	*	*	19,3	1.776	21,7	5,8	27,5
Gewichteter Mittelwert (GwM)	gesamt alle SJ	75.320	13,3	5,6	19,0	22.222	18,7	5,2	23,9
	männlich	39.039	*	*	19,3	11.484	18,9	5,1	24,0
	weiblich	36.281	*	*	18,7	10.738	18,5	5,3	23,8

Anmerkungen: * keine Daten verfügbar; ** Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quellen: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024; LHD, 2024a

Tabelle 6.9: Anteil untersuchter Kinder zur Schulaufnahmeuntersuchung mit Auffälligkeiten des Sehvermögens nach Geschlecht in Dresden und Sachsen für die Schuljahre (SJ) 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		Sachsen				Dresden			
		Anzahl Unter- suchte	Sehen			Anzahl Unter- suchte	Sehen		
			A-Befunde	B-Befunde	A+B-Befunde		A-Befunde	B-Befunde	A+B-Befunde
			Anteil (%)				Anteil (%)		
2017/18	gesamt	36.549	14,4	9,2	23,6	5.558	22,1	8,9	31,0
	männlich	18.892	*	*	23,3	2.895	20,5	8,9	29,4
	weiblich	17.657	*	*	23,9	2.663	23,8	9,0	32,8
2018/19	gesamt	36.403	13,7	9,5	23,2	5.659	20,5	9,3	29,8
	männlich	18.745	*	*	22,9	2.925	20,0	9,0	29,0
	weiblich	17.658	*	*	23,6	2.734	21,0	9,6	30,6
2019/20**	gesamt	37.226	14,0	9,9	23,9	5.661	23,5	8,9	32,4
	männlich	19.166	*	*	23,2	2.906	22,3	8,2	30,5
	weiblich	18.060	*	*	24,6	2.755	24,7	9,8	34,5
2020/21**	gesamt	37.523	13,9	8,8	22,7	5.686	24,6	8,5	33,1
	männlich	19.397	*	*	21,9	2.978	23,9	7,9	31,8
	weiblich	18.126	*	*	23,4	2.708	25,3	9,2	34,5
2021/22**	gesamt	38.008	16,1	5,1	21,2	5.845	22,6	7,8	30,4
	männlich	19.537	*	*	21,7	2.975	21,5	8,5	29,9
	weiblich	18.471	*	*	20,7	2.870	23,75	7,1	30,8
2022/23	gesamt	39.416	14,9	8,4	23,2	5.795	25,5	9,1	34,6
	männlich	20.044	*	*	23,0	2.943	24,1	9,1	33,2
	weiblich	19.372	*	*	23,5	2.852	27,0	9,0	36,0
Gewichteter Mittelwert (GwM))	gesamt alle SJ	225.125	14,5	8,5	23,0	34.204	23,1	8,7	31,9
	männlich	115.781	*	*	22,7	17.622	22,1	8,6	30,6
	weiblich	109.344	*	*	23,3	16.582	24,3	8,9	33,2

Anmerkungen: * keine Daten verfügbar; ** Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quellen: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024; LHD, 2024a

Tabelle 6.10: Anteil untersuchter Kinder zur schulärztlichen Untersuchung in der 6. Klasse mit Auffälligkeiten des Sehvermögens nach Geschlecht in Dresden und Sachsen für die Schuljahre (SJ) 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		Sachsen				Dresden			
		Anzahl Unter- suchte	Sehen			Anzahl Unter- suchte	Sehen		
			A-Befunde	B-Befunde	A+B-Befunde		A-Befunde	B-Befunde	A+B-Befunde
			Anteil (%)				Anteil (%)		
2017/18	gesamt	17.709	8,8	18,7	27,5	3.117	9,4	15,6	25,0
	männlich	*	*	*	*	1.601	9,0	15,2	24,2
	weiblich	*	*	*	*	1.516	9,2	15,1	24,4
2018/19	gesamt	20.382	9,0	18,4	27,4	3.597	9,5	15,9	25,4
	männlich	*	*	*	*	1.808	9,0	14,2	23,2
	weiblich	*	*	*	*	1.789	9,9	17,7	27,6
2019/20**	gesamt	5.808	8,0	16,5	24,5	1.930	8,5	14,7	23,2
	männlich	*	*	*	*	1.023	7,8	14,1	21,9
	weiblich	*	*	*	*	907	9,4	15,4	24,8
2020/21**	gesamt	3.036	12,3	15,1	27,4	1.857	9,5	14,8	24,3
	männlich	*	*	*	*	930	7,8	15,2	23,0
	weiblich	*	*	*	*	927	11,1	14,5	25,6
2021/22**	gesamt	5.057	12,8	16,4	29,2	3.513	10,0	17,8	27,8
	männlich	*	*	*	*	1.782	8,8	16,7	25,5
	weiblich	*	*	*	*	1.731	11,7	19,7	31,4
2022/23	gesamt	11.242	10,9	17,9	28,8	2.830	10,1	16,1	26,2
	männlich	*	*	*	*	1.440	10,0	14,6	24,6
	weiblich	*	*	*	*	1.390	10,3	17,6	27,8
Gewichteter Mittelwert (GwM)	gesamt alle SJ	63.234	9,7	17,9	27,6	16.844	9,6	16,0	25,6
	männlich	*	*	*	*	8.584	8,9	15,1	23,9
	weiblich	*	*	*	*	8.260	10,3	17,0	27,3

Anmerkungen: * keine Daten verfügbar; ** Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quellen: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024; LHD, 2024a

■ Hörvermögen

Neben den Auffälligkeiten, die entweder den Erziehungsberechtigten als diagnostikbedürftig in dem Elternschreiben („A“-Befunde) mitgeteilt oder als bereits „In Behandlung“ („B“-Befunde) zugeordnet werden, gab es beim Hörvermögen bis zum Schuljahr 2018/19 noch die geringfügigen Auffälligkeiten („X“-Befunde), die als grenzwertig von den Ärztinnen und Ärzten des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes eingestuft werden und noch keinen dringenden Diagnostik- oder Behandlungsbedarf nach sich ziehen. Da diese nach dem benannten Schuljahr nicht mehr als „X-Befund“ eingestuft werden, werden diese nicht in der folgenden Abb. 6.6 und Tab. 11, Tab. 6.12 und Tab. 6.13 aufgenommen.

Die Untersuchungsergebnisse beim Hörtest zeigten eine Befundabnahme erwartungsgemäß mit zunehmendem Alter (Abb. 6.6). 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. Das Schuljahr 2020/21 zeichnete sich durch Kontaktbeschränkungen und die Pflicht zum Tragen eines Mund-Nase-Schutzes als Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie aus. Positive Effekte betrafen alle respiratorischen Infektgeschehen, was sich auch in der Abnahme der auffälligen Hörbefunde in diesem Zeitraum abbilden lässt.

Lag der durchschnittliche Anteil der untersuchten Kita-Kinder mit einem auffälligen („A“-, „B“-) Befund im Hörvermögen bei 14,8 Prozent im Verlauf der sechs Schuljahre von 2017/18 bis 2022/23, so zeigten die Ergebnisse der Schulaufnahmeuntersuchung (GwM: 7,9 %) und schulärztlichen Untersuchung der 6. Klassen (GwM: 5,9 %) einen deutlich geringeren Anteil (Tab. 6.11, Tab. 6.12, Tab. 6.13). Bei allen drei Untersuchungsgruppen konnte ein Anstieg der auffälligen („A“-, „B“-) Befunden im Hörvermögen von 2017/18 bis 2022/23 festgestellt werden. Der Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten im Hörvermögen stieg bei den Kindern im Kita-Alter um 2,9 Prozentpunkte, bei den Kindern zur Schulaufnahmeuntersuchung um 2,3 Prozentpunkte und bei den Untersuchten der 6. Klasse um einen Prozentpunkt im gleichen Betrachtungszeitraum (Abb. 6.6). Es ist hervorzuheben, dass der Anteil an diagnostikbedürftigen („A“-) Befunden gegenüber den („B“-) Befunden, die bereits in ärztlicher Behandlung sind, bei den Kita-Kindern, Kindern im Jahr vor Schulbeginn und bei den Untersuchten der 6. Klasse doppelt bis dreifach so hoch ist (Abb. 6.6).

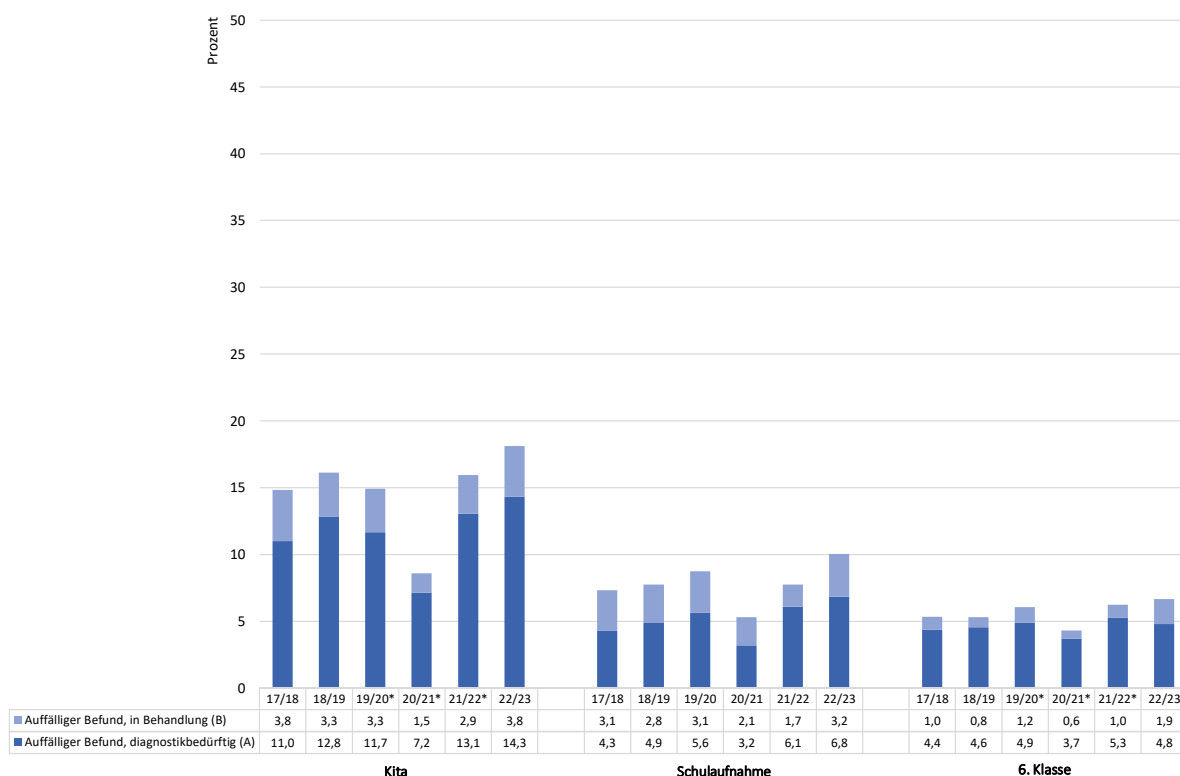


Abbildung 6.6: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Kita-, Schulaufnahme- und Untersuchung der 6. Klassen mit Auffälligkeiten des Hörvermögens in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Anmerkungen: * Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie

Quelle: Quelle: LHD, 2024a

Die Ergebnisse des Hörvermögens („A“-, „B“-Befunde) aller untersuchten Dresdner Kinder der Kita-Untersuchung (GwM: Sachsen: 15,9 %; Dresden: 14,8 %), der Schulaufnahmeuntersuchung (GwM: Sachsen: 10,3 %; Dresden: 7,9 %) und der schulärztlichen Untersuchung in den 6. Klassen (GwM: Sachsen: 5,3 %; Dresden: 5,9 %) zeigten im Zeitverlauf der sechs Schuljahre keine relevanten Unterschiede zu den Werten des Freistaates Sachsen (Tab. 6.11, Tab. 6.12, Tab. 6.13).

In allen sechs Schuljahren zeigten die Ergebnisse, dass die Jungen mehr auffällige („A“-, „B“-) Befunde als die Mädchen hinsichtlich des Hörvermögens zum Zeitpunkt der Kita-Untersuchung (GwM: Jungen: 16,3 %; Mädchen: 13,1 %), der Schulaufnahmeuntersuchung (GwM: Jungen: 8,9 %; Mädchen: 6,9 %) und der schulärztlichen Untersuchung in den 6. Klassen (GwM: Jungen: 6,5 %; Mädchen: 5,3 %) aufwiesen, sowohl landesweit als auch für Dresden (Tab. 6.11, Tab. 6.12, Tab. 6.13).

Tabelle 6.11: Anteil untersuchter Kinder zur Kita-Untersuchung mit Auffälligkeiten des Hörvermögens nach Geschlecht in Dresden und Sachsen für die Schuljahre (SJ) 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		Sachsen					Dresden				
		Anzahl Unter- suchte					Anzahl Unter- suchte	Hören			
			A- Befunde	B- Befunde	X- Befunde	A+B+(X)- Befunde		A- Befunde	B- Befunde	X- Befunde	A+B+(X)- Befunde
			Anteil (%)					Anteil (%)			
2017/18	gesamt	20.132	10,4	5,1	1,4	16,9	4.109	11,0	3,8	0,4	15,3
	männlich	10.395	*	*	*	18,2	2.090	12,7	4,0	0,4	17,2
	weiblich	9.737	*	*	*	15,5	2.019	9,2	3,6	0,4	13,3
2018/19	gesamt	21.674	11,1	4,9	0,9	15,9	4.654	12,8	3,3	0,3	16,4
	männlich	11.210	*	*	*	18,1	2.436	13,5	3,5	0,4	17,4
	weiblich	10.464	*	*	*	15,5	2.218	12,1	3,0	0,2	15,3
2019/20**	gesamt	4.670	9,6	4,0	*	13,6	1.192	11,7	3,3	*	14,9
	männlich	2.480	*	*	*	14,4	628	12,7	2,5	*	15,3
	weiblich	2.190	*	*	*	12,8	564	10,5	4,1	*	14,5
2020/21**	gesamt	6.963	7,6	2,1	*	9,8	4.475	7,2	1,5	*	8,6
	männlich	3.592	*	*	*	10,9	2.307	7,9	1,7	*	9,6
	weiblich	3.371	*	*	*	8,5	2.168	6,4	1,2	*	7,5
2021/22**	gesamt	9.710	12,4	3,5	*	16,0	4.083	13,1	2,9	*	16,0
	männlich	5.068	*	*	*	18,2	2.090	14,2	3,7	*	18,0
	weiblich	4.642	*	*	*	13,6	1.993	11,8	2,0	*	13,9
2022/23	gesamt	12.171	13,6	5,1	*	18,7	3.709	14,3	3,8	*	18,1
	männlich	6.294	*	*	*	21,3	1.933	15,9	4,3	*	20,2
	weiblich	5.877	*	*	*	15,9	1.776	12,6	3,2	*	15,8
Ge- wichteter Mittelwert (GwM)	gesamt alle SJ	75.320	11,1	4,5	*	15,9	22.222	11,6	3,0	*	14,8
	männlich	39.039	*	*	*	17,8	11.484	12,7	3,4	*	16,3
	weiblich	36.281	*	*	*	14,5	10.738	10,3	2,7	*	13,1

Anmerkungen: * keine Daten verfügbar; ** Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quellen: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024; LHD, 2024a

Tabelle 6.12: Anteil untersuchter Kinder zur Schulaufnahmeuntersuchung mit Auffälligkeiten des Hörvermögens nach Geschlecht in Dresden und Sachsen für die Schuljahre (SJ) 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		Sachsen					Dresden				
		Anzahl Unter- suchte					Anzahl Unter- suchte	Hören			
			A- Befunde	B- Befunde	X- Befunde	A+B+(X)- Befunde		A- Befunde	B- Befunde	X- Befunde	A+B+(X)- Befunde
			Anteil (%)					Anteil (%)			
2017/18	gesamt	36.549	5,6	3,7	1,4	10,0	5.558	4,3	3,1	0,4	7,8
	männlich	18.892	*	*	*	10,6	2.895	4,8	3,6	0,6	8,9
	weiblich	17.657	*	*	*	9,4	2.663	3,8	2,5	0,3	6,6
2018/19	gesamt	36.403	5,5	3,7	0,9	9,2	5.659	4,9	2,8	0,0	7,8
	männlich	18.745	*	*	*	10,3	2.925	5,2	2,9	0,0	8,1
	weiblich	17.658	*	*	*	9,8	2.734	4,7	2,7	0,0	7,4
2019/20**	gesamt	37.226	5,9	3,7	*	9,6	5.661	5,6	3,1	*	8,7
	männlich	19.166	*	*	*	10,3	2.906	6,1	3,8	*	9,9
	weiblich	18.060	*	*	*	8,9	2.755	5,2	2,4	*	7,5
2020/21**	gesamt	37.523	4,0	2,5	*	6,5	5.686	3,2	2,1	*	5,3
	männlich	19.397	*	*	*	7,2	2.978	3,6	2,2	*	5,8
	weiblich	18.126	*	*	*	5,7	2.708	2,8	2,0	*	4,8
2021/22**	gesamt	38.008	12,4	3,5	*	16,0	5.845	6,1	1,7	*	7,8
	männlich	19.537	*	*	*	18,2	2.975	6,8	2,1	*	8,9
	weiblich	18.471	*	*	*	13,6	2.870	5,3	1,3	*	6,6
2022/23	gesamt	39.416	7,1	3,5	*	10,6	5.795	6,8	3,2	*	10,0
	männlich	20.044	*	*	*	11,5	2.943	8,1	3,6	*	11,7
	weiblich	19.372	*	*	*	9,7	2.852	5,6	2,8	*	8,3
Ge- wichteter Mittelwert (GwM)	gesamt alle SJ	225.125	6,8	3,4	*	10,3	34.204	5,2	2,7	*	7,9
	männlich	115.781	*	*	*	11,4	17.622	5,7	3,0	*	8,9
	weiblich	109.344	*	*	*	9,5	16.582	4,6	2,3	*	6,9

Anmerkungen: * keine Daten verfügbar; ** Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quellen: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024; LHD, 2024a

Tabelle 6.13: Anteil untersuchter Kinder zur schulärztlichen Untersuchung in der 6. Klasse mit Auffälligkeiten des Hörvermögens nach Geschlecht in Dresden und Sachsen für die Schuljahre (SJ) 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		Sachsen					Dresden				
		Anzahl Unter- suchte					Anzahl Unter- suchte	Hören			
			A- Befunde	B- Befunde	X- Befunde	A+B+(X)- Befunde		A- Befunde	B- Befunde	X- Befunde	A+B+(X)- Befunde
			Anteil (%)					Anteil (%)			
2017/18	gesamt	17.709	2,9	1,0	0,3	4,2	3.117	4,4	1,0	0,4	5,7
	männlich	*	*	*	*	*	1.601	4,1	0,9	0,4	5,4
	weiblich	*	*	*	*	*	1.516	4,4	0,9	0,4	5,7
2018/19	gesamt	20.382	2,9	2,9	0,3	6,1	3.597	4,6	0,8	0,5	5,8
	männlich	*	*	*	*	*	1.808	5,0	0,8	0,3	6,1
	weiblich	*	*	*	*	*	1.789	4,1	0,7	0,7	5,5
2019/20**	gesamt	5.808	3,0	1,0	*	4,0	1.930	4,9	1,2	*	6,1
	männlich	*	*	*	*	*	1.023	4,1	1,4	*	5,6
	weiblich	*	*	*	*	*	907	5,8	0,9	*	6,7
2020/21**	gesamt	3.036	3,9	1,6	*	5,6	1.857	3,7	0,6	*	4,3
	männlich	*	*	*	*	*	930	4,3	0,9	*	5,2
	weiblich	*	*	*	*	*	927	3,1	0,3	*	3,5
2021/22**	gesamt	5.057	5,1	1,1	*	6,2	3.513	5,3	1,0	*	6,2
	männlich	*	*	*	*	*	1.782	6,9	1,0	*	7,9
	weiblich	*	*	*	*	*	1.731	3,8	1,0	*	4,8
2022/23	gesamt	11.242	4,2	1,6	*	5,8	2.830	4,8	1,9	*	6,7
	männlich	*	*	*	*	*	1.440	6,2	1,8	*	7,9
	weiblich	*	*	*	*	*	1.390	3,3	2,0	*	5,3
Ge- wichteter Mittelwert (GwM)	gesamt alle SJ	63.234	3,4	1,8	*	5,3	16.844	4,7	1,1	*	5,9
	männlich	*	*	*	*	*	8.584	5,3	1,1	*	6,5
	weiblich	*	*	*	*	*	8.260	4,0	1,0	*	5,3

Anmerkungen: * keine Daten verfügbar; ** Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quellen: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024; LHD, 2024a

6.3.4.2 Aspekte der kognitiven und motorischen 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, der Aufmerksamkeitsleistung und Problemlösung sind die Wahrnehmungsmöglichkeiten und Informationsverarbeitung innerhalb des Körpers. Neben sprachlichen Fähigkeiten stellen komplexe kognitive und koordinativen Fähigkeiten weitere Schlüsselkompetenzen für die Bewältigung der Anforderungen im Alltag, Bildung und soziale Teilhabe dar. So ist die Feinmotorik bzw. Visuomotorik für die Schule besonders relevant für die Stifthaltung und -führung (Graphomotorik) 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 körperlichen Ausgleich bei Spiel und Sport zu den zunehmend sitzenden Unterrichtszeiten, für das Selbstwertgefühl, zur sozialen Integration und im Schulsport. Um diese Fähigkeiten standardisiert und praktikabel beurteilen zu können, werden zur Kita- und Schulaufnahmeuntersuchung altersgerechte sozialpädiatrische Entwicklungsscreenings sachsenweit einheitlich eingesetzt. Zudem fließen in die abschließende individualmedizinische Beurteilung Angaben der gegebenenfalls anwesenden Eltern bzw. bei Zustimmung der Eltern die Angaben der anwesenden pädagogischen Fachkräfte der Kita mit ein (Anhang 6.2 auf Seite 401). Für die Schulaufnahmeuntersuchung findet seit dem Schuljahr 2014/15 das Entwicklungsscreening SOPESS Anwendung. Im Vergleich zu dem bis dahin angewandten Screeningverfahren S-ENS hat sich die Methodik für einzelne Entwicklungsaufgaben verändert. Eine durchgängige Vergleichbarkeit der Daten des Entwicklungsscreenings SOPESS mit den Daten auf der Grundlage von S-ENS ist nicht gegeben, so dass die Befundergebnisse ausschließlich auf der Grundlage des Entwicklungsscreenings SOPESS für die Schulaufnahmeuntersuchung ab dem Schuljahr 2017/18 im Folgenden beschrieben werden.

Die Befundergebnisse aller kognitiven und motorischen Fähigkeiten zu jeweils den Kita-Untersuchungen (Abb. 6.7) und Schulaufnahmeuntersuchungen (Abb. 6.8) im Zeitverlauf der Schuljahre 2017/18 bis 2022/23 sind differenziert nach geringfügigen Befunden mit empfohlener Verlaufskontrolle („X“-Befunde) sowie nach auffälligen Befunden, die abklärungs- bzw. diagnostikbedürftig („A“) und in Behandlung („B“) sind, ersichtlich. Die Ergebnisse werden in den folgenden Abschnitten näher, auch mit Orientierung an den Ergebnissen für alle untersuchten Kinder im Freistaat Sachsen und nach den Geschlechtsmerkmalen „männlich“ und „weiblich“, beleuchtet.

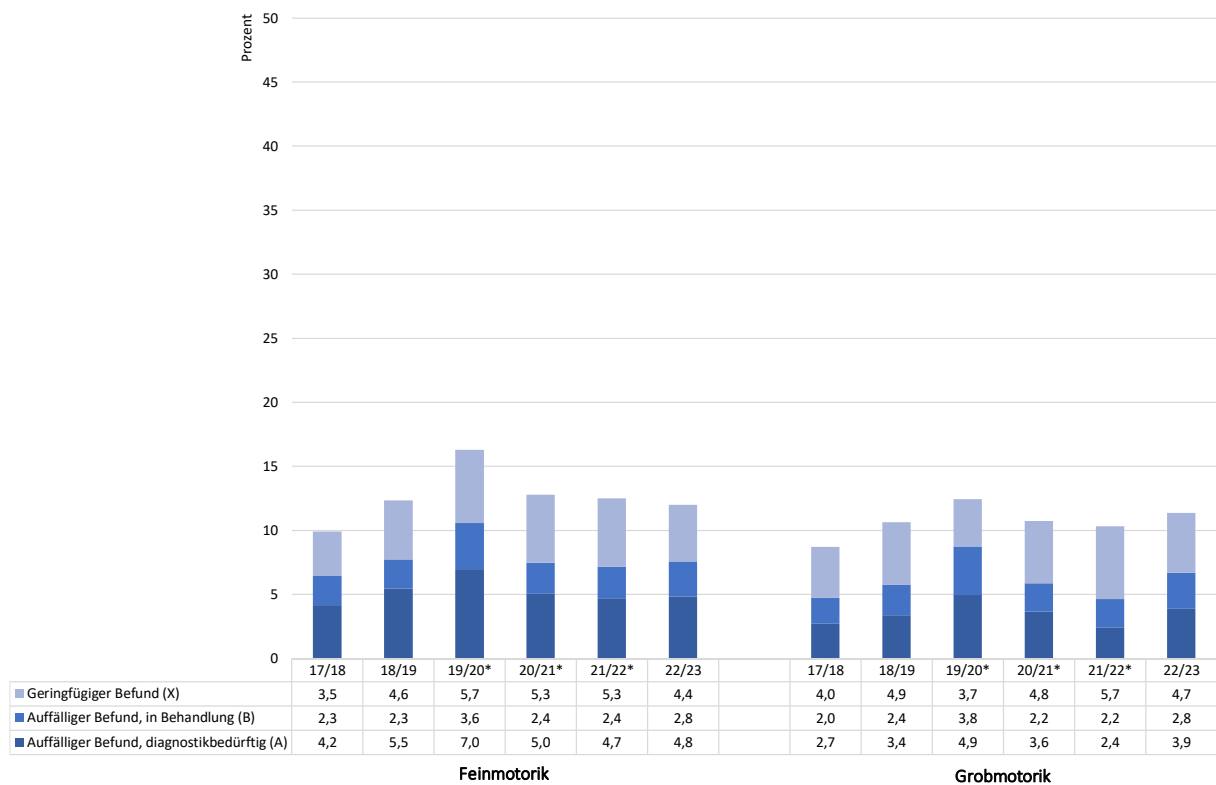


Abbildung 6.7: Anteil ärztlich untersuchter Kita-Kinder mit Auffälligkeiten der Fein- und Grobmotorik in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Anmerkungen: * Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie

Quelle: LHD, 2024a

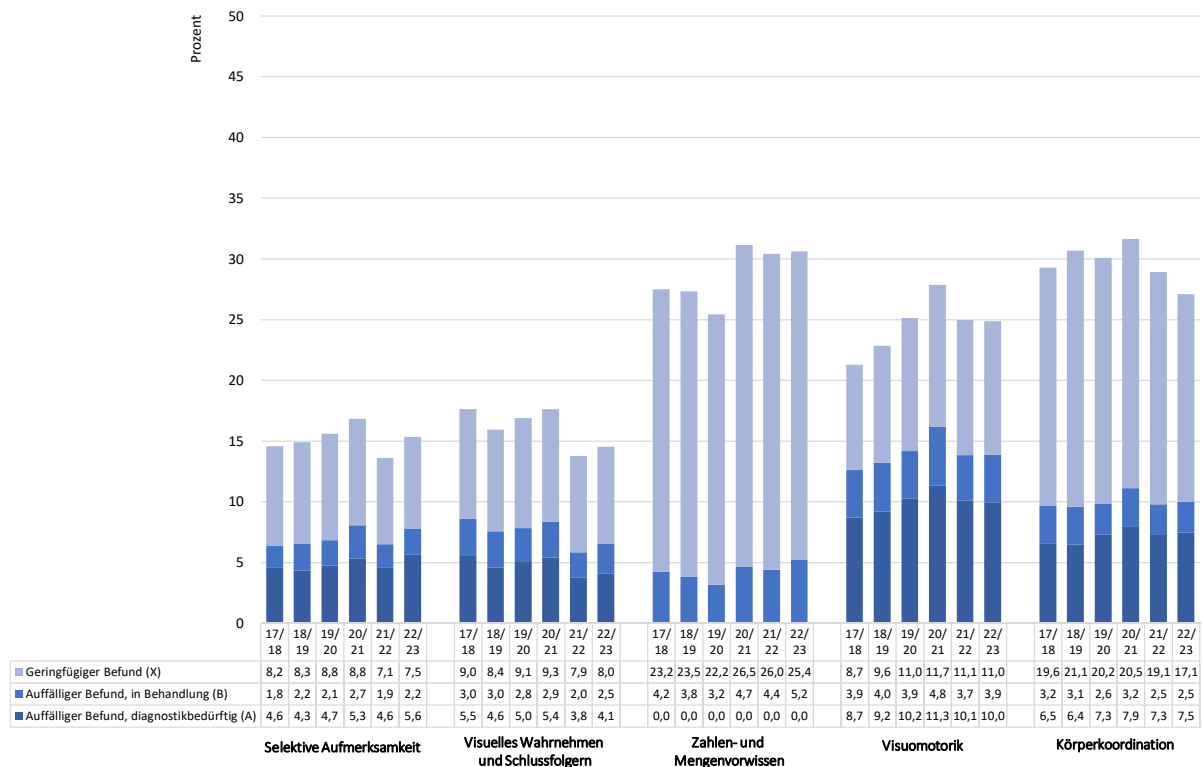


Abbildung 6.8: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten in der selektiven Aufmerksamkeit, visuellen Wahrnehmung und Schlussfolgern, des Zahlen- und Mengenvorwissens, der Visuomotorik und Körperkoordination auf Grundlage von SOPESS in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Anmerkungen: * Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quelle: LHD, 2024a

6.3.4.2.1 Feinmotorik und Visuomotorik zur Kita- Untersuchung und Schulaufnahmeuntersuchung

Bei den altersentsprechenden Screeningverfahren der Fein- und Visuomotorik werden die Händigkeit, Hand- und Fingergeschicklichkeit, die visuelle Wahrnehmung und Auge-Hand-Koordination beurteilt. Dabei spielen aber auch die Konzentrationsfähigkeit, Motivation, Ausdauer und das Arbeitstempo der Kinder eine wichtige Rolle. Diese Fähigkeiten sind relevant für Stifthaltung und -führung (Graphomotorik), das Schriftbild und Schreibenlernen.

Kita-Untersuchung

Der überwiegende Anteil der zwei Jahre vor Beginn der Schulpflicht untersuchten Kindergartenkinder zeigte dabei keine Auffälligkeiten. Waren im Schuljahr 2017/18 knapp 6,5 Prozent der untersuchten Dresdner Kinder mit auffälligen („A“-, „B“-) Befunden bei der Feinmotorik, so stieg der Anteil an Kindern mit Auffälligkeiten um 1,1 Prozentpunkte auf 7,6 Prozent im Schuljahr 2022/23. Der Anteil an geringfügigen („X“-) Befunden stieg um rund einen Prozentpunkt (2017/18: 3,5 %; 2022/23: 4,4 %) (Abb. 6.7; Tab. 6.14).

Im gesamten Zeitverlauf lagen die auffälligen („A“-, „B“-) und geringfügigen („X“-) Befundergebnisse der Feinmotorik aller untersuchten Kinder der Kita-Untersuchung unter den Werten des Freistaates Sachsen. Die Mittelwerte der geringfügigen und auffälligen Befunde betrugen in den letzten sechs Untersuchungsjahren in Dresden 12,1 Prozent und sachsenweit 16,3 Prozent (Tab. 6.14).

In allen sechs Schuljahren zeigten sich im Durchschnitt um die Hälfte weniger geringfügige („X“-) und auffällige („A“-, „B“-) Befunde hinsichtlich der Feinmotorik bei den Mädchen als bei den Jungen im Kita-Alter, sowohl landesweit als auch für Dresden. Die Mittelwerte lagen in Sachsen bei den Jungen bei 21,4 Prozent bzw. bei den Mädchen bei 10,8 Prozent und in Dresden bei den Jungen bei 16,5 Prozent bzw. bei den Mädchen bei 7,5 Prozent (Tab. 6.14).

Tabelle 6.14: Anteil ärztlich untersuchter Kita-Kinder mit Auffälligkeiten der Feinmotorik nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		Sachsen					Dresden				
		Anzahl Unter- suchte					Anzahl Unter- suchte	Feinmotorik			
			A- Befunde	B- Befunde	X- Befunde	A+B+(X)- Befunde		A- Befunde	B- Befunde	X- Befunde	A+B+(X)- Befunde
			Anteil (%)					Anteil (%)			
2017/18	gesamt	20.132	4,6	3,0	7,0	14,6	4.109	4,2	2,3	3,5	9,9
	männlich	10.395	*	*	*	19,4	2.090	6,3	2,9	5,0	14,2
	weiblich	9.737	*	*	*	9,5	2.019	1,9	1,6	1,9	5,5
2018/19	gesamt	21.674	5,4	3,0	8,0	16,4	4.654	5,5	2,3	4,6	12,3
	männlich	11.210	*	*	*	21,5	2.436	7,9	2,8	5,6	16,3
	weiblich	10.464	*	*	*	10,9	2.218	2,8	1,7	3,5	7,9
2019/20**	gesamt	4.670	6,4	4,7	8,1	19,3	1.192	7,0	3,6	5,7	16,3
	männlich	2.480	*	*	*	24,8	628	10,0	4,8	6,8	21,7
	weiblich	2.190	*	*	*	13,0	564	3,5	2,3	4,4	10,3
2020/21**	gesamt	6.963	6,8	3,4	7,5	17,8	4.475	5,0	2,4	5,3	12,8
	männlich	3.592	*	*	*	22,9	2.307	7,2	3,3	7,1	17,6
	weiblich	3.371	*	*	*	12,3	2.168	2,7	1,6	3,4	7,7
2021/22**	gesamt	9.710	5,9	3,0	7,7	16,7	4.083	4,7	2,4	5,3	12,5
	männlich	5.068	*	*	*	21,5	2.090	6,2	3,4	6,5	16,1
	weiblich	4.642	*	*	*	11,4	1.993	3,1	1,4	4,1	8,6
2022/23	gesamt	12.171	5,5	3,1	7,9	16,4	3.709	4,8	2,8	4,4	12,0
	männlich	6.294	*	*	*	22,0	1.933	7,0	4,1	5,4	16,5
	weiblich	5.877	*	*	*	10,4	1.776	2,4	1,3	3,3	7,0
Ge- wichteter Mittelwert (GwM)	gesamt alle SJ	75.320	5,5	3,2	7,6	16,3	22.222	5,0	2,5	4,7	12,1
	männlich	39.039	*	*	*	21,4	11.484	7,1	3,3	6,0	16,5
	weiblich	36.281	*	*	*	10,8	10.738	2,6	1,6	3,3	7,5

Anmerkungen: * keine Daten verfügbar; ** Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quellen: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024; LHD, 2024a

Schulaufnahmeuntersuchung

Die auffälligen („A“- , „B“-) Befunde in der Visuomotorik stiegen bei allen untersuchten Dresdner Kindern im Jahr vor Schulaufnahme um 1,3 Prozentpunkte seit dem Schuljahr 2017/18 (12,6 %) zum Schuljahr 2022/23 (13,9 %), die auf Grundlage des Entwicklungsscreenings SOPESS eingeschätzt wurden. Bei den geringfügigen („X“-) Auffälligkeiten war ein Anstieg um 2,3 Prozentpunkte von rund neun Prozent im Schuljahr 2017/18 auf elf Prozent im Schuljahr 2022/23 zu verzeichnen (Abb. 6.8; Tab. 6.15).

In den Schuljahren 2017/18 und 2018/19 lagen die Anteile der geringfügigen („X“-) und auffälligen („A“- , „B“-) Visuomotorik-Befunde der untersuchten Dresdner Kinder (2017/18: 21,3 %; 2018/19: 22,8 %) unter den Werten des Freistaates Sachsen (2017/18: 22,5 %; 2018/19: 23,6 %) (Tab. 6.15). Ab dem Schuljahr 2019/20 lagen diese über den sächsischen Ergebnissen. Der Mittelwert der auffälligen („A“- , „B“-) und geringfügigen („X“-) Befunde der Dresdner Kinder (GwM: 24,5 %) aus den letzten sechs Untersuchungsjahren lag über dem Wert des Freistaates Sachsen (GwM: 21,9 %)(Tab. 6.15).

In allen sechs Schuljahren zeigten die Mädchen durchschnittlich deutlich weniger auffällige („A“- , „B“-) und geringfügige („X“-) Befunde hinsichtlich der Visuomotorik als die Jungen, sowohl landesweit als auch in Dresden. Die Mittelwerte lagen in Sachsen bei den Mädchen bei 16,7 Prozent bzw. bei den Jungen bei 26,8 Prozent und in Dresden bei den Mädchen bei 18,8 Prozent bzw. bei den Jungen bei 29,8 Prozent (Tab. 6.15).

Tabelle 6.15: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten der Visuomotorik nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		Sachsen					Dresden				
		Anzahl Unter- suchte					Anzahl Unter- suchte	Visuomotorik			
			A-	B-	X-	A+B+(X)-		A-	B-	X-	A+B+(X)-
			Befunde	Befunde	Befunde	Befunde		Befunde	Befunde	Befunde	Befunde
		Anteil (%)					Anteil (%)				
2017/18	gesamt	36.549	8,3	5,7	8,5	22,5	5.558	8,7	3,9	8,7	21,3
	männlich	18.892	*	*	*	27,8	2.895	10,6	5,0	10,5	26,1
	weiblich	17.657	*	*	*	16,8	2.663	6,6	2,7	6,7	16,0
2018/19	gesamt	36.403	8,8	5,7	9,1	23,6	5.659	9,2	4,0	9,6	22,8
	männlich	18.745	*	*	*	28,5	2.925	11,5	5,4	10,5	27,4
	weiblich	17.658	*	*	*	18,3	2.734	6,7	2,5	8,7	17,9
2019/20**	gesamt	37.226	9,1	5,4	8,9	23,4	5.661	10,2	3,9	11,0	25,1
	männlich	19.166	*	*	*	28,1	2.906	12,8	5,4	12,1	30,4
	weiblich	18.060	*	*	*	18,4	2.755	7,5	2,4	9,7	19,6
2020/21**	gesamt	37.523	8,5	5,4	8,7	22,6	5.686	11,3	4,8	11,7	27,9
	männlich	19.397	*	*	*	27,2	2.978	13,9	6,6	12,9	33,4
	weiblich	18.126	*	*	*	17,8	2.708	8,4	2,9	10,5	21,8
2021/22**	gesamt	38.008	5,9	3,0	7,7	16,7	5.845	10,1	3,7	11,1	25,0
	männlich	19.537	*	*	*	21,5	2.975	11,9	5,0	13,1	30,0
	weiblich	18.471	*	*	*	11,4	2.870	8,2	2,4	9,1	19,7
2022/23	gesamt	39.416	8,8	5,1	8,8	22,7	5.795	10,0	3,9	11,0	24,8
	männlich	20.044	*	*	*	27,9	2.943	12,9	5,8	12,7	31,5
	weiblich	19.372	*	*	*	17,3	2.852	6,9	1,9	9,2	18,0
Ge- wichteter Mittelwert (GwM)	gesamt alle SJ	225.125	8,2	5,1	8,6	21,9	34.204	9,9	4,1	10,5	24,5
	männlich	115.781	*	*	*	26,8	17.622	12,3	5,6	12,0	29,8
	weiblich	109.344	*	*	*	16,7	16.582	7,4	2,5	9,0	18,8

Anmerkungen: * keine Daten verfügbar; ** Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quellen: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024; LHD, 2024a

Im Zeitraum der Schuljahre 2017/18 bis 2022/23 wurde zur Schulaufnahmeuntersuchung bei durchschnittlich rund 90 Prozent aller untersuchten Kinder eine Rechtshändigkeit von den Eltern angegeben und von den Ärzten und Ärztinnen beobachtet. Bei rund neun Prozent der Kinder wurde eine Linkshändigkeit festgestellt. Im Durchschnitt nutzten ein Anteil von 1,3 Prozent der Kinder zum Zeitpunkt der Schulaufnahmeuntersuchung beide Hände in der Stiftführung wechselseitig (wechselnde Händigkeit). In Bezug auf die Ausprägungen der Händigkeit waren über den Zeitverlauf keine Veränderungen zu verzeichnen. Lediglich bei den Jungen war ein Anstieg des Anteils der festgestellten Linkshändigkeit um einen Prozentpunkt zu beobachten. Im Vergleich zu Kindern mit einer Rechts- bzw. mit einer Linkshändigkeit lassen sich Hinweise ableiten, dass die Kinder mit einer wechselnden Händigkeit mehr geringfügige („X“-) und auffällige („A“- , „B“-) Befunde in der Visuomotorik aufweisen.

■ 6.3.4.2.2 Grobmotorik und Körperkoordination zur Kita- Untersuchung und Schulaufnahmeuntersuchung

Die Körperwahrnehmung, Gleichgewichtskontrolle, Muskelkraft und großräumigere Bewegungskoordination stehen im Mittelpunkt der angewandten Screeningverfahren für die altersentsprechende Beurteilung der Grobmotorik bzw. der Körperkoordination.

Kita-Untersuchung

Insgesamt wiesen über 90 Prozent der zwei Jahre vor der Schulpflicht untersuchten Kinder keine Auffälligkeiten hinsichtlich der Grobmotorik auf. Der Anteil der diagnostik- bzw. abklärungsbedürftigen Auffälligkeiten („A“-, „B“-Befunde) der Grobmotorik stieg im Verlauf der Schuljahre 2017/18 bis 2022/23 bei den Kita-Kindern um zwei Prozentpunkte (2017/18: 4,7 %; 2022/23: 6,7 %). Bei durchschnittlich rund fünf Prozent der 4-jährigen Kinder wurde der Befund bei der Grobmotorik als geringfügig („X“) eingeschätzt. (Abb. 6.7; Tab. 6.16)

Im gesamten Zeitverlauf lag der durchschnittliche Anteil an Auffälligkeiten in der Grobmotorik aller Kinder zur Kita-Untersuchung unter den Werten des Freistaates Sachsen. Die Mittelwerte der auffälligen („A“-, „B“-) und geringfügigen („X“-) Befunde betrugen in den letzten sechs Untersuchungsjahren in Sachsen 13,2 Prozent und in Dresden 10,4 Prozent. (Tab. 6.16)

In allen sechs Schuljahren zeigen die Ergebnisse, dass Mädchen auch hinsichtlich der Grobmotorik durchschnittlich deutlich weniger geringfügige („X“-) und auffällige („A“-, „B“-) Befunde als Jungen aufwiesen, sowohl landesweit als auch in Dresden. Die Mittelwerte der Anteile auffälliger („A“-, „B“-) und geringfügiger („X“-) Befunde lagen in Sachsen bei den Jungen bei 17,1 Prozent bzw. bei den Mädchen bei 8,9 Prozent und in Dresden bei den Jungen bei 14,2 Prozent bzw. bei den Mädchen bei 6,4 Prozent. (Tab. 6.16)

Tabelle 6.16: Anteil ärztlich untersuchter Kita-Kinder mit Auffälligkeiten der Grobmotorik nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		Sachsen					Dresden				
		Anzahl Unter- suchte					Anzahl Unter- suchte	Grobmotorik			
			A- Befunde	B- Befunde	X- Befunde	A+B+X- Befunde		A- Befunde	B- Befunde	X- Befunde	A+B+X- Befunde
			Anteil (%)					Anteil (%)			
2017/18	gesamt	20.132	3,3	2,7	6,5	12,5	4.109	2,7	2,0	4,0	8,7
	männlich	10.395	*	*	*	16,1	2.090	3,7	2,6	5,4	11,7
	weiblich	9.737	*	*	*	8,6	2.019	1,6	1,4	2,5	5,6
2018/19	gesamt	21.674	3,7	2,8	6,8	13,3	4.654	3,4	2,4	4,9	10,6
	männlich	11.210	*	*	*	17,2	2.436	4,8	2,9	5,9	13,6
	weiblich	10.464	*	*	*	9,1	2.218	1,8	1,8	3,8	7,4
2019/20**	gesamt	4.670	4,8	3,8	6,3	14,9	1.192	4,9	3,8	3,7	12,4
	männlich	2.480	*	*	*	19,0	628	6,5	4,3	4,5	15,3
	weiblich	2.190	*	*	*	10,4	564	3,2	3,2	2,8	9,2
2020/21**	gesamt	6.963	4,5	3,0	5,7	13,2	4.475	3,6	2,2	4,8	10,7
	männlich	3.592	*	*	*	17,6	2.307	5,2	3,0	6,5	14,8
	weiblich	3.371	*	*	*	8,5	2.168	1,9	1,3	3,0	6,3
2021/22**	gesamt	9.710	3,7	2,8	6,9	13,4	4.083	2,4	2,2	5,7	10,3
	männlich	5.068	*	*	*	17,5	2.090	3,4	3,0	8,4	14,9
	weiblich	4.642	*	*	*	9,0	1.993	1,4	1,3	2,8	5,5
2022/23	gesamt	12.171	3,7	2,8	6,5	13,1	3.709	3,9	2,8	4,7	11,4
	männlich	6.294	*	*	*	17,3	1.933	5,4	4,0	6,4	15,7
	weiblich	5.877	*	*	*	8,5	1.776	2,2	1,6	2,8	6,6
Ge- wichteter Mittelwert (GwM)	gesamt alle SJ	75.320	3,7	2,8	6,6	13,2	22.222	3,3	2,4	4,8	10,4
	männlich	39.039	*	*	*	17,1	11.484	7,1	3,3	6,0	14,2
	weiblich	36.281	*	*	*	8,9	10.738	2,6	1,6	3,3	6,4

Anmerkungen: * keine Daten verfügbar; ** Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quellen: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024; LHD, 2024a

Schulaufnahmeuntersuchung

Bei den Kindern zur Schulaufnahmeuntersuchung zeigten rund 70 Prozent keine Befunde im Screening der Körperkoordination auf der Grundlage des Entwicklungsscreenings SOPESS unter Einbezug der individualmedizinischen Beurteilung. Die Häufigkeiten der auffälligen („A“-, „B“-) Befunde in der Körperkoordination lagen bei durchschnittlich rund 10 Prozent und zeigten im Zeitverlauf der sechs Schuljahre nur geringfügige Schwankungen. Die geringfügigen („X“-) Befunde mit Empfehlung der Verlaufskontrolle machten die höchsten Anteile von durchschnittlich rund 20 Prozent aus. (Abb. 6.8; Tab. 6.17).

Tab. 6.17 zeigt, dass die Dresdner Ergebnisse in den letzten sechs Schuljahren sowohl bei den auffälligen („A“-, „B“-) als auch bei den geringfügigen („X“-) Befunden deutlich über den Ergebnissen im sächsischen Durchschnitt lagen. Die Mittelwerte der auffälligen („A“-, „B“-) und geringfügigen („X“-) Befunde in den letzten sechs Untersuchungsjahren betrugen in Sachsen 18,5 Prozent und in Dresden 29,6 Prozent.

In allen sechs Schuljahren zeigen die Ergebnisse, dass die Jungen sowohl landesweit als auch in Dresden im Mittel mehr auffällige, diagnostik- bzw. abklärungsbedürftige („A“-, „B“-) und geringfügige („X“-) Befunde in der Körperkoordination aufwiesen als die Mädchen. Die Mittelwerte der auffälligen und geringfügigen Befunde lagen in Sachsen bei den Jungen bei 21,4 Prozent bzw. bei den Mädchen bei 15,4 Prozent und in Dresden bei den Jungen bei 31,8 Prozent bzw. bei den Mädchen bei 27,3 Prozent. Zwischen den Dresdner Jungen und Mädchen gab es keine Unterschiede bei den geringfügigen Befunden. (Tab. 6.17)

Tabelle 6.17: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten der Körperkoordination nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		Sachsen					Dresden				
		Anzahl Unter- suchte					Anzahl Unter- suchte	Körperkoordination			
			A- Befunde	B- Befunde	X- Befunde	A+B+X- Befunde		A- Befunde	B- Befunde	X- Befunde	A+B+X- Befunde
2017/18	gesamt	36.549	3,7	4,1	13,0	20,8	5.558	6,5	3,2	19,6	29,3
	männlich	18.892	*	*	*	23,8	2.895	7,3	4,0	19,6	30,8
	weiblich	17.657	*	*	*	17,5	2.663	5,7	2,3	19,6	27,6
2018/19	gesamt	36.403	3,6	4,1	12,6	20,3	5.659	6,4	3,1	21,1	30,7
	männlich	18.745	*	*	*	23,0	2.925	7,2	4,2	21,2	32,6
	weiblich	17.658	*	*	*	17,5	2.734	5,7	2,0	21,0	28,6
2019/20**	gesamt	37.226	3,6	3,5	11,5	18,6	5.661	7,3	2,6	20,2	30,1
	männlich	19.166	*	*	*	21,2	2.906	8,5	3,8	20,3	32,7
	weiblich	18.060	*	*	*	15,8	2.755	6,0	1,2	20,1	27,4
2020/21**	gesamt	37.523	3,9	3,7	12,4	19,9	5.686	7,9	3,2	20,5	31,6
	männlich	19.397	*	*	*	22,6	2.978	9,6	4,1	20,6	34,3
	weiblich	18.126	*	*	*	17,1	2.708	6,1	2,3	20,4	28,7
2021/22**	gesamt	38.008	3,7	2,8	6,9	13,4	5.845	7,3	2,5	19,1	28,9
	männlich	19.537	*	*	*	17,5	2.975	8,4	3,3	19,1	30,8
	weiblich	18.471	*	*	*	9,0	2.870	6,1	1,7	19,1	26,9
2022/23	gesamt	39.416	3,6	3,2	11,6	18,3	5.795	7,5	2,5	17,1	27,1
	männlich	20.044	*	*	*	20,7	2.943	9,0	3,6	16,9	29,5
	weiblich	19.372	*	*	*	15,8	2.852	5,9	1,4	17,3	24,6
Ge- wichteter Mittelwert (GwM)	gesamt alle SJ	225.125	3,7	3,6	11,3	18,5	34.204	7,2	2,8	19,6	29,6
	männlich	115.781	*	*	*	21,4	17.622	8,3	3,8	19,6	31,8
	weiblich	109.344	*	*	*	15,4	16.582	5,9	1,8	19,6	27,3

Anmerkungen: * keine Daten verfügbar; ** Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quellen: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024; LHD, 2024a

■ 6.3.4.2.3 Selektive Aufmerksamkeit zur Schulaufnahmeuntersuchung

Die selektive Aufmerksamkeit umfasst die menschliche Fähigkeit, sich auf Aufgaben zu fokussieren und sich nicht durch äußere Reize ablenken zu lassen (Stangl, 2024). Im Schulalltag trägt diese Kompetenz zum Lernerfolg und Ausschöpfen der individuellen Potentiale bei.

Im Rahmen der Schulaufnahmeuntersuchung wiesen im Durchschnitt rund 85 Prozent der Kinder keine Befunde in der selektiven Aufmerksamkeit auf der Grundlage des Entwicklungsscreenings SOPESS unter Einbezug der individualmedizinischen Beurteilung auf. Bei durchschnittlich rund 15 Prozent aller untersuchten Kinder wurden Auffälligkeiten („A“- , „B“-) und geringfügige („X“-) Befunde in der selektiven Aufmerksamkeit durch die Ärztinnen und Ärzte des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes im Zeitverlauf von 2017/18 bis 2022/23 festgestellt (Tab. 6.18). Im Mittel der letzten sechs Jahre wurde den Eltern bei rund fünf Prozent der untersuchten Kinder die Empfehlung zur Abklärung („A“-Befunde) beim Kinder- und Jugendarzt bzw. bei der Kinder- und Jugendärztin aufgrund diagnostikbedürftiger Befunde übermittelt. Im letzten Schuljahr 2022/23 lag der Anteil der „A“-Befunde bei 5,6 Prozent (Abb. 6.8). Bei durchschnittlich rund zwei Prozent der untersuchten Kinder mit Auffälligkeiten wurde angegeben, dass sie bereits dahingehend in ärztlicher und/oder therapeutischer Behandlung („B“-Befunde) zur Verbesserung der selektiven Aufmerksamkeit seien. Im Durchschnitt rund acht Prozent der Kinder zeigten geringfügige („X“-) Befunde, die als beobachtungsbedürftig durch die Eltern und pädagogischen Fachkräfte eingeschätzt wurden, wobei in den letzten beiden Schuljahren 2021/22 und 2022/23 ein leichter Rückgang zu verzeichnen war. Im Schuljahr 2022/23 lag der Anteil der „X“-Befunde bei 7,5 Prozent. (Abb. 6.8; Tab. 6.18)

Die Tab. 6.18 zeigt, dass die Dresdner Befundergebnisse in den letzten sechs Schuljahren sowohl bei den auffälligen („A“- , „B“-Befunde) als auch bei den geringfügigen („X“-) Befunden in der selektiven Aufmerksamkeit bis zu drei Prozentpunkte über den Ergebnissen im sächsischen Durchschnitt lagen. Die Mittelwerte der auffälligen („A“- , „B“-) und geringfügigen („X“-) Befunde in den letzten sechs Untersuchungsjahren betrugen in Sachsen 11,9 Prozent und in Dresden 15,1 Prozent.

In allen sechs Schuljahren zeigten Jungen sowohl landesweit als auch in Dresden im Mittel deutlich mehr diagnostik- bzw. behandlungsbedürftige Auffälligkeiten („A“- , „B“-Befunde) und geringfügige („X“-) Befunde in der selektiven Aufmerksamkeit als Mädchen. Die Tatsache, dass in Dresden doppelt so viele Jungen wie Mädchen im Screening der bildungsrelevanten Fähigkeit „selektive Aufmerksamkeit“ auffällig sind, bedarf einer genauen Analyse und verstärkter Anstrengungen in der geschlechtsspezifischen Förderung im häuslichen Umfeld und im Setting Kita.

Die Tab. 6.18 zeigt, dass in Dresden die auffälligen („A“- , „B“-) und geringfügigen („X“-) Befundergebnisse bei beiden Geschlechtern in der selektiven Aufmerksamkeit in den letzten sechs Schuljahren deutlich über den Ergebnissen im sächsischen Durchschnitt lagen. Die Mittelwerte lagen in Sachsen bei den Jungen bei 15,7 Prozent bzw. bei den Mädchen bei 7,8 Prozent und in Dresden bei den Jungen bei 20,1 Prozent bzw. bei den Mädchen bei 9,9 Prozent.

Tabelle 6.18: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten der selektiven Aufmerksamkeit nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		Sachsen					Dresden				
		Anzahl Unter- suchte					Anzahl Unter- suchte	Selektive Aufmerksamkeit			
			A-	B-	X-	A+B+X-		A-	B-	X-	A+B+X-
			Befunde	Befunde	Befunde	Befunde		Befunde	Befunde	Befunde	Befunde
		Anteil (%)					Anteil (%)				
2017/18	gesamt	36.549	3,1	2,8	6,1	12,0	5.558	4,6	1,8	8,2	14,6
	männlich	18.892	*	*	*	15,8	2.895	6,1	2,2	10,6	19,0
	weiblich	17.657	*	*	*	7,8	2.663	2,9	1,3	5,5	9,8
2018/19	gesamt	36.403	3,3	3,1	6,6	12,9	5.659	4,3	2,2	8,3	14,9
	männlich	18.745	*	*	*	16,6	2.925	6,0	3,1	10,6	19,8
	weiblich	17.658	*	*	*	9,0	2.734	2,6	1,2	5,9	9,7
2019/20**	gesamt	37.226	3,2	2,7	5,8	11,7	5.661	4,7	2,1	8,8	15,6
	männlich	19.166	*	*	*	15,5	2.906	6,5	2,9	11,4	20,8
	weiblich	18.060	*	*	*	7,7	2.755	2,8	1,2	6,0	10,1
2020/21**	gesamt	37.523	3,1	2,9	6,1	12,1	5.686	5,3	2,7	8,8	16,8
	männlich	19.397	*	*	*	15,9	2.978	7,6	3,6	11,1	22,3
	weiblich	18.126	*	*	*	8,0	2.708	2,9	1,7	6,2	10,8
2021/22**	gesamt	38.008	2,9	2,8	5,4	11,1	5.845	4,6	1,9	7,1	13,6
	männlich	19.537	*	*	*	14,8	2.975	5,7	2,7	9,6	18,1
	weiblich	18.471	*	*	*	7,3	2.870	3,4	1,0	4,5	9,0
2022/23	gesamt	39.416	3,1	2,7	5,6	11,4	5.795	5,6	2,2	7,5	15,3
	männlich	20.044	*	*	*	15,4	2.943	7,9	3,2	9,3	20,4
	weiblich	19.372	*	*	*	7,2	2.852	3,3	1,1	5,7	10,1
Ge- wichteter Mittelwert (GwM)	gesamt alle SJ	225.125	3,1	2,8	5,9	11,9	34.204	4,9	2,1	8,1	15,1
	männlich	115.781	*	*	*	15,7	17.622	6,7	3,0	10,4	20,1
	weiblich	109.344	*	*	*	7,8	16.582	3,0	1,3	5,6	9,9

Anmerkungen: * keine Daten verfügbar; ** Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quellen: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024; LHD, 2024a

■ 6.3.4.2.4 Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern zur Schulaufnahmeuntersuchung

Visuelle Wahrnehmung ist die Fähigkeit, optische Eindrücke zu erkennen und zu verarbeiten. Dazu gehört das Erfassen von Analogien, Gleichem und Unterschieden (z. B. in Formen) und das Klassifizieren (z. B. Erkennen von Zusammenhängen). Die Ergebnisse des standardisierten Entwicklungsscreenings SOPESS zur visuellen Wahrnehmung erlauben es, Rückschlüsse auf das logisch-schlussfolgernde Denken, die Lesefertigkeit und Erfassungsgeschwindigkeit der Kinder zu Schulbeginn zu ziehen.

Auf der Grundlage des Entwicklungsscreenings SOPESS wurden bei durchschnittlich 16 Prozent aller Kinder im Jahr vor Schulaufnahme auffällige („A“- , „B“-) und geringfügige („X“-) Befunde hinsichtlich visueller Wahrnehmung und Schlussfolgern durch die Ärztinnen und Ärzte des Kinder- und Jugendärztlichen Dienst in den Untersuchungsjahren von 2017/18 bis 2022/23 ermittelt (Abb. 6.8). Bei durchschnittlich 4,7 Prozent der untersuchten Kinder wurde den Eltern eine Auffälligkeit mit Empfehlung zur Abklärung bei ihrem Kinder- und Jugendarzt bzw. bei ihrer Kinder- und Jugendärztin („A“-Befunde) mitgeteilt. Im Mittel bei 2,7 Prozent der untersuchten Kinder mit Auffälligkeiten gaben die Eltern an, dass sie bereits dahingehend in ärztlicher und/oder therapeutischer Behandlung („B“-Befund) seien. Im Mittel 8,6 Prozent zeigten geringfügige („X“-) Befunde, die beobachtungsbedürftig durch die Eltern und pädagogischen Fachkräfte der Kita sind. (Abb. 6.8; Tab. 6.19)

Die Tab. 6.19 zeigt, dass die Dresdner Ergebnisse in den letzten sechs Schuljahren sowohl bei den auffälligen („A“- , „B“-) als auch bei den geringfügigen („X“) Befunden im Bereich der visuellen Wahrnehmung und des Schlussfolgerns mal unter und mal über den Ergebnissen im sächsischen Durchschnitt lagen. Die Mittelwerte der auffälligen („A“- , „B“-) und geringfügigen („X“-) Befunde in den letzten sechs Untersuchungsjahre betrugen in Sachsen 16,9 Prozent und in Dresden 16,0 Prozent.

In allen sechs Schuljahren zeigten sich bei Jungen sowohl landesweit als auch in Dresden im Mittel deutlich mehr diagnostik- bzw. abklärungsbedürftige Auffälligkeiten („A“- , „B“-Befunde) sowie geringfügige („X“-) Befunde im visuellen Wahrnehmen und Schlussfolgern als bei den Mädchen. Die Mittelwerte lagen in Sachsen bei den Jungen bei 20,2 Prozent bzw. bei den Mädchen bei 13,4 Prozent und in Dresden bei den Jungen bei 19,1 Prozent bzw. bei den Mädchen bei 12,7 Prozent (Tab. 6.19). Die um die Hälfte häufigeren Befunde bei Jungen bedeuten eine Geschlechtsspezifität in diesem schulelevanten Entwicklungsbereich und bedürfen der genaueren Betrachtung und Adressierung.

Tabelle 6.19: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten im visuellen Wahrnehmen und Schlussfolgern nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		Sachsen					Dresden				
		Anzahl Unter- suchte					Anzahl Unter- suchte				
			A-	B-	X-	A+B+X-		A-	B-	X-	A+B+X-
			Befunde	Befunde	Befunde	Befunde		Befunde	Befunde	Befunde	Befunde
		Anteil (%)					Anteil (%)				
2017/18	gesamt	36.549	5,2	4,1	8,8	18,1	5.558	5,5	3,0	9,0	17,6
	männlich	18.892	*	*	*	21,0	2.895	6,3	3,7	10,7	20,8
	weiblich	17.657	*	*	*	15,1	2.663	4,7	2,3	7,2	14,2
2018/19	gesamt	36.403	5,0	4,1	8,6	17,7	5.659	4,6	3,0	8,4	15,9
	männlich	18.745	*	*	*	20,8	2.925	5,7	3,8	9,2	18,6
	weiblich	17.658	*	*	*	14,4	2.734	3,4	2,2	7,5	13,0
2019/20**	gesamt	37.226	5,2	3,9	8,2	17,3	5.661	5,0	2,8	9,1	16,9
	männlich	19.166	*	*	*	20,2	2.906	6,3	3,8	10,0	20,1
	weiblich	18.060	*	*	*	14,1	2.755	3,7	1,8	7,7	13,1
2020/21**	gesamt	37.523	4,8	3,7	8,3	16,8	5.686	5,4	2,9	9,3	17,6
	männlich	19.397	*	*	*	20,0	2.978	6,9	4,1	10,1	21,1
	weiblich	18.126	*	*	*	13,4	2.708	3,8	1,7	8,4	13,8
2021/22**	gesamt	38.008	5,9	3,0	7,7	16,7	5.845	3,8	2,0	7,9	13,8
	männlich	19.537	*	*	*	21,5	2.975	4,5	2,8	9,0	16,3
	weiblich	18.471	*	*	*	11,4	2.870	3,0	1,3	6,9	11,1
2022/23	gesamt	39.416	4,3	3,1	7,8	15,2	5.795	4,1	2,5	8,0	14,5
	männlich	20.044	*	*	*	18,1	2.943	4,9	3,6	9,3	17,8
	weiblich	19.372	*	*	*	12,2	2.852	3,3	1,3	6,6	11,2
Ge- wichteter Mittelwert (GwM)	gesamt alle SJ	225.125	5,1	3,6	8,2	16,9	34.204	4,7	2,7	8,6	16,0
	männlich	115.781	*	*	*	20,2	17.622	5,7	3,6	9,7	19,1
	weiblich	109.344	*	*	*	13,4	16.582	3,6	1,7	7,4	12,7

Anmerkungen: * keine Daten verfügbar; ** Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quellen: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024; LHD, 2024a

■ 6.3.4.2.5 Zahlen- und Mengenvorwissen zur Schulaufnahmeuntersuchung

Das Abzählen von eins bis 20 mit Eins-zu-Eins-Zuordnung sowie das Erfassen und Vergleichen von Mengen bis vier bzw. fünf sind wesentliche Vorkenntnisse, die Kinder im Alltag bis zur Schulaufnahme als Basis des Erwerbs mathematischer Fertigkeiten erlangen sollten. Die entsprechenden Aufgaben im Entwicklungsscreening SOPESS lassen schulelevante Rückschlüsse auf serielle Fähigkeiten, die Lesefertigkeit, Rechenleistungen, Zahlen-, Mengen- und räumliche Vorstellungen der Kinder zu.

Auf der Grundlage des Entwicklungsscreenings SOPESS wurden im Mittel bei 28,7 Prozent der Kinder im Jahr vor Beginn der Schulpflicht bzw. -aufnahme auffällige („B“-) oder geringfügige („X“-) Befunde im Bereich Zahlen- und Mengenvorwissen durch die Ärztinnen und Ärzte des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes im Zeitverlauf von 2017/18 bis 2022/23 ermittelt (Abb. 6.8; Tab. 6.20). Einen „A“-Befund gibt es im Bereich Zahlen- und Mengenvorwissen nicht. Seit dem Schuljahr 2020/21 lässt sich ein Anstieg der auffälligen („B“-) Befunde um mindestens vier Prozentpunkte, beide Geschlechter betreffend, feststellen (Tab. 6.20). Dieser Anstieg, aber vor allem die deutliche absolute Zahl der Kinder mit nicht altersgerechter Entwicklung im Bereich der mathematischen Vorläuferfertigkeiten bedürfen genauerer Analysen und besonderer Anstrengungen in der Förderung im häuslichen und Kita-Alltag.

Tab. 6.20 zeigt, dass die Dresdner Ergebnisse in den letzten sechs Schuljahren sowohl bei den auffälligen („B“) als auch bei den geringfügigen („X“) Befunden des Zahlen- und Mengenvorwissens deutlich über den Befundergebnissen im sächsischen Durchschnitt lagen. Die Mittelwerte der auffälligen und geringfügigen Befunde in den letzten sechs Untersuchungsjahren betrugen in Sachsen 21,9 Prozent und in Dresden 28,7 Prozent.

In allen sechs Schuljahren zeigten sich bei den Jungen sowohl landesweit als auch in Dresden mehr (geringfügige) Auffälligkeiten im Zahlen- und Mengenvorwissen als bei den Mädchen. Die Mittelwerte lagen in Sachsen bei den Jungen bei 24,4 Prozent bzw. bei den Mädchen bei 19,2 Prozent und in Dresden bei den Jungen bei 30,4 Prozent bzw. bei den Mädchen bei 27,0 Prozent. (Tab. 6.20)

Tabelle 6.20: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten im Zahlen- und Mengenvorwissen nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		Sachsen				Dresden			
		Anzahl Untersuchte				Anzahl Untersuchte			
			B- Befunde	X- Befunde	B+X- Befunde		B- Befunde	X- Befunde	B+X- Befunde
			Anteil (%)				Anteil (%)		
2017/18	gesamt	36.549	4,8	19,2	24,0	5.558	4,2	23,2	27,5
	männlich	18.892	*	*	26,3	2.895	4,9	23,9	28,8
	weiblich	17.657	*	*	21,6	2.663	3,6	22,5	26,1
2018/19	gesamt	36.403	4,9	19,5	24,4	5.659	3,8	23,5	27,3
	männlich	18.745	*	*	26,4	2.925	4,9	23,9	28,9
	weiblich	17.658	*	*	22,3	2.734	2,7	23,0	25,6
2019/20**	gesamt	37.226	4,7	17,0	21,7	5.661	3,2	22,2	25,4
	männlich	19.166	*	*	24,1	2.906	4,3	23,7	28,0
	weiblich	18.060	*	*	19,2	2.755	2,0	20,7	22,7
2020/21**	gesamt	37.523	4,6	17,7	22,3	5.686	4,7	26,5	31,1
	männlich	19.397	*	*	24,3	2.978	5,8	27,3	33,1
	weiblich	18.126	*	*	20,1	2.708	3,4	25,5	28,9
2021/22**	gesamt	38.008	3,0	7,7	16,7	5.845	4,4	26,0	30,4
	männlich	19.537	*	*	21,5	2.975	5,0	25,9	31,0
	weiblich	18.471	*	*	11,4	2.870	3,7	26,0	29,8
2022/23	gesamt	39.416	4,0	18,4	22,4	5.795	5,2	25,4	30,6
	männlich	20.044	*	*	24,0	2.943	6,3	26,0	32,3
	weiblich	19.372	*	*	20,8	2.852	4,1	24,8	28,9
Gewichteter Mittelwert (GwM)	gesamt alle SJ	225.125	4,3	16,5	21,9	34.204	4,3	24,5	28,7
	männlich	115.781	*	*	24,4	17.622	5,2	25,2	30,4
	weiblich	109.344	*	*	19,2	16.582	3,3	23,8	27,0

Anmerkungen: * keine Daten verfügbar; ** Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quellen: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024; LHD, 2024a

6.3.4.3 Sprachentwicklung zur Kita- Untersuchung und Schulaufnahmeuntersuchung

Sprache ist einer der relevantesten Entwicklungsbereiche für ein gesundes Aufwachsen und eine wichtige Grundvoraussetzung für soziale Beziehungen, Kommunikation, Zugehörigkeitsgefühl, Selbstwertgefühl, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Integration und Teilhabe sowie für Bildung und einen gelingenden und erfolgreichen Schulbesuch aller Kinder und Jugendlichen. Sprachliche Fähigkeiten stellen neben den bereits beschriebenen motorisch-koordinativen Fähigkeiten daher eine wesentliche Schlüsselkompetenz für den Alltag ab frühestem Kindheitsalter in der Familie sowie im Setting Kita und Schule dar. In der schulischen Bildung ist eine altersgerechte Sprachentwicklung eine wesentliche Grundlage für den Erwerb der Schriftsprache und der Lesekompetenz.

Der Erstspracherwerb findet in den ersten vier Lebensjahren statt, der sogenannten sensiblen Phase der Sprachentwicklung. Bei Verdacht auf eine Sprachentwicklungsstörung sollten Kinder spätestens ab dem 3. Geburtstag einer Diagnostik und ggf. einer Sprachtherapie zugeleitet werden. Die Sprachentwicklung ist ein komplexer Prozess, der von der Eltern-Kind-Bindung, dem Hörvermögen, den auditiven Wahrnehmungsfähigkeiten, den genetischen Anlagen, von den individuellen kognitiven und

psychosozial-emotionalen Voraussetzungen sowie den sprachlichen Anregungen, aber auch dem altersgerechten Umgang mit zeitgemäßen Medien in der Familie abhängt. Er vollzieht sich bei jedem Kind unabhängig von der Muttersprache, der Herkunft oder dem kulturellen Hintergrund der Familie. Beim Erwerb von Deutschkenntnissen profitieren die Kinder, in deren Familie kein Deutsch gesprochen wird, von einer frühzeitigen Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung, einem regelmäßigen Kitabesuch und viel sprachlichem Input in der deutschen Umgebungssprache. Kinder mit Migrationshintergrund sind wegen unzureichender Sprachkenntnisse im deutschen Schulsystem erheblich benachteiligt (Neumann et al., 2024).

Auch um den Übergang von der Kindertageseinrichtung in die Schule bestmöglich vorzubereiten und zu begleiten, ist es notwendig, Sprachförderbedarf und insbesondere Sprachentwicklungsauffälligkeiten frühzeitig zu erkennen. Eltern und pädagogische Fachkräfte der Kindertageseinrichtung können zur adäquaten Sprachförderung und ggf. einer indizierten Diagnostik und/oder Therapie und die Schule hinsichtlich einer geeigneten Lernumgebung und Förderung frühzeitig beraten werden.

Der Sprachentwicklungsstand wird im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen U6 bis U9 durch die niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte bzw. durch die Hausärztinnen und Hausärzte eingeschätzt. Gut zwei Jahre vor Einschulung und im Jahr vor der Einschulung finden zusätzlich sachsenweit im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst Untersuchungen mit standardisiertem Sprachentwicklungsscreening (SSV zur Kita-Untersuchung und Sprachteile des SOPESS zur Schulaufnahmeuntersuchung) statt. Die Ärztinnen und Ärzte des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Amtes für Gesundheit und Prävention bringen zusätzlich ihre individualmedizinisch fundierte Beurteilung, z. B. zur Sprechmotorik, Artikulation oder zu den Deutschkenntnissen ein (Kapitel „Datengrundlagen“).

Alle Sprachentwicklungsauffälligkeiten werden in den folgenden Abbildungen und Tabellen differenziert nach geringfügigen, beobachtungsbedürftigen („X“) Befunden, nach auffälligen Befunden als abklärungs- bzw. diagnostikbedürftig („A“-Befunde) bzw. bereits in Behandlung befindlich („B“-Befunde) dargestellt.

■ Kita-Untersuchung

Um trotz der zunehmenden Herausforderungen die adäquate alltagsintegrierte Entwicklungsförderung der Kita-Kinder mit besonderer Aufmerksamkeit auf die Sprachförderung frühestmöglich mit gezieltem, fundiertem Ressourceneinsatz zu ermöglichen, wurden die Strukturen der Kindertageseinrichtung durch verschiedene Förderprogramme des Freistaates Sachsen und der Landeshauptstadt Dresden durch das Dresdner Amt für Kindertagesbetreuung und den Eigenbetrieb Kindertageseinrichtungen bereits seit 2008 gestärkt und evaluiert. Das Handlungsprogramm „Aufwachsen in sozialer Verantwortung“ mit u. a. Einsatz von zusätzlichem Personal, die intensivierete Netzwerkarbeit insbesondere in den Aufmerksamkeitsgebieten Prohlis und Gorbitz (KiNET), der zusätzliche Einsatz von Logopädinnen und Logopäden in ausgewählten Kindertageseinrichtungen, welcher mit Beendigung des Bundesprogramms bis 30.06.2023 auslief, sind dabei besonders hervorzuheben. Zum 01.01.2024 startete in der Landeshauptstadt Dresden das kommunale Projekt „Sprachräume bilden“ in ausgewählten Kitas unter Einbezug von kooperierenden Grundschulen und Horten.

Bei der Identifizierung von besonders herausgeforderten Kindertageseinrichtungen ist neben sozioökonomischen und soziodemografischen Daten auch der einrichtungsbezogene Anteil an Kindern mit Sprachentwicklungsauffälligkeiten auf Basis der ärztlichen Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes ein wichtiges Kriterium.

Auch bei den folgenden Sprachbefunden sind die pandemiebedingten, geringen Untersuchungszahlen mit Fokussierung auf besonders herausgeforderte Kita-Kinder bei der Beurteilung der folgenden Ergebnisse zu berücksichtigen.

Abb. 6.9 veranschaulicht die Ergebnisse zur Sprachentwicklung der Kita-Untersuchungen in Dresden im zeitlichen Verlauf der letzten sechs Schuljahre von 2017/18 bis 2022/23. Der Anteil der auffälligen, diagnostik- bzw. abklärungsbedürftigen („A“- „B“-) Befunde der Sprachentwicklung stieg im Verlauf der Schuljahre 2017/18 bis 2022/23 bei den Kita-Kindern deutlich um 7,6 Prozentpunkte (2017/18: 21 %; 2022/23: 28,6 %) und lag im Durchschnitt bei 25,5 Prozent. Bei durchschnittlich rund sechs Prozent der Kinder wurden die Befunde in der Sprachentwicklung als geringfügig („X“) eingeschätzt. Bezieht man auch die geringfügigen Befunde ein, so stieg der Anteil an Kindern mit Auffälligkeiten („A“- „B“- „X“-Befunde) in der Sprachentwicklung um 5,8 Prozentpunkte an (2017/18: 27,7 %; 2022/23: 33,5 %).

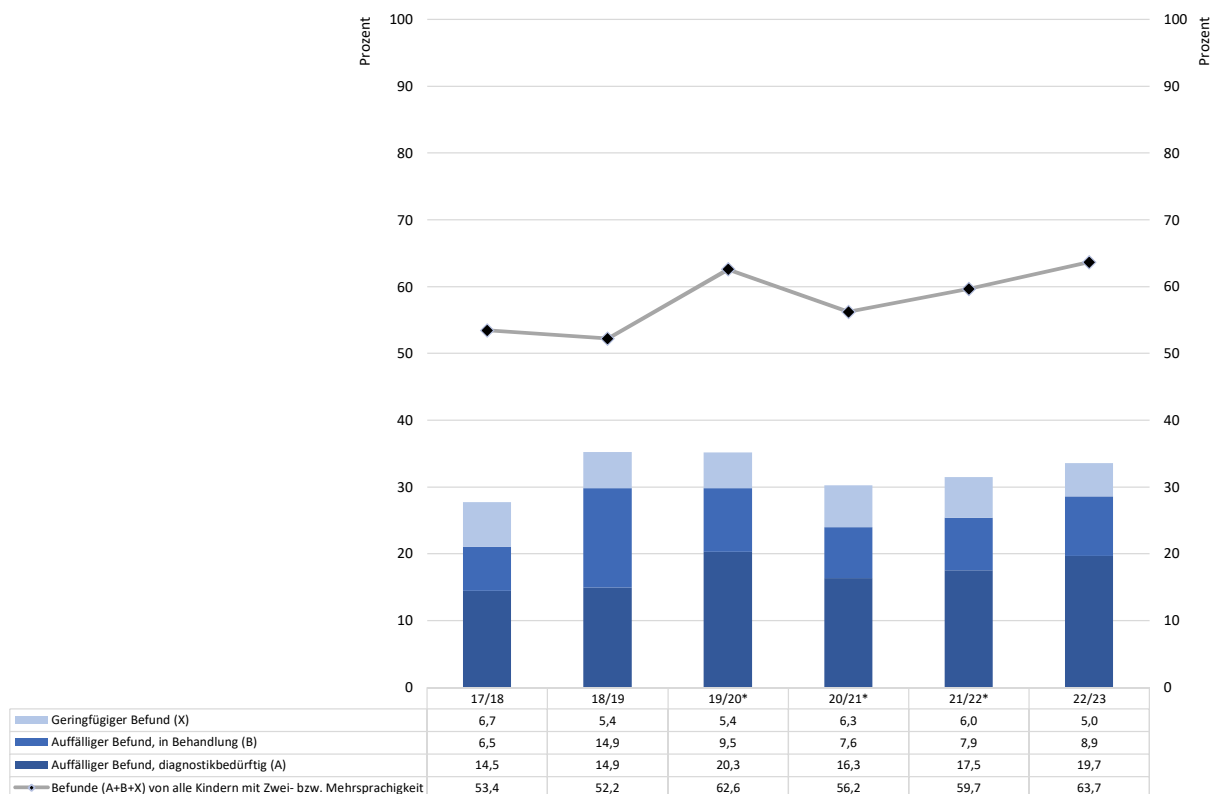


Abbildung 6.9: Anteil ärztlich untersuchter Kita-Kinder mit Auffälligkeiten der Sprachentwicklung insgesamt sowie Kinder mit Zwei- oder Mehrsprachigkeit in Dresden in den Schuljahren 2017/18 bis 2022/23

Anmerkungen: * Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quelle: LHD, 2024a

Tab. 6.21 zeigt, dass die Dresdner Ergebnisse in den letzten sechs Schuljahren sowohl bei den auffälligen („A“- „B“-) als auch bei den geringfügigen („X“-) Befunde im Bereich der Sprachentwicklung der Dresdner Kita-Kinder unter den sächsischen Durchschnittswerten lagen. Die Mittelwerte der auffälligen („A“- „B“-) und geringfügigen („X“-) Befunde in den letzten sechs Untersuchungsjahre betrugen in Sachsen 36,0 Prozent und in Dresden 30,4 Prozent.

In allen sechs Schuljahren zeigten sich bei den Jungen sowohl landesweit als auch in Dresden mehr auffällige („A“- „B“-) und geringfügige („X“-) Befunde bei der Sprachentwicklung als bei den Mädchen. Die Mittelwerte lagen in Sachsen bei den Jungen bei 39,2 Prozent bzw. bei den Mädchen bei 32,5 Prozent und in Dresden bei den Jungen bei 30,4 Prozent bzw. bei den Mädchen bei 27,5 Prozent. Dresdner Kinder beide Geschlechter schnitten dabei besser ab als die Durchschnittswerte bei allen untersuchten Jungen und Mädchen in Sachsen. (Tab. 6.21)

Bei dem deutlichen Anstieg der Auffälligkeiten („A“- „B“- „X“-Befunde) aller untersuchten Kinder im Zeitverlauf der sechs Untersuchungsjahre, so stiegen auch die Werte bei den Mädchen um sechs Prozentpunkte (2017/18: 24,9 %; 2022/23: 30,9 %) und bei den Jungen um 5,6 Prozentpunkte (2017/18: 30,4 %; 2022/23: 36,0 %) an. Bei den Ergebnissen im Freistaat Sachsen ist dies nicht zu beobachten. (Tab. 6.21)

Tabelle 6.21: Anteil ärztlich untersuchter Kita-Kinder mit Auffälligkeiten der Sprachentwicklung nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		Sachsen					Dresden				
		Anzahl Unter- suchte					Anzahl Unter- suchte	Sprachentwicklung			
			A-	B-	X-	A+B+X-		A-	B-	X-	A+B+X-
			Befunde	Befunde	Befunde	Befunde		Befunde	Befunde	Befunde	Befunde
		Anteil (%)					Anteil (%)				
2017/18	gesamt	20.132	15,5	8,3	10,9	34,8	4.109	14,5	6,5	6,7	27,7
	männlich	10.395	*	*	*	38,3	2.090	15,9	7,9	6,6	30,4
	weiblich	9.737	*	*	*	31,1	2.019	13,0	5,1	6,8	24,9
2018/19	gesamt	21.674	16,1	8,9	10,6	35,7	4.654	14,9	8,0	5,4	28,3
	männlich	11.210	*	*	*	39,1	2.436	15,1	9,8	5,1	30,0
	weiblich	10.464	*	*	*	32,0	2.218	13,9	6,0	5,8	25,7
2019/20**	gesamt	4.670	19,3	11,3	9,2	39,7	1.192	20,3	9,5	5,4	35,2
	männlich	2.480	*	*	*	41,9	628	22,8	9,9	4,0	36,6
	weiblich	2.190	*	*	*	37,2	564	17,6	9,0	6,9	33,5
2020/21**	gesamt	6.963	17,6	9,2	8,7	35,5	4.475	16,3	7,6	6,3	30,2
	männlich	3.592	*	*	*	37,9	2.307	17,1	9,6	6,2	32,9
	weiblich	3.371	*	*	*	33,0	2.168	15,5	5,5	6,3	27,4
2021/22**	gesamt	9.710	17,9	9,1	10,1	37,1	4.083	17,5	7,9	6,0	31,4
	männlich	5.068	*	*	*	40,2	2.090	19,7	9,9	5,3	34,9
	weiblich	4.642	*	*	*	33,6	1.993	15,3	5,8	6,8	27,8
2022/23	gesamt	12.171	16,7	9,3	10,2	36,3	3.709	19,7	8,9	5,0	33,5
	männlich	6.294	*	*	*	39,5	1.933	20,4	11,2	4,4	36,0
	weiblich	5.877	*	*	*	32,8	1.776	18,9	6,4	5,6	30,9
Ge- wichteter Mittelwert (GwM)	gesamt alle SJ	75.320	16,6	9,0	10,3	36,0	22.222	16,7	7,9	5,9	30,4
	männlich	39.039	*	*	*	39,2	11.484	17,8	9,7	5,5	32,9
	weiblich	36.281	*	*	*	32,5	10.738	15,3	5,9	6,3	27,5

Anmerkungen: * keine Daten verfügbar; ** Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quellen: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024; LHD, 2024a

■ Sprachbefunde und Mehrsprachigkeit zur Kita-Untersuchung

Mehrsprachigkeit ist kein Risikofaktor für Sprachentwicklungsstörungen per se, sondern gilt als kompetenzerweiternd, unterstützend für die kognitive Entwicklung und erhöht soziale und interkulturelle Kompetenzen der Kinder. Der größere Anteil an Sprachentwicklungsauffälligkeiten zur Kita-Untersuchung bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern im Vergleich zu Kindern mit alleiniger Muttersprache Deutsch lässt sich teilweise durch die noch zu geringe Kontaktzeit zur deutschen Sprache erklären. Wegen der Bedeutung der Deutschkenntnisse für den Bildungsweg bedarf es dringend einer genaueren Betrachtung der Sprachbefunde dieser Kinder im zeitlichen Verlauf sowie die Ermöglichung von Bedingungen, die als förderlich für die Sprachentwicklung in der deutschen Umgebungssprache bekannt sind (Neumann et al., 2024).

Die Gruppe der Kita-Kinder, die zwei- bzw. mehrsprachig aufwachsen (GwM: 14,1 % von allen untersuchten Kita-Kindern), wies innerhalb ihrer Gruppe im Vergleich zu der Gruppe der Kinder, die nur deutschsprachig aufwachsen, einen deutlich höheren Anteil von geringfügigen („X“-) und auffälligen („A“-, „B“-) Sprachentwicklungsbefunden auf, ermittelt aus den letzten sechs Schuljahren. So zeigten im Durchschnitt 60,6 Prozent der Jungen und 54,4 Prozent der Mädchen jeweils mit Zwei- oder Mehrsprachigkeit auffällige („A“-, „B“-) und geringfügige („X“-) Sprachentwicklungsbefunde. (Tab. 6.22)

Bei einem um 5,5 Prozentpunkte gestiegenen Anteil der Kita-Kinder mit einer angegebenen Zwei- bzw. Mehrsprachigkeit (2017/18: 11,3 %; 2022/23: 16,8 %) lag im Durchschnitt der Wert der geringfügigen („X“-) und auffälligen („A“-, „B“-) Sprachentwicklungsbefunde bei 57,6 Prozent und stieg um rund zehn Prozentpunkte (2017/18: 53,4 %; 2022/23: 63,7 %), ermittelt aus den letzten sechs Schuljahren. (Tab. 6.22)

Tabelle 6.22: Anteil ärztlich untersuchter Kita-Kinder mit Zwei- bzw. Mehrsprachigkeit und Auffälligkeiten der Sprachentwicklung nach Geschlecht in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		Mehrsprachigkeit			
		Anzahl Unter- suchte	Anteil (%)		
			von allen Untersuchten	ohne Sprachbefund von allen Mehrsprachigen	mit Sprachbefund (A+B+X) von allen Mehrsprachigen
2017/18	gesamt	464	11,3	45,5	53,4
	männlich	244	11,7	41,8	57,0
	weiblich	220	10,9	49,5	49,5
2018/19	gesamt	565	12,1	46,2	52,2
	männlich	288	11,8	43,1	55,6
	weiblich	277	12,5	49,5	48,7
2019/20**	gesamt	195	16,4	34,9	62,6
	männlich	103	16,4	33,0	64,1
	weiblich	92	16,3	37,0	60,9
2020/21**	gesamt	701	15,7	41,5	56,2
	männlich	342	14,8	38,0	60,8
	weiblich	359	16,6	44,8	51,8
2021/22**	gesamt	590	14,5	37,5	59,7
	männlich	299	14,3	32,1	63,9
	weiblich	291	14,6	43,0	55,3
2022/23	gesamt	622	16,8	33,4	63,7
	männlich	325	16,8	32,9	63,7
	weiblich	297	16,7	34,0	63,6
Gewichteter Mittelwert (GwM)	gesamt alle SJ	3.137	14,1	40,2	57,6
	männlich	1.601	13,9	37,0	60,6
	weiblich	1.536	14,3	43,4	54,4

Anmerkungen: ** Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quelle: LHD, 2024a

■ Schulaufnahmeuntersuchung

Zur Schulaufnahmeuntersuchung zeigten im Durchschnitt rund 60 Prozent der Kinder keine Sprachbefunde auf der Grundlage des Entwicklungsscreenings SOPESS unter Einbezug der individualmedizinischen Beurteilung. Der Anteil an auffälligen („A“- und „B“-) und geringfügigen („X“-) Befunden bei der Sprachentwicklung bei den Dresdner Kindern im Jahr vor Schulbeginn lag durchschnittlich bei 36,5 Prozent und stieg um rund fünf Prozentpunkte in den letzten sechs Schuljahren an (2017/18: 34,8 %; 2022/23: 39,5 %). Die diagnostik- bzw. abklärungsbedürftigen („A“-) Befunde zeigten dabei einen Anstieg um 8,7 Prozentpunkte (2017/18: 8,3 %; 2022/23: 17,0 %) und bei den bereits diagnostizierten und behandelten Auffälligkeiten („B“-Befunde) um 2,7 Prozentpunkte (2017/18: 10,2 %; 2022/23: 12,9 %). Die geringfügigen („X“-) Befunde sanken um 6,6 Prozentpunkte (2017/18: 16,2 %; 2022/23: 9,6 %) (Tab. 6.23; Abb. 6.10).

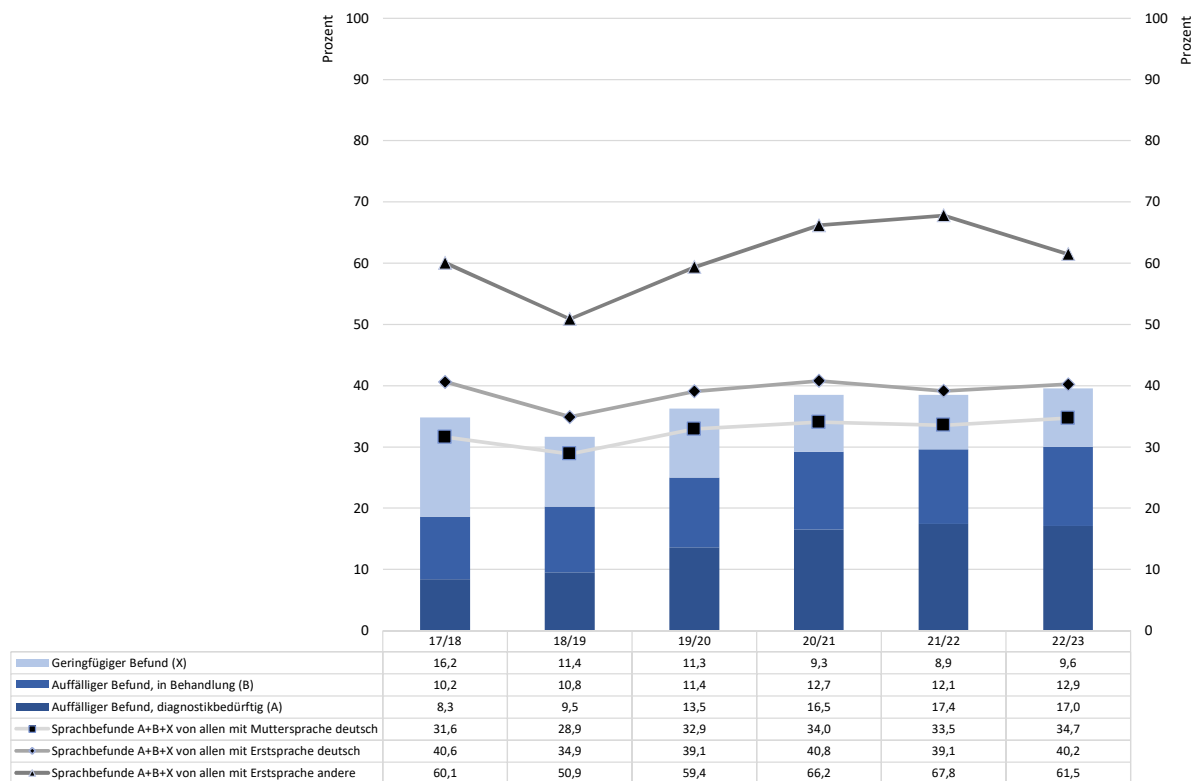


Abbildung 6.10: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten der Sprachentwicklung insgesamt sowie Angabe der Mutter- bzw. Erstsprache in Dresden in den Schuljahren 2017/18 bis 2022/23

Anmerkungen: * Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quelle: LHD, 2024a

Tab. 6.23 zeigt, dass die Dresdner Ergebnisse in den letzten sechs Schuljahren sowohl bei den auffälligen („A“- „B“-) als auch bei den geringfügigen („X“-) Befunden im Bereich der Sprachentwicklung der Dresdner Kinder zur Schulaufnahmeuntersuchung über den sächsischen Durchschnittswerten lagen. Die Mittelwerte der auffälligen („A“- „B“-) und geringfügigen („X“-) Befunde in den letzten sechs Untersuchungsjahre betrugen in Sachsen 35,2 Prozent und in Dresden 36,5 Prozent.

