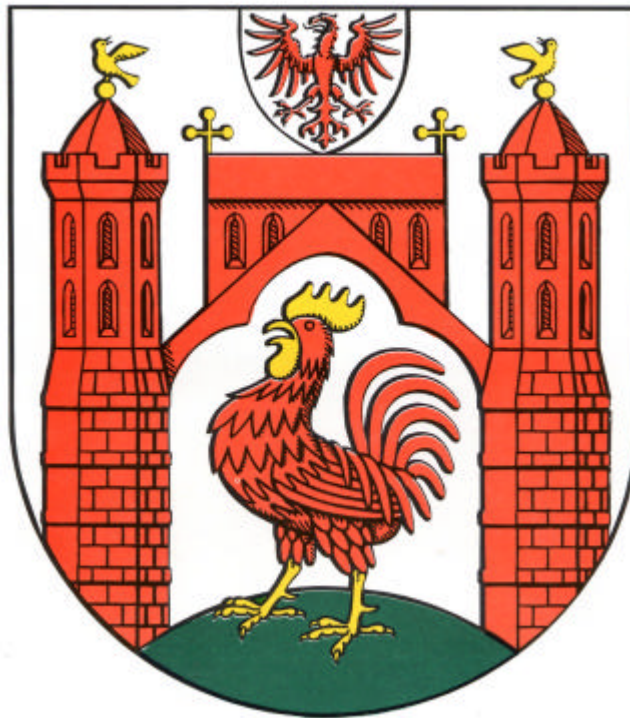


## 4. Gesundheitsbericht der Stadt Frankfurt (Oder)



### Gesund alt werden in Frankfurt (Oder)

- **Einschätzung der gesundheitlichen Lage**
- **Förderung der Gesundheit älterer Menschen**
- **Sicherstellung der medizinischen Versorgung**
- **Ziele und Maßnahmen/ Handlungsschritte zur Verbesserung der Lebenssituation**

Sehr geehrte Bürgerinnen und Bürger,

der 4. Gesundheitsbericht befasst sich mit den Themen Altern und Gesundheit, die heute wie nie zuvor ein zentrales Thema, sowohl auf der gesellschafts- und gesundheitspolitischen Agenda als auch in den Kommunen und für die Bürgerinnen und Bürger selbst, sind.

Das Thema Altern und Alter ist für uns extrem zwiespältig. Einerseits gilt Altwerden als Anlass zur Freude und Indiz für gesellschaftlichen Reichtum und medizinisch-technischen Fortschritt, andererseits bedeutet Altsein bzw. Altwerden für viele Menschen auch Krankheit oder gesundheitliche Einschränkungen. Sie sind dann nicht selten auf Hilfe und Unterstützung angewiesen.

Eine gewisse Unsicherheit befällt die Menschen, Fragen nach Selbstbestimmung oder die Sorge vor Vereinsamung treten auf. Auch das mögliche Verlassen des gewohnten sozialen Umfeldes oder die Aufgabe liebgewordener Tätigkeiten beschäftigt sie.

Im Bericht „gesund alt werden in Frankfurt(Oder)“ wird die gesundheitliche Lage im Alter beschrieben und dabei auf im Alter häufig auftretende Krankheiten eingegangen. Da die Ergebnisse der Alternforschung zeigen, dass Prävention und Gesundheitsförderung bis ins höchste Lebensalter wirksam sind, wird diesem Thema im Bericht ein großer Stellenwert eingeräumt. Weitere inhaltliche Berichtsschwerpunkte sind die ambulante und stationäre medizinische Versorgung und der Öffentliche Gesundheitsdienst.

Sehr geehrte Bürgerinnen und Bürger, ich wünsche mir, dass der Ziele- und Maßnahmenkatalog zur Verbesserung der Lebenssituation im Alter zu einem regen Austausch zwischen Ihnen mit Ihrer Lebenserfahrung, Ihren Kompetenzen und Ihrem Sachverstand als Anwalt für die älter werdenden Menschen in unserer Stadt und den auf dem Gesundheitssektor Tätigen führt.

Wenn der Dialog eröffnet ist, bin ich mir sicher, lohnt es sich in Frankfurt (Oder) alt zu werden.

Katja Wolle  
Bürgermeisterin

## **Inhaltsübersicht:**

	Seite
1. Gesundheitliche Einschätzung - Krankheitsbilder	6
2. Gesundheitsverhalten, Prävention und Gesundheitsförderung	8
3. Aussagen zur Mundgesundheit	10
4. Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	11
5. Öffentlicher Gesundheitsdienst- ÖGD	13
6. Ziele und Maßnahmen	15

Fragen nach Gesundheit im Alter sind von großer individueller und gesellschaftlicher Bedeutung. Im Alter nehmen gesundheitliche Probleme und Einschränkungen zu, aber Alter ist nicht gleichzusetzen mit Krankheit, Leiden und Pflegebedürftigkeit. Wir wissen, dass individuelle Lebensführung und Bewältigungsressourcen, adäquate medizinische und soziale Betreuung, Versorgung, Prävention sowie Rehabilitation den Gesundheitszustand, die Lebensqualität und das Wohlbefinden älterer Menschen erheblich beeinflussen.

Gesundheit im Alter wird durch die bisherige Lebensgeschichte sehr stark geprägt. Dies bezieht sich auf die Biographie des Arbeitslebens, auf die Familie und die sozialen Beziehungen.