In allen sechs Schuljahren zeigten sich bei den Jungen sowohl landesweit als auch in Dresden mehr auffällige („A“- „B“-) und geringfügige („X“-) Befunde bei der Sprachentwicklung als bei den Mädchen. Die Mittelwerte lagen in Sachsen bei den Jungen bei 38,8 Prozent bzw. bei den Mädchen bei 31,4 Prozent und in Dresden bei den Jungen bei 39,5 Prozent bzw. bei den Mädchen bei 33,4 Prozent. Die Durchschnittswerte der Dresdner Kinder beide Geschlechter wiesen mehr auffällige („A“- „B“-) und geringfügige Befunde auf als die bei allen untersuchten Jungen und Mädchen in Sachsen (Tab. 6.23).

Bei dem deutlichen Anstieg der Auffälligkeiten („A“- „B“- „X“-Befunde) aller untersuchten Kinder im Zeitverlauf der sechs Untersuchungsjahre, so stiegen auch die Werte bei den Mädchen um 6,9 Prozentpunkte (2017/18: 30,4 %; 2022/23: 37,3 %) und bei den Jungen um 2,9 Prozentpunkte (2017/18: 38,8 %; 2022/23: 41,7 %) an. Bei den Ergebnissen im Freistaat Sachsen ist dies nicht zu beobachten (Tab. 6.23; Abb. 6.10).

Tabelle 6.23: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten der Sprachentwicklung nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		Sachsen					Dresden				
		Anzahl Unter- suchte					Anzahl Unter- suchte	Sprachentwicklung			
			A-	B-	X-	A+B+X-		A-	B-	X-	A+B+X-
			Befunde	Befunde	Befunde	Befunde		Befunde	Befunde	Befunde	Befunde
		Anteil (%)					Anteil (%)				
2017/18	gesamt	36.549	8,4	13,8	14,1	36,3	5.558	8,3	10,2	16,2	34,8
	männlich	18.892	*	*	*	40,6	2.895	8,9	12,6	17,3	38,8
	weiblich	17.657	*	*	*	31,7	2.663	7,8	7,6	15,0	30,4
2018/19	gesamt	36.403	8,7	14,2	10,0	32,9	5.659	9,5	10,8	11,4	31,6
	männlich	18.745	*	*	*	36,4	2.925	10,0	13,3	11,7	35,0
	weiblich	17.658	*	*	*	29,2	2.734	8,9	8,0	11,1	28,0
2019/20**	gesamt	37.226	10,4	14,7	9,7	34,8	5.661	13,5	11,4	11,3	36,2
	männlich	19.166	*	*	*	38,4	2.906	14,4	13,6	10,9	38,9
	weiblich	18.060	*	*	*	30,9	2.755	12,7	9,1	11,7	33,5
2020/21**	gesamt	37.523	10,3	14,3	10,1	34,7	5.686	16,5	12,7	9,3	38,4
	männlich	19.397	*	*	*	38,6	2.978	16,9	15,5	8,6	41,0
	weiblich	18.126	*	*	*	30,5	2.708	16,0	9,6	10,0	35,6
2021/22**	gesamt	38.008	17,9	9,1	10,1	37,1	5.845	17,4	12,1	8,9	38,5
	männlich	19.537	*	*	*	40,2	2.975	18,6	13,8	9,0	41,4
	weiblich	18.471	*	*	*	33,6	2.870	16,2	10,3	8,8	35,4
2022/23	gesamt	39.416	11,3	14,5	9,7	35,5	5.795	17,0	12,9	9,6	39,5
	männlich	20.044	*	*	*	38,7	2.943	16,9	15,2	9,6	41,7
	weiblich	19.372	*	*	*	32,2	2.852	17,2	10,6	9,5	37,3
Ge- wichteter Mittelwert (GwM)	gesamt alle SJ	225.125	11,2	13,4	10,6	35,2	34.204	13,8	11,7	11,1	36,5
	männlich	115.781	*	*	*	38,8	17.622	14,3	14,0	11,2	39,5
	weiblich	109.344	*	*	*	31,4	16.582	13,2	9,2	11,0	33,4

Anmerkungen: * keine Daten verfügbar; ** Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quelle: LHD, 2024a

■ Sprachbefunde und Mehrsprachigkeit zur Schulaufnahmeuntersuchung

Wegen der großen Bedeutung der Deutschkenntnisse für das chancengerechte gesunde Aufwachsen und die Bildungsgerechtigkeit sowie dem steigenden Anteil an Kindern in Kita und Schule, deren Familiensprache nicht (nur) Deutsch ist, wird eine genauere Betrachtung der Sprachbefunde in zeitlicher Entwicklung und deren Einflüsse unter Einbezug der angegebenen Mutter- bzw. Erstsprache des Kindes notwendig. Wächst ein Kind zwei- bzw. mehrsprachig auf, so ist dies für sich kein Risikofaktor für ein Vorliegen einer Sprachentwicklungsstörung. Bei ausreichender Kontaktzeit zu deutschsprechenden Mitmenschen spielen neben individuellen Besonderheiten auch die Bedingungen in den Lebenswelten Kita und Schule als Ursache von Sprachentwicklungsauffälligkeiten eine wichtige Rolle.

Die zwei Gruppen der Kinder zur Schulaufnahmeuntersuchung, die neben ihrer nicht-deutschen Muttersprache mit einer anderen Erstsprache (GwM: 13,4 % von allen untersuchten Kindern mit Erstsprache andere) bzw. mit deutscher Erstsprache (GwM: 1,6 % von allen untersuchten Kindern mit Erstsprache Deutsch) aufwachsen, wiesen innerhalb ihrer Gruppe im Vergleich zu der Gruppe der Kinder mit Muttersprache Deutsch einen höheren Anteil an geringfügigen („X“-) und auffälligen („A“-, „B“-) Sprachentwicklungsbefunden auf, ermittelt aus den letzten sechs Schuljahren (Tab. 6.24). Bei einem steigenden Anteil der Kinder mit einer angegebenen nicht-deutschen Mutter- bzw. anderen Erstsprache um plus sieben Prozentpunkte (2017/18: 10,6 %; 2022/23: 17,7 %) lagen die Werte der geringfügigen („X“-) und auffälligen („A“-, „B“-) Sprachentwicklungsbefunde bei durchschnittlich rund 61 Prozent bei einem Anstieg um 1,4 Prozentpunkte (2017/18: 60,1 %; 2022/23: 61,5 %). Der Anteil an geringfügigen („X“-) und auffälligen („A“-, „B“-) Sprachentwicklungsbefunden der Gruppe mit Erstsprache Deutsch mit einem nahezu konstantem Anteil im Verlauf der letzten sechs Schuljahre betrug im Durchschnitt 39 Prozent und sank minimal um 0,4 Prozentpunkte (2017/18: 40,6 %; 2022/23: 40,2 %) (Tab. 6.24).

Tabelle 6.24: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit Angabe zur Mutter- bzw. Erstsprache und Auffälligkeiten der Sprachentwicklung nach Geschlecht in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Anmerkungen: ** Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quelle: LHD, 2024a

6.3.4.4 Körpergewicht

Die Erhebung von Körpergewicht und Körpergröße zu verschiedenen Lebenszeitpunkten in der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen findet sowohl in den kassenärztlichen Vorsorgeuntersuchungen als auch im Rahmen der Kinder- und Jugendärztlichen Untersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (kommunales Gesundheitsamt) statt. Das Ziel dieser wiederholten Untersuchungen ist, Entwicklungen zu beobachten, möglichst frühzeitig Auffälligkeiten zu erkennen und zu adressieren. Die Erziehungsberechtigten werden im Falle von Auffälligkeiten hinsichtlich Übergewicht, Adipositas und (starkem) Untergewicht, die sich bei den Schulaufnahme- und schulärztlichen Untersuchungen ergeben, informiert und beraten. Eine Diagnostik und gegebenenfalls Therapie kann daraufhin bei den Kinder- und Jugendärztinnen bzw. Kinder- und Jugendärzten eingeleitet werden.

Die Beurteilung des Körpergewichts erfolgt mittels Body-Maß-Index (BMI) und der dazu veröffentlichten Referenzwerte der Kinder und Jugendlichen nach Kromeyer-Hauschild. Von Übergewicht spricht man, wenn der BMI über der 90. bis zur 97. Perzentile liegt. Fettleibigkeit (Adipositas) bedeutet, dass sich der BMI über der 97. Perzentile einordnet. Ein BMI unter der 3. Perzentile bedeutet starkes Untergewicht.

Zur Schulaufnahmeuntersuchung im Schuljahr 2022/23 wurden bei 80 Prozent der untersuchten Dresdner Kinder ein Normalgewicht festgestellt. Im Vergleich zum Schuljahr 2017/18 nahm der Anteil der Kinder mit Normalgewicht um 2,9 Prozentpunkte ab (2017/18: 82,9 %) (Abb. 6.11). Innerhalb des gesamten Zeitraums der letzten sechs Untersuchungsjahre wurde ein durchschnittlicher Anteil der Dresdner Kinder mit Normalgewicht ermittelt, der über dem Wert des Freistaates Sachsen lag. Die durchschnittlichen Anteile der Kinder mit Normalgewicht beliefen sich im benannten Zeitraum in Sachsen auf 79,4 Prozent und in Dresden auf 81,0 Prozent. In Sachsen wiesen die durchschnittlichen Anteile der Kinder mit Normalgewicht bei den Jungen 79,5 Prozent bzw. bei den Mädchen 79,3 Prozent sowie in Dresden bei den Jungen 80,6 Prozent bzw. bei den Mädchen 81,4 Prozent auf (Tab. 6.25).

Zur schulärztlichen Untersuchung in der 6. Klasse im Schuljahr 2022/23 wurden bei 68,5 Prozent der Dresdner Schülerinnen und Schüler ein Normalgewicht festgestellt. Im Vergleich zum Schuljahr 2017/18 nahm der Anteil der Kinder mit Normalgewicht um 4,5 Prozentpunkte ab (2017/18: 73,0 %) (Abb. 6.11). Innerhalb des gesamten Zeitraums der letzten sechs Untersuchungsjahre wurde ein durchschnittlicher Anteil der Dresdner Schülerinnen und Schüler mit Normalgewicht ermittelt, der über dem Wert des Freistaates Sachsen lag. Die durchschnittlichen Anteile der Kinder mit Normalgewicht beliefen sich im benannten Zeitraum in Sachsen auf 69,0 Prozent und in Dresden auf 70,6 Prozent (Tab. 6.26).

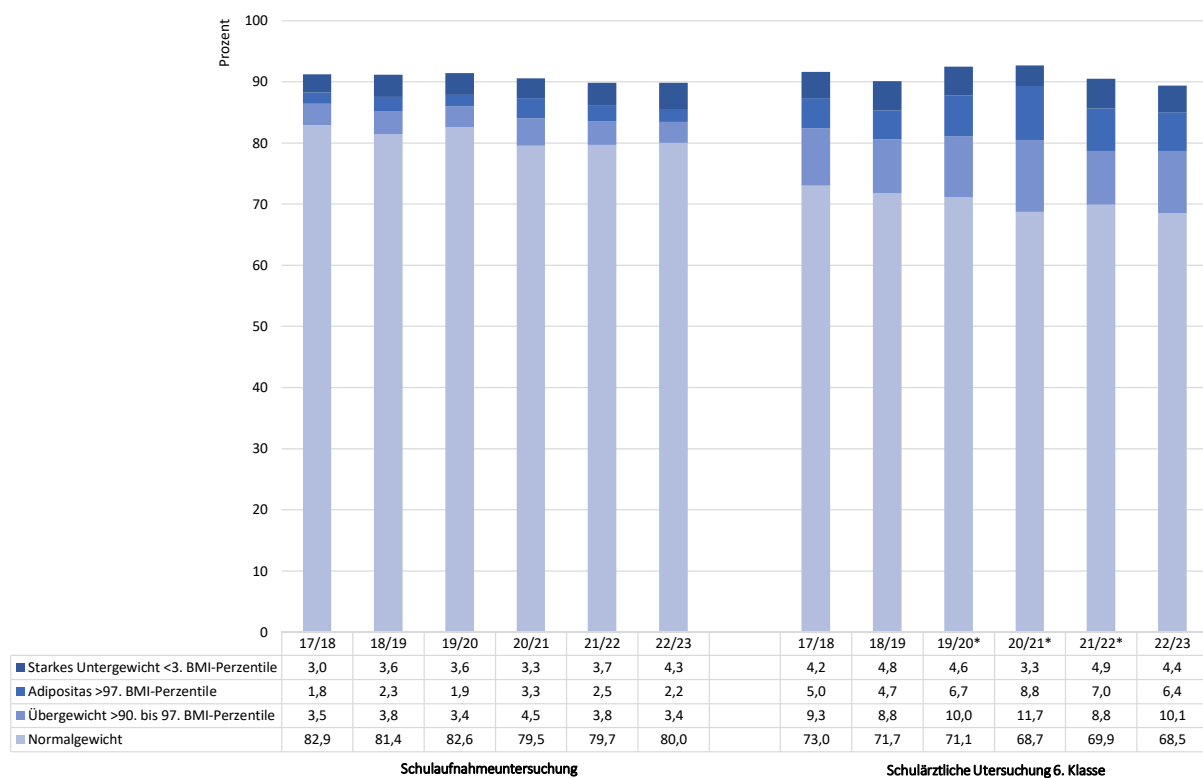


Abbildung 6.11: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme und zur schulärztlichen Untersuchung in der 6. Klasse mit Normalgewicht, Übergewicht, Adipositas und starkem Untergewicht nach Geschlecht in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Anmerkungen: * Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quelle: LHD, 2024a

Tabelle 6.25: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit Normalgewicht, Übergewicht, Adipositas und starkem Untergewicht nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		Sachsen					Dresden				
		Anzahl Unter- suchte					Anzahl Unter- suchte	Bewertung BMI-Perzentile			
			Normal- gewicht	Adiposi- tas	Über- gewicht	starkes Unter- gewicht		Normal- gewicht	Adiposi- tas	Über- gewicht	starkes Unter- gewicht
2017/18	gesamt	36.549	80,5	3,9	5,5	3,0	5.558	82,9	1,8	3,5	3,0
	männlich	18.892	80,8	3,8	5,1	3,1	2.895	82,8	1,8	3,3	3,0
	weiblich	17.657	80,1	4,0	6,0	2,9	2.663	83,0	1,8	3,8	3,0
2018/19	gesamt	36.403	80,3	3,9	5,3	3,1	5.659	81,4	2,3	3,8	3,6
	männlich	18.745	80,8	3,8	4,9	3,1	2.925	80,7	2,2	3,5	3,8
	weiblich	17.658	79,7	4,1	5,7	3,0	2.734	82,0	2,5	4,2	3,4
2019/20**	gesamt	37.226	80,1	3,9	5,5	3,2	5.661	82,6	1,9	3,4	3,6
	männlich	19.166	80,2	3,9	5,1	3,5	2.906	81,9	2,0	3,5	3,9
	weiblich	18.060	79,9	3,8	5,8	2,9	2.755	83,3	1,8	3,3	3,2
2020/21**	gesamt	37.523	78,3	5,4	6,4	2,8	5.686	79,5	3,3	4,5	3,3
	männlich	19.397	77,9	5,7	6,5	2,9	2.978	78,5	3,9	4,3	3,5
	weiblich	18.126	78,8	5,2	6,4	2,6	2.708	80,6	2,6	4,7	3,0
2021/22**	gesamt	38.008	78,7	4,6	5,5	3,3	5.845	79,7	2,5	3,8	3,7
	männlich	19.537	78,9	4,7	5,3	3,3	2.975	79,6	2,5	3,8	3,7
	weiblich	18.471	78,6	4,6	5,7	3,2	2.870	79,8	2,6	3,9	3,7
2022/23	gesamt	39.416	78,8	3,8	4,6	4,0	5.795	80,0	2,2	3,4	4,3
	männlich	20.044	78,8	3,9	4,5	4,2	2.943	80,1	2,2	3,2	4,5
	weiblich	19.372	78,9	3,8	4,8	3,7	2.852	79,8	2,1	3,6	4,1
Ge- wichteter Mittelwert (GwM)	gesamt alle SJ	225.125	79,4	4,3	5,5	3,2	34.204	81,0	2,3	3,8	3,6
	männlich	115.781	79,5	4,3	5,2	3,4	17.622	80,6	2,4	3,6	3,7
	weiblich	109.344	79,3	4,3	5,7	3,1	16.582	81,4	2,2	3,9	3,4

Anmerkungen: ** Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quellen: Statistisches Landesamt Sachsen, 2024; LHD, 2024a

Tabelle 6.26: Anteil ärztlich untersuchter Kinder in der 6. Klasse mit Normalgewicht, Übergewicht, Adipositas und starkem Untergewicht nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		Sachsen					Dresden				
		Anzahl Unter- suchte					Anzahl Unter- suchte	Bewertung BMI-Perzentile			
			Normal- gewicht	Adiposi- tas	Über- gewicht	starkes Unter- gewicht		Normal- gewicht	Adiposi- tas	Über- gewicht	starkes Unter- gewicht
2017/18	gesamt	17.709	70,4	8,4	8,4	3,5	3.117	73,0	5,0	9,3	4,2
	männlich	*	*	*	*	*	1.601	71,6	5,7	9,9	4,2
	weiblich	*	*	*	*	*	1.516	70,6	4,0	8,2	4,1
2018/19	gesamt	20.382	70,0	8,0	11,2	3,4	3.597	71,7	4,7	8,8	4,8
	männlich	*	*	*	*	*	1.808	69,6	4,9	10,0	4,9
	weiblich	*	*	*	*	*	1.789	73,9	4,4	7,7	4,7
2019/20**	gesamt	5.808	68,6	8,9	12,1	3,4	1.930	71,1	6,7	10,0	4,6
	männlich	*	*	*	*	*	1.023	69,8	6,2	10,4	5,1
	weiblich	*	*	*	*	*	907	72,5	7,3	9,6	4,1
2020/21**	gesamt	3.036	65,2	11,2	13,4	3,4	1.857	68,7	8,8	11,7	3,3
	männlich	*	*	*	*	*	930	68,8	9,6	11,1	3,4
	weiblich	*	*	*	*	*	927	68,6	8,1	12,4	3,2
2021/22**	gesamt	5.057	67,7	9,9	10,0	4,0	3.513	69,9	7,0	8,8	4,9
	männlich	*	*	*	*	*	1.782	69,8	7,2	9,6	5,5
	weiblich	*	*	*	*	*	1.731	73,1	7,0	8,3	4,4
2022/23	gesamt	11.242	66,6	10,7	11,9	3,6	2.830	68,5	6,4	10,1	4,4
	männlich	*	*	*	*	*	1.440	68,7	6,3	10,7	4,4
	weiblich	*	*	*	*	*	1.390	68,3	6,5	9,5	4,4
Ge- wichteter Mittelwert (GwM)	gesamt alle SJ	63.234	68,1	9,5	11,2	3,5	16.844	70,5	6,4	9,8	4,4
	männlich	*	*	*	*	*	8.584	69,7	6,6	10,3	4,6
	weiblich	*	*	*	*	*	8.260	71,2	6,2	9,3	4,2

Anmerkungen: * keine Daten verfügbar; ** Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quellen: Statistisches Landesamt Sachsen 2024; LHD, 2024a

■ Übergewicht und Adipositas

Neben dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten spielt bei der Entstehung von Übergewicht und Adipositas die soziale Herkunft der Kinder und Jugendlichen eine erhebliche Rolle, wie zahlreiche Veröffentlichungen, u. a. zu den **KiGGS-Studien** (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) als wichtigste Datengrundlage aufzeigen konnten (Hoebel et al., 2022; RKI, 2018b; Schienkiewitz et al., 2019). Zur Berücksichtigung von adipositasrelevanten Einflussfaktoren zur Unterstützung präventiver Aktivitäten im Schulalter wurde ein bevölkerungsweites Adipositasmonitoring (AdMon) vom RKI entwickelt und Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche veröffentlicht (Lehmann et al., 2020).

Auch die **EsKiMo-Studie** als KiGGS-Modul mit Schwerpunkt auf Ernährung (RKI, 2020) liefert wichtige Erkenntnisse. Diese Studie ist mit der zweiten Erhebungswelle mittlerweile als Langzeitstudie angelegt und wird vom RKI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) durchgeführt.

Vor allem im Hinblick auf die heranwachsende Generation zeigt sich zuletzt ein Anstieg in der Prävalenz von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status (SES). Das Risiko für Übergewicht wurde zuletzt mit um das 3,7fache für Kinder und Jugendliche mit dem niedrigsten gegenüber Gleichaltrigen mit dem höchsten SES angegeben. Die Prävalenz der Adipositas ist über die Zeit hingegen in allen SES-Gruppen relativ stabil. Der soziale Gradient ist hier weniger deutlich und scheint sich auch in der letzten Zeit nicht zu verschärfen.

Da eine Erhebung des sozioökonomischen Status zu den ärztlichen Untersuchungen im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst gesetzlich nicht vorgesehen ist, lassen sich zum sozialen Gradienten in Sachsen keine bevölkerungsbezogenen Aussagen machen.

Bereits im Kindes- und Jugendalter können mit Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas) schwerwiegende, auch behandlungs- und kostenintensive Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Störungen des Fettstoffwechsels und Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems entstehen. Nicht nur die Wahrscheinlichkeit für die individuelle körperliche, psychische und soziale Gesundheit nimmt immer mehr ab, auch auf das gesamte Gesundheitssystem hat dieser Prozess langfristig relevante Auswirkungen. Bei adipösen Kindern und Jugendlichen ist die Wahrscheinlichkeit fünfmal höher, auch im Erwachsenenalter adipös zu sein als bei Gleichaltrigen mit Normalgewicht (Simmonds et al., 2016).

Der Trend der Zunahme des Anteils an Kindern und Jugendlichen während der Zeit der Corona-Pandemie setzte sich seit 2022 mit wieder rückläufigen Werten nicht fort. Im Vergleich zum letzten Stadtgesundheitsprofil, welches die Untersuchungsjahre 2010/11 bis 2014/15 darstellte, zeigt sich eine deutliche Zunahme der BMI-Bewertungen als Übergewicht bzw. Adipositas, wie im Folgenden beschrieben (LHD, 2016). In Dresden nahm der Anteil von Kindern mit Übergewicht sowie Adipositas grundsätzlich mit dem Alter und unterlag schuljährlichen Schwankungen, wie in Abb. 6.11 dargestellt. Tab. 6.25 und Tab. 6.26 zeigen, dass die Dresdner Ergebnisse in den letzten sechs Schuljahren sowohl bei Übergewicht als auch bei Adipositas zum Zeitpunkt der Schulaufnahmeuntersuchung als auch zum Zeitpunkt der schulärztlichen Untersuchung in der 6. Klasse deutlich unter den Ergebnissen im sächsischen Durchschnitt lagen (Tab. 25; Tab. 6.26).

Zur Schulaufnahmeuntersuchung wurde im Durchschnitt bei rund sechs Prozent der untersuchten Dresdner Kinder ein Übergewicht einschließlich Adipositas festgestellt. Dabei wiesen durchschnittlich 3,8 Prozent der untersuchten Kinder ein Übergewicht mit einem BMI über der 90. bis zur 97. Perzentile und durchschnittlich 2,3 Prozent Fettleibigkeit (Adipositas) mit einem BMI über der 97. Perzentile im zeitlichen Verlauf der sechs Schuljahre auf (Tab. 6.25). Der Anteil der Kinder mit Übergewicht war leicht gesunken (2017/18: 3,5 %; 2022/23: 3,4 %). Der Anteil der Kinder mit Fettleibigkeit (Adipositas) stieg im gleichen Zeitraum um 0,4 Prozentpunkte (2017/18: 1,8 %; 2022/23: 2,2 %). Im gesamten Zeitverlauf der letzten sechs Untersuchungsjahre lag der durchschnittliche Anteil der Dresdner Kinder mit Übergewicht bzw. mit Adipositas zur Schulaufnahmeuntersuchung unter den Werten des Freistaates Sachsen. Die durchschnittlichen Anteile der Kinder mit Übergewicht beliefen sich im genannten Zeitraum in Sachsen 5,5 Prozent und in Dresden 3,8 Prozent. Die durchschnittlichen Anteile der Kinder mit Adipositas betrugen in Sachsen 4,3 Prozent und in Dresden 2,3 Prozent. Hinsichtlich des Übergewichts und der Adipositas konnten keine relevanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern festgestellt werden, weder auf Landesebene noch für Dresden. In Sachsen wiesen die durchschnittlichen Anteile der Kinder mit Übergewicht bei den Jungen 5,2 Prozent (2022/23: 4,5 %) bzw. bei den Mädchen 5,7 Prozent (2022/23: 4,3 %) sowie in Dresden bei den Jungen 3,6 Prozent (2022/23: 3,2 %) bzw. bei den Mädchen 3,9 Prozent (2022/23: 3,6 %) auf.

Die Mittelwerte für Adipositas lagen in Sachsen bei beiden Geschlechtern bei 4,3 Prozent und in Dresden bei 2,4 Prozent für die Jungen (2022/23: 2,4 %) bzw. bei 2,2 Prozent für die Mädchen (2022/23: 2,2 %) (Tab. 6.25).

Zur schulärztlichen Untersuchung der 6. Klasse wurde im Durchschnitt bei 15,8 Prozent der Dresdner Schülerinnen und Schüler ein Übergewicht einschließlich Adipositas festgestellt. Dabei wiesen durchschnittlich 9,6 Prozent der untersuchten Schülerinnen und Schüler ein Übergewicht mit einem BMI über der 90. bis zur 97. Perzentile und durchschnittlich 6,2 Prozent eine Fettleibigkeit (Adipositas) mit einem BMI über der 97. Perzentile im zeitlichen Verlauf der sechs Schuljahre auf (Tab. 6.26). Der Anteil der Schülerinnen und Schüler der 6. Klasse mit Übergewicht war um 0,8 Prozentpunkte angestiegen (2017/18: 9,3 %; 2022/23: 10,1 %). Der Anteil Kinder mit Fettleibigkeit (Adipositas) stieg im gleichen Zeitraum um 1,4 Prozentpunkte (2017/18: 5,0 %; 2022/23: 6,4 %). Im gesamten Zeitverlauf der letzten sechs Untersuchungsjahre lag der durchschnittliche Anteil der Dresdner Kinder mit Übergewicht bzw. mit Adipositas zur schulärztlichen Untersuchung unter den Werten des Freistaates Sachsen. Die durchschnittlichen Anteile der Kinder mit Übergewicht beliefen sich im benannten Zeitraum in Sachsen 10,6 Prozent und in Dresden 9,6 Prozent. Die durchschnittlichen Anteile der Kinder mit Adipositas betrugen in Sachsen 9,0 Prozent und in Dresden 6,2 Prozent. Hinsichtlich des Übergewichts und der Adipositas konnten keine relevanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern der Dresdner Schülerinnen und Schüler festgestellt werden. Für die Landesebene waren keine geschlechtsspezifischen Daten für die schulärztlichen Untersuchungen in den 6. Klassen verfügbar (Tab. 6.26).

Für die Dresdner Schülerinnen und Schüler 6. Klasse war auffällig, dass der Anteil von Mädchen mit Übergewicht einschließlich Adipositas plus 3,8 Prozentpunkte (2017/18: 12,2 %; 2022/23: 16,0 %) im Vergleich zu den Jungen mit einem Plus von 1,4 Prozentpunkten (2017/18: 15,6 %; 2022/23: 17,0 %) zunahm (Tab. 6.26).

■ Starkes Untergewicht

Neben den dargelegten Ergebnissen zu Übergewicht und Adipositas ist auch das starke Untergewicht (unter der 3. BMI-Perzentile) im Kindes- und Jugendalter zu beachten. Mögliche Ursachen und Einflussfaktoren im Zusammenhang mit den beschriebenen Gewichtsdaten können nicht analysiert werden, weil keine entsprechenden Daten vom Amt für Gesundheit und Prävention erhoben werden (dürfen). So können neben unbedenklichen konstitutionellen Faktoren vielfältige körperliche, seelische und/oder psychosoziale Ursachen des Gesundheitsverhaltens vorliegen, mit zunehmendem Lebensalter auch krankhafte Essstörungen.

Im Vergleich zum letzten Stadtgesundheitsprofil, welches die Untersuchungsjahre 2010/11 bis 2014/15 darstellte, zeigt sich eine leichte Zunahme der BMI-Bewertungen als extremes Untergewicht, wie im Folgenden beschrieben und in Abb. 6.11 dargestellt (LHD, 2016).

Zur Schulaufnahmeuntersuchung wurde im Durchschnitt bei 3,6 Prozent der untersuchten Dresdner Kinder ein starkes Untergewicht unter der 3. BMI-Perzentile im zeitlichen Verlauf der sechs Schuljahre festgestellt (Tab. 6.25). Der Anteil der Kinder mit starkem Untergewicht war um 1,3 Prozentpunkte gestiegen (2017/18: 3,0 %; 2022/23: 4,3 %). Im gesamten Zeitverlauf der letzten sechs Untersuchungsjahre lag der durchschnittliche Anteil der Dresdner Kinder mit starkem Untergewicht zur Schulaufnahmeuntersuchung über den Werten des Freistaates Sachsen. Die durchschnittlichen Anteile der Kinder mit starkem Untergewicht beliefen sich im benannten Zeitraum in Sachsen 3,2 Prozent und in Dresden 3,5 Prozent. Hinsichtlich des starken Untergewichts konnten keine relevanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern festgestellt werden, weder auf Landesebene noch für Dresden. In Sachsen wiesen die durchschnittlichen Anteile der Kinder mit starkem Untergewicht bei den Jungen 3,4 Prozent (2022/23: 4,2 %) bzw. bei den Mädchen 3,1 Prozent (2022/23: 3,7 %) sowie in Dresden bei den Jungen 3,7 Prozent (2022/23: 4,5 %) bzw. bei den Mädchen 3,4 Prozent (2022/23: 4,1 %) auf (Tab. 6.25).

Zur schulärztlichen Untersuchung der 6. Klasse wurde im Durchschnitt bei 4,5 Prozent der untersuchten Dresdner Schülerinnen und Schüler ein starkes Untergewicht unter der 3. BMI-Perzentile im zeitlichen Verlauf der sechs Schuljahre festgestellt (Tab. 6.26). Der Anteil der Dresdner Schülerinnen und Schüler mit starkem Untergewicht war um 0,2 Prozentpunkte gestiegen (2017/18: 4,2 %; 2022/23: 4,4 %). Im gesamten Zeitverlauf der letzten sechs Untersuchungsjahre lag der durchschnittliche Anteil der Dresdner Kinder mit starkem Untergewicht zur schulärztlichen Untersuchung über den Werten des Freistaates Sachsen. Die durchschnittlichen Anteile der Kinder mit starkem Untergewicht beliefen sich im benannten Zeitraum in Sachsen 3,5 Prozent und in Dresden 3,6 Prozent. Hinsichtlich des Übergewichts und der Adipositas konnten keine relevanten Unterschiede

zwischen den Geschlechtern der Dresdner Schülerinnen und Schüler festgestellt werden. Für die Landesebene waren keine geschlechtsspezifischen Daten für die schulärztlichen Untersuchungen in den 6. Klassen verfügbar. In Dresden wiesen die durchschnittlichen Anteile der Kinder mit starkem Untergewicht bei den Jungen 4,7 Prozent (2022/23: 4,4 %) bzw. bei den Mädchen 4,2 Prozent (2022/23: 4,4 %) auf (Tab. 6.26).

6.3.5 Psychische Gesundheit der heranwachsenden Generation anhand objektiver Gesundheitsdaten

Die Bedeutung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung hat in den vergangenen Jahren stetig zugenommen. Die Auffälligkeiten in der psychischen Gesundheit der heranwachsenden Generation nehmen auch im Kontext der Auswirkungen der Corona-Pandemie an Relevanz zu. Psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen gehen mit individuellen und familiären Belastungen sowie schwer einschätzbaren gesellschaftlichen und ökonomischen Folgen einher. Zudem ist es erforderlich, dass die Angebote für Kinder, Jugendliche und Familien sowie die medizinische und psychotherapeutische Versorgung für die heranwachsende Generation kontinuierlich an die aktuelle Bedarfslage angepasst werden.

In diesem Kontext sei auf die Ergebnisse einiger der zahlreichen Veröffentlichungen verwiesen, die sich auf die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland auf verschiedene Datengrundlagen auf die Zeiten vor, während und nach der Corona-Pandemie beziehen:

- Datengrundlagen der KiGGS-Studien (RKI, 2018b; Schmidtke et al., 2021)
- Datengrundlage der **KIDA-Studie** (RKI, 2023a),
- Datengrundlage von Krankenversichertendaten (Grobe & Szecsenyi, 2021) und
- Ergebnisse von systematischen Literaturrecherchen (Schlack et al., 2022).

Ein Schwerpunktbericht beschäftigte sich mit der Datenlage anhand der KiGGS-Studie zu zwei Themenschwerpunkten von psychischen Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening sowie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Kindes- und Jugendalter und zeigt dabei Schutz- und Risikofaktoren auf, um mit dem Ziel des Erhalts und der Förderung der psychischen Gesundheit gesundheitspolitische Handlungsoptionen aufzeigen zu können (RKI & BZgA, 2008).

Die Psychische Gesundheit wurde bereits im Abschnitt 5.4 auf Seite 168 altersübergreifend thematisiert.

Für die Landeshauptstadt Dresden gibt es aktuell keine aussagekräftigen Daten, die Aussagen über die psychische Gesundheit der Dresdner Kinder und Jugendlichen zulassen. Lediglich über die Statistik der fünf häufigsten stationären Diagnosen zeigen sich Hinweise auf die Inanspruchnahme.

Im Abschnitt 6.3.2 auf Seite 216 wurde dargelegt, dass Diagnosen der psychischen Gesundheit bereits bei der heranwachsenden Generation ein Haupteinweisungsgrund zur stationären Behandlung sind. Die Diagnosen „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)“ und „Depressive Episoden (F37)“ ordneten sich bereits unter den fünf häufigsten stationären Diagnosen bei den 10- bis unter 18-Jährigen in den Jahren 2018, 2020 und 2022 ein. Hierbei ist festzustellen, dass Mädchen und junge Frauen in dieser Altersgruppe im Jahr 2022 die meisten stationären Behandlungen aufgrund der Diagnosen „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)“ an erster Stelle, „Depressive Episoden (F37)“ an dritter Stelle und „Essstörungen (F50)“ an vierter Stelle in Anspruch nahmen. Diese Ergebnisse geben lediglich Auskunft über die Inanspruchnahme stationärer Behandlungen und lassen keine Aussage zum tatsächlichen Versorgungsbedarf zu.

Im Rahmen des bereits genannten Projektes „RESILIENT“ – Dresdner Gesundheitsindex“ können perspektivisch gesicherte Daten auch zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als Entscheidungsgrundlage aufbereitet werden.

Für die psychische Gesundheit der Dresdner Kinder und Jugendlichen gibt es aktuell keine solide Datenbasis. Es werden lediglich wichtige Erfahrungsberichte aus den betreffenden Einrichtungen im Fachaustausch bei Netzwerktreffen geteilt. Die Realität zeigt, dass die aktuellen Bedarfe nicht mit den bestehenden ambulanten und (teil-)stationären Strukturen abgedeckt werden können.

6.3.6 Heranwachsende mit Schwerbehinderung

Für die heranwachsenden Kinder und Jugendlichen mit einer schweren Behinderung ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 auf Basis des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) sind Informationen zur Gesundheit für das Alter bis 17 Jahre nach Behinderungsgrad im Abschnitt 5.6 auf Seite 174 dargestellt.

6.3.7 Unfälle und Verletzungen und Vergiftungen

Im Abschnitt 5.5 auf Seite 171 wurde bereits über Straßenverkehrsunfälle (SVU) nach dem Schweregrad und nach der Verkehrsbeteiligung sowie über Unfallursachen und deren Folgen altersübergreifend berichtet. Tab. 6.27 zeigt die Zahl der Straßenverkehrsunfälle der bis 14-Jährigen und 15- bis 24-Jährigen, die infolge eines SVU durch die Beteiligung eines PKWs, von Kraft-rädern (einschließlich S-Pedelecs und anderes), Fahrrädern (einschließlich Pedelecs) oder Fußgängern (einschließlich Fußgänger mit Sport- oder Spielgeräten) sowie sonstiger Kfz leicht oder schwer verletzt wurden (Statistisches Landesamt Sachsen, 2024).

Tabelle 6.27: Verunglückte Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmer der Altersgruppe 0 bis 14 Jahre und 15 bis 24 Jahre in Dresden innerorts von 2018 bis 2022

Jahre	Leichtverletzte			Schwerverletzte		
	Gesamt	Altersgruppe		Gesamt	Altersgruppe	
		0 bis 14 Jahre	15 bis 24 Jahre		0 bis 14 Jahre	15 bis 24 Jahre
2018	2.344	205	349	431	32	45
2019	2.284	192	366	431	25	48
2020	2.064	158	334	424	23	60
2021	1.882	124	326	353	19	45
2022	2.304	185	363	365	25	35

Quellen: Statistisches Landesamt, 2023

6.3.8 Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen inkl. Plötzlicher Kindstod

Im Abschnitt 5.10 auf Seite 192 werden die häufigsten (vermeidbaren) Todesursachen einschließlich Säuglingssterblichkeit für die Dresdner Bevölkerung erläutert.

6.4 Gesundheitsverhalten der heranwachsenden Generation

6.4.1 Gesundheitsvorsorge

Die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder bis zum Alter von sechs Jahren („U-Untersuchung“ U1 bis U9) dienen den Familien zur medizinischen Begleitung, helfen frühzeitig Entwicklungsverzögerungen, Behinderungen und Erkrankungen zu erkennen und behandeln zu können. 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 ihren Kinder- oder Hausärztinnen bzw. -ärzten in festgelegten, größer werdenden Abständen vor. Die erste Untersuchung findet 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 die U7, U7a (seit 2008), U8 und U9 vorgesehen.

Die Inanspruchnahme dieser Früherkennungsuntersuchungen ist darüber hinaus ein wichtiger Indikator für die medizinische Versorgung der Kinder sowie das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskompetenz der Familien des Kindes und lässt Rückschlüsse auf die Bedeutung zu, die Eltern bzw. Sorgeberechtigte der Gesundheitsvorsorge einräumen. Aus diesem Grunde wird während der Kita- und Schulaufnahmeuntersuchung des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes (ÖGD) zur Erfassung der Teilnahme an den U-Untersuchungen um die Vorlage des sogenannten Vorsorgeheftes gebeten. Der Vorsorgestatus „vollständig“ bedeutet, dass das Vorsorgeheft vorgelegt worden ist und die U-Untersuchungen ab der U2 altersgemäß komplett sind.

Im Verlauf der letzten Untersuchungsjahre von 2017/18 bis 2022/23 lag in 82 Prozent der Fälle zur Kita-Untersuchung und zu 89 Prozent zur Schulaufnahmeuntersuchung das Vorsorgeheft im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst vor. Im letzten Schuljahr ist zudem auffällig, dass der Anteil ohne vorgelegtes Vorsorgeheft sowohl bei der Kita-Untersuchung (21,9 %) als auch bei der Schulaufnahmeuntersuchung (12 %) angestiegen ist. Ein Grund dafür könnte die fehlende kinderärztliche Anbindung von Familien zu Vorsorgeuntersuchungen sein.

Der Anteil an Kindern mit vollständigem Vorsorgestatus von allen Kindern mit vorgelegtem Vorsorgeheft sank in den letzten Schuljahren zur Kita-Untersuchung (2017/18: 70 % auf 2022/23: 64 %) und zur Schulaufnahmeuntersuchung (2017/18: 70 % auf 2022/23: 65 %), wie Abb. 6.12 und Abb. 6.13 zeigen.

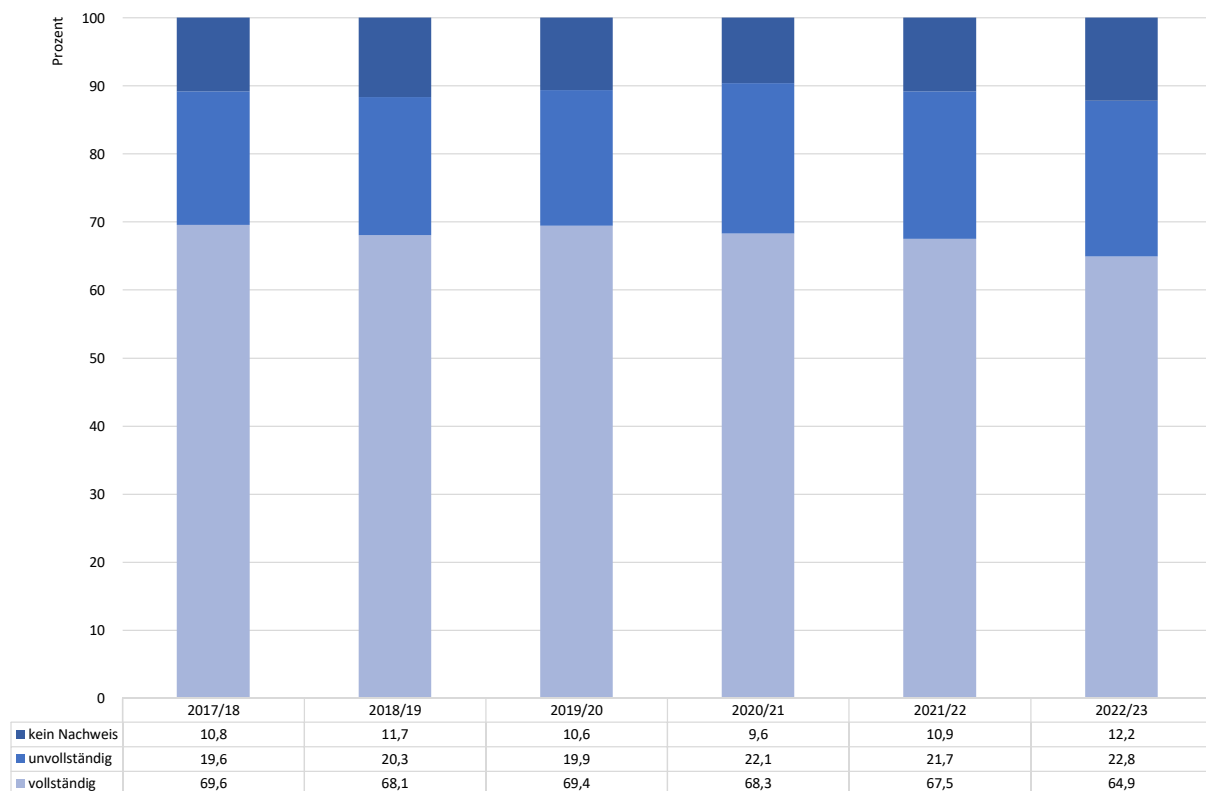


Abbildung 6.12: Vorlage des Vorsorgeheftes und Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zur Kita-Untersuchung in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Quelle: LHD, 2024a

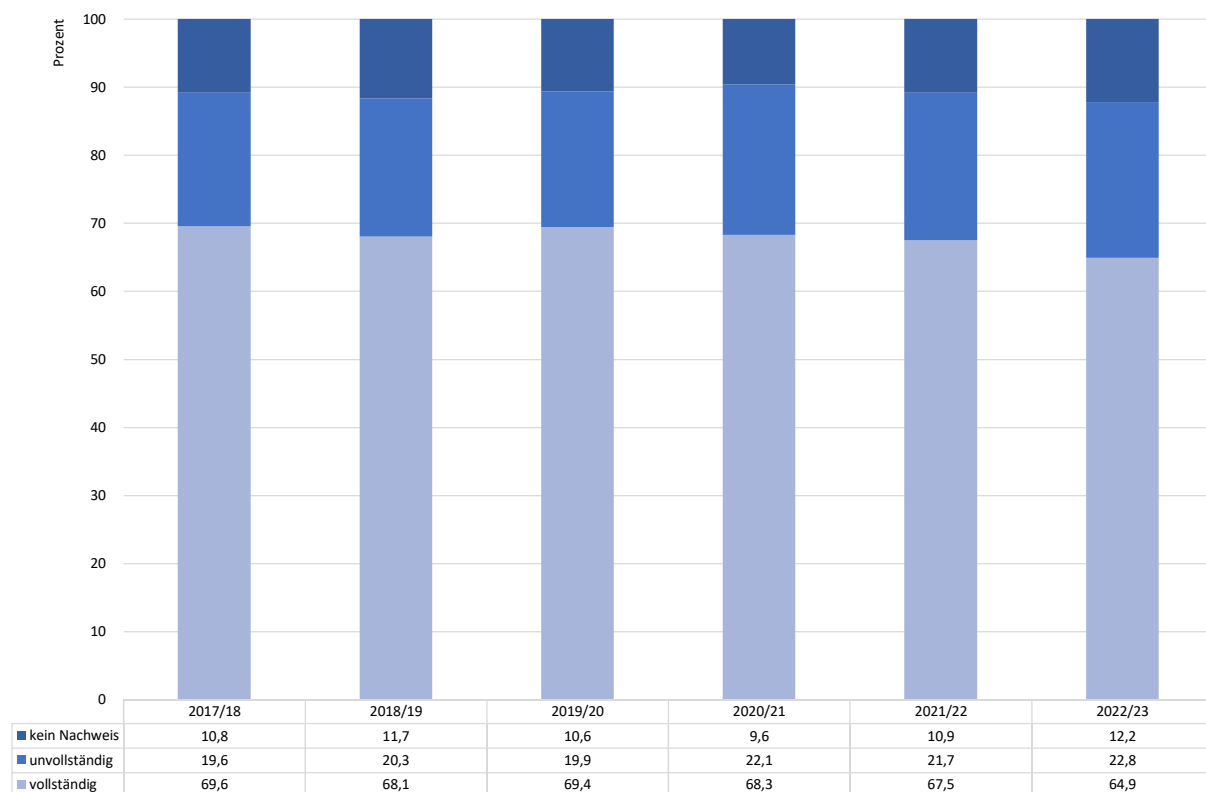


Abbildung 6.13: Vorlage des Vorsorgeheftes und Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zur Schulaufnahmeuntersuchung in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Quelle: LHD, 2024a

Mit Blick auf gezielte Vorsorgeuntersuchungen stellen sich die Daten bei vorgelegten Vorsorgeheften wie folgt und mit Verweis auf Abb. 6.14 und Abb. 6.15 dar.

Zum Zeitpunkt der Kita-Untersuchung und Schulaufnahmeuntersuchung nahmen durchschnittlich mehr als 95,5 bzw. 97 Prozent aller Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft an der U2 bis U7 teil. Mit zunehmendem Alter der Kinder und besonders im Zeitverlauf bis zum letzten dargestellten Schuljahr nahm die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen ab der U7a deutlich ab.

Bei allen Kindern mit vorgelegtem Vorsorgeheft zeigen die Ergebnisse im Zeitverlauf tendenziell, dass Jungen im Vergleich zu Mädchen leicht höhere Werte hinsichtlich eines vollständigen Vorsorgestatus haben.

Die Teilnahme an der U7a im Alter vom 34. bis 36. Lebensmonat, die im Jahr 2008 mit dem Schwerpunkt auf der Beurteilung der Sprachentwicklung und der frühzeitigen Erkennung von Sehstörungen eingeführt wurde, nahm im Verlauf der letzten sechs Schuljahre seit 2017/18 ab, sodass 2022/23 90 Prozent aller untersuchten Kinder zur Kita-Untersuchung und 90 Prozent der Kinder zur Schulaufnahmeuntersuchung, die das Vorsorgeheft vorlegten, die U7a in Anspruch nahmen (Abb. 6.14 und Abb. 6.15) (BMG, 2023).

Die U8 im Alter vom 46. bis 48. Lebensmonat, bei der die Entwicklung der (Aus-)Sprache und des Verhaltens sowie die Beweglichkeit und Koordinationsfähigkeit, Reflexe, Muskelkraft und Zahnstatus besonders geprüft werden, muss zum Zeitpunkt der Kita-Untersuchung altersbedingt aufgrund der Zeitspanne für die Durchführung der U8 noch nicht bei allen Kindern erfolgt sein. Es liegt folglich nicht in allen Fällen ein Versäumnis vor (Abb. 6.14). Das gilt es bei der Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen. Zum Zeitpunkt der Schulaufnahmeuntersuchung wurde bei durchschnittlich 90 Prozent der Kinder ein Nachweis für die U8 dokumentiert, falls das Vorsorgeheft vorlag (Abb. 6.15).

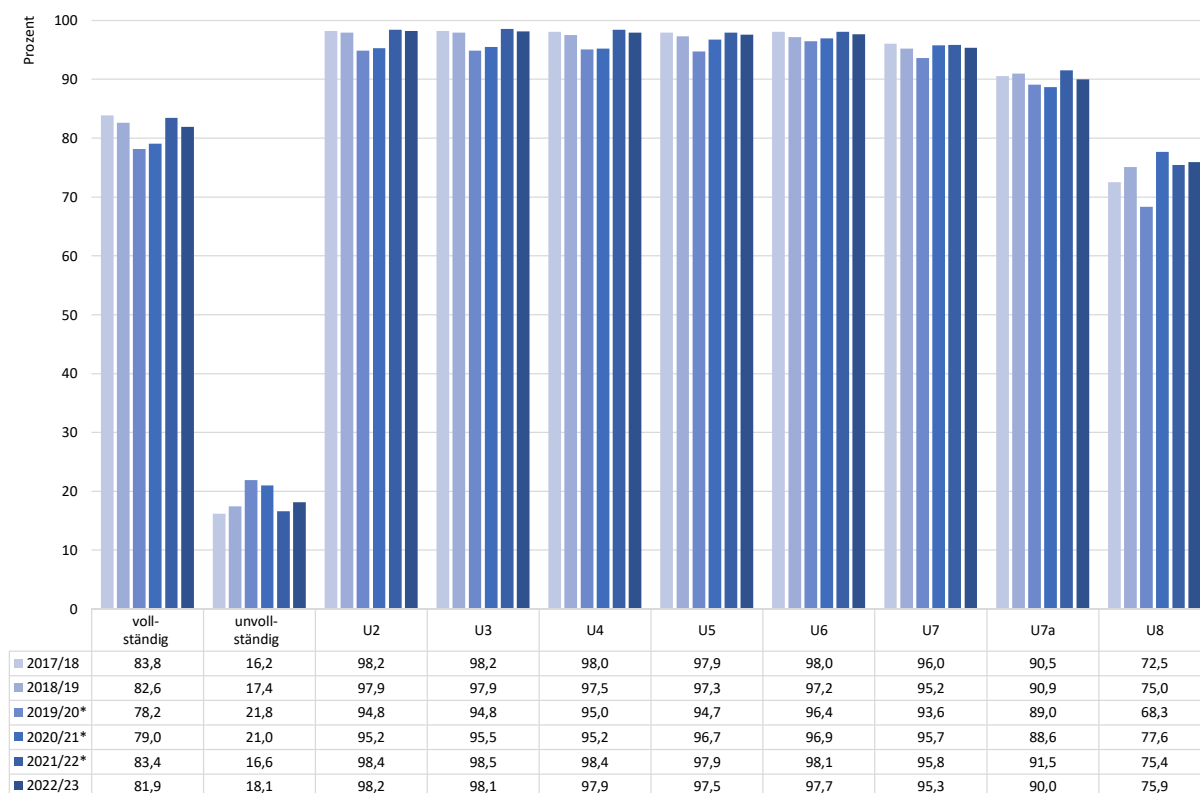


Abbildung 6.14: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U8 bei vorgelegtem Vorsorgeheft zur Kita-Untersuchung in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Quelle: LHD, 2024a

Zur Vorsorgeuntersuchung U9 im Alter vom 60. bis 64. Lebensmonat wird die Körpermotorik, das Hör- und Sehvermögen und die Sprachentwicklung, das Sozialverhalten und das Verständnis von sozialen Regeln ärztlich beurteilt, um Auffälligkeiten, Krankheiten und Fehlentwicklungen vor dem Schuleintritt zu erkennen und gegenwirken zu können. Da in dem Zeitraum der Schulaufnahmeuntersuchung noch nicht für alle Kinder die Zeitspanne für die Durchführung der U9 vorüber ist, ist bei der Bewertung der Ergebnisse das Fehlen nicht zwingend als Versäumnis zu bewerten. Im Durchschnitt 87 Prozent der Familien die nahmen die U9 zum Zeitpunkt der Schulaufnahmeuntersuchung bereits in Anspruch bei leicht abnehmenden Anteilen im dargestellten Zeitverlauf (Abb. 6.15). Bei dem überwiegenden Anteil (Mittelwert: 84 %) wird die U9 bei Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten durchgeführt.

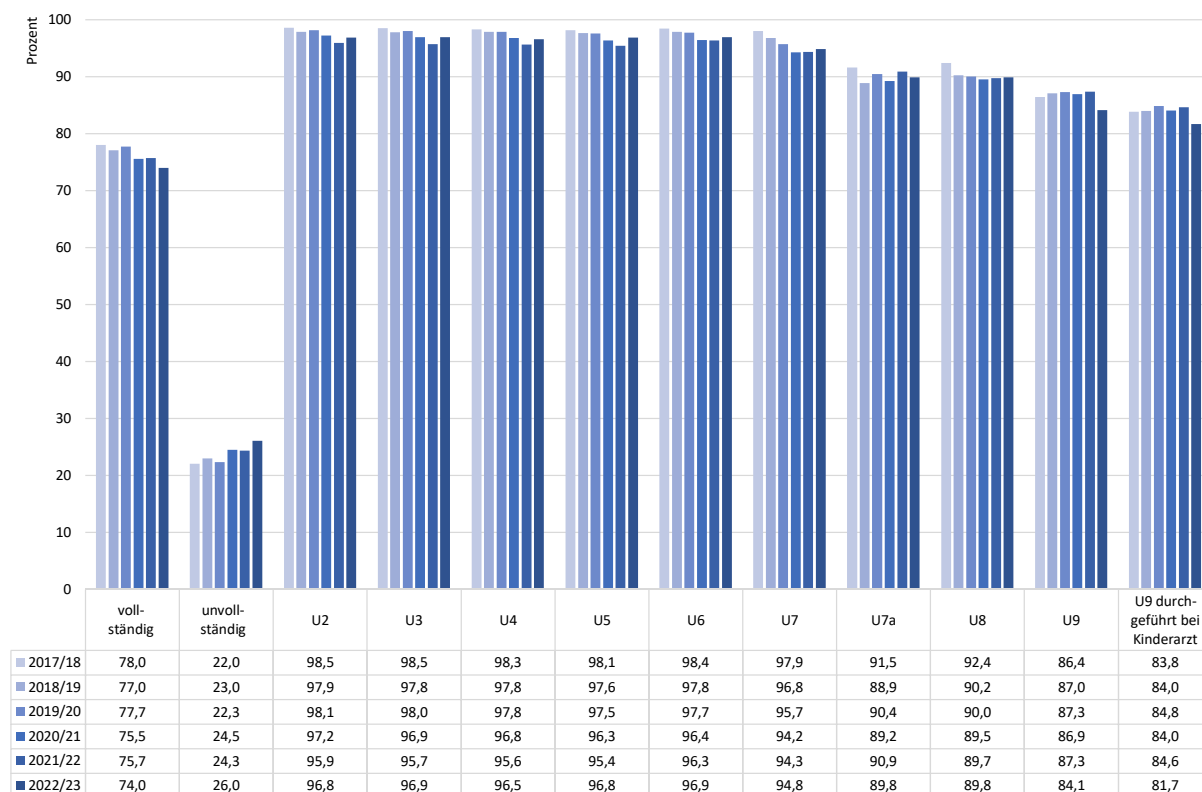


Abbildung 6.15: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U9 bei vorgelegtem Vorsorgeheft zur Schulaufnahmeuntersuchung in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Quelle: LHD, 2024a

6.4.2 Schutzimpfungen

Impfungen gehören zu den wichtigsten, wirksamsten und kostengünstigsten präventiven Maßnahmen, die in der Medizin zur Verfügung stehen. Moderne Impfstoffe sind gut verträglich, unerwünschte Arzneimittelwirkungen werden nur in seltenen Fällen beobachtet. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, die geimpfte Person vor einer ansteckenden Krankheit zu schützen. Wenn hohe Durchimpfungsraten erreicht werden, ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten (RKI, 2023c).

Schutzimpfungen gegen übertragbare, impfpräventable Krankheiten erfüllen somit zwei gleichermaßen wichtige Funktionen: Sie schützen die Allgemeinheit (Kollektivschutz), insbesondere sogenannte vulnerable Menschen, die aus verschiedenen Gründen nicht selbst geimpft werden können, wie z. B. Babys oder immungeschwächte Menschen, vor einer epidemischen Krankheitsausbreitung und den Einzelnen (Individualschutz) vor der jeweiligen Erkrankung oder schweren Krankheitsverläufen (SIKO, 2024).

Vor allem im Kindesalter zählen Impfungen aus den genannten Gründen neben ergänzenden Hygienemaßnahmen zu den wichtigsten und effektivsten Maßnahmen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes. Durch die Impfung wird das Immunsystem eines Menschen so vorbereitet, dass der Ausbruch einer entsprechenden Infektionskrankheit verhindert oder zumindest der Krankheitsverlauf im Falle einer Infektion abgemildert wird. So schützen Impfungen das geimpfte Individuum selbst vor impfpräventablen Infektionskrankheiten und insbesondere bei ausreichenden Durchimpfungsraten, die mit Hilfe von Aufklärung über den Gemeinschaftsschutz im Sinne des sogenannten Musketier-Prinzips „Einer für alle – alle für einen!“ gesteigert werden können auch die (besonders vulnerablen) Mitmenschen, bestenfalls im Sinne einer kollektiven sogenannten „Herdenimmunität“.

Die Ausbreitung von Infektionskrankheiten kann schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben, insbesondere für werdende Mütter und ihre ungeborenen Kinder sowie für chronisch Kranke und Subgruppen, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können. Um ausreichend hohe Durchimpfungsraten (je nach Infektiosität des Erregers meist zwischen 75 und 95 Prozent) in der Bevölkerung zu erreichen, arbeiten auf internationaler sowie auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, insbesondere zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit, mehrere Institutionen, wie das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Robert Koch-Institut (RKI), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die jeweiligen Landesministerien für gesundheitliche Angelegenheiten, die Gesundheitsämter, aber auch die niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzte sowie Hausärztinnen und Hausärzte mit verschiedenen Maßnahmen von der Erstellung und Überprüfung der Impfeempfehlungen bis hin zur ärztlichen Beratung und Durchführung der Schutzimpfungen.

Neben den Schutzimpfungen sind ergänzende Hygienemaßnahmen ein wichtiger Bestandteil des persönlichen Infektionsschutzes. Durch geeignete Hygienemaßnahmen kann die Verbreitung vieler Krankheitserreger wirksam reduziert werden. Die BZgA stellt auf dem Internetportal www.infektionsschutz.de umfangreiche Informationen und Empfehlungen zum Thema Hygiene für die Allgemeinbevölkerung zur Verfügung. Häufiges und richtiges Händewaschen im privaten Umfeld und in öffentlichen Sanitäranlagen von Raststätten, Restaurants, Gaststätten und Kinos sowie richtiges Husten und Niesen in ein Einmaltaschentuch oder in die Armbeuge sind wichtige Verhaltensempfehlungen, um sich selbst aber auch andere und besonders gefährdete Personen wie Säuglinge und chronisch Kranke vor Infektionen zu schützen.

In Sachsen werden die Impfeempfehlungen von der Sächsischen Impfkommision (SIKO) mindestens jährlich den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, den Empfehlungen der Zulassungsbehörden und dem aktuellen Bedarf angepasst und u. a. für Kinder und Jugendliche veröffentlicht (SIKO, 2024).

Im Rahmen der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen im Amt für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden wird gut zwei Jahre und im Jahr vor Schulaufnahme sowie u. a. bei den Schülerinnen und Schülern der 6. Klasse an kommunalen Schulen die Durchführung der von der SIKO empfohlenen Impfungen und deren Vollständigkeit bei den Kindern anhand der vorgelegten Impfdokumentationen (Impfausweis) erhoben. Die Sorgeberechtigten werden dabei beraten bzw. über Elternanschriften zum Impfstatus Ihres Kindes und zu gemäß SIKO-Empfehlung anstehenden Schutzimpfungen informiert. Beratungen zu den öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen erfolgen darüber hinaus bei jeder anderen Vorstellung im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst und sind auch in der Impfstelle des Amtes für Gesundheit und Prävention möglich.

Es können die Vollständigkeit für die einzelnen Schutzimpfungen zur Evaluierung des oben benannten Ziels ermittelt und im zeitlichen Verlauf betrachtet werden.

Im Folgenden werden die Impfquoten für ausgewählte Standardimpfungen, wie für die Masernschutzimpfung und für den 6-fach-Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus (Wundstarrkrampf), Keuchhusten (Pertussis), Kinderlähmung (Polio), Haemophilus influenzae Typ b (Hib) und Hepatitis B bzw. ab dem 3. Lebensjahr für die lebenslang für Auffrischungsimpfungen empfohlenen Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Kinderlähmung für die drei Untersuchungsgruppen der Kita-, Schulaufnahme- und schulärztlichen Untersuchung der 6. Klasse dargestellt. Die Bewertung der Vollständigkeit der Schutzimpfungen erfolgt anhand der aktuellen SIKO-Kriterien. Die Impfquoten mit vollständigem Impfschutz werden sowohl bezogen auf alle untersuchten Kinder als auch bezogen auf alle Kinder mit vorgelegter Impfdokumentation dargestellt. Nicht erfasst wurde dabei, wenn eine ausreichende Immunität gegen Masern durch eine Blutuntersuchung nachgewiesen wurde (z. B. nach Maserninfektion oder erfolgten, aber nicht dokumentierten Impfungen).

Bei der Interpretation der folgenden Impfquoten sind die genannten Limitationen aufgrund der geringeren Untersuchungszahlen in der Corona-Pandemiezeit vor allem bei den Kita- und schulärztlichen Untersuchungen zu berücksichtigen. Um die Impfquoten realistischer einschätzen zu können, sollte der Blick auch auf den Anteil nicht vorgelegter Impfdokumentationen gerichtet sein, wie Abb. 6.16 zeigt. Es scheint erforderlich, dass alle Beteiligten verstärkt auf die Vorlage von Impfnachweisen zu den Vorstellungen im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst hinwirken. Im Rahmen der Kita-Untersuchungen ist ein Anstieg des Anteils der untersuchten Kinder ohne vorgelegte Impfdokumentation um 4,9 Prozentpunkte zwischen den Untersuchungsjahren 2017/18 und 2022/23 zu verzeichnen (2017/18: 17,4 %; 2022/23: 22,3 %). Bei den untersuchten Kindern der 6. Klasse war sogar ein Anstieg um 6,6 Prozentpunkte zu verzeichnen (2017/18: 26,1 %; 2022/23: 32,7 %). Demgegenüber zeigte sich bei den untersuchten Kindern zur Schulaufnahmeuntersuchung ein Rückgang um 1,3 Prozentpunkte (2017/18: 9,2 %; 2022/23: 7,9 %). Gründe werden dabei u. a. in dem Stellenwert der Schulaufnahmeuntersuchung als gesetzlich verpflichtende Untersuchung mit Anwesenheit eines Elternteils bzw. Sorgeberechtigten sein.

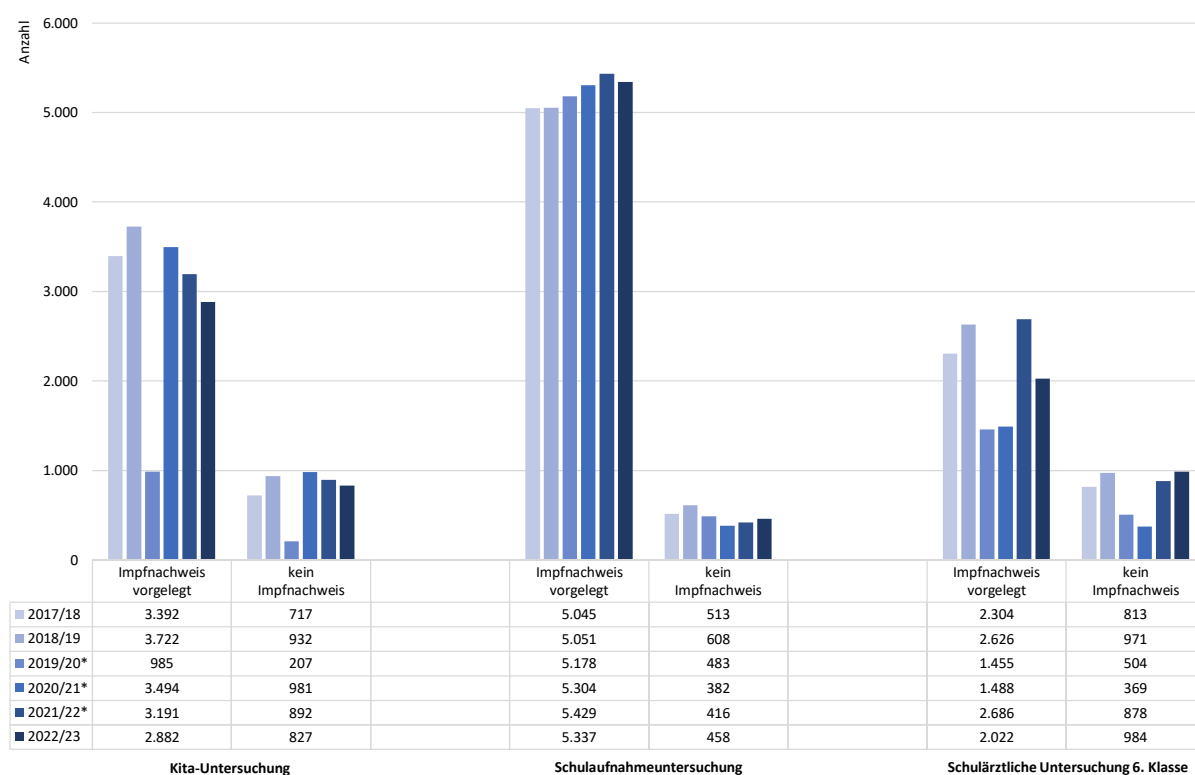


Abbildung 6.16: Anzahl ärztlich untersuchter Kinder zur Kita-, Schulaufnahme und Untersuchung in der 6. Klasse mit und ohne vorgelegter Impfdokumentation in Dresden für die Schuljahre 2018/18 bis 2022/23

Anmerkungen: * Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quelle: LHD, 2024a

6.4.2.1 Masernimpfschutz

Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten. Vor allem bei Kindern in den ersten Lebensjahren und bei Erwachsenen über 20 Jahren ist das Risiko von Komplikationen wie Mittelohr-, Lungenentzündungen, anhaltender Immunschwäche sowie seltener auch einer Gehirnentzündung mit Todesfolge erhöht. Besonders schwer kann die Masernerkrankung bei Menschen mit einer angeborenen oder erworbenen Immunschwäche verlaufen. Auch schwangere Frauen sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, im Rahmen einer akuten Masernerkrankung Komplikationen zu erleiden (RKI, 2023c). Verschiedenste Maßnahmen der (internationalen) Gesundheitsbehörden und Anstrengungen der Fachkräfte im Gesundheitswesen führten nicht zur Erreichung der angestrebten Impfquote von mindestens 95 Prozent, welche als Basis für eine erfolgreiche Eliminierung der Masern sowie die Schließung von Impflücken gilt. Die bundesweite Impfquote für die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene zweite Masern-Schutzimpfung bei Kindern im Alter von 24 Monaten liegt bei lediglich 73,9 Prozent (BMG, 2024).

Das seit dem 1. März 2020 in Kraft getretene Masernschutzgesetz bildet die gesetzliche Grundlage für eine einrichtungsbezogene Nachweispflicht in Bezug auf Masern. Gemäß diesem Gesetz müssen alle nach 1970 geborenen Personen, die in einer Gemeinschaftseinrichtung wie Kindertageseinrichtungen, Schulen oder Heimen betreut oder tätig werden, den Masernschutz nachweisen. Die Einführung dieser Nachweispflicht eines ausreichenden Schutzes gegen Masern zielt darauf ab, den Schutz in Einrichtungen zu erhöhen und damit Kita- und Schulkinder wirksam vor einer Maserninfektion zu schützen. Insbesondere sollen so auch jene geschützt werden, die aufgrund von z. B. Vorerkrankungen keinen wirksamen Masernschutz aufbauen (können). Kinder können nur noch in Kindertageseinrichtungen betreut werden, sofern sie einen altersentsprechenden Masernschutz nachweisen können (Ausnahme: ärztliche Bestätigung einer anerkannten Kontraindikation). Bis zum 31.07.2022 mussten Personen, die bereits vor März 2020 in Gemeinschaftseinrichtungen betreut wurden oder dort tätig waren, einen Nachweis über den Masernschutz erbringen. Da die Schulpflicht höher bewertet wird, besuchen Kinder und Jugendliche auch ohne Immunitätsnachweis weiterhin die Schule.

Die Impfquoten der in der Kita-Untersuchung und auch in der schulärztlichen Untersuchung der 6. Klasse untersuchten Dresdner Kinder mit vorgelegten Impfdokumenten lagen in den Schuljahren 2017/18 bis einschließlich 2022/23 beständig auf einem hohen Niveau über 95 Prozent. Die Impfquoten aus der Kita-Untersuchung erreichten in den letzten drei Schuljahren erwartungsgemäß Werte über 99 Prozent. Auch bei den zur Schulaufnahmeuntersuchung vorgestellten Kindern mit vorgelegten Impfdokumenten stiegen die Impfquoten im gleichen Zeitraum um 12,7 Prozentpunkte deutlich an (2017/18: 82,4 %; 2022/23: 95,1 %) (Abb. 6.17). Grund für den deutlichen Anstieg in den Schuljahren 2020/21 bis einschließlich 2022/23 dürfte die Wirkung des Masernschutzgesetzes sein.

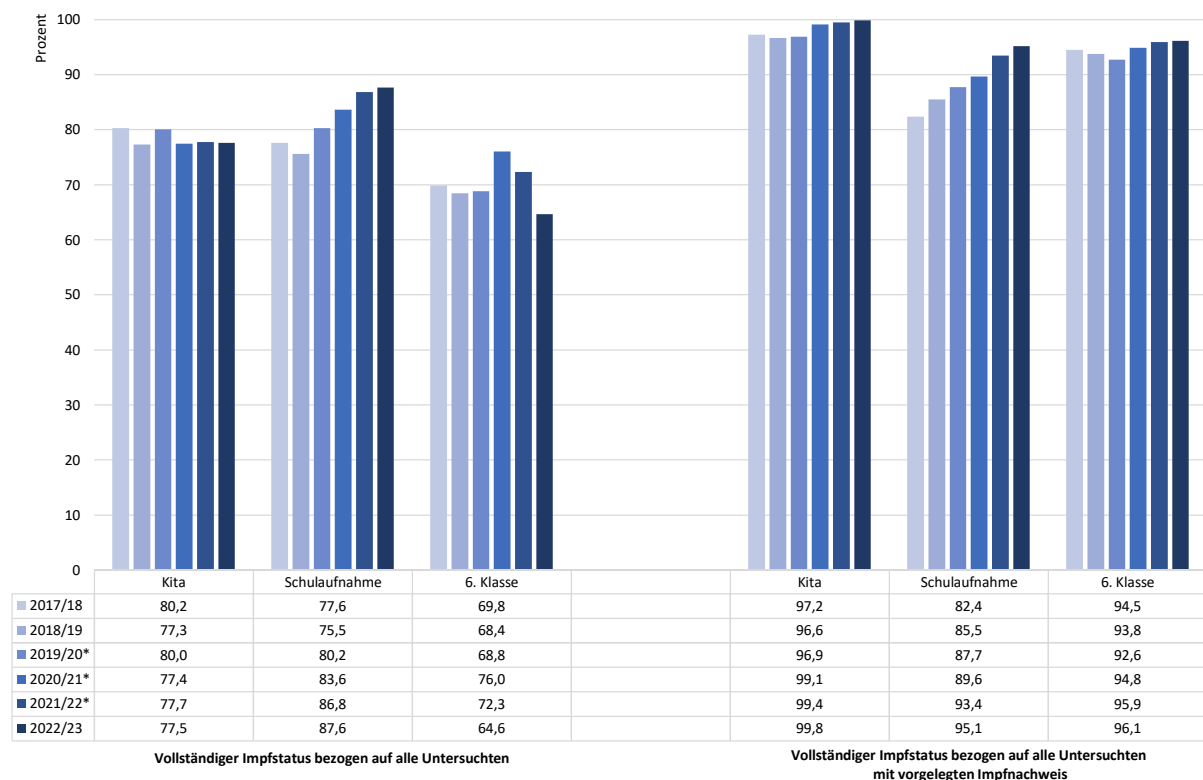


Abbildung 6.17: Impfquote ärztlich untersuchter Kinder zur Kita-, Schulaufnahme- und Untersuchung in der 6. Klasse mit vollständigem Impfstatus Masernschutzimpfung entsprechend SIKO-Bewertung bezogen auf alle Untersuchten und Untersuchte mit vorgelegtem Impfnachweis in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Anmerkung: * Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quelle: LHD, 2024a

6.4.2.2 Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b und Hepatitis B

Die 6fach-Impfung enthält Impfschutzkomponenten gegen Diphtherie, Tetanus (Wundstarrkrampf), Pertussis (Keuchhusten), Poliomyelitis (Kinderlähmung), Haemophilus influenzae Typ b und Hepatitis B. Die Sächsische Impfkommision (SIKO) hat ihre Empfehlung für die Sechsfachimpfung im Säuglingsalter aktualisiert und empfiehlt aktuell für Reifgeborene das reduzierte „2+1-Impfschema“ (drei Teilimpfungen). Dieses sieht – bei vergleichbarem Impfschutz – für die Grundimmunisierung von Säuglingen eine Impfstoffdosis weniger vor als beim bisherigen „3+1 Schema“ mit vier Impfstoffdosen. Die dreimalige Impfung gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis (DTP3) zum Alterszeitpunkt 15 Monate ist ein internationaler Indikator und wichtiges Kriterium für die Qualität des Routine-Impfsystems. Auch die Polioimpfquote von mindestens drei Impfungen (POL3) im Alter von 15 Monaten stellt einen wichtigen internationalen Indikator im Rahmen der Überwachung der erreichten Poliofreiheit bzw. der Bewertung des Risikos für eine Poliovirusausbreitung bei Virusimport im jeweiligen Staatsgebiet dar. Die zuverlässigen Impfquoten zu diesem Alterszeitpunkt der Kinder kann nur die auf Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung basierenden Impfsurveillance aufzeigen, die zusammen mit den Impfdaten aus den Schuleingangsuntersuchungen (SEU) der Bundesländer durch das RKI analysiert und veröffentlicht wird (RKI, 2022b).

Im Folgenden werden die Schutzimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b und Hepatitis B für die untersuchten Dresdner Kinder zur Schulaufnahmeuntersuchung anhand der aktuellen SIKO-Kriterien dargestellt. Bei der Darstellung werden die Impfquoten mit vollständigem Impfschutz und ggf. Grundimmunisierung sowohl bezogen auf alle untersuchten Kinder als auch bezogen auf alle Kinder mit vorgelegter Impfdokumentation gegenübergestellt.

Die Impfquoten der untersuchten Dresdner Kinder zur Schulaufnahmeuntersuchung mit vorgelegten Impfdokumenten hinsichtlich der altersgerecht vollständigen Schutzimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis lagen in den Schuljahren 2017/18 bis einschließlich 2022/23 bei rund 90 Prozent und darüber. Dennoch war ein Absinken bei allen drei Impfungen zu erkennen (Diphtherie: minus 4,6 Prozentpunkte; Tetanus: minus 4,8 Prozentpunkte; Pertussis: minus 4,7 Prozentpunkte). Im letzten Schuljahr erreichte die Impfquote bei diesen drei Schutzimpfungen keine 90 Prozent. Im gleichen Zeitraum ist ein Anstieg des Anteils der Kinder ohne Impfschutz zu verzeichnen, und zwar für Diphtherie um minus 1,3 Prozentpunkte, für Tetanus um minus 1,8 Prozentpunkte und für Pertussis um minus 1,5 Prozentpunkte (Abb. 6.18).

Des Weiteren war auch ein Rückgang der Impfquoten hinsichtlich der vollständigen Schutzimpfung gegen Haemophilus influenzae Typ b (Hib) um 4,4 Prozentpunkte sowie gegen Poliomyelitis um 4,5 Prozentpunkte zu verzeichnen. Im Schuljahr 2022/23 lagen die Impfquoten für einen vollständigen Schutz in beiden Fällen unter 90 Prozent. Bei Haemophilus influenzae Typ b (Hib) betrug die Quote 87,5 Prozent, bei Poliomyelitis 88,8 Prozent. Die Inanspruchnahme der Hepatitis-B-Impfung für die in der Schulaufnahmeuntersuchung untersuchten Kinder mit vorgelegten Impfdokumenten ist geringer und die Quote mit einem vollständigen Impfschutz sank im gleichen Zeitraum leicht ab (2017/18: 84,5 %; 2022/23: 84,9 %) (Abb. 6.18). Anders als für die anderen genannten Impfungen wird gegen Haemophilus influenzae Typ b ab dem Alter von sechs Jahren bei verpassten Impfungen eine Nachholimpfung nicht mehr als Standardimpfung empfohlen.

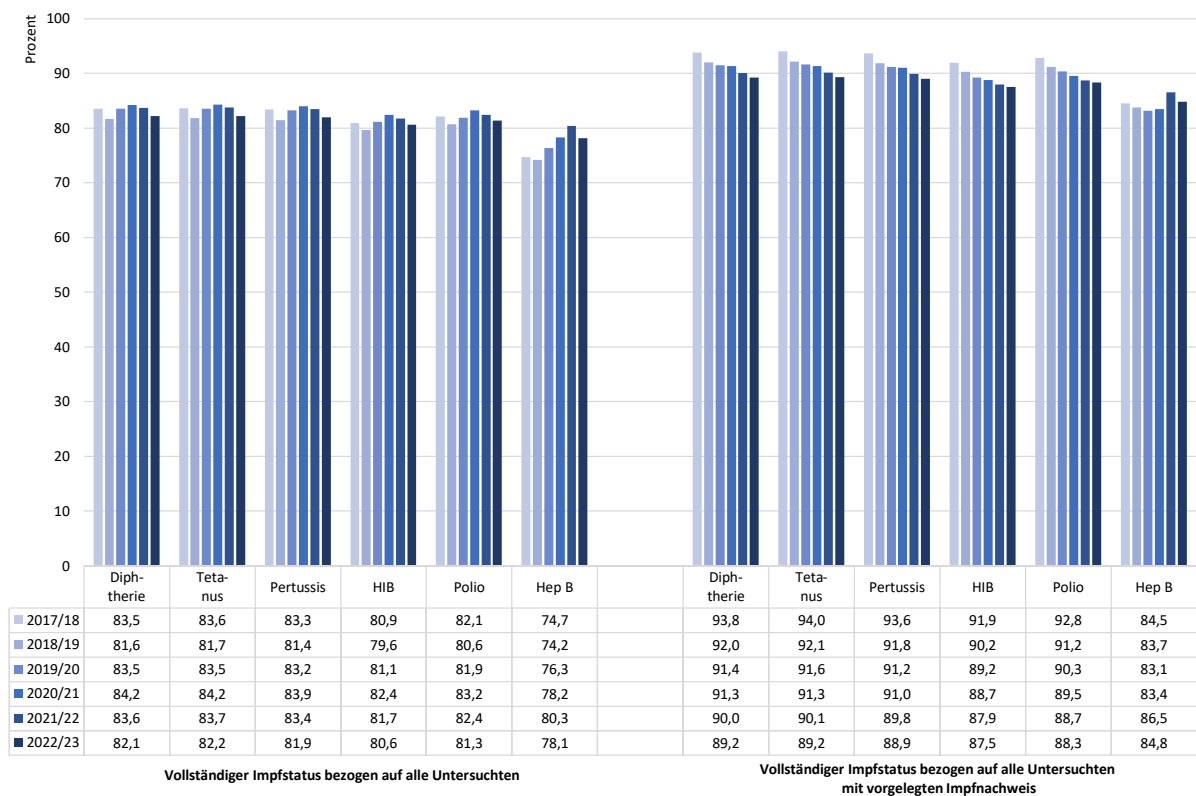


Abbildung 6.18: Impfquote ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit altersgerecht vollständigem Impfstatus gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae Typ b, Poliomyelitis und Hepatitis B (6-fach Impfung) entsprechend der SIKO-Bewertung bezogen auf alle Untersuchten und Untersuchte mit vorgelegter Impfdokumentation in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Quelle: LHD, 2024a

6.4.2.3 Impfschutz gegen Humane Papillomviren

Infektionen mit verschiedenen Typen der Humanen Papillomviren (HPV) gehören zu den häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen und stehen im Zusammenhang mit Genitalwarzen und bösartigen Erkrankungen der männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane, des Anus und Rachens. Sie verlaufen meist ohne Beschwerden und heilen auch überwiegend nach ein bis zwei Jahren wieder aus. Bestehen die Infektionen fort, steigt das Risiko der Entwicklung von Karzinomen. HPV infizieren sowohl Frauen als auch Männer, oftmals bereits beim ersten Sexualkontakt. An HPV-bedingtem Gebärmutterhalskrebs erkranken jährlich in Deutschland ungefähr 4600 Frauen neu, hauptsächlich im Alter zwischen 35 und 59 Jahren. Bei Männern verursachen HPV vor allem Tumore im Rachen-, Genital- und Analbereich.

Die HPV-Impfung wurde im Jahr 2007 eingeführt und ist in Sachsen sowohl für Mädchen als auch für Jungen im Alter zwischen neun und 25 Jahren, idealerweise vor der Aufnahme sexueller Kontakte empfohlen. Auch nach ersten sexuellen Erfahrungen bzw. dem ersten Geschlechtsverkehr sollen un- oder nicht vollständig geimpfte Mädchen und Jungen noch gegen HPV geimpft werden. Die Impfung schützt nahezu vollständig vor einer Infektion mit den im Impfstoff enthaltenen HPV-Typen und vor Gebärmutterhalskrebs insgesamt zu bis zu 90 Prozent, wenn die Infektion noch nicht bereits erfolgte. Auch bei schon bestehenden Infektionen kann die Impfung eine Schädigung durch andere Typen des HPV verhindern. Für einen vollständigen Impfschutz werden im Alter von neun bis 14 Jahren zwei Impfdosen und ab 15 Jahren drei Impfdosen empfohlen (RKI, 2023b).

Die Impfquoten der HPV-Impfung der Dresdner Jungen und Mädchen zur schulärztlichen Untersuchung in der 6. Klasse mit vorgelegten Impfdokumenten stiegen in den Schuljahren 2017/18 bis einschließlich 2020/21 von 6,6 Prozent auf 20,6 Prozent deutlich um 14 Prozentpunkte an und fallen seitdem im dargestellten Zeitraum wieder um 2,8 Prozentpunkte ab. Im letzten Schuljahr 2022/23 wurde eine Quote der vollständigen HPV-Impfung von 17,8 Prozent erreicht. Da die Impfung als Standardimpfung zunächst nur für Mädchen empfohlen wurde, liegt die Inanspruchnahme bei den Mädchen (2022/23: 23,5 %) weiter höher als bei den Jungen (2022/23: 12,0 %). Der Anstieg der Impfquoten betrug 10,4 Prozentpunkte bei den Mädchen und 11,8 Prozentpunkte bei den Jungen im gesamten dargestellten Zeitraum (Abb. 6.19).

Die Werte sind noch klar von einer Impfquote von 85 Prozent entfernt, die mindestens für eine populationsbezogene Kontrolle der HPV-Infektionen erforderlich scheint. Zum Erreichen höherer Impfquoten wird ein Zusammenspiel verschiedener Maßnahmen nötig sein, wie in europäischen Ländern mit Impfquoten von bis zu 95 Prozent gezeigt werden konnte. Der Öffentliche Gesundheitsdienst kann hier neben Aufklärungskampagnen, den Impfberatungen zu den Routineuntersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes mit der Durchführung von schulbasierten Impfprogrammen seinen Beitrag leisten (Stark et al., 2024).

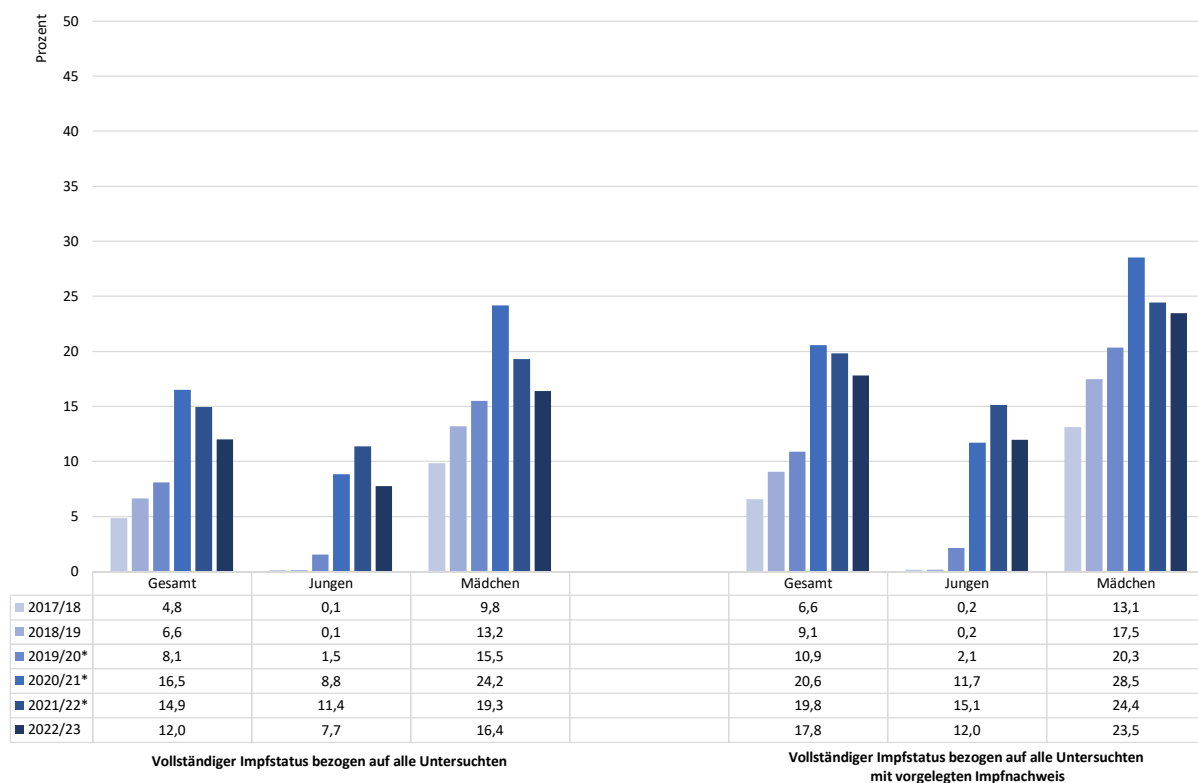


Abbildung 6.19: Impfquote ärztlich untersuchter Kinder in der 6. Klasse mit vollständigem Impfstatus der HPV-Impfung entsprechend SIKO- Bewertung bezogen auf alle Untersuchten und Untersuchte mit vorgelegter Impfdokumentation in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Anmerkungen: * Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie

Quelle: LHD, 2024a

6.4.3 Mundgesundheit

Wie bereits im Abschnitt 5.8.2 auf Seite 181 beschrieben, nimmt die Mundgesundheit auf der Grundlage neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse über Häufigkeiten, Einflussfaktoren und Auswirkungen an internationaler und nationaler Bedeutung zu. So sind in den veröffentlichten Mundgesundheitszielen für Deutschland bis zum Jahr 2030 auch die Zielvorgaben für Kinder und Jugendliche im Alter von drei, sechs und zwölf Jahren wie folgt konkret bestätigt, neu festgelegt oder weiterentwickelt worden (Ziller et al., 2021):

- Kariesfreiheit für 3-Jährige (Milchzähne): Der Anteil kariesfreier Milchgebisse bei den 3-jährigen Kindern soll mindestens 90 Prozent betragen. (kurz: mindestens 90 Prozent kariesfreie Milchgebisse)
- Karieserfahrung für 3-Jährige (Milchzähne): Der dmft-Index bei den 3-jährigen Kindern soll maximal den Wert 0,4 erreichen. (kurz: maximal 0,4 dmft)
- Kariesfreiheit für 6- bis 7-Jährige (Milchzähne): Der Anteil kariesfreier Milchgebisse bei den 6- bis 7-jährigen Kindern soll mindestens 80 Prozent betragen. (kurz: mindestens 80 Prozent kariesfreie Gebisse (unveränderte Zielvorgabe))
- Karieserfahrung für 6- bis 7-Jährige (Milchzähne): Der dmft-Index bei den 6- bis 7-jährigen Kindern soll maximal den Wert 1,5 erreichen. (kurz: maximal: 1,5 dmft)
- Kariesfreiheit für 12-Jährige (bleibende Zähne): Der Anteil kariesfreier Gebisse bei den 12-Jährigen soll mindestens 90 Prozent betragen. (kurz: mindestens 90 Prozent kariesfreie Gebisse (unveränderte Zielvorgabe))
- Karieserfahrung für 12-Jährige (bleibende Zähne): Der DMF-T-Index bei den 12-Jährigen soll maximal 0,5 betragen. (kurz: maximal ≤0,5 DMF-T)

Die Häufigkeit von Karies (Zahnfäule) ist in Deutschland auch weiterhin 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 zurückgegangen (DAJ e. V., 2010, 2017; Schmoeckel et al., 2021).

Ein höherer Prophylaxe- und Behandlungsbedarf ist trotz Anstieg an naturgesunden Gebissen und Abfall der Karieserfahrung anhand des dmft-Indexes (Schmoeckel et al., 2021; Treuner & Splieth, 2014) nach wie vorgegeben, besonders im Zusammenhang mit frühkindliche Karies, die oftmals schon kurz nach dem Zahndurchbruch beginnt und mit dem Vorhandensein von belastenden sozialen Faktoren beeinflusst wird (RKI, 2018a; Ziller et al., 2021).

Karies ist keine harmlose Erkrankung. Karies beeinträchtigt Gebissfunktion und Ästhetik und kann die Lebensqualität erheblich mindern. Karies verursacht Schmerzen und kann vor allem bei Kindern zu Appetitverlust, Schlaflosigkeit, Konzentrationsstörungen sowie Schulabwesenheit und sogar Gewichtsverlust führen (Sheiham, 2005). Karies ist neben der Parodontitis eine der Hauptursachen für Zahnverlust und ihre Behandlung ist zeitaufwendig und kostenintensiv. Frühkindliche Karies ist gegenwärtig eine der häufigsten chronischen Erkrankung im Kleinkind- und Vorschulalter (Losso et al., 2009). Als ihre Risikofaktoren gelten vor allem mangelnde Mundhygiene und u. a. übermäßige Aufnahme von gesüßten Getränken oftmals verabreicht in Nuckelflasche. 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 (Heilmann & Ziller, 2021). Nicht nur den bleibenden Zähnen auch den Milchzähnen muss weiterhin viel individuelle und gesundheitspolitische Aufmerksamkeit geschenkt werden, weil weiterhin deutliches Optimierungspotenzial dahingehend besteht (Schmoeckel et al., 2021). Da die Milchzähne 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 auch im Kleinkindalter eine große Herausforderung (Schmoeckel et al., 2021; Ziller et al., 2021).

Gesundheitsförderliche Maßnahmen der Verhaltensprävention im Bereich „Mundgesundheit“ zielen auf den Erhalt eines naturgesunden Milch- bzw. bleibenden Gebisses ab: Zähne sollen lebenslang kariesfrei bleiben. Neben dem (1) regelmäßigen Zähneputzen mindestens zweimal täglich (ab dem Durchbruch des ersten Milchzahnes!) zu Hause bzw. in Kitas und Grundschulen flankiert durch häusliche Interdentalraumhygiene und einer (2) kauaktiven 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). Kinder können in der Regel erst systematisch und gründlich ihre Zähne selbst putzen, wenn sie die Schreifschrift sicher erlernt haben. Deshalb ist es sinnvoll, wenn Eltern bis zu diesem Zeitpunkt beim Zähneputzen helfen und nachputzen.

In den Zielvorgaben bis 2030 für den Kinder- und Jugendbereich wurde als Verhältnisprävention für die gruppenprophylaktische Maßnahme formuliert, dass:

1. der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad in Kindergärten und in Grundschulen mindestens 80 Prozent betragen soll und
2. der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad in Förderschulen mindestens 90 Prozent betragen soll (Ziller et al., 2021).
3. Im Bereich Gesundheitserziehung und -aufklärung wurde zudem festgeschrieben, dass:
 - die deutsche Zahnärzteschaft in Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften eine kontinuierliche Mundgesundheitsaufklärung der Bevölkerung für eine umfassende Verbesserung der Mundgesundheit unterstützt und
 - Ernährungsberatung durch die Zahnärzteschaft verstärkt wird, einschließlich dem Hinweis auf in Nahrungsmitteln enthaltenen Säuren, auf die Notwendigkeit der deutlichen Reduzierung des (versteckten) Zuckerverzehrs bei Säuglingen und Kindern, um die Prävalenz früh auftretender Karies sowie erosiver Zahnhartsubstanzdefekte zu reduzieren. Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Pädiatern und Pädiaterinnen, Gynäkologen und Gynäkologinnen sowie mit Hebammen (Schwangerenberatung) soll verstärkt werden.

Neben den langjährig festgeschriebenen Gesundheitszielen zur Mundgesundheit im Freistaat Sachsen schärfte das Land 2023 seinen Bildungsauftrag und nahm die Mundgesundheit in das Sächsisches Gesetz zur Förderung von Kindern in Kindertageseinrichtungen und in Kindertagespflege (SächsKitaG) auf: Die Mundhygiene der Kinder wurde im Rahmen der Ziele und Inhalte der frühkindlichen Bildung ausdrücklich hervorgehoben und weist den Fachkräften in den Kindertageseinrichtungen dadurch eine wichtige Rolle zu.

„Eine gute Zahn- und Mundgesundheit befördert zugleich Bildungsgerechtigkeit, denn sie ist Voraussetzung für störungsfreies Sprechen und Spracherwerb und prägt Bildungsbiografien von Kindern. Gerade Kinder, die in schwierigen sozialen Lagen oder in bildungsfernen Haushalten aufwachsen und die tägliche Zahnpflege nicht im häuslichen Umfeld erleben, sollten diese in der Kita erlernen. So können frühzeitig soziale Ungleichheiten ausgeglichen werden.“ (LAGZ Sachsen, 2024).

In der bisherigen Leitlinie „Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe“ ist die ausreichende Versorgung mit Fluorid beschrieben. Eine neue Leitlinie ist aktuell in Arbeit und ist für Ende 2024 angekündigt. Zur Anwendung fluoridierter Kinderzahncreme im Kleinkind- und Vorschulalter weist sie jedoch unterschiedliche Empfehlungen von Kinder- und Zahnärztinnen und 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, Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten, aber auch Hebammen und anderen Beteiligten eine klare Orientierung.

Bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres – hier werden zwei mögliche Varianten aufgezeigt:

- Variante 1: Erfolgt die Vitamin-D-Prophylaxe mit Tabletten ohne Fluoridzusatz sind die Milchzähne in den ersten beiden Lebensjahren zweimal täglich mit einer reiskorngroßen Menge fluoridierter Kinderzahncreme zu putzen.
- Variante 2: Erfolgt die Vitamin-D-Prophylaxe in Kombination mit Fluorid erfolgt das zweimalige tägliche Zähneputzen mit einer reiskorngroßen Menge fluoridfreier Zahncreme.

Vom 2. Geburtstag bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres: Ab Beginn des 3. bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres gilt es, zweimal täglich mit einer erbsengroßen Menge fluoridierter Kinderzahncreme die Zähne gründlich zu reinigen. Dies schließt die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz zur Zubereitung der Speisen nicht aus“.

In der Landeshauptstadt Dresden hat das Amt für Gesundheit und Prävention, Sachgebiet Kinder- und Jugendzahnklinik (KJZK) die gesetzliche Aufgabe, Zahnerkrankungen von Dresdner Kindern und Jugendlichen festzustellen, diese vorzubeugen und die Mundgesundheit im Allgemeinen zu fördern („Datengrundlagen“ Seite 380). Durch Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit werden das Gesundheitsbewusstsein und die persönlichen Ressourcen der Heranwachsenden gestärkt. Einbezogen sind Eltern, Lehrerinnen und Lehrer und pädagogische Fachkräfte. 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 identifiziert 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 die Zahnärzteschaft 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 die Zahnärztin bzw. den Zahnarzt selber bzw. mit ihrem Kind nicht regelmäßig aufsuchen. So hat die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung durch das Amt für Gesundheit und Prävention einen wichtigen sozialkompensatorischen Effekt. Sie ist eine wichtige Ergänzung zur Untersuchung bei einer Hauszahnärztin bzw. beim Hauszahnarzt.

Darüber hinaus ist die Kinder- und Jugendzahnklinik (KJK) von der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege des Freistaates Sachsen mit der Durchführung der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe in Kindertageseinrichtungen und Schulen beauftragt. Die Kinder werden in ihrer Lebenswelt besucht und Ihnen dabei spielerisch, anschaulich und vor allem altersgerecht Wissen rund um die Zahn- und Mundgesundheit vermittelt - 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 die Ergebnisse der KiGGS-Studie belegen, kann nicht vorausgesetzt werden, dass in allen Familien zweimal täglich die Zähne geputzt werden. 77,7 Prozent der 0- bis 17-Jährigen putzen zweimal am Tag ihre Zähne, im Umkehrschluss putzen 22,3 Prozent der Kinder und Jugendlichen zu selten ihre Zähne (RKI, 2018a). Ein höheres Risiko für eine geringe Zahnputzhäufigkeit zeigen die Einflussgrößen Geschlecht (Jungen im Vergleich zu Mädchen), ein zunehmendes Alter (11- bis 17-Jährige im Vergleich zu 0- bis 1-Jährigen), sozialer Gradient (niedriger sozioökonomischer Status im Vergleich zu einem hohen Status) sowie ein vorhandener Migrationshintergrund. 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 (RKI, 2018a).

Neben Vorsorgeuntersuchung und Prophylaxe bietet die KJK auch eine (fach-)zahnärztliche Behandlung ab dem Kleinkindalter bis zur Volljährigkeit nach dem Prinzip der freien Arztwahl für alle Versicherten der 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 zum Teil 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.

Die Methodik der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen, deren gesetzliche Grundlagen sowie die Untersuchungszahlen werden im Kapitel „Datengrundlagen“ auf Seite 380 und im Anhang 6.5/6.6 (Seite 404) näher beschrieben. In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse zur Mundgesundheit der durch den KJK zahnärztlich untersuchten Dresdner Kinder und Jugendlichen, die eine Kindertageseinrichtungen oder eine Schule besuchten, ab dem Schuljahr 2017/18 bis einschließlich dem Schuljahr 2022/23 dargestellt.

In der Landeshauptstadt Dresden ist die Anzahl der zu betreuenden Kinder und Jugendlichen in Dresdner Kindertageseinrichtungen und Schulen bis zum Schuljahr 2018/19 stetig gestiegen (Kapitel „Demografie“). In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen und der untersuchten Kinder und Jugendlichen sowohl für die Dresdner Daten als auch für die Daten für ganz Sachsen bestehen. Bei den Untersuchungen und Gruppenprophylaxen in den Kindertageseinrichtungen und in Schulen konnte in den Schuljahren 2019/20, 2020/21 sowie auch noch bis einschließlich 2021/22 nicht jedem Kind ein Angebot unterbreitet und die Durchführung nicht vollumfänglich umgesetzt werden. Die Ursachen hierfür lagen in den Teil-Schließungen der Einrichtungen als Corona-Pandemie-Schutzmaßnahmen sowie in den Festlegungen, welche Kinder weiterhin die Kita besuchen konnten. Zudem waren die Kinder und das Personal in den Einrichtungen verpflichtet, bei einer nachgewiesenen Covid-19-Infektion bzw. Kontakt mit einem Covid-19-Infizierten die Einrichtung nicht zu besuchen. Des Weiteren wurden mit Blick auf die Daten für ganz Sachsen insbesondere Personal aus dem Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst in den Landkreisen und kreisfreien Städten mehr oder weniger für die Bewältigung der Corona-Pandemie abgezogen.

Im Rahmen dieser gesetzlich verankerten Vorsorgeuntersuchung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gibt es mehrere standardisierte Indikatoren, die zur Beurteilung der Mund- bzw. Zahngesundheit herangezogen und im Folgenden nach einer kurzen Erläuterung für den Zeitraum der Schuljahre 2017/18 bis 2022/23 schuljahresweise und als gewichtete Mittelwerte (GwM) (auch gewichteter Durchschnitt) der sechs Schuljahre dargestellt werden, da sich die Untersuchungszahlen je Schuljahr aufgrund der Einschränkungen während der Corona-Pandemie teilweise sehr unterschieden.

6.4.3.1 Gebisszustand bzw. Kariesstatus und Aussagen zur Kariesfreiheit

Der Kariesstatus ist der geläufigste Indikator. Er lässt sich in die Kategorien naturgesund, saniert und behandlungsbedürftig einteilen. Dabei bedeutet naturgesund, dass das Gebiss keine Karies aufweist. Ein saniertes Gebiss liegt vor, wenn „kariöse Läsionen sowie deren Folgezustände“ bereits versorgt wurden. In dem Fall, in dem das Gebiss zum Untersuchungszeitpunkt noch unbehandelte Karies aufweist, gilt es als behandlungsbedürftig (BZÖG, 2019).

Die Auswertung der Dresdner Daten zur zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung zeigt im Zeitverlauf der letzten sechs Untersuchungszeiträume (Schuljahr 2017/18 bis 2022/23), in denen pandemiebedingt die Untersuchungen in den Schuljahren 2019/20 bis einschließlich 2022/23 nicht vollumfassend durchgeführt werden konnten, dass durchschnittlich 90 Prozent der untersuchten 3-Jährigen ein naturgesundes Milchgebiss aufwiesen. Bei den 6-Jährigen konnte ein Durchschnitt von 65,8 Prozent ermittelt werden und der durchschnittliche Anteil stieg um rund drei Prozentpunkte im gleichen Zeitraum (2017/18: 65,0 %; 2022/23: 67,8 %). Bei den 12-Jährigen lag der durchschnittliche Anteil bei 76,6 Prozent und der Anteil naturgesunder Gebisse war um rund drei Prozentpunkte (2017/18: 77,9 %; 2022/23: 75,0 %) gesunken (Abb. 6.20).

Das seit 2012 festgelegte sächsische Gesundheitsziel bezüglich des Anteils naturgesunder Gebisse bei den 3-Jährigen von 90 Prozent (bis 2012: 80 %) und von 60 Prozent bei den 6-Jährigen wurde damit in Dresden bei den 3-Jährigen erfüllt bzw. bei den 6-Jährigen 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 Amtes für Gesundheit und Prävention und der niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte zu sehen.

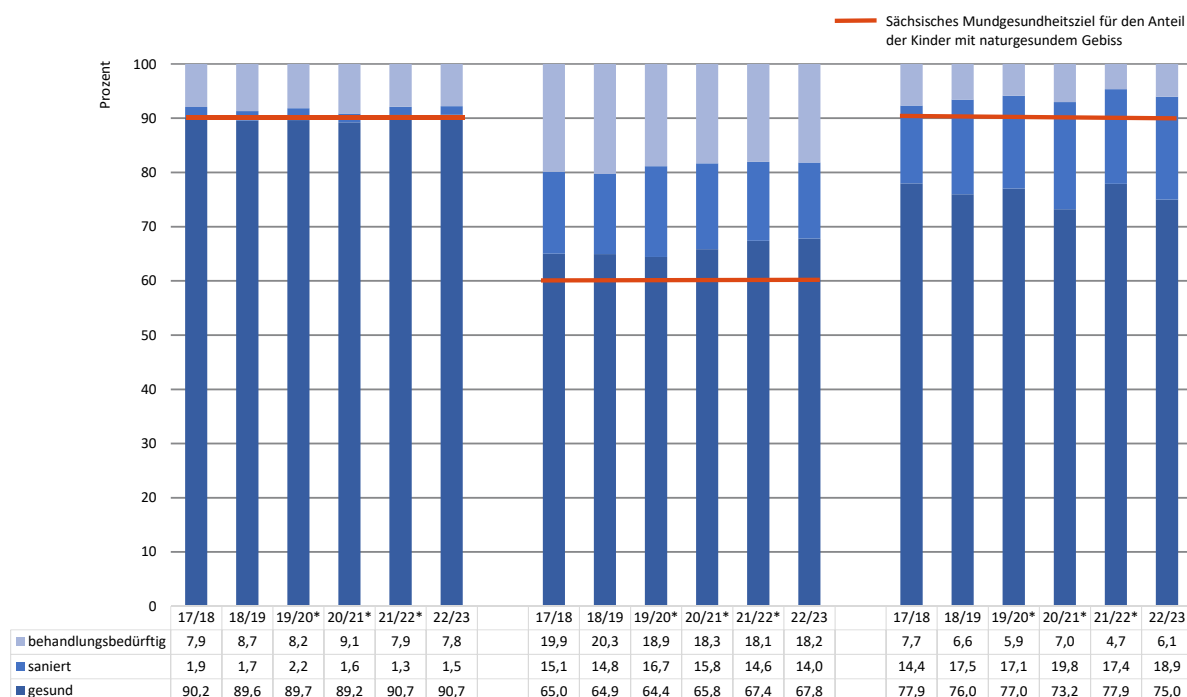


Abbildung 6.20: Kariesstatus bei den 3-, 6- und 12-Jährigen zu den zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Anmerkungen: In den SJ 2019/20, 2020/21 und 2021/22 sind die Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie zu beachten.

Quelle: LHD, 2024b

In Tab. 6.28 sind die Kariesstatus bei den 3-, 6- und 12-Jährigen zu den zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nach Geschlecht dargestellt. Dabei konnten keine relevanten Unterschiede zwischen den Dresdner 3-jährigen Mädchen und Jungen. Die durchschnittlichen Anteile der 6-jährigen Kinder wiesen den Kariesstatus „gesund“ bei den Jungen von 63,6 Prozent (2022/23: 66,5 %) bzw. bei den Mädchen von 65,9 Prozent (2022/23: 69,0 %) und bei den 12-Jährigen bei den Jungen 77,2 Prozent (2022/23: 76,0 %) bzw. bei den Mädchen 75,9 Prozent (2022/23: 73,9 %) auf. (Tab. 6.28)

Tabelle 6.28: Kariesstatus bei den 3-, 6- und 12-Jährigen zu den zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nach Geschlecht in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		3-Jährige				6-Jährige				12-Jährige			
		Anzahl Unter- suchte	gesund	saniert	be- handlungs- bedürftig	Anzahl Unter- suchte	gesund	saniert	be- handlungs- bedürftig	Anzahl Unter- suchte	gesund	saniert	be- handlungs- bedürftig
		Anteil (%)				Anteil (%)				Anteil (%)			
2017/18	gesamt	4.125	90,2	1,9	7,9	5.855	65,0	15,1	19,9	3.959	77,9	14,4	7,7
	männlich	2.095	90,1	2,0	8,0	2.974	63,6	15,7	20,6	2.034	78,8	13,5	7,8
	weiblich	2.030	90,3	1,8	7,9	2.881	66,4	14,5	19,1	1.925	77,1	15,3	7,6
2018/19	gesamt	4.106	89,6	1,7	8,7	6.069	64,9	14,8	20,3	3.802	76,0	17,5	6,6
	männlich	2.066	89,4	1,8	8,8	3.110	63,7	15,3	21,0	1.936	76,7	16,5	6,8
	weiblich	2.040	89,7	1,6	8,7	2.958	66,3	14,2	19,5	1.866	75,2	18,5	6,3
2019/20*	gesamt	1.894	89,7	2,2	8,2	3.829	64,4	16,7	18,9	3.717	77,0	17,1	5,9
	männlich	961	89,4	2,2	8,4	1.956	63,5	17,1	19,4	1.949	77,7	16,6	5,7
	weiblich	933	89,9	2,1	7,9	1.873	66,4	16,4	18,3	1.768	76,2	17,7	6,1
2020/21*	gesamt	2.671	89,2	1,6	9,1	3.682	65,8	15,8	18,3	1.037	73,2	19,8	7,0
	männlich	1.368	88,4	1,8	9,8	1.891	63,3	16,1	20,6	538	71,4	20,4	8,2
	weiblich	1.303	90,1	1,5	8,4	1.791	68,5	15,5	16,0	499	75,2	19,0	5,8
2021/22*	gesamt	2.410	90,7	1,3	7,9	4.027	67,4	14,6	18,1	3.456	77,9	17,4	4,7
	männlich	1.219	91,4	1,2	7,4	2.031	60,6	14,6	19,9	1.742	78,6	16,6	4,8
	weiblich	1.191	90,1	1,4	8,5	1.996	58,3	14,5	16,2	1.714	77,1	18,3	4,6
2022/23	gesamt	2.690	90,7	1,5	7,8	4.271	67,8	14,0	18,2	3.754	75,0	18,9	6,1
	männlich	1.372	90,9	2,1	7,0	2.142	66,5	14,3	19,1	1.893	76,0	17,8	6,2
	weiblich	1.318	90,5	0,8	8,6	2.129	69,0	13,8	17,2	1.861	73,9	20,1	6,0
Ge- wichteter Mittel- wert (GwM)	gesamt alle SJ	17.896	90,0	1,7	8,3	27.733	65,8	15,1	19,1	19.725	76,6	17,2	6,3
	männlich	9.081	89,9	1,9	8,2	14.104	63,6	15,5	20,2	10.092	77,2	16,4	6,4
	weiblich	8.815	90,1	1,6	8,3	13.628	65,9	14,7	17,9	9.633	75,9	18,0	6,1

Anmerkungen: * Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quelle: LHD, 2024b

Eine genauere Analyse der Dresdner Daten zum Gebisszustand bezogen auf die besuchte Einrichtungsart (Kindertageseinrichtung bzw. der verschiedenen Schularten) zeigt deutliche Unterschiede in der Zahngesundheit. So war der Anteil an Kindern mit einem naturgesunden Gebiss am höchsten bei den untersuchten Kita-Kindern, gefolgt von den Schülerinnen und Schülern am Gymnasium. Unter 60 Prozent bzw. weit unter 60 Prozent lag dabei der Anteil bei den Schülerinnen und Schülern, die eine Grundschule bzw. eine Förderschule besuchten.

Diese Feststellung trifft nicht nur auf Dresden, sondern generell zu. Untersuchungen zeigten, dass die Gruppe derer, die von Karies betroffen sind, insgesamt kleiner wird. Insbesondere Kinder aus sozial belasteten 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 Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status (Ziller et al., 2021). Man spricht in dem Zusammenhang auch von einer sogenannten „Kariespolarisierung“, die sich immer stärker ausprägt.

6.4.3.2 dmft(t)- bzw. DMF(T)-Index und Aussagen zur Karieserfahrung

In der Auswertung zahnbezogener Daten wird weltweit standardmäßig immer auch der dmft-t- bzw. DMF-T-Index (d/D = Decay = kariös; m/M = Missing = fehlend; f/F = Filled = mit einer Füllung versehen) zur Bewertung der individuellen Karieserfahrung ermittelt. Die Kleinbuchstaben stehen dabei für das Milchzahngebiss (dmft-t), die Großbuchstaben für das bleibende Gebiss (DMF-T). Dieser Index zeigt die Ausprägung des individuellen 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. Dabei wird im Rahmen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung für jeden Zahn, der kariös, fehlend oder gefüllt ist, der Wert eins kalkuliert und am Ende die Gesamtsumme für das Individuum berechnet. Da im Rahmen dieser Gesundheitsberichterstattung nicht die Betrachtung des einzelnen Kindes im Fokus steht, wird in den nachfolgenden Kapiteln der durchschnittliche dmft-t- bzw. DMF-T-Wert der jeweils zugrunde gelegten Untersuchungsgruppe, d. h. z. B. der dmft-t-Durchschnitt der 3-jährigen Kinder bzw. der DMF-T Durchschnitt der 12-jährigen Kinder bzw. Jugendlichen aus den untersuchten Dresdner Einrichtungen dargestellt, um eine Vergleichbarkeit herzustellen.

Die Auswertung des dmft-t-Index im Milchgebiss zeigt, dass der Wert bei den 3-Jährigen sehr gering war und durchschnittlich bei 0,36 lag (Tab. 6.29). 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 dmft-t-Indexwert weiter zu senken und die Zahl der Kinder mit naturgesunden Zähnen zu erhöhen. Bei den 3-Jährigen gab es keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen.

Bei den untersuchten 6-Jährigen lag der dmft-t-Index im Durchschnitt bei 1,33 und somit über dem Wert 1. Der Wert fiel von 1,32 im Schuljahr 2017/18 auf 1,25 im Schuljahr 2022/23. Die 6-jährigen Mädchen zeigten tendenziell einen geringeren dmft-t-Index von durchschnittlich 1,24 (2022/23: 1,18) im Vergleich zu den Jungen von durchschnittlich 1,40 (2022/23: 1,32) im Zeitverlauf der Schuljahre 2017/18 bis 2022/23. Bei beiden Geschlechtern nahm der dmft-t-Index ab, was auf eine Verbesserung hindeutet.

Der DMF-Index bei den 12-Jährigen lag in den letzten sechs Schuljahren bei durchschnittlich 0,50 und lag dabei unter dem sächsischen Gesundheitsziel von 0,7. Im letzten Schuljahr 2022/23 betrug der DMF-Index 0,56. Bei den Jungen im Alter von 12 Jahren lag der durchschnittliche DMF-Index bei 0,48 hatten im Durchschnitt einen besseren Werte als bei den 12-jährigen Mädchen von 0,52, was in einem kleineren DMF-T-Wert erkennbar ist. 2022/23 lag der DMF-T-Index der Jungen bei 0,52 und der Mädchen bei 0,6. (Tab. 6.29)

Tabelle 6.29: dmf-t-Index der 3- und 6-Jährigen und DMF-T-Index der 12-Jährigen bei der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung nach Geschlecht in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		Milchgebiss				Bleibendes Gebiss	
		3-Jährige		6-Jährige		12-Jährige	
		Anzahl Untersuchte	dmf-t-Index	Anzahl Untersuchte	dmf-t-Index	Anzahl Untersuchte	DMF-T-Index
2017/18	gesamt	4.125	0,35	5.855	1,32	3.959	0,46
	männlich	2.095	0,36	2.974	1,40	2.034	0,43
	weiblich	2.030	0,34	2.881	1,23	1.925	0,50
2018/19	gesamt	4.106	0,34	6.069	1,37	3.802	0,53
	männlich	2.066	0,33	3.110	1,44	1.936	0,50
	weiblich	2.040	0,36	2.958	1,29	1.866	0,55
2019/20*	gesamt	1.894	0,37	3.829	1,41	3.717	0,47
	männlich	961	0,37	1.956	1,48	1.949	0,45
	weiblich	933	0,37	1.873	1,34	1.768	0,49
2020/21*	gesamt	2.671	0,43	3.682	1,32	1.037	0,65
	männlich	1.368	0,49	1.891	1,42	538	0,73
	weiblich	1.303	0,37	1.791	1,21	499	0,57
2021/22*	gesamt	2.410	0,33	4.027	1,28	3.456	0,46
	männlich	1.219	0,32	2.031	1,35	1.742	0,45
	weiblich	1.191	0,34	1.996	1,21	1.714	0,46
2022/23	gesamt	2.690	0,34	4.271	1,25	3.754	0,56
	männlich	1.372	0,22	2.142	1,32	1.893	0,52
	weiblich	1.318	0,25	2.129	1,18	1.861	0,60
Ge- wichteter Mittelwert (GwM)	gesamt alle SJ	17.896	0,36	27.733	1,33	19.725	0,50
	männlich	9.081	0,35	14.104	1,40	10.092	0,48
	weiblich	8.815	0,34	13.628	1,24	9.633	0,52

Anmerkungen: * Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quelle: LHD, 2024b

Der dmf-t-Index ist bei den 6-Jährigen nach besuchter Einrichtungsart in den Schuljahren von 2017/18 bis 2022/23 unterschiedlich. Er lag bei den 6-Jährigen, die eine Kita besuchten, durchschnittlich bei 1,32 und bei den 6-jährigen in der Grundschule durchschnittlich bei 1,30. Für das Schuljahr 2022/23 betrugen die Werte für den dmf-t-Index bei den untersuchten 6-jährigen Kita-Kindern 1,33 und bei den untersuchten 6-jährigen Grundschulkindern 1,12 (Abb. 6.21).

Die dmf-t-Werte der untersuchten 6-Jährigen, die eine Förderschule besuchten, waren hingegen bei einem Wert von im Durchschnitt 2,69 auffällig hoch. Immerhin fiel der dmf-t Index von 4,26 im Schuljahr 2017/18 auf 2,13 im Schuljahr 2022/23 (Abb. 6.21). Dabei ist zu beachten, dass die Zahlen der untersuchten 6-Jährigen (2017/18: n = 57; 2022/23: n = 32) sehr gering waren.

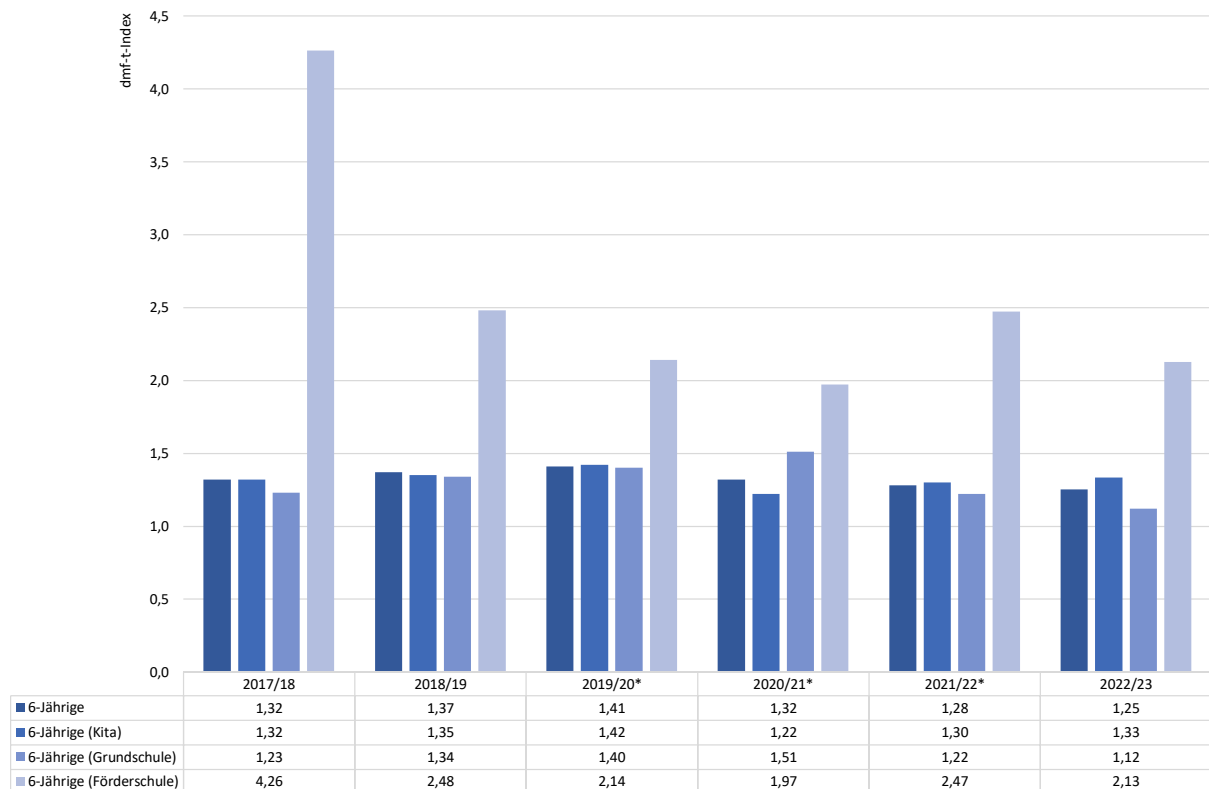


Abbildung 6.21: dmf-t-Index der 6-Jährigen bei der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23 nach Einrichtungsart

Anmerkungen: In den SJ 2019/20, 2020/21 und 2021/22 sind die Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie zu beachten.

Quelle: LHD, 2024b

Bei genauer Betrachtung nach Schulart war der DMF-T-Wert bei den untersuchten Schülerinnen und Schülern an Gymnasien bis zur 7. Klasse am niedrigsten. Mit dem durchschnittlichen DMF-T-Wert von 0,31 lag er weit unter dem seit 2012 als Sächsisches Gesundheitsziel festgelegten Wert von 0,7. Der DMF-T-Wert bei den Schülerinnen und Schülern, die eine Oberschule besuchten, lag im Durchschnitt bei 0,65 (2022/23: 0,74) (Abb. 6.22). Der häufigste Kariesbefall konnte bei den Schülerinnen und Schülern an Förderschulen bei einem DMF-T-Wert von 1,18 nachgewiesen werden, welcher weit über dem Sächsischen Gesundheitsziel mit dem DMF-T-Wert von 0,7 liegt (Abb. 6.22). Ziel ist es, auch hier den DMF-T-Indexwert weiter zu senken und die Zahl der Kinder mit naturgesunden Zähnen mit Fokus auf den Zielgruppen der Schülerinnen und Schüler an Ober- und Förderschulen zu erhöhen.

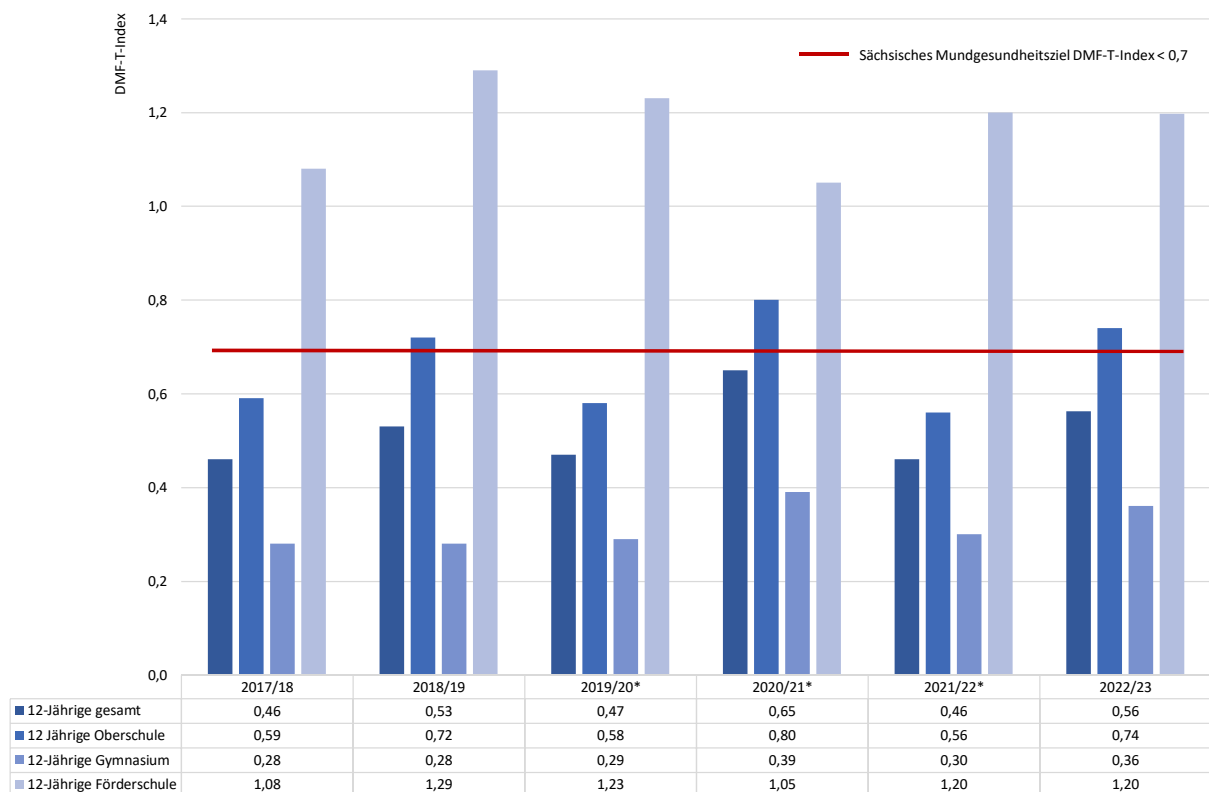


Abbildung 6.22: DMF-T- Index der 12-Jährigen bei der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23 nach Einrichtungstyp

Anmerkungen: In den SJ 2019/20, 2020/21 und 2021/22 sind die Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie zu beachten.
Quelle: LHD, 2024b

6.4.3.3 Sanierungsgrad kariöser Zähne und Aussagen zur Zahnversorgung

Der Sanierungsgrad ist ein Indikator für die tatsächliche Inanspruchnahme zahnärztlicher Versorgung: ein niedriger Sanierungsgrad bedeutet, dass ein hoher Anteil der kariösen Zähne unversorgt ist. Ein hoher Sanierungsgrad bedeutet, dass kariöse Zähne behandelt wurden. Im besten Fall liegt der Sanierungsgrad bei 1, das heißt, dass 100 Prozent der kariösen Zähne versorgt wurden. Die Auswertung betrachtet allein diejenigen Kinder, die kariöse und behandelte Zähne haben.

Im Milchgebiss stieg mit zunehmenden Alter bei den untersuchten Dresdner Kindern der Sanierungsgrad, wie Tab. 6.30 für die Kinder im Alter von drei, vier, fünf und sechs Jahren zeigt. Lag der Sanierungsgrad im Schuljahr 2022/23 bei den 3-Jährigen bei 22,1 Prozent und bei den 4-Jährigen bei 41,9 Prozent, so war bei den 5-Jährigen der Wert rund 52 Prozent und bei den 6-Jährigen bei 63,7 Prozent. Im Durchschnitt lag der Sanierungsgrad bei den 3-Jährigen bei 26,6 Prozent, bei den 4-Jährigen bei 40,9 Prozent, bei den 5-Jährigen bei 53,1 Prozent und bei den 6-Jährigen bei 62,8. (Tab. 6.30)

Der Sanierungsgrad innerhalb eines Alters zeigt in seiner zeitlichen Entwicklung vom Schuljahr 2017/18 bis zum Schuljahr 2022/23 eine negative Entwicklung mit einem Abfall bei den 3-jährigen Kindern um acht Prozentpunkt und bei den 5-Jährigen um 1,5 Prozentpunkte. Das bedeutet, dass weniger kariöse Zähne zahnärztlich versorgt worden waren. Bei den 4-jährigen Kindern stieg der Sanierungsgrad im gleichen Zeitraum um 1,3 Prozentpunkte und bei den 6-Jährigen um 3,1 Prozentpunkte. Unterschiede zwischen untersuchten Jungen und Mädchen sind in Tab. 6.30 zu erkennen.

Tabelle 6.30: Sanierungsgrad der 3-, 4-, 5- und 6-Jährigen mit Karieserfahrung bei der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung nach Geschlecht in Dresden in den Schuljahren 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		3-Jährige		4-Jährige		5-Jährige		6-Jährige	
		Anzahl Untersuchte	Sanierungs- grad	Anzahl Untersuchte	Sanierungs- grad	Anzahl Untersuchte	Sanierungs- grad	Anzahl Untersuchte	Sanierungs- grad
			(%)		(%)		(%)		(%)
2017/18	gesamt	4.125	30,1	4.371	40,7	4.347	53,4	5.855	60,6
	männlich	2.095	29,4	2.190	41,5	2.225	52,5	2.974	61,0
	weiblich	2.030	30,9	2.181	39,6	2.122	54,4	2.881	60,0
2018/19	gesamt	4.106	26,2	4.341	37,0	4.450	52,8	6.069	61,6
	männlich	2.066	25,1	2.253	36,6	2.291	53,5	3.110	60,9
	weiblich	2.040	27,2	2.088	37,5	2.159	51,9	2.958	62,5
2019/20*	gesamt	1.894	31,4	1.974	49,3	2.038	51,5	3.829	66,0
	männlich	961	30,0	982	54,5	989	46,7	1.956	66,7
	weiblich	933	32,9	992	44,1	1.049	55,7	1.873	65,2
2020/21*	gesamt	2.671	31,3	2.842	39,9	3.025	53,9	3.682	62,5
	männlich	1.368	32,8	1.428	37,3	1.528	52,3	1.891	58,4
	weiblich	1.303	29,1	1.414	42,5	1.497	55,7	1.791	67,7
2021/22*	gesamt	2.410	17,0	2.757	41,1	2.797	55,0	4.027	64,3
	männlich	1.219	15,1	1.410	44,1	1.392	54,1	2.031	62,4
	weiblich	1.191	18,8	1.347	36,4	1.405	55,9	1.996	66,5
2022/23*	gesamt	2.690	22,1	3.041	41,9	3.365	51,9	4.271	63,7
	männlich	1.372	34,4	1.595	37,2	1.686	54,1	2.142	63,3
	weiblich	1.318	10,1	1.446	47,8	1.679	49,2	2.129	64,0
Ge- wichteter Mittelwert (GwM)	gesamt alle SJ	17.896	26,6	19.326	40,9	20.022	53,1	27.733	62,8
	männlich	9.081	27,8	9.858	40,8	10.111	52,6	14.104	62,0
	weiblich	8.815	25,2	9.468	40,8	9.911	53,5	13.628	63,9

Anmerkungen: * Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quelle: LHD, 2024b

Beim bleibenden Gebiss konnte für den Zeitraum der sechs Schuljahre der Sanierungsgrad bei den 10-Jährigen mit Karieserfahrung von durchschnittlich 74,4 Prozent ermittelt werden. Im Vergleich zu allen Altersgruppen war dies der höchste Wert. Bei den 11-Jährigen lag dieser bei 73,4 Prozent sowie bei den 12-Jährigen bei 74,3 Prozent und bei den 13-Jährigen bei 72,0 Prozent. In der zeitlichen Entwicklung vom Schuljahr 2017/18 bis zum Schuljahr 2022/23 nahm der Sanierungsgrad innerhalb der 10-, 11-, 12- und 13-Jährigen mit Behandlungsbedarf zu. Das bedeutet, dass Kinder und Jugendliche mit kariösen Zähnen seit dem Schuljahr 2017/18 bis zum Schuljahr 2022/23 häufiger zahnärztlich versorgt wurden. Unterschiede zwischen untersuchten Jungen und Mädchen sind in Tab. 6.31 zu sehen.

Tabelle 6.31: Sanierungsgrad der 10-, 11-, 12- und 13-Jährigen mit Karieserfahrung bei der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung nach Geschlecht in Dresden in den Schuljahren 2017/18 bis 2022/23

Untersuchungsjahr/ Schuljahr		10-Jährige		11-Jährige		12-Jährige		13-Jährige	
		Anzahl Untersuchte	Sanierungs- grad	Anzahl Untersuchte	Sanierungs- grad	Anzahl Untersuchte	Sanierungs- grad	Anzahl Untersuchte	Sanierungs- grad
			(%)		(%)		(%)		(%)
2017/18	gesamt	3.676	73,2	4.064	70,4	3.959	68,4	2.314	67,9
	männlich	1.867	70,0	2.083	67,7	2.034	66,8	1.280	63,8
	weiblich	1.809	76,6	1.981	73,0	1.925	69,8	1.034	72,9
2018/19	gesamt	3.962	68,2	4.309	71,8	3.802	72,3	2.192	68,3
	männlich	2.042	67,4	2.174	68,5	1.936	69,5	1.163	65,9
	weiblich	1.920	69,2	2.135	75,2	1.866	74,9	1.029	70,6
2019/20*	gesamt	3.908	74,4	3.867	76,4	3.717	76,4	1.863	73,0
	männlich	2.026	73,4	1.971	75,1	1.949	75,3	999	70,8
	weiblich	1.882	75,4	1.896	77,7	1.768	77,4	864	75,0
2020/21*	gesamt	1.459	75,4	1.114	68,4	1.037	75,0	564	62,2
	männlich	714	77,2	600	62,9	538	75,7	331	62,8
	weiblich	745	73,9	514	77,2	499	74,1	233	61,2
2021/22*	gesamt	3.920	76,0	3.730	77,3	3.456	80,4	2.088	78,1
	männlich	2.060	74,4	1.875	76,2	1.742	80,4	1.074	76,1
	weiblich	1.860	77,5	1.855	78,3	1.714	80,4	1.014	80,3
2022/23	gesamt	3.819	79,8	3.893	72,8	3.754	75,0	2.357	75,7
	männlich	1.958	79,9	2.034	75,8	1.893	74,3	1.263	76,3
	weiblich	1.861	79,7	1.859	70,3	1.861	75,6	1.094	75,2
Ge- wichteter Mittel- wert (GwM)	gesamt alle SJ	20.744	74,4	20.977	73,4	19.725	74,3	11.378	72,0
	männlich	10.667	73,3	10.737	72,0	10.092	73,2	6.110	70,0
	weiblich	10.077	75,5	10.240	75,0	9.633	75,4	5.268	74,2

Anmerkungen: * Besonderheiten und Limitationen bei der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Untersuchungszahlen aufgrund der Corona-Pandemie
Quelle: LHD, 2024b

6.4.4 Körperliche und sportliche Aktivitäten und Nutzung von bewegungsorientierten Freizeitangeboten

Für eine gesunde körperliche und geistige Entwicklung sowie für die gesundheitsbezogene Lebensqualität sind regelmäßige körperliche und sportliche Aktivitäten zusätzlich zu der Alltagsbewegung, insbesondere im Freien, in der Natur, für die heranwachsende Generation von essentieller Bedeutung. Dies schließt das Draußenspielen für die kognitive, physische, soziale und psychische Entwicklung von Kindern ein, die nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. Das Draußenspielen von Kindern in Deutschland wurde im Rahmen des **Kinderreports** 2020 des Deutschen Kinderhilfswerks als Themenschwerpunkt behandelt. Dabei wurde abgefragt, wie wichtig es für Kinder ist, im Freien zu spielen, und welche Gründe es geben könnte, warum Kinder dies nicht tun. Darüber hinaus wurde erhoben, welche Maßnahmen für Kinder und Jugendliche dafür förderlich wirken könnten und wie die Mitbestimmungsmöglichkeiten von Kindern bei der Stadt- und Freiraumplanung, die das Draußenspielen von Kindern maßgeblich beeinflusst, eingeschätzt werden. Für die Ergebnisse, die nicht spezifisch für Dresdner Kindern sind, wird auf die Originalveröffentlichung verwiesen (Hahn-Lotzing et al., 2020).

Regelmäßige intensivierte körperliche Aktivitäten von täglich mindestens einer Stunde bis 1,5 Stunden Dauer ab dem Grundschulalter, davon können 60 Minuten durch Alltagsaktivitäten, wie z. B. zum Beispiel 12.000 Schritte absolviert werden fördern zudem die Persönlichkeitsentwicklung, das psychosoziale Wohlbefinden sowie das Erlernen von sozialen Kompetenzen besonders bei sportlichen Aktivitäten in der Gemeinschaft. Bei sportlichen Aktivitäten werden wichtige koordinative Fähigkeiten trainiert. Je mehr körperliche Bewegung, desto weniger wird durch die Ernährung aufgenommene Energie im Körper gespeichert, sondern verbraucht körperliche Aktivität stärkt gleichzeitig den Muskel- und Halteapparat und fördert die Resilienz. Neben individuellen Faktoren beeinflussen auch Umweltbedingungen, das Lebensumfeld sowie die Verfügbarkeit von Freizeit- und Sportangeboten das Maß an körperlicher Betätigung bzw. körperlich aktive Lebensstile (verhältnisorientierte Bewegungsförderung).

Vermeidbare Sitzzeiten sollten auf ein Minimum reduziert werden. Neben dem (motorisierten) Transport, wie beispielsweise im Kindersitz im Auto oder mangels Alternativen im Haus verbrachte Zeiten, betrifft dies insbesondere die den Bildschirmmedienkonsums. Hierzu gibt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aktuell Empfehlungen (Rütten & Pfeifer, 2017):

- Säuglinge und Kleinkinder: 0 Minuten
- Kindergartenkinder: so wenig wie möglich, maximal 30 Minuten/Tag
- Grundschulkinder: so wenig wie möglich, maximal 60 Minuten/Tag
- Jugendliche: so wenig wie möglich, maximal 120 Minuten/Tag

Im Folgenden werden dahingehend Daten aus der Kommunalen Bürgerumfrage der Stadt Dresden und aus der Kinder- und Jugendstudie der Technischen Universität Dresden kurz beschrieben. Nähere Erläuterungen und weitere Daten können den jeweiligen Veröffentlichungen entnommen werden (Lenz & Schlinzig, 2021; LHD, 2017, 2019, 2020, 2023a).

Ergebnisse aus der Kommunalen Bürgerbefragung (KBU)

Immer mehr junge Dresdnerinnen und Dresdner der Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen, die an den Dresdner Bürgerumfragen (KBU) 2016, 2018, 2020 und 2022 teilnahmen, gaben an, mindestens zweimal in der Woche Sport zu treiben, wie die Abb. 6.23 zeigt. Dagegen bewegten sich im Durchschnitt 21 Prozent der Befragten zu den vier Zeitpunkten der KBU selten oder nie.

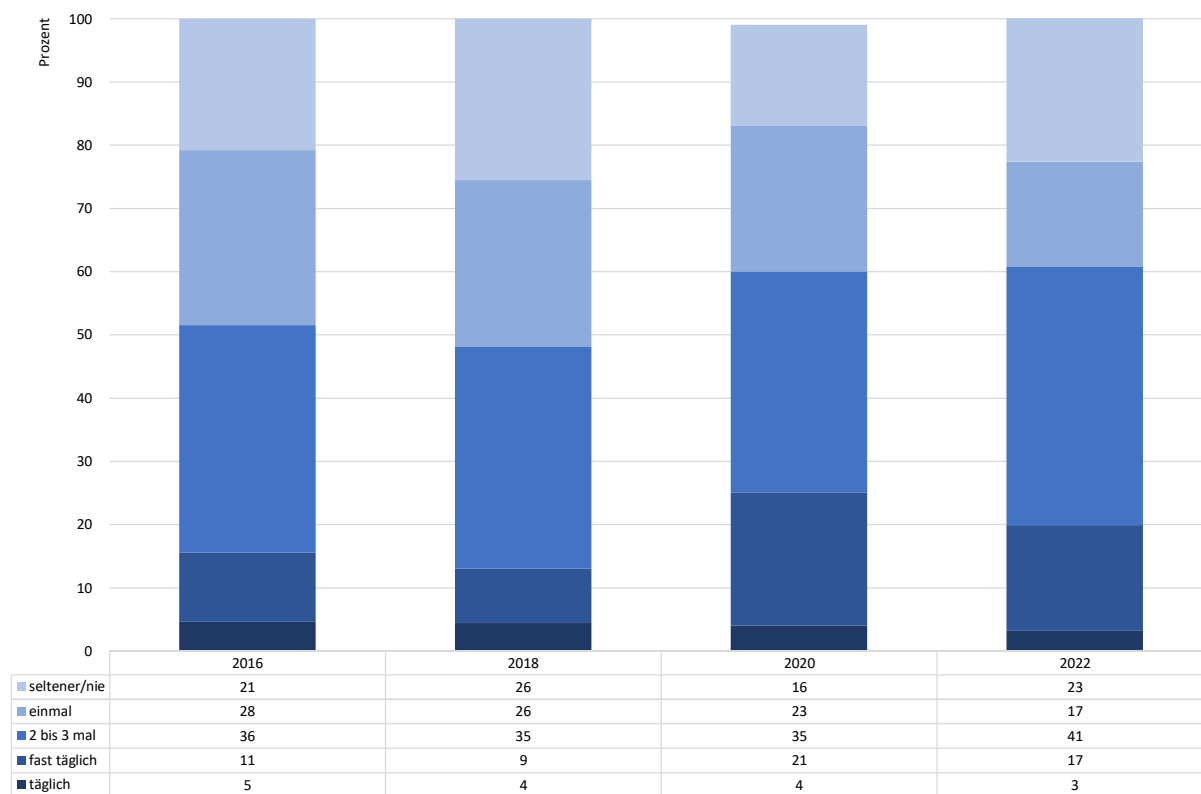


Abbildung 6.23: Beurteilung der körperlichen Aktivität der 16- bis 24-Jährigen in Dresden laut KBU 2016, 2018, 2020, 2022

Quelle: LHD 2017, 2019, 2020 und 2023

Ergebnisse aus der Dresdner Kinder- und Jugendstudie

Die Ergebnisse der vierten Dresdner Kinder- und Jugendstudie (Kapitel „Datengrundlagen“, Seite 371 und Anhang 6.1, Seite 400) zeigten, dass sich für die befragten Kinder der 3. und 4. Klasse zwei räumliche Schwerpunkte für die Freizeitgestaltung von Bedeutung waren. Dies waren zum einen naturnahe Räume inklusive Spielplätze (und bei den Jungen auch Sportplätze), und zum anderen die eigene Wohnung bzw. jene gemeinsam bei Freundinnen und Freunden zu Hause. Im Vergleich zur Befragung im Jahr 2010 lässt sich eine deutliche Abnahme der Bedeutung von Freizeitangeboten, wie Schwimm- und Freibad, Sportplatz, Sport- und Freizeitangebote, Spielstraße, Kinder, Jugendtreff sowie Skaterpark/-bahn feststellen, dabei war eine Zunahme der Nutzung von „Park, Wald, Wiese“ (2010: 44,9 %; 2021: 34,0 %) zu verzeichnen. Die befragten Kinder der 3. und 4. Klasse gaben am häufigsten „Park, Wald, Wiese“ (45 %), Spielplatz (42,3 %) und „Schwimmhalle; Freibad“ sowie „Sportplatz“ (19,2 %) als bewegungsorientierte Freizeitangebote an. Jungen gaben häufiger „Sport-/Freizeitzentrum“, „Sportplatz“ und darüber verknüpft „Verein/Verband“, während Mädchen häufiger „Skaterparks/-bahnen“ und „Spielstraßen“ als bewegungsorientierte Freizeitangebote nutzten (Lenz & Schlinzig, 2021).

Im Rahmen der vierten Dresdner Kinder- und Jugendstudie wurde zudem die Nutzungshäufigkeit der Freizeitangebote bei durch die Schülerinnen und Schülern der Klassen 5 bis 9 erfragt. Sie gaben an, dass sie sich täglich bis ein- bis zweimal pro Woche im Rahmen ihre Freizeit körperlich betätigten. Dabei wurden als bewegungsorientierte Freizeitangebote „Park, Wald, Wiese“ (52,1 %), „Verein/Verband“ (50,8 %), „Sportplatz“ (25,9 %) und „Spielplatz“ (20,4 %), „Sport- und Freizeitzentrum“ (23,2 %) überwiegend und auch „Spielstraße“ (11,2 %), „Skaterbahn“ (4,2 %) sowie „Schwimmhalle/Freibad“ (6,7 %) benannt. Auch bei dieser Frage hat „Park, Wald, Wiese“ deutlich an Bedeutung gewonnen (2010: 32 %; 2021: 52 %).

Die befragten Schülerinnen und Schüler der 5.- bis 9. Klasse spielten gaben hingegen an, dass die folgenden bewegungsorientierten Freizeitangeboten nahezu keine Rolle spielten (Angabe bei „sehr selten oder nie“): „Park, Wald, Wiese“ bei 21,8 Prozent, „Verein/Verband“ bei sieben Prozent, „Sportplatz“ bei 61,4 Prozent und „Spielplatz“ bei 54,1 Prozent, „Sport- und Freizeitzentrum“ bei 67,8 Prozent und „Spielstraße“ bei 82,7 Prozent sowie „Skaterbahn“ bei 88,4 Prozent und „Schwimmhalle/Freibad“ bei 62,9 Prozent (Lenz & Schlinzig, 2021).

Die Freizeitgestaltung der Jugendlichen der 10. bis 13. Klasse, die täglich bis ein- bis zweimal pro Woche stattfanden, fand vor allem durch Aktivitäten in der eigenen Wohnung geprägt. Vor der Nutzung von bewegungsorientierten Freizeitangeboten stellten diese Aktivitäten den zentralen Bestandteil der Freizeitgestaltung dar. Veränderte jugendliche Verhaltensweisen und Präferenzen sowie das jeweils zur Verfügung stehende Zeitbudget aufgrund von zunehmenden Anforderungen in Schule, Ausbildung und ggf. Erwerbstätigkeit sind für diese Altersgruppe typisch. Diese Einflüsse manifestierten sich auch in den Befragungsergebnissen. An erster Stelle steht bei dieser Altersgruppe auch „Park, Wald, Wiese“ (51,3 %), obwohl vermutlich der Aspekt der Gemeinschaft zum „Spaß haben“ und „Chillen“ zunahm und der der Bewegung eher abnahm. Im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern der Klassen 5 bis 9 traten alle weiteren benannten Freizeitangebote eher in den Hintergrund. Die Nutzung von „Sportverein/Verband“ (28,6 %), „Sportplatz“ (11,7 %) und Sport- und Freizeitzentrum“ (12,0 %) wurden von den Jugendlichen mit einer Häufigkeit von täglich bis ein- bis zweimal pro Woche angegeben. Dabei war ein Anstieg der Bedeutung von „Fitnessstudios“ (18,0 %) in dieser Altersgruppe zu verzeichnen.

Für die Altersgruppe der 10- bis 17-Jährigen spielten die folgenden bewegungsorientierten Freizeitangebote hingegen eine untergeordnete Rolle (Angabe „sehr selten oder nie“): „Park, Wald, Wiese“ (14,8 %); „Verein/Verband“ (67,0 %), „Sportplatz“ (75,3 %), „Sport- und Freizeitzentrum“ (82,1 %) und „Spielstraße“ (88,2 %) sowie „Skaterbahn“ (97,2 %) und „Schwimmhalle/Freibad“ (97,2 %).

In sämtlichen sportbezogenen Freizeitangeboten manifestieren sich geschlechtsspezifische Unterschiede. „Sport-/Freizeitzentren“, „Sportplatz“, „Fitnessstudio“ werden häufiger von Jungen frequentiert als von Mädchen. Auch in Verbänden und Vereinen (keine Sportvereine) zeigten sich Jungen (Klasse 5 bis 9) signifikant aktiver als gleichaltrige Mädchen. Diesbezüglich wurde bei den Grundschulkindern keine Fragen gestellt (Lenz & Schlinzig, 2021).

In allen Altersgruppen zeigte sich auch der Einfluss des angegebenen Sozialstatus der Herkunftsfamilie auch auf täglichen bis ein- bis zweimal pro Woche genutzten Freizeitmöglichkeiten mit körperlicher Bewegungsorientierung. In allen Altersgruppen spielten eher weniger bewegungsorientierte Freizeitangebote eine große Rolle, wie „zu Hause“ (Schülerinnen und Schüler der 5. bis 9. Klasse; Jugend der 10. bis 13. Klasse: 99,1 %) „bei Freunden zu Hause sein“ (Kinder der 3. bis 4. Klasse: 61,5 %;

Schülerinnen und Schüler der 5. bis 9. Klasse: 37,6 %; Jugend der 10. bis 13. Klasse: 41,3 %), „Einkaufszentrum/-passage“ (Kinder der 3. bis 4. Klasse: 2022: 21,1 %; Schülerinnen und Schüler der 5. bis 9. Klasse: 38,3 %; Jugend der 10. bis 13. Klasse: 33,3 %) (Lenz & Schlinzig, 2021).

Des Weiteren wurde die Zufriedenheit der Kinder und Jugendlichen mit den Freizeitangeboten in ihrem Wohngebiet anhand einer vierstufigen Skala erfragt. Die befragten Grundschulkinder der Klassen 3 bis 4 gaben im Jahr 2021 an, „sehr zufrieden“ (66 %) oder „eher zufrieden“ (31 %) zu sein.

In den Klassenstufen 5 bis 9 fiel die Einschätzung nicht ganz so positiv aus. Mit 70 Prozent war zwar auch hier eine deutliche Mehrheit „sehr“ oder „eher“ zufrieden, der Anteil der sehr Zufriedenen war allerdings deutlich kleiner als bei den Grundschulkindern. Dennoch fiel in den höheren Klassen die Zufriedenheit etwas höher aus als 2010. Damals gaben 65 Prozent der Befragten an, „eher“ bis „sehr“ zufrieden zu sein; 2021 sagten dies 70 Prozent (Lenz & Schlinzig, 2010, 2021). Rund zwölf Prozent der Befragten äußerten 2021 ihre Unzufriedenheit (2010: 20 %).

Des Weiteren wurden Kinder und Jugendliche der Klassenstufen 5 bis 9 auch danach gefragt, welche Freizeitmöglichkeiten in ihrem Wohngebiet fehlen oder verbesserungswürdig wären. Die befragten Schülerinnen und Schülern äußerten den Wunsch nach mehr aktiven Freizeitangeboten. Insbesondere Sportplatz- und Sportanlagen für Fuß-, Basket- und Volleyball (22,2 %), Abenteuerspielplätze (16,2 %) sowie Anlagen für Skating und Mountainbike (13,7 %) und Schwimm-, Frei- und Erlebnisbäder sowie Seen (10,3 %) sowie Sport-/Fitnesscenter, Freizeitparks v. a. fürs Klettern und Tischtennis, Reiten (12,8 %) wurden als fehlend identifiziert. In Bezug auf die Spielplätze ist zu ergänzen, dass neben einer quantitativen Erweiterung des Angebots auch eine bessere Anpassung an die Präferenzen und Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen gewünscht worden ist.

Bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 16 und 22 Jahren bekundeten 64 Prozent mit den Möglichkeiten ihrer Freizeitgestaltung im Wohnumfeld „eher“ oder „sehr zufrieden“ zu sein. Auch 39 Prozent der Jugendlichen und jungen Erwachsenen sahen die Angebote für sportliche Aktivitäten als verbesserungswürdig und fehlend sowie elf Prozent für Schwimmbad. Das Spektrum der angesprochenen Sportarten war dabei breit gefächert. Neben Sportplätzen, die sich für Fußball eignen, wurden Basketball, Tischtennis, aber auch Outdoor-/Trimm-dich-Fitnessanlagen und Skateparks häufiger genannt; auch Reiten, Tanzen und Klettern fanden Erwähnung. Kritisch wurde zudem angemerkt, dass vorhandene Sportanlagen nicht frei nutzbar sind, da sie zu Sportvereinen gehören (Lenz & Schlinzig, 2021).

Zur Ermittlung der bevorzugten Freizeitaktivität wurden die befragten Kinder ab der 3. bis 9. Klasse und die Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab 16 Jahren gebeten, auf einer Liste mit 18 Items zu der Fragestellung „Was machst du in deiner Freizeit?“ zu antworten. Die Grundschulkinder wiesen mit über 80 Prozent „draußen sein“ und mit über 70 Prozent „mit Freunden/Freundinnen treffen“ sehr große Präferenzen zu; auch praktische Tätigkeiten (wie Basteln, Werken, Malen, Zeichnen) wurden deutlich häufig angegeben. Jedoch spielten bewegungsarme Aktivitäten auch bereits in dieser Altersgruppe bei rund 69 Prozent mit der Beschäftigung mit Handy/Smartphon, bei rund 65 Prozent mit Fernsehene/Filmen sowie bei über 50 Prozent mit Computer oder der Spielekonsole eine bevorzugte Rolle der Freizeitaktivität (Lenz & Schlinzig, 2021).

Über alle weiteren Altersgruppen konnte eine Zunahme Durchdringung der Freizeit mit unterschiedlichen Formen der Mediennutzung beobachtet werden. Dies ist Ausdruck einer bewegungsarmen Freizeitaktivität, die jedoch den aktuellen Lebensumständen entspricht. Die Mehrheit der Befragten gab an, sich hauptsächlich mit dem Smartphone/Handy zu beschäftigen bzw. Filme, Videos oder Fernsehsendungen anzuschauen. Bei den Schülerinnen und Schülern der Klasse 5 bis 9 befanden sich auch die Beschäftigung mit dem Computer oder der Spielekonsole unter den ersten fünf Plätzen. Allerdings waren auch die Freunde für die Freizeit von elementarer Bedeutung. In der Befragung von 2021 zeigten sich die auch aus anderen Studien bekannten geschlechtsspezifischen Präferenzen in der Freizeitgestaltung. Es konnte festgestellt werden, dass insbesondere sportliche Aktivitäten, aber auch das Spielen von Computerspielen in der Freizeit von Jungen/Männern deutlich größeren Raum ein als bei Mädchen/Frauen einnahm (Lenz & Schlinzig, 2021).

Da Bewegung und körperliche Aktivitäten gemeinsam mit Freunden oder in der Familie viel mehr Freude machen und sich dies nicht unerheblich auf die Motivation und das positive Bewegungserleben der Kinder und Jugendlichen auswirkt, zeigte die letzte Dresdner Kinderstudie in diesem Zusammenhang, dass rund 42 Prozent der befragten 9- bis 15-Jährigen „oft“ und rund 40 Prozent manchmal gemeinsam in Familie Tagesausflüge bzw. Spaziergänge unternahmen.

Rund 15 Prozent trieben oft und rund 32 Prozent manchmal Sport gemeinsam in Familie trieben. Demgegenüber gab ein Fünftel der befragten Schülerinnen und Schüler an, selten oder nie gemeinsam mit der Familie Tagesausflüge bzw. Spaziergänge zu unternehmen. Mehr als die Hälfte der befragten Altersgruppe trieb selten oder nie gemeinsam Sport (53,7 %). Von den befragten Schülerinnen und Schüler nannten 35,5 Prozent „Fernsehen/DVD/Video“ und 28,5 Prozent „Internet Videos/Filme“ als häufigste („oft“) gemeinsame Familienaktivität, allerdings eher als bewegungsarme Familienaktivität. Im Vergleich zu den Ergebnissen der Dresdner Kinderstudie aus dem Jahr 2010 hat die gemeinsame Bewegungszeit in der Familie, insbesondere bei Tagesausflügen oder Spaziergängen zugenommen; der Anteil der Angaben „nie“ oder „selten“ war dabei deutlich zurückgegangen war. Nennenswerte Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen im Vergleich zur Vorgängerstudie 2010 zeigten sich lediglich beim Sporttreiben als gemeinsame Familienaktivität. Die befragten Jungen betätigten sich deutlich häufiger gemeinsam mit ihren Eltern sportlich als die Mädchen (21 % versus 10 %). Außerdem verbrachten Jungen mit ihren Eltern weitaus häufiger spielend Zeit am Computer, dem Tablet oder der Konsole (15 % zu 5 %) (Lenz & Schlinzig, 2021).

Eine gemeinsame Bewegungszeit mit Freunden wurde von den befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab 16 Jahren als sehr wichtig neben anderen gemeinsamen Freizeitaktivitäten mit Freunden erachtet. Ein Viertel unternahm „oft“ und rund 40 Prozent „manchmal“ gemeinsam Tagesausflügen bzw. Spaziergängen. Ein Fünftel trieb häufig („oft“) und rund ein Viertel manchmal gemeinsam Sport. Gleichzeitig verbrachten knapp ein Viertel häufig gemeinsame, jedoch bewegungsärmere Zeit mit Aktivitäten wie „Internet Videos/Filme/Serien schauen“ sowie am „Computer, Tablet oder Konsole spielen“. Auch in diesem Kontext konnten geschlechtsspezifischen Unterschiede festgestellt werden. Sporttreiben und das Spielen am Computer, Tablet oder der Konsole wurden von den befragten Männern häufiger als gemeinsame Freizeitaktivitäten mit Freunden benannt. Frauen unternahmen hingegen häufiger Tagesausflügen bzw. Spaziergängen (Lenz & Schlinzig, 2021).

6.4.5 Substanzkonsum

Tabak, Alkohol, Cannabis und illegale Drogen sind psychoaktive Substanzen, die häufig im Jugendalter zum ersten Mal ausprobiert und im späteren Leben weiter konsumiert werden. Die gesundheitlichen Folgen eines regelmäßigen Konsums dieser Substanzen sind gravierend. Tabak- und Alkoholkonsum etwa gehören zu den führenden vermeidbaren Risikofaktoren für eine Vielzahl von Krankheiten mit langfristigen Effekten, auch auf die vorzeitige Sterblichkeit. Über Ergebnisse zum Tabak- und Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen auf der Basis der KiGGS- oder der HBSC-Studie wurde in zahlreichen Veröffentlichungen berichtet (Moor et al., 2020; RKI, 2016, 2018c). Da in der Jugendphase die Weichen für das Gesundheitsverhalten im späteren Leben gestellt werden und bekannt ist, dass für Heranwachsende ein früher Einstieg einen späteren regelmäßigen Konsum von Alkohol und Tabak begünstigt, ist es ein gesundheitspolitisches Ziel, dass Jugendliche möglichst nicht rauchen und zu einem verantwortungsbewussten und risikoarmen Umgang mit Alkohol befähigt werden.

Dem Gesundheitsschutz insbesondere von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie dem Nichtraucherschutz dienen die jeweiligen gesetzlichen Grundlagen zum Umgang mit Tabak, Alkohol, Cannabis und illegalen Drogen, wie das Nichtraucherschutzgesetz, das Jugendschutzgesetz, das Betäubungsmittelgesetz und das seit dem 1. April 2024 geltende Cannabisgesetz, aber auch die Vorbildwirkung von Eltern und anderen Einflusspersonen.

Im Abschnitt 5.8.3 auf Seite 182 wurde bereits über den Substanzkonsum von Alkohol und Tabak altersübergreifend berichtet. Zudem kann auf den letzten Suchtbericht der Landeshauptstadt Dresden verwiesen werden, in dem die Daten der Krankenhausstatistik auch differenziert nach Altersgruppen erörtert wurden (LHD, 2023b).

In der Dresdner Kinder- und Jugendstudie wurde auch der Suchtmittelkonsum bei den befragten Dresdner Kindern und Jugendlichen zur umfassenden Betrachtung der aktuellen Lage und des Problemverhaltens untersucht. Schülerinnen und Schüler ab der 5. Klassenstufe wurden dazu befragt, ob und wenn ja, wie häufig sie rauchen bzw. Alkohol oder (illegale) Drogen konsumieren (Lenz & Schlinzig, 2021).

Im Folgenden werden ausgewählte Daten aus der Krankenhausstatistik und aus der Kinder- und Jugendstudie zum Suchtmittelkonsum der heranwachsenden Generation aufgegriffen.

6.4.5.1 Tabak

In der Dresdner Kinder- und Jugendstudie gaben alle befragten 10- und 11-Jährigen, 95 Prozent der 12-Jährigen, 46,5 Prozent der 16-Jährigen und 52,4 Prozent der 18-Jährigen an, noch nie geraucht zu haben. Rauchten im Alter von 16 Jahren bereits rund 26 Prozent „ab und zu“ oder „regelmäßig“, betrug dieser Anteil unter den 18-Jährigen 30 Prozent. Es gab erstmalig keine relevanten Unterschiede zwischen Mädchen (3 %) und Jungen (5 %). Auch bei den befragten Jugendlichen ließen sich keine Unterschiede nach Geschlecht feststellen. Gewisse Unterschiede waren hinsichtlich des Sozialstatus feststellbar: 56 Prozent der Jugendlichen aus der hohen Statusgruppe haben „noch nie“ geraucht, während es bei der niedrigen Statusgruppe 43 Prozent waren (Lenz & Schlinzig, 2021). Es ist zu bedenken, dass die soziale Erwünschtheit bei Befragungen zum Tabakmissbrauch die Angaben beeinflussen.

6.4.5.2 Alkohol

Der Dresdner Suchtbericht 2023 weist anhand der Daten aus der Krankenhausstatistik für Dresdner Kinder bzw. Jugendliche im Alter unter 15 Jahren keine Fälle in 2018, 24 Fälle in 2019, 30 Fälle in 2020 und 21 Fälle in 2021 mit einer Hauptdiagnose im Zusammenhang mit Alkoholkonsum (F10) aus, die in einem Krankenhaus behandelt werden mussten. Für die Dresdner Jugendlichen im Alter von 15 bis unter 18 Jahren waren es 89 Fälle in 2018, 90 Fälle in 2019, 79 Fälle in 2020 und 80 Fälle in 2021 mit dem stationären Haupteinweisungsgrund Alkohol (F10). Für die Dresdner Jugendlichen im Alter von 18 bis unter 25 Jahren waren es bereits 144 Fälle in 2018, 156 Fälle in 2019, 101 Fälle in 2020 und 111 Fälle in 2021.

In den Jahren 2018, 2020 und 2022 zählte bei den Dresdner Jungen im Alter von 10 bis unter 18 Jahren ein übermäßiger, exzessiver Alkoholkonsum zu den fünf häufigsten Gründen für eine vollstationäre Krankenhausaufnahme, wie im Abschnitt 6.3.2 auf Seite 216 bereits aufgezeigt wurde (LHD, 2023b).

In der Dresdner Kinder- und Jugendstudie war mit zunehmendem Alter ein Anstieg des Alkoholkonsums festzustellen. 80 Prozent der 10-Jährigen und 74 Prozent der 11-Jährigen berichteten davon, Alkohol bisher „noch nie“ probiert zu haben. Im Alter von 15 Jahren hatten 32 Prozent der Befragten, elf Prozent der 16-Jährigen und 11,2 Prozent der 18-Jährigen noch keinen Alkohol zu sich genommen. 44 Prozent der 15-Jährigen dagegen bereits 72 Prozent der 16-Jährigen und 73 Prozent der 18-Jährigen konsumierten „ab und zu“ oder „regelmäßig“ Alkohol. Darunter stiegen auch die Anteile derjenigen Jugendlichen, die einen regelmäßigen Alkoholkonsum angaben (15-Jährige: 6,3 %; 16-Jährige: 6,8 %; 18-Jährige: 17,1 %).

Verglichen mit den ersten drei Dresdner Kinderstudien hat der Alkoholkonsum deutlich abgenommen: Etwa doppelt so viele Schülerinnen und Schüler der 6. bis 9. Klassenstufe (im Vergleich zu 2000 und 2005) gaben an, noch keinen Alkohol getrunken zu haben. Der Anteil der Gelegenheitstrinkenden sank dagegen auf etwas mehr als ein Viertel des Wertes von 2005. Dass Alkohol noch immer häufiger als Tabak konsumiert wird, dürfte unter anderem auch in der gesetzlichen Regelung begründet sein, die eine Abgabe von Bier und Wein an ab 16-Jährige erlaubt. Zudem ist Alkohol deutlich preiswerter und weniger gesellschaftlich stigmatisiert als Tabak.

Dass dies so ist, zeigen auch die Daten der befragten Jugendlichen. Ein Großteil dieser Befragten war über 18 Jahre alt und gab an, „ab und zu“ Alkohol zu trinken. Fast jede bzw. jeder Fünfte machte dies sogar „regelmäßig“. Nur noch sieben Prozent der Jugendlichen hatten „noch nie“ Alkohol probiert. Es zeigten sich hierbei Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen: Jungen gaben häufiger als Mädchen einen gelegentlichen oder regelmäßigen Alkoholkonsum an im Gegensatz zu den Kinder- und Jugendstudien davor in den Jahren 2000 und 2005. Bei den Jugendlichen zeigte sich, dass unter jungen Männern der regelmäßige Alkoholkonsum weiter verbreitet ist als unter jungen Frauen (Lenz & Fückler, 2005; Lenz & Schlinzig, 2010, 2021). Es ist zu bedenken, dass die soziale Erwünschtheit auch bei Befragungen zum Alkoholkonsum die Angaben beeinflussen.

6.4.5.3 Illegale Drogen

Im Folgenden beziehen sich die Daten auf die Zeit vor der Einführung des seit dem 1. April 2024 geltenden Cannabisgesetz.

Der Dresdner Suchtbericht 2023 weist anhand der Daten aus der Krankenhausstatistik für Dresdner Kinder bzw. Jugendliche im Alter unter 15 Jahren keine Fälle in 2018, sechs Fälle in 2019, keine Fälle in 2020 und drei Fälle in 2021 mit der Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein“ einschließlich Crystal (F15) aus, die in einem Krankenhaus behandelt werden mussten. Für die Dresdner Jugendlichen im Alter von 15 bis unter 18 Jahren waren es zehn Fälle in 2018, 19 Fälle in 2019, elf Fälle in 2020 und zwölf Fälle in 2021 mit diesem Haupteinweisungsgrund (F15). Für die Dresdner Jugendlichen im Alter von 18 bis unter 25 Jahren waren es bereits 33 Fälle in 2018, 45 Fälle in 2019, 62 Fälle in 2020 und 35 Fälle in 2021.

Die Darstellungen aus dem Dresdner Suchtbericht 2023 mit Daten aus der Krankenhausstatistik zeigen bei Dresdner Kindern bzw. Jugendlichen im Alter unter 15 Jahren keine Fälle in 2018, in 2019 und in 2021, jedoch fünf Fälle in 2020 mit einem stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund der Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide“ (F12). Für die Dresdner Jugendlichen im Alter von 15 bis unter 18 Jahren waren es 35 Fälle in 2018, 24 Fälle in 2019, 22 Fälle in 2020 und 17 Fälle in 2021 mit diesem stationären Haupteinweisungsgrund. Für die Dresdner jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis unter 25 Jahren waren es bereits 31 Fälle in 2018, 17 Fälle in 2019, 25 Fälle in 2020 und 25 Fälle in 2021 (LHD, 2023b).

In der Dresdner Kinder- und Jugendstudie blieb der Konsum illegaler Drogen auch 2021 gemäß den Angaben der Befragten ein relativ marginales Phänomen unter Dresdner Kindern und Jugendlichen. Insgesamt gaben nur ca. drei Prozent der Befragten an, überhaupt schon Kontakt mit Drogen gehabt zu haben, vom „Probieren“ berichtete ein Prozent der Schülerinnen und Schüler, ebenfalls ein Prozent gab einen „gelegentlichen“ Drogenkonsum an. Stärker noch als beim Rauchen und Alkoholkonsum sind bei diesen Angaben soziale Erwünschtheitseffekte zu beachten. Es zeigt sich, dass im 20-Jahres-Vergleich nur geringfügige Abweichungen vorhanden sind.

Da die Anzahl der Kinder, die von gelegentlichem oder regelmäßigem Drogenkonsum berichten, sehr gering ist, wurde auf eine Differenzierung nach Klassenstufen, Geschlecht, Sozialstatus oder Schulform aus methodischen Gründen verzichtet. Unter den Jugendlichen steigt der gelegentliche Drogenkonsum im Vergleich zu den Kindern stark an. Regelmäßig konsumieren weiterhin drei Prozent der Jugendlichen illegale Substanzen. Dabei gab es deutliche Unterschiede nach Geschlecht. Während von den jungen Frauen 65 Prozent „noch nie“ Drogen konsumiert hatten, sind es bei den jungen Männern 54 Prozent. Diese hatten häufiger schon einmal illegale Drogen probiert (plus 4 Prozentpunkte), konsumieren häufiger „ab und zu“ (plus 5 Prozentpunkte) oder „regelmäßig“ (plus 2 Prozentpunkte) im Vergleich zu 2012 (Lenz & Fückner, 2005; Lenz & Schlinzig, 2010, 2021).

6.4.5.4 Multipler Substanzgebrauch

Der Dresdner Suchtbericht 2023 weist anhand der Daten aus der Krankenhausstatistik für Dresdner Kinder bzw. Jugendliche im Alter unter 15 Jahren keine Fälle in 2018, sieben Fälle in 2019, keine Fälle in 2020 und vier Fälle in 2021 mit der Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen“ (F19) aus, die in einem Krankenhaus behandelt werden mussten.

Für die Dresdner Jugendlichen im Alter von 15 bis unter 18 Jahren waren es sechs Fälle in 2018, zwölf Fälle in 2019, neun Fälle in 2020 und 16 Fälle in 2021 mit diesem stationären Haupteinweisungsgrund (F19). Für die Dresdner Jugendlichen im Alter von 18 bis unter 25 Jahren waren es bereits 71 Fälle in 2018, 76 Fälle in 2019, 71 Fälle in 2020 und 76 Fälle in 2021 (LHD, 2023b).

6.4.6 Mediennutzung

Kinder und Jugendliche sind im Alltag von einer Vielzahl verschiedener Medien umgeben und wachsen in der heutigen Zeit wie selbstverständlich mit ihnen auf. Die Mediennutzung stellt mittlerweile einen festen Bezugsrahmen für die Sozialisation und Persönlichkeitsentwicklung insbesondere von Kindern und Jugendlichen dar. Die im Alltag genutzten Medien umfassen ein breites Repertoire digitaler Endgeräte in den Haushalten, darunter Mobiltelefone, Smartphones, Computer/Laptops, Tablets, Spielkonsolen, Fernsehgeräte inklusive Smart-TVs, DVD- und CD-Player sowie Radiogeräte. Das schließt die Mediennutzung von Fernsehen und Radio mit einem festen Programmablauf (lineare Medien) und im Gegensatz dazu ohne diese Einschränkungen (nichtlineare Medien) sowie Video-, Audio- und Textformaten, von e-Books ein. Aktivitäten der Mediennutzung können sich dabei vom Schauen von Filmen, Musikhören, bis zur Informationssuche im Internet, Spielen von Online-Spiele bzw. Browsergames, Lernen mittels digitaler Geräte, Chatten, Schreiben von Mails, Nachrichten bzw. in Foren bis zum Bloggen erstrecken. Diese Aufzählungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Digitale Medien können sinnvoll sein und Spaß machen, indem sie eine Bereicherung sind und beim Lernen unterstützen können. Das gute Maß ist gegeben, wenn der Medienkonsum der Kinder und Jugendlichen nicht die Freizeit vollständig und ohne Alternativen ausfüllt und das familiäre Miteinander nicht belastet. Die Vorbildrolle der Eltern für ihre Kinder ist dabei mitentscheidend. So sollte eine aktive und gemeinsame Freizeitgestaltung in der Familie als wertvoll und unwiederbringlich verstanden werden (BZgA, 2019).

Dennoch müssen zahlreiche, wesentliche Fragen kontinuierlich offen und aus verschiedener Expertise beantwortet und diskutiert werden. Welche kurz- und langfristigen Auswirkungen hat die Mediennutzung auf die Gesundheit und Entwicklung der Kinder und Jugendlichen? Wie kann ein gutes Aufwachsen mit Medien ermöglicht werden? Wer ist für die Reduzierung von Suchtrisiken bei der Mediennutzung oder für entsprechende Hilfsstrategien und Unterstützungsangebote verantwortlich? Wie kann die aktuelle Lage dazu für die heranwachsende Generation in Deutschland und in Dresden eingeschätzt werden?

Für Eltern, Kinder, Jugendliche, Pädagoginnen und Pädagogen und weitere Interessierte wurden mittlerweile verschiedene Empfehlungen zur Mediennutzung von Kindern und Jugendlichen herausgegeben und aktualisiert, von denen einige im Folgenden aufgelistet sind:

- Empfehlungen der BZgA für den Medienkonsum in Familien, die auf Vereinbarungen hinsichtlich der elterlichen Begleitung, gemeinsamer Aktivitäten, des Zusammenlebens sowie der Mediennutzungsdauer abzielen (BZgA, 2019)
- Medienratgeber für Eltern und Erziehende „SCHAU HIN!“ mit Informationen zu aktuellen Entwicklungen der Medienwelt und Empfehlungen zur kompetenten Begleitung des Medienkonsums von Kindern; unterstützt u. a. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, den öffentlich-rechtlichen Sendern ARD und ZDF sowie dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzte
- AWMF-Leitlinie zur Prävention dysregulierten Bildschirmmediengebrauchs in Kindheit und Jugend (DGKJ, 2023)

Das Thema hat mittlerweile aufgrund verschiedener besorgniserregender Befunde, nicht zuletzt durch das Medienverhalten in der Corona-Pandemie, einen beständig hohen Stellenwert in der öffentlichen Debatte eingenommen und wird daher auch immer wieder zum Anlass genommen, die Mediennutzung von Kindern und Jugendlichen kritisch zu hinterfragen (Hanke et al., 2021). Aufgrund noch nicht abgeschlossener neuronaler Reifungsprozesse sowie umfangreicher Entwicklungsaufgaben, die in der Kindheit und Adoleszenz zu bewältigen sind, stellen Kinder und Jugendliche eine besonders vulnerable Gruppe für die Herausbildung problematischer Mediennutzungsmuster und weiterer negativer Folgen dar. Neben der elterlichen Verantwortung sind die Politik und auch der Öffentliche Gesundheitsdienst in gesellschaftspolitischer Verantwortung und auf Grundlage der UN-Kinderrechtskonvention verpflichtet, gesunde und bestmögliche Entwicklungsbedingungen für die heranwachsende Generation zu schaffen. Vor diesem Hintergrund ist es dringend erforderlich, die Vor- und Nachteile Mediennutzung für die Gesundheit und Entwicklung besser zu verstehen, gesamtgesellschaftlich aufzuklären und bei der Erstellung von Präventionskonzepten auch die Sicht der Kinder und Jugendlichen einzubeziehen.

In Deutschland wurden inzwischen einige Studien zur Mediennutzung von Kindern und Jugendlichen und deren Auswirkungen veröffentlicht. Für die Ergebnisse, die sich nicht ausschließlich auf Dresdner Kinder beziehen, wird auf die jeweiligen Originalpublikationen verwiesen.

Der Medienpädagogische Forschungsverbund Südwest (mpfs) untersuchte mit der KIM-Studie (Kindheit, Internet, Medien) seit 1999 die Mediennutzung von 6- bis 13-Jährigen in Deutschland (mpfs, 2023).

Im Kinderreport 2021 des Deutschen Kinderhilfswerks wurde als Themenschwerpunkt „Mediensucht und exzessive Mediennutzung im Spannungsfeld von gesundem Aufwachsen und medialer Teilhabe von Kindern“ behandelt. Hier wurden zum Beispiel Kinder, Jugendliche und Eltern zur Einschätzung der Mediensucht befragt (Hanke et al., 2021).

Das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) führt im Auftrag der DAK-Gesundheit seit 2019 eine Längsschnittstudie zum Mediennutzungsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland durch. Dabei wird auch die Prävalenz der problematischen Mediennutzung in Hinblick auf digitale Spiele, soziale Medien und Video-Streaming-Dienste über den Verlauf der Pandemie hinweg untersucht. Der aktuelle Ergebnisbericht mit Fokus auf die postpandemische Phase zeigt, dass junge Menschen insgesamt wieder etwas weniger Zeit online verbrachten. Die Nutzungszeiten digitaler Spiele erreichten erstmalig wieder präpandemisches Niveau (2019: Wochenende: 166 Minuten und werktags: 91 Minuten; 2022: Wochenende: 182 Minuten und werktags: 115 Minuten; 2023: Wochenende: 168 Minuten und werktags: 98 Minuten). Auch bei der Nutzung von Social Media (2022: Wochenende: 229 Minuten und werktags: 164 Minuten; 2023: Wochenende: 224 Minuten und werktags: 150 Minuten) und Video-Streaming-Diensten (2022: Wochenende: 168 Minuten und werktags: 107 Minuten; 2023: Wochenende: 155 Minuten und werktags: 98 Minuten) waren im Vergleich zum Vorjahr rückläufige Tendenzen der Nutzungszeiten zu beobachten. Anstiege beim riskanten Nutzungsverhalten waren bei digitalen Spielen (2019: 10 %; 2021: 7 %; 2022: 11,8 %; 2023: 11,1 %), bei Nutzung von Social Media (2019: 8,2 %; 2021: 10,9 %; 2022: 22,2 %; 2023: 24,5 %) als auch bei Video-Streaming-Diensten (2022: 13,9 %; 2023: 14,4 %) zu beobachten. Auch bei den pathologischen Mediennutzungsmustern (nach ICD-11) digitaler Spiele unter Kindern und Jugendlichen konnten in der postpandemischen Phase erstmals wieder rückläufige Tendenzen festgestellt werden, wobei Jungen (5,6 %) wie im Vorjahr fast doppelt so häufig betroffen waren wie Mädchen (3,1 %). Die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit pathologischem Nutzungsverhalten in Bezug auf soziale Medien blieb weiterhin hoch (6,1 %). Für weitere Ergebnisse wird auf die Veröffentlichung der Längsschnittstudie verwiesen (DZSKJ, 2023).

In dem deutschen Teilsurvey der internationalen WHO-Studie „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ (Seite 372) aus dem Jahr 2013/14 wurden die soziale Mediennutzung und Indikatoren des Gesundheitszustandes und des Risikoverhaltens als Gesundheitsoutcomes betrachtet. Eine häufige Nutzung sozialer Medien geht mit multiplen psychosomatischen Beschwerden, mit einer schlechteren subjektiven Gesundheit (Mädchen) und einer geringeren Schulzufriedenheit (Jungen) einher. Unabhängig vom Geschlecht zeigte sich ein stärkerer Zusammenhang zwischen der häufigen Nutzung sozialer Medien und regelmäßigem Tabak- und Alkoholkonsum, alkoholbedingten Rauscherfahrungen sowie dem Mobben von Mitschülerinnen und Mitschülern. Die Vorteile dieser Medien in der Unterstützung der psychosozialen Entwicklung, z. B. bei der Stärkung sozialer Beziehungen, sind gleichfalls nicht zu vernachlässigen (Richter et al., 2021).

Es konnte gezeigt werden, dass Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen audio-visuelle Medien im Vergleich zu sprachlastigen Medien wie Hörbüchern oder dem gemeinsamen Lesen bevorzugen. Dabei kann Mediennutzung durchaus eine Erweiterung des Sprachangebotes darstellen, wenn sie eingebettet ist in die Interessen des Kindes und die Kommunikation mit wichtigen Bezugspersonen. Es kommt darauf an, was mit wem in welchem Umfang und wie begleitet konsumiert wird. Nicht zuletzt ist es eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, Kindern in Kommunikation, Sprache, Sprechen und Medienkonsum als Vorbildern zu fungieren (Ritterfeld et al., 2010).

Auch die bereits genannte Dresdner Kinder- und Jugendstudie (Kapitel „Datengrundlagen“, Seite 371 und Anhang 6.1, Seite 400) bietet Ergebnisse zur Mediennutzung. Zum weniger bewegungsorientierten Freizeitverhalten wurde bereits im Abschnitt 6.4.4 auf Seite 278 der Datenstand für die befragten Schülerinnen und Schülern ab der 3. bis zur 9. Klasse sowie Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab 16 Jahren erläutert.

Es lässt sich ergänzen, dass gegenüber den Grundschulkindern bei den älteren Schülerinnen und Schülern die Mediennutzung – v. a. via Smartphone/Internet und Computer – an Bedeutung zunahm, dies auch zulasten anderer Medien, wie Büchern und Radio (minus ca. 5 % bis 9 % zwischen 2012 und 2021). Auch das regelmäßige Fernsehen hat bei den Schülerinnen und Schülern der 5. bis 9. Klassen an Attraktivität verloren (2010: 73 %; 2021: 60 %). Bei den Grundschulkindern ist der regelmäßige Fernsehkonsum allerdings von 48 Prozent (2010) auf 66 Prozent (2021) gestiegen, so dass sich die Altersgruppen hier angeglichen

haben. Zusätzlich haben sich vermutlich die genutzten Angebote verändert. Wurde 2010 noch das Ansehen von Videofilmen abgefragt, wurden jetzt auch Serien und Streamingdienste aufgelistet. Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen der Klassen 5 bis 9 im Nutzungsverhalten zeigten sich dahingehend, dass sich Jungen bevorzugt mit dem Computer/Tablet und der Konsole und Mädchen mit dem Handy/Smartphone beschäftigen (Lenz & Schlinzig, 2010, 2021).

Mediennutzung und Medienkonsum standen auch im Mittelpunkt der Freizeitaktivitäten der Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab 16 Jahren. Während bei Schülerinnen, Schülern und Studierenden die Beschäftigung mit dem Smartphone/Handy am häufigsten genannt wurde, nahm der Konsum von Fernsehen, Filmen und Serien bei den Auszubildenden und Erwerbstätigen den ersten Platz ein. Mehr als 80 Prozent gaben an, dies regelmäßig in ihrer Freizeit zu tun; bei den Studierenden und Schülerinnen und Schülern waren es mit rund drei Vierteln nur geringfügig weniger (Lenz & Schlinzig, 2021).

Auf die Frage „Ist es schon vorgekommen, dass ... (unangenehme Nachrichten zugeschickt; Gerüchte im Internet verbreitet; im Namen von jemanden Nachrichten usw. versandt; bei Chat/Online-Spiel ausgeschlossen; Nachrichten/Fotos/Videos gegen Willen weitergegeben) wurden?“ waren insgesamt und in allen Dimensionen sowohl für Kinder als auch Jugendliche mehr Opfer als Täterinnen und Täter festzustellen. Besonders auffällig ist dies beim Versenden unangenehmer Nachrichten. Dabei muss beachtet werden, dass ein gewisses Ungleichgewicht – anders als bei Gewalt im nichtvirtuellen Raum – zwischen Anzahl der Täterinnen und Täter und Opfern durchaus plausibel ist, da einzelne Personen bspw. durch den Einsatz sogenannter Bots eine Vielzahl von Opfern schikanieren und verunglimpfen können (Lenz & Schlinzig, 2021).

6.5 Rückblick und Auswirkungen der Covid-19 Pandemie

Die Corona-Pandemie begann im März 2020 mit der ersten, ca. 10-wöchigen Covid-19-Welle. Nach einem Sommerplateau folgten bis zum September 2022 weitere fünf Infektionswellen mit verschiedenen Virusvarianten, die eine unterschiedliche Krankheitslast verursachten (RKI, 2022a). Neben der Krankheitslast wirkten sich u. a. die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie wie Schließungen von Bildungs- und Freizeiteinrichtungen, HomeSchooling und Kontaktbeschränkungen negativ auf die körperliche, psychische und soziale Gesundheit der Kinder und Jugendlichen aus. Bewegungsmangel, Medienkonsum sowie fehlende Sprachförderung in der deutschen Umgebungssprache zeigten ihre negative Wirkung vor allem bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status (Bantel et al., 2021). Die Bewältigung der Belastungen und persönliche Verarbeitung der Krise hing wesentlich von der persönlichen Lebenslage der Kinder und Jugendlichen und der (navigationalen) Gesundheitskompetenz der Familien ab. Aus psychischen Belastungen wurden vermehrt manifeste Erkrankungen, auch weil es an frühzeitiger, effektiv erreichbarer professioneller Hilfe fehlte (Deutscher Ethikrat, 2022; Loss et al., 2023).

Die Ergebnisse einiger Veröffentlichungen behandelten schwerpunktmäßig die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die physische und psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland anhand verschiedener Datengrundlagen:

- Datengrundlage der KIDA-Studie (RKI, 2023a)
- Datengrundlage von Krankenversichertendaten (Grobe & Szecsenyi, 2021)
- Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche (Schlack et al., 2022)
- Dresdner Kinder und Jugendstudie (Lenz & Schlinzig, 2010, 2021)

Die im vorliegenden Bericht vorgestellten Ergebnisse zur Kinder- und Jugendgesundheit lassen keine kausalen Schlussfolgerungen zu. Es ist auch zu berücksichtigen, dass aufgrund von personeller Umlenkungen hin zum Hygienischen Dienst sowie eigener Betroffenheit in der Pandemiezeit die Kita- und schulärztlichen Untersuchungen zum Teil nur an priorisierten Standorten in Aufmerksamkeitsgebieten erfolgten. Die Schulaufnahmeuntersuchungen konnten über den gesamten Zeitraum regulär und mit nur geringem Zeitverzug erfolgen.

Der Einfluss der Corona-Pandemie auf die folgenden, nicht abschließenden Beobachtungen im Zeitraum zwischen den Frühjahren 2020 und 2023 lassen sich diskutieren.

Der Beratungsbedarf der Familien zu allgemeinen gesundheitlichen Themen, zur Entwicklung und Gesundheit der Kinder und zur Schulaufnahme stieg im ersten Pandemiejahr 2020 zur Schulaufnahmeuntersuchung spürbar an und blieb seitdem auf hohem Niveau. In der ambulanten kinderärztlichen Versorgung mussten vorübergehend präventive Angebote zurückgefahren werden.

Der Anteil an Kindern mit nicht nur geringfügig auffälligen Befunden in der Sprachentwicklung, die sich zum Screening der Schulaufnahmeuntersuchung zeigten, stieg seit dem Schuljahr 2017/18 kontinuierlich und damit auch in den Pandemie Jahren weiter an. Auch Kinder mit einer anderen Erstsprache als deutsch zeigten seit dem Schuljahr 2018/19 einen stetig steigenden Anteil an Sprachauffälligkeiten, der erst zum Schuljahr 2022/23 wieder rückläufig war. Diese Ergebnisse müssen auch vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass in dem Zeitraum mehr Menschen, auch Heranwachsende, nach Deutschland und nach Dresden geflüchtet bzw. nach Dresden zugezogen sind und die deutsche Sprache erst erlernen müssen.