Der Strukturwandel der Bevölkerung mit einem deutlich steigenden Anteil älterer, vor allem hochbetagter Menschen stellt die Frage nach den Anforderungen an die soziale Sicherung und medizinische Versorgung, wie auch die Frage nach möglichen Gewinnen des Alters für die Gesellschaft sowie nach gesellschaftlichen Bedingungen für die Aufrechterhaltung der intergenerationellen Solidarität.

Die steigende Lebenserwartung wird mit Hoffnungen verbunden, auch im Alter und hohem Alter möglichst gesund, aktiv und selbständig bleiben zu können.

In Übereinstimmung mit der Ottawa-Erklärung der Welt-Gesundheits-Organisation (1986) ist die selbständige, selbstverantwortliche und persönlich sinnerfüllte Lebensgestaltung als ein wesentliches Merkmal der Gesundheit im Alter anzusehen. Gesundes Älterwerden ist also nicht nur eine Frage der körperlichen und seelischen Gesundheit, sondern vielmehr ein komplexer, mehrdimensionaler Prozess, der gesundheitliches Wohlbefinden und gesundheitsbewusstes Verhalten aber auch aktive Lebensführung und positive Lebenseinstellung umfasst.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über Aspekte dieses erweiterten Gesundheitsverständnisses.

### **Aspekte eines erweiterten Verständnisses von Gesundheit**

(Quelle: Prof. Kruse 1999)

#### **Aspekte**

Körperliche und seelische Erkrankungen  
Körperliches und seelisches Wohlbefinden  
Körperliche und geistige Leistungsfähigkeit  
Erhaltene Aktivität im Sinne der Ausübung persönlich bedeutsamer Aufgaben  
Selbständigkeit im Alltag  
Selbstverantwortung in der Alltagsgestaltung und Lebensplanung  
Offenheit für neue Erfahrungen und Anregungen  
Fähigkeit zur Aufrechterhaltung und Gründung tragfähiger sozialer Beziehungen  
Fähigkeit zum reflektierten Umgang mit Belastungen und Konflikten  
Fähigkeit zur psychischen Verarbeitung bleibender Einschränkungen und Verluste  
Fähigkeit zur Kompensation bleibender Einschränkungen und Verluste

Diese Aspekte von Gesundheit werden von zahlreichen Faktoren bestimmt. Faktoren wie Ressourcen, Belastungen, Lebensweise und Einstellung der Person in Vergangenheit und Gegenwart (sog. personale Faktoren) und Faktoren, die die allgemeinen gesellschaftlichen Bedingungen, soziale Beziehungen, Wohnverhältnisse, ökologische und infrastrukturelle Bedingungen betreffen. Ältere Menschen erleben ihre Umwelt bestimmt durch Zukunftsängste auf Grund permanenter Meldungen über steigende Kosten im Gesundheitswesen und „Nullrunden“ bei der Rentenfinanzierung. Die Medien tun dazu ein Übriges. Viele dieser Faktoren sind insgesamt, insbesondere bei auftretenden chronischen Erkrankungen, zu berücksichtigen. Verunsicherungen können in bestimmten Fällen negativen Einfluss auf den Heilungsprozess oder die Haltung zu Krankheit oder Behinderung nehmen.

Gesundheit lässt sich deshalb auch verstehen als Fähigkeit, mit einer Erkrankung zu leben und persönlich ein zufriedenes und sinnerfülltes Leben auch bei gesundheitlichen Belastungen zu führen.

Ein hohes Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung führt zur Verringerung von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen. Gesundheit wird nicht nur als bloße Abwesenheit von Krankheit betrachtet, sondern einbezogen in diese Betrachtungsweise werden das psychische und physische Wohlbefinden des Einzelnen, die Verbesserung seiner Lebensqualität und die Stärkung seiner sozialen Kompetenz.

Die Absicherung der medizinischen Versorgung erfolgt gemäß Sozialgesetzbuch V (SGB V) gemeinsam durch Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser sowie Apotheken und sonstige Leistungen. Dabei haben sowohl die Krankenkassen als auch die übrigen Leistungserbringer eine bedarfsentsprechende Versorgung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu gewährleisten.

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder den Gesundheitszustand zu verbessern. Dabei sind die Versicherten für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung z.B. an Krankenbehandlungen dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. (Sozialgesetzbuch - V - Gesetzliche Krankenversicherung).

Am 01.01.2004 trat das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Es umfasst neben strukturellen Reformen eine gravierende Änderung der Finanzierung.

Zur Sicherung eines effizienten und bedarfsgerechten medizinischen Versorgungssystems, das eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet, die Teilhabe und Integration chronisch kranker Menschen ermöglicht und dabei auch die Möglichkeiten der Selbsthilfe stärkt, sind die gegenwärtigen gesellschaftlichen Entwicklungsprozesse stärker zu berücksichtigen. Denn um den Herausforderungen des Bevölkerungsrückganges und der veränderten Alterstruktur zu begegnen, bedarf es verstärkter gesundheitspolitischer Anstrengungen aller Beteiligten.