Der Anteil an Kindern, die als Ergebnis der Schulaufnahmeuntersuchung keine Empfehlung für den Schulbeginn ohne sonderpädagogische Förderung erhielten, fiel im Schuljahr 2020/21 um gut ein Prozent, mit stärkerem Rückgang bei Jungen. Von diesen Kindern entfielen 19 Prozent im Schuljahr 2019/20 und 22 Prozent im Schuljahr 2020/21 auf den Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung. Bemerkenswert hierbei ist, dass diesen einmaligen Anstieg alleine die Mädchen verursachten (11 % im Schuljahr 2019/20 und 20 % im Schuljahr 2020/21).

Der Anteil der Kinder, die von den Schulleitungen um ein Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt wurden und dadurch ein zweites Mal zur Schulaufnahmeuntersuchung den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst aufsuchten, stieg im Zeitraum der Schuljahre 2019/20 bis 2022/23 von 8,6 Prozent auf 9,7 Prozent.

Der Anteil an Kindern mit Adipositas und Übergewicht erreichte im Schuljahr 2020/21 sowohl zur Schulaufnahmeuntersuchung (3,3 % bzw. 4,5 %) als auch zur schulärztlichen Untersuchung in Klasse 6 (8,8 % bzw. 11,7 %) Höchstwerte und fiel erst im Schuljahr 2022/23 zu beiden Untersuchungsanlässen wieder auf das präpandemische Niveau (Schulaufnahmeuntersuchung: 2,2 % bzw. 3,4 %; schulärztliche Untersuchung Klasse 6: 6,4 % bzw. 10,1 %).

Die Vollständigkeit der Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U8 zur Kita-Untersuchung sank zum Schuljahr 2019/20 um mehr als vier Prozent und erholte sich erst zum Schuljahr 2022/23 wieder (78 % im Vergleich zu 82 %). Die Vollständigkeit der Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U9 zur Schulaufnahmeuntersuchung nahm seit dem Schuljahr 2019/20 kontinuierlich ab (Schuljahr 2019/20: knapp 78 % und Schuljahr 2022/23: 74 %). Während der Pandemie sank die (zeitgerechte) Inanspruchnahme der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen aus verschiedenen Gründen.

6.6 Kinderrechte und Möglichkeiten zur Partizipation für die heranwachsende Generation

Seit 1989 wurden wesentliche Standards zum Schutz der Kinder und Jugendlichen von der Vollversammlung der Vereinten Nationen in der UN-Kinderrechtskonvention weltweit festgelegt. 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“ und
- die „Beteiligung“ (Partizipation).

In zehn Grundsätzen fasst das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) die umfangreiche Ausarbeitung 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 zu nennen.

Wie sieht die Inanspruchnahme des Grundrechts auf Teilhabe an Aktivitäten und die Bereitschaft zur Teilnahme an gesellschaftlichen Aktivitäten in Schule und Freizeit bei Kindern und Jugendlichen in Dresden aus? Darauf hat die Dresdner Kinderstudie fundierte Antworten mittels eines eigens entwickelten Fragebogens, der bei den Schülerinnen und Schülern der 6. bis 9. Klasse seit 2010 und nun erneut in der 4. Dresdner Kinderstudie sowie in der Jugendstudie (Kapitel „Datengrundlagen“, Seite 371 und Anhang 6.1, Seite 400) angewandt wurde. Speziell zur Ermittlung von bereits praktizierter Partizipation bzw. einer vorhandenen Partizipationsbereitschaft bei Dresdner Kinder und Jugendlichen wurden die folgenden sechs zentralen Beteiligungsbereiche in das Befragungsinventar integriert (Lenz & Fückler, 2005; Lenz & Schlinzig, 2010, 2021):

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

Etwas weniger als ein Drittel der Schülerinnen und Schüler der 7. bis 9. Klasse sind aktuell in mindestens einem der vorgegebenen Bereiche engagiert oder waren es in der Vergangenheit. Die große Mehrheit dieser Gruppe (25 %) gibt zudem an, dass sie sich mindestens in einem weiteren Bereich engagieren möchte. Weitere 46 Prozent, die sich bisher nicht engagiert haben, bekunden Interesse an der Selbstverwaltung, bei kommunalen Entscheidungen, in Jugendtreffs, bei der Gestaltung von Spielplätzen, in Tierschutz- oder Naturschutzvereinen oder in sozialen Organisationen aktiv mitzuarbeiten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass 71 Prozent der Dresdner Kinder Interesse haben, sich in einem (weiteren) Bereich zu engagieren.

Weniger als ein Viertel der Befragten gibt an, sich weder engagiert zu zeigen noch Interesse daran zu haben. Im Zeitverlauf hat der Anteil der Engagierten (2005: 29,7 %; 2010: 28,2 %; 2021: 31,3 %) als auch der Desinteressierten (2005: 13,9 %; 2010: 19,9 %; 2021: 22,7 %) leicht zugenommen (Lenz & Fückler, 2005; Lenz & Schlinzig, 2010, 2021).

Zwischen den Geschlechtern gibt es keine relevanten Unterschiede. Beide engagieren sich zu etwa 30 Prozent. Deutliche Unterschiede über alle drei Erhebungen zeigen sich jedoch beim Desinteresse. Während bei den Jungen ein knappes Drittel (31 %) angibt, weder engagiert noch interessiert zu sein, sind es bei den Mädchen nur 16 Prozent. Unterschiede zeigen sich auch hinsichtlich des Sozialstatus. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind zu 45 Prozent weder engagiert noch daran interessiert, mit mittlerem und hohem Sozialstatus sind es nur 16 bzw. 17 Prozent (Lenz & Schlinzig, 2021).

Ein Partizipationsinteresse wird mit 28,5 Prozent am häufigsten für ein Mitwirken in der schulischen Selbstverwaltung, gefolgt von den Beteiligungsbereichen der Mitarbeit in Tierschutz- und Naturschutzvereinen mit 3,9 Prozent, der Mitarbeit in Kinder- und Jugendtreffs mit 3,9 Prozent, einer Mitarbeit in Organisationen, die sich für andere Menschen einsetzen, mit 2,3 Prozent sowie der Mitwirkung bei städtischen Entscheidungen mit 2,3 Prozent. Die beiden zuletzt genannten Beteiligungsbereiche waren in der zeitlichen Betrachtung zur letzten Erhebung am deutlichsten rückläufig (Lenz et al., 2021).

Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 16 bis 21 Jahren (n = 850) zeigten eine deutlich höhere Partizipation und Partizipationsbereitschaft als die Schülerinnen und Schüler der 7. bis 9. Klasse. Fast vier von zehn Befragten (39 %) sind oder waren mindestens in einem Bereich engagiert. Ein hohes Partizipationsinteresse zeigt sich dahingehend, dass sich mehr als drei Viertel der Jugendlichen und jungen Erwachsenen vorstellen können, sich in einem bzw. in einem weiteren Bereich zu engagieren. Nur 14 Prozent gaben an, weder engagiert noch daran interessiert zu sein. Im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern der Klassenstufen 7 bis 9 war das Partizipationsinteresse stark ausgeprägt.

Im Verlauf der Jugendphase bleibt die Partizipation und Beteiligungsbereitschaft weitgehend konstant. Differenziert nach Altersgruppen zeigen sich nur geringe Unterschiede. Auch nach dem sozialen Status der Herkunftsfamilie und der Wohnregion zeigen sich kaum Unterschiede. Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien und aus sozial belasteten Wohnregionen sind zwar etwas weniger engagiert. Diese Unterschiede werden jedoch durch ein höheres Interesse an Partizipation ausgeglichen.

Es gibt Unterschiede nach dem Geschlecht. Frauen sind stärker engagiert als Männer (43 % bzw. 35 %). Während 20 Prozent der Männer Desinteresse an Partizipation bekunden, sind es bei Frauen nur neun Prozent.

Eine differenzierte Betrachtung der befragten Partizipationsbereiche zeigt, dass auch bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen, wie schon in den Klassenstufen 7 bis 9, die schulische Selbstverwaltung für das Engagement mit deutlichem Abstand (33 %) am wichtigsten war. Nimmt man Engagement und Interesse zusammen, dann wird die schulische Selbstverwaltung als Partizipationsbereich von der Mitarbeit in Organisationen, die sich um andere Menschen kümmern (8,7 % plus 44,1 %), und von der Mitwirkung an städtischen Entscheidungen (3,8 % plus 46,8 %) übertroffen. An letzter Stelle steht wie in der Kinderstudie die Mitarbeit in Kinder- und Jugendtreffs (4,4 % plus 8,8 %) (Lenz & Schlinzig, 2021).

6.7 Zusammenfassung

Das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen ist für die Landeshauptstadt Dresden und die Gesellschaft von großer Bedeutung. Vor mehr als 30 Jahren (1992) hat sich Deutschland im Rahmen der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen (United Nations, UN, Artikel 3) dazu verpflichtet, dem Kindeswohl bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, den Vorrang zu geben. Diese Verpflichtung erstreckt sich zudem auf das in Artikel 24 verankerte Recht des Kindes auf ein erreichbares Höchstmaß an Gesundheit sowie auf die Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit. Diese müssen entsprechend in angemessen leistungsfähiger Weise vorgehalten werden. Die Verpflichtung umfasst zudem die Vermittlung von Kenntnissen über die Gesundheit und Ernährung des Kindes, die Vorteile des Stillens sowie über Hygiene und Sauberhaltung der Umwelt. Sie richtet sich an die Gesellschaft als Ganzes sowie an alle Eltern bzw. Sorgeberechtigte als auch an Kinder und Jugendliche, die Verantwortung für die Gewährleistung dieser Aspekte sowie den Ausbau der Gesundheitsvorsorge und Elternberatung tragen.

Die jüngere Vergangenheit war von einer Vielzahl an Herausforderungen geprägt, die sich in unterschiedlicher Weise auf die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen ausgewirkt haben und die Anpassungen auf verschiedenen Ebenen, auch für die Landeshauptstadt Dresden erfordern. Die psychischen und physischen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Kinder und Jugendliche wurden erst im späteren Verlauf der Pandemie erkannt. Darüber hinaus stellen weiterhin die sozialen und sozioökonomischen Belastungen einschließlich der Auswirkungen von Familien mit Armutserfahrung und Armutsgefährdung auch in der Landeshauptstadt Dresden eine große Herausforderung dar, weil sie Ursache für Chancenungleichheiten und -ungerechtigkeiten sind. Darüber hinaus waren in den vergangenen Jahren zahlreiche Kinder und Jugendliche gezwungen, ihre Heimat aufgrund von Krieg oder weiteren Gründen zu verlassen und sind aus verschiedenen Ländern entweder im Familienverbund oder unbegleitet mit Fluchterfahrungen auch in der Landeshauptstadt Dresden angekommen. Über die genannten Einflussfaktoren hinaus sind Kinder und Jugendliche sowie deren Bezugspersonen mit spezifischen Themen konfrontiert, welche ihre psychische Gesundheit betreffen. Dazu zählen sozioemotionale Verhaltensauffälligkeiten, Medienkonsum, Jugendliche in Krisensituationen, mit gesundheitsgefährdendem Verhalten sowie Zukunftssorgen, die sich beispielsweise aufgrund des Klimawandels und anderer manifester Bedrohungen ergeben.

Daher bleibt es ein kontinuierliches Bestreben, das Bewusstsein für die Stärkung der Belange von Kindern und Jugendlichen zu fördern. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei Kindern aus Familien in herausfordernden Lebenslagen und Familien mit Migrationserfahrung. Ihnen soll ein gesundes Aufwachsen ermöglicht werden, um frühzeitig und bestmöglich Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit und Bildung zu gewährleisten. Im Sinne der Umsetzung des Prinzips „Health in All Policies“ bedarf es einer kontinuierlichen Fortführung der geschäftsbereichsübergreifenden aber auch institutionsübergreifende Bearbeitung verschiedener Themen rund um die Kinder- und Jugendgesundheit und das Kindeswohl in besonderem Maße.

6.7.1 Frühe Gesundheitshilfen

Das dreigeteilte Angebot der Frühen Gesundheitshilfen, organisiert im Amt für Gesundheit und Prävention, umfasst Eltern-Baby/Kleinkind-Gruppenangebote der Frühkindlichen Gesundheitsberatung, ein Hausbesuchssystem von Familienhebammen/Familienkinderkrankenschwestern und die (Schrei-)Babysprechstunde. Es unterstützt Eltern individuell, bedarfsgerecht, flexibel, kostenfrei und niedrigschwellig. Jährlich werden in Dresden rund 680 Kinder und ihre Bezugspersonen durch die Frühen Gesundheitshilfen beim gesunden Aufwachsen bis zum 3. Geburtstag des Kindes begleitet, wobei der Schwerpunkt auf der Förderung der Beziehungs- und Bindungskompetenz der (werdenden) Eltern liegt. Dadurch werden besonders Familien mit gesundheitlichen, medizinisch-sozialen und psychosozialen Risiken erreicht und möglichen Kindeswohlgefährdungen entgegengewirkt.

Die Familienhebammen/Familienkinderkrankenschwestern begleiten (werdende) Familien in herausfordernden Situationen von der Schwangerschaft bis zum 1. Geburtstag des Kindes kostenfrei und individuelle im häuslichen Umfeld der Familie. Dabei erweist sich der frühe Unterstützungsbeginn als besonders erfolgreich, so dass acht von zehn Familien bereits in der Schwangerschaft und im Wochenbett von einer Familienhebamme/Familienkinderkrankenschwester für einen frühzeitigen Beziehungs- und Vertrauensaufbau begleitet wurden. Nach den Corona-Pandemie-Beschränkungen konnte die Zahl der präpandemisch betreuten Kinder aufgrund personeller Engpässe noch nicht wieder erreicht werden, jedoch steigt sie allmählich wieder an.

Es konnten Familien mit gesundheitlichen Belastungen individuell begleitet werden, insbesondere Familien mit minderjährigen bzw. sehr jungen Müttern unter 21 Jahren (2021: 5; 2022: 14) und bei besonderem Fürsorgebedarf des Kindes, wie nach Frühgeburt (2022: 19) und nach Kindeswohlgefährdung (2022: 3).

Das Angebot der (Schrei-)Babysprechstunde ist eine wichtige Anlaufstelle bei Fragen zu den Themen Bindungsförderung, Ernährung, gesunde Entwicklung, Geburtstraumata oder allgemeiner Verunsicherung und Belastung der Eltern im Alltag mit ihrem Kind. Die Inanspruchnahme dieses Beratungsangebots stieg seit 2017 kontinuierlich an und wurde im ersten Jahr der Corona-Pandemie (2019) doppelt so häufig genutzt wie im Vorjahr. Insbesondere verunsicherter Eltern, Eltern von Babys mit Misshandlungserfahrungen und Eltern von Kindern mit Regulationsstörungen nahmen die Beratung in Anspruch.

6.7.2 Gesundheitszustand und Entwicklungsstand

Auch der Gesundheitszustand der Dresdner Kinder und Jugendlichen wurde in diesem Kapitel näher betrachtet. Zusammenfassend lässt sich für die Jahre 2018, 2020 und 2022 festhalten, dass bei den unter 5-Jährigen die häufigsten Krankenhausaufenthalte zu Beginn des Lebensjahres im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Geburt standen (beispielsweise durch ein niedriges Geburtsgewicht oder Ernährungsprobleme). Bei den 5- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen waren die häufigsten Gründe für Krankenhausaufenthalte intrakraniellen Verletzungen, chronische Erkrankungen der Gaumen- und Rachenmandeln oder Frakturen des Unterarms. Bei den 10- bis unter 18-Jährigen nahmen die Diagnosen der psychischen Gesundheit im Laufe der Schulzeit zu. Neben intrakraniellen Verletzungen zählten Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol sowie Depressive Episoden zu den häufigsten Krankenhausaufenthalten.

Die Zunahme psychischer Herausforderungen und Auffälligkeiten spiegelte sich auch im subjektiv berichteten Gesundheitszustand 16- bis 24-Jährigen Dresdnerinnen und Dresdnern in der KBU 2022 wider. Im Jahr 2022 schätzte ein Drittel weniger ihren seelischen Gesundheitszustand als „gut“ ein, als noch in der KBU 2016. Zudem gaben in der Dresdner Kinder- und Jugendstudie 2021 mehr als ein Drittel der 8- bis 15-Jährigen und mehr als die Hälfte der 16- bis 22-Jährigen Dresdnerinnen und Dresdner an, unter Erschöpfung zu leiden.

Die Zahl der Straßenverkehrsunfälle der bis 14-Jährigen und 15- bis 24-Jährigen, an denen PKW, Krafträder, Fahrräder oder Fußgänger (einschließlich Fußgänger mit Sport- oder Spielgeräten) sowie sonstiger Kfz beteiligt waren, nahm von 2021 zu 2022 bei den Leichtverletzten zu und bei den Schwerverletzten ab.

Wichtige Anhaltspunkte zur körperlichen Gesundheit und kindlichen Entwicklung der Dresdner Kinder liefern auch die Ergebnisse der Kinder- und Jugendärztlichen Untersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Amt für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden) zur Kita- und Schulaufnahmeuntersuchung, welche in diesem Kapitel für die sechs Schuljahre von 2017/18 bis einschließlich 2022/23 dargestellt wurden.

Zusammenfassend lässt sich anhand der Ergebnisse der Kita-Untersuchung festhalten, dass bei den untersuchten Dresdner Kita-Kindern eine Zunahme auffälliger Befunden im Sehvermögen festgestellt wurde.

In Bezug auf die Feinmotorik stieg der Anteil der auffälligen, diagnostik- bzw. abklärungsbedürftigen („A“- , „B“-) und geringfügigen („X“-) Befunde seit 2017/18 bis 2022/23 um 3,6 Prozentpunkte an und wurde durchschnittlich bei rund zwölf Prozent der untersuchten Kinder in dem genannten Untersuchungszeitraum festgestellt.

Bei der Grobmotorik stieg der Anteil auffälliger („A“- , „B“-) und geringfügiger Befunde seit 2017/18 bis 2022/23 um 2,7 Prozentpunkte an und wurde durchschnittlich bei rund zehn Prozent der untersuchten Kinder im genannten Untersuchungszeitraum festgestellt.

Die Sprachentwicklung wies Im Durchschnitt bei rund einem Drittel der untersuchten Kita-Kinder auffälliger, diagnostik- bzw. abklärungsbedürftigen („A“- , „B“-) und geringfügiger („X“-) Befunde auf und stieg seit 2017/18 bis 2022/23 um 5,8 Prozent an.

Bei einem um 5,5 Prozentpunkte gestiegenen Anteil der Kita-Kinder mit angegebener Zwei- bzw. Mehrsprachigkeit (2017/18: 11,3 %; 2022/23: 16,8 %) lag der Mittelwert der geringfügigen („X“-) und auffälligen („A“-, „B“-) Sprachentwicklungsbefunde bei 57,6 Prozent.

Bei den Jungen waren die auffälligen und geringfügigen Befunde mehr als doppelt so häufig als bei den Mädchen festgestellt worden, was sowohl für die Befunde der Fein- als auch der Grobmotorik zutraf. Auch der Anteil der auffälligen und geringfügigen Sprachbefunde war bei den Jungen höher als bei den Mädchen.

Zusammenfassend lässt sich anhand der Ergebnisse der Schulaufnahmeuntersuchung auf Basis des Entwicklungsscreenings SOPESS festhalten, dass der Anteil auffälliger („A“-, „B“-) und geringfügiger („X“-) Befunde in der Visuomotorik bei den untersuchten Dresdner Kindern im Jahr vor Einschulung um 3,5 Prozentpunkte von 2017/18 bis 2022/23 anstiegen war und durchschnittlich bei rund einem Viertel der untersuchten Kinder eingeschätzt wurde. Bei den Jungen war der Anteil der auffälligen und geringfügigen Befunde höher als bei den Mädchen.

Bei der Körperkoordination war der Anteil auffälliger („A“-, „B“-) und geringfügiger Befunde von 2017/18 bis 2022/23 um 1,8 Prozentpunkte gesunken und wurde im genannten Untersuchungszeitraum durchschnittlich bei rund 30 Prozent der untersuchten Kinder festgestellt. Der Anteil der auffälligen und geringfügigen Befunde war bei den Jungen größer als bei den Mädchen.

In Bezug auf die selektive Aufmerksamkeit war der Anteil auffälliger („A“-, „B“-) und geringfügiger Befunde seit 2017/18 bis 2022/23 leicht angestiegen und wurde im Durchschnitt dieses genannten Untersuchungszeitraums bei rund 15 Prozent der untersuchten Kinder festgestellt. Auffälligen und geringfügigen Befunde wurden bei den Jungen mehr als doppelt so häufig als bei den Mädchen festgestellt.

Im Bereich der visuellen Wahrnehmung und des Schlussfolgerns war der Anteil auffälliger („A“-, „B“-) und geringfügiger Befunde von 2017/18 bis 2022/23 um 1,8 Prozentpunkte gesunken und wurde im genannten Untersuchungszeitraum durchschnittlich bei rund 16 Prozent der untersuchten Kinder festgestellt. Der Anteil auffälliger und geringfügiger Befunde war bei den Jungen höher als bei den Mädchen.

Hinsichtlich des Zahlen- und Mengenvorwissens war der Anteil auffälliger („A“-, „B“-) und geringfügiger Befunde zwischen 2017/18 bis 2022/23 rund drei Prozentpunkte angestiegen und wurde in diesem Untersuchungszeitraum bei durchschnittlich 28,7 Prozent der untersuchten Kinder festgestellt. Der Anteil der auffälligen und geringfügigen Befunde war bei den Jungen höher als bei den Mädchen.

Die Sprachentwicklung zeigte bei durchschnittlich mehr als einem Drittel der untersuchten Kinder auffälliger, diagnostik- bzw. abklärungsbedürftigen („A“-, „B“-) und geringfügiger („X“-) Befunde und nahm von 2017/18 bis 2022/23 um 4,7 Prozent zu. Bei den Jungen war der Anteil der auffälligen und geringfügigen Befunde größer als bei den Mädchen. Bei einem um 5,5 Prozentpunkte gestiegenen Anteil der Kita-Kinder mit einer angegebenen Zwei- bzw. Mehrsprachigkeit (2017/18: 11,3 %; 2022/23: 16,8 %) lag der Mittelwert der geringfügigen („X“-) und auffälligen („A“-, „B“-) Sprachentwicklungsbefunde bei 57,6 Prozent. Bei einem um plus sieben Prozentpunkte gestiegenen Anteil der Kinder mit einer angegebenen nicht-deutschen Mutter- bzw. anderen Erstsprache (2017/18: 10,6 %; 2022/23: 17,7 %) lagen die Werte der geringfügigen („X“-) und auffälligen („A“-, „B“-) Sprachentwicklungsbefunde bei durchschnittlich rund 61 Prozent und stiegen um 1,4 Prozentpunkte an (2017/18: 60,1 %; 2022/23: 61,5 %).

Bei der Beurteilung des Körpergewichts mittels Body-Maß-Index (BMI) konnten im Schuljahr 2022/23 80 Prozent der untersuchten Dresdner Kinder zur Schulaufnahmeuntersuchung und 68,5 Prozent zur schulärztlichen Untersuchung in der 6. Klasse als normalgewichtig eingestuft werden. Der Anteil der zur Schulaufnahme untersuchten Kinder war seit 2017/18 um rund drei Prozentpunkte gesunken. Der Anteil der Kinder mit Übergewicht sowie Adipositas nahm mit zunehmendem Alter grundsätzlich zu, sodass zur Schulaufnahmeuntersuchung durchschnittlich bei rund sechs Prozent der untersuchten Kinder und zur schulärztlichen Untersuchung in der 6. Klasse durchschnittlich bei 15,8 Prozent der Schülerinnen und Schüler ein Übergewicht einschließlich Adipositas festgestellt wurde.

Bis zum Schuljahr 2022/23 ist sowohl nach den Ergebnissen der Schulaufnahmeuntersuchung als auch der schulärztlichen Untersuchung ein Anstieg der Kinder und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas zu verzeichnen.

Bei den Schülerinnen und Schülern der 6. Klasse war besonders auffällig, dass der Anteil der Mädchen mit Übergewicht einschließlich Adipositas plus 3,8 Prozentpunkte (2017/18: 12,2 %; 2022/23: 16,0 %) gegenüber den Jungen mit einem Plus von 1,4 Prozentpunkten (2017/18: 15,6 %; 2022/23: 17,0 %) zugenommen hat.

6.7.3 Gesundheitsverhalten

Die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder bis zum Alter von sechs Jahren („U-Untersuchung“ U1 bis U9) sind eine wichtige präventive Maßnahme, um langfristig Gesundheitsrisiken vorzubeugen. Der Anteil der Kinder mit vollständigem Vorsorgestatus anhand des vorgelegten Vorsorgeheftes zur Kita- und Schulaufnahmeuntersuchung war seit 2017/18 rückläufig. Im letzten Schuljahr war zudem auffällig, dass der Anteil ohne vorgelegtes Vorsorgeheft sowohl bei der Kita-Untersuchung (21,9 %) als auch bei der Schulaufnahmeuntersuchung (12 %) angestiegen ist.

Impfungen gehören zu den wichtigsten, wirksamsten und kostengünstigsten präventiven Maßnahmen, die in der Medizin zur Verfügung stehen. Die Impfquoten der Dresdner Kinder anhand der vorgelegten Impfnachweise lagen im Schuljahr 2022/23 zwar für Masernschutz bei 99 Prozent und für Diphtherie, Wundstarrkrampf und Keuchhusten bei rund 90 Prozent, allerdings bei sinkenden Anteilen. Jedoch nahm der Anteil an nicht vorgelegten Impfausweis zu allen drei Untersuchungszeitpunkte ab.

Die Impfquote der Schülerinnen und Schüler der 6. Klassen gegen Humane Papillomviren lag im Schuljahr insgesamt bei 17,8 Prozent, bei den Mädchen bei 23,5 Prozent und bei den Jungen bei 12 Prozent und nahm seit 2021/22 ab.

Die Mundgesundheit gewinnt auf der Grundlage neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse über Häufigkeiten, Einflussfaktoren und Auswirkungen international und national zunehmend an Bedeutung. So wurden in den veröffentlichten Mundgesundheitszielen für Deutschland bis zum Jahr 2030 auch die Ziele für Kinder und Jugendliche im Alter von drei, sechs und zwölf Jahren konkret bestätigt, neu festgelegt oder weiterentwickelt worden. Das seit 2012 festgelegte sächsische Gesundheitsziel zum durchschnittlichen Anteil naturgesunder Gebisse von 90 Prozent bei den 3-Jährigen und 60 Prozent bei den 6-Jährigen wurde im Untersuchungszeitraum 2017/18 bis einschließlich 2022/23 Dresden bei den 3-Jährigen erreicht und bei den 6-Jährigen mehr als erfüllt, bei den 12-Jährigen lag der durchschnittliche Anteil bei 76,6 Prozent.

Aussagen über die Karieserfahrung können mit Hilfe des dmf(t)- bzw. DMF(T)-Index getroffen werden. Die Auswertung des dmf-t-Index im Milchgebiss zeigt, dass der Durchschnitt bei den 3-Jährigen 0,36 betrug und damit unter dem Zielwert von maximal 0,4 dmf-t lag. In diesem Alter ist jeder kariöse Zahn ein Zahn zu viel, vor allem vor dem Hintergrund, dass das Milchgebiss zu diesem Zeitpunkt gerade erst vollständig ist (vollständiges Milchgebiss im Durchschnitt mit 2,5 Jahren). Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) spricht jedoch bei einem Wert größer Null in dieser Altersgruppe jedoch von einem erhöhten Kariesrisiko. Bei den untersuchten 6-Jährigen lag der dmf-t-Index im Mittel bei 1,33 und damit über dem Wert 1, aber unter dem Zielwert von maximal 1,5 dmf-t. Bei den 12-Jährigen lag der DMF-Index im Mittel der letzten sechs Schuljahre bei 0,50 und damit unter dem sächsischen Gesundheitsziel von 0,7 entsprechend der aktuellen Zielvorgabe von maximal $\leq 0,5$ DMF-T.

Ein gesunder Lebensstil kann positiven Einfluss auf den Gesundheitszustand der jungen Dresdnerinnen und Dresdner haben. Während sich laut KBU im Durchschnitt ein Fünftel der 16- bis 24-Jährigen selten oder nie bewegt, gaben immer mehr junge Menschen an, mindestens zweimal in der Woche Sport zu treiben. Darüber hinaus ist seit 2010 ein deutlicher Rückgang der Nutzung von Freizeitangeboten, wie bspw. Schwimm- und Freibad, Sportplatz, Sport- und Freizeitangebote, aber eine Zunahme der Nutzung öffentlicher Räume wie „Park, Wald, Wiese“ festzustellen. Die Tatsache, dass mehr als die Hälfte der Fünft- bis Neuntklässler täglich bis 1 bis 2 Mal pro Woche an bewegungsorientierten Freizeitangeboten von Vereinen/Verbänden teilnimmt, zeigt die hohe Relevanz dieser Angebote. In allen Altersgruppen zeigte sich darüber hinaus der Einfluss des sozialen Status der Herkunftsfamilie auf die Nutzung bewegungsorientierter Freizeitmöglichkeiten. Über alle Alters- und Tätigkeitsgruppen hinweg zeigt sich eine starke Durchdringung der Freizeit mit unterschiedlichen Formen der Mediennutzung, wobei mit zunehmendem Alter eine Zunahme der Nutzung digitaler Medien zu beobachten war. Kinder und Jugendlichen beschäftigen sich vor allem mit

dem Smartphone/Handy, schauen Filme, Videos oder Fernsehsendungen, was eine bewegungsarme Freizeitaktivität darstellt und damit wenig(er) gesundheitsförderlich ist.

Neben Bewegungsmangel und zunehmender Mediennutzung stellt insbesondere bei den Jugendlichen der Substanzkonsum einen negativen Einfluss auf ein gesundes Aufwachsen dar. Der Konsum von Tabak, Alkohol, Cannabis oder illegalen Drogen sowie der kombinierte Konsum verschiedener Substanzen (sogenannter multipler Substanzgebrauch) ist weiterhin Thema in der heranwachsenden Generation, wie die Ergebnisse der Dresdner Kinder- und Jugendstudie zeigten und im Dresdner Suchtbericht 2023 dargestellt worden ist. Von den 18-Jährigen geben 30 Prozent an, „regelmäßig“ zu rauchen und 73 Prozent „ab und zu“ oder „regelmäßig“ Alkohol zu trinken. Obwohl der Alkoholkonsum seit dem Jahr 2005 deutlich zurückgegangen war, tranken bereits 44 Prozent der 15-Jährigen „ab und zu“ oder „regelmäßig“ Alkohol. Der Konsum illegaler Drogen blieb dagegen auch im Jahr 2021 ein relativ marginales Phänomen bei Kindern und Jugendlichen bis unter 18 Jahren.

Insgesamt werden die Interpretation dieser Daten und Ableitung von Arbeitsschwerpunkten Anlass für weiterführende Arbeitsgruppen und Workshops im Rahmen der Kommunalen Gesundheitsstrategie der Landeshauptstadt Dresden sein. Damit ist dieses Kapitel des Stadtgesundheitsprofils Grundlage für die Vertiefung und datengestützte Ausrichtung bereits begonnener und zukünftiger Projekte und Vorhaben. Perspektivisch werden weitere Daten für die heranwachsende Generation auf Stadtteilebene im Rahmen des Projektes „RESILIENT – Der Dresdner Gesundheitsindex – ein kleinräumiges Monitoring des Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhaltens und des Zugangs zu Gesundheitsversorgung“ zur Verfügung stehen.

6.8 Literaturverzeichnis

- Bantel, S., Buitkamp, M. & Wünsch, A. (2021). Kindergesundheit in der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen und einer Elternbefragung in der Region Hannover [Child health in the COVID-19 pandemic: results from school entry data and a parent survey in the Hanover region]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64(12), 1541–1550. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03446-2>
- BMG (Hrsg.). (2023). Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/kindergesundheit/frueherkennungsuntersuchung-bei-kindern>
- BMG (Hrsg.). (2024). Masernschutz: Rechtliche Aspekte. <https://www.masernschutz.de/themen/rechtliche-aspekte/>
- BZgA. (2019). Digitale Medien mit Augenmaß nutzen: BZgA unterstützt Familien mit Empfehlungen zum digitalen Medienkonsum [Pressemitteilung]. <https://www.bzga.de/presse/pressemitteilungen/2019-12-03-digitale-medien-mit-augenmass-nutzen/>
- BZÖG (Hrsg.). (2019). Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst.
- DAJ e. V. (Hrsg.). (2010). Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009.
- DAJ e. V. (Hrsg.). (2017). Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016.
- Deutscher Ethikrat (Hrsg.). (2022). Pandemie und psychische Gesundheit: Aufmerksamkeit, Beistand und Unterstützung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in und nach gesellschaftlichen Krisen.
- DGKJ (Hrsg.). (2023). S2k-Leitlinie Prävention dysregulierten Bildschirmmediengebrauchs in Kindheit und Jugend.
- DZSKJ (Hrsg.). (2023). Problematische Mediennutzung im Kindes- und Jugendalter in der post-pandemischen Phase: Ergebnisbericht 2023.
- Grobe, T. G. & Szecsenyi, J. (2021). Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse: Band 27. BARMER.
- Hahn-Lotzing, D., Hanke, K., Hofmann, H., Kamp, U., Krüger, T., Neumann, C. & Ohlmeier, N. (2020). Die Bedeutung des Draußenspiels für Kinder. Kinderreport Deutschland: Bd. 2020. Deutsches Kinderhilfswerk.
- Hanke, K., Hofmann, H., Jonas, C., Kamp, U., Krause, T., Krüger, T., Pohle, S. & Ohlmeier, N. (Hrsg.). (2021). Kinderreport Deutschland: Bd. 2021. Kinderreport Deutschland 2021: Mediensucht und exzessive Mediennutzung im Spannungsfeld von gesundem Aufwachsen und medialer Teilhabe von Kindern. Deutsches Kinderhilfswerk e. V. https://shop.dkhw.de/de/index.php?controller=attachment&id_attachment=96
- Heilmann, A. & Ziller, S. (2021). Reduzierung des Zuckerkonsums für eine bessere Mundgesundheit – Welche Strategien sind Erfolg versprechend? [Reducing sugar consumption to improve oral health-which strategies are effective?]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64(7), 838–846. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03349-2>
- Hoebel, J., Waldhauer, J., Blume, M. & Schienkiewitz, A. (2022). Socioeconomic Status, Overweight, and Obesity in Childhood and Adolescence—Secular Trends From the Nationwide German Kiggs Study. *Deutsches Arzteblatt international*, 119(49), 839–845. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0326>
- LAGZ Sachsen (Hrsg.). (2024). Kindermundgesundheit für den Freistaat Sachsen! <https://www.lagz-sachsen.de>
- Landreneau, J. R., Hesemann, N. P. & Cardonell, M. A. (2021). Review on the Myopia Pandemic: Epidemiology, Risk Factors, and Prevention. *Missouri medicine*, 118(2), 156–163.
- Lehmann, F., Varnaccia, G., Zeiher, J., Lange, C. & Jordan, S. (2020). Einflussfaktoren der Adipositas im Schulalter. Eine systematische Literaturrecherche im Rahmen des Adipositasmonitorings. <https://doi.org/10.25646/6728>
- Lenz, K. & Fückner, M. (2005). Wie Kinder in Dresden leben: Zweite Dresdner Kinderstudie. https://tu-dresden.de/gsw/phil/iso/mik/ressourcen/dateien/forsch/Kinderstudie/abschlussbericht_kinderstudie_2005.pdf
- Lenz, K. & Schlinzig, T. (2010). Lebenslagen Dresdner Mädchen und Jungen: Dritte Dresdner Kinderstudie.
- Lenz, K. & Schlinzig, T. (2021). Kinder und Jugendliche in Dresden: Vierte Dresdner Kinder- und Jugendstudie.
- LHD (Hrsg.). (2016). Stadtgesundheitsprofil 2016.
- LHD. (2017). Kommunale Bürgerumfrage 2016.
- LHD. (2019). Kommunale Bürgerumfrage 2018.
- LHD. (2020). Kommunale Bürgerumfrage 2020.
- LHD. (2023a). Kommunale Bürgerumfrage 2022.
- LHD. (2023b). Suchtbericht 2023.

- LHD. (2024a). Daten der Routineuntersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes im Amt für Gesundheit und Prävention. Interne Auswertung.
- LHD. (2024b). Daten der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen der Kinder- und Jugendzahnklinik im Amt für Gesundheit und Prävention. Interne Auswertung.
- LHD. (2024c). Daten der Frühen Gesundheitshilfe im Amt für Gesundheit und Prävention. Interne Auswertung.
- Loss, J., Blume, M., Neuperdt, L., Flerlage, N., Weihrauch, T., Manz, K., Thamm, R., Poethko-Müller, C., Mauz, E., Rattay, P., Allen, J. & Tschorn, M. (2023). Wie steht es um die Gesundheit von Mädchen und Jungen in der COVID-19-Pandemie? Ausgewählte Ergebnisse der KIDA-Studie. <https://doi.org/10.25646/11299>
- Losso, E. M., Tavares, M. C. R., Da Silva, J. Y. B. & Urban, C. d. A. (2009). Severe early childhood caries: an integral approach. *Jornal de pediatria*, 85(4), 295–300. <https://doi.org/10.2223/JPED.1908>
- Moor, I., Winter, K., Rathmann, K., Ravens-Sieberger, U. & Richter, M. (2020). Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum im Jugendalter – Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/18. <https://doi.org/10.25646/6895>
- mpfs (Hrsg.). (2023). KIM-Studie 2022: Basisuntersuchung zum Medienumgang 6-bis 13-Jähriger.
- Neumann, K., Kauschke, C., Fox-Boyer, A., Lüke, C., Sallat, S. & Kiese-Himmel, C. (2024). Interventions for Developmental Language Delay and Disorders. *Deutsches Arzteblatt international*, 121(5), 155–162. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2024.0004>
- Richter, M., Heilmann, K. & Moor, I. (2021). The Good, the Bad and the Ugly: Die Beziehung zwischen sozialer Mediennutzung, subjektiver Gesundheit und Risikoverhalten im Kindes- und Jugendalter [The Good, the Bad and the Ugly: The Relationship between social Media Use, Subjective Health and Risk Behavior Among Children and Adolescents]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 83(3), 198–207. <https://doi.org/10.1055/a-1075-2224>
- Ritterfeld, U., Klimmt, C. & Netta, P. (2010). Media Use of Preschool Children with and without Specific Language Impairment (SLI) A Diary-Based Comparison: A Diary-Based Comparison. *merz wissenschaft*, 80–93.
- RKI (Hrsg.). (2016). Alkoholbedingte Mortalität bei Erwachsenen. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2016-022>
- RKI (Hrsg.). (2018a). Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-089>
- RKI (Hrsg.). (2018b). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-077>
- RKI (Hrsg.). (2018c). Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17 Jährigen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-066>
- RKI (Hrsg.). (2020). EsKiMo II - Die Ernährungsstudie als KiGGS-Modul.
- RKI (Hrsg.). (2022a). Dritte Aktualisierung der „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland“. <https://doi.org/10.25646/10598>
- RKI (2022b). Impfquoten von Kinderschutzimpfungen in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*, 48.
- RKI (Hrsg.). (2023a). 4. Quartalsbericht – Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA): Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie: Teil 1 – Auswertung der Onlineerhebung. Ergebnisse des KIDA-Erhebungszeitraum 04/2022–03/2023.
- RKI (Hrsg.). (2023b). Humane Papillomviren: RKI-Ratgeber. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HPv.html#doc11064408bodyText22
- RKI (Hrsg.). (2023c). Impfen. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/impfen_node.html
- RKI & BZgA (Hrsg.). (2008). Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.
- Rütten, A. & Pfeifer, K. (Hrsg.). (2017). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung: Sonderheft 3. Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (Auflage: 1.2.06.17). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <https://www.bzga.de/pdf.php?id=136839b90f0197896479a5f650dc5daf>
- Schienkiewitz, A., Damerow, S., Schaffrath Rosario, A. & Kurth, B.-M. (2019). Body-Mass-Index von Kindern und Jugendlichen: Prävalenzen und Verteilung unter Berücksichtigung von Untergewicht und extremer Adipositas : Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends [Body mass index among children and adolescents: prevalences and distribution considering underweight and extreme obesity : Results of KiGGS Wave 2 and trends]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 62(10), 1225–1234. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03015-8>
- Schlack, R., Neuperdt, L., Junker, S., Eicher, S., Hölling, H., Thom, J., Ravens-Sieberger, U. & Beyer, A.-K. (2022). Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der COVID-19- Pandemie – Ergebnisse eines Rapid Reviews. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.25646/10760>

- Schmidtke, C., Geene, R., Hölling, H. & Lampert, T. (2021). Psychische Auffälligkeiten, psychosoziale Ressourcen und sozioökonomischer Status im Kindes- und Jugendalter – Eine Analyse mit Daten von KiGGS Welle 2. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.25646/8864>
- Schmoeckel, J., Santamaría, R. M., Basner, R., Schankath, E. & Splieth, C. H. (2021). Mundgesundheitstrends im Kindesalter : Ergebnisse aus den epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe in Deutschland [Oral health trends in children : Results from the epidemiological surveys accompanying group prophylaxis in Germany]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 64(7), 772–781. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03341-w>
- Sheiham, A. (2005). Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization, 83(9), 644.
- SIKO (Hrsg.). (2024). Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen: Impfempfehlung E 1 vom 02.09.1993; Stand: 01.01.2024.
- Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G. & Woolacott, N. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity, 17(2), 95–107. <https://doi.org/10.1111/obr.12334>
- Stangl, W. (2024). Selektive Aufmerksamkeit. <https://lexikon.stangl.eu/4909/selektive-aufmerksamkeit>
- Stark, S., Rodemerk, H., Dornhöfer, N. & Hösemann, C. (2024). HPV-Impfung in Deutschland: Aktueller Stand und Herausforderungen. Ärzteblatt Sachsen(4), 23-29.
- Statistisches Landesamt Sachsen (Hrsg.). (2023). Krankenhausstatistik der Dresdner Bevölkerung.
- Statistisches Landesamt Sachsen (Hrsg.). (2024). Straßenverkehrsunfälle. <https://www.statistik.sachsen.de/html/strassenverkehrsunfaelle.html>
- Stollberg, U., Buske, G., Viergutz, G. & Hannig, C. (2014). Langzeitergebnisse zur Mundgesundheit bei Kindern mit frühkindlicher Karies nach Sanierung in Intubationsnarkose. Oralprophylaxe Kinderzahnheilkd(36), 68–77.
- Treuner, A. & Splieth, C. H. (2014). Risiko für Kleinkinder: Frühkindliche Karies. IGZ Die Alternative(1).
- Ziller, S., Jordan, A. R. & Oesterreich, D. (2021). Mundgesundheitsziele für Deutschland 2030: Karies und Parodontitis weiter reduzieren sowie Prävention verbessern [Oral health goals for Germany 2030: reduction of caries and periodontitis and improvement of prevention]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 64(7), 821–829. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03359-0>

Fakten auf einen Blick:

Gesundes Erwachsenenalter

Wohnqualität

80 %

sind mit ihrer
Wohngegend
zufrieden

85 %

sind mit ihrer
Wohnung (sehr)
zufrieden

Höchste gesundheitliche Beeinträchtigungen:
Unfallrisiken im Verkehr | Hitzebelastung im Sommer

Familienfreundlichkeit

54 %

sind mit der Kinderfreundlichkeit
in Dresden eher oder vollkommen
zufrieden

28 %

sind mit der Schulsituation
teilweise oder nicht zufrieden

16 %

sind mit dem Kindertagesbetreuungs-
angebot teilweise oder nicht zufrieden

Subjektive Gesundheit

68 %

„guter“
Gesundheitszustand insgesamt

58 %

„guter“
seelischer Gesundheitszustand

Gesundheitsverhalten

22 %

rauchen regelmäßig oder
gelegentlich Tabak

37 %

trinken mehrmals
pro Woche Alkohol

Häufigste Krankenhausdiagnosen

Männer: alkoholbedingte psychische und Verhaltensstörungen im jungen, mittleren und höheren Erwachsenenalter

Frauen: Krankenhausaufenthalte im Zusammenhang mit Geburten im jungen Erwachsenenalter; Krebserkrankungen und alkoholbedingte psychische und Verhaltensstörungen im mittleren und höheren Erwachsenenalter

Arbeitsunfähigkeit

Ø 22,7 AU-Tage

13,3 % aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen
11,7 % aufgrund von psychischen Erkrankungen

7 Gesundes Erwachsenenalter

7.1 Einleitung

Das Erwachsenenalter als mittlere Lebensphase zwischen der Kindheit und Jugend und dem höheren Lebensalter ist von vielen persönlichen sowie gesellschaftlichen Herausforderungen geprägt. Auf individueller Ebene spielen im jüngeren Erwachsenenalter die Berufswahl in Verbindung mit einer Berufsausbildung, einem Studium und der Arbeitssuche eine große Rolle. Im mittleren Erwachsenenalter stellen das Familienleben, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die Pflege von Angehörigen und der Übergang in den Ruhestand relevante Kernthemen dar. Darüber hinaus müssen häufig erstmals persönliche Krisen und Stresssituationen, wie der Tod nahestehender Personen, Trennungen, der Verlust der Arbeit oder eine Fluchterfahrung überwunden werden. Zusätzlich zu den persönlichen Herausforderungen wirken sich im jungen und mittleren Erwachsenenalter auch aktuelle gesellschaftliche Konflikte auf das eigene Leben aus und erfordern zum Teil Anpassungsstrategien. So hat zuletzt die COVID-19-Pandemie zu Einschränkungen im sozialen Zusammenleben, bei der Freizeitgestaltung und auch in der Gesundheitsversorgung geführt. Kriegszustände, wie sie aktuell z. B. in der Ukraine zu beobachten sind, gehen u. a. mit finanziellen Sorgen aufgrund steigender Kosten, Zukunftsängsten und zum Teil mit persönlichen Fluchterfahrungen einher. Auch die Auswirkungen des Klimawandels können als persönlich belastend empfunden werden.

Wie im Kapitel „Demografie“ anhand des Regenbogen-Modells dargestellt, wird die persönliche Gesundheit von verschiedenen Determinanten beeinflusst. Im Erwachsenenalter sind die Lebens- und Arbeitsbedingungen, die sozialen und kommunalen Netzwerke sowie die individuelle Lebensweise entscheidende Faktoren. So können die Erwerbstätigkeit und die familiäre Lebenssituation das persönliche Wohlbefinden beeinflussen. Partnerschaft und Elternschaft können sich durch soziale und emotionale Unterstützung protektiv, also schützend, auf die Gesundheit auswirken, sie aber auch beeinträchtigen, z. B. durch innerfamiliäre Konflikte oder gar Gewalt (RKI, 2015). Auch eine Erwerbstätigkeit stellt neben der Sicherung des Lebensunterhaltes eine Quelle gesundheitlicher Ressourcen in Form von Selbstbestätigung und sozialer Unterstützung dar. Sie kann aber ebenso mit gesundheitlichen Belastungen durch schwere körperliche Arbeit oder psychosozialen Stress einhergehen (RKI, 2015). Zudem sind neben individuellen Gegebenheiten auch strukturelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen – z. B. Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Kinderbetreuungsangebote oder soziale Absicherung – vor allem für die psychische Gesundheit von Bedeutung.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen und riskante Verhaltensweisen, die ihren Ursprung in der Kindheit und Jugend haben, können sich im jungen und mittleren Erwachsenenalter manifestieren. Neue, chronische und zum Teil arbeitsbedingte Erkrankungen können entstehen. Dies wiederum steht einem gesunden Altern entgegen.

Angebote der **Prävention** und **Gesundheitsförderung** sind daher auch und besonders im Erwachsenenalter von großer Bedeutung. Sie sollen durch eine zielgruppenspezifische Ausrichtung die gesundheitliche Chancengleichheit und -gerechtigkeit verbessern und bspw. geschlechts- und kulturspezifische sowie sozioökonomische Unterschiede verringern. Neben kommunalen Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten kommt hier insbesondere der betrieblichen Gesundheitsförderung eine bedeutende Rolle zu, da im Setting der Arbeitswelt ein großer Teil der erwerbstätigen Bevölkerung erreicht werden kann. Eine Analyse der Zusammenhänge zwischen familiären Lebensformen und Gesundheit ermöglicht zudem, Unterstützungsbedarfe für die Zielgruppe der Familien zu identifizieren (RKI, 2015). Nicht zuletzt sind die Übergänge von der Schulzeit in die berufliche Lebensphase sowie vom Berufsleben in die nachberufliche Lebensphase als Systembrüche anzusehen, die ebenfalls besonderer Aufmerksamkeit bedürfen.

Das Kapitel „Gesundes Erwachsenenalter“ betrachtet die Dresdner Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 64 Jahren sowie zum Teil Familien in Form von **Haushalten mit Kind(ern)**. Diese beiden Bevölkerungsgruppen wurden hinsichtlich Anzahl und Entwicklung bereits im Kapitel „Demografie“ sowie im Kapitel „Soziale Lage“ ausführlich beschrieben. Anhand von Ergebnissen der **Kommunalen Bürgerumfrage (KBU)** werden zunächst Aussagen zur Lebensumgebung, speziell zur Wohnqualität

und zur Familienfreundlichkeit, zum subjektiven Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten getroffen. Die objektive Gesundheit der Erwachsenen in Dresden wird anhand von Daten der **Krankenhausstatistik** sowie der **Fehlzeitenstatistik der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK-Fehlzeitenreport)** beschrieben. Weitere Daten zum Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten der Dresdner Bevölkerung sind zudem im gleichnamigen Kapitel „Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten“ ausführlich nach Altersgruppen dargestellt. Aufgrund der verschiedenen Datenquellen war eine Analyse der gleichen Altersspanne nicht immer möglich. Aus der KBU wurde die Gruppe der 25- bis 64-Jährigen untersucht. Aus der Krankenhausstatistik wurden dagegen Altersgruppen der 18- bis 59-Jährigen betrachtet.

7.2 Lebensumgebung

Wohlbefinden und subjektive Gesundheit hängen u. a. von äußeren Einflüssen und der Umwelt ab. Im Folgenden werden einige Aspekte aus der KBU zur Zufriedenheit der Dresdner Bevölkerung mit ihrem Wohnumfeld dargestellt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Wohnqualität und der Familienfreundlichkeit Dresdens.

Für die Abbildung der Familien wurden die Befragungsergebnisse von Haushalten mit Kind(ern) betrachtet. Eine differenzierte Analyse nach Familienform, wie **Alleinerziehende**, Paarfamilien oder Mehrkindfamilien, war nicht möglich. Die Beschreibung der KBU-Daten für die Bevölkerungsgruppen der 25- bis 64-Jährigen und der Haushalte mit Kind(ern) erfolgt getrennt voneinander, da die Gruppe der 25- bis 64-Jährigen ebenfalls auch Haushalte mit Kind(ern) umfasst. Insofern sind die beiden Gruppen nicht miteinander vergleichbar.

7.2.1 Wohnqualität

Zufriedenheit mit der Wohnsituation

Laut KBU waren im Jahr 2022 75 Prozent der 25- bis 64-jährigen Befragten mit Dresden als Wohnort (sehr) zufrieden. Mit der Wohngegend und ihrer Wohnung gaben in dieser Altersgruppe sogar 80 Prozent bzw. 85 Prozent an, (sehr) zufrieden zu sein (LHD, 2023).

Die Befragten in Dresdner Haushalten mit Kind(ern) waren im Jahr 2022 mit 75 Prozent (sehr) zufrieden mit Dresden als Wohnort. Insbesondere mit ihrer Wohnung (84 %) und ihrer Wohngegend (80 %) zeigten sie sich (sehr) zufrieden. (LHD, 2023). Damit unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht wesentlich von den Ergebnissen aller Befragten (Abb. 7.1).

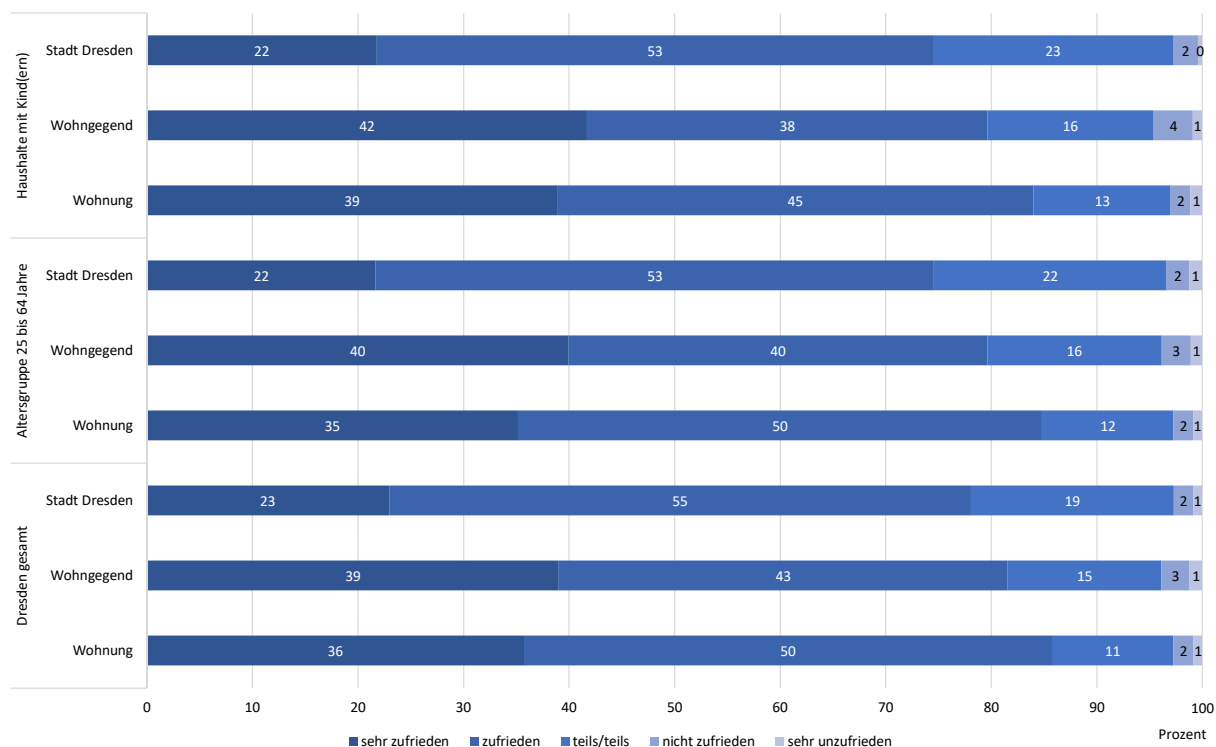


Abbildung 7.1: Zufriedenheit mit der Wohnsituation in Dresden laut KBU 2022

Anmerkungen: Die Altersgruppe der 25- bis 64-Jährigen enthält ebenso Personen, die in Haushalten mit Kind(ern) wohnen.
Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

In der Kommunalen Bürgerumfrage 2022 wurde außerdem nach der Zufriedenheit mit den Lebensbedingungen im unmittelbaren Wohnumfeld gefragt. Die Befragten der Altersgruppe der 25- bis 64-Jährigen waren demnach zu 61 Prozent (sehr) zufrieden mit der Aufenthaltsqualität im unmittelbaren Umfeld des Wohnhauses. Mit einer guten Durchgrünung im Wohngebiet waren immerhin noch 56 Prozent der Befragten in dieser Altersgruppe (sehr) zufrieden. Etwas schlechter schnitten die guten klimatischen Bedingungen und die öffentliche Sicherheit ab, wobei hier ein höherer Anteil der Befragten keine Einschätzung vornehmen konnte (LHD, 2023).

Die Befragten in Haushalten mit Kind(ern) waren mit 63 Prozent (sehr) zufrieden mit der Aufenthaltsqualität im unmittelbaren Umfeld des Wohnhauses. Mit 54 Prozent war diese Bevölkerungsgruppe auch mit der Durchgrünung des Wohngebietes (sehr) zufrieden. Die geringste Zufriedenheit bestand hier ebenfalls mit der öffentlichen Sicherheit und den klimatischen Bedingungen – allerdings unter Berücksichtigung eines relativ hohen Anteils von Befragten, die hierzu keine Aussage treffen konnten (LHD, 2023). Im Vergleich zu den Ergebnissen aller Befragten zeigen sich auch hier nur geringe Unterschiede (Abb. 7.2).

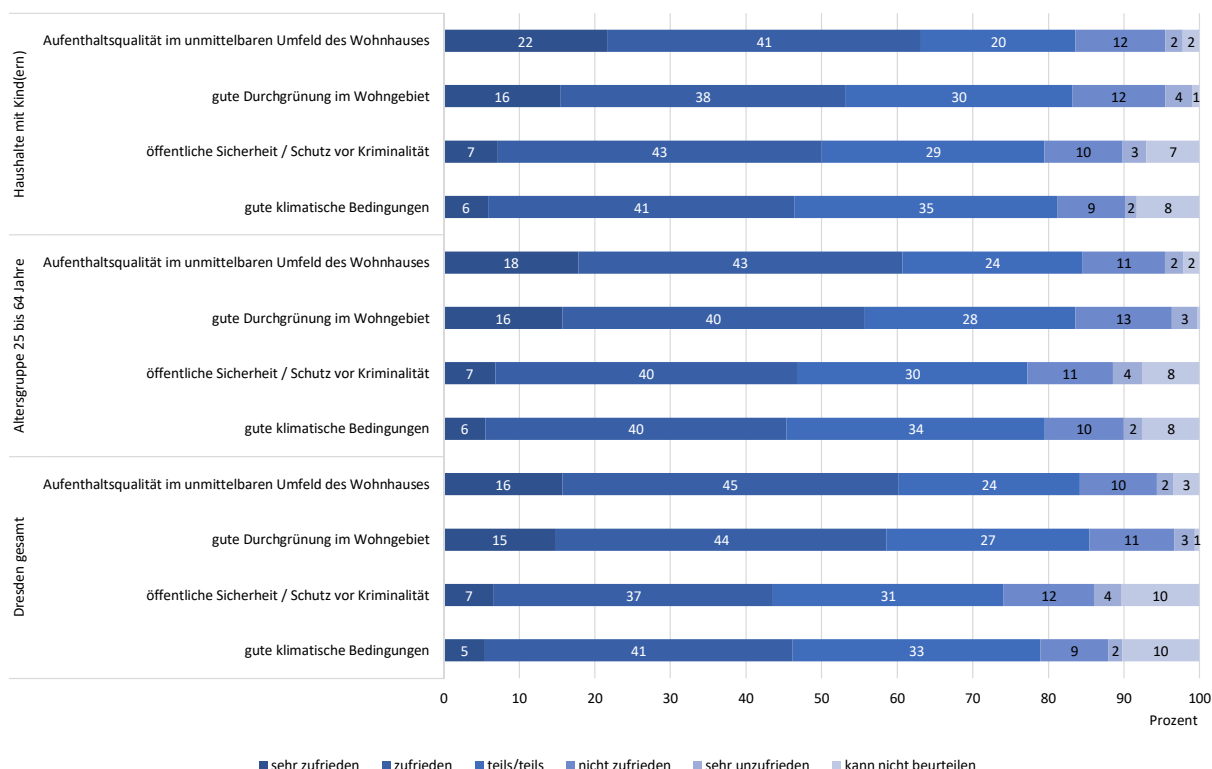


Abbildung 7.2: Zufriedenheit mit ausgewählten Lebensbedingungen in Dresden laut KBU 2022

Anmerkungen: Die Altersgruppe der 25- bis 64-Jährigen enthält ebenso Personen, die in Haushalten mit Kind(ern) wohnen.

Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

Beeinträchtigung der Wohnumgebung

Neben der Zufriedenheit mit der Wohnsituation und den Lebensbedingungen wurde in der Kommunalen Bürgerumfrage 2022 auch konkret nach Beeinträchtigungen in der Wohnumgebung gefragt. Die herangezogenen Kriterien reichten dabei von (infra-)strukturellen Gegebenheiten, wie z. B. Barrierefreiheit oder Kinderspielflächen, bis hin zu (sozio-)kulturellen Angeboten, wie u. a. Freizeit- und Kontaktmöglichkeiten. Die Bewertungen sind subjektiv. So wird die Barrierefreiheit von gehbehinderten Personen oder Familien mit Kinderwagen anders wahrgenommen als von Personen ohne Beeinträchtigung.

Von den ausgewählten gesundheitsrelevanten Merkmalen wurden auf einer Skala von eins (keine Wahrnehmung) bis fünf (sehr starke Wahrnehmung) sowohl von der Gruppe der 25- bis 64-Jährigen als auch von der Gruppe der Haushalte mit Kind(ern) die Belastung durch Unfallgefahren im Verkehr (2,8 bzw. 3,0) und die Hitzebelastung im Sommer (2,8 bzw. 2,7) am stärksten wahrgenommen. Auch mangelnde Barrierefreiheit und fehlende Sport- bzw. Bewegungsmöglichkeiten wurden von beiden Gruppen stärker wahrgenommen als beispielsweise ein störendes soziales Umfeld und fehlende Kontaktmöglichkeiten (Kommunale Statistikstelle, 2023). Bei allen Befragten zeigte sich eine geringere beeinträchtigende Wahrnehmung insbesondere bei den Unfallrisiken. Die Hitzebelastung im Sommer wurde hingegen von allen ähnlich stark wahrgenommen (Abb. 7.3).

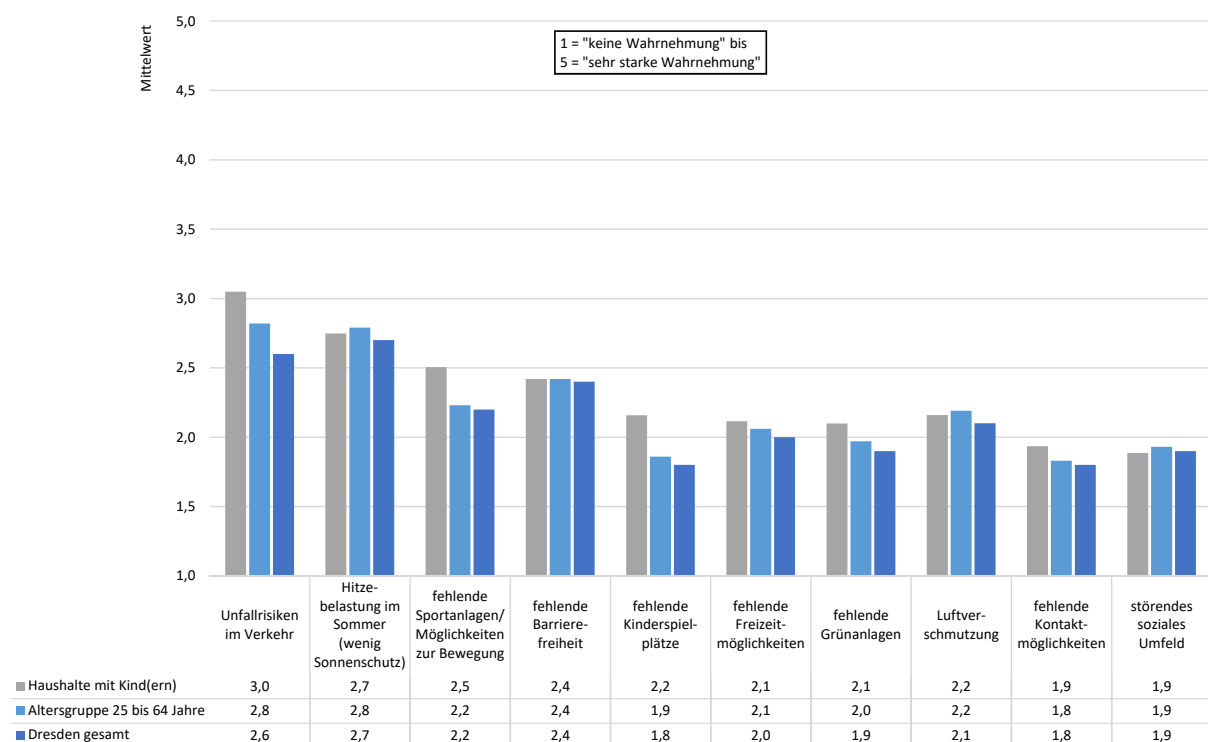


Abbildung 7.3: Beeinträchtigung der Wohnumgebung in Dresden laut KBU 2022

Anmerkungen: Die Altersgruppe der 25- bis 64-Jährigen enthält ebenso Personen, die in Haushalten mit Kind(ern) wohnen.
Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

7.2.2 Familienfreundlichkeit

Für Dresden können Aussagen zur Familienfreundlichkeit anhand der Ergebnisse der KBU getroffen werden. Betrachtet werden nachfolgend nur die Haushalte mit Kind(ern) sowie alle Befragten im Vergleich. Danach bewerteten im Jahr 2022 54 Prozent der Personen mit Kind(ern) im Haushalt Dresden als eher oder vollkommen kinderfreundlich. Rund zehn Prozent dieser Gruppe empfanden Dresden als eher nicht oder überhaupt nicht kinderfreundlich. Von allen Befragten schätzten 52 Prozent Dresden als eher kinderfreundlich und rund sieben Prozent als eher kinderunfreundlich ein (Tab. 7.1) (LHD, 2023).

Tabelle 7.1: Einschätzung der Kinderfreundlichkeit in Dresden laut KBU 2022

	vollkommen	eher	teils/teils	eher nicht	überhaupt nicht
	Anteil (%)				
Haushalte mit Kind(ern)	12	42	36	8	2
Dresden gesamt	10	42	36	6	1

Quelle: LHD, 2023

Eine Untersuchung des SINUS-Instituts im Auftrag des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zeigte eine hohe Zufriedenheit mit der aktuellen Lebenssituation von Familien in Deutschland – trotz Corona-Pandemie, Ukraine-Krieg und steigender Inflation (BMFSFJ, 2023). So waren Personen in Haushalten mit Kindern in allen Altersgruppen häufiger (sehr) zufrieden mit ihrem Leben als Personen ohne Kinder. Gleichzeitig gaben Eltern jedoch auch häufiger an, sich in den letzten Wochen gestresst gefühlt zu haben, als Personen ohne Kinder im Haushalt. Als häufigste Gründe dafür nannten die befragten Eltern Arbeit und Überforderung durch zu viele Aufgaben. Insgesamt beurteilten knapp die Hälfte der Eltern Deutschland als (sehr) familienfreundlich. Betrachtet man jedoch die verschiedenen Lebensformen, so zeigte sich, dass Alleinerziehende, Mehrkind- und Patchworkfamilien die Familienfreundlichkeit Deutschlands weniger gut bewerteten. Gründe hierfür könnten höhere finanzielle Sorgen und psychische Belastungen sein. Weitere Handlungsbedarfe, die sich aus der Befragung ergaben, betrafen neben der Vereinbarkeit von Beruf und Familie die soziale Sicherung und familienfreundliches Wohnen (BMFSFJ, 2023).

Im internationalen Vergleich mit Daten aus 41 Ländern landete Deutschland in einer Studie im Auftrag von UNICEF hinter Schweden, Norwegen, Island, Estland und Portugal auf Platz sechs der familienfreundlichsten Länder (Chzhen et al., 2019). Mit dem Fokus auf Maßnahmen, die Eltern insbesondere in der frühkindlichen Familienphase unterstützen sollen, stach Deutschland durch die bezahlte Elternzeit positiv hervor. Demgegenüber lag die Betreuungsquote von Kindern unter drei Jahren hierzulande jedoch mit rund einem Drittel unter dem Durchschnitt (Chzhen et al., 2019).

Die Wahrnehmung einer Stadt als familien- und kinderfreundlich wird – wie beschrieben – von mehreren Faktoren beeinflusst. In der KBU 2022 wurde u. a. nach der Zufriedenheit mit familienspezifischen Lebensbedingungen in Dresden gefragt. So waren Personen mit Kind(ern) im Haushalt zu 74 Prozent (sehr) zufrieden mit dem Kindertagesbetreuungsangebot. Nur 16 Prozent waren teilweise oder (sehr) unzufrieden mit dem außerfamiliären Betreuungsangebot in Dresden. Auch mit der Schulsituation waren mehr als die Hälfte (61 %) der Befragten in Haushalten mit Kind(ern) (sehr) zufrieden. Mit 30 Prozent ist die teilweise oder (sehr große) Unzufriedenheit mit der Schulsituation jedoch nicht zu vernachlässigen (LHD, 2023).

Die Angebote der Kinder- und Jugendtreffs sowie der Familienzentren konnten von 30 bzw. 46 Prozent der Befragten mit Kind(ern) im Haushalt nicht beurteilt werden. Von den übrigen waren jeweils 18 Prozent mit den Angeboten (sehr) zufrieden. 22 Prozent waren mit den Kinder- und Jugendtreffs und 14 Prozent mit den Familienzentren (sehr) unzufrieden (LHD, 2023). Die Zufriedenheit aller Befragten verteilt sich ähnlich, wobei ein hoher Anteil keine Beurteilung abgeben konnte (Abb. 7.4).

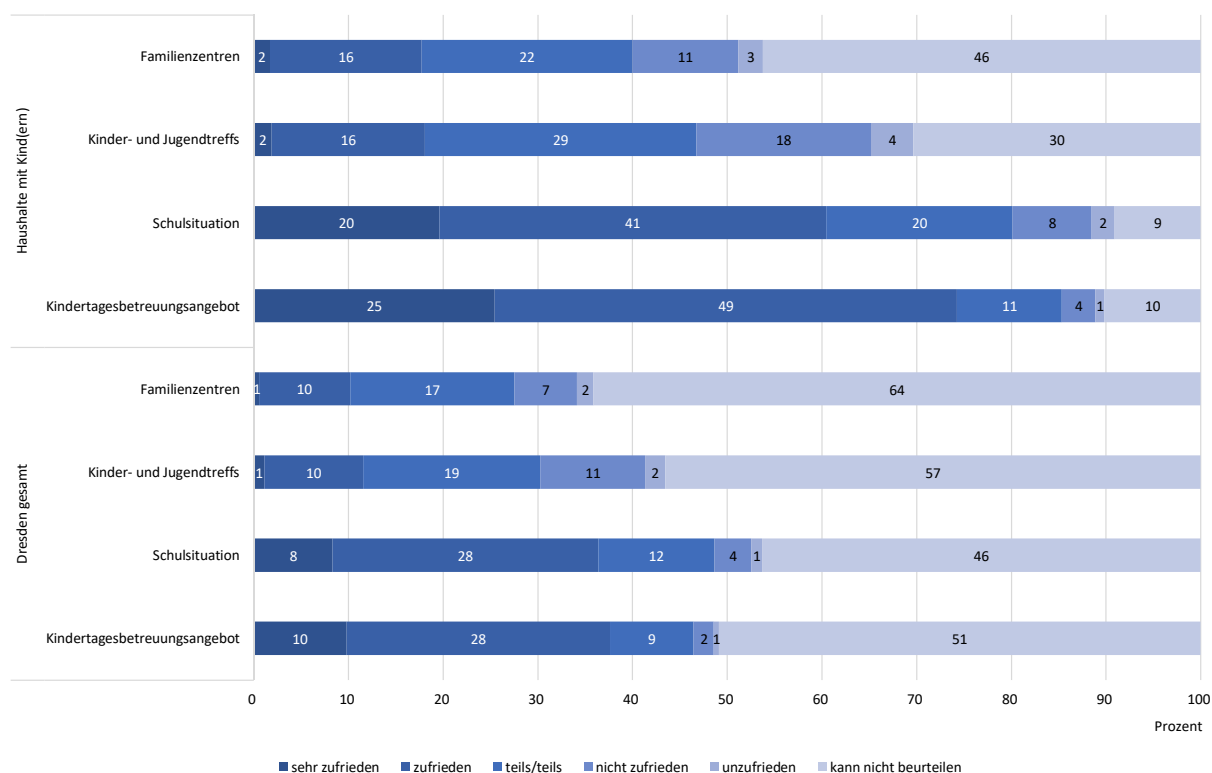


Abbildung 7.4: Zufriedenheit mit familienspezifischen Lebensbedingungen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

Die Mehrheit aller Befragten der KBU 2022 war der Meinung, dass mehr oder viel mehr für Familien, Kinder und Jugendliche in Dresden getan werden sollte. In Haushalten mit Kind(ern) wünschten sich sogar 88 Prozent, dass mehr für Jugendliche, 83 Prozent, dass mehr für Kinder und immerhin 74 Prozent, dass mehr für Familien getan werden sollte (Abb. 7.5) (LHD, 2023).

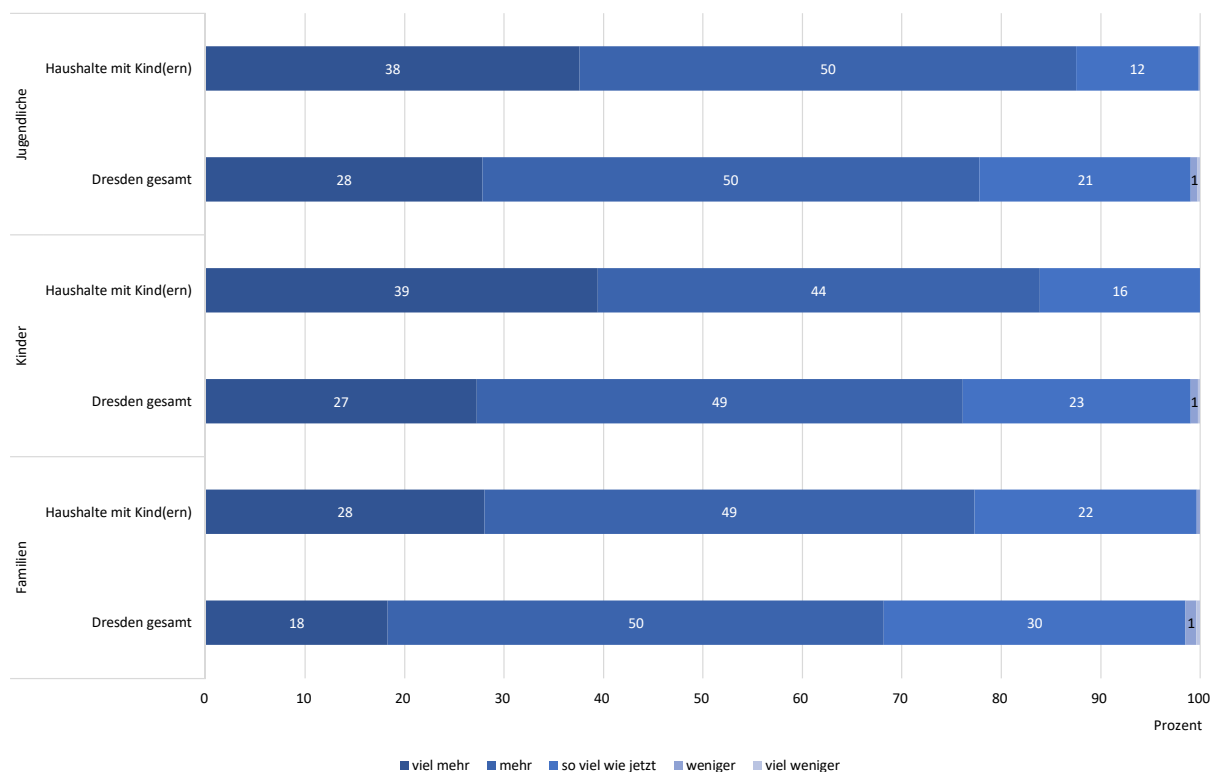


Abbildung 7.5: Gewünschter Einsatz für Kinder, Jugendliche und Familien in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

7.3 Gesundheitszustand

Vor dem Hintergrund der eingangs beschriebenen Kernthemen im Erwachsenenalter wird im folgenden Abschnitt auf den Gesundheitszustand dieser Bevölkerungsgruppe in Dresden eingegangen. Die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit wird mit Daten der KBU dargestellt. Für die Abbildung der häufigsten Erkrankungen werden Daten der Krankenhausstatistik und der Fehlzeitenstatistik der AOK-Versicherten herangezogen. An dieser Stelle sei noch einmal explizit auf die Ausführungen im Kapitel „Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten“ verwiesen, welches bereits viele Daten zum Gesundheitszustand der Dresdner Erwachsenen enthält. Insofern werden im Folgenden lediglich Ergänzungen vorgenommen und relevante Hintergründe näher erläutert.

7.3.1 Subjektive Gesundheit

Der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand hängt stark vom persönlichen Wohlbefinden ab. Zudem steht eine negative Einschätzung der eigenen Gesundheit mit häufigeren gesundheitlichen Beschwerden, wie z. B. chronischen Erkrankungen, und sogar mit einer vorzeitigen Sterblichkeit in Zusammenhang (Heidemann et al., 2021).

In Dresden schätzten in der KBU 2022 68 Prozent der Befragten in der Altersgruppe der 25- bis 64-Jährigen sowie 74 Prozent in der Gruppe der Haushalte mit Kind(ern) ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut ein. Von allen Befragten (aller Altersgruppen) waren es dagegen nur 61 Prozent. Bezogen auf die körperliche Gesundheit waren die Anteile jeweils etwas geringer. Eine gute seelische Gesundheit gaben nur noch 58 Prozent in der Altersgruppe der 25- bis 64-Jährigen und 61 Prozent der Haushalte mit Kind(ern) an. Auch die Befragten insgesamt schätzten ihre seelische Gesundheit mit nur 56 Prozent als gut ein (Tab. 7.2) (LHD, 2023).

Tabelle 7.2: Anteil subjektiver Gesundheitszustand „gut“ in Dresden laut KBU 2022

	Gesundheitszustand allgemein	Körperliche Gesundheit	Seelische Gesundheit
	Anteil (%)		
Haushalte mit Kind(ern)	74	72	61
Altersgruppe 25 bis 64 Jahre	68	66	58
Dresden gesamt	61	58	56

Anmerkungen: Die Altersgruppe der 25 bis 64-Jährigen enthält ebenso Personen, die in Haushalten mit Kind(ern) wohnen.

Quelle: LHD, 2023

Im Kapitel „Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten“ ist die Selbsteinschätzung zur eigenen Gesundheit differenziert nach Altersgruppen abgebildet. Hier zeigt sich ein Altersgradient, d. h. eine zunehmend schlechtere Einschätzung der eigenen Gesundheit mit zunehmendem Alter. Diese Ergebnisse sind für ganz Deutschland zu beobachten (Heidemann et al., 2021).

Ebenfalls tendenziell schlechter schätzen laut RKI (2015) Alleinerziehende ihre Gesundheit ein, was u. a. mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status im Vergleich zu Paarfamilien zusammenhängen kann. Alleinerziehende Mütter sind zudem psychisch stärker belastet, was zusätzlich mit einer schlechteren subjektiven Gesundheitseinschätzung einhergeht (RKI, 2020). Eine Untersuchung in den Ländern der Europäischen Union zeigte hinsichtlich der Kombination aus Partnerschaft, Elternschaft und Erwerbstätigkeit sowohl bei Männern als auch bei Frauen keine Zusammenhänge mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen (RKI, 2019). Auch für Mütter – inklusive alleinerziehende Mütter – stellte eine Erwerbstätigkeit keine Beeinträchtigung der subjektiven Gesundheit dar. Partnerlose, kinderlose und nicht erwerbstätige Frauen wiesen hingegen vergleichsweise hohe Wahrscheinlichkeiten für eine mittelmäßige bis sehr schlechte gesundheitliche Selbsteinschätzung auf. Diese Ergebnisse können dahingehend interpretiert werden, dass Partnerschaft, Elternschaft und Erwerbstätigkeit als Bereicherung und damit als Ressource für die persönliche Gesundheit angesehen werden können. Andererseits könnten Männer und Frauen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen auch seltener eine Familie gründen oder einer Erwerbstätigkeit nachgehen (RKI, 2019).

7.3.2 Objektive Gesundheit

Krankenhausdiagnosen

Anhand der Krankenhausstatistik lassen sich Aussagen über die Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten Krankenhausfälle der Dresdner Bevölkerung – unabhängig vom Behandlungsort – treffen. Die Daten erlauben jedoch nur einen eingeschränkten Blick auf die **Morbidität** der Dresdner Bevölkerung im Erwachsenenalter. Viele gesundheitliche Beschwerden, insbesondere chronische Erkrankungen, werden vorrangig ambulant behandelt. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird vor dem Hintergrund aktueller politischer Diskussionen auch in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen. Da für den vorliegenden Bericht keine Daten zur ambulanten Versorgung der Dresdnerinnen und Dresdner vorlagen, sei an dieser Stelle noch einmal auf den Dresdner Gesundheitsindex (Kapitel „Einleitung“) verwiesen, dessen Ziel es ist, den Gesundheitszustand der Bevölkerung umfassend und kleinräumig abzubilden.

Im Jahr 2022 stellten bei den Frauen im Alter von 18 bis 39 Jahren ein vorzeitiger Blasensprung als Merkmal einer bevorstehenden Geburt sowie bei Männern psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol die häufigsten Krankenhausdiagnosen dar (Statistisches Landesamt Sachsen, 2023). Auch im Zeitverlauf wurden bei den Frauen dieser Altersgruppe am häufigsten Diagnosen im Zusammenhang mit einer Geburt gestellt. Bei den Männern dieser Altersgruppe waren es vor allem Diagnosen im Zusammenhang mit psychischen Beeinträchtigungen oder als Folge von Substanzkonsum (Tab. 7.3) (Statistisches Landesamt Sachsen, 2023).

Tabelle 7.3: Häufigste Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden der Altersgruppe 18 bis 39 Jahre nach Geschlecht der Jahre 2018, 2020 und 2022

Rang- folge	2018		2020		2022	
	ICD-10-GM Version	Anzahl Patienten- fälle	ICD-10-GM Version	Anzahl Patienten- fälle	ICD-10-GM Version	Anzahl Patienten- fälle
Gesamt						
1	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	820	O42 Vorzeitiger Blasensprung	728	O42 Vorzeitiger Blasensprung	655
2	O80 Spontangeburt eines Einlings	766	O80 Spontangeburt eines Einlings	712	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	654
3	O70 Dammriss unter der Geburt	734	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	657	R69 Unbekannte und nicht näher bezeichnete Krankheitsursachen	559
4	O68 Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress	697	O68 Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress	609	O80 Spontangeburt eines Einlings	530
5	O42 Vorzeitiger Blasensprung	656	O70 Dammriss unter der Geburt	502	O68 Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress	464
Männlich						
1	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	582	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	481	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	456
2	S06 Intrakranielle Verletzung	209	S06 Intrakranielle Verletzung	196	R69 Unbekannte und nicht näher bezeichnete Krankheitsursachen	288
3	F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	177	F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	182	F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	201
4	K35 Akute Appendizitis	159	F20 Schizophrenie	145	S06 Intrakranielle Verletzung	193
5	F20 Schizophrenie	135	K35 Akute Appendizitis	134	F20 Schizophrenie	156
Weiblich						
1	O80 Spontangeburt eines Einlings	766	O42 Vorzeitiger Blasensprung	728	O42 Vorzeitiger Blasensprung	655
2	O70 Dammriss unter der Geburt	734	O80 Spontangeburt eines Einlings	712	O80 Spontangeburt eines Einlings	530
3	O68 Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress	697	O68 Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress	609	O68 Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress	464
4	O42 Vorzeitiger Blasensprung	656	O70 Dammriss unter der Geburt	502	O70 Dammriss unter der Geburt	421
5	O48 Übertragene Schwangerschaft	322	O48 Übertragene Schwangerschaft	376	O48 Übertragene Schwangerschaft	333

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2023

Die 40- bis 49-jährigen Männer in Dresden waren im Jahr 2022 mit großem Abstand am häufigsten aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol in stationärer Behandlung, gefolgt von Leistenbrüchen, Nierensteinen, Störungen des Harnabflusses und Unterschenkelfrakturen (Statistisches Landesamt Sachsen, 2023). Die Frauen dieser Altersgruppe wurden im selben Jahr vor allem aufgrund eines gutartigen Tumors der Gebärmutter, Brustkrebs, psychischen Verhaltensstörungen durch Alkohol, Gallensteinen und Depressionen stationär behandelt. Im betrachteten Zeitraum von 2018 bis 2022 zeigten sich bei beiden Geschlechtern keine nennenswerten Veränderungen in den Hauptdiagnosen (Tab. 7.4) (Statistisches Landesamt Sachsen, 2023).

Tabelle 7.4: Häufigste Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden der Altersgruppe 40 bis 49 Jahre nach Geschlecht der Jahre 2018, 2020 und 2022

Rangfolge	2018			2020			2022		
		ICD-10-GM Version	Anzahl Patienten-fälle		ICD-10-GM Version	Anzahl Patienten-fälle		ICD-10-GM Version	Anzahl Patienten-fälle
Gesamt									
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	449	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	395	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	455
2	K80	Cholelithiasis	150	K80	Cholelithiasis	150	K80	Cholelithiasis	134
3	F33	Rezidivierende depressive Störung	116	F33	Rezidivierende depressive Störung	118	D25	Leiomyom des Uterus	117
4	D25	Leiomyom des Uterus	112	D25	Leiomyom des Uterus	114	F33	Rezidivierende depressive Störung	107
5	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	100	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	103	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	103
Männlich									
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	373	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	312	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	362
2	K40	Hernia inguinalis	80	K40	Hernia inguinalis	74	K40	Hernia inguinalis	74
3	K80	Cholelithiasis	65	N20	Nieren- und Ureterstein	67	N20	Nieren- und Ureterstein	68
4	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	62	K80	Cholelithiasis	58	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	61
5	S06	Intrakranielle Verletzung	62	F20	Schizophrenie	57	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	59
Weiblich									
1	D25	Leiomyom des Uterus	112	D25	Leiomyom des Uterus	114	D25	Leiomyom des Uterus	117
2	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	91	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	102	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	99
3	K80	Cholelithiasis	85	K80	Cholelithiasis	92	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	93
4	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	76	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	83	K80	Cholelithiasis	80
5	F33	Rezidivierende depressive Störung	68	F33	Rezidivierende depressive Störung	72	F33	Rezidivierende depressive Störung	67

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2023

Auch im Alter von 50 bis 59 Jahren wurden Männer mit Wohnsitz in Dresden im Jahr 2022 am häufigsten wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol im Krankenhaus behandelt. Auf den Plätzen zwei bis fünf folgten Leistenbrüche, Vorphloimmern, Herzinfarkte und Störungen des Harnabflusses (Statistisches Landesamt Sachsen, 2023). Bei den 50- bis 59-jährigen Dresdner Frauen waren die häufigsten Hauptdiagnosen im gleichen Jahr Brustkrebs, psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol, Gallensteine, Unterarmbrüche und Hüftgelenksarthrosen. Auch in dieser Altersgruppe zeigten sich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen keine wesentlichen Veränderungen zwischen 2018 und 2022 (Tab. 7.5) (Statistisches Landesamt Sachsen, 2023).

Tabelle 7.5: Häufigste Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden der Altersgruppe 50 bis 59 Jahre nach Geschlecht der Jahre 2018, 2020 und 2022

Rangfolge	2018			2020			2022		
	ICD-10-GM Version		Anzahl Patienten-fälle	ICD-10-GM Version		Anzahl Patienten-fälle	ICD-10-GM Version		Anzahl Patienten-fälle
Gesamt									
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	514	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	515	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	457
2	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	164	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	163	K80	Cholelithiasis	176
3	K80	Cholelithiasis	156	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	155	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	151
4	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	137	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	150	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	151
5	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	137	K80	Cholelithiasis	142	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	135
Männlich									
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	407	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	403	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	352
2	K40	Hernia inguinalis	131	K40	Hernia inguinalis	129	K40	Hernia inguinalis	127
3	I21	Akuter Myokardinfarkt	106	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	119	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	109
4	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	93	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	96	I21	Akuter Myokardinfarkt	83
5	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	91	I21	Akuter Myokardinfarkt	95	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	79
Weiblich									
1	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	135	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	155	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	135
2	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	107	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	112	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	105
3	K80	Cholelithiasis	96	K80	Cholelithiasis	94	K80	Cholelithiasis	98
4	F33	Rezidivierende depressive Störung	81	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	78	S52	Fraktur des Unterarmes	87
5	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	77	S52	Fraktur des Unterarmes	75	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	83

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2023

Bei zusammenfassender Betrachtung der häufigsten Krankenhausdiagnosen der Dresdner Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 59 Jahren fällt auf, dass bei Männern die alkoholbedingten Verhaltensstörungen altersunabhängig und über alle Jahre hinweg dominieren. Bei Frauen verschieben sich die häufigsten Krankenhausdiagnosen von Krankenhausaufenthalten im Zusammenhang mit Geburten im jüngeren Erwachsenenalter hin zu Krankenhausaufenthalten aufgrund von Krebserkrankungen und alkoholbedingten Verhaltensstörungen im mittleren Erwachsenenalter.

Aber auch weitere Diagnosen, die im Kapitel „Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten“ beschrieben werden, sind in dieser Lebensphase von hoher Relevanz – sowohl in Bezug auf gesundheitsfördernde Verhaltensweisen als auch für die Prävention und Gesundheitsversorgung. So steigen die Krebsneuerkrankungsraten bereits im mittleren Erwachsenenalter an, wobei Männer häufiger betroffen sind als Frauen. Im jungen Erwachsenenalter hingegen wurde häufiger bei Frauen als bei Männern eine Krebsdiagnose gestellt, was u. a. mit einer höheren Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Frauen begründet werden kann. Bei den psychisch bedingten Krankenhausaufenthalten (unabhängig von einem Substanzkonsum) waren im erwerbsfähigem Alter zwischen 25 bis 64 Jahre Depressionen, Schizophrenie und wahnhafte Störungen sowie Reaktionen auf Belastungen und Anpassungsstörungen die Hauptursachen.

Krankheitsbedingte Fehlzeiten

Das Berufsleben nimmt im mittleren Lebensalter neben der Familie einen hohen Stellenwert ein. Anhand der AOK-Fehlzeiten-Statistik lassen sich – unter Berücksichtigung der Mitgliederstruktur – auch hier einige Aussagen zur Morbidität der Bevölkerung in der mittleren Lebensphase ableiten.

Die Analyse der 50 einwohnerstärksten Städte Deutschlands ergab für Dresden im Jahr 2022 eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit (AU) von 22,7 Tagen je AOK-Mitglied (Meyer et al., 2023). Damit lag Dresden leicht unter dem Bundesdurchschnitt von 24,5 AU-Tagen je AOK-Mitglied. Die Anzahl der Fehltage hängt neben der Erkrankung selbst auch vom Alter, Geschlecht, der Branchenzugehörigkeit und der ausgeübten Tätigkeit ab. So weisen Berufe mit hoher körperlicher Belastung mehr Ausfallzeiten auf als Berufe mit geringer körperlicher Belastung. Zudem sind ältere Beschäftigte insgesamt seltener, aber dafür länger krank als jüngere Beschäftigte (Meyer et al., 2023).

Insgesamt zeigte sich im ostdeutschen Bundesgebiet ein höherer Krankenstand als in Westdeutschland. So lag Sachsen im Jahr 2022 mit 7,1 Prozent über dem Bundesdurchschnitt von 6,7 Prozent (Meyer et al., 2023). Auffällig ist, dass mit einem steigenden Ausbildungsniveau der Krankenstand sank. Während Beschäftigte ohne Berufsabschluss deutschlandweit einen Krankenstand von 7,4 Prozent aufwiesen, waren es bei Beschäftigten mit Promotion lediglich 3,0 Prozent im Jahr 2022 (Meyer et al., 2023).

Gemessen an den Arbeitsunfähigkeitstagen waren im Jahr 2022 deutschlandweit Atemwegserkrankungen mit 17,5 Prozent und Muskel-Skelett-Erkrankungen mit 17,4 Prozent die häufigsten Ursachen für krankheitsbedingte Fehlzeiten, gefolgt von psychischen Erkrankungen (10,3 %) und Verletzungen (8,1 %). Dresden lag mit einem Anteil von 13,3 Prozent bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Der Anteil der psychischen Erkrankungen war mit 11,7 Prozent von allen AU-Tagen der AOK-Versicherten in Dresden hingegen etwas höher als in Deutschland insgesamt (Meyer et al., 2023). Dies lässt sich laut AOK-Fehlzeiten-Statistik unter anderem damit erklären, dass Wissenschaftsstandorte wie Dresden höhere Fehlzeiten aufgrund von psychischen Erkrankungen aufweisen, als Industriestandorte.