Gegenwärtig gibt es aus epidemiologischer Sicht keine Daten, die es ermöglichen, die gesundheitliche Situation der Bevölkerung als Ganzes in ihrer Verteilung und Bewegung zu beobachten und dabei den Einfluss des Gesundheitssystems zu bewerten. Daten aus verschiedenen Quellen liefern nur Informationen über bestimmte Bereiche oder ausgewählte Erkrankungen, dabei aber nicht gesondert ausgewiesene Daten für die Stadt Frankfurt (Oder). In Deutschland (auch in Frankfurt (Oder)) fehlen für viele Krankheiten einheitliche Datenquellen. (s.a. 2. Gesundheitsbericht der Stadt Frankfurt (Oder) 2005 – „Allgemeine gesundheitliche Versorgung“)

## **1. Gesundheitliche Einschätzung - Krankheitsbilder:**

„Alterskrankheiten“ im engeren Sinne gibt es nicht. Viele Krankheiten treten jedoch mit zunehmendem Alter gehäuft auf:

Krankheiten des Herz- Kreislaufsystems (Herzfehler, Bluthochdruck, Blutgefäßkrankheiten - dabei besonders Arteriosklerose-, z.B. holen Frauen bei Herzinfarkt auf, doch die Hauptbetroffenen bleiben Männer), Diabetes mellitus (mind. einer von 20 Menschen in Deutschland ist zuckerkrank), viele Krebserkrankungen, Arthrose und neurologisch- gerontopsychiatrische Syndrome (Demenzen, Parkinson).

Der Schlaganfall ist eine häufige Krankheit, dabei treten die meisten Schlaganfälle jenseits des 60. Lebensjahres auf, die Häufigkeit nimmt mit steigendem Alter zu, fast 85 % aller Schlaganfälle treten jenseits des 60. Lebensjahres auf. Schlaganfall ist Hauptgrund für Pflegebedürftigkeit (bei Frauen vierthäufigste, bei Männern fünfhäufigste Todesursache).

Die Alterung der Bevölkerung geht auch mit einer verstärkten Multimorbidität einher, deshalb wird eine Zunahme sichtbar von:

- chronischen Erkrankungen und
- alterstypischen Gesundheitsstörungen.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die vom Umfang her bedeutendsten Krankheiten im Alter. Krebserkrankungen und daraus drohende Behinderungen können durch Früherkennungsuntersuchungen oft frühzeitig festgestellt werden.

Epidemiologische Daten zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen liegen auch hier kaum ausreichend vor. Psychische Erkrankungen bei älteren Menschen wurden lange unterschätzt. Geschätzt wird, dass etwa ein Viertel der älteren Menschen über 70 Jahre an psychischen Störungen leiden (5. Altenbericht der Bundesregierung), die Werte liegen etwas höher als für Erwachsene jungen und mittleren Alters. Depressionen sind die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im Alter, Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer. Risikofaktoren sind u.a.: Verwitwung, Scheidung, akute und chronische körperliche Erkrankungen mit Einschränkungen der Alltagsaktivität, Armut, Einsamkeit.

Gegenstand der **Gerontopsychiatrie** sind die psychischen Krankheiten jenseits des 65. Lebensjahres, wobei es sich um Neuerkrankungen und den weiteren Verlauf von bestehenden seelischen Behinderungen und Krankheiten handelt. Generell wird eine Zunahme an psychischen Alterserkrankungen festgestellt. Gegenwärtig geht man davon aus, dass ca. 24 % der über 65-jährigen psychische Störungen haben, die diese in ihrem Wohlbefinden oder in der Wahrnehmung ihrer Kompetenz beeinträchtigen.

Epidemiologischen Studien zufolge sind 7 % - 8 % aller über 65-Jährigen so betroffen, dass sie psychiatrisch behandlungsbedürftig sind.

In Folge der steigenden Lebenserwartung wird mit einer Zunahme des Anteils der Altersgruppe ab 65 Jahre an der Gesamtbevölkerung auf ca. 26 % gerechnet.

So gewinnt die Gerontopsychiatrie allgemein im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen und Hirnleistungsstörungen im Alter eine größere Bedeutung. In diesem Altersbereich sind alle psychiatrischen Krankheitsbilder zu finden. Zu benennen sind jedoch die besonderen Bedürfnisse psychisch erkrankter älterer Menschen, die sich aus körperlichen Begleiterkrankungen bis hin zu schwerer Multimorbidität ergeben, eine große Neigung zu Chronifizierung und verminderter Anpassungsfähigkeit zeigen.

Ein großer Teil betreuungsbedürftiger psychisch kranker alter Menschen und alter Menschen mit einer seelischen Behinderung wird außerhalb von Institutionen im ambulanten Bereich durch Ehepartner und Familien versorgt.

Die ambulanten Dienste sind gefordert, ihr Leistungsangebot flexibel auf diese Anforderungen der nächsten Jahre auszurichten. D.h., dass auch stärker koordinierende Aufgaben zu übernehmen sind, da der notwendige Betreuungsaufwand eine enge Abstimmung der verschiedensten Dienste erforderlich macht. Dies bedeutet aber auch eine Qualifizierung von Hausärzten, insbesondere in der Früherkennung und Erstbehandlung, eine fachliche Qualifikation der in der Altenhilfe tätigen Menschen und bei den ambulanten Hilfeangeboten eine kontinuierliche Beratung in der Betreuung und Pflege dieser Personengruppe.

Durch rechtzeitige Diagnose, Therapie, Versorgung und Betreuung Betroffener kann eine stationäre Einweisung verhindert oder aufgeschoben werden, dafür sind aber ambulante Strukturen aufzubauen und vorzuhalten. Ambulante medizinische Betreuung bieten:

- niedergelassene Fachärzte
- Hausärzte
- Psychiatrische Institutsambulanz

Mit der Psychiatrischen Institutsambulanz ergeben sich verbesserte Möglichkeiten für die ambulante medizinische Betreuung betroffener älterer Menschen, die neben der Behandlung auch eine Beratungsfunktion erbringen kann.

Zukünftig wird die Entwicklung Gerontopsychiatrischer Zentren, bestehend aus Tagesklinik, ambulanten Diensten sowie Altenberatung, dringend angeraten sein. Generell gilt, altersspezifische Aspekte bei der Entwicklung von präventiven Strategien, gesundheitlichen Maßnahmen, bei der Diagnostik, der Behandlung und

Rehabilitation besonders zu berücksichtigen. Psychiatrie und Geriatrie müssen zusammenarbeiten, um einen größeren Erkenntnisgewinn über altersspezifische Fragestellungen zu erhalten.

Mit steigendem Alter nimmt eine positive Einschätzung der eigenen Gesundheit ab. Verschiedene repräsentative Befragungen zeigen jedoch, dass gegenwärtig ältere Menschen sich subjektiv gesünder fühlen als noch Mitte/Ende der 90er Jahre.

Seit Anfang der 90er Jahre ist die Lebenserwartung für beide Geschlechter gestiegen. Trotzdem ist davon auszugehen, dass zukünftig chronische Erkrankungen und alterstypische Gesundheitsstörungen zunehmen werden. Auch daher wandeln sich die Anforderungen an das Versorgungssystem von akuten Krankheiten zu chronisch-degenerativen Krankheiten. Die Zunahme chronisch kranker Menschen erfordern weitere Aufgaben, wie

- eine Verbesserung der Behandlungsqualität durch Disease Management Programme (verbesserte Verlaufkontrolle),
- mehr Patientenschulungen (z.B. bei Diabetes mellitus und Asthma) und
- eine verbesserte Abstimmung von Programmen zur Prävention und Früherkennung sowie
- die Sicherstellung von Beratung und Hilfe für pflegende Angehörige, z.B. durch die Servicestellen der Rentenversicherungsträger, den Verein KORA, Selbsthilfearbeit und weitere Akteure auf diesem Gebiet.

## **2. Gesundheitsverhalten, Prävention und Gesundheitsförderung:**

Ergebnisse der Altersforschung zeigen, dass Prävention und Gesundheitsförderung bis ins höchste Lebensalter wirksam sind. Dabei sind in folgenden Bereichen besondere Möglichkeiten gegeben:

- **Körperliches Training**  
kann bis ins höchste Alter die körperlichen und geistigen Fähigkeiten erhalten helfen, Bewegung fördert Wohlbefinden und erhöht Selbständigkeit im Alltag. Deshalb haben sowohl verschiedenste Sportgruppen (z.B. Osteoporosegruppen im Haus der Begegnung) als auch Tanznachmittage gesundheitsfördernde Komponenten.
- **Mobilität**  
bewahrt vor Stürzen, denn Stürze sind bei alten Menschen oft Ursache von Knochenbrüchen und diese bergen ein hohes Risiko für den Beginn von Pflegebedürftigkeit. Wichtig sind Möglichkeiten für körperliche Aktivitäten und Gleichgewichtstraining, die mobilitätsfördernd sind, aber auch Veränderungen von Haushaltseinrichtungen u.a. Maßnahmen helfen, Stürze im häuslichen Bereich zu vermeiden.



- **Verzicht bzw. Reduzierung von Tabak**  
 fördert auch nach jahrzehntelangem Rauchen die Gesundheit, z.B. sinkt das Herzinfarktrisiko bereits nach wenigen Monaten rauchfreien Verhaltens (unter den 60- bis 70-jährigen rauchen 20 % der Männer und 10 % der Frauen).
  
- **abwechslungsreiche, ausgewogene Ernährung**  
 trägt wesentlich zum Erhalt der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit bei und ist ein Stück Lebensqualität.  
 Starkes Übergewicht (Adipositas) ist ein Risikofaktor für nicht wenige Krankheiten (der Gipfel der Adipositas liegt bei Frauen und Männern in der Altersgruppe der 60- bis 70-jährigen, fast ein Viertel der Frauen und etwa ein Fünftel der Männer gelten in dieser Altergruppe als adipös). Im hohen Alter sinken die Adipositas- Prävalenzen wieder. Dies macht deutlich, dass Übergewicht insbesondere in der 3. Lebensphase ein Problem darstellt. Empfehlungen sind oftmals einfach und fast immer gleich: Abnehmen. Dies ist leichter gesagt als getan. Erfolge verschiedenster Diäten sind nicht von langer Dauer. Richtig ist, dass eine Kombination von dauerhafter Umstellung in den Ernährungs- und Essgewohnheiten verbunden mit mehr körperlichen Aktivitäten für einen Teil der betroffenen Menschen zum bleibenden Erfolg führt.
  
- **Reduktion des Alkoholkonsums**  
 hat insbesondere bei größeren Mengen im Alltag positive Wirkungen (Gefahren durch Unfälle, Stürze z.B. werden vermieden).  
 Das Thema „Alter und Sucht“ gerät so zunehmend stärker in den öffentlichen Fokus. Informative Aktionen lenken z.B. die Aufmerksamkeit auf diese oft „vergessene“ Patientengruppe. Ältere Suchtkranke hatten und haben oft mit erheblichen gesellschaftlichen Vorurteilen zu kämpfen („das lohnt sich ja doch nicht mehr“, „gönn dem Opa doch sein Schnäpschen“). Durch verbesserte medizinische Versorgung werden Suchtkranke immer älter und bedürfen einer therapeutischen wie medizinischen Betreuung (Männer sind doppelt so häufig betroffen wie Frauen).  
 Durch Veränderungen in der demographischen Entwicklung wird die Lebensphase jenseits der Berufstätigkeit länger und somit die Aufgabe größer, diese Lebenszeit möglichst bei guter Gesundheit und in größtmöglicher Zufriedenheit zu bewältigen. Hier sind Konzepte zu unterstützen, die ambulante und stationäre Therapien für ältere Suchtkranke vorhalten.
  