Zugleich zeigen sich auch im Arbeitsleben gesundheitliche Ungleichheiten. Gesundheitskompetenz, gesundheitsförderliches Verhalten, Zugang zu Gesundheitsleistungen, aber auch Motivation und Identifikation mit der beruflichen Tätigkeit gehen eher mit einkommensstärkeren Berufsgruppen bzw. höher qualifizierten Beschäftigten einher. Demgegenüber sind geringer Verdienende eher höheren Gesundheitsrisiken durch ein höheres Maß an physiologischer Belastung ausgesetzt (Meyer et al., 2023). **Arbeitslose** und von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen sind ebenfalls häufiger von seelischen und körperlichen Gesundheitsproblemen betroffen als gleichaltrige Erwerbstätige (RKI, 2015).

Anhand dieser Ergebnisse wird ersichtlich, dass die Erwerbstätigkeit, aber auch eine Arbeitslosigkeit, großen Einfluss auf die Gesundheit haben kann. Vor diesem Hintergrund können Angebote der betrieblichen als auch der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention zur Reduzierung arbeitsbedingter gesundheitlicher Belastungen beitragen.

Erkenntnisse und Zusammenhänge

Mit Blick auf nationale Ergebnisse haben laut GEDA-Studie vor allem altersbedingte und nicht übertragbare Erkrankungen eine hohe Public-Health-Relevanz, wobei sich der Versorgungsbedarf nicht auf Menschen im höheren Lebensalter beschränkt (Heidemann et al., 2021). So spielen Allergien und Depressionen insbesondere im jungen und mittleren Erwachsenenalter eine größere Rolle. Auch Asthma tritt in allen Altersgruppen ähnlich häufig auf. Deutlich wird, dass nach wie vor bildungsspezifische Unterschiede bestehen, wonach die bildungsferne Bevölkerung ein höheres Erkrankungsrisiko für nicht übertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) aufweist (Heidemann et al., 2021).

Darüber hinaus ist die familiäre Situation für das Krankheitsgeschehen – wie auch schon für die subjektive Einschätzung der Gesundheit – von großer Bedeutung. Auch hier wird deutlich, dass insbesondere Alleinerziehende höheren psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt sind als Eltern in Paarfamilien. Dies kann zum Teil durch einen niedrigeren sozioökonomischen Status erklärt werden (RKI, 2015). Für alleinerziehende Mütter zeigten sich in Untersuchungen zudem höhere Prävalenzen für Depressionen und Rückenschmerzen (RKI, 2017, 2020). Auch alleinerziehende Männer waren häufiger von Depressionen betroffen als Männer in Partnerschaft (RKI, 2017). Nach Ergebnissen des Sozioökonomischen Panels (SOEP) wirkte sich eine Erwerbstätigkeit positiv auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von alleinerziehenden Müttern aus.

Insbesondere bei einer Ausweitung des Stundenumfangs der Erwerbstätigkeit und gleichzeitiger Unterstützung bei der Kinderbetreuung, die sich nicht allein auf öffentliche Betreuungseinrichtungen beschränkt, waren positive gesundheitliche Effekte erkennbar (RKI, 2020). Darüber hinaus deutet die Studienlage auf ein höheres Mortalitätsrisiko für Alleinlebende hin im Vergleich zu Menschen in Partnerschaft, wobei das Risiko für Männern höher ist als für Frauen (RKI, 2015).

Vor dem Hintergrund dieser familiären Einflüsse auf die Gesundheit sind vor allem gezielte Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf wünschenswert, die zeitliche und psychische Belastungen reduzieren (RKI, 2020). Menschen mit Sorgearbeiten, wie die Betreuung von Kindern, aber auch die Pflege von Angehörigen, benötigen zum einen Möglichkeiten der flexiblen Arbeitszeitgestaltung sowie ausgebauten Betreuungsangebote. Zum anderen ist die gemeinsame Alltagszeit als Grundbedingung des Familienlebens anzustreben und somit auf die Aufwertung der Sorgearbeit hinzuwirken (RKI, 2020).

Im Hinblick auf **Menschen mit Migrationshintergrund** oder Fluchterfahrung zeigen sich deutschlandweit nur wenige Unterschiede in der körperlichen Gesundheit im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund. Dafür gibt es jedoch Hinweise für eine schlechtere seelische Gesundheit bei Migrantinnen und Migranten (RKI, 2015). Das Risiko für eine selbstberichtete ärztlich diagnostizierte Depression ist demnach u. a. aufgrund traumatischer Fluchterlebnisse und postmigratorischer Faktoren, wie Erwerbslosigkeit, Einsamkeit oder ein abgelehnter Asylantrag, erhöht (Bartig, Bug et al., 2023). Erhöhte Prävalenzen für nicht übertragbare Erkrankungen scheinen zudem mit Diskriminierungserfahrungen im Alltag und mit einem zum Teil geringeren Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland zu stehen (Bartig, Bug et al., 2023). Dabei sind Ausmaß, Formen und Auswirkungen individueller sowie institutioneller Diskriminierung bisher wenig empirisch belegt. Insbesondere bedarf es einer systematischen Erforschung des Einflusses von Ausgrenzungserfahrungen bezüglich des Zugangs zum Gesundheitssystem und der Qualität der Gesundheitsversorgung (Bartig, Koschollek et al., 2023).

7.4 Gesundheitsverhalten

Gesundheitsförderliches Verhalten kann in jedem Alter dazu beitragen, gesundheitliche Beschwerden zu verringern und das eigene Wohlbefinden zu steigern. Dabei verändern sich Verhaltensweisen im Laufe des Lebens und werden von vielen Faktoren beeinflusst, u. a. vom Lebensumfeld und der eigenen Gesundheitskompetenz.

Körperliche Aktivität und Substanzkonsum

Das Gesundheitsverhalten der Dresdner Bevölkerung in Bezug auf körperliche Aktivität und Substanzkonsum wurde bereits im Kapitel „Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten“ ausführlich und altersspezifisch beschrieben. Insbesondere werden dort Daten zum Bewegungsverhalten anhand der KBU, der Mitgliederzahlen des StadtSportbundes Dresden sowie der Teilnahme an Gesundheitskursen der Volkshochschule Dresden dargestellt. So treiben die Dresdnerinnen und Dresdner im mittleren Lebensalter zwar mehrheitlich mehrmals pro Woche Sport, jedoch steigt mit zunehmendem Alter die Inaktivität an (LHD, 2023). Ebenso werden alkoholbedingte Krankenhausaufenthalte sowie der multiple Substanzgebrauch im oben genannten Kapitel nach verschiedenen Altersgruppen betrachtet.

Ergänzend dazu zeigte sich in der KBU aus dem Jahr 2022 für die Altersgruppe der 25- bis 64-jährigen Dresdnerinnen und Dresdner sowie für Personen mit Kind(ern) im Haushalt, dass 22 Prozent bzw. 21 Prozent regelmäßig oder gelegentlich rauchten. Von allen Befragten gaben dies nur 18 Prozent an. Auch E-Inhalationsprodukte wurden von den Befragten im mittleren Alter sowie von Haushalten mit Kind(ern) etwas häufiger genutzt als von allen Befragten (Abb. 7.6) (LHD, 2023).

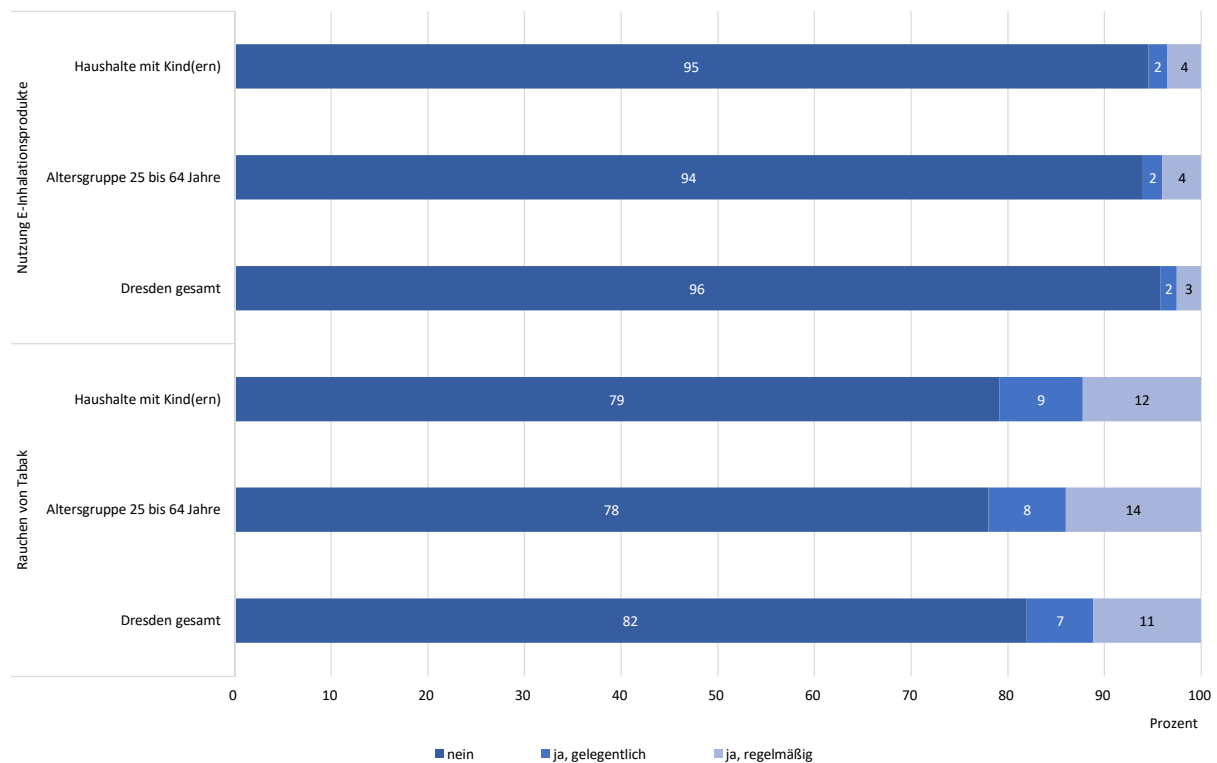


Abbildung 7.6: Rauchen von Tabak und Nutzung von E-Inhalationsprodukten in Dresden laut KBU 2022

Anmerkungen: Die Altersgruppe der 25 bis 64-Jährigen enthält ebenso Personen, die in Haushalten mit Kind(ern) wohnen.
Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

Hinsichtlich der Häufigkeit des Alkoholkonsums gaben in der KBU 2022 37 Prozent der 25- bis 64-Jährigen an, mehrmals pro Woche Alkohol zu trinken. In der Gruppe der Haushalte mit Kind(ern) waren es mit 34 Prozent etwas weniger. Nie oder höchstens einmal im Monat Alkohol zu trinken, gaben 36 Prozent der 25- bis 64-Jährigen und sogar 40 Prozent der Befragten mit Kind(ern) im Haushalt an (Abb. 7.7) (LHD, 2023).

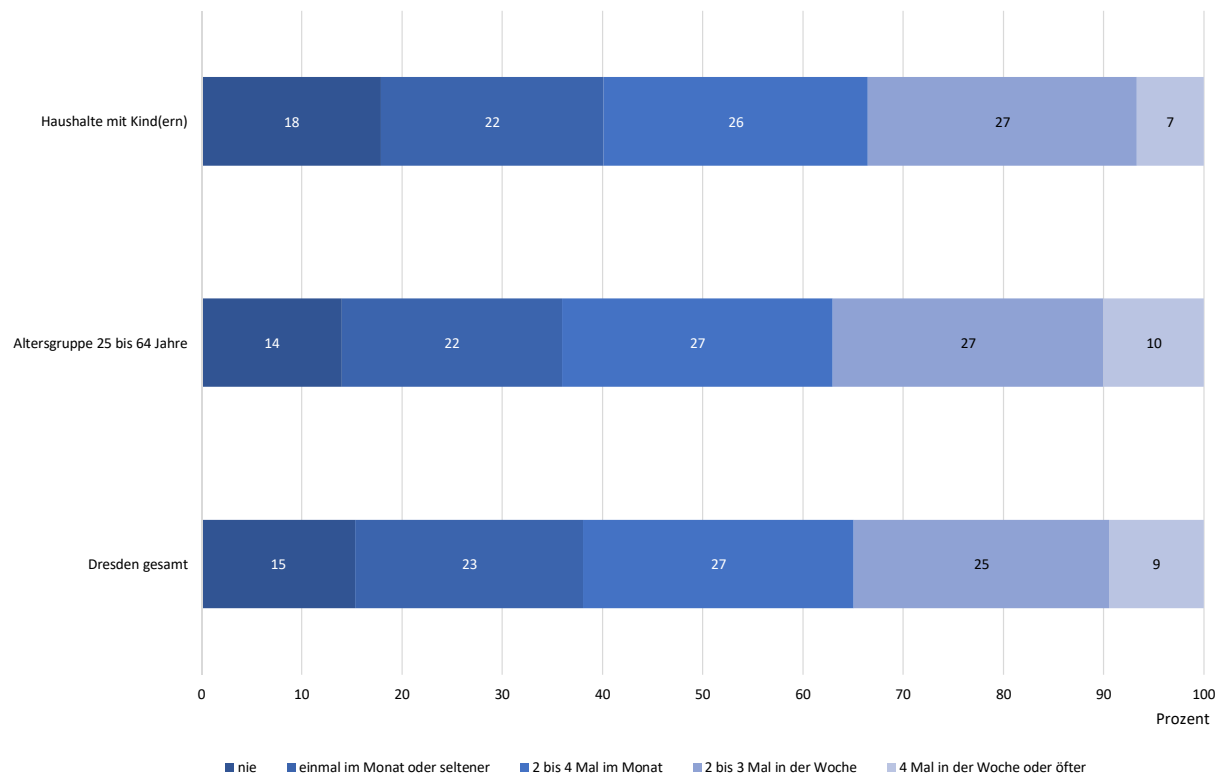


Abbildung 7.7: Alkoholkonsum in Dresden laut KBU 2022

Anmerkungen: Die Altersgruppe der 25 bis 64-Jährigen enthält ebenso Personen, die in Haushalten mit Kind(ern) wohnen.
Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

Erkenntnisse und Zusammenhänge

Hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland zeigt die GEDA-Studie, dass insbesondere junge Erwachsene im Alter von 18 bis 29 Jahren einen gesundheitsförderlichen Lebensstil führen (Richter et al., 2021). Im späteren Erwachsenenalter ist der Anteil der Personen, die sich entsprechend der WHO-Empfehlung ausreichend bewegen und normalgewichtig sind, geringer. Von den fünf untersuchten Indikatoren – risikoarmer Alkoholkonsum, Nichtraucher, Ausdaueraktivität, Normalgewicht und täglicher Verzehr von Obst und Gemüse – wurde letzterer am seltensten umgesetzt. Darüber hinaus wurde gesundheitsförderliches Verhalten bei Frauen und Personen mit hohem Bildungsniveau häufiger beobachtet als bei Männern und Personen mit mittlerem und niedrigem Bildungsniveau (Richter et al., 2021). Insgesamt deuten die Daten darauf hin, dass gesundheitsförderliche, aber auch riskante Verhaltensweisen zusammen auftreten, so dass entsprechende Interventionsansätze diese Interaktionen berücksichtigen sollten (Richter et al., 2021).

Weitere bundesweite Untersuchungen weisen darauf hin, dass sich Menschen in Partnerschaften und Eltern ebenfalls gesünder verhalten als Alleinlebende und Kinderlose, wobei Elternschaft gleichzeitig mit einer höheren Stressbelastung und psychischen Beeinträchtigungen einhergeht (RKI, 2015). Wie beim subjektiven Gesundheitszustand und der Morbidität zeigt sich auch beim Gesundheitsverhalten ein ungünstigeres Bild für Alleinerziehende. So sind bei alleinerziehenden Müttern höhere Prävalenzen beim Rauchen, bei der sportlichen Inaktivität und bei der Nichtinanspruchnahme der jährlichen Zahnvorsorgeuntersuchung zu beobachten als bei Müttern in Paarhaushalten (RKI, 2017, 2020). Auch alleinerziehende Männer rauchen häufiger und nehmen seltener die Zahnvorsorgeuntersuchung in Anspruch (RKI, 2017). Bei Männern wirken sich Partnerschaft und Elternschaft ebenfalls positiv auf das Gesundheitsverhalten aus. Hingegen verhalten sich Männer mit überlangen Arbeitszeiten sowie arbeitslose Männer tendenziell weniger gesundheitsförderlich (Kroll et al., 2016).

Das Gesundheitsverhalten von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland zeigt hinsichtlich des Rauchverhaltens nur eine geringe höhere Prävalenz im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund (Bartig, Koschollek et al., 2023). Die Prävalenzen bezüglich des Alkoholkonsums, der körperlichen Aktivität sowie der gesunden Ernährung scheinen bei Migrantinnen und Migranten etwas geringer zu sein (RKI, 2015).

Auffällig ist, dass Personen mit Migrationserfahrung seltener Gesundheits- und Präventionsleistungen, wie Zahnvorsorge- oder Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch nehmen (Bartig, Koschollek et al., 2023; RKI, 2015). Ein Grund hierfür könnten schlechtere Zugangschancen, z. B. durch sprachliche Barrieren, aber auch andere Faktoren, wie z. B. unterschiedliche gesundheitliche Bedarfe, sein (Bartig, Koschollek et al., 2023).

Hinsichtlich der betrieblichen Gesundheitsförderung zeigte eine bundesweite Erwerbstätigenbefragung aus dem Jahr 2018, dass Angebote eher in größeren Betrieben sowie für Männer und Vollzeitbeschäftigte unterbreitet wurden. Insgesamt bestand für 46 Prozent der Beschäftigten ein Angebot in den letzten zwei Jahren, wovon 59 Prozent teilnahmen (Hünefeld & Kopatz, 2022). Aus dem Präventionsbericht des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) (2023) geht hervor, dass insbesondere Bewegungskurse (60 %) in Anspruch genommen werden, gefolgt von Kursen zu Stressmanagement (35 %), Ernährung (4 %) und Suchtmittelkonsum (0,5 %). Insbesondere scheint es bei Frauen einen besonderen Bedarf an Strategien zur Stressbewältigung und zur Stärkung der persönlichen Ressourcen zu geben. Während Frauen bei allen Themen häufiger an den Kursen teilnehmen, ist beim Thema Suchtmittelkonsum die Teilnahmequote der Männer mit 38 Prozent vergleichsweise hoch (MD Bund, 2023). Eine weitere, bundesweite Erwerbstätigenbefragung aus dem Jahr 2023 zeigt, dass von allen Befragten mit körperlich schwerer Arbeit 32 Prozent ein Angebot für Kurse erhalten hat. Von den Teilnehmenden (46 %) schätzten 61 Prozent die Wirksamkeit des Angebots als gering ein (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2023). Von allen Befragten mit Zeitdruck erhielten 33 Prozent ein Kursangebot. Die Teilnehmenden (48 %) schätzten sogar mit 82 Prozent die Wirksamkeit des Angebots als gar nicht oder nur gering wirksam ein (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2023).

Die Datenlage macht deutlich, dass Maßnahmen zur Verbesserung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen nicht nur geschlechtsspezifisch und auf sozial benachteiligte Gruppen wie Arbeitslose, Geringverdienende und Alleinerziehende ausgerichtet sein sollten, sondern auch das Zusammenspiel verschiedener gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen berücksichtigen müssen (Richter et al., 2021). Zudem spielt das Setting, in dem Angebote unterbreitet und die Menschen erreicht werden sollen, eine große Rolle.

7.5 Zusammenfassung

Das Erwachsenenalter ist von vielen persönlichen und gesellschaftlichen Herausforderungen geprägt, wie z. B. der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, der Pflege von Angehörigen, Trennungen oder dem Verlust der Arbeit. Vor dem Hintergrund der Kernthemen sowie der Gesundheitsdeterminanten wird in diesem Kapitel die Gesundheit der Dresdner Bevölkerung im Erwachsenenalter beleuchtet – auch unter Berücksichtigung bundesweiter Ergebnisse. Weitere Aspekte zum Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten der erwachsenen Dresdnerinnen und Dresdner sind bereits im gleichnamigen Kapitel beschrieben.

Mit Dresden als Wohnort sowie mit ihrer Wohnsituation und der Wohnumgebung sind die in der KBU befragten Dresdnerinnen und Dresdner im mittleren Lebensalter sowie mit Kind(ern) im Haushalt mehrheitlich zufrieden. Die stärkste Belastung nehmen beide Gruppen durch Unfallrisiken im Verkehr sowie durch Hitze im Sommer wahr. Personen mit Kind(ern) im Haushalt schätzen Dresden zudem als überwiegend kinderfreundlich ein. Dennoch wünschen sich mehr als drei Viertel dieser Gruppe, dass in Dresden mehr für Familien, Kinder und Jugendliche getan wird.

Eine negative Einschätzung der eigenen Gesundheit steht mit häufigeren gesundheitlichen Beschwerden und sogar mit einer vorzeitigen Sterblichkeit in Zusammenhang. Die Dresdner Bevölkerung im mittleren Lebensalter sowie Personen mit Kind(ern) im Haushalt schätzen ihren Gesundheitszustand mehrheitlich gut ein. Etwas weniger, aber immer noch mehr als die Hälfte bewertet ihre seelische Gesundheit als gut.

Aussagen zur Morbidität der Dresdner Bevölkerung im mittleren Lebensalter lassen sich u. a. anhand der Krankenhausstatistik treffen. So sind bei den 18- bis 59-jährigen Männern psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol der häufigste Grund für einen Krankenhausaufenthalt. Bei Frauen werden im jungen Erwachsenenalter stationäre Diagnosen im Zusammenhang mit Geburten am häufigsten gestellt. Im mittleren und höheren Erwachsenenalter rücken bei Frauen Krebserkrankungen und ebenfalls alkoholbedingte psychische und Verhaltensstörungen in den Vordergrund für Krankenhausaufenthalte.

Die durchschnittliche Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage der erwerbstätigen Dresdnerinnen und Dresdner lag laut AOK-Fehlzeitenreport im Jahr 2022 leicht unter dem Bundesdurchschnitt. Während der Anteil der Muskel-Skelett-Erkrankungen an allen Fehlzeiten in Dresden deutlich unter dem bundesweiten Durchschnitt lag, war der Anteil der psychisch bedingten Fehlzeiten etwas höher in Dresden.

Beim Gesundheitsverhalten der Dresdner Bevölkerung im mittleren Lebensalter und bei Personen mit Kind(ern) im Haushalt zeigt sich aus der KBU, dass etwa ein Fünftel regelmäßig oder zumindest gelegentlich raucht. Mehr als ein Drittel in beiden Gruppen trinkt mehrmals pro Woche Alkohol.

Die Verbesserung der Datenlage und somit auch der Aussagekraft zur Gesundheit der Erwachsenen in der Landeshauptstadt Dresden ist ein Ziel des aktuell in Entwicklung befindlichen Dresdner Gesundheitsindex – ein kleinräumiges Monitoring des Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhaltens und des Zugangs zu Gesundheitsversorgung („RESILIENT“), der u. a. Daten der ambulanten Versorgung und soziale Indikatoren alters- und geschlechtsdifferenziert und auf kleinräumiger Ebene beinhalten wird (Kapitel „Einleitung“).

7.6 Literaturverzeichnis

- Bartig, S., Bug, M., Koschollek, C. & et al (2023). Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland: Prävalenzen nichtübertragbarer Erkrankungen und damit assoziierte soziale sowie migrationsbezogene Faktoren [Health of people with selected citizenships in Germany: prevalence of non-communicable diseases and associated social as well as migration-related factors]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 66(10), 1071–1082. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03767-4>
- Bartig, S., Koschollek, C., Bug, M., Blume, M. & Kajikhina, K. (2023). Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA Fokus. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.25646/11089>
- BMFSFJ. (2023). Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland: Ergebnisse der Studie GEDA Fokus.
- Chzhen, Y., Gromada, A. & Rees, G. (2019). Are the world's richest countries family friendly? Policy in the OECD and EU. UNICEF.
- Heidemann, C., Scheidt-Nave, C., Beyer, A.-K. & et al. (2021). Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Robert Koch-Institut. <https://edoc.rki.de/handle/176904/8749> <https://doi.org/10.25646/8456>
- Hünefeld, L. & Kopatz, F. (2022). Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung Wer bekommt sie angeboten, wer nimmt sie in Anspruch? <https://doi.org/10.21934/BAUA:FAKTEN20220215>
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (Hrsg.). (2023). Gesunde Arbeit? Betriebliche Prävention aus Sicht der Beschäftigten. Ergebnisse des DGB-Index Gute Arbeit 2023.
- Kroll, L. E., Müters, S., Rattay, P. & Lampert, T. (2016). Erwerbsarbeit, Familie und Gesundheit bei Männern im erwerbsfähigen Alter in Deutschland : Ergebnisse der GEDA-Studien 2009 bis 2012. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 59(8), 932–941. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2377-9>
- LHD. (2023). Kommunale Bürgerumfrage 2022.
- MD Bund (Hrsg.). (2023). Präventionsbericht 2023. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.
- Meyer, M., Meinicke, M. & Schenkel, A. (2023). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2022. In B. Badura, A. Ducki, J. Baumgardt, M. Meyer & H. Schröder (Hrsg.), Fehlzeiten-Report. Fehlzeiten-Report 2023 (Bd. 2023, S. 435–520). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-67514-4_29
- Richter, A., Schienkiwitz, A., Starker, A., Krug, S., Domanska, O., Kuhnert, R., Loss, J. & Mensink, G. (2021). Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. <https://doi.org/10.25646/8460>
- RKI. (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. <https://doi.org/10.17886/RKIPUBL-2015-003>
- RKI. (2017). Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-112>
- RKI (2019). Zusammenhänge zwischen Partnerschaft, Elternschaft, Erwerbstätigkeit und der selbst eingeschätzten Gesundheit in Deutschland und der EU – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.25646/6218>
- RKI. (2020). Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. <https://edoc.rki.de/handle/176904/7554> <https://doi.org/10.25646/6585>
- Statistisches Landesamt Sachsen (Hrsg.). (2023). Krankenhausstatistik der Dresdner Bevölkerung: Eckdaten für Sachsen.

Fakten auf einen Blick:

Gesundes Altern

Lebensbedingungen

79 %

der 65-Jährigen und Älteren
sind mit der gesundheitlichen
Versorgung zufrieden

24,4 %

der 60-Jährigen und älteren
Bewohnerinnen und Bewohner
in Klotzsche nutzen täglich
Grünanlagen, in Plauen
nur 10,8%*

18 %

der 65- bis 74-Jährigen und
16 % der 75-Jährigen und Älteren
geben **fehlende Barrierefreiheit**
in der Wohnumgebung mit einer
Stärke von 4 bis 5 (Skala 1 bis 5) an

Gesundheitszustand

62,7 %

von Personen ab 60 Jahren
sind **übergewichtig oder
adipös***

10–12 %

der Älteren in Pieschen,
Altstadt und Neustadt schät-
zen ihren Gesundheitszustand
in den letzten 4 Wochen als
„(sehr) schlecht“ ein

Substanzkonsum

20 %

der 55- bis 64-Jährigen **rauchen**
regelmäßig, mit zunehmendem
Alter nimmt der Prozentsatz ab.

16 %

der 55- bis 64-Jährigen trinken
4 mal oder häufiger pro Woche
Alkohol – auch hier sinkt der
Anteil mit zunehmenden Alter.

Häufigste Diagnosen

Vorhofflimmern/-flattern und Herzinsuffizienz
gehören bei den Personen ab 60 Jahren zu 2 von 5
häufigsten Ursachen für Krankenhauseinweisungen.

Gesellschaftliche Teilhabe

Die meisten Menschen über 55 Jahre sind **gut in die
Gesellschaft eingebunden**. 75 % haben vier oder mehr
nahe Verwandte, aber nur 44 % haben vier oder mehr
enge Freunde.

Körperliche Aktivität

Mitgliederzahlen von Ab-50-Jährigen in Sportvereinen
steigen stetig seit 2012.

8 Gesundes Altern

8.1 Einleitung

In diesem Kapitel werden die Determinanten für ein gesundes Altern in der Stadt Dresden sowie Indikatoren für die Gesundheit älterer Menschen dargestellt. Überwiegend beziehen sich die Aussagen auf Männer und Frauen ab 65 Jahren, da in diesem Alter der Übergang in die nachberufliche Phase erfolgt. Zwar wird das Zugangsalter für die Regelaltersrente zwischen 2012 bis 2031 für die nachfolgenden Kohorten auf bis 67 Jahre angehoben, demgegenüber lag das durchschnittliche Rentenzugangsalter (ohne Erwerbsminderungsrenten) in 2022 für Männer und Frauen bei 64,4 Jahren (DRV, 2023).

Aufgrund des demografischen Wandels nimmt die Zahl der älteren Menschen von Jahr zu Jahr immer mehr zu. Nach einer Prognose der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) werden im Jahr 2050 circa 23 Millionen Menschen im Alter über 65 Jahre in Deutschland leben (BZgA, 2023). Der Prozess der Alterung der Bevölkerung ist auch in Dresden zu beobachten (Kapitel „Demografie“). 65-Jährige haben in Deutschland im Durchschnitt noch 11,4 (Frauen) bzw. 10,2 (Männer) gesunde (behinderungsfreie) Jahre vor sich (Eurostat, 2023). Eine gute **Gesundheitsförderung** und **Prävention** spielen in einer älter werdenden Bevölkerung eine wichtige Rolle, denn diese sind ausschlaggebend für die Selbstständigkeit und die aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben im höheren Alter (BZgA, 2023). Dennoch sollten sich diese Maßnahmen nicht nur an einer Sekundär- und Tertiärprävention orientieren, sondern bereits in den jungen und mittleren Jahren als Primärprävention begonnen werden. Eine gesunde Lebens- und Arbeitsweise in den jüngeren Lebensjahren hat mehr Potential, sich im späteren Lebensverlauf fortzusetzen. In Übereinstimmung mit der WHO lassen sich die Rahmenbedingungen, die ein gesundes Altern ermöglichen, folgendermaßen benennen: Psychische Umwelt (Grünflächen, Verkehr und Wohnen), altersfreundliche Rahmenbedingungen, kommunale Dienstleistungen (Kommunikation und Information, kommunale Angebote und Gesundheitsdienste) sowie das soziale Umfeld (ehrenamtliches Engagement, Inklusion und gesellschaftliche Teilhabe) (WHO, 2018).

In den kommenden Abschnitten beleuchtet dieses Kapitel einige dieser Aspekte, die als Verhältnis- und Verhaltensprävention für ein gesundes und zufriedenes Altern in Dresden verstanden werden können. Dazu zählen bspw. die Einschätzung der Verfügbarkeit von öffentlichen Verkehrsmitteln und der Verkehrsinfrastruktur für Fußgänger, die bekannte Anzahl von Angeboten und Unterstützungsleistungen für ältere und pflegebedürftige Menschen, die Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung sowie die Nutzung von Vorsorgemaßnahmen, die Verfügbarkeit von Grünanlagen sowie die gesellschaftliche Teilhabe.

Des Weiteren werden Gesundheitsindikatoren und Daten zum Gesundheitsverhalten vorgestellt, die die öffentliche und individuelle Dresdner Gesundheit beschreiben und im Kapitel „Einleitung“ definiert wurden.

8.2 Demografie

Die demografische Entwicklung der Dresdner Bevölkerung, die Altersverteilung sowie die Bevölkerungsprognose ist bereits umfangreich im Abschnitt „1.3 Entwicklungen der Altersstrukturen“ auf Seite 23 im Kapitel „Demografie“ beschrieben.

8.3 Lebensumgebung

Ein selbstbestimmtes Leben ist ein wesentliches Merkmal für Lebensqualität und Gesundheit im höheren Lebensalter. Im Folgenden werden dazu verschiedene Aspekte betrachtet, welche ein selbstbestimmtes Leben und Wohnen älterer Menschen erleichtern, erschweren oder generell beeinflussen.

8.3.1 Wichtigkeit und Zufriedenheit mit Lebensbedingungen

Für die Durchführung von alltäglichen Verrichtungen bei älteren Menschen sind folgende Elemente der Lebensumgebung wichtig, die bei der **Kommunalen Bürgerumfrage (KBU)** 2022 berücksichtigt worden sind: Verfügbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel, Einkaufsmöglichkeiten (in Wohnnähe), gesundheitliche Versorgung, Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen, Unterstützung speziell für ältere Menschen, Zustand von Straßen, Plätzen und Gehwegen sowie öffentliche Sicherheit/Schutz vor Kriminalität.

In der KBU 2022 wurden die Dresdnerinnen und Dresdner zu einer zur Wichtigkeit einzelner Lebensbedingungen und zum anderen zur Zufriedenheit mit diesen befragt. Weniger als die Hälfte der befragten 65- bis 74-Jährigen, der 75-Jährigen und Älteren sahen Stadtteilkulturzentren als wichtig oder sehr wichtig an. Freizeiteinrichtungen (Museen, Bibliotheken, weitere Kulturangebote, Freibäder, Hallenbäder und Sportanlagen) rangierten bei der subjektiven Wichtigkeit im Mittelfeld (von 55 % bis zu 67 % der Nennungen „wichtig“ oder „sehr wichtig“ in der Gruppe der 65- bis 74-Jährigen und von 50 % bis zu 59 % in der Gruppe der 75-Jährigen und Älteren). In Abb. 8.1 sind Bereiche dargestellt, die von mindestens 80 Prozent der Befragten als (sehr) wichtig erachtet werden und bei denen ein Bezug zu Gesundheit bzw. zu „**Health in all policies**“ besteht. Am wichtigsten sind den Älteren gesundheitliche Versorgung, Einkaufsmöglichkeiten in Wohnnähe (eine Bedingung zur Versorgung mit frischen Lebensmitteln), Zustand der Gehwege, Straßen und Plätze – hier gaben zwischen 97 bis 99 Prozent der Befragten beider höheren Altersgruppen an, dass ihnen diese Bereiche wichtig oder sehr wichtig sind. Aber auch Aspekte wie Verfügbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel und Grünanlagen, öffentliche Sicherheit/Schutz vor Kriminalität, gute Nachbarschaft und Unterstützung speziell für ältere Menschen wurden von mindestens 90 Prozent der Befragten beider Altersgruppen als wichtig oder sehr wichtig genannt.

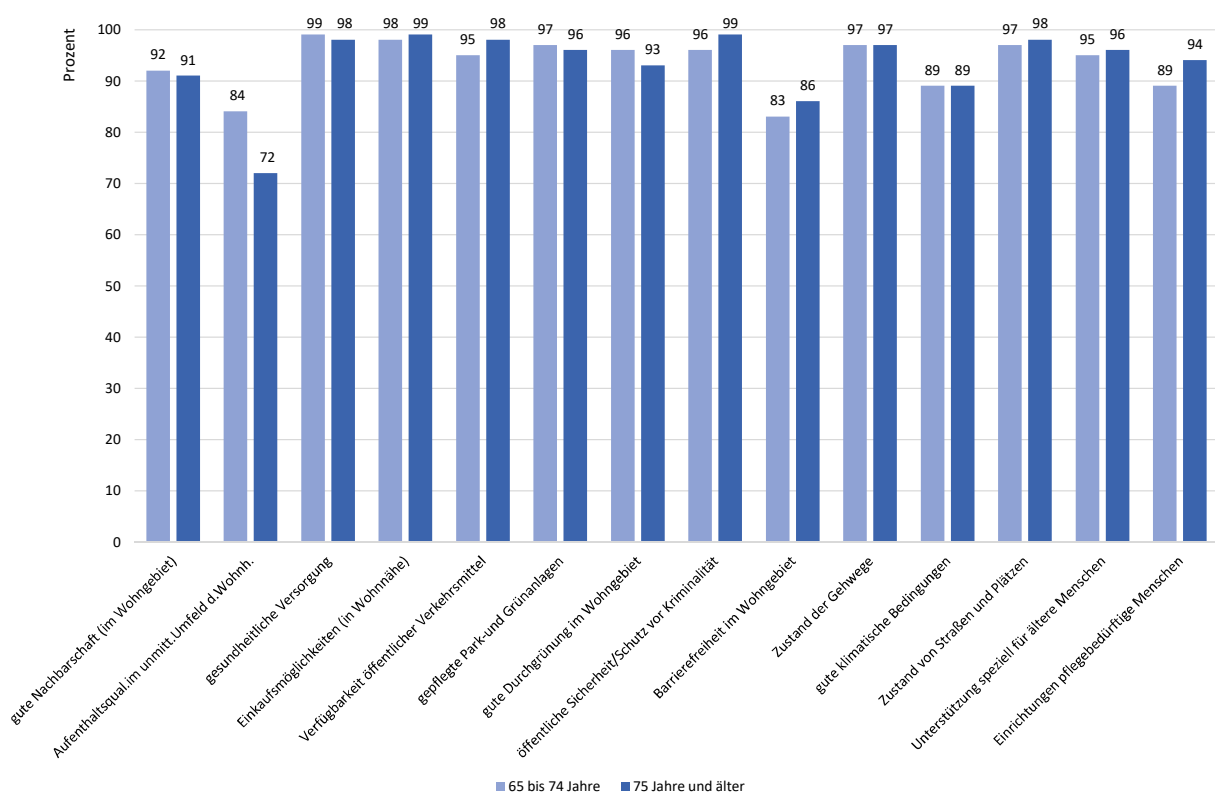


Abbildung 8.1: Wichtige und sehr wichtige Bereiche für ältere Menschen mit Gesundheitsbezug in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

Im Folgenden wird die Zufriedenheit der Dresdnerinnen und Dresdner ab 65 Jahren mit ausgewählten Bereichen des Lebens in der Stadt dargestellt, die Einfluss auf ein gesundes Altern haben. Mit der Barrierefreiheit im Wohngebiet war ein Drittel der Befragten der Altersgruppen 65 bis 74 Jahre und 75 Jahre und älter (sehr) zufrieden und zehn Prozent (sehr) unzufrieden, während in beiden Altersgruppen die indifferente Einschätzung („teils-teils“) überwog (Abb. 8.2).

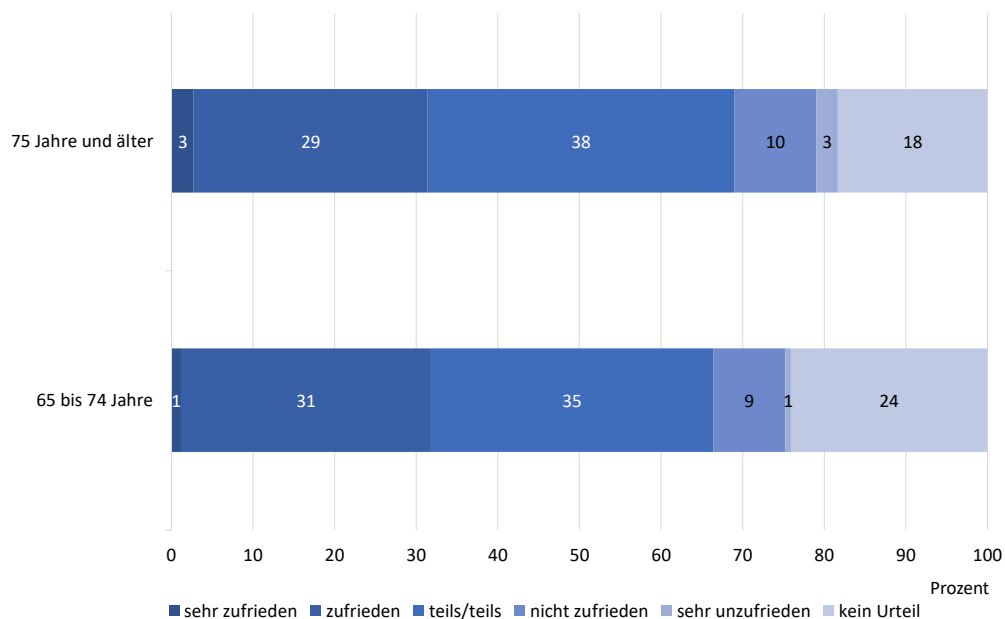


Abbildung 8.2: Zufriedenheit mit der Barrierefreiheit im Wohngebiet in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

Mit der Unterstützung speziell für ältere Menschen waren in Dresden 19 Prozent der 65- bis 74-Jährigen und 22 Prozent der 75-Jährigen und Älteren (sehr) zufrieden und zehn bzw. zwölf Prozent (sehr) unzufrieden (Abb. 8.3).

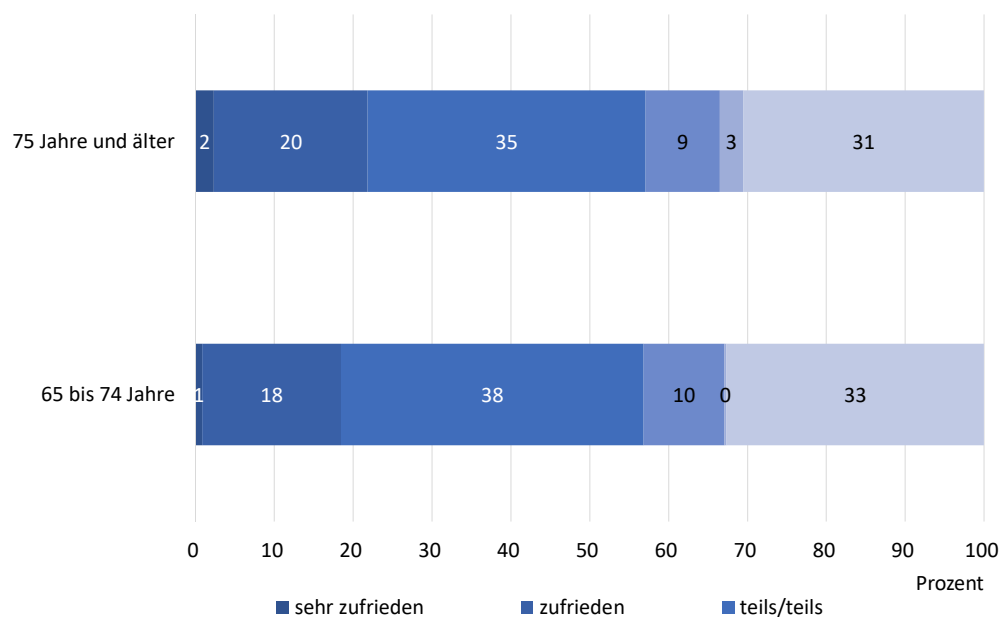


Abbildung 8.3: Zufriedenheit mit Unterstützung speziell für ältere Menschen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

Für den „Lebenslagenbericht 60+“ (LAB60+) wurden im Jahr 2021 Personen ab 60 Jahren befragt. Eine Frage in der LAB60+ Studie betraf die Nutzungshäufigkeit von Grünflächen. In Abb. 8.4 ist zu erkennen, wie oft die Bewohnerinnen und Bewohner der verschiedenen Stadtbezirke Dresdens öffentliche Parks und/oder Grünanlagen nutzen (LHD, 2022).

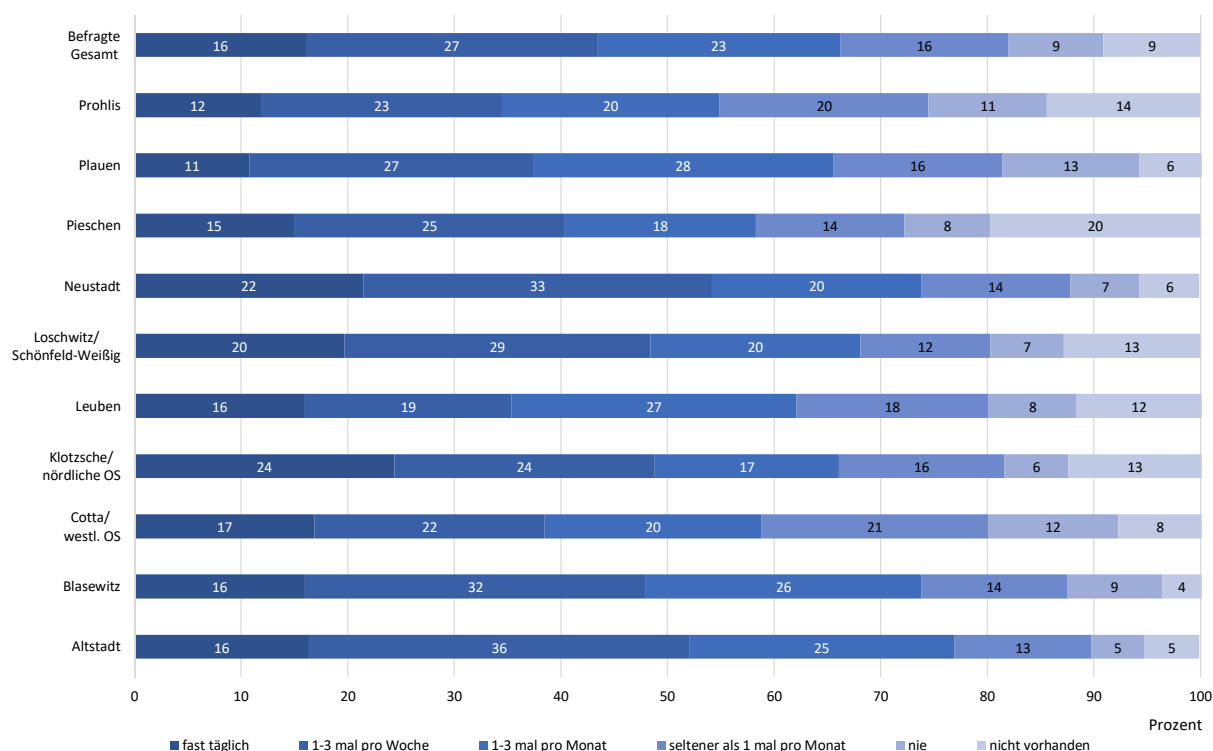


Abbildung 8.4: Nutzung von öffentlichen Parks und/oder Grünanlagen in der Wohngegend durch Personen ab 60 Jahren in Dresden laut LAB60+ 2021

Quelle: LHD, 2022; eigene Darstellung

Die Befragten in Klotzsche gaben im Vergleich zu Bewohnerinnen und Bewohnern anderer Stadtbezirke mit 24,4 Prozent am häufigsten an, täglich öffentliche Parks und/oder Grünanlagen aufzusuchen. Nur rund jeder Zehnte in Plauen gab an, fast täglich Grünanlagen aufzusuchen und rund 13 Prozent suchten niemals eine Grünfläche auf. Am seltensten wurde „nie“ von den Bewohnerinnen und Bewohnern der Altstadt angegeben (4,9 %). In einigen Stadtbezirken gaben ältere Bewohnerinnen und Bewohner zudem recht häufig an, dass in der Wohngegend keine öffentlichen Parks oder Grünanlagen vorhanden sind – in Pieschen (19,7 %), Prohlis (14,4 %), Loschwitz (12,8 %), Klotzsche (12,5 %) und Leuben (11,7 %).

8.3.2 Beeinträchtigungen in der Wohnumgebung

Im Rahmen der KBU 2022 wurden die Dresdnerinnen und Dresdner hinsichtlich der Beeinträchtigung in ihrer Wohnumgebung befragt. Im Kontext zur Gesundheit standen dabei Faktoren wie soziales Umfeld (störendes soziales Umfeld, fehlende Kontaktmöglichkeiten), eingeschränkte Möglichkeiten für Erholung und Bewegung (fehlende Grünanlagen, Kleingärten, Spielplätze, Sportanlagen und Freizeitmöglichkeiten) und konkrete Gesundheitsrisiken (Unfallrisiken im Verkehr, Hitzebelastung). Für ältere Menschen sind zudem Einschränkungen der gesellschaftlichen Teilhabe und mangelnde Barrierefreiheit relevant.

Hinsichtlich der Unfallrisiken im Verkehr zeigte sich, dass fast die Hälfte der Befragten ab 75 Jahren und 35 Prozent der Befragten im Alter 65- bis 74 Jahre diese in ihrer Wohnumgebung nicht wahrnimmt (Abb. 8.5). Eine (sehr) starke Wahrnehmung („4“ und „5“ auf einer Skala von 1 bis 5) haben lediglich 16 Prozent der 65- bis 74-Jährigen und sieben Prozent der 75-Jährigen und Älteren. Generell geben ab-75-Jährige in der KBU 2022 eine weniger starke Wahrnehmung von Unfallrisiken im Verkehr an (LHD, 2023).

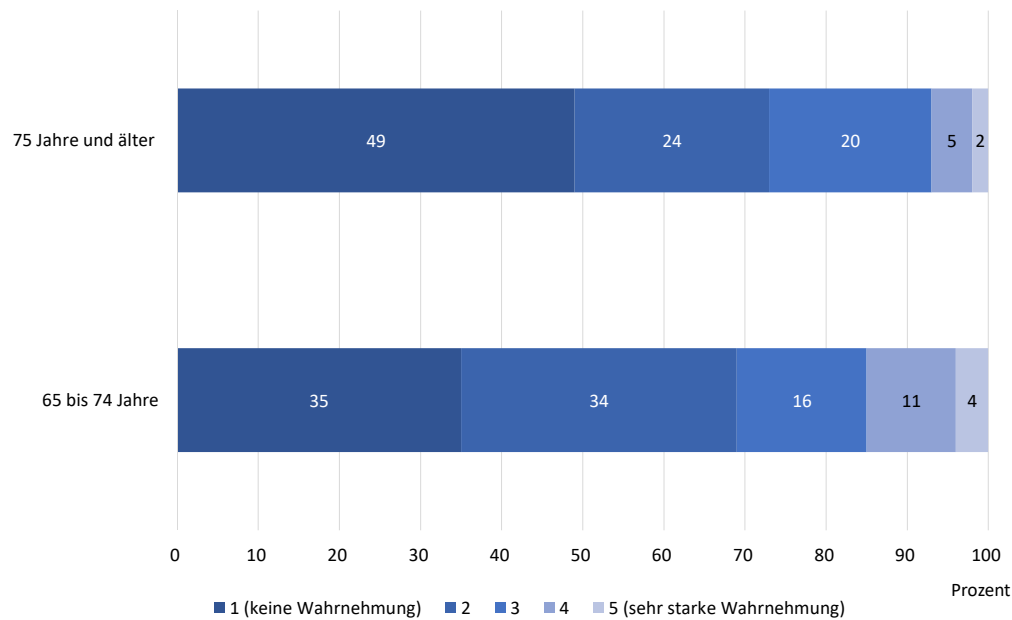


Abbildung 8.5: Wahrnehmung von Unfallrisiken im Verkehr in Prozent in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

Die Teilhabemöglichkeiten der Älteren in der Gesellschaft könnten durch strukturelle Faktoren eingeschränkt sein. Dazu gehören: fehlende Angebote für ältere Menschen, fehlende Einkaufsmöglichkeiten, schlechte Anbindung an Bus und Bahn, fehlende Barrierefreiheit oder fehlende Kontaktmöglichkeiten.

Von diesen Faktoren wird die fehlende Barrierefreiheit in der KBU 2022 als am stärksten beeinträchtigender Faktor wahrgenommen (LHD, 2023). Achtzehn bzw. 16 Prozent der Personen im Alter 65 bis 74 Jahre bzw. 75 Jahre und älter nehmen Barrieren in der Wohnumgebung (sehr) stark wahr (Abb. 8.6).

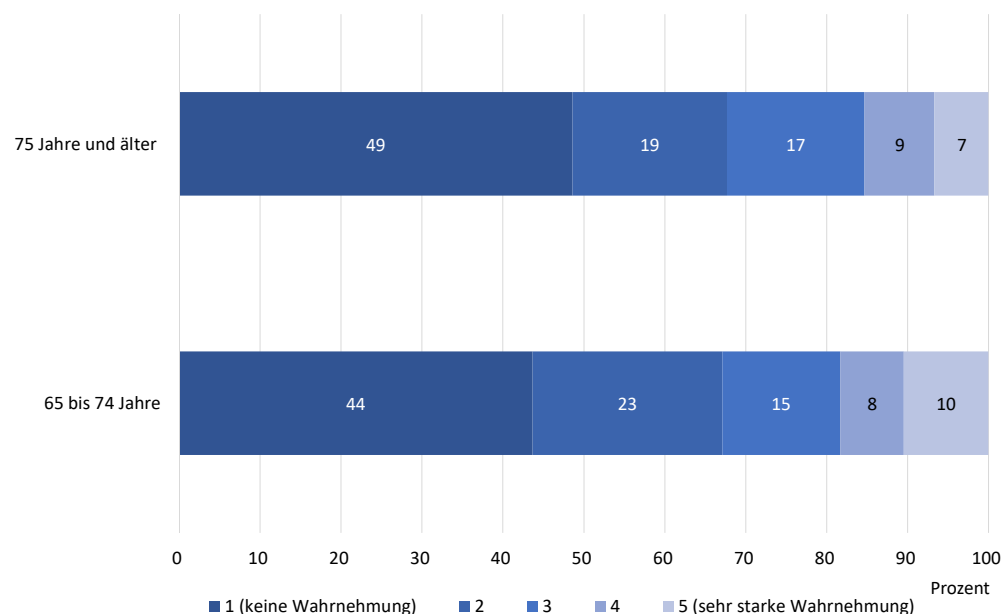


Abbildung 8.6: Wahrnehmung der fehlenden Barrierefreiheit in der Wohnumgebung in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

Fehlende Angebote für Ältere in der Wohnumgebung wurden durch 12 bzw. 13 Prozent der Befragten der Zielgruppe (65-bis 74-Jährige bzw. ab-75-Jährige) (sehr) stark wahrgenommen (Abb. 8.7).

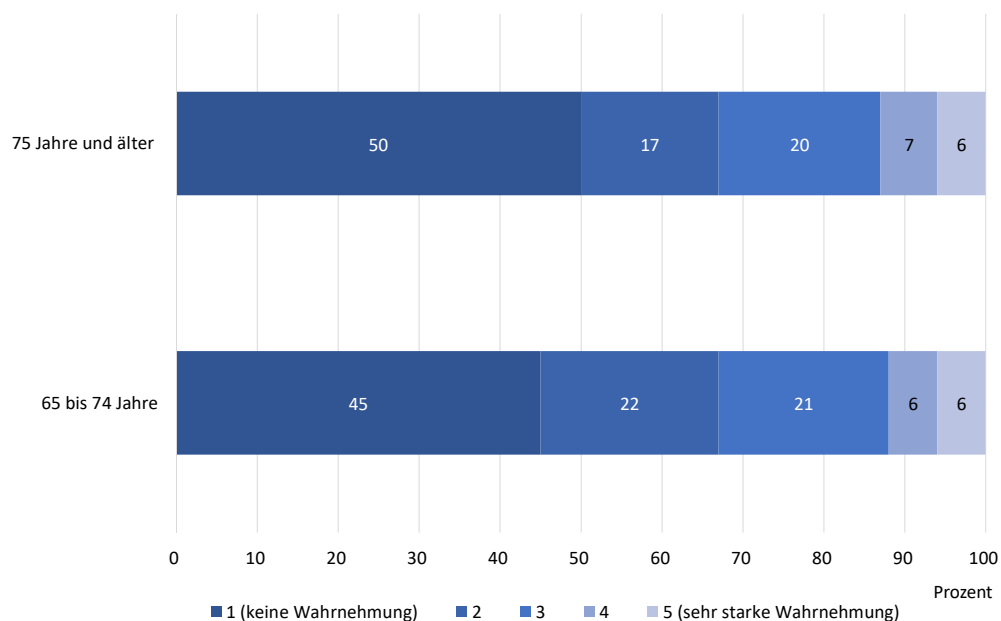


Abbildung 8.7: Wahrnehmung der fehlenden Angebote für ältere Menschen in der Wohnumgebung in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

Fehlende Einkaufsmöglichkeiten, Kontaktmöglichkeiten und schlechte Anbindung an Bus und Bahn werden weniger stark wahrgenommen (LHD, 2023).

8.3.3 Zufriedenheit mit der Verkehrsinfrastruktur

Eine gute Infrastruktur als Element der Verhältnisprävention ermöglicht den Zugang und die Teilhabe am sozialen Leben und kulturellen Angeboten sowie die Versorgung mit Waren des täglichen Bedarfs und trägt somit zu einem gesunden Altern bei. Zu dieser Infrastruktur gehören u. a. das ÖPNV-Angebot und der Zustand der Gehwege. Neben der Wahrnehmung von Lücken in diesem Bereich (voriger Abschnitt) stellte die KBU 2022 auch Fragen zur Zufriedenheit. Bezogen auf die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren empfanden 92 Prozent die ÖPNV-Verfügbarkeit als (sehr) zufriedenstellend; lediglich zwei bzw. drei Prozent gaben an, diesbezüglich unzufrieden zu sein (Abb. 8.8).

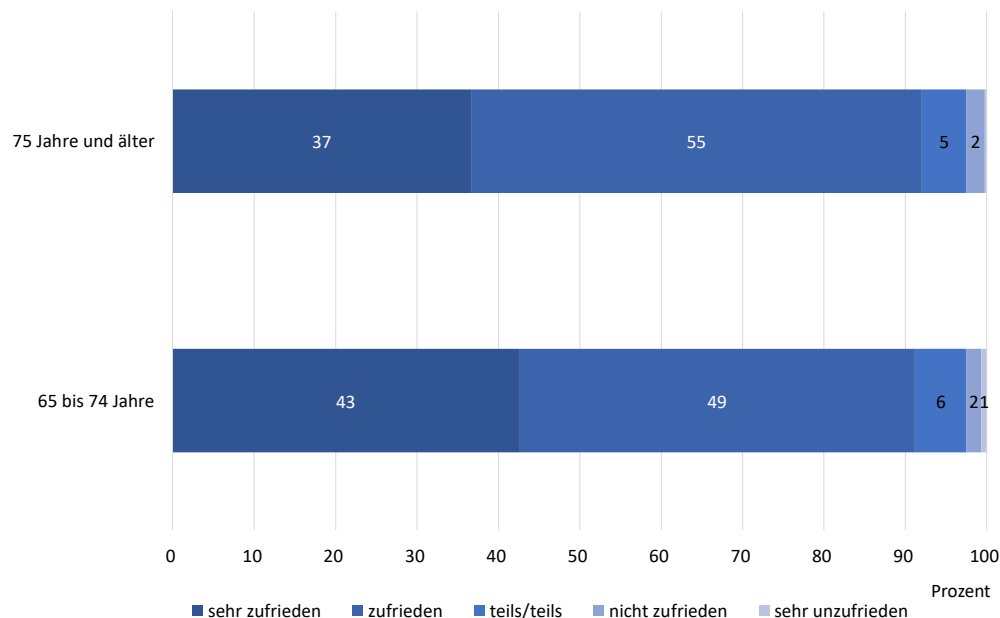


Abbildung 8.8: Zufriedenheit mit der Verfügbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel bei älteren Menschen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

Hinsichtlich des Zustands der Gehwege war die Zufriedenheit weitaus geringer. Nur 35 Prozent der befragten 65- bis 74-Jährigen und 28 Prozent der Älteren gaben an, dass sie mit dem gegenwärtigen Zustand (sehr) zufrieden sind. Demgegenüber sind 24 Prozent (65- bis 74-Jährige) bzw. 29 Prozent (75-Jährige und Ältere) nicht zufrieden oder sehr unzufrieden mit den Gehwegen (Abb. 8.9).

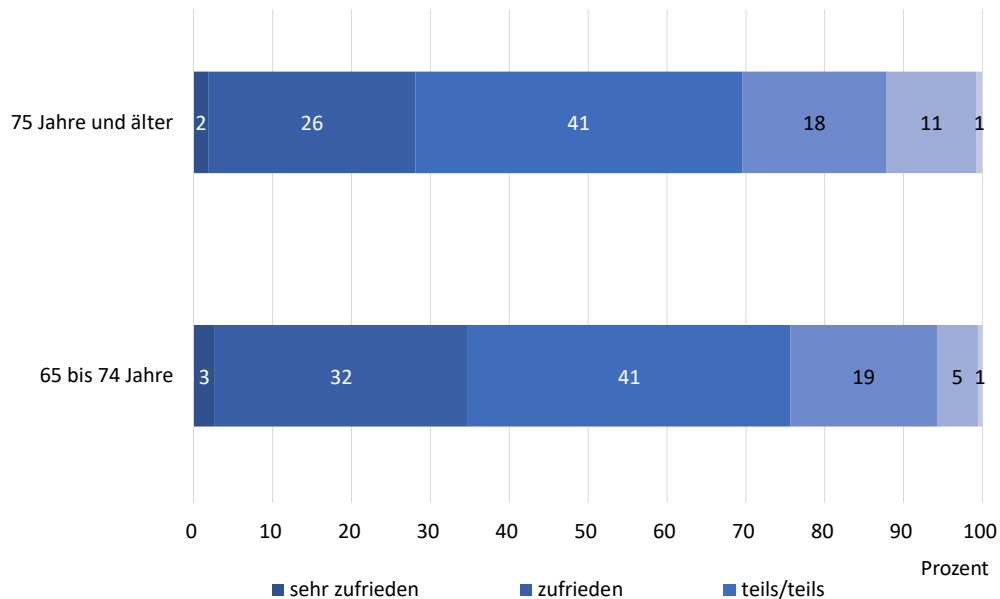


Abbildung 8.9: Zufriedenheit mit dem Zustand der Gehwege bei älteren Menschen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

In der LAB60+ Studie gaben befragte Seniorinnen und Senioren an, was ihnen in der Wohngegend für die tägliche Fortbewegung fehlt. Zwei Drittel der Befragten machten hierzu Angaben, allen voran wurden stolperfreie Fußwege genannt (23,6 % der Befragten). Somit fehlt ein wichtiger Faktor, der älteren Menschen, vor allem jenen mit Bewegungseinschränkungen, eine sichere individuelle Mobilität ermöglicht. Ungefähr genauso häufig wurden fehlende öffentliche Toiletten bemängelt (23,8 % der Befragten; ebd.) (LHD, 2022).

8.4 Gesundheitsversorgung

Mit zunehmender Multimorbidität steigt die Bedeutung der gesundheitlichen Versorgung im Alter. Im Kapitel „Gesundheitsversorgung“ sind objektive Ergebnisse zum Angebot und zur Inanspruchnahme von gesundheitlicher Versorgung und Beratung aufgeführt. In diesem Abschnitt werden Befragungsergebnisse zur Einschätzung und Nutzung von gesundheitlicher Versorgung (hier: Sekundär- und in geringerem Umfang Primärprävention) durch ältere Menschen wiedergegeben. Die Angaben stammen aus der LAB60+ Studie und aus der KBU (LHD, 2022, 2023).

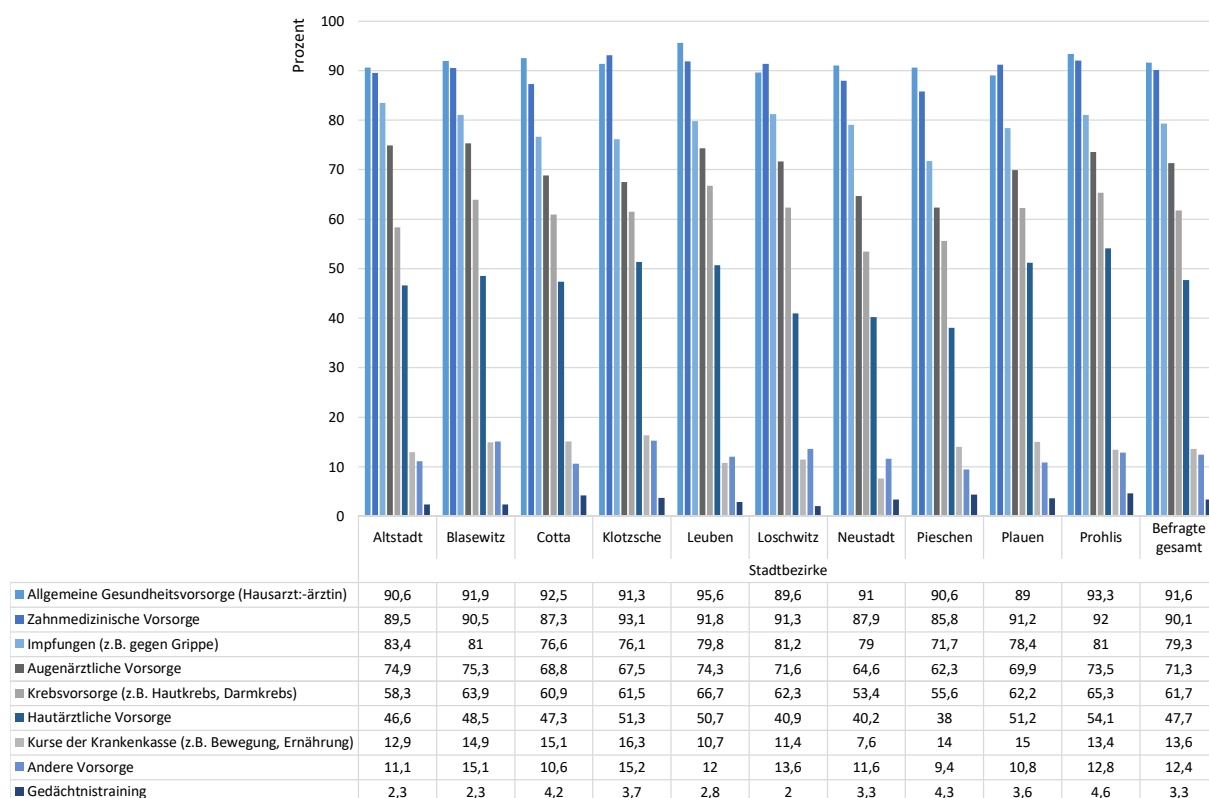


Abbildung 8.10: Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen durch Personen im Alter von 60 Jahren und älter nach Stadtbezirk und zugehörige Ortschaften in Dresden laut LAB60+ 2021

Quelle: LHD, 2022; eigene Darstellung

Abb. 8.10 zeigt die Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen in den jeweiligen Stadtbezirken in Prozent. Erfragt wurde die Nutzung der allgemeinen Gesundheitsvorsorge (Hausarzt/Hausärztin), der Krebsvorsorge (z. B. Hautkrebs, Darmkrebs), der zahnmedizinischen Vorsorge, der hautärztlichen Vorsorge, der augenärztlichen Vorsorge, des Gedächtnistrainings, der Impfungen (z. B. gegen Grippe), der Kurse der Krankenkassen und anderer Vorsorgemaßnahmen. Die häufigste Vorsorgemaßnahme war die allgemeine Gesundheitsvorsorge beim Hausarzt mit 91,6 Prozent im gesamten Stadtgebiet, dicht gefolgt von der zahnmedizinischen Vorsorge (90,1 %). Auffällig war die geringe Nutzung von den Kursen der Krankenkassen (13,6 %) und des Gedächtnistrainings mit nur 3,3 Prozent. Der Stadtbezirk Pieschen wies in fünf der neun Kategorien die niedrigsten Werte auf. Bewohnerinnen und Bewohner in Klotzsche hatten im Vergleich die häufigste selbstberichtete Inanspruchnahme in drei Kategorien.

Abb. 8.11 zeigt die Nutzung ausgewählter Vorsorgemaßnahmen (Hautarzt, Augenarzt, Krebsvorsorge, Kurse der Krankenkassen) nach Geschlecht bei Personen im Alter von 60 Jahren und älter an. Es wurde explizit nach Vorsorgemaßnahmen gefragt und nicht nach akuten ärztlichen Behandlungen. In den dargestellten Kategorien nutzten Männer die Präventionsmaßnahmen etwas weniger häufig als Frauen. Nur wenige Personen besuchten die Kurse der Krankenkassen (9,8 % der Männer und 17,4 % der Frauen). Knapp die Hälfte der Befragten nutzten die Vorsorge beim Hautarzt. Rund drei Viertel der Frauen gaben an, Präventionsangebote der Augenärzte wahrzunehmen.

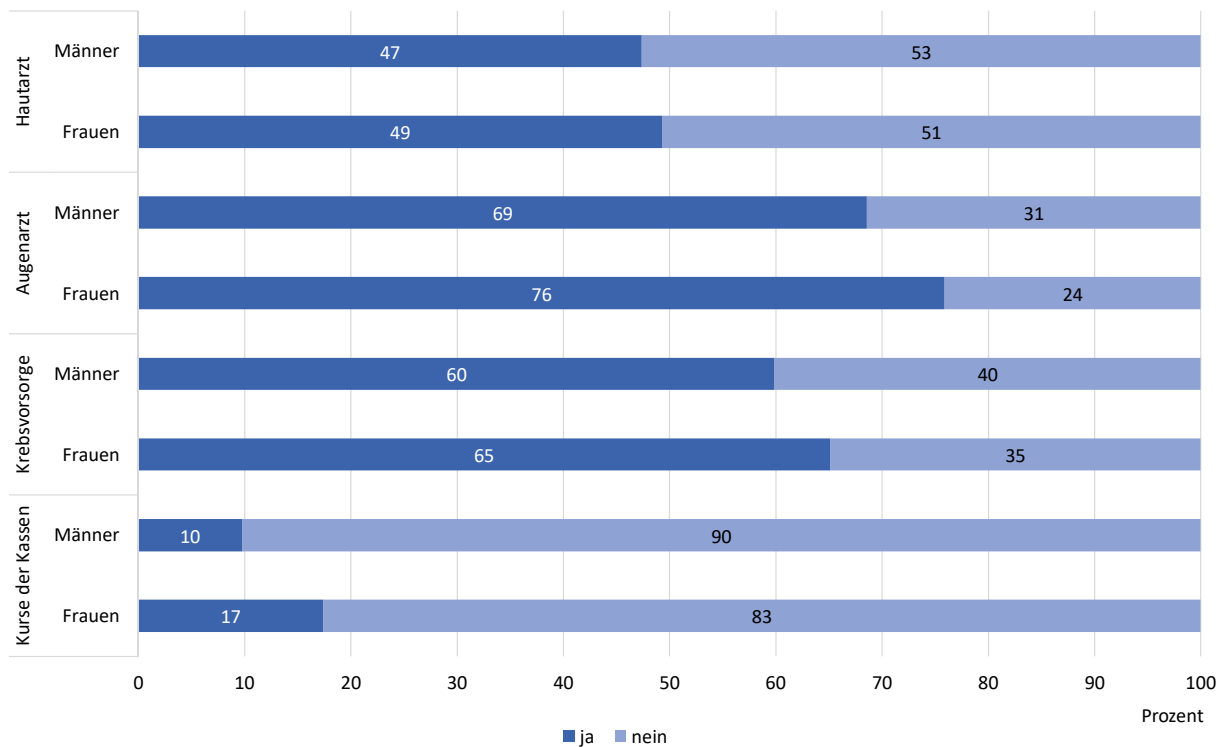


Abbildung 8.11: Nutzung von ausgewählten Vorsorgemaßnahmen durch Personen im Alter von 60 Jahren und älter, nach Geschlecht in Dresden laut LAB60+ 2021

Quelle: LHD, 2022; eigene Darstellung

In der KBU 2022 wurde nach der Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung gefragt, jedoch ohne genauere Spezifizierung des Begriffs „gesundheitlicher Versorgung“. In Abb. 8.12 sind die Werte für Personen ab 65 Jahren angegeben. Mehrheitlich waren diese mit gesundheitlicher Versorgung zufrieden. 79 Prozent sowohl der Personen im Alter von 65 bis 74 Jahren als auch 75 Jahren und älter gaben an, damit zufrieden oder sehr zufrieden zu sein. Der Anteil der Unzufriedenen ist bei den Personen ab 75 Jahren höher als bei der jüngeren Altersgruppe (LHD, 2023).

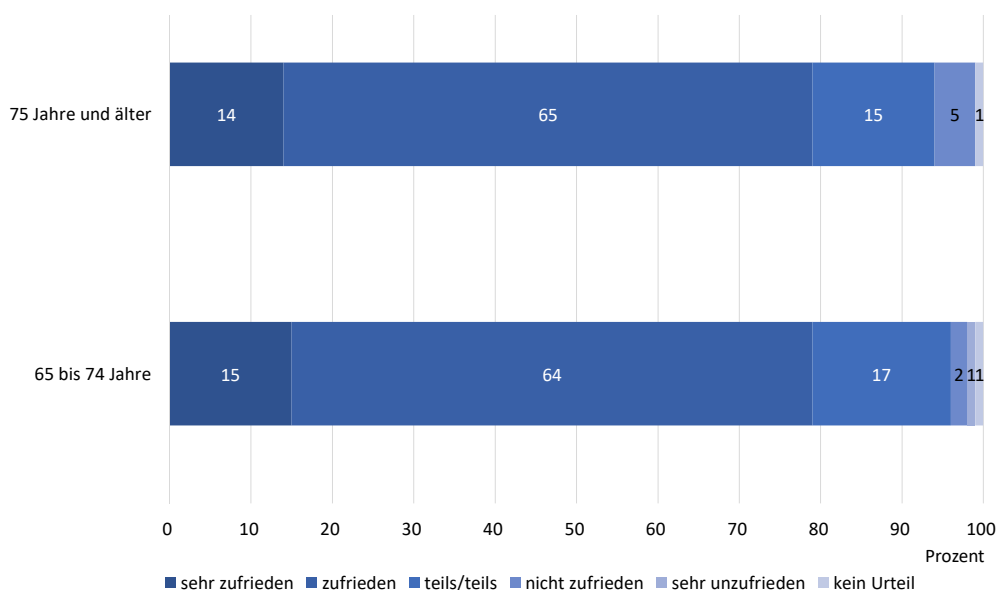


Abbildung 8.12: Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung bei älteren Menschen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

8.5 Gesundheitszustand

In dem folgenden Abschnitt werden altersbezogene Aspekte in Bezug auf den Gesundheitszustand der älteren Bürgerinnen und Bürger näher beleuchtet. Ein gesundes Altern setzt voraus, dass präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen frühzeitig ansetzen. Die betrachtete Zielgruppe befindet sich im Übergang vom Erwerbsleben ins Rentenleben. Der Übergang in die nachberufliche Lebensphase weist eine besondere Sensibilität im Hinblick auf Gesunderhaltung auf, da mitunter betriebsseitig oder im Arbeitsalltag integrierte Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements entfallen und insofern die Anbindung an neue Strukturen und Angeboten in Teilen erforderlich werden kann. Zudem stehen Menschen jenseits des Berufslebens vor der Herausforderung, sich weiterhin sinnstiftenden Aufgaben im Sinne einer hohen Lebensqualität widmen zu können.

8.5.1 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes

In der KBU 2014, die die Grundlage für das „Stadtgesundheitsprofil 2016“ bildete, wurden der Gesundheitszustand und das Wohlbefinden als subjektive Einschätzungen erfragt (LHD, 2015). In der KBU 2022 wurde zusätzlich nach der „körperlichen Gesundheit“ und „seelischen Gesundheit“ gefragt (LHD, 2023). Die Konstrukte „Gesundheitszustand“ und „Wohlbefinden“ wurden dabei nicht erläutert; so dass gerade der zweite Begriff Spielraum für Interpretationen bietet. Personen im Alter von 75 und mehr Jahren bewerteten sowohl ihren Gesundheitszustand als auch ihr Wohlbefinden schlechter als 65- bis 74-Jährige (Abb. 8.13), und diese wiederum schlechter als jüngere Altersgruppen. Es überwog jedoch deutlich die Einschätzung „gut“ und „einigermaßen zufriedenstellend“ in Bezug auf den Gesundheitszustand und „gut“ in Bezug auf das Wohlbefinden.

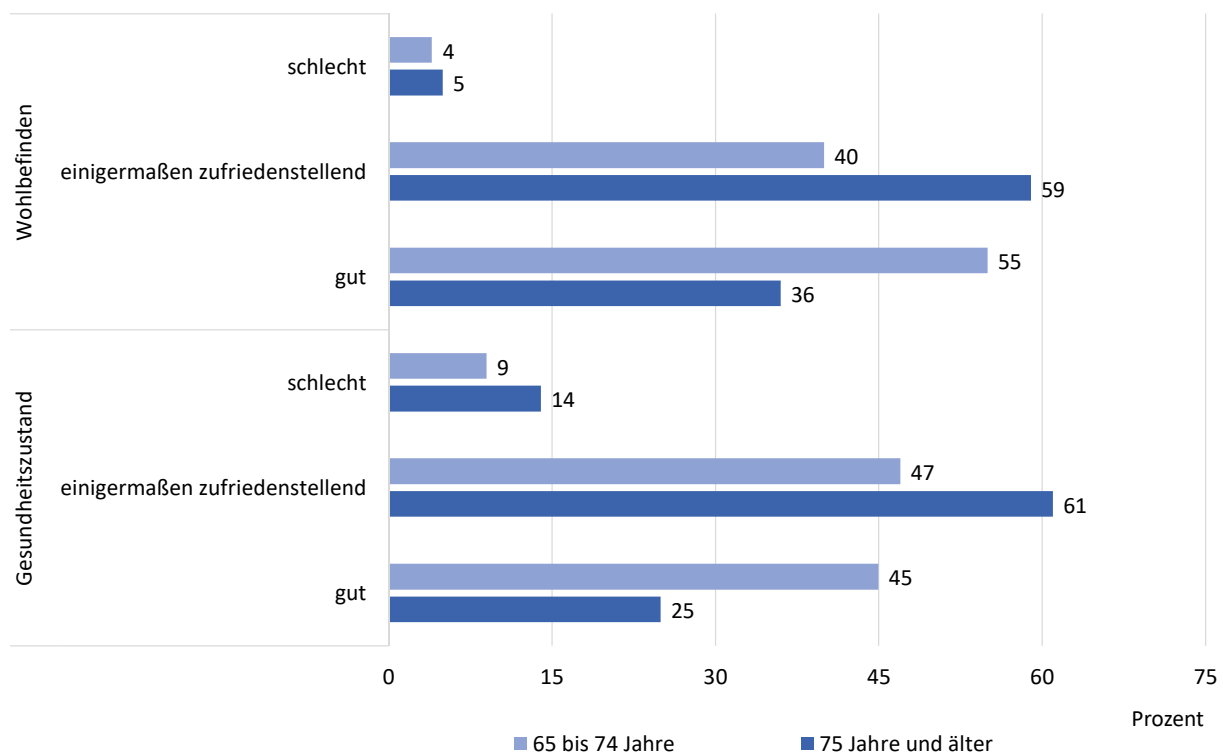


Abbildung 8.13: Einschätzung des Gesundheitszustandes und des Wohlbefindens in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

In der Literatur lassen sich keine eindeutigen Hinweise darauf finden, inwieweit die Verrentung zu einem sich verschlechternden Gesundheitszustand führt (Eibich, 2014). Gleichwohl läutet der Renteneintritt eine neue Lebensphase ein und stellt ein kritisches Lebensereignis dar, das insbesondere im Falle von geringen gesundheitlichen Ressourcen und sozialer Ungleichheit Gesundheitsrisiken verschärfen kann (KGC, 2024).

Auch in umgekehrter Richtung gibt es Zusammenhänge zwischen selbst eingeschätztem Gesundheitszustand und dem gewünschten, geplanten und/oder möglichen Renteneintrittsalter. Die Längsschnittuntersuchung LidA der Bergischen Universität Wuppertal zeigte, dass die Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe; Altenpflege; Getränke- und Speiseherstellung und Reinigung Risiken für den früheren Berufsausstieg aus gesundheitlichen Gründen bergen (Garthe & Hasselhorn, 2023). Hier lag das Alter, bis zu dem sich die genannten Berufsgruppen körperlich und geistig in der Lage fühlen, in ihrem Beruf zu arbeiten, im Mittelwert bei unter 64 Jahren. In den genannten Berufsgruppen außer der Getränke- und Speiseherstellung lag das geplante Erwerbsaustrittsalter („Planen“) unterhalb des möglichen Alters („Können“) (ebd.).

Die GEDA14-Studie des RKI, die, im Gegensatz zur LidA-Studie, nicht nur auf ältere Erwerbstätige abzielte, zeigte, dass das „Können“ („Bis zu welchem Alter können Sie arbeiten?“) in den neuen Bundesländern mit knapp über 63 Jahren im Mittelwert niedriger eingeschätzt wird als in den alten Bundesländern mit knapp unter 64 Jahren (Hasselhorn, 2020). Je schwerer die Arbeit, je schlechter die Einschätzung des Gesundheitszustandes und je stärker die Einschränkung durch eine chronische Krankheit, desto niedriger wird das mögliche Alter eingeschätzt, bis zu dem eine Weiterarbeit möglich ist (ebd.). Als positiver Trend zeigt sich, dass über den Zeitverlauf das mögliche und gewünschte Renteneintrittsalter steigt und dass ältere Beschäftigte ein höheres gewünschtes und mögliches Renteneintrittsalter angeben als jüngere Beschäftigte (Garthe & Hasselhorn, 2023). Dies könnte auf einen besseren Gesundheitszustand bei älteren Beschäftigten hinweisen.

Im Lebenslagenbericht (LAB60+ Studie) wurden zur Erfassung der körperlichen Gesundheit sowie des Wohlbefindens die wissenschaftlich validierten Skalen „SF-8“ (Short-Form-Health-Survey) und „WHO-5“ genutzt, die sich auf die letzten vier Wochen vor der Befragung beziehen. Im Folgenden werden ausgewählte Fragen aus der SF-8-Skala dargestellt.

In der Darstellung nach Stadtbezirken zeigt sich, dass Personen ab 65 Jahren ihren Gesundheitszustand in den letzten vier Wochen überwiegend gut bewerteten (Abb. 8.14). Am häufigsten gaben Bewohnerinnen und Bewohner von Pieschen, der Altstadt und Neustadt ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ an (zwischen 11 bis 12 % der Befragten).

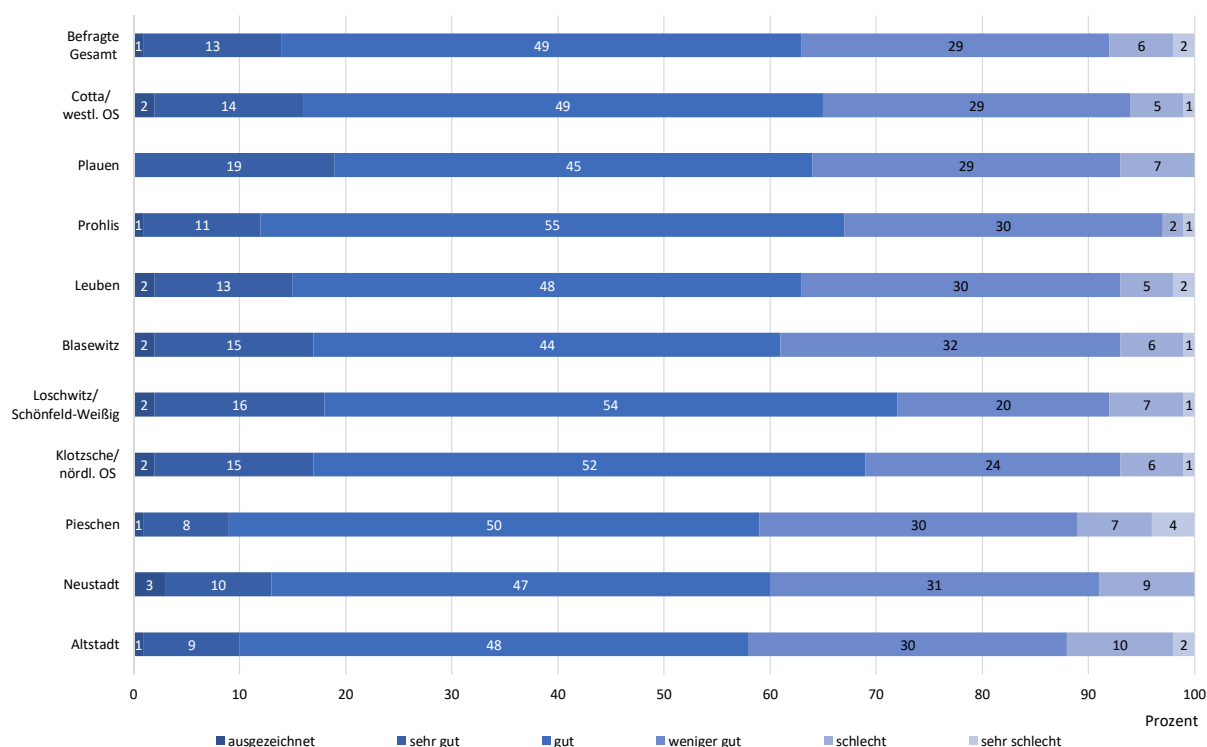


Abbildung 8.14: Bewertung des eigenen Gesundheitszustands in den letzten vier Wochen (Personen > 64 Jahre) in Dresden laut LAB60+ 2021

Quelle: LHD, 2022, Sonderauswertung; eigene Darstellung

Die LAB 60+ Teilnehmenden wurden auch gefragt, wie sehr Probleme mit der körperlichen Gesundheit sie in den letzten vier Wochen bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt haben. Den höchsten Prozentsatz negativer Einschätzungen („ziemlich“, „war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage“) gab es in der Neustadt und in Leuben (28 %; Gesamtdurchschnitt: 22 %). Höher als der Gesamtdurchschnitt (50 %) war der Anteil positiver Meldungen in Klotzsche (60 %), in Prohlis (56 %), in Loschwitz (53 %) und in Plauen (51 %) (LHD, 2022).

Der Lebenslagenbericht nutzte auch die fünfstufige WHO-5-Skala „Well-Being Index“, der das subjektive Wohlbefinden und die Lebensqualität sowie erhöhte Depressivität misst. Laut der Befragung berichteten 33,7 Prozent der Seniorinnen und Senioren ab 60 Jahren über eine erhöhte Depressivität. (ebd.). Auswirkungen der Corona-Pandemie, während derer die Befragung durchgeführt wurde, lassen sich nicht ausschließen. Die Anteile waren am niedrigsten bei Männern (28,9 % gegenüber 38,1 % bei Frauen), bei Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status und bei Personen im Alter von 65 bis 69 Jahren (25,9 % gegenüber 32,7 % im Alter 60 bis 64 Jahre, anschließend mit dem Alter ansteigend) (ebd.). Deutschlandweite Studien zeigen anhand der Indikatoren des PHQ-8 (Patient Health Questionnaire) jedoch, dass generell junge Menschen eine höhere Prävalenz von depressiven Symptomen zeigen als ältere (Heidemann et al., 2021).

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung lässt sich des Weiteren an der Verteilung des Body-Mass-Index (Abb. 8.15), der Multimorbidität und weiteren Erkrankungen ablesen (Abb. 8.16 und 8.17; Kapitel „Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten“) (Naidoo & Wills, 2019). Abb. 8.15 stellt die Verteilung der Kategorien Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas unter den Befragten ab 60 Jahren in Prozent dar. Es handelt sich um eine subjektive Einschätzung, da die Zahlen auf selbstberichteten Werten beruhen. Es ist zu erkennen, dass die männlichen Befragten häufiger Übergewicht angegeben haben als die weiblichen Befragten. Etwas mehr weibliche als männliche Befragte berichteten, von Adipositas und Untergewicht betroffen zu sein. Das Untergewicht tritt jedoch insgesamt nur bei 0,9 Prozent der Befragten auf. 62,7 Prozent der Befragten schätzten sich entweder als übergewichtig oder als adipös ein.

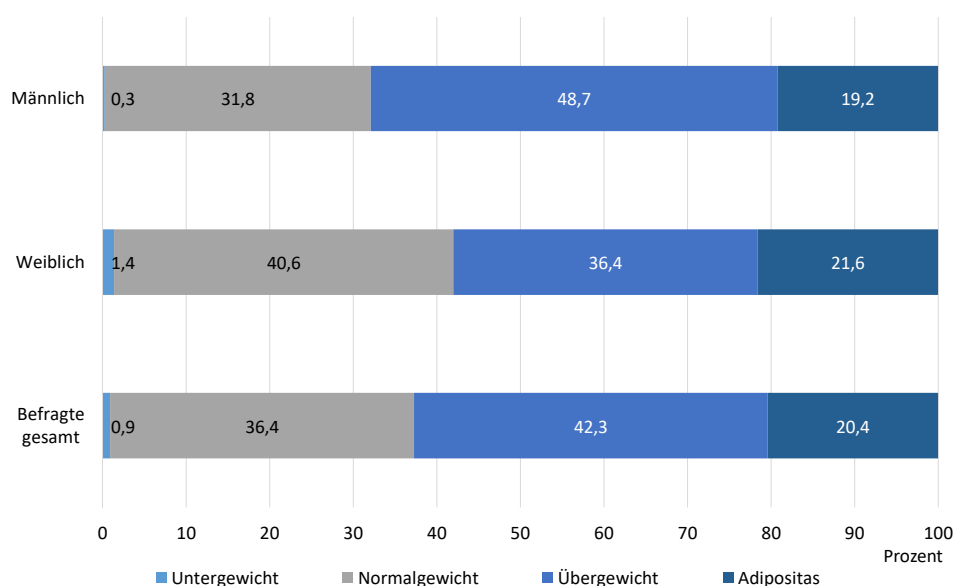


Abbildung 8.15: Darstellung der Kategorien des Body-Mass-Index (BMI) nach Geschlecht (Alter 60+) in gerundeten Prozent in Dresden laut LAB60+ 2021

Quelle: LHD, 2022; eigene Darstellung

Von allen Altersgruppen ist bei den 70- bis 74-Jährigen die Kategorie der selbstberichteten Adipositas mit 25,5 Prozent am stärksten vertreten (Abb. 8.16). Die meisten Angaben zu Übergewicht fanden sich in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen (44,9 %). Die meisten Eigenangaben zu Normalgewicht konnten in der Gruppe der über 85-Jährigen festgestellt werden (46,5 %).

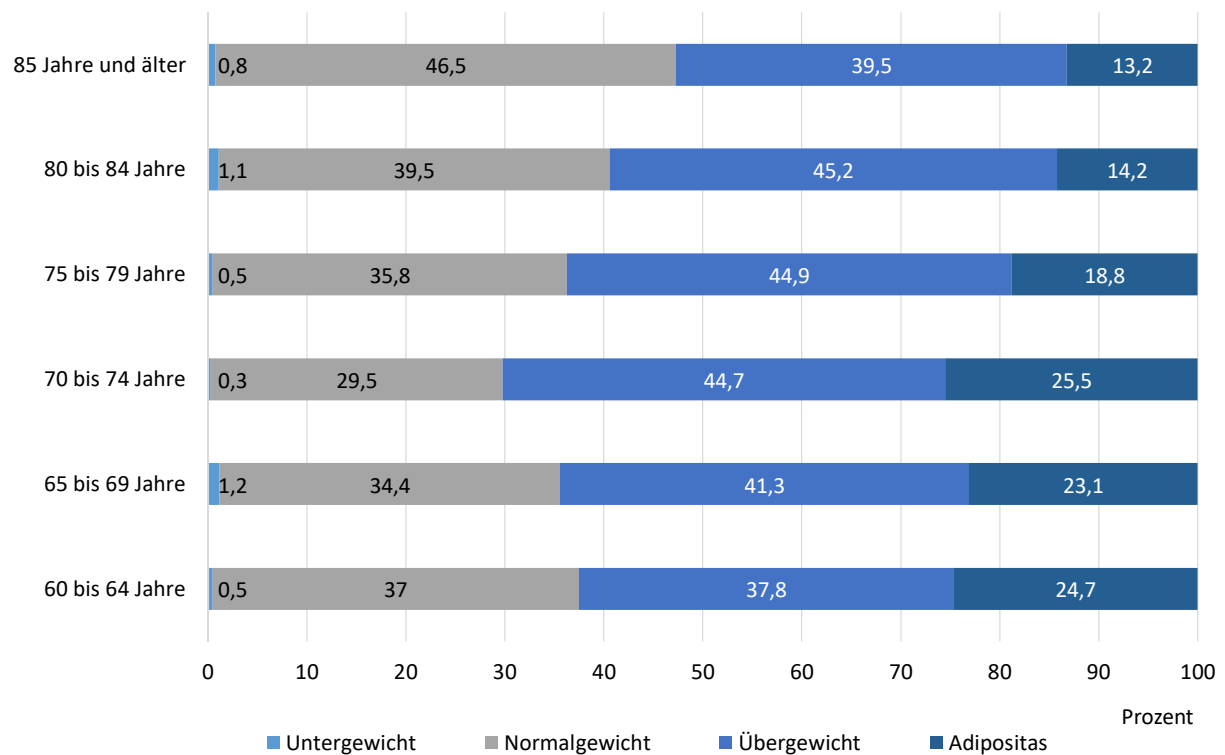


Abbildung 8.16: Darstellung der Kategorien des Body-Mass-Index (BMI) nach Altersgruppen in Dresden laut LAB60+ 2021
Quelle: LHD, 2022; eigene Darstellung

Mit steigendem Alter nimmt die Multimorbidität zu. Nur zehn Prozent der Personen im Alter von 60 Jahren und älter gaben an, an keiner Erkrankung zu leiden (Abb. 8.17).