- **Regelmäßige geistige Aktivität** und anregende **soziale Beziehungen** erhalten die seelische Gesundheit und machen dabei viel Lebensqualität aus.

Bisher werden Konzepte/ Projekte speziell für diesen Altersbereich für alle o.g. Schwerpunkte noch zu wenig angeboten bzw. genutzt, obwohl Angebote für Gruppen ab „60 plus“ gewünscht und bevorzugt werden (altershomogene Gruppe, Hintergrund ähnlicher Lebensbiographie, reiche Lebenserfahrungen).

Die Praxis zeigt, dass Möglichkeiten für Prävention und Gesundheitsförderung bei der beschriebenen Zielgruppe bei weitem nicht ausreichend ausgeschöpft sind, ein stärkeres Engagement ist hier auch von den gesetzlichen Krankenkassen gefordert, die nach den Vorgaben des Gesetzgebers Leistungen zur Primärprävention anbieten sollen, „die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ (§ 20 SGB V).

**Selbsthilfe** stellt einen wichtigen Faktor der Gesundheits- und Sozialpolitik dar. Ein besonderes Augenmerk ist den Möglichkeiten der selbstorganisierten Gesundheitsförderung und Gesundheitshilfen zu widmen. Für Selbsthilfegruppen entfallen viele Zugangs- und Wissensbarrieren, dadurch sind sie unter sozialen und medizinischen Gesichtspunkten besonders geeignet und effektiv, oftmals bedarf es jedoch eines Anstoßes und begleitender Unterstützung.

In Frankfurt (O) hat die Förderung und Qualifizierung der Selbsthilfe durch den Beitritt der Stadt in das Gesunde Städte- Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland einen hohen Stellenwert erfahren. Mit der Bereitschaft, ein 9- Punkte Programm von Selbstverpflichtungen umzusetzen und einzuhalten, stehen den Bürgerinnen und Bürgern Instrumente zur Verfügung, die es ihnen ermöglichen, verstärkt an der Gestaltung ihrer Lebens- und Umweltbedingungen mitzuwirken. Dazu werden ihnen verständliche Daten und Informationen zur Verfügung gestellt. Multiprofessionelle Teams aus dem Gesundheitsamt unterstützen die Arbeit der Selbsthilfegruppen durch begleitende Tätigkeiten. Sie fungieren als Mittler zwischen professionellen Anbietern auf dem Gesundheitssektor und bürgerschaftlichem Engagement bei der Bewältigung von Gesundheitsproblemen.

Die Förderung der Selbsthilfe der Betroffenen stellt einen wichtigen Schwerpunkt der Unterstützung von sozialen Diensten dar. Seit der Reform des SGB V sind auch die Krankenkassen gem. § 20 Abs. 4 SGB V stärker in die Förderung der Selbsthilfe einbezogen. Verschiedene örtliche Krankenkassen fördern im Rahmen der Selbsthilfearbeit unterschiedliche Aktivitäten und Projekte.

### **3. Aussagen zur Mundgesundheit**

Erkrankungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich, funktionelle Einschränkungen sind oft ernste Befunde und verursachen neben Schmerzen psychosoziale Beeinträchtigungen.

Da es für die Stadt Frankfurt (Oder) keine auswertbaren Daten über die Mundgesundheit bei Erwachsenen und Senioren gibt, sollen hier Ergebnisse der IV. Mundgesundheitsstudie (DMS IV), die das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) im Auftrag der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung veröffentlicht hat, aufgezeigt werden.

Erstmalig wurde in den letzten 10 Jahren ein Kariesrückgang nicht nur bei den Kindern, sondern auch bei Erwachsenen und Senioren festgestellt. Die Karieserfahrung bei den Erwachsenen hat sich seit der III. Mundgesundheitsstudie 1997 in den alten und neuen Bundesländern deutlich angeglichen.

Obwohl es auch bei Erwachsenen und Senioren zu einem Kariesrückgang gekommen ist, ist in beiden Altersgruppen das Vorkommen der Wurzelkaries stark angestiegen, was auf eine vermehrte Ausbreitung der parodontalen Erkrankungen in diesem Alter zurückzuführen ist. So leiden in Deutschland 48% der Senioren an einer mittelschweren und 39,8% an einer schweren Form der Parodontalerkrankung.

Auf der anderen Seite ist es aber in Deutschland zu einer Rückläufigkeit an Zahnverlusten gekommen. Vor 10 Jahren betrug die Zahl der Zahnverluste bei den Senioren 17,6, heute sind es durchschnittlich fehlende 14,2 Zähne. Eine totale Zahnlosigkeit hat sich bei den Senioren in dem Zehnjahreszeitraum von 24,8% auf 22,6% verbessert.

Im Rahmen der Versorgung ist der Trend, Lückengebisse mit festsitzendem Zahnersatz zu versorgen, positiv zu werten. So ist unter anderem zum Beispiel die Implantatversorgung von 0,7% im Jahre 1997 bei Senioren auf 2,6% im Jahre 2005 angestiegen. Trotz allem überwiegt bei Patienten im fortgeschrittenen Alter die Versorgung mit herausnehmbarem Zahnersatz (Teil- oder Vollprothesen).

Bei Befragungen zur Durchführung der Mundhygiene, also zum täglichen Zähneputzen, gaben 72,8% der Erwachsenen und 60,6% der Senioren an, täglich zweimal die Zahnbürste zu benutzen. 72,2% der Senioren suchen einmal jährlich ihren Zahnarzt auf, weil sie von der Notwendigkeit dieses Besuches überzeugt sind.

Der Anspruch an eine zahnmedizinische Versorgung und Prävention ist gegeben, da immer mehr Menschen mit eigenen Zähnen alt werden wollen.

#### **4. Ambulante und stationäre medizinische Versorgung**

Die gegenwärtige demographische Entwicklung fordert die Sicherstellung sowohl der ambulanten - hier sind vorrangig die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen zuständig - als auch der teilstationären und stationären Versorgung. Einen hohen Stellenwert hat für ältere Menschen die **Hausärztliche Versorgung**, da ältere Menschen i.d.R. beständige Arztkontakte benötigen. Ein engmaschiges Netz der **ambulanten medizinischen Versorgung** bilden in der Stadt Frankfurt (Oder) die

niedergelassenen Kassenärzte. Facharztpraxen haben ein sehr viel größeres Einzugsgebiet als Hausärzte.

Die Stadt Frankfurt (Oder) und der Landkreis Oder-Spree sind laut Kassenärztlicher Vereinigung Brandenburg zu einem gemeinsamen Versorgungsgebiet zusammen

geschlossen, da Frankfurt (Oder) allein nicht über die erforderliche Einwohnerzahl von 100.000 für einen eigenständigen Planungsbereich verfügt.

Die kassenärztliche Bedarfsplanung berücksichtigt dabei nicht die konkrete regionale Situation, sondern geht nur von Durchschnittswerten ohne Berücksichtigung von Alters- und Morbiditätsstruktur der Bevölkerung im konkreten Planungsbereich aus.

**In Frankfurt (Oder) stehen für die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung zur Verfügung (Stand 31.12.2007):**

- 142 ambulant (auch privat) tätige Ärztinnen und Ärzte sowie
- 59 Zahnärztinnen/ Zahnärzte einschl. Fachzahnärztinnen/Fachzahnärzte für Kieferorthopädie,

die entsprechend den bundesdeutschen Zulassungskriterien und Richtlinien eine Versorgung der Bürger vorhalten.

Arztpraxen sind die Knotenpunkte der Gesundheitsversorgung. Entsprechend der Bedarfsplanung, die durch die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen aufgestellt werden, sind Ärzte und Zahnärzte u.a. folgender Fachrichtungen in Frankfurt (Oder) tätig :

Allgemeinmedizin/ praktische Ärztinnen/Ärzte	47
Pädiatrie	7
Frauenheilkunde	9
Innere Medizin	20
Anästhesie	2
Lungen-Bronchialheilkunde	1
Hals-Nasen-Ohrenarzt	6
Neurologie/Psychiatrie	6
Radiologie	4
Orthopädie	4
Chirurgie	6
Kinderchirurgie	1
Urologie	5
Augenheilkunde	7
Haut- und Geschlechtskrankheiten	5
Labormedizin	9
Pathologie	1
Mund-, Kiefer,- Gesichtschirurgie	2
Stomatologie einschl. Kieferorthopädie	59

Einen Grundpfeiler der medizinischen Versorgung bilden Krankenhäuser. Die Kapazitäten dieser **stationären Versorgung** werden von der Landesregierung in Abstimmung mit den Krankenkassen, den Gebietskörperschaften und Krankenhausträgern in sog. Regionalkonferenzen den Bedarfen angepasst und im Krankenhausplan aufgenommen. Ziel ist eine wohnortnahe Behandlung, die eine enge Vernetzung mit ambulanten Angeboten ermöglicht. Im Land Brandenburg gibt es 5 Versorgungsgebiete (Sitz der Schwerpunktkrankenhäuser) – Neuruppin, Schwedt, Potsdam, Cottbus, Frankfurt (Oder).

Die stationäre medizinische Versorgung sichern in Frankfurt (Oder) 2 Krankenhäuser:

- **Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH**

Die Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH, in privater Trägerschaft der Rhön-Klinikum AG, ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit 908 Planbetten. In 16 Kliniken und 5 Instituten werden Patienten aus Frankfurt(Oder) und dem Umland versorgt.

Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung stellen ein breitgefächertes Angebot an Fachdisziplinen zur Verfügung, das auch durch eine Spezialisierung der Inneren Medizin und der Chirurgie in eigenständige Abteilungen für Teilgebiete gekennzeichnet ist. Diese Krankenhäuser ermöglichen spezielle Diagnose- und Therapieverfahren. Eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) wird vorgehalten.

- **Evangelisches Krankenhaus "Lutherstift"**

Das Evangelische Krankenhaus "Lutherstift" Frankfurt (Oder) - Seelow befindet sich in konfessioneller Trägerschaft. Es ist ein Krankenhaus der Grundversorgung und hat sein Leistungsprofil am Standort Frankfurt (Oder) verändert.

Der Schwerpunkt in der Patientenversorgung liegt nunmehr mit 56 Planbetten im Fachbereich Geriatrie.