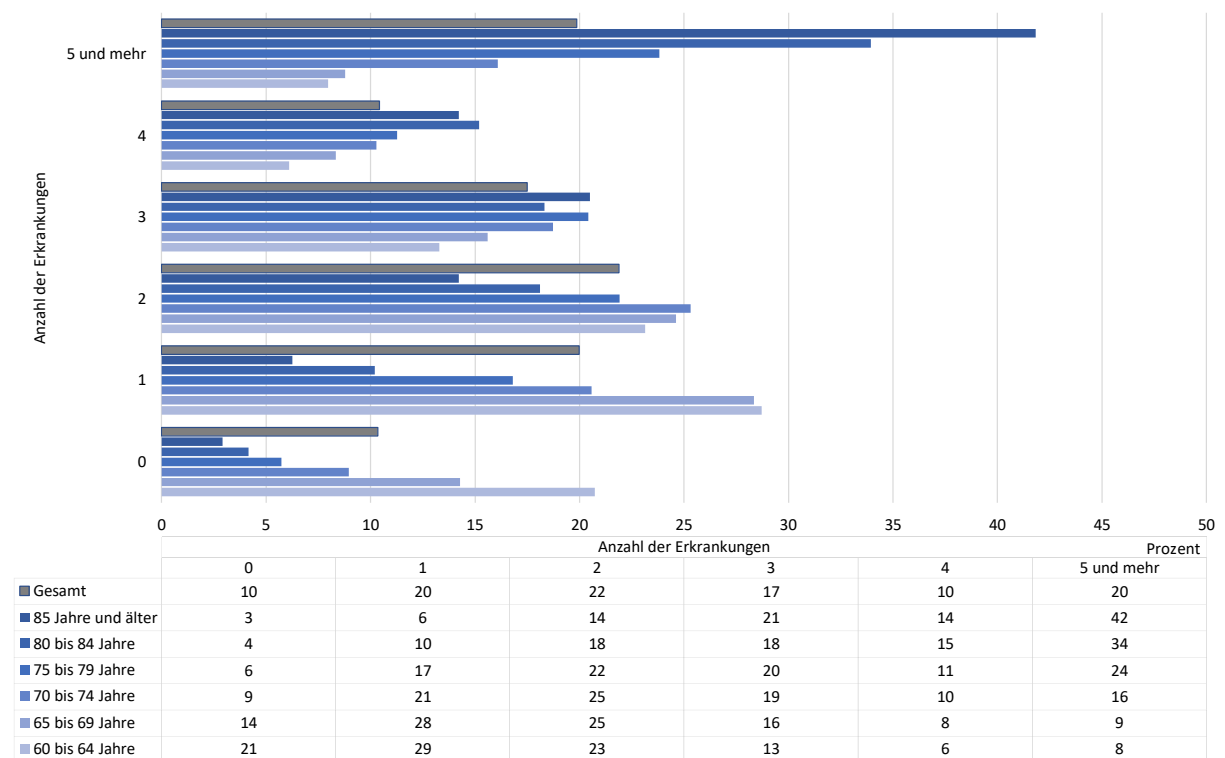


Abbildung 8.17: Anzahl der selbstberichteten Erkrankungen nach Alter in Dresden laut LAB60+ 2021
Quelle: LHD, 2022; eigene Darstellung

Für die Gruppe der fünf häufigsten selbstberichteten Erkrankungen nimmt die Prävalenz mit steigendem Alter zu, mit Ausnahme von chronischen Schmerzen (27 % der 60- bis 64-Jährigen berichten davon, in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen war der Anteil mit 24 % etwas weniger) (LHD, 2022) (Abb. 8.18).

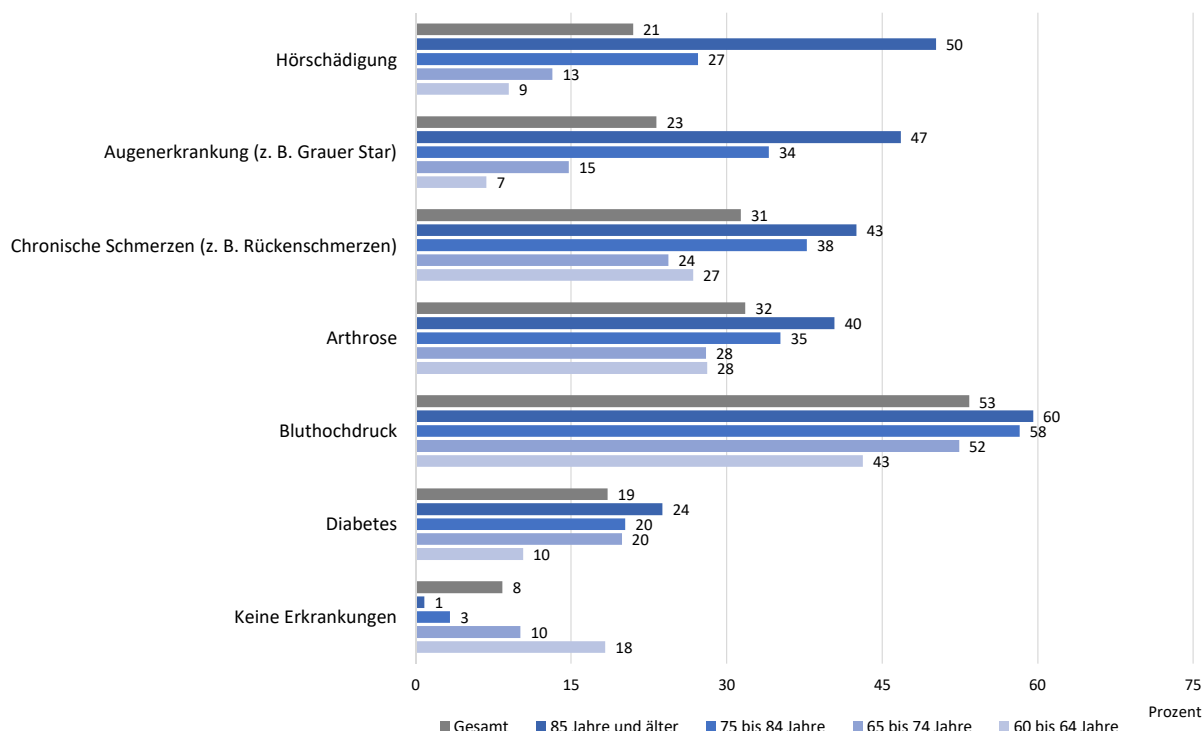


Abbildung 8.18: Fünf häufigste selbstberichtete Erkrankungen bei Menschen ab 60 Jahren in Dresden laut LAB60+ 2021

Quelle: LHD, 2022; eigene Darstellung

8.5.2 Häufigste Krankenhausfälle der Krankenhausstatistik

Im Alter nehmen Gesundheitsprobleme sowie die Dauer und Schwere von Erkrankungen zu. Nicht selten werden Krankheiten chronisch. Ein weiterer Aspekt ist die Multimorbidität, zu der in Abschnitt 8.5.1. selbstberichtete Daten aus dem Lebenslagenbericht dargestellt wurden (LHD, 2022). Bezüglich der objektiven Multimorbidität erlauben die verfügbaren Daten für Dresden keine Aussage. Es bleibt jedoch zu erwähnen, dass Menschen im Alter 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).

Für Dresden sind Daten zu den fünf häufigsten Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten Krankenhausfälle (Patientenfälle) für die Altersgruppen 60 bis 69 Jahre, 70 bis 79 Jahre und 80 Jahre und älter nach Geschlecht verfügbar (Tab. 8.1, Tab. 8.2, Tab. 8.3). Für die Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen zeigt sich, dass sich die fünf häufigsten Hauptdiagnosen im Zeitverlauf 2018, 2020 und 2022 nicht geändert haben und dass „Vorhofflimmern und Vorhofflattern“ weiterhin den ersten Platz einnimmt. Jedoch haben psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol und Herzinsuffizienz gegenüber Arthrose des Kniegelenkes und des Hüftgelenkes in der Gesamtbevölkerung etwas an Bedeutung verloren, allerdings nicht bei Männern im Alter 60 bis 69 Jahren, bei denen sie 2022 den zweiten Platz der Krankenhauseinweisungen einnahmen (Tab. 8.1). Eine Besonderheit bei Männern dieser Altersgruppe war auch Diabetes mellitus Typ 2 und Arteriosklerose unter den „Top fünf“ im Zeitverlauf, bei Frauen dieser Altersgruppe wiederum Brustkrebs sowie die Fraktur des Unterarmes (2018 und 2022).

Tabelle 8.1: Fünf häufigste Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz Stadt Dresden der Altersgruppe 60 bis unter 70 Jahre nach Geschlecht 2018, 2020 und 2022

Rang- folge Häufigste Diagnose	2018		2020		2022	
	ICD-10-GM Version	Anzahl Patienten- fälle	ICD-10-GM Version	Anzahl Patienten- fälle	ICD-10-GM Version	Anzahl Patienten- fälle
Insgesamt						
1	I48 Vorhofflimmern und Vorhofflattern	293	I48 Vorhofflimmern und Vorhofflattern	356	I48 Vorhofflimmern und Vorhofflattern	323
2	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	281	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	300	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	308
3	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	267	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	278	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	274
4	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	263	I50 Herzinsuffizienz	264	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	257
5	I50 Herzinsuffizienz	240	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	262	I50 Herzinsuffizienz	221
Männlich						
1	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	191	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	239	I48 Vorhofflimmern und Vorhofflattern	185
2	C61 Bösartige Neubildung der Prostata	173	I48 Vorhofflimmern und Vorhofflattern.- Vorhofflimmern und Vorhofflattern	204	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	178
3	I48 Vorhofflimmern und Vorhofflattern	170	C61 Bösartige Neubildung der Prostata	197	I50 Herzinsuffizienz	158
4	I50 Herzinsuffizienz	157	I50 Herzinsuffizienz	176	E11 Diabetes mellitus, Typ 2	150
5	I21 Akuter Myokardinfarkt	153	I21 Akuter Myokardinfarkt	149	I70 Atherosklerose	149
Weiblich						
1	I48 Vorhofflimmern und Vorhofflattern]	172	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	181	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	187
2	C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	148	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	156	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	162
3	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	141	I48 Vorhofflimmern und Vorhofflattern	152	C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	145
4	K80 Cholelithiasis	135	C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	137	S52 Fraktur des Unterarmes	140
5	S52 Fraktur des Unterarmes	131	K80 Cholelithiasis	125	I48 Vorhofflimmern und Vorhofflattern	138

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2023

Bei den 70- bis 79-Jährigen gehörten Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern und Vorhofflattern, Arthrose des Knie- und Hüftgelenkes sowie Hirninfarkt im Zeitverlauf zu den häufigsten Ursachen für Krankenhauseinweisungen für die Gesamtbevölkerung im Zeitverlauf sowie bei den Frauen dieser Altersgruppe in den Jahren 2020 und 2022 (Tab. 8.2). Bei Männern im Alter 70 bis 79 Jahre hingegen dominierte 2022 neben Herzinsuffizienz, Hirninfarkt, Vorhofflimmern und Vorhofflattern der Prostatakrebs sowie die Prostatahyperplasie (Vergrößerung der Prostata) das Krankheitsgeschehen im Hinblick auf stationäre Einweisungen.

Tabelle 8.2: Fünf häufigste Hauptdiagnosen der vollständig behandelten Krankenhausfällen in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz Stadt Dresden der Altersgruppe 70 bis unter 80 Jahre nach Geschlecht 2018, 2020 und 2022

Rang- folge Häufigste Diagnose	2018				2020				2022			
	ICD-10-GM Version		Anzahl Patienten- fälle		ICD-10-GM Version		Anzahl Patienten- fälle		ICD-10-GM Version		Anzahl Patienten- fälle	
Insgesamt												
1	I50	Herzinsuffizienz	617	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	581	I50	Herzinsuffizienz			587	
2	I48	Vorhof- flimmern und Vorhofflattern	524	I50	Herzinsuffizienz	580	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern			543	
3	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	467	M17	Gonarthrose [Arthro- se des Kniegelenkes]	378	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]			392	
4	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	402	M16	Koxarthrose [Arthro- se des Hüftgelenkes]	358	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]			389	
5	I63	Hirnfarkt	371	I63	Hirnfarkt	328	I63	Hirnfarkt			336	
Männlich												
1	I50	Herzinsuffizienz	361	I50	Herzinsuffizienz	348	I50	Herzinsuffizienz			353	
2	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	263	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern.- Vor- hofflimmern und Vorhofflattern	242	C61	Bösartige Neubildung der Prostata			234	
3	I48	Vorhof- flimmern und Vorhofflattern	240	C61	Bösartige Neu- bildung der Prostata	204	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern			218	
4	I63	Hirnfarkt	210	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	184	I63	Hirnfarkt			182	
5	K40	Hernia inguinalis	190	I63	Hirnfarkt	164	N40	Prostatahyperplasie			180	
Weiblich												
1	I48	Vorhof- flimmern und Vorhofflattern]	302	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	339	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern			325	
2	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	300	M17	Gonarthrose [Arthro- se des Kniegelenkes]	233	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]			252	
3	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	263	I50	Herzinsuffizienz	232	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]			251	
4	I50	Herzinsuffizienz	256	M16	Koxarthrose [Arthro- se des Hüftgelenkes]	228	I50	Herzinsuffizienz			234	
5	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	171	I63	Hirnfarkt	164	I63.	Hirnfarkt			154	

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2023

Herzinsuffizienz sowie Fraktur des Femurs (Oberschenkelknochen) waren die zwei häufigsten Krankenhausdiagnosen der Bevölkerung ab 80 Jahren in Dresden in den Jahren 2018, 2020 und 2022 (Tab. 8.3). 2022 waren darüber hinaus der Hirninfarkt, die intrakranielle Verletzung sowie Vorhofflimmern und Vorhofflattern zahlenmäßig bedeutende Diagnosen für die Gesamtbevölkerung. Eine nur bei der männlichen Bevölkerung ab 80 Jahren unter den „Top fünf“ registrierte Krankenhausdiagnose in den Jahren 2018, 2020 und 2022 waren „Sonstige bösartige Neubildungen der Haut“.

Tabelle 8.3: Fünf häufigste Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten Krankenhaufälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz Stadt Dresden der Altersgruppe über 80 Jahre nach Geschlecht 2018, 2020 und 2022

Rang- folge Häufigste Diagnose	2018				2020				2022			
	ICD-10-GM Version		Anzahl Patienten- fälle	ICD-10-GM Version		Anzahl Patienten- fälle	ICD-10-GM Version		Anzahl Patienten- fälle			
Insgesamt												
1	I50	Herzinsuffizienz	1.264	I50	Herzinsuffizienz	1.489	I50	Herzinsuffizienz	1.558			
2	S72	Fraktur des Femurs	664	S72	Fraktur des Femurs	755	S72	Fraktur des Femurs	806			
3	E86	Volumen- mangel	547	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	564	I63	Hirnfarkt	677			
4	I63	Hirnfarkt	502	I63	Hirnfarkt	545	S06	Intrakranielle Verletzung	629			
5	J18	Pneumo- nie, Erreger nicht näher bezeichnet	371	E86	Volumenmangel	533	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	621			
Männlich												
1	I50	Herzinsuffizienz	531	I50	Herzinsuffizienz	693	I50	Herzinsuffizienz	668			
2	J18	Pneumo- nie, Erreger nicht näher bezeichnet	241	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	264	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	307			
3	I63	Hirnfarkt	229	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	258	I63	Hirnfarkt	287			
4	C44	Sonstige bösartige Neu- bildungen der Haut	208	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	221	S72	Fraktur des Femurs	255			
5	I21	Akuter Myokardinfarkt	182	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	220	S06	Intrakranielle Verletzung	245			
Weiblich												
1	I50	Herzinsuffizienz	302	I50	Herzinsuffizienz	339	I50	Herzinsuffizienz	325			
2	S72	Fraktur des Femurs	300	S72	Fraktur des Femurs	233	S72	Fraktur des Femurs	252			
3	E86	Volumen- mangel	263	I63	Hirnfarkt	232	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	251			
4	S06	Intrakranielle Verletzung	256	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	228	I63	Hirnfarkt	234			
5	I63	Hirnfarkt	171	E86	Volumenmangel	164	S06	Intrakranielle Verletzung	154			

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, 2023

8.6 Gesundheitsverhalten

Im vorliegenden Kapitel werden Daten zum Gesundheitsverhalten der älteren Bevölkerung aus Umfragedaten (KBU 2022, LAB 60+ Studie) sowie aus Mitgliederzahlen des Stadtsporthundes wiedergegeben. Sie umfassen die Handlungsfelder Suchtverhalten, körperliche Aktivität und Ernährung.

Zum Gesundheitsverhalten zählt auch die Teilnahme an Gesundheitskursen der Krankenkassen und Nutzung der Gesundheitsvorsorge (Sekundärprävention) bei Fachärztinnen und -ärzten. Aus der LAB 60+ Studie liegen diese Daten für Personen ab 60 Jahren vor.

Abweichend von den vorhergehenden Abschnitten in diesem Kapitel wird hier, neben der Altersgruppe ab 60 Jahren (LAB60+ Studie) bzw. ab 65 Jahren (KBU 2022), auch die Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen betrachtet. Auch im höheren Erwachsenenalter können die Weichen für ein gesundheitsförderliches Verhalten gelegt werden, bzw. können sich nicht gesundheitsförderliche Gewohnheiten verfestigen.

8.6.1 Substanzkonsum

Bei der KBU wurden die Befragten zu ihrem Alkoholkonsum befragt. Dabei gaben 18 Prozent der 55- bis 64-Jährigen, 14 Prozent der 65- bis 74-Jährigen und 20 Prozent der 75-Jährigen und Älteren an, dass sie nie Alkohol konsumieren (Abb. 8.19). 16 Prozent der 55- bis 64-Jährigen, 13 Prozent der 65- bis 74-Jährigen und elf Prozent der 75-Jährigen und Älteren trinken laut Eigenangabe jedoch viermal in der Woche oder öfter (LHD, 2023).

Im Vergleich zur KBU 2014 (LHD, 2015) kann konstatiert werden, dass der Anteil derjenigen, die sich als alkoholabstinent bezeichnen, in der jüngsten Altersgruppe um ein paar Prozentpunkte zugenommen, in den zwei ältesten Gruppen jedoch abgenommen hat. Gleichzeitig hat der Anteil der Personen, die angeben, viermal in der Woche oder öfter zu trinken, zwischen 2014 und 2022 in allen drei hier betrachteten Altersgruppen zugenommen.

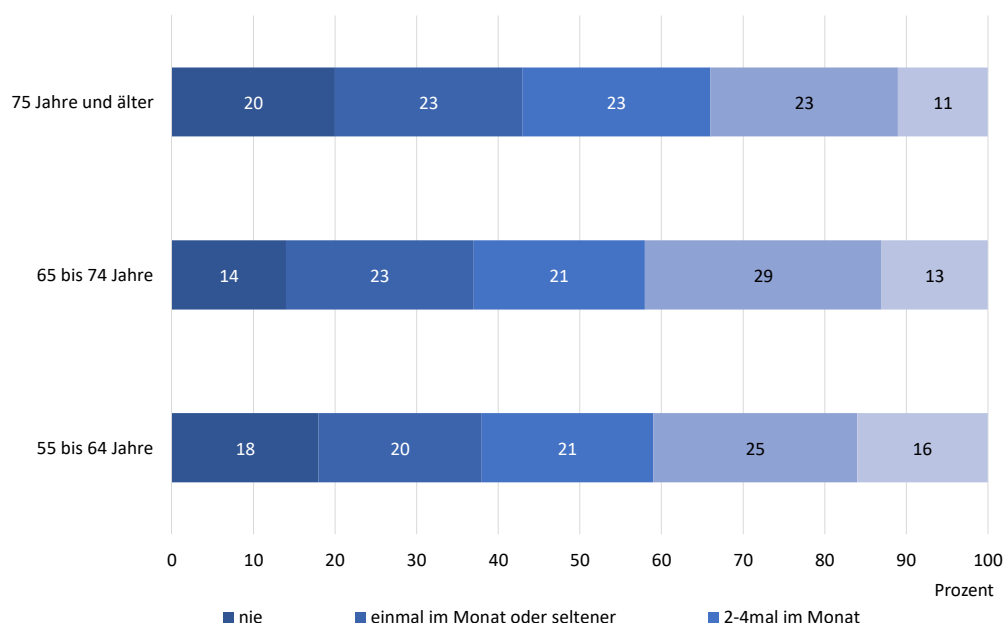


Abbildung 8.19: Häufigkeit des Alkoholkonsums unabhängig von der Menge in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

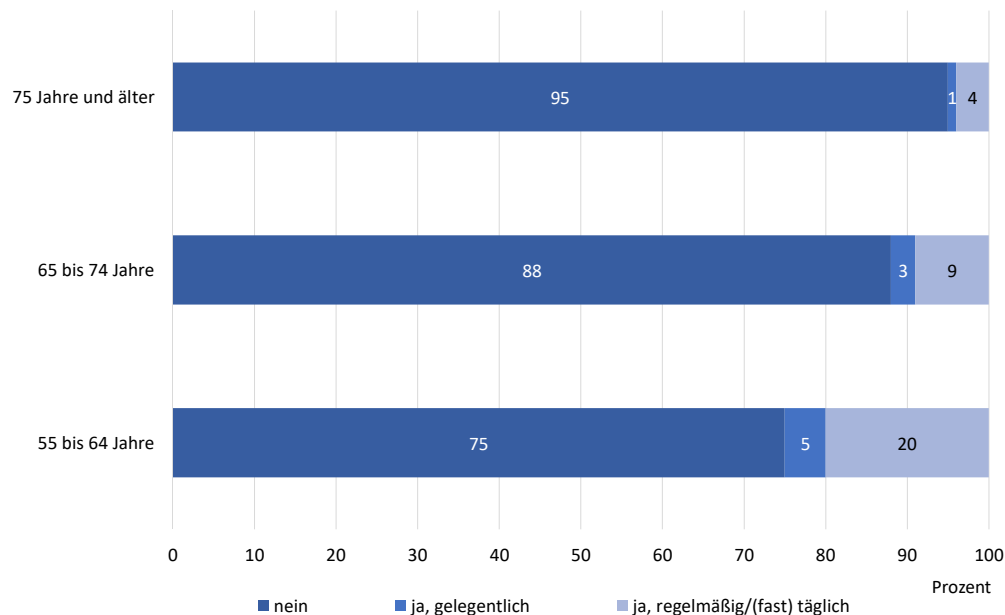


Abbildung 8.20: Häufigkeit des Tabakkonsums unabhängig von der Menge in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

Der Anteil der selbstberichteten Nichtraucher überwiegt in der älteren Bevölkerung und steigt dort mit zunehmendem Alter. 75 Prozent der 55- bis 64-Jährigen, 88 Prozent der 65- bis 74-Jährigen und 96 Prozent der 75-Jährigen und Älteren gaben an, nie zu rauchen (Abb. 8.20). Des Weiteren ist der Anteil der sich selbst als Nichtraucher Bezeichnenden in allen Alterskategorien der älteren Befragten im Vergleich zur KBU 2014 gesunken, in der höchsten Alterskategorie jedoch unwesentlich und bereits von einem sehr hohen Niveau der Nichtraucher ausgehend (von 97 % auf knapp 96 %). Der Anteil derjenigen, die sich als regelmäßige Raucherinnen und Raucher einschätzten, hat sich hingegen in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen zwischen 2014 und 2022 verdoppelt (von 10 auf 20 %). Dies gilt auch für die beiden älteren Altersgruppen, jedoch ausgehend von einem niedrigeren Niveau (entsprechend 4 % bei den 65- bis 74-Jährigen und 1 % bei den 75-Jährigen und Älteren) sogar jeweils mehr als verdoppelt.

Im Rahmen der Studie „Dresdner Lebenslagen 60+“ äußerten sich die Befragten zur Veränderung ihres Konsums von Alkohol beziehungsweise Tabak und E-Inhalationsprodukten seit Beginn der Corona-Pandemie (Betrachtung bis 2021) (LHD, 2022).

Die überwiegende Mehrheit der Befragten im Alter ab 60 Jahren sagte aus, dass ihr Alkoholkonsum sich im Vergleich zu der Zeit vor der Corona-Pandemie nicht verändert hat (73 %). Circa ein Viertel der ab 60-Jährigen gibt an, seit Pandemiebeginn weniger Alkohol zu konsumieren als vorher. Lediglich vier Prozent der Befragten ab 60 Jahren konsumieren laut Eigenangabe mehr Alkohol als vorher. In der jüngsten Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen berichteten mit neun Prozent die meisten Menschen der vier Altersgruppen, mehr Alkohol zu konsumieren. In der ältesten Altersgruppe (ab 85-Jährige) hingegen findet sich der größte Prozentsatz an Personen, die angaben, ihren Alkoholkonsum seit Pandemiebeginn reduziert zu haben (Abb. 8.21; in der Grafik sind nur die Daten nach Altersgruppen dargestellt). Die berichtete Abnahme des Alkoholkonsums könnte im Zusammenhang mit den geltenden Lockdown-Regelungen Anfang des Jahres 2021 zum Zeitpunkt der Befragung stehen, da in dieser Zeit Aufenthaltsorte wie beispielsweise Bars geschlossen hatten.

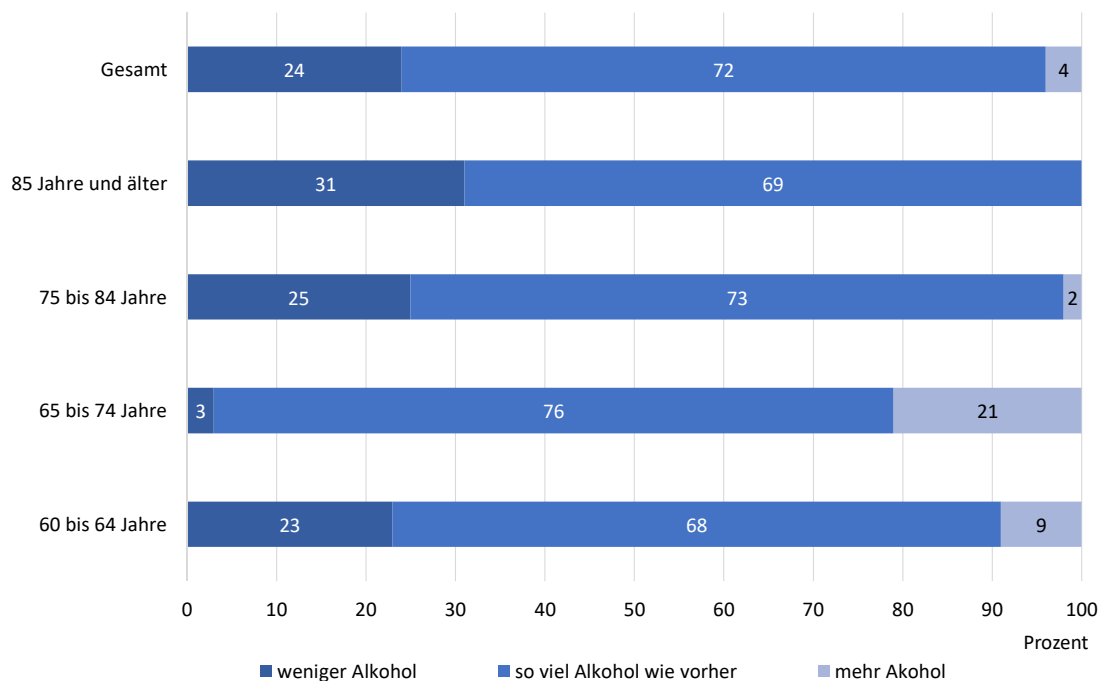


Abbildung 8.21: Veränderter Alkoholkonsum durch die Corona-Pandemie in Dresden laut LAB60+ 2021

Quelle: LHD, 2022; eigene Darstellung

Die Angaben zum Konsum von Tabak (Rauchen) oder E-Inhalationsprodukten (Dampfen) haben sich beim überwiegenden Teil der über 60-Jährigen seit Beginn der Corona-Pandemie nicht verändert; es wird ungefähr so viel wie davor konsumiert (76 %). Bei circa 15 Prozent der Befragten ist eine Abnahme des Rauchens/Dampfens zu beobachten. Insgesamt neun Prozent der ab 60-Jährigen sagen über sich aus, mehr als vor Pandemiebeginn zu konsumieren. In der jüngsten Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen findet sich mit 16 Prozent der größte Anteil an Personen, die angeben, mehr zu rauchen/dampfen (Abb. 8.22; in der Grafik sind nur die Daten nach Altersgruppen dargestellt).

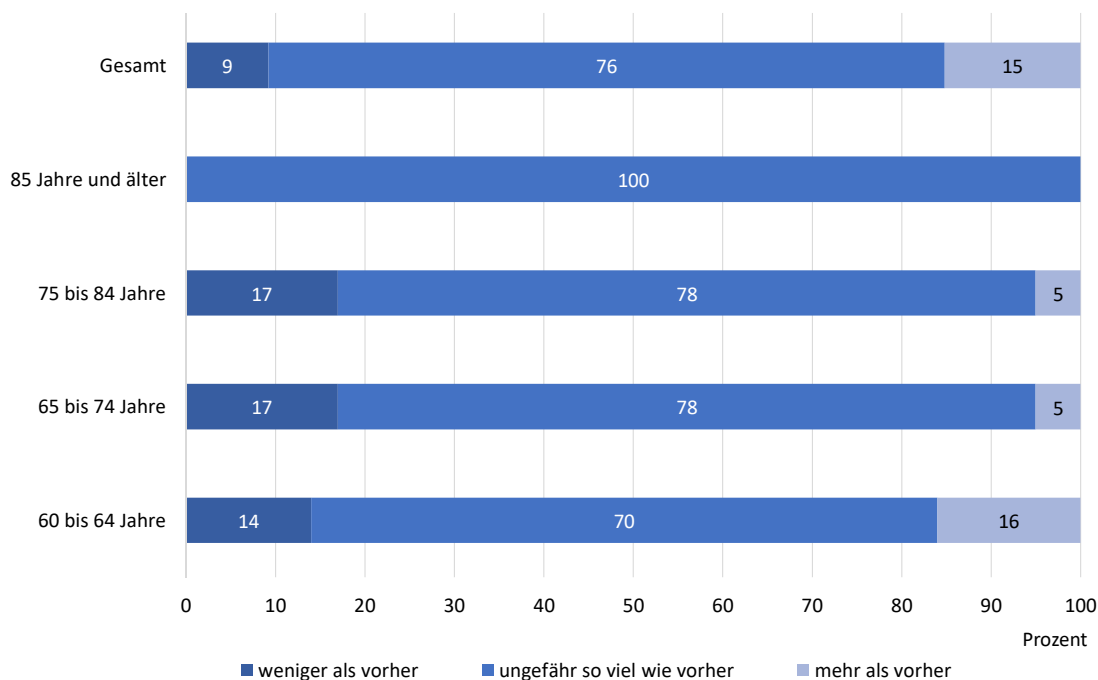


Abbildung 8.22: Veränderter Konsum von Tabak und E-Inhalationsprodukten durch die Corona-Pandemie in Dresden laut LAB60+ 2021

Quelle: LHD, 2022; eigene Darstellung

8.6.2 Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität hilft, Übergewicht und koronare Herzerkrankungen zu verhindern, sichert die Erhaltung der körperlichen Fitness bis ins hohe Alter und wirkt als Sturzprophylaxe (Ilmarinen & Tempel, 2002). Bei der KBU 2022 wurden die Dresdnerinnen und Dresdner gefragt, wie oft sie in der Woche Sport treiben (Abb. 8.23). Den größten Anteil der älteren Befragten, welcher berichtet, selten bis nie Sport zu treiben, umfasst die Gruppe derjenigen ab 75 Jahre mit 48 Prozent. Allerdings ist diese Altersgruppe laut eigenen Angaben (18 % „täglich“ oder „fast täglich“) von den drei betrachteten Altersgruppen gleichzeitig führend in der Häufigkeit des Sporttreibens. Bei den 55- bis 64-Jährigen gaben lediglich elf Prozent an, dass sie täglich bis fast täglich Sport treiben (LHD, 2023).

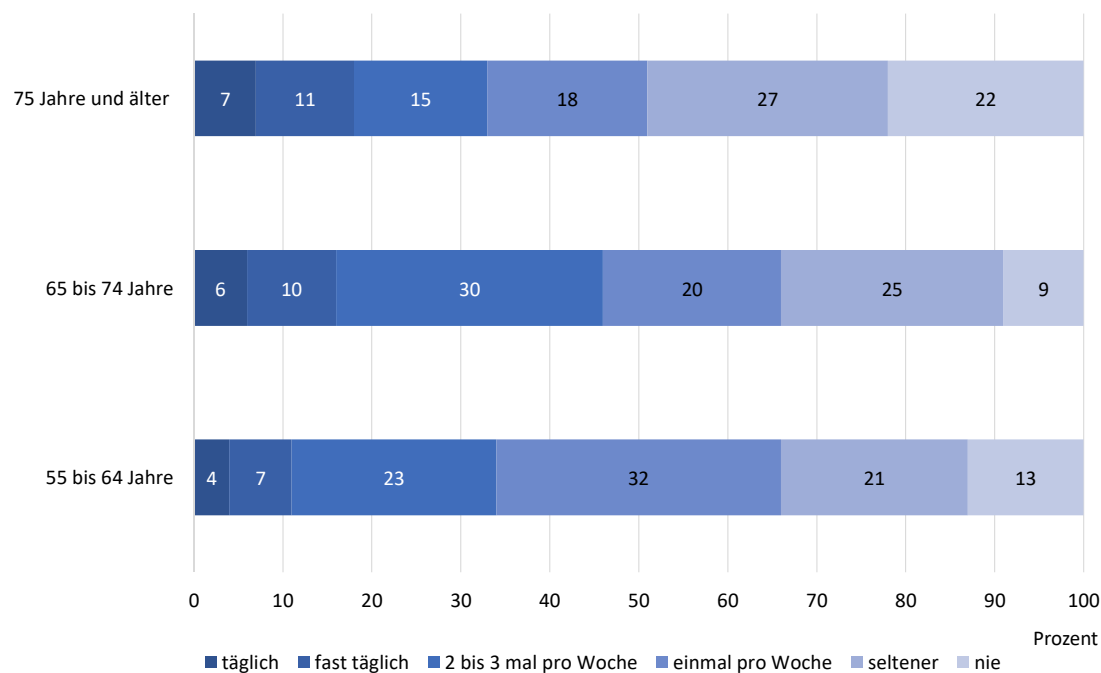


Abbildung 8.23: Häufigkeit der körperlichen Aktivität in der Woche bei Personen ab 60 Jahren in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

Auch im „Lebenslagenbericht“ (LHD, 2022) wurden Personen ab 60 Jahren nach der körperlichen Aktivität – dort nicht beschränkt auf Sport – gefragt. In Abb. 8.24 wird die körperliche Aktivität nach Alter und Geschlecht in Prozent ersichtlich. Angegeben wurde, ob eine körperliche Aktivität an keinem, an ein bis zwei Tagen, an drei bis fünf Tagen oder an sechs bis sieben Tagen in der Woche stattfindet. Im Geschlechtervergleich zeigt sich, dass Frauen ab 60 Jahre angaben, sich etwas mehr körperlich zu betätigen als Männer. In der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen wurde die Antwortoption 6 bis 7 Tage pro Woche im Vergleich zu den anderen Altersgruppen am häufigsten ausgewählt. Zählt man die Kategorien 3 bis 5 Tage und 6 bis 7 Tage zusammen, steht die Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen an Platz 1. Klar erkennbar ist auch, dass sich die 85-Jährigen und Älteren offenbar am seltensten bewegen (LHD, 2022).

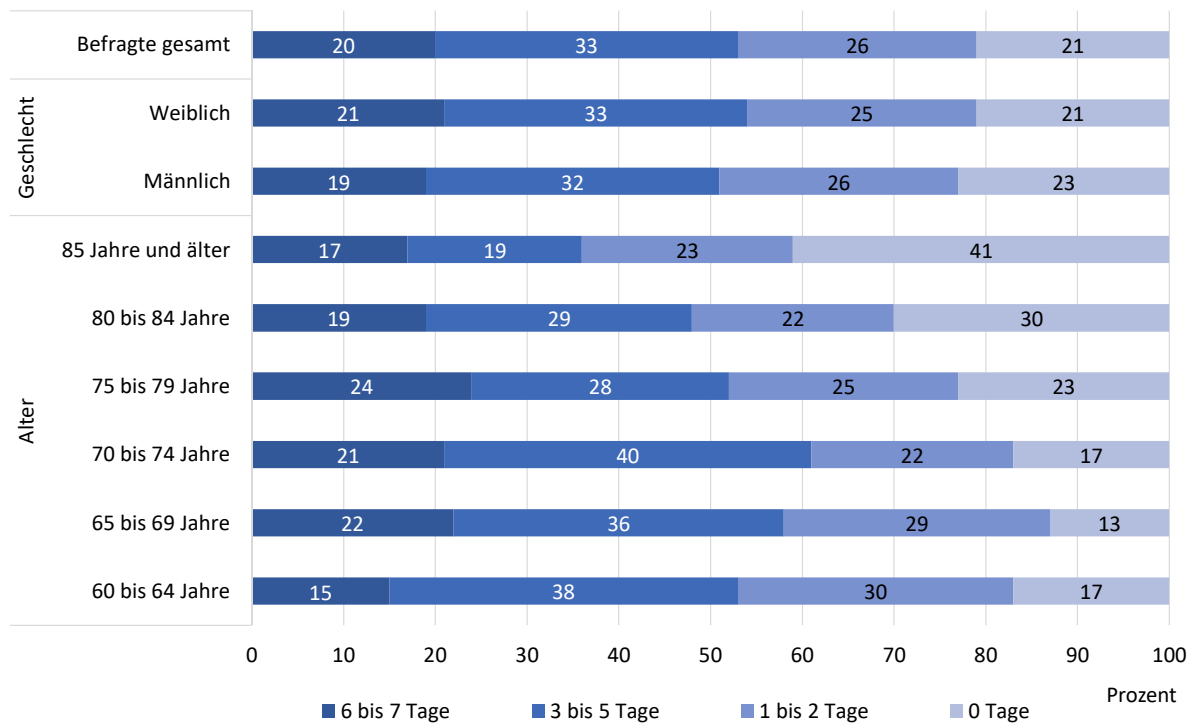


Abbildung 8.24: Körperliche Aktivität der LAB60+ Teilnehmenden nach Alter und Geschlecht (Tage pro Woche) in Dresden laut LAB60+ 2021

Quelle: LHD, 2022; Sonderauswertung, eigene Darstellung

Neben den subjektiven Angaben aus der KBU und der LAB60+ Studie kann die körperliche Aktivität über objektive Daten des Stadtsportbundes Dresden e. V. dargestellt werden (Abb. 8.25). Anhand der Mitgliederzahlen des Stadtsportbundes Dresden e. V. wird ersichtlich, dass die aktiven Mitglieder der Altersgruppen 50+ stetig ansteigen. Lediglich von 2021 auf 2022 gab es einen leichten Rückgang der Mitgliederzahlen 50+, von 31.377 auf 31.022. Im selben Zeitraum ist auch der Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung angestiegen (Kapitel „Demografie“).

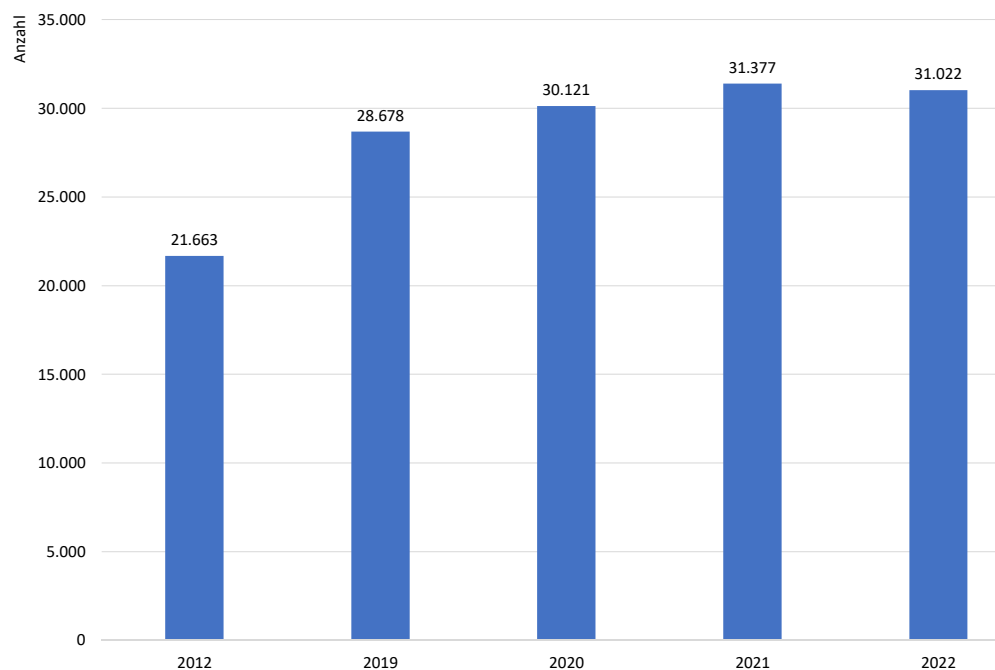


Abbildung 8.25: Mitgliederzahlen der Altersgruppen 50+ – Stadtsportbund Dresden e. V.

Quelle: Stadtsportbund Dresden, 2022.

Des Weiteren wurde in der KBU die Nutzung von Verkehrsmitteln im Alltag erfragt. Dazu konnten die Befragten angeben, wie häufig sie zu Fuß gehen oder mit dem Fahrrad fahren. 37 Prozent der 55- bis 64-Jährigen gaben an, dass sie Wege täglich zu Fuß zurücklegen (Abb. 8.26). Die Altersgruppe, welche von den hier betrachteten Personenkreisen zum höchsten Anteil täglich zu Fuß unterwegs ist, scheinen die 75-Jährigen und Älteren (54 %) zu sein. Lediglich vier Prozent der 55- bis 64-Jährigen, zwei Prozent der 65- bis 74-Jährigen und vier Prozent der 75-Jährigen und Älteren gaben an, nie zu Fuß im Alltag unterwegs zu sein (LHD, 2023).

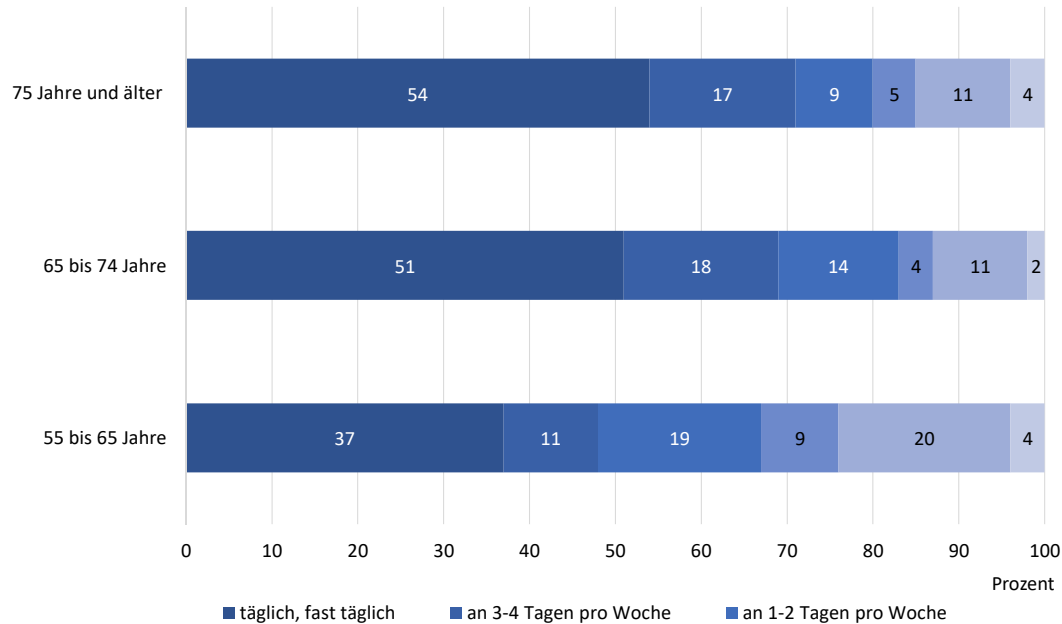


Abbildung 8.26: Nutzung von Verkehrsmitteln im Alltag – zu Fuß gehen in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

Siebzehn Prozent der 55- bis 64-Jährigen, zwölf Prozent der 65- bis 74-Jährigen und sieben Prozent der 75-Jährigen und Älteren gaben an, dass sie das Fahrrad täglich als Verkehrsmittel im Alltag nutzen. 63 Prozent der 75-Jährigen und Älteren nutzen das Fahrrad nie; in den zwei anderen Altersgruppen handelt es sich jeweils um ein Drittel (Abb. 8.27).

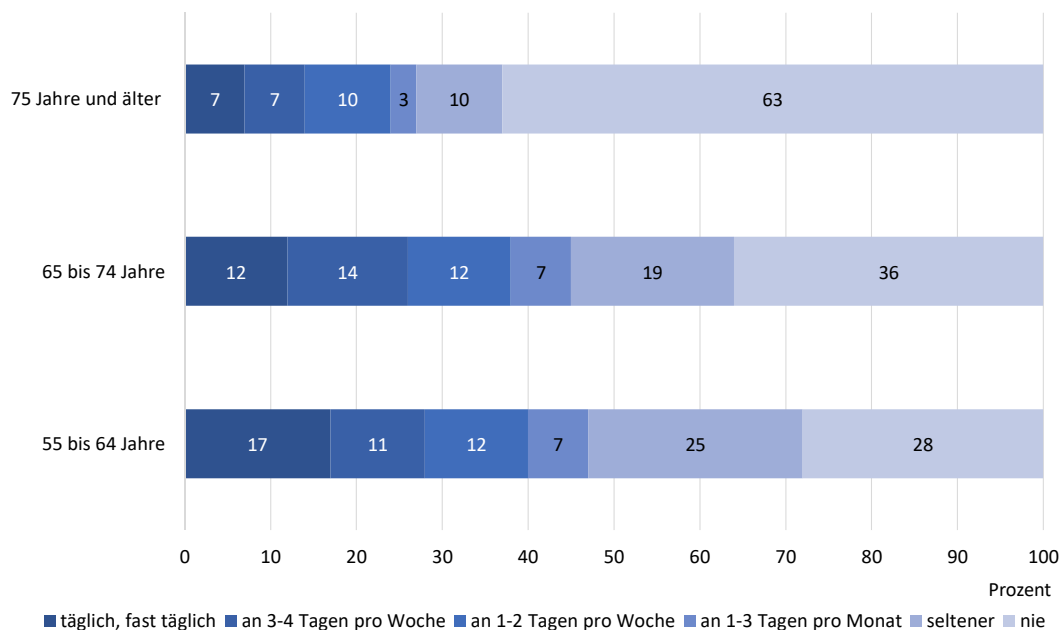


Abbildung 8.27: Nutzung von Fahrrad im Alltag in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

8.6.3 Ernährung

Gesunde Ernährung ist in jeder Lebensphase ein wichtiger Stellhebel für Gesundheit. Vorteilhaft ist der Verzehr saisonaler, regional erzeugter Produkte, die wenig verarbeitet sind (GKV-Spitzenverband, 2023). Menschen ab 65 Jahren werden täglich 2 bis 3 Portionen (etwa eine Hand voll) sowohl von Gemüse als auch von Obst – oder reiner Obst- oder Gemüsesaft – empfohlen, davon mindestens jeweils eine Portion als Rohkost (DGE, 2014).

In der KBU 2022 waren keine Fragen zur Ernährungsweise eingebunden. Diese finden sich allerdings in der LAB 60+ Studie, die im Jahr 2021 bei Personen ab 60 Jahren durchgeführt wurde. Abb. 8.28 zeigt den Obst- und Gemüsekonsum der Befragten nach Alter und Geschlecht in Prozent. Eine im Sinne der Gesundheitsförderung positive Erkenntnis ist dabei, dass die Personen aller Altersgruppen mehrheitlich angeben, täglich oder mehrmals täglich Obst und Gemüse zu essen. Insgesamt verzehren die weiblichen Befragten mehr Obst und Gemüse als die Männer. In der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen berichten die meisten Personen, täglich oder mehrmals täglich Obst oder Gemüse (86,5 %) zu konsumieren.

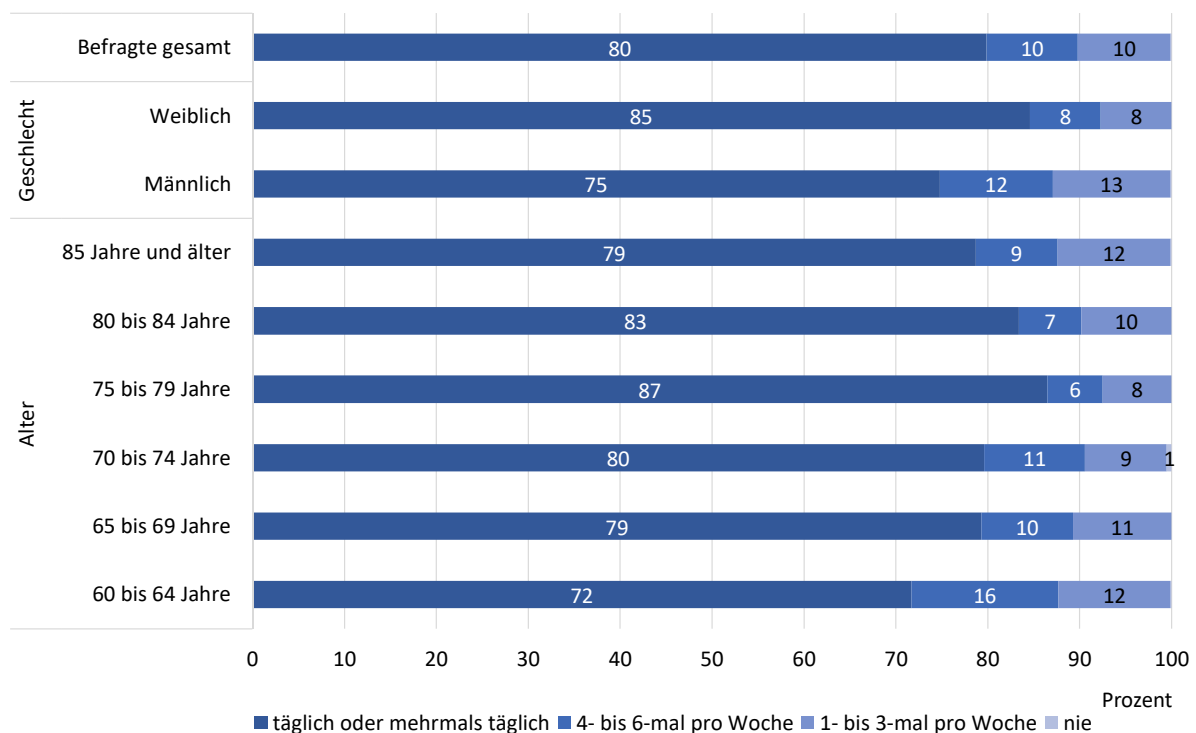


Abbildung 8.28: Obst- und Gemüsekonsum der LAB60+Teilnehmenden nach Alter und Geschlecht in Dresden laut LAB60+ 2021

Quelle: LHD, 2022; Sonderauswertung, eigene Darstellung

Angesichts der oben dargestellten DGE-Empfehlungen zum Verzehr von Obst und Gemüse fällt jedoch auf, dass 20 Prozent der Befragten aller höheren Altersgruppen ab 60 Jahren, die angeben, nicht jeden Tag zu Obst und Gemüse zu greifen, nicht auf die empfohlene tägliche Menge kommt.

8.7 Gesellschaftliche Teilhabe

Für die WHO umfasst „gesellschaftliche Teilhabe“ im Zusammenhang mit altersfreundlichen Rahmenbedingungen die folgenden Dimensionen (WHO, 2018):

- soziokulturelle Teilhabe
- gruppenorganisierte körperliche Aktivität in der Freizeit
- lebenslanges Lernen
- Gelegenheiten für Partizipation (Lern- und Freizeitprogramme für Ältere, intergenerationale Programme, Leistbarkeit der Teilnahme)
- Erreichbarkeit der Orte für Teilhabe (inkl. Barrierefreiheit)

Daneben spielen ein positives Altersklima (Roßnagel & Roßnagel, 2008), Möglichkeiten für Einflussnahme in der Stadtentwicklung und zivilgesellschaftliches Engagement eine Rolle für ein gesundes Älterwerden. Zum sozialen Wohlbefinden als einem Teilbereich des Gesundheitskonzepts der WHO (Grad, 2002) gibt es eine Vielzahl gesicherter Erkenntnisse, die die Bedeutung dieses Aspekts für das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko belegen. Regelmäßige soziale Kontakte zu Personen außerhalb der eigenen **Familie** senken das Demenz- und das Schlaganfallrisiko (Förstl & Förstl, 2020; Salinas et al., 2017). Einsamkeit, als individuelles Empfinden/selbstberichtete Angabe, begünstigt die Entstehung von depressiven und Angststörungen, Demenz und Schlafproblemen und hat auch auf körperlicher Ebene Einfluss auf die **Mortalität** und **Morbidität** (Bücker, 2022).

Durch den Eintritt in die Rente beendet jeder Mensch das Berufsleben, und es besteht die Möglichkeit, sich stärker gesellschaftlichen Aufgaben zu stellen. Viele Rentnerinnen und Rentner suchen sich nun neue Aufgaben und Rollen jenseits des Erwerbslebens. Durch zivilgesellschaftliches Engagement sind sie neben dem Pflegen von sozialen Kontakten und Eingebundenheit in soziale und kulturelle Strukturen auch in die Weitergabe von Wissen und Erfahrungen einbezogen. Voraussetzungen für ein solches Engagement sind entsprechende Bedingungen, Verhältnisse und Zugangsmöglichkeiten.

Um bestehende Angebote im Ehrenamt wahrnehmen und qualitätsgerecht durchführen zu können, bedarf es Voraussetzungen für lebenslanges Lernen. Dazu wurden die Bürgerinnen und Bürger in der KBU 2022 befragt. Die meisten Bürger ab 55 Jahren gaben an, dass sie sich selbst als gut oder einigermaßen zufriedenstellend in der Gesellschaft eingebunden wahrnehmen. Lediglich sieben Prozent der 55- bis 64-Jährigen, acht Prozent der 65- bis 74-Jährigen und elf Prozent der 75-Jährigen und Älteren gaben an, sozial schlecht eingebunden zu sein (Abb. 8.29).

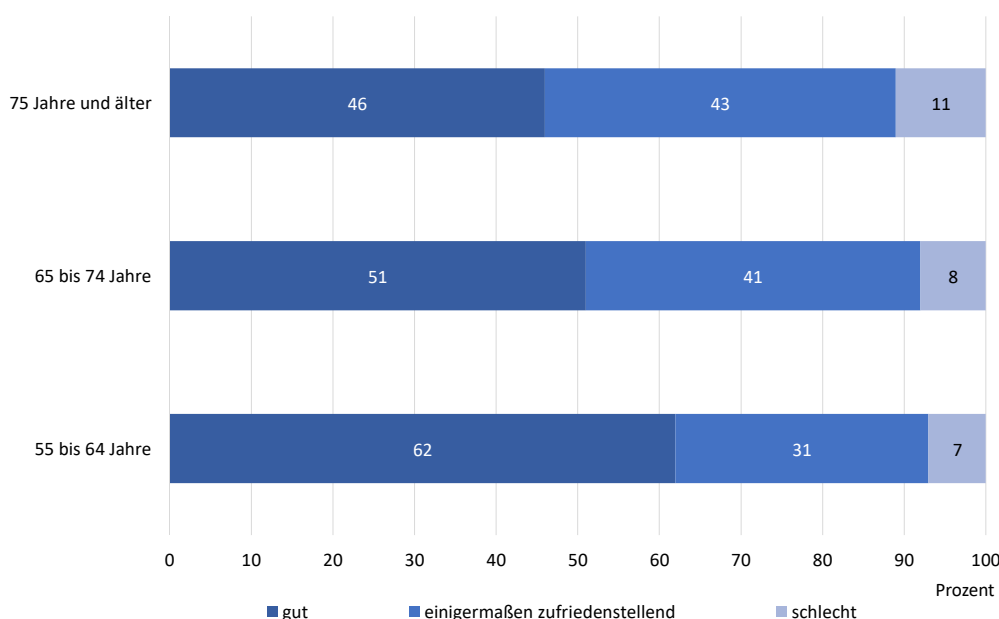


Abbildung 8.29: Einschätzung der sozialen Eingebundenheit in Dresden laut KBU 2022

Quelle: LHD, 2023; eigene Darstellung

In Abb. 8.30 ist die Häufigkeit der Teilnahme von Personen im Alter von 60 und mehr Jahren an organisierten Gruppen dargestellt. Es ist erkennbar, wie viel Prozent der Befragten manchmal oder häufig einen Sportverein, eine andere Sportgruppe, eine Kirche bzw. einen wohltätigen Verein, einen Hobby-Club (beispielsweise einen Gesangsverein oder Schützenverein, aber auch ein regelmäßiges Treffen zum Schachspielen o. ä.), eine berufliche Organisation, eine politische Gruppe oder eine Selbsthilfegruppe besuchen. In der Kategorie „häufig“ steht der Sportverein mit Abstand an der Spitze; er wurde von 21,6 Prozent der Befragten genannt. Dahinter folgt mit 8,4 Prozent die Antwortmöglichkeit „andere Sportgruppe“. Diese wiederum liegt mit 11,3 Prozent bei der Option „manchmal“ vorn. Am seltensten wurde sowohl bei „manchmal“ als auch bei „häufig“ die Zugehörigkeit zu einer politischen Gruppe angegeben.

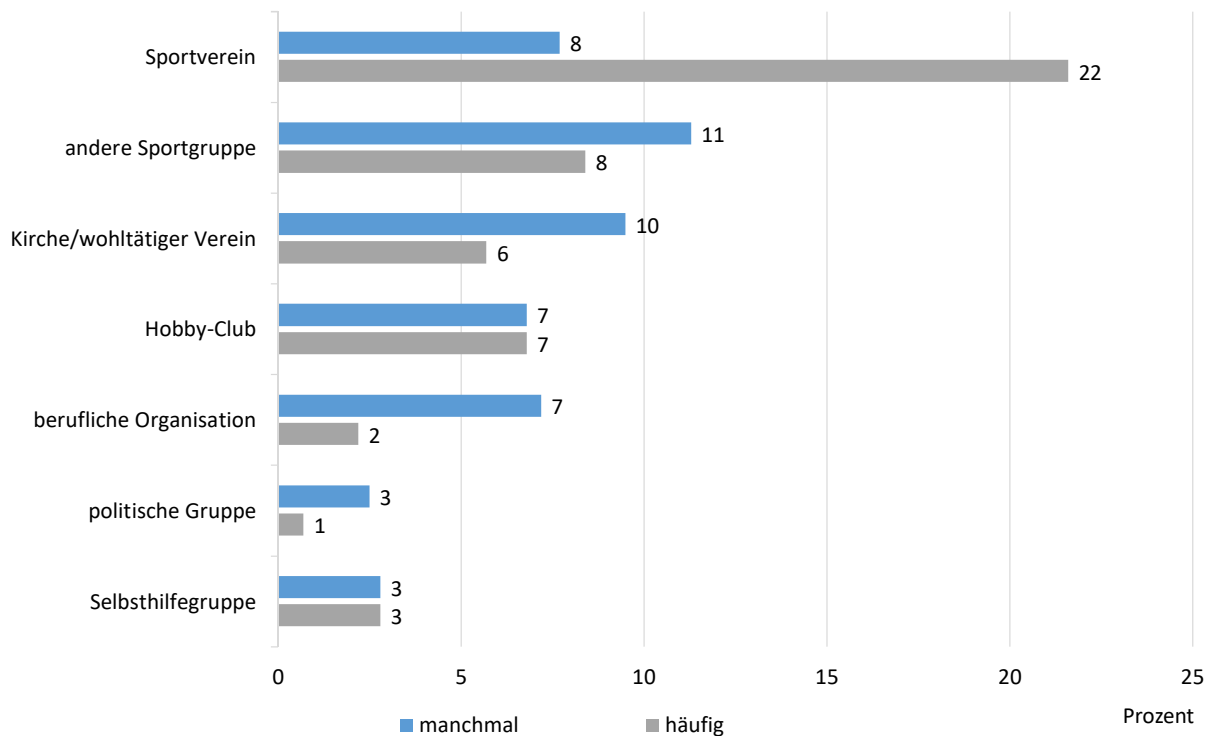


Abbildung 8.30: Häufigkeit der Teilnahme an organisierten Gruppen in Dresden laut LAB60+ 2021

Quelle: LHD, 2022; eigene Darstellung

In Abb. 8.31 wird veranschaulicht, wie viele nahe Verwandte und nahe Freunde die Befragten laut Selbstbericht haben. Die Werte sind in Prozent angegeben. Ausgewertet wurden die Ergebnisse in Bezug auf Befragte, die allein leben und Befragte, die nicht allein leben. Alleinlebende haben öfter keine oder nur ein bis drei nahe Verwandte als nicht alleinlebende Personen. Die nicht alleinlebenden Befragten gaben etwas häufiger als die alleinlebenden Personen an, vier oder mehr enge Freunde zu haben. Insgesamt ist festzustellen, dass die Mehrheit der Befragten vier oder mehr enge Verwandte hat und die Anzahl der nahestehenden Verwandten die Anzahl der engen Freunde übersteigt.

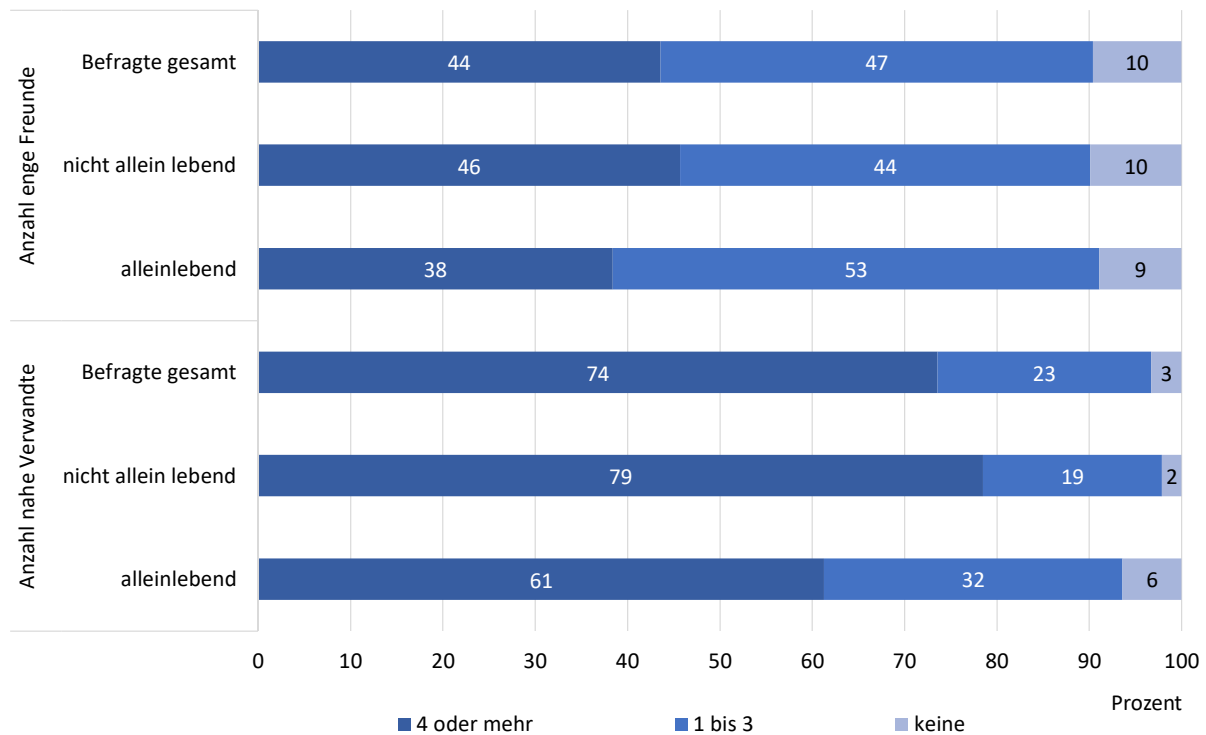


Abbildung 8.31: Angaben zur Anzahl nahestehender Verwandter und enger Freunde nach Wohnform in Dresden laut LAB60+ 2021

Quelle: LHD, 2022; eigene Darstellung

In Abb. 8.32 ist die Einsamkeitsrate nach Stadtbezirken und zugehörige Ortschaften dargestellt. Einsamkeit wird über eine standardisierte Skala mit mehreren Fragen erfasst, deren Mittelwert über 2,5 liegt. Personen, deren Wert oberhalb dieses Cut-off-Wertes liegt, gelten als stark einsam. Einen hohen Wert erreichen mit 14,7 Prozent ältere Bewohnerinnen und Bewohner in Leuben und mit 11,9 Prozent in der Altstadt. Neustädterinnen und Neustädter weisen dagegen den niedrigsten Wert auf (5,3 %). Einsamkeit hat erhebliche Auswirkungen auch auf die physische und psychische Gesundheit. So werden bspw. Schlafprobleme, depressive Störungen, Schlaganfälle bis hin zu suizidalen Verhalten mit Einsamkeit in der Verbindung gebracht. Andersherum kann eine schlecht psychische und physische Gesundheit die Einsamkeit verstärken (BMFSFJ, 2024).

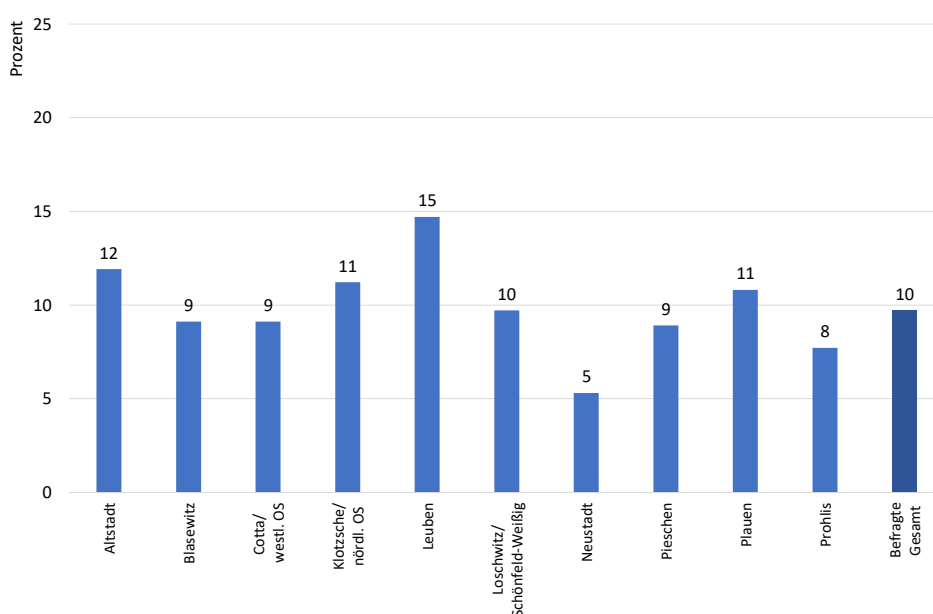


Abbildung 8.32: Einsamkeitsrate nach Stadtbezirken – Personen je Stadtbezirk mit einem Wert auf der Einsamkeitsskala > 2,5 in Dresden laut LAB60+ 2021

Quelle: LHD, 2022; eigene Darstellung

Eine Möglichkeit für den Aufbau und die Pflege sozialer Kontakte zu Gleichgesinnten besteht bei den Seniorenbegegnungsstätten in Dresden. Daten zu Angebot und Inanspruchnahme finden sich im Kapitel „Gesundheitsversorgung“. Das Vorhandensein solcher Angebote gehört im Sinne der Verhältnisprävention zu den strukturellen Rahmenbedingungen gesellschaftlicher Teilhabe älterer Menschen. In der LAB60+ Studie wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gefragt, ob sich in ihrem Stadtbezirk genügend Beratungsangebote, Begegnungsstätten und Treffs befinden. In Abb. 8.33 sind Angaben für die Altersgruppe ab 65 Jahren dargestellt. Der häufigste Anteil der Antworten „trifft überhaupt nicht zu“ findet sich mit 24 Prozent in Loschwitz, einem wohlhabenden, aber etwas dezentral liegenden Stadtteil. Wenn man auch den Anteil der verhalten negativen Antworten „trifft eher nicht zu“ dazuzählt, so stechen mit über 60 Prozent Pieschen, Prohlis und ebenfalls Loschwitz heraus. Den häufigsten Anteil der Antworten „trifft genau zu“ findet man mit 20 bis 21 Prozent in der Neustadt und Altstadt; nur in der Altstadt übertrifft der Anteil der Antworten „trifft eher zu“ und „trifft genau zu“ mit 59 Prozent den Anteil der negativen Antworten.

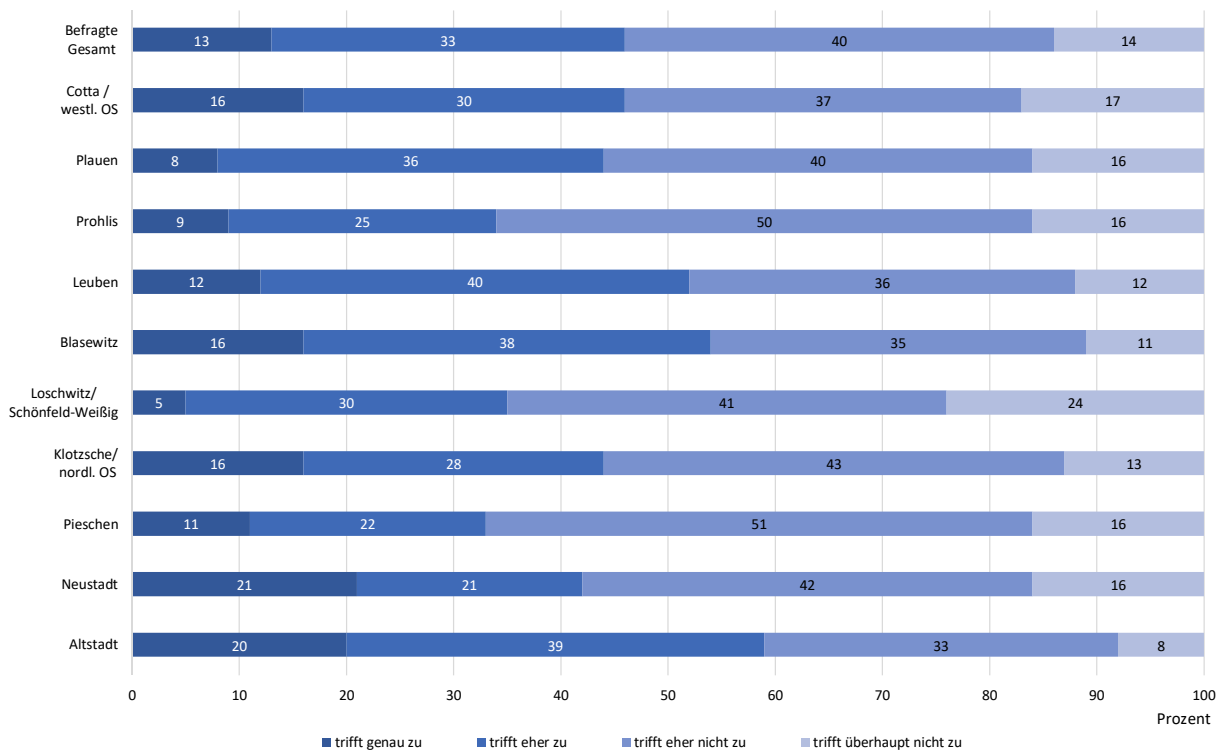


Abbildung 8.33: Zustimmung zur Aussage „In meiner Wohngegend gibt es genügend Beratungsangebote, Begegnungsstätten und Treffs“ (Personen > 64 Jahre) in Dresden laut LAB60+ 2021

Quelle: LHD, 2022; eigene Darstellung

8.8 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden Rahmenbedingungen auf der strukturellen Ebene beschrieben, die in der Landeshauptstadt Dresden ein gesundes, aktives Altern ermöglichen oder erschweren, sowie Daten zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung ab 65 Jahren präsentiert. Überwiegend stammen die Daten aus Befragungen von Bürgerinnen und Bürgern (KBU 2022, LAB60+ Studie) sowie aus der Krankenhausstatistik.

Bezüglich der Rahmenbedingungen kann festgestellt werden, dass ältere Bürgerinnen und Bürger sehr vielen strukturellen Faktoren eine hohe Wichtigkeit im Hinblick auf Gesundheit und Wohlbefinden beimessen. Dazu gehören die gesundheitliche Versorgung, Einkaufsmöglichkeiten, Verfügbarkeit von ÖPNV und Grünflächen, öffentliche Sicherheit, aber auch die Gestaltung von Gebäuden und Straßenbild sowie Faktoren, die das Fortbewegen beeinflussen, wie Zustand der Gehwege und der Straßen und Plätze. Mit der Verfügbarkeit des ÖPNV sind ältere Menschen mehrheitlich zufrieden. Bei der Bewertung des Zustands der Gehwege in der KBU 2022 ist der Anteil der Zufriedenen und der Unzufriedenen bei der Altersgruppe 75+ ungefähr gleichverteilt, während bei den 65- bis 74-Jährigen der Anteil der Zufriedenen überwiegt. In der LAB60+ Studie ist generell eine Unzufriedenheit mit den Gehwegen zu bemerken.

Hausärztliche und zahnärztliche Vorsorge ist die am häufigsten genutzte Präventionsmaßnahme in den höheren Altersgruppen. Am seltensten werden Gedächtnistrainings, Kurse der Krankenkassen und sonstige Vorsorge (ohne Spezifizierung) in Anspruch genommen.

Mit steigendem Alter verschlechtern sich Gesundheitszustand und Wohlbefinden, wohingegen Multimorbidität zunimmt; alle Angaben beruhen auf Selbsteinschätzungen. Jedoch schätzen zwei Drittel der LAB60+ Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihren Gesundheitszustand in den letzten vier Wochen als „gut“ ein. Ein Drittel der Seniorinnen und Senioren zeigen eine erhöhte Depressivität.

Herz-Kreislauferkrankungen (Vorhofflimmern und Vorhofflattern und Herzinsuffizienz) gehörten im Zeitverlauf seit 2018 sowie bei allen Altersgruppen ab 60 Jahre mit zu den häufigsten stationären Diagnosen der Bevölkerung mit Wohnsitz Dresden. Zu weiteren Hauptdiagnosen im höheren Alter gehören Hirninfarkt, Arthrose des Knie- und Hüftgelenkes, intrakranielle Verletzung, Fraktur des Femurs sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Letztere vor allem in der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen).

Zwei Drittel älterer Menschen sind nach eigenen Angaben übergewichtig oder adipös, gut ein Drittel ist normalgewichtig. Normalgewicht (weder Über-, Untergewicht noch Adipositas) ist häufiger bei älteren Frauen als Männern anzutreffen und häufiger bei Personen im Alter von 85 und mehr Jahren als in den Altersgruppen zwischen 60 und 84 Jahren.

Bezüglich des Gesundheitsverhaltens zeigen sich mit steigendem Alter unterschiedliche Entwicklungen. Zum einen rauchen Bürgerinnen und Bürger mit steigendem Alter weniger und konsumieren weniger Alkohol, jedoch nimmt auch die Häufigkeit des Sporttreibens ab – Personen im Alter von 75 und mehr Jahren geben an, nie Sport zu treiben.

Die meisten Menschen über 55 Jahre sind gut in der Gesellschaft eingebunden, jedoch nimmt der Anteil mit dem Alter ab. Nicht alleinlebende Personen umgeben sich häufiger mit vier oder mehr engen Freunden und vier oder mehr nahen Verwandten als Alleinlebende. Insgesamt gaben beide Gruppen von älteren Menschen an, häufiger einen großen (ab vier Personen) Verwandtenkreis als Freundeskreis zu haben. Am einsamsten fühlen sich ältere Menschen in Leuben, am wenigsten einsam in der Neustadt.

8.9 Literaturverzeichnis

- BMFSFJ (Hrsg.). (2024). Einsamkeitsbarometer 2024: Langzeitentwicklung von Einsamkeit in Deutschland.
- BMFSFJ (Hrsg.). (2010). Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Altersbilder in der Gesellschaft.
- Bücker, S. (2022). Die gesundheitlichen, psychologischen und gesellschaftlichen Folgen von Einsamkeit. KNE Expertise, 10.
- BZgA (Hrsg.). (2023). Gesundheit älterer Menschen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://www.bzga.de/was-wir-tun/gesundheit-aelterer-menschen/>
- DGE. (2014). Essen und Trinken im Alter.
- DRV. (2023). Rentenatlas 2023: Die Deutsche Rentenversicherung in Zahlen, Fakten und Trends.
- Eibich, P. (2014). Die gesundheitlichen Folgen des Renteneintritts. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Eurostat (Hrsg.). (2023). Healthy life years statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics#Healthy_life_years_at_birth
- Förstl, H. & Förstl, S. (2020). Demenzerkrankungen – Prävalenz, Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. In M. Tiemann & M. Mohokum (Hrsg.), Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Prävention und Gesundheitsförderung (S. 1–28). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55793-8_58-1
- Garthe, N. & Hasselhorn, H. M. (2023). Die Erwerbsperspektive in Berufen des Gesundheitsdienstes – Wie lange wollen, können und planen ältere Erwerbstätige (zu) arbeiten? [The Employment Perspective in the Health Care Sector - Until What Age do Older Employees Want to, Can and Plan to Work?]. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)), 85(6), 514–521. <https://doi.org/10.1055/a-1915-4324>
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2023). Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 4. Dezember 2023.
- Grad, F. P. (2002). The Preamble of the Constitution of the World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization, 80(12), 981–984.
- Hasselhorn, H. M. (2020). Wie lange wollen und können Erwerbstätige in Deutschland arbeiten? Deutsche Rentenversicherung, 4, 485–506.
- Heidemann, C., Scheidt-Nave, C., Beyer, A.-K. & et al. (2021). Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Robert Koch-Institut. <https://edoc.rki.de/handle/176904/8749> <https://doi.org/10.25646/8456>
- Ilmarinen, J. & Tempel, J. (2002). Arbeitsfähigkeit 2010: Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? VSA-Verl. <https://permalink.obvsg.at/AC04875532>
- KGC. (2024). Gesundheitsförderung bei älteren Menschen.
- LHD. (2015). Kommunale Bürgerumfrage 2014.
- LHD. (2022). Dresdner Lebenslagen 60+: Bericht zur Lebenssituation von Dresdnerinnen und Dresdnern ab 60 Jahren (LAB60+ Studie).
- LHD. (2023). Kommunale Bürgerumfrage 2022.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2019). Lehrbuch Gesundheitsförderung (3., aktualisierte Auflage, deutsche Ausgabe). Programmbereich Gesundheit. hogrefe. <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-929798-42-5>
- Roßnagel, C. & Roßnagel, C. S. (2008). Mythos: „alter“ Mitarbeiter: Lernkompetenz jenseits der 40?! (1. Aufl.). Beltz. <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-621-27652-8>
- Salinas, J., Beiser, A., Himali, J. J., Satizabal, C. L., Aparicio, H. J., Weinstein, G., Mateen, F. J., Berkman, L. F., Rosand, J. & Seshadri, S. (2017). Associations between social relationship measures, serum brain-derived neurotrophic factor, and risk of stroke and dementia. Alzheimer's & dementia (New York, N. Y.), 3(2), 229–237. <https://doi.org/10.1016/j.trci.2017.03.001>
- WHO. (2018). Age-friendly environments in Europe: Indicators, monitoring and assessments.

Glossar

Alleinerziehende	
Erläuterung	Ledige, verwitwete, geschiedene oder verheiratet getrennt lebende Mütter beziehungsweise Väter, die mit ihren ledigen Kindern, jedoch ohne weitere erwachsene Personen zusammenleben, werden als Alleinerziehende bezeichnet.
Quelle/URL	LHD. (2023a). Bevölkerung und Haushalte 2022: Tabellenteil.
Altenquotient	
Erläuterung	Der Altenquotient bildet das Verhältnis der Personen im Rentenalter (z. B. 65 Jahre und älter) zu 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (z. B. von 20 bis unter 65 Jahren) ab.
Quelle/URL	Destatis (2024). Bevölkerungsvorausberechnung: Altenquotient. destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Glossar/altenquotient.html?view=getColorboxEntry (abgerufen am 28.06.2024).
Amtliche Bevölkerungszahlen	
Erläuterung	Diese werden vom Statistischen Landesamt Sachsen auf der Grundlage der Fortschreibung vom 3. Oktober 1990 beziehungsweise vom 9. Mai 2011 (Zensus) herausgegeben. Die aus dem Melderegister der Landeshauptstadt Dresden ermittelten Zahlen weichen geringfügig von den amtlichen Bevölkerungszahlen ab.
Quelle/URL	LHD, Kommunale Statistikstelle (2023). Statistische Mitteilungen: Bevölkerung und Haushalte 2022. dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Bevoelkerung-und-Haushalte-2022.pdf (abgerufen am 28.06.2024).
Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer	
Erläuterung	Arbeitnehmer üben ihre Haupttätigkeit auf vertraglicher Basis für einen Arbeitgeber in einem abhängigen Arbeitsverhältnis aus und erhalten hierfür eine Vergütung (Arbeitnehmerentgelt: Lohn beziehungsweise Gehalt). Ein Arbeitsverhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer ist gegeben, wenn zwischen beiden ein förmlicher oder auch formloser Vertrag besteht, der normalerweise von beiden Parteien freiwillig abgeschlossen worden ist und demzufolge der Arbeitnehmer für den Arbeitgeber gegen eine Geld- oder Sachvergütung arbeitet. Daneben gelten auch Personen, die vorübergehend nicht arbeiten, sofern sie formell mit ihrem Arbeitsplatz verbunden sind (zum Beispiel Urlauber, Kranke, Streikende, Ausgesperrte, Mutterschafts- und Elternurlauber, Schlechtwettergeldempfänger und so weiter) als abhängig beschäftigt. Schaubild zur Struktur der Erwerbstätigkeit im Anhang 2.1.
Quelle/URL	LHD, Kommunale Statistikstelle (2023). Statistische Mitteilungen: Arbeit und Soziales 2022. dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Arbeit-und-Soziales-2022.pdf (abgerufen am 28.06.2024).

Arbeitslose (arbeitslose Arbeitssuchende)	
Erläuterung	Arbeitslose (ALO) sind Personen, die ■ vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder nur eine weniger als 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung ausüben (Beschäftigungslosigkeit), ■ eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung suchen (Eigenbemühungen), ■ den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit oder des Jobcenters zur Verfügung stehen, also arbeiten dürfen, arbeitsfähig und -bereit sind (Verfügbarkeit), ■ in der Bundesrepublik Deutschland wohnen, ■ nicht jünger als 15 Jahre sind und die Altersgrenze für den Renteneintritt noch nicht erreicht haben, ■ sich persönlich bei einer Agentur für Arbeit oder einem JobCenter arbeitslos gemeldet haben. Für erwerbsfähige Leistungsberechtigte nach dem SGB II findet nach § 53a Abs. 1 SGB II die Arbeitslosendefinition des § 16 SGB III sinngemäß Anwendung. Schaubild zur Struktur der Erwerbstätigkeit im Anhang 2.1.
Quelle/URL	LHD, Kommunale Statistikstelle (2023). Statistische Mitteilungen: Arbeit und Soziales 2022. dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Arbeit-und-Soziales-2022.pdf (abgerufen am 28.06.2024).
Arbeitslosenanteil	
Erläuterung	Anteil der Arbeitslosen (sowie der Anteil für ausländische Arbeitslose) bezogen auf die Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Die Angaben zur Arbeitslosigkeit, differenziert nach der Dauer, beziehen sich auf die Arbeitslosen in der jeweiligen Altersgruppe.
Quelle/URL	LHD, Kommunale Statistikstelle (2023). Statistische Mitteilungen: Arbeit und Soziales 2022. dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Arbeit-und-Soziales-2022.pdf (abgerufen am 28.06.2024).
Arbeitslosenquote	
Erläuterung	Arbeitslosenquoten zeigen die relative Unterauslastung des Arbeitskräfteangebots an, indem sie die (registrierten) Arbeitslosen zu den Erwerbspersonen (EP = Erwerbstätige + Arbeitslose) als Quoten in Beziehung setzen. Die Nennergröße wird als Bezugsgröße bezeichnet. Der Kreis der Erwerbspersonen beziehungsweise der Erwerbstätigen kann unterschiedlich abgegrenzt werden: ■ Arbeitslosenquote, bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen (EP): alle zivilen Erwerbstätigen sind die Summe aus den abhängigen zivilen Erwerbstätigen sowie Selbstständigen und mithelfenden Familienangehörigen ■ Arbeitslosenquote, bezogen auf die abhängigen zivilen Erwerbspersonen (AEP): der Nenner enthält nur die abhängigen zivilen Erwerbstätigen, das heißt die Summe aus sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (einschließlich Auszubildende), geringfügig Beschäftigten und Beamten (ohne Soldaten)
Quelle/URL	LHD, Kommunale Statistikstelle (2023). Statistische Mitteilungen: Arbeit und Soziales 2022. dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Arbeit-und-Soziales-2022.pdf (abgerufen am 28.06.2024).
Armutsquote	
Erläuterung	Ab 2011: Armutsquoten sind Ergebnisse des Mikrozensus mit Hochrechnungsrahmen auf Grundlage des Zensus 2011, davor auf Grundlage der Volkszählung 1987 (Westen) bzw. 1990 (Osten), IT.NRW.
Quelle/URL	LHD, Kommunale Statistikstelle (2023). Statistische Mitteilungen: Bevölkerung und Haushalte 2022. dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Bevoelkerung-und-Haushalte-2022.pdf (abgerufen am 28.06.2024).
Ausländerinnen und Ausländer (Menschen ausländischer Herkunft bzw. ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger)	
Erläuterung	Alle Personen, die nicht Deutsche im Sinne des Art. 116 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) sind. Dazu zählen auch die Staatenlosen und die Personen mit ungeklärter Staatsangehörigkeit. Deutsche, die zugleich eine fremde Staatsangehörigkeit besitzen, gehören nicht zu den Ausländern.
Quelle/URL	LHD, Kommunale Statistikstelle (2023). Statistische Mitteilungen: Bevölkerung und Haushalte 2022. dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Bevoelkerung-und-Haushalte-2022.pdf (abgerufen am 28.06.2024).

Beratungen nach § 8a SGB VIII (Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung)

Erläuterung	Das Kinder- und Jugendhilferecht beschreibt im § 8a SGB VIII für Fachkräfte, die Leistungen nach SGB VIII erbringen als Schwelle für die Aktivierung des Schutzauftrags das Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung eines Kindes oder Jugendlichen. Im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz § 4 KKG ist dieser Schutzauftrag auch für Professionelle außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe festgeschrieben. Kommt es zu der Einschätzung, dass die Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung von gewissem Gewicht sind, ist eine Gefährdungseinschätzung nach § 8a SGB VIII/§ 4 KKG durchzuführen. Ziel ist es, die Informationen und Hinweise zu sichten, mit den Beteiligten zu sprechen und darüber zu entscheiden, was weiter zu tun ist. Mit der Gefährdungseinschätzung soll die Gefahr und das Risiko einer Schädigung, welches Kindern und Jugendlichen durch eine Erziehungssituation droht, eingeschätzt werden. Ein Teil der Gefährdungseinschätzung besteht im Dialog der Fachkräfte mit den betroffenen jungen Menschen, sowie den Erziehungsberechtigten (§ 8a Abs. 1 und 4 SGB VIII, § 4 Abs.1 KKG), wenn der wirksame Schutz des Kindes/Jugendlichen nicht gefährdet ist (z. B. bei Verdacht auf sexualisierte Gewalt). Im Gespräch mit den Erziehungsberechtigten geht es darum, deren Bereitschaft und Fähigkeit zur Abwendung der Gefährdung festzustellen. Im Anschluss kann eine Einschätzung getroffen werden, ob die Gefährdung abgewendet werden kann und/oder weitere Schritte erforderlich sind. Kindern und Jugendlichen eine Stimme im Kinderschutz zu geben, ist eine fachliche Herausforderung, dennoch ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob, wie und wann Kinder und Jugendliche an Prozessen der Gefährdungseinschätzung beteiligt werden können. Im Ergebnis der Gefährdungseinschätzung kann es zu folgenden Schlussfolgerungen kommen: ■ Beobachtung/Vermutung ist unbegründet: kein weiterer Handlungsbedarf ■ dem Wohl des Kindes/Jugendlichen entsprechende Erziehung ist nicht gewährleistet: Beratung zu Hilfeangeboten und Unterstützungsmöglichkeiten auf freiwilliger Basis ■ gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung liegen vor: Info an Leitung, schriftliche Zielvereinbarung mit Erziehungsberechtigten/jungen Menschen mit Maßnahmen zur Abwehr der Gefährdung (Schutzplan)
Quelle/URL	LHD (2024). Informationen zum Kinderschutz für Fachkräfte. dresden.de/de/leben/kinder/kinderschutz/fachkraefte.php (abgerufen am 08.07.2024)

Bevölkerung

Erläuterung	Den Ergebnissen der Volkszählung 1834 bis 1910 lag der Begriff „ortsanwesende Bevölkerung“ zugrunde. Darunter wurden alle Personen verstanden, die zum Stichtag in der Gemeinde anwesend waren, unabhängig davon, ob sie dort ihren ständigen Wohnsitz hatten oder nicht. Bei den Volkszählungen der Jahre 1925 bis 1964 wurde die „Wohnbevölkerung“ gezählt, das heißt alle Personen, die in der Gemeinde ihren Lebensmittelpunkt hatten. Als Lebensmittelpunkt wurde der Ort gewertet, von dem aus der Einwohner zur Arbeit oder Ausbildung ging bzw. an dem er sich überwiegend aufhielt, unabhängig davon, ob er – im Falle mehrerer Wohnungen – dort seine Haupt- oder Nebenwohnung hatte. Bei den Volkszählungen vom 1. Januar 1970 und 31. Dezember 1981 wurden die Einwohner am Hauptwohnsitz gezählt. Seit dem 3. Oktober 1990 wird die Fortschreibung der Bevölkerung am einzigen Wohnort, bei mehreren Wohnungen eines Einwohners am melderechtlichen „Ort der Hauptwohnung“ durchgeführt.
Quelle/URL	LHD, Kommunale Statistikstelle (2023). Statistische Mitteilungen: Bevölkerung und Haushalte 2022. dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Bevoelkerung-und-Haushalte-2022.pdf (abgerufen am 28.06.2024).

Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung (Einwohnerinnen und Einwohner mit Hauptwohnsitz)

Erläuterung	Zur Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung gehören diejenigen Personen, die im betreffenden Gebiet ihre alleinige Wohnung beziehungsweise ihre Hauptwohnung im Sinne von § 21 Abs. 2 des Bundesmeldegesetzes (BMG) vom 3. Mai 2013 (BGBl. I S. 1084) haben. Nach § 22 BMG ist die Hauptwohnung einer verheirateten oder eine Lebenspartnerschaft führenden Person, die nicht dauernd getrennt von ihrer Familie oder ihrem Lebenspartner lebt, die vorwiegend benutzte Wohnung der Familie oder der Lebenspartner. Die Hauptwohnung einer minderjährigen Person ist die vorwiegend benutzte Wohnung der Personensorgeberechtigten; leben diese getrennt, ist die Hauptwohnung die Wohnung des Sorgeberechtigten, die von der minderjährigen Person vorwiegend benutzt wird. In Zweifelsfällen ist die vorwiegend benutzte Wohnung dort, wo der Schwerpunkt der Lebensbeziehungen der Person liegt.
Quelle/URL	LHD, Kommunale Statistikstelle (2023). Statistische Mitteilungen: Bevölkerung und Haushalte 2022. dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Bevoelkerung-und-Haushalte-2022.pdf (abgerufen am 28.06.2024).

Lebenserwartung (durchschnittliche Lebenserwartung bzw. statistische Lebenserwartung)	
Erläuterung	Der Begriff „Lebenserwartung“ suggeriert, dass mithilfe der Ergebnisse die zu erwartende Zeitspanne von einem bestimmten Alter bis zum Tod angegeben werden kann. Dies ist jedoch zumeist nicht der Fall. Richtig ist hingegen, dass sich mit der Lebenserwartung Aussagen darüber treffen lassen, wie alt eine Person durchschnittlich werden würde, wenn sich an den Verhältnissen des aktuellen Zeitraums nichts mehr ändern würde (Periodensterbetafeln) oder wenn sich die aktuellen Veränderungstrends sehr lange in die Zukunft fortsetzen würden (Kohortensterbetafeln für noch lebende Geburtsjahrgänge). Hinzu kommt, dass Sterbetafeln lediglich Durchschnittswerte für die Lebenserwartung angeben können, von denen die individuellen Überlebensperspektiven je nach Lebensverhältnissen, Lebensführung, Beruf, gesundheitlicher Verfassung und weiteren Faktoren ganz erheblich abweichen können. Die Werte für die Lebenserwartung (z. B. bei Geburt) ergeben sich aus den sogenannten Sterbetafeln. Diese können entweder für spezifische Zeiträume (Periodensterbetafeln) oder für Geburtsjahrgänge (Kohortensterbetafeln) aufgestellt werden. In der öffentlichen Wahrnehmung stehen die Ergebnisse aus Periodensterbetafeln meist im Mittelpunkt. Sie eignen sich sehr gut, um die Veränderung der Sterblichkeit über die Zeit oder im regionalen und internationalen Vergleich zu beurteilen. Endgültige Ergebnisse für die tatsächliche Lebenserwartung einzelner Geburtsjahrgänge aus Kohortensterbetafeln liegen hingegen erst dann vor, wenn alle Angehörigen des entsprechenden Geburtsjahrgangs bereits verstorben sind.
Quelle/URL	Destatis. Bevölkerung: Lebenserwartung und Sterblichkeit. destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-lebenserwartung.html (abgerufen am 18.07.2024).

Erwerbstätige	
Erläuterung	Zu den Erwerbstätigen zählen alle Personen, die einer – auch geringfügigen und nicht zum Lebensunterhalt ausreichenden – Tätigkeit zum Zwecke des Erwerbs nachgehen, unabhängig von der von ihnen tatsächlich geleisteten oder vertragsmäßig zu leistenden Arbeitszeit. Zu den Erwerbstätigen gehören demnach alle Personen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen (Beamte einschließlich Soldaten, Angestellte, Arbeiter und Auszubildende), als Selbstständige ein Gewerbe beziehungsweise eine Landwirtschaft betreiben, einen freien Beruf ausüben oder als mithelfende Familienangehörige tätig sind. Im Falle mehrerer Tätigkeiten wird der Erwerbstätige nur einmal gezählt (Personenkonzept). Maßgebend für die Stellung im Beruf beziehungsweise nach Wirtschaftszweigen ist die zeitlich überwiegende Tätigkeit. Nicht zu den Erwerbstätigen zählen Personen als Verwalterin/Verwalter ihres Privatvermögens (zum Beispiel Immobilien, Geldvermögen, Wertpapiere). Schaubild zur Struktur der Erwerbstätigkeit im Anhang 2.1.
Quelle/URL	LHD, Kommunale Statistikstelle (2023). Statistische Mitteilungen: Arbeit und Soziales 2022. dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Arbeit-und-Soziales-2022.pdf (abgerufen am 28.06.2024).

Ex-In-Kräfte	
Erläuterung	Die Abkürzung kommt aus dem Englischen und steht für Experienced Involvement, was ins Deutsche übersetzt Beteiligung Erfahrener bedeutet. Die auf ein EU-Projekt zurückgehende Qualifizierung zu einer Ex-In-Kraft ist für Menschen mit eigener psychiatrischer Diagnose gedacht, die andere Menschen mit psychischen Schwierigkeiten unterstützen und begleiten sollen. Einsatzgebiete für Ex-In Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können u. a. Kliniken, Sozialpsychiatrische Zentren, die Jugendhilfe, Dozententätigkeiten bei Weiterbildungsträgern oder der Bereich der beruflichen Rehabilitation sein.
Quelle/URL	EX-IN Deutschland e. V. (2024). Über EX-IN. ex-in.de/ueber-ex-in (abgerufen am 19.06.2024).

Familie	
Erläuterung	Familien umfassen im Mikrozensus alle Eltern-Kind-Gemeinschaften, das heißt gemischtgeschlechtliche und gleichgeschlechtliche Ehepaare/Lebensgemeinschaften sowie alleinerziehende Mütter und Väter mit Kindern im Haushalt. Einbezogen sind in diesen Familienbegriff - neben leiblichen Kindern - auch Stief-, Pflege- und Adoptivkinder.
Quelle/URL	Destatis (2024). Zahl der Woche Nr. 20. destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2024/PD24_20_p002.html (abgerufen am 28.06.2024).

Gesundheitsförderung	
Erläuterung	Gesundheitsförderung, „[...] zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (Ottawa-Charta). Die WHO unterscheidet zwischen körperlicher, seelischer und sozialer Gesundheit und sieht zur Verwirklichung Maßnahmen auf Verhaltens- und Verhältnisebene vor. Gesundheitsförderung ist ein partizipativer und salutogenetischer Ansatz, der es ermöglicht, dass Individuen und Gruppen Ressourcen aufbauen und anwenden. Der § 20 SGB V versteht als Gesundheitsförderung „Leistungen zur [...] Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten“. Relevant sind hier auch die Settings oder Lebenswelten, in denen Gesundheitsförderung stattfindet.
Quelle/URL	Kaba-Schönstein, L. (2018). Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i033-1.0

Gesundheitsmonitoring	
Erläuterung	In der Literatur findet sich keine allgemein anerkannte differenzierte und hinreichend operationale Definition eines Gesundheitsmonitorings. Es geht um: ■ Entwicklungen im Krankheitsgeschehen, im Gesundheits- und Risikoverhalten und im Umgang mit Krankheiten und gesundheitlichen Risiken kontinuierlich zu beobachten, ■ Trends und deren Veränderung zu identifizieren und diese im Verhältnis zu möglichen oder bisher gängigen Interventionen zu analysieren.
Quelle/URL	Kurth, B.-M., Ziese, T., & Tiemann, F. (2005). Gesundheitsmonitoring auf Bundesebene - Ansätze und Perspektiven. Robert Koch-Institut.

Haushalte	
Erläuterung	Haushalte (tatsächliche Haushalte) werden von Personen gebildet, die gemeinsam wohnen und wirtschaften (das heißt ihren Lebensunterhalt gemeinsam finanzieren). In einer Wohnung können mehrere Haushalte wirtschaften. Für die Zusammengehörigkeit von Personen in Haushalten ist es dabei gleichgültig, ob der Rahmen für die Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft durch eine Haupt- oder Nebenwohnung der Person gegeben ist. Personen in Gemeinschaftsunterkünften werden bei der Haushaltsbildung nicht berücksichtigt. Im Jahre 2000 ist erstmalig das Haushaltegenerierungsverfahren HHGEN zur Berechnung der Haushaltszahlen herangezogen worden. Die Tabelle der Haushalte nach Haushaltsgröße und Stadtteilen ist daher mit den Stadtteiltabellen früherer Jahre nicht vergleichbar. Für die Tabelle Haushalte nach Haushaltsgröße im Jahresvergleich wurden die Daten nach dem neuen Verfahren umgerechnet. Im Erhebungsjahr 2014 wurden methodische Änderungen im Haushaltegenerierungsverfahren vorgenommen, sodass die Anzahl der Haushalte um 2.031 höher ist als mit der bisherigen Vorgehensweise. Zudem ergeben sich kleinere Änderungen in der Struktur der Haushalte. Die Methodik wurde seitdem beibehalten
Quelle/URL	LHD, Kommunale Statistikstelle (2023). Statistische Mitteilungen: Bevölkerung und Haushalte 2022. dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Bevoelkerung-und-Haushalte-2022.pdf (abgerufen am 28.06.2024).

Health in All Policies (HiAP)	
Erläuterung	Unter dem Begriff „Health in All Policies“ wird die von der WHO eingeführte Strategie verstanden, Gesundheit in allen Politikfeldern zu verankern. Dadurch soll eine ressort- und politikfeldübergreifende Zusammenarbeit im Sinne einer Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verfolgt werden. Dieser Ansatz wird international bereits seit vielen Jahren in unterschiedlichen Umsetzungen gelebt, wohingegen er in Deutschland erst in den letzten Jahren auf kommunaler Ebene und im Rahmen des Präventionsgesetzes zunehmend verfolgt wird.
Quelle/URL	Köckler, H. & Geene, R. (2022). Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.

ICD-10-GM Version	
Erläuterung	Die ICD-10-GM bildet zusammen mit dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) die Basis für die Entgeltsysteme in der ambulanten und stationären Versorgung sowie weiteren Anwendungsbereichen. Diagnosen müssen im ambulanten und stationären Bereich nach der ICD-10-GM verschlüsselt werden. Die Verschlüsselung erfolgt auf der Basis des Systematischen Verzeichnisses der ICD-10-GM. Das zugehörige Alphabetische Verzeichnis mit seiner umfangreichen Sammlung an Krankheitsbezeichnungen und Synonymen erleichtert die Arbeit in der Praxis. Ärzte und Dokumentare in Krankenhäusern sind verpflichtet, bei der Kodierung die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) in der jeweils gültigen Fassung zu berücksichtigen; für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gelten die Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych). Die Kodierrichtlinien werden von den Selbstverwaltungspartnern gemeinsam vereinbart.
Quelle/URL	BFARM. (2024). ICD-10-GM Version. bfarm.de/DE/Kodiersysteme/News/ICD-10-GM_2024_BfArM_veroeffentlicht_endgueltige_Fassung.html (abgerufen am 08.08.2024).

Insoweit erfahrene Fachkraft (Kinderschutzfachkraft nach § 8a SGB VIII)	
Erläuterung	Insoweit erfahrene Fachkraft (InsoFa) ist die gesetzliche Bezeichnung für beratende Personen zur Einschätzung des Gefährdungsrisikos bei einer vermuteten Kindeswohlgefährdung. Die InsoFa wird bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung unterstützend zur Einschätzung der Situation hinzugezogen. Sie stellt die Fachlichkeit des Prozesses sicher und begleitet ratsuchende Fachkräfte bei der Abwägung maßgeblicher Belastungen und Ressourcen für das Kindeswohl. Die Hinzuziehung einer InsoFa dient: ■ der Erhöhung der Handlungssicherheit Ratsuchender im Umgang mit Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung ■ der Orientierung im Umgang mit Anhaltspunkten der Kindeswohlgefährdung, der Gefährdungseinschätzung und der weiteren Verfahrensweise an gültigen rechtlichen Grundlagen und fachlichen Standards
Quelle/URL	LHD (2024). Insoweit erfahrene Fachkraft (Kinderschutz). dresden.de/de/leben/kinder/kinderschutz/fachkraefte/insoweit-erfahrene-fachkraefte.php (abgerufen am 05.07.2024).

Jugendquotient	
Erläuterung	Der Jugendquotient (u15) ist das Verhältnis der Anzahl der Personen im Alter von unter 15 Jahren zu 100 Personen derselben Bevölkerung im Alter von 15 bis unter 65 Jahren. Der Jugendquotient (u20) ist definiert als das Verhältnis der Anzahl der Personen einer Bevölkerung im Alter bis unter 20 Jahren zu 100 Personen derselben Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (hier 20 bis unter 65 Jahren). Ein Jugendquotient von 20 besagt, dass auf einen unter 20-Jährigen fünf Menschen im Alter zwischen 20 bis unter 65 Jahren kommen. Für die Berechnung des Jugend- bzw. Altenquotienten können verschiedene Ausgangswerte als Bezugspunkte für eine Vergleichbarkeit genommen werden, so werden teilweise auch Jugendquotienten errechnet, bei denen man davon ausgeht, dass man ab 15 Jahren bzw. ab 20 Jahren erwerbstätig ist. Beide Berechnungsgrundlagen haben Vor- und Nachteile. Um einen Vergleich zu dem Jugendquotienten im Land Sachsen und zu Gesamt-Deutschland zu erhalten, ist der Jugendquotient unter 20 Jahren neben den städtisch üblichen Jugendquotienten unter 15 Jahren hier aufgeführt.
Quelle/URL	BiB. (2022). Jugendquotient in Deutschland. bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/B66-Jugendquotient-Kreise.html (abgerufen am 13.08.2024).

Kinder im Zusammenhang mit Haushalten (Haushalte mit Kindern)	
Erläuterung	Unter Kindern versteht man bei der Zuordnung zu Haushalten Personen im Alter unter 18 Jahren. Minderjährige verheiratete Personen und minderjährige Mütter sind nicht enthalten.
Quelle/URL	LHD, Kommunale Statistikstelle (2023). Statistische Mitteilungen: Bevölkerung und Haushalte 2022. dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Bevoelkerung-und-Haushalte-2022.pdf (abgerufen am 28.06.2024).

Korrelation	
Erläuterung	Mit Korrelation bezeichnet man den statistischen Zusammenhang zwischen Merkmalen. Eine Korrelation zwischen zwei Merkmalen liegt vor, wenn sich die Ausprägungen des einen Merkmals in Abhängigkeit von den Ausprägungen des anderen Merkmals ändern.
Quelle/URL	Hilgers RD, Heussen N, Stanzel S (2024). Korrelation, statistische. springermedizin.de/emedpedia/detail/lexikon-der-medizinischen-laboratoriumsdiagnostik/korrelation-statistische?epediaDoi=10.1007%2F978-3-662-49054-9_1761 (abgerufen am 13.08.2024).

Krankheitslast (Burden of Disease)	
Erläuterung	Unter Krankheitslast (Burden of Disease) versteht man die datenbasierte Darstellung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung. Die Berechnung der Krankheitslast, gemessen als Zeiteinheit Jahre macht den Einfluss von Krankheit und Tod auf die Bevölkerungsgesundheit über Erkrankungen und Verletzungen hinweg vergleichbar.
Quelle/URL	RKI. Krankheitslast. daly.rki.de (abgerufen am 08.08.2024)
Langzeitarbeitslose	
Erläuterung	Als Langzeitarbeitslose gelten nach § 18 Abs. 1 SGB III alle Personen, die am jeweiligen Stichtag der Zählung ein Jahr (hier: 364 Tage) und länger bei den Agenturen für Arbeit oder bei den Trägern für Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II arbeitslos gemeldet waren.
Quelle/URL	LHD, Kommunale Statistikstelle (2023). Statistische Mitteilungen: Arbeit und Soziales 2022. dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Arbeit-und-Soziales-2022.pdf (abgerufen am 28.06.2024).
Marginal Beschäftigte	
Erläuterung	Als marginal Beschäftigte werden hier Personen angesehen, die als Arbeiterinnen bzw. Arbeiter oder Angestellte bzw. Angestellter keine voll sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausüben, jedoch nach dem Labour-Force-Konzept der Internationalen Arbeitsorganisation als Erwerbstätige gelten, wenn sie in einem einwöchigen Berichtszeitraum wenigstens eine Stunde gegen Entgelt gearbeitet haben. Dazu zählen in Deutschland insbesondere ausschließlich geringfügig Beschäftigte – also geringfügig entlohnte Beschäftigte und kurzfristig Beschäftigte – sowie Beschäftigte in Arbeitsgelegenheiten (sogenannte Ein-Euro-Jobs). Schaubild zur Struktur der Erwerbstätigkeit im Anhang 2.1.
Quelle/URL	Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Arbeitskreis (2023)b: Erwerbstätigenrechnung. Erwerbstätige in den kreisfreien Städten und Landkreisen der Bundesrepublik Deutschland 1991 bis 2022. Reihe 2, Band 1“
Median	
Erläuterung	Der Median auch Zentralwert oder Dichtemittel genannt, bezeichnet die Stelle in einer nach Größe geordneten Reihe von Beobachtungswerten, auf die bezogen 50 % aller Werte kleiner/gleich bzw. größer/gleich diesem Wert sind. Der Median ist im Unterschied zum arithmetischen Mittelwert robuster gegenüber extremen Ausreißerwerten und kann auch für ordinale Variablen angegeben werden.
Quelle/URL	RKI. GBE-Glossar. rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Glossar/gbe_glossar_catalog.html?lv2=3686294 (abgerufen am 13.08.2024).
Menschen mit Migrationshintergrund	
Erläuterung	Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt. Die Definition umfasst im Einzelnen folgende Personen: 1. zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländer; 2. zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte; 3. (Spät-)Aussiedler; 4. mit deutscher Staatsangehörigkeit geborene Nachkommen der drei zuvor genannten Gruppen (Quelle: Statistisches Bundesamt). Bei der Ableitung des Migrationshintergrundes aus dem Melderegister ist zu beachten, dass die Verknüpfung (Verzeigerung) zu den Eltern mit dem Erreichen des 18. Lebensjahres erlischt und der Migrationshintergrund der Eltern somit nicht mehr auf ihre erwachsenen Kinder übertragen wird.
Quelle/URL	LHD, Kommunale Statistikstelle (2023). Statistische Mitteilungen: Bevölkerung und Haushalte 2022. dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Bevoelkerung-und-Haushalte-2022.pdf (abgerufen am 28.06.2024).
Mietbelastungsquoten	
Erläuterung	Die Mietbelastungsquote eines Haushalts bezeichnet den Anteil am Haushaltsnettoeinkommen, der für die Bruttokaltmiete aufgebracht werden muss.
Quelle/URL	Destatis (2024). Einkommen, Konsum und Lebensbedingungen. Mietbelastungsquote. destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Glossar/mietbelastungsquote.html (abgerufen am 28.06.2024).

Migrationshintergrund	
Erläuterung	Die Erhebung und Darstellung des Migrationshintergrundes erfolgt nicht für alle betrachteten Bereiche bzw. Kapitel in gleichem Maße. Der im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfestatistik erhobene Migrationshintergrund von Kindern in Kindertageseinrichtungen wird dadurch erfasst, inwiefern mindestens ein Elternteil ausländischer Herkunft ist, unabhängig von der gegenwärtigen Staatsangehörigkeit bzw. dem gegenwärtigen Aufenthaltsstatus. Darüber hinaus wird erhoben, ob die in der Familie vorwiegend gesprochene Sprache Deutsch bzw. nicht Deutsch ist. In den übrigen Kapiteln werden unter Personen mit Migrationshintergrund Personen verstanden, die die deutsche Staatsangehörigkeit selbst oder mindestens eines ihrer Elternteile nicht durch die Geburt besitzen. Zusätzlich werden als Ausländerinnen und Ausländer bzw. ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger alle Personen bezeichnet, die im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes (GG) nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, auch diese Menschen sind Personen mit Migrationshintergrund. In den vergangenen Jahren wurde jedoch zunehmend Kritik am Konzept des Migrationshintergrundes laut. Die Fachkommission Integrationsfähigkeit hat in ihrem Bericht aus dem Jahr 2021 einen Vorschlag für eine neue Definition des Migrationshintergrundes gemacht. In der kommunalen und amtlichen Statistik wird daraufhin die Umsetzbarkeit alternativer Abgrenzungen geprüft.
Quelle/URL	LHD, Kommunale Statistikstelle (2023). Statistische Mitteilungen: Bevölkerung und Haushalte 2022. dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Bevoelkerung-und-Haushalte-2022.pdf (abgerufen am 28.06.2024).

Mittelwert (kurz auch nur <i>Mittel</i> ; anderes Wort Durchschnitt)	
Erläuterung	Der Mittelwert ist das arithmetische Mittel/der Durchschnitt aller beobachteten bzw. gemessenen Werte und ist ein Lagemaß für eine statistische Häufigkeitsverteilung. Einzelne extreme Ausreißerwerte können dieses Maß aber erheblich beeinflussen.
Quelle/URL	RKI. GBE-Glossar. rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Glossar/gbe_glossar_catalog.html?lv2=3686294 (abgerufen am 13.08.2024).

Mittelwert gewichtet (kurz auch nur gewichtetes <i>Mittel</i> ; anderes Wort gewichteter Durchschnitt)	
Erläuterung	Der gewichtete Mittelwert stellt den Mittelwert der Ergebnisse der Schulaufnahmeuntersuchungen über die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23 dar. Gewichtet wurden die Untersuchungsergebnisse jeweils nach der Gesamtzahl aller untersuchter Kinder im jeweiligen Untersuchungsjahr. Die Methode ist notwendig, da sich die Untersuchungszahlen zwischen den Schuljahren bedingt durch Einschränkungen während der Corona-Pandemie deutlich unterscheiden.
Quelle/URL	Eigene Erläuterung

Morbidity	
Erläuterung	Bevölkerungsbezogene Betrachtung des Auftretens und der Veränderung von Gesundheitsproblemen.
Quelle/URL	RKI. GBE-Glossar. rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Glossar/glossar_node.html (abgerufen am 10.07.2024).

Mortality (Sterblichkeit)	
Erläuterung	Bevölkerungsbezogene Betrachtung der Sterblichkeit. Sie wird durch Mortalitätsmaße (Sterblichkeitsmaße), welche die Zahl der Gestorbenen auf die Bevölkerung beziehen, beschrieben. In Sterbetafeln werden die Sterblichkeitsverhältnisse einer Bevölkerung in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht abgebildet. Eng zusammen mit der Mortalität hängt die epidemiologische Maßzahl Lebenserwartung. Verallgemeinert kann die Mortalität als Inzidenz des Sterbens angesehen werden, deshalb sind auch viele Überlegungen und Maßzahlen, die (allgemein) von der Inzidenz ausgehen, übertragbar.
Quelle/URL	RKI. GBE-Glossar. rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Glossar/glossar_node.html (abgerufen am 10.07.2024).

Nettoäquivalenzeinkommen (kurz: Äquivalenzeinkommen)	
Erläuterung	Das Äquivalenzeinkommen ist ein Wert, der sich aus dem Gesamteinkommen eines Haushalts und der Anzahl und dem Alter der von diesem Einkommen lebenden Personen ergibt. Das Äquivalenzeinkommen wird vor allem für die Berechnung von Einkommensverteilung, Einkommensungleichheit und Armut verwendet. Mithilfe einer Äquivalenzskala werden die Einkommen nach Haushaltsgröße und -zusammensetzung gewichtet. Dadurch werden die Einkommen von Personen, die in unterschiedlich großen Haushalten leben vergleichbar, da in größeren Haushalten Einspareffekte (Economies of Scale) auftreten (z. B. durch gemeinsame Nutzung von Wohnraum oder Haushaltsgeräten).
Quelle/URL	Destatis (2024). Einkommen, Konsum und Lebensbedingungen. Äquivalenzeinkommen. destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Glossar/aequivalenzeinkommen.html (abgerufen am 28.06.2024).

Niedriginzidenzland	
Erläuterung	Nach dem European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) liegt ein Niedriginzidenzland vor, wenn die Erkrankungsrate in einem Land zu einem bestimmten Zeitpunkt unter einem festgelegten Wert liegt. Beispiel Tuberkulose: Deutschland ist ein Niedriginzidenzland, die Meldeinzidenz (im Folgenden Inzidenz) liegt seit 2001 unter 10/100.000 Einwohner und bewegte sich in den letzten Jahren um 5/100.000 Einwohner.
Quelle/URL	RKI. Tuberkulose. rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Tuberkulose.html (abgerufen am 13.08.2024).

Pflegegrade/Pflegestufen	
Erläuterung	Mit Einführung des Pflegestärkungsgesetzes II am 1. Januar 2016 wurde der Begriff der Pflegebedürftigkeit neu gefasst. Es wurde ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt und statt der bisherigen drei Pflegestufen erfolgt ab 2017 die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nach fünf Pflegegraden. Beurteilt wird dabei der Grad der Selbstständigkeit im Alltag. Dadurch können sowohl körperliche als auch geistige Einschränkungen erfasst werden und finden bei der Einstufung gleichermaßen Berücksichtigung. Dadurch sind ab 2017 mehr Personen leistungsberechtigt. Die Spannweite der Beurteilungsergebnisse reicht von einer „geringen Beeinträchtigung der Selbstständigkeit“ (Pflegegrad I) bis zu einer „schwersten Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung“ (Pflegegrad V). Dabei erfolgte keine erneute Begutachtung der bereits anerkannten Pflegebedürftigen sowie der Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Allen diesen Personen wurde 2017 automatisch anstelle der bisherigen Pflegestufe der nächsthöhere Pflegegrad zugewiesen. Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die bisher nicht als pflegebedürftig eingestuft wurden, wurde automatisch Pflegegrad II zugewiesen. Damit erhielten keine bereits vor 2017 anerkannten Leistungsempfänger Pflegegrad I und man kann davon ausgehen, dass diese Personen vor 2017 noch nicht leistungsberechtigt nach SGB XI waren.
Quelle/URL	Statistisches Landesamt Sachsen (2019): Statistisch betrachtet. Pflege in Sachsen. Ausgabe 2019

Prävalenz	
Erläuterung	Die Prävalenz bezeichnet die Häufigkeit einer Krankheit (oder eines anderen gesundheitsbezogenen Merkmals) in der Bevölkerung. Sie berechnet sich als Quotient der Fallzahl und der Bezugsbevölkerung. Dabei kann unterschieden werden zwischen der Krankheitshäufigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder in einem Zeitraum (Periodenprävalenz, z. B. 12-Monats-Prävalenz, Lebenszeitprävalenz). Man schätzt beispielsweise die Punktprävalenz von Rückenschmerzen auf ca. 30 %, d. h., ein Drittel der Bevölkerung leidet aktuell an Rückenschmerzen, über die gesamte Lebensdauer hinweg sind dagegen ca. 80 % aller Menschen betroffen.
Quelle/URL	BzgA. Epidemiologie. leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/epidemiologie-und-sozialepidemiologie (abgerufen am 13.08.2024).

Prävention	
Erläuterung	Prävention, als pathogenetischer Ansatz der Krankheitsvermeidung, wird nach dem Zeitpunkt und Anlass der Intervention gegliedert: ■ Primärprävention: „Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken“ (§ 20 SGB V), z. B. Schulprojekt zum versteckten Zucker in Speisen und Getränken zur Vermeidung von Diabetes Typ II, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Adipositas, Impfungen, Aktionen zum Sonnenschutz für Cancer Survivors und Angehörige ■ Sekundärprävention: Früherkennung von Krankheiten, um Folgen und Mortalität zu minimieren, eine frühe Behandlung zu ermöglichen und die Wiederherstellung „einer guten Ausgangssituation für die Bewältigung von Risiken und Belastungen im Alltag“ zu ermöglichen (korrektiver / kurativer Ansatz), z. B. Zahnprophylaxe durch jährliche Zahnkontrolle, Früherkennung von Depression ■ Tertiärprävention: Rehabilitation nach akuter Krankheitsbehandlung, um Rückfall zu verhindern und Lebensqualität zu erhalten, Ausgleich von Schäden und Vermeidung der „Verfestigung von Beeinträchtigung und Störungen (...), die auf den gesamten weiteren Lebensrhythmus ungünstige Auswirkungen haben können und den Gesamtzustand immer weiter verschlechtern (kompensatorischer Ansatz), z. B. Behandlung in Rehabilitationsklinik für Tumorerkrankte, Begleitung und Unterstützung in der psychosozialen Tumorberatung, Phasenprophylaxe in der Psychiatrie Präventive Maßnahmen können zum einen auf das individuelle Verhalten (Verhaltensprävention) oder strukturell auf Lebensverhältnisse (Verhältnisprävention) wirken. Verhaltenspräventive Maßnahmen richten sich an Einzelne oder vermitteln Wissen und Kompetenzen in Gruppensettings.
Quelle/URL	Franzkowiak, P (2022). Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Laaser, Hurrelmann, Wolters (1993). Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung“. In: Hurrelmann / Laaser (Hg.): Gesundheitswissenschaften: Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S. 176-203.

Präventionsmaßnahmen bzw. Präventive Maßnahmen	
Erläuterung	Präventive Maßnahmen können zum einen auf das individuelle Verhalten (Verhaltensprävention) oder strukturell auf Lebensverhältnisse (Verhältnisprävention) wirken. Verhaltenspräventive Maßnahmen richten sich an Einzelne oder vermitteln Wissen und Kompetenzen in Gruppensettings.
Quelle/URL	Franzkowiak, P (2022). Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Laaser, Hurrelmann, Wolters (1993). Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung“. In: Hurrelmann / Laaser (Hg.): Gesundheitswissenschaften: Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S. 176-203.

Public Health	
Erläuterung	Gesundheitswissenschaften/Public Health ist ein interdisziplinäres Forschungsfeld, in dem die Entstehung von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung, die Determinanten von Gesundheit sowie die Bedarfsgerechtigkeit und Effizienz der Strukturen des Gesundheitssystems systematisch betrachtet werden.
Quelle/URL	BZgA. Gesundheitswissenschaften. leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitswissenschaften-public-health (abgerufen am 12.07.2024).

Regelleistungsberechtigte (RLB)	
Erläuterung	Personen mit Anspruch auf Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld erhalten den Status Regelleistungsberechtigte. Dazu zählen Personen, die Anspruch auf folgende Leistungsarten haben: ■ Regelbedarf Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld (§§ 20, 23 SGB II) ■ Mehrbedarfe (§ 21 SGB II) ■ laufende und einmalige Leistungen für Unterkunft und Heizung einschließlich Nachzahlung von Heiz- und Betriebskosten sowie Heizmittelbevorratung, Wohnbeschaffungskosten, Mietschulden und Instandhaltungs- und Reparaturkosten bei selbst bewohntem Wohneigentum (§ 22 SGB II) ■ befristeter Zuschlag nach dem Bezug von Arbeitslosengeld (§ 24 SGB II alte Fassung, entfallen ab 1. Januar 2011). Da die Statistikstelle der Bundesagentur für Arbeit die Regelleistungsberechtigten als die hauptsächliche Gruppe für Standardberichterstattung betrachtet und empfiehlt, liegt der Fokus in der Datenbereitstellung in dieser Broschüre ebenfalls auf diese Gruppe.
Quelle/URL	LHD, Kommunale Statistikstelle (2023). Statistische Mitteilungen: Arbeit und Soziales 2022. dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Arbeit-und-Soziales-2022.pdf (abgerufen am 28.06.2024).

Selbstständige einschließlich mithelfender Familienangehöriger

Erläuterung	Als selbstständige Person zählt, wer zeitlich überwiegend unternehmerisch oder freiberuflich selbstständig tätig ist. Hierzu gehören tätige Eigentümerinnen und Eigentümer in Einzelunternehmen und Personengesellschaften, Freiberuflerinnen und Freiberufler wie Ärztinnen und Ärzte, Anwältinnen und Anwälte, Steuerberaterinnen und Steuerberater, Architektinnen und Architekten, aber auch alle selbstständigen Handwerkerinnen und Handwerker, Handels- bzw. Versicherungsvertreterinnen und -vertreter, Lehrerinnen und Lehrer, Musikerinnen und Musiker, Artistinnen und Artisten, Hebammen und Entbindungspfleger, Kranken- sowie Altenpflegerinnen und -pfleger. Zu den mithelfenden Familienangehörigen werden alle Personen gerechnet, die regelmäßig und zeitlich überwiegend unentgeltlich in einem Betrieb mitarbeiten, der von einem Familienmitglied als Selbstständige bzw. Selbstständiger geleitet wird. Schaubild zur Struktur der Erwerbstätigkeit im Anhang 2.1.
Quelle/URL	Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Arbeitskreis (2023). Erwerbstätigenrechnung. Erwerbstätige in den kreisfreien Städten und Landkreisen der Bundesrepublik Deutschland 1991 bis 2022. Reihe 2, Band 1.

Signifikanz

Erläuterung	Signifikanz heißt statistische Bedeutsamkeit und bezieht sich immer auf einen Effekt, den man in einer Stichprobe gefunden hat und auf die Population verallgemeinern möchte. Signifikante Ergebnisse werden als systematisch und nicht als zufällig erachtet. Signifikanz hat nichts mit inhaltlicher Bedeutsamkeit zu tun.
Quelle/URL	Björn R, Friese M, Hofmann W, Naumann E. Signifikanz. lehrbuch-psychologie.springernature.com/glossar/signifikanz-0 (abgerufen am 13.08.2024).

Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte (Sozialversicherungspflichtige beschäftigte Arbeitnehmer)

Erläuterung	Als sozialversicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer zählen alle Arbeitnehmer einschließlich der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten, die kranken-, renten-, pflegeversicherungspflichtig und/oder beitragspflichtig nach dem Recht der Arbeitsförderung (SGB III) sind oder für die Beitragsanteile zur gesetzlichen Rentenversicherung oder nach dem Recht der Arbeitsförderung zu zahlen sind. Aus dieser Abgrenzung ergibt sich, dass in der Regel alle Arbeiter und Angestellten (einschließlich Personen in beruflicher Ausbildung) erfasst werden. Nicht zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zählen dagegen die Selbstständigen, mithelfenden Familienangehörigen, Beamte, Berufs- und Zeitsoldaten sowie die sogenannten geringfügig Beschäftigten (Marginal Beschäftigte). Der Unterscheidung der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmer nach Voll- und Teilzeitbeschäftigten liegen die von den Arbeitgebern in den Meldebelegen erteilten Angaben über die arbeitsvertraglich vereinbarte Wochenarbeitszeit zu Grunde. Die Wirtschaftsgliederung wird nach der „Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008)“ verschlüsselt. Die angegebenen Zahlen beziehen sich auf die in Dresden wohnhafte Bevölkerung. Die Angabe der in Dresden arbeitenden Personen wäre für das Stadtgesundheitsprofil nicht zielführend, da so nur teilweise die Bedarfe und Lage der Dresdner Bevölkerung widerspiegelt wird. Schaubild zur Struktur der Erwerbstätigkeit im Anhang 2.1.
Quelle/URL	LHD, Kommunale Statistikstelle (2023). Statistische Mitteilungen: Arbeit und Soziales 2022. dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Arbeit-und-Soziales-2022.pdf (abgerufen am 28.06.2024).

Sozioökonomischer Status bzw. Belastung

Erläuterung	Der Begriff des sozioökonomischen Status beschreibt die individuelle Position in einem durch soziale Ungleichheit gekennzeichneten Gesellschaftsgefüge. Damit wird unterstellt, dass der sozioökonomische Status regelmäßig mit sozialen Vor- und Nachteilen einhergeht, die sich an der Verfügung über knappe und allgemein hoch bewertete Güter wie Einkommen, Vermögen, Macht, Sozialprestige, Bildung oder Wissen, einschließlich ungleicher Zugangswege zu diesen, festmachen lassen.
Quelle/URL	Lampert T, Kroll LE, Müters S, et al. (2013). Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). In Bundesgesundheitsblatt 56:131–143.

Stadtbezirke/Ortschaften	
Erläuterung	Seit 1992 ist das Dresdner Stadtgebiet für statistische, stadtplanerische und verwaltungstechnische Zwecke hierarchisch in Stadtbezirksbereiche gegliedert. Die weitere Unterteilung erfolgt in Stadtteile, Statistische Bezirke und Blöcke. Als Folge der Eingemeindungen von 1997 und 1999 entstanden neben den Stadtbezirksbereichen 9 Ortschaften, denen 7 neue Stadtteile zugeordnet wurden.
Quelle/URL	https://stadtplan.dresden.de/ (abgerufen am 24.10.2024).

Stadträume	
Erläuterung	Für die Kommunale Bürgerumfrage wurden die Dresdner Stadtteile zu 17 Stadträumen zusammengefasst. Diese haben eine ähnliche Bausubstanz und Siedlungsstruktur und sind räumlich verbunden. Stadtbezirksgrenzen wurden nur im Fall des Stadtteils Leipziger Vorstadt durchbrochen, der mit Teilen des Stadtbezirksbereiches Pieschen geführt wird. Der Stadtteil Strehlen (76) wurde geteilt.
Quelle/URL	https://stadtplan.dresden.de/ (abgerufen am 24.10.2024).

Stadtteile	
Erläuterung	Seit 1992 ist das Dresdner Stadtgebiet für statistische, stadtplanerische und verwaltungstechnische Zwecke hierarchisch in Stadtbezirksbereiche gegliedert. Die weitere Unterteilung erfolgt in Stadtteile, Statistische Bezirke und Blöcke. Nach Berlin, Hamburg und Köln ist Dresden die flächenmäßig viertgrößte Stadt Deutschlands und zählt insgesamt 64 statistische Stadtteile. Bei der Neuordnung des Stadtgebiets 1991 wurden zehn verschiedene Ortsamtsbereiche festgelegt. Besonders zwischen 1997 und 1999 erfolgte die Eingemeindung zahlreicher Ortschaften und selbstständigen Gemeinden. Insgesamt sind die Ortschaften in sieben statistische Stadtteile gegliedert.
Quelle/URL	https://stadtplan.dresden.de/ https://www.dresden.de/de/tourismus/information/stadtinformation/dresdner-stadtteile.php (abgerufen am 25.10.2024).

Sterbetafeln	
Erläuterung	Eine Sterbetafel ist ein demografisches Modell, das die zusammenfassende Beurteilung der Sterblichkeitsverhältnisse einer Bevölkerung unabhängig von ihrer Größe und Altersstruktur ermöglicht. Die Sterbetafel zeigt hierzu in einer nach Geschlecht getrennten Tabelle, wie viele Personen eines Ausgangsbestandes gemäß der errechneten Sterbewahrscheinlichkeiten in den einzelnen Altersjahren überleben und sterben werden. Darüber hinaus gibt die Sterbetafel Auskunft über die geschlechtsspezifische durchschnittliche Lebenserwartung in den einzelnen Altersjahren.
Quelle/URL	Destatis. Sterbefälle, Lebenserwartung. destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Glossar/sterbetafel.html (abgerufen am 28.06.2024).

Stundenfälle	
Erläuterung	Stundenfälle sind Patientinnen und Patienten, die vollstationär in ein Krankenhaus aufgenommen, jedoch am gleichen Tag wieder entlassen werden oder am Aufnahmetag versterben.
Quelle/URL	Böhm K. (2021). Diagnose und Behandlung im Krankenhaus. Datenreport 2021. bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/datenreport-2021/gesundheits/330100/diagnose-und-behandlung-im-krankenhaus (abgerufen am 28.06.2024).

Untergebrachte wohnungslose Personen	
Erläuterung	In der Statistik untergebrachter wohnungsloser Personen werden alle Personen erfasst, die am Stichtag 31.01. und damit in der Nacht vom 31.01. auf den 01.02. des Jahres wegen Wohnungslosigkeit untergebracht waren. Wohnungslosigkeit im Sinne der Erhebung besteht, wenn - die Nutzung einer Wohnung durch eine Person oder eine Mehrheit von Personen desselben Haushalts weder durch einen Mietvertrag oder einen Pachtvertrag noch durch ein dingliches Recht abgesichert ist oder - eine Wohnung einer Person oder einer Mehrheit von Personen desselben Haushalts aus sonstigen Gründen nicht zur Verfügung steht. Für eine Erfassung in der Statistik ist ausschließlich die am Stichtag vorliegende Lebenssituation der wohnungslosen Personen maßgeblich.
Quelle/URL	LHD, Kommunale Statistikstelle (2023). Statistische Mitteilungen: Arbeit und Soziales 2022. dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Arbeit-und-Soziales-2022.pdf (abgerufen am 28.06.2024).

Verlorene Lebensjahre (Years of Life Lost [YLL])	
Erläuterung	Verlorene Lebensjahre beschreiben den durch Mortalität bedingten Teil der Krankheitslast. Berechnet wird für Personen, die in einem Berichtsjahr versterben, die Differenz zwischen Alter des Todes und statistischer Restlebenserwartung.
Quelle/URL	RKI. Verlorene Lebensjahre. daly.rki.de (abgerufen am 08.08.2024).

Wohngeld	
Erläuterung	Das Wohngeld ist ein staatlicher Zuschuss zu den Aufwendungen für den Wohnraum, wenn die Höhe der Miete oder Belastung die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Haushaltes übersteigt. Damit soll auch einkommensschwächeren Bevölkerungsschichten ein angemessenes und familiengerechtes Wohnen ermöglicht werden. Auf die Zahlung von Wohngeld besteht bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen ein Rechtsanspruch. Wohngeld wird nur auf Antrag der wohngeldberechtigten Person von den Wohngeldstellen der Kreisfreien Städte und Landkreise bewilligt. Wohngeld wird gewährt als: ■ Mietzuschuss für die Mieter von Wohnungen oder einzelner Zimmer ■ Lastenzuschuss für die Eigentümer von Wohnraum (Eigenheimen, Eigentumswohnungen) ■ Wohngeld wird nicht für unangemessen hohe Wohnkosten geleistet. Die Höhe des Wohngeldes richtet sich gemäß § 2 WoGG nach ■ der zu berücksichtigenden Miete oder Belastung, soweit sie den Höchstbetrag nach § 8 WoGG nicht übersteigt ■ dem Gesamteinkommen und ■ der Anzahl der zu berücksichtigenden Familienmitglieder Der Grund für den Anstieg der Wohngeldempfänger ist im Zusammenhang mit der Wohngeldreform zum 1. Januar 2020 zu sehen. Ab Berichtsjahr 2020 werden die Ergebnisse der Statistik mittels 5er-Rundung geheim gehalten. Dadurch ist keine grundsätzliche Additivität der Daten mehr gegeben.
Quelle/URL	LHD, Kommunale Statistikstelle (2023). Statistische Mitteilungen: Arbeit und Soziales 2022. dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Arbeit-und-Soziales-2022.pdf (abgerufen am 28.06.2024).

Zusammengefasste Geburtenrate (TFR – total fertility rate)	
Erläuterung	Die zusammengefasste Geburtenziffer (Total Fertility Rate, TFR) beschreibt die relative Geburtenhäufigkeit der Frauen in einer Periode. Sie gibt die durchschnittliche Kinderzahl an, die eine Frau im Laufe ihres Lebens hätte, wenn die Verhältnisse des betrachteten Jahres von ihrem 15. bis zu ihrem 49. Lebensjahr gelten würden. Diese Kinderzahl je Frau hat einen hypothetischen Charakter, da sie die Geburtenhäufigkeit nicht einer konkreten, sondern einer modellierten Frauengeneration abbildet. Die zusammengefasste Geburtenziffer wird berechnet, indem die altersspezifischen Geburtenhäufigkeiten des beobachteten Jahres für die Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren addiert werden. Sie ist frei vom Einfluss der jeweiligen Altersstruktur der weiblichen Bevölkerung
Quelle/URL	Destatis. Zusammengefasste Geburtenziffer. destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Glossar/zusammengefasste-geburtenziffer.html (abgerufen am 28.06.2024).

Datengrundlagen

Angebote der Frühen Gesundheitshilfen	
Datenhalter	Landeshauptstadt Dresden, Amt für Gesundheit und Prävention
Kurzbeschreibung und Methodik	Das dreigeteilte Angebot der Frühen Gesundheitshilfen, strukturell ein Sachgebiet in der Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit des Amtes für Gesundheit und Prävention, umfasst: ■ Eltern-Kind-Angebote der Frühkindlichen Gesundheitsberatung an drei Standorten, ■ aufsuchende Angebote der Familienhebammen/Familienkinderkrankenschwestern sowie ■ die (Schrei-)Babysprechstunde. Bereits 2012 hat das Amt für Gesundheit und Prävention mit den Frühen Gesundheitshilfen Strukturen geschaffen, um Familien bedarfsgerecht zu unterstützen und das gesunde Aufwachsen der jüngsten Kinder in der Landeshauptstadt Dresden zu fördern. Die Frühen Gesundheitshilfen sind niedrigschwellige, freiwillige und kostenfreie Angebote für (werdenden) Eltern ab der Schwangerschaft und für Familien bzw. Bezugspersonen mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr. Sie sind im Netzwerk Kinderschutz und Frühe Hilfen verortet und dienen der Stärkung der elterlichen Beziehungs- und Versorgungskompetenz. Durch Beratung und Begleitung der Eltern soll die gesunde Entwicklung des Kindes und sein gewaltfreies Aufwachsen ermöglicht werden. Die Frühen Gesundheitshilfen erfassen Daten zu den Angeboten, um gegenüber dem Landesjugendamt Sachsen unter Berücksichtigung der Vorgaben des Nationalen Zentrums der Frühen Hilfen (NZFH), den Zuwendungsgebern sowie der Amtsleitung in Form von Tätigkeitsberichten Auskunft über Entwicklungen, Inhalte, Zielgruppen und Vermittlungen geben zu können.
Quelle/URL	Eigene Erläuterung

AOK-Fehlzeitenreport	
Datenhalter	Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)
Kurzbeschreibung und Methodik	Die AOK hat den größten Marktanteil in Deutschland und verfügt somit über eine umfangreiche Datenbasis zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Es werden sowohl Pflichtmitglieder als auch freiwillig Versicherte berücksichtigt, Arbeitslosengeld-I-Empfänger dagegen nicht. Unberücksichtigt bleiben auch Schwangerschafts- und Kinderkrankenfälle. Arbeitsunfälle gehen mit in die Statistik ein, soweit sie der AOK gemeldet werden. Kuren werden in den Daten berücksichtigt. Kurzeiterkrankungen bis zu drei Tagen werden von den Krankenkassen allerdings nur erfasst, soweit eine ärztliche Krankenschreibung vorliegt. Der Anteil der Kurzeiterkrankungen liegt daher höher, als dies in den Krankenkassendaten zum Ausdruck kommt. Hierdurch verringern sich die Fallzahlen und die rechnerische Falldauer erhöht sich entsprechend. Langzeitfälle mit einer Dauer von mehr als 42 Tagen wurden in die Auswertungen einbezogen, weil sie von entscheidender Bedeutung für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in den Betrieben sind. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten werden von den Krankenkassen so erfasst, wie sie auf den Krankmeldungen angegeben sind. Auch Wochenenden und Feiertage gehen in die Berechnung mit ein, soweit sie in den Zeitraum der Krankenschreibung fallen. Die Ergebnisse sind daher mit betriebsinternen Statistiken, bei denen lediglich die Arbeitstage berücksichtigt werden, nur begrenzt vergleichbar. Bei jahresübergreifenden Arbeitsunfähigkeitsfällen wurden ausschließlich Fehlzeiten in die Auswertungen einbezogen, die im Auswertungsjahr anfielen. Die Kennzahlen werden auf der Basis der Versicherungszeiten berechnet, d. h. es wird berücksichtigt, ob ein Mitglied ganzjährig oder nur einen Teil des Jahres bei der AOK versichert war bzw. als in einer bestimmten Branche oder Berufsgruppe beschäftigt geführt wurde. AOK-Mitglieder mit dem Geschlecht „divers“ werden aus Gründen des Datenschutzes grundsätzlich gemeinsam mit dem Geschlecht mit der größten Personenzahl ausgewiesen. Aufgrund der speziellen Versichertenstruktur der AOK sind die Daten nur bedingt repräsentativ für die Gesamtbevölkerung Deutschlands. Infolge ihrer historischen Funktion als Basiskasse weist die AOK einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Versicherten aus dem landwirtschaftlichen Bereich, dem Bereich Verkehr und Transport sowie aus dem Baugewerbe auf. Die Verschlüsselung der Diagnosen erfolgt nach der 10. Revision der ICD (International Classification of Diseases). Teilweise weisen die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen mehrere Diagnosen auf. Um einen Informationsverlust zu vermeiden, werden bei den diagnosebezogenen Auswertungen im Unterschied zu anderen Statistiken, die nur eine (Haupt-)Diagnose berücksichtigen, auch Mehrfachdiagnosen in die Auswertungen einbezogen.
Quelle/URL	Meyer, M, Meinicke, M, Schenkel, A (2023). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2022. In: Badura, B., Ducki, A., Baumgardt, J., Meyer, M., Schröder, H. (eds) Fehlzeiten-Report 2023. Fehlzeiten-Report, vol 2023. Springer, Berlin, Heidelberg.

Arbeitsmarktstatistik	
Datenhalter	Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen
Kurzbeschreibung und Methodik	In der Arbeitsmarktstatistik werden monatlich Daten und Strukturen zur registrierten Arbeitslosigkeit und zum gemeldeten Angebot an Arbeitsstellen erhoben und veröffentlicht.
Quelle/URL	Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2024). Arbeitsmarkt. Statistikerläuterungen, Qualitätsberichte, Rechtsgrundlagen. statistik.sachsen.de/html/arbeitsmarkt.html?_cp=%7B%7D (abgerufen am 28.06.2024)

Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung (Datenbasis Einwohnermelderegister der Stadt Dresden)	
Datenhalter	Landeshauptstadt Dresden
Kurzbeschreibung und Methodik	Zur Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung gehören diejenigen Personen, die im betreffenden Gebiet ihre alleinige Wohnung beziehungsweise ihre Hauptwohnung im Sinne von § 21 Abs. 2 des Bundesmeldegesetzes (BMG) vom 3. Mai 2013 (BGBl. I S. 1084) haben. Nach § 22 BMG ist die Hauptwohnung einer verheirateten oder eine Lebenspartnerschaft führenden Person, die nicht dauernd getrennt von ihrer Familie oder ihrem Lebenspartner lebt, die vorwiegend benutzte Wohnung der Familie oder der Lebenspartner. Die Hauptwohnung einer minderjährigen Person ist die vorwiegend benutzte Wohnung der Personensorgeberechtigten; leben diese getrennt, ist die Hauptwohnung die Wohnung des Sorgeberechtigten, die von der minderjährigen Person vorwiegend benutzt wird. In Zweifelsfällen ist die vorwiegend benutzte Wohnung dort, wo der Schwerpunkt der Lebensbeziehungen der Person liegt. (LHD, 2020) Zur Beschreibung von Daten der Bevölkerung stellt die Gesamteinwohnerzahl eine relevante Maßzahl dar. Diese berücksichtigt die wohnberechtigte Bevölkerung des entsprechenden Gebietes, bestehend aus allen gemeldeten Personen, die ihren Haupt- oder Nebenwohnsitz in der Kommune haben. Als Berechnungsgrundlage der Gesamteinwohnerzahl dienen Daten zu Geburten, Sterbefällen sowie Zu- und Abwanderungen. Bis zum Ende jeden Jahres werden die Daten für die Gesamtbevölkerung erhoben.
Quelle/URL	LHD (2020). Erläuterungen/Definitionen. www.dresden.de/media/pdf/statistik/Statistik_1319_05-Definitionen.pdf (abgerufen am 13.08.2024).

Beratungsstellen in freier und kommunaler Trägerschaft	
Datenhalter	Beratungsstellen der freien bzw. kommunalen Träger
Kurzbeschreibung und Methodik	Die Beratungsstellen erfassen die Daten ihrer Beratungsleistungen eigenständig in entsprechenden Datenbanken, wobei Inhalt, Umfang und Art der Datenerhebung sowohl nach Themenbereichen als auch untereinander recht heterogen sind. Datenhalter sind immer die Beratungsstellen bzw. die jeweiligen Träger. Im Rahmen der finanziellen Förderung können Vorgaben durch die Zuwendungsgeber, z. B. durch das Sächsische Staatsministerium für Arbeit, Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt oder die Kommune, gemacht werden. So sind für die Zuwendung öffentlicher Mittel u. a. einheitliche und vergleichbare Jahresstatistiken als Nachweis der erbrachten Leistungen von den Beratungsstellen zu erstellen. Für die Darstellung der Beratungslandschaft in Dresden lagen dem Amt für Gesundheit und Prävention, dem Sozialamt oder dem Jugendamt die meisten Daten der Beratungsstellen - unabhängig von der Trägerschaft - bereits vor. In Einzelfällen wurden Daten direkt bei den Beratungsstellen erfragt. Die Beratungsstellen wurden vorab schriftlich über die Verwendung und Verarbeitung der Daten im Stadtgesundheitsprofil 2024 informiert. Die Tabelle im Anhang (Anhang 4.1) gibt einen Überblick über die Beratungsstellen, deren Daten in die Auswertungen eingeflossen sind.
Quelle/URL	Eigene Erläuterung

Bevölkerungsstand	
Datenhalter	Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen
Kurzbeschreibung und Methodik	Die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes wird geführt, um die Zahl und die Zusammensetzung der Bevölkerung sowie ihre Veränderung festzustellen. Unter anderem wird die Einwohnerzahl auf Gemeindeebene ermittelt. Nach § 5 BevStatG werden die Ergebnisse des jeweils letzten Zensus (aktuell: Zensus 2011) in der Gliederung nach Geschlecht, Alter, Familienstand und Staatsangehörigkeit mit den Ergebnissen der Statistiken der Bevölkerungsbewegungen (Wanderungen, Geburten, Sterbefälle, Eheschließungen) sowie mit Angaben zu Staatsangehörigkeitswechseln und Lösungen von Ehen und Lebenspartnerschaften fortgeschrieben. Die Fortschreibungsergebnisse gehen in die Berechnung von Kennzahlen wie Geburtenziffern, Sterbepfaffen, Heiratsziffern ein und bilden die Grundlage für die regelmäßigen amtlichen Bevölkerungsvorausberechnungen. Außerdem sind die Fortschreibungszahlen die Grundlage für die Hochrechnung der Stichprobenergebnisse des Mikrozensus. Wegen methodischer Änderungen und technischer Umstellungen bei den einfließenden Statistiken sind die unterjährige sowie die jährliche Entwicklung der Bevölkerungszahlen für die Berichtsjahre ab 2016 mit den Vorjahren nur bedingt vergleichbar. Die Bestandszahlen über die ausländische Bevölkerung aus der Bevölkerungsfortschreibung und aus dem Ausländerzentralregister (AZR) weichen infolge unterschiedlicher Abgrenzungen voneinander ab. Die jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen zur Erfassung und Fortschreibung der Daten lassen einen Vergleich der entsprechenden statistischen Angaben nicht zu.
Quelle/URL	Statistisches Landesamt (2024). Bevölkerungsstand, Einwohnerzahlen. Statistikerläuterungen, Qualitätsberichte, Rechtsgrundlagen. statistik.sachsen.de/html/bevoelkerungsstand-einwohner.html (abgerufen am 28.06.2024).

Bevölkerungsprognosen	
Datenhalter	Landeshauptstadt Dresden
Kurzbeschreibung und Methodik	Als Datenquelle der städtischen Bevölkerungsprognose dient das Melderegister der Landeshauptstadt Dresden. Der jeweilige Datenstand und die Prognoserechnungen beziehen sich immer auf die Jahresmitte. Dies ermöglicht eine bessere Passfähigkeit zu schuljahresbezogenen Planungen. Für die Prognoseberechnungen wird die Software „SIKURS“ verwendet. Das Prognosekonzept von „SIKURS“ basiert auf dem Standardverfahren, den Ausgangsbestand der Bevölkerung aufgrund von Zu- und Fortzügen sowie Geburten und Sterbefällen von Periode zu Periode fortzuschreiben. Unterschieden wird dabei nach 100 Altersjahren und Geschlecht. Es handelt sich um ein sogenanntes Kohorten-Komponenten-Modell. Um auch bei kleinräumigen Prognosen mit vielen Gebietseinheiten eine zahlenmäßig ausreichende Basis für die Prognoserechnung zu erhalten, werden die einzelnen Gebietseinheiten zu sogenannten Strukturtypen zusammengefasst. Diese Strukturtypen haben jeweils ein ähnliches Verhalten hinsichtlich Geburten oder Wanderungen. Zudem werden die aktuellen Baufertigstellungen und Genehmigungen sowie - je nach Planungsstand - die Wohnbauflächenreserven mit unterschiedlichen Realisierungswahrscheinlichkeiten kleinräumig berücksichtigt. Die städtische Bevölkerungsprognose ist keine Vorhersage oder Prophezeiung, sondern eine Vorausberechnung mit Wenn-Dann-Aussagen. Alters- und geschlechtsspezifisches, demografisches Verhalten und aktuelle Entwicklungstrends werden möglichst genau berücksichtigt. Für die Annahmensetzung werden mindestens die letzten fünf Jahre vertiefend untersucht. (LHD, 2024)
Quelle/URL	LHD, Kommunale Statistikstelle (2024). Bevölkerungsprognose 2023. Grundlagen und Durchführung der Prognose. dresden.de/de/leben/stadtportrait/statistik/bevoelkerung-gebiet/bevoelkerungsprognose.php (abgerufen am 28.06.2024).

Bevölkerungsvorausberechnungen/Bevölkerungsmonitor	
Datenhalter	Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen
Kurzbeschreibung und Methodik	Seit 1995 und der Veröffentlichung der 1. Regionalisierten Bevölkerungsprognose im Jahr 1997 erstellt das Statistische Landesamt eigene regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnungen. Dabei orientieren sich die regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnungen an den Annahmen der jeweils aktuell gültigen koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Die voraussichtliche Entwicklung der Bevölkerung wird in einem Korridor dargestellt, der sich aus den getroffenen Annahmen für den Freistaat Sachsen berechnet. Relevante Indikatoren für die demografische Entwicklung der Gesellschaft sind die Fertilität (Fruchtbarkeit), die Mortalität (Sterblichkeit) und die Wanderungen (Zu- und Fortzüge). Im Unterschied zur koordinierten Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird die Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung nicht nur für das Land Sachsen berechnet, wodurch entsprechend auch kleinräumigere Ergebnisse veröffentlicht werden. Am 15. Juni 2023 veröffentlichte das Statistische Landesamt des Freistaates Sachsen die 8. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung. Ausgehend vom Basisjahr 2021 wird die voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung bis 2040 in drei Varianten dargestellt.
Quelle/URL	Statistisches Landesamt (2024). Bevölkerungsvorausberechnung. Ergebnisse der 8. RBV für Sachsen. Statistikerläuterungen und Rechtsgrundlagen. bevoelkerungsmonitor.sachsen.de/ergebnisse-8rbv-sachsen.html (abgerufen am 08.07.2024).

Bürgerumfrage zum Klimawandel	
Datenhalter	Landeshauptstadt Dresden
Kurzbeschreibung und Methodik	In 2017 wurde durch das Dresdner Umweltamt eine Meinungsumfrage zum Thema „Klimawandel in Dresden“ durchgeführt. Ziel der Umfrage war es, ein repräsentatives Meinungsbild zum Thema Klimawandel, Hitzeempfinden, gesundheitliche Belastungen durch hohe Temperaturen sowie zur Zufriedenheit mit dem Angebot, der Erreichbarkeit und dem Pflegezustand öffentlicher Grünflächen in Dresden zu erhalten. Die Befragung umfasste 12.500 zufällig ausgewählte Bürgerinnen und Bürger mit Hauptwohnsitz in Dresden. Es gingen 4.345 gültige Fragebögen ein, was einem Rücklauf von 34,7 Prozent entspricht. Der Auswertungsbericht findet sich auf der Homepage der Stadt Dresden.
Quelle/URL	Landeshauptstadt Dresden (2018). Meinungsumfrage zum Klimawandel. Dresden.

Dresdner Kinder- und Jugendstudie	
Datenhalter	Institut für Soziologie der Technischen Universität Dresden
Kurzbeschreibung und Methodik	Die Dresdner Kinderstudien haben bereits eine 20-jährige Tradition. Angeregt durch eine sehr aktiven UNICEF-Kinderkommission und von Anfang an in enger Zusammenarbeit mit der Landeshauptstadt wurde im Jahr 2000 zum ersten Mal eine umfassende Bestandsaufnahme zur Lebenslage der Kinder und Jugendlichen aus ihrer eigenen Sicht durchgeführt. Weitere Studien folgten 2005 und 2010. Nach einer längeren Unterbrechung war das Jahr 2020 die 4. Studie geplant. Wie schon in den drei Vorgängerstudien wurden wiederum die Schülerinnen und Schüler der 3. bis zur 9. Klasse befragt. Erstmalig wurde die Studie durch den Einbezug von Jugendlichen im Alter von 16 bis 21 Jahren (stärker) in die Jugendphase erweitert und somit als Gesamtstudie zu einer Kinder- und Jugendstudie ausgebaut. (Zur Vereinfachung werden diese beiden Teilstudien „Kinderstudie“ und „Jugendstudie“ bezeichnet). Die quantitativ-standardisierten Erhebungen wurden zudem mit biografischen Porträts ergänzt, die auf der Grundlage von qualitativen Leitfadeninterviews erstellt wurden. Die Finanzierung der Studie erfolgte durch die Landeshauptstadt Dresden. Die Vorbereitung und Konzeption der Studie erfolgte in enger Zusammenarbeit mit der Jugendhilfeplanung der Stadt. Aufgrund der zahlreichen Einschränkungen durch die Corona-Pandemie musste die Durchführung der Studie jedoch auf Sommer 2021 geschoben werden. Die hohen Belastungen der Schulen durch die Pandemie haben auch dann noch die Durchführung der Befragung erschwert und beeinträchtigt. Deutlich weniger Schulen unterstützten die Befragung. Statt im Klassenverband musste schon die Befragung der Schülerinnen und Schüler ab der 5. Klasse im Online-Format durchgeführt werden. Mit knapp 400 Schülerinnen und Schülern war die Befragtengruppe folglich – keineswegs überraschend – erheblich kleiner als in den Vorgängerstudien. Aber auch mit dieser deutlich kleineren Befragtengruppe ergeben sich auf die gesamte Stadt bezogen aussagefähige und belastbare Ergebnisse. Aussagen differenziert nach den Stadträumen sind allerdings nur sehr eingeschränkt möglich. Für die Befragung der 16- bis 21-Jährigen war von vornherein geplant, diese online durchzuführen. Mit ca. 900 ausgefüllten Fragebogen konnte eine Rücklaufquote von 23 Prozent erreicht werden und damit eine Teilnahmebereitschaft, die dem entspricht, was auch aus anderen (Online-)Studien mit dieser Altersgruppe bekannt ist. Das besondere Anliegen dieser Studie ist es, die besonderen Lebenslagen der Kinder und Jugendlichen in der Landeshauptstadt aufzuzeigen. Als einzige – oder vorsichtiger formuliert – als eine der ganz wenigen Kommune(n) in Deutschland ist Dresden damit in der komfortablen Lage, über eine umfassende und detaillierte Studie zur Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen in der Stadt zu verfügen – und dies für die Altersgruppen der 9- bis 15-Jährigen seit 2000. Um diese Bestandsaufnahme leisten zu können, erstreckt sich die Studie auf die zentralen Lebensfelder der heranwachsenden Generation: Familie und Freunde, Schule sowie Freizeitverhalten. Zum Thema gemacht werden auch Problemlagen, wie mögliche Einschränkungen durch die Arbeitslosigkeit der Eltern, gesundheitliche Beeinträchtigungen, der Umgang mit Alkohol, Nikotin und anderen Drogen sowie Gewalterfahrungen. Auch ihre finanzielle Ausstattung und ihre Partizipationsbereitschaft werden thematisiert. Nur durch eine hohe Konstanz in den Fragen sind Zeitreihen möglich. In aktuellen Studien wurden vor allem im Rahmen der Jugendstudie die Fragen zur Freizeitverhalten ausgebaut. Hierfür wurden aus der Dresdner Jugendbefragung 2016 Fragen zur Nutzung von Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe oder Mobilität in Dresden übernommen. Seit der letzten Befragung 2010 haben sich in der Medienausstattung (Tablets, Smartphones etc.) und -nutzung (Social Media, Onlinegaming aber auch Cybermobbing) der Kinder und Jugendlichen erhebliche Änderungen ergeben, was in der Weiterentwicklung des Erhebungsinstruments berücksichtigt wurde. Schließlich wurden auch Fragen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie neu aufgenommen. Dabei standen die Umsetzung des Homeschoolings sowie die Auswirkungen der Pandemie auf das Miteinander in der Familie und auf das Kontaktverhalten der Kinder und Jugendlichen untereinander im Fokus. Eine Übersicht zu den Teilnehmerebenen der Jahre 2005, 2010 und 2021 ist dem Anhang 6.1 beigelegt.
Quelle/URL	TU Dresden. Dresdner Kinderstudien. tu-dresden.de/gsw/phil/iso/mik/forschung/aktuelle-forschungsprojekte/dresdner-kinderstudie (abgerufen am 13.08.2024).

EsKiMo – Das Ernährungsmodul im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)	
Datenhalter	Robert Koch-Institut
Kurzbeschreibung und Methodik	Im Rahmen des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) wurden ergänzend die sogenannten EsKiMo-Studien durchgeführt. Bei EsKiMo I wurden repräsentativ für Deutschland 2.506 Mädchen und Jungen im Alter von 6 bis 17 Jahren befragt, die bereits an der Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit „KiGGS“ teilgenommen hatten. Dadurch konnten die bereits erhobenen Gesundheitsdaten (wie Gesundheitsstatus sowie soziale und wirtschaftliche Lebensumstände) mit den Ernährungsdaten verknüpft werden. EsKiMo I wurde vom Robert Koch-Institut (RKI) in Zusammenarbeit mit der Universität Paderborn, Fachgruppe für Ernährung und Verbraucherbildung, durchgeführt und vom BMEL finanziert. Es wurde sowohl eine Auswertung auf Lebensmittelebene (zum Beispiel Obstverzehr) als auch in Bezug auf die Nährstoffversorgung durchgeführt. Die Studie wurde 2007 veröffentlicht. EsKiMo II wurde von Juni 2015 bis September 2017 vom RKI als Modul im Rahmen von KiGGS Welle 2 durchgeführt und ebenfalls vom BMEL finanziert. An EsKiMo II nahmen 2.644 Kinder und Jugendlichen teil. Ein kontinuierliches Nationales Ernährungsmonitoring bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen wird derzeit am Max Rubner-Institut MRI aufgebaut.
Quelle/URL	RKI (2024). EsKiMo II: Befragung zum Ernährungsverhalten. rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/kiggs_2/Eskimo_2/eskimo_2_node.html (abgerufen am 08.07.2024).

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): Deutsches Teilsurvey	
Datenhalter	HBSC-Studienverbund Deutschland, Gesamtkoordination durch Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Kurzbeschreibung und Methodik	„Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ ist eine der größten internationalen Kinder- und Jugendgesundheitsstudien und kooperiert mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In Deutschland werden im vierjährigen Turnus jeweils Heranwachsende im Alter von 11, 13 und 15 Jahren zur Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und zu sozialen Rahmenbedingungen befragt. Für weitere Beschreibung der HBSC-Studie und speziell der Methodik des aktuellen Surveys 2022 sowie der vorherigen Erhebungen von 2009/10 bis 2017/18 wird auf die Veröffentlichung verwiesen.
Quelle/URL	https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/ConceptsMethods/JHealthMonit_2024_01_Konzept_Methodik_HBSC.html

Indikator zur Säuglingssterblichkeit	
Datenhalter	Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen
Kurzbeschreibung und Methodik	Die Säuglingssterblichkeit im zeitlichen und internationalen Vergleich ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung. Sie bezieht sich auf Gestorbene im ersten Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene. Eingeschlossen sind lebend geborene Kinder, die nach der Geburt verstarben. Dementsprechend sind totgeborene Kinder nicht inbegriffen. Als lebendgeboren gelten Kinder, bei denen nach der Trennung vom Mutterleib ein Lebenszeichen einsetzt – Atmung, Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder eine deutliche Bewegung der willkürlichen Muskulatur. Da alle Lebendgeborenen im Geburtenregister erfasst werden und für alle verstorbenen Lebendgeborenen eine Todesbescheinigung ausgestellt wird, liegt eine vollständige Datenerfassung vor. Die Angaben der Lebendgeborenen und der verstorbenen Säuglinge sind auf den Wohnort bezogen.
Quelle/URL	Statistisches Landesamt (2024). Metadatenbeschreibungen der Indikatoren 3.50, 3.53 und 3.54. gbe.sachsen.de/themenfeld-3-gesundheitszustand.html (abgerufen am 09.07.2024).

Indikator zur vermeidbaren Sterblichkeit	
Datenhalter	Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen
Kurzbeschreibung und Methodik	Der Indikator zur vermeidbaren Sterblichkeit wird in der Gesundheitsberichterstattung seit längerem genutzt, um qualitative Aspekte der Gesundheitsversorgung sowie der Prävention abzubilden. 2018 wurde eine kohärente Liste für europäische sowie für Länder der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) erarbeitet, die auf internationaler Ebene Anerkennung und Gültigkeit für die vermeidbare Sterblichkeit findet – die OECD-Eurostat-Liste. Die Liste unterteilt vermeidbare Todesursachen in (vorwiegend) prävenierbare und (vorwiegend) behandelbare Todesursachen. Sofern keine eindeutige Zuordnung möglich war, wurden die Todesursachen zu jeweils 50 Prozent den prävenier- und behandelbaren Todesursachen zugeordnet. Als Altersgrenze wurden Sterbefälle unter 75 Jahren einbezogen, basierend auf der aktuellen Lebenserwartung in europäischen bzw. entwickelten Ländern. Der Indikator gibt somit an, in welchem Ausmaß ein Tod unter 75 Jahren mit großer Wahrscheinlichkeit hätte vermieden werden können.
Quelle/URL	Weber A, Reisig V, Buschner A et al. (2022). Vermeidbare Sterblichkeit – Neufassung eines Indikators für die Präventionsberichterstattung. Bundesgesundheitsblatt 65, 116–125.

Inzidenzrate (Neubildungen)	
Datenhalter	Krebsregister Sachsen, Regionalstelle Dresden
Kurzbeschreibung und Methodik	Die Neuerkrankungszahlen des jeweiligen Jahres werden ins Verhältnis zur Einwohnerzahl des entsprechenden Jahres gesetzt. Da die Zahl von Tumorerkrankungen im Vergleich zur Gesamteinwohnerzahl sehr gering ist, werden Inzidenzraten üblicherweise nicht in Prozent angegeben, sondern ins Verhältnis zu 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (EW) gesetzt. Die Berechnung der Inzidenzrate für ein bestimmtes Jahr lautet also: Neuerkrankungszahl / Einwohnerzahl * 100.000. Da die Altersstruktur in Dresden von anderen Regionen in Deutschland abweichen kann, ist eine direkte Vergleichbarkeit der Dresdner Krebserkrankungszahlen nicht automatisch gegeben. Um diese zu ermöglichen, bedarf es einer Altersstandardisierung. Im vorliegenden Fall war eine Altersstandardisierung aufgrund der Struktur und Gliederung der für die Auswertung vorliegenden Daten nicht möglich. Bei einer nicht-altersstandardisierten Neuerkrankungsrate spricht man von einer „rohen“ Neuerkrankungsrate bzw. „rohen“ Inzidenzrate. Eine Vergleichbarkeit dieser Werte ist nur für Regionen mit einer ähnlichen Alters- und Geschlechtsstruktur wie jener in Dresden möglich.
Quelle/URL	-

KIDA	
Datenhalter	Robert Koch-Institut
Kurzbeschreibung und Methodik	Mit der Studie „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA) untersuchte das Robert Koch-Institut von Februar 2022 bis Juni 2023, wie sich die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen im Alter von drei bis 17 Jahren im Verlauf der COVID-19-Pandemie darstellten und entwickelten. Im Rahmen der KIDA-Studie wurden Eltern von Kindern im Alter von drei bis 15 Jahren und Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren, welche an der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA Basis) teilnahmen, in KIDA zunächst telefonisch befragt (n = 6.992). Die Auswahl der Teilnehmenden für GEDA Basis erfolgte als Zufallsstichprobe. In der Studie wurden über einen Zeitraum von 16 Monaten fortlaufend Informationen zu Gesundheit, Wohlbefinden und Gesundheitsverhalten sowie Daten zur Kenntnis und Nutzung von Beratungs- und Versorgungsangeboten erhoben. Im Anschluss haben 2.896 Teilnehmende zusätzlich an einer vertiefenden Online-Befragung teilgenommen. Die so gewonnenen Daten wurden im Kontext zu den jeweils vorherrschenden Pandemiebedingungen (z. B. Eindämmungsmaßnahmen, altersspezifische Inzidenzen, Testkonzepte) interpretiert und die Ergebnisse vierteljährlich in Form schriftlicher Berichte auf der Website des Robert Koch-Instituts veröffentlicht. KIDA wird finanziert aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit.
Quelle/URL	RKI (Hrsg.) (2023): 4. QUARTALSBERICHT - KINDERGESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND AKTUELL (KIDA): Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie 2. Teil – Aktuelle Ergebnisse zur Entwicklung von Indikatoren der Kindergesundheit bei hochfrequenter Beobachtung im KIDA-Erhebungszeitraum

KiGGS	
Datenhalter	Robert Koch-Institut
Kurzbeschreibung und Methodik	Mit KiGGS Welle 2 hat das RKI nach der Basiserhebung zum zweiten Mal umfassende und repräsentative Daten zur Gesundheit der in Deutschland lebenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen erhoben. Kinder, Jugendliche und inzwischen junge Erwachsene, die bereits an der der KiGGS-Basiserhebung teilgenommen hatten (KiGGS-Kohorte), wurden ebenfalls einbezogen. Befragt wurden sowohl die Eltern von Kindern und Jugendlichen bis 17 Jahren als auch die Kinder (ab elf Jahren), Jugendlichen und jungen Erwachsenen selbst. Darüber hinaus beinhaltete das Studienprogramm für einen Teil der eingeladenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer zusätzlich körperliche Untersuchungen (z. B. Messung der Körperzusammensetzung, Ultraschalluntersuchung der Halsschlagader) und Tests (z. B. Ausdauerstest auf dem Fahrrad) sowie Laboranalysen von Blut- und Urinproben. Laufzeit: 2014 bis 2017 Teilnehmende: ■ 15.023 Teilnehmende Querschnitt, 0-18 Jahre ■ 10.853 Teilnehmende KiGGS-Kohorte, 10-31 Jahre Untersuchungsorte: 167 Städte und Gemeinden in Deutschland
Quelle/URL	RKI (2024). KiGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/kiggs_start_inhalt.html (abgerufen am 09.07.2024).

Kinderreport des Deutschen Kinderhilfswerkes	
Datenhalter	Deutsches Kinderhilfswerk
Kurzbeschreibung und Methodik	Der Kinderreport des Deutschen Kinderhilfswerkes stellt neben unserem Kinderrechte-Index eines der wichtigsten Instrumente zur Erfassung aktueller Entwicklungen in Bezug auf die Umsetzung von Kinderrechten in Deutschland dar. Ziel ist es, im Verlauf der Jahre unterschiedliche Facetten der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen in den Blick zu nehmen und mit den Ergebnissen des Kinderreports Debatten anzustoßen, die dazu beitragen, die Situation von Kindern in Deutschland nachhaltig zu verbessern.
Quelle/URL	Deutsches Kinderhilfswerk e. V. (2021). Kinderreport Deutschland 2021. Mediensucht und exzessive Mediennutzung im Spannungsfeld von gesundem Aufwachsen und medialer Teilhabe von Kindern. Berlin.

Kommunale Bürgerumfrage	
Datenhalter	Landeshauptstadt Dresden, Kommunale Statistikstelle
Kurzbeschreibung und Methodik	Die Kommunale Bürgerumfrage wird seit 1993 regelmäßig alle zwei Jahre mit der Maßgabe durchgeführt, ein repräsentatives Bild über die aktuellen Lebensbedingungen der Bevölkerung zu erstellen. Die Befragungsergebnisse stellen sowohl für den Stadtrat als auch für die Stadtverwaltung eine wichtige Basis für kommende Planungen und Entscheidungen dar. Sie werden unter anderem zur Fortschreibung des Stadtentwicklungs- und des Verkehrskonzeptes sowie für die Gestaltung und Förderung des kulturellen und sportlichen Lebens genutzt.
Quelle/URL	LHD, Kommunale Statistikstelle. Kommunale Bürgerumfragen. dresden.de/de/leben/stadtportrait/statistik/publikationen/umfragen/kbu/archiv.php (abgerufen am 28.06.2024).

Krankenhausstatistik	
Datenhalter	Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen
Kurzbeschreibung und Methodik	Die Krankenhausstatistik des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen erfasst in einer für alle Krankenhäuser verpflichtenden Vollerhebung Struktur- und Leistungsdaten. Entscheidend für diesen Bericht ist die Erfassung des Morbiditäts- oder Krankheitsgeschehens. Die Diagnosestatistik ist fallbezogen und gibt Auskunft über Anzahl und Ursachen von stationären Behandlungen eines jeweiligen Jahres. Als patientenbezogene Merkmale werden Hauptdiagnose, Alter, Geschlecht, Behandlungsort und Wohnort der Patienten erhoben. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass bei Krankenhausdiagnosen die Fälle innerhalb eines Jahres gezählt werden und nicht Personen. Daher gehen Personen mit mehreren Krankenhausaufenthalten in einem Jahr auch mehrfach in die Statistik ein.
Quelle/URL	SMS (2024). Beschreibung zentraler Datenquellen und Methoden. Krankenhausstatistik. sozialbericht.sachsen.de/beschreibung-zentraler-datenquellen-und-methoden-4167.html (abgerufen am 28.06.2024).

Lebenslagenbericht LAB 60 plus in Dresden	
Datenhalter	Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Technischen Universität Dresden
Kurzbeschreibung und Methodik	Das Projekt Lebenslagenbericht 60 plus (LAB60+) wird von der Landeshauptstadt Dresden (Geschäftsbereich Arbeit, Soziales, Gesundheit und Wohnen) gefördert und befasst sich mit der Analyse aktueller Lebenslagen, Erwartungen zur gesellschaftlichen Teilhabe und der Gesundheitsförderung von Dresdner Seniorinnen und Senioren. Ziele sind zum einen Empfehlungen zu zielgruppenspezifischen Maßnahmen für den präventiven Erhalt der sozialen Teilhabe älterer Personen abzuleiten sowie zum anderen ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit zu fördern. Weiterhin sollen die Gesundheits- und Pflegeinfrastruktur sowie Pflegeangebote im Quartier im Hinblick auf die Pflegeplanung eingeschätzt werden können. Der Lebenslagenbericht - „Bericht zur individuellen Lebens-, Gesundheits- und Pflegesituation von Dresdnerinnen und Dresdnern ab dem 60. Lebensjahr (LAB60+ Studie)“ entstand in einem Projekt zwischen der Landeshauptstadt Dresden und der Technischen Universität Dresden. Für die Erstellung dieses Berichts nahmen im ersten Halbjahr 2021 2.399 Personen im Alter von 60 und mehr Jahren an einer Befragung teil. Dies geschah durch das Ausfüllen eines Papier- oder Onlinefragebogens sowie die Teilnahme an telefonischen Interviews. Die Studie ist ein gemeinsames Forschungsvorhaben vom Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin (IPAS) sowie der Professur für Arbeits- und Organisationspsychologie und der Professur für Sozial- und Gesundheitsbauten, welche das Centrum für Demografie und Diversität (CDD) der TU Dresden vertreten. Am IPAS wurde die repräsentative Befragung federführend koordiniert.
Quelle/URL	LHD (2022). Dresdner Lebenslagen 60+. Bericht zur individuellen Lebens-, Gesundheits- und Pflegesituation von Dresdnerinnen und Dresdnern ab dem 60. Lebensjahr (LAB 60+ Studie) LHD (2022). Dresdner Lebenslagen 60+. Ergänzende Daten und Tabellen zur LAB60+ Studie.

Lebenslagen von lsbtqi* Personen in Sachsen	
Datenhalter	Sächsisches Staatsministerium der Justiz und für Demokratie, Europa und Gleichstellung
Kurzbeschreibung und Methodik	An dieser Studie haben zwischen November 2021 und Januar 2022 1.490 lesbische, schwule, bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche sowie queere (lsbtqi*) Personen in Sachsen teilgenommen. Damit verfügt diese sächsische Befragung im Vergleich mit Studien anderer Bundesländer unter Berücksichtigung der Bevölkerungszahlen über die zahlenstärkste Datenbasis. Gleichwohl können die Werte nicht eins zu eins auf die Gesamtheit aller lsbtqi* Personen in Sachsen übertragen werden. Sie zeigen in ihrem Umfang aber verlässliche Tendenzen sowie vielfältige Lebens- und Problemlagen auf. Die Einladung zur Befragung baute auf einem selbstrekrutierenden Schneeballprinzip auf, da es für die Grundgesamtheit aller lsbtqi* Personen in Sachsen keine Adressdaten gibt. Dieses Schneeballverfahren ist in anderen Bundesländern erprobt. Die Befragung richtete sich an Personen, die in Sachsen wohnhaft und aus Datenschutzgründen zum Befragungszeitpunkt mindestens 16 Jahre alt waren sowie entweder selbst lesbisch, schwul, bisexuell, transgeschlechtlich, intergeschlechtlich und/oder queer (Zielgruppe 1) sind und/oder einen lsbtqi* Angehörigen haben (Zielgruppe 2). Als An- und Zugehörige wurden alle Verwandtschaftsgrade von Herkunftsfamilien, familiärer Verantwortungskonstellationen und engster Freund*innenkreise von lsbtqi* Personen in Sachsen definiert. Zusätzlich wurden knapp zwei Dutzend Expert*innenmeinungen mithilfe qualitativer Interviews eingeholt und vertiefende Fokusgruppendifkussionen mit Angehörigen von lsbtqi* Personen sowie transgeschlechtlichen und nicht-binären Sächs*innen geführt.
Quelle/URL	Sächsisches Staatsministerium der Justiz und für Demokratie, Europa und Gleichstellung (2022). Lebenslagen von lsbtqi* Personen in Sachsen. Ergebnisse und Handlungsbedarfe. Dresden

Mikrozensus	
Datenhalter	Statistische Ämter des Bundes und der Länder
Kurzbeschreibung und Methodik	Der Begriff Mikrozensus bedeutet „kleine Bevölkerungszählung“ und ist die größte jährliche Haushaltsbefragung der amtlichen Statistik in Deutschland. Die Befragung wird seit 1957 von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder gemeinschaftlich durchgeführt. Es werden mit rund 810 000 Personen in etwa 370 000 privaten Haushalten und Gemeinschaftsunterkünften rund 1 % der Bevölkerung in Deutschland zu ihren Arbeits- und Lebensbedingungen befragt. Alle Angaben beruhen auf Selbstauskünften. Um aus den erhobenen Daten Aussagen über die Gesamtbevölkerung treffen zu können, werden die Daten an den Eckwerten der Bevölkerungsfortschreibung hochgerechnet. Dargestellt sind Personen in privaten Hauptwohnsitzhaushalten. Die bewährte Konzeption des Mikrozensus als Mehrthemenbefragung wurde zur Erfüllung höherer Anforderungen an die Datenqualität stetig weiterentwickelt. So sind bereits seit 1968 die EU-weit gestellten Fragen zur Arbeitsmarktbeteiligung (Arbeitskräfteerhebung, Labour Force Survey, LFS) in den Mikrozensus integriert. Steigende nationale sowie europäische Anforderungen an die Genauigkeit, Aktualität und Vergleichbarkeit der Daten sind mit einer stärkeren Belastung für die Bevölkerung sowie die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder verbunden. Daher werden bestehende Gemeinsamkeiten zwischen den verschiedenen Befragungen genutzt, um die höheren Anforderungen zu erfüllen und zugleich die Mehrbelastungen zu begrenzen. Dies geschieht in einem integrierten Mikrozensus.
Quelle/URL	Destatis (2024). Haushalte und Familien. Die Neuregelung des Mikrozensus ab 2020. destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Methoden/mikrozensus-2020.html#586324 (abgerufen am 01.07.2024). Destatis (2024). Zahl der Woche Nr. 20 vom 14. Mai 2024. destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2024/PD24_20_p002.html (abgerufen am 01.07.2024).

Pfleigestatistik	
Datenhalter	Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen
Kurzbeschreibung und Methodik	Die Bundesstatistik über die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen wird als Bestands-erhebung ab dem Berichtsjahr 1999 in zweijährigem Erhebungssturnus jeweils zum Stichtag 15. Dezember von den Statistischen Landesämtern durchgeführt. Wegen des hohen Anteils von Pflegebedürftigen mit Pflegegeldleistungen, die nicht in einer Einrichtung betreut werden, erfolgt ergänzend beim Statistischen Bundesamt eine Erhebung über die Pflegegeldempfänger, ebenfalls zweijährlich ab dem Berichtsjahr 1999 zum Stichtag 31. Dezember.
Quelle/URL	Statistisches Landesamt (2024). Pflegebedürftige. Statistikerläuterungen, Qualitätsberichte, Rechtsgrundlagen. tatistik.sachsen.de/html/pflegebeduerftige.html?_cp=%7B%7D (abgerufen am 01.07.2024).

Routineuntersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes	
Datenhalter	Landeshauptstadt Dresden, Amt für Gesundheit und Prävention
Kurzbeschreibung und Methodik	In der Landeshauptstadt Dresden werden, wie auch in allen anderen sächsischen Kommunen, jährlich zu festgelegten Zeitpunkten Untersuchungen durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst (KJÄD) durchgeführt. Die gesetzlichen Grundlagen hierfür liefern das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen (§ 16 SächsGDG in der Fassung vom 17.08.2024), das Sächsische Gesetz über Kindertagesbetreuung (§ 7 Abs. 2 SächsKitaG in der Fassung vom 17.07.2024), die Schulgesundheitspflegeverordnung (§§ 2, 3, 4, 5 SchulGesPflVO in der Fassung vom 17.07.2024) sowie das Sächsische Schulgesetz (§ 26a SächsSchulG in der Fassung vom 17.07.2024) unter Beachtung des Sächsischen Datenschutzgesetzes (SächsDSG) und der Datenschutz-Grundverordnung der EU (EU-DSGVO). Diese ärztlichen Untersuchungen bedürfen jeweils der schriftlichen Einwilligung durch die Erziehungsberechtigten und sind kostenfrei. Die für alle Kinder vor der Einschulung verpflichtenden Schulaufnahmeuntersuchungen finden wohnortnah in den vier Dienststellen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes (KJÄD) im Amt für Gesundheit und Prävention statt. Für die Kita-Untersuchungen, als Angebot für Kinder gut zwei Jahre vor Schulaufnahme, sowie für die verpflichtenden schulärztlichen Untersuchungen an kommunalen weiterführenden Schulen in den 6. Klassen bzw. an den kommunalen Förderschulen in den Klassen 2, 4, 6 und 8 kommt das Team aus 16 Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten sowie 22 Mitarbeitende des Assistenzpersonals (Personalstand zum 31.07.2023) einmal im Schuljahr in die Einrichtungen. Schulen in freier Trägerschaft können auf Wunsch ein Angebot für schulärztliche Untersuchungen durch den KJÄD erhalten. Dazu sind seit 2018 freiwillige schulärztliche Untersuchungen in allen Klassenstufen auf Wunsch der Eltern, auf Veranlassung der Schule sowie eine Wiedervorstellung nach ärztlichem Ermessen des KJÄD gesetzlich vorgesehen. Inhalt und Umfang dieser Untersuchungen sind in den genannten gesetzlichen Vorgaben geregelt und werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Amt für Gesundheit und Prävention) der Landeshauptstadt Dresden in den Kindertageseinrichtungen und Schulen durchgeführt. Die Untersuchungs-, Dokumentations- und Auswertungsstandards sind sachsenweit im sogenannten Ringbuch für die Untersuchungen im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst (KJÄD) durch die Arbeitsgemeinschaft Ringbuch (AG Ringbuch) mit Vertretungen des Sächsischem Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (SMS), der sächsischen Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und in Kenntnis mit der Kommunalen- und Landesgesundheitsberichterstattung (FB GBE) festgelegt. Bei der Kita-Untersuchung und der Schulaufnahmeuntersuchung werden sachsenweit anerkannte einheitliche, standardisierte Screeningverfahren zur altersentsprechenden Beurteilung von wichtigen Aspekten der Entwicklungsbereiche Seh- und Hörfähigkeit, Sprachkompetenz, Zwei- bzw. Mehrsprachigkeit 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 zum Zahlen und Mengenvorwissen zur Muttersprache bzw. Deutschkenntnisse. Alle angewandten Screeningverfahren (Anhang 6.1) erfolgen in spielerischer, altersentsprechender Weise und sind in wissenschaftlichen Studien validiert worden. Die Beurteilung der Untersuchungsergebnisse erfolgt anhand der Standards, die im sogenannten Ringbuch für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst (KJÄD) sachsenweit definiert sind (SMS, 2024). Die festgestellten Auffälligkeiten werden den Erziehungsberechtigten als neuer, die abklärungs- bzw. diagnostikbedürftiger („A“-) Befund entweder persönlich oder schriftlich mitgeteilt oder als bereits „In Behandlung“ („B“-Befunde) zugeordnet, wenn sich die Kinder diesbezüglich bereits in Behandlung bzw. zur Diagnostik oder in Therapie befinden. Als „geringfügige“ (oder „X“-) Befunde werden die geringfügigen Befunde mit einer von den Ärzten des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes empfohlenen Verlaufskontrolle eingestuft, die noch keiner dringenden medizinischen Diagnostik oder Behandlung bedürfen, aber von den Familien und den Fachkräften in den Kindertageseinrichtungen oder den Lehrerinnen bzw. Lehrern in den Schulen beim Kind aufmerksam beobachtet werden sollten. 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 Kinder- und Jugendärzten und Kinder- und Jugendärztinnen bzw. Hausärzten und -ärztinnen kostenfrei durchgeführt.

Kurzbeschreibung und Methodik	Bei der Schulaufnahme- und den schulärztlichen Untersuchungen werden die Körpermaße Größe und Gewicht erfasst, um daraus den Body-Maß-Index (BMI [kg/qm] = Gewicht [in kg]/(Größe [in m] mal Größe [in m])) berechnen 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 verwendet, die folgende Einteilung festlegt (Kromeyer-Hauschild et al., 2001): starkes, behandlungsbedürftiges Untergewicht: BMI < 3. Perzentile; Untergewicht: BMI ≥ 3. bis < 10. Perzentile; Normalgewicht: ≥ 10. bis ≤ 90. Perzentile; Übergewicht: BMI > 90. bis ≤ 97. Perzentile; Adipositas (Fettleibigkeit): BMI > 97. Perzentile. 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 schulärztlichen Untersuchung in der 6. Klasse statt. Zu allen Untersuchungszeitpunkten wird der altersentsprechende Impfstatus gegen Diphtherie, Wundstarrkrampf (Tetanus), Keuchhusten (Pertussis), Mumps, Masern, Röteln, Kinderlähmung (Polio-myelitis), Hämophilus 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 des vorgelegten Impfausweises entsprechend der Empfehlungen der Sächsischen Impfkommmission (SIKO) (SIKO, 2024) verglichen und erfasst. Werden sogenannte Impflücken oder fehlende Impfungen festgestellt, so erhalten die Erziehungsberechtigten des Kindes eine individuelle, schriftliche Empfehlung zu den ausstehenden Impfungen. Auch das Seh- und Hörvermögen wird zu allen Untersuchungszeitpunkten standardisiert überprüft. Alle angewandten Erhebungsmethoden und Screeningverfahren zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten sind in Anhang 6.1 übersichtlich zusammengefasst. Die Umsetzung der jeweiligen Verfahrensfestlegungen unterliegt auch den räumlichen Bedingungen der Einrichtungen vor Ort. Die jeweiligen Gesundheitsaspekte werden im zeitlichen Verlauf der sechs aufeinanderfolgenden Schuljahre von 2017/18 bis einschließlich 2022/23 betrachtet. Ein Schuljahr beginnt dabei immer am 1. August des einen Jahres und endet am 31. Juli des entsprechenden Folgejahres. Die Untersuchungszahlen für die einzelnen Schuljahre sind in Anhang 6.3 und Anhang 6.4 ersichtlich. Aufgrund Corona-Pandemie-Schutzmaßnahmen konnte bei den Kita- und schulärztlichen Untersuchungen in den Schuljahren 2019/20, 2020/21 sowie auch noch bis einschließlich 2021/22 nicht jedem Kind ein Angebot unterbreitet und die Durchführung nicht vollumfänglich umgesetzt werden (Abschnitt 6.3.4 auf Seite 219). Dies traf sowohl für die Dresdner Daten als auch für die Daten für Sachsen zu. Da sich die Untersuchungszahlen je Schuljahr aufgrund der Einschränkungen während der Corona-Pandemie teilweise sehr unterschieden, werden gewichtete Mittelwerte (GwM) (auch gewichteter Durchschnitt) der sechs Schuljahre dargestellt.
Quelle/URL	Eigene Erläuterung

Sächsisches Krebsregister	
Datenhalter	Sächsisches Krebsregister
Kurzbeschreibung und Methodik	Klinische Krebsregister erheben Daten zum Verlauf von Krebserkrankungen und werten sie aus, damit die onkologische Versorgung in Deutschland stetig verbessert werden kann. Alle Ärzte, die Krebspatienten betreuen – vom Hausarzt bis zum Tumorspezialisten –, sowie Pathologen melden den Krebsregistern Daten zum Krankheits- und Behandlungsverlauf. Die Register werten diese Daten aus und stellen sie den Meldern und anderen Institutionen zur Verfügung, damit diese die Wirksamkeit und den Nutzen von Therapien evaluieren und verbessern können. Gesetzliche Grundlage ist der § 65c SGB V. Im Jahr 2023 erfolgt der Umbau von bisher vier eigenständigen klinischen Registern in ein klinisch-epidemiologisches Krebsregister. Das Krebsregister Sachsen hat die Rechtsform einer gGmbH. Zu ihr gehören drei Regionalstellen in Chemnitz, Dresden und Leipzig, eine Geschäftsstelle sowie eine Landesauswertungsstelle. Die Ergebnisse für Sachsen werden jährlich in einem Landesbericht veröffentlicht. In Sachsen werden jährlich ca. 31.000 Neuerkrankungen an Krebs registriert. Alle Länder führen neben dem klinischen Register auch ein epidemiologisches Register. Damit können Erkenntnisse über Auftreten und Häufigkeit von Krebserkrankungen, ihre Verteilung nach Alter, Geschlecht und Wohnort der Patientinnen und Patienten sowie über deren Überlebenszeit gewonnen werden. Auch für die Beurteilung der Auswirkungen und der Qualität von bevölkerungsbezogenen Früherkennungsprogrammen wie zum Beispiel dem Mammographie-Screening sind diese Daten wichtig.
Quelle/URL	SMS (2024). Krebsregister Sachsen. gesunde.sachsen.de/krebsregister-sachsen-6377.html (abgerufen am 01.07.2024).