Für die Versorgung alter Menschen nimmt der Fachbereich Geriatrie eine besondere Stelle ein. Zielstellung geriatrischer Behandlung im Krankenhaus ist u.a. die Herstellung bzw. Wiederherstellung einer möglichst weitgehenden Selbständigkeit der Lebensführung.

Im Land Brandenburg wurde der Fachbereich Geriatrie in der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer aufgenommen.

Die **nachstationäre Betreuung** erfolgt durch Tageskliniken, z.B. in der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik. Auch ambulant tätige Ärzte betreuen die Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt.

Rehabilitative Möglichkeiten bestehen durch Anschlussheilbehandlungen und Kuren, die außerhalb von Frankfurt (Oder) angeboten werden. Die ambulante Rehabilitation

kann auch im **Ambulanten Rehabilitationszentrum** Frankfurt (Oder) GmbH „Reha-Nord“ für eine Reihe von Indikationen in Anspruch genommen werden.

Für die Versorgung der Einwohner der Stadt Frankfurt (Oder) mit **Arzneimitteln** sind 15 Apotheken vorhanden. Jede Apotheke versorgt durchschnittlich ca. 4200 Bürger. Immer mehr ältere Menschen beteiligen sich auch am Modellprojekt der Hausapotheke.

## 5. Öffentlicher Gesundheitsdienst - ÖGD

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist neben ambulanter und stationärer Versorgung die 3. Säule des Gesundheitswesens. Er ist grundsätzlich nicht kurativ tätig und erfüllt insbesondere überwachende und vorsorgende Aufgaben im Interesse der Gesamtbevölkerung.

Der ÖGD ist Anbieter spezifischer Leistungen im Gesundheitswesen - komplementär (ergänzend) und subsidiär (nachrangig) zu ambulanter und klinischer Medizin und er ist Teil der kommunalen Verwaltung.

Dem ÖGD obliegen bevölkerungsmedizinische Aufgaben, zunehmend hat er aber auch eine sozialkompensatorische Funktion. Zu den Pflichtaufgaben der Kommune im Rahmen der Daseinsvorsorge für ihre Bürger gehört die Versorgung und Betreuung derjenigen, die durch Krankheit, Behinderung oder soziale Faktoren zu den sog. Schwachen der Gesellschaft gehören. Diese Menschen sind oft nicht in der Lage, die Regelstrukturen des Gemeinwesens zu nutzen, deshalb ist hier Hilfe, Unterstützung und Begleitung notwendig.

Die Aufgaben des ÖGD werden u.a. in den Sachgebieten Hygiene und Umweltmedizin, Amtsärztlicher Dienst, Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene, Sozialpsychiatrischer Dienst, Betreuungsbehörde und Zahnärztlicher Dienst wahrgenommen.

Der **Sozialpsychiatrische Dienst** (SpDi) ist inzwischen eine Standardeinrichtung im ambulanten psychiatrischen Angebot. Die rechtliche Grundlage für Ziele und Aufgaben sind im Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetz bestimmt. Ziel der Hilfen ist u.a., durch umfassende Beratung, Betreuung und Vermittlung, die Hilfesuchenden soweit wie möglich zu einem eigenverantwortlichen und selbständigen Leben, der Teilhabe an der Gemeinschaft zu unterstützen, sie dazu zu befähigen und eine Unterbringung in einer Einrichtung zu vermeiden.

Die Stadt Frankfurt (Oder) ist Träger des SpDi, der am Gesundheitsamt eingerichtet ist. Die Mitarbeiter des SpDi beraten vorwiegend die Angehörigen der älteren

Menschen, die an psychischen Störungen bzw. seelischen Behinderungen leiden und vermitteln dann weiter zu Einrichtungen/ Diensten im Altenhilfebereich der Stadt. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Anzahl der Hilfesuchenden (i.d.R. Angehörige) und die Anzahl der durchgeführten Beratungen der Jahre 2004 bis 2007.

	2004	2005	2006	2007
Altersgruppe 55-64 Jahre: Anzahl der Klienten	28	24	26	40
Anzahl der Beratungen	107	86	87	186
Altersgruppe ab 65 Jahre: Anzahl der Klienten	26	19	21	25
Anzahl der Beratungen	109	116	90	148
Anteil Klienten beider. Altersgruppen an Gesamtzahl aller Klienten in %	14,8	12,2	15,2	17,2

Das Gesetz zur Reform des Rechtes der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige – **Betreuungsgesetz** (BtG v. 12.09.1990) trat am 01.01.1992 in Kraft. Mit diesem Gesetz können das Recht auf Selbstbestimmung und die Grundrechte der betroffenen Menschen besser verwirklicht werden, da nur teilweise Beschränkungen bestehen, die aber eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ermöglichen. Diese Betreuung umfasst die gerichtlich angeordneten Angelegenheiten des Betreuungsbedürftigen wie Gesundheitsvorsorge, Vermögenssorge und Aufenthaltsbestimmung.

Die **Örtliche Betreuungsbehörde** ist dem Gesundheitsamt zugeordnet.

Neben ehrenamtlichen Betreuern, meist Angehörigen, erfüllen die Aufgaben nach dem Betreuungsgesetz der **Betreuungsverein Fürstenwalde e.V.** und weitere **Berufsbetreuer** (z.Zt. 14 in Frankfurt (Oder)).

Nachfolgende Zahlen zeigen die Entwicklung der gesetzlichen Betreuungen in Frankfurt (Oder):

	2004		2005		2006		2007	
Gesamtzahl der Betreuungen	1352		1405		1111		1173	
Darauf entfallen nach Altersgruppe der Klienten:	in % zur Gesamtzahl		in % zur Gesamtzahl		in % zur Gesamtzahl		in % zur Gesamtzahl	
60-80 Jahre	149	11	186	13,2	294	26,5	319	27,2
81-95 Jahre	135	10	166	11,8	211	19	215	18,3
96-100 Jahre	15	1,1	13	0,9	20	1,8	19	1,6

Gesundheit ist der Schlüssel zu mehr Lebensqualität im Alter. Je länger der einzelne Mensch lebt, umso wichtiger wird die Qualität der gewonnenen Jahre. Nicht nur hier liegen große „Gesundheitspotentiale“ in der gesundheitlichen Versorgung insgesamt, in der Pflege und der Palliativmedizin - also Maßnahmen, die bei chronischen oder unheilbaren Krankheiten Lebensqualität erhalten oder verbessern können. Insgesamt kommt daher dem weiteren Ausbau des Dienstleistungssektors zur Steigerung der Lebensqualität eine große Bedeutung zu.

## 6. Ziele und Maßnahmen

Es muss langfristig darum gehen, die Versorgungsstrukturen nicht nur zu sichern, sondern zu verbessern unter Mitwirkung aller Partner des Gesundheitswesens. In diesen Zusammenhang ist auf die weitere aktive Mitwirkung im Gesunde Städte-Netzwerk zu orientieren (die Stadt Frankfurt (Oder) ist seit 2005 Mitglied im Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland) aber auch auf bessere Nutzung von Effekten aus Modellvorhaben des Landes Brandenburg (z.B. Modellprojekt der „Wiederbelebung“ der aus DDR-Zeiten bekannten Gemeindegewerkschaft).

**Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsschutz** sind unverzichtbare Anliegen aller, wobei die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung sich an den Interessen der Bürger als unmittelbar Betroffene zu orientieren hat und Versorgungsdefizite benannt und zeitnah einer Klärung/ Lösung zuzuführen sind.

In Frankfurt (Oder) gibt es bereits Gesundheitsförderungsangebote, die sehr genau auf die Wünsche und Bedürfnisse älterer Menschen ausgerichtet sind. Ziel muss es sein, Aktionstage und Veranstaltungen als festen Bestandteil der Seniorenarbeit in der Stadt zu verankern und sich immer wieder auf sich ändernde Bedürfnisse einzustellen aber auch Traditionen daraus erwachsen zu lassen. Genannt werden sollen hier Veranstaltungen, die Information und Beteiligung in den Vordergrund stellen, wie der Aktionstag „helfende Hände“ oder die Gesundheitsmesse „aktiv und gesund“. Das Gesundheitsamt agiert hier mit seinen multiprofessionellen Teams als kompetenter Ansprechpartner für Organisatoren und Initiatoren.

Die Stadt Frankfurt (Oder) ist seit 2007 in das Bundesprogramm Soziale Stadt aufgenommen worden. Das Programm, das sich u.a. am Handlungsfeld Jugend-Familie- Senioren orientiert, unterstützt die Akteure bei der Verbesserung der Lebensqualität durch Gesundheitsförderungsmaßnahmen und eröffnet Chancen auf ein lebenslanges Lernen und Bildung für Alle.

Über Projekte innerhalb der Gebietskulisse Stadtmitte sind gemeinsames Bewusstsein und die Festigung nachbarschaftlicher Netzwerke zu befördern. Auf die Erfahrungen, Wünsche und Anregungen besonders älterer und schon lange im „Kiez“ lebender Einwohner ist hier zukünftig besonders einzugehen. Alle eingereichten Projekte werden u.a. auf die Möglichkeit der Teilhabe der Zielgruppen bei der Projektentwicklung- und Umsetzung (Partizipation) beurteilt.



Ziel muss es daher sein, gute Projekte über den Förderzeitraum bis 2012 in der Stadt zu verstetigen und über die Gebietskulisse hinaus wirken zu lassen.  
Weitere Informationen dazu gibt es im Internet auf den Seiten der Stadt Frankfurt (Oder) unter Stadtentwicklung – soziale Stadt.

Eine **Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung** sowie der **nachstationären Betreuung** und **Arzneimittelversorgung** befördert Zielrichtungen wie:

- stärkere Unterstützung, Partizipation und Information der Bevölkerung insbesondere zu Fragen der Gesundheitsvorsorge und Prävention
- Ausbau von leistungsfähigen Strukturen im Fachbereich Geriatrie im Lutherstift,
- Sicherung und Weiterentwicklung der medizinisch-therapeutischen Leistungsangebote der Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung,
- Förderung des Sportgesundheitszentrums/ Reha Nord zu einem Zentrum für gesundheitsfördernde und - unterstützende Maßnahmen im Bereich Nachsorge und Prävention
- Erhalt des Netzes an Apotheken

#### **Literaturhinweise:**

Gesundheitsberichte der Stadt Frankfurt (Oder) 2005 - „Allgemeine gesundheitliche Versorgung“ und Psychiatrieplan

Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung des Landes Brandenburg Nr. 4 – „Gesund alt werden“, 2005

Gesundheitsberichterstattung des Bundes „Gesundheit in Deutschland“ - Robert Koch Institut, 2006

Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV),IDZ, November 2006