Todesursachenstatistik	
Datenhalter	Statistische Landesamt des Freistaates Sachsen
Kurzbeschreibung und Methodik	Die Todesursachenstatistik stellt eine der wichtigsten Informationsquellen für das Mortalitätsgeschehen in Deutschland dar. Auf der amtlichen Todesbescheinigung dokumentiert die leichenschauende Ärztin bzw. der leichenschauende Arzt die Todesursache. Die Gesundheitsämter übermitteln Teile der Todesbescheinigung an die Statistischen Landesämter, die anhand der ICD-10 Klassifikation das sogenannte Grundleiden, das als ursächlich für den Tod anzunehmen ist, ermitteln. Als Vollerhebung werden in der Todesursachenstatistik alle vorliegenden Daten der Gesundheitsämter ausgewertet. So wird eine fundierte Todesursachenforschung ermöglicht, die regionale Besonderheiten und Veränderungen im Zeitverlauf abbilden kann. Anhand der Ergebnisse können Handlungsempfehlungen und Strategien für Forschung, Prävention und Politik abgeleitet werden.
Quelle/URL	Destatis (2024). Todesursachen. destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html (abgerufen am 13.08.2024).

Übermittlung meldepflichtiger Infektionserkrankungen	
Datenhalter	Landeshauptstadt Dresden
Kurzbeschreibung und Methodik	Das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) und die Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSGMeldeVO) regeln im Freistaat Sachsen den Umgang mit meldepflichtigen Erkrankungen, Todesfällen sowie Nachweisen von Krankheitserregern an das zuständige Gesundheitsamt sowie die Übermittlung der Meldedaten durch die zuständige Landesbehörde (in Sachsen die Landesuntersuchungsanstalt) an das Robert Koch-Institut. Danach sind alle Personen gemäß § 8 IfSG (u. a. Ärzte, Krankenhäuser, Labore, Angehörige von Heil- oder Pflegeberufen, Pflegeeinrichtungen, Heilpraktiker) zur Meldung des Krankheitsverdachts, der Erkrankung sowie des Todes an einer in § 6 IfSG genannten Krankheit an das zuständige Gesundheitsamt verpflichtet. Die namentliche Meldung hat unverzüglich zu erfolgen und muss dem Gesundheitsamt spätestens 24 Stunden, nachdem der Meldende Kenntnis erlangt hat, vorliegen, auch wenn einzelne Informationen zur Meldung noch unvollständig vorliegen. Nachmeldungen oder Korrekturen zu bereits gemeldeten Fällen haben unverzüglich zu erfolgen. An welches Gesundheitsamt gemeldet werden muss, hängt vom Aufenthaltsort der betroffenen Person ab. Grundsätzlich hat die namentliche Meldung von Erregernachweisen an das Gesundheitsamt zu erfolgen, in dessen Bezirk sich die betroffene Person derzeit aufhält oder zuletzt aufhielt. Dies gilt auch für Personen mit einem Wohnsitz außerhalb von Deutschland, wenn sie sich aktuell in Deutschland aufhalten. Ab 01.01.2023 müssen alle Meldungen elektronisch über das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) erfolgen. Das Gesundheitsamt holt weitere Informationen zu den Fällen ein, leitet ggf. Infektionsschutzmaßnahmen ein (Isolation von Fällen, Quarantäne von engen Kontaktpersonen etc.) und prüft anhand der Falldefinitionen des RKI, ob die Kriterien für eine Übermittlung des Falles an die zuständige Landesbehörde gegeben sind. Spätestens am nächsten Arbeitstag werden die pseudonymisierten Daten an die zuständige Landesbehörde gemeldet, die die Daten analysiert und diese wiederum ebenfalls spätestens einen Tag später an das RKI übermittelt. Das RKI überwacht die Verbreitung von Infektionskrankheiten in Deutschland, informiert und reagiert ggf. auf Entwicklungen durch neue Impfeempfehlungen oder andere Vorsichtsmaßnahmen.
Quelle/URL	SMS (2024). Epidemiologische Berichte. gesunde.sachsen.de/epidemiologische-berichte-4057.html (abgerufen am 01.07.2024). RKI (2024). Weitere FAQ zu IfSG und Meldewesen. rki.de/SharedDocs/FAQ/IfSG/weitere/FAQ_Liste_weitere.html (abgerufen am 01.07.2024). Deutscher Bundestag (2019). Sachstand. Weitergabe und Verarbeitung von Daten zu meldepflichtigen Krankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz. bundestag.de/resource/blob/648874/1711103a9286907ce64494e57c006189/WD-9-022-19-pdf-data.pdf (abgerufen am 01.07.2024). Apotheken Umschau (2017). Ratgeber. Unter Kontrolle. Meldepflicht. Ob Grippe, Hepatitis oder Norovirus: Ein Überwachungssystem soll die Ansteckungsgefahr minimieren. rki.de/DE/Content/Infekt/Infografik_Meldesystem_IfSG.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 01.07.2024).

Umweltberichte	
Datenhalter	Landeshauptstadt Dresden
Kurzbeschreibung und Methodik	Das Umweltamt veröffentlicht alle zwei Jahre einen Überblick über den aktuellen Zustand der Umwelt im Stadtgebiet und zu den Beeinträchtigungen der Bevölkerung. In den Berichten werden die Aktivitäten der Stadt dargestellt, den Zustand der natürlichen Umwelt zu verbessern und Beeinträchtigungen zu mindern.
Quelle/URL	Landeshauptstadt Dresden (2024). Umweltbericht 2021/2022. Dresden.

Unfallstatistik	
Datenhalter	Statistische Landesamt des Freistaates Sachsen
Kurzbeschreibung und Methodik	Das Statistische Landesamt erhält die Daten der aufgenommenen Unfälle auf elektronischem Wege von den Polizeidienststellen. Die Ergebnisse der Statistik werden monatlich erarbeitet und veröffentlicht. Etwa 45 Tage nach Monatsende liegen die Ergebnisse eines Monats vor. Diese Ergebnisse im Laufe eines Jahres sind immer vorläufige Ergebnisse, die sich durch Nachmeldungen und Korrekturen noch verändern können. Das endgültige Jahresergebnis ist Ende März des Folgejahres fertig. Für die Unfälle mit Personenschaden und schwerwiegende Unfälle mit Sachschaden stehen umfangreiche Auswertungsprogramme zur Verfügung. Sonstige Sachschadensunfälle ohne Alkoholeinwirkung (sog. Bagatellunfälle) werden nur summarisch auf Kreisebene ausgewiesen. In den Veröffentlichungen werden aufgrund der Bedeutung der Unfälle mit Personenschaden im Wesentlichen Auswertungen für diese Unfallkategorie vorgenommen. Weitere Auswertungen sind auf Anfrage möglich.
Quelle/URL	Statistisches Landesamt (2024). Straßenverkehrsunfälle. Statistikerläuterungen, Qualitätsberichte, Rechtsgrundlagen. statistik.sachsen.de/html/strassenverkehrsunfaelle.html?_cp=%7B%7D (abgerufen am 01.07.2024).

Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen der Kinder- und Jugendzahnklinik	
Datenhalter	Landeshauptstadt Dresden, Amt für Gesundheit und Prävention
Kurzbeschreibung und Methodik	In der Landeshauptstadt Dresden, wie auch in allen anderen sächsischen Kommunen, erfolgen jedes Schuljahr die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. Die gesetzlichen Grundlagen hierfür liefern das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen (§ 16 SächsGDG in der Fassung vom 17.08.2024), das Sächsische Gesetz über Kindertagesbetreuung (§ 7 Abs. 2 SächsKitaG in der Fassung vom 17.07.2024), die Schulgesundheitspflegeverordnung (§§ 2, 3, 4, 5 SchulGesPflVO in der Fassung vom 17.07.2024) sowie das Sächsische Schulgesetz (§ 26a SächsSchulG in der Fassung vom 17.07.2024) unter Beachtung des Sächsischen Datenschutzgesetzes (SächsDSG) und der Datenschutz-Grundverordnung der EU (EU-DSGVO). Diese zahnärztlichen Untersuchungen bedürfen in Kindertageseinrichtungen und Schulen in freier Trägerschaft der schriftlichen Einwilligung der Erziehungsberechtigten und sind kostenfrei. Inhalt und Umfang dieser zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen sind in den genannten gesetzlichen Vorgaben geregelt und werden von den neun Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie zehn zahnmedizinischen Fachangestellten der Kinder- und Jugendzahnklinik (KJZK) im Amt der Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden (Personalstand zum 31.07.2023) jährlich bei den Kindern ab dem Besuch der Kinderkrippe bis zur Klassenstufe 7 in Schulen und bei Kindern mit sonderpädagogischer Förderung auch darüber hinaus durchgeführt. Bei der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung werden der Gebisszustand, der Mundhygienestatus der Zähne anhand des Zahnbelags, Zahnfehlstellungen und Zahnfleischerkrankungen festgestellt. 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. Die Zahnärztinnen und Zahnärzte gehen für die zahnmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen zusammen mit der zahnmedizinischen Fachangestellten in die Kitas/Schulen und untersuchen vor Ort die Kinder. Die Daten im Abschnitt 6.3.4 auf Seite 219 resultieren wiederum aus der Grundgesamtheit aller von der KJZK untersuchten Kinder, die eine Dresdner Kindertageseinrichtung oder eine Dresdner Schule besuchen (Anhang 6.5 und 6.6). Die jeweiligen Gesundheitsaspekte werden im Zeitverlauf der sechs aufeinanderfolgenden Schuljahre 2017/18 bis 2022/23 betrachtet. Ein Schuljahr beginnt jeweils am 1. August eines Jahres und endet am 31. Juli des entsprechenden Folgejahres. Die Untersuchungen konnten aufgrund fehlender ärztlicher Kapazitäten und unklarer gesetzlicher Grundlagen der Schulgesundheitspflege in Schulen freier Trägerschaft nicht für alle Kinder durchgeführt werden. In der Corona-Pandemiezeit sanken die Untersuchungszahlen, so dass im Jahr 2019/20 nur 57 Prozent und im Jahr 2020/21 nur 37 Prozent vorsorgezahnärztlich untersucht werden konnten. Die Untersuchungsquote erholt sich allmählich, sodass im Schuljahr 2022/23 rund 63 Prozent der Kinder und Jugendliche wieder erreicht werden konnten. Die Werte von über 80 Prozent, wie bis zum Schuljahr 2013/14 konnten nicht mehr erreicht werden. (Anhang 6.6).
Quelle/URL	Eigene Erläuterung

Zensus: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes - Bevölkerungsstand für Sachsen und Deutschland

Datenhalter	Statistische Ämter des Bundes und der Länder
Kurzbeschreibung und Methodik	Die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes wird geführt, um die Zahl und die Zusammensetzung der Bevölkerung sowie ihre Veränderung festzustellen. Unter anderem wird die Einwohnerzahl auf Gemeindeebene ermittelt. Nach § 5 BevStatG werden die Ergebnisse des jeweils letzten Zensus (aktuell: Zensus 2011) in der Gliederung nach Geschlecht, Alter, Familienstand und Staatsangehörigkeit mit den Ergebnissen der Statistiken der Bevölkerungsbewegungen (Wanderungen, Geburten, Sterbefälle, Eheschließungen) sowie mit Angaben zu Staatsangehörigkeitswechseln und Lösungen von Ehen und Lebenspartnerschaften fortgeschrieben. Die Fortschreibungsergebnisse gehen in die Berechnung von Kennzahlen wie Geburtenziffern, Sterbetafeln, Heiratziffern ein und bilden die Grundlage für die regelmäßigen amtlichen Bevölkerungsvorausrechnungen. Außerdem sind die Fortschreibungszahlen die Grundlage für die Hochrechnung der Stichprobenergebnisse des Mikrozensus. Wegen methodischer Änderungen und technischer Umstellungen bei den einfließenden Statistiken sind die unterjährige sowie die jährliche Entwicklung der Bevölkerungszahlen für die Berichtsjahre ab 2016 mit den Vorjahren nur bedingt vergleichbar. Die Bestandszahlen über die ausländische Bevölkerung aus der Bevölkerungsfortschreibung und aus dem Ausländerzentralregister (AZR) weichen infolge unterschiedlicher Abgrenzungen voneinander ab. Die jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen zur Erfassung und Fortschreibung der Daten lassen einen Vergleich der entsprechenden statistischen Angaben nicht zu. Personen mit den Geschlechtsangaben »divers« und »ohne Angabe« (nach § 22 Absatz 3 PStG) werden dem männlichen oder weiblichen Geschlecht zugeordnet.
Quelle/URL	Statistisches Landesamt (2024). Bevölkerungsstand, Einwohnerzahlen. Statistikerläuterungen, Qualitätsberichte, Rechtsgrundlagen. statistik.sachsen.de/html/bevoelkerungsstand-einwohner.html (abgerufen am 28.06.2024).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 0.1: Kernthemen des WHO-Netzwerks „Healthy Cities“, Phase VII.....	9
Abbildung 0.2: Modell der sozialen Determinanten von Gesundheit (Regenbogen-Modell)	11
Abbildung 0.3: Schritte zum Aufbau einer kommunalen Gesundheitsstrategie in der Landeshauptstadt Dresden	12
Abbildung 1.1: Bevölkerungsstand und Prognose in Dresden nach Stadtbezirken (StB) mit zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden von 2016 bis 2040	19
Abbildung 1.2: Bevölkerungsstand nach Geschlecht und nach Stadtbezirken (StB) mit zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden im Jahr 2022	20
Abbildung 1.3: Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung nach Lebensalter in Dresden im Jahr 2022 (Stand zum 30.09.2023)	24
Abbildung 1.4: Altersgruppenstruktur der Bevölkerung in Dresden von 2016 bis Prognose 2040	25
Abbildung 1.5: Durchschnittsalter und Prognose der Bevölkerung nach Stadtbezirken (StB) mit zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden von 2016 bis Prognose 2035*	32
Abbildung 1.6: Anzahl der Lebendgeborenen und Gestorbenen in Dresden von 1990 bis 2022.....	34
Abbildung 1.7: Anzahl aller Verstorbenen und Anteil der verstorbenen Dresdnerinnen und Dresdner von 1995 bis 2022	35
Abbildung 1.8: Sterberaten von Sachsen und Dresden von 2012 bis 2022	36
Abbildung 1.9: Zugezogene und fortgezogene Menschen und deren Wanderungssaldo in Dresden von 1990 bis 2022	39
Abbildung 1.10: Wanderungssaldo nach Altersgruppen und Anteil an der Bevölkerung in Dresden zum Jahresbeginn von 2016 bis 2022.....	42
Abbildung 1.11: Anzahl der zugezogenen und fortgezogenen Menschen und die jeweiligen Wanderungssaldi sowie anteilige Gesamtsaldi ab dem Jahr 2000 bis einschließlich 2022 nach Stadtbezirken (StB) mit zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden für das Jahr 2022.....	43
Abbildung 1.12: Anzahl Deutscher Einwohnerinnen und Einwohner mit Migrationshintergrund und Menschen ausländischer Herkunft jeweils je 10.000 Einwohner und Anteil an der Gesamtbevölkerung nach Stadtbezirken (StB) mit zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden im Jahr 2022	46
Abbildung 2.1: Anteil der Schulabschlüsse der Befragten nach Geschlecht, nach Altersgruppen und nach Netto- Äquivalenzeinkommen in Dresden laut KBU 2022.....	57
Abbildung 2.2: Anteil der Bildungs- und Berufsabschlüsse der Befragten nach Geschlecht, nach Altersgruppen und nach Netto- Äquivalenzeinkommen in Dresden laut KBU 2022.....	59
Abbildung 2.3: Anteil Haushalte nach Haushaltsgrößen der Bevölkerung in den Stadtbezirken (StB) und zugehörige Ortschaften (OS) in Dresden im Jahr 2022	63
Abbildung 2.4: Anteil der Einpersonenhaushalte der Bevölkerung nach Altersgruppen nach Stadtbezirken (StB) und zugehörige Ortschaften (OS) in Dresden im Jahr 2022	69
Karte 2.1: Mittlere Grundmiete ohne Betriebskosten im Februar 2022 nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2022	71
Abbildung 2.5: Wohnkostenbelastung von Hauptmietern nach Haushaltsnettoeinkommen ohne Wohngemeinschaften in Dresden laut KBU 2016, 2018, 2020, 2022	72
Karte 2.2: Zufriedenheit mit der Verfügbarkeit bezahlbarer Wohnungen im Stadtteil in Dresden, Durchschnittsnoten nach Stadträumen, Skala 1 = sehr zufrieden bis 5 = sehr unzufrieden im Februar 2022 in Dresden laut KBU 2022	73
Abbildung 2.6: Durchschnittliches Netto-Äquivalenzeinkommen nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2018, 2020 und 2022	78
Abbildung 2.7: Anteil der armutsgefährdeten Haushalte nach Einstufung zur Armutsgefährdung Definition der OECD nach sozialen Gruppen in Dresden laut KBU 2022	80
Abbildung 2.8: Verteilung des Netto-Äquivalenzeinkommen und dessen Einstufung zur Armutsgefährdung Definition der OECD nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2022.....	81
Abbildung 2.9: Verteilung des Netto-Äquivalenzeinkommen „armutsgefährdet“ nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2018, 2020 und 2022, sortiert nach Anteil an armutsgefährdeten Haushalten 2022	82

Abbildung 2.10: Arbeitslosenanteil nach Stadtbezirken (StB) und zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden von 2016 bis 2022	88
Abbildung 2.11: Arbeitslosenanteil für Männer und Frauen und nach Altersgruppen in den Stadtbezirken (StB) und zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden im Jahr 2022	89
Abbildung 2.12: Jugendarbeitslosenanteil unter 25 Jahre nach Stadtbezirken (StB) und zugehörige Ortschaften (OS) in Dresden von 2016 bis 2022	90
Abbildung 2.13: Anzahl arbeitsloser Alleinerziehender nach Altersgruppen in Dresden von 2016 bis 2022	91
Abbildung 2.14: Anteil Regelleistungsberechtigte nach dem SGB II nach Stadtbezirken (StB) und zugehörige Ortschaften (OS) in Dresden von 2016 bis 2022	94
Abbildung 2.15: Anteil der nicht-erwerbsfähigen Regelleistungsberechtigten Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren mit SGB II-Bezug bezogen auf 0- bis 14-jährige Einwohner und Einwohnerinnen (Hauptwohnsitz) nach Stadtbezirken (StB) und zugehörige Ortschaften (OS) in Dresden von 2016 bis 2022.....	95
Abbildung 3.1: Bewertung der Wichtigkeit von klimatischen Bedingungen nach Altersgruppen in Dresden laut KBU 2022....	106
Abbildung 3.2: Zufriedenheit mit klimatischen Bedingungen nach Altersgruppen in Dresden laut KBU 2022	107
Abbildung 3.3: Wahrnehmung der Hitzebelastung im Sommer nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2022	107
Abbildung 3.4: Synthetische Klimafunktionskarte der Landeshauptstadt Dresden	108
Abbildung 3.5: Wahrnehmung der Luftverschmutzung in der Wohnumgebung nach Altersgruppen in Dresden laut KBU 2022	111
Abbildung 3.6: Wahrnehmung der Luftverschmutzung in der Wohnumgebung nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2022	111
Abbildung 3.7: Wahrnehmung von Lärm in der Wohnumgebung nach Altersgruppen in Dresden laut KBU 2022.....	113
Abbildung 3.8: Wahrnehmung von Lärm in der Wohnumgebung nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2022.....	114
Abbildung 3.9: Erreichbarkeit und Verfügbarkeit öffentlicher Grünflächen in Dresden laut KBU 2022.....	115
Abbildung 3.10: Erreichbarkeit und Verfügbarkeit öffentlicher Grünflächen nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2022	116
Abbildung 4.1: Entwicklung des Personals der stationären medizinischen Versorgung in Dresden von 2014 bis 2022	127
Abbildung 4.2: Auslastung stationärer Pflegeeinrichtungen in Dresden und Sachsen der Jahre 2017, 2019 und 2021.....	128
Abbildung 4.3: Entwicklung der Schwangerschaftsberatungen in Dresden von 2017 bis 2022.....	130
Abbildung 4.4: Entwicklung der AIDS/STI-Veranstaltungen der Dresdner Beratungsstellen von 2017 bis 2022	134
Abbildung 4.5: Entwicklung der Klientinnen- und Klientenzahlen der Suchtberatungs- und -behandlungsstellen in Dresden inkl. Geschlechterverteilung von 2019 bis 2022	135
Abbildung 4.6: Selbsthilfegruppen nach Themenbereichen in Dresden (Stand: 2023).....	143
Abbildung 5.1: Subjektiver Gesundheitszustand „gut“ nach Altersgruppen in Dresden der Jahre 2016, 2018, 2020 und 2022 laut KBU	148
Abbildung 5.2: Subjektives Wohlbefinden „gut“ nach Altersgruppen in Dresden der Jahre 2016, 2018, 2020 und 2022 laut KBU	149
Abbildung 5.3: Subjektiver Gesundheitszustand nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2022	150
Abbildung 5.4: Subjektives Wohlbefinden nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2022	151
Abbildung 5.5: Belastung des Alltags durch die Corona-Pandemie nach Altersgruppen in Dresden laut KBU 2022	153
Abbildung 5.6: Angst vor einer Ansteckung mit SARS-CoV-2 nach Stadträumen in Dresden laut KBU 2022.....	154
Abbildung 5.7: Rohe Krebsneuerkrankungsrate (C00-C97, exkl. C44) nach Alter und Geschlecht in Dresden von 2010 bis 2021	161
Abbildung 5.8: Rohe Krebsneuerkrankungsrate nach Entität und Geschlecht in Dresden von 2010 bis 2021	162
Abbildung 5.9: Entwicklung der häufigsten Infektionserkrankungen in Dresden von 2017 bis 2022 (ohne COVID-19)	166
Abbildung 5.10: Subjektive seelische Gesundheit nach Altersgruppen in Dresden laut KBU 2022	168
Abbildung 5.11: Verunglückte in Straßenverkehrsunfällen innerorts nach Schweregrad in Dresden von 2015 bis 2022.....	171
Abbildung 5.12: Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden innerorts in Dresden von 2015 bis 2022	172
Abbildung 5.13: Schwerwiegende Straßenverkehrsunfälle mit Sachschaden unter Einfluss berauschender Mittel sowie Anteil von Verkehrsunfällen und Verunglückten aufgrund von Alkoholeinfluss in Dresden von 2015 bis 2022.....	173
Abbildung 5.14: Anzahl schwerbehinderter Menschen in Dresden 2022 nach Grad der Behinderung und Altersgruppen	175
Abbildung 5.15: Anzahl Pflegebedürftiger gesamt, in ambulanter Pflege, in vollstationärer Pflege und Anzahl Pflegegeldempfänger in Dresden von 1999 bis 2021.....	176

Abbildung 5.16: Anzahl Pflegebedürftiger in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen in Dresden der Jahre 2017, 2019 und 2021 nach Geschlecht.....	177
Abbildung 5.17: Häufigkeit des Sporttreibens in Dresden nach Altersgruppen laut KBU 2022	179
Abbildung 5.18: Mitgliederzahlen im Stadtsportbund Dresden 2022 nach Sportarten.....	180
Abbildung 5.19: Häufigkeit der Nutzung verschiedener Verkehrsmitteln in Dresden 2020 und 2022 laut KBU.....	181
Abbildung 5.20: Häufigkeit des Alkoholkonsums in Dresden der Jahre 2014, 2020 und 2022 laut KBU	183
Abbildung 5.21: Anzahl vollstationär behandelter Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) als Hauptdiagnose nach Geschlecht zwischen 2006 und 2021.....	185
Abbildung 5.22: Anzahl vollstationär behandelter Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzkonsum (F19) als Hauptdiagnose nach Geschlecht zwischen 2006 und 2021	186
Abbildung 5.23: Teilnahmezahlen an Präventionskursen in Dresden von 2016 bis 2022 nach Geschlecht	187
Abbildung 5.24: Bewertung der sozialen Eingebundenheit nach Altersgruppen in Dresden laut KBU 2022.....	189
Abbildung 5.25: Häufigkeit an Unternehmungen mit den Nachbarn in der Freizeit in Dresden laut KBU 2022.....	190
Abbildung 5.26: Bewertung der Verlässlichkeit und Unterstützungsbereitschaft der Nachbarschaft nach Geschlecht in Dresden laut KBU 2022	191
Abbildung 5.27: Anzahl vermeidbarer Sterbefälle in Dresden von 2011 bis 2021 nach Geschlecht, altersstandardisiert (Standardbevölkerung Deutschland 2011).....	194
Abbildung 6.1: Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands und der körperlichen und seelischen Gesundheit der Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen in Dresden laut KBU 2016, 2018, 2020 und 2022	211
Abbildung 6.2: Beurteilung des subjektiven Wohlbefindens der Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen in Dresden laut KBU 2016, 2018, 2020 und 2022.....	212
Abbildung 6.3: Beurteilung der häufigsten gesundheitlichen Beschwerden und Stresssymptome in der Altersgruppe der 8- bis 15-Jährigen in Dresden laut Dresdner Kinder- und Jugendstudie 2005, 2010 und 2021.....	214
Abbildung 6.4: Beurteilung der häufigsten gesundheitlichen Beschwerden und Stresssymptome in der Altersgruppe der 16- bis 22-Jährigen in Dresden laut Dresdner Kinder- und Jugendstudie 2021	215
Abbildung 6.5: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Kita-, Schulaufnahme- und schulärztlichen Untersuchung in der 6. Klasse mit Auffälligkeiten des Sehvermögens in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23.....	221
Abbildung 6.6: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Kita-, Schulaufnahme- und Untersuchung der 6. Klassen mit Auffälligkeiten des Hörvermögens in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	225
Abbildung 6.7: Anteil ärztlich untersuchter Kita-Kinder mit Auffälligkeiten der Fein- und Grobmotorik in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	230
Abbildung 6.8: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten in der selektiven Aufmerksamkeit, visuellen Wahrnehmung und Schlussfolgern, des Zahlen- und Mengenvorwissens, der Visuomotorik und Körperkoordination auf Grundlage von SOPESS in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	231
Abbildung 6.9: Anteil ärztlich untersuchter Kita-Kinder mit Auffälligkeiten der Sprachentwicklung insgesamt sowie Kinder mit Zwei- oder Mehrsprachigkeit in Dresden in den Schuljahren 2017/18 bis 2022/23.....	242
Abbildung 6.10: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten der Sprachentwicklung insgesamt sowie Angabe der Mutter- bzw. Erstsprache in Dresden in den Schuljahren 2017/18 bis 2022/23.....	245
Abbildung 6.11: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme und zur schulärztlichen Untersuchung in der 6. Klasse mit Normalgewicht, Übergewicht, Adipositas und starkem Untergewicht nach Geschlecht in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	249
Abbildung 6.12: Vorlage des Vorsorgeheftes und Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zur Kita-Untersuchung in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	257
Abbildung 6.13: Vorlage des Vorsorgeheftes und Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zur Schulaufnahmeuntersuchung in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	257
Abbildung 6.14: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U8 bei vorgelegtem Vorsorgeheft zur Kita-Untersuchung in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23.....	258
Abbildung 6.15: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U9 bei vorgelegtem Vorsorgeheft zur Schulaufnahmeuntersuchung in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	259

Abbildung 6.16: Anzahl ärztlich untersuchter Kinder zur Kita-, Schulaufnahme und Untersuchung in der 6. Klasse mit und ohne vorgelegter Impfdokumentation in Dresden für die Schuljahre 2018/18 bis 2022/23	261
Abbildung 6.17: Impfquote ärztlich untersuchter Kinder zur Kita-, Schulaufnahme- und Untersuchung in der 6. Klasse mit vollständigem Impfstatus Masernschutzimpfung entsprechend SIKO-Bewertung bezogen auf alle Untersuchten und Untersuchte mit vorgelegtem Impfausweis in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	263
Abbildung 6.18: Impfquote ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit altersgerecht vollständigem Impfstatus gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae Typ b, Poliomyelitis und Hepatitis B (6-fach Impfung) entsprechend der SIKO-Bewertung bezogen auf alle Untersuchten und Untersuchte mit vorgelegter Impfdokumentation in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	265
Abbildung 6.19: Impfquote ärztlich untersuchter Kinder in der 6. Klasse mit vollständigem Impfstatus der HPV-Impfung entsprechend SIKO- Bewertung bezogen auf alle Untersuchten und Untersuchte mit vorgelegter Impfdokumentation in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	267
Abbildung 6.20: Kariesstatus bei den 3-, 6- und 12-Jährigen zu den zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	271
Abbildung 6.21: dmf-t-Index der 6-Jährigen bei der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23 nach Einrichtungsart	275
Abbildung 6.22: DMF-T- Index der 12-Jährigen bei der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23 nach Einrichtungsart	276
Abbildung 6.23: Beurteilung der körperlichen Aktivität der 16- bis 24-Jährigen in Dresden laut KBU 2016, 2018, 2020, 2022	279
Abbildung 7.1: Zufriedenheit mit der Wohnsituation in Dresden laut KBU 2022	303
Abbildung 7.2: Zufriedenheit mit ausgewählten Lebensbedingungen in Dresden laut KBU 2022	304
Abbildung 7.3: Beeinträchtigung der Wohnumgebung in Dresden laut KBU 2022	305
Abbildung 7.4: Zufriedenheit mit familienspezifischen Lebensbedingungen in Dresden laut KBU 2022	306
Abbildung 7.5: Gewünschter Einsatz für Kinder, Jugendliche und Familien in Dresden laut KBU 2022	307
Abbildung 7.6: Rauchen von Tabak und Nutzung von E-Inhalationsprodukten in Dresden laut KBU 2022	314
Abbildung 7.7: Alkoholkonsum in Dresden laut KBU 2022	315
Abbildung 8.1: Wichtige und sehr wichtige Bereiche für ältere Menschen mit Gesundheitsbezug in Dresden laut KBU 2022	322
Abbildung 8.2: Zufriedenheit mit der Barrierefreiheit im Wohngebiet in Dresden laut KBU 2022	323
Abbildung 8.3: Zufriedenheit mit Unterstützung speziell für ältere Menschen in Dresden laut KBU 2022	323
Abbildung 8.4: Nutzung von öffentlichen Parks und/oder Grünanlagen in der Wohngegend durch Personen ab 60 Jahren in Dresden laut LAB60+ 2021	324
Abbildung 8.5: Wahrnehmung von Unfallrisiken im Verkehr in Prozent in Dresden laut KBU 2022	325
Abbildung 8.6: Wahrnehmung der fehlenden Barrierefreiheit in der Wohnumgebung in Dresden laut KBU 2022	325
Abbildung 8.7: Wahrnehmung der fehlenden Angebote für ältere Menschen in der Wohnumgebung in Dresden laut KBU 2022	326
Abbildung 8.8: Zufriedenheit mit der Verfügbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel bei älteren Menschen in Dresden laut KBU 2022	327
Abbildung 8.9: Zufriedenheit mit dem Zustand der Gehwege bei älteren Menschen in Dresden laut KBU 2022	327
Abbildung 8.10: Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen durch Personen im Alter von 60 Jahren und älter nach Stadtbezirk und zugehörige Ortschaften in Dresden laut LAB60+ 2021	328
Abbildung 8.11: Nutzung von ausgewählten Vorsorgemaßnahmen durch Personen im Alter von 60 Jahren und älter, nach Geschlecht in Dresden laut LAB60+ 2021	329
Abbildung 8.12: Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung bei älteren Menschen in Dresden laut KBU 2022	329
Abbildung 8.13: Einschätzung des Gesundheitszustandes und des Wohlbefindens in Dresden laut KBU 2022	330
Abbildung 8.14: Bewertung des eigenen Gesundheitszustands in den letzten vier Wochen (Personen > 64 Jahre) in Dresden laut LAB60+ 2021	331
Abbildung 8.15: Darstellung der Kategorien des Body-Mass-Index (BMI) nach Geschlecht (Alter 60+) in gerundeten Prozent in Dresden laut LAB60+ 2021	332
Abbildung 8.16: Darstellung der Kategorien des Body-Mass-Index (BMI) nach Altersgruppen in Dresden laut LAB60+ 2021	333
Abbildung 8.17: Anzahl der selbstberichteten Erkrankungen nach Alter in Dresden laut LAB60+ 2021	333
Abbildung 8.18: Fünf häufigste selbstberichtete Erkrankungen bei Menschen ab 60 Jahren in Dresden laut LAB60+ 2021	334

Abbildung 8.19: Häufigkeit des Alkoholkonsums unabhängig von der Menge in Dresden laut KBU 2022	338
Abbildung 8.20: Häufigkeit des Tabakkonsums unabhängig von der Menge in Dresden laut KBU 2022	339
Abbildung 8.21: Veränderter Alkoholkonsum durch die Corona-Pandemie in Dresden laut LAB60+ 2021	340
Abbildung 8.22: Veränderter Konsum von Tabak und E-Inhalationsprodukten durch die Corona-Pandemie in Dresden laut LAB60+ 2021.....	340
Abbildung 8.23: Häufigkeit der körperlichen Aktivität in der Woche bei Personen ab 60 Jahren in Dresden laut KBU 2022 ...	341
Abbildung 8.24: Körperliche Aktivität der LAB60+ Teilnehmenden nach Alter und Geschlecht (Tage pro Woche) in Dresden laut LAB60+ 2021.....	342
Abbildung 8.25: Mitgliederzahlen der Altersgruppen 50+ – Stadtsporthaus Dresden e. V.	342
Abbildung 8.26: Nutzung von Verkehrsmitteln im Alltag – zu Fuß gehen in Dresden laut KBU 2022	343
Abbildung 8.27: Nutzung von Fahrrad im Alltag in Dresden laut KBU 2022	343
Abbildung 8.28: Obst- und Gemüsekonsum der LAB60+Teilnehmenden nach Alter und Geschlecht in Dresden laut LAB60+ 2021.....	344
Abbildung 8.29: Einschätzung der sozialen Eingebundenheit in Dresden laut KBU 2022	345
Abbildung 8.30: Häufigkeit der Teilnahme an organisierten Gruppen in Dresden laut LAB60+ 2021.....	346
Abbildung 8.31: Angaben zur Anzahl nahestehender Verwandter und enger Freunde nach Wohnform in Dresden laut LAB60+ 2021.....	347
Abbildung 8.32: Einsamkeitsrate nach Stadtbezirken –Personen je Stadtbezirk mit einem Wert auf der Einsamkeitsskala > 2,5 in Dresden laut LAB60+ 2021	347
Abbildung 8.33: Zustimmung zur Aussage „In meiner Wohngegend gibt es genügend Beratungsangebote, Begegnungsstätten und Treffs“ (Personen > 64 Jahre) in Dresden laut LAB60+ 2021.....	348

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1: Bevölkerungsstand in Deutschland, Sachsen und Dresden im Jahr 2022	18
Tabelle 1.2: Anteil Männer und Frauen nach Stadtbezirken (StB) und zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden im Jahr 2022	20
Tabelle 1.3: Bevölkerungsdichte nach Stadtbezirken (StB) und zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden der Jahre 2000 und 2022	21
Tabelle 1.4: Die zehn am dichtesten besiedelten Stadtteile in Dresden der Jahre 2000, 2016 und 2022	22
Tabelle 1.5: Die zehn Stadtteile in Dresden mit der höchsten Veränderung der Bevölkerungsdichte von 2000 zu 2022	22
Tabelle 1.6: Bevölkerung nach Altersgruppen in Deutschland, Sachsen und Dresden im Jahr 2022	23
Tabelle 1.7: Anteil der Bevölkerung nach differenzierteren Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung in Dresden von 2016 bis Prognose 2040	26
Tabelle 1.8: Bevölkerung der Kinder und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr nach Altersgruppen und Geschlecht in Dresden von 2016 bis Prognose 2040	26
Tabelle 1.9: Anteil der Kinder und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr an der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht in Dresden von 2016 bis Prognose 2040	27
Tabelle 1.10: Bevölkerung im Erwerbsalter ab dem 18. Lebensjahr nach Altersgruppen und nach Geschlecht in Dresden von 2016 bis Prognose 2040	28
Tabelle 1.11: Anteil der Bevölkerung im Erwerbsalter an der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht in Dresden von 2016 bis Prognose 2040	28
Tabelle 1.12: Bevölkerung im Übergang und im Rentenalter ab dem 60. Lebensjahr nach Alter und nach Geschlecht in Dresden von 2016 bis Prognose 2040	29
Tabelle 1.13: Anteil der Bevölkerung im Übergang und im Rentenalter ab dem 60. Lebensjahr an der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen und nach Geschlecht in Dresden von 2016 bis Prognose 2040	29
Tabelle 1.14: Jugend- und Altenquotient in Deutschland, Sachsen und Dresden im Jahr 2022	30
Tabelle 1.15: Jugend- und Altenquotient in Dresden von 2016 bis Prognose 2040	30
Tabelle 1.16: Durchschnittsalter der Bevölkerung in Deutschland, Sachsen und Dresden im Jahr 2022	31
Tabelle 1.17: Stand Lebendgeborene, zusammenfassende Geburtenziffer, Durchschnittsalter der Mütter und Alter der Mütter bei Erstgeburt in Deutschland, Sachsen und Dresden im Jahr 2022	33
Tabelle 1.18: Anzahl Verstorbene und Sterbeziffer in Deutschland, Sachsen und Dresden im Jahr 2022	35
Tabelle 1.19: Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt der Bevölkerung in Deutschland, Sachsen und Dresden im Jahr 2022	37
Tabelle 1.20: Durchschnittliche fernere Lebenserwartung in Jahren nach ausgewählten Altersstufen in Sachsen für ausgewählte Zeitpunkte ab 1993/95 bis 2020/22	38
Tabelle 1.21: Wanderungssaldi nach verschiedenen Herkunftsgebieten in Dresden von 1990 bis 2022	40
Tabelle 1.22: Wanderungssaldi nach verschiedenen Gebieten in Dresden im Jahr 2022	40
Tabelle 1.23: Wanderungssaldo nach Gebieten und nach Altersgruppen in Dresden im Jahr 2022	41
Tabelle 1.24: Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen ausländischer Herkunft ohne deutsche Staatsbürgerschaft und deren Anteile an der Gesamtbevölkerung in Deutschland, Sachsen und Dresden im Jahr 2022 (bzw. 2021)	44
Tabelle 1.25: Anteil der Menschen ausländischer Herkunft und Deutschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung in Dresden von 2016 bis 2022	45
Tabelle 1.26: Bevölkerung nach Migrationshintergrund und Altersgruppe im Jahr 2022	47
Tabelle 2.1: Anteil der Schulabschlüsse der Befragten nach Stadträumen, Stadtbezirken (StB) und zugehörige Ortschaften (OS) in Dresden laut KBU 2022	58
Tabelle 2.2: Anteil der Bildungs- und Berufsabschlüsse der Befragten nach Stadträumen, Stadtbezirken (StB) und zugehörige Ortschaften (OS) in Dresden laut KBU 2022	60
Tabelle 2.3: Anzahl Personen und Anteil an der Bevölkerung, die im Haushalt und in Heimen wohnen, in Dresden von 2016 bis 2022	61

Tabelle 2.4: Anteil der Haushalte der Bevölkerung nach Haushaltsgrößen in Dresden von 2016 bis 2022	62
Tabelle 2.5: Haushalte nach Lebensformen bzw. Haushaltstypen nach Einpersonenhaushalten, Haushalten mit Ehepaaren (jeweils mit und ohne Kinder) sowie nach Haushalten mit Lebensgemeinschaften (jeweils mit und ohne Kinder) in Dresden von 2016 bis 2022	64
Tabelle 2.6: Bevölkerung in Ein- und Mehrpersonenhaushalten nach Lebensformen mit und ohne Kindern in Dresden von 2016 bis 2022	64
Tabelle 2.7: Bevölkerung in Ein- und Mehrpersonenhaushalten nach Lebensformen mit und ohne Kindern einschließlich alleinerziehende Mütter und Väter der Stadt Dresden 2016 bis 2022	65
Tabelle 2.8: Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre und Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre in Haushalten nach Haushaltsgröße und bei alleinerziehenden Elternteilen der Bevölkerung in Dresden von 2016 bis 2022	66
Tabelle 2.9: Anzahl der Haushalte der Bevölkerung mit Kindern nach Haushaltsgröße und alleinerziehende Elternteile nach Stadtbezirken (StB) und zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden im Jahr 2022	66
Tabelle 2.10: Anzahl der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahre nach Haushaltsgröße und bei alleinerziehenden Elternteile der Bevölkerung nach Stadtbezirken (StB) und zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden im Jahr 2022	67
Tabelle 2.11: Anzahl der Einpersonenhaushalte nach Alter und Geschlecht in Dresden im Jahr 2022.....	67
Tabelle 2.12: Einpersonenhaushalte nach Altersgruppen von 2016 bis 2022	68
Tabelle 2.13: Einpersonenhaushalte der Bevölkerung nach Geschlecht nach Stadtbezirken (StB) und zugehörige Ortschaften (OS) in Dresden im Jahr 2022	68
Tabelle 2.14: Wohngeldhaushalte nach Personengruppen und deren Tätigkeit in Dresden von 2016 bis 2022.....	74
Tabelle 2.15: Untergebrachte wohnungslose Personen nach Geschlecht und Nationalität in Dresden im Jahr 2022	76
Tabelle 2.16: Schwellenwerte für Armutsgefährdung anhand ausgewählter Haushaltstypen und mittlere monatliche Einkommen (Median) in Dresden laut KBU 2022.....	79
Tabelle 2.17: Erwerbstätige und Arbeiternehmende Bevölkerung von Sachsen und Dresden nach Wirtschaftsbereichen 2016 und 2022.....	83
Tabelle 2.18: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte, Beschäftigtenanteil am Wohnort nach Geschlecht, nach Altersgruppen und Menschen ausländischer Herkunft ohne deutsche Staatsbürgerschaft (Ausländer) in Dresden von 2016 bis 2022	84
Tabelle 2.19: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte mit Wohnort Dresden nach Bildungsabschluss in Dresden von 2016 bis 2022	85
Tabelle 2.20: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte in Teilzeit mit Wohnort Dresden nach Geschlecht von 2016 bis 2022	85
Tabelle 2.21: Arbeitslosenquote in Deutschland, in Sachsen und in Dresden im Jahr 2022	86
Tabelle 2.22: Arbeitslosenquote nach Altersgruppen in Dresden von 2016 bis 2022	87
Tabelle 2.23: Arbeitslosenzahlen nach Bildungs- und Schulabschlüsse in Dresden von 2018 bis 2022	89
Tabelle 2.24: Anteil Arbeitslose ausländischer Herkunft in den Stadtbezirken (StB) mit zugehörigen Ortschaften (OS) in Dresden von 2016 bis 2022	92
Tabelle 2.25: Langzeitarbeitslose im Verhältnis zu Arbeitslosen in Dresden von 2016 bis 2022.....	92
Tabelle 2.26: Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der sozialen Mindestsicherung in Dresden von 2016 bis 2022	93
Tabelle 2.27: Regelleistungsberechtigte nach dem SGB II nach nichterwerbsfähigen und erwerbsfähigen Leistungsberechtigten (LB) Männern und Frauen und nach Ausländer und Ausländerinnen in Dresden von 2016 bis 2022.....	94
Tabelle 2.28: Regelleistungsberechtigte in Regelleistungsbedarfsgemeinschaften (RL-BG) mit Kindern in Dresden von 2016 bis 2022	96
Tabelle 3.1: Übersicht über Schadstoffe mit den derzeit geltenden Grenzwerten, der EU-Richtlinie für 2030 sowie der WHO- Empfehlung	110
Tabelle 3.2: Empfehlungen der WHO für die Schwellenwerte von Lärm.....	112
Tabelle 4.1: Anzahl der Beschäftigten im Amt für Gesundheit und Prävention Dresden nach Berufsgruppen im Jahr 2022	124
Tabelle 4.2: Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen des Amtes für Gesundheit und Prävention Dresden im Jahr 2022 ..	124
Tabelle 4.3: Anzahl niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, Verhältnis Einwohnerin/Einwohner pro Arzt sowie Versorgungsgrad (VG) der verschiedenen Fachrichtungen in Dresden von 2021 bis 2023	125
Tabelle 4.4: Anzahl Krankenhausbetten, Fälle, durchschnittliche Verweildauer und Nutzungsgrad der aufgestellten Betten in Dresdner Krankenhäusern von 2015 bis 2022	126
Tabelle 4.5: Entwicklung der Schwangerschaftsberatungen und Schwangerschaftsabbrüche* in Sachsen von 2017 bis 2022	131

Tabelle 4.6: Entwicklung der Beratungszahlen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Dresden der Schuljahre 2020/2021 bis 2022/2023.....	132
Tabelle 4.7: Beratungszahlen der Fachgruppe Kinderschutz des Amtes für Gesundheit und Prävention Dresden im Schuljahr 2022/2023*	133
Tabelle 4.8: Entwicklung der AIDS/STI-Beratungen in Dresden inkl. Geschlechterverteilung von 2017 bis 2022.....	133
Tabelle 4.9: Anteil der Klientinnen und Klienten der Suchtberatungs- und -behandlungsstellen in Dresden nach Altersgruppen im Jahr 2022	136
Tabelle 4.10: Entwicklung der Beratungszahlen der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen in Dresden von 2017 bis 2022	137
Tabelle 4.11: Entwicklung der Beratungszahlen des Sozialpsychiatrischen Dienstes von 2017 bis 2022	137
Tabelle 4.12: Entwicklung der Beratungszahlen des Psychosozialen Krisendienstes von 2017 bis 2022	138
Tabelle 4.13: Entwicklung der Beratungszahlen der Beratungsstellen für Langzeitarbeitslose nach Bildungsabschluss, Familienstand und Migrationshintergrund in Dresden von 2019 bis 2022 (Anteil in %)	139
Tabelle 4.14: Entwicklung der Teilnehmerzahlen an gesundheitsbezogenen Gruppenangeboten in den Beratungsstellen für Langzeitarbeitslose in Dresden von 2019 bis 2022	139
Tabelle 4.15: Entwicklung der Beratungszahlen der Krisentelefone in Dresden von 2017 bis 2022	140
Tabelle 4.16: Entwicklung der Beratungszahlen nach Geschlecht und Suizidthematik der TelefonSeelsorge in Dresden von 2017 bis 2022	140
Tabelle 4.17: Entwicklung der Beratungszahlen der Tumorberatungsstellen in Dresden von 2019 bis 2022	141
Tabelle 4.18: Verteilung der Seniorenberatungszahlen nach Geschlecht und Altersgruppen in Dresden im Jahr 2023	141
Tabelle 4.19: Beratungsthemen der Seniorenberatung in Dresden 2023 nach Häufigkeiten	142
Tabelle 4.20: Entwicklung der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Angebote in den Seniorenbegegnungsstätten in Dresden nach Geschlecht von 2017 bis 2022.....	142
Tabelle 5.1: Subjektiver Gesundheitszustand nach Nettoäquivalenzeinkommen in Dresden laut KBU 2022	152
Tabelle 5.2: Häufigste Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden nach Geschlecht der Jahre 2018, 2020, 2022	155
Tabelle 5.3: Ausgewählte Hauptdiagnosen vollstationär behandelter Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden nach Geschlecht der Jahre 2017 bis 2021.....	156
Tabelle 5.4: Ausgewählte Hauptdiagnosen vollstationär behandelter Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden nach jüngeren Altersgruppen und Geschlecht der Jahre 2017 bis 2021	157
Tabelle 5.5: Ausgewählte Hauptdiagnosen vollstationär behandelter Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden nach mittleren Altersgruppen und Geschlecht der Jahre 2017 bis 2021.....	158
Tabelle 5.6: Ausgewählte Hauptdiagnosen vollstationär behandelter Krankenhausfälle mit Wohnsitz in Dresden in deutschen Krankenhäusern nach höheren Altersgruppen und Geschlecht der Jahre 2017 bis 2021	158
Tabelle 5.7: Fallzahl und Neuerkrankungsrate von Neubildungen in Dresden im Zeitraum von 2010 bis 2021	160
Tabelle 5.8: Anzahl ausgewählter vollstationär behandelter Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden nach Art der Neubildung und Geschlecht von 2017 bis 2021	163
Tabelle 5.9: Anzahl ausgewählter vollstationär behandelter Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden nach Art der Neubildung und mittleren Altersgruppen von 2017 bis 2021	164
Tabelle 5.10: Anzahl ausgewählter vollstationär behandelter Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden nach Art der Neubildung und höheren Altersgruppen von 2017 bis 2021.....	165
Tabelle 5.11: Entwicklung der COVID-19-Infektionen von 2020 bis 2022 inkl. deren Anteil an allen Infektionserkrankungen in Dresden	167
Tabelle 5.12: Entwicklung der COVID-19-Infektionen in Dresden von 2020 bis 2022 inkl. deren Anteil an allen Infektionserkrankungen in Dresden	167
Tabelle 5.13: Häufigste vollstationär behandelte Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden nach Art der psychischen Erkrankung, Geschlecht und jüngeren, mittleren und höheren Altersgruppen der Jahre 2017, 2019 und 2021.....	170
Tabelle 5.14: Gestorbene infolge ausgewählter äußerer Ursachen in Dresden von 2015 bis 2021	174
Tabelle 5.15: Gestorbene durch Unfälle in Dresden von 2015 bis 2021 nach Unfallart	174
Tabelle 5.16: Anzahl schwerbehinderter Menschen (ab Grad der Behinderung von 50) in Dresden von 2015 bis 2022	175

Tabelle 5.17: Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung Dresdens von 1999 bis 2021	176
Tabelle 5.18: Anteil Pflegebedürftiger in ambulanter und stationärer Pflege in Dresden 2019 nach Pflegegraden.....	177
Tabelle 5.19: Häufigkeit des Sporttreibens in Dresden 2022 nach Geschlecht laut KBU 2022.....	178
Tabelle 5.20: Entwicklung der Mitgliederzahlen im StadtSportbund Dresden von 2012 bis 2022.....	179
Tabelle 5.21: Orte der Sportausübung in Dresden 2022.....	180
Tabelle 5.22: Anzahl vollstationär behandelter Krankenhaufälle mit Wohnsitz in Dresden in deutschen Krankenhäusern aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 bis F19) als Hauptdiagnose zwischen 2009 und 2021	184
Tabelle 5.23: Bewertung der sozialen Eingebundenheit nach Geschlecht und Familienstand in Dresden laut KBU 2022	188
Tabelle 5.24: Anteil der Gestorbenen Dresdnerinnen und Dresdner 2001 und 2021 nach Altersgruppen und Geschlecht (%).....	192
Tabelle 5.25: Todesursachen der Dresdnerinnen und Dresdner 2021 nach ICD-10-GM und Geschlecht	193
Tabelle 5.26: Anzahl der häufigsten vermeidbaren Sterbefälle in Dresden 2021 nach Geschlecht	195
Tabelle 5.27: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in Dresden, Sachsen und Deutschland von 1990 bis 2022	196
Tabelle 6.1: Inanspruchnahme von Eltern-Kind-Angeboten der Frühkindlichen Gesundheitsberatung der Frühen Gesundheitshilfen im Amt für Gesundheit und Prävention Dresden von 2018 bis 2022	206
Tabelle 6.2: Gesundheitliche Belastungen der durch Familienhebammen/Familienkinderkrankenschwestern der Frühen Gesundheitshilfen im Amt für Gesundheit und Prävention Dresden betreuten Familien von 2017 bis 2022.....	207
Tabelle 6.3: Besondere Fürsorgebedarfe des Kindes in den betreuten Familien durch Familienhebammen/ Familienkinderkrankenschwestern der Frühen Gesundheitshilfen im Amt für Gesundheit und Prävention Dresden von 2017 bis 2022	208
Tabelle 6.4: Gesunde Entwicklung der Kinder zum 6. und 12. Lebensmonat in den betreuten Familien durch Familienhebammen/Familienkinderkrankenschwestern der Frühen Gesundheitshilfen im Amt für Gesundheit und Prävention Dresden von 2017 bis 2022.....	208
Tabelle 6.5: Anlass für Erstberatungen in der (Schrei-)Babysprechstunde der Frühen Gesundheitshilfen im Amt für Gesundheit und Prävention Dresden von 2017 bis 2022	209
Tabelle 6.6: Häufigste Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten Krankenhaufälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden der Altersgruppe 5 bis 9 Jahre nach Geschlecht der Jahre 2018, 2020 und 2022.....	217
Tabelle 6.8: Anteil untersuchter Kinder zur Kita-Untersuchung mit Auffälligkeiten des Sehvermögens nach Geschlecht in Dresden und Sachsen für die Schuljahre (SJ) 2017/18 bis 2022/23.....	222
Tabelle 6.9: Anteil untersuchter Kinder zur Schulaufnahmeuntersuchung mit Auffälligkeiten des Sehvermögens nach Geschlecht in Dresden und Sachsen für die Schuljahre (SJ) 2017/18 bis 2022/23.....	223
Tabelle 6.10: Anteil untersuchter Kinder zur schulärztlichen Untersuchung in der 6. Klasse mit Auffälligkeiten des Sehvermögens nach Geschlecht in Dresden und Sachsen für die Schuljahre (SJ) 2017/18 bis 2022/23.....	224
Tabelle 6.11: Anteil untersuchter Kinder zur Kita-Untersuchung mit Auffälligkeiten des Hörvermögens nach Geschlecht in Dresden und Sachsen für die Schuljahre (SJ) 2017/18 bis 2022/23.....	226
Tabelle 6.12: Anteil untersuchter Kinder zur Schulaufnahmeuntersuchung mit Auffälligkeiten des Hörvermögens nach Geschlecht in Dresden und Sachsen für die Schuljahre (SJ) 2017/18 bis 2022/23.....	227
Tabelle 6.13: Anteil untersuchter Kinder zur schulärztlichen Untersuchung in der 6. Klasse mit Auffälligkeiten des Hörvermögens nach Geschlecht in Dresden und Sachsen für die Schuljahre (SJ) 2017/18 bis 2022/23	228
Tabelle 6.14: Anteil ärztlich untersuchter Kita-Kinder mit Auffälligkeiten der Feinmotorik nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	232
Tabelle 6.15: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten der Visuomotorik nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	233
Tabelle 6.16: Anteil ärztlich untersuchter Kita-Kinder mit Auffälligkeiten der Grobmotorik nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	235
Tabelle 6.17: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten der Körperkoordination nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	236
Tabelle 6.18: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten der selektiven Aufmerksamkeit nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	238
Tabelle 6.19: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten im visuellen Wahrnehmen und Schlussfolgern nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23.....	239

Tabelle 6.20: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten im Zahlen- und Mengenvorwissen nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	240
Tabelle 6.21: Anteil ärztlich untersuchter Kita-Kinder mit Auffälligkeiten der Sprachentwicklung nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	243
Tabelle 6.22: Anteil ärztlich untersuchter Kita-Kinder mit Zwei- bzw. Mehrsprachigkeit und Auffälligkeiten der Sprachentwicklung nach Geschlecht in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	244
Tabelle 6.23: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit Auffälligkeiten der Sprachentwicklung nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	246
Tabelle 6.24: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit Angabe zur Mutter- bzw. Erstsprache und Auffälligkeiten der Sprachentwicklung nach Geschlecht in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	247
Tabelle 6.25: Anteil ärztlich untersuchter Kinder zur Schulaufnahme mit Normalgewicht, Übergewicht, Adipositas und starkem Untergewicht nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	250
Tabelle 6.26: Anteil ärztlich untersuchter Kinder in der 6. Klasse mit Normalgewicht, Übergewicht, Adipositas und starkem Untergewicht nach Geschlecht in Sachsen und Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	251
Tabelle 6.27: Verunglückte Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmer der Altersgruppe 0 bis 14 Jahre und 15 bis 24 Jahre in Dresden innerorts von 2018 bis 2022	255
Tabelle 6.28: Kariesstatus bei den 3-, 6- und 12-Jährigen zu den zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nach Geschlecht in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	272
Tabelle 6.29: dmft-Index der 3- und 6-Jährigen und DMF-T-Index der 12-Jährigen bei der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung nach Geschlecht in Dresden für die Schuljahre 2017/18 bis 2022/23	274
Tabelle 6.30: Sanierungsgrad der 3-, 4-, 5- und 6-Jährigen mit Karieserfahrung bei der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung nach Geschlecht in Dresden in den Schuljahren 2017/18 bis 2022/23	277
Tabelle 6.31: Sanierungsgrad der 10-, 11-, 12- und 13-Jährigen mit Karieserfahrung bei der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung nach Geschlecht in Dresden in den Schuljahren 2017/18 bis 2022/23	278
Tabelle 7.1: Einschätzung der Kinderfreundlichkeit in Dresden laut KBU 2022.....	305
Tabelle 7.2: Anteil subjektiver Gesundheitszustand „gut“ in Dresden laut KBU 2022	308
Tabelle 7.3: Häufigste Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden der Altersgruppe 18 bis 39 Jahre nach Geschlecht der Jahre 2018, 2020 und 2022.....	309
Tabelle 7.4: Häufigste Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden der Altersgruppe 40 bis 49 Jahre nach Geschlecht der Jahre 2018, 2020 und 2022.....	310
Tabelle 7.5: Häufigste Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz in Dresden der Altersgruppe 50 bis 59 Jahre nach Geschlecht der Jahre 2018, 2020 und 2022.....	311
Tabelle 8.1: Fünf häufigste Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz Stadt Dresden der Altersgruppe 60 bis unter 70 Jahre nach Geschlecht 2018, 2020 und 2022.....	335
Tabelle 8.2: Fünf häufigste Hauptdiagnosen der vollständig behandelten Krankenhausfällen in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz Stadt Dresden der Altersgruppe 70 bis unter 80 Jahre nach Geschlecht 2018, 2020 und 2022.....	336
Tabelle 8.3: Fünf häufigste Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten Krankenhausfälle in deutschen Krankenhäusern mit Wohnsitz Stadt Dresden der Altersgruppe über 80 Jahre nach Geschlecht 2018, 2020 und 2022	337

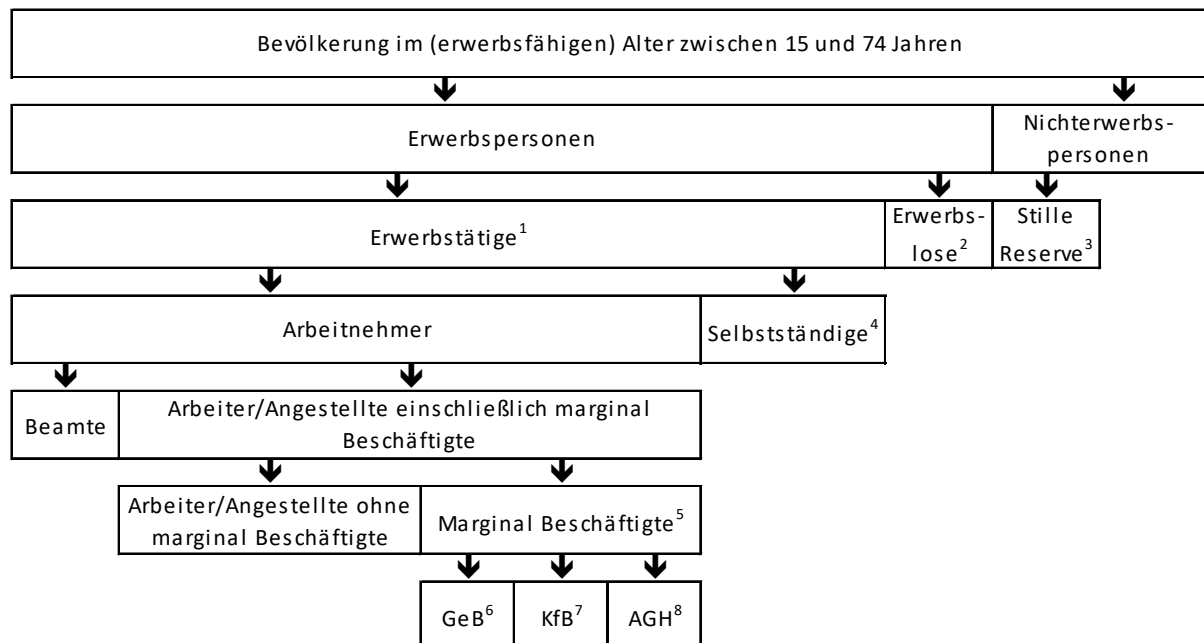
Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.
Abs.	Absatz
AG	Altersgruppen
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAG W	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Maß-Index
BStatG	Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke
BMWSB	Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen
BVÖGD	Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
COVID-19	Coronavirus-Krankheit-2019
DAJ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.
Destatis	Statistisches Bundesamt
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.
DGV	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
d. h.	das heißt
Dr.	Doktor
DRV	Deutsche Rentenversicherung Bund
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
DWD	Deutscher Wetterdienst
DZSKJ	Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters
et al.	et alii (lateinisch: und andere)
etc.	et cetera (lateinisch: und die übrigen)
e. V.	eingetragener Verein
ff.	folgende
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HiAP	Health in All Policies
IAQ	Institut Arbeit und Qualifikation
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Internationale Klassifikation der Krankheiten
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification / Deutsche Modifikation
inkl.	inklusive
k. A.	keine Angabe
KBU	Kommunale Bürgerumfrage

KGC	Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit
Kita	Kindertageseinrichtung
KISS	Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen
KKR	Klinisches Krebsregister
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LAB60+	Studie zur individuellen Lebens-, Gesundheits- und Pflegesituation von Dresdnerinnen und Dresdnern ab dem 60. Lebensjahr
LAGZ	Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege des Freistaates Sachsen e. V.
LB	Leistungsberechtigte
LFULG	Landesamt für Umwelt, Landwirtschaft und Geologie
LHD	Landeshauptstadt Dresden
lsbtqi	lesbisch, schwul, bisexuell, trans*, inter* und queer
MD Bund	Medizinischer Dienst Bund
mpfs	Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest
N bzw. n	Stichprobengröße
Nr.	Nummer
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
OS	Ortschaften
PStG	Personenstandsgesetz
RKI	Robert Koch-Institut
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
SLS	Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.
SMJUS	Sächsisches Staatsministerium der Justiz und für Demokratie, Europa und Gleichstellung
SMS	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt
s. o.	siehe oben
SIKO	Sächsische Impfkommision
STIKO	Ständige Impfkommision
StB	Stadtbezirk
Tab.	Tabelle
TU	Technische Universität
u. a.	unter anderem
UBA	Umweltbundesamt
vgl.	vergleiche
VHS	Volkshochschule
vs.	versus
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel

Anhang

Anhang 2.1: Schaubild zur Struktur der Erwerbstätigkeit



¹ Personen, die mindestens eine Stunde in der Woche erwerbstätig sind

² Erwerbspersonen, die nicht erwerbstätig sind, aber bereit sind, innerhalb von 14 Tagen eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Zusätzlich wurde in den letzten 4 Wochen aktiv nach einer Erwerbstätigkeit gesucht.

³ Personen, die zwar grundsätzlich bereit sind, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen, aber aus den verschiedensten Gründen nicht aktiv danach suchen.

⁴ Einschließlich mithelfender Familienangehöriger

⁵ Personen, die keiner „voll sozialversicherungspflichtigen“ Beschäftigung nachgehen.

⁶ Geringfügig entlohnte Beschäftigte

⁷ Kurzfristig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV

⁸ Teilnehmende in Arbeitsgelegenheiten

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2024

Anhang 4.1: Beratungsstellen in freier und kommunaler Trägerschaft

■ **Schwangerschaftsberatungsstellen**

- Amt für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden (2 Beratungsstellen, ab 2024 3 Beratungsstellen)
- AWO Schwangeren-, Familien- und Beratungszentrum
- Caritasverband für Dresden e. V.
- Diakonisches Werk, Stadtmission Dresden gGmbH
- donum vitae Dresden e. V.
- DRK Landesverband e. V. (bis 31.12.2023)
- Familie(n)leben e. V. (ehemals Kaleb Dresden e. V.)
- pro familia Dresden (seit 01.05.2022)

■ **Familien- und Erziehungsberatungsstellen**

- Amt für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden (3 Beratungsstellen)
- AWO Kinder- und Jugendhilfe gGmbH
- Bistum Dresden-Meißen, Bischöfliches Ordinariat (bis 31.12.2024)
- Deutscher Kinderschutzbund OV Dresden e. V., Outlaw Kinder- und Jugendhilfe gGmbH in Kooperation
- Diakonisches Werk, Stadtmission Dresden gGmbH
- Jugendamt der Landeshauptstadt Dresden (5 Beratungsstellen)
- Kindervereinigung Dresden e. V.
- Malwina e. V.
- Verbund Sozialpädagogischer Projekte e. V.

■ **Kinder- und Jugendärztlicher Dienst des Amtes für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden**

- Kinder- und Jugendärztlicher Dienst Mitte
- Kinder- und Jugendärztlicher Dienst Nord
- Kinder- und Jugendärztlicher Dienst West
- Kinder- und Jugendärztlicher Dienst Süd

■ **AIDS/STI-Beratungsstellen**

- AIDS-Hilfe Dresden e. V.
- Amt für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden

■ **Ambulante Suchthilfe (Suchtberatungs- und -behandlungsstellen)**

- Amt für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden
- Caritasverband für Dresden e. V.
- Diakonisches Werk, Stadtmission Dresden gGmbH (zwei Beratungsstellen)
- GESOP gGmbH
- SZL Suchtzentrum gGmbH – Suchtberatungs- und Behandlungsstelle HORIZONT

■ **Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen**

- AWO Sachsen Soziale Dienste gGmbH (GerDA)
- AWO Sonnenstein gGmbH
- Diakonisches Werk - Stadtmission Dresden e. V.
- Dresdner Pflege- und Betreuungsverein e. V. (2 Beratungsstellen, davon eine GerDA)
- GESOP gGmbH
- Psychosozialer Trägerverein

■ Sozialpsychiatrischer Dienst des Amtes für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden

- Beratungsstelle Nord
- Beratungsstelle West
- Beratungsstelle Mitte
- Beratungsstelle Süd/Ost
- Psychosozialer Krisendienst

■ Psychosoziale Beratungsstellen für Langzeitarbeitslose (SGB II)

- Bürgerinitiative Dresden-Prohlis e. V.
- Bürgertreff Sonnenblume Caritasverband für Dresden e.V
- Diakonie Dresden (3 Beratungsstellen)
- DRK „Auftrieb“ Dresden
- FrauenBildungsHaus Dresden e. V.
- „Mittelpunkt“ Dresdner Pflege- und Betreuungsverein e. V.
- Männernetzwerk Dresden e. V.
- *sowieso* Frauen für Frauen e. V.

■ Telefonseelsorge/Krisentelefon

- Amt für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden
- Diakonisches Werk, Stadtmission Dresden gGmbH

■ Tumorberatungsstellen

- Amt für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden
- Sonnenstrahl e. V., Förderkreis für krebskranke Kinder und Jugendliche
- Tumorzentrum Dresden e. V. am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

■ Seniorenberatungsstellen

- Arbeiter-Samariter-Bund Regionalverband Dresden e. V. (bis 2023 eine, ab 2024 zwei Beratungsstellen)
- AWO Sachsen Soziale Dienste gGmbH (drei Beratungsstellen)
- Caritasverband für Dresden e. V.
- Cultus gGmbH der Landeshauptstadt Dresden
- Dresdner Pflege- und Betreuungsverein e. V. (bis 2023 eine, ab 2024 zwei Beratungsstellen)
- DRK Kreisverband Dresden e. V. (zwei Beratungsstellen)
- Ökumenische Diakonie - Sozialstation Dresden-BÜLOWH gGmbH (bis 2023 drei, ab 2024 vier Beratungsstellen)
- Ökumenische Seniorenhilfe Dresden e. V.
- Volkssolidarität Dresden e. V. (bis 2023 fünf, ab 2024 sieben Beratungsstellen)

■ Seniorenbegegnungsstätten

- Arbeiter-Samariter-Bund Regionalverband Dresden e. V. (zwei Standorte)
- AWO Sachsen Soziale Dienste gGmbH (zwei Standorte)
- Caritasverband für Dresden e. V. (seit 2024 ein Standort)
- Dresdner Pflege- und Betreuungsverein e. V. (seit 2024 zwei Standorte)
- DRK Kreisverband Dresden e. V. (zwei Standorte)
- Gemeinnützige Gesellschaft Striesen Pentacon e. V.
- Ökumenische Diakonie - Sozialstation Dresden-BÜLOWH gGmbH (bis 2023 ein Standort, ab 2024 vier Standorte)
- Ökumenische Seniorenhilfe Dresden e. V.
- Theaterruine St. Pauli e. V.
- Volkssolidarität Dresden e. V. (neun Standorte)

Anhang 6.1: Übersicht zur Anzahl teilgenommener Kinder und Jugendlichen der Dresdner Kinderstudien 2005, 2010 bzw. Kinder- bzw. Jugendstudie 2021

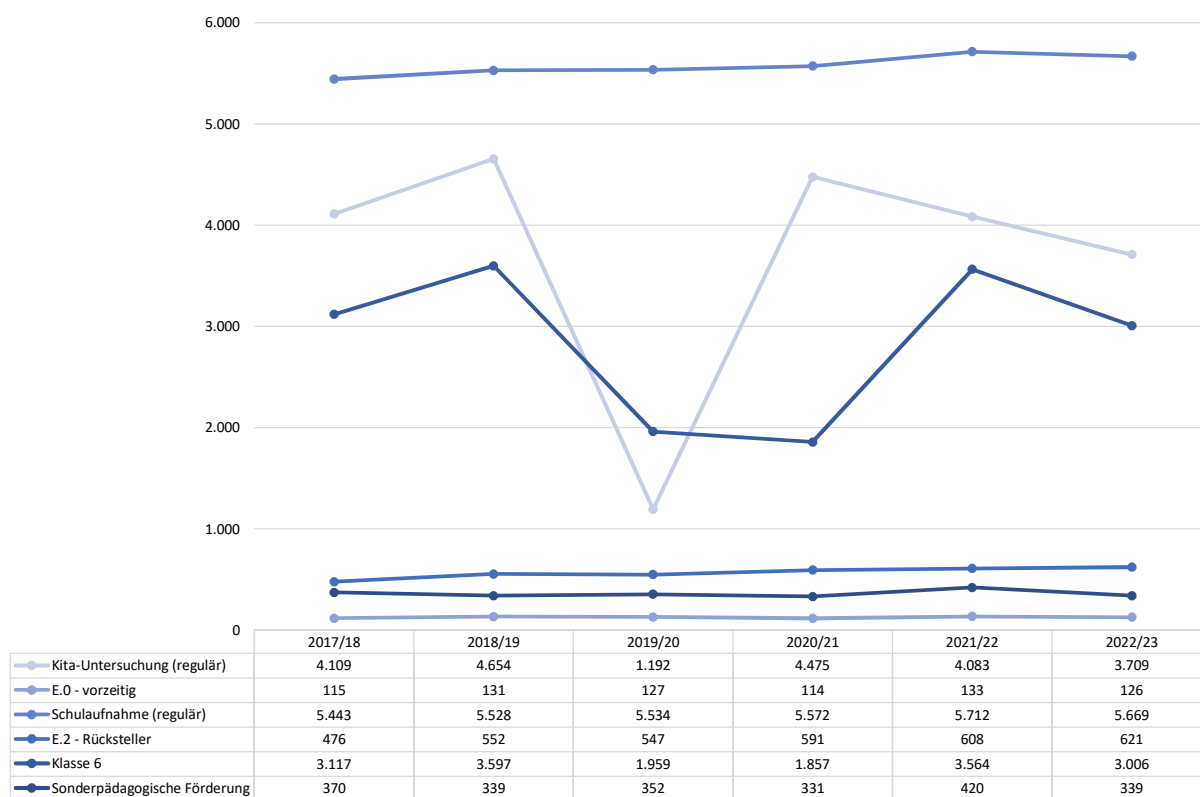
Befragte		Dresdner			
		Kinderstudie		Jugendstudie	
		Schüler und Schülerinnen		Jugendliche	
		Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
2005	gesamt	1.742	100,0		
	weiblich	852	48,9		
	männlich	890	51,1		
	divers	k. A.	k. A.		
	ohne Angabe	2	0,5		
	Alter	8 bis 17 Jahre			
	Klassenstufe	3. bis 9. Klasse			
2010	gesamt	2.076	100,0		
	weiblich	k. A.	k. A.		
	männlich	k. A.	k. A.		
	divers	k. A.	k. A.		
	ohne Angabe	k. A.	k. A.		
	Alter	8 bis 17 Jahre			
	Klassenstufe	3. bis 9. Klasse			
2021	gesamt	396	100,0	878	100,0
	weiblich	221	55,8	451	51,4
	männlich	168	42,4	410	46,7
	divers	0	0,0	14	1,6
	ohne Angabe	2	0,5	3	0,3
	Alter	9 bis 16 Jahre		16 bis 21 Jahre	
	Klassenstufe	7. bis 9. Klasse		k. A.	

Anhang 6.2: Alle angewandten Erhebungsmethoden und Screeningverfahren zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten der Kinder- und Jugendärztlichen Kita-, Schulaufnahmeuntersuchungen und schulärztlichen Untersuchungen in der Landeshauptstadt Dresden in den Schuljahren 2017/18 bis einschließlich 2022/23

	Kita-Untersuchung	Schulaufnahmeuntersuchung	Schulärztliche Untersuchung 6. Klasse sowie 5. und 8. Klasse in Schulen mit sonderpädagogischer Förderung
Vorsorgestatus	Vorgelegtes Vorsorgeheft		
Impfstatus	Vorgelegter Impfausweis		
Sehfähigkeit	Testverfahren mittels Distanzsehtafeln LEA oder H-Test (Homann/Haase)	Testverfahren mittels Sehtafeln mit Pflügerhaken	Sehtafeln mit Pflügerhaken
Stereosehen	Stereo-Sehtestverfahren mittels LANG-Test I bzw. LANG-Test II		
Strabismus	Covertest (Abdecktest)		
Hörfähigkeit	TEOAE vereinzelt Siebaudiometrie	TEOAE vereinzelt Siebaudiometrie	Siebaudiometrie, vereinzelt TEOAE
Sprachentwicklung	Sprachscreening für Vorschulalter (SSV, Prof. Grimm)	Screening des Entwicklungsstandes bei Schulaufnahmeuntersuchung (S-ENS bis einschließlich SJ 2013/14; SOPESS ab SJ 2014/15)	Keine Untersuchung
Feinmotorik/ Visuomotorik (ab SJ 2014/15)	Übungen nach Frostig, Übungen mit Stäbchen, Würfeln, Schrauben und/ oder Kreiseln	Screening des Entwicklungsstandes bei Schulaufnahmeuntersuchung (S-ENS bis einschließlich SJ 2013/14; SOPESS ab SJ 2014/15)	Keine Untersuchung
Grobmotorik/ Körperkoordination (ab SJ 2014/15)	Einbeinstand, Einbeinhüpfen, Schlussprung	Screening des Entwicklungsstandes bei Schulaufnahmeuntersuchung (S-ENS bis einschließlich SJ 2013/14; SOPESS ab SJ 2014/15)	Keine Untersuchung
Selektive Aufmerksamkeit	Keine Untersuchung	Screening des Entwicklungsstandes bei Schulaufnahmeuntersuchung (SOPESS neu ab SJ 2014/15)	Keine Untersuchung
Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern	Keine Untersuchung	Screening des Entwicklungsstandes bei Schulaufnahmeuntersuchung (S-ENS bis einschließlich SJ 2013/14; SOPESS ab SJ 2014/15)	Keine Untersuchung
Zahlen- und Mengenvorwissen	Keine Untersuchung	Screening des Entwicklungsstandes bei Schulaufnahmeuntersuchung (SOPESS neu ab SJ 2014/15)	Keine Untersuchung
Zwei- und Mehrsprachigkeit	Erhebung der Mehrsprachigkeit	Erhebung der Muttersprache und Beurteilung Migrationshintergrund	Keine Erhebung
Deutschkenntnisse	Keine Erhebung	Bei Kindern mit Migrationshintergrund sind die Deutschkenntnisse zu bewerten.	Keine Erhebung
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	

Quellen: SMS, 2024; LHD, 2024a

Anhang 6.3: Untersuchungszahlen der Kinder- und Jugendärztlichen Kita-, Schulaufnahmeuntersuchungen und schulärztlichen Untersuchungen in der Landeshauptstadt Dresden in den Schuljahren 2017/18 bis einschließlich 2022/23



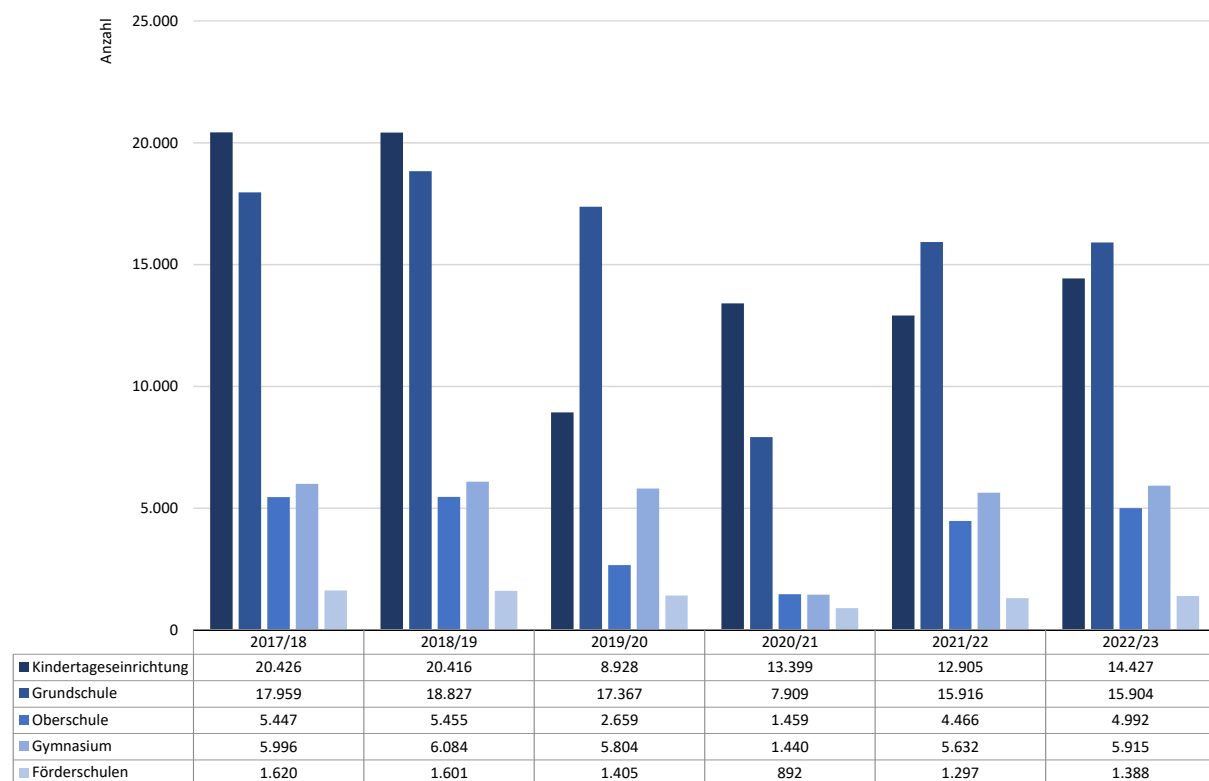
Quellen: LHD (2024a), eigene Auswertung

Anhang 6.4: Untersuchungszahlen der Kinder- und Jugendärztlichen Kita-, Schulaufnahmeuntersuchungen und schulärztlichen Untersuchungen in der Landeshauptstadt Dresden von dem Schuljahr 2017/18 bis einschließlich 2022/23

Untersuchungszahlen (IST)		Geschlecht	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	
Gesamt									
Alle aufgeführten Untersuchungen		gesamt	13.776	15.024	9.951	13.184	14.695	13.681	
		Männlich	7.155	7.778	5.229	6.865	7.592	7.055	
		Weiblich	6.506	7.115	4.595	6.205	6.970	6.500	
Kita-Untersuchung									
Kita-Untersuchung (regulär)		gesamt	4.109	4.654	1.192	4.475	4.083	3.709	
		Männlich	2.090	2.436	6.28	2.307	2.090	1.933	
		Weiblich	2.019	2.218	5.64	2.168	1.993	1.776	
Schulaufnahmeuntersuchung									
Schulaufnahme (fristgemäß)		gesamt	5.443	5.528	5.534	5.572	5.712	5.669	
		Männlich	2.861	2.879	2.858	2.930	2.922	2.899	
		Weiblich	2.582	2.649	2.676	2.642	2.790	2.770	
Vorzeitige Schulaufnahme (E.0)	gesamt	gesamt	115	131	127	114	133	126	
		Männlich	34	46	48	48	53	44	
		Weiblich	81	85	79	66	80	82	
	Vorzeitige mit Schulpflicht	gesamt	109	114	117	107	108	112	
		Männlich	*	*	*	*	*	*	
		Weiblich	*	*	*	*	*	*	
	Vorzeitige ohne Schulpflicht	gesamt	6	17	10	7	25	14	
		Männlich	*	*	*	*	*	*	
		Weiblich	*	*	*	*	*	*	
	Rücksteller (E.2)		gesamt	476	552	547	591	608	621
			Männlich	319	337	357	377	400	380
			Weiblich	157	215	190	214	208	241
Schulärztliche Untersuchung									
Klasse 6		gesamt	3.117	3.597	1.959	1.857	3.564	3.006	
		Männlich	1.601	1.808	1.043	9.30	1.816	1.536	
		Weiblich	1.516	1.789	9.16	9.27	1.748	1.470	
Sonderpädagogische Förderung		gesamt	401	431	465	461	462	424	
		Männlich	250	272	295	273	311	263	
		Weiblich	151	159	170	188	151	161	

Anmerkung: * keine Auswertung
Quellen: LHD (2024a)

Anhang 6.5: Untersuchungszahlen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nach Einrichtungstyp in der Landeshauptstadt Dresden von dem Schuljahr 2017/18 bis einschließlich 2022/23

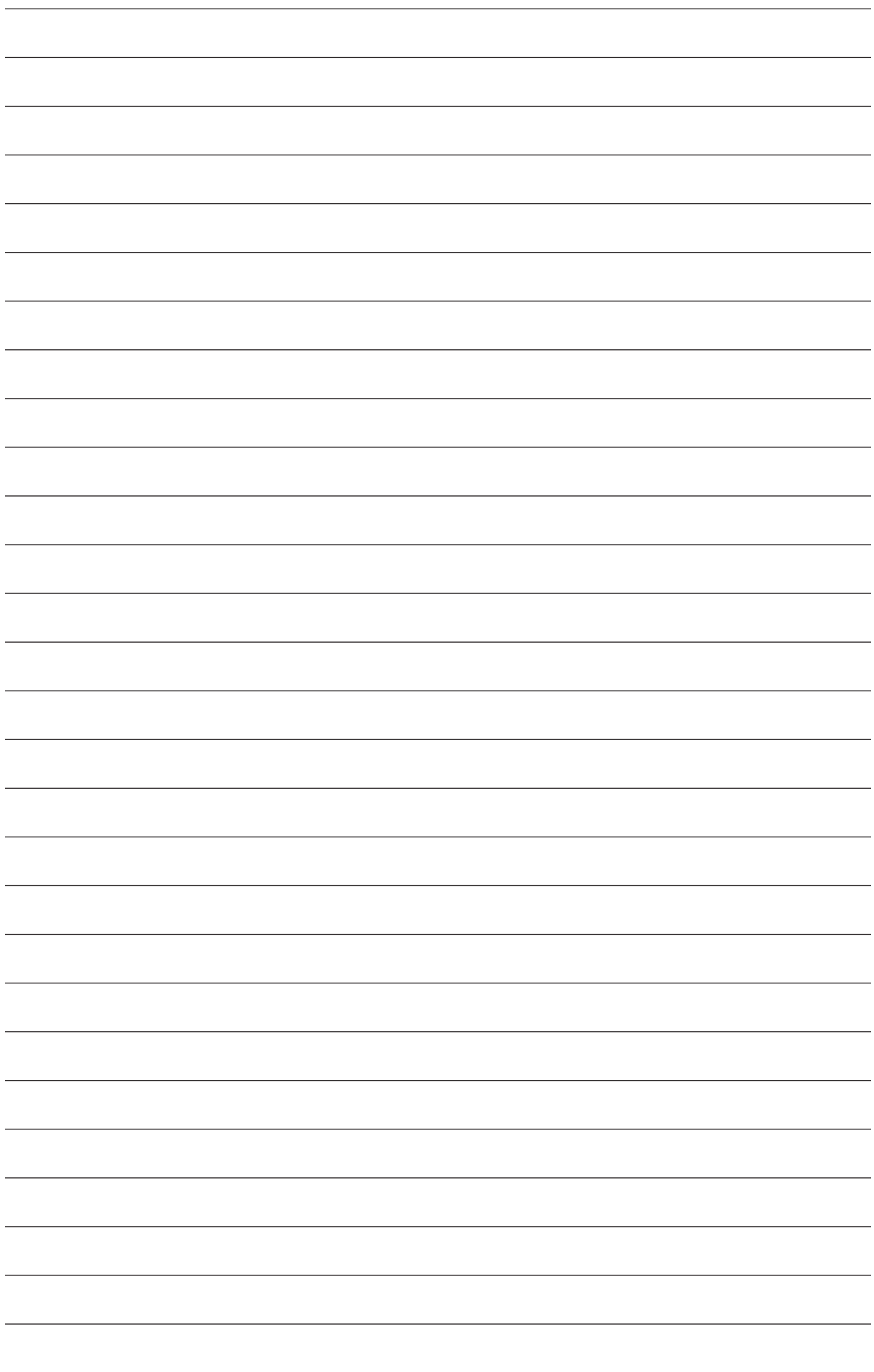


Quelle: LHD (2024b)

Anhang 6.6: Anzahl der zu untersuchenden und untersuchten Kinder durch die Kinder- und Jugendzahnklinik nach Einrichtungsart und nach Geschlecht in der Landeshauptstadt Dresden von dem Schuljahr 2017/18 bis einschließlich 2022/23

Einrichtungsart	Geschlecht	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23
Gesamt							
zu Untersuchende	gesamt	64.767	66.083	67.283	67.266	67.060	67.784
Untersuchte	gesamt	51.448	52.087	38.529	25.099	40.216	42.557
	männlich	26.429	26.739	19.739	12.965	20.554	21.905
	weiblich	25.019	25.348	18.790	12.134	19.662	20.652
Untersuchungsquote		79,4	78,8	57,3	37,3	60,0	62,8
Kindergarten							
zu Untersuchende (Kita + Tagespflege)	gesamt	31.122	31.266	31.095	30.542	29.892	29.246
zu Untersuchende (Kita)	gesamt	29.421	29.564	29.443	29.015	28.472	27.879
Untersuchte	gesamt	20.426	20.416	8.928	13.399	12.905	14.427
	männlich	10.515	10.505	4.492	6.852	6.555	7.418
	weiblich	9.911	9.910	4.436	6.547	6.350	7.009
Untersuchungsquote (%) (Kita + Tagespflege)		65,6	65,3	28,7	43,9	43,2	49,3
Untersuchungsquote (%) (Kita)		69,4	69,1	30,3	46,2	45,3	51,8
Grundschule (Klasse 1-4)							
zu Untersuchende	gesamt	20.296	20.811	21.298	21.443	21.530	22.411
Untersuchte	gesamt	17.959	18.827	17.367	7.909	15.916	15.904
	männlich	9.003	9.577	8.820	4.038	8.122	8.059
	weiblich	8.956	9.250	8.547	3.871	7.794	7.776
Untersuchungsquote (%)		88,5	90,5	81,5	36,9	73,9	71,0
Oberschule (Klasse 5-7)							
zu Untersuchende	gesamt	6.329	6.570	6.716	6.950	7.016	7.159
Untersuchte	gesamt	5.447	5.455	2.659	1.459	4.466	4.992
	männlich	2.865	2.879	2.366	785	2.309	2.642
	weiblich	2.582	2.576	-	674	2.157	2.350
Untersuchungsquote (%)		86,1	83,0	39,6	21,0	63,7	69,7
Gymnasium (Klasse 5-7)							
zu Untersuchende	gesamt	6.973	7.368	7.915	8.203	8.452	9.004
Untersuchte	gesamt	5.996	6.084	5.804	1.440	5.632	5.915
	männlich	2.999	2.944	2.861	704	2.731	2.904
	weiblich	2.997	3.140	2.943	736	2.901	3.011
Untersuchungsquote (%)		86,0	82,6	73,3	17,6	66,6	65,7
Förderschule (Klasse 1-7) inkl. FÖS geistig Behinderung							
zu Untersuchende	gesamt	1.748	1.752	1.911	1.655	1.590	1.724
Untersuchte	gesamt	1.620	1.601	1.405	892	1.297	1.388
	männlich	1.047	1.029	907	586	837	882
	weiblich	573	572	498	306	460	506
Untersuchungsquote (%)		92,7	91,4	73,5	53,9	81,6	80,5
Gesamt Schule (Klasse 1-7)							
zu Untersuchende	gesamt	35.346	36.501	37.840	38.251	38.588	40.298
Untersuchte	gesamt	31.022	31.967	27.235	11.700	27.311	28.130
	männlich					13.999	14.487
	weiblich					13.312	13.643
Untersuchungsquote (%)		87,8	87,6	72,0	30,6	70,8	69,8

Quellen: Statistisches Landesamt (2023), LHD (2024b), eigene Auswertung



Impressum

Herausgeber:
Landeshauptstadt Dresden

Amt für Gesundheit und Prävention
Telefon (03 51) 4 88 53 01
E-Mail gesundheitsamt@dresden.de

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

Postfach 12 00 20
01001 Dresden
www.dresden.de
www.dresden.de/social-media

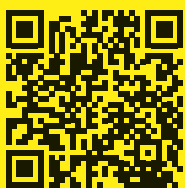
Zentraler Behördenruf 115 – Wir lieben Fragen

Redaktion: Amt für Gesundheit und Prävention

November 2024

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.



www.dresden.de/stadtgesundheitsprofil